



BỘ Y TẾ

**KỸ NĂNG
THỰC HÀNH ĐIỀU DƯỠNG**
DÙNG CHO SINH VIÊN ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG
Tập I

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN:

Vụ khoa học & đào tạo, Bộ Y tế

CHỦ BIÊN:

- Ts. Đỗ Đình Xuân
- Ths. Trần Thị Thuận

NHỮNG NGƯỜI THAM GIA BIÊN SOẠN:

- Ths. Trần Thị Thuận
- Ths. Nguyễn Thị Sương
- Ths. Đoàn Thị Anh Lê
- Ths. Trần Thụy Khánh Linh
- Ths. Nguyễn Mạnh Dũng
- CN. Tống Vĩnh Phú
- Ths. Vũ Thị Minh Phượng
- Ths. Hoàng Công Chánh
- Bs. Nguyễn Đăng Thắng
- BS. CKII. Trần Đức Thái
- TS. Lê Văn An
- TS. Nguyễn Thị Kim Hoa

THƯ KÝ BIÊN SOẠN:

Ths. Nguyễn Mạnh Dũng

THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO:

Ths. Phí Văn Thâm
TS. Nguyễn Mạnh Pha

Lời nói đầu

Kỹ năng thực hành Điều dưỡng gồm 55 kỹ năng thông thường được Điều dưỡng thực hiện tại các cơ sở khám và chữa bệnh, các kỹ năng này được chọn lọc từ các nhà quản lý, giảng viên từ các trường Đại học, Cao đẳng đào tạo Điều dưỡng trong dự án Việt Nam – Hà Lan hỗ trợ nhằm đáp ứng nhu cầu chuẩn hoá, thống nhất và cập nhật các kỹ thuật Điều dưỡng. Tài liệu được sự giúp đỡ, cố vấn của chuyên gia Hà Lan, Gs. Mees Wijnen, từ đại học Saxion đã hướng dẫn về cách thiết kế sách dùng cho sinh viên điều dưỡng; các bước cấu trúc xây dựng thể nào để phù hợp nội dung kiến thức cần thiết cho kỹ năng thực hành điều dưỡng và đáp ứng phương pháp tự học cho sinh viên điều dưỡng.

Tài liệu được biên soạn từ các giảng viên chuyên dạy về kỹ năng điều dưỡng của các trường Đại học Y Hà Nội, Đại học Điều dưỡng Nam Định, Đại học Y Huế và Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Nội dung cuốn sách được phân ra làm 9 chương và chia thành 2 tập I và II. Tập I gồm có các chương từ I đến V, chương I: các kỹ thuật chăm sóc tại giường; chương II: các kỹ thuật về vệ sinh cá nhân, chương III: các kỹ thuật theo dõi người bệnh và thăm khám của Điều dưỡng; chương IV: các kỹ thuật vô khuẩn và các kỹ thuật liên quan; chương V: các kỹ thuật cho ăn và chăm sóc bài tiết. Cuốn sách được trình bày tuân theo phương pháp giảng dạy tích cực, vừa là tài liệu dành cho sinh viên cử nhân Điều dưỡng tự học, cũng có thể làm tài liệu cho các sinh viên Y học cần tham khảo môn Kỹ thuật Điều dưỡng cơ sở.

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

Đồng chủ biên

TS. Đỗ Đình Xuân

Ths. Trần Thị Thuận

Nội dung	Mục lục	Trang
CHƯƠNG I		
CÁC KỸ THUẬT LÀM GIƯỜNG VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG		
1. Giới thiệu toàn chương.....		1
2. Thay vải trải giường có người bệnh nằm.....		28
3. Tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường.....		42
4. Cố định người bệnh.....		55
5. Vận chuyển người bệnh.....		61
CHƯƠNG II		
CÁC KỸ THUẬT VỆ SINH CÁ NHÂN		
1. Giới thiệu toàn chương.....		70
2. Rửa tay thường qui.....		72
3. Sát khuẩn tay bằng dung dịch cồn.....		80
4. Vệ sinh răng miệng cho người bệnh.....		82
5. Gội đầu cho người bệnh tại giường.....		90
6. Tắm cho người bệnh tại giường.....		94
7. Vệ sinh vùng hậu môn sinh dục cho người bệnh.....		98
CHƯƠNG III		
CÁC KỸ THUẬT THEO DÕI VÀ THĂM KHÁM		
1. Giới thiệu toàn chương.....		104
2. Kỹ thuật lấy dấu hiệu sinh tồn.....		106
3. Kỹ năng đo chiều cao.....		128
4. Đo cân nặng.....		136
5. Kỹ thuật sử dụng máy Monitor.....		146
6. Kỹ thuật ghi điện tim.....		166
7. Khám thể chất.....		176
CHƯƠNG IV		
KỸ THUẬT VÔ KHUẨN		
1. Giới thiệu toàn chương.....		215
2. Rửa tay ngoại khoa (Rửa tay vô khuẩn).....		217
3. Kỹ thuật mang găng vô khuẩn.....		226
4. Kỹ thuật mặc áo và cởi áo choàng vô khuẩn.....		234
5. Chuẩn bị dụng cụ tiết khuẩn.....		242
6. Kỹ thuật khử khuẩn - tiết khuẩn dụng cụ.....		246
7. Quy trình làm sạch - cọ rửa dụng cụ.....		253
CHƯƠNG V		
CÁC KỸ THUẬT CHO ĂN VÀ CHĂM SÓC BÀI TIẾT		
1. Giới thiệu toàn chương.....		257
2. Hỗ trợ cho người bệnh.....		259
3. Đặt ống thông dạ dày.....		266
4. Sử dụng bơm vệt, bơm dẹt.....		281
5. Đặt ống sonde vào trực tràng.....		286
6. Kỹ thuật thụt tháo.....		290
7. Thông tiểu nữ.....		297
8. Thông tiểu nam.....		304
9. Dẫn lưu nước tiểu liên tục.....		311
10. Kỹ thuật rửa bàng quang.....		316
11. Kỹ thuật rửa bàng quang liên tục.....		323
12. Ghi chép và theo dõi lượng dịch vào ra.....		330
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....		337

CHƯƠNG I

CÁC KỸ THUẬT LÀM GIƯỜNG VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG

1. Giới thiệu toàn chương

1.1. Danh sách các kỹ năng trong chương

- Chuẩn bị giường :
- + Giường bình thường.
- + Giường ngoại khoa.
- + Giường có thiết bị.
- Thay vải trải giường có người bệnh với :
 - + Một vải trải.
 - + Hai vải trải.
- Các tư thế khác nhau của người bệnh nằm trên giường.
- Cố định người bệnh
- Kỹ thuật vận chuyển người bệnh.

1.2. Mục tiêu chung toàn chương

1. Nhận thức tầm quan trọng của việc chuẩn bị giường tại khoa phòng
2. Liệt kê các yêu cầu của giường bệnh
3. Mô tả các nguyên tắc trải giường
4. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho từng loại giường
5. Thực hiện quy trình kỹ thuật chuẩn bị các loại giường
6. Thảo luận và tự rèn luyện về thái độ khi thực hiện để đảm bảo sự an toàn.

2. Yêu cầu

2.1. Giới thiệu tổng quan

Giường bệnh là nơi mà người bệnh nằm để nghỉ ngơi, dưỡng bệnh và thực hiện các sinh hoạt cá nhân như ăn uống, giải trí, tiếp khách..., ngoài ra cũng tại giường bệnh người bệnh còn được khám điều trị và chăm sóc.

Tùy theo tình trạng của người bệnh, có những người bệnh không có khả năng rời khỏi giường, việc nuôi dưỡng, sinh hoạt, tắm, đại tiểu tiện đều thực hiện tại giường, do đó vấn đề ẩm ướt, vệ sinh lây nhiễm là những tác nhân làm cho nguy cơ nhiễm trùng da, loét trên da phát triển nhiều hơn và sẽ làm thời gian nằm viện kéo dài, người bệnh suy kiệt và bệnh trở nên trầm trọng hơn.

Vì vậy giường bệnh cần có những tiện nghi, an toàn và đáp ứng cho việc thay đổi tư thế cũng như đáp ứng cho nhu cầu trong việc điều trị chăm sóc bệnh kéo dài.

Điều dưỡng cần biết nhu cầu của người bệnh để giúp người bệnh thoải mái an tâm khi nằm viện và tránh được những biến chứng do nằm lâu. Chuẩn bị giường bệnh còn giúp tạo vẻ mỹ quan cho khoa phòng, có sẵn giường để tiếp nhận người bệnh, ngoài ra còn giúp bảo vệ sự an toàn cho người bệnh đúng theo qui định.

Điều dưỡng cũng cần phân biệt để chuẩn bị cho các loại giường và chăm sóc các nhu cầu của người bệnh liên quan trên giường :

- Chuẩn bị giường bình thường để sẵn sàng đón người bệnh mới vào khoa phòng.
- Chuẩn bị giường ngoại khoa để sẵn sàng đón người bệnh sau khi phẫu thuật.

- Thay giường có người bệnh nằm tạo sự an toàn cho người bệnh mà người điều dưỡng vẫn có thể thay được vải trải giường.
- Cách thay đổi các tư thế người bệnh trên giường, tạo sự thoải mái tiện nghi cho người bệnh
- Các phương pháp cố định người bệnh tại giường nằm để đảm bảo an toàn cho họ và các người xung quanh.
- Các phương pháp vận chuyển người bệnh rời khỏi giường và vận chuyển họ lên giường.

2.2. Kiểm tra trước học

Bài kiểm tra gồm 15 câu hỏi đúng sai, bạn hãy đánh chéo (X) vào cột tương ứng với câu đúng hay sai

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1	Giường bệnh là phương tiện để người bệnh nghỉ ngơi và ngủ		
2	Khung giường nên chia làm 2 phần để có thể nâng lên hạ xuống		
3	Vật giường nên có cấu trúc thưa có lỗ		
4	Cần điều khiển thay đổi vị trí của giường nên đặt ở nơi mà NB không thể tự điều khiển		
5	Chỉ chuẩn bị giường khi có NB mới nhập viện		
6	Sau khi NB tử vong phải thay vải trải để đón người bệnh mới		
7	Thời gian thay vải trải giường thuận tiện nhất là buổi sáng khi giường trống		
8	Chuẩn bị giường ngoại khoa được thực hiện tại phòng mổ		
9	Thay đổi vị trí của đầu hay chân giường tùy thuộc vào yêu cầu của NB		
10	Giường tư thế Fowler's là đầu giường cao 90^0		
11	Giường tư thế Trendelenburg's là toàn bộ giường nghiêng với đầu giường dốc xuống thấp		
12	Giường không cần có song chắn 2 bên		
13	Tấm cao su được dùng để trải cho những trường hợp người bệnh có nhiều dịch tiết		
14	Vải phủ cao su thường nhỏ hơn tấm cao su		
15	Vải trải giường phải thẳng để tránh đè ép cho người bệnh		

CHUẨN BỊ GIƯỜNG BỆNH

1. Giới thiệu tổng quan

Chuẩn bị giường bệnh còn giúp tạo vẻ mỹ quan cho khoa phòng, có sẵn giường để tiếp nhận người bệnh, ngoài ra còn giúp bảo vệ sự an toàn cho người bệnh đúng theo qui định. Khi người bệnh nhập viện đến khoa phòng tâm lý họ rất lo lắng vì tất cả môi trường trong buồng bệnh hầu như xa lạ khác với nơi nằm nghỉ tại gia đình họ, do đó việc chuẩn bị cho giường nằm được sẵn sàng sẽ tạo tâm lý an tâm, tin tưởng của người bệnh với nhân viên Y tế. Hơn nữa giường bệnh sẽ là nơi mà người bệnh nằm để nghỉ ngơi, dưỡng bệnh và thực hiện các sinh hoạt cá nhân như ăn uống, giải trí, tiếp khách ..., ngoài ra cũng tại giường bệnh người bệnh còn được khám điều trị, và chăm sóc. Do đó, giường nằm cần được chuẩn bị tiện nghi, phù hợp với tình trạng người bệnh như chuẩn bị giường nội khoa cho người bệnh nhẹ, có thể rời khỏi giường để tự đi đến nhà vệ sinh hoặc tình trạng của người bệnh, không có khả năng rời khỏi giường, việc nuôi dưỡng sinh hoạt, tắm, đại tiểu tiện đều thực hiện tại giường, do đó vấn đề ẩm ướt, vệ sinh lây nhiễm là những tác nhân làm cho nguy cơ nhiễm trùng da, loét trên da phát triển nhiều hơn và sẽ làm thời gian nằm viện kéo dài, người bệnh suy kiệt và bệnh trở nên trầm trọng hơn cần có những tấm vải cao su chèn lót hoặc có đệm hơi ngừa chống loét.

Đối với người bệnh sau phẫu thuật giường bệnh cần có những tiện nghi, an toàn và đáp ứng cho việc thay đổi tư thế cũng như đáp ứng cho nhu cầu trong việc điều trị chăm sóc bệnh tại khoa hậu phẫu.

Điều dưỡng cần biết nhu cầu của người bệnh để giúp người bệnh thoải mái an tâm khi nằm viện và tránh được những biến chứng do nằm lâu. Điều dưỡng cũng cần phân biệt để chuẩn bị cho các loại giường:

- Chuẩn bị giường bình thường
- Chuẩn bị giường ngoại khoa

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Mô tả các nguyên tắc trải giường
2. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho từng loại giường, liệt kê các yêu cầu của giường bệnh
3. Thực hiện quy trình kỹ thuật chuẩn bị các loại giường
4. Nhận thức tầm quan trọng của việc chuẩn bị giường tại khoa phòng
5. Xác định sự tự rèn luyện về thái độ khi thực hiện để đảm bảo sự an toàn

3. Lý thuyết liên quan đến kỹ năng

Tùy theo điều kiện và tình trạng của người bệnh mà trang bị các loại giường khác nhau về kích thước hay những trang thiết bị đi kèm từ đơn giản đến hiện đại.

Có 2 loại giường cơ bản là giường điều khiển tự động và giường điều khiển bằng tay. Giường điều khiển tự động có bộ phận điều chỉnh ở 1 bên giường gần giữa giường giúp người bệnh có thể tự điều chỉnh. Giường điều khiển bằng tay có cần điều khiển được thiết kế ở chân giường, xoay theo chiều kim đồng hồ là nâng lên, ngược chiều kim đồng hồ là hạ xuống để điều chỉnh độ cao của đầu giường, chân giường hoặc nâng toàn bộ giường.



Fig. 8-1 Furniture in a typical unit.



Fig. 8-2 Controls for an electric bed.

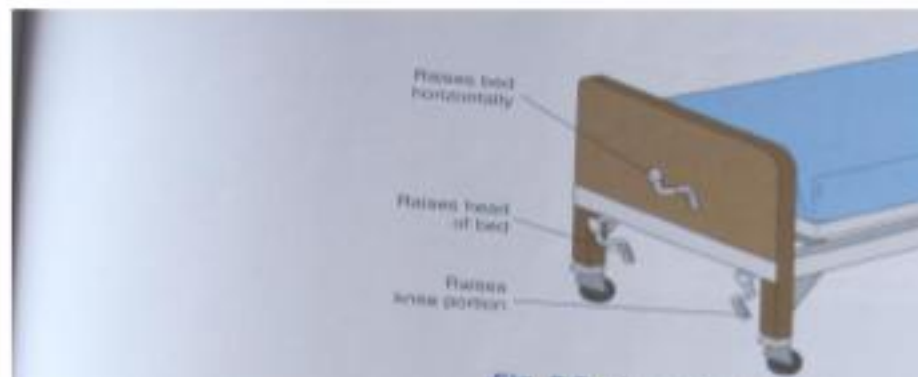


Fig. 8-3 Manually operated bed.



Fig. 8-4 Fowler's position.



Fig. 8-5 Semi-Fowler's position.

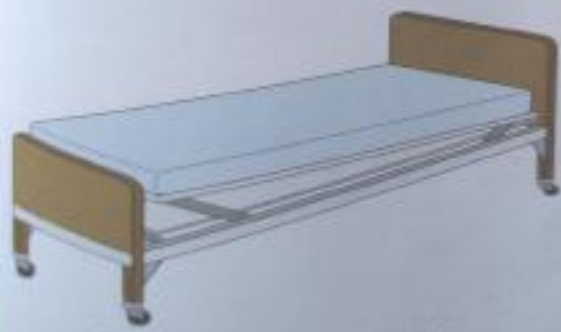


Fig. 8-6 Trendelenburg's position.



Fig. 8-7 Reverse Trendelenburg's position.

H. Giường đa năng

Tùy theo tình trạng người bệnh, giường được điều chỉnh theo tư thế thích hợp. Có các loại giường tư thế sau:

- Fowler's: đầu giường cao 45° đến 90° , chân giường có thể chỉnh cao 15° để người bệnh dễ chịu. Tư thế này áp dụng cho người bệnh đang khó thở, người bệnh ăn qua ống thông dạ dày...
- Semi Fowler: đầu giường cao 30° đến 45° , chân giường có thể chỉnh cao 15° để người bệnh dễ chịu. Tư thế làm giảm sự căng cơ cho những người bệnh sau phẫu thuật vùng bụng, áp dụng cho người bệnh đang thở oxy, cần giãn nở phổi.
- Trendelenburg's: cả giường nghiêng với đầu giường dốc xuống thấp áp dụng trong dẫn lưu tư thế và những trường hợp cần máu ngoại biên về não.
- Trendelenburg's ngược: cả giường nghiêng với chân giường dốc xuống thấp áp dụng trong những trường hợp trào ngược dạ dày thực quản.
- Thẳng bằng: cả giường bằng phẳng và song song mặt sàn, áp dụng cho những trường hợp người bệnh chấn thương cột sống, hạ huyết áp, hoặc có trường hợp người bệnh thích ngủ với tư thế này.

Ngoài ra, những yêu cầu cơ bản về giường cần phải có là:

- Kích thước phải đảm bảo để người bệnh xoay trở tại giường, tránh nguy cơ rơi xuống đất, do đó giường cần đạt các yêu cầu sau:

- + Chiều dài: 1,8 m – 2,0 m
- + Chiều rộng: 0,8 m – 1,0 m
- + Chiều cao: 0,6 m – 0,8 m

- Giường được cấu tạo gọn để di chuyển, dễ tẩy uế, thường khung giường bằng kim loại.

- Hai đầu giường có hệ thống có thể nâng lên hay hạ xuống theo ý muốn bằng tay quay hay nút ấn.

- Vạt giường cấu trúc thưa, có lỗ để tránh ứ đọng dịch tiết.

- Chân giường có bánh xe, được bọc cao su và có khóa để tránh giường di chuyển gây mất an toàn cho người bệnh.

- Giường nên có song chắn 2 bên để đảm bảo an toàn cho người bệnh không bị té ngã. Tuy nhiên cần chú ý người bệnh kém ý thức có thể trèo qua song chắn và gây té ngã nguy hiểm hơn.

- Việc chuẩn bị giường bệnh có thể áp dụng trong hai trường hợp.

- + Giường trống không có người bệnh, chuẩn bị giường để đợi người bệnh.

- + Giường có người bệnh, nhưng người bệnh không có mặt hoặc họ có thể di chuyển xuống ghế ngồi.

4. Các phương tiện kèm theo giường bệnh

- Đệm Mouse có lỗ thông hơi sẽ giúp người bệnh thoải mái. Chiều cao của đệm tốt nhất là trên 20cm, nên chuẩn bị cho những người bệnh mà tình trạng của họ phải nằm điều trị kéo dài, bất động để giảm nguy cơ loét do tì đè.

- Đệm cần được bọc vải cao su để tránh thấm hút dịch tiết vào đệm và dễ lau rửa tẩy uế.

- Vải trải giường kích thước phải dài và rộng hơn đệm 40 – 50 cm

- Vải cao su: Vải có độ trơn láng, chống thấm hút dịch tiết của người bệnh. Do đó vải cao su thường được trải ở vùng mông, chân, hay ở đầu đối với giường ngoại khoa.

- Gối: bằng mouse, gòn..., Gối không nên quá cứng hay quá cao. Gối cũng cần được che chở bằng vải cao su để tránh thấm hút.

- Tủ đầu giường: Tủ là vật dụng đi kèm với giường bệnh, là vật không thể thiếu. Tủ đầu giường được dùng để đựng các vật dụng cá nhân của người bệnh, mỗi người bệnh sử dụng riêng. Trên mặt tủ người bệnh thường để nước, ly uống, và vật dụng cần thiết phải dùng thường xuyên. Các ngăn tủ bên dưới dùng chứa những vật dụng cá nhân khác. Sau khi người bệnh xuất viện, tủ đầu giường cũng cần được tẩy uế trước khi người bệnh khác sử dụng.

- Ghế: tùy theo tình trạng mà người bệnh có thể ngồi dậy và ra khỏi giường, do đó yêu cầu ghế cần có chỗ dựa lưng và tay vịn để giữ an toàn cho người bệnh. Ghế thường để phía chân giường, thầy thuốc cũng có thể dùng để ngồi khám bệnh hoặc người bệnh dùng để tiếp khách.

- Tay quay đầu hay chân giường: Tại các bệnh viện lớn giường bệnh có đệm được đặt trên khung và vật giường bằng kim loại, khung được chia làm 3 phần và có thể nâng hay hạ đầu và chân giường bằng tay quay hay nút điều khiển tự động bằng điện.

5. Nguyên tắc khi chuẩn bị giường bệnh

5.1. Qui định chung

- Nhận định tình trạng và yêu cầu điều trị để chuẩn bị loại giường thích hợp.

- Chuẩn bị dụng cụ trải giường đầy đủ, theo thứ tự dụng cụ làm trước để ở trên, dụng cụ làm sau để ở dưới.

- Các bề sóng của vải trải giường để cùng bên và ra ngoài.

- Không sử dụng vải trải giường rách.

- Kiểm tra vải trải trước khi thay vì người bệnh có thể để tiền, vàng, kim ghim..., dưới gối hay vải trải.

5.2. Đảm bảo vệ sinh

- Tránh tung vải trải, dù là vải sạch hoặc bẩn.

- Đối với vải giường bẩn, phải cuộn phần bẩn vào trong và nhẹ nhàng cho vào túi nylon, tránh chạm vải bẩn vào người thực hiện.

- Khi vải trải bị ướt hay bẩn phải thay ngay.
- Sau khi người bệnh xuất viện, vải trải phải được tháo ra gửi nhà giặt, đệm được hộ lý vệ sinh sạch sẽ trước khi chuẩn bị đón người bệnh mới.

5.3. Đảm bảo kỹ thuật

- Khi trải giường 1 tấm vải phải bọc hai đầu đệm xong, mới tiến hành làm góc.
- Tránh di chuyển nhiều lần, hoàn tất một bên giường, rồi tiếp bên còn lại.
- Khi thực hiện những phần dưới thấp, thì nên nâng giường lên hoặc khụy gối, tránh cong lưng.
- Vải trải phải phẳng căng, không xếp nếp tránh gây chèn ép cho người bệnh.
- Nếu sử dụng tấm cao su, cần phải phủ vải lên trên, không để vải cao su trực tiếp tiếp xúc với người bệnh.
- Luôn tôn trọng sự riêng tư và an toàn cho người bệnh.

6. Phân loại các cách chuẩn bị giường

6.1. Chuẩn bị giường bình thường

Giường bình thường được cấu tạo đơn giản, gọn dễ di chuyển cũng đạt các yêu cầu cơ bản của giường bệnh.

Giường bình thường, thường áp dụng cho đa số các khoa tổng quát, với người bệnh có tình trạng bệnh không cần yêu cầu điều trị và chăm sóc gì đặc biệt, giường được trải kín.

Mục đích:

- Để có giường sạch, tiện nghi sẵn sàng đón người bệnh mới
- Giúp phòng bệnh đẹp mắt, trật tự
- Tạo niềm tin cho người bệnh



H. Giường bình thường

6.2. Chuẩn bị giường ngoại khoa

- Giường ngoại khoa hay còn gọi giường mổ được áp dụng cho người bệnh ngay sau phẫu thuật sau khi gây mê, gây tê.
- Giường được chuẩn bị thêm một số dụng cụ hỗ trợ khác để phòng dịch tiết từ chất nôn, nước tiểu, phân, vết thương làm thấm ướt đệm giường và người bệnh. Ngoài ra giường còn giúp giữ ấm thân nhiệt của người bệnh sau mổ bằng những tấm vải đắp được sưởi với nhiệt độ ấm, vì sau phẫu thuật thân nhiệt của người bệnh thường hạ thấp do khối lượng tuần hoàn bị giảm trong quá trình phẫu thuật.

- Sau khi chuẩn bị giường ngoại khoa, chăn được gấp theo chiều dọc qua 1/3 giường, giúp chuyển người bệnh từ cang qua giường một cách dễ dàng.
- Sau khi người bệnh tỉnh và giảm nôn ói, những vải lót sẽ được lấy dần ra.



H.Giường ngoại khoa

7. Quy trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Tìm hiểu yêu cầu của chuẩn bị giường bệnh	- Cần tham khảo yêu cầu chuẩn bị giường với người điều trị, ĐD trưởng - Quan sát tình trạng người bệnh nếu có - Cần hiểu rõ điều kiện, phương tiện sẵn có tại khoa - Nhìn vải trải giường cần thay có dính dịch tiết	- Ảnh hưởng sự an toàn của người bệnh (NB) - Hỗ trợ trong việc điều trị và chăm sóc - Đáp ứng nhu cầu NB - Chuẩn bị găng tay để bảo vệ	Phân loại trải giường để chuẩn bị thích hợp	
	2. Kiểm tra môi trường	- Phòng bệnh trống, hay có nhiều NB - Giường đã được tẩy uế trước chưa	Đảm bảo an toàn vệ sinh	- Giường đã được tẩy uế trước khi trải - Đệm phải được khử khuẩn: lau rửa, phơi nắng ...	

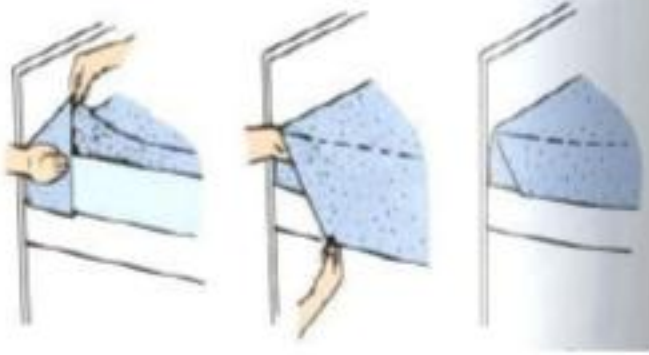
	3. Chuẩn bị dụng cụ 3.1. Giường 1 vải trải 3.2. Giường 2 vải 3.3. Giường ngoại khoa	- 1 Vải trải giường bề trái xếp ra ngoài - 1 gối và áo gối - 1 tấm cao su và vải phủ cao su (nếu cần) - 1 Vải trải giường bề trái xếp ra ngoài - 1 gối và áo gối - 1 tấm cao su và vải phủ cao su - 1 Vải đắp bề phải xếp ra ngoài - Găng sạch - Túi (nylon) đựng vải bẩn - 1 Vải trải giường bề trái xếp ra ngoài - 1 gối và áo gối - 2 tấm cao su và 2 vải phủ cao su - 1 Vải đắp bề phải xếp ra ngoài - 1 mền và vải phủ mền - Dụng cụ sưởi ấm, lấy dầu sinh hiệu, hút đờm, thở oxy - Găng sạch - Túi (nylon) đựng vải bẩn.	Sau khi trải, bề mặt sẽ ở ngoài Sau khi trải, bề phải sẽ tiếp xúc với NB	Các loại vải trải xếp theo thứ tự, bề sổng ra ngoài	 
--	---	--	--	--	--

	4. Chuẩn bị môi trường xung quanh giường - Tháo vải trải bàn	- Di chuyển giường ghế, tủ đầu giường..., - Khóa bánh xe ở chân giường - Hạ song chắn 2 bên giường nếu có - Hạ đầu giường cho thẳng - Kéo thẳng đệm vừa với mép giường - Nâng đệm tháo vải trải bàn, cuộn phần bàn vào trong - Nâng cao giường ngang với tầm thực hiện nếu được	- Tạo khoảng trống thuận lợi cho thao tác khi thực hiện - Giúp an toàn và tiện nghi khi thực hiện - Để mặt giường trên 1 mặt phẳng - Giữ an toàn cho môi trường - Tạo tư thế thoải mái, tránh khom lưng khi thực hiện	- Đệm khô sạch, vừa với cạnh giường - Giường không di chuyển khi thực hiện - Mặt phẳng giường phải thẳng - Phần bàn được cuộn vào trong, thao tác thực hiện từ đầu giường xuống chân giường	
	5. Giường 1 vải Trải vải trải giường	- Đặt sớng đôi vải trải ở giữa giường - Lai to ở đầu giường, lai nhỏ ở chân giường (nếu có)	Phân chia đều vải trải, không bị thiếu hoặc thừa các chiều của vải trải	Thực hiện 1 bên giường	 Đặt vải trải sớng đôi ở giữa giường

TRONG	5.1. Xếp rẻ quạt 1/2 vải trái	– Trải 1/2 vải trái thẳng bên gần – Xếp rẻ quạt 1/2 còn lại về bên xa.	Thuận lợi cho việc thực hiện từng bên giường	– Các mép rẻ quạt chồng lên nhau – Biên vải trái về phía bên nửa giường đối diện	 Xếp rẻ quạt 1/2 vải trái
	5.2. Bọc đầu đệm - Bọc cả 2 đầu đệm	– Kéo thẳng vừa phải vải trái – 1 tay nâng đệm (tay bên trong), 1 tay bên ngoài bọc vải trái qua đầu đệm	Giúp vải trái được thẳng sau khi tiến hành làm góc	Không nắm đầu đệm để ấn vải	 Bọc đầu đệm

5.3. Làm góc 2 đầu đệm	- Lật mặt trái vải trái lên đầu giường - Vuốt thẳng vải trái - Mép vải trái cao hơn mép đệm - 1 tay giữ mép, ấn vải trái dưới đệm	Giúp việc làm góc đạt tiêu chuẩn: - Không tuột góc - Đẹp	Góc = $\frac{1}{2}$ góc vuông	 Làm góc đầu đệm
5.4. Ấn vải dư	- Đứng ở giữa giường - Ấn sâu từ giữa giường ra hai đầu - Giữ hết phần dư của vải trái trong bàn tay úp, vừa kéo căng vải trái, ngửa bàn tay khi ấn	Giúp vải trái được thẳng và căng	Không cần di chuyển nhiều vẫn đảm bảo vải trái thẳng	 Ấn vải từ giữa giường ra 2 đầu

5.5. Làm nửa giường còn lại	– Qua bên kia giường kéo thẳng vải trải – Thực hiện phần còn lại như các bước 5.1.2; 5.1.3; 5.1.4			 Trải ½ giường còn lại
5.6. Thay áo gối	– Đặt mặt trái 1 góc của áo gối vào góc của gối, giữ và kéo góc còn lại – Xếp phần vải dư nếu có – Đặt gối lên đầu giường	Giúp thao tác được nhanh	– Không ôm gối vào người dù bẩn hay sạch – Tháo áo gối bẩn bề trái lộn ra ngoài	 Mặc áo gối
5.7. Sắp xếp lại vùng xung quanh giường	– Kéo giường, ghế, tủ đầu giường cho ngay ngắn – Trả giường về tư thế tiện nghi ban đầu	Trả lại sự tiện nghi cho khoa phòng		
5.8. Thu dọn vải bẩn	Cho vải bẩn vào túi nylon hoặc nơi qui định	Vải nhiễm dịch tiết để riêng hoặc cho vào túi nylon chống thấm		

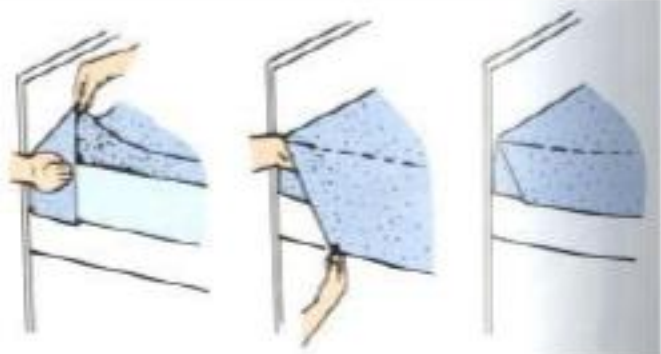
TRONG	6. Giường 2 vải Trải vải trải giường	– Đặt sòng đôi vải trải ở giữa giường – Đặt lại nhỏ (nếu có) bằng với mép đệm ở chân giường – Phần vải dư kéo thẳng lên đầu giường	Phân chia đều vải trải, không bị thiếu hoặc thừa các chiều của vải trải	– Thực hiện 1 bên giường – Mặt trái tiếp xúc với đệm, mặt phải ở trên	 Trải vải trải bằng mép đệm ở chân giường
	6.1. Xếp rẽ quạt ½ vải trải	– Trải ½ vải trải thẳng bên gần – Xếp rẽ quạt ½ còn lại về bên xa	Thuận lợi cho việc thực hiện từng bên giường	– Các mép rẽ quạt chồng lên nhau – Biên vải trải về phía bên nửa giường đối diện	 Xếp rẽ quạt ½ vải trải
	6.2. Bọc đầu đệm	– Kéo thẳng vừa phải vải trải - 1 tay nâng đệm (tay bên trong), 1 tay bên ngoài bọc vải trải qua đầu đệm	Giúp vải trải được thẳng sau khi tiến hành làm góc	Không nắm đầu đệm để ấn vải	
	6.3. Làm góc đầu đệm	– Lật mặt trái vải trải lên đầu giường – Vuốt thẳng vải trải – Mép vải trải cao hơn mép đệm – 1 tay giữ mép, ấn vải trải dưới đệm	Giúp việc làm góc đạt tiêu chuẩn: - Không tuột góc - Đẹp	Góc = ½ góc vuông	 Làm góc đầu đệm

6.4. Ấn vải dư	– Ấn sâu từ đầu giường xuống chân giường – Giữ hết phần dư của vải trải trong bàn tay úp, vừa kéo căng vải trải, ngửa bàn tay khi ấn	Giúp vải trải được thẳng và căng	Không thực hiện góc phần chân giường	
6.5. Trải tấm cao su	– Đặt tấm cao su ở ½ giường, cách đầu giường 40cm – Xếp rẽ quạt ½ tấm còn lại	Bảo vệ vải trải phần mông, nơi có nhiều dịch tiết	Biên vải về phía bên nửa giường đối diện	 Trải vải cao su ở giữa giường
6.6. Trải vải phủ cao su	– Đặt bằng vải cao su – Xếp rẽ quạt ½ tấm còn lại	Không để người bệnh nằm trực tiếp lên vải cao su, giúp người bệnh dễ chịu, thoải mái	Vải phủ phải bao phủ được vải cao su	 Trải vải phủ cao su ở giữa giường
6.7. Ấn tấm cao su và vải phủ cao su	Đứng giữa giường ấn tấm cao su và vải phủ ra 2 đầu	Ấn chắc, thẳng 1 bên giường	Tấm cao su được che phủ bằng vải phủ và ở vị trí giữa của đệm	 Trải vải cao su và vải phủ cao su ½ giường còn lại

6.8. Thực hiện nửa giường còn lại	Mang theo vải đắp, qua bên kia giường thực hiện phần còn lại				 Mang theo vải đắp khi thực hiện ½ giường còn lại
6.9. Trải vải đắp	– Đặt sớng đôi vải trải ở giữa giường – Lai to (nếu có) bằng với mép đệm ở đầu giường, phần vải dư kéo thẳng xuống ở chân giường	Phân chia đều vải trải, không bị thiếu hoặc thừa các chiều của vải trải	– Thực hiện 1 bên giường – Mặt phải tiếp xúc với người bệnh, mặt trái ở trên		 Trải vải đắp
6.10. Xếp rẻ quạt ½ tấm vải đắp	– Trải ½ vải đắp thẳng bên gần – Xếp rẻ quạt ½ còn lại về bên xa	Thuận lợi cho việc thực hiện từng bên giường	– Các mép rẻ quạt chồng lên nhau – Biên vải đắp về phía bên nửa giường đối diện		

6.11. Xếp góc vải đắp ở chân giường	- Bọc đầu đệm ở chân giường - Làm góc đệm ở chân giường	Đệm vẫn được phủ vải đắp, nhưng vẫn đảm bảo sự thoải mái cho người bệnh	Xếp $\frac{1}{2}$ góc vuông, không ấn vải đắp xuống đệm	 Làm góc ở chân giường
6.12. Trải nửa vải đắp còn lại	- Điều dưỡng đi qua bên kia giường - Kéo thẳng vải đắp - Xếp góc ở chân giường, không ấn	Hoàn tất trải giường với 2 tấm vải	- Đệm được che phủ bằng vải đắp - Xếp góc vải đắp ở chân giường	 Hoàn tất $\frac{1}{2}$ vải đắp cho $\frac{1}{2}$ giường còn lại
6.13. Thay áo gối	- Đặt mặt trái 1 góc của áo gối vào góc của gối, giữ và kéo góc còn lại - Xếp phần vải dư nếu có - Đặt gối lên đầu giường - Phủ vải đắp lên gối hoặc gấp mép vải đắp ngang gối	Giúp thao tác được nhanh	- Không ôm gối vào người dù bẩn hay sạch - Tháo áo gối bẩn bề trái lộn ra ngoài	 Thay áo gối

	6.14. Sắp xếp lại vùng xung quanh giường	- Kéo tủ đầu giường, ghế ngay ngắn - Khoá bánh xe chân giường	- Trả lại vị trí ban đầu các vật dụng xung quanh giường - Phòng bệnh trật tự, đẹp mắt		
SAU	6.15 Thu dọn vải bẩn	Cho vải bẩn vào túi nylon hoặc nơi qui định	Tránh lây nhiễm chéo	Túi đựng vải trải bẩn có nhiễm dịch tiết được để riêng	
TRONG	7. Giường ngoại khoa 7.1. Trải vải trải giường	- Đặt sớng đôi vải trải ở giữa giường - Đặt lai nhỏ (nếu có) bằng với mép đệm ở chân giường - Phần vải dư kéo thẳng lên đầu giường	Phân chia đều vải trải, không bị thiếu hoặc thừa các chiều của vải trải	- Thực hiện 1 bên giường - Mặt trái tiếp xúc với đệm, mặt phải ở trên	 Trải vải trải bằng mép đệm ở chân giường
	7.2. Xếp rẻ quạt 1/2 vải trải	- Trải 1/2 vải trải thẳng bên gần - Xếp rẻ quạt 1/2 còn lại về bên xa	Thuận lợi cho việc thực hiện từng bên giường	- Các mép rẻ quạt chồng lên nhau - Biên vải trải về phía bên nửa giường đối diện	 Xếp rẻ quạt 1/2 vải trải

7.3. Bọc đầu đệm	- Kéo thẳng vừa phải vải trái - 1 tay nâng đệm (tay bên trong), 1 tay bên ngoài bọc vải trái qua đầu đệm	Giúp vải trái được thẳng sau khi tiến hành làm góc	Không nắm đầu đệm để ấn vải	 Bọc đầu đệm
7.4. Làm góc đầu đệm	- Lật mặt trái vải trái lên đầu giường - Vuốt thẳng vải trái - Mép vải trái cao hơn mép đệm - 1 tay giữ mép, ấn vải trái dưới đệm	Giúp việc làm góc đạt tiêu chuẩn: - Không tuột góc, - Đẹp	Góc = $\frac{1}{2}$ góc vuông	 Làm góc đầu đệm
7.5. Ấn vải bần	- Ấn sâu từ đầu giường xuống chân giường - Giữ hết phần dư của vải trái trong bàn tay úp, vừa kéo căng vải trái, ngửa bàn tay khi ấn	Giúp vải trái được thẳng và căng	Không thực hiện góc phần chân giường	
7.6. Trải tấm cao su 1	- Đặt tấm cao su ở $\frac{1}{2}$ giường, cách đầu giường 40cm - Xếp rẽ quạt $\frac{1}{2}$ tấm còn lại - Ấn phần dư của tấm cao su	Bảo vệ vải trái phần mông, nơi có nhiều dịch tiết	Biên vải về phía bên nửa giường đối diện	 Trải vải cao su ở giữa giường

7.7. Trải vải phủ cao su 1	- Đặt bằng vải cao su - Xếp rẽ quạt $\frac{1}{2}$ tấm còn lại. - Ấn tấm vải phủ cao su - Đứng giữa giường ấn vải phủ ra 2 đầu	- Không để người bệnh nằm trực tiếp lên vải cao su, giúp người bệnh dễ chịu, thoải mái. - Ấn chắc, thẳng 1 bên giường	Vải phủ phải bao phủ được vải cao su	 Trải vải phủ cao su
7.8. Trải tấm cao su 2	- Đặt vải cao su $\frac{1}{2}$ giường phía đầu giường - Xếp rẽ quạt $\frac{1}{2}$ tấm cao su 2 ở $\frac{1}{2}$ giường - Bọc đầu đệm và làm góc	Bảo vệ vải trải phần đầu của người bệnh nơi có thể dính chất nôn	Tấm cao su 2 phủ lên tấm vải phủ cao su 1 khoảng 10cm	 Bọc và làm góc đầu đệm tấm cao su
7.9. Trải vải phủ cao su 2	- Trải vải phủ cao su $\frac{1}{2}$ giường, xếp rẽ quạt $\frac{1}{2}$ giường - Bọc đầu đệm - Làm góc	Không để người bệnh nằm trực tiếp lên vải cao su, giúp người bệnh dễ chịu, thoải mái	Vải phủ phải bao phủ được vải cao su	 Trải, bọc đầu đệm và làm góc vải phủ cao su 2
7.10. Trải vải đắp	- Đặt sớng đôi vải trải ở giữa giường - Lai to (nếu có) bằng với mép đệm ở đầu giường, phần vải dư kéo thẳng xuống ở chân giường	Phân chia đều vải trải, không bị thiếu hoặc thừa các chiều của vải trải	- Thực hiện 1 bên giường - Mặt phải tiếp xúc với người bệnh, mặt trái ở trên	

7.11. Xếp rẽ quạt ½ tấm vải đắp	- Trải ½ vải đắp thẳng bên gần - Xếp rẽ quạt ½ còn lại về bên xa	Thuận lợi cho việc thực hiện từng bên giường	- Các mép rẽ quạt chồng lên nhau - Biên vải đắp về phía bên nửa giường đối diện	
7.12. Trải vải phủ mền	- Đặt sớng đôi vải trải ở giữa giường - Lai vải bằng vải đắp - Xếp rẽ quạt ½ còn lại về bên xa	Phân chia đều vải trải, không bị thiếu hoặc thừa các chiều của vải trải	- Các mép rẽ quạt chồng lên nhau - Biên vải đắp về phía bên nửa giường đối diện	
7.13. Thực hiện nửa giường còn lại	- Trải ½ vải trải, tấm cao su, vải phủ cao su ở giữa giường và đầu giường - Trải tiếp vải đắp và vải phủ mền	Các bước theo trình tự như nửa giường đã làm.	Trải và kéo thẳng từng tấm vải	 Làm góc tấm cao su và phủ cao su ở đầu giường
7.14. Bao vải đắp	- Xếp vải phủ mền phía đầu giường bao mền lại - Xếp vải đắp phủ lên trên phải phủ mền phía đầu giường - Xếp vải dư ở chân giường và ½ giường bên này bằng mép đệm - Thực hiện xếp vải dư ở chân giường và ½ giường bên còn lại			 Bao vải đắp

	7.15. Bao áo gối	- Đặt mặt trái 1 góc của áo gối vào góc của gối, giữ và kéo góc còn lại - Xếp phần vải dư nếu có - Đặt gối lên đầu giường	Giúp thao tác được nhanh	- Không ôm gối vào người dù bẩn hay sạch - Tháo áo gối bẩn bề trái lộn ra ngoài	 Bao áo gối
	7.16. Sắp xếp lại vùng xung quanh giường	- Kéo tủ đầu giường, ghế ngay ngắn - Khoá bánh xe chân giường	- Trả lại vị trí ban đầu các vật dụng xung quanh giường - Phòng bệnh trật tự, đẹp mắt		
	7.17. Chuẩn bị nhận người bệnh	- Xếp rẽ quạt vải đắp và vải phủ mền 1/2 giường về bên xa - Chuẩn bị đèn sưởi và các vật dụng khác như quần áo, dụng cụ lấy dấu sinh hiệu, hút đờm, oxy...	- Chuẩn bị đón người bệnh nằm trên giường và sưởi ấm - Đảm bảo người bệnh được theo dõi và cung cấp đủ oxy.	- Cho người bệnh qua giường an toàn - Tránh để người bệnh nhiễm lạnh - Theo dõi theo giờ tránh tai biến xảy ra	 Xếp rẽ quạt vải đắp và vải phủ mền 1/2 giường về bên xa
SAU	7.18. Thu dọn vải bẩn	- Cho vải bẩn vào túi nylon hoặc nơi qui định	Tránh lây nhiễm chéo	Túi đựng vải bẩn có nhiễm dịch tiết được để riêng	

8. Tự đánh giá và huấn luyện

Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1	Phải bọc 2 đầu đệm trước khi làm góc		
2	Đệm giường cao 10 cm đủ để phòng nguy cơ loét giường		
3	Vải cao su được dùng cho tất cả loại giường		
4	Tình trạng bệnh có nhiều dịch tiết nên đặt người bệnh nằm trực tiếp lên vải cao su		
5	Giường ngoại khoa được chuẩn bị để đón người bệnh hôn mê		
6	Làm góc ở các đầu đệm ưu tiên từ đầu giường đến chân giường		
7	Vải trải giường bẩn dính dịch tiết sau khi tháo ra, để trực tiếp ngăn dưới cửa xe dụng cụ		
8	Tung vải trải giường sạch lên mặt giường kéo thẳng trước khi ấn sâu		
9	Vải trải giường có kích thước dài và rộng hơn đệm 50cm		
10	Phải nâng đệm lấy vải trải bẩn và cuộn mặt bẩn vào trong		
11	Cách làm góc giường ngoại khoa khác với giường bình thường		
12	Vải trải giường không nên kéo căng sẽ dễ làm rách vải		
13	Chỉ có một loại giường điều khiển bằng tay khi cần thay đổi đầu giường, chân giường hay toàn bộ giường		
14	Ấn vải dư từ trên xuống dưới cho tất cả các kiểu giường		
15	Tư thế Semi-Fowler's áp dụng cho người bệnh sau mổ vùng bụng		

Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

Trước khi bắt đầu thực hiện phần hướng dẫn thực hành, giáo viên có trách nhiệm thông báo những yêu cầu chính cần đạt được trong buổi huấn luyện.

- Sinh viên phải chắc chắn hiểu rõ các vấn đề liên quan đến kỹ thuật.
- Khi bắt đầu buổi huấn luyện, nên làm rõ các câu hỏi, giải đáp những thắc mắc của sinh viên và thảo luận những mục tiêu sinh viên cần đạt được trong buổi huấn luyện.
- Tóm tắt những vấn đề cần chú ý.
- Trước khi thực hành, sinh viên thảo luận theo nhóm, nhắc lại trình tự các bước trong kỹ thuật, nêu những bước quan trọng trong kỹ năng, thảo luận các vấn đề khó khăn và đưa ra giải pháp.
- Giáo viên giải thích và làm mẫu: Giáo viên giải thích toàn bộ quy trình kỹ thuật, trình diễn các bước theo quy trình, sinh viên quan sát có thể vừa làm theo.
- Sinh viên tự nhận xét và đặt câu hỏi.
- Giáo viên giải thích lại các vấn đề theo yêu cầu sinh viên.
- Kiểm tra sự tiếp thu của sinh viên: Giáo viên sẽ mời một sinh viên thực hiện lại kỹ thuật.
- Giáo viên nhận xét những ưu điểm, những sai sót cần chú ý với toàn thể nhóm.
- Thực hành theo nhóm:
 - + Yêu cầu tất cả sinh viên đều phải thực hành theo quy trình kỹ thuật. Giáo viên điều chỉnh thao tác giúp sinh viên quen dần với các kỹ năng, giáo viên chú ý những sai sót khi sinh viên thực hành, hướng dẫn lại giúp sinh viên thực hiện cho dễ dàng và đạt yêu cầu.

+ Các bạn sinh viên khác cùng quan sát bạn thực hiện thao tác trong kỹ thuật, cùng đóng góp ý kiến và rút kinh nghiệm khi giáo viên sửa sai.

Tự lượng giá: sử dụng bảng kiểm

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Tìm hiểu yêu cầu của chuẩn bị giường bệnh - Tình trạng bệnh - Phương tiện hỗ trợ - Quan sát vải trải giường					
2. Chuẩn bị dụng cụ đúng đủ theo yêu cầu 2.1. Giường 1 vải trải - 1 Vải trải giường bề trái xếp ra ngoài - 1 gối và áo gối - 1 tấm cao su và vải phủ cao su (nếu cần) 2.2. Giường 2 vải - 1 Vải trải giường bề trái xếp ra ngoài - 1 gối và áo gối - 1 tấm cao su và vải phủ cao su - 1 Vải đắp bề phải xếp ra ngoài 2.3. Giường ngoại khoa - 1 Vải trải giường bề trái xếp ra ngoài - 1 gối và áo gối - 2 tấm cao su và 2 vải phủ cao su - 1 Vải đắp bề phải xếp ra ngoài - 1 mền và vải phủ mền - Dụng cụ sưởi ấm, lấy dấu sinh hiệu, hút đờm, thở oxy - Găng sạch - Túi (nylon) đựng vải bẩn - Dung dịch khử khuẩn nếu cần					
3. Sắp xếp thứ tự dụng cụ - Kiểm tra bề sòng để ra ngoài					
4. Chuẩn bị môi trường xung quanh giường - Tạo khoảng trống để làm giường - Hạ song chắn 2 bên giường nếu có - Hạ đầu giường - Kéo thẳng đệm - Tháo vải trải bẩn nếu có					

5. Trải vải trải giường - Giường 1 vải - Đặt sớng đôi vải trải ở giữa giường - Lai to ở đầu giường, lai nhỏ ở chân giường (nếu có)					
5.1. Xếp rẽ quạt $\frac{1}{2}$ vải trải - Các mép rẽ quạt chồng lên nhau - Biên vải trải về phía bên nửa giường đối diện					
5.2. Bọc đầu đệm - Bọc cả 2 đầu đệm					
5.3. Làm góc 2 đầu đệm - Góc = $\frac{1}{2}$ góc vuông - Mép xếp góc ở trên cạnh đệm					
5.4. Ấn vải dư - Ấn từ giữa giường ra hai đầu					
5.5. Làm nửa giường còn lại - Qua bên kia giường kéo thẳng vải trải Thực hiện phần còn lại như các bước 5.2; 5.3,5.4					
5.6. Thay áo gối					
5.7. Sắp xếp lại vùng xung quanh giường - Trả lại vị trí ban đầu các vật dụng xung quanh giường					
5.8 Thu dọn vải bẩn - Cho vải bẩn vào túi nylon hoặc nơi qui định					
6. Giường 2 tấm vải					
6.1 - Đặt sớng đôi vải trải ở giữa giường - Lai (nhỏ) vải trải bằng mép đệm ở chân giường					
6.2. Xếp rẽ quạt $\frac{1}{2}$ vải trải - Các mép rẽ quạt chồng lên nhau - Biên vải trải về phía bên nửa giường đối diện					
6.3. Bọc đầu đệm					
6.4. Làm góc đầu đệm - Góc = $\frac{1}{2}$ góc vuông - Mép xếp góc ở trên cạnh đệm					
6.5. Ấn vải dư - Ấn từ đầu giường xuống chân giường					

6.6. Trải tấm cao su - Đặt tấm cao su ở ½ giường, cách đầu giường 40cm - Xếp rẽ quạt ½ tấm còn lại					
6.7. Trải vải phủ cao su - Đặt bằng vải cao su - Xếp rẽ quạt ½ tấm còn lại					
6.8. Ấn tấm cao su và vải phủ cao su - Ấn chắc, thẳng 1 bên giường					
6.9. Mang theo vải đắp, qua bên kia giường thực hiện phần còn lại - Giống các bước 3.4.5.6.7.8					
6.10. Trải vải đắp - Sóng đôi ở giữa giường, lai bằng mép đệm ở đầu giường					
6.11. Xếp rẽ quạt ½ tấm vải đắp - Các mép rẽ quạt chồng lên nhau - Biên vải trải về phía bên nửa giường đối diện					
6.12. Xếp góc vải đắp ở chân giường - Xếp ½ góc vuông, không ấn vải đắp xuống đệm					
6.13. Thực hiện trải nửa vải đắp còn lại - Kéo thẳng vải đắp - Xếp góc, không ấn					
6.14. Thay áo gối - Lộn trái áo gối bắn ra ngoài khi tháo - Mặc áo gối sạch, không ôm gối vào người					
6.15. Phủ vải đắp - Lật mép vải đắp ngang gối					
6.16. Sắp xếp lại vùng xung quanh giường - Trả lại vị trí ban đầu các vật dụng xung quanh giường					
6.17. Thu dọn vải bẩn - Cho vải bẩn vào túi nylon hoặc nơi qui định					
7. Giường ngoại khoa					
7.1. Trải vải trải giường, sóng đôi ở giữa giường					
7.2. Xếp rẽ quạt ½ vải trải giữa giường					
7.3. Bọc đầu đệm					

7.4. Làm góc đầu đệm - Góc = $\frac{1}{2}$ góc vuông - Mép xếp góc ở trên cạnh đệm					
7.5. Ấn vải dư - Ấn từ đầu giường xuống chân giường					
7.6. Trải tấm cao su 1 ở $\frac{1}{2}$ giường cách đầu giường 40cm, ấn phần dư dưới đệm					
7.7. Trải vải phủ cao su 1 ở $\frac{1}{2}$ giường					
7.8. Ấn tấm vải phủ cao su					
7.9. Trải tấm cao su 2 phía đầu giường phủ lên vải phủ cao su 1 khoảng 10cm - Xếp rẽ quạt $\frac{1}{2}$ giường - Bọc đầu đệm và làm góc tấm cao su 2					
7.10. Trải vải phủ cao su 2, xếp rẽ quạt $\frac{1}{2}$ giường - Bọc đầu đệm và làm góc vải phủ cao su 2					
7.11. Trải vải đắp					
7.12. Xếp rẽ quạt $\frac{1}{2}$ tấm vải đắp					
7.13. Trải vải phủ mền					
7.14. Thực hiện nửa giường còn lại từ bước 3 - 13					
7.15. Bao vải đắp - Xếp vải phủ mền phía đầu giường bao mền lại - Xếp vải đắp phủ lên trên vải phủ mền phía đầu giường - Xếp vải dư ở chân giường và $\frac{1}{2}$ giường bên này bằng mép đệm - Thực hiện xếp vải dư ở chân giường và $\frac{1}{2}$ giường bên còn lại					
7.16. Bao áo gối					
7.17. Sắp xếp lại vùng xung quanh giường - Trả lại vị trí ban đầu các vật dụng xung quanh giường					
7.18. Chuẩn bị nhận người bệnh - Xếp rẽ quạt vải đắp và vải phủ mền $\frac{1}{2}$ giường về bên xa - Chuẩn bị đèn sưởi và các vật dụng khác như quần áo, dụng cụ lấy dấu sinh hiệu, hút đờm, oxy...					
7.19. Thu dọn vải bẩn - Cho vải bẩn vào túi nylon hoặc nơi qui định					

THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG CÓ NGƯỜI BỆNH NẤM

1. Lý thuyết liên quan đến kỹ thuật

Giường bệnh là môi trường tiếp cận gần người bệnh nhất do đó người điều dưỡng khi đến chăm sóc hay thực hiện các kỹ thuật trên người bệnh phải luôn chú ý giữ cho giường được sạch sẽ, khô ráo, bằng phẳng vì nếu giường bệnh bị ẩm ướt do dịch tiết hay một nguyên nhân nào đều là nguy cơ làm ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe của người bệnh như loét giường, viêm da, nhiễm trùng... ngoài ra nếu vải trải giường không được thẳng thì các nếp nhăn của vải trải giường là một trong các yếu tố gây đè ép và là nguy cơ rất cao gây loét do tỳ đè cho những người bệnh nằm lâu tại giường.

Thời gian thay giường tốt nhất là lúc người bệnh đi tắm nếu người bệnh đi lại được hoặc khi tắm người bệnh tại giường xong, vì như vậy giúp cho giường được sạch sẽ lâu hơn. Ngoài ra người điều dưỡng cũng cần chú ý sự sạch sẽ, tiện nghi của vải trải giường và có thể kéo vải trải giường lại cho thẳng trong khi người bệnh ngồi xuống ghế để ăn hoặc đi dạo mát hoặc đi làm xét nghiệm.

Trong khi thay vải trải giường người điều dưỡng phải luôn chú ý luôn áp dụng vô khuẩn nội khoa trong khi thay vải trải giường, quần đồ vải bị ướt, dính chất tiết vào trong, bỏ gọn đồ vải bẩn vào túi chứa tránh làm dính vào người hay các dụng cụ xung quanh, nếu đồ vải ướt bị rớt xuống sàn nhà phải lau chùi và xử lý ngay, hạn chế sự lây nhiễm chéo.

Khi người bệnh có nguy cơ chảy dịch tiết ra ngoài, tuyệt đối không để người bệnh nằm trực tiếp trên tấm nylon (cao su) mà phải dùng tấm phủ bằng vải để lên trên để thấm hút dịch tiết.

Khi người bệnh không ra khỏi giường được, phải luôn luôn giữ an toàn cho người bệnh bằng cách để người bệnh nằm hẳn một bên giường hoặc nằm nghiêng rồi kéo song chắn lên để tránh gây té ngã cho người bệnh, nếu giường không có song chắn thì phải cần một người phụ để giữ người bệnh trong khi người điều dưỡng thay giường.

2. Quy trình kỹ thuật: Thay giường với một vài trải

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị người bệnh	Báo giải thích cho người bệnh	Giúp người bệnh chuẩn bị tâm lý trước	Thái độ niềm nở, ân cần	
	2. Rửa tay	Áp dụng rửa tay thường qui	Giảm sự lây nhiễm	Rửa sạch các mặt của bàn tay	
	3. Soạn dụng cụ	Chuẩn bị một xe dụng cụ trong đó có chứa - Một vài trải giường - Một áo gối - Túi đựng đồ bẩn - Tấm cao su và vải phủ	- Để người bệnh tiếp xúc với bề phải của vài trải giường - Thấm hút chất tiết	- Bề trái xếp ra ngoài - Có thể dùng vỏ áo gối cũ Nếu người bệnh có nguy cơ chất tiết dính ra giường	
	4. Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Báo và giải thích cho người bệnh	Giải thích cho người bệnh hiểu về tầm quan trọng của việc thay vài trải giường	Thái độ niềm nở, vui vẻ, thân thiện	
	5. Chuẩn bị vùng phụ cận	Kéo tủ đầu giường, ghế... ra xa	Tạo khoảng trống để tiện việc trải giường	Hạn chế di chuyển nhiều, tạo khoảng trống vừa đủ	
	6. Đặt người bệnh nằm một bên giường	Một tay giữ vai, một tay giữ hông cho người bệnh nằm nghiêng một bên giường	Tạo khoảng trống một bên giường để tiện việc làm nửa giường	Giữ cho người bệnh được an toàn bằng cách kéo song chấn hoặc nhờ người phụ giữ người bệnh	

TRONG	7. Thực hiện kỹ thuật thay vải trải giường với một vải trải:	Tháo vải bẩn cuộn vào trong	Tránh lây nhiễm chéo	Tránh chạm tay vào mặt vải trải giường tiếp xúc với người bệnh, tránh làm tung bụi	
		Đặt vải trải giường lên 1/2 giường	Trải 1/2 giường	- Tầm trải để nếp sóng đôi ở giữa giường - Phủ đều 2 đầu đệm - Tránh tung tằm vải trải lên để hạn chế sự phát tán vi khuẩn	
	Xếp rẽ quạt 1/2 vải trải ra giữa giường. Bọc 2 đầu đệm và làm góc 2 đầu đệm Ấn vải dư xuống dưới đệm	Chuẩn bị trước để khi trải phần giường còn lại được dễ dàng Giữ cho vải trải giường được thẳng - Ấn vải dư từ giữa giường ra hai đầu giường - Vừa kéo vừa ấn để vải trải giường được thẳng	- Một tay nâng đệm, một tay bọc đầu đệm - Góc phải chắc chắn và ấn sâu phần vải dư dưới đệm		
	- Đỡ người bệnh về 1/2 giường đã trải xong. - Một tay giữ vai, một tay giữ hông cho người bệnh nằm ngửa và từ từ giữ vai và hông kéo người bệnh nằm nghiêng một bên giường đã trải xong	Tạo khoảng trống cho phần giường còn lại	Giữ an toàn cho người bệnh khi nâng đỡ bằng cách kéo song chắn hoặc nhờ người phụ giữ người bệnh		

		Qua bên kia giường tháo vải bẩn cuộn vào trong cho vào túi đựng đồ bẩn	Hạn chế sự lây nhiễm từ đồ vải bẩn	Tránh chạm phần đồ vải bẩn vào người	
		Thực hiện trải giường giống các bước trên cho nửa giường còn lại	Trải ½ giường còn lại	- Bọc 2 đầu đệm rồi mới làm góc - Kéo thẳng vải dư trước khi ấn sâu dưới đệm - Bảo đảm vải trải giường thẳng và gọn gàng	
		Một tay giữ vai, một tay giữ hông cho người bệnh nằm ngửa và từ từ luồn tay dưới đầu, vai kéo phần đầu ra giữa giường rồi luồn tay dưới thắt lưng và khoeo chân kéo phần còn lại qua giữa giường	Giúp người bệnh tiện nghi	- Giữ an toàn cho người bệnh khi nâng đỡ - Nếu người bệnh quá nặng có thể nhờ một người phụ để nâng đỡ	
8.Thay áo gối		Một tay nâng cổ, một tay lấy gối ra	- Ngừa tổn thương cơ vùng cổ - Tránh làm gập hoặc ngửa cổ người bệnh quá mức	Động tác nhẹ nhàng	
		Lộn bề trái của áo gối ra ngoài	Hạn chế sự lây nhiễm từ đồ vải bẩn	Tránh chạm phần áo gối bẩn vào người	

		Đặt gối trở lại dưới đầu người bệnh	Giúp người bệnh được thoải mái, tiện nghi	Làm sao cho các phần dư của áo gối không thừa ra ngoài	
	9. Chuẩn bị các vùng phụ cận	Quay đầu giường lên với độ cao phù hợp với yêu cầu điều trị hoặc tùy theo yêu cầu người bệnh	Giúp người bệnh an toàn và tiện nghi	- Độ cao của giường phải phù hợp với tình trạng bệnh - Nếu giường không thể quay được thì có thể dùng gối để chèn	
		Sắp xếp bàn ghế, tủ đầu giường	Phòng bệnh được ngăn nắp	Kéo bàn ghế nhẹ nhàng tránh gây tiếng động	
		- Báo cho người bệnh biết việc đã xong - Quan sát người bệnh phát hiện các dấu hiệu bất thường như khó thở, mệt...	Giúp người bệnh an toàn, thoải mái và tiện nghi	Quan sát người bệnh trước khi rời khỏi giường, bảo đảm người bệnh được an toàn và tiện nghi	
SAU	10. Thu dọn dụng cụ	Thu dọn túi đựng đồ vải bẩn	Xử lý đồ vải theo đúng qui định, tránh lây nhiễm chéo	Tránh chạm vào các đồ vải bẩn, nếu đồ vải bị ướt cần phải sử dụng túi plastic để chứa tránh chất tiết rơi vãi ra ngoài	

3. Quy trình kỹ thuật: Thay giường với hai vải trải

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị người bệnh	Báo giải thích cho người bệnh	Giúp người bệnh chuẩn bị tâm lý trước	Thái độ niềm nở, ân cần	
	2. Rửa tay	Áp dụng rửa tay thường qui	Giảm sự lây nhiễm	Rửa sạch các mặt của bàn tay	
	3. Soạn dụng cụ	Chuẩn bị một xe dụng cụ trong đó có chứa - Một vải trải giường - Một tấm vải đắp - Một áo gối - Túi đựng đồ bẩn - Tấm cao su và vải phủ	- Để người bệnh tiếp xúc với mặt phải của vải trải giường - Để người bệnh tiếp xúc với mặt phải của vải trải giường - Thấm hút chất tiết	- Mặt trái xếp ra ngoài - Mặt phải xếp ra ngoài - Có thể dùng vỏ áo gối cũ Nếu người bệnh có nguy cơ chất tiết dính ra giường	
	4. Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Báo và giải thích cho người bệnh	Giải thích cho người bệnh hiểu về tầm quan trọng của việc thay vải trải giường	Thái độ niềm nở, vui vẻ và thân thiện	
	5. Chuẩn bị vùng phụ cận	Kéo tủ đầu giường, ghế... ra xa	Tạo khoảng trống để tiện việc trải giường	Hạn chế di chuyển nhiều, tạo khoảng trống vừa đủ	
	6. Đặt người bệnh nằm một bên giường	Một tay giữ vai, một tay giữ hông cho người bệnh nằm nghiêng một bên giường	Tạo khoảng trống một bên giường để tiện việc làm nửa giường	Giữ cho người bệnh được an toàn bằng cách kéo song chắn hoặc nhờ người phụ giữ người bệnh	

TRONG	7. Thực hiện kỹ thuật thay vải trải giường với hai vải trải	Tháo vải bẩn cuộn vào trong	Tránh lây nhiễm chéo	Tránh chạm tay vào mặt vải trải giường tiếp xúc với người bệnh, tránh làm tung bụi	
		Đặt vải trải giường lên 1/2 giường	Trải 1/2 giường	- Tầm trải để nếp sóng đôi ở giữa giường - Để một đầu của tấm trải bằng mép đệm ở chân giường - Tránh tung tấm vải trải lên để hạn chế sự phát tán vi khuẩn	
		Xếp rẽ quạt 1/2 vải trải ra giữa giường	Chuẩn bị trước để khi trải phần giường còn lại được dễ dàng	Xếp rẽ quạt phần dư ra giữa giường và nhét sâu phần còn lại dưới lưng người bệnh	
		Bọc đầu đệm ở đầu giường, kéo phần vải trải giường ở chân giường cho thẳng.	Giữ cho vải trải giường được thẳng	Một tay nâng đệm, một tay bọc đầu đệm	
		Làm góc đầu đệm ở đầu giường	Giữ cho vải trải giường được thẳng	Góc phải chắc chắn và ấn sâu phần vải dư dưới đệm	
		Ấn vải dư xuống dưới đệm	Kéo cho vải trải giường được thẳng	- Ấn vải dư từ đầu giường đến chân giường - Vừa kéo vừa ấn để vải trải giường được thẳng	

		Đặt tấm cao su cách đầu giường 40cm, xếp rẽ quạt phần tấm cao su nhét sâu dưới lưng người bệnh, phần dư ấn sâu dưới đệm	Chất tiết không thấm xuống giường	Vuốt tấm cao su cho thẳng trước khi nhét dưới lưng người bệnh và ấn sâu dưới đệm	
		Đặt tấm vải phủ lên trên tấm cao su, xếp rẽ quạt phần tấm vải phủ nhét sâu dưới lưng người bệnh, phần dư ấn sâu dưới đệm	Chất tiết được thấm hút	Vuốt tấm vải phủ cho thẳng trước khi nhét dưới lưng người bệnh và ấn sâu dưới đệm	
		- Đỡ người bệnh về 1/2 giường đã trải xong - Một tay giữ vai, một tay giữ hông cho người bệnh nằm ngửa và từ từ giữ vai và hông kéo người bệnh nằm nghiêng một bên giường đã trải xong	Tạo khoảng trống cho phần giường còn lại	Giữ an toàn cho người bệnh khi nâng đỡ bằng cách kéo song chắn hoặc nhờ người phụ giữ người bệnh	
		Qua bên kia giường mang theo tấm vải đắp để ở thành giường, tháo vải bẩn cuộn vào trong cho vào túi đựng đồ bẩn.	Hạn chế sự lây nhiễm từ đồ vải bẩn	Tránh chạm phần đồ vải bẩn vào người	
		Thực hiện trải giường giống các bước trên cho nửa giường còn lại	Trải 1/2 giường còn lại	- Bọc đầu đệm rồi mới làm góc - Kéo thẳng vải dư trước khi ấn sâu dưới đệm - Bảo đảm vải trải giường thẳng và gọn gàng	

		Kéo tấm cao su và tấm vải phủ cùng lúc và ấn sâu dưới đệm	Giữ cho tấm vải cao su và tấm phủ được thẳng	Kéo thẳng vải dư trước khi ấn sâu dưới đệm	
		Một tay giữ vai, một tay giữ hông cho người bệnh nằm ngửa và từ từ luồn tay dưới đầu, vai kéo phần đầu ra giữa giường rồi luồn tay dưới thắt lưng và kheo chân kéo phần còn lại qua giữa giường	Giúp người bệnh tiện nghi	- Giữ an toàn cho người bệnh khi nâng đỡ - Nếu người bệnh quá nặng có thể nhờ một người phụ để nâng đỡ	
		Đặt tấm vải đắp lên 1/2 giường	Trải tấm đắp lên 1/2 giường	- Tấm vải đắp để nếp sóng đôi ở giữa giường - Để một đầu của tấm vải đắp bằng mép đệm ở đầu giường - Tránh tung tấm vải đắp lên để hạn chế sự phát tán vi khuẩn	
		Xếp rẻ quạt 1/2 vải đắp ra giữa giường	Chuẩn bị trước để khi trải phần tấm đắp còn lại được dễ dàng	- Xếp rẻ quạt phần dư và phủ lên 1/2 người bệnh - Lật phần đầu của tấm vải đắp xuống 30-40cm để không phủ lên mặt của người bệnh	

		Làm góc ở mép đệm chân giường	Giúp tấm vải đắp được gọn gàng	Làm góc, nhưng không ấn sâu dưới đệm	
		Qua bên kia giường, cuộn gọn gàng vải đắp bản vào trong cho vào túi đựng đồ bản	Hạn chế sự lây nhiễm từ đồ vải bản	Tránh chạm phần đồ vải bản vào người	
		Kéo vải đắp mới che cho người bệnh, xếp ly ở mép đệm chân giường trước khi bọc chân đệm	Giúp người bệnh cử động dễ dàng bản và ngón chân trong tấm vải đắp	- Xếp 1-2 ly - Luôn giữ cho tấm vải đắp được thẳng và có khoảng cách cử động cho người bệnh	
		Làm góc ở chân giường còn lại	Giúp tấm vải đắp được gọn gàng	Làm góc, nhưng không ấn sâu dưới đệm	
	8. Thay áo gối	Một tay nâng cổ, một tay lấy gối ra	- Ngừa tổn thương cơ vùng cổ - Tránh làm gập hoặc ngừa cổ người bệnh quá mức	Động tác nhẹ nhàng	
		Lộn bề trái của áo gối ra ngoài	Hạn chế sự lây nhiễm từ đồ vải bản	Tránh chạm phần áo gối bản vào người	
		Một tay nắm một góc của gối và nắm góc của áo gối mới, tay còn lại mặc phần áo gối còn lại vào gối	Hạn chế sự lây nhiễm từ đồ vải bản	Tránh chạm phần gối bản vào người	

		Đặt gối trở lại dưới đầu người bệnh	Giúp người bệnh được thoải mái, tiện nghi	Làm sao cho các phần dư của áo gối không thừa ra ngoài	
	9. Chuẩn bị các vùng phụ cận	- Nâng đầu giường lên với độ cao phù hợp với yêu cầu điều trị hoặc tùy theo yêu cầu người bệnh - Sắp xếp bàn ghế, tủ đầu giường	- Giúp người bệnh an toàn và tiện nghi - Phòng bệnh được ngăn nắp	- Độ cao của giường phải phù hợp với tình trạng bệnh - Nếu giường không thể nâng được thì có thể dùng gối để chèn	
		- Báo cho người bệnh biết việc đã xong - Quan sát người bệnh phát hiện các dấu hiệu bất thường như khó thở, mệt...	Giúp người bệnh an toàn, thoải mái và tiện nghi	Quan sát người bệnh trước khi rời khỏi giường, bảo đảm người bệnh được an toàn và tiện nghi	
SAU	10. Thu dọn dụng cụ	Thu dọn túi đựng đồ vải bẩn	Xử lý đồ vải theo đúng quy định, tránh lây nhiễm chéo	Tránh chạm vào các đồ vải bẩn, nếu đồ vải bị ướt cần phải sử dụng túi plastic	

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

Trước khi bắt đầu phần hướng dẫn thực hành, giáo viên có trách nhiệm thông báo những yêu cầu chính cần đạt được trong buổi huấn luyện:

- Phải chắc chắn sinh viên hiểu rõ được mọi vấn đề trong buổi huấn luyện. Khi bắt đầu buổi huấn luyện, nên làm rõ các câu hỏi, những điều mà sinh viên chưa nắm rõ và chú ý đến những điều mà sinh viên có thể đạt được sau buổi huấn luyện.

- Tóm tắt những vấn đề cần chú ý. Trước khi giải thích và thực hành, cần đề cập đến những bước quan trọng trong kỹ năng. Giáo viên cần phải nói rõ từng bước trong phần quy trình kỹ thuật.

- Giáo viên giải thích và làm mẫu: Giáo viên sẽ thực hiện toàn bộ các bước của kỹ thuật, sau đó sẽ làm lại từng bước một của kỹ thuật và giải thích lý do tại sao phải thực hiện những bước kỹ thuật này, trong khi đó sinh viên sẽ quan sát và làm theo, sinh viên có thể đặt những câu hỏi và nhận xét và thậm chí có thể yêu cầu giáo viên thực hiện trở lại bước quy trình mà sinh viên không nắm rõ.

- Kiểm tra sự tiếp thu của sinh viên: Mời một sinh viên lên trình diễn lại kỹ năng vừa dạy đồng thời các sinh viên khác sẽ quan sát và cho nhận xét.

- Thực hành theo nhóm:

- + Các sinh viên sẽ được thực hành trên giường theo từng nhóm nhỏ theo quy trình kỹ thuật. Giáo viên điều chỉnh thao tác giúp sinh viên quen dần với các kỹ năng. Giáo viên chú ý những sai sót khi sinh viên thực hành, hướng dẫn lại giúp sinh viên thực hiện cho dễ dàng và đạt yêu cầu

- + Các bạn sinh viên khác cùng quan sát bạn thực hiện thao tác trong kỹ thuật, cùng đóng góp ý kiến và rút kinh nghiệm khi giáo viên sửa sai.

4.2. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm (checklist)

4.3. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật thay vải trải giường có người bệnh nằm với một tấm vải trải

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh					
2	Rửa tay					
3	Soạn dụng cụ					
4	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
5	Chuẩn bị vùng phụ cận					
6	Đặt người bệnh nằm một bên giường					
7	Thực hiện kỹ thuật thay vải trải giường với một vải trải					
7.1	Tháo vải bản cuộn vào trong					
7.2	Đặt vải trải giường lên 1/2 giường					
7.3	Xếp rẽ quạt 1/2 vải trải ra giữa giường					
7.4	Bọc 2 đầu đệm và làm góc 2 đầu đệm					

7.5	Ấn vải dư xuống dưới đệm					
7.6	Đỡ người bệnh về ½ giường đã trải xong					
7.7	Qua bên kia giường tháo vải bẩn cuộn vào trong cho vào túi đựng đồ bẩn					
7.8	Thực hiện trải giường giống các bước: 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6 trên cho nửa giường còn lại					
7.9	Cho người bệnh nằm ngửa qua giữa giường					
8	Thay áo gối					
9	Chuẩn bị các vùng phụ cận					
10	Thu dọn dụng cụ					

4.4. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật thay vải trải giường có người bệnh nằm với hai tấm vải trải

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh					
2	Rửa tay					
3	Soạn dụng cụ					
4	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
5	Chuẩn bị vùng phụ cận					
6	Đặt người bệnh nằm một bên giường					
7	Thực hiện kỹ thuật thay vải trải giường với một vải trải:					
7.1	Tháo vải bẩn cuộn vào trong					
7.2	Đặt vải trải giường lên ½ giường					
7.3	Xếp rẽ quạt ½ vải trải ra giữa giường					
7.4	Bọc đầu đệm ở đầu giường, kéo phần vải trải giường ở chân giường cho thẳng.					
7.5	Làm góc đầu đệm ở đầu giường					
7.6	Ấn vải dư xuống dưới đệm					
7.7	Đặt tấm cao su ½ giường cách đầu giường 40cm, phần dư ấn sâu dưới đệm					
7.8	Đặt tấm vải phủ cao su ½ giường, phần dư ấn sâu dưới đệm					
7.9	Đỡ người bệnh về ½ giường đã trải xong.					

7.10	Qua bên kia giường mang theo tấm vải đắp để ở thành giường, tháo vải bẩn cuộn vào trong cho vào túi đựng đồ bẩn.					
7.11	Thực hiện trải giường giống các bước: 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6. 7.7, 7.9 trên cho nửa giường còn lại					
7.11	Kéo tấm cao su và tấm vải phủ cùng lúc và ấn sâu dưới đệm					
7.12	Cho người bệnh nằm ngửa qua giữa giường					
7.13	Đặt tấm vải đắp lên 1/2 giường					
7.14	Xếp rẽ quạt 1/2 vải đắp ra giữa giường					
7.15	Làm góc ở mép đệm chân giường					
7.16	Qua bên kia giường, cuộn gọn gàng vải đắp bẩn vào trong cho vào túi đựng đồ bẩn					
7.17	Kéo vải đắp mới che cho người bệnh, xếp ly ở mép đệm chân giường trước khi bọc chân đệm					
7.18	Làm góc ở chân giường còn lại					
8	Thay áo gối					
9	Chuẩn bị các vùng phụ cận					
10	Thu dọn dụng cụ					

5. Thực hành kỹ thuật

Thực hành tại lab không có giáo viên

Thực hành một mình hoặc với nhóm: bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

Tổ chức giám sát bằng nhiều cách:

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên tại khoa lâm sàng
- Giáo viên hướng dẫn tại khoa lâm sàng

TƯ THẾ NGHỈ NGƠI TRỊ LIỆU THÔNG THƯỜNG

1. Giới thiệu tổng quan

Trong chế độ điều trị đối với một số bệnh đòi hỏi người bệnh có một tư thế nằm đặc biệt, mỗi tư thế có những chỉ định và chống chỉ định rõ ràng, giúp người bệnh nằm điều trị liên tục kéo dài trên giường được thoải mái và tiện nghi, ngoài ra còn tránh được biến chứng do tư thế sai hay thiếu dụng cụ hỗ trợ, đồng thời còn giúp cho điều trị, chăm sóc bệnh đạt hiệu quả.

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Nhận thức tầm quan trọng của việc thay đổi tư thế khi nằm viện
2. Mô tả các yêu cầu của dụng cụ hỗ trợ
3. Trình bày yêu cầu của nhận định NB trước khi chọn tư thế
4. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho từng loại tư thế
5. Thực hiện quy trình kỹ thuật đặt NB tư thế nghỉ ngơi trị liệu thích hợp tại phòng rèn luyện kỹ năng
6. Thảo luận và tự rèn luyện về thái độ khi thực hiện để đảm bảo sự an toàn

3. Lý thuyết

Người bệnh già yếu, suy kiệt, mệt mỏi, vận động hạn chế và nhất là những người bệnh có các vấn đề về thần kinh, cơ xương khớp luôn đòi hỏi sự hỗ trợ trong tư thế để được thoải mái mà vẫn giữ được tư thế cơ năng khi nằm hay ngồi. Để đạt được điều này người điều dưỡng thường dùng các dụng cụ hỗ trợ, nhưng trước khi thực hiện, điều dưỡng cần nhận định rõ tình trạng người bệnh để lựa chọn dụng cụ thích hợp theo yêu cầu điều trị và kích cỡ tương ứng với từng người bệnh

3.1 Các dụng cụ hỗ trợ để giữ tư thế thích hợp

Gối :	Có nhiều loại hình dáng khác nhau hay kích cỡ khác nhau, giúp nâng đỡ các phần của cơ thể, nâng chiều cao, giảm đau sau mổ, dùng làm nệm, hỗ trợ khi người bệnh ho, giúp thở được sâu
Vải cuộn lót vùng	Đề phòng chân xoay ngoài khi người bệnh nằm ngửa
Thắt lưng - Mông	Dùng vải dày hay mền cuộn 2 đầu, đặt dưới vùng thắt lưng đến gối
Cuộn băng	Duy trì chức năng cầm nắm của ngón 1, và duy trì tư thế cơ năng của các khớp ngón tay và bàn tay
Nẹp cổ tay	Giữ tư thế cho ngón 1 và khớp cổ tay
Giày ống	Duy trì bàn chân ở tư thế thẳng góc với cổ chân, khớp cổ chân ở tư thế thích hợp. Giày làm bằng plastic cứng hay chất dẻo nặng. Khi áp dụng điều dưỡng nên nhớ tháo giày ít nhất 3 lần trong ngày để quan sát, theo dõi tình trạng da và hoạt động của các khớp
Thanh xà treo	Thường đặt ở đầu giường, dùng cho người bệnh chi trên vẫn cử động bình thường, chi dưới yếu, liệt hay đang tổn thương. Người bệnh nắm xà để hỗ trợ khi cần di chuyển lên phía đầu giường, giúp ngồi lên dễ dàng, hay còn là dụng cụ để tập tăng sức mạnh cho cánh tay
Song giường	Đặt dọc 2 bên giường, theo chiều dài của giường, giữ an toàn cho người bệnh hay trợ sức khi người bệnh muốn ngồi lên
Hộp gỗ	Giữ bàn chân thẳng góc với cổ chân, tránh biến chứng bàn chân xuôi

Khi đặt người bệnh ở các tư thế điều trị hay nghỉ ngơi, điều dưỡng cần chú ý các khớp nên ở tư thế cơ năng và hơi co để tránh giảm khả năng vận động về sau.

Ngoài ra điều dưỡng cần phải chú ý các vùng chèn ép do tư thế tại các điểm xương lồi để tránh biến chứng loét giường.

3.2 Nhận định

Trước khi cho người bệnh nằm theo tư thế nào, người điều dưỡng cần biết các vấn đề sau:

- Tình trạng bệnh: có tổn thương cột sống, khó khăn khi thở, vấn đề về thần kinh, loại phẫu thuật, có dẫn lưu kèm theo ...

- Y lệnh của thầy thuốc
- Khả năng thể chất của người bệnh
- + Tuổi
- + Tri giác
- + Tiến trình bệnh lý
- + Tâm vận động, sức cơ
- + Khả năng phối hợp
- Tiền sử các bệnh mãn tính có liên quan
- Sở thích và thói quen của người bệnh
- Các yếu tố nguy cơ

3.3 Các tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường

3.3.1 Tư thế nằm ngửa thẳng

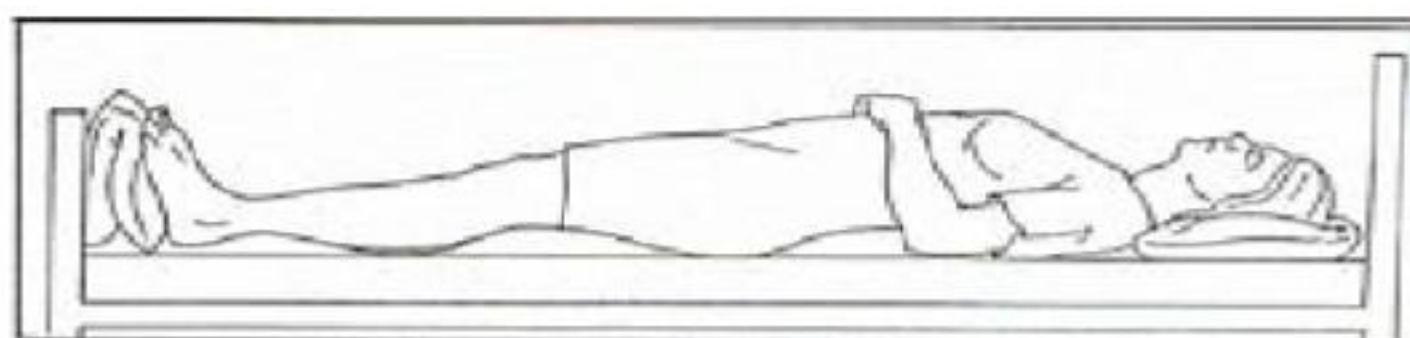
Thường áp dụng khi nằm nghỉ

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

Chống chỉ định: Người bệnh hôn mê, hay nôn ói nhiều.

Khi cho người bệnh nằm ngửa điều dưỡng cần chèn lót vùng lưng mông, tăng sự thoải mái theo yêu cầu của người bệnh, lưu ý các khớp bàn ngón, bàn chân xuôi.

- Yêu cầu giữ tư thế đúng khi nằm ngửa
- + Đầu, cổ và cột sống nằm trên đường thẳng
- + Cánh tay đặt hai bên thân người, bàn tay để úp
- + Chân đặt song song với thân người
- Trở ngại tư thế ngửa thẳng
- + Vai không được nâng đỡ, thường có khuynh hướng xoay trong
- + Mờ rộng khuỷu
- + Khớp hông dễ xoay ngoài
- + Ngón 1 bàn tay luôn dạng
- + Bàn chân duỗi
- + Vị trí chèn ép nhiều: vùng cằm, bả vai, cột sống, khuỷu, gót chân



Tư thế nằm ngửa thẳng

3.3.2 Tư thế Fowler's

Tư thế này người bệnh được đặt nằm đầu cao với nhiều mức độ khác nhau, thường được áp dụng trong thời kỳ dưỡng bệnh, người già, khi cho người bệnh ăn tại giường, giúp người bệnh thoải mái khi ngồi nghỉ hay xem sách báo, tivi.

Ngoài ra tư thế này được dùng trong kỹ thuật chăm sóc hay điều trị các bệnh như:

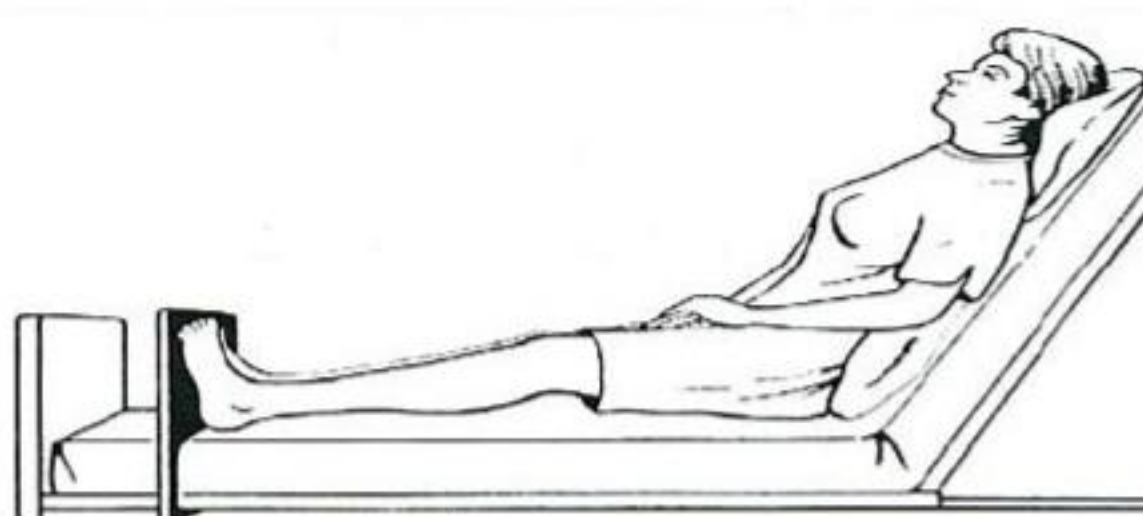
- Sau một số phẫu thuật ở bụng
- Bệnh đường hô hấp, bệnh tim

Chống chỉ định

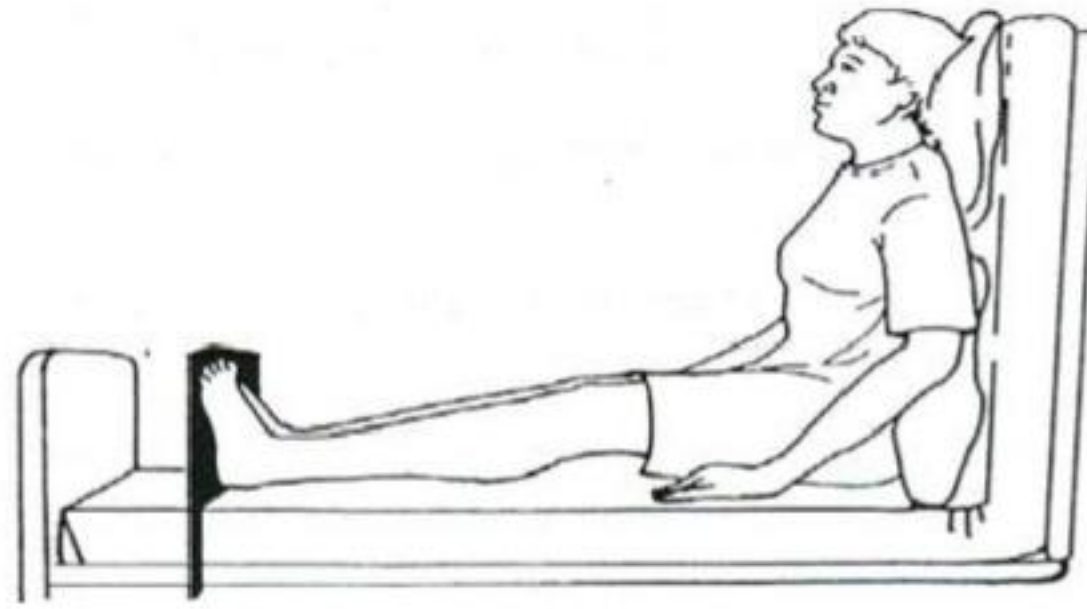
- Người bệnh có rối loạn về ruột.
- Người bệnh hôn mê, sau gây mê

Có 3 mức độ :

- Semi Fowler's nâng đầu giường 30°
- Fowler 's nâng đầu giường 45° - 60°
- High Fowler 's nâng đầu giường 60° - 90°
- Yêu cầu giữ tư thế đúng khi nằm ngửa
- + Đầu, cổ và lưng nằm trên đường thẳng
- + Sức nặng của cơ thể được nâng đỡ
- + Cánh tay được chèn lót nâng đỡ và đặt hai bên thân người, bàn tay để úp
- + Chân đặt song song với thân người
- + Gối hơi co được nâng đỡ bằng gối tròn hay nâng chân giường
- + Bàn chân để thẳng góc với cổ chân
- Giữ an toàn cho người bệnh bằng cách kéo song chắn 2 bên giường, chú ý chèn lót nâng đỡ các vùng cổ vai, cánh tay, gối, bàn chân.



Tư thế Fowler's 45° - 60°



Tư thế high Fowler 's 90⁰

3.3.3 Tư thế nằm sấp

Người bệnh được nằm úp bụng trên mặt phẳng giường, mặt nghiêng 1 bên, vùng lưng mông không bị đè ép, do đó tư thế này được áp dụng trong trường hợp người bệnh có vết loét ép vùng lưng, vùng xương cùng cụt. Cột sống để thẳng và chân mở rộng.

Theo tác giả Defloor (2000) cho rằng tư thế nằm sấp giúp giảm nguy cơ loét giường nhiều nhất, tuy nhiên trên thực tế tư thế này lại ít được áp dụng.

Người bệnh nằm sấp thì sức nặng của cơ thể thường tập trung tại 2 đầu vùng xương đòn, mào chậu. Chú ý chèn lót vùng mặt và vai ngực, chèn lót vùng bụng giúp giảm áp lực của cột sống và giảm đè ép lên vùng ngực. Do đó tư thế này còn được áp dụng khi có chướng hơi ở bụng.

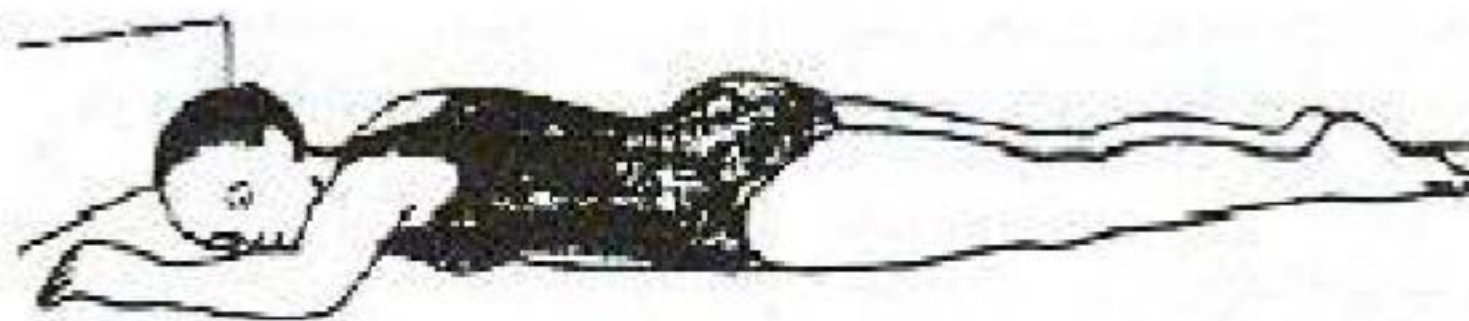
Chỉ định: áp dụng trong các trường hợp:

- Vết loét hay có những tổn thương vùng lưng mông
- Khám vùng gáy, lưng, mông
- Trẻ nhỏ ngủ hay giật mình

Trở ngại tư thế nằm sấp:

- Tăng độ cong của cột sống
- Không thuận lợi nên ít áp dụng

Các vùng dễ bị chèn ép: 2 đầu vùng xương đòn, mào chậu, gối, mắt cá chân



Tư thế nằm sấp

3.3.4 Tư thế nằm nghiêng sang phải hoặc sang trái

Người bệnh nằm nghiêng một bên, sức nặng cơ thể đặt ở hông và vai

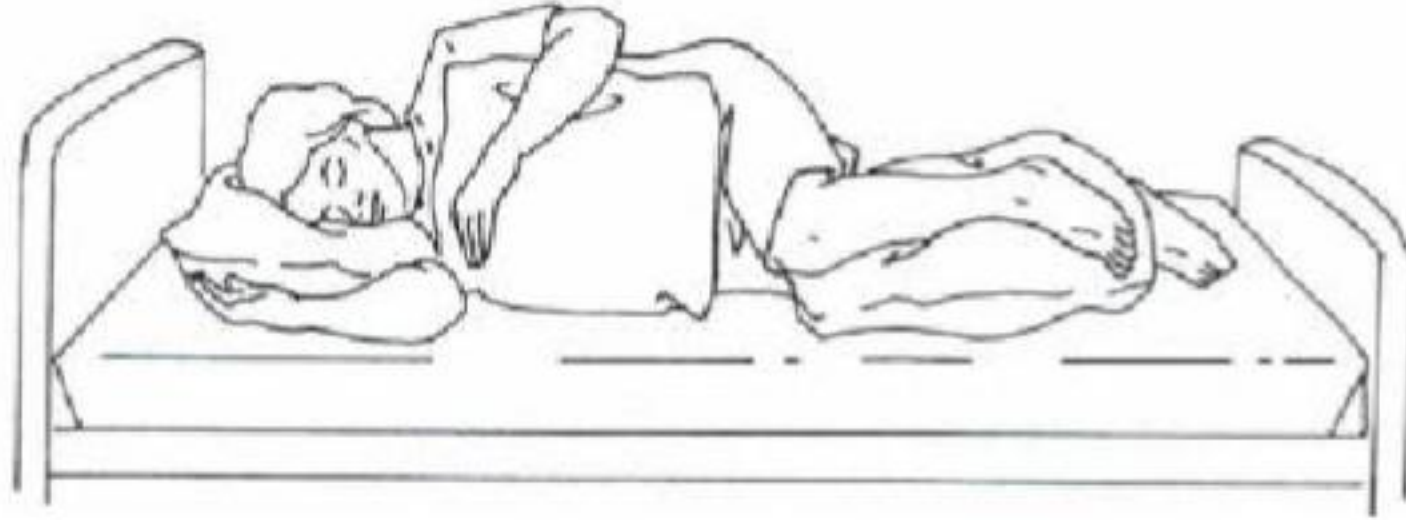
Áp dụng trong trường hợp:

- Tư thế nghỉ ngơi
- Có dẫn lưu vùng bụng, nằm nghiêng bên dẫn lưu
- Tổn thương vùng lưng

Trở ngại tư thế nằm nghiêng

- + Đường cong của cột sống không ở tư thế cơ năng
- + Vai và khớp hông có thể xoay trong, và là điểm tì đè, nên dễ bị loét
- + Thiếu sự nâng đỡ bàn chân

- + Các điểm chèn ép thường gặp: tai, vai, gai hông, mấu chuyển lớn xương đùi.



Tư thế nằm nghiêng

3.3.5 Tư thế nằm Sim's

Đây cũng là tư thế nằm nghiêng, nhưng khác với nằm nghiêng về sự phân bố sức nặng của cơ thể, các điểm tì đè tập trung vào các điểm ở mào chậu, vai, vùng đùi, gối, một phần xương đòn. Người bệnh nằm nghiêng sang bên trái, tay trái đưa ra sau lưng tay phải đưa lên trên, chân trái hơi co, chân phải co nhiều hơn hướng lên bụng

- Trở ngại tư thế nằm Sim's
- + Cổ cong 1 bên
- + Vai và hông xoay trong
- Trường hợp áp dụng

Thường dùng để khám hậu môn, trực tràng, âm đạo, thụt tháo

3.3.6 Tư thế nằm ngửa đầu thấp

Đây là tư thế dùng trong trị liệu trong các trường hợp

- Sau ngất choáng
- Sau chọc dò ống sống
- Kéo xương trong trường hợp gãy xương chi dưới

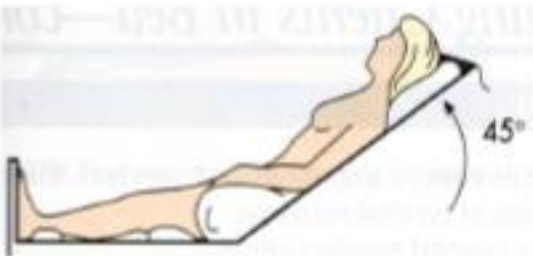
Yêu cầu của tư thế

- Đầu cổ, lưng theo đường thẳng
- Chân kê cao hơn đầu $15^{\circ} - 20^{\circ}$
- Tay để dọc theo thân
- Áp dụng trong thời gian ngắn

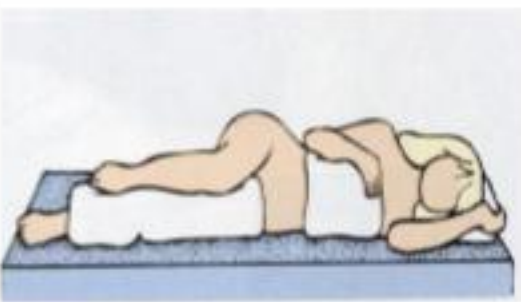
3.4. Quy trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Kiểm tra y lệnh - Kiểm tra ghi chú, thông tin sức khoẻ có liên quan	Đọc y lệnh từ hồ sơ, xác định: - Mục đích của chuyển tư thế - Yêu cầu liên quan đến tư thế - Tiền sử các bệnh mãn tính - Thời gian kéo dài của tư thế	- Tư thế điều trị đặc biệt cần có y lệnh của bác sĩ - Điều dưỡng chuẩn bị tốt các yêu cầu trước khi thực hiện, sẽ làm tăng sự an toàn cho người bệnh và áp dụng kỹ thuật đúng - Viêm khớp, tai biến... ảnh hưởng tầm vận động - Đảm bảo thay đổi tư thế khi cần	- Phù hợp với chỉ định và chống chỉ định của từng tư thế - Cần có sự tham gia ý kiến của người bệnh khi chọn lựa tư thế nghỉ ngơi - Tham khảo với thầy thuốc thời gian duy trì cho tư thế	
	2. Rửa tay, nhận định (NB) - Tri giác, tuổi - Toàn trạng - Khả năng vận động - Tổn thương ngoài da, xương khớp - Phương tiện hỗ trợ - Thăm hỏi nhu cầu và thói quen của NB	Quan sát và hỏi bệnh nếu được : - Tên tuổi, định hướng - Béo, trung bình hay gầy - Đánh giá tầm vận động di chuyển của các khớp bằng cách hỏi hoặc NB thực hiện - Xác định vùng, loại tổn thương, diện tích - Các loại gối, cỡ gối - Loại giường: nâng được đầu và chân giường - Song chắn - Hỏi NB về thói quen - Tư thế - Nằm có gối - Độ cao của gối	- Xác định khả năng người bệnh hợp tác khi thực hiện kỹ thuật - Ước lượng sức nặng để nâng đỡ an toàn - Giúp lựa chọn dùng dụng cụ hỗ trợ và chọn tư thế thích hợp - Chọn dụng cụ hỗ trợ và tư thế phù hợp - Giúp nâng đỡ, tạo sự thoải mái cho NB, đồng thời tránh những biến chứng do tư thế sai - Tư thế nghỉ ngơi không gây ảnh hưởng đến tình trạng bệnh, thì nên tôn trọng ý kiến của NB sẽ làm tăng sự thoải mái	- Nếu NB hôn mê cần chú ý biến chứng nằm lâu không xoay trở - NB to, nặng, cần chuẩn bị người trợ giúp - Lưu ý NB đang điều trị gãy xương - Lưu ý tổn thương nghi ngờ trật khớp, gãy xương - Nếu không có đủ, cần ứng chế vật khác thay thế	

	2. Chuẩn bị dụng cụ - Các dụng cụ hỗ trợ	Dụng cụ đúng đủ theo yêu cầu tình trạng NB và điều kiện của khoa phòng mà ứng chế - Các loại gối và cỡ thích hợp - Vải cuộn tròn 2 đầu, cuộn băng - Nẹp cổ tay, thanh xà treo, song giường, hộp gỗ	Giúp tăng sự thoải mái tiện nghi và tránh các biến chứng nằm lâu cho NB	Người bệnh liệt và hôn mê cần chú ý các dụng cụ hỗ trợ tư thế cơ năng và an toàn cho người bệnh, dụng cụ ngừa loét	
	3. Rửa tay	Rửa tay nội khoa	Đảm bảo tránh lây nhiễm chéo		
TRONG	4. Báo giải thích NB	- Thông báo mục đích của tư thế - Giải thích ý nghĩa, ích lợi của tư thế	Chuẩn bị tốt về tâm lý, cần sự phối hợp của NB	NB hiểu mục đích của kỹ thuật, đồng ý hợp tác	
	5. Tư thế nằm ngửa thẳng - Chuẩn bị vị trí giường - Tư thế NB nghỉ ngơi - Chèn lót	- Giường để bằng - Chiều cao giường thấp - Đầu cổ, cột sống theo đường thẳng - Tay đặt song song với thân - Chân để thẳng song song với nhau Chèn gối vùng đầu và vai - Đặt gối tròn nhỏ đặt vào phần hõm của vùng thắt lưng và khoeo chân - Đặt hộp gỗ ở bàn chân, bao cát bên ngoài cổ chân - Đặt vải cuộn tròn 2 đầu từ thắt lưng đến trên gối - Chèn gối dưới cánh tay - Cầm cuộn băng trong lòng bàn tay nếu cần	- An toàn cho NB, giúp NB lên xuống dễ - Giữ cơ thể không biến dạng giúp thoải mái - Giảm độ căng của cột sống cổ, cơ thắt lưng và gối không mỏi - Giữ bàn chân thẳng góc với cổ chân, tránh chân ngã ngoài - Tránh khớp hông và chân xoay ngoài - Giữ khớp bàn ngón tay ở tư thế cơ năng	- Chiều cao giường không quá 60cm - NB bị liệt ngoài việc chèn lót và giữ ở tư thế cơ năng, cần chú ý chèn lót các vị trí dễ loét tỳ: vùng chằm, mông, gót chân	

	6. Tư thế Fowler's - Chuẩn bị vị trí giường ○ Semi fowler's ○ Tư thế Fowler's ○ Tư thế high Fowler's - Chèn lót	- Quay đầu giường cao 30^0 - Quay đầu giường cao từ 45^0 - 60^0 - Quay đầu giường cao từ 60^0 - 90^0 - Chèn gối từ vai lên đầu NB nếu cần - Dùng 2 gối đỡ 2 tay - Chèn gối tròn ở khoeo chân - Đặt hộp gối ở bàn chân	Giữ cơ thể không biến dạng giúp thoải mái	Tư thế cơ năng : -Đầu, cổ và lưng nằm trên đường thẳng - Chân đặt song song với thân người - Gối hơi co được nâng đỡ bằng gối tròn hay nâng chân giường 15^0 - Bàn chân để thẳng góc với cổ chân	 Tư thế Fowler's
--	--	--	--	---	--

7. Tư thế nằm sấp - Chuẩn bị vị trí giường - Tư thế NB - Chèn lót các vùng - Cách lật sấp người bệnh	- Giường để bằng - Chiều cao giường thấp - Đầu và mặt nghiêng 1 bên - Cổ và lưng thẳng - 2 tay để trên gối hoặc dọc theo thân - 2 chân song song với người - Chèn gối nâng đỡ vai ngực và đầu người bệnh - Chèn gối vùng bụng - Cánh tay đặt 2 bên gối - Kê gối từ cẳng chân đến ngón chân Cách 1 - Cho NB nằm 1 bên giường - Tay gần người bệnh đặt sát vào thân người bệnh - Chân xa treo lên chân gần - Đặt gối ngang tầm bụng người bệnh - ĐD 1 tay nắm vai, 1 tay ở mông, lật người bệnh nghiêng và đặt người bệnh (NB) nằm sấp Cách 2 Cho NB nằm 1 bên giường - Đặt 2 tay người bệnh dưới lưng - ĐD luôn 1 tay qua vai, 1 tay qua tới mông. - Kéo người bệnh về phía ĐD - Lật nghiêng người và đặt nằm sấp mình NB	- An toàn cho NB, giúp NB lên xuống dễ - Giúp NB dễ thở và thoải mái - Giữ cơ thể tư thế cơ năng - Giữ thông đường khí đạo - Giúp giảm chướng hơi ở bụng Giúp thao tác được dễ dàng	- Chiều cao giường không quá 60cm - Không đè ép vùng ngực, bụng - Nâng đỡ cẳng chân để giữ bàn chân thẳng góc cổ chân Theo dõi nhịp thở và tình trạng bụng chướng - Gối nâng đỡ vùng ngực vai - Gối đúng vị trí ở bụng - Tư thế ĐD đứng chân trước chân sau, khuỷu gối, chịu sức nặng NB - ĐD luôn đứng về phía sẽ lật NB qua - Quan sát người bệnh nặng cân, cần người hỗ trợ	 Tư thế nằm sấp
--	---	--	---	---

	8. Tư thế nằm nghiêng - Chuẩn bị vị trí giường - Tư thế người bệnh - Chèn lót - Cách lật người bệnh nằm nghiêng	- Giường để bằng - Chiều cao giường thấp - Đầu cổ, lưng theo đường thẳng - Gối hơi co - Cánh tay ôm gối ngang bụng hay đặt trên vùng chậu - 2 Chân co - Chèn gối từ vai lên đầu - Người bệnh ôm gối trước ngực bụng - Người bệnh ôm gối giữa 2 chân Cách 1 - Cho NB nằm 1 bên giường - Tay gần dang xa thân, tay xa đặt trên bụng - Chân xa tréo lên chân gần - ĐD đặt 1 tay ở vai, 1 tay ở mông, lật NB về phía mình Cách 2 Tay xa NB dang ra xa thân - Chân gần tréo lên chân xa - ĐD luồn 1 tay qua vai bên kia, 1 tay qua mông - Kéo NB về phía mình, lật NB qua bên kia	- An toàn cho NB, giúp NB lên xuống dễ - Giúp thở dễ - Giúp NB thoải mái Giúp thao tác được thuận lợi	Chiều cao giường không quá 60cm - Người bệnh không nằm đè lên tay - Người bệnh liệt, hôn mê có thể đặt thêm gối sau lưng để hỗ trợ - Chân dưới hơi co hay duỗi thẳng, chân trên co nhiều - Tư thế ĐD đứng chân trước chân sau, khuỷu gối, chịu sức nặng người bệnh - Kéo song chân bên xa trước khi lật NB về bên xa - Quan sát sức nặng của NB	  Tư thế nằm nghiêng
--	---	--	--	---	--

	9. Tư thế nằm Sim's - Vị trí giường - Tư thế người bệnh - Chèn lót	- Giường để bằng và thấp - Nằm nghiêng sang trái - Tay trái cho ra sau lưng - Tay phải hơi co đặt hướng lên gối - Chân phải co ít, chân trái co nhiều hơn và hướng về phía bụng -Chèn gối vùng vai và đầu -Chèn gối dưới cánh tay phải -Chèn gối giữa 2 cẳng chân	- Giữ an toàn - Giúp mở rộng cơ vùng hậu môn âm đạo - Giúp giữ đúng tư thế để bác sĩ khám vùng hậu môn trực tràng, âm đạo dễ dàng mà vẫn không gây khó chịu cho NB	Chiều cao giường không quá 60cm - Mở rộng vai trái ra sau - Chân trên (chân phải) co nhiều hướng lên bụng - Mông đặt sát cạnh giường	
SAU	10. Kiểm tra tư thế người bệnh	- Quan sát tư thế người bệnh - Hỏi cảm giác người bệnh nếu được	Xác định tư thế đúng yêu cầu Điều chỉnh nếu cần	- Các tư thế đúng vị trí cơ năng theo yêu cầu - Chèn lót các phần cơ thể	

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1	Luôn giải thích mục đích và phương pháp chuyển tư thế cho NB trước khi thực hiện		
2	Tư thế nằm nghiêng sức nặng tập trung ở vùng đầu, gối và bàn chân		
3	NB có dẫn lưu nên cho nằm nghiêng bên không có dẫn lưu tránh đè lên ống dẫn lưu		
4	Tư thế nghiêng giúp cột sống không chịu lực, nên được xem là tư thế cơ năng cho NB có tổn thương vùng cột sống		
5	ĐD luôn đứng về phía sắp lật NB qua		
6	Quay chân giường cao $15^0 - 20^0$ giúp thân người bệnh ít bị tuột khi cho nằm tư thế high Fowler's		
7	Tư thế nằm sấp, bàn chân được để tự do, không chèn lót		
8	ĐD luôn đứng thẳng khi nâng đỡ NB		
9	Tư thế nằm nghiêng chân dưới co nhiều hơn chân ở trên		
10	Chỉ lật nghiêng NB về phía xa khi giường có song chắn		
11	Đặt giường bằng khi cho NB nằm sấp, hay ngửa thẳng		
12	NB bị loét vùng mông cho nằm tư thế nghiêng hay nằm sấp		
13	Tư thế Sim's làm cho khớp vai phải xoay ngoài		
14	Khớp hông dễ xoay ngoài trong tư thế nằm ngửa		
15	Khớp hông dễ xoay trong ở tư thế nằm ngửa		

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

Trước khi bắt đầu thực hiện phần hướng dẫn thực hành, giáo viên có trách nhiệm thông báo những yêu cầu chính cần đạt được trong buổi huấn luyện.

- Sinh viên phải chắc chắn hiểu rõ các vấn đề liên quan đến kỹ thuật.
- Khi bắt đầu buổi huấn luyện, nên làm rõ các câu hỏi, giải đáp những thắc mắc của sinh viên, và thảo luận những mục tiêu sinh viên cần đạt được trong buổi huấn luyện.
- Tóm tắt những vấn đề cần chú ý.
- Trước khi thực hành, sinh viên thảo luận theo nhóm, nhắc lại trình tự các bước trong kỹ thuật, nêu những bước quan trọng trong kỹ năng, thảo luận các vấn đề khó khăn và đưa ra giải pháp.
- Giáo viên giải thích và làm mẫu:
 - + Giáo viên giải thích toàn bộ quy trình kỹ thuật, trình diễn các bước theo quy trình, sinh viên quan sát có thể vừa làm theo.
 - + Sinh viên tự nhận xét và đặt câu hỏi
 - + Giáo viên giải thích lại các vấn đề theo yêu cầu sinh viên
- Kiểm tra sự tiếp thu của sinh viên:
 - + Giáo viên sẽ mời một sinh viên thực hiện lại kỹ thuật
 - + Giáo viên nhận xét những ưu điểm, những sai sót cần chú ý với toàn thể nhóm.

– Thực hành theo nhóm:

- + Yêu cầu tất cả sinh viên đều phải thực hành theo quy trình kỹ thuật. Giáo viên điều chỉnh thao tác giúp sinh viên quen dần với các kỹ năng. Giáo viên chú ý những sai sót khi sinh viên thực hành, hướng dẫn lại giúp sinh viên thực hiện cho dễ dàng và đạt yêu cầu.
- + Các bạn sinh viên khác cùng quan sát bạn thực hiện thao tác trong kỹ thuật, cùng đóng góp ý kiến và rút kinh nghiệm khi giáo viên sửa sai.

4.3. Tự lượng giá: sử dụng bảng kiểm

Bảng kiểm: Tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Tìm hiểu yêu cầu của chọn tư thế cho NB - Tình trạng bệnh, tri giác - Phương tiện hỗ trợ - Khả năng vận động - Thăm hỏi nhu cầu và thói quen của NB - Tiền sử các bệnh mãn tính					
2. Chuẩn bị dụng cụ đúng đủ theo yêu cầu - Gối loại và cỡ thích hợp - Các dụng cụ hỗ trợ					
3. Rửa tay					
4. Thông báo, giải thích cho người bệnh - Mục đích và ích lợi của tư thế - Chuẩn bị môi trường					
5. Chuẩn bị vị trí của giường theo tư thế thích hợp 5.1. Giường để bằng trong các tư thế: nằm ngửa thẳng, nằm sấp, nằm Sim's, tư thế nằm nghiêng sang phải hoặc sang trái. 5.2. Đầu giường nâng cao: tư thế Fowler's (có 3 mức độ) đầu giường nâng cao từ 30 ⁰ đến 90 ⁰ , chân giường có thể nâng 15 ⁰ 5.3 Đầu giường thấp hơn chân giường: tư thế nằm đầu thấp					
6. Đặt NB nằm theo tư thế 6.1. Tư thế nằm ngửa thẳng - Đầu cổ, cột sống theo đường thẳng - Tay đặt song song với thân - Chân để thẳng song song với nhau 6.2. Tư thế Fowler's - NB nằm ngửa, đầu cổ, lưng trên đường thẳng - Chân để thẳng 6.3. Tư thế nằm sấp - Đầu và mặt nghiêng 1 bên - Cổ và lưng thẳng - 2 tay để trên gối hoặc dọc theo thân - 2 chân song song với người					

6.4. Tư thế nằm nghiêng bên phải hay trái - Đầu cổ, lưng theo đường thẳng - NB không nằm đè lên tay - Gối hơi co - Cánh tay trên đặt trên bụng hay vùng chậu, cánh tay bên dưới thường đặt ngang vùng gối 6.5. Tư thế nằm Sim's - Nằm nghiêng sang trái - Tay trái cho ra sau lưng - Tay phải hơi co đặt hướng lên gối - Chân phải co ít, chân trái co nhiều hơn và hướng về phía bụng - Mông đặt sát cạnh giường 6.6. Tư thế nằm đầu thấp - Đầu cổ, lưng theo đường thẳng - Chân kê cao hơn đầu $15^0 - 20^0$ - Tay để dọc theo thân - Áp dụng trong thời gian ngắn					
7. Chèn lót nâng đỡ giúp người bệnh thoải mái 7.1. Tư thế nằm ngửa thẳng - Chèn gối vùng đầu và vai - Dùng gối tròn nhỏ đặt vào phần hõm của vùng thắt lưng nếu có - Đặt hộp gỗ ở bàn chân giữ bàn chân thẳng góc với cổ chân, bao cát bên ngoài cổ chân - Đặt vải cuộn tròn 2 đầu từ thắt lưng đến trên gối - Chèn gối dưới cánh tay - Cầm cuộn băng trong lòng bàn tay nếu cần 7.2. Tư thế Fowler's - Chèn gối từ vai lên đầu NB - Chèn gối tròn dưới gối - Đặt gối kê cánh tay 2 bên - Giữ bàn chân thẳng góc với cổ chân 7.3. Tư thế nằm sấp - Chèn gối từ ngực lên mặt - Chèn gối vùng bụng - Đặt bàn chân ra ngoài cạnh đệm chân giường nếu được 7.4. Tư thế nằm nghiêng - Chèn gối từ vai lên đầu - Người bệnh ôm gối trước ngực bụng - Người bệnh ôm gối giữa 2 chân 7.5. Tư thế nằm Sim's - Chèn gối vùng vai và đầu - Chèn gối dưới cánh tay phải - Chèn gối giữa 2 cẳng chân					

7.6. Tư thế nằm ngửa đầu thấp - Nằm đầu không gối - Thân người thẳng - Giữ ấm người bệnh					
8. Cung cấp an toàn cho NB - Kéo song chắn 2 bên giường nếu cần - Chú ý chiều cao của giường					
9. Quan sát lại người bệnh trước khi rời khỏi giường - Lưu ý tư thế cơ năng - Hỏi cảm giác NB có thoải mái không					

5. Thực hành kỹ thuật.

5.1. Thực hành tại Lab không có giáo viên

Những bài tập thực hành dưới đây có thể được tiến hành từng kỹ thuật một hoặc bạn có thể chia thời gian để quan sát. Trước khi bước vào phần thực hành phải đảm bảo rằng bạn:

- Hình thành nhóm thực hành với 3 người
- Phân chia vai trò của người quan sát và sinh viên
- Thực hiện hoạt động dựa trên tiêu chuẩn thực hành
- Đánh giá việc thực hành của bạn
- Hỏi quan sát viên về quá trình thực hành
- Nếu cần thiết: Xác định những điểm chi tiết trong quá trình tham gia cho những lần thực hành tiếp theo

5.2. Thực hành

Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình trong vài phút, chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, giám sát viên nhìn vào O&P Bảng kiểm. Sau đó bạn bắt đầu thực hành, người giám sát đánh giá dựa trên bảng kiểm O&P. Thực hành một mình hoặc với nhóm: bất kỳ nơi nào, không có giáo viên.

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách:

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên, giáo viên

CỐ ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

1. Giới thiệu tổng quan

Cố định người bệnh là một biện pháp cần thiết sử dụng để hạn chế sự tự do di chuyển hoặc tiếp cận người khác của người bệnh, nhằm bảo vệ và phòng tránh các chấn thương không mong muốn cho người bệnh hoặc cho những người xung quanh.

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Chuẩn bị được đầy đủ dụng cụ để tiến hành cố định người bệnh.
2. Thực hiện được kỹ thuật cố định người bệnh.

3. Lý thuyết liên quan thực hành

Việc nhận định nguy cơ rơi ngã và sử dụng các biện pháp cố định người bệnh là một trong những chiến lược bảo đảm sự an toàn, bảo vệ người bệnh khỏi bị chấn thương do chính bản thân họ và trong một số trường hợp là để phòng tránh gây ra các hành động bạo lực cho người khác, nhưng phải được sử dụng một cách hết sức thận trọng. Các biện pháp cố định cơ học đối với người bệnh nên là biện pháp cuối cùng khi các biện pháp khác đều thất bại. Một số thuốc, được cho để làm người bệnh bình tĩnh lại, có thể xem như là một biện pháp cố định người bệnh hóa học. Việc cố định người bệnh phải được đánh giá dựa trên lâm sàng và là một phần của kế hoạch chăm sóc và điều trị.

Khi mà cố định là phương pháp duy nhất để duy trì sự an toàn cho người bệnh, cả người bệnh và gia đình cần được thông báo rằng việc cố định chỉ là tạm thời và mang tính bảo vệ. Cũng như các kỹ thuật khác, điều dưỡng cần phải tuân theo các hướng dẫn chuyên môn khi thực hiện quy trình. Hầu hết các cơ sở y tế yêu cầu phải có chỉ định của thầy thuốc, ghi rõ hành vi và các triệu chứng cần thiết phải cố định người bệnh, hình thức cố định, thời gian cố định. Thầy thuốc cần phải trực tiếp đánh giá và nhận định trên người bệnh trước khi ra y lệnh và cần phải đánh giá lại thường xuyên.

Một số yếu tố nguy cơ dễ xảy ra rơi ngã:

- Tuổi trên 60 tuổi
- Tiền sử có rơi ngã
- Người bệnh hậu phẫu
- Bị choáng váng, mất thăng bằng; dáng đi không vững
- Các bệnh lý về khớp
- Liệt nhẹ; tai biến
- Giảm thính lực, thị lực
- Tiêu chảy
- Tiểu nhất

Chỉ định:

Cố định người bệnh được chỉ định cho các người bệnh có nguy cơ rơi ngã mà thất bại trong việc sử dụng các biện pháp khác ít hạn chế hơn.

4. Quy trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị người bệnh	Thông báo trước và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh	Để người bệnh và người nhà hợp tác, giảm lo lắng cho người bệnh	Cần phải hết sức nhẹ nhàng, bình tĩnh và tự tin	
	2. Chuẩn bị dụng cụ	Phương tiện cố định	- Đảm bảo đầy đủ các dụng cụ cho quá trình tiến hành kỹ thuật - Giảm nguy cơ lây nhiễm	Kiểm tra các phương tiện cố định cẩn thận	
	3. Chuẩn bị nhân viên y tế	Rửa tay thường qui, mang găng sạch			
TRONG	4. Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp	Đặt người bệnh ở tư thế giải phẫu thích hợp thích hợp, đỡ chấn hoặc che chắn người bệnh theo yêu cầu.	Đảm bảo sự riêng tư và thoải mái, an toàn cho người bệnh		
	5. Điều chỉnh giường bệnh	Điều chỉnh giường lên độ cao phù hợp, hạ thấp thanh chắn giường ở phía chuẩn bị thực hiện kỹ thuật	Bảo đảm tư thế phù hợp, tránh tổn thương cho điều dưỡng thực hiện		
	6. Lót đệm ở các vị trí tiếp xúc với dụng cụ cố định	Lót vải hoặc bông đệm ở các vị trí tiếp xúc với dụng cụ cố định	Giảm áp lực từ đè, tránh bị loét ép	Chú ý nơi có u xương lồi	

	7. Cố định người bệnh bằng các dụng cụ phù hợp theo y lệnh	- Sử dụng các dụng cụ để cố định người bệnh theo y lệnh và hướng dẫn của nhà sản xuất - Dây nịt cố định ở thắt lưng: Để người bệnh ở tư thế ngồi, cố định dây nịt ở eo, bao ngoài quần áo của người bệnh vừa đủ chặt. - Để người bệnh nằm xuống và cố định dây nịt vào giường. - Cố định chi: để bất động chi. Các dụng cụ cố định chi thường có đệm lót sẵn, dùng để cố định ở các vị trí cổ tay hoặc cổ chân người bệnh		Tránh cố định quá chặt gây các tổn thương không mong muốn hoặc quá lỏng không đảm bảo yêu cầu	
	8. Cố định người bệnh vào giường, kiểm tra các nút buộc và dây thắt	- Găng tay để cố định bàn và các ngón tay người bệnh. Đeo găng tay vào và cố định ở phần cổ tay. - Cố định khuỷu: luôn cánh tay vào trong dụng cụ sao cho phần khuỷu đặt ở phần có đệm lót rồi sau đó cố định.	Đảm bảo cố định người bệnh theo yêu cầu		
SAU	9. Đánh giá người bệnh và theo dõi tình trạng của người bệnh	- Theo dõi: Tình trạng da, mạch, nhiệt độ, màu sắc và cảm giác ở vị trí cố định 2 giờ/ lần - Phát hiện sớm các dấu hiệu tổn thương và biến chứng có thể xảy ra - Nói lỏng dụng cụ 2 giờ/ lần	Kịp thời xử lý các bất thường nếu có		
	10. Ghi hồ sơ và báo cáo với Bác sỹ	- Ghi các thông tin có liên quan: phương pháp cố định, tình trạng cố định, thái độ người bệnh - Báo bác sỹ khi thực hiện xong kỹ thuật và khi có bất thường xảy ra	Theo dõi và quản lý hồ sơ người bệnh	Ghi chép đầy đủ, chi tiết	

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1.	Cố định người bệnh là một biện pháp an toàn, không gây biến chứng gì cho người bệnh		
2.	Những người người bệnh lớn tuổi có nguy cơ rơi ngã cao hơn người bình thường		
3.	Cần nói lỏng băng buộc cố định người bệnh 4 giờ /lần		
4.	Một trong các biến chứng hay gặp của cố định người bệnh là loét ép		

5.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

5.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị người bệnh					
2. Chuẩn bị dụng cụ					
3. Chuẩn bị nhân viên y tế					
4. Tiến hành kỹ thuật 4.1. Đặt người bệnh ở tư thế, vị trí phù hợp 4.2. Cố định người bệnh bằng dụng cụ phù hợp 4.3. Theo dõi tình trạng người bệnh					
5. Thực tập ghi chép hồ sơ sau khi thực hiện xong kỹ thuật					

6. Thực hành kỹ thuật

- Thực hành tại phòng lab không có giáo viên
- Thực hành một mình hoặc với nhóm: Bất kỳ nơi nào, không có giáo viên
- Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch
- Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH

1. Giới thiệu

Vận chuyển người bệnh là một trong những nhiệm vụ thường xuyên của người điều dưỡng tại cơ sở điều trị. Người bệnh thường được vận chuyển đến các khoa cận lâm sàng để tiến hành các xét nghiệm thăm dò, chuyển khoa điều trị hoặc chuyển viện. Việc đánh giá tình trạng của người bệnh để lựa chọn phương tiện vận chuyển cho phù hợp, cũng như tiên lượng những diễn biến có thể xảy ra trong khi vận chuyển để dự phòng trang thiết bị cần thiết là một trong những năng lực chuyên môn của người điều dưỡng cần đạt được. Trong bài này chúng tôi giới thiệu hai phương pháp vận chuyển thường được áp dụng trong các cơ sở y tế, đó là: vận chuyển người bệnh bằng xe lăn và vận chuyển người bệnh bằng cáng đẩy.

2. Mục tiêu

- Thực hiện được đúng quy trình chuyển người bệnh từ giường sang xe lăn và ngược lại với 1 người thực hiện.
- Thực hiện được đúng quy trình chuyển người bệnh từ giường sang cáng và ngược lại với 2 người thực hiện.

3. Lý thuyết liên quan đến kỹ thuật

* Nguyên tắc chung khi chuyển người bệnh.

- Chỉ được di chuyển người bệnh khi có chỉ định và phải ghi rõ giờ, ngày, tháng di chuyển. Phải mang đầy đủ hồ sơ, bệnh án để bàn giao người bệnh cho nơi nhận.
- Khi di chuyển, phải đảm bảo nhẹ nhàng, cẩn thận, nhất là đối với các người bệnh nặng như bệnh tim, người bệnh mới mổ, người bệnh bị gãy cột sống, gãy xương đùi... để người bệnh khỏi bị đau đớn, khó chịu thêm.
- Giúp cho việc di chuyển tiến hành được tốt phải kiểm tra phương tiện di chuyển của người bệnh như cáng, xe lăn... xem có được đảm bảo không.
- Chuyển người bệnh từ khoa phòng này sang khoa phòng khác, đưa đi xét nghiệm, chiếu chụp Xquang... phải chuẩn bị hồ sơ đầy đủ trước (các giấy xét nghiệm, phiếu ghi chiếu và chụp Xquang có chữ ký của bác sĩ). Trường hợp di chuyển sang phòng khác phải báo cáo cho khoa phòng định chuyển người bệnh đến biết trước để chuẩn bị sẵn sàng giường nằm lúc đó mới chuyển sang.
- Khi di chuyển người bệnh qua các khoa phải đắp chăn hoặc vải cho người bệnh, không để mưa, nắng ảnh hưởng đến người bệnh.
- Chuyển người bệnh đi bệnh viện khác hay hội chẩn, đi khám chuyên khoa ở cơ sở khác, phải mang đầy đủ thuốc men, dụng cụ cấp cứu và những thứ cần thiết như nước uống, bông vệt... để phòng phải dùng đến lúc đi đường.
- Di chuyển người bệnh bằng cáng khiêng, xe đẩy.... phải đệm lót cho người bệnh ngồi hoặc nằm được êm ái, di chuyển được nhẹ nhàng.
- Chuyển người bệnh đến khoa phòng mới phải bàn giao người bệnh với điều dưỡng trưởng khoa mới.

4. Quy trình kỹ thuật

4.1. Quy trình kỹ thuật chuyển người bệnh từ xe lăn sang giường và ngược lại với một người thực hiện

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi tiến hành	1. Chuẩn bị người bệnh	– Khám và đánh giá tình trạng của người bệnh. – Giải thích cho người bệnh và người nhà. – Dặn người bệnh và gia đình những điều cần thiết – Chuẩn bị đầy đủ tư trang cá nhân của người bệnh.	– Để tiên lượng khả năng áp dụng phương pháp vận chuyển phù hợp – Để người bệnh và gia đình được yên tâm – Để người bệnh và gia đình phối hợp được tốt.	Thường báo trước cho người bệnh với khoảng thời gian đủ cho người bệnh đi vệ sinh (nếu họ cần)	
	2. Chuẩn bị dụng cụ	– Xe lăn – Chăn đắp, gối kê. – Nylon che mưa, ống nhỏ (nếu cần) – Thuốc men, dụng cụ cấp cứu (nếu cần) – Giường bệnh (nếu chuyển người bệnh tới)	Để vận chuyển được thuận lợi.	Tùy theo tình trạng của người bệnh và điều kiện trong quá trình vận chuyển mà chuẩn bị dụng cụ phù hợp (VD: chuyển người bệnh từ khoa này sang khoa khác cùng khối nhà không cần nylon che mưa)	
Trong khi tiến hành	3. Chuyển người bệnh từ xe lăn sang giường	– Đưa xe lăn của người bệnh đến cách giường 1 m và ngược với đầu giường. – Điều dưỡng đứng cạnh giường, giữa giường và xe lăn. – Tháo khóa dây cố định và khăn đắp trên người người bệnh. – Cúi sát người bệnh và nâng người bệnh khỏi xe lăn – Người điều dưỡng quay người 180° – Đặt người bệnh xuống giường ở tư thế phù hợp – Kê gối và đắp chăn lại cho người bệnh.	Để người điều dưỡng có thể bế chuyển người bệnh từ xe lăn sang giường mà không cần phải bước.	Chú ý trọng lượng của người bệnh và khả năng nâng của người điều dưỡng, tránh làm ngã người bệnh.	

	4. Chuyển người bệnh từ giường sang xe lăn	– Đặt xe lăn cách giường người bệnh ngược với đầu người bệnh – Điều dưỡng đứng cạnh giường chân hơi dạng, cúi sát người bệnh – Một tay luồn dưới khoeo chân người bệnh – Nâng người bệnh lên và người điều dưỡng quay 180⁰ – Đặt nhẹ nhàng người bệnh lên xe lăn – Khóa dây cố định và đắp chăn cho người bệnh	- Để người điều dưỡng có thể bế chuyển người bệnh từ xe lăn sang giường mà không cần phải bước - Đảm bảo cho người bệnh không bị ngã khi vận chuyển	- Chú ý trọng lượng của người bệnh và khả năng nâng của người điều dưỡng, tránh làm ngã người bệnh - Không buộc chặt, và khóa dễ dàng tháo được	
Sau khi tiến hành	5. Chuyển người bệnh	Đẩy xe chuyển người bệnh nhẹ nhàng	Đảm bảo cho người bệnh được thoải mái trong khi vận chuyển	Tránh gây xóc cho người bệnh khi vận chuyển	

4.2. Quy trình kỹ thuật chuyển người bệnh từ giường sang cáng và ngược lại với hai người thực hiện

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi tiến hành	1. Chuẩn bị người bệnh	– Khám và đánh giá tình trạng của người bệnh – Giải thích cho người bệnh và người nhà – Dẫn người bệnh và gia đình những điều cần thiết – Chuẩn bị đầy đủ tư trang cá nhân của người bệnh	– Để tiên lượng khả năng áp dụng phương pháp vận chuyển phù hợp – Để người bệnh và gia đình được yên tâm – Để người bệnh và gia đình phối hợp được tốt.	Thường báo trước cho người bệnh với khoảng thời gian đủ cho người bệnh đi vệ sinh (nếu họ cần)	

	2. Chuẩn bị dụng cụ	- Cáng đẩy - Chăn đắp, gối kê - Nylon che mưa, nắp ống nhỏ (nếu cần) - Thuốc men, dụng cụ cấp cứu (nếu cần) - Giường bệnh (nếu chuyển người bệnh tới)	Để vận chuyển được thuận lợi	Tùy theo tình trạng của người bệnh và điều kiện trong quá trình vận chuyển mà chuẩn bị dụng cụ phù hợp (VD: chuyển người bệnh từ khoa này sang khoa khác cùng khối nhà: không cần nylon che mưa...)	
Trong khi tiến hành	3. Chuyển người bệnh từ cáng sang giường	- Đưa cáng của người bệnh đến cách giường 1 m và ngược với đầu giường. - Điều chỉnh độ cao của giường cho phù hợp với cáng đẩy - Hai điều dưỡng đứng sát một bên cáng đẩy, giữa cáng với giường - Tháo khóa dây cố định và khăn đắp trên người người bệnh - Một điều dưỡng luôn tay dưới gáy, một tay dưới thắt lưng người bệnh - Một điều dưỡng luôn một tay dưới mông, một tay dưới khoeo chân người bệnh - Theo nhịp 1,2,3 cùng nâng người bệnh lên, quay 180° đặt nhẹ nhàng người bệnh lên giường - Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp - Kê gối và đắp chăn lại cho người bệnh	- Để người điều dưỡng có thể bế chuyển người bệnh từ cáng đẩy sang giường được thuận lợi - Đếm theo nhịp để hai người điều dưỡng phối hợp được nhịp nhàng.	- Chú ý trọng lượng của người bệnh và khả năng nâng của người điều dưỡng. - Động tác của hai người điều dưỡng cần phải phối hợp nhịp nhàng tránh làm ngã người bệnh	

	4. Chuyển người bệnh từ giường sang cáng	– Đưa cáng của người bệnh đến cách giường 1 m và ngược với đầu giường. – Điều chỉnh độ cao của giường cho phù hợp với cáng đẩy – Hai điều dưỡng đứng sát một bên giường, giữa cáng với giường – Tháo chăn đắp trên người người bệnh – Một điều dưỡng luôn tay dưới gáy, một tay dưới thắt lưng người bệnh. – Một điều dưỡng luôn một tay dưới mông, một tay dưới khoeo chân người bệnh – Theo nhịp 1,2,3 cùng nâng người bệnh lên, quay 180⁰ đặt nhẹ nhàng người bệnh lên cáng đẩy – Kê gối, khóa dây cố định và đắp chăn cho người bệnh	– Để người điều dưỡng có thể bế chuyển người bệnh từ cáng đẩy sang giường được thuận lợi – Đếm theo nhịp để hai người điều dưỡng phối hợp được nhịp nhàng – Đảm bảo cho người bệnh không bị ngã khi vận chuyển	– Chú ý trọng lượng của người bệnh và khả năng nâng của người điều dưỡng – Động tác của hai người điều dưỡng cần phải phối hợp nhịp nhàng tránh làm ngã người bệnh – Không buộc chặt, và khóa dễ dàng tháo được	
Sau khi tiến hành	5. Chuyển người bệnh	Đẩy cáng chuyển người bệnh nhẹ nhàng	Đảm bảo cho người bệnh được thoải mái trong khi vận chuyển	Tránh gây xóc cho người bệnh khi vận chuyển	

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Đánh giá trước huấn luyện:

Câu hỏi đúng sai

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Dùng xe đẩy chỉ áp dụng cho người bệnh tình và sức khỏe tốt		
2	Không dùng xe đẩy để vận chuyển những người bệnh có tổn thương cột sống		
3	Kỹ thuật 1 người chuyển người bệnh từ giường sang cang có thể áp dụng cho mọi người bệnh		
4	Nếu người bệnh đi lại được thì không cần phải chuyển người bệnh bằng xe đẩy hay là cang		
5	Phải vận chuyển bằng cang đẩy cho mọi người bệnh đang được truyền dịch		
6	Không áp dụng bất kỳ thủ thuật nào khi đang vận chuyển người bệnh		
7	Cài dây cố định người bệnh khi vận chuyển bằng cang đẩy để tránh làm ngã người bệnh		
8	Không chuyển người bệnh khi các dấu hiệu sốc (tụt huyết áp, ngừng tim...)		
9	Cần khám và đánh giá tình trạng người bệnh trước khi vận chuyển		

5.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn vào làm mẫu

Sau khi học lý thuyết về kỹ thuật vận chuyển người bệnh, bạn đã tự lượng giá và bây giờ hãy áp dụng các kiến thức đã học để thực hành.

Trước khi bạn thực hành, bạn hãy tham gia vào lớp huấn luyện do giáo viên hướng dẫn.

Trong sách bài này chúng tôi không viết tỉ mỉ như trong lớp hướng dẫn thực hành, chúng tôi chỉ đề cập tóm tắt những yêu cầu cần đạt được trong khoá học.

- Cần đảm bảo chắc chắn rằng bạn đã hiểu tất cả: Trước buổi hướng dẫn thực hành, không có cơ hội để đề cập hoặc trả lời câu hỏi, những điều bạn chưa rõ sẽ được trả lời sau

- Tóm tắt các điểm cần chú ý: Trước khi thao diễn và thực hành các bước hoặc các điểm quan trọng nhất sẽ được lưu ý. Bạn phải có khả năng kể được các bước của quy trình trước lớp (Tôi sẽ phải làm gì và phải chú ý những điểm gì). Sau đó giáo viên sẽ thao diễn một lần và rồi giáo viên sẽ mời một sinh viên thao diễn lại.

- Giáo viên thao diễn: Giáo viên sẽ trình diễn toàn bộ quy trình kỹ thuật, vì vậy bạn có thể quan sát các động tác. Sau đó bạn có thể hỏi và bình luận. Bạn cũng có thể yêu cầu giáo viên trình diễn lại nếu bạn thấy cần thiết

- Một sinh viên được yêu cầu thực hiện lại quy trình kỹ thuật: Giáo viên sẽ mời một sinh viên lên thực hiện thử toàn bộ quy trình kỹ thuật. Bước này cũng nêu các điểm cần chú ý có thể cần thiết cho bước thực hành tiếp

- Sinh viên thực hành: Điều quan trọng là tất cả sinh viên cần phải thực hành. Lúc này giáo viên có thể vẫn giúp bạn thực hiện các bước mà bạn làm chưa đạt. Giáo viên có thể nói cho bạn lỗi của bạn và có nói cho bạn cách để thực hiện được các thao tác.

5.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm (checklist)

Bạn có thể dùng bảng kiểm để thực hành. Người quan sát sẽ điền vào bảng thực hành trong khi bạn tiến hành thủ thuật. Bạn cần biết rằng bước nào bạn làm tốt, bước nào còn chưa chính xác và bước nào bước nào bạn đã bỏ qua. Ở bên phải có cột ghi chú, nếu có bước nào bạn chưa thực hiện người quan sát sẽ ghi lại ở cột này.

6. Thực hành và quan sát theo bảng kiểm

Chuyển người bệnh từ xe lăn sang giường và ngược lại với một người thực hiện

	Phân loại	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1.	Chuẩn bị người bệnh					
	– Khám và đánh giá tình trạng người bệnh					
	– Giải thích cho người bệnh và người nhà					
	– Chuẩn bị tư trang của người bệnh					
2.	Chuẩn bị dụng cụ					
	– Cáng đẩy					
	– Chăn đắp, gối kê.					
	– Nylon che mưa, nắng, ống nhỏ (nếu cần)					
	– Thuốc men, dụng cụ cấp cứu (nếu cần)					
	– Giường bệnh (nếu chuyển người bệnh tới)					
3.	Chuyển người bệnh từ xe lăn sang giường					
	– Đưa xe lăn của người bệnh đến cách giường 1m và ngược với đầu giường					
	– Điều dưỡng đứng cạnh giường, giữa giường và xe lăn					
	– Tháo khóa dây cố định và khăn đắp trên người người bệnh					
	– Cúi sát người bệnh và nâng người bệnh khỏi xe lăn					
	– Người điều dưỡng quay người 180 ⁰					
	– Đặt người bệnh xuống giường ở tư thế phù hợp					
	– Kê gối và đắp chăn lại cho người bệnh					
4.	Chuyển người bệnh từ giường sang xe lăn					
	– Đặt xe lăn cách giường người bệnh 1m ngược với đầu người bệnh					
	– Điều dưỡng đứng cạnh giường chân hơi dẹt, cúi sát người bệnh					
	– Một tay luồn dưới khoeo chân người bệnh.					
	– Nâng người bệnh lên và người điều dưỡng quay 180 ⁰					
	– Đặt nhẹ nhàng người bệnh lên xe lăn.					
	– Khóa dây cố định và đắp chăn cho người bệnh					
5.	Vận chuyển người bệnh					

Chuyển người bệnh từ cáng đẩy sang giường và ngược lại với hai người thực hiện

	Phân loại	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1.	Chuẩn bị người bệnh					
	– Khám và đánh giá tình trạng người bệnh					
	– Giải thích cho người bệnh và người nhà					
	– Chuẩn bị tư trang của người bệnh					
2.	Chuẩn bị dụng cụ					
	– Cáng đẩy					
	– Chăn đắp, gối kê					
	– Nylon che mưa, nắng, ống nhỏ (nếu cần)					
	– Thuốc men, dụng cụ cấp cứu (nếu cần)					
	– Giường bệnh (nếu chuyển người bệnh tới)					
3.	Chuyển người bệnh từ cáng đẩy sang giường					
	– Đưa cáng của người bệnh đến cách giường 1m và ngược với đầu giường					
	– Điều chỉnh độ cao của giường cho phù hợp với cáng đẩy					
	– Hai điều dưỡng đứng sát một bên cáng đẩy, giữa cáng với giường.					
	– Tháo khóa dây cố định và khăn đắp trên người người bệnh					
	– Một điều dưỡng luồn tay dưới gáy, một tay dưới thắt lưng người bệnh					
	– Một điều dưỡng luồn một tay dưới mông, một tay dưới khoeo chân người bệnh					
	– Theo nhịp 1, 2, 3 cùng nâng người bệnh lên, quay 180 ⁰ đặt nhẹ nhàng người bệnh lên giường					
	– Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp					
	– Kê gối và đắp chăn lại cho người bệnh					
4.	Chuyển người bệnh từ giường sang xe lăn					
	– Đưa cáng của người bệnh đến cách giường 1m và ngược với đầu giường					
	– Điều chỉnh độ cao của giường cho phù hợp với cáng đẩy					
	– Hai điều dưỡng đứng sát một bên giường, giữa cáng với giường					
	– Tháo chăn đắp trên người người bệnh.					
	– Một điều dưỡng luồn tay dưới gáy, một tay dưới thắt lưng người bệnh					

	– Một điều dưỡng luồn một tay dưới mông, một tay dưới khoeo chân người bệnh					
	– Theo nhịp 1, 2, 3 cùng nâng người bệnh lên, quay 180 ⁰ đặt nhẹ nhàng người bệnh lên cang đẩy					
	– Kê gối, khóa dây cố định và đắp chăn cho người bệnh					
5.	Vận chuyển người bệnh					

7. Thực hành kỹ thuật

7.1. Thực hành tại Lab không có giáo viên

Những bài tập thực hành dưới đây có thể được tiến hành từng kỹ thuật một hoặc bạn có thể chia thời gian để quan sát. Trước khi bước vào phần thực hành phải đảm bảo rằng bạn:

- Hình thành nhóm thực hành với 3 người
- Phân chia vai trò của người quan sát và sinh viên
- Sắp xếp việc thực hành một cách có hệ thống
- Thực hành có hệ thống là:
 - + Thực hiện hoạt động dựa trên tiêu chuẩn thực hành
 - + Đánh giá việc thực hành của bạn
 - + Hỏi quan sát viên về quá trình thực hành
- Nếu cần thiết: Xác định những điểm chi tiết trong quá trình tham gia cho những lần thực hành tiếp theo.

7.2. Thực hành

Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình trong vài phút, chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, giám sát viên nhìn vào O&P bảng kiểm. Sau đó bạn bắt đầu thực hành, người giám sát đánh giá dựa trên bảng kiểm O&P. Thực hành một mình hoặc với nhóm: bất kỳ nơi nào, không có giáo viên.

7.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

7.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách:

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên, giáo viên

CHƯƠNG II

CÁC KỸ THUẬT VỆ SINH CÁ NHÂN

1. Giới thiệu toàn chương

1.1. *Danh sách các kỹ năng trong chương*

- Rửa tay thường qui
- Vệ sinh răng miệng
- Gội tóc tại giường
- Tắm tại giường
- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài/hậu môn

1.2. *Mục tiêu chung toàn chương*

- Xác định tầm quan trọng của các yêu cầu về vệ sinh cá nhân
- Liệt kê các mục đích của từng kỹ thuật vệ sinh cá nhân
- Trình bày được chỉ định và chống chỉ định thực hiện từng kỹ thuật chăm sóc vệ sinh hàng ngày cho người bệnh
- Trình bày được quy trình kỹ thuật tiến hành chăm sóc vệ sinh hàng ngày cho người bệnh
- Áp dụng đúng các quy trình kỹ thuật vệ sinh cá nhân
- Thảo luận các biện pháp bảo vệ sức khỏe cho bản thân, ngăn ngừa được sự lây nhiễm cho cá nhân và cộng đồng

2. Yêu cầu

2.1. *Giới thiệu tổng quan*

Vệ sinh cá nhân như vệ sinh răng miệng, tắm, gội tóc, vệ sinh bộ phận sinh dục... là một nhu cầu cơ bản cần thiết hàng ngày của con người cần được đáp ứng, đặc biệt là cho người bệnh vì khi họ phải nằm một chỗ sự tự chăm sóc cá nhân bị hạn chế và phải lệ thuộc vào người khác thì nhu cầu này cần đáp ứng càng nhiều hơn và thích nghi hơn. Vệ sinh cá nhân bao gồm các vệ sinh thân thể mà hàng ngày mọi người cần đáp ứng dù là người khỏe mạnh hoặc bệnh tật, đem lại sự thoải mái dễ chịu cho người bệnh khi họ nằm bệnh viện, bảo vệ sức khỏe, phòng chống lây lan nhiễm trùng bệnh viện, tạo niềm tin cho người bệnh đối việc chăm sóc và điều trị bệnh. Vệ sinh cá nhân còn lệ thuộc vào bệnh cấp tính hoặc mạn tính, ý thức trình độ văn hóa của mỗi cá nhân người bệnh để người Điều dưỡng giúp đỡ, hỗ trợ hay chăm sóc hoàn toàn trong việc thực hiện vệ sinh cá nhân cho người bệnh. Ngoài ra, chính người cán bộ y tế, đặc biệt là những người trực tiếp tiếp xúc người bệnh thì việc vệ sinh bàn tay là điều không thể thiếu được, rửa tay thường qui là yêu cầu cần thiết để phòng tránh lây nhiễm chéo giữa các người bệnh với nhau mà cả với nhân viên y tế, trong đó điều dưỡng là người thường xuyên tiếp xúc người bệnh hàng ngày.

2.2. Kiểm tra trước khi học

Bạn hãy lựa chọn trả lời câu hỏi dưới đây bằng cách tích dấu ✓ vào ô đúng hoặc ô sai

Câu hỏi	Đúng	Sai
Câu 1: Các vi sinh vật thường gặp tại niêm mạc miệng người là: Vi khuẩn, Virut, nấm		
Câu 2: Nấm Candida albicans (tưa) miệng chỉ gặp ở trẻ em ở thời kỳ bú sữa		
Câu 3: Khi người bệnh có loét niêm mạc miệng, chỉ cho người bệnh súc miệng bằng dung dịch súc miệng, không được đánh răng tránh tổn thương thêm		
Câu 4: Người điều dưỡng chỉ cần đánh răng 1 lần trong 1 ngày cho người bệnh là đủ		
Câu 5: Các vi sinh vật thường gặp ở tóc người là: Vi khuẩn, Virut, ký sinh trùng		
Câu 6: Chỉ khi bị nấm tóc thì người bệnh mới bị rụng tóc nhiều?		
Câu 7: Chỉ tiến hành gội đầu khi có yêu cầu của người bệnh hoặc người nhà người bệnh		
Câu 8: Không được gội đầu cho người bệnh có tổn thương vùng da đầu		
Câu 9: Vệ sinh cho người bệnh kém là một trong những yếu tố nguy cơ gây nên loét do đè ép		
Câu 10: Để tránh nhiễm trùng vết mổ vùng bụng, dù thể trạng người bệnh đã tốt thì người điều dưỡng không được tắm cho người bệnh trước khi cắt chỉ vết mổ		
Câu 11: Bắt buộc phải tắm cho người bệnh khi nhập viện điều trị		
Câu 12: Chỉ có bác sĩ điều trị mới được chỉ định tắm cho người bệnh		
Câu 13: Chỉ tắm cho người bệnh khi có yêu cầu của người bệnh hay người nhà người bệnh.		
Câu 14: Chỉ tiến hành vệ sinh vùng hậu môn sinh dục cho người bệnh sau khi đi đại tiện		
Câu 15: Nhu cầu vệ sinh vùng hậu môn sinh dục của người bệnh nam giới ít hơn so với người bệnh là nữ giới		

RỬA TAY THƯỜNG QUI

1. Giới thiệu kỹ năng

Vệ sinh đôi tay là biện pháp quan trọng nhất trong việc phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện vì đôi bàn tay là phương tiện quan trọng làm lan truyền các tác nhân gây nhiễm khuẩn đã được nghiên cứu rất nhiều và không còn là vấn đề tranh cãi (Standard principle for preventing hospital - acquired infection. J.Hospit infect). Kết quả nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cũng chỉ ra rằng rửa tay nhiều khi vẫn chưa được thực hiện đúng cách; chủ yếu do bận (Cohen and al.2002) hoặc bồn rửa tay không đủ (Harris and al.2000).

Trên thế giới, nhiễm khuẩn bệnh viện có tỷ mắc cao. Theo điều tra của Mỹ (1998-2001) (Chống nhiễm khuẩn bệnh viện, Prorject VN 2006): 5-10% người bệnh nhập viện mắc phải nhiễm trùng bệnh viện; Có 2 triệu người mắc trên một năm; ¼ các trường hợp nhiễm trùng bệnh viện xảy ra ở khoa chăm sóc đặc biệt; Hàng năm có khoảng 90 nghìn người tử vong do nhiễm trùng bệnh viện; Chi phí hàng năm tới 4,5-5,7 tỷ USD

Theo số liệu điều tra của Tổ chức Y tế Thế giới tại 47 bệnh viện của 14 nước đại diện cho các khu vực khác nhau, tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 8,7%. ở nước ta, theo tài liệu của Bộ Y tế thống kê tại 11 bệnh viện năm 2002, tỷ lệ nhiễm nhiễm khuẩn bệnh viện là 6,8%. Vệ sinh bàn tay của nhân viên y tế là một trong những giải pháp hàng đầu được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo nhằm tăng cường kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện và phòng ngừa các bệnh lây truyền cho người bệnh và nhân viên y tế trong quá trình cung cấp dịch vụ y tế.

Do vai trò quan trọng của rửa tay trong phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. Năm 1996, Bộ Y tế đã ban hành "Quy trình rửa tay thường qui". Năm 2007, dựa trên hướng dẫn mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới về phương pháp rửa tay thường qui và sát khuẩn tay bằng cồn, Bộ Y tế đã mời các chuyên gia y tế và chuyên gia kiểm soát nhiễm khuẩn sửa đổi quy trình rửa tay thường qui cho phù hợp với điều kiện Việt Nam.

2. Mục tiêu

- Phân tích được tầm quan trọng của việc rửa tay thường qui.
- Kể được đầy đủ các trường hợp cần rửa tay thường qui.
- Chuẩn bị được đầy đủ phương tiện, điều kiện của rửa tay thường qui.
- Thực hiện được rửa tay thường qui đúng quy trình kỹ thuật.

3. Lý thuyết liên quan kỹ năng

Trên da tay thường có cả hai loại vi khuẩn: vi khuẩn thường trú và vi khuẩn vãng lai. Các vi khuẩn thường trú có độc tính thấp, ít khi gây nhiễm trùng qua các tiếp xúc thông thường, song chúng có thể gây độc tính qua các thủ thuật xâm lấn. Các vi khuẩn vãng lai là những tác nhân gây nhiễm trùng bệnh viện phổ biến, thường tồn tại trên da không quá 28 tiếng. Chúng không có khả năng nhả lên trên da và dễ bị loại bỏ bằng rửa tay với nước và xà phòng (Theo Price).

Trong quá trình chăm sóc và điều trị, đôi bàn tay của nhân viên y tế rất dễ bị ô nhiễm với các tác nhân gây bệnh. Mức độ ô nhiễm phụ thuộc vào loại thao tác và thời gian thực hiện thao tác trên người bệnh. Ví dụ: sau các thao tác như xoay trở người bệnh, bắt mạch, đo huyết áp, lấy nhiệt độ cơ thể, động chạm vào vai, háng người bệnh, trên đôi tay

sẽ có 100 đến 1000 khuẩn lạc *Klebsiella* SPP. Sau các hoạt động như tiêm, truyền tĩnh mạch, chăm sóc đường thở, sau khi tiếp xúc với các chất bài tiết của người bệnh, trên đôi tay sẽ có 300 đơn vị khuẩn lạc (UFs).

3.1. Rửa tay thường qui được áp dụng trong các trường hợp sau:

- Trước và sau khi mang găng
- Trước và sau khi chăm sóc mỗi người bệnh
- Trước khi chuẩn bị dụng cụ
- Trước khi chuẩn bị thức ăn
- Trước khi di chuyển bàn tay từ vùng cơ thể nhiễm khuẩn sang vùng sạch trên cùng một người bệnh
- Sau khi tiếp xúc với máu và dịch tiết người bệnh
- Sau khi tiếp xúc với đồ vật xung quanh người bệnh
- Sau khi tiếp xúc với các dụng cụ chăm và chăm sóc người bệnh

3.2. Mục đích rửa tay thường qui:

- Làm sạch và loại bỏ vi khuẩn văng lại trên bàn tay
- Đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế
- Góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện
- Rửa tay có thể thực hiện được với điều kiện:

Các dung dịch rửa tay: xà phòng nước, xà phòng có chất diệt khuẩn, cồn 70⁰ có glycerine...

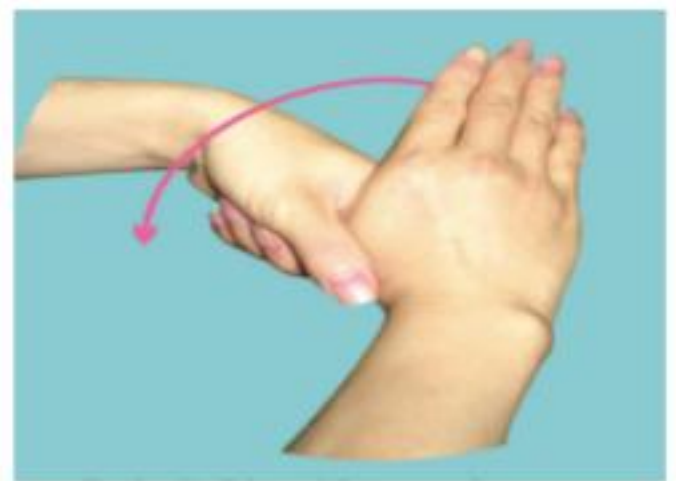
Xà phòng và nước rất có hiệu quả trong loại trừ các vết bẩn và các vi khuẩn văng lại. Song đôi bàn tay có thể trở thành phương tiện làm lây truyền nhiễm khuẩn do bị nhiễm khuẩn từ xà phòng không có chất sát khuẩn - Các chất kháng khuẩn có hiệu quả trong việc loại bỏ các vết bẩn và hiệu quả hơn là nước và xà phòng trong việc loại bỏ các vi khuẩn thường trú (Clinical Nursing Procedures, Sixth edition, The Royal Marsden)

Việc chà sát tay bằng cồn (alcohol-based handrub) không có tác dụng trong việc loại bỏ các vết bẩn nhưng lại có hiệu quả tiêu diệt các vi khuẩn văng lại hơn các phương pháp rửa tay thông thường (time-consuming had-wash methods). Vì vậy đôi bàn tay cần phải được rửa sạch (các vết bẩn, chất hữu cơ) trước khi chà sát tay bằng cồn (Standard principle for preventing hospital- acquired infection. J Hostp infect)

- Bồn rửa tay có vòi nước chảy, có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân. Nước rửa tay phải sạch và ấm.
- Có khăn hoặc máy sấy để làm khô tay sau mỗi lần rửa.

4. Quy trình kỹ thuật

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi rửa tay	1. Chuẩn bị phương tiện	Nước sạch, tốt nhất là nước nóng, dung dịch xà phòng, khăn lau tay sạch	Nước nóng có thể loại được các chất li pít tốt hơn nước ấm		
	2. Đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn của người bệnh	Xem xét nghiệm (số lượng bạch cầu..), tình trạng thương tổn của người bệnh, chẩn đoán của bác sĩ	Quyết định dùng xà phòng rửa tay có chất diệt khuẩn hay không	Cần xác định mức độ nguy cơ nhiễm khuẩn nơi tay tiếp xúc để chọn dung dịch rửa tay	
	3. Kiểm tra tay	Tháo đồ trang sức ở tay. Cắt móng tay nếu dài. Xắn tay áo lên quá khuỷu	Vì vi khuẩn có thể trú ngụ ở dưới đồ trang sức và móng tay	Thời gian rửa tay lâu hơn nếu tay có vết bẩn	
Trong khi rửa tay	4. Làm ướt tay dưới vòi nước chảy	Mở nước bằng khuỷu tay hoặc chân. Để bàn tay và cánh tay thấp hơn khuỷu	Nước chảy sẽ làm trôi các chất bẩn và vi khuẩn ở tay	Chú ý không để nước bắn vào quần áo	
	5. Lấy xà phòng vào lòng bàn tay	Lấy khoảng 3 - 5ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay. Xoa 2 lòng bàn tay vào nhau			
	6. Làm sạch mu bàn tay và kẽ ngoài ngón tay	Dùng lòng bàn tay này chà sát lên mu bàn tay và kẽ ngón tay bàn tay kia và ngược lại	Đảm bảo sạch mu bàn tay và kẽ ngón tay (mặt ngoài)	Tối thiểu 5 lần	

	7. Làm sạch lòng bàn tay và kẽ trong ngón tay	Hai lòng bàn tay chà xát vào nhau và vào kẽ trong các ngón tay	Đảm bảo sạch lòng bàn tay và kẽ ngón tay (mặt trong)	Tối thiểu 5 lần. Chà sâu đến tận đầu ngón tay	
	8. Làm sạch mặt ngoài mu các ngón tay	Mu các ngón tay này chà sát vào lòng bàn tay kia và ngược lại	Đảm bảo mu các ngón tay tay được sạch	Tối thiểu 5 lần	
	9. Làm sạch ngón cái	Ngón cái của bàn tay này chà xát trong lòng bàn tay kia bằng cách xoay đi xoay lại và ngược lại	Đảm bảo ngón cái được sạch	Tối thiểu 5 lần. Ngón cái hay bị bỏ quên	
	10. Làm sạch các đầu ngón tay	Chụm 5 đầu ngón tay của tay này chà xát vào lòng bàn tay kia bằng cách xoay đi xoay lại và ngược lại	Đảm bảo các đầu ngón tay được sạch	Tối thiểu 5 lần	

	11. Làm sạch xà phòng	Rửa sạch xà phòng ở tay dưới vòi nước chảy	Bọt xà phòng chứa các chất bẩn và vi khuẩn trôi xuống bồn	Không để tay chạm vào bồn rửa tay và các vật xung quanh	
Sau khi rửa tay	11. Khoá vòi nước	Khoá vòi nước bằng khuỷu tay/chân/bằng khăn. Bỏ khăn vào nơi qui định	Phòng lan truyền vi khuẩn	Nếu không có cần gạt, có thể dùng khăn lau tay để khoá nước	
	12. Làm khô tay	Lau khô tay bằng khăn sạch hoặc giấy hoặc máy sấy, lau từ đầu ngón tay trước đến bàn tay và vùng cổ tay	Phòng lan truyền vi khuẩn		

Chú ý:

- Mỗi bước chà 5 lần
- Thời gian rửa tay tối thiểu 30 giây

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1..Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Rửa tay thường qui loại được đa số các vi khuẩn văng lại trên tay		
2	Các vi khuẩn văng lại thường tồn tại trên bàn tay không quá 28 giờ		
3	Các vi khuẩn văng lại không nguy hiểm như các vi khuẩn thường trú		
4	Khi thực hiện các thao tác khác nhau trên cùng một người bệnh không cần rửa tay		
5	Khi chuyển chăm sóc từ người bệnh này sang người bệnh khác phải rửa tay		
6	Thời gian rửa tay thường qui tối thiểu 30giây		
7	Nước rửa tay yêu cầu phải sạch		
8	Xà phòng rửa tay thường qui không cần có chất sát khuẩn		
9	Thời gian rửa tay như nhau trong tất cả các trường hợp		
10	Trong suốt thời gian rửa tay bàn tay và cánh tay thấp hơn khuỷu tay		
11	Hạ thấp các đầu ngón tay trong khi rửa sạch xà phòng ở tay		
12	Các đầu ngón tay cần được lau khô trước		
13	Cần kiểm tra tình trạng nhiễm khuẩn của người bệnh trước khi rửa tay		
14	Rửa tay bằng chất sát khuẩn nếu tình trạng miễn dịch của người bệnh thấp		
15	Không cần rửa tay bằng dung dịch có chất sát khuẩn trong tất cả các lần rửa tay		

5.2. Huấn luyện có giáo viên tại phòng thực hành

- Sau khi học lý thuyết về kỹ thuật rửa tay, bạn đã tự lượng giá và bây giờ hãy áp dụng các kiến thức đã học để thực hành
- Trước khi bạn thực hành, bạn sẽ được xem giáo viên hướng dẫn thao diễn toàn bộ quy trình.
- Trong sách bài này chúng tôi không viết tỉ mỉ như trong buổi hướng dẫn thực hành, chúng tôi chỉ đề cập tóm tắt những yêu cầu cần đạt được trong buổi học.
- Cần đảm bảo chắc chắn rằng bạn đã hiểu tất cả: Trước buổi hướng dẫn thực hành, không có cơ hội để bạn hỏi, những điều bạn chưa rõ sẽ được trả lời sau
- Tóm tắt các điểm cần chú ý: Bạn phải có khả năng kể được các bước của quy trình trước lớp (Tôi sẽ phải làm gì và phải chú ý những điểm gì). Trước khi thao diễn giáo viên sẽ lưu ý các bước hoặc các điểm quan trọng nhất. Sau đó giáo viên sẽ thao diễn một lần và rồi giáo viên sẽ mời một sinh viên thao diễn lại.

– Giáo viên thao diễn: Giáo viên sẽ trình diễn toàn bộ quy trình kỹ thuật, vì vậy bạn có thể quan sát các động tác. Sau đó bạn có thể hỏi và bình luận. Bạn cũng có thể yêu cầu giáo viên trình diễn lại nếu bạn thấy cần thiết.

– Một sinh viên được yêu cầu thực hiện lại quy trình kỹ thuật: Giáo viên sẽ mời một sinh viên lên thực hiện thử toàn bộ quy trình kỹ thuật. Bước này cũng nêu các điểm cần chú ý có thể cần thiết cho bước thực hành tiếp.

– Sinh viên thực hành: Điều quan trọng là tất cả sinh viên cần phải thực hành. Lúc này giáo viên có thể vẫn giúp bạn thực hiện các bước mà bạn làm chưa đạt. Giáo viên có thể nói cho bạn lỗi của bạn và có nói cho bạn cách để thực hiện được các thao tác.

5.3. Tự lượng giá (Bảng kiểm quy trình)

- Dưới đây là bảng kiểm thực hành. Bạn có thể dùng bảng này để thực hành
- Người quan sát sẽ điền vào bảng thực hành trong khi bạn rửa tay. Bạn cần biết rằng bước nào bạn làm tốt, bước nào còn chưa chính xác và bước nào bạn đã bỏ qua.

Các bước	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị phương tiện					
2. Kiểm tra tay					
3. Làm ướt tay					
4. Lấy xà phòng vào tay và xoa đều					
5. Làm sạch mu bàn tay và kẽ ngoài ngón tay					
6. Làm sạch lòng bàn tay và kẽ trong ngón tay					
7. Làm sạch mặt ngoài mu các ngón tay					
8. Làm sạch ngón cái					
9. Làm sạch các đầu ngón tay					
10. Làm sạch xà phòng					
11. Khoá vòi nước					
12. Làm khô tay					

6. Thực hành

6.1. Thực hành tại labo (không có giáo viên)

– Những bài tập thực hành dưới đây có thể được tiến hành từng kỹ thuật một hoặc bạn có thể chia thời gian để quan sát cả 3 kỹ thuật rửa tay sau đó bạn tiến hành kỹ thuật rửa tay thường qui trước, rửa tay ngoại khoa và rửa tay nhanh. Trước khi bước vào phần thực hành phải đảm bảo rằng bạn:

- Hình thành nhóm thực hành với 2 người
- Phân chia vai trò của người quan sát và sinh viên
- Sắp xếp việc thực hành một cách có hệ thống

Thực hành có hệ thống là:

- + Thực hiện hoạt động dựa trên tiêu chuẩn thực hành

- + Đánh giá việc thực hành của bạn
- + Hỏi quan sát viên về quá trình thực hành
- + Nếu cần thiết: Xác định những điểm chi tiết trong quá trình tham gia cho những lần thực hành tiếp theo
- Thực hành:

Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình trong vài phút. Bạn cần chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, giám sát viên nhìn vào (Bảng kiểm về rửa tay thường qui). Sau đó bạn bắt đầu thực hành, người giám sát đánh giá dựa trên bảng O&P.

6.2. Thực hành với nhóm hoặc một mình ở bất cứ nơi nào khi có điều kiện

Bạn đã thực hành tại labo, bạn có sẵn bảng kiểm trong tay, vì vậy bạn có thể tự thực hành một mình, hoặc với nhóm 2 người tại bất cứ nơi nào, hoàn cảnh nào khi có điều kiện ví dụ như ở nhà, ở các labo khác... theo bảng kiểm.

6.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch.

Sau khi bạn đã thực hiện được rửa tay theo quy trình kỹ thuật, bạn sẽ có thời gian thực tập tại bệnh viện. Tại bệnh viện có thể bạn thấy các điều dưỡng viên rửa tay không hoàn toàn giống như bạn đã học tại trường. Bạn đừng lo lắng mà hãy quan sát và phân tích xem họ đã thực hiện như thế nào, lý do tại sao lại có khác so với bạn học. Có thể các bước của quy trình rửa tay được cô đọng lại theo các bước ít hơn hoặc khác một chút, nhưng về cơ bản là như bạn đã học ở trường.

6.4. Tự đánh giá quá trình rèn luyện:

Bạn có thể tự đánh giá quá trình rèn luyện rửa tay thường qui bằng các cách sau:

- Quay camera: Bạn có thể đặt máy quay ở một chỗ có thể phù hợp, hoặc nhờ một người quay cho mỗi khi bạn muốn xem lại quá trình rửa tay của mình.
- Sinh viên giám sát lẫn nhau: Bạn cũng có thể lập một nhóm học tập để nhờ bạn mình quan sát quá trình rửa tay của bạn dựa vào bảng kiểm. Tốt nhất mỗi lần quan sát là một bạn khác.
- Sinh viên lớp trước giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, bạn sẽ gặp các anh chị sinh viên học trước bạn. Hãy nhờ họ quan sát giúp.
- Nhân viên giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, sẽ có nhân viên bệnh viện giám sát việc rửa tay thường qui của bạn. Có thể họ yêu cầu bạn rửa tay theo như quy trình của bệnh viện. Vậy bạn phải có khả năng áp dụng các kiến thức đã học và thực hiện được rửa tay đúng kỹ thuật.

SÁT KHUẨN TAY BẰNG DUNG DỊCH CỒN

Để khắc phục tình trạng labo rửa tay không đủ hoặc không thuận tiện. Cũng với mục đích:

- Làm sạch và loại bỏ vi khuẩn trên da tay
- Đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế
- Góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện

Bộ Y tế đã ban hành quy trình sát khuẩn tay bằng dung dịch chứa cồn cho phù hợp với điều kiện Việt Nam. Về nguyên lý sát khuẩn tay bằng cồn cũng tương tự như rửa tay thường qui song có điểm khác biệt chủ yếu là:

- Chỉ áp dụng phương pháp này trong trường hợp biết chắc hoặc không nhìn thấy vết bẩn trên tay như: cầm nắm, đụng chạm vào vật dụng bẩn, tay dính máu, dính chất tiết...

- Phương tiện: Lọ dung dịch chứa cồn như Nuvo, Bravo, Microshield... luôn có sẵn sàng trên các xe tiêm, xe thay băng, bàn khám bệnh, lối vào buồng bệnh và cho mỗi giường bệnh của khoa hồi sức cấp cứu.



Các loại dung dịch rửa tay nhanh

1. Chỉ định:

- Trước và sau mỗi lần thăm khám, chăm sóc người bệnh mà không có điều kiện và thời gian rửa tay
- Trước khi di chuyển bàn tay từ vùng cơ thể nhiễm khuẩn sang vùng sạch trên cùng một người bệnh và bàn tay không dính máu, không dính dịch tiết của người bệnh.
- Sau khi tiếp xúc với những vật dụng xung quanh giường bệnh
- Trước khi chuẩn bị dụng cụ, thuốc
- Trước khi chế biến hoặc chia thức ăn
- Nguồn nước không đảm bảo sạch, không có khăn lau tay...
- Khi mổ hoặc điều trị ở tuyến dưới, hoặc ở nơi xảy ra vụ dịch

2. Quy trình chà sát tay

- Bước 1: Tháo đồ trang sức ở tay. Lấy khoảng 3 - 5 ml dung dịch chứa cồn vào lòng bàn tay. Xoa hai lòng bàn tay vào nhau.
- Bước 2: Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại
- Bước 3: Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ ngón tay
- Bước 4: Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia
- Bước 5: Dùng lòng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại
- Bước 6: Xoay đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại.

Ghi chú: Từ bước 2, mỗi bước chà 5 lần

Thời gian chà tay tối thiểu 30 giây, hoặc chà sát tay cho đến khi tay khô.

VỆ SINH RĂNG MIỆNG CHO NGƯỜI BỆNH

1. Giới thiệu kỹ năng

Vệ sinh răng miệng để đảm bảo tình trạng của miệng, răng, lợi và môi được tốt. Đánh răng để làm sạch thức ăn thừa, mảng bám và vi khuẩn ở răng, xoa bóp lợi, làm giảm mùi hôi và tăng vị giác cho người bệnh. Dùng chỉ nha khoa lấy cao răng để chống viêm và nhiễm trùng lợi. Vệ sinh răng miệng tốt làm dễ chịu và kích thích sự ngon miệng của người bệnh. Trách nhiệm của người điều dưỡng là duy trì tình trạng răng miệng của người bệnh được tốt, giúp họ tự vệ sinh răng miệng bằng cách hướng dẫn kỹ thuật vệ sinh răng miệng đúng, hoặc làm vệ sinh răng miệng cho những người bệnh ốm yếu hay tàn tật. Người điều dưỡng cần phải thường xuyên thăm khám và phát hiện sớm các vấn đề răng miệng của người bệnh để có những can thiệp chăm sóc chuyên khoa kịp thời, giáo dục cho người bệnh biết được những rối loạn ở răng, lợi và cách phòng chống bằng việc vệ sinh răng miệng đúng kỹ thuật và hiệu quả...

2. Mục tiêu

- Khám và đánh giá được tình trạng răng miệng của người bệnh
- Chăm sóc răng miệng cho người bệnh tỉnh táo đúng kỹ thuật.
- Chăm sóc răng miệng cho người bệnh hôn mê đúng kỹ thuật.

3. Lý thuyết

3.1. Một số bệnh về răng miệng thường gặp

– Viêm: Viêm có thể do các chất rắn hoặc lỏng đưa vào miệng hoặc do nhiễm trùng gây ra.

– Bệnh nấm Candida (tưa): Nhiễm trùng niêm mạc miệng cấp tính do nấm Candida albicans gây ra. Ở người lớn, nấm gây bệnh ở những người suy nhược và ở những người mà tính miễn dịch bị suy giảm bởi các thuốc nhóm Steroid, hoặc các thuốc gây độc tế bào. Ở trẻ em, nấm có thể gây nhiễm trùng nặng, thường gặp ở trẻ được nuôi bằng sữa bình. Ở những người mang răng giả, vòm miệng có thể bị tưa mạn tính. Nấm phát triển ở những rãnh nhỏ tại mặt trên của răng giả và gây nhiễm trùng niêm mạc lặp đi lặp lại.

– Viêm góc môi (chốc mép): Những vết nứt gây đau, hình thành tại những nếp mô ở các góc miệng, mà thường xảy ra ở những người già suy nhược cơ thể. Vi khuẩn gây bệnh thường là tụ cầu vàng và nấm Candida albicans.

– Viêm họng loét miệng: đây là một nhiễm trùng cấp tính có loét nặng ở môi, miệng, họng và hạnh nhân khẩu cái. Bệnh do Bordetella vincent và trực trùng hình thoi gây ra. Bệnh thường gặp ở những người bị suy dinh dưỡng, suy nhược vì một bệnh khác, vệ sinh răng miệng kém, tổn thương do một nhiễm trùng trước đó gây ra.

– Nhiễm virus: Viêm miệng áp tơ (herpes) các vết loét do virus herpes đơn thuần gây ra xuất hiện đơn lẻ hoặc thành cụm trong miệng.

– Ung thư tế bào biểu mô: thường gặp ở môi dưới và bờ lưỡi. Thường xảy ra loét và di căn sớm tới các hạch bạch huyết ở cổ.

3.2. Dụng cụ dùng trong chăm sóc răng miệng

– Bàn chải: Hiện nay trên thị trường có nhiều loại bàn chải đánh răng rất khác nhau với đặc tính và tính năng được cải tiến khác nhau. Người điều dưỡng tiến hành chăm sóc răng miệng cho người bệnh cần phải biết lựa chọn loại bàn chải đánh răng có độ rộng của mặt bàn chải, tính chất sợi lông bàn chải (loại cứng, trung bình hay loại mềm) cho phù hợp với từng người bệnh. Với người già và trẻ nhỏ, nên lựa chọn loại bàn chải có sợi lông mềm để tránh gây tổn thương lợi và niêm mạc miệng của người bệnh. Không dùng chung bàn chải đánh răng cho nhiều người bệnh. Sau mỗi lần chăm sóc răng miệng cho người bệnh, người điều dưỡng cần phải làm vệ sinh và để bàn chải tại nơi khô ráo. Việc dùng bàn chải điện cần phải được kiểm tra an toàn trước khi dùng để tránh bị điện giật.

– Thuốc đánh răng: Có nhiều loại thuốc đánh răng có mùi, vị khác nhau. Việc lựa chọn loại thuốc đánh răng phải phù hợp với sở thích của người bệnh về mùi và vị của thuốc đánh răng. Người điều dưỡng phải theo dõi và phát hiện sớm những kích ứng niêm mạc miệng nếu có ở người bệnh khi lần đầu dùng thuốc đánh răng mới. Đối với trẻ nhỏ nên chọn thuốc đánh răng có mùi vị thơm (mùi táo, mùi cam...) và không có vị cay. Mẫu thuốc đánh răng dùng cho trẻ nhỏ thường được hãng sản xuất khuyến cáo riêng.

– Nước súc miệng. Thường được dùng sau khi đánh răng hoặc giữa các lần đánh răng cách xa nhau. Nước súc miệng được sản xuất bổ xung thêm Fluor có tác dụng tốt đối với răng. Dung dịch Natri Clorid 0,9% dùng làm dung dịch súc miệng được đóng chai, hoặc người bệnh tự pha chế theo sự hướng dẫn của người điều dưỡng.

3.3. Chăm sóc răng miệng đặc biệt cho người bệnh

– Chăm sóc răng miệng cho người bệnh hôn mê. Điều chú ý trong việc chăm sóc răng miệng cho người bệnh hôn mê đó là tránh gây sặc làm người bệnh hít nước vào đường hô hấp. Việc dùng máy hút hút liên tục trong quá trình vệ sinh răng miệng cho người bệnh là cần thiết.

– Chăm sóc răng miệng cho người bệnh đái tháo đường. Người điều dưỡng cần chú ý trong việc đánh giá những tổn thương nếu có ở răng, lợi và vòm họng của người bệnh. Kỹ thuật vệ sinh răng miệng được thực hiện nhẹ nhàng tránh gây tổn thương chảy máu lợi và niêm mạc miệng.

– Chăm sóc răng miệng cho người bệnh có nhiễm trùng miệng. Dùng mỡ có thuốc giảm đau (Xylocain) bôi tại vết loét niêm mạc do nhiễm trùng, giúp cho người bệnh tránh được sự đau đớn trong quá trình chăm sóc. Sau mỗi lần vệ sinh, người điều dưỡng cần phải dùng mỡ kháng sinh bôi điều trị vết loét theo chỉ định của bác sĩ là cần thiết.

4. Quy trình kỹ thuật chăm sóc răng miệng cho người bệnh tình

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi tiến hành	1. Chuẩn bị dụng cụ	Khay quả đậu; Cốc: Nước sạch; nước súc miệng; Khăn bông, Đẻ lưỡi; Bàn chải; Thuốc đánh răng; Gel bôi niêm mạc; Chỉ nha khoa; Găng vô khuẩn; Cốc đựng hàm răng giả (nếu cần)	Để tiến hành chăm sóc răng miệng cho người bệnh	Cần xác định người bệnh có thể tự chăm sóc hay cần hỗ trợ	
	2. Chuẩn bị người bệnh	– Giải thích quy trình với người bệnh – Đỡ người bệnh ngồi dậy hoặc nằm tư thế đầu cao mặt nghiêng về phía người chăm sóc. Quàng khăn bông vào cổ, hứng khay quả đậu dưới miệng người bệnh – Kéo rèm cách ly người bệnh với người bệnh khác	– Để người bệnh hiểu và hợp tác khi tiến hành quy trình – Tạo tư thế thuận lợi để tiến hành chăm sóc. – Tạo môi trường riêng biệt khi tiến hành chăm sóc.	Chỉ kéo rèm cách ly khi có từ 2 người bệnh trong một phòng	
	3. Rửa tay	– Rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn tay nhanh – Đi găng sạch	Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn chéo		
	4. Tháo răng giả (nếu có)	– Người điều dưỡng dùng ngón tay cái và ngón chỏ có lót vải gạc kẹp vào cung răng cửa kéo nhẹ xuống (đối với hàm trên) hoặc nhắc nhẹ lên (đối với hàm dưới) để tháo hàm răng giả – Nếu người bệnh tự làm thì có thể hướng dẫn cho người bệnh – Đặt hàm giả vào cốc đựng hàm răng giả	Tháo hàm răng giả để dễ dàng làm vệ sinh tốt hơn	Tiến hành tháo răng giả phải nhẹ nhàng, tránh bị vỡ hay gãy hàm giả	

Trong khi tiến hành	5. Kiểm tra răng miệng người bệnh	Dùng đèn soi và đề lưỡi giúp cho việc kiểm tra tình trạng răng miệng của người bệnh	Đánh giá độ ẩm của niêm mạc, độ sạch của miệng người bệnh. Phát hiện những tổn thương nhiễm trùng, chảy máu hoặc loét v.v..	Chú ý những vùng niêm mạc miệng bị gấp khó phát hiện tổn thương, như góc hàm, dưới lưỡi...	
	6. Đánh răng cho người bệnh	- Dùng thuốc đánh răng, bàn chải nhỏ, mềm đánh răng và lưỡi của người bệnh. Giữ bàn chải nghiêng với răng một góc 45°. Đánh sạch mặt bên của răng bằng cách xoay bàn chải theo chiều từ dưới lên trên (đối với hàm dưới) hoặc từ trên xuống dưới (đối với hàm trên) dần từ gần đến xa. Đánh mặt nhai thì di động bàn chải theo chiều gần đến xa. - Nếu người bệnh có thể tự làm thì hướng dẫn cho người bệnh cách đánh răng.	- Làm sạch các chất bám dính trên bề mặt răng và lưỡi. - Đánh răng làm tăng cường tuần hoàn của tổ chức lợi		
	7. Súc miệng cho người bệnh	Đưa cốc nước và cho người bệnh tự súc miệng vài lần	Súc miệng để loại các thức ăn thừa, thuốc đánh răng	- Nếu thuốc đánh răng còn lưu lại, sẽ làm khô miệng người bệnh - Tránh cho người bệnh sặc nước khi súc miệng	
	8. Làm sạch kẽ răng bằng chỉ nha khoa	Dùng chỉ nha khoa làm sạch mặt kẽ của răng. Ở hàm trên thì dùng ngón cái của tay này với ngón trỏ của tay kia kéo chỉ nha khoa. Ở hàm dưới thì dùng ngón cái của hai bàn tay	Loại bỏ những thức ăn thừa ở kẽ răng	Chỉ nha khoa có thể gây tổn thương lợi (đứt lợi, chảy máu lợi...)	

	9. Làm ẩm môi và niêm mạc miệng	Dùng khăn bông ẩm lau miệng cho người bệnh. Bôi gel làm ẩm lưỡi và môi (nếu niêm mạc miệng của người bệnh bị khô)	Làm cho người bệnh được dễ chịu và chống tổn thương niêm mạc miệng	Thuốc bôi được thực hiện theo chỉ định	
	10. Làm sạch hàm răng giả	– Làm sạch hàm răng giả (nếu có) bằng bàn chải và thuốc đánh răng. Ngâm trong dung dịch sát khuẩn sau đó để khô tự nhiên. – Kiểm tra hàm giả có bị rạn, cạnh sắc hay bị mất răng không. Sau đó lắp lại cho người bệnh.	Loại bỏ thức ăn thừa, vi sinh vật để làm sạch hàm răng giả.	– Tránh gây xước, rạn hàm răng giả để hạn chế mảng bám và sự phát triển của vi sinh vật – Nếu người bệnh bị nám miệng, cần phải ngâm hàm răng giả trong dung dịch trị nám 4-6 giờ mỗi ngày	
	11. Đặt lại tư thế người bệnh	Đặt người bệnh trở lại tư thế được thoải mái	Tư thế thuận lợi cho công tác chăm sóc và điều trị người bệnh.		
Sau khi tiến hành	12. Thu dọn dụng cụ	– Thu dọn dụng cụ đã dùng, đổ nước nhỏ của người bệnh, rửa sạch và để khô bàn chải... – Tháo găng tay, rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh	Đảm bảo an toàn vệ sinh bệnh viện, tránh nguy cơ nhiễm trùng chéo		
	13. Ghi hồ sơ	– Ghi ngày giờ và người thực hiện – Ghi kết quả thăm khám (tình trạng răng, lợi, niêm mạc...). – Ghi chép những phát hiện bất thường.	– Theo dõi tình trạng răng miệng của người bệnh. – Quản lý quá trình chăm sóc.	Mô tả kỹ những triệu chứng bất thường để bác sĩ có thông tin chẩn đoán và điều trị.	

5. Quy trình kỹ thuật chăm sóc răng miệng cho người bệnh hôn mê

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi tiến hành	1. Chuẩn bị dụng cụ	Khay quả đậu; kẹp không mẫu; kềm mở hàm; Gạc củ ấu, bông cầu; Cốc; Khăn bông, khăn mặt; Đè lưỡi; Đèn soi; Gel bôi niêm mạc; Chỉ nha khoa; Găng; Cốc đựng hàm răng giả(nếu cần); Máy hút	Để tiến hành chăm răng miệng cho người bệnh	– Dụng cụ vô khuẩn nếu có tổn thương ở miệng – Nếu dùng bàn chải, phải dùng loại bàn chải mềm	
	2. Chuẩn bị người bệnh	– Giải thích cho người nhà người bệnh – Đặt người bệnh nằm đầu thấp nghiêng, mặt quay về phía người chăm sóc. Choàng khăn bông quanh cổ, đặt khay quả đậu sát bên má – Kéo rèm cách ly người bệnh với người bệnh khác	– Để người nhà người bệnh hiểu và phối hợp chăm sóc – Tránh nguy cơ người bệnh bị sặc khi đánh răng – Tạo môi trường riêng biệt khi tiến hành chăm sóc	Kéo rèm cách ly chỉ áp dụng khi có từ 2 người bệnh được điều trị trong một phòng	
Trong khi tiến hành	3. Rửa tay	– Rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn tay nhanh – Đi găng sạch	Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn chéo	Man găng vô khuẩn nếu có tổn thương miệng	
	4. Tháo răng giả (nếu có)	- Người điều dưỡng dùng ngón tay cái và ngón thứ hai có lót vải gạc giữ phần răng cửa kéo nhẹ xuống (đối với hàm trên) hoặc nhắc nhẹ lên (đối với hàm dưới) để tháo hàm răng giả – Đặt hàm giả vào cốc đựng hàm răng giả	Tháo hàm răng giả để dễ dàng làm vệ sinh tốt hơn	Tiến hành tháo răng giả phải nhẹ nhàng, tránh bị vỡ hay gãy hàm giả	
	5. Kiểm tra răng miệng người bệnh	Dùng đèn soi và đè lưỡi giúp cho việc kiểm tra tình trạng răng miệng của người bệnh	– Đánh giá độ ẩm của niêm mạc, độ sạch của miệng người bệnh – Phát hiện những tổn thương nhiễm trùng, chảy máu hoặc loét v.v..	Chú ý những vùng niêm mạc miệng bị gấp khó phát hiện tổn thương, như góc hàm, dưới lưỡi...	

6. Banh hàm người bệnh	Dùng dụng cụ banh cho 2 hàm người bệnh luôn mở trong quá trình chăm sóc	Bộc lộ rõ vùng miệng của người bệnh, thuận tiện cho việc chăm sóc răng miệng	Tiến hành đặt dụng cụ banh hàm phải nhẹ nhàng tránh gây sang chấn cho người bệnh	
7. Đánh răng cho người bệnh	- Tiến hành đánh răng và lưỡi bằng bàn chải nhỏ mềm và có thuốc. Giữ bàn chải nghiêng với răng một góc 45^0. Đánh sạch mặt bên của răng bằng cách xoay bàn chải theo chiều từ dưới lên trên dần từ gần đến xa. Đánh mặt nhai thì di động bàn chải theo chiều gần đến xa. - Có thể dùng panh kẹp bông cầu có thấm dung dịch súc miệng tiến hành đánh sạch răng, lợi và lưỡi.	- Làm sạch các chất bám dính trên bề mặt răng, lợi và lưỡi - Đánh răng làm tăng cường tuần hoàn của tổ chức lợi	Nếu ta dùng bông cầu khó làm sạch được kẽ răng	
8. Súc miệng cho người bệnh	Dùng bàn chải đánh sạch răng và/hoặc dùng panh kẹp bông cầu lau sạch lợi và niêm mạc miệng. Đồng thời dùng máy hút hút liên tục dịch trong miệng của người bệnh.	- Súc miệng để loại các thức ăn thừa, thuốc đánh răng. Miệng người bệnh được sạch sẽ - Bật máy hút liên tục để tránh cho người bệnh bị sặc nước khi súc miệng	Nếu thuốc đánh răng còn lưu lại, sẽ làm khô miệng người bệnh	
9. Làm sạch kẽ răng bằng chỉ nha khoa	Dùng chỉ nha khoa làm sạch mặt kẽ của răng. Ở hàm trên thì dùng ngón cái của tay này với ngón trỏ của tay kia kéo chỉ nha khoa. Ở hàm dưới thì dùng ngón cái của hai bàn tay	Loại bỏ những thức ăn thừa ở kẽ răng	Chỉ nha khoa có thể gây tổn thương lợi (đứt lợi, chảy máu lợi...)	

	10. Làm ẩm môi và niêm mạc miệng	– Bôi gel làm ẩm lưỡi (nếu niêm mạc miệng của người bệnh bị khô). – Tháo dụng cụ ban đêm, dùng khăn bông lau miệng cho người bệnh. – Bôi gel làm ẩm môi người bệnh	Làm cho người bệnh được dễ chịu và chống tổn thương niêm mạc miệng	Thuốc bôi được thực hiện theo chỉ định	
	11. Đặt lại tư thế người bệnh	Đặt người bệnh trở lại tư thế được thoải mái	Tạo thuận lợi cho công tác chăm sóc và điều trị người bệnh		
	12. Làm sạch răng giả	– Làm sạch hàm răng giả bằng bàn chải và thuốc đánh răng. Ngâm trong dung dịch sát khuẩn, để khô tự nhiên – Kiểm tra hàm giả có bị rạn, cạnh sắc hay bị mất răng không. Cất, bảo quản cho người bệnh	Loại bỏ thức ăn thừa, vi sinh vật để làm sạch hàm răng giả	Không gây xước, rạn hàm răng giả để hạn chế mảng bám và vi sinh vật phát triển khi người bệnh sử dụng	
Sau khi tiến hành	13. Thu dọn dụng cụ	– Thu dọn dụng cụ (đổ nước nhỏ của người bệnh, rửa sạch và để khô bàn chải...) – Tháo găng tay, rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn tay nhanh	Đảm bảo an toàn vệ sinh bệnh viện, tránh nguy cơ nhiễm trùng chéo		
	14. Ghi hồ sơ	– Ghi ngày giờ và người thực hiện – Ghi kết quả thăm khám (tình trạng răng, lợi, niêm mạc...) – Ghi chép những phát hiện bất thường	– Theo dõi tình trạng răng miệng của người bệnh – Quản lý quá trình chăm sóc	Mô tả kỹ những triệu chứng bất thường để bác sĩ có thông tin chẩn đoán và điều trị	

GỘI ĐẦU CHO NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG

1. Giới thiệu

Chăm sóc tóc là một nhu cầu chăm sóc cơ bản hàng ngày cho người bệnh. Người bệnh sẽ cảm thấy thoải mái hơn, tự tin hơn khi giao tiếp khi tóc của họ được chăm sóc sạch sẽ và gọn gàng. Qua việc chăm sóc tóc hàng ngày cho người bệnh, giúp tăng cường mối quan hệ giữa người điều dưỡng chăm sóc với người bệnh. Gội đầu cho người bệnh để loại bỏ được máu và dịch tiết bám trên tóc, trong những trường hợp người bệnh sau chấn thương, phòng chống được các ký sinh trùng gây hại cư trú ở trên tóc của người bệnh (như chấy, nấm...) và qua đó người điều dưỡng phát hiện sớm những tổn thương của tóc và da đầu của người bệnh để chăm sóc kịp thời. Trong quá trình chăm sóc, người điều dưỡng cần tôn trọng văn hóa và tín ngưỡng của người bệnh. Một số dân tộc hoặc tín ngưỡng, chỉ có những người thân trong gia đình mới được đụng chạm đến đầu và tóc của họ hoặc họ không chải tóc khi gội đầu. Trong những trường hợp này, người điều dưỡng nên phối hợp với người nhà người bệnh để chăm sóc hay giáo dục cho người bệnh hiểu được việc chăm sóc tóc trong quá trình điều trị bệnh để hợp tác với mình.

2. Mục tiêu

Mục tiêu của kỹ năng gội đầu là:

- Tóc và da đầu của người bệnh phải được sạch sẽ và khỏe mạnh.
- Giúp người bệnh cảm thấy thoải mái, dễ chịu và được tôn trọng.
- Giúp người bệnh được tham gia, phối hợp trong quá trình chăm sóc tóc.

3. Lý thuyết

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

- Gàu : Gàu nhiều thường xuất hiện khi có viêm, nấm vùng da đầu hoặc do một số bệnh hệ thống. Thường dùng dầu gội có thuốc điều trị, trong một số trường hợp nặng, dầu gội đầu được bác sĩ điều trị chỉ định.
- Chấy: là loại ký sinh trùng gặp ở những người được vệ sinh tóc kém. Chấy có thể lây từ người bệnh này sang người bệnh khác trong bệnh phòng. Việc gội đầu vệ sinh tóc tốt hoặc dùng dầu bôi tóc cũng điều trị được chấy.
- Rụng tóc: hay gặp ở phụ nữ, nguyên nhân có thể do một số bệnh như nấm tóc, bệnh hệ thống, hoặc do dinh dưỡng kém. Nhưng thường gặp hơn là do thuốc nhuộm tóc, Uốn tóc, hoặc do sấy tóc ở nhiệt độ cao. Tóc thường xơ, chẻ ngọn có màu hung vàng và gãy ngang thân tóc. Việc điều trị nguyên nhân là cần thiết (điều trị nấm, bệnh hệ thống...) đồng thời cũng phải loại bỏ các yếu tố nguy cơ như nhiệt độ cao khi sấy tóc, dinh dưỡng....

3.2. Dụng cụ chăm sóc tóc cho người bệnh

- Lược: Có nhiều loại lược được sử dụng chăm sóc tóc cho người bệnh. Có thể là loại lược được làm bằng nhôm, nhựa hoặc bằng sừng. Khi chăm sóc tóc cho người bệnh, người điều dưỡng nên dùng nhiều loại lược có cấu tạo răng lược khác nhau để tránh gây đau và tổn thương tóc cũng như da đầu của người bệnh. Lược có răng thưa, được dùng khi mới trải, lúc tóc của người bệnh bị rối (đặc biệt là người bệnh có tóc dài). Sau đó người điều dưỡng mới nên dùng lược có răng mau hơn để cho tóc người bệnh được

mượt và loại bỏ được gàu. Khi dùng lược có sấy hơi nóng để làm khô tóc, người điều dưỡng chú ý điều chỉnh nhiệt độ cho phù hợp tránh gây bỏng, hoặc làm tóc dễ bị rụng.

- Dầu gội: Nhiều loại dầu gội có nồng độ kiềm khác nhau, tùy thuộc vào từng loại tóc và da đầu. Người điều dưỡng cần đánh giá tình trạng da đầu của người bệnh để lựa chọn hoặc thay đổi loại dầu gội cho phù hợp. Dầu xả được dùng sau khi gội đầu hoặc được pha chế ngay trong dầu gội đầu giúp cho tóc người bệnh được mượt hơn. Một số loại dầu bôi trơn thường được dùng như dầu Oliu, dầu baby hay dầu Vasoline.

3.3. Chỉ định và chống chỉ định gội đầu cho người bệnh

- Gội đầu cho người bệnh được áp dụng cho tất cả những người bệnh nằm lâu, không tự gội đầu được.

- Không tiến hành gội đầu đối với những người bệnh : Đang sốt cao, mê sảng hay co giật, người bệnh đang trong cơn đau cấp hay đang trong tình trạng trụy mạch.

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

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi tiến hành	1. Chuẩn bị dụng cụ	02 chậu, ca múc, nước, Dầu gội, 02 khăn bông to, 01 khăn bông nhỏ, gối, bông cầu không thấm nước, 02 tấm nylon, 01 máng gội, 01 kim băng, 01 kẹp tóc, 01 lược; máy sấy tóc	Để tiến hành gội đầu cho người bệnh.	- Nước ấm 43⁰c - 44⁰c về mùa đông, nước mát về mùa hè. - Dầu gội theo chỉ định	
	2. Chuẩn bị người bệnh	- Giải thích cho người bệnh - Kéo rèm cách ly khu vực làm thủ thuật - Đặt người bệnh nằm ngửa, kê gối (có lót tấm nylon) dưới vai, đầu đặt trong máng gội - Quàng khăn bông quanh cổ và gáy, cài kim băng lại - Gấp khăn mặt che mắt cho người bệnh - Nút bông cầu vào hai bên tai	- Để người bệnh hiểu quy trình và phối hợp thực hiện. - Tạo môi trường riêng biệt - Để đầu người bệnh thấp hơn vai và tránh làm ướt ra xung quanh. - Tránh làm ướt ngực người bệnh. - Bảo vệ mắt người bệnh trong khi tiến hành thủ thuật. - Tránh nước chảy vào ống tai ngoài	Hỏi người bệnh có gì khó chịu ở tư thế này, để khắc phục làm cho người bệnh được thoải mái trong quá trình tiến hành thủ thuật.	
Trong khi tiến hành	3. Rửa tay	Rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn tay nhanh	Tránh nhiễm trùng chéo		
	4. Chải tóc, đánh giá tình trạng tóc và da đầu	- Chải tóc cho suông theo chiều máng gội. - Đánh giá tình trạng của tóc - Đánh giá tình trạng da đầu của người bệnh	- Nước và dầu gội dễ chảy theo máng tránh ướt xung quanh. - Phát hiện sớm những tổn thương nếu có để tiến hành thủ thuật phù hợp và điều trị kịp thời	- Nếu người bệnh có tóc dài và rối, để tránh đau cần tiến hành chải dần từ ngọn tóc đến chân tóc. - Người bệnh bị rụng tóc nhiều (trường hợp bệnh luput...) cần chải bằng lược có răng thưa	

	5. Gội đầu	– Dội nước làm tóc ướt đều – Xoa dầu gội – Chà xát tóc; gội da đầu bằng mười đầu ngón tay hoặc lần lượt từng bên đầu. – Dội nước nhiều lần cho sạch xà phòng. – Tiến hành vài lần đến khi tóc và da đầu được sạch	Làm sạch tóc và da đầu	– Tránh gây bỏng da đầu (nước ấm) hay làm người bệnh rùng mình (nước mát). – Tránh gây tổn thương da đầu do móng tay của người điều dưỡng dài hoặc gãi mạnh. – Tránh làm đầu người bệnh bị lắc lư nhiều khi gội. – Dội nước đến khi nước chảy xuống trong để làm sạch xà phòng ở tóc và da đầu của người bệnh	
	6. Làm khô tóc	– Tháo bông cầu ở tai người bệnh, bỏ khăn mặt che mắt, khăn bông quàng cổ. – Dùng khăn bông to lau khô tóc cho người bệnh. – Sấy tóc bằng máy sấy. – Tắt tóc cho người bệnh được gọn gàng (nếu cần)	Làm tóc được khô sau khi gội đầu	– Tránh gây bỏng da hay cháy vàng tóc do bật mức cao và không chuyển máy sấy tóc. – Thể trạng người bệnh tốt có thể để cho tóc khô tự nhiên hay dùng quạt gió.	
	7. Đánh giá lại tình trạng tóc và da đầu	– Đánh giá lượng tóc rụng, tình trạng của sợi tóc – Đánh giá tình trạng của da đầu.	Phát hiện sớm những tổn thương của tóc và da đầu		
Sau khi tiến hành	8. Thu dọn dụng cụ	Rửa sạch dụng cụ, lau khô. Giặt và hấp đồ vải	Đảm bảo an toàn vệ sinh bệnh viện, tránh nguy cơ nhiễm trùng chéo		
	9. Rửa tay	– Rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn tay nhanh	Tránh lây truyền chéo		
	10. Ghi hồ sơ	– Ghi ngày giờ, tên người thực hiện, loại dầu gội đã dùng. – Những đánh giá tình trạng tóc và da đầu người bệnh.	– Theo dõi tình trạng tóc và da đầu của người bệnh. – Quản lý quá trình chăm sóc.	Mô tả kỹ những triệu chứng bất thường để bác sĩ có thông tin chẩn đoán và điều trị	

TẮM CHO NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG

1. Giới thiệu kỹ năng

Đối với người bệnh là những người nằm liệt giường nhất là những nơi đè ép nhiều, tuần hoàn bị ngừng trệ, lưu thông không khí kém, cho nên sự bài tiết qua da bị hạn chế. Thêm vào đó mồ hôi thoát ra nhiều làm cho da bị kích thích, người bệnh ngứa ngáy, mệt mỏi, khó chịu, nếu không chăm sóc da cẩn thận thì da dễ bị lở loét, tạo điều kiện cho vi khuẩn xâm nhập vào cơ thể gây biến chứng nhiễm khuẩn toàn thân nặng hơn. Vì vậy chăm sóc da cho người bệnh sạch sẽ là một trong những công việc cần thiết, giúp cho người bệnh được thoải mái dễ chịu và tránh được loét, nhiễm khuẩn da và phòng được các bệnh khác lây truyền qua da.

2. Mục tiêu kỹ năng

- Đánh giá được tình trạng da của người bệnh.
- Thực hiện được kỹ thuật tắm cho người bệnh tại giường theo đúng quy trình.

3. Lý thuyết

3.1. Một số bệnh da thường gặp

– Khô da: Các vùng da hờ (tay, cánh tay, chân, mặt..) bị thô ráp, bong da, da khô. Dễ nhiễm khuẩn da. Khắc phục bằng tắm ít lần, mỗi lần tắm phải rửa sạch xà phòng trên cơ thể, làm ẩm da bằng khí ẩm, kem làm ẩm da, không dùng nước hoa.

– Bệnh trứng cá: da bị viêm, nổi mụn mủ, do nhiễm trùng tuyến bã, thường gặp ở mặt, cổ, vai và lưng. Khắc phục bằng gội đầu và rửa mặt nhiều lần trong ngày với nước ấm và xà phòng để loại bỏ chất nhờn. Chế độ ăn kiêng những chất kích thích (ớt, cà phê, chè...) có thể can thiệp điều trị kháng sinh, tia cực tím, tắm nắng.. (chú ý để làm bong da khi điều trị)

– Rậm lông: lông phát triển rậm ở thân người và ở mặt, đặc biệt gặp ở phụ nữ. Khắc phục bằng dùng thuốc tẩy lông, cạo lông... cần khám và điều trị nếu có bệnh nội tiết.

– Phát ban: phát ban toàn thân hoặc cục bộ do da bị kích thích với ánh nắng, độ ẩm hoặc do dị ứng. Khắc phục dùng thuốc bôi chống viêm, ngâm nước ấm giảm viêm.

– Viêm da tiếp xúc: viêm da cục bộ với đặc điểm: đột ngột, viêm đỏ, đau, tổn thương sần có thể rỉ nước. Thường gặp ở mặt, cổ, tay, mặt trước cẳng tay, và vùng sinh dục. Khắc phục: loại bỏ chất gây viêm (ví dụ: dép nhựa, quai mũ). Bôi thuốc giảm viêm.

– Trợt da: Bị trầy hoặc mất lớp thượng bì thường rỉ dịch máu. Cần thận tránh làm trợt da người bệnh do đồ trang sức hay móng tay. Rửa vết trợt bằng nước và xà phòng

3.2. Chỉ định tắm cho người bệnh

- Người bệnh nằm viện lâu (không có người nhà chăm sóc).
- Người bệnh gãy xương. Người bệnh bị liệt. Người bệnh sau phẫu thuật (đã ổn định mạch, nhiệt độ, huyết áp).

3.3. Chống chỉ định tắm cho người bệnh

Người bệnh bị bệnh quá nặng (ví dụ : đang trụy mạch, đang bị sốc...) Người bệnh đa vết thương.

3.4. Quy trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi tiến hành	1. Chuẩn bị dụng cụ	1 bộ quần áo sạch vừa cỡ người bệnh, 02 khăn bông to, 02 khăn mặt, vải phủ, vải trải giường, gối, tấm nylon, thùng nước ấm, chậu không, xà phòng, phấn rôm, gạc củ ấu, 01 kèm dài (nếu cần), 01 xô dẹt, 01 khay quả đậu. 02 đôi găng sạch.	Thực hiện quy trình chăm sóc cho người bệnh	Nước ấm có nhiệt độ 35 ⁰ C - 40 ⁰ C	
	2. Chuẩn bị người bệnh	-Giải thích quy trình cho người bệnh -Giúp đỡ người bệnh đi vệ sinh (nếu người bệnh cần) -Kéo rèm cách ly vùng thủ thuật -Đặt người bệnh nằm ngửa, gối đầu -Dựng thành giường bảo vệ bên đối diện với người làm thủ thuật	-Để người bệnh hợp tác khi tiến hành thủ thuật. -Tránh làm gián đoạn khi làm thủ thuật, để người bệnh cảm thấy thoải mái. -Tạo môi trường riêng biệt. -Để người bệnh được thoải mái. -Tránh cho người bệnh ngã khi thay đổi tư thế.	-Tôn trọng tín ngưỡng và văn hóa của người bệnh. -Nếu người bệnh ngồi được, có thể cho người bệnh ngồi khi tắm nửa phần trên cơ thể.	
Trong khi tiến hành	3. Rửa tay	-Rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn tay nhanh -Đi găng sạch	Phòng lây nhiễm chéo		
	4. Cởi quần áo cho người bệnh	-Phủ toan kín từ cổ đến bàn chân của người bệnh. -Tiến hành cởi áo, quần cho người bệnh bên dưới toan phủ.	-Đảm bảo kín đáo, tôn trọng người bệnh. -Dễ dàng bộc lộ phần cơ thể cần tắm.		
	5. Đánh giá tình trạng da người bệnh	Bộc lộ toan ở từng phần cơ thể, đánh giá tình trạng da của người bệnh	-Đánh giá vùng da cơ thể -Xây dựng kế hoạch can thiệp tại các vùng cơ thể đang được can thiệp điều trị (bằng vết thương, truyền, catheter...)	Dễ bỏ sót những vùng da bị tổn thương ở lưng, cùi cụt, nếp bẹn.	

6. Rửa mặt tắm vùng cổ, gáy	– Rửa mặt cho người bệnh bằng khăn ẩm. – Tắm vùng cổ, gáy cho người bệnh bằng khăn ướt. – Lau khô vùng da đã tắm.	– Rửa sạch vùng mặt – Tắm sạch vùng cổ – Làm cho người bệnh dễ chịu	– Khi tắm vùng gáy, một tay người điều dưỡng nâng đầu người bệnh, tay kia dùng khăn ướt lau vùng gáy. – Cũng có thể cho đầu người bệnh nghiêng để lần lượt lau được từng nửa mỗi bên gáy.	
7. Tắm vùng tay và cẳng tay	– Bộc lộ và tiến hành tắm lần lượt từng bên cánh tay, cẳng tay cho người bệnh. – Lót tấm nylon, đặt chậu nước tắm bàn tay và ngón tay. – Lau khô vùng da đã tắm.	– Tắm sạch vùng tay. – Làm cho người bệnh dễ chịu		
8. Tắm vùng ngực – bụng	– Bộc lộ vùng ngực, bụng, dùng khăn ẩm lau vùng hố nách hai bên, vùng ngực, vùng bụng. – Lau khô vùng da đã tắm. – Thoa phấn rôm hố nách hai bên.	– Tắm sạch vùng ngực, bụng – Làm cho người bệnh dễ chịu		
9. Tắm vùng lưng	– Lật nghiêng người bệnh bộc lộ vùng lưng. – Tiến hành tắm vùng lưng – thắt lưng bằng khăn ướt. – Lau khô vùng da đã tắm. – Thoa phấn rôm vùng lưng và thắt lưng.	– Tắm sạch vùng lưng – Làm cho người bệnh dễ chịu – Phòng chống loét vùng lưng.		
10. Tắm vùng đùi, chân và bàn chân	– Đặt người bệnh nằm ngửa, bộc lộ đùi, chân và bàn chân hai bên, – chống lần lượt từng bên chân của người bệnh, lót tấm nylon đặt chậu nước lên giường. – Tắm lần lượt từng bên đùi và cẳng chân hai bên. – Ngâm vào chậu và tắm lần lượt từng bàn chân. – Lau khô vùng da đã tắm.	– Tắm sạch vùng chân – Làm cho người bệnh dễ chịu		

	11. Tắm vùng hậu môn sinh dục	– Tiếp tục bộc lộ vùng hậu môn sinh dục. Người bệnh nằm ngửa, chống hai chân. – Lót tấm nylon đặt bờ dẹt dưới mông người bệnh. – Dùng kèm gấp gạc cù ầu, tiến hành tắm vùng hậu môn sinh dục dưới dòng nước dội. – Bỏ bờ dẹt, dùng khăn ướt tắm vùng mông. – Lau khô vùng đã tắm. – Thoa phần rôm vùng cùng cụt.	– Tắm sạch vùng hậu môn sinh dục – Làm người bệnh dễ chịu. – Phòng loét vùng cùng – cụt.	– Ở nữ giới: tiến hành tắm từ môi lớn và bên mỗi bên. Không đưa gạc và nước và âm đạo. – Ở nam giới. Cần kéo da qui đầu xuống, vệ sinh quanh vùng qui đầu	
	12. Thay găng	Tháo và thay găng khác	Phòng lây nhiễm		
	13. Mặc quần áo cho người bệnh	– Mặc quần áo cho người bệnh bên dưới toan trải. – Tháo toan trải để vào túi đựng đồ bẩn. – Thay ga trải giường. – Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái.	Làm người bệnh được thoải mái		
Sau khi tiến hành	14. Thu dọn dụng cụ	Thu dọn đồ bẩn, dụng cụ.			
	15. Rửa tay	Tháo găng, rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn tay nhanh	Phòng lây nhiễm chéo		
	16. Ghi hồ sơ	– Ghi thời gian và người thực hiện thủ thuật. – Ghi tình trạng các vùng da cơ thể người bệnh.	– Quản lý việc thực hiện thủ thuật – Quản lý được tình trạng da của người bệnh		

VỆ SINH VÙNG HẬU MÔN SINH DỤC CHO NGƯỜI BỆNH

1. Giới thiệu

Vệ sinh vùng hậu môn sinh dục là một bước trong quy trình tắm cho người bệnh tại giường. Những người bệnh đòi hỏi người điều dưỡng chăm sóc vùng hậu môn sinh dục phải tỉ mỉ như những người bệnh có khâu tầng sinh môn khi đẻ thường, người có sonde dẫn lưu nước tiểu.... Trong thực tiễn, nữ điều dưỡng thường cảm thấy ngại khi chăm sóc vùng hậu môn sinh dục của người bệnh nam giới. Nhưng với trách nhiệm nghề nghiệp sẽ làm cho nữ điều dưỡng đỡ ngại hơn khi chăm sóc, tạo sự thoải mái cho người bệnh. Người điều dưỡng có điều kiện sớm phát hiện ra những triệu chứng viêm nhiễm vùng hậu môn sinh dục qua những lời phàn nàn của người bệnh về khó đi tiểu tiện, nóng rát khi đi tiểu, đau vùng hậu môn sinh dục. Hoặc người điều dưỡng có thể đánh giá qua thăm khám phát hiện da vùng hậu môn sinh dục viêm đỏ.

Những người bệnh nặng không tự chăm sóc vệ sinh được. Hàng ngày ta cần giúp họ rửa sạch vùng hậu môn sinh dục, nhất là khi người bệnh đại, tiểu tiện không tự chủ. Vùng hậu môn sinh dục ẩm ướt có thể gây những biến chứng như viêm, loét, nấm và tạo điều kiện thuận lợi cho mủm mọc xuất hiện, gây đau đớn cho người bệnh.

2. Mục tiêu kỹ năng

- Đánh giá được tình trạng vệ sinh vùng hậu môn sinh dục của người bệnh.
- Thực hiện được vệ sinh hậu môn sinh dục cho người bệnh đúng quy trình kỹ thuật.

3. Lý thuyết

3.1. Các bệnh thường gặp ở vùng hậu môn sinh dục

- Ở nữ giới :

- + Viêm âm hộ-âm đạo: dấu hiệu ra nhiều khí hư, hôi, viêm đỏ vùng tiền đình âm hộ. Nguyên nhân thường là do liên cầu, tụ cầu, vi trùng dạng Coli, Clostridium perfringens (Cl.Welchii), Trichomonas.
- + Bệnh lậu: Do Nesseria gonorrhoeae gây ra, nhiễm trùng có thể lan từ các tuyến âm hộ, âm đạo, cổ tử cung tới thân tử cung, vòi tử cung, buồng trứng và phúc mạc.
- + Bệnh giang mai: Do Treponema pallidum gây ra. Các tổn thương bao gồm các ban và các sần lồi lên trên các cơ quan sinh dục ngoài và thành âm đạo.

- Ở nam giới :

- + Viêm dương vật : Viêm qui đầu và bao qui đầu. Thiếu vệ sinh cá nhân là một yếu tố quan trọng dẫn đến nhiễm trùng, đặc biệt là nếu có hẹp bao qui đầu.

3.2. Quy trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi tiến hành	1. Chuẩn bị dụng cụ	Bộ quần áo sạch vừa cỡ người bệnh, 01 khăn bông to, 01 khăn bông nhỏ, 01 vải phủ, 01 vải trải giường, gối, tấm nylon, Nước ấm, xà phòng, gạc cù ấu, 01 kèm dài (nếu cần), bô dẹt, khay quả đậu; 02 đôi găng sạch.	Thực hiện quy trình chăm sóc cho người bệnh	Nước ấm có nhiệt độ 35 ⁰ c-40 ⁰ c	
	2. Chuẩn bị người bệnh	-Giải thích quy trình cho người bệnh -Giúp đỡ người bệnh đi vệ sinh (nếu người bệnh cần) -Kéo rèm cách ly vùng thủ thuật. -Đặt người bệnh nằm ngửa, gối đầu -Dựng thành giường bảo vệ bên đối diện với người làm thủ thuật.	-Để người bệnh hợp tác khi tiến hành thủ thuật. -Tránh làm gián đoạn khi làm thủ thuật, để người bệnh cảm thấy thoải mái. -Tạo môi trường riêng biệt. -Để người bệnh được thoải mái. -Tránh cho người bệnh ngã khi thay đổi tư thế.	-Tôn trọng tín ngưỡng và văn hóa của người bệnh. -Đối với nam giới, người bệnh nằm ngửa duỗi thẳng chân. -Đối với nữ giới, người bệnh nằm ngửa, chống và dẹt hai chân.	
	3. Rửa tay	-Rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn tay nhanh -Đi găng sạch.	Phòng lây nhiễm chéo.		
	4. Cởi quần áo cho người bệnh	-Phủ toan kín từ cổ đến cẳng chân của người bệnh. -Tiến hành cởi áo, quần cho người bệnh bên dưới toan phủ. -Trải tấm nylon và đặt bô dẹt dưới mông người bệnh.	-Đảm bảo kín đáo, tôn trọng người bệnh. -Để dẹt bô lộ vùng hậu môn sinh dục. -Hứng nước làm vệ sinh vùng hậu môn sinh dục, tránh làm ướt giường.		

Trong khi tiến hành	5. Đánh giá tình trạng vùng hậu môn sinh dục	Bộc lộ toan ở vùng hậu môn sinh dục, đánh giá tình trạng da và niêm mạc vùng hậu môn sinh dục	– Đánh giá vùng hậu môn sinh dục – Xây dựng kế hoạch can thiệp khi đang có can thiệp điều trị (Sonde dẫn lưu nước tiểu)	Dễ bỏ sót những vùng da bị tổn thương ở nếp bẹn, niêm mạc dưới bao qui đầu (nam giới).	
	6. Rửa vùng hậu môn sinh dục	– Dùng kèm gấp gác củ ấu, tiến hành rửa sạch vùng hậu môn sinh dục dưới dòng nước dội – Bỏ bông dẹt, dùng khăn thấm khô vùng hậu môn sinh dục – Cho người bệnh nằm nghiêng – Dùng khăn ướt lau sạch vùng mông, rồi thấm khô	– Làm sạch vùng hậu môn sinh dục – Làm người bệnh dễ chịu. – Phòng loét vùng cù – cụt.	– Cho nước chảy thành dòng khi tiến hành rửa vùng hậu môn sinh dục – Ở nữ giới: Không đưa gác và nước và âm đạo. – Ở nam giới: Cần kéo da qui đầu xuống, vệ sinh quanh vùng qui đầu	
	7. Thay găng	Tháo và thay găng khác	Phòng lây nhiễm		
	8. Mặc quần áo cho người bệnh.	– Mặc quần áo cho người bệnh bên dưới toan trải – Tháo toan trải để vào túi đựng đồ bẩn – Thay ga trải giường – Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái	Làm người bệnh được thoải mái		
	9. Thu dọn dụng cụ	Thu dọn đồ bẩn, dụng cụ			
	10. Rửa tay	Tháo găng, rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn tay nhanh	Phòng lây nhiễm chéo.		
Sau khi tiến hành	11. Ghi hồ sơ	– Ghi thời gian và người thực hiện thủ thuật – Ghi tình trạng da và niêm mạc vùng hậu môn sinh dục	– Quản lý việc thực hiện thủ thuật – Quản lý được tình trạng hậu môn sinh dục của người bệnh		

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. *Đánh giá trước huấn luyện*

Câu hỏi đúng sai

Vệ sinh răng miệng cho người bệnh

Vệ sinh răng miệng cho người bệnh tỉnh

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Chỉ cần chuẩn bị như người bình thường đánh răng hàng ngày đó là: lavabo, bàn chải, cốc và thuốc đánh răng là đủ cho chăm sóc răng miệng người bệnh tại bệnh viện		
2	Không nhất thiết phải giải thích quy trình cho người bệnh vì ai cũng biết cách đánh răng rồi		
3	Tư thế của người bệnh là nằm ngửa, đầu thấp là được		
4	Người điều dưỡng đi găng tay sạch để tự bảo vệ mình		
5	Phải tháo hàm răng giả của người bệnh trước khi đánh giá răng miệng của người bệnh		
6	Khi người bệnh có những phàn nàn về răng, miệng thì mới tiến hành kiểm tra răng miệng của người bệnh		
7	Khám răng miệng của người bệnh là nhiệm vụ của bác sĩ		
8	Đề người bệnh tự đánh răng như họ vẫn thường đánh răng ở nhà		
9	Về mùa đông mới phải bôi môi kem làm ẩm		
10	Thỉnh thoảng mới phải dùng chỉ nha khoa để lấy cao răng		
11	Có thể dùng máy sấy, sấy hàm giả cho chóng khô		
12	Không dùng hàm giả cho người bệnh nội trú		
13	Ghi hồ sơ: chỉ cần ghi những thủ tục hành chính thông thường		

Vệ sinh răng miệng cho người bệnh hôn mê

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Khi người bệnh hôn mê không cần chỉ nha khoa		
2	Không cần giải thích cho người nhà người bệnh		
3	Tư thế của người bệnh là nằm nghiêng, đầu thấp		
4	Người điều dưỡng đi găng tay để phòng tránh nhiễm trùng chéo		
5	Không được dùng răng giả cho người bệnh hôn mê		
6	Luôn phải kiểm tra răng, miệng cho người bệnh trước khi vệ sinh răng miệng		
7	Khám răng miệng của người bệnh là nhiệm vụ của bác sĩ		
8	Không được để người nhà người bệnh đánh răng cho người bệnh hôn mê		
9	Người bệnh hôn mê không cần đánh răng		
10	Lau răng miệng bằng gạc cuộn ấu cho người bệnh hôn mê là đủ		
11	Không dùng chỉ nha khoa cho người bệnh hôn mê		
12	Người bệnh hôn mê không thể tiến hành súc miệng cho họ được		
13	Luôn phải dùng kem làm ẩm để bôi môi và niêm mạc miệng cho người bệnh hôn mê		
14	Ghi hồ sơ: Chỉ cần ghi những thủ tục hành chính thông thường		

Gội đầu cho người bệnh tại giường

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Chống chỉ định gội đầu cho người bệnh có tổn thương da vùng đầu và cổ		
2	Chỉ tiến hành gội đầu khi khám thấy tóc và da đầu của người bệnh có nhiều gàu		
3	Không cần phải cách ly khu vực của người bệnh nếu chỉ tiến hành gội đầu		
4	Để tránh nhiễm khuẩn, phải đi găng tay khi tiến hành gội đầu cho người bệnh		
5	Khám tóc và da đầu của người bệnh là nhiệm vụ của bác sĩ		
6	Khi làm ướt thì tóc của người bệnh sẽ tự suông		
7	Chỉ cần thoa dầu gội đầu 1 lần là đủ cho một lần gội đầu		
8	Có thể hướng dẫn người nhà gội đầu cho người bệnh		
9	Không phải rửa tay người điều dưỡng sau khi gội đầu cho người bệnh, vì xà phòng gội đã làm sạch tay họ		
10	Ghi hồ sơ: chỉ cần ghi những thủ tục hành chính thông thường		

Tắm cho người bệnh tại giường

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Tắm tại giường chỉ thực hiện cho người bệnh hôn mê		
2	Không tiến hành tắm cho người bệnh đang thở máy		
3	Phải dừng mọi thủ thuật điều trị khi tiến hành tắm cho người bệnh		
4	Cần phải giải thích quy trình cho người bệnh biết		
5	Bộ lộ toàn bộ cơ thể người bệnh cho thuận tiện tiến hành tắm tại giường cho người bệnh		
6	Bộc lộ và tắm từng phần cơ thể để giữ ấm cho người bệnh		
7	Tiến hành tắm lần lượt từng nửa phần cơ thể cho được thuận tiện		
8	Tắm xong toàn bộ cơ thể thì mới lau khô cho thuận tiện		
9	Khám tình trạng da của người bệnh là nhiệm vụ của bác sĩ		
10	Ghi hồ sơ: chỉ cần ghi những thủ tục hành chính thông thường		

Vệ sinh vùng hậu môn sinh dục cho người bệnh

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Vệ sinh vùng hậu môn sinh dục cho người bệnh sau mỗi lần đi vệ sinh		
2	Vệ sinh vùng hậu môn sinh dục cho người bệnh nếu có mùi hôi		
3	Vệ sinh vùng hậu môn sinh dục cho người bệnh 1 lần / 1 ngày		
4	Chỉ tiến hành vệ sinh vùng hậu môn sinh dục khi tắm cho người bệnh		
5	Cởi quần áo người bệnh dưới toan trải là để phòng bụi bẩn, vi khuẩn phát tán vào không khí quanh người bệnh		
6	Đối với người bệnh nam chỉ cần vệ sinh vùng qui đầu và hậu môn cho người bệnh là đủ		
7	Ấm ướt vùng hậu môn sinh dục là một yếu tố tạo điều kiện loét ép		
8	Ghi hồ sơ: Chỉ cần ghi những thủ tục hành chính thông thường		

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn vào làm mẫu

Sau khi học lý thuyết về kỹ thuật vệ sinh cá nhân cho người bệnh, bạn đã tự lượng giá và bây giờ hãy áp dụng các kiến thức đã học để thực hành

Trước khi bạn thực hành, bạn hãy tham gia vào lớp huấn luyện do giáo viên hướng dẫn.

Trong sách bài này chúng tôi không viết tỉ mỉ như trong lớp hướng dẫn thực hành, chúng tôi chỉ đề cập tóm tắt những yêu cầu cần đạt được trong khoá học.

- Cần đảm bảo chắc chắn rằng bạn đã hiểu tất cả: Trước buổi hướng dẫn thực hành, không có cơ hội để đề cập hoặc trả lời câu hỏi, những điều bạn chưa rõ sẽ được trả lời sau

- Tóm tắt các điểm cần chú ý: Trước khi thao diễn và thực hành các bước hoặc các điểm quan trọng nhất sẽ được lưu ý. Bạn phải có khả năng kể được các bước của quy trình trước lớp (Tôi sẽ phải làm gì và phải chú ý những điểm gì). Sau đó giáo viên sẽ thao diễn một lần và rồi giáo viên sẽ mời một sinh viên thao diễn lại.

- Giáo viên thao diễn: Giáo viên sẽ trình diễn toàn bộ quy trình kỹ thuật, vì vậy bạn có thể quan sát các động tác. Sau đó bạn có thể hỏi và bình luận. Bạn cũng có thể yêu cầu giáo viên trình diễn lại nếu bạn thấy cần thiết

- Một sinh viên được yêu cầu thực hiện lại kỹ thuật: Giáo viên sẽ mời một sinh viên lên thực hiện thử toàn bộ quy trình kỹ thuật. Bước này cũng nêu các điểm cần chú ý có thể cần thiết cho bước thực hành tiếp

- Sinh viên thực hành: Điều quan trọng là tất cả sinh viên cần phải thực hành. Lúc này giáo viên có thể vẫn giúp bạn thực hiện các bước mà bạn làm chưa đạt. Giáo viên có thể nói cho bạn lỗi của bạn và có nói cho bạn cách để thực hiện được các thao tác.

4.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm (checklist)

Bạn có thể dùng bảng kiểm để thực hành. Người quan sát sẽ điền vào bảng thực hành trong khi bạn tiến hành thủ thuật. Bạn cần biết rằng bước nào bạn làm tốt, bước nào còn chưa chính xác và bước nào bước nào bạn đã bỏ qua bên phải có cột ghi chú, nếu có bước nào bạn chưa thực hiện người quan sát sẽ ghi lại ở cột này

Thực hành và quan sát theo bảng kiểm

4.3.1. Vệ sinh răng miệng cho người bệnh tình

Stt	Các bước tiến hành	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1.	Chuẩn bị dụng cụ					
2.	Chuẩn bị người bệnh					
3.	Rửa tay					
4.	Tháo răng giả(nếu có)					
5.	Kiểm tra miệng người bệnh					
6.	Đánh răng cho người bệnh					
7.	Súc miệng cho người bệnh					
8.	Làm sạch kẽ răng bằng chỉ nha khoa					
9.	Làm ẩm môi và niêm mạc miệng					
10.	Làm sạch răng giả					
11.	Đặt lại tư thế người bệnh					
12.	Thu dọn dụng cụ					
13.	Ghi hồ sơ					

4.3.2. Vệ sinh răng miệng cho người bệnh hôn mê

Stt	Các bước tiến hành	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1.	Chuẩn bị dụng cụ					
2.	Chuẩn bị người bệnh					
3.	Rửa tay					
4.	Tháo răng giả (nếu có)					
5.	Kiểm tra miệng người bệnh					
6.	Banh hàm người bệnh					
7.	Đánh răng cho người bệnh					
8.	Súc miệng cho người bệnh					
9.	Làm sạch kẽ răng bằng chỉ nha khoa					
10.	Làm ẩm môi và niêm mạc miệng					
11.	Đặt lại tư thế người bệnh					
12.	Làm sạch răng giả					
13.	Thu dọn dụng cụ					
14.	Ghi hồ sơ					

4.3.3. Gội đầu cho người bệnh tại giường

Stt	Các bước tiến hành	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1.	Chuẩn bị dụng cụ					
2.	Chuẩn bị người bệnh					
3.	Rửa tay					
4.	Chải tóc, đánh giá tình trạng tóc và da đầu					
5.	Gội đầu					
6.	Làm khô tóc					
7.	Đánh giá lại tình trạng tóc và da đầu.					
8.	Thu dọn dụng cụ					
9.	Rửa tay					
10.	Ghi hồ sơ					

4.3.4. Tắm cho người bệnh tại giường

Stt	Các bước tiến hành	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1.	Chuẩn bị dụng cụ					
2.	Chuẩn bị người bệnh					
3.	Rửa tay					
4.	Cởi quần áo cho người bệnh					
5.	Đánh giá tình trạng da người bệnh					
6.	Rửa mặt tắm vùng cổ, gáy					
7.	Tắm vùng tay và cẳng tay					
8.	Tắm vùng ngực – bụng					
9.	Tắm vùng lưng					
10.	Tắm vùng đùi, chân và bàn chân					
11.	Tắm vùng hậu môn sinh dục					
12.	Thay găng					

13.	Mặc quần áo cho người bệnh					
14.	Thu dọn dụng cụ					
15.	Rửa tay					
16.	Ghi hồ sơ					

4.3.5. Vệ sinh vùng hậu môn sinh dục cho người bệnh

Stt	Các bước tiến hành	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị dụng cụ					
2	Chuẩn bị người bệnh					
3	Rửa tay					
4	Cởi quần áo cho người bệnh					
5	Đánh giá tình trạng vùng hậu môn sinh dục					
6	Rửa vùng hậu môn sinh dục					
7	Thay găng					
8	Mặc quần áo cho người bệnh.					
9	Thu dọn dụng cụ					
10	Rửa tay					
11	Ghi hồ sơ.					

5. Thực hành kỹ thuật

5.1. Thực hành tại Lab không có giáo viên

Những bài tập thực hành dưới đây có thể được tiến hành từng kỹ thuật một hoặc bạn có thể chia thời gian để quan sát. Trước khi bước vào phần thực hành phải đảm bảo rằng bạn:

- Hình thành nhóm thực hành với 2 người
- Phân chia vai trò của người quan sát và sinh viên
- Sắp xếp việc thực hành một cách có hệ thống

Thực hành có hệ thống là:

- Thực hiện hoạt động dựa trên tiêu chuẩn thực hành
- Đánh giá việc thực hành của bạn
- Hỏi quan sát viên về quá trình thực hành
- Xác định những điểm chi tiết trong quá trình tham gia cho những lần thực hành tiếp theo

5.2. Thực hành

Thực hành một mình hoặc với nhóm: bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình trong vài phút. Bạn cần chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, giám sát viên nhìn vào bảng kiểm. Sau đó bạn bắt đầu thực hành, người giám sát đánh giá dựa trên bảng kiểm

Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.3. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên - giáo viên

CÁC KỸ THUẬT THEO DÕI VÀ THĂM KHÁM

1. Giới thiệu toàn chương

1.1. Danh sách các kỹ năng trong chương

- Lấy dấu hiệu sinh tồn.
- Đo trọng lượng cơ thể.
- Đo chiều cao cơ thể.
- Kỹ thuật sử dụng máy monitor.
- Kỹ thuật ghi điện tâm đồ.
- Khám thực thể.

1.2. Mục tiêu toàn chương

- Nêu được các yêu cầu để phân biệt sự bình thường và bất thường các chỉ số các chức năng sống, chiều cao, cân nặng.
- Trình bày khái niệm chức năng máy theo dõi chức năng sống và máy ghi điện tâm đồ.
- Liệt kê các yêu cầu khi sử dụng các công cụ sử dụng trong từng kỹ thuật.
- Thực hiện đầy đủ và đúng các quy trình kỹ thuật của các kỹ năng trong chương.
- Đánh giá kết quả, phân tích giá trị các kết quả bất thường để đề xuất.
- Hướng can thiệp thỏa đáng.

2. Yêu cầu

2.1. Giới thiệu tổng quan

– Người khỏe mạnh, các chức năng của cơ thể có thể đáp ứng được nhu cầu của bản thân họ. Tuy vậy, trong khi ốm đau, người ta cần có sự hỗ trợ (ở các mức độ khác nhau tùy theo tình trạng bệnh) để có thể đáp ứng được những nhu cầu cơ bản của cơ thể. Việc theo dõi, thăm khám sẽ cung cấp các dữ liệu cơ bản nhất liên quan đến tình trạng hiện tại của người bệnh. Phân tích các dữ liệu này sẽ giúp điều dưỡng viên lập kế hoạch chăm sóc phù hợp với nhu cầu của người bệnh.

– Chức năng nhiệm vụ của Điều dưỡng khi chăm sóc người bệnh là theo dõi, khám thể chất và đánh giá các chức năng sinh lý bao gồm đo thân nhiệt, đếm mạch, đo huyết áp, cân đo người bệnh xác định tổng trạng người bệnh; Theo dõi các chức năng sống, phát hiện các dấu chứng bất thường để kịp thời báo cáo với bác sĩ điều trị để can thiệp kịp thời và có kế hoạch hành động Điều dưỡng trước mắt cũng như lâu dài, tùy tình trạng người bệnh, nếu mức độ tình trạng quá nặng cần sự đánh giá và theo dõi được chặt chẽ và liên tục người bệnh sẽ được mắc máy monitor để người điều dưỡng kịp thời phát hiện các dấu hiệu nguy cơ đang đe dọa người bệnh để báo cáo bác sĩ kịp thời hoặc theo yêu cầu của người điều trị.

2.2. Kiểm tra trước học

Đánh dấu (X) vào cột đúng hoặc sai 15 câu hỏi dưới đây :

Câu hỏi	Đúng	Sai
1. Đo chiều cao là việc rất cần thiết, đặc biệt ở lứa tuổi cần đánh giá sự tăng trưởng và phát triển		
2. Đối với người lớn, đo cân nặng, chiều cao kết hợp với nhận định tình trạng dinh dưỡng		
3. Tình trạng quá nặng cần sự đánh giá và theo dõi liên tục		
4. Người bệnh sẽ được mắc máy monitor để được theo dõi liên tục		
5. Mạch trẻ sơ sinh trung bình 120 lần / phút		
6. Thông thường các chất kích thích này làm tăng nhịp mạch		
7. Thân nhiệt thường thấp hơn ở người già		
8. Thân nhiệt thường cao nhất vào buổi sáng và thấp nhất vào buổi chiều		
9. Nữ giới nhịp thở có xu hướng cao hơn ở nam giới		
10. Khi hoạt động thể lực tăng nhịp thở tăng		
11. Huyết áp kẹt: Khi hiệu số giữa huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu nhỏ hơn 20		
12. Huyết áp tăng khi sốc do bất kì nguyên nhân nào		
13. Huyết áp giảm khi chảy máu, giảm khối lượng tuần hoàn, suy tim, suy tuyến thượng thận...		
14. Huyết áp giảm khi cơ thể quá yếu do mắc các bệnh làm suy kiệt như: lao, xơ gan...		
15. Đo chiều cao để đánh giá sự tăng trưởng và phát triển của trẻ		

KỸ THUẬT LẤY DẤU HIỆU SINH TỒN

1. Giới thiệu các kỹ năng

Đo dấu hiệu sinh tồn (Lấy dấu hiệu sinh tồn) là lượng giá các chỉ số nhiệt độ (ND), mạch (M), nhịp thở (NT), huyết áp (HA) của người bệnh. Đo dấu hiệu sinh tồn (DHST) là bước đầu tiên để xác định các thông số cơ bản của hệ tim mạch và hô hấp. Khi các DHST của một người có giá trị khác với các trị số bình thường thì người đó có thể đang phải đối mặt với những vấn đề về sức khỏe nào đó. Tuy vậy cũng nên biết rằng các chỉ số bình thường ở các người bệnh khác nhau thường rất khác nhau, do đó người điều dưỡng viên cần phải so sánh các kết quả thu được với các chỉ số thông thường của từng người bệnh cụ thể.

Với những người khỏe mạnh, các chức năng của cơ thể có thể đáp ứng được nhu cầu của bản thân họ. Tuy vậy, trong khi ốm đau, người ta cần có sự hỗ trợ (ở các mức độ khác nhau tùy theo tình trạng bệnh) để có thể đáp ứng được những nhu cầu cơ bản của cơ thể. Việc đo DHST sẽ cung cấp các dữ liệu cơ bản nhất liên quan đến tình trạng hiện tại của người bệnh. Phân tích các dữ liệu này sẽ giúp điều dưỡng viên lập kế hoạch chăm sóc phù hợp với nhu cầu của người bệnh.

Cần phải đo DHST cho tất cả các người bệnh vào khám lần đầu tại cơ sở y tế bao gồm trạm y tế, phòng khám, bệnh viện, viện dưỡng lão, hay các cơ sở y tế khác. Công việc này là một công việc thường qui cơ bản trong bệnh viện. Mức độ thường xuyên của việc lấy DHST của người bệnh thường có quan hệ chặt chẽ với tình trạng sức khỏe của người bệnh. Thông thường các qui định của cơ sở y tế hoặc bác sĩ (BS) sẽ quyết định mức độ thường xuyên của việc đo DHST cho một người bệnh, tuy vậy bất cứ khi nào điều dưỡng viên nhận thấy tình trạng của người bệnh biến đổi thì cần đo DHST lại, không cần tuân theo qui định của cơ sở y tế.

Tùy theo qui định mà thứ tự lấy các dấu hiệu sinh tồn có thể khác nhau, một số nơi qui định thứ tự như sau: Nhiệt độ - Mạch - Nhịp thở - Huyết áp. Kết quả thường được ghi vào một mẫu theo qui định của cơ sở y tế, mẫu này được thiết kế chuyên biệt giúp cho việc ghi chép được dễ dàng và thuận lợi cho việc đọc, so sánh kết quả theo thời gian. Chương này sẽ giới thiệu về các kỹ thuật đo dấu hiệu sinh tồn, cụ thể là các kỹ thuật sau:

- 1- Đếm mạch
- 2- Đo nhiệt độ
- 3- Đếm nhịp thở
- 4- Đo huyết áp

2. Mục tiêu kỹ năng

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

- 1- Trình bày được các DHST và các chỉ số bình thường của các DHST.
- 2- Mô tả được các yếu tố ảnh hưởng đến DHST thường gặp.
- 3- Lựa chọn được các trang thiết bị cần thiết để đo DHST.
- 4- Đo được chính xác các DHST ở người bệnh.
- 5- Phân tích sơ bộ được kết quả thu được khi đo DHST.
- 6- Thể hiện được thái độ đúng mực, phù hợp khi tiến hành đo DHST cho các người bệnh khác nhau.

3. Kỹ thuật đếm mạch

3.1. Lý thuyết liên quan đến đếm mạch

3.1.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhịp mạch

Trên thực tế mạch của một người chịu rất nhiều sự tác động của các yếu tố. Sau đây là một số yếu tố thường gặp nhất:

– Tuổi: Tần số mạch thay đổi rất nhiều trong suốt cuộc đời một người. Tần số mạch trung bình giảm dần theo lứa tuổi. Bên cạnh đó khoảng dao động của mạch cũng giảm dần chứng tỏ mức độ ổn định của việc điều khiển mạch. Tần số mạch bình thường được thể thống kê trong bảng sau:

Tuổi	Khoảng dao động của tần số mạch lần/phút	Tần số mạch trung bình lần/phút
Sơ sinh	100 – 170	140
1 tuổi	80 – 170	120
3 tuổi	80 – 130	110
6 tuổi	75 – 120	100
10 tuổi	70 – 110	90
14 tuổi	60 – 110	90
Trưởng thành	60 – 100	80

– Giới: Thông thường, ở cùng lứa tuổi nữ giới thường có mạch nhanh hơn nam giới khoảng 7-8 nhịp/phút.

– Di truyền và dân tộc: Rất nhiều nghiên cứu về việc di truyền có ảnh hưởng đến việc mắc các bệnh tim mạch cũng như ảnh hưởng đến tần số mạch của một người. Hoặc một số nhà nghiên cứu nhận thấy rằng người Mỹ gốc Phi thường có mạch và huyết áp cao hơn người Mỹ gốc Âu. Tuy nhiên, sự khác biệt này thường không ổn định giữa các nghiên cứu.

– Lối sống: Việc sử dụng các chất kích thích như rượu, bia, thuốc lá, cà phê, chè cũng gây ra sự thay đổi về tần số mạch tức thời cũng như về lâu dài đối với một người. Thông thường các chất kích thích này làm tăng nhịp mạch.

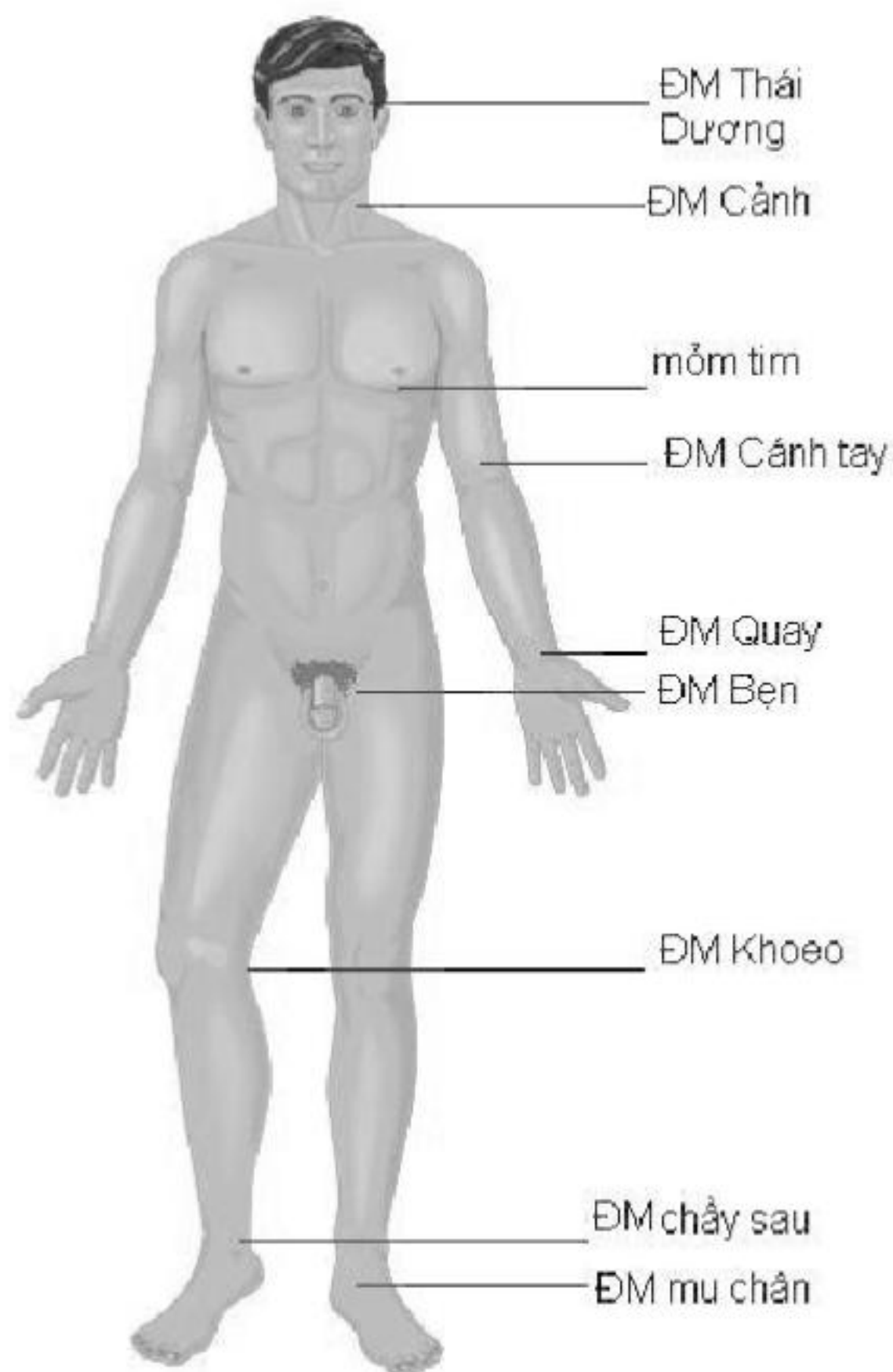
– Những thay đổi của cơ thể: Thân nhiệt: Thông thường, nếu thân nhiệt tăng 10C⁰ thì nhịp tim tăng lên 10 nhịp. Trong cơn đau, nhịp mạch của một người thường tăng lên so với lúc bình thường.

– Thuốc: khi sử dụng một số thuốc, mạch của người bệnh có thể bị ảnh hưởng khá rõ ràng. Chẳng hạn, các thuốc kích thích giao cảm làm tần số mạch tăng, các thuốc an thần, giảm đau làm tần số mạch giảm.

– Môi trường: nhiệt độ môi trường, tiếng ồn, sự ô nhiễm cũng có thể tác động đến tần số mạch của người bệnh.

– Các trạng thái cảm xúc: xúc động mạnh, sợ hãi, tức giận có thể làm mạch giảm đi trong vài giây rồi chuyển sang trạng thái đập rất nhanh và mạnh.

– Thời gian trong ngày: thông thường mạch của một người thường chậm hơn vào buổi đêm (có thể xuống đến 40 nhịp/phút) và nhanh hơn vào ban ngày.

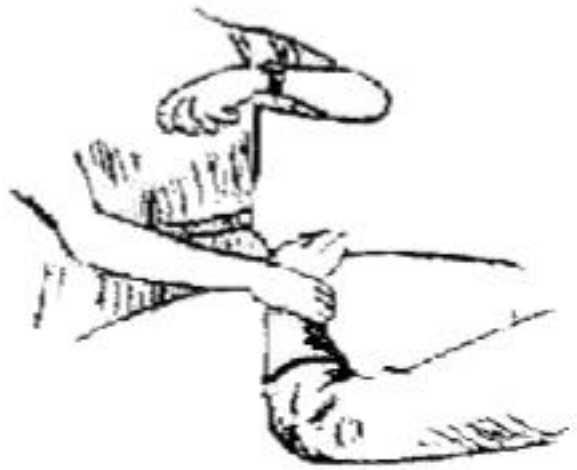


3.1.2 Vị trí đếm mạch

Thông thường, mạch được đếm tại các vị trí mà động mạch đi sát da, bên dưới là một nền xương như: động mạch thái dương (tại thái dương), động mạch cảnh (ở cổ), động mạch cánh tay (ở rãnh nhị đầu trong), động mạch quay (ở cổ tay), động mạch bẹn (ở bẹn), động mạch khoeo (ở khoeo chân), động mạch chầy sau (sau mắt cá trong), động mạch mu (ở mu bàn chân). Việc xác định tần số mạch bình thường của một người sẽ gặp phải một chút khó khăn trong lần đầu tiên người bệnh vào viện, do đó cần rất cần thận khi đưa ra các kết luận.

3.2. Quy trình kỹ thuật

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Kiểm tra lại hồ sơ	Xem lại thời điểm tiến hành thủ thuật gần nhất và những yêu cầu về mức độ thường xuyên của thực hiện thủ thuật	Tránh lặp lại một cách không cần thiết công việc đã được thực hiện bởi một người khác	Cẩn thận	
	2. Rửa tay thường qui	Theo qui định của Bộ Y tế	Đảm bảo vệ sinh, tránh lây nhiễm chéo	Đúng quy trình	
	3. Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ	- Đồng hồ có kim giây - Bút đỏ - Bảng theo dõi để ghi	Để thủ thuật được tiến hành thuận lợi	Cẩn thận nhất là với những loại đồng hồ chưa quen dùng	
	4. Chuẩn bị môi trường	Bàn để người bệnh đặt tay, hoặc giường cho người bệnh nằm	- Thuận lợi cho làm thủ thuật - Đảm bảo kết quả thu được đáng tin cậy	Vị trí phù hợp, người bệnh thoải mái	
	5. Chuẩn bị người bệnh	Giải thích về thủ thuật, yêu cầu NB nằm/ngồi đúng tư thế	Tạo sự tin tưởng và hợp tác	Cho nghỉ ít nhất 15 phút sau khi vận động mạnh	

TRONG	6. Xác định vị trí mạch	Đặt 3 đầu ngón tay trên đường đi của mạch, nhấn xuống từ từ đến khi thấy mạch nảy rõ	Cảm nhận sóng mạch tốt nhất	Sử dụng các đầu ngón tay thay vì lòng ngón tay	
	7. Đếm mạch trong vòng một phút	Mắt nhìn đồng hồ, tay cảm nhận sóng mạch đếm trong vòng 1 phút	Có kết quả đúng	Không đếm mạch với thời gian ngắn hơn 1 phút trừ những trường hợp đặc biệt	
SAU	8. Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái	Nói cho NB biết kết quả và những nhận xét sơ bộ về tần số mạch của NB	- Người bệnh hiểu hơn về tình trạng của bản thân họ để có thể hợp tác hiệu quả. - Tạo sự tin tưởng của người bệnh	Thận trọng khi nhận định kết quả bởi ngưỡng bình thường của mỗi người khác nhau	
	9. Ghi kết quả vào hồ sơ và báo BS (nếu cần)	Ghi theo qui định của cơ sở y tế sở tại	Lưu trữ và theo dõi diễn biến của tần số mạch	Rõ ràng	
	10. Thu dọn dụng cụ	Cất đồng hồ, bút đo	- Gọn gàng - Bảo quản dễ dàng	Cẩn thận	

4. Đo nhiệt độ cơ thể

4.1. Lý thuyết liên quan đến kỹ năng

4.1.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhiệt độ

– Các thời điểm trong ngày: Thân nhiệt thường cao nhất vào buổi chiều và thấp nhất vào buổi sáng sớm (lúc đang ngủ: 3-6 giờ sáng). Ta có thể lý giải cho điều này bằng việc so sánh mức độ vận động của các cơ và mức độ chuyển hoá cơ bản. Ngoài ra, việc nhiệt độ môi trường thấp nhất vào lúc gần sáng và cao nhất vào buổi chiều cũng có ảnh hưởng phần nào.

– Tuổi: Thân nhiệt ổn định nhất ở người trưởng thành còn trẻ, lúc này cơ quan điều nhiệt đã hoàn thiện và hoạt động chuyển hoá cơ bản tốt, bên cạnh một lớp mỡ dưới da đủ dày và lượng vận động lớn. Thân nhiệt thường thấp hơn ở người già do lớp mỡ dưới da trở nên mỏng hơn, các thành mạch xơ cứng, hoạt động ít, khả năng chuyển hoá cơ bản không còn tốt. Đối với trẻ em, sự dao động lớn của thân nhiệt chủ yếu tạo ra do cơ quan điều nhiệt chưa hoàn thiện.

Tuổi	Vị trí đo	Thang đo Celsius	Thang đo Fahrenheit
Mới sinh	Nách	35.5 – 39.5 ⁰ C	96.0 – 99.5 ⁰ F
1 tuổi	Miệng	37.7 ⁰ C	99.7 ⁰ F
3 tuổi	Miệng	37.2 ⁰ C	99.0 ⁰ F
5 tuổi	Miệng	37.0 ⁰ C	98.6 ⁰ F
Người lớn	Miệng	37.0 ⁰ C	98.6 ⁰ F
	Nách	36.4 ⁰ C	97.6 ⁰ F
	Trực tràng	37.6 ⁰ C	99.6 ⁰ F
Người già	Miệng	36.0 ⁰ C	96.8 ⁰ C

– Giới: Thân nhiệt thay đổi ít hơn ở trên nam giới. Tuy vậy, ở nữ giới thân nhiệt thường tăng lên trong thời điểm trứng rụng và khi mang thai, nhiệt độ giảm một chút trước khi trứng rụng.

– Hoạt động thể lực: Việc tập luyện không làm thay đổi nhiệt độ về lâu dài nhưng có thể thay đổi thân nhiệt của một người ngay tại thời điểm đó. Lý do là trong thời điểm này, cơ thể đốt cháy một lượng lớn glucose và mỡ để đáp ứng nhu cầu năng lượng cho vận động cơ.

– Nhiệt độ môi trường có thể tác động đến thân nhiệt của một người. Tùy theo lứa tuổi mà sự ảnh hưởng này là nhiều hay ít. Với người trưởng thành còn trẻ, thân nhiệt thường không thay đổi nhiều, với người già hay trẻ em thì thân nhiệt chịu ảnh hưởng nhiều hơn.

4.1.2. Tăng thân nhiệt (Sốt)

Sốt là một trạng thái mà nhiệt độ cơ thể tăng lên cao để đáp ứng với một số tác nhân ngoại lai như là vi khuẩn, vật thể lạ.

Mặc dù tăng thân nhiệt là một phản ứng tích cực để chống lại sự xâm nhập của vi khuẩn, tuy vậy nếu để thân nhiệt tăng quá cao có thể gây hại cho cơ thể. Người ta nhận thấy rằng nếu sốt cao hơn 41°C thì trong một thời gian ngắn sẽ có sự tổn thương thần kinh và nếu sốt trên 42°C và không điều trị kịp thời thì người bệnh có thể bị tử vong sau vài giờ. Do những tác hại nặng nề của sốt cao nên khi người bệnh bị sốt người ta thường tìm cách kiểm soát để nhiệt độ trở lại bình thường sớm. Một số nguyên nhân thường gặp của tăng nhiệt độ là:

- Nhiễm khuẩn toàn thân hoặc cục bộ
- Rối loạn nội tiết: Bệnh cường tuyến giáp trạng
- Rối loạn thần kinh: Tổn thương trung tâm điều nhiệt (chấn thương, tai biến, đau...)
- Protein lạ: Sữa, xác vi khuẩn
- Protein nội sinh: Xuất huyết mô, hoại tử tổ chức...
- Các chất kích thích trung tâm điều nhiệt hoặc hạn chế việc thải nhiệt: Cafein, phenamin...
- Do nhiệt độ môi trường quá nóng: Say nóng, say nắng

4.1 Quy trình kỹ thuật

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Kiểm tra lại hồ sơ	Xem lại thời điểm tiến hành thủ thuật gần nhất và những yêu cầu về mức độ thường xuyên của thực hiện thủ thuật	- Sự cần thiết và mức thường xuyên của đo nhiệt độ cho người bệnh cụ thể - Tránh lặp lại một cách không cần thiết công việc đã được thực hiện bởi một người khác	Cẩn thận	
	2. Rửa tay thường qui	Theo qui định của Bộ Y tế	Đảm bảo vệ sinh, tránh lây nhiễm chéo	Đúng quy trình	
	3. Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ	Lấy dụng cụ theo danh sách và kiểm tra sự hoạt động của chúng	Để thủ thuật được tiến hành thuận lợi	Cẩn thận	
	4. Chuẩn bị môi trường	Ghế để người bệnh ngồi hoặc giường để nằm	- Thuận lợi cho làm thủ thuật - Người bệnh không mỏi	Vị trí phù hợp, kín đáo (nếu cần), người bệnh thoải mái	
	5. Chuẩn bị người bệnh	Giải thích về thủ thuật, lau sạch hố nách	Tạo sự tin tưởng hợp tác	Có thể yêu cầu NB vệ sinh hố nách nếu có thể	
	6. Vẩy nhiệt kế	Cầm nhiệt kế gọn trong lòng bàn tay, vẩy dứt khoát bằng cổ tay	Cột thủy ngân xuống dưới 35°C Nhiệt kế không bị va đập vào các vật khác để bị gãy vỡ.	Vẩy đủ mạnh và đúng kĩ thuật	

TRONG	7. Đặt nhiệt kế vào nách	Đặt bầu thủy ngân sát da nách, nhiệt kế đặt dọc theo bờ ngoài cơ ngực lớn	- Truyền nhiệt tốt từ cơ thể sang nhiệt kế - Nhiệt kế được giữ tốt, không bị rơi khi lấy ra	Có thể yêu cầu NB tự đặt theo hướng dẫn và sửa lại nếu sai. Sử dụng ngôn ngữ phù hợp.	
	8. Đợi trong vòng 10-15 phút	Nhắc người bệnh khép chặt cánh tay	Có kết quả đúng	Có thể kết hợp làm các thủ thuật khác	
SAU	9. Lấy nhiệt kế ra khỏi hồ nách, đọc kết quả	- Yêu cầu NB cầm lấy phần thủy tinh của nhiệt kế rồi lấy ra - Cầm ngang tầm mắt để đọc	- Không bị bắn - Đọc được kết quả dễ dàng, chính xác	Hơi xoay nhẹ nhiệt kế để nhìn vạch thủy ngân rõ ràng	
	10. Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái	Nói cho NB biết kết quả và những nhận xét sơ bộ về thân nhiệt của NB	- Người bệnh hiểu hơn về tình trạng của bản thân họ để có thể hợp tác hiệu quả. - Tạo sự tin tưởng của người bệnh	Thân nhiệt của NB khi đo ở các vị trí khác nhau là khác nhau	
	11. Ghi kết quả vào hồ sơ và báo BS (nếu cần)		Lưu trữ và theo dõi diễn biến thân nhiệt của NB từ khi vào viện đến thời điểm đọc kết quả	- Rõ ràng - Chú ý những thay đổi lớn để xử trí phù hợp, kịp thời	
	12. Lau và thu dọn dụng cụ	Lau sạch bầu thủy ngân, thu dọn dụng cụ	- Gọn gàng - Bảo quản dễ dàng	Cẩn thận	

Thân nhiệt còn có thể được đo tại các vị trí khác trên cơ thể như miệng, trực tràng, tai, trán hoặc thậm chí đo được từ xa. Tùy theo các trường hợp khác nhau mà quy trình có thay đổi đôi chút, chủ yếu là trong các bước chuẩn bị dụng cụ, người bệnh và cách đặt vào các vị trí khác nhau:



Nhiệt kế cho trẻ sơ

Nhiệt kế điện tử

Đo nhiệt độ miệng

5 Đếm nhịp thở

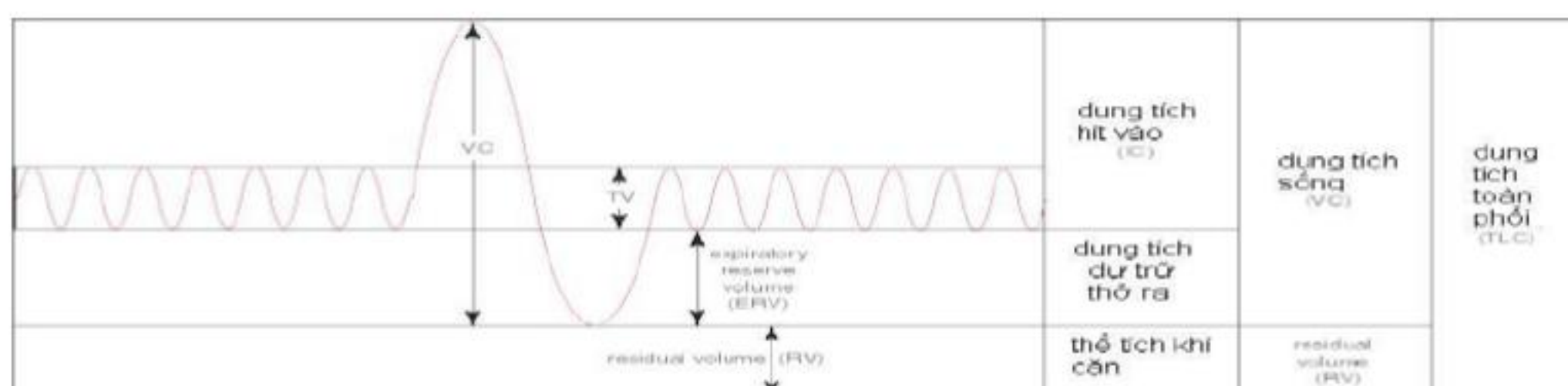
5.1. Giới thiệu tầm quan trọng của kỹ năng

Nhịp thở của người bệnh là một trong những dấu hiệu quan trọng diễn tả tình trạng của hệ hô hấp. Với bác sĩ, tần số thở của người bệnh giúp cho việc chẩn đoán bệnh, với điều dưỡng đây là thông số giúp cho người điều dưỡng có thể lập được kế hoạch chăm sóc phù hợp với người bệnh. Qua việc thực hiện đếm nhịp thở cho người bệnh định kỳ, nhân viên y tế có thể theo dõi được tình trạng bệnh của người bệnh đồng thời phát hiện kịp thời các bất thường có thể xảy ra đối với người bệnh. Bên cạnh đó, thông qua sự giao tiếp mối quan hệ giữa nhân viên điều dưỡng và người bệnh sẽ trở nên thân thiết hơn.

5.2. Mục tiêu của đếm nhịp thở

- 1- Phân tích được tầm quan trọng của đếm nhịp thở
- 2- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và điều kiện để đếm nhịp thở
- 3- Thực hiện được đếm nhịp thở chính xác

5.3. Lý thuyết liên quan đến đếm nhịp thở



Thể tích khí lưu thông

Các yếu tố ảnh hưởng đến nhịp thở

- Phân áp CO_2 : khi nồng độ CO_2 trong máu tăng, phản xạ hô hấp tăng. Khi phân áp CO_2 ở mức bình thường, nó có tác dụng kích thích và duy trì hô hấp. Khi nồng độ CO_2 trong máu xuống quá thấp, nó có thể gây ngừng thở.
- Phân áp O_2 : khi làm giảm phân áp ôxy trong khí thở, phân áp ôxy trong phế nang cũng giảm theo.
- Thần kinh cảm giác: Kích thích các dây thần kinh cảm giác nông (nhất là dây V) sẽ làm thay đổi hô hấp. Kích thích nhẹ làm thở sâu, kích thích mạnh làm ngừng thở.
- Dây X có tác dụng như là trung gian điều hoà động tác hít vào và thở ra (phản xạ Hering - Breure).
- Các trung tâm thần kinh cũng ảnh hưởng nhiều đến hô hấp điển hình là trung tâm nuốt (khi nuốt ta nín thở), vùng dưới đồi (điều hoà hô hấp để điều hoà thân nhiệt), và vỏ não (khi cười, khóc, thở dài hô hấp đều có thay đổi rõ rệt).
- Ngoài ra các yếu tố như tuổi, giới, mức độ hoạt động, mức độ chuyển hoá, chất kích thích cũng ảnh hưởng rất nhiều đến nhịp thở. Nhịp thở trung bình ở trẻ em cao hơn ở người lớn, ở nữ giới có xu hướng cao hơn ở nam giới, khi hoạt động thể lực tăng nhịp thở tăng, khi sử dụng các chất kích thích như bia rượu, thuốc lá nhịp thở thường tăng...

Cuối cùng, nhưng không kém phần quan trọng đó là ý thức của một người có thể ảnh hưởng đến nhịp thở trong ngắn hạn. Một người có thể điều khiển nhịp thở của mình nhanh lên hay chậm đi bằng việc kiểm soát các cơ hô hấp, hoặc điều khiển tâm trạng, cảm xúc của mình.

Nhịp thở bình thường và bất thường

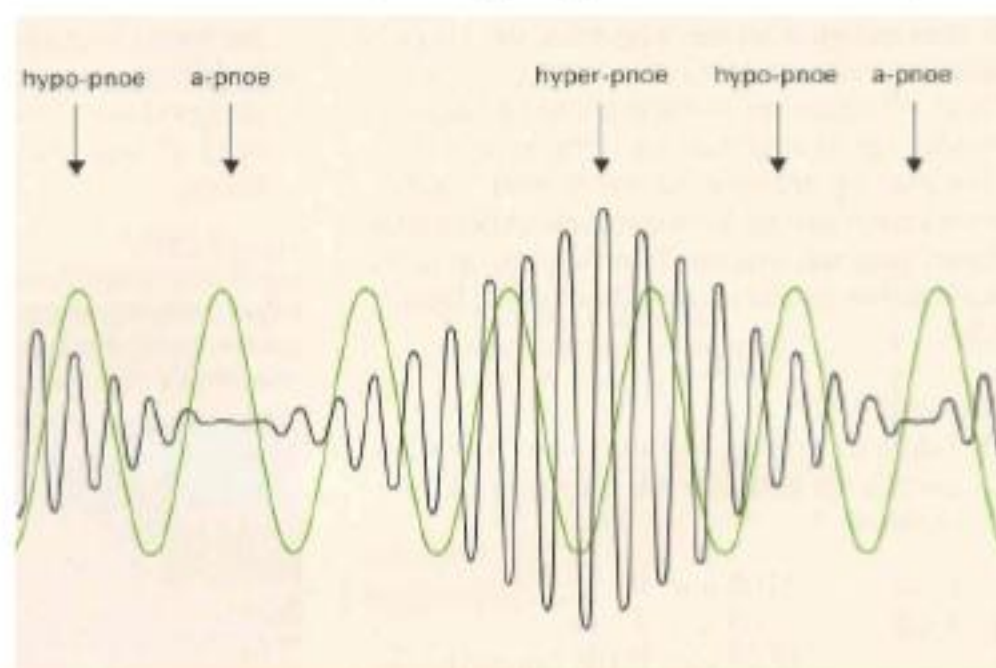
Các kiểu thở thường gặp:

- Kiểu ngực trên: hay gặp ở nữ
- Kiểu sườn: hay gặp ở thiếu niên
- Kiểu hoành: thường gặp ở trẻ em và nam giới trưởng thành

Các bất thường của thở: bình thường người ta thường không chú ý đến nhịp thở tuy vậy trong một số trường hợp động tác thở trở nên nặng nề, khó khăn buộc người đó phải chú ý đến nhịp thở của mình đó là hiện tượng khó thở. Khó thở có thể diễn ra từ từ hoặc đột ngột, có thể diễn ra vào ban đêm hoặc ban ngày (cường phế vị), khi thay đổi tỷ lệ hít vào, thở ra (hen, giãn phế quản), thay đổi nhịp thở (viêm phổi,...), tần số chậm (rối loạn hành tủy, hôn mê...).

Một số kiểu thở đặc biệt:

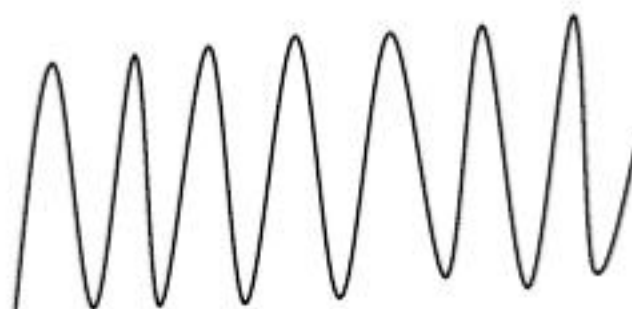
- Cheyne-Stokes: khó thở và tạm ngừng thở luân chuyển nối tiếp nhau.



- Kusmaull: 4 giai đoạn: hít vào sâu, ngừng thở ngắn, thở ra nhanh, ngừng thở kéo dài



- Tăng thông khí: tăng cả về tần số và biên độ: gặp trong nhồi máu phổi giai đoạn đầu, tắc mạch phổi, gắng sức, lo lắng, sốt cao...



5.4. Đếm nhịp thở

Đếm nhịp thở là một thủ thuật quan trọng giúp cho việc theo dõi và phát hiện các bất thường của hệ hô hấp. Việc thực thi thủ thuật này cần được tiến hành tùy theo tình trạng của người bệnh. Dù không quá khó để đếm nhịp thở, tuy nhiên để có kết quả chính xác cần phải lưu ý những đặc trưng của thở như việc có thể điều khiển nhịp thở khi được thông báo trước là đang bị đếm, những thay đổi về nhịp thở là khá lớn dưới tác động bên ngoài nên cần chuẩn bị người bệnh và môi trường đếm nhịp thở phù hợp.

Quy trình kỹ thuật

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Kiểm tra lại hồ sơ	Xem lại thời điểm tiến hành thủ thuật gần nhất, và những yêu cầu về mức độ thương xuyên của thực hiện thủ thuật	- Sự cần thiết và mức thương xuyên của đếm nhịp thở cho người bệnh cụ thể - Tránh lặp lại một cách không cần thiết công việc đã được thực hiện bởi một người khác	Cẩn thận	
	2. Rửa tay thường qui	Theo qui định của Bộ Y tế	Đảm bảo vệ sinh, tránh lây nhiễm chéo	Đúng quy trình	
	3. Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ	Lấy dụng cụ theo danh sách và kiểm tra sự hoạt động của chúng	Để thủ thuật được tiến hành thuận lợi	Cẩn thận	
	4. Chuẩn bị môi trường	Lấy ghế để người bệnh ngồi hoặc giường để nằm	Thuận lợi cho làm thủ thuật Người bệnh không mỏi	Tốt nhất là bố trí giường để NB nằm	
	5. Chuẩn bị người bệnh	Giải thích rằng sẽ kiểm tra cho người bệnh những không được để NB biết về việc đếm nhịp thở	Tạo sự tin tưởng hợp tác trong khi người bệnh vẫn không tự điều chỉnh nhịp thở cũng như bị ảnh hưởng bởi ý thức của bản thân họ	Nếu người bệnh mặc áo dây cần yêu cầu cởi bớt ra	

	6. Chuẩn bị đếm	Đặt đồng hồ ở vị trí thuận lợi	Để có thể vừa nhìn đồng hồ và vừa nhìn vị trí đếm nhịp thở	Mắt, đồng hồ và vùng đếm nhịp thở thẳng hàng	
TRONG	7. Đếm trong vòng 1 phút	Bấm đồng hồ, đồng thời quan sát vùng đếm nhịp thở	- Mắt sẽ phải vừa nhìn đồng hồ vừa nhìn vùng đếm - Đủ dài để xác định nhịp thở chính xác	Trong trường hợp thở không đều hoặc không rõ cần đếm thêm 1 phút	
SAU	8. Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái	Nói cho NB biết kết quả và những nhận xét sơ bộ về tình hình của NB, không nên cho người bệnh biết rằng họ vừa bị lừa	- Người bệnh hiểu hơn về tình trạng của bản thân họ để có thể hợp tác hiệu quả. - Không đánh mất niềm tin của người bệnh đồng thời khiến họ có thể cảm thấy bị xúc phạm.	Thân nhiệt của NB khi đo ở các vị trí khác nhau là khác nhau	
	9. Ghi kết quả vào hồ sơ và báo BS (nếu cần)	Ghi theo qui định của cơ sở y tế sở tại	Lưu trữ và theo dõi diễn biến thân nhiệt của NB từ khi vào viện đến thời điểm đọc kết quả	- Rõ ràng - Chú ý những thay đổi lớn để xử trí phù hợp, kịp thời	
	10. Lau và thu dọn dụng cụ	Lau sạch dụng cụ, thu dọn dụng cụ	- Gọn gàng - Bảo quản dễ dàng	Cẩn thận	

6. Đo huyết áp

6.1. Giới thiệu tầm quan trọng của kỹ năng

Huyết áp là áp lực (áp suất) mà dòng máu ép lên thành mạch. Đây chính là một thông số quan trọng cho thấy tình trạng hoạt động của hệ tuần hoàn. Với việc lượng giá chỉ số này (đo huyết áp) người điều dưỡng có thể phát hiện nhiều bệnh tật hoặc biến chứng nguy hiểm đối với người bệnh. Trên thực tế, chúng ta thường quan tâm đến áp lực gây nên bởi sự tổng máu từ tâm thất trái vào động mạch chủ đang đầy máu (gọi là huyết áp động mạch) của người bệnh nhất. Khi chỉ số này thay đổi so với bình thường nó có thể liên quan đến những biến đổi nghiêm trọng của một hay nhiều cấu phần của hệ tuần hoàn như khối lượng tuần hoàn, tình trạng của tim, mạch. Tính mạng của người bệnh sẽ bị đe dọa nặng nề nếu huyết áp của họ bị tăng hoặc giảm quá nhiều một cách đột ngột.

6.2. Mục tiêu của đo huyết áp

- 1- Phân tích được tầm quan trọng của việc đo huyết áp
- 2- Phân tích được các yếu tố ảnh hưởng đến huyết áp
- 3- Mô tả được một số bất thường về huyết áp có thể gặp
- 4- Chuẩn bị được đầy đủ dụng cụ để đo huyết áp
- 5- Thực hiện đo huyết áp được cho người bệnh theo đúng quy trình

6.3. Lý thuyết liên quan đến đo huyết áp

Huyết áp động mạch là chỉ số thường được đo nhất. Nó bao gồm huyết áp tâm thu (huyết áp tối đa) và huyết áp tâm trương (huyết áp tối thiểu). Huyết áp tối đa là áp lực cao nhất mà dòng máu tác động lên thành mạch trong thì tâm thu (tâm thất trái co) và huyết áp tối thiểu là áp lực mà dòng máu tác động lên thành mạch trong thời kì tâm trương. Thực chất huyết áp được hình thành do 4 yếu tố chính sau:

- Sức co bóp của tim
- Độ đàn hồi của động mạch
- Trở lực ngoại vi: khối lượng tuần hoàn, độ quánh của máu, sức cản thành mạch
- Yếu tố thần kinh

Phân loại huyết áp theo mức độ dành cho người lớn

Nhóm	HA tâm thu		HA tâm trương	Khuyến cáo về việc theo dõi
Huyết áp bình thường	<120 mmHg	và	< 80 mmHg	Nên định kì theo dõi 1-2 năm/lần
Cao huyết áp nhẹ	120-139 mmHg	và	80-89 mmHg	Hàng năm, kèm theo việc điều chỉnh chế độ sinh hoạt
Cao huyết áp độ 1	140 – 159 mmHg	hoặc	90 – 99 mmHg	Theo dõi tối thiểu hai tháng/lần, thay đổi chế độ sinh hoạt
Cao huyết áp độ 2	160 - 179 mmHg	hoặc	100 - 109 mmHg	Cần thiết được theo dõi hàng tháng, thực hiện thuốc đầy đủ, luôn chuẩn bị một địa chỉ chăm sóc y tế khi cần
Cao huyết áp độ 3	Trên 180 mmHg	hoặc	Trên 110 mmHg	Theo dõi hàng tuần hoặc thường xuyên hơn tùy tình trạng. Sẵn sàng cho can thiệp y tế khi cần

Các yếu tố ảnh hưởng đến huyết áp

Thay đổi sinh lý:

- Tuổi: huyết áp ở trẻ em thấp và tăng dần theo tuổi, người già thường có huyết áp cao hơn người trẻ.

Tuổi	HA tối đa (mmHg)	HA tối thiểu (mmHg)	Trị số trung bình
Mới sinh	65 – 95	30 – 60	80/60
1 tuổi	65 – 115	42 – 80	90/61
3 tuổi	76 – 122	46 – 84	99/65
6 tuổi	85 – 115	48 – 64	100/56
10 tuổi	93 – 125	46 – 68	109/58
14 tuổi	99 – 137	51 – 71	118/61
Người lớn	100 – 140	60 – 90	120/80
Người già	100 – 160	60 – 90	130/80

- Giới: phụ nữ thường có huyết áp thấp hơn nam giới.
- Khi hoạt động, lao động nặng, gắng sức huyết áp thường tăng, và nó sẽ trở về bình thường sau khi nghỉ ngơi.
- Khi mang thai huyết áp thường tăng, sau khi đẻ huyết áp sẽ trở về bình thường
- Yếu tố thần kinh: trong các trạng thái cảm xúc mạnh, đau đớn, lo lắng huyết áp của một người thường tăng.
- Ảnh hưởng của các thuốc làm co mạch: huyết áp tăng; Các thuốc làm giãn mạch: huyết áp giảm.
- Tư thế của người bệnh: Huyết áp trong tư thế nằm thấp hơn trong tư thế ngồi hoặc đứng.
- Vị trí cơ thể: có sự khác biệt nhỏ khi đo huyết áp của hai tay (khoảng 5mmHg), giữa tay và chân, huyết áp chênh nhau khoảng 20-40mmHg (huyết áp ở chân cao hơn).

Huyết áp bất thường

- Tăng huyết áp: Khi huyết áp tối đa lớn hơn 140mmHg hoặc huyết áp tối thiểu lớn hơn 90mmHg. Gặp trong các bệnh cầu thận, suy thận, bệnh mạch thận (hẹp động mạch thận), bệnh nội tiết (cường aldosterol tiên phát) hội chứng cushing, phì đại tuyến thượng thận, hẹp eo động mạch chủ, nhiễm độc thai nghén.
- Giảm huyết áp: Khi huyết áp tối đa nhỏ hơn 90 mmHg hoặc huyết áp tối thiểu nhỏ hơn 60 mmHg. Có thể gặp trong các trường hợp: sốc do bất kì nguyên nhân nào, chảy máu, giảm khối lượng tuần hoàn, suy tim, suy tuyến thượng thận, cơ thể quá yếu do mắc các bệnh làm suy kiệt như: lao, xơ gan.
- Huyết áp kẹt: khi hiệu số giữa huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu (huyết áp hiệu số) nhỏ hơn 20 mmHg khi đó tuần hoàn máu bị ứ trệ. Tình trạng này có thể gặp trong các bệnh như tràn dịch màng tim, shock.
- Huyết áp chênh nhiều gặp trong trường hợp hở van chủ, huyết áp hiệu số quá lớn.

6.4. Đo huyết áp

Chỉ số huyết áp là một chỉ số quan trọng liên quan trực tiếp tới hoạt động của hệ tim mạch. Vì thế, nó là một thông số quan trọng để cho các nhân viên y tế có thể nhận định được tình hình sức khỏe của người bệnh. Quy trình kĩ thuật đo huyết áp không quá phức tạp trong các trường hợp thông thường, tuy nhiên trong những trường hợp huyết áp bất thường người đo cần phải có kĩ thuật đo tốt

Quy trình kỹ thuật

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Kiểm tra tình trạng sơ bộ của người bệnh và hồ sơ	Tiến hành xem bệnh án và tình hình sơ bộ của người bệnh	Chính xác, đúng người, không tiến hành trùng lặp		
	2. Rửa tay thường qui	Rửa sạch tay bằng nước, xà phòng hoặc chất rửa tay nhanh	Đảm bảo vệ sinh, tránh lây nhiễm chéo		
	3. Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ	Chọn đầy đủ dụng cụ cho quy trình	Để thủ thuật được tiến hành thuận lợi		
	4. Thử và kiểm tra lại dụng cụ	Cuộn chặt băng áp lực trong tay, rồi bơm lên và quan sát kỹ đồng hồ áp lực	Xác định chất lượng của dụng cụ		
	5. Cho người bệnh nằm/ngồi ở tư thế thích hợp	- Yêu cầu nghỉ 15 phút sau khi hoạt động nặng. - Cho người bệnh nằm trên giường hoặc ngồi trên ghế đặt tay lên bàn.	Kết quả chính xác		

TRONG	6. Giải thích và hướng dẫn người bệnh hợp tác	Giải thích tác dụng, lý do thực hiện QT, cách người bệnh hợp tác	Người bệnh hiểu và hợp tác		
	7. Quấn băng áp lực quanh cánh tay	- Quấn vừa chặt - Đặt đồng hồ ngang mức tim	Có kết quả đúng		
	8. Xác định điểm mất mạch	- Một tay bắt mạch quay ở nếp cổ tay - Bơm bóng lên đến khi không còn thấy mạch nảy	Điểm mất mạch có trị số gần đúng với huyết áp tối đa → xác định chính xác lượng khi/áp lực cần phải bơm vào khi đo chính thức		
	9. Cho người bệnh nghỉ 15 giây		Tim mạch trở về trạng thái bình thường		
	10. Đo huyết áp lần 1		Xác định huyết áp		
	11. Cho người bệnh nghỉ 1-2 phút				
	12. Đo huyết áp lần 2				
SAU	13. Thông báo kết quả cho người bệnh				
	14. Tháo băng áp lực				
	15. Cho người bệnh về tư thế thoải mái				
	16. Ghi hồ sơ				
	17. Thu dọn dụng cụ				

7. Huấn luyện và tự đánh giá

7.1. Huấn luyện có giáo viên tại phòng thực hành

Sinh viên cần phải đọc tài liệu hướng dẫn thực hành trước khi đến thực tập bài này. Mỗi người cần chuẩn bị để có thể ghi chép vắn tắt những điểm mấu chốt của từng kĩ thuật. Sinh viên cần lưu ý rằng tài liệu hướng dẫn thực hành này không thể đề cập đến từng chi tiết của mọi tình huống thực tế do đó cần chú ý cách mà giáo viên hướng dẫn sẽ áp dụng quy trình này trong khi thao tác mẫu. Qua đó mỗi người sẽ mở rộng, ứng dụng linh hoạt khi thực hành trong các tình huống cụ thể.

Giáo viên thực hành sẽ làm mẫu từng quy trình trên một người đóng thế (có thể sử dụng sinh viên hoặc người đóng thế chuyên nghiệp). Để giúp cho sinh viên mừng tượng ra được chính xác nhất những việc họ sẽ phải làm trên thực tế, giáo viên cần thực hiện theo một kịch bản nhất định. Cần nhấn mạnh cho sinh viên những điểm cần lưu ý, cần ghi nhớ trong từng kĩ thuật.

Đề nghị một sinh viên thực hành lại sau khi giáo viên hướng dẫn làm mẫu để sinh viên có trải nghiệm về toàn bộ quy trình. Trong lúc đó, các sinh viên còn lại trong nhóm sẽ quan sát và có những nhận xét về những thuận lợi, khó khăn, những lỗi thường gặp trong khi thực hiện quy trình. Đây sẽ là cơ sở để họ học hỏi lẫn nhau dưới sự giám sát của người hướng dẫn.

Nhóm sinh viên sẽ được chia ra thành các nhóm nhỏ để tự thực tập và nhận xét lẫn nhau.

Cần chú ý rằng việc giao tiếp với người bệnh trước, trong và sau khi thực hiện mỗi thủ thuật cần được thực hành cẩn thận. Bằng các tình huống giả định, sinh viên có thể mừng tượng ra những khó khăn, thuận lợi và các giải pháp giải quyết tình huống mà thực tế họ có thể gặp phải.

Cuối mỗi buổi thực tập, các sinh viên sẽ được thực hành lần lượt từng kĩ thuật để khẳng định lại những kiến thức đã học, kĩ năng đã được thực tập trong buổi thực hành. Giáo viên hướng dẫn cần quan sát và cho những nhận xét chi tiết cho từng sinh viên.

Trong những trường hợp cần thiết, sinh viên có thể yêu cầu giáo viên giảng lại, hoặc trả lời những thắc mắc phát sinh trong quá trình thực tập.

7.2. Tự lượng giá (Bảng kiểm quy trình)

Sử dụng bảng kiểm phù hợp với từng kĩ thuật. Bảng kiểm tự lượng giá sẽ được phát cho sinh viên kèm theo tài liệu hướng dẫn thực hành này, nó tương tự như bảng kiểm đã được đề cập ở trên nhưng chỉ giữ lại cột tên bước. Cột tiếp sau sẽ dành để ghi chép lại chất lượng thực hành của từng bước với 3 mức: tốt (2 điểm); có làm (1 điểm); không làm/làm sai (0 điểm). Việc tự lượng giá này có thể được thực hiện bởi chính người thực hành, hoặc có thể tạo lập nhóm để có thể giám sát và góp ý lẫn nhau.

Bảng kiểm tự đánh giá quy trình đếm mạch

	Các bước tiến hành	Mức độ hoàn thành		
		Làm tốt	Có làm	Không làm/ Làm sai
Trước	Kiểm tra lại hồ sơ			
	Rửa tay thường qui			
	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ			
	Chuẩn bị môi trường			
	Chuẩn bị người bệnh			
Trong	Xác định vị trí mạch			
	Đếm mạch trong vòng một phút			

Sau	Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái			
	Ghi kết quả vào hồ sơ và báo BS (nếu cần)			
	Thu dọn dụng cụ			

Bảng kiểm tự đánh giá quy trình đo nhiệt độ

	Các bước tiến hành	Mức độ hoàn thành		
		Làm tốt	Có làm	Không làm/ Làm sai
Trước	1. Kiểm tra lại hồ sơ			
	2. Rửa tay thường qui			
	3. Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ			
	4. Chuẩn bị môi trường			
	5. Chuẩn bị người bệnh			
	6. Vẩy nhiệt kế			
Trong	7. Đặt nhiệt kế vào nách			
	8. Đợi trong vòng 10-15 phút			
	9. Lấy nhiệt kế ra khỏi hố nách, đọc kết quả			
Sau	10. Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái			
	11. Ghi kết quả vào hồ sơ và báo BS (nếu cần)			
	12. Lau và thu dọn dụng cụ			

Bảng kiểm tự đánh giá quy trình đếm nhịp thở

	Các bước tiến hành	Mức độ hoàn thành		
		Làm tốt	Có làm	Không làm/ Làm sai
Trước	1. Kiểm tra lại hồ sơ			
	2. Rửa tay thường qui			
	3. Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ			
	4. Chuẩn bị môi trường			
	5. Chuẩn bị người bệnh			
	6. Chuẩn bị đếm			
Trong	7. Đếm trong vòng 1 phút			
Sau	8. Thông báo kết quả và giúp người bệnh về tư thế thoải mái			
	9. Ghi kết quả vào hồ sơ và báo BS (nếu cần)			
	10. Lau và thu dọn dụng cụ			

Bảng kiểm quy trình đo huyết áp động mạch cánh tay

	Các bước tiến hành	Mức độ hoàn thành		
		Làm tốt	Có làm	Không làm/ Làm sai
Trước	1. Kiểm tra lại hồ sơ			
	2. Rửa tay thường qui			
	3. Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ			
	4. Thử và kiểm tra lại dụng cụ			
	5. Cho người bệnh nằm/ngồi ở tư thế thích hợp			
Trong	6. Giải thích và hướng dẫn người bệnh hợp tác			
	7. Quấn băng áp lực quanh cánh tay			
	8. Xác định điểm mất mạch			
	9. Cho người bệnh nghỉ 15 giây			
	10. Đo huyết áp lần 1			
	11. Cho người bệnh nghỉ 1-2 phút			
	12. Đo huyết áp lần 2			
Sau	13. Thông báo kết quả cho người bệnh			
	14. Tháo băng áp lực			
	15. Cho người bệnh về tư thế thoải mái			
	16. Ghi hồ sơ			
	17. Thu dọn dụng cụ			

8. Thực hành

8.1. Thực hành tại labo (không có giáo viên)

Trong điều kiện cơ sở vật chất cho phép, mỗi trường sẽ có thể cho phép sinh viên đăng kí thực tập quy trình đo dấu hiệu sinh tồn này mà không có giáo viên hướng dẫn. Nếu được, sinh viên cần đăng kí với phòng thực hành kĩ năng (skill lab) để được sắp xếp lịch thực tập phù hợp.

Khi thực tập nhóm quy trình này, sinh viên cần chuẩn bị tài liệu hướng dẫn thực tập, bảng kiểm tự đánh giá, và các tài liệu liên quan khác để có thể tham khảo khi cần.

Thông thường, sinh viên tự hình thành (hoặc được phân) thành các nhóm từ 2-3 người để thực tập và hỗ trợ lẫn nhau. Các thành viên trong nhóm có thể đưa ra các câu hỏi tình huống để tự học thông qua việc giải quyết tình huống.

Nếu có thể tiến hành thu hình lại quá trình tự thực hành để có thể xem lại và tự nhận xét và rút kinh nghiệm.

8.2. Thực hành với nhóm hoặc một mình bất cứ khi nào có điều kiện

Thực tập càng nhiều thì mức độ thuần thục sẽ càng cao. Chúng tôi khuyến khích tất cả các sinh viên cố gắng tự thực tập một mình hoặc tạo lập thành các nhóm cùng tự thực tập các quy trình này theo sách hướng dẫn và những gì đã được học ở trên lớp.

Hẳn nhiên việc mua các trang thiết bị có thể không dễ dàng với một số bạn, việc này có thể được giải quyết bằng cách mượn dụng cụ hoặc đăng kí đến trợ giúp cho một phòng khám, khoa khám bệnh nào đó để thực hành.

8.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

Ngoài việc thực hành tại phòng thực tập, các sinh viên sẽ phải tham gia thực tập tại bệnh viện theo lịch của trường. Trong quá trình thực tập tại bệnh viện sinh viên sẽ có cơ hội tiếp xúc với những người bệnh thực, giải quyết những tình huống thực. Qua đó sinh viên sẽ có cơ hội trải nghiệm những kĩ thuật này trong điều kiện thực nhất.

Lúc này, sinh viên lúc này sẽ không phải cố gắng diễn kịch, do vậy việc bật ra các hành động, lời nói phù hợp sẽ trở nên tự nhiên và dễ dàng hơn. Với sự giám sát và giúp đỡ của các giáo viên thực hành, sinh viên sẽ tự tin hơn khi đối mặt với những tình huống khó khăn có thể gặp phải khi giao tiếp với người bệnh.

8.4. Tự đánh giá quá trình rèn luyện

Sinh viên cần trả lời các câu hỏi test ngay sau bài học, tự đánh giá thông qua bảng kiểm quy trình. Bên cạnh đó các kênh đánh giá từ giáo viên, các học viên khác, hoặc tự đánh giá thông qua băng hình sẽ rất có ích cho tất cả sinh viên.

Quay camera

Nếu có điều kiện, nên tiến hành quay camera quá trình thầy giảng như một dạng học liệu dạy học. Ngoài ra, việc quay phim quá trình sinh viên thực tập có sự giám sát của giáo viên hoặc không có sự giám sát sẽ có ý nghĩa lớn với người học. Trong nhiều trường hợp sinh viên có thể cảm nhận thấy rằng mình làm tốt tuy thế không phải khi nào họ cũng có thể nhận ra hết các ưu/nhược điểm của bản thân họ. Việc quan sát qua băng khiến sinh viên trở nên chủ động hơn trong việc hoàn thiện các kĩ thuật đo DHST.

Bảng kiểm

Bảng kiểm đánh giá sẽ tương tự như bảng kiểm sử dụng cho sinh viên tự đánh giá tương tự như mẫu ở phần trước.

KỸ NĂNG ĐO CHIỀU CAO

1. Giới thiệu kỹ năng

Tỉ lệ chiều cao/ cân nặng thể hiện tình trạng sức khỏe của một người. Cân nặng và chiều cao là những tiêu chuẩn đo lường thường được tiến hành trong các buổi kiểm tra sức khỏe, tại các phòng khám hoặc trạm y tế. Cân nặng và chiều cao được kiểm tra thường qui khi người bệnh nhập viện. Cân nặng được đo bằng kilogram (kg), chiều cao được đo bằng đơn vị centimet (cm). Ở người khỏe mạnh, đo chiều cao, cân nặng được tiến hành nhằm đánh giá, theo dõi sự tăng trưởng và phát triển về thể chất, nhất là ở trẻ em. Đối với người lớn, đo cân nặng, chiều cao kết hợp với nhận định tình trạng dinh dưỡng nhằm xác định nguyên nhân của các bệnh mãn tính và kết quả điều trị cũng như đánh giá các hoạt động ăn uống và các rối loạn chức năng khác. Điều dưỡng nên lưu ý nhìn tổng quát sự thay đổi về chiều cao, cân nặng.

2. Mục tiêu kỹ năng đo chiều cao

Sau khi nắm vững bài học này, sinh viên có thể:

- Trình bày khái niệm về chiều cao.
- Thảo luận những yếu tố làm ảnh hưởng đến chiều cao.
- Liệt kê các loại cân đo thường được sử dụng.
- Thực hiện cách đo chiều cao.
- Đánh giá kết quả chiều cao.
- Thảo luận sự thay đổi về chiều cao, liên quan đến tình trạng sức khỏe.

3. Lý thuyết liên quan kỹ năng đo chiều cao

– Chiều cao là một số đo trung thành của hiện tượng sinh trưởng. Đo chiều cao là việc rất cần thiết, đặc biệt ở lứa tuổi cần đánh giá sự tăng trưởng và phát triển; đối với trẻ em đường biểu diễn chiều cao phản ánh tốt cuộc sống quá khứ và là bằng chứng của sự dinh dưỡng. Trẻ thiếu dinh dưỡng kéo dài 2 – 3 tháng sẽ làm cho chiều cao chậm phát triển. Chiều cao ít thay đổi và ổn định nhưng thường khó đo so với cân. Để đo chiều cao chính xác, sử dụng thước đo nằm cho trẻ dưới 3 tuổi, thước đo đứng cho trẻ trên 3 tuổi và người lớn.

– Khi người mắc bệnh, việc đo chiều cao và cân nặng không những để theo dõi những ảnh hưởng của bệnh tật với sự phát triển thể chất mà còn để tính toán liều lượng thuốc trước khi sử dụng. Chính vì vậy số đo chiều cao và cân nặng được coi là một trong những số liệu cơ bản khi người bệnh nhập viện và trong quá trình điều trị.

– Để đánh giá sự tăng trưởng thể chất của một người, dùng các chỉ số nhân trắc như cân nặng, chiều cao, vòng đầu, độ dày nếp da vùng cơ tam đầu, các chu vi giữa cánh tay và cơ cánh tay, chỉ số khối cơ thể (BMI: body mass index) với kỹ thuật chuẩn hóa trên mẫu đại diện để đánh giá khối lượng và số lượng tế bào toàn cơ thể và một số cơ quan đại diện như: mô xương, mô mỡ dưới da, não bộ cùng với phần nào chức năng của hệ nội tiết của một cá thể.

– Đối với trẻ em, việc đo chiều cao, cân nặng nên kết hợp đo vòng đầu, vòng ngực, vòng cánh tay để đánh giá tình trạng tăng trưởng.

– Vòng đầu được đo như sau: phía trước ngang lông mày, 2 bên phía trên vành tai, phía sau ngang búi tóc. Ghi nhận vòng đầu trẻ ở trị số gần nhất 0.5 cm.

– Trong năm đầu, khi còn thóp trước, vòng đầu của trẻ phát triển rất nhanh. Các năm sau, nhất là khi thóp trước đã kín, vòng đầu tăng rất chậm:

Trẻ sơ sinh: 34cm

Trẻ 1 tuổi: 46cm

Trẻ 2 tuổi: 48cm

Trẻ 6 tuổi: 50cm

Trẻ 12 tuổi: 52cm

Trẻ lớn: 54 – 56cm

– Trị số vòng ngực có thể so sánh với trị số vòng đầu nhằm loại trừ những vấn đề liên quan kích thước vòng đầu và vòng ngực. Dùng thước dây quấn sát quanh ngực trẻ ở đường liên vú, tránh siết chặt gây lõm da. Đo xác định kết quả giữa thì hít vào và thì thở ra, đọc trị số gần nhất 0.5 cm.

– Lúc trẻ mới sinh, vòng ngực trẻ nhỏ hơn vòng đầu 1 – 2 cm, lúc 6 tháng vòng ngực bằng vòng đầu và sau 1 tuổi thì vòng ngực lớn nhanh vượt xa vòng đầu ở tuổi dậy thì.

– Vòng cánh tay của trẻ phát triển nhanh trong năm đầu. từ 1 tuổi đến 5 tuổi vòng cánh tay phát triển chậm.

Bảng Đo đặc nhân trắc học: Các giá trị tiêu chuẩn ở các mức độ thiếu hụt khác nhau

	(mm) Tiêu chuẩn	90% Tiêu chuẩn	80% Tiêu chuẩn	70% Tiêu chuẩn	60% Tiêu chuẩn
Nếp da vùng cơ tam đầu (người lớn)					
Nam	12,5	11,3	10,0	8,8	7,5
Nữ	16,5	14,9	13,2	11,6	9,9
Chu vi cánh tay (người lớn)					
Nam	29,3	26,3	23,4	20,5	17,6
Nữ	28,5	25,7	22,8	20,0	17,1
Chu vi cơ (người lớn)					
Nam	25,3	22,8	20,2	17,7	15,2
Nữ	23,2	20,9	18,6	16,2	13,9

– Cách tính xấp xỉ tầm vóc

Duỗi cánh tay và gấp cẳng tay lên trên với góc 90°. Giữ các ngón tay thẳng và quay mặt trong cổ tay về phía người đo. Dùng compa đo ngoài để đo khoảng cách giữa hai xương lồi ra ở hai bên khuỷu tay. Nếu không có compa, đặt ngón cái và ngón trỏ của bàn tay kia trên hai xương này. Đo khoảng cách giữa hai ngón tay bằng thước hoặc thước dây. So sánh số đo với các bảng liệt kê các số đo khuỷu tay cho nam và nữ có tầm vóc

trung bình. Các số đo thấp hơn các số ghi trong bảng chứng tỏ rằng người đo có tầm vóc nhỏ. Các số đo cao hơn chứng tỏ người đo có tầm vóc lớn.

Nam		Nữ	
Chiều cao trên gót chân 2,54 cm	Chiều rộng khuỷu (cm)	Chiều cao trên gót chân 2,54 cm	Chiều rộng khuỷu (cm)
1,57 – 1,60	5,09 – 5,10	1,46 – 1,49	5,08 – 5,09
1,62 – 1,70	5,095 – 5,12	1,50 – 1,52	5,08 – 5,09
1,72 – 1,80	5,10 – 7,62	1,60 – 1,52	5,089 – 5,095
1,82 – 1,89	5,10 – 7,93	1,72 – 1,8	5,089 – 5,095
1,92	5,12 – 8,25	1,82	5,092 – 5,10

Các yếu tố ảnh hưởng đến sự thay đổi chiều cao, cân nặng

Yếu tố nội sinh

- Vai trò của các tuyến nội tiết: tuyến yên, tuyến giáp, tuyến thượng thận và tuyến sinh dục.
- Yếu tố di truyền liên quan đến chủng tộc, gen.
- Các dị tật bẩm sinh.
- Vai trò của hệ thần kinh.

Yếu tố ngoại sinh

- Dinh dưỡng đóng vai trò vô cùng quan trọng.
- Bệnh tật, nhất là bệnh mạn tính.
- Thể dục thể thao.
- Khí hậu và môi trường.

4. Quy trình kỹ thuật đo chiều cao

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Báo và giải thích người bệnh, (thân nhân khi thực hiện đo trên trẻ nhỏ)	Giải thích người bệnh mục đích của việc đo cân nặng chiều cao nhằm kiểm tra sức khỏe, đánh giá tình trạng hiện tại	Người bệnh hiểu rõ và hợp tác thực hiện theo hướng dẫn của điều dưỡng		
		Khai thác tiền sử liên quan chiều cao, cân nặng của lần đo trước	So sánh, phát hiện sự thay đổi trị số chiều cao, cân nặng		
		Nguyên nhân làm thay đổi chiều cao, cân nặng	Tìm hiểu vấn đề liên quan		
	2. Chuẩn bị dụng cụ	Thước đo nằm	Dùng cho trẻ nhỏ < 3 tuổi		
		Thước đo đứng bằng gỗ hoặc bằng thước dây gắn vào tường nơi thuận tiện	Dùng cho trẻ lớn hoặc người lớn		
		Thước kẻ hoặc miếng bìa	Đề chặn trên đầu người bệnh xác định điểm đo		
		Bút	Ghi trị số chiều cao, cân nặng		
		Phiếu theo dõi Biểu đồ tăng trưởng (dùng cho trẻ em)	Đánh giá, so sánh kết quả		
TRONG	Đo chiều dài (trẻ nhỏ)	Đặt trẻ nằm ngửa trên bàn đo và thân nhân phụ giữ đầu trẻ	Cố định trẻ an toàn		
		Đỉnh đầu tiếp xúc với điểm tựa phần trên của thước đo	Xác định điểm 0		
		Hai chân khép sát vào nhau Hai cánh tay khép sát thân trẻ Trục dọc cơ thể vuông góc với mặt phẳng đo Vai và mông tiếp xúc với mặt phẳng nằm thước đo	Cơ thể bé nằm duỗi thẳng để xác định trị số chính xác		

		Điều dưỡng: tay trái giữ chân, tay phải di chuyển phần dưới của thước đo tiếp xúc sát gót chân của bé	Tránh chân co lên khi xác định trị số chiều cao		
	Đo chiều cao (trẻ lớn, người lớn)	Giúp người bệnh đến bên cạnh thước đo			
		Đặt tờ giấy mỏng sát dưới chân thước	Đề người bệnh đứng lên tờ giấy, không để chân đứng trực tiếp xuống đất		
		Giúp NB cởi dép hoặc giày	Tránh sai lệch trị số		
		Hướng dẫn NB đứng thẳng quay lưng về phía thước đo, hai gót chân chạm nhau, mông và phía sau đầu chạm vào thước, mắt nhìn thẳng về phía trước.	Giúp người bệnh thẳng để đo chiều cao chính xác		
		Đặt thước kẻ hoặc miếng bìa cứng sát với đỉnh đầu NB và vuông góc với thước đo			
		Xác định điểm đo ở mép dưới của thước kẻ hoặc miếng bìa cứng nơi chạm vào thước đo			
		Đọc kết quả bằng cm			
		Ghi kết quả vào phiếu theo dõi hoặc biểu đồ tăng trưởng			
		Đề thước đo, vào nơi qui định			
SAU	Đánh giá tình trạng dinh dưỡng	So sánh chiều cao cân nặng bình thường hay giảm/ tăng? Có suy dinh dưỡng/ béo phì/ phù?			

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1	Điều dưỡng cần khai thác tiền sử chiều cao, cân nặng của lần đo trước.		
2	Cần xác định nguyên nhân làm thay đổi chiều cao, cân nặng khi có kết quả.		
3	Thay giấy lót khác mỗi khi cân cho NB khác.		
4	Người bệnh cần cởi bớt quần áo, giày dép khi cân, đo.		
5	Đối với cân điện tử, ấn nút “Start” màn hình hiển thị 0:000 khi bắt đầu cân.		
6	Cần chân co lên khi xác định trị số chiều cao.		
7	Khi đo, đỉnh đầu tiếp xúc với điểm tựa phần trên của thước đo.		
8	Loại cân nằm: Giúp NB nằm lệch bên bàn cân.		
9	Khi cân NB đứng lên giữa bàn cân và bám vào các vật xung quanh để tránh té ngã.		
10	Nên có chế độ bảo hành cân và thước đo.		
11	Điều chỉnh cân khi cân xong.		
12	Đo chiều cao để đánh giá tình trạng dinh dưỡng.		
13	Đặt giấy lót lên bàn cân làm giảm độ cân chính xác.		
14	Trẻ 6 tuổi cao trung bình: 50cm		
15	Các số đo cao hơn chứng tỏ người đo có tầm vóc lớn.		

5.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

Trước khi bắt đầu thực hiện phần hướng dẫn thực hành, giáo viên có trách nhiệm thông báo những yêu cầu chính cần đạt được trong buổi huấn luyện.

- Sinh viên phải chắc chắn hiểu rõ các vấn đề liên quan đến kỹ thuật.
- Khi bắt đầu buổi huấn luyện, nên làm rõ các câu hỏi, giải đáp những thắc mắc của sinh viên và thảo luận những mục tiêu sinh viên cần đạt được trong buổi huấn luyện.
- Tóm tắt những vấn đề cần chú ý:
Trước khi thực hành, sinh viên thảo luận theo nhóm, nhắc lại trình tự các bước trong kỹ thuật, nêu những bước quan trọng trong kỹ năng, thảo luận các vấn đề khó khăn và đưa ra giải pháp
- Giáo viên giải thích và làm mẫu:
 - + Giáo viên giải thích toàn bộ quy trình kỹ thuật, trình diễn các bước theo quy trình, sinh viên quan sát có thể vừa làm theo.
 - + Sinh viên tự nhận xét và đặt câu hỏi
 - + Giáo viên giải thích lại các vấn đề theo yêu cầu sinh viên
- Kiểm tra sự tiếp thu của sinh viên
 - + Giáo viên sẽ mời một sinh viên thực hiện lại kỹ thuật
 - + Giáo viên nhận xét những ưu điểm, những sai sót cần chú ý với toàn thể nhóm
- Thực hành theo nhóm
 - + Yêu cầu tất cả sinh viên đều phải thực hành theo quy trình kỹ thuật. Giáo viên điều chỉnh thao tác giúp sinh viên quen dần với các kỹ năng. Giáo viên chú ý những sai

sốt khi sinh viên thực hành, hướng dẫn lại giúp sinh viên thực hiện cho dễ dàng và đạt yêu cầu.

- + Các bạn sinh viên khác cùng quan sát bạn thực hiện thao tác trong kỹ thuật, cùng đóng góp ý kiến và rút kinh nghiệm khi giáo viên sửa sai.

5.3. Tự lượng giá: sử dụng bảng kiểm

Bảng kiểm

Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Khai thác tiền sử chiều cao, cân nặng của lần đo trước.					
2. Nhận định NB so sánh nguyên nhân					
3. Rửa tay - Rửa tay nội khoa - Làm khô tay					
4. Chuẩn bị dụng cụ đo: - Thước đo nằm - Thước đo đứng bằng gỗ hoặc bằng thước dây gắn vào tường nơi thuận tiện - Thước kẻ hoặc miếng bìa					
5. Chuẩn bị dụng cụ cân: - Cân nằm - Cân đứng điện tử hoặc đồng hồ					
6. Chuẩn bị dụng cụ khác : - Giấy lót - Bút - Phiếu theo dõi. - Biểu đồ tăng trưởng (dùng cho trẻ em)					
7. Đo chiều cao - Đo chiều cao trẻ : + Đặt trẻ nằm ngửa trên bàn đo và thân nhân phụ giữ đầu trẻ + Đỉnh đầu tiếp xúc với điểm tựa phân trên của thước đo					

+ Hai chân khép sát vào nhau + Hai cánh tay khép sát thân trẻ + Trục dọc cơ thể vuông góc với mặt phẳng đo + Vai và mông tiếp xúc với mặt phẳng nằm thước đo + Tay trái giữ chân, tay phải di chuyển phần dưới của thước đo tiếp xúc sát gót chân của bé					
8. Đo chiều cao người lớn : + Giúp người bệnh đến bên cạnh thước đo + t tờ giấy mỏng sát dưới chân thước + úp NB còi dếp hoặc giày + Hướng dẫn NB đứng thẳng quay lưng về phía thước, hai gót chân chạm nhau, mông và phía sau đầu chạm vào thước, mắt nhìn thẳng về phía trước. + Đặt thước kẻ hoặc miếng bìa cứng sát với đỉnh đầu NB và vuông góc với thước đo + Xác định điểm đo ở mép dưới của thước kẻ hoặc miếng bìa cứng nơi chạm vào thước đo + Đọc kết quả bằng cm					
8. Ghi kết quả vào phiếu theo dõi hoặc biểu đồ tăng trưởng					

5.4. Thực hành kỹ thuật

5.4.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

5.4.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm : bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

5.4.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

ĐO CÂN NẶNG

1. Giới thiệu kỹ năng

Cân nặng là một chỉ số rất nhạy, dao động trong ngày và thể hiện tình trạng sức khỏe hiện tại của một người. Cân nặng có thể thay đổi do thiếu dịch hay thừa dịch trong cơ thể. Sự tăng cân liên tục trong suốt quá trình mang thai. Sự sụt cân ở người cao tuổi thể hiện tình trạng giảm sút trong chế độ dinh dưỡng. Tăng cân 2.3kg một ngày thể hiện vấn đề thừa dịch. Nếu giảm cân 5% trọng lượng cơ thể trong 3 tháng biểu hiện tình trạng mất dịch đáng kể.

Diễn biến của cân nặng có thể dùng làm cơ sở để:

- Phát hiện sớm tình trạng thiếu dinh dưỡng trước khi xuất hiện các dấu hiệu lâm sàng.
- Theo dõi tình trạng mất nước và đánh giá mức độ nặng nhẹ.
- Có biện pháp phòng tránh và giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân như điều chỉnh chế độ ăn, thay đổi thức ăn bổ sung.
- Đánh giá tình hình dinh dưỡng của một tập thể.

Vì vậy:

- Cần phải cân vào khoảng thời gian nhất định.
- Khi cân, nên mặc quần áo mỏng. Vào từng mùa trong năm, cân nặng cũng có sự thay đổi nên cần phải ghi vào sổ sức khỏe để theo dõi.

Khi người mắc bệnh, việc đo cân nặng không những để theo dõi những ảnh hưởng của bệnh tật với sự phát triển thể chất mà còn để tính toán liều lượng thuốc trước khi sử dụng. Chính vì vậy số đo cân nặng được coi là một trong những số liệu cơ bản khi người bệnh nhập viện và trong quá trình điều trị.

2. Mục tiêu kỹ năng

- Trình bày khái niệm về cân nặng.
- Liệt kê các loại cân đo thường được sử dụng.
- Thực hiện cách đo cân nặng trên các loại cân.
- Đánh giá kết quả cân nặng.
- Chuẩn bị người bệnh và dụng cụ đầy đủ.
- Đo chính xác cân nặng.
- Ghi đúng chỉ số cân nặng vào bảng theo dõi.
- Phát hiện sự thay đổi chỉ số cân nặng.
- Thảo luận sự thay đổi về cân nặng liên quan đến tình trạng sức khỏe.

3. Lý thuyết liên quan

Để đánh giá sự tăng trưởng thể chất của một người, dùng các chỉ số nhân trắc như cân nặng, chiều cao, vòng đầu, độ dày nếp da vùng cơ tam đầu, các chu vi giữa cánh tay và cơ cánh tay, chỉ số khối cơ thể (BMI: body mass index) với kỹ thuật chuẩn hóa trên mẫu đại diện để đánh giá khối lượng và số lượng tế bào toàn cơ thể và một số cơ quan đại diện như: mô xương, mô mỡ dưới da, não bộ cùng với phần nào chức năng của hệ nội tiết của một cá thể.

Cân nặng được kiểm tra thường qui khi người bệnh nhập viện và được tính bằng kilogram (kg). Ở người khỏe mạnh, đo cân nặng được tiến hành nhằm đánh giá, theo dõi sự tăng trưởng và phát triển về thể chất, nhất là ở trẻ em. Đối với người lớn, đo cân nặng với nhận định tình trạng dinh dưỡng nhằm xác định nguyên nhân của các bệnh mãn tính và kết quả điều trị cũng như đánh giá các hoạt động ăn uống và các rối loạn chức năng khác. Điều dưỡng nên lưu ý nhìn tổng quát sự thay đổi về cân nặng.

Đối với trẻ em, việc đo cân nặng nên kết hợp đo chiều cao, vòng đầu, vòng ngực, vòng cánh tay để đánh giá tình trạng tăng trưởng.

Sụt cân là một số đo cực kỳ quan trọng, vì nó phản ánh việc đưa calo vào cơ thể không thích hợp. Khi người bệnh đói thì sụt cân chứng tỏ sự mất protein tăng lên của khối tế bào cơ thể. Đối với các đo đặc nhân trắc học về suy dinh dưỡng protein calo, các chỉ số tốt nhất hiện có là độ dày nếp da vùng cơ tam đầu cho biết dự trữ mỡ, và chu vi cơ cho biết tình trạng của protein cơ.

3.1. Một số công thức tính thể trọng tiêu chuẩn ở người lớn

Thể trạng tiêu chuẩn ở người lớn được các nhà khoa học đưa ra nhiều công thức tính toán khác nhau, sau đây là một số công thức tính toán thông dụng hiện nay:

– Công thức Bruck

Công thức này được người Nhật Bản sử dụng.

$$\text{Cân nặng lý tưởng (kg)} = (\text{Chiều cao (cm)} - 100) \times 0,9$$

– Công thức Bongard

$$\text{Cân nặng lý tưởng (kg)} = (\text{chiều cao(cm)} \times \text{vòng ngực TB (cm)} : 240)$$

– Công thức Lorentz

$$\text{Cân nặng lý tưởng (kg)} = T - 100 - (T - 150 / N)$$

Trong đó: T là chiều cao (cm), N = 4 với Nam và N = 2 với Nữ.

Có thể nhìn vào bảng để biết cân nặng lý tưởng của mình như sau:

Bảng 1. Số cân nặng lý tưởng tương ứng với chiều cao

NAM		NỮ	
Chiều cao (cm)	Cân nặng LT (kg)	Chiều cao (cm)	Cân nặng LT (kg)
155.0	61.7	145.0	52.2
157.5	62.6	147.5	53.1
160.0	63.5	150.0	54.0
162.5	64.4	152.5	55.3
165.0	65.8	155.0	56.7
167.5	67.1	157.6	58.1
170.0	68.5	160.0	59.4
172.5	69.9	162.5	60.8
175.0	71.2	165.0	62.1
178.0	72.6	167.5	63.5
180.5	73.9	170.0	64.7
183.0	75.8	172.5	66.2
185.5	77.6	175.0	67.6
188.0	78.9	178.0	68.9
190.5	81.2	180.5	70.3

Bảng 2 chỉ áp dụng với người ở lứa tuổi 25-59 có bộ xương vừa phải, với người có cổ xương to thì cộng thêm 3-6 kg, với người có cổ xương nhỏ thì giảm đi 3-6 kg.

- Công thức do cơ quan bảo hiểm Mỹ đưa ra:
Cân nặng lý tưởng (kg) = 50 + 0,75 (chiều cao (cm) - 150)
- Công thức Broca:
Cân nặng lý tưởng (kg) = Chiều cao (cm) – 100
- Chỉ số Quetelet hay chỉ số khối lượng cơ thể:

Năm 1995 tổ chức Y tế thế giới khuyên dùng chỉ số khối lượng cơ thể (BMI: Body Mass Index) trước đây gọi là chỉ số Quetelet để nhận định về tình trạng dinh dưỡng cơ thể.

$$\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \text{Cân nặng (kg)} : (\text{chiều cao (m)} \times \text{chiều cao (m)})$$

Bảng 3: Phân loại trạng thái dinh dưỡng ở người trưởng thành (20 - 69 tuổi) dựa vào chỉ số BMI cho các nước châu Á

Phân loại	WHO, 1998 – BMI	IDI & WPRO, 2000 - BMI
Nhẹ cân	< 18,5	< 18,5
Bình thường	18,5 – 24,9	18,5 – 22,9
Thừa cân	≥ 25	≥ 23
Tiền béo phì	25 – 29,9	23,0 – 24,9
Béo phì độ 1 (nhẹ)	30,0 – 34,9	25,0 – 29,9
Béo phì độ 2 (vừa)	35,0 – 39,9	≥ 30
Béo phì độ 3 (nặng)	≥ 40	

Các ngưỡng về chỉ số BMI vẫn thích hợp với những người già đến 69 tuổi, còn từ 70 tuổi trở lên nếu BMI > 30 mà không có biểu hiện của các bệnh mạn tính đang tiến triển thì vẫn nên duy trì cân nặng ở mức độ đó, không cần điều chỉnh để giảm béo.

Ngoài ra, cần lưu ý thêm tỷ số vòng bụng/ vòng hông khi vượt quá 0,9 ở Nam và 0,8 ở Nữ thì các nguy cơ tăng huyết áp, bệnh tim mạch, bệnh đái tháo đường đều tăng lên rõ rệt.

3.2. Một số công thức tính cân nặng tiêu chuẩn ở trẻ em

- Với trẻ em từ sơ sinh đến 6 tháng tuổi:
Cân nặng lý tưởng (kg) = Cân nặng sơ sinh (kg) + Số tháng tuổi x 0,6
- Với trẻ từ 7 tháng tuổi đến 12 tháng tuổi:
Cân nặng lý tưởng (kg) = Cân nặng sơ sinh (kg) + 3,6 + 0,5 x (Số tháng tuổi x 0,6)
- Với trẻ từ 2 – 12 tuổi:
Cân nặng lý tưởng (kg) = 8 + (số năm tuổi x 2).
- Để đánh giá mức độ béo phì ta dùng công thức tính % độ béo như sau:

$$\text{Độ béo (\%)} = (\text{Cân nặng thực tế} - \text{Cân nặng tiêu chuẩn}) : \text{Cân nặng tiêu chuẩn} \times 100$$

Phân loại mức độ béo:

- + Bình thường: Cân nặng tiêu chuẩn ± 10% độ béo.
- + Thừa cân: Cân nặng tiêu chuẩn > 10% - 20% độ béo.
- + Béo phì độ I: Cân nặng tiêu chuẩn > 20% - 30% độ béo.
- + Béo phì độ II: Cân nặng tiêu chuẩn > 30% - 50% độ béo
- + Béo phì độ III: Cân nặng tiêu chuẩn > 50% độ béo.

- Cách tính thừa cân – béo phì ở trẻ em theo BMI

Thừa cân (overweight) là cân nặng vượt quá “cân nặng lý tưởng” hay cân nặng “nên có” so với chiều cao, béo phì (obese) là lượng mỡ được tích lũy trong cơ thể không bình thường một cách cục bộ hay toàn thể tới mức có ảnh hưởng xấu đến sức khỏe.

Năm 1997 tổ chức Y tế thế giới đề nghị lấy điểm ngưỡng dưới 2 độ lệch chuẩn ($-2SD$) của các chỉ số Cân nặng/tuổi (W/A), Chiều cao/tuổi (H/A) và Cân nặng/chiều cao (W/H) so với quần thể tham chiếu NCHS (National Center Health Static) để coi là suy dinh dưỡng (nhẹ cân) và chia ra các mức độ sau:

- + Từ $-2SD$ đến $> -3SD$ là suy dinh dưỡng độ I (vừa).
- + Từ $-3SD$ đến $> -4SD$ là suy dinh dưỡng độ II (nặng).
- + Từ $< -4SD$ là suy dinh dưỡng độ III (rất nặng)

Với thừa cân – béo phì, trong các điều tra sàng lọc, giới hạn ngưỡng để coi là thừa cân khi số Cân nặng/chiều cao $\geq +2SD$. Để coi là béo phì thì cần đo thêm bề dày lớp mỡ dưới da ở các vùng như cơ tam đầu cánh tay, dưới xương bả vai.... Tuy vậy, trong các điều tra cộng đồng nhằm để tìm hiểu và dự báo tình trạng dinh dưỡng thì chỉ cần dùng chỉ tiêu cân nặng/chiều cao là đủ để đánh giá, vì khi cân nặng/ chiều cao $\geq +2SD$ thì đa số các em đều là béo phì.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự thay đổi cân nặng

- Yếu tố nội sinh
 - + Vai trò của các tuyến nội tiết: tuyến yên, tuyến giáp, tuyến thượng thận và tuyến sinh dục.
 - + Yếu tố di truyền liên quan đến chủng tộc, gen.
 - + Các dị tật bẩm sinh
 - + Vai trò của hệ thần kinh
- Yếu tố ngoại sinh
 - + Dinh dưỡng đóng vai trò vô cùng quan trọng.
 - + Bệnh tật, nhất là bệnh mạn tính.
 - + Thể dục thể thao.
 - + Khí hậu và môi trường.

4. Quy trình kỹ thuật cân

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Báo và giải thích người bệnh, thân nhân (khi thực hiện đo trên trẻ nhỏ)	Giải thích người bệnh mục đích của việc đo cân nặng nhằm kiểm tra sức khỏe, đánh giá tình trạng hiện tại	Người bệnh hiểu rõ	Người bệnh hợp tác thực hiện theo hướng dẫn của điều dưỡng.	
		Khai thác tiền sử cân nặng của lần đo trước, nguyên nhân làm thay đổi cân nặng.	So sánh trị số cân nặng.	Phát hiện sự thay đổi và tìm hiểu vấn đề liên quan.	
	2. Chuẩn bị dụng cụ	Cân nằm	Dùng cho trẻ sơ sinh, nhũ nhi, <2 tuổi	Trẻ chưa đứng vững	
		Cân đứng điện tử hoặc đồng hồ	Dùng cho trẻ lớn hoặc người lớn	Dễ đọc trị số	
		Giấy lót	Đề phòng lây nhiễm chéo	Thay sau mỗi người bệnh	
		Dụng dịch sát trùng	Dùng khi cân nằm	Trong trường hợp trẻ tiêu tiểu khi tiến hành cân	
		Bút	Ghi trị số cân nặng	Ghi nhận đúng, rõ ràng	
		Phiếu theo dõi Biểu đồ tăng trưởng (dùng cho trẻ em)	Đánh giá, so sánh kết quả	Phát hiện sự thay đổi	
	3. Tiến hành cân cho người bệnh	Đưa cân đến giường bệnh hoặc giúp người bệnh đến nơi để cân	Tùy tình trạng người bệnh	An toàn cho người bệnh	
	3.1. Loại cân đứng	Khóa các bánh xe cố định cân	Nếu loại cân có bánh xe di chuyển		
		Điều chỉnh thăng bằng cân	Để cân không bị chòng chành khi NB lên cân		

TRONG		Đặt giấy lót lên bàn cân	Tránh NB tiếp xúc trực tiếp bàn cân	Thay giấy lót sau mỗi lần đo ngừa lây nhiễm chéo	
		Giúp người bệnh cởi bớt quần áo, giày dép	Chỉ để người bệnh mặc quần áo mỏng tránh nhiễm lạnh	Trị số ghi nhận không bị sai số	
		Giúp NB đứng lên giữa bàn cân	Cân chính xác	Người bệnh không được bám vào các vật xung quanh	
		Điều chỉnh quả cân và ghi kết quả đo được vào phiếu theo dõi hoặc biểu đồ tăng trưởng	Theo dõi và đánh giá trị số cân nặng	Ghi kết quả theo kim đồng hồ nếu dùng loại cân đồng hồ Đối với cân điện tử, ấn nút “Start” màn hình hiển thị 0:000	
		Giúp NB bước xuống cân, mặc quần áo, đi giày dép	Tiện nghi cho người bệnh	Đưa người bệnh về giường (nếu cần)	
	3.2. Loại cân nằm	Đưa cân đến giường bệnh hoặc giúp người bệnh đến nơi để cân	Tùy tình trạng người bệnh	An toàn cho người bệnh	
		Khóa các bánh xe cố định cân	Nếu loại cân có bánh xe di chuyển		
		Điều chỉnh thăng bằng cân	Để cân không bị chòng chành khi NB lên cân		
		Đặt giấy lót lên bàn cân	Tránh NB tiếp xúc trực tiếp bàn cân	Thay giấy lót sau mỗi lần đo ngừa lây nhiễm chéo	
		Giúp người bệnh cởi bớt quần áo, giày dép	Chỉ để người bệnh mặc quần áo mỏng tránh nhiễm lạnh	Trị số ghi nhận không bị sai số	
		Giúp NB nằm giữa bàn cân	Cân chính xác	Người bệnh không được bám vào các vật xung quanh	

		Đọc và ghi kết quả đo được vào phiếu theo dõi hoặc biểu đồ tăng trưởng	Theo dõi và đánh giá trị số cân nặng	Ghi kết quả theo kim đồng hồ nếu dùng loại cân đồng hồ Đối với cân điện tử, ấn nút “Start” màn hình hiển thị 0:000	
		Giúp NB bước xuống cân, mặc quần áo, đi giày dép	Tiện nghi cho người bệnh	Đưa người bệnh về giường (nếu cần)	
SAU	4, Thu dọn dụng cụ	Bỏ giấy vào thùng rác	Đề phòng lây chéo	Thay tờ giấy khác nếu tiếp tục cân cho NB khác	
		Đề cân vào nơi qui định Cân được đặt nơi tiện lợi, dễ thấy.	Tìm cân dễ dàng	Tránh để ngay lối đi gây choáng chỗ để vấp ngã	
		Có chế độ bảo hành cân	Đề cân luôn được chính xác	Bảo hành theo thời gian qui định và có xác nhận	
	5, Đánh giá tình trạng dinh dưỡng	Cân nặng bình thường hay giảm/ tăng? Có gầy/ suy dinh dưỡng/ béo phì/ phù?	Ghi nhận bất thường	Báo bác sĩ để kết hợp điều trị	

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Đánh giá trước huấn luyện

Bài kiểm tra sau gồm 15 câu hỏi Đúng/ Sai. Đánh dấu ✓ vào cột đúng hoặc sai.

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Cân nặng là trị số ít dao động và ít thay đổi		
2	Bác sĩ có thể dựa vào cân nặng để tính liều lượng thuốc cho bệnh nhi		
3	Điều dưỡng cần biết tiền sử cân nặng của người bệnh trước khi đo		
4	Dùng cân đứng cho cho trẻ nhũ nhi		
5	Nên để người bệnh mang giày dép khi đo cân nặng bằng cân đứng để không bấn chân		
6	Đơn vị đo cân nặng là kilogram		
7	Điều chỉnh cân về mức "0" trước khi cân		
8	Đặt trẻ nằm trực tiếp trên cân khi đo cân nặng		
9	Việc lựa chọn cân không tùy thuộc vào tuổi người bệnh		
10	Khi cân, người bệnh cần đứng thẳng ở giữa cân		
11	Vòng đầu của trẻ phát triển rất chậm trong năm đầu		
12	Đối với trẻ em đường biểu diễn cân nặng phản ánh tốt cuộc sống quá khứ và là bằng chứng của sự dinh dưỡng		
13	Cân nặng có ý nghĩa khi đánh giá phù cho người bệnh		
14	Người bệnh bắt buộc phải đến nơi để cân		
15	Điều chỉnh thẳng bằng cân trước khi đặt bệnh nhi lên cân		

5.2. Huấn luyện có giáo viên tại phòng thực hành

– Sau khi học lý thuyết về kỹ thuật đo cân nặng, sinh viên đã tự lượng giá và bây giờ hãy áp dụng các kiến thức đã học để thực hành.

– Trước khi sinh viên thực hành, giáo viên hướng dẫn thao diễn toàn bộ quy trình.

– Trước buổi hướng dẫn thực hành, sinh viên không có cơ hội để hỏi, những điều chưa rõ sẽ được trả lời sau.

– Tóm tắt các điểm cần chú ý: Sinh viên phải có khả năng kể được các bước của quy trình trước lớp (Tôi sẽ phải làm gì và phải chú ý những điểm gì). Trước khi thao diễn giáo viên sẽ lưu ý các bước hoặc các điểm quan trọng nhất. Sau đó giáo viên sẽ thao diễn một lần và rồi giáo viên sẽ mời một sinh viên thao diễn lại.

– Giáo viên thao diễn: Giáo viên sẽ trình diễn toàn bộ quy trình kỹ thuật, vì vậy sinh viên có thể quan sát các động tác. Sau đó sinh viên có thể hỏi và bình luận. sinh viên cũng có thể yêu cầu giáo viên trình diễn lại nếu thấy cần thiết

– Một sinh viên được yêu cầu thực hiện lại kỹ thuật: Giáo viên sẽ mời một sinh viên lên thực hiện thử toàn bộ quy trình kỹ thuật. Bước này cũng nêu các điểm cần chú ý có thể cần thiết cho bước thực hành tiếp

– Sinh viên thực hành: Điều quan trọng là tất cả sinh viên cần phải thực hành. Lúc này giáo viên có thể vẫn giúp sinh viên thực hiện các bước làm chưa đạt. Giáo viên có thể nói lỗi cho sinh viên và cách để thực hiện được các thao tác.

5.3. Tự lượng giá (Bảng kiểm quy trình)

– Dưới đây là bảng kiểm thực hành. Sinh viên có thể dùng bảng này để thực hành

– Người quan sát sẽ điền vào bảng thực hành trong khi sinh viên thực hiện kỹ thuật. Sinh viên cần biết mức độ các thao tác thực hiện như bước nào làm tốt, bước nào còn chưa chính xác cần phải chỉnh sửa và bước nào đã bỏ qua.

Các bước	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
Đo cân nặng					
1. Chuẩn bị và hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết					
2. Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ Cân nằm hoặc cân đứng tùy theo người bệnh Giấy lót Dung dịch sát trùng (khi sử dụng cân nằm) Bút Phiếu theo dõi Biểu đồ tăng trưởng (dùng cho trẻ em)					
3. Chuẩn bị cân Đưa cân đến giường bệnh hoặc giúp người bệnh đến nơi để cân Khóa các bánh xe cố định cân Kiểm tra, điều chỉnh thăng bằng cân ở mức “0” Đặt giấy lót lên bàn cân					
4. Chuẩn bị người bệnh và tiến hành cân Giúp người bệnh cởi bớt quần áo, giày dép Giúp NB đứng hoặc nằm lên giữa bàn cân					
5. Đọc và ghi kết quả vào phiếu theo dõi/ biểu đồ tăng trưởng					
6. Tiễn nghi NB Giúp NB bước xuống cân, mặc quần áo, đi giày dép					
7. Thu dọn dụng cụ Bỏ giấy vào thùng rác Đề cân vào nơi qui định Có chế độ bảo hành cân (hỏi sinh viên trả lời)					
8. Đánh giá tình trạng NB Cân nặng bình thường hay giảm/ tăng? Có suy dinh dưỡng/ béo phì/ phù?					

6. Thực hành

6.1. Thực hành tại labo (không có giáo viên)

– Những bài tập thực hành dưới đây có thể được tiến hành từng kỹ thuật một hoặc sinh viên có thể chia thời gian để quan sát cả 2 kỹ thuật đo chiều cao, cân nặng sau đó sinh viên tiến hành từng kỹ thuật. Trước khi bước vào phần thực hành phải đảm bảo rằng sinh viên:

6.2. Hình thành nhóm thực hành với 2 người

- Phân chia vai trò của người quan sát và sinh viên
- Sắp xếp việc thực hành một cách có hệ thống

Thực hành có hệ thống là:

- + Thực hiện hoạt động dựa trên tiêu chuẩn thực hành
- + Đánh giá việc thực hành của sinh viên
- + Hỏi quan sát về quá trình thực hành
- + Nếu cần thiết: Xác định những điểm chi tiết trong quá trình tham gia cho những lần thực hành tiếp theo
- Thực hành

Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình trong vài phút. Sinh viên cần chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, giám sát viên nhìn vào (Bảng kiểm về đo cân nặng). Sau đó sinh viên bắt đầu thực hành, người giám sát đánh giá dựa trên bảng O&P.

- Thực hành với nhóm hoặc một mình ở bất cứ nơi nào khi có điều kiện

Sinh viên đã thực hành tại labo, sinh viên có sẵn bảng kiểm trong tay, vì vậy sinh viên có thể tự thực hành một mình, hoặc với nhóm 2 người tại bất cứ nơi nào, hoàn cảnh nào khi có điều kiện ví dụ như ở nhà, ở các labo khác... theo bảng kiểm.

6.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

Sau khi sinh viên đã thực hiện được quy trình kỹ thuật, sinh viên sẽ có thời gian thực tập tại bệnh viện. Tại bệnh viện có thể sinh viên thấy các điều dưỡng viên đo chiều cao, cân nặng không hoàn toàn giống như sinh viên đã học tại trường. Sinh viên đừng lo lắng mà hãy quan sát và phân tích xem họ đã thực hiện như thế nào, lý do tại sao lại có khác so với sinh viên học. Có thể các bước của quy trình được cô đọng lại theo các bước ít hơn hoặc khác một chút, nhưng về cơ bản là như sinh viên đã học ở trường.

6.4. Giám sát quá trình rèn luyện

Sinh viên có thể tự đánh giá quá trình rèn luyện bằng các cách sau:

- Quay camera: Sinh viên có thể đặt máy quay ở một chỗ có thể phù hợp, hoặc nhờ một người quay cho mỗi khi sinh viên muốn xem lại quá trình thực hiện kỹ thuật của mình.
- Sinh viên giám sát lẫn nhau: Sinh viên cũng có thể lập một nhóm học tập để nhờ sinh viên mình quan sát quá trình thực hiện kỹ thuật dựa vào bảng kiểm. Tốt nhất mỗi lần quan sát là một sinh viên khác.
- Tình huống: sinh viên có thể xây dựng tình huống để đóng vai và giải quyết những vấn đề trong tình huống.
- Sinh viên lớp trước giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, sinh viên sẽ gặp các anh chị sinh viên học trước và nhờ họ quan sát giúp.
- Nhân viên giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, sẽ có nhân viên bệnh viện giám sát việc đo cân nặng cho người bệnh của sinh viên. Vậy sinh viên phải có khả năng áp dụng các kiến thức đã học và thực hiện đúng quy trình kỹ thuật.

KỸ THUẬT SỬ DỤNG MÁY MONITOR

1. Giới thiệu máy Monitor

Theo dõi dấu hiệu sống là một kỹ năng cơ bản và quan trọng của người điều dưỡng. Trong chăm sóc người bệnh. Thông thường người bệnh được theo dõi dấu hiệu sống 2 lần/ngày, tuy nhiên trong những trường hợp đặc biệt (người bệnh nặng, người bệnh có diễn biến....) chúng ta phải theo dõi dấu hiệu sống của người bệnh theo chỉ định của thầy thuốc (3h/lần, 1h/lần, 15'/lần... hoặc theo dõi liên tục).

Hầu hết các trường hợp để theo dõi dấu hiệu sống cho người bệnh sử dụng các dụng cụ thông dụng như: huyết áp, ống nghe, đồng hồ bấm dây, nhiệt kế... Trong một số trường hợp đặc biệt người bệnh nặng, nguy kịch, việc sử dụng các thiết bị y tế thông dụng không thể đáp ứng được yêu cầu chăm sóc, điều trị, khi đó các thiết bị hiện đại đa năng như máy Monitor có thể giúp theo dõi dấu hiệu sống liên tục chính xác và kịp thời đáp ứng được nhu cầu chăm sóc và điều trị.

Monitor là một thiết bị được sử dụng để theo dõi dấu hiệu sống tồn của người bệnh tại các đơn vị điều trị tích cực hay chăm sóc đặc biệt trong bệnh viện. Máy được thiết kế có phần mềm linh hoạt có thể xử lý và cho phép theo dõi nhiều thông số kỹ thuật khác nhau về chức năng sống của người bệnh trong cùng một thời gian như: mạch, nhiệt độ cơ thể, huyết áp điện tim, nhịp thở nồng độ bão hoà ô xy trong máu..., hệ thống cảnh báo để thông báo những tình trạng bất thường của người bệnh. Ngoài ra, máy còn có hệ thống an toàn (pin) để duy trì nguồn điện cung cấp cho máy trong trường hợp đang theo dõi dấu hiệu sống cho người bệnh mà bị mất điện đột xuất, đảm bảo tính liên tục trong chăm sóc, rất tiện ích cho người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh.

2. Mục tiêu học tập

1. Mô tả được cấu tạo và tính năng tác dụng các bộ phận của máy monitor.
2. Mô tả được các bước trong quy trình kỹ thuật sử dụng máy Monitor.
3. Thực hiện được quy trình kỹ thuật theo dõi dấu hiệu sống cho người bệnh sử dụng máy Monitor.
4. Rèn luyện được tính cẩn thận, chuẩn xác và tôn trọng người bệnh trong khi thực hiện quy trình kỹ thuật theo dõi dấu hiệu sống cho người bệnh bằng máy Monitor.

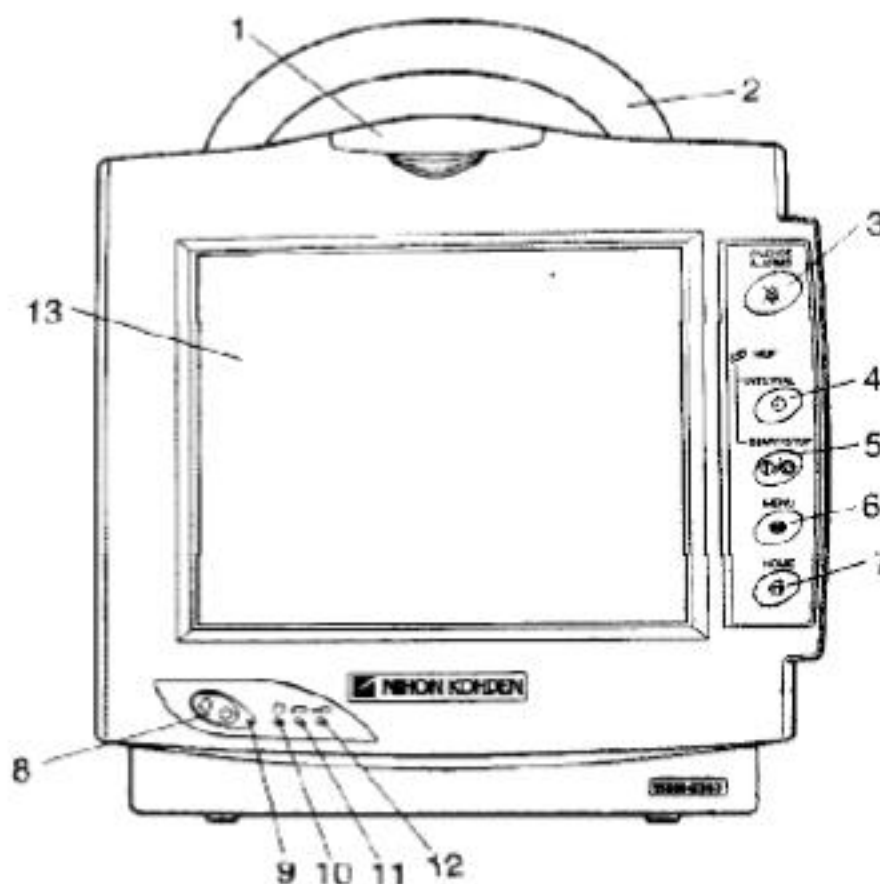
3. Lý thuyết liên quan đến kỹ năng

Đặc điểm hình dáng bên ngoài máy Monitor

3.1. Mặt trước của máy

Stt	Tên gọi của từng bộ phận	Mô tả chức năng
1	Đèn chỉ thị cảnh báo	Đèn đỏ hoặc đèn vàng sáng là biểu thị có dấu hiệu bất thường cho hoạt động của máy, đèn màu xanh biểu thị có sự đồng bộ giữa máy với người bệnh
2	Tay xách	Dùng để xách di chuyển monitor
3	Phím dừng cảnh báo	Dùng để tắt âm thanh của chuông cảnh báo (báo động)
4	Phím chuyển đổi NIBP (HA)	Dùng để lựa chọn chế độ đo huyết áp, ấn phím này để thay đổi chế độ đo

5	Phím Start/Stop NIBP	Dùng để bơm khí vào bao đo huyết áp sau khi đã lựa chọn chế độ đo huyết áp
6	Phím Menu	Dùng để hiển thị các cửa sổ (chế độ) menu
7	Phím HOME	Dùng để mở hoặc đóng cửa sổ theo dõi chính
8	Chuyển mạch nguồn	Dùng tay giữ hơn 1s thì nguồn sẽ mở hoặc tắt
9	Đèn nguồn	Đèn sáng khi monitor được cấp nguồn điện
10	Đèn nguồn AC	Đèn sáng khi máy nối với nguồn điện AC
11	Đèn nguồn Pin	Đèn sáng khi máy hoạt động bằng nguồn Pin
12	Đèn nạp pin	Đèn sáng hoặc nhấp nháy khi pin đang được nạp điện
13	Màn hình chính	Dùng để hiển thị dữ liệu cần theo dõi. Chạm vào màn hình sẽ hiển thị và điều chỉnh được dữ liệu cần theo dõi tương ứng với chức năng ở nơi đã chạm

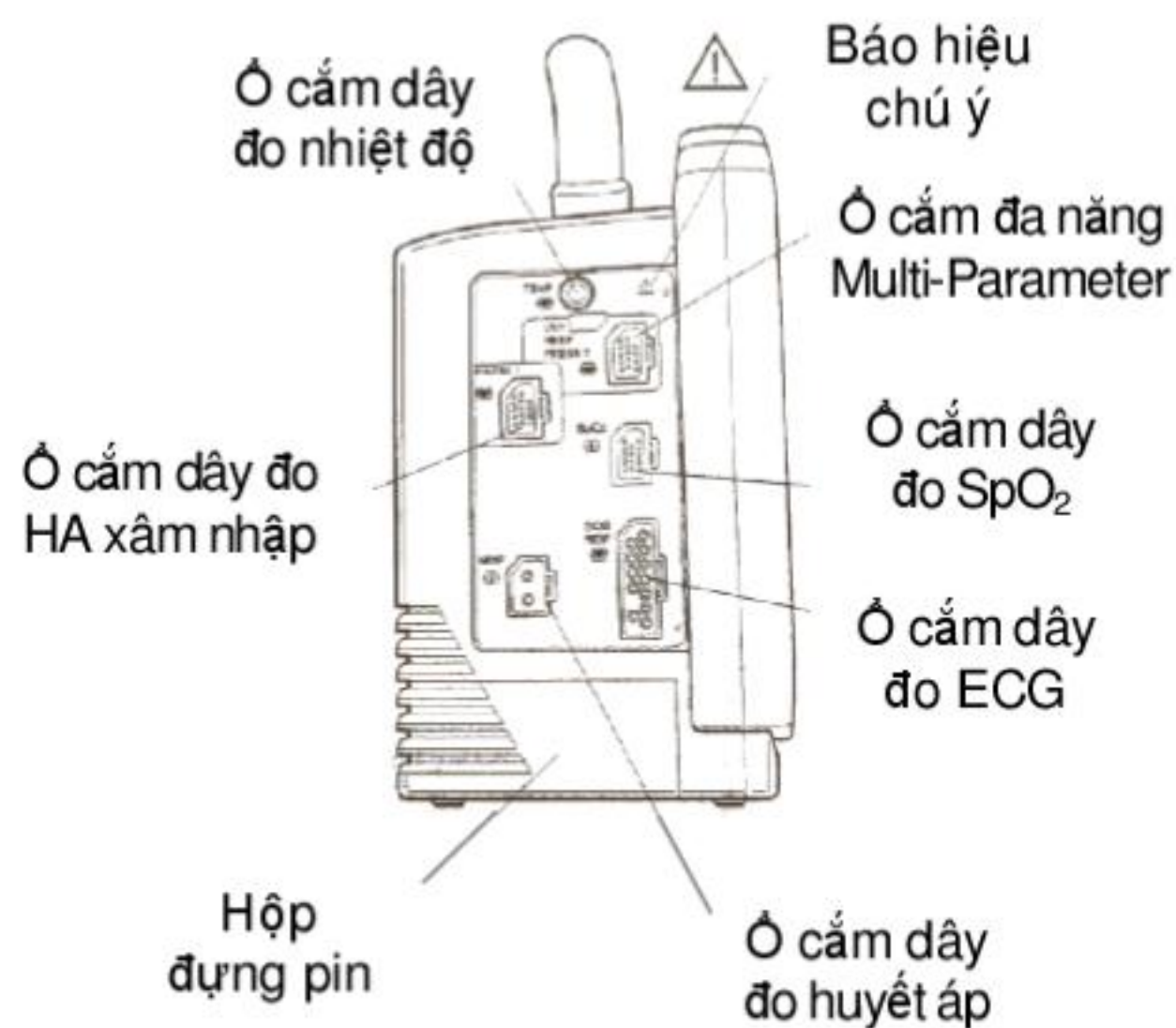


Hình 1: Monitor

3.2. Mặt bên trái của máy:

Mặt bên trái của máy Monitor có bố trí các khe, lỗ cắm cho các thiết bị sau:

- TEMP: Dùng để nối với dây đo nhiệt độ
- Multi - Parameter: Dùng để nối với các ống nối như: IBP (HA xâm nhập - Đưa đầu dò vào trong động mạch để đo HA trong động mạch), CO2 hoặc đầu đo nhịp thở, với mỗi dây nối khác nhau thì nó sẽ tự động nhận ra.
- SpO2: Dùng để kết nối với dây đo SpO2
- ECG/RESP: Dùng để kết nối với dây đo ECG (điện tim, nhịp tim...)/nhịp thở
- NIBP: Nối với dây đo HA (đo HA thông thường)

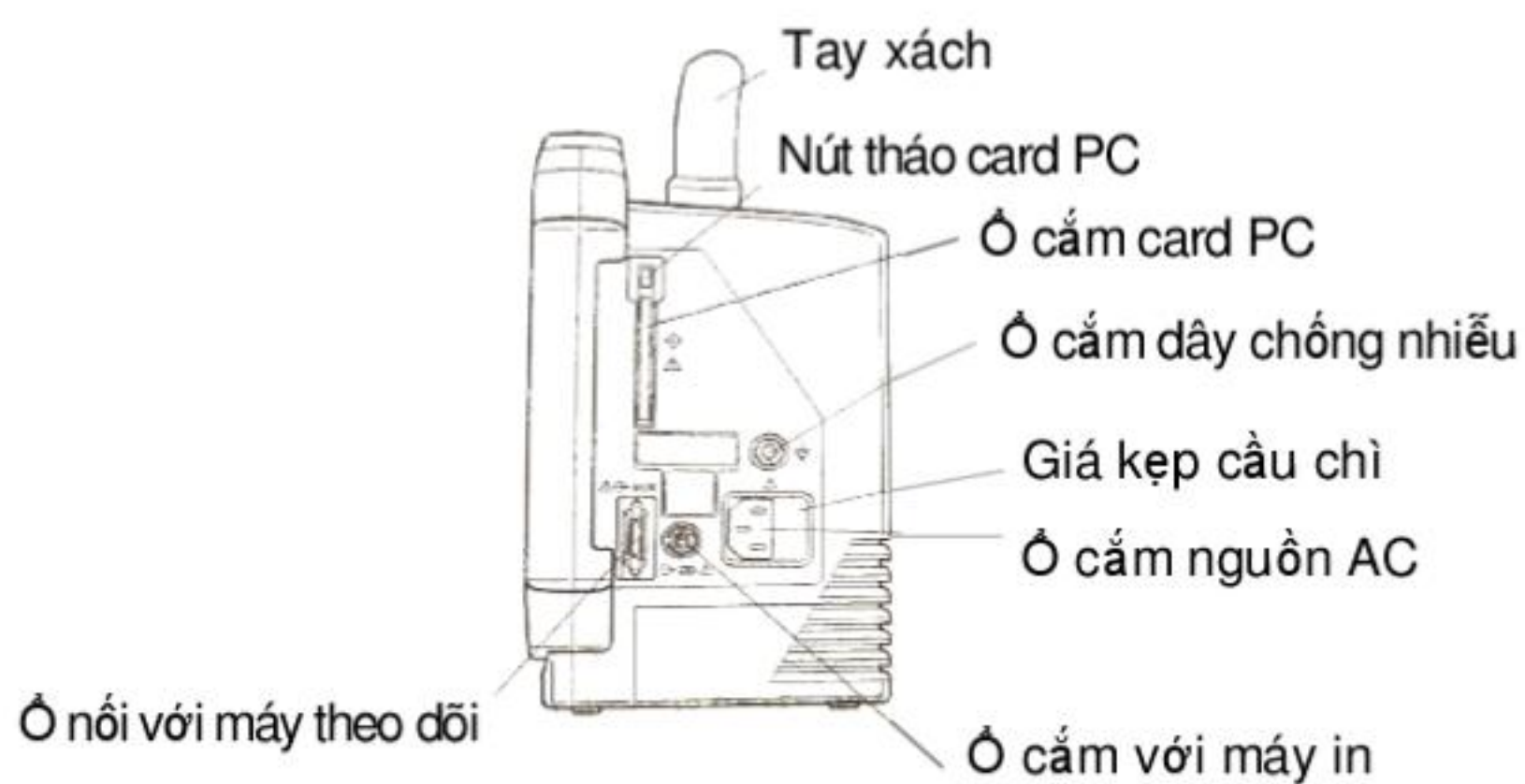


Hình 2: Mặt bên trái máy

3.3. Mặt bên phải của máy

Tại mặt bên trái của máy Monitor có bố trí các khe, lỗ cắm cho các thiết bị sau:

- Handle: Tay xách
- PC card eject button: nút để tháo card PC
- PC card slot: Khe để cắm card PC
- Fuse Holder: Dùng để giữ cầu chì
- AC source: Dùng để nối với nguồn AC



Hình 3: Mặt bên phải máy

3.4. Các thông số hiển thị trên màn hình

– Màn hình theo dõi: Có thể hiển thị bất cứ lúc nào bằng cách kích vào nút Home trên máy. Trên màn hình này sẽ hiển thị theo dạng sóng và dạng số của các tham số cần theo dõi.

– Cửa sổ Menu: Sẽ được hiển thị bất cứ lúc nào bằng cách chạm vào phím menu trên màn hình hoặc trên thân máy.

+ Cửa sổ Enlarged: Hiển thị dạng số với kích thước lớn.

+ Cửa sổ Reviver: Đây là cửa sổ xem lại, cửa sổ này có 3 cửa sổ chính.

- Cửa sổ TREND : Dùng để hiển thị dạng đồ thị trong 24h.
- Cửa sổ LIST: Hiển thị dữ liệu dạng danh sách của các tham số.
- Cửa sổ ARRHYTH RECALL: Dùng để hiển thị dữ liệu file lưu về loạn nhịp tim.

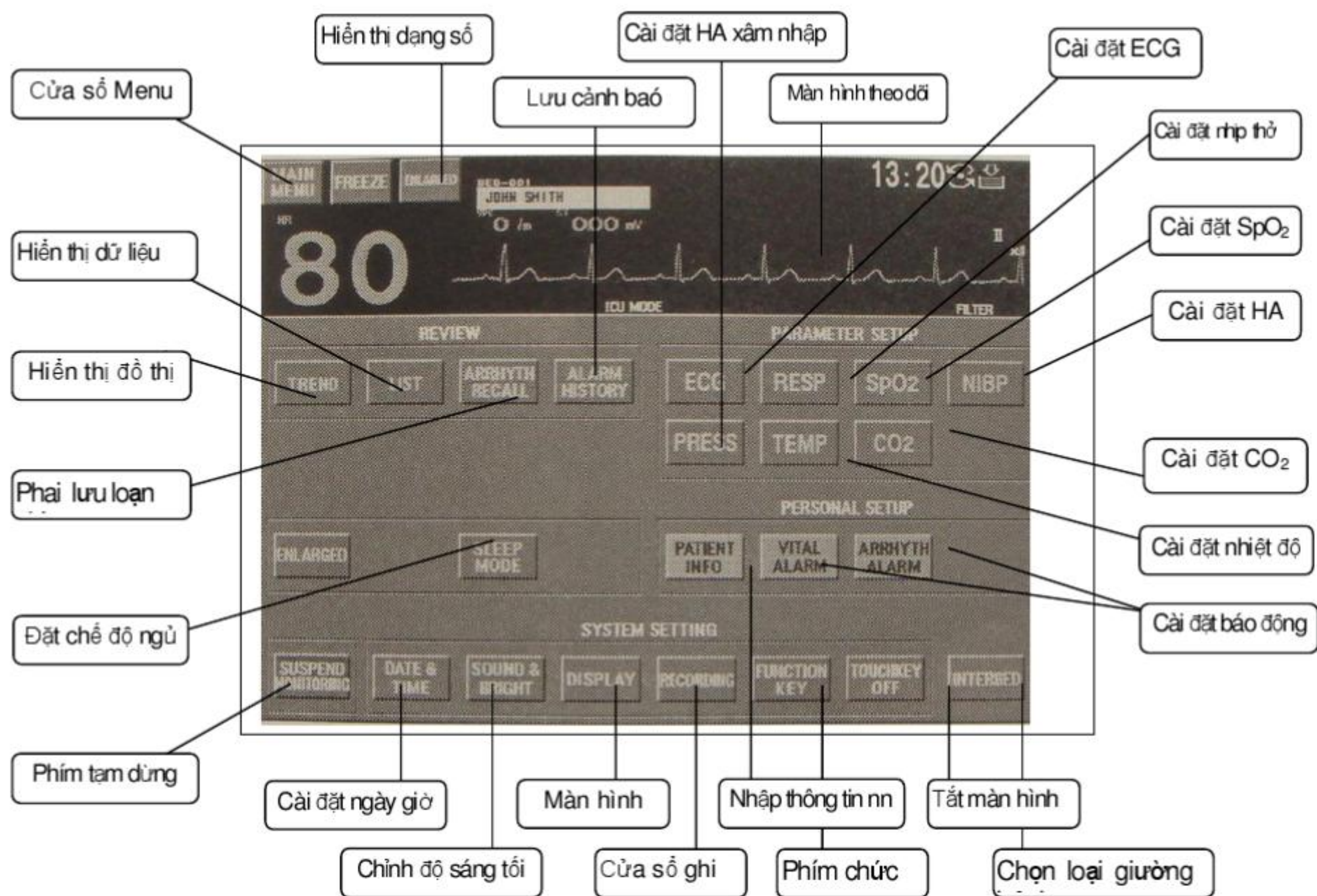
+ Cửa sổ thông tin về người bệnh: Tại cửa sổ này có thể vào tên của người bệnh, dữ liệu lưu giữ tại đây có thể xoá được.

+ Cửa sổ cài đặt cảnh báo: Tại đây có thể cài đặt về cảnh báo loạn nhịp và cảnh báo sự sống.

+ Cửa sổ cài đặt các tham số: Dùng để thay đổi các tham số được theo dõi.

+ Cửa sổ Setup và các cửa sổ khác gồm các cửa sổ sau:

- Cửa sổ ghi.
- Cửa sổ đặt ngày và giờ.
- Cửa sổ cài đặt âm thanh.
- Cửa sổ thay đổi độ sáng tối.
- Cửa sổ dùng để thiết lập chức năng cho một phím.
- Cửa sổ TOUCH KEY OFF dùng để tắt màn hình.
- Cửa sổ SLEEP MODE dùng để đặt ở chế độ ngủ.
- Cửa sổ INTER BED: Dùng để cài đặt lựa chọn các giường bệnh.

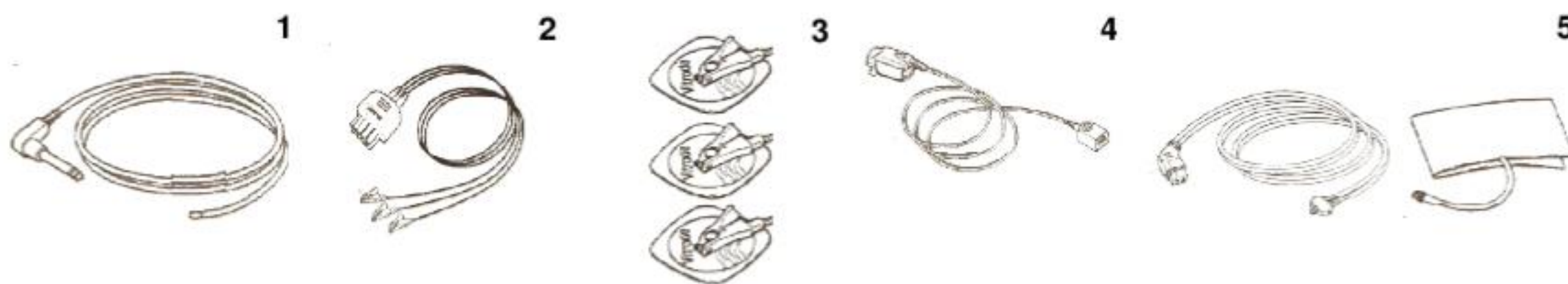


Hình 4: Các thông số hiển thị trên màn hình

3.1 Các phụ kiện kèm theo

Các phụ kiện kèm theo máy để phục vụ cho các chức năng theo dõi huyết áp, nhiệt độ, điện tim và nồng độ O₂ trong máu:

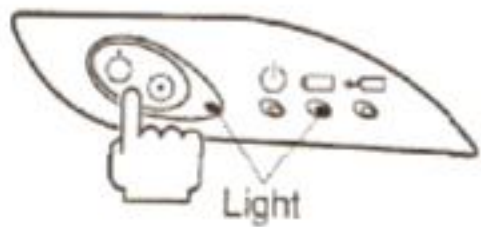
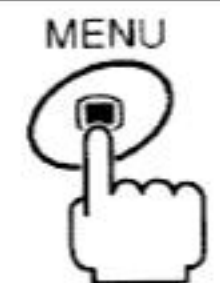
- Ống nối đo nhiệt độ (1)
- Ống nối đo ECG (2) (điện tim, nhịp tim...) và các điện cực (3)
- Ống nối đo SPO₂ (4)
- Ống nối đo HA và băng đo HA (1 dùng cho người lớn. 1 dùng cho trẻ em) (5)



Hình 5: Các phụ kiện kèm theo

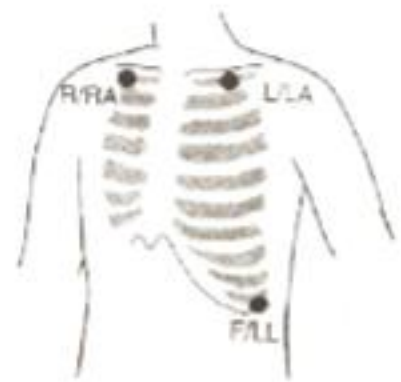
4. Quy trình kỹ thuật

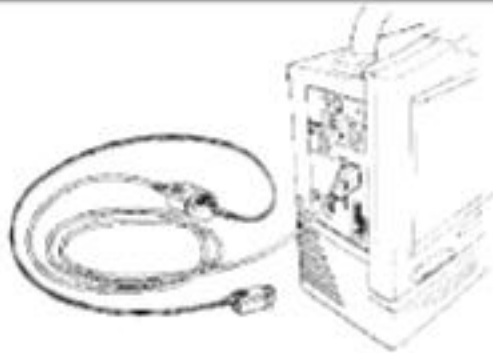
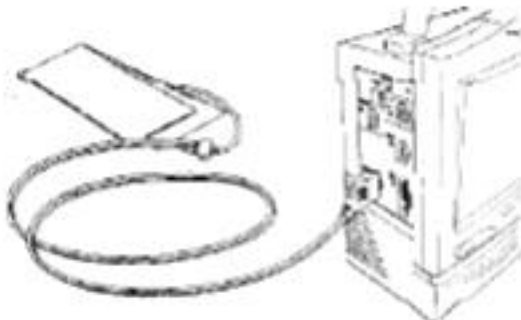
	Các bước	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị người bệnh	1. Xem hồ sơ bệnh án biết người bệnh và chỉ định của bác sỹ	Tránh nhầm lẫn khi theo dõi người bệnh	Xác định đúng người bệnh, xem đúng chỉ định của bác sỹ	
		2. Thông báo cho người bệnh về thủ thuật sắp làm	Để người bệnh yên tâm tin tưởng, tránh lo lắng	Giải thích cho người bệnh hiểu mục đích, quá trình tiến hành thủ thuật	
		3. Hướng dẫn cho người bệnh những điều cần thiết có liên quan	Để người bệnh hợp tác tốt với điều dưỡng, tránh nhiều sóng trong khi máy hoạt động	- Để người bệnh nằm nghỉ tại giường - Loại bỏ các vật dụng bằng kim loại và phát sóng điện từ (tháo đồng hồ, vòng, điện thoại di động...)	
	2. Chuẩn bị người điều dưỡng	4. Mang trang phục đầy đủ, rửa tay thường qui	Hạn chế nhiễm khuẩn chéo	Móng tay cắt ngắn, tóc gọn gàng	 Hình 6: Chuẩn bị người điều dưỡng

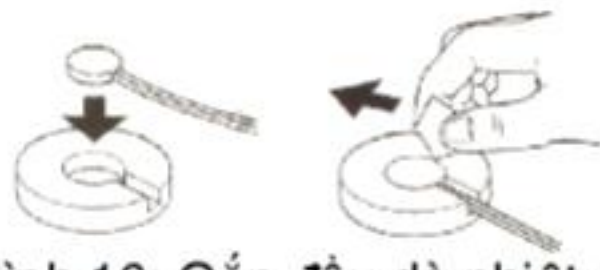
	3. Chuẩn bị máy Monitor	5. Nối dây nguồn vào máy	Cấp điện nguồn cho máy	Sử dụng đúng loại dây và nguồn điện 220V cho máy (Đèn báo AC/DC sẽ sáng)	
	3.1 Cấp điện cho máy	6. Ấn và giữ phím nguồn khoảng 2 giây	Để khởi động máy	Màn hình hiển thị máy tự kiểm tra và trở về màn hình Home (Màn hình theo dõi)	 Hình 7: Khởi động máy
		7. Ấn vào phím MENU	Để vào chương trình hoạt động của máy	Trên màn hình, hiện ra cửa sổ MENU	 Hình 8: Ấn nút Menu
	3.2. Cài đặt ngày và giờ	8. Ấn vào phím DATE & TIME lựa chọn và ấn vào các phím năm, tháng, ngày, giờ, phút	Để hiển thị cửa sổ DATE & TIME (ngày và giờ), cài đặt ngày giờ theo dõi người bệnh		
		9. Ấn vào phím SET, sau đó vào phím HOME	Để nhớ lưu lại các động tác đã làm, sau đó quay về màn hình theo dõi	Nếu cài đặt không chính xác, không phù hợp máy xuất hiện dòng chữ OUT OF RANGE	

	3.3. Cài đặt tên người bệnh	10. Ấn vào phím MENU, chọn và ấn vào cửa sổ PATIENT INFO	Để hiển thị cửa sổ MENU cửa sổ PATIENT INFO	Màn hình thông tin của người bệnh xuất hiện	
		11. Ấn vào phím KEYBOARD, vào các ký tự chữ trên bàn phím rồi chạm vào phím SET	Nhập tên người bệnh và lưu lại	Trên màn hình sẽ hiển thị tên người bệnh	
	3.4. Cài đặt chế độ theo dõi nhịp tim	12. Ấn vào phím MENU, rồi phím ECG	Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ ECG VITAL ALARM (cảnh báo nhịp tim)		
		13. Tại cửa sổ HR/PR ấn vào giới hạn trên, dưới. Ấn nhẹ vào phím tăng, giảm để điều chỉnh sau đó ấn vào phím HOME	Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới nhịp tim cho phép của người bệnh, rồi quay trở lại màn hình theo dõi	Khi nhịp tim người bệnh vượt quá giới hạn này máy sẽ báo động	
	3.5. Cài đặt chế độ theo dõi huyết áp	14. Ấn nhẹ vào phím MENU, sau đó vào phím NIBP	Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ NIBP VITAL ALARM	Cửa sổ NIBP VITAL ALARM (báo động dấu hiệu huyết áp) xuất hiện	
		15. Tại cửa sổ SYS ấn nhẹ vào phím giới hạn trên, dưới, ấn phím tăng hay giảm	Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới của HA tối đa cho phép của người bệnh	Khi HA tối đa của người bệnh vượt quá giới hạn này máy sẽ báo động	
		16. Tại cửa sổ DIA ấn nhẹ vào phím giới hạn trên, dưới, sau đó ấn phím tăng hay giảm	Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới của HA tối thiểu cho phép của người bệnh	Khi HA tối thiểu của người bệnh vượt quá giới hạn này máy sẽ báo động	

		17. Tại cửa sổ MEAN ấn vào phím giới hạn trên, dưới rồi ấn phím tăng hay giảm, sau đó ấn vào phím HOME	Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới của HA trung bình cho phép của người bệnh rồi trở về màn hình theo dõi ban đầu	Khi trị số HA trung bình của người bệnh vượt quá giới hạn này máy sẽ báo động	
3.6. Cài đặt chế độ theo dõi nhịp thở.		18. Ấn vào phím MENU, phím RESP để hiển thị cửa sổ REST VITAL ALARM	Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ REST VITAL ALARM	Cửa sổ REST VITAL ALARM (báo động nhịp thở) xuất hiện	
		19. Ấn vào phím tăng hay giảm, phím HOME	Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới nhịp thở cho phép của người bệnh, rồi quay trở lại màn hình theo dõi	Khi nhịp thở người bệnh vượt quá giới hạn này máy sẽ báo động	
3.7. Cài đặt chế độ theo dõi nhiệt độ		20. Ấn vào phím MENU, phím TEMP	Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ TEMP VITAL ALARM	Cửa sổ TEMP VITAL ALARM (báo động nhịp thở) xuất hiện	
		21. Ấn vào phím giới hạn trên, dưới, phím tăng, giảm sau đó phím HOME	Cài đặt giới hạn trên và giới hạn dưới nhiệt độ cho phép của người bệnh, rồi quay trở lại màn hình theo dõi	Khi nhiệt độ cơ thể người bệnh vượt quá giới hạn này máy sẽ báo động	

	3.8. Cài đặt chế độ theo dõi độ bão hòa oxy(SpO2)	22. Ấn vào phím MENU, phím SPO2	Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ SPO2 VITAL ALARM	Cửa sổ SPO2 VITAL ALARM (báo động độ bão hòa oxy) xuất hiện	
		23. Ấn vào phím giới hạn trên, dưới, phím tăng, giảm sau đó vào phím HOME	Cài đặt giới hạn trên và giới hạn dưới SPO2 cho phép của người bệnh, rồi trở về màn hình theo dõi	Khi SPO2 người bệnh vượt quá giới hạn này máy sẽ báo động	
TRONG	4. Kỹ thuật tiến hành 4.1 Theo dõi điện tim, nhịp thở, nhịp tim	24. Vệ sinh vùng ngực và bụng của người bệnh	Để điện cực tiếp xúc tốt với da người bệnh	Làm sạch da người bệnh, chú ý các vị trí gắn điện cực	
		25. Bóc và dán điện cực vào người bệnh	Để điện cực tiếp xúc với người bệnh	Gắn đúng 3 vị trí: ngực bên phải, ngực bên trái, dưới bụng về bên trái	 Hình 9: Bóc và gắn điện cực
		26. Gắn đầu kẹp điện cực vào cực dán, nối cáp điện cực vào dây nối ECG, nối dây nối ECG vào ổ cắm monitor	Để nối Monitor với người bệnh	Đồ gắn ở bên ngực phải, vàng ngực trái, xanh ở phía dưới bụng	 Hình 10: Các vị trí gắn điện cực
		27. Quan sát màn hình theo dõi trên Monitor (Home)	Đánh giá sự hoạt động của tuần hoàn và hô hấp	Nhịp tim, sóng điện tim, nhịp thở	

	4.2. Theo dõi SPO2	28. Lựa chọn ống đo, nối ống với dây SpO2 và nối dây SpO2 vào máy Monitor	Theo dõi độ bão hoà Oxy mao mạch	Đèn trên ống đo SPO2 phải quay về phía móng tay của người bệnh	 Hình 11: Gắn ống đo Spo2 với máy
		29. Gắn ống đo vào người bệnh	Để thiết bị đo tiếp xúc với người bệnh	Vị trí tiếp xúc là đầu ngón tay người bệnh	 Hình 12: Gắn ống đo vào người bệnh
		30. Quan sát màn hình trên Monitor màn hình theo dõi (Home)	Đánh giá độ bão hòa oxy mao mạch người bệnh	Theo dõi dạng sóng và dạng số hiển thị độ bão hòa oxy	
	4.3. Theo dõi huyết áp	31. Lựa chọn bao đo HA, rồi nối bao đo vào dây dẫn khí đo huyết áp	Theo dõi được chính xác chỉ số huyết áp của người bệnh	Bề rộng băng huyết áp bằng 1/2 – 2/3 chiều dài cánh tay người bệnh	 Hình 13: Nối dây đo HA với máy

		32. Xác định động mạch vùng khuỷu tay, cuộn băng đo huyết áp vào tay người bệnh	Đặt máy tiếp xúc với động mạch của người bệnh	Vị trí cuộn băng huyết áp ở phía trên nếp gấp khuỷu tay 3cm	 Hình 14: Quấn băng đo HA
		33. Ấn vào phím START/STOP trên thân máy	Để đo và theo dõi chỉ số huyết áp (chế độ đo bằng tay)	Việc đo có thể bắt đầu hoặc dừng lại bằng cách ấn phím này	
		34. Ấn vào phím HOME	Để quay lại màn hình theo dõi	Khi đã hoàn thành việc đo huyết áp cho người bệnh	
	4.4. Theo dõi nhiệt độ	35. Lấy đầu dò đo nhiệt độ, nối với dây dẫn nhiệt, khe cắm trên Monitor	Để nối máy với người bệnh		 Hình 15: Gắn đầu dò nhiệt độ với máy
		36. Gắn đầu dò nhiệt độ vào người bệnh	Để máy tiếp xúc với da người bệnh	Đặt đầu dò vào trong miếng đệm dán, gắn đầu dò lên da người bệnh, gắn đầu dò vào bề mặt da người bệnh	 Hình 16: Gắn đầu dò nhiệt độ

		37. Dữ liệu về nhiệt độ sẽ được hiển thị trên màn hình			
SAU	5. Thu dọn dụng cụ 5.1. Tắt máy	38. Ấn và giữ phím nguồn trong 2 giây	Để cắt nguồn điện		 Hình 17: Tắt nguồn điện
	5.2. Thu dọn dụng cụ	39. Tháo băng huyết áp, các đầu điện cực, đầu dò nhiệt độ ra khỏi người bệnh			
		40. Vệ sinh, mặc áo, quần cho người bệnh	Làm sạch vùng da đã gắn các điện cực	Giữ ấm cho người bệnh nếu trời lạnh	
		41. Đặt người bệnh tư thế thoải mái	Tạo cho người bệnh cảm giác thoải mái, thể hiện sự tôn trọng người bệnh	Tuỳ theo tình trạng của người bệnh mà lựa chọn tư thế cho phù hợp	
		42. Rút đầu dò ra khỏi các khe cắm của máy. Rút dây điện nguồn	Để cất dọn dụng cụ sau khi sử dụng		
		43. Vệ sinh lau chùi, máy theo qui định	Bảo quản máy sau sử dụng	Dùng khăn lau mềm	

	5.3. Ghi hồ sơ chăm sóc	44. Ghi thời gian và nội dung các công việc đã làm cho người bệnh	Để đảm bảo việc chăm sóc được liên tục và tiện lợi	Ghi đầy đủ những kết quả đã theo dõi, diễn biến của người bệnh xảy ra trong quá trình theo dõi (nếu có)	
--	-------------------------	---	--	---	--

- **Chú ý:** Hướng dẫn xử trí một số trường hợp khi sử dụng máy Monitor trong chăm sóc người bệnh

Stt	Tình huống	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
1	1. Người bệnh đang được theo dõi huyết áp, mạch, nhiệt độ, điện tim bằng máy Monitor, bác sỹ ra chỉ định cần phải theo dõi huyết áp trong khoảng 5 phút/ lần. Quy trình sử dụng máy được thực hiện theo hướng dẫn sau:	1. Ấn vào phím MENU, rồi phím NIBP trên thân máy	Để vào chương trình cài đặt		
		2. Ấn vào phím INTERVAL/CUFF Tại cửa sổ MEASUREMENT INTERVEVAL chọn phím 5 phút	Để cài đặt khoảng thời gian đo huyết áp	Cứ 5 phút máy tự động đo huyết áp 1 lần	
		3. Sau đó ấn vào phím HOME trên thân máy	Để về chế độ đang theo dõi ban đầu		
2	2. Người bệnh đang được theo dõi bằng máy Monitor, đèn báo động sáng đồng thời trên màn hình xuất hiện dòng chữ "Check electrodes", để khắc phục tình trạng trên phải tiến hành các bước như sau:	1. Ấn vào phím Silence alarm trên thân máy	Để tắt âm cảnh báo		
		2. Kiểm tra lại các điện cực dán trên người bệnh	Phát hiện điện cực bị mất hoặc bong ra khỏi cơ thể người bệnh		
		3. Thay điện cực mới/dán lại vào vị trí điện cực bị bong ra	Để đảm bảo các điện cực bình thường		
		4. Gắn đầu kẹp điện cực vào điện cực mới	Để tiếp tục quá trình theo dõi		
		5. Tiếp tục theo dõi nhịp tim, sóng điện tim và nhịp thở trên màn hình theo dõi			

3	3. Người bệnh đang được theo dõi bằng máy Monitor vào buổi tối muốn để máy ở chế độ ngủ chúng ta phải vận hành theo quy trình sau:	1. Ấn vào phím Menu, phím Sleep mode trên màn hình	Để vào cài đặt chế độ ngủ		
		2. Ấn vào phím Yes	Muốn thoát khỏi chế độ ngủ, ấn vào bất kỳ vị trí nào trên màn hình theo dõi hoặc các phím trên thân máy		
4	4. Người bệnh đang được theo dõi bằng monitor, chúng ta muốn kiểm tra xem giới hạn các dấu hiệu sống của người bệnh cài đặt có phù hợp không, làm như sau:	1. Ấn vào phím Menu, phím Vital alarm trên màn hình	Xuất hiện màn hình cài đặt chế độ báo động		
		2. Kiểm tra các giới hạn đã cài đặt	Xem có phù hợp với chỉ định của bác sỹ không	Nếu thấy cài đặt không phù hợp thì cài đặt lại	
		3. Ấn vào phím Home	Để trở về màn hình theo dõi	Sau khi đã kiểm tra xong	
5	5. Người bệnh đang được theo dõi bằng máy Monitor, các dấu hiệu sống của người bệnh được hiển thị dưới dạng số và dạng sóng. Chúng ta muốn chỉ theo dõi dưới dạng số hiển thị lớn hơn, tiến hành như sau:	1. Ấn phím Menu, phím Enlarged trên góc trái màn hình	Để màn hình theo dõi hiển thị dưới dạng số to hơn		
		2. Ấn vào phím Home	Trở lại chế độ theo dõi ban đầu		

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Đánh giá trước huấn luyện

Phân biệt các câu sau bằng cách đánh dấu (X) vào cột Đ cho câu đúng, cột S cho câu sai

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1	Monitor chỉ cho phép theo dõi thông số về tuần hoàn của người bệnh		
2	Máy monitor giúp theo dõi các thông số về dấu hiệu sống cho người bệnh đầy đủ, chính xác, liên tục và hiệu quả		
3	Khi chỉ số dấu hiệu sống đang theo dõi vượt khỏi giới hạn cài đặt, máy monitor tự động thông báo bằng đèn xanh		
4	Trước khi theo dõi dấu hiệu sống phải cài đặt giới hạn cảnh báo cho từng dấu hiệu cần theo dõi		
5	Cửa sổ thông tin người bệnh cho phép thay đổi và lưu giữ các thông tin của người bệnh đã theo dõi		
6	Mỗi người bệnh có một đầu dò để đo nhiệt độ cơ thể riêng		
7	Có 3 loại đầu dò để đo nhiệt độ cơ thể: Mặt da, miệng, hậu môn		
8	Máy monitor cho phép theo dõi huyết áp người bệnh tự động theo từng khoảng thời gian nhất định đã được cài đặt trước		
9	Để đo được nồng độ SPO ₂ trong máu phải gắn đầu dò vào bất cứ vị trí nào trên bề mặt da của người bệnh		
10	Để vào chương trình cài đặt chế độ theo dõi điện tim cho người bệnh ấn vào phím MENU rồi phím NIBP		
11	Để vào chương trình cài đặt tên người bệnh ấn vào phím MENU rồi phím PATIENT INFO		
12	Để vào chương trình cài đặt chế độ theo dõi nhịp thở ấn vào phím MENU rồi phím REST.		
13	Để theo dõi huyết áp, sau khi cuộn băng huyết áp vào tay người bệnh ấn phím ON/OFF để máy tự đo		
14	Khi nhịp tim của người bệnh thay đổi là máy đã hiển thị chế độ cảnh báo		
15	Để tắt nguồn điện cho máy Monitor phải ấn và lưu giữ phím nguồn trong 2 giây		

5.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn

Giáo viên làm mẫu

– Giáo viên hướng dẫn thực hành làm mẫu các thao tác thực hành theo trình tự các bước trong quy trình kỹ thuật.

– Sau khi làm mẫu, giáo viên gọi một sinh viên lên để kiểm tra nhận thức bằng cách làm lại một vài bước trong quy trình kỹ thuật. Sau đó, giáo viên rút kinh nghiệm, uốn nắn sửa chữa cho sinh viên, phân tích các bước trong quy trình kỹ thuật thực hành theo chuẩn thành đạt cho sinh viên trước khi thực hành.

5.3. Tự lượng giá

Giáo viên hướng dẫn thực hành giới thiệu cho sinh viên về bảng kiểm và hướng dẫn cho họ cách sử dụng bảng kiểm trong học tập, dựa vào bảng kiểm sinh viên có thể tự lượng giá được bản thân và bạn mình trong học tập.

Bằng cách đánh dấu (X) vào từng ô tương ứng với từng thao tác để đánh giá xem nội dung nào không áp dụng được trong điều kiện cụ thể (không làm), nội dung nào làm đúng, đầy đủ (làm tốt) và nội dung nào làm sai.

Stt	Nội dung công việc	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
Chuẩn bị người bệnh						
1	Xem hồ sơ bệnh án					
2	Thông báo cho người bệnh, động viên giải thích					
3	Hướng dẫn cho người bệnh những điều cần thiết có liên quan: tháo bỏ đồ trang sức, vật dụng kim loại, điện thoại di động...					
Chuẩn bị điều dưỡng						
4	Mang trang phục đầy đủ, rửa tay thường qui					
Chuẩn bị máy Monitor và dụng cụ						
5	Nối dây nguồn vào máy để cấp điện cho máy					
6	Ấn và giữ phím nguồn khoảng 2 giây để cho máy hoạt động					
7	Ấn vào phím MENU					
Cài đặt thời gian						
8	Ấn vào phím DATE & TIME lựa chọn cài đặt thời gian					
9	Ấn vào phím SET, sau đó vào phím HOME để lưu giữ thông tin đã cài đặt và trở về màn hình theo dõi ban đầu					
Cài đặt tên người bệnh						
10	Ấn vào phím MENU, chọn và ấn vào cửa sổ PATIENT INFO					
11	Ấn vào phím KEYBOARD, vào các ký tự chữ trên bàn phím rồi chạm vào phím SET					
Cài đặt chương trình theo dõi nhịp tim						
12	Ấn vào phím MENU, rồi phím ECG theo dõi điện tim					
13	Tại cửa sổ HR/PR ấn vào phím HOME để cài đặt giới hạn cảnh báo nhịp tim.					
Cài đặt chương trình theo dõi huyết áp động mạch						
14	Ấn vào phím MENU, sau đó vào phím NIBP để cài đặt giới hạn cảnh báo HA động mạch					
15	Tại cửa sổ SYS ấn cài đặt giới hạn cảnh báo chỉ số HATĐ					
16	Tại cửa sổ DIA ấn cài đặt chỉ số HATT					
17	Tại cửa sổ MEAN cài đặt giá trị chỉ số HA trung bình sau đó ấn vào phím HOME để trở về màn hình theo dõi					
Cài đặt chương trình theo dõi nhịp thở						
18	Ấn vào phím MENU, phím RESP để hiển thị cửa sổ REST VITAL ALARM (cảnh báo nhịp thở)					

19	Ấn vào phím tăng hay giảm để điều chỉnh chỉ số cho phù hợp rồi ấn phím HOME để trở về màn hình theo dõi					
Cài đặt chương trình theo dõi nhiệt độ cơ thể						
20	Ấn vào phím MENU, phím TEMP cài đặt giới hạn trên, dưới nhiệt độ cơ thể của người bệnh					
21	Ấn vào phím giới hạn trên, dưới. ấn vào phím HOME về màn hình ban đầu					
Cài đặt chương trình theo dõi độ bão hòa oxy trong máu động mạch						
22	Ấn vào phím MENU, phím SPO2 để vào chương trình cài đặt chế độ cảnh báo SPO2 (nồng độ bão hòa oxy trong máu động mạch)					
23	Ấn vào phím giới hạn trên, dưới, phím tăng, giảm để điều chỉnh giá trị sau đó vào phím HOME để về màn hình theo dõi					
Theo dõi điện tim						
24	Dán điện cực vào người bệnh					
25	Vệ sinh vùng ngực và bụng tại nơi dán điện cực để chuẩn bị bôi lớp keo dính					
26	Gắn đầu kẹp điện cực vào điện cực đã dán, rồi nối cáp điện cực vào dây nối ECG, sau đó nối dây vào ổ cắm trên Monitor					
27	Quan sát sự hiển thị hình ảnh điện tim trên màn hình theo dõi của máy Monitor, ghi chép lại.					
Theo dõi nồng độ O₂ trong máu						
28	Lựa chọn ống đo SpO ₂ , nối ống với dây SpO ₂ rồi nối dây SpO ₂ vào máy Monitor					
29	Gắn ống đo SpO ₂ vào đầu ngón tay người bệnh					
30	Quan sát chỉ số SpO ₂ hiển thị trên màn hình Monitor					
Theo dõi huyết áp động mạch						
31	Lựa chọn bao đo HA, rồi nối bao đo vào dây dẫn khí đo huyết áp					
32	Xác định động mạch vùng khuỷu tay, cuốn băng đo huyết áp vào tay người bệnh					
33	Ấn vào phím START/STOP trên thân máy, máy sẽ tự động đo và hiển thị giá trị huyết áp trên màn hình					
34	Quan sát chỉ số huyết áp hiển thị trên máy Monitor và ghi lại sau đó ấn vào phím HOME để trở về màn hình theo dõi ban đầu					
Theo dõi thân nhiệt						
35	Nối đầu đo nhiệt độ, với dây dẫn nhiệt, rồi cắm vào máy Monitor					
36	Gắn đầu dò nhiệt độ vào da người bệnh, số liệu về nhiệt độ người bệnh sẽ được hiển thị trên màn hình					
37	Quan sát chỉ số thân nhiệt hiển thị trên máy Monitor và ghi lại, sau đó ấn vào phím HOME để trở về màn hình theo dõi ban đầu					

	Thu dọn dụng cụ					
38	Ấn và giữ phím nguồn trong 2 giây để cắt nguồn điện vào máy					
39	Tháo băng huyết áp, các đầu điện cực, đầu dò nhiệt độ ra khỏi người bệnh					
40	Vệ sinh da, mặc áo, quần cho người bệnh					
41	Đặt người bệnh tư thế thoải mái					
42	Rút đầu dò ra khỏi các khe cắm của máy					
43	Rút dây điện nguồn					
44	Cuộn dây lại và lau chùi, bảo quản máy theo qui định					
45	Ghi hồ sơ chăm sóc					

6. Phần thực hành

6.1. Thực hành tại labo (Không có giáo viên hướng dẫn)

6.2. Chuẩn bị

- Môi trường học: Phòng thực hành
- Trang thiết bị cần thiết: Máy Monitor và các dụng cụ kèm theo
- Bảng kiểm quy trình kỹ thuật sử dụng máy Monitor

6.3. Tổ chức học tập

– Trước khi tiến hành quá trình tự học tập tại labo, sinh viên phải được chia thành từng nhóm, mỗi nhóm thực tập có từ 4 - 6 sinh viên.

– Các nhóm sinh viên nhận nhiệm vụ thực hành từ giáo viên phụ trách và phân chia cho các sinh viên cùng nhóm học tập: Người làm mẫu, người đóng vai người bệnh, người quan sát.

- Thống nhất quy trình tự học thực hành gồm 5 bước dựa vào bảng kiểm.
- + Bước 1: Đọc to các thao tác mình sẽ làm (Ví dụ: Xem hồ sơ bệnh án...)
- + Bước 2: Thực hiện thao tác kết hợp vừa đọc to các tiêu chuẩn thành đạt của nó
- + Bước 3: Tự đánh giá thao tác vừa thực hiện của bản thân mình
- + Bước 4: Hỏi những người trong nhóm vừa quan sát cho nhận xét về những hoạt động mình vừa làm.
- + Bước 5: Bàn bạc với các thành viên trong nhóm để rút kinh nghiệm về những thao tác mình vừa làm, chỉ ra các điểm cần lưu ý cho lần luyện tập sau nếu cần thiết, thực hiện sự thay đổi luân phiên các vị trí thực hành đã phân công trong thời gian học.

6.4. Thực hành với nhóm hoặc một mình ở bất cứ nơi nào khi có điều kiện.

Tự thực hành theo nhóm khi có đủ điều kiện

– Một sinh viên tiến hành quy trình kỹ thuật: theo dõi dấu hiệu sống cho người bệnh bằng máy Monitor vừa làm vừa đọc to các bước mình sắp làm theo trình tự đó được thống nhất ở trên.

- Các bạn còn lại trong nhóm quan sát bạn mình làm và đánh dấu vào bảng kiểm.
- Sau khi kết thúc phần thực hành cả nhóm nhận xét, rút kinh nghiệm.

- Thay đổi vị trí các thành viên trong nhóm để đảm bảo mọi người đều được làm và nhận xét bạn mình làm.

6.5. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

Năm thứ 2: Sau khi thành thạo kỹ năng sử dụng máy monitor tại phòng thực hành kỹ năng

Năm thứ 3: Sinh viên ra bệnh viện thực hành, tại bệnh viện sinh viên sẽ được hướng dẫn thực hành nâng cao để hoàn thiện kỹ năng sử dụng máy monitor trong chăm sóc cho người bệnh.

- Giai đoạn đầu: Sinh viên thực hành dưới sự giám sát của giáo viên hướng dẫn hoặc điều dưỡng của bệnh viện.

- Giai đoạn sau: Sinh viên tự thực hành không có sự giám sát.

6.6. Tổ chức giám sát

- Giám sát sinh viên học tập bằng hệ thống camera tự động tại phòng thực hành tại trường.

- Sử dụng bảng kiểm để giám sát sinh viên học tập tại phòng thực hành và tại bệnh viện

KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM

1. Giới thiệu kỹ thuật ghi điện tim

Dịch cơ thể là những chất dẫn điện tốt vì vậy người ta có thể ghi lại sự hoạt động của tim bằng một phương tiện hiện đại gọi là máy ghi điện tim. Hình ảnh ghi được từ máy điện tim phản ánh sự hoạt động của tim gọi là điện tâm đồ (ECG). Điện tâm đồ giúp đánh giá được tình trạng làm việc hiện tại của tim, thông qua việc xem xét biểu đồ hoạt động của tim và các điện động của nó. Dựa vào điện tâm đồ có thể xác định được những bất thường của sự dẫn điện trong phạm vi hoạt động của tim.

- Nhằm xác định /sàng lọc người bệnh bị mắc các bệnh về tim mạch giúp nhận định toàn diện tình trạng sức khỏe của người bệnh trước khi tiến hành một số thủ thuật, phẫu thuật, hoặc tiến hành một số biện pháp trị liệu đặc biệt khác (liệu pháp hóa học chống ung thư...).

- Chẩn đoán xác định tình trạng hoạt động của tim trong những trường hợp người bệnh bị mắc các bệnh cấp tính khác đặc biệt là khi có sự xuất hiện của dấu hiệu đau ngực, rối loạn tuần hoàn trong mắt nước điện giải, chảy máu... và sự thay đổi nhịp tim do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên.

2. Mục tiêu học tập

1. Nêu được khái niệm kỹ thuật ghi điện tim, điện tâm đồ, và chỉ định ghi điện tim.
2. Mô tả được các bước trong quy trình kỹ thuật ghi điện tim.
3. Thực hiện được quy trình kỹ thuật ghi điện tim cho người bệnh.
4. Rèn luyện được tính cẩn thận, chuẩn xác và tôn trọng người bệnh trong khi thực hiện quy trình kỹ thuật ghi điện tim cho người bệnh.

3. Phần lý thuyết có liên quan đến kỹ năng

ECG bình thường bao gồm 3 vùng sóng khác biệt được qui ước như sau:

- Sóng thứ nhất gọi là sóng P: Sóng khử cực 2 nhĩ, sóng này xuất phát từ xung điện tới nút xoang nhĩ.

- Sóng lớn gọi là sóng phức hợp QRS: sóng này xuất phát từ sự khử phân cực thất và xảy ra trước khi cơ tim co bóp.

- Sóng T: là sóng được tạo nên do sự tái khử cực của tâm thất, tim ở người khỏe mạnh thì cỡ và nhịp của sóng này thường duy trì ở khoảng cách ổn định. Sự thay đổi về hình dạng (kiểu) và thời gian của các sóng ghi trên điện tâm đồ có thể cho ta biết các vấn đề về hệ thống dẫn truyền của tim (Ví dụ: sự dẫn truyền không bình thường).

4. Dụng cụ ghi điện tim

- Máy ghi điện tim: Cần phải kiểm tra xem máy có hoạt động bình thường không, có đảm bảo an toàn cho người bệnh (phải có dây tiếp đất).

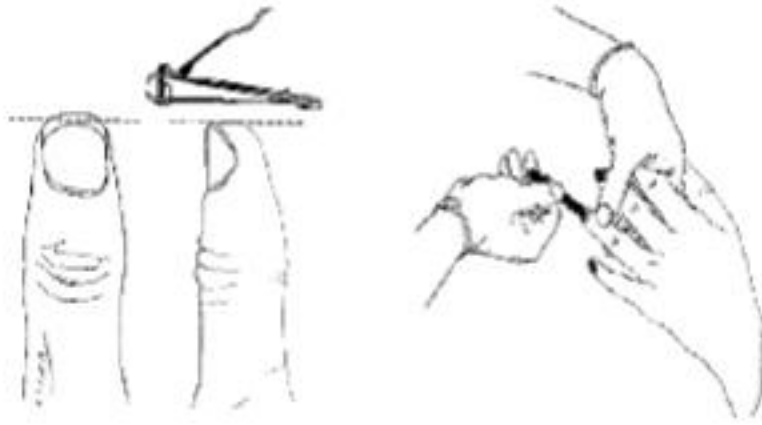
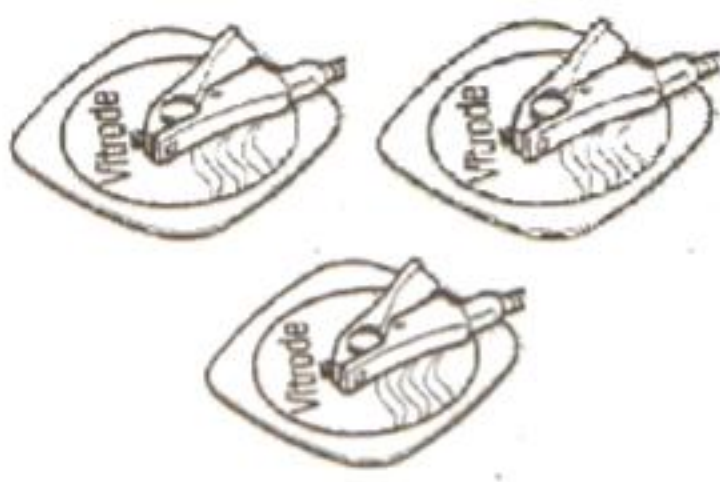
- Điện cực: Các điện cực theo qui định.

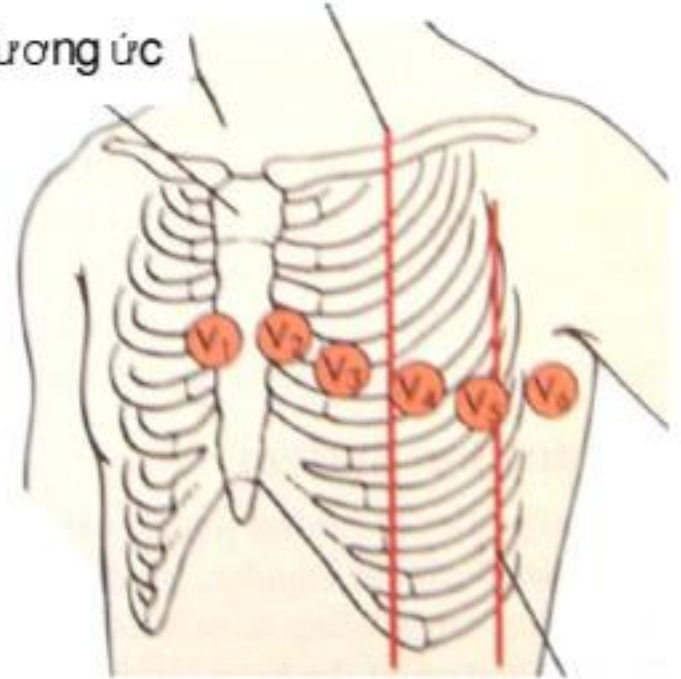
- Gel để tăng khả năng tiếp xúc giữa cơ thể với điện cực.

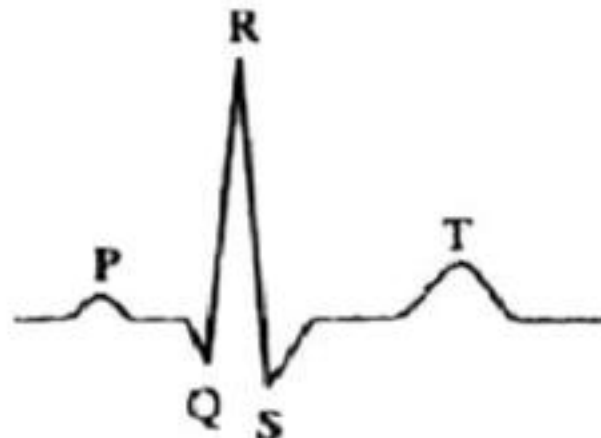
- Cồn 70⁰ - Gạc cốc đựng gạc.

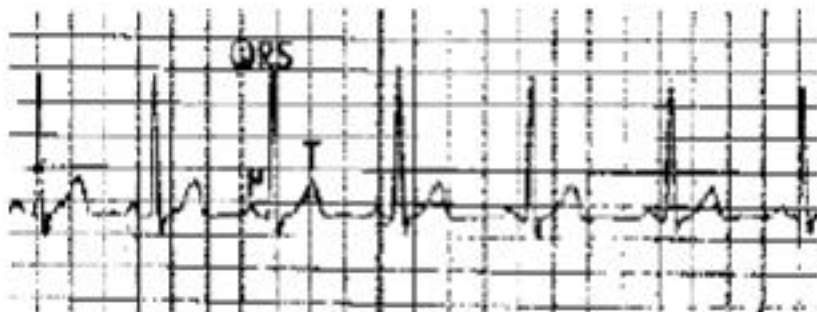
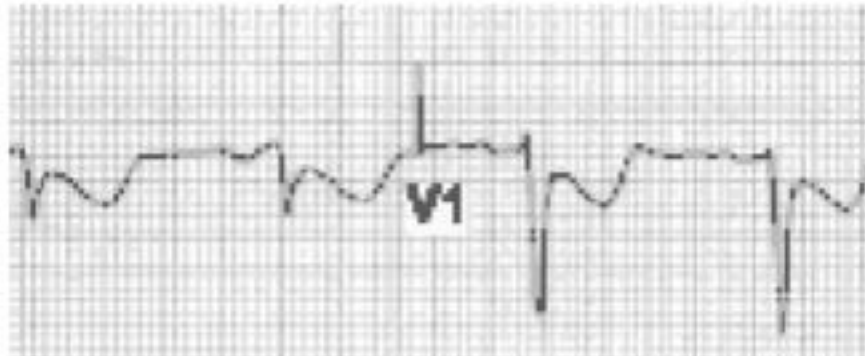
5. Quy trình kỹ thuật

Các bước		Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
Chuẩn bị người bệnh	1. Xác định người bệnh	Xem hồ sơ bệnh án, biết người bệnh, chỉ định của bác sỹ	Tránh nhầm lẫn khi thực hiện y lệnh về thực hiện kỹ thuật ghi điện tâm đồ cho người bệnh	Xác định đúng người bệnh, xem đúng chỉ định của bác sỹ	 Hình 1: Chuẩn bị người bệnh
	2. Thông báo cho người bệnh về thủ thuật		Để người bệnh biết yên tâm, tin tưởng	Giải thích cho người bệnh hiểu ECG được sử dụng để trợ giúp cho chẩn đoán bệnh và nó không gây đau đớn gì	
	3. Chuẩn bị về tư thế và tinh thần cho người bệnh	Để người bệnh nằm ngửa thẳng hướng dẫn hoặc giúp người bệnh những điều cần thiết có liên quan	Để người bệnh được thoải mái, hợp tác tốt với điều dưỡng và thu được ECG chuẩn	- Tháo bỏ các đồ được làm bằng kim loại. - Giúp người bệnh đại tiểu tiện (nếu cần).	

Chuẩn bị người Điều dưỡng	4. Điều dưỡng mang trang phục, rửa tay	Điều dưỡng mặc áo choàng, đeo khẩu trang, rửa tay thường qui	Hạn chế nhiễm khuẩn chéo	Móng tay cắt ngắn, tóc gọn gàng	 Hình 2: Cắt ngắn móng tay
	5. Máy ghi điện tim	Chuẩn bị máy ghi điện tim phù hợp với chỉ định của bác sỹ	Để ghi sự hoạt động của tim	Kiểm tra xem máy có hoạt động bình thường không	
Chuẩn bị dụng cụ	6. Các điện cực	Lấy đầy đủ các điện cực theo qui định để tiến hành ghi điện tim cho người bệnh	Nói người bệnh với máy	Kiểm tra xem các điện cực còn sử dụng được đúng theo tiêu chuẩn không?	 Hình 3: Điện cực
	7. Gạc, cồn 70 ⁰	Lấy gạc vô khuẩn, bông câu và cồn 70 ⁰	Sát khuẩn vùng da người bệnh	Kiểm tra xem chất lượng cồn có đảm bảo chất lượng không	

	8. Gel	Chuẩn bị Gel đủ để bôi các nơi sẽ gắn điện cực trên người bệnh	Đề điện cực tiếp xúc với người bệnh được tốt	Kiểm tra chất lượng Gel	
Kỹ thuật tiến hành	9. Vệ sinh vị trí đặt điện cực	Sát khuẩn vị trí sẽ đặt điện cực trên cơ thể người bệnh	Đề da và điện cực được tiếp xúc tốt	Vệ sinh bằng gạc tẩm cồn. Sử dụng chất tẩy lông để làm sạch lông trên da nếu quá nhiều, rửa sạch vùng da (nếu bẩn)	
	10. Gắn điện cực	Bôi một lớp Gel mỏng rồi gắn các điện cực tại các vị trí đã xác định trên cơ thể người bệnh	Đề các điện cực tiếp xúc với cơ thể người bệnh và ghi được sự hoạt động của điện tim đúng quy trình	V1- đỏ: KLS IV, sát bờ phải xương ức. V2-vàng: KLS IV, sát bờ trái xương ức. V3-xanh: giữa V2 và V4. V4-nâu: giao điểm KLS V với đường giữa xương đòn trái. V5-đen: giao điểm KLS V với đường nách trước bên trái. V6-tím: giao điểm KLSV với đường nách bên trái. RA-đỏ: cổ tay phải. LA-vàng: cổ tay trái. LL-xanh: cổ chân trái. RL-đen: cổ chân phải	Xương ức  Hình 4: Vị trí gắn điện cực

11. Gắn 10 dây dẫn từ máy vào các điện cực tương ứng	Nối các dây dẫn từ máy vào các điện cực đã gắn trên cơ thể người bệnh	Để máy tiếp xúc với cơ thể người bệnh	Gắn đúng điện cực với dây dẫn theo qui định	 Hình 5: Gắn các điện cực vào người bệnh
12. Kiểm tra lại dây dẫn và các điện cực	Kiểm tra xem dây dẫn được nối đúng và phù hợp với các điện cực, dây dẫn có bị căng quá hoặc quá lỏng	Đảm bảo đúng tính chất phân cực và sự dẫn truyền không bị gián đoạn	Đảm bảo dây dẫn không bị căng quá, các điện cực bị lỏng	
13. Cố định người bệnh	Nhắc nhở người bệnh nằm yên không vận động trong khi ghi điện tim	Để thu được điện tâm đồ tốt nhất mà không bị nhiễu sóng		
14. Ghi sóng chuẩn	Ấn vào nút TEST	Để đồ thị chuẩn được hiển thị làm cơ sở đọc kết quả	Sóng chuẩn ở cường độ 10mm/mV	 Hình 6 : Sóng chuẩn

15. Ghi sự hoạt động của tim	Ấn nhẹ vào nút ghi điện tim	Để ghi được hình ảnh điện tim tại các điện cực	Quan sát kết quả ghi sóng điện tim để phát hiện sự cố có thể xảy ra	 Hình 7: Sóng điện tim
16. Nếu thấy có sóng bất thường	Kiểm tra lại điện cực, điểm nối điện cực – dây dẫn	Để phát hiện nguyên nhân gây đồ thị bị nhiễu hoặc mờ		
17. Động viên người bệnh	Hỏi thăm và động viên người bệnh	Để Người bệnh cảm thấy thoải mái và yên tâm		
18. Nếu phát hiện thấy có hình ảnh rối loạn nhịp tim	Ghi lại nhịp tim ở đạo trình DII và V1	Để xác định được rõ hơn sự rối loạn nhịp tim		 Hình 8: Đạo trình V1
19. Lấy phiếu ghi điện tim từ máy in và ghi hoàn chỉnh các thông tin cần thiết	- Ấn vào nút Print để lấy kết quả ra. - Ghi thêm các thông tin cần thiết khác.	Để tránh nhầm lẫn kết quả của người bệnh	Đảm bảo ECG được dán đúng tên người bệnh (họ tên người bệnh, số phòng và ngày giờ tiến hành thủ thuật)	

20. Thông báo cho người bệnh biết đã tiến hành xong và tháo các điện cực ra	- Thông báo cho người bệnh đã tiến hành xong kỹ thuật. - Tháo bỏ các điện cực, vệ sinh da cho người bệnh. Sắp xếp lại các dụng cụ theo qui định.	Để người bệnh được nghỉ ngơi và các điện cực được tháo bỏ	Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái	
21. Ghi hồ sơ chăm sóc	Dán kết quả điện tâm đồ vào hồ sơ bệnh án. Ghi hồ sơ chăm sóc	Để không bị thất lạc kết quả	Ghi rõ thời gian ghi điện tim, kết quả (nếu có), những diễn biến bất thường của người bệnh	 Hình 9: Dán và ghi kết quả
22. Thu dọn dụng cụ	Vệ sinh máy, phân loại chất thải, sắp xếp các dụng cụ, vệ sinh máy theo qui định	Để bảo quản máy và giúp làm thủ thuật được tiến hành thuận lợi cho người bệnh sau	Sử dụng khăn mềm sạch, để lau nhẹ nhàng	

6. Tự đánh giá và huấn luyện

6.1. Đánh giá trước huấn luyện

Phân biệt các câu sau bằng cách đánh dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

Stt	Nội dung	A	B
1	Kỹ thuật ghi điện tim là loại thủ thuật xâm lấn		
2	Điện tâm đồ là đồ thị biểu thị sự hoạt động của tim		
3	Một chu chuyển tim được biểu thị bằng bảng phức bộ gồm 3 vùng sóng: P, QRS, T trên điện tâm đồ		
4	Thần kinh tim thuộc hệ thần kinh thực vật		
5	Hệ phó giao cảm kích thích tim đập nhanh		
6	Nồng độ các chất điện giải có ảnh hưởng đến hoạt động của cơ tim		
7	Người trưởng thành nếu nhịp tim trên 100 lần/phút được gọi là nhịp tim nhanh		
8	Người trưởng thành nếu nhịp tim dưới 80 lần/phút được gọi là nhịp tim chậm		
9	Rung nhĩ là hiện tượng rối loạn nhịp tim do tâm nhĩ co bóp gây nên		
10	Rung thất nếu không được điều trị có thể dẫn đến ngừng tim		
11	Trước khi ghi điện tim phải làm test chuẩn với cường độ 10mm/mv		
12	Trong quá trình ghi điện tim phải hướng dẫn người bệnh hạn chế vận động		
13	Lớp gel bôi vào da người bệnh tại vị trí dán điện cực chỉ có tác dụng gắn chắc điện cực vào cơ thể người bệnh		
14	Các dây nối điện cực với máy không được căng quá vì có thể làm ảnh hưởng tới sự tiếp xúc của điện cực với người bệnh		
15	Kết quả ghi điện tim phải được lưu trong hồ sơ người bệnh		

6.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn

Giáo viên làm mẫu

– Giáo viên hướng dẫn thực hành làm mẫu các thao tác thực hành theo trình tự các bước trong quy trình kỹ thuật.

– Sau khi làm mẫu giáo viên gọi một sinh viên lên để kiểm tra nhận thức bằng cách chỉ định sinh viên làm lại một vài bước trong quy trình kỹ thuật, sau đó giáo viên rút kinh nghiệm, uốn nắn, sửa chữa, phân tích các bước trong quy trình kỹ thuật hình thành nên các chuẩn thành đạt cho sinh viên khi thực hành.

6.3. Tự lượng giá

Giáo viên hướng dẫn thực hành giới thiệu cho sinh viên về bảng kiểm và hướng dẫn cho họ cách sử dụng nó trong học tập, dựa vào bảng kiểm sinh viên có thể tự lượng giá được bản thân và bạn mình trong học tập bằng cách đánh dấu (X) vào từng ô tương ứng với từng thao tác để đánh giá xem nội dung nào không áp dụng được trong điều kiện cụ thể, nội dung nào làm đúng, làm tốt, nội dung nào làm sai và nội dung nào quên không làm trong khi thực hành.

Stt	Nội dung công việc	Tốt	Đúng	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Xem hồ sơ bệnh án, biết người bệnh, chỉ định của bác sỹ về thực hiện kỹ thuật ghi điện tim để tránh nhầm lẫn khi thực hiện y lệnh					
2	Thông báo cho người bệnh về thủ thuật sắp làm để người bệnh biết yên tâm, tin tưởng					
3	Đỡ người bệnh nằm ngửa thẳng hướng dẫn, giúp người bệnh đại tiểu tiện, tháo bỏ đồ trang sức, vật dụng bằng kim loại					
4	Điều dưỡng mang trang phục đầy đủ, rửa tay thường qui					
5	Chuẩn bị máy ghi điện tim					
6	Chuẩn bị điện cực để nối người bệnh với máy					
7	Chuẩn bị gạc, cồn 70 ⁰ để sát khuẩn vùng da người bệnh					
8	Chuẩn bị gel để bôi lên vùng da người bệnh					
9	Vệ sinh vị trí đặt điện cực trên ngực và các chi					
10	Bôi gel, dán điện cực vào các vị trí đã xác định trên cơ thể người bệnh, để da và điện cực được tiếp xúc tốt					
11	Gắn các dây dẫn từ máy vào các điện cực tương ứng để máy tiếp xúc với cơ thể người bệnh					
12	Kiểm tra dây dẫn xem đã được nối đúng và phù hợp với các điện cực. Đảm bảo dây dẫn không bị căng quá, bị lỏng hoặc bị nhấc điện cực lên					
13	Dặn người bệnh nằm yên hạn chế vận động					
14	Ghi điện tim chuẩn (điện thế: 10mm/mV) để đồ thị chuẩn được hiển thị làm cơ sở đọc kết quả					
15	Ghi sự hoạt động của tim (12 đạo trình)					
16	Kiểm tra lại điện cực, điểm nối điện cực, dây dẫn nếu thấy đồ thị nhiễu hoặc mờ					
17	Động viên người bệnh trong khi tiến hành để người bệnh cảm thấy thoải mái và yên tâm					
18	Ghi lại nhịp tim ở đạo trình DII và V1, nếu phát hiện thấy có hình ảnh rối loạn nhịp tim					
19	Lấy kết quả điện tim từ máy in và ghi họ tên người bệnh, số phòng và ngày giờ tiến hành thủ thuật					
20	Thông báo cho người bệnh đã tiến hành xong và tháo các điện cực ra					
21	Dán kết quả ĐTD vào hồ sơ bệnh án để không bị thất lạc					
22	Tháo bỏ các điện cực, vệ sinh da cho người bệnh để người bệnh trở về tư thế thoải mái					
23	Thu dọn dụng cụ và vệ sinh máy, tháo bỏ găng tay					
24	Ghi hồ sơ chăm sóc: ngày, giờ ghi điện tim, kết quả và diễn biến của người bệnh (nếu có)					

7. Phần thực hành

7.1. Thực hành tại labo (Không có giáo viên hướng dẫn)

7.2. Chuẩn bị

- Môi trường học: Phòng thực hành
- Mô hình, trang thiết bị cần thiết: máy ghi điện tim, các điện cực cồng 700, gạc
- Bảng kiểm quy trình ghi điện tim

7.3. Tổ chức học tập

– Trước khi tiến hành quá trình tự học tập tại labo, sinh viên phải được chia thành từng nhóm, mỗi nhóm thực tập có từ 4-6 sinh viên.

– Các nhóm sinh viên nhận nhiệm vụ thực hành từ giáo viên phụ trách và phân chia cho các sinh viên cùng nhóm học tập: người làm mẫu, người đóng vai người bệnh, người quan sát.

- Thống nhất quy trình tự học thực hành gồm 5 bước dựa vào bảng kiểm.
- + Bước 1: Đọc to các thao tác mình sẽ làm (ví dụ: xem hồ sơ bệnh án...)
- + Bước 2: Thực hiện thao tác kết hợp vừa đọc to các tiêu chuẩn thành đạt của nó
- + Bước 3: Tự đánh giá thao tác vừa thực hiện của bản thân mình
- + Bước 4: Hỏi những người trong nhóm vừa quan sát cho nhận xét về những hoạt động mình vừa làm.
- + Bước 5: Bàn bạc với các thành viên trong nhóm để rút kinh nghiệm về những thao tác mình vừa làm, chỉ rõ các điểm cần lưu ý cho lần luyện tập sau nếu cần thiết, thực hiện sự thay đổi luân phiên các vị trí thực hành đã phân công trong thời gian học.

7.4. Thực hành với nhóm hoặc một mình ở bất cứ nơi nào khi có điều kiện

Tự thực hành theo nhóm khi có đủ điều kiện

- Một sinh viên tiến hành quy trình kỹ thuật ghi điện tim cho người bệnh bằng cách vừa làm vừa đọc to các bước mình sắp làm theo trình tự đã được thống nhất ở trên.
- Các bạn còn lại trong nhóm quan sát bạn mình làm và đánh dấu vào bảng kiểm
- Sau khi kết thúc phần thực hành cá nhân nhóm nhận xét, rút kinh nghiệm
- Thay đổi vị trí các thành viên trong nhóm để đảm bảo mọi người đều được làm và nhận xét bạn mình làm.

7.5. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

Năm thứ 2: Sau khi thành thạo kỹ năng ghi điện tim tại phòng thực hành kỹ năng

Năm thứ 3: Sinh viên ra bệnh viện thực hành, tại bệnh viện sinh viên sẽ được hướng dẫn thực hành nâng cao để hoàn thiện kỹ năng ghi điện tim trong chăm sóc cho người bệnh.

- Giai đoạn đầu: sinh viên thực hành dưới sự giám sát của giáo viên hướng dẫn hoặc điều dưỡng của bệnh viện.
- Giai đoạn sau: sinh viên tự thực hành không có sự giám sát.

7.6. Tổ chức giám sát

- Giám sát sinh viên học tập bằng hệ thống camera tự động
- Bảng kiểm quy trình kỹ thuật, bảng kiểm tự lượng giá

KHÁM THỂ CHẤT

1. Giới thiệu kỹ năng

Vai trò của người điều dưỡng không chỉ là phụ thuộc vào y lệnh của Bác sĩ mà còn có chức năng độc lập có nghĩa là người điều dưỡng cần phải có kỹ năng nhận định để có thể nhận biết rõ tình trạng của người bệnh, đánh giá được tổng trạng, những thay đổi bất thường về thể chất cũng như về tinh thần để có thể hỗ trợ cho Bác sĩ trong vấn đề chẩn đoán và theo dõi bệnh. Do vậy kỹ năng thăm khám thể chất không chỉ dành riêng cho bác sĩ mà cả người điều dưỡng cũng phải cần có kỹ năng này. Nhưng mục đích thăm khám của người điều dưỡng là để nhận biết các dấu hiệu bình thường và bất thường về thể chất con người để có thể hướng dẫn người bệnh khám đúng chuyên khoa hoặc đánh giá và theo dõi được tổng trạng người bệnh giúp bác sĩ theo dõi tình trạng người bệnh trong suốt tiến trình điều trị.

2. Lý thuyết liên quan đến kỹ thuật

- Trước khi đến nhận định người bệnh, phải giải thích và công tác tư tưởng cho người bệnh.
- Khám từ đầu tới chân, giúp không bỏ sót vấn đề của người bệnh. Đối với người bệnh là người lớn, BPSD nên khám sau cùng.
- Khám từ ngoài vào trong, quan sát trước rồi mới dùng dụng cụ đo lường sau.
- Khám từ vùng bình thường -> bất thường; vùng khám cần phơi bày ra và tránh gây bối rối cho người bệnh, che kín những phần nào không cần khám tới, tránh sự lo lắng cho người bệnh.
- Quan sát sự cân đối của cơ thể, phải có sự so sánh bên phải và bên trái để so sánh mức độ tổn thương. Dù sự bất thường là nhỏ cũng phải ghi chú.
- Luôn đứng vào bên phải của người bệnh để khám.
- Bảo đảm sự an toàn cho người bệnh và người khám

Người khám: Khi tiếp xúc với những chất tiết nên mang rào chắn, mang găng, kính bảo hộ. Khi bị lây nhiễm với những chất tiết thì phải xử lý theo đúng chế độ: Nặn bỏ, rửa sạch dưới vòi nước, sát khuẩn, lấy máu xét nghiệm, làm biên bản báo cáo.

Đối với người bệnh: thực hiện kỹ thuật khám chính xác, tránh gây tổn thương thêm, những dụng cụ khám từ ngoài đưa vào tiếp xúc với da hoặc niêm mạc bắt buộc vô khuẩn. Những dụng cụ lấy chất tiết đi xét nghiệm phải vô khuẩn, tránh lây nhiễm chéo giữa người này với người khác.

3. Kỹ thuật thăm khám gồm các kỹ năng cơ bản

- **Nhìn:**
 - + Yêu cầu: Đủ ánh sáng trời, ánh sáng tự nhiên, ánh sáng điện, ánh sáng hội tụ để khám phần nào đó trên cơ thể.
 - + Nhìn sẽ phân biệt được màu sắc, sự di động (hô hấp, tuần hoàn, ổ mạch đập, sự đi lại hoặc cử động), trạng thái tâm lý, cảm xúc của người bệnh, hình dáng tổng thể của 1 tổ chức và sự cân đối.
- **Sờ:**

- + Yêu cầu: Làm ấm đôi tay trước khi đụng chạm vào người bệnh.
- + Nhẹ: Để đo lường những cảm giác trên bề mặt da: kỹ thuật đếm mạch, đo nhiệt độ.
- + Sâu: Giúp xác định những bất thường của các tổ chức bên dưới da (tạng) và phát hiện ranh giới giữa những tạng và nơi tổn thương.
- + Sử dụng phần đầu mô ngón (mặt lòng) để xác định độ ẩm da, sự đàn hồi, mặt lưng để xác định cảm giác nhiệt độ, dùng cả lòng 2 bàn tay để xác định sự rung.
- + Véo da: Sự đàn hồi của da.
- + Để biết sự di động của các tổ chức dưới da, bề mặt nhẵn hay gồ ghề, hình dáng, kích cỡ.
- **Gõ:**
 - + Giúp phát hiện những bất thường qua âm thanh, tiếng rung của các mô và tổ chức.
 - + Gõ trực tiếp hoặc gián tiếp, thường là gõ gián tiếp bằng cách dùng 1 hoặc 2 ngón tay đã cắt ngắn móng tay để trên tạng gõ, dùng 1 hoặc 2 ngón của bàn tay kia gõ lên (cách 3 – 5cm) phân biệt bất thường của tổ chức (tiếng vang hay đục)
- **Nghe:**
 - + Phát hiện những âm thanh bất thường của các tổ chức
 - + Nghe trực tiếp: dùng tai
 - + Nghe gián tiếp: Sử dụng ống nghe: khám tim, phổi, bụng
 - + Mặt màng: phát hiện những âm thanh mang bậc cao (âm thở, âm ruột) để ở vùng phẳng, áp sát
 - + Mặt chuông: giúp phát hiện những âm bậc thấp (ồ van tim)

4. Tư thế thăm khám

- Ngồi: khám được đầu, mặt, cổ, hạch, ngực, tim, chi trên, vùng lưng (cột sống, phổi)
- Nằm ngửa: Khám mặt trước cơ thể: đầu, mặt, cổ, ngực, tim, chi dưới ở mặt trước.
- Nằm ngửa chân chống: khám các tạng vùng bụng (cơ không bị căng)
- Tư thế khám phụ khoa: Nếu không có giường khám phụ khoa, cho người bệnh nằm để mông lùi về chân giường (ở tư thế này các cơ quan vùng sinh dục mở rộng, dễ dàng cho việc khám và đặt mỏ vịt vào)
- Tư thế nằm sấp: khám mặt sau: cột sống, vùng chậu. Hạn chế: người bệnh khó chịu, than khó thở.
- Tư thế nằm sim's: nghiêng về bên T, tay T luôn ra sau lưng, chân ở bên trên co lên trên bụng -> giãn nở vùng trực tràng hậu môn: giúp khám trực tràng, âm đạo. Áp dụng khi người bệnh không nằm tư thế phụ khoa được hoặc bị tổn thương vùng chậu, chi.
- Tư thế nằm nghiêng: khám tim mạch, tìm tiếng rung miu, tiếng ồ van tim, người bệnh có thành ngực dày, tràn dịch màng tim

5. Mục tiêu của kỹ năng

- Tạo mối quan hệ và phát triển mối quan hệ đối với người bệnh.
- Khai thác những dữ kiện về sức khỏe.
- Nhận định tình trạng hiện tại của người bệnh.
- Thực hiện quy trình thăm khám theo thứ tự ưu tiên.
- Liệt kê và mô tả các vấn đề sức khỏe bình thường và phát hiện các vấn đề bất thường
- Ứng dụng tốt trong việc thực hiện đầy đủ quy trình Điều dưỡng.

6. Quy trình kỹ thuật

Dụng cụ:

- Áo choàng cho người bệnh.
- Đèn pin, đèn hội tụ
- Thước dây, thước kẻ, thước 2 nhánh (đo góc)
- Cân
- Máy đo HA, ống nghe, nhiệt kế
- Lam kính, que gòn
- Găng tay sạch
- Chất trơn (khám cơ quan sâu)
- Bồn hạt đậu (ngâm dd sát khuẩn dụng cụ)
- Bộ khám tùy theo yêu cầu (TMH, mắt, TK, phụ khoa...)

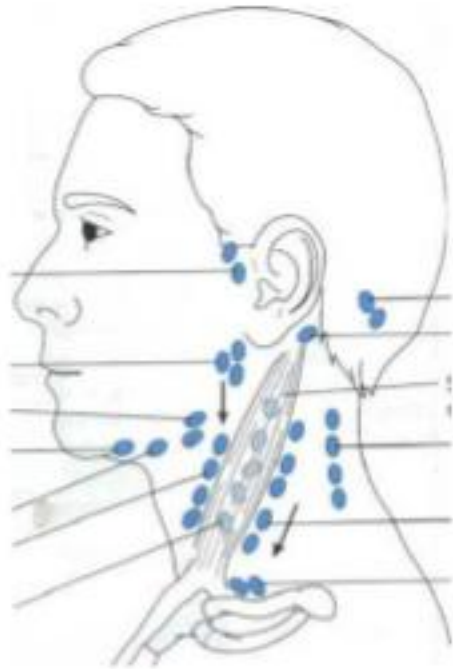
6.1. Kỹ thuật khám da

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
2	Chuẩn bị người bệnh	Cởi bỏ một phần hoặc toàn bộ quần áo	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được kín đáo	
3	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
4	Nhìn	- Quan sát toàn bộ vùng da lộ - Quan sát từ phía trước ra sau	Đánh giá tổng thể, theo quy trình khám	Chú ý sắc tố và màu sắc của da, cũng như các vết chàm, sẹo và các nốt tổn thương.	
5	Sờ	- Kiểm tra nhiệt độ, độ căng của da (độ đàn hồi) - Nhận định độ ẩm và nhẵn của da - Nốt tổn thương trên da	Đánh giá tổng thể, theo quy trình khám	Dùng đầu ngón tay để sờ Sờ nắn viên xung quanh các nốt tổn thương.	
6	Ghi hồ sơ	Ngày giờ thăm khám, Những gì phát hiện được trên người bệnh. Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

6.2. Kỹ thuật khám tóc và da đầu

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
2	Chuẩn bị người bệnh	Người bệnh ngồi hoặc nằm	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được thoải mái	
3	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh.	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
4	Nhìn	- Nhận định tình trạng tóc - Quan sát kích thước và hình dáng của đầu Nhận định tình trạng da đầu	Đánh giá tổng thể, theo quy trình khám	- Chú ý cấu trúc của sợi tóc - Sự phân bố tóc, Có rụng tóc?, mô tả kiểu rụng tóc (nếu có).	
5	Sờ	Chạm vào sợi tóc và da đầu	Phát hiện các tổn thương hoặc u lồi ra.	Nhúm tóc giữa tay cái và ngón tay trỏ để quan sát. Kiểm tra phát hiện các dấu hiệu bất thường của tóc và da đầu	
6	Ghi hồ sơ	Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

6.3. Kỹ thuật khám cổ

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
2	Chuẩn bị người bệnh	Người bệnh ngồi hoặc nằm	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
3	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh.	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
4	Nhìn	Quan sát vùng cổ	- Đánh giá sự cân xứng - Nhận biết những vùng da đổi màu, bất thường	Để tầm mắt ngang để dễ so sánh	
5	Sờ Xác định hạch vùng cổ	Xác định xem có hạch nổi ở cổ hay không	Nhận định về những kết quả bất thường nếu có.	- Sờ nông, sâu - Sờ theo hình xoắn ốc - Dùng đầu ngón tay trỏ và ngón giữa để sờ nắn hai bên cổ	
	Sờ Đánh giá kích thước, mật độ tuyến giáp	- Người thăm khám đứng ở phía sau của người bệnh. - Người bệnh hơi hạ thấp cằm.	Để nhận biết sự cân xứng: To một thùy hoặc cả hai thùy		

		Đặt đầu các ngón tay trở đề lên nửa dưới khí quản.	Đánh giá sự cân xứng của tuyến giáp		
		Sờ nắn thùy phải: Người bệnh hơi uốn ngả cổ về phía phải.	Sờ thùy bên phải	Dùng tay phải sờ nắn thùy phải đồng thời bảo người bệnh nuốt	
		Sờ nắn thùy bên trái: Người bệnh hơi uốn ngả cổ về phía trái	Sờ nắn thùy bên trái	Dùng tay trái sờ nắn thùy trái đồng thời bảo người đó nuốt	
6	Ghi hồ sơ	Ngày giờ thăm khám, Những gì phát hiện được trên người bệnh. Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

6.4. Kỹ thuật khám mắt

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
2	Chuẩn bị người bệnh	Người bệnh ngồi hoặc nằm	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
3	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh.	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
4	Chuẩn bị dụng cụ	- Bảng đo thị lực Phiếu che một bên mắt			

		- Đèn pin nhỏ Que gòn - Đèn soi đáy mắt - Phiếu ghi chú, bút ghi			
5	Đo thị lực	- Dùng bảng Snellen chart - Nhìn gần - Đánh giá thị trường	Nhận định thị lực và thị trường mắt	Người thăm khám đứng đối diện người bệnh	
6	Nhận định chức năng cơ vận nhãn	Đánh giá : - Cơ vận nhãn - Phản xạ giác mạc - Cover un cover test (nếu cần)	Đánh giá thần kinh III, IV, VI	Nhận định cả 2 bên mắt, chú ý sự đối xứng	

7	Khám cấu trúc ngoài mắt	Khám lần lượt các bộ phận: - Mi mắt, lông mi Kết mạc - Củng mạc - Giác mạc, tiền phòng - Mống mắt - Đồng tử - Tuyến lệ	Đánh giá tình trạng, cấu trúc của mắt	Nhận định cả 2 bên mắt, chú ý sự đối xứng,	
8	Soi đáy mắt	Dùng đèn soi đáy mắt để quan sát đĩa thị giác, thần kinh, mạch máu	Đánh giá tình trạng đáy mắt	Dùng mắt đối nhau khi soi đáy mắt để NB được tiện nghi	
9	Ghi hồ sơ	Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

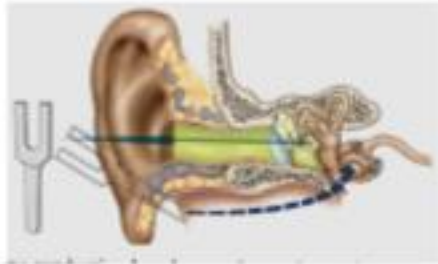
6.5. Kỹ thuật khám mũi

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
2	Chuẩn bị người bệnh	Người bệnh ngồi hoặc nằm	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
3	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh.	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	

4	Chuẩn bị dụng cụ	- Đèn soi mũi - Đèn pin - Mỏ vịt - Ống soi mũi - Mùi thơm			
5	Nhìn: Nhận định cấu trúc ngoài	- Sống mũi - Cánh mũi	Nhận định sự vẹo, cân đối, tổn thương của sống mũi, cánh mũi	Người khám đứng hoặc ngồi đối diện người bệnh	
6	Sờ: Vùng mặt	Dùng 2 ngón tay cái ấn vùng xoang hàm, xoang trán, xoang sàn	Nhận định cảm giác đau tại các vị trí xoang trên vùng mặt	Chú ý đánh giá sự cân xứng	
7	Nhận định sự thông của mũi	- Đe một bên mũi, thở với một bên mũi - Thực hiện cho phần còn lại	Đánh giá sự thông của từng lỗ mũi	Chú ý sự cân xứng, so sánh, ghi nhận kết quả	
8	Nhận định khứu giác	Bảo NB nhắm mắt Cho NB ngửi mùi và đoán	Đánh giá dây thần kinh	Ghi nhận kết quả đúng sai, so sánh 2 mũi	
9	Khám mũi trong	Nhận định tình trạng: - Vách mũi: vẹo, bất thường - Niêm mạc mũi: màu sắc, tổn thương, tiết dịch, mật độ lông - Mô tả cuốn mũi dưới, giữa: màu sắc, tổn thương, tiết dịch, sưng, polype - Thực hiện bên còn lại	Đánh giá tình trạng mũi trong	Dùng otoscope hay đèn pin để thăm khám So sánh 2 mũi	
10	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB	- Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. - Phản ứng của người bệnh (nếu có)	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

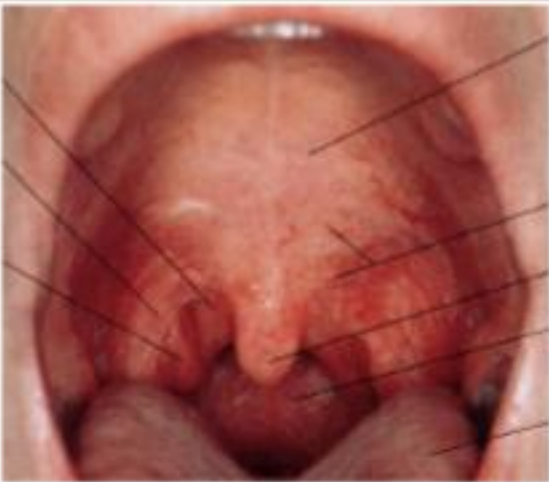
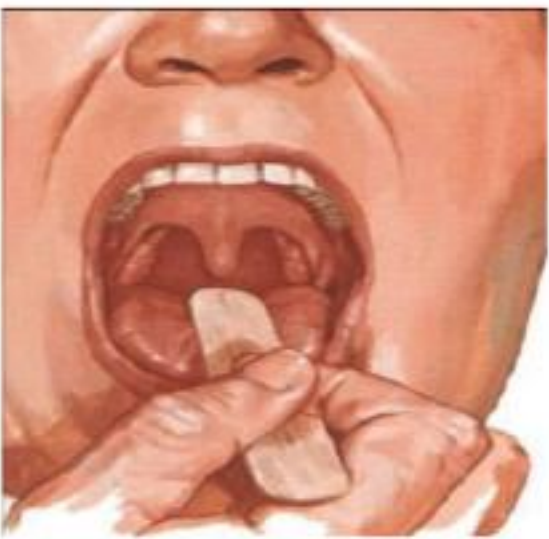
6.6. Kỹ thuật thăm khám tai

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, từ thể yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
2	Chuẩn bị người bệnh	Người bệnh ngồi hoặc nằm	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
3	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh.	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
4	Chuẩn bị dụng cụ	- Đèn soi tai - 2 ống soi tai thích hợp - Am thoa - Bồn hạt đậu có dung dịch sát khuẩn - Que gòn			
5	Nhìn: Cấu trúc ngoài	- Vành tai, bình tai - Đánh giá cấu trúc ngoài của tai.	Nhận định sự cân đối, tổn thương	Ngồi đối diện NB	

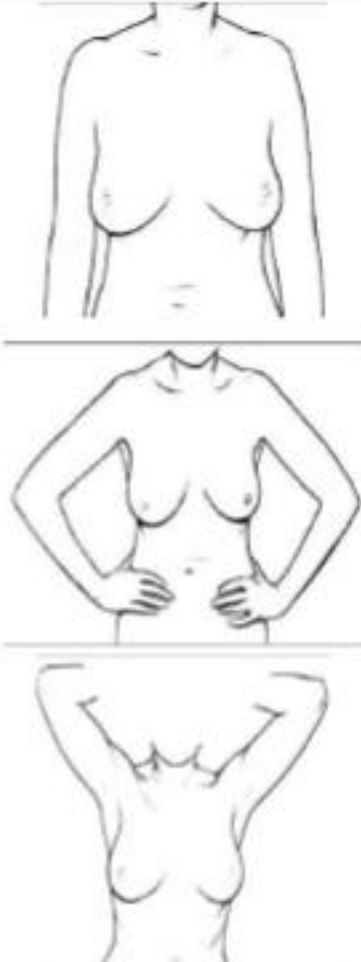
6	Khám thính lực	- Nói thầm: + Ngồi mặt cách tai NB 30 cm + Che tai bên xa + Nói thầm NB lặp lại + Thực hiện cho tai còn lại - Sự dẫn truyền âm thanh: + Test Weber + Test Rinne	Đánh giá thính lực, dây thần kinh VIII, sự dẫn truyền âm thanh qua không khí và qua xương	Cách sử dụng am thoa Bình thường thời gian dẫn truyền âm thanh qua không khí dài hơn qua xương gấp 2 lần	    
7	Sờ: Khám vành tai	- Sờ tìm tổn thương u, sần, 2 vành tai - Sờ tragus, xương chũm tìm (hạch, đau, tổn thương)	Đánh giá tình trạng vành tai	Sờ nhẹ nhàng, phát hiện những dấu hiệu bất thường, So sánh 2 bên tai	
8	Khám ống tai ngoài	- Quan sàu sắc da, mật độ lông, tính chất rái tai, Màng nhĩ, các tổn thương - Thực hiện cho bên tai còn lại	Nhận định tình trạng ống tai ngoài	Ngồi 1 bên NB Dùng đèn soi tai quan sát	
9	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB	Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

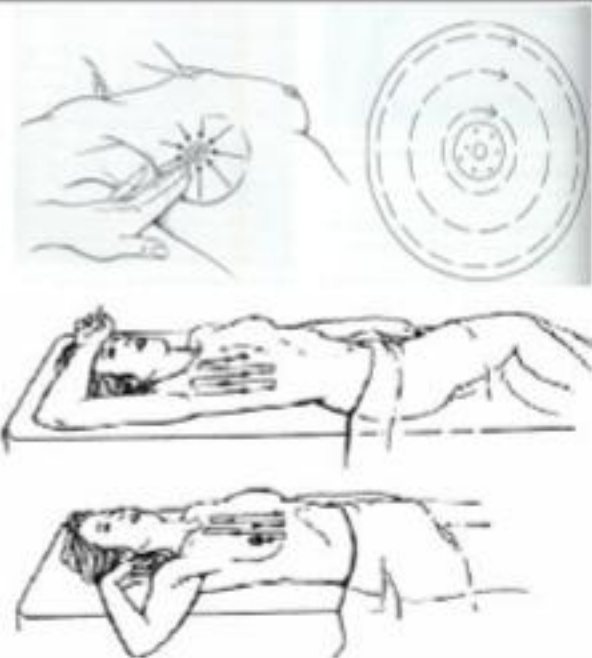
6.7. Kỹ thuật thăm khám miệng, họng

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
2	Chuẩn bị người bệnh	Người bệnh ngồi hoặc nằm	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
3	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
4	Chuẩn bị dụng cụ	- Cây đè lưỡi - Đèn pin - Găng sạch			
5	Nhìn Cấu trúc ngoài	Mặt, Môi, nếp nhăn má mũi	- Nhận định sự cân đối, tổn thương - Môi: màu sắc, độ ẩm, bất thường khác	Chú ý sự cân xứng, so sánh	 

6	Sờ : Vận động khớp thái dương hàm	Đặt hai ngón tay trở vào 2 vị trí khớp	Nhận định có tiếng kêu, đau, bất thường	Sờ nhẹ nhàng	
7	Cấu trúc trong miệng	- Niêm mạc má, lợi: màu sắc, tổn thương - Tuyến nước bọt: dưới lưỡi, dưới hàm, mang tai có sưng đỏ - Răng: sâu, cao răng, bất thường khác - Viêm miệng: màu sắc, nếp nhăn sinh lý, bất thường - Hạch hạnh nhân: sưng, màu sắc, bất thường khác - Lưỡi gà: cân đối - TK: X, XI, - NB nói “a”, quan sát sự rung có cân đối? - Lưỡi: + Màu sắc, sự cân đối + Sần lưỡi, nếp hãm lưỡi + TK: thè lưỡi dài tối đa có rung? đánh lưỡi sang hai bên + Vị giác: để NB nhắm mắt, cho nếm đoán mùi	Nhận định những dấu hiệu bất thường	Dùng cây đè lưỡi, đèn pin để quan sát Dùng một số chất: đường, muối để thử cảm giác vị giác (TK IX) Nhận định sự cân xứng, so sánh	 
8	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB	Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

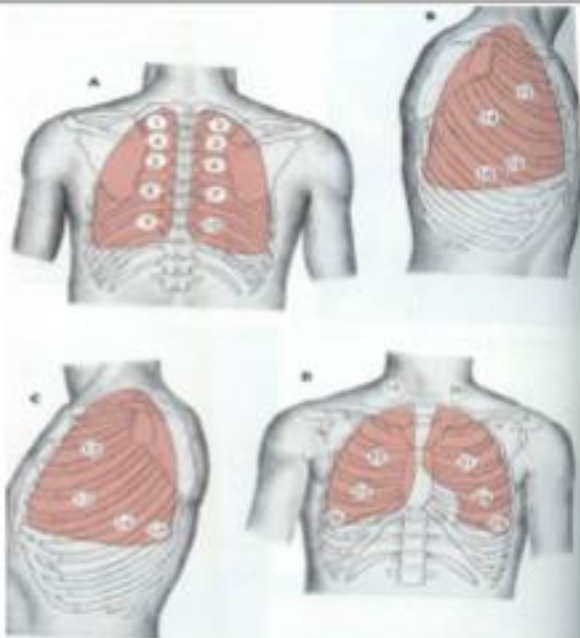
6.8. Kỹ thuật thăm khám vú

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
2	Chuẩn bị người bệnh	Người bệnh ngồi hoặc nằm	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
3	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh.	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
4	Chuẩn bị dụng cụ	- Áo choàng - Gối			
5	Nhìn: Nhận định cấu trúc ngoài	- Bầu ngực - Nút vú - Vùng da xung quanh	Nhận định các dấu hiệu bất thường	Chú ý sự cân xứng	

6	Sờ	Vùng mô vú	Phát hiện các khối u bất thường	Sờ nhẹ nhàng Xoắn ốc hoặc nan hoa hoặc kết hợp cả hai	
7	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB	Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

6.9. Kỹ thuật thăm khám hệ hô hấp

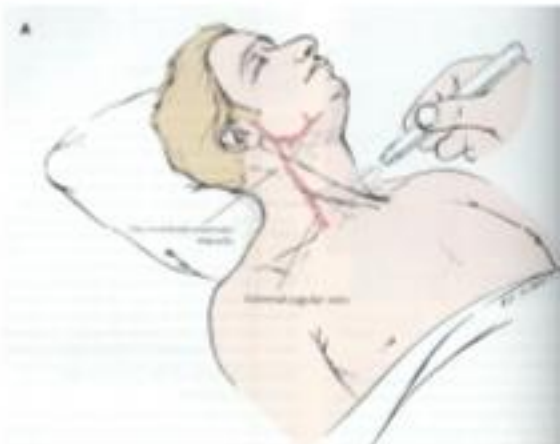
Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị phòng khám	Kín đáo, yên tĩnh, tránh gió lùa, đủ ánh sáng	Giữ cho người bệnh được tiện nghi		
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
3	Chuẩn bị người bệnh	Tư thế nằm đầu cao 15 độ hoặc ngồi	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
4	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh.	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
5	Chuẩn bị dụng cụ	- Ống nghe - Thước, bút - Áo choàng			

6	Nhìn:	Tổng quát lồng ngực, trước, sau	Phát hiện bất thường trên vùng lưng, ngực	Chú ý sự cân xứng	
7	Sờ:	- Sự dẫn truyền rung thanh - Sự giãn nở lồng ngực (trước, sau) - Vị trí của khí quản	Nhận định có sự đối xứng 2 bên	Bàn tay phải ẩm tránh kích thích người bệnh	 
8	Gõ	- Đánh giá sự giãn nở lồng ngực (trên, dưới) - Đánh giá độ vang của phổi	Nhận định có sự đối xứng 2 bên	- Dùng ngón tay giữa hoặc ngón trỏ để gõ - Khi gõ phải theo trình tự có tính đối xứng	

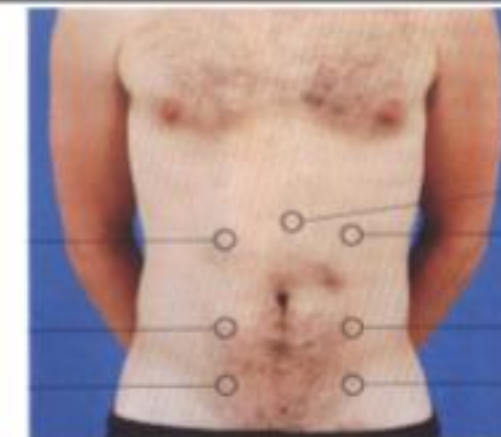
9	Nghe:	Rì rào phế nang 2 bên phổi Tiếng phế quản	Nhận định có sự đối xứng 2 bên	Làm ấm màng ống nghe trước khi đặt lên vùng lưng của người bệnh	
10	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB	Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

6.10. Kỹ thuật thăm khám hệ tuần hoàn

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị phòng khám	Kín đáo, yên tĩnh, tránh gió lùa, đủ ánh sáng	Giữ cho người bệnh được tiện nghi		
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
3	Chuẩn bị người bệnh	Tư thế nằm đầu cao 30-45 độ	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
4	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám	Giảm nguy cơ lây nhiễm	Rửa sạch các mặt của tay	
5	Chuẩn bị dụng cụ	- Ống nghe - Máy đo huyết áp Đền pin Thước - Áo choàng			

6	Nhận định tình trạng tổng quát	- Đo huyết áp, đếm mạch - Nhận định tình trạng phù	Đánh giá tình trạng tuần hoàn		
7	Đo áp lực tĩnh mạch cổ (JVP)	- Để người bệnh nằm đầu cao 30 độ - Xác định góc Louis - Xác định vị trí mạch đập cao nhất ở tĩnh mạch cổ ngoài - Đo khoảng cách giữa 2 mặt phẳng song song đi qua 2 điểm, cộng với 5cm	Đánh giá tình trạng tuần hoàn	Bình thường chỉ số áp lực tĩnh mạch cổ ngoài 5-10 cm	
8	Quan sát lồng ngực	- Nhận định hình dáng tổng quát - Các ổ đập bất thường	Xác định các dấu hiệu bất thường	Chú ý sự cân xứng	
9	Sờ	Xác định mỏm tim	Phát hiện các bất thường	Bàn tay phải ẩm tránh kích thích người bệnh	
10	Nghe 5 vị trí	Các ổ van: - Động mạch chủ - Động mạch phổi - Van 3 lá - Van 2 lá	Phát hiện các tiếng tim bất thường	Làm ấm màng ống nghe trước khi đặt lên vùng lưng của người bệnh	 
11	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB	- Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. - Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

6.11. Kỹ thuật thăm khám hệ tiêu hóa

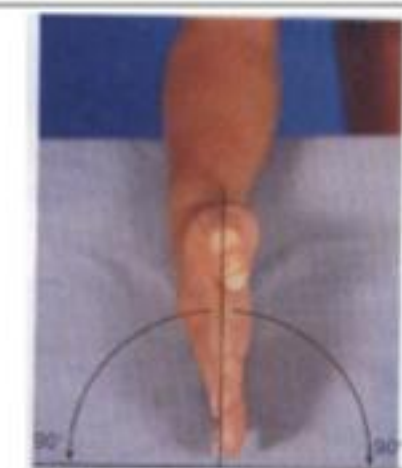
Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Minh họa hình ảnh
1	Chuẩn bị phòng khám	Kín đáo, yên tĩnh, tránh gió lùa, đủ ánh sáng	Giữ cho người bệnh được tiện nghi		
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
3	Chuẩn bị người bệnh	Tư thế nằm đầu cao 15 độ	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
4	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
5	Chuẩn bị dụng cụ	- Ống nghe - Thước, bút - Áo choàng			
6	Nhìn: Tổng quát	Tổng quát vùng bụng	Phát hiện những bất thường trên vùng bụng	Chú ý sự cân xứng	
7	Nghe	- Các ổ mạch đập trên vùng bụng - Nghe và đếm nhu động ruột	- Xác định các vùng mạch đập bất thường - Đánh giá tình trạng nhu động ruột	Làm ấm màng ống nghe trước khi đặt lên vùng lưng của người bệnh	

8	Gõ	- Xác định bóng hơi dạ dày - Kích thước gan, lách	- Đánh giá sự tổn thương của dạ dày - Nhận định sự bất thường về kích thước của gan và lách	Dùng ngón tay giữa hoặc ngón trỏ để gõ	 
9	Sờ:	- Sờ nhẹ - Sờ sâu - Sờ: vùng gan, lách	Nhận định các khối u bất thường	Bàn tay phải ẩm tránh kích thích người bệnh	
10	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB	- Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. - Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

6.12. Kỹ thuật thăm khám hệ cơ xương khớp

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị phòng khám	Kín đáo, yên tĩnh, tránh gió lùa, đủ ánh sáng	Giữ cho người bệnh được tiện nghi		
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
3	Chuẩn bị người bệnh	Tư thế đứng hoặc ngồi	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
4	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh.	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
5	Khớp thái dương hàm	- Nhìn: Sự cân xứng, màu sắc - Sờ: Tìm các dấu hiệu sưng, đau, tiếng động bất thường - Súc cơ: Làm lực ngược lại	- Đánh giá sự thương tổn tại khớp - Đánh giá sức cơ	- Chú ý sự cân xứng - Chú ý giữ an toàn cho người bệnh	 

6	Khớp vai:	Nhìn, sờ: những dấu hiệu bất thường ở khớp vai	Đánh giá sự thương tổn tại khớp	Chú ý sự cân xứng	
		- Tầm vận động - Nâng vai - Đưa hai tay lên đầu - Đưa hai tay phía trước ngực - Xoay khớp vai	Xác định tầm vận động	Đưa hai tay lên đầu (120^0) Đưa hai tay phía trước ngực (50^0). Xoay khớp vai vào trong (90^0), ra ngoài (90^0)	  
		Sức cơ: Nâng vai, dùng lực cản lại	Đánh giá sức cơ	Chú ý giữ an toàn cho người bệnh	

7	Khớp khuỷu tay	Nhìn, sờ: những dấu hiệu bất thường ở khớp khuỷu	Đánh giá sự thương tổn tại khớp	Chú ý sự cân xứng	
		Tầm vận động: Gập cẳng tay Úp, ngửa lưng bàn tay	Xác định tầm vận động	Gập cẳng tay (160^0) Úp, ngửa lưng bàn tay (90^0)	
		Sức cơ: Co duỗi khớp khuỷu và dùng lực cản lại	Đánh giá sức cơ	Chú ý giữ an toàn cho người bệnh	
8	Khớp cổ tay, bàn tay	Nhìn, sờ: những dấu hiệu bất thường ở khớp khuỷu	Đánh giá sự thương tổn tại khớp	Chú ý sự cân xứng	
		Tầm vận động: - Gập bàn tay - Duỗi bàn tay - Đưa bàn tay qua trụ qua quay - Gập các ngón tay - Duỗi các ngón tay - Ngón cái chạm đầu các ngón tay khác - Duỗi vùng khớp các ngón	Xác định tầm vận động	- Gập bàn tay (90^0) - Duỗi bàn tay (70^0) - Đưa bàn tay qua trụ (55^0), qua quay (20^0) - Gập các ngón tay (90^0) - Duỗi các ngón tay (30^0)	

		Sức cơ: Co, duỗi các ngón tay và bàn tay, dùng lực cản lại	Đánh giá sức cơ	Chú ý giữ an toàn cho người bệnh	
9	Khớp cột sống thắt lưng	Nhìn, sờ: những dấu hiệu bất thường ở khớp thắt lưng	Đánh giá sự thương tổn tại khớp	Chú ý sự cân xứng	
		Tầm vận động: - Đưa chân ra sau - Để chân vuông góc với thân người - Đầu gối đặt sát bụng - Xoay đầu gối vào trong, ra ngoài	Xác định tầm vận động	- Đưa chân ra sau (30^0) - Để chân vuông góc với thân người (90^0) - Đầu gối đặt sát bụng (120^0) - Xoay đầu gối vào trong (40^0), ra ngoài (45^0)	
		Sức cơ: Dùng lực cản lại các động tác khám	Đánh giá sức cơ	Chú ý giữ an toàn cho người bệnh	

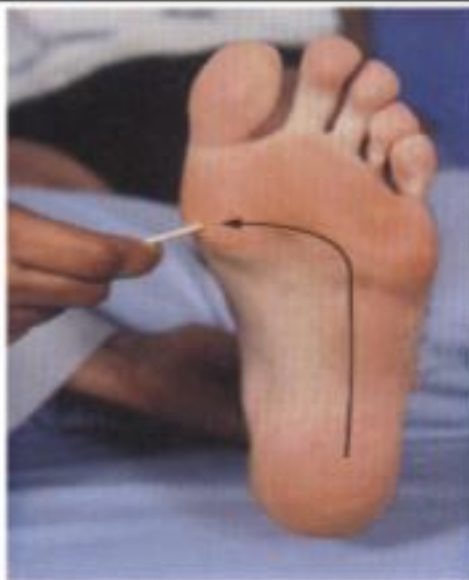
10	Khớp háng	Nhìn, sờ: Những dấu hiệu bất thường ở khớp háng	Đánh giá sự thương tổn tại khớp	Chú ý sự cân xứng	
		Tầm vận động: - Duỗi chân thẳng ra sau lưng - Đưa chân thẳng góc với người - Xoay khớp háng ra ngoài - Xoay vào trong	Xác định tầm vận động	- Duỗi chân thẳng ra sau lưng (30^0) - Đưa chân thẳng góc với người (90^0) - Xoay khớp háng ra ngoài (45^0) - Xoay vào trong (40^0)	
		Sức cơ: Co duỗi và dùng lực cản lại	Đánh giá sức cơ	Chú ý giữ an toàn NB	
11	Khớp đầu gối	Nhìn, sờ: Những dấu hiệu bất thường ở khớp gối	Đánh giá sự thương tổn tại khớp	Chú ý sự cân xứng	
		Tầm vận động: - Gấp căng chân vào đùi - Để chân thẳng: căng chân và đùi	Xác định tầm vận động	- Gấp căng chân vào đùi (130^0) - Để chân thẳng (15^0)	
		Sức cơ: Co duỗi và dùng lực cản lại	Đánh giá sức cơ	Chú ý giữ an toàn cho người bệnh	

12	Khớp bàn chân, ngón chân:	Nhìn, sờ: Những dấu hiệu bất thường ở khớp khuỷu	Đánh giá sự thương tổn tại khớp	Chú ý sự cân xứng	
		Tầm vận động: - Ngón chân duỗi, co - Xoay bàn chân vào trong, ra ngoài - Co duỗi các ngón chân	Xác định tầm vận động	- Ngón chân duỗi (45^0), co (20^0) - Xoay bàn chân vào trong (30^0), ra ngoài (20^0) - Co duỗi các ngón chân	
		Sức cơ: Co, duỗi và dùng lực cản lại	Đánh giá sức cơ	Chú ý giữ an toàn cho người bệnh	
13	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB	- Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. - Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

6.13. Kỹ thuật thăm khám hệ thần kinh (Vận động – Cảm giác)

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị phòng khám	Kín đáo, yên tĩnh, tránh gió lùa, đủ ánh sáng	Giữ cho người bệnh được tiện nghi		
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Thông báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
3	Chuẩn bị người bệnh	- Vận động: Tư thế nằm đầu cao 15 độ, hoặc ngồi - Cảm giác: Tư thế nằm ngửa thẳng, mắt nhắm kín	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
4	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
5	Chuẩn bị dụng cụ	- Gòn - Kim băng - Vật tròn nhỏ: đồng xu, chìa khoá... - Am thoa - Búa phản xạ			

6	Phản xạ gân xương	Cơ nhị đầu: Dùng búa thử phản xạ gân xương gõ nhẹ	Đánh giá phản xạ gân xương	Chú ý cơ thả lỏng để dễ nhận định	
		Cơ tam đầu: Dùng búa thử phản xạ gân xương gõ nhẹ			
		Cơ cánh tay quay: Dùng búa thử phản xạ gân xương gõ nhẹ			
		Cơ tứ đầu đùi: Dùng búa thử phản xạ gân xương gõ nhẹ			
					
					
					

		Gân Archille: Dùng búa thử phản xạ gân xương gối nhẹ			
		Phản xạ bó thấp: Dùng chìa khoá vạch lên gan bàn chân người bệnh			
7	Cảm giác nông	- Dùng tơ gòn, vật tù vật nhọn chạm lên da - Nhận biết vật cảm trong tay - Nhận biết hình vẽ trên tay	Thử cảm giác nông	- NB nhắm mắt trong suốt quá trình khám - Tránh làm tổn thương NB - Dùng vật đơn giản: chìa khoá, đồng xu	
8	Cảm giác sâu	Dùng âm thoa đặt lên vùng xương (mắt cá chân)	Thử cảm giác sâu: xem dẫn truyền âm thanh trong xương	Sử dụng âm thoa đúng để tạo xung động	
9	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB	- Ngày giờ thăm khám, những gì phát hiện được trên người bệnh. - Phản ứng của người bệnh nếu có	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm khám trên người bệnh	

6.14. Kỹ thuật thăm khám chức năng tiểu não

Stt	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
1	Chuẩn bị phòng khám	Kín đáo, yên tĩnh, tránh gió lùa, đủ ánh sáng	Giữ cho người bệnh được tiện nghi		
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Báo và giải thích cho người bệnh về tiến trình của kỹ thuật, tư thế yêu cầu khi khám	Giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi khám	Thái độ phải niềm nở, ân cần, vui vẻ khi giao tiếp	
3	Chuẩn bị người bệnh	Tư thế đứng hoặc ngồi	Bộc lộ rõ vùng cần thăm khám	Giữ người bệnh được tiện nghi	
4	Rửa tay	Rửa tay trước khi khám thực thể cho người bệnh.	Giảm nguy cơ lây nhiễm chéo	Rửa sạch các mặt của tay	
5	Nhận định các hành động có ảnh hưởng đến sự thăng bằng	Dùng ngón trỏ chạm vào mũi	Đánh giá sự kiểm soát thăng bằng của cơ thể	Chú ý sự tinh vi của từng hành động để đánh giá sự chậm chạp, sự rung cơ, sự mất thăng bằng của người bệnh	
		Dùng ngón trỏ chạm vào mũi rồi chạm vào tay của người khám đang di động			

		Nhắm mắt, dang 2 tay và đi trên một đường thẳng			
		Lật ngửa rồi sấp 2 bàn tay liên tục trên đùi			
		Dùng ngón cái chạm lên đầu các ngón còn lại			

		Dùng gót chân miết lên xương chày của chân còn lại			
		Gác chân phải lên chân trái và làm ngược lại			
		Dùng ngón chân vẽ trong không khí số 8			
6	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB	Ngày giờ thăm khám, Những gì phát hiện được trên người bệnh.	Ghi nhận kết quả thăm khám, ghi hồ sơ pháp lý	Ghi chú cẩn thận những dấu hiệu bình thường hay phát hiện bất thường khi thăm	

7. Tự đánh giá và huấn luyện

7.1. Đánh giá trước huấn luyện

Câu hỏi lượng giá:

Stt	Nội dung câu hỏi	Đúng	Sai
1	Thăm khám thể chất người bệnh giúp cho người điều dưỡng có thể chẩn đoán được bệnh		
2	Kỹ năng thăm khám thể chất chỉ nên thực hiện tại phòng nhận bệnh.		
3	4 bước trong quy trình thăm khám thể chất là nhìn, sờ, gõ, nghe		
4	Nên báo và giải thích cho người bệnh khi thăm khám để người bệnh được yên tâm và hợp tác		
5	Phải làm ấm bàn tay trước khi chạm vào người của người bệnh để tránh kích thích khi thăm khám		
6	Luôn đứng phía bên phải của người bệnh khi thăm khám		
7	Khi thăm khám vùng bụng thì phải theo trình tự: Nhìn- gõ- nghe- sờ		
8	Sờ nông là dùng các đầu ngón tay sờ và ấn sâu khoảng 1cm		
9	Khi khám các bộ phận có 2 bên cần phải so sánh để đánh giá sự cân xứng		
10	Khi đo JVP nên để người bệnh nằm tư thế đầu cao 30 độ		
11	Khi phát hiện một khối u bất thường cần phải nhận định xem: vị trí, kích thước, mật độ, di động, màu sắc, đau?, độ trơn láng?		
12	Nhu động ruột thông thường bằng với nhịp thở		
13	Vùng chứa khí hoặc dịch gõ sẽ vang hơn vùng chứa tạng đặc		
14	Nghe trong thăm khám là để phát hiện những tiếng động, âm thổi bất thường trong vùng bụng, tim, phổi		
15	Gõ là để xác định vùng trong hay đục của các cơ quan bên trong cơ thể		

7.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

Trước khi bắt đầu phần hướng dẫn thực hành, giáo viên có trách nhiệm thông báo những yêu cầu chính cần đạt được trong buổi huấn luyện:

– Phải chắc chắn sinh viên hiểu rõ được mọi vấn đề trong buổi huấn luyện. Khi bắt đầu buổi huấn luyện, nên làm rõ các câu hỏi, những điều mà sinh viên chưa nắm rõ và chú ý đến những điều mà sinh viên có thể đạt được sau buổi huấn luyện

– Tóm tắt những vấn đề cần chú ý. Trước khi giải thích và thực hành, cần đề cập đến những bước quan trọng trong kỹ năng. Giáo viên cần phải nói rõ từng bước trong phần quy trình kỹ thuật.

– Giáo viên giải thích và làm mẫu:

Giáo viên sẽ thực hiện toàn bộ các bước của kỹ thuật, sau đó sẽ làm lại từng bước một của kỹ thuật và giải thích lý do tại sao phải thực hiện những bước kỹ thuật này, trong khi đó sinh viên sẽ quan sát và làm theo, sinh viên có thể đặt những câu hỏi và nhận xét và thậm chí có thể yêu cầu giáo viên thực hiện trở lại bước quy trình mà sinh viên không nắm rõ.

– Kiểm tra sự tiếp thu của sinh viên:

Mời một sinh viên lên trình diễn lại kỹ năng vừa dạy đồng thời các sinh viên khác sẽ quan sát và cho nhận xét.

– Thực hành theo nhóm:

+ Các sinh viên sẽ được thực hành trên mô hình theo từng nhóm nhỏ theo quy trình kỹ thuật. Giáo viên điều chỉnh thao tác giúp sinh viên quen dần với các kỹ năng.

Giáo viên chú ý những sai sót khi sinh viên thực hành, hướng dẫn lại giúp sinh viên thực hiện cho dễ dàng và đạt yêu cầu

+ Các bạn sinh viên khác cùng quan sát bạn thực hiện thao tác trong kỹ thuật, cùng đóng góp ý kiến và rút kinh nghiệm khi giáo viên sửa sai

7.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm (checklist)

7.3.1. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật thăm khám Da

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
2	Chuẩn bị người bệnh					
3	Rửa tay					
4	Nhìn					
5	Sờ					
6	Ghi hồ sơ					

7.3.2. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Tóc và Da đầu

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
2	Chuẩn bị người bệnh					
3	Rửa tay					
4	Nhìn					
5	Sờ					
6	Ghi hồ sơ					

7.3.3. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám vùng Cổ

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
2	Chuẩn bị người bệnh					
3	Rửa tay					
4	Nhìn vùng cổ					
5	Sờ: Xác định hạch vùng cổ					
6	Sờ: Đánh giá kích thước, mật độ tuyến giáp					
7	Ghi hồ sơ					

7.3.4. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Mắt

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
2	Chuẩn bị người bệnh					
3	Rửa tay					
4	Soạn dụng cụ					
5	Đo thị lực					
6	Nhận định chức năng cơ vận nhãn					
7	Khám cấu trúc ngoài mắt					
8	Soi đáy mắt					

9	Ghi hồ sơ					
---	-----------	--	--	--	--	--

7.3.5. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Mũi

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
2	Chuẩn bị người bệnh					
3	Rửa tay					
4	Soạn dụng cụ					
5	Nhìn: Nhận định cấu trúc ngoài của mũi					
6	Sờ: các điểm trên vùng mặt					
7	Nhận định sự thông của mũi					
8	Nhận định khứu giác					
9	Khám mũi trong					
10	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB					

7.3.6. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Tai

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
2	Chuẩn bị người bệnh					
3	Rửa tay					
4	Soạn dụng cụ					
5	Nhìn: Cấu trúc ngoài của tai: vành tai, bình tai, trái tai...					
6	Khám thính lực					
7	Sờ: Khám vành tai					
8	Khám ống tai ngoài					
9	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB					

7.3.7. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Miệng – Họng

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
2	Chuẩn bị người bệnh					
3	Rửa tay					
4	Soạn dụng cụ					
5	Nhìn: Cấu trúc ngoài của miệng					
6	Sờ: Vận động khớp thái dương hàm					
7	Cấu trúc bên trong miệng, vùng hầu					
8	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB					

7.3.8. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Vú

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
-----	----------	-----------------	-----	-----	-----------	---------

1	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
2	Chuẩn bị người bệnh					
3	Rửa tay					
4	Soạn dụng cụ					
5	Nhìn: Nhận định cấu trúc, hình dáng bên ngoài					
6	Sờ: mô vú phát hiện các khối u bất thường					
7	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB					

7.3.9. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Hệ Hô Hấp

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị phòng khám					
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
3	Chuẩn bị người bệnh					
4	Rửa tay					
5	Soạn dụng cụ					
6	Nhìn: Lồng ngực, sự giãn nở, cơ hô hấp					
7	Sờ: Rung thanh, độ giãn nở lồng ngực trước sau					
8	Gõ: Đánh giá độ trong của phổi					
9	Nghe: 2 bên phổi, tiếng rì rào phế nang					
10	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB					

7.3.10. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Hệ Tuần Hoàn

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị phòng khám					
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
3	Chuẩn bị người bệnh					
4	Rửa tay					
5	Soạn dụng cụ					
6	Nhận định tình trạng tổng quát: phù, huyết áp, mạch					
7	Đo áp lực tĩnh mạch cổ (JVP)					
8	Quan sát lồng ngực					
9	Sờ các ổ đập bất thường, móm tim					
10	Nghe 5 vị trí ổ mạch đập					
11	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB					

7.3.11. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Tiêu Hóa

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị phòng khám					

2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
3	Chuẩn bị người bệnh					
4	Rửa tay					
5	Soạn dụng cụ					
6	Nhìn: Tổng quát vùng bụng					
7	Nghe: Nhu động ruột, các ổ mạch đập bất thường					
8	Gõ: Xác định gan, lách, bóng hơi dạ dày					
9	Sờ: Gan, lách, các khối u bất thường					
10	Ghi hồ sơ những gì phát hiện / NB					

7.3.12. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Hệ Cơ Xương Khớp

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị phòng khám					
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
3	Chuẩn bị người bệnh					
4	Rửa tay					
5	Khám khớp thái dương hàm: - Nhìn, sờ vùng khớp - Tầm vận động - Sức cơ					
6	Khớp vai: - Nhìn, sờ vùng khớp - Tầm vận động - Sức cơ					
7	Khớp khuỷu tay: - Nhìn, sờ vùng khớp - Tầm vận động - Sức cơ					
8	Khớp cổ tay, bàn tay: - Nhìn, sờ vùng khớp - Tầm vận động - Sức cơ					
9	Khớp cột sống thắt lưng: - Nhìn, sờ vùng khớp - Tầm vận động - Sức cơ					
10	Khớp háng: - Nhìn, sờ vùng khớp - Tầm vận động - Sức cơ					
11	Khớp đầu gối: - Nhìn, sờ vùng khớp - Tầm vận động - Sức cơ					
12	Khớp bàn chân, ngón chân: - Nhìn, sờ vùng khớp - Tầm vận động - Sức cơ					
13	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB					

7.3.12. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Hệ Thần Kinh

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị phòng khám					
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
3	Chuẩn bị người bệnh					
4	Rửa tay					
5	Soạn dụng cụ					
6	Phản xạ gân xương: - Cơ nhị đầu · Cơ tam đầu · Cơ cánh tay quay · Cơ tứ đầu đùi · Gân Archille · Phản xạ bó thấp					
7	- Cảm giác nông - Cảm giác sâu					
8	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB					

7.3.13. Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật khám Chức năng tiểu não

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị phòng khám					
2	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
3	Chuẩn bị người bệnh					
4	Rửa tay					
5	Nhận định các hành động có ảnh hưởng đến sự thăng bằng					
6	Ghi hồ sơ những gì phát hiện được trên NB					

8. Thực hành kỹ thuật**8.1. Thực hành tại lab không có giáo viên****8.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm: bất kỳ nơi nào, không có giáo viên****8.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch****8.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách**

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên tại khoa lâm sàng
- Giáo viên hướng dẫn tại khoa lâm sàng

CHƯƠNG IV**KỸ THUẬT VÔ KHUẨN**

1. Giới thiệu toàn chương

1.1. Danh sách các kỹ năng trong chương

- Rửa tay vô khuẩn.
- Mang và tháo găng vô khuẩn.
- Mang và cởi áo choàng vô khuẩn.
- Chuẩn bị và tiệt khuẩn dụng cụ.

1.2. Mục tiêu chung của toàn chương

1. Xác định các trường hợp nào để áp dụng.
2. Mô tả các điều kiện khi xử dụng các kỹ thuật vô khuẩn
3. Xác định các nguyên tắc khuẩn và cách thức vận dụng.
4. Thực hiện đầy đủ và đúng cách các kỹ thuật:
 - a. Rửa tay vô khuẩn.
 - b. Mang và tháo găng vô khuẩn
 - c. Mang và cởi áo choàng vô khuẩn.
 - d. Chuẩn bị và tiệt khuẩn dụng cụ.

2. Yêu cầu

2.1. Giới thiệu toàn chương

Kỹ thuật vô khuẩn (Aseptic techniques) còn gọi là vô khuẩn ngoại khoa (Surgical asepsis) nhằm tạo một vật, một vùng không có sự hiện diện của vi sinh vật và bào tử của nó (Decastro, 2002). Trong vô khuẩn nội khoa, như vệ sinh đôi tay với chất khử khuẩn là điều cần thiết trước khi thực hiện các kỹ thuật vô khuẩn. Các kỹ thuật vô khuẩn ngoại khoa thường được thực hiện trong phòng mổ (Operating room), phòng thực hiện thủ thuật điều trị, như chọc dò màng phổi, màng bụng, tuỷ sống v.v...người thực hiện cần tuân thủ các qui định như mang khẩu trang, mang kính, đội mũ, rửa tay ngoại khoa, mặc áo choàng, mang găng vô khuẩn...

2.2. Nguyên tắc của Vô khuẩn ngoại khoa :

1. Tất cả đồ dùng, dụng cụ vô khuẩn phải được tiệt khuẩn.
2. Dụng cụ vô khuẩn phải cách ly vùng, dụng cụ nhiễm khuẩn.
3. Gói đồ vô khuẩn khi mở ra vùng bìà đến 2,5 cm không kể vô khuẩn.
4. Các dụng cụ nằm vùng vô khuẩn chỉ kể trên mức độ của bàn vô khuẩn.
5. Nếu nghi ngờ vật vô khuẩn phải kể như không vô khuẩn.
6. Chỉ có người được trang bị vô khuẩn và vật vô khuẩn mới được tiếp xúc vùng vô khuẩn
7. Vận chuyển chung quanh vùng vô khuẩn phải đảm bảo không làm bẩn nhiễm vùng vô khuẩn.
8. Vật hoặc vùng vô khuẩn phải được kiểm soát trong tầm nhìn.

Vật hoặc vùng vô khuẩn trở nên nhiễm khuẩn khi bị phơi bày bởi không khí, sự va chạm hoặc do bất kỳ sự vi phạm vô khuẩn trong khi làm thủ thuật.

2.3. Kiểm tra trước học

Stt	Nội dung câu hỏi	Đúng	Sai
1	Khi tiến hành thủ thuật vô khuẩn, dụng cụ phải tuyệt đối vô khuẩn		
2	Tiệt khuẩn là quá trình tiêu diệt tất cả các vi sinh vật kể cả nha bào của vi khuẩn		
3	Hấp ướt là phương pháp tiệt khuẩn thích hợp cho các dụng cụ bằng kim loại		
4	Nếu nghi ngờ vật vô khuẩn phải kể như không vô khuẩn		
5	Dụng cụ vô khuẩn phải cách ly vùng, dụng cụ nhiễm khuẩn		
6	Trước khi mổ, sử dụng khẩu trang vô khuẩn, mang găng tay vô khuẩn, mang mũ và áo choàng		
7	Quá trình rửa tay ngoại khoa phải được thực hiện bằng xà phòng trước mỗi trường hợp phẫu thuật		
8	Đánh tay 2 lần bằng 2 bàn chải khác nhau trong rửa tay thường qui		
9	Vật hoặc vùng vô khuẩn phải được kiểm soát trong tầm nhìn		
10	Chỉ có người được trang bị vô khuẩn và vật vô khuẩn mới được tiếp xúc vùng vô khuẩn		
11	Cần xác định găng phải và trái và lấy găng		
12	Khi chuẩn bị áo cho tiệt trùng phải chú ý Gập mặt phải áo vào trong, mặt trái áo ra ngoài		
13	Mặc ngay áo choàng vô khuẩn sau khi rửa tay ngoại khoa, trước khi mang găng		
14	Khẩu trang được lật ở mặt phải của áo		
15	Sau thủ thuật, cởi áo choàng trước khi tháo găng.		

RỬA TAY NGOẠI KHOA

(Rửa tay vô khuẩn)

1. Giới thiệu tầm quan trọng của kỹ năng

Nhiễm khuẩn bệnh viện đang là mối quan tâm lớn của ngành Y tế. Nhiễm khuẩn bệnh viện là một trong những hậu quả không mong muốn trong thực hành chăm sóc và điều trị người bệnh, làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tử vong, kéo dài thời gian điều trị và đặc biệt là làm tăng chi phí điều trị.

Các nghiên cứu cho thấy bàn tay của một người có thể mang tới 4,6 triệu mầm bệnh gồm 2 loại tạm trú và bám dính. Các mầm bệnh chủ yếu tập trung ở kẽ tay và móng tay.

Vết mổ có thể bị nhiễm khuẩn là do các vi sinh vật có nguồn gốc nội sinh, tức là chính từ hệ vi khuẩn chí của người bệnh. Các yếu tố tác chủ như tuổi, loại vết mổ, kỹ thuật mổ, thời gian phẫu thuật, kích cỡ vết mổ, tình trạng dinh dưỡng của người bệnh và các bệnh lý đi kèm là các yếu tố nguy cơ dẫn đến nhiễm khuẩn. Các nhiễm khuẩn nguồn gốc ngoại sinh được kiểm soát bằng tuân thủ các quy trình thực hành thích hợp như rửa tay trước khi mổ, sử dụng khẩu trang phẫu thuật, mang găng tay vô khuẩn, mang mũ và áo choàng...

Nguy cơ nhiễm khuẩn tăng lên rất cao đối với người bệnh phải có các can thiệp chảy máu, đặc biệt là phải mổ. Điều dưỡng làm việc trong phòng mổ hoặc thực hiện hay trợ giúp các can thiệp có chảy máu cần phải đánh rửa tay (rửa tay ngoại khoa) nhằm làm giảm và ngăn chặn sự phát triển của các vi khuẩn trên da trong trường hợp găng tay bị rách (Association of Operation Room Nurses, 1998)

2. Mục tiêu

- Phân tích được tầm quan trọng của việc rửa tay ngoại khoa
- Chuẩn bị được đầy đủ phương tiện, điều kiện của rửa tay ngoại khoa
- Thực hiện được rửa tay ngoại khoa đúng quy trình kỹ thuật

3. Lý thuyết

Rửa tay ngoại khoa được áp dụng bắt buộc cho phẫu thuật viên và dụng cụ viên trước khi tiến hành phẫu thuật, chuẩn bị dụng cụ vô khuẩn hay thực hiện các chăm sóc đặc biệt.

Quá trình rửa tay phải được thực hiện từ đầu ngón tay đến khuỷu tay bằng xà phòng có chất khử trùng trước mỗi trường hợp phẫu thuật. Thời gian đánh tay tốt nhất là bao nhiêu thì không có qui định chung. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng thời gian đó có thể phụ thuộc vào loại sản phẩm kháng khuẩn của dung dịch rửa tay (Pereira and other, 1999; O'Shaunessy and other, 1991; Hingst and other, 1992). Thời gian rửa tay lâu có thể làm cho vi khuẩn ở lớp dưới da xuất hiện do đó tác dụng sẽ ngược lại. Vì vậy khi rửa tay cần thực hiện theo hướng dẫn của nhà sản xuất. Ở Mỹ thời gian rửa tay thường là 5 phút (Meeker and Rothrock, 1999). Lason (1996) khuyến nghị rằng thời gian rửa tay ngoại khoa ít nhất phải kéo dài 2 phút. Việt nam, theo qui định của Bộ y tế, thời gian rửa tay bắt buộc là 5-6 phút. Thời gian rửa tay khác nhau tùy thuộc vào số lần đánh tay trong ngày, dung dịch rửa tay và phương pháp.

Để loại trừ tối đa vi khuẩn, trước khi rửa tay, tất cả đồ trang sức trên tay phải được tháo ra và móng tay đã được cắt ngắn (Association of Operation Room Nurses, 1998). Những Điều dưỡng viên có viên nhiễm ở tay, vết thương mở hay các vết xước hay bị viêm đường hô hấp không được tham gia vào đội phẫu thuật. Trong khi đánh tay, các chà sát nhẹ cũng đã có thể loại được vi khuẩn, nếu chà mạnh quá có thể làm tổn thương lớp biểu bì, từ đó các vi khuẩn ở lớp dưới da sẽ xuất hiện (Meeker and Rothrock, 1999).

Đánh rửa tay có thể bắt đầu từ các ngón tay của 2 bàn tay trước rồi lần lượt đến các ngón tay, lòng và mu bàn tay sau đó đến cánh tay của 2 tay. Đánh tay 2 lần bằng 2 bàn chải khác nhau. Cũng có thể đánh kỹ từng tay riêng rẽ theo thứ tự trên và mỗi tay đánh bằng một bàn chải riêng.

Mục đích:

- Làm sạch và loại bỏ vi khuẩn vãng lai và thường trú trên bàn tay
- Đảm bảo an toàn cho người bệnh và nhân viên y tế
- Góp phần làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện

Rửa tay có thể thực hiện được với điều kiện:

- Các dung dịch rửa tay có chất diệt khuẩn, cồn 70⁰ hoặc Clohexidin 0,5%
- Bồn rửa tay sâu có vòi nước chảy, có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân. Có vòi đủ cao để tay và cánh tay không bị chạm trong quá trình rửa
- Nước rửa tay phải sạch và ấm.
- Khăn lau tay vô khuẩn
- Bàn chải đánh tay vô khuẩn

4. Quy trình kỹ thuật

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi rửa tay	1. Kiểm tra qui định thời gian rửa tay	Đọc hướng dẫn của nhà sản xuất dung dịch rửa tay về sự cần thiết của rửa tay	Các dung dịch rửa tay khác nhau có hướng dẫn thời gian rửa tay khác nhau		
	2. Chuẩn bị phương tiện	Nước sạch, ấm, dung dịch rửa tay có chất sát khuẩn, khăn lau tay vô khuẩn, bàn chải rửa tay vô khuẩn	Bàn chải và khăn vô khuẩn để đảm bảo hiệu quả loại bỏ tối đa vi khuẩn trên tay		
	3. Chuẩn bị người Điều dưỡng	- Tháo đồ trang sức ở tay - Cắt móng tay nếu dài - Xắn tay áo lên quá khuỷu tay - Đội mũ, mang khẩu trang	Vi khuẩn có lan truyền từ tóc và đường hô hấp	- Cần mang khẩu trang ngoại khoa - Tóc phải được che kín	
Trong khi rửa tay	4. Tiến hành rửa tay Làm ướt tay	- Mở nước bằng khuỷu tay hoặc chân - Làm ướt tay lên quá khuỷu 5 cm. Bàn tay luôn cao hơn cánh tay	Nước chảy từ bàn tay đến khuỷu tay	Chú ý không để nước bắn vào quần áo	
	Làm sạch tay	- Lấy khoảng 5ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay - Rửa tay như rửa tay thường qui nhưng lên quá khuỷu tay 5 cm	Các vết bẩn và hầu hết vi khuẩn được loại bỏ	Vùng cổ tay, cánh tay và khuỷu tay cần được chà sát 5 lần	

	Làm sạch xà phòng	Rửa sạch xà phòng dưới vòi nước chảy. Bàn tay và cánh tay hướng lên trên.	Vi khuẩn trong nước xà phòng trôi ngược xuống phía khuỷu tay	Không để bàn tay và khuỷu tay chạm vào xung quanh	
	Lấy bàn chải đánh tay	Làm ướt bàn chải và lấy dung dịch rửa tay vào bàn chải	Chuẩn bị cho đánh tay		
	Làm sạch các đầu ngón tay	Dùng bàn chải đánh các đầu ngón tay	Đánh theo thứ tự tránh bỏ sót. Các ngón tay chụm lại	Tránh để sót ngón tay cái. Đánh tối thiểu 10 lần	

Làm sạch các kẽ /cạnh ngón tay	Đánh bắt đầu từ cạnh ngoài ngón cái đến lần lượt các ngón tay kia rồi tiếp tục từ cạnh ngoài của ngón út lần lượt đến các ngón kia, kết thúc ở cạnh trong ngón cái	Đảm bảo sạch tất cả các kẽ/cạnh ngón tay	Đánh 10 lần. Đánh sâu đến tận kẽ và đầu ngón tay	
Làm sạch lòng bàn tay	Cầm bàn chải đánh lòng bàn tay	Đảm bảo lòng bàn tay được sạch	Đánh 10 lần. Bàn tay hướng lên trên	
Làm sạch mu bàn tay	Cầm bàn chải này đánh mu bàn tay	Đảm bảo mu bàn tay được sạch	Đánh 10 lần. Bàn tay hướng lên trên	
Làm sạch cánh tay	Đánh cổ tay, cánh tay lên quá khuỷu tay 5 cm. Nên chia cánh tay thành 3 vùng và đánh mỗi vùng 10 lần	Để cổ tay và khuỷu tay đảm bảo được đánh sạch	Bàn tay luôn hướng lên trên	

	Đánh tay còn lại	Dùng bàn chải khác đánh tay còn lại như tay kia, đánh tay từ nơi cần ưu tiên nhất (bàn tay) đến vùng xa hơn (cánh tay)	Đề phòng bội nhiễm vi khuẩn vì sau khi tiếp xúc với da, bàn chải đã nhiễm vi khuẩn.		
	Làm sạch xà phòng	Bỏ bàn chải, mở nước bằng khuỷu tay hoặc chân, rửa sạch xà phòng dưới vòi nước chảy, bàn tay luôn nâng cao	Bọt xà phòng chứa các chất bẩn và vi khuẩn trôi xuống bồn	Không để tay chạm vào bồn rửa tay và các vật xung quanh	
	Làm khô tay	Khóa vòi nước bằng khuỷu tay/chân. Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn, lau từ 2 bàn tay trước đến cánh tay. Bỏ khăn vào nơi qui định	Đảm bảo nồng độ cồn không bị pha loãng	Mỗi bàn tay và cánh tay được lau riêng một mặt	
Sau khi rửa tay	Sát khuẩn tay	Đề 2 tay ngang tầm mắt, bàn tay hướng lên trên. Một người giúp dội cồn 70 ⁰ vào bàn tay. Hoặc có thể ngâm tay vào chậu cồn	Vi khuẩn thường trú được loại bỏ tối đa	Cồn phải tráng ướt 2 bàn tay. Nếu cồn ở trong chậu phải đủ lượng ngâm ngập 2 bàn tay và được bảo đảm nồng độ tối thiểu là 70 ⁰	
	Làm khô tay	Hai tay để cao phía trước ngực, để tay tự khô	Không làm rách găng		

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Rửa tay ngoại khoa loại được đa số các vi khuẩn trên tay		
2	Cần có khăn lau tay và bàn chải tay sạch		
3	Rửa tay sạch trước khi đánh tay		
4	Khi chuyển từ bàn mổ này sang bàn mổ khác phải rửa tay ngoại khoa		
5	Thời gian rửa tay ngoại khoa tối thiểu 5 phút		
6	Đánh tay càng lâu thì càng loại bỏ được nhiều vi khuẩn trên tay		
7	Kiểm tra hạn sử dụng của nước rửa tay trước khi dùng		
8	Xà phòng nào cũng có thể dùng để rửa tay ngoại khoa		
9	Phải chà sát tay mạnh bằng bàn chải để loại bỏ vi hết vi khuẩn trên tay		
10	Trong thời gian rửa tay bàn tay và cánh tay thấp hơn khuỷu tay		
11	Hạ thấp các bàn tay trong khi rửa sạch xà phòng ở tay		
12	Lau tay khô trước khi ngâm cồn		
13	Mỗi mặt khăn lau một tay		
14	Lau khô tay sau khi ngâm cồn		
15	Sau khi rửa tay, tay ôm sát ngực để tránh động chạm vào người và vật xung quanh		

5.2. Huấn luyện có giáo viên tại phòng thực hành

- Sau khi học lý thuyết về kỹ thuật rửa tay, bạn đã tự lượng giá và bây giờ hãy áp dụng các kiến thức đã học để thực hành
- Trước khi bạn thực hành, bạn sẽ được xem giáo viên hướng dẫn thao diễn toàn bộ quy trình.
- Trong sách bài này chúng tôi không viết tỉ mỉ như trong buổi hướng dẫn thực hành, chúng tôi chỉ đề cập tóm tắt những yêu cầu cần đạt được trong buổi học.
- Cần đảm bảo chắc chắn rằng bạn đã hiểu tất cả: Trước buổi hướng dẫn thực hành, không có cơ hội để bạn hỏi, những điều bạn chưa rõ sẽ được trả lời sau
- Tóm tắt các điểm cần chú ý: Bạn phải có khả năng kể được các bước của quy trình trước lớp (Tôi sẽ phải làm gì và phải chú ý những điểm gì). Trước khi thao diễn giáo viên sẽ lưu ý các bước hoặc các điểm quan trọng nhất. Sau đó giáo viên sẽ thao diễn một lần và rồi giáo viên sẽ mời một sinh viên thao diễn lại.
- Giáo viên thao diễn: Giáo viên sẽ trình diễn toàn bộ quy trình kỹ thuật, vì vậy bạn có thể quan sát các động tác. Sau đó bạn có thể hỏi và bình luận. Bạn cũng có thể yêu cầu giáo viên trình diễn lại nếu bạn thấy cần thiết.

– Một sinh viên được yêu cầu thực hiện lại kỹ thuật: Giáo viên sẽ mời một sinh viên lên thực hiện thử toàn bộ quy trình kỹ thuật. Bước này cũng nêu các điểm cần chú ý có thể cần thiết cho bước thực hành tiếp

– Sinh viên thực hành: Điều quan trọng là tất cả sinh viên cần phải thực hành. Lúc này giáo viên có thể vẫn giúp bạn thực hiện các bước mà bạn làm chưa đạt. Giáo viên có thể nói cho bạn lỗi của bạn và nói cho bạn cách để thực hiện được các thao tác.

5.3. Tự lượng giá (Bảng kiểm quy trình)

– Dưới đây là bảng kiểm thực hành. Bạn có thể dùng bảng này để thực hành

– Người quan sát sẽ đánh dấu V vào cột tương ứng ở bảng thực hành trong khi bạn rửa tay. Bạn cần biết rằng bước nào bạn làm tốt, bước nào còn chưa chính xác và bước nào bước nào bạn đã bỏ qua.

Các bước	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Kiểm tra qui định thời gian rửa tay					
2. Chuẩn bị phương tiện					
3. Kiểm tra tay					
4. Làm ướt tay					
5. Làm sạch tay					
6. Làm sạch xà phòng					
7. Lấy bàn chải đánh tay					
8. Làm sạch các đầu ngón tay					
9. Làm sạch các kẽ /cạnh ngón tay					
10. Làm sạch lòng bàn tay					
11. Làm sạch mu bàn tay					
12. Làm sạch cánh tay					
13. Đánh tay còn lại					
14. Làm sạch xà phòng					
15. Làm khô tay					
16. Sát khuẩn tay					
17. Làm khô tay					

6. Thực hành

6.1. Thực hành tại labo (không có giáo viên)

Những bài tập thực hành dưới đây có thể được tiến hành từng kỹ thuật một hoặc bạn có thể chia thời gian để quan sát cả 3 kỹ thuật rửa tay, sau đó bạn tiến hành kỹ thuật rửa tay thường qui trước, rửa tay ngoại khoa và rửa tay bằng dung dịch chứa cồn. Kỹ thuật rửa tay ngoại khoa gồm các bước tương tự như rửa tay thường qui nhưng rửa tay lên quá khuỷu 5 cm trừ bước cuối cùng (lau khô tay), sau đó là đánh tay bằng bàn chải. Vì vậy mặc dù bạn đã thực hiện kỹ thuật rửa tay thường qui rồi, nhưng khi bạn thực hiện kỹ

thuật rửa tay ngoại khoa thì bạn vẫn phải thực hiện rửa tay thường qui. Trước khi bước vào phần thực hành phải đảm bảo rằng bạn:

- Hình thành nhóm thực hành với 2 người
- Phân chia vai trò của người quan sát và sinh viên
- Sắp xếp việc thực hành một cách có hệ thống

Thực hành có hệ thống là:

- + Thực hiện hoạt động dựa trên tiêu chuẩn thực hành
- + Đánh giá việc thực hành của bạn
- + Hỏi quan sát viên về quá trình thực hành
- + Nếu cần thiết: Xác định những điểm chi tiết trong quá trình tham gia cho những lần thực hành tiếp theo
- Thực hành

Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình trong vài phút. Bạn cần chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, giám sát viên nhìn vào (Bảng kiểm về rửa tay thường qui). Sau đó bạn bắt đầu thực hành, người giám sát đánh giá dựa trên bảng O&P.

6.2. Thực hành với nhóm hoặc một mình ở bất cứ nơi nào khi có điều kiện

Bạn đã thực hành tại labo, bạn có sẵn bảng kiểm trong tay, vì vậy bạn có thể tự thực hành một mình, hoặc với nhóm 2 người tại bất cứ nơi nào, hoàn cảnh nào khi có điều kiện bồn rửa tay tương tự.. theo bảng kiểm

6.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

Sau khi bạn đã thực hiện được rửa tay theo quy trình kỹ thuật, bạn sẽ có thời gian thực tập tại bệnh viện. Tại bệnh viện có thể bạn thấy các điều dưỡng viên rửa tay không hoàn toàn giống như bạn đã học tại trường. Bạn đừng lo lắng mà hãy quan sát và phân tích xem họ đã thực hiện như thế nào, lý do tại sao lại có khác so với bạn học. Có bệnh viện quy trình đánh rửa tay bắt đầu từ đầu ngón tay của 2 tay trước rồi lần lượt đến kẽ ngón tay, lòng bàn tay, mu tay, cánh tay... của 2 tay. Nhưng về nguyên lý vẫn là ưu tiên từ nơi bàn tay tiếp xúc với vùng mủ nhiều nhất trước, như bạn được học ở trường

6.4. Tổ chức tự đánh giá quá trình rèn luyện

Bạn có thể tự đánh giá quá trình rèn luyện rửa tay thường qui bằng các cách sau

- Quay camera: Bạn có thể đặt máy quay ở một chỗ có thể phù hợp, hoặc nhờ một người quay cho mỗi khi bạn muốn xem lại quá trình rửa tay của mình
- SV giám sát lẫn nhau: Bạn cũng có thể lập một nhóm học tập để nhờ bạn mình quan sát quá trình rửa tay của bạn dựa vào bảng kiểm. Tốt nhất mỗi lần quan sát là một bạn khác.
- Sinh viên lớp trước giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, bạn sẽ gặp các anh chị sinh viên học trước bạn. Hãy nhờ họ quan sát giúp
- Nhân viên giám sát: Khi đi thực tế tại bệnh viện, sẽ có nhân viên bệnh viện giám sát việc rửa tay thường qui của bạn. Có thể họ yêu cầu bạn rửa tay theo như quy trình của bệnh viện. Vậy bạn phải có khả năng áp dụng các kiến thức đã học và thực hiện được rửa tay đúng kỹ thuật
- Giáo viên giám sát

KỸ THUẬT MANG GĂNG VÔ KHUẨN

1. Giới thiệu tầm quan trọng của kỹ năng

Vết mổ có thể bị nhiễm khuẩn là do các vi sinh vật có nguồn gốc nội sinh, tức là chính từ hệ vi khuẩn của người bệnh. Các yếu tố tác chủ như tuổi, loại vết mổ, kỹ thuật mổ, thời gian phẫu thuật, kích cỡ vết mổ, tình trạng dinh dưỡng của người bệnh và các bệnh lý đi kèm là các yếu tố nguy cơ dẫn đến nhiễm khuẩn. Các nhiễm khuẩn nguồn gốc ngoại sinh được kiểm soát bằng tuân thủ các quy trình thực hành thích hợp như rửa tay trước khi mổ, sử dụng khẩu trang phẫu thuật, mang găng tay vô khuẩn, mang mũ và áo choàng...

Trên lâm sàng người ta thấy một tỷ lệ lớn các mầm bệnh trong các bệnh phẩm đồng nhất với các vi khuẩn cư trú trên da tay, nó được coi như một chỉ số quan trọng trong việc xác nhận nhiễm khuẩn bệnh viện. Các bệnh phẩm này thường được lấy trong những trường hợp người bệnh đã được thực hiện các thủ thuật xâm lấn.

Nhân viên y tế có nguy cơ lây nhiễm HIV, HBV, HCV trong quá trình chăm sóc người bệnh mà không mang găng tay, găng tay có lỗ thủng nhỏ và ngay cả khi tháo găng tay không cẩn thận. Hình thức phơi nhiễm được chia làm 2 nhóm: Do da bị kim đâm và tổn thương do vật sắc nhọn, phơi nhiễm qua da và niêm mạc. Theo WHO, ước tính trên toàn cầu có khoảng 1.000 trường hợp nhân viên y tế bị nhiễm HIV nghề nghiệp do các tổn thương do vật sắc nhọn. Tính đến năm 2002, tổng số nhân viên y tế báo cáo nhiễm HIV nghề nghiệp tại Hoa Kỳ là 57 người trong đó có 24 người là điều dưỡng, nhân viên xét nghiệm lâm sàng là 16 người. Trường hợp nhân viên y tế có tổn thương ở bàn tay thì nguy cơ lây nhiễm chéo từ người bệnh và ngược lại là rất lớn.

Năm 1987 trung tâm kiểm soát bệnh tật của Hoa Kỳ gọi tắt là CDC đưa ra hướng dẫn "Phòng ngừa phổ cập". Phòng ngừa phổ cập nhấn mạnh vào việc phòng ngừa cách ly đối với máu và dịch tiết sinh học của cơ thể, áp dụng chung cho mọi người bệnh, không phụ thuộc vào chẩn đoán hay tình trạng nhiễm trùng của người bệnh. Mang găng là một trong các nội dung của phòng ngừa phổ cập.

2. Mục tiêu

- Trình bày được mục đích của mang găng vô khuẩn
- Kể được các loại găng và các trường hợp áp dụng
- Thực hiện được mang găng đúng quy trình kỹ thuật

3. Lý thuyết

Găng tay vô khuẩn là một phương tiện nhằm ngăn ngừa sự lây truyền vi khuẩn, ngăn cản các tác nhân hoá học gây kích ứng da. Vì vậy sử dụng găng tay không chỉ nhằm mục đích bảo vệ người bệnh mà còn nhằm mục đích bảo vệ nhân viên y tế.

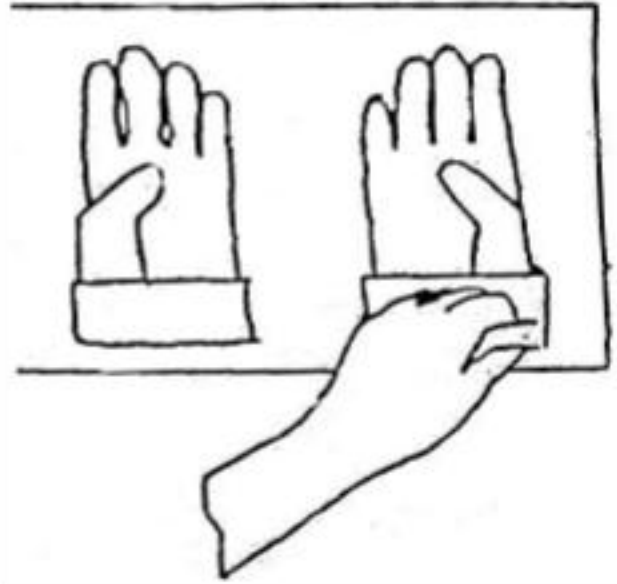
Các loại găng và áp dụng:

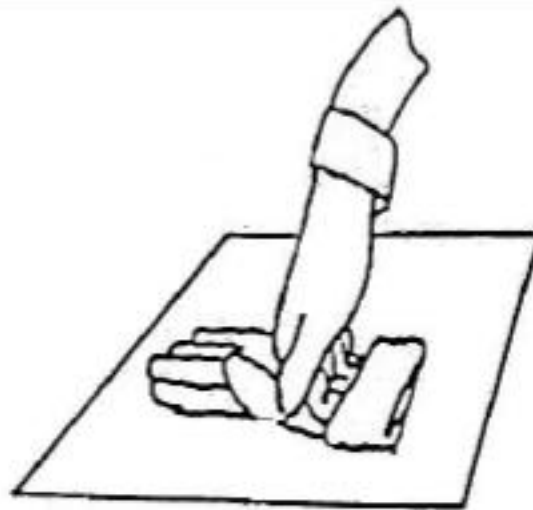
- Găng tay vô khuẩn: Được sử dụng trong phẫu thuật, các thủ thuật xâm lấn
- Găng tay sạch: Sử dụng khi tiếp xúc với da, niêm mạc, máu và các chất tiết sinh học của cơ thể. Ngoài ra khi da tay người Điều dưỡng bị tổn thương
- Găng vệ sinh: Sử dụng làm vệ sinh, thu gom đồ vải, chất thải, tiếp xúc với dụng cụ và đồ vật bị nhiễm khuẩn...

Trong quá trình sử dụng găng tay có thể bị bẩn, thủng, rách, và vi khuẩn có thể đi qua. Vì vậy nên thay găng thường xuyên, thường là 1 tiếng thay một lần. Trong các phẫu thuật kéo dài người ta cần nhắc dùng hai hoặc ba chồng lên nhau. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ găng bị thủng trong các phẫu thuật lên tới 31% khi mang một găng, 9% khi mang 2 găng chồng lên nhau và 1,2 găng khi mang 3 găng chồng lên nhau.

Găng tay sau khi sử dụng được coi như có khả năng lây nhiễm cao, vì vậy ngay từ khi tháo găng cần chú ý lộn mặt phải vào trong và 2 găng được lồng trong nhau trước khi bỏ vào nơi qui định. Không sử dụng lại kể cả cho các mục đích khác mặc dù găng đã được giặt sạch vì xà phòng làm cho găng bị "Bất hoạt". Nếu vì lý do nào đó mà sử dụng lại thì cần đảm bảo rằng găng không bị rách, không nhiễm bẩn, khô cả trong và ngoài. Không sử dụng lại quá 2 lần. Không bao giờ sử dụng cho những kỹ thuật vô khuẩn.

4. Quy trình kỹ thuật mang và tháo găng

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi mang găng	1. Chuẩn bị phương tiện	Kiểm tra hạn sử dụng, cỡ găng, bàn sạch, phẳng để trải găng tay	Đảm bảo việc mang găng hiệu quả		
	2. Rửa tay	Rửa tay cẩn thận	Loại bỏ vi khuẩn trên da tay giảm sự lây truyền		
	3. Lấy găng	Dùng đầu ngón tay cầm vào cạnh của gói găng vô khuẩn bên trong và rút nhẹ nhàng găng ra khỏi gói	Tránh găng ở gói bên trong chạm vào giấy gói	Người phụ xé gói găng	
Trong khi mang găng	4. Mở găng	Mở gói găng bên trong trên mặt phẳng ngang thắt lưng	Các vật vô khuẩn để dưới thắt lưng bị coi như là bị nhiễm khuẩn		
	5. Xoa bột vào tay	Nếu găng tay không được xoa bột trước, lấy gói bột xoa đều 2 tay	Giúp mang găng dễ dàng	Bột xoa tay rơi vào chậu hoặc bồn rửa tay	
	6. Xác định găng phải và trái và lấy găng	Ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa của tay không thuận cầm vào gấu tay găng đã lộn	Xác định đúng găng tay tránh làm cho găng bị nhiễm bẩn do găng không vừa		

	7. Mang găng cho tay thuận (tay phải)	Luồn tay phải vào găng. Kéo cẩn thận găng tay lên sao cho phần găng tay gấp lên không bị cuộn ở cổ tay	Tay thuận trước sẽ khéo hơn Nếu mặt phải của găng chạm vào tay hay cổ tay thì coi như găng đã bị nhiễm bẩn	Không điều chỉnh cổ tay găng	
	8. Lấy găng còn lại	4 ngón tay thuận đã đi găng luồn dưới cổ găng gấp của găng kia	Không chạm vào mặt trái của găng		
	9. Mang găng cho tay trái	Mang cẩn thận găng cho tay trái. Kéo cổ tay găng lên cho tay trái Không để tay đã đi găng chạm vào da tay trái	Nếu tay đã đi găng chạm vào da tay thì coi như găng đã nhiễm bẩn	Không để cổ găng tay bị cuộn và che kín cổ tay áo	
	10. Điều chỉnh găng	Cài 2 tay vào nhau rồi luồn ngón tay dưới cổ tay găng trái kéo lên trùm lên cổ tay	Găng ôm sát các ngón tay và kín cổ tay áo	Mặt phải không chạm vào mặt trái của cổ tay găng	
Sau khi mang găng	11. Giữ găng vô khuẩn	Hai tay giơ phía trước ngực	Găng không bị chạm vào các vật không vô khuẩn		

Kỹ thuật tháo găng

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
Trong khi tháo găng	1. Tháo găng thứ nhất	Tay không thuận cầm mặt ngoài của cổ găng tay thuận kéo nhẹ nhàng găng ra sao cho toàn bộ mặt ngoài của găng lộn vào trong	Dịch bản được gói trong cùng	Găng vừa tháo vẫn cầm trong tay không thuận	
	2. Tháo găng thứ 2	Ngón cái, ngón trỏ, ngón nhẫn của tay thuận luồn vào mặt trong cổ tay găng kéo nhẹ nhàng ra sao cho găng vừa tháo ra bao cả găng trước.	Phòng tránh lan truyền vi khuẩn		
Sau tháo găng	3. Bỏ găng	Bỏ găng vào nơi qui định			
	4. Rửa tay	Rửa sạch tay bằng xà phòng, lau khô tay	Tay sạch		

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Găng tay vô khuẩn có thể dùng lại được		
2	Cần chuẩn bị nơi để mở găng tay		
3	Trước khi mang găng phải xoa bột vào tay		
4	Găng tay vô khuẩn đảm bảo cho người bệnh không bị nhiễm khuẩn vì việc rửa tay trước đó không quan trọng		
5	Găng tay coi như bị nhiễm khuẩn khi vị trí tay ngang hông trong quá trình mang găng		
6	Găng tay có thể sử dụng trong suốt thời gian phẫu thuật		
7	Găng tay bảo vệ nhân viên y tế không bị nhiễm khuẩn vì vậy không cần rửa tay sau khi tháo găng		
8	Có thể đội cồng vào tay để mang găng cho dễ dàng		
9	Cần thay găng khác nếu găng chạm vào da tay trong khi mang găng		
10	Sau thủ thuật tháo găng tay ngay và bỏ vào thùng rác		
11	Xé găng để lên bàn trước khi rửa tay		
12	Sau khi mang găng dùng gạc tẩm cồn lau sạch bột bám ngoài găng		
13	Sau khi mang găng dùng gạc vô khuẩn tẩm nước muối sinh lý để lau sạch bột bám ngoài găng		
14	Khi tiến hành chăm sóc người bệnh cần mang găng vô khuẩn		
15	Sau khi phẫu thuật, tháo găng trước rồi mới cởi áo choàng		

5.2. Huấn luyện có giáo viên tại phòng thực hành

- Sau khi học lý thuyết về kỹ thuật rửa tay, bạn đã tự lượng giá và bây giờ hãy áp dụng các kiến thức đã học để thực hành.
- Trước khi bạn thực hành, bạn sẽ được xem giáo viên hướng dẫn thao diễn toàn bộ quy trình.
- Trong sách bài này chúng tôi không viết tỉ mỉ như trong buổi hướng dẫn thực hành, chúng tôi chỉ đề cập tóm tắt những yêu cầu cần đạt được trong buổi học.
- Cần đảm bảo chắc chắn rằng bạn đã hiểu tất cả: Trước buổi hướng dẫn thực hành, không có cơ hội để bạn hỏi, những điều bạn chưa rõ sẽ được trả lời sau.
- Tóm tắt các điểm cần chú ý: Bạn phải có khả năng kể được các bước của quy trình trước lớp (Tôi sẽ phải làm gì và phải chú ý những điểm gì). Trước khi thao diễn giáo viên sẽ lưu ý các bước hoặc các điểm quan trọng nhất. Sau đó giáo viên sẽ thao diễn một lần và rồi giáo viên sẽ mời một sinh viên thao diễn lại.
- Giáo viên thao diễn: Giáo viên sẽ trình diễn toàn bộ quy trình kỹ thuật, vì vậy bạn có thể quan sát các động tác. Sau đó bạn có thể hỏi và bình luận. Bạn cũng có thể yêu cầu giáo viên trình diễn lại nếu bạn thấy cần thiết.

– Một sinh viên được yêu cầu thực hiện lại kỹ thuật: Giáo viên sẽ mời một sinh viên lên thực hiện thử toàn bộ quy trình kỹ thuật. Bước này cũng nêu các điểm cần chú ý có thể cần thiết cho bước thực hành tiếp

– Sinh viên thực hành: Điều quan trọng là tất cả sinh viên cần phải thực hành. Lúc này giáo viên có thể vẫn giúp bạn thực hiện các bước mà bạn làm chưa đạt. Giáo viên có thể nói cho bạn lỗi của bạn và có nói cho bạn cách để thực hiện được các thao tác.

5.3. Tự lượng giá

Bảng kiểm quy trình mang và tháo găng tay vô khuẩn

Các bước	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
Mang găng					
1. Chuẩn bị phương tiện					
2. Rửa tay					
3. Lấy găng					
4. Mở găng					
5. Xoa bột vào tay					
6. Xác định găng phải và trái và lấy găng					
7. Mang găng cho tay thuận (tay phải)					
8. Lấy găng còn lại					
9. Mang găng cho tay trái					
10. Điều chỉnh găng					
Tháo găng					
11. Rửa găng					
12. Tháo găng thứ nhất					
13. Tháo găng thứ 2					
14. Rửa tay					

6. Thực hành

6.1. Thực hành tại labo (không có giáo viên)

– Bạn có thể tiến hành từng kỹ thuật một hoặc bạn có thể chia thời gian để quan sát cả 2 kỹ thuật mặc áo choàng vô khuẩn và mang găng sau đó bạn tiến hành kỹ thuật mặc áo choàng vô khuẩn trước khi mang găng. Trước khi bước vào phần thực hành phải đảm bảo rằng bạn:

- Hình thành nhóm thực hành ít nhất có 2 người
- Phân chia vai trò của người quan sát và sinh viên
- Sắp xếp việc thực hành một cách có hệ thống
- Thực hành

Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình trong vài phút. Bạn cần chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, giám sát viên nhìn vào (Bảng kiểm về mang găng vô khuẩn). Sau đó bạn bắt đầu thực hành, người giám sát đánh giá dựa trên bảng O&P.

6.2. Thực hành với nhóm hoặc một mình ở bất cứ nơi nào khi có điều kiện

Bạn có thể đăng ký thực hành tại labo kỹ thuật mang găng cho thành thạo nếu có thể, hoặc bạn có thể tự tìm cho mình một đôi găng (có bao) và thực hiện các bước như quy trình.

6.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

Sau khi bạn đã thực hiện được mang găng theo quy trình kỹ thuật, bạn sẽ có thời gian thực tập tại bệnh viện. Tại bệnh viện có thể bạn thấy các điều dưỡng viên mang găng không hoàn toàn giống như bạn đã học tại trường. Bạn đừng lo lắng mà hãy quan sát và phân tích xem họ đã thực hiện như thế nào, lý do tại sao lại có khác so với bạn học và điều cơ bản là bạn phải đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn khi mang găng.

6.4. Tự đánh giá quá trình rèn luyện

– Quay camera: Bạn có thể đặt máy quay ở một chỗ có thể phù hợp, hoặc nhờ một người quay cho mỗi khi bạn muốn xem lại quá trình mang găng của mình.

– SV giám sát lẫn nhau: Bạn cũng có thể lập một nhóm học tập để nhờ bạn mình quan sát quá trình mang găng của bạn dựa vào bảng kiểm. Tốt nhất mỗi lần quan sát là một bạn khác.

– Sinh viên lớp trước giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, bạn sẽ gặp các anh chị sinh viên học trước bạn. Hãy nhờ họ quan sát giúp.

– Nhân viên giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, sẽ có nhân viên bệnh viện giám sát việc mang găng của bạn. Có thể họ yêu cầu bạn mang găng theo như quy trình của bệnh viện. Vậy bạn phải có khả năng áp dụng các kiến thức đã học và thực hiện được rửa tay đúng kỹ thuật.

- Giáo viên giám sát

KỸ THUẬT MẶC VÀ Cởi ÁO CHOÀNG VÔ KHUẨN

1. Giới thiệu tầm quan trọng của kỹ năng

Vết mổ có thể bị nhiễm khuẩn là do các vi sinh vật có nguồn gốc nội sinh, tức là chính từ hệ vi khuẩn của người bệnh. Các yếu tố khác như tuổi, loại vết mổ, kỹ thuật mổ, thời gian phẫu thuật, kích cỡ vết mổ, tình trạng dinh dưỡng của người bệnh và các bệnh lý đi kèm là các yếu tố nguy cơ dẫn đến nhiễm khuẩn. Các nhiễm khuẩn nguồn gốc ngoại sinh được kiểm soát bằng tuân thủ các quy trình thực hành thích hợp như rửa tay trước khi mổ, sử dụng khẩu trang phẫu thuật, mang găng tay vô khuẩn, mang mũ và áo choàng...

2. Mục tiêu

- Trình bày được mục đích của mang áo choàng vô khuẩn
- Thực hiện được mặc áo choàng đúng quy trình kỹ thuật

3. Lý thuyết

- Mặc áo choàng vô khuẩn nhằm mục đích ngăn ngừa vi khuẩn từ nhân viên y tế lây lan vào vùng phẫu thuật và ngược lại trong các trường hợp phẫu thuật hoặc làm thủ thuật.

- Áo choàng có thể vô khuẩn có thể được đóng gói riêng từng chiếc hoặc được đóng trong hộp hấp gồm nhiều cái. Để đảm bảo áo được vô khuẩn thì khi chuẩn bị áo choàng được gấp sao cho nếp theo hình đèn xếp hoặc cuộn tròn để hơi tiệt khuẩn dễ dàng xuyên qua các lớp của áo. Có hai loại áo choàng: Loại có khẩu trang và không có khẩu trang

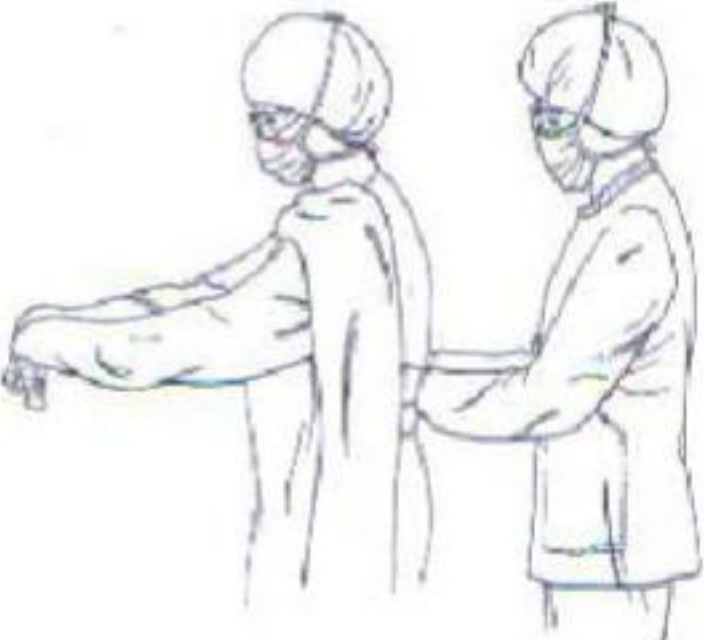
- Khi chuẩn bị áo cho tiệt trùng phải chú ý:
 - + Khẩu trang được lật ở mặt phải của áo
 - + Gập mặt phải áo vào trong, mặt trái áo ra ngoài
 - + Hai mép cổ áo ở ngoài cùng để việc mặc áo được thuận lợi và đảm bảo vô khuẩn.

- Cần phải có bàn để mở gói áo trong trường hợp áo được gói riêng từng cái
- Mặc ngay áo choàng vô khuẩn sau khi rửa tay ngoại khoa, trước khi mang găng
- Sau thủ thuật, cởi áo choàng trước khi tháo găng
- Khi mặc áo choàng phải chú ý những điểm sau:
 - + Tay (chưa đi găng) không được động vào mặt ngoài của áo
 - + Áo không chạm vào người hoặc bất kỳ vật gì xung quanh
 - + Cần có người phụ để giúp mặc áo. Người phụ khi mặc áo không tiếp xúc tay với mặt ngoài của áo và tay của người mặc. áo bị coi là nhiễm khuẩn khi bị chạm vào người phụ giúp

- Khi cởi áo cần chú ý những điểm sau:
 - + Yêu cầu người phụ tháo dây cố định áo ở sau lưng (dây khẩu trang, dây cổ áo và dây thắt lưng)
 - + Tháo từng bên tay áo một và đảm bảo mặt trái của tay áo lộn ra ngoài, mặt phải áo được cuộn gọn vào trong tránh không chạm vào tay và quần áo của người mặc áo để hạn chế nhiễm bẩn cho người mặc áo và lan truyền rộng ra môi trường.

3.1. Quy trình kỹ thuật mặc áo choàng vô khuẩn

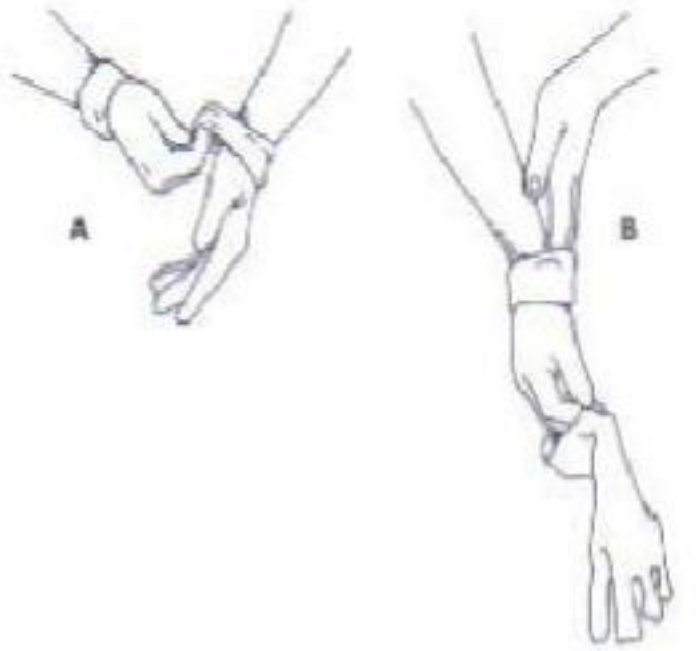
	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi mặc áo	1. Chuẩn bị phương tiện	Áo choàng trong gói hoặc hộp áo vô khuẩn	Sẵn sàng cho việc mặc áo	Kiểm tra tình trạng vô khuẩn của gói áo hoặc hộp áo	
	2. Chuẩn bị Điều dưỡng viên	Đội mũ, mang khẩu trang, ủng, rửa tay ngoại khoa	Đề phòng vi khuẩn từ tóc, giày và từ bàn tay chưa sạch lan truyền vào áo	Đề tay trước ngực sau rửa khi đã rửa tay ngoại khoa	
	3. Lấy áo vô khuẩn	Yêu cầu người phụ lấy áo từ hộp hoặc lấy gói áo ra khỏi bao và mở gói áo trên bàn	Đảm bảo áo được vô khuẩn	Không chạm tay vào gói bọc áo	
Trong khi mặc áo	4. Mở áo	Một tay cầm áo, giữ 2 mép cổ áo rồi hơi cúi người, thả nhẹ áo. Ngón trỏ và ngón cái của hai tay cầm mép cổ áo mỗi bên, mở rộng áo sao cho mặt trái của áo hướng vào trong người	Áo không chạm vào người	Không để áo chạm đất	

5. Mặc áo	- Có thể hất nhẹ áo, lồng hai tay người mặc áo vào hai tay áo. - Hoặc ngón cái và ngón trỏ tay phải cầm vào mép trong cổ áo bên đối diện, tay trái lồng vào tay áo. Làm tương tự như vậy với tay áo còn lại. Yêu cầu người phụ kéo chỉnh tay áo.	Không làm khuấy động không khí trong phòng phẫu thuật	Không chạm tay vào mặt phải áo	
6. Đeo khẩu trang	Cúi nhẹ đầu, hai tay đón dây khẩu trang rồi điều chỉnh cho dây khẩu trang ở trên sống mũi, cầm sát ở hai đầu dây khẩu trang đưa sang ngang cho người phụ đón	Tay không chạm vào mặt phải áo và không chạm tay vào tay người phụ		
7. Cố định áo	Người phụ buộc các dây sau lưng để giữ áo. Nếu áo có thắt lưng thì người phẫu thuật hơi cúi xuống cầm dây đưa sang ngay cho người phụ	Tay không chạm vào mặt phải của áo		

Sau khi mặc áo		Hai tay để phía trước ngực	Phòng ngừa tay chạm vào các vật xung quanh	Không chạm vào áo choàng	
-----------------------	--	----------------------------	--	--------------------------	---

3.2. Quy trình kỹ thuật tháo áo choàng vô khuẩn

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
	1. Tháo cổ định	Người phụ tháo dây buộc khẩu trang, cổ áo, dây thắt lưng	Hạn chế tay mang găng bẩn chạm vào áo và người		
Cởi áo	2. Cởi áo	Tay phải cầm vào mặt phải vai áo bên trái kéo áo ra khỏi tay sao cho mặt phải của tay áo lộn vào trong. Tay trái cầm vào mặt phải của vai áo bên phải kéo áo ra khỏi tay áo	Thuận tiện, gọn gàng, hạn chế sự tiếp xúc của áo vào các vật xung quanh	Khi tháo tay ra khỏi áo, khuỷu tay gấp linh hoạt	

	3. Gập áo	Cuộn gọn áo sao cho mặt trong của áo ra ngoài	Mặt phải của áo bị nhiễm bẩn được cuộn vào trong	Đưa tay xa không để áo chạm vào người	
Sau khi cởi áo	4. Bỏ áo	Bỏ áo vào thùng qui định	Tránh lan truyền vi khuẩn trong khoa phòng		
	5. Tháo găng	Tháo găng bỏ găng vào nơi qui định	Tránh lan truyền vi khuẩn trong khoa phòng		
	6. Rửa tay	Rửa tay thường qui	Làm sạch bột và vi khuẩn trên bàn tay		

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Mặc áo choàng vô khuẩn nhằm ngăn ngừa vi khuẩn từ thầy thuốc lây lan vào vùng phẫu thuật		
2	Mặc áo choàng vô khuẩn nhằm ngăn ngừa vi khuẩn từ vùng phẫu thuật lây lan sang thầy thuốc		
3	Khi gấp áo choàng vô khuẩn mang đi hấp cần cuộn mặt phải ra ngoài		
4	Vì đã rửa tay ngoại khoa nên có thể cầm vào bất kỳ mặt nào của áo		
5	Khi tay của người phụ chạm vào mặt phải của áo thì phải bỏ áo đó đi		
6	Cần thay ngay áo khác nếu áo bị chạm vào người phụ		
7	Cần chuẩn bị bàn trong trường hợp áo được đóng gói riêng		
8	Trước khi mặc áo thì người làm thủ thuật phải lấy áo trong hộp hấp		
9	Vì găng tay sau thủ thuật đã tiếp xúc với cơ thể người bệnh nên phải tháo găng tay trước khi tháo áo		
10	Cầm cổ tay áo kéo áo ra khỏi hai tay		
11	Khi cởi áo ra khỏi tay áo thì mặt phải của tay áo phải lộn vào trong		
12	Áo phẫu thuật đã bị nhiễm bẩn vì vậy tháo xong phải bỏ ngay vào thùng qui định		
13	Mặc ngay áo choàng sau khi rửa tay ngoại khoa		
14	Rửa sạch bẩn ở găng tay trước khi cởi áo		
15	Sau khi cởi áo, phải cuộn gọn áo sao cho mặt phải ở trong cùng		

4.2. Huấn luyện có giáo viên tại phòng thực hành

- Sau khi học lý thuyết về kỹ thuật mặc áo choàng, bạn đã tự lượng giá và bây giờ hãy áp dụng các kiến thức đã học để thực hành.
- Trước khi bạn thực hành, bạn sẽ được xem giáo viên hướng dẫn thao diễn toàn bộ quy trình.
- Trong sách bài này chúng tôi không viết tỉ mỉ như trong buổi hướng dẫn thực hành, chúng tôi chỉ đề cập tóm tắt những yêu cầu cần đạt được trong buổi học.
- Cần đảm bảo chắc chắn rằng bạn đã hiểu tất cả: Trước buổi hướng dẫn thực hành, không có cơ hội để bạn hỏi, những điều bạn chưa rõ sẽ được trả lời sau.
- Tóm tắt các điểm cần chú ý: Bạn phải có khả năng kể được các bước của quy trình mặc và tháo áo choàng vô khuẩn trước lớp (Tôi sẽ phải làm gì và phải chú ý những điểm gì). Trước khi thao diễn giáo viên sẽ lưu ý các bước hoặc các điểm quan trọng nhất. Sau đó giáo viên sẽ thao diễn một lần và rồi giáo viên sẽ mời một sinh viên thao diễn lại.
- Giáo viên thao diễn: Giáo viên sẽ trình diễn toàn bộ quy trình kỹ thuật, vì vậy bạn có thể quan sát các động tác. Sau đó bạn có thể hỏi và bình luận. Bạn cũng có thể yêu cầu giáo viên trình diễn lại nếu bạn thấy cần thiết.
- Hai sinh viên được yêu cầu thực hiện lại kỹ thuật: Giáo viên sẽ mời 2 sinh viên lên thực hiện thử toàn bộ quy trình kỹ thuật, 1 người mặc và một người phụ giúp. Bước này cũng nêu các điểm cần chú ý có thể cần thiết cho bước thực hành tiếp.

– Sinh viên thực hành: Điều quan trọng là tất cả sinh viên cần phải thực hành. Lúc này giáo viên có thể vẫn giúp bạn thực hiện các bước mà bạn làm chưa đạt. Giáo viên có thể nói cho bạn lỗi của bạn và có thể nói cho bạn cách để thực hiện được các thao tác.

4.3. Tự lượng giá

Các bước	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
Mặc áo					
1. Chuẩn bị phương tiện mặc áo					
2. Đội mũ, mang khẩu trang, mang bột vải					
3. Rửa tay ngoại khoa					
4. Mở áo					
5. Mặc áo cho hai tay					
6. Mang khẩu trang					
7. Lấy dây áo cho người phụ cố định áo					
Cởi áo					
8. Rửa tay găng					
9. Tháo dây cố định áo					
10. Cởi áo từng bên					
11. Cuộn mặt phải áo vào trong					
13. Bỏ áo vào nơi qui định					
14. Tháo bỏ găng, rửa tay					

5. Thực hành

5.1. Thực hành tại labo (không có giáo viên)

– Bạn có thể tiến hành thực tập kỹ thuật mặc áo choàng đơn lẻ hoặc bạn có thể chia thời gian để thực hành cả 2 kỹ thuật mặc áo choàng vô khuẩn và mang găng. Bạn cũng có thể thực hành luôn kỹ thuật rửa tay ngoại khoa hoặc rửa tay nhanh rồi mặc áo choàng vô khuẩn và mang găng. Trước khi bước vào phần thực hành phải đảm bảo rằng bạn:

- Hình thành nhóm thực hành ít nhất có 3 người
- Phân chia vai trò của người quan sát, người phụ và sinh viên
- Sắp xếp việc thực hành một cách có hệ thống
- Thực hành

Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình trong vài phút. Bạn cần chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, giám sát viên nhìn vào (Bảng kiểm về mặc và cởi áo choàng vô khuẩn). Sau đó bạn bắt đầu thực hành, người giám sát đánh giá dựa trên bảng O&P.

5.2. Thực hành với nhóm hoặc một mình ở bất cứ nơi nào khi có điều kiện

Bạn có thể tự tìm cho mình một chiếc áo choàng ngoại khoa và tự thực hiện mặc áo theo các bước như quy trình

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

Sau khi bạn đã thực hiện được rửa tay theo quy trình kỹ thuật, bạn sẽ có thời gian thực tập tại bệnh viện. Tại bệnh viện có thể bạn thấy các điều dưỡng viên mặc áo choàng vô khuẩn không hoàn toàn giống như bạn đã học tại trường. Bạn đừng lo lắng mà hãy quan sát và phân tích xem họ đã thực hiện như thế nào, lý do tại sao lại có khác so với bạn học. Cho dù bằng cách nào đi nữa thì cũng phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng khi mặc áo.

5.4. Tự đánh giá quá trình rèn luyện

- Quay camera: Bạn có thể đặt máy quay ở một chỗ có thể phù hợp, hoặc nhờ một người quay cho mỗi khi bạn muốn xem lại quá trình rửa tay của mình.
- SV giám sát lẫn nhau: Bạn cũng có thể lập một nhóm học tập để nhờ bạn mình quan sát quá trình rửa tay của bạn dựa vào bảng kiểm. Tốt nhất mỗi lần quan sát là một bạn khác.
- Sinh viên lớp trước giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, bạn sẽ gặp các anh chị sinh viên học trước bạn. Hãy nhờ họ quan sát giúp bạn theo O&P.
- Nhân viên giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, sẽ có nhân viên bệnh viện giám sát việc mặc áo của bạn. Có thể họ yêu cầu bạn mặc áo theo như quy trình của bệnh viện. Vậy bạn phải có khả năng áp dụng các kiến thức đã học và thực hiện được mặc áo đúng kỹ thuật.

CHUẨN BỊ DỤNG CỤ TIỆT KHUẨN

1. Tầm quan trọng

Đóng gói dụng cụ đóng một vai trò quan trọng trong khử trùng và tiệt trùng. Nếu việc đóng gói không đúng kỹ thuật sẽ làm giảm hiệu quả của khử trùng tiệt trùng. Cụ thể là nếu đóng gói không đúng kỹ thuật thì chất diệt khuẩn không tiếp xúc được với dụng cụ, dụng cụ có thể bị ô nhiễm sau khử trùng tiệt trùng, khi mở dụng cụ sử dụng...

2. Mục tiêu

- Trình bày được nguyên tắc của đóng gói dụng cụ
- Thực hiện được quy trình đóng gói đúng kỹ thuật

3. Lý thuyết

Việc đóng gói dụng cụ áp dụng cho tất cả các phương pháp tiệt khuẩn cần tuân theo các nguyên tắc sau:

- Đảm bảo các chất tiệt khuẩn có thể tiếp xúc được với tất cả dụng cụ bên trong
- Đảm bảo các chất tiệt khuẩn có thể giải phóng ra khỏi gói sau quá trình tiệt khuẩn và cho phép dụng cụ khô hay thoáng khí một cách thích hợp
- Dụng cụ phải chịu được các tình trạng vật lý của quá trình tiệt khuẩn
- Dụng cụ không bị hư hỏng do không khí hay độ ẩm ở các mức độ khác nhau của quá trình tiệt khuẩn
- Dụng cụ phải được làm khô trước khi đóng gói
- Các gói dụng cụ đều phải có nhãn ghi rõ số lô, ngày hấp và thời gian sử dụng
- Các phương tiện dùng để đóng gói phải:
 - Đảm bảo không cho vi sinh vật, bụi và hơi ẩm xâm nhập. Dụng cụ trong gói/hộp phải được giữ nguyên tình trạng vô khuẩn từ sau khi tiệt khuẩn đến khi dùng.
 - Che phủ kín dụng cụ, dễ dàng buộc chặt và các băng kiểm tra an toàn (niêm phong) không niêm phong lại được sau khi đã mở gói/hộp. Không niêm phong bằng kim băng, clip hay các vật xuyên vào gói (giấy/vải) vì khi nó sẽ làm cho gói bị rách và dụng cụ ở bên trong bị ô nhiễm
- + Không dễ bị rách hay đâm thủng. Nếu bị đâm thủng hay rách do tai nạn thì phải nhìn thấy được.
- + Là chất không có các thành phần gây độc hoặc là phai màu
- + Không bị xơ hoặc là ít xơ
- + Bảo vệ được dụng cụ bên trong không bị hư hại do va đập
- + Cho phép lấy dụng cụ bên trong dễ dàng, không bị ô nhiễm
- + Kinh tế

Các phương tiện dùng để đóng gói phải tương hợp với phương pháp tiệt khuẩn. Dưới đây là một số phương tiện đóng gói:

- Phương tiện cho hấp ướt
 - + Hộp hấp ướt: Chất liệu thường bằng inox, có lỗ ở đáy, nắp và thành hộp để có thể cho hơi tiệt khuẩn xuyên vào và để thoát hơi. Hệ thống lỗ thoát hơi này có thể đóng

mở dễ dàng (Mở trong quá trình tiệt khuẩn, đóng khi đã tiệt khuẩn xong, ngay khi lấy ra khỏi lò hấp và khi bảo quản)

+ Vải: là loại được dệt 2 lớp thích hợp với giặt và hấp ẩm

+ Giấy: dành riêng cho gói dụng cụ.

- Phương tiện cho sấy khô: Hộp inox, có nắp dễ mở, không có lót kín hay giấy chịu nhiệt

4. Quy trình kỹ thuật

Có 2 loại gói: gói vuông và gói như gấp phong bì

Gói vuông:

	Các bước tiến hành	Phương pháp	Lý do	Những điểm lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị phương tiện đóng gói	2 miếng giấy/ vải vuông chuyên dụng; Giấy chỉ thị màu; Bàn đủ rộng	Để hơi có thể xuyên qua và thoát hơi 1 cách dễ dàng		
	2. Chuẩn bị dụng cụ	Xếp sẵn các dụng cụ đã được làm sạch, cùng chất liệu	Để lựa chọn phương pháp tiệt khuẩn và thời gian tiệt khuẩn thích hợp		
TRONG	3. Trải giấy/vải trên bàn	Trải rộng 2 mảnh giấy/vải trên bàn, một cạnh vải hướng về phía người gói	Lớp bao vải bên ngoài để bao bọc. Lớp bên trong để giữ cho dụng cụ được vô khuẩn		
	4. Đặt dụng cụ vào giấy/vải	Dụng cụ được xếp gọn vào giữa giấy/vải bọc	Để dụng cụ được che kín		
	5. Gập cạnh thứ nhất	Gập cạnh vải xa người trước theo hình kiểu đèn xếp	Để mở ra được dễ dàng	Giấy/vải phải ôm sát dụng cụ, không chặt quá hoặc lỏng quá	
	6. Gập tiếp cạnh thứ 2	Giống như trên	Giống như trên	Mép vải gập phải trùm lên lớp gập trước	
	7. Gấp góc thứ 3 bên trái	Gập cạnh vải bên trái sát dụng cụ và phủ lên đỉnh gói	Để dụng cụ không bị xô khi vận chuyển		
	8. Gấp góc thứ 4	Giống như góc thứ 3			
	9. Gập lớp giấy/vải ngoài	Cách gập giống như bước 5,6,7,8			
SAU	10. Dán chỉ thị màu	Dán 2 dải băng dài chỉ thị màu ở cạnh cuối cùng	Để cố định và để chứng tỏ rằng dụng cụ đã qua tiệt khuẩn	Băng phải dính tốt để đủ cố định gói dụng cụ	
	11. Chuyển tiệt trùng	Xếp cẩn thận vào xe để chuyển xuống khu tiệt trùng	Tránh để các dụng cụ khác làm hư hỏng gói		

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Tự đánh giá trước huấn luyện

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Kỹ thuật vô khuẩn dụng cụ không bị ảnh hưởng bởi việc đóng gói dụng cụ		
2	Dụng cụ đóng gói phải được xếp theo chủng loại chịu được tình trạng vật lý của quá trình tiệt khuẩn		
3	Trước khi đóng gói dụng cụ phải được làm khô		
4	Khi xếp dụng cụ cần chú ý gọn gàng để xếp được càng nhiều càng tốt		
5	Chỉ cần ghi thời gian tiệt khuẩn ở hộp/gói		
6	Các băng kiểm tra cần được tháo và dán lại dễ dàng		
7	Các gói/ hộp dụng cụ không còn vô khuẩn sau khi đã mở ra		
8	Vải đóng gói dụng cụ phải dày		
9	Tất cả các hộp bằng inox đều có thể dùng để hấp hoặc sấy dụng cụ		
10	Hộp hấp ẩm cần phải có hệ thống đóng mở để hơi có thể vào và thoát ra		

5.2. Huấn luyện có giáo viên tại phòng thực hành

5.3. Tự lượng giá

Các bước	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị phương tiện đóng gói					
2. Chuẩn bị dụng cụ					
3. Trải giấy/vải trên bàn					
4. Đặt dụng cụ vào giấy/ vải					
5. Gập cạnh thứ nhất					
6. Gập tiếp cạnh thứ 2					
7. Gấp góc thứ 3 bên trái					
7. Gấp góc thứ 4					
8. Gập lớp giấy/vải ngoài					
9. Dán chỉ thị màu					
10. Chuyển tiệt trùng					

6. Thực hành

6.1. Thực hành tại la bo (không có giáo viên)

- Bạn có thể tập đóng gói dụng cụ một mình theo quy trình kỹ thuật hoặc thực hành cùng với một người bạn để có người quan sát và rồi thay vai nhau theo các bước

+ Thực hiện hoạt động dựa trên tiêu chuẩn thực hành

+ Đánh giá việc thực hành của bạn

+ Hỏi quan sát viên về quá trình thực hành. Nếu cần thiết: Xác định những điểm chi tiết trong quá trình tham gia cho những lần thực hành tiếp theo

- Thực hành

Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình trong vài phút.

Bạn cần chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, giám sát viên nhìn vào (Bảng kiểm về đóng gói dụng cụ). sau đó bạn bắt đầu thực hành. Người giám sát đánh giá dựa trên bảng O&P.

6.2. Thực hành với nhóm hoặc một mình ở bất cứ nơi nào khi có điều kiện

- Bạn đã thực hành tại labo, bạn có sẵn bảng kiểm trong tay, vì vậy bạn có thể tự thực hành một mình, hoặc với nhóm 2 người tại bất cứ nơi nào, hoàn cảnh nào khi có điều kiện ví dụ như ở nhà, ở các labo khác... theo bảng kiểm.

- Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch. Sau khi bạn đã thực hiện được đóng gói dụng cụ theo quy trình kỹ thuật, bạn sẽ có thời gian thực tập tại bệnh viện. Tại bệnh viện có thể bạn thấy các điều dưỡng viên đóng gói dụng cụ không hoàn toàn giống như bạn đã học tại trường. Bạn đừng lo lắng mà hãy quan sát và phân tích xem họ đã thực hiện như thế nào, lý do tại sao lại có khác so với bạn học. Có thể các bước của quy trình được cô đọng lại theo các bước ít hơn hoặc khác một chút, nhưng về cơ bản là như bạn đã học ở trường.

6.3. Tự đánh giá quá trình rèn luyện

Bạn có thể tự đánh giá quá trình rèn luyện đóng gói dụng cụ bằng các cách sau:

- Quay camera: Bạn có thể đặt máy quay ở một chỗ có thể phù hợp, hoặc nhờ một người quay cho mỗi khi bạn muốn xem lại quá trình đóng gói dụng cụ của mình.

- Sinh viên giám sát lẫn nhau: Bạn cũng có thể lập một nhóm học tập để nhờ bạn mình quan sát quá trình đóng gói dụng cụ của bạn dựa vào bảng kiểm. Tốt nhất mỗi lần quan sát là một bạn khác.

- Sinh viên lớp trước giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, bạn sẽ gặp các anh chị sinh viên học trước bạn. Hãy nhờ họ quan sát giúp.

- Nhân viên giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, sẽ có nhân viên bệnh viện giám sát việc đóng gói dụng cụ của bạn. Có thể họ yêu cầu bạn đóng gói dụng cụ theo như quy trình của bệnh viện. Vậy bạn phải có khả năng áp dụng các kiến thức đã học và thực hiện được đóng gói dụng cụ đúng kỹ thuật.

KỸ THUẬT KHỬ KHUẨN – TIỆT KHUẨN DỤNG CỤ

1. Tầm quan trọng

Vô khuẩn tiệt khuẩn là một trong những yêu cầu hàng đầu của ngành y tế. Đối với cán bộ y tế, trong quá trình khám bệnh và chăm sóc người bệnh nhiễm khuẩn có thể trực tiếp truyền từ nhân viên y tế sang người bệnh và ngược lại, hoặc có thể gián tiếp qua dụng cụ. Vì vậy người điều dưỡng phải có thói quen, phản xạ vô khuẩn. Tuyệt đối tôn trọng quy trình vô khuẩn khi chuẩn bị hấp, sấy dụng cụ, khi tiến hành các thao tác, thủ thuật chăm sóc người bệnh, đồng thời phải biết chọn lựa phương pháp vô khuẩn - tiệt khuẩn dụng cụ thích hợp.

Trong bài này sẽ hướng dẫn các bạn quy trình khử khuẩn dụng cụ không chịu nhiệt và dụng cụ chịu nhiệt.

2. Mục tiêu

- Lựa chọn đúng dụng cụ cho khử khuẩn - tiệt khuẩn
- Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật tiệt khuẩn dụng cụ không chịu nhiệt và chịu nhiệt.

3. Lý thuyết

Tiệt khuẩn và khử khuẩn nhằm đảm bảo an toàn cho môi trường bệnh viện, người bệnh và nhân viên y tế (Khi xử lý dụng cụ và sử dụng dụng cụ). Có nhiều phương pháp tiệt khuẩn và khử khuẩn khác nhau vì vậy trong thực tế cần chọn lựa mức độ khử khuẩn - tiệt khuẩn thích hợp tùy thuộc vào một số yếu tố: Chất liệu làm dụng cụ, loại và lượng vi khuẩn bám trên dụng cụ, nguy cơ nhiễm khuẩn cho người bệnh và nhân viên y tế và cả chi phí y tế

3.1. Tiệt khuẩn

Là quá trình loại bỏ nhiều hoặc tất cả vi sinh vật gây bệnh (trừ nha bào) trên dụng cụ hoặc trên da tới mức không gây nguy hiểm tới sức khỏe.

Các phương pháp tiệt khuẩn gồm hấp ướt, hấp khô, và tiệt khuẩn bằng khí

- Hấp ướt: Là phương pháp thông thường và thích hợp nhất để tiệt khuẩn cho tất cả các dụng cụ dùng trong các thủ thuật xâm lấn chịu được nhiệt và độ ẩm. Phương pháp này không độc, rẻ tiền, diệt được nha bào, tốn ít thời gian. Thời gian tiệt khuẩn dụng cụ tùy thuộc vào nhiệt độ và áp suất của quy trình hấp sấy, ví dụ:

- Với nhiệt độ 121⁰C và ở áp suất 1,036 Atmosphere thì hấp trong 15 phút
- Với nhiệt độ 134⁰C và ở áp suất 2,062 Atmosphere thì hấp trong 3-4 phút
- Có thể dùng nồi áp suất với thời gian tối thiểu là 30 phút

- Hấp khô: Thích hợp để tiệt khuẩn một số thủy tinh và kim loại. Thời gian là 170⁰C trong 2 giờ hoặc 180⁰C trong 1 giờ. Phương pháp này hiện nay ít được khuyến cáo sử dụng vì khả năng tiệt khuẩn không bằng hấp ướt và dễ làm hư hỏng dụng cụ

- Tiệt khuẩn bằng khí: Các loại khí thường được sử dụng là: ethylen Oxit (EO), Formaldehyde hoặc hấp ướt ở nhiệt độ thấp kết hợp với sử dụng Formaldehyde

3.2. Khử khuẩn

Là quá trình loại bỏ hoặc phá huỷ tất cả các vi sinh vật, kể cả nha bào

Có 2 phương pháp khử khuẩn cơ bản là khử khuẩn bằng nhiệt và khử khuẩn bằng hoá học

- Khử khuẩn bằng nhiệt:

+ Autoclave: lò hấp hoặc nồi áp suất là hình thức khử khuẩn tốt nhất

+ Hấp ướt ở 70°C - 100°C

+ Đun sôi ở 100°C trong ít nhất 5 phút kể từ lúc bắt đầu sôi (Đun sôi trong 20 phút đạt được mức khử khuẩn bậc cao) là biện pháp đơn giản và đáng tin cậy trong việc bất hoạt các vi sinh vật gây bệnh kể cả viêm gan B, HIV và vi khuẩn lao.

+ Khử khuẩn bằng máy: được áp dụng với các dụng cụ như xô, chén, các ống máy thở, kính đeo mắt trong phòng thí nghiệm, đồ vải.

- Khử khuẩn bằng hoá học: Có 3 mức độ khử khuẩn, khử khuẩn ở mức độ cao, mức độ thấp và mức độ trung bình. Quá trình khử khuẩn bậc cao thường được áp dụng cho các loại dụng cụ không chịu nhiệt, đắt tiền như dụng cụ nội soi, dây máy thở... Những dụng cụ có bề mặt quá lớn như bàn tắm, bàn mổ, bàn tiểu phẫu không thể ngâm ngập trong hoá chất. Các sản phẩm được sử dụng rộng rãi cho khử khuẩn bậc cao là Glutaraldehyde 2% (Cidex), Cidezym, Presept. Khử khuẩn bằng hoá học cần tuân thủ các nguyên tắc sau:

+ Đảm bảo thời gian ngâm và nồng độ dung dịch khử khuẩn sử dụng

+ Dụng cụ phải được ngâm ngập trong dung dịch khử khuẩn

+ Nước cất vô khuẩn phải được kiểm tra chất lượng

+ Dung dịch khử khuẩn ban đầu chỉ dùng trong vòng 24 giờ, và phải thay khi bẩn

+ Phương tiện dùng để khử khuẩn phải được cọ rửa, để khô hàng ngày

+ Dụng cụ phải được bảo quản khô, chống mốc

+ Khử khuẩn mức độ cao: là quá trình khử khuẩn diệt được các vi khuẩn lao, các virus đường ruột và một số vi khuẩn, nấm và virus khác. Dụng cụ sau khi khử khuẩn ở mức độ cao phải được tráng rửa bằng nước tiệt khuẩn hoặc nước chín, sau đó phải được làm khô và đóng gói hoặc bảo quản trong môi trường khô, sạch để khỏi tái nhiễm.

4. Quy trình kỹ thuật khử khuẩn

4.1. Quy trình kỹ thuật khử khuẩn dụng cụ không chịu nhiệt

	Các bước tiến hành	Phương pháp	Lý do	Chú ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi xử lý	1. Chuẩn bị phương tiện	- Xà phòng, bàn chải và các phương tiện cọ rửa phù hợp với từng dụng cụ - Dung dịch khử khuẩn ban đầu - Khay/ xô có nắp đậy - Nước cất vô khuẩn - Khăn lau vô khuẩn hoặc phương tiện làm khô - Hộp kín vô khuẩn - Găng tay (sạch và vô khuẩn, tạp dề)	Để đảm bảo quy trình khử khuẩn đạt hiệu quả		
	2. Pha dung dịch khử khuẩn ban đầu và dung dịch khử khuẩn mức độ cao	Pha dung dịch khử khuẩn vào 2 xô theo nồng độ hướng dẫn của từng loại dung dịch	Để đảm bảo tác dụng của chất khử khuẩn	Thùng phải có nắp đậy	
Trong khi xử lý	3. Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn	Cho dụng cụ vào thùng/ xô đựng dung dịch khử khuẩn trong 5-10 phút	Để loại bỏ đa số vi sinh vật trước khi cọ rửa	Dụng cụ cần phải được ngập sâu dưới nước khử khuẩn	
	4. Tráng dụng cụ bằng nước sạch	Vớt dụng cụ ra khỏi dung dịch khử khuẩn và tráng dụng cụ dưới vòi nước chảy	Để hết chất khử khuẩn trên dụng cụ		
	5. Cọ rửa dụng cụ	- Dùng bàn chải đánh kỹ các góc ngách, khe kẽ của từng dụng cụ một. - Đối với vật sắc nhọn cần đánh theo một chiều.	- Đánh dụng cụ sắc nhọn theo một chiều để tránh bị tổn thương - Với các dụng cụ có răng cần chải dọc để loại bỏ hết chất bẩn bám trong các khe răng	Dưới vòi nước chảy	
	6. Khử khuẩn dụng cụ	Ngâm ngập dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn mức độ cao	Để loại bỏ tối đa các vi sinh vật trên dụng cụ	Thời gian theo hướng dẫn của nhà sản xuất	
	7. Tráng dụng cụ	Vớt dụng cụ ra và tráng dụng cụ bằng nước cất vô khuẩn	Để làm sạch hoá chất có trên dụng cụ		

	Làm khô dụng cụ	Lau khô dụng cụ bằng khăn vô khuẩn hoặc treo khô hoặc bằng khí nén.	Để đảm bảo dụng cụ không bị tái nhiễm.		
Sau khi xử lý	Bảo quản dụng cụ	Cho dụng cụ vào hộp vô khuẩn kín hoặc túi ni lon hàn kín. Ghi ngày sử dụng dụng cụ	Để dụng cụ giữ được tình trạng vô khuẩn cho những ngày sau.	Không nên để dụng cụ quá 8 ngày	

4.2. Quy trình kỹ thuật tiệt khuẩn dụng cụ chịu nhiệt

	Các bước tiến hành	Phương pháp	Lý do	Chú ý	Hình ảnh minh họa
Trước khi xử lý	1. Chuẩn bị phương tiện	- Xà phòng, bàn chải và các phương tiện cọ rửa phù hợp với từng dụng cụ, - Dung dịch khử khuẩn ban đầu - Khăn lau, găng tay sạch, tạp dề	Để đảm bảo quy trình khử khuẩn đạt hiệu quả.		
Trong khi xử lý	2. Pha dung dịch khử khuẩn ban đầu	Pha dung dịch khử khuẩn ban đầu vào xô theo nồng độ hướng dẫn của từng loại dung dịch	Để đảm bảo tác dụng của chất khử khuẩn	Xô phải có nắp đậy kín	
	3. Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn	Cho dụng cụ vào thùng/ xô đựng dung dịch khử khuẩn trong 5-10 phút	để loại bỏ đa số vi sinh vật trước khi cọ rửa		
	4. Tráng dụng cụ bằng nước sạch	Vớt dụng cụ ra khỏi dung dịch khử khuẩn và tráng dụng cụ dưới vòi nước chảy	Để hết chất khử khuẩn trên dụng cụ		
	5. Cọ rửa dụng cụ	- Dùng bàn chải đánh kỹ các góc ngách, khe kẽ của từng dụng cụ một. - Đối với vật sắc nhọn cần đánh theo một chiều.	- Đánh dụng cụ sắc nhọn theo một chiều để tránh bị tổn thương - Với các dụng cụ có răng cần chải dọc để loại bỏ hết chất bẩn bám trong các khe răng.	Nhân viên cọ rửa dụng cụ phải mang kính, găng tay, đeo tạp dề	
	6. Làm khô dụng cụ	Lau khô dụng cụ bằng khăn sạch và lau dầu vào các khớp nối	Để bảo dưỡng dụng cụ		
	7. Đóng gói dụng cụ	Cho dụng cụ vào hộp hoặc vào khăn gói dụng cụ. Dán băng chỉ thị màu. Dán nhãn ghi ngày xử lý, hạn dùng và tên người xử lý.	Để đảm bảo tình trạng vô khuẩn của dụng cụ.		
	8. Tiệt khuẩn dụng cụ	Cho dụng cụ vào máy tiệt khuẩn phù hợp.	Để đảm bảo dụng cụ được vô khuẩn và tính năng dụng cụ.		
Sau khi xử lý	9. Bảo quản dụng cụ	Dụng cụ có thể sử dụng ngay hoặc được đặt trong tủ lưu giữ.	Tránh dụng cụ bị tái nhiễm.		

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Tự đánh giá trước huấn luyện quy trình xử lý dụng cụ không chịu nhiệt

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Tất cả dụng cụ được khử khuẩn bằng hoá chất đều đạt được mức độ khử khuẩn như nhau .		
2	Khử khuẩn bằng hoá chất được áp dụng cho tất cả các loại dụng cụ.		
3	Khử khuẩn bằng hoá chất được áp dụng cho các dụng cụ không chịu được nhiệt.		
4	Dụng cụ chỉ được vô khuẩn khi đảm bảo thời gian ngâm và nồng độ dung dịch khử khuẩn.		
5	Dụng cụ khử khuẩn bằng hoá chất không cần khử khuẩn ban đầu.		
6	Dụng cụ có thể dùng được ngay sau khi vớt ra khỏi dung dịch khử khuẩn.		
7	Phải tráng dụng cụ đã khử khuẩn bằng nước sạch trước khi dùng.		
8	Phải lau khô dụng cụ bằng khăn vô khuẩn hoặc bằng khí nén.		
9	Dụng cụ không dùng lại ngay phải được bảo quản trong các hộp hoặc túi vô khuẩn.		
10	Nước cất tráng dụng cụ cần được kiểm tra chất lượng.		

5.2. Tự lượng giá quy trình xử lý dụng cụ không chịu nhiệt

Các bước	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
Chuẩn bị phương tiện					
Pha dung dịch khử khuẩn ban đầu và dung dịch khử khuẩn mức độ cao					
Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn					
Tráng dụng cụ bằng nước sạch					
Cọ rửa dụng cụ					
Khử khuẩn dụng cụ					
Tráng dụng cụ					
Lau khô dụng cụ					
Bảo quản dụng cụ					

5.3. Tự đánh giá trước huấn luyện quy trình xử lý dụng cụ chịu nhiệt

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Hấp ướt là phương pháp thích hợp nhất để tiệt khuẩn cho tất cả các dụng cụ dùng trong các thủ thuật xâm lấn.		
2	Mức độ tiệt khuẩn của hấp ướt không bằng hấp khô .		
3	Hấp khô có thể làm hư hỏng dụng cụ.		

4	Hộp hấp ướt phải đảm bảo cho hơi có thể vào và ra trong quá trình hấp.		
5	Thời gian tiệt khuẩn dụng cụ tùy thuộc vào nhiệt độ của lò hấp.		
6	Thời gian tiệt khuẩn dụng cụ tùy thuộc vào áp suất của lò sấy		
7	Dụng cụ tiệt khuẩn không cần phân loại		
8	Dụng cụ đem tiệt khuẩn không cần phải làm khô		
9	Vải đóng gói dụng cụ tiệt khuẩn có thể là bất cứ loại nào miễn là dày.		
10	Thời gian tiệt khuẩn dụng cụ phụ thuộc vào nhiệt độ và áp suất của phương tiện hấp/sấy.		

5.4. Tự lượng giá quy trình xử lý dụng cụ chịu nhiệt

Các bước	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị phương tiện					
2. Pha dung dịch khử khuẩn ban đầu					
3. Ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn					
4. Tráng dụng cụ bằng nước sạch					
5. Cọ rửa dụng cụ					
6. Làm khô dụng cụ					
7. Đóng gói dụng cụ					
8. Tiệt khuẩn dụng cụ					
9. Bảo quản dụng cụ					

5.5. Huấn luyện có giáo viên tại phòng thực hành

- Sau khi học lý thuyết về kỹ thuật xử lý dụng cụ chịu nhiệt và không chịu nhiệt, bạn đó tự lượng giá.

- Trước khi bạn thực hành, bạn sẽ được xem giáo viên hướng dẫn thao diễn toàn bộ quy trình.

6. Thực hành

- Thực hành tại labo (không có giáo viên)

- Thực hành một mình hoặc với nhóm :

+ Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình.

+ Bạn cần chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, (Bảng kiểm về dụng cụ). sau khi đầy đủ, bạn bắt đầu thực hành. Người giám sát đánh giá dựa vào bảng O&P.

+ Thực hành ở bất cứ nơi nào khi có điều kiện

- Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch :Thực hiện xử lý dụng cụ chịu nhiệt và không chịu nhiệt theo quy trình kỹ thuật, bạn có thời gian thực tập tại bệnh viện. Tại bệnh viện có thể bạn thấy các điều dưỡng xử lý dụng cụ chịu nhiệt và không chịu nhiệt không hoàn toàn giống như bạn đã học tại trường. Bạn đừng lo lắng mà hãy quan sát và phân tích xem họ thực hiện như thế nào, lý do tại sao khác so với bạn được học, nhưng về cơ bản giống như bạn đã học ở trường.

- Tự đánh giá quá trình huấn luyện:

Bạn có thể tự đánh giá quá trình huấn luyện bằng các cách sau:

- Quay camera.
- Sinh viên giám sát lẫn nhau: Bạn cũng có thể lập một nhóm học tập để nhờ bạn mình quan sát bạn dựa vào bảng kiểm.
- Sinh viên lớp trước giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, bạn sẽ gặp các anh chị sinh viên học trước bạn. Hãy nhờ họ quan sát giúp.
- Nhân viên giám sát: Khi đi thực tập tại bệnh viện, sẽ có nhân viên bệnh viện giám sát việc đúng theo như qui định của bệnh viện.

QUY TRÌNH LÀM SẠCH - CỌ RỬA DỤNG CỤ

1. Tầm quan trọng

Trong công tác khám bệnh, chăm sóc và điều trị cho người bệnh thì không thể thiếu được dụng cụ y tế và dụng cụ y tế là một trong các đường lây truyền trong nhiễm trùng bệnh viện, vì vậy vô khuẩn tiết khuẩn dụng cụ đóng vai trò rất quan trọng nhằm hạn chế nhiễm trùng bệnh viện. Cọ rửa dụng cụ là một trong các bước của quy trình vô khuẩn, tiết khuẩn dụng cụ. Việc cọ rửa dụng cụ nếu không được thực hiện đúng thì không những không đảm bảo hiệu quả của công tác vô khuẩn và tiết khuẩn dụng cụ mà còn có thể làm hư hỏng dụng cụ, tổn thương cho nhân viên y tế dẫn tới chi phí y tế tăng lên.

2. Mục tiêu

- Nêu được nguyên tắc cọ rửa dụng cụ (bằng tay).
- Thực hiện được việc cọ rửa dụng cụ đúng quy trình kỹ thuật.

3. Lý thuyết

- Dụng cụ có thể được cọ rửa bằng tay hoặc bằng máy. Mục đích của cọ rửa dụng cụ là để loại bỏ toàn bộ các chất bẩn dính trên dụng cụ, nơi ẩn náu của vi khuẩn tránh tiếp xúc với các hoá chất sát khuẩn.

- Trước khi cọ rửa dụng cụ cần được phân loại: dụng cụ bỏ đi sau mỗi lần dùng, dụng cụ sử dụng lại gồm các dụng cụ bằng kim loại, bằng cao su, bằng thủy tinh... và sắp xếp các dụng cụ sao cho đồng chất với nhau (Kim loại với kim loại, thủy tinh với thủy tinh, nhựa với nhựa). Các sản phẩm chứa chất tẩy rửa phải thích hợp với loại dụng cụ xử lý.

- Ngày nay, vấn đề vô khuẩn rất được chú trọng trên khắp thế giới. Nhiều tác nhân gây bệnh có thể lây truyền qua đường máu như HIV, Viêm gan B... thông qua dụng cụ y tế. Vì vậy nhiều dụng cụ được khuyến cáo sử dụng một lần nếu có thể như bơm kim tiêm, các ống bơm hút bằng nhựa... Trong bài này chỉ đề cập đến việc cọ rửa dụng cụ bằng kim loại bằng tay.

Nguyên tắc cọ rửa dụng cụ bằng tay:

- Nơi rửa dụng cụ phải được ngăn cách tương đối riêng biệt với các khu sạch khác.
- Bồn rửa dụng cụ phải bằng Inox hoặc ốp gạch men.
- Tất cả dụng cụ phải được tháo rời trước khi cọ rửa và đã được ngâm vào dung dịch sát khuẩn.
- Rửa dụng cụ bằng bàn chải dưới vòi nước chảy.
- Sau khi cọ rửa, dụng cụ phải được làm khô, các khớp nối cần được bảo dưỡng (Bằng dầu hỏa) trước khi đóng gói.
- Nhân viên y tế phải mang găng tốt khi cọ rửa dụng cụ.

4. Quy trình kỹ thuật

	Các bước tiến hành	Phương pháp	Lý do	Chú ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị phương tiện cọ rửa	- Hộp/ chậu đựng dung dịch khử khuẩn ban đầu - Nước xà phòng - Bàn chải - Hộp đựng các vật thải bỏ - Táp dề, găng tay, khẩu trang	Dụng cụ được ngâm trong dung dịch khử khuẩn ban đầu càng sớm càng tốt	Dung dịch khử khuẩn pha đúng nồng độ theo hướng dẫn của nhà sản xuất	
	2. Phân loại dụng cụ	- Bỏ các dụng cụ dùng một lần - Phân loại dụng cụ thường và dụng cụ sắc nhọn - Với dao mổ: dùng pinch tháo rời lưỡi dao và cho vào hộp đựng các vật sắc nhọn	Tránh tổn thương nhân viên y tế trong khi rửa dụng cụ		
	3. Ngâm ngập dụng cụ vào trong dung dịch khử khuẩn	- Mở tối đa tất cả các khớp nối của dụng cụ và xếp theo chiều vào hộp đựng dung dịch khử khuẩn ban đầu. - Thời gian ngâm tùy vào từng loại dung dịch khử khuẩn	Tất cả các mặt của dụng cụ được tiếp xúc với dung dịch sát khuẩn		
TRONG	4. Tráng dụng cụ qua nước sạch	Vớt dụng cụ ra khỏi dung dịch khử khuẩn và tráng qua nước sạch sau đó ngâm vào chậu nước xà phòng	Dung dịch sát khuẩn được loại bỏ trước khi dụng cụ được đánh bằng xà phòng		
	5. Đánh cọ dụng cụ	- Dùng bàn chải đánh kỹ các góc ngách, khe kẽ của từng dụng cụ một. - Đối với vật sắc nhọn cần đánh theo một chiều.	- Đánh dụng cụ sắc nhọn theo một chiều để tránh bị tổn thương - Với các dụng cụ có răng cần chải dọc để loại bỏ hết chất bẩn bám trong các khe răng	Dưới vòi nước chảy	
	6. Làm khô dụng cụ	Lau dụng cụ bằng khăn lau hoặc xì khô	Đảm bảo tác dụng của chất khử khuẩn, diệt khuẩn		
SAU	7. Bảo dưỡng dụng cụ	Lau các khớp chuyển động của dụng cụ bằng gạc tẩm dầu và kiểm tra dụng cụ	Tránh gỉ và bỏ đi các dụng cụ đã bị hư hỏng		
	8. Đóng gói dụng cụ	Xếp dụng cụ vào hộp/gói, dán nhãn ghi thời gian (ngày, tháng) tiết trùng, dán chất chỉ thị màu	Đảm bảo dụng cụ còn hạn sử dụng		

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Tự đánh giá trước huấn luyện

Stt	Câu hỏi	Đúng	Sai
1	Cọ rửa dụng cụ là một bước trong quy trình vô khuẩn- tiệt khuẩn dụng cụ		
2	Dụng cụ cần được cọ rửa ngay sau khi sử dụng`		
3	Cần phân loại dụng cụ trước khi cọ rửa		
4	Tất cả dụng cụ phải được tháo rời trước khi cọ rửa		
5	Trước khi cọ rửa dụng cụ phải được khử khuẩn bằng chất sát khuẩn		
6	Dụng cụ cần được rửa dưới vòi nước chảy		
7	Dụng cụ phải được cọ rửa bằng bàn chải hoặc bằng máy		
8	Phải mang găng, đeo tạp dề khi cọ rửa dụng cụ		
9	Sau khi cọ rửa các khớp nối của dụng cụ cần được lau khô rồi đóng gói		
10	Trước khi đóng gói, các khớp nối của dụng cụ cần được lau dầu		

5.2. Huấn luyện có giáo viên tại phòng thực hành

5.3. Tự lượng giá

Các bước	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị phương tiện cọ rửa					
2. Phân loại dụng cụ					
3. Ngâm ngập dụng cụ vào trong dung dịch khử khuẩn ban đầu					
4. Tráng dụng cụ qua nước sạch					
5. Đánh cọ dụng cụ					
6. Làm khô dụng cụ					
7. Bảo dưỡng dụng cụ					
8. Đóng gói dụng cụ					

6. Thực hành

6.1. Thực hành tại la bo (không có giáo viên)

- Bạn có thể tập cọ rửa dụng cụ một mình theo quy trình kỹ thuật hoặc thực hành cùng với một người bạn để có người quan sát và rồi thay vai nhau theo các bước:

+ Thực hiện hoạt động dựa trên tiêu chuẩn thực hành

+ Đánh giá việc thực hành của bạn

+ Hỏi quan sát viên về quá trình thực hành. Nếu cần thiết, xác định những điểm chi tiết trong quá trình tham gia cho những lần thực hành tiếp theo

- Thực hành

Trước khi thực hành mỗi một thành viên tham gia tự chuẩn bị về vai trò của mình trong vài phút.

Bạn cần chuẩn bị những dụng cụ cần phải có, giám sát viên dựa vào (Bảng kiểm về đóng gói dụng cụ), sau đó bạn bắt đầu thực hành. Người giám sát đánh giá dựa trên bảng O&P.

6.2. Thực hành với nhóm hoặc một mình ở bất cứ nơi nào khi có điều kiện

Bạn đã thực hành tại labo, bạn có sẵn bảng kiểm trong tay, vì vậy bạn có thể tự thực hành một mình hoặc với nhóm 2 người tại bất cứ nơi nào, hoàn cảnh nào khi có điều kiện ví dụ như ở nhà, ở các labo khác... theo bảng kiểm.

6.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

Sau khi bạn đó thực hiện được việc cọ rửa dụng cụ theo quy trình kỹ thuật, bạn sẽ có thời gian thực tập tại bệnh viện. Tại bệnh viện có thể bạn thấy các điều dưỡng viên cọ rửa dụng cụ không hoàn toàn giống như bạn đó học tại trường. Bạn đừng lo lắng mà hãy quan sát và phân tích xem họ đã thực hiện như thế nào, lý do tại sao lại khác so với bạn học. Có thể các bước của quy trình các bước ít hơn hoặc khác một chút, nhưng về cơ bản giống như học ở trường.

6.4. Tự đánh giá quy trình huấn luyện

Bạn có thể tự đánh giá quy trình huấn luyện cọ rửa dụng cụ bằng các cách sau:

- Quay camera
- Sinh viên giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát khi đi thực tập tại bệnh viện
- Nhờ nhân viên giám sát khi đi thực tập tại bệnh viện

CHƯƠNG V

CÁC KỸ THUẬT CHO ĂN VÀ CHĂM SÓC BÀI TIẾT

1. Giới thiệu toàn chương

1.1. Danh sách các kỹ năng trong chương:

- Hỗ trợ cho người bệnh ăn
- Đặt ống thông dạ dày
- Cho người bệnh ăn qua ống thông dạ dày (đường mũi, miệng, mở ống thông dạ dày)
- Sử dụng bơm vệt, bơm dẹt
- Đặt ống thông vào trực tràng
- Thụt tháo
- Thông tiểu nữ
- Thông tiểu nam
- Dẫn lưu nước tiểu liên tục
- Rửa bàng quang
- Rửa bàng quang liên tục
- Ghi chép, theo dõi lượng dịch vào ra

1.2. Mục tiêu chung toàn chương

- Hỗ trợ dinh dưỡng cho người bệnh
- Hỗ trợ sự bài tiết cho người bệnh
- Thực hiện được các kỹ năng hỗ trợ dinh dưỡng như cho người bệnh ăn qua miệng, đặt ống thông dạ dày, nuôi ăn qua ống thông một cách an toàn và hiệu quả.
- Thực hiện được các kỹ năng sử dụng các dụng cụ bơm vệt và bơm dẹt an toàn.
- Thực hiện được kỹ năng đặt ống thông trực tràng một cách an toàn.
- Thực hiện được các kỹ năng hỗ trợ bài tiết như thụt tháo, đặt thông tiểu cho người bệnh Nam, Nữ, dẫn lưu nước tiểu liên tục và rửa bàng quang một cách an toàn và hiệu quả.
- Nhận thức được tầm quan trọng của sự dinh dưỡng trong điều trị.
- Nhận thức được tầm quan trọng của việc thực hiện các kỹ năng hỗ trợ bài tiết cho người bệnh.

2. Yêu cầu

2.1. Giới thiệu tổng quan

Dinh dưỡng là 1 nhu cầu cơ bản của con người, nhu cầu dinh dưỡng có thể thay đổi trong suốt cuộc đời và nó cần thiết trong lúc khỏe mạnh và cả trong lúc bệnh tật. Thực phẩm là nguồn cung cấp các chất dinh dưỡng cho cơ thể và bộ não. Việc ăn uống thì thật sự rất cần thiết cho con người, nó có thể là nguồn vui, sự giải trí, một vấn đề xã hội, một biểu tượng tôn giáo, một nét văn hóa hay là một thành phần của phương thức chữa bệnh. Đối với những người khác nhau thì thực phẩm, việc ăn uống, sự dinh dưỡng thường khác nhau và việc thay đổi hành vi ăn uống là một quá trình khó khăn và lâu dài, bởi vì dinh dưỡng rất quan trọng cho sức khỏe và cuộc sống. Trong suốt vòng đời dinh dưỡng rất cần thiết được thay đổi cho phù hợp với sự tăng trưởng, phát triển và hoàn

thiện của cơ thể, khoảng thời gian tăng trưởng và phát triển mạnh nhất là giai đoạn trẻ sơ sinh, dậy thì, đang trong giai đoạn mang thai hay cho con bú... tất cả đều cần tăng lượng dinh dưỡng cần thiết, ngoài ra tuổi tác không chỉ ảnh hưởng đến nhu cầu dinh dưỡng mà còn ảnh hưởng đến lượng thức ăn ăn vào. Về giới tính thì thường nhu cầu dinh dưỡng của nam cũng hơi khác so với nữ do liên quan đến cấu tạo của cơ thể, và khối cơ của nam nhiều hơn nữ nghĩa là nhu cầu về năng lượng và protein sẽ cao hơn và cũng sẽ cần nhiều vitamin B hơn để chuyển hoá năng lượng và protein, trong khi phụ nữ thì lại cần nhiều Fe hơn trong chế độ ăn... một chế độ dinh dưỡng kém có thể làm giảm sức khoẻ 1 cách trầm trọng, đó là điều đáng phải quan tâm của công tác điều dưỡng. Dù cho cơ thể ở tư thế nghỉ ngơi hoàn toàn không hoạt động gì cũng vẫn cần phải tiêu hao một số năng lượng nhất định cung cấp cho các hoạt động của các cơ quan bên trong cơ thể như: tim, phổi, thận... để duy trì sự sống. Khi cơ thể bị ốm đau thì nhu cầu về dinh dưỡng lại càng trở nên quan trọng, vì ăn uống tốt giúp cho cơ thể có đủ khả năng chống lại bệnh tật và hồi phục sức khoẻ. Sự dinh dưỡng hợp lý cũng góp phần quan trọng giống như thuốc để điều trị bệnh. Do vậy bằng mọi cách người điều dưỡng phải đảm bảo cho người bệnh dinh dưỡng đầy đủ và phù hợp với nhu cầu và tình trạng bệnh. Có nhiều cách để đưa thức ăn vào cơ thể người bệnh, có thể cho người bệnh ăn qua miệng theo đường tự nhiên hoặc cũng có thể cho ăn qua ống thông trong trường hợp người bệnh không tự ăn qua miệng được hoặc có một số bệnh lý làm ảnh hưởng đến phản xạ nuốt... và cũng tùy vào từng trường hợp bệnh mà người điều dưỡng sẽ nhận định chính xác người bệnh để chọn lựa phương pháp cho người bệnh ăn phù hợp, an toàn và hiệu quả nhất.

2.2. Kiểm tra trước học

Câu hỏi lượng giá trước khi học

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1	Cảm giác thèm ăn sẽ xuất hiện ở giai đoạn toàn phát bệnh		
2	Chế độ ăn điều trị chỉ sử dụng trong một giai đoạn, không thể áp dụng suốt đời		
3	Vệ sinh sạch sẽ giúp ăn ngon miệng hơn		
4	Thay đổi món ăn liên tục giúp người bệnh ăn ngon miệng hơn		
5	Nên cho người bệnh ăn những món ăn mà người bệnh thích		
6	Nên chọn thức ăn phù hợp với chế độ ăn bệnh lý hơn là khẩu vị của người bệnh		
7	Chế độ ăn hợp lý cần phải đa dạng nhiều loại thức ăn		
8	Bất lợi của ăn qua đường miệng là bị ảnh hưởng đến cảm quan của người bệnh		
9	Sự khác nhau về tuổi ảnh hưởng đến quá trình tiêu hoá		
10	Chiều dài đặt ống thông thay đổi tùy thuộc vào mỗi người bệnh khi đo ống		
11	Không nên nuôi dưỡng người bệnh qua ống thông mũi dạ dày trên 1 tháng		
12	Ống thông mũi dạ dày có thể gây tổn thương niêm mạc đường tiêu hoá trong khi đặt		
13	Tư thế thuận lợi giúp đặt ống thông mũi dạ dày dễ dàng là cho người bệnh nằm đầu cao, cổ gập về hướng ngực khi đưa ống qua hầu		
14	Thao tác điều dưỡng cần phải nhanh, mạnh, dứt khoát để cố gắng đặt ống đến đúng vị trí		
15	Ống thông mũi dạ dày được dùng để nuôi dưỡng, giải áp và bơm rửa		

HỖ TRỢ CHO NGƯỜI BỆNH ĂN

1. Giới thiệu kỹ năng

Dinh dưỡng là một nhu cầu cơ bản của mỗi người, nhưng đối với người bệnh do ảnh hưởng của bệnh tật nên thường cảm thấy ăn không ngon miệng nhất là những người bệnh trong giai đoạn ủ bệnh và toàn phát bệnh, không những vậy một số bệnh lý còn đòi hỏi sự tiết chế trong chế độ ăn, ví dụ như bệnh thận thì không được ăn mặn hay bệnh tiểu đường thì lại hạn chế đường tối đa trong thức ăn... Do đó với những yếu tố trên càng làm cho người bệnh cảm thấy ăn không ngon miệng hơn, và chúng ta cũng đã biết vai trò của dinh dưỡng cũng quan trọng như thuốc dùng trong việc điều trị, giúp người bệnh mau chóng bình phục. Do vậy vai trò của người điều dưỡng rất quan trọng trong việc hỗ trợ cho người bệnh ăn.

2. Mục tiêu của kỹ năng

- Thực hiện được việc trình bày mâm ăn gọn gàng đẹp mắt và dễ sử dụng
- Chuẩn bị được vùng phụ cận được tiện nghi, sạch sẽ trước khi cho người bệnh ăn
- Giúp người bệnh ăn hết suất được dễ dàng, ngon miệng, với tinh thần vui vẻ thoải mái
- Giao tiếp được với người bệnh một cách thân mật, quan tâm và chia sẻ
- Ý thức được tầm quan trọng của vai trò dinh dưỡng trong việc điều trị cho người bệnh

3. Lý thuyết liên quan đến kỹ thuật

Trong cơ thể con người có 2 quá trình trái ngược nhau, luôn luôn gắn bó và kết hợp chặt chẽ với nhau đó là quá trình đồng hoá và quá trình dị hoá. Quá trình đồng hoá bao gồm các phản ứng chuyển các phân tử hữu cơ có trong thức ăn như protid, lipid và glucid thuộc các nguồn gốc khác nhau từ động vật hay thực vật thành chất hữu cơ đặc hiệu của cơ thể để tham gia vào sự tạo hình, tăng trưởng và dự trữ cho cơ thể. Muốn thực hiện phản ứng này cần phải có năng lượng. Quá trình dị hoá là quá trình bao gồm các phản ứng thoái hóa của các chất hữu cơ thành những sản phẩm trung gian, thải những chất cặn bã (CO_2 , H_2O , ure...) mà cơ thể không cần nữa ra ngoài, các phản ứng này tạo ra năng lượng dưới dạng nhiệt, năng lượng này dùng cho các phản ứng tổng hợp và các phản ứng khác của cơ thể như co cơ, hấp thu, bài tiết... Ở trẻ nhỏ quá trình đồng hoá mạnh hơn quá trình dị hoá, ở tuổi trưởng thành nếu ăn uống quá mức thì làm cho trọng lượng cơ thể tăng lên, chất dư thừa được dự trữ trong cơ thể dưới dạng mỡ, còn ở người bệnh thì quá trình dị hoá tăng do cần phải tiêu hao năng lượng do bệnh lý như sốt... do vậy nếu dinh dưỡng không đủ cơ thể sẽ sử dụng protid, glucid dự trữ để tạo ra năng lượng, người bệnh sẽ sụt cân và khả năng chống lại bệnh tật kém. Do đó sự dinh dưỡng rất cần thiết cho cơ thể đặc biệt là cho người bệnh.

Việc dinh dưỡng hợp lý là phải cung cấp đầy đủ cho cơ thể những thực phẩm cần thiết cho sự sống, thực phẩm phải đáp ứng được 3 yêu cầu: Cung cấp đủ nguyên liệu tạo ra năng lượng cho quá trình dị hoá, cung cấp đủ nguyên liệu để xây dựng và bảo tồn mô, cung cấp những chất cần thiết để điều hoà quá trình sinh hoá trong cơ thể.

Thực phẩm chúng ta ăn hàng ngày bao gồm: Đường, tinh bột, đạm, chất béo, nước, vitamin, khoáng chất và chất xơ. Đường, tinh bột, đạm, mỡ là những chất sinh năng lượng hay còn gọi là chất hữu cơ. Vitamin, nước, muối khoáng là những chất không sinh năng lượng nhưng nó có nhiệm vụ đệm trong các phản ứng hoá học của cơ thể, tham gia vào cấu trúc của các mô, điều hoà thần kinh và thể dịch... và được gọi là chất

vô cơ, còn chất xơ là chất không sinh năng lượng nhưng nó có nhiệm vụ làm tăng thể tích phân và giúp việc bài tiết chất bã qua đường tiêu hoá dễ dàng.

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

- Nhu cầu về năng lượng hằng ngày bao gồm nhu cầu năng lượng cho chuyển hoá cơ bản và nhu cầu năng lượng cần thiết cho những hoạt động của cơ thể, nhu cầu năng lượng hằng ngày tùy thuộc vào từng người, từng giai đoạn phát triển, bệnh lý và tùy theo mức độ hoạt động của mỗi người.

- Nhu cầu về chất bao gồm : Đạm (protid), Mỡ (Lipid), Đường, bột (glucid), nước, chất khoáng : Mg, Fe, Na, K, Ca.. Chất xơ

Một chế độ ăn đầy đủ là nó cung cấp 1 sự cân bằng về tất cả các chất dinh dưỡng cần thiết, do vậy khẩu phần ăn là lượng thực phẩm cần dùng cho một người trong một ngày để đảm bảo nhu cầu về năng lượng và chất cho cơ thể. Nhu cầu dư trong khẩu phần ăn không thể xác định một cách tuyệt đối mà nó tùy thuộc vào đối tượng, mức độ lao động, tình trạng bệnh lý Cần có tỉ lệ cân đối giữa các chất đạm, đường, mỡ, vitamin, khoáng chất trong khẩu phần ăn

Ngày nay để đánh giá tình trạng cân nặng của một người người ta dựa vào chỉ số BMI là một tỉ lệ giữa chiều cao và cân nặng, nó phản ánh được tổng lượng mỡ dư thừa trong cơ thể một cách chính xác, chỉ số BMI không phân biệt theo giới tính và được tính theo công thức sau:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Cân nặng (tính đơn vị Kg)}}{\text{Bình phương chiều cao (tính đơn vị mét)}}$$

Bình thường BMI phải nằm trong giới hạn: $18 < \text{BMI} < 23$

Một chế độ ăn hợp lý phải:

- Ăn đa dạng nhiều loại thức ăn, thông thường một ngày trong một khẩu phần ăn trung bình có từ 20-30 loại thức ăn không kể các loại gia vị như nước mắm, hành, tỏi...

- Ăn chừng mực, điều độ, không nên ăn quá nhiều hay loại bỏ không ăn một loại thực phẩm nào.

- Ăn thức ăn phải nguyên vẹn chưa qua chế biến hay chỉ ép lấy một phần của loại thức ăn...

- Điều dưỡng nên ý thức rằng tình trạng dinh dưỡng kém của người bệnh có nhiều khả năng làm chậm sự hồi phục bệnh, do vậy người điều dưỡng có thể hướng dẫn người bệnh lúc họ nghỉ ngơi, hoặc khi cho người bệnh ăn... để người bệnh hiểu rõ về vai trò quan trọng của việc dinh dưỡng đúng cách và hợp lý. Những hướng dẫn này có thể là:

- Hướng dẫn trực tiếp cho thân nhân người bệnh lúc thích hợp, cũng có thể dùng bảng chỉ dẫn để hướng dẫn họ.

- Khuyến người bệnh không nên cố ăn những thức ăn mà họ không thích.

- Khuyến người bệnh không nhất thiết phải phải thực hiện theo yêu cầu của Bác sỹ nếu chế độ dinh dưỡng đó không phù hợp với tín ngưỡng hoặc là những thức ăn quá mắc tiền, khó tìm và khó chế biến.

- Luôn luôn ủng hộ và khuyến khích người bệnh ăn.

- Nếu có thể nên hướng dẫn chế độ dinh dưỡng cho họ từ từ trong vài ngày hoặc trong vài tuần, không nên áp đảo người bệnh quá nhiều thông tin cùng một lúc và phải cho phép họ có thời gian tiếp thu, suy nghĩ và thắc mắc.

- Ước định được mức độ tiếp thu của người bệnh.

Điều dưỡng cũng cần phải quan tâm đến việc kích thích sự thèm ăn của người bệnh: Đau ốm, bệnh tật, lo âu hay đang điều trị bằng thuốc có thể dẫn đến biếng ăn và ăn ít đi, do vậy thức ăn và cách thức ăn uống có ý nghĩa rất lớn. Người bệnh không được tự mua thức ăn, không được chế biến, chuẩn bị nó và còn phải ăn trong môi trường bệnh viện không thân thuộc làm giảm sự ăn ngon miệng. Do vậy để kích thích sự ăn ngon miệng của người bệnh ta cần phải:

- Cần có sự hiện diện của người thân hay của người điều dưỡng cũng một phần giúp người bệnh ăn ngon miệng hơn
- Chia khẩu phần ăn của người bệnh ra thành từng bữa nhỏ, tránh áp đảo người bệnh với một lượng lớn thức ăn
- Nên thuyết phục người bệnh ăn những thức ăn mà họ thích nhưng cũng phải phù hợp với chế độ ăn điều trị
- Tạo môi trường, không khí thân mật khi cho người bệnh ăn
- Trình bày món ăn hấp dẫn, đẹp mắt để giúp kích thích sự thèm ăn
- Kiểm soát được tình trạng của người bệnh khi như đau, nôn, buồn nôn, mệt mỏi bằng cách thực hiện thuốc theo y lệnh kịp thời giúp hạn chế tối đa ảnh hưởng của các triệu chứng bệnh lý đến sự ăn uống của người bệnh
- Lập danh sách các loại thức ăn mà người bệnh không thể ăn hoặc không thích ăn
- Chăm sóc vệ sinh răng miệng hằng ngày cũng giúp cho người bệnh ăn ngon miệng hơn
- Dọn dẹp vệ sinh vùng phù cận gọn gàng, sạch sẽ tránh mùi hôi nhất là khi cho người bệnh ăn
- Sắp xếp khay đựng thức ăn gọn gàng dễ sử dụng
- Sắp xếp chỗ ngồi hoặc nằm cho người bệnh tiện nghi trong suốt thời gian ăn
- Khi người bệnh không thể ăn được họ cảm thấy mất tự do và cảm thấy không còn tự tin. Những cách sau đây có thể giúp cho người bệnh cảm thấy tự tin hơn trong lúc được cho ăn:
 - Nếu có thể sắp xếp cho nhiều người bệnh được ăn cùng lúc với nhau, thu hút sở thích của người bệnh bằng cách quan tâm đến đến thú vị của các món ăn và nhịp độ ăn của người bệnh
 - Có thể nói chuyện với người bệnh để tạo mối quan hệ thân thiện trong lúc cho người bệnh ăn
 - Khuyến khích, động viên, thăm hỏi, tỏ vẻ quan tâm trong khi cho người bệnh ăn
 - Chỉ định hỗ trợ người bệnh ăn được áp dụng cho những người bệnh tỉnh táo, còn phản xạ nuốt và không tự ăn uống được
- Cách chuẩn bị bữa ăn:
 - Đối với người Việt Nam một bữa cơm tối thiểu sẽ có 3 món: món canh, món mặn, và món xào
 - Áp dụng chế độ ăn đa dạng: trên 10 loại thức ăn trong một bữa ăn và trên 25-30 loại thức ăn trong ngày
 - Chế độ ăn theo yêu cầu điều trị tùy theo tình trạng bệnh của người bệnh
 - Môi trường xung quanh thoáng mát, không có mùi hôi
 - Người bệnh được vệ sinh răng miệng sạch sẽ giúp ăn ngon miệng hơn
 - Trình bày thức ăn đẹp mắt và hợp vệ sinh cũng là những yếu tố giúp người bệnh ăn ngon miệng

4. Quy trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị người bệnh	Báo giải thích cho người bệnh	Giúp người bệnh chuẩn bị tâm lý trước	Thái độ niềm nở, ân cần	
	2. Rửa tay	Áp dụng rửa tay thường qui	Giảm sự lây nhiễm	Rửa sạch các mặt của bàn tay	
	3. Soạn dụng cụ	Soạn một mâm sạch ăn sạch trong đó có chứa: - Chén - Muỗng - Đũa - Dao (nếu cần) - Dĩa đựng thức ăn - Tô đựng thức ăn - Chén nhỏ chứa nước chấm - Ly uống nước - Khăn ăn - Trái cây hay bánh ngọt tráng miệng	Các dụng cụ này phục vụ cho bữa ăn và chứa các loại thức ăn		
TRONG	4. Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh	Báo và giải thích cho người bệnh	Giải thích cho người bệnh hiểu về tầm quan trọng của việc ăn uống đầy đủ giúp mau bình phục	Thái độ niềm nở, vui vẻ, thân thiện	
	5. Chuẩn bị vùng phụ cận	Dọn dẹp giường, tủ đầu giường cho gọn gàng	Môi trường cũng làm ảnh hưởng đến sự ngon miệng của người bệnh	Dọn dẹp sạch sẽ vùng phụ cận, hạn chế các mùi hôi	
	6. Chuẩn bị người bệnh	- Cho người bệnh rửa tay - Sửa lại đầu tóc, quần áo người bệnh gọn gàng, tươm tất	Giảm bớt nguy cơ lây nhiễm	Nếu người bệnh không tự rửa tay được thì người điều dưỡng giúp	
	7. Để tư thế người bệnh thích hợp	Đặt người bệnh nằm hay ngồi tùy theo tình trạng bệnh	Giúp người bệnh thoải mái trong khi ăn	Giữ an toàn cho người bệnh trong suốt thời gian ăn	
	8. Trình bày mâm cơm	- Cơm nóng xới ra chén - Cho canh vào tô, thêm vài cọng hành ngò lên trên mặt - Cho các món ăn ra đĩa, trình bày đẹp mắt - Đặt chén nước chấm giữa khay có thể cho ít ớt nếu người bệnh thích - Sắp xếp khay ăn, chén, đũa, muỗng ra mâm	Các thức ăn được để vị trí thích hợp và dễ dàng cho việc chọn lựa thức ăn trong khi ăn	Trình bày mâm ăn đẹp mắt và có trật tự một phần giúp việc kích thích người bệnh ăn ngon miệng hơn	

	9. Giúp người bệnh ăn	- Choàng khăn ăn qua cổ người bệnh - Đặt khay thức ăn trước mặt người bệnh - Điều dưỡng xới cơm ra chén gấp thức ăn và xúc cho người bệnh ăn từng muỗng nhỏ một - Cho người bệnh uống từng muỗng canh nhỏ - Lần lượt xen kẽ giữa các món ăn cho đến khi xong bữa - Cho người bệnh ăn tráng miệng bằng trái cây hoặc bánh ngọt - Lau miệng lại cho người bệnh - Cho người bệnh súc miệng và uống nước	- Tránh thức ăn rơi vãi làm bẩn quần áo người bệnh - Giúp cho người bệnh thưởng thức, nhìn ngắm món ăn dễ dàng - Cho người bệnh ăn từ từ tránh nguy cơ sặc do nuốt vội. - Thay đổi món giúp người bệnh ăn ngon miệng và đỡ ngán - Giúp người bệnh tiện nghi và thoải mái sau khi ăn	Trong suốt thời gian cho người bệnh ăn, người điều dưỡng luôn nói chuyện với người bệnh về các lợi ích của món ăn, khẩu vị của người bệnh để lần ăn sau ngon miệng hơn và luôn hỏi thăm cảm nhận của người bệnh khi ăn với lời lẽ quan tâm, chu đáo và niềm nở	
SAU	10. Giúp người bệnh tiện nghi	- Để người bệnh nằm, ngồi tư thế thích hợp - Báo và giải thích việc đã xong	Giúp thức ăn dễ tiêu hóa	Giữ an toàn cho người bệnh	
	11. Thu dọn dụng cụ	- Cho tất cả thức ăn thừa vào thùng chứa - Rửa sạch khay và các dụng cụ bằng nước và xà phòng - Lau khô để vào nơi qui định	Xử lý rác theo đúng qui định	Nếu người bệnh có nguy cơ lây nhiễm qua đường dịch tiết thì sẽ xử lý các dụng cụ theo đúng qui định	
	12. Ghi hồ sơ	- Ngày giờ cho ăn - Khẩu phần ăn - Số lượng thức ăn người bệnh ăn được - Lý do tại sao không ăn hết suất ăn - Phản ứng và cảm nhận của người bệnh khi ăn	Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của người bệnh phụ giúp Bác sĩ có biện pháp hỗ trợ	Ghi chú cẩn thận những cảm nhận của người bệnh về món ăn để góp ý với khoa dinh dưỡng giúp nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh tốt hơn	

5. Tự đánh giá và huấn luyện

5.1. Đánh giá trước huấn luyện

Câu hỏi lượng giá:

Stt	Nội dung câu hỏi	Đúng	Sai
1	Dinh dưỡng là một trong những nhu cầu cơ bản của con người		
2	Chế độ ăn hợp lý là chế độ ăn đa dạng có từ 4-5 loại thức ăn trong một bữa		
3	Yếu tố môi trường không ảnh hưởng gì đến sự ăn ngon miệng của người bệnh		
4	Nên cho người bệnh vệ sinh răng miệng trước khi ăn để giúp người bệnh ăn ngon miệng hơn		
5	Trình bày món ăn đẹp mắt cũng là một trong các yếu tố giúp người bệnh ăn		

	ngon miệng		
6	Người bệnh hôn mê cũng có thể cho ăn qua đường tiêu hoá được		
7	Không nên cho người bệnh nhìn người khác ăn		
8	Sắp xếp thức ăn gọn gàng giúp người bệnh ăn ngon miệng hơn		
9	Nên cho người bệnh ăn cháo để dễ nuốt		
10	Trong khi cho người bệnh ăn nên nói chuyện để người bệnh không chú ý đến món ăn, giúp người bệnh ăn được nhiều hơn		
11	Nên hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh trong khi cho người bệnh ăn		
12	Trong khi cho ăn phải quan sát sắc mặt của người bệnh phòng ngừa biến chứng		
13	Trong khi cho người bệnh ăn, nói chuyện với người bệnh về các cảm nhận của món ăn		
14	Vệ sinh răng miệng sau khi ăn		
15	Nên cho người bệnh tập nhai với kẹo singum giúp duy trì hoạt động của tuyến nước bọt và cơ nhai		

5.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

Trước khi bắt đầu phần hướng dẫn thực hành, giáo viên có trách nhiệm thông báo những yêu cầu chính cần đạt được trong buổi huấn luyện:

- Phải chắc chắn sinh viên hiểu rõ được mọi vấn đề trong buổi huấn luyện. Khi bắt đầu buổi huấn luyện, nên làm rõ các câu hỏi, những điều mà sinh viên chưa nắm rõ và chú ý đến những điều mà sinh viên có thể đạt được sau buổi huấn luyện
- Tóm tắt những vấn đề cần chú ý. Trước khi giải thích và thực hành, cần đề cập đến những bước quan trọng trong kỹ năng. Giáo viên cần phải nói rõ từng bước trong phần quy trình kỹ thuật.
- Giáo viên giải thích và làm mẫu:
 - Giáo viên sẽ thực hiện toàn bộ các bước của kỹ thuật, sau đó sẽ làm lại từng bước một của kỹ thuật và giải thích lý do tại sao phải thực hiện những bước kỹ thuật này, trong khi đó sinh viên sẽ quan sát và làm theo, sinh viên có thể đặt những câu hỏi và nhận xét và thậm chí có thể yêu cầu giáo viên thực hiện trở lại bước quy trình mà sinh viên không nắm rõ.
- Kiểm tra sự tiếp thu của sinh viên:
 - Mời một sinh viên lên trình diễn lại kỹ năng vừa dạy đồng thời các sinh viên khác sẽ quan sát và cho nhận xét.

- Thực hành theo nhóm:
- Các sinh viên sẽ được thực hành trên mô hình theo từng nhóm nhỏ theo quy trình kỹ thuật. Giáo viên điều chỉnh thao tác giúp sinh viên quen dần với các kỹ năng. Giáo viên chú ý những sai sót khi sinh viên thực hành, hướng dẫn lại giúp sinh viên thực hiện cho dễ dàng và đạt yêu cầu
- Các bạn sinh viên khác cùng quan sát bạn thực hiện thao tác trong kỹ thuật, cùng đóng góp ý kiến và rút kinh nghiệm khi giáo viên sửa sai

5.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm (checklist)

Bảng kiểm lượng giá kỹ thuật hỗ trợ người bệnh ăn

Stt	Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh					
2	Rửa tay sạch					
3	Soạn dụng cụ					
4	Chuẩn bị tâm lý cho người bệnh					
5	Chuẩn bị vùng phụ cận					
6	Chuẩn bị người bệnh					
7	Đặt tư thế người bệnh thích hợp					
8	Trình bày mâm cơm					
9	Giúp người bệnh ăn					
10	Giúp người bệnh tiện nghi					
11	Thu dọn dụng cụ					
12	Ghi hồ sơ					

6. Thực hành kỹ thuật

6.1. Thực hành tại lab không có giáo viên

6.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm: bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

6.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

6.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách:

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên tại khoa lâm sàng
- Giáo viên hướng dẫn tại khoa lâm sàng

ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY

1. Giới thiệu tổng quan

Đặt ống thông dạ dày là một kỹ thuật thường dùng cho người bệnh ở mọi lứa tuổi khác nhau, được điều trị chăm sóc trong nội khoa hay ngoại khoa, cho các trường hợp cấp cứu hay mãn tính.

Có 2 đường để đặt ống thông vào dạ dày: Đường từ mũi đến dạ dày thường áp dụng nhiều và có thể giữ ống lại nhiều ngày; Đường từ miệng đến dạ dày ít sử dụng hơn vì gây những bất lợi như người bệnh dễ cắn ống, không nói chuyện được...Chỉ dùng khi mũi bị tổn thương hay trong trường hợp không cần lưu ống.

Kỹ thuật này được áp dụng với nhiều mục đích khác nhau như:

Để giảm áp lực của hơi hay dịch ứ đọng trong dạ dày cho những người bệnh sau phẫu thuật dạ dày hay các bệnh lý liên quan đến việc tiết dịch vị và khả năng tiêu hóa của dạ dày, giúp giảm chướng bụng vết thương mau lành và người bệnh dễ chịu.

Trên lâm sàng thường gặp đặt ống thông dạ dày trong hỗ trợ việc nuôi dưỡng, cho thuốc người bệnh đối với những người bị mất khả năng ăn uống bằng đường miệng.

Ngoài ra nó còn được áp dụng để bơm rửa dạ dày để giải độc, giảm nồng độ acid của dịch vị, hay trong trường hợp cần hút dịch vị để chẩn đoán bệnh.

Kỹ thuật đặt ống thông dạ dày thường làm người bệnh khó chịu và dễ gây một số những tai biến nguy hiểm có thể làm người bệnh tím tái, ngạt thở trong quá trình đặt cũng như biến chứng gây viêm phổi, viêm loét mũi sau khi đặt. Do đó khi tiến hành kỹ thuật này người điều dưỡng chỉ thực hiện khi có y lệnh của thầy thuốc và cần phải kiểm tra đúng theo yêu cầu của kỹ thuật và thích hợp với từng người bệnh.

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Trình bày mục đích và chỉ định cho các trường hợp đặt ống thông dạ dày
2. Chọn loại ống thông dạ dày thích hợp với mục đích điều trị và chăm sóc
3. Thực hiện các yêu cầu nhận định người bệnh khi có chỉ định đặt ống thông
4. Thảo luận những nguy cơ gây tai biến khi đặt ống và cách đề phòng
5. Thực hiện được quy trình đặt ống thông dạ dày đúng, đủ, chính xác theo yêu cầu dụng cụ và kỹ thuật
6. Thảo luận và tự rèn luyện về thái độ và cách tiếp xúc người bệnh khi thực hiện

3. Lý thuyết liên quan kỹ năng

Kỹ thuật đặt ống thông vào dạ dày được chỉ định tùy theo mục đích, thời gian của việc điều trị mà lựa chọn phương pháp khác nhau và loại ống thông cho phù hợp. Có 2 phương pháp đặt ống thông dạ dày:

Phương pháp 1: Đặt ống thông mũi hoặc miệng đến dạ dày là đưa ống thông vào đường tiêu hóa qua đường tự nhiên từ mũi hay miệng đến thực quản vào dạ dày. Phương pháp này thường áp dụng trong trường hợp cấp hay cần lưu ống không quá 1 tháng, trong điều kiện thành niêm mạc mũi miệng không tổn thương. Kỹ thuật đặt ống do điều dưỡng thực hiện theo chỉ định của bác sĩ.

Phương pháp 2: Mở dạ dày qua da, phương pháp này do bác sĩ thực hiện đặt ống qua phẫu thuật mở thành dạ dày, ống thông được đặt trực tiếp vào dạ dày và may cố định vào thành bụng thường áp dụng khi không đặt được bằng phương pháp 1, hay cần duy trì ống lâu trên 1 tháng.

Trong phạm vi bài này chúng ta lưu ý đến phương pháp 1

Kỹ thuật đặt ống thông mũi miệng – dạ dày thường gây cảm giác khó chịu cho người bệnh khi đặt và sau khi lưu ống, cho nên điều dưỡng cần phải biết giải thích để người bệnh hợp tác thật tốt trong quá trình đưa ống vào cơ thể, như vậy sẽ giảm cảm giác sợ hãi và kích thích cũng như sẽ không giạt bỏ ống sau khi đặt.

4. Yêu cầu nhận định trước khi thực hiện kỹ thuật

- Hỏi người bệnh:
 - + Tiền sử chấn thương, phẫu thuật, dị ứng vùng mũi miệng
 - + Tuổi tác giúp lựa chọn cỡ ống thông
- Khám:
 - + Độ thông của mũi, vách ngăn mũi có bị vẹo
 - + Nghe âm ruột
 - + Gõ, sờ vùng bụng xác định tình trạng căng chướng hơi vùng bụng
 - + Thử phản xạ nôn
- Tình trạng tri giác: Người bệnh tỉnh hay mê
- Kiểm tra y lệnh của bác sĩ, và điều dưỡng cần phải hiểu rõ mục đích việc đặt ống, loại ống thông cần dùng.

5. Ống thông dạ dày

Ống thông mũi miệng - dạ dày được làm bằng nhựa một đầu có nhiều lỗ nhỏ xung quanh thân ống tránh ống thông bị tắc hoàn toàn dùng để đặt vào dạ dày, đầu còn lại được gọi là đuôi ống thường có dạng hình phễu, dùng để đổ thức ăn hay nối với máy hút. Trên thân ống có vạch đánh dấu những đoạn đến dạ dày, tuy nhiên chiều dài này khác nhau ở mỗi người, do đó đòi hỏi điều dưỡng cần phải đo chính xác và làm dấu ống trước khi tiến hành kỹ thuật. Ống được đặt từ mũi hay miệng của người bệnh qua hầu vào thực quản đến dạ dày. Chiều dài ống sẽ được đo tương ứng từ mũi đến trái tai và từ trái tai đến hầu. Tiến trình đặt ống, ống luôn tiếp xúc với niêm mạc đường tiêu hóa, từ sàn mũi đến hầu vào thực quản và dạ dày, do đó rất dễ gây tổn thương, vì vậy khi đặt ống điều dưỡng phải thao tác nhẹ nhàng, không cố sức khi gặp chướng ngại, kỹ thuật thành thạo, ngưng thao tác ngay và báo với bác sĩ nếu dịch tiết có màu đỏ. Khi đặt ống đến ngã tư hầu ống thường gây kích thích làm người bệnh ho sặc, buồn nôn, ói. Để giảm cảm giác này khi đặt điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh hít thở sâu bằng miệng và nuốt theo yêu cầu của điều dưỡng, cũng như để tránh được viêm phổi do hiện tượng trào ngược, điều dưỡng nên đặt người bệnh nằm đầu cao nếu được khi đặt ống thông và duy trì tư thế này 30 phút sau khi cho ăn. Xác định ống ở dạ dày trước khi đổ thức ăn hay bơm rửa, kiểm soát áp lực khi đổ dịch vào dạ dày.

Trường hợp phải lưu ống thông lại điều dưỡng cần chăm sóc vệ sinh mũi thường xuyên, cố định ống không gây cọ sát ở đầu mũi, sử dụng chất trơn tan trong nước, giữ vệ sinh hệ thống ống, từ 5 - 7 ngày hoặc khi bẩn thay ống và đổi vị trí đặt mỗi lần thay ống để tránh viêm loét niêm mạc mũi tại vị trí cố định ống.

Các loại ống thông dạ dày:

5.1. Ống 1 nhánh

- Ống thông mũi dạ dày (Tube Levin, Nasogastric, Ryle's) ống thường được dùng để:
 - + Nuôi dưỡng trong trường hợp không ăn uống được bằng đường miệng, hay tình trạng quá suy kiệt hoặc từ chối không chịu ăn như người bệnh hôn mê, chấn thương sọ não, chấn thương hàm mặt, tai biến mạch máu não...
 - + Hút dịch dạ dày để xét nghiệm tìm vi khuẩn, đo nồng độ acid dịch vị

+ Hút dịch dạ dày ngắt quãng với áp lực nhẹ bằng trọng lực sau phẫu thuật tổng quát, phẫu thuật đường tiêu hóa giúp giảm chướng bụng



Tube Levin



Nasogastric tube

Ryle's tube

Ống thông mũi dạ dày 1 nhánh

5.2. Ống 2 nhánh

– Ống Salem sump, Nasogastric sump cũng được làm bằng nhựa dẻo, có hai nhánh :

+ 1 nhánh lớn dùng để nối với máy hút, thường áp dụng khi cần hút liên tục

+ 1 nhánh nhỏ hơn nằm trong nhánh lớn dùng để cung cấp lượng không khí để phòng ống dính vào thành của dạ dày khi cần hút liên tục với áp lực, tránh gây tổn thương niêm mạc của dạ dày

– Ống Lavacuator: Chỉ đặt ống theo đường miệng, ống có 1 nhánh lớn dùng để thoát dịch hay hút dịch rửa, và nhánh nhỏ dùng để bơm dịch rửa. Thường áp dụng khi cần bơm rửa liên tục dạ dày

– Ống Ryle's: Thường dùng để nuôi dưỡng, 1 nhánh để cho thức ăn, còn 1 nhánh để cho thuốc



Ống Salem sump



Ống Nasogastric sump

Ống thông mũi dạ dày 2 nhánh

6. Xác định ống thông vào đúng dạ dày

Có nhiều cách, nhưng phương pháp giúp xác định chính xác nhất là chụp XQ vùng bụng, cho hình ảnh chính xác ống đang ở dạ dày, như vậy cần dùng loại ống có chất cản quang. Phương pháp này cần thực hiện nhất là đối với trẻ con, trong những trường hợp cần lưu ống, hay đối với người bệnh hôn mê, hoặc khi thử ống bằng phương pháp hút dịch vị có độ pH > 5.5 (Metheny 2004; NPSA 2005).

Phương pháp hút dịch dạ dày, thử nồng độ pH dịch vị (Rollins 1997) yêu cầu nhỏ hơn hay bằng 5.0. Trong một số trường hợp hút không ra dịch vị, điều dưỡng có thể đẩy ống vào thêm 3 - 5cm. Tuy nhiên phương pháp này độ chính xác đạt khoảng 85%.

Trước khi hút dịch vị nên chờ 1 giờ sau khi ăn hoặc uống thuốc để tránh ảnh hưởng đến nồng độ của dịch vị.

Phương pháp bơm hơi 10 - 20ml không khí vào dạ dày, nghe bằng ống nghe ở vùng thượng vị. Phương pháp này không được chính xác, không có khả năng xác định ống thông ở dạ dày (Metheny 2004; NPSA 2005).

7. Quy trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Kiểm tra y lệnh	Đọc y lệnh từ hồ sơ, xác định: - Mục đích của kỹ thuật - Yêu cầu liên quan đến kỹ thuật - Phương thức thực hiện - Loại ống thông - Thời gian tiến hành	- Kỹ thuật cần có y lệnh của bác sĩ - Điều dưỡng chuẩn bị tốt các yêu cầu trước khi thực hiện, sẽ làm tăng sự an toàn cho người bệnh	- Mục đích để nuôi dưỡng nên cần chú ý phương thức cho ăn, hay nhỏ giọt liên tục - Nếu là hút dịch cần biết hút ngắt quãng hay liên tục, áp lực hút, mục đích hút dịch để giải áp hay chẩn đoán bệnh	
	2. Rửa tay, nhận định người bệnh (NB) - Tri giác, tuổi - Tiền sử - Mũi miệng - Bụng : Căng chướng, đau	Quan sát và hỏi người bệnh: - Tên tuổi, định hướng - Hỏi chấn thương, phẫu thuật liên quan vùng mũi, miệng - Dị ứng, viêm mũi dị ứng - Nhìn có tổn thương, tiết dịch - Thử độ thông mũi : ĐD đặt lưng bàn tay vào sát lỗ mũi NB, hướng dẫn NB 1 tay đè 1 bên mũi và thở ra, thực hiện từng bên, so sánh ghi nhận kết quả - Nhìn hình dáng, độ lớn của bụng - Nghe âm ruột - Gõ độ vang - Sờ xác định sự căng chướng, điểm đau	- Xác định khả năng người bệnh hợp tác khi thực hiện kỹ thuật - Tìm vị trí đặt ống an toàn - Ống thông là vật lạ có thể gây viêm tại chỗ - Bên mũi không thông sẽ gây trở ngại hoặc dễ tổn thương khi đặt ống - Nhận định mức độ căng chướng, tình trạng tiêu hóa sẽ hỗ trợ các yêu cầu khi thực hiện kỹ thuật	- Người bệnh trả lời có chính xác - Nếu NB từ chối, kém ý thức, không hợp tác nên cần người hỗ trợ - Chọn vị trí đặt ống không có tổn thương, viêm đỏ, tiết dịch - Chọn mũi nào thông hơn - Cần ghi nhận kết quả để so sánh - Nghe âm ruột từng vùng - Thực hiện sờ sau cùng	 Thử độ thông của mũi

3. Rửa tay	Theo quy trình rửa tay nội khoa	Giảm sự lây nhiễm vi sinh vật	- Thực hiện theo quy trình - Chú ý móng tay, kẽ ngón tay	 Rửa tay thường qui
4. Chuẩn bị dụng cụ	Chuẩn bị khay dụng cụ: - Khăn sạch - Ống thông mũi dạ dày 1 nhánh hay 2 nhánh cỡ thích hợp - Chát trơn K.Y - Giấy quì - Cây đè lưỡi - Que gòn, gạc miêng - Bồn hạt đậu - Ly nước uống được - Khăn bông lớn - Vải cao su - Găng sạch - Giấy lau miệng - Băng keo: 1 miếng nhỏ làm dấu, 1 miếng dài 8cm với 1 đầu chẻ đôi, 1 miếng dài 6cm - Kim băng cố định ống * Thức ăn dạng dung dịch (nếu cho ăn qua ống) * Máy hút, Túi dẫn lưu (nếu hút dịch vị)	Đầy đủ dụng cụ giúp tiện lợi và an toàn cho quy trình kỹ thuật	- Sọn đầy đủ - Sắp xếp ngăn nắp	 Khay dụng cụ  Băng keo cố định ống ở mũi

TRONG	5. Báo giải thích NB	- Thông báo mục đích của kỹ thuật - Giải thích ý nghĩa, ích lợi của kỹ thuật	Chuẩn bị tốt về tâm lý, cần sự phối hợp của NB, giảm nguy cơ rút ống	- NB hiểu mục đích của kỹ thuật, đồng ý hợp tác - Cung cấp tranh ảnh, hoặc cho NB tiếp xúc với NB khác đã được đặt ống	
	6. Chuẩn bị tư thế NB	Quay đầu giường cao $30^0 - 45^0$ hoặc kê gối dưới vai và đầu	Tư thế thuận lợi tránh tổn thương và giúp NB nuốt dễ dàng trong khi tiến trình đặt ống	Đầu cao tựa gối, cổ thẳng, không nên ngửa đầu về phía sau, dễ dàng gập cổ về hướng ngực khi nuốt	 Người bệnh nằm đầu cao
	7. Chuẩn bị tiện nghi cho NB	- Chàng vải cao su và khăn bông vùng ngực, cổ - Đặt bông hạt đậu dưới 1 bên cằm NB - Đưa giấy lau miệng cho NB cầm nếu được	- Bảo vệ tránh thấm ướt dịch vào áo, vải trải giường - Hứng dịch nôn ói khi cần - Vệ sinh mắt	- Vải cao su đặt bên dưới khăn bông - Góc lớn của khăn hướng về bên thực hiện	
	8. Che bình phong	Kéo màn xung quanh giường, hay che bình phong	Tạo sự riêng tư giúp NB thoải mái, tự tin	Màn che, bình phong đủ ngăn cách NB với người bệnh khác	
	9. Tư thế ĐD	- Đứng bên phải (P) của NB nếu thuận tay P - Đứng bên trái (T) của NB nếu thuận tay T	Giúp ĐD dễ dàng khi thao tác	Đứng bên thuận tay của ĐD và ngang vùng ngực	

	10. Vệ sinh mũi	Dùng que gòn, thấm nước lau niêm dịch mũi	Vệ sinh mũi giúp thông và tránh nhiễm khuẩn	- Không làm gòn quá ướt - Không kích thích làm NB hắt hơi	 Vệ sinh mũi
	11. Mang găng sạch	Theo quy trình mang găng	Bảo vệ ĐD tránh nhiễm dịch tiết	- Theo quy trình - Găng cỡ thích hợp	 Mang găng sạch
	12. Đo ống	- Đo ống từ đầu mũi đến dái tai cùng bên, từ dái tai đến mũi ức - Dùng băng keo nhỏ hay viết không phai đánh dấu	Xác định chiều dài ống cần đặt chính xác trên từng NB	- Ống không chạm vào mặt, áo NB - Đo chính xác thực tế trên NB, không dùng vạch ghi có sẵn trên ống	 Đo ống  Đánh dấu ống bằng viết không phai

13. Thoa chất trơn	Dùng gạc thấm chất trơn thoa vào đầu ống thông, hoặc nhúng đầu ống vào ly nước	- Giúp đặt ống dễ dàng, giảm sự kích thích niêm mạc sàn mũi - Chất trơn tan trong nước sẽ không gây bít tắc dịch tiết khi lưu ống	- Thoa trơn đầu ống 1 đoạn dài 7 - 10cm - Làm ướt đầu ống không đọng nước ở thân ống	
14. Cầm ống thông	- Tay thuận dùng gạc cầm đầu ống thông - Tay không thuận cuộn phần ống dư đến gần mức làm dấu	Giúp thao tác dễ ống không vướng do quá dài, hạn chế nhiễm đầu ống thông	- Tránh chạm đầu ống thông, cầm cách đầu ống 10 - 15 cm - Cầm ống như cầm viết	 Cầm ống thông
15. Thông báo với NB bắt đầu kỹ thuật	- Thông báo cảm giác khi đặt ống - Dẫn dò NB về tư thế và phối hợp	- Giảm lo lắng, sợ hãi làm tăng kích thích và co thắt - Cần sự hợp tác của NB	NB lắng nghe, đồng ý thực hiện theo yêu cầu ĐD	

16. Đặt ống	- Nhịp 1 : ĐD đưa ống vào dọc sàn mũi hay miệng đến hầu - Nhịp 2: Hướng dẫn NB nuốt, ĐD tiếp tục đưa ống theo nhịp nuốt - Nếu gặp trở ngại ống khó qua hầu thực hiện: + Lùi ống lại 1 đoạn, xoay nhẹ ống thử cố gắng đưa ống hướng xuống + Hướng dẫn tư thế đầu NB gập về hướng ngực + Hướng dẫn NB nuốt - Trường hợp NB ho, sặc, nôn : + Lùi đầu ống đến hầu, ngừng đẩy ống thêm + Hướng dẫn NB hít thở bình thường, thở sâu bằng miệng + Hướng dẫn NB nuốt ĐD tiếp tục thao tác - Khi ống vào được một đoạn, bảo NB há miệng dùng cây đè lưỡi, kiểm tra ống có cuộn trong miệng - ĐD tiếp tục đặt ống đến mức làm dấu - Hỏi để NB trả lời - Dùng đèn soi thành sau họng - Hút dịch vị bằng bơm tiêm, thử giấy quì	- Giảm cảm giác khó chịu do ống kích thích vào cuộn mũi trên - Khi nuốt nắp thanh thiệt sẽ đẩy khí quản, thực quản mở nên ống dễ dàng di chuyển vào thực quản - Tư thế này giúp làm hẹp đường khí quản và mở rộng đường thực quản - Cảm giác đặt ống nhẹ nhàng, vào dễ dàng, nhưng thực sự ống không vào dạ dày, - Đạt đủ chiều dài ống vào đến dạ dày - NB không nói được có nhiều khả năng ống vào khí quản - Ống luôn đi qua hầu họng mới đến thực quản - Hút dịch vị khi ống đang ở dạ dày	- Cầm đầu ống đặt theo sàn mũi hướng xuống tại 1 đoạn 12 cm - Nuốt khan hoặc với một ít nước - Mỗi lần nuốt đẩy ống 1 đoạn 2,5 – 5cm - Thao tác nhẹ nhàng, luôn hướng dẫn và khuyến khích NB thực hiện theo yêu cầu - Quan sát sắc diện NB không tím tái, ho sặc, các kích thích giảm dần - Kiểm tra khi ống vào khoảng 25 cm - Thường gặp ở NB tâm thần - Mức làm dấu đến mũi NB - NB nói được không khó thở tím tái - Thấy ống đi qua thành sau họng - Hút 2ml dịch vị - Thử giấy quì chuyển màu xanh sang tím	 Đặt ống thông vào mũi  Đặt ống, NB há miệng thở  Hút dịch vị, kiểm tra độ pH
--------------------	---	---	---	--

17. Kiểm tra ống thông	Chụp X.Q nếu cần	- Cho hình ảnh chính xác là ống đang ở dạ dày	- Ống thông cản quang, thấy hình ảnh ống nằm trong dạ dày	 Chụp X.Q kiểm tra ống ở dạ dày
18. Tránh hơi vào dạ dày	Đóng nắp bằng nút hay gập và cột đuôi ống	Không cho không khí trực tiếp vào dạ dày gây chướng bụng	- Không khí không vào dạ dày - NB không than tức bụng sau khi đặt	
19. Cố định ống	- Dùng băng keo dán cố định ống vào mũi và má NB - Cố định ống ở áo của NB	- Tránh tụt ống - Giảm áp lực ống trên vùng mũi khi ống di động	- Dán 1 đầu trên sống mũi, phần còn lại dán xung quanh thân ống - Không cọ sát ống vào đầu mũi - Ống được giữ chắc trùng với mức làm dấu - Dán tròn ống trước khi dán trên má NB - Cố định ống vào áo mà không xuyên qua ống - Ống không vướng tầm nhìn của NB	 Cố định ống ở mũi  Cố định ống ở mũi, áo

	20. Tiên nghi cho NB	- Lau mặt, miệng cho NB - Giải thích kích thích của ống sẽ giảm dần	- Vệ sinh giúp NB thoải mái - Trấn an NB không rút ống	- Lau mặt NB sạch, khô - NB hiểu và chấp nhận lưu ống theo yêu cầu điều trị	
	21. Dọn dẹp dụng cụ	Theo quy trình khử khuẩn dụng cụ	Tránh lây nhiễm vi sinh vật	Theo tiêu chuẩn khử khuẩn dụng cụ theo từng loại	
SAU	22. Tháo găng, rửa tay	Theo quy trình	Bảo vệ tránh lây nhiễm dịch tiết	Theo yêu cầu quy trình kỹ thuật Găng bề trái lộn ra ngoài, cho vào túi rác màu vàng	
	23. Ghi hồ sơ	- Tình trạng NB - Ngày giờ đặt ống - Các yêu cầu chăm sóc tiếp theo nếu có - Tính chất dịch (nếu cần) - Tên ĐD thực hiện	Ghi chép hồ sơ là qui định cần thiết giúp kiểm tra, đánh giá khả năng, trách nhiệm của ĐD	- Ghi chép rõ ràng đúng và đủ theo yêu cầu vào phiếu chăm sóc - Ghi ngay sau khi hoàn tất kỹ thuật	

8. Tự đánh giá và huấn luyện

8.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1	Điều dưỡng cần biết tiền sử chấn thương, phẫu thuật vùng mũi trước khi đặt ống		
2	Chiều dài ống thông đặt vào dạ dày khoảng 50 cm đến vạch 1 trên ống		
3	Dịch dạ dày có độ pH > 5.0		
4	Đo ống thông đặt từ mũi đến dạ dày tương ứng từ trái tai đến mũi từ mũi đến x. ức		
5	Chống chỉ định nuôi dưỡng người bệnh chấn thương gãy xương hàm bằng ống thông mũi dạ dày		
6	Vệ sinh mũi và miệng thường xuyên sau khi đặt ống		
7	Mỗi nhịp đưa ống vào khoảng 7-10cm theo nhịp nuốt của người bệnh		
8	Nên chọn chất làm trơn ống loại tan trong nước		
9	Thử độ thông mũi bằng cách hỏi cảm nhận của người bệnh khi hít thở		
10	Chụp X.Q bụng là cách xác định chính xác nhất ống thông ở dạ dày		
11	Áp lực hút dịch dạ dày nên dùng áp lực cao ngay từ đầu sau đó giảm dần		
12	Cho NB ngậm đá hay kẹo giúp kích thích tuyến nước bọt khi lưu ống		
13	Người bệnh hôn mê không hợp tác thì không đặt được ống thông mũi dạ dày		
14	Dịch dẫn lưu từ ống thông dạ dày nếu có màu đỏ thì phải rút ống ngay không cần báo bác sĩ		
15	Việc lựa chọn cỡ ống thông tùy thuộc vào tuổi của NB		

8.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

Trước khi bắt đầu thực hiện phần hướng dẫn thực hành, giáo viên có trách nhiệm thông báo những yêu cầu chính cần đạt được trong buổi huấn luyện.

- Sinh viên phải chắc chắn hiểu rõ các vấn đề liên quan đến kỹ thuật.
- Khi bắt đầu buổi huấn luyện, nên làm rõ các câu hỏi, giải đáp những thắc mắc của sinh viên và thảo luận những mục tiêu sinh viên cần đạt được trong buổi huấn luyện.
- Tóm tắt những vấn đề cần chú ý
- Trước khi thực hành, sinh viên thảo luận theo nhóm, nhắc lại trình tự các bước trong kỹ thuật, nêu những bước quan trọng trong kỹ năng, thảo luận các vấn đề khó khăn và đưa ra giải pháp.
- Giáo viên giải thích và làm mẫu
- + Giáo viên giải thích toàn bộ quy trình kỹ thuật, trình diễn các bước theo quy trình, sinh viên quan sát có thể vừa làm theo
- + Sinh viên tự nhận xét và đặt câu hỏi

- + Giáo viên giải thích lại các vấn đề theo yêu cầu sinh viên
- Kiểm tra sự tiếp thu của sinh viên
- + Giáo viên sẽ mời một sinh viên thực hiện lại kỹ thuật
- + Giáo viên nhận xét những ưu điểm, những sai sót cần chú ý với toàn thể nhóm
- Thực hành theo nhóm
- + Yêu cầu tất cả sinh viên đều phải thực hành theo quy trình kỹ thuật. Giáo viên điều chỉnh thao tác giúp sinh viên quen dần với các kỹ năng. Giáo viên chú ý những sai sót khi sinh viên thực hành, hướng dẫn lại giúp sinh viên thực hiện cho dễ dàng và đạt yêu cầu
- + Các bạn sinh viên khác cùng quan sát bạn thực hiện thao tác trong kỹ thuật, cùng đóng góp ý kiến và rút kinh nghiệm khi giáo viên sửa sai

8.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm

Bảng kiểm : Đặt ống thông mũi miệng dạ dày

Nội dung	Không liên quan	Tốt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Kiểm tra y lệnh Nêu được mục đích, yêu cầu kỹ thuật, phương thức đặt ống, loại ống thông					
2. Nhận định NB - Tri giác, tuổi, tiền sử bệnh liên quan, tiền sử dị ứng - Khám mũi: Niêm mạc, độ thông - Khám bụng: Độ lớn, căng cứng, đau, nhu động ruột					
3. Rửa tay - Rửa tay nội khoa - Làm khô tay					
4. Chuẩn bị dụng cụ Chuẩn bị khay dụng cụ - Khăn sạch - Ống thông mũi dạ dày loại và cỡ thích hợp - Chất trơn K.Y - Giấy quì - Thanh đè lưỡi - Que gòn, gạc miếng - Khay hạt đậu - Ly nước uống được - Khăn bông lớn - Vải cao su - Găng sạch - Giấy lau miệng - Băng keo: 1 miếng nhỏ làm dấu, 1 miếng dài 8cm với 1 đầu chẻ đôi, 1 miếng dài 6cm					

- Kim băng					
5. Thông báo giải thích NB - Mục đích - Ích lợi của kỹ thuật					
6. Chuẩn bị tư thế NB Cho NB nằm đầu cao 30 ⁰ - 45 ⁰ hoặc ngồi					
7. Chuẩn bị tiện nghi cho NB - Vải cao su và khăn bông vùng ngực, cổ - Khay hạt đậu dưới 1 bên cằm NB - Giấy lau miệng - Che bình phong					
8. Tư thế ĐD Đứng cùng bên với tay thuận của ĐD					
9. Vệ sinh mũi - Không làm gòn quá ướt - Không kích thích làm NB hắt hơi					
10. Mang găng sạch					
11. Đo ống - Đo ống từ đầu mũi đến trái tai, từ trái tai đến mũi - Ống không chạm vào mặt, áo NB					
12. Làm dấu đến vạch đo Bằng băng keo nhỏ hay viết không phai					
13. Thoa chất trơn - Thoa đầu ống 1 đoạn dài 7 - 10cm - Nếu dùng nước không đọng nước ở thân ống					
14. Thông báo với NB bắt đầu kỹ thuật Báo cảm giác khi đặt ống, dẫn dò NB về tư thế và sự phối hợp					
15. Đặt ống thông - Đặt ống đến mức làm dấu - Có hướng dẫn NB nuốt, đưa ống theo nhịp nuốt 3 - 5cm - Thao tác nhẹ nhàng					
16. Kiểm tra ống thông đến dạ dày - Nêu được nhiều cách thử: - Hỏi NB trả lời được - Hút dịch vị bằng bơm tiêm, thử giấy quì đổi màu - Chụp X.Q nếu cần					
17. Cố định ống - Mũi: Không cọ sát ống vào đầu mũi - Má: Dán tròn ống trước khi dán trên má NB - Cố định ống vào gối hay áo mà không xuyên qua ống					

18. Tiễn nghi cho NB - Lau mặt, miệng - Dẫn dò NB không rút ống					
19. Dọn dẹp dụng cụ - Phân biệt dụng cụ cần khử khuẩn, tiệt khuẩn - Xử lý rác, dịch tiết đúng cách					
20. Ghi hồ sơ Trả lời được các nội dung cần ghi và nơi ghi					

9. Thực hành kỹ thuật

9.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

9.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm : bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

9.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

9.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách:

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

SỬ DỤNG BÔ VỊT, BÔ DỆT

1. Giới thiệu tổng quan

Khi người bệnh không thể rời khỏi giường để đi đến nhà vệ sinh đi tiêu tiểu, người điều dưỡng cần cung cấp bô dẹt để họ sử dụng tại giường. Trong các dụng cụ sử dụng để bài tiết tại giường có hai loại bô dẹt là phù hợp: Loại bô dẹt thông thường, làm bằng kim loại hay bằng nhựa cứng, có một vòng cong tròn lồi ở đầu trên và một đầu dưới sắc cạnh, sâu khoảng 5cm. Một loại bô dẹt dễ trượt hơn, được thiết kế cho những người bệnh có bó bột ở thân hoặc chân, có một đầu trên nông, sâu khoảng 1,3cm, đầu trên của bô đặt vừa vào dưới mông hướng về phía xương cụt, với đầu dưới nằm dưới đùi trên. Bô dẹt bằng kim loại nên được làm ấm với nước trước và sau đó lau khô trước khi sử dụng.

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Chuẩn bị được đầy đủ dụng cụ trong kỹ thuật sử dụng bô vệt, bô dẹt
2. Thực hiện được kỹ thuật sử dụng bô vệt, bô dẹt

3. Lý thuyết

3.1. Chỉ định

Kỹ thuật sử dụng bô vệt, bô dẹt được áp dụng trong các trường hợp sau:

- Người bệnh có vấn đề gây hạn chế đại tiểu tiện không giải quyết được.
- Người bệnh sau mổ.
- Người bệnh hạn chế vận động hoặc mất khả năng vận động.
- Người bệnh có chỉ định đại tiểu tiện tại giường.

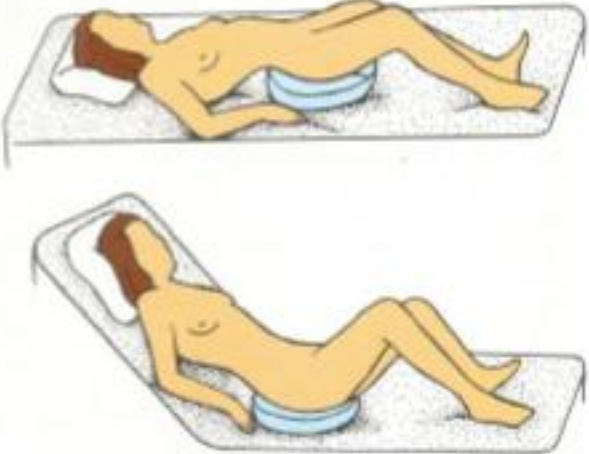
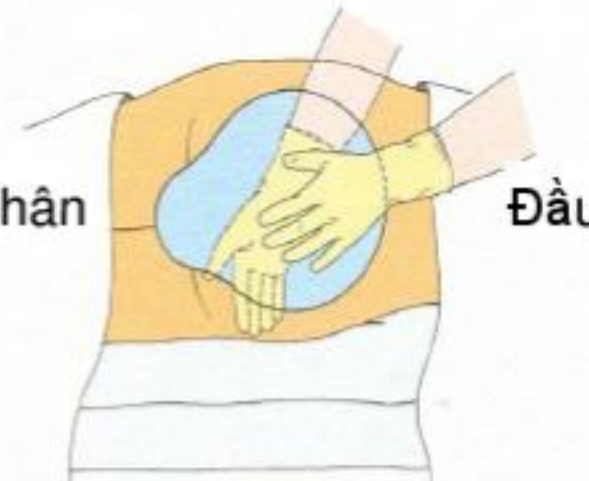
3.2. Biện chứng

Kỹ thuật sử dụng bô vệt, bô dẹt rất an toàn và ít khi gây tai biến nếu thực hiện đúng kỹ thuật trong suốt quá trình thực hiện thủ thuật.

3.3. Quy trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Thông báo cho người bệnh kỹ thuật sắp làm	Giải thích tiến trình sẽ thực hiện: nội dung và mục đích	Giúp người bệnh thoải mái và hợp tác trong suốt quá trình thực hiện	- Đảm bảo lựa chọn loại xô vớt, xô dẹt phù hợp - Nêu rõ sử dụng xô vớt, xô dẹt sẽ có chút không thoải mái nhưng cần thiết cho người bệnh	
	2. Chuẩn bị dụng cụ	Dụng cụ sạch: - Găng tay sạch - Bột tal - Khăn che phủ - Xô vớt, xô dẹt phù hợp		- Xô vớt, xô dẹt đã được rửa sạch và khử khuẩn trước khi dùng cho người bệnh - Xô dẹt được làm ấm trước khi sử dụng - Phụ nữ sử dụng xô dẹt cho đại tiện và tiểu tiện, nam giới sử dụng xô vớt cho tiểu tiện và xô dẹt cho đại tiện	
TRONG	3. Kỹ thuật tiến hành 3.1. Đảm bảo sự kín đáo người bệnh	Kéo màn che kín giường	Đảm bảo sự riêng tư và thoải mái cho người bệnh	Động viên người bệnh thoải mái và hợp tác	
	3.2. Đánh giá tình trạng vận động của người bệnh	- Đánh giá ý thức NB với ngoại giới. - Đánh giá sự điều chỉnh cơ vòng hậu môn	- NB hạn chế vận động áp dụng phương pháp hỗ trợ - NB mất khả năng vận động hay không được phép gắng sức, cần áp dụng phương pháp hỗ trợ hoàn toàn	Chú ý mức độ tự chủ cơ vòng	

Hình 1: Các loại xô vớt - xô dẹt

3.3. Đối với người bệnh có thể vận động nhưng hạn chế	- Đặt người bệnh nằm ngửa ở vị trí thuận lợi - Nâng cao đầu giường lên 30 độ - Điều dưỡng mang găng tay và yêu cầu người bệnh co chân, dẹt hông, nâng hông lên và đẩy hông về phía trước - Khi người bệnh nâng hông, điều dưỡng đặt 1 tay đỡ dưới xương cùng của người bệnh, chống khuỷu tay lên đệm giường và sử dụng nó như một vật nâng để giúp nâng người bệnh lên, đồng thời đẩy bộ xuống dưới người bệnh	Nâng cao đầu giường giúp hạn chế sự căng quá mức của lưng và cung cấp sự nâng đỡ cho thân trên	Giúp người bệnh cảm thấy thoải mái	 Hình 2: Tư thế đặt bộ (Hình trên: Đặt bộ sai tư thế Hình dưới: Đặt bộ đúng tư thế)
3.4. Đối với người bệnh không thể vận động hoặc không an toàn để cho phép người bệnh gắng sức	1. Hạ thấp giường và giúp người bệnh lăn nghiêng qua một phía, lưng họ hướng về phía điều dưỡng 2. Thoa bột nhẹ nhàng và mỏng vào lưng, mông để tránh cho da dính vào bộ 3. Đặt bộ dẹt nhẹ nhàng tựa vào mông, mặt bộ nằm trên đệm và đầu dưới của bộ hướng về chân người bệnh 4. Một tay giữ bộ, tay kia giữ ở phần hông trên của người bệnh. Cho NB lăn trở lại lên trên bộ. Không được đẩy bộ ở dưới người bệnh. 5. Khi NB đã được đặt thoải mái, nâng đầu giường lên 30° 6. Đặt một cái khăn đã được quấn lại hay một cái gối nhỏ ở dưới phần lưng bị cong của người bệnh 7. Nâng đầu gối chống lên hoặc yêu cầu người bệnh chống đầu gối để phù hợp với tư thế ngồi xõm.	Để tạo sự thoải mái cho NB	Không nâng đầu gối lên nếu chống chỉ định	 Hình 3: Đặt bộ trên người bệnh không thể vận động được

SAU	4. Sau khi người bệnh đại tiện xong, giúp người bệnh vệ sinh và trở về tư thế thoải mái	- Để lấy xô ra người điều dưỡng yêu cầu người bệnh lăn ra ngoài qua một bên và nâng hông lên - Điều dưỡng lấy xô ra và giữ xô cẩn thận để tránh bị đổ ra ngoài - Sau khi xô được lấy đi, người điều dưỡng trong khi đang mang găng, vệ sinh hậu môn và vùng đáy chậu của người bệnh	Giúp người bệnh nghỉ ngơi và thư giãn	Người điều dưỡng nên tránh kéo hoặc đẩy xô từ dưới hông người bệnh bởi vì điều đó có thể kéo căng da và gây ra vết thương phần mềm chẳng hạn như vết trầy	
	5. Điều dưỡng đánh giá tính chất phân, sau đó vệ sinh xô ngay	Xô được làm sạch trong nhà vệ sinh và tiệt khuẩn trước khi sử dụng cho người khác			
	6. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay		Hạn chế sự lây lan vi khuẩn		
	7. Ghi vào bảng theo dõi người bệnh	Ghi vào hồ sơ tính chất phân của người bệnh			

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1	Sử dụng xô vớt, xô dẹt là phương pháp hỗ trợ người bệnh có khó khăn trong việc đại tiểu tiện		
2	Sử dụng xô vớt, xô dẹt được áp dụng trong các trường hợp sau: Sau mổ, hạn chế vận động, táo bón		
3	Sử dụng xô vớt, xô dẹt không có bất kỳ biến chứng nào		
4	Sử dụng xô vớt, xô dẹt thường gây sự không thoải mái và khó chịu nên người bệnh thường không thích sử dụng		
5	Sô vớt, xô dẹt có thể sử dụng cho nhiều người mà không cần thiết phải tiệt khuẩn		

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

4.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm

Bảng kiểm sử dụng xô vớt, xô dẹt

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị người bệnh					
2. Chuẩn bị dụng cụ					
3. Thực hiện kỹ năng 3.1. Đối với người bệnh có thể vận động nhưng hạn chế. 3.2. Đối với người bệnh không thể vận động hoặc gắng sức					
4. Giúp người bệnh thoải mái sau đại tiểu tiện					
5. Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ					

5. Thực hành kỹ thuật

5.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

5.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm: bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

ĐẶT ống SONDE VÀO TRỰC TRÀNG

1. Giới thiệu tổng quan

Đặt ống sonde vào trực tràng là đưa ống sonde vào trực tràng qua lỗ hậu môn nhằm giúp tống hơi từ ống tiêu hóa ra ngoài hoặc giúp nuôi dưỡng người bệnh trong trường hợp người bệnh không ăn uống được.

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Chuẩn bị được đầy đủ dụng cụ để đặt ống sonde vào trực tràng.
2. Thực hiện được kỹ thuật đặt ống sonde vào trực tràng.

3. Lý thuyết liên quan kỹ năng :

Đại tràng dài khoảng 1.5 - 1.7 m, khẩu kính rộng khoảng 4 - 6 cm nằm theo hình chữ U ngược trong ổ phúc mạc, đại tràng chia làm hai phần:

- Đại tràng phải dài khoảng 55 cm gồm manh tràng, đại tràng lên, nửa phải của đại tràng ngang.
- Đại tràng trái dài khoảng 1.2 m gồm có nửa trái của đại tràng ngang, đại tràng xuống, đại tràng sigma và trực tràng.
- Đại tràng làm nhiệm vụ hấp thu nước làm phân cô đặc lại, hấp thu một số chất đường và muối khoáng.
- Trong điều trị người ta đưa nước, chất dinh dưỡng, thuốc vào làm đại tràng giãn ra để làm lỏng phân và có thể đưa các chất dinh dưỡng, thuốc vào cơ thể qua đường ruột.
- Hậu môn có 2 cơ: Cơ thắt trơn ở bên trong, cơ thắt vân ở bên ngoài cơ thắt theo ý muốn chịu ảnh hưởng của võ não.
- Trực tràng: Kích thước thay đổi tùy theo tuổi:
 - + Trẻ sơ sinh: 2,5 – 3,8 cm.
 - + Trẻ 1 – 6 tuổi: 5 cm
 - + Trẻ 6- 10 tuổi: 7,5 cm
 - + > 10 tuổi: 10 cm
 - + Người lớn: 12 – 15 cm

3.1. Chỉ định

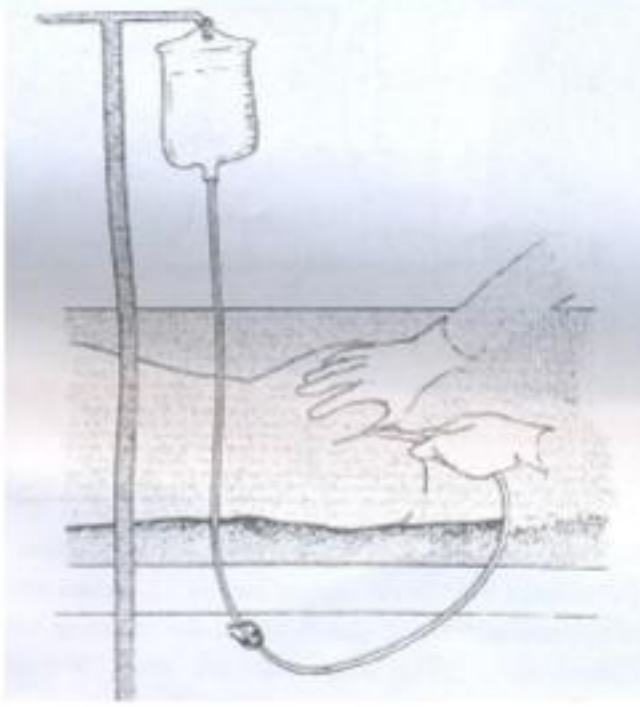
Đặt ống sonde vào trực tràng được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Bụng chướng hơi
- Thụt tháo cho người bệnh
- Đưa chất dinh dưỡng vào cơ thể qua đường trực tràng

3.2. Chống chỉ định

- Bệnh thương hàn
- Viêm ruột
- Tắc ruột, xoắn ruột
- Tổn thương hậu môn, trực tràng...

3.3. Qui trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị người bệnh	Thông báo trước và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh	Để người bệnh và người nhà hợp tác	Phải thông báo và giải thích rõ ràng cho người bệnh và người nhà người bệnh biết.	
	2. Chuẩn bị dụng cụ	- Khay chữ nhật - Ống sonde - Bông, gạc - Găng tay - Dầu nhờn vaselin - Nylon, vải che người bệnh	Đảm bảo đầy đủ dụng cụ cho quá trình đặt sonde.	Chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ	
	3. Chuẩn bị nhân viên y tế	Đội mũ, mang khẩu trang, mang găng	Đảm bảo theo nguyên tắc, giảm nguy cơ lây nhiễm.	Găng tay vừa với kích cỡ của bàn tay	
TRONG	4. Đặt ống sonde	- Đặt 1 tấm nylon dưới mông người bệnh - Đặt người bệnh nằm nghiêng bên trái, đầu gối bên phải co lại - Phủ vải đắp chỉ bộc lộ vùng mông - Bôi trơn đầu ống sonde - Đưa ống từ từ vào hậu môn khoảng 10 - 15 cm đối với người lớn và 5 - 10 cm đối với trẻ em	- Giúp người bệnh sạch sẽ, tiện nghi - Theo tư thế giải phẫu - Đảm bảo sự kín đáo - Dễ dàng đưa ống sonde vào hậu môn, tránh tổn thương niêm mạc hậu môn, trực tràng - Theo đúng tư thế giải phẫu	- Động tác gọn gàng - Người bệnh nằm tư thế an toàn và thoải mái - Thao tác nhanh, gọn - Bôi trơn khoảng 10 – 15 cm - Bảo người bệnh hít thở sâu	 Đặt ống sonde vào trực tràng

	5. Rút ống sonde	- Theo chỉ định điều trị, thường không nên để ống sonde lâu quá 20 phút vì nó sẽ không hoạt động kích thích nhu động ruột sau thời gian này - Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái	- Đáp ứng nhu cầu chăm sóc - Tạo cho người bệnh cảm giác thoải mái	- Lưu sonde đúng thời gian theo chỉ định - Rút sonde đúng phương pháp	
	6. Thu dọn dụng cụ.	- Dụng cụ đã dùng đem đi đánh rửa sạch và gói hấp để tiệt khuẩn. Dụng cụ khác sắp xếp vào nơi qui định - Ghi nhận xét vào hồ sơ bệnh án:	- Đảm bảo dụng cụ được vô khuẩn và sạch sẽ để dùng cho lần sau	- Rửa dụng cụ sạch sẽ trước khi tiệt khuẩn.	
	7. Ghi chép hồ sơ	+ Ngày giờ đặt sonde và rút sonde + Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi đặt sonde và rút sonde + Tên người làm thủ thuật	- Để theo dõi và quản lý người bệnh	- Ghi chép đầy đủ những công việc đã làm	
SAU	8. Báo với bác sĩ những bất thường xảy ra trong quá trình đặt sonde		Để kịp thời xử trí các bất thường xảy ra	Khẩn trương, kịp thời, chính xác	

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1.	Đặt ống sonde vào trực tràng là đưa ống sonde vào trực tràng qua lỗ hậu môn		
2.	Đặt ống sonde vào trực tràng được chống chỉ định trong trường hợp người bệnh bị chướng hơi		
3.	Nhân viên y tế phải rửa tay theo quy trình rửa tay ngoại khoa trước khi thực hiện kỹ thuật đặt ống sonde vào trực tràng		
4.	Đặt ống sonde vào trực tràng nhằm giúp tống hơi từ ống tiêu hóa ra ngoài		
5.	Sonde trực tràng giúp nuôi dưỡng người bệnh trong trường hợp người bệnh không ăn uống được		
6.	Đặt ống sonde vào trực tràng có thể dùng canule		

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

4.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị người bệnh					
2. Chuẩn bị dụng cụ đặt sonde vào trực tràng					
3. Chuẩn bị nhân viên y tế					
4. Tiến hành kỹ thuật đặt sonde vào trực tràng 4.1. Đặt ống sonde 4.2. Rút ống sonde 4.3. Thu dọn dụng cụ					
5. Thực tập ghi chép hồ sơ sau khi thực hiện xong kỹ thuật đặt ống sonde vào trực tràng.					

5. Thực hành kỹ thuật

5.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

5.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm: Bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

KỸ THUẬT THỤT THÁO

1. Giới thiệu tổng quan

Thụt tháo là một phương pháp làm sạch phân ở đại tràng, bằng cách kích thích nhu động ruột thông qua sự truyền một thể tích lớn dung dịch vào đại tràng, kích thích tại chỗ của trực tràng và đại tràng sigmoid.

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Chuẩn bị được đầy đủ dụng cụ trong kỹ thuật thụt tháo
2. Thực hiện được kỹ thuật thụt tháo

3. Lý thuyết

3.1. Chỉ định

Thụt tháo được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Đau do táo bón.
- Lấy các cục phân cứng.
- Làm sạch ruột trước khi làm các xét nghiệm chẩn đoán.
- Thụt tháo trước mổ.

3.2. Biến chứng

Kỹ thuật thụt tháo rất an toàn và ít khi gây biến chứng nếu thực hiện đúng kỹ thuật.

3.3. Quy trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Minh họa hình ảnh
TRƯỚC	1. Xem hồ sơ bệnh án	Kiểm tra: - Y lệnh của bác sĩ về phương pháp thực và dung dịch sử dụng - Kiểm tra đúng người bệnh, đúng giường	Đảm bảo lựa chọn đúng loại dịch thực, số lượng dịch, thời gian, đúng người bệnh		
	2. Thông báo cho người bệnh kỹ thuật sắp làm	- Giải thích tiến trình sẽ thực hiện: nội dung và mục đích - Nếu người bệnh hôn mê cần giải thích cho gia đình người bệnh biết	Giúp người bệnh thoải mái và hợp tác trong suốt quá trình thực hiện	Nêu rõ kỹ thuật thực thao không gây đau và nguy hiểm cho người bệnh	.
	3. Chuẩn bị dụng cụ	Dụng cụ: - Canule thực tháo - Bốc thực - Hệ thống dây dẫn và panh kẹp hoặc khoá - Dịch thực ấm - Găng tay dùng một lần - Dầu bôi trơn - Đệm không thấm nước - Chăn đắp - Giấy vệ sinh - Bô dẹt, ghế đi cầu, hay hướng dẫn cửa vào toilet - Chậu nước khăn tắm và xà phòng	- Dụng cụ thích hợp tình trạng NB - Kiểm tra nhiệt độ dịch thực - Dung dịch lạnh có thể gây co thắt đại trực tràng	Đầy đủ dụng cụ, thích hợp và hiệu quả	

TRONG	4. Tiến hành kỹ thuật: 4.1. Che kín NB	Kéo màn che kín giường, kéo tấm khăn che người bệnh trong khi chuẩn bị	Giúp người bệnh được thoải mái	Đảm bảo sự kín đáo cho người bệnh	
	4.2. Gắn canule thực tháo	Gắn canule thực tháo thích hợp vào dây dẫn và gắn hệ thống dây dẫn vào béc thực	Kiểm tra các chỗ nối để chắc chắn không bị rò rỉ trong quá trình thực		
	4.3. Rửa tay và mang găng	Rửa tay thường qui và mang găng sạch	Hạn chế sự lây lan vi sinh vật		
	4.4. Nâng giường NB tư thế thích hợp	- Nâng giường lên độ cao thích hợp với người điều dưỡng - Nâng thanh chắn giường lên ở phía đối diện	Người Điều dưỡng thực hiện với tư thế đúng và đảm bảo sự an toàn cho người bệnh		
	4.5. Đặt người bệnh nằm ở tư thế đúng	- Giúp người bệnh nằm nghiêng sang trái với đầu gối chân phải co - NB không tự chủ, trẻ em có thể được đặt nằm ngửa	Dịch thực chảy xuống dưới áp lực theo đường cong tự nhiên của trực tràng và đại tràng sigmoid, như vậy sẽ tăng cường sự giữ dịch		
	4.6. Trải vải cao su lót mông	Đặt tấm cao su không thấm nước dưới hông và mông người bệnh	Tránh làm vấy bẩn ra giường		 Hình 1: Kỹ thuật thực tháo

	4.7. Bộc lộ vùng hậu môn, trực tràng	Che phủ cho người bệnh bằng một khăn đắp, chỉ bộc lộ vùng trực tràng	Cung cấp sự ấm, hạn chế bộc lộ các phần khác của cơ thể giúp bệnh nhân cảm thấy thư giãn và thoải mái hơn		
	4.8. Đặt xô dẹt hay ghế đi cầu ở vị trí thuận tiện.			Sử dụng xô trong trường hợp người bệnh không có khả năng lưu giữ dịch thụt hoặc không đi vào toilet được, nếu người bệnh đi được thì hướng dẫn vị trí toilet cho người bệnh	
	4.9. Treo cao bình chứa	Treo cao bình chứa, mở kẹp và cho nước chảy đầy vào hệ thống ống sau đó kẹp ống lại	Đẩy khí ra khỏi ống dẫn	Lượng dịch thụt: - Trẻ sơ sinh: 150 - 250ml - Trẻ chập chững: 250 - 350ml - Trẻ tuổi đi học: 300 - 500ml - Trẻ thành niên: 500 - 750ml - Người lớn: 750 - 1000ml	

4.10. Kiểm tra độ ẩm của dịch thụt và bôi trơn đầu canule	Bôi trơn 6-8cm đầu canule	Sự bôi trơn giúp đưa canule vào trực tràng mà không gây kích thích hay gây đau	Nước nóng có thể gây thương tổn niêm mạc ruột. Nước lạnh có thể gây co thắt cơ ở ruột và khó giữ dịch thụt	
4.11. Đưa ống vào trong trực tràng	Vạch hậu môn đưa canule hướng về phía rốn	Thở ra giúp làm giãn cơ thắt ngoài trực tràng	Động viên người bệnh thư giãn bằng cách thở bằng miệng	
4.12. Mở khoá cho nước chảy	Mở khoá và để cho dịch chảy từ từ vào trực tràng với chiều cao bốc thụt thích hợp	Dịch chảy nhanh có thể gây kích thích sự bài tiết của trực tràng	Tăng áp lực và giãn cơ thắt có thể đẩy canule ra ngoài	
4.14. Chuẩn bị rút ống	- Kẹp ống lại sau khi tất cả dịch vào hết - Nhẹ nhàng rút ống ra - Nút ở vùng hậu môn sau khi rút ống ra	Hạn chế khí vào trong trực tràng	Giúp người bệnh thoải mái và sạch sẽ	
4.16. Yêu cầu người bệnh cố gắng nhịn đi đại tiện	Giải thích cho người bệnh rằng cảm giác căng là bình thường. Yêu cầu người bệnh giữ dịch thụt càng lâu càng tốt trong khi nằm nhẹ nhàng trên giường	Sự lưu giữ dịch lâu thúc đẩy hiệu quả kích thích nhu động và sự bài tiết nhiều hơn	Với trẻ em hay trẻ nhỏ, nhẹ nhàng giữ chặt mông lại trong vài phút	
4.17. Thu gọn dụng cụ	Vắt bỏ bình đựng dịch và ống thụt vào thùng đựng thích hợp hoặc súc rửa hoàn toàn với xà phòng và nước nếu tái sử dụng bình chứa	Hạn chế sự lây truyền và phát triển của vi sinh vật		

SAU	5. Giúp người bệnh đi đại tiện	Đi vào toilet hoặc giúp người bệnh ngồi trên bô dẹt		Kiểu ngồi xổm bình thường giúp thúc đẩy đại tiện	
	6. Rửa sạch vùng hậu môn	Giúp người bệnh rửa sạch vùng hậu môn với xà phòng và nước ấm nếu cần	Phân còn dính lại có thể kích thích da. Vệ sinh giúp người bệnh thoải mái hơn		
	7. Tháo bỏ găng và rửa tay		Hạn chế lây truyền vi sinh vật		
	8. Quan sát đặc điểm của phân và dịch thải ra	Xem xét kỹ màu, độ đặc lỏng, số lượng phân và dịch được thải ra.		- Ghi chú những dấu hiệu bất thường như có máu hay nhầy - Nhận định tình trạng bụng, đau, độ cứng hay chướng bụng có thể chỉ ra một số vấn đề quan trọng	

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1	Thụt tháo là phương pháp đưa dịch vào đại trực tràng nhằm mục đích làm sạch phân trong đại trực tràng		
2	Thụt tháo được áp dụng trong trường hợp táo bón hay làm sạch trước khi làm các xét nghiệm giúp chẩn đoán		
3	Thụt tháo được áp dụng trong trường hợp hậu môn bị nhiễm khuẩn		
4	Tính chất của dịch và phân thải ra đánh giá tình trạng bệnh lý của trực tràng hiện tại		
5	Kỹ thuật thụt tháo thường gây đau và khó chịu do người bệnh		
6	Kỹ thuật thụt tháo là một kỹ thuật tuyệt đối vô khuẩn		
7	Lượng dịch thụt ở người lớn thường là 100 - 200ml		
8	Dung dịch thụt tháo phải là dung dịch vô khuẩn		
9	Khi thụt, cần xả dịch mạnh để làm mềm phân nhanh		
10	Sau khi thụt cần đánh giá tính chất phân và dịch thải ra		

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

4.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm

Bảng kiểm : Đặt ống thông mũi miệng dạ dày

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị người bệnh					
2. Chuẩn bị dụng cụ					
3. Thực hiện kỹ năng thụt tháo					
4. Yêu cầu người bệnh nhịn đi cầu sau khi cho dung dịch chảy vào trực tràng					
5. Giúp người bệnh thoải mái sau khi hoàn tất thụt tháo					
6. Thu dọn dụng cụ và ghi hồ sơ					

5. Thực hành kỹ thuật

5.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

5.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm: bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách:

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

THÔNG TIỂU NỮ

1. Giới thiệu tổng quan

Thông tiểu là dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn nước tiểu ra ngoài nhằm mục đích:

- Làm giảm sự khó chịu và căng quá mức do ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
- Đo lường khối lượng và tính chất của nước tiểu lưu trữ trong bàng quang.
- Lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm.
- Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như: Phẫu thuật vùng hậu môn sinh dục, phẫu thuật hoặc soi đường bàng quang tiết niệu.
- Theo dõi lượng nước tiểu ở người bệnh bị sốc, ngộ độc, bỏng nặng.

2. Mục tiêu kỹ năng:

1. Trình bày được mục đích thông tiểu nữ
2. Trình bày được chỉ định và chống chỉ định của thông tiểu nữ
3. Trình bày được kỹ thuật thông tiểu nữ

3. Lý thuyết

3.1. Chỉ định

Trong những trường hợp:

- Người bệnh bí tiểu đã áp dụng các biện pháp kích thích tiểu tiện không hiệu quả.
- Trước khi mổ (mổ sỏi hệ tiết niệu, mổ đẻ...)
- Lấy mẫu nước tiểu vô khuẩn làm xét nghiệm chẩn đoán các bệnh lý của bàng quang và hệ tiết niệu.
- Bơm thuốc vào điều trị các bệnh lý bàng quang, hệ tiết niệu, hoặc để chụp bàng quang ngược dòng...

3.2. Chống chỉ định:

Trong những trường hợp: Giập rách niệu đạo.

3.3. Các đặc tính bình thường của nước tiểu

Đặc tính chung của nước tiểu bao gồm: số lượng, màu sắc, tính chất (độ trong), mùi vị.

– **Thể tích:** Ở người lớn xấp xỉ 250 - 400ml. Lượng nước tiểu thải ra có thể rất khác nhau. Phụ thuộc vào lượng dịch đưa vào và dịch mất đi của cơ thể. Một catheterized có thể dẫn lưu tối thiểu 30ml nước tiểu mỗi giờ. Nếu ít hơn 30ml nước tiểu thì có thể khẳng định lượng máu đến thận không đầy đủ.

– **Màu sắc:** Màu sắc của nước tiểu thay đổi từ màu vàng nhạt đến vàng đậm sang vàng nâu đậm (màu hổ phách). Màu sắc nước tiểu thay đổi theo tình trạng hydrat hóa của cơ thể (lượng dịch vào), thuốc, sự hành kinh ở phụ nữ...

– **Tính chất:** Nước tiểu bình thường là trong. Nước tiểu mới bài xuất ra thường sạch, không có cặn lắng, nước tiểu dẫn lưu qua sode thường trong không có cặn lắng nhưng thỉnh thoảng có một vài mảnh vụn niêm mạc.

– **Mùi:** Mùi nước tiểu mới bài xuất thường được mô tả điển hình như mùi thơm. Nhìn chung nước tiểu loãng thì có mùi nhẹ, đặc thì mùi nặng hơn. Thuốc, thức ăn có thể thay đổi mùi của nước tiểu. Mùi nước tiểu nặng, khó chịu thường gặp trong tình trạng nhiễm trùng.

3.4. Những yếu tố ảnh hưởng đến sự bài niệu bình thường

Những yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự bài niệu bình thường như: Lượng dịch đưa vào, lượng dịch mất đi, chế độ ăn, tư thế cơ thể và những yếu tố tâm lý có thể ảnh hưởng đến đặc tính của nước tiểu.

Những yếu tố thuận lợi cho sự rối loạn bài tiết nước tiểu bình thường của cơ thể như: Sự tắc nghẽn dòng nước tiểu, nhiễm trùng hệ tiết niệu, hạ huyết áp, tổn thương thần kinh, nhược cơ, phẫu thuật.

Hướng dẫn người bệnh nhận biết những thay đổi bất thường về đặc tính của nước tiểu như:

- Có nhiều mảnh niêm mạc và chất cặn lắng trong nước tiểu
- Có máu trong nước tiểu
- Thay đổi màu sắc hoặc mùi

Hướng dẫn người bệnh biết cách theo dõi những dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm trùng như:

- Nhiệt độ cao, ớn lạnh, rét run
- Thay đổi đặc tính của nước tiểu
- Đau trên xương mu
- Đau nhiều khi tiểu tiện
- Đau cấp
- Tiểu ít, tiểu dầm
- Gia tăng co cứng, liệt trong tổn thương tủy sống
- Tăng độ PH trong nước tiểu
- Buồn nôn/ nôn mửa
- Đau lưng ở đoạn thấp và đau hông

Ngoài ra, kỹ năng này còn liên quan đến:

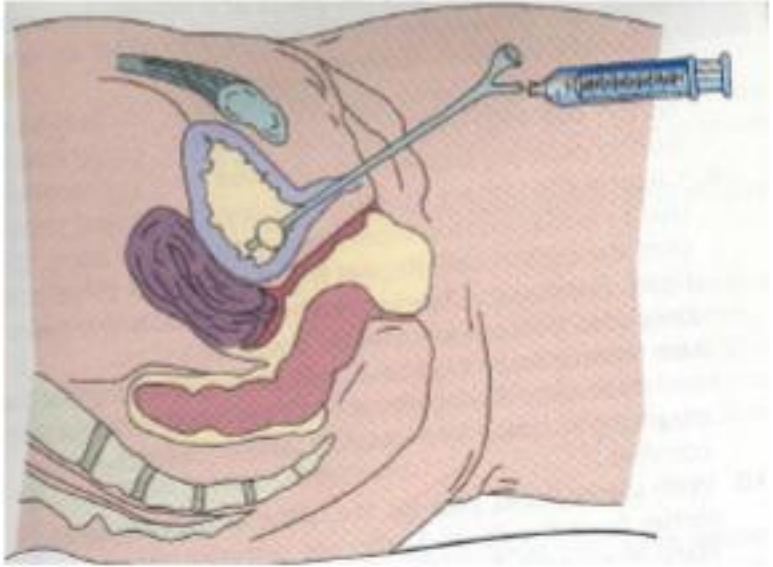
- Đo lượng dịch vào và ra
- Các loại sonde tiểu
- Hồ sơ bệnh án
- Kỹ thuật rửa tay
- Kỹ năng giao tiếp với người bệnh

3.5. Qui trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị người bệnh - Xem hồ sơ bệnh án	Kiểm tra: - Y lệnh của bác sĩ về kỹ thuật thông tiểu (thông tiểu một lần hay lưu thông dài ngày) - Kiểm tra đúng người bệnh, đúng giường	Đảm bảo lựa chọn đúng loại, kích cỡ sonde, thời gian, đúng người bệnh		
	- Thông báo cho người bệnh kỹ thuật sắp làm	Giải thích tiến trình sẽ thực hiện: Nội dung và mục đích. - Các dấu chứng khó chịu - Hướng dẫn người bệnh cách tham gia vào quá trình đặt sonde và chăm sóc	Tiến hành thuận lợi và an toàn	NB yên tâm thoải mái	

	2. Chuẩn bị nhân viên y tế 3. Chuẩn bị dụng cụ 3.1. Dụng cụ thông tiểu 3.2. Dụng cụ hỗ trợ vô khuẩn	- Rửa tay, đội mũ, mang khẩu trang, đi găng. - Hộp dụng cụ thông tiểu đã tiệt khuẩn gồm có: + Săng có lỗ, gạc, bông, kelly, kẹp phẫu tích, sonde foley hoặc sonde nelaton, gạc có vaselin + Hai cốc nhỏ đựng dung dịch sát khuẩn (Betadin & nước muối sinh lý) + Bơm tiêm vô khuẩn (nếu dùng sonde Foley). - Ống nghiệm, giá ống nghiệm, giấy xét nghiệm - Khay quả đậu, găng tay vô khuẩn, túi dẫn lưu nước tiểu vô khuẩn, băng dính, kéo. - Vải che phủ người bệnh - Tấm nylon - Bô đựng nước tiểu - Đèn chiếu	- Hạn chế nhiễm khuẩn cho người bệnh - Đảm bảo quá trình thủ thuật vô khuẩn	- Rửa tay đảm bảo sạch - Với loại ống sonde cỡ thích hợp; Lưu dài ngày dùng sonde Foley	 
TRONG	3.3. Che bình phong, chuẩn bị NB - Chuẩn bị tư thế cho người bệnh	- Trải nylon dưới mông người bệnh - Phủ vải đắp, giúp người bệnh cởi quần ra, quần vải đắp vào đùi và chân - Nữ chân chống bệt ra - Nam 2 chân dang rộng	- Tránh làm ẩm ướt vùng mông - Để kỹ thuật tiến hành thuận tiện, kín đáo NB. - Lỗ tiểu bộc lộ ra	- Đảm bảo sự kín đáo, riêng tư cho người bệnh - Động tác nhẹ nhàng	

SAU	4. Tiến hành thông tiểu: - Rửa tay ngoại khoa, lau khô, đi găng - Mở bộ dụng cụ vô khuẩn - Rửa sạch âm hộ bằng nước muối sinh lý - Thay găng vô khuẩn. - Trải sẵn có lỗ - Đặt khay quả đậu - Bôi trơn ống - Xác định lỗ niệu đạo - Đặt ống sonde tiểu vào niệu đạo	- Vạch mép để lộ lỗ tiểu + Nữ: Rửa từ trên xuống + Nam: Rửa từ lỗ tiểu rộng ra - Rửa xong thấm khô và sát khuẩn lại bằng Betadin - Đặt khay quả đậu trên sẵn và giữa hai đùi người bệnh - Đưa ống sonde vào 4-5 cm cho NB nữ ; 16 -20 cm cho nam) - Cho đuôi ống cho vào khay quả đậu cho đến khi nước tiểu chảy ra	- Bộc lộ được lỗ tiểu - Để lộ bộ phận sinh dục - Để tránh xây xước niêm mạc - Để hứng nước tiểu - Theo dõi và quản lý người bệnh	- Mỗi lần rửa xong một bộ phận phải thay gạc rồi mới rửa bộ phận khác. - Tránh bắn lại lỗ tiểu - Đưa ống vào nhẹ nhàng. Nếu sự đề kháng của người bệnh vẫn còn thì không đưa ống sonde vào nữa - Trẻ em thường đưa ống sonde vào khoảng 2.5cm.	
-----	---	--	--	---	--

	- Khi nước tiểu ra hết bẻ gấp ống rút ra cho vào khay quả đậu, nếu không lưu ống (sonde nelaton) - Gắn sonde Foley vào dây nối với bình nylon đựng nước tiểu nếu dẫn lưu liên tục. - Bơm bóp để cố định - Sát khuẩn lại vùng sinh dục, - Tháo bỏ băng lố - Cố định sonde - Cho người bệnh mặc quần và nằm lại tư thế thoải	- Cách đặt sonde Foley cũng giống như đặt sonde Nelaton. - Dùng bơm tiêm bơm vào ngành phụ khoảng 10ml nước cất để bóng của sonde giữ cho sonde khỏi bị tuột. Cho nước tiểu chảy từ từ - Dán băng dính vào mặt trong đùi đối với người bệnh nữ, mặt trước đùi hoặc trên bụng đối với người bệnh nam.			 Thông tiểu nữ
5. Thu dọn dụng cụ		- Dụng cụ đã dùng đem đi đánh rửa sạch và gởi hấp để tiệt khuẩn. - Dụng cụ khác sắp xếp vào nơi qui định.			
6. Ghi hồ sơ bệnh án		+ Ngày giờ sonde tiểu. + Số lượng, màu sắc, các xét nghiệm. + Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi sonde tiểu. + Tên người làm thủ thuật.			

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Câu hỏi đúng/sai:

1. Thông tiểu khi người bệnh bí tiểu đã áp dụng các biện pháp kích thích tiểu tiện không hiệu quả.
2. Khi đặt thông tiểu, người điều dưỡng không cần rửa tay ngoại khoa và đặt băng lỗ cho người bệnh.
3. Thông tiểu là dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn nước tiểu ra ngoài.
4. Không tiến hành đặt thông tiểu trong trường hợp người bệnh bị giãn rách niệu đạo.

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

4.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm (Kỹ thuật thông tiểu nữ không dẫn lưu)

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị người bệnh					
2. Chuẩn bị dụng cụ					
3. Chuẩn bị nhân viên y tế: Rửa tay thường qui, đội mũ, mang khẩu trang					
4. Che bình phong, trải tấm nylon dưới mông người bệnh					
5. Phủ vải đắp, cởi quần, quấn vải vào đùi và chân người bệnh					
6. Cho người bệnh nằm ngửa, hai chân chống, đùi hơi dẹt.					
7. Rửa tay ngoại khoa, lau khô, đi găng					
8. Mở bộ dụng cụ vô khuẩn					
9. Rửa sạch âm hộ bằng nước muối sinh lý					
10. Thấm khô, sát khuẩn lại bằng betadin					
11. Thay găng					
12. Trải băng có lỗ					
13. Đặt khay quả đậu vào giữa hai đùi					
14. Bôi dầu nhờn vào đầu ống sonde					
15. Xác định lỗ niệu đạo					
16. Đặt ống sonde tiểu vào lỗ niệu đạo					
17. Khi nước tiểu ra hết, bẻ gấp ống sonde, rút ra cho vào khay quả đậu					
18. Sát khuẩn lại vùng sinh dục					
19. Cho người bệnh mặc quần, nằm lại tư thế thoải mái					
20. Ghi hồ sơ					

5. Thực hành kỹ thuật

5.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

5.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm: Bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

THÔNG TIỂU NAM

1. Giới thiệu tổng quan

Thông tiểu là dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn nước tiểu ra ngoài, nhằm mục đích:

- Làm giảm sự khó chịu và căng quá mức do ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
- Đo lường khối lượng và tính chất của nước tiểu lưu trữ trong bàng quang.
- Lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm.
- Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như phẫu thuật vùng hậu môn sinh dục, phẫu thuật hoặc soi đường bàng quang tiết niệu.
- Theo dõi lượng nước tiểu ở người bệnh bị sốc, ngộ độc, bỏng nặng

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Trình bày được mục đích thông tiểu nam
2. Trình bày được chỉ định và chống chỉ định của thông tiểu nam
3. Trình bày được kỹ thuật thông tiểu nam

3. Lý Thuyết

3.1. Chỉ định

Trong những trường hợp:

- Người bệnh bí tiểu đã áp dụng các biện pháp kích thích tiểu tiện không hiệu quả.
- Trước khi mổ (mổ u xơ tiền liệt tuyến, mổ sỏi hệ tiết niệu...)
- Lấy mẫu nước tiểu vô khuẩn làm xét nghiệm chẩn đoán các bệnh lý của bàng quang và hệ tiết niệu.
- Bơm thuốc vào điều trị các bệnh lý bàng quang, hệ tiết niệu, hoặc để chụp bàng quang ngược dòng...

3.2. Chống chỉ định:

Trong những trường hợp:

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

Niệu đạo là đường dẫn nước tiểu đến bàng quang. Ở nam, niệu đạo dài khoảng 20 cm dùng để vận chuyển nước tiểu và tinh dịch.

Cơ thắt ngoài nằm bên trong của niệu đạo. Nó là một dải cân xương mỏng bao xung quanh một phần của niệu đạo và điều khiển nước tiểu một cách chủ động. Cơ thắt ngoài thường co lại để giữ niệu đạo đóng. Khi cơ thắt ngoài giãn, nước tiểu có thể chảy từ bàng quang ra ngoài.

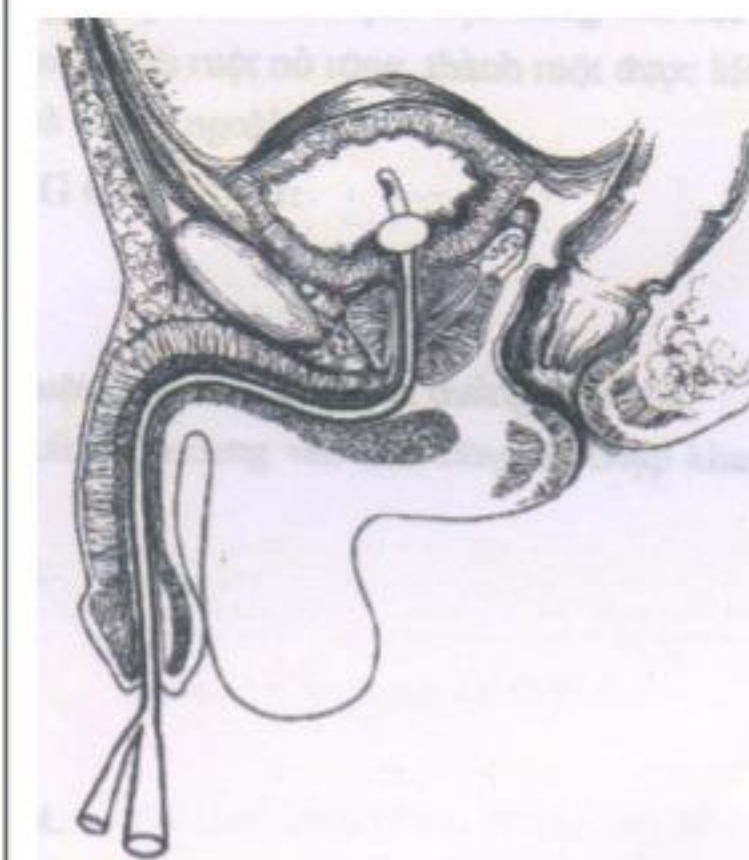
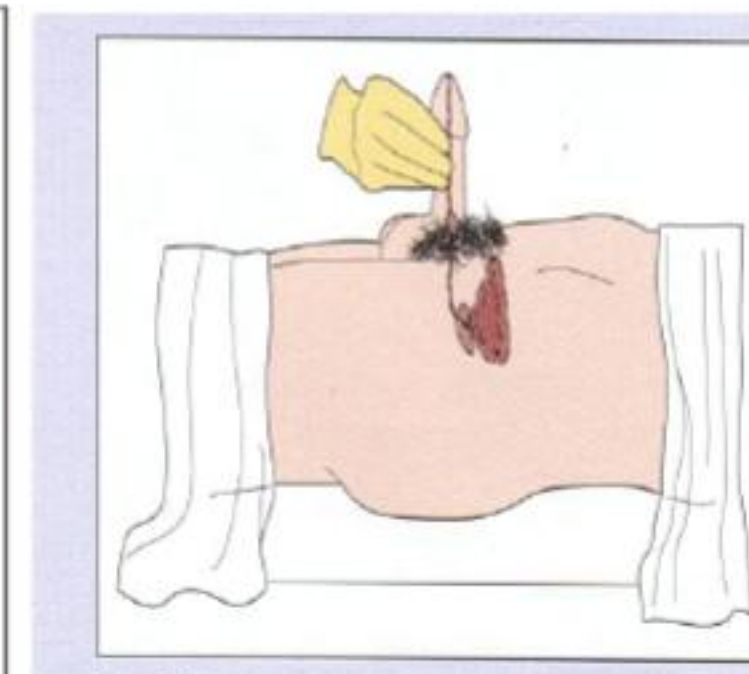
3.3. Qui trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị người bệnh - Xem hồ sơ bệnh án	Kiểm tra: - Y lệnh của bác sĩ về kỹ thuật thông tiểu (thông tiểu thường hay thông tiểu liên tục) - Kiểm tra đúng người bệnh, đúng giường	Đảm bảo lựa chọn đúng loại, kích cỡ sonde, thời gian, đúng người bệnh		
	- Thông báo cho người bệnh kỹ thuật sắp làm	Giải thích tiến trình sẽ thực hiện: nội dung và mục đích	Giúp người bệnh thoải mái và hợp tác trong suốt quá trình thực hiện	- Giải thích cho người bệnh lý do đặt sonde tiểu. - Báo cho người bệnh biết rằng sẽ có cảm giác khó chịu trong suốt quá trình đặt sonde tiểu, tuy nhiên quá trình này không gây đau. - Báo cho người bệnh biết rằng họ sẽ cảm thấy muốn tiểu trong suốt quá trình đặt sonde tiểu và sau đó một thời gian ngắn. - Hướng dẫn người bệnh cách tham gia vào quá trình đặt sonde và chăm sóc.	
	2. Chuẩn bị nhân viên y tế	Rửa tay ngoại khoa, đội mũ, mang khẩu trang, đi găng.	Hạn chế nhiễm khuẩn cho người bệnh	Kích cỡ ống thông tùy thuộc vào lứa tuổi. - Người lớn: 16-18-20 Fr - Trẻ em: 8-10-12 Fr	

	3. Chuẩn bị dụng cụ 3.1. Hộp dụng cụ thông tiểu đã tiệt khuẩn gồm có: 3.2. Dụng cụ hỗ trợ	- Săng có lỗ, gạc, bông, Kelly. - Kẹp phẫu tích, sonde foley hoặc sonde nelaton. - Hai cốc nhỏ đựng dung dịch sát khuẩn: betadin, nước muối sinh lý. - Ống nghiệm, giá đựng ống nghiệm, giấy xét nghiệm - Khay quả đậu - Găng tay vô khuẩn. - Túi dẫn lưu nước tiểu vô khuẩn. - Bơm tiêm vô khuẩn. - Dầu nhờn vaselin. - Lọ cầm kẹp kocher, băng dính, kéo. - Vải che phủ người bệnh. Tấm nylon. Bô đựng nước tiểu. - Đèn chiếu, đèn cổ ngỗng.	- Đảm bảo quá trình chuẩn bị vô khuẩn - Đạt được mục đích, tránh làm tổn thương niêm mạc niệu đạo		 
	4. Tiến hành thông tiểu - Che bình phong - chuẩn bị NB - Rửa tay - Mở bộ dụng cụ vô khuẩn	- Trải nylon dưới mông người bệnh - Phủ vải đắp, giúp người bệnh cởi quần ra, quần vải đắp vào đùi và chân - Chuẩn bị tư thế cho người bệnh cho người bệnh nằm ngửa, hai chân dang rộng.	- Đảm bảo sự kín đáo, riêng tư cho người bệnh - Tránh làm ẩm ướt vùng mông - Để kỹ thuật tiến hành thuận tiện, vô khuẩn.	<i>Chú ý:</i> trong trường hợp đặt sonde tiểu nhưng muốn lưu sonde, người ta thường dùng loại sonde Folley hai ngành để đặt. - Cách đặt cũng giống như đặt sonde Nelaton.	

--	--	--	--	--	--

TRONG	- Rửa sạch bộ phận sinh dục - Thay găng. - Trải sẵn có lỗ - Đặt một khay quả đậu - Bôi dầu nhờn vào đầu ống sonde - Đặt ống sonde tiểu vào lỗ niệu đạo	- Dùng gạc lót quanh dương vật cầm dựng đứng lên, tay còn lại gấp gạc thấm nước sát khuẩn rửa từ lỗ niệu đạo, bao qui đầu, dương vật, có thể sát khuẩn rộng ra ngoài. - Lau khô & mang găng - Trên hai đùi bộc lộ bộ phận sinh dục - Trên sẵn lỗ vào giữa hai đùi của người bệnh - Một tay cầm dương vật thẳng góc với cơ thể và kéo nhẹ lên trên. - Tay còn lại cầm ống sonde đưa từ từ vào niệu đạo, đuôi ống sonde đặt vào khay quả đậu, đưa vào khoảng 10cm thì hạ dương vật xuống, tiếp tục đẩy ống sonde vào cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra	- Bộc lộ được lỗ tiểu - Để hứng nước tiểu. - Để tránh xây xước niêm mạc - Theo dõi và quản lý người bệnh.	- Khi đặt xong người ta bơm vào ngành phụ khoảng 10ml nước cất để phần bóng của sonde phình to giữ cho sonde khỏi bị tuột. - Sau đó gắn sonde vào dây nối với bình nylon đựng nước tiểu. - Tháo bỏ săng lỗ. - Cố định sonde vào mặt trong đùi đối với người bệnh nữ, mặt trước đùi hoặc trên bụng đối với người bệnh nam - Cố định ống dẫn lưu vào thành giường và treo túi hứng nước tiểu ở mức thấp hơn so với bàng quang - Khi cần rút sonde phải hút phần nước đã bơm vào ngành phụ ra rồi rút sonde như trường hợp rút sonde Nelaton
	- Rút ống thông - Sát khuẩn lại bộ	- Khi nước tiểu chảy ra hết thì kéo ống ra một ít rồi gấp ống lại rút ra cho vào khay quả đậu - Dùng gạc thấm khô và	- Hạn chế nhiễm	- Động tác phải nhẹ nhàng và



Thông tiểu nam

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Câu hỏi đúng/sai:

1. Trong trường hợp đặt sonde tiểu nhưng muốn lưu sonde, người ta thường dùng loại sonde Nelaton để đặt.
2. Khi đặt sonde tiểu, người điều dưỡng cần rửa tay theo quy trình rửa tay thường qui.
3. Thông tiểu là dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn nước tiểu ra ngoài.
4. Trước khi mổ u xơ tiền liệt tuyến, người ta thường đặt sonde tiểu

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

4.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm

Kỹ thuật đặt thông tiểu nam (Không dẫn lưu)

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị người bệnh					
2. Chuẩn bị dụng cụ					
3. Chuẩn bị nhân viên y tế: Rửa tay thường qui, đội mũ, mang khẩu trang					
4. Che bình phong, trải tấm nylon dưới mông người bệnh					
5. Phủ vải đắp, cởi quần, quần vải vào đùi và chân người bệnh					
6. Cho người bệnh nằm ngửa, hai chân dang rộng					
7. Rửa tay ngoại khoa, lau khô, đi găng					
8. Mở bộ dụng cụ vô khuẩn					
9. Rửa sạch bộ phận sinh dục bằng nước muối sinh lý					
10. Thấm khô, sát khuẩn lại bằng betadin					
11. Thay găng, mang găng vô khuẩn					
12. Trải sẵn lỗ					
13. Đặt khay quả đậu vào giữa hai đùi					
14. Bôi dầu nhờn vào đầu ống sonde					
15. Đặt ống sonde tiểu vào lỗ niệu đạo					
16. Khi nước tiểu ra hết, bẻ gấp ống sonde, rút ra cho vào khay quả đậu					
17. Sát khuẩn lại vùng sinh dục					
18. Cho người bệnh mặc quần, nằm lại tư thế thoải mái					
19. Ghi hồ sơ					

5. Thực hành kỹ thuật

5.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

5.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm: Bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

DẪN LƯU NƯỚC TIỂU LIÊN TỤC

1. Giới thiệu tổng quan

Dẫn nước tiểu liên tục là một quá trình dẫn lưu nước tiểu từ bàng quang vào túi đựng nước tiểu vô khuẩn, đây là một kỹ thuật đòi hỏi phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn tuyệt đối. Vì vậy nhân viên y tế cần phải có kiến thức, thái độ và kỹ năng tốt thì mới đảm bảo chăm sóc tốt cho người bệnh, tránh được các biến chứng có thể xảy ra. Dẫn nước tiểu liên tục nhằm mục đích theo dõi lượng nước tiểu liên tục trong một số trường hợp bệnh.

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Chuẩn bị được đầy đủ dụng cụ để dẫn nước tiểu liên tục.
2. Thực hiện được kỹ thuật dẫn nước tiểu.

3. Lý thuyết

3.1. Đại cương

Dẫn nước tiểu liên tục là dùng ống thông cố định, lưu giữ một thời gian để dẫn nước tiểu từ bàng quang vào túi đựng nước tiểu vô khuẩn. Dẫn nước tiểu liên tục giữ cho những vùng xung quanh lỗ tiểu được sạch sẽ, khô ráo, đề phòng loét, nhiễm khuẩn.

3.2. Chỉ định:

Dẫn nước tiểu liên tục được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Người bệnh đi tiểu không tự chủ trong hôn mê, tai biến mạch máu não, liệt cơ vòng.
- Sau phẫu thuật tăng sinh môn, âm đạo, tiền liệt tuyến, niệu đạo, bàng quang, niệu quản, thận.
- Bí tiểu kéo dài.
- Theo dõi suy thận cấp thể vô niệu: diễn biến bệnh và tác dụng phụ của thuốc.

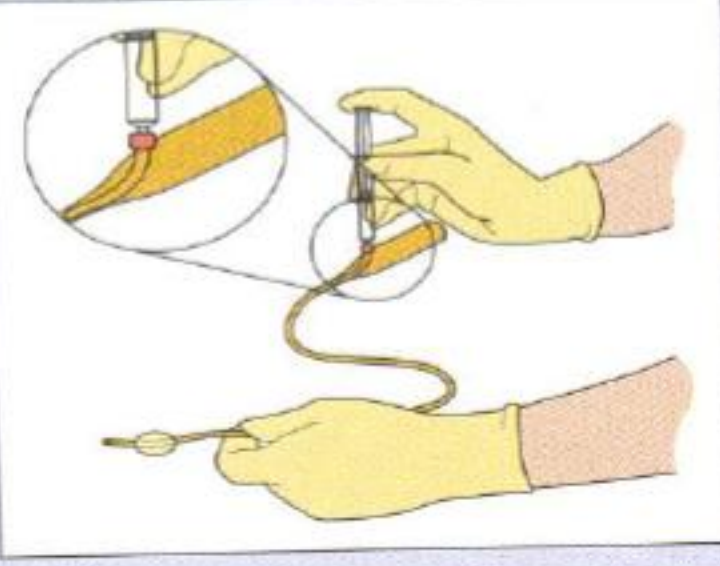
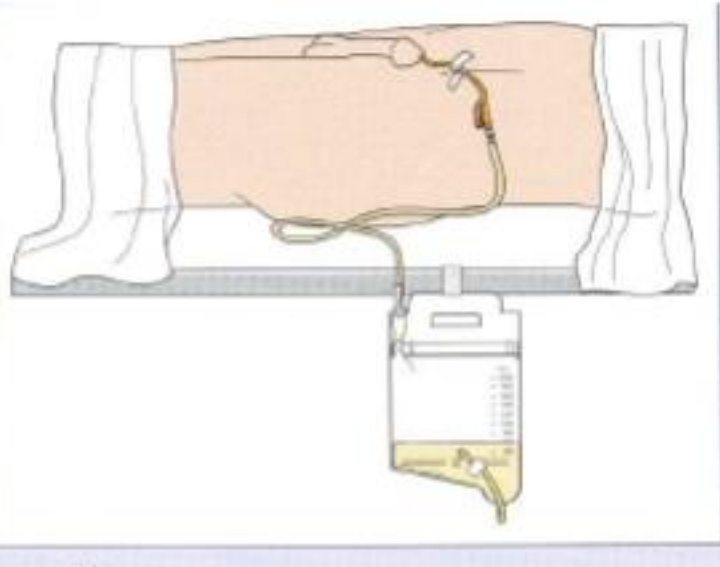
3.3. Chống chỉ định: viêm niệu đạo cấp

3.4. Biến chứng

- Choáng do đau
- Đái máu
- Nhiễm khuẩn

3.5. Qui trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị người bệnh	Thông báo trước cho người bệnh, báo các cảm giác khó chịu trong suốt quá trình đặt sonde tiểu cảm thấy muốn tiểu trong suốt quá trình đặt sonde tiểu và sau đó một thời gian ngắn	- Để người bệnh và người nhà hợp tác. - Giải thích cho người bệnh biết trước cảm giác khó chịu để khỏi lo lắng	Phải thông báo và giải thích rõ ràng cho người bệnh và người nhà người bệnh biết	
	2. Chuẩn bị dụng cụ	<i>2.1. Hộp dụng cụ thông tiểu đã tiệt khuẩn gồm có:</i> - Sàng lỗ - Gạc, bông - Kelly. - Kẹp phẫu tích - Sonde foley - Hai cốc nhỏ đựng dung dịch sát khuẩn - Khay quả đậu <i>2.2. Dụng cụ hỗ trợ:</i> - Khay chữ nhật sạch - Dung dịch sát khuẩn: Betadin - Nước muối sinh lý vô khuẩn - Găng tay vô khuẩn. - Túi dẫn lưu nước tiểu vô khuẩn - Bơm tiêm vô khuẩn - Dầu nhờn vaselin - Băng dính, kéo - Vải che phủ người bệnh - Tấm nylon - Đèn chiếu, đèn cổ ngỗng.	- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong quá trình dẫn nước tiểu liên tục - Đảm bảo đầy đủ dụng cụ cho quá trình thực hiện dẫn nước tiểu liên tục.	Chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ trong hộp dụng cụ đã tiệt khuẩn cũng như các dụng cụ hỗ trợ.	 Hệ thống dẫn lưu nối với sonde Foley

	3. Chuẩn bị nhân viên y tế	Đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay theo phương pháp ngoại khoa, mang găng vô khuẩn	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn	Rửa tay đúng theo quy trình rửa tay ngoại khoa và mang găng đúng kỹ thuật	
TRONG	4. Đặt ống sonde và cố định dẫn lưu	- Giống quy trình kỹ thuật đặt thông tiểu. - Khi đặt xong bơm vào ngành phụ khoảng 5-10ml nước cất để phần bóng của sonde phình to giữ cho sonde khỏi bị tuột - Gắn sonde vào dây nối với bịch nylon đựng nước tiểu - Tháo bỏ băng lỗ - Cố định sonde vào mặt trong đùi đối với người bệnh nữ, mặt trước đùi hoặc trên bụng đối với người bệnh nam - Cố định ống dẫn lưu vào thành giường và treo túi hứng nước tiểu ở mức thấp hơn so với bàng quang, không để túi hứng chạm vào sàn nhà	- Giữ sonde khỏi bị tuột ra ngoài - Để nước tiểu chảy vào bịch nylon theo quy trình khép kín - Để sonde khỏi bị xô dịch - Để nước tiểu chảy vào bịch nylon được dễ dàng	- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn khi đặt sonde tiểu - Tránh bơm nhiều nước vì sẽ gây căng tức cũng như bơm ít nước quá làm sonde dễ bị tuột - Đảm bảo cố định vào đúng vị trí - Không để túi hứng chạm vào sàn nhà	 Sonde Foley được bơm bóng  Cố định túi dẫn lưu vào thành giường

	5. Rút ống sonde	- Theo chỉ định điều trị, hoặc thay ống sonde khác, thường là 5 ngày - Dùng bơm tiêm hút phần nước đã bơm vào ngành phụ ra - Gập ống lại và từ từ rút ra, bỏ vào khay quả đậu - Rửa sạch bộ phận sinh dục bằng nước muối sinh lý. Lau khô, sát khuẩn bằng betadin - Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái	- Đáp ứng nhu cầu chăm sóc - Làm cho phần bóng đã được bơm trước đó xếp lại - Để không khí khỏi đi vào ống sonde - Tránh nhiễm trùng - Tạo cho người bệnh cảm giác thoải mái	- Lưu sonde đúng thời gian theo chỉ định - Rút sonde đúng phương pháp	
SAU	6. Thu dọn dụng cụ	- Dụng cụ đã dùng đem đi đánh rửa sạch và gói hấp để tiệt khuẩn. Dụng cụ khác sắp xếp vào nơi qui định	- Đảm bảo dụng cụ được vô khuẩn và sạch sẽ để dùng cho lần sau	- Rửa dụng cụ sạch sẽ trước khi tiệt khuẩn	
	7. Ghi chép hồ sơ	- Ghi nhận xét vào hồ sơ bệnh án: + Ngày giờ đặt sonde và rút sonde. + Số lượng, màu sắc, nước tiểu. + Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi đặt sonde và rút sonde. + Tên người làm thủ thuật.	- Để theo dõi diễn tiến của quá trình dẫn nước tiểu	- Quan sát kỹ số lượng, màu sắc nước tiểu, tình trạng người bệnh	

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1.	Dẫn nước tiểu liên tục là dùng ống thông cố định, lưu giữ một thời gian để dẫn nước tiểu từ bàng quang vào túi đựng nước tiểu vô khuẩn		
2.	Dẫn nước tiểu liên tục được chống chỉ định trong trường hợp người bệnh đi tiểu không tự chủ trong hôn mê		
3.	Nhân viên y tế phải rửa tay theo quy trình rửa tay ngoại khoa trước khi thực hiện kỹ thuật dẫn nước tiểu liên tục		
4.	Đặt bơm bóng giữ cho ống sonde khỏi bị tuột người ta dùng 15 ml nước cất		

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

4.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị người bệnh					
2. Chuẩn bị dụng cụ dẫn lưu nước tiểu					
3. Chuẩn bị nhân viên y tế					
4. Tiến hành kỹ thuật dẫn nước tiểu liên tục					
4.1. Đặt ống sonde và cố định dẫn lưu					
4.2. Rút ống sonde					
4.3. Thu dọn dụng cụ					
5. Thực tập ghi chép hồ sơ sau khi thực hiện xong kỹ thuật dẫn nước tiểu					

5. Thực hành kỹ thuật

5.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

5.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm: Bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG

1. Giới thiệu tổng quan

Định nghĩa: Rửa bàng quang là một phương pháp làm sạch bàng quang, để bơm thuốc điều trị hay cầm máu. Hệ thống dẫn lưu và bàng quang có thể bị tắc nghẽn trong quá trình đặt thông tiểu, do ứ đọng các chất dịch, máu hoặc cặn lắng và gây nên tình trạng ứ trệ nước tiểu ở bàng quang.

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Chuẩn bị được đầy đủ dụng cụ trong kỹ thuật rửa bàng quang
2. Thực hiện được kỹ thuật rửa bàng quang

3. Lý thuyết

3.1. Chỉ định

Rửa bàng quang được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Đặt thông tiểu liên tục lâu ngày
- Bàng quang bị nhiễm khuẩn
- Chảy máu bàng quang

Đưa dung dịch vô khuẩn vào bàng quang được chỉ định bởi bác sĩ. Đối với người bệnh có bàng quang bị nhiễm trùng, rửa bàng quang bằng cách bơm dung dịch kèm kháng sinh. Người điều dưỡng phải đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong quá trình thực hiện.

Trước khi rửa bàng quang, người điều dưỡng phải đánh giá tình trạng tắc nghẽn hệ thống dẫn lưu bằng cách đo lượng dịch vào ra. Nếu số lượng nước tiểu trong túi chứa nước tiểu ít hơn lượng dịch súc rửa thì ống thông tiểu bị tắc nghẽn. Người điều dưỡng nên vuốt dọc ống thông theo hướng từ người bệnh về túi chứa nước tiểu để những cục máu đông hoặc cặn lắng sẽ không dính chặt ở ống thông.

3.2. Biện chứng

Kỹ thuật rửa bàng quang rất an toàn và ít khi gây nhiễm trùng đường tiểu, nếu thực hiện đúng kỹ thuật và đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong suốt quá trình thủ thuật.

Sinh viên cần nắm những kiến thức liên quan đến kỹ năng rửa bàng quang:

- Giải phẫu và sinh lý hệ tiết niệu nam nữ
- Những yếu tố ảnh hưởng đến số lượng và tính chất của nước tiểu
- Đo lượng dịch vào và ra
- Các đặc tính bình thường của nước tiểu
- Biết được các loại sonde tiểu

Ngoài ra, kỹ năng này còn liên quan đến:

- Hồ sơ bệnh án
- Kỹ thuật rửa tay
- Kỹ năng giao tiếp với người bệnh
- Vô khuẩn ngoại khoa

3.3. Quy trình kỹ thuật

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Giải thích lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị Người bệnh 1.1. Xem hồ sơ bệnh án	Kiểm tra: - Y lệnh của bác sĩ về phương pháp rửa và dung dịch sử dụng - Kiểm tra đúng người bệnh, đúng giường	Đảm bảo lựa chọn đúng loại dịch rửa, số lượng dịch, thời gian, đúng người bệnh.		
	1.2. Thông báo cho người bệnh kỹ thuật sắp làm	Giải thích tiến trình sẽ thực hiện: nội dung và mục đích	Giúp người bệnh thoải mái và hợp tác trong suốt quá trình thực hiện	- Động viên người bệnh những điều cần thiết để người bệnh yên tâm cùng hợp tác khi thực hiện - Nếu người bệnh hôn mê thì cần giải thích cho gia đình người bệnh biết - Nêu rõ kỹ thuật rửa bằng quang không gây đau và khó chịu cho người bệnh. Kết quả rửa bằng quang sẽ được sử dụng cho kế hoạch chăm sóc và điều trị	
	2. Chuẩn bị người điều dưỡng	Rửa tay thường quy, đội mũ, đeo khẩu trang	Hạn chế nhiễm khuẩn	- Rửa tay đúng quy trình - Quần áo gọn gàng, sạch sẽ để tạo sự tin tưởng với người bệnh	

	3. Chuẩn bị dụng cụ	* Dụng cụ vô khuẩn: - Dung dịch rửa bàng quang ấm, vô khuẩn theo chỉ định của bác sĩ: dd NaCl 9‰, thuốc tím 1/5000, protargol, nitrat bạc 1/8000 hoặc Betadine - Cốc chứa dung dịch rửa vô khuẩn - Bơm tiêm 30-50 ml - Gói dụng cụ rửa bàng quang vô khuẩn: gạc miếng, bông, kìm gấp bông, khay hạt đậu, cốc đựng dung dịch sát khuẩn - Găng tay vô khuẩn * Dụng cụ sạch: - Khăn che phủ - Kéo, băng dính - Túi nylon hoặc khay hạt đậu đựng đồ bẩn	- Dùng để chứa dung dịch rửa bàng quang - Đảm bảo quá trình thủ thuật vô khuẩn	- Kiểm tra nhiệt độ dung dịch rửa. - Dung dịch lạnh có thể gây co thắt bàng quang	
TRONG	4. Kỹ thuật tiến hành 4.1. Đảm bảo sự kín đáo cho người bệnh	- Kéo màn che kín giường, kéo tấm khăn che người bệnh ra để lộ ống thông tiểu - Che phủ nửa thân dưới của người bệnh bằng khăn phủ.	Giúp người bệnh được thoải mái.	Người bệnh đã được đặt thông tiểu Folley 3 nhánh	
	4.2. Đánh giá cầu bàng quang	Kiểm tra cầu bàng quang của người bệnh bằng cách sờ vào vùng hạ vị	Loại trừ trường hợp thông tiểu đặt sai vị trí hoặc bị tắt nghẽn ở cổ túi nước tiểu	Cầu bàng quang là khối hình cầu trên xương mu, bề lõm quanh xuống dưới	

Hình 1: Sonde Folley 3 nhánh

4.3. Đặt người bệnh nằm ở vị trí thuận lợi	Người bệnh nằm ngửa	Giúp người bệnh cảm thấy thoải mái và có thể đánh giá được ống thông tiểu. Theo dõi được dịch chảy vào bàng quang		
4.4. Đo lượng nước tiểu ở túi dẫn lưu và tháo hết nước tiểu đi.		- Tháo hết túi chứa nước tiểu cho phép đo chính xác lượng nước đi ra sau khi rửa bàng quang - Giúp đánh giá tính chất của dịch rửa		 Hình 2: Túi chứa nước tiểu
4.5. Chuẩn bị dung dịch rửa vô khuẩn, dung dịch vô khuẩn	- Cho dung dịch rửa vào cốc đựng dung dịch rửa vô khuẩn - Đổ dung dịch sát khuẩn vào cốc vô khuẩn		Thực hiện quy trình vô khuẩn	
4.6. Rửa tay và mang găng vô khuẩn	Rửa tay theo quy trình rửa tay ngoại khoa	Ngăn ngừa sự lây truyền các vi sinh vật gây bệnh	Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong quá trình thực hiện	
4.7. Cho dung dịch rửa vào bơm tiêm vô khuẩn	Hút dung dịch rửa vào bơm tiêm vô khuẩn với số lượng theo chỉ định (khoảng 100 - 200ml/1 lần rửa đối với người lớn)	Luôn đảm bảo rằng dung dịch rửa vô khuẩn		
4.8. Khóa ống thông	Dùng kelly kẹp vào ống dẫn nước tiểu	Đảm bảo sau khi bơm dịch rửa sẽ không chảy vào túi chứa nước tiểu sau khi bàng quang đã căng hoặc khi cần tháo dịch	Kẹp để nước tiểu không chảy ra ngoài khi chưa bơm đủ số lượng dịch vào bàng quang	

	4.9. Sát khuẩn vị trí đuôi ống thông tiểu	Dùng kelly gấp bông sát khuẩn vị trí đuôi ống thông tiểu	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn	(ống thông tiểu 3 ngành)	
	4.10. Lắp bơm tiêm	Lắp đầuambu bơm tiêm vào 1 ngành của ống thông tiểu	Chắc chắn kim tiêm vào trong lòng ống thông tiểu	Chú ý ngành nước vào của ống Folley 3 nhánh	
	4.11. Bơm cho dịch rửa	Bơm chảy từ từ vào bàng quang	Áp lực chậm, liên tục sẽ đẩy được các cục máu đông và cặn lắng	Tránh bơm rửa với áp lực mạnh làm tổn thương thành bàng quang	
	4.12. Sau khi bơm đủ 100 - 200ml, tháo kelly và cho phép dịch chảy xuống túi chứa nước tiểu	Giữ cho dịch ở bàng quang khoảng 5 – 10 phút, sau đó mới tháo kelly ra và cho dịch chảy vào túi chứa nước tiểu	Cho phép dịch chảy ra theo trọng lực	Trong quá trình làm thủ thuật, nếu thấy có dấu hiệu bất thường như chảy máu... phải ngừng thủ thuật và báo cáo bác sĩ ngay	
	4.13. Thực hiện nhiều lần cho đến khi nước tiểu trong hoặc ống thông tiểu lưu thông tốt.	Mỗi lần 100 - 200 ml. Thực hiện nhiều lần như vậy. Sau khi thực hiện xong kiểm tra lại cầu bàng quang đã xẹp chưa. Kiểm tra lại hệ thống dẫn lưu		TD lượng, màu sắc, tính chất dịch ra	
SAU	5. Giúp người bệnh trở về tư thế thoải mái		Giúp người bệnh nghỉ ngơi và thư giãn		
	6. Thu dọn dụng cụ tháo găng, rửa tay		Hạn chế sự lây lan vi khuẩn		
	7. Ghi vào bảng theo dõi người bệnh	Tính số lượng dịch rửa bàng quang trong tổng số lượng dịch đi ra	Xác định chính xác lượng nước tiểu của người bệnh		
	8. Đánh giá lượng dịch ra	Màu sắc, tính chất, sự hiện diện của các chất lạ như cục máu đông, cặn lắng...	- Đánh giá kết quả rửa bàng quang - Làm các xét nghiệm theo y lệnh		

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Câu hỏi đúng/sai:

1. Rửa bàng quang là phương pháp đưa dịch rửa qua ống thông niệu đạo vào bàng quang nhằm mục đích làm sạch và điều trị bệnh lý nhiễm trùng bàng quang.
2. Rửa bàng quang được áp dụng trong trường hợp đặt thông tiểu liên tục lâu ngày.
3. Rửa bàng quang được áp dụng trong trường hợp bàng quang bị nhiễm khuẩn.
4. Tính chất của dịch rửa bàng quang đánh giá tình trạng bệnh lý của bàng quang hiện tại.
5. Kỹ thuật rửa bàng quang thường gây đau và khó chịu do người bệnh.
6. Kỹ thuật rửa bàng quang không phải là một kỹ thuật tuyệt đối vô khuẩn
7. Lượng nước rửa bơm vào bàng quang ở người lớn thường là 100 - 200ml/lần
8. Dung dịch rửa bàng quang phải là dung dịch vô khuẩn.
9. Khi bơm dịch rửa vào bàng quang, cần bơm mạnh để làm tan các cục máu đông.
10. Sau khi rửa cần đánh giá tính chất nước chảy ra.

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

4.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm

Bảng kiểm : Kỹ thuật rửa bàng quang

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Đảm bảo sự kín đáo cho người bệnh					
2. Đánh giá cầu bàng quang					
3. Đặt người bệnh nằm ở vị trí thuận lợi					
4. Đo lượng nước tiểu ở túi dẫn lưu và tháo hết nước tiểu đi					
5. Chuẩn bị dung dịch rửa vô khuẩn, dung dịch vô khuẩn					
6. Rửa tay và mang găng vô khuẩn					
7. Cho dung dịch rửa vào bơm tiêm vô khuẩn					
8. Dùng kelly kẹp vào ống dẫn nước tiểu					
9. Sát khuẩn vị trí đuôi ống thông tiểu (ống thông tiểu 3 ngành)					
10. Lắp bơm tiêm vào 1 ngành của ống thông tiểu					
11. Bơm cho dịch rửa chảy từ từ vào bàng quang					
12. Sau khi bơm đủ 100 - 200ml, tháo kelly và cho phép dịch chảy xuống túi chứa nước tiểu					
13. Thực hiện nhiều lần cho đến khi nước tiểu trong hoặc ống thông tiểu lưu thông tốt					

5. Thực hành kỹ thuật

5.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

5.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm: bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG LIÊN TỤC

1. Giới thiệu tổng quan

Định nghĩa: Rửa bàng quang liên tục là một phương pháp làm sạch bàng quang liên tục qua hệ thống ống dẫn kín. Nguyên nhân là do hệ thống dẫn lưu và bàng quang có thể bị tắc nghẽn trong quá trình đặt thông tiểu, do ứ đọng các chất dịch, máu hoặc cặn lắng và gây nên tình trạng ứ trệ nước tiểu ở bàng quang.

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Chuẩn bị được đầy đủ dụng cụ trong kỹ thuật rửa bàng quang liên tục
2. Thực hiện được kỹ thuật rửa bàng quang liên tục

3. Lý thuyết

3.1. Chỉ định

Rửa bàng quang liên tục được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Đặt thông tiểu liên tục lâu ngày
- Bàng quang bị nhiễm khuẩn
- Chảy máu bàng quang

Đưa dung dịch vô khuẩn vào bàng quang được chỉ định bởi bác sĩ. Đối với người bệnh có bàng quang bị nhiễm trùng, rửa bàng quang bằng cách truyền nhỏ giọt dung dịch rửa kèm kháng sinh. Người điều dưỡng phải đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong quá trình thực hiện.

Trước khi rửa bàng quang liên tục, người điều dưỡng phải đánh giá tình trạng tắc nghẽn hệ thống dẫn lưu bằng cách đo lượng dịch vào ra.

3.2. Biện chứng

Kỹ thuật rửa bàng quang liên tục rất an toàn và ít khi gây nhiễm trùng đường tiểu, nếu thực hiện đúng kỹ thuật và đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong suốt quá trình thủ thuật.

3.1 Quy trình kỹ thuật

	Các bước tiến hành	Phương pháp tiến hành	Giải thích lý do	Những điểm cần chú ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Chuẩn bị người bệnh 1.1. Xem hồ sơ bệnh án	Kiểm tra: - Y lệnh của bác sĩ về phương pháp rửa và dung dịch sử dụng - Kiểm tra đúng người bệnh, đúng giường	Đảm bảo lựa chọn đúng loại dịch rửa, số lượng dịch, thời gian, đúng người bệnh		
	1.2. Thông báo cho người bệnh kỹ thuật sắp làm	Giải thích tiến trình sẽ thực hiện: nội dung và mục đích	Giúp người bệnh thoải mái và hợp tác trong suốt quá trình thực hiện	- Động viên người bệnh những điều cần thiết để người bệnh yên tâm cùng hợp tác khi thực hiện - Nếu người bệnh hôn mê thì cần giải thích cho gia đình người bệnh biết - Nói rõ kỹ thuật rửa bằng quang liên tục không gây đau và khó chịu cho người bệnh	
	2. Chuẩn bị người điều dưỡng	Đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay theo phương pháp ngoại khoa, mang găng vô khuẩn	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn	Rửa tay đúng theo quy trình rửa tay ngoại khoa và mang găng đúng kỹ thuật	

	3. Chuẩn bị dụng cụ	* Dụng cụ vô khuẩn: - Dung dịch rửa bàng quang ấm, vô khuẩn theo chỉ định của bác sĩ: dd NaCl 9‰, thuốc tím 1/5000, protargol, nitrat bạc 1/8000 hoặc Betadine - Gói dụng cụ rửa bàng quang vô khuẩn: gạc miếng, bông, kìm gấp bông, khay hạt đậu, cốc đựng dung dịch sát khuẩn - Găng tay vô khuẩn * Dụng cụ sạch: - Khăn che phủ - Kéo, băng dính - Túi nylon hoặc khay hạt đậu đựng đồ bẩn	Đảm bảo quá trình thủ thuật vô khuẩn	Kiểm tra nhiệt độ dung dịch rửa. Dung dịch lạnh có thể gây co thắt bàng quang	
TRONG	4. Kỹ thuật tiến hành 4.1. Đảm bảo sự kín đáo cho người bệnh	- Kéo màn che kín giường, kéo tấm khăn che người bệnh ra để lộ ống thông tiểu - Che phủ nửa thân dưới của người bệnh bằng khăn phủ	Giúp người bệnh được thoải mái	Người bệnh đã được đặt thông tiểu Folley 3 nhánh	 Hình 1: Sonde Folley 3 nhánh
	4.2. Đánh giá cầu bàng quang	Kiểm tra cầu bàng quang của người bệnh bằng cách sờ vào vùng hạ vị	Loại trừ trường hợp thông tiểu đặt sai vị trí hoặc bị tắc nghẽn ở cổ túi nước tiểu	Cầu bàng quang là khối hình cầu trên xương mu, bề lõm quanh xuống dưới	

4.3. Đặt người bệnh nằm ở vị trí thuận lợi	Người bệnh nằm ngửa	- Giúp người bệnh cảm thấy thoải mái và có thể đánh giá được ống thông tiểu - Theo dõi được dịch chảy vào bàng quang		
4.4. Chuẩn bị dung dịch rửa vô khuẩn	Cho dung dịch rửa vào túi rửa có ống dẫn và treo túi rửa lên cột. Cho dịch rửa chảy xuyên qua ống dẫn để đuổi hết không khí trong ống dẫn ra ngoài	- Chuẩn bị bộ rửa sẵn sàng để rửa bàng quang - Đuổi hết không khí ra ngoài để tránh gây khó chịu cho người bệnh khi không khí vào trong bàng quang		
4.5. Dùng Kelly cặp vào ống thông tiểu. Đặt 1 khăn hút nước dưới các đầu nối của ống thông tiểu		Ngăn ngừa sự chảy ra của nước tiểu khi đầu nối bị đứt đoạn		
4.6. Rửa tay và mang găng vô khuẩn	Rửa tay theo quy trình rửa tay ngoại khoa	Ngăn ngừa sự lây truyền các vi sinh vật gây bệnh	Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong quá trình thực hiện	
4.7. Nối ống dẫn dung dịch rửa với ống thông tiểu	Dùng kelly cặp vào ống dẫn dung dịch rửa	Ngăn chặn sự quá tải nước ở bàng quang khi dịch rửa chảy vào bàng quang	Luôn đảm bảo rằng dung dịch rửa vô khuẩn.	

	4.8. Tháo kelly kẹp ở ống dẫn nước tiểu ra	- Cho nước tiểu chảy hết vào túi chứa nước tiểu - Sau đó làm rỗng túi chứa nước tiểu - Đo lượng nước tiểu chảy ra	Đảm bảo được sự cân bằng lượng dịch vào và ra trong khi rửa bàng quang		 Hình 2: Túi chứa nước tiểu
	4.9. Điều chỉnh tốc độ chảy của dung dịch rửa theo y lệnh của bác sỹ		Áp lực chậm, liên tục sẽ đẩy được các cục máu đông và cặn lắng mà không làm tổn thương thành bàng quang	Tránh rửa với áp lực mạnh	
	4.10. Tháo kelly cặp ở ống dẫn dung dịch rửa ra. Cho dịch rửa đi vào bàng quang		Chắc chắn rằng dung dịch rửa đi vào bàng quang	- Kiểm tra sự chảy ra của dung dịch rửa - Ngăn chặn sự ứ đọng dịch ở bàng quang	
	4.11. Kiểm tra thể tích dịch rửa chảy ra thường xuyên	Đánh giá mỗi 30 phút, 60 phút hoặc theo chỉ định của bác sỹ	- Chắc chắn rằng dịch chảy ra từ bàng quang - Phát hiện những tắc nghẽn càng sớm càng tốt và tránh sự quá tải ở bàng quang	- Làm rỗng túi chứa dịch chảy ra trước khi nó quá đầy - TD lượng, màu sắc, tính chất dịch ra	 Hình3: Kỹ thuật rửa bàng quang liên tục

	4.12. Giúp người bệnh cảm thấy thoải mái		Giúp người bệnh nghỉ ngơi và thư giãn		
SAU	5. Thu dọn dụng cụ	Tháo găng, rửa tay	Hạn chế sự lây lan vi khuẩn		
	6. Ghi vào bảng theo dõi lượng dịch chảy vào và ra	Tính số lượng dịch rửa bàng quang trong tổng số lượng dịch đi ra	Xác định chính xác lượng nước tiểu của người bệnh		
	7. Đánh giá lượng dịch ra	Màu sắc, tính chất, sự hiện diện của các chất lạ như cục máu đông, cặn lắng...	- Đánh giá kết quả rửa bàng quang - Làm các xét nghiệm theo y lệnh		

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Câu hỏi đúng/sai:

Nội dung	Đúng	Sai
1. Rửa bàng quang liên tục là một phương pháp làm sạch bàng quang liên tục qua hệ thống ống dẫn kín		
2. Rửa bàng quang liên tục được áp dụng trong trường hợp đặt thông tiểu liên tục lâu ngày		
3. Nếu người bệnh bị hôn mê thì không được rửa bàng quang liên tục		
4. Kỹ thuật rửa bàng quang liên tục là một kỹ thuật được chỉ định bởi người điều dưỡng		
5. Dung dịch rửa bàng quang liên tục phải ấm và vô khuẩn		
6. Kỹ thuật rửa bàng quang liên tục không phải là một kỹ thuật tuyệt đối vô khuẩn		
7. Cần phải ghi vào bảng theo dõi lượng dịch vào và ra ở bàng quang trong quá trình rửa		
8. Một chỉ định của rửa bàng liên tục là chảy máu ở bàng quang		
9. Cần đánh giá tính chất của dịch chảy ra sau khi rửa bàng quang liên tục		
10. Kỹ thuật rửa bàng quang liên tục rất dễ gây nhiễm khuẩn hệ niệu sinh dục		

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

4.3. Tự lượng giá : sử dụng bảng kiểm

Bảng kiểm: Kỹ thuật rửa bàng quang liên tục

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Đảm bảo sự kín đáo cho người bệnh					
2. Đánh giá cầu bàng quang					
3. Đặt người bệnh nằm ở vị trí thuận lợi					
4. Chuẩn bị dung dịch rửa vô khuẩn					
5. Dùng Kelly cặp vào ống thông tiểu. Đặt 1 khăn hút nước dưới các đầu nối của ống thông tiểu					
6. Rửa tay và mang găng vô khuẩn					
7. Nối ống dẫn dung dịch rửa với ống thông tiểu					
8. Tháo kelly kẹp ở ống dẫn nước tiểu ra					
9. Điều chỉnh tốc độ chảy của dung dịch rửa theo y lệnh của bác sỹ					
10. Tháo kelly cặp ở ống dẫn dung dịch rửa ra. Cho dịch rửa đi vào bàng quang					
11. Kiểm tra thể tích dịch rửa chảy ra thường xuyên					
12. Giúp người bệnh cảm thấy thoải mái					

5. Thực hành kỹ thuật

5.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

5.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

GHİ CHÉP VÀ THEO DÕI LƯỢNG DỊCH VÀO VÀ RA

1. Giới thiệu tổng quan

Người điều dưỡng hoặc bác sĩ có thể chỉ định theo dõi (đo lường) dịch vào và ra của người bệnh vì các lý do khác nhau. Thông thường chỉ định đối với người bệnh có nguy cơ hay đang ở trong giai đoạn nguy kịch của sự mất cân bằng dịch.

Hầu hết các cơ sở y tế có hai loại ghi chép dịch vào và ra:

- Một loại ghi chép cạnh giường ghi nhận tất cả dịch được đo và số lượng theo mỗi ca trực.

- Một loại ghi chép thường xuyên 24 giờ theo biểu đồ của người bệnh.

- Một số cơ sở y tế có loại khác để ghi chép các đặc thù của dịch tĩnh mạch như là loại dịch, chất bổ sung, thời gian được bắt đầu, số lượng được hấp thu và số lượng duy trì mỗi ca trực.

- Đơn vị được dùng để đo lường dịch vào và ra là mililit (ml) hoặc centimeter cubic (cc); đây là đơn vị đo lường cân bằng thuộc mét. Để đo lường dịch vào và ra, khả năng của các vật chứa ở hộ gia đình cần được chuyển dịch thành đơn vị thuộc mét. Hầu hết các cơ sở Y tế cung cấp bảng chuyển dịch, bởi vì kích thước của các đồ dùng thay đổi từ cơ sở này đến cơ sở khác

2. Mục tiêu kỹ năng

1. Đánh giá cân bằng dịch của cơ thể

2. Xác định có phải người bệnh đang được đưa vào một lượng dịch đầy đủ theo yêu cầu bình thường hay không.

3. Thực hành ghi chép dịch vào và ra vào phiếu theo dõi

3. Lý thuyết

3.1. Lý thuyết liên quan đến kỹ thuật

Thăng bằng dịch, điện giải và acid-base trong cơ thể là cần thiết để duy trì tình trạng sức khỏe và chức năng của các cơ quan. Thăng bằng này được duy trì bởi:

- Lượng dịch và điện giải vào và ra.
- Sự phân bố của dịch, điện giải trong cơ thể.
- Sự điều hoà chức năng thận và phổi.

Mất thăng bằng có thể làm thay đổi các chức năng sống của cơ thể:

- Hô hấp
- Chuyển hoá
- Hệ thần kinh trung ương

Đo lường dịch vào, ra giúp:

- Xác định tổng trạng chung của người bệnh
- Tìm ra dấu hiệu sớm của rối loạn nước và điện giải
- Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải

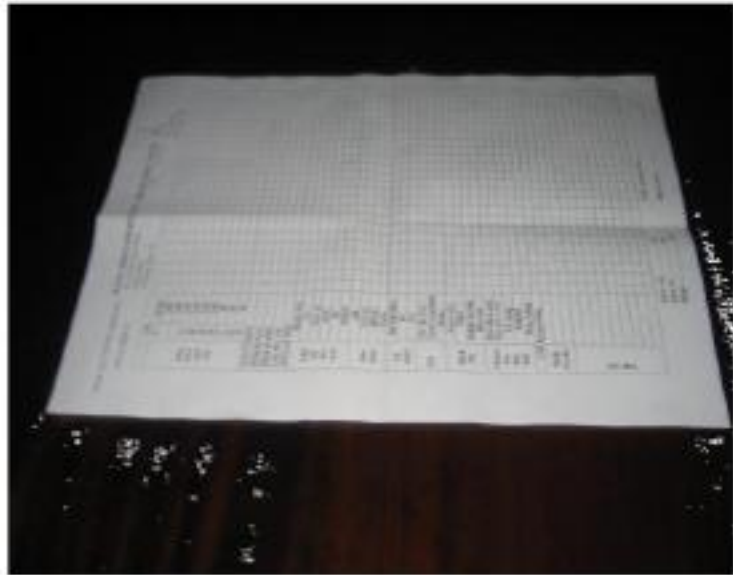
Dịch vào bao gồm tất cả dịch hiển nhiên như là nước, sữa, nước trái cây, cà phê, trà,... và toàn bộ khối lượng dịch đường tĩnh mạch, bao gồm truyền máu và bất cứ loại dịch nào được đưa vào theo đường tĩnh mạch.

Dịch ra bao gồm nước tiểu hay bất kỳ dịch ra khác, như là chất nôn, phân lỏng và dẫn lưu khác.

3.2. Những yếu tố ảnh hưởng tới cân bằng dịch, và điện giải

- **Tuổi** : Rất trẻ, rất già
- **Bệnh mạn tính**: Ung thư, bệnh tim mạch (suy tim tắc nghẽn,...), bệnh nội tiết (Cushing, đái đường,...), suy dinh dưỡng, bệnh phổi mạn tính, bệnh thận (suy thận,...), giảm mức độ nhận thức
- **Chấn thương**: Chấn thương nặng, chấn thương vùng đầu
- **Bỏnặng**
- **Điều trị**: Dùng thuốc lợi tiểu, steroids, liệu pháp tĩnh mạch
- **Dinh dưỡng toàn bộ ngoài đường tiêu hóa**
- **Mất qua dạ dày ruột**: Viêm dạ dày ruột, hút dịch dạ dày, rò tiêu hóa

3.3. Quy trình kỹ thuật

	Các bước thực hành	Phương pháp tiến hành	Lý do	Những điểm cần lưu ý	Hình ảnh minh họa
TRƯỚC	1. Xem hồ sơ bệnh án	Kiểm tra: - Y lệnh của bác sỹ - Kiểm tra đúng người bệnh, đúng giường bệnh	Đảm bảo thực hiện đúng y lệnh của bác sỹ	Kiểm tra chính xác y lệnh của Bác sỹ và đúng người bệnh	
	2. Chuẩn bị dụng cụ	* Dụng cụ ghi chép: Phiếu theo dõi lượng dịch vào và ra cạnh giường và 1 cây viết chì hoặc viết mực * Dụng cụ đo lường: - Bô đi cầu liền ghế, hoặc bô đi tiểu - Vật chứa có chia mức độ để đo lượng dịch vào và vật chứa riêng biệt để đo lượng dịch ra.	- Đảm bảo đo được chính xác số lượng dịch vào và ra. - Tạo sự thoải mái cho người bệnh	- Kiểm tra dụng cụ đo lường. - Để dụng cụ ở nơi thuận tiện, dán nhãn phù hợp tránh nhầm lẫn	
	3. Chuẩn bị người bệnh	- Giải thích với người bệnh lý do việc đo dịch vào ra và sự cần thiết để sử dụng các dụng cụ đo lường - Hướng dẫn cách sử dụng các dụng cụ đo lường - Để người bệnh tham gia việc ghi chép đo lường nếu có yêu cầu - Thiết lập với người bệnh kế hoạch về thời gian và cách thức đo lường	Để người bệnh chuẩn bị về mặt tâm lý và hợp tác tốt trong quá trình thực hiện quy trình	Giải thích rõ ràng, ngắn gọn về lý do, các dụng cụ được sử dụng và phương pháp, thời gian qui định cho việc đo dịch vào ra	

Hình 1: Phiếu ghi chép

TRONG	4. Đo lượng dịch vào của người bệnh	- Theo bữa ăn, ghi vào phiếu theo dõi dịch vào và ra cạnh giường số lượng và thời gian của mỗi loại dịch được đưa vào bao gồm: + Tất cả dịch hiển nhiên như là nước, sữa, nước trái cây, cà phê, trà,... hay bất kỳ thực phẩm nào mà trở thành dịch ở nhiệt độ của phòng. Không đo lường các thực phẩm được nghiền - Xác định có phải người bệnh đã được đưa vào bất cứ một loại dịch khác giữa các bữa ăn hay không, và cộng thêm số lượng đó vào phiếu. (VD: nước uống kèm với thuốc). Để đánh giá số lượng nước được sử dụng từ một bình nước, đo lượng nước còn lại và trừ với số lượng khi bình đầy rồi đổ đầy bình lại. - Toàn bộ khối lượng dịch đường tĩnh mạch, bao gồm truyền máu và bất cứ loại dịch nào được đưa vào theo đường tĩnh mạch (nếu có)		Ghi chép chính xác số lượng và thời gian của từng loại dịch	 Hình 2: Theo dõi dịch vào qua đường tĩnh mạch
-------	-------------------------------------	---	--	---	--

5. Đo lượng dịch ra của người bệnh	- Theo mỗi lần bài tiết, đổ nước tiểu vào trong vật chứa đo lường, quan sát số lượng, và ghi chép số lượng và thời gian bài tiết vào phiếu ghi chép lượng dịch vào và ra cạnh giường. Chùi sạch bờ tiểu hoặc dụng cụ đo lường và đưa trả lại cho người bệnh - Đối với người bệnh có đặt sonde tiểu lưu, ghi nhận và ghi chép số lượng nước tiểu vào cuối ca, và rồi làm trống túi dẫn lưu. Túi dẫn lưu thường đã có làm dấu mức số lượng nước tiểu. - Nếu có bất kỳ sự nghi ngờ về túi dẫn lưu, làm trống nó trước tiên vào một vật chứa có đo lường đúng đắn. - Ghi chép bất kỳ dịch ra khác, như là chất nôn, phân lỏng và dẫn lưu khác, đặc biệt là loại dịch và thời gian. - Nếu người bệnh bị đi tiểu dầm không tự chủ hoặc cường giao cảm, đánh giá và ghi chép lượng dịch ra này. Ví dụ, một người bệnh tiểu dầm có thể ghi "tiểu dầm x 3" hoặc ra giường dầm ướt rộng 12 inch. Đối với người bệnh giao cảm bạn có thể ghi nhận "mồ hôi +++ , áo choàng và khăn trải giường thay x 2"		Ghi chép chính xác số lượng và thời gian của từng loại dịch	 Hình 3: Theo dõi dịch ra qua đường nước tiểu
6. Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, chùi rửa dụng cụ, đảm bảo theo nguyên tắc vô khuẩn		Hạn chế sự lây lan vi khuẩn	

	7. Ghi chép hồ sơ bệnh án	Tính bilan dịch vào ra cho người bệnh. Báo cáo với bác sỹ tình trạng mất cân bằng dịch của người bệnh	Đánh giá tình trạng cân bằng dịch của người bệnh	- So sánh dịch ra và dịch vào và so sánh sự đo lường trước đây - Cân nặng người bệnh có ứ đọng hoặc người bệnh đang có dùng thuốc lợi tiểu hàng ngày	
SAU	8. Ghi chép Điều chỉnh kế hoạch chăm sóc điều dưỡng cho phù hợp với tình trạng của người bệnh		Kịp thời phát hiện các rối loạn cân bằng dịch cơ thể của người bệnh		

4. Tự đánh giá và huấn luyện

4.1. Đánh giá trước huấn luyện

Stt	Nội dung	Đúng	Sai
1.	Theo dõi dịch vào và ra của người bệnh thông thường được chỉ định đối với người bệnh đang ở giai đoạn nguy kịch của sự mất cân bằng dịch		
2.	Hầu hết các cơ sở y tế dùng 2 loại phiếu ghi chép dịch vào ra.		
3.	Loại ghi chép cạnh giường ghi chép thường xuyên 24 giờ theo biểu đồ của người bệnh		
4.	Một số cơ sở y tế có loại phiếu khác để ghi chép các đặc thù của dịch tĩnh mạch		
5.	Đơn vị dùng để đo lượng dịch vào và ra là mililit hoặc centimet cubic (cc). Đây là đơn vị đo lường không thuộc mét		
6.	Để đo lượng dịch vào và ra, dung tích của vật chứa ở hộ gia đình cần được chuyển dịch thành đơn vị thuộc mét		
7.	“tiểu dầm x 3” hoặc dra giường đẫm ướt rộng 12 inch là cách ghi theo dõi dịch ra đối với người bệnh tiểu dầm		
8.	“mồ hôi ++++, áo choàng và khăn trải giường thay x 2” là cách ghi theo dõi dịch ra đối với người bệnh giao cảm		

4.2. Huấn luyện có giáo viên hướng dẫn và làm mẫu

4.3. Tự lượng giá: Sử dụng bảng kiểm

Nội dung	Tốt	Đạt	Sai	Không làm	Ghi chú
1. Chuẩn bị người bệnh, thiết lập với người bệnh một kế hoạch đều đặn về việc đưa vào một số lượng dịch yêu cầu					
2. Đo lường lượng dịch vào của người bệnh theo bữa ăn, bổ sung số dịch được đưa vào giữa bữa ăn và toàn bộ khối lượng dịch đường tĩnh mạch					
3. Đo lường dịch ra của người bệnh qua đo lường lượng nước tiểu bằng vật chứa có thước đo lường. Đo lường lượng nước tiểu qua sonde và làm trống túi dẫn lưu. Bổ sung các dịch ra khác như chất nôn, phân lỏng, dịch dẫn lưu					
4. Thực tập ghi chép dịch ra đối với những người bệnh đặc biệt như tiểu dầm hoặc người bệnh cường giao cảm					
5. Thực tập ghi chép sự đo lường dịch vào ra vào cuối mỗi ca					
6. Thực tập thu thập các dữ liệu và báo cáo với điều dưỡng trưởng một trường hợp có dịch vào và ra không đủ để điều chỉnh kế hoạch chăm sóc điều dưỡng					

5. Thực hành kỹ thuật

5.1. Thực hành tại phòng lab không có giáo viên

5.2. Thực hành một mình hoặc với nhóm: Bất kỳ nơi nào, không có giáo viên

5.3. Thực hành tại bệnh viện theo kế hoạch

5.4. Tổ chức giám sát bằng nhiều cách

- Camera để tự kiểm tra
- Sinh viên tự giám sát lẫn nhau
- Sinh viên lớp trước giám sát sinh viên lớp sau
- Nhân viên
- Giáo viên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn điều dưỡng Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, giáo trình điều dưỡng cơ bản.
2. Bộ Y tế, Quy chế bệnh viện, nhà xuất bản Y học 2001.
3. Bộ Y tế, Quản lý và tổ chức Y tế, 2005.
4. Đỗ Đình Xuân, Điều dưỡng cơ bản I, II. Bộ y tế nhà xuất bản Y học 2007.
5. Trần Thị Thuận, Điều dưỡng cơ bản I, II. Bộ Y tế nhà xuất bản Y học 2008.
6. Sổ tay giảng dạy cộng đồng, Tổ chức Y tế Thế giới.
7. Anne Griffin, Patricia A.Potter Clinical Nursing Skill & Techniques, 6th Edition 2006.
8. Berry & Kohn's Operating room Technique Ninth Edition, Mosby 2000.
9. Potter- Perry, Fundamentals of Nursing, fifth edition, Mosby 2004.
10. Perry Potter, Clinical Nursing Skill & Techniques, Fifth Edition 2005.
11. Jarvis – Physical examination and health Assessment, 3rd edition. Saunders. 2004.
12. Sida/Indevelop, Điều dưỡng cơ bản, Bộ Y tế, nhà xuất bản Y học 1996.
13. Sida/Indevelop, Điều dưỡng cơ bản, Bộ Y tế, nhà xuất bản Y học 1997.