



TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐẠI NAM
KHOA ĐIỀU DƯỠNG

ThS. Lê Văn Duy (Chủ biên)

Giáo trình
THỰC HÀNH
KỸ NĂNG ĐIỀU DƯỠNG 1
(Lưu hành nội bộ)



Hà Nội - 2021

**TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐẠI NAM
KHOA ĐIỀU DƯỠNG**

CHỦ BIÊN

ThS. Lê Văn Duy

THAM GIA BIÊN SOẠN

ThS. Lê Văn Duy

ThS. Nguyễn Thị Thanh Hà

CNDD. Nguyễn Thị Tuyết Mai

CNDD. Nguyễn Thị Ly

Giáo trình
THỰC HÀNH
KỸ NĂNG ĐIỀU DƯỠNG 1
(Lưu hành nội bộ)

Hà Nội - 2021

MỤC LỤC

LỜI NÓI ĐẦU	4
BÀI 1: KỸ THUẬT RỬA TAY THƯỜNG QUY VÀ KỸ THUẬT SÁT KHUẨN TAY NHANH BẰNG DUNG DỊCH SÁT KHUẨN.....	5
BÀI 2: KỸ THUẬT RỬA TAY NGOẠI KHOA	12
BÀI 3: KỸ THUẬT MẶC – CỎI ÁO CHOÀNG VÔ KHUẨN	16
BÀI 4: KỸ THUẬT MANG GĂNG – CỎI GĂNG VÔ KHUẨN	19
BÀI 5: KỸ THUẬT ĐÉM MẠCH CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GHI KẾT QUẢ VÀO PHIẾU CHĂM SÓC	23
BÀI 6: KỸ THUẬT ĐO NHIỆT ĐỘ CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GHI KẾT QUẢ VÀO PHIẾU CHĂM SÓC.	28
BÀI 7: KỸ THUẬT ĐÉM NHỊP THỞ CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GHI KẾT QUẢ VÀO PHIẾU CHĂM SÓC	33
BÀI 8: KỸ THUẬT ĐO HUYẾT ÁP CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GHI KẾT QUẢ VÀO PHIẾU CHĂM SÓC	36
BÀI 9 : KỸ THUẬT GỘI ĐẦU CHO NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG	41
BÀI 10: KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO NGƯỜI BỆNH	45
BÀI 11: KỸ THUẬT TẮM CHO NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG	52
BÀI 12: KỸ THUẬT HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH DI CHUYỂN	59
BÀI 13: KỸ THUẬT CHUẨN BỊ GIƯỜNG BỆNH.....	68
BÀI 14: KỸ THUẬT THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG CÓ NGƯỜI BỆNH NẪM.....	71
BÀI 15: HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH XOAY TRỞ TẠI GIƯỜNG	75
BÀI 16: KỸ THUẬT HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH SỬ DỤNG BÔ ĐỆT.....	83
BÀI 17: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC	88
BÀI 18: KỸ THUẬT CHUỒM NÓNG, CHUỒM LẠNH.....	92
BÀI 19: KỸ THUẬT HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH ĂN UỐNG	97
BÀI 20: KỸ THUẬT TIÊM BẮP CHO NGƯỜI BỆNH	101
BÀI 21: KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH CHO NGƯỜI BỆNH	108
BÀI 22: KỸ THUẬT LẤY MÁU TĨNH MẠCH LÀM XÉT NGHIỆM.....	114
BÀI 23: KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA CHO NGƯỜI BỆNH.....	117
BÀI 24: KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA CHO NGƯỜI BỆNH.....	120
BÀI 25 : KỸ THUẬT CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG SẠCH VÀ VẾT THƯƠNG CÓ ỐNG DẪN LƯU	124
BÀI 26: KỸ THUẬT CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN	132
BÀI 27: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY QUA MẶT NẠ	137
BÀI 28: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH MŨI.....	142

LỜI NÓI ĐẦU

Nhằm nâng cao năng lực thực hành cho sinh viên Điều dưỡng trong quá trình học tập tại Khoa Điều dưỡng - Đại học Đại Nam. Chúng tôi đã biên soạn bộ tài liệu Thực hành kỹ năng Điều dưỡng gồm 03 cuốn. Đây là cuốn tài liệu “Thực hành kỹ năng Điều dưỡng 1” bao gồm 28 kỹ năng nằm trong nhóm 55 kỹ năng cơ bản nhất được thực hiện tại các cơ sở khám và chữa bệnh, các kỹ năng này được chọn lọc từ các nhà quản lý, giảng viên từ các trường Đại học, Cao đẳng đào tạo Điều dưỡng trọng dự án Việt Nam – Hà Lan hỗ trợ nhằm đáp ứng nhu cầu chuẩn hóa, thống nhất và cập nhật các kỹ thuật Điều dưỡng.

Tài liệu “Thực hành kỹ năng Điều dưỡng 1” nhằm mục đích giúp cho sinh viên đọc các bài thực hành, các bước thực hành trong mỗi kỹ năng trước mỗi buổi thực hành. Khi bắt đầu giờ thực hành trong lab, sinh viên tập trung quan sát giảng viên thực hiện mẫu các kỹ năng theo bảng kiểm. Sau đó, sinh viên được chia nhóm nhỏ và tập thực hành các bước theo bảng kiểm dưới sự hướng dẫn của các thầy/cô. Sinh viên chủ động thực hành nhiều lần để rèn luyện kỹ năng thật thành thạo. Mỗi bài kỹ năng đều có bảng kiểm dạy-học giúp sinh viên biết trình tự các bước cần thực hiện trong mỗi kỹ năng, ngoài ra còn giúp sinh viên lượng giá và tự lượng giá trong quá trình học.

Trong quá trình biên soạn không thể tránh khỏi những thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được những ý kiến đóng góp của tất cả các bạn đồng nghiệp cũng như Quý bạn đọc để tài liệu được phong phú và hoàn chỉnh hơn.

Xin chân thành cảm ơn

ĐẠI DIỆN NHÓM BIÊN SOẠN

ThS. Lê Văn Duy

BÀI 1: KỸ THUẬT RỬA TAY THƯỜNG QUY VÀ KỸ THUẬT SÁT KHUẨN TAY NHANH BẰNG DUNG DỊCH SÁT KHUẨN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

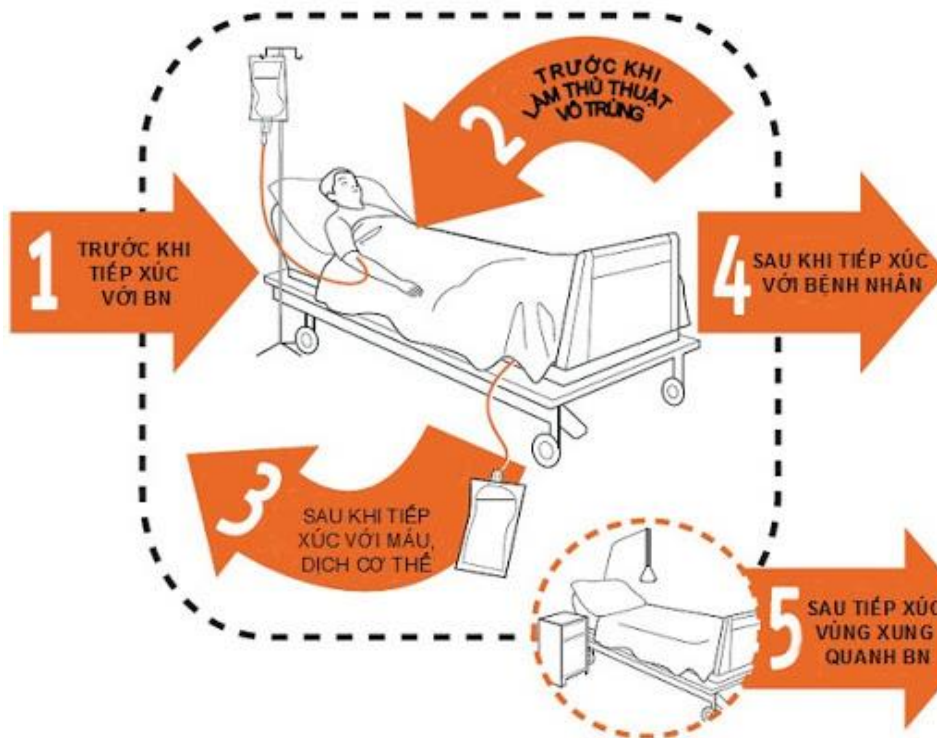
1. Thực hiện thành thạo rửa tay thường quy đúng quy trình kỹ thuật.
2. Thực hiện thành thạo sát khuẩn tay nhanh bằng dung dịch sát khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
3. Hiểu được tầm quan trọng của việc rửa tay thường quy và sát khuẩn tay nhanh bằng dung dịch sát khuẩn.

NỘI DUNG

1. Giới thiệu

Rửa tay và sát khuẩn tay nhanh bằng dung dịch sát khuẩn là việc làm thường quy của cán bộ y tế, việc vệ sinh bàn tay sạch, giữ cho bàn tay luôn sạch khuẩn là việc làm rất quan trọng để loại bỏ vi khuẩn trên bàn tay từ đó giúp đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế và góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.

Thời điểm vệ sinh tay thường quy: Có 5 thời điểm vệ sinh tay (VST)






2. Những nội dung cần chú ý khi vệ sinh tay thường quy




- Nếu bàn tay nhìn rõ vết bẩn hoặc dính các dịch tiết của cơ thể phải VST bằng nước và xà phòng thường.
- Chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn khi tay không trông rõ vết bẩn, sau tháo bỏ găng hoặc khi thăm khám giữa các NB.
- Lấy đủ 3ml - 5 ml dung dịch VST cho mỗi lần VST.
- Tuân thủ đúng kỹ thuật VST. Chà tay cùng hóa chất VST theo đúng trình tự từ bước 1 tới bước 6, mỗi bước chà 5 lần.
- Tuân thủ đúng thời gian VST: Thời gian chà tay với hóa chất VST theo quy trình 6 bước phải đạt từ 20 giây - 30 giây.
- Tránh làm ô nhiễm lại bàn tay sau VST
- Không sử dụng máy sấy tay để làm khô tay.
- Xem xét lựa chọn loại găng tay không có bột talc để thuận lợi cho việc khử khuẩn tay bằng dung dịch VST chứa cồn.


3. Quy trình thực hiện

Quy trình rửa tay thường quy

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị dụng cụ gồm hệ thống nước, dụng cụ vệ sinh sạch móng tay, hộp đựng khăn lau tay vô khuẩn, thùng đựng rác thải	Kỹ thuật diễn ra dễ dàng
2	Tháo trang sức, cắt ngắn móng tay	Loại bỏ đồ trang sức tạo điều kiện làm sạch thích hợp. Vì Vi sinh vật có thể trú ngụ trong các thành phần của đồ trang sức.
3	Mang khẩu trang, mũ	Đúng quy định
4	Đứng trước bồn rửa tay để tránh va chạm vào các hệ thống rửa, chậu rửa	Bồn rửa được coi là bị nhiễm bẩn. Quần áo có thể mang sinh vật từ nơi này đến nơi khác.
5	Hộp đựng khăn vô khuẩn để vị trí thuận lợi khi lấy	Tạo thuận lợi khi thực hiện
6	Bật nước bằng cách sử dụng bàn đạp chân hoặc vòi nước (sử dụng khuỷu tay) dòng nước chảy nên đáp ứng vừa phải, không bắn tung tóe	Nước văng từ bồn rửa bị nhiễm bẩn sẽ làm ô nhiễm quần áo.
7	Điều chỉnh nhiệt độ ấm của nước vừa phải để làm vệ sinh móng tay	Nước ấm làm cảm giác thoải mái hơn và ít có khả năng mở lỗ chân lông và loại bỏ các loại dầu từ da. Các sinh vật có thể bám vào da bị nứt nẻ.

8	<p>Làm ướt bàn tay dưới vòi nước chảy, tay ướt tạo điều kiện phân xà phòng trên toàn bộ bề mặt da</p>	
9	<p>Ấn và lấy 2 – 3 ml xà phòng vào lòng bàn tay và chà mạnh xà phòng cho đều 2 lòng bàn tay vào nhau (khi thực hiện rửa cần giữ các ngón tay chỉ xuống và thấp hơn so với cổ tay</p>	<p>Rửa xà phòng trước và sau khi sử dụng sẽ loại bỏ bọt có thể chứa vi sinh vật.</p> 
10	<p>Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại để tạo ma sát trên tất cả các bề mặt</p>	<p>Ma sát gây ra bởi sự cọ xát và chuyển động tròn giúp loại bỏ bụi bẩn và sinh vật có thể bám vào giữa các ngón tay, trong các gấp da của khớp ngón tay, trên lòng bàn tay và lưng bàn tay, và trên cổ tay và cẳng tay</p> 
11	<p>Chà 2 lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ trong ngón tay</p>	<p>Ma sát gây ra bởi sự cọ xát và chuyển động tròn giúp loại bỏ bụi bẩn và sinh vật có thể bám vào giữa các ngón tay</p>

		
12	Chà mu các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại	<p>Ma sát gây ra bởi sự cọ xát và chuyển động tròn giúp loại bỏ bụi bẩn và sinh vật có thể bám vào giữa các ngón tay</p> 
13	Chà ngón cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (lòng bàn tay ôm lấy ngón cái).	<p>Ma sát gây ra bởi sự cọ xát và chuyển động tròn giúp loại bỏ bụi bẩn và sinh vật có thể bám vào giữa các ngón tay</p> 
14	Xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy, vẫn giữ hướng các ngón tay chỉ xuống để	<p>Thời gian của rửa tay được xác định bởi mức độ nhiễm bẩn của bàn tay</p>

	ngăn ngừa nhiễm khuẩn của cổ tay, cánh tay ít nhất 15 phút	
15	Lau khô tay bằng khăn hoặc khăn giấy khô (hoặc sấy khô)	Làm khô da ngăn ngừa nứt nẻ.
16	Khởi động lại quy trình trên từ bước 8 đến bước 15 nếu bàn tay đã bị chạm vào bất kỳ bồn rửa	

Quy trình sát khuẩn tay nhanh bằng dung dịch sát khuẩn

Thực hiện		
S TT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị dụng cụ: Dung dịch sát khuẩn tay chứa cồn. Kem dưỡng da không chứa dầu (tùy chọn)	
2	Tháo bỏ đồ trang sức và để ở một nơi an toàn.	Loại bỏ đồ trang sức tạo điều kiện làm sạch thích hợp. Vì vi sinh vật có thể trú ngụ trong các thành phần của đồ trang sức. Nếu đồ trang sức được đeo trong khi chăm sóc, nó phải được để trong khi rửa tay.
3	Kiểm tra nhãn mác của dung dịch để xác định chính xác loại dung dịch rửa cần thiết và đúng số lượng dung dịch rửa tay	Lượng dung dịch rửa theo yêu cầu từ nhà sản xuất để có hiệu quả, thay đổi tùy thuộc theo từng nhà sản xuất, nhưng thường từ 1 đến 3 ml.

4	<p>Lấy đúng lượng dung dịch rửa vào lòng bàn tay.</p> <p>Xoa hai bàn tay lại với nhau, bao gồm tất cả các bề mặt của bàn tay và ngón tay, và giữa các ngón tay. Cũng làm sạch các đầu ngón tay và kẽ móng tay.</p>	Đảm bảo có đủ số lượng dung dịch rửa tay phủ đều bề mặt tay. Tất cả các bề mặt phải được xử lý để ngăn ngừa truyền bệnh.
5	Xoa hai tay vào nhau cho đến khi chúng khô (ít nhất 15 giây).	Làm khô đảm bảo hiệu quả khử trùng.
6	Sử dụng kem dưỡng da không có dầu nếu muốn.	Kem dưỡng da không chứa dầu giúp giữ cho da mềm mại và ngăn ngừa nứt nẻ.

Bảng kiểm kỹ thuật rửa tay thường quy

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị dụng cụ			
2	Tháo trang sức, cắt ngắn móng tay			
3	Mang khẩu trang, mũ			
4	Đứng trước bồn rửa tay để tránh va chạm vào các hệ thống rửa, chậu rửa			
5	Hộp đựng khăn vô khuẩn để vị trí thuận lợi khi lấy			
6	Bật nước bằng cách sử dụng bàn đạp chân hoặc vòi nước			
7	Điều chỉnh nhiệt độ ấm của nước vừa phải để làm vệ sinh móng tay			
8	Làm ướt bàn tay dưới vòi nước chảy			
9	Ấn và lấy 2 – 3 ml xà phòng vào lòng bàn tay và chà mạnh xà phòng cho đều 2 lòng bàn tay vào nhau			
10	Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay			

	của bàn tay kia và ngược lại để tạo ma sát trên tất cả các bề mặt			
11	Chà 2 lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ trong ngón tay			
12	Chà mu các ngón tay này lên lòng bàn tay kia và ngược lại (mu tay để khum khớp với lòng bàn tay)			
13	Chà ngón cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (lòng bàn tay ôm lấy ngón cái).			
14	Xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy			
15	Lau khô tay bằng khăn hoặc khăn giấy khô (hoặc sấy khô)			
16	Khởi động lại quy trình trên từ bước 8 đến bước 15 nếu bàn tay đã bị chạm vào bất kỳ bồn rửa			

Bảng kiểm kỹ thuật sát khuẩn tay nhanh bằng dung dịch sát khuẩn

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị dụng cụ			
2	Tháo bỏ đồ trang sức và để ở một nơi an toàn.			
3	Kiểm tra nhãn mác của dung dịch			
4	Lấy đúng lượng dung dịch rửa vào lòng bàn tay. Xoa hai bàn tay lại với nhau, bao gồm tất cả các bề mặt của bàn tay và ngón tay, và giữa các ngón tay. Cũng làm sạch các đầu ngón tay và kẽ móng tay			
5	Xoa hai tay vào nhau cho đến khi chúng khô (ít nhất 15 giây).			
6	Sử dụng kem dưỡng da không có dầu nếu muốn.			

BÀI 2: KỸ THUẬT RỬA TAY NGOẠI KHOA

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật rửa tay ngoại khoa đúng quy trình kỹ thuật
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc rửa tay ngoại khoa

NỘI DUNG

1. Áp dụng

- Trước khi tiến hành phẫu thuật
- Áp dụng đối với phẫu thuật viên, kỹ thuật viên phụ dụng cụ vòng trong
- Áp dụng đối với điều dưỡng viên thực hiện các kỹ thuật ngoại khoa như: thay băng, cắt chỉ...

2. Dụng cụ

- Đồng hồ, lavabo, vòi nước có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân
- Bàn chải vô khuẩn 2 cái, kéo hoặc bấm cắt móng tay, xà phòng có chất diệt khuẩn, khăn lau tay vô khuẩn, cồn 70°, hộp đựng khăn lau tay vô khuẩn, thùng (túi) đựng khăn đã lau tay.

3. Quy trình rửa tay ngoại khoa

QUY TRÌNH RỬA TAY NGOẠI KHOA

(THEO QUYẾT ĐỊNH 3916/QĐ - BYT NGÀY 28 THÁNG 8 NĂM 2017)

BƯỚC 1: RỬA TAY VỚI XÀ PHÒNG THƯỜNG (1 PHÚT)



1 Mở vòi nước, làm ướt tay tới khuỷu tay



2 Lấy 3-5 ml dung dịch xà phòng thường vào lòng bàn tay

CHÀ TAY THEO QUY TRÌNH VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY



3 Chà sát 2 lòng bàn tay vào nhau



4 Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại



5 Chà hai lòng bàn tay vào nhau miết mạnh các kẽ trong ngón tay



6 Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại



7 Chà kẽ móng ngón tay, dùng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại



8 Xoa các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại

SAU ĐÓ CHÀ CỖ TAY, CĂNG TAY LÊN TỚI KHUỶ TAY



9 Chà cổ tay, căng tay lên tới khuỷu tay



10 Chà cổ tay, căng tay lên tới khuỷu tay



11 Chà cổ tay, căng tay lên tới khuỷu tay

RỬA TAY VÀ LAU KHÔ



12 Rửa tay theo trình tự từ ngón tay đến khuỷu tay



13 Làm khô hoàn toàn từ bàn tay tới khuỷu tay



14 Làm khô hoàn toàn từ bàn tay tới khuỷu tay

BƯỚC 2: CHÀ TAY BẰNG DD VST CHỨA CÓN (TỐI THIỂU 3 PHÚT)

SÁT KHUẨN TAY VỚI CÓN LẦN 1



15 Lấy 3-5 ml DD VST chứa cón vào lòng bàn tay trái



16 Những 5 đầu ngón tay của bàn tay phải vào trong 5 giây



17 Sau đó chà cổ tay, căng tay, khuỷu tay của bàn tay phải (Chà tới khi tay khô). Chà xung quanh cổ tay, căng tay, khuỷu tay như hình



18 Sau đó chà cổ tay, căng tay, khuỷu tay của bàn tay trái (Chà tới khi tay khô)



19 Lấy 3-5 ml gel sát khuẩn vào lòng bàn tay phải



20 Những 5 đầu ngón tay của bàn tay trái vào trong 5 giây



21 Sau đó chà cổ tay, căng tay, khuỷu tay của bàn tay phải (Chà tới khi tay khô)



22 Sau đó chà cổ tay, căng tay, khuỷu tay của bàn tay trái (Chà tới khi tay khô)

BƯỚC 12 - 17

Thực hiện theo quy trình vệ sinh tay thường quy (6 bước rửa tay: chà lòng bàn tay, mu bên tay, kẽ ngón, mu ngoài, ngón cái, các đầu ngón tay) cho tới khi tay khô

SÁT KHUẨN TAY VỚI CÓN LẦN 2

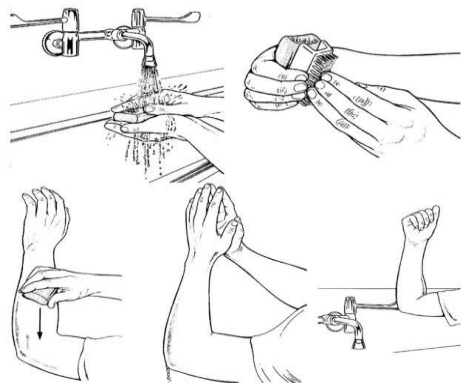
Lặp lại quy trình sát khuẩn tay với cón lần 1




23 Khi tay khô có thể mặc quần áo và găng tay vô trùng

Chú ý:

- (1) Nếu thời gian chà tay chứa đủ 3 phút thì lấy tiếp 3-5 ml dung dịch VST chứa cón, chà bàn tay như quy trình VST thường quy cho tới khi đủ 3 phút
- (2) Trong quá trình VST, bàn tay luôn hướng lên trên

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị dụng cụ	Kỹ thuật diễn ra thuận lợi
2	Vén tay áo quá khuỷu 10-20cm	Tránh làm ướt tay áo
3	Mở vòi nước bằng khuỷu tay hoặc bằng chân	
4	Làm ướt bàn, cẳng tay và khuỷu	
5	Làm sạch tay Lấy khoảng 5ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay. Rửa tay như rửa tay thường quy nhưng lên quá khuỷu tay 5 cm.	
6	Làm sạch xà phòng Rửa sạch xà phòng dưới vòi nước chảy. Bàn tay và cánh tay hướng lên trên.	
7	Lấy bàn chải đánh tay Làm ướt bàn chải và lấy dung dịch rửa tay vào bàn chải.	
8	Làm sạch các đầu ngón tay Dùng bàn chải đánh các đầu ngón tay.	Làm sạch các đầu kẽ và ngón tay
9	Làm sạch các kẽ /cạnh ngón tay Đánh bắt đầu từ cạnh ngoài ngón cái đến lần lượt các ngón tay kia rồi tiếp tục từ cạnh ngoài của ngón út lần lượt đến các ngón kia, kết thúc ở cạnh trong ngón cái	
10	Làm sạch lòng bàn tay Cầm bàn chải đánh lòng bàn tay.	

11	Làm sạch mu bàn tay Cầm bàn chải này đánh mu bàn tay.	
12	Làm sạch cánh tay Đánh cổ tay, cánh tay lên quá khuỷu tay 5 cm. Nên chia cánh tay thành 3 vùng và đánh mỗi vùng 10 lần.	
13	Đánh tay còn lại Dùng bàn chải khác đánh tay còn lại như tay kia, đánh tay từ nơi cần ưu tiên nhất (bàn tay) đến vùng xa hơn (cánh tay).	
14	Bỏ bàn chải vào thùng đựng dụng cụ bản	Tránh lây nhiễm
15	Làm sạch xà phòng Bỏ bàn chải, mở nước bằng khuỷu tay hoặc chân, rửa sạch xà phòng dưới vòi nước chảy, bàn tay luôn nâng cao	Làm sạch xà phòng 
16	Làm khô tay Khoá vòi nước bằng khuỷu tay/ chân. Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn, lau từ hai bàn tay trước đến cánh tay, bỏ khăn vào nơi quy định.	
17	Sát khuẩn tay Đề hai tay ngang tầm mắt, bàn tay hướng lên trên. Một người giúp đội cồn 70° vào bàn tay. Hoặc có thể ngâm tay vào chậu cồn.	
18	Làm khô tay Hai tay để cao phía trước ngực, để tay tự khô.	

4. Bảng kiểm quy trình rửa tay ngoại khoa

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị dụng cụ			
2	Vén tay áo quá khuỷu 10-20cm			
3	Mở vòi nước bằng khuỷu tay hoặc bằng chân			
4	Làm ướt bàn, cẳng tay và khuỷu			
5	Lấy khoảng 5ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay. Rửa tay như rửa tay thường quy nhưng lên quá khuỷu tay 5 cm.			
6	Rửa sạch xà phòng dưới vòi nước chảy. Bàn tay và cánh tay hướng lên trên.			
7	Làm ướt bàn chải và lấy dung dịch rửa tay vào bàn chải.			
8	Dùng bàn chải đánh các đầu ngón tay.			
9	Đánh bắt đầu từ cạnh ngoài ngón cái đến lần lượt các ngón tay kia rồi tiếp tục từ cạnh ngoài của ngón út lần lượt đến các ngón kia, kết thúc ở cạnh trong ngón cái			
10	Cầm bàn chải đánh lòng bàn tay.			
11	Cầm bàn chải này đánh mu bàn tay			
12	Đánh cổ tay, cánh tay lên quá khuỷu tay 5 cm. Nên chia cánh tay thành 3 vùng và đánh mỗi vùng 10 lần.			
13	Dùng bàn chải khác đánh tay còn lại như tay kia, đánh tay từ nơi cần ưu tiên nhất (bàn tay) đến vùng xa hơn (cánh tay).			
14	Bỏ bàn chải vào thùng đựng dụng cụ bẩn			
15	Khoá vòi nước bằng khuỷu tay/ chân. Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn, lau từ hai bàn tay trước đến cánh tay, bỏ khăn vào nơi quy định.			
16	Đỡ hai tay ngang tầm mắt, bàn tay hướng lên trên. Một người giúp đội côn 70° vào bàn tay. Hoặc có thể ngâm tay vào chậu côn.			
17	Hai tay để cao phía trước ngực, để tay tự khô.			

BÀI 3: KỸ THUẬT MẶC – Cởi ÁO CHOÀNG VÔ KHUẨN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật mặc – cởi áo choàng vô khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc mặc – cởi áo choàng vô khuẩn.

NỘI DUNG

1. Mục đích

Ngăn ngừa vi khuẩn từ thầy thuốc lây lan vào vùng phẫu thuật và ngược lại ngăn ngừa vi khuẩn trong phẫu thuật (hoặc làm các thủ thuật) sang người thầy thuốc

2. Chỉ định

Tất cả các trường hợp làm phẫu thuật.



3. Chuẩn bị dụng cụ

Áo choàng vô khuẩn được gấp đúng quy cách, mặt ngoài vào trong, hình đèn xếp đựng trong hộp vô khuẩn.

Kẹp kocher vô khuẩn

4. Quy trình kỹ thuật mặc vào cởi áo choàng vô khuẩn

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chỉ cầm vào mặt trong của áo khi tự mặc áo cho mình	
2	Đưa hai bàn tay và cánh tay lên khỏi thắt lưng và cách xa thân mình	
3	Phần duy nhất của áo choàng khi đã mặc vào cơ thể được coi là vô trùng là phần ở phía trước, từ thắt lưng trở lên ngoại trừ phần ở gần cổ áo và phía sau cánh tay áo.	
4	Nếu áo choàng bị tiếp xúc với vùng hữu trùng bắt buộc phải thay áo khác.	
Mặc áo có sự trợ giúp của điều dưỡng viên vòng ngoài		
1	Trước khi mặc áo phải rửa tay và mang găng.	
2	Lấy áo choàng trong gói đồ mở ở bàn dụng cụ.	

3	Cầm mặt trong gần cổ áo choàng và đưa thẳng tay lên phía trước, ngang ngực để mở áo ra. Tránh để chạm vào người hay bất kỳ một vật gì khác chưa tiệt trùng.	
4	Luồn hai tay vào hai tay áo choàng vô khuẩn.	
5	Điều dưỡng viên vòng ngoài cầm phía bên trong của cánh tay áo, nơi các đường nối ở vai, kéo chỉnh áo của điều dưỡng viên vòng trong cho đến khi bàn tay của người điều dưỡng (vòng trong) đến ống cổ tay áo choàng.	
6	Sau đó, buộc các dây buộc ở cổ và lưng.	
7	Tiếp đến buộc dây ở thắt lưng bằng cách cúi xuống cầm đầu dây thắt lưng hai bên để buộc lại.	
8	Điều dưỡng viên vòng ngoài sửa lại hông áo bằng cách cúi xuống nắm mép áo ở chỗ nối vạt trước và vạt sau kéo nhẹ xuống.	
Cởi áo choàng		
1	Sau khi đã cởi bỏ găng đúng kỹ thuật	
2	Tay phải nắm lấy vai áo bên trái, kéo áo ra. Tương tự như vậy với bên đối diện.	
3	Trường hợp đặc biệt nếu cởi áo giữa hai cuộc mổ phải cởi áo trước, cởi găng sau.	
4	Cuộn áo, cuộn mặt ngoài vào trong	Tránh lây nhiễm
5	Bỏ áo vào chỗ để đồ bẩn	

5. Bảng kiểm kỹ thuật mặc và cởi áo choàng vô khuẩn

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chỉ cầm vào mặt trong của áo khi tự mặc áo cho mình			
2	Đưa hai bàn tay và cánh tay lên khỏi thắt lưng và cách xa thân mình			
3	Phần duy nhất của áo choàng khi đã mặc vào cơ thể được coi là vô trùng là phần ở phía trước, từ thắt lưng trở lên ngoại trừ phần ở gần cổ áo và phía sau cánh tay áo.			
4	Nếu áo choàng bị tiếp xúc với vùng hữu trùng bắt buộc phải thay áo khác.			
Mặc áo có sự trợ giúp của điều dưỡng viên vòng ngoài				
1	Mang găng, rửa tay thường quy			
2	Lấy áo choàng trong gói đồ mổ ở bàn dụng cụ.			
3	Cầm mặt trong gần cổ áo choàng và đưa thẳng tay lên phía trước, ngang ngực để mở áo ra			
4	Luồn hai tay vào hai tay áo choàng vô khuẩn.			
5	Điều dưỡng viên vòng ngoài cầm phía bên trong của cánh tay áo, nơi các đường nối ở vai, kéo chỉnh áo của điều dưỡng viên vòng trong cho đến khi bàn tay của người điều dưỡng (vòng trong) đến ống cổ tay áo choàng.			
6	Buộc các dây buộc ở cổ và lưng.			
7	Buộc dây ở thắt lưng bằng cách cúi xuống cầm đầu dây thắt lưng hai bên để buộc lại.			
8	Điều dưỡng viên vòng ngoài sửa lại hông áo			
Cởi áo choàng				
1	Sau khi đã cởi bỏ găng đúng kỹ thuật			
2	Tay phải nắm lấy vai áo bên trái, kéo áo ra. Tương tự như vậy với bên đối diện			
3	Trường hợp đặc biệt nếu cởi áo giữa hai cuộc mổ phải cởi áo trước, cởi găng sau.			
4	Cuộn áo, cuộn mặt ngoài vào trong			
5	Bỏ áo vào chỗ để đồ bẩn			

BÀI 4: KỸ THUẬT MANG GĂNG – Cởi GĂNG VÔ KHUẨN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện được kỹ thuật mang găng – cởi găng vô khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc mang găng – cởi găng

NỘI DUNG

1. Mục đích

- Bảo vệ người bệnh tránh được sự lây truyền các tác nhân gây bệnh khi NVYT thực hiện các thao tác vô khuẩn.

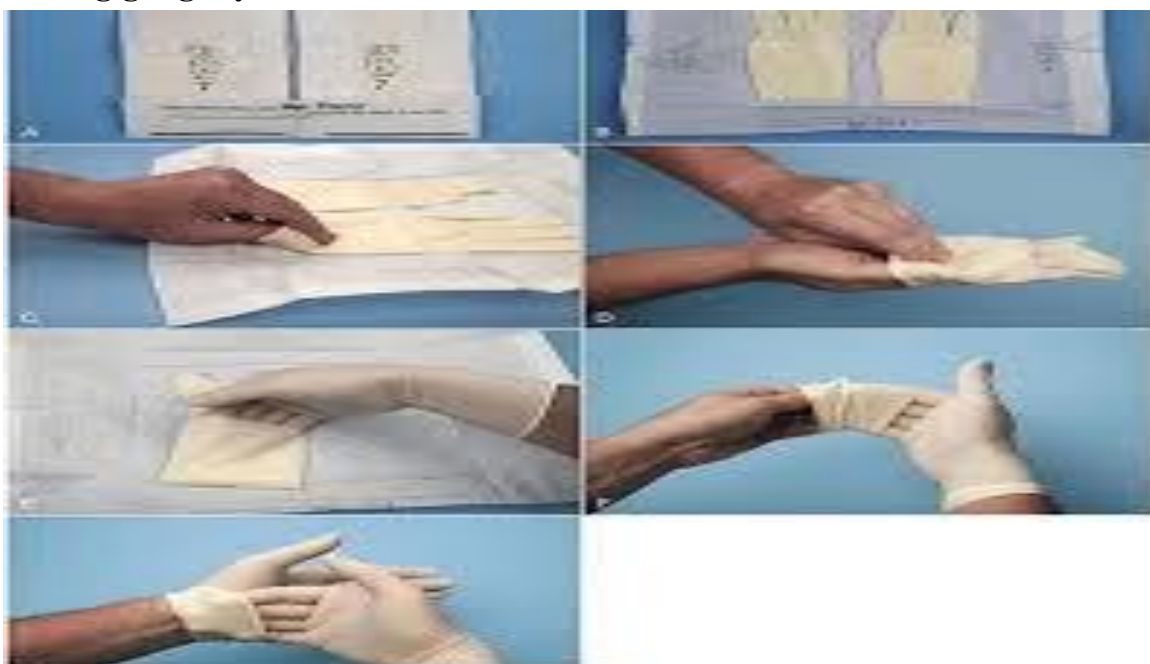
- Bảo vệ tay nhân viên y tế bằng cách tạo hàng rào ngăn cách không cho máu và dịch của người bệnh tiếp xúc với da tay của NVYT, ngăn cách các tác nhân hoá học gây kích ứng da và giữ nguyên được cảm giác của da tay.



2. Những chú ý khi mang găng

- Mang găng không thay thế được vệ sinh tay.
- Mỗi đôi găng chỉ dùng cho một người bệnh
- Không khuyến khích sử dụng lại găng tay dùng một lần.
- Không cần mang găng trong các chăm sóc thông thường nếu việc tiếp xúc chỉ giới hạn ở vùng da lành lặn.

3. Quy trình kỹ thuật mang và cởi găng

Mang găng tay

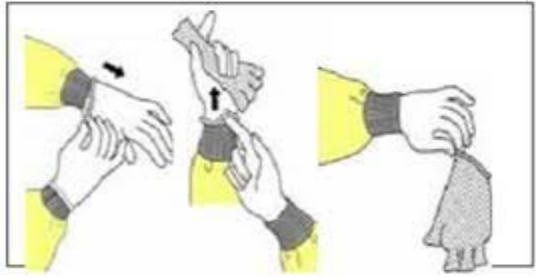


Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị dụng cụ: Găng tay kích cỡ phù hợp	Phù hợp với kích cỡ tay 
2	Vệ sinh tay, kiểm soát móng tay, tháo trang sức đồng hồ	Làm sạch tay trước khi mang găng
3	Mở hộp (bao) đựng găng tay bên ngoài trong điều kiện khô, bề mặt sạch sẽ, không chạm vào vùng vô khuẩn	Tránh nhiễm khuẩn
4	Mở gói bên trong, mở cùng 1 cách, giữ găng vô khuẩn trên bề mặt bên trong với cùng về phía bạn	
5	Dùng một tay chưa mang găng để vào mặt trong của nếp gấp găng ở cổ tay để mang cho tay kia.	
6	Dùng 4 ngón tay của tay mang găng đặt vào nếp gấp mặt ngoài cổ găng còn lại để mang găng cho tay kia.	
7	Chỉnh lại găng cho khít bàn tay.	
8	Đề 2 tay đã mang găng phía trước mặt trong tầm mắt, trên thắt lưng	

Chú ý: Găng tay trùm ra ngoài cổ tay áo choàng khi chăm sóc người bệnh
 Trong quá trình mang găng vô khuẩn, không được đụng vào mặt ngoài găng
 Bảng kiểm quy trình mang găng

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị dụng cụ			
2	Vệ sinh tay			
3	Mở hộp (bao) đựng găng bên ngoài			
4	Mở gói đựng găng bên trong			
5	Dùng một tay chưa mang găng để vào mặt trong của nếp gấp găng ở cổ tay để mang cho tay kia			
6	Dùng 4 ngón tay của tay mang găng đặt vào nếp gấp mặt ngoài cổ găng còn lại để mang găng cho tay kia.			
7	Chỉnh lại găng cho khít bàn tay.			
8	Đề 2 tay đã mang găng phía trước mặt			

Cởi găng tay

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Tay đang mang găng (đã dùng) nắm vào mặt ngoài của găng ở cổ tay găng, kéo găng lật mặt trong ra ngoài cho vào túi rác y tế	Tránh lây nhiễm 
2	Tay đã tháo găng nắm vào mặt trong ở cổ tay của găng đã dùng, kéo găng lật mặt trong ra ngoài cho vào túi rác y tế	Tránh lây nhiễm
3	Rửa tay thường quy	Làm sạch tay

Bảng kiểm cời găng tay vô khuẩn

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Tay đang mang găng (đã dùng) nắm vào mặt ngoài của găng ở cổ tay găng, kéo găng lật mặt trong ra ngoài cho vào túi rác y tế			
2	Tay đã tháo găng nắm vào mặt trong ở cổ tay của găng đã dùng, kéo găng lật mặt trong ra ngoài cho vào túi rác y tế			
3	Rửa tay thường quy			

BÀI 5: KỸ THUẬT ĐẾM MẠCH CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GHI KẾT QUẢ VÀO PHIẾU CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật đếm mạch cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc đếm mạch cho người bệnh
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Mạch là cảm giác nảy dưới tay, khi đặt ngón tay đồng thời ấn nhẹ trên đường đi của động mạch (mạch đập). Mạch đập không phải là do máu chảy tới nơi bắt mạch mà là do sóng rung động phát sinh ở động mạch chủ, khi tim ở thì tâm thu.

- Tần số mạch: Thông thường tần số mạch tương đương với tần số co bóp của tim. Tần số mạch có thể khác nhau giữa người này với người khác và ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố.

- Tần số mạch bình thường: ở người lớn là 70 - 80 chu kỳ/phút.

- Trẻ sơ sinh: 120 - 140 chu kỳ/phút; trẻ 1 tuổi: 100 - 130 chu kỳ/phút; trẻ 5 - 6 tuổi: 90 - 100 chu kỳ/phút; 10 - 15 tuổi: 80 - 90 chu kỳ/phút; người già: 60 - 70 chu kỳ/phút.

- Nhịp điệu của mạch là khoảng cách giữa các lần đập; nhịp điệu bình thường khoảng cách giữa các lần đập bằng nhau, sức đập đều đặn, nhịp đều.

2. Vị trí bắt mạch

Mạch bắt được ở bất kỳ vị trí nào mà ở đó động mạch ngoại biên nằm ngay sát dưới da, đi trên một tổ chức có cấu trúc chắc. Mạch sờ thấy rõ ở các vị trí sau:

- Động mạch thái dương: thường được áp dụng để lấy mạch ở trẻ em khi không bắt được mạch quay.

- Động mạch cổ: khi lấy mạch ở vị trí này dễ gây kích thích xoang cảnh, dẫn đến làm chậm tần số mạch, nhất là ở những người già có bệnh lý hệ tim mạch. Vì vậy nên bắt mạch ở một bên cổ, chỉ cần ấn nhẹ, chỉ bắt khi thật cần thiết.

- Mỏm tim: mạch mỏm tim được lấy ở đúng vị trí mỏm tim, là tần số co bóp thực tế của tim.

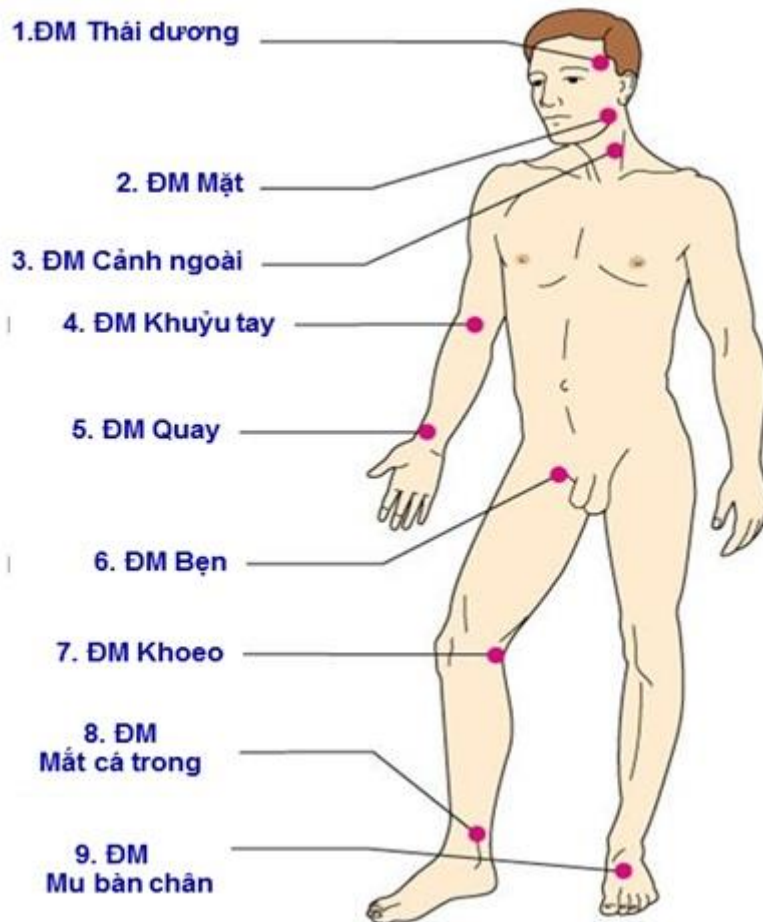
- Động mạch cánh tay: thường sử dụng trong kỹ thuật đo huyết áp động mạch.

- Động mạch đùi: vị trí bắt mạch ở trên đường giữa của đường nối gai chậu trước trên và xương mu trong vùng bẹn. Sử dụng khi không bắt được mạch quay, đánh giá tuần hoàn chi dưới.

- Động mạch khoeo: khi bắt mạch ở vị trí này, chân người bệnh ở tư thế duỗi.

- Động mạch chày sau: bắt mạch ở ngay sau mắt cá trong.

- Động mạch mu chân: vị trí bắt ở giữa đường nối mắt cá trong và mắt cá ngoài với đường giữa ngón chân cái và ngón chân thứ hai.
- Động mạch quay: được sử dụng nhiều nhất vì dễ xác định, tiện lợi ở hầu hết người bệnh.



3. Nguyên tắc khi bắt mạch

3.1. Thực hiện theo các nguyên tắc chung lấy dấu hiệu sinh tồn

- Trước khi lấy dấu hiệu sinh tồn phải để người bệnh nghỉ ngơi ít nhất 15 phút
- Kiểm tra phương tiện dụng cụ trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Khi đang lấy dấu hiệu sinh tồn không được tiến hành bất cứ thủ thuật nào trên người bệnh.
- Bình thường mỗi ngày theo dõi dấu sinh hiệu 2 lần: Sáng và chiều cách nhau 8 giờ, trường hợp đặc biệt thời gian theo dõi có thể 15 phút, 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ... /lần.
- Khi thấy kết quả dấu hiệu sinh tồn của người bệnh bất thường phải thực hiện chăm sóc và báo cáo với bác sĩ để kịp thời xử lý.
- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi bảo đảm sự trung thực, chính xác theo đúng quy định.
- +Mạch: màu đỏ
- +Nhiệt độ: màu xanh
- +Huyết áp: màu đỏ hoặc màu xanh

+Nhịp thở: màu xanh hoặc màu đen

3.2. Quy tắc chung khi lấy mạch

- Trước khi lấy mạch, người bệnh phải nằm nghỉ yên tĩnh 15 phút. Trong khi lấy mạch, không được tiến hành thủ thuật gì trên cơ thể người bệnh, có thể ảnh hưởng gây sai lệch kết quả lấy mạch.

- Mỗi ngày phải lấy mạch 2 lần

+ Sáng và chiều cách nhau 8 giờ (nên lấy cùng một lúc với đo nhiệt độ). Sáng vào lúc 6h, chiều vào lúc 14h.

+ Trường hợp đặc biệt thì lấy mạch theo chỉ định của bác sĩ.

3.3. Đường biểu diễn mạch

+ Dùng màu đỏ và phải kẻ bằng thước ngay thẳng chính xác vào bảng mạch - nhiệt độ, ở giao điểm của mỗi lần kẻ phải ghi đậm cho dễ nhìn, dễ đọc.



+ Trường hợp đặc biệt phải ghi rõ giờ cụ thể.

- Không để người bệnh tự lấy mạch và báo kết quả.

- Nếu thấy mạch bất thường: mạch nhanh nhỏ yếu, chậm, cách quãng phải báo cáo ngay cho bác sĩ.

4. Quy trình thực hành kỹ năng đếm mạch

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	<ul style="list-style-type: none">- Điều dưỡng trang phục, rửa tay.- Kiểm tra, sắp xếp dụng cụ: Đồng hồ bấm giây, phiếu theo dõi, bút bi màu đỏ, thước, ống nghe.	
2	<ul style="list-style-type: none">Nhận định và chuẩn bị người bệnh- Đứng người bệnh, thông báo và giải thích để người bệnh yên tâm.- Nhận định NB: Sự hợp tác, yếu tố ảnh hưởng- Dẫn NB những điều cần thiết: nghỉ ngơi trước khi bắt mạch 15 phút	Người bệnh hiểu về mục đích theo dõi mạch; chuẩn bị đúng để đảm bảo kết quả chính xác.
3	<ul style="list-style-type: none">Tư thế NB:- Ngồi: thoải mái, tay để thẳng, đặt tay lên bàn/ghế cao ngang tầm ngực- Nằm ngửa: Đặt cánh tay ngửa dọc theo thân người	Giúp NB thoải mái, điều dưỡng thực hiện kỹ thuật dễ dàng và cho kết quả chính xác
4	Đặt gối kê tay dưới cằm - cổ tay người bệnh	Tay NB không bị đau do tỳ lên bàn/ghế

5	<p>Xác định vị trí bắt mạch, đặt 3 đầu ngón tay (dùng ngón trỏ, giữa và áp út; không dùng ngón cái để bắt mạch) trên đường đi của động mạch quay, ấn nhẹ</p> 	Bắt mạch sẽ rõ và chính xác
6*	<p>Đếm mạch: khi sờ thấy mạch đập, nhìn đồng hồ và bắt mạch trong 1 phút: nhận định tần số, cường độ, nhịp điệu, sức căng</p> 	Đếm và nhận định mạch
7	Nhận định mạch	
8	Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái.	Người bệnh biết về mạch của bản thân
9	Chăm sóc, tư vấn chăm sóc (nếu người bệnh có mạch/nhịp tim bất thường).	Xử trí của điều dưỡng
10	<p>Ghi kết quả vào hồ sơ/phiếu theo dõi</p> <p>Ghi ngày giờ theo dõi, kết quả mạch/nhịp tim vào hồ sơ/phiếu theo dõi.</p> <p>Báo cáo bác sĩ, nhân viên y tế liên quan khi có kết quả bất thường.</p>	<p>Lưu giữ và theo dõi diễn biến mạch/nhịp tim của người bệnh</p> <p>Phối hợp xử trí, chăm sóc</p>

Chú ý: Nếu thực hiện không đúng bước * sẽ không đạt yêu cầu

5. Bảng kiểm kỹ thuật đếm mạch cho người bệnh

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng trang phục, rửa tay. Kiểm tra, sắp xếp dụng cụ			
2	Nhận định và chuẩn bị người bệnh			
3	Tư thế NB			
4	Đặt gối kê tay dưới cẳng - cổ tay người bệnh			
5	Xác định vị trí bắt mạch			
6	Đếm mạch trong 1 phút: nhận định tần số, cường độ, nhịp điệu, sức căng.			
7	Nhận định mạch			
8	Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái.			
9	Chăm sóc, tư vấn chăm sóc (nếu người bệnh có mạch bất thường)			
10	Ghi kết quả vào hồ sơ/phiếu theo dõi			

BÀI 6: KỸ THUẬT ĐO NHIỆT ĐỘ CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GHI KẾT QUẢ VÀO PHIẾU CHĂM SÓC.

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật đo nhiệt độ cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc đo nhiệt độ cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật

NỘI DUNG

1. Khái niệm về thân nhiệt

Thân nhiệt là nhiệt độ cơ thể, khác nhau tùy theo từng vùng của cơ thể.

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

+ Ở trực tràng: hằng định nhất, trong điều kiện bình thường dao động trong khoảng 36,3 - 37,1⁰C.

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

+ Ở nách: thấp hơn ở trực tràng 0,5 - 1⁰C, dao động nhiều, thuận tiện để theo dõi thân nhiệt người bệnh.

- Thân nhiệt ngoại vi: là nhiệt độ ở da, chịu ảnh hưởng của nhiệt độ môi trường, thân nhiệt ngoại vi cũng thay đổi theo vị trí đo. Ví dụ ở trán: trung bình là 33,5⁰C; ở lòng bàn tay: 32⁰C; ở mu bàn chân: 28⁰C.

2. Những nguyên tắc cơ bản khi đo thân nhiệt

2.1. Thực hiện theo các nguyên tắc chung lấy dấu hiệu sinh tồn

- Trước khi lấy dấu hiệu sinh tồn phải để người bệnh nghỉ ngơi ít nhất 15 phút

- Kiểm tra phương tiện dụng cụ trước khi thực hiện kỹ thuật.

- Khi đang lấy dấu hiệu sinh tồn không được tiến hành bất cứ thủ thuật nào trên người bệnh.

- Bình thường mỗi ngày theo dõi dấu hiệu sinh tồn 2 lần: Sáng và chiều cách nhau 8 giờ, trường hợp đặc biệt thời gian theo dõi có thể 15 phút, 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ... /lần.

- Khi thấy kết quả dấu hiệu sinh tồn của người bệnh bất thường phải thực hiện chăm sóc và báo cáo với bác sĩ để kịp thời xử lý.

- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi bảo đảm sự trung thực, chính xác theo đúng quy định.

+ Mạch: màu đỏ

+ Nhiệt độ: màu xanh

+ Huyết áp: màu đỏ hoặc màu xanh

+ Nhịp thở: màu xanh hoặc màu đen

2.2. Đối với đo thân nhiệt

- Đặt nhiệt kế đúng vị trí, thời gian đo thân nhiệt theo đúng quy định cho từng loại nhiệt kế.

- Xem xét các yếu tố liên quan có thể làm sai lệch kết quả thân nhiệt: nhiệt độ môi trường, vị trí đo thân nhiệt, loại nhiệt kế.

- Đảm bảo sự kín đáo và thoải mái khi đo thân nhiệt (ở hậu môn) người bệnh.

- Chọn vị trí đo thân nhiệt phù hợp và an toàn cho người bệnh:

+ Không đo thân nhiệt ở miệng cho trẻ nhỏ, người tâm thần, người già.

+ Không đo thân nhiệt ở hậu môn cho người bệnh bị tiêu chảy, táo bón, vết thương vùng hậu môn, trĩ.

- Đọc kết quả chính xác ngay sau khi đo thân nhiệt.

- Khi thấy kết quả nghi ngờ, phải nhận định lại hoặc dùng dụng cụ khác hoặc đo ở vị trí khác để so sánh.

3. Một số vị trí thường đo thân nhiệt

Vị trí đo thân nhiệt	Ưu điểm	Hạn chế/ giới hạn
Nách	An toàn, dụng cụ rẻ tiền Áp dụng được cho tất cả NB	Thời gian đo dài hơn Phải giữ đúng vị trí nhiệt kế
Da	Ít tổn kém An toàn, không xâm lấn Áp dụng được cho trẻ SS	Có thể bị ảnh hưởng bởi nhiệt độ môi trường.
Miệng	Dễ thực hiện Thuận tiện cho người bệnh Cho kết quả chính xác.	Không áp dụng cho NB có vết thương vùng miệng, chân thương, động kinh, lạnh run, trẻ nhũ nhi, trẻ nhỏ, NB có rối loạn tri giác, không hợp tác.
Hậu môn	Cho kết quả chính xác	Không áp dụng cho NB bị tiêu chảy, vết thương/phẫu thuật/chảy máu vùng hậu môn, rối loạn cơ vòng hậu môn. Không nên áp dụng khi đo dấu hiệu sinh tồn hàng ngày cho trẻ sơ sinh.
Tai	Dễ tiếp cận vị trí đo Cho kết quả chính xác vì vị trí màng nhĩ gần trung khu điều hòa thân nhiệt. Thời gian đo nhanh (từ 2-5 giây)	Người bệnh bị viêm tai giữa hoặc có ráy tai dính có thể làm sai lệch kết quả Khó đặt đúng vị trí cho trẻ sơ sinh, nhũ nhi, trẻ nhỏ hơn 3 tuổi.

4. Quy trình thực hiện kỹ năng đo nhiệt độ cho người bệnh

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Điều dưỡng: Trang phục, rửa/ sát khuẩn tay.	
2	- Chuẩn bị, sắp xếp dụng cụ hợp lý: Nhiệt kế phù hợp; phiếu, bút ghi, thước; gạc, bông khô,... rèm che: nếu có	
3	Nhận định và chuẩn bị người bệnh: - Đứng người bệnh, thông báo và giải thích để người bệnh yên tâm. - Nhận định NB: Sự hợp tác, vị trí đo, yếu tố ảnh hưởng - Dẫn NB những điều cần thiết: nghỉ ngơi trước khi đo 15 phút, cho NB đi đại tiện nếu đo ở hậu môn.	Người bệnh hiểu về lợi ích đo thân nhiệt; chuẩn bị đúng để đảm bảo kết quả đo chính xác
Đo thân nhiệt bằng nhiệt kế thủy ngân		
4	Lấy nhiệt kế ra khỏi hộp đựng, vẩy nhiệt kế cho vạch thủy ngân xuống dưới 35°C.	Tránh sai lệch kết quả
5 *	Tư thế người bệnh, cách đặt nhiệt kế và thời gian đo thân nhiệt đối với các vị trí đo.	
	Đo thân nhiệt ở nách: - Người bệnh ngồi hoặc nằm - Điều dưỡng dùng gạc lau khô nách NB Đặt nhiệt kế vào hố nách: đặt bầu thủy ngân sát vào hố nách, thân nhiệt kế chếch theo hướng vú, khép cánh tay vào thân, đặt cẳng tay lên bụng. - Giữ nhiệt kế trong vòng 10 phút	Không gây sai lệch kết quả Đảm bảo cho đo thân nhiệt chính xác.
	Đo thân nhiệt ở miệng: - Người bệnh ngồi hoặc nằm. - Điều dưỡng mang găng tay sạch (nếu cần) - Yêu cầu người bệnh há miệng, cong lưỡi lên, đặt bầu thủy ngân của nhiệt kế vào dưới lưỡi hoặc cạnh má - Yêu cầu người bệnh hạ lưỡi xuống, dùng môi giữ nhiệt kế trong 5 phút.	Phòng ngừa lây nhiễm qua dịch tiết Đảm bảo cho đo thân nhiệt chính xác.
	Đo thân nhiệt ở hậu môn: - Người bệnh nằm nghiêng về bên trái - Bôi chất trơn vào đầu nhiệt kế - Điều dưỡng đứng ngang hông, bộc lộ vị trí đo	- Không gây tổn thương hậu môn - Đảm bảo cho đo thân nhiệt chính xác.

	<p>thân nhiệt</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đặt nhiệt kế vào hậu môn NB theo chiều hướng về rốn, đẩy nhẹ nhàng vào với độ sâu: <ul style="list-style-type: none"> + Trẻ nhũ nhi: 1,5 cm + Trẻ nhỏ: 2,5 cm + Người lớn: 3,7 cm Thời gian để nhiệt kế trong 5 phút 	
6	Lấy nhiệt kế ra để nhiệt kế ngang tầm mắt và đọc chính xác kết quả (không cầm vào bầu thủy ngân).	Cầm vào bầu thủy ngân sẽ làm ảnh hưởng tới kết quả
7	Dùng bông/gạc lau sạch bầu thủy ngân Cho nhiệt kế vào khay/cốc có chứa dung dịch khử khuẩn	
8	Nhận định thân nhiệt	Đánh giá thân nhiệt bình thường hay bất thường.
9	Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái	
10	Hỗ trợ biện pháp can thiệp điều dưỡng (nếu NB có thân nhiệt bất thường - sốt hoặc hạ thân nhiệt).	Xử trí của điều dưỡng
11	Ghi hồ sơ/phiếu theo dõi Ghi ngày giờ đo, kết quả thân nhiệt vào hồ sơ/phiếu theo dõi. Báo cáo bác sĩ, nhân viên y tế liên quan khi có kết quả bất thường.	<ul style="list-style-type: none"> - Lưu giữ để theo dõi diễn biến thân nhiệt của người bệnh - Phối hợp xử trí, chăm sóc

Lưu ý: Nếu thực hiện không đúng bước 5* sẽ không đạt yêu cầu kỹ thuật

5. Bảng kiểm kỹ thuật đo nhiệt độ

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng: Trang phục, rửa/sát khuẩn tay.			
2	Chuẩn bị, sắp xếp dụng cụ rèm che			
3	Nhận định và chuẩn bị người bệnh			
4	Lấy nhiệt kế ra khỏi hộp đựng, chuẩn bị nhiệt kế			
5	Tư thế người bệnh, cách đặt nhiệt kế và thời gian đo thân nhiệt đối với các loại nhiệt kế và vị trí đo			
6	Lấy nhiệt kế, đọc kết quả			
7	Vệ sinh nhiệt kế, Cho nhiệt kế vào khay/cốc/túi			
8	Nhận định thân nhiệt			
9	Thông báo kết quả, giúp người bệnh về tư thế thoải mái			
10	Chăm sóc, tư vấn chăm sóc			
11	Ghi hồ sơ/phiếu theo dõi Báo cáo khi có kết quả bất thường			

BÀI 7: KỸ THUẬT ĐẾM NHỊP THỞ CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GHI KẾT QUẢ VÀO PHIẾU CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật đếm nhịp thở cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc đếm nhịp thở cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Nhịp thở (hay tần số hô hấp) là số lần thở (gồm hít vào và thở ra) trong mỗi phút. Nhịp thở bình thường: hô hấp êm dịu, đều đặn, người thở không có cảm giác và thực hiện qua mũi một cách từ từ.

- Tần số thở của người lớn bình thường từ 16 - 20 lần/phút, nhịp đều, biên độ trung bình, thì hít vào cường độ hô hấp mạnh hơn nhưng thời gian ngắn hơn thì thở ra.

- Ở trẻ em: tần số thở thay đổi theo lứa tuổi.

Thời kỳ sơ sinh: 40 - 60 lần/phút; < 6 tháng: 35 - 40 lần/phút; 7 - 12 tháng: 30 - 35 lần/phút; 2 - 3 tuổi: 25 - 30 lần/phút; 4 - 6 tuổi : 20 - 25 lần/phút; 7 - 15 tuổi: 18 - 20 lần/phút.

2. Nguyên tắc khi theo dõi nhịp thở

Khi theo dõi nhịp thở cần phải tuân thủ các nguyên tắc theo dõi dấu hiệu sinh tồn

Nguyên tắc theo dõi nhịp thở:

- Không cho người bệnh biết khi đếm nhịp thở. Đối với trẻ nhỏ chỉ đếm nhịp thở khi trẻ nằm yên, tốt nhất khi ngủ.

- Đếm nhịp thở cho trẻ trước khi theo dõi các dấu hiệu khác

- Đảm bảo người bệnh ở tư thế thoải mái, dễ chịu

- Đếm nhịp thở trọn trong 1 phút. Chú ý cường độ, nhịp điệu khi người bệnh có rối loạn nhịp thở, bệnh lý tim mạch, hô hấp.

- Cần xem xét tiền sử, các yếu tố liên quan đến tình trạng người bệnh thở nhanh, chậm, thở không đều.

3. Quy trình kỹ năng đếm nhịp thở cho người bệnh

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Điều dưỡng rửa tay/sát khuẩn tay Kiểm tra, sắp xếp dụng cụ: Đồng hồ bấm giây, phiếu theo dõi, bút bi màu	
2	Nhận định và chuẩn bị người bệnh - Đứng người bệnh, thông báo và giải thích để người bệnh yên tâm. - Nhận định NB: Sự hợp tác, yếu tố ảnh hưởng - Dặn NB những điều cần thiết: nghỉ ngơi trước khi theo dõi 15 phút.	Người bệnh hiểu về mục đích theo dõi; chuẩn bị đúng để đảm bảo kết quả chính xác.
3	Tư thế thuận tiện: ngồi hoặc nằm với đầu giường nâng cao 45 - 60 ⁰ Bộc lộ phần ngực, bụng (nếu cần) - khi đếm nhịp thở trẻ em.	Quan sát rõ ngực và bụng khi theo dõi nhịp thở.
4	Đỡ tay người bệnh chéo lên bụng hoặc phần ngực dưới của người bệnh, điều dưỡng cầm tay người bệnh kiểu như bắt mạch.	Đỡ người bệnh không chú ý khi theo dõi nhịp thở.
5	Đếm nhịp thở: quan sát cả chu kỳ hít vào - thở ra = một nhịp; đếm tần số trong 1 phút.	
6	Nhận định tần số thở; nhịp điệu, độ nông sâu, kiểu thở, huy động cơ hô hấp phụ.	Cho biết tình trạng hô hấp bình thường hay bệnh lý.
7	Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái.	Người bệnh biết về nhịp thở của bản thân.
8	Chăm sóc, tư vấn chăm sóc (nếu người bệnh có nhịp thở bất thường).	Xử trí của điều dưỡng
9	Ghi kết quả vào hồ sơ/ phiếu theo dõi - Ghi ngày giờ theo dõi, kết quả theo dõi vào hồ sơ/ phiếu theo dõi. - Báo cáo bác sĩ, nhân viên y tế liên quan khi có kết quả bất thường.	- Lưu giữ và theo dõi diễn biến nhịp thở của người bệnh. - Phối hợp xử trí, chăm sóc

4. Bảng kiểm kỹ thuật đếm nhịp thở

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng rửa tay. Kiểm tra, sắp xếp dụng cụ:			
2	Nhận định và chuẩn bị người bệnh			
3	Tư thế, bộc lộ phần ngực, bụng (nếu cần)			
4	Đề tay NB chéo lên bụng hoặc phần ngực dưới của NB, tay điều dưỡng đặt lên tay NB.			
5	Quan sát; đếm tần số trong 1 phút			
6	Nhận định tần số, nhịp điệu, độ nông sâu, kiểu thở			
7	Thông báo kết quả			
8	Chăm sóc, tư vấn chăm sóc			
9	Ghi kết quả vào hồ sơ/phiếu theo dõi			

BÀI 8: KỸ THUẬT ĐO HUYẾT ÁP CHO NGƯỜI BỆNH VÀ GHI KẾT QUẢ VÀO PHIẾU CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật đo huyết áp cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc đo huyết áp cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

* Huyết áp động mạch là áp lực của máu trên thành động mạch, tạo thành bởi các yếu tố

- Sức co bóp của tim.
- Lưu lượng máu trong động mạch.
- Sức cản ngoại vi.

* Huyết áp động mạch có hai trị số.

- Huyết áp tâm thu (huyết áp tối đa): là áp lực cao nhất của máu trong động mạch khi tim co bóp.

- Huyết áp tâm trương (huyết áp tối thiểu): là áp lực thấp nhất của máu trong động mạch khi tim giãn.

- Đơn vị đo huyết áp là milimet thủy ngân (mmHg).

* Chỉ số bình thường của huyết áp: đối với người lớn,

- Giới hạn bình thường của huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu): 90 - < 140 mmHg
- Giới hạn bình thường của huyết áp tối thiểu (HA tâm trương): 60 - < 90 mmHg

2. Những thay đổi bệnh lý của huyết áp

2.1. Tăng huyết áp

Khi đo huyết áp theo phương pháp Krotkof cho người lớn, nếu huyết áp (HA) tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg, được gọi là tăng HA.

Tăng huyết áp khi HA trung bình ≥ 110 mmHg, hoặc khi đo huyết áp liên tục trong 24 giờ $\geq 135/85$ mmHg.

Khi HA tăng $\geq 220/120$ mmHg gọi là “cơn tăng HA kịch phát”.

WHO (2003), phân độ tăng HA người lớn (từ 18 tuổi trở lên) như sau:

HA và độ tăng HA	HA tâm thu (mmHg)	HA tâm trương (mmHg)
- Bình thường tối ưu	< 120	< 80
- Bình thường	< 130	< 85
- Bình thường cao	130 - 139	85 - 89

- Tăng HA độ 1 - Tăng HA độ 2	140 - 159 và /hoặc HA tâm trương 90 - 99 ≥ 160 - 179 và/hoặc HA tâm trương 100 - 109
- Tăng HA độ 3 (nặng)	≥ 180 và/hoặc HA tâm trương ≥ 110

2.2. *Huyết áp thấp*

HA tâm thu < 90mmHg và HA tâm trương < 60mmHg gọi là HA thấp.

Một số người thường xuyên có HA thấp < 95/60mmHg nhưng không có biểu hiện bệnh lý.

HA thấp kèm theo các dấu hiệu trụy mạch hoặc sốc (HA tâm thu ≤ 80 mmHg) là tình trạng nguy kịch phải điều trị và xử trí kịp thời nếu không sẽ gây nguy hiểm cho tính mạng người bệnh.

2.3. *Huyết áp kẹt*

Chênh lệch giữa trị số HA tâm thu và HA tâm trương (HA hiệu số) giảm xuống ≤ 20mmHg thì gọi là HA kẹt.

3. Nguyên tắc đo huyết áp

Thực hiện theo các nguyên tắc theo dõi dấu hiệu sinh tồn (xem mục 2.4.1)

Đối với đo huyết áp

- Chọn vị trí chi phù hợp để đo huyết áp
- Đỡ cánh tay cao ngang tầm tim
- Kích thước băng quấn của huyết áp kế phải phù hợp với chi đo:
- Chiều rộng của bao quấn phải lớn hơn 20% đường kính của chi đo hoặc 40% chu vi chi đo và 2/3 chiều dài chi đo.
- Lưu ý với những người bệnh có nguy cơ hạ huyết áp tư thế đứng.
- Cần đo huyết áp thường xuyên cho người bệnh có vấn đề về tim mạch, hô hấp.
- Báo cáo kết quả huyết áp bất thường cho bác sĩ, điều dưỡng trực.
- Nếu người bệnh đã dùng cafein, cần chờ 30 phút sau mới đo.
- Chuẩn bị dụng cụ đo huyết áp phù hợp, tư thế và kỹ thuật đo đúng để tránh làm sai lệch kết quả huyết áp.
- Lập thời gian biểu cho người bệnh để theo dõi huyết áp.


4. Các vị trí đo huyết áp


- Cánh tay: là vị trí thường áp dụng đo huyết áp.
- Cổ tay: máy đo gọn hơn, phù hợp khi đo cho người béo vì kích thước cổ tay ít thay đổi bởi béo.
- Cẳng chân: băng hơi quấn ở bắp cẳng chân, đặt ống nghe trên động mạch chày sau.
- Đùi: người được đo nằm sấp, băng hơi quấn giữa đùi, đặt ống nghe ở hố khoeo chân.

Lưu ý: Không nên thực hiện đo HA trên phần tay đang truyền dịch, lọc máu hoặc bị liệt.



5. Quy trình kỹ năng đo huyết áp cho người bệnh bằng huyết áp

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	<p>Điều dưỡng trang phục, rửa tay.</p> <p>Kiểm tra, sắp xếp dụng cụ: HA kế, ống nghe, phiếu theo dõi, bút bi màu</p>	
2	<p>Nhận định và chuẩn bị người bệnh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đúng người bệnh, thông báo và giải thích để người bệnh yên tâm. - Nhận định NB: Sự hợp tác, yếu tố ảnh hưởng - Dẫn NB điều cần thiết: nghỉ ngơi trước đo HA 15 phút, không uống cà phê,... 	<p>Đúng NB</p> <p>Đảm bảo kết quả chính xác.</p>
3	<p>Tư thế người bệnh khi đo HA:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nằm ngửa đầu thẳng (không gối cao), tay đo HA để xuôi hoặc dang ngang, vén tay áo đến nách. - Tư thế ngồi thoải mái, tay đặt trên bàn ngang mức tim. 	<p>Tư thế đúng kết quả sẽ chính xác.</p>

4	<p>- Quấn bao/túi hơi cách vị trí đặt ống nghe/ trên nếp gấp khuỷu 3 - 5 cm.</p> <p>- Máy đo huyết áp đặt ngang mức tim nếu là huyết áp thủy ngân; nếu huyết áp đồng hồ thì cài đồng hồ lên phía trên của băng huyết áp.</p>	
5	<p>Xác định điểm mất mạch: Đặt màng nghe của ống nghe trên động mạch nếp gấp khuỷu tay; đeo ống nghe vào 2 tai. Một tay bắt mạch khuỷu, một tay bơm hơi tới khi không thấy mạch nảy - xác định số mmHg tại điểm mất mạch.</p>	<p>Xác định mức bơm hơi</p>
6	<p>Bơm hơi đến điểm mất mạch, bơm thêm 30 mmHg.</p>	<p>Không bơm quá căng gây khó chịu cho NB.</p>
7	<p>Mở van xả hơi từ từ, nghe và quan sát mức thủy ngân hoặc nhìn đồng hồ khi nghe thấy tiếng đập đầu tiên là huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu).</p> <p>Tiếp tục xả hơi từ từ đến khi nghe thấy sự thay đổi âm sắc hoặc tiếng đập cuối cùng là huyết áp tối thiểu.</p> <p>Xả hết hơi (kim đồng hồ về số 0) sau khi đã nhận định huyết áp tối thiểu.</p>	<p>Xác định huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu).</p> <p>Xác định huyết áp tối thiểu (huyết áp tâm trương).</p>
8	<p>Đo huyết áp lần 2, sau lần 1 từ 1 - 2 phút; cách đo giống lần 1</p>	<p>Xác định lại chỉ số huyết áp</p>
9	<p>Tháo bao/túi hơi, quấn, gấp hộp thủy ngân. Thu dọn dụng cụ</p>	
10	<p>Nhận định HA, so sánh với chỉ số đã đo lần trước</p>	<p>Đánh giá HA bình thường hay bất thường</p>
11	<p>Thông báo kết quả và giúp NB về tư thế thoải mái</p>	<p>Người bệnh biết HA của bản thân.</p>
12	<p>Chăm sóc, tư vấn chăm sóc (nếu người bệnh có HA bất thường).</p>	<p>Xử trí của điều dưỡng</p>
13	<p>Ghi kết quả vào hồ sơ/phiếu theo dõi:</p> <p>Ghi ngày giờ theo dõi, kết quả theo dõi vào hồ sơ/phiếu theo dõi.</p> <p>Báo cáo bác sĩ, nhân viên y tế liên quan khi có kết quả bất thường</p>	<p>Lưu giữ và theo dõi diễn biến HA của người bệnh.</p> <p>Phối hợp xử trí, chăm sóc.</p>

6. Bảng kiểm đo huyết áp động mạch cánh tay bằng HA đồng hồ

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng trang phục, rửa tay. Kiểm tra, sắp xếp dụng cụ			
2	Nhận định và chuẩn bị người bệnh			
3	Tư thế thích hợp: Nằm ngửa hoặc ngồi			
4	Quấn bao/túi hơi Đặt vị trí máy đo huyết áp			
5	Xác định điểm mất mạch: Đặt màng nghe trên ĐM, đeo ống nghe			
6	Bơm hơi đến điểm mất mạch, bơm thêm 30 mmHg			
7	Mở van xả, xác định HA tối đa, tối thiểu, xả hết hơi			
8	Đo huyết áp lần 2			
9	Thu dọn dụng cụ			
10	Nhận định HA			
11	Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái.			
12	Chăm sóc, tư vấn chăm			
13	Ghi kết quả vào hồ sơ/phiếu theo dõi			

BÀI 9 : KỸ THUẬT GỘI ĐẦU CHO NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật gội đầu cho người bệnh tại giường đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc gội đầu cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Một số bệnh và tổn thương thường gặp ở tóc và da đầu

- Gàu
- Chấy
- Rụng tóc


2. Áp dụng và không áp dụng gội đầu

- Áp dụng: cho tất cả người bệnh nằm lâu, không tự gội đầu được.
- Không áp dụng:
 - + Đang sốt cao, mê sảng hay co giật
 - + Đang trong cơn đau cấp, suy hô hấp
 - + Trụy mạch, huyết áp bất thường, tăng áp lực nội sọ

3. Nguyên tắc gội đầu cho người bệnh

- Tránh nhiễm lạnh cho người bệnh.
- Tránh để nước xà phòng vào mắt và tai của người bệnh.
- Trường hợp đầu người bệnh có vết thương nên đắp vải thưa có chất nhờn (gạc vaselin) lên trên vết thương, gội đầu trước khi chăm sóc vết thương.
- Hạn chế lắc lư đầu trong khi gội, giúp người bệnh thoải mái, tiện nghi và an toàn khi nằm gội.
- Nếu vải trải giường hoặc quần áo người bệnh bị ướt phải thay ngay sau khi gội xong.

4. Quy trình thực hành kỹ thuật gội đầu tại giường cho người bệnh

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	<p>Chuẩn bị dụng cụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dầu gội; nước ấm; nhiệt kế đo nước - Khăn bông, bông không thấm nước - Kim băng - Máng gội - Thùng đựng nước bẩn - Lược chải tóc, máy sấy tóc - Túi đựng đồ bẩn 	Thuận tiện cho việc thao tác
2	<p>Nhận định, chuẩn bị người bệnh:</p> <p>Thông báo, giải thích cho người bệnh/gia đình người bệnh.</p>	Người bệnh hiểu và hợp tác tốt
3	Tắt quạt, đóng cửa, che bình phong	Tạo môi trường riêng biệt, tránh gió lùa
4	<p>Tư thế người bệnh</p> <p>Đặt nằm ngửa đầu thấp hơn vai, kê gối dưới vai (bao áo gối bằng nilon), quàng khăn bông quanh cổ và gáy, cài kim băng..</p> <p>Đặt đầu người bệnh vào trong máng gội (máng nằm phía trên khăn).</p>	<p>Tránh làm ướt</p> <p>Khăn để bao tóc sau gội xong</p>
5	Gấp khăn mặt che mắt người bệnh, nút bông không thấm nước vào hai lỗ tai.	<p>Bảo vệ mắt người bệnh trong khi tiến hành thủ thuật.</p> <p>Tránh nước chảy vào ống tai ngoài.</p>
6	Chải tóc cho suông từ ngọn đến chân tóc (tóc dài chia từng khóm để chải). Nếu có vết thương ở đầu, dùng gạc vaseline che chỗ vết thương	<p>Giúp tóc dễ chải sau gội xong</p> <p>Tránh nước bắn vào vết thương gây nhiễm khuẩn.</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> - Dội nước làm tóc ướt đều và hỏi xem nhiệt độ của nước có phù hợp hay không. - Xoa dầu gội - Chà tóc và xoa da đầu bằng các đầu ngón tay (tránh làm xây xát và lắc lư đầu người bệnh) - Dội nước nhiều lần cho sạch xà phòng, tóc và da đầu được sạch. - Hỏi người bệnh xem có chỗ nào họ còn thấy khó chịu hay không. 	 <ul style="list-style-type: none"> - Làm ướt tóc và da đầu - Xoa bóp kích thích tuần hoàn lưu

		<p>thông ở da đầu.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Làm người bệnh cảm thấy dễ chịu - Làm sạch tóc và da đầu
8	<ul style="list-style-type: none"> - Tháo bông ở tai người bệnh, bỏ khăn che mắt, kéo khăn quàng ở cổ bao kín tóc. - Bỏ máng ra, cho người bệnh nằm hoặc ngồi thoải mái trên giường - Dùng khăn lau khô tóc, sấy khô tóc. - Chải suông tóc, tết tóc cho người bệnh (nếu cần). - Nhận định tình trạng người bệnh bao gồm cả dấu hiệu sinh tồn. 	<p>Tránh ướt gối</p> <p>Làm tóc được khô sau khi gội đầu, tránh nhiễm lạnh cho người bệnh</p>
9	Đánh giá lượng tóc rụng, tình trạng của sợi tóc, tình trạng của da đầu.	Phát hiện sớm những tổn thương của tóc và da đầu
10	<p>Thu dọn dụng cụ.</p> <p>Rửa tay thường quy</p>	<p>Đảm bảo an toàn vệ sinh,</p> <p>Tránh nguy cơ nhiễm khuẩn chéo</p>
11	<p>Ghi hồ sơ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tình trạng tóc của người bệnh - Vùng da đầu bị tổn thương: vị trí, tính chất tổn thương. - Sự hợp tác, hài lòng của người bệnh/gia đình 	<p>Theo dõi và quản lý người bệnh.</p> <p>Ghi chép lại những thay đổi của người bệnh giúp cho công tác chăm sóc liên tục.</p>

5. Bảng kiểm kỹ thuật gội đầu tại giường cho người bệnh

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Sắp xếp dụng cụ thích hợp			
2	Chuẩn bị người bệnh			
3	Tắt quạt, đóng cửa, che bình phong			
4	Đặt đầu người bệnh vào trong máng gội			
5	Gấp khăn che mắt, nút bông vào hai lỗ tai			
6	Chải tóc cho suông từ ngọn đến chân tóc			
7	Dội nước, xoa dầu gội, chà tóc và xoa da đầu. Dội nước làm sạch xà phòng.			
8	Đặt người bệnh nằm hoặc ngồi thoải mái trên giường; lau, sấy khô tóc.			
9	Đánh giá lượng tóc rụng, tình trạng của sợi tóc, da đầu			
10	Thu dọn dụng cụ			
11	Ghi hồ sơ			

BÀI 10: KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật chăm sóc răng miệng cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc chăm sóc răng miệng cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Các tổn thương/bệnh thường gặp ở răng miệng

- Bệnh nấm Candida (tưa)
- Viêm góc môi (chốc mép)
- Viêm họng loét miệng
- Nhiễm virus
- Ung thư tế bào biểu mô

2. Áp dụng

Chăm sóc răng miệng thông thường

Áp dụng tất cả những trường hợp người bệnh tỉnh táo nhưng không đi lại được.

Chăm sóc răng miệng đặc biệt

- Người bệnh tự hớp nước được nhưng không tự làm được (sốt cao, bệnh nặng...)
- Người bệnh không tự hớp nước được, không tự làm được (gãy xương hàm...)
- Người bệnh hôn mê
- Người bệnh có vết thương ở miệng

3. Nguyên tắc chăm sóc răng miệng

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

- Động tác chà răng phải theo chiều răng mọc.

- Khi chà răng cho người bệnh phải theo một trình tự nhất định để tránh bỏ sót.

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

- Trường hợp có vết thương ở miệng, phải đảm bảo vô trùng khi chăm sóc.

- Đối với hàm/răng giả: cần hướng dẫn người bệnh/gia đình một số lưu ý khi chăm sóc.

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

- Ban đầu khi mang răng giả nên ăn những thức ăn lỏng, mềm.
- Khi đi ngủ phải tháo răng, ngâm vào trong cốc nước lạnh có nắp đậy, không nên để răng ở chỗ khô và nóng, tránh để rơi răng giả vì có thể làm rạn nứt hoặc gãy vỡ.
- Hàng ngày cần súc miệng kỹ với nước muối loãng hoặc các dung dịch súc miệng, để làm dịu niêm mạc lợi và vòm họng.
- Tập nhai đều cả hai bên hàm tránh bị đau khớp hàm.
- Tránh dùng tăm xỉa răng khi đang mang răng giả

4. Chăm sóc răng miệng cho một số người bệnh đặc biệt

- Người bệnh hôn mê phải chú ý tránh gây sặc nước vào đường hô hấp. Dùng máy hút liên tục trong quá trình vệ sinh răng miệng cho người bệnh là cần thiết.
- Người bệnh tiểu đường cần chú ý đánh giá những tổn thương ở răng lợi và vòm họng. Thực hiện nhẹ nhàng, tránh gây tổn thương chảy máu lợi và niêm mạc miệng.
- Người bệnh có nhiễm khuẩn miệng nên dùng mỡ có thuốc giảm đau bôi tại vết loét giúp cho giảm đau trong quá trình chăm sóc.

5. Quy trình thực hành chăm sóc răng miệng

A. Chăm sóc răng miệng thông thường

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị dụng cụ: - Bàn chải; kem đánh răng - Nước súc miệng: nước súc miệng có bổ sung thêm fluor hoặc dung dịch natri clorid 0,9%. - Khăn mặt; găng tay sạch - Đè lưỡi; cốc nước ấm; khay quả đậu - Chỉ tơ nha khoa	Thuận tiện cho việc thao tác.
2	Nhận định, chuẩn bị người bệnh: - Thông báo, giải thích cho người bệnh biết kỹ thuật sắp làm. - Đặt người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao 30 ⁰ - 45 ⁰ , mặt nghiêng về phía người chăm sóc.	- Người bệnh hiểu và hợp tác - Tư thế thuận lợi cho chăm sóc - Tránh nước sặc vào phổi
A. Vệ sinh răng miệng bằng bàn chải		
1-2	Thực hiện các bước 1 và 2 như trên	
3	Nâng cao giường và thanh chắn giường.	An toàn, thoải mái cho người bệnh.
4	Đặt khăn lên ngực của người bệnh.	Dự phòng làm ướt, bẩn áo người

		bệnh.
5	Điều dưỡng: trang phục đúng quy định rửa tay thường quy. Mang găng tay sạch.	Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn chéo
6	Làm ướt bàn chải, bôi kem đánh răng lên bàn chải.	Giúp cho việc phân phối đều kem đánh răng lên trên bề mặt răng.
7	Điều dưỡng chải răng cho người bệnh: - Đặt bàn chải nghiêng một góc 45 ⁰ so với bề mặt nướu; sao cho các đầu lông chải tiếp xúc và thâm nhập vào bên dưới đường nướu.	Chải được tất cả bề mặt răng và để làm sạch dưới nướu, nơi mảng bám và cao răng tích tụ. Loại bỏ các hạt thức ăn bị kẹt giữa răng và dọc theo mặt nhai.
8	Hướng dẫn người bệnh cách chải răng (nếu người bệnh có thể tự chải răng được). Yêu cầu người bệnh giữ bàn chải một góc 45 ⁰ và chải nhẹ trên bề mặt và các bên của răng.	Hỗ trợ người bệnh tự làm
9	Súc miệng: Cho người bệnh súc miệng thật kỹ bằng nước, nhỏ vào khay quả đậu. Sau đó cho người bệnh súc miệng dung dịch khử trùng trong 30 giây.	Làm sạch răng miệng. Làm giảm mảng bám và viêm nướu giữa 2 răng.
10	Hỗ trợ người bệnh lau miệng.	Làm sạch miệng, tăng cảm giác thoải mái
11	Dùng chỉ tơ nha khoa làm sạch giữa các kẽ răng. Giữ chỉ áp sát răng trong khi đó kéo lên xuống ở các bên của răng. Giải thích cho người bệnh/gia đình về tác dụng của dùng chỉ nha khoa hàng ngày.	Loại bỏ mảng bám, ngăn ngừa bệnh nướu răng và loại bỏ vi khuẩn gây sâu răng
12	Cho người bệnh súc miệng kỹ bằng nước lạnh, nhỏ vào khay hạt đậu.	Loại bỏ mảng bám và cao răng trong khoang miệng.
13	Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, hạ giường về vị trí ban đầu.	Tạo sự thoải mái và an toàn cho người bệnh
14	Thu dọn dụng cụ, đổ nước nhỏ của người bệnh, rửa sạch bàn chải. Tháo bỏ găng bản	Đảm bảo an toàn vệ sinh bệnh viện Phòng lây nhiễm chéo.
15	Rửa tay thường quy	Giảm sự lây truyền vi sinh vật.

16	Ghi hồ sơ: Những bất thường về răng miệng của người bệnh: tổn thương, chảy máu, viêm...	Quản lý việc thực hiện thủ thuật. Quản lý tình trạng răng miệng của người bệnh.
----	--	--

B. Vệ sinh răng miệng trong trường hợp người bệnh có răng giả

1-2	Thực hiện các bước 1 và 2 như trên	
3	Đổ nước ấm vào chậu	
4	Điều dưỡng: trang phục đúng quy định rửa tay thường quy. Mang găng tay sạch.	
5	Tháo hàm giả ra khỏi miệng người bệnh: Người điều dưỡng dùng vải gạc kẹp vào cung răng cửa kéo nhẹ xuống (đối với hàm trên) hoặc nhấc nhẹ lên (đối với hàm dưới). Có thể hướng dẫn người bệnh làm	
6	Kiểm tra vùng miệng: Đặt hàm răng giả vào cốc đựng hàm giả. Dùng đèn soi và đèn lưỡi kiểm tra tình trạng răng miệng của người bệnh.	Đánh giá độ ẩm của niêm mạc, độ sạch của miệng người bệnh. Phát hiện những tổn thương nhiễm khuẩn, chảy máu hoặc loét...
7	Cho kem đánh răng hoặc dung dịch vệ sinh thích hợp vào hàm răng để chải răng. Đề ngang bàn chải và chải các bề mặt của răng: mặt ngoài, mặt trong và mặt nhai. Đề dọc bàn chải và chải kỹ các mặt tiếp xúc giữa các kẽ răng (mặt trong và ngoài). Chải hàm trên sau đó đến hàm dưới. Hàm trên chải từ trên xuống dưới, hàm dưới từ dưới lên trên.	- Giúp chải răng sạch và hiệu quả - Lấy các mảnh bám ở kẽ răng
8	Người bệnh súc sạch miệng. Rửa hàm răng bằng nước ấm	Làm sạch miệng, loại bỏ các chất bẩn trong quá trình chải răng.
9	Đặt lại hàm răng giả vào miệng người bệnh chắc chắn; hỏi người bệnh xem đã thoải mái, vừa vặn chưa.	Đặt lại và chỉnh sửa hàm răng giả người bệnh cho vừa vặn

10	Một số người bệnh không thích gắn hàm răng giả (khi không cần thiết). Điều dưỡng đề hàm răng giả của người bệnh vào cốc nước ấm, để cốc ở nơi an toàn, ghi lại (tên, tuổi, số buồng bệnh, giường người bệnh).	Đề phòng thất lạc.
11	Thu dọn dụng cụ, đồ nước nhỏ của người bệnh, rửa sạch bàn chải. Tháo bỏ găng tay bẩn	- Đảm bảo an toàn vệ sinh bệnh viện - Phòng lây nhiễm chéo.
12	Rửa tay thường quy	Phòng nhiễm khuẩn chéo.
13	Ghi hồ sơ: Những bất thường về răng miệng của người bệnh: tổn thương, chảy máu, viêm...	- Quản lý việc thực hiện thủ thuật. - Quản lý tình trạng răng miệng của người bệnh.

C. Quy trình chăm sóc răng miệng đặc biệt

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị dụng cụ: bổ sung thêm: - Kim mở miệng; Gạc - Glycerin; nước cốt chanh; Vaseline	Thuận tiện và không gây trở ngại cho quá trình vệ sinh răng miệng người bệnh.
2	Chuẩn bị người bệnh: - Giải thích cho gia đình người bệnh - Đặt người bệnh nằm đầu thấp, mặt quay về phía người chăm sóc (nếu được).	Gia đình người bệnh yên tâm hợp tác Tránh nước sặc vào phổi
3	Điều dưỡng: Trang phục, rửa tay, mang găng sạch.	- Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn chéo
4	Quàng khăn vào cổ người bệnh. Đặt khay hạt đậu sát bên má người bệnh.	- Hạn chế nước chảy làm ướt giường - Hứng chất nôn, dịch tiết của người bệnh
5	- Mở miệng: Dùng kim mở miệng hoặc đèn lưỡi mở miệng người bệnh. - Làm sạch răng: dùng gạc thấm dung dịch NaCl 0,9% hoặc nước súc miệng, chà sạch răng cho người bệnh: + Chà hàm trên, hàm dưới, mặt trong, mặt ngoài, mặt nhai của các răng.	Lau sạch hàm răng; lấy sạch các chất bám ở các kẽ răng.

	+ Hàm trên lau từ trên xuống dưới, hàm dưới từ dưới lên trên.	
6	Lau vòm miệng, mặt trên và mặt dưới lưỡi đến khi sạch. Dùng khăn lau miệng cho người bệnh	Làm sạch lưỡi và vòm họng
7	Bôi glycerin, nước cốt chanh vào niêm mạc miệng, nướu và thoa vaselin vào môi.	Tránh khô môi, niêm mạc
8	Thu dọn dụng cụ: Tháo khăn bông, đổ nước trong khay quả đậu; tháo găng, rửa tay.	Loại bỏ vi khuẩn trên tay, ngăn ngừa nhiễm khuẩn chéo
9	Ghi hồ sơ: - Thời điểm VS răng miệng - Những bất thường về răng miệng của người bệnh: tổn thương, chảy máu, viêm...	- Quản lý việc thực hiện thủ thuật - Quản lý tình trạng răng miệng của người bệnh

6. Bảng kiểm kỹ thuật chăm sóc răng miệng thông thường

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra, sắp xếp dụng cụ phù hợp.			
2	Chuẩn bị người bệnh			
A. Vệ sinh răng miệng bằng bàn chải				
1-2	Thực hiện các bước 1 và 2 như trên			
3	Nâng cao giường, thanh chắn			
4	Đặt khăn lên ngực người bệnh.			
5	Rửa tay, mang găng tay sạch.			
6	Làm ướt bàn chải, bôi kem đánh răng lên bàn chải.			
7	Đưa bàn chải cho người bệnh và hướng dẫn người bệnh cách chải răng.			

8	Chải răng giúp người bệnh nếu người bệnh không tự làm được			
9	Cho người bệnh súc miệng, và nhỏ vào khay quả đậu.			
10	Hỗ trợ người bệnh lau miệng.			
11	Cho người bệnh dùng chỉ tơ nha khoa giữa tất cả các kẽ răng.			
12	Cho người bệnh súc miệng kỹ bằng nước lạnh và nhỏ vào khay hạt đậu.			
13	Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái			
14	Thu dọn dụng cụ			
15	Rửa tay thường quy			
16	Ghi hồ sơ			

7. Bảng kiểm vệ sinh răng miệng trong trường hợp người bệnh có răng giả

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1-2	Thực hiện các bước 1 và 2 như trên			
3	Đổ nước ấm vào chậu			
4	Rửa tay, mang găng tay sạch			
5	Tháo hàm răng giả ra khỏi miệng, đặt vào cốc			
6	Dùng đèn soi và đê lưỡi kiểm tra tình trạng răng miệng của người bệnh.			
7	Cho kem đánh răng hoặc dung dịch vệ sinh vào hàm răng để chải răng.			
8	Rửa hàm răng bằng nước ấm			
9	Đặt lại hàm răng vào miệng cho người bệnh hoặc để trong cốc nước ấm.			
10	Thu dọn dụng cụ			
11	Rửa tay thường quy			
12	Ghi hồ sơ			

8. Bảng kiểm kỹ thuật chăm sóc răng miệng đặc biệt

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Sắp xếp dụng cụ phù hợp			
2	Chuẩn bị người bệnh với tư thế an toàn			
3	Điều dưỡng rửa tay, mang găng sạch			
4	Quàng khăn vào cổ, đặt khay hạt đậu sát bên má người bệnh			
5	Mở miệng; chà sạch răng cho người bệnh			
6	Lau vòm miệng, nền miệng			
7	Bôi glycerin, nước cốt chanh, thoa vaselin			
8	Thu dọn dụng cụ: - Tháo khăn bông, đổ nước ở khay quả đậu - Tháo găng, rửa tay			
9	Ghi hồ sơ			

BÀI 11: KỸ THUẬT TẮM CHO NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật tắm cho người bệnh tại giường đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc tắm cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Các hình thức tắm và áp dụng

- Tắm ướt
- Tắm toàn thân tại giường: áp dụng đối với người bệnh phụ thuộc hoàn toàn nằm tại giường như gãy xương, liệt, hôn mê, người bệnh sau phẫu thuật ...
- Tắm một phần tại giường: Chỉ tắm những phần cơ thể có nguy cơ gây khó chịu, bội nhiễm cho người bệnh nếu không được tắm như: tay, mặt, nách, khu vực đáy chậu.

Áp dụng cho những người bệnh yếu liệt nằm tại giường nhưng vẫn có thể tự vệ sinh một phần và một phần cần sự hỗ trợ của điều dưỡng.

- Tắm khô: Là tắm bằng dung dịch không cần dùng nước

Nhằm giúp những người bệnh không có khả năng tắm rửa theo cách thông thường trong bồn tắm hoặc tắm dưới sen vòi, vẫn có thể thường xuyên làm sạch thân thể một cách dễ dàng và thoải mái, ngăn ngừa sự phát triển của các vi sinh vật có hại trên da.

2. Không áp dụng

- Người bệnh đang trong tình trạng quá nặng
- Người bệnh đa vết thương

3. Nguyên tắc vệ sinh da

- Đảm bảo sự kín đáo khi tắm cho người bệnh (chỉ để lộ phần đang tắm).
- Chăm sóc theo thứ tự ưu tiên của người bệnh.
- Tránh để người bệnh bị nhiễm lạnh.
- Kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi tắm cho người bệnh, xà phòng tắm không nên dùng loại có độ kiềm cao.

- Đảm bảo an toàn cho người bệnh khi tắm: người cao tuổi không nên tắm quá kỹ vì da của người già ít chất nhờn hơn, nên tắm kỹ sẽ làm cho da trở nên khô ráp. Không nên tắm nước nóng sau khi ăn tối vì dễ bị xuất huyết não, nhồi máu cơ tim ...


- Xem xét yếu tố văn hóa của người bệnh liên quan đến tắm.



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


4. Quy trình tắm cho người bệnh tại giường

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị dụng cụ: Chậu nước ấm Vải phủ Nhiệt kế Vải trải giường Gạc củ ấu Tắm nilon Xà phòng tắm Đệm cao su, sữa tắm Găng tay sạch Khăn bông Bô dẹt Quần áo sạch Bình phong	Thuận tiện khi tiến hành kỹ thuật

2	<p>Nhận định, chuẩn bị người bệnh: Báo và giải thích cho người bệnh/gia đình hiểu được mục đích của tắm. Nhận định tình trạng người bệnh (Dấu hiệu sinh tồn bao gồm nhịp thở và mạch). Hướng dẫn tư thế người bệnh khi tắm Cho người bệnh đi vệ sinh (nếu cần)</p>	<p>Người bệnh hiểu và hợp tác tốt</p>
3	<p>Tắt quạt, đóng cửa, che rèm/bình phong.</p>	<p>Tránh nhiễm lạnh, đảm bảo kín đáo, không làm ảnh hưởng đến người bệnh khác.</p>
4	<p>Điều dưỡng rửa tay thường quy hoặc sát khuẩn tay nhanh, mang găng sạch nếu người bệnh có nguy cơ lây nhiễm.</p>	<p>Giảm sự lây nhiễm vi sinh vật.</p>
5	<p>Nâng thành giường bên đối diện, hạ thành giường bên gần với điều dưỡng; giúp người bệnh nằm sát mép giường gần với điều dưỡng. Điều chỉnh giường bệnh ở vị trí thích hợp.</p>	<p>- Tránh cho người bệnh ngã khi thay đổi tư thế. - Điều dưỡng thuận lợi và dễ dàng khi tắm cho người bệnh.</p>
6	<p>Thay vải đắp (mền) mới cho người bệnh. Kiểm tra nhiệt độ của nước.</p>	<p>- Không dính bẩn ở vải đắp cũ vào người bệnh trong quá trình tắm. - Người bệnh không bị lạnh.</p>
7	<p>Thu gom vải đắp bẩn đúng quy định</p>	<p>- Giảm lây truyền các vi sinh vật.</p>
8	<p>- Cởi áo quần của người bệnh (nên cởi bên không bị hạn chế hoạt động trước, bên hạn chế hoạt động cởi sau). - Đặt khăn tắm dưới đầu người bệnh.</p>	<p>- Giúp cởi trang phục cho người bệnh dễ dàng và tránh làm tổn thương thêm cho người bệnh. - Tránh làm ướt vải trải giường.</p>
9	<p>Rửa mắt người bệnh: - Dùng nước ấm (khoảng 50°), không dùng xà phòng. - Gấp khăn rửa mặt quanh các ngón tay của điều dưỡng để tạo thành bao khăn. Nhúng bao khăn vào nước và vắt kỹ. Sử dụng 2 góc trên của bao khăn để vệ sinh mắt cho người bệnh. Rửa từ đầu mắt đến đuôi mắt. Nếu người bệnh có vảy ở mí mắt, làm ẩm bằng khăn ấm sau đó để 2 - 3 phút rồi lấy đi. Làm khô mắt, nhẹ nhàng.</p>	<p>- Xà phòng làm kích ứng mắt - Bao khăn giữ nước và độ nóng tốt hơn là khăn rửa mặt bình thường, giữ cho các cạnh của khăn khỏi bị chà lên người bệnh và nước không bị bắn ra vải trải giường, vải đắp. Rửa mắt từ đầu mắt đến đuôi mắt giúp dự phòng các chất bài tiết xâm nhập vào tuyến lệ. Rửa mạnh có thể gây ra tổn thương bên trong mắt người bệnh.</p>

10	<p>Rửa và lau khô: trán, má, mũi, cổ và tai. (Đối với người bệnh nam có thể cạo râu ở thời điểm này hoặc sau khi tắm).</p> <p>Nếu người bệnh muốn sử dụng sữa rửa mặt thì phải rửa lại bằng nước đến khi sạch.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Rửa sạch vùng mặt, cổ, tai - Người bệnh dễ chịu
11	<p>Tắm tay:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cánh tay và cẳng tay: Kéo vải phủ để lộ tay, trái nilon và khăn bông to dưới cẳng tay đến nách (tắm tay xa trước, tay gần sau), dùng khăn tắm từ cổ tay đến nách bằng nước ấm, xà phòng/sữa tắm, lau lại bằng nước sạch rồi lau khô (tắm 2 tay như nhau). Hai bàn tay: trái nilon, đặt chậu nước lên giường cho hai bàn tay vào chậu nước rửa sạch bàn tay và ngón tay (từ cổ tay trở xuống), lau khô. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tránh làm ướt và bẩn vải trái giường - Vệ sinh tay sạch sẽ - Kích thích tuần hoàn lưu thông tốt 
12	Thay nước, kiểm tra nhiệt độ của nước.	<ul style="list-style-type: none"> - Nước sạch, nhiệt độ phù hợp với người bệnh.
13	<p>Tắm vùng ngực</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kéo chăn đắp để lộ ngực, bụng, hõm nách. - Trải khăn tắm lên che vùng ngực, bụng - Một tay, nâng rìa khăn tắm ra khỏi ngực. Một tay quấn khăn và tắm ngực, nách (chú ý nếp gấp của ngực). - Lau khô ngực của người bệnh và phủ khăn tắm trên ngực và bụng của người bệnh 	<ul style="list-style-type: none"> - Bộc lộ vùng tắm - Đảm bảo kín đáo, giữ ấm cho người bệnh. - Tắm sạch vùng ngực
14	<p>Tắm vùng bụng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Một tay nâng khăn tắm. Một tay quấn khăn, tắm bụng (chú ý đặc biệt đến các nếp gấp bụng và rốn). Lau từ bên này đến bên kia theo chiều của cơ bụng. - Lau khô và kéo vải đắp che kín ngực bụng 	<ul style="list-style-type: none"> - Tắm sạch vùng bụng - Đảm bảo kín đáo, giữ ấm cho người bệnh.

		
15	<p>Tắm chân:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tắm cẳng chân, đùi: Kéo vải phủ để lộ chân, trải nylon và khăn bông to dưới cẳng chân đến bẹn (tắm chân xa trước, chân gần sau), dùng khăn tắm từ cổ chân đến bẹn bằng nước ấm, xà phòng/sữa tắm, lau lại bằng nước sạch rồi lau khô (tắm 2 chân như nhau). - Tắm hai bàn chân: trải nylon, đặt chậu nước lên giường cho lần lượt từng bàn chân vào chậu nước rửa sạch bàn chân và ngón chân. - Lau khô hai bàn chân và thay nước tắm. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tắm sạch vùng chân - Làm cho người bệnh dễ chịu - Ngăn cản sự nhiễm lạnh 
16	<p>Tắm ở lưng mông</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giúp người bệnh nằm sấp hoặc nằm nghiêng một bên. Lót khăn tắm phía dưới lưng mông của người bệnh. - Bộc lộ vùng lưng mông (đảm bảo kín đáo). Tắm từ thắt lưng lên đến vai theo chiều thứ tự, sau đó tắm từ thắt lưng xuống mông theo chiều xoắn ốc bằng nước ấm, xà phòng/sữa tắm, lau lại bằng nước sạch, lau khô (chú ý đến những nếp gấp của vùng mông và hậu môn). 	<ul style="list-style-type: none"> - Thuận tiện cho việc tắm ở lưng mông - Lau sạch vùng lưng mông. - Người bệnh thấy dễ chịu <p>Các nếp gấp gần mông và hậu môn chứa nhiều vi khuẩn và là nơi ứ đọng của phân, nước tiểu.</p>

		
17	Thay nước, mang găng tay sạch	<ul style="list-style-type: none"> - Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bàn tay và dính các chất bài tiết của cơ thể người bệnh.
18	<p>Vệ sinh bộ phận sinh dục :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Người bệnh tự rửa: <ul style="list-style-type: none"> + Giúp người bệnh nằm ngửa + Phủ khăn tắm lên người bệnh + Bộc lộ bộ phận sinh dục + Để người bệnh tự rửa. - Người bệnh không tự rửa được: <ul style="list-style-type: none"> + Lót nilon và đặt bô dẹt dưới mông người bệnh. <ul style="list-style-type: none"> + Bộc lộ vùng hậu môn sinh dục. + Người bệnh nam: Lấy miếng gạc lót tay và nâng nhẹ dương vật lên, rửa quanh lỗ tiểu dọc theo dương vật từ trên xuống, chú ý rửa kỹ các nếp da bao quy đầu. + Người bệnh nữ: <ul style="list-style-type: none"> Để người bệnh nằm ngửa, chống hai chân. Dùng kim gấp gạc củ ấu, rửa kỹ các nếp, rửa từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong (không được làm ngược lại), rửa dưới dòng nước dội, rửa nước xà phòng/dung dịch vệ sinh da, rửa lại cho sạch (mỗi lần rửa phải thay gạc mới) cuối cùng rửa hậu môn và lau khô. - Lấy bô dẹt ra. 	<ul style="list-style-type: none"> - Đảm bảo kín đáo cho người bệnh. - Người bệnh có khả năng tự tắm một phần thường thích tự rửa bộ phận sinh dục của họ. - Ngăn ngừa nước chảy làm bắn ra giường. - Thuận tiện khi tiến hành - Loại bỏ chất bẩn, vi khuẩn ở các nếp gấp. - Người bệnh thấy thoải mái, dễ chịu.
19	Tháo bỏ găng tay	Phòng nhiễm khuẩn chéo.
20	Xoa chất dưỡng thể hoặc kem mềm da (nếu người bệnh yêu cầu).	Làm ẩm da, ngăn ngừa da khô, nứt.

21	Giúp người bệnh mặc lại áo quần. Chải đầu cho người bệnh.	Giúp người bệnh thoải mái.
22	Ghi hồ sơ: Ngày, giờ tắm. Nhiệt độ nước tắm, loại dung dịch tắm, thời gian tắm. Tình trạng da người bệnh trước và sau khi tắm. Tình trạng sức khỏe của người bệnh trước, trong và sau khi tắm. Tên người điều dưỡng thực hiện.	Theo dõi tiến triển sức khỏe của người bệnh. Ghi chép lại những thay đổi của người bệnh giúp cho công tác chăm sóc liên tục.

5. Bảng kiểm kỹ thuật tắm cho người bệnh tại giường

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra, sắp xếp lại dụng cụ phù hợp.			
2	Chuẩn bị người bệnh			
3	Chuẩn bị phòng tắm an toàn			
4	Rửa tay, mang găng			
5	Điều chỉnh giường bệnh			
6	Thay vải đắp mới cho người bệnh. Kiểm tra nhiệt độ của nước.			
7	Thu gom vải đắp bẩn đúng qui định			
8	Cởi áo quần của người bệnh Đặt khăn tắm dưới đầu người bệnh			
9	Rửa mắt cho người bệnh bằng nước ấm, trước khi rửa hỏi người bệnh xem nhiệt độ của nước có phù hợp không.			
10	Rửa và lau khô: trán, má, mũi, cổ và tai			
11	Thực hiện tắm tay cho người bệnh			
12	Thay nước, kiểm tra nhiệt độ nước			
13	Thực hiện tắm ngực cho người bệnh			
14	Thực hiện tắm bụng cho người bệnh			
15	Thực hiện tắm chân cho người bệnh			
16	Chuẩn bị tư thế NB và thực hiện tắm lưng mông			

17	Thay nước, mang găng tay sạch			
18	Vệ sinh bộ phận sinh dục			
19	Tháo bỏ găng tay, thu dọn dụng cụ			
20	Giúp người bệnh mặc lại áo quần			
21	Ghi hồ sơ			

BÀI 12: KỸ THUẬT HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH DI CHUYỂN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Nhận định người bệnh, lựa chọn phương tiện vận chuyển phù hợp với các kỹ thuật hỗ trợ người bệnh di chuyển
2. Thực hiện/phối hợp thực hiện thành thạo các kỹ thuật hỗ trợ người bệnh di chuyển đảm bảo đúng quy trình và an toàn.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Giới thiệu

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

Mức độ vận động có ảnh hưởng rất lớn tới tâm sinh lý và quá trình phát triển của mỗi cá nhân. Khi mức độ vận động hạn chế thì nhiều hệ chức năng trong cơ thể sẽ có nguy cơ bị suy yếu. Khả năng vận động kém có thể dẫn đến sự thay đổi về chức năng của hệ tim mạch, giảm chức năng trao đổi chất thông thường, làm tăng nguy cơ dẫn đến những biến chứng ở phổi, sự phát triển của các khối u và những thay đổi ở hệ tiết niệu. Mức độ nghiêm trọng của sự suy giảm vận động phụ thuộc vào độ tuổi, tình trạng sức khỏe, chế độ dinh dưỡng và mức độ bất động mà người bệnh đã trải qua trước đó. Những tác động xấu đó ảnh hưởng nhiều hơn ở người bệnh cao tuổi, bị mắc bệnh mãn tính so với người bệnh trẻ tuổi hơn.

Điều dưỡng viên thường xuyên chăm sóc người bệnh trong tình trạng bất động hoặc bị hạn chế vận động, do vậy có vai trò quan trọng trong việc chăm sóc tư thế và di chuyển người bệnh một cách an toàn và giảm thiểu các nguy cơ do sự bất động hoặc hạn chế vận động. Duy trì tư thế cơ năng, áp dụng kỹ thuật xoay trở và di chuyển người bệnh an toàn sẽ giúp cho người bệnh chủ động trong vận động và cũng không gây tổn thương cho điều dưỡng viên khi chăm sóc.

Nhóm kỹ năng hỗ trợ người bệnh di chuyển bao gồm:

- Dìu người bệnh
- Chuyển người bệnh từ giường sang cáng
- Vận chuyển người bệnh bằng xe lăn

2. Nguyên tắc chung khi di chuyển người bệnh

- Chỉ được di chuyển người bệnh khi có chỉ định và phải ghi rõ giờ, ngày, tháng di chuyển. Phải mang đầy đủ hồ sơ, bệnh án để bàn giao người bệnh cho nơi nhận.

- Khi di chuyển phải đảm bảo nhẹ nhàng, cẩn thận, nhất là đối với những người bệnh nặng như: bệnh tim mạch, người bệnh mới mổ, người bệnh bị gãy cột sống, gãy xương đùi... để người bệnh khỏi bị đau đớn, khó chịu thêm.

- Chuyển người bệnh từ khoa phòng này sang khoa phòng khác, đưa đi làm xét nghiệm, chiếu chụp X quang... phải chuẩn bị hồ sơ trước. Trường hợp di chuyển sang phòng khác phải báo cho khoa phòng định chuyển người bệnh đến để chuẩn bị sẵn sàng giường nằm cho người bệnh.

- Khi di chuyển người bệnh phải đắp chăn hoặc vải cho người bệnh, không để mưa, nắng ảnh hưởng đến người bệnh.

- Di chuyển người bệnh bằng cáng khiêng, xe đẩy... phải có đệm lót cho người bệnh.

3. Trường hợp áp dụng

Tất cả những người bệnh nặng không tự di chuyển được (người bệnh chuyển từ khoa này sang khoa khác, người già, người tàn tật...) theo chỉ định của bác sĩ.

4. Quy trình kỹ thuật hỗ trợ người bệnh di chuyển

Dìu người bệnh ngồi dậy và ra khỏi giường

Áp dụng cho những trường hợp người bệnh nằm lâu ngày, sau mổ theo chỉ định của bác sĩ.

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị người bệnh	
	Mặc quần áo, không để người bệnh bị lạnh.	Giữ ấm cho người bệnh
	Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu rõ lý do phải ngồi dậy và ra khỏi giường.	Để người bệnh và gia đình người bệnh yên tâm. Người bệnh, gia đình người bệnh biết được lợi ích và hợp tác tốt với điều dưỡng.
Dìu người bệnh ngồi dậy và ra khỏi giường		
2	Xem hồ sơ, quan sát tình trạng người bệnh để biết chắc người bệnh ra khỏi giường được.	Tránh tụt huyết áp tư thế
3	Giúp người bệnh ngồi thẳng tại giường	

	<p>Người bệnh nằm ngửa, điều dưỡng một tay đặt dưới vai hỗ trợ cổ và cột sống cổ, tay kia chống xuống mặt giường hỗ trợ người bệnh ngồi dậy nhẹ nhàng bằng cách đẩy tay lên mặt giường.</p>	<p>Đảm bảo người bệnh ngồi dậy an toàn</p>
4	<p>Đi người bệnh ra khỏi giường</p>	
	<p>Người bệnh nằm sát cạnh giường, lật người bệnh sang bên đối mặt với điều dưỡng.</p>	<p>Chuẩn bị người bệnh từ từ di chuyển ra mép giường và phòng tránh té ngã.</p>
	<p>Điều dưỡng viên đứng đối diện, gần hông người bệnh, chân dang rộng và một chân ở gần phía đầu giường. Một tay đặt dưới vai đỡ đầu và cổ, một tay đỡ đùi cho hai chân thông xuống giường.</p> <p>Quan sát sắc mặt, đếm mạch, hỏi người bệnh, mặc áo ấm.</p>	<p>Tư thế điều dưỡng viên đứng vững trọng tâm hướng về người bệnh để duy trì thăng bằng trong lúc di chuyển.</p>
	<p>Đỡ người bệnh đứng lên, tay trái điều dưỡng xúc nách trái người bệnh, tay phải luồn qua hông, dìu người bệnh đi. Sau khi đi xong, đưa người bệnh về giường, cho người bệnh nằm thoải mái. Quan sát tình trạng người bệnh</p>	<p>Giúp người bệnh di chuyển an toàn</p>
5	<p>Đi người bệnh từ giường sang ghế</p>	
	<p>Điều dưỡng viên đứng trước người bệnh, một chân trước, một chân sau, hai tay xúc nách người bệnh, người bệnh để hai tay lên vai của điều dưỡng (nếu không có chống chỉ định người bệnh có thể chống tay hỗ trợ khi đứng dậy).</p>	<p>Giúp người bệnh cân bằng về huyết áp, giảm nguy cơ chóng mặt hoặc ngất khi người bệnh di chuyển sang ghế</p>
	<p>Điều dưỡng viên hơi nhún mình xuống để đưa người bệnh ra khỏi giường, xoay người lại đặt người bệnh xuống ghế.</p>	<p>Đảm bảo điều dưỡng viên di chuyển cùng hướng với người bệnh.</p>
	<p>Cho người bệnh ngồi thoải mái. Quan sát tình trạng người bệnh.</p>	<p>Tăng sự thăng bằng cho người bệnh. Ngăn ngừa tổn thương cho điều dưỡng viên.</p>

Bảng kiểm kỹ thuật diu người bệnh ngồi dậy và ra khỏi giường

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Chuẩn bị dụng cụ, phương tiện			
3	Kiểm tra hồ sơ			
A. Giúp người bệnh ngồi thẳng tại giường				
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên			
4	Người bệnh nằm ngửa			
5	Điều dưỡng một tay đặt dưới vai hỗ trợ cổ và cột sống cổ, tay kia chống xuống mặt giường.			
6	Hỗ trợ người bệnh ngồi dậy nhẹ nhàng			
B. Diu người bệnh ra khỏi giường				
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên			
4	Người bệnh nằm sát cạnh giường, lật người bệnh sang bên đối mặt với điều dưỡng.			
5	Điều dưỡng giúp người bệnh ngồi dậy, hai chân thông xuống giường			
6	Quan sát sắc mặt, đếm mạch, hỏi người bệnh, mặc áo ấm.			
7	Đỡ người bệnh đứng lên, diu người bệnh đi.			
8	Sau khi đi xong, đưa người bệnh về giường, nằm thoải mái.			
9	Quan sát tình trạng người bệnh			
C. Di chuyển người bệnh từ giường sang ghế				
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên			
4	Điều dưỡng viên đứng trước người bệnh, một chân trước, một chân sau, hai tay sọc nách người bệnh			
5	Người bệnh để hai tay lên vai của điều dưỡng			
6	Điều dưỡng viên hơi nhún mình xuống để đưa người bệnh ra khỏi giường, xoay người lại đặt người bệnh xuống ghế.			
7	Cho người bệnh ngồi thoải mái.			
8	Quan sát tình trạng người bệnh			


Di chuyển người bệnh từ giường sang cáng

Áp dụng cho người bệnh chuyển khoa/phòng, người già, người bị liệt 2 chân, gãy chân

Thực hiện		
STT	Nội dung	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị người bệnh	
	Người bệnh được mặc quần áo chu đáo, không để người bệnh bị lạnh trong khi di chuyển.	Giữ ấm cho người bệnh
	Đối với người bệnh gãy xương, bong, chấn thương nặng cần phải được băng bó, cố định bằng nẹp trước để hạn chế đau, đề phòng sóc ngất trong khi di chuyển.	Đề phòng sóc - ngất.
	Nếu người bệnh mới mổ xong hoặc trong thời gian hậu phẫu đang truyền dịch thì phải mang theo trong lúc di chuyển.	
	Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu rõ lý do chuyển khoa/phòng.	Để người bệnh và gia đình người bệnh yên tâm Người bệnh, gia đình người bệnh biết được lợi ích và hợp tác tốt với điều dưỡng
	Dặn dò người bệnh và người nhà những điều cần thiết.	
	Trước khi di chuyển, người bệnh phải được nhận định, thăm khám lại cẩn thận.	Áp dụng phương pháp vận chuyển phù hợp

A. Di chuyển người bệnh từ giường sang cáng đẩy

1	Thực hiện bước 1 như trên	
2	Khóa các bánh xe và giường lại cẩn thận.	
3	Đẩy cáng song song cách giường hoặc đặt thẳng góc với chân giường hoặc đầu giường và ngược đầu với người bệnh.	Đảm bảo an toàn cho người bệnh
4	Cách đỡ người bệnh với 2-3 điều dưỡng viên	
	Điều dưỡng viên cao, khỏe nhất đứng ở phía đầu người bệnh: Người thứ nhất: đỡ cổ, vai và lưng người bệnh.	Đảm bảo an toàn cho người bệnh.

	<p>Người thứ hai đỡ thắt lưng và mông người bệnh.</p> <p>Người thứ ba: đỡ đùi và cẳng chân người bệnh.</p>	
	Theo nhịp 1, 2, 3 cùng nhắc bồng người bệnh lên, ôm người bệnh vào ngực.	
	Quay nửa vòng đặt nhẹ nhàng người bệnh lên cáng.	
5	<p>Cáng để song song và sát giường</p> <p>Với 2 người hoặc 4 người (người bệnh nằm sẵn trên tấm vải cao su)</p>	
6	Một người đứng về phía bên cẳng, một người đứng bên kia giường	Thuận tiện cho điều dưỡng viên thực hiện các thao tác di chuyển người bệnh dễ dàng.
	Cả hai cùng cuộn vải trong bàn tay đỡ những phần nặng nhất.	Đảm bảo an toàn cho người bệnh
	Một người nhắc người bệnh từ từ lên cẳng	
B. Cách di chuyển người bệnh sang cẳng khiêng		
1	Thực hiện bước 1 như trên	
2	Hai người khiêng hai đầu cẳng, đứng sát giường người bệnh, mặt cẳng ép sát vào thành giường.	
3	Hai hoặc ba nhân viên đứng sát giường cùng phía với người khiêng cẳng, nâng người bệnh lên khỏi mặt giường, cùng lui về phía sau.	
4	Hai người khiêng cẳng nhanh nhẹn đưa cẳng ra đỡ người bệnh.	
5	Cả ba người khiêng nhẹ nhàng đặt người bệnh lên cẳng.	

Bảng kiểm kỹ thuật hỗ trợ người bệnh di chuyển từ giường sang cáng

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Chuẩn bị dụng cụ, phương tiện			
A. Di chuyển người bệnh từ giường sang cáng đẩy				
1-2	Thực hiện bước 1 và 2 như trên			
3	Khóa các bánh xe và giường lại			
4	Đề cáng song song với giường			
Cách đỡ người bệnh với 2-3 điều dưỡng viên				
1-4	Thực hiện các bước từ 1 đến 4 như trên			
5	Người thứ nhất: đỡ cổ, vai và lưng người bệnh. Người thứ hai đỡ thắt lưng và mông người bệnh. Người thứ ba: đỡ đùi và cẳng chân người bệnh.			
6	Theo nhịp 1, 2, 3 cùng nhắc bồng người bệnh lên, ôm người bệnh vào ngực.			
7	Quay nửa vòng đặt nhẹ nhàng người bệnh lên cáng.			
Cáng để song song và sát giường				
1-4	Thực hiện các bước từ 1 đến 4 như trên			
5	Một người đứng về phía bên cáng, một người đứng bên kia giường.			
6	Cả hai cùng cuộn vải trong bàn tay đỡ những phần nặng nhất.			
7	Một người nhắc người bệnh từ từ lên cáng			
B. Di chuyển người bệnh từ giường sang cáng khiêng				
1-2	Thực hiện bước 1 và 2 như trên			
3	Hai người khiêng hai đầu cáng, đứng sát giường người bệnh, mặt cáng ép sát vào thành giường.			
4	Hai hoặc ba nhân viên đứng sát giường cùng phía với người khiêng cáng, nâng người bệnh lên khỏi mặt giường, cùng lui về phía sau.			
5	Hai người khiêng cáng nhanh nhẹn đưa cáng ra đỡ người bệnh.			
6	Cả ba người khiêng nhẹ nhàng đặt người bệnh lên cáng			

Di chuyển người bệnh từ giường sang xe lăn

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị người bệnh	
	Người bệnh được mặc quần áo chu đáo, không để người bệnh bị lạnh trong khi di chuyển.	Giữ ấm cho người bệnh
	Nếu người bệnh mới mổ xong hoặc trong thời gian hậu phẫu đang truyền dịch thì phải mang theo trong lúc di chuyển.	
	Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu rõ lý do phải di chuyển.	Để người bệnh và gia đình người bệnh yên tâm.
	Dẫn dò người bệnh và người nhà những điều cần thiết.	Người bệnh, gia đình người bệnh biết được lợi ích và hợp tác tốt với điều dưỡng.
	Trước khi di chuyển, người bệnh phải được nhận định, thăm khám lại cẩn thận.	Áp dụng phương pháp vận chuyển phù hợp.
2	Xe lăn tay đặt cách chân giường 1m và mặt xe hướng về phía đầu giường. Khóa bánh xe lại, giữ bàn đạp lên.	Đảm bảo nhẹ nhàng và an toàn cho người bệnh.
Cách đỡ người bệnh với một điều dưỡng viên		
1-2	Thực hiện bước 1 và 2 như trên	
3	Điều dưỡng đỡ người bệnh ngồi lên và bế người bệnh nhẹ nhàng đặt xuống xe lăn.	
4	Hạ bàn đạp xuống cho người bệnh để chân	
Cách đỡ người bệnh với hai điều dưỡng viên		
1-2	Thực hiện bước 1 và 2 như trên	
3	Đỡ người bệnh ngồi dậy, thông chân xuống giường	
4	Hai người đứng hai bên giường bệnh nắm tay với nhau: một để ở khuỷu chân, một quàng qua giữa lưng người bệnh, hai tay người bệnh bám vào cổ hai điều dưỡng viên.	
5	Hai điều dưỡng viên cùng nhắc người bệnh lên xoay nửa vòng nhẹ nhàng đặt người bệnh xuống xe lăn.	

Bảng kiểm kỹ thuật hỗ trợ người bệnh di chuyển từ giường sang xe lăn

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Chuẩn bị dụng cụ, phương tiện			
3	Xe lăn tay đặt cách chân giường 1m và mặt xe hướng về phía đầu giường.			
4	Khóa bánh xe lại, giữ bàn đạp lên.			
A. Đỡ người bệnh với một điều dưỡng viên				
1-4	Thực hiện các bước từ 1 đến 4 như trên			
5	Điều dưỡng đỡ người bệnh ngồi lên			
6	Điều dưỡng bế người bệnh nhẹ nhàng đặt xuống xe lăn.			
7	Hạ bàn đạp xuống cho người bệnh để chân.			
B. Cách đỡ người bệnh với hai điều dưỡng viên				
1-4	Thực hiện các bước từ 1 đến 4 như trên			
5	Đỡ người bệnh ngồi dậy, thông chân xuống giường			
6	Hai người đứng hai bên giường bệnh nắm tay với nhau.			
7	Hai tay người bệnh bám vào cổ hai điều dưỡng viên.			
8	Hai điều dưỡng viên cùng nhắc người bệnh lên xoay nửa vòng và đặt người bệnh xuống xe lăn.			

BÀI 13: KỸ THUẬT CHUẨN BỊ GIƯỜNG BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật chuẩn bị giường bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc chuẩn bị giường bệnh

NỘI DUNG

1. Đại cương

Giường bệnh rất quan trọng với người bệnh khi bị đau ốm, bởi lẽ giường bệnh là nơi nằm để khám bệnh và điều trị bệnh, thậm chí cũng là nơi sinh hoạt của một số người bệnh nặng, hôn mê hoặc tỉnh táo nhưng không có khả năng ra khỏi giường (gãy xương, liệt, tàn tật,... vì vậy việc nuôi dưỡng, tắm hoặc đại tiểu tiện được thực hiện ngay tại giường. Giường bệnh cũng là nơi nghỉ ngơi đối với người bệnh có tình trạng bệnh nhẹ.

2. Nguyên tắc chuẩn bị giường




- Không được sử dụng vải bị rách.
- Không sử dụng vải trải giường cho mục đích khác.
- Kiểm tra đồ vải trước khi thay (người bệnh có thể để tiền, vàng hoặc các đồ có giá trị khác ở trong gối dưới vải).
- Giường phải phẳng, căng và được giặt kỹ dưới đệm.
- Không được để người bệnh nằm trực tiếp lên vải nilon, có vải lót lên trên.
- Giường có đệm phải có vải trải, nilon và vải lót.

3. Dụng cụ

- Vải trải giường, gấp theo chiều dọc mặt trái ra ngoài
- Vải nilon
- Vải lót trên nilon
- Luồn ruột chăn vào vỏ chăn
- Gối và vỏ gối
- Màn

4. Quy trình kỹ thuật chuẩn bị giường đón người bệnh

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay thường quy, đeo khẩu trang.	Vệ sinh tay và sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân để phòng ngừa sự lan truyền vi sinh vật.
2	Chuẩn bị dụng cụ: Vải trải giường, vải nilon, vải lót, chăn, gối, vỏ gối (nếu trải giường khoa trải vải lót và nilon dài phủ kín giường)	
3	Xếp tủ đầu giường, ghé cho gọn	Tạo sự thuận tiện cho công việc

4	Đặt vải trải lên 1/4 giường, sau trải đều lên mặt đệm	
5	Kéo phẳng vải trải về phía hai đầu đệm, dặt xuống dưới đệm và gấp vuông góc ở hai đầu đệm	
6	Trải nilon và vải lót, dặt vải thừa ở thành bên xuống dưới đệm	
7	Đi xuống cuối giường sang bên kia, làm nốt phần còn lại (như từ bước 5 đến bước 6)	
8	Trải chăn, kéo phẳng dặt phần chăn còn lại phía cuối giường dưới đệm chăn được gấp theo kiểu đèn xếp làm 3 phần xuống đệm, gấp góc đệm	

9	Lồng áo gối để đầu giường	
10	Thu dọn dụng cụ: sắp xếp tủ đầu giường, ghé lại cho gọn	

4. Bảng kiểm kỹ thuật chuẩn bị giường bệnh đón người bệnh

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay thường quy, đeo khẩu trang.			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
3	Xếp tủ đầu giường, ghé cho gọn			
4	Đặt vải trải lên 1/4 giường, sau trải đều lên mặt đệm			
5	Kéo phẳng vải trải về phía hai đầu đệm, dặt xuống dưới đệm và gấp vuông góc ở hai đầu đệm			
6	Trải nilon và vải lót, dặt vải thừa ở thành bên xuống dưới đệm			
7	Đi xuống cuối giường sang bên kia, làm nốt phần còn lại (như từ bước 5 đến bước 6)			
8	Trải chăn, kéo phẳng dặt phần chăn còn lại phía cuối giường dưới đệm chăn được gấp theo kiểu đèn xếp làm 3 phần xuống đệm, gấp góc đệm			
9	Lồng áo gối để đầu giường			
10	Thu dọn dụng cụ			

BÀI 14:

KỸ THUẬT THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG CÓ NGƯỜI BỆNH NẪM

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật thay vải trải giường có người bệnh nằm đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc thay vải trải giường có người bệnh nằm.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Mục đích




Giường sạch sẽ tránh được nhiễm khuẩn da, giúp người bệnh được sạch sẽ, thoáng mát.



2. Chuẩn bị dụng cụ

- Vải trải giường
- Chăn phủ
- Vải nilon, vải phủ trên tấm nilon
- Gối và vỏ gối
- Túi đựng đồ bẩn
- Găng tay

3. Quy trình kỹ thuật thay vải trải giường có người bệnh nằm

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Thông báo giải thích cho người bệnh về công việc sắp thực hiện. Nhận định tình trạng người bệnh.	Người bệnh yên tâm hợp tác Nhận định xem người bệnh có giấy dựa không để chuẩn bị thêm nhân lực
2	Chuẩn bị dụng cụ: Chuẩn bị vải trải giường, vải trải dưới chăn, vải phủ người bệnh trong suốt quá trình thay, tấm nilon và vải phủ lên nilon, vỏ gối, chăn, túi đựng đồ bẩn, găng tay.	Để kỹ thuật diễn ra thuận lợi
3	Xếp gọn bàn ghế xung quanh giường, đóng cửa, tắt quạt, mang găng tay	Ngăn chặn sự lây lan của vi khuẩn và phòng ngừa truyền nhiễm

4	<p>Đắp vải phủ cho người bệnh, lấy chân đắp bỏ sang ghế và cho người bệnh nằm về một bên giường có người giữ hoặc có thành chắn giường</p>	
5	<p>Tháo vải trải giường bên, cuộn mặt bên vào trong đến 1/2 giường. Đặt vải trải giường lên phần vừa tháo bỏ và cuộn phần vải để trải nửa bên kia giường cho gọn và để sát người bệnh.</p>	
6	<p>Kéo phẳng, nhét phần vải thừa xuống phía dưới hai đầu đệm. Gập vuông góc ở 2 đầu đệm</p>	

7	<p>Cho người bệnh nằm về phía bên đã trải xong, vừa làm vừa động viên an ủi người bệnh. Đi xuống cuối giường sang bên kia người bệnh. Tháo các lớp vải bẩn cho vào các túi đựng đồ bẩn.</p>	
8	<p>Làm nốt phần còn lại (từ bước 6 đến bước 7) Cho người bệnh nằm lại giữa giường.</p>	
9	<p>Đặt vải trải dưới chân, đồng tác kéo vải trải sạch và đồng thời thay bỏ vải che phủ trên người bệnh cho vào túi đựng đồ bẩn, đặt chăn đắp ngang cổ người bệnh và kéo chăn phẳng xuống cuối đệm, gấp mép vải trải dưới chân lên mặt của chăn để tránh bụi chăn Thay áo gối, dọn dò người bệnh</p>	
10	<p>Thu dọn dụng cụ xử lý theo đúng quy định, sắp xếp bàn ghế lại ngăn nắp, tháo găng, vệ sinh tay.</p>	

4. Bảng kiểm kỹ thuật thay vải trải giường có người bệnh nằm

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định tình trạng người bệnh			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
3	Xếp gọn bàn ghế xung quanh giường, đóng cửa, tắt quạt, mang găng tay			
4	Đắp vải phủ cho người bệnh, lấy chăn đắp bỏ sang ghế và cho người bệnh nằm về một bên giường có người giữ hoặc có thành chắn giường			

5	Tháo vải trải giường bẩn, cuộn mặt bẩn vào trong đến 1/2 giường. Đặt vải trải giường lên phần vừa tháo bỏ và cuộn phần vải để trải nửa bên kia giường cho gọn và để sát người bệnh			
6	Kéo phẳng, nhét phần vải thừa xuống phía dưới hai đầu đệm. Gập vuông góc ở 2 đầu đệm			
7	Cho người bệnh nằm về phía bên đã trải xong. Tháo các lớp vải bẩn cho vào các túi đựng đồ bẩn.			
8	Làm nốt phần còn lại (từ bước 6 đến bước 7) Cho người bệnh nằm lại giữa giường			
9	Đặt vải trải dưới chăn, đồng tác kéo vải trải sạch và đồng thời thay bỏ vải che phủ trên người bệnh cho vào túi đựng đồ bẩn, đặt chăn đắp ngang cổ người bệnh và kéo chăn phẳng xuống cuối đệm, gập mép vải trải dưới chăn lên mặt của chăn để tránh bụi chăn. Thay áo gối, dọn dò người bệnh			
10	Thu dọn dụng cụ, rửa tay thường quy			

BÀI 15: HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH XOAY TRỞ TẠI GIƯỜNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật hỗ trợ người bệnh xoay trở tại giường.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc hỗ trợ người bệnh xoay trở tại giường
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG




1. Giới thiệu

Những người bệnh bất động tại giường (do yêu cầu bất động trong một số bệnh hoặc do mắc bệnh gây nên) thường có nguy cơ cao bị các biến chứng nghiêm trọng về sức khỏe. Một trong những kỹ năng phổ biến nhất mà bạn có thể sử dụng liên quan đến việc giúp người bệnh không thể tự mình nằm trên giường mà không cần sự trợ giúp. Bạn cần sử dụng kiến thức về căn chỉnh chính xác và các thiết bị trợ giúp để biến người bệnh trên giường.

2. Dụng cụ

Bảng giảm ma sát, gối hoặc các hỗ trợ khác để giúp người bệnh duy trì vị trí mong muốn, găng tay và các vật dụng cần thiết khác.

Thực hiện		
TT	Hành động	Ý nghĩa
1	Nhận định, chuẩn bị người bệnh	Kiểm tra hồ sơ bệnh án và chỉ định của bác sĩ giúp xác nhận đúng người bệnh. Đánh giá khả năng phối hợp của người bệnh giúp xây dựng kế hoạch hoạt động tốt và phù hợp hơn
2	Chuẩn bị điều dưỡng: Rửa tay, mặc trang phục của người điều dưỡng.	Vệ sinh tay và mặc trang phục theo quy định để ngăn chặn sự lây lan của vi khuẩn. Trang phục được yêu cầu dựa trên các biện pháp phòng ngừa lây nhiễm.
3	Nếu chưa có sẵn, đặt một tấm giảm ma sát dưới người bệnh.	Tấm giảm ma sát hỗ trợ trong việc ngăn ngừa ma sát và lực cần thiết để di chuyển người bệnh.
4	Sử dụng tấm giảm ma sát để di chuyển người bệnh trên giường	Giúp giảm ma sát và thuận lợi việc di chuyển người bệnh
5	Nếu người bệnh có thể hãy để người bệnh nắm lấy thanh bên ở cạnh giường để họ tự di chuyển mình	Khuyến khích người bệnh phối hợp càng nhiều càng tốt với chuyển động.

		
6	<p>Điều dưỡng đứng đối diện người bệnh với hai chân mở rộng vai và chân trước chân sau. Điều dưỡng bên kia nên đặt tay lên vai và hông của người bệnh, hỗ trợ để đưa người bệnh sang một bên. Sử dụng tấm giảm ma sát để nhẹ nhàng kéo người bệnh qua bên cạnh</p> 	<p>Điều dưỡng ở một vị trí ổn định với sự liên kết cơ thể tốt và sử dụng khối lượng cơ lớn để xoay người bệnh.</p> 
7	<p>Sử dụng gối kê sau lưng người bệnh.</p>	<p>Gối sẽ cung cấp hỗ trợ và giúp người bệnh duy trì vị trí mong muốn.</p>
8	<p>Làm cho người bệnh cảm thấy thoải mái và có vị trí thích hợp, sử dụng gối ở dưới chân và cánh tay, khi cần thiết. Điều chỉnh gối dưới đầu của người bệnh. Nâng cao đầu giường khi cần thiết để thoải mái.</p>	<p>Đảm bảo rằng người bệnh sẽ có thể duy trì vị trí mong muốn lâu và sẽ cảm thấy thoải mái.</p>
9	<p>Điều chỉnh giường ở vị trí thấp nhất và kéo hai chân bên của giường lên. Đảm bảo các vật dụng cần thiết khác nằm trong tầm với dễ dàng.</p>	<p>Điều chỉnh chiều cao của giường đảm bảo an toàn cho người bệnh.</p>

3. Bảng kiểm kỹ thuật hỗ trợ người bệnh xoay trở tại giường

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định, chuẩn bị người bệnh			
2	Chuẩn bị điều dưỡng			
3	Đặt một tấm giảm ma sát dưới người bệnh.			
4	Sử dụng tấm giảm ma sát để di chuyển người bệnh trên giường			
5	Nếu người bệnh có thể hãy để người bệnh nắm lấy thanh bên ở cạnh giường để họ tự di chuyển mình			
6	Điều dưỡng đứng đối diện người bệnh với hai chân mở rộng vai và chân trước chân sau. Điều dưỡng bên kia nên đặt tay lên vai và hông của người bệnh, hỗ trợ để đưa người bệnh sang một bên. Sử dụng tấm giảm ma sát để nhẹ nhàng kéo người bệnh qua bên cạnh			
7	Sử dụng gối kê sau lưng người bệnh.			
8	Làm cho người bệnh cảm thấy thoải mái và có vị trí thích hợp			
9	Điều chỉnh giường ở vị trí thấp nhất và kéo hai chân bên của giường lên. Đảm bảo các vật dụng cần thiết khác nằm trong tầm với dễ dàng.			

4. Các tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường:

* *Chuẩn bị người bệnh:* Giải thích và hướng dẫn cho người bệnh biết trước khi tiến hành đặt người bệnh 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).

Tư thế nằm ngửa thẳng:

Trường hợp áp dụng:

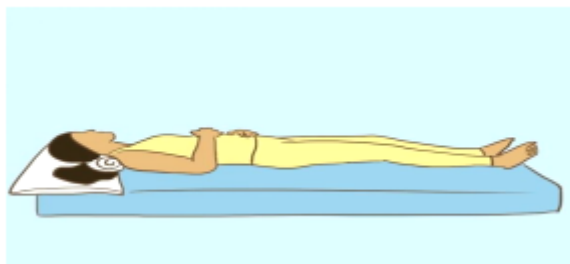
Tư thế trị liệu sau ngất, sốc, chóng mặt, xuất huyết nhẹ.

Trường hợp không áp dụng:

- + Người bệnh hôn mê.
- + Người bệnh nôn (sợ chất nôn lạc vào đường hô hấp).

Tiến hành:

- Đặt người bệnh nằm ngửa thẳng lưng, đầu, cổ và cột sống nằm trên đường thẳng. Cánh tay đặt 2 bên thân người, bàn tay để úp. Chân duỗi thẳng, bàn chân vuông góc với cẳng chân.



Hình 1: Tư thế nằm ngửa thẳng

Tư thế nằm ngửa đầu thấp nghiêng về một bên:**Trường hợp áp dụng:**

- Sau xuất huyết đề phòng ngất, sóc.
- Sau chọc ống sống.
- Kéo duỗi trong trường hợp gãy xương đùi.
- Người bệnh sau gây mê.

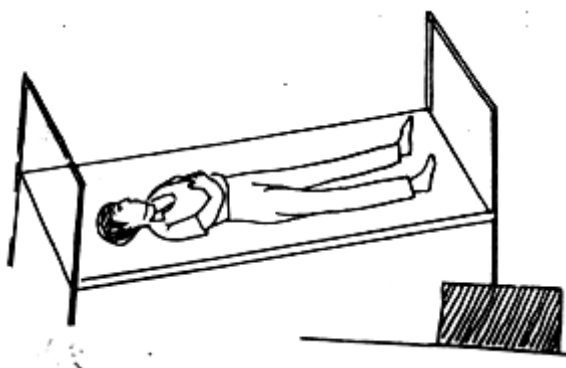
Trường hợp không áp dụng:

- Người bệnh hen phế quản.
- Người bệnh hôn mê, người bệnh nôn (sợ chất nôn lạc vào đường hô hấp).

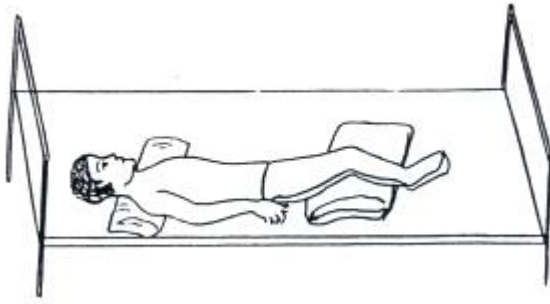
Tiến hành:

- Đặt người bệnh nằm ngửa, cổ, lưng theo đường thẳng, đầu nghiêng về một bên, chân giường phía chân người bệnh được kê cao tùy theo chỉ định.

- Cũng có thể kê gối dưới vai người bệnh và kê cao hai cẳng chân người bệnh bằng một gối to.



Hình 2: Tư thế người bệnh nằm ngửa đầu thấp kê cao chân giường.



Hình 3: Tư thế người bệnh nằm đầu thấp kê gối dưới vai và căng chân

Tư thế nằm ngửa đầu hơi cao:

Trường hợp áp dụng:

- Bệnh đường hô hấp - bệnh tim.
- Thời kỳ dưỡng bệnh, người già.

Trường hợp không áp dụng:

- Người bệnh có rối loạn về ruột.
- Người bệnh ho khó khăn.
- Người bệnh hôn mê, sau gây mê.

Tiến hành:

- Nâng đầu lên, cho người bệnh nằm ngửa kê gối dưới đầu và vai người bệnh. Chân hơi co, dưới khoeo chân kê một gối tròn, dài.
- Trường hợp người bệnh nằm lâu nên lót một vòng đệm chống loét dưới mông.

Tư thế nửa nằm - nửa ngồi (Fowler):

Trường hợp áp dụng:

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

Trường hợp không áp dụng:

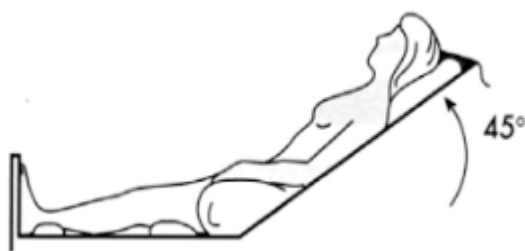
- Người bệnh có rối loạn về ruột.
- Người bệnh hôn mê, sau gây mê.

Tiến hành:

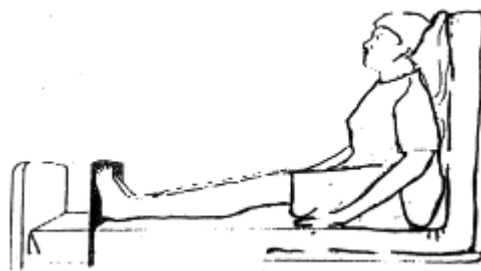
Có 3 mức độ:

- + Semi Fowler: nâng đầu giường 30^0
- + Fowler: nâng đầu giường 45^0 - 60^0
- + High Fowler: nâng đầu giường 60^0 - 90^0

- Một người phụ nâng người bệnh ngồi dậy.
- Nâng cao phía đầu giường: Tùy các mức độ theo chỉ định.
- Để gối lên phía đầu, đỡ người bệnh nằm nhẹ nhàng ngả đầu lên gối.
- Lót vòng đệm cao su dưới mông người bệnh (nếu cần thiết).
- Đặt ruột gối cứng ở phía cuối giường cho người bệnh tỳ gan bàn chân lên để người khỏi tụt xuống và chân khỏi đổ ra ngoài (bàn chân khỏi đổ về tư thế xấu).



Hình 4: Tư thế Fowler 45⁰



Hình 5: Tư thế High Fowler 90⁰

* *Chú ý:* Trường hợp người bệnh bị bệnh tim nặng hoặc hen suyễn người bệnh ngủ ở tư thế ngồi, dùng gối chông lên bàn con đặt trên giường để người bệnh đặt tay và dựa ngực vào gối cho thoải mái.

Tư thế nằm sấp:

Trường hợp áp dụng:

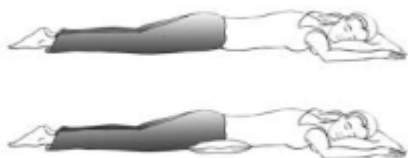
- Khám vùng gáy, lưng, mông.
- Trẻ nhỏ ngủ hay giật mình.
- Loét ép vùng lưng, mông.
- Chướng hơi ở bụng.

Trường hợp không áp dụng:

- Người bệnh có thai.
- Người bệnh có tổn thương vùng ngực.

Tiến hành:

- Điều dưỡng ở một bên giường, đặt người bệnh nằm ngửa sát bên giường đối diện, tay người bệnh để sát lưng, 2 chân người bệnh bắt chéo nhau.
- Điều dưỡng viên đặt một tay ở bả vai, một tay ở mông người bệnh.
- Lật nghiêng người bệnh về phía mình và nhẹ nhàng đặt người bệnh nằm sấp, đầu nghiêng về một bên, một bên mặt đặt lên gối mềm, để hai tay người bệnh đặt lên gối phía đầu.



Hình 6: Tư thế nằm sấp

Bảng kiểm các tư thế nghỉ ngơi trị liệu

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng trang phục đầy đủ, rửa tay thường quy			
2	Chuẩn bị người bệnh: Giải thích và hướng dẫn cho người bệnh biết trước các tư thế chuẩn bị được thay đổi			
3	Chuẩn bị dụng cụ các dụng cụ cần thiết: gối cứng, gối mềm, gối hình trụ, vòng đệm chống loét.....			
4	Đề dụng cụ ở vị trí thuận tiện cho tiến hành chăm sóc			
5	Giải thích, động viên để người bệnh phối hợp khi thay đổi tư thế			
6	Nhẹ nhàng thay đổi tư thế người bệnh theo từng trường hợp áp dụng			
	- Tư thế ngửa thẳng: Lưng, đầu, cổ và cột sống trên đường thẳng			
	- Tư thế đầu thấp, nghiêng một bên: Cổ lưng theo một đường thẳng, đầu nghiêng một bên, chân người bệnh được kê cao			
	- Tư thế nằm ngửa đầu hơi cao: Kê gối dưới đầu, vai người bệnh, chân hơi co, dưới khoeo chân kê một gối tròn, dài			
	- Tư thế nửa nằm, nửa ngồi: Nâng cao đầu giường tùy mức độ, lót vòng đệm cao su dưới mông, đặt ruột gối cứng cuối giường cho người bệnh tỳ chân.			
7	Đánh giá người bệnh sau khi thay đổi tư thế			
8	Sắp xếp lại giường cho người bệnh gọn gàng			
9	Thu dọn dụng cụ			
10	Sát khuẩn lại tay, ghi phiếu chăm sóc			

Bảng kiểm tư thế nằm sấp

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng trang phục đầy đủ, rửa tay thường quy			
2	Chuẩn bị người bệnh: Giải thích và hướng dẫn cho người bệnh biết trước các tư thế chuẩn bị được thay đổi			
3	Chuẩn bị dụng cụ các dụng cụ cần thiết: gối cứng, gối mềm, gối hình trụ, vòng đệm chống loét.....			
4	Để dụng cụ ở vị trí thuận tiện cho tiến hành chăm sóc			
5	Giải thích, động viên để người bệnh phối hợp khi thay đổi tư thế			
6	Điều dưỡng đứng về một bên giường,			
7	Đặt người bệnh nằm ngửa sát mép giường đối diện			
8	Điều dưỡng một tay đỡ vai, một tay đỡ mông người bệnh			
9	Lật nghiêng người bệnh về phía mình cho người bệnh nằm sấp, đầu nghiêng một bên, một mặt đặt lên gối mềm, 2 tay đặt lên gối phía đầu			
10	Đánh giá người bệnh sau khi thay đổi tư thế			
11	Sắp xếp lại giường cho người bệnh gọn gàng			
12	Thu dọn dụng cụ			
13	Sát khuẩn lại tay, ghi phiếu chăm sóc			

BÀI 16:

KỸ THUẬT HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH SỬ DỤNG BÔ DỆT

MỤC TIÊU

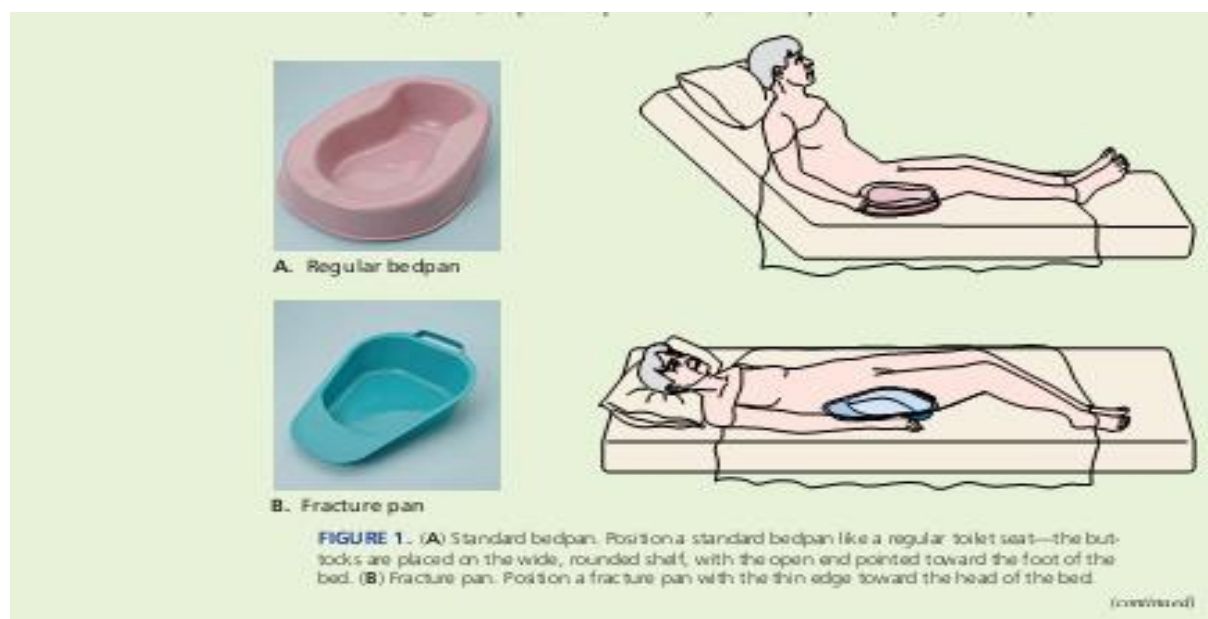
Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Sinh viên thực hiện thành thạo kỹ thuật hỗ trợ người bệnh sử dụng bô dẹt.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc hướng dẫn người bệnh sử dụng bô dẹt.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Người bệnh không thể ra khỏi giường vì giới hạn về thể chất hoặc theo yêu cầu của bác sĩ cần phải sử dụng một bô dẹt để chứa nước tiểu hoặc phân. Người bệnh nam giới nằm trên giường thường thích sử dụng bô tiểu để hứng nước tiểu và bô dẹt cho đại tiện; người bệnh nữ thường thích sử dụng bô dẹt cho cả hai. Nhiều người bệnh thấy khó khăn và lúng túng khi sử dụng bô dẹt. Khi người bệnh sử dụng bô dẹt, thúc đẩy sự thoải mái, sinh lý và tôn trọng sự riêng tư của người bệnh càng nhiều càng tốt. Hãy chắc chắn để duy trì một cách chuyên nghiệp. Thêm vào đó, cần chăm sóc da và vệ sinh đáy chậu sau khi sử dụng bô dẹt. Bô dẹt thông thường có một đầu tròn và một đầu mở thấp hơn, giảm dần. Đầu trên phù hợp dưới mông của người bệnh về phía xương, với đầu mở để về phía chân giường. Một bô dẹt đặc biệt được gọi là bô gãy thường được sử dụng cho những người bệnh bị gãy xương đùi hoặc cột sống và vùng xương chậu dưới. Bô gãy thường nhỏ hơn so với bô dẹt thông thường, loại bô này là hữu ích cho những người bệnh không thể dễ dàng nâng mình lên bô dẹt thông thường xuyên. Người bệnh rất gầy hoặc già thường dễ dàng hơn và thoải mái hơn khi sử dụng loại bô gãy. Bô gãy có một đầu phía trên hẹp, nông thấp hơn, và với một phía cuối vành rộng hơn sâu hơn. Phía trên đặt dưới mông của người bệnh về phía xương sống, với phần cuối sâu hơn để về phía chân giường.



HÌNH 1. (A) Loại bô chuẩn. Vị trí đặt bô chuẩn giống như tư thế người bệnh đi vệ sinh hàng ngày: mông người bệnh đặt trên chỗ vành rộng tròn chìa ra của bô, phần cuối mở hướng về phía chân của người bệnh.



(B) Bô gãy. Vị trí đặt bô gãy thì để phần thấp của bô về phía đầu giường của người bệnh.

2. Dụng cụ

Bô dẹt (loại thường hoặc gãy), giấy vệ sinh, găng tay sạch dùng một lần, che phủ cho bô dẹt hoặc nơi để tiểu (miếng đệm hoặc tấm chống thấm dùng một lần)

3. Quy trình kỹ thuật hướng dẫn người bệnh sử dụng bô dẹt

Thực hiện		
TT	Hành động	Ý nghĩa
1	Nhận định người bệnh: Xem lại biểu đồ về hạn chế vận động thể chất của người bệnh (Xem sự thay đổi kỹ năng: Hỗ trợ sử dụng bô dẹt khi người bệnh có vận động hạn chế.)	Giới hạn hoạt động có thể chống chỉ định một số hành động nhất định của người bệnh.
2	Chuẩn bị dụng cụ: Mang theo bô dẹt và các thiết bị cần thiết khác tới bên cạnh giường hoặc trên giường.	Đưa tất cả mọi thứ để cạnh giường tiết kiệm thời gian và năng lượng. Sắp xếp các vật dụng gần đó thuận tiện, tiết kiệm thời gian và tránh việc kéo dài không cần thiết và phải xoay người của điều dưỡng.
3	Chuẩn bị điều dưỡng, thực hiện vệ sinh tay.	Vệ sinh tay ngăn chặn sự lây lan của vi sinh vật.
4	Nếu không chống chỉ định, xoa bột vào mép của bô dẹt. Để bô dẹt trên ghế cạnh giường. Đeo găng tay.	Bột giúp giữ cho bô không dính vào da của người bệnh và làm cho nó dễ dàng hơn để lấy ra. Bột không được áp dụng nếu người bệnh có vấn đề hô hấp, bị dị ứng với bột, hoặc nếu cần một mẫu nước tiểu (có thể làm nhiễm bẩn mẫu). Bô trên ghế cho phép dễ dàng tiếp cận. Găng tay ngăn ngừa tiếp xúc với máu và dịch cơ thể.
5	Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, với đầu giường cao khoảng 30°, trừ khi chống chỉ định	Vị trí nằm ngửa là cần thiết cho việc đặt đúng người bệnh trên bô dẹt.
6	Gấp lại khăn trải giường vừa đủ để cho phép đặt bô dẹt.	Gấp lại bộ khăn trải giường theo cách này giảm thiểu phơi nhiễm

	<p>Nếu không có miếng đệm chống thấm nước trên giường và thời gian cho phép, xem xét đặt một miếng đệm chống thấm nước dưới mông của người bệnh trước khi đặt xô dẹt</p>	<p>không cần thiết trong khi vẫn cho phép điều dưỡng đặt xô dẹt.</p> <p>Các miếng chống thấm nước sẽ bảo vệ giường nếu có một sự cố tràn chất thải.</p>
7	<p>Yêu cầu người bệnh uốn cong đầu gối. Để người bệnh nâng hông lên trên. Hỗ trợ người bệnh, nếu cần thiết, bằng cách đặt bàn tay của bạn gần dưới lưng và hỗ trợ nâng. Tay khác đút xô vào vị trí</p>	<p>Điều dưỡng sử dụng ít năng lượng hơn khi người bệnh có thể hỗ trợ bằng cách nâng cơ thể của mình lên gót chân.</p>
		
	<p>Đặt miếng đệm chống thấm nước dưới mông của người bệnh.</p> <p>(Lưu ý: vỏ đệm chỉ nên được gấp lại vừa đủ để hoạt động, không phơi bày người bệnh một cách không cần thiết. Che phủ trở lại trong loạt ảnh này đã được hiển thị như hành động.)</p>	<p>Hỗ trợ người bệnh tự nâng cao vị trí trên giường để đưa xô vào.</p>
8	<p>Đảm bảo rằng xô ở đúng vị trí và mông người bệnh được thoải mái trên kệ tròn của xô thường hoặc vành nông của xô gãy. Che người bệnh bằng khăn trải.</p>	<p>Đặt xô ở vị trí thích hợp ngăn chặn tràn vào giường, đảm bảo sự thoải mái của người bệnh, và ngăn ngừa tổn thương da khi xô không đứng chỗ.</p> <p>Vị trí này giúp người bệnh dễ dàng làm vô hiệu hoặc đi vệ sinh, tránh căng thẳng trên lưng của người bệnh và cho phép hỗ trợ lực trong việc bài tiết. Bao trùm sự ấm áp và riêng tư.</p>
9	<p>Rút xô ra: Kéo xô ra theo cùng cách thức mà nó đã được đưa vào, cẩn thận để giữ nó ổn định. Yêu cầu người</p>	<p>Giữ xô ổn định ngăn chặn sự cố tràn. Điều dưỡng sử dụng ít năng lượng hơn khi người bệnh có thể hỗ</p>

	bệnh uốn cong đầu gối và nhấc mông lên từ đầu giường. Hỗ trợ người bệnh, nếu cần thiết, bằng cách đặt bàn tay của bạn gần với dưới lưng dưới của người bệnh, và hỗ trợ nâng. Đặt bô trên ghế cạnh giường và phủ lên.	trợ bằng cách đặt trọng lượng của mình lên gót chân. Che phủ bô giúp ngăn ngừa sự lây lan của vi sinh vật
10	Nếu người bệnh cần trợ giúp về vệ sinh, quần khăn giấy quanh bàn tay nhiều lần, và lau sạch người bệnh, vuốt về phía khu vực hậu môn. Loại bỏ giấy vệ sinh đã lau, và sử dụng nhiều hơn cho đến khi người bệnh được sạch sẽ. Đặt người bệnh nghiêng ở bên cạnh giường để làm sạch vùng hậu môn.	Làm sạch khu vực từ trước ra sau giúp giảm thiểu ô nhiễm phân của âm đạo và tiết niệu. Vệ sinh sạch cho người bệnh sau khi đã sử dụng bô ngăn ngừa mùi khó chịu và ngứa trên da.
11	Đưa người bệnh trở lại vị trí thoải mái. Tháo găng tay và đảm bảo rằng người bệnh được che đậy.	Đặt lại vị trí giúp thúc đẩy sự thoải mái của người bệnh. Loại bỏ găng tay bị nhiễm bẩn ngăn ngừa sự lây lan của vi sinh vật.
12	Đeo găng tay sạch. Làm sạch và lau sạch bô, đo nước tiểu trong bình đựng, khi cần thiết. Vứt bỏ thùng rác giấy vệ sinh đã sử dụng theo đúng quy định	Vệ sinh thiết bị tái sử dụng giúp ngăn ngừa sự lây lan của vi sinh vật.
13	Thực hiện vệ sinh tay.	Vệ sinh tay ngăn ngừa sự lây lan của vi sinh vật

4. Bảng kiểm kỹ thuật hướng dẫn người bệnh sử dụng bô đẹt

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị điều dưỡng, thực hiện vệ sinh tay.			
2	Nhận định, chuẩn bị người bệnh			
3	Chuẩn bị dụng cụ			
4	Nếu không chống chỉ định, xoa bột vào mép của bô đẹt. Để bô đẹt trên ghế cạnh giường. Đeo găng tay			
5	Đặt người bệnh tư thế thích hợp			
6	Gấp lại khăn trải giường vừa đủ để cho phép đặt bô đẹt. Đặt miếng lót thấm nước dưới mông người bệnh			
7	Yêu cầu người bệnh uốn cong đầu gối. Để người bệnh nâng hông lên trên. Hỗ trợ người bệnh, nếu cần thiết, bằng			

	cách đặt bàn tay của bạn gần dưới lưng và hỗ trợ nâng. Tay khác đút bỏ vào vị trí.			
8	Đảm bảo rằng bỏ ở đúng vị trí và mông người bệnh được thoải mái trên kệ tròn của bỏ thường hoặc vành nông của bỏ gãy. Che người bệnh bằng khăn trải. Vệ sinh tay.			
9	Kéo bỏ ra. Yêu cầu người bệnh uốn cong đầu gối và nhấc mông lên từ đầu giường. Hỗ trợ người bệnh, nếu cần thiết. Đặt bỏ trên ghế cạnh giường và phủ lên.			
10	Đặt người bệnh nghiêng ở bên cạnh giường để làm sạch vùng hậu môn.			
11	Đưa người bệnh trở lại vị trí thoải mái. Tháo găng tay			
12	Đeo găng tay sạch, làm sạch và lau sạch bỏ			
13	Thực hiện vệ sinh tay			

BÀI 17: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo cho người bệnh uống thuốc đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc cho người bệnh uống thuốc.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ năng.

NỘI DUNG

1. Nguyên tắc

Tuân thủ nguyên tắc 5 đúng khi cho người bệnh dùng thuốc:

- Đúng người bệnh
- Đúng thuốc
- Đúng liều
- Đúng đường dùng
- Đúng thời gian dùng thuốc

2. Các dạng thuốc dùng qua đường tiêu hóa

- Thuốc viên
- Thuốc bột
- Dung dịch thuốc

3. Áp dụng

Cho người bệnh có thể uống được, thuốc không bị dịch tiêu hóa phá hủy.

4. Không áp dụng

- Người bệnh rối loạn thần kinh cơ
- Nôn liên tục
- Chít hẹp thực quản
- Người bệnh mất khả năng nuốt, hôn mê
- Người bệnh đang hút dịch dạ dày

5. Những điểm cần lưu ý khi dùng thuốc qua đường tiêu hóa

- Không đưa thuốc cho người bệnh nếu người bệnh có những băn khoăn, lo lắng về việc dùng thuốc. Người điều dưỡng phải giải thích để người bệnh hiểu, an tâm, đưa thuốc và chứng kiến người bệnh dùng thuốc tận miệng.

- Không được uống các loại thuốc cùng một lúc với nhau (phòng ngừa tương tác thuốc).

- Thuốc có tính acid làm hại men răng, trước khi cho uống cần phải pha loãng và cho uống qua ống hút.

- Sau khi cho người bệnh dùng thuốc đầu, nên cho uống thêm nước cam hoặc nước chanh để đỡ cảm giác buồn nôn.

- Khi cho người bệnh uống aspirin phải cho uống lúc no, không uống chung với các loại thuốc có tính chất kiềm.

- Các loại thuốc sulfamid, nên cho người bệnh uống nhiều nước để tránh thuốc lắng đọng ở thận.

- Khi dùng thuốc cho trẻ em, điều dưỡng không nên pha thuốc vào sữa, dịch nuôi dưỡng vì liều dùng dễ bị thiếu do trẻ không uống/không ăn hết.

- Không nên pha thuốc loại đắng, mùi vị khó uống với nhiều nước, nếu mùi vị một số thuốc khi uống làm cho người bệnh buồn nôn nên cho ngậm đá sau khi uống vài phút.

- Thuốc lợi tiểu phải uống trước khi ngủ 15 giờ.

- Nước dùng để uống tốt nhất là nước ấm.

- Điều dưỡng cần theo dõi dấu hiệu sinh tồn trước và sau khi cho người bệnh dùng những loại thuốc làm ảnh hưởng đến tuần hoàn, hô hấp.

- Không cho người bệnh dùng thuốc khi người bệnh có chống chỉ định dùng thuốc hoặc nêu nghi ngờ về khả năng an toàn của người bệnh khi dùng thuốc.

- Nếu người bệnh đang sử dụng thuốc đông y, thuốc nam phải báo lại cho bác sỹ biết để tránh tương tác thuốc.

- Trong trường hợp người bệnh đang đặt sonde dạ dày thì phải nghiền thuốc pha với nước để bơm qua sonde (không pha trộn các loại thuốc với nhau khi không có y lệnh)

6. Tai biến khi dùng thuốc qua đường tiêu hoá và cách phòng tránh.

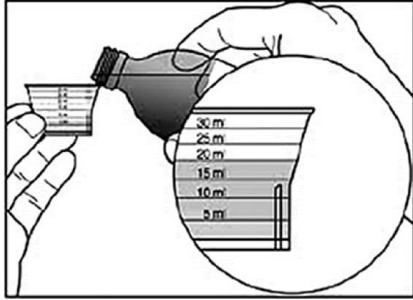

- Dị ứng thuốc: phải hỏi kỹ về tiền sử dị ứng thuốc, thực hiện 5 đúng. Nếu sau khi dùng thuốc thấy có các dấu hiệu bất thường như nổi mẩn, ngứa, buồn nôn, nôn, khó thở, tức ngực... phải dừng thuốc ngay và xử trí theo hướng dẫn xử trí phản vệ (thông tư 51 - BHYT về xử trí phản vệ).



- Xuất huyết dạ dày: khi uống các loại thuốc chống viêm kháng steroid, aspirin... phải uống thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày trước, uống thuốc sau khi ăn. Nếu người bệnh có các biểu hiện bất thường như nôn ra máu, đi ngoài phân đen, đau bụng... phải dừng thuốc ngay và báo với bác sỹ để xử trí kịp thời.

- Ngộ độc thuốc: thuốc tim mạch có thể gây ngộ độc, nên trước khi uống phải đếm nhịp tim, đo huyết áp... nếu thấy không bình thường phải tạm dừng thuốc, báo bác sỹ để xử trí kịp thời.

7. Quy trình kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Nhận định, chuẩn bị người bệnh: Đổi chiếu đúng người bệnh Động viên và giải thích để người bệnh yên tâm dùng thuốc. Hướng dẫn/giúp người bệnh ở tư thế thích hợp: ngồi hoặc nằm đầu cao.	Thuận tiện cho uống thuốc, tránh sặc thuốc.

2	<p>Chuẩn bị thuốc theo y lệnh, kiểm tra (5 đúng), đặt vào khay.</p>	<p>Tránh sai sót khi dùng thuốc</p>
	<p>Thuốc viên: dùng nắp lọ hoặc khay để đếm thuốc</p>	
	<p>Thuốc nước:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Chứa trong chai: lắc đều chai thuốc, dùng dụng cụ đo lường phù hợp (cốc/ly có vạch ml, hoặc bơm tiêm) để đo lượng thuốc theo chỉ định. - Thuốc nước với số lượng ít (nhỏ giọt): cho một ít nước vào ly, để thẳng ống đếm giọt và nhỏ đúng số giọt theo y lệnh. 	<p>Đảm bảo dùng thuốc đúng liều</p>  <p>Ly uống thuốc có vạch ml</p>
	<p>Thuốc bột:</p> <p>Thuốc bột đựng trong gói: chia đều từng phần rồi gói riêng từng phần.</p> <p>Thuốc bột pha lẫn dịch: lắc đều chai thuốc, dùng dụng cụ đo lường phù hợp để đo được lượng thuốc theo chỉ định.</p>	
3	<p>Đưa khay thuốc đến phòng bệnh</p>	
4	<p>Cho người bệnh uống thuốc</p>	
	<p>Uống thuốc viên:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viên nén, viên nang: đưa cho người bệnh tự cầm và cho thuốc vào miệng. Nên cho người bệnh uống từng viên thuốc, kiểm tra trong miệng không còn thuốc mới uống viên tiếp theo. 	 <p>Đảm bảo chắc chắn NB đã uống thuốc đủ liều.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Viên sủi: cho viên thuốc vào ly nước, chờ sủi hết bọt, đưa người bệnh uống 	
	<p>Thuốc dạng nước, dung dịch hay nhũ tương: đưa cốc đựng thuốc để người bệnh tự uống.</p>	
	<p>Thuốc dạng bột:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khuấy đều thuốc với nước ấm - Đưa cho NB uống, uống thêm một ít nước chín sau khi uống xong thuốc 	

	<p>Thuốc ngậm dưới lưỡi: Đặt thuốc vào dưới lưỡi người bệnh Hướng dẫn người bệnh ngậm đến khi thuốc tan hoàn toàn</p>	<p>Thuốc hấp thu qua niêm mạc dưới lưỡi</p> 
	<p>Thuốc dạng nhai - Đặt thuốc giữa hai răng, hướng dẫn người bệnh nhai nhuyễn viên thuốc. - Uống thêm nước sau khi nhai</p>	<p>Thuốc cần có nước bọt để dễ hấp thu</p>
5	<p>Theo dõi đến khi người bệnh uống thuốc xong: - Kiểm tra số lượng thuốc đã uống Yêu cầu người bệnh há miệng để kiểm tra - Dẫn dò người bệnh nếu thấy cảm giác bất thường báo ngay với điều dưỡng</p>	<p>Đảm bảo thuốc đã được uống đủ liều, người bệnh đã nuốt thuốc vào dạ dày Kiểm tra người bệnh uống xong thuốc</p> 
6	Thu dọn dụng cụ, rửa tay	
7	Ghi hồ sơ (phiếu chăm sóc): ngày giờ dùng thuốc, tên thuốc, liều, đường dùng, phản ứng của người bệnh (nếu có).	

8. Bảng kiểm kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định, chuẩn bị người bệnh			
2	Chuẩn bị dụng cụ, thuốc theo y lệnh, thực hiện 5 đúng (tuỳ theo loại thuốc mà chuẩn bị phù hợp).			
3	Đưa khay thuốc đến phòng người bệnh			

4	Cho người bệnh uống thuốc			
5	Theo dõi đến khi người bệnh uống thuốc xong; dặn dò người bệnh.			
6	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.			
7	Ghi hồ sơ			

BÀI 18: KỸ THUẬT CHườM NÓNG, CHườM LẠNH

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật chườm ấm, chườm lạnh cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc chườm ấm, chườm lạnh cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Đại cương

Chườm nóng hoặc chườm lạnh là một trong những kỹ thuật điều dưỡng đơn giản, dễ thực hiện và có thể có hiệu quả đỡ đau ngay khi thực hiện trong các trường hợp. Tuy nhiên trong quá trình thực hiện nếu không đúng quy trình sẽ gây mất an toàn như bỏng do chườm nóng hoặc bỏng do chườm lạnh.

2. Tác dụng

* Chườm nóng:

- Làm cho người bệnh ấm
- Làm giảm sự co dãn chằng, giảm sự co cứng khớp, giảm đau
- Làm người bệnh cảm giác dễ chịu, thư giãn
- Gây sung huyết cục bộ, làm tăng tuần hoàn tại chỗ giúp cho quá trình liền vết thương được nhanh hơn, làm giảm sự sung huyết ở sâu.

* Chườm lạnh:

- Làm giảm sự sung huyết, phản ứng viêm, khu trú nhiễm khuẩn và giảm sự sung huyết do co mạch
- Làm giảm đau, ức chế hoạt động của tế bào và dây thần kinh
- Khu trú nhiễm khuẩn
- Làm hạ nhiệt độ

3. Nhiệt độ và thời gian chườm

- Đối với chườm nóng nhiệt độ của nước chườm trung bình 43-45°C nếu với nhiệt độ cao có thể từ 50-60° C. Thời gian chườm trung bình mỗi lần từ 25 – 30 phút, nếu cần chườm liên tục phải thay nước khác, có thể chườm 2-3 giờ, không nên chườm lâu sẽ làm giãn lỗ chân lông làm cho vi khuẩn dễ xâm nhập vào cơ thể qua da.

- Đối với chườm lạnh thời gian chườm tùy vào từng bệnh lý

4. Quy trình kỹ thuật

* Chườm nóng

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị người bệnh: Thông báo giải thích cho người bệnh để người bệnh tư thế thoải mái	
2	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang	Đảm bảo vô khuẩn
3	Chuẩn bị dụng cụ: Túi chườm, khăn bông, nhiệt kế đo nhiệt độ nước, vaselin (nếu cần)	
4	Kiểm tra xem túi có bị thủng không Kiểm tra nhiệt độ nước chườm bằng nhiệt kế đo nước	
5	Đổ nước vào túi chườm từ 1/2 -2/3 túi	
6	Đuổi không khí trong túi chườm: Đặt túi chườm trên mặt phẳng, ép túi để cho nước dâng lên đến cổ túi chườm	
7	Vặn chặt nắp, dốc ngược túi chườm kiểm tra lại	
8	Lau khô túi chườm cho vào bao hoặc bọc trong khăn bông	
9	Bộc lộ vùng chườm	
10	Đặt từ từ hoặc treo túi chườm lên vùng chườm (khi chườm phải đặt miệng túi lên phía cao hơn để tránh nước rò rỉ ra gây bỏng người bệnh), phủ khăn bông	Tránh gây bỏng cho người bệnh
11	Theo dõi vùng chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm	
12	Sau 20-40 phút ngừng nếu chườm tiếp thay nước, đổi vị trí	
13	Lấy túi chườm ra, nếu người bệnh kêu nóng rát, da vùng chườm đỏ rục thì dùng vaselin xoa lên vùng da chườm	
14	Giúp người bệnh tư thế thoải mái	

15	Thu dọn dụng cụ, rửa sạch túi, mở nắp dốc ngược túi, phơi khô	
16	Ghi phiếu chăm sóc	

*Chườm lạnh

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Thông báo giải thích cho người bệnh để người bệnh tư thế thoải mái	
2	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang	
3	Chuẩn bị dụng cụ: Túi chườm, khăn bông, phích đựng đá đập nhỏ, khăn hoặc túi bọc	
4	Kiểm tra xem túi có bị thủng không, cho đá vào túi chườm từ 1/2 -2/3 túi	
5	Đuổi không khí trong túi chườm: Đặt túi chườm trên mặt phẳng	
6	Vặn chặt nắp, dốc ngược túi chườm kiểm tra lại	
7	Lau khô túi chườm cho vào bao hoặc bọc trong khăn bông	
8	Bọc lộ vùng chườm, đặt từ từ hoặc treo sát túi lên bề mặt vùng chườm	
9	Theo dõi vùng chườm, thời gian chườm 2-3 giờ tùy bệnh lý (nếu cần ngừng khoảng 1-2 giờ sau đó lại chườm tiếp và thay đá khác)	
10	Lấy túi chườm ra khi không cần chườm lạnh	
11	Lau khô da vùng chườm	
12	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái	
13	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay	
14	Ghi phiếu chăm sóc	

5. Bảng kiểm quy trình kỹ năng chườm nóng, chườm lạnh

* Chườm nóng

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
2	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang			
3	Chuẩn bị dụng cụ			
4	Kiểm tra xem túi có bị thủng không Kiểm tra nhiệt độ nước chườm			
5	Đổ nước vào túi chườm			
6	Đuổi không khí trong túi chườm			
7	Vặn chặt nắp, dốc ngược túi chườm kiểm tra lại			
8	Lau khô túi chườm cho vào bao hoặc bọc trong khăn bông			
9	Bộc lộ vùng chườm			
10	Đặt từ từ hoặc treo túi chườm lên vùng chườm			
11	Theo dõi vùng chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm			
12	Sau 20-40 phút ngừng nếu chườm tiếp thay nước, đổi vị trí			
13	Lấy túi chườm ra, nếu người bệnh kêu nóng rát, da vùng chườm đỏ rực thì dùng vaselin xoa lên vùng da chườm			
14	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái			
15	Thu dọn dụng cụ			
16	Ghi phiếu chăm sóc			

*Chườm lạnh

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
2	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang			
3	Chuẩn bị dụng cụ			
4	Kiểm tra xem túi có bị thủng không Cho đá vào túi chườm			
5	Đuổi không khí trong túi chườm			
6	Vặn chặt nắp, dốc ngược túi chườm kiểm tra lại			
7	Lau khô túi chườm cho vào bao hoặc bọc trong khăn bông			
8	Bọc lộ vùng chườm, đặt từ từ hoặc treo sát túi lên bề mặt vùng chườm			
9	Theo dõi vùng chườm			
10	Lấy túi chườm ra khi không cần chườm lạnh			
11	Lau khô da vùng chườm			
12	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái			
13	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay			
14	Ghi phiếu chăm sóc			

BÀI 19: KỸ THUẬT HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH ĂN UỐNG

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật cho người bệnh ăn uống đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc cho người bệnh ăn uống đúng quy trình kỹ thuật.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Giới thiệu:

Trước khi cho người bệnh ăn cần kiểm tra chế độ ăn được chuẩn bị riêng cho người bệnh. Cần khai thác tiền sử dị ứng thức ăn, tôn giáo và văn hóa. Kiểm tra chắc chắn rằng người bệnh không có lịch làm các xét nghiệm cận lâm sàng có thể ảnh hưởng đến việc người bệnh có được ăn hay không. Trước khi cho người bệnh ăn, cần kiểm tra xem người bệnh có gặp những khó khăn khi nuốt không.

2. Dụng cụ

- Khay thức ăn của người bệnh, theo chế độ ăn phù hợp với người bệnh
- Khăn ướt để lau tay
- Dụng cụ chăm sóc răng miệng
- Răng giả của người bệnh, kính mắt, máy trợ thính nếu cần
- Đồ dùng đặc biệt nếu cần
- Khăn ăn
- Găng tay nếu cần.

4. Quy trình kỹ thuật hỗ trợ người bệnh ăn uống

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Kiểm tra y lệnh về chế độ ăn được chuẩn bị riêng cho người bệnh.	Đảm bảo đúng chế độ ăn của người bệnh.
2	Điều dưỡng rửa tay, đeo găng tay nếu cần.	Rửa tay và đeo găng tay giúp ngăn ngừa vi khuẩn, tránh lây nhiễm vi khuẩn.
3	Xác định đúng người bệnh. Giải thích với người bệnh về kỹ thuật sắp làm để người bệnh hợp tác trong quá trình thực hiện.	Nhận dạng người bệnh giúp đảm bảo đúng người bệnh cần cho ăn, tránh nhầm người bệnh. Sự giải thích về thủ thuật làm người bệnh an tâm và tăng cường sự hợp tác.

4	<p>Nhận định mức độ nhận thức của người bệnh, hạn chế hoạt động, giảm khả năng nghe, nhìn. Nếu người bệnh sử dụng máy trợ thính hoặc đeo kính hoặc răng giả, cần cung cấp cho người bệnh. Hỏi xem người bệnh có những thức ăn gì liên quan đến tôn giáo, văn hóa hay những thức ăn gì thích hay không thích không.</p> <p>Nhận định bụng của người bệnh. Hỏi xem người bệnh có buồn nôn hay không. Hỏi xem có khó nuốt hay không. Sự nhận định xem người bệnh có buồn nôn, đau hay không và dùng thuốc chống nôn, giảm đau khi cần thiết.</p>	<p>Sự tỉnh táo là cần thiết để người bệnh có thể ăn và nuốt thức ăn. Sử dụng máy trợ thính, kính mắt và răng giả giúp cho việc nhai tốt hơn. Sở thích của người bệnh nên được quan tâm trong việc lựa chọn thức ăn để giúp ăn tốt hơn và tối ưu hóa lợi ích của bữa ăn.</p> <p>Đường tiêu hóa tốt là cần thiết cho việc tiêu hóa. Nếu có nôn hoặc đau sẽ làm giảm sự ngon miệng. Nếu người bệnh phải dùng thuốc, cần phải đợi một thời gian thích hợp để hấp thu thuốc trước khi bắt đầu cho ăn.</p>
5	<p>Đề nghị người bệnh rửa tay và vệ sinh răng miệng và đi đại tiện tiện nếu cần.</p>	<p>Có thể tăng sự ngon miệng, mang lại sự thoải mái và có thể tránh việc đi đại tiện tiện trong bữa ăn.</p>
6	<p>Giúp người bệnh nằm ở tư thế Fowler hoặc ngồi trên giường hoặc ghế. Để giường xuống thấp nếu người bệnh vẫn nằm trên giường.</p>	<p>Tư thế thích hợp có thể tăng cường khả năng nuốt và giảm nguy cơ sặc cho người bệnh.</p>
7	<p>Choàng khăn qua người người bệnh. Đặt bàn ăn trước mặt người bệnh.</p>	<p>Tránh làm bẩn quần áo của người bệnh.</p>
8	<p>Kiểm tra khay thức ăn đảm bảo đúng khay thức ăn của người bệnh trước khi cho người bệnh ăn. Đặt khay lên bàn ăn trên giường của người bệnh để người bệnh có thể nhìn thấy thức ăn. Đảm bảo thức ăn nóng được làm nóng, thức ăn nguội được làm nguội.</p> <p>Cần để những thức uống nóng có đủ thời gian để nguội. Hỏi người bệnh xem thích ăn gì trước. Cắt thức ăn thành miếng nhỏ nếu cần. Quan sát khả năng nuốt của người bệnh suốt bữa ăn.</p>	<p>Đảm bảo đúng khay thức ăn của người bệnh. Khuyến khích sự lựa chọn của người bệnh. Quan sát kỹ ở khoảng cách gần là cần thiết để nhận định dấu hiệu của sặc và những khó khăn trong bữa ăn.</p>

9	<p>Nếu có thể, ngồi đối diện với người bệnh trong khi cho người bệnh ăn. Nếu người bệnh có thể, khuyến khích họ cầm thức ăn và tự ăn (nhiều nhất có thể). Trò chuyện với người bệnh trong bữa ăn một cách phù hợp. Tuy nhiên, nếu người bệnh khó nuốt hoặc hạn chế việc giao tiếp có thể yêu cầu người bệnh ra hiệu.</p>	<p>Nhìn chung, bữa ăn có thể bao gồm cả việc giao tiếp và nói chuyện. Không được nói chuyện trong bữa ăn nếu người bệnh bị khó nuốt hoặc có nguy cơ sặc.</p>
10	<p>Khi ăn xong hoặc người bệnh không thể ăn thêm nữa, mang khay thức ăn đi. Ghi lại số lượng và loại thức ăn người bệnh ăn. Ghi lại số lượng nước mà người bệnh uống.</p>	<p>Dinh dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc hồi phục và sức khỏe của người bệnh. Nếu người bệnh không ăn đủ để đáp ứng nhu cầu về dinh dưỡng, cần xem xét thay đổi phương pháp khác.</p>
11	<p>Gấp bàn ăn, bỏ khăn choàng, rửa tay, mang xô cho người bệnh nếu cần. Giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.</p>	<p>Mang lại sự thoải mái cho người bệnh, đáp ứng nhu cầu về bài tiết, tạo thuận lợi cho việc tiêu hóa.</p>
12	<p>Bỏ găng, rửa tay</p>	<p>Loại bỏ găng tay và rửa tay để ngăn ngừa lây nhiễm vi khuẩn.</p>

5. Bảng kiểm kỹ thuật hỗ trợ người bệnh ăn uống

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra y lệnh về chế độ ăn được chuẩn bị riêng cho người bệnh			
2	Điều dưỡng rửa tay, đeo găng tay nếu cần.			
3	Xác định đúng người bệnh. Giải thích với người bệnh về kỹ thuật sắp làm để người bệnh hợp tác trong quá trình thực hiện.			
4	Nhận định người bệnh			
5	Đề nghị người bệnh rửa tay và vệ sinh răng miệng và đi đại tiểu tiện nếu cần.			
6	Giúp người bệnh nằm ở tư thế thoải mái			
7	Choàng khăn qua người người bệnh. Đặt bàn ăn trước mặt người bệnh.			
8	Kiểm tra khay thức ăn đảm bảo đúng khay thức ăn của người bệnh trước khi cho người bệnh ăn			
9	Trò chuyện, giao tiếp với người bệnh			
10	Khi ăn xong hoặc người bệnh không thể ăn thêm nữa, mang khay thức ăn đi. Ghi lại số lượng và loại thức ăn người bệnh ăn. Ghi lại số lượng nước mà người bệnh uống			
11	Gấp bàn ăn, bỏ khăn choàng, rửa tay, mang xô cho người bệnh nếu cần. Giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái			
12	Bỏ găng, rửa tay			

BÀI 20: KỸ THUẬT TIÊM BẮP CHO NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật tiêm bắp cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc tiêm bắp cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Tiêm bắp là đưa thuốc vào khối cơ bắp (phần thân của cơ). Cơ bắp có nhiều mạch máu đến nuôi dưỡng giúp cho thuốc hấp thu nhanh hơn tiêm dưới da.

2. Áp dụng

Để tiêm nhiều loại thuốc; Thuốc dạng dầu, thuốc dạng sữa; Thuốc chậm tan: Kháng sinh, keo, hormon...

3. Không áp dụng:

Thuốc gây hoại tử tổ chức: Calci clorid

4. Vị trí tiêm bắp

- Cánh tay: 1/3 trên trước ngoài cánh tay (cơ Delta), 1/3 giữa mặt ngoài cánh tay (cơ tam đầu cánh tay).

- Vùng đùi: 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi (cơ rộng ngoài đùi hoặc cơ thẳng đùi).

- Vùng mông: 1/4 trên ngoài mông, hoặc 1/3 trên ngoài đường nối từ gai chậu trước trên với mỏm xương cụt (cơ mông lớn).

5. Tai biến

- Gãy kim, quần kim: do người bệnh giãy dụa hoặc tiêm không đúng kỹ thuật. Đề phòng: giữ người bệnh tốt, không tiêm ngập đốc kim.

- Đâm phải dây thần kinh hông to: do tiêm sai vị trí, góc độ đâm kim không đúng. Đề phòng: xác định vị trí tiêm đúng.

- Tắc mạch: Do thuốc dạng dầu hoặc nhũ tương vào mạch máu. Đề phòng: khi tiêm bao giờ cũng phải hút thử bơm tiêm xem có máu tràn vào hay không? Nếu không có máu vào bơm tiêm mới được bơm thuốc.

- Áp xe nhiễm khuẩn: do không bảo đảm nguyên tắc vô khuẩn.

- Áp xe vô khuẩn do thuốc không tan như tiêm quinin, hydrocortison và những thuốc dầu khó tan gây áp xe tại chỗ.

Phát hiện: Chỗ tiêm sưng nóng đỏ đau.

Xử trí: Chườm nóng, chích áp xe nếu cần.

- Gây mảng mục: do tiêm những chất gây hoại tử mô

- Phát hiện: Chỗ tiêm nóng, đỏ, đau, lúc đầu cứng sau mềm giống áp xe.

Xử trí: Khi phát hiện sớm tiêm phong bế novocain. Lúc đầu chườm nóng. Lúc hoại tử: băng mỏng, có thể phải chích nếu ổ hoại tử lớn.

- Nhiễm khuẩn lây:

+ Viêm gan virus do vô khuẩn kim không tốt, kim tiêm từ người có viêm gan virus sang người lành sẽ bị mắc bệnh. Phát hiện: sau khi tiêm từ 4-6 tháng, người bệnh có biểu hiện mệt mỏi, chán ăn, vàng da, vàng mắt, nước tiểu sẫm màu...

+ Nhiễm HIV, ký sinh trùng sốt rét. Xử trí: điều trị bệnh lây

+ Dị ứng, phản vệ: do phản ứng của cơ thể đối với thuốc.

+ Phát hiện: Dấu hiệu mày đay, mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, chân tay lạnh...

Phòng: Hỏi kỹ tiền sử trước khi dùng thuốc

Xử trí: Khẩn trương phối hợp cấp cứu phản vệ.

6. Quy trình thực hành kỹ thuật tiêm bắp

Nhận định

Nhận định đúng người bệnh: đối chiếu người bệnh với y lệnh

Nhận định toàn trạng người bệnh, dấu hiệu sinh tồn

Tiền sử dùng thuốc và dị ứng thuốc của người bệnh

Nhận định vị trí tiêm

Thái độ, kiến thức của người bệnh/gia đình người bệnh khi sử dụng thuốc

Dụng cụ và thuốc

Thuốc tiêm: chuẩn bị thuốc theo chỉ định,

Dụng cụ vô khuẩn: Bơm tiêm, kim tiêm phù hợp: Người lớn: 2 - 5 ml; sơ sinh và trẻ nhỏ: 0.5 - 1ml; kim lấy thuốc; cồn sát khuẩn, bông/gạc sát khuẩn. Panh không máu và ống trụ cắm panh

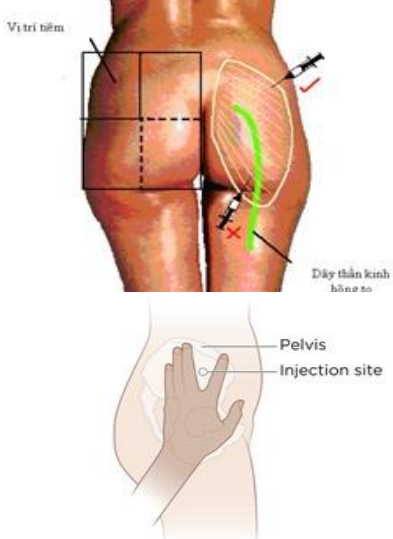
Các dụng cụ khác: Panh có máu và khay sạch; hộp thuốc cấp cứu phản vệ, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, băng ghi thuốc sau khi sử dụng và máy tính (nếu có)

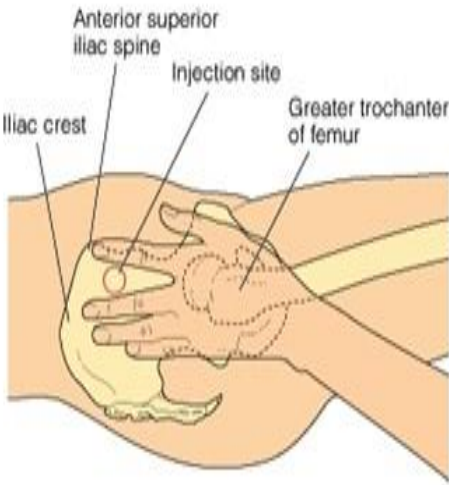

Hộp an toàn/kháng trùng để đựng vật sắc nhọn.

Các loại túi/dụng cụ đựng rác thải

Quy trình kỹ thuật tiêm bắp

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Điều dưỡng: trang phục, đeo khẩu trang, rửa tay	
2	Thực hiện 5 đúng	Đảm bảo chính xác thuốc dùng đúng NB.
3	Kiểm tra dụng cụ đảm bảo đủ	
4	Giải thích, động viên người bệnh	Người bệnh yên tâm, hợp tác

5	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống/loại thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc	
6	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc	
7	Lấy thuốc vào bơm tiêm, thay kim tiêm, đặt bơm tiêm đã lấy thuốc vào khay vô khuẩn/hoặc bao vừa mới đựng bơm tiêm.	
8	<p>Hướng dẫn tư thế thích hợp cho người bệnh (tùy theo vị trí tiêm bắp)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiêm cánh tay, đùi: NB ngồi hoặc nằm - Tiêm mông: NB nằm sấp 	
9	<p>Xác định vị trí tiêm; kiểm tra bề mặt da tại vị trí tiêm xem có bị thâm tím, nhiễm trùng hay phù nề không?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vị trí tiêm tay: có 2 vị trí tiêm <ul style="list-style-type: none"> + Giữa cơ Delta - cách mỏm vai 3 - 5cm (1/3 trên đường nối từ mỏm vai đến mỏm khuỷu hoặc lồi cầu ngoài). + Hoặc 1/3 giữa mặt ngoài cánh tay. - Vị trí tiêm mông: Có 3 cách xác định <ul style="list-style-type: none"> + Đặt gòc bàn tay lên đốt chủy của xương chậu, cổ tay vuông góc với xương đùi. Sử dụng bàn tay phải cho mông bên trái và ngược lại. Đặt ngón tay cái hướng tới háng của người bệnh, ngón tay trỏ, ngón tay giữa và mào chậu tạo thành hình tam giác. Vị trí tiêm là ở giữa của tam giác đó. 	<p>Tránh tiêm vào vùng da bị tổn thương. Tiêm vào đúng vị trí giải phẫu phòng ngừa nguy cơ tổn thương thần kinh và mạch máu</p> 

	<p>+ Hoặc kẻ đường thẳng nối từ gai chậu trước trên đến mỏm xương cụt, chia làm ba phần bằng nhau, tiêm vào 1/3 trên ngoài. (điểm 1/3 là điểm tiêm tốt nhất)</p> <p>+ Hoặc chia 1 bên mông thành 4 phần bằng nhau, tiêm vào 1/4 trên ngoài</p> <p>- Vị trí tiêm đùi: 1/3 giữa, mặt trước ngoài của đùi trên đường nối từ gai chậu trước trên đến bờ ngoài xương bánh chè.</p>	<p>Ventrogluteal injection site.</p> 
10	<p>Sát khuẩn vị trí tiêm: dùng bông/gạc vô khuẩn, thấm cồn. Đặt bông/gạc vào giữa vị trí tiêm và sát khuẩn rộng ra với đường kính 5-10cm, sát khuẩn sạch 2 lần.</p>	<p>Loại bỏ vi sinh vật</p>
11	<p>Sát khuẩn tay nhanh.</p> <p>Đuổi khí: Cầm bơm tiêm (đã lấy thuốc) để bơm tiêm thẳng đứng, kéo nhẹ pittong và đẩy hết khí ra ngoài</p>	<p>Ngừa tai biến do khí</p>
12	<p>Hướng dẫn người bệnh thả lỏng người, thả lỏng vùng cơ tiêm. Đâm kim vào mô cơ: Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm, đâm kim một góc 60 - 90° so với mặt da, ngập sâu 2/3 thân kim.</p>	<p>Tác dụng làm người bệnh đỡ đau, đỡ chảy máu.</p> 
13	<p>Bơm thuốc: Kéo nhẹ pittong trong 5 - 10 giây.</p> <p>- Nếu không thấy máu trào vào bơm tiêm, tiêm thuốc từ từ với tốc độ khoảng 1ml/10 giây.</p> <p>- Quan sát sắc mặt người bệnh</p>	<p>Có máu vào bơm tiêm cho thấy có thể đầu kim tiêm nằm trong tĩnh mạch. Tiêm chậm giúp giảm đau và giảm tổn thương mô.</p>

14	- Căng da, rút kim, ấn nhẹ nhàng bông/gạc khô (vô khuẩn) lên chỗ tiêm, sát khuẩn. - Cô lập bơm kim tiêm vào hộp an toàn.	Tránh chảy máu nơi tiêm. An toàn cho người đi tiêm và người được tiêm.
15	Đặt người bệnh về tư thế thoải mái. Theo dõi: Ở cạnh người bệnh trong vài phút, quan sát xem có dấu hiệu bất thường của triệu chứng dị ứng thuốc? Hướng dẫn người bệnh nếu thấy dấu hiệu bất thường báo ngay với điều dưỡng.	Phát hiện kịp thời các dấu hiệu của dị ứng thuốc.
16	Thu dọn dụng cụ. Rửa tay	
17	Ghi hồ sơ (phiếu CS): ngày giờ tiêm thuốc, tên thuốc, liều, đường dùng, phản ứng của người bệnh và xử trí (nếu có).	

Ghi chú: Bước 13* nếu thực hiện không đúng, sẽ không đạt yêu cầu của kỹ thuật tiêm bắp.

7. Bảng kiểm kỹ thuật tiêm bắp nông

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng: trang phục, rửa tay			
2	Thực hiện 5 đúng			
3	Kiểm tra dụng cụ đảm bảo đủ			
4	Giải thích, động viên người bệnh			
5	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn, bẻ ống/ lọ thuốc			
6	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc			
7	Lấy thuốc vào bơm tiêm, thay kim tiêm			
8	Hướng dẫn tư thế thích hợp cho người bệnh (tùy theo vị trí tiêm bắp)			
9	Xác định vị trí tiêm; kiểm tra bề mặt da tại vị trí tiêm xem có bị thâm tím, nhiễm trùng, phù nề? - Vị trí tiêm tay: có 2 vị trí tiêm - Vị trí tiêm đùi: 1/3 giữa, mặt trước ngoài			
10	Sát khuẩn vị trí tiêm: rộng đường kính 5-10cm, 2 lần.			

11	Sát khuẩn tay nhanh. Đuổi khí			
12	Hướng dẫn người bệnh thả lỏng người. Đâm kim vào mô cơ: đâm kim một góc 60 - 90 ⁰ so với mặt da, ngập sâu 2/3 thân kim.			
13	Bơm thuốc: từ từ với tốc độ 1ml /10 giây. Quan sát sắc mặt người bệnh			
14	Căng da, rút kim, sát khuẩn Cô lập bơm kim tiêm vào hộp an toàn			
15	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Theo dõi người bệnh sau tiêm. Hướng dẫn người bệnh tự theo dõi			
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
17	Ghi hồ sơ			

8. Bảng kiểm kỹ thuật tiêm bắp sâu

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng: trang phục, rửa tay			
2	Thực hiện 5 đúng			
3	Kiểm tra dụng cụ đảm bảo đủ			
4	Giải thích, động viên người bệnh			
5	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn, bẻ ống/ lọ thuốc			
6	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc			
7	Lấy thuốc vào bơm tiêm, thay kim tiêm			
8	Hướng dẫn tư thế thích hợp cho người bệnh (tuỳ theo vị trí tiêm bắp)			
9	Xác định vị trí tiêm; kiểm tra bề mặt da tại vị trí tiêm xem có bị thâm tím, nhiễm trùng, phù nề? - Vị trí tiêm nông: Có 3 cách xác định			
10	Sát khuẩn vị trí tiêm: rộng đường kính 5-10cm, 2 lần; lần 1 bằng cồn iod, lần 2 bằng cồn 70°.			
11	Sát khuẩn tay nhanh. Đuổi khí			

12	Hướng dẫn người bệnh thả lỏng người. Đâm kim vào mô cơ: đâm kim một góc 90^0 so với mặt da tại vị trí tiêm, ngập sâu 2/3 thân kim.			
13	Rút nòng bơm tiêm kiểm tra không có máu trào ra và bảo người bệnh gập chân bên tiêm để kiểm tra			
14	Bơm thuốc: từ từ với tốc độ 1ml /10 giây. Quan sát sắc mặt người bệnh			
15	Căng da, rút kim, sát khuẩn Cô lập bơm kim tiêm vào hộp an toàn			
16	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Theo dõi người bệnh sau tiêm. Hướng dẫn người bệnh tự theo dõi			
17	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
18	Ghi hồ sơ			

BÀI 21: KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH CHO NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật tiêm tĩnh mạch cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc tiêm tĩnh mạch cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Tiêm tĩnh mạch là đưa một lượng thuốc dạng dung dịch vào cơ thể bằng đường tĩnh mạch. Thuốc đưa vào tĩnh mạch thường được tiêm chậm hoặc truyền dưới dạng nhỏ giọt.

2. Áp dụng

- Thuốc tác dụng nhanh, thuốc có tác dụng toàn thân: thuốc gây tê, gây mê, ...
- Thuốc ăn mòn các mô gây đau, gây mảng mục nếu tiêm vào dưới da hoặc bắp thịt: calciclorid...

- Dung dịch cần dùng số lượng nhiều: đẳng trương, ưu trương...

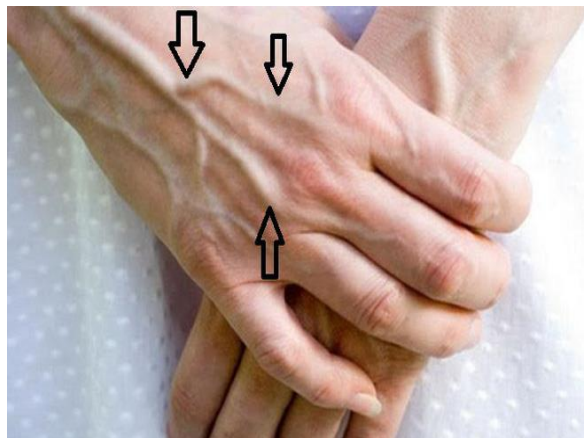
3. Không áp dụng

- Thuốc gây kích thích mạnh trên hệ tim mạch: Adrenalin (chỉ tiêm TM trong trường hợp cấp cứu dị ứng khi không bắt được mạch, huyết áp tụt...).

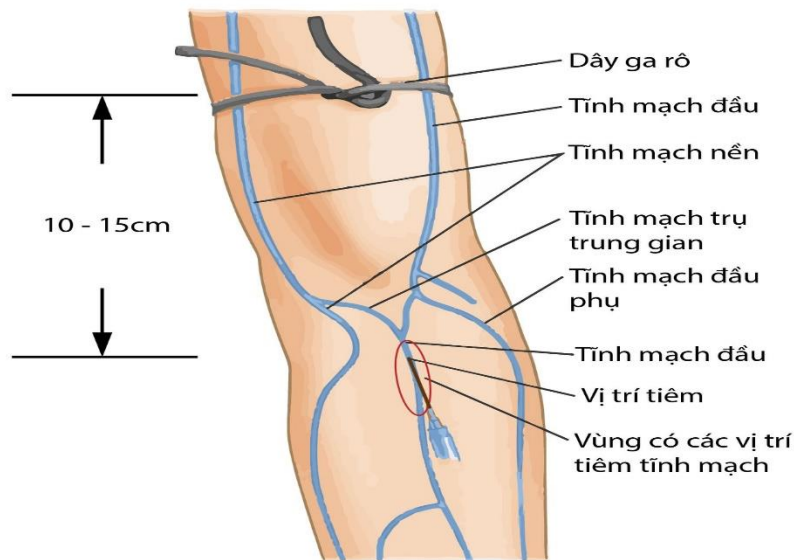
- Thuốc dầu: Testosteron..

4. Vị trí tiêm

- Tiêm tĩnh mạch thường tiêm ở những tĩnh mạch nông, nổi, to, rõ và ít di động.
- Một số tĩnh mạch thường tiêm: tĩnh mạch hình chữ M ở nếp gấp khuỷu tay, tĩnh mạch mu bàn tay và tĩnh mạch ở đầu (đối với sơ sinh và trẻ nhỏ).



Sơ đồ tĩnh mạch cánh tay trái



5. Tai biến

- Tắc kim: Khi đâm trúng vào tĩnh mạch, máu trào vào bơm tiêm nhưng đông lại ngay ở đầu mũi kim gây tắc kim, không bơm thuốc được vào. Xử trí: rút kim ra, thay kim khác và tiêm lại.

- Phòng nơi tiêm: Khi đâm kim vào trúng tĩnh mạch, máu trào vào bơm tiêm nhưng do cố định không tốt, để kim chệch ra ngoài tĩnh mạch (xuyên mạch) hoặc bị vỡ tĩnh mạch. Xử trí: điều chỉnh lại mũi kim, nếu không được phải rút kim ra tiêm lại. Khi tiêm xong dặn người bệnh chườm nóng để chỗ máu tụ hoặc thuốc tan nhanh.

- Người bệnh bị sốc (shock) hoặc bị ngất: Có thể vì quá sợ hãi hoặc do bị phản ứng thuốc, do bơm thuốc quá nhanh hoặc đâm kim nhiều lần không trúng tĩnh mạch. Xử trí: ngừng tiêm, báo bác sĩ xử trí.

- Tắc mạch: Do để khí lọt vào lòng mạch trong khi tiêm. Nếu lượng thuốc nhiều, bơm bé thì phải tiêm làm nhiều lần, tuyệt đối không để nguyên kim tiêm ở trong tĩnh mạch và tháo bơm tiêm ra hút thuốc mới rồi lắp vào kim đã có sẵn trong tĩnh mạch để tiếp tục bơm thuốc, làm như vậy rất nguy hiểm, không khí dễ lọt vào gây tắc mạch hoặc do không đuổi hết bọt khí khi tiêm cho người bệnh.

Dấu hiệu: Mặt người bệnh tái, ho sặc sụa, khó thở hoặc ngừng thở đột ngột.

Xử trí: Cho người bệnh nằm đầu dốc ngay, thở oxy và báo bác sĩ phối hợp xử trí.

- Tiêm nhầm vào động mạch

Dấu hiệu: người bệnh kêu đau, nóng ở bàn chân

Xử trí: phải ngừng tiêm và rút kim ra

- Gây hoại tử: Nếu tiêm chệch ra ngoài những thuốc chống chỉ định của tiêm dưới da và tiêm bắp thịt như calciclorua.

Dấu hiệu: chỗ tiêm nóng, đỏ, đau, lúc đầu cứng sau mềm nhũn giống ổ áp xe.

Xử trí: Lúc đầu chườm nóng. Lúc hoại tử: Băng mỏng, có thể phải chích nếu ổ áp xe lớn.

- Nhiễm khuẩn toàn thân: Do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn, có thể gặp nhiễm khuẩn huyết.

Phát hiện: sốt cao, rét run, tình trạng nhiễm khuẩn nặng, cấy máu (+)

- Nhiễm khuẩn lây:

+ Viêm gan virus do vô khuẩn kim không tốt, kim tiêm từ người có viêm gan virus sang người lành sẽ bị mắc bệnh. Phát hiện: sau khi tiêm từ 4-6 tháng, người bệnh có biểu hiện mệt mỏi, chán ăn, vàng da, vàng mắt, nước tiểu sẫm màu...

+ Nhiễm HIV, ký sinh trùng sốt rét. Xử trí: điều trị bệnh lây

- Dị ứng, phản vệ: do phản ứng của cơ thể đối với thuốc.

Phát hiện: Dấu hiệu mày đay, mạch nhanh, huyết áp hạ, vã mồ hôi, chân tay lạnh...

Phòng: Hỏi kỹ tiền sử trước khi dùng thuốc

Xử trí: Khẩn trương phối hợp cấp cứu phản vệ.

6. Quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch

Nhận định

Nhận định đúng người bệnh: đối chiếu người bệnh với y lệnh

Nhận định toàn trạng người bệnh, dấu hiệu sinh tồn.

Tiền sử dùng thuốc và dị ứng thuốc của người bệnh

Nhận định vị trí tiêm

Thái độ, kiến thức của người bệnh/gia đình người bệnh khi sử dụng thuốc

Dụng cụ và thuốc

Thuốc tiêm theo chỉ định

Dụng cụ vô khuẩn: Bơm tiêm và kim tiêm phù hợp: 5 - 10 ml; kim lấy thuốc, cồn sát khuẩn; bông/gạc sát khuẩn; panh không máu và ống trụ cắm panh

Các dụng cụ khác:

Panh có máu và khay sạch; hộp thuốc cấp cứu phản vệ; dung dịch sát khuẩn tay nhanh; dây garô, gói kê tay; găng tay sạch


Bảng ghi các thuốc sau khi sử dụng và máy tính (nếu có)

Hộp an toàn/kháng khuẩn để đựng vật sắc nhọn

Quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Điều dưỡng: trang phục, đeo khẩu trang, rửa tay.	
2	Thực hiện 5 đúng	Đảm bảo dùng thuốc đúng NB
3	Kiểm tra, sắp xếp dụng cụ.	

4	Giải thích, động viên người bệnh	Người bệnh yên tâm, hợp tác
5	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống/loại thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc	
6	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc	
7	Lấy thuốc vào bơm tiêm, thay kim tiêm, đặt bơm tiêm đã lấy thuốc vào khay vô khuẩn/ hoặc bao vừa mới đựng bơm tiêm.	
8	Hướng dẫn tư thế thích hợp cho người bệnh: Ngồi hoặc nằm	
9	Kiểm tra bề mặt da tại vị trí tiêm xem có thâm tím, nhiễm trùng hay phù nề không? Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động	Tránh tiêm vào vùng da bị tổn thương ảnh hưởng đến sự hấp thu thuốc và nhiễm trùng vị trí tiêm.
10	Đặt gối bọc nylon dưới vùng tiêm	Tĩnh mạch nổi rõ hơn và thuận lợi khi đưa kim vào tĩnh mạch.
11	Đi găng tay sạch (khi có nguy cơ phơi nhiễm với máu và khi da tay người tiêm bị thương)	Phòng ngừa sự lây nhiễm VSV qua đường tiếp xúc.
12	Buộc dây garo phía trên tĩnh mạch, cách nơi tiêm 5-10 cm.	Tĩnh mạch nổi rõ hơn
13	Sát khuẩn vị trí tiêm: sát khuẩn rộng từ vị trí tiêm, với đường kính 5-10 cm, sát khuẩn ≥ 2 lần	Loại bỏ vi khuẩn
14*	Đuổi khí, đâm kim vào TM: Cầm bơm tiêm để bơm tiêm thẳng đứng, đuổi khí. Căng da, 1 tay cầm bơm tiêm, đâm kim chệch 1 góc $30 - 45^{\circ}$ qua da, từ từ nghiêng kim xuống góc 15° đẩy kim vào tĩnh mạch ngập $2/3$ thân kim.	Ngừa tai biến do khí Kỹ thuật đâm kim vào tĩnh mạch 1. Đâm kim vào da ở góc 45° Vị trí đâm kim vào tĩnh mạch 2. Sau khi đâm kim vào da, nghiêng kim xuống góc 15° để đâm kim vào tĩnh mạch
15*	Tiêm thuốc vào TM: Kiểm tra thấy máu trào vào bơm tiêm, tháo garo, tiêm thuốc từ từ vào TM tốc độ khoảng 1ml/30 giây. Quan sát sắc mặt người bệnh, quan sát	Máu trào vào bơm tiêm cho thấy kim tiêm nằm trong tĩnh mạch. Tiêm chậm giúp giảm đau và hạn chế tai biến. Phát hiện sớm những bất thường để kịp thời xử lý.

	vị trí tiêm xem có phồng không?	
16	Rút kim: hết thuốc, căng da ngang sang 1 bên cách vị trí tiêm 2 - 3cm. Rút kim cho vào hộp đựng vật sắc nhọn hoặc cô lập kim ngay	Kéo lệch da để bịt kín lỗ do kim đâm, tránh thuốc tràn ra ngoài & người bệnh không bị chảy máu nơi tiêm. An toàn khi tiêm.
17	Sát khuẩn vị trí tiêm, đè bông khô lên vị trí tiêm, băng vết tiêm bằng băng dính cá nhân	
18	Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái. Theo dõi: Ở cạnh NB trong vài phút, quan sát xem có dấu hiệu bất thường của triệu chứng dị ứng thuốc không? Hướng dẫn NB tự theo dõi	Phát hiện kịp thời các dấu hiệu của phản ứng dị ứng.
19	Thu dọn dụng cụ. Rửa tay	
20	Ghi hồ sơ (phiếu chăm sóc): ngày giờ tiêm thuốc, tên thuốc, liều, đường dùng, phản ứng của người bệnh và xử trí (nếu có).	

Ghi chú: Bước 14*, 15* nếu thực hiện không đúng, sẽ không đạt yêu cầu của kỹ thuật tiêm tĩnh mạch.

7. Bảng kiểm kỹ thuật tiêm tĩnh mạch

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng: trang phục, rửa tay.			
2	Thực hiện 5 đúng			
3	Kiểm tra, sắp xếp dụng cụ			
4	Giải thích, động viên người bệnh			
5	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn, bẻ ống/lọ thuốc			

6	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc			
7	Lấy thuốc vào bơm tiêm, thay kim tiêm			
8	Hướng dẫn tư thế thích hợp cho người bệnh			
9	Kiểm tra bề mặt da tại vị trí tiêm xem có thâm tím, nhiễm trùng hay phù nề không? Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động			
10	Đặt gói bọc nylon dưới vùng tiêm			
11	Đi găng tay sạch (khi có nguy cơ phơi nhiễm với máu và khi da tay người tiêm bị thương)			
12	Buộc dây garo phía trên tĩnh mạch, cách nơi tiêm 5-10cm			
13	Sát khuẩn vị trí tiêm: đường kính 5-10 cm, ≥ 2 lần			
14	Đuôi khí, đâm kim vào TM: Căng da, 1 tay cầm bơm tiêm, đâm kim chéch 1 góc 30^0 qua da, đẩy kim vào tĩnh mạch ngập 2/3 thân kim.			
15	Tiêm thuốc vào TM: tiêm thuốc từ từ vào TM tốc độ khoảng 1ml/30 giây Quan sát sắc mặt người bệnh, quan sát vị trí tiêm xem có phồng không?			
16	Rút kim: cho vào hộp đựng vật sắc nhọn hoặc cô lập kim ngay			
17	Sát khuẩn vị trí tiêm, đè bông khô lên vị trí tiêm, băng vết tiêm bằng băng dính cá nhân.			
18	Tháo găng bỏ vào túi chứa chất thải lây nhiễm			
19	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, Theo dõi người bệnh sau tiêm. Hướng dẫn NB tự TD			
20	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
21	Ghi hồ sơ			

BÀI 22: KỸ THUẬT LẤY MÁU TĨNH MẠCH LÀM XÉT NGHIỆM

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật lấy máu tĩnh mạch cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc lấy máu tĩnh mạch cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Mục đích

- Hỗ trợ cho chẩn đoán bệnh.
- Theo dõi những đáp ứng của điều trị.
- Cung cấp các thông tin về tình trạng dinh dưỡng, chuyển hóa, huyết học, miễn dịch, sinh hóa của người bệnh.
- Sàng lọc bệnh sớm ngay cả khi chưa có biểu hiện lâm sàng

2. Những điểm cần lưu ý

- Lấy máu làm xét nghiệm là kỹ thuật xâm lấn nên sẽ gây đau cho người bệnh và thường làm người bệnh lo lắng, sợ hãi, nhất là trẻ em, người điều dưỡng cần giải thích rõ ràng giúp người bệnh giảm lo lắng.

- Khi lấy máu xét nghiệm, điều dưỡng phải hạn chế những tổn thương cho tĩnh mạch. Không lấy máu xét nghiệm qua cầu nối động tĩnh mạch vì có nguy cơ chảy máu và đông máu.

- Khi lấy máu để định lượng các chất thường lấy máu buổi sáng, trước khi ăn.

3. Quy trình kỹ thuật lấy máu làm xét nghiệm


Dụng cụ: Lấy máu tĩnh mạch

- Cồn 70⁰
- Găng tay sạch
- Gối kê tay
- Dây garo
- Băng cá nhân
- Ống nghiệm phù hợp với yêu cầu xét nghiệm: ghi tên người bệnh lên nhãn.
- Giá đựng ống nghiệm
- Phiếu xét nghiệm
- Bơm tiêm vô trùng phù hợp với số lượng máu cần lấy
- Kim vô trùng, cỡ kim 20 - 21 cho người lớn, 23 -25 cho trẻ em



Quy trình thực hiện kỹ thuật lấy máu làm xét nghiệm

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Kiểm tra và sắp xếp lại dụng cụ hợp lý	Kỹ thuật diễn ra thuận lợi
2	Chuẩn bị người bệnh: - Kiểm tra hồ sơ người bệnh - Thông báo và giải thích cho người bệnh - Để người bệnh ở tư thế thuận tiện	Người bệnh yên tâm hợp tác
3	Rửa tay, đi găng tay sạch, mang dụng cụ đến đầu giường người bệnh.	Ngăn ngừa vi khuẩn xâm nhập
4	Đặt người bệnh nằm tư thế đầu cao 30°, bộc lộ cánh tay, để cánh tay thẳng. Đặt gối kê tay dưới	Tạo sự thoải mái cho người bệnh, bộc lộ tĩnh mạch.
5	Buộc dây garô trên vị trí đâm kim, khoảng 5-10 cm.	Chặn máu trở về, tĩnh mạch nổi lên thuận lợi cho việc lấy máu.
6	Xác định vị trí lấy máu	Dễ thực hiện, không bị vỡ
7	Sát khuẩn theo hình xoắn ốc từ vị trí lấy máu, rộng ra ngoài 5 cm, để khô tự nhiên	Phòng nhiễm trùng
8	Dùng ngón tay cái của bàn tay không thuận, kéo nhẹ phía dưới vùng đâm kim, tay thuận cầm bơm tiêm chọc kim nghiêng 15 - 30°, kiểm tra nếu người bệnh không cảm thấy tê; luồn kim vào tĩnh mạch, rút từ từ pittông để máu ra đúng số lượng xét nghiệm yêu cầu.	- Lấy vừa đủ không làm mất máu của người bệnh. - Nếu NB cảm thấy tê có nghĩa là kim tiêm đã chạm vào dây thần kinh

		
9	Tháo garô, rút kim nhanh	Tránh garô quá lâu cản trở tuần hoàn
10	Ấn chặt bông khô lên vị trí tiêm	Cầm máu
11	Tháo kim, bơm máu nhẹ nhàng vào ống nghiệm, nếu ống nghiệm có chất chống đông, lắc nhẹ nhàng từ trên xuống dưới khoảng 8 - 10 lần.	Tránh vỡ hồng cầu
12	Tháo găng tay, giúp người bệnh về tư thế thoải mái	Người bệnh được thoải mái
13	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay	Để phòng bội nhiễm
14	Ghi hồ sơ	Đảm bảo tính pháp lí

4. Bảng kiểm quy trình kỹ thuật lấy máu làm xét nghiệm

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra dụng cụ			
2	Chuẩn bị người bệnh			
3	Rửa tay, đi găng tay, mang dụng cụ đến đầu giường người bệnh			
4	Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp			
5	Buộc dây garô			
6	Xác định vị trí lấy máu			
7	Sát khuẩn			
8	Đâm kim vào tĩnh mạch, xác nhận xem người bệnh có bị tê hay không, rút từ từ pittông để máu ra đúng số lượng xét nghiệm yêu cầu.			
9	Tháo garô, rút kim nhanh			
10	Cầm máu			
11	Bơm máu vào ống nghiệm			
12	Tháo găng tay, giúp người bệnh về tư thế thoải mái			
13	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
14	Ghi chép hồ sơ			

BÀI 23: KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA CHO NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật tiêm trong da cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc tiêm trong da cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Áp dụng:

- Thử phản ứng của cơ thể đối với thuốc.
- Tiêm một số vacxin phòng bệnh.

2. Vị trí tiêm:

- 1/3 trên mặt trước và trong cẳng tay.
- 1/3 trên mặt trước - ngoài cánh tay (với tiêm vacxin).


3. Quy trình thực hành kỹ thuật tiêm trong da

Nhận định

- Nhận định đúng người bệnh: đối chiếu với y lệnh
- Nhận định toàn trạng người bệnh, dấu hiệu sinh tồn
- Tiền sử dùng thuốc và dị ứng thuốc của người bệnh
- Nhận định vị trí tiêm
- Nhận định thái độ, kiến thức của người bệnh/gia đình NB khi sử dụng thuốc

Dụng cụ và thuốc

- Thuốc tiêm theo chỉ định
- Dụng cụ vô khuẩn: Bơm tiêm và kim tiêm phù hợp: bơm tiêm 1 - 3 ml, kim lấy thuốc; cồn sát khuẩn: cồn 70; bông/gạc sát khuẩn; panh không máu và ống trụ cắm panh.
- Các dụng cụ khác: Panh có máu và khay sạch; hộp thuốc cấp cứu phản vệ; dung dịch sát khuẩn tay nhanh; bảng ghi các thuốc sau khi sử dụng và máy tính (nếu có).
- Hộp an toàn/kháng khuẩn để đựng vật sắc nhọn; các loại túi/dụng cụ đựng rác thải theo quy định.

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Điều dưỡng: trang phục, đeo khẩu trang, rửa tay/ sát khuẩn tay nhanh	
2	Thực hiện 5 đúng	Đảm bảo chính xác thuốc dùng đúng NB
3	Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ.	
4	Giải thích, động viên người bệnh. Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thoải mái.	NB yên tâm, giảm lo lắng, hợp tác
5	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống/lọ thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc.	
6	Pha thuốc đuôi khí đúng kĩ thuật, đặt vào khay	
7	Cho người bệnh nằm hoặc ngồi Xác định vị trí: 1/3 trên mặt trước trong cẳng tay hoặc vùng da tương ứng cơ delta	
8	Sát khuẩn vị trí tiêm: dùng bông/gạc vô khuẩn, thấm dung dịch sát khuẩn, sát khuẩn rộng đường kính 5-10 cm (sát khuẩn 2 lần). Sát khuẩn tay nhanh	Làm sạch vi sinh vật
9	Một tay căng da, tay kia cầm bơm tiêm mặt vát kim ngửa lên trên và đâm kim nhanh và chắc chắn góc độ 15° so với mặt da, hạ kim bằng mặt da và đâm sâu vừa hết mặt vát của kim	Đâm kim nhanh và dứt khoát sẽ giảm cảm giác cho người bệnh. Góc độ tiêm đúng phòng tai biến
10	Bơm 1/10 ml thuốc (khi bơm thuốc cảm giác nặng tay) có dấu hiệu nổi phồng da cam	
11	Căng da, rút kim nhanh, không sát khuẩn lại vị trí tiêm. Nếu thử phản ứng với thuốc phải thực hiện tiêm 1 ml nước cất để làm đối chứng và khoanh tròn vị trí tiêm khoảng 1-1,5cm ở 2 vị trí tiêm và ghi tên thuốc thử phản ứng, tên nước cất làm chứng bên cạnh mũi tiêm để đánh	

	giá kết quả được chính xác.	
12	Rút kim nhanh, đánh dấu vị trí tiêm (nếu thử phản ứng) cô lập kim an toàn, bỏ bơm, kim tiêm vào hộp đựng sắc nhọn	
13	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, theo dõi dặn người bệnh những điều cần thiết	
14	Thu dọn dụng cụ và phân loại theo quy định, rửa tay thường quy Ghi phiếu theo dõi chăm sóc	

4. Bảng kiểm quy trình tiêm trong da cho người bệnh

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị điều dưỡng			
2	Thực hiện 5 đúng			
3	Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ.			
4	Giải thích, động viên người bệnh. Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thoải mái.			
5	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống/lọ thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc			
6	Pha thuốc đuổi khí đúng kỹ thuật, đặt vào khay			
7	Xác định vị trí			
8	Sát khuẩn vị trí tiêm Sát khuẩn tay nhanh			
9	Một tay căng da, tay kia cầm bơm tiêm mặt vát kim ngửa lên trên và đâm kim nhanh và chắc chắn góc độ 15 ⁰ so với mặt da, hạ kim bằng mặt da và đâm sâu vừa hết mặt vát của kim			
10	Bơm 1/10 ml thuốc (khi bơm thuốc cảm giác nặng tay) có dấu hiệu nổi phồng da cam			
11	Căng da, rút kim nhanh, không sát khuẩn lại vị trí tiêm			
12	Rút kim nhanh, đánh dấu vị trí tiêm (nếu thử phản ứng) cô lập kim an toàn, bỏ bơm, kim tiêm vào hộp đựng sắc nhọn			
13	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, theo dõi dặn người bệnh những điều cần thiết			
14	Thu dọn dụng cụ			

BÀI 24: KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA CHO NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật tiêm dưới da cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc tiêm dưới da cho người bệnh.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Tiêm dưới da là sử dụng bơm kim tiêm để đưa thuốc vào mô liên kết dưới da.

2. Áp dụng

Với một số thuốc mong muốn thấm dần (từ từ) vào cơ thể để phát huy tác dụng: Insulin.

3. Không áp dụng

Những thuốc gây hoại tử mô

4. Vị trí

Tiêm vào mô liên kết lỏng lẻo dưới da. Thường chọn những vị trí:

- 1/3 giữa mặt trước ngoài cánh tay
- Hai bên bả vai
- Xung quanh rốn, cách rốn 3-5cm
- 1/3 giữa mặt trước, ngoài đùi

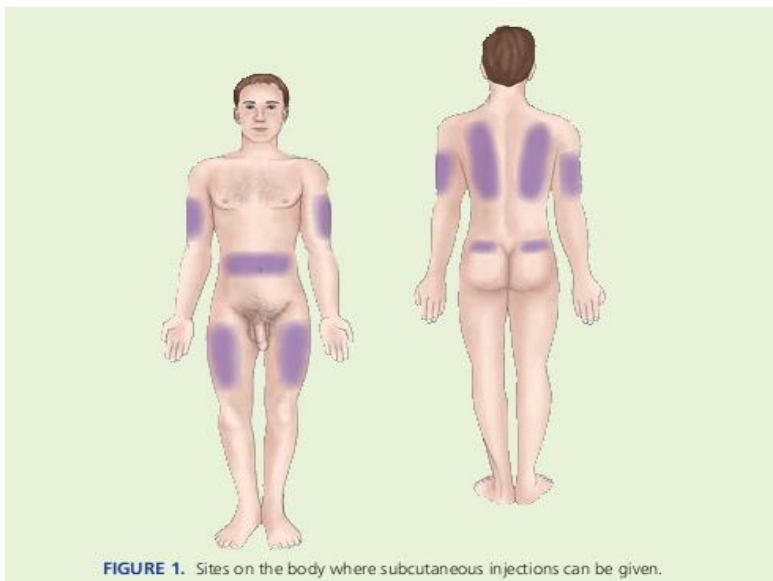


FIGURE 1. Sites on the body where subcutaneous injections can be given.

Các vị trí trên cơ thể có thể tiêm dưới da

5. Quy trình thực hành kỹ thuật tiêm dưới da

Nhận định


- Nhận định đúng người bệnh: đối chiếu với y lệnh
- Nhận định toàn trạng người bệnh, dấu hiệu sinh tồn
- Tiền sử dùng thuốc và dị ứng thuốc của người bệnh
- Nhận định vị trí tiêm
- Nhận định thái độ, kiến thức của người bệnh/gia đình người bệnh khi sử dụng thuốc

Dụng cụ và thuốc

- Thuốc tiêm theo chỉ định
- Dụng cụ vô khuẩn: Bơm tiêm và kim tiêm phù hợp: bơm tiêm 3-5 ml, kim lấy thuốc; cồn sát khuẩn: cồn 70; bông/gạc sát khuẩn; panh không máu và ống trụ cắm panh.
- Các dụng cụ khác: Panh có máu và khay sạch; hộp thuốc cấp cứu phản vệ; dung dịch sát khuẩn tay nhanh; bảng ghi các thuốc sau khi sử dụng và máy tính (nếu có).
- Hộp an toàn/kháng khuẩn để đựng vật sắc nhọn; các loại túi/dụng cụ đựng rác thải theo quy định.

6. Quy trình kỹ thuật tiêm dưới da

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Điều dưỡng: trang phục, đeo khẩu trang, rửa tay/ sát khuẩn tay nhanh	
2	Thực hiện 5 đúng	Đảm bảo chính xác thuốc dùng đúng NB
3	Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ.	
4	Giải thích, động viên người bệnh Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thoải.	NB yên tâm, giảm lo lắng, hợp tác
5	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống/lọ thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc.	
6	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc	
7	Lấy thuốc vào bơm tiêm, thay kim tiêm, đặt bơm tiêm đã lấy thuốc vào khay vô khuẩn /hoặc bao vừa mới đựng bơm tiêm.	
8	Bộc lộ vùng tiêm, chọn vị trí tiêm, kiểm tra bề mặt da tại vị trí tiêm xem có bị thâm tím, nhiễm trùng, hay phù nề không? Không chọn vùng tiêm bị thâm tím hay có dấu hiệu nhiễm trùng.	Vị trí tiêm có bất thường, không đúng sẽ gây trở ngại cho hấp thu thuốc. Lặp lại vị trí tiêm sẽ làm sơ cứng các tế bào mỡ (làm tăng sinh các tế bào mỡ).

9	Sát khuẩn vị trí tiêm: dùng bông/gạc vô khuẩn, thấm dung dịch sát khuẩn, sát khuẩn rộng đường kính 5-10 cm (sát khuẩn 2 lần).	Làm sạch vi sinh vật
10	Sát khuẩn tay nhanh. Cầm bơm tiêm để thẳng đứng, đuổi khí	
11*	Đâm kim nhanh và chắc chắn góc độ từ 30 đến 45 ⁰ so với mặt da, hoặc đâm thẳng góc 90 ⁰ với đáy da véo (nếu véo da), thả tay sau khi véo da. Lưu ý khi sử dụng bút tiêm hoặc tiêm heparin, tiếp tục véo da trong khi tiêm thuốc.	Đâm kim nhanh và dứt khoát sẽ giảm cảm giác cho người bệnh. Góc độ tiêm đúng phòng tai biến tiêm vào bắp thịt/ cơ. 
12	Rút nòng bơm tiêm, nếu không thấy máu ra, bơm thuốc thật chậm từ 30 giây trở lên. Quan sát sắc mặt người bệnh khi bơm thuốc.	Rút thử để chắc chắn kim tiêm không đâm vào mạch máu. Tiêm thuốc chậm giảm cảm giác đau cho người bệnh, để thuốc ngấm dần vào tổ chức dưới da.
13	Căng da, rút kim nhanh, Cô lập bơm kim tiêm vào hộp an toàn	An toàn cho người tiêm và người bệnh
14	Sát khuẩn lại vị trí tiêm. Đè bông khô vô khuẩn lên vị trí tiêm 30 giây nếu chảy máu.	
15	Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thoải mái; ở cạnh người bệnh trong vài phút, và quan sát xem có dấu hiệu bất thường của triệu chứng dị ứng thuốc?	
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay	
17	Ghi hồ sơ (phiếu CS): ngày giờ tiêm thuốc, tên thuốc, liều, đường dùng, phản ứng của người bệnh và chăm sóc (nếu có).	

7. Bảng kiểm kỹ thuật tiêm dưới da

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng: trang phục, đeo khẩu trang, rửa tay/SK			
2	Thực hiện 5 đúng			
3	Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ.			
4	Giải thích, động viên người bệnh Hướng dẫn người bệnh ở tư thế thoải.			
5	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, bẻ ống thuốc			
6	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc			
7	Lấy thuốc vào bơm tiêm, thay kim tiêm			
8	Chọn vị trí tiêm - 1/3 giữa mặt trước ngoài cánh tay - Hai bên bả vai - Xung quanh rốn, cách rốn 5cm - 1/3 giữa mặt trước, ngoài đùi.			
9	Sát khuẩn vị trí tiêm			
10	Sát khuẩn tay nhanh Đuổi khí trong bơm tiêm			
11	Tiêm thuốc: - Đâm kim nhanh góc độ 30 - 45 ⁰ hoặc 90 ⁰ (nếu véo da). - Rút nòng bơm tiêm xem có máu không - Bơm thuốc chậm, quan sát NB khi bơm thuốc			
12	Căng da, rút kim nhanh			
13	Sát khuẩn lại vị trí tiêm			
14	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái Theo dõi người bệnh sau tiêm			
15	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
16	Ghi hồ sơ			

BÀI 25 : KỸ THUẬT CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG SẠCH VÀ VẾT THƯƠNG CÓ ỐNG DẪN LƯU

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật chăm sóc vết thương và ống dẫn lưu.
2. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Giới thiệu

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

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

2. Nguyên tắc thay băng

- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn tuyệt đối khi thay băng vết thương. Mỗi người bệnh sử dụng một bộ dụng cụ vô khuẩn.

- Rửa vết thương đúng nguyên tắc: Rửa vết thương theo đường thẳng từ đỉnh đến đáy và thao tác từ trong ra ngoài, từ vết cắt theo đường thẳng chạy song song với vết thương.

- Trên người bệnh có nhiều vết thương cần rửa vết thương theo thứ tự: vô trùng, sạch, nhiễm khuẩn.

- Trước khi áp băng gạc vào vết thương phải theo các bước sau:

+ Kiểm soát lại thứ tự việc chăm sóc vết thương.

+ Giải thích thủ tục cho người bệnh

- Băng kín vết thương.

- Một số vết thương đặc biệt (có ghép da) khi thay băng phải có chỉ định của bác sĩ.

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

TT	Tên dung dịch	Tác dụng
1	Betadin 1/1000	Có tính khử khuẩn cao, không gây kích ứng mô và sự lành vết thương. Dùng sát khuẩn da, niêm mạc, rửa vết thương và các xoang của cơ thể.
2	Oxy già (H ₂ O ₂)	- Làm co mạch máu tại chỗ, chỉ định rửa các vết thương sâu, có mủ, nhiễm trùng, nhiều đất cát. - Không dùng để rửa vết thương đang lên mô hạt
3	NaCl 0,9% Normal saline	Dùng rửa những vết thương thông thường, lành tính

4. Kỹ thuật chăm sóc vết thương sạch

Dụng cụ

- Gói vô khuẩn: 2 kẹp Kocher không máu, 2 cốc nhỏ, gạc củ ấu, băng che chỗ vết thương. Găng tay vô khuẩn
- Băng cuộn hoặc băng dính, kéo cắt băng, dung dịch rửa, sát khuẩn, găng tay sạch.
- Nilon, khay hạt đậu, chai dung dịch rửa tay nhanh
- Thau đựng dung dịch khử khuẩn
- Túi đựng bông gạc bẩn.

Quy trình chăm sóc vết thương sạch

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị điều dưỡng: Trang phục theo quy định, rửa tay thường quy, mang khẩu trang.	Đảm bảo nguyên tắc vô trùng trước khi chăm sóc vết thương.
2	Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ lên xe thay băng	Thuận lợi và nhanh chóng khi thực hiện thao tác.
3	Chuẩn bị người bệnh: - Thông báo, giải thích cho người bệnh/gia đình người bệnh. - Đặt người bệnh tư thế thích hợp	Tạo tâm lý thoải mái, người bệnh hiểu, hợp tác tốt. Thuận tiện khi thay băng
4	Trải tấm lót dưới vị trí vết thương Đặt túi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi	- Tránh dung dịch rửa, dịch từ vết thương người bệnh chảy ra giường. - Để bỏ bông gạc bẩn
5	Mang găng tay sạch	Giảm nguy cơ lây nhiễm
6	Bộc lộ vùng có vết thương	Giúp cho chăm sóc được dễ dàng

7	Tháo băng gạc bẩn bỏ vào túi chứa đồ bẩn, tháo bỏ găng tay. Quan sát nhận định tình trạng vết thương	- Giảm nguy cơ lây nhiễm từ vết thương - Đánh giá tiến triển của vết thương
8	Đổ dung dịch rửa ra cốc	Để lau rửa vết thương
9	Điều dưỡng mang găng tay vô khuẩn	Ngăn ngừa nhiễm khuẩn
10	Rửa sạch vết thương từ trong ra ngoài (phía đối diện với người điều dưỡng trước), từ trên xuống dưới. Thấm khô và sát khuẩn vết thương.	Giảm bớt nguy cơ bội nhiễm từ vùng da xung quanh vào vết thương. Nên chọn dung dịch vệ sinh/khử trùng tùy thuộc vào tình trạng vết thương và có bị nhiễm trùng hay không. Cơ bản việc làm sạch được ưu tiên cho vết thương không bị nhiễm trùng.
11	Dùng gạc che kín vết thương, băng vết thương bằng loại băng thích hợp.	Để bảo vệ vết thương và thấm hút dịch
12	Giúp người bệnh tiện nghi	Người bệnh an tâm, tin tưởng vào điều trị và chăm sóc.
13	Thu dọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải: - Bỏ kẹp vào chậu có dung dịch khử khuẩn - Tháo găng tay bỏ vào túi đựng đồ bẩn và bỏ túi đựng đồ bẩn vào thùng rác y tế.	Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện
14	Rửa tay thường quy	Ngăn ngừa lây nhiễm
15	Ghi hồ sơ: - Ngày giờ rửa vết thương - Tình trạng của vết thương - Phản ứng của người bệnh - Tên người thay băng	Để theo dõi tiến trình chăm sóc và sự lành của vết thương

Bảng kiểm kỹ thuật chăm sóc vết thương sạch

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra hồ sơ người bệnh. Nhận định tình trạng người bệnh			
2	Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn. Thông báo về kỹ thuật sắp làm			

3	Điều dưỡng mang trang phục y tế gọn gàng, đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.			
4	Chuẩn bị dụng cụ: - Một hộp/ gói vô khuẩn gồm: 1 kìm kocher không máu, 2 kẹp phẫu tích, một kéo, 2 cốc nhỏ, gạc củ ấu, gạc phẫu thuật. - Một đôi găng tay vô khuẩn, một đôi găng tay sạch			
	- Một chai đựng dung dịch rửa, một chai đựng dung dịch sát khuẩn vết thương			
	- Băng cuộn, hoặc băng dính, 1 kéo, 1 kìm kocher không máu, 1 trụ cắm kìm, một khay hạt đậu/một nilni, hồ sơ bệnh án.			
	- Một chậu đựng dung dịch khử khuẩn, 1 túi đựng đồ bẩn			
5	Đặt người bệnh ở tư thế nằm hoặc ngồi thuận lợi cho rửa vết thương			
6	Cởi quần/ áo bộc lộ vết thương			
7	Trải nilon dưới vết thương			
8	Đặt khay hạt đậu/ túi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi			
9	Điều dưỡng mang găng tay sạch			
10	Tháo băng cũ			
11	Tháo găng tay cũ			
12	Nhận định tình trạng vết thương			
13	Mở hộp/ gói dụng cụ vô khuẩn			
14	Đổ dung dịch rửa, dung dịch sát khuẩn ra cốc			
15	Đi găng tay vô khuẩn			
16	Rửa ngoài vết thương: dùng kẹp phẫu tích/ kìm kocher gấp gạc củ ấu thấm dung dịch NaCl 0,9% rửa vết thương, rửa từ mép vết thương ra ngoài từ 3 – 5cm. Rửa từ bên xa đến gần; trên xuống dưới. (rửa nhiều lần đến khi vết thương sạch)			
17	Rửa trong vết thương: dùng kẹp phẫu tích / kìm kocher gấp gạc củ ấu thấm dung dịch NaCl 0,9% rửa vết thương (rửa nhiều lần đến khi vết thương sạch).			
18	Quan sát sắc mặt người bệnh, động viên người bệnh để giảm bớt đau đớn.			
19	Gấp gạc củ ấu thấm khô vết thương, sát khuẩn lại vết thương.			

20	Đặt gạc vô khuẩn phủ kín vết thương.			
21	Băng vết thương lại (dùng băng dính hoặc băng cuộn tùy theo vết thương).			
22	Thu dọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải, rửa tay			
23	Thông báo cho người bệnh đã hoàn thành thủ thuật, giúp người bệnh tiện nghi.			
24	Ghi hồ sơ			

5. Kỹ thuật chăm sóc vết thương có dẫn lưu

Khi vết thương có nhiều dịch tiết, quá trình lành của vết thương sẽ bị chậm lại. Dịch tiết có thể được dẫn lưu bằng hệ thống dẫn lưu kín hay hở. Đầu trong của ống dẫn lưu được đặt trong tổ chức/cơ quan tổn thương; đầu ngoài ống dẫn lưu có thể được đặt trực tiếp qua vết thương hay qua lỗ nhỏ cạnh vết thương.

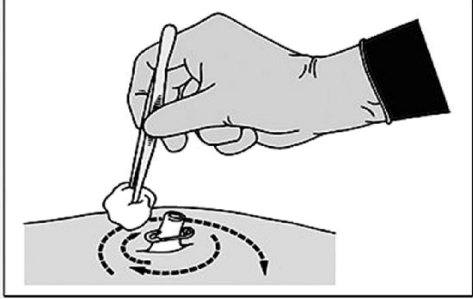
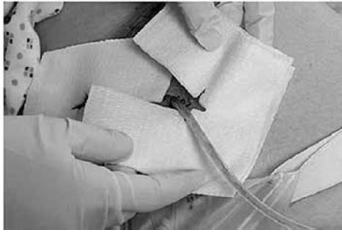
Các loại ống dẫn lưu thường gặp là:

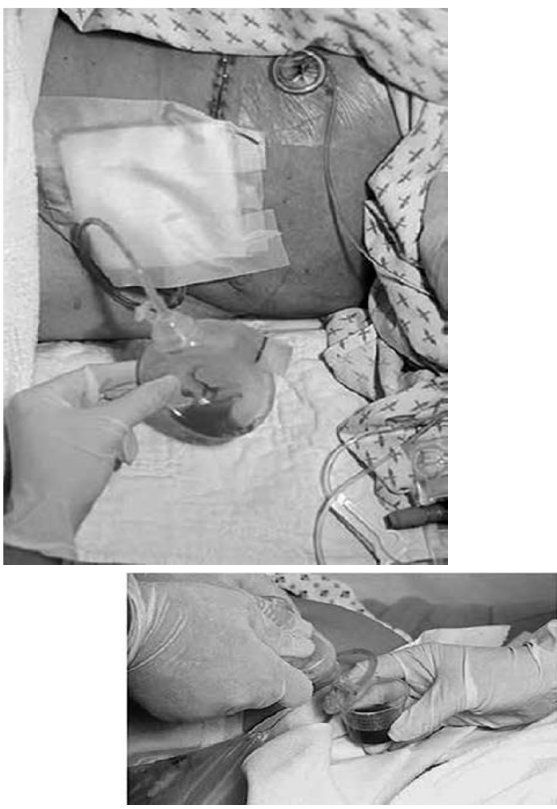
- Dẫn lưu lồng ngực (màng phổi, màng tim, trung thất).
- Dẫn lưu khoang bụng (Kehr, túi mật, ổ tụy, ổ bụng, hồng tràng, hồi tràng, dưới cơ hoành).
- Dẫn lưu tại các vị trí mổ (hố thận, bể thận, bàng quang qua da, khoang retzius, sọ não, cánh tay, cẳng tay, cẳng chân, đùi, các ổ áp xe).

Dụng cụ

- Gói vô khuẩn: 2 kẹp Kocher không máu, 1 kéo, 2 cốc nhỏ, bông, gạc củ ấu, gạc miếng.
- Băng cuộn hoặc băng dính, kéo cắt băng, dung dịch rửa, 2 đôi găng tay.
- Tấm lót, khay quả đậu hoặc túi bóng, chai dung dịch rửa tay nhanh.
- Chậu đựng dung dịch khử khuẩn.
- Túi đựng bông gạc bẩn.
- Dụng cụ chứa dịch hay túi dẫn lưu (nếu cần).

Quy trình chăm sóc vết thương có ống dẫn lưu

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1 - 9	Thực hiện các bước từ 1 - 9 giống như chăm sóc vết thương sạch	
10	Rửa chân ống dẫn lưu, thân ống dẫn lưu: - Rửa xoáy ốc từ chân ống dẫn lưu rộng ra ngoài. - Rửa từ chân lên thân ống dẫn lưu 7-10 cm	Làm sạch chân ống, thân ống dẫn lưu phòng ngừa nhiễm khuẩn. 
11	Quan sát tình trạng người bệnh	Đề phòng tai biến trong khi làm thủ thuật (người bệnh choáng do đau hoặc sợ).
12	Thăm khô vết thương	Làm khô bề mặt vết thương
13	Sát khuẩn vùng da xung quanh chân ống và thân ống dẫn lưu 7-10 cm.	Tiêu diệt vi khuẩn
14	Dùng kéo vô khuẩn cắt gạc vô khuẩn 1 đoạn (hình chữ L hoặc hình chữ Y).	Giảm bớt nguy cơ bội nhiễm từ vùng da xung quanh vào chân ống dẫn lưu. 
15	Đặt gạc vào chân ống dẫn lưu theo đường cắt. Điều chỉnh gạc che kín chân ống dẫn lưu.	- Tạo ra đường đưa gạc bao quanh chân ống dẫn lưu. - Để bảo vệ vết thương và thấm hút dịch
16	Cố định bằng băng dính	
17	Tháo găng bẩn	

<p>18</p>	<p>Xả dịch hay thay túi chứa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dùng kẹp kẹp ống dẫn lưu. - Quan sát, ghi nhận số lượng, màu sắc, tính chất dịch. - Mang găng sạch. <p>Trường hợp xả dịch:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Đặt dụng cụ chứa, mở khóa cho dịch chảy hết trong túi chứa. + Đóng khóa lại, mở kẹp. + Đặt túi chứa dịch ở vị trí phù hợp. <p>Trường hợp thay túi:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Tháo dây cầu nối ra khỏi dẫn lưu. + Sát khuẩn đầu dẫn lưu. + Gắn dây cầu nối có túi chứa vào dẫn lưu. + Mở kẹp + Treo túi chứa vào vị trí thích hợp. 	
<p>19</p>	<p>Thông báo cho người bệnh đã hoàn thành thủ thuật, giúp người bệnh tiện nghi.</p>	<p>Giúp người bệnh an tâm, tin tưởng vào điều trị và chăm sóc.</p>
<p>20</p>	<p>Thu dọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Bỏ kẹp, cốc vào chậu có dung dịch khử khuẩn + Bỏ túi đựng đồ bẩn vào thùng rác y tế + Tháo găng <ul style="list-style-type: none"> - Rửa tay 	<p>Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện</p>
<p>21</p>	<p>Ghi hồ sơ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ngày giờ làm thủ thuật - Tình trạng của vết thương - Số lượng dịch, màu sắc, tính chất dịch - Sự lưu thông của ống dẫn lưu - Dung dịch rửa vết thương đã dùng - Tên người thay băng 	<p>Để theo dõi tiến triển quá trình chăm sóc và sự lành của vết thương.</p>

Bảng kiểm kỹ thuật chăm sóc vết thương có dẫn lưu

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra hồ sơ người bệnh. Nhận định tình trạng người bệnh			
2	Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn. Thông báo về kỹ thuật sắp làm			
3	Điều dưỡng mang trang phục y tế gọn gàng, đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.			
4	Chuẩn bị dụng cụ (giống chăm sóc vết thương sạch)			
5	Đặt người bệnh ở tư thế nằm hoặc ngồi thuận lợi cho rửa vết thương			
6	Bộc lộ và nhận định tình trạng vết thương.			
7	Trải nilon dưới vết thương			
8	Đặt khay hạt đậu/ túi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi			
9	Mang găng tay sạch			
10	Tháo băng cũ			
11	Tháo găng tay cũ			
12	Nhận định tình trạng vết thương			
13	Mở hộp/ gói dụng cụ vô khuẩn			
14	Đổ dung dịch rửa, dung dịch sát khuẩn ra cốc			
15	Điều dưỡng mang găng tay vô khuẩn,			
16	Rửa chân ống dẫn lưu, thân ống dẫn lưu và thấm khô.			
17	Sát khuẩn vùng da xung quanh chân ống và sát khuẩn thân ống dẫn lưu 7-10 cm.			
18	Cắt gạc vô khuẩn, đặt gạc vào chân ống dẫn lưu và cố định bằng băng dính.			
19	Xả dịch hay thay túi chứa			
20	Thu dọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải, rửa tay			
21	Thông báo cho người bệnh đã hoàn thành thủ thuật, giúp người bệnh tiện nghi.			
22	Ghi hồ sơ			

BÀI 26: KỸ THUẬT CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật thay băng vết thương nhiễm khuẩn
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật thay băng vết thương nhiễm khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG



1. Dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm khuẩn:

- + Đau tăng dần.
- + Phù nề, sưng phồng.
- + Đỏ vùng da quanh vết thương.
- + Có chất xuất tiết từ vết thương.
- + Mùi khó chịu, hôi thối bốc ra từ vết thương.
- + Vết đỏ từ ngoại vi vào trung tâm vết thương.
- + Hạch sưng
- + Người bệnh sốt.
- + Vết thương lâu lành.

Những vết thương đặc thù và có nguy cơ nhiễm khuẩn:

+ Vị trí chảy máu: nguy cơ nhiễm khuẩn trước mắt đối với vết thương nặng thuyên giảm khi máu chảy ồ ạt ra ngoài kéo theo những mảnh vụn và mầm bệnh tiềm ẩn. Những vết thương nhỏ và những vết trầy xước do dị vật bắn gây ra thì có nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn. Vết thương do đâm chọc còn nguy hiểm hơn nữa vì vết thương làm nhiễm khuẩn vào mô sâu bên trong, ít có xu hướng chảy máu nhiều và khó sát trùng.

+ Vết bỏng: Nhiễm khuẩn là biến chứng hay gặp nhất của bỏng. Bỏng có thể hủy hoại nhiều vùng da rộng lớn, làm cho cơ thể bị tổn thương do nhiễm khuẩn. Không giống vết cắt vết bỏng không lành nhờ cục máu đông, bỏng mất một thời gian khá dài để lành lại.

+ Gãy xương hở: Nhiễm khuẩn vào xương rất lâu lành, trong một số trường hợp phải được hỗ trợ y tế tăng cường và khi phải cắt cụt vùng mô bị nhiễm khuẩn. Khi gãy xương hở, nơi xương gãy đâm chọc qua da có thể mang đến nguy cơ nhiễm khuẩn cao nên cần được điều trị đúng mức.

+ Vết cắn hoặc vết đốt: Vết cắn do súc vật hay vết chích do côn trùng có thể gây nhiễm khuẩn cho vết thương. Một vài loại súc vật côn trùng có mang nguy cơ nhiễm khuẩn riêng, ví dụ như virus đại truyền bệnh qua người nếu người bị chó dại cắn hay vết thương do rắn độc cắn hoặc bị ong đốt...

2. Quy trình kỹ thuật

Nhận định



- Tình trạng người bệnh: toàn trạng, tri giác, dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng vết thương:
 - + Vị trí, kích thước, độ sâu, bề mặt vết thương.
 - + Bản chất vết thương, bầm dập, bầm, đặc thù của vết thương, vết phỏng, gãy xương hở, vết cắn, vết đốt...
 - + Tình trạng tiết dịch, tiến triển vết thương, mùi.
 - + Vùng da xung quanh vết thương.
 - + Loại vết thương, vết thương phẫu thuật, vết thương chấn thương, vết thương mạch máu.
- Nhận định các yếu tố nguy cơ: Đau tăng. Lo lắng. Nguy cơ nhiễm khuẩn lan tỏa. Vết thương chậm lành. Kéo dài thời gian điều trị. Nguy cơ tổn thương cân cơ và để lại di chứng.

Dụng cụ

- Gói vô khuẩn: 2 kẹp phẫu tích, 2 cốc nhỏ, bông, gạc củ ấu, gạc miếng, băng che chỗ vết thương.
- Băng cuộn hoặc băng dính, kéo cắt băng, dung dịch rửa, 2 đôi găng tay
- Tấm lót, khay quả đậu, chai dung dịch rửa tay nhanh.
- Thau đựng dung dịch khử khuẩn.
- Túi đựng rác thải

Quy trình kỹ thuật

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị người điều dưỡng. - Thực hiện rửa tay thường quy. - Mang khẩu trang.	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trước khi chăm sóc vết thương.
2	Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ lên xe thay băng.	Thuận lợi và nhanh chóng khi thực hiện thao tác.
3	Chuẩn bị người bệnh. - Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh. - Đặt người bệnh tư thế thích hợp: phù hợp với vị trí của vết thương.	Tạo tâm lý thoải mái, người bệnh hợp tác tốt.
4	Mang găng tay sạch.	Giảm nguy cơ lây nhiễm.
5	Trải tấm lót dưới vị trí vết thương. Đặt túi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi.	- Tránh dung dịch rửa, dịch từ vết thương người bệnh chảy ra giường. - Để bỏ bông gạc bẩn
6	Bộc lộ vùng vết thương.	Giúp cho việc chăm sóc dễ dàng.
7	Tháo bỏ băng gạc bẩn, quan sát nhận định tình trạng vết thương.	Đánh giá tiến triển của vết thương. Giảm nguy cơ lây nhiễm từ vết thương.
8	Tháo bỏ găng tay. Đổ dung dịch rửa ra cốc.	Để công việc được thực hiện liên tục và nhanh chóng.
9	Điều dưỡng mang găng tay lần 2	Ngăn ngừa nhiễm khuẩn
10	Rửa vết thương từ trong ra ngoài	Giảm bớt nguy cơ bội nhiễm từ vùng da xung quanh vào vết thương.
11	Rửa vết thương * Vết thương có mô hoại tử. - Dùng kéo cắt lọc các tổ chức hoại tử. - Tách rộng mép vết thương. - Ấn nhẹ vết thương cho dịch, mủ trong sâu thoát ra ngoài:	Làm sạch vết thương phòng ngừa nhiễm khuẩn.

	- Rửa vết thương bằng dung dịch oxy già, thấm khô, nước muối sinh lý, thấm khô.	
12	Sát khuẩn vết thương từ trong ra ngoài bằng dung dịch sát khuẩn (betadin).	
13	Dùng gạc che kín vết thương, băng vết thương bằng loại băng thích hợp.	<p>Để bảo vệ vết thương và thấm hút dịch.</p> 
14	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tư thế thoải mái.	Giúp người bệnh an tâm, tin tưởng vào điều trị và chăm sóc.
15	<p>Thu dọn dụng cụ, phân loại và thu gom rác thải:</p> <ul style="list-style-type: none"> + Bỏ kẹp vào chậu có dung dịch sát khuẩn. + Tháo găng tay bỏ vào túi đựng đồ bẩn và bỏ túi đựng đồ bẩn vào thùng rác. 	Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện.
16	Rửa tay thường quy.	Ngăn ngừa lây nhiễm
17	Ghi hồ sơ	Để theo dõi sự lành của vết thương.

Bảng kiểm thực hành kỹ thuật thay băng rửa vết thương nhiễm khuẩn

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị người điều dưỡng.			
2	Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ lên xe thay băng.			
3	Chuẩn bị người bệnh.			
4	Mang găng tay sạch.			
5	Trải tấm lót dưới vị trí vết thương. Đặt túi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi.			
6	Bộc lộ vùng vết thương.			
7	Tháo bỏ băng gạc bẩn, quan sát nhận định tình trạng vết thương.			
8	Đổ dung dịch rửa ra cốc.			
9	Điều dưỡng mang găng tay lần 2			
10	Rửa vết thương từ trong ra ngoài, thấm khô.			
11	Sát khuẩn vết thương từ trong ra ngoài bằng dung dịch sát khuẩn (betadin)			
12	Dùng gạc che kín vết thương, băng vết thương bằng loại băng thích hợp.			
13	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.			
14	Thu dọn dụng cụ, phân loại và thu gom rác thải			
15	Rửa tay thường quy.			
16	Ghi hồ sơ			

BÀI 27: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY QUA MẶT NẠ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật cho người bệnh thở oxy qua mặt nạ đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc cho người bệnh thở oxy qua mặt nạ.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Liệu pháp oxy là cung cấp khí thở có nồng độ oxy lớn hơn 21% (tỷ lệ oxy trong không khí). Áp dụng thở oxy cho người bệnh có tình trạng thiếu oxy.

2. Các dấu hiệu, triệu chứng chính của thiếu oxy

- Khó thở, thở nhanh (giai đoạn sớm), rối loạn nhịp thở (nhịp nhanh, chậm, không đều), người bệnh cảm thấy khó chịu phải ngồi dậy để thở, có cảm giác nghẹt thở, người bệnh lo âu, hốt hoảng, bồn chồn.

- Dấu hiệu co kéo cơ hô hấp, rút lõm lồng ngực (trẻ em)

- Tím tái: Môi, đầu chi, có thể tím toàn thân

- Tuần hoàn:

Giai đoạn đầu: Mạch, huyết áp tăng để đáp ứng nhu cầu oxy cho cơ thể.

Giai đoạn sau: huyết áp giảm, mạch nhanh (TE thiếu oxy mạch chậm) - SpO₂ giảm: dưới 90%, mức độ tùy theo tình trạng thiếu oxy

- Thần kinh: Tùy theo mức độ nặng của thiếu oxy:

Vật vã kích thích.

Giảm trí nhớ: Trí nhớ nghèo nàn, xa xăm, lộn xộn.

Giảm thị lực: nhìn mờ, nhìn đôi...

Giảm trương lực cơ và sự phối hợp của các cơ.

3. Nguyên tắc khi tiến hành liệu pháp oxy

Kỹ thuật được tiến hành theo chỉ định của bác sĩ; bác sĩ chỉ định phương pháp thở oxy; thời gian thở oxy; lưu lượng oxy; đậm độ/nồng độ oxy trong khí thở; độ ẩm, phương pháp làm ẩm.

Sử dụng đúng liều lượng:

Mặt nạ đơn giản: 6-12 lít/phút

Oxy gọng kính: 1-6 lít/phút

Đảm bảo vệ sinh phòng nhiễm khuẩn.

Sử dụng các dụng cụ sạch, dụng cụ vô khuẩn đúng quy định.

Nếu thời gian thở oxy kéo dài cần thay đổi ống /mask thở, đảm bảo vệ sinh răng miệng cho người bệnh 3 - 4 giờ/lần.



Phòng khô niêm mạc đường hô hấp.


Thực hiện tốt việc làm ẩm oxy, đảm bảo đủ lượng nước uống hàng ngày hoặc truyền dịch cho người bệnh theo chỉ định.



Phòng cháy nổ.



4. Quy trình kỹ thuật cho người bệnh thở oxy qua mặt nạ

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	<p>Chuẩn bị dụng cụ: Bình oxy hoặc hệ thống oxy từ nguồn trung tâm của bệnh viện, dẫn tới các phòng bệnh/phòng cấp cứu; áp lực kế; lưu lượng kế; dây dẫn oxy; bình (lọ) làm ẩm oxy.</p> <p>Ống thông Nelaton vô khuẩn/hoặc dây gọng kính thở oxy, hoặc mặt nạ thở oxy, găng tay...</p> 	<p>Dụng cụ đủ và phù hợp cho thở oxy</p> 
2	<p>Người thực hiện kỹ thuật:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Điều dưỡng trang phục áo, mũ, khẩu trang. 	

	- Rửa tay thường quy	
3	<p>Nhận định và chuẩn bị người bệnh:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tình trạng hô hấp, tri giác, tuần hoàn,... của NB - Giải thích cho NB/GĐ người bệnh - Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, có thể kê gối dưới vai /tư thế nửa nằm nửa ngồi tùy theo tình trạng NB. 	<ul style="list-style-type: none"> - NB/ GD hợp tác. - Tư thế thuận lợi cho hô hấp
4	<p>Chuẩn bị hệ thống thở oxy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lắp hệ thống thở oxy và kiểm tra sự hoạt động của hệ thống, bình làm ẩm. - Mở van, điều chỉnh lưu lượng oxy theo chỉ định, khi thử xong đóng van lại.  <p>Bình oxy. Bình làm ẩm, làm ẩm, lưu lượng kế, áp lực kế</p>	Đảm bảo hệ thống vận hành tốt, lưu lượng thở theo chỉ định.
5	<p>Hút dịch, làm thông thoáng đường hô hấp:</p> <p>Điều dưỡng mang găng; dùng tăm bông vệ sinh mũi cho người bệnh; hút đờm dãi cho người bệnh nếu có dịch tiết.</p>	Làm thông thoáng đường hô hấp

6	 <p>Thở oxy bằng mặt nạ/mask thở: Chụp mask/mặt nạ kín mũi miệng người bệnh và cố định</p> <p>Nối hệ thống oxy với mask hoặc ống ngửi/dây thở, mở van oxy cho người bệnh thở.</p>	
7	<p>Nhận định NB sau khi cho thở oxy:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quan sát nhịp thở, da, niêm mạc, các dấu hiệu khó thở? SpO₂? - Bắt mạch, đo HA <p>Cảm giác của NB khi cho thở oxy</p>	<p>Theo dõi NB trong và sau khi thở oxy; nhận định hiệu quả và diễn biến của NB.</p>
8	<p>Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay</p>	
9	<p>Ghi phiếu theo dõi:</p> <p>Lưu lượng oxy thở, tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi thở oxy.</p> <p>Điều dưỡng ký tên.</p>	<p>Lưu lại thông tin</p>

Bảng kiểm thực hành kỹ thuật cho người bệnh thở oxy

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị dụng cụ: Bình oxy			
2	Người thực hiện kỹ thuật			
3	Nhận định và chuẩn bị người bệnh			
4	Chuẩn bị hệ thống thở oxy			
5	Vệ sinh lỗ mũi hoặc hút dịch, làm thông thoáng đường hô hấp.			

6	Cho NB thở oxy Thở qua mũi hầu Thở bằng dây qua mũi hoặc mask			
7	Nhận định NB sau khi cho thở oxy			
8	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay			
9	Ghi phiếu theo dõi			

BÀI 28: KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH MŨI

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Thực hiện thành thạo kỹ thuật cho người bệnh thở oxy qua gọng kính đúng quy trình kỹ thuật.
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc cho người bệnh thở oxy qua gọng kính.
3. Thể hiện được thái độ ân cần, nhẹ nhàng và cẩn thận khi thực hiện kỹ thuật.





NỘI DUNG



1. Quy trình kỹ thuật cho người bệnh thở oxy qua gọng kính mũi

Dụng cụ:

- Lưu lượng kế gắn vào nguồn cấp oxy
- Bình làm ấm với nước cất
- Ống thông mũi
- Miếng gạc để lót dưới dây dẫn qua tay
- Găng tay, khẩu trang

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị dụng cụ	Mang mọi thứ đến bên giường người bệnh để tiết kiệm thời gian và năng lượng. Sắp xếp các vật dụng theo thứ tự, một cách thuận tiện, tiết kiệm thời gian và tránh người điều dưỡng phải căng cơ và vụng người không cần thiết
2	Chuẩn bị điều dưỡng: Rửa tay, đeo găng và khẩu trang nếu cần.	Rửa tay và đeo găng ngăn ngừa sự lây nhiễm vi khuẩn.
3	Nhận định và chuẩn bị người bệnh: - Tình trạng hô hấp, tri giác, tuần hoàn,... của NB - Giải thích cho người bệnh/ người nhà người bệnh. - Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, có thể kê gối dưới vai /tư thế nửa nằm nửa ngồi tùy theo tình trạng NB.	Nhận dạng người bệnh giúp đảm bảo đúng người bệnh cần thở oxy tránh nhầm người bệnh

4	<p>Thông báo giải thích cho người bệnh về kỹ thuật sắp làm và lý do.</p>	<p>Giải thích để làm giảm lo lắng và tăng cường sự hợp tác.</p>
5	<p>Nối dây oxy vào bình làm ẩm và nguồn oxy. Điều chỉnh lưu lượng theo y lệnh. Kiểm tra xem có oxy ra hay không.</p>	<p>Oxy qua bình làm ẩm sẽ được làm ẩm trước khi đến người bệnh, do đó ngăn ngừa sự mất nước ở niêm mạc đường hô hấp. Oxy với lưu lượng thấp không cần làm ẩm</p>
	 <p>Nối dây oxy vào hệ thống oxy.</p>	 <p>Điều chỉnh lưu lượng oxy</p>
6	<p>Đặt gọng của dây oxy vào lỗ mũi của người bệnh. Vòng dây qua phía sau mỗi bên tai, vòng xuống dưới cằm. Cũng có thể vòng dây qua gáy người bệnh, với vòng cố định phía sau đầu người bệnh. Đặt miếng gạc trên tai phía dưới dây oxy nếu cần.</p>	<p>Đặt gọng kính và chốt cố định đúng thuận lợi cho việc cung cấp oxy và người bệnh thoải mái. Miếng lót dưới dây oxy giúp làm giảm sự xước da và bảo vệ da.</p>
	 <p>Gắn dây oxy vào mũi</p>	 <p>Lót gạc dưới dây oxy ở tai</p>
7	<p>Điều chỉnh dây oxy cho phù hợp. Dây oxy không quá lỏng cũng không quá chặt</p>	<p>Sự điều chỉnh thích hợp giúp giữ gọng kính ở mũi người bệnh. Nếu cố định dây oxy chặt quá có thể làm xước da của bệnh nhân</p>
8	<p>Khuyến người bệnh thở bằng mũi và ngậm miệng</p>	<p>Thở qua mũi cung cấp lượng oxy tối đa cho người bệnh. Lượng oxy cung cấp cho người bệnh có thể giảm nếu thở qua miệng</p>

9	Nhận định lại tình trạng hô hấp của người bệnh bao gồm: nhịp thở, sự gắng sức để thở, rì rào phế nang. Chú ý các triệu chứng của suy hô hấp như thở nhanh, phập phồng cánh mũi, co kéo cơ hô hấp, khó thở	Điều này có thể đánh giá hiệu quả của oxy liệu pháp
10	Đeo găng tay sạch. Bỏ và lau sạch gọng kính của dây oxy. Kiểm tra lỗ mũi xem có chảy máu hay xây xước không 8 giờ/lần	Theo dõi xem có xây xước hoặc khô niêm mạc mũi không
		
	Điều chỉnh dây oxy	Lau sạch dây oxy

2. Bảng kiểm cho người bệnh thở oxy qua gọng kính mũi

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị dụng cụ			
2	Chuẩn bị điều dưỡng			
3	Nhận định và chuẩn bị người bệnh			
4	Thông báo giải thích cho người bệnh về kỹ thuật sắp làm và lý do.			
5	Nối dây oxy vào bình làm ẩm và nguồn oxy. Điều chỉnh lưu lượng theo y lệnh. Kiểm tra xem có oxy ra hay không			
6	Đặt gọng của dây oxy vào lỗ mũi của người bệnh. Vòng dây qua phía sau mỗi bên tai, vòng xuống dưới cằm			
7	Điều chỉnh dây oxy cho phù hợp			
8	Khuyên người bệnh thở bằng mũi và ngậm miệng			
9	Nhận định lại tình trạng hô hấp của người bệnh bao gồm: nhịp thở, sự gắng sức để thở, rì rào phế nang			
10	Đeo găng tay sạch. Bỏ và lau sạch gọng kính của dây oxy			

