



HỌC VIỆN QUÂN Y
BỘ MÔN ĐIỀU DƯỠNG

ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

(GIÁO TRÌNH ĐẠI HỌC)



NHÀ XUẤT BẢN QUÂN ĐỘI NHÂN DÂN
HÀ NỘI - 2010

HỌC VIỆN QUÂN Y
BỘ MÔN ĐIỀU DƯỠNG

ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

(GIÁO TRÌNH ĐẠI HỌC)



NHÀ XUẤT BẢN QUÂN ĐỘI NHÂN DÂN
HÀ NỘI - 2010

NHÀ XUẤT BẢN MONG BAN ĐỌC GÓP Ý PHÊ BÌNH

**HỘI ĐỒNG THẨM ĐỊNH GIÁO TRÌNH "ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ"
CỦA HỌC VIỆN QUÂN Y**

Thiếu tướng, GS.TS. NGUYỄN TIẾN BÌNH

Giám đốc Học viện Quân y

- Chủ tịch

Đại tá, PGS.TS. HOÀNG VĂN LƯƠNG

Phó Giám đốc Học viện Quân y

- Phó Chủ tịch

Đại tá, GS.TS. NGÔ NGỌC TẤN

Bộ môn Tâm thần - Bệnh viện 103

- Phản biện 1

Đại tá, GS.TS. VŨ HÙNG LIÊN

Bộ môn Phẫu thuật Thần kinh - Bệnh viện 103

- Phản biện 2

Thượng tá, PGS.TS. NGUYỄN TÙNG LINH

Trưởng phòng KHCN&MT - Học viện Quân y

- Thư ký

Đại tá, PGS.TS. ĐỒNG KHẮC HÙNG

Phó Giám đốc Học viện Quân y

- Ủy viên

Đại tá, TS. NGUYỄN VĂN HIỆN

Chủ nhiệm Khoa Đột quỵ - Bệnh viện 103

- Ủy viên

Chủ biên:

TS. ĐỖ VĂN BÌNH

Tham gia biên soạn:

TS. ĐỖ VĂN BÌNH

BS. CKII. QUÁCH THỊ HỒNG

ThS. TRẦN ĐỨC THÀNH

ThS. ĐẶNG THỊ LAN ANH

ĐD. HOÀNG KHÁNH VÂN

ĐD. MẬU TIẾN MẠNH

MỤC LỤC

	Trang
Lời giới thiệu	
Lời nói đầu	
Chương 1: Lý thuyết điều dưỡng cơ sở	11
Đại cương về điều dưỡng	11
Y đức và phẩm chất của người điều dưỡng	20
Chức năng điều dưỡng	25
Nhu cầu cơ bản của con người	31
Chăm sóc cơ bản	35
Giao tiếp với bệnh nhân	40
Khử khuẩn - Tiệt khuẩn	46
Nhiễm khuẩn bệnh viện	55
Quản lý chất thải bệnh viện	65
Chăm sóc sức khỏe ban đầu	69
Hồ sơ bệnh nhân và cách ghi chép	77
Quy trình điều dưỡng	81
Vệ sinh đôi tay - mặc áo choàng, đi găng tay - mang khẩu trang	88
Đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân	95
Chương 2: Quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ sở	103
Theo dõi nhiệt độ cơ thể	103
Theo dõi mạch	114
Theo dõi huyết áp động mạch	121
Theo dõi nhịp thở	128
Thay vải trải giường	133
Tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường	139
Kỹ thuật cho bệnh nhân uống thuốc	142
Kỹ thuật dùng thuốc tại chỗ	146
Kỹ thuật tiêm thuốc	149
Tiêm trong da	157
Tiêm dưới da	161

Tiêm bắp thịt	164
Tiêm tĩnh mạch	169
Truyền dịch tĩnh mạch	174
Liệu pháp oxy	182
Hút thông đường hô hấp	190
Hút dịch dạ dày	192
Rửa dạ dày	197
Thụt tháo, thụt giữ	201
Thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu, rửa bàng quang	206
Chườm nóng, chườm lạnh	212
Thay băng, rửa vết thương	219
Dự phòng, chăm sóc và điều trị mảng mục	223
Lấy bệnh phẩm xét nghiệm	228
Chăm sóc bệnh nhân thở máy	236
Chăm sóc bệnh nhân trong giai đoạn cuối	243
Phụ giúp bác sĩ đặt ống nội khí quản	249
Phụ giúp bác sĩ mở khí quản	253
Phụ giúp bác sĩ đặt catheter vào tĩnh mạch dưới đòn	258
Phụ giúp bác sĩ chọc hút dịch màng bụng	262
Phụ giúp bác sĩ chọc hút dịch màng phổi	269
Phụ giúp bác sĩ chọc hút dịch màng ngoài tim	276
Phụ giúp bác sĩ chọc ống sống thắt lưng	281
Tài liệu tham khảo	291

LỜI GIỚI THIỆU

Điều dưỡng là môn học Y học lâm sàng. Chăm sóc điều dưỡng có nhiệm vụ quan trọng là đảm bảo và góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị, phục hồi sức khỏe cho bệnh nhân.

Trong những năm gần đây, chuyên ngành Điều dưỡng đã có những bước phát triển mạnh mẽ. Kiến thức khoa học điều dưỡng đã đạt trình độ đại học, sau đại học. Điều dưỡng trở thành môn học không thể thiếu trong chương trình đào tạo nhân viên y tế ở các bậc học khác nhau.

Giáo trình Điều dưỡng cơ sở do tập thể các giáo viên Bộ môn Điều dưỡng - Học viện Quân y biên soạn. Nội dung cuốn sách đề cập đến những kiến thức cơ bản về điều dưỡng, là tài liệu giảng dạy cho các đối tượng bậc đại học về lý thuyết và thực hành điều dưỡng tại Học viện Quân y. Trong quá trình biên soạn, các tác giả đã cập nhật những kiến thức hiện đại, vận dụng những kinh nghiệm tích lũy được sau nhiều năm công tác trong lĩnh vực chăm sóc và điều trị bệnh nhân.

Học viện Quân y đánh giá cao sự hợp tác có hiệu quả của Phòng Đào tạo, Phòng KHCNMT, Phòng TTKH Quân sự và Xưởng in để xuất bản giáo trình này.

Xin trân trọng giới thiệu cùng bạn đọc.

GIÁM ĐỐC HỌC VIỆN QUÂN Y



Thiếu tướng, GS. TS. Nguyễn Tiến Bình

LỜI NÓI ĐẦU

Điều dưỡng là một trong những ngành khoa học quan trọng hàng đầu của y học, nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe của nhân dân.

Nhiều thế kỷ qua, điều dưỡng đã góp phần đắc lực trong chăm sóc y tế, chẩn đoán và điều trị trong bệnh viện và ở cộng đồng. Những năm gần đây, chuyên ngành Điều dưỡng phát triển nhanh chóng với nhiều chuyên khoa khác nhau và đã trở thành trụ cột của công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân ở nhiều nước.

Chúng tôi biên soạn giáo trình Điều dưỡng cơ sở nhằm để nâng cao chất lượng giảng dạy, học tập, đáp ứng nhu cầu trau dồi những kiến thức cơ bản về điều dưỡng của học viên y khoa hệ chính quy và các đối tượng học viên y khoa khác ở bậc đại học. Cuốn sách này được kế thừa một phần nội dung các bài giảng của Bộ môn Điều dưỡng - Học viện Quân y và được sửa chữa, bổ sung cho phù hợp với chương trình đào tạo hiện nay.

Giáo trình Điều dưỡng cơ sở gồm 2 chương:

Chương I: Lý thuyết điều dưỡng cơ sở.

Chương II: Quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ sở.

Mặc dù đã có nhiều cố gắng trong quá trình biên soạn giáo trình nhưng khó tránh khỏi khiếm khuyết. Chúng tôi rất mong nhận được những ý kiến đóng góp của bạn đọc và đồng nghiệp để giáo trình được hoàn chỉnh hơn trong những lần tái bản sau.

Chủ biên
TS. BS. Đỗ Văn Bình

Chương 1

LÝ THUYẾT ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

ĐẠI CƯƠNG VỀ ĐIỀU DƯỠNG

Trong quá trình phát triển của nhân loại, chăm sóc y tế đóng vai trò rất quan trọng. Để thực hiện mục tiêu bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân, nhân viên y tế phải nhận thức đầy đủ về chức trách, nhiệm vụ và yêu cầu trình độ kiến thức trong từng lĩnh vực hoạt động chuyên môn.

Chăm sóc sức khỏe cho mọi người là nghề cao quý nhất. Khi đã tự nguyện đứng trong hàng ngũ y tế, đội ngũ bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ và các nhân viên y tế khác phải có lương tâm trách nhiệm và trách nhiệm cao, hết lòng yêu nghề, luôn luôn rèn luyện nâng cao phẩm chất đạo đức, tác phong, tạo niềm tin cho bệnh nhân vào khả năng chẩn đoán, chăm sóc, điều trị khỏi bệnh và nhanh chóng phục hồi sức khỏe.

1. ĐIỀU DƯỠNG VÀ NGHỀ ĐIỀU DƯỠNG

Bà mẹ sinh ra những đứa con và là người đầu tiên chăm sóc để con người tồn tại và phát triển.

Con người là tài sản vô giá của xã hội, con người tồn tại và phát triển là do được đáp ứng các nhu cầu về thể chất, tinh thần và xã hội. Tuy nhiên, trong cuộc sống con người không thể tự đáp ứng các nhu cầu mà cần có sự hỗ trợ giúp đỡ của các thành viên khác trong cộng đồng. Khi có bệnh tật, mọi người đều cần sự chăm sóc y tế, lúc bình thường thì chăm sóc y tế giúp con người phòng tránh bệnh tật.

Xã hội phát triển, nhu cầu của con người ngày càng cao và phong phú hơn. Chăm sóc y tế cũng ngày càng đa dạng với nhiều ngành nghề cùng tham gia, phối hợp, bổ sung cho nhau, trong đó chăm sóc điều dưỡng có vai trò rất quan trọng.

Quá trình phát triển, trình độ và vị trí xã hội của ngành Điều dưỡng ở từng thời kỳ lịch sử, ở từng nước rất khác nhau. Quan niệm về điều dưỡng luôn phản ánh mối quan tâm của thời đại và của xã hội với sự nghiệp chăm sóc, nâng cao sức khỏe cho người dân.

- Florence Nightingale cho rằng: Điều dưỡng là nghệ thuật sử dụng môi trường của người bệnh để hỗ trợ sự phục hồi của họ. Vai trò trọng tâm của người điều dưỡng là giải quyết các yếu tố môi trường xung quanh bệnh nhân để họ phục hồi sức khỏe một cách tự nhiên (Lý thuyết về khoa học vệ sinh).

- Trong những năm giữa thế kỷ XX, sự phát triển của khoa học kỹ thuật, của y học đòi hỏi điều dưỡng phải có những thay đổi cho phù hợp. Khoa học về điều dưỡng phát triển, nhưng vẫn thiên về kỹ thuật chăm sóc bệnh nhân.

- Theo Hội Điều dưỡng thế giới năm 1973: Điều dưỡng là chăm sóc và hỗ trợ người bệnh thực hiện các hoạt động hàng ngày. Chức năng nghề nghiệp cơ bản của người điều dưỡng là hỗ trợ các hoạt động nâng cao, phục hồi sức khỏe của bệnh nhân hoặc người khỏe, cũng như làm cho cái chết được thanh thản mà mỗi cá nhân có thể thực hiện được nếu như họ có đủ sức khỏe, ý chí và kiến thức, giúp đỡ các cá thể sao cho họ đạt được sự độc lập càng sớm càng tốt.

- Năm 2005, Hội nghị toàn quốc chuyên ngành Điều dưỡng Việt Nam đã đưa ra định nghĩa: Điều dưỡng là khoa học chăm sóc bệnh nhân, góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện và quá trình phục hồi sức khỏe sau điều trị để người bệnh đạt tới chất lượng cuộc sống ngày càng tốt hơn.

- Theo Hội Điều dưỡng Mỹ: Điều dưỡng là một nghề hỗ trợ, cung cấp các dịch vụ chăm sóc, đóng góp vào việc phục hồi và nâng cao sức khỏe. Để phản ánh đầy đủ bản chất nghề nghiệp, phạm vi hành nghề, vị trí của ngành Điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe. Năm 1980, Hội Điều dưỡng Mỹ cho rằng: Điều dưỡng là chẩn đoán và điều trị những phản ứng của con người đối với bệnh hiện tại hoặc bệnh có khả năng xảy ra; từ đó đã đưa ra quy trình điều dưỡng mà hiện nay đang được áp dụng trong giảng dạy, thực hành điều dưỡng ở nhiều nước.

2. ĐIỀU DƯỠNG VÀ CÁC KHUYẾN CÁO CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Điều dưỡng là một bộ phận quan trọng trong chăm sóc y tế, là trụ cột của hệ thống y tế. Ở mỗi nước, muốn nâng cao chất lượng y tế phải chú trọng đến nâng cao chất lượng đội ngũ điều dưỡng. WHO khuyến cáo các nước xây dựng và phát triển điều dưỡng theo các định hướng:

2.1. Điều dưỡng là khoa học về chăm sóc bệnh nhân

Người điều dưỡng được trang bị kiến thức và kỹ năng để thực hiện nhiệm vụ chính là chăm sóc và đáp ứng các nhu cầu cơ bản về thể chất, tinh thần của bệnh nhân. Người điều dưỡng không phải là bác sĩ, cũng không phải là trợ lý, giúp việc của bác sĩ. Người điều dưỡng phải được đào tạo, trang bị các kiến thức khoa học y học và điều dưỡng.

Điều dưỡng được đào tạo ở các trình độ từ sơ cấp, trung cấp, đại học, sau đại học... để đáp ứng nhu cầu nghề nghiệp. Hiện nay, những đề tài nghiên cứu khoa học về điều dưỡng được thực hiện chủ yếu qua các phương pháp điều tra về các lĩnh vực như: quản lý, nhân lực, kỹ thuật chăm sóc, chống nhiễm khuẩn, tiêu hao vật tư để áp dụng vào thực tiễn.

2.2. Điều dưỡng là một ngành học

Y học ngày càng phát triển, kiến thức trình độ của điều dưỡng phải liên tục nâng cao để đáp ứng với nghề nghiệp. Điều dưỡng là ngành học có nhiều chuyên khoa như: Điều dưỡng bệnh viện, Điều dưỡng cộng đồng, Điều dưỡng nội, Điều dưỡng ngoại...

2.3. Điều dưỡng là một nghề chuyên nghiệp

Đối tượng phục vụ của điều dưỡng là con người, bao gồm người ốm và cả người khỏe. Để thực hiện được công việc chăm sóc từ đơn giản đến phức tạp, từ việc thay vải trải giường đến các công việc quản lý, đào tạo, nghiên cứu khoa học, người điều dưỡng phải có kiến thức, kỹ năng, thái độ thích hợp. Giữa bác sĩ và điều dưỡng có chung đối tượng phục vụ là con người, nhưng tính chất nghề nghiệp lại khác nhau. Trình độ của điều dưỡng phát triển bậc đại học, sau đại học đã làm thay đổi mối quan hệ thầy thuốc - điều dưỡng. Người điều dưỡng trở thành cộng sự của thầy thuốc, là một thành viên trong nhóm chăm sóc bệnh nhân.

2.4. Điều dưỡng là một nghề mang tính khoa học, nghệ thuật

- Người điều dưỡng có kiến thức dựa trên cơ sở khoa học, trải qua quá trình đào tạo thích đáng tại cơ sở đào tạo được Nhà nước công nhận.

- Người điều dưỡng có định hướng phục vụ vững chắc. Đối tượng phục vụ là con người, đòi hỏi người điều dưỡng có đạo đức, tác phong của người hành nghề y đức.

- Nhà nước có tổ chức hành chính và Hội Nghề nghiệp để điều hành và kiểm tra tư cách của người điều dưỡng.

- Nhà nước có luật hành nghề để kiểm soát hoạt động và đạo đức của người điều dưỡng, bảo vệ cộng đồng.

- Người điều dưỡng có công cụ để chăm sóc toàn diện và có hệ thống là quy trình điều dưỡng gồm 5 bước: nhận định, chẩn đoán, lập kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc và đánh giá.

3. LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN ĐIỀU DƯỠNG

3.1. Sơ lược lịch sử điều dưỡng thế giới

3.1.1. Thời kỳ hình thành mối liên kết giữa Y khoa - Điều dưỡng - Tôn giáo

Thời gian trước Công nguyên, con người chưa hiểu biết thiên nhiên, xã hội; do vậy tin vào thần linh, số phận. Họ cho rằng thượng đế, chúa trời sinh ra muôn loài, ban sự sống cho muôn loài. Những đền thờ, miếu là nơi để thầy cúng, pháp sư, cầu trời, cầu thần linh cho con người qua khỏi bệnh tật, thoát khỏi số mệnh,

qua khỏi cái chết, có những phụ nữ chuyên lo việc nuôi dưỡng chăm sóc người ốm. Các đền miếu dần dần trở thành những trung tâm chữa bệnh và hình thành mối liên kết: Y khoa - Điều dưỡng - Tôn giáo.

3.1.2. Thời kỳ hình thành nghề điều dưỡng

Những năm đầu sau Công nguyên đã có những phụ nữ tự nguyện làm công việc chăm sóc bệnh nhân.

Năm 60, bà Phoebe (Hy Lạp) chủ động đến nhà bệnh nhân để chăm sóc. Bà là người điều dưỡng tại gia đình đầu tiên trên thế giới.

Thế kỷ IV, Phabiola (La Mã) đã tự nguyện đảm nhận công việc nuôi dưỡng, chăm sóc bệnh nhân tại căn nhà sang trọng của bà.

Từ cuối thế kỷ XI đến cuối thế kỷ XIII, châu Âu chìm đắm trong "Những cuộc viễn chinh của quân thập tự". Nhiều bệnh viện được thành lập để chăm sóc số lượng rất lớn những người hành hương bị bệnh. Nhiều người cùng tham gia việc chăm sóc sức khỏe. Nghề điều dưỡng đã tự phát hình thành, trở thành nghề được coi trọng.

Thế kỷ XVI, những cuộc cách mạng tư sản ở Tây Âu và Bắc Mỹ đã từng bước thiết lập hệ thống chính trị tư sản. Chế độ nhà thờ ở châu Âu và nước Anh bị bãi bỏ, các tổ chức tôn giáo bị giải tán, dẫn đến thiếu hụt trầm trọng người chăm sóc bệnh nhân. Những người phụ nữ phạm tội thay vì phải vào nhà tù, họ được tuyển chọn làm điều dưỡng. Thời kỳ này xuất hiện những quan niệm và thái độ xấu của xã hội đối với những người làm nghề điều dưỡng.

3.1.3. Thời kỳ hình thành trường đào tạo điều dưỡng

Từ giữa thế kỷ XVIII đến đầu thế kỷ XIX, cuộc cách mạng công nghiệp diễn ra ở nhiều nước trên thế giới. Những cải cách xã hội đã thay đổi vai trò của phụ nữ và điều dưỡng. Trong thời kỳ này xuất hiện một phụ nữ được suy tôn là người sáng lập ra ngành Điều dưỡng thế giới. Bà Florence Nightingale (1820 - 1910) sinh ra và lớn lên trong gia đình giàu có ở nước Anh, được giáo dục chu đáo, biết nhiều ngoại ngữ, đọc nhiều sách triết học, tôn giáo và chính trị. Bà đã thực hiện được hoài bão, ước mơ của bà là giúp đỡ những người nghèo khổ, người ốm.

Năm 1847, Florence Nightingale vượt qua sự phản kháng của gia đình đến học và làm việc tại Bệnh viện Kaiser Weth (Đức), rồi tại Paris (Pháp) năm 1853.

Năm 1853 - 1856, cuộc chiến tranh Crime bùng nổ, bà cùng 38 phụ nữ được đưa sang Thổ Nhĩ Kỳ để phục vụ, chữa bệnh cho thương bệnh binh quân đội Hoàng gia Anh. Lý thuyết về khoa học vệ sinh trong các cơ sở y tế của Florence Nightingale đã góp phần giảm tỷ lệ chết do nhiễm trùng từ 42% xuống còn 2%

sau 2 năm thực hiện. Bà làm việc cần cù, tận tụy, đêm đêm cầm ngọn đèn dầu một mình đi chăm sóc thương bệnh binh.

Cơn sốt "Crime" và sự căng thẳng ở mặt trận đã làm Florence Nightingale mất khả năng làm việc, bà phải trở về nước dưỡng bệnh. Được dân chúng và những người lính tặng 50.000 bảng Anh, bà đã lập Hội đồng quản lý sơ tiên này để thành lập Trường đào tạo điều dưỡng đầu tiên trên thế giới tại nước Anh năm 1860. Trường điều dưỡng Nightingale với chương trình đào tạo 1 năm đã đặt nền tảng cho hệ thống đào tạo điều dưỡng ở Anh và nhiều nước trên thế giới.

Ngọn đèn dầu trở thành biểu tượng của ngành Điều dưỡng.

Ngày sinh của Florence Nightingale (ngày 12 tháng 5) được Hội Điều dưỡng thế giới lấy làm Ngày Điều dưỡng hàng năm.

Florence Nightingale được tôn vinh là người mẹ tinh thần của ngành Điều dưỡng trên toàn thế giới.

Sau Nightingale, những người có đóng góp quan trọng cho sự nghiệp phát triển ngành Điều dưỡng trên thế giới như Clara Barton, Dorothea Dix là những giám sát viên điều dưỡng quân y trong các cuộc nội chiến, chiến tranh. Mary Ann Bickerdyke tổ chức các bữa ăn, giặt là quần áo, cấp cứu thương binh. Linda Richards bắt đầu công việc lưu trữ hồ sơ bệnh án và viết các y lệnh chăm sóc. Nhiều điều dưỡng viên đồng thời cũng là các nhà lãnh đạo đấu tranh cho quyền lợi của phụ nữ, bác bỏ chế độ nô lệ, Jane Addams được nhận giải thưởng Nobel hoà bình năm 1931. Thời gian nửa đầu thế kỷ XX, các học thuyết và nghiên cứu điều dưỡng tập trung vào lĩnh vực đào tạo điều dưỡng, nhận dạng bản chất nghề nghiệp và vai trò, chức năng điều dưỡng.

Từ sau năm 1950, ngành Điều dưỡng phát triển với tốc độ rất nhanh. Hình thành các học thuyết điều dưỡng: Phát triển mối quan hệ giữa điều dưỡng và bệnh nhân (Peplau - 1952); thành thạo các thao tác kỹ thuật, cung cấp dịch vụ chăm sóc cho cá nhân và gia đình (Ab - dellah - 1960); duy trì và nâng cao sức khoẻ, ngăn ngừa bệnh tật (Rogers - 1970); giúp bệnh nhân có năng lực tự chăm sóc (Dorothea Orem's - 1971); xác định các loại nhu cầu của bệnh nhân, nhận định sự thích nghi và giúp bệnh nhân thích nghi với các nhu cầu (Roy - 1979); chăm sóc điều dưỡng như là một cách để đối đầu với bệnh tật (Benner và Wrubel - 1989); chăm sóc toàn diện (Betty Newmans - 1995) làm việc độc lập với nhân viên y tế khác, giúp bệnh nhân hồi phục sức khoẻ càng sớm càng tốt (Virginia Henderson - 1996).

Hiện nay, ngành Điều dưỡng đã phát triển, được xếp là một ngành riêng biệt, ngang hàng với các ngành nghề khác. Hệ thống các trường đào tạo điều dưỡng ở

nhiều nước phát triển rất nhanh chóng với nhiều cấp đào tạo: sơ học, trung học, đại học, sau đại học. Nhiều cán bộ điều dưỡng đã có bằng thạc sĩ, tiến sĩ... Nhiều công trình nghiên cứu khoa học điều dưỡng chuyên khoa, quản lý, đào tạo... đã được thực hiện, có giá trị cao trong thực tiễn chăm sóc sức khỏe.

Hệ thống các học viện, nhà trường điều dưỡng quân sự trong Quân đội các quốc gia trên thế giới, có nhiều mô hình đào tạo khác nhau. Lực lượng điều dưỡng Quân y đã tham gia vào các cuộc chiến tranh với nhiều mục đích khác nhau. Nhiều hội nghị, hội thảo, đề tài nghiên cứu điều dưỡng quân sự đã được tổ chức, thực hiện.

3.2. Sơ lược lịch sử Điều dưỡng Việt Nam

3.2.1. Thời kỳ trước năm 1945

Từ thời xa xưa, các bà mẹ Việt Nam đã nuôi dưỡng chăm sóc con cái. Bên cạnh việc tiếp thu những kinh nghiệm dân gian trong việc chăm sóc, chữa bệnh, nhiều đền thờ, miếu đã được xây dựng để mong trời, thần thánh phù hộ, cứu giúp khi có người bị bệnh, qua đời. Lịch sử y học dân tộc ghi nhận hai danh y nổi tiếng thời xa xưa là Tuệ Tĩnh (thế kỷ XIV) với tác phẩm “Nam dược thần hiệu” và “Hong nghĩa giác tự y thời”; Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác (1720 - 1791) đã mở trường đào tạo, trị bệnh cứu người. Các phương pháp dưỡng sinh đã được áp dụng trong việc chăm sóc, điều trị bệnh nhân. Nền Y học cổ truyền dân tộc xuất hiện từ rất sớm, đã giúp người Việt Nam không những tồn tại mà còn phát triển.

Thời Pháp thuộc, thực dân Pháp không coi trọng người bản xứ, xây nhiều bệnh viện nhưng chỉ ban hành chế độ học việc, cầm tay chỉ việc để có những người thạo kỹ thuật, vững tay nghề, chỉ được phụ việc cho bác sĩ và được gọi là y tá. Người Pháp mở lớp nam y tá đầu tiên năm 1901, mở trường đào tạo y tá bản xứ năm 1923, mở lớp nữ y tá năm 1937. Cho đến năm 1945, cả Đông Dương chỉ có một trường đào tạo y khoa, một trường đào tạo y sĩ, một trường đào tạo hộ sinh cao cấp, một số trường đào tạo y tá, dược tá. Sau 80 năm thống trị, thực dân Pháp đã làm nhà tù nhiều hơn bệnh viện. Cả nước có 85 nhà tù, chỉ có 47 bệnh viện mà người dân lao động coi đây là nhà thương làm phúc, “là nơi chữa bệnh bố thí”, y tá là người giúp việc cho bác sĩ, lương thấp ở ngạch hạ đẳng.

3.2.2. Thời kỳ 1945 - 1975

Cách mạng tháng Tám năm 1945 đã mở ra trang sử mới cho lịch sử dân tộc ta. Dưới sự lãnh đạo của Đảng, các tầng lớp nhân dân hăng hái thi đua lập công trong kháng chiến chống Pháp. Lực lượng bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng cách mạng mà Quân y làm nòng cốt đã có những thành tích xuất sắc trong việc khắc phục khó khăn thiếu thốn, cứu chữa thương bệnh binh.

Từ việc bảo vệ sức khỏe do chính các chiến sĩ tự lo liệu với phương châm “Giữ gìn vệ sinh, phòng ngừa hơn chữa bệnh”. Khi có người ốm thì dựa vào kinh nghiệm của đồng bào địa phương tìm các lá, rễ cây để chữa. Từ vốn liếng duy nhất (trong những năm 1944 - 1945) là một hộp đựng bơm tiêm với 2 bơm tiêm (một bơm tiêm 5ml, một bơm tiêm 2ml) và 5 kim tiêm của Pháp sản xuất từ sau Đại chiến thế giới lần thứ nhất. Lực lượng điều dưỡng cách mạng phát triển rất nhanh và được đào tạo để phù hợp với tình hình nhiệm vụ.

Từ tháng 9/1945, Ban y tế Vệ quốc đoàn Hà Nội bắt đầu đào tạo cứu thương, mỗi khoá học khoảng 30 - 45 ngày. Khoá đầu có 150 học sinh, cuối khoá giữ lại 30 học sinh để đào tạo thêm 2 tháng nữa thành y tá. Các khoá 2 - 3 cũng tiếp tục như vậy.

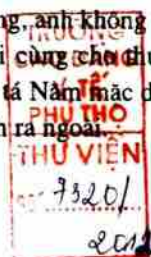
Ngày 19/10/1945, thành lập “Hội Cứu thương”, nhiều chị em đã được huấn luyện công tác cứu thương và sau này trở thành cán bộ Quân y.

Tháng 11/1945, thành lập trường huấn luyện y tá đầu tiên Vệ quốc đoàn Hà Nội, có khoảng mười học sinh; Bác sĩ Đỗ Đạo Tiến được giao làm Giám đốc. Đến tháng 11/1946, Trường Y tá Vệ quốc đoàn Hà Nội (sau đổi thành Trường Y tá Vệ quốc đoàn Quân y cục) đã huấn luyện được 4 khoá y tá Vệ quốc đoàn. Ngày 12/7/1946, tại giảng đường Trường Đại học Y khoa Hà Nội đã làm lễ bế mạc lớp y tá Vệ quốc đoàn khoá 3, đồng chí Võ Nguyên Giáp đã đến dự động viên và giao nhiệm vụ.

Ngày 25/3/1948, Bộ Quốc phòng định ra chức vụ y tá trưởng (Nghị định số 29/NĐCB của BQP). Cho đến hết năm 1948, từ liên khu IV trở ra đã đào tạo được 1.150 cứu thương, 3.232 y tá, 412 y tá trưởng, 353 được tá.

Ngày 28/8/1948, Hồ Chủ tịch ký sắc lệnh mở hai trường Quân y sĩ. Một trường ở liên khu III và IV giành cho dân y, một trường ở liên khu I và X dành cho Quân y. Ngày 10/3/1949, Trường Quân y sĩ khai mạc khoá đầu tiên tại thôn Tuấn Lũng, huyện Tam Dương, tỉnh Vĩnh Yên (nay là Tam Đảo, Vĩnh Phúc).

Trong chiến dịch Điện Biên Phủ, nhiều y tá đã hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ được khen thưởng Huân chương chiến công. Y tá Lương Văn Vọng trong trận Him Lam đã anh dũng ra vào cửa mở nhiều lần, luôn có mặt ở những nơi ác liệt; anh đã dùng tiểu liên và thủ pháo tiêu diệt một ổ súng máy của địch, bảo vệ thương binh; hai lần bị thương không chịu rời trận địa, sát cánh cùng bộ đội chiến đấu, băng bó cho hàng chục thương binh; khi bị thương vào bụng, anh không chịu băng vết thương cho mình, muốn dành những cuộn băng cuối cùng cho thương binh; hết băng anh đã đánh vào hăm địch để tìm bông băng. Y tá Nam mặc dù đã có lệnh rút ra vẫn xung phong vào đồn công được 6 thương binh ra ngoài.





Hình 1.1: Vận chuyển và băng bó thương binh trong chiến dịch Điện Biên Phủ (1954).

Trong tổng kết khen thưởng sau 9 năm chống Pháp (ngày 7/5/1956), đồng chí y tá Hà Nguyên Thị được Quốc hội và Chính phủ tuyên dương Anh hùng Quân đội.

Từ năm 1954, toàn Đảng, toàn dân, toàn quân thực hiện hai nhiệm vụ chiến lược: xây dựng chủ nghĩa xã hội ở miền Bắc và đấu tranh giải phóng miền Nam.

- Ở Miền Bắc:

+ Năm 1954, Bộ Y tế xây dựng chương trình đào tạo y tế sơ cấp hoàn chỉnh để bổ túc cho y tá học cấp tốc trong kháng chiến.

+ Năm 1960, một số bệnh viện và trường y tế trung ương mở lớp đào tạo y tá trưởng.

+ Năm 1963, Bộ Y tế ra quyết định chức vụ y tá trưởng trong các cơ sở điều trị có từ 100 giường bệnh trở lên.

+ Năm 1968, Bộ Y tế xây dựng chương trình đào tạo y tá trung cấp.

+ Ngay từ những năm đầu khi hòa bình được lập lại, Chính phủ, Bộ Y tế đã quan tâm phát triển điều dưỡng bằng cách cử cán bộ đi tập huấn ở Liên Xô, Trung Quốc, Cộng hòa dân chủ Đức, Ba Lan...; mời các đoàn chuyên gia có các điều dưỡng, điều dưỡng trưởng khoa của Trung Quốc, Bungari đến giảng dạy, hướng dẫn về điều dưỡng.

- Ở Miền Nam:

+ Năm 1956, thành lập trường điều dưỡng đào tạo 3 năm.

+ Năm 1968, mở thêm ngạch đào tạo điều dưỡng sơ học.

+ Năm 1973, mở lớp điều dưỡng công cộng 3 năm.

3.2.3. Từ năm 1975 đến nay

Công cuộc kháng chiến chống Mỹ cứu nước thắng lợi, cả nước bước vào thời kỳ xây dựng chủ nghĩa xã hội. Công tác chăm sóc, điều trị bệnh nhân được Bộ Y tế chỉ đạo thống nhất cả hai miền.

- Năm 1982, ban hành chức danh y tá trưởng bệnh viện và y tá trưởng khoa, mở nhiều lớp đào tạo điều dưỡng trưởng.

- Năm 1985, khoá đào tạo đại học điều dưỡng đầu tiên tại Trường Đại học Y khoa Hà Nội, Đại học Y - Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

- Năm 1986, một số bệnh viện xây dựng phòng điều dưỡng.

- Năm 1990, ban hành quyết định thành lập phòng điều dưỡng tại các bệnh viện có trên 150 giường bệnh.

- Năm 1993, ra quyết định về chế độ, trách nhiệm của y tá trong việc chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện. Chuyển đổi mô hình đào tạo y tá trung học thành cao đẳng điều dưỡng tại Trường Cao đẳng Y tế Nam Định.

- Ngày 20/12/1993, Bộ môn Điều dưỡng Học viện Quân y được thành lập và đào tạo cao đẳng điều dưỡng khóa học đầu tiên.

- Năm 1995, mở hệ đào tạo cử nhân điều dưỡng chính quy tại Đại học Y Hà Nội và Đại học Y - Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

- Năm 1998, mở hệ đào tạo cao đẳng điều dưỡng chính quy tại Trường Cao đẳng Y tế Nam Định; năm 2004, Trường được nâng cấp lên Đại học Điều dưỡng.

- Năm 2007, Chính phủ ra quyết định về tăng cường công tác Điều dưỡng - Hộ sinh giai đoạn 2002 - 2010.

- Ngày 22/4/2005, Bộ trưởng Bộ Nội vụ ký Quyết định số 41/2005/QĐ-BNV về việc ban hành tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức y tế Điều dưỡng:

- + Điều dưỡng sơ cấp, yêu cầu trình độ: tốt nghiệp Sơ cấp Điều dưỡng.

- + Điều dưỡng trung cấp, yêu cầu trình độ: tốt nghiệp Trung cấp Điều dưỡng.

- + Điều dưỡng cao đẳng, yêu cầu trình độ: tốt nghiệp Cao đẳng Điều dưỡng.

- + Điều dưỡng, yêu cầu trình độ: tốt nghiệp Đại học Điều dưỡng.

- + Điều dưỡng chính, yêu cầu trình độ: là điều dưỡng có thâm niên ở ngạch tối thiểu là 9 năm; tốt nghiệp Thạc sĩ hoặc Chuyên khoa I chuyên ngành Điều dưỡng.

- Hội Điều dưỡng Việt Nam được thành lập ngày 26/10/1990, cho đến nay đã hoạt động được 4 nhiệm kỳ, 5 lần Đại hội.

- Điều dưỡng Việt Nam nhận được sự giúp đỡ của nhiều tổ chức điều dưỡng trên thế giới như Thụy Điển, Nhật Bản và điều dưỡng khu vực... đã có những bước phát triển mạnh mẽ, đang trên đường tiếp cận và hòa nhập với điều dưỡng khu vực và thế giới.

Y ĐỨC VÀ PHẨM CHẤT CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Y đức là phẩm chất tốt đẹp của người làm công tác y tế, được biểu hiện ở tinh thần trách nhiệm cao, tận tụy phục vụ, hết lòng yêu thương chăm sóc người bệnh. Chức năng của y đức là để chỉ đạo hành vi, thái độ của người làm công tác y tế, đưa ra các yêu cầu về thái độ và đánh giá hành động của bác sĩ, điều dưỡng...

Hippocrate (460 trước CN) được thế giới suy tôn là Ông tổ của nghề y với lời thề Hippocrate nổi danh về đạo đức y học, mở ra kỷ nguyên mới cho y học.

Florence Nightingale (1820 - 1910), người mẹ tinh thần của ngành Điều dưỡng thế giới đã “đặt người bệnh vào điều kiện tốt nhất để thiên nhiên tác động vào họ”. Người điều dưỡng phải biết cách giúp người bệnh để họ được sống, biết cách chăm sóc, giữ gìn sức khỏe của trẻ em cũng như người lớn để mọi người lúc nào cũng ở trong tình trạng khỏe mạnh.

Chủ tịch Hồ Chí Minh đã dạy: “Lương y phải như từ mẫu”. Tiêu chuẩn đạo đức của người làm công tác y tế được thể hiện trong “Quy định về y đức” của Bộ Y tế Việt Nam. Do tính đặc thù của nghề nghiệp, người điều dưỡng cần có thêm những phẩm chất, đạo đức của người trực tiếp làm công tác chăm sóc y tế.

2. PHẨM CHẤT CÁ NHÂN CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

Phẩm chất cá nhân cao là điều kiện cần thiết để người điều dưỡng thực hiện nghĩa vụ nghề nghiệp của mình.

2.1. Phẩm chất về đạo đức

- Ý thức trách nhiệm cao: Đối tượng phục vụ của điều dưỡng là con người. Công việc của người điều dưỡng liên quan chặt chẽ tới cuộc sống, tính mạng và hạnh phúc của bệnh nhân. Mọi sự cẩu thả, sơ xuất đều có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng. Người điều dưỡng phải thấu hiểu sâu sắc và phải rèn luyện thường xuyên để nâng cao ý thức trách nhiệm của mình.

- Đức tính trung thực: Trung thực tuyệt đối là một trong những nét cơ bản trong tính cách của người điều dưỡng. Thực hiện các chức năng điều dưỡng: chủ động và phối hợp. Người điều dưỡng có mối quan hệ chặt chẽ với bệnh nhân, với đồng nghiệp dựa trên cơ sở lòng tin.

- Sự ân cần và cảm thông sâu sắc: Người điều dưỡng phải thấu hiểu, cảm thụ được nỗi đau đớn của bệnh nhân như nỗi đau của chính mình. Trong công việc phải tận tụy, ân cần chăm sóc bệnh nhân. Tuy nhiên không được để tình cảm gây trở ngại đến công việc.

- **Tính mềm mỏng và nguyên tắc:** Điều dưỡng phải biết xem xét, đánh giá đặc điểm, tính cách cá nhân của từng bệnh nhân trong mọi giai đoạn của bệnh. Phải là nhà tâm lý học, có tính dễ gần, chan hoà, đồng thời phải biết đòi hỏi yêu cầu cao, có nguyên tắc. Tính tình cau có, khô khan, thiếu cởi mở hoặc đùa cợt không đúng chỗ, tiếp xúc xuống xã sẽ làm cho người điều dưỡng mất uy tín trước bệnh nhân, đồng nghiệp.

- **Tác phong khẩn trương và tự tin:** Tính khẩn trương là một yêu cầu và phẩm chất của cán bộ y tế. Nhiệm vụ của cán bộ y tế là đấu tranh cho sự sống của con người. Chậm trễ, thiếu tự tin sẽ làm mất cơ hội cứu sống bệnh nhân. Vì vậy, người điều dưỡng phải khẩn trương, bình tĩnh, tự tin trong công việc; không được vội vàng, hấp tấp dễ gây hậu quả xấu cho bệnh nhân.

- **Lòng yêu nghề:** Người điều dưỡng say mê nghề nghiệp sẽ không ngừng học tập nâng cao trình độ, cập nhật kiến thức hiện đại, khắc phục được khó khăn để hoàn thành tốt nhiệm vụ của mình.

2.2. Phẩm chất về mỹ học

Phẩm chất về mỹ học của người điều dưỡng bao gồm: sự tươi tắn, tính đúng mực, vẻ bên ngoài chỉnh tề, không có tật xấu.

Tác phong nghiêm chỉnh, đúng mực, đầu tóc gọn gàng dưới chiếc mũ đẹp, cùng với bộ quần áo choàng trắng sẽ gây được lòng tin cho bệnh nhân, gây được không khí nghiêm túc trong cơ quan.

Quần áo nhàu nát, tóc rối bù hoặc trang điểm sặc sỡ, móng tay bôi sơn và để dài sẽ gây tổn hại đến uy tín của cán bộ y tế, đặc biệt đối với người đang chịu đau đớn, người nghèo khổ sẽ là cảm giác mâu thuẫn, căng thẳng, sự thiệt thòi trong cuộc sống.

Môi trường bệnh viện, nhân viên bệnh viện không được gây cho bệnh nhân cảm giác buồn chán. Người điều dưỡng không được phép để các mùi khó chịu như mồ hôi, nước hoa, mùi rượu... gây phản ứng khó chịu cho bệnh nhân.

2.3. Phẩm chất về trí tuệ

Phẩm chất về trí tuệ bao gồm: khả năng nhận định và đánh giá tình trạng bệnh nhân, kỹ năng thành thạo, khả năng nghiên cứu và cải tiến, khôn khéo trong công tác.

Ngành điều dưỡng đã phát triển, trở thành một ngành riêng. Người làm công tác điều dưỡng được đào tạo có hệ thống, trình độ đào tạo đã được nâng cao. Những kiến thức về nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh và các phương pháp điều trị, dự phòng bệnh cho phép người điều dưỡng thực hiện nhiệm vụ chăm sóc, điều trị bệnh nhân, theo dõi bệnh nhân có ý thức, có cơ sở khoa học, giảm bớt được những sai sót trong khám chữa bệnh.

Điều dưỡng là khoa học chăm sóc bệnh nhân. Những đề tài nghiên cứu khoa học, những sáng kiến cải tiến điều dưỡng sẽ giúp cho khoa học điều dưỡng, thực hành điều dưỡng phát triển lên trình độ cao hơn; người dân, bệnh nhân được hưởng chăm sóc y tế tốt hơn.

Người điều dưỡng phải thực hiện thành thạo các kỹ năng tiếp xúc, giao tiếp với bệnh nhân. Thực hiện thành thạo các kỹ thuật chăm sóc, khôn khéo trong công việc, trong quan hệ với đồng nghiệp, với môi trường xung quanh, như người nghệ sĩ trong nghệ thuật chăm sóc sức khoẻ cho nhân dân.

3. NGHĨA VỤ NGHỀ NGHIỆP CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

3.1. Người điều dưỡng với bệnh nhân

Nghĩa vụ nghề nghiệp của người điều dưỡng với bệnh nhân dựa trên những nguyên tắc cơ bản sau:

3.1.1. Không được từ chối giúp đỡ bệnh nhân

Người điều dưỡng phải sẵn sàng quên mình để giúp đỡ bệnh nhân trong bất cứ hoàn cảnh, thời gian nào, luôn nhớ rằng bệnh nhân là người đang gặp tai họa, đe dọa đến tính mạng, đang cần sự quan tâm giúp đỡ đặc biệt của người cán bộ y tế. Từ chối giúp đỡ bệnh nhân là vi phạm nghĩa vụ xã hội, phải chịu sự lên án về mặt đạo đức, sự trừng phạt của pháp luật.

3.1.2. Giúp bệnh nhân loại trừ các đau đớn về thể chất

Người điều dưỡng phải luôn thông cảm và thể hiện sự quan tâm đặc biệt đến nỗi đau đớn của bệnh nhân, coi đó là nỗi đau của chính mình. Trong khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc điều trị phải nhẹ nhàng, nhanh chóng làm giảm đến mức thấp nhất nỗi đau đớn của bệnh nhân.

3.1.3. Không được bỏ mặc bệnh nhân

Người điều dưỡng có nhiệm vụ đấu tranh vì sự sống của bệnh nhân đến cùng, với tinh thần “còn nước, còn tát”, “cứu bệnh như cứu hỏa”. Không được rời bỏ vị trí trong khi làm nhiệm vụ, không được để bệnh nhân một mình đối phó, vật lộn với bệnh tật, cũng không được nhờ cậy người nhà, người quen chăm sóc bệnh nhân.

Trước mọi nhu cầu về thể chất của bệnh nhân, người điều dưỡng phải linh hoạt đáp ứng với thái độ nghề nghiệp và tinh thần trách nhiệm cao.

3.1.4. Hỗ trợ về tinh thần cho bệnh nhân

Người bị bệnh thường lo lắng, đôi khi chán nản, suy sụp tinh thần. Bệnh nhân phải nằm viện, cách ly với gia đình và người thân, môi trường bệnh viện... là các yếu tố ảnh hưởng đến tinh thần bệnh nhân. Người điều dưỡng phải gây được niềm tin cho bệnh nhân ngay từ khi tiếp xúc, để bệnh nhân tin tưởng, yên tâm chữa bệnh.

Mọi hành vi, thái độ, lời nói gây chấn thương tinh thần cho bệnh nhân đều bị lên án, xử phạt.

Những trường hợp bệnh nhân nặng, bệnh nhân trong giai đoạn cuối thường hay suy xét về quá khứ, về hiện tại và tương lai của chính họ, gia đình, xã hội, về vật chất, tinh thần... người điều dưỡng phải thông cảm dành cho họ sự quan tâm chăm sóc đặc biệt.

3.1.5. Tôn trọng nhân cách của bệnh nhân

Trong xã hội hiện đại, mọi người dân đều có quyền được hưởng các dịch vụ chăm sóc y tế. Bệnh nhân thuộc nhiều thành phần khác nhau, có vị trí xã hội, tôn giáo, phong tục tập quán, nhân cách khác nhau. Người điều dưỡng phải tôn trọng mọi giá trị nhân cách của bệnh nhân. Phải niềm nở, mềm mỏng khi tiếp xúc với bệnh nhân. Không được gọi bệnh nhân là ông kia, bà kia, không được quát mắng, cấu gắt, dọa nạt bệnh nhân. Không được phân biệt đối xử với bệnh nhân.

3.1.6. Giữ bí mật những điều riêng tư của bệnh nhân

Bệnh nhân khi đã tin tưởng nhân viên y tế, thường tâm sự, trao đổi những điều riêng tư. Người điều dưỡng phải tuyệt đối giữ kín, không được để lộ gây tổn hại đến niềm tin của họ. Tình trạng bệnh tật của bệnh nhân cũng cần được giữ kín, chỉ nên thông báo cho bệnh nhân ở thời điểm thích hợp.

Trong trường hợp bệnh nặng phải hết lòng cứu chữa và chăm sóc đến cùng, đồng thời thông báo cho gia đình, đơn vị của bệnh nhân.

3.2. Người điều dưỡng với đồng nghiệp

3.2.1. Cộng tác, giúp đỡ lẫn nhau

Điều dưỡng có 2 chức năng:

- Chức năng chủ động (chức năng độc lập).
- Chức năng phối hợp.

Trong toàn bộ quá trình chăm sóc bệnh nhân, điều dưỡng phải cộng tác thân ái và giúp đỡ lẫn nhau, hỗ trợ lẫn nhau, thiết lập bầu không khí hoà thuận trong tập thể, cùng nhau giành giật sự sống cho bệnh nhân.

3.2.2. Tôn trọng lẫn nhau

Môi trường làm việc của điều dưỡng có nhiều thành phần: bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng với nhiều trình độ khác nhau... nhưng cùng chung một nhiệm vụ là chăm sóc, điều trị bệnh nhân. Tôn trọng người khác, tế nhị trong ứng xử có ý nghĩa quyết định trong thiết lập các mối quan hệ. Điều dưỡng không được phép cãi nhau, xúc phạm, chê bai lẫn nhau trước mặt bệnh nhân.

3.2.3. Phê bình có thiện chí

Phê bình rất cần thiết trong công tác cũng như trong cuộc sống, làm cho con người tiến bộ, hoàn thiện hơn. Phê bình, góp ý phải có thiện chí, phải tế nhị, khôn khéo trong phê bình và tiếp thu phê bình. Người có khuyết điểm tiếp thu được ý kiến của cá nhân, tập thể để sửa chữa, khắc phục. Tập thể đoàn kết, không khí làm việc vui vẻ, thân mật chăm sóc bệnh nhân sẽ tốt hơn.

3.2.4. Truyền thụ kinh nghiệm

Người điều dưỡng có nhiều năm công tác thường đúc ra nhiều kinh nghiệm, có nghĩa vụ truyền lại những kinh nghiệm ấy cho lớp trẻ. Điều dưỡng mới ra trường cần học hỏi, cần sự chỉ bảo giúp đỡ của nhiều người khác để đảm bảo an toàn tính mạng cho bệnh nhân. Thường xuyên trao đổi học hỏi lẫn nhau là điều rất thiết thực với người điều dưỡng hiện đại.

3.3. Người điều dưỡng với nghề nghiệp

- Người điều dưỡng có trách nhiệm cá nhân khi hành nghề, phải tôn trọng luật pháp. Không được hành nghề khi chưa được phép, không được hành nghề vượt quá quy định của pháp luật.

- Phải luôn giữ vững tư cách đạo đức, mang lại uy tín cho nghề nghiệp, không vì lợi ích trước mắt làm mất nhân phẩm của bản thân, uy tín của nghề điều dưỡng.

- Không ngừng học tập nâng cao trình độ: Nền y học thế giới ngày càng phát triển, đòi hỏi người điều dưỡng phải liên tục học tập để nâng cao kiến thức, trình độ và kỹ năng chăm sóc. Không được thoả mãn, chủ quan mà phải khiêm tốn, kiên trì học tập, tiếp thu các kiến thức mới, hiện đại.

- Duy trì các tiêu chuẩn chăm sóc cao nhất trong từng hoàn cảnh, điều kiện thực tế, điều dưỡng phải biết vận dụng khắc phục khó khăn, triển khai, tìm mọi cách để công tác chăm sóc bệnh nhân đạt tiêu chuẩn cao nhất.

3.4. Người điều dưỡng với xã hội

- Hoà nhập với cộng đồng: Người điều dưỡng là một thành viên trong xã hội, nghề điều dưỡng hiện nay ngang bằng với các nghề khác. Phát huy vai trò điều dưỡng trong cộng đồng là góp phần vào công tác nâng cao sức khoẻ cho nhân dân.

- Tìm hiểu hoàn cảnh xã hội, phong tục tập quán, tôn giáo, thói quen, cơ cấu xã hội, người điều dưỡng sẽ có điều kiện để đề ra các biện pháp phù hợp và thực hiện kế hoạch chăm sóc tốt hơn.

- Người điều dưỡng có trách nhiệm cùng tham gia, hỗ trợ các hoạt động chăm sóc y tế trong khuôn khổ cho phép để đáp ứng các nhu cầu sức khoẻ của xã hội, của nhân dân.

CHỨC NĂNG ĐIỀU DƯỠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Đối tượng phục vụ của điều dưỡng là con người. Chất lượng phục vụ của người điều dưỡng không chỉ do trình độ, kiến thức quyết định mà còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác. Trước kia điều dưỡng chưa được đào tạo một cách hệ thống, chưa có tổ chức nghề nghiệp, thì điều dưỡng là trợ lý, là giúp việc cho thầy thuốc. Sự phát triển của y học dẫn đến nhu cầu về trình độ và kiến thức của những người làm nghề Y - Dược phải được nâng cao, đặc biệt là của điều dưỡng.

Tuy nhiên, nghề điều dưỡng phụ thuộc vào một số yếu tố cơ bản sau:

- Hoàn cảnh, điều kiện làm việc và trang thiết bị tại cơ sở y tế.
- Trình độ chuyên môn, kỹ thuật của đội ngũ bác sĩ và các cán bộ chuyên môn khác.
- Tình trạng bệnh lý và tâm lý của bệnh nhân.
- Các điều kiện xã hội như: điều kiện kinh tế, chế độ chính trị ở mỗi quốc gia; yếu tố dân tộc, tôn giáo, địa lý, sự quan tâm của Nhà nước đối với điều dưỡng.

Ở quốc gia nào có sự quan tâm của chính quyền đối với công tác tổ chức, đào tạo điều dưỡng, thì ở quốc gia đó chất lượng chăm sóc y tế được nâng cao (WHO, 2005). Hiện nay, tổ chức, nhiệm vụ, chức năng điều dưỡng ở các nước tuy có khác nhau nhưng đều theo nguyên tắc chung. Theo khuyến cáo của WHO, điều dưỡng có 2 chức năng:

- Chức năng chủ động.
- Chức năng phối hợp.

Từ năm 1990, hệ thống tổ chức Điều dưỡng Việt Nam đã có thay đổi để phù hợp với các chức năng điều dưỡng. Năm 2005, chức trách, trình độ chuyên môn, nhiệm vụ cụ thể của điều dưỡng được ban hành. Điều dưỡng ở Việt Nam đã chính thức trở thành một nghề ngang bằng với các nghề khác trong xã hội.

2. TỔ CHỨC NHIỆM VỤ CỦA ĐIỀU DƯỠNG CÁC CẤP

2.1. Tổ chức, nhiệm vụ của Phòng Điều dưỡng tại Bộ Y tế

2.1.1. Tổ chức

Theo Quyết định số 356/BYT- QĐ ngày 14/3/1992 của Bộ Y tế Việt Nam: Phòng Điều dưỡng tại Bộ Y tế được thành lập. Phòng Điều dưỡng được đặt trong Vụ Điều trị, có các cán bộ phụ trách các mặt quan trọng trong công tác điều dưỡng. Phòng Điều dưỡng là cơ quan tham mưu cho Bộ Y tế trong lĩnh vực điều dưỡng.

2.1.2. Nhiệm vụ của Phòng Điều dưỡng tại Bộ Y tế

- Hoạch định kế hoạch phát triển ngành Điều dưỡng để đưa vào kế hoạch chung của Bộ hàng năm và kế hoạch dài hạn; bao gồm các kế hoạch về nhân lực, đào tạo, huấn luyện và trang bị.

- Nghiên cứu đề xuất, bổ sung và sửa đổi các quy chế quản lý chuyên môn, kỹ thuật trong công tác điều dưỡng, phục vụ bệnh nhân và chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- Kiểm tra, thanh tra, đôn đốc thực hiện các quy chế về điều dưỡng trong cả nước.

- Đề xuất và triển khai thực hiện các chỉ thị của Bộ trong việc kiện toàn tổ chức ngành Điều dưỡng.

- Tham gia biên soạn, quản lý chương trình đào tạo, bổ túc cho cán bộ điều dưỡng.

2.2. Tổ chức, nhiệm vụ của Điều dưỡng trưởng Sở Y tế

2.2.1. Tổ chức

Điều dưỡng trưởng Sở Y tế đặt dưới sự chỉ đạo và báo cáo trực tiếp cho Giám đốc Sở Y tế về công tác điều dưỡng. Điều dưỡng trưởng thuộc Phòng Nghiệp vụ y - Sở Y tế.

Hiện nay có 56,3% các sở Y tế đã bổ nhiệm Điều dưỡng trưởng, 47% Điều dưỡng trưởng Sở Y tế là Phó trưởng phòng Nghiệp vụ y.

2.2.2. Nhiệm vụ của Điều dưỡng trưởng Sở Y tế

- Xây dựng, kế hoạch, phương án công tác điều dưỡng trong tỉnh, thành để đưa vào kế hoạch của Sở.

- Kiểm tra, thanh tra, đánh giá chất lượng công tác điều dưỡng ở các bệnh viện và chăm sóc sức khỏe ban đầu tại các trung tâm y tế Quận (Huyện).

- Triển khai thực hiện các chỉ thị của Giám đốc Sở Y tế, các chủ trương của ngành về công tác điều dưỡng.

- Phối hợp với các phòng chức năng, các bệnh viện và các trường y tế để xây dựng và tổ chức công tác bổ túc, huấn luyện cho cán bộ điều dưỡng.

- Định kỳ tổ chức sinh hoạt các điều dưỡng trưởng bệnh viện và trung tâm y tế trong tỉnh.

- Định kỳ báo cáo hoạt động điều dưỡng cho Giám đốc Sở Y tế và Phòng Điều dưỡng - Bộ y tế.

2.3. Tổ chức nhiệm vụ Phòng Điều dưỡng bệnh viện

2.3.1. Tổ chức

Ngày 14/7/1990; Bộ Y tế ban hành Quyết định 570/BYT-QĐ và Thông tư 12/BYT-TT thành lập Phòng Điều dưỡng bệnh viện.

- Phòng Điều dưỡng bệnh viện đặt dưới sự chỉ đạo trực tiếp của Giám đốc bệnh viện và có mối quan hệ chặt chẽ với các khoa, phòng trong bệnh viện.

- Chịu trách nhiệm quản lý, điều hành công tác điều dưỡng trong toàn bệnh viện theo các tiêu chuẩn chuyên môn, kỹ thuật đã ban hành.

- Phòng Điều dưỡng bệnh viện do điều dưỡng trưởng bệnh viện đứng đầu. Có các điều dưỡng khối và các điều dưỡng trưởng khoa để thực hiện chức năng quản lý toàn bộ cán bộ điều dưỡng trong bệnh viện.

2.3.2. Nhiệm vụ của Phòng Điều dưỡng bệnh viện

- Quản lý kỹ thuật, chất lượng chăm sóc người bệnh.
- Quản lý, tổ chức công tác huấn luyện, bồi dưỡng cho điều dưỡng toàn bệnh viện.
- Quản lý điều hành nhân lực điều dưỡng và y công trong bệnh viện.
- Quản lý ngân sách, trang thiết bị vật tư trong phạm vi công tác điều dưỡng.
- Quản lý vệ sinh, trật tự các khoa phòng và giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân.

2.3.3. Mối quan hệ giữa Phòng Điều dưỡng bệnh viện với các phòng chức năng khác

Phòng Điều dưỡng không thể hoạt động độc lập hoàn toàn, tách rời các phòng chức năng, bộ phận khác của bệnh viện. Hiệu quả hoạt động của Phòng Điều dưỡng phụ thuộc vào chất lượng của mối quan hệ với các phòng, ban, khoa... trong bệnh viện.

- Với các bác sĩ trưởng khoa: Phòng Điều dưỡng và các điều dưỡng trưởng khoa cần chỉ đạo các điều dưỡng viên thực hiện nghiêm túc mọi yêu cầu điều trị, theo dõi, chăm sóc bệnh nhân, đồng thời cộng tác đặc lực với các bác sĩ để nâng cao chất lượng điều trị, điều dưỡng.

- Với Phòng Tổ chức cán bộ: tham gia ý kiến vào việc tiếp nhận, chuyển đổi điều dưỡng, hồ lý trước khi Phòng Tổ chức cán bộ trình Giám đốc duyệt. Hàng năm, đánh giá hiệu quả công tác và trình độ chuyên môn của điều dưỡng để phối hợp với cơ quan tổ chức cán bộ xét đề nghị nâng bậc lương, đề bạt, khen thưởng, kỷ luật.

- Với Phòng Quản lý vật tư, trang bị: Điều dưỡng trưởng bệnh viện lập kế hoạch, ngân sách, dụng cụ, trang bị cho công tác điều dưỡng và kế hoạch sử dụng vật tư trang bị trình Giám đốc phê duyệt.

- Hàng ngày, Phòng Điều dưỡng bệnh viện quản lý và điều phối lực lượng điều dưỡng, hồ lý cho phù hợp với yêu cầu chăm sóc bệnh nhân. Phối hợp chặt

chẽ với các ban ngành, đoàn thể như: Chi hội điều dưỡng, Công đoàn, Đoàn thanh niên, Phụ nữ... để động viên tinh thần, lương tâm nghề nghiệp, khuyến khích lực lượng điều dưỡng nâng cao trách nhiệm và trình độ chuyên môn, kỹ thuật.

Hiện nay, 100% bệnh viện đã có điều dưỡng trưởng bệnh viện, 100% bệnh viện tuyến trung ương, 68% bệnh viện tuyến tỉnh/thành phố và 30% bệnh viện tuyến quận/huyện đã thành lập phòng điều dưỡng theo quy chế bệnh viện.

3. CHỨC NĂNG CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

3.1. Chức năng chủ động (chức năng độc lập)

- Chức năng chủ động của người điều dưỡng là thực hiện những nhiệm vụ chăm sóc cơ bản thuộc phạm vi kiến thức đã được đào tạo. Người điều dưỡng thực hiện những nhiệm vụ này một cách chủ động.

- Thực hiện chức năng chủ động, thực chất là chủ động đáp ứng các nhu cầu cơ bản của bệnh nhân, bao gồm các nhu cầu về: hô hấp, dinh dưỡng, bài tiết, vận động, duy trì thân nhiệt, vệ sinh cá nhân, thay mặc quần áo, ngủ và nghỉ, an toàn, giao tiếp, tín ngưỡng, lao động, học tập, hỗ trợ tinh thần.

- Chủ động thực hành các kỹ thuật điều dưỡng, trong tiếp đón bệnh nhân đến khám bệnh và thực hiện sơ cứu, cấp cứu ban đầu các trường hợp bệnh nặng, tai nạn, tai biến.

- Người điều dưỡng hiện đại có trách nhiệm chủ động, tích cực hoạt động xây dựng ngành Điều dưỡng, hoạt động huấn luyện, đào tạo và nghiên cứu khoa học chuyên ngành điều dưỡng.

3.2. Chức năng phối hợp

- Người điều dưỡng hiện nay là người cộng tác của bác sĩ (Co - Ordinator), không phải là người trợ tá, giúp việc của bác sĩ (Dotor`s helper) như quan niệm trước kia.

- Chức năng phối hợp của người điều dưỡng thể hiện trong việc thực hiện y lệnh và báo cáo tình trạng bệnh nhân cho bác sĩ. Phối hợp với bác sĩ trong việc tổ chức thực hiện kế hoạch chăm sóc.

- Người điều dưỡng cần phải phối hợp với các đồng nghiệp khác (kỹ thuật viên, hộ sinh...) để hoàn thành nhiệm vụ của mình.

- WHO khuyến cáo 5 nhiệm vụ cơ bản của điều dưỡng:

- + Chăm sóc những người bị ốm đau, bệnh tật hoặc những ai cần được chăm sóc sức khỏe, đáp ứng nhu cầu cần thiết của từng cá nhân về thể chất, tình cảm, về xã hội tại bệnh viện và trong cộng đồng.

+ Hướng dẫn, khuyến khích bệnh nhân và người nhà bệnh nhân về chăm sóc sức khỏe.

+ Theo dõi, thăm khám, đánh giá tình trạng bệnh nhân. Phát hiện các triệu chứng lâm sàng, tác dụng phụ của thuốc, báo cáo tình trạng bệnh nhân cho bác sĩ điều trị.

+ Huấn luyện cho nhân viên y tế khác trong chăm sóc bệnh nhân và trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.

+ Cộng tác với các nhân viên y tế khác trong việc nâng cao chất lượng điều dưỡng hoặc quản lý tốt sức khỏe cộng đồng.

Trên cơ sở trình độ được đào tạo và vị trí công tác mà mỗi điều dưỡng có các nhiệm vụ cụ thể khác nhau, cần thực hiện nghiêm túc và đầy đủ các chức năng điều dưỡng.

4. CHỨC TRÁCH, NHIỆM VỤ CỤ THỂ CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM

4.1. Chức trách

Điều dưỡng Việt Nam là viên chức chuyên môn kỹ thuật của ngành Y tế, có nhiệm vụ tổ chức thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản và kỹ thuật điều dưỡng chuyên khoa tại các cơ sở y tế.

4.2. Nhiệm vụ cụ thể

- Lập kế hoạch chăm sóc và phối hợp với bác sĩ trong việc tổ chức thực hiện kế hoạch chăm sóc người bệnh toàn diện theo đúng các quy chế chuyên môn.

- Tổ chức thực hiện và theo dõi, giám sát các điều dưỡng ở ngạch thấp hơn trong việc thực hiện các y lệnh của bác sĩ và thực hiện kế hoạch chăm sóc người bệnh toàn diện.

- Thực hiện thành thạo những kỹ thuật điều dưỡng cơ bản và kỹ thuật điều dưỡng phức tạp của lĩnh vực chuyên khoa.

- Tổ chức thực hiện các quy trình tiếp đón người bệnh đến khám, điều trị, làm các xét nghiệm, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện và tổ chức thực hiện các thủ tục chăm sóc khi người bệnh tử vong theo đúng quy định.

- Tổ chức theo dõi, đánh giá toàn trạng và ghi chép những diễn biến hàng ngày của người bệnh, đặc biệt chú trọng những người bệnh nặng và các trường hợp cấp cứu để điều chỉnh kế hoạch chăm sóc và báo cáo bác sĩ kịp thời để xử lý các diễn biến bất thường của người bệnh.

- Tổ chức thực hiện việc sơ cứu, cấp cứu những trường hợp tai nạn và chăm sóc, điều trị cho người bệnh nặng.

- Dự trù và tổ chức việc chuẩn bị đủ, đúng, kịp thời các dụng cụ, phương tiện, thuốc và hồ sơ bệnh án phục vụ cho công tác khám bệnh, cấp cứu, điều trị và chăm sóc người bệnh.

- Tổ chức thực hiện vận hành, bảo quản, bảo dưỡng, phương tiện máy móc, trang thiết bị thuộc chuyên khoa. Phát hiện những hỏng hóc và đề xuất phương án xử lý.

- Chịu trách nhiệm cá nhân về số thuốc và tài sản được phân công quản lý.

- Tổ chức thực hiện công tác tư vấn, giáo dục sức khỏe và công tác giữ gìn trật tự, vệ sinh, phòng dịch bệnh.

- Hướng dẫn kỹ thuật điều dưỡng cho học sinh, sinh viên điều dưỡng và cho điều dưỡng ở ngạch thấp hơn; thực hiện việc chỉ đạo tuyến và tham gia các đề tài nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực điều dưỡng.

- Tổ chức thực hiện các quy định y đức, các quy chế chuyên môn, các quy trình kỹ thuật của ngành Y tế và các quy định của pháp luật liên quan đến lĩnh vực điều dưỡng.

4.3. Hiểu biết

- Về y học cơ sở, điều dưỡng học, bệnh học, vệ sinh phòng chống dịch bệnh.

- Các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, các kỹ thuật điều dưỡng chuyên khoa trong chuyên ngành và quy trình chăm sóc người bệnh toàn diện.

- Quy trình vận hành, bảo quản, bảo dưỡng các loại máy móc và trang thiết bị cơ bản thuộc chuyên khoa.

- Phương hướng phát triển chuyên môn kỹ thuật của lĩnh vực điều dưỡng trong nước.

- Quy chế sử dụng thuốc hợp lý và an toàn.

- Chức trách, nhiệm vụ của viên chức y tế trong lĩnh vực điều dưỡng.

- Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân, các chế độ chính sách của Nhà nước và của ngành Y tế đối với đối tượng phục vụ.

4.4. Yêu cầu trình độ

- Tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng.

- Sử dụng được một ngoại ngữ trình độ A; trường hợp công tác tại vùng có người dân tộc thiểu số nếu sử dụng được một thứ tiếng dân tộc trong hoạt động chuyên môn thì được thay thế ngoại ngữ trình độ A.

- Đạt trình độ cơ bản về tin học, sử dụng được một số phần mềm để phân tích số liệu trong quá trình theo dõi và chăm sóc người bệnh.

NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Cơ thể con người được tạo nên bởi các yếu tố vật chất; con người tồn tại, phát triển về thể chất và tinh thần là do được cung cấp đầy đủ các yếu tố vật chất, tinh thần, xã hội.

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

1.2. Đặc điểm nhu cầu cơ bản của con người

- Nhu cầu cơ bản của con người vừa có tính đồng nhất, vừa có tính duy nhất; mỗi cá thể con người (về một số đặc điểm nào đó) giống tất cả mọi người, nhưng có đặc điểm chỉ giống một số người, lại có những đặc điểm không giống ở bất cứ người nào, tạo nên sự đa dạng nhu cầu của con người.

- Con người chuyển đến nhu cầu cao hơn khi các nhu cầu dưới nó đã được đáp ứng thoả mãn.

- Mức độ và tầm quan trọng của mỗi nhu cầu ở từng người có khác nhau, thay đổi theo các thời kỳ phát triển của cuộc đời.

- Tại một thời điểm nhất định, một người có nhu cầu mạnh hơn, cấp thiết hơn và được gọi là nhu cầu ưu tiên.

2. NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI PHÂN CẤP THEO MASLOW

Maslow đã phân cấp các nhu cầu cơ bản của con người theo thứ bậc.

2.1. Nhu cầu mức thấp

Nhu cầu mức thấp là những nhu cầu để con người tồn tại, bao gồm:

2.1.1. Nhu cầu về thể chất

- Nhu cầu về thể chất: oxy, nước uống, thức ăn, bài tiết, vận động, nghỉ ngơi,...
- Nhu cầu về thể chất là nền tảng của hệ thống phân cấp, được ưu tiên hàng đầu, cần được đáp ứng để duy trì sự sống của con người.

- Thiếu oxy con người không thể tồn tại quá 5 phút, không có nước uống con người tồn tại được vài ngày. Con người không thể sống mà không ăn, không bài tiết hoặc vận động, làm việc liên tục mà không ngủ, nghỉ ngơi.

2.1.2. Nhu cầu an toàn và được bảo vệ

Bao gồm an toàn tính mạng và an toàn tinh thần:

- An toàn về tính mạng: con người được bảo vệ, tránh được các nguy cơ đe dọa cuộc sống như bệnh tật, tai nạn, thiên tai, chiến tranh,...

- An toàn về tinh thần: tránh được mọi sự sợ hãi, lo lắng, những tác động xấu về tinh thần cũng có thể gây nguy hại cho tính mạng con người.

Nhu cầu được bảo vệ được xếp ưu tiên sau nhu cầu về thể chất, nhu cầu này trở thành nhu cầu cấp thiết trong thời gian xảy ra bệnh dịch, chiến tranh, thảm họa.

Trẻ em, người có tuổi, người tàn tật đòi hỏi sự an toàn được bảo vệ nhiều hơn.

2.2. Nhu cầu mức cao

Con người đòi hỏi nhiều hơn khi được sống, được bảo vệ. Nhu cầu mức cao chỉ xuất hiện khi các nhu cầu mức thấp được đáp ứng thỏa mãn.

2.2.1. Nhu cầu về tình cảm và quan hệ

Nhu cầu về tình cảm và quan hệ (nhu cầu giao tiếp) thể hiện ở sự trao nhận tình cảm với bản thân, gia đình, làng xóm, bạn bè, đồng đội. Nhận thức là thành viên trong cộng đồng, tập thể, gia đình.

Không được đáp ứng thỏa mãn nhu cầu về tình cảm và quan hệ, con người sẽ có cảm giác buồn tẻ, bị cô lập.



Hình 1.2: Bậc thang phân cấp nhu cầu của con người theo Maslow.

2.2.2. Nhu cầu được tôn trọng

Xã hội loài người do những con người thuộc các thành phần, đơn vị, tôn giáo khác nhau xây dựng nên. Mỗi nước, mỗi vùng dân cư thường có các phong tục tập quán riêng. Mỗi người lại có địa vị, vị trí xã hội, cá tính riêng.

Người được tôn trọng sẽ có lòng tự tin và tính độc lập, phát huy được khả năng sẵn có.

Khi không được tôn trọng ở con người sẽ xuất hiện cảm giác không được chấp nhận, cô độc, tự ti sẽ dẫn đến những hành vi tiêu cực.

2.2.3. Nhu cầu tự hoàn thiện

Theo bản năng, con người luôn điều chỉnh hoạt động để thích nghi với điều kiện sống. Tuy nhiên chỉ có một số người có điều kiện và khả năng tự hoàn thiện (tự khẳng định) bản thân.

Nhu cầu tự hoàn thiện là mức nhu cầu cơ bản cao nhất, diễn ra trong suốt cuộc đời, nhu cầu này chỉ xuất hiện khi các nhu cầu bởi nó được đáp ứng trong một chừng mực nhất định.

Theo Maslow chỉ có khoảng 1% số người trưởng thành đã từng đạt đến mức tự hoạt động, tự khẳng định hoàn thiện bản thân.

Các nhu cầu cơ bản của con người được đáp ứng thoả mãn sẽ tạo ra động lực sáng tạo và tự hoàn thiện ở mọi cá thể, con người sẽ phát triển toàn diện, trong đó có sức khoẻ được nâng cao.

3. LIÊN QUAN GIỮA NHU CẦU CỦA CON NGƯỜI VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU DƯỠNG

Nhu cầu chăm sóc sức khoẻ của nhân dân dẫn đến sự ra đời của ngành Y tế, nhân viên y tế, trong đó có điều dưỡng.

3.1. Nguyên tắc điều dưỡng

- Xuất phát từ việc đáp ứng nhu cầu của bệnh nhân, người khoẻ mạnh tự đáp ứng được các nhu cầu hàng ngày, chăm sóc y tế giúp họ phòng tránh bệnh tật.

- Bệnh nhân (người bệnh) không tự đáp ứng đầy đủ các nhu cầu hàng ngày nên cần sự hỗ trợ chăm sóc của điều dưỡng.

- Bệnh nhân luôn đòi hỏi rất cao nhu cầu an toàn và được bảo vệ, cuộc sống tính mạng của họ phụ thuộc vào cán bộ y tế.

Bác sĩ, điều dưỡng phải nhanh chóng, kịp thời xác định được tính chất bệnh của họ; tiên lượng và xử trí kịp thời những biến chứng, tai biến có thể xảy ra với bệnh nhân; xác định được nguyên nhân gây bệnh để phòng tránh.

3.2. Nhu cầu của con người

- Nhu cầu của con người cơ bản là giống nhau nhưng mức độ và tầm quan trọng của từng nhu cầu trong một thời điểm có khác nhau. Vì vậy, khám bệnh toàn diện phát hiện các nhu cầu của bệnh nhân là nhiệm vụ đặc biệt quan trọng.

- Ở một người có nhu cầu mạnh hơn, cấp thiết hơn các nhu cầu khác, đó là nhu cầu ưu tiên. Chăm sóc điều dưỡng cho bệnh nhân bao gồm phát hiện và đáp ứng thỏa mãn nhu cầu ưu tiên, sau đó là các nhu cầu cơ bản khác.

- Nhu cầu cơ bản của con người vừa có tính đồng nhất, vừa có tính duy nhất; điều dưỡng phải lập kế hoạch chăm sóc riêng cho từng bệnh nhân.

3.3. Bệnh nhân tham gia vào kế hoạch chăm sóc

- Đa số bệnh nhân biết rõ và diễn tả được nhu cầu của họ, những trường hợp hôn mê, tâm thần,... không diễn tả được nhu cầu của chính mình. Sự tham gia của bệnh nhân và thân nhân vào kế hoạch chăm sóc sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho lập kế hoạch chăm sóc, đánh giá và tránh được tai biến, biến chứng. Nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc bệnh nhân.

- Tham gia vào kế hoạch chăm sóc, bệnh nhân sẽ yên tâm, tin tưởng vào phương pháp chữa bệnh, gia đình; thân nhân bệnh nhân yên tâm hỗ trợ cho bệnh nhân nhanh chóng khỏi bệnh, phục hồi sức khỏe.

3.4. Điều dưỡng chủ động tạo môi trường chăm sóc thích hợp

- Trong điều kiện được đáp ứng thỏa mãn các nhu cầu phù hợp với điều kiện, hoàn cảnh và tính chất bệnh, môi trường bệnh viện, khoa phòng thích hợp... bệnh nhân thoải mái, hiệu quả khám chữa bệnh sẽ được nâng cao.

- Nhu cầu cơ bản của con người là cơ sở để thực hiện các nội dung chăm sóc cơ bản. Nhận biết được các nhu cầu cơ bản của con người, nhu cầu của bệnh nhân sẽ thiết lập chẩn đoán, kế hoạch chăm sóc và thực hiện kế hoạch chăm sóc chính xác và an toàn.

CHĂM SÓC CƠ BẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Chăm sóc cơ bản là chăm sóc trực tiếp, toàn diện ngay từ lần tiếp xúc đầu tiên, khi vào viện, trong suốt thời gian nằm viện, tới khi ra viện cho từng bệnh nhân và do người điều dưỡng đảm nhận.

Trong quá trình chăm sóc bệnh nhân, những người làm công tác chăm sóc như điều dưỡng, bác sĩ, hộ lý... luôn tìm cách để thời gian tiếp xúc với bệnh nhân được nhiều nhất, để chăm sóc y tế cho họ được tốt nhất. Vào những năm 1950 - 1960, các tổ, nhóm, điều dưỡng có vai trò nhất định trong chăm sóc bệnh nhân. Từ những năm 1970, hình thành khái niệm "chăm sóc cơ bản", việc áp dụng mô hình chăm sóc này thực tế đã làm hiệu quả chăm sóc tăng lên một cách đáng kể. Đồng thời, xuất hiện thêm nhiều mô hình chăm sóc để nâng cao chất lượng chăm sóc y tế cho bệnh nhân, người dân và cộng đồng.

1.2. Đặc điểm chăm sóc cơ bản

- Điều dưỡng là người trực tiếp chăm sóc bệnh nhân.
- Người điều dưỡng chịu trách nhiệm về chất lượng chăm sóc trong suốt 24/24 giờ, trong thời gian bệnh nhân nằm viện và mọi vấn đề liên quan đến bệnh nhân.
- Các mối quan hệ với nhân viên y tế khác do người điều dưỡng thiết lập, đồng thời các nhân viên y tế khác cũng có trách nhiệm trong việc chăm sóc, điều trị bệnh nhân.
- Chăm sóc cơ bản cho phép người điều dưỡng phát huy được chức năng chủ động và chức năng phối hợp trong thực hành chăm sóc.

1.3. Nhiệm vụ của điều dưỡng trong chăm sóc cơ bản

Nguồn nhân lực của bệnh viện, khoa, nhu cầu của bệnh nhân, số lượng bệnh nhân chỉ phối hoạt động chăm sóc của điều dưỡng. Bình thường, 1 điều dưỡng có thể trực tiếp chăm sóc từ 4 - 10 bệnh nhân, tốt nhất là 1 điều dưỡng chăm sóc 3 - 4 bệnh nhân. Trường hợp đặc biệt, 1 điều dưỡng chỉ chăm sóc 1 bệnh nhân như với bệnh nhân Khoa Hồi sức tích cực, bệnh nhân sau mổ ghép tạng, mổ tim... cần nhiều điều dưỡng chăm sóc hơn. Tuy nhiên, với mỗi bệnh nhân cụ thể, điều dưỡng có các nhiệm vụ sau:

- Tiếp xúc với bệnh nhân ngay sau khi nhập viện, nhận định được các nhu cầu của bệnh nhân để lập kế hoạch chăm sóc nhằm đáp ứng thỏa mãn các nhu cầu đó.
- Phối hợp với bác sĩ điều trị, chủ động chăm sóc bệnh nhân 24/24 giờ.

- Tiếp xúc với thân nhân bệnh nhân để tạo điều kiện cho họ tham gia vào kế hoạch chăm sóc.
- Phải nhận định lại tình trạng bệnh nhân để đánh giá kết quả chăm sóc.
- Khi điều dưỡng vắng mặt, phải bàn giao cho điều dưỡng thay thế chăm sóc bệnh nhân.
- Có trách nhiệm hướng dẫn khi bệnh nhân ra viện, vận chuyển bệnh nhân, bàn giao, cung cấp các thông tin cần thiết về bệnh cho gia đình, cơ quan y tế để tiếp tục theo dõi.

2. NỘI DUNG CÁC THÀNH PHẦN CHĂM SÓC CƠ BẢN

Theo Virginia Henderson, có 14 nội dung chăm sóc chăm sóc cơ bản.

2.1. Đáp ứng các nhu cầu về hô hấp

Bệnh nhân được hít thở không khí trong sạch, buồng bệnh thoáng mát, đủ oxy. Tư thế nghỉ ngơi thích hợp, đảm bảo lưu thông đường thở, chống ùn tắc đờm dãi, nếu cần phải cho thở oxy, thở máy. Trung bình mỗi giờ con người tiêu thụ 25 lít oxy. Đáp ứng thỏa mãn các nhu cầu về hô hấp cho bệnh nhân là hành động đầu tiên, quan trọng nhất của mọi nhân viên y tế.

2.2. Giúp đỡ bệnh nhân về ăn uống, dinh dưỡng

Người trưởng thành cần 40ml nước/kg trọng lượng cơ thể, trẻ em có nhu cầu về nước tăng từ 2 - 2,6 lần so với người lớn.

Dinh dưỡng đủ cả về số lượng và chất lượng; đảm bảo đủ 2.000 - 3.000kcal/ngày, đủ lượng protid, glucid, lipid và các chất khoáng, sinh tố; đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm, ăn theo chế độ bệnh lý. Khi có chỉ định ăn uống thực hiện qua ống thông dạ dày, truyền dịch dinh dưỡng.

2.3. Giúp đỡ bệnh nhân trong bài tiết

Quá trình bài tiết qua đường tiết niệu, hô hấp, tiêu hoá, da xảy ra liên tục hàng giờ, hàng ngày. Khi có chỉ định cần thông tiểu, thụt tháo, chăm sóc tốt các trường hợp bệnh nặng nằm viện nhiều ngày. Theo dõi, nhận định số lượng, tính chất phân, nước tiểu, chất nôn, đờm, mồ hôi... của bệnh nhân trong ngày để kịp thời điều chỉnh quá trình bài tiết.

2.4. Giúp đỡ bệnh nhân về tư thế, vận động và luyện tập

Hầu hết bệnh nhân đều có khó khăn trong vận động, điều dưỡng hỗ trợ họ vận động nhẹ nhàng, dần dần; vận động, thay đổi tư thế phù hợp với tình trạng bệnh lý; giúp bệnh nhân trong quá trình di chuyển trong buồng bệnh cũng như khi chuyển khoa, đi làm xét nghiệm, làm thủ thuật, phẫu thuật.

Vận động luyện tập để phòng chống loét, phục hồi di chứng, chống teo cơ cứng khớp, chống dính ở bệnh nhân sau phẫu thuật.

2.5. Đáp ứng nhu cầu ngủ và nghỉ ngơi

- Tạo giấc ngủ thoải mái, hợp lý theo lứa tuổi.
- Trẻ sơ sinh cần ngủ 20 - 22 giờ/ngày.
- Người già cần ngủ 4 - 6 giờ/ngày.
- Người trưởng thành cần ngủ 7 - 8 giờ/ngày.
- Thời gian ngủ và nghỉ ngơi cũng cần được theo dõi, quản lý chặt chẽ, giúp bệnh nhân nhanh chóng phục hồi sức khỏe.

2.6. Giúp bệnh nhân mặc và thay quần áo

Quần áo sạch, gọn, đẹp phù hợp với từng mặt bệnh, với phong tục tập quán. Có kế hoạch thay quần áo định kỳ, giúp đỡ bệnh nhân nặng, người già, trẻ em trong việc mặc, thay quần áo.

2.7. Giúp bệnh nhân duy trì thân nhiệt

Đảm bảo đủ quần áo ấm, đủ chăn khi nằm viện vào mùa đông, thoáng mát vào mùa hè. Khi có tăng hoặc giảm thân nhiệt, có biểu hiện bệnh lý cần phải theo dõi và xử trí kịp thời. Cùng với mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ cơ thể là những dấu hiệu sinh tồn, duy trì chức năng sống của bệnh nhân.

2.8. Giúp bệnh nhân vệ sinh cá nhân hàng ngày

Vệ sinh răng miệng hàng ngày giúp bệnh nhân ăn ngon miệng, phòng chống viêm răng lợi, lưỡi, chống ùn tắc đờm dãi. Vệ sinh thân thể giúp bài tiết qua da được tốt, giúp bệnh nhân tắm khi cần thiết đảm bảo đủ nước dùng, có nước nóng trong mùa đông. Điều dưỡng cần giúp bệnh nhân nặng, bất động về đại tiểu tiện hàng ngày.

2.9. Giúp bệnh nhân tránh mọi nguy hiểm trong khi nằm viện

Bảo đảm an toàn về thân thể và tài sản, để phòng lây chéo, giữ vệ sinh môi trường, vệ sinh ăn uống. Ngăn ngừa, phòng tránh các tai biến, biến chứng trong chăm sóc và điều trị.

2.10. Giúp bệnh nhân trong giao tiếp

Chủ yếu là giao tiếp bằng lời với thái độ ân cần, cởi mở, chân tình. Bệnh nhân nặng, người cao tuổi, người khuyết tật, trẻ em thường gặp nhiều khó khăn trong giao tiếp. Điều dưỡng cần biết những khó khăn của bệnh nhân trong giao tiếp để giúp đỡ họ hàng ngày.

2.11. Giúp bệnh nhân thoải mái về tinh thần và tự do tín ngưỡng

Khuyến khích bệnh nhân yên tâm điều trị, tin tưởng vào chuyên môn, không quá lo lắng về bệnh tật, tôn trọng quyền tự do tín ngưỡng của bệnh nhân, tạo môi trường chăm sóc thích hợp.

2.12. Giúp bệnh nhân lao động, tránh mặc cảm là người vô dụng

Lao động cũng là nhu cầu của con người: lao động chân tay, lao động trí óc. Bệnh nhân có thể tham gia vào vệ sinh cải tạo môi trường bệnh viện, khoa phòng, đọc sách, tài liệu trong chừng mực nhất định để tránh mặc cảm là người vô dụng.

2.13. Giúp bệnh nhân trong các hoạt động vui chơi, giải trí

Bệnh viện có những hoạt động văn hóa xã hội, tổ chức cho bệnh nhân tham gia, có nhận xét khen thưởng và khuyến khích bệnh nhân xây dựng chương trình giải trí, văn nghệ, thể dục thể thao. Tạo điều kiện để bệnh nhân đọc báo, nghe đài, xem vô tuyến truyền hình.

2.14. Giúp bệnh nhân có kiến thức về y học

Bệnh nhân quan tâm đến nguyên nhân dẫn đến bệnh tật, cách điều trị bệnh và phòng tránh. Một số bệnh nhân tìm kiếm tài liệu để tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng của bệnh cũng như các phương pháp chăm sóc, điều trị. Điều dưỡng có nhiệm vụ giúp bệnh nhân hiểu biết về các nội dung cơ bản của bệnh tật cũng như cách chăm sóc điều trị bệnh, tiên lượng bệnh để bệnh nhân giảm bớt lo lắng, yên tâm, tin tưởng vào chuyên môn, vào cách chữa bệnh của bệnh viện.

Biết được các nội dung của chăm sóc cơ bản sẽ lập được kế hoạch chính xác trong chăm sóc bệnh nhân. Tại các tuyến điều trị, các bác sĩ cũng cần nắm chắc các nội dung chăm sóc cơ bản để có kế hoạch điều trị, chăm sóc hợp lý, phối hợp với điều dưỡng, giúp bệnh nhân hồi phục sức khỏe một cách nhanh nhất.

3. CHẾ ĐỘ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN

Chăm sóc bệnh nhân nói chung được chia thành: chăm sóc trực tiếp và chăm sóc gián tiếp.

- Chăm sóc trực tiếp: là những công việc mà người điều dưỡng thực hiện trước sự có mặt của bệnh nhân.

- Chăm sóc gián tiếp: là các công việc hành chính, giấy tờ, giao ban, lĩnh thuốc phục vụ cho chăm sóc bệnh nhân.

Chế độ chăm sóc bệnh nhân phụ thuộc vào số lượng bệnh nhân, tình trạng bệnh nhân, yêu cầu chăm sóc trên từng bệnh nhân cụ thể và chịu ảnh hưởng của các yếu tố như thời tiết, thời vụ, địa lý, phương tiện giao thông... Để việc chăm sóc được thuận lợi và hiệu quả, chế độ chăm sóc được phân cấp theo tình trạng nặng, nhẹ của bệnh nhân.

3.1. Chăm sóc cấp I

Chăm sóc cấp I gồm những bệnh nhân nặng có yêu cầu chăm sóc, theo dõi, điều trị thường xuyên, liên tục: bệnh nhân suy tuần hoàn, suy hô hấp nặng, bệnh nhân hôn mê, bệnh nhân sau phẫu thuật lớn, bệnh nhân chấn thương, vết thương sọ não, bệnh nhân cấp cứu nội khoa (chảy máu đường tiêu hoá, đột quỵ...) phẫu thuật tim, ghép tạng...

Thời gian chăm sóc trực tiếp trung bình cho mỗi bệnh nhân là 4 giờ/ngày.

3.2. Chăm sóc cấp II

Chăm sóc cấp II gồm những bệnh nhân có yêu cầu chăm sóc ở mức trung bình, bệnh nhân cần đến sự hỗ trợ của người điều dưỡng trong việc đáp ứng các nhu cầu cơ bản như các bệnh nhân cần uống thuốc, tiêm, truyền trước phẫu thuật, bệnh nhân qua giai đoạn cấp tính...

Thời gian chăm sóc trực tiếp trung bình cho mỗi bệnh nhân là 2 giờ/ngày.

3.3. Chăm sóc cấp III

Chăm sóc cấp III gồm những bệnh nhân nhẹ, tự đáp ứng được nhu cầu cho bản thân, đòi hỏi việc điều trị theo dõi ở mức tối thiểu.

Thời gian chăm sóc trực tiếp cho mỗi bệnh nhân là 1,5 giờ/ngày.

Thời gian chăm sóc gián tiếp không phụ thuộc vào tình trạng bệnh nhân và tương đối ổn định với mọi bệnh nhân, thời gian chăm sóc gián tiếp trung bình cho mỗi bệnh nhân là 30 phút/ngày.

Việc phân cấp chế độ chăm sóc giúp cho người quản lý, điều hành cân đối nhân lực điều dưỡng làm việc hàng ngày, biết được khối lượng công việc để phân công điều dưỡng làm việc hợp lý, tránh chồng chéo, tránh bỏ sót các công việc trong khoa.

Nguyên tắc chăm sóc cơ bản là đề cao vai trò chăm sóc của người điều dưỡng và xác định vị trí của người điều dưỡng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Để việc chăm sóc và điều trị bệnh nhân có hiệu quả thì các bác sĩ, điều dưỡng cần thực hiện đúng các nội dung chăm sóc cơ bản, tức là phải nắm vững nhu cầu cơ bản của con người, biết cách đáp ứng nhằm thoả mãn nhu cầu của bệnh nhân, bằng các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản và chuyên khoa cho từng bệnh nhân cụ thể.

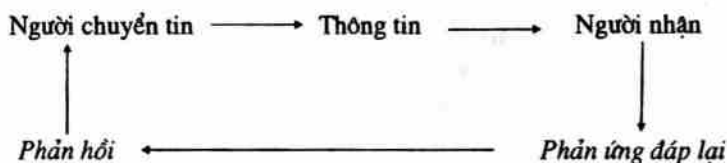
GIAO TIẾP VỚI BỆNH NHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Giao tiếp với bệnh nhân là hoạt động liên kết và hình thành các mối quan hệ giữa cán bộ y tế với bệnh nhân, diễn ra ngay từ lần tiếp xúc đầu tiên cho đến khi bệnh nhân ra viện. Mục đích giao tiếp:

- Nhằm đáp ứng các nhu cầu về vật chất và tinh thần.
- Để hình thành các mối quan hệ giữa con người với nhau, qua đó các tình cảm cá nhân được hình thành, phát triển.
- Để trao đổi và so sánh thông tin.
- Thành phần giao tiếp bao gồm: người chuyển tin với nội dung thông tin cần chuyển qua phương tiện truyền tin tới người nhận. Người nhận có phản ứng với thông tin sau đó có phản hồi tới người chuyển tin.



Hình 1.3: Sơ đồ giao tiếp cơ bản.

1.2. Hình thức giao tiếp

1.2.1. Giao tiếp không lời

Cảm xúc và thái độ của con người thường được thể hiện qua các hành vi không lời:

- Ánh mắt: có thể diễn đạt trạng thái buồn rầu, sợ hãi, không hứng thú.
- Nét mặt: diễn tả yêu thương, căm ghét, ngạc nhiên, vui buồn.
- Điệu bộ: diễn đạt tức giận, lo lắng, vui mừng.
- Cử chỉ: có thể diễn tả các cảm xúc buồn, mệt mỏi, thích thú.
- Những tiếp xúc trực tiếp vào cơ thể: biểu hiện sự thông cảm, đồng tình.

Những hành vi giao tiếp không lời có thể mang tính cách văn hóa dân tộc, phong tục tập quán, tín ngưỡng... cùng một hành vi giống nhau, ở người này đôi khi diễn tả trạng thái ngược lại ở người khác.

1.2.2. Giao tiếp bằng lời

Thể hiện qua các kỹ năng: nói, nghe, đọc, viết trong giao tiếp.

Giao tiếp bằng lời nói phải có sự thống nhất về ngôn từ, âm lượng giọng nói, tốc độ nói có ảnh hưởng đến quá trình giao tiếp. Khi cần thiết phải điều chỉnh quá trình giao tiếp (thay đổi hình thức, phương tiện, thông qua người thân, phiên dịch...) để đạt được mục đích là thu nhận thông tin rõ ràng, đúng nội dung.

Chất lượng khám, chữa bệnh phụ thuộc rất nhiều vào khả năng giao tiếp, tiếp xúc với bệnh nhân của bác sĩ, điều dưỡng và các nhân viên y tế khác. Bác sĩ, điều dưỡng... cần thấu hiểu tâm tư, tình cảm, nguyện vọng của bệnh nhân, gây lòng tin cho bệnh nhân trong thời gian họ đến khám bệnh và điều trị bệnh.

2. DIỄN BIẾN TÂM LÝ CỦA BỆNH NHÂN

2.1. Tâm lý bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh

- Lo lắng bệnh tật, suy nghĩ nhiều về gia đình, tương lai tiền đồ của mình; đôi khi chán nản, bi quan, thất vọng muốn tự kết thúc cuộc sống.
- Hồi hộp chờ đợi được giao tiếp với bác sĩ, điều dưỡng.
- Hy vọng bác sĩ sẽ khám bệnh, điều dưỡng chăm sóc, phát hiện và điều trị bệnh nhanh chóng, chính xác.
- Tìm hiểu, thăm dò dư luận về bệnh viện, nhân viên y tế, thủ tục khám chữa bệnh trước khi đến Khoa Khám bệnh và trong thời gian chờ đợi tại khoa khám bệnh.

2.2. Tâm lý bệnh nhân điều trị trong bệnh viện

Thời gian bệnh nhân nằm viện dù ngắn hay dài đều có những thay đổi về tâm lý do tác động của các yếu tố:

2.2.1. Môi trường bệnh viện

Bệnh nhân tiếp xúc với môi trường mới, phải thay đổi nếp sống sinh hoạt, lo lắng cho gia đình, công việc cơ quan; tiếp xúc giao tiếp với nhiều người chưa quen biết như nhân viên trong khoa, trong bệnh viện, các bệnh nhân khác; luôn mong đợi bác sĩ, điều dưỡng giúp đỡ, hỗ trợ, chỉ dẫn tận tình.

2.2.2. Chẩn đoán và tiên lượng bệnh

Bệnh nhân muốn biết sớm chẩn đoán bệnh và tiên lượng bệnh, xuất hiện những phản ứng của nhân cách đối với bệnh tật. Theo Itôkhôlin, nhân cách phản ứng theo năm kiểu:

- Trầm cảm, suy nhược: nhức đầu, mất ngủ, dễ bị kích thích.
- Suy nhược tâm thần: rối loạn cảm giác thực tại, khó chịu, suy nghĩ miên man, ý chí sút kém, hoài nghi, cảm xúc thấp suy yếu, cảm xúc cao tăng lên. Một số trường hợp lại tiếp tục làm việc, hoàn thành tốt công việc, tích cực đọc sách, phân tích kỹ lưỡng thiếu sót, sai lầm của người khác.
- Hoài nghi: không tin tưởng vào kết quả chẩn đoán bệnh, phương pháp điều trị, chăm sóc của bác sĩ, điều dưỡng; mất lòng tin đối với con người, xã hội.
- Tăng cảm xúc: không nề, cường điệu bệnh tật, triệu chứng lâm sàng; gây sự quan tâm chú ý của bác sĩ, điều dưỡng và mọi người xung quanh; đòi hỏi khám bệnh, chăm sóc quá mức.
- Quan tâm đến kết quả xét nghiệm, chẩn đoán bệnh, tiên lượng bệnh: bệnh nhân muốn biết kết quả xét nghiệm X quang, siêu âm, xét nghiệm kỹ thuật cao; tìm mọi cách để xem hồ sơ bệnh án, ý kiến của các giáo sư, chủ nhiệm khoa về bệnh, tiên lượng bệnh. Một số trường hợp tìm cách làm quen, gây cảm tình với bác sĩ, điều dưỡng để dò hỏi về bệnh, tiên lượng bệnh và phương pháp điều trị bệnh, lo lắng khi làm các thủ thuật, phẫu thuật.

Thời gian điều trị trong bệnh viện là điều kiện thuận lợi để bệnh nhân tiếp xúc, làm quen với những bệnh nhân khác, tìm hiểu từng bác sĩ, điều dưỡng, tìm hiểu các mối quan hệ giữa các thành viên trong khoa và đưa ra các nhận xét về quy mô, trình độ, cơ cấu tổ chức... của bệnh viện, đặc biệt hay nhận xét về vấn đề y đức của nhân viên y tế.

3. CHĂM SÓC, TÁC ĐỘNG TÂM LÝ BỆNH NHÂN

3.1. Tác động tâm lý tại Khoa Khám bệnh

Với bệnh nhân, Khoa Khám bệnh là bộ mặt của bệnh viện, có tác động mạnh mẽ tới tâm lý bệnh nhân, là nơi đầu tiên tiếp xúc với bệnh nhân.

3.1.1. Môi trường Khoa Khám bệnh

- Kiến trúc, xây dựng đẹp, hài hoà, thoáng mát.
- Có phòng đợi, đủ ghế ngồi, không để bệnh nhân đứng hoặc nằm chờ khám bệnh.
- Hành lang, phòng khám bệnh tuyệt đối yên tĩnh.
- Trang trí hài hoà, tranh ảnh tuyên truyền giáo dục sức khoẻ có nội dung, màu phù hợp, gây cảm giác dễ chịu cho bệnh nhân.

- Phòng làm việc: không khí thoáng mát, trong sạch, ngăn nắp.
- Bác sĩ, điều dưỡng có thái độ ân cần, niềm nở, chân thành với bệnh nhân, là những người giỏi chuyên môn, dịu dàng, duyên dáng, dễ gần, tư cách đạo đức tốt; tác phong nhanh nhẹn, khẩn trương, chính xác.

Khoa Khám bệnh là nơi làm dịu bớt cảm giác lo lắng, rụt rè của bệnh nhân khi giao tiếp với bác sĩ, điều dưỡng.

3.1.2. Nhân viên Khoa Khám bệnh

- Nhân viên thường trực: phải biết những thay đổi về tâm lý bệnh nhân, có hành động chăm sóc ngay từ khi bệnh nhân bước chân vào qua thái độ niềm nở, lịch sự, chỉ dẫn chu đáo, tỉ mỉ cho bệnh nhân.
- Điều dưỡng tiếp nhận bệnh nhân: có mặt trước giờ làm việc 5 - 10 phút, cởi mở, thông cảm sâu sắc với bệnh nhân, hướng dẫn làm thủ tục khám chữa bệnh chính xác. Công bằng với bệnh nhân, người đến trước vào khám bệnh trước, ai đến sau khám bệnh sau. Trường hợp cấp cứu phải thông báo, xin phép các bệnh nhân khác, tránh càu nhay, to tiếng hoặc im lặng, vô cảm.

3.1.3. Bác sĩ và điều dưỡng khám bệnh

- Gây cảm tình ngay với bệnh nhân qua tác phong, nét mặt, trang phục, thái độ, cách nói.
- Nhẹ nhàng, niềm nở, gọi mời bệnh nhân vào khám bệnh.
- Trao đổi cởi mở, thoải mái với bệnh nhân, giữ kín những điều thầm kín của bệnh nhân, không được để bệnh nhân mất lòng tin.
- Những điều cần tránh: chưa hỏi bệnh, trò chuyện đã khám bệnh nhân, vừa nghe bệnh nhân vừa làm việc khác; chưa khám bệnh đã đọc kết quả xét nghiệm, khám bệnh qua loa, không đọc kỹ hồ sơ của tuyến trước; không được phê phán chẩn đoán, điều trị của đồng nghiệp trước mặt bệnh nhân.

3.2. Tác động tâm lý trong bệnh viện

3.2.1. Tổ chức khoa - phòng

- Gọn gàng, ngăn nắp, thoáng mát, trật tự, yên tĩnh.
- Chấp hành nghiêm túc giờ làm việc, các chế độ, quy định.
- Thái độ, cử chỉ, lời nói ôn hoà, không to tiếng cãi lộn giữa các nhân viên.
- Quan hệ giữa các đồng nghiệp cởi mở, chân thành, thương yêu, có trách nhiệm với nhau.

3.2.2. Thăm khám bệnh nhân hàng ngày

Thời gian bác sĩ, điều dưỡng tiếp xúc, giao tiếp với bệnh nhân bên giường bệnh có ý nghĩa rất quan trọng.

- Theo dõi được một cách liên tục tình trạng của bệnh nhân, quá trình tiến triển của bệnh.

- Bác sĩ, điều dưỡng khám bệnh, nghiên cứu hồ sơ bệnh án kỹ hơn, tỉ mỉ hơn.

- Thực hiện được các phương pháp chẩn đoán, xét nghiệm hiện đại, chính xác.

- Tìm hiểu được rõ hơn nhân cách của bệnh nhân, hoàn cảnh gia đình bệnh nhân.

- Mối quan hệ giữa bác sĩ, điều dưỡng với bệnh nhân thân thiện sẽ cho hiệu quả chăm sóc điều trị bệnh tốt hơn.

Điều dưỡng chuẩn bị bệnh nhân, hồ sơ và dụng cụ khám bệnh đầy đủ, phụ giúp, hỗ trợ bác sĩ khám bệnh khẩn trương, chính xác; không để bệnh nhân phải chờ đợi.

3.2.3. Những buổi điểm bệnh của chủ nhiệm khoa

Những buổi điểm bệnh có ý nghĩa đặc biệt đối với bệnh nhân: thăm khám bệnh nhân, giải quyết những vấn đề khó khăn trong chẩn đoán, điều trị, chăm sóc, an ủi bệnh nhân. Cần chuẩn bị đầy đủ, chu đáo cho một buổi điểm bệnh:

- Bệnh án và các hồ sơ liên quan đến bệnh án.

- Các kết quả xét nghiệm thường quy, đặc hiệu.

- Biên bản, ý kiến hội chẩn chuyên khoa.

- Các loại hồ sơ khác liên quan đến bệnh nhân.

- Khám bệnh nhân nặng trước, bệnh nhân mới trước; bệnh nhân nhẹ, bệnh nhân cũ khám sau.

- Điều dưỡng cần hướng dẫn, dặn dò bệnh nhân có mặt tại giường bệnh, thu dọn, sắp xếp buồng bệnh ngăn nắp, gọn gàng, sạch sẽ trước khi chủ nhiệm khoa đến điểm bệnh.

3.2.4. Bệnh nhân cần làm xét nghiệm, thủ thuật, phẫu thuật

Bệnh nhân rất lo lắng, đôi khi hoang mang khi phải làm xét nghiệm, thủ thuật, phẫu thuật. Bác sĩ, điều dưỡng cần xác định rõ ràng mục đích, phương pháp, kết quả và tai biến có thể xảy ra trước khi quyết định thực hiện trên bệnh nhân.

Chuẩn bị tốt bệnh nhân trước thủ thuật, phẫu thuật; giải thích để bệnh nhân yên tâm, đồng ý hợp tác khi làm thủ thuật, phẫu thuật.

Khôn khéo, tế nhị, mềm mỏng là cách tốt nhất trong giao tiếp với những bệnh nhân vì một lý do nào đó đòi hỏi được làm xét nghiệm kỹ thuật cao hoặc tất cả các loại xét nghiệm.

3.2.5. Bệnh nhân chuyển khoa, chuyển viện, ra viện

Tránh mọi sự đột ngột, lo âu, hoang mang cho bệnh nhân; thông báo cho bệnh nhân kết quả điều trị, sự thống nhất giữa bác sĩ trưởng khoa, bác sĩ điều trị, điều dưỡng về quyết định ra viện, chuyển viện; hướng dẫn điều trị tiếp tục, thời gian đến khám lại, các thủ tục chuyển viện, ra viện rõ ràng, mạch lạc, thái độ ân cần, niềm nở.

3.2.6. Tiếp xúc với người nhà bệnh nhân

Người nhà, người thân sẽ cung cấp, bổ sung bệnh sử, nhân cách bệnh nhân. Qua đó bác sĩ, điều dưỡng tác động tâm lý tới bệnh nhân tốt hơn.

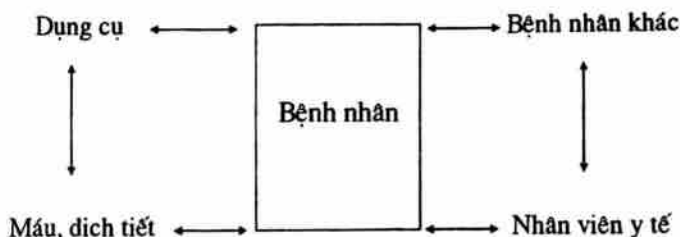
Trong trường hợp bệnh nhân nặng, mắc bệnh hiểm nghèo, giai đoạn cuối, không nên thông báo trực tiếp cho bệnh nhân, nên thông báo cho gia đình, người thân của họ biết trước, tránh tác động tâm lý xấu, chỉ thông báo cho bệnh nhân biết vào thời điểm thích hợp.

Bệnh viện thực hành là cơ sở để học sinh các trường Y - Dược, điều dưỡng thực tập. Bệnh nhân thường giúp đỡ, tạo điều kiện cho học sinh học tập. Tuy nhiên về tâm lý họ khá căng thẳng khi học sinh tiêm, truyền, chọc hút, làm thủ thuật... đôi khi có phản ứng mạnh, không đồng ý hoặc lo sợ. Bác sĩ, điều dưỡng, học sinh cần kiên trì, tế nhị giải thích cho người nhà bệnh nhân để công tác huấn luyện, điều trị có chất lượng.

KHỬ KHUẨN - TIỆT KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

Môi trường bệnh viện cần đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế trước những nguy cơ nhiễm khuẩn. Bệnh nhân, nhân viên y tế có thể bị nhiễm khuẩn từ dụng cụ, máu, dịch tiết và từ bệnh nhân khác.



Hình 1.4: Sơ đồ chu trình nhiễm khuẩn.

Bệnh viện cũng là nguồn nhiễm khuẩn, khi các chất thải không được quản lý và xử lý đúng quy trình.

1.1. Định nghĩa

Làm sạch: là phương pháp đào thải các vật lạ (đất, chất hữu cơ, vi sinh vật) khỏi đồ vật, cơ thể.

Khử khuẩn: là phương pháp tiêu diệt vi sinh vật trên đồ vật hoặc trên cơ thể tới mức không gây nguy hiểm tới sức khỏe. Quá trình khử khuẩn không diệt được hoàn toàn nha bào của vi sinh vật.

Tiệt khuẩn: là phương pháp tiêu diệt hoàn toàn tất cả các vi sinh vật, nha bào của vi sinh vật.

1.2. Nội dung các biện pháp khử khuẩn - tiết khuẩn

- Rửa tay đúng quy trình.
- Dùng đúng dụng cụ sạch đã khử khuẩn - tiết khuẩn cho từng trường hợp bệnh nhân.
- Cách ly bệnh nhân hợp lý.
- Bệnh nhân được dùng dụng cụ riêng.
- Quản lý tốt và xử lý các chất thải đúng quy trình.
- Vệ sinh khoa, phòng hàng ngày.

1.3. Phân loại dụng cụ theo nguy cơ nhiễm khuẩn

1.3.1. Nguy cơ nhiễm khuẩn thấp

- Dụng cụ tiếp xúc với da nguyên vẹn, da bình thường (nhiệt kế, máy đo huyết áp...).

- Dụng cụ, đồ vật ít tiếp xúc với bệnh nhân (tường nhà, bàn ghế...).

Chỉ cần làm sạch và để khô trước khi sử dụng.

1.3.2. Nguy cơ nhiễm khuẩn trung bình

- Dụng cụ tiếp xúc với niêm mạc không bị tổn thương.

- Dụng cụ tiếp xúc với da tổn thương lớp biểu bì.

Làm sạch sau đó khử khuẩn trước khi sử dụng.

1.3.3. Nguy cơ nhiễm khuẩn cao

Dụng cụ xuyên qua da vào các mô, dụng cụ đi vào các khoang vô khuẩn, dụng cụ tiếp xúc với niêm mạc có nguy cơ gây tổn thương... phải được làm sạch, sau đó tiệt khuẩn hoặc khử khuẩn mức độ cao.

2. CÁC PHƯƠNG PHÁP LÀM SẠCH

2.1. Làm sạch cơ thể

Vệ sinh hàng ngày: vệ sinh răng miệng, rửa tay, tắm, gội đầu theo quy trình kỹ thuật.

2.2. Làm sạch môi trường

Quét dọn, cọ rửa sàn nhà, lau cửa buồng bệnh, các bộ phận phụ cận hàng ngày và khi có nguy cơ nhiễm khuẩn.

Thay vải trải giường, chiếu, chăn đệm, gối, quần áo cho bệnh nhân hàng ngày và khi nhiễm bẩn.

2.3. Làm sạch dụng cụ

Tất cả dụng cụ đều phải làm sạch. Dụng cụ có nguy cơ nhiễm khuẩn trung bình và cao sau khi sử dụng phải ngâm ngay vào dung dịch khử khuẩn ban đầu rồi mới làm sạch bằng tay hoặc bằng máy.

2.3.1. Làm sạch dụng cụ bằng tay

- Tháo rời, mở các khớp nối của dụng cụ trước khi ngâm trong dung dịch khử khuẩn.

- Xếp dụng cụ cùng chủng loại, cùng nguy cơ.

- Chọn chất tẩy rửa phù hợp với dụng cụ.

- Dùng bàn chải chà khắp bề mặt dụng cụ trong nước lạnh để loại các chất bẩn, chất hữu cơ.

- Xúc, rửa dụng cụ bằng nước sạch, ấm.

- Làm khô bằng khăn sạch hoặc khí nén.

Nhân viên mang găng tay tốt khi cọ rửa dụng cụ; bàn chải được khử khuẩn và phơi khô sau khi sử dụng.

2.3.2. Làm sạch dụng cụ bằng máy

- Rửa lần đầu bằng nước lạnh.

- Rửa lại bằng nước nóng 65 - 95°C, trong thời gian 15 - 20 phút tùy từng loại dụng cụ.

- Trộn hòa những sản phẩm chứa acid.

- Rửa lại lần cuối bằng nước nóng 95°C.

- Bôi trơn áp dụng riêng cho từng loại dụng cụ.

- Làm khô phần rỗng của dụng cụ bằng máy hoặc bằng khăn sạch, khí nén.

Hóa chất dùng để làm sạch: xà phòng, dầu gội, sữa tắm, kem đánh răng; làm sạch dụng cụ bằng các chất tẩy rửa thông thường.

3. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỬ KHUẨN

Những dụng cụ có nguy cơ nhiễm khuẩn trung bình và cao không chịu được nhiệt cần được khử khuẩn.

Phân loại mức độ khử khuẩn:

- Khử khuẩn mức độ thấp: phương pháp khử khuẩn tiêu diệt được một số vi khuẩn sinh dưỡng, một số virus có kích thước lớn, trung bình và có vỏ lipid.

- Khử khuẩn mức độ trung bình: phương pháp khử khuẩn tiêu diệt được tất cả các loại vi khuẩn, nấm, virus và trực khuẩn lao nhưng không diệt được nha bào.

- Khử khuẩn mức độ cao: phương pháp khử khuẩn tiêu diệt được tất cả các loại vi khuẩn và nha bào.

3.1. Sát khuẩn

Sát khuẩn là phương pháp tiêu diệt vi khuẩn trên cơ thể sống một cách tức thời.

3.1.1. Nguyên tắc sử dụng thuốc sát khuẩn

- Trên da lành: làm sạch, sau đó bôi thuốc sát khuẩn.

- Trên vết thương: làm sạch bằng dung dịch tiệt khuẩn, sau đó bôi thuốc sát khuẩn phù hợp về nồng độ và độ pH.

- Phối hợp thuốc sát khuẩn để làm tăng hiệu quả sử dụng.

3.1.2. Dung dịch sát khuẩn thường dùng

Những thuốc bôi, rửa ngoài da, làm sạch da trước khi tiêm truyền, trước khi phẫu thuật và làm thủ thuật. Những thuốc được sử dụng điều trị tại chỗ các bệnh ngoài da nhiễm khuẩn, làm sạch vết thương, vết loét da, rửa tay...

- Nhân viên sát khuẩn tay bằng cồn 70°.
- Cồn iod 2%, 5% sát khuẩn da tổn thương.
- Dung dịch iod 10% (betadin) sát khuẩn da tổn thương.
- Oxy già: rửa, sát khuẩn vết thương sâu, có nhiều hóc, rãnh.
- Các chất màu (thuốc đỏ, xanh methylen) sát khuẩn da tổn thương.
- Dẫn xuất của phenol, halogen: sát khuẩn da.

3.1.3. Tác dụng phụ của thuốc sát khuẩn

- Tại chỗ: nổi mề đay, chàm liên sọc, thay đổi sắc tố da. Dùng nhiều lần có thể làm giảm tạp khuẩn bình thường, xuất hiện tạp khuẩn có khả năng gây bệnh mạnh hơn.

- Môi trường: có thể xuất hiện các chủng vi khuẩn kháng thuốc, thay thế tạp khuẩn bình thường và tích lũy thuốc sát khuẩn ở nguồn nước.

3.1.4. Bảo quản thuốc sát khuẩn

Thuốc sát khuẩn thường được đựng trong lọ thủy tinh sẫm màu, tránh nhiệt độ cao, tránh ánh sáng.

Lọ đựng thuốc sát khuẩn được tiệt khuẩn, không dùng nút thấm nước. Lọ to đựng thuốc chưa pha loãng dùng tối đa 14 ngày từ khi mở lọ. Lọ nhỏ đựng thuốc đã pha chế để sử dụng ngay, tối đa 3 ngày kể từ khi bắt đầu sử dụng.

Không sử dụng thuốc sát khuẩn đã nhiễm nấm, vi khuẩn kháng thuốc.

3.2. Khử khuẩn bằng nhiệt

Những dụng cụ y tế chịu nhiệt được khử khuẩn bằng nhiệt độ cao.

Phương pháp thông dụng nhất là đun sôi; nhiệt độ 100°C có thể làm bất hoạt HB_sAg, HIV, trực khuẩn lao sau 5 phút.

Khử khuẩn bằng máy: các bước làm sạch, khử khuẩn nước ở nhiệt độ cao, làm khô được tự động hóa. Nhiệt độ, thời gian cần đặt cho phù hợp với từng loại dụng cụ.

3.3. Khử khuẩn bằng chất hóa học

3.3.1. Nguyên tắc lựa chọn hoá chất khử khuẩn

- Phổ kháng khuẩn rộng.
- Tác dụng khử khuẩn nhanh.

- Không bị ảnh hưởng tác dụng khử khuẩn bởi các chất hữu cơ hay các chất tẩy rửa khác.

- Hiệu quả lâu dài, để lại một lớp màng trắng chống vi khuẩn (antimicrobial film) trên bề mặt dụng cụ sau khi xử lý.

- Không gây độc cho bệnh nhân, nhân viên y tế và môi trường xung quanh.

- Không làm hư hại dụng cụ.

- Dễ sử dụng, không mùi hoặc mùi dễ chịu.

- Hòa tan trong nước dễ dàng, ổn định khi pha loãng.

- Có tác dụng làm sạch.

- Giá thành hợp lý.

3.3.2. Một số hóa chất khử khuẩn thường dùng

** Microshield:*

- Thành phần: chlorhexidine gluconat nồng độ 4%, 2% và 0,5% trong ethanol 70%.

- Cơ chế tác dụng: phá hủy màng tế bào, làm kết tủa các thành phần của bào tương.

- Tác dụng: diệt khuẩn nhanh mạnh, cả vi khuẩn Gram dương và Gram âm, nấm, virus; duy trì tác dụng diệt khuẩn trong 6 giờ.

- Chỉ định:

- + Rửa tay nhanh (handrub): dung dịch màu hồng nhạt.

- + Rửa tay trước khi làm thủ thuật, thăm khám bệnh nhân: dung dịch 2% màu xanh lá cây.

- + Rửa tay trước phẫu thuật: dung dịch màu hồng đậm 4%, rửa tay 2 lần, mỗi lần 3 - 5ml dung dịch. Lần 1 lấy dung dịch vào lòng bàn tay, lần 2 lấy dung dịch vào bàn chải; thời gian từ 3 - 5 phút.

- + Sát khuẩn da và niêm mạc trước, sau phẫu thuật, sát khuẩn trong phụ khoa, chăm sóc vết thương, vết bỏng: dung dịch microshield PVP-S (Povidon iodine 10%).

** Cidezyme:*

- Thành phần: hỗn hợp enzym phân hủy chất hữu cơ (nhất là protease) và chất tẩy rửa lành tính.

- Cơ chế tác dụng: hoạt tính của enzym phá hủy các liên kết hữu cơ dẫn đến phân hủy các chất hữu cơ.

- Tác dụng: ức chế vi khuẩn.

- Chỉ định: làm sạch và khử khuẩn ban đầu, có thể dùng để thông tắc các ống nội soi.

Pha 8ml cidezyme với 1 lít nước, ngâm dụng cụ với thời gian tối thiểu là 2 phút. Những dụng cụ dính kết máu, dịch thì ngâm lâu hơn; thời gian sử dụng tối đa 24 giờ.

Kết hợp làm sạch dụng cụ bằng cidezyme, sau đó khử khuẩn bằng cidex sẽ cho kết quả khử khuẩn tốt nhất.

*** Cidex:**

- Thành phần: glutaraldehyde 2% đã kiểm hóa.

- Cơ chế tác dụng: alkyl hoá các gốc sulhydryl, hydroxyl, carboxy, amino của vi khuẩn, gây rối loạn tổng hợp ARN, ADN và protein của vi khuẩn.

- Tác dụng: diệt các loại vi khuẩn, virus HBV, virus HIV, nấm sau 10 phút; trực khuẩn lao bị diệt 99,8% trong thời gian 10 phút, 100% trong thời gian 1 giờ. Tất cả các loại vi khuẩn và nha bào đều bị diệt trong thời gian 10 giờ.

- Chỉ định: khử khuẩn mức độ cao dụng cụ y tế.

+ Cidex 14 ngày: khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ nội soi; hạn sử dụng 14 ngày.

+ Cidex 22 ngày: khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ không hấp sấy được (nhựa, cao su...); hạn sử dụng 28 ngày.

Ngâm dụng cụ trong dung dịch cidex 10 giờ, sau đó tráng rửa lại bằng nước tiệt khuẩn, làm khô và đóng gói bảo quản, tránh tái nhiễm.

Những dụng cụ có kích thước lớn không thể ngâm ngập trong hóa chất (bàn mổ, bàn tiểu thủ thuật...), lau bằng khăn sạch tẩm hóa chất, sau đó lau rửa lại bằng xà phòng và nước rồi để khô; tốt nhất là lau bằng hóa chất khử khuẩn, sau đó lau lại bằng cồn, hiệu quả khử khuẩn sẽ cao hơn.

*** Presept:**

- Thành phần: muối dichloroisocyanurate.

- Tác dụng: diệt vi khuẩn Gram dương và Gram âm, HIV, HBV, Herpes virus, trực khuẩn lao, nấm, nha bào.

- Chỉ định: pha các nồng độ khác nhau tùy theo loại dụng cụ và tùy mức độ nhiễm khuẩn.

Lưu ý: không cầm viên presept khi tay ướt, tránh tiếp xúc với mắt và đồ dùng bằng tơ lụa, len.

3.4. Khử khuẩn bằng tia cực tím

Tia cực tím có tác dụng diệt vi khuẩn trong không khí là chủ yếu, diệt được một số vi khuẩn trên bề mặt dụng cụ, đồ dùng; thường được sử dụng trong các phòng mổ, phòng đẻ. Bật đèn khi không có người trong phòng và đóng kín cửa.

4. CÁC PHƯƠNG PHÁP TIỆT KHUẨN

4.1. Phương pháp hấp ướt

Hấp ướt là phương pháp thông thường, thích hợp nhất để tiệt khuẩn cho các dụng cụ chịu được nhiệt độ và độ ẩm cao.

Nguyên lý tiệt khuẩn bằng phương pháp hấp ướt: trong nồi hấp (autoclave) dụng cụ trần ngập trong hơi nước với áp suất và nhiệt độ cao. Sau một thời gian nhất định tất cả các loại vi khuẩn đều bị tiêu diệt.

Bảng 1.1: Phương pháp tiệt khuẩn bằng hấp ướt.

Nhiệt độ	Áp suất	Thời gian
121°C	1,036 atmosphere	15 phút
134°C	2,026 atmosphere	3 - 4 phút

Có thể sử dụng nồi áp suất: thời gian tiệt khuẩn tối thiểu là 30 phút.

Tiệt khuẩn bằng hấp ướt có ưu điểm: không độc, rẻ tiền.

Nhược điểm: không tiệt khuẩn được các loại dầu, mỡ, phấn bột.

4.2. Phương pháp sấy khô

- Phương pháp sấy khô thường được áp dụng tiệt khuẩn cho các dụng cụ chịu được nhiệt độ cao.

- Nguyên lý: trong tủ sấy nhiệt độ cao và khô làm oxy hóa màng tế bào vi sinh vật.

- Nhiệt độ và thời gian tiệt khuẩn:

+ Nhiệt độ 180°C, thời gian 60 phút.

+ Nhiệt độ 170°C, thời gian 2 giờ.

- Ưu điểm: dụng cụ sắc nhọn không bị cùn, tiệt khuẩn được các dụng cụ bằng thủy tinh, dầu, mỡ, phấn bột.

- Nhược điểm: thời gian tiệt khuẩn dài, không áp dụng được cho dụng cụ bằng vải và cao su, nhựa.

4.3. Phương pháp tiệt khuẩn bằng khí

- ETO (ethylen oxid): khí không màu, dùng để tiệt khuẩn dụng cụ, dễ phá hủy bởi nhiệt. Thời gian tiệt khuẩn 2 - 5 giờ, ở nhiệt độ 29 - 65°C, giá thành cao.

- Formaldehyde cũng được sử dụng để tiệt khuẩn.

5. QUY TRÌNH TIỆT KHUẨN TRONG BỆNH VIỆN

5.1. Quy trình tiệt khuẩn dụng cụ chịu nhiệt

Bước 1: pha dung dịch khử khuẩn ban đầu.

Bước 2: ngâm ngay dụng cụ vừa sử dụng vào dung dịch khử khuẩn ban đầu từ 5 - 10 phút, nếu dụng cụ chứa máu và dịch tiết thì ngâm 10 phút.

Bước 3: cọ rửa dụng cụ.

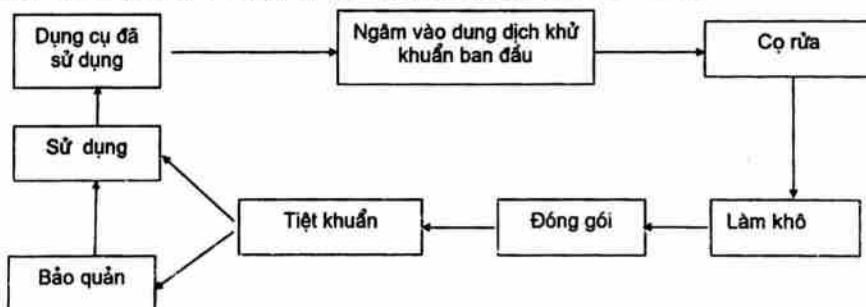
Bước 4: làm khô và bảo dưỡng dụng cụ nếu cần (lau dầu).

Bước 5: đóng gói dụng cụ.

Bước 6: tiệt khuẩn dụng cụ.

Bước 7: đem dụng cụ ra sử dụng ngay hoặc bảo quản trong túi lưu giữ.

Bảo quản dụng cụ trong hộp kín hoặc túi nilon hàn kín đã tiệt khuẩn, không nên để dụng cụ quá 8 ngày (phải thực hiện lại quy trình từ bước 6).



Hình 1.5: Sơ đồ quy trình tiệt khuẩn dụng cụ chịu nhiệt.

5.2. Quy trình tiệt khuẩn dụng cụ không chịu nhiệt

Bước 1: pha dung dịch khử khuẩn ban đầu.

Bước 2: ngâm ngay dụng cụ vừa sử dụng vào dung dịch khử khuẩn ban đầu từ 5 - 10 phút, nếu dụng cụ chứa máu và dịch tiết thì ngâm 10 phút.

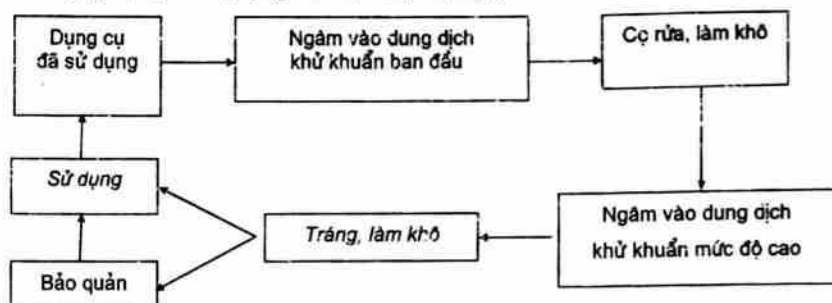
Bước 3: cọ rửa dụng cụ.

Bước 4: ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn mức độ cao. Thời gian ngâm tùy theo khuyến cáo của nhà sản xuất, có thể 20 phút, 1 giờ, 3 giờ tùy theo từng loại dụng cụ hoặc dụng cụ sử dụng lại ngay hay lưu trữ.

Bước 5: tráng và làm khô dụng cụ. Tráng sạch dụng cụ bằng nước cất khử khuẩn, sau đó lau khô dụng cụ bằng khăn khử khuẩn, treo khô hoặc làm khô bằng khí nén.

Bước 6: đem ra sử dụng ngay hoặc bảo quản dụng cụ.

Bảo quản dụng cụ trong hộp kín hoặc túi nilon hàn kín đã tiệt khuẩn, không nên để dụng cụ quá 8 ngày (phải thực hiện lại quy trình từ bước 4).



Hình 1.6: Sơ đồ quy trình tiệt khuẩn dụng cụ không chịu nhiệt.

5.3. Đóng gói dụng cụ để tiệt khuẩn

- Trước khi đóng gói, sắp xếp dụng cụ cùng chất liệu để chọn phương pháp tiệt khuẩn và thời gian tiệt khuẩn thích hợp.

- Phương tiện để đóng gói phải đảm bảo không làm thay đổi tính chất lý, hóa học của dụng cụ sau khi tiệt khuẩn. Đồng thời, phải đảm bảo lưu thông không khí dễ giữa trong và ngoài phương tiện.

- Một số phương tiện đóng gói:

+ Phương tiện cho hấp ướt: hộp hấp ướt có lỗ thoát hơi ở đáy, thành và nắp hộp, có thể đóng, mở các lỗ dễ dàng (mở trong quá trình tiệt khuẩn, đóng khi đã tiệt khuẩn xong và bảo quản). Vải bọc dụng cụ, giấy dành riêng để gói dụng cụ.

+ Phương tiện cho sấy khô: hộp inox có nắp dễ mở, không lốt kín; giấy chịu nhiệt dành riêng để sấy khô.

6. KIỂM TRA QUY TRÌNH TIỆT KHUẨN

- Giám sát cơ học: đánh giá các thông số kỹ thuật tại thời điểm bắt đầu mỗi chu trình tiệt khuẩn, phát hiện sớm các bất thường sai sót.

- Dùng các chất chỉ thị hóa học: chỉ thị hóa học là các băng dính, hỗn hợp hóa chất. Băng dính vạch dán ở bên ngoài các hộp, gói hấp chuyển màu sau khi hấp chứng tỏ dụng cụ đã được tiệt khuẩn. Băng dính vạch không chuyển màu hoặc chuyển màu không rõ ràng thì dụng cụ phải tiệt khuẩn lại.

- Giám sát sinh học: qua các chỉ thị sinh học, đánh giá hiệu lực tiệt khuẩn bằng cách cho vào bao hấp một lọ chứa số lượng lớn nha bào vi khuẩn. Chỉ thị sinh học bị bất hoạt sau khi hấp (kết quả là âm tính). Chỉ thị sinh học không bị bất hoạt (kết quả là dương tính) phải báo cáo kết quả cho nhân viên phụ trách để có biện pháp xử lý.

NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Nhiễm khuẩn: là sự tăng sinh của các vi khuẩn, virus hoặc ký sinh trùng dẫn tới phản ứng tế bào, tổ chức hoặc toàn thân, thông thường biểu hiện trên lâm sàng là một hội chứng nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

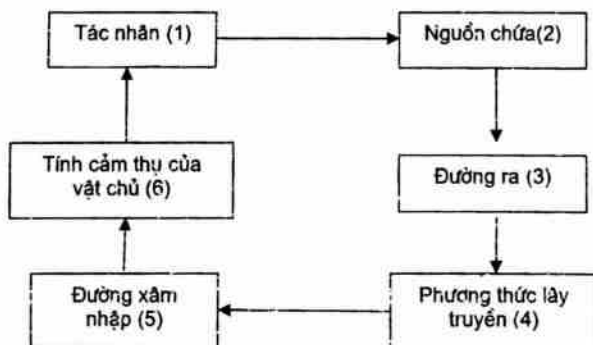
- Nhiễm khuẩn bệnh viện: là những nhiễm khuẩn xảy ra ở các bệnh nhân trong thời gian nằm viện, mà họ hoàn toàn không có các bệnh nhiễm khuẩn tiềm tàng trước thời điểm nhập viện.

- Những nhiễm khuẩn trong 48 giờ đầu, kể từ khi bệnh nhân vào viện không phải là nhiễm khuẩn bệnh viện. Ngược lại, một số bệnh khi vào viện bệnh nhân không mắc nhưng sau khi ra viện một thời gian bệnh xuất hiện lại có thể là nhiễm khuẩn bệnh viện.

Ví dụ: bệnh viêm gan virus B, C, nhiễm HIV, viêm xương khớp do đóng đinh nội tủy... những bệnh có thời gian nung bệnh dài ngày.

1.2. Chu trình nhiễm khuẩn bệnh viện

Môi trường bệnh viện (không khí, đất, nước và nhân tố trung gian truyền bệnh) có ảnh hưởng rất nhiều đến tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện. Sự tương tác giữa vật chủ (bệnh nhân, nhân viên y tế...), vi sinh vật và môi trường bệnh viện có ý nghĩa quyết định đến tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.



Hình 1.7: Sơ đồ chu trình nhiễm khuẩn.

- Tác nhân (1): là vi sinh vật, virus, ký sinh trùng có khả năng gây bệnh, còn được gọi là mầm bệnh.

- Nguồn chứa (2): là vật chủ, môi trường vi sinh vật sinh sản, có thể là bệnh nhân, người lành mang khuẩn, các đồ vật, động vật.

- Đường ra (3): là nơi tác nhân gây bệnh rời khỏi nguồn chứa như đường hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu, đường máu...

- Phương thức lây truyền (4): là cách di chuyển của tác nhân gây bệnh từ vật chủ này sang vật chủ khác.

+ Lây truyền trực tiếp: qua tiếp xúc trực tiếp.

+ Lây truyền gián tiếp: qua vật chủ trung gian (muỗi, ruồi, bọ chét...).

- Đường xâm nhập (5): là đường vi khuẩn, virus, ký sinh trùng xâm nhập vào cơ thể (còn gọi là cửa vào). Ví dụ: trực khuẩn lao xâm nhập vào đường hô hấp, phẩy khuẩn tả xâm nhập qua đường tiêu hóa, virus (HIV, HBV, HCV) xâm nhập qua đường máu, tình dục.

- Tính cảm thụ của vật chủ (6): phụ thuộc vào tuổi, giới, tình trạng dinh dưỡng, môi trường sống và khả năng miễn dịch. Trẻ em, người già, người suy dinh dưỡng mắc các bệnh mãn tính dễ nhiễm khuẩn.

2. PHÂN LOẠI NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN THEO MẦM BỆNH

2.1. Vi khuẩn

2.1.1. Vi khuẩn Gram dương

Các vi khuẩn Gram (+) chiếm khoảng 20% trong các nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Tụ cầu (Staphylococcus): cầu khuẩn Gram (+) không sinh nha bào, phát triển được trong môi trường ưa khí và kỵ khí. Tồn tại trong không khí, nước, có thể tồn tại cả ở trong môi trường khô.

- Trong các chủng tụ cầu gây bệnh thì tụ cầu vàng (Staphylococcus aureus) kháng sinh methicelin và một số kháng sinh khác đóng vai trò quan trọng.

+ Lây truyền trực tiếp qua đường mũi họng, gián tiếp qua bàn tay, dụng cụ, nước, không khí, thực phẩm.

+ Biểu hiện lâm sàng: viêm da, niêm mạc, mụn nhọt, chốc lở, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn tiết niệu, sinh dục, hô hấp, tiêu hóa, dễ hình thành các ổ áp xe ở cơ, ở não, phổi; điều trị khó khăn, tỷ lệ tử vong cao.

+ Tụ cầu là tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện nhiều nhất ở các khoa nhi và khoa ngoại.

- Liên cầu (*Streptococcus*):

+ Liên cầu nhóm A: gây nhiễm khuẩn sản khoa, gây thấp khớp chiếm tỉ lệ cao trong nhiễm khuẩn bệnh viện.

+ Liên cầu nhóm B: gây bệnh ở trẻ sơ sinh, gây viêm màng não; thường vào tuần thứ ba sau khi nhiễm mầm bệnh.

+ Liên cầu nhóm D: thường gây nhiễm khuẩn đường ruột, gây bội nhiễm các vết thương đường tiết niệu.

- Trục khuẩn uốn ván (*Clotridium tetani*):

+ Là trục khuẩn kị khí, Gram (+), sinh nha bào, nha bào gặp nhiều ở trong đất, phân của người và súc vật. Nha bào uốn ván có sức đề kháng mạnh với nhiệt và các thuốc sát trùng.

+ Nguồn bệnh: chủ yếu là đất, phân người và súc vật có chứa nha bào uốn ván; vết thương của các bệnh nhân bị uốn ván.

+ Đường lây: qua vết thương của da và niêm mạc bị nhiễm nha bào uốn ván. Những vết thương có thể nhỏ và kín đáo như vết kim tiêm, xỉa răng đến các vết thương to như sau phẫu thuật, nạo thai, cắt rốn... do những vết thương có tình trạng thiếu oxy do miệng vết thương bị bịt kín, tổ chức hoại tử có dị vật, có vi khuẩn gây mù khác.

+ Biểu hiện lâm sàng: những cơn co giật, giật cứng, cứng hàm, tăng trương lực cơ, rối loạn thần kinh thực vật; tỷ lệ tử vong cao.

2.1.2. Vi khuẩn Gram âm

- Vi khuẩn đường ruột (*Salmonella*): thường gây thành dịch bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc thức ăn, bệnh thương hàn...

- *Escherichia Coli*: gây bội nhiễm đường tiết niệu và các vết mổ.

- Trục khuẩn mủ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*): có đặc tính kháng các thuốc sát khuẩn và kháng sinh; thường gây bệnh ở bệnh nhân có sức đề kháng suy giảm. Trục khuẩn mủ xanh tồn tại trong nước, đất, rau quả, dung dịch khử khuẩn, mỡ bôi; thường gây bệnh nhiễm khuẩn huyết, nhất là gây bội nhiễm ở bệnh nhân bỏng, gây viêm da, viêm phổi, viêm đường tiết niệu.

- *Klebsiella*: là trục khuẩn Gram âm, ưa khí và kị khí, không tạo nha bào; tồn tại trong nước, đất, rau... có thể tồn tại trong các dung dịch khử khuẩn bảo quản không tốt như các loại mỡ bôi, xà phòng, bình làm ẩm oxy.

+ Lây trực tiếp qua dịch tiết mũi họng.

+ Lây gián tiếp qua bàn tay, dụng cụ và các dung dịch nhiễm mầm bệnh.

- Trực khuẩn lao: vi khuẩn không có vỏ, không tạo nha bào, khó nuôi cấy và phân lập.

+ Nguồn lây nhiễm là không khí, bụi, dụng cụ khử khuẩn không đúng quy trình. Người mắc bệnh lao là nguồn lây bệnh quan trọng.

+ Lây truyền qua đường hô hấp, trực tiếp qua các hạt nước bọt, dịch mũi họng khi tiếp xúc với bệnh nhân nói, ho, khạc đờm, hắt hơi. Những hạt bụi nhỏ chứa vi khuẩn lao trong không khí có thể xâm nhập vào đường hô hấp rồi gây bệnh. Trường hợp đặc biệt có thể nhiễm bệnh lao qua đường tiêu hóa.

2.1.3. Các vi khuẩn khác

Cầu khuẩn đường ruột kháng vancomycine: *Hemophilus sp*, *Acinetobacter Baumannii*, *Legionella*, *Enterobacter Serratia* là các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn trong bệnh viện.

2.2. Virus

2.2.1. Virus cúm (Influenza)

- Có 3 loại virus cúm: A, B, C, các loại virus cúm dễ bị diệt ở nhiệt độ thông thường, chịu đựng tốt ở nhiệt độ thấp. Virus cúm có 3 loại kháng nguyên: S, H và N. Virus cúm A có khả năng thay đổi kháng nguyên N và H, tạo ra những týp virus mới nên virus cúm A là nguyên nhân gây ra các vụ đại dịch cúm.

- Nguồn bệnh: trong thời gian có dịch thì người là nguồn bệnh. Ngoài dịch thì nguồn dự trữ virus cúm A là động vật. Nguồn dự trữ virus cúm A (H_2N_1) là các loài gia cầm (gà, vịt, ngan, ngỗng, chim...).

- Đường lây: lây trực tiếp qua đường hô hấp.

- Cơ thể cảm thụ: mọi lứa tuổi đều nhạy cảm với virus cúm. Người già, người có bệnh mãn tính ở đường hô hấp dễ bị nhiễm cúm nặng, có nhiều biến chứng, tỉ lệ tử vong cao.

2.2.2. Các virus gây bệnh viêm đường hô hấp cấp

Trong số hơn 200 loại virus, thuộc 8 nhóm khác nhau, có 5 loại hay gây bệnh viêm đường hô hấp cấp trong bệnh viện.

- Virus Rhino: gây bệnh ở trẻ nhỏ, đặc biệt ở trẻ dưới 6 tuổi.

- Virus Corona: có thể gây bệnh viêm phổi ở trẻ sơ sinh, viêm đường hô hấp dưới ở các trại tân binh và làm nặng thêm những trường hợp viêm phế quản mãn tính. Virus Corona được coi là thủ phạm gây bệnh dịch viêm đường hô hấp cấp diễn biến nặng (SARS).

- Virus hô hấp hợp bào (RSV): là tác nhân chính gây bệnh đường hô hấp ở trẻ nhỏ, đặc biệt là viêm đường hô hấp dưới ở trẻ sơ sinh. Lứa tuổi hay mắc bệnh là trẻ 1 - 6 tháng tuổi, gặp nhiều ở trẻ 2 - 3 tháng tuổi. Khoảng hơn 50% trẻ sơ sinh có nguy cơ nhiễm RSV.

+ Ở trẻ từ 6 tháng tuổi trở lên và người lớn, nhiễm RSV thường gặp nhưng lâm sàng nhẹ hơn. Ở người cao tuổi có thể gặp viêm phổi nặng do RSV.

+ RSV có thể lây nhiễm tới 20 - 25% cho nhân viên làm việc ở Khoa Nhi, Khoa Sản; 40% thành viên trong gia đình có thể cùng một thời gian lây nhiễm RSV.

- Virus A cúm: đây là loại virus gây bệnh viêm đường hô hấp dưới ở trẻ nhỏ đứng vào hàng thứ hai sau RSV. Trẻ sơ sinh ngay từ tháng tuổi thứ nhất, khi còn kháng thể thụ động nhận được từ mẹ vẫn có thể mắc bệnh.

- Virus Adeno: gây bệnh viêm đường hô hấp ở trẻ em và người lớn; biểu hiện viêm hầu họng, viêm kết mạc mắt và sưng đau các hạch ở vùng cổ (APC). Virus Adeno có thể gây viêm ngoài đường hô hấp như viêm bàng quang xuất huyết, viêm kết mạc mắt...

2.2.3. Virus viêm gan (Hepatitis viruses)

- Hiện nay có 7 loại virus viêm gan được ghi nhận:

+ Virus viêm gan A (HAV - Hepatitis A virus).

+ Virus viêm gan B (HBV - Hepatitis B virus).

+ Virus viêm gan C (HCV - Hepatitis C virus).

+ Virus viêm gan D (HDV - Hepatitis D virus), còn gọi là virus Delta.

+ Virus viêm gan E (HEV - Hepatitis E virus).

+ Virus viêm gan G (HGV - Hepatitis G virus).

+ Virus viêm gan sau truyền máu (TTV-Transfusion transmitted virus)

- Các virus viêm gan có sức chịu đựng cao ở ngoại cảnh và với hóa chất:

+ Virus viêm gan A: sống được trong môi trường pH = 3 hay thấp hơn trong 1 giờ; ở nhiệt độ 60°C trong 1 giờ, để lạnh -20°C đến -70°C virus sống được hàng năm và không mất hoạt tính gây bệnh; virus chỉ bị bất hoạt hoàn toàn bằng chloramin nồng độ 1mg/lít sau 30 phút hay ở nhiệt độ 100°C sau 30 phút.

+ Virus viêm gan B: có sức đề kháng cao hơn cả virus viêm gan A, có thể tồn tại ở nhiệt độ phòng trong vòng 6 tháng, ở nhiệt độ 100°C trong 20 phút, ở 58°C trong 24 giờ. Kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan B (HB_sA_e) rất bền vững, vẫn tồn tại 20 năm ở -20°C. Virus viêm gan B bị bất hoạt bởi Formalin 5% sau 12 giờ. Muốn hủy virus hoặc HB_sA_e phải khử trùng rất kỹ bằng đun sôi 30 phút hoặc sấy khô, hấp ướt.

+ Virus viêm gan C: có sức đề kháng giống virus viêm gan B.

- Các virus viêm gan lây theo đường tiêu hóa và đường máu, thời kỳ nung bệnh thường kéo dài. Các virus lây theo đường máu có thể có nhiều phương thức lây truyền khác: lây từ mẹ sang con, lây do quan hệ tình dục, lây do truyền máu và các sản phẩm của máu, qua ghép tổ chức, qua dụng cụ y tế...

Bảng 1.2: Đường lây và thời gian nung bệnh của các virus viêm gan.

Virus	HAV	HBV	HCV	HDV	HEV	HGV	TTV
Đường lây	Tiêu hóa	Đường máu	Đường máu	Đường máu	Tiêu hóa	Đường máu	Truyền máu
Thời kỳ nung bệnh	1 - 6 tuần (15 - 45 ngày)	1 - 6 tháng (30 - 120 ngày)	1 - 6 tháng (30 - 150 ngày)	1 - 3 tháng (20 - 90 ngày)	1 - 2 tháng (20 - 50 ngày)		

- Bệnh viêm gan virus có thể chỉ do một loại virus viêm gan hoặc do đồng nhiễm 2 hoặc nhiều hơn loại virus khác nhau gây ra. Các trường hợp đồng nhiễm 2 loại virus (HBV - HDV, HBV - HCV, HBV - HEV) thậm chí 3 loại virus (HBV - HCV - HDV, HBV - HDV - HEV) đã được ghi nhận, trong đó đồng nhiễm HBV - HDV thường gặp hơn cả và hay gặp thể bệnh viêm gan kịch phát.

- Khả năng gây bệnh:

+ Phần lớn các trường hợp nhiễm HAV không có triệu chứng lâm sàng. Bệnh viêm gan A thường diễn biến lành tính, khỏi hoàn toàn, không chuyển thành mãn tính, không có tình trạng người bệnh mang virus. Tỷ lệ tử vong do viêm gan A nặng khoảng 1/1.000 - 1/10.000 bệnh nhân. Tuy nhiên có thể gặp viêm gan A tái nhiễm.

+ HBV có tính lây nhiễm cao, chỉ với 0,01 - 0,001ml huyết thanh nhiễm HBV đã có thể lây được bệnh. HBV là tác nhân quan trọng nhất gây viêm gan virus. Hàng năm trên thế giới có khoảng 380 triệu người nhiễm HBV mãn tính, trong đó 10% có triệu chứng viêm gan cấp, 90% nhiễm virus không có triệu chứng. Nguy cơ mắc ung thư gan ở người mang HBV mãn tính cao gấp 100 lần so với những người không mang HBV.

+ Khoảng 75% số trường hợp sau khi nhiễm HCV không có triệu chứng lâm sàng, tỷ lệ chuyển thành mãn tính cao (50 - 70%). Nhiễm phối hợp HBV và HCV có nguy cơ dẫn đến xơ gan và ung thư gan cao hơn gấp nhiều lần so với nhiễm một loại virus.

+ Phụ nữ có thai, nhất là trong ba tháng cuối bị nhiễm HEV dễ có nguy cơ thành viêm gan ác tính, tỷ lệ tử vong cao.

+ Khoảng trên 70% trường hợp nhiễm HGV không có biểu hiện lâm sàng.

2.2.4. Virus Dengue

Sốt xuất huyết Dengue là một bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây ra và muỗi *Aedes aegypti* là trung gian truyền bệnh. Bệnh có biểu hiện lâm sàng chủ yếu là sốt cấp diễn và xuất huyết với nhiều dạng khác nhau, những thể nặng có sốc do giảm khối lượng máu lưu hành.

- Virus Dengue có 4 týp huyết thanh: D1, D2, D3 và D4.
- Nguồn bệnh là bệnh nhân, những người mắc thể nhẹ, ít được quản lý là nguồn bệnh quan trọng.

- Đường lây truyền: qua muỗi *Aedes*.

- + Muỗi *Aedes aegypti* là loại muỗi vằn, là trung gian truyền bệnh chủ yếu, có nhiều ở thành phố, thị xã, sống trong nhà và ngoài trời, ưa đốt người, đốt dai, đốt nhiều lần đến khi no máu. Sau khi đốt người, muỗi đậu ở nơi ẩm, tối, độ cao dưới 2m, bay xa được 400m.

- + Muỗi *Aedes abopictus* và *A. polynesiensis* và một số ruồi muỗi *Aedes* khác có nhiều ở nông thôn, trong rừng là trung gian truyền bệnh thứ yếu.

- Thời kỳ nung bệnh của sốt xuất huyết Dengue ngắn (từ 4 - 10 ngày). Bệnh nhân nằm viện dễ mắc bệnh khi môi trường bệnh viện có nhiều ổ nước đọng muỗi *Aedes* sinh sản và phát triển nhanh. Nhân viên y tế, người nhà bệnh nhân cũng dễ mắc bệnh. Bệnh nhân có bệnh mãn tính ở hệ tuần hoàn, tiêu hóa, hô hấp... mắc bệnh sốt xuất huyết Dengue dễ diễn biến nặng, có sốc, xuất huyết nặng.

2.2.5. Virus gây bệnh suy giảm miễn dịch ở người

- HIV (Human Immuno Deficiency virus): có sức đề kháng yếu, dễ bị bất hoạt bởi các yếu tố lý, hóa và các khử trùng thông thường.

- AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome): hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải.

- Nguồn bệnh: người nhiễm HIV và bệnh nhân AIDS.

- Đường lây: HIV có thể tìm thấy trong máu và các sản phẩm của máu, tinh dịch, dịch âm đạo, nước bọt, nước mắt, dịch não tủy, nước tiểu, sữa mẹ. Có 3 phương thức lây truyền đã được xác định là:

- + Lây truyền qua đường máu.

- + Lây truyền qua đường tình dục.

- + Lây truyền từ mẹ sang con.

Ngoài các phương thức lây truyền trên, hiện nay chưa xác định được các phương thức lây khác như đường hô hấp, qua muỗi hoặc côn trùng đốt, hôn, dùng bát đĩa chung.

- Thời gian trung bình từ khi nhiễm HIV đến khi chuyển thành AIDS khoảng 10 năm. Một số bệnh nhân có thể chuyển thành AIDS trong vòng vài tháng. Một số khác có thể kéo dài 15 - 20 năm. HIV gây suy giảm miễn dịch, tiến triển tiềm tàng làm mất sức đề kháng của cơ thể, cuối cùng dẫn tới bệnh lý nhiễm trùng cơ hội hoặc bệnh lý ung thư và tử vong.

- Cơ thể cảm thụ: bệnh nhân, nhân viên y tế các khoa ngoại dễ nhiễm HIV do dụng cụ không được tiệt khuẩn; do các dụng cụ y tế như kim tiêm, kim lấy máu, dao mổ, dụng cụ nhổ, chữa răng nhiễm HIV.

2.3. Ký sinh trùng

2.3.1. Ký sinh trùng sốt rét

Ký sinh trùng sốt rét là một đơn bào, có 4 loại ký sinh trùng sốt rét: *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium vivax*, *Plasmodium Ovale* và *Plasmodium malariae*.

Chu kỳ phát triển của ký sinh trùng sốt rét có chu kỳ vô tính ở người và chu kỳ hữu tính ở muỗi.

- Nguồn bệnh: bệnh nhân sốt rét và người mang ký sinh trùng sốt rét lạnh. Bệnh nhân còn là nguồn lây nếu như còn giao bào trong máu. Bệnh nhân điều trị không tiệt căn có thể là nguồn lây trong vòng 1 - 2 năm với *Plasmodium falciparum* và 1,5 - 5 năm với *Plasmodium vivax*.

- Đường lây truyền và côn trùng trung gian truyền bệnh:
- + Bệnh sốt rét lan truyền qua muỗi Anopheles, có thể qua truyền máu.
- + Ba vector truyền bệnh chính ở Việt Nam là: *An.minimus*, *An.dirus*, *An.sundaicus*.
- + Muỗi nhiễm ký sinh trùng sốt rét có thể truyền bệnh trong suốt cuộc đời.
- + Máu dự trữ nhiễm ký sinh trùng sốt rét có thể truyền bệnh ít nhất 1 tháng.
- + Bệnh sốt rét do truyền máu có thời kỳ ủ bệnh ngắn.
- Đặc điểm lâm sàng: sốt thành cơn, có chu kỳ với 3 giai đoạn: rét; nóng; vã mồ hôi kèm theo thiếu máu, gan to, lách to, hay tái phát.
- Có nhiều thể bệnh: thể mang ký sinh trùng sốt rét lạnh, thể cut, thể thông thường điển hình, thể bệnh sốt rét ác tính thể não, sốt rét đái huyết cầu tố.

2.3.2. Amíp

- Bệnh do amíp là bệnh nhiễm đơn bào *Entamoeba histolytica*. Dựa vào hình thể và sinh lý của *E.histolytica*, người ta chia ra 3 thể:

+ Thể hoạt động lớn (Forma magna): có ở trong phân chỗ có nhiều nhầy máu; kích thước 15 - 30 micromet, trong bào tương chứa nhiều hồng cầu.

+ Thể hoạt động nhỏ (Forma minuta): sống trong lòng đại tràng, kích thước 8 - 25 micromet, trong bào tương không có hồng cầu.

+ Thể kén (Forma cystica): được tạo thành từ thể hoạt động nhỏ, có hình tròn, kích thước 10 - 14 micromet, có 2 lớp vỏ. Thể kén non có một nhân nhưng khi già có 4 nhân. Kén amíp đóng vai trò lây bệnh, tồn tại ở ngoại cảnh tương đối tốt, nhiệt độ 17 - 20°C tồn tại hàng tháng, nhiệt độ 45°C kén chết sau 30 phút, ở 85°C chết sau vài giây. Thuốc khử trùng crezyl 1/250 có thể diệt kén amíp trong vòng 5 - 15 phút.

- Nguồn bệnh: là bệnh nhân và người lành mang trùng; khoảng 90% các trường hợp nhiễm amíp là không có triệu chứng.

- Đường lây: qua đường tiêu hóa do thức ăn, nước uống, nhiễm kén amíp.

- Bệnh amíp có tổn thương đặc trưng là loét ở niêm mạc đại tràng và có khả năng gây ra các ổ áp xe ở những cơ quan khác như gan, não...; bệnh có xu hướng kéo dài và mãn tính.

2.3.3. Giun sán

- Giun: giun đũa, giun kim, giun móc...

- Sán: sán lá gan, sán lá phổi, sán lá ruột.

- Bệnh lây qua đường tiêu hóa, đường phân, miệng. Trong các loài côn trùng thì ruồi nhặng đóng vai trò quan trọng trong quá trình lây truyền các bệnh do giun, sán.

2.3.4. Nấm

Một số loài nấm đã được phân lập ở bệnh nhân nhiễm khuẩn bệnh viện. Trong đó nấm Candida là tác nhân gây bệnh chủ yếu và đang có chiều hướng tăng lên đáng kể, liên quan tới nguyên nhân sử dụng kháng sinh mạnh và rộng rãi. Nhiễm nấm Candida là một trong các nhiễm trùng cơ hội của bệnh HIV/AIDS.

3. BIỆN PHÁP DỰ PHÒNG VÀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

Để dự phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện cần có những hiểu biết kỹ lưỡng về nguồn lây truyền các vi sinh vật gây bệnh và các đường lây truyền của những tác nhân này.

3.1. Biện pháp dự phòng

3.1.1. Rửa tay

Rửa tay là biện pháp quan trọng nhất, ngăn ngừa lây lan vi sinh vật từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác qua tay các bác sĩ, điều dưỡng. Vấn đề này dễ bị xem thường và không tuân thủ đúng quy định.

3.1.2. Dùng dụng cụ vô khuẩn

Thực hiện nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn: cọ rửa dụng cụ, khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ đúng quy trình.

3.1.3. Cách ly bệnh nhân

Bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm hoặc nghi ngờ có nguy cơ lây truyền bệnh đều được nằm ở phòng cách ly.

3.1.4. Bệnh nhân sử dụng dụng cụ riêng

Bơm, kim tiêm, các loại ống thông, ống hút, đồ dùng cá nhân... dùng riêng cho từng bệnh nhân.

3.1.5. Quản lý chất thải trong khoa phòng và bệnh viện

Thùng đựng chất thải, rác có nắp đậy kín, để đúng nơi quy định; khi chuyên chở phải đảm bảo vệ sinh.

Chất thải được xử lý trước khi đưa ra ngoài bệnh viện.

3.1.6. Vệ sinh khoa phòng hàng ngày và định kỳ tổng vệ sinh

- Vệ sinh khoa phòng từ khu sạch nhất đến khu bẩn nhất, từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, các khu vực có dụng cụ riêng. Những nơi có nguy cơ lây nhiễm cao được làm vệ sinh khẩn cấp; sử dụng đúng các loại dung dịch khử khuẩn.

- Phân loại các khu vực vệ sinh:

+ Khu sạch: những phòng không có bệnh nhân như phòng hành chính, phòng giao ban, phòng nghỉ dành cho nhân viên...

+ Khu kém sạch: những phòng (nơi) liên quan trực tiếp đến hoạt động chăm sóc bệnh nhân như phòng khám bệnh, buồng thay băng, buồng chuẩn bị dụng cụ, buồng bệnh để bệnh nhân nằm.

+ Khu nhiễm khuẩn: khu vực có nguy cơ nhiễm khuẩn cao như nhà vệ sinh, phòng thực thi cho bệnh nhân, phòng để đồ nhiễm bẩn...

3.2. Kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện

- Phối hợp hoạt động chống nhiễm khuẩn giữa các cơ quan, khoa phòng nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Thường xuyên thông báo về nhiễm khuẩn bệnh viện cho toàn bệnh viện và các cơ quan y tế có liên quan.

- Khi có dịch, bệnh viện phải có biện pháp phòng chống.

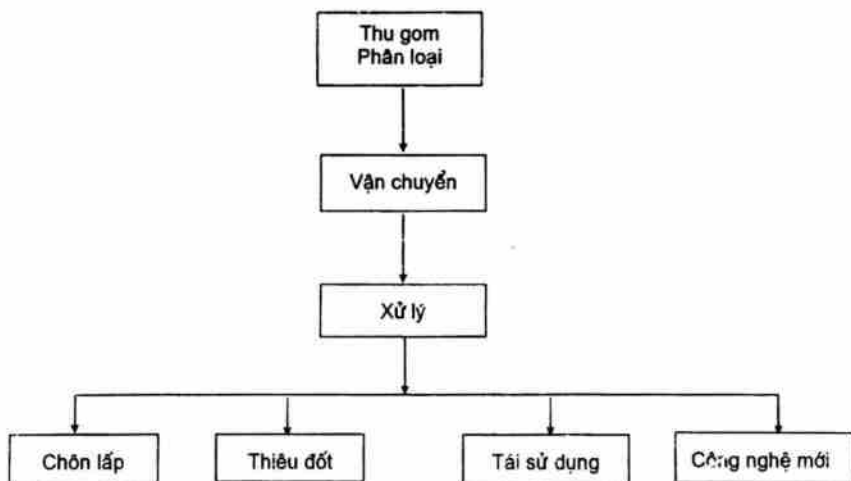
- Giám sát môi trường bệnh viện, môi trường khoa phòng, không khí, nước, vệ sinh khoa phòng theo 10 nội dung bảo vệ môi trường bệnh viện.

QUẢN LÝ CHẤT THẢI BỆNH VIỆN

1. ĐẠI CƯƠNG

Quản lý chất thải là các hoạt động kiểm soát chất thải từ nơi phát sinh cho tới nơi tiêu hủy; bao gồm các bước:

- Thu gom chất thải tại nguồn phát sinh.
- Phân loại chất thải để tiện cho việc xử lý, hoạt động này có thể kết hợp trong quá trình thu gom.
- Xử lý chất thải là các hoạt động làm cho chất thải trở nên vô hại với sức khỏe của con người và môi trường, làm giảm thiểu số lượng chất thải.
- Hiện nay có 4 công nghệ xử lý chất thải theo nguyên tắc chung, nhưng phải tiến hành đồng thời cả hai nội dung là quản lý và xử lý chất thải. Nếu chỉ thực hiện được một nội dung thì mục đích quản lý chất thải sẽ không đạt yêu cầu.



Hình 1.8: Quy trình công nghệ xử lý chất thải theo nguyên tắc chung.

Chất thải bệnh viện là chất thải phát sinh trong quá trình điều trị, chẩn đoán, chăm sóc và sinh hoạt trong môi trường bệnh viện.

Chất thải bệnh viện bao gồm: các thùng thu chất thải rắn, chất thải lỏng và chất thải khí. Chất thải bệnh viện có đặc tính lý học, hóa học và sinh học, là nguồn gây ô nhiễm môi trường và là nguồn gây bệnh.

Quản lý chất thải bệnh viện nhằm mục đích giảm thiểu các nguy cơ lây nhiễm sang bệnh nhân, nhân viên y tế và ra ngoài cộng đồng.

Người làm phát sinh chất thải phải tiến hành phân loại ngay, thu gom và thải bỏ chúng vào đúng nơi, đúng các phương tiện đã quy định.

Tất cả mọi người trong bệnh viện: nhân viên bệnh viện, bệnh nhân, người nuôi bệnh nhân và sinh viên, học sinh đều tham gia quản lý chất thải.

2. PHÂN LOẠI VÀ THU GOM CHẤT THẢI BỆNH VIỆN

2.1. Chất thải sinh hoạt

Giấy, báo, tài liệu, khăn gạc, các đồ dùng và vật liệu y tế chăm sóc người bệnh không dính máu, thức ăn thừa, vật liệu đóng gói, hoa lá, cây, rác quét dọn từ các sân nhà và từ các khu vực ngoại cảnh... thu gom, đựng vào thùng hoặc túi nilon màu xanh.

2.2. Chất thải lâm sàng không sắc nhọn

Chất thải lâm sàng không sắc nhọn bao gồm:

- Những vật liệu bị thấm máu, thấm dịch cơ thể và các chất bài tiết của bệnh nhân: bông, băng, gạc, dây truyền máu, ống dẫn lưu...

- Môi trường nuôi cấy và các dụng cụ lưu giữ các tác nhân lây nhiễm ở trong phòng xét nghiệm.

- Chất thải dược phẩm: dược phẩm quá hạn, dược phẩm bị nhiễm khuẩn, các thuốc gây độc tế bào, các loại huyết thanh, các vaccin sống...

- Các mô, các tổ chức và phủ tạng của cơ thể: nhiễm khuẩn và không nhiễm khuẩn.

- Các chất thải của động vật, xác súc vật bị nhiễm mầm bệnh hoặc được tiêm các tác nhân lây nhiễm.

- Chất thải phát sinh từ các buồng cách ly.

- Găng tay đã sử dụng.

Chất thải lâm sàng không sắc nhọn được thu gom vào thùng hoặc túi nilon màu vàng.

2.3. Chất thải lâm sàng sắc nhọn

Các chất thải lâm sàng sắc nhọn bao gồm: bơm kim tiêm, dao mổ, lam kính xét nghiệm, đĩa nuôi cấy bằng thủy tinh, các lọ thủy tinh dính máu... thu gom vào các hộp hoặc thùng màu vàng.

2.4. Chất thải hóa học, phóng xạ

- Chất thải hóa học bao gồm: kim, lọ đựng thuốc và những chất thải khác liên quan tới quá trình điều trị theo phương pháp hóa học tại bệnh viện.

- Chất thải phóng xạ bao gồm: các dụng cụ có tiếp xúc với chất phóng xạ phát sinh trong chẩn đoán và điều trị như kim tiêm, ống nghiệm, chai, lọ đựng chất phóng xạ, nước tiểu của bệnh nhân đang điều trị chất phóng xạ... được thu gom vào thùng hoặc hộp màu đen.

3. TỔ CHỨC THU GOM VÀ VẬN CHUYỂN

Người làm phát sinh chất thải bệnh viện phải tiến hành phân loại ngay, thu gom vào đúng nơi, đúng các phương tiện quy định.

- Mỗi buồng bệnh cần có một thùng thu gom chất thải để thu gom chất thải sinh hoạt.

- Các buồng cách ly, buồng tiểu phẫu thuật, thay băng, buồng cấp cứu, buồng chạy thận nhân tạo, buồng xét nghiệm, phòng đẻ và những nơi thường xuyên làm phát sinh chất thải lâm sàng trang bị thêm một thùng thu gom chất thải lâm sàng không sắc nhọn và một thùng thu gom gang đã sử dụng.

- Trên xe tiêm và xe làm thủ thuật có hộp đựng chất thải sắc nhọn.

- Các thùng thu gom chất thải ở khu vực buồng bệnh phải luôn khô ráo và được cọ rửa thường xuyên, bên trong mỗi thùng thu gom chất thải lót túi nilon có màu sắc tương ứng với màu sắc của thùng.

- Mỗi khoa phòng cần bố trí một khu vực riêng, có đủ phương tiện để lưu giữ, tập trung toàn bộ chất thải theo từng loại.

- Chất thải được thu gom và vận chuyển bằng xe chuyên dụng, ngày một lần.

- Không vận chuyển chất thải qua các khu vực chăm sóc bệnh nhân và các khu vực sạch khác.

- Hộ lý, y công chịu trách nhiệm thu gom các chất thải từ nơi phát sinh tới nơi tập trung chất thải của khoa phòng, bệnh viện.

- Nhân viên vệ sinh môi trường chịu trách nhiệm thu gom chất thải của các khoa phòng, bệnh viện, vận chuyển chất thải về nơi tập trung chất thải của bệnh viện và xử lý theo quy định.

4. LƯU GIỮ VÀ TIÊU HỦY CHẤT THẢI BỆNH VIỆN

- Nơi lưu giữ tập chung và tiêu hủy chất thải của bệnh viện phải được trang bị đầy đủ các phương tiện rửa tay, bảo hộ cá nhân, có các vật dụng và dụng cụ cần thiết để làm vệ sinh và xử lý chất thải.

- Chất thải lâm sàng phải được đốt hàng ngày, thời gian lưu giữ tối đa là 48 giờ.
- Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao từ phòng xét nghiệm, phòng điều trị người bệnh nhiễm HIV/AIDS, gang mai được khử khuẩn tại chỗ bằng nồi hấp (autoclave) trước khi đưa đi tiêu hủy.
- Chất thải là các mô, các tổ chức, phủ tạng của người, động vật nhiễm khuẩn hay không nhiễm khuẩn được thiêu đốt ngay hoặc chuyển tới nghĩa trang thành phố để chôn cất.
- Chất thải phóng xạ được thu gom và xử lý đúng theo pháp lệnh an toàn, kiểm soát bức xạ và các quy định hiện hành của Nhà nước.
- Chất thải lỏng phát sinh từ các khu vực chăm sóc và điều trị, được thu gom qua hệ thống cống kín, tập chung về nơi xử lý chất thải lỏng và được lắng lọc, khử khuẩn bằng hóa chất clo hoạt động theo đúng nồng độ đã quy định trước khi đổ vào hệ thống cống thải chung của thành phố.
- Hàng ngày hoặc tối đa là hai ngày, chất thải sinh hoạt phải được chuyển tới nơi thu gom chất thải của thành phố. Không được tổ chức đốt chất thải sinh hoạt tại bệnh viện.

CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa sức khỏe

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): Sức khỏe là trạng thái hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần và xã hội, chứ không chỉ là tình trạng không có bệnh tật hoặc ốm yếu.

Khỏe mạnh là trạng thái của một người có đầy đủ các yếu tố sức khỏe sau:

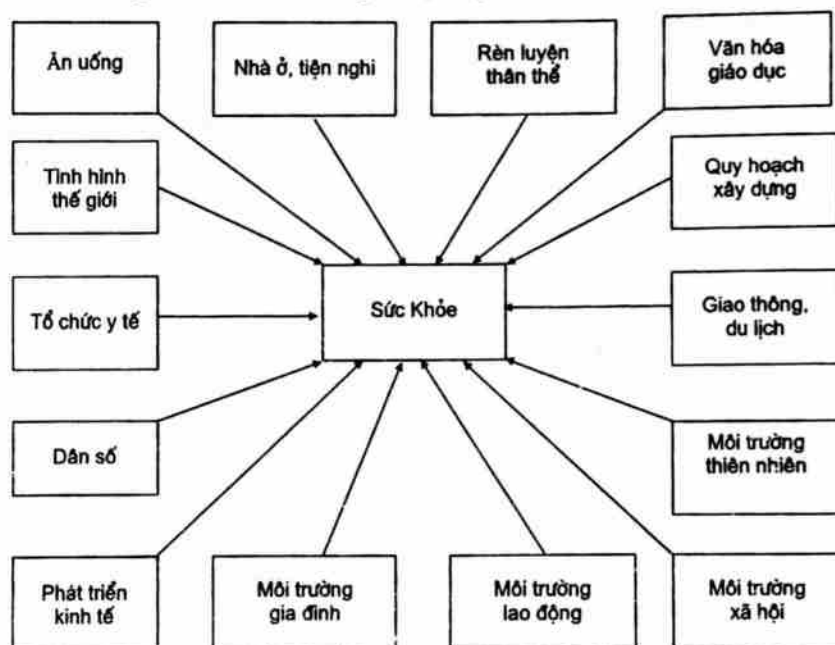
- Sức khỏe thể lực (Physical health): đây là yếu tố cần thiết nhất của sức khỏe, liên quan đến những chức năng cơ học của cơ thể.
- Sức khỏe tâm thần (Mental health): khả năng suy nghĩ sáng sủa, rõ ràng, mạch lạc và kiên định.
- Sức khỏe cảm xúc (Emotional health): khả năng cảm nghĩ, xúc động và sợ hãi, thích thú, vui buồn, tức giận và khả năng thể hiện các cảm nhận đó một cách thích hợp; đồng thời cũng là khả năng đương đầu với các stress, sự căng thẳng, nỗi thất vọng và lo lắng.
- Sức khỏe xã hội (Social health): khả năng tạo lập và duy trì mối quan hệ lành mạnh với những người khác trong xã hội.
- Sức khỏe tâm linh (Spiritual health): ở một số người yếu tố này liên quan đến niềm tin, tín ngưỡng; một số người khác liên quan đến niềm tin của cá nhân, các nguyên tắc liên quan đến hành vi thực hành để đạt được sự thoải mái về tâm linh.
- Sức khỏe môi trường xã hội (Societal health): môi trường không đáp ứng được các nhu cầu cơ bản về thể lực và tâm hồn, con người không thể được coi là khỏe mạnh.

1.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe

Theo Wallace (1991), có 4 nhóm yếu tố chính ảnh hưởng đến sức khỏe:

- Các yếu tố di truyền.
- Các yếu tố môi trường: môi trường thiên nhiên và môi trường xã hội.
- Các yếu tố về chăm sóc sức khỏe: chất lượng chăm sóc sức khỏe, khả năng sẵn có, hoạt động sử dụng các cơ sở y tế...
- Hành vi cá nhân: chế độ dinh dưỡng, rèn luyện thân thể, nghỉ ngơi, thói quen nghiện hút, tình dục.

Xã hội hiện đại, văn minh lấy con người khỏe mạnh làm mục tiêu phục vụ. Con người đồng thời cũng là nhân tố quan trọng trong sự nghiệp xây dựng xã hội văn minh; vì vậy sức khỏe của con người bị chi phối bởi rất nhiều yếu tố:



Hình 1.9: Các yếu tố chi phối sức khỏe.

1.3. Chăm sóc sức khỏe ban đầu

Chăm sóc sức khỏe ban đầu là những chăm sóc sức khỏe thiết yếu, bằng các phương pháp và kỹ thuật thực hành có cơ sở khoa học, có thể tới được mọi người, mọi gia đình trong cộng đồng, được họ chấp nhận và tích cực tham gia, với mức chi phí mà nhân dân và Nhà nước có thể cung ứng được, phát huy được tính tự lực, tự quyết của mọi người dân.

Những chăm sóc thiết yếu chính là những chăm sóc cơ bản cho sức khỏe, có thể tới được mọi người dân, nơi họ đang sinh sống, phù hợp với nền kinh tế của người dân, của đất nước và được người dân chấp nhận, tích cực tham gia.

Nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu không hoàn toàn giống nhau ở các nước. Trong cùng một nước, cùng một thời điểm chăm sóc sức khỏe ban đầu nhưng lại khác nhau ở các vùng, miền.

Nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu cần được thay đổi theo thời gian, thay đổi theo hoàn cảnh để phù hợp với tình hình sức khỏe kinh tế, xã hội của nhân dân, địa phương và Nhà nước.

1.4. Bốn nguyên tắc cơ bản của chăm sóc sức khỏe ban đầu

- Tiếp cận rộng rãi và phổ cập các nhu cầu cơ bản: Đây là nguyên tắc nền tảng của chăm sóc sức khỏe ban đầu. Mọi người dân trên thế giới được tiếp cận với những chăm sóc y tế hiện có để đảm bảo có sức khỏe đầy đủ.

- Sự tham gia và tự lực của cá nhân và cộng đồng: Yếu tố chìa khóa để đạt được sự tham gia và tự lực của cá nhân và cộng đồng là giáo dục, xây dựng ý thức trách nhiệm của mỗi người với sức khỏe của chính mình và của mọi người.

- Phối hợp liên ngành trong chăm sóc sức khỏe ban đầu: Ngành Y tế đóng vai trò chính, phải phối hợp với các ngành khác như giáo dục, công nghiệp, nông nghiệp, du lịch thể thao..., phối hợp với các tổ chức xã hội như Mặt trận Tổ quốc, Công đoàn, Đoàn thanh niên, Hội phụ nữ, với chính quyền địa phương để đạt được hiệu quả cao trong chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- Kỹ thuật thích ứng, hiệu quả chi phí trong khuôn khổ nguồn lực có sẵn: Dựa vào thực trạng tại địa phương để đưa ra những kỹ thuật chăm sóc cho phù hợp, hiệu quả và huy động được sự tham gia tích cực của cộng đồng.

- Những kỹ thuật thích ứng, sử dụng nguồn kinh phí, nhân lực y tế có hiệu quả từ trung ương đến địa phương sao cho đa số người dân được hưởng.

2. NỘI DUNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU

2.1. Nhận thức về chăm sóc sức khỏe

Bảng 1.3: Nhận thức về chăm sóc sức khỏe.

Nội dung CSSK	Nhận thức cũ	Nhận thức mới
Quan niệm sức khỏe	Không có bệnh	Thoải mái về thể chất, tinh thần xã hội và không có bệnh tật.
Nội dung CSSK	Chủ yếu là chữa bệnh	Dự phòng tích cực, chăm sóc toàn diện.
Đối tượng CSSK	Cá thể, bệnh nhân là chính	Cộng đồng, người khỏe mạnh và bệnh nhân.
Trách nhiệm	Ngành Y tế	Toàn dân, toàn xã hội.
Vai trò của người dân	Thụ động: dựa vào ngành Y tế	Chủ động: tự bảo vệ, cùng tham gia bảo vệ cộng đồng.
Tính chất hoạt động	Ngành Y tế tách rời với hệ thống kinh tế xã hội	Y tế là một bộ phận lồng ghép trong hệ thống kinh tế - xã hội.

Hội nghị Alma Ata đã đưa ra nhận thức mới về chăm sóc sức khỏe, từ đó dẫn đến những thay đổi về nội dung chăm sóc sức khỏe, đối tượng chăm sóc sức khỏe

và trách nhiệm của người cán bộ y tế, vai trò của từng người, từng ban ngành trong xã hội trong sự nghiệp bảo vệ, nâng cao sức khỏe cho cá nhân và cộng đồng.

So với nhận thức về chăm sóc sức khỏe trước kia, nhận thức mới có những điểm khác biệt cơ bản.

2.2. Nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu - Tuyên ngôn Alma Ata năm 1978

Nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu gồm 8 điểm (Elements):

- Giáo dục sức khỏe (Education).
- Kiểm soát các bệnh dịch tại địa phương (Local disease control).
- Chương trình tiêm chủng mở rộng (Expanded program of immunization).
- Bảo vệ bà mẹ trẻ em - kế hoạch hóa gia đình (MCH and family planning).
- Cung cấp thuốc thiết yếu (Essential drugs).
- Cung cấp lương thực, thực phẩm và cải thiện bữa ăn (Nutrition and food supply).
- Điều trị và phòng bệnh (Treatment and prevention).
- Cung cấp nước sạch và thanh khiết môi trường (Safewater and sanitation).

2.3. Nội dung 10 điểm về chăm sóc sức khỏe ban đầu tại Việt Nam

Nước ta chấp nhận nội dung 8 điểm của tuyên ngôn Alma Ata. Dựa vào thực trạng tình hình sức khỏe, bệnh tật của nhân dân và thực trạng kinh tế, xã hội Việt Nam; chăm sóc sức khỏe ban đầu được bổ sung thêm 2 điểm:

- Quản lý sức khỏe.
- Kiện toàn mạng lưới y tế.

2.3.1. Giáo dục sức khỏe

** Mục tiêu:*

- Phổ cập kiến thức y học thường thức về bảo vệ sức khỏe cho toàn dân.
- Để mọi người dân nhận thức được chăm sóc sức khỏe ban đầu là trách nhiệm của mọi người và của toàn xã hội.

** Nội dung:*

- Phù hợp với tình hình cụ thể của từng địa phương (tình hình bệnh tật, vấn đề ưu tiên, triển khai các chương trình y tế...).
- Tôn trọng các nguyên tắc giáo dục.
- Phong phú về hình thức giáo dục (nghe, nhìn, làm mẫu...).
- Tổ chức, động viên được các đoàn thể, các tổ chức, mọi đối tượng cùng tham gia.

2.3.2. Kiểm soát các bệnh dịch lưu hành ở địa phương

- Khống chế và tiến tới thanh toán ở các mức độ khác nhau một số bệnh dịch lưu hành như dịch tả, dịch hạch...

- Phòng chống một số bệnh truyền nhiễm: sốt rét, AIDS, bệnh xã hội.
- Giảm tỷ lệ mắc bệnh cấp tính: tiêu chảy, lỵ, nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp.
- Quản lý theo dõi các bệnh mãn tính: phong, lao, tâm thần, động kinh, bướu cổ...

2.3.3. Chương trình tiêm chủng mở rộng

Mục tiêu đề ra là 100% trẻ em dưới 1 tuổi được tiêm phòng đủ 7 bệnh truyền nhiễm: lao, bạch hầu, uốn ván, ho gà, bại liệt, sởi, viêm gan virus B và 90% trẻ em dưới 5 tuổi được tiêm phòng nhắc lại.

2.3.4. Bảo vệ bà mẹ trẻ em, kế hoạch hóa gia đình

- Giảm tỷ lệ tăng dân số một cách thích hợp: Mỗi gia đình có kế hoạch sinh đẻ cho phù hợp với hoàn cảnh kinh tế của mình, nhằm bảo đảm cho gia đình hạnh phúc, phồn vinh, nuôi con khỏe, dạy con ngoan, các con được đến trường học.

- Giảm tỷ lệ tử vong của trẻ dưới 1 tuổi xuống còn 30‰ vào năm 2005; 25‰ vào năm 2010.

- Tăng cường dinh dưỡng cho bà mẹ và trẻ em.

2.3.5. Cung cấp thuốc thiết yếu

Cung cấp thuốc thiết yếu là cung cấp đủ thuốc cho công tác phòng bệnh, chữa bệnh từ tuyến xã đến tuyến tỉnh, đẩy mạnh sản xuất thuốc trong nước, giảm nhập thuốc.

- Lập kế hoạch sử dụng thuốc và dự trữ thuốc một cách thích hợp dựa trên mô hình sức khỏe và bệnh tật.

- Tìm vốn để quay vòng thuốc, mở quầy thuốc.

- Tổ chức xây dựng và kiểm tra túi thuốc của y tế thôn bản, y tế tư nhân, nguồn thuốc trong địa phương, để phòng thuốc giả, thuốc hỏng...

- Đảm bảo đủ thuốc tối thiểu cần thiết và thuốc chủ yếu.

- Hướng dẫn và kiểm tra sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.

- Tuyên truyền hướng dẫn kiểm tra, chế biến và sử dụng thuốc nam ở cộng đồng.

- Quản lý tốt thuốc và trang bị y tế.

2.3.6. Cung cấp lương thực - thực phẩm và cải thiện bữa ăn

Những hoạt động liên ngành nhằm mục tiêu cải thiện bữa ăn đủ năng lượng, đủ chất lượng trong khẩu phần ăn hàng ngày cho từng đối tượng. Chú ý tăng cường thực phẩm giàu chất đạm cho trẻ em và phụ nữ có thai.

2.3.7. Điều trị và phòng bệnh

- Giải quyết tốt các bệnh thường gặp.
- Xử lý tốt các bệnh cấp tính, cấp cứu chuyên khoa.
- Nâng cao chất lượng khám chữa bệnh theo hướng quản lý tại cộng đồng.
- Giáo dục sức khỏe cho cộng đồng nhằm ngăn ngừa các bệnh truyền nhiễm, lây truyền, các bệnh gây thành dịch và các bệnh xã hội.

2.3.8. Cung cấp nước sạch và thanh khiết môi trường

- Tuyên truyền giáo dục sử dụng nước sạch, sử dụng nhà tắm, hố xí hợp vệ sinh; xử lý nước thải, phân, rác đúng quy trình kỹ thuật.
- Tổ chức phối hợp liên ngành trong việc thực hiện vệ sinh công cộng; thực hiện phong trào 3 diệt: diệt ruồi, diệt muỗi, diệt chuột.
- Lập kế hoạch xây dựng hướng dẫn sử dụng và bảo quản 3 công trình vệ sinh: nhà xí, nhà tắm, giếng nước.

2.3.9. Quản lý sức khỏe

Quản lý sức khỏe là biện pháp chăm sóc sức khỏe ban đầu chủ động, tích cực, đồng thời là sự tổng hợp của nhiều biện pháp chăm sóc y tế của xã hội, cần có sự phối hợp liên ngành, đa ngành.

Mục tiêu của quản lý sức khỏe: hạ thấp tỉ lệ bệnh tật, tàn phế và tử vong, nâng cao sức khỏe cho nhân dân.

- Đối tượng của quản lý sức khỏe: là người dân từ lúc mới sinh cho đến lúc chết.
- Phương châm quản lý sức khỏe:
 - + Khám sức khỏe định kỳ để chủ động phát hiện bệnh và điều trị kịp thời.
 - + Lập hồ sơ sức khỏe cá nhân, ghi chép đầy đủ tình trạng sức khỏe, bệnh tật của bệnh nhân để theo dõi và có biện pháp điều trị, chăm sóc phù hợp, kịp thời.
 - + Phổ biến kiến thức y học thường thức để người dân có thể tự cấp cứu cho nhau khi cần thiết.
 - + Củng cố mạng lưới Hội chữ thập đỏ ở cơ sở.
 - + Khám bệnh toàn diện khi bệnh nhân đến cơ sở y tế không bỏ sót các bệnh kèm theo.
 - + Khám chuyên khoa để phát hiện các bệnh hàng loạt như lao, mắt hột, bệnh phong, bệnh phụ khoa, bấu cổ...

2.3.10. Kiện toàn mạng lưới y tế cơ sở

Kiện toàn mạng lưới y tế cơ sở là mối quan tâm hàng đầu của ngành Y tế Việt Nam, là biện pháp quan trọng nhất để bảo đảm cho các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu khác thành công.

*** Mục tiêu:**

- Mỗi xã có một trạm y tế, khu vực có phòng khám đa khoa.
- 100% cán bộ y tế vào biên chế Nhà nước.
- Có đủ lượng cán bộ y tế cần thiết với quy mô 1/1.000 - 3.000 dân, với cơ cấu 1 trạm trưởng chuyên khoa y tế cộng đồng, 1 y sĩ về y học cổ truyền, 1 nữ hộ sinh biết chăm sóc trẻ em và y học xã hội.

*** Nội dung:**

- Hoạt động của trạm y tế phải được đổi mới theo hướng thực hiện các chương trình y tế.
- Cán bộ y tế cơ sở được đào tạo lại để đáp ứng yêu cầu mới của công tác:
 - + Biết chẩn đoán cộng đồng và xác định vấn đề ưu tiên.
 - + Xác định được nhu cầu của y tế cơ sở.
 - + Phân tích nguyên nhân vấn đề y tế dựa trên điều tra cộng đồng tại địa phương đang công tác.
 - + Biết lập kế hoạch y tế theo năm, quý, tháng.
 - + Biết tổ chức thực hiện kế hoạch.
 - + Biết đánh giá kết quả thực hiện.
 - + Biết ý nghĩa, cách tính toán và viết báo cáo về 25 chỉ số thống kê cơ bản ở tuyến y tế cơ sở.

3. NỘI DUNG CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU CHO TRẺ EM (GOBIFFF)

- Tổ chức Quỹ Nhi đồng Thế giới (UNICEF) dựa vào tình hình sức khỏe, bệnh tật hiện nay của trẻ em ở các nước đang phát triển đã đề ra 7 ưu tiên cho trẻ em:
 - + Biểu đồ tăng trưởng (Growth chart).
 - + Bù nước bằng đường uống (Oral rehydration).
 - + Nuôi con bằng sữa mẹ (Breast feeding).
 - + Tiêm chủng mở rộng (Immunization).
 - + Kế hoạch gia đình (Family planing).
 - + Giáo dục kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ (Femal education).
 - + Cung cấp thực phẩm cho bà mẹ và trẻ em (Food supply).
- Thực hiện 7 ưu tiên trên để giải quyết các vấn đề sau:
 - + Giải quyết các bệnh có tỉ lệ tử vong cao: suy dinh dưỡng, tiêu chảy, các bệnh truyền nhiễm, các bệnh đường hô hấp.

+ Bảo vệ bà mẹ và trẻ em bằng các biện pháp:

. Kế hoạch hóa gia đình.

. Nâng cao hiểu biết cho bà mẹ về cách nuôi con, vệ sinh dinh dưỡng.

. Ưu tiên thực phẩm cho bà mẹ, trẻ em.

- Biểu đồ tăng trưởng là nội dung ưu tiên hàng đầu, là biện pháp chủ yếu để theo dõi, phát hiện, phòng chống và thanh toán bệnh suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi. Việc theo dõi bắt đầu từ khi trẻ còn nằm trong bụng mẹ bằng cách theo dõi cân nặng của bà mẹ mang thai.

+ 3 tháng đầu, người mẹ phải tăng được 1kg.

+ 3 tháng giữa, người mẹ phải tăng được 4 - 5kg.

+ 3 tháng cuối, người mẹ phải tăng được 5 - 6kg.

+ Trong 9 tháng mang thai, người mẹ phải tăng được trên 12kg.

Đánh giá sức khỏe trẻ em dựa vào biểu đồ tăng trưởng.

HỒ SƠ BỆNH NHÂN VÀ CÁCH GHI CHÉP

1. ĐẠI CƯƠNG

Hồ sơ bệnh nhân là các giấy tờ có liên quan đến quá trình điều trị và chăm sóc bệnh nhân tại một cơ sở y tế trong một thời gian nhất định. Mỗi loại hồ sơ có nội dung riêng, nhưng có tầm quan trọng chung:

- Hồ sơ bệnh nhân cho biết chẩn đoán bệnh và nguyên nhân gây bệnh.
- Hồ sơ bệnh nhân là phương tiện để ghi chép quá trình diễn biến bệnh, quá trình điều trị, chăm sóc bệnh nhân trong thời gian nằm viện.
- Cung cấp các thông tin cho điều dưỡng khi lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân.
- Giúp công tác đào tạo, nghiên cứu khoa học, nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc bệnh nhân.
- Thông qua hồ sơ bệnh nhân, đánh giá được chất lượng điều trị, chăm sóc, tinh thần trách nhiệm và trình độ chuyên môn của cán bộ y tế.
- Hồ sơ bệnh nhân là bằng chứng pháp lý, chứng từ tài chính trong điều trị và chăm sóc bệnh nhân.

2. LẬP HỒ SƠ BỆNH NHÂN

2.1. Lập và ghi hồ sơ bệnh nhân

- Hồ sơ bệnh nhân được lập ngay sau khi có quyết định của bác sĩ cho bệnh nhân vào viện điều trị.
- + Trường hợp bệnh nhân cấp cứu: hồ sơ, bệnh án, chẩn đoán, các xét nghiệm cần thiết hoàn chỉnh trước 24 giờ.
- + Bệnh nhân khác: hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án trước 36 giờ.
- Chữ viết trong hồ sơ bệnh án: phải rõ ràng, dễ đọc, dễ hiểu, chọn lọc ngôn từ, không tẩy xóa và diễn đạt đầy đủ các thông tin thu thập được.
- Chỉ được phép dùng các ký hiệu, chữ viết tắt phổ thông, thông dụng khi thật cần thiết và đúng quy định. Họ và tên bệnh nhân viết chữ in hoa có đánh dấu. Tên thuốc, cách dùng thuốc ghi rõ ràng, đúng danh pháp quy định.
- Ghi chính xác, đầy đủ các thông tin, thủ tục hành chính.
- Chỉ được ghi vào hồ sơ bệnh nhân những công việc về điều trị, chăm sóc của chính người thực hiện.
- Ghi rõ ràng, chính xác các chỉ số, thông số, các kết quả xét nghiệm và diễn biến lâm sàng theo quy định.

- Những trường hợp bệnh nhân có chỉ định mổ và làm các thủ thuật có nguy cơ đe dọa đến tính mạng, bệnh nhân phải có giấy cam đoan đồng ý thực hiện, có chữ ký của bệnh nhân hoặc thân nhân để lưu vào hồ sơ.

- Trường hợp bệnh nhân từ chối điều trị, chăm sóc phải ghi rõ lý do, kèm theo chữ ký của bệnh nhân hoặc thân nhân.

2.2. Hồ sơ bệnh nhân

Hồ sơ bệnh nhân bao gồm các loại giấy tờ cơ bản sau:

- Bệnh án.
- Các loại giấy tờ thuộc lâm sàng.
 - + Phiếu theo dõi dấu hiệu sống của bệnh nhân hàng ngày.
 - + Bảng kế hoạch chăm sóc.
 - + Phiếu tiêm truyền dung dịch.
 - + Phiếu thử phản ứng thuốc.
 - + Biên bản hội chẩn, giấy duyệt mổ.
 - + Giấy chuyển viện.
 - + Biên bản nhận xét tử vong.
 - + Phiếu xin máu.
- Các giấy tờ thuộc cận lâm sàng.
 - + Giấy xét nghiệm các loại.
 - + Giấy X quang, siêu âm, điện tim...

2.3. Sắp xếp và dán hồ sơ bệnh nhân

Điều dưỡng hành chính khoa có trách nhiệm sắp xếp, hoàn chỉnh hồ sơ bệnh nhân theo trình tự.

- Các giấy tờ hành chính.
- Các tài liệu của tuyến dưới (nếu có).
- Các kết quả xét nghiệm xếp lệch nhau từng lớp: huyết học, sinh hoá, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh... theo trật tự trước dưới, sau trên.
- Phiếu theo dõi.
- Phiếu chăm sóc.
- Biên bản hội chẩn, sơ kết điều trị, giấy cam đoan... (nếu có).
- Các tờ điều trị có đánh số trang dán theo thứ tự thời gian.
- Các giấy tờ trên phải đóng dấu giáp lai để quản lý hồ sơ.

3. BẢO QUẢN HỒ SƠ BỆNH NHÂN

3.1. Quy định chung

- Hồ sơ bệnh nhân là tài liệu quan trọng phải được giữ gìn bảo quản tốt theo quy định của pháp luật về lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án nội, ngoại trú, xuất viện, chuyển viện, tử vong phải được hoàn chỉnh các thủ tục hành chính theo quy chế vào viện, chuyển viện, chuyển khoa, ra viện, sau đó chuyển đến Phòng Kế hoạch tổng hợp lưu trữ theo quy định.
- Việc khai thác sử dụng hồ sơ bệnh án phải đúng quy định.

3.2. Quy định cụ thể

3.2.1. Quản lý hồ sơ

Điều dưỡng hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ:

- Giữ gìn quản lý mọi hồ sơ bệnh án trong khoa.
- Hồ sơ bệnh án được để vào giá hoặc tủ theo quy định, dễ thấy, dễ lấy.
- Hết giờ làm việc phải kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và bàn giao cho điều dưỡng thường trực.
- Không để bệnh nhân và gia đình bệnh nhân xem hồ sơ bệnh án.
- Học viên thực tập muốn xem hồ sơ bệnh án phải được sự đồng ý của Trưởng khoa, ký sổ giao nhận, xem tại chỗ, xem xong bàn giao lại ngay cho điều dưỡng hành chính.

3.2.2. Lưu trữ hồ sơ

** Đăng ký lưu trữ:*

- Người bệnh ra viện (trong 24 giờ), khoa phải hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ theo quy chế và chuyển đến Phòng Kế hoạch tổng hợp.
- Phòng Kế hoạch tổng hợp kiểm tra việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của các khoa, trình Giám đốc ký duyệt và chuyển lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án nội, ngoại trú lưu trữ ít nhất 10 năm.
- Hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt lưu trữ ít nhất 15 năm.
- Hồ sơ bệnh án tử vong lưu trữ ít nhất 20 năm.

** Bảo quản hồ sơ lưu trữ:*

- Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp phân công cụ thể viên chức chuyên trách giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án.
- Ghi đầy đủ thông tin quy định vào sổ lưu trữ.

- Hồ sơ bệnh án được để vào tủ trên giá có biện pháp chống ẩm, phòng cháy, chống dãn, chuột, mối và các côn trùng khác.

- Các hồ sơ bệnh án được đánh số thứ tự theo đúng chuyên khoa hoặc theo danh mục bệnh tật quốc tế nhằm đảm bảo lưu trữ và cung cấp tài liệu nhanh chóng, thuận tiện.

- Hồ sơ bệnh nhân tử vong phải được bảo quản chặt chẽ lưu trữ theo thứ tự hàng năm.

- Tủ lưu trữ hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong phải luôn luôn khoá bảo vệ.

3.2.3. Sử dụng hồ sơ bệnh án đã lưu trữ

- Bác sĩ trong bệnh viện cần mượn hồ sơ bệnh án để giảng dạy học tập và nghiên cứu phải có giấy đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng, thông qua Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp và chỉ được đọc tại chỗ. Đối với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong ngoài thủ tục trên cần phải được Giám đốc ký duyệt.

- Phòng Kế hoạch tổng hợp phải có sổ theo dõi người đến mượn hồ sơ và lưu trữ giấy đề nghị.

- Người mượn hồ sơ bệnh án không được tiết lộ các chi tiết chuyên môn trong bệnh án.

3.2.4. Cơ quan bảo vệ pháp luật và thanh tra cần sử dụng hồ sơ bệnh án

- Phải có giấy giới thiệu hoặc công văn đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng hồ sơ bệnh án, Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp báo cáo Giám đốc ký duyệt mới được đưa hồ sơ bệnh án cho mượn đọc hay sao chép tại chỗ.

- Đối với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, Giám đốc bệnh viện phải báo cáo lên cấp trên quản lý trực tiếp; sau khi được sự đồng ý của cấp trên, Giám đốc bệnh viện mới được phép cho mượn đọc hay sao chép tại chỗ.

- Đối với hồ sơ bệnh án của cán bộ diện quản lý sức khỏe trung ương phải được phép của Chủ tịch hội đồng quản lý sức khỏe cao cấp của Đảng và Nhà nước mới được phép cho mượn đọc hoặc sao chép tại chỗ.

QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Quy trình điều dưỡng là hệ thống các hoạt động, tuân theo một kế hoạch đã định trước để đạt được một kết quả chăm sóc riêng biệt cho mỗi bệnh nhân.

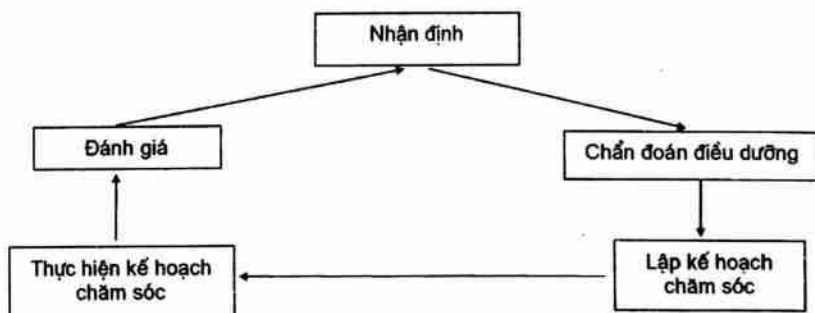
1.2. Mục đích của quy trình điều dưỡng

- Nhận biết tình trạng hiện tại và những vấn đề ưu tiên về chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân.
- Thiết lập kế hoạch chăm sóc đúng với những nhu cầu của bệnh nhân và đáp ứng thỏa mãn các nhu cầu cần thiết cho bệnh nhân.

1.3. Quy trình điều dưỡng là công cụ của điều dưỡng

Quy trình điều dưỡng là công cụ để điều dưỡng thực hiện chăm sóc toàn diện và có hệ thống.

Ngày nay, điều dưỡng là một khoa học, là một bộ phận trong hệ thống chăm sóc y tế. Nhân lực điều dưỡng tăng lên hàng năm cả về số lượng và chất lượng. Người điều dưỡng không phải là “y tá có trình độ trung cấp trở xuống; chăm sóc người bệnh theo y lệnh của bác sĩ” như quan niệm trước kia. Điều dưỡng là chẩn đoán và điều trị những phản ứng của con người đối với bệnh tật hiện tại hoặc bệnh tật có tiềm năng xảy ra. Những quan niệm mới về điều dưỡng là cơ sở để thiết lập quy trình điều dưỡng, có 4 bước: nhận định, lập kế hoạch, thực hiện kế hoạch và đánh giá.



Hình 1.10: Quy trình điều dưỡng 5 bước.

Hiện nay, sự phát triển nhanh của khoa học kỹ thuật, những yêu cầu của công tác chăm sóc y tế rất đa dạng, chuyên sâu hơn, đòi hỏi trình độ kiến thức điều dưỡng ở mức cao hơn, hiện đại hơn. Quy trình điều dưỡng hiện nay có 5 bước: nhận định, chẩn đoán điều dưỡng, lập kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch chăm sóc và đánh giá.

1.4. Tính chất của quy trình điều dưỡng

- Như một hệ thống mở, co giãn và năng động.
- Thích ứng với mỗi nhu cầu riêng biệt của từng bệnh nhân.
- Có kế hoạch, hướng tới mục tiêu chăm sóc cụ thể.
- Cho phép chủ động sáng tạo trong việc đề ra cách giải quyết vấn đề.
- Đòi hỏi giao tiếp trực tiếp với bệnh nhân.
- Có tính tuần hoàn, liên tục; các bước được liên kết, không có bắt đầu và kết thúc tuyệt đối.
- Thể hiện rõ sự phản hồi; thường xuyên phải nhận định lại chẩn đoán, xem lại kế hoạch chăm sóc thường xuyên.
- Có thể áp dụng chung cho chăm sóc ở các cơ sở y tế và ở cộng đồng.

2. QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG 5 BƯỚC

2.1. Nhận định

2.1.1. Nhận định điều dưỡng

Nhận định điều dưỡng là quá trình tập hợp các dữ kiện và nhận biết các nhu cầu về chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân.

- Điều dưỡng thu thập, đánh giá, thẩm định và ghi chép các thông tin về tình trạng hiện tại của bệnh nhân; trên cơ sở đó thiết lập chẩn đoán điều dưỡng chính xác và xây dựng kế hoạch chăm sóc phù hợp cho bệnh nhân.

- Điều dưỡng thực hiện các hoạt động:
 - + Gặp gỡ tiếp xúc với bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân.
 - + Quan sát, theo dõi bệnh nhân.
 - + Khám bệnh nhân.
 - + Hỏi các nhân viên y tế khác.
 - + Khai thác bệnh án.

- Điều dưỡng sử dụng các kỹ năng để thu thập dữ kiện:

- + Kỹ năng giao tiếp.
- + Kỹ năng phỏng vấn.
- + Kỹ năng quan sát.
- + Kỹ năng khám thực thể.
- + Kỹ năng khai thác tiền sử, bệnh sử.
- + Kỹ năng phân tích các dữ kiện thu thập được dựa vào các nguồn thông tin.

2.1.2. Phân loại thông tin nhận định

Thông tin điều dưỡng thu thập có 3 loại: thông tin chủ quan, thông tin khách quan, kết quả xét nghiệm.

- Thông tin chủ quan: là thông tin thu được qua phỏng vấn bệnh nhân về bệnh sử, tiền sử bệnh. Điều này rất quan trọng nhất là khi bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa.

Những trường hợp bệnh nhân không trả lời được, diễn đạt không rõ ràng, không đúng với nội dung phỏng vấn thì gia đình và người thân, các nhân viên y tế khác, hồ sơ bệnh án là nguồn cung cấp thông tin chủ quan.

Thông tin chủ quan bao gồm các nội dung về thể chất, cảm xúc, tinh thần, văn hoá, gia đình, kinh tế, xã hội...

- Thông tin khách quan: thu thập được qua khám thực thể bệnh nhân, chất lượng thông tin khách quan phụ thuộc vào trình độ, khả năng của người khai thác thông tin. Điều dưỡng phải thường xuyên rèn luyện, nâng cao chất lượng khám thực thể theo chức năng được quy định.

- Kết quả các xét nghiệm: các xét nghiệm được bác sĩ chỉ định để bổ sung cho chẩn đoán. Điều dưỡng có nhiệm vụ lấy bệnh phẩm, đưa bệnh nhân đi làm các xét nghiệm. Các kết quả xét nghiệm cần được sử dụng trong nhận định điều dưỡng. Tuy nhiên không được lạm dụng các kết quả xét nghiệm, chỉ dựa vào các kết quả xét nghiệm để chẩn đoán, chăm sóc, điều trị bệnh nhân.

2.2. Chẩn đoán

2.2.1. Chẩn đoán điều dưỡng

Chẩn đoán điều dưỡng là nêu vấn đề hiện tại hoặc tiềm tàng về sức khỏe của bệnh nhân cần có can thiệp điều dưỡng và nguyên nhân dẫn đến các vấn đề đó.

Chẩn đoán điều dưỡng gồm 2 phần:

- Vấn đề về sức khỏe của bệnh nhân.
- Nguyên nhân của vấn đề đó.

2.2.2. Yêu cầu của chẩn đoán điều dưỡng

- Rõ ràng, súc tích, dễ hiểu.
- Trực tiếp hướng tới bệnh nhân.
- Phản ánh chính xác những vấn đề cần thiết hiện tại, tiềm tàng của bệnh nhân.
- Thay đổi khi phản ứng của bệnh nhân thay đổi.
- Không phải là những triệu chứng lâm sàng.
- Phù hợp với những kỹ năng của điều dưỡng.
- Cho biết điều dưỡng phải làm gì, làm như thế nào để đáp ứng thỏa mãn nhu cầu của bệnh nhân.

2.2.3. Chẩn đoán điều dưỡng và chẩn đoán điều trị

Chẩn đoán điều dưỡng và chẩn đoán điều trị của bác sĩ có liên quan và bổ sung cho nhau.

Chẩn đoán điều dưỡng thể hiện 2 chức năng của nghề điều dưỡng: chức năng chủ động (độc lập), đồng thời thực hiện chức năng phối hợp, người điều dưỡng có nghĩa vụ bắt buộc phải thực hiện các y lệnh điều trị.

Chẩn đoán điều dưỡng khác với chẩn đoán điều trị: trên cùng một bệnh nhân, trên cùng một mặt bệnh và không phải là chẩn đoán điều trị (chẩn đoán y khoa).

Chẩn đoán điều trị (chẩn đoán y khoa)	Chẩn đoán điều dưỡng (chẩn đoán chăm sóc)
Mô tả quá trình bệnh	Mô tả phản ứng của bệnh nhân với bệnh tật.
Giống nhau ở tất cả bệnh nhân mắc cùng một bệnh	Khác nhau ở mỗi bệnh nhân mắc cùng một bệnh.
Hướng tới xác định bệnh	Hướng tới nhu cầu cá nhân của bệnh nhân
Không thay đổi, duy trì trong suốt thời gian mắc bệnh	Thay đổi khi phản ứng của bệnh nhân thay đổi
Bổ sung cho chẩn đoán chăm sóc bệnh nhân	Bổ sung cho chẩn đoán điều trị bệnh nhân
Đã có hệ thống phân loại bệnh	Chưa có hệ thống phân loại

2.3. Lập kế hoạch chăm sóc

2.3.1. Kế hoạch chăm sóc

Lập kế hoạch chăm sóc là đưa ra những quyết định và cách tổ chức, thực hiện, giải quyết vấn đề đã được xác định trong nhận định và chẩn đoán.

Lập kế hoạch chăm sóc đòi hỏi hàng loạt các hoạt động để ngăn ngừa, giảm bớt, loại trừ những khó khăn của bệnh nhân một cách có hiệu quả nhất. Hoạt động này phụ thuộc rất nhiều vào kiến thức, kỹ năng, thái độ, nghề nghiệp của người điều dưỡng.

2.3.2. Thành phần của kế hoạch chăm sóc

Kế hoạch chăm sóc gồm 4 thành phần:

- Những vấn đề ưu tiên: là những nhu cầu cấp thiết, trực tiếp đe dọa đến tính mạng bệnh nhân, cần phải xử trí ngay.

- + Bảng phân cấp nhu cầu cơ bản của Maslow và chăm sóc cơ bản của Virginia Henderson là cơ sở để xác định những vấn đề ưu tiên.

- + Để xác định vấn đề ưu tiên, điều dưỡng phải trả lời các câu hỏi sau: vấn đề ưu tiên thực sự có đe dọa nghiêm trọng cuộc sống của bệnh nhân không? Có ảnh hưởng như thế nào đến sự an toàn của bệnh nhân? Có phải là những nhu cầu thực tại của bệnh nhân không? Bệnh nhân và gia đình có biết không?

- + Những vấn đề ưu tiên có thể thay đổi khi tình trạng bệnh nhân thay đổi hoặc khi có mệnh lệnh điều trị mới.

- Mục đích chăm sóc: là những trạng thái của bệnh nhân có thể xác định được, đo lường được.

- + Mục đích chăm sóc là cơ sở để lập kế hoạch, thiết lập các hoạt động, thời gian để thực hiện kế hoạch chăm sóc, cho biết tiêu chuẩn để đánh giá các hoạt động, kết quả chăm sóc đã đạt được, giúp cho điều dưỡng có ý thức về kết quả chăm sóc.

- + Mục đích chăm sóc bao gồm: mục đích dài hạn và mục đích đặc biệt. Tất cả các mục đích chăm sóc cũng là mục tiêu điều trị bệnh nhân.

- Kế hoạch các hoạt động chăm sóc: là hoạt động xem xét các phương tiện, thiết bị, nhân lực có sẵn, khả năng của nhân viên, thời gian, bệnh nhân, gia đình bệnh nhân... có thể tham gia vào thực hiện chăm sóc bệnh nhân. Hoạt động chăm sóc đã được thiết lập có thể chỉ thực hiện một lần hoặc nhiều lần trong một thời gian. Những hoạt động chăm sóc phải được các nhân viên khác hiểu rõ, tham gia cũng như phải biết được những khó khăn của bệnh nhân.

- Viết kế hoạch chăm sóc: kế hoạch chăm sóc được viết ra phải rõ ràng, dễ hiểu, được dùng để bàn giao cho các điều dưỡng khác. Kế hoạch chăm sóc bao gồm các thành phần: ngày, tháng... nội dung (ở đâu, làm cái gì, cái gì là cần thiết

để thực hiện); thời gian (trong khoảng thời gian nào? quy định thời gian bao lâu?); kết quả sẽ đạt được sau khi thực hiện chăm sóc; ký tên xác nhận thể hiện trách nhiệm của điều dưỡng đối với bệnh nhân.

2.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc

2.4.1. Thực hiện kế hoạch

Thực hiện kế hoạch chăm sóc là thực hành để hoàn thành các hoạt động điều dưỡng đã đề ra. Người điều dưỡng chủ động trong thực hành chăm sóc, đồng thời phải thực hiện các y lệnh điều trị.

2.4.2. Trách nhiệm khi thực hiện kế hoạch chăm sóc

- Khuyến nhủ và giúp đỡ bệnh nhân.
- Thực hiện các kỹ thuật chính xác và thuần thực.
- Theo dõi và phòng ngừa các biến chứng.
- Báo cáo kịp thời mọi thay đổi về tình trạng bệnh nhân cho bác sĩ điều trị và điều dưỡng phụ trách biết.
- Đề cao ý thức, tôn trọng nhân cách bệnh nhân.
- Nhận định lại bệnh nhân, thay đổi kế hoạch chăm sóc.
- Truyền đạt các kế hoạch chăm sóc cho điều dưỡng khác.
- Giải thích cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân về kế hoạch chăm sóc.

2.4.3. Can thiệp điều dưỡng

Can thiệp điều dưỡng là hoạt động quan trọng nhất trong thực hiện kế hoạch chăm sóc, thể hiện trình độ và phẩm chất của người điều dưỡng. Có 3 kiểu can thiệp điều dưỡng:

- Can thiệp chủ động: các hoạt động thực hành điều dưỡng được pháp luật cho phép, không cần sự chỉ dẫn hay giám sát của nhân viên y tế khác (theo dõi các dấu hiệu sinh tồn, thay băng rửa vết thương, giáo dục sức khỏe...).
- Can thiệp phụ thuộc: là những can thiệp theo mệnh lệnh hay chỉ dẫn của nhân viên y tế khác. Người điều dưỡng nhận định các y lệnh trước khi thực hành các kỹ thuật và biết được khả năng xảy ra các tai biến, biến chứng cũng như cách để phòng, xử trí các tai biến, biến chứng đó, không thực hiện y lệnh một cách máy móc.
- Can thiệp phối hợp (phụ thuộc lẫn nhau): là những can thiệp cần thiết phải thực hiện ngay không cần sự chỉ dẫn hay mệnh lệnh. Kiểu can thiệp này đặc biệt

quan trọng khi bệnh nhân trong tình trạng cấp cứu nguy kịch (sốt cao co giật, suy hô hấp, suy tuần hoàn...).

2.5. Đánh giá

2.5.1. Đánh giá kết quả chăm sóc

Đánh giá kết quả chăm sóc là hoạt động kiểm tra lại kế hoạch chăm sóc đã lập ra (bệnh nhân có được chăm sóc không? Đạt được những mục đích nào? Ở mức độ nào? Những vấn đề được nêu trong chẩn đoán đã được đáp ứng thỏa mãn chưa?).

2.5.2. Tiêu chuẩn đánh giá

- Hành động chăm sóc thực hiện theo kế hoạch: đúng, đủ.
- Đáp ứng của bệnh nhân so với các mục đích đặt ra: thỏa mãn, chưa thỏa mãn.
- Thực hiện các mệnh lệnh điều trị, chăm sóc đặc biệt: kịp thời, chính xác.
- Tình trạng của bệnh nhân: những tiến bộ và thất bại so với mục tiêu.

Trên cơ sở đánh giá, phải nhận định lại và điều chỉnh kế hoạch chăm sóc, mục đích chăm sóc hiện tại và lâu dài. Người điều dưỡng cần xem xét, bổ sung kế hoạch chăm sóc hàng ngày, thay đổi ngay trong trường hợp đặc biệt, truyền đạt kế hoạch chăm sóc cho các điều dưỡng khác, cho bệnh nhân, người nhà bệnh nhân để họ cùng tham gia tích cực vào công việc chăm sóc, nâng cao chất lượng hiệu quả chăm sóc điều dưỡng.

VỆ SINH ĐÔI TAY, MẶC ÁO CHOÀNG, ĐI GĂNG TAY, MANG KHẨU TRANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bác sĩ, điều dưỡng, học viên và các nhân viên y tế khác làm việc, thực tập trong bệnh viện, các cơ sở y tế có trách nhiệm đảm bảo an toàn cho bệnh nhân trước những nguy cơ gây tác dụng xấu, có hại cho sức khỏe.

Vệ sinh đôi tay, mặc áo choàng, đi găng tay, mang khẩu trang là những biện pháp tối thiểu cần thiết để phòng tránh, ngăn chặn quá trình lây nhiễm giữa nhân viên y tế và bệnh nhân. Thông qua trang phục của nhân viên y tế, đặc biệt là qua đôi bàn tay, những tác nhân gây bệnh như vi khuẩn, virus, nấm, thuốc, hoá chất... dễ dàng lan truyền từ bệnh nhân này sang bệnh nhân khác.

Quá trình lan truyền các tác nhân gây bệnh không được phòng ngừa, ngăn chặn sẽ dẫn đến hậu quả là chất lượng điều trị, chăm sóc bệnh nhân không tốt, năng suất, hiệu quả công tác của nhân viên y tế thấp do sức khỏe giảm sút.

Trang phục của nhân viên y tế tuân theo các nguyên tắc vô khuẩn, phụ thuộc vào yêu cầu các thao tác kỹ thuật liên quan đến bệnh nhân.

1.1. Buồng bệnh nhân nằm điều trị

Thay trang phục hàng ngày, thay ngay khi nhiễm bẩn.

Mặc trang phục vô khuẩn, thay ngay sau khi tiếp xúc, thăm khám, chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm, bệnh nhân cách ly theo chế độ đặc biệt (ghép thận, ghép gan...).

Mặc trang phục vô khuẩn, phòng chống tia xạ, chống độc khi tiếp xúc, thăm khám, điều trị, chăm sóc bệnh nhân nhiễm xạ, nhiễm độc hoá chất.

1.2. Buồng làm thủ thuật

Mặc trang phục vô khuẩn, thay trang phục sau khi làm thủ thuật, rửa tay làm thủ thuật (rửa tay 2 lần).

1.3. Buồng phẫu thuật

Mặc trang phục, áo choàng vô khuẩn, rửa tay phẫu thuật (rửa tay 3 lần).

2. VỆ SINH ĐÔI TAY

Vệ sinh đôi tay là biện pháp loại trừ vi khuẩn trên tay nhân viên y tế để phòng tránh nhiễm khuẩn cho bệnh nhân.

Vệ sinh đôi tay là biện pháp đầu tiên để phòng tránh nhiễm khuẩn cho bệnh nhân, nhân viên y tế cũng như mọi người dân. Tuy nhiên, biện pháp này thường được coi nhẹ, thực hiện không thường xuyên, nhận thức không đầy đủ nội dung và nguyên tắc.

2.1. Nguyên tắc rửa tay

- Tháo bỏ đồ trang sức ở tay: nhẫn, vòng, đồng hồ...
- Mặc trang phục y tế. Nếu rửa tay để chuẩn bị phẫu thuật chân phải đi bốt.
- Móng tay phải cắt ngắn.
- Trình tự rửa tay: đầu các ngón tay - ngón tay - bàn tay - cẳng tay.
- Khi xả nước, bàn tay luôn luôn ở tư thế ngón tay ở vị trí cao nhất.

2.2. Phân loại rửa tay

- Rửa tay thường quy.
- Rửa tay vô khuẩn: rửa tay làm thủ thuật, phẫu thuật nhỏ.
- Rửa tay phẫu thuật.

2.3. Rửa tay thường quy

Rửa tay thường quy được thực hiện khi đến và rời khỏi khoa, phòng làm việc. Trước và sau khi chăm sóc bệnh nhân, khi thực hành thủ thuật không xâm lấn sau khi tiếp xúc với chất bẩn.



Hình 1.11: Buồng rửa tay y tế.

2.3.1. Dụng cụ

- Nguồn nước: nước máy hoặc nước lọc.
- Xà phòng sát trùng: Lifeboy, Micorshield.
- Khăn lau tay hoặc máy sấy hơi.

2.3.2. Thực hành kỹ thuật

- Tháo đồ trang sức.
- Mở vòi nước làm ướt bàn tay, cẳng tay.
- Xoa xà phòng đều các ngón tay, cẳng tay.
- Thực hiện các bước sau:
 - + Xoa và xát hai lòng bàn tay vào nhau.
 - + Dùng bàn tay này xoa sát vào mu bàn tay kia và ngược lại.
 - + Dùng đầu các ngón tay của bàn tay này miết các kẽ của ngón tay kia và ngược lại.
 - + Dùng bàn tay và các ngón tay của bàn tay này cuốn quanh các ngón tay kia và ngược lại.
 - + Chum các ngón tay của bàn tay này xoay vào lòng bàn tay kia và ngược lại.
- Các bước trên mỗi bước tiến hành 10 lần.
- Xả nước cho hết xà phòng.
- Dùng khăn sạch lau khô tay hoặc dùng máy sấy hơi thổi khô tay.

2.4. Rửa tay vô khuẩn

2.4.1. Dụng cụ

- Nguồn nước: nước chín.
- Vòi nước: vòi có cần gạt hoặc vòi đạp chân, vòi tự động.
- Dung dịch rửa tay: xà phòng chín hoặc Salvon, Micorshield, PhisoHex...
- Tạp dề, bốt đi chân.
- Cốc đựng bông tẩm cồn iod.
- Kéo hoặc bấm móng tay.
- Hộp đựng bàn chải vô khuẩn.
- Hộp khăn tay vô khuẩn hoặc máy sấy khô.
- Dung dịch sát khuẩn để ngâm tay.

2.4.2. Kỹ thuật rửa tay khi làm các thủ thuật nhỏ

* *Chỉ định:*

- Chăm sóc và làm các kỹ thuật đòi hỏi vô khuẩn: đặt nội khí quản, mở khí, đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn...
- Khi thực hiện kỹ thuật chăm sóc bệnh nhân ở phòng cách ly.

*** Thực hành kỹ thuật:** rửa tay hai lần.

- Lần thứ nhất: rửa tay thường quy không lau khô tay.

- Lần thứ hai: rửa tay bằng bàn chải.

+ Dùng bàn chải vô khuẩn lấy xà phòng hoặc dung dịch rửa tay.

+ Đánh tay theo trình tự: móng tay, bàn tay, cẳng tay, khuỷu tay.

+ Xả nước cho hết xà phòng.

+ Ngâm tay vào dung dịch sát khuẩn.

+ Lau tay bằng khăn vô khuẩn hoặc dùng máy sấy thổi khô tay.

2.4.3. Kỹ thuật rửa tay phẫu thuật

*** Chỉ định:** khi thực hiện những thao tác có nguy cơ nhiễm khuẩn cao tại khoa chăm sóc đặc biệt hoặc phòng thủ thuật; khi thực hiện phẫu thuật, khi làm các thủ thuật sản khoa.

*** Kỹ thuật:** rửa tay ba lần.

- Lần thứ nhất: rửa tay thường quy không lau khô tay.

- Lần thứ hai: Tiến hành đánh tay bằng bàn chải: các bước tiến hành như rửa tay khử trùng, trừ bước ngâm tay và lau khô tay.

- Lần thứ ba: trình tự tiến hành đánh tay với bàn chải thứ hai tiến hành như lần hai, đánh tay xong xả nước cho hết xà phòng sau đó ngâm tay vào dung dịch sát khuẩn ba phút rồi lau khô tay bằng khăn vô khuẩn hoặc thổi hơi cho khô tay. Sau khi rửa tay xong nếu chưa tiến hành thủ thuật thì hai bàn tay đan lồng vào nhau đưa về phía trước không được chạm vào các đồ vật xung quanh.

3. MẶC ÁO CHOÀNG VÔ KHUẨN

Mặc áo choàng vô khuẩn là biện pháp ngăn ngừa vi khuẩn từ nhân viên y tế xâm nhập vào vùng phẫu thuật và ngược lại trong các trường hợp phẫu thuật hoặc làm thủ thuật.

3.1. Quy trình kỹ thuật

3.1.1. Dụng cụ

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

- Kẹp Kocher vô khuẩn.

3.1.2. Thực hành kỹ thuật

- Người phụ: mở hộp áo đã hấp, dùng kẹp Kocher vô khuẩn lấy áo từ trong hộp đưa cho người làm thủ thuật.

- Người làm thủ thuật: đón lấy áo bằng cách hai tay cầm lấy bờ vai phía trong (mặt trái) của áo buông nhẹ xuống. Hai tay luồn vào hai tay áo và đưa thẳng ra phía trước (người làm thủ thuật không được sờ vào mặt ngoài của áo choàng).

- Người phụ đứng sau lưng luồn tay vào mặt trái của áo kéo dây cổ áo lên và buộc lại.

- Người làm thủ thuật cầm hai đầu dây khẩu trang đưa sang ngang và lên trên.

- Người phụ đón lấy vòng trên tai và buộc phía sau đầu.

- Người làm thủ thuật cầm hai đầu dây lưng áo đưa sang ngang.

- Người phụ đứng phía sau đón lấy và buộc lại (tay người phụ không được chạm vào tay người làm thủ thuật cũng như áo choàng của người làm thủ thuật).

3.2. Cởi áo choàng

- Cởi áo choàng sau khi đã cởi bỏ găng.

- Tay phải nắm lấy vai áo bên trái, kéo áo ra; tương tự như vậy với bên đối diện.

- Trường hợp đặc biệt nếu cởi áo giữa hai cuộc mổ phải cởi áo trước, cởi găng sau.

- Cuộn áo mặt ngoài vào trong.

- Bỏ áo vào chỗ để đồ bẩn.

4. MANG GĂNG VÔ KHUẨN

Mang găng vô khuẩn để phòng tránh đưa vi khuẩn vào cơ thể bệnh nhân và ngược lại qua đôi bàn tay của thầy thuốc, điều dưỡng khi phẫu thuật hoặc làm các thủ thuật.

4.1. Quy trình kỹ thuật

4.1.1. Dụng cụ

- Hộp hoặc túi găng vô khuẩn.

- Kẹp Kocher không mấu vô khuẩn.

4.1.2. Thực hành kỹ thuật

Có hai cách mang găng vô khuẩn:

- Cách thứ nhất: có một người phụ giúp khi mang găng.

+ Người phụ đã rửa tay đi găng vô khuẩn dùng kẹp Kocher không mấu, lấy găng từ hộp đựng găng.

- + Cầm mặt ngoài của găng.
- + Dùng hai tay mở rộng cổ găng.
- + Người làm thủ thuật đưa nhẹ nhàng tay vào găng.
- + Sau khi đã mang được hai găng thì tự chỉnh găng.
- Cách thứ hai: tự đi găng.
- + Người phụ: mở hộp găng dùng kẹp Kocher không mấu lấy găng từ hộp găng đưa cho người làm thủ thuật, đưa từng chiếc găng.
- + Người làm thủ thuật: tự đi găng và chỉnh găng, các ngón vào đúng vị trí của găng và dùng gạc vô khuẩn lau sạch bột tan ở mặt ngoài găng.

4.2. Tháo găng

- Tháo găng thứ nhất: cầm lấy mặt ngoài cổ găng kéo nhẹ ra, thả găng vào thùng đựng.
- Tháo găng thứ hai: cầm lấy mặt trong cổ găng kéo nhẹ găng ra, thả găng vào thùng đựng.

5. MANG KHẨU TRANG

Mang khẩu trang để phòng tránh đưa vi khuẩn từ nhân viên y tế vào cơ thể bệnh nhân qua đường hô hấp và ngược lại. Khi khám bệnh nhân phải thực hành các thủ thuật, kỹ thuật.

5.1. Quy trình kỹ thuật

5.1.1. Dụng cụ

- Hộp hoặc túi khẩu trang vô khuẩn.
- Kẹp Kocher không mấu vô khuẩn.

5.1.2. Thực hành kỹ thuật

- Người phụ đã rửa tay đi găng vô khuẩn, dùng kẹp Kocher không mấu lấy khẩu trang.
- Người làm thủ thuật đã rửa tay, cầm hai vòng dây khẩu trang hoặc hai đầu dây trên của khẩu trang, đặt khẩu trang phủ kín mũi miệng và cằm, sau đó vòng 2 vòng dây qua tai từ trên xuống dưới hoặc buộc dây khẩu trang theo kiểu nút nơ phía sau đầu và cổ.
- Thay khẩu trang khác khi đã mang quá 2 giờ liền.
- Không được kéo khẩu trang xuống cổ khi không cần dùng khẩu trang.

5.2. Tháo bỏ khẩu trang

Tháo bỏ khẩu trang sau khi đã tháo găng tay.

- Cởi nút dây buộc sau cổ.

- Cởi nút dây buộc sau đầu.

- Thả khẩu trang vào thùng đựng.

- Hoặc hai tay cầm hai vòng dây khẩu trang nhẹ nhàng đưa qua loa tai, thả khẩu trang vào thùng đựng.

Bác sĩ, điều dưỡng, học viên, nhân viên y tế luôn thực hiện tốt chế độ vô khuẩn, tiệt khuẩn, chống nhiễm khuẩn bệnh viện. Thực hiện thao tác kỹ thuật chính xác, đúng quy trình. Không được để các tác nhân lây nhiễm bệnh qua kim tiêm, dao mổ, vật sắc nhọn xuyên qua da, dịch tiết, máu của bệnh nhân vào da, niêm mạc... thông báo ngay cho chủ nhiệm khoa khi có nguy cơ lây nhiễm.

ĐƯA THUỐC VÀO CƠ THỂ BỆNH NHÂN

1. ĐẠI CƯƠNG

Đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân được áp dụng cho những bệnh nhân có chỉ định điều trị thuốc.

Thuốc đưa vào cơ thể bệnh nhân theo các đường:

- Bôi ngoài da.
- Xịt mũi, họng.
- Đường uống.
- Đường tiêm truyền.
- Đường hậu môn.
- Đường sinh dục.

Một số trường hợp đặc biệt, có chỉ định thuốc được đưa trực tiếp vào ổ áp xe, dịch não tủy...

Đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân theo bất kỳ đường nào, mục đích nào cũng đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ, điều dưỡng, dược sĩ và phải tuân thủ theo các quy chế.

1.1. Quy chế kê đơn điều trị

- Bác sĩ được giao nhiệm vụ mới kê đơn và chịu trách nhiệm với đơn thuốc. Kê đơn sau khi có chẩn đoán bệnh. Kê đơn thuốc độc A-B, thuốc gây nghiện, thuốc quý hiếm phải được Giám đốc hay Trưởng khoa duyệt. Ghi đầy đủ các mục trong đơn, ghi rõ ràng, không viết tắt và tẩy xóa, không viết bằng mực đỏ.

- Đơn còn thừa phải gạch chéo, đơn thuốc độc phải đóng dấu bệnh viện.
- Hôì kỹ tiền sử dị ứng thuốc trước khi kê đơn.

1.2. Quy chế sử dụng thuốc

1.2.1. Quy định chung

Đảm bảo an toàn, hợp lý, hiệu quả kinh tế, thực hiện đúng quy chế cấp phát, bảo quản, sử dụng và thanh toán tài chính.

1.2.2. Quy định cụ thể

- Chỉ định sử dụng và đường dùng thuốc cho bệnh nhân: Y lệnh dùng thuốc phải ghi đầy đủ, rõ ràng vào bệnh án. Sử dụng thuốc phù hợp với bệnh, lứa tuổi, cân nặng, có mục đích, có kết quả cao nhất và ít tổn kém. Không sử dụng đồng

thời các loại thuốc tương kỵ. Giải thích rõ cho bệnh nhân cách dùng thuốc. Tiêm thuốc vào mạch máu phải có mặt bác sĩ điều trị, cấm tiêm vào mạch máu các thuốc có dầu, nhũ tương và thuốc làm tan máu.

- **Lĩnh và phát thuốc:** Điều dưỡng hành chính của khoa có trách nhiệm tổng hợp thuốc. Phiếu lĩnh thuốc phải rõ ràng và có chữ ký của Trưởng khoa. Thuốc độc A-B, gây nghiện có phiếu lĩnh riêng. Nhận thuốc phải kiểm tra số lượng, chất lượng, hàm lượng và hạn dùng...

- **Bảo quản thuốc:** bảo quản theo đúng quy định, nghiêm cấm cho vay, mượn thuốc; mất hay làm hỏng thuốc phải xử lý theo chế độ bồi thường.

- **Theo dõi bệnh nhân trong và sau dùng thuốc:** theo dõi chặt chẽ và xử lý kịp thời các biến chứng trong và sau dùng thuốc.

- **Chống nhầm lẫn thuốc:** đơn thuốc viết rõ ràng, dùng chữ Việt Nam, La Tinh hoặc tên biệt dược. Ghi theo thứ tự thuốc tiêm, viên, nước rồi đến phương pháp điều trị khác. Phải đánh số cho thuốc độc, gây nghiện và kháng sinh. Điều dưỡng đảm bảo thuốc đến bệnh nhân, công khai thuốc hàng ngày, khi gặp thuốc mới phải hỏi lại cẩn thận trước khi cho bệnh nhân dùng thuốc.

- **Thực hiện 3 kiểm tra:**

- + Họ tên bệnh nhân so với bệnh án.

- + Tên thuốc so với tên thuốc trong y lệnh.

- + Liều lượng thuốc so với y lệnh.

- **Thực hiện 5 đối chiếu:**

- + Số giường, số buồng.

- + Nhãn thuốc.

- + Chất lượng thuốc.

- + Đường dùng thuốc.

- + Thời gian dùng thuốc.

- **Thực hiện 5 đúng:**

- + Đúng bệnh nhân.

- + Đúng thuốc.

- + Đúng liều lượng thuốc theo chỉ định.

- + Đúng đường đưa thuốc.

- + Đúng thời gian đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân theo chỉ định của bác sĩ.

- **Hỏi kỹ tiền sử dị ứng thuốc trước khi cho bệnh nhân dùng thuốc.**

- **Làm test lấy da, thử phản ứng thuốc trước khi tiêm đối với các thuốc dễ gây sốc phản vệ.**



Hình 1.12: Tủ thuốc.

- Sử dụng bơm, kim tiêm phù hợp với số lượng thuốc và từng kỹ thuật tiêm thuốc.
- Trước khi tiêm thuốc phải làm hết khí trong bơm tiêm.
- Đâm kim đúng góc độ quy định cho từng kỹ thuật.
- Khi tiêm thuốc cho bệnh nhân phải có hộp đựng thuốc và phương tiện chống sốc phản vệ.

2. TEST LẤY DA THỬ PHẢN ỨNG THUỐC

Test lấy da là test khá chính xác, tương đối an toàn, dễ làm để dự phòng sốc phản vệ.

2.1. Kỹ thuật làm test lấy da

- Nhỏ một giọt dung dịch kháng sinh định tiêm cho bệnh nhân (penicillin hoặc streptomycin...) nồng độ 100.000 đơn vị/ml lên mặt da (1 streptomycin tương đương 1 triệu đơn vị).
- Nhỏ một giọt dung dịch muối sinh lý (NaCl 0,9%) làm chứng, cách giọt dung dịch kháng sinh 3 - 4cm.
- Dùng hai kim tiêm vô khuẩn số 24 châm vào 2 giọt trên, mỗi giọt dùng một kim riêng qua lớp thượng bì, tạo với mặt da một góc 45° rồi lấy nhẹ, không được làm chảy máu; sau 20 phút đọc và đánh giá kết quả.

2.2. Đọc kết quả

Mức độ	Ký hiệu	Biểu hiện
Âm tính	-	Giống như chứng âm tính
Nghi ngờ	+ / -	Ban sẩn đường kính < 3mm.
Dương tính nhẹ	+	Đường kính ban sẩn 3 - 5mm, ngứa, sung huyết.
Dương tính vừa	++	Đường kính ban sẩn 6 - 8mm, ngứa, ban đỏ.
Dương tính mạnh	+++	Đường kính ban sẩn 9 - 12mm, ngứa, chân giả.
Dương tính rất mạnh	++++	Đường kính > 12mm, ngứa nhiều, nhiều chân giả.

- Không làm test lấy da khi bệnh nhân đang có cơn dị ứng cấp tính như viêm mũi, mày đay, phù Quyncke...

- Trước khi làm test lấy da phải chuẩn bị sẵn sàng các phương tiện cấp cứu sốc phản vệ.

3. XỬ TRÍ KHI BỆNH NHÂN BỊ SỐC PHẢN VỆ

3.1. Thuốc và phương tiện chống sốc phản vệ

- Thuốc:

+ Adrenalin 1mg (1ml): 2 ống.

+ Depesolon 30mg hoặc solumedrol 40mg (methylprednisolon hoặc hydrocortison hemisuccinat): 2 ống.

- Nước cất 10ml: 2 ống.

- Bơm kim tiêm vô khuẩn: 10ml (2 cái), 1ml (cái).

- Phương tiện khử trùng: bông, băng, gạc, cồn.

- Dây garo.

- Phác đồ chống sốc.

3.2. Triệu chứng lâm sàng sốc phản vệ

Ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn, ở bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng:

- Cảm giác khác thường: bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi...

- Xuất hiện triệu chứng ở một hoặc nhiều cơ quan: mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quyncke.

- Sốt cao, rét run, lạnh đầu chi.

- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được.

- Khó thở kiểu hen, co thắt thanh quản, nghẹt thở.
- Đau quặn bụng, đại tiểu tiện không tự chủ.
- Đau đầu, chóng mặt, li bì đôi khi hôn mê.
- Choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật.

3.3. Xử trí sốc phản vệ

- Ngừng ngay tiếp xúc với dị nguyên: ngừng thuốc đang dùng tiêm, uống, bôi.
- Để bệnh nhân nằm tại chỗ.

3.3.1. Thuốc adrenaline

Thuốc adrenaline là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ; dung dịch 1/1.000 (ống 1ml = 1mg), tiêm dưới da ngay sau khi xuất hiện sốc phản vệ với liều như sau:

- Người lớn: 1/2 - 1 ống.
- Trẻ em: không quá 0,3ml; ống 1ml + 9ml nước cất = 10ml sau đó tiêm 0,1ml/kg).
- Hoặc adrenaline 0,01mg/kg cho cả trẻ em lẫn người lớn.
- Tiếp tục tiêm adrenaline liều như trên 10 - 15 phút/lần cho đến khi huyết áp trở lại bình thường.
- Ủ ấm, để bệnh nhân tư thế đầu thấp chân cao, nằm nghiêng nếu có nôn.
- Theo dõi huyết áp 10 - 15 phút/lần.
- Nếu sốc quá nặng đe dọa tử vong, ngoài đường tiêm dưới da có thể tiêm adrenaline dung dịch 1/10.000 (pha loãng 1/10) qua tĩnh mạch, bơm qua ống nội khí quản hoặc tiêm qua màng nhĩ gấp.
- Thiết lập một đường truyền tĩnh mạch adrenalin để duy trì huyết áp bắt đầu bằng 0,1 microgam/kg/phút điều chỉnh tốc độ theo huyết áp (khoảng 2mg adrenalin/giờ cho người lớn 55kg).

3.3.2. Chống suy hô hấp

- Tùy theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến cơ sở y tế ta có thể áp dụng các biện pháp sau đây:
 - + Thở oxy qua ống thông mũi hầu - thở ngạt.
 - + Bóp bóng ambu có oxy.
 - + Đặt ống nội khí quản, mở khí quản nếu có phù thanh môn.

+ Truyền tĩnh mạch chậm: aminophylline 1mg/kg/giờ hoặc terbutaline 0,2 microgam/kg/phút.

- Có thể dùng terbutaline 0,5mg, 1 ống dưới da ở người lớn và 0,2ml/10kg ở trẻ em; tiêm lại sau 6 - 8 giờ nếu không đỡ khó thở; xịt họng terbutaline, salbutamol mỗi lần 4 - 5 nhát bóp, 4 - 5 lần/ngày.

3.3.3. Các thuốc khác

- Methylprednisolon 1 - 2mg/kg/4giờ hoặc hydrocortison hemisuccinal 5 mg/kg/giờ tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở); dùng liều cao gấp 2 - 5 lần nếu sốc nặng.

- Truyền dung dịch natriclorua 0,9% 1 - 2 lít ở người lớn, không quá 20ml/kg ở trẻ em.

- Diphenhydramin 1 - 2mg tiêm bắp hay tiêm tĩnh mạch.

3.3.4. Điều trị phối hợp

- Uống than hoạt 1g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hóa.
- Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc.
- Theo dõi người bệnh ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định trở lại.
- Sau khi sơ cứu nên tạm ngưng đường tiêm tĩnh mạch đùi vì mạch to, nằm phía trong động mạch đùi dễ tìm.
- Nếu huyết áp vẫn không lên sau khi truyền đủ dịch và adrenaline thì có thể truyền thêm huyết tương albumin, truyền máu nếu mất máu hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có.
- Điều dưỡng có thể sử dụng adrenaline tiêm dưới da theo phác đồ khi thấy thuốc không có mặt.

4. SỬ DỤNG THUỐC AN TOÀN, HỢP LÝ

Sự phát triển mạnh mẽ của khoa học kỹ thuật hiện đại đã tác động tích cực vào lĩnh vực chăm sóc y tế. Nhiều phương pháp chẩn đoán, điều trị và chăm sóc mới, thuốc mới xuất hiện, đòi hỏi bác sĩ, điều dưỡng phải thường xuyên cập nhật kiến thức, nghiên cứu hướng dẫn sử dụng thuốc để áp dụng vào thực tế lâm sàng.

Nội dung hướng dẫn sử dụng thuốc bao gồm các thành phần sau:

- Tên thuốc, nhóm, bảng.
- Hãng sản xuất thuốc.
- Dạng thuốc: các dạng viên, bột, dung dịch, dạng kem, phun mù.

- Thành phần hoá học của thuốc.
- Nguồn gốc của thuốc: thực vật, tổng hợp...
- Dược học.
- Dược động học.
- Chỉ định.
- Chống chỉ định.
- Những thận trọng khi dùng thuốc.
- Dùng thuốc cho bệnh nhân có thai, cho con bú.
- Tác dụng ngoại ý của thuốc.
- Liều lượng thuốc: dùng cho người lớn, trẻ em, trẻ sơ sinh, bệnh nhân có bệnh mãn tính kèm theo.
- Đường đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân: đường uống, các đường tiêm truyền hay dùng thuốc tại chỗ.
- Dùng thuốc quá liều: biểu hiện lâm sàng, cách xử trí.

Hướng dẫn sử dụng thuốc thường đi kèm với thuốc hoặc tập trung lại in thành tập có bổ sung, hiệu chỉnh hàng năm.

Ở các nước có hệ thống y tế phát triển, ngoài hướng dẫn sử dụng thuốc dành cho bác sĩ, còn có hướng dẫn sử dụng thuốc dành riêng cho điều dưỡng (Drug guide for nurses, Nursing Drug handbook).

Câu hỏi ôn tập:

1. Trình bày các khái niệm về điều dưỡng và nghề điều dưỡng, các khuyến cáo của WHO về điều dưỡng?
2. Sơ lược lịch sử phát triển điều dưỡng quân sự Việt Nam?
3. Sơ lược phát triển điều dưỡng thế giới?
4. Y đức và phẩm chất cá nhân của người điều dưỡng?
5. Nghĩa vụ nghề nghiệp của người điều dưỡng?
6. Trình bày chức năng và nhiệm vụ của điều dưỡng?
7. Nêu các nhu cầu cơ bản của con người theo Maslow?
8. Mối liên quan giữa nhu cầu của con người và nguyên tắc điều dưỡng?
9. Nội dung các thành phần chăm sóc cơ bản theo Virginia Henderson?

10. Chăm sóc cơ bản, đặc điểm và nhiệm vụ của điều dưỡng trong chăm sóc cơ bản?

11. Trình bày mục đích giao tiếp, các hình thức giao tiếp?

12. Diễn biến tâm lý của bệnh nhân?

13. Chăm sóc, tác động tâm lý của bệnh nhân?

14. Phân loại dụng cụ theo nguy cơ nhiễm khuẩn?

15. Các phương pháp khử khuẩn?

16. Nêu một số hoá chất khử khuẩn thường dùng: thành phần, cơ chế, tác dụng, chỉ định?

17. Các phương pháp tiệt khuẩn và quy trình tiệt khuẩn trong bệnh viện?

18. Định nghĩa nhiễm khuẩn bệnh viện, chu trình nhiễm khuẩn bệnh viện?

19. Các vi khuẩn và ký sinh trùng gây nhiễm khuẩn bệnh viện?

20. Các virus gây nhiễm khuẩn bệnh viện?

21. Chất thải bệnh viện, lưu giữ và tiêu huỷ chất thải bệnh viện?

22. Phân loại và thu gom chất thải bệnh viện?

23. Định nghĩa sức khoẻ theo WHO, các yếu tố ảnh hưởng đến sức khoẻ?

24. Định nghĩa chăm sóc sức khoẻ ban đầu, nhận thức và các nguyên tắc của chăm sóc sức khoẻ ban đầu?

25. Nội dung chăm sóc sức khoẻ ban đầu ở Việt Nam?

26. Hồ sơ bệnh nhân, lập và ghi hồ sơ bệnh nhân?

27. Bảo quản hồ sơ bệnh nhân?

28. Quy trình điều dưỡng, nhận định và chẩn đoán điều dưỡng?

29. Lập kế hoạch chăm sóc, thực hiện kế hoạch và đánh giá kế hoạch chăm sóc?

30. Nguyên tắc vệ sinh đôi tay, phân loại rửa tay trong y tế?

31. Mặc áo choàng, mang khẩu trang, mang găng tay: ý nghĩa và thực hành kỹ thuật?

32. Đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân, các quy chế kê đơn, sử dụng thuốc?

Chương 2

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

THEO DÕI NHIỆT ĐỘ CƠ THỂ

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Cân bằng thân nhiệt

Trong cơ thể người năng lượng không ngừng được tạo ra trong quá trình chuyển hóa. Sự ổn định thân nhiệt là điều kiện quan trọng cho sự hoạt động bình thường của các men tham gia vào chính quá trình chuyển hóa.

Động vật máu nóng, đặc biệt là con người có khả năng duy trì thân nhiệt trong một phạm vi khá hẹp, không phụ thuộc vào nhiệt độ của môi trường, nhờ hai quá trình sinh nhiệt và thải nhiệt. Khi có rối loạn cân bằng hai quá trình này thì thân nhiệt của cơ thể cũng rối loạn theo.

1.2. Quá trình sinh nhiệt

Quá trình sinh nhiệt: quá trình điều hòa hóa học do chuyển hóa các chất tạo nên. Khi nhiệt độ môi trường giảm thì sinh nhiệt tăng, khi nhiệt độ môi trường tăng thì sinh nhiệt giảm.

Nguồn sinh nhiệt chủ yếu ở người bình thường là do chuyển hóa, do vận động cơ cơ, rồi đến những hoạt động có chu kỳ của đường tiêu hóa và tác dụng động học của thức ăn, ngoài ra còn chịu ảnh hưởng của một số hormon.

1.3. Quá trình thải nhiệt

Song song với quá trình sinh nhiệt là quá trình thải nhiệt đồng thời xảy ra, có tác dụng làm giảm thân nhiệt tương đương với quá trình tăng thân nhiệt.

Quá trình thải nhiệt là quá trình mất nhiệt của cơ thể ra môi trường bên ngoài, qua các con đường sau:

1.3.1. Truyền nhiệt

Quá trình truyền nhiệt là sự hấp thu nhiệt của cơ thể bởi các vật có nhiệt độ thấp hơn khi tiếp xúc với cơ thể như: không khí, quần áo, thức ăn...

1.3.2. Khuếch tán nhiệt

Khuếch tán nhiệt còn gọi là tỏa nhiệt, là quá trình mất nhiệt cho các vật ở xa có nhiệt độ thấp hơn hoặc thu nhiệt từ những vật có nhiệt độ cao hơn.

1.3.3. Bức nhiệt

Bức nhiệt là hiện tượng mất nhiệt do hiện tượng bốc hơi nước qua da và niêm mạc đường hô hấp quá mức.

Tất cả những yếu tố tham gia vào điều hòa sinh nhiệt và thải nhiệt chỉ có thể hoạt động được bình thường khi trung tâm điều hòa thân nhiệt, các vùng cảm thụ nhiệt, đường dẫn truyền thần kinh hoạt động bình thường. Trung tâm điều hòa thân nhiệt nằm ở vùng dưới đồi, gồm có 2 phần:

- Phần trước: điều hòa những phản xạ nhiệt, khi bị kích thích thì gây giãn mạch, đổ mồ hôi, khi bị tổn thương thì gây tăng thân nhiệt.

- Phần sau: điều hòa những phản xạ hoạt động khi lạnh như run rẩy... khi bị tổn thương thì thân nhiệt giảm.

1.4. Thân nhiệt

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

1.4.1. Thân nhiệt trung tâm

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

- Ở trực tràng: hằng định nhất, trong điều kiện bình thường dao động trong khoảng 36,3 - 37,1°C.

- Ở miệng: thấp hơn ở trực tràng 0,2 - 0,6°C.

- Ở nách: thấp hơn ở trực tràng 0,5 - 1°C, dao động nhiều song thuận tiện để theo dõi thân nhiệt bệnh nhân.

1.4.2. Thân nhiệt ngoại vi

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

- Ở trán: trung bình là 33,5°C.

- Ở lòng bàn tay: 32°C.

- Ở mu bàn chân: 28°C.

1.4.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến thân nhiệt của con người

- Tuổi: tuổi càng cao thì thân nhiệt càng giảm, tuy nhiên mức độ giảm ít hơn.

- Giới: phụ nữ thân nhiệt tăng lên 0,3 - 0,5°C trong giai đoạn giữa các chu kỳ kinh nguyệt, giai đoạn cuối thời kỳ thai nghén thân nhiệt có thể tăng 0,5 - 0,8°C.

- Vận động cơ: tình trạng vận động các cơ càng lớn thân nhiệt càng tăng.
- Nhiệt độ môi trường: trong môi trường quá nóng hoặc quá lạnh thân nhiệt cũng tăng hoặc giảm.
- Trạng thái bệnh lý: nhìn chung trong các bệnh nhiễm khuẩn thân nhiệt tăng lên (trong bệnh tả, bệnh viêm gan virus) thân nhiệt có thể giảm ở giai đoạn cấp tính.

2. RỐI LOẠN THÂN NHIỆT

Rối loạn thân nhiệt là hậu quả của mất cân bằng giữa hai quá trình sinh nhiệt và thải nhiệt, sự mất cân bằng này có thể gây ra hai trạng thái: giảm thân nhiệt và tăng thân nhiệt.

2.1. Giảm thân nhiệt

Giảm thân nhiệt là tình trạng mất nhiều nhiệt của cơ thể gây rối loạn giữa thải nhiệt và sinh nhiệt làm cho thân nhiệt giảm xuống theo tỉ lệ:

$$\frac{\text{Sinh nhiệt}}{\text{Thải nhiệt}} < 1.$$

Có ba trạng thái giảm thân nhiệt:

- Giảm thân nhiệt sinh lý: gặp ở động vật ngủ đông.
- Giảm thân nhiệt nhân tạo: chủ động giảm thân nhiệt.
- Giảm thân nhiệt bệnh lý: do nhiệt độ của môi trường thấp hoặc do trạng thái bệnh lý của cơ thể.

Trong lâm sàng, bệnh nhân có dấu hiệu giảm thân nhiệt khi nhiệt độ đo ở trực tràng dưới 36°C.

2.2. Nguyên nhân gây giảm thân nhiệt

Giảm thân nhiệt gặp trong các trường hợp bệnh lý do rối loạn chuyển hóa nghiêm trọng như ở các bệnh xơ gan, đái đường, suy dinh dưỡng, một số trường hợp bệnh nhân có sốc.

Giảm thân nhiệt do tăng thải nhiệt: nhiệt độ của môi trường bên ngoài thấp, dẫn đến chênh lệch nhiệt độ quá khả năng sinh nhiệt của cơ thể (nhiễm lạnh).

2.3. Điều kiện gây giảm thân nhiệt

Trong cùng những điều kiện như nhau của nhiệt độ môi trường, mức độ giảm thân nhiệt phụ thuộc vào các yếu tố:

- Thời gian chịu tác động của lạnh dài hay ngắn.
- Độ ẩm và tốc độ không khí di chuyển.

- Điều kiện sinh hoạt: ăn uống, quần áo, các phương tiện chống lạnh.
- Tác động của rượu và một số hóa chất, dược chất: rượu có tác dụng giãn mạch ngoại biên, đồng thời gây mất phản xạ cơ mạch khi gặp lạnh, đặc biệt khi nồng độ rượu cao trong máu.
- Một số thuốc ngủ, thuốc an thần cũng có tác dụng gây giãn mạch, hạ huyết áp gây rối loạn chuyển hóa dẫn đến giảm thân nhiệt.

2.4. Tăng thân nhiệt

Tăng thân nhiệt là tình trạng cơ thể tích lũy nhiệt, hạn chế quá trình thải nhiệt vào môi trường hoặc do sinh nhiệt tăng, cũng có khi phối hợp cả hai.

2.5. Nhiễm nóng

Nhiễm nóng là tình trạng tăng thân nhiệt do môi trường có nhiệt độ quá cao, gây hạn chế thải nhiệt; gặp trong say nắng, say nóng.

2.6. Sốt

Sốt là trạng thái tăng thân nhiệt do rối loạn trung tâm điều hòa thân nhiệt, dưới tác dụng của các yếu tố có hại, thường là yếu tố nhiễm khuẩn; là phản ứng thích ứng toàn thân của động vật máu nóng và của người.

Trong lâm sàng, sốt là tình trạng nhiệt độ cơ thể của bệnh nhân tăng trên mức bình thường (trên 37°C đo ở trực tràng).

2.6.1. Nguyên nhân gây sốt

** Sốt do nhiễm khuẩn:*

Nhiễm khuẩn là nguyên nhân phổ biến nhất, đa số các bệnh nhiễm khuẩn đều có sốt. Tuy nhiên, có bệnh nhiễm khuẩn không có sốt như lỵ amíp, thậm chí nhiệt độ giảm như trong bệnh tả.

** Sốt không do nhiễm khuẩn:*

- Sốt do protein lạ: có hai loại protein lạ có thể gây sốt.
 - + Protein từ ngoài cơ thể đưa vào qua hít thở, ăn uống, tiêm truyền.
 - + Protein nội sinh: là sản phẩm phân hủy protid của cơ thể, gặp trong xuất huyết nội tạng, hoại tử tổ chức (bỏng, chấn thương...).
- Sốt do muối: khi tiêm vào cơ thể dung dịch muối ưu trương, nhất là khi tiêm vào tổ chức dưới da hay bắp thịt, có thể gây sốt, có thể dung dịch muối gây hoại tử tổ chức, sinh ra các protein lạ.
- Sốt do tác dụng của thuốc: một số thuốc có tác dụng kích thích trung tâm điều hòa thân nhiệt, hạn chế thải nhiệt như cafein, phenamin,...

- **Sốt do thần kinh:** thường xuất hiện khi có tổn thương hệ thần kinh như u não, chảy máu não, loạn thần... Sốt còn có thể do phản xạ đau, khi bộ phận thụ cảm bị kích thích như thông đá, sau cơn đau dữ dội do sỏi thận, sỏi mật.

2.6.2. Phân loại sốt

Các chất gây sốt tác động làm rối loạn trung tâm điều hòa thân nhiệt, làm tăng thân nhiệt gây ra cơn sốt. Cường độ và tính chất của cơn sốt phụ thuộc vào trạng thái của cơ thể và vào tác nhân gây bệnh. Vì vậy, cơn sốt ở người, do từng tác nhân gây bệnh tạo nên cũng mang những đặc điểm riêng biệt.

- **Mức độ sốt:**

+ Sốt nhẹ: khi nhiệt độ của cơ thể từ $37 - 38^{\circ}\text{C}$.

+ Sốt vừa: khi nhiệt độ của cơ thể từ $38 - 39^{\circ}\text{C}$.

+ Sốt cao: khi nhiệt độ của cơ thể từ $39 - 40^{\circ}\text{C}$.

+ Sốt quá cao: khi nhiệt độ của cơ thể trên 40°C .

- **Dựa theo mức độ dao động của nhiệt độ, chia ra làm 4 kiểu sốt:**

+ **Sốt liên tục:** nhiệt độ luôn giữ ở mức cao trong một thời gian, chênh lệch nhiệt độ sáng chiều không vượt quá 1°C .

+ **Sốt dao động:** nhiệt độ trong ngày cao, thấp chênh lệch trên 1°C .

+ **Sốt ngắt quãng** hay còn gọi là sốt có chu kỳ: là hiện tượng sốt có sự luân phiên giữa cơn sốt và thời gian không sốt, thời gian không sốt có thể là một ngày, hai ngày hoặc ba ngày; hay gặp trong bệnh sốt rét tái phát.

+ **Sốt hồi quy:** là sốt cũng có sự luân phiên giữa thời gian sốt và thời gian không sốt, nhưng thời gian không sốt dài hơn.

2.6.3. Các giai đoạn của cơn sốt

Trong lâm sàng có thể chia cơn sốt làm 3 giai đoạn: sốt tăng, sốt đứng, sốt lui. Trong mỗi giai đoạn biểu hiện thay đổi sinh nhiệt và thải nhiệt có khác nhau, nhưng liên tiếp nhau tạo thành một cơn sốt.

- **Giai đoạn sốt tăng:**

+ Trong giai đoạn này quá trình sinh nhiệt tăng, quá trình thải nhiệt giảm, tỷ số: Sinh nhiệt/Thải nhiệt > 1 .

+ **Phản ứng tăng thân nhiệt đầu tiên:** run rẩy, sờ da gà, rung cơ, co mạch dưới da, da tái nhợt, tư thế co quắp, không tiết mồ hôi.

- **Giai đoạn sốt đứng:**

+ **Quá trình sinh nhiệt vẫn cao hơn bình thường, quá trình thải nhiệt cũng tăng;** giãn mạch toàn thân, da sung huyết, nhiệt độ ngoại vi tăng.

+ Để tạo điều kiện cho tăng thải nhiệt có thể dùng: chườm lạnh (đắp khăn ướt), nới rộng quần áo.

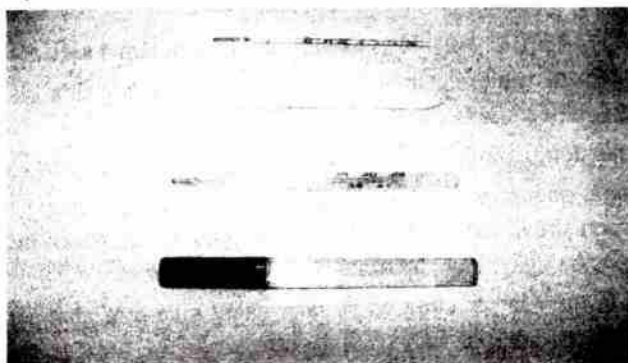
- Giai đoạn sốt lui:

+ Quá trình thải nhiệt chiếm ưu thế: ra nhiều mồ hôi, thở sâu, thở nhanh, mạch ngoại biên giãn, tạo điều kiện cho sự tỏa nhiệt tăng lên. Quá trình thải nhiệt mạnh hơn quá trình sinh nhiệt, dẫn đến nhiệt độ cơ thể hạ xuống cho đến khi cân bằng lúc đầu được lập trở lại thì thân nhiệt trở về bình thường.

+ Trong giai đoạn này bệnh nhân có thể hạ thân nhiệt đột ngột do: đại tiểu tiện nhiều, vã mồ hôi nhiều, giảm mất nước dẫn đến khối lượng tuần hoàn giảm, hậu quả là hạ huyết áp, trụy tim mạch lúc hết sốt.

3. ĐO NHIỆT ĐỘ CƠ THỂ

3.1. Nhiệt kế



Hình 2.1: Các loại nhiệt kế.

3.1.1. Cấu tạo

Cấu tạo của nhiệt kế y học gồm có:

- Một bầu đựng đầy thủy ngân.
- Một ống thủy tinh chân không nhỏ nối liền với bầu thủy ngân.
- Phía sau ống nhỏ có gắn một bảng chia nhiệt độ được giới hạn từ 34 - 42°C theo độ bách phân, có vạch chia 1/10 và cứ 5/10 độ lại kẻ đường dài hơn để dễ nhận biết. Ở vị trí 37°C có vạch đỏ làm chuẩn.
- Ngoài cùng là ống thủy tinh bao bọc để bảo vệ.

Trường hợp dùng bảng chia độ theo Fahrenheit. Chuyển đổi từ độ bách phân (C°) sang độ Fahrenheit (F°) theo công thức sau và ngược lại.

Từ độ C sang độ F:

$$C \times \frac{9}{5} + 32 = F^{\circ}$$

Từ độ F sang độ C:

$$(F - 32) \times \frac{5}{9} = C^{\circ}$$

3.1.2. Nguyên lý hoạt động của nhiệt kế

Khi đặt bầu thủy ngân vào chỗ nóng: thủy ngân trong bầu nở ra tràn vào ống thủy tinh nhỏ. Sau một thời gian lấy nhiệt kế ra, thủy ngân không tụt xuống bầu được dù nhiệt độ bên ngoài đã thay đổi là nhờ cấu trúc giữa bầu thủy ngân và ống thủy tinh có một chỗ thắt nhỏ. Như vậy có thể đọc được kết quả nhiệt độ theo cột thủy ngân ở bảng chia độ. Sau khi đọc vẩy nhẹ nhiệt kế, thủy ngân sẽ tụt trở lại bầu chứa.

3.1.3. Các loại nhiệt kế

- Nhiệt kế dùng để đo nhiệt độ ở miệng: bầu thủy ngân nhỏ và dài.
- Nhiệt kế dùng để đo nhiệt độ ở hậu môn: bầu đựng thủy ngân tròn hoặc bầu dục.
- Nhiệt kế dùng để đo nhiệt độ ở nách: bầu đựng thủy ngân to, dài.

3.1.4. Phương pháp kiểm tra nhiệt kế

Không phải nhiệt kế nào cũng đều chính xác, trước khi dùng nhiệt kế mới cần kiểm tra bằng cách lấy vài chiếc cùng bỏ vào một cốc đựng nước ấm (khoảng 40°C) sau vài phút lấy ra kiểm tra từng cái một rồi so sánh mức tăng nhiệt độ, cái nào không chính xác, cột thủy ngân thấp hoặc cao hơn thì bỏ đi.

3.2. Đo nhiệt độ cơ thể người

3.2.1. Quy định chung

- Trước khi đo nhiệt độ, bệnh nhân nằm nghỉ tại giường không đi lại ít nhất 15 phút. Trong khi đo nhiệt độ, không được tiến hành thủ thuật trên bệnh nhân, làm sai lệch kết quả.

- Mỗi ngày đo nhiệt độ ít nhất hai lần: sáng - chiều cách nhau 8 giờ, trường hợp đặc biệt do bác sĩ chỉ định. Khi bệnh nhân có sốt thì bất cứ lúc nào cũng phải đo nhiệt độ ngay rồi báo cáo bác sĩ.

- Bệnh nhân mới bị sốt hoặc trường hợp nhiệt độ bất thường (tăng trên 39°C hoặc hạ xuống dưới 36°C, hoặc đang sốt cao đột ngột hạ nhiệt độ) đều phải báo cáo ngay cho bác sĩ xử trí kịp thời.

- Vị trí đo nhiệt độ:

- + Người lớn: có thể đo ở miệng, hậu môn, thường đo ở nách.
- + Trẻ em: đo nhiệt độ ở nách, hậu môn.

- Không được để bệnh nhân tự đo nhiệt độ và báo cáo kết quả.
- Nếu nghi ngờ kết quả phải đo lại ngay hoặc dùng nhiệt kế khác để đo rồi so sánh.
- Đối với trẻ em, người già, người mất trí, bệnh nhân giãy giụa, phải giữ nhiệt kế suốt thời gian đo và nên đo nhiệt độ ở nách.
- Trên bảng nhiệt độ, đường biểu diễn nhiệt độ dùng màu xanh, kẻ bằng thước ngay thẳng và chính xác, ở giao điểm chấm tròn và đậm hơn để dễ đọc.
- Ghi kết quả nhiệt độ vào sổ theo dõi trước, sau đó mới kẻ vào bảng chính thức. Trường hợp đặc biệt cần phải ghi rõ giờ đo nhiệt độ.
- Mỗi tuần phải rửa sạch nhiệt kế hai lần, hàng ngày để trong lọ có đựng dung dịch sát khuẩn. Vệ sinh lọ đựng nhiệt kế hai lần/tuần: rửa sạch, đun sôi 5 phút rồi cho dung dịch sát khuẩn mới vào lọ.
- Khi bệnh nhân đang ngủ, không được đánh thức bệnh nhân để đo nhiệt độ.

3.2.2. Quy trình kỹ thuật

- Dụng cụ:
 - + Bông cầu.
 - + Cốc có dung dịch sát khuẩn để đựng nhiệt kế đo ở miệng.
 - + Cốc có dung dịch sát khuẩn để đựng nhiệt kế đo ở hậu môn.
 - + Cốc đựng nhiệt kế đã dùng.
 - + Đồng hồ đo thời gian.
 - + Lọ dầu nhờn.
- Đo nhiệt độ ở miệng:
 - + Rửa tay, tiếp xúc với bệnh nhân, giải thích cho bệnh nhân yên tâm. Kiểm tra số giường, số buồng, xác định đúng bệnh nhân. Nhận định bệnh nhân có cộng tác và đảm bảo an toàn khi đo nhiệt độ ở miệng không. Nếu không thì đo nhiệt độ ở nách hoặc hậu môn.
 - + Lấy nhiệt kế ra khỏi cốc đựng, dùng bông khô lau sạch từ bầu đến thân.
 - + Kiểm tra mức thủy ngân trong nhiệt kế, nếu cột thủy ngân trên vạch 35°C hoặc 95°F, vẩy nhiệt kế cho thủy ngân tụt xuống bầu.
 - + Nhắc bệnh nhân há miệng và đặt nhiệt kế nhẹ nhàng vào một bên miệng, dưới lưỡi, nhắc bệnh nhân ngậm miệng lại, để nhiệt kế trong miệng bệnh nhân 5 phút, báo cho bệnh nhân biết để không cắn vỡ nhiệt kế.
 - + Lấy nhiệt kế ra khỏi miệng bệnh nhân để nhiệt kế ngang tầm mắt và đọc kết quả, xoay nhẹ nhiệt kế để nhìn rõ cột thủy ngân.

+ Vẩy cho cột thủy ngân tụt xuống, đặt nhiệt kế vào cốc đựng nhiệt kế đã dùng rửa tay.

+ Ghi kết quả đo nhiệt độ vào sổ theo dõi, bảng mạch, nhiệt độ. Báo cho điều dưỡng trưởng, bác sĩ biết nếu kết quả nhiệt độ có bất thường.

+ Rửa nhiệt kế dưới vòi nước sạch và xà phòng, sau đó cắm vào lọ đựng dung dịch sát khuẩn.

- Đo nhiệt độ ở hậu môn: chỉ đo nhiệt độ ở hậu môn trong trường hợp đặc biệt (bệnh nhân lú lẫn, hôn mê, trẻ em) và theo chỉ định của bác sĩ.

+ Rửa tay, xác định đúng bệnh nhân, giải thích để bệnh nhân và người nhà bệnh nhân yên tâm.

+ Vẩy nhiệt kế cho cột thủy ngân xuống dưới 35°C hoặc 95°F. Bôi dầu nhờn vào bầu nhiệt kế. Không nhúng nhiệt kế vào lọ đựng dầu nhờn mà lấy một lượng dầu nhờn vào miếng gạc sau đó dùng miếng gạc lau trơn toàn bộ bầu nhiệt kế.

+ Đặt bệnh nhân nằm nghiêng để nhìn rõ hậu môn, bộc lộ vùng hậu môn sinh dục, đắp chăn hoặc vải phủ cho bệnh nhân chỉ để hở vùng làm kỹ thuật để giữ ấm cho bệnh nhân.

+ Tay trái nhẹ nhàng vạch mông bệnh nhân để nhìn rõ lỗ hậu môn, tay phải đưa bầu nhiệt kế đã bôi dầu vào hậu môn khoảng 3,5cm.

+ Giữ nhiệt kế ở hậu môn bệnh nhân 3 - 5 phút.

+ Lấy nhiệt kế, lau sạch bằng miếng gạc sạch hoặc giấy vệ sinh, đọc kết quả, rửa tay.

+ Ghi kết quả vào sổ theo dõi, bảng nhiệt độ. Nếu thấy có dấu hiệu bất thường, báo ngay cho điều dưỡng trưởng, bác sĩ điều trị xử lý.

+ Rửa nhiệt kế bằng nước và xà phòng.

+ Ngâm nhiệt kế vào dung dịch sát khuẩn.

- Đo nhiệt độ ở nách:

+ Rửa tay, tiếp xúc với bệnh nhân, xác định đúng bệnh nhân, giải thích để bệnh nhân yên tâm.

+ Lấy nhiệt kế ra khỏi cốc đựng, dùng miếng gạc sạch lau hết dịch sát khuẩn.

+ Kiểm tra mức thủy ngân trong nhiệt kế nếu cột thủy ngân cao trên 35°C hoặc 95°F vẩy nhẹ nhiệt kế để cho thủy ngân tụt xuống.

+ Lau khô nách bệnh nhân rồi đặt bầu nhiệt kế vào giữa hố nách của bệnh nhân, nhắc bệnh nhân khép cánh tay lại và để cẳng tay lên ngực ở tư thế thoải mái. Giữ nhiệt kế ở nách bệnh nhân 10 phút.

- + Lấy nhiệt kế ra, để nhiệt kế vừa tắm mắt và đọc kết quả.
- + Vẩy cho cột thủy ngân tụt xuống, đặt nhiệt kế vào cốc đựng, rửa tay.
- + Ghi kết quả vào sổ theo dõi, bảng nhiệt độ, nếu có dấu hiệu bất thường báo cáo ngay cho điều dưỡng trưởng, bác sĩ xử lý.
- + Rửa nhiệt kế bằng nước sạch, xà phòng, sau đó để vào cốc đựng dung dịch sát khuẩn.

3.3. Bảng mạch, nhiệt độ

Bảng mạch, nhiệt độ là biểu đồ mạch, nhiệt độ của bệnh nhân trong thời gian điều trị tại bệnh viện. Trong lâm sàng biểu đồ nhiệt độ có giá trị quan trọng trong chẩn đoán, điều trị, theo dõi tiến triển bệnh của bệnh nhân.

Trên bảng mạch, nhiệt độ cần ghi rõ:

- Họ tên, tuổi bệnh nhân.
- Bệnh viện, khoa phòng, số giường, số buồng.
- Ngày mắc bệnh.
- Ngày, tháng, năm...
- Nhiệt độ bệnh nhân từng ngày, buổi sáng, buổi chiều hoặc theo giờ được kẻ nối với nhau thành biểu đồ.

4. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN CÓ RỐI LOẠN THÂN NHIỆT

Khi bệnh nhân có rối loạn về thân nhiệt, điều dưỡng viên cần thực hiện:

- Động viên, giải thích cho bệnh nhân, người nhà để họ yên tâm. Nếu nghi ngờ rối loạn thân nhiệt do bệnh truyền nhiễm thì cần để bệnh nhân ở phòng cách ly tạm thời trong khi chờ đợi bác sĩ khám, chẩn đoán bệnh.
- Bệnh nhân có sốt rét run hoặc hạ nhiệt độ:
 - + Phải báo cáo ngay cho bác sĩ biết.
 - + Đắp chăn hoặc chườm nóng, sưởi ấm cho bệnh nhân.
 - + Cho bệnh nhân uống đủ nước hoặc nước hoa quả ấm... đảm bảo đủ dinh dưỡng.
- + Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân theo chỉ định của bác sĩ (thường 3 giờ/lần).
- + Nhanh chóng thực hiện đầy đủ các y lệnh.
- Bệnh nhân sốt kèm theo vã nhiều mồ hôi.
 - + Để bệnh nhân ở phòng thoáng, tránh gió lùa.

- + Dùng khăn bông khô sạch lau người cho bệnh nhân.
- + Thay quần áo, khăn, gối, vải trải giường.
- + Theo dõi nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở theo chỉ định của bác sĩ.
- + Đảm bảo đủ chế độ ăn uống cho bệnh nhân.
- + Thực hiện đầy đủ, chính xác, kịp thời các y lệnh.

Có thể cho bệnh nhân uống thuốc hạ nhiệt paracetamol theo liều chỉ định 01 lần khi nhiệt độ trên 39°C.

THEO DÕI MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thành động mạch được tạo thành bởi 3 lớp:
- + Lớp trong cùng là lớp nội mạc.
- + Lớp giữa gồm những thớ đàn hồi và những thớ cơ trơn.
- + Lớp ngoài là lớp mô liên kết.
- Các mạch máu có tính đàn hồi nên co giãn dễ dàng.
- Động mạch lớn có độ đàn hồi lớn hơn động mạch nhỏ.

Nhờ tính đàn hồi của động mạch, tim tống máu ra từng đợt theo mỗi chu kỳ co bóp, dần dần tạo thành dòng máu chảy liên tục và đều đặn.

- Tại những vị trí có động mạch nằm trên xương và dưới lớp da, khi để ngón tay lên chỗ đó đồng thời ấn nhẹ vào động mạch sẽ thấy mạch đập.

- Mạch đập không phải là do máu chảy tới nơi bắt mạch mà là do sóng rung động phát sinh ở động mạch chủ, khi tim ở thì tâm thu.

- Sóng rung động càng lan xa thì càng yếu dần và đến đầu hệ mao mạch thì không còn; do đó không thấy mạch đập ở trên tĩnh mạch.

2. TẦN SỐ MẠCH

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

2.1. Những yếu tố ảnh hưởng đến tần số mạch

- Tần số mạch buổi chiều nhanh hơn tần số mạch buổi sáng.
- Trạng thái tâm lý, cảm giác và hoạt động của cơ thể có ảnh hưởng đến tần số mạch. Khi xúc động mạch thường tăng lên.
- Tuổi: tần số mạch giảm dần từ khi sinh đến lúc tuổi già.

Bảng 2.1: Tần số mạch bình thường theo lứa tuổi.

Lứa tuổi	Tần số mạch trong 1 phút
- Trẻ sơ sinh	130 - 140 (120 - 140)
- Trẻ 1 tuổi	100 - 130 (120)
- Trẻ 5 - 6 tuổi	90 - 100
- Trẻ 10 - 15 tuổi	80 - 90
- Người lớn	70 - 80
- Người già	60 - 70

- Giới tính: nữ mạch nhanh hơn nam (7 - 8 nhịp/phút).
- Vận động, luyện tập: khi vận động, luyện tập tần số mạch tăng lên vì tim phải co bóp nhiều hơn để đáp ứng nhu cầu năng lượng tiêu hao.
- Ăn uống: sau khi ăn uống, tần số mạch tăng do quá trình chuyển hóa tăng.
- Thuốc: thuốc kích thích làm tăng tần số mạch; thuốc an thần làm giảm tần số mạch.

2.2. Những vị trí thường dùng để bắt mạch

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

- Động mạch thái dương: thường được áp dụng để lấy mạch ở trẻ em khi không bắt được mạch quay.
- Động mạch cổ: khi lấy mạch ở vị trí này dễ gây kích thích xoang cảnh, dẫn đến làm chậm tần số mạch, nhất là ở những người già có bệnh lý hệ tim mạch. Vì vậy để tránh tình trạng trên, nên bắt mạch ở một bên cổ, chỉ cần ấn nhẹ, chỉ bắt khi thật cần thiết.
- Mỏm tim: mạch mỏm tim được lấy ở đúng vị trí mỏm tim, là tần số co bóp thực tế của tim.
- Động mạch cánh tay: thường sử dụng trong kỹ thuật đo huyết áp động mạch.
- Động mạch quay: sử dụng nhiều nhất để theo dõi mạch.
- Động mạch đùi: vị trí bắt mạch ở trên đường giữa của đường nối gai chậu trước trên và xương mu trong vùng bẹn. Sử dụng khi không bắt được mạch quay, đánh giá tuần hoàn chi dưới.
- Động mạch khoeo: khi bắt mạch ở vị trí này, chân bệnh nhân ở tư thế duỗi.
- Động mạch chày sau: bắt mạch ở ngay sau mắt cá trong.
- Động mạch mu chân: vị trí bắt ở giữa đường nối mắt cá trong và mắt cá ngoài với đường giữa ngón chân cái và ngón chân thứ hai.

Mỗi vị trí bắt mạch được sử dụng với các lý do khác nhau.

Mạch quay được sử dụng nhiều nhất vì dễ xác định, tiện lợi ở hầu hết bệnh nhân.

2.3. Nguyên tắc chung khi lấy mạch

- Trước khi lấy mạch, bệnh nhân nằm nghỉ yên tĩnh 15 phút. Trong khi lấy mạch, không tiến hành thủ thuật trên cơ thể bệnh nhân.

- Mỗi ngày tối thiểu lấy mạch hai lần: sáng và chiều cách nhau 8 giờ, lấy cùng một lúc với đo nhiệt độ; sáng vào lúc 6 giờ, chiều vào lúc 14 giờ. Trường hợp đặc biệt lấy mạch theo chỉ định của bác sĩ.

- Đường biểu diễn mạch:

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

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

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

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

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DÕI MẠCH QUAY

3.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Đồng hồ bấm giây hoặc đồng hồ có kim giây, đồng hồ cát.

- Bút chì màu đỏ.

- Thước kẻ.

- Bảng theo dõi dấu hiệu sống hoặc sổ: ghi rõ họ tên bệnh nhân, số giường, số buồng, chẩn đoán bệnh.

3.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân về việc sắp làm.

- Đặt bệnh nhân ở tư thế nghỉ ngơi thoải mái, có thể ngồi hoặc nằm:

+ Bệnh nhân nằm: tay duỗi dọc theo thân, lòng bàn tay úp xuống; hoặc đặt cẳng tay lên ngực, lòng bàn tay úp xuống.

+ Bệnh nhân ngồi: cẳng tay đặt lên đùi, lòng bàn tay úp xuống hoặc quay vào trong.

3.3. Thực hành kỹ thuật

- Đặt 3 đầu ngón tay: ngón trỏ, ngón giữa và ngón nhẫn lên trên động mạch quay, ở gần nếp gấp cổ tay.

- Không dùng ngón cái vì ngón cái cũng có mạch đập lên, dễ lẫn mạch của người đếm với mạch của bệnh nhân.

- Không ấn mạnh quá vì sẽ làm mất mạch.

- **Đếm mạch:** khi thấy mạch đập, nhìn kim giây và đếm nhịp đập trong 30 giây rồi nhân với 2 để có tần số mạch trong 1 phút nếu tần số mạch đều.

- Nếu thấy mạch không đều, phải đếm trọn cả phút. Khi đếm mạch phải nhận định được tần số, nhịp điệu, cường độ, sức căng của mạch.

3.4. Ghi chép và báo cáo kết quả

Ghi kết quả vào bảng theo dõi.

Khi thấy tần số mạch bất thường hoặc đã trở lại bình thường phải báo cáo ngay cho điều dưỡng trưởng và bác sĩ điều trị biết.

4. THEO DÕI TÍNH CHẤT CỦA MẠCH

Khi bắt mạch cần nhận định tính chất của mạch: tần số, nhịp điệu, cường độ, sức căng của mạch và liên quan giữa mạch với nhiệt độ.

4.1. Tần số mạch

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

- Tần số mạch bất thường:

+ Mạch nhanh: tần số mạch trên 90 chu kỳ/phút; gặp trong các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh tim, bệnh Basedow, dùng atropin sulfat...

+ Mạch chậm: tần số mạch dưới 60 chu kỳ/phút; gặp trong bệnh tim, ngộ độc digitalin, vàng da ứ mật...

4.2. Nhịp điệu mạch

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

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

- Nhịp điệu không đều là có khác nhau về sức đập và khoảng cách giữa các lần đập.

- Nhịp điệu không đều có thể gặp trong các trường hợp tăng xúc cảm, sợ hãi. Nhưng cũng có thể xảy ra trong các trường hợp có tổn thương bệnh lý ở tim.

- Loạn nhịp ngoại tâm thu: mạch đang đập đều, xen kẽ có một lần mất mạch rồi lại đập bình thường.

- Loạn nhịp hoàn toàn: mạch đập không theo một quy tắc nào, lúc nhanh, lúc chậm, lúc mạnh, lúc yếu.

Khi bắt mạch thấy có biểu hiện loạn nhịp phải nhanh chóng báo cáo cho bác sĩ điều trị biết.

4.3. Cường độ mạch

Cường độ mạch có ý nghĩa quan trọng, biểu hiện dưới các dạng sau:

- Mạch đều: các lần đập có sức mạnh và đều như nhau, gặp trong các bệnh Basedow, tăng huyết áp chưa có biến chứng...
- Yếu đều: các lần đập có sức đập yếu nhưng đều nhau, gặp trong bệnh xuất huyết, mất nước...
- Mạch như sợi chỉ: vừa yếu, vừa không đều, gặp trong tình trạng bệnh nhân hấp hối.
- Mạch nảy: mạch nảy mạnh và xẹp nhanh, gặp trong hở van động mạch chủ (mạch Corrigan).
- Cường độ lúc mạnh, lúc yếu: thường gặp khi có loạn nhịp hoàn toàn.

4.4. Sức căng của mạch

Sức căng của mạch là tính co giãn của động mạch, bình thường thành động mạch mềm, nhẵn và có sức co giãn tốt.

Trong một số trường hợp bệnh lý mạch trở lên cứng, mất tính co giãn, khi ấn vào động mạch có cảm giác như ấn vào một ống cao su cứng hoặc một sợi dây căng dưới da, phải dùng sức ấn mạnh mới làm mạch xẹp xuống được, thường gặp ở bệnh nhân tăng huyết áp hoặc xơ vữa động mạch.

4.5. Liên quan giữa mạch và nhiệt độ

- Ở người lớn nhiệt độ 37°C tương ứng với mạch 70 chu kỳ/phút.
- Trong sốt do nhiễm khuẩn: nhiệt độ tăng thì mạch cũng tăng lên theo. Khi nhiệt độ 39°C mạch tương ứng là 100 - 110 chu kỳ/phút.
- Khi không có sự tăng song song giữa mạch và nhiệt độ thì gọi là phân ly giữa mạch và nhiệt độ. Một số trường hợp hay gặp:
 - + Trong bệnh thương hàn: mạch tăng nhưng không tương ứng với nhiệt độ tăng cao, ví dụ: mạch 80 chu kỳ/phút, nhiệt độ 39,5°C.
 - + Trong xuất huyết nội tạng: mạch nhanh nhưng nhiệt độ không cao, ví dụ: mạch 100 chu kỳ/phút, nhiệt độ 36°C.

5. KỸ THUẬT ĐẾM MẠCH QUA ĐẾM NHỊP TIM TẠI MỎM TIM

Đếm nhịp tim tại vị trí mỏm tim thường sử dụng khi đếm mạch cho trẻ em dưới 3 tuổi hoặc những bệnh nhân có rối loạn nhịp tim.

5.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Đồng hồ bấm giây hoặc đồng hồ có kim giây, đồng hồ cát.
- Ống nghe.
- Gạc tẩm cồn để lau đầu tai nghe và loa ống nghe.
- Bảng theo dõi đầu hiệu sóng.
- Bút màu đỏ để ghi kết quả.
- Vú giả (trong trường hợp thực hành kỹ thuật cho trẻ còn bú).

5.2. Chuẩn bị bệnh nhân

Giải thích cho bệnh nhân hoặc người nhà nếu bệnh nhân là trẻ em.

5.3. Thực hành kỹ thuật

- Rửa tay thường quy.
- Mang dụng cụ đến giường bệnh.
- Kéo bình phong che giường.
- Để bệnh nhân nằm tư thế thoải mái: nằm ngửa, đầu cao; có thể ngồi trên giường hoặc ghế. Trẻ em: đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa, cho trẻ ngậm vú giả để trẻ không khóc.
- Bộc lộ vùng mỏm tim bệnh nhân.
- + Nếu bệnh nhân nằm: vén áo bệnh nhân lên phía đầu, kéo chăn đắp phía dưới lồng ngực.
- + Nếu bệnh nhân ngồi: vén áo lên vai, hoặc cởi cúc áo.
- Xác định vị trí mỏm tim: vị trí mỏm tim khác nhau tùy theo lứa tuổi.
- + Người lớn: cách bờ trái xương ức không quá 8cm trên gian sườn 5 hoặc 6.
- + Trẻ dưới 4 tuổi: ở bên trái của đường giữa xương đòn trái trên gian sườn 4.
- + Trẻ em 4 - 6 tuổi: nằm ngay trên đường giữa xương đòn trái trên gian sườn 5.
- Làm ấm loa nghe bằng cách giữ loa ống nghe trong tay một lát hoặc xoa vào lòng bàn tay.
- Mắc tai nghe vào tai, để tai ống nghe hướng về phía trước.
- Đặt ống nghe lên vị trí mỏm tim vừa xác định và nghe theo tiếng tim.
- Khi nghe được âm thanh “bùm - tặc” đó là một nhịp đập, âm thứ nhất “bùm” trầm, dài, do van nhĩ thất đóng lại, âm thứ hai “tặc” thanh khi van bán nguyệt đóng lại sau khi các tâm thất đẩy máu vào động mạch.
- Đếm trong 30 giây rồi nhân với 2 nếu nhịp tim đều.
- Nếu nhịp tim không đều hoặc bệnh nhân là trẻ em thì đếm trọn cả 1 phút.
- Trong khi đếm nhịp tim phải luôn theo dõi đồng hồ để đảm bảo thời gian chính xác và phải theo dõi nhịp điệu, cường độ của tim.

- Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi chép và báo cáo kết quả; ghi kết quả vào bảng theo dõi phải dùng ký hiệu thống nhất để biết đó là kết quả đếm mạch ở vị trí mỏm tim.
- Báo cáo ngay cho bác sĩ nếu thấy kết quả mạch bất thường như đã nêu ở phần đếm mạch quay.

6. KỸ THUẬT ĐẾM MẠCH QUAY VÀ ĐẾM NHỊP TIM TẠI MỎM TIM

Kỹ thuật đếm mạch quay và đếm nhịp tim tại mỏm tim được tiến hành đồng thời cùng một lúc, trên những bệnh nhân có bệnh lý về tim mạch hoặc bệnh nhân đang điều trị các thuốc về tim mạch để so sánh tần số mạch giữa hai vị trí.

6.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Ống nghe.
- Đồng hồ bấm giây hoặc đồng hồ có kim giây.

6.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân về việc sắp làm.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế nghỉ ngơi thoải mái, có thể ngồi hoặc nằm.
- + Bệnh nhân nằm tay duỗi dọc theo thân, lòng bàn tay úp xuống; hoặc đặt cẳng tay lên ngực, lòng bàn tay úp xuống.
- + Bệnh nhân có thể ngồi, cẳng tay đặt lên đùi, lòng bàn tay úp xuống hoặc quay vào trong.

6.3. Thực hành kỹ thuật

Kỹ thuật cần hai điều dưỡng: một điều dưỡng đếm mạch tại mỏm tim, người thứ hai đếm mạch quay. Cả hai người tiến hành đếm cùng một thời gian.

7. GHI CHÉP KẾT QUẢ THEO DÕI MẠCH

- Kết quả theo dõi mạch được ghi chép vào bảng theo dõi dưới hình thức biểu đồ. Để dễ phân biệt và nhận biết kết quả thường dùng màu đỏ hoặc ký hiệu (o) khi ghi kết quả của mạch vào bảng theo dõi.
- Đảm bảo sự trung thực, chính xác khi ghi chép kết quả.
- Trường hợp đếm mạch ở vị trí mỏm tim phải dùng ký hiệu thống nhất (MT) để ghi lên phía trên của kết quả. Dùng thước kẻ nối các kết quả với nhau để tiện theo dõi diễn biến của tần số mạch.

THEO DÕI HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Huyết áp động mạch là áp lực của máu trên thành động mạch, tạo thành bởi các yếu tố: sức co bóp của tim, lưu lượng máu trong động mạch và sức cản ngoại vi.

- Tim co bóp đẩy máu vào động mạch, gặp sức cản của các động mạch càng ngày càng nhỏ dần, máu không chảy tuột đi ngay mà tác động lên thành động mạch làm căng giãn thành động mạch. Thì tâm trương, không có sức đẩy của tim, nhưng nhờ có tính đàn hồi, thành động mạch co lại gây áp lực đẩy máu đi; do vậy ở thì tâm trương máu vẫn lưu thông và huyết áp (HA) vẫn tồn tại. Quá trình di chuyển của máu trong lòng động mạch theo hình sóng nên huyết áp động mạch có hai trị số.

+ HA tâm thu (HA tối đa): là áp lực của máu trong động mạch lên tới mức cao nhất khi tim co bóp.

+ HA tâm trương (HA tối thiểu): là áp lực của máu ở điểm thấp nhất khi tim ở thì tâm trương.

- Đơn vị đo HA là milimet thủy ngân (mmHg). HA tâm thu ghi ở vị trí tử số, HA tâm trương ghi ở vị trí mẫu số.

- Giới hạn bình thường của HA tâm thu ở người trung niên: 100 - 120mmHg; giới hạn bình thường của HA tâm trương ở người trung niên: 60 - 80mmHg. Chênh lệch giữa HA tâm thu và HA tâm trương được gọi là HA hiệu số.

Ví dụ: HA tâm thu = 120mmHg

HA tâm trương = 70mmHg

Kết quả HA ghi: 120/70mmHg; chênh lệch giữa hai trị số là 50mmHg.

- Tăng HA:

+ Khi đo HA theo phương pháp Krotkof cho người lớn, nếu HA tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg, thì được gọi là tăng HA hệ thống động mạch.

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

$$\text{HA trung bình} = \frac{\text{HA tâm thu} + (2 \times \text{HA tâm trương})}{3}$$

- + Tăng HA thường gặp ở bệnh nhân mới mắc bệnh về tim mạch, thận, nội tiết...
- + Khi HA tăng $\geq 220/120\text{mmHg}$ gọi là “cơn tăng HA kịch phát”.

Bảng 2.2: Phân độ tăng HA ở người ≥ 18 tuổi theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2003).

HA và độ tăng HA	HA tâm thu (mmHg)	HA tâm trương (mmHg)
Bình thường tối ưu	< 120	< 80
Bình thường	< 130	< 85
Bình thường cao	130 - 139	85 - 89
Tăng HA độ 1	140 - 159 và/hoặc 90 - 99	
Tăng HA độ 2	$\geq 160 - 179$ và/hoặc 100 - 109	
Tăng HA đơn độc tâm thu	> 140 và < 90	
HA ranh giới giữa bình thường và bệnh lý	140 - 149 và < 90	

1.2. Những yếu tố ảnh hưởng đến huyết áp

- Tuổi: HA có xu hướng tăng theo lứa tuổi. Trẻ em thường có số đo HA thấp, HA tăng dần ở người lớn, HA ở người già thường cao hơn người trẻ. Ở trẻ em HA tâm thu được tính bằng công thức $80 + 2n$ (n = số tuổi).

- Giới tính: ở cùng độ tuổi, nữ có HA thấp hơn nam.

- Vận động, luyện tập: có thể làm tăng HA tức thời. Khi tiếp xúc với nhân viên y tế, HA tâm thu của bệnh nhân có thể tăng thêm 20 - 30mmHg, HA tâm trương tăng thêm 5 - 10mmHg, được gọi là “tăng HA áo choàng trắng”.

- Xúc động: lo lắng, sợ hãi, phấn chấn cũng có thể làm tăng HA.

- Thuốc điều trị:

+ Thuốc co mạch gây tăng HA.

+ Thuốc giãn mạch gây hạ HA.

+ Thuốc ngủ cũng gây hạ HA.

- Môi trường: ồn ào, phòng đông người, chật chội có thể làm tăng HA tạm thời.

1.3. Những thay đổi bệnh lý của huyết áp

- HA thấp:

+ Áp lực máu động mạch thấp hơn bình thường (HA tâm thu $< 90\text{mmHg}$ và HA tâm trương $< 60\text{mmHg}$) gọi là HA thấp.

+ Một số người thường xuyên có HA thấp $< 95/60\text{mmHg}$ nhưng không có biểu hiện bệnh lý.

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

+ HA thấp thường gặp trong một số bệnh: nhiễm khuẩn cấp tính, trạng thái mất nước, chảy máu...

- HA kẹt: chênh lệch giữa trị số HA tâm thu và HA tâm trương (HA hiệu số) giảm xuống ≤ 20 mmHg gọi là HA kẹt. Trường hợp này phải báo ngay cho bác sĩ.

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH

2.1. Nguyên lý

Nguyên lý đo HA là bơm căng một băng tay bằng cao su, làm mất mạch đập của một động mạch rồi sau đó xả hơi dần, đồng thời ghi những phản ứng của động mạch.

- HA tâm thu tương đương với thời điểm máu bắt đầu đi qua trong khi sức ép ở băng cao su giảm.

- HA tâm trương tương ứng với thời điểm máu hoàn toàn tự do lưu thông trong động mạch khi không còn sức ép của băng cao su.

2.2. Quy định chung khi đo huyết áp

- Bệnh nhân nghỉ ngơi hoàn toàn ít nhất 15 phút. Nên đo vào cùng thời gian trong ngày.

- Kiểm tra máy đo HA: van, bơm cao su, dải băng cuốn, áp lực kế đồng hồ... dùng cùng một máy đo HA cho các lần đo.

- Vị trí đo: thường đo ở động mạch cánh tay; trường hợp cần thiết, có chỉ định của bác sĩ đo ở động mạch khoeo chân hoặc các vị trí khác (khi ghi kết quả phải ghi cả vị trí đo).

- Định đo ở vị trí nào thì phải tìm động mạch ở đó trước.
- Không được dừng lại giữa chừng rồi lại bơm hơi tiếp, sẽ cho kết quả sai.
- Khi xả hơi phải xả liên tục đến khi kim hoặc cột thủy ngân hạ xuống số 0.
- Khi thấy trị số HA không bình thường: cơn tăng HA kịch phát, bệnh nhân có sốc, HA kẹt, truy mạch... báo ngay cho bác sĩ điều trị.

2.3. Dụng cụ

Để đo HA cần có máy đo HA, còn gọi là HA kế và ống nghe tim phổi.

- Máy đo HA: gồm 1 dải băng cuốn bằng vải, bên trong của dải băng cuốn có một túi hơi bằng cao su. Túi hơi này có hai ống cao su: một ống nối với bóng cao

su để bơm khí vào túi hơi; ở đầu của bóng cao su có một van, xoay ngược chiều kim đồng hồ để xả khí từ túi hơi ra, xoay cùng chiều kim đồng hồ để bơm khí vào túi hơi và giữ khí ở lại đó. Ống cao su còn lại của túi hơi nối với áp lực kế đồng hồ hoặc áp lực kế thủy ngân hoặc áp lực kế điện tử.

- Các loại máy đo HA:

- Máy đo HA thủy ngân: chính xác hơn nhưng cồng kềnh.

- Máy đo HA đồng hồ: tiện sử dụng hơn nhưng kém chính xác.

- Máy đo HA điện tử: loại này không cần sử dụng ống nghe để nghe những âm thanh của áp lực; sau khi bơm khí vào rồi xả khí ra khỏi túi hơi thì máy sẽ tự đo và đưa kết quả HA tâm thu và HA tâm trương lên màn hình.

- Chọn kích thước túi hơi khi đo HA.

+ Để cho kết quả chính xác phải sử dụng đúng cỡ túi hơi cho từng bệnh nhân. Dùng sai cỡ túi hơi sẽ làm sai số kết quả tới 25mmHg.

+ Kích thước của túi hơi phụ thuộc vào chu vi của chi dùng để đo HA.

+ Chiều rộng của túi hơi bằng 40% chiều rộng của chu vi hoặc rộng hơn 20% đường kính của đoạn giữa các chi được dùng để đo HA.

+ Chiều dài túi hơi phải cuốn được 60 - 100% chu vi của chi ở điểm đo HA.

Bảng 2.3: Chọn kích thước túi hơi.

Chu vi của chi ở đoạn giữa (cm)	Tên túi hơi	Chiều rộng (cm)	Chiều dài (cm)
5 - 7,5	Trẻ sơ sinh	3	5
7,5 - 13	Trẻ dưới 3 tuổi	5	8
13 - 20	Trẻ em 3 - 15 tuổi	8	13
17 - 26	Người lớn cỡ nhỏ	11	17
24 - 32	Người lớn trung bình	13	24
32 - 42	Người lớn cỡ to	17	32
42 - 50	Đùi người lớn	20	42

3. QUY TRÌNH ĐO HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH CÁN H TAY

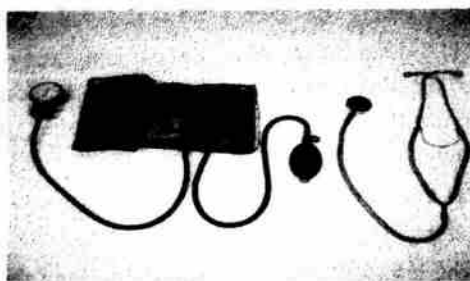
3.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Máy đo HA kế đồng hồ hoặc thủy ngân, hoặc điện tử.

- Ống nghe tim phổi.

- Bảng theo dõi dấu hiệu sinh tồn hoặc sổ ghi chép.

- Bút để ghi kết quả.



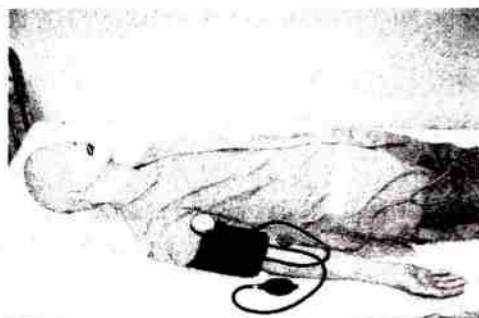
Hình 2.2: Ống nghe, máy đo huyết áp.

3.2. Chuẩn bị bệnh nhân

Giải thích cho bệnh nhân biết kỹ thuật sắp làm, thông báo để bệnh nhân không ăn, uống, hút thuốc hay vận động nặng, nằm trên giường nghỉ ngơi hoàn toàn 15 phút trước khi thực hành kỹ thuật.

3.3. Thực hành kỹ thuật

- Người làm kỹ thuật rửa tay thường quy.
- Đưa dụng cụ đến giường bệnh nhân.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế phù hợp, thoải mái: bệnh nhân nằm, tay hơi chệch ra ngoài, ngang vị trí của tim, lòng bàn tay ngửa. Nếu tình trạng bệnh nhân cho phép, có thể đo ở tư thế ngồi, để tay đo HA ở ngang vị trí của tim, lòng bàn tay ngửa. Đo HA ở vị trí khác phải có chỉ định của bác sĩ.



Hình 2.3: Đo huyết áp động mạch cánh tay.

- Bộc lộ vùng cánh tay, tay áo quá chặt thì cởi hẳn tay áo để lộ cánh tay.
- Tìm động mạch cánh tay.
- Đặt phần giữa túi hơi ngay trên đường đi của động mạch cánh tay, mép dưới của túi hơi cách nếp khuỷu tay từ 2,5 - 5cm.

- Cuộn dải băng nhẹ nhàng vừa đủ chặt vào cánh tay rồi cố định lại.
- Dùng máy đo HA đồng hồ sau khi cuộn dải băng xong mắc đồng hồ vào băng cuốn sao cho có thể nhìn thấy dễ dàng hoặc có thể đặt đồng hồ trên một mặt phẳng ở một vị trí có thể nhìn rõ. Dùng máy đo HA thủy ngân phải đặt ngay ngắn vững chắc trên một mặt phẳng, ở một vị trí có thể nhìn rõ cột chia độ.
- Vận van bơm khí theo chiều kim đồng hồ, vận vừa đủ để khi mở van dễ dàng.
- Mắc ống nghe vào tai để tai ống nghe hướng về phía trước.
- Đặt loa ống nghe lên trên động mạch cánh tay. Dùng đầu ngón tay cái và ngón trỏ để giữ loa ống nghe, để cho toàn bộ bề mặt của loa ống nghe luôn luôn tiếp xúc với da bệnh nhân.
- Bóp bóng bơm khí vào túi hơi cho đến khi không nghe thấy tiếng đập rồi bơm tiếp thêm 30mmHg nữa.
- Mở van từ từ để xả hơi sao cho áp lực hạ dần với tốc độ 2 - 3mmHg/giây; đồng thời chú ý nghe tiếng đập của mạch và quan sát số đo trên mặt đồng hồ hoặc cột thủy ngân.
- Ghi trị số HA tâm thu khi nghe thấy tiếng đập đầu tiên sau khoảng thời gian im lặng. Các tiếng đập sau to dần và rõ hơn trong khi vẫn tiếp tục xả hơi.
- Ghi trị số HA tâm trương khi nghe thấy tiếng đập cuối cùng. Trong trường hợp từ khoảng thời gian nghe thấy tiếng đập đầu tiên đến khi nghe thấy tiếng đập cuối cùng nếu nghe được tiếng đập có thay đổi rõ ràng về cường độ thì phải ghi trị số của HA vào thời điểm đó.
- Xả hết khí trong túi hơi ra sau khi đã xác định được HA tâm trương. Có thể mở van để khí xả ra nhanh.
- Tháo băng cuốn tay, cuốn lại cho gọn.
- Giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi chép, báo cáo kết quả. Ghi kết quả vào bảng và sổ theo dõi dấu hiệu sinh tồn. Báo cáo kết quả cho bác sĩ điều trị khi kết quả HA bất thường hoặc sau khi dùng thuốc HA đã trở lại bình thường.

3.4. Ghi kết quả huyết áp vào bảng theo dõi

- Ghi kết quả HA vào bảng theo dõi theo hai cách: theo phân số và dạng biểu đồ. Biểu đồ HA thường áp dụng khi phải theo dõi HA của bệnh nhân một cách thường xuyên, liên tục như trong gây mê, sau mổ, tình trạng sốc, chảy máu...
- Số đo HA gồm hai trị số, khi biểu diễn HA trên biểu đồ thường dùng ký hiệu đầu mũi tên xuống biểu thị HA tâm thu, đầu mũi tên lên biểu thị HA tâm trương.

- Dùng thước để kẻ đường nối giữa HA tâm thu với HA tâm thu lần đo trước và HA tâm trương với HA tâm trương lần đo trước để tiện việc theo dõi diễn biến, tiến triển của HA.

- Trong trường hợp nghe thấy tiếng đập có sự thay đổi rõ rệt về cường độ âm sắc trước khi mất hẳn thì phải ghi lại cả trị số ở thời điểm đó.

Ví dụ: HA tâm thu là 140mmHg.

Nghe được thay đổi cường độ âm sắc ở 95mmHg, mất hẳn ở 80mmHg.

Ghi huyết áp của bệnh nhân là: 140/95 - 80mmHg.

- Nếu kim đồng hồ hoặc thủy ngân đã tụt về vị trí số 0 mà vẫn nghe thấy tiếng đập thì phải ghi cả trị số lúc bắt đầu thay đổi cường độ âm sắc và cả trị số 0.

Ví dụ: 140/90 - 0mmHg.

- Khi nghỉ ngơi kết quả đo HA thì đo lại ở cánh tay khác, vị trí khác hoặc dùng máy khác. Nếu đo lại ở vị trí cũ thì phải đợi 30 phút sau.

- Khi đo HA lần đầu tiên cho bệnh nhân, phải xác định sơ bộ HA tâm thu bằng cách bắt mạch trong khi bơm khí vào túi hơi.

- Xác định sơ bộ HA: bắt mạch cánh tay ở ngay mép dưới túi hơi. Bóp bóng cao su bơm khí vào túi hơi cho đến khi không sờ thấy mạch. Ghi trị số áp lực trên đồng hồ hoặc cột thủy ngân ở thời điểm đó. Mở van xả hết khí ở trong túi hơi, sau đó đóng van lại đợi 1 - 2 phút mới tiến hành đo HA chính thức.

- Không đo HA nhiều lần ở một vị trí vì cho kết quả không chính xác.

- Nhiều trường hợp phải đo HA ở cả hai tay để so sánh. Đo HA ở đùi để so sánh với HA ở tay.

THEO DÕI NHỊP THỞ

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Động tác hô hấp

Hoạt động của các cơ hô hấp tạo nên các động tác hô hấp: động tác hít vào và động tác thở ra.

1.1.1. Động tác hít vào

- Hít vào thông thường: động tác hít vào thông thường xuất hiện do các cơ tham gia co lại làm tăng kích thước của lồng ngực theo ba chiều: chiều thẳng đứng, chiều trước sau và chiều ngang. Các cơ tham gia vào động tác hô hấp bao gồm:

- Cơ hoành: lõm lên phía lồng ngực theo hai vòm, khi cơ hoành co tạo thành mặt phẳng, đồng thời vòm hoành hạ thấp xuống làm tăng chiều thẳng đứng của lồng ngực.

- Các cơ liên sườn: ở tư thế nghỉ, xương sườn chếch ra phía trước và xuống dưới. Khi các cơ liên sườn co, các xương sườn chuyển sang tư thế nằm ngang, làm tăng đường kính trước sau và đường kính ngang của lồng ngực.

- Hít vào gắng sức: nếu cố gắng hít vào hết sức thì có thêm một số cơ nữa cũng tham gia vào động tác hít vào như: cơ ức đòn chũm, cơ ngực, cơ chéo là những cơ hít vào phụ. Khi cần phải huy động các cơ này, người hít vào hết sức có một tư thế rất đặc biệt, cổ hơi ngửa ra sau, hai cánh tay dang ra không cử động.

1.1.2. Động tác thở ra

- Động tác thở ra thông thường: các cơ hít vào ngừng co, lồng ngực trở về vị trí cũ dưới tác dụng của sức đàn hồi ngực phổi và sức chống đối của các tạng bụng. Kết quả là các xương sườn hạ xuống, cơ hoành lõm lên lồng ngực làm giảm dung tích của lồng ngực, đẩy không khí từ phổi ra ngoài.

- Động tác thở ra gắng sức: khi cố gắng thở ra hết sức có một số cơ được huy động thêm vào động tác này, chủ yếu là các cơ thành bụng.

1.2. Điều hòa chức năng hô hấp

1.2.1. Trung khu hô hấp

Hoạt động hô hấp được duy trì tự động, nhịp nhàng là do trung khu hô hấp ở hành não đều đặn phát ra các xung động làm cho các cơ hô hấp co, giãn theo tần số nhất định. Khi nhu cầu oxy của cơ thể tăng lên (trong lao động, vận động nặng...) đòi hỏi phải điều chỉnh hô hấp nhằm đáp ứng được nhu cầu oxy của cơ thể.

- Quá trình điều chỉnh hô hấp để thoả mãn nhu cầu oxy của cơ thể cũng như duy trì mức độ hoạt động đều đặn, nhịp nhàng chức năng hô hấp được gọi là điều hòa hô hấp.

- Ở người có hai trung khu hô hấp nằm ở hai bên hành não, bình thường chúng liên hệ ngang với nhau để điều chỉnh hoạt động hô hấp. Mỗi trung khu hô hấp gồm ba phần nhỏ:

- + Trung tâm hít vào.
- + Trung tâm thở ra.
- + Trung tâm điều chỉnh.

Trung khu hô hấp hoạt động có tính tự động, ở người bình thường lúc nghỉ ngơi nhịp thở trung bình trong một phút là 14 - 18 lần. Nhịp thở thay đổi theo giới, tuổi và theo mức độ của quá trình chuyển hóa trong cơ thể.

1.2.2. Điều hòa hoạt động các trung khu hô hấp

Có nhiều yếu tố tham gia điều hòa hoạt động của các trung khu hô hấp thông qua hai cơ chế: cơ chế hóa học, cơ chế ngoài hóa học. Các yếu tố sau đóng vai trò quan trọng trong điều hòa hoạt động các trung khu hô hấp:

- Khí carbonic (CO_2):

+ Khí CO_2 với nồng độ bình thường trong máu có tác dụng kích thích, duy trì hô hấp.

+ Khi nồng độ khí CO_2 tăng trong máu gây tăng phản xạ hô hấp.

+ Nồng độ CO_2 trong máu quá thấp sẽ gây ngừng thở.

- Khí oxy (O_2):

+ Khi phân áp oxy trong không khí thở xuống thấp dưới mức 60mmHg sẽ tác động lên trung khu hô hấp làm tăng thông khí, lúc đầu làm tăng độ sâu của thở, về sau làm tăng cả tần số thở.

+ Phân áp oxy thấp cũng tác động vào các cảm thụ hóa học của tiểu thể động mạch cảnh và quai động mạch chủ, qua đó làm trung khu hô hấp tăng tính miễn cảm CO_2 .

- Dây X: có vai trò trung gian quan trọng trong cơ chế tự duy trì hoạt động của trung tâm hô hấp, duy trì sự liên tục giữa hai thì hít vào và thở ra của động tác thở.

- Các trung tâm thần kinh:

+ Trung tâm nuốt: khi trung tâm nuốt hưng phấn sẽ ức chế hô hấp, do đó khi con người đang nuốt hoạt động hô hấp tạm ngừng.

+ Vùng dưới đồi: thay đổi nhiệt độ ở môi trường xung quanh tác động tới vùng dưới đồi gây những biến đổi hô hấp, tham gia điều hòa thân nhiệt.

- Vỏ não, hoạt động ý thức và xúc cảm:

+ Vỏ não có tác động quan trọng chi phối hoạt động tự động của trung khu hô hấp.

+ Trong trạng thái biểu hiện cảm xúc: cười, khóc, lo lắng, chán nản... hô hấp đều có những biến đổi.

2. NHỊP THỞ BÌNH THƯỜNG VÀ NHỮNG THAY ĐỔI VỀ NHỊP THỞ

2.1. Nhịp thở bình thường

- Nhịp thở bình thường: hô hấp êm dịu, đều đặn, không khí qua mũi từ từ và sâu.

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

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

Bảng 2.4: Tần số thở ở trẻ em.

Lứa Tuổi	Số lần thở trong một phút
Thời kỳ sơ sinh	40 - 60
Dưới 6 tháng	35 - 40
7 - 12 tháng	30 - 35
2 - 3 tuổi	25 - 30
4 - 6 tuổi	20 - 25
7 - 15 tuổi	18 - 20

- Kiểu thở:

+ Kiểu ngực trên: gặp ở phụ nữ, do phần trên của lồng ngực hoạt động mạnh hơn.

+ Kiểu sườn: gặp chủ yếu ở thiếu niên do xương sườn mềm dễ co giãn, lồng ngực giãn nở theo chiều ngang.

+ Kiểu hoành: gặp ở trẻ em và nam giới đã trưởng thành, cơ hoành đóng vai trò chủ yếu trong hô hấp, cơ liên sườn đóng vai trò thứ yếu.

2.2. Những thay đổi về nhịp thở

2.2.1. Thay đổi nhịp thở sinh lý

Trong trường hợp nhịp thở thay đổi nhưng cơ thể con người vẫn hoàn toàn khỏe mạnh gọi là thay đổi nhịp thở sinh lý.

- Nhịp thở nhanh: nhịp thở nhanh và sâu hơn bình thường gặp trong các trường hợp: sau lao động, thể dục thể thao, trời nắng, oi bức, xúc động.

- Nhịp thở chậm: một số người nhờ có tập luyện thể dục thể thao, tập khí công cơ thể khỏe mạnh, nhịp thở chậm hơn người bình thường.

- Do chủ ý của bản thân: nhịp thở cũng có thể chậm lại hoặc nhanh lên.

2.2.2. Thay đổi nhịp thở bệnh lý

Trong đa số các trường hợp bệnh lý nhịp thở thay đổi cả về tần số, biên độ, trong lâm sàng gọi là khó thở. Động tác thở trở nên nặng nề, bệnh nhân khó chịu, cần phải chú ý để thở, đó là dấu hiệu khó thở.

* Nhịp thở Cheyne - Stokes:

- Đặc điểm: khó thở và tạm ngừng thở luân chuyển nối tiếp nhau, mỗi chu kỳ khoảng một phút, chia làm hai thì:

+ Thì 1: ngừng thở chừng 15 - 20 giây do ức chế trung khu hô hấp.

+ Thì 2: bắt đầu thở nông, nhẹ, dần dần trở nên nhanh, sâu và mạnh. Sau đó lại chuyển thành nhẹ, nông rồi lại ngừng lại để bắt đầu một chu kỳ khác, do ngừng thở, nồng độ khí CO₂ tích lũy cao trong máu kích thích trung khu hô hấp.

- Hay gặp nhịp thở Cheyne - Stokes trong xuất huyết não, u não, nhiễm độc, ure huyết cao...

* Nhịp thở Kussmaul:

- Đặc điểm: hít vào sâu - ngừng thở ngắn - thở ra nhanh, sau đó ngừng thở kéo dài hơn rồi lại tiếp chu kỳ khác.

- Hay gặp nhịp thở Kussmaul trong hôn mê do đái tháo đường.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DÕI NHỊP THỞ

3.1. Nguyên tắc chung

- Trước khi đếm nhịp thở, bệnh nhân nằm nghỉ yên tĩnh 15 phút.

- Không đếm nhịp thở khi bệnh nhân vừa mới tiêm hoặc uống các thuốc kích thích hô hấp.

- Đếm nhịp thở đúng quy trình kỹ thuật, theo đúng y lệnh về ngày, giờ.

- Ghi kết quả vào sổ theo dõi hoặc bảng theo dõi rõ ràng, chính xác.

- Trường hợp có bất thường: nhịp thở nhanh, chậm, cơn ngừng thở... phải báo cho bác sĩ để kịp thời xử lý.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Đồng hồ: bấm giây, đồng hồ cát hay đồng hồ đeo tay có kim giây.
- Bút chì màu đen.
- Bảng theo dõi hoặc sổ theo dõi.

3.3. Thực hành kỹ thuật

- Bệnh nhân nằm ngửa trên giường, tay để trên ngực.
- Điều dưỡng viên cầm tay bệnh nhân kiểu như bắt mạch rồi quan sát, mỗi lần bàn tay của bệnh nhân nâng lên rồi hạ xuống là một nhịp thở. Với trẻ em, có thể đếm nhịp thở bằng cách quan sát di động của các cơ hô hấp.
- Đếm nhịp thở trong thời gian một phút.
- Không để cho bệnh nhân biết đang đếm nhịp thở vì bệnh nhân có thể chủ động làm thay đổi nhịp thở.
- Khi đếm nhịp thở, cần quan sát biểu hiện tím tái da và niêm mạc ở bệnh nhân, đặc biệt ở môi và đầu chi.
- Ghi kết quả và mô tả những điểm bất thường về nhịp thở:
 - + Độ sâu của thở: bệnh nhân thở nông, sâu hay bình thường.
 - + Nhịp điệu: đều, không đều.
 - + Có biểu hiện khó thở, co kéo các cơ hô hấp, tím tái hay không?

4. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN KHÓ THỞ

Chăm sóc, điều trị cơn khó thở có thể khác nhau tùy theo nguyên nhân gây khó thở và theo mệnh lệnh của bác sĩ. Tuy nhiên, trong khi chờ đợi mệnh lệnh của bác sĩ, điều dưỡng cần làm ngay một số việc sau:

- Động viên an ủi bệnh nhân.
- Để bệnh nhân nằm ở tư thế thích hợp:
 - + Tư thế nửa nằm, nửa ngồi.
 - + Tư thế ngửa thẳng đầu thấp.
- Nới bớt quần áo, khăn quàng cổ.
- Cho bệnh nhân thở oxy nếu có chỉ định.
- Hút thông đường hô hấp.
- Mở cửa phòng bệnh cho thoáng, tránh gió lùa.
- Khẩn trương thực hiện đầy đủ các y lệnh của bác sĩ.

THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG

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

Trong thời gian lâm bệnh, số giờ bệnh nhân nằm nghỉ tại giường bệnh trong ngày bao giờ cũng nhiều hơn so với khi còn khỏe.

Một số bệnh nhân do tình trạng bệnh lý phải nằm bất động tại giường, mọi hoạt động của bệnh nhân, chăm sóc điều dưỡng, điều trị đều thực hiện trên giường bệnh. Vì vậy, giường bệnh rất quan trọng đối với bệnh nhân.

1.1. Giường bệnh

1.1.1. Giường thông thường, cố định

Giường thông thường, cố định làm bằng các chất liệu khác nhau như giường gỗ, giường sắt, giường inox. Chân giường không có bánh xe; giát giường làm bằng gỗ, kim loại, thường có bậc để nâng cao 1/3 phía đầu giường khi cần. Kích thước giường bệnh: chiều dài 1,8 - 2m; chiều rộng 0,8 - 1,0m; chiều cao 0,5m.

1.1.2. Giường hiện đại, đa năng

Chân giường có bánh xe bọc cao su để dễ di chuyển, hai bên thành giường có thành chắn di động để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Các tay quay hoặc các nút bấm tự động để điều chỉnh độ cao, điều chỉnh các phần giường, độ nghiêng của giường cho phù hợp với tình trạng bệnh lý của bệnh nhân.

Các thiết bị như gọi cấp cứu, báo động, yêu cầu chăm sóc, điều chỉnh phương tiện nghe nhìn... cũng có thể lắp đặt trên giường bệnh nhân.

1.2. Trang bị cần thiết để trải giường

- Đệm giường: có các loại đệm cao su, đệm mút, đệm hơi, đệm nước. Đệm giường bệnh nhân phải nhẵn, nhẹ, có vỏ bọc bền, dễ vệ sinh.

- Vải trải giường: kích thước dài 3m, rộng 2m, màu trắng, dễ giặt là và tiện lợi khi hấp, sấy tiệt khuẩn.

- Tấm nilon, vải sơn kích thước 1,5 - 0,8m.

- Chân, vỏ chân, gối, vỏ gối, màn.

2. QUY ĐỊNH CHUẨN BỊ GIƯỜNG BỆNH

2.1. Quy định chung

- Không được dùng vải đã rách.
- Không được gài kim vào các mảnh vải.
- Không sử dụng vải trải giường vào các mục đích khác.
- Kiểm tra kỹ đồ vải trước khi thay, bệnh nhân có thể để đồ vật, tiền, đồ trang sức... trong gối hay dưới vải trải giường.

2.2. Đảm bảo vô khuẩn

- Không rũ tung vải trải giường khi thực hành kỹ thuật.
- Không để đồ vải chạm vào quần áo người thực hành thủ thuật.
- Bỏ đồ vải vào túi đựng, không vứt đồ vải bẩn ra sàn nhà.
- Đặt túi đựng đồ bẩn cách xa giường bệnh.

2.3. Đảm bảo kỹ thuật, thẩm mỹ

- Vải trải phẳng, căng dưới đệm.
- Trải vải lót lên trên tấm nilon, không để bệnh nhân nằm trực tiếp lên tấm nilon.
- Trải xong một bên giường rồi mới chuyển sang bên đối diện.

3. KỸ THUẬT TRẢI GIƯỜNG

3.1. Kỹ thuật trải giường kín

Chuẩn bị giường sau khi đã vệ sinh buồng bệnh, giường được trải kín là giường đợi bệnh nhân.

- Chuẩn bị điều dưỡng:
 - + Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.
 - + Rửa tay thường quy, đi găng tay.
- Chuẩn bị dụng cụ:
 - + Vải trải gấp dọc mặt trái ra ngoài; vải lót, nilon gấp ngang, mặt trái ra ngoài; chân gấp dọc; gối, vỏ gối, vỏ chăn, màn.
 - + Sắp xếp dụng cụ theo thứ tự sử dụng.
- Thực hành kỹ thuật:
 - + Để đồ vải lên xe, đẩy đến giường bệnh nhân, điều chỉnh giường cho ngay ngắn.
 - + Đặt vải trải lên 1/4 về phía đầu giường, sau đó trải đều trên mặt đệm.

+ Gấp đầu vải thừa bọc lấy hai đầu đệm, gấp góc, giắt phần vải thừa hai bên xuống dưới đệm; sang bên kia giường gấp góc phía đầu giường và cuối giường, giắt phần thừa xuống dưới đệm.

+ Trải nilon, vải lót lên 1/3 giữa giường, kéo căng, giắt phần thừa một bên xuống dưới đệm; sang bên kia giường kéo căng nilon, vải lót và giắt phần thừa xuống dưới đệm.

+ Đặt chân bằng đầu đệm phía đầu giường, trải kín giường, giắt phần chân còn lại phía cuối giường xuống dưới đệm, mép chân ở hai bên giường buông thông.

+ Đặt gối lên đầu giường, xếp đặt ghế, tủ đầu giường gọn gàng.

3.2. Kỹ thuật trải giường mở

3.2.1. Giường mở nội khoa

Giường mở nội khoa là giường đã chuẩn bị xong, chăn gấp làm 3 nếp về phía cuối giường.

- Chuẩn bị điều dưỡng:

+ Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.

+ Rửa tay thường quy, đi găng tay.

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Vải trải gấp theo chiều dọc, mặt trái ra ngoài.

+ Nilon, vải lót gấp theo chiều ngang mặt trái ra ngoài.

+ Chăn gấp theo chiều dọc, gối, vỏ gối, màn, vỏ chăn.

- Thực hành kỹ thuật:

+ Để đồ vải lên ghế hoặc xe đẩy theo thứ tự sử dụng, đẩy xe đến giường bệnh điều chỉnh giường, kéo đệm ngay ngắn.

+ Đặt vải trải lên 1/4 về phía đầu giường, sau đó trải đều trên mặt đệm, gấp đầu vải thừa bọc lấy hai đầu đệm, gấp góc giắt phần thừa hai bên ở giữa giường xuống dưới đệm.

+ Trải nilon, vải lót lên 1/3 giữa giường, giắt phần thừa một bên xuống dưới đệm sau đó sang bên kia giường kéo căng nilon, vải lót và giắt phần thừa còn lại xuống dưới đệm.

+ Đặt chân bằng đầu đệm phía đầu giường, trải kín giường rồi giắt phần chân còn lại phía cuối giường xuống dưới đệm.

+ Gấp chân làm 3 nếp về phía cuối giường, mép chân ở hai bên giường buồng thông.

+ Đặt gối lên đầu giường, xếp đặt ghế, tủ đầu giường gọn gàng.

3.2.2. Giường mở ngoại khoa

Giường mở ngoại khoa là giường đã chuẩn bị xong, chân được gấp làm 3 nếp về phía cạnh giường.

- Chuẩn bị điều dưỡng:

+ Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.

+ Rửa tay thường quy, đi găng tay.

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Vải trải gấp theo chiều dọc, mặt trái ra ngoài.

+ Hai nilon, hai vải lót gấp theo chiều ngang, mặt trái ra ngoài.

+ Chân gấp theo chiều dọc, gối, màn, khay quả đậu, gạc hoặc khăn lau.

+ Sắp xếp dụng cụ theo thứ tự sử dụng.

- Thực hành kỹ thuật:

+ Đưa dụng cụ đến giường bệnh và điều chỉnh giường ngay ngắn.

+ Đặt vải trải lên 1/4 về phía đầu giường, sau đó trải đều trên mặt đệm.

+ Gấp đầu vải bọc lấy hai đầu đệm, gấp góc, giắt phần thừa hai bên ở giữa giường xuống dưới đệm, sau đó sang bên kia giường gấp góc phía đầu giường và cuối giường giắt phần thừa xuống dưới đệm.

+ Trải nilon, vải lót 1/3 giữa giường, kéo căng, giắt phần thừa một bên xuống dưới đệm, vòng sang bên đối diện giắt phần thừa còn lại xuống dưới đệm.

+ Trải vải nilon, vải lót 1/3 về phía đầu giường, kéo căng, giắt phần thừa xuống dưới đệm rồi sang bên đối diện giắt phần thừa còn lại xuống dưới đệm.

+ Đặt chân cách đầu đệm 25 - 30cm phía đầu giường và trải kín giường, gấp phần thừa của chân ở phía cuối giường ngược lên trên, sau đó giắt phần chân thừa xuống dưới đệm.

+ Gấp chân làm 3 nếp về phía cạnh giường và đặt gối lên đầu giường.

+ Đặt khay quả đậu, gạc hoặc khăn lau miệng lên đầu giường hoặc lên tủ đầu giường. Xếp đặt ghế, tủ đầu giường gọn gàng.

4. KỸ THUẬT THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG CÓ BỆNH NHÂN

Bệnh nhân có thể ra khỏi giường bệnh, điều dưỡng giúp bệnh nhân khi cần thiết. Những trường hợp bệnh nhân bất động, nằm liệt giường, thời gian thay vải trải giường cho bệnh nhân phụ thuộc vào tình trạng bệnh lý, quy định của bệnh viện. Tuy nhiên khi đổ vải trên giường bệnh bẩn, ướt phải thực hiện thay vải trải giường ngay.

4.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Giải thích cho bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân trước khi thực hành kỹ thuật.

4.2. Chuẩn bị điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy, đi găng tay.

4.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Vải khoác gấp theo kiểu đèn xếp.
- Vải trải gấp theo chiều dọc mặt trái ra ngoài.
- Nilon, vải lót gấp theo chiều ngang mặt trái ra ngoài.
- Chân gấp kiểu đèn xếp, gối hoặc vỏ gối, găng tay, túi đựng đồ bẩn.
- Sắp xếp dụng cụ theo thứ tự sử dụng.

4.4. Thực hành kỹ thuật

- Để đồ vải lên ghế hoặc xe đẩy, đẩy xe đến giường bệnh, tắt quạt và đóng cửa tránh gió lùa.
- Điều dưỡng mang găng, kéo bỏ chăn thay bằng vải khoác phủ kín bệnh nhân, sau đó chuyển bệnh nhân về một bên giường.
- Tháo vải lót, nylon, vải trải 1/2 giường cuộn lại dưới lưng bệnh nhân (mặt phải vào trong).
- Đặt vải trải 1/4 giường và kéo kín 1/2 giường rồi cuộn phần trên xuống dưới lưng bệnh nhân (mặt phải vào trong).
- Gấp hai đầu vải thừa bọc lấy đầu đệm, gấp góc giặt phần vải thừa xuống dưới đệm.
- + Trải nylon, vải lót vào 1/3 giữa giường cuộn phần trên xuống dưới lưng bệnh nhân (mặt phải vào trong), giặt phần thừa dưới đệm.

- Nâng đầu bệnh nhân để thay gối.
- Chuyển bệnh nhân sang phía giường đã trải.
- Sang bên kia giường, tháo vải bẩn cho vào túi đựng đồ bẩn.
- Kéo phẳng phần vải trải bọc lấy hai đầu đệm, gấp góc, giặt phần vải thừa xuống dưới đệm.
- Kéo căng nilon, vải lót, giặt phần thừa xuống dưới đệm.
- Giúp bệnh nhân nằm lại giữa giường, thay vải khoác bằng chân.
- Gấp một nếp chắn ngang gối bệnh nhân, giặt phần thừa hai bên giường xuống đệm.
- Sắp xếp ghế, tủ đầu giường cho ngăn nắp.

4.5. Thu dọn dụng cụ

- Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, tháo găng tay.
- Vải bẩn chuyển đi xử lý theo quy định.
- Ghi hồ sơ:
- + Thời gian chuẩn bị giường.
- + Điều dưỡng ký tên.

TƯ THẾ NGHỈ NGƠI TRỊ LIỆU THÔNG THƯỜNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nhân có tổn thương một hay nhiều cơ quan, mức độ bệnh nặng nhẹ khác nhau thường có nhu cầu về tư thế nghỉ ngơi thuận tiện thoải mái để tránh được các biến chứng của bệnh, phục vụ chẩn đoán, điều trị và chăm sóc bệnh nhân có kết quả tốt nhất.

Tư thế nghỉ ngơi trị liệu phụ thuộc vào tình trạng bệnh lý của bệnh nhân, nhưng có một số tư thế thường áp dụng trong thời gian bệnh nhân nằm viện.

2. TƯ THẾ NGHỈ NGƠI, TRỊ LIỆU

2.1. Tư thế nằm ngửa thẳng

- Chỉ định: sau ngất, sốc, choáng váng, chóng mặt.
- Chống chỉ định: bệnh nhân hôn mê, nôn nhiều.
- Chuẩn bị bệnh nhân: giải thích và hướng dẫn cho bệnh nhân những việc cần làm.
- Chuẩn bị dụng cụ:
 - + Gối: gối cứng, gối mềm, gối hình trụ...
 - + Vòng đệm chống loét: vòng cao su bơm hơi, vòng bông...
- Thực hành kỹ thuật:
 - + Đặt bệnh nhân nằm thẳng lưng, đầu không có gối, hai chân duỗi thẳng, bàn chân vuông góc với cẳng chân.
 - + Đặt gối mềm hai bên sườn bệnh nhân.

2.2. Tư thế nằm ngửa đầu cao

- Chỉ định: bệnh đường hô hấp, bệnh tim, giai đoạn dưỡng bệnh, người già.
- Chống chỉ định: hôn mê, sau gây mê, rối loạn cảm giác nuốt, tăng tiết đàm dãi, khạc đờm khó.
- Thực hành kỹ thuật:
 - + Đặt bệnh nhân nằm ngửa, nâng nhẹ đầu bệnh nhân lên, kê gối dưới đầu và vai bệnh nhân.
 - + Đặt vòng chống loét dưới mông khi bệnh nhân nằm dài ngày.

2.3. Tư thế nằm ngửa, đầu thấp nghiêng về một bên

- Chỉ định: sau xuất huyết não để phòng ngất, sốc; sau chọc tuỷ sống, lao đốt sống cổ, kéo duỗi xương đùi.

- Chống chỉ định: hen phế quản, hôn mê,...

- Thực hành kỹ thuật:

Đặt bệnh nhân nằm, đầu không có gối, nâng cao phía chân giường theo chỉ định hoặc kê cao 2 cẳng chân bằng gối to kê gối dưới vai bệnh nhân.

2.4. Tư thế nửa nằm nửa ngồi (tư thế Fowler)

- Chỉ định: sau phẫu thuật bụng, khó thở, hen phế quản, bệnh tim.

- Chống chỉ định: rối loạn cảm giác ruột, hôn mê, sau gây mê.

- Thực hành kỹ thuật:

+ Người phụ tá nâng bệnh nhân ngồi, giữ bệnh nhân.

+ Điều dưỡng nâng cao phía đầu giường $40 - 45^{\circ}$ so với mặt giường; đặt gối và đỡ bệnh nhân nằm xuống. Có thể dùng gối to, dày để đỡ bệnh nhân khi giường không có giá đỡ.

+ Đặt gối cứng cuối giường để bệnh nhân tỳ gan bàn chân.

+ Đặt bàn nhỏ lên giường, để một gối nhỏ lên mặt bàn để bệnh nhân đặt tay.

+ Lót vòng đệm chống loét dưới mông khi bệnh nhân cần giữ tư thế Fowler dài ngày.

2.5. Tư thế nằm sấp

- Chỉ định: loét ép vùng lưng, vùng cùi chỏ.

- Chống chỉ định: bệnh nhân có thai, tổn thương lồng ngực, hôn mê.

- Thực hành kỹ thuật:

+ Người phụ tá đứng bên giường đối diện, giữ chân bệnh nhân.

+ Điều dưỡng đặt bệnh nhân nằm ngửa sát bên giường đối diện, đặt tay lên bả vai, mông bệnh nhân, lật nghiêng bệnh nhân về phía mình, đặt bệnh nhân nằm sấp, đầu nghiêng về một bên, đặt gối mềm kê một bên mặt, để hai tay bệnh nhân lên gối phía đầu.

2.6. Tư thế nằm nghiêng phải hoặc nghiêng trái

- Chỉ định: viêm màng phổi, mổ thận, mổ đại tràng, nghỉ ngơi.

- Chống chỉ định: bệnh nhân có sốc, bệnh cột sống, suy hô hấp.

- Thực hành kỹ thuật:

+ Sau khi nhận định màng phổi viêm, thực hành để bệnh nhân nằm nghiêng về phía bệnh lý.

- + Người phụ tá đứng bên giường phía đối diện giữ bệnh nhân.
- + Điều dưỡng đặt bệnh nhân nằm ngửa, sát với người phụ tá, hai tay đỡ vai và mông bệnh nhân, lật bệnh nhân nghiêng về phía mình, đặt gối đầu, chân trên co nhiều, chân dưới co ít hoặc duỗi thẳng, không để hai chân đè lên nhau.

2.7. Một số tư thế nghỉ ngơi trị liệu lồng ngực

2.7.1. Tư thế nằm sấp nghiêng 1/4

- Bệnh nhân viêm thùy phải trên, phân thùy sau của phổi.
- Đặt bệnh nhân nằm sấp, hai tay đỡ vai và vùng mông, nhẹ nhàng nâng bệnh nhân nghiêng trái.
- Người phụ tá đặt gối ở vùng ngực bụng, một gối mỏng ở vùng má tỳ xuống giường của bệnh nhân.

- Nếu tổn thương thùy trái trên, phân thùy sau thì ngược lại.

2.7.2. Tư thế nằm ngửa, kê gối dưới mông

- Bệnh nhân viêm thùy phải và trái dưới, các phân thùy đáy trước phổi.
- Bệnh nhân nằm ngửa.
- Điều dưỡng một tay đỡ thắt lưng, một tay đỡ đùi, nhẹ nhàng nâng bệnh nhân, người phụ tá luồn gối dưới mông nâng đến độ cao theo chỉ định.

2.7.3. Tư thế nằm sấp thẳng ngửa, kê gối dưới bụng và chân

- Bệnh nhân nằm sấp, đầu nghiêng về một bên.
- Luồn gối dưới bụng và bàn chân bệnh nhân.

2.7.4. Tư thế nằm nghiêng, kê gối dưới mông

- Bệnh nhân viêm thùy phải hoặc trái dưới phân thùy bên phải.
- Bệnh nhân nằm nghiêng, người phụ tá luồn tay xuống thắt lưng và mông nâng mông bệnh nhân, điều dưỡng luồn gối dưới mông bệnh nhân.

3. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRONG TƯ THẾ NGHỈ NGƠI TRỊ LIỆU

- Sau khi thực hành kỹ thuật phải nhận định tình trạng bệnh nhân.
- Theo dõi, đặc biệt là theo dõi nhịp thở để phòng tránh khó thở, suy hô hấp.
- Thay đổi tư thế bệnh nhân 2 giờ/lần.
- Giúp đỡ bệnh nhân trong ăn uống, vệ sinh cá nhân hàng ngày và khi cần.
- Thực hiện các biện pháp phòng chống loét cho bệnh nhân.

KỸ THUẬT CHO BỆNH NHÂN UỐNG THUỐC

1. ĐẠI CƯƠNG

Đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân theo đường uống là kỹ thuật điều dưỡng thường được sử dụng nhất trong thực hành chăm sóc điều dưỡng. Thuốc đưa vào cơ thể theo đường uống có ưu thế là thực hiện dễ dàng, ít có tai biến, nhưng cũng có nhược điểm là dễ bị dịch dạ dày phân huỷ và hấp thu vào máu chậm, cũng có thể gây tổn thương đường tiêu hoá, phản ứng toàn thân.

1.1. Chỉ định, chống chỉ định

- Chỉ định:

- + Bệnh nhân có thể uống được.
- + Thuốc không bị dịch tiêu hóa phá hủy, giảm tác dụng.

- Chống chỉ định:

- + Bệnh nhân hôn mê.
- + Bệnh nhân nôn liên tục.
- + Bệnh nhân bị bệnh ở thực quản.
- + Bệnh nhân tâm thần không chịu uống thuốc.

1.2. Bệnh nhân uống thuốc đặc biệt

Bệnh nhân có chỉ định uống một số thuốc đặc biệt như:

- Digitalin: phải đếm mạch trước khi uống.
- Aspirin: phải uống lúc no, sau khi ăn và không uống chung với các loại thuốc có tính kiềm.
- Thuốc có tính acid làm hại men răng: cần pha loãng và cho bệnh nhân uống qua ống hút.
- Mùi vị một số thuốc có thể gây nôn: nên cho bệnh nhân ngậm nước đá trước khi uống vài phút.
- Thuốc pha trong dầu: sau khi uống xong cho bệnh nhân uống nước chanh hay nước cam.

2. THỰC HÀNH KỸ THUẬT

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Giải thích cho bệnh nhân yên tâm, căn dặn bệnh nhân những điều cần thiết.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc

Dụng cụ và thuốc đựng trong khay sạch hay xe đẩy, gồm có:

- Thuốc theo chỉ định: thuốc viên, thuốc nước, thuốc nhỏ giọt hay thuốc bột.
- Cốc đựng thuốc.
- Cốc đựng nước uống.
- Bình đựng nước uống.
- Dụng cụ đo lường: cốc chia độ, thìa canh, thìa cà phê, ống đếm giọt.
- Dao cưa, ống hút thuốc.
- Phiếu cho thuốc.
- Túi giấy hay khay quả đậu.
- Gạc sạch, khăn lau mặt.

2.3. Thực hành kỹ thuật

- Điều dưỡng viên rửa tay.
- Xem lại y lệnh điều trị và phiếu điều trị.
- Cho bệnh nhân uống thuốc cùng với điều dưỡng khác để tránh nhầm lẫn.

Kiểm tra nhãn thuốc lần thứ nhất và lấy thuốc.

- Cách lấy thuốc:

+ Lấy thuốc viên: thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu trong quá trình lấy thuốc.

. Đọc nhãn thuốc.

. Mở nắp lọ thuốc.

. Tay phải cầm lọ thuốc, tay trái cầm nắp lọ hoặc cốc để hứng thuốc.

. Dùng thìa đếm đủ số lượng thuốc cần lấy theo y lệnh, cho vào cốc hoặc giấy; không dùng tay bốc thuốc.

. Đọc nhãn thuốc để kiểm tra lại.

. Trả lọ thuốc vào chỗ cũ.

+ Lấy thuốc nước:

. Cầm chai, lọ thuốc kiểm tra nhãn.

. Tay phải cầm lọ thuốc nắp lọ thuốc lên trên để khỏi ướt khi rót thuốc.

. Tay trái mở nắp lọ để ngửa trên mặt bàn, cầm cốc đựng thuốc đưa ngang với tầm nhìn, đầu ngón tay cái để ngang mức số lượng thuốc cần lấy theo chỉ định và

rót thuốc, không để miệng chai chạm vào miệng cốc. Lau sạch miệng chai thuốc bằng miếng gạc sạch, đậy nắp lại và trả chai thuốc về vị trí cũ.

+ Lấy thuốc giọt:

. Cho một ít nước đun sôi để nguội vào cốc để làm loãng thuốc, tay phải cầm thẳng ống hút đưa đầu ống hút vào lọ thuốc và hút thuốc, rồi nhỏ từng giọt cẩn thận vào cốc theo chỉ định, khi đếm giọt phải tập trung, đếm đúng số giọt.

. Động viên và giải thích để bệnh nhân an tâm và chịu uống thuốc.

. Đỡ bệnh nhân ngồi hoặc nằm tư thế đầu cao để dễ uống và dễ nuốt thuốc.

. Đưa thuốc và nước cho bệnh nhân uống. Sau khi bệnh nhân uống thuốc, lau miệng cho bệnh nhân và giúp bệnh nhân nằm tư thế thoải mái.

. Bệnh nhân là trẻ nhỏ: phải hòa tan thuốc theo dạng nước, có thể hòa thêm một ít đường để trẻ dễ uống.

. Bé trẻ nằm ngửa đầu hơi cao áp sát vào người; dùng thìa cà phê lấy thuốc đặt sát miệng trẻ ở giữa hoặc phía cạnh má; đổ từ từ thuốc vào miệng để trẻ uống; tráng lại bằng ít nước sôi để nguội, lau miệng cho khô sạch.

- Thu dọn dụng cụ:

+ Thu dọn những dụng cụ cần tiệt khuẩn như cốc uống thuốc, uống nước, thìa...

+ Trả phiếu thuốc vào ô cũ hay để vào ô giờ cho thuốc lần sau.

2.4. Ghi vào hồ sơ ngày giờ cho bệnh nhân uống thuốc

- Tên thuốc, số lượng và cách cho uống, phản ứng với thuốc.

- Những trường hợp không thực hiện cho bệnh nhân uống thuốc được như bệnh nhân vắng mặt, từ chối không uống, bệnh nhân nôn.

- Ghi rõ họ tên người thực hiện kỹ thuật cho bệnh nhân uống thuốc.

- Trong thực tế lâm sàng, những bệnh nhân không uống được thuốc do tình trạng bệnh lý, thuốc được nghiền nhỏ, hoà loãng với nước bơm qua ống thông dạ dày.

3. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

3.1. Tai biến, biến chứng do kỹ thuật

- Bệnh nhân nghẹn, sặc: thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi, trẻ em, bệnh nhân yếu, suy kiệt. Xử trí: đặt bệnh nhân nằm nghiêng, hút thông đường hô hấp, dùng kim mở miệng kiểm tra lấy thuốc ra ngoài. Nếu nghẹn thuốc, có thể cho bệnh nhân uống thử nước để thuốc trôi xuống dạ dày.

- Bệnh nhân nôn sau khi uống thuốc: động viên, giải thích cho bệnh nhân, báo cho bác sĩ để có thể thay đổi đường đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân (đường tiêm, truyền tĩnh mạch) hoặc thay thuốc khác.

4.2. Tai biến, biến chứng do thuốc

- Viêm niêm mạc miệng, viêm loét dạ dày, viêm gan do thuốc.
- Dị ứng, nổi mề đay sau khi uống thuốc do dị ứng với thuốc.
- Xuất huyết đường tiêu hoá do thuốc corticoid, aspirin.
- Huyết tán: ở những bệnh nhân thiếu men G - 6 - PD sau khi dùng các thuốc có tính oxy hoá khử mạnh như quimin thường gây huyết tán.
- Để phòng: hỏi kỹ tiền sử dị ứng thuốc trước khi cho bệnh nhân uống thuốc; nghiên cứu kỹ hướng dẫn sử dụng thuốc.

KỸ THUẬT DÙNG THUỐC TẠI CHỖ

1. KỸ THUẬT DÙNG THUỐC NHỎ TẠI VÀ RỬA TẠI

1.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Thuốc nhỏ theo chỉ định.
- Quả bóp cao su, ống thuốc nhỏ giọt.
- Tấm nilon.
- Bông cầu.
- Khay quả đậu.

1.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân về mục đích của kỹ thuật để bệnh nhân yên tâm.
- Bệnh nhân ngồi hoặc nằm, đầu nghiêng về bên tai lành.

1.3. Thực hành kỹ thuật

1.3.1. Nhỏ thuốc vào tai

- Điều dưỡng rửa tay.
- Tay phải cầm ống thuốc nhỏ giọt.
- Tay trái kéo vành tai lên trên và ra sau, nhỏ vài giọt thuốc vào thành ống tai, không nhỏ thẳng vào màng nhĩ kéo nhẹ vài lần vành tai cho thuốc dễ vào.
- Dặn bệnh nhân giữ đầu ở tư thế đó vài phút.
- Lấy bông cầu nút tai lại để thuốc không chảy ra ngoài.
- Đỡ bệnh nhân ngồi dậy.

1.3.2. Rửa tai

Quàng tấm nilon lên vai bệnh nhân, để đầu nghiêng về phía bên tai cần rửa, nhờ bệnh nhân cầm khay quả đậu hứng nước bắn dưới tai, nếu bệnh nhân còn nhỏ thì có người phụ.

- Điều dưỡng tay phải cầm quả bóp có ống hút.
- Tay trái dùng ngón trỏ và ngón cái kéo vành tai lên trên hoặc kéo dãi tai xuống dưới.
- Bơm nước từ từ vào thành ống tai ngoài, bơm đều và nghỉ cất quăng, không được bơm quá nhanh làm bệnh nhân có thể chóng mặt hay nhức đầu.
- Sau khi rửa xong dùng bông lau khô ống tai và vành tai bệnh nhân.

2. DÙNG THUỐC NHỎ VÀ LAU MẮT, RỬA MẮT

2.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Thuốc nước, thuốc mỡ theo chỉ định.
- Miếng gạc vô khuẩn.
- Bông hấp thấm nước.
- Khay quả đậu.
- Dung dịch để rửa mắt: dung dịch muối 14%, natri hydrocarbonat 22%, thuốc tím pha loãng 0,25%, dung dịch Boric.

2.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích để bệnh nhân yên tâm, phối hợp thực hành kỹ thuật.
- Bệnh nhân nằm ngửa hoặc ngồi trên ghế tựa, đầu tựa vào thành ghế.

2.3. Thực hành kỹ thuật

2.3.1. Nhỏ thuốc mắt

- Điều dưỡng rửa tay.
- Tay trái cầm miếng gạc kéo mi mắt dưới xuống.
- Tay phải cầm ống thuốc nhỏ 2 giọt thuốc vào niêm mạc mi dưới, nhỏ vào niêm mạc nhãn cầu, rồi thả tay ở mi mắt ra.
- Bảo bệnh nhân nhắm mắt lại, lấy bông vô khuẩn thấm thuốc tràn ra ngoài mắt.

2.3.2. Tra thuốc mỡ

Tay trái kéo mi mắt dưới xuống, tay phải cầm ống thuốc bóp một lượng thuốc vừa đủ bằng hạt thóc vào niêm mạc mi dưới, chờ một chút cho thuốc mỡ tan rồi thả tay ở mi mắt ra.

2.3.3. Lau mắt

Dùng bông vô khuẩn thấm vào nước chín để nguội hoặc nước muối sinh lý 9‰; lau mi mắt từ trong ra ngoài hoặc từ ngoài vào trong, lau xong một mắt lấy bông khác lau tiếp mắt thứ hai. Không lau hai mắt cùng một miếng bông.

2.3.4. Rửa mắt

- Bệnh nhân nằm, đầu nghiêng sang bên cần rửa.
- Đặt khay quả đậu dưới mắt.
- Dùng quả bóp hút dung dịch để bơm rửa mỗi mắt 2 - 3 lần.
- Lấy gạc vô khuẩn lau sạch và bảo bệnh nhân nhắm mắt lại.

3. DÙNG THUỐC NHỎ MŨI

3.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Thuốc nước có ống nhỏ giọt.
- Hoặc tuýp thuốc mỡ theo chỉ định.

3.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích hướng dẫn bệnh nhân phối hợp thực hành kỹ thuật.
- Bệnh nhân nằm hoặc ngồi trên ghế tựa ngửa đầu ra sau.

3.3. Thực hành kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay.
- Tay trái giữ đầu bệnh nhân.
- Tay phải cầm ống thuốc nhỏ giọt.
- Nhỏ 2 - 3 giọt vào thành bên của mũi.
- Sau đó bóp nhẹ cánh mũi để thuốc ngấm đều.

Thuốc theo chỉ định là thuốc mỡ: cho vào mỗi bên mũi một ít thuốc bằng hạt thóc, nhắc bệnh nhân hít nhẹ từ từ, không được hít mạnh làm thuốc xuống họng.

4. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

4.1. Nhiễm khuẩn

Nếu không tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn - tiết khuẩn sẽ gây ra:

- Viêm kết mạc mắt, viêm mũi, viêm tai do vi khuẩn.
- Virus viêm gan B, C, HIV dễ dàng xâm nhập vào cơ thể bệnh nhân qua niêm mạc mắt, mũi và da tai bị tổn thương.

4.2. Do thuốc

- Dị ứng với thuốc.
- Xuất huyết dưới kết mạc, giảm thị lực, thính lực do sử dụng thuốc không đúng chỉ định, thực hành kỹ thuật không đúng quy trình.

KỸ THUẬT TIÊM THUỐC

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Tiêm thuốc là dùng bơm, kim tiêm bơm những thuốc dạng dung dịch hòa tan trong nước, trong dầu hoặc dưới dạng hỗn dịch vào cơ thể qua đường trong da, dưới da, bắp thịt, tĩnh mạch vào trong các khoang thanh mạc, ống sống...

Đưa thuốc vào cơ thể qua đường tiêm thường có tác dụng nhanh hơn khi đưa vào bằng đường uống.

1.2. Chỉ định tiêm thuốc

- Trong trường hợp cấp cứu: cần có hiệu quả nhanh của thuốc, đặc biệt là tiêm tĩnh mạch, thuốc tiêm trực tiếp vào mạch máu có tác dụng nhanh nhất.
- Trong trường hợp bệnh nhân không uống được hoặc không nuốt được:
 - + Bệnh nhân hôn mê, nôn liên tục, bệnh nhân bị bệnh ở thực quản...
 - + Bệnh nhân tâm thần không chịu uống thuốc.
- Những thuốc không có chỉ định uống hoặc không nên uống:
 - + Thuốc uống có tác dụng không tốt đến đường tiêu hóa: uống kháng sinh trong trường hợp bệnh nhân đã bị loạn khuẩn đường ruột.
 - + Thuốc uống không được hấp thụ tốt do đường tiêu hóa của bệnh nhân bị tổn thương, thuốc gây tổn thương đường tiêu hóa.
 - + Thuốc bị phá hủy bởi dịch vị dạ dày: uống atropin sunfat...

2. BƠM KIM TIÊM VÀ MỘT SỐ DẠNG THUỐC TIÊM

2.1. Bơm tiêm

Bơm tiêm có nhiều loại, nhiều cỡ, to nhỏ khác nhau. Tùy theo lượng thuốc cần tiêm mà lựa chọn cỡ bơm tiêm cho phù hợp.

- Loại bơm tiêm:
 - + Bơm tiêm thủy tinh chịu nhiệt: để nhìn thuốc rõ ràng, để tiệt khuẩn, nhưng dễ vỡ.
 - + Bơm tiêm kim loại: dễ hấp sấy, không quan sát được lượng thuốc.
 - + Bơm tiêm nhựa: dùng một lần, được tiệt khuẩn sẵn để trong túi nilon; hiện nay là loại bơm tiêm sử dụng tiện lợi và phổ biến nhất.

- Cỡ bơm tiêm:

+ Có các cỡ: 1ml, 2ml, 5ml, 10ml, 20ml, 100ml.

+ Để phù hợp với lượng thuốc và yêu cầu của từng kỹ thuật tiêm, còn có loại bơm tiêm đặc biệt nhỏ và dài, nòng bơm tiêm có đường kính 5mm, có vạch chia nhỏ 1/10ml hoặc 2/10ml để tiêm phòng vaccin hoặc để thử phản ứng thuốc, tiêm thuốc với liều nhỏ.

- Cấu tạo bơm tiêm: mỗi bơm tiêm có 2 bộ phận chính:

+ Vỏ bơm tiêm: là bộ phận chứa thuốc, ngoài vỏ có ghi vạch ml, phía đầu vỏ có núm nhỏ (ambu) để lắp vừa khít kim.

+ Ruột bơm tiêm (pít tông): để hút và bơm thuốc.

2.2. Kim tiêm

Kim tiêm làm bằng thép không gỉ, cũng có nhiều cỡ để phù hợp với từng kỹ thuật tiêm. Đốc kim ghi số 14 - 16 - 22 - 24, nòng kim rỗng ở giữa, đầu vát nhọn và sắc.

- Tiêm trong da: dùng kim tiêm nhỏ, có mũi vát ngắn, chiều dài 15mm, đường kính 6/10mm, 5/10mm, 4/10mm.

- Tiêm dưới da: dùng kim dài 25 - 30mm, mũi vát dài hơn và sắc, đường kính 6/10mm, 8/10mm.

- Tiêm bắp thịt: dùng kim dài 40 - 60mm mũi vát dài, đường kính 7/10 - 10/10mm.

- Tiêm tĩnh mạch: dùng kim dài 25 - 30mm, đường kính 6/10 - 7/10mm, mũi vát ngắn để khi tiêm không làm tổn thương hoặc xuyên qua thành mạch.

Ngoài các loại kim thông thường trên, còn có những loại kim đặc biệt như: kim lấy dịch não tủy bơm thuốc vào ống tủy sống, kim lấy dịch màng phổi, màng tim, màng bụng... được sản xuất riêng cho từng thủ thuật.

2.3. Các dạng thuốc tiêm

Các thuốc đưa vào cơ thể bệnh nhân theo đường tiêm đều phải vô khuẩn hoàn toàn trong các ống, lọ, chai bằng thủy tinh hoặc nhựa.

- Ống thuốc pha sẵn: ống đơn loại 1ml, 2ml, 3ml, 5ml, 10ml đóng trong ống thủy tinh vô khuẩn bịt kín đầu, đầu ống thuốc có vạch đánh dấu để chia, bẻ ống thuốc.

Ví dụ: ống vitamin B₁, B₁₂, B₆, strichnin sulfat, uabain, lidocain.

- Ống hoặc lọ thuốc kép: kèm theo ống đựng dung dịch để pha khi tiêm.

Ví dụ: penicillin, cefotaxin, vaccin sởi...

- Loại thuốc tiêm đầu bịt cao su, bọc kim loại mỏng, có 2 loại : một loại ở trong không có không khí như penicillin, streptomycin sulfat; loại khác ở trong có không khí như insulin.

- Loại thuốc to (chai thuốc) 200 - 500ml khi tiêm mới rút ra một lượng thuốc theo chỉ định như novocain; các dung dịch natriclorua, glucose... để truyền tĩnh mạch.

2.4. Cách kiểm tra thuốc

- Trước khi tiêm cho bệnh nhân phải kiểm tra lại thuốc tiêm, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng.

- Thuốc tiêm thường đựng trong ống thủy tinh hàn kín đầu, có in hoặc dán nhãn hiệu, trước khi dùng phải kiểm tra xem ống thuốc có còn nguyên vẹn không, nếu mất nhãn hoặc rạn nứt, thuốc vẫn đục phải bỏ đi không được dùng.

2.5. Các dụng cụ cần thiết để tiêm thuốc

- Kẹp Kocher có máu, vô khuẩn để gấp bơm kim tiêm vô khuẩn.
- Kẹp Kocher không máu: để gấp bông sát khuẩn.
- Bông, cốc, bát đựng bông cầu.
- Thuốc sát khuẩn: cồn 70⁰, 90⁰, cồn iod.
- Dây garo (nếu tiêm tĩnh mạch).
- Gối nhỏ kê tay (tiêm tĩnh mạch, tiêm trong da).
- Khay men vô khuẩn đựng bơm kim tiêm vô khuẩn.
- Khay quả đậu hoặc túi giấy, đựng bông gạc bẩn.
- Dao cưa ống thuốc.
- Phiếu điều trị hoặc đơn thuốc, sổ y lệnh.
- Xe tiêm, hộp đựng kim tiêm đã dùng (màu vàng).

3. CÁCH HÚT THUỐC VÀO BƠM TIÊM

- Kiểm tra, phụt hết nước đọng ở trong bơm tiêm trước khi hút thuốc vào bơm tiêm, nếu là bơm tiêm thủy tinh, bơm tiêm kim loại.

- Sát khuẩn đầu ống thuốc bằng bông cồn 70⁰ trước khi cưa và bẻ ống thuốc bằng núm bông hay gạc vô khuẩn.

- Tiêm ống nào cưa ống ấy, không được cưa sẵn để tránh vi khuẩn xâm nhập vào ống thuốc.

3.1. Hút thuốc từ ống thuốc có đầu nhọn

- Tay trái: dùng ngón trỏ và ngón giữa kẹp ống thuốc đã bẻ đầu.
- Tay phải: cầm bơm tiêm đã gắn kim lấy thuốc, từ từ đưa kim vào trong ống thuốc.
- Ngón cái và ngón nhẫn bàn tay trái: giữ đầu bơm tiêm.
- Tay phải: ngón trỏ để lên gờ bơm tiêm đầu cuối vỏ bơm tiêm, ngón cái và ngón giữa kéo ruột bơm tiêm để rút thuốc vào bơm tiêm.

3.2. Lấy thuốc bột trong lọ

- Dùng kẹp Kocher hay dao cưa nạy nút lọ phần trên.
- Lấy bông tẩm cồn sát khuẩn nút lọ rồi hút nước cất hoặc dung dịch pha vào bơm tiêm với số lượng vừa đủ.
- Đâm kim vào lọ thuốc bột: tay trái giữ lọ thuốc, tay phải cầm bơm kim tiêm có sẵn nước cất hoặc dung dịch pha tiêm, đâm kim nhẹ nhàng vào giữa tâm của nút lọ vào trong lọ thuốc, bơm dung dịch vào trong lọ thuốc bột.
- Rút kim ra, lắc đều cho thuốc tan hết, sau đó hút một lượng không khí vào bơm tiêm tương đương với lượng thuốc cần lấy.
- Đâm kim qua nút lọ, bơm không khí vào, dốc ngược lọ thuốc, rút từ từ đủ số lượng thuốc vào bơm tiêm.

4. QUY ĐỊNH CHUNG

4.1. Thực hiện tốt 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng

Nhằm mục đích chống nhầm lẫn thuốc và bảo đảm an toàn khi dùng thuốc cho bệnh nhân, trước khi tiêm phải kiểm tra dụng cụ, thuốc men đã đầy đủ sẵn sàng chưa, luôn luôn thực hiện tốt 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng.

4.2. Thực hiện nguyên tắc vô khuẩn

4.2.1. Bơm kim tiêm và các dụng cụ

Bơm kim tiêm và các dụng cụ phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn, cọ rửa hấp sấy đúng kỹ thuật.

- Hấp sấy bơm kim tiêm: đây là biện pháp vô khuẩn tốt nhất, trong điều kiện phải sử dụng bơm tiêm bằng thủy tinh, kim loại.

+ Sau khi đánh rửa bơm kim tiêm sạch sẽ, phụt khô, tháo rời vỏ và ruột bơm tiêm, quần gạc xếp vào hộp cùng với các loại kim tiêm cần thiết đem hấp sấy ở nhiệt độ 121 - 126°C trong 20 phút.

+ Bơm kim tiêm hấp sấy nếu đã quá 7 ngày phải hấp sấy lại mới được dùng.

- Luộc bơm kim tiêm:

+ Dưới đáy soong phải lót lớp gạc dày để tránh va chạm làm vỡ bơm tiêm và gợn mũi kim.

+ Phải tháo rời ruột bơm tiêm bỏ vào soong, đổ ngập nước, đun sôi liên tục trong 15 - 20 phút (kể từ lúc nước bắt đầu sôi).

+ Dùng nước lọc luộc bơm kim tiêm để tránh lắng đọng cặn vào bơm kim tiêm.

+ Nếu luộc trong nước quá 3 giờ mà không dùng đến thì khi dùng phải luộc lại.

- Vô khuẩn các loại dụng cụ khác:

+ Bơm kim tiêm bằng nhựa đã được tiệt khuẩn đóng gói trong túi nilon chỉ được dùng một lần.

+ Khay đựng bơm kim tiêm vô khuẩn: phải hấp sấy, đốt hoặc trải hai khăn vô khuẩn.

+ Kẹp Kocher hấp sấy hoặc đốt bằng cồn trước khi dùng.

4.2.2. Buồng tiêm

Buồng tiêm phải sạch, thoáng, đủ ánh sáng và có đầy đủ chỗ để bệnh nhân nằm, ngồi, để tiêm. Trường hợp bệnh nhân không đi được, có chỉ định chăm sóc bất động tại giường, bệnh nhân truyền dịch tĩnh mạch thì thực hành kỹ thuật tại buồng bệnh.

4.2.3. Điều dưỡng

Điều dưỡng phải rửa tay sạch bằng xà phòng, sau đó sát khuẩn bằng cồn 70⁰ trước khi tiêm cho bệnh nhân.

Những điểm cần chú ý:

- Bơm tiêm bị vỡ, kim bị gỉ, không được dùng. Kim tiêm được mài luôn cho sắc và thông kim thường xuyên.

- Khi tiêm cho bệnh nhân khác dù cùng một loại thuốc cũng phải thay bơm tiêm, kim tiêm khác, mỗi bệnh nhân phải có một bơm kim tiêm riêng.

- Những loại thuốc quy định phải thử phản ứng trước khi tiêm như penicillin, streptomycin sulfat, các thuốc kháng sinh...

- Khi tiêm thuốc cho bệnh nhân vì một lý do gì đó không tiêm được thuốc hoặc trong khi tiêm và sau khi tiêm người bệnh có phản ứng, bị sốc hoặc tai biến thì phải báo cáo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.

- Khi đã hút thuốc vào bơm tiêm nhưng chưa tiêm ngay thì mũi kim phải được đậy kín bằng vỏ ống thuốc vô khuẩn, để vào trong khay hoặc hộp vô khuẩn có khăn vô khuẩn đậy lại. Nếu quá 15 phút chưa tiêm được cho bệnh nhân thì thuốc đó phải bỏ đi, thay thuốc mới.

- Phải luôn luôn thay đổi vùng tiêm, không được đâm kim nhiều lần vào một vùng, tránh đâm kim lần sau vào lỗ kim lần trước để gây đau, nhiễm khuẩn.

- Bất cứ tiêm vào vùng nào (dưới da, bắp thịt, tĩnh mạch) cũng không được cắm ngập đốc kim mà phải chừa lại ít nhất 0,5cm để phòng kim bị gãy, dễ rút kim ra.

4.3. Tiêm cho bệnh nhân

- Đẩy hết bọt khí ra khỏi bơm tiêm trước khi tiêm cho bệnh nhân bằng cách: để thẳng đứng bơm tiêm ngang với tầm nhìn, ngón trỏ tay trái giữ đốc kim để phòng kim rơi xuống đất, tay phải xoay nhẹ ruột bơm tiêm theo chiều kim đồng hồ để đẩy bọt khí. Khi giọt thuốc đầu tiên xuất hiện ở mũi vát kim thì ngừng.

- Vùng tiêm: sát khuẩn rộng và sạch từ trong ra ngoài, chờ đến khi khô mới tiêm, giữ bơm kim tiêm tạo một góc với mặt da phù hợp với từng kỹ thuật.

- Khi tiêm thuốc đảm bảo nguyên tắc hai nhanh một chậm: đâm kim nhanh, bơm thuốc chậm, rút kim nhanh.

- Trường hợp tiêm một số thuốc có lắng cặn như benzyl penicillin... thì thực hiện ba nhanh để tránh tắc kim.

- Khi bơm hết thuốc rút kim ra, kéo chệch da vùng tiêm cho thuốc khỏi chảy ra theo mũi kim, dùng bông cotton bôi nhẹ lên chỗ tiêm.

- Để bệnh nhân nghỉ 5 - 10 phút trước khi ra về hoặc cho bệnh nhân nằm lại ở tư thế thoải mái.

5. KỸ THUẬT TIÊM THUỐC

5.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Xem hồ sơ bệnh án, y lệnh điều trị và phiếu cho thuốc, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng.

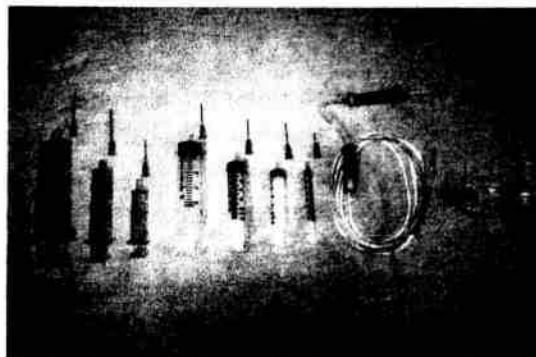
- Giải thích, thông báo cho bệnh nhân biết việc sắp làm để bệnh nhân yên tâm và cần dặn bệnh nhân những điều cần thiết.

5.2. Chuẩn bị của điều dưỡng

Điều dưỡng phải đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng tay.

5.3. Chuẩn bị dụng cụ và thuốc

- Lọ cầm kẹp Kocher.
- Kẹp Kocher: 2 chiếc.
- Cồn 70°.
- Cốc đựng bông cồn.
- Thuốc theo chỉ định.
- Hộp thuốc cấp cứu.
- Dao cưa ống thuốc.
- khay quả đậu (hoặc túi giấy).
- Khay chữ nhật trải 2 khăn vô khuẩn.
- Mở hộp bơm kim tiêm vô khuẩn, điều dưỡng sát khuẩn tay lần thứ nhất.



Hình 2.4: Các loại bơm, kim tiêm, dây truyền và kim truyền dịch.

- Lấy bơm kim tiêm thích hợp, kiểm tra kim tiêm trước, kim lấy thuốc sau rồi đặt bơm tiêm đã gắn kim lấy thuốc vào khay vô khuẩn.
- Kiểm tra ống thuốc, cưa ống thuốc, sát khuẩn đầu ống thuốc và dùng gạc vô khuẩn bịt ống thuốc.
- Hút thuốc vào bơm tiêm.
- Thay kim lấy thuốc, lắp kim tiêm, mũi vít của kim thẳng với vạch chia mililit ở trên thân bơm tiêm.
- Lắp vào ống thuốc vừa lấy vào đầu mũi kim, đặt bơm kim tiêm vào trong khay vô khuẩn và đặt khăn vô khuẩn lại.
- Đẩy xe đựng dụng cụ đến giường bệnh nhân.

5.4. Thực hành kỹ thuật

- Đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp.
- Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm và sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài.
- Điều dưỡng viên sát khuẩn tay bằng cồn lần thứ hai.
- Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng.
- Cầm bơm tiêm, đẩy hết không khí và tiêm thuốc cho bệnh nhân đúng kỹ thuật và theo nguyên tắc hai nhanh, một chậm.
- Vừa bơm thuốc vừa theo dõi sắc mặt bệnh nhân.
- Bơm hết thuốc, rút kim nhanh, kéo lệch căng da nơi tiêm rồi sát khuẩn lại vị trí tiêm.
- Giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

5.5. Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ

Kết quả thực hiện tiêm thuốc và những dấu hiệu đặc biệt có phản ứng thuốc xuất hiện trên bệnh nhân trong và sau khi tiêm thuốc.

Quy trình kỹ thuật tiêm thuốc cho bệnh nhân bao gồm các quy trình tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm bắp thịt và tiêm, truyền tĩnh mạch. Đôi bàn tay người thực hành kỹ thuật đóng vai trò quyết định. Cảm giác của tay cho biết mũi kim tiêm đã đi qua da, vào lớp mỡ dưới da, vào cơ hay đã xuyên qua thành tĩnh mạch vào trong tĩnh mạch. Kết hợp với quan sát sắc mặt phản ứng của bệnh nhân, cảm giác của đôi tay cho biết thuốc đang được bơm vào tổ chức nào, có tắc kim, tiếp tục tiêm thuốc hay phải ngừng ngay tiêm thuốc.

TIÊM TRONG DA

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm trong da là tiêm một lượng thuốc rất nhỏ (1/10ml) vào lớp thượng bì; thuốc hấp thu rất chậm.

1.1. Chỉ định

Tiêm trong da được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Tiêm một số loại vaccin phòng bệnh, ví dụ: tiêm vaccin BCG phòng lao cho trẻ sơ sinh.
- Thử phản ứng BCG để chẩn đoán bệnh lao.
- Thử phản ứng của cơ thể đối với thuốc và các thuốc kháng sinh.

1.2. Dụng cụ

Ngoài những dụng cụ cần thiết phục vụ cho tiêm thuốc, cần chọn bơm và kim tiêm thích hợp:

- Dùng bơm tiêm nhỏ, loại 1ml có vạch chia 1/10ml để tính lượng thuốc được chính xác.
- Bơm tiêm nhỏ và dài có độ chia 1/100 - 2/100ml để tính liều nhỏ, chính xác hơn.
- Kim tiêm: nhỏ, dài 1,5cm, đường kính 4/10 - 5/10mm, đầu mũi vát ngắn để dễ đưa vào ngập trong biểu bì.

1.3. Vùng tiêm

Tiêm trong da thường tiêm vào vùng da 1/3 trên mặt trước trong cẳng tay vì chỗ đó da mỏng dễ tiêm, da có màu nhạt, dễ phân biệt. Nếu có phản ứng cục bộ cũng dễ phát hiện.

Ngoài ra còn có thể tiêm vào vùng da ở bả vai, vùng da cơ delta cánh tay, khi tiêm phải tránh các mạch máu.

2. KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Người lớn: tư thế ngồi hoặc nằm ngửa, ống tay áo kéo lên cao, tay giang ra đặt lên gối nhỏ, bàn tay ngửa lên trên.
- Trẻ nhỏ: mẹ ngồi trên ghế ôm trẻ vào lòng, 2 đùi kẹp 2 chân trẻ, 1 tay vòng qua thân trẻ ôm và giữ cánh tay, 1 tay giữ lấy cẳng tay trẻ đặt lên trên gối nhỏ ở góc bàn.

2.2. Kỹ thuật thực hành



Hình 2.5: Tiêm trong da.

- Bộc lộ vùng tiêm.
- Xác định vị trí tiêm.
- Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn 70⁰ hoặc etc.
- Sát khuẩn tay điều dưỡng.
- Tay trái nắm mặt sau cẳng tay hoặc cánh tay vùng định tiêm vừa đỡ tay bệnh nhân vừa dùng các ngón tay để miết căng mặt da chỗ cần tiêm.
- Tay phải cầm bơm tiêm có gắn kim, mũi vát của kim ngửa lên trên thẳng với vạch chia ở thân bơm tiêm, khẽ gẩy mũi kim tiêm vào mặt da. Khi mũi kim đã bén vào mặt da thì hạ thấp bơm tiêm xuống gần sát mặt da, chệch khoảng từ 10 - 15⁰ rồi đẩy nhẹ kim cho ngập hết mũi vát của kim. Không nên đưa kim theo chiều dọc của cẳng tay hoặc cánh tay mà phải đưa chéo góc để lúc hạ bơm tiêm không bị vướng.
- Khi đã ngập hết mũi kim vát thì đổi tay, ngón trỏ tay trái giữ đốc kim, ngón cái giữ thân bơm tiêm, ngón giữa ngón nhẫn, ngón út giữ bên cạnh thân bơm tiêm và tay phải dùng ngón cái từ từ bơm thuốc vào.
- * *Bệnh nhân là trẻ em:* khi đã ngập hết mũi kim vát thì ngón các bàn tay trái từ từ chuyển ra đặt lên trên đốc kim và giữ đốc kim ở nguyên vị trí đó. Ngón trỏ và ngón giữa tay phải kẹp giữa đầu dưới của bơm tiêm và đẩy pít tông bơm thuốc vào bằng ngón cái.
- Kiểm tra thuốc có vào đúng trong da không bằng 2 cách:
 - + Quan sát vết tiêm thấy thuốc vào nổi cục to bằng hạt ngô, sần da cam, màu da ngả màu trắng bệch.

+ Đẩy thuốc vào cảm giác rất chặt tay, như kim bị tắc.

- Sau khi đã bơm thuốc đủ liều 1/10ml rút kim ra nhanh, kéo chệch căng da chỗ tiêm vài giây cho thuốc khỏi trào ra theo mũi kim, không sát khuẩn lại.

* Trường hợp tiêm vaccin phòng bệnh thì cũng không sát khuẩn lại bằng bông cotton, các loại hóa chất vì có thể hủy hoại vaccin làm mất hiệu lực của vaccin.

- Thử phản ứng thuốc: lấy bút xanh đánh dấu, vẽ vòng quanh chỗ tiêm, theo dõi 15 - 20 phút, sau đó đọc kết quả.

- Báo cáo bác sĩ điều trị, ghi rõ vào hồ sơ hoặc phiếu tiêm thuốc của bệnh nhân.

2.3. Kỹ thuật thử phản ứng thuốc

2.3.1. Chỉ định

- Tất cả các thuốc kháng sinh trước khi đưa vào cơ thể bệnh nhân đều phải thử phản ứng để phòng tránh sốc phản vệ.

- Các thuốc không phải kháng sinh nhưng có chỉ định thử phản ứng trước khi tiêm.

Bảng 2.5: Kỹ thuật thử phản ứng thuốc.

Tay tiêm thuốc	Tay tiêm nước cất	Kết quả
Đỏ	Không đỏ	Phản ứng dương tính (+) không tiêm được thuốc.
Đỏ ít	Đỏ ít	Bệnh nhân tiêm được thuốc.
Không đỏ	Không đỏ	Phản ứng âm tính (-) tiêm được thuốc.

2.3.2. Cách pha thuốc thử phản ứng thuốc penicillin và streptomycin sulfat

Bảng 2.6: Cách pha thuốc thử phản ứng thuốc.

	Thứ tự pha nước cất và rút lấy ra	Loại 200.000 đv	Loại 400.000 đv	Loại 500.000 đv	Loại 1.000.000 đv
1	Pha nước cất Rút lấy ra	2ml 1/10ml	4ml 1/10ml	5ml 1/10ml	10ml 1/10ml
2	Pha thêm Rút lấy ra	1ml 1/10ml	1ml 1/10m	1ml 1/10m	1ml 1/10m
1	Pha thêm Rút lấy ra	1ml 1/10ml	1ml 1/10ml	1ml 1/10ml	1ml 1/10ml
4	Pha thêm	1ml Được dd 4	1ml Được dd 4	1ml Được dd 4	1ml Được dd 4

- 1ml dung dịch 4 có 100 đv thuốc kháng sinh đem tiêm, thử phản ứng cho một bệnh nhân 1/10ml = 10 đv thuốc kháng sinh.

- 1g streptomycin sulfat hoặc kháng sinh tương đương với 1 triệu đơn vị penicillin.

2.3.3. Chuẩn bị bệnh nhân

Chuẩn bị bệnh nhân như kỹ thuật tiêm trong da.

2.3.4. Chuẩn bị dụng cụ

Chuẩn bị dụng cụ như kỹ thuật tiêm trong da.

2.3.5. Thực hành kỹ thuật

- Các bước như kỹ thuật tiêm trong da.
- Không sát khuẩn vùng tiêm sau khi rút kim tiêm.
- Lấy bút màu xanh vẽ vòng quanh chỗ tiêm, theo dõi từ 15 - 20 phút.
- Đọc kết quả.

- Trường hợp nghi ngờ kết quả thử phản ứng thì phải thử lại bằng phương pháp đối chứng để so sánh: tiêm sang tay bên kia một mũi 1/10ml nước cất tiêm, bơm tiêm nước cất là bơm tiêm khác, không được dính dấu vết thuốc kháng sinh đã thử, sau 15 - 20 phút so sánh và nhận định kết quả.

Báo cáo bác sĩ điều trị kết quả tiêm trong da, thử phản ứng thuốc, ghi vào phiếu tiêm thuốc, dán vào hồ sơ bệnh án.

TIÊM DƯỚI DA

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm dưới da là dùng bơm kim tiêm đưa một lượng dung dịch thuốc vào tổ chức mô liên kết dưới da của bệnh nhân.

1.1. Chỉ định

Thuốc thẩm thấu vào cơ thể, phát huy tác dụng từ từ (atropin sulfat, insulin...).

1.2. Chống chỉ định

Thuốc dạng dầu, khó tan (testosteron...).

1.3. Dụng cụ và thuốc

- Bơm tiêm: thường dùng loại 2ml, 5ml.
- Kim tiêm: dài 25 - 30mm, đầu vát dài hơn kim tiêm trong da.
- Các dụng cụ cần thiết khác trong thực hành kỹ thuật tiêm thuốc.
- Thuốc theo y lệnh.

1.4. Vùng tiêm

Tất cả những vùng da trên cơ thể đều có thể tiêm được vì tổ chức dưới da ít gặp các mạch máu, thần kinh lớn: mô dưới da mềm, ít cộm, ít bị nhiễm khuẩn, ít đau. Các vị trí thường tiêm: mặt ngoài cánh tay, vùng cơ tam đầu cánh tay, có thể tiêm vùng mặt trước ngoài đùi khoảng 1/3 giữa đùi, bả vai...

Nếu tiêm nhiều lần cần phải thay đổi vị trí tiêm, tránh tiêm vào vị trí cũ.

2. KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân nằm trên giường hoặc ngồi trên ghế tựa.
- Bộc lộ vùng tiêm.

2.2. Thực hành kỹ thuật

- Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn 70° từ trong ra ngoài.
- Điều dưỡng viên sát khuẩn tay bằng cồn 70°
- Tay trái dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ véo da bệnh nhân lên.
- Tay phải cầm bơm tiêm có gắn kim ngừa mũi vát của kim lên trên, chéch với mặt da 30 - 45°, đâm kim nhanh qua da vào mô liên kết dưới da. Khi có cảm giác là kim đã vào mô liên kết dưới da thì bỏ tay trái và xoay nhẹ pít tông bơm

tiêm vài lần, kiểm tra xem có máu ra không; nếu không có máu ra theo, mới bơm thuốc từ từ vào cơ thể bệnh nhân. Nếu có máu ra theo là đâm phải mạch máu thì bình tĩnh rút bơm kim ra hoặc đâm sâu thêm vào đến khi không có máu ra nữa thì bơm thuốc từ từ.

- Khi đã bơm hết thuốc, tay trái kéo chếch căng da chỗ tiêm để thuốc không thoát ra theo mũi kim.

- Tay phải nhẹ nhàng rút kim ra nhanh, dùng bông tẩm cồn sát khuẩn nhẹ lên chỗ tiêm, sau đó đỡ bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.



Hình 2.6: Tiêm dưới da.

3. CÁC TAI BIẾN CỦA TIÊM DƯỚI DA VÀ CÁCH XỬ TRÍ

3.1. Tai biến do vô khuẩn không tốt

Do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trước, trong và sau khi tiêm dẫn tới bệnh nhân bị nhiễm khuẩn.

- Áp xe tại chỗ: chỗ tiêm tấy đỏ, sưng nóng, toàn thân có thể sốt hoặc không.
- + Xử trí: chườm nóng, dùng kháng sinh trong trường hợp thuốc tiêm không phải là thuốc kháng sinh.
- + Chích áp xe khi áp xe đã mềm, hóa mủ rõ.
- Lấy nhiễm bệnh truyền nhiễm như viêm gan virus B, C, HIV, các bệnh lây truyền theo đường máu, da và niêm mạc.

Cần đảm bảo vô khuẩn tốt, thực hiện nguyên tắc khử khuẩn, tiệt khuẩn, kỹ thuật đúng quy định.

3.2. Tai biến thường gặp

- Gãy kim, quần kim do bệnh nhân giãy giụa mạnh hoặc do tiêm không đúng kỹ thuật. Vì vậy, không tiêm ngập đốc kim, phòng khi kim gãy có thể rút ra được.

- Bệnh nhân bị sốc: do bơm thuốc quá nhanh hoặc bệnh nhân quá sợ hãi, bệnh nhân bị đau không chịu được.

Thực hiện nguyên tắc khi tiêm hai nhanh một chậm (đâm kim và rút kim nhanh, bơm thuốc chậm), trước khi tiêm phải tiếp xúc, giải thích để bệnh nhân yên tâm, tránh sợ hãi, lo lắng...

3.3. Các tai biến do thuốc

- Bệnh nhân đau, áp xe vô khuẩn: do thuốc tiêm vào không hấp thụ được hoặc hấp thụ rất chậm.

+ Phát hiện: chỗ tiêm sưng, nóng, đỏ.

+ Xử trí: chườm nóng, chích áp xe nếu cần.

- Gây mảng mục ở trẻ em sau khi tiêm insulin, bismut, quinin, các chất dầu, các hormon, các dung dịch iod.

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

TIÊM BẮP THỊT

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm bắp thịt là tiêm một lượng thuốc vào trong bắp thịt của bệnh nhân.

- Thuốc phát huy tác dụng nhanh hơn tiêm dưới da.
- Cơ được tưới máu nhiều và luôn luôn co bóp, quá trình hấp thu thuốc tại bắp thịt nhanh hơn ở mô liên kết dưới da. Cảm giác đau tại cơ không nhạy bằng mô dưới da nên có thể tiêm vào bắp thịt những thuốc kích thích mạnh như penicillin, streptomycin, quinin, emetin, huyết thanh chữa bệnh hoặc máu cũng có thể tiêm vào bắp thịt.

1.1. Chỉ định

Có thể tiêm vào bắp thịt nhiều loại dung dịch đẳng trương khác nhau như:

- Ete, quinin.
- Dầu (lâu tan, dễ gây đau).
- Dung dịch keo, muối bạc, muối thủy ngân, kháng sinh, hormon... (chậm tan, gây đau).
- Về nguyên tắc, tất cả các loại thuốc tiêm được vào mô liên kết dưới da đều có thể tiêm bắp thịt được trừ cafein.
- Một số thuốc không nên hay không được tiêm vào tĩnh mạch mà muốn có hiệu quả nhanh hơn tiêm dưới da.
- Thuốc dễ kích thích khi tiêm dưới da, hấp thu chậm.
- Da nứt nẻ tiêm dưới da không có chỉ định.

1.2. Chống chỉ định

Những thuốc gây hoại tử tổ chức (calci clorua, uabain...).

1.3. Dụng cụ

- Bơm tiêm vô khuẩn loại 5ml, 10ml tùy theo lượng thuốc tiêm.
- Kim tiêm vô khuẩn dài 40 - 60mm sắc và nhọn, đường kính 0,7 - 1mm.
- Các dụng cụ cần thiết khác như: cồn 70°, cồn iod, kim Kocher, cốc đựng bông cồn, dao cưa... trong kỹ thuật tiêm thuốc.

1.4. Vùng tiêm

- Vùng cánh tay: cơ delta, cơ tam đầu cánh tay (mặt trước ngoài).

- Vùng đùi: mặt trước ngoài, đoạn 1/3 giữa đùi; vùng tiêm vào cơ tứ đầu đùi là vùng rộng, cơ to và dày ít, mạch máu và dây thần kinh.

- Vùng mông: vùng mông có các mạch máu lớn và thần kinh hông to chạy qua vì vậy cần phải xác định vị trí tiêm thật chính xác để tránh tiêm vào dây thần kinh hông to, gây liệt chân bệnh nhân.

+ Vùng mông được giới hạn bởi 4 đường:

. Phía trên: đường nối 2 mào chậu.

. Phía dưới: nếp lằn mông.

. Phía trong: rãnh liên mông.

. Phía ngoài: mép ngoài mông.



Hình 2.7: Tiêm bắp thịt (vùng mông).

+ Có 2 cách xác định vị trí tiêm mông:

. Cách 1: chia một bên mông thành 4 phần bằng nhau, tiêm vào phần 1/4 trên ngoài (nếu tiêm vào phần dưới ngoài sẽ vào khớp háng, tiêm vào các phần trong sẽ vào dây thần kinh hông to và vào mạch máu).

. Cách 2: kẻ một đường thẳng từ gai chậu trước trên đến mỏm xương cụt, chia làm 3 phần bằng nhau, tiêm vào 1/3 trên ngoài đường kẻ này. Vùng này có lớp cơ dày, không có dây thần kinh hông to và mạch máu lớn.

1.5. Tư thế bệnh nhân

- Tiêm mông: bệnh nhân nằm sấp hoặc ngồi trên ghế tựa, mặt quay vào lưng ghế, 2 tay ôm lấy lưng ghế, phần mông còn lại lộ ra là vị trí tiêm.

- Tiêm đùi: bệnh nhân nằm ngửa hoặc ngồi trên ghế, duỗi chân thoải mái.
- Tiêm cánh tay: bệnh nhân nằm hoặc ngồi trên ghế, tay tiêm thuốc chống vào hông. Trẻ em phải có người giữ, trước khi tiêm nên đi đại tiểu tiện để phòng trẻ sợ phóng uế trong khi tiêm.

2. THỰC HÀNH KỸ THUẬT

2.1. Tiêm đùi hoặc cánh tay

- Bộc lộ vùng tiêm: vén tay áo lên đến nách, kéo quần lên đến bẹn.
- Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn 70 - 90°.
- Tay trái vừa nắm đỡ tay bệnh nhân vừa kéo căng da nơi sắp tiêm.
- Tay phải cầm bơm tiêm đã lắp sẵn kim, để ngửa mũi vát lên trên, chọc kim tiêm chệch 60 - 90° so với mặt da. Trường hợp bệnh nhân là trẻ em hoặc người gầy thì không nên tiêm theo góc 90° vì dễ chạm vào xương.
- Đâm kim nhanh qua da vào cơ ngập 2/3 kim, tay trái buông khỏi da, xoay nhẹ pít tông ngược chiều kim đồng hồ, nếu không có máu ra theo thì bơm thuốc từ từ vào cơ thể bệnh nhân, vừa bơm thuốc vừa theo dõi sắc mặt bệnh nhân.
- Khi bơm hết thuốc, tay trái dùng ngón cái kéo căng da và nhẹ nhàng rút kim nhanh. Kéo chệch da nơi tiêm để thuốc không trào ra theo mũi kim.
- Sát khuẩn lại vị trí tiêm bằng bông tẩm cồn.

2.2. Tiêm mông

2.2.1. Cách tiêm mông một thì

- Bộc lộ vùng mông.
- Xác định đúng vị trí tiêm mông.
- Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn iod trước, sau đó sát khuẩn lại bằng cồn 70°.
- Điều dưỡng viên sát khuẩn tay bằng cồn 70°.
- Tay trái: dùng ngón trỏ và ngón cái căng da nơi định tiêm.
- Tay phải: cầm bơm tiêm đã lắp sẵn kim tiêm, ngón út đỡ đốc kim; ngón cái, ngón nhẫn, ngón giữa rải đều trên thân bơm tiêm; ngón trỏ đỡ ruột bơm tiêm đâm thẳng góc vào mặt phẳng của da, ấn nhanh kim vào thật sâu, không được cầm ngập đốc kim, chừa lại 0,5 - 1cm. Nếu kim tiêm chạm vào xương thì phải rút ra một chút, sau đó tay trái buông khỏi mặt da, xoay nhẹ thử pít tông nếu không có máu ra theo thì bơm thuốc từ từ vào, vừa bơm vừa theo dõi sắc mặt của bệnh nhân.

- Khi bơm hết thuốc, tay trái lại chuyển lên căng da, tay phải nhẹ nhàng rút kim nhanh theo phương thẳng đứng.

- Sát khuẩn lại nơi tiêm bằng bông tẩm cồn.

2.2.2. Cách tiêm mông hai thì

- Thì 1:

+ Tay trái dùng ngón trỏ và ngón cái căng da nơi tiêm cho phẳng. Tay phải dùng ngón trỏ và ngón cái cầm chắc đốc kim tiêm (kim tiêm rời, chưa cắm vào bơm tiêm).

+ Còn 3 ngón khác của tay phải gấp lại vỗ nhẹ vào mông mấy cái để đánh lạc hướng tập trung của bệnh nhân rồi đâm kim nhanh thẳng góc 90^0 vào đúng vị trí tiêm mông đã quy định, không cầm ngập sát đốc kim, phải để chừa lại 0,5 - 1 cm.

- Thì 2:

+ Lắp bơm tiêm có thuốc (đã đuổi hết khí) vào đốc kim. Hút thử bơm tiêm xem có máu không; nếu không có máu theo ra thì bơm thuốc từ từ vào và theo dõi sát bệnh nhân; nếu có máu vào bơm tiêm thì phải rút kim ra tiêm vào chỗ khác.

+ Khi bơm hết thuốc, dùng ngón trỏ và ngón cái tay trái căng da nơi tiêm và rút kim thật nhanh theo phương thẳng đứng.

+ Sát khuẩn lại nơi tiêm bằng bông cồn.

3. TAI BIẾN DO TIÊM BẮP THỊT, CÁCH XỬ TRÍ VÀ PHÒNG

3.1. Gãy kim, quần kim

- Gãy kim: do bệnh nhân giãy giụa. Để phòng: giữ bệnh nhân tốt.

- Quần kim: do sai lầm về kỹ thuật khi tiêm. Để phòng: không tiêm ngập đốc kim để nếu kim gãy rút kim ra được.

3.2. Đâm phải dây thần kinh hông to

Do không xác định đúng vị trí tiêm mông, tiêm sai vị trí, góc đâm kim xiên, không vuông góc với mặt da. Để phòng: xác định chính xác vị trí tiêm mông và góc tiêm đúng 90^0 .

3.3. Gây tắc mạch

Do tiêm thuốc dạng dầu hoặc nhũ tương vào mạch máu. Để phòng: khi tiêm bao giờ cũng phải hút thử bơm tiêm xem có máu không, rồi mới được bơm thuốc.

3.4. Áp xe nhiễm khuẩn, vô khuẩn

- Áp xe nhiễm khuẩn: do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.
- Áp xe vô khuẩn: do thuốc không tan như tiêm quinin, hydro cortison và những thuốc dầu khó tan, gây áp xe tại chỗ.
- + Phát hiện: chỗ tiêm sưng, nóng, đỏ, đau.
- + Xử trí: chườm nóng, chích ổ áp xe.

3.5. Gây mảng mục

Do tiêm những chất gây hoại tử mô (thuốc chống chỉ định tiêm bắp thịt, ví dụ: calci clorua).

- Phát hiện: chỗ tiêm nóng, đỏ, đau; lúc đầu cứng, sau mềm nhũn giống ổ áp xe.
- Xử trí:
- + Khi phát hiện sớm, tiêm phong bế novocain.
- + Lúc đầu chườm nóng.
- + Khi có biểu hiện hoại tử: băng mỏng, giữ không bị nhiễm khuẩn thêm, có thể phải chích, rạch nếu ổ hoại tử lớn.

3.6. Sốc phản vệ

Sốc phản vệ do phản ứng của cơ thể đối với thuốc.

- Để phòng: thử phản ứng thuốc trước khi tiêm.
- Phát hiện sớm, xử trí kịp thời khi sốc xuất hiện.

TIÊM TĨNH MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm tĩnh mạch là dùng bơm kim tiêm đưa một lượng thuốc vào cơ thể theo đường tĩnh mạch.

1.1. Chỉ định

- Những thuốc mong muốn có tác dụng nhanh khi đưa vào cơ thể như: thuốc gây mê, gây ngủ, chống xuất huyết, trụy mạch...
- Những thuốc có tác dụng toàn thân.
- Những thuốc gây hoại tử các mô, gây đau, thậm chí gây mất mạng nếu tiêm dưới da hay bắp thịt như calci clorua, uabain...
- Những thuốc không được tiêm bắp hoặc tiêm dưới da chỉ được tiêm tĩnh mạch.
- Những dung dịch đẳng trương, ưu trương cần đưa vào cơ thể bệnh nhân với khối lượng thuốc khá lớn.
- Máu, huyết tương và các dung dịch keo: dextran, subtosan.
- Các loại huyết thanh trị liệu.

1.2. Chống chỉ định

- Những thuốc gây kích thích mạnh hệ tim mạch như adrenalin (chỉ tiêm tĩnh mạch adrenalin trong trường hợp cấp cứu, khi không bắt được mạch, huyết áp tụt không đo được).
- Những loại thuốc đầu: testosteron...

1.3. Dụng cụ

Ngoài các dụng cụ cần thiết, cần chuẩn bị:

- Bơm tiêm loại 5ml, 10ml đã hấp sấy khô vô khuẩn.
- Kim tiêm vô khuẩn dài 25 - 30mm đường kính 6/10 - 7/10mm, mũi vát ngắn và sắc.
- Dây garo.
- Gối nhỏ kê dưới vùng tiêm.
- Khay quả đậu đựng nước lạnh sạch.

1.4. Vùng tiêm

Tĩnh mạch nào cũng có thể tiêm được nhưng thường tiêm vào các tĩnh mạch sau:

- Hai tĩnh mạch to ở mặt trước khuỷu tay chụm lại thành hình chữ V trong hệ thống tĩnh mạch M. Tĩnh mạch này to, ít di động, dễ tìm, dễ tiêm.

- Có thể tiêm vào tĩnh mạch:
- + Cẳng tay.
- + Mu bàn tay.
- + Mu bàn chân.
- + Tĩnh mạch mắt cá trong (tĩnh mạch hiển trong).
- + Khi cần có thể tiêm vào tĩnh mạch đùi ở bệnh hoặc tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn.
- + Trẻ em tiêm vào tĩnh mạch đầu, mu bàn tay, cổ tay, mắt cá trong.



Hình 2.8: Tiêm tĩnh mạch.

1.5. Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân nằm ngửa thoải mái trên giường, tay giang ra, kéo ống tay áo lên sát vai, bộc lộ vùng tiêm và đặt khuỷu tay bệnh nhân lên gối mỏng (nếu tiêm tĩnh mạch khuỷu tay, cẳng tay), kéo quần bệnh nhân lên qua gối nếu tiêm tĩnh mạch mắt cá trong.

2. THỰC HÀNH KỸ THUẬT

- Đặt gối kê tay dưới vùng tiêm.
- Buộc dây garo phía trên cách vị trí tiêm 3 - 5cm. Không buộc thắt nút mà thắt dây theo kiểu nút nơ, hai đầu của dây quay lên phía trên để tiện lợi khi tháo dây garo, không nên buộc chặt.
- Nhắc bệnh nhân nắm bàn tay lại, co vào duỗi ra vài lần cho tĩnh mạch nổi rõ thêm. Chuẩn bị kỹ để đảm kim trúng vào tĩnh mạch ngay lần đầu.
- Sát khuẩn rộng nơi tiêm bằng cồn iod theo chiều từ trong ra ngoài, sau đó sát khuẩn lại bằng bông cồn 70°.

- Sát khuẩn tay điều dưỡng viên bằng bông cồn 70°.
- Tay trái dùng ngón cái miết căng mặt da để cố định tĩnh mạch đỡ di lệch và để đâm kim qua da vào tĩnh mạch dễ dàng.
- Tay phải cầm bơm tiêm đã hút thuốc có gắn kim, mũi vát ngửa lên trên, đẩy hết bọt khí ra ngoài.
- Ngón trỏ giữ lấy đốc kim, ngón cái để lên trên thân bơm tiêm; ngón giữa, ngón nhẫn để bên cạnh thân bơm tiêm, ngón út đỡ lấy ruột bơm tiêm. Để ngửa mũi vát của kim lên trên đâm kim ngay trên tĩnh mạch, qua da vào tĩnh mạch, kim chệch 15 - 30° so với mặt da, cũng có thể đâm bên cạnh tĩnh mạch, qua da và ngang thành mạch rồi mới luồn kim lên dọc tĩnh mạch.
- Khi đâm trúng vào tĩnh mạch, máu sẽ chảy vào bơm tiêm hoặc xoay nhẹ ruột bơm tiêm theo chiều ngược kim đồng hồ sẽ thấy máu chảy vào bơm tiêm.
- Tay trái tháo nhẹ nhàng dây garo và nhắc bệnh nhân mở bàn tay ra, đồng thời ngón trỏ bàn tay trái giữ lấy đốc kim; ngón cái để trên thân bơm tiêm; ngón giữa, ngón nhẫn, ngón út giữ bên cạnh bơm tiêm cố định khi bơm thuốc vào.
- Tay phải ngón trỏ và ngón giữa kẹp lấy phần gờ bơm tiêm, ngón cái đặt vào ruột bơm tiêm và từ từ bơm thuốc vào tĩnh mạch.
- Nếu bệnh nhân kêu đau: nhìn chỗ tiêm thấy phồng là kim đã chệch ra ngoài mạch máu, phải điều chỉnh lại kim bằng cách đưa kim sâu hơn hoặc rút kim lui ra một chút và hút nhẹ bơm tiêm xem máu có còn vào bơm tiêm không. Nếu vẫn chảy vào tức là kim đã nằm trong lòng mạch, bơm thử thấy không phồng thì tiếp tục bơm thuốc thật chậm, vừa bơm vừa theo dõi sắc mặt của bệnh nhân và hỏi xem bệnh nhân có thấy đau, nóng hoặc chóng mặt không? Nếu bệnh nhân thấy nóng nhiều và chóng mặt, phải tiêm chậm lại hoặc dừng tiêm và báo cáo bác sĩ.
- Khi bơm gần hết thuốc phải rút kim thận trọng, tuyệt đối không để không khí lọt vào mạch máu sẽ gây tắc mạch máu nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.
- Tiêm xong rút kim: ngón cái tay trái kéo chệch căng da để máu và thuốc không chảy ra theo mũi kim.
- Sát khuẩn lại nơi tiêm bằng bông cồn, đặt bông cồn lên nơi tiêm giữ lại vài giây; không bảo bệnh nhân gập tay lại.
- Để bệnh nhân nằm lại ở tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.

3. TIÊM TĨNH MẠCH CHO BỆNH NHÂN ĐANG TRUYỀN TĨNH MẠCH

- Các bước chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, thuốc như tiêm tĩnh mạch thông thường.
- Thực hành kỹ thuật cần chú ý:
 - + Không cần buộc dây garo, phải khóa dịch truyền.
 - + Chọc kim tiêm vào đầuambu dây truyền sau khi đã sát khuẩn.
 - + Bơm hết thuốc, rút kim, sát khuẩn lạiambu dây truyền.
 - + Mở khoá cho dịch chảy theo chỉ định của bác sĩ.

4. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

4.1. Tắc kim

Khi đâm trúng vào tĩnh mạch, máu chảy vào trong bơm tiêm nhưng bị đông lại ngay ở đầu mũi kim gây tắc kim tiêm, không bơm thuốc vào được thì phải rút kim ra thay kim khác và tiêm lại.

4.2. Phồng nơi tiêm

Khi đâm kim tiêm vào trúng tĩnh mạch, máu trào vào bơm tiêm nhưng khi bơm thuốc vào thì lại phồng lên vì mũi vát của kim nằm nửa trong nửa ngoài tĩnh mạch; mũi kim đã xuyên mạch hoặc bị vỡ tĩnh mạch. Xử trí:

- Điều chỉnh lại mũi kim bằng cách hút nhẹ bơm kim tiêm rồi kiểm tra lại.
- Tiêm xong chườm nóng chỗ phồng để khỏi máu tụ hoặc thuốc tan nhanh.

4.3. Bệnh nhân bị sốc hoặc bị ngất

Bệnh nhân bị sốc hoặc ngất do quá sợ hoặc do bị phản ứng thuốc, do bơm thuốc quá nhanh hoặc đâm kim nhiều lần không trúng tĩnh mạch thì phải ngừng tiêm và báo cáo bác sĩ để xử trí.

4.4. Tắc mạch

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

- Phát hiện: mặt bệnh nhân tái, ho sặc sụa, khó thở hoặc ngừng thở đột ngột.
- Xử trí: cho bệnh nhân nằm đầu thấp ngay, xử trí triệu chứng suy hô hấp, suy tuần hoàn.

4.5. Đâm nhầm vào động mạch

Khi bơm thuốc vào thấy bệnh nhân kêu đau nóng ở bàn chân thì phải ngừng tiêm và rút kim vì có thể đâm nhầm vào động mạch.

4.6. Gây hoại tử

Tiêm chệch ra ngoài tĩnh mạch những thuốc chống chỉ định của tiêm dưới da và tiêm bắp thịt như calci clorua.

- Phát hiện: chỗ tiêm nóng, đỏ, đau; lúc đầu cứng, sau mềm nhũn giống ổ áp xe.
- Xử trí: chườm nóng, khi có hoại tử thì băng mỏng giữ không nhiễm khuẩn thêm, có thể phải chích rạch nếu ổ hoại tử lớn.

4.7. Nhiễm khuẩn toàn thân, tại chỗ

Nhiễm khuẩn toàn thân, tại chỗ có thể gặp do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn: bệnh nhân sốt cao, rét run, tình trạng nhiễm khuẩn nặng, cấy máu (+); tại chỗ sưng, nóng, đỏ, đau.

4.8. Nhiễm virus HBV, HCV, HIV

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

- Nhiễm HIV: do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.

TRUYỀN DỊCH TĨNH MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Truyền dung dịch vào tĩnh mạch là đưa vào cơ thể bệnh nhân qua đường tĩnh mạch một khối lượng lớn dung dịch và thuốc.

Truyền dịch tĩnh mạch là quy trình kỹ thuật điều dưỡng thường được thực hành trong điều trị, chăm sóc bệnh nhân; hiệu quả chăm sóc điều trị cao do thuốc được đưa nhanh vào cơ thể, nhưng cũng hay có những tai biến, biến chứng.

1.1. Quy định chung

- Dịch truyền và các loại dụng cụ truyền dịch phải tuyệt đối vô khuẩn.
- Khi thực hành kỹ thuật phải đúng quy định và đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn, kể cả trong ý thức và ở từng động tác kỹ thuật trong suốt quá trình tiêm truyền.
- Tuyệt đối không để không khí lọt vào tĩnh mạch.
- Đảm bảo áp lực của dịch truyền cao hơn áp lực máu tĩnh mạch của bệnh nhân.
- Tốc độ chảy của dịch theo đúng y lệnh, duy trì tổng lượng dịch đưa vào đúng thời gian quy định.
- Theo dõi chặt chẽ tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau khi truyền dịch.
- Phát hiện sớm các phản ứng và xử trí kịp thời.
- Không để lưu kim quá 24 giờ trong cùng một vị trí.
- Nơi tiếp xúc giữa kim và mặt da phải giữ vô khuẩn tuyệt đối.

1.2. Chỉ định và chống chỉ định

Truyền dung dịch vào cơ thể bệnh nhân chủ yếu theo 2 đường:

- Đường tĩnh mạch: có thể là tĩnh mạch ngoại biên hay trung tâm.
- Đường dưới da: chỉ được truyền một số dung dịch, số lượng hạn chế.

1.2.1. Chỉ định truyền dịch tĩnh mạch

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn đã mất của cơ thể: trong các trường hợp ỉa 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.

1.2.2. Chống chỉ định truyền dịch tĩnh mạch

- Bệnh nhân suy tim nặng.
- Bệnh nhân tăng huyết áp.
- Truyền dịch có thể gây tai biến như: suy tim cấp, phù phổi cấp, tăng huyết áp.

Nếu có chỉ định đặc biệt: cần duy trì một lượng dịch hằng định trong máu, thì phải truyền thật chậm, khối lượng ít, theo dõi sát, tốt nhất là đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

2. CÁC LOẠI DUNG DỊCH THƯỜNG DÙNG TRUYỀN TĨNH MẠCH

2.1. Dung dịch đẳng trương

- Dung dịch natri clorua 9⁰/₁₀₀.
- Dung dịch glucose 5%.
- Dung dịch ringer lactat.
- Dung dịch natri hydrocarbonat 14⁰/₁₀₀ (NaHCO_3).

Các dung dịch đẳng trương đều truyền nhỏ giọt được vào tĩnh mạch. Liều lượng truyền: từ 100 - 2.000ml/24h hoặc hơn, tùy theo tình trạng bệnh lý của bệnh nhân.

2.2. Dung dịch ưu trương

- Dung dịch natri clorua 10%, 20%.
- Dung dịch glucose 10%; 20%; 30%; 50%.
- Dung dịch natri bicarbonat 5%.

Những dung dịch ưu trương chỉ được tiêm truyền vào tĩnh mạch, tuyệt đối không được tiêm dưới da hay bắp thịt vì gây hoại tử tổ chức.

2.3. Dung dịch có phân tử lượng lớn

- Dextran.
- Huyết tương, máu.

2.4. Dung dịch nuôi dưỡng

- Nutrisol, alverin.
- Morihepauim, aminosteril nhepa.

3. KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH TĨNH MẠCH

3.1. Chuẩn bị địa điểm

- Nơi truyền dịch cho bệnh nhân phải sạch sẽ, thoáng khí, đủ ánh sáng cần thiết; phải đảm bảo điều kiện vô khuẩn tuyệt đối.

- Có thể thực hành ngay trên giường bệnh nhân, trên bàn mổ, trong phòng cấp cứu hồi sức, phòng lưu bệnh nhân.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ, dung dịch

3.2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Chai dịch truyền theo chỉ định đã được kiểm tra: tên loại dung dịch, số lượng, hàm lượng, chất lượng, ngày pha chế và thời hạn dùng.

- Thuốc theo y lệnh.

- Khay vô khuẩn để đựng bơm, kim tiêm, gạc, dây truyền.

- Kim Kocher vô khuẩn có mấu, không mấu để gấp bơm, kim tiêm, bông.

- Bộ dây truyền: dài 1,0 - 1,4m, một đầu cóambu lắp kim tiêm, một đầu có kim to để cắm vào chai dung dịch và bầu đếm giọt (có loại 10 - 15 giọt/ml), có thể có thêm bầu lọc, một khóa điều chỉnh tốc độ nhỏ giọt (kẹp Mohr), nút thông khí, hoặc kim thông khí.



Hình 2.9: Truyền dịch tĩnh mạch.

Tất cả bộ dây truyền được hấp và đựng trong hộp vô khuẩn hoặc bộ dây truyền được vô khuẩn đóng sẵn trong túi nilon, khi dùng cắt túi và đổ vào khay vô khuẩn để lắp vào chai dịch truyền.

- Bơm tiêm: 5ml, 10ml vô khuẩn.

- Kim tiêm đã vô khuẩn dài 3cm đường kính 5/10 - 8/10mm, kim cánh bướm, kim lượn.

- Bát mạ kền, cốc đựng bông cồn iod 1%, cồn 70°.

3.2.2. Các dụng cụ khác

- Cọc truyền, giá treo, quang treo để treo chai dịch cách giường bệnh nhân 0,8 - 1m.

- Keo, băng dính, băng cuộn, để cố định kim và chi của bệnh nhân.

- Bộ gối kê tay, tấm nilon nhỏ để lót dưới vùng truyền dịch, dây cao su để garo chi cho tĩnh mạch nổi rõ, nẹp có đệm bông để cố định tay bệnh nhân.

- Huyết áp, ống nghe, đồng hồ bấm giây.

- Phiếu truyền dịch, bảng theo dõi dấu hiệu sinh tồn.

- Hộp thuốc chống sốc.

- Khay quả đậu, túi giấy đựng bông gạc bẩn.

3.3. Chuẩn bị bệnh nhân

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

- Nhắc bệnh nhân đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền.

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

- Đặt bệnh nhân ở tư thế thoải mái.

3.4. Vị trí truyền

- Truyền cho trẻ em: thường truyền vào tĩnh mạch đầu, mu bàn tay, cẳng tay, mắt cá trong cẳng chân.

- Truyền cho người lớn: thường truyền vào tĩnh mạch nếu gấp khuỷu tay, cẳng tay hoặc tĩnh mạch mắt cá trong của bàn chân.

- + Nếu truyền vào tĩnh mạch chữ V ở nếp gấp cẳng tay phải xắn ống tay áo lên sát vai hoặc cởi hẳn ống tay áo, đặt cánh tay lên nẹp và cố định bằng băng cuộn vào thành giường để tránh di lệch.

- + Truyền vào tĩnh mạch mắt cá trong của bàn chân: kéo quần lên quá gối, không cần nẹp, chỉ cố định đầu gối và cổ chân bằng băng cuộn vào thành giường.

- Bệnh nhân hôn mê, giã giữa: phải cố định chân tay vào thành giường.

3.5. Thực hành kỹ thuật

- Kiểm tra lại công tác chuẩn bị: địa điểm, dụng cụ, bệnh nhân, chai dịch. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng.

- Điều dưỡng rửa tay sạch bằng xà phòng, rồi sát khuẩn tay bằng cồn, đi găng tay.

- Sát khuẩn nút chai; pha thuốc vào chai, nếu có chỉ định.

- Lắp quang treo vào chai dịch, đâm kim của dây truyền qua tâm của nút chai, khoá dây truyền lại, treo chai dịch lên giá cộc truyền.

- Mở nút thông khí cho dung dịch chảy qua dây truyền dịch, đuổi không khí trong dây truyền ra bằng cách:

+ Tay trái nâng nghiêng bầu nhỏ giọt, tay phải mở khoá dây truyền; khi dịch chảy được 1/3 bầu thì nhanh tay hạ thẳng bầu đếm giọt xuống để cho dịch chảy tiếp tục xuống đoạn dây dưới.

+ Khi dịch chảy thông suốt đến đầuambu thì cho dịch chảy ra khay quả đậu hoặc bát mạ kền, tránh không để chảy nhiều dịch.

- Khoá dây truyền.
- Lắp vỏ kim để tránh nhiễm khuẩn.
- Đặt nẹp, gối và tấm nilon dưới vùng truyền.
- Chọn tĩnh mạch để truyền dịch và buộc dây garo cách vị trí tiêm từ 3 - 5cm.
- Sát khuẩn rộng và sạch vùng tiêm theo chiều xoay ốc từ trong ra ngoài bằng cồn iod. sau đó sát khuẩn lại bằng cồn 70⁰, đặt gạc tam giác dưới nơi tiêm.
- Tay phải cầm đầu dây truyền có gắn kim, tay trái tháo vỏ kim tiêm.
- Tay phải đưa kim vào tĩnh mạch, mũi vát kim ngửa lên trên, chéch với mặt da 15 - 30⁰ khi có máu phụt vào dây truyền thì tháo garo mở khoá cho dịch chảy vào tĩnh mạch.

3.5.1. Truyền dịch tĩnh mạch bằng kim luồn

- Truyền dịch tĩnh mạch bằng kim luồn có ưu điểm: không bị chệch kim ra khỏi tĩnh mạch, bệnh nhân có thể cử động tay truyền dịch; đặc biệt thuận tiện trong vận chuyển bệnh nhân, cấp cứu bệnh nhân hàng loạt.

- Kim luồn là một ống polyten mềm, mỏng, có độ dài và cỡ nòng như kim truyền dịch tĩnh mạch, đầu kim tù; trong nòng kim có một kim khác bằng kim loại đầu vát nhọn (nòng thông kim).

- Các bước thực hành kỹ thuật như truyền dịch tĩnh mạch bằng kim thông thường; nhưng chọc kim vào tĩnh mạch trước, rồi mới lắp dây truyền vào đốc kim.

- Khi có máu chảy ra theo kim thì dùng ngón tay cái và ngón trỏ tay phải rút nòng thông kim, máu tràn ra đến đốc kim thì nhanh chóng lắp đầuambu dây truyền dịch vào đốc kim, không được để không khí lọt vào kim, mở khoá dây truyền cho dịch chảy vào tĩnh mạch.

3.5.2. Trường hợp mạch nhỏ, xẹp, khó truyền

Trường hợp mạch nhỏ phải dùng bơm tiêm lấy 5 - 10ml dung dịch huyết thanh mặn đẳng trương lắp kim và cắm bơm tiêm chọc vào tĩnh mạch, khi máu vào bơm tiêm tháo dây garo, đổi tay bơm thuốc vào tĩnh mạch.

- Khi hết thuốc: tay trái dùng ngón nhẫn đè lên mũi vát của kim để máu không theo kim chảy ra và khí không lọt vào tĩnh mạch, ngón trỏ và ngón cái giữ đốc kim thật chặt.

- Tay phải nhẹ nhàng xoay tháo bơm tiêm bỏ vào khay quả đậu đựng nước lạnh.
- Lắp đầuambu của dây truyền vào đốc kim.
- Mở khoá cho dịch chảy.
- Dùng gạc tam giác lót dưới đốc kim, bọc đốc kim lại và cố định băng dính vào da bệnh nhân.
- Điều chỉnh khóa cho dịch chảy nhỏ giọt theo y lệnh, dùng đồng hồ bấm giây để theo dõi tốc độ nhỏ giọt trong 1 phút.
- Rút gối kê tay, nilon, dây garo ở dưới tay hoặc chân bệnh nhân rồi đặt nẹp cố định lại, truyền dịch bằng kim luồn thì không cần nẹp cố định.
- Phủ gạc vô khuẩn lên vùng truyền.
- Ghi phiếu tiêm truyền: họ tên, tuổi bệnh nhân, số giường, tên thuốc, tốc độ truyền, thời gian bắt đầu truyền, tên người truyền; gài phiếu vào cạnh chai dịch để tiện theo dõi.
- Theo dõi sát bệnh nhân: cứ 15 phút đến quan sát 1 lần để phát hiện những bất thường có thể xảy ra trong suốt quá trình truyền.
- Nếu không có tai biến xảy ra, khi chai dung dịch còn khoảng 10ml thì ngừng truyền, khóa dây truyền lại và rút kim ra.
- Sát khuẩn lại nơi tiêm bằng bông cồn 70⁰. Nếu chảy máu, đặt bông vô khuẩn băng dính lại.
- Trường hợp bệnh nhân còn tiếp tục truyền, phải nhẹ nhàng thay sang chai khác, khóa dây dẫn lại và kiểm tra dây dẫn không có bọt khí mới tiếp tục truyền dịch.
- Thu dọn, lau chùi, đánh rửa sạch dụng cụ gửi đi hấp sấy.
- Ghi vào phiếu tiêm truyền giờ kết thúc, số lượng dịch đã truyền.
- Ghi vào hồ sơ tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau khi truyền dịch, những diễn biến bất thường và xử trí trong khi truyền dịch.
- Cách tính thời gian truyền dịch:

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

4. THEO DÕI TRUYỀN DỊCH

- Trong 15 phút đầu phải đứng tại chỗ quan sát sắc mặt, mạch, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân và vùng tiêm. Nếu có những biến đổi khác thường phải báo cáo bác sĩ.
- Quan sát lưu thông dịch.

- Nếu không có diễn biến bất thường, điều dưỡng có thể đi làm việc khác nhưng cứ 10 - 15 phút phải trở lại kiểm tra 1 lần.

- Kiểm tra bệnh nhân truyền dịch:

+ Phồng chỗ truyền dịch, bệnh nhân có cảm giác đau buốt tại chỗ truyền, nhìn thấy nổi cục dưới da nơi truyền. Nguyên nhân là đã bị vỡ mạch, hoặc kim chệch ra khỏi lòng mạch làm dịch thoát ra ngoài, phải truyền lại.

+ Dây truyền bị tuột ra khỏi đốc kim, làm chảy dịch ra ngoài.

+ Dịch không chảy có thể do tắc kim thì gấp đoạn dây truyền bóp vài lần hoặc kim bị chệch, đầu vít dẹt vào thành mạch thì xoay nhẹ kim hoặc kê lại đốc kim là dịch có thể chảy đều. Nếu dịch vẫn không thông thì rút kim ra truyền lại.

+ Kiểm tra khí trong dây truyền: nếu có, phải rút kim ra ngay và đuổi hết khí trong dây mới được truyền tiếp.

+ Lượng dịch truyền còn lại trong chai.

+ Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, sắc mặt, tình trạng chung. Chú ý phát hiện sớm tình trạng sốc do truyền dịch, nếu để muộn có thể gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.

5. TAI BIẾN XẢY RA KHI TRUYỀN DỊCH

5.1. Dịch không chảy

Dịch không chảy ra, thuốc không vào được cơ thể bệnh nhân có thể gây nguy hiểm cho tính mạng bệnh nhân, đặc biệt là trong những trường hợp cấp cứu, bệnh nhân nặng. Những nguyên nhân dẫn đến dịch không chảy bao gồm:

- Do kim bị lệch, lỗ kim áp sát vào thành mạch, cần điều chỉnh lại kim và kê lại đốc kim.

- Do mạch xẹp: dùng bàn tay vuốt nhẹ theo đường về của tĩnh mạch để dồn máu.

- Do tắc kim: tạm thời gấp 1 - 2 khúc của đoạn dây truyền rồi buông tay nhanh dung dịch sẽ dồn mạnh xuống làm thông kim, nếu không được phải thay kim khác và truyền lại.

5.2. Phồng nơi tiêm

Phồng nơi tiêm do thuốc thoát ra ngoài vì kim tiêm ra ngoài thành mạch hoặc kim chưa vào sâu trong lòng mạch, do tĩnh mạch bị vỡ phải truyền lại, hoặc truyền chỗ khác. Dung dịch ưu trương thoát ra ngoài thì phải ngừng truyền ngay, báo cho bác sĩ.

- Triệu chứng: chỗ truyền phồng to, bệnh nhân kêu đau buốt.

- Xử trí: rút ra truyền lại.

5.3. Bệnh nhân bị sốc

Sốc có thể do dịch, do những yếu tố gây sốc của dây truyền, hoặc do tốc độ truyền quá nhanh...

- Triệu chứng: bệnh nhân đang truyền thấy khó thở, rét run, vã mồ hôi, sắc mặt tái nhợt, mạch nhanh, huyết áp tụt (huyết áp tâm thu $\leq 80\text{mmHg}$).

- Xử trí: ngừng truyền, ủ ấm cho bệnh nhân, báo cáo ngay và cùng bác sĩ chuẩn bị thuốc xử trí: thuốc trợ tim mạch, kháng histamin và tìm nguyên nhân.

5.4. Phù phổi cấp

Phù phổi cấp là tai biến nặng do truyền nhanh khối lượng lớn dịch truyền hoặc truyền với tốc độ nhanh ở bệnh nhân cao huyết áp, suy tim.

- Triệu chứng: bệnh nhân đau ngực dữ dội, khạc bọt màu hồng, sắc mặt tím tái, nghe thấy phổi nhiều ran ẩm dâng lên từ hai đáy phổi.

- Xử trí: ngừng truyền ngay, cùng với bác sĩ chuẩn bị phương tiện cấp cứu, garo tứ chi 5 phút/lần, dùng lợi tiểu, trích máu nếu cần thiết, xử trí tình trạng suy tim, suy hô hấp, truy tìm mạch...

5.5. Tắc mạch phổi

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

- Triệu chứng: bệnh nhân đau ngực đột ngột, dữ dội, khó thở, có thể gây tử vong nhanh.

- Xử trí: ngừng truyền ngay, báo cáo bác sĩ, đồng thời xử trí hô hấp nhân tạo, thở oxy.

5.6. Nhiễm khuẩn

Do vô khuẩn không tốt, có thể gây nhiễm khuẩn huyết, viêm gan virus, nhiễm HIV... Đề phòng: phải đảm bảo tuyệt đối nguyên tắc vô khuẩn trong suốt quá trình tiêm truyền.

6. TRUYỀN DỊCH ĐƯỜNG DƯỚI DA

Nói chung các bước chuẩn bị và tiến hành giống như truyền tĩnh mạch, nhưng cần chú ý một số điểm sau:

- Chỉ được truyền dưới da những dung dịch đẳng trương, vì truyền dưới da dung dịch ưu trương sẽ gây hoại tử mô.

- Kim tiêm: dùng kim tiêm bắp thịt dài 6 - 8cm.

- Vị trí tiêm: mặt trước ngoài đùi, khoảng 1/3 giữa.

+ Số lượng dịch truyền: khoảng 200ml, khi chỗ tiêm phồng lên thì rút kim ra nửa chừng rồi đâm vào hướng khác, tối đa mỗi đùi có thể truyền khoảng 500ml, cần truyền nửa phải truyền sang đùi khác. Trẻ em chỉ được truyền khoảng 100ml vào một đùi.

LIỆU PHÁP OXY

1. ĐẠI CƯƠNG

Hô hấp là cơ quan chủ yếu thực hiện chức năng trao đổi khí giữa cơ thể với môi trường bên ngoài. Nhờ có sự trao đổi khí mà cơ thể sống hấp thu oxy từ môi trường bên ngoài và đào thải khí carbonic ra khỏi cơ thể. Con người có thể nhịn ăn, nhịn uống trong một thời gian dài, nhưng không thể nhịn thở quá 5 phút. Chức năng hô hấp hoạt động được là nhờ sự điều hòa chu kỳ của trung tâm hô hấp nằm ở hành não. Trung tâm này rất nhạy cảm đối với sự thay đổi đậm độ khí carbonic, oxy, pH và cả nhiệt độ của máu qua não...

Quá trình hô hấp bao gồm 4 giai đoạn:

- Thông khí: giai đoạn không khí từ ngoài vào đến phế nang và ngược lại.
- Khuếch tán: quá trình oxy từ phế nang đến mao mạch qua màng phế nang, đối với khí carbonic thì ngược lại.
- Vận chuyển: quá trình đưa oxy từ máu mao mạch phế nang đến tổ chức nhờ hồng cầu và huyết tương.
- Hô hấp tổ chức: giai đoạn cuối cùng, oxy từ ngoài vào trong tế bào được sử dụng nhờ các men hô hấp.

Các giai đoạn trên của quá trình hô hấp liên quan mật thiết và ảnh hưởng lẫn nhau. Một trong các giai đoạn trên bị rối loạn sẽ dẫn đến rối loạn hô hấp và đưa đến thiếu oxy cho toàn cơ thể.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY THIẾU OXY

2.1. Các chứng ngại ở đường hô hấp

- Các chứng ngại ở đường hô hấp dẫn đến chít hẹp đường ra vào của không khí gây rối loạn thông khí, làm hàm lượng oxy trong cơ thể ngày càng giảm, khí carbonic ngày càng tăng.
- Các chứng ngại ở cao: phù họng, u đường hô hấp, vật lạ, sặc, nghẹn, bệnh bạch hầu...
- Các chứng ngại ở thấp: viêm phế quản, hen, viêm phổi... gây tăng tiết dịch nhầy đường hô hấp, phù nề hoặc co thắt các cơ trơn phế quản làm hẹp đường lưu thông của không khí.

2.2. Hạn chế thể tích của lồng ngực

- Liệt các cơ hô hấp: thường gặp trong tổn thương các dây thần kinh tủy, tổn thương cột sống.

- Chấn thương lồng ngực: gãy xương sườn, vẹo cột sống.
- Các bệnh gây tràn khí, tràn dịch màng phổi.

2.3. Các bệnh gây cản trở khuếch tán khí trong phổi

- Viêm phổi.
- Phù phổi cấp.
- Khí phế thũng.
- Viêm phế quản phổi.

2.4. Các bệnh làm rối loạn quá trình vận chuyển oxy

2.4.1. Thiếu máu

- Thiếu máu về số lượng thường gặp trong các bệnh cấp tính như nôn ra máu, chảy máu. Thiếu máu nặng dẫn đến số lượng hồng cầu còn lại không đủ đảm bảo vận chuyển oxy theo nhu cầu của cơ thể; do đó cơ thể lâm vào tình trạng thiếu oxy.
- Thiếu máu về chất lượng: bệnh huyết sắc tố, ngộ độc oxyd carbon, clorat, nitrit... Trong các bệnh này, máu không thực hiện đủ chức năng vận chuyển oxy từ phổi đến tổ chức dẫn đến cơ thể thiếu oxy.

2.4.2. Suy tim

Suy tim làm ứ trệ tuần hoàn, tốc độ vận chuyển oxy chậm, dẫn đến thiếu oxy.

2.4.3. Bệnh tim bẩm sinh

Trong các bệnh tim bẩm sinh (còn ống động mạch, thông liên nhĩ, thông liên thất...), máu động mạch không được oxy hóa đầy đủ vì có lẫn cả máu tĩnh mạch, dẫn đến tình trạng thiếu oxy mặc dù phổi cung cấp đủ oxy và vận chuyển oxy vẫn bình thường.

3. TRIỆU CHỨNG THIẾU OXY

Thiếu oxy trên lâm sàng đều biểu hiện tình trạng suy hô hấp. Suy hô hấp là biến đổi những chức năng hô hấp, cũng như rối loạn quá trình oxy hóa của tổ chức, biểu hiện lâm sàng của suy hô hấp là triệu chứng khó thở và tím tái, biểu hiện cận lâm sàng là những biến đổi về nồng độ O_2 và CO_2 trong máu. Tùy theo mức độ suy hô hấp nặng hay nhẹ có các biểu hiện sau:

- Khó thở: là triệu chứng chủ quan, bệnh nhân cảm thấy khó chịu do thiếu dưỡng khí, biểu hiện bằng những biến đổi về nhịp thở, về độ sâu cũng như về độ gắng sức của các cơ hô hấp.
- Bệnh nhân biểu hiện lo âu hốt hoảng, bồn chồn.
- Vật vã kích thích.

- Giảm thị lực.
- Ý thức lơ mơ, xa xăm, lộn xộn.
- Giảm trương lực cơ và sự phối hợp của các nhóm cơ.
- Trong giai đoạn đầu: huyết áp, mạch và tần số hô hấp tăng, tần số tim tăng lên để đáp ứng nhu cầu oxy của cơ thể.
- Trong giai đoạn muộn: bệnh nhân có biểu hiện tím tái, thở dốc, co kéo các cơ hô hấp, huyết áp và mạch giảm.
- Cận lâm sàng: xét nghiệm phân tích khí trong máu động mạch thấy áp lực oxy (PaO_2) giảm, độ bão hòa oxy (SpO_2) giảm.

4. LIỆU PHÁP OXY

Liệu pháp oxy là biện pháp cung cấp khí thở cho bệnh nhân có nồng độ oxy lớn hơn 21%.

Thành phần không khí ở điều kiện bình thường (áp suất 760mmHg), gồm có các chất khí sau:

- Khí oxy chiếm: 20,95%.
- Khí carbonic chiếm: 0,03%.
- Khí nitơ chiếm: 79,02%.

Tỷ lệ các khí trên trong không khí phù hợp với nhu cầu sống hàng ngày của con người. Tuy nhiên trong một số trường hợp, do nhiều nguyên nhân khác nhau, bệnh nhân có thể lâm vào tình trạng thiếu oxy. Thiếu oxy sẽ gây tổn thương các mô của cơ thể, nhất là các mô có vai trò quan trọng cho sự sống như tế bào não... Vì vậy, việc sử dụng liệu pháp oxy trong những trường hợp này là hết sức cần thiết.

5. CÁC QUY ĐỊNH KHI THỰC HÀNH LIỆU PHÁP OXY

- Trong quá trình điều trị, khi bệnh nhân có các dấu hiệu và triệu chứng của thiếu oxy thì liệu pháp oxy được chỉ định qua các phương pháp sau:
 - + Phương pháp thở oxy qua ống thông mũi hầu.
 - + Phương pháp thở oxy bằng mặt nạ.
 - + Phương pháp thở oxy bằng cách sử dụng lồng oxy, lồng oxy.
- Oxy là một chất khí không màu, không mùi, không vị trong khí thở, bình thường oxy chiếm tỷ lệ 21%. Oxy rất cần cho sự sống nhưng việc sử dụng trong lâm sàng cần hết sức thận trọng, phải tuân theo đúng quy trình kỹ thuật nhằm giảm bớt các tai biến trong điều trị.

- Oxy là một chất khí dễ gây cháy, nổ.
- Trong liệu pháp oxy sử dụng khí khô. Vì vậy, khi cho bệnh nhân thở nếu khí không được làm ẩm trước sẽ gây nên tổn thương niêm mạc đường hô hấp.
- Nồng độ oxy trong khí thở dùng trong liệu pháp oxy quá cao, lại sử dụng trong thời gian dài sẽ gây nên các tai biến trầm trọng về mắt, phổi cho bệnh nhân. Do đó, khi thực hành liệu pháp oxy cần lưu ý:
 - + Liệu pháp oxy theo đúng chỉ định của bác sĩ về:
 - Phương pháp cho thở oxy.
 - Thời gian thở oxy.
 - + Lưu lượng: là thể tích oxy cần cung cấp cho bệnh nhân trong một phút.
 - Phương pháp ống thông mũi hầu: lưu lượng oxy trung bình 1 - 5 lít/phút.
 - Phương pháp sử dụng mặt nạ: lưu lượng oxy trung bình 8 - 12 lít/phút.
 - + Độ ẩm: là nồng độ oxy trong khí thở.
 - Phương pháp ống thông mũi hầu: lưu lượng oxy từ 1 - 5 lít/phút, có thể đạt nồng độ oxy trong khí thở từ 22 - 30%.
 - Phương pháp mặt nạ: lưu lượng oxy từ 8 - 12 lít/phút, có thể đạt nồng độ oxy trong khí thở từ 35 - 60%.
 - Độ ẩm: là tỷ lệ hơi nước có trong khí thở, thường làm ẩm khí thở bằng cách cho khí oxy từ trong bình sục qua lọ nước sạch trước khi đưa vào đường hô hấp của bệnh nhân.
 - + Đảm bảo vệ sinh phòng, chống nhiễm khuẩn:
 - Sử dụng dụng cụ vô khuẩn, dụng cụ sạch.
 - Vệ sinh miệng cho bệnh nhân 3 - 4 giờ/lần.
 - Với phương pháp ống thông mũi hầu, thời gian sử dụng kéo dài cần thay đổi ống thông và bên mũi của bệnh nhân 8 giờ/lần.
 - + Phòng tránh khô niêm mạc đường hô hấp:
 - Thực hiện làm ẩm oxy bằng nước sạch.
 - Đảm bảo lượng nước uống hàng ngày cho bệnh nhân.
 - + Phòng chống cháy, nổ:
 - Treo biển “Cấm lửa”, “Không hút thuốc lá” ở khu vực có bình chứa khí oxy.
 - Nhắc nhở bệnh nhân, người nhà bệnh nhân làm tốt công tác phòng cháy nổ, khi họ tiếp xúc với những phòng có sử dụng khí oxy, không hút thuốc lá, không sử dụng diêm, bật lửa, bếp điện, bếp dầu hỏa, đèn dầu...

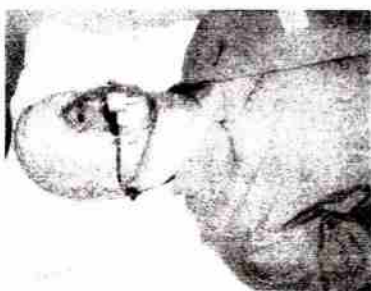
- Bình chứa oxy phải để nơi khô ráo, sạch sẽ, gọn gàng, cố định chắc chắn.
- Hạn chế vận chuyển bình oxy. Nếu cần vận chuyển phải dùng xe đẩy riêng và di chuyển nhẹ nhàng.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

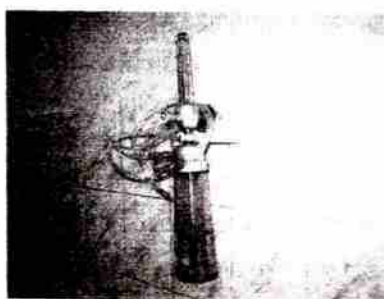
6.1. Thở oxy bằng phương pháp ống thông mũi hầu

6.1.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Ống thông mũi hầu hoặc ống thông Nelaton vô khuẩn cỡ số thích hợp.
- + Trẻ em cỡ số 8 hoặc 10.
- + Người lớn số cỡ 10 - 12 - 14.
- Bình đựng oxy, áp lực kế, lưu lượng kế, dây dẫn oxy.
- Bình làm ấm: dùng nước cất hoặc nước chín, lượng nước trong bình chiếm 1/2 thể tích bình.
- Lọ đựng dầu nhờn.
- Cốc nước chín.
- Miếng gạc vuông.
- Băng dính.
- Kéo.
- Kim băng.
- Đèn pin, đèn soi.
- Đè lưỡi.



Hình 2.10: Thở oxy.



Hình 2.11: Bình làm ấm oxy.

6.1.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Tiếp xúc, xác định đúng bệnh nhân, giải thích cho bệnh nhân về kỹ thuật sắp làm. Động viên bệnh nhân hít vào qua đường mũi để tránh làm loãng nồng độ oxy.

- Đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp, thoải mái đảm bảo thông thoát đường hô hấp.
- + Tư thế nửa nằm nửa ngồi hoặc tư thế ngửa thẳng kê cao vai.
- + Hút đờm dãi cho bệnh nhân.

6.1.3. Thực hành kỹ thuật

- Rửa tay thường quy, đi găng.
- Chuẩn bị và sắp xếp dụng cụ đầy đủ.
- Đưa dụng cụ đến bên giường bệnh, nhận định bệnh nhân; tình trạng chung của bệnh nhân, chú ý đến tình trạng hô hấp, tuần hoàn.
- Hướng dẫn và giải thích cho bệnh nhân về tầm quan trọng của kỹ thuật sắp làm. Thông báo cho bệnh nhân và người nhà về quy định an toàn trong khi bệnh nhân đang thở oxy.
- Hút đờm dãi cho bệnh nhân rồi đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp.
- Lắp ráp hệ thống thở oxy và kiểm tra lại sự hoạt động của toàn bộ hệ thống. Mở van điều chỉnh lưu lượng oxy tới 3 lít/phút; nhúng đầu ống thông thở oxy vào cốc nước thấy có bóng khí nổi; sau khi thử xong đóng van lại.
- Đo và đánh dấu đầu ống thông: đo từ đỉnh mũi tới dải tai cùng bên, sau khi đo xong dùng băng dính để đánh dấu điểm vừa đo.
- Bôi trơn đầu ống thông: bơm kem bôi trơn tan trong nước vào miếng gạc vuông rồi xoay đầu ống, không dùng các loại dầu bôi trơn thông thường như glycerin hoặc parafin. Nếu không có kem bôi trơn tan trong nước thì chỉ cần nhúng đầu ống trong cốc nước sau đó vẩy nhẹ cho hết nước đọng.
- Vận van điều chỉnh lưu lượng cho đúng chỉ định trước khi đưa ống thông vào mũi bệnh nhân.
- Nhẹ nhàng đưa ống thông vào một bên lỗ mũi bệnh nhân cho tới khi điểm đánh dấu chạm vào bờ lỗ mũi. Dùng đèn soi và đèn soi để kiểm tra vị trí của đầu ống thông, nếu thấy đầu ống thông ở vị trí cạnh vòm họng thì phải rút ống thông ra một chút cho đến khi không nhìn thấy thì thôi.
- Dán băng dính cố định ống thông: dán vào một bên mũi và má, hoặc dán vào đỉnh mũi và trán; gài kim băng để cố định ống vào vỏ gối hoặc áo của bệnh nhân.
- Kiểm tra, điều chỉnh lại lưu lượng theo đúng chỉ định.
- Đánh giá lại bệnh nhân về màu da, tình trạng hô hấp và các dấu hiệu sinh tồn khác như mạch, huyết áp...
- Treo bảng cấm lửa vào vị trí dễ nhìn thấy nhất và kiểm tra lại các quy định an toàn.

- Thu dọn dụng cụ, đưa các dụng cụ sạch về vị trí cũ. Xử lý các dụng cụ bẩn theo quy định.

- Ghi chép vào hồ sơ chăm sóc.

- Nội dung ghi chép:

+ Tình trạng bệnh nhân trước khi thở oxy.

+ Thời gian bắt đầu thực hiện kỹ thuật.

+ Lưu lượng oxy.

+ Tình trạng bệnh nhân sau khi thực hành kỹ thuật và trong quá trình thở oxy.

+ Người thực hiện ký tên.

6.2. Thở oxy qua mặt nạ

Mặt nạ là một dụng cụ phủ kín miệng và mũi bệnh nhân, dùng để cho bệnh nhân thở oxy trong những trường hợp khẩn cấp hoặc khi bệnh nhân có tổn thương ở mũi, hầu. Thở oxy bằng mặt nạ có thể cung cấp cho bệnh nhân khí thở có nồng độ oxy cao hơn phương pháp ống thông mũi hầu. Bình thường với lưu lượng oxy 8 - 12 lít/phút, thì nồng độ oxy trong khí thở đạt từ 35 - 60%. Với loại mặt nạ có bóng thở lại, có thể cung cấp khí thở có nồng độ oxy cao tới 90%.

Tuy nhiên, trong lâm sàng ít khi chỉ định cho thở oxy với nồng độ cao hơn 60% để tránh các tai biến ngộ độc oxy.

6.2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân và người nhà về kỹ thuật sắp làm.

- Đặt bệnh nhân nằm ở tư thế thích hợp, thoải mái, đảm bảo đường hô hấp được thông thoáng.

6.2.2. Dụng cụ

- Bình oxy, áp lực kế, lưu lượng kế.

- Bình làm ẩm chứa nước cất hoặc nước chín.

- Mặt nạ theo chỉ định cỡ số thích hợp, dùng loại mặt nạ có bóng thở lại hay không có bóng thở lại tùy thuộc vào từng bệnh nhân cần thở nồng độ oxy trong khí thở cao hay thấp.

- Dây dẫn, ống nối tiếp.

6.2.3. Thực hành kỹ thuật

- Rửa tay thường quy, đi găng tay.

- Chuẩn bị và sắp xếp dụng cụ.

- Đưa dụng cụ đến bên giường bệnh, nhận định bệnh nhân. Tình trạng chung của bệnh nhân, chú ý về tình trạng hô hấp và tuần hoàn.

- Hướng dẫn và giải thích cho bệnh nhân về tầm quan trọng của kỹ thuật sắp làm. Thông báo cho bệnh nhân và người nhà về những quy định an toàn trong khi bệnh nhân đang thở oxy.

- Hút đờm dãi cho bệnh nhân, rồi đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp.

- Động viên bệnh nhân tự cầm và điều khiển mặt nạ theo chỉ dẫn nếu bệnh nhân tự làm được.

- Đưa mặt nạ về phía mặt bệnh nhân và áp mặt nạ từ phía mũi xuống miệng.

- Vận van điều chỉnh lưu lượng oxy theo chỉ định.

- Điều chỉnh mặt nạ cho khít với mặt của bệnh nhân.

- Cố định băng co giãn quanh đầu bệnh nhân, buộc băng vừa phải không chặt quá làm bệnh nhân khó chịu và cũng không lỏng quá làm cho mặt nạ dễ xô dịch khỏi vị trí đúng.

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân: màu da, tình trạng hô hấp và các dấu hiệu sinh tồn khác như mạch, huyết áp.

- Quan sát da mặt của bệnh nhân ở vùng có đặt mặt nạ có bị kích thích, dị ứng với cao su hoặc nhựa của mặt nạ không.

- Sau 1 - 2 giờ thở oxy cần tháo mặt nạ ra, lau khô và lau mặt cho bệnh nhân, nếu thấy mặt nạ có nhiều hơi nước cần tháo ra lau khô ngay.

- Treo băng "Cấm lửa" vào vị trí dễ nhìn thấy nhất và kiểm tra lại các quy định an toàn.

- Thu dọn dụng cụ, đưa các dụng cụ sạch về vị trí cũ, xử lý các dụng cụ bẩn theo quy định.

- Ghi chép vào hồ sơ chăm sóc.

- Nội dung ghi chép:

+ Tình trạng bệnh nhân trước khi thở oxy.

+ Thời gian bắt đầu thực hiện kỹ thuật.

+ Lưu lượng oxy.

+ Tình trạng bệnh nhân sau khi thực hành kỹ thuật và trong quá trình thở oxy.

+ Người thực hiện: ghi rõ họ tên.

HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP

1. ĐẠI CƯƠNG

Hút thông đường hô hấp cho bệnh nhân là kỹ thuật đưa ống thông vào đường hô hấp hút dịch, đờm dãi hoặc các chất làm tắc nghẽn đường thở, khai thông đường hô hấp cho bệnh nhân.

- Ống thông có thể bằng nhựa hoặc cao su, đưa qua đường miệng, mũi, ống nội khí quản, canyl mở khí quản để hút dịch đường hô hấp.

- Áp lực hút do máy tạo nên, có thể dùng bơm tiêm 50 - 100ml hoặc máy hút dạ chân.

- Người lớn hút với áp lực 100 - 120mmHg; trẻ em hút với áp lực 50 - 75mmHg.

- Chỉ định:

- + Bệnh nhân có nhiều đờm dãi không khạc ra được.

- + Bệnh nhân hôn mê, tăng tiết đờm dãi.

- + Bệnh nhân mở khí quản, đặt nội khí quản.

- + Bệnh nhân hít phải chất nôn.

- + Trẻ sơ sinh ngay sau đẻ.

2. KỸ THUẬT HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Người bệnh nằm ngửa, đầu thấp, kê gối dưới vai.

2.2. Chuẩn bị điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.

- Rửa tay thường quy.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Máy hút, hộp vô khuẩn đựng: gạc, ống hút cỡ to nhỏ tùy theo người bệnh.

- Kẹp Kocher, cốc, đèn lưỡi, kim mở miệng, găng tay.

- Dung dịch natriclorua 0,9%.

- Lọ đựng dung dịch sát khuẩn để ngâm ống thông, túi đựng đồ bẩn.

2.4. Thực hành kỹ thuật

2.4.1. Hút thông đường hô hấp trên

- Đặt bệnh nhân ở tư thế thuận lợi.

- Cắm điện vào máy, mở máy để kiểm tra và điều chỉnh áp lực.

- Xé túi đựng ống thông, điều dưỡng mang găng, lắp ống thông vào đầu dây máy hút và hút một lít nước muối sinh lý vào ống.
- Đưa ống thông vào các vị trí: khoang miệng, hầu, lỗ mũi sau, dưới lưỡi.
- Bật công tắc điện máy hút.
- Mỗi lần hút không quá 15 giây, không hút quá 5 lần/đợt.
- Hút xong tắt máy, tháo ống thông cho vào dung dịch sát khuẩn.
- Giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

2.4.2. Hút dịch khí quản qua ống nội khí quản hoặc Canyl khí quản (hút thông đường hô hấp dưới)

- Mở túi đựng ống thông, điều dưỡng mang găng, lắp ống thông vào máy hút.
- Đưa ống thông vào ống nội khí quản hoặc Canyl khí quản, đưa đến khi người bệnh có phản xạ ho thì dừng lại.
- Bật công tắc điện máy hút, kéo từ từ ống thông ra, vừa kéo vừa xoay ống thông hạn chế đẩy đi đẩy lại.
- Hút dịch theo 3 tư thế: đầu ngửa thẳng, đầu nghiêng phải, đầu nghiêng trái.
- Mỗi đợt hút không quá 2 phút, mỗi lần hút không quá 30 giây.
- Hút xong cho bệnh nhân thở oxy nồng độ 100% trong 2 phút.
- Đánh giá: tình trạng hô hấp của bệnh nhân.

2.5. Thu dọn dụng cụ, ghi phiếu theo dõi

- Thu dọn dụng cụ gọn gàng, tháo găng.
- Ghi hồ sơ:
 - + Thời gian làm kỹ thuật.
 - + Tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau khi hút thông đường hô hấp.
 - + Điều dưỡng ký tên.

3. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Nhiễm khuẩn: là biến chứng hay gặp nhất do không tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn.
- Chảy máu: do không thực hiện đủ, đúng các bước của quy trình hút thông đường hô hấp, đặc biệt hay gặp chảy máu đường hô hấp dưới.
- Ống nội khí quản, mở khí quản tuột ra ngoài, hoặc vào quá sâu là tai biến do thực hành kỹ thuật không đúng quy trình.
- Xẹp phổi, ngừng tim: là những biến chứng có thể gặp trong khi hút thông đường hô hấp.

HÚT DỊCH DẠ DÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

Hút dịch dạ dày là kỹ thuật đưa ống thông vào dạ dày để hút ra một lượng dịch để phục vụ cho chẩn đoán và điều trị một số bệnh đường tiêu hóa.

Đưa ống thông vào dạ dày, cho ăn bằng ống thông còn nhằm mục đích đáp ứng nhu cầu về dinh dưỡng cho bệnh nhân.

1.1. Chỉ định

- Các bệnh dạ dày: viêm loét dạ dày-tá tràng, ung thư dạ dày, hẹp môn vị, thủng dạ dày.
- Các trường hợp trường bụng.
- Bệnh nhân mổ đường tiêu hóa: dạ dày, ruột và các phẫu thuật khác có gây mê.
- Bệnh nhân ăn bằng đường miệng có nguy cơ suy hô hấp.

1.2. Chống chỉ định

- Bệnh ở thực quản: co thắt, chít hẹp, phình tĩnh mạch, động mạch thực quản.
- Tổn thương thực quản: u, rò, bông thực quản dạ dày do dung dịch acid, kiềm mạnh, chấn thương thực quản.

2. KỸ THUẬT HÚT DỊCH DẠ DÀY

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Lấy dịch xét nghiệm cần dặn bệnh nhân nhịn đói trước 12 giờ.
- Thông báo cho bệnh nhân hoặc người nhà biết kỹ thuật sắp làm.
- Động viên an ủi bệnh nhân yên tâm.
- Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết.

2.2. Điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Khay chữ nhật, kìm Kocher, cốc đựng bông tẩm parafin.
- Cốc nước chín, khăn lau miệng, nilon, khay quả đậu.
- Giá đựng ống nghiệm, ống nghiệm, túi đựng đồ bẩn.
- Hộp vô khuẩn: găng tay, bơm tiêm 50ml, gạc, ống Levin có các cỡ cho phù hợp với từng độ tuổi.



Hình 2.12: Đặt ống thông dạ dày.

2.4. Thực hành kỹ thuật

Hút dịch dạ dày tiến hành ở buồng thủ thuật hoặc buồng bệnh.

- Để bệnh nhân ngồi hoặc nằm tư thế thuận lợi, tháo răng giả, choàng nilon vào cổ, ngực bệnh nhân.

- Đặt khay quả đậu ngang cằm, nếu bệnh nhân nằm. Hướng dẫn người phụ cầm khay quả đậu, nếu bệnh nhân ngồi.

- Mở hộp vô khuẩn, điều dưỡng đi găng.

- Cầm ống thông quan sát số đo hoặc vạch đánh dấu trên ống thông. Nếu ống thông chưa có vạch thì phải đo trên bệnh nhân:

- + Cách 1: đo từ cánh mũi đến dải tai cùng bên rồi xuống đến điểm giữa từ mũi ức tới rốn.

- + Cách 2: đo từ cung răng cửa đến rốn bệnh nhân.

- Dùng băng dính đánh dấu, bôi trơn đầu ống thông bằng dầu nhờn.

- Đưa ống thông vào lỗ mũi, khi ống vào tới họng nhắc bệnh nhân nuốt, tiếp tục đưa ống tới vạch đã đánh dấu. Sau đó dùng băng dính cố định ống thông lại.

- Kiểm tra ống thông đã vào tới dạ dày bằng 2 cách:

- + Cách 1: dùng bơm tiêm hút, nếu thấy dịch chảy ra là ống thông đã vào dạ dày.

- + Cách 2: dùng bơm tiêm bơm một lượng không khí vào ống thông, đồng thời đặt ống nghe lên vùng thượng vị nghe thấy tiếng ục ục do không khí đi qua trong dạ dày là ống thông đã vào tới dạ dày.

- Lắp bơm tiêm vào đầu ống thông để hút dịch.

- + Hút dịch làm xét nghiệm: lấy 5 - 10ml cho vào ống nghiệm.
- + Hút dịch để điều trị: hút cho đến khi hết dịch trong dạ dày.
- Kẹp hoặc nút ống thông lại, một thời gian sau hút tiếp.
- Nếu dùng máy hút phải điều chỉnh áp lực hút trước khi lắp máy.
- + Người lớn hút với áp lực 300mmHg.
- + Trẻ em hút với áp lực 150mmHg.
- Khi dịch không chảy ra nữa hoặc bệnh nhân đỡ trương bụng thì tắt máy, kẹp hoặc nút ống lại.
- Khi hút tiếp chỉ cần mở ống thông lắp vào máy.
- Rút ống thông: một tay cầm gạc đỡ ống, một tay cuộn gọn ống lại còn khoảng 10 - 15cm thì gấp ống lại và rút nhanh đầu ống ra.
- Cho bệnh nhân xúc miệng, lau miệng và giúp bệnh nhân nằm lại thoải mái trên giường.
- Gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm nếu có chỉ định.
- Trong khi hút dịch phải cố định ống thông chắc chắn.
- Trường hợp bệnh nhân có chỉ định hút dịch dạ dày nhiều ngày:
 - + Thường xuyên kiểm tra ống thông đúng vị trí trong dạ dày, không cuộn trong miệng, không tuột ra ngoài.
 - + Khi hút liên tục bằng máy, dặn người nhà không được tự ý điều chỉnh áp lực hoặc tự rút ống thông.
 - + Giữ gìn vệ sinh mũi, răng miệng hàng ngày.
 - Thường xuyên bơm rửa ống thông bằng dung dịch natri clorua 0,9% để ống không bị tắc, sau 12 - 48 giờ phải thay ống thông.

2.5. Thu dọn dụng cụ, ghi kết quả vào phiếu chăm sóc

- Sắp xếp dụng cụ đúng nơi quy định.
- Ghi hồ sơ:
 - + Ngày giờ thực hành thủ thuật.
 - + Số lượng dịch hút ra.
 - + Số lượng dịch chảy ra, màu sắc, mùi.
 - + Thời gian hút dịch dạ dày.
 - + Tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau khi hút.
 - + Tên điều dưỡng thực hiện, ký tên.

3. KỸ THUẬT CHO BỆNH NHÂN ĂN BẰNG ỐNG THÔNG DẠ DÀY

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Xem hồ sơ, tên bệnh nhân, đường cho ăn, số lượng và loại thức ăn.
- Giải thích, động viên bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Bơm tiêm 50ml, bình đựng dung dịch thức ăn; nhiệt độ thức ăn: 37°C.
- Dụng cụ đặt ống thông dạ dày nếu bệnh nhân chưa được đặt ống thông dạ dày.

3.3. Thực hành kỹ thuật

Đặt ống thông dạ dày Levin, nếu bệnh nhân chưa được đặt ống thông.

- Kiểm tra ống thông dạ dày bằng 2 cách trước mỗi lần cho ăn.
 - Đặt đầu bệnh nhân cao 30° so với mặt giường, mặt quay về phía người làm thủ thuật.
 - Choàng tấm nilon trước ngực và quanh cổ bệnh nhân, phủ khăn bông lên trên tấm nilon.
 - Hút dung dịch thức ăn vào bơm tiêm, bơm từ từ vào dạ dày và theo dõi bệnh nhân.
 - Mỗi lần bơm 20 - 50ml thức ăn.
 - Có thể dùng phễu lắp vào đầu ngoài ống thông Levin, rót thức ăn vào phễu mỗi lần 20 - 50ml.
 - Điều chỉnh độ cao của bơm tiêm, phễu để điều chỉnh tốc độ ăn.
 - Thường xuyên vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân trong thời gian cho ăn qua ống thông.
 - Rửa ống thông bằng nước sạch sau khi cho ăn.
 - Nút đầu ống thông, cuộn tròn và cố định ống dưới gối với bệnh nhân là người lớn.
 - Lau mặt cho bệnh nhân, tháo bỏ tấm nilon và khăn bông.
 - Đặt bệnh nhân ở tư thế nghỉ ngơi trị liệu phù hợp.
- #### **3.4. Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ**
- Thu gom thức ăn thừa đúng quy định.
 - Rửa sạch, lau khô dụng cụ, để vào nơi quy định.
 - Ghi hồ sơ:

- + Ngày giờ cho ăn, loại thức ăn, số lượng.
- + Tình trạng bệnh nhân trong và sau khi ăn.
- + Tên người thực hành thủ thuật.

4. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: do đầu ống thông gây tổn thương niêm mạc mũi họng, thực quản dạ dày, bệnh nhân giãy giụa nhiều.
- Ống thông cuộn lại trong miệng bệnh nhân: có thể gây suy hô hấp.
- Đưa ống thông vào phổi, bơm thức ăn vào phổi: gây suy hô hấp cấp tính, dễ tử vong.
- Viêm, loét dạ dày: do lưu ống thông dài ngày, thức ăn quá nóng.
- Trào ngược thức ăn: có thể gây suy hô hấp cấp do thức ăn vào phổi gây viêm phổi hít.

RỬA DẠ DÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

Rửa dạ dày là kỹ thuật đưa ống thông bằng ống cao su hoặc nhựa vào dạ dày để hút các chất trong dạ dày ra ngoài như thức ăn, dịch vị, chất độc... nhằm mục đích:

- Loại trừ chất độc trong dạ dày.
- Làm sạch dạ dày để phẫu thuật và điều trị.

1.1. Chỉ định

- Ngộ độc: thức ăn, thuốc, hóa chất trước 6 giờ.
- Trước phẫu thuật đường tiêu hóa: khi bệnh nhân ăn chưa quá 6 giờ.
- Bệnh nhân hẹp môn vị: thức ăn, dịch vị ứ đọng trong dạ dày.
- Bệnh nhân đa toàn: rửa dạ dày làm giảm nồng độ acid trong dạ dày.

1.2. Chống chỉ định

- Bệnh nhân hôn mê, nếu rửa phải đặt nội khí quản.
- Bệnh nhân uống nhầm dung dịch acid, kiềm mạnh.
- U, rò thực quản, giãn, vỡ tĩnh mạch thực quản.
- Bệnh nhân thủng dạ dày.
- Bệnh nhân ngộ độc sau 6 giờ.
- Bệnh nhân suy kiệt nặng.

2. KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Trước khi thực hành rửa dạ dày phải thông báo cho bệnh nhân biết kỹ thuật sắp làm, động viên an ủi bệnh nhân yên tâm hợp tác với điều dưỡng. Nếu là trẻ em cần giải thích cho bố mẹ, hướng dẫn bệnh nhân và người nhà những điều cần thiết.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

2.2.1. Dụng cụ sạch

- Khay chữ nhật: 2 cái.
- Khay quả đậu: 2 cái hoặc túi giấy đựng đồ bẩn.
- Lọ cầm kim và 2 kim Kocher.

- Lọ đựng cồn 70⁰.
- Lọ đựng dầu nhờn parafin đã hấp.
- Cốc đựng bông.
- Cốc cố chân.
- Cốc đựng nước chín.
- Ca múc nước rửa, khăn lau miệng.
- Nilon: 2 tấm.
- Xô, chậu đựng nước rửa hoặc dung dịch thuốc, số lượng tùy theo bệnh lý và tình trạng ngộ độc.
- Thùng đựng nước thải ra.
- Giá ống nghiệm nếu có yêu cầu xét nghiệm.

2.2.2. Dụng cụ vô khuẩn

Khay chữ nhật trải 2 sàng đã hấp tiệt khuẩn đựng:

- Ống Faucher dài 80 - 150cm, đường kính 8 - 12mm. Ống được chia làm 3 phần: đầu đưa vào dạ dày có lỗ chính giữa và lỗ cạnh bên, cách đầu ống 50cm có vạch ngang; đưa ống vào dạ dày vạch chạm cung răng cửa là đầu ống đã vào tới đáy dạ dày. Giữa thân ống có quả bóp để tăng áp lực đẩy nước vào và hút nước, dịch, thức ăn ra. Phía ngoài cùng có một phễu để đổ nước.

- Bơm tiêm 20 - 50ml.
- Gạc, bông cầu đã được hấp tiệt khuẩn.
- Kim mở miệng, kéo lưỡi và đè lưỡi.

3. THỰC HÀNH RỬA DẠ DÀY

Rửa dạ dày thường làm ở một phòng riêng, thoáng. Nếu làm ở phòng điều trị phải có bình phong che kín.

3.1. Tư thế bệnh nhân

- Tư thế ngồi: bệnh nhân ngồi trên ghế tựa, đầu hơi ngả về phía trước, choàng nilon trước ngực, che kín ngực, bụng, đùi.
- Tư thế nằm: đầu hơi cao, phía trên đầu giường trải nilon, sau đó trải nilon trước ngực bệnh nhân.
- Đặt thùng đựng nước thải trên sàn nhà theo tư thế bệnh nhân.

3.2. Đưa ống thông vào dạ dày bệnh nhân

- Đổ dầu nhờn ra cốc.
- Mở khay vô khuẩn, rửa tay thường quy, đi găng tay, cầm ống Faucher đã có mức đánh dấu, cuộn lại. Nếu ống không có dấu thì đo trên bệnh nhân: lấy điểm giữa rốn và mũi ức vòng qua sau tai, tới cung răng cửa đánh dấu bằng băng dính.
- Đặt khay quả đậu dưới cằm bệnh nhân hoặc có người phụ cầm giúp.
- Bôi dầu nhờn vào đầu ống.
- Trước khi đưa ống vào dạ dày bệnh nhân, phải kiểm tra nếu bệnh nhân có răng giả phải tháo ra.
- Đưa ống thông vào dạ dày, kiểm tra vị trí ống thông trong dạ dày, thực hành như kỹ thuật hút dịch dạ dày.
- Trước khi tiến hành rửa dạ dày hạ thấp phễu xuống dưới mức dạ dày và nghiêng phễu để dịch ứ đọng trong dạ dày chảy ra, hoặc dùng bơm tiêm hút hết dịch ra. Nếu có chỉ định lấy dịch để xét nghiệm, phải lấy vào ống nghiệm, sau đó mới tiến hành đổ nước rửa.
- Khi rửa phải giữ phễu ngang với đầu bệnh nhân trong trường hợp bệnh nhân ngồi. Nếu bệnh nhân nằm thì phễu ở vị trí cao hơn mặt của bệnh nhân 15cm.
- Rửa đi rửa lại cho đến khi nước dạ dày chảy ra trong là được. Nếu bệnh nhân ngộ độc thuốc hoặc hóa chất cũng phải rửa đến khi nước chảy ra trong và hết mùi thuốc hoặc hóa chất.
- Rút ống thông: một tay cuộn ống, tay còn lại dùng gạc đỡ ống ra, khi còn 15 - 20cm dùng ngón tay cái bóp chặt ống rút ra khỏi miệng bệnh nhân bỏ ống vào khay quả đậu. Lau miệng và cho bệnh nhân súc miệng, tháo bỏ nilon. Cho bệnh nhân về phòng hoặc nằm lại ngay ngắn, thoải mái. Dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết sau rửa dạ dày.

3.3. Cần chú ý khi rửa dạ dày

- Hạn chế không khí vào dạ dày.
- Luôn quan sát sắc mặt bệnh nhân. Ngừng rửa ngay khi bệnh nhân kêu đau bụng hoặc dịch chảy ra có lẫn máu, theo dõi bệnh nhân chặt chẽ.
- Bệnh nhân ngộ độc thuốc trừ sâu hoặc cloroquin: khi rửa dạ dày phải có mặt bác sĩ.

3.4. Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ bệnh án

- Dụng cụ đã dùng đưa đi cọ rửa và xử lý, các dụng cụ khác sắp xếp vào đúng nơi quy định.

- Ghi vào hồ sơ bệnh án:

+ Ngày, giờ làm kỹ thuật.

+ Số lượng nước và dịch rửa.

+ Thời gian thực hành kỹ thuật.

+ Số lượng dịch và nước chảy ra: màu, mùi.

+ Tình trạng của bệnh nhân trước, trong, sau khi rửa dạ dày.

+ Tên người thực hiện kỹ thuật.

4. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: tổn thương đường tiêu hoá do hoá chất gây nên. Cần ngừng ngay kỹ thuật, theo dõi bệnh nhân.

- Viêm phổi hít: do dịch trào ngược tràn vào phổi.

THỤT THÁO, THỤT GIỮ

1. ĐẠI TRĂNG

Thụt tháo, thụt giữ là các kỹ thuật đưa nước, thuốc qua trực tràng vào đại tràng nhằm mục đích tháo phân, điều trị và nuôi dưỡng bệnh nhân.

Sơ lược về giải phẫu sinh lý của đại tràng:

- Đại tràng dài 1,5m, đường kính rộng khoảng 4 - 6cm, nằm đóng khung trong ổ bụng; chia làm 2 phần:

- + Đại tràng phải: dài khoảng 55cm gồm manh tràng, đại tràng lên, nửa phải của đại tràng ngang.

- + Đại tràng trái: dài khoảng 1,2m gồm nửa trái của đại tràng ngang, đại tràng chậu hông và trực tràng.

- Đại tràng có chức năng hấp thu nước làm cô đặc phân, hấp thu một số thuốc, glucose và muối khoáng.

Trong điều trị, đưa nước vào đại tràng để làm lỏng phân và có thể đưa các chất dinh dưỡng, thuốc vào cơ thể qua đường ruột.

2. THỤT THÁO

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.

2.1. Chỉ định

- Bệnh nhân táo bón.
- Trước phẫu thuật đường tiêu hóa.
- Trước thụt chất cản quang vào ruột để chụp X quang khung đại tràng.
- Trước thụt giữ để thuốc hấp thu qua đại tràng.
- Trước đẻ.
- Trước soi trực tràng để quan sát, phát hiện tổn thương đại tràng.

2.2. Chống chỉ định

- Bệnh thương hàn có nguy cơ thủng ruột.
- Viêm ruột.
- Tắc ruột, xoắn ruột.
- Tổn thương hậu môn, trực tràng.

2.3. Kỹ thuật thụt tháo

2.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Hướng dẫn, giải thích cho bệnh nhân cảm giác khi thụt tháo.
- Dẫn bệnh nhân cố gắng đại tiện sau khi thụt 15 phút.

2.3.2. Chuẩn bị dụng cụ

Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ, đi găng tay.

- Nước thụt:

+ Nước muối đẳng trương hoặc thuốc tím 1‰ , hay nước đun sôi để nguội 37°C .

+ Lượng nước chỉ định: người lớn bình thường 500 - 1.000ml, không quá 1.500ml; trẻ em 200 - 750ml tùy theo tuổi. Trường hợp đặc biệt, theo chỉ định của bác sĩ.

- Dụng cụ:

+ Bồn sạch đựng nước thụt có chia vạch, đáy cao su dài 1,2 - 1,5m nối với bồn, Canyl, khóa vòi thụt đã vô khuẩn.

+ Quả bơm bằng cao su, ống thông Nelaton để thụt cho trẻ em.

+ 2 khay chữ nhật.

+ Lọ đựng kẹp Kocher, 2 kẹp Kocher.

+ Ca mức nước, chậu, xô sạch đựng nước.

+ Lọ dầu nhờn: parafin, vaselin.

+ Cốc đựng bông cầu.

+ Gạc, giấy gói vòi thụt, giấy vệ sinh.

+ Gối kê mông, vải nylon.

+ Cột treo bồn.

+ Bình phong khi làm tại buồng bệnh.

+ Bô, khay quả đậu.

2.3.3. Thực hành kỹ thuật

- Đưa dụng cụ tới nơi làm kỹ thuật.

- Động viên bệnh nhân cố chịu đựng khi cảm giác nước chảy vào.

- Cởi quần giúp bệnh nhân (nếu bệnh nhân không tự làm được).

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng bên trái, bệnh nhân liệt nằm ngửa.

- Kê gối và lót nilon vào mông, phủ vải đắp vùng mông bệnh nhân.

- Lắp canyl vào ống cao su, lắp ống cao su nối với bồn.

- Đổ nước vào bồn.

- Treo bồn lên cột cách mặt giường 50 - 80cm. Không treo cao quá nước chảy vào với áp lực mạnh làm kích thích nhu động ruột mạnh đẩy nước ra, không vào sâu trong ruột, ảnh hưởng tới kết quả thụt và làm bệnh nhân khó chịu.

- Kiểm tra lại nước và thử vòi thụt.
- Bôi dầu trơn vào đầu canyl hoặc ống thông.
- Bỏ vải đắp, một tay vạch mông bệnh nhân một tay cầm vòi đưa nhẹ canyl hoặc ống thông vào hậu môn chừng 2 - 3cm, đưa ngược lên trên chếch về phía trước bụng, rồi đưa vòi ra phía sau, đưa vào khoảng 1/2 hoặc 2/3 vòi thụt, đưa nhẹ nhàng tránh gây tổn thương niêm mạc hậu môn, trực tràng. Khi đưa vòi thụt nhắc bệnh nhân há miệng, thở đều.
- Mở khóa cho nước chảy từ từ, một tay giữ vòi thụt hoặc ống thông để không bị bật ra ngoài.
- Kiểm tra nước vào đại tràng bằng cách quan sát mức nước trong béc hoặc hỏi bệnh nhân có cảm thấy nước chảy vào ruột không. Nếu mức nước vẫn giữ nguyên có thể treo cao béc lên hoặc rút vòi thụt ra một chút nước sẽ chảy.
- Trong khi thụt nếu bệnh nhân kêu đau bụng, khó chịu, mót rặn muốn đi ngoài thì khóa vòi thụt lại để bệnh nhân nghỉ. Khi các dấu hiệu trên hết thì lại tiếp tục thụt với áp lực thấp hơn.
- Khi nước trong béc gần hết, khóa vòi thụt lại, nhẹ nhàng rút ra, dùng giấy bọc lấy vòi thụt, bỏ vào khay quả đậu hoặc lau sạch rồi bỏ vào bình có chứa dung dịch sát khuẩn.
- Treo ống cao su lên cột.
- Cho bệnh nhân nằm ngửa, dặn bệnh nhân cố gắng nhịn đại tiện 15 phút.
- Đặt bô hoặc giúp bệnh nhân đi vệ sinh.
- Khi bệnh nhân đại tiện xong giúp bệnh nhân lau chùi sạch sẽ. Nếu bệnh nhân tự làm được, đưa giấy cho bệnh nhân lau chùi.
- Nếu vải trải ướt, thay vải trải cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

2.3.4. Thu dọn dụng cụ

- Dụng cụ bẩn đi khử khuẩn theo quy định.
- Để các dụng cụ sạch vào chỗ quy định.

2.3.5. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thụt, dung dịch thụt, số lượng.
- Kết quả và tình trạng bệnh nhân.
- Người thực hiện kỹ thuật.

3. THỤT GIỮ

Thụt giữ là kỹ thuật đưa dung dịch dinh dưỡng hoặc thuốc theo chỉ định qua hậu môn vào đại tràng. Để điều trị một số bệnh tại chỗ của đại tràng, có thể thụt giữ để hạ sốt.

Thụt giữ còn được áp dụng để nuôi dưỡng bệnh nhân trong trường hợp bệnh nhân không ăn uống được, không truyền vào tĩnh mạch được. Tuy nhiên ít áp dụng vì hiệu quả nuôi dưỡng không cao.

3.1. Chỉ định

- Viêm đại tràng, bệnh nhân bệnh lý trực khuẩn, lý amíp.
- Trướng hơi sau mổ.
- Bệnh nhân tổn thương đường tiêu hóa trên không ăn uống được, không truyền dịch được.
- Sốt cao có chỉ định giảm sốt.
- Bệnh nhân viêm đại tràng mãn tính, bệnh lý trực khuẩn, có chỉ định điều trị, dùng thuốc tại chỗ.

3.2. Chống chỉ định

- Bệnh thương hàn.
- Viêm ruột.
- Tắc ruột, xoắn ruột.
- Tổn thương hậu môn, trực tràng.

3.3. Kỹ thuật thụt giữ

3.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Hướng dẫn, giải thích cho bệnh nhân cảm giác khi thụt giữ.
- Dẫn bệnh nhân cố gắng nhịn đại tiện sau khi thụt giữ theo chỉ định.
- Phải thụt tháo cho bệnh nhân trước 1 - 2 giờ, sau đó mới thụt giữ.

3.3.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ, đi găng tay.
- Bóc thụt có khăn phủ.
- Ống cao su có bầu nhỏ giọt, có khóa hãm để điều chỉnh tốc độ.
- Ống thông cao su dài 1,0 - 1,2m.
- Canyl thụt hoặc ống thông hậu môn, cỡ ống tùy theo bệnh nhân, nếu dùng ống thông thì phải chuẩn bị ống nối tiếp.
- Khay chữ nhật, khay quả đậu.
- Lọ dầu nhờn, cốc đựng bông.
- Ca hoặc cốc đựng dung dịch thụt giữ, số lượng theo chỉ định của bác sĩ, thông thường không quá 200ml.

- Thuốc hoặc thức ăn phải dưới dạng lỏng: trứng, sữa, nước súp hoặc dung dịch pepton theo chỉ định của bác sĩ.

- Nhiệt độ dung dịch 37°C.

- 1 tấm nilon.

- 1 tấm vải đắp.

- Băng dính để cố định vòi thụt.

- Giá treo, bình phong nếu làm tại giường bệnh.

- Bô, giấy vệ sinh.

3.3.3. Thực hành kỹ thuật

- Các bước từ đầu cho đến khi đưa canyl vào trực tràng giống như thụt tháo. Sau khi đưa canyl hoặc ống thông vào, dùng băng dính để cố định vào mông bệnh nhân.

- Mở khóa cho dịch chảy vào từ từ, duy trì tốc độ 40 - 50 giọt/phút, cho dịch chảy nhanh sẽ gây kích thích ruột mạnh.

- Khi dung dịch trong béc gần hết khóa ống lại.

- Nhẹ nhàng rút canyl hoặc ống thông ra.

- Dùng giấy lót tay tháo canyl hoặc ống thông bỏ vào khay quả đậu hoặc ngâm vào dung dịch thuốc sát khuẩn.

- Lau sạch mông cho bệnh nhân.

- Mặc quần cho bệnh nhân.

- Để bệnh nhân nằm nghiêng, khép mông hoặc dùng giấy vệ sinh ấn nhẹ vào hậu môn để giữ nước ở lại trong đại tràng.

- Sửa lại giường, cho bệnh nhân nằm tư thế thoải mái.

4.5. Thu dọn dụng cụ

- Dụng cụ bẩn phải khử khuẩn theo quy định.

- Để các dụng cụ sạch vào chỗ quy định.

4.6. Ghi hồ sơ

- Ngày, giờ thụt, số lượng, dung dịch thụt giữ.

- Kết quả và tình trạng bệnh nhân trong, sau kỹ thuật.

- Tên người làm kỹ thuật.

5. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: bệnh nhân có tổn thương bệnh lý như trĩ, ung thư, đại tràng.

- Thủng đại tràng: bệnh nhân lỵ amíp có tổn thương sâu đến lớp cơ đại tràng. Bệnh nhân thương hàn có nguy cơ thủng ruột khi thụt tháo.

THÔNG TIỂU, DẪN LƯU NƯỚC TIỂU RỬA BÀNG QUANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu, rửa bàng quang 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.

1.1. Chỉ định

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

1.2. Chống chỉ định

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

2. KỸ THUẬT THÔNG TIỂU

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Động viên an ủi bệnh nhân yên tâm, dặn bệnh nhân những điều cần thiết.

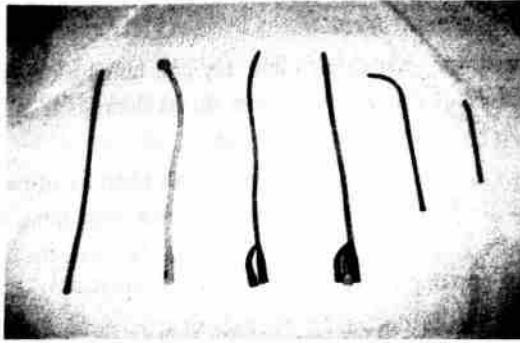
2.2. Chuẩn bị điều dưỡng

Rửa tay thường quy, đi găng tay.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

2.3.1. Dụng cụ sạch

- Khay chữ nhật: 2 cái.
- Khay quả đậu: 2 cái.
- Lọ cầm kẹp và 2 kẹp Kocher.
- Lọ dầu nhòn parafin đã được hấp.
- Lọ đựng dung dịch nước sát khuẩn.
- Dung dịch thuốc tím 1‰, thuốc đỏ 2%.
- Cốc đựng bông và nước rửa: 2 cái.
- Băng dính, giá ống nghiệm.
- Nilon, xô đựng nước tiểu.



Hình 2.13: Các loại ống thông tiểu.

2.3.2. Dụng cụ vô khuẩn

- Khay chữ nhật trải 2 săng vô khuẩn để đựng dụng cụ đã hấp sấy.
- Ống thông: tùy theo tuổi và bệnh, chuẩn bị các cỡ ống thông Nelaton. Người lớn cỡ 16 - 20, trẻ em cỡ 8 - 12. Ống thông có nhiều loại: Nelaton, thông đầu cong bằng cao su, thông bằng kim loại...
- Săng có lỗ, gạc củ ấu, bông đã được hấp sấy.
- Găng tay.
- Bơm tiêm 20 - 50ml.

2.4. Thực hành kỹ thuật thông tiểu

Thực hành thông tiểu ở phòng thủ thuật. Nếu làm ở phòng điều trị phải có bình phong che kín giường của bệnh nhân, tư thế bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân co, chống 2 bàn chân lên giường, đùi hơi dạng, quần tụt dưới đầu gối.

Dưới mông bệnh nhân trải tấm nilon, đặt xô để hứng nước tiểu.

2.4.1. Thông tiểu nam

- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân co, chống 2 bàn chân lên giường, đùi hơi dạng, quần tụt dưới đầu gối.
- Dưới mông bệnh nhân trải tấm nilon, đặt xô để hứng nước tiểu.
- Cách rửa bộ phận sinh dục: sau khi đi găng dùng gạc lót quanh dương vật, cầm dụng đứng lên, tay còn lại gấp gạc thấm dung dịch sát khuẩn rửa từ lỗ niệu đạo ra bao quy đầu. Rửa xong lau khô, sát khuẩn lỗ niệu đạo, quy đầu bằng thuốc tím hoặc thuốc đỏ.
- Trải săng có lỗ trên 2 đùi và bộ phận sinh dục để hứng nước tiểu.

*** Thông tiểu bằng thông Nelaton:**

- Một tay cầm dương vật thẳng đứng, tay còn lại cầm ống thông đã bôi dầu nhờn đưa từ từ vào niệu đạo khoảng 10cm thì hạ dương vật xuống, tiếp tục đẩy ống thông vào đến khi thấy nước tiểu chảy ra.

- Khi đưa ống thông vào niệu đạo, nhắc bệnh nhân há miệng thở đều, khi đi qua hết niệu đạo di động thì kéo dương vật về phía bụng bệnh nhân, ống sẽ vào niệu đạo sau dễ dàng, sau đó đưa ống thông về phía dưới cho nước chảy ra. Khi nước tiểu chảy hết gấp ống lại, rút ra cho vào khay quả đậu.

- Lau khô vùng sinh dục, giúp bệnh nhân mặc quần áo và nằm lại tư thế thoải mái.

*** Thông tiểu bằng ống thông bằng kim loại:**

Các bước thực hành như thông Nelaton, nhưng khi đưa ống thông vào niệu đạo, bàng quang phải qua 4 thì:

- Thì 1: tay phải cầm ống thông kim loại đầu hơi cong, tay trái cầm dương vật đưa sang ngang, đưa ống thông vào ngang tới túi bịt hành xóp (hết niệu đạo di động).

- Thì 2: tay trái đưa dương vật và ống thông trở về đường giữa, lúc đầu để song song với thành bụng, sau đó nâng dương vật thẳng lên, không cần đẩy ống thông cũng tự trôi vào niệu đạo sau, nếu chưa được làm lại.

- Thì 3: gấp dương vật xuống vị trí 6 giờ là ống thông sẽ trôi vào bàng quang.

- Thì 4: rút ống thông ra bằng các động tác ngược lại.

*** Thông tiểu bằng ống thông cao su cứng đầu cong:**

Thực hành thông như ống thông kim loại. Khi thông phải hướng đầu cong vào vị trí 12 giờ.

2.4.2. Thông tiểu nữ

- Điều dưỡng rửa tay thường quy, đi găng tay, cầm kẹp gấp gạc củ ấu, hoặc bông cầu thấm dung dịch sát khuẩn, tay còn lại quấn gạc vào ngón trỏ và ngón cái vạch môi lớn và môi nhỏ rồi rửa âm hộ từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, môi lớn, môi nhỏ, lỗ niệu đạo, mỗi lần rửa xong một bộ phận phải thay gạc rồi mới rửa bộ phận khác. Rửa xong thấm khô và sát khuẩn lại bằng dung dịch thuốc đỏ hoặc thuốc tím; sau đó trải sẵn có lỗ che kín 2 bên đùi và bộ phận sinh dục chỉ để hở lỗ niệu đạo.

- Điều dưỡng cầm ống thông, bôi dầu nhờn vào đầu ống:

+ Một tay quấn gạc vào ngón trỏ và ngón cái, vành 2 môi nhỏ để nhìn rõ lỗ niệu đạo, tay còn lại cầm ống như kiểu cầm bút đưa từ từ vào niệu đạo sâu

4 - 5cm sẽ có nước tiểu chảy ra. Nếu có chỉ định lấy nước tiểu gửi đi xét nghiệm thì bỏ nước tiểu đầu và cuối lấy nước tiểu giữa vào ống nghiệm.

+ Khi nước tiểu chảy hết bề gấp ống lại, rút ra cho vào khay quả đậu.

+ Lau khô vùng sinh dục, giúp bệnh nhân mặc quần áo và nằm lại tư thế thoải mái.

2.5. Thu dọn dụng cụ

- Dụng cụ đã sử dụng đem đi đánh rửa sạch và sấy hấp. Dụng cụ khác sắp xếp vào nơi quy định.

- Ghi nhận xét vào hồ sơ bệnh án:

+ Ngày giờ thông tiểu.

+ Số lượng, màu sắc, nước tiểu.

+ Các xét nghiệm đã lấy nước tiểu để gửi đi.

+ Tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau khi thông tiểu.

+ Người thực hành kỹ thuật.

3. DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

3.1. Chỉ định

- Bệnh nhân không tự đi tiểu tiện được hoặc cần giữ cho vùng xung quanh lỗ niệu đạo sạch thì phải đặt ống thông lưu trong bàng quang.

- Bệnh nhân hôn mê, liệt cơ vòng.

- Bí đái thường xuyên, hoặc cần theo dõi lượng nước tiểu.

- Sau mổ tầng sinh môn, âm đạo, niệu đạo, bàng quang, tuyến tiền liệt, niệu quản, thận.

3.2. Thực hành kỹ thuật

- Dùng thông Foley đưa vào bàng quang lấy hết nước tiểu, sau đó đẩy sâu khoảng 4cm rồi cố định.

- Dùng bơm tiêm hút một lượng dung dịch hoặc không khí bằng thể tích của quả bóng đã ghi ở đầu ống thông (5 - 7ml), bơm vào quả bóng, bơm hết rút bơm tiêm ra, rút nhẹ ống thông không thấy ống thông trôi ra là được.

- Dùng thông Nelaton: sau khi đưa vào bàng quang lấy hết nước tiểu dùng sợi chỉ buộc sát lỗ đái rồi cố định 2 đầu sợi chỉ bằng băng dính, dính vào gỗ mu của bệnh nhân hoặc dùng kim khâu dính vào bao quy đầu đối với bệnh nhân nam.

- Sau khi cố định xong, nối ống thông với dây polyten dẫn vào một lọ kín dưới đáy có nước sát khuẩn để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng hoặc túi đựng nước tiểu.

3.3. Rút ống thông tiểu

- Tùy theo chỉ định mà rút hoặc thay ống thông; thông thường ống thông và ống dẫn lưu thì 5 ngày thay một lần.
- Chai đựng nước tiểu thay hàng ngày.
- Khi rút ống thông, dùng bơm tiêm hút hết không khí hoặc dung dịch trong quả bóng rồi kéo ra. Nếu thông Nelaton thì bóc băng dính hoặc cắt chỉ khâu rồi mới rút, sau đó lau khô vùng sinh dục, giúp bệnh nhân nằm tư thế thoải mái.

3.4. Thu dọn dụng cụ, ghi vào hồ sơ bệnh án

- Dụng cụ đã dùng đem đi đánh rửa sạch và sấy hấp. Dụng cụ khác sắp xếp vào nơi quy định.
- Ghi nhận xét vào hồ sơ bệnh án:
 - + Ngày giờ thông tiểu.
 - + Số lượng, màu sắc.
 - + Các xét nghiệm đã làm.
 - + Tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau khi thông tiểu.
 - + Người làm kỹ thuật.

4. RỬA BÀNG QUANG

4.1. 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.

4.2. Thực hành kỹ thuật

Có hai phương pháp rửa bàng quang

- Phương pháp 1: dùng bơm tiêm.
 - + Tháo ống dẫn lưu ra khỏi ống thông, dùng bơm tiêm hút nước sát khuẩn, dung dịch natri clorua đẳng trương bơm vào ống thông, bơm từ từ mỗi lần 200 - 250ml, rút bơm tiêm cho nước từ bàng quang chảy ra ngoài.
 - + Tiếp tục rửa cho đến khi nước trong bàng quang chảy ra trong sạch thì thôi.
 - + Nếu có chỉ định bơm thuốc vào bàng quang để điều trị thì sau khi rửa xong bơm thuốc vào và nút ống thông lại không cho nước tiểu chảy ra ngoài.
- Phương pháp 2:
 - + Dụng cụ gồm:

- . Dung dịch rửa theo chỉ định.
- . Chai đựng dung dịch có nút kín hoặc béc có khăn phủ.
- . Ống nối bằng thủy tinh hình chữ Y.
- . Ba ống cao su, 2 ống có khóa hãm, một ống không có khóa hãm.
- . Bảng dính, kéo, giá treo chai, lọ đựng nước tiểu chảy ra.
- + Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa 2 chân co chống 2 bàn chân trên mặt giường.
- + Chai hoặc béc đã đựng nước rửa treo trên giá, cách mặt giường 60 - 80cm.
- Gắn ống cao su từ chai hoặc béc có khóa vào ống thủy tinh chữ Y.
- + Gắn ống thứ hai có khóa vào nhánh chữ Y vào chai hứng nước chảy ra.
- + Gắn ống thứ ba không có khóa vào nhánh chữ Y rồi gắn vào ống thông tiểu của bệnh nhân.
- + Mở khóa ở chai hoặc béc cho nước chảy vào bàng quang 250ml, khóa lại để lưu 30 phút; sau đó mở khóa ở chai đựng nước chảy ra để nước trong bàng quang chảy ra hết; rửa đến khi nước chảy ra trong là được.
- + Mỗi ngày rửa 2 lần vào một giờ quy định, mỗi lần rửa cần dùng từ 150 - 400ml dung dịch.
- + Sau khi rửa xong lau khô vùng sinh dục và giúp bệnh nhân nằm lại cho thoải mái.

4.3. Thu dọn dụng cụ, ghi vào hồ sơ bệnh án

- Dụng cụ đã dùng đem đi đánh rửa sạch và sấy hấp. Dụng cụ khác sắp xếp vào nơi quy định.
- Ghi nhận xét vào hồ sơ bệnh án.
- + Ngày giờ thông tiểu.
- + Số lượng, màu sắc
- + Các xét nghiệm.
- + Tình trạng bệnh nhân trước, sau và trong khi thông tiểu.
- + Người làm kỹ thuật.

4.4. Tai biến, biến chứng

- Thủng niệu đạo, bàng quang do đưa thông thô bạo.
- Chảy máu do thông khó khăn hoặc thông nhiều lần.
- Nhiễm khuẩn bàng quang và thận do vô khuẩn không tốt, do thông tiểu nhiều lần, lưu ống thông dài ngày.

CHUỒM NÓNG, CHUỒM LẠNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Chườm nóng, chườm lạnh là các kỹ thuật đơn giản thường được áp dụng trong chăm sóc điều dưỡng. Điều dưỡng phải hiểu rõ tác dụng, hiệu quả của nhiệt năng trên cơ thể bệnh nhân. Vì vậy trong lúc thực hành chườm cần theo dõi, quan sát để tránh những tai biến xảy ra (lạnh quá, nóng quá) có thể gây bỏng cho bệnh nhân.

1.1. Tác dụng của chườm nóng

- Gây sung huyết cục bộ, làm tăng tuần hoàn tại chỗ giúp cho quá trình liền vết thương nhanh.
- Tác dụng làm giãn cơ, dây chằng; giảm kích thích thần kinh dẫn đến giảm đau.
- Tác dụng làm cho thân nhiệt tăng.

1.2. Tác dụng chườm lạnh

- Tác dụng làm giảm sung huyết cục bộ.
- Giảm đau do chấn thương cơ, dây chằng.
- Giảm thân nhiệt.

2. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHUỒM NÓNG

2.1. Chườm nóng khô

- Độ thân nhiệt không sâu, chủ yếu để bệnh nhân cảm thấy dễ chịu có tác dụng giảm đau và tăng tuần hoàn máu ngoại vi.
- Nhiệt độ trung bình 41 - 43°C, nhiệt độ cao 50 - 60°C.

2.2. Chườm nóng ướt

- Độ thân nhiệt sâu hơn làm cho bắp thịt đang co cứng giãn ra, tăng tuần hoàn, tăng hấp thu các chất dinh dưỡng, muối khoáng, thuốc.
- Nhiệt độ trung bình 40°C, nhiệt độ cao 50°C.

2.3. Thời gian chườm nóng

Thời gian chườm trung bình mỗi lần 20 - 30 phút. Nếu cần chườm nhiều lần thì phải sau 2 - 3 giờ mới được chườm lại.

Chườm nóng liên tục làm cho da mềm, lỗ chân lông giãn ra, vi khuẩn dễ xâm nhập vào cơ thể gây nhiễm khuẩn da, cơ...

2.4. Kỹ thuật chườm nóng

2.4.1. Chườm nóng khô

Chườm nóng khô có nhiều cách như dùng lò sưởi, chai nước nóng, gạch nung, nước nóng đổ vào túi chườm.

** Chỉ định:*

- Con đau dạ dày, gan, thận hoặc khớp.
- Viêm thanh quản, viêm khí quản.
- Trẻ sơ sinh thiếu tháng, người già khi trời rét.

** Chống chỉ định:*

- Viêm ruột thừa.
- Viêm phúc mạc.
- Các bệnh nhiễm khuẩn nặng gây mủ.
- Các trường hợp xuất huyết.
- Đau bụng không rõ nguyên nhân.
- Chấn thương 24 giờ đầu vì dễ gây chảy máu lại do giãn mạch.

** Thực hành kỹ thuật chườm nóng khô bằng túi chườm:*

- Chuẩn bị bệnh nhân:
 - + Thông báo và giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết về kỹ thuật sắp làm.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần biết, cần làm trước khi thực hành kỹ thuật.
- Chuẩn bị điều dưỡng: điều dưỡng đội mũ, mặc áo, mang khẩu trang và rửa tay thường quy.
- Chuẩn bị dụng cụ:
 - + Túi chườm nóng: kiểm tra túi bị thủng bằng cách cho không khí vào túi, vặn chặt nút rồi đặt lên mặt phẳng lấy tay đè lên, nếu túi từ từ xẹp là thủng.
 - + Nước nóng đựng trong bình, phích.
 - + Nhiệt kế đo nước chườm, nhiệt kế đo thân nhiệt của bệnh nhân.
 - + Bao bọc ngoài túi chườm hoặc khăn bông.
 - + Băng cuộn, kim băng, dầu nhơn.

- Tiến hành chườm:
 - + Kiểm tra nước chườm bằng nhiệt kế đo nước.
 - + Đổ nước vào túi chườm 1/2 - 2/3 dung tích của túi chườm rồi đặt túi trên mặt phẳng, một tay cầm miệng túi, tay còn lại ép túi chườm để nước dâng lên đến cổ túi sau đó vặn chặt nắp túi lại.
 - + Đốc ngược túi kiểm tra lại một lần nữa rồi lau khô phía ngoài túi, cho vào bao hoặc bọc trong khăn bông.
 - + Đặt bệnh nhân ở tư thế thuận tiện.
 - + Đặt nhẹ nhàng túi chườm lên vùng chườm, khi chườm đặt miệng túi lên phía cao hơn để tránh nước rò rỉ gây bỏng bệnh nhân.
 - + Cố định túi chườm vào vùng chườm, nếu bệnh nhân kêu đau, cảm giác nặng phải treo túi lên giá sát mặt da.
 - + Trong khi chườm phải theo dõi toàn trạng bệnh nhân và vùng da chườm để phòng tai biến.
 - + Chườm xong bỏ túi chườm ra, quan sát vùng chườm. Nếu thấy da đỏ, bệnh nhân kêu đau rất thì dùng parafin xoa lên vùng da chườm.
- Thu dọn dụng cụ, ghi nhận xét vào hồ sơ:
 - + Dụng cụ đã dùng đem đi cọ rửa và tiệt khuẩn. Các dụng cụ khác sắp xếp vào vị trí quy định.
 - + Ghi vào hồ sơ bệnh án:
 - . Ngày, giờ chườm nóng khô.
 - . Nơi chườm, nhiệt độ nước, thời gian chườm.
 - . Kết quả, tình trạng bệnh nhân trong và sau khi chườm.
 - . Tên người thực hành kỹ thuật.

2.4.2. Chườm nóng ướt

Chườm nóng ướt bằng nhiều cách như: ngâm vùng cần chườm vào nước ấm, đắp parafin nóng hoặc các loại rượu quế, hồi. Khăn gạc tẩm nước nóng trong những trường hợp: vết thương hở, nhiễm khuẩn nhẹ, u nhọt.

- Chuẩn bị bệnh nhân:
 - + Thông báo và giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết về kỹ thuật sắp làm.
 - + Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần biết, cần làm trước khi thực hành kỹ thuật.

- Chuẩn bị dụng cụ:
 - + Bình, phích đựng nước nóng, có thể dùng dung dịch mận đẳng trương, cồn boric 2%, rượu quế, rượu hồi, parafin theo chỉ định.
 - + Nhiệt kế đo nước.
 - + Gạc, khăn bông.
 - + Kẹp phẫu tích hoặc kẹp Kocher: 2 cái.
 - + Tấm nilon hoặc vải dày.
 - + Bát để đựng các dung dịch chườm, khay quả đậu.
 - + Dầu nhừn parafin.
- Thực hành kỹ thuật:
 - + Pha nước, dùng nhiệt kế để đo nhiệt độ nước, nếu là các dung dịch khác phải đun nóng đến nhiệt độ cần thiết.
 - + Để bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái, thuận tiện.
 - + Nhúng gạc hoặc khăn vào nước chườm, dùng kẹp vắt gạc cho hết nước rồi mở rộng gạc đắp nhẹ nhàng lên vùng chườm, đối với vết thương hở phải hết sức vô khuẩn.
 - + Dùng khăn thì không vắt bằng kẹp, có thể dùng tay đắp gạc phủ nilon hoặc vải dày lên gạc chườm để giữ cho độ nóng được lâu.
 - + Khi hết nóng thay gạc hoặc khăn khác, trung bình 10 phút/lần.
 - + Chườm xong bỏ gạc, khăn ra lau khô vùng chườm, nếu da vùng chườm đỏ, hoặc bệnh nhân kêu đau rất thì xoa dầu nhừn parafin lên vùng chườm. Vết thương hở không bôi dầu nhừn parafin.
 - + Chườm ở mắt thì dùng gạc 5 x 5cm, khi chườm cho bệnh nhân nằm nghiêng sang bên mắt đau.
- Trong chườm nóng ướt, phương pháp đắp parafin ấm là tốt nhất vì giữ được nhiệt lâu hơn.
- Thu dọn dụng cụ, ghi kết quả vào hồ sơ bệnh án:
 - + Dụng cụ đã dùng đem đi cọ rửa và tiệt khuẩn. Các dụng cụ khác sắp xếp vào vị trí quy định.
 - + Ghi vào hồ sơ bệnh án:
 - . Ngày giờ chườm: nóng, ướt.
 - . Nơi chườm, nhiệt độ nước, thời gian chườm.
 - . Kết quả, tình trạng bệnh nhân trong và sau khi chườm.
 - . Tên người thực hành kỹ thuật.

3. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHUỒM LẠNH

Có nhiều phương pháp như: tắm, lau người bằng nước lạnh, chuồm lạnh ướt và bằng nước đá.

- Chỉ định:

+ Thân nhiệt tăng cao.

+ Xuất huyết đường tiêu hóa.

+ Chấn thương sọ não.

+ Sau phẫu thuật cắt tuyến giáp cho bệnh cường tuyến giáp.

+ Nhiễm khuẩn, áp xe...

- Chống chỉ định:

+ Thân nhiệt thấp, người già yếu.

+ Tuần hoàn cục bộ giảm hoặc bệnh nhân táo bón.

+ Xuất huyết đường hô hấp.

3.1. Chuồm lạnh bằng đá (chuồm lạnh khô)

3.1.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết về kỹ thuật sắp làm.

- Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần biết, cần làm trước khi thực hành kỹ thuật.

3.1.2. Chuẩn bị điều dưỡng

Điều dưỡng mặc áo, đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.

3.1.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Túi chuồm lạnh, kiểm tra xem có thùng không.

- Phích đựng đá, chậu nước nóng để ngâm đá cho đỡ sắc cạnh trước khi bỏ vào túi để tránh túi thùng.

- Vải để đập đá, túi hoặc khăn để bọc túi đựng đá.

- Băng vải, kim băng, bột tale.

3.1.4. Thực hành kỹ thuật

- Đập đá nhỏ vừa phải, cho vào túi 1/2 - 2/3 dung tích, đuổi hết không khí, vạt chặt nút, rồi dốc ngược xem có rỉ nước ra không.

- Lau khô mặt ngoài túi chườm, cho vào bao hoặc bọc ngoài bằng khăn bông.
- Để bệnh nhân nằm ở tư thế thuận lợi.
- Đặt nhẹ nhàng túi chườm vào vùng chườm, tránh gây lạnh đột ngột.
- Vị trí chườm: tùy theo chỉ định; thỉnh thoảng kiểm tra vùng chườm, toàn trạng bệnh nhân, đá trong túi đã tan hết chưa. Nếu bệnh nhân rét run, thân nhiệt giảm, vùng chườm tê cứng phải ngừng chườm ngay.
- Chườm đá lạnh có thể để một thời gian ngắn, nếu phải chườm liên tục thì sau 2 - 3 giờ thay đá.
- Khi chườm xong bỏ túi ra, lau khô vùng chườm xoa bột talc lên vùng chườm.
- Giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

3.1.5. Thu dọn dụng cụ, ghi nhận xét vào hồ sơ

- Dụng cụ đã dùng đem đi cọ rửa và tiệt khuẩn. Các dụng cụ khác sắp xếp vào vị trí quy định.
- Ghi vào hồ sơ bệnh án:
 - + Ngày giờ chườm; chườm lạnh bằng đá (chườm lạnh khô).
 - + Nơi chườm, nhiệt độ nước, thời gian chườm.
 - + Kết quả, tình trạng bệnh nhân trong và sau khi chườm.
 - + Tên người thực hành kỹ thuật.
- Trong lâm sàng, khi cần hạ thân nhiệt nhanh phải dùng nhiều túi chườm, đặt túi chườm vào vùng da mỏng, nhiều mạch máu lớn đi qua như: nách, bẹn, trán, hai bên cổ...
- Không được đặt túi chườm lạnh lên vùng ngực bệnh nhân, tránh lạnh quá gây viêm phổi.
- Nếu phải chườm kéo dài thì thỉnh thoảng phải ngừng chườm, bệnh nhân kêu tê lạnh, thân nhiệt giảm xuống dưới mức bình thường phải ngừng chườm ngay.

3.2. Chườm lạnh bằng khăn, gạc ẩm (chườm lạnh ướt)

Trong một số trường hợp bệnh nhân sốt cao cần phải hạ nhiệt ngay mà không có đá lạnh có thể dùng nước lạnh hay nước thường nhúng khăn gạc vào đó, vắt sạch nước rồi chườm cho bệnh nhân.

3.2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết về kỹ thuật sắp làm.
- Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần biết, cần làm trước khi làm thủ thuật.

3.2.2. Chuẩn bị điều dưỡng

Điều dưỡng mặc áo, đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay thường quy.

3.2.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Gạc, khăn để thấm nước.
- Chậu đựng nước lạnh.
- Nilon, khăn bông.

3.2.4. Thực hành kỹ thuật

- Tư thế bệnh nhân: để bệnh nhân nằm ở tư thế thuận tiện, trải nilon dưới vùng chườm để tránh ướt giường.
- Gạc, khăn nhúng nước lạnh vắt hết nước, đắp lên vùng chườm. Khi gạc, khăn ẩm lên thì thay gạc, khăn khác.
- Tiếp tục chườm từ 20 - 30 phút đến khi thân nhiệt trở về bình thường.
- Chườm xong bỏ khăn gạc ra, dùng khăn bông lau khô, đặt bệnh nhân nằm tư thế thoải mái.

3.2.5. Thu dọn dụng cụ, ghi nhận xét vào hồ sơ bệnh án

- Dụng cụ đã dùng đem đi cọ rửa và tiệt khuẩn. Các dụng cụ khác sắp xếp vào vị trí quy định.
- Ghi vào hồ sơ bệnh án:
 - + Ngày giờ chườm lạnh ướt.
 - + Nơi chườm, nhiệt độ nước, thời gian chườm.
 - + Kết quả, tình trạng bệnh nhân trong và sau khi chườm.
 - + Tên người thực hành kỹ thuật.

4. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Bỏng da vùng chườm nóng: do không thực hiện đúng quy trình, nước quá nóng, thời gian chườm nóng dài.
- Giảm thân nhiệt: chườm lạnh cho bệnh nhân hôn mê, rối loạn ý thức có thể gây giảm thân nhiệt dưới mức bình thường.

THAY BĂNG, RỬA VẾT THƯƠNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Mục đích

- Đánh giá mức độ tổn thương, tiến triển của vết thương.
- Rửa vết thương, thấm hút dịch, cắt lọc tổ chức hoại tử, đắp thuốc vào vết thương.
- Phòng ngừa nhiễm khuẩn thứ phát.
- Tạo điều kiện tốt nhất để vết thương nhanh chóng hồi phục.

1.2. Quy định chung

1.2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thông báo cho bệnh nhân biết rõ thời gian, địa điểm thay băng, rửa vết thương.
- Trường hợp bệnh nhân không tự đi được có thể thực hiện tại giường bệnh, hoặc có phương tiện vận chuyển bệnh nhân đến phòng thay băng.
- Giải thích cho bệnh nhân và thân nhân hiểu rõ mục đích thay băng, rửa vết thương.

1.2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Dụng cụ phù hợp với tình trạng của vết thương.
- Thuốc sát khuẩn, dung dịch rửa vết thương theo đúng chỉ định.
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn, ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện cho bệnh nhân.

2. PHÂN LOẠI VẾT THƯƠNG

Bệnh nhân có thể bị rất nhiều loại vết thương, mỗi loại có đặc điểm và tính chất khác nhau. Trong thực tế lâm sàng có nhiều cách phân loại vết thương, tuy nhiên ở mức độ thực hành kỹ thuật thay băng rửa vết thương có thể chia làm 2 loại:

2.1. Vết thương sạch

Vết thương sạch là vết thương không có dịch rỉ viêm, không nhiễm khuẩn.

- Vết thương không khâu: không sưng tấy, không có mủ hoặc dịch tiết, tổ chức hạt phát triển tốt, đang trong thời kỳ lên da non, có tiến triển tốt.
- Vết thương có khâu: mép vết thương phẳng, các chân chỉ không có biểu hiện sưng, nóng, đỏ, đau, không có dịch tiết.

2.2. Vết thương nhiễm khuẩn

- Vết thương không khâu: xung quanh vết thương tấy đỏ, trong vết thương có dịch, mủ, nhiều tổ chức hoại tử; những vết thương sâu, nhiều góc ngách, mức độ tổn thương rộng dễ bị nhiễm khuẩn.

- Vết thương có khâu: biểu hiện viêm, sưng tấy, đỏ xung quanh vết thương và chân chỉ.

Vết thương nhiễm khuẩn thường gây nên các triệu chứng đau, nhức tại vết thương, bệnh nhân có thể sốt hoặc không sốt.

3. KỸ THUẬT THAY BĂNG, RỬA VẾT THƯƠNG

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân và người nhà để cùng hợp tác trong thực hành kỹ thuật.

- Thông báo lịch thay băng, giải thích động viên bệnh nhân những điều cần thiết.

- Tư thế bệnh nhân: nằm hoặc ngồi thoải mái tùy theo vị trí, đặc điểm của vết thương.

- Bệnh nhân là trẻ em phải có người phụ giữ.

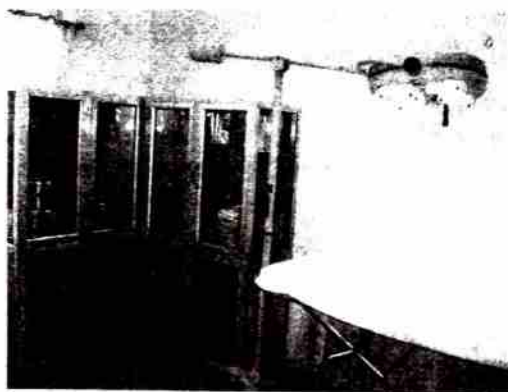
3.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Gạc miếng: kích thước theo vết thương, làm bằng vải không hồ, bông thấm nước.

+ Gạc lớn: kích thước 35 × 70cm, xếp 8 lớp.

+ Gạc nhỏ: kích thước 27 × 30cm, xếp 6 lớp.

+ Gạc nhỏ (gạc thấm): mảnh gạc hình vuông, cạnh dài 15cm.



Hình 2.14: Buồng thay băng rửa vết thương.

- Băng viên, gạc củ ấu:
- + Lấy một ít bông thấm nước viên đều thành từng viên to nhỏ khác nhau.
- + Lấy vải màu, gạc gấp thành cục nhỏ gọi là củ ấu.
- Bấc thấm (mercher): những dải gạc dài 20 - 30cm, rộng 3cm, gấp 4 lớp theo chiều dài, sau đó gấp theo hình đèn xếp.
- Băng cuộn, băng dính, kéo cắt băng.
- Thuốc sát khuẩn và các dung dịch rửa vết thương:
- + Cồn 70⁰, cồn iod, dung dịch betadin, etc.
- + Dung dịch oxy già, nitrat bạc 0,2 %.
- + Dung dịch NaCl đẳng trương (NaCl 9⁰/₁₀₀).
- + Thuốc đỏ, thuốc tím, xanh metylen, dầu cá.
- + Mỡ kháng sinh.
- Bơm tiêm, kim tiêm để gây tê nếu có cắt lọc tổ chức hoại tử.
- Giấy xét nghiệm, ống nghiệm để lấy bệnh phẩm nuôi cấy vi khuẩn.
- Hộp hoặc gói vô khuẩn:
- + Hai kim Kocher, hai kẹp phẫu tích, kéo, que thăm dò, thông lòng máng.
- + Cốc nhỏ 2 - 3 cái, gạc miếng, gạc củ ấu, bông, gang tay.
- Nilon khi thay băng tại giường.
- Khay quả đậu, túi đựng bông gạc bẩn.

3.3. Thực hành kỹ thuật

3.3.1. Thay băng, rửa vết thương không nhiễm khuẩn

- Đẩy xe băng đến giường bệnh nhân, hoặc hướng dẫn bệnh nhân đến buồng thay băng.
- Để bệnh nhân ở tư thế thuận lợi hoặc hướng dẫn cho bệnh nhân nằm lên giường thay băng.
- Điều dưỡng rửa tay thường quy mang gang, đặt gối kê tay khi vết thương ở chi, trải nilon xuống phía dưới vết thương, bộc lộ vết thương.
- Cởi bỏ băng cũ: cởi từ từ, nhẹ nhàng tránh gây đau đớn cho bệnh nhân hoặc làm cho vết thương chảy máu. Nếu thấy dịch, máu thấm vào làm dính băng, thấm nước, rửa vết thương cho ẩm rồi mới tháo băng.

- Gấp gạc cũ trên mặt vết thương ra bỏ vào túi đựng đồ bẩn.
- Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương.
- Dùng gạc củ ấu thấm dung dịch rửa vết thương, rửa từ trong giữa vết thương ra bên ngoài chỗ da lành bằng cách thấm nhẹ, không nên cọ xát mạnh.
- Gấp miếng gạc nhỏ hoặc bông khô thấm nhẹ trên mặt vết thương.
- Đắp lên bề mặt vết thương một miếng gạc vô khuẩn rồi băng lại.
- Vết thương có khâu, tiến triển tốt, vết thương khô sạch. Sau 5 ngày cắt chỉ vết thương vùng đầu, mặt. Sau 7 ngày cắt chỉ vết thương ở những vùng khác của cơ thể.
- Cách cắt chỉ: dùng kẹp Kocher không máu nhắc nút chỉ lên, để lộ một phần chỉ ngập trong da, luồn mũi kéo cong nhọn sát mặt da; cắt phần chỉ để lộ, rút chỉ da phía đối diện với phía chỉ đã cắt.

3.3.2. Thay băng, rửa vết thương nhiễm khuẩn

- Đẩy xe băng đến giường bệnh nhân hoặc hướng dẫn bệnh nhân đến buồng thay băng.
- Để bệnh nhân ở tư thế thuận lợi hoặc hướng dẫn cho bệnh nhân nằm lên bàn thay băng.
- Điều dưỡng rửa tay thường quy, mang găng, đặt gối kê tay khi vết thương ở chi, trải nilon xuống phía dưới vết thương, bộc lộ vết thương.
- Cởi bỏ băng cũ: cởi từ từ, nhẹ nhàng tránh làm đau đớn cho bệnh nhân hoặc làm cho vết thương chảy máu. Nếu thấy dịch, máu thấm vào làm dính băng, thấm nước rửa vết thương cho ẩm rồi mới tháo băng.
- Gấp gạc cũ trên mặt vết thương ra, bỏ vào túi đựng đồ bẩn.
- Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương.
- Vết thương có khâu:
 - + Sau khi tháo băng và gạc trên vết thương, quan sát vết thương nếu có dấu hiệu viêm nhiễm: sưng nề, tấy đỏ, chân chỉ rất căng thì dùng dung dịch sát khuẩn rửa phía ngoài vết thương.
 - + Dùng kẹp Kocher hoặc kẹp phẫu tích không máu và một kéo cong nhọn cắt chỉ: cắt một nốt để lại một nốt vùng viêm nhiễm, sau đó dùng mũi kẹp Kocher tách nhẹ mép vết thương.

+ Gấp gạc củ ấu, ấn nhẹ theo chiều dọc của vết thương để cho dịch ở bên trong vết thương chảy ra.

+ Dùng dung dịch rửa rửa vết thương cho đến khi sạch.

+ Gấp miếng gạc khác thấm cho vết thương khô.

+ Đắp gạc lên vết thương.

+ Băng vết thương bằng băng cuộn hoặc băng dính tùy theo vị trí vết thương.

- Vết thương không khâu:

+ Sau khi tháo bỏ băng, gạc cũ, dùng gạc thấm bột dịch, mù trong vết thương rồi tưới, rửa vết thương bằng dung dịch rửa, dung dịch sát khuẩn hoặc dung dịch oxy già cho sạch.

+ Dùng kéo cắt bỏ tổ chức hoại tử, giáp nát. Nếu vết thương có nhiều góc ngách phải mở rộng để tháo mù, dị vật.

+ Vết thương nhiễm khuẩn rộng lâu lành, các tổ chức bị hoại tử thì dùng phương pháp tưới ướt liên tục (phương pháp Carrel). Dung dịch để tưới là dung dịch dakin, nước boric 3%, bạc nitrat 0,2%.

+ Nếu có chỉ định lấy mù để làm xét nghiệm dùng tăm bông ngoáy vào ổ mù cho vào ống nghiệm vô khuẩn.

+ Rửa vết thương nhiều lần cho đến khi sạch, vết thương sâu có thể đặt meche để dẫn lưu dịch, mù.

+ Gấp miếng gạc nhỏ thấm khô vết thương.

+ Đắp gạc lên vết thương rồi dùng băng cuộn hoặc băng dính để băng vết thương.

3.3.3. Thay băng, rửa vết thương có ống dẫn lưu

- Tháo bỏ găng cũ: nhận định vết thương, dịch dẫn lưu.

- Lót gạc dưới ống dẫn lưu.

- Rửa xung quanh chân ống dẫn lưu, rửa ống dẫn lưu 5 - 7cm.

- Thấm khô vết thương, sát khuẩn vùng da quanh chân ống dẫn lưu.

- Sát khuẩn ống dẫn lưu, lót gạc chân ống dẫn lưu, băng vết thương.

- Dùng kẹp Kocher vuốt dọc theo ống dẫn lưu cho dịch chảy hết.

- Kẹp chặt ống dẫn lưu; sát khuẩn đầu nối ống dẫn lưu.

- Tháo bỏ ống, túi, lọ chứa dịch dẫn lưu cũ.

- Sát khuẩn đầu ống dẫn lưu.
- Nối ống dẫn lưu với hệ thống chứa dịch dẫn lưu mới.
- Cố định ống dẫn lưu, mở kẹp cho dịch dẫn lưu chảy vào hệ thống chứa dịch.

3.4. Thu dọn dụng cụ

- Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, xử lý theo quy định, tháo găng tay.
- Ghi vào phiếu theo dõi, hồ sơ bệnh nhân:
 - + Thời gian thay băng, rửa vết thương.
 - + Tình trạng vết thương.
 - + Các biện pháp đã xử trí.
 - + Người thực hành kỹ thuật.

4. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Nhiễm khuẩn: các vi khuẩn tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mủ xanh, trực khuẩn uốn ván... dễ dàng xâm nhập vào cơ thể bệnh nhân qua vết thương.
- Nhiễm virus viêm gan B, C, D; HIV.
- Tuột ống dẫn lưu ra ngoài hoặc vào trong do thao tác kỹ thuật.

DỰ PHÒNG, CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ MẢNG MỤC

1. ĐẠI CƯƠNG

Mảng mục (loét ép) là một dạng loét có hoại tử, thường gặp ở những bệnh nhân nằm viện dài ngày, bất động một tư thế. Nguyên nhân gây mảng mục:

- Những vùng da và cơ bị chèn ép, máu động mạch không đến được gây thiếu dinh dưỡng cục bộ.

- Máu tĩnh mạch ứ đọng gây sung huyết phù nề.

Tình trạng bệnh nhân đại tiểu tiện không tự chủ, ra nhiều mồ hôi, vải trải giường không phẳng, không sạch, giường cứng không có đệm là những yếu tố thuận lợi gây nên mảng mục.

1.1. Dấu hiệu của mảng mục

- Bệnh nhân có thể đau hoặc không đau ở các điểm tì.
- Thay đổi màu da ở những vùng tì đè; lúc đầu sung huyết, đỏ; sau đó xuất hiện các nốt phỏng nước. Nốt phỏng vỡ thành vết trợt biểu bì, đáy vết trợt có màu đỏ sẫm hoặc xanh nhạt, sau đó chuyển sang màu đen.
- Cảm giác tại chỗ giảm.
- Nhiệt độ tại chỗ giảm.
- Vết loét bội nhiễm chảy dịch lẫn mủ, phát triển nhanh, điều trị khó khăn.
- Bệnh nhân đau nhiều tại mảng mục, có thể sốt cao, nhiễm khuẩn, nhiễm độc toàn thân.

1.2. Những vị trí dễ bị mảng mục

Mảng mục thường xuất hiện ở những vị trí có xương lồi, không có cơ bao bọc, hay gặp ở những bệnh nhân mắc các bệnh sau:

- Liệt hai chi dưới do bệnh lý tuỷ sống: viêm tuỷ, chấn thương đứt ngang đốt sống...
- Hôn mê, liệt do đột quỵ não, chấn thương sọ não.
- Viêm não, màng não.
- Sau phẫu thuật thần kinh sọ não, cột sống.
- Sau bó bột, băng không đúng quy trình kỹ thuật.
- Bệnh nhân suy dinh dưỡng, bệnh nhân bị gãy xương đùi... nằm lâu không được thay đổi tư thế.

Vị trí mảng mục phụ thuộc vào tư thế bệnh nhân:

- Bệnh nhân nằm ngửa: mảng mục xuất hiện ở vùng chẩm, xương cụt, xương bả vai, khuỷu tay, gót chân.

- Bệnh nhân nằm nghiêng: thường bị mảng mục ở bên ngoài lồng ngực, phía ngoài và trong đầu gối, mắt cá chân, ụ lốn xương đùi.

- Bệnh nhân ngồi do suy hô hấp: thường bị mảng mục ở ụ ngồi xương chậu.

2. DỰ PHÒNG MẢNG MỤC

2.1. Quy định chung

- Thường xuyên thay đổi tư thế bệnh nhân, trung bình 2 giờ/lần.
- Giữ da bệnh nhân khô, sạch, chú ý những vùng dễ bị mảng mục.
- Thường xuyên xoa bóp những vùng dễ bị mảng mục.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Chậu nước ấm.
- Xà phòng.
- Khăn bông to.
- Khăn nhỏ.
- Cồn 70⁰, bột talc.
- Vòng đệm hơi cao su.
- Khăn bông và khăn phủ.
- Đệm hơi, đệm bông, đệm nước.
- Vải trải giường.

2.3. Thực hành kỹ thuật

- Báo và giải thích cho bệnh nhân, thân nhân biết kỹ thuật sắp làm.
- Mang dụng cụ đến giường bệnh nhân.
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện cho thực hành chăm sóc.
- Lau rửa sạch những vùng ẩm ướt, bẩn, vùng mông, sinh dục của những bệnh nhân đại tiểu tiện không tự chủ.
- Lau khô da.
- Xoa bóp những vùng dễ bị mảng mục bằng cồn 70⁰ và bột talc: vùng mông, xương cụt, xương hông, cột sống, đầu gối, mắt cá chân, gót chân, khuỷu tay, bả vai, phía sau vùng đầu, cổ.
- Đặt túi nilon để hứng nước tiểu.
- Lót khăn dưới mông bệnh nhân.
- Thay vải trải giường, lau giường bệnh.
- Thay đổi tư thế bệnh nhân 2 giờ/lần.
- Đặt vòng đệm hơi cao su dưới mông bệnh nhân.
- Lót gối dưới vai nếu bệnh nhân nằm nghiêng.

- Bơm hơi vòng đệm cao su vừa phải.
- Đặt vòng bông ở ụ xương: mắt cá chân, gót chân, bả vai,...

3. CHĂM SÓC ĐIỀU TRỊ MẢNG MỤC

3.1. Chuẩn bị dụng cụ

Dụng cụ dự phòng mảng mụt, bổ sung thêm:

- Một khay dụng cụ bằng mủ mụt.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Thuốc điều trị theo chỉ định.

3.2. Thực hành kỹ thuật.

- Rửa sạch mủ mụt như rửa vết thương.
- Cắt bỏ tổ chức hoại tử.
- Đắp thuốc theo chỉ định.
- Băng mủ mụt hoặc để thoáng theo chỉ định:
 - + Băng kín thấm hút.
 - + Băng thoáng hơi.
 - + Chiếu rọi đèn, phơi nắng.
 - + Chiếu tia cực tím...
- Xoa bóp xung quanh mủ mụt để kích thích tuần hoàn tại chỗ.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế sao cho mủ mụt không bị chèn ép.
- Chú ý nuôi dưỡng bệnh nhân: ăn đủ chất, giàu vitamin, giàu đạm, chất khoáng...

3.3. Thu dọn dụng cụ

- Đưa dụng cụ về phòng, xử lý theo quy định.
- Rửa sạch, lau khô.
- Đưa dụng cụ đi tiệt khuẩn.

3.4. Ghi hồ sơ

- Tình trạng của mủ mụt, những thay đổi của mủ mụt.
- Tình trạng toàn thân của bệnh nhân: da, niêm mạc, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, ý thức...
- Phương pháp điều trị, chăm sóc mủ mụt.
- Các thuốc đã dùng để điều trị mủ mụt.
- Tên người thực hành kỹ thuật.

LẤY BỆNH PHẨM XÉT NGHIỆM

1. NGUYÊN TẮC LẤY BỆNH PHẨM

Lấy bệnh phẩm để xét nghiệm là kỹ thuật lấy một lượng máu, dịch tiết, chất thải hoặc tổ chức mô của bệnh nhân, chuyển đến khoa xét nghiệm.

Các kết quả xét nghiệm có ý nghĩa rất quan trọng trong chẩn đoán, điều trị chăm sóc bệnh nhân. Phương pháp phân tích, đọc kết quả xét nghiệm ngày càng hiện đại, chuyên sâu. Vì vậy phải đảm bảo đúng các nguyên tắc từ khi lấy bệnh phẩm.

- Chuẩn bị tâm lý để bệnh nhân yên tâm. Dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết trước khi lấy bệnh phẩm.

- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang, rửa tay thường quy, đi găng tay.

- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ, đúng theo yêu cầu xét nghiệm.

- Lấy bệnh phẩm đúng thời gian, đúng kỹ thuật, đủ số lượng.

- Bảo quản đúng quy trình khi chưa gửi bệnh phẩm đến phòng xét nghiệm và trong thời gian đưa bệnh phẩm đến phòng xét nghiệm.

- Ghi rõ ràng họ tên, tuổi, số giường, khoa vào ống lọ đựng bệnh phẩm của bệnh nhân trước khi gửi đến phòng xét nghiệm.

- Thu dọn dụng cụ, xử lý dụng cụ đúng quy định.

- Ghi vào bệnh án: ngày, giờ thực hành kỹ thuật, tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau kỹ thuật, ký tên.

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY BỆNH PHẨM XÉT NGHIỆM

2.1. Kỹ thuật lấy máu xét nghiệm

2.1.1. Quy định chung

- Trước khi lấy máu, bệnh nhân nhịn ăn, không uống nước.

- Lấy máu vào buổi sáng sau khi ngủ dậy (trừ khi có chỉ định cấp cứu).

- Ống nghiệm đựng máu phải ghi rõ họ tên, tuổi, số giường, khoa.

- Khi lấy máu phải tuân thủ đúng quy trình kỹ thuật để tránh vỡ hồng cầu: bơm tiêm khô, kim tiêm to, hút nhẹ, tháo kim tiêm, bơm nhẹ nhàng vào thành ống nghiệm.

- Lấy máu xong để vào giá 5 - 10 phút, sau đó gửi đến phòng xét nghiệm.

- Trường hợp lấy máu xét nghiệm yêu cầu có chất chống đông. Sau khi cho máu vào ống nghiệm phải lắc nhẹ ống nghiệm trong 3 - 5 phút.

2.1.2. Kỹ thuật lấy máu tĩnh mạch

- Chuẩn bị dụng cụ:
 - + Khay chữ nhật, trụ cắm một kẹp Kocher.
 - + Bơm tiêm theo yêu cầu xét nghiệm.
 - + Cồn iod, cồn 70⁰ để sát khuẩn vị trí lấy máu, hai cốc đựng bông cầu.
 - + Giá đựng, ống nghiệm, phiếu ghi xét nghiệm.
 - + Huyết áp, ống nghe, hộp chống sốc, gối kê tay, dây garo.
 - + Hộp đựng vật sắc nhọn, túi đựng đồ bẩn.
- Thực hành kỹ thuật:
 - + Giúp bệnh nhân nằm ngửa thoải mái trên giường.
 - + Bộc lộ, xác định vị trí lấy máu, kê gối dưới vị trí lấy máu, đặt dây garo phía trên cánh tay cách vị trí lấy máu 3 - 5cm và buộc dây garo.
 - + Sát khuẩn vị trí lấy máu: cồn iod trước, cồn 70⁰ sau.
 - + Cắm bơm tiêm chọc vào tĩnh mạch, lấy đủ số lượng máu theo yêu cầu xét nghiệm, tháo dây garo.
 - + Rút kim nhanh kết hợp kéo chéo da, sát khuẩn lại vị trí lấy máu.
 - + Tháo kim tiêm, bơm máu vào ống nghiệm, khi bơm máu để ống nghiệm nghiêng một góc 45⁰ và bơm từ từ vào thành ống nghiệm.
 - + Lắc nhẹ ống nghiệm nếu có chất chống đông và đưa bệnh phẩm, giấy xét nghiệm đến phòng xét nghiệm.

2.1.3. Kỹ thuật lấy máu mao mạch

Lấy máu mao mạch cố định cho những bệnh nhân bị bệnh sốt rét. Kết quả xét nghiệm có giá trị xác định chẩn đoán bệnh.

- Chuẩn bị dụng cụ:
 - + Khay chữ nhật, trụ cắm một kim Kocher.
 - + Huyết áp, ống nghe, hộp chống sốc, gối kê tay, dây garo.
 - + Hộp đựng vật sắc nhọn, túi đựng đồ bẩn.
 - + Kim trích máu hoặc kim bấm (lancette).
 - + Bông cồn để sát khuẩn vị trí lấy máu.
 - + Lam kính hoặc lá kính (lamelle).
 - + 2 - 5 phiến kính đã được sấy khô, trong suốt, không mốc, không có vết xước.
 - + Bút chì kính.
 - + Giấy thấm.

- Thực hành kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân nằm hoặc ngồi.

+ Dùng bông cotton sát khuẩn đầu ngón tay đeo nhẫn hoặc dải băng bệnh nhân, vuốt nhẹ ngón tay cho máu dồn xuống đầu ngón tay, dùng bông hấp lau khô.

+ Sau khi vuốt đầu ngón tay, giữ chặt đầu ngón tay bệnh nhân bằng ngón cái và ngón trỏ.

+ Dùng kim trích đã tiệt khuẩn trích một bên đầu ngón tay với động tác nhanh, vết trích vừa phải, sâu không quá 2mm để máu tự trào ra thành giọt.

+ Lau bỏ giọt máu đầu.

+ Cầm lam kính: cầm hai cạnh lam kính bằng ngón tay cái và ngón tay trỏ áp nhẹ mặt dưới lam kính xuống đầu ngón tay bệnh nhân đủ cho máu dính vào lam kính thành một vòng tròn đường kính khoảng 5mm.

+ Lấy hai giọt như vậy gần nhau ở khoảng 1/3 ngoài theo chiều dọc của lam kính.

+ Sau khi lấy máu xong sát khuẩn vết trích bằng bông cotton hướng dẫn bệnh nhân tự ép sát đầu ngón tay cái vào cục bông và đè chặt cả vào lòng bàn tay cho máu cầm lại.

+ Tiến hành làm tiêu bản:

. Làm giọt dày: dùng 1 góc của lá kính quấy thành những vòng tròn rộng dần để làm cho diện tích của giọt máu rộng ra gấp đôi hoặc gấp rưỡi, đồng thời quấy bỏ các sợi fibrin huyết tương ra khỏi giọt máu.

. Làm giọt mỏng: lấy cạnh của lá kính đặt vào giọt máu thứ hai day nhẹ cho máu lan ra suốt cạnh của lá kính rồi nhẹ tay kéo lá kính dọc theo phiến kính, kéo đều tay sao cho lá kính và phiến kính luôn tạo thành một góc khoảng 30^0 để cho máu được dàn mỏng đều, đuôi vát như hình đầu lưỡi, không có vết ngang dọc hay đứt đoạn.

. Để cho phiến kính khô hẳn rồi cố định giọt mỏng bằng cồn 90^0 , còn giọt dày thì để nguyên.

. Khi cồn cố định đã khô, xếp các tiêu bản lại với nhau, giữa 2 tiêu bản cho xen vào một mảnh giấy cùng kích thước với phiến kính để chúng khỏi dính vào nhau.

. Gửi tất cả các lam kính cùng với phiếu xét nghiệm đã ghi đầy đủ các mục đến phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt.

2.2. Kỹ thuật lấy nước tiểu xét nghiệm

Xét nghiệm nước tiểu có giá trị giúp chẩn đoán các bệnh về thận, gan, thai nghén... Có hai cách lấy nước tiểu: bệnh nhân tự đái và qua ống thông bàng quang.

2.2.1. Kỹ thuật lấy nước tiểu bệnh nhân tự đái được

Tuỳ theo yêu cầu xét nghiệm lấy nước tiểu trong 24 giờ hoặc chỉ lấy 1 lần số lượng khoảng 20ml.

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Khay chữ nhật, giá đựng ống nghiệm, ống đong, hai bộ men.

+ Hoá chất bảo quản nếu lấy nước tiểu 24 giờ.

- Thực hành kỹ thuật:

+ Lấy nước tiểu xét nghiệm thông thường.

. Hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài rồi đi tiểu, phần nước tiểu đầu bãi và cuối bãi vào một bộ, phần giữa bãi vào một bộ.

. Điều dưỡng mang găng cho nước tiểu phần giữa bãi vào ống đong và cho nước tiểu từ ống đong vào ống nghiệm khoảng 20ml, đậy nút ống nghiệm.

. Đưa bệnh phẩm và giấy xét nghiệm đến phòng xét nghiệm.

. Sắp xếp và xử lý dụng cụ theo đúng quy định.

+ Lấy nước tiểu 24 giờ.

. Trong trường hợp lấy nước tiểu 24 giờ phải có hoá chất bảo quản: dung dịch formol hoặc phenol cho một giọt tương ứng với 30ml nước tiểu, thymol 1% trong rượu cho 1ml tương ứng với 100ml nước tiểu, sau đó cho tăng dần theo số lượng nước tiểu của bệnh nhân.

. Dẫn bệnh nhân lấy cả nước tiểu khi đi đại tiện, đậy nắp bộ sau mỗi lần đi tiểu và để chỗ mát.

. Sau lần đi tiểu cuối cùng (vào giờ định trước) sáng hôm trước đến giờ đó sáng hôm sau, điều dưỡng đo và ghi số lượng nước tiểu trong ngày vào bảng theo dõi.

. Lắc đều, lấy đủ lượng nước tiểu theo yêu cầu cho vào ống nghiệm, gửi nước tiểu và giấy xét nghiệm đến phòng xét nghiệm.

2.2.2. Kỹ thuật lấy nước tiểu qua thông bàng quang

Lấy nước tiểu qua ống thông bàng quang trong các trường hợp:

- Bệnh nhân đái không tự chủ.

- Trẻ em không tự lấy được nước tiểu.

- Phụ nữ đang có kinh nguyệt.

- Chuẩn bị dụng cụ:
- + Khay chữ nhật, giá, ống nghiệm, giấy xét nghiệm.
- + Khăn khoác gấp thành hình đèn xếp, nilon trải dưới mông bệnh nhân.
- + Bô, khay quả đậu, túi đựng đồ bẩn.
- + Hộp hoặc gói vô khuẩn: băng có lỗ, hai kẹp Kocher, gạc, khay quả đậu, cốc đựng bông tẩm dung dịch betadin hoặc thuốc đỏ, cốc đựng bông tẩm dầu parafin, ống thông Nelatol hoặc ống Foley.
- Thực hành kỹ thuật:
- Bệnh nhân nằm ngửa thoải mái trên giường, trải nilon dưới mông bệnh nhân.
- Phủ khăn khoác, cởi bỏ quần bệnh nhân, xoay chéo khăn khoác che kín chân và bộ sinh dục, hai chân chống, đùi hơi dạng.
- Đặt khay hoặc gói dụng cụ vô khuẩn, túi đựng đồ bẩn giữa hai chân bệnh nhân.
- Mở khay vô khuẩn, trải băng có lỗ để lộ bộ phận sinh dục.
- Lót gạc và đựng đứng dương vật để lộ bao quy đầu (với nam), đặt gạc bờ trên xương mu (với nữ), sát khuẩn bộ phận sinh dục bằng dung dịch betadin hoặc thuốc đỏ. Với nam sát khuẩn miệng sáo, bao quy đầu; với nữ sát khuẩn môi lớn môi bé, lỗ niệu đạo.
- Bôi trơn đầu ống thông, dùng kẹp Kocher kẹp đuôi ống thông lại, đặt khay quả đậu vô khuẩn vào giữa đùi.
- Nhẹ nhàng đưa đầu ống thông vào niệu đạo bệnh nhân khoảng 4 - 5cm (bệnh nhân là nữ), khoảng 15 - 20cm (bệnh nhân là nam); mở kẹp Kocher. Khi thấy nước tiểu chảy ra, bỏ phần nước tiểu đầu lấy phần nước tiểu tiếp theo cho vào ống nghiệm khoảng 20ml khi nước tiểu chảy hết thì gấp đầu ống thông lại và rút ống thông ra.
- Lau khô bộ phận sinh dục, bỏ băng có lỗ, bỏ nilon, mặc quần cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân nằm thoải mái, bỏ khăn khoác, đắp chăn cho bệnh nhân.
- Gửi bệnh phẩm, giấy xét nghiệm đến phòng xét nghiệm.

2.3. Kỹ thuật lấy phân để xét nghiệm

- Hướng dẫn bệnh nhân đi ngoài vào một bô, đi tiểu sang bô còn lại.
- Chọn chỗ phân có biểu hiện bệnh lý như: nhầy, máu, lợn cợn trắng, dùng tăm bông lấy một lượng phân bằng đầu ngón tay út cho vào lọ, đậy kín nút.
- Gửi bệnh phẩm và giấy xét nghiệm đến phòng xét nghiệm.

2.4. Kỹ thuật lấy mủ để xét nghiệm

Lấy mủ xét nghiệm trong các trường hợp vết thương có biểu hiện nhiễm khuẩn. Kết quả xét nghiệm giúp chẩn đoán và điều trị, chăm sóc vết thương nhanh hồi phục, phòng tránh nhiễm khuẩn toàn thân.

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Một ống hút vô khuẩn, một ống nghiệm vô khuẩn có nút đậy.

+ Một bơm kim tiêm, một lam kính, một đèn cồn, một que tăm bông vô khuẩn.

- Thực hành kỹ thuật:

+ Lấy mủ:

. Nếu vết thương nhiều mủ thì hút mủ bằng ống hút và cho vào ống nghiệm đậy nút kín gửi đến phòng xét nghiệm.

. Nếu vết thương ít mủ thì sau khi hút mủ vào kim tiêm, để nguyên mủ trong bơm tiêm, đậy kín đầu bơm tiêm và gửi đến phòng xét nghiệm.

. Nếu quá ít mủ thì dùng tăm bông chấm mủ phết lên lam kính làm tiêu bản, chờ khô rồi chao lam kính qua đèn cồn 2 - 3 lần để cố định. Có thể cho tăm bông vào ống nghiệm vô khuẩn, chao miệng ống nghiệm qua đèn cồn, đậy nút vô khuẩn.

2.5. Kỹ thuật lấy đờm để xét nghiệm

Xét nghiệm đờm chủ yếu để giúp chẩn đoán các bệnh về đường hô hấp, đặc biệt là tìm trực khuẩn lao.

- Nguyên tắc: lấy đờm vào buổi sáng sớm, tránh để nhiều nước bọt lẫn vào đờm. Người khạc đờm ít hoặc trẻ nhỏ thì có thể lấy chất nhầy ở hang.

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Một ống nhỏ vô khuẩn, một ống nghiệm vô khuẩn.

+ Một tăm bông vô khuẩn, hai lam kính.

- Thực hành kỹ thuật:

+ Hướng dẫn bệnh nhân ho, khạc đờm vào ống nhỏ.

+ Lấy đờm bằng tăm bông cho vào ống nghiệm, đậy nút và gửi đến phòng xét nghiệm.

+ Nếu bệnh nhân khạc đờm ít hoặc trẻ nhỏ thì dùng tăm bông quẹt vào niêm mạc họng rồi phết lên lam kính làm tiêu bản; hoặc có thể cho cả tăm bông vào ống nghiệm đậy kín nút gửi bệnh phẩm và giấy xét nghiệm đến phòng xét nghiệm.

2.6. Kỹ thuật lấy dịch mật để xét nghiệm

Lấy dịch mật là kỹ thuật đưa ống thông Einhorn vào khúc II tá tràng, hút dịch mật A, B, C để chẩn đoán và điều trị một số bệnh túi mật, đường dẫn mật.

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Giải thích cho bệnh nhân kỹ thuật lấy dịch mật.

+ Dẫn dò bệnh nhân nhịn ăn trước kỹ thuật 12 giờ.

+ Vệ sinh răng miệng, tháo răng giả.

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Dụng cụ vô khuẩn:

. Ống Einhorn dài 1 - 1,2m, đường kính 4mm; đầu ống gắn quả trám bằng kim loại có nhiều lỗ; thân ống có 3 vạch tính từ quả trám.

Vạch I: độ dài thân ống 45cm, khi đưa vạch này đến răng cửa thì quả trám tới tâm vị dạ dày.

Vạch II: độ dài thân ống 56cm, quả trám tới môn vị dạ dày.

Vạch III: độ dài 70cm, quả trám tới khúc II tá tràng.

. Bơm tiêm 20ml, 3 ống nghiệm dung tích 20ml ghi nhãn A, B, C; dụng cụ vô khuẩn đựng trong khay chữ nhật trải sẵn.

+ Dụng cụ sạch và thuốc:

. Dụng cụ sạch như kỹ thuật đặt ống thông dạ dày.

. Thuốc: dung dịch $MgSO_4$, nồng độ 30%, nhiệt độ $37^{\circ}C$.

. Giấy quì.

- Thực hành kỹ thuật:

+ Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân ngồi, 2 chân buông xuống sàn nhà; bệnh nhân nằm, đầu cao (tư thế Foweer).

+ Kiểm tra ống thông, nếu có vạch chia trên thân ống thì đo và đánh dấu bằng băng dính. Đo từ đỉnh mũi đến dái tai, đến mũi ức, tương ứng với vạch I, vạch II cách vạch I: 15cm. Vạch III cách vạch II: 15cm.

+ Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông và đưa ống thông vào bằng 2 đường như đưa ống thông vào dạ dày để hút dịch.

+ Đặt bệnh nhân nằm nghiêng phải, chân co, kê gối dưới mông khi ống thông vào đến tâm vị dạ dày (vạch I).

+ Tiếp tục đẩy ống thông đến vạch II, lấy bơm tiêm hút hết dịch dạ dày.

+ Từ từ đẩy ống thông cho đến khi đến vạch III. Để đưa được ống thông đến khúc II tá tràng, người thực hành kỹ thuật phải kiên trì nhắc bệnh nhân nuốt hoặc nhảy lò cò; đôi khi mất tới 1 - 2 giờ mới đưa được đầu ống thông vào đúng vị trí.

+ Cố định ống thông bằng băng dính.

+ Kiểm tra đầu ống thông vào đúng vị trí:

. Lắp bơm tiêm vào đầu ngoài ống thông hút dịch, màu dịch vàng nhạt hoặc xanh, thử giấy quì chuyển màu từ đỏ sang xanh.

. Đưa bệnh nhân đi chiếu X quang, đầu quả trám nằm bên phải cột sống.

+ Lắp bơm tiêm vô khuẩn vào đầu ngoài ống thông, hút ra được dịch mật A là dịch ống mật chủ màu vàng nhạt và loãng. Bơm vào ống nghiệm A 10 - 20ml.

+ Sau 15 phút bơm 30ml dung dịch $MgSO_4$ vào ống thông. Kẹp ống thông, chờ 15 - 30 phút cho cơ Oddi và cơ trú mật mở; hút tiếp được dịch B là dịch túi mật, màu xanh thẫm; bơm vào ống nghiệm B 20ml.

+ Hút hết dịch mật B. Sau 15 phút hút tiếp được dịch C là dịch từ gan xuống, màu vàng tươi. Bơm vào ống nghiệm C 10 - 20ml.

+ Rút ống thông: đến vạch I, cho bệnh nhân ngồi, bơm 30ml nước sạch để tráng ống; tiếp tục rút ống cho đến khi còn 10 - 15cm thì gấp ống, rút ống thông ra ngoài.

+ Lau miệng cho bệnh nhân, đặt bệnh nhân nằm tư thế hợp lý.

- Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ bệnh án:

+ Ngày, giờ lấy dịch mật.

+ Số lượng, màu sắc dịch mật A, B, C.

+ Những xét nghiệm đã lấy bệnh phẩm đưa đi xét nghiệm.

+ Tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau kỹ thuật.

3. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Bệnh nhân ngất do không được chuẩn bị tốt, do sợ nhất là khi lấy máu tĩnh mạch, lấy máu mao mạch làm xét nghiệm.

- Chảy máu, nhiễm khuẩn ngược dòng khi lấy nước tiểu qua ống thông.

- Chảy máu dạ dày, tá tràng trong khi lấy dịch mật.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THỞ MÁY

1. ĐẠI CƯƠNG

Trong nền Y học hiện đại, nhiều trang thiết bị tối tân đã đưa vào phục vụ chẩn đoán, chăm sóc, điều trị bệnh nhân. Một số kỹ thuật điều dưỡng được tự động hoá, do máy đảm nhiệm như: Monitoring theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp, độ bão hoà oxy mao mạch; bơm tiêm tự động điều chỉnh tốc độ, thời gian đưa thuốc vào cơ thể bệnh nhân; trang bị để đáp ứng nhu cầu oxy cho bệnh nhân được ưu tiên hàng đầu và ngày càng hiện đại.

Thở máy là thông khí nhân tạo, hoạt động hỗ trợ quá trình hô hấp cho bệnh nhân. Nguyên lý: dùng máy có áp lực dương đưa vào phổi bệnh nhân một thể tích khí để quá trình trao đổi khí trở về mức bình thường.

1.1. Thông số hô hấp

- Thể tích khí lưu thông (TV): thể tích khí thở vào hoặc thở ra trong trạng thái hô hấp bình thường (khoảng 0,5 lít).

- Thể tích khí dự trữ thở vào (IRV): thể tích khí gắng sức thở vào thêm sau khi đã thở vào bình thường (khoảng 1,8 lít).

- Thể tích khí dự trữ thở ra (ERV): lượng không khí gắng sức thở ra thêm sau khi đã thở ra bình thường (khoảng 1,5 lít).

- Thể tích khí cặn (RV): là lượng khí còn lại trong phế nang sau khi đã thở ra gắng sức (khoảng 1,2 lít).

- Dung tích sống (VC): bao gồm tổng số của thể tích khí lưu thông, thể tích khí dự trữ thở vào và thể tích khí dự trữ thở ra (khoảng 3,8 lít).

1.2. Thông khí hô hấp

- Thông khí phút (Vo): thể tích khí hô hấp trong thời gian một phút.

$V_o = \text{Tần số hô hấp} \times \text{Thể tích khí lưu thông (TV)}$

- Khoảng chết (DS): là thể tích khí đạo không tham gia vào quá trình hô hấp.

- Thông khí phế nang (V_a) = $V_o - (DS \times \text{Tần số hô hấp})$.

Thông khí phế nang thay đổi tùy thuộc vào tần số hô hấp, thể tích khí lưu thông. Tần số hô hấp càng cao dẫn đến khoảng chết càng lớn, thông khí phế nang sẽ giảm.

Thông khí hô hấp có vai trò rất quan trọng để đảm bảo cung cấp oxy, thải CO_2 ra ngoài, duy trì sự sống.

2. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH THỞ MÁY

2.1. Chỉ định

Trong nhiều trường hợp rối loạn hô hấp, có thể đáp ứng bằng cách cho bệnh nhân thở oxy để tăng nồng độ oxy trong khí thở vào, nhưng trong một số trường hợp biện pháp oxy không thể đáp ứng được, phải thực hiện thông khí nhân tạo như:

- + Rối loạn nhịp thở trầm trọng thở quá nhanh hoặc quá chậm.
- + Lực cản và độ đàn hồi của phổi quá lớn.
- + Độ giãn nở của phổi quá thấp hoặc bệnh nhân ngừng thở.

Hai nhóm bệnh có chỉ định thở máy:

2.1.1. Giảm thông khí phế nang

- Tổn thương thần kinh trung ương: đột quỵ não, viêm não, giập não,...
- Liệt dây thần kinh ngoại biên, liệt cơ hô hấp: hội chứng Guillain Barre, ngộ độc nọc rắn, bệnh nhân nhược cơ,...
- Bệnh phổi và phế quản mãn tính: khi $PaO_2 < 60\text{mmHg}$ (bình thường 95mmHg), $PaCO_2 > 40\text{mmHg}$ (bình thường 40mmHg).
- Các bệnh có tăng trương lực cơ có cơn co giật toàn thân kéo dài: uốn ván toàn thân, sốt rét ác tính thể não, cơn động kinh liên tục, ngộ độc hoá chất, ngộ độc Strychnin.

2.1.2. Thiếu oxy máu nặng

- Bệnh phổi có tổn thương lan toả.
- Phù phổi cấp có tổn thương phổi.
- Suy hô hấp cấp.
- Bệnh nhân hôn mê sâu có ứ đọng đờm dãi, suy hô hấp.
- Bệnh nhân phẫu thuật tim, phổi mất máu nhiều.
- Chết lâm sàng, bệnh nhân trong giai đoạn cuối.

2.2. Chống chỉ định

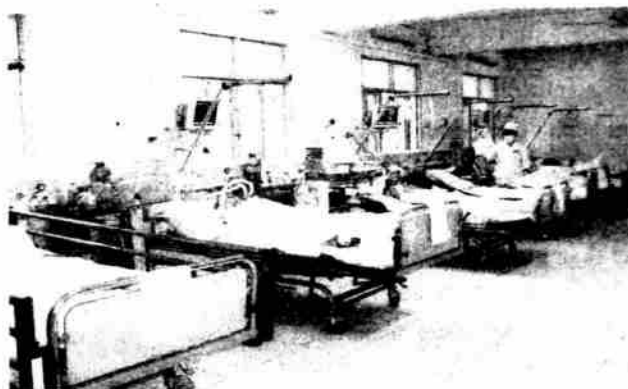
- Tràn khí màng phổi.
- Tràn dịch màng phổi: phải chọc hút dẫn lưu dịch màng phổi trước khi thở máy.
- Tổn thương não không kèm suy hô hấp cấp.

3. MỘT SỐ PHƯƠNG THỨC THÔNG KHÍ NHÂN TẠO

Thông khí nhân tạo cho bệnh nhân thực hiện qua 3 phương thức thông dụng, theo chỉ định cho mỗi bệnh nhân.

- Thông khí hỗ trợ điều khiển thể tích (Volume Controlled Ventilation).
- Thông khí hỗ trợ áp lực (Pressure Supported Ventilation).
- Thông khí hỗ trợ (SINW + Pressure Support).

Các thông số được cài đặt trên máy như áp lực, chế độ thông khí, thông khí phút, tần số thở, các giới hạn báo động... trước khi nối máy thở với bệnh nhân.



Hình 2.15: Chăm sóc bệnh nhân thở máy.

4. BIẾN CHỨNG THỞ MÁY

Thông khí nhân tạo là biện pháp hữu hiệu để đáp ứng nhu cầu hô hấp cho bệnh nhân, tuy nhiên nó cũng gây ra nhiều biến chứng cho bệnh nhân.

4.1. Nhu mô phổi và phế nang

- Vỡ phế nang gây tràn khí màng phổi: áp lực đẩy khí vào phổi cao 80 – 100cm nước mới đảm bảo khí vào tới phế nang có thể gây vỡ phế nang.
- Chảy máu phổi và tắc mạch phổi do khí: hay gặp ở những bệnh nhân giãn phế nang có bóng hơi.
- Phân bố khí trong phổi không đều: do bệnh phổi mãn tính, ứ đọng đờm dãi.

4.2. Tim mạch

- Giảm cung lượng tim: áp lực đẩy khí làm áp lực khí ở phế nang tăng cao dẫn đến tuần hoàn mao mạch chậm lại, máu về tim giảm, lưu lượng máu ở phổi giảm (áp lực mao mạch phổi bình thường 11cm nước).
- Tăng gánh tim phổi, suy tim: khi áp lực khí trong phổi cao hơn 6,5cm nước sẽ dẫn đến áp lực mao mạch phổi giảm máu ứ trệ trong tim phải.
- Giảm tuần hoàn não: do PaCO_2 giảm mạnh khi thở máy, dẫn đến co mạch não.

4.3. Rối loạn chuyển hoá

- Thông khí phút quá thấp, PaCO_2 tăng và PaO_2 giảm gây sung huyết mạch máu não có thể gây co giật, rối loạn nhịp tim, rung thất.

- Nhiễm toan hô hấp: do thông khí phút giảm, hay gặp ở bệnh nhân ngộ độc thuốc ngủ.

- Nhiễm kiềm hô hấp: do thông khí phút quá cao dẫn đến PaCO_2 giảm quá nhanh, giảm truy mạch.

4.4. Biến chứng khác

- Rối loạn tiêu hoá: trướng bụng, liệt ruột, táo bón do nằm lâu.

- Rối loạn tiết niệu: do giảm tưới máu thận, ức chế bài tiết natri, giảm độ thanh lọc dẫn đến ứ máu toàn thân.

- Loét ép: do không thực hiện thay đổi tư thế 2 giờ/lần.

- Nhiễm khuẩn: do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn. Bệnh nhân thở máy thường trong tình trạng bệnh nặng, được thực hiện nhiều kỹ thuật như: đặt nội khí quản, mở khí quản, đặt tĩnh mạch dưới đòn, thông tiểu, thông dạ dày, các kỹ thuật tiêm truyền... dễ bị nhiễm khuẩn mắc phải trong bệnh viện.

- Thay đổi trạng thái tâm thần: do tính chất bệnh và do can thiệp nhiều kỹ thuật, thời gian điều trị dài ngày...

5. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN THỞ MÁY

Bệnh nhân thở máy thường là bệnh nhân nặng, hay có biến chứng, dễ diễn biến bất thường và cần can thiệp nhiều kỹ thuật. Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân thở máy đòi hỏi phải có kiến thức tổng hợp và tinh thần trách nhiệm rất cao. Trong thở máy các thông số được cài đặt trước, hệ thống báo động bằng tín hiệu đến âm thanh tự hoạt động khi có những thay đổi. Tuy nhiên, thực hiện đúng chế độ chăm sóc, trực tiếp theo dõi bệnh nhân tại giường bệnh vẫn là hoạt động quan trọng nhất.

5.1. Nhận định bệnh nhân thở máy

5.1.1. Theo dõi bệnh nhân

- Dấu hiệu sống: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở bằng các dụng cụ thông thường hoặc bằng máy Monitoring (Life scope) theo y lệnh 15 phút/lần, 30 phút/lần, 1 giờ/lần, 3 giờ/lần,...

- Các triệu chứng giảm oxy máu: tím tái, vã mồ hôi, ý thức lơ mơ, vật vã.
- Các triệu chứng của suy tuần hoàn, suy hô hấp.
- Tình trạng tinh thần của bệnh nhân.
- Phát hiện sớm các biến chứng do thở máy gây nên.
- Theo dõi tình trạng rối loạn nước điện giải, dinh dưỡng.

5.1.2. Kiểm tra hoạt động của máy

- Kiểm tra các hoạt động của máy, các thông số của máy.
- Vị trí các khớp nối với ống nội khí quản, các điện cực của máy Monitoring đúng theo vị trí. Đặc biệt phải kiểm tra hệ thống dây tiếp đất của máy, để phòng sự cố chập điện. Bệnh nhân có thể chết do điện giật.
- Thể tích thông khí/phút của máy thở.
- Áp lực bơm khí.
- Hệ thống dẫn khí: độ kín, nước đọng trong ống.
- Nước ở bình làm ẩm: số lượng nước, thay nước sau 8 - 12 giờ chạy máy.
- Phát hiện hiện tượng chống máy: nhịp thở của máy phải trùng với nhịp thở của bệnh nhân.

5.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Thông khí nhân tạo do suy hô hấp, thiếu oxy trầm trọng. Những nguyên nhân dẫn đến suy hô hấp, thiếu oxy tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý của từng bệnh nhân.
- Những nhu cầu thiết yếu của bệnh nhân và nguyên nhân như: vệ sinh răng miệng, vệ sinh cá nhân, dinh dưỡng...
- Những nguy cơ do biến chứng của thở máy, biến chứng của bệnh gây nên.
- Những dấu hiệu của bệnh: cơn co giật, rối loạn thần kinh thực vật, trướng bụng, tăng giảm thân nhiệt...

5.3. Kế hoạch chăm sóc

- Hỗ trợ hô hấp cho bệnh nhân.
- Phòng chống nhiễm khuẩn, loét ép.
- Nuôi dưỡng cho bệnh nhân, vận động thể lực.
- Phát hiện biến chứng của thở máy, diễn biến bệnh.
- Tăng cường giao tiếp giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và gia đình.

- Hướng dẫn bệnh nhân cai thở máy và thôi thở máy khi đã ổn định về hô hấp và tuần hoàn.

- Thực hiện y lệnh nhanh chóng và chính xác.

5.4. Thực hiện chăm sóc

5.4.1. Hỗ trợ hô hấp

- Phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

- Kiểm tra máy thở, phụ giúp bác sĩ nối máy thở với bệnh nhân.

- Phát hiện hiện tượng chống máy.

- Hút thông đường hô hấp.

5.4.2. Phòng chống nhiễm khuẩn, loét ép

- Rửa tay đúng quy trình kỹ thuật.

- Chăm sóc ống nội khí quản hoặc Canyl mở khí quản, kiểm tra, thay nước bình làm ẩm sau 8 - 12 giờ chạy máu, cấy đờm ống nội khí quản khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

- Vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân.

- Phòng tránh sặc, hít vào phổi.

- Thay đổi tư thế cho bệnh nhân 2 giờ/lần.

5.4.3. Nuôi dưỡng, vận động thể lực

- Đặt ống thông dạ dày, cho bệnh nhân ăn đủ chất dinh dưỡng. Bệnh nhân suy hô hấp không có nhiễm khuẩn 30 calo/kg/24giờ, bệnh nhân có nhiễm khuẩn 35 - 50 calo/kg/24giờ, ăn tăng dần.

- Đảm bảo lượng nước vào ra: dịch truyền 2 - 2,5 lít /24giờ, nước tiểu 1,5 lít/24giờ. Đo lượng nước vào qua ăn, uống, dịch truyền, tính lượng nước thải ra hơi thở, mồ hôi, đại, tiểu tiện để điều chỉnh lượng nước vào ra, để phòng thừa dịch gây phù phổi cấp.

- Vận động chủ động hoặc thụ động 3 giờ/lần phòng teo cơ, cứng khớp, ứ trệ tuần hoàn, viêm tắc tĩnh mạch; thay đổi tư thế bệnh nhân 2 giờ/lần, tra thuốc chống khô mắt cho bệnh nhân 15 phút/lần.

5.4.4. Theo dõi biến chứng thở máy và diễn biến bệnh

Nhịp thở, nhịp tim, mạch, nhiệt độ, huyết áp, độ bão hoà oxy, liều oxy, ý thức bệnh nhân, thực hiện lấy bệnh phẩm xét nghiệm.

5.4.5. Giáo dục sức khoẻ

Hướng dẫn bệnh nhân thở máy không giãy giụa, không rút ống thở, không chống máy. Giải thích cho gia đình biết thở máy chỉ là tạm thời nhưng không thở máy sẽ ảnh hưởng đến tính mạng.

5.4.6. Luyện tập bệnh nhân cai thở máy

Luyện tập bệnh nhân cai thở máy bằng cách tách dần phụ thuộc vào máy, sau đó ngừng thở máy hoàn toàn.

5.5. Đánh giá kết quả chăm sóc

Kết quả chăm sóc được coi là tốt khi:

- Bệnh nhân không có dấu hiệu chống máy.
- Da niêm mạc hồng.
- $SpO_2 > 90\%$.
- Mạch < 100 chu kỳ/phút.
- Huyết áp trong giới hạn bình thường.
- Nước tiểu $> 1,5$ lít/24giờ.
- Không có dấu hiệu nhiễm khuẩn mắc phải trong bệnh viện.
- Dinh dưỡng được đảm bảo.
- Ý thức bệnh nhân tốt hơn.

Đưa những trang bị, phương tiện hiện đại vào phục vụ chẩn đoán, điều trị, chăm sóc bệnh nhân là bước phát triển mạnh mẽ của y học. Tuy vậy, nhân viên y tế nói chung, điều dưỡng nói riêng không được coi nhẹ những phương tiện, dụng cụ thông thường, đặc biệt phải thường xuyên nâng cao trách nhiệm, trình độ kiến thức, tận tụy hết lòng cứu chữa bệnh nhân trong mọi hoàn cảnh.

CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRONG GIAI ĐOẠN CUỐI

1. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nhân điều trị tại các cơ sở y tế sau một thời gian được các bác sĩ, điều dưỡng theo dõi, chăm sóc, điều trị, bệnh nhân khỏi bệnh hoặc bệnh thuyên giảm và ra viện. Tuy nhiên, một số bệnh nhân mặc dù đã được tận tình cứu chữa nhưng bệnh tiến triển nặng, có thể đột ngột qua đời hoặc qua giai đoạn hấp hối rồi tử vong.

Chăm sóc bệnh nhân ở giai đoạn cuối cũng quan trọng như chăm sóc bệnh nhân trong giai đoạn phục hồi sức khỏe. Nhân viên y tế cần giúp bệnh nhân được thanh thản trước cái chết.

1.1. Diễn biến trong giai đoạn cuối

Trong giai đoạn cuối của cuộc đời, bệnh nhân có những thay đổi chủ yếu về nhận thức trước bệnh tật và cái chết, thường gặp các biểu hiện sau:

- Từ chối: Bệnh nhân luôn mong được chữa khỏi bệnh, không nghĩ cái chết sẽ đến. Không chấp nhận cái chết; đây là phản ứng đầu tiên của bệnh nhân.

- Tức giận: Bệnh nhân phản ứng với những mất mát mà họ cảm nhận. Bệnh diễn biến ngày càng nặng, xuất hiện sự giận dữ với nhân viên bệnh viện và người nhà vì một lý do nào đó.

- Mặc cảm: Trong giai đoạn này, bệnh nhân mặc cảm với phương pháp chăm sóc, điều trị hiện tại, muốn thay đổi cách chữa bệnh, muốn tìm cách để đạt được kết quả tốt hơn cách chữa bệnh cuối cùng. Bệnh nhân có thể yêu cầu gọi thầy cúng, thầy lang, mục sư, thậm chí có sự trắng chối liên quan đến tội lỗi để thoát khỏi cái chết.

- Buồn rầu: Bệnh nhân buồn vì biết cái chết sắp đến, bắt đầu kể và bày tỏ những cảm nghĩ từ đáy lòng mình, mong muốn được tâm sự với người thân, bác sĩ, điều dưỡng và các nhân viên khác trong bệnh viện.

- Chấp nhận: Khi đã chấp nhận cái chết, bệnh nhân trong trạng thái tuyệt vọng. Giao tiếp với bệnh nhân trở nên khó khăn, một số bệnh nhân thì trầm lặng, một số khác thì nói nhiều. Khi hấp hối bệnh nhân cần gặp người thân trong gia

đình để nói lên nguyện vọng, yêu cầu của mình như lời trăng trối, di chúc, dặn dò, cách bố trí tang lễ...

1.2. Những biểu hiện của giai đoạn hấp hối

- Sắc mặt nhợt nhạt, chân tay lạnh, tím tái đầu chi, biểu hiện của lưu thông máu giảm.

- Vã mồ hôi đầm đìa: Bệnh nhân có thể vã mồ hôi thấm ướt quần áo, mồ hôi vã ra cả ở trên trán, làm ướt tóc thấm xuống gối; biểu hiện của rối loạn vận mạch, thần kinh thực vật.

- Giảm trương lực cơ: trương lực cơ toàn thân giảm, bệnh nhân nằm bất động nói khó, nuốt khó, miệng lệch, hàm trễ xuống, mũi lệch vẹo. Các phản xạ gân xương giảm rồi mất.

- Mắt lõm xuống, đờ dai: khám thấy đồng tử giãn, khi đưa tay ngang qua mắt bệnh nhân không thấy mắt cử động.

- Rối loạn hô hấp: khó thở tăng, nhịp thở chậm dần, tăng tiết đờm dãi.

- Mạch nhanh nhỏ, khó bắt: huyết áp tụt dần, tim đập yếu, rối loạn nhịp tim, tiếng tim mờ, rời rạc.

- Ý thức: lú lẫn, hôn mê sâu dần.

- Các phản xạ mất dần: mất phản xạ giác mạc, mất phản xạ da bùi.

- Bệnh nhân ngừng thở: mạch mờ dần rồi không bắt được mạch, không nghe thấy tiếng tim. Dấu hiệu bệnh nhân ngừng thở, ngừng tim:

+ Lồng ngực, thành bụng bất động.

+ Nằm yên, không cử động.

+ Sắc mặt nhợt nhạt tím tái.

+ Da lạnh.

+ Tim ngừng đập: không bắt được mạch, không đo được huyết áp, không nghe thấy tiếng tim; xuất hiện đường đẳng điện trên các đạo trình ghi điện tim, tần số thở.

Khi bệnh nhân có biểu hiện của giai đoạn hấp hối, bác sĩ, điều dưỡng phải có mặt ở bên bệnh nhân, phát hiện kịp thời các dấu hiệu và sự thay đổi về tình trạng bệnh nhân. Sự có mặt thường xuyên bên cạnh bệnh nhân là nguồn an ủi lớn đối với bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân.

2. KỸ THUẬT CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TRONG GIAI ĐOẠN CUỐI

2.1. Nguyên tắc chăm sóc

- Chuyển bệnh nhân đến phòng riêng, tránh gây ồn ào và tiện cho việc chăm sóc, không ảnh hưởng đến các bệnh nhân khác.
- Giúp đỡ bệnh nhân về tâm lý, sinh lý và tâm thần.
- Thực hiện khẩn trương y lệnh và tìm mọi cách để làm giảm đau đớn cho bệnh nhân.
- Tận tình chăm sóc, cứu chữa bệnh nhân đến phút cuối cùng.
- Đảm bảo cho bệnh nhân và thân nhân không đơn độc trong giai đoạn cuối.
- Bệnh nhân trong giai đoạn hấp hối, nếu không có thân nhân bên cạnh, bệnh nhân có trăng chối điều gì thì điều dưỡng phải ghi chép đầy đủ, rõ ràng để báo cáo cho gia đình, cơ quan, đơn vị của bệnh nhân.

2.2. Đáp ứng nhu cầu cho bệnh nhân

2.2.1. Nhu cầu vệ sinh cá nhân

Tắm rửa, lau người, vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân.

2.2.2. Tư thế nghỉ ngơi

Hầu hết bệnh nhân trong giai đoạn hấp hối thích nằm ngửa, kê gối dưới đầu, dưới chân cho thoải mái. Thay đổi tư thế cho bệnh nhân 2 giờ/lần để bệnh nhân thoải mái và phòng ngừa loét.

2.2.3. Nhu cầu giao tiếp

Khả năng nghe là giác quan cuối cùng tồn tại trước khi bệnh nhân chết, không được nói những điều không hay và liên quan đến bệnh tật. Phải ân cần an ủi bệnh nhân, nói nhẹ nhàng, dịu dàng những điều tốt đẹp.

2.2.4. Thị giác

Buồng bệnh tối, thiếu ánh sáng làm bệnh nhân sợ hãi; buồng bệnh sạch sẽ thoáng mát làm bệnh nhân dễ chịu. Ánh sáng gay gắt, thay đổi cường độ liên tục làm bệnh nhân khó chịu. Thị giác của người hấp hối giảm dần rồi mất.

2.2.5. Nhu cầu dinh dưỡng

Đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng cho bệnh nhân trong giai đoạn cuối rất quan trọng, bệnh nhân ăn lỏng, dễ tiêu, đủ chất, ăn nhiều bữa trong ngày. Những trường hợp không ăn được cho ăn qua ống thông dạ dày, truyền dịch nuôi dưỡng. Không được để bệnh nhân chết trong tình trạng đói ăn.

2.2.6. Nhu cầu bài tiết

Bệnh nhân đại, tiểu tiện không tự chủ được; thay quần áo, vải trải giường, giữ gìn vệ sinh sạch sẽ cho bệnh nhân. Bệnh nhân tăng tiết đờm dãi phải hút đờm dãi, ra nhiều mồ hôi cần được lau nhiều lần bằng khăn khô.

2.2.7. Nhu cầu oxy

Trong giai đoạn cuối, bệnh nhân thường khó thở, đáp ứng nhu cầu oxy cho bệnh nhân bằng thở oxy qua đường mũi hoặc miệng, vệ sinh mũi, miệng thường xuyên.

2.2.8. Nhu cầu về tinh thần

Tôn trọng và đáp ứng nhu cầu tình cảm, tôn giáo và những yêu cầu khác trong điều kiện cho phép.

2.2.9. Thực hành hồi sinh tim phổi

Ngay khi bệnh nhân có dấu hiệu ngừng thở, ngừng tim, bác sĩ và điều dưỡng phải nhanh chóng tiến hành hồi sinh tim phổi càng nhanh càng tốt. Theo dõi và đánh giá tiến triển của bệnh nhân trong quá trình tiến hành kỹ thuật.

- Tiến triển tốt: hô hấp phục hồi, da đầu chi, môi hồng và tím đập trở lại; tiếp tục cấp cứu đến khi bệnh nhân thở đều.

- Tiến triển xấu sau 30 phút cấp cứu mà tuần hoàn và hô hấp không hồi phục, da xanh nhợt, đồng tử giãn rộng thì ngừng cấp cứu bệnh nhân tử vong.

2.3. Giao tiếp với thân nhân của bệnh nhân

- Các nhân viên y tế luôn hiểu và thông cảm với những thiệt thòi, mất mát về tình cảm của gia đình bệnh nhân.

- Mọi công việc thực hiện một cách nhẹ nhàng, nhanh gọn, chính xác và có hiệu quả sẽ tránh những hiểu lầm của gia đình.

- Thông báo và giải thích cho thân nhân về những việc cần làm. Yêu cầu gia đình bệnh nhân ra ngoài phòng khi cần thiết với thái độ ân cần, hoà nhã.

- Chỉ trả lời những vấn đề trong phạm vi cho phép khi gia đình bệnh nhân hỏi, có ý kiến.

- Hướng dẫn người nhà đến thăm, ở lại với bệnh nhân, giúp đỡ họ nơi ăn ở, các điều kiện sinh hoạt tối thiểu.

- Giao tiếp với gia đình bệnh nhân với thái độ nhẹ nhàng, lịch sự, nhã nhặn và cảm thông với họ là trách nhiệm của tất cả nhân viên trong bệnh viện.



Hình 2.16: Dụng cụ cấp cứu.

3. NHỮNG VIỆC CẦN LÀM KHI BỆNH NHÂN TỬ VONG

3.1. Chuẩn bị dụng cụ phương tiện

- Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân.
- Khay chữ nhật, găng tay.
- Kìm Kocher, kéo, băng dính.
- Bông, gạc.
- Bộ dụng cụ thay băng, rửa vết thương khi bệnh nhân có phẫu thuật.
- Bông không thấm nước, quần áo sạch của bệnh nhân.
- Hai dải băng nhỏ và ngắn, ba dải băng to bản.
- Khăn bông, chậu nước ấm, nước lá thơm.
- Vải phủ, túi đựng đồ bẩn.
- Túi, tấm nilon theo quy định khi bệnh nhân mắc bệnh tối nguy hiểm.
- Cáng hoặc xe đẩy.

3.2. Thực hiện công việc xử lý tử thi

Bác sĩ là người xác định bệnh nhân đã tử vong, sau khi đáp ứng các yêu cầu của thân nhân người chết, thực hiện các công việc xử trí tử thi theo các bước:

- Yêu cầu thân nhân ra khỏi phòng.
- Che bình phong để không ảnh hưởng đến bệnh nhân khác. Nếu có phòng riêng thì không cần che bình phong.

- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, ngay ngắn.
- Rút các ống thông, ống dẫn lưu, tháo nẹp bột, băng cũ, thay băng mới.
- Tháo các đồ trang sức trên người bệnh nhân.
- Dùng gạc thấm nước vuốt cho hai mắt nhắm lại.
- Khép kín miệng bệnh nhân.
- Dùng bông không thấm nước nút: 2 lỗ mũi, 2 lỗ tai, miệng, hậu môn, sinh dục.
- Cởi áo cũ, rửa mặt, lau nửa người trên và mặc áo mới cho bệnh nhân.
- Cởi quần, lau nửa người dưới và mặc quần áo mới cho bệnh nhân.
- Để hai cánh tay dọc theo cạnh sườn, lòng bàn tay úp lên bụng. Buộc hai ngón tay cái lại với nhau.
- Để hai chân duỗi thẳng, buộc hai ngón chân cái lại với nhau.
- Buộc ba dải băng ở các vị trí: hai bả vai, hai mào chậu, hai đầu gối.
- Cho thi thể bệnh nhân vào túi nilon, buộc các dải băng theo quy định nếu là bệnh nhân truyền nhiễm nguy hiểm, tối nguy hiểm.
- Chuyển bệnh nhân lên cáng hoặc xe đẩy, ô tô.
- Phủ vải kín người bệnh nhân.
- Ghi vào hồ sơ ngày, giờ bệnh nhân tử vong.
- Gài phiếu lên ngực bệnh nhân, bên ngoài vải phủ.
- Chuyển thi thể bệnh nhân xuống nhà xác, bàn giao cho nhân viên nhà xác.
- Sắp xếp và xử lý dụng cụ, buồng bệnh đúng quy định.
- Bệnh nhân không có thân nhân, tài sản của bệnh nhân do điều dưỡng thống kê, lập biên bản, bàn giao cho cơ quan phụ trách.

PHỤ GIÚP BÁC SĨ ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Đặt nội khí quản là thủ thuật đưa một ống thông vào khí quản của bệnh nhân để đảm bảo thông khí và hút đờm dãi ứ đọng trong đường hô hấp.

Đặt nội khí quản là một thủ thuật đơn giản, dễ thực hành nhưng vô cùng quan trọng. Trong trường hợp bệnh nhân cấp cứu, thủ thuật cần thực hiện nhanh chóng và kịp thời, không được để xảy ra tai biến do chậm khai thông đường hô hấp cho bệnh nhân.

Nên đặt ống nội khí quản sớm để tránh tổn thương ở các cơ quan nhạy cảm với oxy như não, tim. Chỉ định đặt nội khí quản cho trẻ em rộng hơn so với người lớn.

- Suy hô hấp cấp: tần số thở nhanh trên 40 lần/phút hoặc có triệu chứng lâm sàng: da xanh tím vã mồ hôi, ý thức lơ mơ, vật vã.

- Nhiễm khuẩn: viêm phế quản phổi cấp, viêm phế quản mãn tính đợt phát, uốn ván, cúm ác tính, viêm não, hội chứng Guillain Barre, viêm não tuỷ cấp.

- Ngộ độc cấp: do thuốc ngủ gacdenal, seduxen, aminazin, thuốc phiện, phospho hữu cơ.

- Rắn cắn, nhiễm độc nọc rắn.

- Bệnh nhược cơ.

- Tắc nghẽn đường hô hấp do tắc đờm dãi, ngạt nước, phù phổi cấp.

- Bệnh nhân hôn mê.

- Sốc nặng.

- Gây mê để phẫu thuật.

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân tỉnh: giải thích để bệnh nhân yên tâm, động viên bệnh nhân, tiêm seduxen 10mg tĩnh mạch khi bệnh nhân vật vã.

- Bệnh nhân hôn mê: giải thích để người nhà biết mục đích và tai biến có thể xảy ra.

- Hút đờm dãi.

- Cho bệnh nhân thở oxy qua mũi 3 - 5 lít/phút (trong 15 phút trước thủ thuật).

- Bệnh nhân ngừng thở hoặc thở ngáp cá, thở quá yếu: bóp bóng ambu qua mũi, miệng 10 - 15 phút trước khi thực hiện thủ thuật.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Ống nội khí quản: chọn cỡ ống phù hợp; người lớn có các cỡ 8,0mm; 7,5mm; 7,0mm, chọn cỡ ống bằng ngón tay đeo nhẫn; trẻ em có các cỡ 5,5mm; 4,5mm và 3,0mm. Chọn cỡ ống bằng ngón tay út.

- Đèn soi thanh quản: đèn lưỡi thẳng và đèn lưỡi cong.
- Kẹp Magill (kẹp ống nội khí quản).
- Bơm phun thanh quản, khí phế quản.
- Thuốc gây tê: novocain, xylocain 1%, 2%.
- Thuốc atropin, seduxen.
- Bơm tiêm 5ml.
- Dầu parafin.
- Máy hút, ống thông để hút.
- Băng cuộn để chèn hai hàm răng.
- Băng cuộn hoặc băng dính để cố định ống nội khí quản.
- Gối kê vai.
- Bóng ambu, bình oxy và dụng cụ thở oxy.
- Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ bấm giây.

2.3. Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân nằm ngửa không gối đầu, kê cao vai bằng gối để đường đưa ống vào thẳng nhất.

2.4. Thực hành kỹ thuật

2.4.1. Đặt ống nội khí quản qua đường mũi (đặt mò)

- Đặt bệnh nhân nằm đúng tư thế.
- Hút đờm dãi, cho bệnh nhân thở oxy.
- Giúp bác sĩ sát khuẩn tay, đi găng tay.
- Chuẩn bị và giúp bác sĩ lấy thuốc gây tê.
- Bôi dầu parafin vào ống nội khí quản, đưa cho bác sĩ.
- Khi bác sĩ đưa ống vào khí quản, điều dưỡng thường xuyên theo dõi nhịp thở, sắc mặt bệnh nhân phòng tránh bệnh nhân ngừng thở.
- Khi ống đã vào khí quản: bệnh nhân có phản xạ ho, hơi thở phụt ra mạnh theo đường ống, tăng tiết đờm dãi.

- Hút đờm dãi.
- Bóp bóng ambu qua ống nội khí quản để bác sĩ kiểm tra thông khí hai phổi.
- Bơm hơi vào bóng chèn (Cuff).
- Cố định ống nội khí quản.

Phương pháp đặt ống nội khí quản qua đường mũi thường được thực hiện vì dễ đặt, không cần đèn soi thanh quản. Bệnh nhân có thể ăn, uống được qua miệng.

2.4.2. Đặt ống nội khí quản qua đường miệng

Đặt ống nội khí quản qua đường miệng chỉ thực hiện khi có cản trở đường mũi như: polyp mũi, phì đại cuốn mũi,...

- Lắp đèn soi thanh quản, kiểm tra đèn soi đưa cho bác sĩ.
- Hút đờm dãi, cho bệnh nhân thở oxy.
- Giúp bác sĩ sát khuẩn tay, đi găng tay.
- Chuẩn bị thuốc và giúp bác sĩ lấy thuốc gây tê.
- Bôi dầu parafin vào ống nội khí quản, đưa cho bác sĩ.
- Đưa kẹp Magill cho bác sĩ.
- Bơm phun xylocain gây tê thanh quản.
- Khi bác sĩ đưa được ống vào khí quản, bệnh nhân tăng tiết, ho, co thắt thanh quản.
- Nhanh chóng hút đờm dãi.
- Lắp và bóp bóng ambu.
- Lấy bơm tiêm bơm hơi vào bóng chèn.
- Chèn gạc hoặc băng cuộn để cố định ống nội khí quản.
- Kiểm tra mạch nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Đánh giá mức độ thiếu oxy của bệnh nhân.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi hồ sơ.

3. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

3.1. Tai biến kỹ thuật

- Chảy máu: do ống nội khí quản quá to, đẩy ống mạnh gây chảy máu ở lỗ mũi trước, sau nền họng, dây thanh quản, khí quản.

- Nhiễm khuẩn: do vô khuẩn không tốt, xây xát thành khí quản.
- Ống nội khí quản vào thực quản.

3.2. Biến chứng

- Viêm mũi, viêm họng, viêm thanh quản.
- Phù nề viêm loét khí quản dẫn đến chít hẹp khí quản.
- Xẹp phổi do ống nội khí quản vào sâu đến nhánh phế quản.
- Tắc đờm trong ống nội khí quản.
- Đột ngột khó thở dữ dội, tím toàn thân, cổ bạch ra. Phải kiểm tra ngay ống nội khí quản, rút ống bóp bóng ambu, đặt lại ống nội khí quản.
- Ngừng tim đột ngột do phản xạ, đây là biến chứng hay gặp ở bệnh nhân thiếu oxy.

4. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

- Bệnh nhân tỉnh: cố định tay để bệnh nhân không tự rút ống.
- Hút dịch máu ở họng và ống nội khí quản, theo dõi và xử trí theo y lệnh.
- Hút đờm dãi 30 phút/lần, nhỏ vào ống nội khí quản 1ml dung dịch natribicarbonat 14% hoặc α -Chymotrypsin để làm loãng đờm, hạn chế nhiễm khuẩn.
- Rửa ống hút đờm dãi, ngâm vào dung dịch sát khuẩn.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở 1 giờ/lần hoặc 3 giờ/lần theo y lệnh.
- Đánh giá tình trạng bệnh nhân: mức độ tím tái, ý thức.
- Theo dõi phát hiện tai biến và biến chứng, chú ý biểu hiện tắc đờm trong ống nội khí quản.
- Theo dõi thời gian lưu ống nội khí quản, nếu sau 48 giờ mà tình trạng bệnh nhân suy hô hấp vẫn còn thì có chỉ định mở khí quản.

PHỤ GIÚP BÁC SĨ MỞ KHÍ QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

Mở khí quản là thủ thuật tạo đường thông khí tạm thời hay vĩnh viễn cho bệnh nhân.

Sau mở khí quản, khí thở không còn đi qua đường mũi họng, qua các đoạn gấp khúc tự nhiên, đường thông khí ngắn hơn, giảm được khoảng không khí chết sinh lý từ 150ml xuống còn 75ml, bệnh nhân thở dễ dàng hơn, hút đờm rãi thuận tiện hơn.

2. CHỈ ĐỊNH MỞ KHÍ QUẢN

- Suy hô hấp cấp đã được đặt nội khí quản 48 giờ, tình trạng suy hô hấp không tiến triển tốt.

- Trở ngại đường hô hấp trên: vết thương vùng mũi, khối u vùng mũi, mặt, vết thương thanh quản, phù thanh quản, bông thanh khí quản, dị vật khí quản, bệnh ác tính ở họng.

- Bệnh truyền nhiễm: bạch hầu thanh quản, uốn ván, viêm não, viêm màng não, nhiễm khuẩn huyết, tổn thương ở phổi gây suy hô hấp kéo dài.

- Bệnh nhân phải hô hấp nhân tạo dài ngày: nhược cơ nặng, hội chứng Guillan Barre, đột quỵ não,...

- Những phẫu thuật lồng ngực gây giảm co giãn phế nang, hạn chế các cơ hô hấp, bệnh lý ở trung thất,...

- Chỉ định mở khí quản ở trẻ em chặt chẽ hơn do hay gặp tai biến chít hẹp khí quản sau khi mở khí quản.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Bệnh nhân thở qua ống nội khí quản: hút đờm rãi, cho bệnh nhân thở oxy 10 - 15 phút trước khi mở khí quản; lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở ghi vào hồ sơ.

- Bệnh nhân không thở qua ống nội khí quản:

- + Bệnh nhân tỉnh: giải thích mục đích thủ thuật, động viên an ủi bệnh nhân. Tiêm thuốc seduxen 10mg tĩnh mạch chậm.

- + Bệnh nhân hôn mê: giải thích mục đích thủ thuật cho gia đình bệnh nhân, nói rõ tai biến có thể xảy ra. Gia đình viết giấy đồng ý thực hiện thủ thuật.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ

- 1 xe đẩy, trên xe có trải khăn vô khuẩn.

- Hộp dụng cụ mở khí quản, bao gồm:

+ Dao mổ: 1 - 2 chiếc.

+ 1 kéo thẳng.

+ 1 kéo cong.

+ 1 kẹp phẫu tích không máu.

+ 1 kẹp phẫu tích có máu.

+ Kim cong, chỉ lạnh, chỉ catgut.

+ Kim mang kim: 1 chiếc.

+ Kim cặp sãng: 4 - 6 chiếc.

+ Thông nòng máng: 1 chiếc.

+ Kẹp phanh Laborde: 1 chiếc.

+ Panh Farabeuf: 2 chiếc.

+ Sãng to kích thước: 80 - 150cm (1 chiếc).

+ Sãng có lỗ: 60 - 80cm (2 chiếc).

+ Áo mổ: 3 chiếc.

+ 3 đôi găng tay.

+ Canyl Krischaberg: người lớn cỡ số 3, 4, 5; trẻ em cỡ số 2.

+ Canyl Sjoberg: người lớn cỡ số 6, 7, 8; trẻ em cỡ số 3, 4, 5. Hiện nay Canyl Sjoberg thường được sử dụng vì bằng nhựa mềm, có băng và dây cố định.

- Dụng cụ khai thông đường thở:

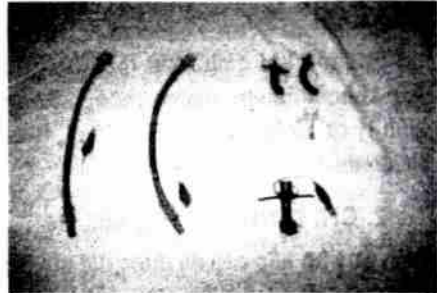
+ Máy hút dờm dãi.

+ Bóng ambu.

+ Bơm tiêm 5ml: 2 chiếc.

+ Dung dịch sát khuẩn: cồn iod, cồn 70°.

+ Bông cầu, gạc.



Hình 2.17: Ống nội khí quản, Canyl Krischabeyry, Canyl Sjobery.

3.3. Tư thế bệnh nhân

Bệnh nhân nằm thẳng ngửa, kê gối dưới vai để đỉnh đầu tỷ xuống giường, cổ định 2 tay bệnh nhân vào thành giường.

4. THỰC HÀNH KỸ THUẬT

4.1. Kíp thủ thuật

- 1 bác sĩ và 2 người phụ là điều dưỡng.
- + Phẫu thuật viên (bác sĩ): đứng bên trái bệnh nhân.
- + Người phụ 1: bộc lộ và sát khuẩn vùng mở khí quản, giúp bác sĩ sát khuẩn tay, đi găng tay, kiểm tra tư thế bệnh nhân.
- + Người phụ 2: đứng bên phải bệnh nhân.
- Người phụ 1 mở khay vô khuẩn, chuẩn bị để bác sĩ và người phụ 2 mặc áo choàng, đi găng tay, đưa thuốc để bác sĩ gây tê cho bệnh nhân, đưa säng có lỗ cho bác sĩ.

4.2. Các bước thực hiện kỹ thuật

- Cấu tạo khí quản từ trên xuống dưới: sụn móng, sụn giáp, sụn nhẫn, 7 vòng sụn, khí quản có độ dài khoảng 7cm.
- Mặt trước khí quản nằm dưới da, cân cổ nông và cân cổ giữa.
- Trám mở khí quản được tạo bởi 2 cơ ức đòn móng phía trên, 2 cơ ức giáp phía dưới.
- Hai thùy tuyến giáp ôm lấy 6 vòng sụn khí quản, xa hơn là bó mạch cảnh.
- Thì 1: rạch da, phẫu thuật viên rạch da theo đường dọc giữa cổ, đường rạch đi từ bờ dưới sụn nhẫn dài 3 - 4cm.

Điều dưỡng chuẩn bị sẵn sàng máy hút đờm dãi, bóng ambu và quan sát bệnh nhân, xử trí kịp thời khi bệnh nhân ngừng thở.

- Thì 2: rạch lớp gân cơ, phẫu thuật viên dùng kéo thanh nhọn, tay phải cầm kéo 2 mũi kéo khít thẳng góc với khí quản tại điểm đường trắng giữa, tách dần từng lớp cân nông và sâu, tĩnh mạch, người phụ cầm panh Farabeug tiếp tục vén lớp cân.

Điều dưỡng dùng gạc thấm máu, quan sát bệnh nhân.

- Thì 3: rạch khí quản, lắp Canyl.

+ Phẫu thuật viên dùng ngón tay kiểm tra, khí quản thẳng rắn chắc, các đốt sụn gồ ghề dưới tay; dùng dao rạch khí quản, không rạch sâu quá 1cm gây tổn thương thành sau khí quản.

- + Điều dưỡng rút ống nội khí quản, hút đờm dãi, dịch cho bệnh nhân.

+ Phẫu thuật viên dùng panh Lalorde luồn qua vết rạch vào khí quản cho rộng 2 mép đủ để đặt Canyl.

+ Điều dưỡng khẩn trương hút đờm dãi, dịch qua Canyl, cố định dây Canyl vừa phải; đưa kim để bác sĩ khâu da.

- Sát khuẩn vết mổ bằng ete, oxy già.
- Lót gạc vô khuẩn xung quanh Canyl để thấm máu và ngăn dịch từ Canyl thấm vào vết mổ.
- Đặt gạc vô khuẩn lên lỗ Canyl để lọc không khí.
- Để bệnh nhân nằm tư thế ngửa, thoải mái, dễ chịu.
- Cho bệnh nhân thở máy nếu có chỉ định.
- Thu dọn dụng cụ.

5. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG MỞ KHÍ QUẢN

5.1. Tai biến và biến chứng trong thời gian thực hành thủ thuật

- Không luôn được Canyl vào khí quản: do mất các điểm chuẩn, Canyl đưa vào khoang bên, thường xảy ra ở bệnh nhân cổ ngắn.
- Chảy máu nhiều che lấp vết mổ.
- Ngất, ngừng thở, ngừng tim: hay gặp ở trẻ em, phòng tránh bằng đặt nội khí quản trước khi mở khí quản, thở máy, bơm qua khí quản 1ml cocain hoặc xylocain 5% trước khi rạch da.

5.2. Tai biến và biến chứng sau thủ thuật

- Tràn khí dưới da: do rạch da quá rộng.
- Tụt ống Canyl ra ngoài: do bệnh nhân ho nhiều, cố định không tốt có thể gây tử vong. Điều dưỡng bắt buộc phải thành thạo kỹ thuật đặt lại ống Canyl để cấp cứu bệnh nhân.
- Chảy máu thứ phát.
- Nhiễm khuẩn khí phế quản, phổi.
- Tắc đờm: đờm quánh, đường hô hấp khô dễ gây xẹp phổi.
- Giãn khí quản tại chỗ mở.
- Polyp khí quản,
- Rò khí quản.

6. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN MỞ KHÍ QUẢN

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, sắc mặt bệnh nhân 30 phút/lần trong một giờ đầu, sau đó 1 giờ/lần hoặc 3 giờ/lần theo chỉ định.

- Hút đờm: thời gian hút 20 - 30 phút/lần trong ngày đầu, những ngày sau 1 giờ/lần. Hút đờm khi bệnh nhân có dấu hiệu chít hẹp đường thở, sau mỗi lần hút nhỏ vào Canyl 1ml dung dịch natribicarbonat 14% (hoặc pha 1ml α -Chymotrypsin với 10ml nước cất).

- Thay băng rửa vết mổ, thay Canyl.

+ Trong ngày đầu thay băng 2 - 3 lần và rửa vết mổ, rửa quanh Canyl bằng ete, oxy già. Những ngày sau rửa và thay băng ngày 1 lần. Thay băng ngay khi gạc, băng thấm máu và đờm.

+ Thông rửa Canyl:

Nòng trong Canyl: tháo ra lau rửa 2 - 3 lần/ngày.

Nòng ngoài Canyl: 3 ngày thay rửa 1 lần, lần thay đầu tiên do phẫu thuật viên thực hiện.

Rửa sạch dịch, máu bằng xà phòng sau đó hấp sấy khô, Canyl nhựa (Sjoberg) ngâm vào dung dịch dakin hay benzalkonium 1/750 ít nhất 2 giờ.

- Khí dung, chống bội nhiễm tại chỗ: khí dung ngày 2 lần bằng kháng sinh + corticoid.

- Rút Canyl:

+ Rút Canyl khi bệnh nhân tự thở qua đường mũi, phản xạ ho và khạc đờm bình thường, không có bội nhiễm ở phổi, dung tích sống trên 75% dung tích sống lý thuyết.

+ Chuẩn bị trước khi rút Canyl: hướng dẫn bệnh nhân tập thở bằng cách nút lỗ mở khí quản từng đợt khi bệnh nhân đã tự thở được hoàn toàn. Canyl Sjoberg không có đường thông lên trên với mũi, họng nên hết sức thận trọng khi rút Canyl, sẵn sàng đặt lại khi bệnh nhân khó thở.

+ Trước khi rút Canyl: khí dung, hút đờm dài, tiêm atropin 1/2mg dưới da cho bệnh nhân.

+ Sau khi rút Canyl: đặt gạc mỏng, băng vết mổ, theo dõi tiếp 3 - 4 ngày.

PHỤ GIÚP BÁC SĨ

ĐẶT CATHETER VÀO TĨNH MẠCH DƯỚI ĐÒN

Đặt catheter vào tĩnh mạch dưới đòn là thủ thuật đưa một ống thông polyten vào tĩnh mạch dưới đòn để đưa nhanh vào cơ thể bệnh nhân một lượng dịch, thuốc, chất dinh dưỡng,...

1. CHỈ ĐỊNH

- Đưa nhanh một khối lượng dịch, máu để hồi phục khối lượng tuần hoàn.
- + Trong sốc mất máu: chấn thương, phẫu thuật lớn, chảy máu trong.
- + Sốc nhiễm khuẩn.
- + Sốc do ngộ độc cấp.
- + Mất nước điện giải cấp tính: tiêu chảy cấp, suy thận cấp,...
- Định lượng dịch cần bù bằng đo áp lực tĩnh mạch trung ương.
- + Áp lực tĩnh mạch trung tâm bình thường: 0 - 5cm nước.
- + Áp lực tĩnh mạch dưới đòn bình thường: 8cm nước.
- Luồn dây điện cực vào buồng tim qua ống polyten để kích thích tim đập khi cần thiết.
- Đưa thuốc vào cơ thể khi tĩnh mạch ngoại vi xẹp, bệnh nhân trụy mạch, không truyền dịch được.
- Đưa vào cơ thể các dung dịch ưu trương, nuôi dưỡng bệnh nhân.

Ở tĩnh mạch lớn như tĩnh mạch dưới đòn, dòng chảy lớn, các dung dịch ưu trương pha loãng nhanh, tránh được kích thích nội mạc tĩnh mạch, hạn chế được viêm tắc tĩnh mạch.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

3.1.1. Bệnh nhân tỉnh

- Giải thích cho bệnh nhân về việc sắp làm.
- Tạo tâm lý yên tâm cho bệnh nhân.

3.1.2. Bệnh nhân hôn mê

- Giải thích cho người nhà bệnh nhân.
- Kiểm tra: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Vệ sinh vùng chọc kim bằng xà phòng, nước ấm.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ

3.2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Để trong khay vô khuẩn có phủ khăn vô khuẩn.

- Bộ kim đặt tĩnh mạch dưới đòn.

- + Trocat có đầu vát, dài 5 - 7cm cho người lớn; 4 - 5cm cho trẻ em; 3 - 4cm cho trẻ sơ sinh.

- + Catheter (ống thông) polyten bằng nhựa mềm dài 20 - 40cm để luồn vào tĩnh mạch, đầu ống tù để tránh tổn thương thành tĩnh mạch.

- Săng có lỗ: 1 chiếc.

- Kim kẹp săng: 2 cái.

- Bơm tiêm 5ml hoặc 10ml có gắn kim tiêm tĩnh mạch.

- Kéo, chỉ khâu da, kim khâu da, kim mang kim.

- 1 kẹp Kocher.

- Găng tay: 3 đôi.

- Khoá 3 chạc và bộ đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.

- 1 bộ dây truyền.

- Gạc vuông.

3.2.2. Dụng cụ sạch

- 2 cốc đựng bông cotton.

- Cồn iod, cồn 70°.

- Thuốc gây tê: novocain hoặc xylocain 1 - 2%.

- Thuốc chống đông: heparin.

- 1 chai 500ml dung dịch natri clorua đẳng trương.

- 1 bộ cốc truyền.

3.2.3. Dụng cụ khác

- 2 khay quả đậu: 1 khay đựng nước lạnh, 1 khay đựng bông băng.

- Băng dính.

- Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây.

- Gối kê vai.

3.3. Thực hành kỹ thuật

- Đưa dụng cụ tới bàn thủ thuật.

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu nghiêng về phía đối diện với bên làm thủ thuật, kê gối dưới vai bên làm thủ thuật.

- Bộc lộ vùng chọc trocar: có thể chọc trocar vào tĩnh mạch dưới đòn ở 3 vị trí.
- + Vị trí 1: giao điểm giữa 1/3 trong và 2/3 ngoài của xương đòn, chọc sát ngang bờ dưới xương đòn, đây là vị trí thuận tiện nhất.
- + Vị trí 2: giao điểm giữa 2/3 trong và 1/3 ngoài của xương đòn, chọc cách bờ xương đòn 1 - 1,5cm.
- + Vị trí 3: giao điểm giữa 1/3 trong và 2/3 ngoài của xương đòn. Chọc ngay sát bờ trên xương đòn.
- Sát khuẩn vùng chọc: sát khuẩn bằng cồn iod, sau đó sát khuẩn lại bằng cồn 70⁰.
- Giúp bác sĩ sát khuẩn tay.
- Giúp bác sĩ đi gang.
- Trải khăn vô khuẩn có lỗ, để lộ vùng chọc.
- Chuẩn bị thuốc gây tê.
- Trong khi bác sĩ chọc trocar, thường xuyên theo dõi sắc mặt bệnh nhân để phát hiện các dấu hiệu: sốc, các tai biến. Điều dưỡng cần biết đường chọc trocar và các bước kỹ thuật để phụ giúp bác sĩ kịp thời.
- Cách đưa ống thông polyten vào tĩnh mạch dưới đòn ở vị trí 1:
- + Gây tê tại chỗ.
- + Chọc thăm dò nếu thấy cần thiết.
- + Lấy 5ml dung dịch natriclorua đẳng trương vào bơm tiêm, lắp trocar vào bơm tiêm.
- + Chọc trocar ở vị trí 1/3 trong xương đòn sát ngay bờ dưới xương đòn.
- + Đẩy trocar từ từ theo đường chéo lên trên, sang bên đối diện, tạo góc 45⁰ với trục ngang qua điểm giữa đòn.
- + Vừa đẩy vừa kéo nhẹ ruột bơm tiêm.
- + Khi thấy máu tĩnh mạch phụt vào bơm tiêm thì tháo bỏ bơm tiêm, luồn ống thông polyten vào trocar.
- + Đưa trocar lên vị trí 20⁰ so với trục nằm ngang, đẩy ống polyten vào tĩnh mạch chủ trên, độ dài khoảng 10 - 15cm.
- + Giữ ống thông, kéo trocar ra ngoài, lắp ngay đầu ống thông vào ambu dây truyền dịch khi máu chảy ra.
- Điều dưỡng quan sát: khi thấy máu ra bơm tiêm, bác sĩ tháo bơm tiêm, đưa nhanh catheter cho bác sĩ: lắp đầu dây truyền vào khi thấy máu chảy ra theo catheter.

- Mở khóa cho dịch chảy nhanh, tránh tắc kim.
- Hạ thấp chai dịch để kiểm tra, nếu máu chảy ra theo catheter là được.
- Điều chỉnh tốc độ dịch truyền theo y lệnh.
- Lắp bộ đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, giúp bác sĩ đo áp lực trung tâm.
- Đưa kim và chỉ khâu để bác sĩ cố định catheter.
- Sát khuẩn lại điểm chọc, đặt gạc và băng lại bằng băng dính.
- Đặt bệnh nhân ở tư thế thuận tiện.
- Thu dọn dụng cụ.

4. TAI BIẾN TRONG VÀ SAU ĐẶT TĨNH MẠCH DƯỚI ĐÒN

4.1. Tai biến do kỹ thuật

- Nhiễm khuẩn: do dụng cụ, do tay bác sĩ, điều dưỡng, do để catheter quá 15 ngày.
- Chảy máu: hay gặp khi rút trocar hoặc rút catheter. Dùng gạc vô khuẩn ấn chặt điểm chọc 10 - 15 phút. Sau thủ thuật phải theo dõi trong 1 giờ đầu: mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp 30 phút/ lần, theo dõi các biến chứng chảy máu vào trung thất, màng phổi.
- Chọc vào đỉnh phổi gây tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất và tràn khí dưới da.
- Tắc động mạch phổi và động mạch vành do không khí lọt vào. Phải để bệnh nhân nằm đầu thấp khi thực hành thủ thuật.
- Chọc vào động mạch dưới đòn: do động mạch này đi gần tĩnh mạch dưới đòn ở phía ngoài, nếu chọc vào động mạch dưới đòn máu sẽ phục ra mạnh, màu đỏ tươi.
- Đứt catheter trôi vào trong hệ tuần hoàn: là do rút catheter mà không rút trocar trước.

4.2. Tai biến do truyền dịch

- Lượng dịch vào quá lớn gây phù phổi cấp.
- Tuột catheter ra ngoài do bệnh nhân giãy giụa, đứt catheter ra hoặc tuột đầuambu dây truyền nối với catheter.
- Tắc catheter: xử lý giống như tắc kim truyền dịch, có thể thông bằng dây thông inox đầu xoắn kiểu lò xo cho vào ống thông vừa xoay vừa kéo cục máu đông ra ngoài.

PHỤ GIÚP BÁC SĨ

CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Cấu tạo của phúc mạc

- Phúc mạc hay màng bụng (peritoneum) là một thanh mạc (tunica serosa) che phủ tất cả các thành của ổ bụng, bao bọc tất cả các tạng thuộc cơ quan tiêu hóa, kể cả bó mạch thần kinh của tạng đó và che phủ ở phía trước hay ở phía trên các tạng thuộc cơ quan tiết niệu và sinh dục.

- Phúc mạc có hai lá và nhiều nếp:

+ Lá thành (lamina parietalis) che phủ thành ổ bụng.

+ Lá tạng (lamina visceralis) bao bọc các tạng.

+ Các nếp phúc mạc (plicae) bao phủ các cuống mạch thần kinh và chia làm 3 loại:

. Mạc treo: treo các tạng thuộc ống tiêu hóa vào thành bụng, theo dọc các bó mạch thần kinh. Động mạch từ động mạch chủ tới các tạng, có phúc mạc bao phủ xung quanh nên mạc treo được coi như các màng mang các huyết quản và thần kinh vào tạng.

. Mạc chằng (ligamentum): buộc các tạng không thuộc ống tiêu hóa (gan, tử cung...), mạc chằng có ít động mạch và thần kinh hơn mạc treo.

. Mạc nối (Omentum): nối tạng nọ vào tạng kia, trong đó cũng có bó mạch thần kinh.

- Phúc mạc là một màng liên tiếp che phủ các mặt trong thành bụng quặt lên các bó mạch thần kinh và các tạng để bao bọc chung quanh. Giữa các lá (lá thành, lá tạng) và các nếp có một khoang gọi là ổ phúc mạc (cavum peritonei). Khoang này là một khoang ảo vì bình thường tạng nọ áp vào tạng kia. Tạng nào nằm trong khoang được gọi là tạng trong phúc mạc. Tạng nào nằm ngoài khoang, ở giữa lá phúc mạc thành và mạc ngang của thành bụng trong tổ chức dưới phúc mạc được gọi là tạng ngoài phúc mạc (thận, tử cung).

1.2. Quy định chung

Chọc hút dịch màng bụng là lấy dịch trong khoang màng bụng ra ngoài. Bình thường dịch này chỉ đủ làm trơn phúc mạc, được tiết ra và hấp thu vào trong hệ

thống bạch huyết, tuy nhiên trong quá trình mắc bệnh thì lượng dịch quá lớn trong khoang gọi là dịch cổ trướng (ascite). Bình thường, dịch cổ trướng giống huyết thanh, trong và màu vàng nhạt, có thể lấy dịch màng bụng để làm bệnh phẩm xét nghiệm (tế bào, protein) và làm giảm áp lực trong ổ bụng do xuất hiện quá nhiều dịch. Bác sĩ phải làm thủ thuật này với sự hỗ trợ của điều dưỡng và tiến hành vô khuẩn một cách nghiêm ngặt.

1.3. Chỉ định chọc dịch màng bụng

1.3.1. Chỉ định chẩn đoán

- Xác định cổ trướng trong trường hợp có ít dịch, biểu hiện lâm sàng còn nghèo nàn, kín đáo.
- Biết được bản chất của dịch cổ trướng: dịch fibrin, mủ, máu; nhờ đó giúp cho chẩn đoán nguyên nhân gây tắc dịch ổ bụng.

1.3.2. Chỉ định điều trị

- Chọc tháo khi cổ trướng quá căng do có nhiều dịch để bệnh nhân dễ thở và bác sĩ khám bệnh được dễ dàng.
- Chọc hút dịch màng bụng có chỉ định cho tất cả các bệnh nhân có cổ trướng do bệnh tim, thận, gan.
- Khi lấy số lượng dịch ra ít gọi là chọc dò, khi lấy số lượng nhiều gọi là chọc tháo dịch ổ bụng.
- Bơm thuốc vào khoang màng bụng trong các trường hợp cần điều trị.

2. NHẬN ĐỊNH

2.1. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

So sánh các dữ kiện trước và sau khi thực hành thủ thuật.

2.2. Nhận định tình trạng bệnh nhân

Mức độ dịch cổ trướng: dùng thước đo vòng ngang rốn, ghi chính xác kết quả để so sánh với vòng bụng sau khi chọc dò.

- Xem bảng phân công phụ trách bệnh nhân để thực hành chọc dò, tên bác sĩ làm thủ thuật.
- Xác định rõ mục đích thực hành thủ thuật.
- Kiểm tra bảng theo dõi bệnh nhân, xem giấy cam đoan có chữ ký xác nhận.
- Kiểm tra bệnh nhân có dị ứng thuốc không, đặc biệt chú ý các thuốc gây tê, thuốc sát khuẩn và kháng sinh.

- Xác định địa điểm chọc dò: có thể tại giường bệnh hay buồng thủ thuật.
- Xác định dụng cụ cần thiết, thuốc gây tê tại chỗ và dung dịch sát khuẩn ngoài da.
- Xác định cỡ gang do bác sĩ yêu cầu ghi trên bảng ở phòng làm việc của điều dưỡng hay do bác sĩ thông báo.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân mục đích của thủ thuật.
- + Thủ thuật chọc hút dịch màng bụng thường không gây đau. Khi bệnh nhân có nhiều dịch trong màng bụng, thực hành thủ thuật giúp bệnh nhân dễ chịu hơn, dễ chẩn đoán, xác định bệnh...
- + Che phủ bệnh nhân, để lộ vùng chọc dò, đảm bảo kín đáo cho bệnh nhân.
- + Bệnh nhân phải hiểu tầm quan trọng trong việc duy trì tư thế khi làm thực hành.
- Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết như đi đại, tiểu tiện trước khi thực hành thủ thuật...
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Nếu thủ thuật tiến hành tại giường bệnh, phải có bình phong che để không ảnh hưởng tới bệnh nhân khác.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ

Điều dưỡng đeo khẩu trang, đội mũ, rửa tay, đi gang tay.

3.2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Dụng cụ vô khuẩn để trong khay vô khuẩn có phủ khăn vô khuẩn.

- Hai kim chọc dò hoặc chọc tháo:
- + Kim chọc dò dài 5 - 8cm, đường kính 1mm.
- + Kim chọc tháo dài 5 - 9cm, đường kính 1,5 - 2mm.
- Có thể dùng kim trocar để chọc tháo.
- Một ống cao su hoặc ống thông polyten nhỏ, dài khoảng 1m cóambu để nối với đốc kim, có khóa để điều chỉnh tốc độ dịch chảy, có thể dùng kim to nối với dây truyền dịch không có bầu đếm giọt.
- Một bơm tiêm 5ml để gây tê.
- Một bơm tiêm 20ml để hút dịch.

- Nếu có điều kiện dùng bơm tiêm 3 đường khi chọc tháo.
- Một săng có lỗ.
- Hai kim kẹp săng.
- Một kẹp Kocher có máu.
- Một kẹp Kocher không máu.
- Hai cốc đựng bông cầu, gạc củ ấu.
- Một móc bấm Michel, kim bấm để bấm vết chọc sau khi rút kim.
- Một đôi găng tay.

3.2.2. Dụng cụ sạch

- Lọ cồn iod, cồn 70⁰.
- Thuốc tê novocain hoặc lidocain 1 - 2%.
- Hộp thuốc cấp cứu.
- Cốc thủy tinh chứa 100ml nước cất đã hòa 2 giọt acid acetic để làm phản ứng rivalta.
- Băng dính, kéo.
- Một tấm nilon.
- Ba phiếu xét nghiệm.
- Giá đựng 3 ống nghiệm có dán nhãn, trong đó có một ống vô khuẩn, ghi rõ họ, tên tuổi bệnh nhân, khoa, phòng.
- Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây.
- Hai khay quả đậu, một khay đựng dụng cụ bẩn, một đựng bông gạc bẩn.
- Một xô can để chứa dịch có chia vạch thể tích.
- Một chậu đựng dung dịch sát khuẩn.

3.3. Thực hành kỹ thuật

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Trải nilon dưới lưng và mông bệnh nhân.
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế tùy thuộc vào tình trạng của bệnh và tùy theo yêu cầu của bác sĩ; thường nằm ngửa bên chọc dịch sát với thành giường, kê một gối dưới lưng bên đối diện để bên chọc dịch thấp hơn; hoặc tư thế nửa nằm, nửa ngồi; hoặc đặt bệnh nhân ngồi trên ghế tựa, chân đặt lên một ghế con.

- Bộc lộ vùng chọc.
- Sát khuẩn vùng chọc: Kẻ một đường từ rốn tới gai chậu trước trên, chia đường này làm 3 phần, sát khuẩn điểm 1/3 ngoài. Bệnh nhân thường được chọc bên trái, ít khi chọc ở bên phải để tránh chọc vào manh tràng. Tuy nhiên, đôi khi chọc vào bên phải theo chỉ định của bác sĩ. Sát khuẩn 2 lần, lần đầu bằng cồn iod, lần sau bằng cồn 70°.
- Mở khay vô khuẩn.
- Đổ cồn 70° để sát khuẩn tay bác sĩ, giúp bác sĩ đi găng tay.
- Đưa sàng có lỗ, đưa kim kẹp sàng cho bác sĩ.
- Chuẩn bị thuốc gây tê để bác sĩ hút thuốc tê thuận lợi và vô khuẩn.
- Khi bác sĩ gây tê, điều dưỡng theo dõi sắc mặt, mạch của bệnh nhân, động viên bệnh nhân.
- Điều dưỡng sát khuẩn tay, nhẹ nhàng đỡ đốc kim vào lòng bàn tay bác sĩ.
- Khi bác sĩ chọc kim, điều dưỡng thường xuyên theo dõi sắc mặt bệnh nhân.
- Cắt băng dính.
- Khi dịch bắt đầu chảy đưa ống đựng kim để thấy thuốc cho thông nòng vào, đặt khay quả đậu hứng vài giọt dịch đầu bỏ đi.
- Hứng dịch vào ống nghiệm:
 - + Lấy vào 3 ống: xét nghiệm tế bào, vi khuẩn và sinh hóa.
 - + Ống nuôi cấy vi khuẩn phải đảm bảo vô khuẩn, đốt miệng ống nghiệm trước và sau khi lấy dịch bằng đèn cồn.
- Làm phản ứng Rivalta tại giường:
 - + Cách làm: nhỏ 2 - 4 giọt dịch vào cốc đựng 100ml nước cất và acid acetic.
 - + Kết quả: nếu thấy vẩn đục như khói thuốc lá lắng dần xuống đáy cốc thì phản ứng Rivalta dương tính. Nếu không thấy xuất hiện vẩn đục trong cốc thì phản ứng Rivalta âm tính.
- . Phản ứng Rivalta dương tính: là dịch tiết, lượng protein trong dịch trên 30g/lít.
- . Phản ứng Rivalta âm tính: là dịch thấm, lượng protein trong dịch dưới 30g/lít.
- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch vào bình chứa.
- Điều chỉnh dịch chảy ra nhanh hoặc chậm theo chỉ định của bác sĩ.
- Thường xuyên theo dõi sắc mặt, mạch của bệnh nhân trong khi dẫn lưu dịch.
- Khi bác sĩ rút kim ra, điều dưỡng sát khuẩn nơi chọc, đặt gạc và băng lại:

+ Nếu chọc kim to, dịch có thể chảy ra theo vết chọc, dùng móc bấm Michel kẹp lại để dịch không rỉ ra ngoài.

+ Nếu điều dưỡng rút kim, cần phải đảm bảo vô khuẩn; tháo dây dẫn ở đốc kim, đặt lại thông kim vào kim; rút kim thật nhanh, sát khuẩn, đặt gạc và băng lại.

- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng về bên không chọc dịch; tiếp tục theo dõi, chăm sóc bệnh nhân sau khi chọc dò để phát hiện biến chứng:

+ Sắc mặt, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

+ Số lượng, tính chất, màu sắc dịch chảy ra.

+ Dấu hiệu đau bụng hoặc bụng trướng.

+ Ngất.

+ Tình trạng nhiễm khuẩn.

- Dán nhãn chính xác bệnh phẩm và gửi ngay đến phòng xét nghiệm.

3.4. Thu dọn và bảo quản dụng cụ

- Đưa các dụng cụ đã sử dụng về phòng cọ rửa và xử lý theo quy định.

- Trả các dụng cụ khác về vị trí cũ.

3.5. Ghi hồ sơ

- Ngày, giờ thực hành thủ thuật.

- Vị trí chọc.

- Số lượng, tính chất, màu sắc của dịch và kết quả phản ứng Rivalta.

- Tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau thủ thuật.

- Tên bác sĩ và điều dưỡng thực hành thủ thuật.

4. TAI BIẾN TRONG VÀ SAU CHỌC DỊCH Ổ BỤNG

4.1. Ngất

Ngất là do bệnh nhân sợ hãi. Cần phải đặt bệnh nhân nằm đầu thấp, xoa bóp tim ngoài lồng ngực, hà hơi thổi ngạt, tiêm thuốc trợ tim, thực hành ngay hồi sinh tim phổi.

4.2. Quai ruột bị kẹt đầu kim

Nhẹ nhàng dịch chuyển đầu kim, tránh làm thủng ruột.

4.3. Chọc vào ruột

Ít khi chọc vào ruột, nếu vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bắn chảy ra, phải rút kim ngay bằng kín lại, theo dõi tình trạng đau bụng, nhiệt độ, phản ứng thành bụng.

4.4. Chọc vào mạch máu

Ít khi gặp, nếu chọc vào mạch máu phải rút kim ngay, theo dõi bệnh nhân rồi mới chọc lại.

4.5. Xuất huyết trong ổ bụng

Do dịch chảy quá nhanh, quá nhiều gây giảm áp lực ổ bụng đột ngột.

- Biểu hiện: mạch nhanh, huyết áp tụt, mặt tái, choáng váng.

- Đề phòng: dịch dẫn lưu cho chảy với tốc độ chậm, thông thường lượng dịch dẫn lưu chảy ra không quá 1.500ml mỗi lần chọc tháo.

4.6. Nhiễm khuẩn thứ phát sau chọc (viêm phúc mạc)

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp; đau bụng, trướng bụng.

- Nếu dịch còn rỉ ra theo vết chọc dùng míc bấm Michel kẹp lại.

- Đảm bảo nguyên tắc khử khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ. Bác sĩ, điều dưỡng thực hành đúng quy trình kỹ thuật sẽ hạn chế, loại trừ các tai biến có thể xảy ra.

PHỤ GIÚP BÁC SĨ CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút dịch màng phổi là thủ thuật đưa kim vào khoang màng phổi trong các trường hợp tràn dịch, tràn máu, tràn mủ, để hút dịch ra ngoài cơ thể bệnh nhân.

1.1. Giải phẫu, sinh lý màng phổi

1.1.1. Cấu trúc màng phổi

- Màng phổi hay còn gọi là phế mạc, mỗi phổi có một màng phổi. Màng phổi bao bọc lấy phổi, có 2 lớp: một lớp sát với phổi (lá tạng) và một lớp lót vào khoang ngực (lá thành).

+ Lá tạng: bao bọc xung quanh mặt phổi trừ rốn phổi, ở rốn phổi lá tạng quạt lại, liên tiếp với lá thành. Lá tạng lách vào các khe liên thùy và ngăn các thùy với nhau, dính chặt ở phía trong mặt phổi, còn ở mặt ngoài thì nhẵn bóng và áp vào lá thành. Do đó khi hít vào hoặc thở ra, phổi có thể to ra hay nhỏ lại.

+ Lá thành: bao phủ tất cả mặt trong của lồng ngực, liên tiếp với lá tạng ở rốn phổi và ở dây chằng tam giác. Lá thành quay lấy phổi nên cũng có các mặt như phổi: mặt sườn, mặt hoành, mặt trung thất và đỉnh phổi.

- Lá thành màng phổi khi đi từ mặt này đến mặt kia thì quạt gấp lại và tạo nên các túi cùng phế mạc hay góc phế mạc.

- Giữa lá thành và lá tạng tạo nên khoang màng phổi. Khoang màng phổi là một khoang ảo. Giữa hai lá của màng phổi bình thường có lớp thanh dịch mỏng có khả năng tránh sự cọ xát giữa chúng trong khi thở. Lớp thanh dịch được tiết ra bởi tế bào biểu mô màng phổi.

1.1.2. Áp suất âm trong khoang màng phổi

- Tác dụng: Phổi di động theo sự thay đổi của lồng ngực được dễ dàng, nếu bị thủng màng phổi, áp suất trong khoang dương, vận động của phổi theo lồng ngực bị hạn chế.

- Máu về tim dễ dàng do áp suất trong lồng ngực thấp hơn áp suất ở những vùng khác của cơ thể.

- Máu về tim phải đi lên phổi dễ dàng.

- Hiệu suất trao đổi khí đạt tới mức tối đa nhờ máu lên phổi nhiều nhất cùng lúc với khí vào phổi cũng nhiều nhất.

1.1.3. Dịch chứa trong khoang màng phổi

Bình thường, trong khoang màng phổi chỉ chứa 2ml thanh dịch, nồng độ protein là 20g/lít. Số lượng tế bào có tới hàng nghìn tế bào/mm³, bao gồm: tế bào lympho đơn nhân và tế bào trung sản dịch.

Dịch màng phổi luôn trong trạng thái biến đổi, thường được hấp thu và tái tạo trở lại gọi là tốc độ quay vòng của các chất. Các chất khác nhau có tốc độ quay vòng khác nhau.

Ví dụ: nước có tốc độ quay vòng 30 - 70%/giờ, protein có tốc độ quay vòng 1g/24 giờ.

1.2. Đối chiếu màng phổi trên lồng ngực

Đối chiếu của đỉnh màng phổi cao hơn điểm giữa xương đòn 3cm. Ngang mức ở đầu sau xương sườn I và ở trên đầu trong xương sườn I từ 2 - 3cm, cách đường giữa 4cm. Góc sườn hoành trung thất trước và sau của màng phổi chệch vào trong qua khớp ức sườn I, II sau quay dọc theo đường giữa tới đầu trong của sườn VI. Từ sườn VI tới đầu trong bên phải, bên trái cách đường giữa 2cm. Từ đó màng phổi đi chệch xuống dưới, ra ngoài gấp xương sườn X ở đường nách giữa 10cm rồi đi chệch lên trên vào trong nằm giữa đốt sống lưng XII và thất lưng I. Vì vậy chọc dò màng phổi thường chọc vào khoang liên sườn VIII - IX trên đường nách sau.

1.3. Sinh lý bệnh của tràn dịch màng phổi

- Thay đổi hệ số thẩm: khi bị viêm nhiễm hệ số thẩm tăng, protein thoát khỏi mao mạch kéo nước ra theo.

- Thay đổi áp lực keo: khi lượng protein ở dịch màng phổi đạt tới 40g/lít thì việc tái hấp thu ở lá tạng không thực hiện được.

- Thay đổi áp lực thủy tĩnh: thay đổi áp lực tĩnh mạch đưa đến tràn dịch màng phổi.

- Thay đổi tái hấp thu của bạch huyết:

- + Khi hệ bạch huyết bị tắc thì dẫn đến tràn dịch màng phổi với lượng protein cao.

- + Tràn dịch màng phổi là hiện tượng có dịch ở ổ màng phổi nhiều hơn so với bình thường.

1.4. Nguyên nhân của tràn dịch màng phổi

Tràn dịch màng phổi có thể do chấn thương như vết thương hở lồng ngực làm màng phổi thông với bên ngoài, rách nhu mô phổi làm cho các phế nang thông với màng phổi.

Tràn dịch màng phổi trong nội khoa là một bệnh thường gặp, do nhiều nguyên nhân, có thể do các bệnh về phổi: lao phổi, ung thư phổi, viêm màng phổi, nhồi máu phổi, viêm phổi do vi khuẩn.

Có thể do các bệnh ngoài phổi: suy tim, thận hư nhiễm mỡ, xơ gan, nhiễm khuẩn huyết.

Tràn dịch màng phổi cũng ngăn cản nhu mô phổi nở ra gây khó thở và dẫn đến thiếu oxy.

2. CHỈ ĐỊNH CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI

2.1. Chẩn đoán bệnh

Chẩn đoán bệnh qua màu sắc, kết quả xét nghiệm dịch để xác định nguyên nhân gây bệnh.

Ví dụ: bệnh do lao, do ung thư, do vi khuẩn gây bệnh.

2.2. Điều trị

- Hút dịch để bệnh nhân đỡ khó thở.
- Bơm rửa màng phổi.
- Bơm thuốc vào khoang màng phổi để điều trị tại chỗ.
- Bơm hơi vào khoang màng phổi để điều trị lao hang.

3. NHẬN ĐỊNH BỆNH NHÂN BAN ĐẦU

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở để có dữ liệu cơ bản về tình trạng bệnh nhân.

- Nhận định di động hai bên lồng ngực trong khi hít vào và khi thở sâu, thường nhận ra sự khác nhau giữa hai bên lồng ngực.

- Xem bảng theo dõi bệnh nhân, chú ý thời gian định tiến hành thủ thuật, tên bác sĩ phụ trách bệnh nhân.

Ví dụ: cho thuốc giảm ho trước 30 phút để bệnh nhân kìm chế ho trong khi làm thủ thuật.

- Xác định mục đích thủ thuật theo yêu cầu xét nghiệm.
- Kiểm tra giấy cam đoan: đã được ký nhận thích hợp chưa.
- Xác định trên bảng theo dõi xem bệnh nhân có dị ứng với các loại thuốc như thuốc gây tê, thuốc sát khuẩn và thuốc kháng sinh hay không.
- Xác định rõ dụng cụ cần thiết để thực hành thủ thuật.
- Xác định chọc dò được tiến hành ở đâu? (ở giường bệnh, phòng khám, trong phòng thủ thuật).

- Nhận biết cơ gân mà bác sĩ yêu cầu.
- Chuẩn bị khẩu trang găng tay khi làm thủ thuật.

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

4.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thông báo và giải thích về thủ thuật sắp làm, giải thích về thủ thuật cho bệnh nhân biết, thông thường thủ thuật không gây đau, bệnh nhân có cảm giác bị chèn ép khó chịu. Thực hành thủ thuật chỉ mất vài phút, phụ thuộc vào thời gian rút dịch từ khoang màng phổi.

- Động viên bệnh nhân yên tâm hợp tác trong khi làm thủ thuật, hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết.

Ví dụ: nhin ho trong khi chọc, giữ vệ sinh vùng chọc dịch.

- Tư thế bệnh nhân:

+ Bệnh nhân ngồi trên giường, tay bên chọc đưa lên cao để khoang liên sườn giãn rộng, duakim vào dễ dàng.

+ Đặt bệnh nhân ngồi trên ghế tựa 2 chân dẹt ra hai bên, ngực tì vào tựa lưng ghế, có đệm gối mềm, khoanh tay lên thành tựa lưng ghế, để cảm tỳ lên tay.

+ Tư thế nằm: Bệnh nhân nằm đầu cao, đầu bằng hơi nghiêng về bên phổi lành, có gối mỏng kê dưới lưng. Cánh tay bên phổi được chọc đưa cao trên đầu.

4.2. Chuẩn bị dụng cụ

Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng tay.

4.2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Một bộ dụng cụ gây tê gồm: 1 bơm tiêm 5 - 10ml.
- + Kim lấy thuốc.
- + Kim tiêm.
- Hai kim chọc dò màng phổi.
- Một ống cao su dài 12 - 15cm nối đầu ambu của bơm tiêm với đốc kim có khóa chữ T để đóng mở khi hút dịch, tránh tràn khí vào màng phổi.
- Một bơm tiêm 20ml hoặc 50ml để hút dịch.
- Một sàng có lỗ.
- Hai kim kẹp sàng.
- Một cốc đựng bông cầu, gạc củ ấu.
- Vài miếng gạc vuông để băng vết chọc sau khi rút kim.
- Một đôi găng tay.

4.2.2. Dụng cụ sạch

- Cồn iod 1%, cồn 70°.
- Thuốc gây tê: novocain hoặc lydocain 1 - 2%.
- Một cốc thủy tinh đựng 100ml nước cất.
- Một lọ acid acetic 2%.
- Ống hút nhỏ giọt, khi cần thử phản ứng Rivalta.
- Giá đựng ống nghiệm có 3 ống nghiệm trong đó có: 1 ống vô khuẩn, ghi rõ họ tên, tuổi bệnh nhân, khoa, phòng.
- Giấy xét nghiệm: 3 cái (sinh hóa, tế bào, vi khuẩn).
- Dung dịch natri clorua đẳng trương (khi có chỉ định rửa màng phổi).
- Thuốc kháng sinh: để bơm rửa màng phổi.
- Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây.
- Khay quả đậu hoặc túi giấy.
- Bô chứa dịch hoặc ống đong.
- Kéo, băng dính.
- Một chậu đựng dung dịch khử khuẩn để chứa dụng cụ bẩn.
- Chuẩn bị dụng cụ dẫn lưu màng phổi: catheter, ống dẫn lưu, kim, chỉ khâu da để sẵn sàng khi cần thiết.

4.3. Thực hành kỹ thuật

- Điều dưỡng sắp xếp dụng cụ tiện lợi cho bác sĩ sử dụng.
- Đặt bệnh nhân đúng tư thế, tùy theo tình trạng bệnh nhân và quyết định của bác sĩ, vén áo để lộ vùng chọc kim.
- Mở khăn vô khuẩn.
- Đổ cồn vào cốc có gạc cũ ấu để sát khuẩn vị trí chọc dịch.
- Đưa găng tay cho bác sĩ, giúp bác sĩ đi găng tay.
- Giữ bệnh nhân khi thấy thuốc chọc kim. Quan sát sắc mặt bệnh nhân, dặn bệnh nhân không ho mạnh và không cử động trong khi chọc dò.
- Khi kim vào đúng vị trí, đưa ống dẫn lưu có khóa chữ T để bác sĩ lắp vào đốc kim.
- Hứng dịch vào ống nghiệm.
- Phối hợp với bác sĩ đóng mở khoá khi bác sĩ tháo vào lắp bơm tiêm hút dịch để phòng khí tràn vào khoang màng phổi.
- Khi bác sĩ rút kim, điều dưỡng sát khuẩn vết chọc và băng lại.

- Đặt bệnh nhân nằm tư thế Fowler. Nằm nghiêng bên lành sau khi chọc hút dịch. Đặt bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường không đi lại, vận động trong vài giờ đầu sau khi chọc dịch.

- Đo lại mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Hoàn thành phiếu xét nghiệm, dán nhãn ống nghiệm, gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm.

4.4. Thu dọn và bảo quản dụng cụ

- Đưa dụng cụ đã sử dụng về phòng cọ rửa và xử lý theo quy định.

- Xếp đặt các phương tiện khác về vị trí cũ.

4.5. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thực hành thủ thuật.

- Số lượng dịch hút ra, màu sắc, tính chất.

- Các xét nghiệm đã gửi đi.

- Tình trạng bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Họ tên bác sĩ và điều dưỡng viên thực hành kỹ thuật.

Phải theo dõi sát bệnh nhân để phát hiện sớm những biến chứng có thể xảy ra.

- Ghi chép đầy đủ vấn đề trong thời gian theo dõi phát hiện được.

Nếu dẫn lưu kín thì bình chứa dịch phải to hơn khoang màng phổi và có áp lực âm để khí không tràn vào khoang màng phổi.

5. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU CHỌC DỊCH MÀNG PHỔI

Trong vài giờ đầu sau khi chọc dịch, để bệnh nhân nằm nghỉ tại giường, theo dõi sát tình trạng của bệnh nhân. Nếu thấy bệnh nhân khó thở hoặc có những diễn biến bất thường như ho nhiều, đau tức ngực, tím tái, mạch nhanh, huyết áp hạ, thân nhiệt tăng hoặc giảm thì phải phối hợp với bác sĩ để xử trí kịp thời.

6. TAI BIẾN THƯỜNG GẶP TRONG VÀ SAU KHI CHỌC DỊCH MÀNG PHỔI

6.1. Ngất

Bệnh nhân quá sợ hãi, do thay đổi áp lực đột ngột trong khoang màng phổi.

- Biểu hiện: tím tái, ngừng thở, ngừng tim.

- Xử trí và chăm sóc:

+ Làm thông đường hô hấp.

+ Cho bệnh nhân nằm đầu thấp.

+ Tiến hành hồi sinh hô hấp, tuần hoàn.

+ Phối hợp với bác sĩ xử trí kịp thời.

6.2. Trần khí màng phổi

Do không đảm bảo kín nên khí từ bên ngoài lọt vào khoang màng phổi hoặc đâm thủng lá tạng vào nhu mô phổi.

- Biểu hiện: ho rũ rượi, khó thở, mạch nhanh...

- Xử trí và chăm sóc:

+ Cho bệnh nhân ngồi dậy.

+ Động viên an ủi bệnh nhân.

+ Phối hợp với bác sĩ xử trí kịp thời.

6.3. Phù phổi cấp

Do hút quá nhiều và quá nhanh dịch trong khoang màng phổi (lượng dịch hút ra quá 1000ml), gây thay đổi đột ngột áp lực trong khoang màng phổi.

- Biểu hiện: khó thở, tím tái, ho khạc ra bọt màu hồng, mạch nhanh, huyết áp hạ.

- Xử trí và chăm sóc:

+ Nhanh chóng chuyển bệnh nhân tới phòng cấp cứu hoặc cấp cứu tại giường bệnh.

+ Cho bệnh nhân ngồi dậy hoặc tư thế nửa nằm nửa ngồi để dễ thở.

+ Động viên an ủi bệnh nhân.

+ Chuẩn bị phương tiện và thuốc cấp cứu.

+ Thực hiện các bước cấp cứu ban đầu như: hút đờm dãi, làm thông đường hô hấp, cho thở oxy, garo ở chi.

+ Phối hợp với bác sĩ cấp cứu kịp thời.

6.4. Mủ màng phổi

Do dụng cụ không vô khuẩn hoặc không đảm bảo vô khuẩn khi thực hành thủ thuật.

- Biểu hiện: sốt cao, khó thở, mạch nhanh.

- Xử trí và chăm sóc:

+ Đặt bệnh nhân nằm tư thế dễ thở.

+ Chườm lạnh.

+ Phối hợp với bác sĩ xử trí kịp thời.

6.5. Tai biến tổn thương tế bào phổi do đâm kim to, quá sâu vào nhu mô phổi

Trong trường hợp này, bệnh nhân có biểu hiện ho và khạc đờm có máu. Vì vậy nên động viên an ủi bệnh nhân và phối hợp với thầy thuốc cấp cứu kịp thời, thực hiện y lệnh chính xác.

PHỤ GIÚP BÁC SĨ

CHỌC HÚT DỊCH MÀNG NGOÀI TIM

1. ĐẠI CƯƠNG

Tràn dịch màng ngoài tim là hiện tượng tăng tiết của màng tim, khi dịch tiết nhiều sẽ gây chèn ép tim do dịch màng tim bao bọc phía ngoài. Tim không giãn ra được trong thì tâm trương, dẫn đến giảm cung lượng tim. Chọc hút dịch màng ngoài tim là thủ thuật đưa kim vào khoang màng ngoài tim để hút dịch trong đó ra ngoài cơ thể bệnh nhân.

1.1. Cấu tạo của tim

Tim được cấu tạo bởi 3 lớp: lớp ngoại tâm mạc, lớp cơ tim, lớp nội tâm mạc.

1.1.1. Lớp ngoại tâm mạc

Lớp ngoại tâm mạc là màng ngoài tim gồm 2 bao:

- Bao sợi ở ngoài.
- Bao thanh mạc ở trong.
- + Bao thanh mạc có 2 lá: lá thành và lá tạng.
- + Nằm giữa 2 lá là một khoang ảo (ổ tâm mạc).

Trong trường hợp bệnh nhân mắc bệnh lao, thấp tim trong ổ tâm mạc có thể chứa tới 3 lít dịch.

1.1.2. Lớp cơ tim

Được tạo nên bởi 4 vòng sợi quây quanh lỗ van tim. Ngoài ra có các sợi nối liền các phần nhĩ thất. Lớp cơ ở tâm thất dày hơn tâm nhĩ.

Thành tâm thất trái dày gấp 3 lần thành tâm thất phải. Bên cạnh các loại sợi có cơ bóp, có loại sợi chưa được biệt hóa tạo nên hệ thống thần kinh tự chủ của tim (hệ thần kinh tự động).

1.1.3. Lớp nội tâm mạc

Phủ toàn bộ mặt trong của tim kể cả các dây chằng van tim và liên tiếp với lớp nội mạc của các mạch máu.

1.2. Đối chiếu của tim trên lồng ngực

Đối chiếu lên lồng ngực, tim có hình tứ giác, giới hạn bởi 4 góc.

- Góc trên trái: khoang liên sườn II, cách bờ trái xương ức 1cm.

- Góc trên phải: khoang liên sườn II, cách bờ phải xương ức 1cm.
- Góc dưới trái: khoang liên sườn V, ở phía trong hoặc dưới núm vú 1cm, cách bờ trái xương ức 8cm tương ứng với mỏm tim, có thể sờ và nhìn thấy mỏm tim đập.
- Góc dưới phải: khoang liên sườn V, sát bờ phải xương ức.

2. CHỈ ĐỊNH CHỌC HÚT DỊCH MÀNG NGOÀI TIM

- Lấy dịch xét nghiệm giúp cho chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân để điều trị bệnh.
- Tháo dịch trong một số trường hợp tràn máu, tràn mủ ở màng ngoài tim hoặc trường hợp màng ngoài tim có tràn dịch nhiều để điều trị hội chứng chèn ép tim.
- Rửa màng tim bằng dung dịch, thuốc để điều trị tại chỗ trong một số trường hợp bệnh lý.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích, động viên an ủi bệnh nhân yên tâm.
- Cho bệnh nhân uống thuốc ngủ vào tối hôm trước.
- Dẫn dò bệnh nhân trong khi chọc không được ho mạnh hoặc thở sâu.

3.2. Chuẩn bị điều dưỡng

Điều dưỡng rửa tay, mặc áo choàng, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay đầy đủ khi làm thủ thuật.

3.3. Chuẩn bị dụng cụ

3.3.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Một khay trải khăn vô khuẩn.
- Một săng có lỗ, 4 kẹp săng.
- Một kim chọc dò như kim chọc dịch não tủy.
- Một kim chọc tháo, đường kính 2/10mm.
- Một bơm tiêm 20ml có lắpambu, vừa đốc kim chọc tháo.
- Kim và chỉ khâu da.
- Một kim có catheter luồn tĩnh mạch trung tâm.
- Bơm kim tiêm để gây tê.
- Găng tay, bông, gạc.

3.3.2. Dụng cụ sạch

- Ống đựng kim Kocher.
- Cồn 70°.
- Cồn iod 1%.
- Băng dính, kéo.
- Thuốc gây tê novocain 1%, lidocain 2%.
- Hộp chống sốc: adrenalin, methyl prednisolon...
- Thuốc giảm đau, an thần: atropin 1/4mg, morphin, valium tiêm.
- Thuốc kháng sinh, dung dịch natri clorua đẳng trương hoặc nước cất tiệt và các thuốc khác theo chỉ định của bác sĩ để rửa màng ngoài tim.
- Hai ống nghiệm vô khuẩn, giấy xét nghiệm.
- Hai khay quả đậu: 1 đựng dụng cụ bẩn, 1 đựng bông bẩn.
- Một can chứa dịch.
- Một máy sốc điện nếu có.

3.4. Thực hành kỹ thuật

3.4.1. Tư thế bệnh nhân

Để bệnh nhân nằm ngửa, đầu hơi cao theo tư thế nửa nằm, nửa ngồi, đầu giường nâng cao 1 góc 60°, dưới lưng kê đệm gối, vừa chuẩn bị tư thế bệnh nhân vừa nói nhẹ nhàng, dễ hiểu để động viên an ủi bệnh nhân; lấy dấu hiệu sinh tồn, ghi kết quả vào hồ sơ.

Điều dưỡng bộc lộ vùng chọc, sát khuẩn vùng chọc dịch.

3.4.2. Vị trí chọc hút dịch màng ngoài tim

- Đường Dieulafoy: đường lồng ngực trước trái. Điểm chọc kim: ở khoang liên sườn V cách bờ trái xương ức khoảng 4 - 5cm. Kim được chọc thẳng góc 90° sát bờ trên xương sườn dưới; thường đưa kim sâu vào khoảng 3cm thì tới khoang màng ngoài tim.

- Đường Marfan (đường dưới mũi ức): kim được chọc thẳng góc 90° vào thành bụng, ở phía dưới của mũi ức độ 0,5cm; khi kim đã qua thành bụng, hạ đốc kim xuống để cho thân kim tạo với thành bụng một góc 15°. Tiếp đó đẩy kim lên phía trên, sát phía sau xương ức, thường là sau khoảng 4 - 5cm thì kim chọc qua cơ hoành và tới khoang màng ngoài tim.

- Điều dưỡng biết được đường chọc và các thì chọc của bác sĩ để phụ giúp bác sĩ kịp thời.

- Sát khuẩn vùng chọc: sát khuẩn từ trong ra ngoài; lần đầu bằng cồn iod 1%, sát khuẩn rộng, sát khuẩn lần sau bằng cồn 70⁰.

- Giúp bác sĩ sát khuẩn tay, đi găng tay.

- Đưa sẵn có lỗ, đưa kim cặp sẵn.

- Chuẩn bị thuốc tê, giúp bác sĩ hút thuốc tê thuận lợi và vô khuẩn.

- Khi bác sĩ gây tê, thăm dò vùng chọc, điều dưỡng theo dõi sắc mặt, mạch của bệnh nhân, động viên bệnh nhân.

- Điều dưỡng sát khuẩn tay, nhẹ nhàng đổ ốc kim vào lòng bàn tay bác sĩ.

- Khi bác sĩ chọc kim vào đúng vị trí, bác sĩ rút nòng thông kim ra, một tay điều dưỡng nhanh chóng đưa ống vô khuẩn đựng kim để bác sĩ bỏ thông nòng; tay kia đưa ống nghiệm vô khuẩn hứng dịch xét nghiệm.

- Trường hợp dịch đặc khó chảy: đưa bơm tiêm 20ml để bác sĩ hút dịch.

- Trường hợp chọc tháo: đưa khay quả đậu hoặc ống đông (bỏ can) cho bác sĩ bơm dịch ra.

- Trường hợp cần rửa màng ngoài tim: phụ giúp bác sĩ rửa màng tim. Bác sĩ có thể dùng kim catheter để chọc tháo và lưu catheter.

- Khi chọc hút dịch xong, đưa thông nòng kim cho bác sĩ; đưa bông cồn 70⁰ cho bác sĩ để sát khuẩn và rút kim ra. Đặt một miếng gạc vô khuẩn vào vết chọc và băng lại bằng băng dính. Nếu dùng kim catheter, điều dưỡng đưa kim, chỉ khâu da cho bác sĩ cố định catheter.

- Cho bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái, dễ chịu, thuận tiện theo dõi.

3.4.3. Thu dọn dụng cụ

- Đưa dụng cụ đã sử dụng về phòng cọ rửa và xử lý theo quy định.

- Xếp đặt dụng cụ khác về vị trí cũ.

- Dán nhãn chính xác vào ống nghiệm bệnh phẩm và gửi ngay đến phòng xét nghiệm.

3.4.4. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ làm thủ thuật.

- Số lượng dịch lấy ra, tính chất, màu sắc.

- Các xét nghiệm đã lấy bệnh phẩm.

- Tình trạng bệnh nhân, các phản ứng của bệnh nhân trong khi chọc hút dịch.
- Tên bác sĩ làm thủ thuật, tên người phụ.
- Theo dõi: sắc mặt, mạch, huyết áp, nhịp thở 30 phút/ lần trong giờ đầu, sau đó 3 giờ/lần trong 24 giờ.

4. TAI BIẾN

4.1. Ngất

Do phản xạ khi chọc kim hoặc bệnh nhân sợ, đau, hoặc phản ứng với thuốc gây tê. Cách để phòng là tiêm thuốc an thần trước khi chọc 30 phút, làm công tác tư tưởng trước khi chọc kim.

- Biểu hiện: bệnh nhân ngất xỉu, mạch nhanh nhỏ, khó bắt.
- Xử trí: cho bệnh nhân nằm tại chỗ, thở oxy, ủ ấm, truyền thuốc nâng huyết áp nếu huyết áp tụt.

4.2. Chảy máu

Chảy máu do chọc sâu vào cơ tim. Dịch hút ra toàn máu, bệnh nhân có thể đi vào sốc. Cần ngừng ngay thủ thuật, chuẩn bị phương tiện cấp cứu, hồi sức tích cực cho bệnh nhân.

4.3. Nhiễm khuẩn

- Bội nhiễm do dụng cụ hoặc thao tác không vô khuẩn; 2 - 3 ngày sau khi chọc dịch bệnh nhân sốt, tăng bạch cầu, máu ngoại vi.
- Cần điều trị kháng sinh, giảm sốt, an thần, chống dị ứng.
- Nhiễm khuẩn trong bệnh viện: nhiễm HBV, HCV, HIV... do không thực hiện đúng nguyên tắc vô khuẩn trong khi thực hành thủ thuật.

PHỤ GIÚP BÁC SĨ CHỌC ỐNG SỐNG THẤT LUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc ống sống thất lung là phương pháp đâm kim vào khoang dưới nhện tương ứng với khoang giữa gai thất lung III và IV hoặc IV và V nhằm lấy dịch não tủy đưa đi làm xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị bệnh.

1.1. Vị trí của tủy sống

Tủy sống nằm trong ống sống chiếm 3/5 đường kính của ống sống từ ngang mức đốt đốt (C1) tới ngang mức đốt sống thất lung II (L2), xung quanh tủy sống có các màng não tủy bao bọc. Từ ngoài vào có 3 màng não tủy: màng cứng, màng nhện và màng nuôi; nằm giữa màng nhện và màng nuôi có khoang dưới nhện chứa dịch não tủy, khi chọc dò dịch não tủy thường chọc dưới L2 để tránh làm tổn thương tủy sống.

1.2. Màng não tủy và hệ thống các não thất

1.2.1. Màng não tủy

Tủy sống và não được bảo vệ trong hộp xương sọ, ống sống và các màng não tủy. Có 3 màng não tủy:

- Màng nền: bao bọc mặt ngoài của tủy sống và não, lách tận vào các khe rãnh. Màng mềm có rất nhiều mạch máu nuôi dưỡng não và tủy sống nên được gọi là màng nuôi.

- Màng nhện: nằm ngoài màng nuôi, giữa màng nhện và màng nuôi có khoang dưới nhện chứa dịch não tủy.

- Màng cứng: nằm ở ngoài cùng, nằm giữa màng cứng là màng nhện có khoang dưới cứng. Trong các khoang ấy có nhiều mạch máu, các tổ chức mỡ, các đám rối tĩnh mạch.

1.2.2. Các não thất

- Não thất IV: có nền là mặt sau của hành và cầu não có mái như mái nhà, mái trên là van Vieussens và van Torin căng đây và mái dưới là màng mái.

Ở giữa màng mái có lỗ Luschkar, qua 3 lỗ này dịch não tủy chảy vào khoang dưới nhện. Ở góc dưới não thất IV thông với ống tủy, ở góc trên qua cống Sylvius thông với não thất III.

- Não thất III: nằm kẹp giữa hai đồi thị, ở hai thành bên có lỗ Monroe thông với não thất bên.

- Não thất bên: nằm trong mỗi một bán cầu đại não, một não thất bên có 3 ngách là sừng trán, sừng chẩm, sừng thái dương. Ở thành não thất bên có tấm màn mạch tiết ra dịch não tủy (một ngày, một đêm tiết ra khoảng 60 - 70ml dịch não tủy). Dịch não tủy chảy vào não thất III qua 2 lỗ Monro rồi chảy vào não thất IV qua 3 lỗ (2 lỗ Morigiendi và 1 lỗ Luschka) vào khoang dưới nhện. Dịch não tủy lại được đổ về tìm qua các tĩnh mạch thẩm thấu qua các hạt Pacchioni.

- Dịch não tủy có tác dụng bảo vệ và nuôi dưỡng não và tủy sống. Như vậy dịch não tủy được sinh ra và lưu thông trong hệ thống thần kinh trung ương trong các não thất và tủy sống, cho nên trong nhiều trường hợp bệnh lý của thần kinh trung ương làm thay đổi đến thành phần dịch não tủy. Do đó bác sĩ phải chọc dịch não tủy để chẩn đoán và điều trị bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH CHỌC DỊCH NÃO TỦY

2.1. Chẩn đoán

Chẩn đoán dựa vào:

- Quan sát màu sắc dịch não tủy.
- Đo áp lực dịch não tủy.
- Xét nghiệm dịch não tủy: sinh hóa, tế bào, vi khuẩn.
- Một vài trường hợp đặc biệt cần bơm không khí hoặc thuốc cản quang để chụp não hoặc tủy sống.

2.2. Điều trị

- Lấy bớt dịch não tủy trong trường hợp tăng áp lực sọ não để giúp bệnh nhân giảm bớt khó chịu, đau đầu.
- Bơm thuốc vào ống sống để gây tê, điều trị.
- Chọc dịch não tủy thường thực hành trong các bệnh về não, màng não, viêm não, lao màng não, xuất huyết não, ít thực hiện trong các trường hợp u não, áp xe não.

3. NHẬN BIẾT BAN ĐẦU

- Xác định rõ thời gian thực hành thủ thuật và tên bác sĩ làm thủ thuật.
- Có giấy cam đoan từ phía bệnh nhân về việc thực hiện thủ thuật (lưu trong hồ sơ bệnh án).
- Xác định rõ địa điểm thực hành thủ thuật: có thể tại giường bệnh hay ở phòng khám hoặc tại buồng điều trị.

- Xác định các dụng cụ cần thiết cho thủ thuật.
- Nhận biết được trên bảng theo dõi bệnh nhân có dị ứng với thuốc gây tê hay dung dịch sát khuẩn, kháng sinh.
- Xác định được cỡ ống vô khuẩn bác sĩ yêu cầu.

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

4.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Để giúp bác sĩ thực hiện thủ thuật chọc dịch não tủy một cách an toàn và tiện lợi cần phải có hai người phụ, một người giữ bệnh nhân, một người chuẩn bị và đưa dụng cụ.
- Trước khi thực hành thủ thuật cần kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân, tình trạng bệnh, mức độ tỉnh táo; cung cấp các dữ kiện cơ bản để so sánh với các dữ kiện thu được sau khi làm thủ thuật.
- Kiểm tra kết quả soi đáy mắt của bệnh nhân.
- Bệnh nhân có thể lo lắng, sợ hãi, do đó giải thích cho họ thật yên tâm:
- + Bác sĩ sẽ lấy một ít dịch não tủy ở phần dưới cột sống.
- + Sẽ gây tê tại chỗ, do vậy sẽ không có cảm giác đau.
- + Thông báo thời gian và địa điểm thực hành cho bệnh nhân biết.
- + Bác sĩ và điều dưỡng luôn luôn có mặt khi làm thủ thuật.
- + Thời gian làm thủ thuật khoảng 15 phút. Bệnh nhân cần nhận được thông báo về những điều xảy ra trong khi làm thủ thuật.
- Khi tiêm thuốc gây tê tại chỗ có thể cảm thấy khó chịu một chút vì khi đưa kim chọc dò vào ống sống sẽ gây đau tức. Nhắc nhở bệnh nhân chịu đựng và duy trì tư thế quy định trong suốt thời gian làm thủ thuật.
- Cho bệnh nhân đi đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật nhằm ngăn ngừa sự khó chịu không cần thiết cho bệnh nhân.
- Đảm bảo kín đáo cho bệnh nhân, nếu ánh sáng không đủ yêu cầu thêm đèn chiếu sáng.

4.2. Chuẩn bị dụng cụ

Để tránh lây truyền các vi sinh vật gây bệnh tới bệnh nhân và dụng cụ. Bác sĩ và điều dưỡng phải rửa tay ngoại khoa trước khi chuẩn bị dụng cụ làm thủ thuật.

4.2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Dụng cụ vô khuẩn để trong khay vô khuẩn có phủ khăn vô khuẩn.

- Khay men chữ nhật đã được vô khuẩn.
- Một sàng vô khuẩn trải vào khay.
- Một sàng có lỗ vô khuẩn.
- Hai kim cặp sàng.
- Hai kim chọc dò có thông nòng tùy thuộc vào lứa tuổi của bệnh nhân, thường dùng kim dài 5 - 8cm, đường kính 0,8 - 1mm.
- Ống cao su, ống thủy tinh và một khóa hình chữ T (3 chiều) đã được tiệt khuẩn nếu dùng áp kế Claude đo áp lực dịch não tủy.
- Một bơm tiêm 5ml và kim để gây tê.
- Hai cốc đựng bông cầu để sát khuẩn vùng chọc.
- Vải miếng gạc vuông vô khuẩn có tẩm dung dịch sát khuẩn để phủ lên chỗ chọc dò sau khi bác sĩ rút kim ra.
- Kẹp Kocher.
- Găng tay.

4.2.2. Dụng cụ sạch

- Cồn iod 1%, cồn 70°.
- Thuốc tê novocain hoặc xylocain 1 - 2%.
- Giá đựng 3 ống nghiệm có dán nhãn, có 1 ống vô khuẩn.
- Ghi rõ họ, tên, tuổi, khoa trên nhãn ống nghiệm.
- Phiếu xét nghiệm.
- Kéo, băng dính.
- Áp lực kế Claude.
- Đồng hồ bấm giây, ống nghe, huyết áp kế.
- Bơm, kim tiêm và hộp thuốc cấp cứu.

4.2.3. Dụng cụ khác

- Hai khay quả đậu đựng bông bông và hứng bỏ giọt dịch đầu hoặc túi giấy.
- Chậu đựng dung dịch sát khuẩn để chứa dụng cụ bẩn.
- Sắp xếp dụng cụ ngăn nắp và tiện lợi cho bác sĩ sử dụng.

4.3. Thực hành kỹ thuật

Nhóm thủ thuật gồm 1 bác sĩ và 2 người phụ.

- Người phụ thứ nhất:

+ Đặt bệnh nhân ở tư thế theo chỉ định của bác sĩ. Bộc lộ vùng chọc, vén áo lên tới vai, kéo quần xuống dưới mông.

+ Tư thế ngồi: bệnh nhân ngồi trên ghế quay mặt về phía vai ghế, 2 chân đặt sang 2 bên, 2 tay khoanh vào nhau đặt lên vai ghế, đầu cúi đặt trên 2 tay. Tư thế ngồi ít được áp dụng vì dễ xảy ra tai biến.

+ Tư thế nằm: đặt bệnh nhân nằm nghiêng lưng sát mép giường quay ra phía bác sĩ; kê một gối mỏng ở đầu, một gối giữa hai chân, bảo bệnh nhân cong lưng, chân co gập vào bụng, 2 tay kẹp giữa đầu gối hoặc ôm lấy cổ.

+ Giữ bệnh nhân ở tư thế nằm bằng cách: một tay đặt ở gáy của bệnh nhân, một tay đặt ở khoeo chân; luôn có xu thế kéo vào để lưng bệnh nhân cong tối đa trong khi bác sĩ chọc kim vào ống sống. Điều dưỡng cố định tư thế bệnh nhân để đề phòng cử động của bệnh nhân trong khi bác sĩ chọc kim và giúp bác sĩ đưa kim vào dễ dàng.

- Người phụ thứ hai:

+ Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay thường quy, đi găng tay.

+ Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.

+ Mở khay vô khuẩn.

+ Đổ cồn vào cốc có gác củ ấu để sát khuẩn vị trí chọc.

+ Sát khuẩn tay bác sĩ, giúp bác sĩ đi găng tay.

+ Nếu cần gây tê, chuẩn bị thuốc tê, bơm tiêm, kim tiêm cho bác sĩ gây tê.

+ Sát khuẩn tay điều dưỡng, mở nút ống đựng kim chọc dò và nhẹ nhàng đổ đốc kim vào lòng bàn tay bác sĩ.

+ Trong khi bác sĩ chọc kim, điều dưỡng viên luôn theo dõi sát sắc mặt bệnh nhân.

+ Khi kim vào ống sống, dịch não tủy chảy ra, bảo bệnh nhân thở đều.

+ Đưa đầuambu của áp lực kế Claude để bác sĩ nối vào khóa chữ T đo áp lực dịch não tủy.

+ Khuyến khích bệnh nhân thở đều và thư giãn với khả năng có thể vì nếu co cứng cơ, ho, thay đổi nhịp thở có thể làm tăng áp lực dịch não tủy sẽ làm sai lệch kết quả.

Câu hỏi ôn tập:

1. Hãy nêu khái niệm thân nhiệt, rối loạn thân nhiệt?
2. Nêu quy định chung đo nhiệt độ cơ thể người?
3. Trình bày kỹ thuật đo nhiệt độ cơ thể ở người?
4. Nêu quy tắc chung khi lấy mạch, tần số mạch và những yếu tố ảnh hưởng, những vị trí thường dùng để bắt mạch?
5. Trình bày kỹ thuật đếm mạch quay?
6. Hãy nêu các tính chất của mạch?
7. Trình bày kỹ thuật đếm mạch qua đếm nhịp tim?
8. Định nghĩa huyết áp? Những yếu tố ảnh hưởng và những thay đổi của huyết áp?
9. Trình bày kỹ thuật đo huyết áp động mạch cánh tay?
10. Hãy nêu những thay đổi bệnh lý của nhịp thở và kỹ thuật đếm nhịp thở?
11. Trình bày quy trình kỹ thuật thay vải trải giường?
12. Mô tả kỹ thuật thay vải trải giường có bệnh nhân?
13. Hãy nêu các tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường?
14. Trình bày kỹ thuật cho bệnh nhân uống thuốc?
15. Trình bày kỹ thuật dùng thuốc tại chỗ?
16. Trình bày nội dung tiêm thuốc vào cơ thể bệnh nhân? mô tả các loại bơm, kim tiêm và một số dạng thuốc tiêm?
17. Nêu quy định chung khi tiêm thuốc cho bệnh nhân?
18. Trình bày quy trình kỹ thuật tiêm trong da?
19. Hãy nêu quy trình kỹ thuật thử phản ứng thuốc?
20. Trình bày quy trình kỹ thuật tiêm bắp thịt, tai biến và cách xử trí?
21. Trình bày quy trình kỹ thuật tiêm vào mông, tai biến và cách xử trí?
22. Hãy mô tả kỹ thuật tiêm tĩnh mạch: Chỉ định, chống chỉ định, dụng cụ, vùng tiêm và tư thế bệnh nhân, tai biến và cách xử trí?
23. Nêu các bước thực hành kỹ thuật tiêm tĩnh mạch?
24. Trình bày kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch: Quy định chung, chỉ định và chống chỉ định, các loại dung dịch truyền tĩnh mạch thường dùng?

25. Mô tả kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch?
26. Theo dõi bệnh nhân truyền dịch tĩnh mạch như thế nào? Các tai biến và cách xử trí?
27. Liệu pháp oxy là gì? Triệu chứng và nguyên nhân gây thiếu oxy?
28. Trình bày kỹ thuật thở oxy qua ống thông mũi hầu và qua mặt nạ?
29. Hãy nêu chỉ định, chống chỉ định, kỹ thuật hút thông đường hô hấp?
30. Nêu các chỉ định, chống chỉ định và kỹ thuật đưa ống thông vào dạ dày bệnh nhân?
31. Trình bày quy trình kỹ thuật rửa dạ dày?
32. Trình bày quy trình kỹ thuật thông tiểu nam?
33. Trình bày quy trình kỹ thuật thông tiểu nữ?
34. Mô tả kỹ thuật chườm nóng: Chỉ định, chống chỉ định, các phương pháp chườm nóng và thực hành kỹ thuật chườm nóng?
35. Mô tả kỹ thuật chườm lạnh: Chỉ định, chống chỉ định, các phương pháp chườm lạnh và thực hành kỹ thuật chườm lạnh?
36. Trình bày quy định chung khi thay băng rửa vết thương, phân loại vết thương trong khi thay băng?
37. Nêu các bước thực hành kỹ thuật thay băng rửa vết thương. Chuẩn bị dụng cụ, bệnh nhân thay băng vết thương không nhiễm khuẩn?
38. Nêu các bước thực hành kỹ thuật thay băng, rửa vết thương nhiễm khuẩn, vết thương có ống dẫn lưu?
39. Dự phòng và chăm sóc điều trị mảng mục như thế nào?
40. Mô tả kỹ thuật lấy máu đưa đi làm xét nghiệm?
41. Mô tả kỹ thuật lấy nước tiểu để xét nghiệm?
42. Mô tả kỹ thuật lấy đờm, lấy mũi, lấy phân đưa đi làm xét nghiệm?
43. Nêu các chỉ định, chống chỉ định thở máy và biến chứng trong khi thở máy?
44. Trình bày nội dung chăm sóc bệnh nhân thở máy?
45. Hãy nêu những diễn biến của bệnh nhân trong giai đoạn cuối, những biểu hiện của giai đoạn hấp hối?
46. Trình bày nội dung chăm sóc bệnh nhân trong giai đoạn cuối và những việc cần làm khi bệnh nhân tử vong?

47. Hãy nêu các chỉ định, chuẩn bị dụng cụ, chuẩn bị bệnh nhân, đặt ống nội khí quản?

48. Hãy nêu các tai biến, biến chứng và nội dung chăm sóc bệnh nhân đặt ống nội khí quản?

49. Trình bày chỉ định mở khí quản, chuẩn bị dụng cụ, chuẩn bị bệnh nhân mở khí quản?

50. Nêu các tai biến, biến chứng và cách chăm sóc bệnh nhân mở khí quản?

51. Nêu các chỉ định đặt tĩnh mạch dưới đòn, tai biến trong và sau khi đặt tĩnh mạch dưới đòn?

52. Trình bày các chỉ định chọc hút dịch màng bụng, cách làm phản ứng Rivalta tại giường, tai biến trong và sau khi chọc hút dịch màng bụng?

53. Trình bày các bước chuẩn bị bệnh nhân và dụng cụ để chọc hút dịch màng phổi?

54. Chăm sóc bệnh nhân chọc hút dịch màng phổi như thế nào?

55. Nêu các chỉ định chọc hút dịch màng ngoài tim, chuẩn bị bệnh nhân và dụng cụ, tai biến chọc dịch màng ngoài tim?

56. Trình bày mục đích chọc ống sống thắt lưng? Nêu vị trí tuỷ sống, màng não tuỷ và các não thất?

57. Nêu các bước chuẩn bị dụng cụ, chuẩn bị bệnh nhân chọc ống sống thắt lưng?

58. Chăm sóc bệnh nhân chọc ống sống thắt lưng như thế nào?

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ quốc phòng. Cục quân y. *Lịch sử quân y Quân đội nhân dân Việt Nam. Tập I, II, III.* Nhà xuất bản Quân đội nhân dân 1991, 1995, 1996.
2. Bộ y tế. *Quy chế bệnh viện.* Nhà xuất bản Y học, 1997.
3. Bộ y tế. *Quản lý chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến cơ sở.* Nhà xuất bản Y học, 1998.
4. Bộ Y tế. *Quản lý chất thải bệnh viện.* Nhà xuất bản Y học, 1999.
5. Bộ Y tế. *Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh.* Nhà xuất bản Y học, 2002.
6. Bộ y tế. *Các chính sách và giải pháp thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu.* Nhà xuất bản Y học, 2002.
7. Bộ Y tế. Tổ chức Y tế Thế giới. *Dự án phát triển hệ thống y tế.* Nhà xuất bản Y học, 2002.
8. Hoàng Đình Cầu. *Phát triển bền vững và chăm sóc sức khỏe miền núi.* Nhà xuất bản Y học, 2003.
9. Bộ Y tế. *Quản lý điều dưỡng.* Nhà xuất bản Y học, 2004.
10. Bộ y tế. *Điều dưỡng cơ bản.* Nhà xuất bản Y học, 2007.
11. Hội điều dưỡng Việt Nam - Phạm Đức Mục. *Nghiên cứu điều dưỡng.* Nhà xuất bản Y học, 2007.
12. Đỗ Nguyên Phương. *Một số vấn đề xây dựng ngành Y tế phát triển Việt Nam.* Nhà xuất bản Y học, 2008.
13. Andrew Green. *An Inroduction to Health planing in Developing countries.* Oxford university prees 2001.
14. Carol Taylor, Anna Miler. *Fundamentals of nursing: The Art an Science of Nursing care.* ISBN 1997.
15. Elizabeth Jean Dikeson, Bonnie Lang Siverman, Martha Olsen Schuft. *Marternal - Infant Nursing care.* Mosby 1994.

16. Ellen Barker. *Neuroscience Nursing*. Mosby 1998.
17. Gladys M. Scipien, Marilyn A. Chard. *Pediatric Nursing care*. Mosby 1994.
18. Cathleen Diska Pagana. *Diagnostic Testing and Nursing Implications*. Mosby 1994.
19. Linda Skidmore. *Mosby's Drug Guide for Nurses*. Elsevier Mosby. 2005.
20. Marguerite R. Kinney, Donna R. Packa, Sandra B. Dunbar. *AACNS Clinical Reference for Critical - Care Nursing*. Mosby 1997.
21. Nola J. Pender, *Health promotion in Nursing practice*. FAAN 2000.
22. Marjory Gordon. *Nursing Diagnosis*. Mosby 1994.
23. Patricia Gauntlett Beare, Judith L. Myers. *Adult Health Nursing*. Mosby 1998.
24. Rachel Rokovitch. *Quality patient care an the Role of the clinical nursing specialist*. ISBN 1999.
25. Rosalinda Alfaro. *Applying Nursing process*. Lippincott 2002.
26. Janet A. Neff, Pamela Stinson Kidd. *Trauma Nursing care*. Mosby 1994.

ĐIỀU DƯỠNG CƠ SỞ

(GIÁO TRÌNH ĐẠI HỌC)

<i>Chịu trách nhiệm xuất bản:</i>	PHẠM BÁ TOÀN
<i>Chịu trách nhiệm bản thảo:</i>	HỌC VIỆN QUÂN Y
<i>Biên tập:</i>	PHÒNG BIÊN TẬP SÁCH QUÂN SỰ - NXB QĐND BS. NGUYỄN VĂN CHÍNH BS. NGUYỄN DUY HÙNG ThS. TRẦN THỊ HƯỜNG CN. MAI THUY DƯƠNG
<i>Trình bày:</i>	VŨ THỊ KIM HOA
<i>Bìa:</i>	BS. NGUYỄN DUY HÙNG
<i>Sửa bản in:</i>	BS. NGUYỄN DUY HÙNG CN. TRẦN THỊ TƯỜNG VI TÁC GIẢ

NHÀ XUẤT BẢN QUÂN ĐỘI NHÂN DÂN
23 - LÝ NAM ĐẾ - HÀ NỘI - ĐT: 04.38455766

In xong và nộp lưu chiểu tháng 08 năm 2010. Số xuất bản: 296-2010/CXB/365-40/QĐND
Số trang: 292. Số lượng: 1.000 cuốn. Khổ sách: 19 x 27cm. In tại xưởng in Học viện Quân y.