



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

**ThS. Lê Văn Duy (Chủ biên)**

**Giáo trình**  
**THỰC HÀNH**  
**KỸ NĂNG ĐIỀU DƯỠNG 2**  
*(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**

**CNDD. Nguyễn Thị Tuyết Mai**

**CNDD. Nguyễn Thị Bông**

**CNDD. Nguyễn Thị Ly**

**CNDD. Nguyễn Thị Thu Trang**

**Giáo trình**  
**THỰC HÀNH**  
**KỸ NĂNG ĐIỀU DƯỠNG 2**  
*(Lưu hành nội bộ)*

**Hà Nội - 2021**



## MỤC LỤC

<b>LỜI NÓI ĐẦU .....</b>	<b>4</b>
<b>BÀI 1: KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH TÍNH MẠCH CHO NGƯỜI BỆNH .....</b>	<b>5</b>
<b>BÀI 2: KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU CHO NGƯỜI BỆNH .....</b>	<b>15</b>
<b>BÀI 3: KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG MŨI - DẠ DÀY .....</b>	<b>24</b>
<b>BÀI 4: KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY.....</b>	<b>35</b>
<b>BÀI 5: KỸ THUẬT THÔNG TIỂU – DẪN LƯU NƯỚC TIỂU NAM VÀ NỮ ...</b>	<b>41</b>
<b>BÀI 6: KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG.....</b>	<b>48</b>
<b>BÀI 7: KỸ THUẬT THỤT THÁO.....</b>	<b>52</b>
<b>BÀI 8: KỸ THUẬT HỒI SINH TIM PHỔI.....</b>	<b>63</b>
<b>BÀI 9: KỸ THUẬT CẤP CỨU PHẢN ỨNG PHẢN VỆ .....</b>	<b>71</b>
<b>BÀI 10: KỸ THUẬT HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP.....</b>	<b>78</b>
<b>BÀI 11: KỸ THUẬT CÀM MÁU TẠM THỜI (GARO CÀM MÁU) .....</b>	<b>84</b>
<b>BÀI 12: KỸ THUẬT BĂNG BÓ VẾT THƯƠNG .....</b>	<b>92</b>
<b>BÀI 14: KỸ THUẬT SỬ DỤNG BƠM TIÊM ĐIỆN.....</b>	<b>112</b>
<b>BÀI 15: KỸ THUẬT SỬ DỤNG MÁY TRUYỀN DỊCH.....</b>	<b>117</b>
<b>BÀI 16: KỸ THUẬT SỬ DỤNG MÁY MONITOR .....</b>	<b>123</b>
<b>BÀI 17: KỸ THUẬT SỬ DỤNG MÁY GHI ĐIỆN TÂM ĐỒ .....</b>	<b>130</b>
<b>BÀI 18: THỰC HÀNH QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG .....</b>	<b>136</b>

## 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. Tiếp nối cuốn tài liệu “Thực hành kỹ năng Điều dưỡng 1” bao gồm 28 kỹ năng, cuốn “Thực hành kỹ năng Điều dưỡng 2” bao gồm 27 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 trong 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 2” 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 TRUYỀN DỊCH TÍNH MẠCH CHO NGƯỜI BỆNH**

### **MỤC TIÊU**

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch cho người bệnh.
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật truyền dịch cho người bệnh 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**

Nước và các chất vô cơ giữ vai trò quan trọng trong quá trình sống. Mặc dù nước và các chất vô cơ không sinh năng lượng, nhưng sự trao đổi nước và các chất vô cơ trong cơ thể sống có liên quan mật thiết với nhau, đồng thời cũng liên quan chặt chẽ với chuyển hóa các chất hữu cơ. Nước là thành phần cấu tạo chính của cơ thể, chiếm khoảng 70% trọng lượng cơ thể; khi cơ thể xảy ra tình trạng rối loạn trao đổi nước và các chất vô cơ có thể gây hậu quả nghiêm trọng, đây là bệnh cảnh thường gặp trên lâm sàng, do vậy đòi hỏi nhân viên y tế phải đánh giá đúng mức và xử trí kịp thời.

Tiêm, truyền tĩnh mạch được coi là phương pháp hiệu quả nhất trong việc cân bằng nước và điện giải cho người bệnh. Song song với việc bồi phụ dịch và điện giải, tiêm truyền tĩnh mạch còn áp dụng cho truyền máu và chế phẩm của máu (chất keo), dinh dưỡng.

Đưa thuốc, dịch truyền và máu vào lòng mạch phải tuân thủ nguyên tắc 5 đúng: đúng thuốc/dịch truyền, đúng liều dùng/hàm lượng, đúng người bệnh, đúng đường dùng, đúng giờ (Thông tư số 07/2011/TT-BYT) và phải ghi chép đầy đủ, rõ ràng theo đúng quy định. Đòi hỏi điều dưỡng viên phải có kiến thức về dịch truyền, truyền máu, hiểu và sử dụng hiệu quả phương tiện dụng cụ, thực hành truyền dịch, truyền máu an toàn, kiểm soát tốc độ truyền, chăm sóc và theo dõi, nhận biết và xử trí được những tai biến có thể xảy ra trong và sau khi tiêm truyền.

#### **2. Kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch**

##### **2.1. Mục đích**

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn đã mất của cơ thể: trong các trường hợp tiêu chảy mất nước, bỏng nặng, mất máu, xuất huyết...

- Đưa thuốc vào cơ thể: khi muốn cho thuốc ngấm đều và duy trì nhiều giờ hoặc nhiều ngày một lượng thuốc hằng định trong máu.

- Nuôi dưỡng bệnh nhân: khi bệnh nhân không ăn uống được: bệnh nhân hôn mê, tổn thương thực quản, đường tiêu hóa.

- Các mục đích khác: giải độc, lợi tiểu trong trường hợp bệnh nhân bị ngộ độc.

### **2.2. Nên truyền trong các trường hợp**

- Xuất huyết, tiêu chảy mất nước, bỏng.

- Trước mổ, sau mổ.

- Muốn phát huy tác dụng nhanh, duy trì nồng độ của thuốc.

- Trường hợp nhiễm độc, nhiễm toan chuyển hoá.

### **2.3. Chống chỉ định**

- Bệnh nhân bị [suy tim](#) nặng

- Bệnh nhân [tăng huyết áp](#)

- Người khỏe mạnh không quá cần thiết phải truyền dịch

### **2.3. Nguyên tắc truyền dịch**

- Thực hiện 5 đúng

- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.

- Đảm bảo sự an toàn về quản lý dịch truyền.

- Tuyệt đối không để không khí vào tĩnh mạch.

- Đảm bảo áp lực của dịch truyền cao hơn áp lực máu của bệnh nhân.

- Đảm bảo thời gian truyền dịch theo đúng chỉ định của bác sĩ: thực hiện công thức tính thời gian chảy của dịch truyền.

$$\text{Tổng số thời gian (phút)} = \frac{\text{Tổng số dịch truyền} \times \text{số giọt/ml}}{\text{Số giọt/phút}}$$

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trước, trong và sau khi truyền.

- Phát hiện các dấu hiệu sớm của phản ứng và xử lý kịp thời.

- Giữ cho hệ thống truyền dịch được vô trùng. Băng vô trùng nơi thân kim.

- Dịch truyền không nên để lâu quá 24 giờ. Bộ dây tiêm truyền thay sau 48-72 giờ. Kim luôn nên được thay sau 48-72 giờ hoặc hơn tùy theo sản phẩm.

### **2.4. Những tác dụng không mong muốn có thể xảy ra khi truyền dịch vào tĩnh mạch ngoại biên**

STT	Tác dụng không mong muốn	Xử trí
1	Dịch thoát ra ngoài mạch do lệch kim, kim xuyên qua lòng mạch	Kiểm tra vị trí truyền thường xuyên. Khóa dịch truyền khi có dấu hiệu xảy ra. Đâm kim ở vị trí khác. Hạn chế cử động tại vùng truyền.
2	Tắc kim do dòng chảy không lưu thông.	Ngưng truyền. Kiểm tra lại sự lưu thông dịch Đâm kim ở vị trí khác (nếu không lưu thông) Không được xoa lên vùng truyền Chườm ấm lên vùng truyền theo y lệnh
3	Viêm tĩnh mạch do kim truyền làm tổn thương lòng mạch, tác dụng phụ của dịch truyền hay kỹ thuật không vô khuẩn.	Ngưng truyền. Đặt đường truyền ở vị trí khác (tránh đâm kim lại vào các tĩnh mạch bị viêm). Chườm ấm vùng truyền.
4	Quá tải tuần hoàn: lượng dịch quá nhiều, chảy quá nhanh làm tăng thể tích tuần hoàn đột ngột.	Ngưng truyền. Báo bác sĩ. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
5	Tắc tĩnh mạch (tắc mạch phổi) do cục máu đông hoặc do bọt khí.	Thường xuyên kiểm tra vị trí truyền. Theo dõi tình trạng hô hấp, toàn thân và phát hiện kịp thời các dấu hiệu của tắc mạch phổi do khí: khó thở, tím tái, loạn nhịp thất, tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm, phù phổi, giảm phân áp carbonic cuối thì thở ra ... - Xử trí: hỗ trợ hô hấp; hút khí liên tục qua đường tĩnh mạch trung tâm ... - Phòng: Đuổi hết không khí trong bộ dây truyền.



6	Nhiễm trùng vị trí truyền do không đảm bảo vô khuẩn và chăm sóc vị trí truyền không đúng, do dịch truyền không đảm bảo chất lượng.	Báo bác sĩ khi có những dấu hiệu bất thường xảy ra: đau, khó thở... Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi chăm sóc vị trí truyền. Thay bộ dây truyền định kỳ ngay sau 72 giờ. Rửa tay thường quy trước khi thực hiện kỹ thuật.
7	Phản ứng phản vệ	Ngừng truyền dịch. Báo cáo bác sĩ Xử trí theo phác đồ phòng phản vệ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn. Thực hiện thuốc theo y lệnh.

## 2.5. Quy trình thực hành kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch

### 2.5.1. Nhận định

- Nhận định các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, các bệnh lý đi kèm: tri giác, da và niêm mạc, dấu hiệu sinh tồn (DHST), cân nặng, mức độ phù, lượng nước tiểu, khát nước, dấu hiệu mất nước...

- Nhận định tiền sử dị ứng: dị ứng thuốc, dịch truyền, dung dịch sát khuẩn...

- Nhận định hệ thống tĩnh mạch người bệnh.

- Nhận định các yếu tố liên quan đến dịch truyền, kim truyền, tốc độ truyền, thời gian truyền...

- Nhận định yếu tố ảnh hưởng đến quá trình truyền: tuổi (người già, trẻ em).

- Nhận định thái độ, sự hiểu biết của người bệnh và người thân đối với liệu pháp truyền dịch.

### 2.5.2. Dụng cụ

- Dịch theo chỉ định:

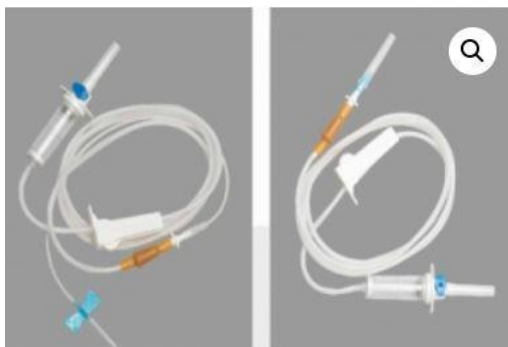
+ Dịch đẳng trương: NaCl 0,9%, glucose 5%, NaHCO<sub>3</sub> 14%....

+ Dung dịch ưu trương: NaCl 10%, 20%, glucose 10%, ..., 50%, NaHCO<sub>3</sub> 5%...

+ Dung dịch có phân tử lượng lớn: Dextran, subtosan....

- Bộ dụng cụ truyền dịch: garô, dung dịch sát khuẩn (cồn 70<sup>0</sup>, cồn iốt), gạc, băng dính, kìm Kocher.

- Bộ dây truyền




- Hộp thuốc chống sốc




- Dụng cụ đo dấu hiệu sinh tồn: máy đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế, đồng hồ có kim giây.

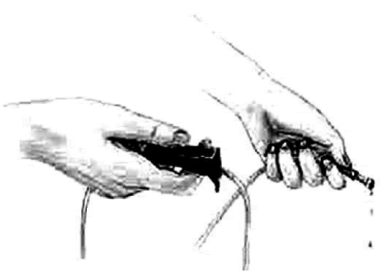
- Phiếu truyền dịch.




- Bảng theo dõi dấu hiệu sinh tồn, bút ghi

### 2.5.3. Các bước thực hiện

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Kiểm tra y lệnh: loại dịch truyền, số lượng, thuốc (nếu có), tốc độ dịch chảy và thời gian truyền. Kiểm tra dụng cụ, sắp xếp gọn gàng	- Tránh nhầm lẫn khi thực hiện kỹ thuật cho người bệnh. - Thuận tiện cho việc thao tác
2	Thông báo, giải thích cho người bệnh/gia đình người bệnh. Giúp người bệnh ở tư thế thoải mái	- Người bệnh hiểu và hợp tác - Thuận tiện cho điều dưỡng khi tiến hành.
3	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.	Làm giảm thiểu vi khuẩn trên tay
4	Chuẩn bị bộ dây truyền và dịch truyền.	Đảm bảo truyền đúng dịch, dây truyền phù hợp.
5	Kiểm tra 5 đúng Màu sắc, sự trong suốt, hạn dùng của dịch truyền Túi/chai dịch có bị rò không	Giảm nguy cơ sai sót 

		Kiểm tra túi dịch truyền
6	Mở bộ dây truyền (đảm bảo vô khuẩn) Di chuyển khóa dịch truyền lên cách bầu nhỏ giọt khoảng 2 - 5 cm, khóa dịch truyền.	<p>Đề phòng sự nhiễm khuẩn Đảm bảo an toàn</p>  <p>Khóa dịch truyền</p>
7	Bật nút chai dịch, sát khuẩn, pha thuốc (nếu cần). Cắm bộ dây truyền vào túi hoặc chai dịch truyền.	<p>Sẵn sàng cho việc gắn dây truyền dịch vào chai dịch truyền.</p>  <p>Cắm dây truyền vào túi dịch truyền</p>
8	Treo túi/chai dịch lên cọc truyền/ giá, bóp và thả cho dịch chảy vào 1/3 - 1/2 bầu nhỏ giọt và khoá lại.	<p>Ngăn không khí đi vào dây truyền.</p>  <p>Treo túi dịch lên giá và bóp bầu nhỏ giọt dịch truyền</p>
9	Tháo nắp đậy kim truyền và từ từ mở khóa cho dịch chảy từ bầu nhỏ giọt đến kim truyền. Khóa dịch truyền lại sau khi dây truyền đầy dịch.	<p>- Đuổi không khí trong dây truyền. - Phòng sự thoát dịch ra ngoài.</p>

		 <p>Đuôi không khí trong dây truyền</p>
10	Đậy nắp kim truyền.	Duy trì hệ thống được vô khuẩn
11	Nói các loại dây truyền có nhánh hoặc dây nối gắn với dây truyền dịch (nếu cần).	
12	Chọn tĩnh mạch truyền phù hợp. Đặt gối kê tay và dây garô dưới vùng truyền. Cắt băng dính.	Giúp đưa kim vào tĩnh mạch được dễ dàng. Chuẩn bị để cố định kim truyền
13	Mang găng sạch, đeo khẩu trang (Chỉ sử dụng găng khi có nguy cơ phơi nhiễm với máu và khi da tay của người làm thủ thuật bị tổn thương).	Giảm sự lây truyền của vi sinh vật
14	Buộc dây garô trên vị trí truyền 10 - 15 cm.	
15	Sát khuẩn vị trí truyền bằng bông/gạc vô khuẩn vào chính giữa vị trí tiêm/dọc theo tĩnh mạch và sát khuẩn rộng ra với đường kính 10cm (tối thiểu 2 lần).	
16	Đâm kim: - Một tay căng da - Một tay cầm kim chéch góc 30 <sup>0</sup> so với mặt da, đưa kim nhẹ nhàng vào tĩnh mạch, khi thấy máu trào ra đóc kim, tháo garô nhẹ nhàng.	Cố định tĩnh mạch khi đâm kim Làm giảm nguy cơ đâm kim sâu
17	Nhanh chóng nối dây truyền với kim truyền. Mở khóa truyền.	Đảm bảo vô khuẩn.

		<p>Cho dịch chảy qua kim truyền, ngăn ngừa tình trạng máu đông ở dụng cụ truyền.</p>  <p>Chỉnh khóa dịch truyền</p>
18	<p>Cố định đốc kim, che và cố định thân kim bằng gạc vô khuẩn/băng dính trong. Rút gối kê tay, cố định tay người bệnh (nếu cần)</p>	<p>Giữ chắc chắn kim truyền, phòng nguy cơ nhiễm trùng và thương tổn do kim đâm.</p>  <p>Cố định kim bằng dụng cụ an toàn</p>
19	<p>Quan sát vị trí truyền có bị phồng không, nhận định người bệnh - quan sát sắc mặt, hỏi cảm giác của người bệnh</p>	<p>Phát hiện các tai biến để xử trí kịp thời.</p>
20	<p>Cuộn một vòng dây truyền dọc theo tay của người bệnh, sau đó dùng miếng băng dính thứ hai cố định lại.</p>	<p>Tránh làm tuột kim khỏi vị trí truyền</p>  <p>Cố định dây truyền dịch</p>
21	<p>Điều chỉnh tốc độ dịch truyền theo đúng y lệnh. Có thể nối với dụng cụ truyền tự động (nếu cần).</p>	<p>Giảm nguy cơ tai biến</p>

22	Ghi trên băng dính cố định: ngày và thời gian truyền, cỡ kim truyền và độ dài, người thực hiện.	Ghi nhận thời gian bắt đầu lưu kim
23	Thu dọn dụng cụ Tháo găng tay và rửa tay	Giảm sự lây truyền vi khuẩn, ngăn ngừa tai nạn do kim đâm.
24	Hướng dẫn người bệnh hạn chế vận động để không làm tuột dụng cụ truyền, khi có cảm giác khó chịu báo ngay với điều dưỡng.	Đề phòng tuột kim truyền Phát hiện bất thường
25	Ghi hồ sơ: Loại dịch truyền, loại kim, tốc độ truyền, ngày giờ truyền, vị trí truyền, tốc độ dịch chảy, loại dây truyền, kích cỡ, thời gian bắt đầu truyền, lượng dịch truyền còn lại trong túi/chai dịch. Phản ứng của người bệnh với truyền dịch.	Đảm bảo tính liên tục của quy trình. Tránh sự nhầm lẫn khi thay đổi giữa các ca trực. Theo dõi tiến triển của người bệnh.

### Bảng kiểm kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
3	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.			
4	Kiểm tra dịch truyền, sát khuẩn nút chai, pha thuốc (nếu cần)			
5	Mở bộ dây truyền và khóa dịch truyền lại			
6	Cắm dây truyền vào chai/túi dịch.			
7	Treo chai dịch lên cọc truyền, đui khí, cho dịch chảy 1/3 ~ 1/2 bầu đếm giọt và khoá lại.			

8	Nói các loại dây truyền có nhánh hoặc dây nối ngắn với dây truyền dịch (nếu cần).			
9	Lựa chọn tĩnh mạch truyền phù hợp Đặt gối kê tay và dây garô dưới vùng truyền cắt băng dính.			
10	Mang găng sạch, đeo khẩu trang			
11	Buộc dây garô trên vùng truyền 10 - 15 cm			
12	Sát khuẩn vị trí truyền từ trong da ngoài đường kính trên 10cm, sát khuẩn đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần).			
13	Căng da, đâm kim chệch 30 <sup>0</sup> so với mặt da, luồn kim vào tĩnh mạch thấy máu ở đốc kim.			
14	Tháo dây garô; nối dây truyền với kim truyền; mở khoá cho dịch chảy để thông kim.			
15	Cố định kim truyền			
16	Nhận định người bệnh ngay sau khi truyền.			
17	Điều chỉnh tốc độ dịch truyền theo y lệnh. Ghi ngày giờ truyền trên băng dính cố định.			
18	Dặn dò người bệnh giữ gìn tránh làm chệch kim truyền, tuột đường truyền; báo với điều dưỡng/bác sĩ khi thấy cảm giác bất thường.			
19	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
20	Ghi hồ sơ			

## BÀI 2: KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU CHO NGƯỜI BỆNH

### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật truyền máu cho người bệnh.
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật truyền máu cho người bệnh 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. Mục đích

- Bù lại lượng máu đã mất, nâng huyết áp
- Cầm máu (fibrinogen, prothrombin, tiểu cầu, yếu cầu VIII...)
- Chống nhiễm khuẩn nhiễm độc (cung cấp hemoglobin và kháng thể)
- Cung cấp oxy cho tế bào và kháng thể cho người bệnh

#### 2. Nên truyền trong các trường hợp

- Chảy máu nội tạng nặng
- Sốc do chảy máu trong, sốc chấn thương, mất máu nặng do đứt động mạch.
- Thiếu máu nặng (ví dụ: Giun móc...)
- Nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng
- Các bệnh về máu: suy tủy, xuất huyết giảm tiểu cầu...

#### 3. Không nên truyền trong các trường hợp

- Các bệnh van tim (hẹp, hở- van 2 lá, hở động mạch chủ...) cần cân nhắc khi truyền
- Viêm cơ tim.
- Xơ cứng động mạch não, cao huyết áp.
- Chấn thương sọ não, viêm não, não úng thủy.

#### 4. Nguyên tắc truyền máu

- Phải truyền máu cùng nhóm và chắc chắn có chỉ định của bác sĩ theo sơ đồ sau:

Nhóm

A → A

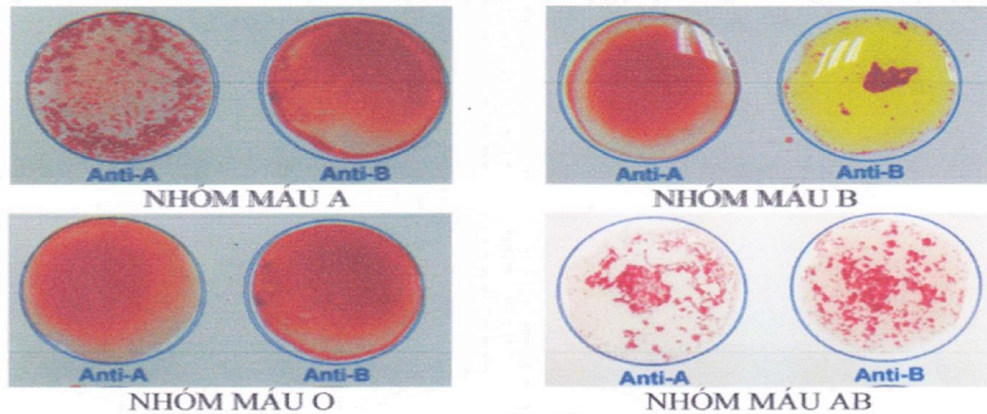
B → B

O → O

AB → AB

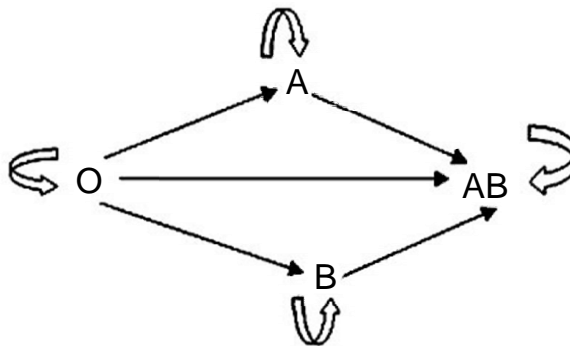


- Trước khi truyền máu phải chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm cần thiết: nhóm máu, phản ứng chéo, kết dính...



**Hình 1. Định nhóm máu**

- Kiểm tra chất lượng máu: máu toàn phần hay thành phần của máu, túi/chai máu không có biểu hiện nghi ngờ như thay đổi về màu sắc, vỡ hồng cầu, không vón cục ...
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn người bệnh trước khi truyền máu: nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ.
- Dụng cụ phải đảm bảo vô khuẩn, dây truyền phải có bầu lọc, kim phải đúng kích cỡ (18-21G, dài 3-4 cm).
- Đảm bảo tốc độ chảy của máu đúng y lệnh.
- Phải làm phản ứng sinh vật: truyền 5 ml máu với tốc độ theo y lệnh, rồi cho chảy chậm 8 - 10 giọt/phút. Sau 5 phút theo dõi, nếu không có triệu chứng bất thường, cho chảy tiếp tục với tốc độ theo y lệnh 20 ml máu nữa; rồi lại cho chảy chậm (8 - 10 giọt/phút) trong 5 phút để theo dõi, nếu không có gì bất thường xảy ra mới tiếp tục truyền với tốc độ theo y lệnh.
- Túi/chai máu đem ra khỏi nơi bảo quản không để lâu quá 30 phút trước khi truyền cho người bệnh, không được truyền máu quá lạnh cho người bệnh.
- Phải theo dõi chặt chẽ quá trình truyền để tránh các tai biến có thể xảy ra.
- Trong trường hợp cấp cứu không có máu cùng nhóm, có thể truyền máu khác nhóm theo chỉ định của thầy thuốc và theo quy tắc truyền máu tối thiểu (rất ít khi thực hiện):
  - + Đối với người lớn: không truyền quá 250 ml
  - + Đối với trẻ em: truyền không quá 1/10-1/8 khối lượng tuần hoàn của trẻ



Sơ đồ 1. Truyền máu theo nhóm máu

### 5. Các tai biến có thể xảy ra khi truyền máu

STT	Tai biến	Xử trí
1	Truyền nhầm nhóm máu: khi truyền 1 - 2ml đã thấy người bệnh khó thở, đau tức ngực như bị ai ép lại, đau cột sống dữ dội, hốt hoảng, lo sợ.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Khóa dây truyền máu.</li> <li>- Lấy dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh.</li> <li>- Báo cáo bác sĩ</li> <li>- Thực hiện các y lệnh một cách nhanh chóng và chính xác.</li> </ul>
2	Sốt và rét run	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Khóa túi máu lại.</li> <li>- Giữ ấm người bệnh.</li> <li>- Lấy dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh.</li> <li>- Báo bác sĩ, thực hiện các y lệnh một cách nhanh chóng và chính xác.</li> </ul>
3	Dị ứng: nổi mẩn ngứa toàn thân, có khi phù mắt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Khóa túi máu lại.</li> <li>- Lấy dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh.</li> <li>- Báo bác sĩ, thực hiện các y lệnh một cách nhanh chóng và chính xác.</li> </ul>
4	Nhiễm khuẩn huyết: do túi máu bị nhiễm khuẩn. Dấu hiệu: Người bệnh sốt cao, khó thở, hộc hác.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Khóa túi máu lại.</li> <li>- Lấy dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Báo bác sĩ, thực hiện các y lệnh một cách nhanh chóng và chính xác.</li> <li>- Mời ngân hàng máu đến lập biên bản và gửi túi máu đi xét nghiệm.</li> </ul>
5	Tan máu miễn dịch: Trong máu người bệnh có kháng thể chống lại hồng cầu như một tan máu. Thường xảy ra từ 4 - 11 ngày sau truyền máu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lấy dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh.</li> <li>- Báo bác sĩ, thực hiện các y lệnh một cách nhanh chóng và chính xác, truyền hồng cầu rửa.</li> </ul>
6	Truyền máu của người cho nhiễm virus, ký sinh trùng sốt rét, viêm gan siêu vi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Báo bác sĩ</li> <li>- Thực hiện y lệnh.</li> <li>- Theo dõi tình trạng người bệnh.</li> </ul>
7	Hội chứng xuất huyết sau truyền máu: xảy ra sau 20 đến 30 ngày vì trong túi máu có tiểu cầu của người cho không phù hợp tiểu cầu của người nhận.	Xử trí theo y lệnh bác sĩ như điều trị bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu.
8	Hạ thân nhiệt: Thường gặp ở trẻ nhỏ, người già yếu, NB nặng khi truyền máu dự trữ chưa làm ấm đầy đủ.	Ủ ấm, giảm tốc độ truyền, báo cáo bác sĩ và thực hiện y lệnh.

## 6. Quy trình thực hành kỹ thuật truyền máu

### 6.1. Nhận định

- Tri giác, dấu hiệu sinh tồn.
- Tĩnh mạch vùng truyền.
- Tình trạng bệnh lý đi kèm.
- Tiền sử về truyền dịch, truyền máu của người bệnh.
- Người bệnh đã hoàn thành các thủ tục và đồng ý truyền trước khi nhận máu về.
- Sự hiểu biết của người bệnh/gia đình về truyền máu

### 6.2. Dụng cụ

- \* Dụng cụ vô khuẩn và túi máu
- Túi máu đã đối chiếu với y lệnh và nhóm máu của người bệnh.
- Kiểm tra nhãn hiệu túi máu:

- + Có nhãn không? Nếu không có nhãn sẽ không nhận.
- + Nhãn phải ghi đầy đủ: số túi, nhóm máu, tên người cho - người nhận máu; ngày, giờ, tháng lấy máu, hạn dùng.



- Kiểm tra chất lượng: nút túi máu có nguyên vẹn không? Túi máu lấy ở tủ lạnh ra còn phân biệt các lớp rõ ràng, màu sắc có tươi hay có hiện tượng tiêu huyết, nhiễm khuẩn, có vón cục không, có để ngoài tủ lạnh lâu quá 30 phút không?
- Đối chiếu: túi máu lĩnh có phù hợp với phiếu lĩnh máu không, tên và nhóm máu của người bệnh có đúng không, phản ứng chéo giữa túi máu và máu của người bệnh có hiện tượng ngưng kết không?
- Bộ dây truyền máu: loại dây thẳng/loại dây chữ Y có màng lọc trong bầu đếm giọt.



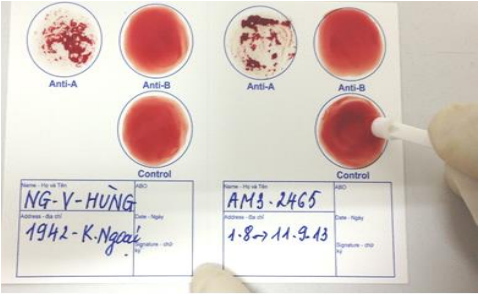

- Túi/chai dung dịch NaCl 0,9%
- Bơm tiêm 5 ml, kim 18 - 21G
- Gạc hấp, lam kính
- Dung dịch sát khuẩn.
- \* Dụng cụ sạch
- Băng dính.
- Găng tay sạch.

- Khay hạt đậu.
- Garô/dây cao su.
- Gói hoặc khăn mỏng kê tay.
- Nẹp hoặc băng cuộn (nếu cần).
- Hộp thuốc chống sốc.
- Dụng cụ đo dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, máy đo huyết áp, ống nghe
- Giấy cam kết đồng ý truyền.
- Phiếu truyền máu, phiếu xét nghiệm.
- Cọc truyền.

### 6.3. Các bước thực hành

<b>Thực hiện</b>		
<b>STT</b>	<b>Hành động</b>	<b>Ý nghĩa</b>
1	<p>Chuẩn bị người bệnh:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra hồ sơ người bệnh: họ tên, số giường, số buồng, phiếu lĩnh máu, phiếu truyền máu, kết quả xét nghiệm: nhóm máu, công thức máu...</li> <li>- Thông báo, giải thích cho người bệnh/gia đình NB biết về kỹ thuật sẽ làm.</li> <li>- Yêu cầu người bệnh đi tiểu (nếu cần)</li> <li>- Hỏi người bệnh về tiền sử dị ứng</li> <li>- Cho người bệnh nằm tư thế thích hợp</li> <li>- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đảm bảo người bệnh được truyền máu phù hợp.</li> <li>- Xác định người bệnh và sự hợp tác khi thực hiện thủ thuật.</li> <li>- Ngăn ngừa tai biến có thể xảy ra. Tạo thuận lợi cho việc thực hiện thủ thuật.</li> <li>- Nhận định các chỉ số sinh tồn để so sánh khi bắt đầu, trong và sau khi truyền máu.</li> </ul>
2	Điều dưỡng trang phục, rửa tay, mang găng tay	Giảm nguy cơ lây nhiễm vi khuẩn
3	<p>Kiểm tra túi máu: tên người cho, hạn dùng, số hiệu, chất lượng, nhóm máu.</p> <p>Sắp xếp dụng cụ hợp lý.</p>	<p>Tránh gây tai biến cho người bệnh</p> <p>Thuận tiện cho việc thao tác</p>



4	Định nhóm máu bằng huyết thanh mẫu và làm phản ứng hòa hợp tại giường bệnh.	Tránh truyền nhầm nhóm máu 
5	Mở bộ dây truyền máu chữ Y	Đầu chữ Y bảo vệ đường vào tĩnh mạch trong trường hợp người bệnh cần truyền nhiều hơn 1 đơn vị máu.
6	Thiết lập tất cả các khoá ở vị trí “off”	Ngăn ngừa máu bị chảy ra ngoài.
7	Treo túi máu lên giá	Ngăn ngừa nguy cơ máu bị đổ.
8	Đâm kim vào chai dung dịch NaCl 0,9% với bộ dây truyền máu chữ Y. Treo chai dịch lên cọc truyền. Bóp cho dịch chảy khoảng 1/3 đến 1/2 bầu dịch.	Ngăn ngừa không khí trong đầu ống chữ Y. Ngăn ngừa sự thất thoát dịch
9	Mở khoá cho dịch NaCl 0,9% chảy hết trong bộ dây truyền. Sau đó, khoá dây truyền lại, giữ vô trùng ở đầu tiếp xúc.	Đảm bảo sự thông suốt của bộ dây truyền.
10	Chuẩn bị máu/ các sản phẩm của máu để truyền. - Nhẹ nhàng đảo/ lắc đều túi máu. - Tháo tem/ nắp đậy đầu nút của túi máu - Đâm đầu nhọn của bộ lọc dây truyền chữ Y vào túi máu. - Mở khoá, cho máu chảy nhỏ giọt vào bầu.	Nhẹ nhàng đảo/lắc đều để trộn các thành phần của máu. Ống chứa đầy máu và sẵn sàng truyền cho người bệnh. 
11	Thực hiện các bước đâm kim vào tĩnh mạch, truyền dịch NaCl 0,9% (giống bước 14 -21 kỹ thuật truyền dịch).	Thực hiện lập đường truyền dịch trước khi truyền máu.

12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Làm phản ứng sinh vật: thứ tự như sau:</li> <li>+ Truyền máu theo tốc độ của y lệnh: 5 ml máu đầu tiên.</li> <li>+ Truyền chậm 8-10 giọt/ phút x 5 phút,</li> <li>+ Nếu không có gì bất thường, chỉnh tốc độ như y lệnh x 20 ml máu.</li> <li>+ Truyền chậm 8-10 giọt/ phút x 5 phút, Nếu không có gì bất thường mới truyền theo tốc độ của y lệnh.</li> <li>- Theo dõi sát tình trạng của người bệnh khi làm phản ứng sinh vật: sắc mặt, nôn? đau đầu? khó thở? rét run, mạch nhanh yếu? huyết áp hạ?...</li> <li>- Quan sát tại vị trí truyền: phòng? ...</li> <li>- Đảm bảo vô trùng, duy trì sự thông suốt với tĩnh mạch của người bệnh.</li> </ul>	<p>Đảm bảo an toàn ngay từ khi bắt đầu truyền máu.</p> <p>Hầu hết các phản ứng xảy ra trong 15 phút đầu tiên của quá trình truyền. Truyền một số lượng nhỏ các sản phẩm của máu trước khi truyền với số lượng máu nhiều hơn để hạn chế lượng máu vào NB, do đó sẽ giảm thiểu mức độ nghiêm trọng của phản ứng.</p> <p>Chú ý: Nếu có dấu hiệu của phản ứng xảy ra, dừng truyền, bắt đầu truyền nước muối sinh lý để giữ đường truyền và báo cho bác sĩ.</p>
13	Theo dõi dấu hiệu sinh tồn của người bệnh 5 phút/lần, 15 phút/lần, 30phút - 1 giờ/lần sau khi truyền hoặc theo quy định của mỗi cơ sở y tế.	Phát hiện sớm những phản ứng xảy ra.
14	<p>Tiếp tục truyền theo đúng y lệnh và kiểm tra tốc độ truyền.</p> <p>Khi truyền xong: không truyền hết, để lại 10ml máu trong túi (để làm chứng), Chuyển dây truyền sang chai dịch NaCl 0,9%, hoặc rút kim, sát khuẩn và dán băng vô khuẩn vị trí chọc kim.</p>	<p>Giảm nguy cơ quá tải lượng dịch trong lòng mạch.</p> <p>Để làm chứng khi có bất thường.</p> <p>Ngừng truyền, phòng nhiễm khuẩn.</p>
15	<p>Giúp người bệnh về tư thế thoải mái</p> <p>Tiếp tục theo dõi nhận định người bệnh</p>	<p>Hài lòng người bệnh</p> <p>Phát hiện tai biến</p>
16	Xử lý các dụng cụ bẩn đúng quy định, tháo bỏ găng tay, rửa tay.	Hạn chế sự lây nhiễm của vi khuẩn
17	<p>Ghi hồ sơ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thời gian bắt đầu truyền</li> </ul>	Ghi chép các thông tin theo quy định.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Số lượng máu/ sản phẩm máu đã truyền, nhóm máu</li> <li>- Đáp ứng của người bệnh với truyền máu.</li> <li>- Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi truyền.</li> <li>- Thời gian kết thúc</li> </ul>	
--	---	--

### Bảng kiểm kỹ thuật truyền máu

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
3	Rửa tay, trang phục, mang găng tay			
4	Kiểm tra túi máu			
5	Định nhóm máu và làm phản ứng hoà hợp tại giường bệnh			
6	Mở bộ dây truyền			
7	Treo túi máu và chai dung dịch NaCl 0,9% lên giá.			
8	Đâm kim vào chai dung dịch NaCl 0,9%, đuổi khí và khoá lại.			
9	Đâm đầu nhọn của bộ lọc dây truyền vào túi máu, mở khoá, cho máu chảy nhỏ giọt vào bầu và khoá lại.			
10	Truyền máu: Đâm kim qua da, luồn kim vào tĩnh mạch			
	Tháo dây garô; nối dây truyền với kim truyền; mở khoá cho dịch chảy.			
	Cố định kim truyền			



	Nhận định người bệnh ngay sau khi truyền. Điều chỉnh tốc độ dịch truyền			
11	Làm phản ứng sinh vật			
12	Theo dõi dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.			
13	Tiếp tục truyền máu theo đúng y lệnh và kiểm tra tốc độ truyền.			
14	Truyền máu xong: Để lại 10 ml máu trong túi máu. Chuyển đường truyền sang chai dịch hoặc rút kim, sát khuẩn, băng vô khuẩn vị trí truyền			
15	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái. Tiếp tục theo dõi, dặn người bệnh nếu có cảm giác khó chịu báo với điều dưỡng.			
16	Thu dọn dụng cụ, tháo bỏ găng tay, rửa tay.			
17	Ghi hồ sơ			

### **BÀI 3: KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG MŨI - DẠ DÀY**

#### **MỤC TIÊU**

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật đặt ống thông dạ dày cho người bệnh.
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật đặt ống thông dạ dày cho người bệnh 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. Định nghĩa**

Cho người bệnh ăn qua ống thông mũi - dạ dày là kỹ thuật đưa ống thông qua đường mũi hoặc miệng vào dạ dày để bơm hoặc truyền thức ăn cho người bệnh cấp cứu hoặc nặng, không tự mình ăn được

## **2. Áp dụng**

- Người bệnh không thể tự nhai, nuốt hoặc có nguy cơ sặc khi nuốt.
- Đang đặt ống nội khí quản, hoặc mở khí quản.
- Trẻ sơ sinh non yếu, hở hàm ếch không bú được, bú bị sặc

## **3. Không áp dụng**

- Tồn thương thực quản: Bỏng do acid, kiềm, áp xe thành họng, lỗ thông thực quản.
- Tắc ruột, bán tắc ruột, hẹp khí môn vị.
- Đang nôn mửa.
- Tiêu chảy sau viêm phúc mạc, sau thủng tạng rỗng

## **4. Nguyên tắc an toàn khi cho người bệnh ăn qua ống thông mũi-dạ dày**

- Phải chắc chắn ống thông đã vào dạ dày: Phương pháp kiểm tra dạ dày thử trên giấy quỳ là cách tốt nhất để xác định vị trí ống vào đúng trong dạ dày. Nếu dùng phương pháp bơm hơi để thử, lượng khí bơm vào không quá 30ml ở người lớn và 5ml ở trẻ sơ sinh.

- Khi đặt ống thông vào dạ dày có thể gây phản xạ thần kinh X, có thể gây chậm nhịp tim, cần nghe tim trước và sau khi đặt ống thông dạ dày.

- Mỗi lần cho ăn phải kiểm tra vị trí ống thông, dịch tồn lưu của dạ dày

- Dùng muỗng cà phê lấy ít nước thấm môi, để không bị khô môi và để tập phản xạ nuốt tốt hơn, thuận tiện rút ống thông.

- Nếu không có tình trạng nhiễm khuẩn, vỡ ống hoặc bị tắc ống thì không nên thay ống thường xuyên.

- Vệ sinh răng miệng cho người bệnh 2 lần/ngày

- Không đặt ống thông qua đường mũi khi người bệnh bị viêm mũi, chảy máu cam, polyp mũi.

## **5. Các cách kiểm tra ống dẫn để chắc chắn ống vào tới dạ dày (3 cách)**

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

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

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

## **6. Cách cho thức ăn vào ống thông**

- Cho ăn bằng phễu: cho thức ăn chảy từ từ, không dùng áp lực để đẩy cho chảy nhanh. Khoảng cách giữa các lần cho ăn 4-6 giờ.

- Cho ăn nhỏ giọt: nếu người bệnh bị chướng hơi sau ăn, hoặc có trào ngược thức ăn nên cho ăn nhỏ giọt chậm qua túi ăn có nút điều chỉnh giọt. Cho ăn 6-8 lần/ngày. Túi cho ăn phải thay sau 24 giờ.

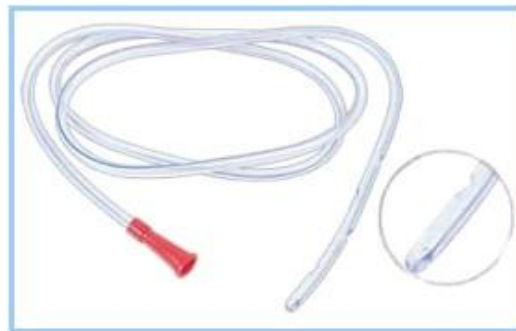
## **7. Quy trình thực hành kỹ thuật đặt ống thông mũi - dạ dày**

### **7.1. Nhận định**

- Tình trạng mũi, niêm mạc mũi
- Tình trạng thực quản, bụng
- Tình trạng vệ sinh ống thông, thời gian lưu ống (nếu cho ăn lần sau).
- Tình trạng dịch tồn lưu trong dạ dày (nếu cho ăn lần sau).
- Vị trí ống thông (nếu cho ăn lần sau).
- Sự hiểu biết và hợp tác của người bệnh và thân nhân.
- Nhận định các yếu tố nguy cơ.
- Nguy cơ đặt nhầm ống thông vào khí quản do người bệnh mất phản xạ nuốt.
- Nguy cơ người bệnh bị viêm phổi hít sau khi đặt ống.
- Nguy cơ tụt ống do cố định không tốt, do người bệnh rút ống.
- Nguy cơ nhiễm trùng tiêu hóa do vệ sinh ống thông kém.

### **7.2. Dụng cụ**

- Ống thông Levine (trẻ nhỏ dùng thông Nelaton).




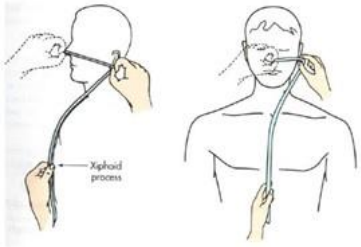

- Gạc miếng, đèn lưới, phễu, bơm tiêm 50ml, cốc đựng dầu nhờn (dầu paraffin)




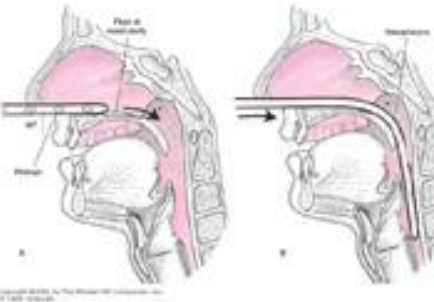




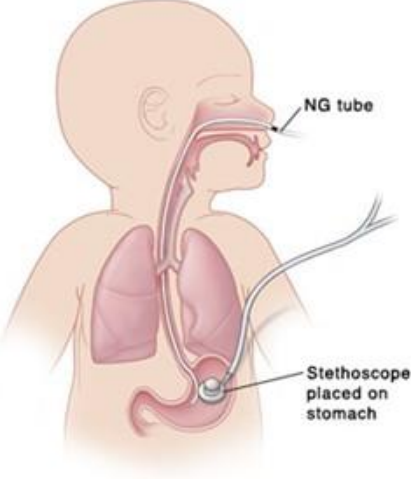

Lọ cấm 2 kẹp, bình đựng thức ăn - số lượng thức ăn tùy thuộc vào bệnh lý và chỉ định của bác sĩ, thức ăn lỏng (sữa, súp, nước sinh tố trái cây hoặc thức ăn đóng hộp đã pha) nhiệt độ thức ăn 37<sup>0</sup>C, nước uống, tăm bông để vệ sinh mũi, khăn bông lớn, tấm nilon, găng tay sạch, lọ dầu nhòn, ống nghe, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, băng dính, kéo cắt băng, khay hạt đậu, túi đựng rác y tế.



### 7.3. Quy trình kỹ thuật

<b>Thực hiện</b>		
<b>STT</b>	<b>Hành động</b>	<b>Ý nghĩa</b>
1	Chuẩn bị người bệnh: - Giải thích cho NB và gia đình về sự khó chịu khi đặt ống thông, động viên NB tuân theo sự hướng dẫn của điều dưỡng trong khi đặt ống thông. - Đặt người bệnh nằm đầu cao 30 - 60 <sup>0</sup> mặt nghiêng về một bên hoặc ngồi. - Trẻ sơ sinh, bệnh nhân hôn mê phải cho nằm nghiêng đầu thấp.	Người bệnh hiểu và hợp tác  Tư thế giúp việc đặt ống thông qua mũi hầu dễ dàng. Tránh thức ăn trào vào đường hô hấp.
2	Điều dưỡng: rửa tay, kiểm tra, sắp xếp dụng cụ hợp lý.	KSNK; phòng gián đoạn trong quá trình thực hiện, thuận tiện thao tác.
3	Choàng tấm nylon và khăn bông che cổ, ngực người bệnh.	Tránh chất tiết dính vào áo người bệnh.
<b>A. Đặt ống thông dạ dày</b>		
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên	
4	Vệ sinh 2 lỗ mũi nhẹ nhàng (đặt qua mũi), tránh gây kích thích làm người bệnh tăng tiết dịch nhầy.	Giảm bớt sự nhiễm bẩn từ mũi vào dạ dày khi đặt ống thông.

5	Đặt khay hạt đậu cạnh má người bệnh. Cắt băng dính	Hứng dịch chảy ra. Cố định ống thông.
6	Mang găng tay sạch.	Hạn chế nhiễm khuẩn.
7	Đo ống (tránh để ống thông chạm lên người bệnh trong khi đo ống). Có 2 cách đo ống thông: - Từ cánh mũi tới dái tai, từ dái tai tới mũi ức. - Từ cung răng hàm trên tới rốn.	Xác định chính xác độ dài từ mũi tới tâm vị.   Đo ống
8	Đánh dấu bằng băng dính nhỏ dán quanh ống nơi vị trí vừa đo.	Đảm bảo đưa ống vào đúng vị trí  Làm dấu bằng băng dính
9	Bôi trơn đầu ống thông 7-10 cm bằng chất trơn tan trong nước hoặc nhúng đầu ống thông vào ly nước.	Đưa ống thông qua đoạn hầu họng được dễ dàng. Tránh tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa.
10	Đưa ống thông qua mũi (hoặc miệng) đến hầu theo hướng chéch lên trên.	Giúp đưa ống thông tới hầu

		 <p>Đưa ống thông qua mũi</p>  <p>Nuốt ít nước khi đặt</p>
11	Kiểm tra ống qua khỏi hầu (Dùng que đũa nếu cần)	<p>Xác định vị trí ống thông đã qua khỏi hầu</p>   <p>Kiểm tra ống qua hầu bằng que đũa lưỡi</p>

12	<p>Đẩy tiếp ống thông vào sâu trong thực quản tới tâm vị: Hướng dẫn người bệnh nuốt, đưa ống thông theo nhịp nuốt của người bệnh (2,5 - 5 cm cho mỗi lần nuốt), đến mức đánh dấu.</p>	<p>Người bệnh giảm kích thích, không bị ho, không buồn nôn, ống thông không đi nhầm vào khí quản.</p>
13	<p>Kiểm tra vị trí ống thông:          - Hút dịch vị quan sát màu sắc, kiểm tra độ pH bằng giấy quỳ.</p>  <p>-Bơm 20- 30 ml khí vào dạ dày và đặt ống nghe vùng thượng vị kiểm tra (trẻ sơ sinh &lt; 10 ml.)</p> 	<p>Xác định chính xác ống thông vào đúng trong dạ dày.</p> 
14	<p>Cố định ống thông trên mũi hoặc bên má.</p>	<p>Tránh tuột ống ra ngoài</p>  <p>Chuẩn bị băng dính cố định</p>

15		 <p>Cố định ống thông trên mũi</p>
<p><b>B. Cho ăn qua ống thông</b></p>		
1	<p>Gắn phễu hoặc bơm tiêm vào đầu ống thông. Cho ít nước vào ống để tráng ống.</p>	<p>Thức ăn qua ống thông dễ dàng hơn. Tron lòng ống tránh bám dịch thức ăn trong lòng ống.</p>
2	<p>Cho ăn: Đặt phễu cao hơn dạ dày người bệnh 50 cm. Rót thức ăn vào phễu từ từ, liên tục. Theo dõi tình trạng người bệnh nếu có bất kỳ triệu chứng bất thường nào. Khi cho ăn, điều dưỡng có thể hướng dẫn GD người bệnh cho NB ăn.</p> <p><b>Nếu cho NB ăn những lần sau, khi đã có sẵn ống thông:</b></p> <p>Trước khi rót/bơm thức ống thông, dùng bơm tiêm 50 ml, hút qua ống thông kiểm tra xem thức ăn cho ăn lần trước còn hay hết? Để tính số định lượng cho ăn lần này.</p>	<p>Hạn chế sự kích thích dạ dày, nôn mửa. Tránh khí vào dạ dày.</p>  <p>Rót thức ăn vào phễu</p>



3	Tráng ống bằng 20 ml nước ấm.	Giảm bớt sự bám dính thức ăn và lên men thức ăn trong lòng ống.
4	Gập đuôi ống giữ dòng nước trong lòng ống, lau khô và che kín đuôi ống thông.	Tránh không khí và côn trùng vào ống thông.
5	Cố định ống (lên vai áo nếu người bệnh đi lại nhiều hoặc lên gối nếu nằm lâu tại chỗ).	Gọn gàng tiện nghi cho người bệnh.
6	Lau sạch miệng, mũi người bệnh.	Giúp người bệnh tiện nghi.
7	Duy trì tư thế đầu cao 30 - 60 <sup>0</sup> khoảng 30 - 60 phút sau khi ăn. Theo dõi nhận định người bệnh sau khi ăn (quan sát hiện tượng trào ngược).	Hạn chế sự trào ngược thức ăn.
8	Cho bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái	Người bệnh thoải mái
9	Thu dọn và xử lý dụng cụ	Bảo quản dụng cụ và có sẵn dụng cụ cho lần ăn kế tiếp.
10	Ghi hồ sơ: - Ngày giờ cho ăn. - Thời gian đặt ống thông - Số lượng, màu sắc, tính chất dịch tồn lưu. - Loại thức ăn, số lượng - Tình trạng của bệnh nhân khi đặt ống, trong và sau khi cho ăn. - Thuận lợi khó khăn khi đặt ống - Tên người làm thủ thuật.	Theo dõi, chăm sóc người bệnh Đảm bảo tính pháp lý
<b>C. Kỹ thuật rút ống thông (rút khi thay ống thông, hoặc dừng cho ăn qua thông)</b>		
1	Tháo băng dính cố định ở mũi hoặc má người bệnh	Dễ dàng khi rút ống
2	Gập ống lại, lót gạc rút ống dần dần ra.	Tránh dịch dạ dày rơi vào khí quản
3	Lau sạch miệng, mũi cho người bệnh súc miệng (nếu được)	Giúp người bệnh dễ chịu

4	Thu dọn dụng cụ, rác thải. Rửa tay	Kiểm soát nhiễm khuẩn
5	Ghi hồ sơ - Thời gian rút ống - Thuận lợi, khó khăn khi rút ống	Ghi nhận điều dưỡng đã thực hiện thủ thuật. Đảm bảo quy định pháp lý

**Bảng kiểm kỹ thuật cho người bệnh ăn qua ống thông mũi - dạ dày**

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
2	Điều dưỡng rửa tay Kiểm tra, sắp xếp dụng cụ			
3	Choàng tấm nilon và khăn bông che cổ, ngực người bệnh.			
<b>Kỹ thuật đặt ống</b>				
4	Vệ sinh lỗ mũi			
5	Đặt khay hạt đậu cạnh má người bệnh. Cắt bang dính.			
6	Mang găng tay sạch.			
7	Đo ống			
8	Đánh dấu vị trí vừa đo.			
9	Bôi trơn đầu ống thông			
10	Đưa ống thông qua mũi (hoặc miệng) đến hầu			
11	Kiểm tra ống qua khỏi hầu			
12	Đưa ống thông qua hầu, thực quản vào dạ dày.			
13	Kiểm tra vị trí ống thông			

14	Cố định ống thông			
<b>Kỹ thuật cho ăn</b>				
15	Gắn phễu vào đầu ống thông, tráng ống			
16	Rót thức ăn vào phễu từ từ, liên tục. Hút thử dịch/thức ăn trước khi rót thức ăn (nếu cho ăn lần sau)			
17	Tráng ống bằng nước ấm			
18	Gập đuôi ống, cố định và bảo quản đuôi ống thông			
19	Cố định ống thông			
20	Lau sạch miệng, mũi người bệnh.			
21	Đặt tư thế sau khi ăn. Theo dõi người bệnh sau khi ăn			
22	Cho người bệnh nằm ở tư thế thoải mái			
23	Thu dọn và xử lý dụng cụ			
24	Ghi hồ sơ			
<b>Kỹ thuật rút ống</b>				
25	Tháo băng dính cố định			
26	Gập ống lại, lót gạc rút ống dần dần ra.			
27	Lau sạch miệng, mũi cho người bệnh, súc miệng			
28	Thu dọn dụng cụ, rác. Rửa tay.			
29	Ghi hồ sơ			

## BÀI 4: KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật rửa dạ dày
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật rửa dạ dày 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

Rửa dạ dày là thủ thuật đưa nước vào dạ dày để hút các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị, chất độc... Mục đích của rửa dạ dày là làm sạch dạ dày trước khi phẫu thuật, thải trừ bớt các chất độc, điều trị chứng nôn trớ ở trẻ em, nôn nặng ở người lớn. Nếu không làm sạch dạ dày trước khi phẫu thuật sẽ gây nguy cơ trào ngược thức ăn vào đường hô hấp gây tai biến nguy hiểm cho người bệnh; trong trường hợp ngộ độc, chất độc không được loại bỏ sạch ra khỏi cơ thể sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm độc cho người bệnh. Vì vậy, điều dưỡng viên phải nhận biết rõ mục đích của rửa dạ dày để phòng tránh các tai biến có thể xảy ra. Ngoài việc lập kế hoạch can thiệp rửa dạ dày cho người bệnh an toàn hiệu quả, điều dưỡng viên còn phải phối hợp với nhóm chăm sóc để đánh giá người bệnh, lấy máu xét nghiệm xác định chất độc, phụ giúp thầy thuốc đặt nội khí quản khi người bệnh hôn mê, sơ cấp cứu người bệnh suy hô hấp, suy tuần hoàn trong quá trình thực hiện kỹ thuật.

#### 2. Áp dụng và không áp dụng rửa dạ dày

##### \* **Áp dụng**

- Ngộ độc cấp: Thuốc ngủ, hóa chất, thức ăn, thuốc phiện, rượu... và các chế phẩm trước 6 giờ.

- Người bệnh phẫu thuật: (khi người bệnh ăn chưa quá 6 giờ) vì khi gây mê nếu dạ dày có thức ăn, nước uống sẽ có nguy cơ xảy ra tai biến trào ngược thức ăn từ dạ dày vào phổi.

- Nôn không cầm được.

##### \* **Không áp dụng**

- Ngộ độc acid hoặc bazơ mạnh.

- Tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa: loét nặng, bóng, u, dò, phình mạch thực quản, xuất huyết tiêu hóa...

- Người bệnh suy mòn nặng, kiệt sức, trụy tim mạch.

- Người bệnh thủng dạ dày.

### **3. Nguyên tắc**

- Nếu người bệnh hôn mê, có rối loạn ý thức, giảm hoặc mất phản xạ nuốt phải đặt nội khí quản có bóng chèn trước khi tiến hành rửa dạ dày.

- Khi người bệnh uống chất độc gây co giật (thuốc chuột, mã tiền,...) phải dùng diazepam để tránh co giật trước khi rửa dạ dày.

- Nếu người bệnh có suy hô hấp, trụy tim mạch phải ưu tiên tiến hành cấp cứu hô hấp và tuần hoàn, khi tình trạng người bệnh ổn định mới tiến hành rửa dạ dày, có thể vừa rửa dạ dày vừa bóp bóng hoặc thở máy.

- Khi có đặt nội khí quản cần tháo bóng chèn trước khi đặt ống thông, sau đó bơm bóng chèn lại trước khi rửa dạ dày.

- Số lượng nước cần rửa tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể. Thường là 3-5 lít. Dung dịch đưa vào cần phải pha muối với nồng độ 0.5-0.9% để tránh tình trạng ngộ độc nước do pha loãng máu.

- Người bệnh ngộ độc thuốc trừ sâu phải rửa nước có pha thêm than hoạt để hiệu quả loại bỏ chất độc tốt hơn, sau khi đã lấy dịch dạ dày làm xét nghiệm độc chất. Thường pha 20-30gam/lít, pha trong 3-5 lít đầu.

- So sánh lượng dịch cho vào và tháo ra. Nếu thấy lượng dịch chảy ra < 150ml nghi ngờ tắc sonde, kiểm tra đầu ống thông.

- Thời tiết lạnh, nhiệt độ dung dịch rửa là 37° C tránh tình trạng người bệnh rét hoặc gây hạ nhiệt độ.

- Khi rửa dạ dày cần hạn chế đưa không khí vào dạ dày.

- Trong khi rửa, phải luôn quan sát sắc mặt và tình trạng ý thức của người bệnh. Nếu người bệnh kêu đau bụng, hoặc dịch chảy ra có lẫn máu phải ngừng rửa ngay đồng thời báo bác sĩ.

- Trường hợp người bệnh bị ngộ độc thuốc trừ sâu hoặc cloroquin, khi rửa dạ dày cần có sự có mặt của bác sĩ.

### **4. Quy trình kỹ thuật**

#### **4.1. Nhận định**

- Toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn

- Tình trạng tri giác (tỉnh, lơ mơ, hôn mê)

- Mục đích rửa dạ dày: chuẩn bị phẫu thuật, ngộ độc, nôn ói nhiều sau phẫu thuật...

- Thời gian ngộ độc (nếu có)

- Nếu người bệnh ngộ độc: nhận định loại chất độc.

- Nhận định các yếu tố nguy cơ có thể xảy ra: Nôn, sặc, rối loạn nước điện giải, hạ thân nhiệt, rối loạn nhịp tim...

#### 4.2. Chuẩn bị dụng cụ



- Ống thông bằng chất dẻo, đầu tù, có nhiều lỗ cạnh, dùng để đặt đường miệng, có các cỡ sau:

- + Số 10 đường kính trong 4 cm.
- + Số 12 đường kính trong 5 cm.
- + Số 14 đường kính trong 6 cm.

- Khay hạt đậu. Gạc miếng. Bơm tiêm 50 ml.
- Thanh dè lưới. Kìm mở miệng.
- Găng tay sạch.
- Ống nghe.
- Xô đựng nước rửa (khoảng 5-10 lít nước).
- Dầu bôi trơn.
- Ca múc nước. Khăn bông.
- Tấm nilon. Băng dính, kéo, nilon.

- Dung dịch rửa: dung dịch NaCl 0,9% hoặc nước có pha muối (1 lít cho 5g muối hoặc 1 thìa cà phê muối), nhiệt độ nước rửa là 37°C.

#### 4.3. Quy trình kỹ thuật

<b>Thực hiện</b>		
<b>STT</b>	<b>Hành động</b>	<b>Ý nghĩa</b>
1	Rửa tay. Kiểm tra lại dụng cụ và sắp xếp hợp lý.	Hạn chế sự gián đoạn quá trình thực hiện kỹ thuật
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh. Đặt người bệnh nằm đầu thấp.	Giúp người bệnh an tâm và hợp tác, hạn chế nguy cơ hít sặc do nôn ói.

3	Choàng tấm nilon và khăn bông che cổ, ngực người bệnh, đặt khay hạt đậu bên má-cằm.	- Tránh bị dính chất tiết vào cơ thể.
4	Cắt băng dính	- Cố định và đánh dấu ống thông.
5	Mang găng tay, đo ống: từ cánh mũi tới dái tai, từ dái tai tới trung điểm mũi ức và rốn (hoặc từ cung răng miệng đến rốn)	- Đề phòng chất bắn vào điều dưỡng, phòng nhiễm khuẩn. - Đảm bảo ống thông vào đúng vị trí để tiến hành rửa dạ dày hiệu quả.
6	Đánh dấu vị trí đo được bằng băng dính	- Nhắc nhớ vị trí đã đo.
7	Bôi trơn đầu ống bằng gạc tẩm chất bôi trơn.	Tránh tổn thương niêm mạc thực quản, dễ đặt ống thông.
8	Bảo người bệnh há miệng nếu người bệnh tỉnh, hợp tác. Nếu cần thiết dùng dụng cụ mở miệng.	- Giúp đặt ống thông dễ dàng. - Tránh người bệnh cắn ống thông.
9	Đưa ống thông nhẹ nhàng, từ từ vào miệng người bệnh, khi ống vào đến hầu, vừa đưa ống vào vừa yêu cầu bệnh nhân nuốt liên tục (Nếu người bệnh hôn mê một tay đưa một tay nâng đầu người bệnh lên. Đưa ống vào nhịp nhàng theo nhịp nuốt của người bệnh tới dạ dày )	- Hạn chế phản xạ nôn
10	Kiểm tra ống thông vào đúng dạ dày bằng 2 cách: - Rút dịch dạ dày. - Bơm không khí vào dạ dày, nghe hơi vùng thượng vị.	Xác định chính xác ống thông vào đúng trong dạ dày.
11	Cố định ống thông. Cho đầu người bệnh nghiêng bên điều dưỡng	Đảm bảo đúng vị trí an toàn trong quá trình rửa.
12	Đổ nước vào phễu mỗi lần từ 300ml – 500ml	Phù hợp dung tích dạ dày. Dịch chảy ra được dễ dàng.
13	Khi lượng dịch trong phễu xuống gần hết (còn khoảng 1/3 thể tích phễu) hạ	

	phễu xuống thấp hơn mặt giường cho dịch chảy ra theo nguyên tắc bình thông nhau.	
14	Lặp lại bước 12, 13 cho đến khi nước trong dạ dày chảy ra trong. Quan sát, theo dõi tình trạng người bệnh trong suốt quá trình rửa dạ dày.	Dạ dày được làm sạch. Phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến.
15	Khi rửa xong, rút ống thông: rút từ từ đến khi ống còn khoảng 20 cm phía bên trong thì gấp và rút ống ra hết.	
16	Lau sạch miệng mũi người bệnh.	
17	Ủ ấm cho người bệnh	
18	Cởi bỏ găng tay, rửa tay, ghi hồ sơ.	

#### **Bảng kiểm kỹ thuật rửa dạ dày**

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Rửa tay. Kiểm tra lại dụng cụ và sắp xếp hợp lý.			
2	Thông báo và giải thích cho người bệnh. Đặt người bệnh nằm đầu thấp.			
3	Choàng tấm nilon và khăn bông che cổ, ngực người bệnh, đặt khay hạt đậu bên má-cằm.			
4	Cắt băng dính			
5	Mang găng tay, đo ống: từ cánh mũi tới dái tai, từ dái tai tới trung điểm mũi ức và rốn (hoặc từ cung răng miệng đến rốn)			
6	Đánh dấu vị trí đo được bằng băng dính			
7	Bôi trơn đầu ống bằng gạc tẩm chất bôi trơn.			
8	Bảo người bệnh há miệng nếu người bệnh tỉnh, hợp tác. Nếu cần thiết dùng dụng cụ mở miệng.			



9	Đưa ống thông nhẹ nhàng, từ từ vào miệng người bệnh, khi ống vào đến hầu, vừa đưa ống vào vừa yêu cầu bệnh nhân nuốt liên tục			
10	Kiểm tra ống thông vào đúng dạ dày			
11	Cố định ống thông			
12	Đổ nước vào phễu mỗi lần từ 300ml – 500ml			
13	Khi lượng dịch trong phễu xuống gần hết (còn khoảng 1/3 thể tích phễu) hạ phễu xuống thấp hơn mặt giường cho dịch chảy ra theo nguyên tắc bình thông nhau			
14	Khi rửa xong, rút ống thông: rút từ từ đến khi ống còn khoảng 20 cm phía bên trong thì gập và rút ống ra hết.			
15	Lau sạch miệng mũi người bệnh.			
16	Ủ ấm cho người bệnh.			
17	Cởi bỏ găng tay, rửa tay, ghi hồ sơ.			

## **BÀI 5:**

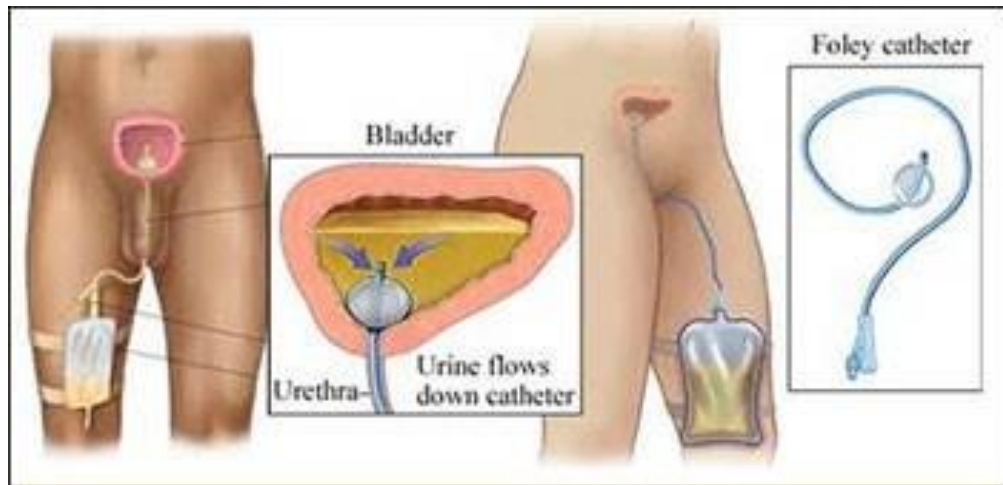
### **KỸ THUẬT THÔNG TIỂU – DẪN LƯU NƯỚC TIỂU NAM VÀ NỮ**

#### **MỤC TIÊU**

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật thông tiểu – dẫn lưu nước tiểu.
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật thông tiểu – dẫn lưu nước tiểu 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. Định nghĩa**

Thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu là đưa qua niệu đạo vào bàng quang của bệnh nhân một ống thông để dẫn nước tiểu ra ngoài. Nhằm mục đích chẩn đoán, điều trị bệnh ở bàng quang, bệnh hệ tiết niệu.

#### **2. Chỉ định**

- Những trường hợp bí đái.
- Trước khi mổ: u xơ tuyến tiền liệt, mô đê.
- Để chẩn đoán hoặc bơm thuốc vào để điều trị bệnh bàng quang, đường tiết niệu.

#### **3. Chống chỉ định**

- Giáp, rách niệu đạo do chấn thương.
- Chấn thương tuyến tiền liệt.
- Nhiễm khuẩn niệu đạo.

#### **4. Một số lưu ý khi thông tiểu - dẫn lưu nước tiểu**

- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.

- Đặc điểm văn hóa khi để lộ bộ phận sinh dục: người bệnh thường rất ngại khi để lộ bộ phận sinh dục trước mặt người khác. Do đó, khi thực hiện kỹ năng cần phải đảm bảo kín đáo nhất là người trẻ, cùng độ tuổi. Nếu có điều kiện nên phân công điều dưỡng cùng giới với người bệnh.

- Các tổn thương khi đặt ống thông niệu đạo không đúng kỹ thuật:

+ Trầy xước niệu đạo

+ Đứt niệu đạo

+ Thủng trực tràng

+ Rách cổ bàng quang

- Khi đặt thông tiểu phải đặt nhẹ nhàng, tránh tổn thương niệu đạo, bàng quang, màng trinh.

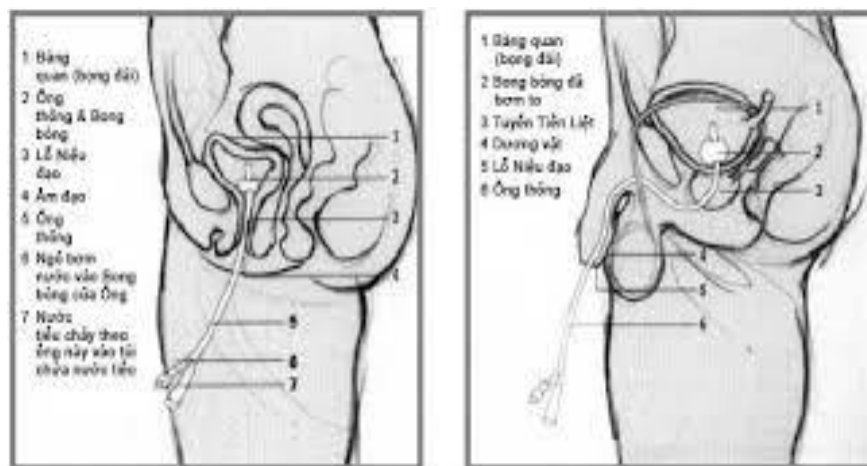
- Trong trường hợp bí tiểu, không dẫn lưu hết nước tiểu, tránh chảy máu bàng quang.

- Trong trường hợp đặt thông tiểu lấy nước tiểu xét nghiệm: có hai trường hợp.

+ Lấy mẫu nước tiểu xét nghiệm thời gian ngắn: lấy mẫu nước tiểu trong lượng nước tiểu bài tiết của người bệnh từ 1 - 2 giờ.

+ Lấy mẫu nước tiểu xét nghiệm thời gian dài (lấy nước tiểu trong 24 giờ): lấy mẫu nước tiểu trong lượng nước tiểu bài tiết của người bệnh đủ 24 giờ.

## 5. Quy trình kỹ thuật đặt thông tiểu - dẫn lưu nước tiểu



### 5.1. Nhận định

- Nhận định tình trạng lỗ niệu đạo, bàng quang

- Nhận định tình trạng bệnh lý: cấp cứu, phẫu thuật, chấn thương, rối loạn tiểu tiện

- Xác định thời điểm người bệnh đi tiểu tiện lần cuối.

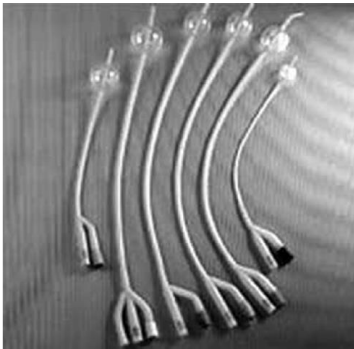
- Nhận định tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Nhận định tâm lý, sự hiểu biết của người bệnh về đặt ống thông niệu đạo.

- Nhận định các trở ngại có thể xảy ra trong quá trình thực hiện.

## 5.2. Dụng cụ


- Tấm lót dưới mông người bệnh để đảm bảo vệ sinh giường bệnh.
- Săng có lỗ.
- Dung dịch bôi trơn ống thông.
- Khay chứa nước tiểu.
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.
- Cốc đựng bông sát khuẩn, gạc.
- Khăn lau.
- Găng tay sạch.
- Bơm tiêm 10 ml.
- Ống thông niệu đạo (Foley): phù hợp với người bệnh.
- Băng dính cố định.
- Túi chứa nước tiểu


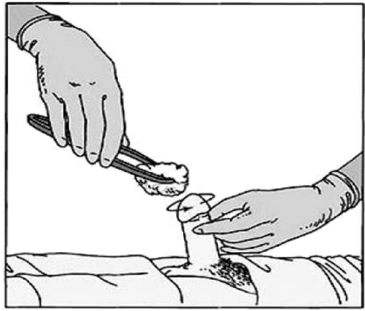




Ống thông Foley

Túi chứa nước tiểu

### 5.3. Quy trình kỹ thuật

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Rửa tay.	Hạn chế lây nhiễm.
2	Tiếp xúc, giải thích người bệnh/gia đình trước khi thực hiện thủ thuật.	Tạo sự hợp tác của người bệnh/gia đình.
3	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ. Nếu dụng cụ đóng gói cần kiểm tra hạn, sự nguyên vẹn của túi dụng cụ.	Hạn chế sự gián đoạn trong quá trình thực hiện. Đảm bảo an toàn về KSNK
4	Trải tấm lót dưới mông người bệnh, phủ vải đắp, cởi quần, quần chân.	Đảm bảo vệ sinh cá nhân, vệ sinh giường bệnh. Đảm bảo sự kín đáo, tế nhị. Thuận lợi khi tiến hành kỹ thuật.
5	Đặt tư thế người bệnh: - Người bệnh nam: đặt tư thế nằm ngửa thẳng, hai chân dẹt. - Người bệnh nữ: nằm tư thế sản khoa.	 <p>Tư thế người bệnh nữ</p>
6	Bộc lộ bộ phận sinh dục, đặt khay dụng cụ vào giữa hai đùi người bệnh.	Thuận tiện trong khi thực hiện thao tác.
7	Sát khuẩn tay nhanh, mở gói dụng cụ hoặc khay vô khuẩn, mang găng vô khuẩn.	Bộc lộ bộ phận sinh dục. Phòng ngừa nhiễm trùng.

8	<p>Thử và xả bóng chèn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dùng bơm tiêm 10 bơm vào nhánh lưu của ống thông 10 ml khí để thử bóng chèn.</li> <li>- Xả bóng chèn. Hút 10ml nước cất vào bơm tiêm. Gắn đuôi ống thông vào hệ thống dẫn lưu (nếu dùng khăn lỗ bằng vải thì luôn ống nối qua khăn lỗ).</li> </ul>	<p>Kiểm tra bóng chèn đảm bảo sử dụng tốt.</p>  <p>Kiểm tra bóng chèn. Đảm bảo hệ thống dẫn lưu nước tiểu kín, nước tiểu không chảy ra ngoài</p>
9	Bôi trơn đầu ống thông đặt vào khay hạt đậu	Dễ dàng đưa ống vào niệu đạo, hạn chế tổn thương niệu đạo.
10	Trải sẵn có lỗ	Tạo ra vùng thực hiện kỹ năng vô trùng.
11	<p>Bộc lộ lỗ niệu đạo và sát khuẩn.</p> <p>Người bệnh nam: giữ dương vật vuông góc với cơ thể. Bộc lộ miệng sáo và kéo nhẹ dương vật lên.</p> <p>Người bệnh nữ: vén hai môi âm hộ để lộ lỗ niệu đạo.</p> <p>Sát khuẩn rộng bộ phận sinh dục.</p>	<p>Dễ dàng đưa ống thông vào niệu đạo.</p>  <p>Ngăn ngừa nhiễm khuẩn</p>
12	<p>Đưa ống thông vào niệu đạo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Với người bệnh nam: Khoảng 16 – 20cm. (2 thì)</li> <li>- Với người bệnh nữ: Khoảng 4 – 6cm. (1 thì)</li> <li>- Với trẻ em: Đưa ống vào đến khi thấy nước tiểu chảy ra.</li> </ul>	<p>Tạo ống dẫn thoát nước tiểu từ bàng quang ra ngoài qua niệu đạo.</p>  

13	Khi nước tiểu chảy ra cần đưa ống thông vào sâu thêm một đoạn khoảng 4 cm.	Đảm bảo khi bơm bóng chèn không làm tổn thương cổ bàng quang và niệu đạo.
14	Bơm bóng chèn: Gắn bơm tiêm đã chứa sẵn 10ml nước cất vào nhánh lưu của ống thông. Bơm bóng chèn, dùng bơm bóng chèn nếu người bệnh cảm thấy khó chịu và đau. Tháo bỏ bơm tiêm.	Chuẩn bị bơm bóng chèn để lưu ống thông. Tránh chèn ép do bóng chèn chưa vào gọn trong bàng quang. Giữ ống thông không bị tụt ra ngoài.
15	Điều chỉnh vị trí ống thông: Dùng tay kéo ống ra cho đến khi tay có cảm giác ống bị vướng lại thì dừng.	Hạn chế nước tiểu rỉ ra ngoài
16	Cố định ống thông: - Với người bệnh nam: cố định ngược lên bẹn. - Với người bệnh nữ: cố định lên đùi người bệnh.	Ngăn ngừa sự kéo căng ống do cử động hoặc do vướng. Hạn chế tổn thương cổ bàng quang do bóng chèn cọ sát.
17	Treo túi dẫn lưu nước tiểu, không được để trực tiếp lên sàn nhà.	Túi dẫn lưu thấp hơn bàng quang để nước tiểu chảy một chiều từ bàng quang ra túi chứa.
18	Tháo bỏ găng tay, thu dọn dụng cụ, rửa tay.	Hạn chế sự lây nhiễm.
19	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.	Tạo sự thoải mái, an toàn, kín đáo cho người bệnh.
20	Ghi hồ sơ: - Kích cỡ ống thông đã dung. - Số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu. - Thẻ tích lưu bóng chèn . - Tình trạng người bệnh trước, sau khi đặt thông dẫn lưu.	Theo dõi người bệnh và chịu trách nhiệm về pháp lý.

**Bảng kiểm kỹ thuật đặt thông tiểu - dẫn lưu nước tiểu**

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Điều dưỡng trang phục đầy đủ, rửa tay thường quy/SKTN			
2	Giải thích cho người bệnh.			
3	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ.			
4	Trải tấm lót dưới mông người bệnh, phủ vải đắp, cởi quần, quần chân.			
5	Đặt tư thế cho người bệnh			
6	Đặt khay dụng cụ vào giữa hai đùi người bệnh			
7	Vén tấm đắp, sát khuẩn tay nhanh, mở gói dụng cụ hoặc khay vô khuẩn, mang găng vô khuẩn.			
8	Thử và xả bóng chèn			
9	Bôi trơn đầu ống thông			
10	Trải khăn lỗ			
11	Bộc lộ lỗ niệu đạo và sát khuẩn bộ phận sinh dục			
12	Đưa ống thông vào niệu đạo.			
13	Khi nước tiểu chảy ra cần đưa ống thông vào sâu thêm khoảng 4 cm.			
14	Bơm bóng chèn			
15	Điều chỉnh vị trí ống thông			
16	Cố định ống thông			
17	Treo túi dẫn lưu nước tiểu, không được để trực tiếp lên sàn nhà.			
18	Tháo bỏ găng tay, thu dọn dụng cụ, rửa tay.			
19	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.			
20	Ghi hồ sơ			



## **Bài 6: KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG**

### **MỤC TIÊU**

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật rửa bàng quang
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật rửa bàng quang 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**

Rửa bàng quang là kỹ thuật nhằm làm sạch bàng quang bằng cách đưa một lượng dịch vô trùng vào bàng quang và sau đó dẫn lưu ra qua sonde bàng quang.

#### **2. Chỉ định**

Bệnh nhân đặt ống thông tiểu liên tục, bàng quang dễ bị nhiễm khuẩn, chảy máu sau mổ cắt u xơ tuyến tiền liệt, có chỉ định rửa bàng quang để bơm thuốc điều trị.

Dung tích bàng quang: bình thường khi bàng quang có khoảng 300ml nước tiểu thì kích thích buồn tiểu. Khi bí tiểu, bàng quang có thể chứa tối đa 700 – 800ml.

- Lượng dịch rửa, nhiệt độ rửa: dung dịch rửa thường là NaCl 0.9%. Ngoài ra còn tùy vào 1 số trường hợp cụ thể mà bác sĩ chỉ định dùng các dung dịch khác như: thuốc tím (KMnO<sub>4</sub>) 1/5000, protargol, nitrat bạc (AgNO<sub>3</sub>) 1/8000 hoặc betadine.

#### **3. Quy trình kỹ thuật**

##### **3.1. Nhận định**

- Đánh giá hiểu biết của người bệnh về rửa bàng quang.
- Đánh giá các trở ngại có thể xảy ra trong quá trình thực hiện rửa bàng quang.
- Xác định có thông tiểu hay không. Loại ống thông.
- Kiểm tra tình trạng hệ thống dẫn lưu, dịch dẫn lưu.

##### **3.2. Dụng cụ**

- Ống thông Foley.
- Dung dịch rửa (nước muối sinh lý hoặc theo y lệnh).
- Gạc có dung dịch sát khuẩn.
- Găng tay sạch.
- Khay hạt đậu.
- Kim Koches.

- Bơm kim tiêm 50ml hoặc aceptosyrin.
- Bồn hạt đậu lớn chứa dịch truyền.
- Túi chứa nước tiểu.

### 3.3. Quy trình kỹ thuật

<b>Thực hiện</b>		
<b>STT</b>	<b>Hành động</b>	<b>Ý nghĩa</b>
1	Tiếp xúc, giải thích cho người bệnh trước khi thực hiện.	Tạo sự hợp tác của người bệnh chủ động trong quá trình thực hiện.
2	Rửa tay kiểm tra sắp xếp lại dụng cụ hợp lí.	Hạn chế sự gián đoạn trong quá trình thực hiện.
3	Che bình phong hoặc đóng cửa.	Đảm bảo kín đáo cho người bệnh.
4	Mang găng tay sạch.	Giảm nguy cơ lây nhiễm.
5	Tháo hết nước tiểu trong túi chứa nước tiểu.	Chuẩn bị túi rỗng cho dịch rửa chảy ra.
6	Cố định ống thông và lót tấm lót dưới mông người bệnh.	Ống thông không bị tụt khi dịch rửa chảy ra. Bảo vệ giường sạch sẽ.
7	Sát trùng các nhánh của đuôi ống thông.	Hạn chế nhiễm khuẩn.
8	Thay găng vô khuẩn, kẹp nhánh ra nếu là ống thông foley 3 nhánh.	Đảm bảo vô khuẩn trong quá trình rửa để dịch rửa không chảy ra ngay.
9	Kiểm tra dung tích lưu trong ống chèn và bơm cho đủ 30ml.	Để đầu ống thông rơi vào giữa bàng quang, giúp thải sạch các cặn lắng trong quá trình rửa.
10	Dùng bơm tiêm 50ml hút dịch rửa và bơm vào bàng quang 100 – 200ml.	Cho dịch rửa tiếp xúc đều trong bàng quang. Phù hợp với tình trạng bàng quang.
11	Giữ dịch rửa khoảng 30 giây rồi mở kẹp cho dịch chảy ra. Nếu dùng ống foley 2	Đảm bảo dịch rửa tiếp xúc hầu hết với thành bàng quang và có thời gian để dịch rửa có tác dụng.

	nhánh thì sau bơm xong giữ 30 giây rồi hút dịch ra.	
12	Thực hiện thao tác 10, 11 cho đến khi dịch rửa bàng quang chảy ra sạch, không cặn, không đỏ hoặc rửa hết lượng dịch rửa theo chỉ định thì dừng rửa.	Làm sạch bàng quang.
13	Rút bớt 20ml nước trong bóng chèn. Cố định lại hệ thống dẫn lưu.	Duy trì hệ thống dẫn lưu.
14	Tháo bỏ găng tay, rửa tay.	Giảm nguy cơ lây nhiễm.
15	Ghi hồ sơ: - Lượng dịch rửa. - Tình trạng dịch ra: màu sắc, số lượng. - Tình trạng người bệnh trước, sau khi rửa.	Theo dõi người bệnh và chịu trách nhiệm về pháp lý.

### Bảng kiểm kỹ thuật rửa bàng quang

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Tiếp xúc, giải thích cho người bệnh trước khi thực hiện.			
2	Rửa tay kiểm tra sắp xếp lại dụng cụ hợp lí			
3	Che bình phong hoặc đóng cửa.			
4	Mang găng tay sạch.			
5	Tháo hết nước tiểu trong túi chứa nước tiểu.			
6	Cố định ống thông và lót tấm lót dưới mông người bệnh			
7	Sát trùng các nhánh của đuôi ống thông.			
8	Thay găng vô khuẩn, kẹp nhánh ra nếu là ống thông foley 3 nhánh.			

9	Kiểm tra dung tích lưu trong ống chèn và bơm cho đủ 30ml.			
10	Dùng bơm tiêm 50ml hút dịch rửa và bơm vào bàng quang 100 – 200ml.			
11	Giữ dịch rửa khoảng 30 giây rồi mở kẹp cho dịch chảy ra. Nếu dùng ống foley 2 nhánh thì sau bơm xong giữ 30 giây rồi hút dịch ra.			
12	Thực hiện thao tác 10, 11 cho đến khi dịch rửa bàng quang chảy ra sạch, không cặn, không đỏ hoặc rửa hết lượng dịch rửa theo chỉ định thì dừng rửa.			
13	Rút bớt 20ml nước trong bóng chèn. Cố định lại hệ thống dẫn lưu.			
14	Tháo bỏ găng tay, rửa tay.			
15	Ghi hồ sơ: - Lượng dịch rửa. - Tình trạng dịch ra: màu sắc, số lượng. - Tình trạng người bệnh trước, sau khi rửa.			

## BÀI 7: KỸ THUẬT THỤT THÁO

### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật thụt tháo
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật thụt tháo 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. Định nghĩa

Thụt tháo là kỹ thuật đưa nước qua trực tràng vào kết tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng, thành ruột nở rộng. Thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân và hơi ra ngoài.

#### 2. Chỉ định

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

#### 3. Chống chỉ định:

- Tắc ruột, viêm ruột, thương hàn, nhiễm trùng tiêu hóa, phẫu thuật trực tràng hay hậu môn gần đây.

#### 4. Lưu ý khi thụt tháo

- Dung dịch thụt tháo: nước muối sinh lý, nước sạch, dung dịch ưu trương, dung dịch xà phòng loãng, dầu, thuốc làm tăng nhu động ruột.

- Độ sâu của canuyn hoặc ống thông đưa từ lỗ hậu môn vào trực tràng tùy thuộc vào độ tuổi người bệnh.

+ Người lớn: 6 - 7 cm, tốt nhất là dưới 7 cm để tránh làm thủng trực tràng

+ Trẻ 0 - 1 tuổi: 3 - 4 cm

+ Trẻ 2 - 11 tuổi: 3 - 6 cm

+ Tạm dừng thụt khi người bệnh đau bụng, khó chịu, mót rặn, muốn đi đại tiện. Khi các dấu hiệu trên hết thì tiếp tục thụt với áp lực thấp.

## 5. Quy trình thực hành kỹ thuật thụt tháo

### 5.1. Nhận định

- Tình trạng cân bằng dịch vào ra, tình trạng hậu môn.
- Sự than phiền của người bệnh, sự đau đớn, khó chịu khi đại tiện.
- Các yếu tố gây cản trở, bất lợi khi thực hiện kỹ thuật.
- Tình trạng tâm lý, chế độ ăn uống, hoạt động thể chất, thời gian đại tiện lần cuối, thói quen đại tiện, chế độ dùng thuốc, tư thế ngồi đại tiện, tình trạng bụng.

### 5.2. Dụng cụ

\* Dụng cụ dùng cho thụt tháo thể tích lớn

- Ống thông trực tràng:



Hình 7. Ống thông trực tràng



Bộ thụt tháo dùng 1 lần




### Bộ thụt tháo dùng nhiều lần



- Bộ dụng cụ thụt tháo dùng 1 lần : gồm túi/cốc chứa nước thụt, ống thông, dây dẫn.
- Bộ dụng cụ thụt tháo dùng nhiều lần - cần phải khử khuẩn sau khi dùng: Bình chứa nước thụt, dây dẫn, ống/canuyn thụt.
- Túi thụt hoặc bốc thụt.
- Tấm phủ che mông người bệnh; tấm lót dưới mông người bệnh.
- Dung dịch bôi trơn hoặc vaseline.
- Găng sạch; giấy vệ sinh.
- Dung dịch khử khuẩn; chất khử mùi nếu cần thiết.
- Bô đại tiện nếu người bệnh không có khả năng tự đi đại tiện trong nhà vệ sinh.
- Dung dịch thụt: thể tích tùy thuộc độ tuổi
  - + Người lớn: 750 - 1000 ml
  - + Trẻ  $\geq$  12 tuổi: 500 - 700 ml
  - + Trẻ 5- 11 tuổi: 300 - 500 ml
  - + Trẻ 2- 4 tuổi: 250 - 350 ml
  - + Trẻ 0- 1 tuổi: 150 - 250 ml
- Dung dịch thụt được làm ấm trước khi thụt .
- \* Dụng cụ dùng cho thụt tháo thể tích nhỏ: các loại dung dịch thụt đóng lọ/ hộp/gói.






### 2.3. Quy trình kỹ thuật



<b>Thực hiện</b>		
<b>STT</b>	<b>Hành động</b>	<b>Ý nghĩa</b>
<b>A. Thụt bằng nước</b>		
1	Điều dưỡng rửa tay đi thường quy	Giảm nguy cơ lây nhiễm
2	<p>Tiếp xúc, giải thích trấn an người bệnh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thông báo và giải thích cho NB và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên NB yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.</li> <li>- Căn dặn bệnh nhân những điều cần thiết.</li> <li>- Không thụt vào giờ bệnh nhân ăn, hoặc giờ thăm.</li> </ul>	Xác định sự hiểu biết của người bệnh về việc đặt ống thông, nhu cầu của người bệnh cần giúp đỡ. Tạo sự hợp tác của người bệnh. Giảm lo lắng.
3	Kiểm tra lại dụng cụ sắp xếp hợp lý	<p>Phòng gián đoạn trong quá trình thực hiện. Thuận tiện cho thao tác.</p> <div style="text-align: center;">  <p>Chuẩn bị dụng cụ</p> </div>
4	Che bình phong hoặc đóng cửa	Đảm bảo kín đáo cho người bệnh




5	Đặt tấm lót thấm dịch dưới mông người bệnh. Tư thế người bệnh nằm nghiêng bên trái, chân phải co.	<p>Tư thế giúp nước đi vào trực tràng dễ dàng.</p> <p>Tư thế co chân giúp bộc lộ hậu môn dễ dàng.</p> <p>Chú ý: Nếu người bệnh bị liệt cơ vòng hay trẻ em, đặt nằm ngửa trên bô đại tiện</p>  <p>Tư thế người bệnh</p>
6	Thử nhiệt độ nước	Thụt tháo sẽ hiệu quả nhất khi dùng nước ấm. Khi nước quá nóng sẽ tổn thương niêm mạc ruột, khi nước quá lạnh sẽ gây co thắt ruột.
7	Cho nước vào túi hoặc bình chứa nước thụt, đuổi khí rồi khóa van lại.	<p>Đề khí vào ruột quá nhiều sẽ gây giãn ruột và khó chịu.</p>  <p>Lấy dung dịch thụt</p>
8	Mang găng sạch	Tránh tiếp xúc với phân

9	Bôi trơn đầu ống thông 6-8 cm	<p>Tránh tổn thương hậu môn khi đưa ống vào.</p>  <p>Bôi trơn đầu ống</p>
10	<p>Đưa ống thật hoặc ống thông trực tràng, vào hậu môn - trực tràng:</p> <p>Một tay vành mông, một tay đưa ống vào trực tràng nhẹ nhàng, yêu cầu người bệnh hít thở sâu.</p>	<p>Hít thở sâu giúp giãn cơ thắt hậu môn</p>  <p>Thao tác đưa ống vào hậu môn</p>
11	<p>Nâng cao túi hoặc bình chứa nước thật (ở người lớn 50 -80 cm) và mở khóa cho dịch vào trực tràng.</p>	<p>Dung dịch phải được đưa cao hơn trực tràng ở một mức độ thích hợp để giúp dung dịch đi vào theo trọng lực mà không gây tổn thương niêm mạc trực tràng vì tăng áp lực quá nhanh.</p>
12	<p>Cho dịch chảy vào với tốc độ chậm.</p>	<p>Đưa dịch vào trực tràng chậm và nên có những khoảng nghỉ để làm giảm sự co thắt của ruột. Giảm kích thích, giúp người bệnh thư giãn.</p> <p>Nếu dịch chảy quá nhanh có thể gây co thắt đại tràng làm người bệnh đau. Áp lực cao có thể gây vỡ ruột ở trẻ nữ nhi.</p>
13	<p>Khi dịch đã vào đủ, hoặc khi người bệnh không thể giữ nước được, khóa van và rút ống thật/ống thông ra khỏi trực tràng.</p>	<p>Người bệnh cảm giác muốn đại tiện cho biết đã đưa đủ lượng nước vào trực tràng.</p>
14	<p>Dặn người bệnh giữ nước trong ruột khoảng 10 - 15 phút hoặc lâu hơn nếu</p>	<p>Thời gian giữ nước trong ruột càng lâu càng làm cho phân mềm ra dễ tống xuất ra ngoài.</p>

	được. Trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ giữ chặt 2 mông trẻ trong vài phút.	
15	Làm sạch vùng hậu môn: lau bằng giấy vệ sinh.	Tránh kích thích da người bệnh  Vệ sinh hậu môn
16	Đề người bệnh tiếp tục nằm nghiêng bên trái	Các phương pháp thắt tháo đạt hiệu quả cao hơn khi người bệnh giữ được dịch thắt một khoảng thời gian, người bệnh giữ nước dễ hơn khi nằm.
17	Giúp người bệnh chuẩn bị đại tiện. Khi người bệnh không thể giữ dịch được nữa thì giúp người bệnh đi vào nhà vệ sinh hoặc lót xô đại tiện cho người bệnh đại tiện tại giường.	Chuẩn bị cho người bệnh tháo phân.
18	Vệ sinh: Sau khi người bệnh đại tiện, giúp người bệnh vệ sinh vùng hậu môn, sinh dục.	Ngăn ngừa viêm nhiễm đường sinh dục đặc biệt là phụ nữ.
19	Cho người bệnh nằm lại tư thế thuận tiện, đặt thêm một tấm lót dưới mông để phòng ngừa một ít phân còn lại tiếp tục tháo ra.	Mang lại cảm giác dễ chịu cho người bệnh.
20	Tháo găng và rửa tay	Giảm nguy cơ lây nhiễm
21	Đánh giá tính chất phân và ghi hồ sơ - Lượng dịch thắt vào cho người bệnh, loại ống thông, kích cỡ ống. - Lượng phân tháo ra, màu sắc, mùi, số lượng. - Thời gian thắt, thời gian giữ dung dịch thắt trong đại tràng.	Cung cấp thông tin kết quả thắt tháo.

	- Tình trạng đại tiện và tình trạng chung của người bệnh.	
<b>B. Thụt lượng nhỏ, dung dịch đóng gói sẵn</b>		
1	Rửa tay	Giảm nguy cơ lây nhiễm
2	Lấy túi chứa dung dịch thụt tháo ra khỏi bao bì, đọc kỹ hướng dẫn sử dụng. Ngâm túi dung dịch thụt tháo vào nước ấm trước khi sử dụng.	Chuẩn bị dung dịch thụt tháo. Kiểm tra chất lượng sản phẩm, đọc hướng dẫn để sử dụng đúng với thiết kế của bình (loại, type).  Dung dịch thụt đóng gói sẵn
3	Mang găng tay sạch	Bảo vệ tay không tiếp xúc với phân.
4	Đặt tấm lót dưới mông người bệnh, đặt người bệnh nằm nghiêng trái, chân phải co tối đa hoặc tư thế chống mông.	Giúp bộc lộ hậu môn dễ hơn. Thuận tiện khi bơm dung dịch thụt.  Tư thế người bệnh nằm nghiêng và cách cầm dung dịch thụt đóng gói sẵn
5	Tháo nắp của bình chứa dung dịch thụt tháo, bôi trơn đầu ống.	Ngăn ngừa sự tổn thương hậu môn trực tràng.

6	Bóp nhẹ bình chứa để đuổi hết khí ra khỏi đầu ống.	Hạn chế khí đi vào trực tràng.
7	Đưa đầu ống vào hậu môn: Yêu cầu người bệnh hít thở sâu, nhẹ nhàng đưa đầu ống vào hậu môn, đầu ống chéch về hướng rốn	Hạn chế co thắt hậu môn để đưa đầu ống dễ dàng. Tránh tổn thương thành trực tràng.
8	Bóp túi chứa đến khi dung dịch thụt vào hết trong hậu môn và dặn người bệnh cố giữ dịch lại cho đến khi không thể giữ được nữa, thường là 15 phút.	Đủ liều gây kích thích đại tràng hút nước.  Bơm dung dịch thụt
9	Lấy đầu ống ra khỏi hậu môn và bỏ vào rác thải	Ngăn ngừa sự lây nhiễm
10	Thực hiện tương tự bước 15 đến 19 của kỹ thuật thụt lượng lớn bằng dung dịch thụt).	Xem lại bước 15 đến bước 19
11	Tháo bỏ găng, rửa tay	Hạn chế sự lây nhiễm của vi sinh vật
12	Ghi hồ sơ: - Loại dịch thụt - Phân tháo ra: lượng, màu, mùi. - Tình trạng đại tiện của người bệnh	Theo dõi tình trạng bệnh và chịu trách nhiệm về pháp lý.

### Bảng kiểm thực hành kỹ thuật thụt tháo

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định			

2	Chuẩn bị dụng cụ			
<b>A. Thụt bằng nước</b>				
1-2	Thực hiện các bước 1 và 2 như trên			
3	Rửa tay			
4	Tiếp xúc, giải thích cho người bệnh			
5	Kiểm tra lại dụng cụ			
6	Che bình phong hoặc đóng cửa			
7	Đặt tấm lót dưới mông người bệnh. Đặt tư thế người bệnh			
8	Thử nhiệt độ nước			
9	Cho nước vào túi hoặc bình chứa nước thụt, đuổi khí rồi khóa van lại.			
10	Mang găng sạch			
11	Bôi trơn đầu ống thông			
12	Đưa ống thụt hoặc ống thông trực tràng vào hậu môn - trực tràng.			
13	Nâng cao bình chứa dung dịch và mở khóa cho dịch vào trực tràng.			
14	Cho dịch chảy vào với tốc độ chậm			
15	Khóa van và rút ống thông ra khỏi trực tràng			
16	Dặn người bệnh giữ nước trong ruột			
17	Làm sạch vùng hậu môn			
18	Đỡ người bệnh tiếp tục nằm nghiêng bên trái			
19	Giúp người bệnh chuẩn bị đại tiện			
20	Giúp người bệnh vệ sinh vùng hậu môn, sinh dục, mặc quần			
21	Cho người bệnh về phòng, nằm lại tư thế thuận tiện.			
22	Tháo găng và rửa tay			

23	Đánh giá tính chất phân và ghi hồ sơ			
<b>B. Thụt lượng nhỏ, dung dịch đóng gói sẵn</b>				
1	Rửa tay			
2	Ngâm túi dung dịch thụt tháo vào nước ấm trước khi sử dụng.			
3	Mang găng tay sạch			
4	Đặt tấm lót dưới mông người bệnh. Đặt tư thế người bệnh			
5	Tháo nắp của bình, bôi trơn đầu ống			
6	Đuổi khí			
7	Đưa đầu ống thụt vào hậu môn trực tràng			
8	Bóp túi chứa đến khi dung dịch thụt vào hết trong hậu môn.			
9	Lấy đầu ống ra khỏi hậu môn và bỏ vào rác thải			
10	Lau hậu môn, dặn NB giữ thuốc một thời gian			
11	Giúp NB đi đại tiện			
12	Hỗ trợ NB vệ sinh sau đại tiện Giúp NB mặc quần, về phòng bệnh			
13	Tháo bỏ găng, rửa tay			
14	Ghi hồ sơ			

## BÀI 8: KỸ THUẬT HỒI SINH TIM PHỔI

### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật hồi sinh tim phổi
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật hồi sinh tim phổi 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



Ngừng tuần hoàn là trạng thái tim ngừng cung cấp máu cho cơ thể, đặc biệt là các cơ quan quan trọng như não, tuần hoàn vành, phổi... Có 3 trạng thái cơ bản là: vô tâm thu, rung thất và phân ly điện cơ.

Một số thuật ngữ khác gọi tên cấp cứu trạng thái ngừng tuần hoàn như: cấp cứu ngừng tim phổi, hồi sinh chết lâm sàng, hồi sinh tim-phổi, hồi sinh tim-phổi não...

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

Mục đích của cấp cứu: Trong điều kiện nhanh nhất có thể cần cung cấp được máu cùng với oxy đến cho tế bào não, nhất là trong vòng 5 phút đầu kể từ lúc ngừng tim. Vì vậy, cấp cứu ngừng tim - phổi cần tiến hành tại chỗ, khẩn trương kiên trì và đúng kỹ thuật.



## 2. Triệu chứng và xác định người bệnh ngừng tim, ngừng thở

Dựa vào 3 triệu chứng cơ bản sau:

- Mất ý thức đột ngột: được xác định khi bệnh nhân gọi hỏi không có đáp ứng trả lời, không có phản xạ thức tỉnh.

- Ngừng thở hoặc thở ngáp: xác định khi lồng ngực và bụng bệnh nhân hoàn toàn không có cử động thở.

- Mất mạch cảnh: Động mạch cảnh không có (cần bắt mạch cảnh cả 2 bên)

Ngoài ra bệnh nhân còn có các triệu chứng khác như: da nhợt nhạt hoặc tím tái, giãn đồng tử và mất phản xạ đồng tử với ánh sáng, nếu bệnh nhân đang được phẫu thuật sẽ thấy máu ở vết mổ tím đen và ngừng chảy.

Nếu bệnh nhân đang thở máy, hôn mê thì thấy monitoring tim báo động ngừng tim, SpO<sub>2</sub> giảm đột ngột.

\* *Kỹ thuật kiểm tra hơi thở, mạch đập*

- Kỹ thuật kiểm tra hơi thở:

+ Áp má cấp cứu viên vào vùng miệng nạn nhân không nghe thấy hoặc cảm nhận thấy hơi thở của nạn nhân.

+ Hoặc dùng vật mỏng nhẹ như tóc, mảnh nilon nhỏ đặt vào mũi nạn nhân không thấy di động.

+ Hoặc dùng gương soi áp vào mũi, miệng nạn nhân không thấy gương mờ do hơi nước.

+ Quan sát các cử động vùng ngực không thấy di động.

+ Kết hợp kiểm tra mạch đập (tiếng tim).

*Xem, nghe và cảm nhận trong 5 giây trước khi quyết định là nạn nhân còn thở hay không.*

- Kỹ thuật kiểm tra mạch đập:

Đề đầu nạn nhân ngửa ra sau, cấp cứu viên ngồi cạnh một bên nạn nhân, dùng 3 đầu ngón tay kiểm tra động mạch cảnh (tại bờ trên cơ ức đòn chũm) hoặc động mạch bẹn không thấy đập hoặc áp tai trực tiếp lên vùng tim không thấy tim đập.

*Bắt mạch trong 5 giây trước khi quyết định là mạch còn đập hay không.*

## 3. Nguyên tắc chung khi xử trí cấp cứu nạn nhân bị ngừng tim, ngừng thở

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.

- Đặt nạn nhân nằm trên nền cứng, bằng phẳng, thoáng khí.

- Nói rộng quần áo và các dây nịt như: thắt lưng, caravat, áo lót (đối với nữ).

- Làm thông đường hô hấp bằng cách:

- Đặt cổ nạn nhân ngửa tối đa.
- Lau sạch đất, cát quanh mũi, miệng.
- Mở miệng: móc, hút sạch đất, cát, đờm dãi...
- Tiến hành hồi sinh tim phổi được tiến hành càng sớm càng tốt xong phải kiên trì và làm liên tục.
- Trong quá trình tiến hành hồi sinh tim phổi phải theo dõi và đánh giá được tiến triển của nạn nhân:
  - + Tiến triển tốt: Hô hấp phục hồi, da đầu chi, môi nạn nhân hồng dần, tim đập trở lại. Tiếp tục sơ cứu đến khi nạn nhân thở đều và sâu.
  - + Tiến triển xấu: Hô hấp và tuần hoàn không phục hồi, da xanh nhợt, đồng tử giãn sau 60 phút không cứu nữa.

#### **4. Kỹ thuật hồi sinh tim phổi**

Khi phát hiện bệnh nhân bị ngừng tuần hoàn thì phải tiến hành cấp cứu ngay. Có rất nhiều các hướng dẫn về cấp cứu ngừng tuần hoàn cho người bệnh như: Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 2 của Bộ Y tế (2010), Tài liệu đào tạo cấp cứu cơ bản (2014) của Bộ Y tế, Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ-AHA (2010). Trong tài liệu đề cập đến cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản theo khuyến cáo của AHA với trình tự cấp cứu CABD (ép tim ngoài ngực, giải phóng đường thở, thổi ngạt, thuốc và sốc điện).

##### **4.1. Ép tim ngoài ngực**

Ép tim ngoài lồng ngực là một thủ thuật dùng lực mạnh ép nhịp nhàng lên 1/3 dưới xương ức, khi ép làm thay đổi thể tích trong buồng tim kích thích để tim đập lại, vòng tuần hoàn được phục hồi.

##### **4.2. Giải phóng đường thở**

Là làm sạch các dị vật trong đường thở của người bệnh giúp đường thở thông thoáng đảm bảo cho việc hỗ trợ hô hấp hiệu quả. Người bệnh được đặt nằm ngửa trên nền cứng, đầu và cổ ở tư thế uốn tối đa, mặt quay về một bên. Sơ dĩ phải làm như vậy vì khi ngừng tim, các trương lực cơ mất đi khiến cho xương hàm dưới và góc lưỡi rơi xuống chẹn lấp đường thở của nạn nhân cản trở động tác hô hấp nhân tạo. Người cấp cứu dùng tay mở miệng người bệnh ra, dùng các ngón tay móc sạch đờm dãi và dị vật nếu như có thể lấy được. Với các dị vật ở sâu và khó lấy, không nên cố lấy dị vật vì làm mất thời gian và có thể đẩy dị vật vào sâu thêm hoặc gây tắc hoàn toàn đường thở. Có thể áp dụng nghiệm pháp Heimlich để làm bật các dị vật đường thở ra ngoài.

##### **4.3. Thổi ngạt ( hô hấp nhân tạo hay thổi ngạt)**

Thổi ngạt là phương pháp cấp cứu nạn nhân ngừng hô hấp đột ngột do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên. Thổi ngạt là kỹ thuật được tiến hành bằng cách người cứu nạn nhân thổi trực tiếp hơi thở của mình qua miệng người bị nạn hoặc bóp bóng. Bóp bóng

là phương pháp thường dùng nhất để giúp thở áp lực dương đối với các toán cấp cứu trong và ngoài bệnh viện. Quả bóng được dùng thường có thể tích 1600 mL, đủ để làm phổi giãn nở. Phương pháp này chỉ thực sự có hiệu quả khi có 2 người cứu có kinh nghiệm cùng làm.

#### **4.4. Thuốc và sốc điện**

Thuốc đầu tay sử dụng trong cấp cứu ngừng tuần hoàn là adrenalin - đóng ống 1mg/1ml, thuốc kích thích thụ thể adrenergic trên hệ thần kinh tự động của tim (đặc biệt là nút xoang) làm cho tim đập lại. Liều dùng là 1mg cho 1 lần tiêm (adrenalin cần pha trong 20 ml huyết thanh mặn 0,9% và tiêm nhanh vào TM), nhắc lại 5 phút một lần nếu như tim chưa đập lại, có thể tăng liều lên 3 mg cho một lần tiêm nếu như dùng liều 1mg không có hiệu quả.

#### **4.5. Dấu hiệu của cấp cứu ngừng tim-phổi cơ bản có hiệu quả**

- Biểu hiện lâm sàng tốt nhất là có các dấu hiệu của sự sống ở người bệnh như: thở lại, tim đập lại, người bệnh tỉnh trở lại.

- Trong trường hợp chỉ có dấu hiệu: niêm mạc môi ẩm và hồng trở lại, đồng tử co lại (chưa có dấu hiệu tổn thương nặng nề ở tổ chức não), là thời gian thiếu oxy não chưa lâu và còn khả năng hồi phục; cần kiên trì cấp cứu, đồng thời gọi các đội cấp cứu y tế hoặc vừa cấp cứu vừa vận chuyển bệnh nhân đến một cơ sở y tế gần nhất.

#### **4.6. Quy trình kỹ thuật**

##### **4.6.1. Nhận định**

- Tình trạng người bệnh:

Toàn trạng:


+ Tri giác: Xác định nạn nhân có hôn mê hay không bằng cách gọi, lay hỏi nạn nhân.

+ Xác định nạn nhân ngưng thở: Nhìn lồng ngực nạn nhân có di động không?


+ Xác định ngừng tim: không có mạch trung tâm.

- Nhận định các yếu tố nguy cơ: Nguy cơ dị vật rơi vào đường thở, gãy xương sườn, cấp cứu không hiệu quả...

#### 4.6.2. Quy trình kỹ thuật

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Ngay lập tức hô to gọi người tới cấp cứu khi gặp nạn nhân ngừng tuần hoàn: gọi mọi người tới cấp cứu hoặc/và gọi 115 (nếu ở ngoài cơ sở y tế).	Thông báo để mọi người tới phối hợp
2	Bắt đầu cấp cứu: cấp cứu ngay lập tức khi không bắt được mạch cảnh, nạn nhân không thở hay thở ngáp cá.	Cấp cứu sớm là <u>đặc biệt quan trọng</u> , tốt nhất trong vòng 3-5 phút đầu
3	Nhanh chóng đưa người bệnh ra khỏi vùng nguy hiểm.	
4	Tư thế: đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng (mặt đất, ván cứng, cang cứng).	Đảm bảo hiệu quả khi ép tim ngoài lồng ngực.
5*	<p>Ép tim ngoài lồng ngực: (C - Chest compressions)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vị trí ép tim là 1/3 - 1/2 dưới của xương ức.</li> <li>- Hai tay người cứu hộ đặt lồng lên nhau, đặt góc bàn tay dưới vào vị trí ép tim, khuỷu tay để thẳng, ấn vuông góc làm lồng ngực nạn nhân lún xuống 4 - 5 cm (5-6 cm ở người lớn theo khuyến cáo 2015), sau đó nâng tay để cho ngực nạn nhân trở lại vị trí ban đầu.</li> <li>- Tần số: 30 lần ép tim/2 lần thổi ngạt; tần số ép tim 100-120 lần/phút (người lớn), TE tùy theo tuổi, tần số tăng dần)</li> </ul>	 <p>Đảm bảo hiệu quả khi ép tim (đưa máu từ thất phải lên trao đổi khí ở phổi, đưa máu từ thất trái lên tuần hoàn vành và tuần hoàn não, máu sẽ thụ động trở về nhĩ khi ngừng ép), không có biến chứng gãy xương sườn.</p>

	- Ép tim phải được tiến hành liên tục tới khi có nhân viên y tế hoặc có máy sốc điện tự động.	
6	Khai thông đường hô hấp (A -Airway). Nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng, đầu và cổ ở tư thế uốn tối đa, mặt quay về một bên. Người cấp cứu dùng tay mở miệng nạn nhân, móc sạch đờm dãi và dị vật nếu có thể lấy được.	Làm cho đường hô hấp của nạn nhân được thẳng hướng, thông thoáng, thuận lợi cho thổi ngạt/hô hấp nhân tạo.

7*	<p>Thổi ngạt/Hô hấp nhân tạo (B - Breathing) Thổi ngạt miệng - miệng, hay miệng - mũi; thổi miệng - miệng hiệu quả hơn.</p> <p>- Người cấp cứu dùng 1 bàn tay - đặt góc bàn tay lên trán nạn nhân ấn ngửa đầu ra sau, đồng thời ngón trỏ và ngón cái bóp 2 lỗ mũi; bàn tay thứ 2 - các ngón tay vừa nâng hàm dưới của nạn nhân lên trên ra trước vừa mở miệng nạn nhân.</p> <p>- Người cứu hít sâu áp sát miệng mình vào miệng nạn nhân rồi thổi hết không khí dự trữ qua miệng vào phổi nạn nhân, sau đó thả ngón tay bóp mũi để không khí từ phổi nạn nhân thở ra ngoài.</p> <p>Tần số 10 - 12 lần/phút người lớn (TE tùy theo tuổi, tần số tăng dần).</p> <p>- Nếu có dụng cụ HH nhân tạo có thể úp mask bóp bóng sau đó khăn trương đặt ống NKQ. Bóp theo tần số và chu kỳ như thổi ngạt; tốt nhất nối với nguồn oxy lưu lượng 6 - 8 lít/phút.</p>	<p>- Làm cho đường hô hấp trên của nạn nhân được thẳng hướng, khí vào phổi được dễ dàng. Khí thoát ra được sau khi thổi (thở ra)</p> 
----	--	---

8	<p>Phối hợp ép tim và thổi ngạt:</p> <p>Hai động tác ép tim và thổi ngạt phải được thực hiện xen kẽ nhau một cách nhịp nhàng theo các chu kỳ hồi sinh tim phổi.</p> <p>- Một chu kỳ hồi sinh tim phổi gồm 30 lần ép tim sau đó 2 lần thổi ngạt, dù có một hay hai người cấp cứu, nếu 2 người cấp cứu thì một người ép tim và một người thổi ngạt; 2 người quỳ 2 bên nạn nhân.</p>	<p>Đảm bảo hô hấp và tuần hoàn của nạn nhân đạt mức phù hợp.</p>
9	<p>Nhận định tình trạng nạn nhân trong và sau khi cấp cứu:</p> <p>- Trong khi cấp cứu: sau mỗi nhịp ép tim đúng kỹ thuật sẽ phải bắt được động mạch bẹn hoặc động mạch cảnh; sau mỗi lần thổi ngạt sẽ thấy lồng ngực nạn nhân nở vòng lên.</p> <p>- Sau 60 giây đầu, kiểm tra lại hô hấp và tuần hoàn của nạn nhân (bắt mạch, quan sát da/niêm mạc)</p> <p>+ Nếu không có mạch đập - tiếp tục cấp cứu.</p> <p>+ Nếu có mạch đập rõ, nạn nhân vẫn ngừng hô hấp - ngừng ép tim, tiếp tục thổi ngạt.</p> <p>+ Nếu mạch đập rõ và nạn nhân tự thở hiệu quả, ý thức tỉnh trở lại thì ngừng ép tim-thổi ngạt, thực hiện các y lệnh khác (dùng thuốc) &amp; theo dõi nạn nhân.</p> <p>- Nếu thời gian cấp cứu tới 60 phút, đồng tử không co lại, tim không đập lại thì cho phép ngừng cấp cứu - nạn nhân tử vong.</p>	<p>Nhận biết hiệu quả của ép tim, thổi ngạt.</p> <p>Để quyết định tiếp tục thực hiện ép tim và thổi ngạt hay ngừng cấp cứu.</p>

10	Ghi hồ sơ: - Tình trạng của nạn nhân trước, trong và sau khi ép tim. - Thời gian tiến hành kỹ thuật - Tên người tiến hành kỹ thuật	Là cơ sở pháp lý
----	---	------------------

Ghi chú: Thực hiện không đúng bước\*, không đạt yêu cầu kỹ thuật cấp cứu

**Bảng kiểm thực hành cấp cứu ban đầu ngừng tuần hoàn**

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Ngay lập tức hô to gọi người tới cấp cứu khi gặp nạn nhân ngừng tuần hoàn.			
2	Bắt đầu cấp cứu: ngay lập tức khi không bắt được mạch cảnh/mạch bẹn.			
3	Nhanh chóng đưa người bệnh ra khỏi vùng nguy hiểm			
4	Tư thế: đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng			
5 *	Ép tim ngoài lồng ngực ( C )			
6	Khai thông đường hô hấp ( A )			
7 *	Thổi ngạt/Hô hấp nhân tạo ( B )			
8	Phối hợp ép tim và thổi ngạt: chu kỳ 30 lần ép tim/2 lần thổi ngạt.			
9	Nhận định tình trạng nạn nhân trong và sau khi cấp cứu			
10	Ghi hồ sơ			

## **BÀI 9: KỸ THUẬT CẤP CỨU PHẢN ỨNG PHẢN VỆ**

### **MỤC TIÊU**

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

1. Trình bày được các mức độ phản ứng phản vệ, cách sử dụng các thuốc trong quá trình cấp cứu phản ứng phản vệ.

2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật cấp cứu phản ứng phản vệ theo phác đồ của Bộ y tế.

3. Thể hiện thái độ cẩn trọng, khẩn trương, nghiêm túc trong quá trình thực hiện kỹ thuật.

### **NỘI DUNG**

#### **1. Một số khái niệm liên quan**

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

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

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

#### **2. Nguyên tắc dự phòng phản vệ**

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

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

2) Không phải thử phản ứng cho tất cả thuốc trừ trường hợp có chỉ định của bác sĩ theo quy định tại Phụ lục VIII ban hành trong thông tư số 51/2017/TT-BYT.

3) Không được kê đơn thuốc, chỉ định dùng thuốc hoặc dị nguyên đã biết rõ gây phản vệ cho người bệnh.

Trường hợp không có thuốc thay thế phù hợp mà cần dùng thuốc hoặc dị nguyên đã gây phản vệ cho người bệnh phải hội chẩn chuyên khoa dị ứng- miễn dịch lâm sàng, hoặc do bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ để thống nhất chỉ định và phải được sự đồng ý bằng văn bản của người bệnh hoặc đại diện hợp pháp của người bệnh.

Việc thử phản ứng trên người bệnh với thuốc hoặc dị nguyên đã từng gây dị ứng cho người bệnh phải được tiến hành tại chuyên khoa dị ứng miễn dịch lâm sàng hoặc phải do bác sĩ đã được tập huấn về phòng, chuẩn đoán và xử trí phản vệ thực hiện.



4) Tất cả trường hợp phản vệ phải được báo cáo về Trung tâm Quốc gia về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc hoặc Trung tâm Khu vực thành phố Hồ Chí Minh về Thông tin Thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc theo mẫu báo cáo phản ứng có hại của thuốc hiện hành theo quy định tại Phụ lục V ban hành kèm theo Thông tư 22/2011/TT-BYT ngày 10 tháng 06 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế về quy định tổ chức và hoạt động của khoa Dược bệnh viện.

5) Bác sĩ, người kê đơn thuốc hoặc nhân viên y tế khác có thẩm quyền phải khai thác kỹ tiền sử dị ứng thuốc, dị nguyên của người bệnh trước khi kê đơn thuốc hoặc chỉ định sử dụng thuốc theo quy định tại Phụ lục VI ban hành kèm theo Thông tư này. Tất cả các thông tin liên quan đến dị ứng, dị nguyên phải được ghi vào sổ khám bệnh, bệnh án, giấy ra viện, giấy chuyển viện.

6) Khi đã xác định được thuốc hoặc dị nguyên gây phản vệ, bác sĩ, nhân viên y tế phải cấp cho người bệnh thẻ theo dõi dị ứng ghi rõ tên thuốc hoặc dị nguyên gây dị ứng theo hướng dẫn tại Phụ lục VII ban hành kèm theo Thông tư này, giải thích và nhắc người bệnh cung cấp thông tin này cho bác sĩ, nhân viên y tế mỗi khi khám bệnh, chữa bệnh.

### **3. Hướng dẫn chẩn đoán mức độ Phản vệ**

#### **Phản vệ được phân làm 4 mức độ sau:**

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

#### **3.1. Nhẹ (độ I):**

Chỉ có dấu hiệu ở da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mào đay, ngứa, phù mạch.

#### **3.2. Nặng (độ II): Có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan**

- Mào đay, phù mạch xuất hiện nhanh
- Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi
- Đau bụng, nôn, ỉa chảy
- Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp

#### **3.3. Nguy kịch (độ III):**

- Đường thở: Tiếng thở rít thanh quản, phù thanh quản
- Thở: Thở nhanh, khò khè, tím tái, rối loạn nhịp thở
- Rối loạn ý thức: Vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
- Tuần hoàn: Sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt HA

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

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

1) Tất cả các trường hợp phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục trong 24 giờ;

2) Bác sỹ, Điều dưỡng, Hộ sinh viên, Kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

**3) Adrenalin là thuốc thiết yếu quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.**

4) Ngoài hướng dẫn này đối với một số trường hợp đặc biệt phải xử trí theo hướng dẫn tại phụ lục IV ban hành theo thông tư này (Hướng dẫn xử trí phản vệ trong một số trường hợp đặc biệt).

#### **5. Quy trình kỹ thuật**

##### ***Nhận định:***

- Tình trạng người bệnh:

Người bệnh có xuất hiện 2 trong các dấu hiệu trên sau khi tiếp xúc với dị nguyên:

+ Mày đay, phù mạch, ngứa

+ Khó thở, tức ngực, thở rít

+ Đau bụng hoặc nôn

+ Tụt huyết áp hoặc ngất

+ Rối loạn ý thức

+ Chuẩn bị dụng cụ:

+ Hộp chống sốc, bình oxy, AMBU, đèn lưôi, gối kê,

+ Dây truyền, kim lườn, dụng cụ truyền dịch .

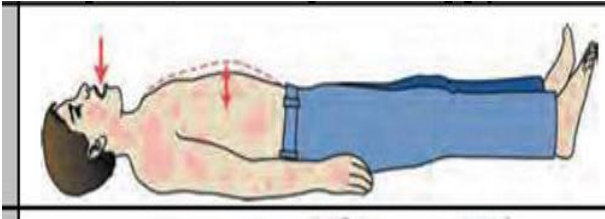

##### ***Quy trình kỹ thuật cấp cứu phản vệ mức I***

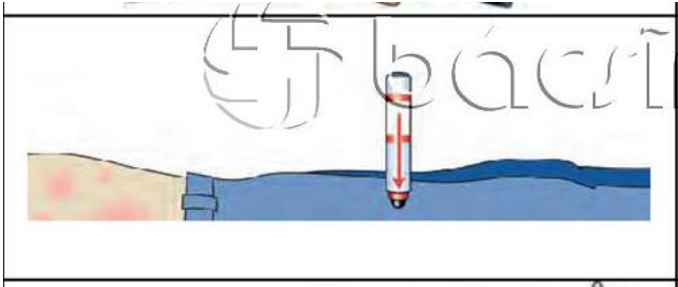
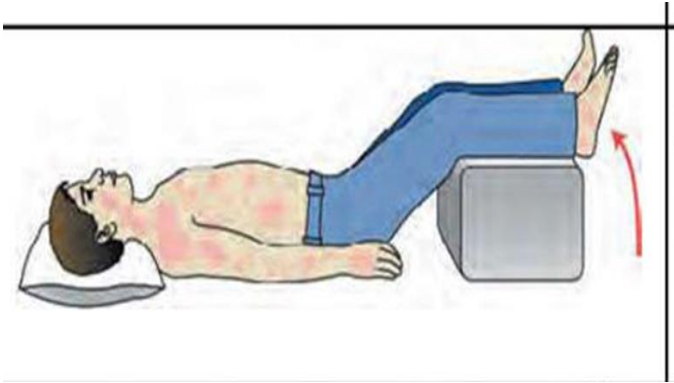
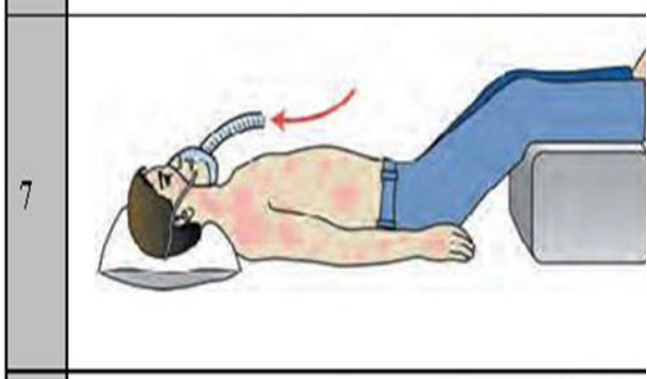
Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphehydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.

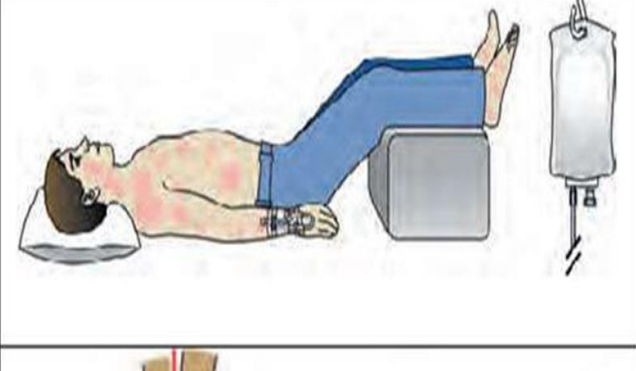
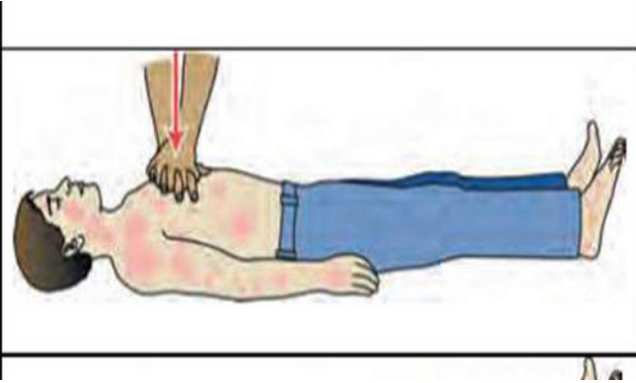
Tiếp tục theo dõi ít nhất 24h để xử trí kịp thời

Dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

**Quy trình kỹ thuật cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch độ II, III, IV**

<b>Thực hiện</b>		
<b>STT</b>	<b>Hành động</b>	<b>Ý nghĩa</b>
1	<p>Đánh giá tình trạng ý thức, hô hấp, tuần hoàn, tình trạng da, phù nề.</p> 	Xác định tình trạng của người bệnh để đưa ra chẩn đoán ban đầu về mức độ phản ứng
2	<p>Loại bỏ phơi nhiễm với yếu tố kích hoạt nếu có thể (Ngừng tiêm, ngừng truyền)</p>	Giảm nồng độ chất gây phản vệ trong cơ thể.
3	<p>Kêu gọi sự giúp đỡ: Gọi đội hồi sức cấp cứu (Trong bệnh viện) hoặc dịch vụ cấp cứu ngoài viện (ngoài cộng đồng) nếu có.</p> 	Có thêm nguồn nhân lực để cấp cứu (Người hỗ trợ, thuốc, và dụng cụ cấp cứu)
4	<p>Tiêm bắp Adrenalin ở mặt trước bên giữa đùi với liều lượng như sau: Thuốc Adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trẻ sơ sinh hoặc trẻ &lt; 10kg : 0,2ml (tương đương với 1/5 ống).</li> <li>- Trẻ khoảng 10kg: 0,25ml (tương đương với 1/4 ống)</li> <li>- Trẻ khoảng 20kg: 0,3ml (tương đương với 1/3 ống)</li> <li>- Trẻ &gt;30 kg: (tương đương với 1/2 ống )</li> <li>- Người lớn 0,5-1ml (tương đương 1/2-1 ống)</li> </ul> <p>Ghi lại thời gian tiêm, liều thuốc tiêm, tiêm nhắc lại liều thuốc trên sau 3-5 phút/lần cho đến khi</p>	Nâng và duy trì ổn định huyết áp tối đa của người lớn lên $\geq 90$ mmHg, trẻ em $\geq 70$ mmHg.

	<p>huyết áp và mạch ổn định. Hầu hết bệnh nhân đáp ứng với 1 hoặc 2 liều thuốc.</p> 	
5	<p>Đề bệnh nhân nằm ngửa, đầu thấp, nghiêng sang bên trái nếu có nôn, kê cao hai chân</p> 	<p>Bệnh nhân có thể tử vong nếu đứng dậy hoặc ngồi dậy đột ngột</p>
6	<p>Khi có chỉ định, cho bệnh nhân thở oxy dòng cao (6-8 lít/phút) đối với người lớn và 2-4 lít/phút ở trẻ em qua mặt nạ oxy hoặc gọng kính mũi.</p> 	<p>Đảm bảo nồng độ oxy trong máu cho người bệnh (%SpO<sub>2</sub> &gt; 90 %)</p>
7	<p>Đặt đường truyền tĩnh mạch bằng kim luồn hoặc đặt cathete tĩnh mạch trung tâm. Khi có chỉ định truyền nhanh 1-2 lít dung dịch nước muối đẳng trương (NaCl 0,9%)</p>	<p>Tăng khối lượng tuần hoàn cho người bệnh. Có thể pha thuốc Adrenalin 0,5-1 mg với 250 ml dung dịch</p>

		<p>NaCl để truyền cho người bệnh nếu như sau khi tiêm bắp huyết áp bệnh nhân chưa ổn định.</p>
<p>8</p>	<p>Tiến hành hồi sinh tim phổi (PCR) nếu bệnh nhân có hiện tượng ngừng tim, ngừng thở.          Sock điện nếu ở trong các cơ sở cấp cứu</p> 	<p>Mục đích của cấp cứu:          Trong điều kiện nhanh nhất có thể cần cung cấp được máu cùng với oxy đến cho tế bào não, nhất là trong vòng 5 phút đầu kể từ lúc ngừng tim.</p>
<p>9</p>	<p>Theo dõi huyết áp, nhịp thở và chức năng tim, tình trạng hô hấp và oxy máu của bệnh nhân một cách thường xuyên và đều đặn.</p> <p>Trong giai đoạn cấp: Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác 3-5 phút/lần cho đến khi ổn định.</p> <p>Trong giai đoạn ổn định theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 và tri giác 1-2 giờ một lần trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.</p> <p>Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.</p> <p>Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn sau 60 phút tích cực không kết quả.</p>	<p>Phát hiện sớm các biểu hiện của hạ huyết áp, khó thở, ngừng tim để cấp cứu kịp thời, đánh giá mức độ đáp ứng của người bệnh với Adrenalin.</p>

	Ghi vào hồ sơ bệnh án. Báo cáo cấp trên, hội chẩn chuyên khoa.	
		

**Bảng kiểm kỹ thuật cấp cứu phản ứng phản vệ**

STT	Nội dung	Hệ số	Mức độ		
			0	1	2
1	Phát hiện các biểu hiện ban đầu của phản ứng phản vệ				
2	Loại bỏ phơi nhiễm với yếu tố kích hoạt				
3	Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, da, niêm mạc, phù nề				
4	Gọi hỗ trợ				
5	Đề bệnh nhân nằm ở tư thế phù hợp				
6	Tiêm bắp Adrenalin đúng vị trí và liều lượng đối với người bệnh				
7	Cho bệnh nhân thở oxy				
8	Đặt đường truyền tĩnh mạch bằng kim lùn hoặc đặt cathete tĩnh mạch trung tâm, truyền dung dịch NaCl 0,9% tốc độ 30 giọt/phút.				
9	Tiến hành hồi sinh tim phổi PCR khi bệnh nhân ngừng tim ngừng thở				
10	Theo dõi tình trạng người bệnh và ghi hồ sơ bệnh án				
	<b>Tổng</b>	<b>10</b>			

## BÀI 10: KỸ THUẬT HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP

### MỤC TIÊU

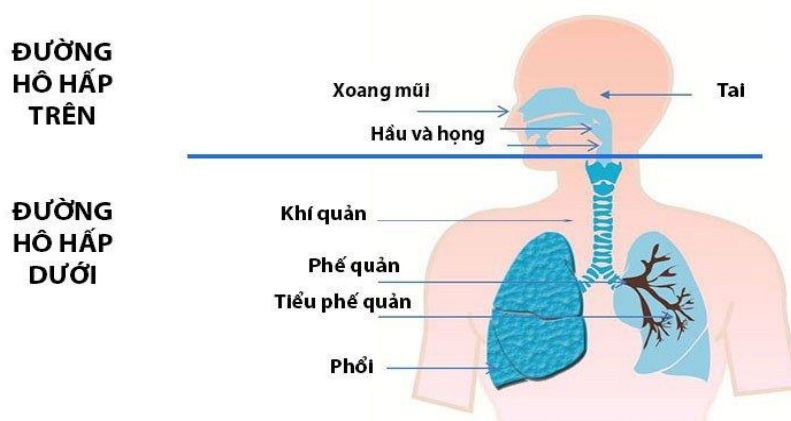
Sau khi học xong bài này sinh viên có khả năng:

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật hút thông đường hô hấp
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật hút thông đường hô hấp 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

Hút thông đường hô hấp là kỹ thuật hỗ trợ hô hấp; dùng một ống thông nối với một máy hút, đưa ống thông vào mũi/miệng, họng người bệnh, hoặc đưa ống thông qua ống nội khí quản/canun khí quản; nhằm mục đích hút sạch dịch, đờm dãi ứ đọng trong miệng, mũi, họng, đường hô hấp của người bệnh, khai thông đường hô hấp cho người bệnh.



#### 2. Mục đích

- Làm sạch dịch tiết giúp khai thông đường hô hấp.
- Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
- Phục vụ cho mục đích chẩn đoán.
- Phòng tránh nhiễm khuẩn do sự tích tụ, ứ đọng dịch.
- Hút sâu (hút đường hô hấp dưới) kích thích phản xạ ho.

#### 3. Hút thông đường hô hấp áp dụng trong các trường hợp

- Người bệnh có nhiều đờm dãi không tự khạc ra được.
- Người bệnh hôn mê tăng tiết đờm dãi.

- Người bệnh hít phải chất nôn, thức ăn/uống.
- Chăm sóc người bệnh mở khí quản, đặt nội khí quản, thở máy.
- Trờ ngay sau đẻ.

#### **4. Tai biến**

##### **Hút thông đường hô hấp trên:**

- Kích thích gây nôn, nguy cơ sặc vào phổi
- Co thắt thanh quản
- Nhịp chậm phản xạ.
- Tổn thương niêm mạc.

##### **Hút thông đường hô hấp dưới:**

- Thiếu oxy, giảm oxy máu.
- Tổn thương niêm mạc khí phế quản.
- Ngừng tim, ngừng thở.
- Co thắt thanh quản, nôn, hít vào phổi (trường hợp hút mò).
- Nhiễm trùng.
- Chảy máu khí phế quản.
- Ảnh hưởng đến thở máy.

#### **5. Nguyên tắc chung**

- Đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn gây bội nhiễm cho người bệnh.
- Không dùng chung ống thông cho cả hút đường hô hấp trên và dưới (nếu có điều kiện mỗi người bệnh nên dùng 1 ống hút riêng).
- Thường xuyên hút đờm dãi cho người bệnh nhưng không hút nhiều lần & liên tục. Không hút quá dài trong một lần hút, không được hút quá sâu và hút với áp lực mạnh.
- Hút nhiều lần liên tục và hút lâu sẽ gây thiếu oxy.
- Kết hợp rung ngực, lưng trước khi hút đờm khí quản sẽ dẫn lưu được nhiều đờm ra ngoài.
- Đối với hút thông đường hô hấp dưới: Hút sau 5-10 giây (bằng 1 nhịp thở của điều dưỡng) rút ống thông ra, đồng thời xoay ống thông theo 2 chiều kim đồng hồ (cùng chiều & ngược chiều). Mỗi lần hút không quá 3-5 phút liên tục.
- Đối với hút thông đường hô hấp trên, thời gian mỗi lần hút không quá 15 giây, tổng thời gian hút không quá 5 phút.
- Trong lúc đang đưa ống hút vào không nên thực hiện hút.
- Điều chỉnh áp lực hút cho phù hợp với người bệnh.
  - + Người lớn: (-100) - (-120) mmHg.



- + Trẻ lớn: (-85) - (-110) mmHg.
- + Trẻ sơ sinh: (-45) - (-65) mmHg.

## 6. Quy trình thực hành kỹ thuật hút thông đường hô hấp

### 6.1. Nhận định

- Tính chất dịch tiết mũi miệng.

Xác định các yếu tố nguy cơ làm tắc nghẽn đường hô hấp như giảm phản xạ ho, dịch tiết, tụt lưỡi...

- Nhận định các yếu tố nguy cơ: Giảm oxy mô, tổn thương niêm mạc mũi miệng. Thủng hầu. Chảy máu cam. Viêm xoang. Biến chứng cấp tính như tổn thương các dây thanh âm.

### 6.2. Dụng cụ



Trước khi chuẩn bị dụng cụ điều dưỡng phải rửa tay, mang khẩu trang.

- Dụng cụ vô khuẩn:

- + Cốc đựng nước cất hoặc nước muối.
- + Găng tay vô khuẩn.
- + Gạc miếng: để loại bỏ chất tiết bám dính bên ngoài ống thông.
- + Ống hút: là loại ống nhựa mềm, linh hoạt, kích cỡ phù hợp.

- Dụng cụ sạch:

- + Máy hút và dây nối.
- + Khăn bông.
- + Túi đựng đồ bẩn.

### 6.3. Quy trình kỹ thuật

<b>Thực hiện</b>
------------------

STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị dụng cụ	
2	Chuẩn bị điều dưỡng: - Điều dưỡng trang phục áo, mũ, khẩu trang. - Rửa tay thường quy/sát khuẩn tay	
3	Nhận định và chuẩn bị người bệnh: - Nhận định tình trạng hô hấp, tuần hoàn NB trước khi hút. - Giải thích cho NB/GĐ người bệnh - Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, có thể kê gối dưới vai hoặc tư thế Fowler tùy theo tình trạng NB.	- NB/GĐ người bệnh hợp tác. - Tư thế thuận lợi để đưa ống hút dịch sâu trong đường hô hấp.
4	Chuẩn bị máy, lắp ống hút, hút thử: - Cắm điện vào máy hút, mở máy kiểm tra và điều chỉnh áp lực hút phù hợp với NB. - Xé túi đựng ống thông; điều dưỡng mang găng, lắp ống thông vào đầu dây máy hút và hút thử dd natriclorua 0,9% qua ống.	Máy vận hành tốt, áp lực hút phù hợp không làm tổn thương đường hô hấp.
5*	<b>Hút dịch qua miệng, mũi hầu ( hút đường hô hấp trên )</b> - Đưa ống thông vào vị trí hút - Bật công tắc máy hút, tiến hành hút: Mỗi lần hút không quá 15 giây, không hút quá 5 lần/1 lượt. Hút lần lượt các vị trí trong miệng, mũi (khoảng miệng, hầu, dưới lưỡi, lỗ mũi). - Hút tráng ống <b>Hút dịch qua ống NKQ hoặc canun KQ (Hút đường hô hấp dưới )</b> - Đưa ống thông vào sâu trong ống nội khí quản hoặc canun khí quản; bật máy hút , kéo từ từ ống thông ra, vừa kéo vừa xoay ống thông, hạn chế đẩy đi, đẩy lại.	- Hút sạch dịch trong miệng, mũi, họng và đường hô hấp.  - Làm sạch đường hút  - Hút sạch dịch trong ống nội khí quản hoặc canun khí quản

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hút dịch ở 3 tư thế (ngửa thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái).</li> <li>Mỗi lần hút không quá 10 giây và giảm thiểu số lần, giữa các lần hút để cho người bệnh thở rồi mới hút tiếp.</li> <li>- Trong khi hút phải quan sát SpO<sub>2</sub> (có giảm không?) hoặc môi, đầu chi (có tím không?), nếu SpO<sub>2</sub> giảm hoặc NB tím thì ngừng hút cho NB thở oxy.</li> <li>- Hút tráng ống</li> </ul>	- Phòng ngừa thiếu oxy
6	<p>Hút xong: tắt máy, tháo ống thông cho vào chai dung dịch sát khuẩn/hoặc bỏ vào túi rác lây nhiễm.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái,</li> <li>- Cho NB thở oxy sau khi hút.</li> </ul>	Đảm bảo oxy cho người bệnh.
7	<p>Nhận định NB sau khi hút:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quan sát nhịp thở, da, niêm mạc, SpO<sub>2</sub></li> <li>- Bắt mạch, đo HA</li> <li>- Cảm giác của NB sau khi hút</li> </ul>	Nhận định hiệu quả và diễn biến của người bệnh sau khi hút.
8	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay.	
9	Ghi hồ sơ/ phiếu chăm sóc Thời gian hút, tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi hút, điều dưỡng ký tên	Lưu thông tin vào hồ sơ người bệnh.

Ghi chú: Thực hiện không được bước 5\*, không đạt yêu cầu kỹ thuật

#### **Bảng kiểm thực hành kỹ thuật hút thông đường hô hấp**

STT	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	Chuẩn bị máy, lắp ống hút, hút thử			
5*	Hút dịch qua miệng, mũi hầu Hút dịch qua ống NKQ hoặc canun KQ			
6	Hút xong: tắt máy, ... Cho người bệnh thở oxy sau khi hút.			
7	Nhận định người bệnh sau khi hút.			
8	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay.			
9	Ghi phiếu theo dõi.			

## BÀI 11: KỸ THUẬT CẦM MÁU TẠM THỜI (GARO CẦM MÁU)

### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật garo cầm máu
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật garo cầm máu cho người bệnh 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

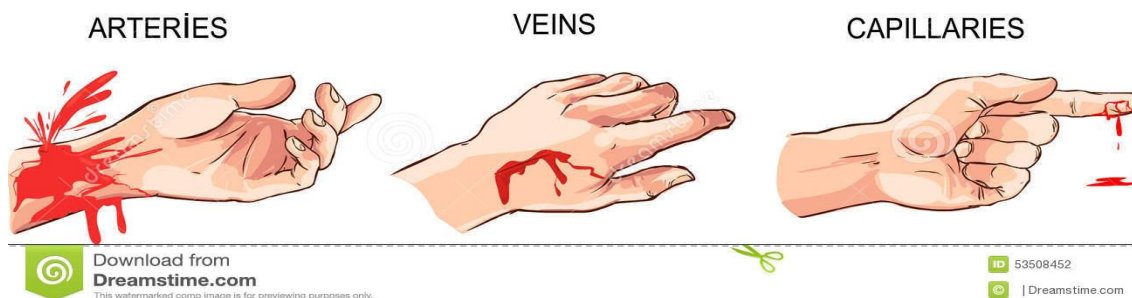
#### 1. Giới thiệu

Máu là một trong những thành phần quan trọng nhất của các chất nội môi. Khối lượng của máu chiếm 7-9% tổng trọng lượng cơ thể. Máu có các chức năng (hô hấp, dinh dưỡng, đào thải, bảo vệ cơ thể, điều nhiệt...). Do một tác nhân nào đó làm tổn thương mạch máu, nhất là tổn thương động mạch, sẽ làm cho khối lượng máu trong cơ thể giảm xuống nhanh chóng.

Tuy nhiên, do công tác cấp cứu ban đầu còn chưa được quan tâm đúng mức, nhiều nạn nhân khi bị thương chưa được cấp cứu, điều trị kịp thời, đúng kỹ thuật nên dẫn đến những tử vong đáng tiếc hoặc để lại những di chứng nặng nề, làm tăng lên những chi phí không đáng có cho người bệnh và xã hội.

#### **Vết thương mạch máu**

- Chảy máu động mạch:
  - + Chảy máu nhiều, phụt thành tia, mạnh lên theo nhịp mạch nảy hoặc theo nhịp đập của tim.
  - + Máu đỏ tươi trừ máu động mạch phổi.
- Chảy máu tĩnh mạch:
  - + Tốc độ chảy chậm hơn so với vết thương động mạch.
  - + Chảy máu nhiều thì trào đều ở bề mặt vết thương.
  - + Máu màu đỏ sẫm trừ máu tĩnh mạch phổi.
  - + Nếu chảy máu tĩnh mạch lớn như: tĩnh mạch cảnh, tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch chủ, máu chảy nhiều và nguy hiểm.
- Chảy máu mao mạch: thường gặp ở những vết thương nhỏ, nông, máu chảy ra ít và có thể tự cầm.



## 2. Các biện pháp cầm máu tạm thời

### 2.1. Biện pháp garo cầm máu

Garô là biện pháp cầm máu tạm thời bằng dây cao su hoặc dây vải xoắn chặt vào đoạn chi, để làm ngừng sự lưu thông máu từ phía trên xuống phía dưới của chi.

#### 2.1.1. Các trường hợp áp dụng

- Vết thương bị cụt chi tự nhiên hoặc chi thể bị đứt gần lìa.
- Chi bị giập nát quá nhiều biết chắc không thể bảo tồn được.
- Vết thương động mạch ở chi đã áp dụng các biện pháp cầm máu tạm thời khác mà không có kết quả.
- Buộc garô tạm thời trong một thời gian ngắn để mở xử trí vết thương hoặc cắt cụt chi.

#### 2.1.2. Nguyên tắc đặt garô

- Ấn động mạch phía trên gần vị trí bị thương nhất để cầm máu tạm thời.
- Không đặt garô trực tiếp lên da thịt nạn nhân, phải có vòng lót đệm dưới dây garô.
- Đặt garô cách mép vết thương 2 - 5 cm về phía trên (2 cm đối với vết thương nhỏ, 5cm đối với vết thương lớn).
- Xử lý vết thương phần mềm tránh nhiễm trùng vết thương.
- Tổng thời gian đặt garô không quá 6h, sau 30 phút – 1 giờ nới garô một lần để phần chi lành bên dưới vết thương được nuôi dưỡng.
- Sau khi garô xong phải ghi phiếu garô cho nạn nhân, phiếu garô phải được ghi rõ ràng đầy đủ các nội dung theo quy định và cài ngay trước ngực nạn nhân (sử dụng bút màu đỏ).
- Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất có khả năng điều trị. Nạn nhân đặt garô phải được ưu tiên số 1 trong khi vận chuyển.

*Lưu ý trong khi di chuyển:*

- Đặt nạn nhân nằm đầu thấp.
- Ủ ấm cho nạn nhân.

- Theo dõi tình trạng nạn nhân, phòng và xử trí sốc (nếu xảy ra).
- Không nên mở vết thương, kể cả khi nói garo.
- Phân chi phía dưới nơi đặt garo để hở để tiện theo dõi tuần hoàn.
- Phải bàn giao đầy đủ khi đến nơi điều trị.

<b>PHIẾU GARO</b>	
<b>(Ưu tiên cấp cứu số 1)</b>	
- Họ và tên nạn nhân:.....	tuổi.....
- Địa chỉ:.....	
- Nơi xảy ra tai nạn:.....	
- Vị trí bị thương:.....	
- Ngày..... giờ..... đặt garo.....	
- Họ tên....., chức vụ người đặt garo.....	
- Ngày giờ chuyển:.....	
- Nói garo lần 1:.....	
- Nói garo lần 2: .....	
- Nói garo lần 3: .....	
- Nói garo lần 4: .....	
- Nói garo lần 5: .....	
Họ tên người nói garo.....Chức vụ.....	

### 3. Quy trình kỹ thuật

#### 3.1. Nhận định

- Toàn trạng nạn nhân: Tỉnh? Ngất? Màu sắc da: xanh tái?
- Vị trí chảy máu.
- Tình trạng nạn nhân:
- Có một vết hay nhiều vết thương.
- Kích thước vết thương.
- Nạn nhân đã được sơ cứu gì chưa.
- Nhận định các yếu tố nguy cơ: Sốc do mất máu. Nguy cơ hoại tử chi do garo quá thời gian qui định.

#### 3.2. Dụng cụ



- Dụng cụ vô khuẩn: kìm Kocher, kéo, 2 kẹp phẫu tích không máu, bông/gạc cầu, gạc miếng, găng tay.

- Khăn tam giác

- Băng cuộn.

- Garo: + Chính quy: băng cao su (Esmarch).






+ Tùy ứng: que garo, 2 dây buộc, gạc chèn.

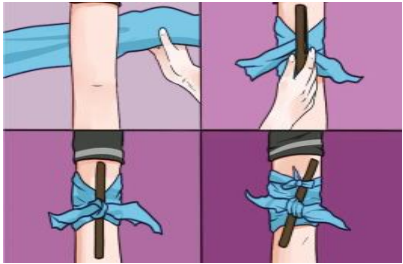
- Phiếu garo, bút đỏ, kim băng.

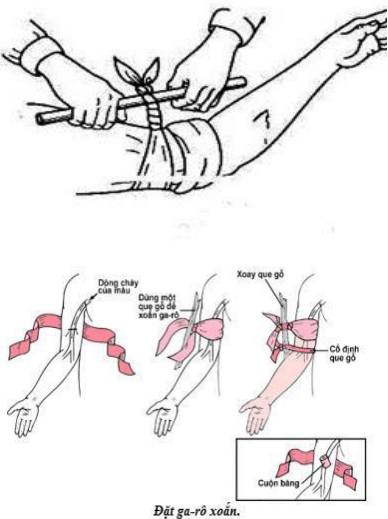
### 3.3. Quy trình kỹ thuật

<b>Thực hiện</b>		
<b>STT</b>	<b>Hành động</b>	<b>Ý nghĩa</b>
1	Kiểm tra và sắp xếp lại dụng cụ hợp lý.	Thuận lợi khi tiến hành thủ thuật.
2	Chấn an/ động viên, giải thích và đặt nạn nhân ở tư thế thích hợp.	Nạn nhân yên tâm tin tưởng và hợp tác tốt.
3	Mang găng sạch.	Tránh nguy cơ lây nhiễm
4	Bộc lộ vết thương.	Đánh giá vị trí, mức độ máu chảy.
5	Kiểm tra dị vật bên trong vết thương (nếu có đủ điều kiện)	Đánh giá vết thương
<b>Garô cầm máu</b>		
6	Hướng dẫn người phụ: chặn động mạch để cầm máu ngay trên đường đi của động mạch dẫn đến vết thương.	Hạn chế chảy máu.
<b>* Garô chính quy</b>		



7	Quấn vòng gạc lót quanh nơi định đặt garo.					
8	Đặt garo (đè lên vòng gạc lót) cách vết thương 2-3 cm. Vòng 1: Vừa phải. Vòng 2: Chặt hơn. Vòng 3: Chặt nhất quyết định sự cầm máu Vòng 4: Nới rộng để nhét cuộn garo còn lại vào.	- Hạn chế mức độ tổn thương phần mô bên dưới garo. 				
9	Xử lý vết thương: rửa vết thương bằng nước muối và betadin. Đặt gạc vô khuẩn lên vết thương và băng vết thương bằng băng cuộn.	Phòng chống nhiễm khuẩn vết thương.				
10	-Viết phiếu garo (phiếu ghi bằng mực màu đỏ) - Cài phiếu garo vào trước ngực nạn nhân.	Gây sự chú ý đến người cấp cứu. <table border="1" data-bbox="884 1144 1267 1368"> <thead> <tr> <th data-bbox="884 1144 1123 1182">Nội dung phiếu chuyển thương có garo:</th> <th data-bbox="1123 1144 1267 1182">Ký hiệu đỏ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="884 1182 1123 1368">           Họ và tên (người bị thương).....            Địa chỉ:.....            Nghề nghiệp:.....            Đăt ga rõ bởi ... giờ ... ngày.....            Người đăt ga-rô.....            Nơi ga rô: → Lần 1: ... giờ.....                              → Lần 2: ... giờ.....         </td> <td data-bbox="1123 1182 1267 1368">  </td> </tr> </tbody> </table>	Nội dung phiếu chuyển thương có garo:	Ký hiệu đỏ	Họ và tên (người bị thương)..... Địa chỉ:..... Nghề nghiệp:..... Đăt ga rõ bởi ... giờ ... ngày..... Người đăt ga-rô..... Nơi ga rô: → Lần 1: ... giờ..... → Lần 2: ... giờ.....	
Nội dung phiếu chuyển thương có garo:	Ký hiệu đỏ					
Họ và tên (người bị thương)..... Địa chỉ:..... Nghề nghiệp:..... Đăt ga rõ bởi ... giờ ... ngày..... Người đăt ga-rô..... Nơi ga rô: → Lần 1: ... giờ..... → Lần 2: ... giờ.....						
11	Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất để điều trị tiếp vì đây là cấp cứu số 1. -Theo dõi sát tình trạng sức khỏe của nạn nhân. - Ủ ấm cho nạn nhân.	- Đảm bảo an toàn cho nạn nhân trong khi di chuyển. - Nạn nhân được điều trị sớm. - Phòng và xử trí sốc kịp thời.				
12	Nới garo: - Luồn 2 ngón tay vào vòng cuối cùng nâng lên, rút cuộn lại rồi nới hết vòng thứ 3 từ từ.	- Thời gian càng lâu, biến chứng do garo dễ xuất hiện. - Máu đến nuôi các mô dưới phần garo. - Các mô nhận đủ oxy.				

	- Quan sát vùng dưới vết thương thấy hồng, ẩm lại thì cuộn lại đến vòng thứ 3 chặt nhất, vòng thứ 4 nới lỏng để nhét cuộn garo còn lại vào.	
<b>Garô tùy ứng:</b>		
7	Quấn mảnh gạc hoặc mảnh vải vòng quanh nơi định đặt garo	Hạn chế tổn thương da.
8	Đặt con chèn lên vị trí garo, buộc lỏng đủ đứt lọng ngón tay.	Độ rộng đủ đứt que garô.
9	Luồn một que vừa nâng vừa xoắn khăn đến khi máu ngừng chảy.	
10	Cố định que tránh va chạm vào vết thương.	Hạn chế tổn thương.
11	Xử lý vết thương: rửa vết thương bằng nước muối và betadin. Đặt gạc vô khuẩn lên vết thương và băng vết thương bằng băng cuộn.	Phòng chống nhiễm khuẩn vết thương.
12	Viết phiếu garo (phiếu ghi bảng mục màu đỏ).	Gây sự chú ý đến người cấp cứu.
13	Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất để điều trị tiếp vì đây là cấp cứu số 1. - Theo dõi sát tình trạng sức khỏe của nạn nhân. - Ủ ấm cho nạn nhân.	- Đảm bảo an toàn cho nạn nhân trong khi di chuyển. - Nạn nhân được điều trị sớm. - Phòng và xử trí sốc kịp thời.
14	Nới garo: - Mở dây buộc giữ que, xoay que ngược lại cho lỏng.	- Máu đến nuôi các mô dưới phần garo. - Các mô nhận đủ oxy.

<p>- Quan sát vùng dưới vết thương thấy hồng, ẩm lại thì xoay que xoắn dây lại như cũ, cố định que.</p>	
---	--

### Bảng kiểm thực hành kỹ thuật garo cầm máu

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra và sắp xếp lại dụng cụ hợp lý.			
2	Chẩn an/ động viên, giải thích và đặt nạn nhân ở tư thế thích hợp.			
3	Mang găng sạch.			
4	Bộc lộ vết thương.			
5	Kiểm tra dị vật bên trong vết thương (nếu có đủ điều kiện)			
6	Hướng dẫn người phụ: chặn động mạch để cầm máu ngay trên đường đi của động mạch dẫn đến vết thương.			
<b>Garô chính quy</b>				
7	Quấn vòng gạc lót quanh nơi định đặt garô.			
8	Đặt garô (đè lên vòng gạc lót) cách vết thương 2-3 cm.			

9	Xử lý vết thương: rửa vết thương bằng nước muối và betadin. Đặt gạc vô khuẩn lên vết thương và băng vết thương bằng băng cuộn.			
10	-Viết phiếu garo (phiếu ghi bằng mực màu đỏ) - Cài phiếu garo vào trước ngực nạn nhân.			
11	Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất để điều trị tiếp vì đây là cấp cứu số 1. -Theo dõi sát tình trạng sức khỏe của nạn nhân. - Ủ ấm cho nạn nhân			
12	Nói garo			
<b><i>Garò tùy ứng</i></b>				
7	Quấn mảnh gạc hoặc mảnh vải vòng quanh nơi định đặt garo			
8	Đặt con chèn lên vị trí garo, buộc lỏng đủ đút lọt ngón tay.			
9	Luồn một que vừa nâng vừa xoắn khăn đến khi máu ngừng chảy			
10	Cố định que tránh va chạm vào vết thương			
11	Xử lý vết thương: rửa vết thương bằng nước muối và betadin. Đặt gạc vô khuẩn lên vết thương và băng vết thương bằng băng cuộn			
12	Viết phiếu garo (phiếu ghi bằng mực màu đỏ).			
13	Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất để điều trị tiếp vì đây là cấp cứu số 1. - Theo dõi sát tình trạng sức khỏe của nạn nhân. - Ủ ấm cho nạn nhân.			
14	Nói garo			

## BÀI 12: KỸ THUẬT BĂNG BÓ VẾT THƯƠNG

### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật băng bó vết thương
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật băng bó vết thương cho người bệnh 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 chung

Băng bó thường dùng trong sơ cấp cứu chấn thương nhằm mục đích: Cầm máu, bảo vệ, che chở vết thương, tránh cọ xát va chạm, chống nhiễm khuẩn thứ phát, thấm hút dịch, máu, phối hợp với nẹp để cố định xương gãy tạm thời (nếu có biểu hiện gãy xương). Chính vì vậy, băng bó vết thương là biện pháp quan trọng cứu tính mạng nạn nhân và hạn chế biến chứng về sau.

Biết cách băng bó vết thương đúng kỹ thuật là kỹ năng rất cần thiết đối với các cán bộ y tế cũng như mỗi người. Khi gặp người bị nạn đặc biệt là có vết thương chảy máu ra ngoài, cần phải bình tĩnh, có biện pháp xử trí nhanh chóng và thích hợp.

#### 2. Những kiến thức liên quan

##### 2.1. Mục đích

- Cầm máu: Băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu.
- Bảo vệ, che chở vết thương tránh va chạm.
- Chống nhiễm khuẩn thứ phát, thấm hút dịch, máu mủ.
- Phối hợp với nẹp để cố định xương gãy tạm thời.

##### 2.2. Nguyên tắc

- Sát khuẩn vết thương trước khi băng bó.
- Vô khuẩn triệt để vật liệu, tay cấp cứu viên, dụng cụ.
- Băng phải che kín vết thương, thấm hút dịch trong 24h, ngăn ngừa nhiễm khuẩn.
- Khi tiến hành, tay điều dưỡng cầm cuộn băng ngửa, lăn sát cơ thể từ trái sang phải không để rơi băng.
- Băng từ dưới lên trên để hở các đầu chi cho tiện theo dõi.
- Băng vừa chặt, vòng sau đè lên 1/2 - 2/3 vòng trước.
- Băng nhẹ nhàng, nhanh chóng, không làm đau đớn tổn thương thêm các tổ chức.

### **2.3. Các loại băng**

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

- Băng cuộn được làm bằng vải, vải thô, len hay vải thun. Có nhiều loại và nhiều cỡ, tùy theo vị trí tổn thương của cơ thể mà dùng các loại băng thích hợp.

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

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

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

- Một cuộn băng gồm có 3 phần:

+ Đuôi băng: là phần chưa cuộn lại

+ Đầu băng: là phần lõi.

+ Thân băng: phần đã cuộn chặt.

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

+ Băng ngón tay: 2,5cm × 2m.

+ Băng cẳng tay, bàn tay: 5cm × 3m.

+ Băng cánh tay: 5-6cm × 6m.

+ Băng ở chân: 7-8cm × 7m.

+ Băng ở thân người: 10-15cm × 10m.

- Băng dính: Dùng trong các trường hợp dán cố định, các vết thương nhỏ, thuận tiện nhưng không có tác dụng ép chặt.

- Băng tam giác: Loại băng này đơn giản và nhanh chóng hơn băng cuộn, rất thích hợp cho các trường hợp cấp cứu. Thường dùng để nâng đỡ che chở chi trên hay giữ yên vật liệu băng bó ở đầu, ở tay và ở chân. Khi kết thúc băng tam giác phải bật nút an toàn.

### **2.4 Các kiểu băng cơ bản.**

- Băng vòng khóa.

Áp dụng cho khởi đầu và kết thúc của các kiểu băng.

- Băng xoáy ốc.

Áp dụng: những vùng cơ thể tương đối đều nhau: cánh tay, ngón tay, bụng, đùi.

- Băng chữ nhân.

Áp dụng: băng những chỗ thon không đều như cẳng tay, cẳng chân.

- Băng số 8.

Áp dụng: băng vai, ngực, khuỷu tay, đầu gối, gót chân, mông, bẹn, bàn tay có tách ngón.

- Băng gấp lại (hồi quy)

Áp dụng: băng ở đầu, bàn tay không tách ngón, chi cắt cụt.

- Băng rấn quần

Áp dụng: băng ở ngón tay, cẳng tay

### 3. Quy trình kỹ thuật

#### 3.1. Nhận định

- Tình trạng người bệnh: Tổng trạng, tri giác, dấu hiệu sinh tồn.

- Tình trạng vết thương: vị trí, kích thước mức độ tổn thương, xuất huyết, gãy xương...

#### 3.2. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ sơ cứu vết thương vô khuẩn.


- Gạc, băng cuộn (kích thước, chất liệu...tùy theo vị trí vết thương), ghim cài, kéo, băng keo.


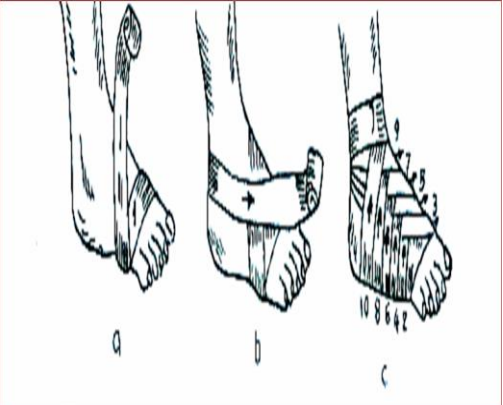
#### 3.3. Quy trình kỹ thuật

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Chuẩn bị người điều dưỡng: - Thực hiện rửa tay thường quy - Mang khẩu trang.	Đảm bảo vô khuẩn
2	Chuẩn bị người bệnh. - Thông báo cho người bệnh. - Nhận định tình trạng người bệnh. - Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp.	Người bệnh hợp tác. Thuận lợi khi thực hiện.
3	Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ: - Bộ dụng cụ sơ cứu vết thương vô khuẩn. - Băng cuộn (kích thước, chất liệu...tùy theo vị trí vết thương). - Băng tam giác (nếu cần). - Ghim cài, kéo, băng dính.	Đủ dụng cụ thực hiện kỹ thuật.
4	Sơ cứu vết thương: Giống kỹ năng thay băng vết thương.	

5	Tiến hành băng bó.	
	<p><b>5.1. Băng ở đầu 2 cuộn</b> (kiểu băng hời qui), khổ băng 5cm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Băng 1 vòng tròn từ trán ra sau gáy.</li> <li>- Về sau gáy một cuộn băng lật băng từ sau ra trước, rồi từ trước ra sau. Các đường băng theo thứ tự đường thứ nhất ở giữa, các đường sau tỏa dần về 2 bên theo kiểu rẽ quạt. Một cuộn băng vòng khóa quanh trán.</li> <li>- Băng cố định ở điểm xuất phát (2 vòng quanh trán), rồi cài ghim hoặc dán băng dính.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định băng (vòng khóa)</li> <li>- Phủ kín vết thương.</li> <li>- Giữ băng ở điểm xuất phát.</li> <li>- Để giữ băng không bị tuột.</li> </ul>
	<p><b>5.2. Băng vai</b> (kiểu băng số 8), khổ băng 7-10cm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Băng 2 vòng cánh tay (sát nách) bên vai bị thương.</li> <li>- Lăn băng lên vai qua lồng ngực rồi luồn dưới nách bên đối diện, rồi tiếp tục lăn băng vòng qua lưng bên vai bị thương và trở lại nơi bắt đầu.</li> <li>- Tiếp tục băng kiểu số 8 như trên đến khi kín hết gạc phủ vết thương.</li> <li>- Băng cố định ở cánh tay 2 vòng theo kiểu băng vòng, rồi cố định băng ghim hoặc buộc ở cánh tay.</li> <li>- Kiểm tra tuần hoàn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định băng (vòng khóa).</li> <li>- Để băng không bị kéo lệch khi băng.</li> <li>- Phủ kín vết thương và bán bất động vai</li> <li>- Để giữ các vòng băng không bị tuột.</li> <li>- Đánh giá hiệu quả của băng.</li> </ul>
	<p><b>5.3. Băng móm khuỷu</b> (kiểu băng số 8), khổ băng 5cm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hướng dẫn người bệnh tay lành đỡ tay đau, khuỷu tay vuông góc 90<sup>0</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giữ được tư thế cơ năng của tay</li> <li>- Cố định băng (vòng khóa)</li> <li>- Để băng không bị kéo lệch khi băng.</li> <li>- Phủ kín vết thương.</li> <li>- Để giữ các vòng băng không bị tuột.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>- Băng 2 vòng ở khuỷu tay.</li> <li>- Lăn băng xuống phía dưới cẳng tay, đề lên vòng khóa, sau đó lăn băng lên phía trên cánh tay (theo kiểu số 8)</li> <li>- Tiếp tục như thế băng tỏa ra 2 bên khuỷu đến khi kín gạc phủ vết thương.</li> <li>- Băng 2 vòng cố định ở cánh tay rồi cài ghim hoặc buộc.</li> <li>- Kiểm tra tuần hoàn chi.</li> <li>- Nâng đỡ tay bằng khăn tam giác.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đánh giá hiệu quả của băng.</li> <li>- Để người bệnh không bị mỏi.</li> </ul> 
<p><b>5.4. Băng cẳng tay</b> (kiểu băng chữ nhân), khổ băng 5cm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Băng 2 vòng ở cổ tay dưới vết thương bằng kiểu băng vòng.</li> <li>- Lăn băng chéo lên trên, dùng 1 ngón tay giữ ở chỗ định gấp, tay cầm băng lật băng xuống và gấp lại, rồi vòng ra phía sau, chéo lên trên tiếp tục ra trước (kiểu băng chữ nhân gấp lại). Cứ như thế băng đến khi kín vết thương.</li> <li>- Băng cố định ở phía trên cẳng tay 2 vòng theo kiểu băng vòng rồi cài ghim hoặc buộc.</li> <li>-Kiểm tra tuần hoàn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định băng (vòng khóa)</li> <li>- Để băng không bị kéo lệch khi băng.</li> <li>- Phủ kín vết thương.</li> <li>- Để giữ các vòng băng không bị tuột.</li> <li>- Đánh giá hiệu quả của băng.</li> </ul>

<p><b>5.5. Băng mu bàn tay/mu bàn chân</b> (kiểu băng số 8), khổ băng 5-7cm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Băng 2 vòng ngang gốc ngón bàn tay /bàn chân.</li> <li>- Lăn băng hướng qua mu bàn tay/ bàn chân vòng về cổ tay /cổ chân.</li> <li>- Tiếp tục băng số 8 đến khi kín gạc che vết thương.</li> <li>- Băng 2 vòng cố định trên cổ tay / cổ chân.</li> <li>- Kiểm tra tuần hoàn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định băng (vòng khóa).</li> <li>- Để băng không bị kéo lệch khi băng.</li> <li>- Phủ kín vết thương.</li> <li>- Để giữ các vòng băng không bị tuột.</li> <li>- Đánh giá hiệu quả của băng.</li> </ul> 
<p><b>5.6. Băng gót chân</b> (kiểu băng số 8), khổ băng 7-10cm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Băng 2 vòng tròn quanh gót.</li> <li>- Băng vòng tiếp theo lệch về phía trước vòng ra sau gót, lăn băng tiếp qua bên kia từ sau gót về phía trước.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định băng (vòng khóa)</li> <li>- Để băng không bị kéo lệch khi băng.</li> </ul> 

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lăn băng ngang từ sau gót ra trước hướng xuống lòng bàn chân, tiếp theo lên lưng chân, qua cổ chân, đi tiếp đường ngang của mắt cá chân còn lại.</li> <li>- Tiếp theo băng số 8 từ giữa lưng bàn chân.</li> <li>- Băng 2 vòng cố định cổ chân.</li> <li>- Kiểm tra tuần hoàn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Phủ kín vết thương.</li> <li>- Để giữ các vòng băng không bị tuột.</li> <li>- Đánh giá hiệu quả của băng.</li> </ul>
	<p><b>5.7. Băng mỏm cụt</b> (kiểu băng hồi quy + số 8), khổ băng 5-7cm:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đặt đầu băng cách mỏm cụt 15cm, tay trái giữ đầu băng. Lăn cuộn lên trên mỏm cụt qua bên đối diện rồi lăn ngược lại lần lượt sang hai bên. Cứ như thế băng tỏa dần sang 2 bên cho đến khi kín mỏm cụt (hồi quy)</li> <li>- Băng 2 vòng qua đầu băng. Tiếp tục lăn cuộn băng vòng quanh đầu mỏm cụt rồi trở lại vị trí khóa lần 1 vòng. Cứ như thế băng theo kiểu số 8 đến khi kín lớp băng hồi quy.</li> <li>- Băng cố định ở điểm xuất phát 2 vòng theo kiểu băng vòng rồi cài ghim hoặc buộc.</li> <li>- Kiểm tra tuần hoàn.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định băng (vòng khóa).</li> <li>- Phủ kín vết thương.</li> <li>- Giữ băng ở điểm xuất phát.</li> <li>- Để giữ các vòng băng không bị tuột.</li> <li>- Đánh giá hiệu quả của băng.</li> </ul>
6	<p>Thu dọn dụng cụ</p> <p>Phân loại rác và trả vật dụng đúng quy định.</p>	
7	<p>Ghi hồ sơ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tình trạng vết thương.</li> <li>+ Phương pháp xử trí.</li> <li>+ Ngày, giờ xử trí.</li> <li>+ Tên người xử trí.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để bàn giao và đảm bảo theo dõi liên tục.</li> </ul>

**Bảng kiểm thực hành kỹ thuật băng bó vết thương**

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị người điều dưỡng.			
2	Chuẩn bị người bệnh			
3	Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ			
4	Sơ cứu vết thương			
5	Tiến hành băng bó.			
6	Thu dọn dụng cụ			
7	Ghi hồ sơ			

## BÀI 13: KỸ THUẬT SƠ CỨU GÃY XƯƠNG

### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật sơ cứu gãy xương
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật sơ cứu gãy xương 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

Ở Việt Nam, tai nạn thương tích đang dần trở thành một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại các bệnh viện. Bình quân mỗi ngày có khoảng 30 người chết và 70 người bị thương gây tàn tật suốt đời, trong đó nguyên nhân do tai nạn giao thông đứng hàng đầu, sau tai nạn giao thông là các tai nạn cộng đồng đặc biệt ngộ độc, chết đuối, điện giật (Nguyễn Viết Tiến, 2011)... Hiện đang là vấn đề hết sức cấp bách.

Những tình trạng cấp cứu này có thể diễn ra ở bất cứ nơi đâu và bất cứ thời điểm nào. Khi tình trạng cấp cứu xảy ra nếu được sự hỗ trợ, can thiệp đúng, nhanh chóng kịp thời của những người được đào tạo thuần thực về cấp cứu ban đầu có thể hạn chế được tử vong, hạn chế biến chứng làm nặng lên các tổn thương, giảm đau và cải thiện quá trình hồi phục

#### 2. Nguyên nhân gây gãy xương

- Gãy xương trực tiếp: là xương bị gãy ở ngay lực chấn thương tác động vào gãy gãy ngang, gãy có mảnh rời..

+ Bánh xe ô tô, xe máy... đè trực tiếp lên chi hoặc các xương khác.

+ Mảnh bom, mảnh đạn phá hủy xương trực tiếp.

+ Cây đổ, gậy đập, đòn gánh đánh trực tiếp vào xương.

- Gãy xương gián tiếp: ở gãy là nơi bị lực tác động gián tiếp (gãy ở xa nơi tác động của lực chấn thương) như:

+ Ngã ngội gây lún cột sống...

+ Ngã chống tay nhưng gãy trên lồi cầu, xương quay cánh tay.

- Gãy xương do bệnh lý: u nang, viêm, loãng xương hoặc ung thư di căn xương.

#### 3. Phân loại gãy xương

- Có 2 loại gãy xương:

+ Gãy xương kín: là loại gãy xương mà ổ gãy không thông với môi trường bên ngoài.

+ Gãy xương hở: là loại gãy xương khi ổ gãy thông với môi trường bên ngoài. Gãy xương hở là một tổn thương nghiêm trọng vì không những nó gây nên chảy máu ngoài trầm trọng mà vi khuẩn dễ dàng xâm nhập vào ổ gãy gây nên những biến chứng nhiễm khuẩn rất nặng nề khó điều trị.

+ Gãy xương biến chứng: cả gãy xương hở và gãy xương kín đều được coi là gãy xương biến chứng khi có một tổn thương kèm theo; ví dụ khi đầu xương gãy làm tổn thương dây thần kinh và mạch máu hay một tổ chức, cơ quan nào đó hoặc khi gãy xương kết hợp với trật khớp.

+ Gãy lành tươi ở trẻ em: gãy dưới màng xương, do xương có sụn, chứa ít calci, màng xương dày.

+ Một số gãy đặc biệt, nặng như: vỡ xương đá bên trong sọ (vỡ nền sọ), gãy cột sống, vỡ xương chậu.

#### **4. Mục đích của sơ cứu gãy xương**

- Làm giảm đau cho nạn nhân khi vận chuyển.
- Tránh các tổn thương thứ phát:
  - + Tránh nguy cơ gãy kín thành hở, nhiễm trùng.
  - + Tránh di lệch của thứ phát gây tổn thương thêm đối với: cơ, mạch máu, thần kinh.
- Phòng và chống sốc cho nạn nhân.

#### **5. Các triệu chứng gãy xương**

- Triệu chứng không đặc hiệu: Đau. Sưng nề bầm tím. Giảm hoặc mất vận động.
- Triệu chứng đặc hiệu.
  - + Biến dạng trục chi: trục của chi gãy bị lệch, vẹo so với bình thường, chi bên gãy ngắn hơn so với chi lành, chi bên gãy có biểu hiện bị gấp góc.
  - + Có tiếng lạo xạo tạo xương gãy
  - + Cử động bất thường.

Hai triệu chứng này không cố tình thực hiện mà chỉ vô tình nhìn thấy hoặc trong lúc sơ cứu.

- Ngoài ra có thể có sốc (thường xảy ra khi gãy các xương lớn như xương đùi, vỡ xương chậu...).

#### **6. Nguyên tắc khi sơ cứu gãy xương**

- Không đặt nạn nhân trực tiếp lên da thịt nạn nhân mà phải có bông gạc đệm lót ở đầu nạn nhân, chỗ sát xương.
- Bất động theo tư thế cơ năng: cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn chân vuông góc với cẳng chân, cẳng chân với đùi thẳng  $180^{\circ}$ .

- Bất động chắc chắn trên, dưới ổ gãy, khớp trên, khớp dưới ổ gãy, với xương đùi bất động ba khớp: khớp háng, khớp gối, khớp cổ chân.

- Gãy kín: phải kéo liên tục theo trục của chi bằng một lực không đổi trong suốt thời gian bất động.

- Gãy hở: không được kéo, không nắn, không ấn đầu xương vào trong mà để nguyên tư thế gãy bất động

- Sau khi cố định, nhất là chi dưới phải buộc chi gãy với chi lành thành một khối thống nhất.

- Nhanh chóng nhẹ nhàng trong suốt thời gian bất động và vận chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế.

## **7. Quy trình kỹ thuật**

### **7.1. Nhận định**

- Toàn trạng nạn nhân: Da nạn nhân xanh, lạnh, vã mồ hôi?

- Trạng thái tinh thần: Nạn nhân có hoảng hốt, vật vã kích thích hoặc ý thức lú lẫn?

- Dấu hiệu sinh tồn: Nhịp thở có nhanh, nông?

- Biến dạng chi: Cử động của nạn nhân có bất thường?

- Gãy xương kín hay gãy xương hở? Chi gãy được bất động chưa? Mức độ đau, sưng nề, bầm tím?

- Vận động, cảm giác của chi.

- Vết thương rộng hay nhỏ? Có dập nát hay không?

- Màu sắc, nhiệt độ đầu ngón tay/chân

- Nhận định các yếu tố nguy cơ: Người bệnh bị sốc do đau, mất máu. Tổn thương mạch máu, thần kinh. Nạn nhân lo lắng, nhiễm trùng vết thương.

### **7.2. Dụng cụ**

- Dụng cụ vô khuẩn chăm sóc vết thương.

- Khăn tam giác (chi trên).

- Nẹp gỗ: nẹp có kích thước như sau:

+ Nẹp trên: dài 35-40 cm, rộng 5-6 cm, dày 0,5-1 cm.

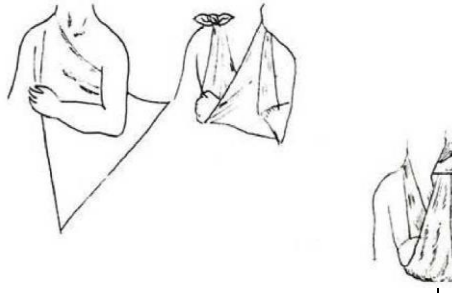
+ Chi dưới: dài 80-130 cm (tùy từng người bệnh), rộng 8-10 cm, dày 8 mm.

- Dây buộc bản rộng, đệm bông.

- Phiếu chuyển thương.

- Băng dính; băng cuộn.

### **7.3. Quy trình kỹ thuật**

<b>Thực hiện</b>		
<b>STT</b>	<b>Hành động</b>	<b>Ý nghĩa</b>
1	Kiểm tra và sắp xếp lại dụng cụ hợp lý.	Thuận lợi khi tiến hành thủ thuật.
2	Giải thích cho nạn nhân về kỹ thuật sẽ tiến hành: - Động viên và đặt nạn nhân ở tư thế thích hợp. - Bộc lộ chi tổn thương.	Nạn nhân yên tâm tin tưởng và hợp tác tốt.
<b>* Gãy xương cẳng tay</b>		
3	Hướng dẫn người phụ đỡ cánh tay sát thân mình, một tay đỡ khuỷu, tay kia nắm lấy bàn tay của nạn nhân kéo nhẹ theo trục của chi (cẳng tay vuông góc cánh tay). Lòng bàn tay úp vào thân.	Duy trì tư thế cơ năng.
4	Đặt 2 nẹp: - Nẹp trong từ nếp gấp khuỷu tay đến giữa lòng bàn tay. - Nẹp ngoài từ quá khuỷu đến đầu các ngón tay.	Hạn chế sự di động các khớp.
5	Đặt đệm lót (bông không thấm nước) ở đầu nẹp chỗ sát xương.	Tránh gây đau cho nạn nhân tại vị trí đầu nẹp và chỗ sát xương.
6	Buộc một dây trên ổ gãy, một dây dưới ổ gãy, ở bàn tay (các nút buộc trên nẹp). Động viên nạn nhân.	- Cố định trên và dưới ổ gãy. - Cố định khớp cổ tay.
7	Đỡ cẳng tay bằng khăn tam giác treo trước ngực (bàn tay cao hơn khuỷu tay)	



8	Kiểm tra tuần hoàn chi gãy: Nhiệt độ bàn tay, màu sắc ngón tay. - Theo dõi sát tình trạng toàn thân của nạn nhân.	Kiểm tra sự cố định có làm cản trở tuần hoàn chi gãy không? Và phát hiện kịp thời những dấu hiệu bất thường trên nạn nhân.
9	Viết phiếu chuyển thương và cài vào trước ngực	Phiếu chuyển thương là ưu tiên cấp cứu số 2
10	Nhanh chóng, nhẹ nhàng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế (giữ nạn nhân ở tư thế đúng trong suốt quá trình vận chuyển)	- Đảm bảo an toàn cho nạn nhân trong khi di chuyển, không gây tổn thương thêm. - Được điều trị tại bệnh viện.

**\* Gãy xương cánh tay**



3	Hướng dẫn người phụ đỡ cánh tay sát thân mình, căng tay vuông góc với cánh tay.	Duy trì tư thế cơ năng.
4	Đặt 2 nẹp: - 1 Nẹp từ hố nách đến quá khuỷu tay. - 1 Nẹp từ quá bả vai đến quá khớp khuỷu. Hoặc dùng nẹp Cramer làm thành góc 90 <sup>0</sup> đỡ cả cánh tay và căng tay.	Hạn chế sự di động của các khớp.
5	Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp, đầu xương.	Tránh gây đau cho nạn nhân tại vị trí đầu nẹp và chỗ sát xương.
6	Buộc một dây trên ổ gãy, một dây dưới ổ gãy.	Cố định trên và dưới ổ gãy.

7	Treo cẳng tay vuông góc với cánh tay bằng khăn tam giác, bàn tay cao hơn khuỷu tay và áp vào thân mình.	-Cố định khớp khuỷu tay, hạn chế phù nề. - Duy trì tư thế cơ năng.
8	Dùng băng tam giác/ băng rộng bản buộc/băng ép cánh tay và sát thân. Thắt nút phía trước nách bên lành.	- Cố định khớp vai. - Tránh di lệch ổ gãy khi di chuyển.
9	Kiểm tra tuần hoàn chi gãy: Nhiệt độ bàn tay, màu sắc ngón tay. - Theo dõi sát tình trạng toàn thân của nạn nhân.	Kiểm tra sự cố định có làm cản trở tuần hoàn chi gãy không? Và phát hiện kịp thời những dấu hiệu bất thường trên nạn nhân.
10	Viết phiếu chuyển thương và cài vào trước ngực	Phiếu chuyển thương là ưu tiên cấp cứu số 2
11	Nhanh chóng, nhẹ nhàng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế (giữ nạn nhân ở tư thế đúng trong suốt quá trình vận chuyển)	- Đảm bảo an toàn cho nạn nhân trong khi di chuyển, không gây tổn thương thêm. - Được điều trị tại bệnh viện.
<b>* Trường hợp gãy xương không thể gấp khuỷu tay được:</b>		
3	Không cố dùng sức để gấp khuỷu tay. Bảo nạn nhân dùng tay kia đỡ tay bị thương ở vị trí nếu có thể.	Hạn chế tổn thương.
4	Cho nạn nhân nằm xuống và đặt tay bị thương dọc theo thân.	Hạn chế di lệch xương gãy.
5	Đặt miếng đệm dài vào giữa tay bị thương và thân.	Tránh chèn ép.
6	Buộc tay bị thương vào cơ thể bằng 3 dải băng rộng bản ở các vị trí: + Quanh cổ tay và đùi. + Quanh cánh tay + Quanh cẳng tay và bụng.	Cố định trên, dưới ổ gãy, trên và dưới khớp gãy.
<b>* Gãy xương cẳng chân</b>		



3	<p>Hướng dẫn người phụ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Người thứ nhất: đỡ trên và dưới ổ gãy.</li> <li>- Người thứ hai đỡ gót chân, giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân, kéo nhẹ nhàng theo trục của chi, kéo liên tục bằng một lực không đổi đồng thời quan sát sắc mặt nạn nhân.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để luôn dây cố định mà không gây đau cho nạn nhân và tránh di lệch thứ phát.</li> <li>- Theo dõi phản ứng của nạn nhân, phát hiện dấu hiệu sớm của sốc.</li> </ul>
4	Đặt 2 nẹp có độ dài bằng nhau từ giữa đùi đến quá gót, một nẹp trong, một nẹp ngoài.	Hạn chế sự di động của các khớp.
5	Lót bông không thấm nước ở các đầu nẹp và chỗ sát xương.	Tránh gây đau cho nạn nhân tại vị trí đầu nẹp và chỗ sát xương.
6	Buộc một dây trên ổ gãy, một dây dưới ổ gãy (các nút buộc trên nẹp).	Cố định trên và dưới ổ gãy.
7	Buộc một dây trên đầu gối.	Cố định khớp gối.
8	<p>Băng số 8 bàn chân vuông góc với cẳng chân</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định 2 chi thành một khối thống nhất: 1 dây ở cổ chân, 1 dây ngang khớp gối.</li> </ul>	Cố định khớp cổ chân.
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra tuần hoàn chi gãy: nhiệt độ, màu sắc, ngón chân.</li> <li>- Theo dõi sát tình trạng toàn thân của nạn nhân.</li> </ul>	<p>Kiểm tra sự cố định có làm cản trở tuần hoàn chi gãy không?          Và phát hiện kịp thời những dấu hiệu bất thường trên nạn nhân.</p>

10	Viết phiếu chuyển thương và cài vào trước ngực	Phiếu chuyển thương là ưu tiên cấp cứu số 2
11	Nhanh chóng, nhẹ nhàng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế (giữ nạn nhân ở tư thế đúng trong suốt quá trình vận chuyển)	- Đảm bảo an toàn cho nạn nhân trong khi di chuyển, không gây tổn thương thêm. - Được điều trị tại bệnh viện.
<b>* Gãy xương đùi</b>		
3	Hướng dẫn người phụ: - Người thứ nhất đỡ trên và dưới ổ gãy. - Người thứ hai: đỡ gót chân và giữ bàn chân ở tư thế vuông góc cẳng chân, kéo thẳng và liên tục theo trục của chi bằng một lực không đổi đồng thời quan sát sắc mặt nạn nhân.	- Để lỏng dây khi cố định mà không gây đau cho nạn nhân và tránh di lệch thứ phát. - Theo dõi phản ứng của nạn nhân, phát hiện dấu hiệu sớm của sốc.
4	Đặt 3 nẹp + Nẹp dưới từ bả vai đến quá gót chân. + Nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân. + Nẹp ngoài từ hố nách đến quá gót chân. - Hoặc đặt 2 nẹp: + Nẹp trong từ bẹn đến quá gót. + Nẹp ngoài từ hố nách đến quá gót.	- Hạn chế di lệch tổn thương. - Duy trì tư thế cơ năng.
5	Lót bông không thấm nước ở các đầu nẹp và chỗ sát xương	- Tránh gây đau cho nạn nhân tại vị trí đầu nẹp và chỗ sát xương. - Tránh hoại tử da.
6	Buộc một dây trên ổ gãy, một dây dưới ổ gãy (các nút buộc trên nẹp).	Cố định trên và dưới ổ gãy
7	Buộc 3 dây lần lượt ngang hông, dưới gối, ngang ngực.	Cố định khớp gối và khớp háng
8	Băng số 8 bàn chân vuông góc với cẳng chân:	Cố định khớp cổ chân

	- Cố định 2 chi thành mộ khối thống nhất: 1 dây ở 1/3 dưới cẳng chân, 1 dây ngang khớp gối và 1 dây ở 1/3 trên đùi.	
9	Kiểm tra tuần hoàn chi gãy: nhiệt độ, màu sắc ngón chân. - Theo dõi tình trạng toàn thân của nạn nhân.	Kiểm tra sự cố định có làm cản trở tuần hoàn chi gãy không? Và phát hiện kịp thời những dấu hiệu bất thường trên nạn nhân.
10	Viết phiếu chuyển thương và cài vào trước ngực.	Phiếu chuyển thương là ưu tiên cấp cứu số 2
11	Nhanh chóng, nhẹ nhàng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế (giữ nạn nhân ở tư thế đúng trong suốt quá trình vận chuyển)	- Đảm bảo an toàn cho nạn nhân trong khi di chuyển, không gây tổn thương thêm. - Được điều trị tại bệnh viện.
12	Trường hợp không có nẹp gỗ thì tiến hành cố định 2 chân vào nhau bằng 5 cuộn băng to bản hoặc 5 dải vải to bản ở các vị trí: - 1 dải trên chỗ gãy. - 1 dải dưới chỗ gãy. - 1 dải buộc 2 đầu gối. - 1 dải buộc 2 cẳng chân. - 1 dải buộc 2 bàn chân/ băng số 8 ở hai bàn chân.	Hạn chế các biến chứng, giảm đau, phòng sóc.

### Bảng kiểm thực hành kỹ thuật sơ cứu gãy xương

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra và sắp xếp lại dụng cụ hợp lý.			
2	Giải thích cho nạn nhân về kỹ thuật sẽ tiến hành			
<b>Gãy xương cẳng tay</b>				

3	Hướng dẫn người phụ đỡ cánh tay sát thân mình, một tay đỡ khuỷu, tay kia nắm lấy bàn tay của nạn nhân kéo nhẹ theo trục của chi (cẳng tay vuông góc cánh tay). Lòng bàn tay úp vào thân.			
4	Đặt 2 nẹp: - Nẹp trong từ nếp gấp khuỷu tay đến giữa lòng bàn tay. - Nẹp ngoài từ quá khuỷu đến đầu các ngón tay.			
5	Đặt đệm lót (bông không thấm nước) ở đầu nẹp chỗ sát xương.			
6	Buộc một dây trên ổ gầy, một dây dưới ổ gầy, ở bàn tay (các nút buộc trên nẹp). Động viên nạn nhân.			
7	Đỡ cẳng tay bằng khăn tam giác treo trước ngực (bàn tay cao hơn khuỷu tay)			
8	Kiểm tra tuần hoàn chi gãy			
9	Viết phiếu chuyển thương và cài vào trước ngực			
10	Nhanh chóng, nhẹ nhàng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế (giữ nạn nhân ở tư thế đúng trong suốt quá trình vận chuyển)			
<b>* Gãy xương cánh tay</b>				
3	Hướng dẫn người phụ đỡ cánh tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay.			
4	Đặt 2 nẹp			
5	Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp, đầu xương.			
6	Buộc một dây trên ổ gầy, một dây dưới ổ gầy.			
7	Treo cẳng tay vuông góc với cánh tay bằng khăn tam giác, bàn tay cao hơn khuỷu tay và áp vào thân mình.			

8	Dùng băng tam giác/ băng rộng bản buộc/băng ép cánh tay và sát thân. Thắt nút phía trước nách bên lành.			
9	Kiểm tra tuần hoàn chi gãy			
10	Viết phiếu chuyển thương và cài vào trước ngực			
11	Nhanh chóng, nhẹ nhàng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế (giữ nạn nhân ở tư thế đúng trong suốt quá trình vận chuyển)			
<b>Trường hợp gãy xương không thể gấp khuỷu tay được:</b>				
3	Không cố dùng sức để gấp khuỷu tay. Bảo nạn nhân dùng tay kia đỡ tay bị thương ở vị trí nếu có thể.			
4	Cho nạn nhân nằm xuống và đặt tay bị thương dọc theo thân.			
5	Đặt miếng đệm dài vào giữa tay bị thương và thân.			
6	Buộc tay bị thương vào cơ thể			
<b>Gãy xương cẳng chân</b>				
3	Hướng dẫn người phụ			
4	Đặt 2 nẹp có độ dài bằng nhau từ giữa đùi đến quá gót, một nẹp trong, một nẹp ngoài			
5	Lót bông không thấm nước ở các đầu nẹp và chỗ sát xương			
6	Buộc một dây trên ổ gầy, một dây dưới ổ gầy (các nút buộc trên nẹp).			
7	Buộc một dây trên đầu gối.			
8	Băng số 8 bàn chân vuông góc với cẳng chân - Cố định 2 chi thành một khối thống nhất: 1 dây ở cổ chân, 1 dây ngang khớp gối			
9	Kiểm tra tuần hoàn chi gãy			

10	Viết phiếu chuyển thương và cài vào trước ngực			
11	Nhanh chóng, nhẹ nhàng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế (giữ nạn nhân ở tư thế đúng trong suốt quá trình vận chuyển)			
<b>Gãy xương đùi</b>				
3	Hướng dẫn người phụ			
4	Đặt 3 nẹp			
5	Lót bông không thấm nước ở các đầu nẹp và chỗ sát xương			
6	Buộc một dây trên ổ gầy, một dây dưới ổ gầy (các nuốt buộc trên nẹp).			
7	Buộc 3 dây lần lượt ngang hông, dưới gối, ngang ngực.			
8	Băng số 8 bàn chân vuông góc với cẳng chân: - Cố định 2 chi thành mộ khối thống nhất: 1 dây ở 1/3 dưới cẳng chân, 1 dây ngang khớp gối và 1 dây ở 1/3 trên đùi.			
9	Kiểm tra tuần hoàn chi gầy			
10	Viết phiếu chuyển thương và cài vào trước ngực.			
11	Nhanh chóng, nhẹ nhàng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế (giữ nạn nhân ở tư thế đúng trong suốt quá trình vận chuyển)			



## BÀI 14: KỸ THUẬT SỬ DỤNG BƠM TIÊM ĐIỆN

### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật bơm tiêm điện
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật sử dụng bơm tiêm điện đúng quy trình kỹ thuật.

### NỘI DUNG

#### 1. Giới thiệu

Bơm tiêm điện là một loại thiết bị được sử dụng để tiêm liên tục thuốc với tốc độ rất chậm trong thời gian dài, để duy trì nồng độ thuốc ổn định trong máu người bệnh.

Bơm tiêm điện được sử dụng kèm với các loại bơm tiêm thông dụng có nhiều thể tích khác nhau: 10, 20, 30 và 50 ml. Với mỗi loại bơm tiêm thì máy lại có một chế độ tiêm khác nhau cho phù hợp, như đối với loại bơm tiêm 50ml thì tốc độ tối đa cho phép là 1500 ml/giờ. Bơm tiêm điện được thiết kế có hệ thống an toàn để duy trì nguồn điện cung cấp cho máy hoạt động trong trường hợp đang tiêm cho người bệnh bị mất điện đột xuất.



#### 2. Mục đích

- Duy trì nồng độ thuốc ổn định trong cơ thể người bệnh
- Truyền dịch hay dùng thuốc với liều thấp, đòi hỏi độ an toàn cao và ổn định.

### 3. Nguyên tắc sử dụng

- Pha thuốc cần phải tính toán theo đúng liều lượng chỉ định.
- Cần có nhãn dán trực tiếp lên bơm tiêm ghi rõ: tên thuốc, liều dùng, tốc độ, giờ bắt đầu, giờ kết thúc.
- Phải điều chỉnh các thông số và chạy thử ổn định sau đó mới lắp vào người bệnh.
- Trong quá trình bơm tiêm hoạt động cần kiểm tra thường xuyên sự hoạt động liên tục của bơm tiêm, tránh tình trạng gặp hay tắc nghẽn đường truyền và khòp nối.
- Đảm bảo nguồn điện liên tục, luôn có pin ở chế độ chờ sẵn sàng sử dụng.
- Điều dưỡng cần theo dõi sát tình trạng đáp ứng thuốc và không đáp ứng hoặc đáp ứng quá mức trong quá trình dùng bơm tiêm điện để thông báo BS chỉ định điều chỉnh liều lượng, tốc độ kịp thời.

### 4. Bảo quản bơm tiêm điện

- Vệ sinh máy sau khi dùng cho NB: bằng khăn mềm thấm nước hoặc dung dịch sát khuẩn vắt khô trước khi lau.
- Để máy trong phòng thoáng mát, khô ráo
- Không để bất kỳ đồ vật gì lên trên máy
- Khi hỏng hoặc sử dụng có vấn đề phải báo sửa chữa ngay

### 4. Quy trình kỹ thuật

#### 4.1. Nhận định

Nhận định: đúng NB, ý thức, tình trạng NB, vị trí tiêm, tiền sử dị ứng, sự hợp tác, chỉ định của BS.

#### 4.2. Dụng cụ

Bơm tiêm cỡ phù hợp, kim tiêm, dây tiêm, dịch pha, dung dịch sát khuẩn, găng... bơm tiêm điện.

#### 4.3. Quy trình kỹ thuật

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh: <ul style="list-style-type: none"><li>- Nhận định: đúng NB, ý thức, tình trạng NB, vị trí tiêm, tiền sử dị ứng, sự hợp tác, chỉ định của BS</li><li>- Thông báo cho người bệnh về thủ thuật sắp làm</li></ul>	

2	Chuẩn bị điều dưỡng: Trang phục, vệ sinh tay, đi găng	
3	Chuẩn bị dụng cụ: Bơm tiêm cỡ phù hợp, kim tiêm, dây tiêm, dịch pha, dung dịch sát khuẩn, găng... bơm tiêm điện. - Lấy thuốc vào bơm tiêm: thực hiện 5 đúng, pha thuốc theo chỉ định, lấy đủ thuốc vào bơm tiêm, lắp dây tiêm, đặt vào khay vô khuẩn.	Dụng cụ đủ, phù hợp
4	Chuẩn bị máy: Nối dây nguồn vào máy Ấn phím ON/OFF	Cấp điện, khởi động máy
5	Lắp bơm tiêm vào máy: Lấy bơm tiêm (đã có thuốc); Nâng kẹp giữ thân bơm tiêm lên Bóp và di chuyển kẹp giữ đuôi pittông Hạ kẹp giữ thân bơm tiêm xuống	Gắn bơm tiêm vào máy Gắn kẹp với đuôi pittông Để giữ chắc chắn thân bơm tiêm
6	Ấn phím SET	Vào chương trình cài đặt chế độ hoạt động của máy
7	Ấn các phím mũi tên	Để cài đặt vận tốc tiêm cho phù hợp với chỉ định của bác sĩ
8	Ấn phím “Bolus” trong khi ấn giữ phím “Total vol”	Để đuổi khí từ bơm tiêm đến đầu mũi kim tiêm
9	Nối dây tiêm vào đường truyền của NB, hoặc thực hiện luồn kim vào TM người bệnh.	Nối hệ thống tiêm với người bệnh
10	Ấn phím START/STOP	Bắt đầu đưa thuốc vào người bệnh
11	Theo dõi trong khi tiêm: cảm giác của NB, mạch, HA, Lượng dịch còn lại trong chai và lượng dịch đã chảy xuống máy, cảnh báo của máy (nếu có). - Xử trí khi có biểu hiện bất thường	An toàn cho NB trong khi tiêm

12	Kết thúc tiêm: Ấn phím START/STOP Nâng kẹp giữ thân bơm tiêm lên Ấn phím ON/OFF	Tạm dừng máy Đề nhắc bơm tiêm ra
13	Rút kim, sát khuẩn (nếu NB không có chỉ định truyền dịch tiếp theo).	
14	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác, Lau thân máy Tháo găng, VS tay	Hạn chế nhiễm khuẩn Bảo quản máy
15	Ghi hồ sơ chăm sóc: Ghi ngày, giờ thực hiện, tên thuốc, liều lượng và những diễn biến của người bệnh xảy ra trong và sau khi tiêm.	Lưu thông tin

#### **Bảng kiểm kỹ thuật sử dụng bơm tiêm điện**

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh			
2	Chuẩn bị điều dưỡng			
3	Chuẩn bị dụng cụ Lấy thuốc vào bơm tiêm			
4	Chuẩn bị máy			
5	Lắp bơm tiêm vào máy			
6	Ấn phím SET			
7	Ấn các phím mũi tên			
8	Ấn phím “Bolus” trong khi ấn giữ phím “Total vol”			

9	Nối dây tiêm vào đường truyền của NB, hoặc thực hiện luôn kim vào TM người bệnh.			
10	Ấn phím START/STOP			
11	Theo dõi trong khi tiêm: Xử trí khi có biểu hiện bất thường			
12	Kết thúc tiêm			
13	Rút kim, sát khuẩn (nếu NB không có chỉ định truyền dịch tiếp theo)			
14	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác, lau thân máy; tháo găng, VS tay			
15	Ghi hồ sơ chăm sóc			

## BÀI 15: KỸ THUẬT SỬ DỤNG MÁY TRUYỀN DỊCH

### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật sử dụng máy truyền dịch
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật sử dụng máy truyền dịch đúng quy trình kỹ thuật.

### NỘI DUNG

#### 1. Giới thiệu

Máy truyền dịch là một thiết bị được sử dụng để tiêm truyền liên tục với tốc độ được kiểm soát (rất tốt khi truyền tốc độ rất chậm) các thuốc, chất dinh dưỡng, máu và một số hóa chất nhằm điều trị, nuôi dưỡng người bệnh, đặc biệt là đối với trẻ sơ sinh, sơ sinh non tháng tại các đơn vị điều trị tích cực hay chăm sóc đặc biệt trong bệnh viện.



#### 2. Mục đích

- Đưa một lượng thuốc rất nhỏ (có thể tính ra microgram/kg/phút) vào cơ thể bệnh nhân với một độ chính xác cao.
- Duy trì một nồng độ thuốc nhất định trong cơ thể người bệnh trong một thời gian dài.

#### 3. Nguyên tắc sử dụng máy truyền dịch

- Biết hiệu chuẩn (số lượng dịch chảy xuống) của dịch truyền trong một ml
- Nhỏ giọt vi mô: 60 giọt/ml.
- Nhỏ giọt vĩ mô: 15 - 20 giọt/ml.
- Xác định thời gian dịch chảy cho một lít. Tính toán số ml/giờ (tốc độ chảy theo giờ) bằng cách chia số lượng dịch cho số giờ:

$$\text{ml/giờ} = \frac{\text{Tổng số dịch truyền (ml)}}{\text{Số giờ truyền}}$$

Chọn một trong các công thức tính tốc độ dịch chảy trong một phút (giọt/phút) dựa vào hiệu chuẩn:

$$\text{ml/giờ}/60 \text{ phút} = \text{ml/phút.}$$

$$\text{ml/giờ} \times \text{số hiệu chuẩn}/60 \text{ phút} = \text{số giọt/phút.}$$

- Xác định tốc độ dịch chảy theo giờ. Kiểm tra túi dịch truyền và ghi hồ sơ một cách thứ tự, chú ý loại dịch, tên người bệnh, thời gian kéo dài của truyền dịch và dự đoán thời gian bắt đầu và kết thúc cho mỗi lần truyền.

- Tham khảo sự hướng dẫn của nhà sản xuất cho việc sử dụng máy truyền dịch. Nếu cần phải kiểm soát áp lực, đảm bảo túi dịch truyền nằm phía trên vị trí truyền.

- Theo dõi tốc độ dịch truyền và vị trí truyền để phát hiện những biến chứng.

Sử dụng đồng hồ để kiểm tra tốc độ dịch truyền, ngay cả khi truyền bằng máy.

- Đánh giá tình trạng của hệ thống khi có chuông báo hiệu.

- Cần phải đảm bảo nguồn liên tục và nên luôn có pin ở chế độ chờ sẵn sàng sử dụng.

- Phải có chế độ bảo trì và kiểm tra thường xuyên về mặt kỹ thuật.

- Không bao giờ được phép điều chỉnh hay lắp đặt trong lúc đã kết nối với người bệnh (phải điều chỉnh các thông số và chạy thử ổn định sau đó mới lắp vào người bệnh).

- Cần được tính toán pha thuốc theo đúng liều lượng chỉ định.

- Kỹ thuật pha thuốc nên thực hiện theo phương thức là hút dung môi vào bơm tiêm trước, sau đó đuổi khí và đẩy bớt dịch dung môi ra ngoài và mới bơm hút dịch thuốc vào sau (cách này làm cho thể tích dung môi và thuốc là chính xác và lượng thuốc không bị mất đi).

- Cần có nhãn dán trực tiếp lên bơm tiêm ghi rõ: tên thuốc, liều, tốc độ, giờ bắt đầu, giờ kết thúc (nếu cần).

- Trong quá trình bơm tiêm hoạt động cần kiểm tra thường xuyên sự hoạt động liên tục của bơm tiêm.

- Kiểm tra đường truyền, các khớp nối tránh tình trạng gập hay tắc nghẽn đường truyền. Đường truyền dẫn thuốc (bơm tiêm điện) cần có tốc độ truyền ổn định và liên tục, không nên điều chỉnh tốc độ ở đường truyền này (dành riêng một đường truyền ưu tiên).

- Khi vận chuyển người bệnh cần phải kiểm soát và tính toán quãng đường (cảnh giác hết pin do đường đi quá xa).

- Khi dùng bơm tiêm điện hay bơm truyền dịch, điều dưỡng viên phải theo dõi sát tình trạng đáp ứng thuốc và không đáp ứng hoặc đáp ứng quá mức để thông báo chỉ định điều chỉnh liều lượng, tốc độ kịp thời.

#### 4. Bảo quản máy truyền dịch

- Vệ sinh máy sau khi dùng cho NB: bằng khăn mềm thấm nước hoặc dung dịch sát khuẩn vắt khô trước khi lau.

- Để máy trong phòng thoáng mát, khô ráo.

- Không để bất kỳ đồ vật gì lên trên máy.

Khi hỏng hoặc sử dụng có vấn đề phải báo sửa chữa ngay.

#### 5. Quy trình thực hành kỹ thuật sử dụng máy truyền dịch

##### 5.1. Nhận định

Nhận định sự hợp tác của bệnh nhân, vị trí truyền dịch, tình trạng NB


##### 5.2. Dụng cụ.

Chuẩn bị máy truyền dịch, dịch truyền theo y lệnh

##### 5.3. Quy trình kỹ thuật

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh: - Nhận định sự hợp tác của bệnh nhân, vị trí truyền dịch, tình trạng NB - Thực hiện 5 đúng - Thông báo cho người bệnh về thủ thuật - Hướng dẫn NB VS trước khi truyền (nếu cần)	- Phòng sai sót - NB hiểu, yên tâm hợp tác
2	Chuẩn bị điều dưỡng: Trang phục, vệ sinh tay, đi găng	
3	Chuẩn bị máy truyền dịch, dịch truyền: - Nối dây nguồn vào máy - Cắm dây nối đầu dò nhỏ giọt vào máy - Ấn phím bật/tắt (ON/OFF)	Cấp điện, khởi động máy



	- Kiểm tra dịch truyền, 5 đúng	
4	Chuẩn bị đường truyền: xé túi đựng dây truyền, điều chỉnh khóa về phía dưới (gần kim), cắm dây truyền vào chai dịch, đuổi khí.	Chuẩn bị dịch truyền, đảm bảo không có khí trong hệ thống dây truyền dịch
5	Mở cửa của thân máy, nhấn cần kẹp ống phía dưới cửa, mở kẹp ra cho đến khi nghe tiếng click	Gắn bộ dây truyền dịch vào thân máy
6	Lắp đầu dò nhỏ giọt vào vị trí 2/3 trên của bầu nhỏ giọt.	Để xác định số giọt dịch truyền/ml
7	Ấn phím mũi tên “Lên/ Xuống”	Để máy xác nhận và lựa chọn đúng bộ truyền dịch được sử dụng
8	Ấn phím “Select” phím mũi tên “Lên/ Xuống”	Cài đặt tốc độ truyền dịch
9	Ấn phím “Select” phím mũi tên lên	Cài đặt giới hạn thể tích truyền dịch
10	Nhấn PURGE để hiển thị PURGE nhả ra rồi nhấn lại	Để thực hiện bơm nhanh tổng hết bọt khí ra khỏi đường truyền dịch (nếu có).
11	Đưa kim của bộ truyền dịch vào tĩnh mạch người bệnh (thực hiện truyền dịch)/hoặc thay vào đường truyền đã có.	Để nối máy truyền với người bệnh
12	Ấn phím START	Để bắt đầu truyền dịch

13	Thường xuyên theo dõi NB trong khi truyền dịch: Lượng dịch còn lại trong chai và lượng dịch đã chảy xuống máy, báo động của máy (đường truyền không thông, có bọt khí,..); các triệu chứng bất thường hoặc NB khó chịu, rét run, khó thở,... - Xử lý những bất thường (nếu có) ...	An toàn cho NB khi truyền dịch
14	Khi sử dụng xong, ấn phím STOP ấn phím ON/OFF	Ngừng truyền dịch, tắt máy
15	Thu dọn dụng cụ, phân loại chất thải: Lau chùi máy bằng khăn mềm	KSNK Bảo quản máy sau khi dùng
16	Ghi hồ sơ chăm sóc: - Ghi ngày, giờ thực hiện, tên dịch, tốc độ, thời gian (thuốc, liều lượng, hàm lượng nếu có). - Diễn biến của người bệnh xảy ra trong và sau khi truyền.	Để đảm bảo việc chăm sóc được liên tục và tiện lợi.

### Bảng kiểm kỹ thuật sử dụng máy truyền dịch

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh			
2	Chuẩn bị điều dưỡng			
3	Chuẩn bị máy truyền dịch			
4	Chuẩn bị đường truyền, đuổi khí.			
5	Mở cửa của thân máy, nhấn cần kẹp ống ....			
6	Lắp đầu dò nhỏ giọt			

7	Ấn phím mũi tên “Lên/ Xuống”			
8	Ấn phím “Select” phím mũi tên “Lên/ Xuống”			
9	Ấn phím “Select” phím mũi tên lên			
10	Nhấn PURGE để hiển thị PURGE nhả ra rồi nhấn lại			
11	Đưa kim của bộ truyền dịch vào tĩnh mạch người bệnh (thực hiện truyền dịch) / hoặc thay vào đường truyền đã có			
12	Ấn phím START			
13	Theo dõi NB trong khi truyền dịch Xử lý những bất thường (nếu có)			
14	Ấn phím STOP Ấn phím ON/OFF			
15	Thu dọn dụng cụ, phân loại chất thải: Lau chùi máy			
16	Ghi hồ sơ chăm sóc			

## BÀI 16: KỸ THUẬT SỬ DỤNG MÁY MONITOR

### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật sử dụng máy monitor
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật sử dụng máy monitor đúng quy trình kỹ thuật.

### NỘI DUNG

#### 1. Giới thiệu

##### 1.1. Công dụng của Monitor - máy theo dõi người bệnh



Monitor là thiết bị dùng để đo và theo dõi các chỉ số sinh tồn của người bệnh, thường được sử dụng để theo dõi người bệnh trong các phòng hồi sức cấp cứu, phòng bệnh... Các loại Monitor có chức năng theo dõi và cập nhật một cách liên tục các chỉ số sống, để các thầy thuốc theo dõi và đánh giá liên tục tiến triển của người bệnh. Ngoài chức năng theo dõi và báo cáo, monitor còn có chức năng báo động khi các chỉ số có sự bất thường.

Có nhiều loại Monitor, từ các loại máy đơn giản như máy đo nồng độ bão hòa oxy trong máu SpO<sub>2</sub> cầm tay, máy đo SpO<sub>2</sub> đặt bàn, máy điện tim, monitor sản khoa và thông dụng phổ biến là các dòng monitor theo dõi bệnh nhân 5 - 7 thông số.

\* Các chỉ số theo dõi trên Monitor bao gồm:

- NIBP: Đo huyết áp không xâm lấn
- ECG: Điện tim (thường là điện tim 5 đạo trình)
- SpO<sub>2</sub>: Nồng độ bão hòa oxy trong máu (0 - 99%)
- Nhiệt độ (t): Nhiệt độ cơ thể người bệnh

- EtCO<sub>2</sub>: Áp lực (mmHg) hoặc nồng độ (%) khí cacbonic vào cuối kỳ thở ra
- Nhịp thở: Số lần thở/phút
- Nhịp tim: Số nhịp tim/phút

Các chỉ số trên được cập nhật liên tục và cài đặt tự động theo thời gian.

Ví dụ: đo huyết áp; có thể cài đặt monitor đo tự động sau khoảng thời gian cố định (5 phút/lần hoặc 10 phút/lần...).

## 1.2. Bảo quản máy Monitor

\* Bảo quản máy:

- Lau chùi máy mỗi ngày bằng khăn mềm thấm nước hoặc dung dịch nước xà bông vắt khô. Không dùng cồn.
- Để máy trong phòng thoáng mát, khô ráo.
- Tránh vận hành máy nơi dễ cháy.
- Không để bất kỳ đồ vật gì lên trên máy.
- Khi hỏng hoặc sử dụng có vấn đề phải báo sửa chữa ngay.

Lưu ý: Cắm điện thường xuyên khi không sử dụng để máy luôn sẵn sàng hoạt động khi cần.

\* Bảo quản dây cáp ECG

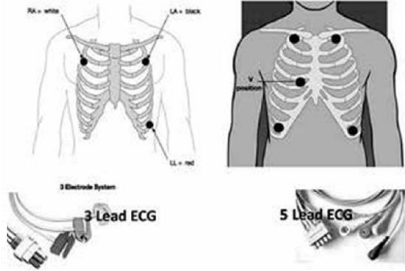
- Không được để cáp bị xoắn, rối.
- Lau sạch cáp sau khi sử dụng cho người bệnh hoặc bị bắn do dịch tiết, máu...
- Đối với dây sensor SpO<sub>2</sub>, dây đo nhiệt độ
- Lau sạch sau khi sử dụng cho người bệnh hoặc bị bắn.
- Không được để dây bị xoắn, rối
- Bảo quản hệ thống đo huyết áp
- Lau sạch sau khi sử dụng cho người bệnh hoặc khi bị bắn. Bao đo huyết áp giặt khi bẩn hoặc có mùi hôi.
- Không được để hệ thống dây bị xoắn hay rối...

## 2. Quy trình kỹ thuật sử dụng máy monitor

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa

1	<p>Nhận định và chuẩn bị người bệnh:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nhận định tri giác, sự hợp tác</li> <li>- Xác định đúng NB</li> <li>- Thông báo với NB về thủ thuật</li> <li>- Hướng dẫn NB tháo vật dụng bằng kim loại và phát sóng điện từ có trên người .</li> <li>- Vệ sinh vùng ngực và bụng người bệnh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tránh nhâm NB</li> <li>- NB biết, hợp tác</li> <li>- Tránh nhiễu sóng khi máy hoạt động</li> <li>- Tạo sự tiếp xúc điện cực với NB tốt</li> </ul>
2	<p>Chuẩn bị điều dưỡng:</p> <p>Trang phục, rửa/sát khuẩn tay</p>	Hạn chế nhiễm khuẩn chéo
3	<p>Cấp điện, khởi động máy:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nối dây nguồn vào máy</li> <li>- Ấn và giữ phím nguồn khoảng 2 giây</li> </ul>	- Cấp điện, khởi động máy
4	<p>Cài đặt ngày và giờ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ấn phím MENU</li> <li>- Ấn phím DATE &amp; TIME lựa chọn, và ấn vào các phím năm, tháng, ngày, giờ, phút</li> <li>- Ấn vào phím SET</li> <li>- Ấn phím HOME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để vào chương trình hoạt động của máy</li> <li>- Để hiển thị cửa sổ DATE &amp; TIME (ngày và giờ), cài đặt ngày, giờ theo dõi người bệnh</li> <li>- Để nhớ lưu lại các động tác đã làm.</li> <li>- Quay về màn hình theo dõi</li> </ul>
5	<p>Cài đặt tên người bệnh:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ấn phím MENU, chọn và ấn vào cửa sổ PATIENT INFO.</li> <li>- Ấn phím KEYBOARD vào các ký tự chữ trên bàn phím rồi chạm vào phím SET.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ PATIENT INFO.</li> <li>- Nhập tên người bệnh và lưu lại</li> </ul>
6	<p>Cài đặt chế độ theo dõi nhịp tim:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ấn phím MENU, rồi phím ECG</li> <li>- Tại cửa sổ HR/PR ấn vào giới hạn trên dưới, ấn nhẹ vào phím tăng giảm để điều chỉnh.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ ECG VITAL ALARM (cảnh báo nhịp tim)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ấn vào phím HOME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới nhịp tim cho phép của người bệnh.</li> <li>- Quay lại màn hình theo dõi</li> </ul>
7	<p>Cài đặt chế độ theo dõi huyết áp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ấn nhẹ phím MENU, sau đó ấn phím NIBP</li> <li>- Tại cửa sổ SYS ấn nhẹ vào phím giới hạn trên, dưới, ấn phím tăng hay giảm.</li> <li>- Tại cửa sổ MEAN ấn vào phím giới hạn trên, dưới rồi ấn phím tăng hay giảm.</li> <li>- Ấn vào phím HOME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ NIBP VITAL ALARM.</li> <li>- Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới của huyết áp tối đa cho phép của người bệnh</li> <li>- Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới HA trung bình cho phép của người bệnh.</li> <li>- Trở về màn hình ban đầu</li> </ul>
8	<p>Cài đặt chế độ theo dõi nhịp thở:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ấn vào phím MENU, phím RESP để hiển thị cửa sổ REST VITAL ALARM.</li> <li>- Ấn vào phím tăng hay giảm</li> <li>- Ấn phím HOME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ REST VITAL ALARM.</li> <li>- Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới nhịp thở cho phép của người bệnh.</li> <li>- Về màn hình theo dõi ban đầu</li> </ul>
9	<p>Cài đặt chế độ theo dõi nhiệt độ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ấn vào phím MENU, vào phím TEMP</li> <li>- Ấn vào phím giới hạn trên, dưới, phím tăng, giảm.</li> <li>- Ấn phím HOME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ TEMP VITAL ALARM</li> <li>- Cài đặt giới hạn trên và giới hạn dưới nhiệt độ cho phép của người bệnh.</li> <li>- Trở về màn hình theo dõi ban đầu</li> </ul>
10	<p>Cài đặt chế độ theo dõi bão hòa oxy (SpO<sub>2</sub>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ấn vào phím MENU, phím SpO<sub>2</sub></li> <li>- Ấn vào phím giới hạn trên, dưới, phím tăng, giảm.</li> <li>- Ấn phím HOME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để cửa sổ hiển thị MENU, cửa sổ SpO<sub>2</sub> VITAL ALARM.</li> <li>- Cài đặt giới hạn trên và giới hạn dưới SpO<sub>2</sub> cho phép của người bệnh.</li> <li>- Trở về màn hình theo dõi ban đầu</li> </ul>

11	<p>Theo dõi điện tim, nhịp thở, nhịp tim:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dán điện cực vào người bệnh: dán vào 3 vị trí: trên thành ngực phải, ngực trái và dưới mạng sườn trái (xem hình - 3 lead ECG).</li> <li>- Gắn đầu kẹp điện cực vào điện cực dán, nối cáp điện cực vào dây nối ECG, nối dây nối ECG vào ổ cắm Monitor.</li> <li>- Quan sát ECG, nhịp thở, nhịp tim trên màn hình theo dõi của monitor (Home).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Điện cực tiếp xúc với người bệnh</li> <li>- Để nối Monitor với người bệnh</li> <li>- Đánh giá sự hoạt động của tuần hoàn và hô hấp.</li> </ul> 
12	<p>Theo dõi SpO<sub>2</sub>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lựa chọn ống đo, nối ống với dây SpO<sub>2</sub>, nối dây SpO<sub>2</sub> vào máy Monitor</li> <li>- Gắn ống đo vào người bệnh</li> <li>- Quan sát SpO<sub>2</sub> trên màn hình trên màn hình theo dõi (Home).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Theo dõi độ bão hòa oxy mao mạch</li> <li>- Để thiết bị đo tiếp xúc với người bệnh</li> <li>- Đánh giá độ bão hòa oxy mao mạch người bệnh.</li> </ul>
13	<p>Theo dõi huyết áp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lựa chọn bao đo huyết áp, nối bao đo vào dây dẫn khí đo huyết áp.</li> <li>- Xác định động mạch vùng khuỷu tay, quấn băng đo huyết áp vào tay người bệnh</li> <li>- Ấn vào phím START/STOP trên thân máy</li> <li>- Ấn vào phím HOME</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Theo dõi được chính xác chỉ số huyết áp của người bệnh.</li> <li>- Quấn băng đo HA đúng vị trí</li> <li>- Để đo và theo dõi chỉ số huyết áp (chế độ đo bằng tay).</li> <li>- Quay lại màn hình theo dõi</li> </ul>
14	<p>Theo dõi nhiệt độ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lấy đầu dò đo nhiệt độ, nối với dây dẫn nhiệt, khe cắm trên Monitor</li> <li>- Gắn đầu dò nhiệt độ vào người bệnh</li> <li>- Dữ liệu về nhiệt độ sẽ được hiển thị trên màn hình.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Để nối máy với người bệnh</li> <li>- Để máy tiếp xúc với da người bệnh</li> </ul>



15	Nhận định kết quả và xử trí: - Quan sát kết quả trên màn hình, dấu hiệu cảnh báo đã cài đặt để nhận định. - Chăm sóc và báo cáo BS khi NB có diễn biến bất thường	
16	Thu dọn dụng cụ: - Tắt máy: ấn và giữ phím nguồn trong 2 giây - Tháo băng huyết áp, các đầu điện cực, đầu dò nhiệt độ ra khỏi người bệnh. - Vệ sinh vùng da gắn điện cực - Đặt người bệnh tư thế thoải mái - Rút các đầu dây nối ra khỏi máy. Rút dây điện nguồn. - Vệ sinh máy bằng khăn mềm	- Để ngắt nguồn điện - Làm sạch vùng da gắn điện cực - Thu dọn dụng cụ sau khi sử dụng - Bảo quản máy sau sử dụng
17	Ghi hồ sơ chăm sóc: Ghi đầy đủ kết quả đã theo dõi theo thời gian, diễn biến của người bệnh xảy ra trong quá trình theo dõi (nếu có)	Đảm bảo theo dõi liên tục

### Bảng kiểm kỹ thuật sử dụng máy Monitor

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh			
2	Chuẩn bị điều dưỡng			
3	Cấp điện, khởi động máy			
4	Cài đặt ngày và giờ			
5	Cài đặt tên người bệnh			
6	Cài đặt chế độ theo dõi ECG, nhịp tim,			

7	Cài đặt chế độ theo dõi huyết áp			
8	Cài đặt chế độ theo dõi nhịp thở			
9	Cài đặt chế độ theo dõi thân nhiệt			
10	Cài đặt chế độ theo dõi SpO <sub>2</sub>			
11	Theo dõi điện tim, nhịp thở, nhịp tim			
12	Theo dõi SpO <sub>2</sub>			
13	Theo dõi huyết áp			
14	Theo dõi nhiệt độ			
15	Nhận định kết quả, chăm sóc và báo cáo BS diễn biến bất thường			
16	Thu dọn dụng cụ Đặt người bệnh tư thế thoải mái			
17	Ghi hồ sơ			

## BÀI 17: KỸ THUẬT SỬ DỤNG MÁY GHI ĐIỆN TÂM ĐỒ

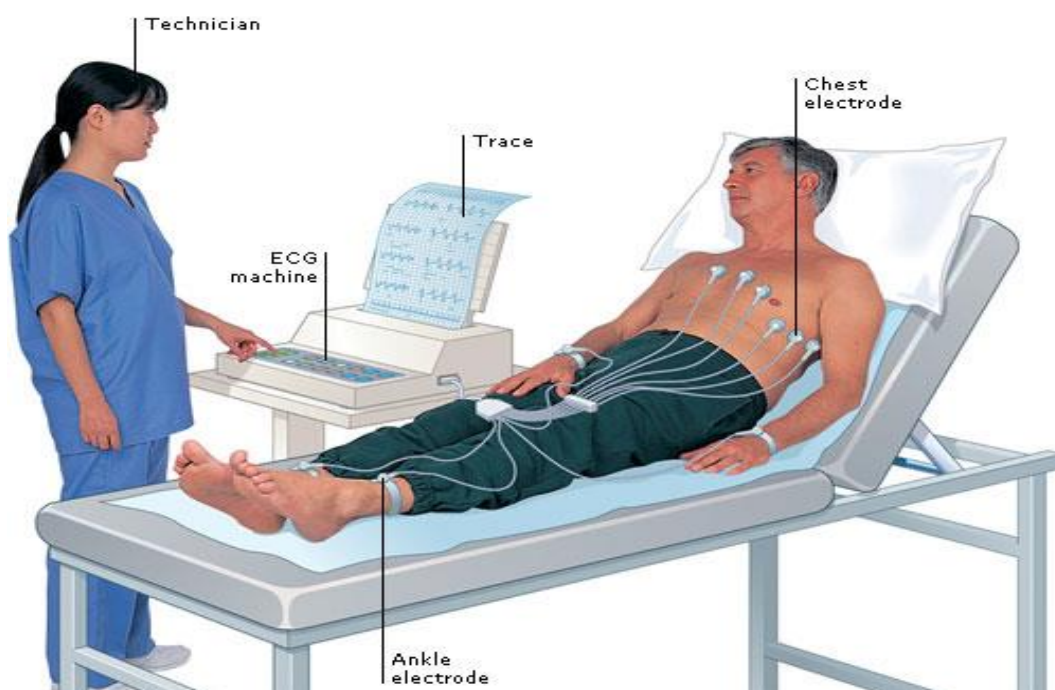
### MỤC TIÊU

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

1. Hiểu được tầm quan trọng của kỹ thuật sử dụng máy ghi điện tâm đồ
2. Thực hiện thành thạo kỹ thuật sử dụng máy ghi điện tâm đồ đúng quy trình kỹ thuật.

### NỘI DUNG

#### 1. Giới thiệu



Điện tâm đồ (ECG) là đồ thị ghi lại các biến thiên của dòng điện do tim phát ra trong hoạt động co bóp. Máy điện tâm đồ có tác dụng ghi lại hoạt động của tim, người theo dõi có thể đọc được đồ thị hoạt động của tim trên màn hình hoặc ghi ra giấy.

Ghi điện tâm đồ (ghi điện tim) là một phương pháp chẩn đoán đơn giản, không xâm lấn, rẻ tiền giúp phát hiện các rối loạn nhịp, rối loạn dẫn truyền và bệnh mạch vành, ngoài ra còn phát hiện những dấu hiệu khác liên quan đến những rối loạn chuyển hóa (tăng kali máu) hay tăng nhạy cảm với đột tử do tim (hội chứng QT kéo dài).

#### 2. Các chuyển đạo để đo điện tâm đồ

Cách mắc điện cực để ghi điện tâm đồ gọi là các chuyển đạo hay các đạo trình; các chuyển đạo ghi điện tâm đồ gồm:

- Chuyển đạo ngoại vi hay chuyển đạo mẫu

Đây là những chuyển đạo hai cực, ghi hiệu số điện thế giữa hai điểm.

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

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

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

- Chuyển đạo một cực ở các chi

Theo cách mắc của golbugu: bỏ đi một nhánh nối giữa một chi với cực trung tâm. Như thế biên độ sóng điện tâm đồ sẽ lớn hơn, các chuyển đạo này có ký hiệu là aVR, aVL, aVF.

- Các chuyển đạo trước tim.

- Đây cũng là những chuyển đạo đơn cực. Điện cực thăm dò đặt trên các điểm ở ngực, còn một điện cực nối với cực trung tâm.

- Loại chuyển đạo trước tim có ký hiệu là V. Dưới đây là 6 chuyển đạo trước tim thường dùng :

V1: cực thăm dò ở khoang liên sườn 4 bên phải, sát xương ức.

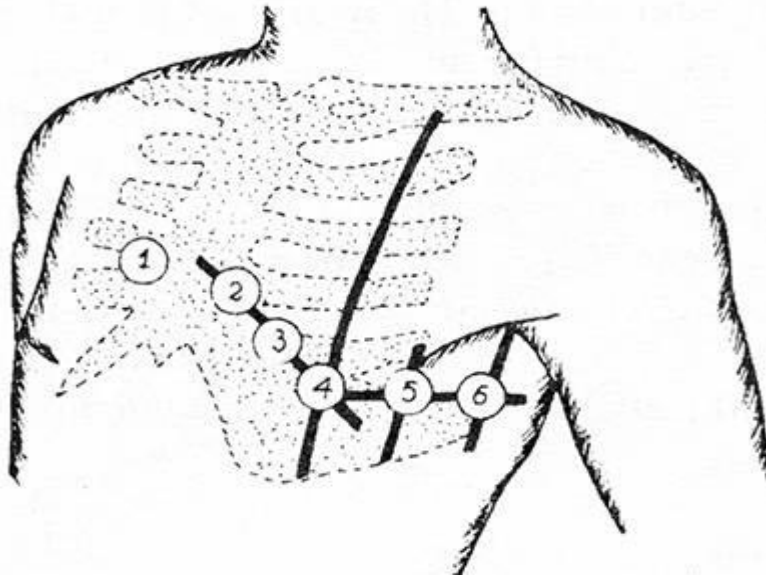
V2: Cực thăm dò ở khoang liên sườn 4 bên trái, sát xương ức.

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

V4: Cực thăm dò ở giao điểm của đường thẳng đi qua điểm giữa xương đòn trái với đường ngang đi qua mỏm tim (hay nếu không xác định được vị trí mỏm tim thì lấy khoang liên sườn 5 trái).

V5: Cực thăm dò ở giao điểm khoang liên sườn 5 với đường nách trước bên trái

V6: Cực thăm dò ở giao điểm khoang liên sườn 5 với đường nách giữa bên trái.




### 3. Bảo quản máy ghi điện tim

- Sau khi dùng phải tắt máy
- Vệ sinh máy: Lau chùi sạch bằng khăn mềm, lau sạch dây cuộn gọn gàng
- Để máy trong phòng thoáng mát, khô ráo.
- Không để bất kỳ đồ vật gì lên trên máy.
- Khi hỏng hoặc sử dụng có vấn đề phải báo sửa chữa ngay.

### 4. Quy trình thực hành kỹ thuật sử dụng máy ghi điện tim

Thực hiện		
STT	Hành động	Ý nghĩa
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh: - Xác định NB và thông tin cá nhân của NB - Thông báo, giải thích cho NB về thủ thuật - NB nằm ngửa thoải mái, tháo đồ trang sức bằng kim loại; nếu là TE có thể phải dùng thuốc an thần (ví không hợp tác).	- Tránh nhầm lẫn NB và kết quả điện tâm đồ. - NB yên tâm hợp tác - Kết quả không bị nhiễu
2	Chuẩn bị điều dưỡng: trang phục, VS tay	
3	Chuẩn bị dụng cụ: Máy ghi điện tâm đồ phù hợp với chỉ định; dây tiếp đất, đủ dây dẫn và điện cực; gel...	

4	Sát khuẩn vị trí sẽ đặt điện cực trên da NB bằng gạc tẩm cồn.	Đề da và điện cực được tiếp xúc tốt
5	<p>Gắn điện cực vào thành ngực NB</p> <p>Bôi một lớp gel mỏng rồi gắn các điện cực tại các vị trí:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- V1 đỏ: Khoang liên sườn 4, sát bờ phải xương ức</li> <li>- V2 vàng: Khoang liên sườn 4, sát bờ trái xương ức</li> <li>- V3 xanh: Giữa V2 và V4</li> <li>- V4 nâu: Giao điểm khoang liên sườn 5 với đường giữa xương đòn bên trái</li> <li>- V5 đen: Giao điểm khoang liên sườn 5 với đường nách trước bên trái.</li> <li>- V6 tím: Giao điểm khoang liên sườn 5 với đường nách giữa bên trái.</li> </ul>	 <p>Xác định đúng vị trí điện cực tiếp xúc với cơ thể người bệnh để ghi được điện tâm đồ chuẩn.</p>
6	<p>Kẹp điện cực vào các chi: Bôi gel trước khi kẹp điện cực vào chi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RA đỏ: Cổ tay phải</li> <li>- LA vàng: Cổ tay trái</li> <li>- LL xanh: Cổ chân trái</li> <li>- RL đen: Cổ chân phải</li> </ul>	
7	Gắn dây dẫn từ máy vào các điện cực tương ứng	Cho máy tiếp xúc với người bệnh
8	Kiểm tra lại dây dẫn và các điện cực: Kiểm tra xem dây dẫn được nối đúng và phù hợp với các điện cực, dây dẫn có bị căng quá hoặc quá lỏng.	
9	Nhắc nhở người bệnh nằm yên, thư giãn, thở đều, không vận động trong khi ghi điện tâm đồ.	Để ghi được điện tâm đồ tốt nhất mà không bị nhiễu sóng.

10	Ghi sóng chuẩn: Ấn vào nút TEST Ấn nhẹ vào nút ghi điện tâm đồ	Làm cơ sở cho đọc kết quả. Ghi được hình ảnh điện tâm đồ của các chuyển đạo.
11	Nếu thấy dấu hiệu bất thường: Kiểm tra lại điện cực, điểm nối điện cực - dây dẫn	Xử lý nguyên nhân gây đồ thị bị nhiễu hoặc mờ.
12	Động viên người bệnh	Để người bệnh cảm thấy thoải mái và yên tâm khi ghi điện tâm đồ
13	Lấy phiếu ghi điện tim từ máy in, ghi đủ các thông tin cần thiết: Đảm bảo ECG được dán đúng tên người bệnh (họ tên người bệnh, số phòng và ngày giờ tiến hành làm thủ thuật).	Tránh nhầm lẫn kết quả của người bệnh.
14	Xong kỹ thuật và trả kết quả: - Tháo điện cực, vệ sinh da cho NB - Chuyển kết quả cho BS đọc trước khi trả cho NB, hoặc dán kết quả vào hồ sơ NB (NB đang nằm viện).	
15	Thu dọn dụng cụ: Vệ sinh máy bằng khăn mềm sạch, sắp xếp dụng cụ theo quy định Phân loại chất thải, vệ sinh tay.	Bảo quản máy, giúp thủ thuật được tiến hành thuận lợi cho người bệnh sau.

**Bảng kiểm kỹ thuật sử dụng máy ghi điện tâm đồ**

STT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh			
2	Chuẩn bị điều dưỡng: trang phục, VS tay			
3	Chuẩn bị dụng cụ			
4	Sát khuẩn vị trí sẽ đặt điện cực			
5	Gắn điện cực vào thành ngực NB			
6	Kẹp điện cực vào các chi: Bôi gel			
7	Gắn dây dẫn từ máy vào các điện			
8	Kiểm tra lại dây dẫn và các điện cực:			
9	Nhắc nhở người bệnh nằm yên, thư giãn,			
10	Ghi sóng chuẩn: Ấn vào nút TEST Ấn nhẹ vào nút ghi điện tâm đồ			
11	Nếu thấy dấu hiệu bất thường: Kiểm tra lại			
12	Động viên người bệnh			
13	Lấy phiếu ghi điện tâm đồ từ máy in, ghi đủ các thông tin cần thiết.			
14	Xong kỹ thuật và trả kết quả			
15	Thu dọn dụng cụ; VS tay.			



## BÀI 18: THỰC HÀNH QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

### MỤC TIÊU

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

1. Vận dụng được QTĐD vào thực hiện chăm sóc người bệnh
2. Hiểu được tầm quan trọng của việc áp dụng quy trình điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh

### NỘI DUNG

#### 1. Khái niệm

- Quy trình Điều dưỡng là một quá trình gồm nhiều bước mà người điều dưỡng phải trải qua trong hoạt động chăm sóc người bệnh.
- Quy trình Điều dưỡng là một loạt các hoạt động theo một kế hoạch đã được định trước, trực tiếp hướng tới một kết quả chăm sóc riêng biệt.
- \* Tầm quan trọng của Quy trình điều dưỡng
  - Là kim chỉ nam cho mọi hoạt động của điều dưỡng
  - Giúp cho việc CSNB được toàn diện
  - Giúp cho việc chăm sóc được liên tục và không bỏ sót
  - Là tài liệu cung cấp thông tin về người bệnh, về công tác chăm sóc cho đồng nghiệp khác.
- \* Quy trình Điều dưỡng được ứng dụng để:
  - Nhận biết tình trạng thực tế và những vấn đề chăm sóc sức khoẻ cho mỗi cá nhân.
  - Thiết lập những kế hoạch đúng với những khó khăn của người bệnh và đáp ứng các nhu cầu cần thiết cho người bệnh.

#### 2. Quy trình Điều dưỡng có 5 bước:

- Nhận định
- Chẩn đoán điều dưỡng
- Lập kế hoạch
- Thực hiện kế hoạch
- Đánh giá

### 3. Các bước thực hành áp dụng Quy trình điều dưỡng vào chăm sóc người bệnh

Thực hiện		
STT	Các bước thực hành	Lý do
1	<p>Chuẩn bị</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phương tiện để khám bệnh: HA kế, nhiệt kế, ống nghe,...</li> <li>- Các phương tiện/dụng cụ chăm sóc người bệnh - tùy theo nội dung chăm sóc sẽ chuẩn bị dụng cụ phù hợp.</li> <li>- Mẫu ghi bài tập tình huống/ca bệnh trong lâm sàng (Phụ lục ở cuối bài)</li> </ul>	<p>Mẫu ghi bài tập giúp sinh viên ghi chép các nội dung đã học (nhận định, KHCS), trình bày và thảo luận với nhóm học tập, nộp cho người hướng dẫn khi được yêu cầu.</p>
2	Tiếp xúc NB: Chào, tự giới thiệu	
3	<p>Nhận định:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hỏi NB/gia đình NB</li> <li>- Nhận định thực thể: khám</li> <li>- Nhận định về tâm thần cảm xúc: hỏi và khám</li> <li>- Nhận định tình trạng kinh tế, văn hoá, xã hội: Hỏi NB, GD</li> <li>- Nhận định yếu tố môi trường: Hỏi NB/GD các vấn đề liên quan/ảnh hưởng tới người bệnh.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thu thập thông tin chủ quan; rèn luyện kỹ năng hỏi bệnh.</li> <li>- Thu thập thông tin khách quan; rèn luyện kỹ năng khám bệnh.</li> </ul>
4	<p>Xác định vấn đề CS/ Chẩn đoán CS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Xác định các vấn đề chăm sóc của người bệnh tại thời điểm sau khi khám bệnh;</li> <li>- Sắp xếp vấn đề CS theo thứ tự ưu tiên.</li> </ul>	<p>Xác định vấn đề CS ưu tiên để thực hiện chăm sóc phù hợp tình trạng người bệnh, đáp ứng kịp thời tình trạng cấp cứu (nếu có)</p>
5	<p>Lập KHCS</p> <p>Đưa ra mục tiêu, kế hoạch cho mỗi vấn đề chăm sóc.</p>	<p>Xác định rõ mục tiêu cần đạt và KHCS phù hợp.</p>
6	Thực hiện KHCS	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liệt kê chi tiết các hoạt động chăm sóc cho mỗi vấn đề chăm sóc theo KH CS.</li> <li>- Thực hiện các hoạt động CS trên NB.</li> </ul>	Đảm bảo sự chăm sóc theo thứ tự, liên tục, không bị bỏ sót.
7	<p>Đánh giá</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Đánh giá trong và sau khi thực hiện các hoạt động chăm sóc.</li> <li>- Đánh giá sự hợp tác của NB, kết quả/ diễn biến tốt hoặc chưa tốt của NB sau khi thực hiện KHCS cho mỗi vấn đề chăm sóc.</li> </ul>	Nhận biết sự hợp tác của NB/GĐ người bệnh khi CS; nhận biết kết quả/ diễn biến tốt hoặc chưa tốt, hoặc đáp ứng bất thường của NB trong và sau khi thực hiện KHCS.
8	Ghi chép bài tập tình huống/ca bệnh lâm sàng: theo mẫu ghi (phụ lục 3)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rèn luyện kỹ năng viết, tư duy</li> <li>- Lưu lại thông tin và nộp cho người hướng dẫn (khi được yêu cầu)</li> </ul>
9	Trình bày bài tập tình huống/ca bệnh lâm sàng	Thảo luận trong nhóm học tập, rèn luyện kỹ năng thuyết trình.

#### 4. Bảng kiểm thực hành Áp dụng Quy trình điều dưỡng vào chăm sóc người bệnh

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chuẩn bị			
2	Tiếp xúc NB			
3	Nhận định: - Hỏi bệnh - Nhận định thực thể - Nhận định về tâm thần cảm xúc - Nhận định tình trạng kinh tế, văn hoá, xã hội - Nhận định yếu tố môi trường:			
4	Xác định vấn đề CS/Chẩn đoán CS			
5	Lập KHCS			
6	Thực hiện KHCS			
7	Đánh giá			
8	Ghi chép bài tập tình huống/ca bệnh			
9	Trình bày bài tập tình huống/ca bệnh			

Ví dụ về tình huống thực hành; áp dụng quy trình điều dưỡng vào lập kế hoạch và thực hiện kế hoạch chăm sóc người bệnh (ghi chép theo mẫu ghi bài tập tình huống)

Tình huống thực hành

Người bệnh Nguyễn Văn Việt, 62 tuổi, là chủ quán Phở, địa chỉ - Số 15, ngõ 8, Trần Phú, Ba Đình, Hà Nội. Ông Việt bị ngã xe máy và được đưa vào bệnh viện điều trị ngày 24/11/2018. Bác sỹ đã khám và chẩn đoán ông bị gãy xương đùi bên trái, ông Việt đã được phẫu thuật kết nối xương ngày 25/11/2018.

Ngày 28/11/2018 là ngày thứ 4 sau phẫu thuật; ông hoàn toàn tỉnh táo, ông trả lời khi điều dưỡng chăm sóc tới thăm:

“Thỉnh thoảng tôi cảm thấy hơi đau!”

“Đêm hôm qua, tôi tự đi vệ sinh!”

“Hôm nay là một ngày nắng đẹp, tôi muốn xuống căng tin uống cà phê!”

“Tôi muốn về nhà hàng vì tôi đã vắng mặt ở đó lâu rồi”

“Tôi chưa tắm vì sợ ướt gây nhiễm khuẩn vết mổ”

“Tôi ăn uống bình thường, đã thấy ngon miệng”

Giường của người bệnh ở cạnh cửa, gần ban công. Vợ ông là người chăm sóc ông cả ngày từ hôm vào viện, trông bà ấy có vẻ mệt mỏi.

Chỉ số sinh tồn ngày 28/11/2018: Nhiệt độ 36.8<sup>0</sup>C, Mạch 80 lần/phút, HA 123/65 mmHg, SpO<sub>2</sub> 96%. Vết mổ không tấy đỏ, không nóng, không sưng, hơi đau.

Chỉ định điều trị: truyền nhỏ giọt kháng sinh 2 lần/ngày và uống thuốc giảm đau. Bắt đầu từ ngày mai (29/11/2018) sẽ tiến hành phục hồi chức năng. Gác có hiện tượng thấm dịch. Người bệnh được yêu cầu nghỉ ngơi trên giường trong phòng bệnh, hạn chế đi lại, khi di chuyển phải có sự hỗ trợ của điều dưỡng hoặc người nhà và phải sử dụng nạng.

Câu hỏi: Áp dụng quy trình điều dưỡng để nhận định, lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc người bệnh theo tình huống trên (ghi chép kế hoạch theo mẫu ghi bài tập tình huống)

Trả lời:

Kế hoạch chăm sóc

Nội dung kế hoạch chăm sóc cho người bệnh ở tình huống đã được ghi chép theo mẫu như sau:

### **MẪU GHI BÀI TẬP TÌNH HUỐNG**

Họ và tên sinh viên: Hoàng Thuý Nga

Lớp: Điều dưỡng...

Môn học: Thực hành kỹ năng Điều dưỡng

1. Thông tin hành chính (của người bệnh)

Họ tên người bệnh: Nguyễn Văn Việt      Tuổi : 62      Giới tính: Nam

Dân tộc: Kinh

Địa chỉ: Số 15, ngõ 8, Trần Phú, Ba Đình, Hà Nội

Nghề nghiệp: Chủ quán Phở

Người chăm sóc /liên hệ khi cần: Vợ: Phạm Thị Hoa, số ĐT: 0904125356

Ngày vào viện: 24 tháng 11 năm 2018

Khoa: Phẫu thuật chỉnh hình

2. Thông tin Y tế (của người bệnh)

Lý do vào viện: Tai nạn giao thông

Chẩn đoán y khoa: Gãy xương đùi (bên trái).

Phương pháp điều trị: Phẫu thuật

Thuốc được chỉ định: truyền nhỏ giọt kháng sinh 2 lần/ngày và uống thuốc giảm đau.

**Nhận định**

\* Bệnh sử (tóm tắt):

Khi đi giao Phở bằng xe máy dưới trời mưa, ông Việt bị ngã, ông được đưa vào viện ngày 24/11. Bác sĩ khám, chẩn đoán: gãy xương đùi; chỉ định phẫu thuật, phẫu thuật đã được tiến hành ngày 25/11/ 2018

\* Tiền sử: Bệnh tiểu đường, huyết áp cao.

Thông tin chủ quan (hỏi người bệnh):

Người bệnh tỉnh táo và trả lời các câu hỏi của điều dưỡng

“Thỉnh thoảng tôi cảm thấy hơi đau!”

“Đêm hôm qua, tôi tự đi vệ sinh!”

“Hôm nay là một ngày nắng đẹp, tôi muốn xuống căng tin uống cà phê!”

“Tôi muốn về nhà hàng, vì tôi đã vắng mặt ở đó lâu rồi”

“Tôi chưa tắm vì sợ ướt gây nhiễm khuẩn vết mổ”

“Tôi ăn uống bình thường, đã thấy ngon miệng”

Thông tin khách quan: (khám lâm sàng, kết quả xét nghiệm liên quan)

\* Thực trạng người bệnh

Người bệnh gãy xương đùi (bên trái), đã phẫu thuật kết hợp xương.

Hôm nay là ngày thứ 4 sau phẫu thuật.

Chỉ số sinh tồn: Nhiệt độ 36.8<sup>0</sup>C, Mạch 80/phút, HA 123/65 mmHg, SpO<sub>2</sub> 96%.

Vết thương không tấy đỏ, không nóng, không sưng, hơi đau.

Gạc có hiện tượng thấm dịch

\* Chi định điều trị

Truyền nhỏ giọt kháng sinh 2 lần/ngày và uống giảm đau.

Bắt đầu từ ngày mai (29/11/2018) sẽ tiến hành phục hồi chức năng.

Người bệnh được yêu cầu nghỉ ngơi trên giường trong phòng bệnh, hạn chế đi lại, khi di chuyển phải có sự hỗ trợ của điều dưỡng hoặc người nhà và phải sử dụng nạng.

Tóm tắt nhận định:

\* Nhận định thực thể

Thông tin chủ quan:

Người bệnh 62 tuổi, đi xe máy bị ngã; có tiền sử tiểu đường và HA cao.

Thỉnh thoảng hơi đau!

Thông tin khách quan:

Gãy xương đùi (bên trái), đã phẫu thuật được 4 ngày

Chỉ số sinh tồn: Nhiệt độ 36.8<sup>0</sup>C, Mạch 80/phút, HA 123/65 mmHg, SpO<sub>2</sub> 96%.

Vết thương không tấy đỏ, không nóng, không sưng, hơi đau, gạc thấm dịch

Chi định điều trị: truyền thuốc kháng sinh 2 lần/ngày, uống giảm đau, nghỉ ngơi trên giường trong phòng bệnh, hạn chế đi lại, khi di chuyển phải có sự hỗ trợ và phải sử dụng nạng, phục hồi chức năng từ ngày mai.

\* Nhận định về tâm thần cảm xúc

Người bệnh đã tự đi vệ sinh, muốn ra ngoài

Không muốn tắm

\* Nhận định tình trạng kinh tế, văn hoá, xã hội

Tình trạng gia đình: Vợ người bệnh chăm sóc cả ngày (24h), có vẻ khá mệt mỏi

\* Nhận định yếu tố môi trường

Vị trí giường người bệnh ở cạnh cửa, gần ban công

Qua các thông tin khai thác được, vấn đề của người bệnh là: Có thể chưa hiểu rõ về tình trạng hiện tại của mình nên người bệnh đã tự đi vệ sinh, và còn muốn ra ngoài; có thể chưa hiểu rõ nếu không vệ sinh tốt sẽ có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ.

### Kế hoạch chăm sóc

Chẩn đoán chăm sóc	Lập kế hoạch chăm sóc (kế hoạch, kết quả mong đợi)	Thực hiện chăm sóc	Đánh giá chăm sóc/ kết quả
--------------------	--	--------------------	----------------------------

1. Nguy cơ ngã liên quan đến thiếu kiến thức về yêu cầu nghỉ ngơi cần thiết sau phẫu thuật.	Kiểm tra vết thương và cử động khớp	8:30 : - Đã kiểm tra vết thương không tấy đỏ, không nóng, không sưng, hơi đau, cử động khớp bình thường.	- Các dấu hiệu bình thường - Theo dõi tiếp
	- Kiểm tra việc di chuyển của NB bằng nạng có sự hỗ trợ - Kiểm tra độ cao của giường - Kiểm tra mức nguy cơ ngã bằng bảng điểm đánh giá. Thực hiện y lệnh dùng thuốc giảm đau cho người bệnh.	10:00: - Đã kiểm tra việc di chuyển của NB. Nặng của người bệnh hơi cao nên tư thế hơi bị treo. Đã đề nghị đổi cỡ nạng phù hợp với NB.	Điều chỉnh nạng rất quan trọng để di chuyển dễ dàng và an toàn. Sau khi điều chỉnh, NB dễ chịu hơn phải tiếp tục theo dõi.
	Kế hoạch tư vấn: - Trao đổi với BN và vợ người bệnh về yêu cầu hỗ trợ khi cần. - Giải thích về việc NB cần sự hỗ trợ, phải sử dụng nạng khi di chuyển, NB cần hạn chế đi lại.	14:00: - Đã giải thích về yêu cầu nghỉ ngơi cần thiết, hạn chế đi lại sau phẫu thuật và nguy cơ ngã cho NB và vợ ông ấy; đã giải thích khi BN muốn đi vệ sinh thì không ngại gọi hỗ trợ từ điều dưỡng.	Nguy cơ ngã: Vừa  Người bệnh đã uống thuốc theo hướng dẫn của điều dưỡng.



<p>2. Nguy cơ nhiễm khuẩn vết thương liên quan đến thiếu kiến thức về chăm sóc vệ sinh</p>	<p>Kiểm tra chỉ số sinh tồn, đau vết mổ.</p> <p>Kiểm tra vết thương</p> <p>Hỏi người bệnh về tự chăm sóc vệ sinh.</p>	<p>8:30:</p> <p>- Đã kiểm tra chỉ số sinh tồn: Thân nhiệt:36.5°C, mạch:76/phút, HA:110/60mmHg, SpO<sub>2</sub> 97%.</p> <p>- Đã kiểm tra vết thương không tấy đỏ, không nóng, không sưng, hơi đau, gạc có hiện tượng thấm dịch.</p> <p>- Đã hỏi NB về vệ sinh: NB sợ tắm sẽ làm ướt băng gây nhiễm khuẩn vết mổ!</p>	<p>Dấu hiệu bình thường; theo dõi tiếp.</p> <p>Vệ sinh chưa tốt</p> <p>Có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ.</p>
	<p>Thay băng vết mổ.</p> <p>Thực hiện chỉ định truyền thuốc kháng sinh ngày 2 lần</p>	<p>9 giờ:</p> <p>- Thực hiện thay băng, sát khuẩn vết mổ, sau đó băng lại bằng băng vô khuẩn.</p> <p>- Thực hiện truyền thuốc kháng sinh sau khi thay băng vết mổ.</p>	<p>Vết mổ không tấy đỏ, không sưng, không có dịch.</p> <p>Người bệnh hợp tác khi dùng thuốc; tình trạng ổn định.</p>
	<p>- Trao đổi và giải thích với NB và vợ NB về sự cần thiết phải đảm bảo vệ sinh vô khuẩn vùng vết mổ và vệ sinh toàn thân, để phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ.</p> <p>Giải thích với NB về việc cần sự hỗ trợ khi tắm.</p>	<p>- Đã giải thích với người bệnh và vợ ông ấy về sự cần thiết phải giữ vệ sinh vùng có vết mổ.</p> <p>- Ông ấy cần sự hỗ trợ của vợ khi tắm.</p>	<p>BN và gia đình tiếp thu tư vấn</p>
<p>...</p>	<p>...</p>	<p>...</p>	<p>....</p>

Ngày ....tháng .....năm .....

**Phụ lục**  
**MẪU GHI BÀI TẬP TÌNH HUỐNG / (CA BỆNH TRONG LÂM SÀNG)**

Họ và tên học viên: .....

Lớp: ..... Môn học: .....

**1. Thông tin hành chính**

Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: ..... Giới tính: Nam / Nữ

Dân tộc: .....

Địa chỉ: .....

Nghề nghiệp: .....

Người chăm sóc/liên hệ khi cần .....

Ngày vào viện: .....

Khoa: .....

**2. Thông tin Y tế**

Lý do vào viện: .....

Chẩn đoán y khoa: .....

Phương pháp điều trị .....

Thuốc được chỉ định.....

**3. Nhận định**

\* Bệnh sử (tóm tắt):

.....  
.....  
.....  
.....

\* Tiền sử.....



Bệnh nhi Vũ Thanh Hà, 9 tuổi, vào khoa Nhi điều trị đã 2 ngày. Chẩn đoán bệnh: Sốt virus; tình trạng bệnh nhi hiện tại (ngày 5/12/2018 - lúc 8 giờ sáng): Bé tỉnh táo, cân nặng 22 kg, thân nhiệt 39<sup>0</sup>C, mạch quay 130 lần/phút, nhịp thở 28 lần/phút; không ho, không khó thở; đại tiện bình thường; mẹ bé là người thường xuyên chăm sóc bé tại bệnh viện, chị ấy cho biết bé thường ăn ít, không muốn uống nước Oresol và rất thích ngậm kẹo.

Chỉ định của bác sĩ

Thuốc hạ sốt: Efferagan 250 mg x 3 gói – uống sáng, trưa, tối; mỗi lần 01 gói

Oresol baby x 4 gói, pha với nước nguội (1 gói pha với 200 ml nước), uống

Câu hỏi: Vận dụng quy trình điều dưỡng để nhận định, lập kế hoạch chăm sóc và thực hiện kế hoạch chăm sóc bệnh nhi trên.

### **Tình huống 2**

Người bệnh Phạm Thị N, 32 tuổi, giáo viên; vào viện (ngày 14/12/2018) được chẩn đoán tắc ruột; Người bệnh đã được phẫu thuật, hiện tại đang nằm khoa Ngoại điều trị sau phẫu thuật ngày thứ 2.

Người bệnh có tiền sử mổ đẻ 2 lần, con thứ 2 của chị ấy đã 24 tháng.

Tình trạng người bệnh: Cân nặng 58 kg, cao 1m56

Người bệnh tỉnh táo; da, niêm mạc bình thường; dấu hiệu sinh tồn: mạch 80 lần/phút; HA 120/80 mmHg; nhiệt độ 37.2<sup>0</sup>C; nhịp thở 18 lần/phút.

Bụng hơi chướng, chưa trung tiện, vết mổ đường trắng giữa dài khoảng 12 cm, có 03 mũi chỉ hơi sưng nề, đỏ; không có dịch thấm băng.

Người bệnh kêu đau vết mổ, đau toàn thân, không dám cử động vì sợ bục vết mổ.

Người bệnh được gia đình chăm sóc chu đáo, đi tiểu tại giường.

Y lệnh điều trị: truyền dịch, thuốc kháng sinh đường tiêm (tiêm 2 lần/ ngày), thay băng hàng ngày.

Câu hỏi: Vận dụng quy trình điều dưỡng để nhận định, lập kế hoạch chăm sóc và thực hiện kế hoạch chăm sóc người bệnh trên.