



Hướng dẫn

Quy trình chăm sóc người bệnh II

XVDomino xin kính tƣng quý b¹n @ăc

download www.dieuduongviet.vn

MỤC LỤC

Chương I

KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN

1. Chuẩn bị giường đón người bệnh	21
2. Thay vải trải giường cho người bệnh	23
3. Kỹ thuật chuyển người bệnh từ giường sang cáng và từ cáng sang giường	25
4. Kỹ thuật chuyển người bệnh từ giường sang ghế hoặc xe đẩy và ngược lại	28
5. Kỹ thuật chuyển người bệnh từ giường sang cáng, từ cáng lên xe ô tô và ngược lại	29
6. Các tư thế nghỉ ngơi trị liệu thông thường	30
7. Nâng đỡ giúp người bệnh thay đổi tư thế, ngồi dậy và trợ giúp đi lại	33
8. Dự phòng - chăm sóc và điều trị mảng mục	36
9. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn	39
10. Đo chiều cao - cân nặng	40
11. Ghi điện tâm đồ	43
12. Kỹ thuật rửa tay	44
13. Kỹ thuật tắm cho người bệnh nặng tại giường	47
14. Kỹ thuật gội đầu cho người bệnh tại giường	49
15. Kỹ thuật chăm sóc răng miệng thông thường	51
16. Kỹ thuật chăm sóc răng miệng đặc biệt	53
17. Kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc	55
18. Kỹ thuật Test lấy da	57
19. Kỹ thuật tiêm thuốc	60
20. Kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch	65
21. Kỹ thuật truyền máu	67
22. Kỹ thuật thở ôxy	69
23. Kỹ thuật cho người bệnh ăn qua đường miệng	72
24. Kỹ thuật đặt ống thông dạ dày	74

25. Kỹ thuật rửa dạ dày trong ngộ độc cấp	76
26. Phụ giúp soi dạ dày - tá tràng	78
27. Phụ giúp soi trực tràng - hậu môn	80
28. Phụ giúp soi bàng quang	82
29. Kỹ thuật cho người bệnh ăn qua ống thông	84
30. Kỹ thuật thụt tháo cho người bệnh	87
31. Kỹ thuật thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu và rửa bàng quang	90
32. Kỹ thuật rửa màng phổi	94
33. Phụ giúp chọc hút màng phổi	96
34. Phụ giúp chọc màng ngoài tim	99
35. Phụ giúp chọc hút màng bụng	101
36. Phụ giúp chọc dò tuỷ sống	104
37. Cấp cứu và điều trị bong do acid	106
38. Chăm sóc người bệnh bong vôi	108
39. Cấp cứu điện giật	109
40. Cấp cứu đuối nước	110
41. Kỹ thuật sơ cứu vết thương phần mềm	112
42. Kỹ thuật đặt ga rô cầm máu	113
43. Kỹ thuật sơ cứu băng ép động mạch cầm máu	116
44. Chuẩn bị và phụ giúp khâu vết thương phần mềm	121
45. Kỹ thuật thổi ngạt - ép tim ngoài lồng ngực	124
46. Kỹ thuật bóp bóng Ambu	126
47. Thủ thuật Hiemlich	127
48. Kỹ thuật cố định tạm thời gãy cột sống cổ	129
49. Kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương đòn	131
50. Kỹ thuật cố định tạm thời gãy cột sống lưng	133
52. Kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương sườn	135
52. Kỹ thuật cố định tạm thời vỡ xương chậu	137
53. Kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương đùi kín	139
55. Kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương đùi hở	141
55. Kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương cẳng chân	144

56. Kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương cẳng tay	147
57. Kỹ thuật cố định tạm thời gãy xương cánh tay	150
58. Quy định về bàn giao trực	152
59. Quy định đi buồng của điều dưỡng trưởng khoa	153
60. Quy định tiếp nhận người bệnh tại khoa khám bệnh chuyển và nhận người bệnh giữa các khoa trong bệnh viện	155
61. Quy định tiếp đón người bệnh tại khoa cấp cứu	157
62. Quy định về chuyển viện và nhận người bệnh từ bệnh viện khác chuyển đến	158
63. Chuẩn bị cho người bệnh ra viện	161
64. Quy định về quản lý dụng cụ và vật dụng tiêu hao phục vụ chăm sóc người bệnh	163
65. Quy định về quản lý đào tạo liên tục cho y tá - điều dưỡng tại bệnh viện	165

Chương II

NGOẠI KHOA CHẤN THƯƠNG - CHÍNH HÌNH

1. Kỹ thuật thay băng thường quy	169
2. Chăm sóc vết thương có dẫn lưu	172
3. Chăm sóc người bệnh mổ sọ não (<i>Mổ cấp cứu</i>)	173
Chăm sóc người bệnh mổ sọ não (<i>Mổ theo chương trình</i>)	175
4. Chăm sóc và theo dõi người bệnh mổ lồng ngực - tim mạch (<i>Mổ theo chương trình</i>)	178
5. Chăm sóc người bệnh sau khi mổ ngực	182
6. Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật có dẫn lưu màng phổi	184
7. Chăm sóc người bệnh chấn thương vùng bụng trước và sau phẫu thuật	187
8. Chăm sóc và theo dõi người bệnh trước và sau mổ cắt gan	188
9. Chăm sóc người bệnh được phục hồi thành bụng (<i>Trong điều trị thoát vị thành bụng</i>)	191
10. Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật hậu môn, vùng tầng sinh môn	193
11. Chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo	195
12. Chăm sóc người bệnh chích nhọt, chín mé, áp xe	197
13. Chăm sóc người bệnh bó bột ngực - vai - cánh tay	199
14. Chăm sóc người bệnh bó bột cánh - cẳng - bàn tay	200
15. Chăm sóc người bệnh bó bột cẳng - bàn chân	202

Chương III

SẢN KHOA

1. Vô khuẩn trong sản khoa	207
2. Chuẩn bị thăm khám phụ khoa	210
3. Kỹ thuật khám thai và quản lý thai	211
4. Kỹ thuật đỡ đẻ thường ngôi chòm	214
5. Kỹ thuật cắt và làm rốn trẻ sơ sinh	217
6. Tắm - mặc áo - quần tã cho trẻ sơ sinh	219
7. Kỹ thuật cân - đo các đường kính của trẻ sơ sinh sau đẻ	221
8. Kỹ thuật tiêm truyền tĩnh mạch rốn trẻ sơ sinh	223
9. Nghiệm pháp bong rau kiểm tra bánh - màng rau	225
10. Kỹ thuật cắt và khâu tầng sinh môn	228
11. Kỹ thuật làm thuốc âm đạo (<i>Rửa âm hộ - âm đạo</i>)	231
12. Tư vấn - chuẩn bị hút thai trong 6 tuần đầu	232

Chương IV

NHI KHOA

1. Đánh giá dinh dưỡng ở trẻ nhỏ	237
2. Kỹ thuật cho trẻ ăn sữa bò	238
Đánh giá cân nặng theo chiều cao so với chuẩn	242
3. Hướng dẫn bà mẹ cho trẻ bú sữa mẹ	246
4. Chăm sóc trẻ sơ sinh non yếu	247
5. Chăm sóc trẻ sơ sinh dễ ngạt	250
6. Chăm sóc trẻ sơ sinh nhiễm trùng sau đẻ	252
7. Chăm sóc trẻ theo phương pháp kanguru	254
7. Chăm sóc bệnh nhi trước và sau phẫu thuật	256
9. Kỹ thuật cho trẻ uống thuốc	258
10. Chăm sóc trẻ bị loét do nằm lâu	260
11. Chăm sóc trẻ bị tưa miệng	261
12. Kỹ thuật cho trẻ ăn bằng ống thông	263

13. Kỹ thuật truyền dịch cho trẻ sơ sinh	265
14. Chăm sóc trẻ nhiễm HIV	267

Chương V

Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. Kỹ thuật châm	271
2. Kỹ thuật cứu	273
3. Kỹ thuật uống thuốc sắc	275
4. Kỹ thuật ngâm nước thuốc	278
5. Kỹ thuật giác	279
6. Kỹ thuật xông hơi thuốc giải cảm	282
7. Kỹ thuật xông hơi, xông khói thuốc vào chỗ bệnh	284
8. Kỹ thuật bấm huyệt	256
9. Kỹ thuật sắc thuốc	288

Chương VI

RĂNG - HÀM - MẶT

1. Nhiệm vụ của điều dưỡng phòng khám răng miệng	293
2. Chăm sóc người bệnh điều trị viêm tuỷ răng	294
3. Chăm sóc người bệnh điều trị viêm quanh cuống răng	295
4. Chăm sóc người bệnh điều trị viêm tuỷ cấp ở răng sữa	297
5. Chăm sóc viêm quanh cuống (chóp) răng cấp ở trẻ em	299
6. Chăm sóc người bệnh phẫu thuật tổ chức quanh răng	301
7. Chăm sóc người bệnh phẫu thuật cắt cuống răng và các chân răng khó	303
8. Chăm sóc người bệnh điều trị phục hình răng cố định	304
9. Chăm sóc người bệnh điều trị phục hình hàm khung	305
10. Nhiệm vụ của điều dưỡng phòng khám cấp cứu - hàm mặt	306
11. Chăm sóc người bệnh bị chấn thương vùng hàm - mặt trước mổ	307
12. Chăm sóc người bệnh có khối u vùng hàm - mặt trước mổ	308
13. Chăm sóc người bệnh sau mổ chấn thương vùng hàm mặt: 24 giờ đầu tại phòng hồi tỉnh	310

14. Chăm sóc người bệnh sau mổ khe hở môi khe hở vòm miệng: 24 giờ đầu tại phòng hồi tỉnh	311
15. Chăm sóc người bệnh bị chấn thương vùng hàm - mặt sau mổ	313
16. Chăm sóc người bệnh sau mổ môi	314
17. Chăm sóc người bệnh sau mổ vòm miệng	316
18. Chăm sóc người bệnh sau mổ khối u vùng hàm mặt	318
19. Chăm sóc người bệnh trước và sau mổ lấy da rời vùng trước đùi	319
20. Chăm sóc người bệnh trước sau mổ cắt đoạn xương hàm dưới có ghép xương tự thân từ mào chậu	320
21. Chăm sóc người bệnh cố định hai hàm	321
22. Chăm sóc người bệnh trước và sau mổ cắt bỏ xương hàm trên có tạo hình vạt cân - cơ thái dương	322
23. Chăm sóc người bệnh sau rạch dẫn lưu viêm tấy lan toả vùng sàn miệng	323
24. Chăm sóc người bệnh bị chấn thương vùng hàm mặt trong tình trạng cấp cứu	324

Chương VII

XƯƠNG KHỚP

1. Chăm sóc người bệnh viêm khớp dạng thấp	329
2. Chăm sóc người bệnh mắc bệnh gút	332
3. Chăm sóc người bệnh thoái hoá khớp	334
4. Chăm sóc người bệnh xơ cứng bì toàn thể	337
5. Chăm sóc người bệnh lupus ban đỏ hệ thống	340
6. Chăm sóc người bệnh loãng xương	343

Chương VIII

LÃO KHOA

1. Chăm sóc người bệnh sa sút tâm thần	349
2. Chăm sóc người bệnh loãng xương thoái khớp	350
3. Chăm sóc người bệnh tai biến mạch não giai đoạn hồi phục	352
4. Chăm sóc người già giảm thính lực	354

5. Chăm sóc người già giảm thị lực	355
6. Chăm sóc người bệnh tiểu đường	357
7. Chăm sóc người bệnh sau điều trị laser u lành tuyến tiền liệt	359
8. Chăm sóc người bệnh tiểu tiện không tự chủ	362
9. Chăm sóc người bệnh suy tĩnh mạch mạn tính	364
10. Chăm sóc dinh dưỡng cho người cao tuổi	365

Chương IX

TRUYỀN NHIỄM

1. Chăm sóc người bệnh sốt mò và các bệnh nhiễm rickettsia khác	369
2. Chăm sóc người bệnh dịch hạch	371
3. Chăm sóc người bệnh nhiễm khuẩn tụ cầu	374
4. Chăm sóc người bệnh nhiễm giun sán	376
5. Chăm sóc người bệnh sởi	378
6. Chăm sóc người bệnh Leptospirose	380
7. Chăm sóc người bệnh uốn ván	383
8. Chăm sóc người bệnh nhiễm khuẩn huyết	385
9. Chăm sóc người bệnh sốc nhiễm khuẩn	387
10. Chăm sóc người bệnh thương hàn	390
11. Chăm sóc người bệnh sốt rét	391
12. Chăm sóc người bệnh viêm gan virút	394
13. Chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết Dengue	396
14. Chăm sóc người bệnh dại lên cơn	399
15. Chăm sóc người bệnh tả	401
16. Chăm sóc người bệnh ly trực khuẩn	403
17. Chăm sóc người bệnh ly amip	404
18. Chăm sóc người bệnh quai bị	406
19. Chăm sóc người bệnh viêm màng não mủ do não mô cầu	408

Chương X

XÉT NGHIỆM

1. Lấy máu xét nghiệm	413
2. Lấy phân làm xét nghiệm	415
4. Lấy đờm làm xét nghiệm	417
4. Lấy dịch tỵ hầu xét nghiệm	418
5. Lấy nước tiểu làm xét nghiệm	420

Chương XI

CHỐNG NHIỄM KHUẨN

1. Phương pháp khử khuẩn - tiệt khuẩn	425
2. Xử lý dụng cụ kim loại	431
3. Xử lý dụng cụ bằng nhựa và cao su	435
4. Khử khuẩn mask và bóng Ambu	439
5. Sử dụng và bảo quản dụng cụ vô khuẩn	440
6. Khử khuẩn và tiệt khuẩn máy hút đờm	441
7. Xử lý dụng cụ nội soi	443
8. Quản lý đồ vải trong bệnh viện	446

Chương I

KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN

1. CHUẨN BỊ GIƯỜNG ĐÓN NGƯỜI BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

- Giường được sạch sẽ, tiện nghi và sẵn sàng đón người bệnh.
- Buồng bệnh được gọn gàng đẹp mắt.
- Tạo sự thoải mái, giúp người bệnh yên tâm và tin tưởng.

II. NGUYÊN TẮC CHUẨN BỊ GIƯỜNG

1. Những quy định chung

- Không được sử dụng vải trải giường bị rách.
- Không được sử dụng vải trải giường vào mục đích khác.
- Kiểm tra đồ vải trước khi thay.

2. Nguyên tắc đảm bảo vệ sinh

- Không được rũ tung vải trải giường vì có thể làm lây lan mầm bệnh.
- Không được vứt đồ vải bẩn dưới sàn nhà, phải bỏ vào túi đựng vải bẩn.
- Túi đựng đồ vải bẩn phải để ở xa buồng bệnh.

3. Nguyên tắc đảm bảo kỹ thuật

- Giường trải phải thẳng, căng và được dát kỹ dưới đệm.
- Không được để người bệnh nằm trực tiếp lên vải nylon, phải có vải lót lên trên.
- Giường có đệm phải có vải trải, nylon và vải lót.
- Trải giường phải trải xong một bên rồi mới được sang bên kia.

III. PHÂN LOẠI GIƯỜNG

1. Giường nội khoa: là giường đã chuẩn bị xong, chăn được gấp 3 nếp về phía cuối giường.

2. Giường ngoại khoa: là giường đã chuẩn bị xong, nhưng tấm nylon và vải lót phải to, dài để phủ kín giường chăn được gấp 3 nếp theo chiều dọc của giường đón người bệnh sau khi mổ, sau khi gây mê, gây tê tuỷ sống và các trường hợp bệnh ngoại khoa khác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Vải trải giường, gấp theo chiều dọc, mặt trái ra ngoài.
- Vải nylon gấp theo chiều ngang.
- Vải lót (phủ trên vải nylon) gấp như vải nylon.
- Chân và vỏ chân gấp theo chiều dọc.
- Gối và vỏ gối, màn.
- Khay quả đậu
- Gạc 4 - 5 miếng
- Khăn lau miệng

2. Địa điểm

Buồng bệnh phải sạch sẽ, thoáng mát.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. TRẢI GIƯỜNG NỘI KHOA

1. Sắp xếp đồ vải theo thứ tự để trên xe đẩy.
2. Điều chỉnh giường đệm ngay ngắn, xếp gọn bàn ghế.
3. Đặt vải trải lên 1/4 về phía đầu giường, sau đó trải đều lên mặt đệm, đường gấp giữa của vải nằm theo dọc giữa của giường. Dắt chặt vải phía đầu giường và cuối giường.
4. Gấp góc 2 đầu đệm. Cách gấp góc:
 - + Gấp vải bọc lấy đầu đệm và cuối đệm.
 - + Gấp góc vải trải giường phía đầu giường vuông góc bằng cách: tạo thành một tam giác, nhét nửa dưới xuống dưới đệm sau đó bẻ góc nhét nốt phần còn lại xuống dưới đệm.
5. Đi về phía cuối giường gấp góc như phía đầu giường.
6. Nhét phần vải thừa ở giữa giường xuống đệm (chú ý kéo căng và nhét sâu)
7. Trải vải nylon vào 1/3 giữa giường ,trải vải lót lên trên vải nylon,nhét sâu một bên vải xuống dưới đệm.
8. Đi vòng về phía cuối giường, sang bên kia tiếp tục gấp góc đầu giường và cuối giường.
9. Kéo căng vải và nhét sâu phần vải thừa còn lại xuống dưới đệm.
10. Trải chân, cách trải chân:
 - + Vỏ chân (mùa hè), lông ruột chân (mùa đông).
 - + Trải đầu chân bằng đầu đệm phía đầu giường.
 - + Dắt phần chân còn lại phía cuối giường xuống dưới đệm.

- + Mép chân ở hai bên giường buồng thông.

11. Lòng vỏ gối và xếp gối lên đầu giường.

12. Xếp đặt ghế, tủ đầu giường gọn gàng.

B. TRẢI GIƯỜNG NGOẠI KHOA

- + Cách trải giường như trải giường nội khoa nhưng vải nylon và vải lót phủ kín giường.
- + Chân được gấp làm 3 nếp về một bên giường, theo chiều dọc của giường.
- + Đặt khay quả đậu, gạc, khăn lau miệng lên tủ đầu giường.

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Yêu cầu giường trải phải căng phẳng.
- Hàng ngày báo cáo với điều dưỡng trưởng số giường đã được chuẩn bị để có thể nhận người bệnh vào viện.

2. THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG CHO NGƯỜI BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

- Để chỗ nằm của người bệnh được sạch sẽ và tiện nghi
- Phòng chống loét ép.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp dụng cho tất cả người bệnh không thể tự ra khỏi giường được:

- + Người bệnh nằm liệt, không thể ngồi dậy được.
- + Người bệnh sau mổ gãy xương đùi, vỡ xương chậu,
- + Người bệnh hôn mê.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Giải thích, hướng dẫn cho người bệnh và gia đình trước khi tiến hành.

2. Dụng cụ

- Vải trải.
- Vải nylon .

- Vải phủ
- Chăn.
- Gối và vỏ gối.
- Túi đựng đồ vải bẩn.

3. Địa điểm: tại buồng bệnh

- Buồng bệnh phải sạch sẽ, đóng cửa tránh gió lùa, mùa rét có lò sưởi, mùa hè phải tắt quạt.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt đồ vải theo thứ tự sử dụng lên xe đẩy.
2. Xếp gọn bàn ghế xung quanh ra xa giường, đóng cửa, tắt quạt.
3. Tháo chăn đắp, đắp chăn khác cho người bệnh
4. Hướng dẫn người phụ giúp người bệnh nằm nghiêng (hoặc ngửa) về một bên giường (nếu không có người phụ phải nâng chân giường phòng người bệnh ngã)
5. Tháo vải bẩn ở 1/2 giường, cuộn theo chiều dọc giường, nhét sát dưới lưng người bệnh.
6. Đặt vải trải giường, đường giữa của vải nằm dọc theo dọc giữa của giường, kéo thẳng nhét 2 đầu vải bọc lấy đệm (gấp góc như trải giường kín), nửa bên kia cuộn lại nhét dưới lưng người bệnh.
7. Trải vải nylon và vải lót vào giữa giường(nội khoa), trải vải nylon và vải lót kín giường (ngoại khoa). cuộn một nửa nhét dưới lưng người bệnh.
8. Nhét sâu phần vải còn lại xuống dưới đệm.
9. Giúp người bệnh nằm về phía giường vừa trải xong.
10. Sang bên kia tháo phần vải bẩn còn lại cho vào túi đựng đồ bẩn.
11. Kéo thẳng vải trải bọc 2 đầu đệm.
12. Kéo thẳng vải trải, vải nylon và vải lót, nhét sâu dưới đệm.
13. Giúp người bệnh nằm lại giữa giường (tư thế thích hợp).
14. Đắp chăn cho người bệnh, nhét mép chăn xuống dưới đệm (kéo rộng phía chân giúp người bệnh trở mình hoặc co duỗi chân khi cần).
15. Thay vỏ gối.
16. Xếp lại ghế - tủ đầu giường cho ngăn nắp.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi được thay vải trải giường.
- Chú ý các vị trí dễ bị loét do chèn ép để có biện pháp phòng ngừa kịp thời
- Ghi phiếu chăm sóc: diễn biến của người bệnh.
- Báo cáo bác sĩ kịp thời nếu có các dấu hiệu bất thường.

* **Chú ý:** đảm bảo an toàn cho người bệnh, đặc biệt là người bệnh khó thở, phải duy trì tư thế Fowler (hoặc tư thế thích hợp), người bệnh sau mổ gãy xương đùi, liệt, xuất huyết nãocần chuyển người bệnh sang một bên nhẹ nhàng, thích hợp tùy theo tình trạng người bệnh.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn cho người bệnh và gia đình luôn giữ sạch sẽ vải trải giường.
- Giải thích cho gia đình người bệnh không được ngồi lên giường bệnh.
- Vải trải giường được thay theo quy định của bệnh viện, nếu vải trải giường bị bẩn, ướt sẽ được thay ngay.

3. KỸ THUẬT CHUYỂN NGƯỜI BỆNH TỪ GIƯỜNG SANG CÁNG VÀ TỪ CÁNG SANG GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh an toàn và thoải mái khi chuyển từ giường sang cáng và ngược lại.

II. CHUẨN BỊ

- Thông báo cho người bệnh điều sắp làm và hướng dẫn người bệnh những động tác phối hợp cần thiết khi di chuyển.
- Xếp dọn giường cho gọn, bỏ gối ở đầu giường để thuận tiện cho di chuyển người bệnh, khoá chèn cố định chân giường.
- Cáng có dây buộc để giữ người bệnh trong khi vận chuyển, gối kê đầu, ga hoặc chăn phủ người bệnh.
- Một tấm trườn (Paslide)bằng gỗ mỏng hoặc bằng nhựa cứng, chiều dài và rộng bằng mặt cáng.
- Người chuyển 2-3 người.

III. TIẾN HÀNH

1. Trường hợp người bệnh tự di chuyển được trên giường

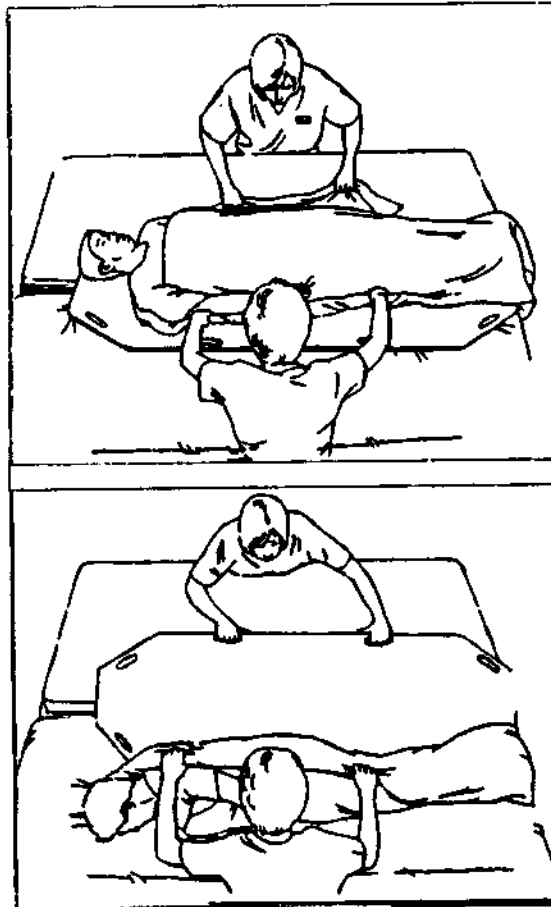
1.1. Trường hợp sử dụng xe cáng đẩy: cần 2 người

- Đặt cáng song song với giường và dựa áp sát vào cạnh giường, khoá hoặc chèn cố định chân cáng.
- Hướng dẫn người bệnh di chuyển ra cạnh giường và nhẹ nhàng trườn lên cáng
- Đặt gối dưới đầu người bệnh.

- Buộc dây cằng để giữ người bệnh
- Phủ ga hoặc chăn lên người bệnh
- Áp dụng ngược lại để chuyển người bệnh từ cằng lên giường

1.2. Trường hợp sử dụng cằng vải: cần 3 người

- Hai người khiêng 2 đầu cằng đến sát thành giường người bệnh
- Hướng dẫn người bệnh tự trườn lên cằng.
- Các bước còn lại tiến hành như mục 1.1.



2. Trường hợp người bệnh không tự di chuyển được

2.1. Trường hợp sử dụng xe cằng đẩy: cần 2 người

- Chuẩn bị thêm 1 tấm ván phẳng, cứng (hoặc bằng nhựa) đủ dày và cứng để đỡ người bệnh, có chiều rộng và dài xấp xỉ mặt cằng.
- Đặt cằng sát với cạnh giường và song song với giường, khoá hoặc chèn cố định chân cằng.

- Người số 1 đứng bên kia giường, nghiêng đầu người bệnh về phía mình, một tay đặt lên vai và một tay đặt lên hông đối diện của người bệnh, lật nghiêng người bệnh về phía mình, ngả người bệnh nằm ngửa trên miếng ván, và cùng người số 2 đẩy người bệnh sang cáng.
- Người số 2: đứng bên cạnh cáng, đẩy miếng ván (nhựa) vào dưới lưng người bệnh, khi người bệnh được lật nghiêng. Dùng 2 tay để kéo người bệnh sang cáng, lật nghiêng người bệnh trên cáng để người số 1 rút miếng gỗ khỏi lưng người bệnh.
- Đặt người bệnh nằm ngửa trên cáng, để gối dưới đầu.
- Buộc dây cáng để giữ người bệnh.
- Phủ ga hoặc chăn lên người bệnh.
- Áp dụng ngược lại để chuyển người bệnh từ cáng lên giường.

2.2. Trường hợp sử dụng cáng vải

- Đặt cáng song song, ngược đầu và cách giường 1m.
- Nếu có 2 người:

Hai người đứng bên cạnh giường:

- + Người số 1 luôn 1 tay dưới gáy, một tay dưới thắt lưng người bệnh.
- + Người số 2 luôn tay dưới mông, một tay dưới khoeo chân người bệnh.
- Nếu có 3 người:

Ba người đứng bên cạnh giường:

- + Người số 1 luôn tay dưới gáy, một tay dưới lưng người bệnh.
- + Người số 2 luôn tay dưới thắt lưng, một tay dưới khoeo người bệnh.
- + Người số 3 luôn tay đỡ đùi và 1 tay đỡ cẳng chân người bệnh.
- Theo nhịp 1,2,3 cùng nâng người bệnh lên, quay 180°, đặt người bệnh nhẹ nhàng lên cáng.
- Để gối dưới đầu người bệnh.
- Buộc dây giữ cáng để giữ người bệnh.
- Phủ ga hoặc chăn lên người bệnh.
- Áp dụng ngược lại để chuyển người bệnh từ cáng lên giường.

IV. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ngay sau khi hoàn thành việc chuyển người bệnh, điều dưỡng cần ghi kết quả chuyển và những dấu hiệu bất thường vào phiếu chăm sóc

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Cùng phối hợp khi vận chuyển người bệnh và cùng tham gia quan sát để phát hiện kịp thời những dấu hiệu bất thường trong quá trình vận chuyển hoặc ngay sau khi vận chuyển.

4. KỸ THUẬT CHUYỂN NGƯỜI BỆNH TỪ GIƯỜNG SANG GHẾ HOẶC XE ĐẨY VÀ NGƯỢC LẠI

I. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh an toàn và thoải mái khi chuyển từ giường sang ghế hoặc xe đẩy và ngược lại.

II. CHUẨN BỊ

- Thông báo cho người bệnh (hoặc gia đình người bệnh) điều sắp làm và hướng dẫn người bệnh những động tác phối hợp cần thiết khi di chuyển.
- Xếp dọn giường cho gọn, bỏ gối ở đầu giường để thuận tiện cho di chuyển người bệnh, khoá chèn cố định chân giường (nếu có).
- Xe đẩy hoặc ghế, ga hoặc chăn phủ người bệnh (nếu cần)
- Người chuyển: cần 1 hoặc 2 người.

III. TIẾN HÀNH

- Điều chỉnh bộ phận đế chân của xe đẩy.
- Để ghế hoặc xe đẩy cạnh giường ở vị trí thuận tiện cho người bệnh.
- Khoá cố định 2 bánh xe đẩy.
- Đỡ người bệnh ngồi dậy, 2 chân buông thõng xuống cạnh giường.
- Khoác áo ấm (nếu cần), đi giày, dép cho người bệnh.
- Đứng đối diện với người bệnh, hướng dẫn người bệnh đứng dậy.
- Để 2 tay dưới nách để hỗ trợ người bệnh đứng dậy, xoay lưng người bệnh về phía xe đẩy (hoặc ghế) và đỡ người bệnh ngồi xuống xe (ghế).
- Điều chỉnh xe đẩy để tạo ra tư thế thoải mái, dễ chịu.
- Nếu xe đẩy có hệ thống khoá vành xe thì khi di chuyển cần chú ý mở khoá còn khi muốn để người bệnh ngồi trên xe ở nguyên 1 chỗ thì khoá lại.
- Phủ ga hoặc chăn nếu cần.
- Áp dụng cách làm ngược lại khi di chuyển người bệnh từ xe (hoặc ghế) lên giường.

IV. GHI HỒ SƠ

- Kết quả chuyển người bệnh.
- Dấu hiệu bất thường nếu có.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình cùng hợp tác.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh cách chuyển người bệnh từ giường lên ghế hoặc xe đẩy, bố trí thời gian ngoài giờ điều trị cho người bệnh ngồi xe đẩy đi dạo để tạo không khí thoải mái cho người bệnh.

5. KỸ THUẬT CHUYỂN NGƯỜI BỆNH TỪ GIƯỜNG SANG CÁNG, TỪ CÁNG LÊN XE ÔTÔ VÀ NGƯỢC LẠI

I. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh an toàn và thoải mái khi chuyển từ giường sang cáng, từ cáng lên xe ô tô và ngược lại

II. CHUẨN BỊ

- Thông báo cho người bệnh hoặc gia đình họ điều sắp làm và hướng dẫn người bệnh những động tác phối hợp cần thiết khi di chuyển.
- Xe ô tô cứu thương đã sẵn sàng.
- Xếp dọn giường cho gọn, bỏ gối ở đầu giường để thuận tiện cho di chuyển người bệnh, khoá chèn cố định chân giường (nếu có).
- Cáng, ga hoặc chăn phủ người bệnh (nếu cần), thuốc và dụng cụ cần thiết.
- Người chuyển: ít nhất cần 3 người, có thể huy động người nhà người bệnh nhưng có hướng dẫn trước khi tiến hành.

III. TIẾN HÀNH

- Thực hiện các bước của quy trình chuyển người bệnh từ giường sang cáng.
- Chuyển cáng ra xe, đầu cáng đi trước.
- Một người lên xe trước để đón cáng khi 2 người phía dưới chuyển cáng cho
- Người khiêng phía đầu cáng ở bên dưới chuyển đầu cáng cho người trên xe rồi chuyển xuống nhanh phía chân cáng để cùng người còn lại nâng cáng.
- Cả 2 người bên dưới cùng nâng cao cáng cho thẳng bằng để cùng người trên xe đưa cáng vào sàn xe.
- Buộc dây hoặc khoá cố định cáng trên xe để giữ cáng an toàn khi di chuyển.
- Áp dụng cách làm ngược lại khi di chuyển cáng từ xe xuống.

IV. GHI HỒ SƠ

- Kết quả chuyển người bệnh.
- Những dấu hiệu bất thường trong và sau khi vận chuyển.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình cùng phối hợp khi vận chuyển.
- Dặn dò người bệnh và gia đình họ khi có dấu hiệu bất thường phải báo ngay với nhân viên y tế.

6. CÁC TƯ THẾ NGHỈ NGƠI TRỊ LIỆU THÔNG THƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Tạo tư thế thoải mái cho người bệnh.
- Tránh được các biến chứng.
- Giúp cho công tác chẩn đoán, điều trị và chăm sóc đạt kết quả tốt.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích và hướng dẫn cho người bệnh biết trước khi tiến hành.

2. Dụng cụ

- Gối đủ loại: gối cứng, gối mềm, gối hình trụ.
- Vòng đệm chống loét các loại (vòng cao su bơm hơi, vòng bông)

III. CÁC TƯ THẾ

1. Tư thế nằm ngửa thẳng

a. Áp dụng

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

b. Không áp dụng

- Người bệnh hôn mê, nôn, người bệnh khó thở.

c. Tiến hành

- Đặt người bệnh nằm thẳng lưng, đầu không gối, chân duỗi thẳng, bàn chân vuông góc với cẳng chân.

2. Tư thế nằm ngửa đầu thấp nghiêng về một bên

a. Áp dụng

- Sau xuất huyết để phòng ngất, sốc, sau gây mê, người bệnh hôn mê, nôn.
- Sau chọc ống sống.
- Kéo duỗi trong trường hợp gãy xương đùi.

b. Chống chỉ định

- Người bệnh hôn mê, nôn.

c. Tiến hành

- Đặt người bệnh nằm thẳng trên giường, đầu không gối, chân giường phía chân người bệnh được kê cao tùy theo chỉ định, có thể kê gối dưới vai người bệnh và kê cao hai cẳng chân bằng gối to.

3. Tư thế nằm ngửa đầu hơi cao

a. Áp dụng

- Bệnh đường hô hấp, bệnh tim.
- Thời kỳ dưỡng bệnh, người già, người có hội chứng trào ngược.

b. Không áp dụng

- Người bệnh có rối loạn về ruột, ho khó khăn, hôn mê, sau gây mê.
- Có phẫu thuật bụng trừ khi có chỉ định của thầy thuốc.

c. Tiến hành.

- Nâng đầu lên, cho người bệnh nằm tư thế lưng 30° so với mặt giường kể từ háng, kê gối dưới đầu và vai, chân hơi co, dưới khoeo chân kê một gối tròn, dài.
- Trường hợp người bệnh nằm lâu nên dùng đệm chống loét hoặc đệm nước dưới mông. Ở nơi không có phương tiện, chỉ cần kê 2 chân giường phía đầu với 2 hòn gạch mỗi chân giường.

4. Tư thế nửa nằm nửa ngồi (Fowler)

a. Chỉ định

- Bệnh đường hô hấp, bệnh tim

b. Chống chỉ định

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

c. Tiến hành

- Một người phụ nâng người bệnh ngồi dậy.
- Nâng cao phía đầu giường lên từ 45° .
- Để gối lên phía đầu, đỡ người bệnh nằm nhẹ nhàng ngả đầu lên gối.
- Đặt ruột gối cứng ở phía cuối giường cho người bệnh tỳ chân lên để bàn chân khỏi đổ về tư thế xấu.

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

5. Tư thế nằm sấp

a. Chỉ định

- Loét ép vùng lưng, vùng cụt.

b. Chống chỉ định

- Chướng hơi ở bụng.

c. Tiến hành

- Điều dưỡng đứng ở một bên giường, đặt người bệnh nằm ngửa sát bên giường đối diện, tay người bệnh để sát lưng, hai chân bắt chéo nhau.
 - + Điều dưỡng đặt một tay ở bả vai, một tay ở mông người bệnh.
 - + Lật nghiêng người bệnh về phía mình và nhẹ nhàng đặt người bệnh nằm sấp đầu nghiêng về một bên, một bên mặt đặt lên gối mềm để hai tay người bệnh đặt lên gối phía đầu (nếu người bệnh nặng cần có thêm một người phụ).

6. Tư thế nằm nghiêng sang phải hoặc sang trái

a. Chỉ định

- Nghỉ ngơi.
- Người bệnh viêm màng phổi (nghiêng về phía viêm, mổ thận, mổ phần cuối đại tràng)

b. Tiến hành.

- Điều dưỡng đứng ở một bên giường, đặt người bệnh nằm ngửa sát bên giường đối diện.
- Điều dưỡng đặt một tay ở vai, một tay ở mông người bệnh, lật người bệnh nghiêng về phía mình, đầu có thể gối hoặc không, chân trên co nhiều, chân dưới co hoặc duỗi thẳng (hai chân không được đè lên nhau).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi tình trạng người bệnh và ghi phiếu chăm sóc.
- Phát hiện dấu hiệu loét ép sớm, các dấu hiệu bất thường báo cáo bác sĩ để điều trị kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình giữ người bệnh ở tư thế đúng, phù hợp với tình trạng bệnh.

7. NÂNG ĐỖ GIÚP NGƯỜI BỆNH THAY ĐỔI TƯ THẾ, NGỒI DÂY VÀ TRỢ GIÚP ĐI LẠI

I. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh nặng thay đổi tư thế thường xuyên, để phòng tránh mẩn mục và tạo tư thế khi làm các thủ thuật khám chữa bệnh, giúp người bệnh thoải mái trong thời gian điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh nặng không tự thay đổi được tư thế, khó khăn khi đi lại.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, giải thích cho người bệnh công việc cần làm, hướng dẫn người bệnh cùng hợp tác với nhân viên y tế trước và trong khi tiến hành.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh trước khi cho người bệnh ngồi dậy, đứng dậy và ra khỏi giường.

2. Phương tiện dụng cụ

- Chuẩn bị đủ: gối, khăn đắp, chăn, quần áo, giày dép cho người bệnh phù hợp với mục đích thay đổi tư thế.

3. Địa điểm

- Ngay tại bệnh phòng, trên giường bệnh hoặc tại phòng khám, phòng thủ thuật.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Cho người bệnh nằm cao lên phía đầu giường

a. Chỉ định

Người bệnh mệt nặng nằm lâu không tự điều chỉnh được tư thế của mình, thường bị tụt đầu xuống khỏi gối, tư thế lệch lạc.

b. Chuẩn bị

- Báo cáo cho người bệnh biết việc sắp làm, hướng dẫn người bệnh cùng phối hợp khi tiến hành.
- Hai người đứng hai bên giường người bệnh
- Một người luồn tay dưới gáy đỡ người bệnh, người kia sửa lại gối, đặt lên phía đầu giường, kéo lại khăn trải giường cho phẳng.

- Hai người cùng phối hợp: luồn tay dưới vai, thắt lưng và khoeo chân người bệnh, cùng nhắc người bệnh lên di chuyển về phía đầu giường, nhẹ nhàng đặt người bệnh xuống đúng vị trí đặt gối.
- Nếu chỉ có một người: đỡ vai và thắt lưng người bệnh, hướng dẫn người bệnh chống hai gót chân xuống mặt giường. Trườn mình lên phía đầu giường phối hợp cùng đưa người bệnh nằm cao lên phía đầu giường, đặt gối cho người bệnh nằm ngay ngắn, kéo lại khăn trải giường cho phẳng dặt sâu xuống dưới đệm.

2. Đỡ người bệnh nằm nghiêng sang phải hoặc trái

a. Chỉ định

- Thay đổi tư thế cho người bệnh phải nằm lâu, để tiến hành các thủ thuật cần thiết (hút dịch dạ dày, rửa dạ dày, thực theo tài liệu hướng dẫn từng kỹ thuật).

b. Chuẩn bị

- Báo cho người bệnh biết việc sắp làm, động viên hướng dẫn người bệnh cùng phối hợp.
- Chuẩn bị gối mỏng kê đầu gối, gối to để tựa lưng, gối kê dưới bụng cho người bệnh béo phì.
- Với người bệnh nặng nên có hai người cùng tiến hành.

c. Tiến hành

- Hai người đứng hai bên giường người bệnh.
- Một người đỡ vai gáy người bệnh, đặt gối vào đúng vị trí cần chuyển.
- Một người đỡ vai và hông người bệnh cùng phối hợp đỡ người bệnh xoay nghiêng người về bên phải hoặc trái.
- Đỡ người bệnh nằm thoải mái, co chân phía trên, kê gối mỏng dưới mặt trong đầu gối.
- Kê một gối to cho người bệnh tựa lưng, một gối mỏng kê dưới bụng cho người bệnh thoải mái.
- Kéo lại ga trải giường, dặt sâu xuống dưới đệm.

3. Đỡ người bệnh nằm sấp

a. Chỉ định

Để làm thủ thuật hoặc điều trị các vết thương ở lưng, mông (người bệnh bị gãy cột sống phải thận trọng khi tiến hành, như trong bài chăm sóc người bệnh gãy cột sống).

b. Chuẩn bị

- 01 gối để gối đầu, 1 gối mỏng để kê dưới bụng, ngực, một tấm đệm ngắn hơn mặt giường 10cm ở phía cuối giường.

c. Tiến hành

- Cần có 2 - 3 người khi tiến hành: một bên hai người, một bên một người.
- Đỡ người bệnh nằm dịch sang một bên thành giường, đặt gối vào vị trí đầu giường.
- Hai người đỡ vai, lưng, hông và đùi người bệnh, từ từ lật nghiêng sang một bên, quay mặt vào giữa giường, người đứng phía bên kia cùng phối hợp đỡ người bệnh,

đặt hai cánh tay đỡ ngực và bụng người bệnh. Cả ba phối hợp nhẹ nhàng, từ từ lật úp cho người bệnh nằm sấp, người thứ 3 rút dần cánh tay ra khỏi ngực và bụng người bệnh.

- Cho người bệnh quay đầu về một bên, trên một gối mềm và thường xuyên đổi bên. Nếu người bệnh không có tổn thương cột sống có thể đặt một gối mỏng dưới ngực, bụng giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu.

4. Đỡ người bệnh ngồi dậy

a. *Chỉ định*: người bệnh mệt nặng sau một thời gian nằm lâu

b. *Chuẩn bị*: gối hoặc ván tựa ở phía đầu giường nếu giường không thay đổi được tư thế.

c. *Tiến hành*:

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh, nếu ổn định mới cho ngồi dậy.
- Kiểm tra băng nếu có vết thương ở ngực, bụng cần tăng cường thêm băng dính hoặc băng cuộn trước khi người bệnh ngồi dậy.
- Báo và hướng dẫn người bệnh tập vận động chân tay trước khi ngồi dậy.
- Một hoặc hai người phối hợp đỡ người bệnh ngồi dậy.
- Một người luồn tay dưới vai, gáy người bệnh đồng thời hướng dẫn người bệnh chống tay xuống mặt giường cùng phối hợp đỡ người bệnh ngồi dậy.
- Một người kê gối hoặc đặt giá đỡ ra phía sau lưng người bệnh.
- Từ từ đặt người bệnh tựa lưng vào gối, nếu thấy sắc mặt người bệnh tái nhợt, người bệnh kêu chóng mặt cần đặt người bệnh nằm đầu thấp ngay.

5. Cho người bệnh đứng dậy ra khỏi giường

a. *Chỉ định*: người bệnh trở dậy sau thời gian nằm bất động sau mổ, sau đẻ hoặc mệt nặng nằm lâu tại giường.

b. *Chuẩn bị*

- Như phần trên thêm quần áo ấm, bít tất, giày, dép phù hợp với thời tiết.
- Dọn dẹp làm gọn xung quanh giường trước khi đỡ người bệnh đứng dậy ra khỏi giường.

c. *Tiến hành*

- Sau khi cho bệnh nhân ngồi dậy trên giường, kiểm tra mạch, sắc mặt người bệnh, nếu ổn định đỡ cho người bệnh ngồi xoay ngang, 2 chân buông thõng xuống khỏi mặt giường.
- Hướng dẫn người bệnh đứng đưa 2 chân trong 5 - 10 phút, hỏi người bệnh xem có thấy chóng mặt không, nếu có phải đỡ người bệnh nằm ngay xuống giường.
- Nếu người bệnh thấy dễ chịu, giúp người bệnh mặc thêm áo ấm, đi giày hoặc dép.
- Hai người đứng hai bên đỡ người bệnh đứng dậy, đỡ người bệnh đứng tại chỗ trong vài phút, nếu không chóng mặt đều người bệnh đi lại từ từ trong phòng hoặc ra ngoài hành lang.

6. Nâng đỡ người bệnh sau phẫu thuật (vùng bụng) dậy sớm ra khỏi giường

Tuỳ theo tình trạng người bệnh và loại phẫu thuật để quyết định cho người bệnh hậu phẫu dậy sớm ra khỏi giường. Thông thường sau 24 giờ sau khi phẫu thuật thì có thể ngồi dậy sớm và ra khỏi giường lần đầu. Kỹ thuật tiến hành như sau:

- **Bước 1:** giải thích cho người bệnh về thủ thuật sắp làm. Hướng dẫn tổng quát về các bước, các động tác cơ bản để người bệnh phối hợp trong khi thực hiện thủ thuật.
- **Bước 2:** cho người bệnh vận động chủ động tại giường kết hợp với tập thở. Động tác này giúp cho người bệnh làm quen với sự vận động.
- **Bước 3:** hướng dẫn và hỗ trợ người bệnh nằm ra sát cạnh giường (bên mà người bệnh sẽ ngồi dậy), sau đó hỗ trợ người bệnh nằm nghiêng (quay mặt về phía điều dưỡng), chân dưới co (cẳng chân song song và sát mép đệm), chân trên duỗi thẳng hoặc hơi co.
- **Bước 4:** điều dưỡng đứng sát mép giường đối mặt với người bệnh, chân đứng choãi tạo tư thế vững chắc, sau đó cúi xuống bảo người bệnh ôm lấy cổ mình đồng thời luôn 1 tay đỡ cổ người bệnh, tay kia đỡ khoeo người bệnh. Hô 1, 2, 3 để người bệnh cùng phối hợp, điều dưỡng vừa nâng người bệnh ngồi dậy vừa xoay nhẹ để 2 chân người bệnh thông xuống sàn nhà. Chính lại tư thế cho người bệnh ở tư thế ngồi trên giường, 2 chân buông thõng sau đó bảo người bệnh đưa 2 chân.
- **Bước 5:** đỡ người bệnh ngồi sát mép giường sao cho chân chạm sàn nhà hoặc càng sát sàn nhà càng tốt (hạ thấp giường nếu có thể). Điều dưỡng cúi khom lưng và bảo người bệnh ôm lấy cổ mình, 2 tay điều dưỡng đỡ 2 bên mang sườn hoặc 2 bên nách người bệnh. Từ từ nâng người bệnh đứng dậy. Dìu người bệnh đi lại hoặc để người bệnh ngồi sang ghế hoặc xe lăn cạnh giường. Trường hợp để người bệnh ngồi sang xe lăn nhớ khoá bánh xe để tránh xe bị trượt.

8. DỰ PHÒNG - CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ MẢNG MỤC

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm các dấu hiệu của mảng mục.
- Theo dõi, chăm sóc , điều trị mảng mục đúng quy trình kỹ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Liệt 2 chân do tổn thương tuỷ sống (viêm tuỷ, chấn thương gây đứt ngang tuỷ...)
- Hôn mê do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, nhiễm khuẩn nặng, nhiễm độc...
- Sau phẫu thuật thần kinh, sau bó bột, băng...
- Người già thiếu dinh dưỡng, người béo phì bị gãy cổ xương đùi...

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh biết công việc sẽ tiến hành.
- Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp.

2. Dụng cụ

- Chậu nước ấm.
- Xà phòng.
- Khăn bông to.
- Khăn nhỏ
- Cồn 70°, bột talc.
- Đệm hơi luân chuyển hay đệm nước, túi nước bằng chất dẻo 20 x 30cm đựng nửa nước nửa hơi.
- Vải trải giường.
- Khay dụng cụ để băng bó mông mụ, bông gạc vô khuẩn.
- Các loại dung dịch sát khuẩn và thuốc theo chỉ định điều trị: dung dịch NaCl 0,9%, oxy già, bột vitamin A, bột kháng sinh theo chỉ định

3. Địa điểm

Làm tại giường người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kỹ thuật để phòng mẩn mưng

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh
- Báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm
- Cho người bệnh nằm thuận tiện cho việc chăm sóc.
- Lau rửa sạch những vùng ẩm ướt, bẩn, vùng mông của những người đại tiểu tiện không tự chủ bằng xà phòng và nước ấm.
- Lau khô
- Xoa bóp với cồn và bột tan những vùng dễ bị mẩn mưng (xoa bóp vùng mông, xương cụt, xương hông, cột sống, đầu gối, mắt cá, gót chân, khuỷu tay, bả vai, phía sau đầu).
- Đặt túi nylon để hứng nước tiểu nếu là nam, ống thông tiểu nếu là nữ (trường hợp người bệnh đi tiểu không tự chủ).
- Lót khăn dưới mông người bệnh, khi có phân thì lau ngay (trường hợp người bệnh đại tiểu tiện không tự chủ).
- Thay vải trải giường, giữ giường sạch khô và phẳng tránh làm cộm lưng người bệnh).

- Thay đổi tư thế nằm của người bệnh 2 giờ / lần.
- Nằm đệm nước hoặc đệm luân chuyển. Lót gối ở vai nếu người bệnh nằm nghiêng.
- Đặt túi nước (đựng nửa nước nửa hơi) ở những vị trí xương khác (mắt cá, gót chân, bả vai...).

2. Sản sóc, điều trị mảng mục

- Đặt người bệnh ở tư thế phù hợp.
- Rửa sạch mảng mục như 1 vết thương, nếu mảng mục có tổ chức hoại tử, cần cắt lọc hết phần hoại tử, sau đó có thể nhỏ vài giọt insulin lên bề mặt mảng mục rồi đắp đường kính lên và thay đi khi đường tan.
- Đáp thuốc theo chỉ định điều trị.
- Băng lại hoặc để thoáng tùy theo tình trạng mảng mục. Tùy trường hợp bác sĩ có thể cho:
 - + Băng kín thấm hút.
 - + Băng thoáng hơi
 - + Rọi bóng đèn, phơi nắng.
 - + Chiếu tia cực tím.
- Xoa bóp vùng xung quanh mảng mục để kích thích tuần hoàn.
- Thay ga trải giường nếu ướt.
- Cho người bệnh nằm lại thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng của da, những phát hiện mới nếu có.
- Tình trạng của mảng mục
- Loại thuốc dùng để chăm sóc mảng mục.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nên phòng mảng mục hơn là điều trị mảng mục.
- Những người bệnh dễ bị mảng mục phải được nằm trên mặt phẳng êm và thay đổi tư thế, xoa bóp thường xuyên.
- Theo dõi để phát hiện sớm các dấu hiệu mảng mục
- Giữ cho người bệnh được sạch sẽ và khô ráo ngay mỗi khi bẩn và ẩm ướt
- Dinh dưỡng người bệnh: cho ăn đầy đủ chất đạm như trứng, sữa, thịt, cá, các vitamin A, vitamin C hoặc các loại quả giàu vitamin đó.
- Thay đổi thường xuyên tư thế người bệnh là biện pháp cơ bản nhất để phòng tránh mảng mục.

9. THEO DÕI DẤU HIỆU SINH TỒN

I. MỤC ĐÍCH

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở nhằm phát hiện những dấu hiệu bất thường giúp cho chẩn đoán bệnh và xử trí kịp thời những tai biến có thể xảy ra.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh điều trị ngoại trú, nội trú.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo cho người bệnh biết trước.
- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo.

2. Dụng cụ

- Nhiệt kế tùy theo vị trí đo mà chuẩn bị loại phù hợp.
- Đồng hồ có kim giây.
- Huyết áp kế
- Gối kê tay
- Bông khô
- Khay quả đậu.
- Bảng theo dõi.
- Bút xanh, bút đỏ, thước kẻ.

3. Địa điểm

Tiến hành tại phòng khám, tại phòng cấp cứu, tại buồng bệnh

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Báo trước cho người bệnh biết.
- Điều dưỡng kiểm tra lại dụng cụ và mang tới giường bệnh.
- Giải thích, động viên để người bệnh phối hợp với điều dưỡng khi tiến hành thủ thuật.
- Lau khô, vẩy nhiệt kế xuống dưới 35°.
- Có thể đo nhiệt độ ở những vị trí sau:
 - + Đặt bầu thủy ngân vào hõm nách, chéch theo hướng vú, khép cánh tay vào thân , đặt cẳng tay lên bụng.

- + Đo nhiệt độ ở miệng: đặt bầu thủy ngân của nhiệt kế dưới lưỡi hoặc cạnh mép, bảo người bệnh ngậm môi.
- + Đo ở hậu môn: đưa nhiệt kế vào sâu 2-3 cm trong thời gian 3-5 phút.
- Kê gối dưới cẳng tay người bệnh (nếu bất động mạch quay), đặt 3 đầu ngón tay lên động mạch.
- Đếm mạch trong 1 phút.
- Đặt tay như đếm mạch, quan sát cánh tay đặt trên bụng và đếm nhịp thở trong 1 phút.
- Kéo tay áo tới nách, đặt máy đo huyết áp ngang ngực người bệnh.
- Cuốn băng HA vào cánh tay người bệnh, cách nếp gấp khuỷu tay từ 3-5 cm.
- Tìm động mạch, đặt ống nghe, bơm hơi khi mạch hết đập bơm thêm 20 mmHg
- Xả hơi từ từ, xác định huyết áp tối đa , tối thiểu.
- Xả hết hơi, tháo băng xếp vào hộp.
- Lấy nhiệt kế ra, đọc kết quả, lau sạch và vẩy nhiệt kế xuống 35°C.
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo đúng quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi kết quả vào bảng theo dõi.
- Nếu có bất thường báo bác sĩ.
- Ngày giờ thực hiện thủ thuật.
- Tên người thực hiện

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người bệnh và gia đình nếu có bất thường về thân nhiệt phải báo cho nhân viên y tế.

10. ĐO CHIỀU CAO - CÂN NẶNG

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi sự phát triển về thể chất, nhất là ở trẻ em.
- Theo dõi ảnh hưởng của bệnh tật tới sự phát triển thể chất.
- Tính toán liều lượng thuốc trước khi sử dụng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ nhỏ dưới 5 tuổi.

- Tất cả người bệnh khi vào viện.
- Một số trường hợp cần được cân thường xuyên trong khi nằm viện: phù...

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, giải thích để người bệnh yên tâm, tin tưởng và hợp tác.
- Tư thế đúng và thích hợp (nằm hoặc đứng)

2. Dụng cụ

- Cân: cân đứng, cân nằm (Phụ thuộc vào lứa tuổi)
- Thước đo chiều cao bằng gỗ hoặc thước dây gắn vào tường.
- Thước kẻ, miếng bìa.
- Bút, sổ ghi, bảng theo dõi.
- Biểu đồ tăng trưởng.

3. Địa điểm

Thường làm tại phòng khám hoặc tại buồng bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đo chiều cao

1.1. Giúp người bệnh đến bên cạnh thước đo

1.2. Đặt 1 tờ giấy mỏng sát dưới chân thước, để người bệnh đứng lên tờ giấy (không để người bệnh đứng trực tiếp xuống đất).

1.3. Giúp người bệnh cởi dép hoặc giày

1.4. Người bệnh đứng được

- Giúp người bệnh đứng thẳng quay lưng về phía trước.
- Hai gót chân chạm nhau.
- Mông và phía sau đầu chạm vào thước.
- Mắt nhìn thẳng về phía trước.

* Người bệnh nhỏ không đứng được:

- Đặt nằm thẳng trên bàn
- Bàn chân vuông góc với cẳng chân.

1.5. Đặt thước kẻ hoặc miếng bìa cứng sát với đỉnh đầu người bệnh và vuông góc với thước đo

1.6. Xác định điểm đo được ở mép dưới của thước kẻ hoặc miếng bìa nơi chạm vào thước đo

- 1.7. Ghi kết quả vào sổ
- 1.8. Giúp người bệnh đi giày, dép và đưa người bệnh về giường bệnh (nếu cần)
- 1.9. Thu dọn dụng cụ

2. Cân cho người bệnh

** Loại cân đứng:*

- 2.1. Đưa đến bên giường bệnh hoặc giúp người bệnh đi đến nơi để cân
- 2.2. Khoá các bánh xe cố định cân với loại cân có bánh xe để di chuyển
- 2.3. Điều chỉnh thăng bằng cân
- 2.4. Đặt tờ giấy mỏng lên bàn cân
- 2.5. Giúp người bệnh cởi quần, áo, giày, dép. Chỉ để người bệnh mặc quần áo lót
- 2.6. Giúp người bệnh đứng lên bàn cân, hướng dẫn người bệnh đứng vào giữa bàn cân và không được bám vào các vật xung quanh
- 2.7. Điều chỉnh cân và ghi kết quả đo được
- 2.8. Bỏ giấy vào thùng rác.

** Loại cân nằm:*

- 2.1. Đưa bệnh nhi đến nơi để cân hoặc đưa cân đến bên giường bệnh
- 2.2. Đặt cân ở vị trí chắc chắn
- 2.3. Trải vải mỏng lên mặt bàn cân, không để bệnh nhi nằm trực tiếp lên bàn cân.
- 2.4. Điều chỉnh thăng bằng cân và khoá lại để cân không bị chòng chành khi đặt bệnh nhi lên.
- 2.5. Cởi quần áo, tã lót cho bệnh nhi và đặt bệnh nhi vào bàn cân (tránh để bệnh nhi lạnh) và không để bệnh nhi bám vào các vật xung quanh.
- 2.6. Mở khoá, điều chỉnh quả cân và ghi kết quả vào sổ.
- 2.7. Đưa bệnh nhi ra khỏi bàn cân, mặc quần áo, quần tã lót.
- 2.8. Thay vải trải trên cân.
- 2.9. Thu dọn dụng cụ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

- Chiều cao bình thường hay thấp?
- Cân nặng bình thường hay giảm? Có suy dinh dưỡng không? Trẻ còi cọc?

2. Ghi hồ sơ

- Số đo chiều cao? Cân nặng? Ghi vào biểu đồ theo dõi.
- Ngày, tháng, năm đo chiều cao, cân nặng.
- Người thực hiện.

3. Báo cáo lại điều dưỡng trưởng để biết tình trạng bệnh nhi

VI. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHI

- Hướng dẫn mẹ bệnh nhi mỗi khi cân cho trẻ nên mặc cùng 1 loại quần áo.
- Hướng dẫn cách nuôi dưỡng con để đề phòng suy dinh dưỡng.

11. GHI ĐIỆN TÂM ĐỒ

I. MỤC ĐÍCH

Ghi điện tâm đồ là ghi lại hình ảnh hoạt động điện học của tim nhằm giúp cho công tác chẩn đoán và điều trị bệnh có kết quả.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chẩn đoán rối loạn nhịp tim
2. Chẩn đoán phì đại cơ nhĩ, cơ thất
3. Chẩn đoán rối loạn dẫn truyền
4. Chẩn đoán các rối loạn điện giải
5. Theo dõi máy tạo nhịp tim

III. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Máy điện tâm đồ có đủ dây dẫn và bản điện cực
- Có hệ thống dây đất tốt
- Các chất dẫn điện(paste) hoặc nước muối sinh lý 0,9%.
- Gạc để lau bản trên da người bệnh trước khi gắn điện cực và lau chất dẫn điện sau khi ghi.

2. Người bệnh

- Được giải thích về cách tiến hành kỹ thuật.
- Nằm yên tĩnh, mắt nhìn vào 1 điểm.
- Nếu người bệnh kích thích vật vã thì phải dùng thuốc an thần.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thử test trước khi ghi điện tâm đồ: v/d: $1mV=10mm$

2. Dùng gạc lau da người bệnh và bôi chất dẫn điện lên vị trí đặt điện cực
3. Vị trí đặt điện cực thăm dò của 6 chuyển đạo trước tim thông dụng (từ V1 đến V6):
 - V1: khoảng liên sườn 4 bên phải, sát bờ xương ức.
 - V2: khoảng liên sườn 4 bên trái, sát bờ xương ức
 - V3: điểm giữa thẳng nối V2 với V4.
 - V4: giao điểm của đường dọc đi qua điểm giữa xương đòn trái với đường ngang đi qua mỏm tim (nếu không xác định được vị trí mỏm tim thì lấy khoảng liên sườn 5 trái).
 - V5: giao điểm của đường nách trước với đường ngang đi qua V4
 - V6: giao điểm của đường nách giữa với đường ngang đi qua V4, V5.
4. Bật máy, ghi điện tâm đồ
5. Tắt máy, tháo các điện cực
6. Lau sạch chất dẫn điện, mặc áo cho người bệnh. Đưa người bệnh về giường nếu làm tại phòng điện tim

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng của người bệnh sau khi ghi điện tâm đồ.
- Ngày giờ ghi điện tâm đồ

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Tuân thủ theo sự hướng dẫn của nhân viên y tế trong quá trình ghi điện tim.

12. KỸ THUẬT RỬA TAY

I. MỤC ĐÍCH

- Rửa tay là phương pháp hiệu quả nhất để ngăn ngừa sự lan truyền vi khuẩn qua đôi bàn tay nhằm làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh và nhân viên y tế.
- Tùy theo các kỹ thuật chăm sóc hoặc điều trị mà có những hình thức rửa tay khác nhau.

II. CÁC PHƯƠNG PHÁP RỬA TAY

1. Rửa tay thường quy

1.1. Chỉ định

Trước khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc người bệnh, trước khi ăn, sau khi đi vệ sinh, sau khi tiếp xúc với chất thải... (trừ các thủ thuật xâm lấn)

1.2. Chuẩn bị

- Lavabo, vòi nước có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân. Nơi không có điều kiện có thể dùng thùng to có vòi gạt đựng nước sạch và có xô sạch hứng dưới vòi nước, sau mỗi lần dùng phải đổ và cọ rửa ngay.
- Xà phòng nước hoặc dung dịch rửa tay khử khuẩn
- Hộp đựng khăn lau tay sạch dùng 1 lần hoặc khăn giấy hoặc máy sấy tay nếu có.
- Thùng hoặc túi đựng khăn lau tay bẩn

Chú ý: nếu dùng xà phòng bánh phải dùng loại có chất diệt khuẩn và phải giữ cho bánh xà phòng luôn khô bằng cách đựng trong hộp có lỗ thoát nước ở đáy.

1.3. Các bước tiến hành

- Làm ướt 2 bàn tay, lấy xà phòng hoặc dung dịch rửa tay có chất khử khuẩn vào lòng bàn tay.
- chà sát 2 lòng bàn tay với nhau.
- Dùng ngón và bàn tay này cuốn và xoay quanh lần lượt từng ngón của bàn tay kia và ngược lại (chú ý ngón tay cái).
- Dùng lòng bàn tay này chà xát vào mu bàn tay kia và ngược lại.
- Đầu các ngón tay của bàn tay này miết vào kẽ giữa các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại.
- Chụm 5 đầu ngón tay của tay này cọ vào lòng bàn tay kia bằng cách xoay đi xoay lại.
- Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy.
- Lau khô tay bằng khăn sạch.

Chú ý:

Thời gian rửa tay tối thiểu là 1 phút, khăn lau tay chỉ dùng 1 lần.

2. Rửa tay thủ thuật**2.1. Chỉ định**

Trước khi làm các thủ thuật có xâm lấn (chọc màng bụng, chọc màng phổi, chọc ống sống, trích rạch ...)

2.2. Chuẩn bị

- Lavabo, vòi nước có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân.
- Bàn chải vô khuẩn hoặc được khử khuẩn ở mức độ cao
- Dung dịch rửa tay khử khuẩn Microsheld 2%, xà phòng.
- Khăn lau tay vô khuẩn.
- Cồn 70°C.
- Hộp đựng khăn lau tay vô khuẩn
- Thùng, túi đựng khăn lau tay bẩn

2.3. Các bước tiến hành

- Đội mũ (che kín tóc), tháo bỏ đồ trang sức, cắt ngắn móng tay, đeo khẩu trang.
- Tiến hành rửa tay bằng xà phòng hoặc dung dịch khử khuẩn theo các bước như trong rửa tay thường quy nhưng chú ý phải chà rửa cả phần cổ tay, cẳng tay và trên khuỷu tay 5 cm theo chiều xoáy ốc sau đó mới xả sạch dưới vòi nước.
- Dùng bàn chải vô khuẩn và dung dịch rửa tay đánh cọ rửa các đầu, kẽ và cạnh của từng ngón tay theo chiều dọc và xoáy ốc.
- Đánh cọ lòng bàn tay, mu bàn tay, đánh cho nổi bọt xà phòng
- Đánh cọ cổ tay, cẳng tay, lên quá khuỷu tay 5cm
- Rửa tay dưới vòi nước chảy từ bàn tay xuống cẳng tay...
- Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn
- Sát khuẩn tay bằng cồn 70°.

3. Rửa tay phẫu thuật (rửa tay ngoại khoa)

3.1. Chỉ định

Trước khi tiến hành phẫu thuật, áp dụng đối với phẫu thuật viên, kỹ thuật viên dụng cụ.

3.2. Chuẩn bị

Như trong rửa tay thủ thuật, nhưng lưu ý trong rửa tay phẫu thuật, phải đánh cọ tay 2 lần bằng 2 bàn chải vô khuẩn.

3.3. Tiến hành

- Đội mũ, che kín tóc, tháo bỏ trang sức, cắt ngắn móng tay, đeo khẩu trang
- Tiến hành rửa tay với dung dịch khử khuẩn như Microsheld 2% theo các bước như rửa tay thường quy, nhưng chú ý phải chà rửa cả phần cổ tay, cẳng tay và vượt quá khuỷu tay 5cm theo chiều xoáy ốc sau đó mới xả nước sạch
- Tiến hành rửa tay với bàn chải thứ 1: dùng bàn chải vô khuẩn và dung dịch rửa tay đánh cọ rửa các đầu, kẽ và cạnh của ngón tay theo chiều dọc hoặc xoáy ốc.
- Đánh cọ lòng và mu bàn tay, đánh cho nổi bọt xà phòng
- Đánh cọ cổ tay, cẳng tay, lên quá khuỷu tay 5cm.
- Rửa tay dưới vòi nước chảy từ bàn tay xuống cẳng tay...(nước đã được xử lý đảm bảo tiêu chuẩn vi sinh).
- Tiến hành rửa tay với bàn chải thứ 2 như với bàn chải thứ 1
- Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn.
- Sát khuẩn tay lại bằng cồn (cồn 70°, Chlorhexidine 0,5%), để khô.

Chú ý:

- Phải tháo đồng hồ và nhẫn trước khi rửa tay.
- Thời gian rửa tay phẫu thuật kéo dài 5 phút .

- Khăn tiệt khuẩn dùng lau khô tay sau rửa tay và trước khi chà cồn.
- Sau khi lau khô, sát khuẩn tay bằng cồn phải thực hiện 2 lần, mỗi lần lấy 5ml và chờ cho khô.
- Bàn chải chải tay chỉ dùng 1 lần hoặc nếu sử dụng lại phải được hấp ưôt.
- Chà tay với cồn có thể được sử dụng cho giữa 2 lần thay găng của các cuộc phẫu thuật khi có nhiều cuộc phẫu thuật kế tiếp nhau.

13. KỸ THUẬT TẮM CHO NGƯỜI BỆNH NẶNG TẠI GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ da luôn sạch sẽ, đem lại sự thoải mái cho người bệnh.
- Giúp cho sự bài tiết qua da được dễ dàng.
- Phòng tránh được lở loét, nhiễm khuẩn qua da và các bệnh ngoài da.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Tắm tại giường áp dụng trong trường hợp người bệnh không tự làm được như:

- Người bệnh nặng, phải nằm lâu trên giường không đi lại được.
- Người bệnh sau phẫu thuật, người bệnh bị gãy xương (đã ổn định mạch , nhiệt độ, huyết áp).

2. Chống chỉ định

- Người bệnh đang truy mạch, đang sốc..
- Người bệnh da vết thương.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, ổn định.
- Báo trước, giải thích cho người bệnh và gia đình để có thể phối hợp với điều dưỡng trong khi tắm.
- Giúp người bệnh những việc cần thiết như cho người bệnh đi đại tiểu tiện

2. Dụng cụ

- Quần áo sạch phù hợp với người bệnh.
- Hai khăn bông to, 2 khăn mặt.

- Vải trải giường, áo gối, mảnh nylon.
- Thùng nước ấm, chậu, xà phòng
- Bình phong, khăn đắp cho người bệnh.
- Bấm móng tay, kẹp Kocher, bông cầu.
- Thùng đựng đồ bẩn hoặc túi đựng đồ bẩn.
- Bô dẹt, khay quả đậu.

3. Địa điểm

Tại giường người bệnh. Đảm bảo kín đáo, ấm áp.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Dem dụng cụ tới giường bệnh, đóng cửa sổ, tắt quạt (nếu có)
- Che bình phong kín giường người bệnh.
- Phủ khăn đắp lên người bệnh.
- Cởi quần áo dưới khăn đắp cho vào túi đựng đồ bẩn.
- Dùng khăn rửa mặt cho người bệnh (như trong quy trình rửa mặt)
- Lau tai, cổ, gáy...
- Kéo khăn đắp để lộ phần tay.
- Trải khăn bông to từ cẳng tay đến nách, lau nhiều lần bằng xà phòng và nước đến khi sạch, lau khô. Tắm 2 tay như nhau.
- Lót nylon đặt chậu nước lên sát người bệnh rửa sạch 2 bàn tay, lau khô. Nếu móng tay dài, cắt móng tay cho người bệnh.
- Chú ý thay nước mỗi khi bẩn.
- Kéo khăn đắp để lộ phần ngực, bụng và hõm nách
- Tắm ngực, bụng, lau hõm nách cho người bệnh bằng xà phòng, nước sạch, rồi lau khô. Người bệnh nữ phải chú ý lau kỹ dưới vú, lau từng bên một cho người bệnh.
- Lót nylon và khăn bông dọc theo lưng, mông, nghiêng người bệnh về một bên. Tắm lưng từ thắt lưng trở lên, tắm mông từ thắt lưng trở xuống, tắm sạch, lau khô.
- Đặt nylon và khăn từ cẳng chân đến bẹn, tắm cẳng chân, đùi, bẹn, lau khô, tắm 2 chân như nhau.
- Lót nylon đặt chậu lên giường, rửa sạch 2 bàn chân, lau khô. Nếu móng chân dài, cắt móng chân cho người bệnh.
- Dùng cồn hoặc bột talc xoa bóp các vùng bị tỳ đè.
- Lót nylon, đặt bô dẹt dưới mông người bệnh, rửa vùng hậu môn sinh dục cho người bệnh. (Tham thêm khảo quy trình rửa hậu môn sinh dục).
- Cho người bệnh nằm lại thoải mái, mặc quần áo cho người bệnh.
- Thay vải trải giường, khăn đắp cho người bệnh

- Sắp xếp lại ghế, tủ đầu giường gọn gàng, sạch sẽ.
- Thu dọn dụng cụ: đồ vải gửi đi giặt. Các dụng cụ khác rửa bằng xà phòng nước sạch, lau khô cất vào nơi quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tắm cho người bệnh.
- Tình trạng người bệnh.
- Tên người thực hiện.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người nhà giữ vệ sinh cho người bệnh bằng cách vệ sinh răng miệng, lau rửa, thay quần áo cho người bệnh hàng ngày. Theo dõi, phát hiện những bất thường trên da người bệnh để báo cho nhân viên

14. KỸ THUẬT GỘI ĐẦU CHO NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch tóc và da đầu người bệnh giúp người bệnh dễ chịu, thoải mái.
- Phòng chống các bệnh về tóc và da đầu.
- Kích thích tuần hoàn vùng đầu.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Người bệnh nằm lâu tại chỗ không tự gội được.

2. Chống chỉ định

Không gội đầu cho những người bệnh đang trong tình trạng nặng, người bệnh sốt cao.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Báo cho người bệnh biết việc sắp làm.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.

2. Dụng cụ

- Chậu (xô) đựng nước ấm.

- Ca mức nước.
- Dầu gội đầu hoặc bồ kết, chanh...
- Khăn bông nhỏ 1 chiếc.
- Khăn bông to 2 chiếc.
- Máy sấy tóc.
- Kim băng .
- Máng chữ U có bọc nylon để dẫn nước chảy xuống thùng đựng nước bẩn.
- Mảnh nylon.
- Lược chải tóc: lược thưa, lược mau.
- Thùng đựng nước bẩn.

3. Địa điểm:

Tiến hành tại giường người bệnh, đảm bảo ấm , tránh gió lùa.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh.
- Phủ nylon lên gối, giường người bệnh.
- Cho người bệnh nằm chéo trên giường đầu thấp hơn vai.
- Choàng một khăn bông ở cổ, ngực và một khăn che vai và lưng người bệnh.
- Nhét bông vào 2 lỗ tai người bệnh.
- Chải tóc: chải từng nắm tóc nhỏ một và chải từ ngọn tóc đến chân tóc để tránh co kéo tóc quá nhiều gây đau đớn cho người bệnh.
- Nếu tóc rối nhiều nên xoa cồn 50⁰ cho dễ chải.
- Đặt máng chữ U dưới đầu người bệnh, đầu dưới của máng đặt gọn vào thùng đựng nước bẩn.
- Đổ nước ấm ướt đều tóc.
- Nếu người bệnh dùng dầu gội đầu : xoa dầu gội đầu lên tóc.Nếu người bệnh dùng nước bồ kết: dội nước bồ kết lên tóc nhiều lần.
- Chà sát khắp da đầu và tóc bằng những đầu ngón tay, tránh làm sây sát da đầu người bệnh.
- Dội nước lên tóc nhiều lần cho sạch.
- Nếu người bệnh gội đầu với bồ kết và chanh thì xoa nước chanh lên tóc rồi dội nước lại cho sạch.
- Lấy khăn nhỏ lau mặt , bỏ bông ở 2 lỗ tai người bệnh ra.
- Kéo khăn quàng ở lưng ,vai lau tóc. Sau đó dùng máy sấy ,sấy tóc cho khô.
- Chải tóc cho người bệnh.
- Tháo máng chữ U cho vào thùng.

- Cho người bệnh nằm hoặc ngồi thoải mái.
- Sắp xếp lại giường, tủ đầu giường gọn gàng.
- Thu dọn dụng cụ.

Lưu ý: khi gội đầu cho người bệnh cần phải:

- + Tránh cho người bệnh bị nhiễm lạnh.
- + Tránh đầu gội đầu, nước bồ kết, chanh vào tai, mắt người bệnh.
- + Trường hợp đầu người bệnh có vết thương nên đắp gạc có chất trơn lên rồi gội.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành gội đầu cho người bệnh.
- Tình trạng người bệnh.
- Những quan sát về tóc và da đầu người bệnh.
- Tên người thực hiện.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người nhà người bệnh hàng ngày nên chải tóc cho người bệnh, nếu phát hiện những bất thường về tóc và da đầu phải báo cho nhân viên y tế.

15. KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG THÔNG THƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ răng miệng luôn sạch để phòng nhiễm khuẩn răng miệng.
- Chống nhiễm khuẩn trong trường hợp có tổn thương ở miệng.
- Giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu, ăn ngon

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Báo trước và giải thích cho người bệnh rõ.
- Đỡ người bệnh ngồi dậy, bỏ chân xuống giường hoặc cho nằm đầu cao, mặt nghiêng về phía điều dưỡng viên.

- Choàng khăn bông qua cổ người bệnh.
- Đặt khay quả đậu dưới cằm (nếu người bệnh ngồi) hoặc dưới má (nếu người bệnh nằm).

2. Dụng cụ

- Bàn chải đánh răng mềm.
- Kem đánh răng.
- Khăn mặt.
- Cốc nước súc miệng.
- Khay quả đậu.

3. Địa điểm

Tiến hành tại giường người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Làm ướt bàn chải và bôi kem.
- Đưa nước và bàn chải cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh tự đánh răng: chải hàm trên, hàm dưới, mặt ngoài rồi đến mặt trong. (Hàm trên từ trên xuống, hàm dưới từ dưới lên).
- Cho người bệnh súc miệng thật sạch.
- Lau miệng và cho người bệnh nằm lại thoải mái.
- Rửa sạch bàn chải, thu dọn dụng cụ.
- Trong khi chăm sóc răng miệng nên giáo dục vệ sinh răng miệng cho người bệnh.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày, giờ chăm sóc răng miệng.
- Tình trạng răng miệng của người bệnh. Nếu có bất thường phải báo bác sĩ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng hàng ngày.
- Khi có những dấu hiệu bất thường về răng miệng nên báo cho nhân viên y tế, không nên dùng thuốc mà không có sự hướng dẫn của bác sĩ.

16. KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo răng miệng luôn sạch để phòng nhiễm khuẩn răng miệng.
- Chống nhiễm khuẩn trong trường hợp có tổn thương ở miệng.
- Giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu, ăn ngon.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp dụng đối với người bệnh có răng giả, người bệnh nặng, mê man, sốt cao, tổn thương ở miệng như gãy xương hàm, vết thương ở miệng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Báo trước và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh.
- Đặt người bệnh nằm, mặt nghiêng về một bên.
- Quàng khăn qua cổ, ngực, đặt khay quả đậu ở một bên má người bệnh.
- Nếu lưỡi đóng trắng bôi glycerin và nước chanh 15 phút trước khi chăm sóc. Môi khô nứt nẻ, xoa glycerin hoặc vaselin 15 phút trước khi làm.
- Người bệnh có răng giả nên tháo ra và làm vệ sinh hàm giả riêng.

2. Dụng cụ: nên quan sát tình trạng răng miệng để chuẩn bị dụng cụ.

- Cốc đựng dung dịch sát khuẩn để súc miệng. Có thể dùng Natri clorua 9‰
- Ôxy già tùy nồng độ, dung dịch Bicarbonat 2‰, dung dịch borate de soude 2‰.
- Cốc nước chanh và dung dịch glycerin (2 phần bằng nhau để bôi môi, miệng)
- Cốc đựng răng giả.
- Gạc, bông cầu, tăm bông.
- Kẹp, đèn lưỡi.
- Ống bơm hút nếu người bệnh không hớp được nước.
- Khăn mặt.
- Khay quả đậu.
- Vaseline, glycerin.
- Túi đựng bông bẩn.

3. Địa điểm

Tiến hành tại phòng bệnh

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc người bệnh có răng giả

- Dùng gạc lót tay tháo răng giả đặt vào cốc, mang đi đánh rửa sạch và ngâm vào dung dịch sát khuẩn.
- Tiến hành các bước chăm sóc như chăm sóc răng miệng thông thường.
- Cho người bệnh súc miệng sạch.
- Lắp lại hàm giả cho người bệnh. Dẫn người bệnh tháo răng giả trước khi đi ngủ.

2. Chăm sóc răng miệng cho người bệnh nặng và người bệnh mê man

- Đặt người bệnh nằm mặt nghiêng về một bên.
- Quàng khăn vào cổ người bệnh.
- Đặt khay quả đậu dưới má.
- Mở miệng người bệnh.
- Dùng kẹp gấp gạc củ ấu thấm vào dung dịch NaCl đẳng trương lau sạch răng cho người bệnh: lau hàm trên, hàm dưới, mặt trong, mặt ngoài. Thay gạc lau vòm miệng mặt trên mặt dưới lưỡi, thay gạc và thấm dung dịch lau nhiều lần cho đến khi sạch.
- Bôi glycerin vào môi cho người bệnh để chống khô môi.
- Bỏ khay quả đậu, tháo bỏ khăn bông.
- Đặt người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ và xử lý theo quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ chăm sóc răng miệng cho người bệnh.
- Tình trạng răng miệng của người bệnh.
- Tên y tá - điều dưỡng thực hiện.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình thường xuyên giữ gìn và vệ sinh răng miệng theo sự hướng dẫn của nhân viên y tế.
- Khi có dấu hiệu bất thường về răng miệng phải báo ngay cho nhân viên y tế.

17. KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC

I. MỤC ĐÍCH

- Tăng cường sức đề kháng cho cơ thể
- Điều trị bệnh

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Cho tất cả các người bệnh có thể uống được và uống các loại thuốc không bị dịch tiêu hoá phá huỷ.

2. Chống chỉ định

- Người bệnh mê man
- Nôn mửa liên tục
- Bị bệnh ở thực quản
- Người bệnh tâm thần không chịu uống thuốc

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu
- Giải thích cho người bệnh yên tâm và căn dặn người bệnh những điều cần thiết.

2. Dụng cụ và thuốc: đựng trong 1 khay sạch

- Thuốc theo chỉ định: thuốc viên, thuốc nước, thuốc bột...
- Cốc đựng thuốc
- Cốc đựng nước uống
- Bình đựng nước uống
- Dụng cụ đo lường: cốc chia độ, thìa canh, thìa cà phê, ống đếm giọt.
- Dao cưa, ống hút thuốc (nếu cần)
- Phiếu cho thuốc.
- Khay quả đậu.
- Vài miếng gạc.

3. Địa điểm

Thường cho người bệnh uống thuốc ngay tại giường bệnh

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.
2. Xem lại y lệnh điều trị và phiếu cho thuốc (áp dụng 3 kiểm tra 5 đối chiếu trong suốt thời gian người bệnh dùng thuốc) sau đó kiểm tra nhãn thuốc lần thứ 1.

3. Lấy thuốc:

* Thuốc viên:

- Dùng nắp chai để hứng thuốc
- Dùng thìa đếm đủ số lượng thuốc cho vào cốc hoặc giấy (không dùng tay bốc thuốc)

* Thuốc nước:

- Lắc chai thuốc, xoay nhãn hiệu lên trên để khỏi ướt khi rót thuốc
- Mở nắp chai để ngửa trên mặt bàn
- Một tay cầm cốc đưa ngang tầm mắt, đầu ngón tay cái để ngang mức số lượng chỉ định
- Rót thuốc không để chai thuốc chạm vào miệng cốc (trước khi rót thuốc, đọc lại nhãn thuốc lần 2)
- Lau miệng chai thuốc, đậy nắp, trả chai thuốc về vị trí cũ.

* Thuốc giọt:

Cho 1 ít nước vào cốc, để thẳng ống đếm giọt, vừa nhỏ giọt, vừa đếm.

4. Đặt thuốc lên khay, kèm theo mỗi cốc thuốc là 1 phiếu thuốc, bình nước và cốc nước uống.
5. Đẩy xe hoặc mang khay thuốc đến bên giường bệnh
6. Thực hiện 5 đúng
 - Đúng người bệnh
 - Đúng thuốc
 - Đúng liều
 - Đúng đường dùng
 - Đúng thời gian
7. Báo và giải thích cho người bệnh
8. Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao
9. Đưa thuốc và nước uống cho người bệnh (nếu người bệnh không uống được thuốc viên nên tán nhỏ cho người bệnh).
10. Ở bên cạnh người bệnh cho tới khi người bệnh uống thuốc xong.
11. Thu dọn dụng cụ

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ

1. Đánh giá

- Người bệnh uống hết thuốc? hay từ chối không uống ?

- Sau khi uống không bị nôn?
- Không bị sặc khi uống thuốc.

2. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ cho người bệnh uống thuốc.
- Tên thuốc, liều dùng, thời gian dùng thuốc
- Phản ứng của người bệnh (nếu có)
- Tên người thực hiện

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Nếu có gì bất thường thì phải báo ngay cho điều dưỡng ví dụ: nôn, chóng mặt, nhức đầu, nôn ra máu...

18. KỸ THUẬT TEST LẤY DA

I. MỤC ĐÍCH

- Dự phòng và chống sốc phản vệ do sử dụng thuốc kháng sinh
- Xử trí ngay tại chỗ khi phản ứng xảy ra

II. CHỈ ĐỊNH

- Penicillin
- Streptomycin và các loại thuốc kháng sinh khác theo y lệnh của Bác sĩ

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị dụng cụ

** Dụng cụ vô khuẩn*

- khay chữ nhật, sẵn trải khay
- Bơm kim tiêm loại 5ml, 1ml
- Kim lấy da số 24
- Gạc bẻ thuốc, bông cầu
- Kim Kocher, ống cầm kim

** Các loại dụng cụ khác:*

- Thuốc theo y lệnh, nước cất

- Hộp thuốc cấp cứu
- Cồn 70°
- Hộp đựng vật sắc nhọn
- Khay hạt đậu.
- Hồ sơ bệnh án hoặc sổ thuốc

2. Chuẩn bị người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm.
- Kiểm tra và khai thác tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, mang khẩu trang
- Đưa dụng cụ đến giường, kiểm tra đối chiếu người bệnh.
- Kiểm tra thuốc, sát khuẩn ống thuốc, nước cất, bẻ bằng gạc vô khuẩn.
- Chuẩn bị bơm kim tiêm, pha thuốc nồng độ 100.000 đv/ ml.

Cách pha thuốc:

- + Lọ Penicillin 500.000 đv + 5 ml nước cất = 100.000 đv/ ml
- + Lọ Penicillin 1.000.000 đv + 5 ml nước cất = 200.000 đv/ ml
- Lấy 1/2 ml DD thuốc đã pha + 1/2ml nước cất = 100.000 đv/ ml
- Lấy 1 ml thuốc đã pha vào bơm tiêm thứ nhất và 1 ml nước cất vào bơm tiêm thứ 2, đuổi khí đúng kỹ thuật đặt vào khay vô khuẩn.
- Xác định vị trí tiêm: 1/3 mặt trước trong cẳng tay.
- Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài (chú ý sát khuẩn rộng), điều dưỡng sát khuẩn tay.
- Cầm bơm tiêm nhỏ 1 giọt nước cất và 1 giọt thuốc cách nhau 3 - 5 cm
- Cầm kim tiêm số 24 lấy nhẹ vào giọt nước cất tạo với mặt da 1 góc 45° vào lớp thượng bì không làm chảy máu
- Cầm kim tiêm số 24 lấy nhẹ vào giọt thuốc như phương pháp trên.
- Đánh dấu nơi test bằng bút bi.
- Hướng dẫn người bệnh không chạm vào nơi tiêm.
- Theo dõi và quan sát sắc mặt NB trong và sau khi làm test.
- Thu dọn dụng cụ - rửa tay
- Mời bác sĩ đọc kết quả sau 20 phút. Ghi phiếu theo dõi - chăm sóc.

KẾT QUẢ TEST LẤY DA

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

V. PHÁC ĐỒ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ (theo thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 4/5/1999)

1. Biểu hiện lâm sàng của sốc phản vệ

* Diễn biến nhẹ

- Lúc đầu người bệnh biểu hiện lo lắng, sợ hãi, đau đầu, chóng mặt, tiếp đó có thể xuất hiện mày đay, mẩn ngứa, phù Quincke, buồn nôn, khó thở, tê ngón tay, đau quặn bụng, đái ỉa không tự chủ. Mạch nhanh nhỏ (130 - 150 l/phút), HA tụt.

* Diễn biến trung bình:

- Người bệnh sợ hãi, hốt hoảng, choáng váng, ngứa ran, mày đay khắp người, khó thở nhiều, đôi khi co giật, hôn mê, chảy máu mũi, chảy máu dạ dày. Da tái nhợt, môi tím, đông tử giãn. Mạch nhỏ không đều, HA tụt.

* Diễn biến nặng:

Xảy ra ngay trong những phút đầu tiên sau khi tiêm, người bệnh hôn mê, ngạt thở, tím tái, co giật, HA không đo được và tử vong sau ít phút.

2. Xử trí ngay tại chỗ

- Ngừng ngay thuốc đang tiêm.
- Cho người bệnh nằm tại chỗ
- Tiêm adrenalin 1mg (1ml) tiêm dưới da ngay sau khi xuất hiện sốc với liều như sau:
1/2 - 1 ống đối với người lớn
Không quá 0,3 ml đối với trẻ em (ống 1mg + 9ml nước cất hoặc dd NaCl 0,9% sau đó tiêm 0,1ml/ kg)
Hoặc adrenalin 0,01 mg/kg cho cả trẻ em và người lớn.
- Tiếp tục tiêm adrenalin liều như trên 10 - 15 phút/lần cho tới khi huyết áp trở lại bình thường.
- Cho người bệnh nằm đầu thấp, đầu nghiêng một bên, nếu có nôn ử ăm .

- Nếu có suy hô hấp: thở oxy - bóp bóng Ambu.
- Báo cáo bác sĩ kịp thời tình trạng của người bệnh và thực hiện các y lệnh (nếu có)

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Sau khi tiêm thuốc, theo dõi người bệnh tại chỗ từ 10 - 15 phút để phòng sốc phản vệ xảy ra muộn.
- Phát hiện sớm biểu hiện của sốc, báo cáo bác sĩ xử trí kịp thời theo đúng phác đồ.
- Ghi hồ sơ tình trạng người bệnh, phiếu phản ứng thuốc.

VII. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh sau khi thử test giữ nguyên cánh tay trong thời gian chờ đọc kết quả. Nếu có cảm giác ngứa tại chỗ thử test không được chạm tay vào.
- Nếu thấy có biểu hiện khác thường như: đau đầu, chóng mặt, mẩn ngứa hay buồn nôn, khó thở... báo ngay với nhân viên y tế.

19. KỸ THUẬT TIÊM THUỐC

I. MỤC ĐÍCH

- Tiêm thuốc cho người bệnh là đưa những thuốc dưới dạng hoà tan trong nước hay trong dầu hoặc dưới dạng hỗn hợp vào trong da, dưới da, bắp thịt và tĩnh mạch(loại trừ dầu) nhằm mục đích:
 - + Điều trị bệnh
 - + Chẩn đoán bệnh
 - + Phòng bệnh

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Cấp cứu cần có hiệu quả nhanh
- Không uống được hoặc không nuốt được
- Thuốc dễ bị phá huỷ và biến chất bởi men tiêu hoá.

2. Chống chỉ định

- Phụ thuộc vào tình trạng người bệnh và y lệnh của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

a. Dụng cụ vô khuẩn

- Khay chữ nhật, khăn vô khuẩn
- Bơm, kim tiêm thích hợp.
- Kim Kocher, ống cắm kim
- Bông, gạc, hộp đựng bông cotton

b. Dụng cụ sạch và thuốc

- Cồn 70⁰, cồn iốt 1%
- Thuốc theo y lệnh
- Hộp thuốc cấp cứu
- Khay quả đậu (túi nylon)
- Sổ thuốc (phiếu thuốc)
- Găng tay, dây garo, gối kê tay(tiêm TM)

c. Dụng cụ khác.

- Hộp đựng vật sắc nhọn
- Xô đựng rác thải

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình biết việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. TIÊM TRONG DA, DƯỚI DA, TIÊM BẮP

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang
2. Thực hiện 5 đúng
 - Đúng người bệnh
 - Đúng thuốc
 - Đúng liều
 - Đúng đường dùng
 - Đúng thời gian
3. Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc (hoặc nước cất) dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc.
4. Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bao và thay kim lấy thuốc.

5. Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm
6. Thay kim tiêm, đẩy không khí ra khỏi bơm tiêm, đặt vào khay vô khuẩn.
7. Mang thuốc đến giường người bệnh
8. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm:
 - 8.1. Tiêm trong da: 1/3 trên mặt trước - trong cẳng tay hoặc 1/3 trên mặt trước - ngoài cánh tay (tiêm phòng)
 - 8.2. Tiêm dưới da:
 - 1/3 giữa mặt trước ngoài cánh tay
 - 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi
 - Dưới da bụng.
 - 8.3. Tiêm bắp:
 - Cánh tay: cơ Denta (1/3 giữa)
 - Cơ tam đầu: 1/3 trên mặt trước ngoài.
 - Đùi (cơ tứ đầu đùi) 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi.
 - Mông: nối gai chậu đến móm xương cụt, chia làm 3 phần bằng nhau, tiêm vào 1/3 trên trước ngoài hoặc: chia 1 bên mông làm 4 phần bằng nhau, tiêm vào 1/4 trên ngoài.
9. Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài (2 lần)
10. Điều dưỡng sát khuẩn đầu ngón tay
11. Tiến hành tiêm thuốc cho người bệnh:
 - * *Tiêm trong da:*
 - Một tay căng da nơi tiêm, một tay cầm bơm tiêm đưa kim vào biểu bì chếch 1 góc 15° so với mặt da ngập mũi vát.
 - Bơm thuốc (1/10ml) khi bơm có cảm giác nặng tay, tại chỗ tiêm nổi phồng màu da cam to bằng hạt ngô.
 - Căng da rút kim.
 - * *Tiêm dưới da:*
 - Một tay véo da nơi tiêm, một tay cầm bơm tiêm đâm kim chếch 45° so với mặt da hoặc đâm kim vuông góc với đáy da véo lên vào mô liên kết.
 - Rút nhẹ nòng bơm tiêm kiểm tra xem có máu theo ra không.
 - Bơm hết thuốc, căng da rút kim, tại chỗ tiêm phồng to lên là đúng kỹ thuật.
 - Sát khuẩn nơi tiêm.
 - * *Tiêm bắp:*
 - Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đưa kim một góc 60° hoặc 90°
 - Rút nhẹ nòng bơm tiêm kiểm tra xem có máu theo ra không.
 - Bơm hết thuốc, căng da, rút kim nhanh.
 - Sát khuẩn lại nơi tiêm.
12. Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết.
13. Thu dọn dụng cụ và ghi hồ sơ.

B. TIÊM TĨNH MẠCH.

Từ bước 1 đến bước 7 như tiêm trong da, dưới da, bắp thịt.

8. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm (tĩnh mạch nếp gấp khuỷu tay, mu tay, cẳng tay, mu bàn chân....)
9. Đặt gối dưới vùng tiêm, đặt dây ga rô.
10. Mang găng tay vô khuẩn.
11. Buộc dây ga rô phía trên vị trí tiêm từ 3 - 5cm.
12. Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài.
13. Cầm bơm tiêm, đuổi khí.
14. Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đưa kim qua da luồn vào tĩnh mạch.
15. Kiểm tra có máu trào vào bơm tiêm, tháo dây ga rô.
16. Bơm thuốc từ từ và quan sát người bệnh.
17. Hết thuốc, căng da rút kim nhanh.
18. Sát khuẩn lại vùng tiêm (đặt bông khô vô khuẩn nếu có chảy máu)
19. Bỏ bơm kim tiêm vào hộp đựng vật sắc nhọn.
20. Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết.
21. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay
22. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

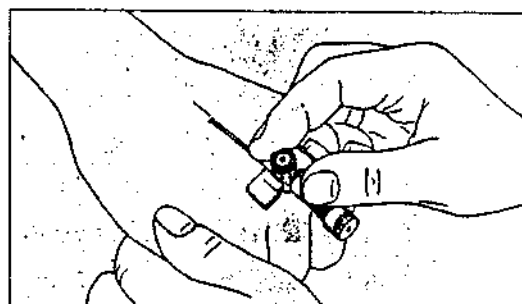
Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tiêm, theo dõi phát hiện sốc và các dấu hiệu bất thường khác, nếu có báo cáo Bác sĩ và xử trí kịp thời theo đúng phác đồ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

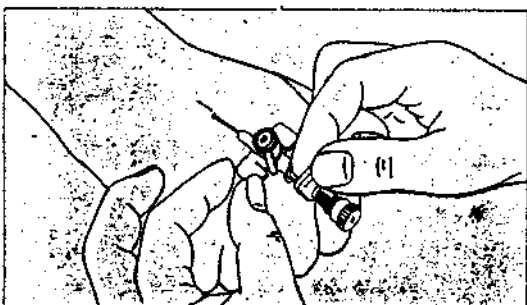
- Hướng dẫn người bệnh sau khi tiêm cần nằm nghỉ tại giường 15 phút, nếu thấy biểu hiện khác thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.



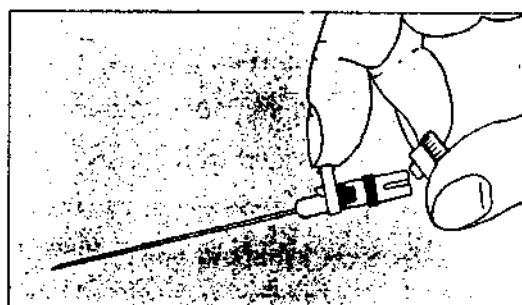
1. Rửa tay
2. Tìm tĩnh mạch tốt
3. Chọn kim thích hợp tĩnh mạch, kiểm tra bao bì và thời hạn sử dụng.
4. Buộc garô
5. Sát trùng nơi tiêm đúng phương pháp



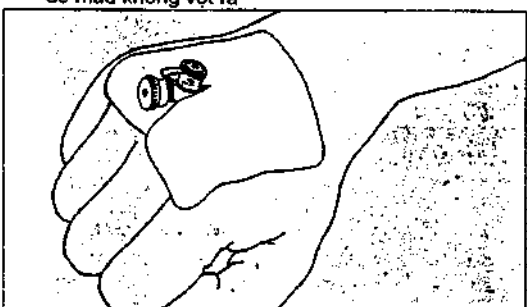
2. 1. Mở bao bì lấy kim ra - tuyệt đối không đụng vào kim
2. Giữ kim thật vững nhờ vào điểm tựa như hình 2.
3. Chọc thẳng nhưng nhẹ nhàng vào tĩnh mạch.
4. Khi thấy máu dội ngược ra - đúng tĩnh mạch, dừng lại



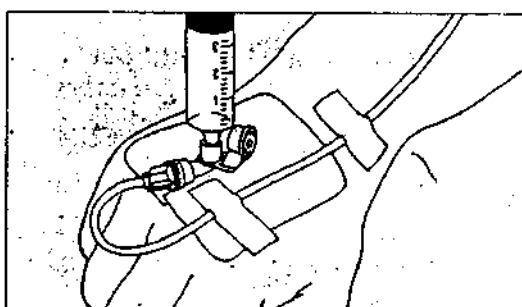
3. 1. Dùng tay trái từ từ đẩy kim vào lòng tĩnh mạch.
2. Tay phải lùi nhẹ nhàng kim loại ngược ra sau cho đến khi ống canun nằm hẳn trong tĩnh mạch thì tay phải rút ngược kim ra.
3. Mở nhẹ garô
4. Dùng một đầu ngón tay trái chặn nhẹ lên tĩnh mạch để máu không vọt ra



4. 1. Bỏ nóng kim nhưng giữ nút trắng để đẩy đầu truyền lại
2. Nếu có truyền tĩnh mạch thì nối với dây truyền
3. Nếu không sử dụng đường truyền thì bơm 5ml N/S để thông canun



5. 1. Giữ nơi tiêm bằng băng vô trùng, cố định kim cho tốt
2. Phải để lộ nơi tiêm thuốc (nút màu) và nơi truyền tĩnh mạch (nút trắng)
3. Cố định cho tốt để không gây sang chấn trong lòng tĩnh mạch do canun di động



6. 1. Nơi dùng tiêm thuốc trực tiếp (nút màu) có van một chiều để khi tiêm thuốc không dội ngược ra đường truyền (nút trắng)
2. Khi không tiêm thuốc thì phải đẩy kín nút lại

20. KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH TĨNH MẠCH

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Xuất huyết, tiêu chảy mất nước, bỏng, trước mổ,sau mổ.
- Theo chỉ định điều trị

2. Chống chỉ định

- Phù phổi cấp.
- Bệnh tim nặng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích và thông báo cho người bệnh và gia đình biết công việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm .
- Cho người bệnh đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền dịch
- Đo dấu hiệu sinh tồn (M - T⁰ - NT - HA)

2. Dụng cụ

- Dịch truyền theo y lệnh.
- Thuốc (nếu có)
- Khay vô khuẩn.
- Kìm Kocher.
- Bơm, kim tiêm 5ml, 10ml vô khuẩn.
- Gạc miếng vô khuẩn.
- Bộ dây truyền.
- Bát kê (đuối không khí)
- Hộp đựng bông cồn vô khuẩn.
- Cồn 70⁰ - Cồn iốt 1%.

3. Các dụng cụ khác

- Cọc truyền.
- Khay quả đậu
- Kéo, băng dính, băng cuộn.
- Gối kê tay có bọc nylon, dây cao su, nẹp gỗ.
- Phiếu truyền dịch.
- Hộp thuốc chống sốc.
- Máy đo huyết áp, nhiệt kế...
- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải y tế, xô đựng rác thải sinh hoạt.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay mang khẩu trang.
2. Thực hiện 5 đúng: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian, giải thích cho người bệnh và gia đình, thông báo thuốc truyền, động viên người bệnh.
3. Kiểm tra dịch truyền, đặt quang treo vào chai dịch, sát khuẩn nút chai, pha thuốc (nếu cần).
4. Cắm dây truyền vào chai khoá lại, cắt băng dính.
5. Chọn tĩnh mạch, đặt gối kê tay dưới vùng truyền (động viên người bệnh)
6. Treo chai dịch, đuổi khí qua dây, khoá lại.
7. Đi găng, buộc dây garo trên vùng truyền 3 - 5cm.
8. Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài 2 lần, sát khuẩn tay điều dưỡng.
9. Căng da, cầm kim giữa mũi vít chếch 30° đưa kim vào tĩnh mạch thấy máu trào ra, tháo dây garo.
10. Mở khoá cho dịch chảy, cố định kim và dây truyền, che kim bằng gạc vô khuẩn cố định vào nẹp (nếu cần).
11. Điều chỉnh tốc độ theo y lệnh, ghi phiếu theo dõi truyền dịch.
12. Theo dõi và phát hiện tai biến.
13. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.
14. Truyền xong, còn 10ml rút kim - đặt bông cotton - dán băng (nếu cần)
15. Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, ghi phiếu theo dõi - chăm sóc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi truyền dịch.
- Ghi hồ sơ tình trạng người bệnh và các thông số cần theo dõi 15 phút/1 lần trong 1 giờ đầu, sau 30 phút/1 lần đến khi hết dịch truyền..

- Theo dõi và phát hiện kịp thời tai biến có thể xảy ra trong khi truyền dịch (dịch không chảy hoặc chảy quá nhanh, sốc, phù phổi cấp...) báo cáo với bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh không được tự ý thay đổi tốc độ dịch truyền.
- Nếu phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường (rét run, sốt, khó thở...) báo ngay với nhân viên y tế.

21. KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

I. MỤC ĐÍCH

- Hồi phục số lượng máu đã bị mất, nâng cao huyết áp.
- Cầm máu vì trong máu mang sẵn các yếu tố như Fibrinogen, Protrombin, tiểu cầu...
- Chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc vì nó cung cấp kháng thể.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Chảy máu nội tạng nặng:
 - + Sốc do chảy máu trong, sốc chấn thương đơn thuần, mất máu nặng do đứt động mạch.
- Thiếu máu nặng.
- Nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng.
- Các bệnh về máu.

2. Chống chỉ định

- Viêm cơ tim, các bệnh van tim.
- Xơ cứng động mạch não, huyết áp cao.
- Chấn thương sọ não, viêm não, não úng thủy...

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm, thông báo thời gian truyền máu.
- Đo các dấu hiệu sinh tồn.
- Kiểm tra người bệnh có dị ứng hay có tiền sử phản ứng với máu không.
- Hướng dẫn người bệnh đi đại tiểu tiện trước khi truyền.

2. Địa điểm

Buồng bệnh yên tĩnh, thoáng, đủ ánh sáng, đảm bảo vô khuẩn.

3. Dụng cụ

- Chai máu hoặc túi máu
 - + Kiểm tra nhãn hiệu chai máu: số chai, nhóm máu, số lượng máu, tên người cho, tên người nhận, ngày, tháng lấy.
 - + Kiểm tra chất lượng: màu sắc, hiện tượng tiêu huyết, nhiễm khuẩn...
 - + Chai máu (túi máu) để ra ngoài tủ lạnh không được quá 30 phút.
- Bộ dây truyền máu (có bầu lọc)
- Khay chữ nhật vô khuẩn.
- Kẹp Kocher.
- Bơm, kim tiêm vô khuẩn (5 - 10ml)
- Gạc miếng vô khuẩn
- Côn 70°, côn iốt 1%, hộp đựng bông côn.
- Bát kén (đuối không khí), kéo, băng dính, găng tay.
- Dụng cụ làm phản ứng chéo, huyết thanh mẫu.
- Khay quả đậu
- Huyết áp kế, nhiệt kế, ống nghe.
- Hộp thuốc cấp cứu.
- Phiếu truyền máu.
- Nẹp cổ định, gối kê tay, dây ga rô...

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.
2. Giải thích và thông báo cho người bệnh, động viên người bệnh giúp người bệnh yên tâm.
3. Kiểm tra lại túi máu: nhóm máu, tên người nhận, tên người cho, số túi máu, số lượng máu, chất lượng, màu sắc, ngày dự trữ.
4. Mang găng vô khuẩn.
5. Làm phản ứng chéo tại giường: lấy 1 giọt máu ở chai(túi) máu và 1 giọt máu của người bệnh vào lam kính hoà tan 2 giọt vào nhau, chờ 5 phút mời bác sĩ đọc kết quả.
6. Cắm dây truyền vào túi máu, khoá lại, treo túi máu lên cộc truyền.
7. Đuối khí qua dây, khoá lại. Cắt băng dính.
8. Chọn tĩnh mạch đặt gối kê tay dưới vùng truyền.
9. Buộc dây ga rô trên vùng truyền từ 3 - 5cm.

10. Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài 2 lần, sát khuẩn tay điều dưỡng.
11. Căng da, cầm kim có gắn dây truyền (hoặc gắn với bơm tiêm) ngửa mũi vát chếch 30° đưa kim vào tĩnh mạch thấy máu trào ra - tháo dây ga rô, mở khoá cho dịch chảy. (Nếu dùng bơm tiêm: tháo bơm tiêm, nối đầu ampu dây truyền với đốc kim)
12. Cố định kim và dây truyền, che kim bằng gạc vô khuẩn, cố định vào nẹp (nếu cần)
13. Làm phản ứng sinh vật: cho chảy theo y lệnh được 4ml rồi cho chảy chậm lại từ 8 - 10 giọt /phút. Sau 5 phút nếu không có triệu chứng gì cho chảy tốc độ theo y lệnh được 20ml nữa cho chảy chậm lại 8 - 10 giọt/phút. Sau 5 phút không có triệu chứng gì xảy ra cho chảy tiếp theo y lệnh.
14. Theo dõi và phát hiện tai biến, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.
15. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay và ghi phiếu theo dõi truyền máu.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi tình trạng người bệnh, M- T⁰- HA - NT, diễn biến trong và sau khi truyền máu 15 phút/lần ghi phiếu theo dõi truyền máu.
- Theo dõi các tai biến, phản ứng có thể xảy ra trong quá trình truyền máu: sốt, đau đầu, nôn, nổi ban, thiếu niệu, rối loạn nhịp thở, tình trạng sốc...nếu phát hiện dấu hiệu bất thường phải ngừng truyền và báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thông báo cho người bệnh và gia đình những phản ứng có thể xảy ra trong quá trình truyền máu.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình không tự ý thay đổi tốc độ truyền.

22. KỸ THUẬT THỞ ÔXY

I. MỤC ĐÍCH

- Cung cấp đủ oxy cho cơ thể khi người bệnh mắc một số bệnh nhiễm khuẩn hoặc mắc các bệnh đường hô hấp có biểu hiện khó thở dẫn đến tình trạng thiếu oxy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắc nghẽn đường hô hấp vì bất cứ nguyên nhân gì .
- Hạn chế hoạt động của lồng ngực.
- Suy giảm chức năng của hệ thống thần kinh tham gia vào quá trình hô hấp.
- Cản trở sự khuếch tán của khí trong phổi.
- Thiếu oxy trong không khí do hoàn cảnh, điều kiện môi trường

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh về thủ thuật sắp làm, động viên người bệnh.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp, đảm bảo đường hô hấp phải thông thoáng.

2. Dụng cụ

a. Hệ thống oxy.

- Oxy trung tâm hoặc
- Bình chứa oxy
- Đồng hồ áp suất.
- Đồng hồ lưu lượng.
- Bình làm ẩm oxy.
- Dây dẫn oxy

b. Dụng cụ vô khuẩn.

- Ống thông Nelaton hoặc ống thông dùng một lần có cỡ số thích hợp.
- Ống thông mũi 2 đường (gọng kính)
- Ống thông hút đờm dãi (nếu cần)
- Khay chữ nhật
- Gạc miếng.
- Dè lưới.

c. Dụng cụ khác.

- Cốc nước sạch.
- Tấm bông, khăn bông nhỏ.
- Kéo cắt băng, băng dính.
- Khay chữ nhật
- Khay quả đậu.
- Máy hút (nếu cần)
- Găng tay (nếu có hút đờm dãi)

3. Địa điểm

Buồng bệnh hoặc buồng cấp cứu có hệ thống oxy.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. PHƯƠNG PHÁP THỜ OXY MŨI HẦU

1. Rửa tay, đội mũ mang khẩu trang, mang dụng cụ đến giường bệnh.
2. Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình..

3. Vệ sinh mũi miệng
4. Mang găng tay - hút đờm dãi (nếu có).
5. Nối ống thông vào hệ thống oxy, mở khoá oxy và kiểm tra bằng cách thử trên mu tay hoặc đưa đầu ống thông vào cốc nước chín nếu thấy nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy.
6. Khoá hệ thống oxy và tháo rời ống thông khỏi dây dẫn oxy
7. Đo ống thông từ cánh mũi đến dái tai, đánh dấu bằng băng dính và làm trơn ống thông bằng nước chín hoặc nước cất.
8. Từ từ đưa ống thông vào một bên mũi người bệnh đến vạch đánh dấu.
9. Dùng đèn lưỡi mở miệng và đèn soi kiểm tra vị trí đầu ống thông.
10. Cố định ống thông vào mũi - má bằng băng dính.
11. Điều chỉnh oxy theo y lệnh - nối đầu ống thông với hệ thống dây dẫn oxy.
12. Giúp người bệnh nằm tư thế tiện nghi.
13. Theo dõi tình trạng người bệnh.
14. Thu dọn dụng cụ - rửa tay.
15. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

B. PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY MŨI 2 ĐƯỜNG (GỌNG KÍNH)

- . Từ bước 1 đến bước 5 giống thở oxy mũi hầu.
6. Điều chỉnh lưu lượng oxy theo y lệnh
 7. Đưa ống thông vào 2 mũi người bệnh.
 8. Cố định ống thông bằng cách: vòng qua tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm người bệnh.
 9. Giúp người bệnh nằm tư thế thích hợp
 10. Theo dõi tình trạng người bệnh.
 11. Thu dọn dụng cụ - rửa tay.
 12. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước khi thở oxy và sau khi thở oxy
- Theo dõi và ghi hồ sơ tình trạng người bệnh: M - T⁰ - HA - NT, lưu lượng oxy/phút, nồng độ oxy trong máu
- Theo dõi và phát hiện những dấu hiệu bất thường, báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh, gia đình và khách đến thăm không được sử dụng : bật lửa, diêm, nến.... để phòng chống cháy nổ.

- Hướng dẫn người bệnh (gia đình người bệnh) đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp, đảm bảo lưu thông hô hấp, vệ sinh răng miệng cho người bệnh 3 - 4 giờ/lần
- Động viên người bệnh uống nước (nếu tỉnh) để phòng tránh khô đường hô hấp.

23. KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ĐƯỜNG MIỆNG

I. MỤC ĐÍCH

- Cung cấp các chất và năng lượng để cơ thể tồn tại, phát triển và chống lại bệnh tật, phục hồi sức khỏe

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH, CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Người bệnh tỉnh nuốt được nhưng không tự ăn được

2. Chống chỉ định

- Hôn mê, co giật
- Mất phản xạ nuốt do 1 số trường hợp bệnh lý
- Phản xạ mút nuốt kém: sơ sinh non yếu...

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo, giải thích để người bệnh chuẩn bị cá nhân trước (nếu là trẻ nhỏ thì phải giải thích cho người nhà).
- Hỏi người bệnh về khẩu vị để chuẩn bị thức ăn cho phù hợp.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp
- Rửa tay cho người bệnh.

2. Dụng cụ và thức ăn

- 1 khay gồm: bát, đĩa, đũa, dao, thìa
- Khăn ăn, cốc uống nước và nước chín.
- Thức ăn (phù hợp với khẩu vị của người bệnh nhưng phải đảm bảo đủ lượng calo cần thiết hoặc trường hợp bệnh lý ăn theo chỉ định của bác sĩ)
- Đồ tráng miệng: trái cây hoặc bánh ngọt

3. Địa điểm

- Thường cho người bệnh ăn tại giường bệnh nên phải sắp xếp lại giường bệnh cho gọn gàng, sạch sẽ, sáng
- Hoặc phòng ăn: thoáng, sáng, sạch, gọn gàng

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay
2. Lấy thức ăn ra bát hoặc đĩa thích hợp
3. Cho gia vị lên trên thức ăn (nếu cần)
4. Xếp thức ăn vào khay cho đẹp mắt
5. Mang khay thức ăn đến bên giường bệnh để nơi thích hợp (Trước mặt hoặc bên cạnh người bệnh)
6. Choàng khăn ăn trước ngực người bệnh

** Người bệnh không tự ăn được :*

7. Lấy cơm và thức ăn vào bát
8. Xúc cho người bệnh ăn từng thìa 1 đồng thời khuyến khích người bệnh ăn (nếu thức ăn lỏng mà người bệnh ở tư thế nằm cần chú ý cho ăn ít một tránh sặc) đến khi hết.
9. Cho người bệnh ăn tráng miệng bằng trái cây hay bánh ngọt
10. Lau miệng cho người bệnh
11. Cho người bệnh súc miệng và uống nước
12. Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái hoặc tư thế quy định.
13. Thu dọn khay ăn.

** Người bệnh tự ăn được:*

7. Để người bệnh tự lấy cơm và thức ăn
8. Người bệnh tự ăn, người điều dưỡng ngồi cạnh quan sát và động viên người bệnh ăn (giúp người bệnh khi cần thiết hoặc người bệnh yếu cầu)
9. Đưa trái cây hay bánh ngọt để người bệnh tự ăn
10. Đưa khăn cho người bệnh lau miệng.
11. Cho người bệnh súc miệng và uống nước
12. Giúp người bệnh ở tư thế thoải mái hoặc tư thế theo quy định
13. Thu dọn dụng cụ

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

- Người bệnh ăn hết xuất? Ăn ít? Lý do?
- Thức ăn gì người bệnh không ăn được
- Sau khi ăn không nôn? Có nôn?

2. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ ăn

- Khẩu phần ăn
- Số lượng, loại thức ăn
- Tên người cho ăn.

3. Báo cáo với điều dưỡng trưởng về tình trạng người bệnh sau khi ăn

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Sau khi ăn nằm nghỉ tại giường

24. KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY

I. MỤC ĐÍCH

- Lấy dịch để làm xét nghiệm: tìm trực khuẩn lao, xác định thành phần, tính chất, số lượng dịch để chẩn đoán bệnh ở dạ dày.
- Hút chất ứ đọng, hơi trong dạ dày khi người bệnh chướng bụng.
- Giúp cho vết mổ đường tiêu hoá chóng lành

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Các bệnh về dạ dày: viêm loét dạ dày tá tràng, ung thư dạ dày, hẹp môn vị.
- Nghi ngờ lao phổi ở trẻ em.
- Các trường hợp chướng bụng.
- Người bệnh mổ đường tiêu hoá như dạ dày, ruột.

2. Chống chỉ định

- Bệnh ở thực quản: co thắt, chít hẹp, phình tĩnh động mạch thực quản.
- Có tổn thương ở thực quản như : u, rò, bóng thực quản, dạ dày do axit kiềm mạnh.
- Nghi thủng dạ dày.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình biết thủ thuật sắp làm
- Nếu lấy dịch để chẩn đoán bệnh ở dạ dày tá tràng dặn người bệnh nhịn ăn trước 12 giờ.

2. Dụng cụ

a. Dụng cụ vô khuẩn:

- khay chữ nhật, khăn trải khay.
- Ống hút levin cỡ số phù hợp
- Bơm tiêm 20 - 50 ml
- Gạc, bông cầu hấp.
- Găng tay

b. Dụng cụ sạch.

- Khay chữ nhật
- Khay quả đậu
- Ống cầm kìm và 2 kìm kocher
- Lọ đựng cồn 70⁰, hộp bông cầu
- Lọ đựng dầu nhờn
- Cốc nước chín.
- Kéo, băng dính, nylon, khăn bông.
- Giá đựng ống nghiệm.
- Ống nghe tim phổi.

c. Địa điểm: phòng thủ thuật.

Nếu tại giường bệnh phải có bình phong che.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ đeo khẩu trang.
2. Kiểm tra lại dụng cụ, cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc.
3. Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp (có thể nằm đầu cao nghiêng về một bên hoặc ngồi) động viên để người bệnh yên tâm.
4. Trải nylon phía đầu giường, choàng nylon trước ngực người bệnh.
5. Đặt khay quả đậu cạnh cằm và má.
6. Điều dưỡng sát khuẩn tay.
7. Đo ống thông từ cánh mũi đến thủy tai, đến dưới mũi ức, đánh dấu rồi cuộn lại.
8. Đưa ống thông nhẹ nhàng qua đường mũi hoặc miệng vào dạ dày tới vạch đánh dấu
9. Kiểm tra xem ống thông có cuộn trong miệng không bằng cách bảo người bệnh há miệng, nếu người bệnh hôn mê dùng đèn lưỡi kiểm tra.
10. Kiểm tra ống thông đã chắc chắn nằm trong dạ dày bằng 1 trong 3 cách sau:
 - + Nhúng đầu ống thông vào cốc nước nếu thấy không sủi bọt là đúng vào dạ dày.
 - + Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày nếu thấy dịch chảy ra là đúng vào dạ dày.

- + Dùng bơm tiêm bơm hơi dạ dày đồng thời dùng ống nghe đặt lên vùng thượng vị nghe thấy không khí vào dạ dày (tiếng sôi) là được.

11. Cố định ống thông bằng băng dính.

* **Chú ý:**

- Nếu người bệnh chướng bụng hút đến khi hết chướng.
 - Tìm vi khuẩn lấy 5 - 10 ml dịch.
 - Trường hợp hút liên tục: hút đến khi dịch không chảy ra hoặc người bệnh đỡ chướng bụng
12. Lưu ống thông hoặc rút ống theo chỉ định của bác sĩ, nếu lưu ống thông không quá 24 giờ.
- Rút ống thông: dùng gạc thấm dịch rút ống từ từ khi còn khoảng 15 - 20cm dùng kìm kẹp chặt, rút nhanh.
13. Lau sạch mũi, miệng, tháo bỏ tấm nylon.
14. Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, thuận tiện.
15. Thu dọn dụng cụ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh khi đặt ống thông dạ dày.
- Nếu có dấu hiệu bất thường báo cáo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Ghi hồ sơ: + Ngày, giờ
 - + Số lượng dịch hút ra, màu sắc, mùi...
 - + Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi hút.
 - + Tên người thực hiện.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Khi hút liên tục, hướng dẫn người bệnh và người nhà không tự động điều chỉnh áp lực hút.
- Trong khi hút không di động ống thông.
- Giữ gìn vệ sinh mũi, răng miệng.

25. KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY TRONG NGỘ ĐỘC CẤP

I. MỤC ĐÍCH

Rửa dạ dày là kỹ thuật đưa ống thông vào dạ dày người bệnh nhằm mục đích tháo rửa các chất độc.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp ngộ độc cấp trong vòng dưới 6 giờ sau khi uống độc chất.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Ống Faucher cỡ to 14 - 22 (đường kính trong từ 6 - 10mm)
- Phễu to, xô đựng 20 lít nước, ca múc nước
- Nước đun sôi để nguội (37^o) có pha 5g muối ăn cho 1 lít nước.
- Than hoạt, Sorbitol.
- Canun Guedel, đèn lưới
- Ống NKQ và dụng cụ đặt NKQ (đèn soi)
- Máy hút, bộ dụng cụ hút.
- Bơm tiêm 50ml
- Lọ đựng độc chất (100ml)
- Ống nghe
- Khăn mặt, gạc sạch
- Nylon, chậu đựng nước thải, khay hạt đậu.

2. Người bệnh

- Nằm đầu thấp, nghiêng về bên trái.
- Nếu hôn mê có nguy cơ sặc đặt NKQ có bóng chèn.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ mang khẩu trang
- Trải nylon dưới giường và trên ngực người bệnh, đặt khay quả đậu cạnh má.
- Mang găng tay
- Đo ống thông từ cánh mũi tới dái tai vòng xuống mũi ứ (45 - 50cm) đánh dấu lại, bôi trơn ống thông bằng dầu nhờn (paraphin)
- Dùng đèn lưới mở miệng hoặc canun, nhẹ nhàng đưa ống thông vào miệng (nếu khó khăn có thể dùng loại ống thông nhỏ hơn đưa qua đường mũi.
- Vừa luồn ống thông vừa động viên người bệnh nuốt phối hợp nếu người bệnh tỉnh.
- Kiểm tra ống thông đã chắc chắn nằm trong dạ dày bằng 1 trong 3 cách sau:
 - + Nhúng đầu ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là vào đúng trong dạ dày.
 - + Dùng bơm tiêm hút dịch vị , kết hợp lấy độc chất để xét nghiệm
 - + Dùng bơm tiêm bơm hơi và nghe vùng thượng vị

Đổ nước từ từ vào phễu, mỗi lần từ 300 - 500ml, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.

Khi mức nước trong phễu gần hết hạ thấp đầu ống vào trong chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút hút ra.

Rửa cho tới khi nước trong.

** Lượng nước rửa ở người lớn*

+ Với phospho hữu cơ phải pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng 20 lít lần đầu, khoảng 10 lít với lần 2.

+ Với thuốc ngủ: 5 - 10 lít và chỉ rửa 1 lần đến khi nước trong.

Kết thúc rửa: hút hết dịch trong dạ dày, bơm vào dạ dày 20g than hoạt cùng với 20g Sorbitol, nhắc lại sau 2 giờ cho đến khi đạt 120g than hoạt.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi rửa
- Theo dõi : mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, phản xạ ho tránh hít phải dịch
- Theo dõi kết quả của than hoạt và thuốc tẩy: đi ngoài ra than hoạt.
- Phát hiện dấu hiệu bất thường như: nôn gây sặc , tim nhịp chậm, ngất do kích thích dạ X, rối loạn nước điện giải... báo cáo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh và gia đình hiểu rõ tác hại của việc sử dụng độc chất, động viên người bệnh nếu người bệnh cố ý sử dụng
- Hướng dẫn người bệnh cách bảo quản và cách sử dụng thuốc và hoá chất (nếu do nhầm lẫn) và chú ý để xa tầm tay của trẻ em.

26. PHỤ GIÚP SOI DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

I. MỤC ĐÍCH

Soi dạ dày là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi vào dạ dày bơm hơi nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và hành tá tràng.

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ.
- Máy nội soi thực quản - dạ dày ống mềm loại nhìn thẳng.
- Máy hút.

- Nguồn sáng, màn hình
- Kim sinh thiết, ống ngậm miệng
- Khăn mặt

Các loại thuốc:

- Thuốc gây tê họng: xylocain 2% hoặc lidocain 10%
- Thuốc chống co thắt: Buscopan, SpasFon.
- Bơm kim tiêm
- Dung dịch thử urease test tùy theo yêu cầu người bệnh.
- Giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật, người bệnh đồng ý soi.
- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước khi soi
- Cho người bệnh uống thuốc chống bọt trong dạ dày như Fortran, Dimeticol trước khi soi 30 phút (người bệnh nội trú có hồ sơ bệnh án).

III. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Soi cấp cứu

- Nôn ra máu, ỉa ra máu
- Hóc dị vật
- Giun chui ống mật. ống tụy

Soi kế hoạch

- Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược, nuốt nghẹn.
- Thiếu máu, gầy sút
- Hội chứng hấp thu kém
- Soi kiểm tra người bệnh trước mổ nặng
- Các chỉ định khác theo y lệnh của thầy thuốc.

Soi điều trị

- Cầm máu loét, cầm máu vỡ giãn tĩnh mạch thực quản
- Điều trị giãn tĩnh mạch thực quản có nguy cơ chảy máu
- Nong hẹp, cắt Polyp
- Mở thông dạ dày qua da, đặt ống thông nhân tạo thực quản, hẹp đường tiêu hoá trên.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang
- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi
- Giúp bác sĩ lấy thuốc tiêm chống co thắt (Buscopan, SpasFon) tiêm thuốc an thần (nếu cần), lấy thuốc gây tê vùng họng.

- Hướng dẫn người bệnh ngậm chặt miệng khi bác sĩ đưa ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và động viên người bệnh trong suốt quá trình soi.
- Giúp bác sĩ làm các thủ thuật cần thiết như sinh thiết, làm urease test, cắt polyp...
- Lau sạch mũi miệng cho người bệnh, giúp người bệnh xuống bàn soi.
- Thu dọn dụng cụ và khử khuẩn máy ngay sau khi soi theo đúng quy định.
- Ghi hồ sơ, phiếu theo dõi - chăm sóc.
- Đưa xét nghiệm (nếu có).

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhận định tình trạng người bệnh, theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu tiêu hoá
- Sau thủ thuật cắt Polyp, tình trạng nuốt: nếu không nuốt được báo hiệu nguy cơ thủng thực quản báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn và động viên người bệnh trong quá trình soi cố gắng hợp tác với Bác sĩ nội soi, nhất là khi đưa ống soi vào người bệnh để kích thích và nôn.
- Nếu người bệnh bị thủng thực quản: 2 giờ sau khi soi mới được ăn uống.

27. PHỤ GIÚP SOI TRỰC TRÀNG - HẬU MÔN

I. MỤC ĐÍCH

Là thủ thuật đưa ống soi cứng hoặc mềm qua hậu môn vào trực tràng để phát hiện các tổn thương nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

* *Soi cấp cứu*: chảy máu tiêu hoá thấp, nặng.

* *Soi kế hoạch*:

- Ỉa ra máu
- Rối loạn đại tiện: đau hậu môn, ỉa không tự chủ
- Rối loạn phân: khó đại tiện
- Ngứa hậu môn
- Viêm, loét đại, trực tràng chảy máu, ung thư, Polyp...

2. Chống chỉ định.

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng với người bệnh quá già yếu, có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Bàn soi trực tràng, nguồn sáng.
- Ống soi trực tràng cứng các cỡ: 10-15-25-30cm, đường kính 2cm hoặc ống soi mềm.
- Ống soi hậu môn dài 6cm.
- Máy hút
- Que gắp, kìm sinh thiết.
- Bông, gạc.
- Thuốc theo chỉ định

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích để người bệnh hợp tác với thầy thuốc
- Thụt tháo 2 lần tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ hoặc bơm Microlax tối hôm trước, sáng hôm sau.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ mang khẩu trang.
- Đặt người bệnh tư thế thuận tiện: người bệnh chống hông, quỳ 2 đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.
- Kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi
- Phụ giúp bác sĩ thăm trực tràng bằng ngón tay đeo găng,.
- Bác sĩ bôi trơn ống soi và đưa đèn soi vào trực tràng và bơm hơi.
- Nếu có sinh thiết chuẩn bị que bông thấm Adrenalin 1% để cầm máu
- Giúp người bệnh về tư thế thuận tiện
- Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhận định tình trạng người bệnh
- Theo dõi chương hơi ở bụng, vị trí đầu đèn soi.
- Nếu người bệnh đau bụng dữ dội, vã mồ hôi, hạ huyết áp có nguy cơ thủng gây viêm phúc mạc phải theo dõi: mạch, huyết áp, nhiệt độ, phản ứng thành bụng, tình trạng đi ngoài và báo cáo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn và động viên người bệnh hợp tác với thầy thuốc trong quá trình soi
- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi và ăn uống sau khi soi và phát hiện các dấu hiệu bất thường báo ngay cho nhân viên y tế.

28. PHỤ GIÚP SOI BÀNG QUANG

I. MỤC ĐÍCH

Soi bàng quang là một phương pháp nội soi dùng máy có hệ thống quang học đưa vào lòng bàng quang để quan sát gián tiếp niêm mạc bàng quang, các lỗ niệu quản, cổ bàng quang, lỗ niệu đạo nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Tìm nguyên nhân: đái máu, đái mù, đái dưng chấp, đái buốt, đái rắt
- Chuẩn bị chụp thận ngược dòng
- Sinh thiết bàng quang.

2. Chống chỉ định

- Co thắt niệu đạo, hẹp niệu đạo, đứt niệu đạo do chấn thương.
- U phì đại tuyến tiền liệt
- Viêm cấp niệu đạo do các nguyên nhân
- Lao bàng quang

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Máy soi bàng quang cứng hay mềm vô khuẩn, cỡ thích hợp với người bệnh.
- Hệ thống cung cấp ánh sáng thường hoặc ánh sáng lạnh
- Bình nước sạch đun sôi để nguội có giá treo và hệ thống dẫn nước có khoá
- Giường khám phụ khoa
- Khăm mổ có lỗ, bông, gạc găng tay vô khuẩn
- Kim Kocher
- Bơm kim tiêm 5ml
- Ống đựng nước tiểu xét nghiệm

- Tạp dề
- Các loại thuốc
 - + Dầu paraffin vô khuẩn
 - + Thuốc đỏ 2% hoặc Betadin
 - + Xylocain 2%
 - + Dung dịch Neomycin.

2. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh biết về thủ thuật sắp làm giúp người bệnh yên tâm
- Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp: giúp người bệnh cởi quần, nằm trên giường phụ khoa, chân gác trên giá đỡ, mông sát chậu nước.
- Rửa sạch bộ phận sinh dục ngoài bằng xà phòng.
- Dùng thuốc an thần trước 15 phút (nếu cần) theo chỉ định của bác sĩ.
- Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án đầy đủ: Phim X quang, kết quả siêu âm
- Kiểm tra lại chỉ định soi bàng quang và tên người bệnh

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng, rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang , tạp dề
- Giúp bác sĩ mang găng vô khuẩn
- Sát khuẩn lỗ tiểu bằng thuốc đỏ hoặc Betadin
- Chuẩn bị lấy thuốc gây tê (theo chỉ định)
- BS đưa máy soi vào bàng quang theo các thì như thông tiểu nam hoặc nữ và tháo nòng để nước tiểu chảy ra. Lắp nối với hệ thống điện và hệ thống nước rửa của bình cho nước chảy vào khoảng 200ml làm căng bàng quang và soi một cách hệ thống các vị trí cần thiết
- Chuẩn bị thuốc bơm vào lòng bàng quang.
- Rút máy soi (bác sĩ)
- Sát khuẩn lại lỗ tiểu và bộ phận sinh dục ngoài
- Giúp người bệnh về tư thế thuận tiện
- Thu dọn dụng cụ và ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Nhận định tình trạng người bệnh

Theo dõi:

- + Sắc mặt, đau
- + Màu sắc nước tháo ra

+ Sốt, đái rắt, đái buốt, đái đục...

Phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường báo cáo bác sĩ ngay để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn và động viên người bệnh hợp tác với thầy thuốc trong quá trình soi
- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi và ăn uống sau khi soi và phát hiện các dấu hiệu bất thường báo ngay cho nhân viên y tế.

29. KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ỐNG THÔNG

I. MỤC ĐÍCH

- Cung cấp các chất và năng lượng để cơ thể tồn tại, phát triển và chống lại bệnh tật, phục hồi sức khỏe.
- Ăn uống đóng góp vai trò không nhỏ trong việc điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Trẻ đẻ non, phản xạ mút kém.
- Chấn thương vùng hàm mặt: Gãy xương hàm.
- Người bệnh hôn mê, co giật.
- U thực quản, u lưỡi.
- Dị dạng đường tiêu hoá nặng.
- Ăn bằng miệng có nguy cơ suy hô hấp hoặc ngạt.

2. Chống chỉ định

- Bỏng thực quản do kiềm, acid.
- Áp xe thành họng.
- Hóc xương cá.
- Teo thực quản.
- Các lỗ thông thực quản.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà (trẻ em, hôn mê...) để người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác khi tiến hành thủ thuật.

- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.
- Tư thế người bệnh thoải mái, thuận tiện cho kỹ thuật.

2. Dụng cụ và thức ăn

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Ống thông Levin (có nhiều cỡ số khác nhau).
- Ống thông Nelatol (dùng cho tử sơ sinh).
- Bơm tiêm: 20ml, 50ml.
- Gạc
- Đẻ lưới.
- Cốc đựng dầu nhờn Parafin.
- Phễu.

2.2. Dụng cụ sạch

- Lọ cầm hai pince.
- Bình hoặc cốc đựng thức ăn (số lượng tùy thuộc vào bệnh lý và chỉ định của bác sĩ) nhiệt độ thức ăn 37°C có trường hợp phải cho thức ăn lạnh.
- Cốc nước chín.
- Lọ dầu nhờn Paraffin.
- Một tấm nylon.
- Một khăn ăn bằng vải.
- Một khăn lau miệng, mũi.
- Cốc đựng tắm bông.
- Cốc nước muối sinh lý 0,9% để làm vệ sinh mũi (nếu cần).
- Ống nghe, băng dính, kéo, kim băng.
- Khay quả đậu.

2.3. Các dụng cụ khác

- Phiếu theo dõi.
- Sổ thủ thuật.
- Bình phong.
- Xô đựng rác thải y tế, rác thải sinh hoạt.

3. Địa điểm

Thường làm tại giường bệnh nhưng buồng sạch sẽ, thoáng, mát, tránh gió lùa.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.
2. Kiểm tra lại dụng cụ, thức ăn và cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc.
3. Đưa dụng cụ đến giường bệnh.
4. Kéo bình phong.
5. Cho người bệnh quay mặt về phía người làm thủ thuật (nếu người bệnh ngồi được) hoặc nằm đầu cao tùy thuộc vào tình trạng người bệnh.
6. Choàng tấm nylon và phủ khăn ăn trước ngực người bệnh.
7. Đặt khăn quàng đầu cạnh cằm và má người bệnh, vệ sinh mũi (nếu đưa qua mũi).
8. Đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai đến mũi ứ, đánh dấu mức đo sau đó cuộn ống lại (Khi đo tránh chạm vào người bệnh).
9. Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông.
10. Đưa ống thông nhẹ nhàng vào dạ dày tới vạch đánh dấu.
11. Bảo người bệnh há miệng xem ống có bị cuộn lại ở trong miệng không, nếu người bệnh hôn mê thì dùng đèn lưỡi để kiểm tra.
12. Kiểm tra ống thông đã vào đúng dạ dày bằng một trong ba cách:
 - Cho một đầu ngoài ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là được.
 - Nghe hơi ở vùng thượng vị.
 - Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày.
13. Nút đầu ống thông, cố định ống thông bằng băng dính vào mũi người bệnh.
14. Lấy thức ăn vào bơm tiêm, đẩy hết không khí, bơm thức ăn từ từ vào ống thông đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh.
 - Hoặc lắp phễu vào đầu ngoài ống thông, đổ vào phễu một ít nước chín rồi đổ thức ăn vào phễu có thể điều chỉnh tốc độ bằng cách nâng cao phễu hoặc hạ thấp.

Đổ từ từ, liên tục không ngắt quãng để tránh đưa không khí vào dạ dày.
15. Tráng ống thông bằng nước chín.
 - Hoặc đổ một ít nước chín vào phễu để làm sạch lòng ống tránh thức ăn lên men, làm tắc ống.
16. Đẩy nút ống thông lại, cố định ống thông vào áo người bệnh bằng kim băng (lưu ống)
 - Rút ống thông: dùng gạc thấm dịch khi còn khoảng 10-15 cm dùng panh kẹp lại rút từ từ.
17. Tháo bỏ tấm nylon, khăn ăn.
18. Lau miệng, mũi, cằm ơn
19. Giúp người bệnh nằm lại thoải mái.
20. Thu dọn dụng cụ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

- Khi bơm thức ăn không xảy ra tai biến gì.
- Sau khi bơm thức ăn người bệnh không nôn.

2. Ghi hồ sơ

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

3. Báo cáo điều dưỡng trưởng

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Khi lưu ống thông: người bệnh không được tự ý rút ống thông ra, đẩy ống thông vào sâu hơn.
- Người nhà không được tự ý bơm thức ăn hoặc các loại nước quả vào dạ dày.
- Nếu người bệnh có biểu hiện bất thường ví dụ nôn... phải báo ngay điều dưỡng

30. KỸ THUẬT THỤT THÁO CHO NGƯỜI BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

Thụt tháo là phương pháp đưa nước qua trực tràng vào kết tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng, thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân và hơi ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật đường tiêu hoá.
- Trước khi thụt chất cản quang vào ruột.
- Trước khi thụt giữ.
- Trước khi đẻ.
- Trước khi soi trực tràng.

2. Chống chỉ định

- Bệnh thương hàn.
- Viêm ruột.
- Tắc ruột, xoắn ruột.
- Tổn thương hậu môn , trực tràng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Báo trước và giải thích cho người bệnh biết cảm giác khi thụt.
- Hướng dẫn người bệnh cố gắng nhịn đi ngoài sau khi thụt 10 phút.
- Động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.
- Không thụt vào giờ người bệnh ăn hoặc giờ thăm người bệnh.

2. Dụng cụ

2.1. Nước thụt

- Nước muối sinh lý 0,9% hoặc nước đun sôi để nguội khoảng 37°C. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nên dùng nước muối sinh lý.
- Lượng nước tùy theo chỉ định. Người lớn bình thường từ 500- 1000ml, không quá 1500ml. Trẻ em 200 -500ml tùy theo tuổi. Trường hợp đặc biệt theo chỉ định của bác sĩ.

2.2. Dụng cụ

- Bốc sạch dụng cụ thụt có chia vạch.
- Dây dẫn cao su dài 1,2- 1,5 m.
- Canun thụt.
- Quả bóp bằng cao su hoặc ống thông Nelaton để thụt cho trẻ em.
- Hai khay chữ nhật.
- Lọ đựng kẹp Kocher + 2 kẹp Kocher.
- Ca múc nước, chậu hoặc xô sạch đựng nước.
- Dầu nhờn (paraffin, vaselin).
- Cốc đựng bông cầu.
- Gạc, giấy gói vòi thụt, giấy vệ sinh.
- Gói kê mông, mảnh nylon, vải đắp.
- Cột treo bốc.
- Bình phong (nếu làm tại phòng bệnh).
- Bô, khay quả đậu.

3. Địa điểm

- Tiến hành tại phòng thụt.
- Tại phòng bệnh trong trường hợp đặc biệt.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mang dụng cụ tới nơi làm thủ thuật.
- Động viên người bệnh cố gắng chịu đựng khi nước chảy vào.
- Cởi quần giúp người bệnh (nếu người bệnh không tự làm được).
- Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh:
 - + Thông thường cho người bệnh nằm nghiêng bên trái
 - + Trường hợp người bệnh liệt cho người bệnh nằm ngửa.
- Kê gối và lót nylon vào dưới mông người bệnh.
- Phủ vải đắp cho người bệnh.
- Lắp canun vào ống cao su, lắp ống cao su nối với vòi bóp.
- Đổ nước vào béc.
- Treo béc lên cột cách mặt giường 50-80cm.
- Kiểm tra lại nước và thử vòi thụt.
- Bôi dầu nhờn vào đầu canun hoặc ống thông.
- Bỏ vải đắp, đưa canun nhẹ nhàng vào hậu môn (khoảng 12-15cm tương đương bằng hoặc 2/3 canun).

Chú ý: khi đưa vòi thụt bảo người bệnh há miệng thở đều.

- Mở khoá cho nước chảy từ từ, một tay giữ vòi thụt hoặc ống thông để khỏi bị bật ra ngoài.
- Kiểm tra xem nước có vào đại tràng không? (Quan sát mức nước trong béc hoặc hỏi người bệnh xem họ có cảm giác thấy nước chảy vào ruột không? Nếu mức nước vẫn giữ nguyên có thể treo cao béc lên hoặc rút vòi thụt ra một chút nước sẽ chảy.)
- Trong khi thụt nếu người bệnh kêu đau bụng, khó chịu, mót rặn muốn đi ngoài thì ta khoá vòi thụt lại để người bệnh nghỉ một lát khi các dấu hiệu trên hết thì ta lại tiếp tục thụt với áp lực thấp hơn.
- Khi nước trong béc gần hết thì khoá vòi thụt lại, nhẹ nhàng rút ra, dùng giấy bọc vòi thụt bỏ vào khay quả đậu hoặc lau qua rồi bỏ vào bình có chứa dung dịch sát khuẩn.
- Treo dây dẫn cao su lên cột.
- Cho người bệnh nằm ngửa và dặn người bệnh nhịn đi ngoài 10-15 phút.
- Đặt bô hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ. Nếu người bệnh làm được đưa giấy cho họ tự làm.

- Nếu ga ướt, thay ga cho người bệnh, giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ: dụng cụ bẩn tẩy uế theo quy định, dụng cụ sạch để vào chỗ quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực, số lượng thực, dung dịch thực.
- Kết quả thực, tính chất phân.
- Tình trạng người bệnh.
- Tên người làm thủ thuật.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trong khi thực nếu đau, khó chịu, mệt rã muốn đi đại tiện phải báo cho nhân viên y tế.
- Hướng dẫn người bệnh cố gắng kiềm chế để giữ nước ở trong ruột từ 10-15 phút.

31. KỸ THUẬT THÔNG TIỂU, DẪN LƯU NƯỚC TIỂU VÀ RỬA BÀNG QUANG

I. MỤC ĐÍCH

Đặt thông tiểu là biện pháp đặt một ống thông tiểu qua đường niệu đạo vào bàng quang nhằm:

- Làm giảm sự khó chịu và căng qua mức do ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
- Đo lường khối lượng và tính chất 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 sốc, ngộ độc, bông nặng ...

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi người bệnh bí tiểu đã áp dụng các biện pháp kích thích tiểu tiện không hiệu quả.
- Theo dõi khối lượng nước tiểu trong một số trường hợp.
- Lấy mẫu nước tiểu vô khuẩn làm xét nghiệm chẩn đoán.
- Chuẩn bị người bệnh trước mổ tiết niệu hay sinh dục hậu môn mà trước mổ người bệnh có cầu bàng quang và không đi tiểu được.

- Dẫn lưu nước tiểu gián đoạn hoặc liên tục trong trường hợp người bệnh hôn mê, liệt giường có tiểu tiện không tự chủ (để giữ vùng sinh dục và vùng xung quanh sinh dục, hậu môn sạch sẽ, khô ráo, đề phòng loét mưng), sau phẫu thuật vùng đáy chậu (phòng nước tiểu tiếp xúc với vết mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn niệu đạo.
- Dập, rách niệu đạo.
- Chấn thương tuyến tiền liệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Địa điểm

Tại phòng thủ thuật hoặc tại giường nếu người bệnh đảm bảo vệ sinh, có bình phong hoặc màn che giường, đảm bảo sự kín đáo, riêng tư khi tiến hành thủ thuật.

2. Người bệnh

- Được thông báo trước về thời gian tiến hành thủ thuật và giải thích lý do, mục đích, sự cần thiết và cảm giác khó chịu khi ống thông đưa vào.
- Trải vải nylon dưới mông người bệnh.
- Người bệnh nằm ngửa, sát mép giường đúng tư thế để điều dưỡng viên thuận tiện khi tiến hành thủ thuật:
 - + Nam: nằm ngửa, kê gối dưới đầu gối cho thoải mái, bỏ quần hoặc quần kẻ xuống quá gối.
 - + Nữ: bỏ quần, nằm ngửa chống chân, bàn chân đặt lên giường, đùi hơi giăng.

3. Dụng cụ

a. Xe thủ thuật 2 ngăn: chứa dụng cụ và các vật sử dụng cho thủ thuật, trật tự sắp xếp dụng cụ phải để trong phạm vi thuận tiện tầm tay cho người thực hiện thủ thuật sử dụng

Ngăn trên sắp xếp dụng cụ vô khuẩn:

- Găng tay vô khuẩn.
- Ống thông vô khuẩn với loại hoặc cỡ số thích hợp với mục đích hoặc người bệnh (thông tiểu: thông netalon hoặc Foley, rửa bàng quang: dùng thông Foley 3 chạc, dẫn lưu nước tiểu: thông Foley 2 hoặc 3 chạc).
- Một khăn có lỗ vô khuẩn đủ rộng để che phủ vùng sinh dục, hậu môn.
- Dung dịch sát khuẩn ngoài da.
- Bông cầu, gạc miếng chữ nhật vô khuẩn.
- Kẹp Kocher và kẹp phẫu tích vô khuẩn.

- Dầu nhờn vô khuẩn để bôi trơn thông tiểu.
- Dung dịch rửa bàng quang (theo chỉ định của bác sĩ), bơm tiêm 20 - 50 ml để bơm rửa theo bộ cốc, quang treo, chai dịch rửa bàng quang theo chỉ định của bác sĩ, dây truyền dịch (trong trường hợp bơm rửa thường xuyên).
- Bơm tiêm vô khuẩn và nước bơm bóng (để bơm bóng cố định trong trường hợp sử dụng Foley để đặt dẫn lưu nước tiểu).

Ngăn dưới gồm:

- Khay quả đậu, túi và dây dẫn lưu nước tiểu vô khuẩn (phục vụ cho mục đích của thủ thuật).
- Ống nghiệm (nếu cần)
- Túi hoặc vật dụng đựng chất thải.
- Băng dính, kéo.
- Vải nylon.

b. Vật dụng khác: đèn di động để chiếu sáng lỗ niệu đạo (nếu cần), bình phong hoặc màn che.

4. Nhân viên y tế

- Mang áo choàng, mũ, khẩu trang
- Trường hợp nếu người bệnh không tự chống chân được hoặc không tự duy trì được tư thế trong thời gian tiến hành thủ thuật thì cần chuẩn bị một người trợ giúp.
- Rửa tay sạch trước khi chuẩn bị người bệnh và dụng cụ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Giải thích, động viên người bệnh hiểu mục đích, lý do thông tiểu và hiểu rằng đây là thủ thuật cần thiết cho điều trị và chẩn đoán, thủ thuật này sẽ được tiến hành thuận tiện, không gây đau đớn mà chỉ khó chịu một chút khi đưa thông vào, bệnh nhân nên hợp tác, thở đều, mềm bụng và làm theo hướng dẫn của điều dưỡng viên.
2. Kiểm tra lại dụng cụ, đẩy xe dụng cụ đến bên người bệnh, thu xếp tất cả các dụng cụ trong phạm vi dễ lấy cho người thực hiện thủ thuật.
3. Kéo rèm hoặc che bình phong cho người bệnh, đặt tư thế cho người bệnh thích hợp.
4. Rửa tay.
5. Mang găng.
6. Rửa sạch vùng sinh dục (từ lỗ niệu đạo ra) bằng nước và xà phòng, thấm khô, sát khuẩn lỗ niệu đạo và vùng lân cận niệu đạo bằng dung dịch sát khuẩn.
7. Trải khăn có lỗ che 2 bên đùi sát với phần xương mu, đặt lỗ khăn vào đúng âm hộ (hoặc dương vật), khăn kéo dài bao phủ xuống phía hậu môn để che khuất hậu môn.
8. Cắm ống thông tiểu, khoá hoặc kẹp đầu dưới thông tiểu, bôi trơn thông tiểu bằng dầu nhờn.

** Với bệnh nhân nữ:*

Đứng bên cạnh hông người bệnh, một tay vành 2 môi nhỏ để nhìn rõ lỗ niệu đạo, một tay còn lại cầm ống thông tiểu như kiểu cầm bút, từ từ đưa thông vào qua lỗ niệu đạo sâu 4 - 5 cm sẽ có nước tiểu chảy ra.

** Với bệnh nhân nam:*

Đứng bên cạnh hông người bệnh, một tay cầm dương vật thẳng đứng, một tay cầm thông tiểu đã bôi dầu nhờn đưa từ từ vào lỗ niệu đạo khoảng 10 cm thì hạ dương vật xuống, tiếp tục đẩy ống thông vào tới khi có nước tiểu chảy ra.

Trường hợp ống thông tiểu bằng kim loại hay ống thông cứng đầu cong thì phải hướng đầu cong vào vị trí 12 giờ, một tay cầm dương vật sang ngang khi đưa ống thông vào ngang tới túi bít hành xấp (hết niệu đạo di động), đưa dương vật và ống thông trở về đường giữa, song song với thành bụng, sau đó nâng dương vật thẳng lên để ống thông trôi vào niệu đạo, gấp dương vật xuống vị trí 6 giờ là ống thông sẽ trôi vào bàng quang.

9. Tùy mục đích đặt thông mà:

- Thông tiểu: mở ống cho nước tiểu dẫn lưu hết khỏi bàng quang. Khi kết thúc, gấp đầu dưới của ống và rút ống, để vào khay quả đậu.
- Xét nghiệm: bỏ nước tiểu chảy ban đầu và lấy nước tiểu giữa dòng vào ống nghiệm để làm xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ.
- Dẫn lưu: phải dùng ống thông Foley, dùng bơm tiêm để hút một lượng dung dịch bằng thể tích của bóng (được ghi ở đầu dưới ống thông) bơm bóng phồng lên, bơm hết tháo bơm tiêm ra, rút nhẹ thông, thấy đầu thông bị mắc, không trôi ra là được, nối đầu dưới ống thông với dây dẫn nước tiểu, mở khoá hoặc kẹp ống thông để dẫn lưu nước tiểu vào túi hoặc vật chứa được treo ở thành giường (thấp hơn người bệnh để nước tiểu chảy tự do mà không trào ngược nước tiểu ở ống vào bàng quang). Cố định ống thông vào bụng (người bệnh nam) hoặc vào cạnh đùi (người bệnh nữ), và ống dẫn lưu vào đùi của người bệnh bằng băng dính.
- Tiến hành quy trình rửa bàng quang: có thể sử dụng bơm tiêm bơm từ từ mỗi lần từ 200 - 250 ml dung dịch rửa bàng quang, sau đó rút bơm tiêm cho nước tiểu chảy tự do vào vật chứa hoặc dùng hệ thống truyền dịch cho dịch chảy vào bàng quang, sau đó tháo dây truyền cho nước tiểu chảy tự do vào vật chứa.

10. Lau khô vùng đáy chậu của người bệnh và giúp người bệnh mặc quần, nằm lại tư thế thoải mái.

11. Thu dọn dụng cụ: kéo màn che hoặc cát bình phong, tắt đèn chiếu sáng và tiến hành quy trình khử khuẩn tiết khuẩn dụng cụ theo quy định, gửi nước tiểu tới nơi xét nghiệm (tùy mục đích đặt thông).

VI. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ngày giờ tiến hành thủ thuật, diễn biến trước, trong và sau khi tiến hành thủ thuật, kết quả thủ thuật, tình trạng nước tiểu (khối lượng, độ đậm đặc), người tiến hành thủ thuật (ký tên, ghi rõ tên).

VII. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giải thích cho người bệnh và gia đình họ hiểu rõ lý do, mục đích của thủ thuật và một vài nguyên tắc của thủ thuật để họ hợp tác trong quá trình điều trị.
- Không tự ý mở hệ thống dẫn lưu, di chuyển ống dẫn lưu, túi hoặc vật chứa nước tiểu, không được đẩy ống dẫn lưu nước tiểu sâu vào bàng quang trong trường hợp nghi ngờ thông tuột để đề phòng nhiễm khuẩn.
- Vệ sinh vùng sinh dục, hậu môn ngày 3 lần hoặc sau mỗi lần đại tiện.
- Thường xuyên quan sát ống dẫn lưu, nếu có dấu hiệu khác thường báo ngay cho điều dưỡng hoặc bác sĩ biết.
- Nền lưu ý không để dây dẫn lưu xoắn, vện cản trở lưu thông nước tiểu.

32. KỸ THUẬT RỬA MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Đưa vào khoang màng phổi dung dịch NaCl 0,9% để rửa màng phổi.
- Lấy dịch mang đi xét nghiệm giúp cho chẩn đoán bệnh.
- Bơm thuốc vào khoang màng phổi để điều trị theo y lệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Tràn mủ màng phổi đã chọc hút nhiều lần mà lâm sàng không cải thiện.
- Tràn dịch màng phổi có tỷ lệ fibrin trong dịch màng phổi cao, có nguy cơ dính màng phổi
- Lấy bệnh phẩm để chẩn đoán nguyên nhân
- Để điều trị kháng sinh tại chỗ trong một số trường hợp.

2. Chống chỉ định

- Rò phế quản
- Đang cấp cứu về tim mạch.
- Tràn dịch đã có vách hoá chắc.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Cho uống thuốc an thần từ hôm trước.

- Được giải thích về mục đích của thủ thuật để người bệnh hợp tác với thầy thuốc.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Troca và nòng có đường kính 1mm
- Catheter đường kính vừa với nòng troca
- Khoá 3 trục hoặc bộ dây truyền có trục.
- Bơm tiêm 5ml x 2 chiếc, bơm tiêm 20ml x 1 chiếc
- Dây dẫn dịch vào và ra
- Bóng Ambu, ôxy

2.2. Thuốc

- Dịch rửa NaCl 0,9% x 1000ml
- Dung dịch kháng sinh: Rifocin, Noxyflex, ...
- Xylocain 2% x 5 ống
- Depersolon 30 mg x 5 ống
- Adrenalin 10mg x 5 ống
- Atropin 1/4 mg x 5 ống

2.3. Hồ sơ bệnh án theo quy định chung

Phim X quang phổi, các xét nghiệm cơ bản.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt người bệnh ngồi như chọc hút dịch màng phổi
2. Khám lại người bệnh 1 lần nữa trước khi làm thủ thuật.
3. Xem phim X quang chọn đường chọc rửa, tránh nhầm bên
4. Sát khuẩn vùng chọc: cồn iode 1,5 %, sau đó bằng cồn 70⁰
5. Gây tê vùng chọc, thường ở khoang liên sườn 5 đường nách giữa hoặc liên sườn 2 đường giữa đòn.
6. Sau khi chọc kim có catheter vào khoang màng phổi, rút nòng và đẩy catheter vào.
7. Lắp khoá 3 chạc vào đốc catheter.
8. Lắp dây có gắn với chai dung dịch rửa vào 1 cành của khoá 3 chạc. Chạc còn lại nối với dây dẫn lưu dịch màng phổi.
9. Đầu tiên dẫn lưu lấy ra 200-300ml dịch màng phổi, sau đó cho dịch rửa vào khoang màng phổi, cho từ từ trong 10-15 phút. Đợi cho người bệnh thở 4-8 nhịp rồi mới tháo dịch rửa ra.
10. Rửa cho đến khi nước trong thì thôi.

11. Đưa dung dịch có pha kháng sinh vào, ngâm trong khoang màng phổi và rút troca. Băng ép hoặc kẹp bằng agraaf hay dính 1 mũi chỉ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi rửa màng phổi
- Các chỉ số về mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Theo dõi và xử trí các biến chứng nếu có.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường như khó thở, sốt... báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuân thủ theo sự hướng dẫn của nhân viên y tế.

33. PHỤ GIÚP CHỌC HÚT MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

Chọc hút màng phổi nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào màu sắc, các xét nghiệm tế bào, sinh hoá, vi khuẩn
- Điều trị:
 - + Chọc tháo bớt dịch để điều trị hội chứng chèn ép hoặc làm giảm bớt áp lực
 - + Bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ
 - + Hút hơi khi bị tràn khí màng phổi

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. **Chỉ định:** người bệnh có tràn dịch, tràn khí màng phổi

2. **Chống chỉ định:** người bệnh có giãn phế nang, tràn khí màng phổi khu trú ít không cần hút để tự nhiên hơi sẽ hết dần.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc:

- + Chọc hút dịch thường chọc ở khoang liên sườn 8-9, bờ trên của xương sườn dưới, đường nách sau
- + Chọc hút khí thường chọc ở khoang liên sườn 1-2 đường giữa xương đòn

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
 - + Kim chọc
 - + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml, 50ml
 - + Một đoạn ống cao su có khoá điều chỉnh.
 - + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kim kẹp khăn
 - + Gạc củ ấu, gạc vuông.
 - + Panh Kocher
 - + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- Sạch:
 - + Cồn iod 1%, cồn 70°
 - + Thuốc tê: novôcain, xylocain 1-2%
 - + Thuốc cấp cứu: adrenalin, dopamin...
 - + Cốc thuỷ tinh đựng 100ml nước cất và 1 lọ acid acetic trong trường hợp thử phản ứng Rivalta
 - + Băng dính, kéo cắt băng
 - + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
 - + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
 - + khay quả đậu
 - + Một mảnh nylon
 - + 1 cốc đóng nếu làm phản ứng Rivalta
 - + 1 xô chứa dịch
 - + 1 ống pipet nếu làm phản ứng Rivalta
 - + Máy hút hơi liên tục có đồng hồ đo áp lực hút từ 0-200mm Bar, có bộ phận điều chỉnh lượng hơi hút ra có các số từ 0 - 10. Số càng to hơi hút ra càng nhiều, không nên để quá số 5.

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay

- Kiểm tra lại dụng cụ.
- Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp, để lộ vùng chọc
- Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc.
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê
- Đưa kim chọc cho bác sĩ.
- Giữ người bệnh, quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
- Trường hợp chọc hút dịch: hứng dịch vào 3 ống nghiệm. Phối hợp với bác sĩ đóng mở khoá khi bác sĩ tháo và lắp bơm tiêm để phòng khí tràn vào khoang màng phổi.
- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào bình, điều chỉnh dịch chảy ra theo yêu cầu của thầy thuốc
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, nghiêng về bên không chọc.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi và đề phòng các tai biến: ngất, tràn khí màng phổi, phù phổi cấp...
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, nghiêng về bên lành, nếu thấy ho nhiều, tức ngực, khó chịu, khó thở thì báo ngay. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

34. PHỤ GIÚP CHỌC MÀNG NGOÀI TIM

I. MỤC ĐÍCH

1. Chẩn đoán

Lấy dịch mang đi xét nghiệm giúp cho công tác chẩn đoán bệnh. Bao gồm:

- Chẩn đoán xác định
- Chẩn đoán tính chất dịch: dịch vàng chanh, máu, mủ, dưỡng chấp...
- Chẩn đoán nguyên nhân: xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn, hoá sinh.

2. Điều trị

- Chọc tháo dịch trong hội chứng ép tim cấp để cứu sống người bệnh
- Chọc tháo dẫn lưu mủ màng tim, có thể tránh được phẫu thuật mở màng tim, phòng viêm màng ngoài tim co thắt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định tuyệt đối trong hội chứng ép tim cấp
- Chỉ định cần thiết trong hội chứng ép tim bán cấp
- Dẫn lưu mủ màng tim
- Chọc dò để chẩn đoán và tìm nguyên nhân.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.
- Vệ sinh vùng chọc
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp, ghi điện tâm đồ(nếu có).
- Dùng thuốc cho người bệnh theo chỉ định của thầy thuốc
- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi(Fowler).

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
- + Kim chọc

- + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml
- + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kim kẹp khăn
- + Một ống thông màng ngoài tim có khoá dùng dẫn dịch trong trường hợp nhiều dịch.
- + Gạc củ ấu, gạc vuông.
- + Panh Kocher.
- + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- **Sạch:**
 - + Cồn iod 1%, cồn 70°
 - + Thuốc tê: novôcain, xylocain 1-2%
 - + Thuốc cấp cứu: adrenalin, dopamin...
 - + Băng dính, kéo cắt băng
 - + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
 - + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
 - + khay quả đậu
 - + Máy ghi điện tim, máy phá rung tim(nếu có)

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ.
- Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp, để lộ vùng chọc
- Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê
- Giữ người bệnh, quan sát sắc mặt, theo dõi điện tâm đồ và dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
- Hứng dịch vào 3 ống nghiệm (Trường hợp có nhiều dịch, bác sĩ luồn ống dẫn dịch qua kim chọc và lưu ống này trong khoang màng ngoài tim, ống được nối với 1 túi hoặc chai dẫn lưu vô khuẩn).
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở của người bệnh.
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định.

- **Lưu ý:** sau chọc hút dịch màng ngoài tim phải theo dõi sát: huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung tâm(nếu có điều kiện), theo dõi tiếng tim để đề phòng tràn dịch trở lại. Khi thấy những dấu hiệu bất thường phải báo ngay để bác sĩ xử lý.
- + Theo dõi 30phút/ lần trong 2 giờ đầu sau khi chọc
- + 3 giờ/lần trong 24 giờ tiếp theo
- + Theo dõi các tai biến như: ngất, chảy máu, nhiễm khuẩn, ngừng tim...

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, nếu thấy tức ngực, khó chịu, hồi hộp, khó thở thì báo ngay
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

35. PHỤ GIÚP CHỌC HÚT MÀNG BỤNG

I. MỤC ĐÍCH

Chọc hút màng bụng nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào số lượng, màu sắc, xét nghiệm sinh hoá, tế bào , vi khuẩn
- Điều trị:
 - + Chọc tháo bớt dịch để điều trị hội chứng chèn ép hoặc làm giảm bớt áp lực
 - + Bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: người bệnh có tràn dịch màng bụng

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.

- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc: 1/3 ngoài đường nối rốn với gai chậu trước trên, thường chọc ở bên trái.

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu. Nếu làm tại giường người bệnh phải có bình phong che để không ảnh hưởng đến người bệnh khác.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
 - + Kim chọc
 - + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml, 50ml
 - + Một ống thông polyetylen có Ambu để nối với đốc kim, có khoá điều chỉnh dịch chảy.
 - + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kìm kẹp khăn
 - + Gạc củ ấu, gạc vuông.
 - + Móc bấm
 - + Panh Kocher.
 - + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- Sạch:
 - + Cồn iod 1%, cồn 70⁰
 - + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
 - + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
 - + Khay quả đậu
 - + Một mảnh nylon
 - + Kéo, băng dính
 - + 1 cốc đông nếu làm phản ứng Rivalta
 - + 1 xô chứa dịch
 - + 1 ống pipet nếu làm phản ứng Rivalta
 - + Thuốc cấp cứu

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ.

- Trải nylon lên giường
- Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp thường nằm nghiêng trái sát thành giường, để lộ vùng chọc
- Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.
- Đưa kim chọc cho bác sĩ.
- Quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
- Trường hợp chọc hút dịch: hứng dịch vào 3 ống nghiệm. Phối hợp với bác sĩ đóng mở khoá khi bác sĩ tháo và lắp bơm tiêm để đề phòng khí tràn vào khoang màng bụng.
- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào bình, điều chỉnh dịch chảy ra theo yêu cầu của thầy thuốc
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, nghiêng về bên lành sau khi chọc.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi đề phòng các tai biến: ngất, xuất huyết trong ổ bụng...
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, ủ ấm, nghiêng về bên lành, nếu thấy màu sắc dịch bất thường thì báo ngay. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

36. PHỤ GIÚP CHỌC DÒ TUYỂN SỐNG

I. MỤC ĐÍCH

Chọc dò tủy sống nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào màu sắc, xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi khuẩn
- Điều trị: bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ...

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: hội chứng màng não, viêm màng não....

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc: vùng thất lưng III, IV, V hoặc giao điểm giữa đường nối 2 mào chậu với cột sống.

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu. Nếu làm tại giường người bệnh phải có bình phong che để không ảnh hưởng đến người bệnh khác.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
 - + Kim chọc
 - + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml
 - + Một khoá chữ T nếu dùng áp kế Claude đo áp lực nước não tủy.
 - + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kìm kẹp khăn
 - + Gạc củ ấu, gạc vuông.
 - + Panh Kocher
 - + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- Sạch:
 - + Cồn iod 1%, cồn 70°

- + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
- + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
- + khay quả đậu
- + Một mảnh nylon
- + Kéo, băng dính
- + Áp kế Claude
- + Thuốc cấp cứu

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ.
- Trải nylon lên giường
- Người phụ 1: giữ người bệnh ở tư thế nằm nghiêng, lưng sát mép giường quay ra phía bác sĩ, người bệnh cong lưng, chân co gấp vào bụng, 2 tay kẹp lấy đầu gối hoặc ôm lấy cổ.
- Người phụ 2:
 - + Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
 - + Trải khăn có lỗ lên vùng chọc
 - + Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
 - + Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.
 - + Đưa kim chọc cho bác sĩ.
 - + Quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
 - + Khi kim đã vào ống sống, dịch não tủy chảy ra, giúp người bệnh duỗi thẳng chân và bảo người bệnh thở đều.
 - + Đưa áp kế Claude để bác sĩ đo áp lực nước não tủy (Làm thủ thuật Queckenstes Stockey: lấy hai bàn tay đặt hai bên cổ người bệnh ép nhẹ, có thể thấy: dịch não tủy chảy nhanh hơn: không có tắc đường lưu thông của dịch, dịch não tủy chảy chậm hoặc không tắc, có tắc đường lưu thông của dịch).
- Hứng dịch vào 3 ống nghiệm.
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Đặt người bệnh nằm sấp trong 15 phút, sau đó nằm ngửa đầu thấp không gối trong 1-2 giờ, không được ngồi dậy ngay cả khi đi đại tiện.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi để phòng các tai biến
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Áp lực nước não tủy, số giọt trong 1 phút.
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, ủ ấm. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc. Nếu có triệu chứng nôn mửa, mạch chậm, co giật... báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

37. CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ BỎNG DO ACID

I. MỤC ĐÍCH

- Loại trừ tác nhân gây bỏng.
- Chẩn đoán diện tích và độ sâu của tổn thương bỏng
- Rửa sạch và dùng thuốc điều trị tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bị bỏng acid

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được khám các vị trí tổn thương đặc biệt các hốc tự nhiên như mắt, tai, mũi, họng.

2. Phương tiện: dụng cụ phẫu thuật, thay băng cho người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tại nơi xảy ra tai nạn

- Ngâm vết bỏng bằng nước sạch, lạnh nhiều lần để giảm nồng độ acid bám trên da.
- Trung hòa bằng kiềm nhẹ như: rửa bằng nước xà phòng, nước vôi 5%.
- Chuyển tới cơ sở điều trị.

2. Tại cơ sở điều trị

- Rửa lại vết bỏng bằng nước xà phòng.
- Rửa vết bỏng bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Rửa vết bỏng bằng dung dịch natri bicarbonat 10 - 20%.
- Thấm khô
- Đắp gạc tẩm dung dịch natri bicarbonat 10- 20%.

3. Bỏng mắt

- Rửa bằng dung dịch NaCl 0,9% nhiều lần tiếp đó rửa bằng dung dịch đệm phosphat có pH bằng 7,4 nhỏ giọt mạnh.
- Rửa sạch bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Thấm khô.
- Nhỏ thuốc mỡ tetracyclin.
- Mời chuyên khoa mắt khám và điều trị.

4. Bỏng thực quản dạ dày

- Trung hoà bằng uống ngay nước có pha loãng lòng trắng trứng gà (4 lòng trắng trứng gà trong 500ml nước) hoặc nước sữa.
- Không được uống dung dịch natri bicarbonat 5%.
- Truyền dịch nuôi dưỡng.
- Các biện pháp dùng ống đặt qua mũi, miệng và thực quản, dạ dày, phải có chỉ định đúng để phòng gây thủng thực quản , dạ dày.
- Kết hợp với chuyên khoa ngoại tiêu hoá theo dõi và điều trị

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá các chỉ số: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng sốc, nhiễm khuẩn bỏng.
- Thủng dạ dày, thủng thực quản.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc và điều trị của nhân viên y tế.

38. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG VỎI

I. MỤC ĐÍCH

- Loại trừ tác nhân gây bỏng còn lại, lấy bỏ chất bẩn và dị vật , cắt bỏ lớp mô hoại tử bỏng đã bong rời.
- Chẩn đoán diện tích và độ sâu của tổn thương bỏng
- Rửa sạch và dùng thuốc điều trị tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bỏng do vôi tôi nóng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được giải thích để yên tâm điều trị

2. Phương tiện

- Dụng cụ thay băng
- Dung dịch Amoni clorua 5-10%
- Dung dịch trung hoà: các acid nhẹ: acid boric 3-5 %, acid lactic 3-5%, nước dấm ăn (acid acetic 0,5-6 %), nước chanh, nước đường 20%.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tại nơi xảy ra tai nạn

- Cứu người bệnh ra khỏi hố vôi
- Cởi bỏ quần áo còn dính vôi
- Rửa vết bỏng bằng nước lã (nước giếng, nước bể, nước mưa, nước máy, nước ao hồ) để cho sạch vôi.
- Chuyển ngay đến cơ sở điều trị

2. Tại cơ sở điều trị

a. Tiêm thuốc giảm đau

b. Thay băng

- Tính diện tích bỏng, chẩn đoán độ sâu.
- Xử trí tại chỗ:
 - + Rửa vết bỏng bằng nước xà phòng 5% làm sạch các chất bẩn
 - + Rửa dung dịch amoni clorua 5-10 % hoà tan vôi còn bám trên vết bỏng

- + Cắt mô hoại tử bong rời, cắt bỏ vòm nốt phỏng, lấy bỏ dị vật.
- + Rửa dung dịch NaCl 0,9%.
- + Thấm khô
- + Đắp gạc tẩm các dung dịch trung hoà: acid boric 3%, acid acetic 0,5-6 %, nước đường 20%.
- + Đắp gạc vaselin, gạc Madhuxin.
- + Đắp gạc hút, băng ép vừa chặt.
- Toàn thân: chống sốc bỏng, chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các chỉ số về mạch , nhiệt độ, huyết áp.
- Số lượng nước tiểu.
- Tình trạng nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn mủ xanh.
- Tình trạng nhiễm độc.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc và điều trị của nhân viên y tế.

39. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỆN GIẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Phục hồi và duy trì sự hô hấp , tuần hoàn của người bệnh
- Hạn chế những biến chứng có thể xảy ra do ngừng hô hấp và ngừng tuần hoàn

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngừng tuần hoàn, hô hấp do bị điện giật

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tại chỗ bị nạn

- Trước hết cắt nguồn điện
- Nếu không cắt được, dùng sào khô tách nguồn điện ra khỏi người bệnh, hoặc người cứu đứng trên ván khô, tay quấn vải khô kéo người bệnh ra khỏi nguồn điện. Trong

11. Đưa dung dịch có pha kháng sinh vào, ngâm trong khoang màng phổi và rút troca. Băng ép hoặc kẹp bằng agraif hay dính 1 mũi chỉ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước , trong và sau khi rửa màng phổi
- Các chỉ số về mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Theo dõi và xử trí các biến chứng nếu có.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường như khó thở, sốt... báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuân thủ theo sự hướng dẫn của nhân viên y tế.

33. PHỤ GIÚP CHỌC HÚT MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

Chọc hút màng phổi nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào màu sắc, các xét nghiệm tế bào, sinh hoá, vi khuẩn
- Điều trị:
 - + Chọc tháo bớt dịch để điều trị hội chứng chèn ép hoặc làm giảm bớt áp lực
 - + Bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ
 - + Hút hơi khi bị tràn khí màng phổi

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. **Chỉ định:** người bệnh có tràn dịch, tràn khí màng phổi

2. **Chống chỉ định:** người bệnh có giãn phế nang, tràn khí màng phổi khu trú ít không cần hút để tự nhiên hơi sẽ hết dần.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc:

- + Chọc hút dịch thường chọc ở khoang liên sườn 8-9, bờ trên của xương sườn dưới, đường nách sau
- + Chọc hút khí thường chọc ở khoang liên sườn 1-2 đường giữa xương đòn

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
 - + Kim chọc
 - + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml, 50ml
 - + Một đoạn ống cao su có khoá điều chỉnh.
 - + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kim kẹp khăn
 - + Gạc củ ấu, gạc vuông.
 - + Panh Kocher
 - + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- Sạch:
 - + Cồn iod 1%, cồn 70°
 - + Thuốc tê: novôcain, xylocain 1-2%
 - + Thuốc cấp cứu: adrenalin, dopamin...
 - + Cốc thuỷ tinh đựng 100ml nước cất và 1 lọ acid acetic trong trường hợp thử phản ứng Rivalta
 - + Băng dính, kéo cắt băng
 - + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
 - + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
 - + khay quả đậu
 - + Một mảnh nylon
 - + 1 cốc đong nếu làm phản ứng Rivalta
 - + 1 xô chứa dịch
 - + 1 ống pipet nếu làm phản ứng Rivalta
 - + Máy hút hơi liên tục có đồng hồ đo áp lực hút từ 0-200mm Bar, có bộ phận điều chỉnh lượng hơi hút ra có các số từ 0 - 10. Số càng to hơi hút ra càng nhiều, không nên để quá số 5.

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay

- Kiểm tra lại dụng cụ.
- Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp, để lộ vùng chọc
- Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc.
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê
- Đưa kim chọc cho bác sĩ.
- Giữ người bệnh, quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
- Trường hợp chọc hút dịch: hứng dịch vào 3 ống nghiệm. Phối hợp với bác sĩ đóng mở khoá khi bác sĩ tháo và lắp bơm tiêm để phòng khí tràn vào khoang màng phổi.
- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào bình, điều chỉnh dịch chảy ra theo yêu cầu của thầy thuốc
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, nghiêng về bên không chọc.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi và đề phòng các tai biến: ngất, tràn khí màng phổi, phù phổi cấp...
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, nghiêng về bên lành, nếu thấy ho nhiều, tức ngực, khó chịu, khó thở thì báo ngay. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

34. PHỤ GIÚP CHỌC MÀNG NGOÀI TIM

I. MỤC ĐÍCH

1. Chẩn đoán

Lấy dịch mang đi xét nghiệm giúp cho công tác chẩn đoán bệnh. Bao gồm:

- Chẩn đoán xác định
- Chẩn đoán tính chất dịch: dịch vàng chanh, máu, mủ, dưỡng chấp...
- Chẩn đoán nguyên nhân: xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn, hoá sinh.

2. Điều trị

- Chọc tháo dịch trong hội chứng ép tim cấp để cứu sống người bệnh
- Chọc tháo dẫn lưu mủ màng tim, có thể tránh được phẫu thuật mở màng tim, phòng viêm màng ngoài tim co thắt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định tuyệt đối trong hội chứng ép tim cấp
- Chỉ định cần thiết trong hội chứng ép tim bán cấp
- Dẫn lưu mủ màng tim
- Chọc dò để chẩn đoán và tìm nguyên nhân.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.
- Vệ sinh vùng chọc
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp, ghi điện tâm đồ(nếu có).
- Dùng thuốc cho người bệnh theo chỉ định của thầy thuốc
- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi(Fowler).

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
- + Kim chọc

- + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml
- + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kim kẹp khăn
- + Một ống thông màng ngoài tim có khoá dùng dẫn dịch trong trường hợp nhiều dịch.
- + Gạc củ ấu, gạc vuông.
- + Panh Kocher.
- + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- **Sạch:**
 - + Cồn iod 1%, cồn 70°
 - + Thuốc tê: novôcain, xylocain 1-2%
 - + Thuốc cấp cứu: adrenalin, dopamin...
 - + Băng dính, kéo cắt băng
 - + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
 - + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
 - + khay quả đậu
 - + Máy ghi điện tim, máy phá rung tim(nếu có)

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ.
- Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp, để lộ vùng chọc
- Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê
- Giữ người bệnh, quan sát sắc mặt, theo dõi điện tâm đồ và dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
- Hứng dịch vào 3 ống nghiệm (Trường hợp có nhiều dịch, bác sĩ luồn ống dẫn dịch qua kim chọc và lưu ống này trong khoang màng ngoài tim, ống được nối với 1 túi hoặc chai dẫn lưu vô khuẩn).
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở của người bệnh.
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định.

- **Lưu ý:** sau chọc hút dịch màng ngoài tim phải theo dõi sát: huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung tâm(nếu có điều kiện), theo dõi tiếng tim để đề phòng tràn dịch trở lại. Khi thấy những dấu hiệu bất thường phải báo ngay để bác sĩ xử lý.
- + Theo dõi 30phút/ lần trong 2 giờ đầu sau khi chọc
- + 3 giờ/lần trong 24 giờ tiếp theo
- + Theo dõi các tai biến như: ngất, chảy máu, nhiễm khuẩn, ngừng tim...

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, nếu thấy tức ngực, khó chịu, hồi hộp, khó thở thì báo ngay
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

35. PHỤ GIÚP CHỌC HÚT MÀNG BỤNG

I. MỤC ĐÍCH

Chọc hút màng bụng nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào số lượng, màu sắc, xét nghiệm sinh hoá, tế bào , vi khuẩn
- Điều trị:
 - + Chọc tháo bớt dịch để điều trị hội chứng chèn ép hoặc làm giảm bớt áp lực
 - + Bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: người bệnh có tràn dịch màng bụng

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.

- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc: 1/3 ngoài đường nối rốn với gai chậu trước trên, thường chọc ở bên trái.

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu. Nếu làm tại giường người bệnh phải có bình phong che để không ảnh hưởng đến người bệnh khác.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
 - + Kim chọc
 - + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml, 50ml
 - + Một ống thông polyetylen có Ambu để nối với đốc kim, có khoá điều chỉnh dịch chảy.
 - + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kìm kẹp khăn
 - + Gạc củ ấu, gạc vuông.
 - + Móc bấm
 - + Panh Kocher.
 - + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- Sạch:
 - + Cồn iod 1%, cồn 70⁰
 - + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
 - + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
 - + Khay quả đậu
 - + Một mảnh nylon
 - + Kéo, băng dính
 - + 1 cốc đông nếu làm phản ứng Rivalta
 - + 1 xô chứa dịch
 - + 1 ống pipet nếu làm phản ứng Rivalta
 - + Thuốc cấp cứu

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ.

- Trải nylon lên giường
- Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp thường nằm nghiêng trái sát thành giường, để lộ vùng chọc
- Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.
- Đưa kim chọc cho bác sĩ.
- Quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
- Trường hợp chọc hút dịch: hứng dịch vào 3 ống nghiệm. Phối hợp với bác sĩ đóng mở khoá khi bác sĩ tháo và lắp bơm tiêm để đề phòng khí tràn vào khoang màng bụng.
- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào bình, điều chỉnh dịch chảy ra theo yêu cầu của thầy thuốc
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, nghiêng về bên lành sau khi chọc.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi đề phòng các tai biến: ngất, xuất huyết trong ổ bụng...
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, ủ ấm, nghiêng về bên lành, nếu thấy màu sắc dịch bất thường thì báo ngay. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

36. PHỤ GIÚP CHỌC DÒ TUYỂN SỐNG

I. MỤC ĐÍCH

Chọc dò tủy sống nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào màu sắc, xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi khuẩn
- Điều trị: bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ...

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: hội chứng màng não, viêm màng não....

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc: vùng thắt lưng III, IV, V hoặc giao điểm giữa đường nối 2 mào chậu với cột sống.

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu. Nếu làm tại giường người bệnh phải có bình phong che để không ảnh hưởng đến người bệnh khác.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
 - + Kim chọc
 - + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml
 - + Một khoá chữ T nếu dùng áp kế Claude đo áp lực nước não tủy.
 - + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kìm kẹp khăn
 - + Gạc củ ấu, gạc vuông.
 - + Panh Kocher
 - + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- Sạch:
 - + Cồn iod 1%, cồn 70°

- + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
- + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
- + khay quả đậu
- + Một mảnh nylon
- + Kéo, băng dính
- + Áp kế Claude
- + Thuốc cấp cứu

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ.
- Trải nylon lên giường
- Người phụ 1: giữ người bệnh ở tư thế nằm nghiêng, lưng sát mép giường quay ra phía bác sĩ, người bệnh cong lưng, chân co gấp vào bụng, 2 tay kẹp lấy đầu gối hoặc ôm lấy cổ.
- Người phụ 2:
 - + Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
 - + Trải khăn có lỗ lên vùng chọc
 - + Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
 - + Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.
 - + Đưa kim chọc cho bác sĩ.
 - + Quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
 - + Khi kim đã vào ống sống, dịch não tủy chảy ra, giúp người bệnh duỗi thẳng chân và bảo người bệnh thở đều.
 - + Đưa áp kế Claude để bác sĩ đo áp lực nước não tủy (Làm thủ thuật Queckenstes Stockey: lấy hai bàn tay đặt hai bên cổ người bệnh ép nhẹ, có thể thấy: dịch não tủy chảy nhanh hơn: không có tắc đường lưu thông của dịch, dịch não tủy chảy chậm hoặc không tắc, có tắc đường lưu thông của dịch).
- Hứng dịch vào 3 ống nghiệm.
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Đặt người bệnh nằm sấp trong 15 phút, sau đó nằm ngửa đầu thấp không gối trong 1-2 giờ, không được ngồi dậy ngay cả khi đi đại tiện.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi để phòng các tai biến
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Áp lực nước não tủy, số giọt trong 1 phút.
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, ủ ấm. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc. Nếu có triệu chứng nôn mửa, mạch chậm, co giật... báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

37. CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ BỎNG DO ACID

I. MỤC ĐÍCH

- Loại trừ tác nhân gây bỏng.
- Chẩn đoán diện tích và độ sâu của tổn thương bỏng
- Rửa sạch và dùng thuốc điều trị tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bị bỏng acid

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được khám các vị trí tổn thương đặc biệt các hốc tự nhiên như mắt, tai, mũi, họng.

2. Phương tiện: dụng cụ phẫu thuật, thay băng cho người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tại nơi xảy ra tai nạn

- Ngâm vết bỏng bằng nước sạch, lạnh nhiều lần để giảm nồng độ acid bám trên da.
- Trung hòa bằng kiềm nhẹ như: rửa bằng nước xà phòng, nước vôi 5%.
- Chuyển tới cơ sở điều trị.

2. Tại cơ sở điều trị

- Rửa lại vết bỏng bằng nước xà phòng.
- Rửa vết bỏng bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Rửa vết bỏng bằng dung dịch natri bicarbonat 10 - 20%.
- Thấm khô
- Đắp gạc tẩm dung dịch natri bicarbonat 10- 20%.

3. Bỏng mắt

- Rửa bằng dung dịch NaCl 0,9% nhiều lần tiếp đó rửa bằng dung dịch đệm phosphat có pH bằng 7,4 nhỏ giọt mạnh.
- Rửa sạch bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Thấm khô.
- Nhỏ thuốc mỡ tetracyclin.
- Mời chuyên khoa mắt khám và điều trị.

4. Bỏng thực quản dạ dày

- Trung hoà bằng uống ngay nước có pha loãng lòng trắng trứng gà (4 lòng trắng trứng gà trong 500ml nước) hoặc nước sữa.
- Không được uống dung dịch natri bicarbonat 5%.
- Truyền dịch nuôi dưỡng.
- Các biện pháp dùng ống đặt qua mũi, miệng và thực quản, dạ dày, phải có chỉ định đúng để phòng gây thủng thực quản , dạ dày.
- Kết hợp với chuyên khoa ngoại tiêu hoá theo dõi và điều trị

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá các chỉ số: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng sốc, nhiễm khuẩn bỏng.
- Thủng dạ dày, thủng thực quản.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc và điều trị của nhân viên y tế.

38. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG VỎI

I. MỤC ĐÍCH

- Loại trừ tác nhân gây bỏng còn lại, lấy bỏ chất bẩn và dị vật , cắt bỏ lớp mô hoại tử bỏng đã bong rời.
- Chẩn đoán diện tích và độ sâu của tổn thương bỏng
- Rửa sạch và dùng thuốc điều trị tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bỏng do vôi tôi nóng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được giải thích để yên tâm điều trị

2. Phương tiện

- Dụng cụ thay băng
- Dung dịch Amoni clorua 5-10%
- Dung dịch trung hoà: các acid nhẹ: acid boric 3-5 %, acid lactic 3-5%, nước dấm ăn (acid acetic 0,5-6 %), nước chanh, nước đường 20%.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tại nơi xảy ra tai nạn

- Cứu người bệnh ra khỏi hố vôi
- Cởi bỏ quần áo còn dính vôi
- Rửa vết bỏng bằng nước lã (nước giếng, nước bể, nước mưa, nước máy, nước ao hồ) để cho sạch vôi.
- Chuyển ngay đến cơ sở điều trị

2. Tại cơ sở điều trị

a. Tiêm thuốc giảm đau

b. Thay băng

- Tính diện tích bỏng, chẩn đoán độ sâu.
- Xử trí tại chỗ:
 - + Rửa vết bỏng bằng nước xà phòng 5% làm sạch các chất bẩn
 - + Rửa dung dịch amoni clorua 5-10 % hoà tan vôi còn bám trên vết bỏng

- + Cắt mô hoại tử bong rời, cắt bỏ vòm nốt phỏng, lấy bỏ dị vật.
- + Rửa dung dịch NaCl 0,9%.
- + Thấm khô
- + Đắp gạc tẩm các dung dịch trung hoà: acid boric 3%, acid acetic 0,5-6 %, nước đường 20%.
- + Đắp gạc vaselin, gạc Madhuxin.
- + Đắp gạc hút, băng ép vừa chặt.
- Toàn thân: chống sốc bỏng, chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các chỉ số về mạch , nhiệt độ, huyết áp.
- Số lượng nước tiểu.
- Tình trạng nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn mủ xanh.
- Tình trạng nhiễm độc.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc và điều trị của nhân viên y tế.

39. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỆN GIẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Phục hồi và duy trì sự hô hấp , tuần hoàn của người bệnh
- Hạn chế những biến chứng có thể xảy ra do ngừng hô hấp và ngừng tuần hoàn

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngừng tuần hoàn, hô hấp do bị điện giật

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tại chỗ bị nạn

- Trước hết cắt nguồn điện
- Nếu không cắt được, dùng sào khô tách nguồn điện ra khỏi người bệnh, hoặc người cứu đứng trên ván khô, tay quấn vải khô kéo người bệnh ra khỏi nguồn điện. Trong

khi kéo nhớ giữ thẳng trục đầu cổ thân để tránh tổn thương tuỷ thứ phát phòng khi người bệnh bị gãy cột sống cổ.

- Tác dụng trên tim mạch có thể xảy ra muộn sau vài giờ cần theo dõi người bệnh trong 24 giờ.

2. Nếu người bệnh bị ngừng tim, ngừng thở: tiến hành cấp cứu hồi sinh hô hấp tuần hoàn theo quy trình kỹ thuật (xin tham khảo bài Hồi sinh hô hấp tuần hoàn sách Điều dưỡng cơ bản xuất bản 1996).

3. Ở người bệnh được đo điện tim, tùy kết quả mà chống rung nếu rung thất (từ 200-350 joule), hoặc bóp tim kết hợp với adrenalin hay CaCl_2 nếu vô tâm thu. Đồng thời làm hô hấp chỉ huy bằng bóp bóng hay chạy máy thở với oxy 100%.

4. Nếu người bệnh bị bỏng nặng phải điều trị bỏng

5. Người bệnh có thể bị hội chứng "Kiểu vùi lấp" do tiêu cơ nên phải bồi phụ đủ nước, điện giải, rồi cho thuốc lợi tiểu(mannitol, furosemid) để phòng suy thận cấp.

6. Ngoài ra nếu có chấn thương phối hợp: gãy xương, vỡ tạng đặc, gãy cột sống thì phải kết hợp các biện pháp hồi sức với điều trị ngoại khoa thích hợp.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các chỉ số về mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh
- Tình trạng, diễn biến của các thương tổn phối hợp: gãy xương, vỡ tạng đặc....

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc và điều trị của nhân viên y tế.

40. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐUỐI NƯỚC

I. MỤC ĐÍCH

- Phục hồi và duy trì sự hô hấp, tuần hoàn của người bệnh
- Hạn chế những biến chứng có thể xảy ra do ngừng hô hấp và ngừng tuần hoàn

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngừng tuần hoàn, hô hấp do bị đuối nước

III. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

- Gạc miếng, khăn hoặc vải sạch.
- Chăn hoặc vải trải giường.

IV. TIẾN HÀNH

1. Lúc ban đầu

- Nhanh chóng vớt người bệnh ra khỏi nước(dùng sào, phao, người cứu hộ)
- Tìm cách đưa mặt người bệnh nhô khỏi mặt nước, móc họng làm giảm tắc đường hô hấp, hà hơi thổi ngạt. Tốt nhất đặt được người bệnh lên 1 tấm ván, vừa bơi vừa làm hô hấp nhân tạo.

2. Ra khỏi nước

- a. Cởi quần áo, lau mình, quần vải khô, ủ ấm người bệnh, để nơi kín gió, đặt ống thông dạ dày hút dịch ra.
- b. Tùy tình trạng hô hấp, tuần hoàn, thần kinh của người bệnh mà nhanh chóng điều trị.
 - Nếu người bệnh tỉnh táo: chỉ cần động viên người bệnh an tâm, theo dõi trong 24 giờ.
 - Nếu người bệnh bị thiếu ôxy nhẹ: vật vã, ho nhiều, hơi khó thở,thở nhanh, 2 phổi có một ít ran, mạch nhanh chỉ cần cho thở ôxy và theo dõi trong 48 giờ.
 - Người bệnh có biểu hiện thiếu ôxy nặng: từ lơ mơ đến hôn mê, suy thở nặng, tím tái ở môi, móng tay, thở nhanh nông, 2 phổi đầy ran ẩm. Xử trí: hô hấp nhân tạo bằng bóp bóng Ambu hay đặt nội khí quản hô hấp hỗ trợ với áp lực dương hay với chế độ PEEP. Người bệnh tỉnh thì không cần đặt nội khí quản, chỉ cần thở chế độ áp lực dương liên tục(CPAP)
 - Người bệnh ngừng hô hấp tuần hoàn: nhanh chóng hà hơi thổi ngạt hoặc hô hấp chỉ huy bằng bóng qua mặt nạ hay qua ống nội khí quản. Kết hợp nhịp nhàng với bóp tim ngoài lồng ngực và hút dịch dạ dày. Nếu người bệnh có thân nhiệt giảm nên giữ ở nhiệt độ 30°C và kéo dài thời gian cấp cứu vì có nhiều hy vọng hồi phục
 - Ngoài ra cần áp dụng các biện pháp điều trị khác chống phù não: duy trì thông khí giữ áp lực CO₂ trong máu khoảng 30mmHg, cho thuốc lợi tiểu (Mannitol0% x 200ml, truyền nhỏ giọt tĩnh mạch hoặc Furosemid 0,5mg/kg tiêm tĩnh mạch) sau khi đã điều chỉnh được các rối loạn nước và điện giải. Có thể dùng Barbituric (Thiopental 1-2 gam nhỏ giọt trong 24 giờ)
 - Cho kháng sinh và corticoid để điều trị viêm nhiễm ở phổi.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các chỉ số về mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh
- Các biến chứng: viêm phổi.

41. KỸ THUẬT SƠ CỨU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

I. MỤC ĐÍCH

- Cầm máu hoặc khống chế sự chảy máu.
- Phòng hoặc điều trị sốc.
- Duy trì các chức năng sinh tồn.
- Tránh các biến chứng, đặc biệt là giảm nguy cơ nhiễm khuẩn.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Giải thích và động viên để người bệnh yên tâm trong khi sơ cứu .

2. Địa điểm

- Đặt người bệnh ở nơi sạch sẽ, thoáng mát.
- Nếu tại bệnh viện sơ cứu tại phòng thay băng.

3. Dụng cụ

- Dung dịch muối đẳng trương 0,9% hoặc nước chín
- Gạc vô khuẩn.
- Kẹp kocher
- Băng cuộn, băng dính.
- Bộ tiểu phẫu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vết thương nhỏ

1. Điều dưỡng đeo khẩu trang, rửa tay.
2. Dùng kẹp gấp dị vật (nếu lấy ra dễ)
3. Làm sạch xung quanh vết thương bằng dung dịch NaCl 0,9% hoặc nước chín.
4. Đặt gạc và băng kín vết thương bằng băng dính hoặc băng cuộn

2. Vết thương bề mặt rộng và sâu

1. Kiểm tra lấy dị vật (nếu được).
2. Làm sạch vết thương bằng dung dịch NaCl 0,9% hoặc nước chín.
3. Khâu kín vết thương hoặc dùng băng dính băng lại.

* Nếu khâu vết thương:

- Phải rửa tay sạch
- Vết thương chưa quá 6 giờ.
- Vết thương phải sạch, không có đất cát hoặc dị vật.
- 4. Sát khuẩn lại vết khâu.
- 5. Đặt gạc và băng kín vết thương.
- 6. Viết phiếu chuyển thương, chuyển khoa ngoại nếu cần thiết.

3. Vết thương lớn

1. Xử trí cầm máu vết thương.
2. Rửa sạch xung quanh vết thương bằng dung dịch sát khuẩn hoặc bằng nước chín.
3. Lấy dị vật hoặc bụi bẩn (nếu có thể)
4. Không được thăm dò vết thương.
5. Đặt gạc và băng kín vết thương.
6. Viết phiếu chuyển thương, chuyển cơ sở điều trị.

IV. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG VẾT THƯƠNG

- Quan sát vết thương có thấm máu qua băng không.
- Theo dõi sát nạn nhân, kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, phòng chống và xử trí ngay nếu sốc xảy ra.

V. HƯỚNG DẪN VÀ VẬN CHUYỂN NẠN NHÂN

- Hướng dẫn và giữ nạn nhân ở tư thế đúng, nâng cao vết thương.
- Viết phiếu chuyển thương và vận chuyển nạn nhân kịp thời.

42. KỸ THUẬT ĐẶT GA RÔ CẦM MÁU

I. MỤC ĐÍCH

- Cầm máu tại chỗ những vết thương động mạch khi lượng máu chảy ra nhiều.
- Phòng chống sốc do mất máu

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Vết thương động mạch lớn mà không cầm được bằng băng ép.
- Chi bị dập nặng chảy máu nhiều không còn chỉ định bảo tồn cần cắt cụt.

2. Chống chỉ định

- Vết thương nhỏ, chảy máu mao mạch, tĩnh mạch.

III. NGUYÊN TẮC ĐẶT GA RÔ

- Chặn động mạch trên đường đi của động mạch dẫn tới vết thương.
- Không đặt ga rô trực tiếp lên da thịt của người bệnh, phải có vòng đệm lót.
- Xử trí vết thương phần mềm.
- Tổng số giờ đặt ga rô không quá 6 giờ, một giờ nới ga rô một lần, mỗi lần nới 1 phút phải có phiếu ga rô đặt ở nơi dễ nhìn thấy nhất.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh (nạn nhân)

Thông báo và giải thích với người bệnh (nạn nhân)

2. Dụng cụ

a. Ga rô chính quy

- Ga rô bằng cao su to bản: 6 - 8cm x 1,5 - 2m (Esmarch)
- Vòng băng lót.
- Băng gạc vô khuẩn.
- Băng cuộn, phiếu ga rô

b. Ga rô tùy ứng

- Khăn mùi xoa 2-3 chiếc
- Bút chì hoặc thước kẻ, que...dây buộc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Ga rô chính quy

1. Quấn vòng băng lót quanh chi phía trên vết thương 2-3cm
2. Đặt cuộn băng cao su to bản quấn vòng quanh lên vải lót.
 - + Vòng 1: cuộn chặt vừa.
 - + Vòng 2: siết thật chặt.
 - + Vòng 3: siết chặt hơn.
 - + Vòng 4: dùng kim kẹp 2 mối dây cao su lại hoặc nới rộng để nhét cuộn ga rô còn lại vào.
3. Kiểm tra sự chảy máu, xử trí vết thương, đặt gạc băng lại.
4. Ghi phiếu ga rô bằng bút đỏ:

- Tên người bệnh, giờ đặt ga rô, người đặt, giờ nói ga rô lần 1, lần 2.
- 5. Gài phiếu ga rô trước ngực dễ thấy, ưu tiên vận chuyển số 1.
- b. Ga rô tùy ứng (dây vải)*
 1. Dùng gạc (vải) quấn quanh da phía trên vết thương 2 - 3cm.
 2. Buộc dây vải hoặc gạc rộng hơn chi ga rô khoảng 5 - 6cm.
 3. Dùng que lồng vào dây xoắn nhiều vòng theo chiều kim đồng hồ, đến khi máu ngừng chảy.
 4. Giữ nguyên que cố định vào chi(buộc 2 đầu que bằng dây cố định theo trục chi).
 6. Ghi phiếu ga rô
 7. Ưu tiên vận chuyển số 1.
- c. Nói ga rô: (30 - 60 phút nói 1 lần)*
 1. Dùng ngón tay ép động mạch bị tổn thương phía trên ga rô (nếu cần có người phụ)
 2. Nói hết sức từ từ cho đến khi rỉ máu nơi vết thương.
 3. Để 1 phút ga rô lại.
 4. Đặt lại ga rô và chuyển ưu tiên số 1 về tuyến sau.
 5. Ghi vào phiếu ga rô, giờ đặt, giờ nói ga rô, thời gian nói.

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI PHIẾU GA RÔ

- Đánh giá tình trạng nạn nhân.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: M - T⁰ - HA - NT.
- Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi ga rô.
- Đặt ga rô có hiệu quả khi bắt mạch phía dưới vết thương không có.
- Ga rô từ 30 - 60 phút nói 1 lần, thời gian nói 1 phút, cần chú ý ghi giờ nói.

* PHIẾU GA RÔ

Đặt ga rô cấp cứu số 1 (Ghi chữ đỏ)

Tên nạn nhân : _____ Tuổi: _____

Vết thương: _____

Người đặt: _____

Đặt ga rô lúc: _____

Nói ga rô lần thứ	Lúc	Giờ:
Nói ga rô lần thứ	Lúc	Giờ:

43. KỸ THUẬT SƠ CỨU BẰNG ÉP ĐỘNG MẠCH CẦM MÁU

I. MỤC ĐÍCH

Mạch máu bị ép lại làm giảm lưu lượng máu tới các đầu mạch bị tổn thương tạo điều kiện để các máu đông được hình thành, do đó chống lại sự mất máu thêm.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Có thể do đứt tĩnh mạch, mao mạch, động mạch nhỏ.

2. Chống chỉ định

Trường hợp gãy xương không gấp được chi.

III. CÁC PHƯƠNG PHÁP CẦM MÁU

1. Ấn động mạch

Cấp cứu viên phải đứng đối diện với vết thương, nếu vết thương bên phải thì dùng ngón tay trái ấn vào và ngược lại.

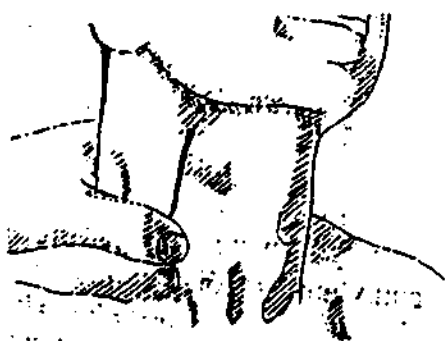
* Các bước tiến hành:

a. Ấn động mạch cổ:

Dùng ngón cái ấn vào động mạch phía dưới vết thương phần động mạch cổ bị đứt, các ngón khác còn lại bám vào đốt sống cổ. Ép động mạch cảnh, dùng ngón cái đè động mạch, các ngón kia ấn vào sau cổ.

b. Ấn động mạch dưới đòn:

Dùng ngón cái ấn vào động mạch dưới đòn, các ngón còn lại bám vào bả vai.



Ấn động mạch cổ



Ấn động mạch dưới đòn

c. Ấn động mạch hõm nách:

Dùng 2 ngón cái ấn vào động mạch hõm nách, những ngón còn lại bám vào bả vai.

d. Ấn động mạch bẹn (Động mạch đùi):

- Dùng nắm tay ấn vào động mạch bẹn phía trên vết thương đùi.
- Ép động mạch đùi để cầm máu 1/3 dưới đùi dùng nắm tay đè xuống, cánh tay thẳng đứng.



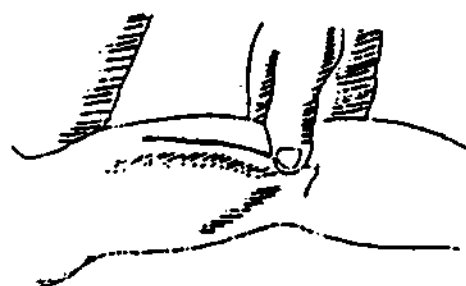
Ấn động mạch hõm nách



Ấn động mạch đùi

e. Ấn động mạch cánh tay:

- Ấn vào bờ trong cánh tay ở nếp khuỷu.
- Ép động mạch cánh tay: ấn vào bờ trong cánh tay ở nếp khuỷu.



Ấn động mạch cánh tay

2. Băng nút (vết thương sâu rộng)

a. Chuẩn bị

- Dụng cụ: băng cuộn, gạc vô khuẩn hoặc vải sạch.
- Bệnh nhân: đặt bệnh nhân nằm tư thế thoải mái.
- Địa điểm:
- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

b. Các bước tiến hành:

Cần xử lý vết thương nếu quá bẩn.

- Nhét chặt gạc vô khuẩn vào vết thương.
- Dùng băng cuộn băng chặt vết thương.

3. Băng ép

- Dùng vải, gạc hoặc băng, cuộn thành một cuộn tròn, chắc, đặt trên đường đi của động mạch và phía trên vết thương, rồi lấy băng cao su hoặc vải buộc chặt chung quanh.
- Nếu là vết thương miệng rộng hoặc vết thương tĩnh mạch lớn, có thể dùng bác, gạc nhét vào vết thương (băng nhồi) rồi băng ép lại. Vết thương có chảy máu sâu, không dùng kim kocher cấp lại. Nếu vết thương quá bẩn cần xử lý trước khi băng.

3.1. Băng ép chung

a. Chuẩn bị:

- Dụng cụ: gạc vô khuẩn, băng cuộn, băng thun(nếu có) hoặc vải sạch.
- Bệnh nhân: động viên, an ủi để bệnh nhân yên tâm.

b. Địa điểm:

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

c. Các bước tiến hành:

- Cho bệnh nhân nằm thẳng.
- Đặt vài miếng gạc đệm lên trên vết thương.
- Đặt 1 - 2 cuộn băng lên vị trí động mạch tại vết thương.
- Đặt thêm lớp gạc lên băng cuộn.
- Cố định chặt bằng băng cuộn.
- Nếu vẫn chảy máu dùng tay ép.
- Kiểm tra chỗ băng 15phút/lần, nếu vẫn chảy thì băng ép thêm. (Nếu da phía dưới bị xanh tím và bị tê thì phải nới băng).
- Viết phiếu chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

3.2. Băng ép động mạch cổ

a. Chuẩn bị

* Dụng cụ:

- 1 nẹp dài từ quá đầu đến quá khuỷu tay.
- Băng cuộn: 2 - 3 cuộn.
- Gạc vô khuẩn.

*** Bệnh nhân:**

- Động viên, an ủi để người bệnh yên tâm.
- Đặt người bệnh nằm.

*** Địa điểm:**

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

b. Các bước tiến hành:

- Chặn động mạch cổ.
- Xử trí vết thương.
- Đặt một vật (băng, gạc cuộn chặt lại) chặn lên động mạch.
- Cố định nếp vào đầu, cánh tay và giữ vật chặt tại chỗ.
- Treo cánh tay vuông góc với cẳng tay bằng khăn chéo.
- Viết phiếu chuyển ưu tiên cấp số 1 đến cơ sở điều trị.

4. Gấp chi tối đa

4.1. Chuẩn bị

a. *Dụng cụ:* gạc, vải sạch, con chèn(tùy ứng), dây cột hoặc băng cuộn.

b. Bệnh nhân:

- Động viên, an ủi để người bệnh yên tâm.
- Đặt tư thế nằm.

c. Địa điểm:

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

4.2. Các bước tiến hành

a. Gấp chi trên

- Gấp cẳng tay vào cánh tay:
- Băng vết thương.
- Đặt con chèn vào nếp khuỷu.
- Gấp mạnh cẳng tay vào cánh tay.
- Lót vải và cố định dây nơi cổ tay vào phần trên.
- Viết phiếu chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.



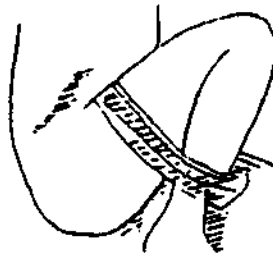
Gấp chi trên cánh tay

b. Gấp chi dưới:

*** Gấp cẳng chân vào đùi:**

- Băng vết thương.
- Đặt con chèn vào nếp khoeo chân.

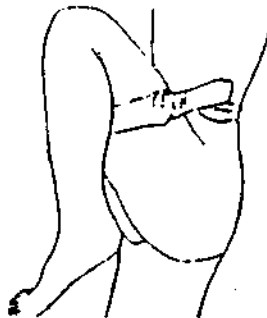
- Gấp mạnh căng chân vào đùi.
- Lót vải và cố định dây nơi cổ chân vào phần trên đùi.



Gấp chi dưới

* Gấp đùi vào thân mình:

- Băng vết thương.
- Đặt con chèn vào bẹn.
- Gấp mạnh đùi vào thân mình.
- Lót vải và cố định dây nơi phần dưới đùi vào thân.
- Viết phiếu chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.



Gấp đùi vào thân

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

- Sau khi ấn động mạch máu đã cầm.
- Băng ép cứ 15 phút một lần kiểm tra những diễn biến bất thường xảy ra và đã xử trí kịp thời.
- Tình trạng người bệnh sau sơ cứu đã trở lại ổn định, an toàn.
- Đã chuyển người bệnh đến điều trị kịp thời.

2. Ghi hồ sơ và báo cáo

- Ngày giờ thực hiện.
- Vị trí vết đứt.
- Tình trạng vết đứt
- Tình trạng người bệnh.
- Phương pháp xử trí.
- Tên người thực hiện.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Hướng dẫn người bệnh

- Không phải lo lắng, sợ hãi hãy tin tưởng vào chuyên môn.
- Nếu thấy nơi băng ép phía dưới chỗ băng tím và tê bì phải báo lại.
- Băng ép cánh tay vào thân người hoặc gấp đùi vào thân mình có cảm thấy tức ngực, khó thở thì cho biết.

2. Hướng dẫn người nhà người bệnh

Cần dặn người nhà nếu thấy người bệnh gọi hoặc có điều gì bất thường thì phải gọi ngay cho nhân viên y tế.

44. CHUẨN BỊ VÀ PHỤ GIÚP KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

I. MỤC ĐÍCH

Hạn chế nhiễm khuẩn, cầm hoặc không chế chảy máu.

II. CHỈ ĐỊNH - CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Vết thương bề mặt rộng và sâu phải xử trí vết thương phần mềm trước khi khâu.

2. Chống chỉ định

- Vết thương đã nhiễm khuẩn.
- Vết thương hoại thư sinh hơi.
- Vết thương xảy ra quá 12 giờ.
- Vết thương do súc vật cắn.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị dụng cụ

a. Dụng cụ vô khuẩn:

* Bộ tiểu phẫu

- Dao, cán dao.
- Kéo các loại.
- Kim thẳng không mấu, kim thẳng có mấu.
- Kẹp phẫu tích có răng và không răng.
- Ecarteur Farabeuf.(Panh vết thương).
- Kim cặp kim khâu (porte aiguille).
- Kim khâu - chỉ khâu Catgut - Lin - perlon.
- Kẹp sàng.

* Dụng cụ vô khuẩn kèm theo:

- Sàng có lỗ.
- Bông, băng, gạc.
- Ống dẫn lưu.
- Bơm tiêm - kim tiêm.
- Găng tay vô khuẩn.
- Bát kê (chén) đựng dung dịch.

b. Dụng cụ khác:

- Dung dịch sát khuẩn.
- Băng cuộn, băng dính.
- Kéo cắt băng.
- Thuốc gây tê.
- Hộp thuốc chống sốc.
- Tấm vải nylon.
- khay quả đậu hoặc túi giấy.
- khay chữ nhật.
- Bình phong (nếu cần).

2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Động viên, an ủi người bệnh cả quá trình tiến hành.
- Cho người bệnh nằm.

3. Địa điểm

- Tại phòng mổ.

- Tại phòng tiểu phẫu thuật.
- Tại giường bệnh .

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Báo và giải thích cho người bệnh.
2. Quan sát và nhận định tình trạng vết thương.
3. Rửa, tay đeo khẩu trang.
4. Sắp xếp dụng cụ mang đến giường người bệnh (nếu khâu tại giường).
5. Che bình phong (nếu cần) đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện.
6. Đặt tấm lót (nylon) phía dưới vết thương.
7. Đặt khay quả đậu hoặc túi nylon.
8. Bộc lộ vết thương.
9. Giúp phẫu thuật viên sát khuẩn tay bằng cồn 70⁰ trước, cồn iod sau.
10. Đưa găng tay cho phẫu thuật viên.
11. Điều dưỡng (người phụ giúp) đi găng.
12. Dùng kim kẹp bông hoặc gạc nhúng vào dung dịch sát khuẩn rửa vết thương: Rửa từ trong ra ngoài, rửa rộng xung quang vết thương .
13. Trải săng có lỗ.
14. Đưa bơm tiêm, kim tiêm . Giúp phẫu thuật viên lấy thuốc và gây tê.
15. Cắt lọc vết thương (nếu cần) và đưa kim, chỉ, kéo cho phẫu thuật viên khâu vết thương.
16. Sát khuẩn, bôi thuốc theo chỉ định.
17. Đắp gạc, băng kín vết thương hoặc để vết thương hở theo chỉ định.
18. Đặt người bệnh về tư thế thoải mái, theo dõi, dặn dò, cảm ơn.
19. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.
20. Ghi phiếu theo dõi hoặc ghi hồ sơ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

- Tình trạng người bệnh sau khâu vết thương rất tốt, ổn định, an toàn.
- Vết thương được xử trí, sát khuẩn bằng bó vô khuẩn.
- Theo dõi sát: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

2. Ghi hồ sơ và báo cáo

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng vết khâu.
- Tình trạng người bệnh.

- Tên người thực hiện.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Hướng dẫn người bệnh

- Luôn giữ vết thương khô.
- Thấy vết thương đau, nhức nhối, người sốt phải báo để có hướng xử trí.

2. Hướng dẫn người nhà người bệnh

- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.
- Phối hợp với điều dưỡng nâng đỡ, dìu người bệnh khi cần giúp đỡ.

45. KỸ THUẬT THỞ NGẠT - ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

I. MỤC ĐÍCH

Thiết lập lại tuần hoàn trong cơ thể, bằng cách tạo một sức ép vào tim qua lồng ngực. Ép tim ngoài lồng ngực không thể tách rời thổi ngạt hoặc bóp bóng Ambu.

II. CHỈ ĐỊNH

Ngừng tuần hoàn gây chết lâm sàng.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Dè lưỡi, kim mở miệng
- Gạc sạch hoặc khăn lau.
- Bóp bóng Ambu có mặt nạ (nếu có).

2. Người bệnh

Nằm ngửa ưỡn cổ trên một mặt phẳng cứng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng hoặc nhân viên cấp cứu quỳ ngang đầu nạn nhân
- Kiểm tra dấu hiệu sống:
 - + Nghe hơi thở, quan sát lồng ngực, bắt mạch cảnh hoặc mạch bẹn, kiểm tra đồng tử.
 - + Các dấu hiệu khác: da trắng bệch hoặc tím ngắt, máu ngừng chảy từ các vết thương.

- Khai thông đường thở: nới rộng quần áo người bệnh (nạn nhân), móc sạch đàm dãi hoặc dị vật, tháo răng giả (nếu có), đặt người bệnh nằm ngửa cổ uốn tối đa, nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ chỉ nâng hàm dưới lên, tránh di chuyển đầu cổ nhiều.
- Đấm thức tỉnh tim vào vùng trước tim 3 - 5 cái thật mạnh. Thổi ngạt 2 cái (bóp chặt mũi nạn nhân trong lúc thổi vào, mắt nhìn ngực nạn nhân xem có phồng lên không)
- Nhịp thổi ngạt: 10 - 12 lần/phút
- Sờ mạch cảnh, nếu không đập tiến hành ép tim
 - + Vị trí ép tim: 1/3 dưới xương ức.
 - + Người thực hiện: quỳ ngang ngực nạn nhân, đặt 2 lòng bàn tay chồng lên nhau, áp cườm tay (mô cái và mô út) vào 1/3 dưới xương ức nạn nhân, khuỷu tay duỗi thẳng ép thẳng góc với lồng ngực.
 - + Tần số ép: 80 - 100 lần/ phút ở người lớn.
 - + Không nhấc tay lên sau khi ấn, lồng ngực phải lún xuống khoảng 3cm ở người lớn.

Phối hợp thổi ngạt (hoặc bóp bóng Ambu)

- + Một người cứu: cứ 2 lần thổi ngạt, 15 ép tim
- + Hai người cứu: cứ 1 lần thổi ngạt 5 lần ép tim.

Kiểm tra mạch bẹn để đánh giá hiệu quả ép tim (1 phút kiểm tra 1 lần). Tiếp tục cấp cứu đến khi mạch đập trở lại, nạn nhân thở lại.

Trẻ em:

- + Sơ sinh: thổi ngạt nhanh và nhẹ hơn (30 lần/phút) ép tim bằng 2 ngón tay cái 100 - 120 lần/phút
- + Trẻ lớn: lấy 1/3 trên lòng bàn tay ép.
- + Tỷ lệ ép tim/ thổi ngạt giống như người lớn.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng nạn nhân sau cấp cứu:
- Hồi sinh tim phổi có kết quả: đồng tử co nhỏ lại, có phản xạ ánh sáng, có loạn nhịp tim, mạch bẹn, nhịp thở, huyết áp.
- Vận chuyển nạn nhân đến trung tâm y tế gần nhất có đủ điều kiện tiếp tục cấp cứu và điều trị. Đảm bảo duy trì hô hấp và nhịp tim trong suốt quá trình vận chuyển.
- Thời gian cấp cứu khoảng 60 phút mà không có kết quả: đồng tử giãn to, mất phản xạ ánh sáng, tim không đập trở lại ngừng cấp cứu.

46. KỸ THUẬT BÓP BÓNG AMBU

I. MỤC ĐÍCH

Đưa một lượng không khí qua bóng Ambu vào phổi người bệnh bằng cách áp mặt nạ của bóng vào miệng và mũi người bệnh và bóp bóng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngừng thở, ngừng tim đột ngột do điện giật, ngạt nước, ngộ độc thuốc ngủ, thuốc phiện...
- Sơ sinh bị ngạt do đẻ khó, ngạt nước ối.
- Suy hô hấp cấp nguy kịch.
- Liệt hô hấp do các nguyên nhân khác nhau.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Bóng Ambu và mặt nạ cho người lớn
- Bóng Ambu và mặt nạ cho trẻ em
- Máy hút đờm dãi (cơ sở y tế)
- Bộ dụng cụ hút đờm dãi
- Hệ thống o xy

2. Chuẩn bị người bệnh

Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên, uốn cổ, kê gối dưới vai.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Móc họng lấy dị vật hoặc hút sạch đờm dãi khai thông đường thở.
- Lau sạch miệng, mũi người bệnh (nạn nhân), để người bệnh ở tư thế nằm ngửa, uốn cổ, lấy tay đẩy hàm dưới ra phía trước. Nối oxy với bóng Ambu (oxy 100%) áp sát mặt nạ vào miệng, mũi người bệnh rồi bóp bóng:
 - + 12 - 14 lần/ phút ở người lớn
 - + 25 - 30 lần/ phút ở trẻ em.
- Nếu người bệnh còn tự thở: bóp bóng đẩy khí vào đồng thời với nhịp hít vào của người bệnh.
- Bóp bóng cho đến khi người bệnh tỉnh lại hoặc thở lại, đồng tử co (trừ trường hợp rần rần đồng tử không co).
- Phối hợp bóp bóng Ambu với ép tim ngoài lồng ngực nếu có ngừng tuần hoàn

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau cấp cứu
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu và đồng tử ghi phiếu theo dõi - chăm sóc.
- Phát hiện dấu hiệu bất thường như tràn khí màng phổi hoặc các dấu hiệu khác báo cáo bác sĩ xử trí kịp thời

47. THỦ THUẬT HEIMLICH**I. MỤC ĐÍCH**

Là thủ thuật dùng tay người cứu gây một áp lực mạnh trong đường dẫn khí để đẩy một dị vật gây tắc khí quản ra khỏi đường hô hấp trên, nhằm mục đích giải phóng đường thở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sặc bột hoặc dị vật ở trẻ em nhỏ.
- Ngạt thở do thức ăn lấp thanh quản, khí quản.

III. CHUẨN BỊ

Kiểm tra miệng nạn nhân, móc dị vật hoặc tháo răng giả (nếu có)

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Người bệnh đứng hơi ngả đầu ra phía trước**

** Phương pháp 1:*

Người cứu (Bác sĩ, điều dưỡng) đứng sau nạn nhân, vòng tay ra phía trước (vùng thượng vị) nạn nhân, bàn tay phải nắm lại, bàn tay trái cầm lấy nắm tay phải áp sát vào vùng thượng vị, giật mạnh vòng tay về phía cơ hoành từ dưới lên. Có thể làm lại động tác trên nhiều lần.

** Phương pháp 2:*

Một tay vòng ra phía trước đỡ nạn nhân, một tay đập mạnh vào lưng (vùng giữa 2 xương bả nhiều lần)

2. Người bệnh ngồi trên ghế

** Phương pháp 1.*

Người cứu đứng phía sau lưng ghế, vòng 2 tay ra phía trước rồi thực hiện như trên.

*** Phương pháp 2**

- Đập mạnh vào lưng như trong tư thế người bệnh đứng.
- Người bệnh nằm ngửa.
- Để đầu người bệnh nghiêng về một bên, áp một tay vào vùng thượng vị, bàn tay kia bắt chéo bàn tay dưới rồi đẩy mạnh từ bụng lên phía ngực.
- Người bệnh nằm sấp.
- Dùng 2 tay ấn mạnh vào vùng liên bả vai nhiều lần hoặc lấy tay nắm mạnh vào vùng liên bả vai nhiều lần.

Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ:

- + Đặt trẻ nhỏ trên tay trẻ nằm sấp dọc theo trục của tay, đầu thấp (tay người cứu để ngay bụng trẻ).
- + Dùng phần thẳng của bàn tay vỗ nhẹ và nhanh 5 cái lên vùng giữa 2 xương bả vai.
- + Nếu vỗ lưng không đẩy được dị vật ra, lật trẻ nằm ngửa và ép ngực 5 cái. Vị trí và cách ép như ép tim nhưng với nhịp độ chậm hơn.
- + Làm sạch đường thở giữa các lần vỗ lưng - ép ngực, quan sát khoang miệng dùng tay lấy bất cứ dị vật nào trong miệng.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng nạn nhân trong và sau khi làm thủ thuật. Sau mỗi động tác làm sạch đường thở, xác định dị vật đã được tống ra chưa.
- Loại trừ dị vật thành công khi thấy:
 - + Chắc chắn dị vật đã được tống ra
 - + Người bệnh thở và nói được
 - + Người bệnh tỉnh hơn
 - + Màu sắc da và niêm mạc trở về bình thường.
- Nạn nhân ngừng thở hoặc tím tái thì phải tiến hành hô hấp nhân tạo giữa mỗi lần vỗ hoặc đập vào lưng.
- Khi người bệnh thở lại, chuyển ngay người bệnh đến bệnh viện để tiếp tục hút đờm dãi, soi phế quản lấy dị vật nhỏ khác còn lại
- Nếu người bệnh suy hô hấp báo bác sĩ xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người lớn: hướng dẫn người bệnh cẩn thận trong khi ăn uống nhất là người già, yếu.
- Trẻ em: hướng dẫn bà mẹ cách cho trẻ ăn, uống đúng phương pháp nhất là trẻ nhỏ khi cho ăn, uống.Đổ sữa hoặc bột vào cạnh má tránh đổ thẳng vào miệng trẻ để gây sặc.

48. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GẦY CỘT SỐNG CỔ

I. MỤC ĐÍCH

- Cố định chắc chắn cột sống để tránh gây thêm bất kỳ tổn thương nào cho nạn nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy cột sống cổ - tổn thương cơ ở cổ.
- Chấn thương cột sống có thể bao gồm gãy xương, trật khớp đĩa đệm, lún cột sống và giãn dây chằng.
- Nghi ngờ tổn thương cột sống cổ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Đặt nạn nhân nằm.

2. Dụng cụ

- Vật chèn chữ u (hoặc túi cát).
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Ván cứng - chèn đắp.
- Hộp thuốc chống sốc.
- Xe - cáng.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nâng đỡ nạn nhân trọn khối không gập cổ.
2. Đặt nạn nhân lên cáng (ván).
3. Xếp vật chèn chữ u, đáy chữ u lên đầu.
4. Dùng vật nặng (gối cát) chèn 2 bên đầu cho vững.
5. Dùng băng cố định ngang trán và cầm nạn nhân với cáng (tấm ván).
6. Gập 2 tay nạn nhân lên ngực (buộc dây).

7. Cố định toàn thân nạn nhân vào cáng (tấm ván): buộc ngực, mông, đùi trên khớp gối, cổ chân, bàn chân.
8. Viết phiếu chuyển thương.
9. Chuyển nạn nhân lên cơ sở y tế khi tình trạng đã ổn định.
10. Nếu chưa chuyển ngay đến bệnh viện được thì phải nới rộng cổ áo và lót 1 vòng đệm cổ nhưng phải đảm bảo không tắc nghẽn đường hô hấp. Đắp chăn ủ ấm cho nạn nhân trong khi chờ xe cấp cứu.
11. Trong khi di chuyển theo dõi sát đường hô hấp và các diễn biến bất thường.

Lưu ý:

- Cố định đệm lót cổ chắc vào gáy nạn nhân nhưng không gây tắc nghẽn đường hô hấp.
- Trong khi di chuyển đầu và cổ nạn nhân được giữ chắc
- Luôn theo dõi sát đường thở và toàn trạng nạn nhân
- Đưa nạn nhân tới bệnh viện nhanh và an toàn, không có biến cố xảy ra.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng nạn nhân.
- Tình trạng nơi bị gãy.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng chung nạn nhân trên đường di chuyển (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.
- Bàn giao nạn nhân đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Hướng dẫn người bệnh

- Khuyến nạn nhân không được cố vận động (nhấc đầu và cổ).
- Khi thấy đường thở có biểu hiện tắc nghẽn: như khó thở, cảm thấy tức ngực phải báo lại ngay.

2. Hướng dẫn người nhà người bệnh

- Phối hợp với điều dưỡng nâng đỡ nạn nhân khi cần thiết.
- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.

49. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠY XƯƠNG ĐÒN

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da....
- Phòng ngừa sốc.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương đòn: trực tiếp, gián tiếp, gãy hở

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Nẹp chữ T có kích thước phù hợp (chiều dài nhánh ngang lớn hơn khoảng cách giữa vai), băng cuộn, bông không thấm nước hoặc vải sạch.
- Vải đắp hoặc chăn.
- Cáng, xe để vận chuyển người bệnh.
- Thuốc cấp cứu.
- Phiếu chuyển thương.

2. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Để người bệnh nằm hoặc ngồi.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Dùng nẹp chữ T:

1. Cho người bệnh ưỡn ngực, hai vai kéo về phía sau.
2. Chèn bông hoặc vải dưới 2 nách và 2 bả vai.
3. Đặt nẹp chữ T sau vai: nhánh dọc dài theo cột sống lưng, nhánh ngang áp sát vào quá vai.
4. Quấn băng vòng tròn từ nách qua vai, buộc nút ở vai (có thể dùng băng to bản).
5. Dùng băng cuộn vòng thắt lưng buộc nút ở nơi không vướng hoặc có thể dùng băng chun.

Băng số 8 ở sau lưng, không băng chặt quá làm chèn ép mạch máu và dây thần kinh vùng nách.

6. Viết phiếu chuyển thương.
7. Chuyển nạn nhân tới trung tâm y tế khi tình trạng ổn định.
8. Theo dõi sát người bệnh về tình trạng sức khỏe trong khi di chuyển.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

- Tình trạng sau đặt băng chun: không lỏng, không chặt, các tĩnh mạch không nổi phồng, móng tay không tím, bệnh nhân không thấy tê như kiến bò ngón tay.
- Nơi đặt bông chỗ xương đòn gãy: đúng độ dày và không xô lệch.
- Vùng nách hai bên: không bị chèn ép.

2. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng nơi cố định.
- Tình trạng người bệnh.
- Thuốc giảm đau (nếu có).
- Tên người thực hiện.

3. Báo cáo

- Đã chuyển người bệnh tới nơi an toàn, không có biến cố gì xảy ra trên đường di chuyển.
- Bàn giao người bệnh đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Hướng dẫn người bệnh

- Không được kéo vật đệm ở nách ra khi chưa cho phép.
- Không được dùng que hoặc gậy mạnh làm xước da, chỉ xoa nhẹ.
- Vùng nách luôn giữ sạch và khô.

2. Hướng dẫn người nhà người bệnh

- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.
- Cùng điều dưỡng giúp người bệnh đi lại khi cần thiết.

50. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GÂY CỘT SỐNG LƯNG

I. MỤC ĐÍCH

Cố định chắc chắn cột sống để tránh gây thêm bất kỳ tổn thương nào cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy cột sống lưng.
- Chấn thương cột sống có thể bao gồm gãy xương, trật khớp đĩa đệm, lún cột sống và giãn dây chằng.
- Nghi ngờ có tổn thương cột sống lưng

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Vạt chèn lưng người bệnh hoặc chăn.
- Cáng cứng hoặc tấm ván, dây to bản.
- Phiếu chuyển thương.

2. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt một chăn đã gấp lại lên trên cáng để đỡ ở thắt lưng nạn nhân.
2. Cấp cứu viên cùng khiêng nạn nhân lên cáng:
Nâng đỡ trọn khối và vững để tránh gây tổn thương tuỷ sống và gây đau đớn cho nạn nhân.
3. Cần có 4 - 5 người:
 - Một người đặt cáng ở phía đầu nạn nhân và giữ nhiệm vụ điều khiển cáng.
 - Một người ở một bên phía đầu nạn nhân (chừa chỗ để đẩy cáng vào) quỳ 1 gối và:
 - + Một tay đỡ gáy.
 - + Một tay để ở trán giữ không cho đầu nghiêng sang một bên, ngửa ra đằng sau hay gập về phía trước.

- Ba người còn lại đứng giăng chân qua mình nạn nhân và thực hiện như sau:
 - + Người thứ nhất đứng phía đầu quay mặt xuống chân nạn nhân, luồn 2 tay dưới thân người bệnh để đỡ phần vai.
 - + Người thứ hai đứng đối diện với người thứ nhất luồn hai tay dưới thắt lưng để đỡ phần lưng.
 - + Người thứ ba, tư ở tư thế như người thứ hai, luồn một tay dưới đùi, một tay dưới bắp chân để đỡ 2 chân.
- 4. Người điều khiển ra khẩu lệnh hô 1, 2, 3 tất cả cùng đặt nạn nhân nằm lên cáng.
- 5. Băng bó vết thương (nếu có) và đệm lót trước khi bắt động.
- 6. Quan sát tư thế nằm của nạn nhân. Để ý đến vị trí của cột sống và vật đệm lót.
- 7. Phủ kín chân lên người nạn nhân.
- 8. Cố định nạn nhân vào cáng bằng nhiều dây rộng bản, che chắn trước khi di chuyển. Cố định 1 dây ở ngang trán, 1 dây ở cằm, 1 dây ở ngực, 1 dây ở thắt lưng, 1 dây cố định 2 đùi với nhau, 1 dây trên khớp gối, 1 cổ chân.
- 9. Viết phiếu chuyển nạn nhân.
- 10. Chuyển ngay nạn nhân lên các cơ sở điều trị.
- 11. Theo dõi sát tình trạng nạn nhân trong khi di chuyển.

Lưu ý:

- Đệm lót tốt trước khi cố định.
- Nâng đỡ nạn nhân trọn khối và nhẹ nhàng
- Bắt động gậy cột sống giữ đúng vị trí cơ năng của phân bị gãy và cố định chắc vào cáng.
- Trong khi di chuyển luôn quan sát thể trạng nạn nhân.
- Chuyển nạn nhân tới bệnh viện nhanh và an toàn.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng nạn nhân.
- Tình trạng nơi tổn thương.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng nạn nhân (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)
- Phương pháp xử trí khi có biến cố xảy ra.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Hướng dẫn người bệnh

Khuyến nạn nhân nằm yên, không được cố vận động các phần của cơ thể.

2. Hướng dẫn người nhà người bệnh

- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân hàng ngày.
- Phối hợp với nhân viên y tế cùng nâng đỡ người bệnh khi cần thiết.

52. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG SƯỜN

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Giảm nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, các tạng, cơ, da.....
- Phòng ngừa sốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương sườn hở.
- Gãy xương sườn kín.
- Gãy xương sườn biến chứng.
- Gãy xương sườn mảnh sườn di động, gây hô hấp đảo ngược.

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân

- Động viên, an ủi nạn nhân cả quá trình tiến hành.
- Để nạn nhân nằm hoặc ngồi.

2. Dụng cụ

- Nẹp.
- Khăn tam giác hoặc băng dính to bản hoặc cà vạt, băng cuộn.
- Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc vô khuẩn....
- Dung dịch sát khuẩn, thuốc theo chỉ định.
- Phiếu chuyển thương - cáng - xe.
- Hộp thuốc cấp cứu.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tổn thương vùng ngực kèm gãy xương sườn

- Đặt nạn nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Chống sốc, đảm bảo tuần hoàn, hô hấp tốt.
- Đặt nẹp bên ngực lành.
- Đặt 1 khăn (hoặc cà vạt, băng cuộn) ở giữa nơi xương sườn bị gãy, bảo nạn nhân thở ra, buộc nút trước nách và trên nẹp đối diện xương sườn bị gãy.
- Khăn thứ 2 và 3 đặt trên và dưới khăn 1 buộc như trên.
(hoặc dùng băng to bản quấn vòng quanh 5- 6 vòng che kín toàn bộ vị trí xương sườn gãy (với gãy xương kín): hướng dẫn nạn nhân thở ra hết sức, rồi quấn băng chặt để bất động sao cho khi nạn nhân hít vào không làm di động xương gãy. Hoặc dùng băng dính to bản hoặc băng dính nhỏ bản dán chồng lên nhau ở nửa phía ngực có gãy xương sườn: dán 1/2 vòng từ xương sống đến xương ức bên sườn gãy).
- Cho uống thuốc an thần, giảm đau theo y lệnh.
- Viết phiếu chuyển nạn nhân đến nơi điều trị.

2. Tổn thương nặng vùng ngực, gãy nhiều xương sườn, có khi cả xương ức

- Đặt nạn nhân ra nơi thoáng, đặt tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Chống sốc, đảm bảo tuần hoàn, hô hấp tốt trước khi cố định.
- Làm thông thoáng đường thở, lấy hết dị vật.
- Đặt nhiều gạc bông lên vết thương ngực hở rồi băng kín không cho hơi phì phò qua vết thương.
- Có ngừng thở: thổi ngạt hay bóp bóng, không được dùng phương pháp hô hấp nhân tạo ép tay lên lồng ngực vì gây khó thở thêm.
- Chuyển viện: đặt đầu nghiêng về một bên.
- Trong khi di chuyển theo dõi sát nhịp thở và toàn trạng nạn nhân, khi trời rét cần ủ ấm.

3. Nếu trường hợp gãy xương có biến chứng

Là gãy xương gây tổn thương dây thần kinh và mạch máu (cả kín và hở):

- Cầm máu ép nhẹ mép vết thương lại (không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy).
- Đặt gạc lên vết thương và đặt bông ở xung quanh vết thương, băng lại, cố định và chuyển nạn nhân về nơi điều trị.

Lưu ý:

- Nạn nhân được xử trí kịp thời, nếu có vết thương hở và có chảy máu được cầm máu và xử trí kịp thời đúng kỹ thuật.
- Khi dấu hiệu sinh tồn ổn định chuyển nạn nhân tới bệnh viện kịp thời an toàn.
- Trong khi di chuyển nạn nhân theo dõi sát nhịp thở và toàn trạng nạn nhân

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện
- Tiêm thuốc chống sốc (nếu có).
- Tình trạng hô hấp.
- Tình trạng nạn nhân.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng nạn nhân và khó khăn khi di chuyển.
- Cách xử trí khi có các sự cố xảy ra.
- Bàn giao nạn nhân đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Hướng dẫn cách tập thở: hít vào sâu và thở ra hết sức có tác dụng cho chức năng hô hấp làm việc trở lại bình thường.
- Khi ho khạc đờm: lấy tay đỡ nơi ngực tổn thương.

2. Người nhà người bệnh

- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.
- Phối hợp với điều dưỡng nâng đỡ, xoa, vỗ rung nhẹ vùng lưng (khi cho phép) tạo cho hô hấp tuần hoàn lưu thông.

52. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI VỠ XƯƠNG CHẬU

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau đớn, giữ cho nạn nhân thoải mái.
- Phòng chống sốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vỡ xương chậu kín.
- Vỡ xương chậu hở.
- Vỡ xương chậu biến chứng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.

- Đặt nạn nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng hoặc hơi co đầu gối.

2. Dụng cụ

- Gối hoặc chăn mỏng.
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Cáng cứng.
- Phiếu chuyển thương.
- Bộ dụng cụ tiêm thuốc giảm đau chống sốc.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chống sốc, đảm bảo tuần hoàn hô hấp tốt trước khi cố định.
2. Đặt nạn nhân nguyên tư thế lúc ngã lên giữa trên mặt cứng.
3. Đặt vật chấn hai bên hông, dài từ đùi đến quá thắt lưng.
4. Buộc 1 dây băng rộng (to bản) trên ổ gầy của nạn nhân vào cứng.
5. Buộc 1 dây băng rộng (to bản) dưới ổ gầy của nạn nhân vào cứng.
6. Kiểm tra sự lưu thông tuần hoàn dưới vùng cố định.
7. Đắp chăn cho nạn nhân.
8. Viết phiếu chuyển thương.
9. Chuyển nạn nhân tới bệnh viện và các trung tâm y tế.

Lưu ý:

- Nạn nhân được đặt đúng tư thế trên cứng và được cố định chắc khi di chuyển.
- Trong khi di chuyển được theo dõi sát toàn trạng nạn nhân.
- Nạn nhân được ủ ấm - Giảm đau tránh sốc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng toàn thân.
- Tình trạng vùng tổn thương và nơi cố định.
- Tên người thực hiện.
- Các diễn biến xảy ra khi di chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.
- Bàn giao nạn nhân đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Hướng dẫn người bệnh

Tránh vận động có thể làm đau hơn và thường làm thương tổn nặng hơn.

2. Hướng dẫn gia đình người bệnh

- Phối hợp với điều dưỡng:
 - + Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.
 - + Giúp người bệnh thay đổi tư thế khi cần thiết.

53. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GẦY XƯƠNG ĐÙI KÍN

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Phòng chống sốc.
- Hạn chế nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương kín. (Gãy kín là gãy xương mà tổ chức da ở xung quanh ổ gãy không bị tổn thương hoặc có thể tổn thương nhưng không thông với ổ gãy).

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Cho người bệnh nằm.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Nẹp gỗ - Nẹp thomas (giá Thomas).
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Bông không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo.
- Hộp thuốc chống sốc.
- Cáng - xe.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.

- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tiến hành kỹ thuật này cần 3 người.

1. Phòng chống sốc cho nạn nhân- thực hiện y lệnh của BS.
2. Hướng dẫn người phụ:
 - 1 người đỡ trên và dưới ổ gãy.
 - 1 người giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân và kéo liên tục theo trục của chi bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.
3. Giữ bàn chân ở tư thế cơ năng: bàn chân vuông góc với cẳng chân.
4. Đặt nẹp:
 - Đặt nẹp dưới từ bả vai đến gót chân.
 - Đặt nẹp trong từ bẹn đến quá chân (có thể thay thế nẹp trong bằng chân lành và đệm lót giữa 2 chân bằng chăn mỏng: trường hợp tùy ứng).
 - Đặt nẹp ngoài từ nách đến gót chân.
5. Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp: chỗ sát xương, chỗ lõm.
6. Buộc một dây trên ổ gãy.
7. Buộc một dây dưới ổ gãy.
8. Buộc 3 dây lần lượt: ngang hông, dưới gối, ngang ngực.
9. Băng theo kiểu số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.
10. Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy.
11. Buộc 2 dây với 2 chi với nhau (nếu không có nẹp).
12. Viết phiếu chuyển thương.
13. Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân khi tình trạng đã ổn định đến cơ sở điều trị.
14. Theo dõi sát tình trạng nạn nhân và tuần hoàn chi gãy - khi trời rét cần ủ ấm để tránh sốc.

Lưu ý:

- Cố định chi gãy đúng kỹ thuật (cố định không chặt quá và cũng không lỏng quá).
- Nhanh chóng vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện và các cơ sở điều trị.
- Khi di chuyển giữ nạn nhân tư thế thoái mái - Nâng đỡ nhẹ nhàng - Đúng phương pháp - Giảm đau - Không gây tổn thương thêm.
- Thường xuyên theo dõi sát toàn trạng và tuần hoàn chi gãy.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.
- Xử trí sốc (nếu có).

- Tình trạng nạn nhân.
- Tình trạng tuần hoàn chi gãy.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng chung của nạn nhân trên đường di chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.
- Bàn giao người bệnh đầy đủ.

VI . HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Khi nằm luôn gác chân lên để tránh phù nề.
- Thấy có sự thay đổi khác thường trong người hoặc đầu chi cố định thấy lạnh phải báo lại ngay.

2. Gia đình người bệnh

- Phối hợp điều dưỡng giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.

55. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG ĐÙI HỖ

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Phòng chống sốc.
- Hạn chế nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da....
- Phòng nhiễm khuẩn vết thương .

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương hở (là một tổn thương thông từ bề mặt của da với ổ gãy hoặc một đầu xương gãy chồi ra ngoài).
- Gãy xương có biến chứng (là gãy xương gây tổn thương dây thần kinh, mạch máu).

Lưu ý: không có nẹp có thể buộc chi gãy vào chi lành.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Cho người bệnh nằm.

2. Dụng cụ

- Nẹp gỗ, nẹp Thomas (giá Thomas).
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Bông không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo.
- Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, kéo, bông, băng, gạc, dung dịch sát khuẩn
- Dụng cụ cầm máu(nếu có tổn thương động mạch).
- Hộp thuốc chống sốc.
- Cáng - Xe.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tiến hành kỹ thuật này cần có hai người phụ.

1. Phòng chống sốc cho nạn nhân.- thực hiện y lệnh của BS.
2. Giải quyết tuần hoàn, hô hấp trước khi sơ cứu.
3. Hướng dẫn người phụ:
 - 1 người đỡ trên ổ gậy và dưới ổ gậy.
 - 1 Người giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.
4. Giữ bàn chân luôn ở tư thế cơ năng: bàn chân vuông góc với cẳng chân.
5. Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gậy.
 - Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương.
 - Đặt gạc hoặc miếng vải lên trên đầu xương chồi ra.
 - Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương.
 - Băng cố định gạc vào vòng đệm bằng băng cuộn.
6. Đặt nẹp:
 - Đặt nẹp dưới từ bả vai đến gót chân.
 - Đặt nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân (có thể thay thế nẹp trong bằng chân lạnh và đệm lót giữa 2 chân bằng chăn mỏng: trường hợp tuý ứng).
 - Đặt nẹp ngoài từ nách đến quá gót chân.
7. Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp: chỗ sát xương, chỗ lõm.
8. Buộc 1 dây trên ổ gậy.
9. Buộc 1 dây dưới ổ gậy.
10. Buộc 3 dây lần lượt: ngang hông, dưới gối, ngang ngực.

11. Băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.
12. Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy.
13. Buộc 2 dây với 2 chi với nhau (nếu không có nẹp)
14. Viết phiếu chuyển thương.
15. Vận chuyển nạn nhân khi tình trạng ổn định đến bệnh viện và các trung tâm y tế.
16. Theo dõi sát tình trạng tuần hoàn chi gãy của nạn nhân trong khi di chuyển, khi trời lạnh cần ủ ấm tránh sốc.

Lưu ý:

- Vết thương hở đã được xử trí cầm máu và băng bó vết thương trước khi cố định.
- Cố định chi gãy đúng kỹ thuật (cố định không chặt quá và cũng không lỏng quá).
- Nhanh chóng vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- Khi di chuyển giữ nạn nhân ở tư thế thoải mái- nâng đỡ nhẹ nhàng - đúng phương pháp - giảm đau - không gây thương tổn thêm.
- Thường xuyên theo dõi sát toàn trạng và tuần hoàn chi gãy.

V . ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ cố định.
- Xử trí sốc (nếu có).
- Tình trạng nạn nhân.
- Tình trạng chi gãy.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng chung của nạn nhân trên đường vận chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.
- Bàn giao nạn nhân đầy đủ.

VI . HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Khi nằm luôn nhớ gác chân bị gãy lên cao để tránh phù nề.
- Thấy người có biểu hiện khác thường phải báo lại ngay cho điều dưỡng.
- Tự theo dõi tuần hoàn chi gãy.

2. Người nhà người bệnh

- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.

55. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GẦY XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm bớt sự đau đớn, tránh làm cho tổn thương nặng thêm, giữ nạn nhân ở tư thế thoải mái và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương cẳng chân nói chung.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh.
- Cho nạn nhân nằm.

2. Dụng cụ

- Nẹp gỗ các loại.
- Nẹp Beckel (máng Beckel).
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Bông không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo.
- Dụng cụ thay băng (nếu gãy hở): kim, kẹp phẫu tích, kéo, bông, gạc, dung dịch sát khuẩn.....)
- Hộp thuốc chống sốc.
- Cáng- Xe.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện, các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gãy xương kín

Là gãy xương mà tổ chức da ở xung quanh ổ gãy không bị tổn thương hoặc có thể bị tổn thương nhưng không thông với ổ gãy.

- Hướng dẫn người phụ giữ cẳng chân vuông góc với bàn chân.

- Đặt 2 nẹp:
 - + 1 nẹp từ mắt cá trong đến giữa đùi.
 - + 1 nẹp từ mắt cá ngoài đến giữa đùi hoặc thay thế bằng 1 nẹp kẽm bẻ thành chữ L đặt dưới cẳng chân.
- Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp và chỗ xương nhô ra.
- Cố định : dùng dây to bản.
 - + 1 dây trên ổ gầy
 - + 1 dây dưới ổ gầy.
 - + 1 dây trên khớp gối .
 - + 1 dây ở cổ chân.
 - + Băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.
- Cố định chân lành vào chân gãy (nếu không có nẹp để cố định).
- Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy.
- Viết phiếu chuyển viện.
- Vận chuyển nạn nhân lên cáng và theo dõi toàn trạng ổn định chuyển tới bệnh viện.
- Theo dõi sát tình trạng tuần hoàn của chi gãy khi di chuyển. Trời lạnh cần ủ ấm để tránh sốc.

2. Gãy xương hở

Là 1 tổn thương thông từ bề mặt của da với ổ gãy hoặc 1 đầu xương gãy chồi ra ngoài.

a. Trường hợp xương gãy chồi ra ngoài vết thương:

1. Không kéo nắn đầu xương vào trong.
2. Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy.

(Đặt gạc, đặt 1 vành khăn hoặc 1 đệm bông hình bán nguyệt lên vết thương, sau đó băng lại, tiến hành cố định và chuyển nạn nhân).

b. Xương bị gãy không chồi ra ngoài.

1. Cầm máu ép nhẹ 2 mép vết thương lại (không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy)
2. Đặt gạc lên vết thương và đệm bông ở xung quanh vết thương, băng lại, cố định và chuyển nạn nhân về nơi điều trị.

3. Gãy xương có biến chứng

- Là gãy xương gây thương tổn dây thần kinh và mạch máu (cả gãy kín và gãy hở).
- Nếu có tổn thương động mạch phải đặt garo cầm máu, xử trí vết thương, sát khuẩn và băng lại, cố định xương gãy, sau đó vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

4. Lưu ý

- Phải giải quyết các vấn đề về hô hấp, tuần hoàn trước khi sơ cứu.

- Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân (phải có đệm lót)
- Cố định trên, dưới ổ gãy, khớp trên và khớp dưới ổ gãy.
- Bất động ở tư thế cơ năng: chi dưới thẳng 180°
- Trường hợp gãy xương kín: kéo chi liên tục bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.
- Trường hợp gãy xương hở: không được kéo nắn xương, không ấn đầu xương vào, cố định nguyên tư thế gãy.
- (Nếu có tổn thương động mạch phải đặt garo và xử trí vết thương).
- Nhanh chóng, nhẹ nhàng, vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.
- (Trên đường đi luôn theo dõi tuần hoàn chi)
- Không có nẹp có thể cố định chi gãy vào với chi lành.
- Khi vận chuyển theo dõi sát toàn trạng và xử trí kịp thời những diễn biến bất thường xảy ra.

V . ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện.
- Tình trạng người bệnh .
- Tình trạng tuần hoàn chi gãy.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng nạn nhân khi vận chuyển.
- Các phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.

VI . HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Khi nằm luôn nâng cao chân bên gãy để chống sự phù nề.
- Tự theo dõi tuần hoàn chi gãy.
- Thấy người có sự thay đổi bất thường hoặc đầu chi cố định thấy lạnh hoặc tê thì phải báo lại cho nhân viên y tế.

2. Người nhà người bệnh

- Giúp đỡ người bệnh về vệ sinh cá nhân.
- Phối hợp với điều dưỡng xoa bóp nhẹ nhàng vùng gần nơi cố định để giúp cho tuần hoàn chi gãy lưu thông được tốt.
- Cùng điều dưỡng giúp người bệnh tập vận động và đi lại khi tổn thương đã ổn định.

56. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GẦY XƯƠNG CẰNG TAY

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau.
- Phòng chống sốc.
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da.....

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp gãy xương cẳng tay nói chung.

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Cho người bệnh nằm hoặc ngồi.

2. Dụng cụ

- Nẹp gỗ - Nẹp Cra - me.
- Băng cuộn - dây to bản.
- Bông không thấm nước hoặc vải sạch hay quần áo.
- Khăn tam giác.
- Dụng cụ thay băng; kim, kẹp phẫu tích keo, bông, gạc, dung dịch sát khuẩn, garo cầm máu (nếu cần)
- Hộp thuốc chống sốc.
- Cáng - xe để vận chuyển nạn nhân.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các bệnh viện và các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gãy xương kín

1.1. Trường hợp gấp khuỷu tay được

- Đỡ cẳng tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, lòng bàn tay để ngửa.

- Đặt 1 nếp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay.
- Đặt 1 nếp ngoài từ đầu ngón tay đến quá khuỷu.
- Cố định:
 - + 1 dây to bản ở trên ổ gầy.
 - + 1 dây to bản ở dưới ổ gầy.
 - + 1 dây to bản ở bàn tay.
- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực (hoặc băng to bản).

1.2. Trường hợp không thể gấp khuỷu tay được

Không cố dùng sức để gấp khuỷu tay. Bảo người bệnh dùng tay lành đỡ tay bị gãy ở vị trí đó nếu có thể.

- Đặt người bệnh nằm xuống và đặt tay bị gãy dọc theo thân.
- Đặt 1 miếng đệm dài vào tay bị thương và thân.
- Buộc tay bị gãy vào cơ thể bằng 3 dây rộng bản ở các vị trí:
 - Buộc 1 dây quanh cổ tay và đùi.
 - Buộc 1 dây quanh cánh tay và ngực.
 - Buộc 1 dây quanh cẳng tay và bụng.
- Viết phiếu chuyển thương.
- Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân khi tình trạng đã ổn định đến cơ sở điều trị.
- Theo dõi thường xuyên tình trạng và tuần hoàn chi gãy - Khi trời lạnh ủ ấm tránh sốc.

2. Gãy xương hở

2.1. Gãy hở xương chồi ra ngoài vết thương

- Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong.
- Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy.
 - + Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương .
 - + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra.
 - + Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương.
 - + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn.
 - + Xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín.

2.2. Gãy xương hở không chồi ra ngoài vết thương

- Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.
- Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương.

- Xử trí như trường hợp gãy xương hở có xương chồi ra ngoài và xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín.

3. Trường hợp gãy xương biến chứng

Là gãy xương gây tổn thương dây thần kinh, mạch máu hay một tổ chức, cơ quan nào đó (cả gãy hở và gãy kín).

- Nếu có tổn thương động mạch: phải đặt garo để cầm máu.
- Có vết thương hở: xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy xương hở. Sau đó cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.

Lưu ý:

- Cố định nạn nhân đúng kỹ thuật, xử trí vết thương kịp thời.
- Nạn nhân đã chuyển tới cơ sở điều trị kịp thời và an toàn.
- Khi di chuyển đi đường thường xuyên theo dõi sát tuần hoàn chi gãy và toàn trạng nạn nhân.
- Vận chuyển nhẹ nhàng không làm tổn thương thêm cho nạn nhân.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ cố định.
- Tình trạng tuần hoàn chi gãy và tình trạng nạn nhân.
- Xử trí sốc (nếu có).
- Tên người thực hiện.
- Tuần hoàn chi gãy và diễn biến tình trạng nạn nhân trên đường vận chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Nếu thấy trong người đau đớn, phía dưới nơi cố định thấy tím, lạnh đầu chi bị gãy phải báo lại.

2. Gia đình người bệnh

- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.

57. KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG CÁNH TAY

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau - phòng ngừa sốc.
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương cánh tay nói chung.

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành.
- Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi.

2. Dụng cụ

- Nẹp gỗ hoặc nẹp Cra - me.
- Băng cuộn hoặc dây to bản.
- Bông không thấm nước hoặc vải hay quần áo.
- Khăn tam giác - Hộp thuốc chống sốc.
- Dụng cụ thay băng: kìm, kẹp phẫu tích, gạc, bông, dung dịch sát khuẩn.....
- Cáng hoặc xe để vận chuyển nạn nhân.
- Phiếu chuyển nạn nhân.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các cơ sở điều trị và các bệnh viện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gãy xương kín

1.1. Dùng nẹp cố định

- Để cánh tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay
- Đặt 1 nẹp phía trong cánh tay từ hõm nách xuống khớp khuỷu tay.
- Đặt 1 nẹp phía ngoài cánh tay từ khớp vai xuống dưới khớp khuỷu tay.
- Có thể dùng nẹp Cra - me làm thành góc 90° đỡ cả cánh tay và cẳng tay băng lại.

- Lót bông không thấm nước vào các đầu nẹp, chỗ xương nhô ra.
- Buộc dây cố định trên ổ gầy.
- Buộc dây cố định dưới ổ gầy.
- Đỡ cẳng tay bằng khăn tam giác (hoặc băng to bản) treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu tay và úp vào thân.
- Băng hoặc buộc cánh tay vào sát thân.

1.2. Dùng khăn tam giác

- Cánh tay để sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay. Bảo nạn nhân dùng tay lành đỡ tay đau.
 - Luồn khăn tam giác dưới cẳng tay của tay đau, đỉnh của khăn ở khuỷu tay, buộc khăn qua cổ sang bên vai lành.
 - Gấp đỉnh khăn tam giác cho gọn và kim băng vào phần vải ở khuỷu tay.
 - Dùng khăn tam giác thứ 2 hoặc buộc cánh tay sát vào thân mình.
 - Viết phiếu chuyển thương.
 - Vận chuyển nạn nhân tới các cơ sở điều trị.
- * Trường hợp nạn nhân không thể gấp khuỷu tay vào được, cho nạn nhân nằm xuống và đặt tay bị thương dọc theo thân mình.

2. Gãy xương hở

a. Gãy hở xương chồi ra ngoài

- Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong.
- Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy
 - + Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương.
 - + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra.
 - + Đặt 1 vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương.
 - + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn
 - + Xử trí các bước tiếp theo như gãy kín.

b. Trong trường hợp gãy hở xương không chồi ra ngoài:

- Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.
- Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương.
- Xử trí như trường hợp gãy hở có xương chồi ra ngoài.

3. Trường hợp gãy xương có biến chứng:

- Nếu có tổn thương động mạch: phải đặt garo để cầm máu.
- Xử trí vết thương.

- Có vết thương hở xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy hở, cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân về cơ sở điều trị.

Lưu ý:

- Cố định nạn nhân đúng kỹ thuật.
- Sau khi cố định tay được treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu.
- Nạn nhân chuyển tới bệnh viện nhanh chóng và an toàn.
- Trong khi di chuyển giữ tư thế đúng và theo dõi sát nạn nhân, xử trí kịp thời những diễn biến xảy ra (nếu có).

V . ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ cố định.
- Tình trạng nơi cố định.
- Tình trạng nạn nhân.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng nạn nhân khi di chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có tình huống xảy ra.

VI . HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Tay gãy luôn giữ ở tư thế bàn tay cao hơn khuỷu tay.
- Khi thấy người có biểu hiện khác thường phải báo lại.

2. Người nhà người bệnh

Giúp đỡ người bệnh khi ăn uống, vệ sinh.

58. QUY ĐỊNH VỀ BÀN GIAO TRỰC

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện đúng quy chế bệnh viện
- Đảm bảo thực hiện tốt công tác chăm sóc, điều trị người bệnh

II. QUY ĐỊNH CHUNG

- Giờ bàn giao được tiến hành 30 phút trước giờ làm việc chính thức của tua (hoặc ca sau).
- Bàn giao và ký nhận đầy đủ: tài sản, thuốc, hồ sơ bệnh án và người bệnh.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Người bàn giao: phải hoàn thành tất cả công việc chuẩn bị cho bàn giao 30 phút trước giờ làm việc chính thức của tua trực sau (hoặc ca sau).

- Hoàn tất vệ sinh người bệnh, dụng cụ, sắp xếp đồ đạc, dụng cụ thuộc phạm vi phụ trách và sử dụng vào đúng vị trí quy định đảm bảo sạch, ngăn nắp.
- Tập hợp đủ hồ sơ bệnh án, phim X. quang, các phiếu xét nghiệm sắp xếp vào nơi quy định.
- Kiểm tra tủ thuốc trực và ghi đầy đủ vào sổ dùng thuốc tủ trực tất cả những thuốc được lấy ra từ tủ trực: họ tên người bệnh, tên thuốc, hàm lượng, số lượng và ký để bàn giao.
- Kiểm tra và ghi bổ sung đầy đủ các loại phiếu theo dõi, chăm sóc...thuộc phạm vi ghi chép của điều dưỡng.
- Kiểm tra và ghi lại việc sử dụng những dụng cụ, máy móc, những dụng cụ và phương tiện khử khuẩn, tiệt khuẩn, bảo dưỡng, sửa chữa hoặc huỷ bỏ. Ký bàn giao.
- Ghi đầy đủ những diễn biến trong tua trực (ca làm việc) theo quy định của quy chế bệnh viện và quy định của bệnh viện.
- Ghi và ký bàn giao sổ bàn giao người bệnh chăm sóc cấp I với nội dung họ tên người bệnh, số giường, số buồng, chẩn đoán, những y lệnh và những vấn đề theo dõi, chăm sóc tiếp theo.
- Người bệnh chăm sóc cấp I, người bệnh có chỉ định theo dõi, chăm sóc đặc biệt và người bệnh mới vào cần được bàn giao tại giường.

2. Người nhận

- Có mặt để nhận bàn giao trước giờ làm việc chính thức ít nhất 30 phút.
- Nhận bàn giao tỷ mỉ, chi tiết và ký nhận đầy đủ.
- Nhận bàn giao người bệnh chăm sóc cấp I và chăm sóc đặc biệt trên người bệnh.
- Kiểm tra lại thông tin của người giao, nếu có vấn đề gì chưa rõ thì hỏi ngay.
- Thực hiện tiếp các y lệnh và phần việc được bàn giao.

59. QUY ĐỊNH ĐI BUỒNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA

I. MỤC ĐÍCH

- Hướng dẫn, đôn đốc và giám sát công tác chăm sóc phục vụ người bệnh của Y tá - điều dưỡng và hộ lý và việc sử dụng vật tư tiêu hao.
- Thăm người bệnh và tiếp nhận những ý kiến góp ý của người bệnh về công tác chăm sóc phục vụ.
- Đánh giá kết quả thực hiện y lệnh điều trị và chăm sóc của điều dưỡng viên và tiến triển của người bệnh.

- Nhận mệnh lệnh điều trị của bác sĩ trưởng khoa trong khi đi buồng.

II. CHUẨN BỊ

- Sổ đi buồng.
- Hồ sơ bệnh án, phim X. quang của người bệnh (Điều dưỡng trưởng nhắc nhở và kiểm tra công tác chuẩn bị của Điều dưỡng viên trong đi buồng của bác sĩ trưởng khoa).

III. QUY ĐỊNH CHUNG

- Không thảo luận về những vấn đề chuyên môn ảnh hưởng tới tâm lý người bệnh và phê phán đồng nghiệp trước mặt người bệnh.
- Khi bác sĩ trưởng và Điều dưỡng trưởng khoa đi buồng, Điều dưỡng viên phải chủ động chuẩn bị những tài liệu, hồ sơ bệnh án có liên quan đến người bệnh và diễn biến của người bệnh để sẵn sàng báo cáo.

IV. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Thời gian đi buồng

- Đi buồng thường ngày: do Điều dưỡng trưởng khoa chủ động thu xếp thời gian đi buồng thường quy trong ngày. Nên đi buồng hàng ngày vào giờ đầu tiên sau giao ban sáng.
- Đi buồng đột xuất vào bất kỳ thời gian nào trong ngày để giám sát công tác chăm sóc người bệnh.
- Đi buồng cùng bác sĩ trưởng khoa theo lịch của bác sĩ trưởng khoa để tiếp nhận mệnh lệnh của bác sĩ trưởng khoa.

2. Nội dung đi buồng

- Thăm và tiếp xúc với người bệnh.
- Tiếp thu và giải đáp những ý kiến phản ánh, đề nghị của người bệnh và gia đình người bệnh đồng thời nhắc nhở người bệnh và gia đình người bệnh chấp hành quy định vệ sinh và nội quy bệnh viện.
- Quan sát, đôn đốc y tá điều dưỡng viên chăm sóc và thực hiện các kỹ thuật chăm sóc trên người bệnh theo đúng quy trình đã được quy định.
- Hướng dẫn hoặc lưu ý Điều dưỡng viên thực hiện đúng quy trình vô khuẩn, quy trình chăm sóc, quy trình kỹ thuật bệnh viện và chăm sóc và theo dõi cho người bệnh nặng.
- Quan sát việc sử dụng những mặt hàng tiêu hao.
- Kiểm tra, đôn đốc việc thực hiện y lệnh, ghi chép phiếu theo dõi, chăm sóc.
- Nhắc nhở hộ lý thực hiện quy trình vệ sinh khoa phòng buồng bệnh.

3. Ghi sổ đi buồng: sau mỗi lần đi buồng, điều dưỡng trưởng phải ghi nhận xét và thông báo những việc cần làm cho nhân viên.

Ghi lại những ý kiến của trưởng khoa trong khi đi buồng để tổ chức cho điều dưỡng viên và hộ lý thực hiện.

4. Báo cáo Trưởng khoa những việc đột xuất được phát hiện khi đi buồng, những việc này ngoài khả năng giải quyết của Điều dưỡng trưởng để xin ý kiến chỉ đạo.

5. Tổ chức và đôn đốc thực hiện các y lệnh điều trị của trưởng khoa và y lệnh chăm sóc được bổ sung khi đi buồng.

60. QUY ĐỊNH TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH CHUYỂN VÀ NHẬN NGƯỜI BỆNH GIỮA CÁC KHOA TRONG BỆNH VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

Đảm bảo người bệnh được đón tiếp ngay từ khoa khám bệnh và được nhân viên y tế đưa vào khoa điều trị, vận chuyển và tiếp nhận chu đáo tại các khoa trong bệnh viện.

II. QUY ĐỊNH

Phải thực hiện đúng quy định về chế độ giao tiếp tại các đơn vị khám chữa bệnh tại quyết định số 4031/2001/QĐ-BYT.

1. Tại khoa khám bệnh

Khi người bệnh tới khoa khám bệnh, điều dưỡng viên khoa khám bệnh phải:

- Chủ động tiếp đón người bệnh và gia đình người bệnh, sẵn sàng giúp và trả lời đầy đủ các câu hỏi của họ với thái độ ân cần, quan tâm, lịch sự.
- Quan sát và nhận định nhanh tình trạng người bệnh để phân loại sơ bộ tình trạng sức khỏe người bệnh nhằm có thái độ ưu tiên giải quyết đúng mức những trường hợp cấp cứu hoặc bệnh nặng.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh xếp số y bạ hoặc giấy giới thiệu khám bệnh, giấy chuyển viện (nếu có) và ngồi chờ đúng nơi quy định để đến lượt vào khám.
- Vào sổ khám bệnh đủ theo các cột mục quy định.
- Phát số khám bệnh theo thứ tự.
- Hướng dẫn người bệnh vào buồng khám khi đến lượt.
- Đăng ký vào sổ sau khi người bệnh được bác sĩ khám bệnh và ghi rõ cách giải quyết của bác sĩ.

- Chỉ dẫn cho người bệnh, gia đình người bệnh hoặc đưa người bệnh (trường hợp bệnh nặng) tới nơi làm xét nghiệm, chụp, chiếu X. quang hoặc nơi nhận thuốc, mua thuốc.
- Hướng dẫn và giáo dục sức khoẻ cho người bệnh.
- Trường hợp nếu bác sĩ cho người bệnh nhập viện, y tá (điều dưỡng) khoa khám bệnh phải thông báo cho điều dưỡng trưởng hoặc hành chính khoa điều trị chuẩn bị sẵn sàng giường bệnh để đón tiếp người bệnh
- Chuẩn bị phương tiện, hồ sơ bệnh án và các thủ tục nhập viện cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh hoặc gia đình người bệnh tiến hành thủ tục nhập viện.
- Chuyển người bệnh vào khoa điều trị bằng phương tiện thích hợp.
- Bàn giao người bệnh và hồ sơ nhập viện cho điều dưỡng trưởng khoa hoặc điều dưỡng hành chính khoa điều trị.

2. Tại khoa điều trị, nơi có người bệnh cần chuyển đi

- Khi phát hiện người bệnh có bệnh của chuyên khoa khác là chính, bác sĩ điều trị có trách nhiệm:
 - + Đề nghị hội chẩn khoa và hội chẩn liên khoa để quyết định việc chuyển khoa.
 - + Giải thích lý do chuyển khoa cho người bệnh và gia đình người bệnh rõ.
 - + Thông báo cho y tá (điều dưỡng) trưởng khoa tiến hành thủ tục chuyển khoa.
- Chuyển hồ sơ bệnh án, liên hệ với khoa mới để chuẩn bị giường đón người bệnh, phương tiện vận chuyển người bệnh, nhân viên hộ tống người bệnh tới khoa mới.
- Chuyển người bệnh bằng phương tiện thích hợp.
- Bàn giao người bệnh, hồ sơ bệnh án, thuốc và tư trang của người bệnh cho khoa mới (có ký sổ chuyển người bệnh).

3. Tại khoa điều trị, nơi tiếp nhận người bệnh

Bác sĩ, y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh, hộ lý phụ trách người bệnh phải chủ động giới thiệu tên, chức danh, thăm hỏi và làm quen với người bệnh ngay từ khi vào khoa điều trị và xưng hô với người bệnh, người nhà người bệnh lịch sự và phù hợp với tuổi tác, quan hệ xã hội.

Điều dưỡng trưởng/hành chính khoa điều trị chịu trách nhiệm:

- Vào sổ đăng ký người bệnh vào khoa.
- Vui vẻ tiếp đón, giải quyết nhanh thủ tục hành chính, giới thiệu các quy định của khoa (hoặc bệnh viện) và xếp giường cho người bệnh. Trường hợp không còn giường riêng, cần giải thích rõ cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh trước khi xếp giường nằm chung với người khác.
- Ký vào sổ giao nhận người bệnh.
- Phân công và giới thiệu điều dưỡng viên phụ trách người bệnh.

Điều dưỡng viên phụ trách người bệnh chịu trách nhiệm:

- Giới thiệu tên, chức danh, thăm hỏi và làm quen với người bệnh và gia đình người bệnh ngay từ khi người bệnh vào khoa.
- Đưa người bệnh đến giường bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh địa điểm nhà vệ sinh, nhà tắm và cách sử dụng các phương tiện của buồng bệnh.
- Nhận định tình trạng người bệnh lúc nhập viện: đo huyết áp, đếm mạch, nhịp thở, đo nhiệt độ cơ thể người bệnh và đánh giá tình trạng chung của người bệnh và ghi ngay các kết quả vừa nhận định vào phiếu theo dõi, chăm sóc.
- Báo bác sĩ đến khám và điều trị ngay cho người bệnh.
- Báo hộ lý cho người bệnh và người nhà người bệnh mượn quần áo, tư trang bệnh viện và hướng dẫn sử dụng công trình vệ sinh, nơi để chất thải.
- Thực hiện ngay các y lệnh về điều trị của bác sĩ.

Bác sĩ: khám ngay và cho y lệnh kịp thời.

Hộ lý: cho người bệnh mượn đồ vải và đồ dùng cần thiết. Hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh sử dụng công trình vệ sinh và nơi bỏ chất thải tại khoa.

61. QUY ĐỊNH TIẾP ĐÓN NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA CẤP CỨU

1. Điều dưỡng phải luôn có mặt tại phòng khám cấp cứu
2. Phải chuẩn bị sẵn sàng phương tiện cấp cứu, phải thực hiện ngay nhiệm vụ tiếp đón, lấy mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp...mời bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ trực tiếp đến cấp cứu ngay.
3. Trong tất cả các trường hợp cấp cứu phải khẩn trương và kịp thời cấp cứu ngay , không được gây phiền hà trong thủ tục hành chính và không được đùn đẩy người bệnh.
4. Kết hợp với bác sĩ thực hiện các kỹ thuật cấp cứu người bệnh trong tình trạng nguy kịch, người bệnh có chỉ định chuyển khoa hồi sức cấp cứu hoặc chuyên khoa thích hợp, phải vừa chuyển vừa hồi sức.
5. Trường hợp người bệnh nằm lưu phải có bệnh án, theo dõi ghi đầy đủ các diễn biến của người bệnh và chăm sóc như người bệnh nội trú. Phát hiện những diễn biến bệnh lý bất thường của người bệnh, báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.
6. Trường hợp người bệnh có diễn biến nặng khi gia đình người bệnh yêu cầu, điều dưỡng phải mời bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ thường trực đến ngay. Có trách nhiệm ghi nhận và giải thích thắc mắc của người bệnh và gia đình người bệnh
7. Sau khi người bệnh ổn định kiểm tra giấy tờ cần thiết, thẻ bảo hiểm y tế.
8. Điều dưỡng tiếp đón có trách nhiệm đưa người bệnh đã qua cơn nguy kịch đến khoa lâm sàng thích hợp hoặc chuyển viện theo chỉ định của bác sĩ và bàn giao chu đáo cho điều dưỡng khoa hoặc bệnh viện nơi nhận người bệnh cấp cứu.

62. QUY ĐỊNH VỀ CHUYỂN VIỆN VÀ NHẬN NGƯỜI BỆNH TỪ BỆNH VIỆN KHÁC CHUYỂN ĐẾN

I. MỤC ĐÍCH

- Chuyển người bệnh lên tuyến trên hoặc về tuyến dưới đúng chỉ định, đúng quy chế đảm bảo an toàn, chu đáo cho người bệnh.
- Tiếp nhận người bệnh chuyển đến kịp thời, chu đáo, không để xảy ra sai sót chuyên môn.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được làm đầy đủ các thủ tục xuất viện.

- Trường hợp thông thường: được khám toàn thể và được bác sĩ thông báo kế hoạch chuyển viện ít nhất một ngày trước khi ra viện.
- Trường hợp đột xuất: được bác sĩ khám toàn thể và được giải thích lý do chuyển viện đột xuất.
- Trường hợp người bệnh hoặc gia đình người bệnh chủ động xin chuyển viện: phải có ý kiến đề nghị của người bệnh hoặc gia đình lưu trong hồ sơ bệnh án, được bác sĩ khám và cho ý lệnh chuyển viện.

2. Hồ sơ, bệnh án, phương tiện vận chuyển: Y tá (điều dưỡng) trưởng khoa phải chuẩn bị (hoặc giao cho y tá - điều dưỡng trong khoa):

- Có ý lệnh chuyển viện, có tóm tắt quá trình điều trị của bác sĩ,
- Có giấy chuyển viện do giám đốc ký (bệnh viện hạng III) hoặc trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp (được GD ủy quyền với bệnh viện hạng I, II), hoặc trực lãnh đạo (trong phiên trực).
- Những dụng cụ, thuốc, trang bị cấp cứu, phương tiện vận chuyển thích hợp, đảm bảo an toàn cho người bệnh trên đường vận chuyển.

3. Liên hệ với đơn vị chuyển đến: trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp của bệnh viện có nhiệm vụ đang điều trị phải liên hệ với bệnh viện dự định chuyển người bệnh đến để thu xếp kế hoạch đón tiếp và bàn giao người bệnh (trường hợp cấp cứu hoặc trong giờ trực, bác sĩ thường trực phải trực tiếp thông báo cho tuyến trên bằng điện thoại để liên hệ chuẩn bị đón tiếp người bệnh)

III. THỰC HIỆN

1. Đơn vị chuyển người bệnh: thực hiện đúng quy chế chuyển vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện được quy định trong quy chế bệnh viện. Phân công bác sĩ hoặc điều dưỡng thực hiện nhiệm vụ hộ tống và bàn giao người bệnh tới đơn vị điều trị mới.

Bác sĩ:

- Khám toàn thể và ghi kết quả khám bệnh, y lệnh chuyển viện, tổng kết quá trình điều trị tại bệnh viện vào hồ sơ bệnh án.
- Ghi giấy giới thiệu chuyển viện, ghi tóm tắt hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm đã làm, chẩn đoán xác định, thuốc đã dùng trong quá trình điều trị, lý do chuyển và tình trạng hiện tại. Trường hợp người bệnh sau mổ có biến chứng hoặc diễn biến xấu chuyển tuyến trên cần gửi biên bản phẫu thuật, các phim chụp X. quang... để tuyến sau tiếp tục công tác điều trị.
- Giải thích rõ lý do chuyển viện cho người bệnh và gia đình người bệnh và về kế hoạch cho người bệnh chuyển viện.
- Thông báo cho Y tá (điều dưỡng) trưởng khoa hoặc y tá (điều dưỡng) trực (nếu trong giờ trực) về chỉ định chuyển viện để chuẩn bị.

Điều dưỡng:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án về y lệnh chuyển viện của bác sĩ.
- Thông báo Phòng Kế hoạch tổng hợp dự kiến chuyển viện để Phòng kế hoạch tổng hợp liên hệ với đơn vị người bệnh sẽ tới để thống nhất thời gian, địa điểm bàn giao người bệnh đảm bảo khi người bệnh tới đơn vị mới không bị chờ đợi hay dùn dầy.
- Giải thích cho người bệnh (hoặc người nhà) về ý kiến cho chuyển viện và dự kiến ngày giờ chuyển viện của bác sĩ.
- Hỏi người bệnh xem trong gia đình có người cùng tham gia vận chuyển và giúp đỡ người bệnh tại nơi sắp tới không, người đó là ai để Điều dưỡng viên có thể hướng dẫn cho họ những việc cần làm khi cần thiết.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh để phán đoán những vấn đề sức khỏe của người bệnh có thể xảy ra trên đường di chuyển để chuẩn bị dụng cụ, thuốc men trước khi di chuyển.
- Viết giấy thanh toán viện phí và hướng dẫn gia đình người bệnh thanh toán viện phí, trả lại tài sản mượn của bệnh viện.
- Tập hợp hoàn chỉnh các loại giấy tờ liên quan đến chẩn đoán, điều trị của bệnh nhân vào hồ sơ bệnh án, tập hợp đầy đủ phim X. quang, các kết quả cận lâm sàng và đóng dấu giấy giới thiệu chuyển viện, tóm tắt quá trình điều trị.
- Xin ý kiến bác sĩ điều trị về những tài liệu cần thiết để bàn giao cho đơn vị điều trị mới của người bệnh
- Bàn giao và xin chữ ký giao nhận tại đơn vị mới.
- Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh và gia đình họ về công tác điều trị, chăm sóc và phục vụ của bệnh viện.
- Chuyển người bệnh tới đơn vị điều trị mới bằng phương tiện thích hợp.
- Tiếp tục theo dõi, chăm sóc người bệnh và động viên họ trong quá trình vận chuyển, đảm bảo xử trí kịp thời khi có sự cố xảy ra trên đường vận chuyển.
- Bàn giao tình trạng người bệnh, giấy tờ kèm và tài sản kèm theo người bệnh cho đơn vị mới, ký vào phiếu hoặc sổ chuyển người bệnh.

- Thông báo cho người bệnh và gia đình người bệnh là thủ tục bàn giao đã được hoàn tất để người bệnh an tâm ở lại tiếp tục điều trị. Chào người bệnh và đồng nghiệp tại đơn vị tiếp nhận trước khi ra về.

Hộ lý:

- Nhận lại đủ đồ vải và đồ dùng người bệnh mượn khi được y tá - điều dưỡng thông báo.
- Vệ sinh tủ, giường bệnh ngay khi người bệnh ra viện, chuẩn bị sẵn đồ dùng và đồ vải để tiếp nhận người bệnh khác.

2. Đơn vị nhận người bệnh: phải thực hiện đúng quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh (QĐ số 4031/2001/QĐ-BYT).

Điều dưỡng trưởng khoa hoặc điều dưỡng hành chính khoa

Khi nhận được thông tin về việc người bệnh mới tới phải trao đổi với Bác sĩ trưởng khoa về thời gian tiếp nhận người bệnh, buồng, giường người bệnh sẽ nằm và thông báo lại cho đơn vị chuyển người bệnh biết để đảm bảo người bệnh tới là được tiếp nhận ngay.

- Phân công người tiếp nhận và chăm sóc người bệnh.
- Thông báo Y tá - điều dưỡng và hộ lý chuẩn bị buồng, giường tiếp nhận người bệnh. (Trong phiên trực: điều dưỡng báo bác sĩ và tổ chức đón người bệnh).
- Khi người bệnh đến phải vui vẻ tiếp nhận và giải quyết nhanh các thủ tục hành chính, giới thiệu các quy định của bệnh viện và xếp giường, giới thiệu điều dưỡng viên được phân công chăm sóc người bệnh. Trường hợp không còn giường riêng cần giải thích rõ cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh trước khi xếp nằm chung với người khác.

Hộ lý: chuẩn bị sẵn tài sản, đồ vải và cùng y tá - điều dưỡng được phân công tiếp đón chuẩn bị giường, buồng để tiếp đón người bệnh mới.

Y tá (điều dưỡng viên) được phân công tiếp đón người bệnh tự giới thiệu tên, chức danh với nhân viên chuyển bệnh nhân, người bệnh và gia đình họ.

- + Nhận bàn giao hồ sơ bệnh án và những thứ cần thiết theo sổ bàn giao ký nhận vào sổ bàn giao người bệnh chuyển viện của đơn vị bạn.
- + Cho người bệnh vào buồng, lên giường đã được chuẩn bị và đánh giá ngay tình trạng người bệnh bằng các hoạt động sau: đo huyết áp, nhiệt độ, đếm mạch, nhịp thở, tình trạng toàn thân, ghi ngay các chỉ số vừa được đánh giá vào phiếu chăm sóc, theo dõi theo quy định.
- + Báo cáo bác sĩ khám bệnh và ra y lệnh điều trị.
- + Thông báo hộ lý cho người bệnh mượn đồ vải và những vật dụng cần thiết khác, và hướng dẫn sử dụng công trình vệ sinh.
- + Hướng dẫn người bệnh và gia đình họ những nội quy, quy định của bệnh viện và khoa người bệnh được chuyển tới.
- + Thực hiện những y lệnh chăm sóc điều trị.

Bác sĩ:

- Khám toàn trạng, xử trí trong trường hợp cấp cứu, hoàn chỉnh hồ sơ nhập viện và ra y lệnh.
- Thông báo cho tuyến dưới biết kết quả điều trị, nhận xét về chẩn đoán, xử lý, thời gian gửi, cách chăm sóc người bệnh trên đường vận chuyển để tuyến dưới rút kinh nghiệm cho những trường hợp sau.

Chú ý: chỉ được chuyển viện khi người bệnh đã được ổn định, không còn bị đe dọa về các chức năng sống.

63. CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI BỆNH RA VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Thông báo kế hoạch xuất viện để người bệnh và gia đình người bệnh chuẩn bị các thủ tục thanh toán viện phí, phương tiện vận chuyển về gia đình và tiếp tục kế hoạch theo dõi chăm sóc tại nhà.
- Tăng cường sự hiểu biết của người bệnh và người nhà người bệnh về những vấn đề sức khỏe, những biến chứng có thể xảy ra và những điều cấm kỵ mà người bệnh phải tuân thủ tại nhà.
- Phát triển những kiến thức và kỹ năng của người bệnh và người nhà người bệnh trong việc tự chăm sóc tại nhà.
- Biết khi nào phải đến cơ sở y tế để khám và theo dõi sức khỏe.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi có y lệnh xuất viện của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Trường hợp thông thường: được khám toàn thể và được bác sĩ thông báo kế hoạch ra viện.
- Trường hợp đột xuất: được bác sĩ khám toàn thể và được giải thích lý do xuất viện đột xuất.
- Trường hợp người bệnh hoặc gia đình người bệnh chủ động xin ra viện: phải có đơn xin ra viện, được bác sĩ khám và đồng ý cho xuất viện.

2. Hồ sơ, bệnh án

- Có y lệnh xuất viện của bác sĩ.
- Có giấy ra viện, đơn thuốc và những giấy tờ cần thiết tùy từng người bệnh.

3. Thuốc, phương tiện cấp cứu dự phòng (nếu cần) và phương tiện vận chuyển người bệnh khi ra viện: tùy thuộc tình trạng người bệnh và thoả thuận giữa bệnh viện với gia đình người bệnh.

IV. THỰC HIỆN

Bác sĩ:

- Bác sĩ điều trị khám toàn thể để đánh giá tình trạng sức khoẻ, bệnh tật của người bệnh và ghi kết quả khám bệnh và đề nghị cho người bệnh xuất viện.
- Bác sĩ trưởng khoa: thăm khám lại, nhận xét kết quả điều trị và quyết định cho người bệnh ra viện.
- Bác sĩ điều trị tổng kết hồ sơ bệnh án, quá trình chẩn đoán, điều trị và chẩn đoán xác định, tình trạng người bệnh trước khi ra bệnh viện.
- Ghi giấy ra viện, đơn thuốc có chỉ định điều trị, theo dõi, chăm sóc tại nhà và thời gian khám lại (nếu có).
- *Thông báo cho điều dưỡng viên phụ trách người bệnh và người bệnh (hoặc gia đình người bệnh) về kế hoạch cho người bệnh ra viện.*

Điều dưỡng:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án về y lệnh xuất viện của bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh (hoặc người nhà) về ý kiến cho ra viện và dự kiến ngày xuất viện của bác sĩ.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh về những điều cần chăm sóc tại nhà.
- Đánh giá tình trạng sức khoẻ người bệnh để tiên lượng những vấn đề sức khoẻ của người bệnh có thể xảy ra tại nhà. Giải thích cho người bệnh và người nhà những gì có thể xảy ra tại nhà và hướng dẫn họ phải theo dõi những gì và làm gì nếu các vấn đề đó xảy ra, khi nào bệnh tình có thể hồi phục hoàn toàn.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh những thuốc cần dùng cho người bệnh, dùng khi nào, dùng bao nhiêu, dùng kéo dài trong thời gian bao lâu, những điều cần chú ý khi dùng thuốc như dùng trước hay sau khi ăn, tránh uống nhiều loại thuốc cùng một lúc.
- Hướng dẫn về chế độ ăn, uống hàng ngày.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà cách xử trí tại gia đình đối với những vấn đề bất thường có thể xảy ra.
- Cung cấp cho người bệnh những phương tiện và vật liệu cần thiết hoặc hướng dẫn họ cách sử dụng và tìm mua những thứ đó ở đâu.
- Hướng dẫn người nhà cách thay đổi tư thế và cách giúp người bệnh di vệ sinh, chuyển từ giường sang ghế nếu người bệnh vẫn phải nằm trên giường.
- Nếu người bệnh cần đến bệnh viện để khám lại cần ghi và hẹn ngày giờ cụ thể và nhắc nhở người bệnh đến khám lại theo đúng lịch hoặc có thể chuyển người bệnh về tuyến dưới để tiếp tục theo dõi, điều trị tiếp.
- Viết giấy thanh toán viện phí và hướng dẫn gia đình người bệnh thanh toán viện phí và trả lại bệnh viện những tài sản đã mượn.

- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án và đóng dấu giấy ra viện, đơn thuốc.
- Phát giấy ra viện, đơn thuốc sau khi người bệnh đã hoàn thành thủ tục thanh toán viện phí và trả đầy đủ tư trang mượn của bệnh viện.
- Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh và gia đình họ về công tác điều trị, chăm sóc và phục vụ của bệnh viện.
- Tiễn người bệnh khi người bệnh ra viện.
- Nộp hồ sơ bệnh án đã được hoàn tất cho phòng Kế hoạch tổng hợp theo quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án.

Hộ lý:

- Nhận lại đủ đồ vải và tài sản người bệnh mượn.
- Vệ sinh tủ, giường bệnh ngay khi người bệnh ra viện, chuẩn bị sẵn đồ dùng và đồ vải để tiếp nhận người bệnh khác.

64. QUY ĐỊNH VỀ QUẢN LÝ DỤNG CỤ VÀ VẬT DỤNG TIÊU HAO PHỤC VỤ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

Sử dụng đúng mục đích, hiệu quả, tiết kiệm và kinh tế những dụng cụ và vật dụng tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh.

II. QUY ĐỊNH CHUNG

Việc quản lý sử dụng vật tư, dụng cụ tiêu hao của bệnh viện giao cho phòng y tá (điều dưỡng) và y tá (điều dưỡng) trưởng khoa sẽ đạt được mục đích hiệu quả, tiết kiệm, kinh tế và sử dụng đúng mục đích.

- Điều dưỡng trưởng khoa dự trù dụng cụ tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh cho cấp khoa.
- Phòng y tá - điều dưỡng bệnh viện chịu trách nhiệm xây dựng định mức, dự trù và quản lý dụng cụ tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh cho toàn bệnh viện.
- Mỗi cán bộ công chức bệnh viện có trách nhiệm sử dụng dụng cụ và vật dụng tiêu hao của bệnh viện đúng mục đích, hiệu quả, tiết kiệm và kinh tế.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Dự trù

- Y tá - điều dưỡng trưởng khoa, Phòng y tá - điều dưỡng bệnh viện trước khi lập dự trù phải:

- + Khảo sát nhu cầu sử dụng thực tế các mặt hàng và thông qua số liệu thống kê sử dụng dụng cụ và vật dụng tiêu hao hàng ngày, hàng tháng trên tỷ lệ bệnh nhân, tỷ lệ thủ thuật.
- + Nghiên cứu chất lượng hàng hoá và giá cả các mặt hàng (nên so sánh các mặt hàng cùng chủng nhưng khác xuất xứ).
- + Xem xét các chủng loại hàng thích hợp với đơn vị (kỹ thuật, điều kiện sử dụng, kinh phí).
- + Số lượng cần thiết cho mỗi kỹ thuật, người bệnh hoặc nhu cầu sử dụng trung bình một ngày, một tuần, một tháng trên tỷ lệ người bệnh.
- Lập danh mục dự trù: sắp xếp tên mặt hàng theo nhóm, chủng loại, số lượng, nơi sản xuất. Danh mục dụng cụ và hàng tiêu hao phải phù hợp với nguồn kinh phí trong phạm vi mà đơn vị chấp nhận được.
- Y tá - điều dưỡng trưởng khoa lập dự trù lĩnh dụng cụ và vật dụng tiêu hao cho khoa bao gồm các nội dung sau:
 - + Đơn vị dự trù.
 - + Tên các mặt hàng (chủng loại, yêu cầu kỹ thuật, nơi sản xuất)
 - + Đơn vị
 - + Số lượng yêu cầu
 - + Đơn giá
 - + Thành tiền
 - + Ngày, tháng, năm dự trù.
 - + Chữ ký đề nghị của Y tá - điều dưỡng trưởng khoa và Trưởng khoa.
- Phòng Y tá- điều dưỡng bệnh viện có trách nhiệm giúp Ban giám đốc bệnh viện kiểm tra và xác nhận dự trù của các khoa phù hợp nhu cầu thực tế của mỗi khoa (thông qua việc theo dõi, kiểm tra và giám sát sử dụng hàng tháng) đối chiếu với định mức đã được xây dựng và ký xác nhận nhu cầu sử dụng và đồng ý cấp phát.

2. Cấp phát

- Đơn vị cấp phát chỉ cấp phát hàng khi có ký duyệt của phòng điều dưỡng.
- Hàng nhập trước phải được cấp phát trước.
- Không cấp phát hoặc nhận các mặt hàng kém phẩm chất và sai quy cách.

3. Sử dụng, bảo quản

- Sử dụng đúng mục đích.
- Sử dụng đúng quy trình do Phòng Y tá - điều dưỡng bệnh viện quy định:
 - + Quy trình giao nhận vật tư - dụng cụ tiêu hao.
 - + Quy trình xử lý dụng cụ y tế để dùng lại.
 - + Quy trình xử lý bơm, kim tiêm nhựa sau khi đã sử dụng.

- + Quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế.
- + Quy trình sử dụng và bảo quản dụng cụ vô khuẩn.

4. Kiểm tra: Y tá - điều dưỡng trưởng khoa phải tiến hành kiểm tra, giám sát việc sử dụng, bảo quản vật tư, dụng cụ tiêu hao hàng ngày để:

- Phát hiện nhu cầu sử dụng, sửa chữa để có kế hoạch sửa chữa, thay thế kịp thời.
- Phát hiện những sơ hở về quản lý, sai lệch về mẫu mã, số lượng và sai lệch giữa dự trữ và sử dụng để điều chỉnh kịp thời.
- Phát hiện nhược điểm, thiếu sót sử dụng, vận hành vật tư- dụng cụ tiêu hao để có kế hoạch hướng dẫn và huấn luyện sử dụng.
- Đảm bảo mọi vật tư - dụng cụ tiêu hao được sử dụng đúng mục đích và đạt hiệu quả cao.

65. QUY ĐỊNH VỀ QUẢN LÝ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CHO Y TÁ - ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện nhiệm vụ của bệnh viện, của phòng Y tá - điều dưỡng và của từng cá nhân được quy định tại quy chế bệnh viện.
- Củng cố, bổ sung, cập nhật, nâng cao kiến thức, kỹ năng và thái độ cho Y tá- điều dưỡng (bao gồm cả Hộ sinh và Kỹ thuật viên y) để đáp ứng nhu cầu chăm sóc phục vụ của bệnh viện, hạn chế sai sót chuyên môn và tạo điều kiện thuận lợi cho việc điều phối nhân lực y tá - điều dưỡng khi cần.
- Xây dựng cơ sở thực hành mẫu mực cho học sinh, sinh viên điều dưỡng.

II. QUY ĐỊNH CHUNG

- Học tập và giảng dạy tại bệnh viện là một phần của nhiệm vụ đào tạo do Phòng Kế hoạch tổng hợp chịu trách nhiệm được quy định tại quy chế học tập và giảng dạy trong quy chế bệnh viện (Quy định chung thứ 1 của Quy chế học tập và giảng dạy tại bệnh viện 1997).
- Phòng y tá - điều dưỡng có nhiệm vụ “Tổ chức đào tạo nâng cao trình độ cho y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý. Tham gia hướng dẫn thực hành cho học viên và kiểm tra tay nghề cho y tá (điều dưỡng) nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý trước khi tuyển dụng”(nhiệm vụ thứ 3 của Phòng Y tá - điều dưỡng được quy định tại quy chế bệnh viện năm 1997).
- Phòng Y tá - điều dưỡng chịu trách nhiệm quản lý và tổ chức thực hiện công tác quản lý đào tạo liên tục cho y tá - điều dưỡng có hỗ trợ và phối hợp của Phòng kế hoạch tổng hợp và các phòng ban chức năng.

- Có vết thương hở xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy hở, cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân về cơ sở điều trị.

Lưu ý:

- Cố định nạn nhân đúng kỹ thuật.
- Sau khi cố định tay được treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu.
- Nạn nhân chuyển tới bệnh viện nhanh chóng và an toàn.
- Trong khi di chuyển giữ tư thế đúng và theo dõi sát nạn nhân, xử trí kịp thời những diễn biến xảy ra (nếu có).

V . ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ cố định.
- Tình trạng nơi cố định.
- Tình trạng nạn nhân.
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng nạn nhân khi di chuyển.
- Phương pháp xử trí khi có tình huống xảy ra.

VI . HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Tay gãy luôn giữ ở tư thế bàn tay cao hơn khuỷu tay.
- Khi thấy người có biểu hiện khác thường phải báo lại.

2. Người nhà người bệnh

Giúp đỡ người bệnh khi ăn uống, vệ sinh.

58. QUY ĐỊNH VỀ BÀN GIAO TRỰC

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện đúng quy chế bệnh viện
- Đảm bảo thực hiện tốt công tác chăm sóc, điều trị người bệnh

II. QUY ĐỊNH CHUNG

- Giờ bàn giao được tiến hành 30 phút trước giờ làm việc chính thức của tua (hoặc ca sau).
- Bàn giao và ký nhận đầy đủ: tài sản, thuốc, hồ sơ bệnh án và người bệnh.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Người bàn giao: phải hoàn thành tất cả công việc chuẩn bị cho bàn giao 30 phút trước giờ làm việc chính thức của tua trực sau (hoặc ca sau).

- Hoàn tất vệ sinh người bệnh, dụng cụ, sắp xếp đồ đạc, dụng cụ thuộc phạm vi phụ trách và sử dụng vào đúng vị trí quy định đảm bảo sạch, ngăn nắp.
- Tập hợp đủ hồ sơ bệnh án, phim X. quang, các phiếu xét nghiệm sắp xếp vào nơi quy định.
- Kiểm tra tủ thuốc trực và ghi đầy đủ vào sổ dùng thuốc tủ trực tất cả những thuốc được lấy ra từ tủ trực: họ tên người bệnh, tên thuốc, hàm lượng, số lượng và ký để bàn giao.
- Kiểm tra và ghi bổ sung đầy đủ các loại phiếu theo dõi, chăm sóc...thuộc phạm vi ghi chép của điều dưỡng.
- Kiểm tra và ghi lại việc sử dụng những dụng cụ, máy móc, những dụng cụ và phương tiện khử khuẩn, tiệt khuẩn, bảo dưỡng, sửa chữa hoặc huỷ bỏ. Ký bàn giao.
- Ghi đầy đủ những diễn biến trong tua trực (ca làm việc) theo quy định của quy chế bệnh viện và quy định của bệnh viện.
- Ghi và ký bàn giao sổ bàn giao người bệnh chăm sóc cấp I với nội dung họ tên người bệnh, số giường, số buồng, chẩn đoán, những y lệnh và những vấn đề theo dõi, chăm sóc tiếp theo.
- Người bệnh chăm sóc cấp I, người bệnh có chỉ định theo dõi, chăm sóc đặc biệt và người bệnh mới vào cần được bàn giao tại giường.

2. Người nhận

- Có mặt để nhận bàn giao trước giờ làm việc chính thức ít nhất 30 phút.
- Nhận bàn giao tỷ mỉ, chi tiết và ký nhận đầy đủ.
- Nhận bàn giao người bệnh chăm sóc cấp I và chăm sóc đặc biệt trên người bệnh.
- Kiểm tra lại thông tin của người giao, nếu có vấn đề gì chưa rõ thì hỏi ngay.
- Thực hiện tiếp các y lệnh và phần việc được bàn giao.

59. QUY ĐỊNH ĐI BUỒNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA

I. MỤC ĐÍCH

- Hướng dẫn, đôn đốc và giám sát công tác chăm sóc phục vụ người bệnh của Y tá - điều dưỡng và hộ lý và việc sử dụng vật tư tiêu hao.
- Thăm người bệnh và tiếp nhận những ý kiến góp ý của người bệnh về công tác chăm sóc phục vụ.
- Đánh giá kết quả thực hiện y lệnh điều trị và chăm sóc của điều dưỡng viên và tiến triển của người bệnh.

- Nhận mệnh lệnh điều trị của bác sĩ trưởng khoa trong khi đi buồng.

II. CHUẨN BỊ

- Sổ đi buồng.
- Hồ sơ bệnh án, phim X. quang của người bệnh (Điều dưỡng trưởng nhắc nhở và kiểm tra công tác chuẩn bị của Điều dưỡng viên trong đi buồng của bác sĩ trưởng khoa).

III. QUY ĐỊNH CHUNG

- Không thảo luận về những vấn đề chuyên môn ảnh hưởng tới tâm lý người bệnh và phê phán đồng nghiệp trước mặt người bệnh.
- Khi bác sĩ trưởng và Điều dưỡng trưởng khoa đi buồng, Điều dưỡng viên phải chủ động chuẩn bị những tài liệu, hồ sơ bệnh án có liên quan đến người bệnh và diễn biến của người bệnh để sẵn sàng báo cáo.

IV. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Thời gian đi buồng

- Đi buồng thường ngày: do Điều dưỡng trưởng khoa chủ động thu xếp thời gian đi buồng thường quy trong ngày. Nên đi buồng hàng ngày vào giờ đầu tiên sau giao ban sáng.
- Đi buồng đột xuất vào bất kỳ thời gian nào trong ngày để giám sát công tác chăm sóc người bệnh.
- Đi buồng cùng bác sĩ trưởng khoa theo lịch của bác sĩ trưởng khoa để tiếp nhận mệnh lệnh của bác sĩ trưởng khoa.

2. Nội dung đi buồng

- Thăm và tiếp xúc với người bệnh.
- Tiếp thu và giải đáp những ý kiến phản ánh, đề nghị của người bệnh và gia đình người bệnh đồng thời nhắc nhở người bệnh và gia đình người bệnh chấp hành quy định vệ sinh và nội quy bệnh viện.
- Quan sát, đôn đốc y tá điều dưỡng viên chăm sóc và thực hiện các kỹ thuật chăm sóc trên người bệnh theo đúng quy trình đã được quy định.
- Hướng dẫn hoặc lưu ý Điều dưỡng viên thực hiện đúng quy trình vô khuẩn, quy trình chăm sóc, quy trình kỹ thuật bệnh viện và chăm sóc và theo dõi cho người bệnh nặng.
- Quan sát việc sử dụng những mặt hàng tiêu hao.
- Kiểm tra, đôn đốc việc thực hiện y lệnh, ghi chép phiếu theo dõi, chăm sóc.
- Nhắc nhở hộ lý thực hiện quy trình vệ sinh khoa phòng buồng bệnh.

3. Ghi sổ đi buồng: sau mỗi lần đi buồng, điều dưỡng trưởng phải ghi nhận xét và thông báo những việc cần làm cho nhân viên.

Ghi lại những ý kiến của trưởng khoa trong khi đi buồng để tổ chức cho điều dưỡng viên và hộ lý thực hiện.

4. Báo cáo Trưởng khoa những việc đột xuất được phát hiện khi đi buồng, những việc này ngoài khả năng giải quyết của Điều dưỡng trưởng để xin ý kiến chỉ đạo.

5. Tổ chức và đôn đốc thực hiện các y lệnh điều trị của trưởng khoa và y lệnh chăm sóc được bổ sung khi đi buồng.

60. QUY ĐỊNH TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH CHUYỂN VÀ NHẬN NGƯỜI BỆNH GIỮA CÁC KHOA TRONG BỆNH VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

Đảm bảo người bệnh được đón tiếp ngay từ khoa khám bệnh và được nhân viên y tế đưa vào khoa điều trị, vận chuyển và tiếp nhận chu đáo tại các khoa trong bệnh viện.

II. QUY ĐỊNH

Phải thực hiện đúng quy định về chế độ giao tiếp tại các đơn vị khám chữa bệnh tại quyết định số 4031/2001/QĐ-BYT.

1. Tại khoa khám bệnh

Khi người bệnh tới khoa khám bệnh, điều dưỡng viên khoa khám bệnh phải:

- Chủ động tiếp đón người bệnh và gia đình người bệnh, sẵn sàng giúp và trả lời đầy đủ các câu hỏi của họ với thái độ ân cần, quan tâm, lịch sự.
- Quan sát và nhận định nhanh tình trạng người bệnh để phân loại sơ bộ tình trạng sức khỏe người bệnh nhằm có thái độ ưu tiên giải quyết đúng mức những trường hợp cấp cứu hoặc bệnh nặng.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh xếp số y bạ hoặc giấy giới thiệu khám bệnh, giấy chuyển viện (nếu có) và ngồi chờ đúng nơi quy định để đến lượt vào khám.
- Vào sổ khám bệnh đủ theo các cột mục quy định.
- Phát số khám bệnh theo thứ tự.
- Hướng dẫn người bệnh vào buồng khám khi đến lượt.
- Đăng ký vào sổ sau khi người bệnh được bác sĩ khám bệnh và ghi rõ cách giải quyết của bác sĩ.

- Chỉ dẫn cho người bệnh, gia đình người bệnh hoặc đưa người bệnh (trường hợp bệnh nặng) tới nơi làm xét nghiệm, chụp, chiếu X. quang hoặc nơi nhận thuốc, mua thuốc.
- Hướng dẫn và giáo dục sức khoẻ cho người bệnh.
- Trường hợp nếu bác sĩ cho người bệnh nhập viện, y tá (điều dưỡng) khoa khám bệnh phải thông báo cho điều dưỡng trưởng hoặc hành chính khoa điều trị chuẩn bị sẵn sàng giường bệnh để đón tiếp người bệnh
- Chuẩn bị phương tiện, hồ sơ bệnh án và các thủ tục nhập viện cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh hoặc gia đình người bệnh tiến hành thủ tục nhập viện.
- Chuyển người bệnh vào khoa điều trị bằng phương tiện thích hợp.
- Bàn giao người bệnh và hồ sơ nhập viện cho điều dưỡng trưởng khoa hoặc điều dưỡng hành chính khoa điều trị.

2. Tại khoa điều trị, nơi có người bệnh cần chuyển đi

- Khi phát hiện người bệnh có bệnh của chuyên khoa khác là chính, bác sĩ điều trị có trách nhiệm:
 - + Đề nghị hội chẩn khoa và hội chẩn liên khoa để quyết định việc chuyển khoa.
 - + Giải thích lý do chuyển khoa cho người bệnh và gia đình người bệnh rõ.
 - + Thông báo cho y tá (điều dưỡng) trưởng khoa tiến hành thủ tục chuyển khoa.
- Chuyển hồ sơ bệnh án, liên hệ với khoa mới để chuẩn bị giường đón người bệnh, phương tiện vận chuyển người bệnh, nhân viên hộ tống người bệnh tới khoa mới.
- Chuyển người bệnh bằng phương tiện thích hợp.
- Bàn giao người bệnh, hồ sơ bệnh án, thuốc và tư trang của người bệnh cho khoa mới (có ký sổ chuyển người bệnh).

3. Tại khoa điều trị, nơi tiếp nhận người bệnh

Bác sĩ, y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh, hộ lý phụ trách người bệnh phải chủ động giới thiệu tên, chức danh, thăm hỏi và làm quen với người bệnh ngay từ khi vào khoa điều trị và xưng hô với người bệnh, người nhà người bệnh lịch sự và phù hợp với tuổi tác, quan hệ xã hội.

Điều dưỡng trưởng/hành chính khoa điều trị chịu trách nhiệm:

- Vào sổ đăng ký người bệnh vào khoa.
- Vui vẻ tiếp đón, giải quyết nhanh thủ tục hành chính, giới thiệu các quy định của khoa (hoặc bệnh viện) và xếp giường cho người bệnh. Trường hợp không còn giường riêng, cần giải thích rõ cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh trước khi xếp giường nằm chung với người khác.
- Ký vào sổ giao nhận người bệnh.
- Phân công và giới thiệu điều dưỡng viên phụ trách người bệnh.

Điều dưỡng viên phụ trách người bệnh chịu trách nhiệm:

- Giới thiệu tên, chức danh, thăm hỏi và làm quen với người bệnh và gia đình người bệnh ngay từ khi người bệnh vào khoa.
- Đưa người bệnh đến giường bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh địa điểm nhà vệ sinh, nhà tắm và cách sử dụng các phương tiện của buồng bệnh.
- Nhận định tình trạng người bệnh lúc nhập viện: đo huyết áp, đếm mạch, nhịp thở, đo nhiệt độ cơ thể người bệnh và đánh giá tình trạng chung của người bệnh và ghi ngay các kết quả vừa nhận định vào phiếu theo dõi, chăm sóc.
- Báo bác sĩ đến khám và điều trị ngay cho người bệnh.
- Báo hộ lý cho người bệnh và người nhà người bệnh mượn quần áo, tư trang bệnh viện và hướng dẫn sử dụng công trình vệ sinh, nơi để chất thải.
- Thực hiện ngay các y lệnh về điều trị của bác sĩ.

Bác sĩ: khám ngay và cho y lệnh kịp thời.

Hộ lý: cho người bệnh mượn đồ vải và đồ dùng cần thiết. Hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh sử dụng công trình vệ sinh và nơi bỏ chất thải tại khoa.

61. QUY ĐỊNH TIẾP ĐÓN NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA CẤP CỨU

1. Điều dưỡng phải luôn có mặt tại phòng khám cấp cứu
2. Phải chuẩn bị sẵn sàng phương tiện cấp cứu, phải thực hiện ngay nhiệm vụ tiếp đón, lấy mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp...mời bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ trực tiếp đến cấp cứu ngay.
3. Trong tất cả các trường hợp cấp cứu phải khẩn trương và kịp thời cấp cứu ngay , không được gây phiền hà trong thủ tục hành chính và không được đùn đẩy người bệnh.
4. Kết hợp với bác sĩ thực hiện các kỹ thuật cấp cứu người bệnh trong tình trạng nguy kịch, người bệnh có chỉ định chuyển khoa hồi sức cấp cứu hoặc chuyên khoa thích hợp, phải vừa chuyển vừa hồi sức.
5. Trường hợp người bệnh nằm lưu phải có bệnh án, theo dõi ghi đầy đủ các diễn biến của người bệnh và chăm sóc như người bệnh nội trú. Phát hiện những diễn biến bệnh lý bất thường của người bệnh, báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.
6. Trường hợp người bệnh có diễn biến nặng khi gia đình người bệnh yêu cầu, điều dưỡng phải mời bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ thường trực đến ngay. Có trách nhiệm ghi nhận và giải thích thắc mắc của người bệnh và gia đình người bệnh
7. Sau khi người bệnh ổn định kiểm tra giấy tờ cần thiết, thẻ bảo hiểm y tế.
8. Điều dưỡng tiếp đón có trách nhiệm đưa người bệnh đã qua cơn nguy kịch đến khoa lâm sàng thích hợp hoặc chuyển viện theo chỉ định của bác sĩ và bàn giao chu đáo cho điều dưỡng khoa hoặc bệnh viện nơi nhận người bệnh cấp cứu.

62. QUY ĐỊNH VỀ CHUYỂN VIỆN VÀ NHẬN NGƯỜI BỆNH TỪ BỆNH VIỆN KHÁC CHUYỂN ĐẾN

I. MỤC ĐÍCH

- Chuyển người bệnh lên tuyến trên hoặc về tuyến dưới đúng chỉ định, đúng quy chế đảm bảo an toàn, chu đáo cho người bệnh.
- Tiếp nhận người bệnh chuyển đến kịp thời, chu đáo, không để xảy ra sai sót chuyên môn.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được làm đầy đủ các thủ tục xuất viện.

- Trường hợp thông thường: được khám toàn thể và được bác sĩ thông báo kế hoạch chuyển viện ít nhất một ngày trước khi ra viện.
- Trường hợp đột xuất: được bác sĩ khám toàn thể và được giải thích lý do chuyển viện đột xuất.
- Trường hợp người bệnh hoặc gia đình người bệnh chủ động xin chuyển viện: phải có ý kiến đề nghị của người bệnh hoặc gia đình lưu trong hồ sơ bệnh án, được bác sĩ khám và cho ý lệnh chuyển viện.

2. Hồ sơ, bệnh án, phương tiện vận chuyển: Y tá (điều dưỡng) trưởng khoa phải chuẩn bị (hoặc giao cho y tá - điều dưỡng trong khoa):

- Có ý lệnh chuyển viện, có tóm tắt quá trình điều trị của bác sĩ,
- Có giấy chuyển viện do giám đốc ký (bệnh viện hạng III) hoặc trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp (được GD ủy quyền với bệnh viện hạng I, II), hoặc trực lãnh đạo (trong phiên trực).
- Những dụng cụ, thuốc, trang bị cấp cứu, phương tiện vận chuyển thích hợp, đảm bảo an toàn cho người bệnh trên đường vận chuyển.

3. Liên hệ với đơn vị chuyển đến: trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp của bệnh viện có nhiệm vụ đang điều trị phải liên hệ với bệnh viện dự định chuyển người bệnh đến để thu xếp kế hoạch đón tiếp và bàn giao người bệnh (trường hợp cấp cứu hoặc trong giờ trực, bác sĩ thường trực phải trực tiếp thông báo cho tuyến trên bằng điện thoại để liên hệ chuẩn bị đón tiếp người bệnh)

III. THỰC HIỆN

1. Đơn vị chuyển người bệnh: thực hiện đúng quy chế chuyển vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện được quy định trong quy chế bệnh viện. Phân công bác sĩ hoặc điều dưỡng thực hiện nhiệm vụ hộ tống và bàn giao người bệnh tới đơn vị điều trị mới.

Bác sĩ:

- Khám toàn thể và ghi kết quả khám bệnh, y lệnh chuyển viện, tổng kết quá trình điều trị tại bệnh viện vào hồ sơ bệnh án.
- Ghi giấy giới thiệu chuyển viện, ghi tóm tắt hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm đã làm, chẩn đoán xác định, thuốc đã dùng trong quá trình điều trị, lý do chuyển và tình trạng hiện tại. Trường hợp người bệnh sau mổ có biến chứng hoặc diễn biến xấu chuyển tuyến trên cần gửi biên bản phẫu thuật, các phim chụp X. quang... để tuyến sau tiếp tục công tác điều trị.
- Giải thích rõ lý do chuyển viện cho người bệnh và gia đình người bệnh và về kế hoạch cho người bệnh chuyển viện.
- Thông báo cho Y tá (điều dưỡng) trưởng khoa hoặc y tá (điều dưỡng) trực (nếu trong giờ trực) về chỉ định chuyển viện để chuẩn bị.

Điều dưỡng:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án về y lệnh chuyển viện của bác sĩ.
- Thông báo Phòng Kế hoạch tổng hợp dự kiến chuyển viện để Phòng kế hoạch tổng hợp liên hệ với đơn vị người bệnh sẽ tới để thống nhất thời gian, địa điểm bàn giao người bệnh đảm bảo khi người bệnh tới đơn vị mới không bị chờ đợi hay dùn dầy.
- Giải thích cho người bệnh (hoặc người nhà) về ý kiến cho chuyển viện và dự kiến ngày giờ chuyển viện của bác sĩ.
- Hỏi người bệnh xem trong gia đình có người cùng tham gia vận chuyển và giúp đỡ người bệnh tại nơi sắp tới không, người đó là ai để Điều dưỡng viên có thể hướng dẫn cho họ những việc cần làm khi cần thiết.
- Đánh giá tình trạng sức khỏe người bệnh để phán đoán những vấn đề sức khỏe của người bệnh có thể xảy ra trên đường di chuyển để chuẩn bị dụng cụ, thuốc men trước khi di chuyển.
- Viết giấy thanh toán viện phí và hướng dẫn gia đình người bệnh thanh toán viện phí, trả lại tài sản mượn của bệnh viện.
- Tập hợp hoàn chỉnh các loại giấy tờ liên quan đến chẩn đoán, điều trị của bệnh nhân vào hồ sơ bệnh án, tập hợp đầy đủ phim X. quang, các kết quả cận lâm sàng và đóng dấu giấy giới thiệu chuyển viện, tóm tắt quá trình điều trị.
- Xin ý kiến bác sĩ điều trị về những tài liệu cần thiết để bàn giao cho đơn vị điều trị mới của người bệnh
- Bàn giao và xin chữ ký giao nhận tại đơn vị mới.
- Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh và gia đình họ về công tác điều trị, chăm sóc và phục vụ của bệnh viện.
- Chuyển người bệnh tới đơn vị điều trị mới bằng phương tiện thích hợp.
- Tiếp tục theo dõi, chăm sóc người bệnh và động viên họ trong quá trình vận chuyển, đảm bảo xử trí kịp thời khi có sự cố xảy ra trên đường vận chuyển.
- Bàn giao tình trạng người bệnh, giấy tờ kèm và tài sản kèm theo người bệnh cho đơn vị mới, ký vào phiếu hoặc sổ chuyển người bệnh.

- Thông báo cho người bệnh và gia đình người bệnh là thủ tục bàn giao đã được hoàn tất để người bệnh an tâm ở lại tiếp tục điều trị. Chào người bệnh và đồng nghiệp tại đơn vị tiếp nhận trước khi ra về.

Hộ lý:

- Nhận lại đủ đồ vải và đồ dùng người bệnh mượn khi được y tá - điều dưỡng thông báo.
- Vệ sinh tủ, giường bệnh ngay khi người bệnh ra viện, chuẩn bị sẵn đồ dùng và đồ vải để tiếp nhận người bệnh khác.

2. Đơn vị nhận người bệnh: phải thực hiện đúng quy định về chế độ giao tiếp trong các cơ sở khám chữa bệnh (QĐ số 4031/2001/QĐ-BYT).

Điều dưỡng trưởng khoa hoặc điều dưỡng hành chính khoa

Khi nhận được thông tin về việc người bệnh mới tới phải trao đổi với Bác sĩ trưởng khoa về thời gian tiếp nhận người bệnh, buồng, giường người bệnh sẽ nằm và thông báo lại cho đơn vị chuyển người bệnh biết để đảm bảo người bệnh tới là được tiếp nhận ngay.

- Phân công người tiếp nhận và chăm sóc người bệnh.
- Thông báo Y tá - điều dưỡng và hộ lý chuẩn bị buồng, giường tiếp nhận người bệnh. (Trong phiên trực: điều dưỡng báo bác sĩ và tổ chức đón người bệnh).
- Khi người bệnh đến phải vui vẻ tiếp nhận và giải quyết nhanh các thủ tục hành chính, giới thiệu các quy định của bệnh viện và xếp giường, giới thiệu điều dưỡng viên được phân công chăm sóc người bệnh. Trường hợp không còn giường riêng cần giải thích rõ cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh trước khi xếp nằm chung với người khác.

Hộ lý: chuẩn bị sẵn tài sản, đồ vải và cùng y tá - điều dưỡng được phân công tiếp đón chuẩn bị giường, buồng để tiếp đón người bệnh mới.

Y tá (điều dưỡng viên) được phân công tiếp đón người bệnh tự giới thiệu tên, chức danh với nhân viên chuyển bệnh nhân, người bệnh và gia đình họ.

- + Nhận bàn giao hồ sơ bệnh án và những thứ cần thiết theo sổ bàn giao ký nhận vào sổ bàn giao người bệnh chuyển viện của đơn vị bạn.
- + Cho người bệnh vào buồng, lên giường đã được chuẩn bị và đánh giá ngay tình trạng người bệnh bằng các hoạt động sau: đo huyết áp, nhiệt độ, đếm mạch, nhịp thở, tình trạng toàn thân, ghi ngay các chỉ số vừa được đánh giá vào phiếu chăm sóc, theo dõi theo quy định.
- + Báo cáo bác sĩ khám bệnh và ra y lệnh điều trị.
- + Thông báo hộ lý cho người bệnh mượn đồ vải và những vật dụng cần thiết khác, và hướng dẫn sử dụng công trình vệ sinh.
- + Hướng dẫn người bệnh và gia đình họ những nội quy, quy định của bệnh viện và khoa người bệnh được chuyển tới.
- + Thực hiện những y lệnh chăm sóc điều trị.

Bác sĩ:

- Khám toàn trạng, xử trí trong trường hợp cấp cứu, hoàn chỉnh hồ sơ nhập viện và ra y lệnh.
- Thông báo cho tuyến dưới biết kết quả điều trị, nhận xét về chẩn đoán, xử lý, thời gian gửi, cách chăm sóc người bệnh trên đường vận chuyển để tuyến dưới rút kinh nghiệm cho những trường hợp sau.

Chú ý: chỉ được chuyển viện khi người bệnh đã được ổn định, không còn bị đe dọa về các chức năng sống.

63. CHUẨN BỊ CHO NGƯỜI BỆNH RA VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Thông báo kế hoạch xuất viện để người bệnh và gia đình người bệnh chuẩn bị các thủ tục thanh toán viện phí, phương tiện vận chuyển về gia đình và tiếp tục kế hoạch theo dõi chăm sóc tại nhà.
- Tăng cường sự hiểu biết của người bệnh và người nhà người bệnh về những vấn đề sức khỏe, những biến chứng có thể xảy ra và những điều cấm kỵ mà người bệnh phải tuân thủ tại nhà.
- Phát triển những kiến thức và kỹ năng của người bệnh và người nhà người bệnh trong việc tự chăm sóc tại nhà.
- Biết khi nào phải đến cơ sở y tế để khám và theo dõi sức khỏe.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi có y lệnh xuất viện của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Trường hợp thông thường: được khám toàn thể và được bác sĩ thông báo kế hoạch ra viện.
- Trường hợp đột xuất: được bác sĩ khám toàn thể và được giải thích lý do xuất viện đột xuất.
- Trường hợp người bệnh hoặc gia đình người bệnh chủ động xin ra viện: phải có đơn xin ra viện, được bác sĩ khám và đồng ý cho xuất viện.

2. Hồ sơ, bệnh án

- Có y lệnh xuất viện của bác sĩ.
- Có giấy ra viện, đơn thuốc và những giấy tờ cần thiết tùy từng người bệnh.

3. Thuốc, phương tiện cấp cứu dự phòng (nếu cần) và phương tiện vận chuyển người bệnh khi ra viện: tùy thuộc tình trạng người bệnh và thoả thuận giữa bệnh viện với gia đình người bệnh.

IV. THỰC HIỆN

Bác sĩ:

- Bác sĩ điều trị khám toàn thể để đánh giá tình trạng sức khoẻ, bệnh tật của người bệnh và ghi kết quả khám bệnh và đề nghị cho người bệnh xuất viện.
- Bác sĩ trưởng khoa: thăm khám lại, nhận xét kết quả điều trị và quyết định cho người bệnh ra viện.
- Bác sĩ điều trị tổng kết hồ sơ bệnh án, quá trình chẩn đoán, điều trị và chẩn đoán xác định, tình trạng người bệnh trước khi ra bệnh viện.
- Ghi giấy ra viện, đơn thuốc có chỉ định điều trị, theo dõi, chăm sóc tại nhà và thời gian khám lại (nếu có).
- *Thông báo cho điều dưỡng viên phụ trách người bệnh và người bệnh (hoặc gia đình người bệnh) về kế hoạch cho người bệnh ra viện.*

Điều dưỡng:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án về y lệnh xuất viện của bác sĩ.
- Giải thích cho người bệnh (hoặc người nhà) về ý kiến cho ra viện và dự kiến ngày xuất viện của bác sĩ.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh về những điều cần chăm sóc tại nhà.
- Đánh giá tình trạng sức khoẻ người bệnh để tiên lượng những vấn đề sức khoẻ của người bệnh có thể xảy ra tại nhà. Giải thích cho người bệnh và người nhà những gì có thể xảy ra tại nhà và hướng dẫn họ phải theo dõi những gì và làm gì nếu các vấn đề đó xảy ra, khi nào bệnh tình có thể hồi phục hoàn toàn.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh những thuốc cần dùng cho người bệnh, dùng khi nào, dùng bao nhiêu, dùng kéo dài trong thời gian bao lâu, những điều cần chú ý khi dùng thuốc như dùng trước hay sau khi ăn, tránh uống nhiều loại thuốc cùng một lúc.
- Hướng dẫn về chế độ ăn, uống hàng ngày.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà cách xử trí tại gia đình đối với những vấn đề bất thường có thể xảy ra.
- Cung cấp cho người bệnh những phương tiện và vật liệu cần thiết hoặc hướng dẫn họ cách sử dụng và tìm mua những thứ đó ở đâu.
- Hướng dẫn người nhà cách thay đổi tư thế và cách giúp người bệnh di vệ sinh, chuyển từ giường sang ghế nếu người bệnh vẫn phải nằm trên giường.
- Nếu người bệnh cần đến bệnh viện để khám lại cần ghi và hẹn ngày giờ cụ thể và nhắc nhở người bệnh đến khám lại theo đúng lịch hoặc có thể chuyển người bệnh về tuyến dưới để tiếp tục theo dõi, điều trị tiếp.
- Viết giấy thanh toán viện phí và hướng dẫn gia đình người bệnh thanh toán viện phí và trả lại bệnh viện những tài sản đã mượn.

- Hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án và đóng dấu giấy ra viện, đơn thuốc.
- Phát giấy ra viện, đơn thuốc sau khi người bệnh đã hoàn thành thủ tục thanh toán viện phí và trả đầy đủ tư trang mượn của bệnh viện.
- Tiếp thu ý kiến góp ý của người bệnh và gia đình họ về công tác điều trị, chăm sóc và phục vụ của bệnh viện.
- Tiễn người bệnh khi người bệnh ra viện.
- Nộp hồ sơ bệnh án đã được hoàn tất cho phòng Kế hoạch tổng hợp theo quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án.

Hộ lý:

- Nhận lại đủ đồ vải và tài sản người bệnh mượn.
- Vệ sinh tủ, giường bệnh ngay khi người bệnh ra viện, chuẩn bị sẵn đồ dùng và đồ vải để tiếp nhận người bệnh khác.

64. QUY ĐỊNH VỀ QUẢN LÝ DỤNG CỤ VÀ VẬT DỤNG TIÊU HAO PHỤC VỤ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

Sử dụng đúng mục đích, hiệu quả, tiết kiệm và kinh tế những dụng cụ và vật dụng tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh.

II. QUY ĐỊNH CHUNG

Việc quản lý sử dụng vật tư, dụng cụ tiêu hao của bệnh viện giao cho phòng y tá (điều dưỡng) và y tá (điều dưỡng) trưởng khoa sẽ đạt được mục đích hiệu quả, tiết kiệm, kinh tế và sử dụng đúng mục đích.

- Điều dưỡng trưởng khoa dự trù dụng cụ tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh cho cấp khoa.
- Phòng y tá - điều dưỡng bệnh viện chịu trách nhiệm xây dựng định mức, dự trù và quản lý dụng cụ tiêu hao phục vụ công tác chăm sóc người bệnh cho toàn bệnh viện.
- Mỗi cán bộ công chức bệnh viện có trách nhiệm sử dụng dụng cụ và vật dụng tiêu hao của bệnh viện đúng mục đích, hiệu quả, tiết kiệm và kinh tế.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Dự trù

- Y tá - điều dưỡng trưởng khoa, Phòng y tá - điều dưỡng bệnh viện trước khi lập dự trù phải:

- + Khảo sát nhu cầu sử dụng thực tế các mặt hàng và thông qua số liệu thống kê sử dụng dụng cụ và vật dụng tiêu hao hàng ngày, hàng tháng trên tỷ lệ bệnh nhân, tỷ lệ thủ thuật.
- + Nghiên cứu chất lượng hàng hoá và giá cả các mặt hàng (nên so sánh các mặt hàng cùng chủng nhưng khác xuất xứ).
- + Xem xét các chủng loại hàng thích hợp với đơn vị (kỹ thuật, điều kiện sử dụng, kinh phí).
- + Số lượng cần thiết cho mỗi kỹ thuật, người bệnh hoặc nhu cầu sử dụng trung bình một ngày, một tuần, một tháng trên tỷ lệ người bệnh.
- Lập danh mục dự trù: sắp xếp tên mặt hàng theo nhóm, chủng loại, số lượng, nơi sản xuất. Danh mục dụng cụ và hàng tiêu hao phải phù hợp với nguồn kinh phí trong phạm vi mà đơn vị chấp nhận được.
- Y tá - điều dưỡng trưởng khoa lập dự trù lĩnh dụng cụ và vật dụng tiêu hao cho khoa bao gồm các nội dung sau:
 - + Đơn vị dự trù.
 - + Tên các mặt hàng (chủng loại, yêu cầu kỹ thuật, nơi sản xuất)
 - + Đơn vị
 - + Số lượng yêu cầu
 - + Đơn giá
 - + Thành tiền
 - + Ngày, tháng, năm dự trù.
 - + Chữ ký đề nghị của Y tá - điều dưỡng trưởng khoa và Trưởng khoa.
- Phòng Y tá- điều dưỡng bệnh viện có trách nhiệm giúp Ban giám đốc bệnh viện kiểm tra và xác nhận dự trù của các khoa phù hợp nhu cầu thực tế của mỗi khoa (thông qua việc theo dõi, kiểm tra và giám sát sử dụng hàng tháng) đối chiếu với định mức đã được xây dựng và ký xác nhận nhu cầu sử dụng và đồng ý cấp phát.

2. Cấp phát

- Đơn vị cấp phát chỉ cấp phát hàng khi có ký duyệt của phòng điều dưỡng.
- Hàng nhập trước phải được cấp phát trước.
- Không cấp phát hoặc nhận các mặt hàng kém phẩm chất và sai quy cách.

3. Sử dụng, bảo quản

- Sử dụng đúng mục đích.
- Sử dụng đúng quy trình do Phòng Y tá - điều dưỡng bệnh viện quy định:
 - + Quy trình giao nhận vật tư - dụng cụ tiêu hao.
 - + Quy trình xử lý dụng cụ y tế để dùng lại.
 - + Quy trình xử lý bơm, kim tiêm nhựa sau khi đã sử dụng.

- + Quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ y tế.
- + Quy trình sử dụng và bảo quản dụng cụ vô khuẩn.

4. Kiểm tra: Y tá - điều dưỡng trưởng khoa phải tiến hành kiểm tra, giám sát việc sử dụng, bảo quản vật tư, dụng cụ tiêu hao hàng ngày để:

- Phát hiện nhu cầu sử dụng, sửa chữa để có kế hoạch sửa chữa, thay thế kịp thời.
- Phát hiện những sơ hở về quản lý, sai lệch về mẫu mã, số lượng và sai lệch giữa dự trữ và sử dụng để điều chỉnh kịp thời.
- Phát hiện nhược điểm, thiếu sót sử dụng, vận hành vật tư- dụng cụ tiêu hao để có kế hoạch hướng dẫn và huấn luyện sử dụng.
- Đảm bảo mọi vật tư - dụng cụ tiêu hao được sử dụng đúng mục đích và đạt hiệu quả cao.

65. QUY ĐỊNH VỀ QUẢN LÝ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC CHO Y TÁ - ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện nhiệm vụ của bệnh viện, của phòng Y tá - điều dưỡng và của từng cá nhân được quy định tại quy chế bệnh viện.
- Củng cố, bổ sung, cập nhật, nâng cao kiến thức, kỹ năng và thái độ cho Y tá- điều dưỡng (bao gồm cả Hộ sinh và Kỹ thuật viên y) để đáp ứng nhu cầu chăm sóc phục vụ của bệnh viện, hạn chế sai sót chuyên môn và tạo điều kiện thuận lợi cho việc điều phối nhân lực y tá - điều dưỡng khi cần.
- Xây dựng cơ sở thực hành mẫu mực cho học sinh, sinh viên điều dưỡng.

II. QUY ĐỊNH CHUNG

- Học tập và giảng dạy tại bệnh viện là một phần của nhiệm vụ đào tạo do Phòng Kế hoạch tổng hợp chịu trách nhiệm được quy định tại quy chế học tập và giảng dạy trong quy chế bệnh viện (Quy định chung thứ 1 của Quy chế học tập và giảng dạy tại bệnh viện 1997).
- Phòng y tá - điều dưỡng có nhiệm vụ “Tổ chức đào tạo nâng cao trình độ cho y tá (điều dưỡng), nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý. Tham gia hướng dẫn thực hành cho học viên và kiểm tra tay nghề cho y tá (điều dưỡng) nữ hộ sinh, kỹ thuật viên và hộ lý trước khi tuyển dụng”(nhiệm vụ thứ 3 của Phòng Y tá - điều dưỡng được quy định tại quy chế bệnh viện năm 1997).
- Phòng Y tá - điều dưỡng chịu trách nhiệm quản lý và tổ chức thực hiện công tác quản lý đào tạo liên tục cho y tá - điều dưỡng có hỗ trợ và phối hợp của Phòng kế hoạch tổng hợp và các phòng ban chức năng.

- Phòng Y tá - điều dưỡng phối hợp với Phòng kế hoạch tổng hợp để xây dựng kế hoạch và các chương trình và tài liệu huấn luyện liên tục để trình Lãnh đạo phê duyệt. Kế hoạch và chương trình huấn luyện liên tục phải thiết thực và thích hợp với đối tượng huấn luyện, thời gian và nhu cầu của đơn vị.
- Mỗi bệnh viện cần xây dựng những chương trình huấn luyện bao gồm những nội dung: hướng dẫn định hướng (cho nhân viên mới), phát triển kỹ năng lãnh đạo quản lý (cho Y tá - điều dưỡng trưởng), huấn luyện kỹ năng chăm sóc, huấn luyện liên tục.

III. QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1. Phòng điều dưỡng chịu trách nhiệm

- Khảo sát đánh giá nhu cầu thực tế, đối tượng và nội dung huấn luyện, đào tạo.
- Lập kế hoạch dự thảo và trình Lãnh đạo bệnh viện duyệt trên cơ sở tham khảo ý kiến phòng Kế hoạch tổng hợp, Phòng chỉ đạo tuyến và các khoa.
- Lập kế hoạch triển khai thực hiện chi tiết của Phòng Y tá - điều dưỡng.
- Phân công từng cá nhân phụ trách từng chương trình và chuẩn bị bài giảng để có tài liệu cho từng học viên.
- Triển khai thực hiện: theo kế hoạch đã được duyệt.
- Tổ chức đánh giá học viên trước, trong và cuối mỗi chương trình huấn luyện. Tổ chức lấy ý kiến học viên đánh giá chương trình huấn luyện và đánh giá hiệu quả huấn luyện khi kết thúc chương trình để rút kinh nghiệm và điều chỉnh chương trình.
- Chương trình và tài liệu giảng dạy, học tập cần được lưu giữ thành bộ tại Phòng Y tá - điều dưỡng và các khoa phòng để thuận tiện cho việc học tập, triển khai áp dụng.

2. Trách nhiệm phối hợp của các phòng ban

- Phòng chỉ đạo tuyến và phòng kế hoạch tổng hợp chịu trách nhiệm hỗ trợ về mặt chuyên môn.
- Phòng tổ chức cán bộ chịu trách nhiệm hỗ trợ việc điều chỉnh nhân lực khi cần thiết.
- Phòng tài chính kế toán, hành chính quản trị: chịu trách nhiệm hỗ trợ về tài chính, phương tiện học tập và giảng dạy.

3. Trách nhiệm của các cá nhân

- Học tập nâng cao trình độ là quyền lợi và trách nhiệm của mỗi cán bộ công chức bệnh viện.
- Các trưởng khoa, trưởng phòng, ban và các thành viên trong bệnh viện có trách nhiệm tạo điều kiện cho Y tá - điều dưỡng thực hiện kế hoạch học tập và giảng dạy đã được Giám đốc bệnh viện phê duyệt.
- Khi được tham gia học tập, mỗi Y tá- ĐD phải tuân thủ quy định, nội quy học tập của đơn vị, không nghỉ học tự do, không đi muộn, về sớm. Phải tôn trọng và tuân thủ sự hướng dẫn của giáo viên.

Chương II

NGOẠI KHOA

CHẤN THƯƠNG - CHỈNH HÌNH

1. KỸ THUẬT THAY BĂNG THƯỜNG QUY

I. MỤC ĐÍCH

- Điều dưỡng tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn khi thay băng cho người bệnh.
- Đảm bảo an toàn cho người bệnh.
- Tránh nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện.
- Tạo điều kiện để quá trình liền sẹo của vết thương diễn biến tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Thực hiện theo y lệnh của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích cho người bệnh biết mục đích công việc mình sắp tiến hành để người bệnh yên tâm và phối hợp (Nếu người bệnh tỉnh)
- Đặt tư thế người bệnh thuận tiện cho công việc thay băng.

2. Chuẩn bị dụng cụ (tại phòng chuẩn bị của Điều dưỡng)

- Điều dưỡng rửa tay, lau khô tay bằng khăn sạch.
- Chuẩn bị xe thay băng sạch, lau xe bằng dung dịch khử khuẩn.

Tảng 1:

- 01 hộp gạc gói vô khuẩn
- 01 lọ cầm panh và panh vô trùng
- 01 hộp dụng cụ vô khuẩn (mỗi người bệnh thay băng bằng 01 hộp dụng cụ riêng), trong hộp có:
 - + 01 kẹp có máu.
 - + 02 panh.
 - + 01 kéo.
- 01 lọ povidine
- 01 lọ ête
- 01 lọ cồn 70⁰
- 01 lọ oxy già
- 01 lọ nước muối rửa vô khuẩn.

Tầng 2:

01 khay sạch trong đó có:

- Nylon lót khi thay băng.
- Túi nylon nhỏ.
- Băng dính, kéo cắt băng.
- Găng sạch.
- Băng cuộn (Nếu cần)
- Túi hậu môn nhân tạo nếu cần.

Tầng 3:

- 01 chậu đựng dung dịch khử khuẩn.
- 01 khay để nylon lót sau khi sử dụng.
- Thùng rác có lót túi nylon.
- Chai đựng kim bắn và các vật sắc nhọn.

Điều dưỡng rửa tay lại, lau khô tay bằng khăn sạch và đưa xe ra buồng bệnh.

3. Địa điểm

Tại giường người bệnh hoặc buồng thay băng..

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Sát khuẩn tay bằng cồn 70⁰
2. Mở hộp dụng cụ lật ngược nắp hộp đặt xuống phía dưới và mở hộp (dùng nắp hộp vừa mở như khay chữ nhật cho thay băng).
3. Sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng vào nắp hộp vừa mở.
4. Mở hộp gạc:
 - Dùng panh để gấp gạc.
 - Mở gói gạc bằng panh để vào hộp.
5. Trải tấm nylon lót dưới vùng thay băng.
6. Đặt túi nylon đựng gạc bắn.
7. Dùng tay hoặc panh nhẹ nhàng bóc băng bắn (Y tá nhận định tùy theo vết thương sạch bẩn nhiễm trùng mà đi găng hoặc dùng panh. Sau khi dùng xong bỏ panh vào chậu có dung dịch khử khuẩn).
8. Sát khuẩn lại tay bằng cồn 70⁰
9. Dùng ête lau sạch vết băng dính trên da người bệnh (không lau ête vào vết thương).
10. Lau rửa vết thương bằng nước muối sinh lý (Nếu vết thương bẩn, nhiễm trùng thì dùng oxy già) theo các bước:
 - Dùng gạc củ ấu thấm nước muối (oxy già) bắt đầu chấm từ bờ mép vết thương hất ra ngoài (miết sát gạc củ ấu vào da để lấy hết bẩn) theo:

- Phía đối diện
- Phía bên y tá - điều dưỡng
- Trực tiếp trên vết thương

(Làm như vậy cho đến khi quan sát gạc củ ấu sạch không còn màu đen).

Chú ý: nếu vết thương bẩn phải dùng đến oxy già thì sau khi rửa vết thương bằng oxy già thì phải rửa lại bằng nước muối sinh lý theo kỹ thuật như trên.

11. Sát khuẩn vết thương bằng povidine, betadine kỹ thuật giống như rửa vết thương bằng nước muối sinh lý.

Tuỳ theo tình trạng vết thương mà thay panh hay không, giữa các thì phải thay gạc củ ấu mới.

12. Đặt miếng gạc vô khuẩn lên trên vết thương, băng kín bằng băng dính (tốt nhất là dùng băng dính băng kín bốn mép của vết thương).

13. Thu dọn dụng cụ:

- Thu dọn dụng cụ thay băng ngâm vào chậu có dung dịch khử khuẩn.
- Thu dọn gạc còn lại, hộp dụng cụ vừa sử dụng.
- Buộc túi nylon có đựng gạc bẩn, bỏ vào thùng rác.
- Gấp nylon (mặt bẩn để vào trong) để xuống khay ở tầng 3.
- Cho người bệnh nằm lại tư thế thoải mái, mặc lại quần áo và báo cho người bệnh biết công việc đã xong và giải thích cho họ biết những điều cần thiết.
- Dem hộp dụng cụ cùng với gạc thừa, khăn gói đã dùng vào buồng rửa dụng cụ (hoặc xếp vào chỗ quy định ở xe thay băng).
- Rửa tay, lau tay bằng khăn khô sạch.

Chú ý: nếu không dùng nắp hộp để đựng dụng cụ thay băng mà dùng khay chữ nhật thì sau mỗi lần thay băng để lại một miếng gạc và lau khay lại bằng cồn 70⁰ trước khi thay băng cho người bệnh tiếp theo.

14. Theo dõi:

- Theo dõi diễn biến của người bệnh sau khi thay băng, chú ý đến các dấu hiệu đau, chảy máu.
- Một giờ sau khi thay băng phải xem lại vết thương, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, số lượng dịch dẫn lưu, màu sắc nếu có.
- Nếu có dấu hiệu bất thường phải báo cho bác sĩ biết.
- Theo dõi quá trình liền sẹo vết thương.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào phiếu chăm sóc ngày, giờ thay băng, tình trạng vết thương và cách xử lý.
- Báo cáo bác sĩ diễn biến bất thường và quá trình liền sẹo vết thương.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh chế độ dinh dưỡng, tập luyện (Nếu tỉnh)
- Nếu người bệnh có dẫn lưu giải thích cho người bệnh hiểu để giữ chai dẫn lưu đúng vị trí, không nhấc cao quá vị trí vết thương hoặc đặt chai dẫn lưu xuống đất.

Chú ý: nếu trên người bệnh có nhiều vết thương thì vẫn có thể dùng một hộp dụng cụ nhưng phải bắt đầu thay băng từ vết thương sạch đến vết thương bẩn, từ vết thương vùng đầu mặt cổ ngực rồi đến rồi đến bụng và chân...

2. CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG CÓ DẪN LƯU

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo an toàn cho người bệnh sau mổ.
- Tránh nhiễm trùng và lây chéo trong bệnh viện.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có vết thương đặt ống dẫn lưu

III. CHUẨN BỊ

a. Dụng cụ

- Dụng cụ thay băng: giống như chuẩn bị cho thay băng thường quy nhưng thêm 01 kéo mũi nhọn và một cặp phẫu tích nếu có chỉ định rút ống dẫn lưu.
- Dụng cụ chăm sóc dẫn lưu:
 - + Dây dẫn lưu cao su hoặc dây plastic trắng trong có tráng silicol
 - + Chai dẫn lưu:
 - Chai dẫn lưu cho dẫn lưu hở (ổ bụng, bàng quang).
 - Chai dẫn lưu kín (cho mổ phổi, mổ tim...)
 - Hệ thống máy hút liên tục và khí nén.

b. Người bệnh

Thông báo cho người bệnh biết trước, hướng dẫn người bệnh ở tư thế phù hợp với việc chăm sóc.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thay băng vết thương giống như thay băng thường quy.
2. Chăm sóc dẫn lưu:

- Thay băng, vệ sinh xung quanh chân dẫn lưu (chú ý nếu người bệnh có nhiều dẫn lưu thì thay băng và vệ sinh từ dẫn lưu ở trên cao (ngực) đến dẫn lưu ở dưới thấp (bụng).
- Hàng ngày kiểm tra xem dẫn lưu có thông tốt không (vuốt dẫn lưu).
- Tính lượng dịch dẫn lưu ra hàng giờ, 3 giờ một lần, 6 giờ 1 lần hoặc một ngày một lần, ghi số lượng, màu sắc vào phiếu theo dõi nhằm phát hiện sớm dấu hiệu chảy máu sau mổ để xử trí kịp thời.
- Treo dẫn lưu lên thành giường hoặc để vào giá đỡ để tránh dẫn lưu đổ ra sàn nhà.
- Khi thay chai, dây dẫn lưu phải đi gang, sát khuẩn bằng povidine ở các điểm tiếp giáp để đảm bảo vô khuẩn.
- Khi người bệnh đi chiếu chụp mà vẫn còn dẫn lưu thì phải được kẹp dẫn lưu (chú ý có miếng gạc bảo vệ dây dẫn lưu tránh thủng do kẹp bằng panh Kocher khi vận chuyển.)
- Rút dẫn lưu khi có chỉ định của bác sĩ.
- Theo dõi báo cáo cho bác sĩ những dấu hiệu bất thường.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Điều dưỡng theo dõi chặt chẽ ống dẫn lưu của người bệnh, đặc biệt trong 24 giờ đầu về số lượng, màu sắc, phát hiện những dấu hiệu bất thường báo cáo cho bác sĩ.
- Sau 24 giờ theo dõi thường xuyên sự lưu thông của dẫn lưu, theo dõi số lượng, màu sắc ghi vào phiếu theo dõi.
- Thay băng dẫn lưu hàng ngày hoặc vài ngày một lần tùy theo tình trạng chân dẫn lưu.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Có những dẫn lưu rút sau 24 giờ chỉ cần nhắc nhở người bệnh chú ý khi xoay trở mình để tránh tuột dẫn lưu.
- Những dẫn lưu để lâu như dẫn lưu Kerh... thì nhắc nhở người bệnh chú ý khi vận động đi lại. Chai dẫn lưu luôn để thấp hơn điểm dẫn lưu.
- Người bệnh và người nhà không tự ý tháo chai dẫn lưu để đổ dịch...
- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn uống, tập luyện phù hợp với sức khỏe.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ SỌ NÃO

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ SỌ NÃO CẤP CỨU

I. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh an toàn trước và sau mổ sọ não.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh có chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

1. Lấy chỉ số sinh tồn, theo dõi tri giác theo thang điểm Glasgow (GCS = Glasgow Coma scale), dấu hiệu thần kinh khu trú (kích thước, phản xạ đồng tử, dấu hiệu yếu liệt...).
2. Công tác tư tưởng cho người bệnh và thân nhân (mục đích, tiên lượng cuộc phẫu thuật, khả năng hồi phục của người bệnh...)
3. Xét nghiệm cận lâm sàng trước mổ theo y lệnh:
 - Xét nghiệm máu: công thức máu (CTM), nhóm máu (GS), thời gian máu chảy (TQ), máu đông (TCK), chức năng gan...
 - Chẩn đoán hình ảnh: X. quang sọ, CT Scan...
4. Không được ăn uống gì từ khi có chỉ định mổ.
5. Thực hiện thuốc trước mổ.
6. Báo phòng mổ chuẩn bị cho việc phẫu thuật.
7. Cạo tóc và vệ sinh da đầu, băng kín vết thương da đầu nếu có.
8. Lau sạch sơn ở móng tay, móng chân, tháo răng giả và nữ trang nếu có.
9. Đeo vòng tay cho người bệnh (họ tên, tuổi, giới tính)
10. Cởi quần áo và phủ vải đắp cho người bệnh.
11. Hoàn tất hồ sơ và thủ tục hành chính trước mổ, ký cam kết mổ...
12. Hướng dẫn thân nhân người bệnh ở khu vực nhà chờ và thăm người bệnh sau mổ.
13. Chuẩn bị phương tiện vận chuyển và đưa người bệnh đến phòng mổ.
14. Bàn giao người bệnh với nhân viên phòng mổ.
15. Chào người bệnh và dặn dò giúp người bệnh an tâm nếu người bệnh tỉnh.

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

Xin xem phần chăm sóc người bệnh sau mổ sọ não theo chương trình.

IV. GHI HỒ SƠ

Xin xem phần chăm sóc người bệnh sau mổ sọ não theo chương trình.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Xin xem phần chăm sóc người bệnh sau mổ sọ não theo chương trình.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MỔ SỌ NÃO THEO CHƯƠNG TRÌNH

I. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh an toàn trước và sau mổ sọ não.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh có chỉ định phẫu thuật theo chương trình.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

1.1. Nhận định tình trạng người bệnh, điều dưỡng ghi chú hồ sơ về

- Tình trạng tri giác của người bệnh:* dựa vào thang điểm Glasgow Coma Scale (GCS), dấu hiệu thần kinh khu trú (kích thước, phản xạ đồng tử, yếu liệt...)
- Chỉ số sinh tồn, nước vào và ra.*
- Tổng trạng người bệnh:* gây, suy kiệt...
- Hoàn cảnh gia đình của người bệnh, những khó khăn, mong muốn của người bệnh nếu có..*

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng theo y lệnh

- Xét nghiệm máu:* công thức máu, nhóm máu, thời gian máu chảy, máu đông, chức năng gan, thận..., chức năng nội tiết: TSH, FSH ở người bệnh mổ tuyến yên.
- Chẩn đoán hình ảnh:* X. quang sọ, X. quang phổi, điện não đồ, CT Scan.
- Đo điện tim (ECG) ở những người bệnh trên 50 tuổi và ở tất cả người bệnh u não.*
- Khám tiền phẫu (khám tai mũi họng)*

2. Chuẩn bị địa điểm và hồ sơ

- Thông báo phòng mổ cho việc sắp xếp.
- Chuẩn bị hồ sơ bệnh án cho việc duyệt mổ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

* Ngày trước mổ:

- Lấy chỉ số sinh tồn của người bệnh, tình trạng tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú, lượng nước vào và ra...
- Công tác tư tưởng cho người bệnh và thân nhân.

3. Thực hiện thuốc trước mổ.
4. 19 giờ làm sạch ruột trước mổ: thực tháo... và dặn người bệnh nhịn ăn từ đó.
5. Cạo tóc và vệ sinh da đầu, băng kín vết thương da đầu nếu có, lau sạch sơn móng chân móng tay nếu có, đeo vòng tay cho người bệnh...
6. Chuẩn bị hồ sơ và người bệnh cho cuộc hội chẩn trước mổ
7. Hoàn tất hồ sơ và thủ tục hành chính...

** Sáng ngày mổ:*

1. Kiểm tra đúng người bệnh và hoàn tất hồ sơ người bệnh.
2. Ghi hồ sơ chỉ số sinh tồn, tình trạng tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú, lượng nước vào ra.
3. Thay quần áo mổ, tháo răng giả nếu có, tháo gửi đồng hồ, nữ trang của người bệnh nếu có.
4. Hướng dẫn thân nhân người bệnh ở khu vực nhà chờ và vấn đề thăm người bệnh sau mổ.
5. Chuẩn bị phương tiện vận chuyển và đưa người bệnh xuống phòng mổ
6. Ký bàn giao người bệnh với nhân viên phòng mổ.
7. Chào người bệnh và dặn dò giúp người bệnh yên tâm nếu người bệnh tỉnh.

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

1. Theo dõi chỉ số sinh tồn 30 phút, 2 giờ / lần tùy tình trạng người bệnh trong thời gian hậu phẫu cho đến khi người bệnh ổn định.

- Hô hấp: cung cấp đủ oxy cho người bệnh, theo dõi nhịp thở, kiểu thở, phòng tắc nghẽn đường thở do ứ đọng đàm dãi.
- Tim mạch: theo dõi huyết áp, mạch.
- Nhiệt độ: theo dõi sốt: chườm mát hoặc dùng thuốc hạ nhiệt theo y lệnh

2. Tư thế nằm

- Người bệnh mê : đầu bằng
- Người bệnh tỉnh: nếu không có chống chỉ định, nằm đầu hơi cao, nghiêng về phía dẫn lưu nếu có.

3. Theo dõi sát tình trạng tri giác của người bệnh, đặc biệt là GCS, dấu hiệu thần kinh khu trú để phát hiện sớm biến chứng sau mổ: máu tụ tái phát, phù não...

4. Theo dõi lượng nước vào và ra

5. Thực hiện thuốc, xét nghiệm đúng và đủ theo y lệnh. Theo dõi tác dụng chính và tác dụng phụ của thuốc.

6. Giữ sạch vết mổ và theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ, chỉ thay băng khi thấm dịch. Cắt chỉ đúng ngày theo y lệnh.

7. Dinh dưỡng

- Khi chưa có nhu động ruột: truyền dịch theo y lệnh.
- Khi có nhu động ruột và người bệnh còn mê: truyền dịch và nuôi ăn qua ống thông mũi - dạ dày theo y lệnh.
- Khi có nhu động ruột và người bệnh tỉnh, khuyến khích người bệnh ăn: thức ăn nhẹ, dễ tiêu, ăn từ lỏng tới đặc dần.

8. Đảm bảo vệ sinh cá nhân cho người bệnh: vệ sinh răng miệng, gội đầu, tắm cho người bệnh tại giường nếu người bệnh mê...

9. Bài tập thụ động ở người bệnh mê: các tư thế dẫn lưu, vỗ, rung để giúp phổi giãn nở tốt, phòng viêm phổi, xoay trở để phòng loét do chèn ép, đệm lót để giữ đúng tư thế chức năng cho người bệnh

Người bệnh tỉnh: khuyến khích người bệnh thở sâu bằng bụng.

** Chăm sóc vết thương đầu có dẫn lưu:*

1. Nối ống dẫn lưu xuống chai vô trùng, vị trí chai thấp hơn mặt giường từ 50-60cm. Đảm bảo hệ thống dẫn lưu thông và chảy một chiều.
2. Kích thước dây nối phải to hơn ống dẫn lưu.
3. Chăm sóc hệ thống dẫn lưu đúng kỹ thuật vô trùng, giữ chân dẫn lưu khô sạch, phòng lở loét da.
4. Theo dõi và ghi vào hồ sơ: số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu. Báo cáo bác sĩ ngay nếu có dấu hiệu bất thường (dịch nhiều màu đỏ tươi...)

** Điều kiện rút ống dẫn lưu:*

1. Thời gian: trung bình 2 ngày
2. Lượng dịch dẫn lưu ít hoặc hết.
3. Có chỉ định của bác sĩ.

** Kỹ thuật chăm sóc và rút ống dẫn lưu:*

Xin xem bài kỹ thuật chăm sóc và rút ống dẫn lưu người bệnh mổ sỏi mật.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Ghi hồ sơ tình trạng người bệnh, chỉ số sinh tồn, tình trạng tri giác, dấu hiệu thần kinh khu trú, lượng dịch vào ra, tình trạng vết mổ, tình trạng dẫn lưu (số lượng, màu sắc, tính chất...) tỉnh thần và sự ăn ngủ của người bệnh, những than phiền và yêu cầu của người bệnh nếu có.
2. Ghi hồ sơ những chăm sóc điều dưỡng đối với người bệnh (ngày, giờ và kỹ thuật chăm sóc...)

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Dùng thuốc và dinh dưỡng theo đúng y lệnh của bác sĩ, không được tự ý bỏ thuốc hoặc dùng thuốc thêm.

2. Tuân thủ nội quy của khoa và bệnh viện
3. Mọi thắc mắc, yêu cầu hoặc có gì bất thường: xin liên hệ với nhân viên y tế liên quan.
4. Động viên người bệnh tin tưởng và an tâm điều trị.
5. Tái khám đúng hẹn và đúng chỗ.

4. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH MỔ LỒNG NGỰC - TIM MẠCH (Mổ theo chương trình)

I. MỤC ĐÍCH

Giúp người bệnh an toàn trước và sau mổ lồng ngực- tim mạch

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh có chỉ định phẫu thuật mổ lồng ngực - tim mạch theo chương trình.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

1.1. Nhận định tình trạng người bệnh

a. Tình trạng người bệnh

- Đối với bệnh về lồng ngực như bệnh tim, phổi: đánh giá xem người bệnh có thở không? Lồng ngực có bị biến dạng không?
- Đối với bệnh về mạch máu: theo dõi tình trạng mạch của người bệnh, triệu chứng tắc động mạch như hoại tử khô, hoại tử ướt ở các đầu chi trên và chi dưới.

b. Chỉ số sinh tồn, cân bằng dịch vào ra

c. Tổng trạng người bệnh: gầy, suy kiệt...

d. Hoàn cảnh gia đình của người bệnh, những khó khăn, mong muốn của người bệnh nếu có.

1.2. Xét nghiệm cận lâm sàng theo y lệnh

- Xét nghiệm máu: công thức máu, nhóm máu, tốc độ máu lắng, chức năng đông máu toàn bộ, chức năng gan, thận, khí máu động mạch...
- Tổng phân tích nước tiểu.
- Nếu có bệnh về phổi: xét nghiệm đờm tìm trực khuẩn kháng cồn toan trực tiếp 3 ngày liên tiếp, xét nghiệm phản ứng lao (IDR).

- Chẩn đoán hình ảnh: X. quang phổi, CT Scan, chụp DSA (nếu có bệnh về mạch máu)
- Đo điện tâm đồ tất cả người bệnh.
- Khám tai -mũi-họng tiền phẫu.
- Khám nội tim mạch tiền phẫu.
- Đo chức năng hô hấp.
- Siêu âm tim (nếu cần)
- Tập thở và hướng dẫn cho người bệnh trước mổ.

2. Chuẩn bị địa điểm và hồ sơ

- Thông báo cho phòng mổ biết trước.
- Chuẩn bị hồ sơ đầy đủ cho việc duyệt mổ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC MỔ

* Ngày trước mổ:

- Lấy chỉ số sinh tồn, cân nặng, chiều cao của người bệnh.
- Công tác tư tưởng cho người bệnh và thân nhân
- Thực hiện thuốc trước mổ.
- Chuẩn bị hồ sơ và người bệnh cho cuộc hội chẩn trước mổ nếu có.
- Cho người bệnh tắm nếu người bệnh tự làm được. Làm vệ sinh vùng ngực, nách, bẹn. Bôi sạch sơn móng tay, chân nếu có. Đeo vòng tay cho người bệnh (họ tên, tuổi, giới tính, khoa điều trị)
- Buổi tối thực tháo cho người bệnh và dặn người bệnh nhịn ăn từ đó.
- Hoàn tất hồ sơ và thủ tục hành chính, ký cam kết mổ

* Sáng ngày mổ:

- Kiểm tra đúng người bệnh và hoàn tất hồ sơ bệnh án người bệnh.
- Đo chỉ số sinh tồn và ghi hồ sơ.
- Thay quần áo mổ, lấy răng giả, tháo gửi đồng hồ và nữ trang cho người bệnh nếu có.
- Hướng dẫn thân nhân người bệnh ở khu vực nhà chờ và vào thăm sau mổ.
- Chuẩn bị phương tiện và đưa người bệnh xuống phòng mổ.
- Ký và bàn giao người bệnh với nhân viên phòng mổ (điều dưỡng, kỹ thuật viên).
- Chào người bệnh và dặn dò giúp người bệnh an tâm nếu người bệnh tỉnh.

B. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ

1. Theo dõi chỉ số sinh tồn và tình trạng tri giác 15 phút, 30 phút hoặc 2 giờ/ lần tùy theo tình trạng người bệnh trong thời gian hậu phẫu cho đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

* Về hô hấp: cung cấp đủ oxy cho người bệnh, theo dõi sát nhịp thở, kiểu thở, phòng tắc nghẽn đường thở do ứ đọng đàm dãi. Báo cáo bác sĩ khi thấy chất tiết gia tăng trong khí quản.

* Về tim mạch: theo dõi huyết áp, mạch.

* Về nhiệt độ: theo dõi sát, nếu sốt thì chườm mát hoặc dùng thuốc theo y lệnh.

2. Tư thế nằm

- Người bệnh mê: nằm đầu bằng.
- Người bệnh tỉnh: nếu không có chống chỉ định, nằm đầu hơi cao, nghiêng về phía dẫn lưu nếu có.

3. Theo dõi sát hệ thống dẫn lưu phổi của người bệnh, nếu trong 1 giờ đầu dịch dẫn lưu khoảng 200ml trong vòng 3 giờ liên tiếp hoặc 1000ml/24 giờ thì phải báo sĩ ngay.

- Giữ ống bằng kim băng giữa 2 mép vải trải giường hoặc bằng dây buộc vào cạnh giường.
- Theo dõi sự di động của mực nước trong ống thuỷ tinh dài. Báo cáo bác sĩ ngay khi mực nước không di động.
- Luôn luôn giữ ống thuỷ tinh dài cắm sâu vào mực nước trong bình 3-5 cm. Bao một đầu ống thuỷ tinh ngắn bằng gạc hoặc gắn vào máy hút phổi (máy hút với áp lực được quy định, thông thường là -20cm nước).

4. Theo dõi dịch vào ra

5. Thực hiện thuốc, xét nghiệm đúng và đủ theo y lệnh. Theo dõi tác dụng chính và tác dụng phụ của thuốc.

6. Giữ sạch vết mổ và theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng vết mổ. Rút ống dẫn lưu phổi khi có chỉ định của bác sĩ.

7. Dinh dưỡng

- Khi chưa có nhu động ruột: truyền dịch theo y lệnh
- Khi có nhu động ruột và người bệnh còn mê: truyền dịch và nuôi ăn qua ống thông mũi- dạ dày theo y lệnh.
- Khi có nhu động ruột và người bệnh tỉnh, khuyến khích người bệnh ăn:
 - + Thức ăn nhẹ, dễ tiêu.
 - + Ăn từ lỏng đến đặc dần.

8. Đảm bảo vệ sinh cá nhân cho người bệnh: vệ sinh răng miệng, gội đầu, tắm cho người bệnh tại giường nếu người bệnh mê.

9. Vận động

Bài tập thụ động ở người bệnh mê: các tư thế dẫn lưu, vỗ, rung để giúp phổi giãn nở tốt, phòng viêm phổi, xoay trở để phòng loét do đè ép, đệm lót để giữ đúng tư thế chức năng cho người bệnh.

Người bệnh tỉnh: khuyến khích người bệnh ho và thở sâu bằng bụng, đỡ gối dậy 24 giờ sau mổ để phòng viêm phổi.

*** Chăm sóc hệ thống dẫn lưu phổi:**

1. Đặt vị trí chai dẫn lưu vào chỗ an toàn, ít đụng chạm và thấp hơn mặt giường từ 50-60 cm. Đảm bảo hệ thống dẫn lưu thông và chảy 1 chiều.
2. Kích thước dây nối phải to hơn ống dẫn lưu.
3. Chăm sóc hệ thống dẫn lưu đúng kỹ thuật vô trùng, giữ chân dẫn lưu khô sạch, phòng loét da.
4. Nước cho vào chai phải vô trùng và đủ để ống thuỷ tinh dài cắm sâu vào từ 3-5cm.
5. Kẹp ống bằng 2 kẹp khi di chuyển hoặc thay bình dẫn lưu.
6. Theo dõi và ghi vào hồ sơ: số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu. Báo cáo bác sĩ ngay nếu có dấu hiệu bất thường (dịch nhiều màu đỏ tươi...).

*** Điều kiện rút ống dẫn lưu:**

1. Thời gian: thông thường sau 24-48 giờ.
2. Lượng dịch dẫn lưu không ra thêm hoặc ra dưới 100ml dịch/ 24 giờ.
3. Phổi nở tốt: dựa trên lâm sàng và X. quang.
4. Có chỉ định của bác sĩ.

*** Kỹ thuật chăm sóc và rút ống dẫn lưu phổi:**

Xin xem bài kỹ thuật chăm sóc và rút ống dẫn lưu.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Ghi hồ sơ chỉ số sinh tồn, tình trạng người bệnh, lượng dịch vào ra, tình trạng vết mổ, tình trạng dẫn lưu (số lượng, màu sắc, tính chất...) tinh thần và sự ăn ngủ của người bệnh, những lo lắng và yêu cầu của người bệnh nếu có.
2. Ghi hồ sơ những chăm sóc điều dưỡng đối với người bệnh: ngày giờ và kỹ thuật chăm sóc.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Dùng thuốc và dinh dưỡng theo đúng y lệnh của bác sĩ, không được tự ý bỏ thuốc và dùng thuốc thêm.
2. Tuân thủ nội quy của khoa và bệnh viện.
3. Mọi thắc mắc, yêu cầu hoặc có gì bất thường: xin liên hệ với nhân viên y tế liên quan.
4. Động viên người bệnh tin tưởng và an tâm điều trị.
5. Tái khám đúng hẹn và đúng chỗ.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU KHI MỔ NGỰC

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì sự ổn định của tuần hoàn hô hấp.
- Sau mổ lồng ngực, biến chứng xẹp phổi, viêm phổi, tràn dịch màng phổi... liên quan đến kết quả điều trị. Mọi cố gắng sau mổ nhằm tránh những biến chứng này.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh sau khi mổ ngực.

III. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

- Giường bệnh, máy thở (nếu còn thở máy), Monitoring (nếu có)
- Theo dõi về hô hấp: tần số hô hấp bão hoà O_2 (Monitoring)
- Bảng theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp, dẫn lưu, nước tiểu.
- Chai dẫn lưu, máy hút liên tục
- Máy khí dung.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trong phòng hồi sức

a. Nếu người bệnh cần thở hỗ trợ bằng máy thở:

- Đặt thông số thở (bác sĩ đặt và kiểm tra).
- Theo dõi máy thở: khi người bệnh thở máy phải luôn có điều dưỡng ở bên cạnh để theo dõi hoạt động của máy thở. Tùy theo tình trạng của người bệnh mà các dấu hiệu sinh tồn như mạch, nhiệt độ, huyết áp được theo dõi 15 phút - 30 phút hay 1 giờ một lần.

b. Theo dõi nhịp tim trên monitoring, theo dõi bão hoà oxy chặt chẽ để có thể tăng thêm hoặc giảm bớt oxy cho người bệnh.

c. Theo dõi màu sắc của da, niêm mạc (màu hồng hoặc xanh tím).

d. Theo dõi dịch dẫn lưu, tính chất, số lượng dẫn lưu chảy ra 30 phút một lần trong 6 giờ đầu sau đó theo dõi 1 giờ 1 lần trong các giờ tiếp theo cho đến hết 24 giờ, từ giờ thứ 25 theo dõi 3 giờ 1 lần. Dùng nước xà phòng và một gạc cuộn để vuốt ống dẫn lưu tránh gây tắc ống dẫn.

- Theo dõi và kiểm tra máy hút liên tục phải là hệ thống kín được hút liên tục với áp lực là 20cm H_2O và không được để gập hoặc hở dây dẫn lưu gây nguy hiểm tràn khí màng phổi.

e. Hút ống nội khí quản 30' hoặc 1 giờ 1 lần tùy theo sự tăng tiết đàm dãi của người bệnh, chú ý đảm bảo vô trùng trong khi hút.

f. Ghi toàn bộ số lượng nước tiểu, dẫn lưu, thông số máy thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp vào bảng theo dõi của người bệnh.

– Báo cáo bác sĩ những dấu hiệu bất thường để kịp xử lý.

g. Thực hiện y lệnh của bác sĩ về thuốc men, dịch truyền và thuốc giảm đau cho người bệnh.

h. Nếu bỏ thở máy, rút ống nội khí quản thì ngay sau đó phải cho thở oxy, chú ý theo dõi nhịp thở và bão hoà oxy để kiểm soát lượng oxy trong máu và kiểm soát tình trạng hô hấp của người bệnh.

i. Thực hiện khí dung theo y lệnh sau 2 giờ rút ống nội khí quản.

j. Theo dõi nhịp thở của người bệnh 1 giờ 1 lần.

Chú ý sau khi rút ống nội khí quản thì việc theo dõi bão hoà oxy máu và nhịp thở là rất quan trọng có thể phát hiện kịp thời dấu hiệu suy hô hấp để xử lý ngay.

2. Ở phòng bệnh

- Theo dõi sau 24 giờ tùy theo tình trạng người bệnh mà người điều dưỡng có thể theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 2 lần hoặc 4 lần 1 ngày theo y lệnh. Theo dõi nhịp thở, phát hiện kịp thời những dấu hiệu khó thở để xử lý.
- Tiếp tục theo dõi dẫn lưu ngực về số lượng và màu sắc dịch trong 24 giờ.
- Theo dõi số lượng nước tiểu trong 24 giờ.
- Cho người bệnh tập thở (thở sâu) và lý liệu pháp, đây là động tác chăm sóc cần thiết. Tập thở là rất cần thiết với người bệnh mổ lồng ngực, thông thường người bệnh hay lo sợ thở mạnh hoặc vận động gây đứt chỉ, toác vết mổ vì vậy người điều dưỡng cần phải giải thích rõ ràng để người bệnh yên tâm hơn.
- Thay băng vết thương theo kỹ thuật thay băng thường quy.
- Chụp ngực cho người bệnh khi rút dẫn lưu (theo y lệnh của bác sĩ).

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Hô hấp: tần số thở, bão hoà oxy, khả năng tập thở, ho
- Màu sắc, số lượng dẫn lưu ngực, số lượng nước tiểu.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh tập thở.
- Hẹn khám lại.
- Điều trị thuốc theo đơn của bác sĩ.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CÓ DẪN LƯU MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh xẹp phổi.
- Hút hết dịch hay khí trong khoang màng phổi.
- Tránh nhiễm trùng phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh sau phẫu thuật có dẫn lưu màng phổi.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh hiểu tầm quan trọng và nguy cơ có thể xảy ra nếu không tôn trọng quy tắc của việc đặt dẫn lưu phổi, sẽ gây nguy hiểm cho người bệnh.

2. Dụng cụ

- Chai dẫn lưu, dây dẫn lưu vô khuẩn, hệ thống kín để thay hàng ngày.
- Máy hút sạch, dây máy hút, ống nối vô khuẩn, khi lắp vào sử dụng cho người bệnh phải đảm bảo hệ thống kín.
- Máy hút liên tục và lọ nước duy trì áp lực hút 20 Cm H₂O
- Dụng cụ thay băng hàng ngày (giống như thay băng thường quy).
- Phiếu chăm sóc và theo dõi người bệnh.
- Miếng gạc có tấm xà phòng dùng để vuốt dẫn lưu.

3. Địa điểm

Tại giường người bệnh hoặc trong buồng thay băng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc thay băng (giống như thay băng thường quy).

2. Chăm sóc và theo dõi người bệnh sau mổ (giống như chăm sóc và theo dõi người bệnh sau mổ trong quy trình chăm sóc người bệnh sau mổ tập I).

3. Chăm sóc dẫn lưu phổi

- Đây là chăm sóc rất quan trọng cần phải được theo dõi tỷ mỉ liên tục và có kiểm tra bởi vì những lỗi do không phát hiện kịp thời hoặc không làm đúng nguyên tắc dẫn lưu hệ thống kín sẽ gây ra hậu quả nặng nề cho người bệnh và có thể gây tử vong
- Theo dõi lượng dịch dẫn lưu 30 phút 1 lần trong 6 giờ đầu và 1 giờ 1 lần trong những giờ tiếp theo, quan sát số lượng, tính chất, màu sắc của dịch. Nếu có dấu hiệu chảy máu sau mổ thì phải theo dõi số lượng dịch, thời gian dịch ra là bao nhiêu, màu đỏ tươi hay màu đen, sờ vào dẫn lưu thấy nóng ấm hay không, kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, môi, chi hồng hay tái để thông tin cho bác sĩ quyết định xử trí.
- Vuốt dẫn lưu thường xuyên 1 giờ 1 lần để tránh tắc ống dẫn lưu.
- Kiểm tra dẫn lưu thường xuyên để tránh gập ống dẫn lưu, dẫn lưu bị hở do thùng, đầu nối, chân dẫn lưu, tuột ống dẫn lưu.... ống nhựa trong lọ đựng dịch dẫn lưu phải được đặt ngập trong nước vô trùng nhưng không chạm đáy lọ.

Chú ý: khi thấy lọ đựng nước duy trì áp lực hút không sủi bọt thì phải xem lại hệ thống dây hút và dây dẫn lưu vì đó là dấu hiệu hệ thống dẫn lưu bị hở.

- Khi vận chuyển người bệnh đi chiếu chụp hoặc chuyển giường ... phải kẹp ống dẫn lưu (chú ý dùng miếng gạc bọc quanh ống thông rồi mới dùng panh kocher kẹp để tránh làm thủng ống dẫn lưu).
- Chai dẫn lưu luôn để thấp hơn ngực .
- Tôn trọng các nguyên tắc vô trùng khi thay chai dẫn lưu.
- Dây máy hút, lọ đựng chất dịch của máy hút, lọ đựng nước duy trì áp lực hút phải được thay hàng ngày, rửa sạch bằng xà phòng và ngâm vào dung dịch khử khuẩn trước khi đem sử dụng cho người bệnh.

4. Chăm sóc

- Tập thở và vỗ ho cho người bệnh (luyện tập, vận động...), Y tá - điều dưỡng cần phối hợp với kỹ thuật viên giúp tập ho, tập thở, tùy theo tình trạng người bệnh mà tập 2 hoặc 3 lần trong một ngày.
- Cho người bệnh dậy sớm theo tư thế nửa nằm, nửa ngồi, vận động sớm tùy theo tình trạng người bệnh mà có thể tập đi lại xung quanh giường vào ngày thứ 2 hoặc nếu người bệnh chỉ có dẫn lưu màng phổi thì có thể vận động sớm ngay trong ngày dẫn lưu (chú ý tránh tuột ống thông hoặc để chai dẫn lưu cao hơn ngực người bệnh).
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh cùng phối hợp để chăm sóc người bệnh.
- Thực hiện thuốc men và các chăm sóc đặc biệt theo y lệnh của thầy thuốc.
- Rút dẫn lưu khi có chỉ định của bác sĩ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi lại đầy đủ toàn bộ công việc của điều dưỡng từ khi đón người bệnh cho đến tất cả mọi theo dõi chăm sóc, xử trí trên người bệnh vào phiếu chăm sóc và theo dõi .

- Ghi lại toàn bộ diễn biến của người bệnh trong suốt quá trình điều trị.
- Ghi nhận xét và đánh giá tình trạng của người bệnh vào phiếu chăm sóc.
- Ghi lại bàn giao cho kíp sau một cách cụ thể vào phiếu chăm sóc.
- Báo cáo bác sĩ kịp thời các diễn biến bất thường của người bệnh

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, làm việc và tập luyện hàng ngày cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở cho tới khi hô hấp trở lại bình thường.
- Giữ lại giấy mổ và giấy ra viện để sử dụng khám lại định kỳ theo chỉ dẫn .
- Nếu có dấu hiệu bất thường khó thở, đau ngực, ho ra máu, sốt... đến bệnh viện khám lại hoặc đến cơ sở y tế gần nhất và mang theo giấy mổ cũ.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHẤN THƯƠNG VÙNG BỤNG TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện, người bệnh để đảm bảo cho phẫu thuật được tiến hành trong điều kiện tốt nhất.
- Theo dõi chặt chẽ những diễn biến của người bệnh, phát hiện và báo cáo kịp thời những diễn biến bất thường cho bác sĩ để có những biện pháp xử trí thích hợp, đảm bảo hiệu quả và sự an toàn cao nhất cho người bệnh.
- Thực hiện tốt các nguyên tắc chăm sóc, rút ngắn thời gian điều trị để người bệnh sớm được xuất viện.

II. CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp chấn thương bụng có chỉ định mổ.

III. CHUẨN BỊ

1. Trước khi phẫu thuật

- Địa điểm:* phòng chuẩn bị trước mổ (tại phòng khám cấp cứu hay khoa cấp cứu).
- Dụng cụ:* máy đo huyết áp, nhiệt kế, đồng hồ, bộ dụng cụ truyền dịch, oxy, ống nội khí quản, bóng Ambu, quần áo...
- Người bệnh:*
 - Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án có chỉ định mổ của bác sĩ phẫu thuật, đủ các xét nghiệm máu cơ bản, phim X. quang, siêu âm...

- Giải thích cho người bệnh và gia đình về cuộc mổ, các khó khăn, biến chứng có thể xảy ra.
- Cho người bệnh và gia đình (nếu người bệnh nặng hay chưa đủ 18 tuổi) đọc kỹ và ký giấy chấp nhận phẫu thuật và gây mê.

2. Sau khi mổ về

- a. *Địa điểm:* khoa phẫu thuật bụng hoặc khoa hồi sức tăng cường, phòng thoáng, sạch sẽ, tránh gió lùa.
- b. *Phương tiện:* có đầy đủ máy đo huyết áp, bóng Ambu, oxy, máy thở, máy hút, ống nội khí quản, dịch truyền và các thuốc theo yêu cầu...
- c. *Chuẩn bị sẵn giường, gối, canun Mayo, lò sưởi hoặc điều hoà nhiệt độ nếu trời lạnh.*

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước khi đưa người bệnh vào phòng mổ

- Ngay sau khi có chỉ định mổ của bác sĩ phẫu thuật, điều dưỡng kiểm tra mạch, huyết áp, nhịp thở, làm vệ sinh thân thể, vệ sinh vùng mổ, thay quần áo cho người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh tháo hết các đồ trang sức, răng giả... giao cho người nhà nếu không có người nhà phải lập biên bản có người chứng kiến sau đó giao cho người chịu trách nhiệm (nhân viên) quản lý, khi người bệnh ra viện sẽ bàn giao trả họ.
- Thực hiện các y lệnh chuẩn bị thuốc kháng sinh, thuốc phòng uốn ván, các y lệnh về xét nghiệm, thủ thuật điều trị...

2. Khi đón người bệnh mổ về

- Đặt người bệnh nhẹ nhàng trên giường, tránh làm gập đường thở.
- Kiểm tra nhịp thở, mạch, nhiệt độ, huyết áp, tri giác, môi, chi hồng hay xanh tái, ghi vào phiếu chăm sóc người bệnh sau mổ.
- Nối các ống dẫn lưu (nếu có) theo yêu cầu trong hồ sơ. Kiểm tra băng vết mổ xem khô hoặc thấm dịch, máu.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, môi, đầu chi và tri giác 1 giờ 1 lần trong 6 giờ đầu. Các giờ tiếp theo cứ 3 giờ 1 lần hoặc 6 giờ 1 lần tùy theo tình trạng nặng nhẹ của người bệnh.
- Theo dõi dịch dẫn lưu (nếu có): số lượng, màu sắc 1 giờ 1 lần trong 6 giờ đầu. Các giờ tiếp theo có thể 3 giờ, 6 giờ hoặc 12 giờ 1 lần tùy theo tính chất vết mổ.
- Theo dõi nước tiểu hàng giờ về số lượng, màu sắc.
- Theo dõi đau của người bệnh để đánh giá sự thoải mái của người bệnh, nếu người bệnh kêu đau nhiều báo bác sĩ để có thể cho thuốc giảm đau.
- Theo dõi người bệnh sau mổ từ giờ thứ 25 trở đi:
 - + Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở ngày 3-4 lần.

- + Theo dõi dịch dẫn lưu về số lượng và màu sắc nếu chưa có chỉ định rút
- + Cho người bệnh tập vận động sớm. Có thể hướng dẫn gia đình người bệnh cho người bệnh tập vận động, tạo điều kiện cho nhu động ruột sớm hoạt động
- + Theo dõi trung tiện của người bệnh để có hướng cho bác sĩ điều trị và nhắc nhở người bệnh không ăn uống khi chưa có trung tiện
- + Giải thích, động viên người bệnh để họ yên tâm khi thấy đau hoặc tránh những lo âu không cần thiết.
- + Thực hiện thuốc theo chỉ định.
- + Theo dõi sát người bệnh, báo cho bác sĩ kịp thời những dấu hiệu bất thường.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi diễn biến bệnh tại phòng khám trước mổ, ghi hồ sơ những chỉ số theo dõi vào bảng theo dõi người bệnh .
- Theo dõi sau mổ, ghi vào hồ sơ theo dõi của điều dưỡng các chỉ số thu thập được như mạch, huyết áp, nhiệt độ, tình trạng ống dẫn lưu, ống thông dạ dày, ống thông bàng quang.
- Báo cáo bác sĩ về những diễn biến của người bệnh trước và sau khi mổ .

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Trước mổ: hướng dẫn người bệnh và gia đình thực hiện các yêu cầu chuẩn bị mổ, dặn nhịn ăn uống.

2. Sau mổ: hướng dẫn người bệnh

- Nhịn ăn uống khi chưa có chỉ định.
- Tập thở, ho, vận động dần sau mổ
- Khi ra viện có chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, lao động phù hợp.

Đến khám lại theo hẹn hay khi cần, mang theo các giấy tờ hồ sơ (giấy mổ, giấy ra viện).

8. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU MỔ CẮT GAN

Cắt gan là một phẫu thuật lớn, cuộc mổ có thể kéo dài, có thể mất nhiều máu, rối loạn đông máu.

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi chặt chẽ và đánh giá đúng tình trạng người bệnh trước và sau mổ cắt gan.
- Đánh giá và tiên lượng đúng tình trạng người bệnh để có kế hoạch chăm sóc phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp dụng cho các trường hợp người bệnh trước và sau mổ cắt gan.

III. CHUẨN BỊ

1. Trước mổ: cũng giống như chuẩn bị người bệnh trước mổ gan mật khác. Nhưng lưu ý về vấn đề hồ sơ bệnh án (xét nghiệm cơ bản, yếu tố đông máu, các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, CT, siêu âm).

2. Sau mổ

- Huyết áp.
- Nhiệt kế.
- Các chai dẫn lưu.
- Các loại thuốc, huyết thanh cần thiết cho người bệnh sau mổ.
- Chuẩn bị một đường truyền tĩnh mạch trung ương (kim luôn nhiều cỡ).

3. Địa điểm: buồng bệnh có đủ tiện nghi phục vụ người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đón người bệnh từ cáng xuống giường bệnh giống như đón các người bệnh thông thường khác nhưng lưu ý vì người bệnh có nhiều ống dẫn lưu ở cả hai bên bụng, tránh làm tụt dẫn lưu.
- Nối các ống dẫn lưu vào các chai vô trùng.
- Đo huyết áp động mạch.
- Đếm nhịp thở.
- Đo nhiệt độ
- Truyền huyết thanh và thực hiện thuốc theo y lệnh của phẫu thuật viên.
- Kiểm tra băng vết mổ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

1.1. Dấu hiệu bình thường sau mổ

1.1.1. Tình trạng người bệnh ngày đầu

- Mạch nhiệt độ huyết áp bình thường.
- Các chai dẫn lưu không chảy hoặc ra ít dịch hồng, không có máu đông thành dây, không có mật (trừ kehr hoặc dẫn lưu đường mật).
- Băng khô, vết mổ không chảy máu, chảy dịch.

1.1.2. Tình trạng người bệnh sau 48 giờ đầu

- Không sốt, đau nhẹ, vết mổ khô.
- Các dẫn lưu ổ bụng không chảy dịch hoặc chảy ít (trừ kehr hoặc dẫn lưu đường mật ra mật), bình thường rút dẫn lưu sau 48 - 72 giờ (theo y lệnh).

1.2. Những biểu hiện bất thường sau mổ

1.2.1. Chảy máu sau mổ

- Người bệnh nhợt nhạt, huyết áp tụt, mạch nhanh, thở nhanh, nông.
- Các dẫn lưu ra máu đỏ tươi và đông thành dây (có thể kehr ra mật lẫn máu trong chảy máu đường mật hoặc các ống dẫn lưu trong ổ bụng chảy máu), có thể các ống dẫn lưu không ra máu bị tắc. Khi đó cần phải thông hoặc thay ống dẫn lưu khác.
- Các xét nghiệm huyết học thay đổi đáng kể: hồng cầu, huyết sắc tố, hemoglobine, yếu tố đông máu.
- Bụng chướng, đau, cảm ứng phúc mạc.

1.2.2. Rò mật sau mổ

- Rò ra ngoài ống dẫn lưu (trừ kehr).
- Viêm phúc mạc sau mổ: người bệnh sốt cao, mạch nhanh (tình trạng nhiễm trùng nhiễm độc), môi khô lưỡi bẩn, ống thông dạ dày ra nhiều dịch tiêu hoá nâu đen.
- Khám bụng: chướng, cảm ứng phúc mạc, thăm túi cùng Douglas phồng và đau.

1.2.3. Áp xe dưới cơ hoành

- Người bệnh sau mổ có sốt cao dao động.
- Đau ngực, khó thở
- Các ống dẫn lưu không chảy (hoặc đã rút ống dẫn lưu).
- Chụp bụng không chuẩn bị có thể thấy hình ảnh mức nước mức hơi ở dưới hoành.
- Xét nghiệm: bạch cầu tăng, tốc độ lắng máu tăng.
- Siêu âm ổ bụng thấy hình ảnh ổ dịch tồn dư.
- Chụp phổi có thể thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi.

1.2.4. Tràn dịch màng phổi

Người bệnh khó thở, có thể sốt hoặc không. Nghe phổi thấy hội chứng 3 giảm, chụp phổi có hình ảnh tràn dịch màng phổi.

1.2.5. Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa cấp tính

Nguyên nhân là do mất một hoặc hai đường trở về chính (Tĩnh mạch cửa hay tĩnh mạch trên gan) sau phẫu thuật cắt gan:

- Người bệnh sau khi mổ cắt gan, cổ trướng, khó thở, lơ mơ rồi đi vào hôn mê.
- Ure máu, đường máu, transaminase, amoniac máu tăng cao.

- Hôn mê gan rất khó hồi phục, đây là một biến chứng rất nặng, nguy cơ tử vong gần như 100%.

2. Ghi hồ sơ và báo cáo

- Những diễn biến trong ngày đầu sau mổ: bình thường 1-3 giờ ghi hồ sơ một lần những chỉ số và chăm sóc đã làm vào phiếu chăm sóc và bảng mạch nhiệt độ huyết áp.
- Nếu có những bất thường, ghi hồ sơ 30 - 60 phút/lần.
- Những vấn đề cần ghi vào phiếu theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Ống dẫn lưu ổ bụng, ống thông dạ dày nếu có.
- Diễn biến sau 48 giờ:
 - + Chủ yếu theo dõi tình trạng các ống dẫn lưu, huyết áp và nhiệt độ.
 - + Tình trạng bất thường phải đặt ống thông bàng quang để theo dõi nước tiểu.
 - + Nếu có bất thường phải báo ngay cho bác sĩ có trách nhiệm.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nhìn ăn uống khi có ống thông dạ dày và khi chưa trung tiện.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở, tập ho, khi có chỉ định của bác sĩ nhất là những người bệnh già yếu.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐƯỢC PHỤC HỒI THÀNH BỤNG

(Trong điều trị thoát vị thành bụng)

I. MỤC ĐÍCH VÀ ĐỊNH NGHĨA

a. Định nghĩa

- Thoát vị thành bụng là hiện tượng một bộ phận của tạng trong ổ bụng nằm ngay dưới da bụng do thành bụng yếu, mất tổ chức cân cơ sau phẫu thuật về bụng có thể gây hậu quả xấu tại chỗ và toàn thân.
- Chăm sóc được phục hồi thành bụng là một khâu quan trọng đóng góp vào kết quả phục hồi thành bụng.

b. Mục đích

- Chuẩn bị tốt nhất cho cuộc mổ.
- Đảm bảo an toàn cho người bệnh, tránh được biến chứng do thiếu chăm sóc gây nên.
- Theo dõi chặt chẽ phát hiện những diễn biến bất thường, báo cho bác sĩ để xử lý kịp thời.

II. CHỈ ĐỊNH

Sau mổ các loại:

- Thoát vị thành bụng nghẹt.
- Thoát vị lớn ở đường trắng giữa.
- Thoát vị thành bụng bên: dưới bờ sườn, mạng sườn, hố chậu.
- Thoát vị lớn ở đường trên rốn.
- Thoát vị trên xương mu.
- Thoát vị cạnh rốn.
- Thoát vị nhỏ ở đường giữa.
- Thoát vị thành bụng nhiễm trùng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

a. Da: vệ sinh da bụng trước mổ cần lưu ý ở vùng nếp bẹn, cung đùi, đặc biệt ở những người bệnh béo, thoát vị thành bụng rộng, Nếu có bệnh ngoài da phải đi khám chuyên khoa da liễu, điều trị bệnh ngoài da trước.

b. Toàn thân:

- Tắm rửa toàn thân, gội đầu sạch sẽ (theo phiếu chuẩn bị người bệnh trước mổ), thay quần áo sạch sẽ từ hôm trước và sáng hôm đi mổ.
- Nhịn ăn, thực tháo theo y lệnh của bác sĩ.

2. Buồng bệnh và hồ sơ bệnh án

a. Hồ sơ bệnh án đầy đủ những giấy tờ và xét nghiệm cần thiết trước khi duyệt mổ (phiếu kỹ thuật chuẩn bị người bệnh trước mổ).

b. Buồng bệnh: phải chuẩn bị đủ phương tiện để đón người bệnh như giường, ga, chăn, thuốc, dịch truyền, máy hút nếu cần, nhiệt kế, huyết áp và những giấy tờ theo dõi cần thiết.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi người bệnh sau mổ trong 24 giờ đầu

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, sắc mặt, môi, chi, dẫn lưu, nước tiểu theo quy định (chăm sóc sau mổ chung).
- Theo dõi dẫn lưu (nếu có) ghi số lượng dịch ra, nhận xét màu sắc của dịch 1 giờ 1 lần trong 6 giờ đầu, 3 giờ hoặc 6 giờ 1 lần trong các giờ tiếp theo tùy theo tình trạng người bệnh.
- Thực hiện thuốc, dịch truyền theo y lệnh của bác sĩ.
- Kiểm tra vết mổ xem máu có thấm băng hay không?

2. Theo dõi người bệnh sau mổ từ giờ thứ 25 trở đi

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở theo quy định (chăm sóc người bệnh sau mổ chung).
- Theo dõi dịch dẫn lưu (số lượng, màu sắc nếu có).
- Rút dẫn lưu theo chỉ định.
- Tập cho người bệnh ngồi dậy sớm, tập vận động.

3. Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn sau khi có trung tiện

4. Cất chỉ cho người bệnh khi có chỉ định

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi chặt chẽ và ghi vào hồ sơ, phiếu chăm sóc toàn bộ diễn biến của người bệnh.
- Ghi các dấu hiệu sinh tồn vào bảng theo dõi người bệnh.
- Báo cáo bác sĩ những bất thường để xử lý kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- *Hướng dẫn người bệnh và gia đình hiểu để phối hợp cho người bệnh ngồi dậy, vận động sớm.*
- Hướng dẫn chế độ ăn sau mổ.
- Hướng dẫn chế độ làm việc cho người bệnh sau mổ, đặc biệt người bệnh là công nhân hoặc nông dân để chọn lao động phù hợp với sức khỏe của mình.
- Hướng dẫn người bệnh đến khám lại đúng hẹn hoặc khi cần, khi đi mang theo giấy mổ và giấy ra viện.

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT HẬU MÔN, VÙNG TÀNG SINH MÔN

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ gìn sạch sẽ hạn chế vấy bẩn của phân, nước tiểu vào vết mổ.
- Giảm đau.
- Xử lý các biến chứng sau mổ: choáng tụt huyết áp, chảy máu, bí đại, hoại tử da - niêm mạc, hẹp hậu môn....

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh sau phẫu thuật hậu môn, vùng tầng sinh môn.

III. CHUẨN BỊ

- Thuốc giảm đau loại Paracetamol, Piroxicam.... thuốc mỡ bôi tại chỗ và hậu môn, kháng sinh, dịch truyền.
- Bộ dụng cụ thay băng: băng gạc, dung dịch sát trùng bằng betadin, nước muối rửa... bộ đặt thông tiểu nếu cần thiết.
- Chậu ngâm hậu môn, nước ấm.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH*** 24 giờ đầu sau mổ**

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 1 giờ/lần.
- Theo dõi chảy máu sau mổ (băng có thấm máu đỏ không), nếu máu chảy nhiều báo ngay cho bác sĩ và chuẩn bị dụng cụ thay băng.
- Truyền dịch, không cần thiết truyền nhiều dịch, người bệnh có thể ăn nhẹ ngay 12 giờ sau mổ (trừ một số chỉ định đặc biệt như phẫu thuật tạo hình cơ thắt, đóng rò trực tràng - âm đạo không có hậu môn nhân tạo tạm thời bảo vệ hoặc phẫu thuật vùng hậu môn - tầng sinh môn có phối hợp với phẫu thuật ở các tạng như trong đa chấn thương....)
- Cho thuốc giảm đau đường uống hoặc đường tiêm: lưu ý liều lượng và thời gian cho thuốc, buổi tối cho thuốc ngủ loại seduxen 1 viên 5mg.
- Xử trí trường hợp bí đại sau mổ: trước tiên cố gắng cho người bệnh tự đại là tốt nhất với các biện pháp như đứng hoặc ngồi dậy xoa kết hợp với chườm ấm vùng trên xương mu. Nếu thất bại mới đặt ống thông bàng quang, tôn trọng các nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện thủ thuật này.

*** Những ngày sau**

- Ăn uống bình thường.
- Không truyền dịch (trừ một số trường hợp đã nêu trên).
- Dùng kháng sinh, thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ.
- Chăm sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, ngâm rửa hậu môn trong chậu nước ấm sau khi đi ngoài và buổi tối trước khi đi ngủ (có thể pha ít nước muối hoặc dung dịch betadin).
- Dùng thuốc nhuận tràng, tránh táo bón, vì nếu không đi ngoài, phân táo nằm lại trong lòng trực tràng sẽ kích thích gây những cơn co thắt tổng đầy phân từ đại tràng sigma xuống trực tràng làm người bệnh đau đớn. Trong một số trường hợp cần thiết phải thụt tháo bằng nước ấm.
- Nong hậu môn sau mổ cắt trĩ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Diễn biến sau mổ 24 giờ đầu phải ghi chép: mạch, huyết áp, nhiệt độ, vết mổ có chảy máu hay không?
- Người bệnh có đi ngoài không? Tình hình ăn uống, tiểu tiện.
- Mức độ đau sau khi mổ, thuốc giảm đau có tác dụng hay không?
- Nếu cần báo lại cho bác sĩ cho thay thuốc.
- Tình trạng vết mổ: chảy dịch, mủ, máu....

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giữ vệ sinh sạch vùng hậu môn, tăng sinh môn, tránh vấy bẩn phân, nước tiểu vào vết mổ.
- Ăn uống bình thường, hạn chế ăn gia vị như ớt, hạt tiêu...
- Ngâm rửa hậu môn hàng ngày với nước đun sôi để ấm: sau khi đi ngoài và buổi tối trước khi đi ngủ.
- Đặt thuốc hậu môn, dùng thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ.
- Đến khám lại định kỳ sau khi ra viện.

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ HẬU MÔN NHÂN TẠO

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp cho người bệnh sớm hồi phục
- Vết thương chóng khỏi, không bị nhiễm bẩn do HMNT
- HMNT phải luôn được giữ kín, không hôi, không loét da.
- Phát hiện những biến chứng xảy ra như xa lồi HMNT, tụt HMNT... để bác sĩ xử trí kịp thời.

II. CHỈ ĐỊNH: theo y lệnh của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

- Bộ dụng cụ vô khuẩn riêng dùng thay băng cho các thì bẩn, sạch để chăm sóc người bệnh: bơm tiêm một lần, hộp Pince, kéo... một gói gạc vừa đủ dùng cho mỗi lần thay băng chăm sóc
- Găng khám bệnh.
- Các dung dịch sát trùng như cồn, betadine, nước muối rửa, Pommade...
- Máy hút.

- Bộ ống nghe tim, phổi, đo huyết áp, nhiệt độ.
- Nhân viên y tế đội mũ, khẩu trang.
- Túi để các đồ thải, đồ huỷ của người bệnh .

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra chung

- Thuốc men, dụng cụ máy móc, y lệnh điều trị.
- Nhân viên y tế có mũ, khẩu trang.
- Buồng điều trị người bệnh cần sạch sẽ thoáng mát, yên tĩnh.

2. Kiểm tra toàn trạng

- Đầu tóc, cơ thể, móng tay phải gọn sạch.
- Kiểm tra các ống: ống thông dạ dày, ống thông đái, các dẫn lưu nếu có (số lượng màu sắc, mùi...) các đường truyền...
- Các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh: nhiệt độ, mạch, huyết áp, tình trạng thở - nhịp thở...
- Thời gian hậu phẫu xem người bệnh có đau không và mức độ đau, có ngủ được không?
- Túi đựng HMNT xem có kín không, có mùi hôi không, dịch ra nhiều hay ít.
- Chân hậu môn nhân tạo có tấy đỏ, loét chỉ, rò dịch hoặc loét không?
- Hậu môn nhân tạo có chảy máu, có điểm nào bị hoại tử không?
- Đầu ruột có hồng không, có bị tụt hay lòi ra ngoài không... Cần đánh giá bilan dịch vào ra để bù lại nhất là trong các trường hợp đưa đầu ruột cao như dẫn lưu hồng tràng.
- Giải thích cho người bệnh biết mục đích của các thủ thuật sẽ làm, nói rõ những điểm có thể gây đau, khó chịu cho người bệnh để người bệnh cùng phối hợp
- Tiến hành các thủ thuật, thay băng... nhanh, chính xác và nhẹ nhàng.
- Sau khi thay băng sẽ tiến hành thay chai dẫn lưu, nước tiểu, dịch dạ dày...
- Cuối cùng thay túi HMNT. Nhân viên y tế đi gang khám. Nếu loại túi có chỗ tháo phân dịch chỉ cần tháo phân dịch vào xô, khay quả đậu và đem đổ. Loại túi này có thể giữ lâu mới phải thay. Với loại phải thay mỗi khi đầy thì sau khi tháo túi ra cần lau sạch xung quanh đầu ruột, sau đó thấm khô xung quanh và dán túi mới.
- Sau khi thay băng làm thủ thuật dọn những đồ huỷ để vào nơi theo đúng quy định để huỷ.
- Nhân viên y tế sau khi thay băng, săn sóc HMNT rửa tay sạch sẽ để chuyển sang người bệnh khác.
- Cuối buổi làm thay khẩu trang, mũ. Nếu có điều kiện nên dùng khẩu trang, mũ giấy.
- Người bệnh cần được vận động sớm sau phẫu thuật (nhắc người bệnh tránh làm tụt ống dẫn lưu ổ bụng nếu chưa được rút).

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, BÁO CÁO

- Sau khi chăm sóc phải xem người bệnh có sốt hay không, tình trạng mạch - huyết áp, nhịp thở, nước tiểu trong hay đục, số lượng, màu sắc, tiến triển của vết thương... Đặc biệt là HMNT: cần đánh giá xem màu sắc, tiến triển của vết thương... màu sắc đầu ruột hồng hay tím, có bị sa lồi hay tụt vào không, phân dịch ra thế nào về màu sắc, số lượng, mùi...
- Sau khi đánh giá xong phải ghi vào phiếu chăm sóc:
 - + Giờ thăm làm thủ thuật, chăm sóc, thay băng...
 - + Các chỉ số sống của người bệnh: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng chung của người bệnh: tỉnh táo hay không, mệt hay không mệt, đau nhiều hay ít...
- Tình trạng vết thương, các ống dẫn lưu, ống thông dạ dày, ống thông đái... và cuối cùng là những báo cáo về tình trạng của HMNT: đầu ruột, dịch phân, tình trạng da xung quanh.
- Báo cáo cho bác sĩ điều trị những diễn biến đã ghi nhận như trên để có hướng xử trí và điều trị kịp thời.
- Bàn giao lại tỷ mỉ cho người chăm sóc tiếp theo.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Hướng dẫn người bệnh cần tuân thủ theo sự hướng dẫn điều trị và các chế độ thuốc men, ăn uống do thầy thuốc chỉ định.
- Hướng dẫn người nhà tuân theo nội quy của bệnh viện, phối hợp với cán bộ y tế để cho người bệnh ăn uống đúng chỉ định, đủ dinh dưỡng (khoảng 1000 đến 1500 Kcalo/ngày), cân bù đủ số lượng dịch bị mất qua HMNT. Có thể hướng dẫn người nhà chăm sóc thay túi HMNT. Chú ý vệ sinh thân thể: đầu tóc, chân tay...
- Sau phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo an toàn, khi bác sĩ cho ra viện cần nhắc nhở không ăn thức ăn sơ bã để gây tắc ruột như: măng (trong 6 tháng) và ăn thức ăn nóng, đun sôi, tránh đau bụng, ỉa chảy...

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CHÍCH NHỌT, CHÍN MÉ, ÁP XE

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm khó chịu, đau đớn cho người bệnh
- Ngăn ngừa, hạn chế các biến chứng.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có nhọt, chín mé, áp xe cần rạch dẫn lưu sớm.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Tắm rửa, cạo tóc lông vùng mổ 5-10 cm, sát khuẩn da, làm các xét nghiệm cơ bản.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật.

3. Địa điểm

Tiến hành tại phòng tiểu phẫu.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chích nhọt, áp xe

- Gây tê tại chỗ qua da lành. Viêm nặng cần gây tê vùng, gây tê tĩnh mạch hay nội khí quản đối với trẻ nhỏ.
- Chọc hút bằng kim trước khi rạch da.
- Rạch dẫn lưu ổ áp xe đủ rộng, vị trí thấp, nạo sạch ổ áp xe, đặt ống dẫn lưu nếu ổ áp xe sâu và rộng.
- Nếu có nhiều ổ áp xe cũng chích rạch dẫn lưu như vậy nhưng phải gây mê toàn thân.

2. Chín mé

- Đối với chín mé dưới da, chín mé sâu có viêm xương ở đầu ngón 2,3, 4 thì rạch bên ngón về phía quay.
- Có thể rạch đầu ngón theo kiểu mồm cá. Sau rạch nạo sạch ổ viêm nhất là viêm xương.
- Để da hở (không khâu).
- Nếu cần phải cắt bỏ 1 phần móng để làm sạch.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi chọc.
- Tình trạng nhọt, ổ áp xe và chín mé sau khi chích.
- Thực hiện y lệnh: thuốc kháng sinh, chăm sóc dẫn lưu

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không tự ý xử lý nhọt, chín mé, áp xe.
- Tuân thủ theo chế độ điều trị của thầy thuốc.
- Nếu có bất thường phải báo cho nhân viên y tế.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT NGỰC - VAI - CÁNH TAY

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau, phòng chống sốc
- Giảm bớt các nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...
- Bất động khớp vai, cánh và cẳng tay

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Điều trị bảo tồn gãy 1/3 trên xương cánh tay loại gãy ngang hay gãy khớp (đầu nhọn phía dưới ra ngoài).

2. Chống chỉ định

Gãy 1/3 xương cánh tay:

- Kèm bong thân, mình, cánh tay.
- Kèm chấn thương ngực, gãy nhiều xương sườn.
- Gãy xương cánh tay ở người già.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Được giải thích về ưu, nhược điểm của điều trị bảo tồn, theo dõi sau bó bột
- Lau sạch và xoa phấn rôm nẹp dưới vú.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Giấy lót mềm xấp cuộn thân mình, vai, cánh cẳng bàn tay hoặc ống dẹt
- 4 nẹp bột cỡ 1m x 10cm
- 6 - 8 cuộn bột tròn cỡ 10 cm.

2.2. Thuốc: xylocain 0,5% x 20ml

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Gây tê ổ gãy hoặc gây tê vùng với 20ml xylocain 0,5%
- Người bệnh ngồi trên 1 ghế đầu điều chỉnh được chiều cao.
- Kéo nắn xương về vị trí giải phẫu, chi trong tư thế cơ năng

- Kéo nhẹ ở khuỷu cho xương cánh tay thẳng trục. Kéo giãn góc nách 45° tay đưa ra trước 30° , khuỷu vuông 90° , cổ tay ngửa $20-30^{\circ}$, xoay 0°
- Quấn bột: nhúng nước, làm phẳng và ép nước các cuộn bột dần dần, ngực và thân mình từ thấp lên cao. Chú ý để nẹp vai ngực ôm các sườn cả bên đối diện và mào chậu.
- + Giới hạn ở cao:
 - Bên lành : bọc các sườn cuối cùng, vai tự do
 - Bên gãy: bọc vai cánh cẳng bàn tay tới nếp gấp bàn ngón tay.
- + Giới hạn ở thấp: ôm các mào chậu, để tự do gấp đùi, xương cùmg và các mấu chuyển. Người bệnh là nữ thì mở cửa sổ rộng để giải phóng 2 vú.
- Chi trên gãy: trong tư thế cơ năng và giới hạn như đã mô tả ở trên. Chú ý để nẹp tăng cường để đỡ giãn vai và đỡ cẳng bàn tay
- Làm nhẵn mồm vai, khuỷu và gan bàn tay.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi rõ ngày giờ xảy ra tai nạn
- Ngày giờ nắn bó bột
- Tình trạng tại chỗ gãy trước và sau khi nắn bó bột: mạch máu, cảm giác, vận động...

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

- Nếu có bất thường về nhiệt độ, cảm giác, vận động... báo ngay cho cán bộ y tế.
- Đến khám lại theo đúng hẹn

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT CÁNH - CẰNG - BÀN TAY

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau, phòng chống sốc.
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...
- Giúp người bệnh sớm phục hồi khả năng vận động.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Trật khớp khuỷu đã nắn vào khớp

- Gãy 2 xương cẳng tay và đầu dưới xương cánh tay (chủ yếu là gãy trên lồi cầu ở trẻ em).
- Gãy kín hoặc gãy hở độ I hai xương cẳng tay, trên lồi cầu cánh tay.
- Gãy hở độ II trở lên đã xử lý phẫu thuật.

2. Chống chỉ định

- Hội chứng chèn ép khoang hoặc dụng dập sưng nề nặng.
- Gãy hở chưa xử lý phẫu thuật.
- Có tổn thương mạch máu.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích động viên để người bệnh yên tâm khi tiến hành thủ thuật.
- Cởi hoặc cắt bỏ áo bên tay gãy.
- Vệ sinh vùng cánh -cẳng- bàn tay.
- Nếu người bệnh phải gây mê: nhịn ăn uống 6 giờ trước khi làm thủ thuật.

2. Phương tiện

- Một bàn nắn có đai vải to bản để kéo đối lực.
- Bột 4 cuộn (cỡ 10-12cm; trẻ em cỡ bột 6-8cm) trong đó 1 cuộn để giải thành nẹp bột.
- Thuốc tê hoặc thuốc mê (nếu gây mê).
- Dụng cụ bóp bóng và ôxy để hô hấp hỗ trợ khi cần thiết.
- Băng mỡ, 1 cuộn giấy vệ sinh mềm, mỏng.

3. Địa điểm

Thoáng, sáng, sạch sẽ, đầy đủ phương tiện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt người bệnh nằm ngửa, đai vải đối lực ở nách hoặc khuỷu tùy vị trí gãy

2. Gây tê tại chỗ hoặc gây mê(nếu trẻ em hoặc gãy khó)

3. Nắn xương

- Với gãy trên lồi cầu thứ tự nắn sửa di lệch: di lệch trong ngoài, di lệch trước sau, di lệch xoay.
- Với gãy xương cẳng tay thứ tự nắn sửa di lệch: di lệch chông, di lệch sang bên, di lệch xoay, di lệch góc

- Sau nắn chuyển sang giai đoạn bó bột: người nắn phải giữ chi gãy luôn luôn căng-thẳng trục và để ở tư thế cơ năng.
- Chú ý tách màng liên cốt khỏi trụ hình chữ K (nếu gãy 2 xương cẳng tay).

4. Bó bột

- Đặt dây rạch dọc
- Quấn giấy vệ sinh tối thiểu 2 lớp lót bông vùng khớp.
- Đặt nẹp bột phía sau cẳng bàn tay.
- Quấn bột: thứ tự đều đặn tránh căng hoặc cộm vùng khuỷu.
- Giữ bột cho khô (nếu gãy xương quay ở 1/3 giữa trở lên: ngửa tay tránh di lệch xoay xương quay).
- Rạch dọc bột: như các loại bột rạch dọc khác
- Ghi rõ ngày bó bột, tên người bó bột
- Theo dõi để phát hiện và xử lý kịp thời các tai biến.
- Vẽ sơ đồ xương gãy lên bột
- Sau 7-10 ngày nếu bột lỏng thay bột tròn.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi rõ ngày giờ xảy ra tai nạn.
- Ngày giờ nắn bó bột.
- Tình trạng tại chỗ tay gãy: mạch máu, cảm giác, vận động.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

- Nếu có bất thường về nhiệt độ, cảm giác, vận động... báo ngay cho cán bộ y tế.
- Đến khám lại theo đúng hẹn.

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BÓ BỘT CẰNG- BÀN CHÂN

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau, phòng chống sốc.
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các thương tổn mạch máu, thần kinh, cơ, da...
- Giúp người bệnh sớm phục hồi khả năng vận động

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Các loại gãy xương ở vùng cổ chân: mắt cá, xương gót, Dupuytren... (gãy xương bàn hoặc ngón chân thường bó bột cẳng bàn chân ngắn)

- Gãy hở đã phẫu thuật.
- Không có tổn thương mạch máu hoặc rối loạn dinh dưỡng nặng.

2. Chống chỉ định

- Hội chứng chèn ép khoang hoặc dụng dập sưng nề nhiều.
- Gãy hở chưa xử lý phẫu thuật.
- Có tổn thương mạch máu.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Được giải thích, động viên để yên tâm khi làm thủ thuật.
- Cởi hoặc cắt bỏ quần bên gãy, làm vệ sinh.
- Nếu người bệnh gây mê: nhịn ăn uống 6 giờ trước khi tiến hành thủ thuật.

2 Phương tiện

- Một bàn nắn kèm 1 khung đỡ hoặc đệm gỗ đỡ trên khoeo người bệnh
- Bột 4 cuộn cỡ 15cm trong đó 1 cuộn để rải thành nẹp bột.
- Dụng cụ gây tê và thuốc gây tê (xylocain 1% x 15ml). Thuốc mê nếu gây mê.
- Dụng cụ bóp bóng và ôxy để hô hấp hỗ trợ khi cần thiết.
- Băng mỡ: đệm vùng khớp cổ chân.
- Giấy vệ sinh: 1/2 cuộn loại mềm, mỏng, không dai

3. Địa điểm

Thoáng, sáng, sạch sẽ, đầy đủ phương tiện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

- Nằm ngửa.
- Với nắn xương gót di lệch: chân buông thõng

2. Gây tê ổ gãy, gây mê đối với trẻ em hoặc gãy khó

3. Nắn xương

- Gãy mắt cá: tùy theo chiều di lệch mà nắn sửa.
- Gãy Dupuytren thường có trật khớp sên chầy kèm theo, phải chú ý nắn mắt cá trong và đặc biệt là nắn cho hết trật khớp.
- Vỡ xương gót: bàn chân kéo duỗi, ấn mạnh lõi củ xương gót xuống dưới và nắn mạnh hõm xương gót lên trên để phục hồi góc Boehler (+) trở lại.

4. Bó bột

- Đặt dây rạch dọc.
- Quấn giấy vệ sinh, lót bông vùng khớp cổ chân.
- Đặt nẹp bột phía sau chân.
- Quấn bột: thứ tự, đều tay tránh căng hoặc cộm ở khớp cổ chân.
- Giữ bột cho khô: vẹo trong nếu mắt cá trong di lệch, hoặc trong gãy Dupuytren, với vỡ xương gót di lệch duỗi cổ chân trong 2-3 tuần đầu.
- Rạch dọc bột: không để sót dù 1 sợi gạc.
- Ghi ngày bó bột, người bó bột, ngày tháo.
- Sau 7-10 ngày hết nề: thay bột tròn.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi rõ ngày giờ xảy ra tai nạn
- Ngày giờ nắn bó bột
- Tình trạng tại chỗ tay gãy trước và sau khi nắn bó bột: mạch máu, cảm giác, vận động...

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

- Nếu có bất thường về nhiệt độ, cảm giác, vận động... báo ngay cho cán bộ y tế.
- Đến khám lại theo đúng hẹn.

Chương III

SẢN KHOA

1. VÔ KHUẨN TRONG SẢN KHOA

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm tử vong mẹ và sơ sinh.
- Giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn trong sản khoa, uốn ván rốn sơ sinh và uốn ván mẹ.
- Giảm ngày điều trị cho người bệnh.
- Chống lây nhiễm trong bệnh viện.

II. NHỮNG ĐỐI TƯỢNG CẦN VÔ KHUẨN TRONG SẢN KHOA

- Phương tiện dụng cụ phục vụ cho cuộc đẻ.
- Nữ hộ sinh, nhân viên y tế.
- Sản phụ.
- Môi trường (phòng đẻ, bàn đẻ và xung quanh phòng đẻ).

III. CHUẨN BỊ

- Quy trình hướng dẫn xử lý khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ.
- Bàn chải các cỡ, xô, chậu, găng dài, kính, tạp dề, ủng...
- Các loại dung dịch hoá chất để xử lý dụng cụ khử khuẩn, tiệt khuẩn: xà phòng, Javel, Precept, Cidex...
- Các phương tiện máy móc phục vụ theo dõi chuyển dạ và đỡ đẻ cần đến.

IV. CÁC ĐỐI TƯỢNG CẦN VÔ KHUẨN TRONG SẢN KHOA

1. Đối với dụng cụ sản khoa

** Xử lý dụng cụ khi dùng xong theo 3 bước*

- Bước 1: * Phải khử nhiễm tất cả các dụng cụ ngay sau khi sử dụng bằng dung dịch precept, Javel, cloramin... được pha sẵn theo hướng dẫn.
- Bước 2: làm sạch.
- Bước 3: tiệt khuẩn : + Khử khuẩn mức độ cao.
+ Tiệt khuẩn.
- Khử nhiễm:
 - + Có xô nhựa đựng dung dịch khử nhiễm.
 - + Có giỏ nhựa đựng dụng cụ khử nhiễm
 - + Dung dịch cloramin hoặc dung dịch khác pha theo đúng quy định
 - + Nước ngập dụng cụ nhưng không quá đầy.

- + Xô khử nhiễm đặt ở vị trí thuận tiện.
- + Dụng cụ làm xong thả ngay vào xô khử nhiễm ngâm 10 phút.
- + Sau 10 phút lấy dụng cụ ra làm sạch.
- Làm sạch: nhằm loại bỏ máu, các mô và dung dịch cơ thể dính vào dụng cụ và một phần làm giảm số vi khuẩn.
- + Xà phòng, bàn chải chuyên dùng để rửa sạch các khe kẽ.
- + Thực hiện 3 lượt: rửa nước, đánh rửa xà phòng, rửa sạch lại bằng nước.
- + Chú ý các khe kẽ (tháo rời dụng cụ nếu có thể).
- + Sau làm sạch để khô hoặc lau khô trước khi đưa làm tiệt khuẩn.

a. Khử khuẩn cao bằng phương pháp đun sôi

- Dụng cụ phải luộc sôi 20 phút (không mở nắp, không cho thêm dụng cụ), phải lấy ra khi nóng để bay hơi làm khô và cho vào hộp bảo quản (thời gian tính từ lúc nước sôi).
- Xếp dụng cụ vào hộp bằng gang đã vô khuẩn.
- Sau khi cho vào hộp bảo quản phải dán nhãn ghi thời hạn sử dụng.
- Nước luộc dụng cụ phải là nước sạch.

b. Khử khuẩn và tiệt khuẩn bằng hoá chất.

- Các cơ sở có hút thai đều có phương pháp khử khuẩn hoặc tiệt khuẩn bằng hoá chất.
- Khử khuẩn hoá chất: diệt được hầu hết các vi khuẩn trừ nha bào.
- + Dung dịch khử khuẩn pha theo đúng quy định, dụng cụ đã được làm sạch ngâm 20 phút. Sau khi ngâm đủ thời gian phải tráng rửa hết hoá chất bằng nước sạch (nước đun sôi 20 phút).
- Tiệt khuẩn hoá chất:
 - + Giúp diệt thêm cả nha bào, dụng cụ ống hút đã làm sạch được ngâm trong dung dịch (pha theo đúng quy định) trong 10 tiếng và phải tráng rửa bằng nước đã tiệt khuẩn.

(Nước tiệt khuẩn là nước đã được đun trong nồi áp suất (nước cất)). Nếu tráng bằng nước đun sôi thì chỉ là khử khuẩn hoá chất.

** Sấy khô và hấp ướt:*

- Sấy khô: dùng để tiệt khuẩn các dụng cụ bằng kim loại.
 - + Dụng cụ kim loại sau khi được làm sạch cho vào hộp đựng rồi đặt vào tủ sấy, cách thành tủ sấy ít nhất 3cm. Đóng kín tủ sấy.
 - + Đốt nóng: đưa nhiệt độ trong tủ sấy lên 160° - 170°C.
 - + Duy trì: 1 giờ nếu nhiệt độ 170°C
2 giờ nếu nhiệt độ 160°C
 - + Để nguội: thời gian từ 1 giờ đến 1 giờ 30 phút.
 - + Dụng cụ nên để riêng từng hộp như: bộ đỡ đẻ, bộ cắt khâu tầng sinh môn...

* *Chú ý:* không cho đồ vải vào tủ sấy khô vì sẽ bị cháy.

– Hấp ướt: chủ yếu cho đồ vải: bông, gạc ròn...

Áp suất theo Lbs/inch ²	Áp suất theo Kg/cm ²	Nhiệt độ C	Nhiệt độ F
5	0,35	110°C	230°F
10	0,70	115°C	239°F
15	1,05	120°C	248°F
20	1,40	125°C	257°F
25	1,75	130°C	266°F
30	2,10	135°C	275°F

Thời gian và nhiệt độ cần thiết để diệt khuẩn:

Dụng cụ	Nhiệt độ (C)	Thời gian (phút)
Bông băng đồ vải	121°C	30 ph
Dụng cụ kim loại	121°C	30 ph
Bơm tiêm, kim tiêm	121°C	30 ph
Găng, đồ dùng cao su	121°C	15 ph

* *Chú ý:* các hộp dụng cụ đã hấp phải ghi rõ ngày, tháng, người thực hiện và thời hạn dùng.

2. Đối với NHS, nhân viên y tế

- Trang phục: mũ, quần áo, khẩu trang cần thường xuyên sạch sẽ.
- Bàn tay sạch:
 - Phải luôn cắt ngắn móng tay
 - Rửa tay theo quy định trước, sau chăm sóc và làm các thủ thuật.
 - Đeo găng tay vô khuẩn trước khi thăm khám và làm thủ thuật.

3. Đối với sản phụ

- Hướng dẫn sản phụ tự vệ sinh cá nhân, nhất là bộ phận sinh dục ngoài.
- Rửa ngoài:
 - Rửa sạch âm hộ trước và sau mỗi lần thăm khám
 - Không cạo lông (rửa kỹ bằng xà phòng và nước sạch) vì khi cạo lông có thể làm xước da tạo đường vào cho vi khuẩn.
 - Hộ sinh phải sát khuẩn vùng âm hộ, tầng sinh môn bằng Betadine cho sản phụ trước khi đỡ đẻ, kiểm soát tử cung, cắt và khâu tầng sinh môn.

4. Đối với môi trường

- Phòng khám và phòng đẻ phải riêng biệt có trần chống bụi, tường ốp gạch men hoặc sơn chống thấm cao từ 1,6m – 1,8m trở lên.
- Cửa sổ cần có lưới chống ruồi, có cửa kính, cửa chớp để tiện dùng cho các mùa.
- Phòng đẻ không đặt ở gần chợ, gần đường giao thông, và phải cách xa các nguồn có thể gây ô nhiễm.
- Phòng đẻ phải có guốc, dép đi riêng trong phòng.
- Sau mỗi ca đẻ toàn bộ dụng cụ và nền, phòng phải được vệ sinh bằng dung dịch khử khuẩn (Cloramin, Javel, Precept...)

Chú ý: nhất thiết không được khám phụ khoa tại phòng đẻ.

2. CHUẨN BỊ THĂM KHÁM PHỤ KHOA

I. MỤC ĐÍCH

- Tổ chức, trang bị được một phòng khám phụ khoa đủ tiêu chuẩn.
- Khai thác được các biểu hiện bình thường hay các triệu chứng bất thường về phụ khoa của người phụ nữ qua việc trao đổi và ghi chép vào bệnh án, hoặc y bạ...
- Giúp người bệnh thấy được tầm quan trọng trong việc khám phụ khoa định kỳ nhằm phát hiện sớm và giải quyết sớm những bệnh phụ khoa cho phụ nữ.

II. TỔ CHỨC CHUẨN BỊ MỘT PHÒNG KHÁM PHỤ KHOA**1. Phòng khám**

- 1 phòng riêng từ 12m² - 16m²
- Bàn, ghế để đón tiếp và ghi chép (có hồ sơ bệnh án và các loại mẫu giấy xét nghiệm, y bạ...).
- 1 bàn khám phụ khoa có bậc lên xuống.
- 1 giá treo quần áo.
- 1 bàn nhỏ để dụng cụ khám.
- 1 đèn gù (chiếu vào âm đạo và cổ tử cung).
- 1 xô nước đã pha dung dịch khử khuẩn (theo nồng độ quy định) để ngâm dụng cụ ngay sau khi khám xong.
- 1 vò nước rửa tay có xà phòng, bàn chải mềm (hoặc thùng nước có vò).

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Mô vịt, van âm đạo, kim kẹp bông gạc, kim sinh thiết, thước đo buồng tử cung, kim kẹp cổ tử cung vô khuẩn.

- Bông thấm nước, gạc, găng cao su vô khuẩn.
- Dầu Paraffin, dung dịch acid axetic 3%, dung dịch lugol 3%, dung dịch sát khuẩn thông thường betadine.
- Máy soi cổ tử cung (ở phòng khám các bệnh viện).
- Phiến kính để lấy bệnh phẩm, khí hư.
- Que lấy bệnh phẩm để làm tế bào âm đạo.

III. ĐÓN TIẾP NGƯỜI BỆNH

- Chào hỏi ân cần, thân mật, cảm thông, thể hiện sự tế nhị kín đáo và tôn trọng.
- Người phụ nữ đến khám được mời ngồi đằng hoàng thoải mái và được hướng dẫn rõ ràng trước khi vào khám (đi tiểu trước khi khám).
- Thầy thuốc ngồi đối diện với người bệnh nhưng không cách xa quá.
- Mở đầu bằng những lời chào hỏi gần gũi trước khi đi sâu vào nội dung chuyên môn, đưa ra những câu hỏi mở về lý do đến khám bệnh để cho người bệnh dễ nắm bắt thông tin và trả lời ngắn gọn chính xác, đồng thời sẵn sàng trao đổi với thầy thuốc tốt hơn.

Chú ý: để giúp cho người bệnh yên tâm khi khám, nếu thầy thuốc là nam giới cần tôn trọng quy tắc khám 3 người (thầy thuốc - 1 nữ y tá hoặc nữ hộ sinh - người bệnh).

3. KỸ THUẬT KHÁM THAI VÀ QUẢN LÝ THAI

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc sức khỏe bà mẹ và thai nhi trước sinh.
- Phát hiện sớm các nguy cơ.
- Đề phòng và tránh được 5 tai biến sản khoa.

II. CHỈ ĐỊNH: tất cả phụ nữ từ khi có thai đến khi đẻ.

III. CHUẨN BỊ

1. Bác sĩ, nữ hộ sinh: mũ, áo sạch sẽ.

2. Thai phụ: được hướng dẫn, giải thích trước khi khám.

3. Dụng cụ

- Bàn giấy có phiếu, sổ theo dõi quản lý thai,
- Hồ sơ bệnh án, các loại phiếu xét nghiệm.

- Bàn hoặc giường khám.
- Cân bàn, thước dây, thước đo khung chậu, ống nghe tim thai, Doppler, máy monitor (nếu có sử dụng).
- Ống nghe tim phổi, máy đo huyết áp.
- Các phương tiện để thử nước tiểu, que thử chẩn đoán thai nhanh sẵn có.

IV. CÁC BƯỚC KHÁM THAI VÀ QUẢN LÝ THAI

- Mỗi người phụ nữ khi có thai cần phải được khám và lập phiếu theo dõi, quản lý thai tại cơ sở y tế.
- Trong thời kỳ có thai người sản phụ phải được khám thai ít nhất là 3 lần.
- Thời điểm cho mỗi lần khám thai: 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối.

1. Khám thai 3 tháng đầu

- Hỏi tiền sử bệnh gia đình, bản thân, sản khoa.
- Hỏi ngày kinh cuối cùng, xác định xem có thai hay không.
- Siêu âm xác định thai trong hay ngoài tử cung.
- Phát hiện các bệnh toàn thân có ảnh hưởng và chịu ảnh hưởng của thai nghén.
- Cân trọng lượng cơ thể.
- Lập phiếu theo dõi và quản lý thai (nếu thai ngoài kế hoạch vận động kế hoạch hoá gia đình).
- Phát hiện bệnh lý 3 tháng đầu của thai.
- Xác định xem có nên duy trì thai nghén hay không.
- Hướng dẫn chế độ vệ sinh thai nghén: lao động (tránh tiếp xúc các yếu tố độc hại để bảo vệ bào thai), ăn, mặc, nghỉ, giao hợp, sử dụng thuốc: viên sắt folic.
- Hẹn lần thăm thai sau.

2. Khám thai 3 tháng giữa

- Hỏi bà mẹ xem thai nghén có gì bất thường không và sự thích nghi của bà mẹ với thai nghén.
- Cân nặng để so với lần khám trước.
- Hỏi thai máy và đạp (thai thường máy từ tuần thứ 18).
- Đo chiều cao tử cung, vòng bụng.
- Sơ bộ xác định ngôi thai.
- Nghe tim thai.
- Đo huyết áp, nghe tim, phổi
- Có phù không?
- Phát hiện bệnh do thai nghén.

- Xét nghiệm máu, nước tiểu.
- Siêu âm (siêu âm có vấn đề thai bất thường hay không ?).
- Tiêm vaccin uốn ván mũi 1.
- * *Kết luận*: thai phát triển bình thường hay không.
- Hướng dẫn sau khi khám:
 - + Vệ sinh thai nghén: bác sĩ, NHS phải hướng dẫn sâu, đầy đủ, chi tiết về chế độ ăn, ngủ, nghỉ ngơi, làm việc, vệ sinh thân thể, sinh hoạt vợ chồng.
 - + Hẹn tiêm phòng uốn ván mũi 2 sau 4 tuần kể từ ngày tiêm mũi 1.
 - + Tiếp tục uống viên sắt folic.
- Hẹn khám lần sau.

3. Khám thai 3 tháng cuối: (nếu có điều kiện nên thực hiện vào các tháng thứ 7, 8, 9 mỗi tháng một lần. Tốt hơn nữa, tháng cuối 1- 2 tuần/ lần).

- Cân nặng
- Khám toàn thân: + Phù, kiểm tra kết quả xét nghiệm nước tiểu (Protein niệu) .
+ Mạch, huyết áp.
- Thai:
 - + Đo chiều cao tử cung, vòng bụng .
 - + Ngồi, thối, tim thai.
 - + Kiểm tra đầu vú
- Xét nghiệm nước tiểu
- Hẹn ngày khám lại.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các chỉ số vào phiếu theo dõi thai.
- Kết luận thai bình thường hay thai có bệnh lý, phát hiện và có hướng xử trí sớm cho những thai có nguy cơ và gửi đi điều trị kịp thời các bệnh lý nội khoa trong khi có thai.

VI. HƯỚNG DẪN THAI PHỤ

- Hướng dẫn thai phụ trong thời kỳ có thai nếu thấy có gì bất thường (nhức đầu, chóng mặt, đau bụng, ra nước hoặc máu (âm đạo) thì phải đến khám ở cơ sở y tế ngay).
- Dự đoán ngày sinh cho sản phụ, dự kiến nơi sinh.
- Hướng dẫn cách chuẩn bị các đồ dùng cần thiết.
- Các dấu hiệu chuẩn bị
- Tiếp tục cho uống viên sắt folic.

4. KỸ THUẬT ĐỖ ĐẼ THƯỜNG NGÔI CHỖM

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo an toàn cho mẹ và con khi đẻ đường âm đạo.
- Không cần can thiệp trừ trường hợp cắt nối tầng sinh môn.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Thai bình thường, đủ tháng, ngôi chỏm, ngôi lọt sâu trong tiểu khung và chuẩn bị số theo kiểu chăm vệ.

2. Chống chỉ định

- Thai có nguy cơ cao không có khả năng đẻ được đường dưới.
- Ngôi chỏm chưa lọt.

III. CHUẨN BỊ

1. Sản phụ

- Sản phụ được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân và tiểu tiện khi sắp đẻ (nếu có cầu bàng quang mà không tự đại được thì phải thông tiểu trước khi cho sản phụ rặn đẻ).
- Động viên, hướng dẫn sản phụ cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn.
- Kiên nhẫn, không sốt ruột, hợp tác với người đỡ đẻ (người phụ có thể cho sản phụ uống nước, sữa nếu sản phụ muốn).
- Cho sản phụ nằm ngửa trên bàn đẻ, điều chỉnh bàn đẻ để sản phụ có tư thế nửa nằm, nửa ngồi, đầu cao hơn, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi dang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai giá đỡ chân (tư thế đẻ nằm thông thường ở Việt Nam).
- Sản phụ được mặc quần để (hoặc váy) sạch.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục, bẹn và đùi (bằng dung dịch betadine 10%).
- Trải khăn vô khuẩn.

2. Nhân viên

Nữ hộ sinh, người đỡ đẻ: mũ, khẩu trang, áo choàng, tạp dề (ny lon).

3. Dụng cụ

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ (2 kẹp thẳng, 1 kéo, băng rốn, kẹp rốn, hoặc chỉ buộc rốn) và bộ khăn (săng) tiệt khuẩn.
 - Bộ cắt, khâu tầng sinh môn vô khuẩn
 - Găng tay vô khuẩn.
 - Gạc, gạc quả cầu, chỉ, kim. (Bộ đỡ đẻ sạch)
 - Ống nhựa để hút nhót cho sơ sinh
 - Ống thông đái (nhựa hoặc cao su).
- Tất cả các dụng cụ trên đều đã được tiệt khuẩn.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh mang tạp dề, khẩu trang, rửa tay, đi găng vô khuẩn, bắt tay vào đỡ đẻ khi có đủ các điều kiện sau:
 - + Cổ tử cung đã mở hết.
 - + Ổi đã vỡ (nếu chưa vỡ thì bấm ối).
 - + Ngôi thai đã lọt thấp (thập thò ở âm môn) làm cho tầng sinh môn giãn căng, hậu môn nở.

1. Đỡ đầu

- Nữ hộ sinh ấn nhẹ vào cằm của ngôi sát trên vệ nhằm giúp cho đầu thai nhi cúi thật tốt để sổ theo đường kính ngắn nhất (hạ cằm thóp trước). Sau đó khi đầu thoát ra ngoài âm hộ, phải giúp cho đầu ngửa từ từ, tránh rách rộng tầng sinh môn.
- Trong cơn rặn, khi đầu thai nhi thập thò ở âm hộ ta dùng tay trái ấn nhẹ vào chòm, tay phải lót gạc ấn vào trán qua tầng sinh môn để giúp đầu cúi thêm.
- Khi hạ cằm đã cố định dưới khớp vệ, tầng sinh môn bị giãn rất mỏng. Nếu có chỉ định nên cắt tầng sinh môn vào lúc này. Sau đó giữ cho đầu ngửa từ từ bằng cách dùng tay phải giữ tầng sinh môn, tay trái giữ cho đầu sổ từ từ, nếu cần thì lách một bướu đỉnh sổ trước rồi nghiêng đầu cho bướu đỉnh kia sổ nốt.
- Trong thì đẻ đầu, nữ hộ sinh phải hướng dẫn cho sản phụ rặn dài hơi, dồn hơi xuống phía dưới âm hộ - hậu môn và thở sâu khi hết cơn rặn. Khi lưỡng đỉnh ra ngoài âm hộ thì sản phụ không cần rặn, ta tiếp tục cho đầu sổ.
- Người phụ hạ thấp đầu sản phụ bằng cách điều chỉnh bàn đẻ.
- Sau khi sổ, đầu sẽ quay lại vị trí cũ, để cho vai lọt và sổ. Nhưng thường sau khi đầu sổ, ta không chờ đầu tự quay mà đặt hai tay vào hai bên gò má thai nhi rồi quay một góc 90° về bên trái hay phải của mẹ (tuỳ theo lưng trái hay lưng phải) khi đó vai sẽ ở đường kính trước sau và chuẩn bị sổ ra ngoài.
- Kiểm tra dây rau quấn cổ thai nhi khi đầu đã sổ: nếu nhìn thấy hoặc sờ thấy một đoạn dây rau thì nữ hộ sinh có thể nhẹ nhàng nới lỏng và tháo nó qua đầu hoặc vai

thai nhi nếu vai đã sổ. Nếu dây rau quấn chặt thì kẹp nó tại hai chỗ rồi dùng một tay cắt dây rốn, còn tay kia bảo vệ thai nhi.

- Lau sạch miệng và mũi: ngay sau khi đầu thai nhi sổ ra, nữ hộ sinh dùng gạc vô khuẩn quấn quanh ngón tay, nhẹ nhàng lau miệng và mũi thai nhi, nếu cần có thể sử dụng máy hút.
- Nếu có phân xu trong nước ối thì điều đặc biệt quan trọng là phải dùng ống hút để hút miệng, mũi và họng càng sạch càng tốt. Việc này cần phải được làm xong trước khi ngực thai nhi sổ và thai nhi bắt đầu thở.

2. Đỡ vai (đỡ từng vai một)

- Đỡ vai trước (vai trên): áp hai bàn tay vào hai bên gò má thai nhi rồi nhẹ nhàng kéo đầu thai nhi xuống phía dưới (xương cùng của người mẹ). Lúc này có thể hướng dẫn sản phụ rặn thêm một hơi. Khi thấy bờ dưới cơ đen ta lộ ra dưới khớp vệ thì dừng.
- Đỡ vai sau (vai dưới): vẫn để hai bàn tay ở hai bên gò má, nhẹ nhàng hướng đầu thai nhi về phía bụng mẹ để cho vai sau sổ trước. Sau đó vai trước sẽ sổ dễ dàng.
- * Không được làm gấp cổ thai nhi và kéo đầu thai nhi quá nhiều hoặc quá mạnh.

3. Đỡ thân và chân

Thường sau khi đẻ vai xong, phần còn lại của thân thai nhi sẽ sổ ra ngoài một cách dễ dàng: kéo nhẹ ngực bụng, mông, chân, lúc đó một tay nâng gáy thai nhi, tay kia lựa đỡ dần từ mông rồi đón lấy hai chân, trong khi đó người phụ chuẩn bị cặp và cắt dây rau khi thai sổ hoàn toàn ra ngoài, Nữ hộ sinh đỡ đẻ hạ thấp đầu sơ sinh.

4. Cặp và cắt dây rốn

- Hãy chờ cho dây rốn hết đập rồi mới cắt.
- Kẹp điểm thứ nhất ở gần trẻ, vuốt dây rốn về phía bánh rau, kẹp điểm thứ hai về phía bánh rau, hai điểm cách nhau khoảng 3cm, sau đó cắt ở giữa hai kẹp.

5. Lau khô cho trẻ sơ sinh bằng khăn vô khuẩn

Động tác này sẽ tránh cho trẻ khỏi bị lạnh và kích thích cho trẻ thở. Sau đó ủ ấm, làm rốn, mặc áo, quấn tã, chân.

Tính điểm áp ga, kiểm tra các hốc tự nhiên và dị tật của sơ sinh.

6. Đỡ rau, kiểm tra rau

7. Khâu tầng sinh môn

8. Đo, kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ BỆNH ÁN

- Ghi lại tình hình diễn biến cuộc đẻ vào hồ sơ.

- Thông báo cho sản phụ biết tình trạng, trọng lượng, giới tính của trẻ.

VI. HƯỚNG DẪN SẢN PHỤ SAU ĐẸ

- Hướng dẫn sản phụ cho trẻ bú ngay sau đẻ.
- Chăm sóc, vệ sinh 2 vú. Cách thức nuôi con bằng sữa mẹ.
- Chế độ dinh dưỡng, vệ sinh sau đẻ.
- Hướng dẫn sản phụ theo dõi màu da, tình trạng hô hấp, phù, nước tiểu của trẻ.

5. KỸ THUẬT CẮT VÀ LÀM RỐN TRẺ SƠ SINH

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh gây chảy máu rốn.
- Tránh gây uốn ván rốn, nhiễm khuẩn, viêm quanh rốn

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Sau khi thai sổ và làm sạch, thông đường hô hấp trên.

2. Chống chỉ định

Trẻ sơ sinh chưa thở tốt. Phải hồi sức sơ sinh tốt (áp ga từ > 7 điểm trở lên sau 5 phút) mới tiếp tục làm rốn.

III. CHUẨN BỊ

1. Nữ hộ sinh

Chuẩn bị trang phục y tế (áo choàng, mũ, khẩu trang).

2. Trẻ sơ sinh

Khi trẻ sơ sinh đã sổ ra hẳn ngoài.

3. Dụng cụ

- Bàn để làm rốn đảm bảo ánh sáng và độ ẩm (có lò sưởi, đèn, đệm).
- Hộp cắt rốn và làm rốn vô khuẩn (2 kẹp thẳng có răng, một kéo thẳng)
- Găng vô khuẩn.

- Khăn, bông, một gói băng rốn vô khuẩn (3 miếng gạc, một băng rốn chun hoặc cuộn).
- Côn 70°.
- Côn iốt 3% để chấm vào mặt cắt cuống rốn còn lại trước khi băng rốn.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Nữ hộ sinh rửa tay, đi găng vô khuẩn (theo quy định).

1. Cách cắt rốn

- NHS đứng giữa hai chân sản phụ, khi trẻ sơ sinh sổ xong, nữ hộ sinh dùng một tay cầm hai chân trẻ sơ sinh, tay kia đỡ gáy để trẻ sơ sinh đầu thấp hơn chân và thấp hơn bàn để, mặt hướng xuống đất để tránh hít phải dịch ở miệng và mũi trào ngược vào phổi. Ngay sau đó móc, lau miệng và mũi sơ sinh.
- Người phụ mở hộp rốn lấy kẹp rốn. Kẹp thứ nhất cặp về phía sơ sinh cách rốn 20cm (để đề phòng phải hồi sức sơ sinh qua tĩnh mạch rốn). Kẹp thứ hai cặp cách kẹp thứ nhất khoảng 2cm, trước khi kẹp nên vuốt máu, cặp về phía mẹ để hồng cầu bị vỡ không dồn về phía sơ sinh

Lấy kéo cắt dây rốn giữa hai kẹp (khi cắt lấy tay che để cho máu ở dây rốn không bắn ra xung quanh).

* *Chú ý:* đối với tất cả sơ sinh đặc biệt là trẻ thiếu tháng, trẻ thiếu máu (mẹ bị rau tiền đạo) nên chờ cuống rốn hết đập rồi mới cặp và cắt rốn, để có thể cung cấp thêm máu cho trẻ sơ sinh.

- Sau đó nữ hộ sinh cầm lấy kẹp rốn và đặt trẻ sơ sinh lên bàn làm rốn.

2. Cách làm rốn

- Trước khi làm rốn phải lau khô, làm sạch và thông đường hô hấp cho trẻ.
- NHS thay găng vô khuẩn.
- Nâng cuống rốn lên cao, đặt miếng gạc vô khuẩn trên da bụng ở chân cuống rốn của trẻ, để tránh côn xuống da bụng.
- Sát khuẩn từ chân rốn lên phía trên cuống rốn bằng côn 70°.
- Dùng kẹp nhựa kẹp cuống rốn cách chân rốn khoảng 2,5 - 3cm.
- Hoặc dùng chỉ vô khuẩn buộc cuống rốn cách chân của nó 2cm (nút buộc thứ nhất), cũng dùng chỉ như thế buộc nốt thứ hai cách chân rốn 3cm (cách nút thứ nhất 1cm).
- Cắt bỏ phần dây rốn còn lại ở ngay trên kẹp cuống rốn hoặc nút buộc thứ hai khoảng 5mm.
- Kiểm tra (dùng gạc lót vào đầu cuống rốn nặn bóp mạnh xem còn rỉ máu hay không), sát khuẩn lại mặt cắt cuống rốn bằng côn 70° hoặc côn iốt 3%.
- Cắt phần chỉ buộc rốn còn thừa.
- Bọc đầu cuống rốn bằng gạc vô khuẩn.

- Băng rốn, nếu dùng băng cuộn phải băng kín hết chỗ gạc bọc rốn, không lỏng (dễ tụt), không chặt quá gây khó thở, cản trở nhu động ruột và tuần hoàn vùng bụng của trẻ sơ sinh.
- Kiểm tra dị tật của trẻ (chú ý: hậu môn), nếu không thấy lỗ hậu môn phải báo cáo ngay để giải quyết trước 24 giờ.
- Ghi tên, đeo số cho trẻ.
- Mặc áo, quần tã, ủ ấm cho trẻ.
- Nhỏ thuốc mắt (Cloramphenicol 0,4%)
- Uống hoặc tiêm vitamin K.
- Đưa con ra với mẹ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng sản phụ sau khi đẻ.
Ghi đầy đủ các thông số cần thiết và đánh giá về tình trạng trẻ.
- Theo dõi và phát hiện những dấu hiệu bất thường (chảy máu, co hồi tử cung...) báo bác sĩ xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI MẸ

- Đưa con ra với mẹ và hướng dẫn mẹ cách chăm sóc trẻ, cho trẻ bú mẹ ngay sau đẻ.
- Hướng dẫn người mẹ chú ý không làm ướt vùng rốn.

6. TẮM - MẶC ÁO - QUẦN TÃ CHO TRẺ SƠ SINH

I. MỤC ĐÍCH

- Bảo vệ da, chống nhiễm khuẩn cho trẻ sơ sinh.
- Giữ thân nhiệt cho trẻ sơ sinh, nhất là về mùa lạnh.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Tắm cho tất cả các trẻ sơ sinh khoẻ mạnh.
- Trẻ vừa đẻ xong (đã làm rốn).

2. Chống chỉ định

Những trẻ non tháng và bệnh lý (phải theo chỉ định của bác sĩ).

III. CHUẨN BỊ

1. Trẻ sơ sinh đặt trên bàn đảm bảo độ ấm

2. NHS rửa tay hoặc thay găng.

3. Dụng cụ

- Nhiệt độ phòng tắm 28°C - 30° C.
- Xà phòng, nước tắm cho sơ sinh.
- Khăn mặt mềm (gạc), khăn bông lau người sạch, mũ, áo, tã, chăn.
- Gạc, băng rốn vô khuẩn.
- Cồn 70°, thuốc nhỏ mắt cloramphenicol 0,4%, thuốc đánh tưa.
- Nước chín ấm (T°: 30°C - 32°C).
- Bồn (chậu) tắm sạch.

IV . CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tắm

- NHS rửa tay.
- Nói chuyện biểu lộ tình cảm với trẻ.
- Tay trái bế trẻ, tay phải dùng khăn rửa mặt (gạc) lau từng bên mắt, lau mặt, lau miệng.
- Gội đầu, các ngón tay của bàn tay bế trẻ ép 2 vành tai vào trước lỗ tai để tránh nước vào tai, tay kia dùng khăn (gạc) thấm nước làm ướt hết tóc rồi xoa xà phòng vào lòng bàn tay và xoa vào tóc trẻ sau đó xả lại bằng nước, lau khô đầu.
- Cho trẻ nằm vào chậu nước từ cổ xuống, xoa xà phòng (chú ý: các nếp gấp và các hốc tự nhiên).
- Lau khô toàn thân bằng khăn sạch mềm.
- Sát trùng rốn bằng cồn 70°.
- Băng lại rốn bằng băng vô khuẩn.

2. Mặc áo, quần tã cho trẻ

- Mặc áo: áo mặc ngược, phía mở quay ra sau lưng, bắt chéo hai vạt ra trước, gấp gấu áo lên một gấu và giắt cuống vạt áo vào trước bụng. Khi sơ tay áo cho trẻ, sơ từng tay nhẹ nhàng tránh làm sai khớp vai của trẻ. Cổ áo kéo vừa khít vào cổ tránh gây cản trở tuần hoàn, hô hấp và cộm lưng trẻ.
- Quần tã: dùng tã chéo hoặc tã vuông gấp chéo trải lên bàn làm rốn. Đặt trẻ lên trên mặt tã sao cho vai trẻ ngang với cạnh đáy của tã chéo.

Gấp một tã chéo thành hình chữ nhật (hoặc tã xô) dài khoảng 40cm, rộng 10cm làm khố, đặt từ dưới mông quặt lên bụng trẻ.

Quấn tã từ bên trái sang bên phải dọc theo thân, sau đó lấy phần tã ở bên phải vòng qua bụng và lưng trẻ rồi gấp giắt đầu tã vào phía dưới nách.

Đặt trẻ lên một tã vuông (khăn bông vuông), quấn quanh người trẻ thành ống hình tròn, sau đó gấp phần tã còn thừa dưới chân lên.

* *Chú ý:* không dùng kim băng để cố định tã. Mùa rét sau khi mặc áo xong nên mặc thêm áo len ra ngoài rồi mới quấn tã.

- Đội mũ: khi đội mũ cho trẻ chú ý không buộc dây mũ chặt.
- Quấn thêm chăn len ra ngoài để đảm bảo độ ấm cho trẻ.
- Nhỏ thuốc mắt.
- Đánh tưa nếu trẻ bị tưa.
- Đưa trẻ về giường với mẹ
- Thu dọn dụng cụ, lau đệm, đánh chậu bằng nước Javel.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng trẻ.
- Nhận xét rốn (khô hay ướt).
- Báo cáo bác sĩ nếu nghi ngờ có nhiễm khuẩn rốn.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI MẸ

Hướng dẫn sản phụ theo dõi các dấu hiệu của trẻ:

- Sắc da (hồng, hay tím).
- Nhiệt độ.
- Hô hấp.
- Cho trẻ bú mẹ và ủ ấm.

7. KỸ THUẬT CÂN - ĐO CÁC ĐƯỜNG KÍNH CỦA TRẺ SƠ SINH SAU ĐẸ

I. MỤC ĐÍCH

- Cân để biết được trọng lượng thai nhi khi mới đẻ ra.
- Đo các đường kính để đánh giá sự phát triển thể chất của sơ sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các thai nhi sau khi đẻ ra đều được cân và đo.

III. CHUẨN BỊ

1. NHS: chuẩn bị trang phục y tế đầy đủ (áo, mũ, khẩu trang).

2. Trẻ sơ sinh: đã được làm rốn, mặc áo ấm...

3. Dụng cụ

- Cân bàn
- Thước Compa Baudelocque đo các đường kính.
- Thước dây để đo vòng đầu, bụng, ngực.
- Thước bàn riêng để đo chiều dài sơ sinh

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh rửa tay.
- Thực hiện các thao tác sau:

1. Cân

- Kiểm tra sự thăng bằng và độ chính xác của cân trước khi cân trẻ.
- Đặt trẻ lên bàn rồi cân.

2. Đo các chỉ số cơ bản

a. Đo các đường kính (bằng compa Baudelocque)

- Đường kính hạ cằm thóp trước: một đầu thước đo đặt giữa vùng thấp nhất của xương cằm và một đầu thước đo đặt giữa thóp trước, đường kính trung bình 9,5 cm.
- Đường kính hạ cằm trán: một đầu thước đo đặt giữa vùng thấp nhất của xương cằm và một đầu đặt giữa phần lồi nhất của trán, đường kính TB 11 cm.
- Đường kính cằm - trán: một đầu thước đo đặt giữa xương cằm, một đầu đặt giữa xương trán, đường kính TB 11,50 cm
- Đường kính cằm - cằm: đi từ giữa xương cằm đến mòm cằm, đường kính TB 13 cm.
- Đường kính thượng cằm - cằm: đi từ phần cao nhất của xương cằm đến mòm cằm, đường kính TB 13,5 cm.
- Đường kính hạ cằm - thóp trước: đi từ dưới cằm tới điểm giữa thóp trước, đường kính TB 9,5 cm.
- Đường kính lưỡng đỉnh: đi từ điểm lồi nhất của bướu đỉnh trái sang điểm lồi nhất của bướu đỉnh phải, đường kính TB 9,5 cm.
- Đường kính lưỡng thái dương: đi từ thái dương trái đến thái dương phải, đường kính TB 8 cm.
- Đường kính lưỡng mòm vai: đi từ mòm vai trái đến đỉnh mòm vai phải, đường kính TB 12 cm.

- Đường kính lưỡng ụ đùi: đi từ điểm lồi nhất của mấu chuyển lớn đùi trái đến điểm lồi nhất của mấu chuyển lớn đùi phải, đường kính TB 9 cm.
- Đường kính cùng - chày: đi từ đỉnh xương cùng đến điểm giữa móm chày, đường kính TB 8 cm.

b. *Đo vòng đầu, ngực, bụng* (Đo bằng thước dây):

Xác định mặt phẳng qua điểm mốc để đo chu vi.

- Vòng đầu nhỏ: mặt phẳng qua đường kính hạ chẩm thóp trước, TB 33 cm.
- Vòng đầu to: mặt phẳng qua đường kính hạ chẩm trán, TB 35 cm.
- Vòng đầu lớn: mặt phẳng qua đường kính chẩm trán, TB 36 cm.
- Vòng đầu lớn nhất: mặt phẳng qua đường kính thượng chẩm - cằm, TB 38 cm.
- Vòng ngực: mặt phẳng đi qua hai núm vú trung bình 31 - 33cm.
- Vòng bụng: mặt phẳng đi qua ngang rốn

c. *Đo chiều dài sơ sinh*

- Đặt sơ sinh nằm trên thước đo, hai chân sơ sinh đặt sát phần cố định của thước, Một tay người đo giữ đầu gối sơ sinh sát thước đo để chân duỗi thẳng, tay kia di chuyển đầu thước tới sát đầu sơ sinh. Đọc thang thước đo, TB từ 49 - 50 cm.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi đầy đủ các số đo vào phiếu theo dõi - chăm sóc.
- Nhận xét các chỉ số , phát hiện các chỉ số bất thường báo cáo bác sĩ kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI MẸ

- Hướng dẫn mẹ cách theo dõi sự phát triển thể lực của trẻ sơ sinh về sau (theo dõi chiều cao, cân nặng của trẻ hàng tháng...)

8. KỸ THUẬT TIÊM TRUYỀN TĨNH MẠCH RỐN TRẺ SƠ SINH

I. MỤC ĐÍCH

- Để hồi sức và nuôi dưỡng sơ sinh trong các trường hợp mất máu, mất nước...
 - + Nuôi dưỡng cho trẻ sơ sinh non tháng hay có bệnh lý nặng.
- Thay máu cho trẻ khi có bệnh về máu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hồi sức sơ sinh bị ngạt sau đẻ, sau các thủ thuật, phẫu thuật sản khoa.
- Sơ sinh non tháng hay có bệnh về máu và các bệnh lý khác.

III. CHUẨN BỊ

1. NHS: chuẩn bị trang phục y tế đầy đủ (áo, mũ, khẩu trang).

2. Trẻ sơ sinh: đã được vệ sinh sạch sẽ.

3. Dụng cụ

- Bàn hồi sức (lồng ấp) đã thay ga, khăn sạch.
- Bơm, kim tiêm, catheter vô khuẩn.
- Bông, gạc, cồn 70°
- Thuốc:
 - + Dung dịch glucose 10%.
 - + Dung dịch natri bicarbonat 4,2%..

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh rửa tay theo quy định.
- Nữ hộ sinh hoặc điều dưỡng nhìn để nhận định tĩnh mạch rốn (TM rốn lớn hơn, ở sâu hơn, nhạt màu hơn hai ĐM rốn).

Nhìn theo diện cắt ngang cuống rốn thì thấy hai ĐM rốn lồi lên phía trên diện cắt, còn TM rốn to, mỏng hơn và lõm ở dưới diện cắt một chút so với ĐM.

1. Tiêm tĩnh mạch rốn

- Pha thuốc:
 - + Dung dịch glucose 10% 3-5ml/kg cân nặng, nhằm mục đích cung cấp năng lượng cho trẻ sơ sinh.
 - + Dung dịch natribicarbonat 4,2% 4-5ml/kg, nhằm tăng độ kiềm hoá trong máu của trẻ, chống toan huyết
- Sát khuẩn đoạn cuống rốn định tiêm bằng cồn 70°.
- Chọc kim tiêm vào TM rốn chệch 45° (nếu rút bơm tiêm ra thấy nặng đó là vào ĐM. Nếu rút ra không khí đó là chưa vào TM).
- Khi kim tiêm đưa vào đúng TM thì ta bơm thuốc vào thấy nhẹ, nếu vào ĐM thì bơm nặng, còn ở ngoài mạch máu thì cuống rốn sẽ phồng to.
- Nếu tìm TM khó có thể cắt chéo theo chiều dài cuống rốn 2-3cm để bộc lộ mạch máu ở cuống rốn tìm TM rốn. Sau đó luồn kim tiêm vào lỗ ống TM và cố định tạm thời ở trong TM với bao rốn rồi tiêm thuốc.

2. Đặt ống thông (catheter) vào TM

- Ống thông bằng polyten dài 35cm, đường kính 1mm.
- Đưa ống thông qua diện cắt cuống rốn vào TM rốn 3-4cm.
- Cố định tạm thời dây rốn với ống thông.

- Truyền dịch hoặc máu theo chỉ định của bác sĩ.
- Khi rút ống thông phải buộc lại cuống rốn như khi làm rốn cho trẻ sơ sinh sau đẻ.
- * *Chú ý:* phải tuân thủ chế độ vô khuẩn cho từng thao tác trong thủ thuật này.
- Thu dọn dụng cụ theo quy trình.
- Rửa tay.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi lại tình trạng trẻ trước, trong, sau khi tiêm truyền, theo dõi:

- Toàn trạng.
- Tuần hoàn, hô hấp.
- Chảy máu rốn.
- Nếu phát hiện có dấu bất thường báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Thực hiện chế độ nuôi dưỡng và vệ sinh cho trẻ.

9. NGHIỆM PHÁP BONG RAU KIỂM TRA BÁNH - MÀNG RAU

I. MỤC ĐÍCH

- Kiểm tra xem rau đã bong và xuống đến âm đạo chưa để tiến hành đỡ rau.
- Kiểm tra xem bánh rau có đầy đủ không.
- Tránh những tai biến, biến chứng trong thời kỳ hậu sản:
 - + Sốt rau, sốt màng rau.
 - + Chảy máu, băng huyết và nhiễm khuẩn.
 - + Polyp rau.
- Nhận định các bất thường của bánh rau và màng rau nếu có.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các sản phụ sau đẻ thường, forceps,giác hút.

III. CHUẨN BỊ

- NHS chuẩn bị trang phục y tế đầy đủ.
- Sản phụ được NHS thông báo và giải thích những việc sắp làm.
- Dụng cụ:
 - + khay phẳng

- + Thước đo.
- + Găng tay vô khuẩn.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh rửa tay đi găng (theo quy trình rửa tay ngoại khoa).

1. Nghiệm pháp bong rau

- Nghiệm pháp bong rau được tiến hành sau khi sổ thai khoảng 20-30 phút, tức là khi rau đã được bong hoàn toàn.
- Nữ hộ sinh dùng cạnh bàn tay đặt lên bờ trên khớp vệ, ấn vào đoạn dưới tử cung để đẩy tử cung lên phía xương ức, đồng thời theo dõi sự di chuyển của cuống rau ở âm đạo:
 - + Nếu kìm kẹp cuống rau bị kéo lên trên theo sự di chuyển của đáy tử cung là rau chưa bong khỏi thân tử cung.
 - + Nếu kìm kẹp cuống rau di động ít hay đứng nguyên là rau đã xuống đoạn dưới.
 - + Nếu kìm kẹp cuống rau tụt xuống thấp hơn là rau đã xuống đến âm đạo.
- Nữ hộ sinh có thể cầm kìm kẹp dây rau kéo nhẹ sẽ thấy tử cung không di động, nếu rau đã bong hết.

* *Chú ý:*

- Sau khi NHS làm nghiệm pháp nếu thấy rau chưa bong hoặc bong ít chưa xuống tới âm đạo thì phải chờ thêm, lúc này NHS có thể đẩy nhẹ vào đáy tử cung để kích thích cơn co tử cung.
- Khi thấy rau đã bong hoàn toàn và xuống đến âm đạo (rau bong theo kiểu này gọi là sổ rau tự nhiên) – NHS tiến hành đỡ rau.

2. Đỡ rau

- Nữ hộ sinh một tay ấn vào đáy tử cung, tay kia cầm kìm kẹp cuống rau kéo nhẹ để rau tự ra ngoài. Sau khi rau đã sổ, một phần màng rau có thể chưa bong hết, NHS để thấp bánh rau xuống dưới âm hộ để trọng lượng bánh rau sẽ kéo làm cho màng rau bong nốt.
- Nếu màng rau bị xoắn thì lựa chiều xoay bánh rau để kéo toàn bộ màng rau còn lại ra ngoài (tránh giật mạnh sẽ gây sót màng rau).

* *Chú ý:* sau khi sổ thai quá 30 phút mà rau vẫn chưa bong, NHS mời bác sĩ để xin chỉ định bóc rau, có thể bác sĩ hoặc nữ hộ sinh tiến hành bóc rau nhân tạo.

3. Kiểm tra bánh rau và màng rau

- Đặt bánh rau lên một khay phẳng.
- Kiểm tra từng múi rau xem có đủ không và xem mặt ngoại sản mạc:
 - + Bình thường: bánh rau có khoảng 18-20 múi, rau màu đỏ sẫm, bóng hơi sần sùi, xung quanh mỗi múi có rãnh nhỏ.

- + Nếu sót rau: chỗ sót sẽ lõm xuống, mất độ bóng, nhám nhở, rỉ máu (dù sót ít hoặc nghi ngờ phải kiểm soát tử cung).
- Đo đường kính bánh rau (TB 15cm), chỗ dày nhất của bánh rau (2cm - 3cm) ở giữa, càng ra ngoài càng mỏng, chỗ mỏng nhất 0,5cm.

* *Chú ý:*

- + Nếu rau tiền đạo thì đường kính sẽ lớn hơn nhưng độ dày lại mỏng hơn
- + Mặt bánh rau có thể có khối huyết tụ sau rau đè vào cũng làm cho mặt bánh rau lõm xuống trong trường hợp rau bong non.
- + Mặt bánh rau có thể có những đường trắng do xơ hoá, thường gặp trong nhiễm độc thai nghén.
- + Bánh rau to phù, màu nhạt trong bệnh phù rau thai.

4. Kiểm tra màng rau

- NHS cho ngón tay qua lỗ rách của màng rau kéo nhẹ màng rau ra.
- Đặt bánh rau lên lòng bàn tay và nâng lên cao, các màng rau sẽ rủ xuống xung quanh, kiểm tra xem lỗ vỡ của màng rau có gọn hay không? nếu nhám nhở có thể sót màng rau. Nếu sót trên 1/4 màng rau thì phải kiểm soát tử cung để lấy hết màng rau.
- Dùng thước đo để đo màng rau từ chỗ bám ở mép bánh rau đến chỗ vỡ của màng rau. Nếu số đo ở đoạn màng rau ngắn nhất < 10cm là rau bám thấp, nếu > 10cm là rau bám bình thường.
- Kiểm tra các mạch máu để phát hiện bánh rau phụ: nhìn phía nội sản mạc, nếu có những mạch máu đi ra vùng màng rau có thể có bánh rau phụ, phải kiểm soát tử cung xem có sót rau hay không.
- Quan sát màu sắc của màng rau (màng trắng bình thường hay màng vàng úa).

5. Kiểm tra dây rau(cuống rốn)

Để phát hiện những nguyên nhân bất thường ảnh hưởng đến thai nhi.

- Đo chiều dài của dây rốn (đo phần dây rốn dính vào thai nhi và phần dây rốn còn lại ở bánh rau, bình thường: 40 - 60cm)
- Kiểm tra màu sắc: trắng tươi hay vàng úa.
- Độ to, nhỏ dây rốn, có xoắn hay không?
- Vị trí bám của dây rốn vào bánh rau:
 - + Bình thường ở chính giữa bánh rau và cung cấp đều các mạch máu cho các múi rau (dây rốn bám giữa).
 - + Dây rốn bám bên (bám lệch về một phía của bánh rau).
 - + Dây rốn bám màng: dây rốn bám ở màng bánh rau, trường hợp này hay có bánh rau phụ kề đó.

6. Cân rau

Trọng lượng của bánh rau của thai đủ tháng = $1/6$ trọng lượng thai nhi (thai càng ít tháng trọng lượng rau càng nặng so với trọng lượng thai).

- Thu dọn rau và dụng cụ theo quy định.
- Tháo găng, rửa tay.
- Kiểm tra mạch, huyết áp.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi đầy đủ tình trạng của bánh rau, tình trạng sản phụ vào phiếu theo dõi - chăm sóc:
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Sự co hồi tử cung và ra máu âm đạo.
- Nếu phát hiện có dấu hiệu bất thường báo cáo bác sĩ xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN SẢN PHỤ

- Chuyển sản phụ về giường theo dõi (sau khi đã khâu xong tầng sinh môn, nếu phải khâu).
- Hướng dẫn sản phụ chế độ vệ sinh, ăn uống và cách cho con bú sữa mẹ.

10. KỸ THUẬT CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN**I. MỤC ĐÍCH**

- Chủ động cắt tầng sinh môn trước để tránh rách tầng sinh môn phức tạp.
- Thai sổ dễ dàng hơn, đỡ gây sang chấn cho đầu thai nhi.

II. CHỈ ĐỊNH**1. Người mẹ**

- Âm hộ hẹp, tầng sinh môn rắn và ngắn, con so lớn tuổi.
- Âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài và nhiễm khuẩn.

2. Thai nhi

- Thai to
- Thai non yếu, thiếu tháng, tránh sang chấn đầu thai nhi khi thai đi qua tầng sinh môn.
- Ngồi chồm sổ kiểu chằm cùn, đầu hậu trong ngôi mông.

III. CHUẨN BỊ

1. Nữ hộ sinh: chuẩn bị trang phục y tế đầy đủ (mũ, áo, khẩu trang...)

2. Sản phụ

- Được hướng dẫn cách rặn
- Giải thích cho sản phụ những việc sắp làm để sản phụ yên tâm hợp tác tốt khi làm thủ thuật
- Vệ sinh sạch vùng âm hộ tăng sinh môn bằng dung dịch sát khuẩn betadin.

3. Dụng cụ

- Một hộp cắt khâu tăng sinh môn vô khuẩn, kéo thẳng, kim chỉ, kẹp cầm kim, gạc củ ấu, quả cầu có dây, thuốc gây tê, bơm tiêm.
- Khăn vô khuẩn.
- Găng vô khuẩn.
- Dung dịch betadin.
- Bơm tiêm 5 đến 10ml.
- Lidocain hoặc xylocain, hoặc novocain 2%.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Cắt tăng sinh môn***a. Nguyên tắc*

- Cắt đúng lúc, cắt khi âm hộ và tăng sinh môn đã phồng căng do ngôi thai đã xuống sâu trong âm đạo, cắt lúc có cơn co tử cung và sản phụ đang rặn để sản phụ đỡ đau.
- Khi đỡ đầu hậu ở ngôi mông có thể cắt ngay từ trước khi sổ đầu.

b. Kỹ thuật

- Vô cảm: gây tê vùng âm hộ - tăng sinh môn bằng thuốc tê 2% (5 -10 ml)
- Vị trí cắt:
 - + Không để sản phụ nhìn thấy nữ hộ sinh cầm kéo
 - + Cắt đúng vị trí: đầu mép cắt ở điểm 7 giờ hoặc 5 giờ tùy theo tay thuận của nữ hộ sinh.
 - + Hướng lưỡi kéo một góc 45° so với đường thẳng đứng.
 - + Tay kia lách ngón tay vào giữa ngôi thai và nơi dự định cắt để tránh gây tổn thương cho đầu thai.
 - + Cắt trong cơn rặn của sản phụ khi tăng sinh môn căng giãn nhất. Đường cắt trung bình 4 - 5 cm tùy theo mức độ cần thiết.
 - + Động tác cắt dứt khoát.
 - + Nếu có mạch máu bị đứt phun máu ra thì chèn gạc vô khuẩn tại chỗ hoặc dùng panh cầm máu kẹp lại để cầm máu.
 - + Khi sản phụ đẻ xong, nữ hộ sinh giải thích cho sản phụ rõ tại sao phải cắt tăng sinh môn.

2. Khâu tầng sinh môn

- Nữ hộ sinh mặc áo choàng, mũ, khẩu trang, găng tay vô khuẩn.
- Ngồi khâu trên ghế đầu đặt giữa hai đùi sản phụ.
- Nữ hộ sinh giải thích công việc sẽ làm để sản phụ an tâm và cộng tác trong quá trình khâu.
- Sản phụ nằm tư thế phụ khoa.
- Sát khuẩn tầng sinh môn bằng dung dịch betadin, bôi từ mép vết cắt ra xung quanh. Không cho dịch sát khuẩn tràn vào vết cắt.
- Các ngón tay mở rộng mép sau âm hộ. Kiểm tra mức độ rách tầng sinh môn và âm đạo.
- Đặt vào trong âm đạo quả cầu gạc có dây vô khuẩn (hoặc cục gạc, bông có dây) để hạn chế máu chảy từ bên trong ra khi khâu.
- Gây tê tại chỗ, kim đâm vào da cách mép vết thương 1- 2 mm , thuốc tê phải lên quá hai cực trên và dưới vết cắt.
- Khâu âm đạo: dùng hai ngón tay banh vết cắt (rách) để bộc lộ rõ cực trên của vết thương, khâu từ trong ra ngoài, mũi khâu rời bằng Catgut số 0 hay 1 hoặc mũi khâu vắt không để khoảng "chết" dưới mũi khâu. Mũi khâu lấy tất cả bề dày của thành âm đạo, không những lớp niêm mạc mà cả lớp cơ cho tới tổ chức liên kết xung quanh (dày ít nhất 5 - 7mm)
- Khâu cẩn thận cho hai mép vết cắt khớp với nhau và khi khâu tới âm hộ phải lấy nếp của màng trinh và đường ranh giới giữa niêm mạc âm đạo và tầng sinh môn làm chuẩn.
- Khâu lớp cơ tầng sinh môn bằng chỉ tiêu Catgut số 0 hoặc 1, khâu mũi rời hay vắt. Không để khoảng "chết". Các mũi khâu phân bố hình nan quạt khi hai mép vết cắt co không đều.
- Khâu da: khâu bằng chỉ Lanh mũi rời hoặc mũi khâu liền với chỉ tiêu
- Kết quả khâu mép da phải kín, không chồng mép, không dùm.
- Rút bỏ quả cầu (Túi gạc hoặc cục bông) trong âm đạo
- Sát khuẩn lại âm đạo và tầng sinh môn
- Đóng khố cho sản phụ

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng sản phụ sau khi cắt và khâu tầng sinh môn.
- Ghi đầy đủ số mũi khâu, cách khâu.

VI. HƯỚNG DẪN SẢN PHỤ

- Hướng dẫn sản phụ: số mũi khâu cần cắt chỉ sau 5 ngày (nếu khâu mũi rời bằng chỉ Lanh).
- Hướng dẫn sản phụ thực hiện chế độ vệ sinh vùng tầng sinh môn hàng ngày.

11. KỸ THUẬT LÀM THUỐC ÂM ĐẠO

(Rửa âm hộ - âm đạo)

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch âm hộ - âm đạo.
- Chống viêm nhiễm.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Những trường hợp viêm âm hộ - âm đạo do vi khuẩn.
- Chuẩn bị cho người bệnh trước khi mổ (phụ khoa).
- Trước khi mổ lấy thai.

2. Chống chỉ định

Sau khi đẻ, mổ lấy thai nếu không có chỉ định thì không được rửa.

III. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện dụng cụ

- 01 bàn khám phụ khoa.
- Đèn chiếu.
- 01 khay dụng cụ vô khuẩn: mỏ vịt, panh dài, găng tay, gạc.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Nước chín, dung dịch natriclorua 0,9%, dung dịch betadin 10% (pha loãng theo nồng độ quy định 1%). (Không được dùng cồn iốt và cồn 90° lau âm đạo, âm hộ).
- Cốc đựng nước, dây cao su, canun vô khuẩn.
- Tạp dề nylon.

2. Nữ hộ sinh

- Chuẩn bị trang phục y tế đầy đủ (mũ, khẩu trang, tạp dề nylon).

3. Người bệnh

- Có chỉ định của thầy thuốc.
- Chuẩn bị đi tiểu trước khi làm thuốc.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nữ hộ sinh đeo tạp dề, rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang.

- Thông báo cho người bệnh biết công việc mình sẽ làm.
- Hướng dẫn người bệnh lên bàn nằm tư thế phụ khoa.
- Nước chín hoặc dung dịch được pha sẵn (theo quy định) đựng trong bốc trên 1 lít được treo lên cột cao khoảng 1m50.
- Dùng panh kẹp gác củ ấu (hoặc bông cầu).
- Xả nước bằng canun rửa âm hộ.
- Lau khô âm hộ.
- Sát trùng âm hộ (bằng betadin).
- Đặt mỏ vịt vào âm đạo nhẹ nhàng, mở mỏ vịt.
- Cầm canun xả nước hoặc dung dịch vào âm đạo và nhẹ nhàng xoay mỏ vịt quanh âm đạo, đồng thời dùng panh dài gấp gác củ ấu vô khuẩn thăm nhẹ để kiểm tra độ sạch của âm đạo.
- Tháo mỏ vịt.
- Dùng panh kẹp củ ấu lau khô bên ngoài âm hộ.
- Hướng dẫn người bệnh ngồi dậy.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi rõ nhận xét độ sạch của âm đạo.
- Ghi rõ tên, hàm lượng dung dịch rửa và loại thuốc sử dụng theo chỉ định.

VI. HƯỚNG DẪN SẢN PHỤ

- Giải thích rõ sự tiến triển của bệnh.
- Chế độ vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài hàng ngày cho người bệnh .

12. TƯ VẤN - CHUẨN BỊ HÚT THAI TRONG 6 TUẦN ĐẦU

I. MỤC ĐÍCH

- Hỗ trợ về mặt tinh thần làm cho người phụ nữ hiểu rõ hơn về:
 - + Tình trạng sức khỏe của bản thân mình.
 - + Một số hậu quả về mặt sức khỏe có thể xảy ra khi hút thai
- Giúp họ hiểu được những thông tin cần thiết để tự lựa chọn biện pháp tránh thai.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. **Chỉ định:** phụ nữ có thai từ 1- 6 tuần (trong tử cung).
2. **Chống chỉ định:** thai ngoài tử cung, các trường hợp viêm âm đạo, cổ tử cung hoặc nhiễm trùng vùng chậu.

III. CHUẨN BỊ

- Phòng riêng (có bàn, ghế, áp phích, tờ rơi...).
- Cán bộ tư vấn.
- Trang thiết bị:
 - + Tài liệu giới thiệu về các bước của thủ thuật hút thai và các biện pháp tránh thai sau hút thai.
 - + Dụng cụ:
 - Bộ dụng cụ hút thai vô khuẩn (bơm hút một van hoặc hai van, các ống canun, khăn trải, găng tay, gạc...)
 - Dụng cụ hướng dẫn các biện pháp tránh thai: thuốc tránh thai (viên, tiêm), bao cao su, dụng cụ tử cung...
 - Thuốc giảm đau, dung dịch sát khuẩn betadine 10%.
 - Bơm, kim tiêm vô khuẩn.
 - Thai phụ (trước khi làm thủ thuật hút thai phải được tìm hiểu, tư vấn và khẳng định sự tin tưởng vào thầy thuốc và kỹ thuật hút thai, thực sự yên tâm và hợp tác với thầy thuốc khi tiến hành hút thai cho mình).

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư vấn

- Tìm hiểu những cảm xúc về việc có thai.
- Khai thác làm hồ sơ bệnh án (các thông tin về sức khỏe, kết quả xét nghiệm, thử HCG, siêu âm).
- Tìm hiểu sự lựa chọn (tiếp tục mang thai, phá thai vì sao, còn gì phân vân...)
- Đưa ra quyết định.
- Lựa chọn thủ thuật phá thai bằng hút thai với bơm chân không karmann
- Giới thiệu các bước tiến hành thủ thuật và biện pháp giảm đau - Thời gian làm thủ thuật. Các hiện tượng trong khi làm thủ thuật.
- Các dấu hiệu phục hồi sau khi làm thủ thuật.
- Các hoạt động không nên làm trong quá trình hồi phục.
- Các tai biến có thể xảy ra.
- Nên làm những gì, khi nào cần đến cơ sở y tế, ở đâu nếu thai phụ có các dấu hiệu tai biến.
- Đưa ra các biện pháp và hướng dẫn cách sử dụng các biện pháp tránh thai phù hợp với thai phụ để biết và sử dụng biện pháp tránh thai một cách đúng đắn.
- Những đối tượng cần chú ý đặc biệt như: vị thành niên, bệnh nhân tâm thần cần có sự cam đoan của cha, mẹ hay người giám hộ trước khi làm thủ thuật.

Chú ý: biểu lộ sự đồng cảm qua lời nói và giao tiếp, chủ động lắng nghe, đưa ra những câu hỏi dễ hiểu, tránh đặt những câu hỏi tại sao. Bảo đảm tính riêng tư, bí mật, sử dụng ngôn ngữ mà thai phụ dễ hiểu.

2. Chuẩn bị trước thủ thuật

- Thai phụ: thay váy áo sạch.
- Hướng dẫn thai phụ nằm lên bàn, đo mạch, huyết áp, động viên thai phụ yên tâm.
- Bác sĩ, nữ hộ sinh: rửa tay, đi găng, mặc áo phẫu thuật.
- Dụng cụ, sắp xếp theo thứ tự các bước của thủ thuật đảm bảo vô trùng.

3. Phụ giúp bác sĩ trong quá trình nạo hút thai

Theo dõi thai phụ trong và sau khi hút thai.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các thông số: mạch, huyết áp trước và sau khi làm thủ thuật
- Loại thủ thuật đã làm: bơm chân không 1 van, 2 van, cỡ canun đã dùng.
- Kết quả kiểm tra tổ chức đã hút ra.
- Ghi kết quả sau khi tiến hành thủ thuật.
- Báo cáo bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường.

VI. HƯỚNG DẪN THAI PHỤ

- Hướng dẫn thai phụ theo dõi sau khi thủ thuật, nếu có các dấu hiệu:
 - Ra máu hơi nhiều hoặc kéo dài trên 1 tuần lễ.
 - Co cứng tử cung kéo dài trên vài ngày.
 - Ra máu dài hơn chu kỳ kinh nguyệt.
 - Đau bụng nhiều và tăng lên.
 - Sốt, ớn lạnh, khó chịu.
 - Ngất.

Phải quay lại phòng khám hoặc cơ sở y tế gần nhất.

- Vệ sinh cá nhân (không được sinh hoạt vợ chồng hoặc thụt rửa âm đạo).
- Chỉ dẫn sử dụng thuốc theo đơn.
- Kế hoạch hoá gia đình sau thủ thuật (có thể sử dụng biện pháp tránh thai ngay vì rất dễ có thai lại ngay sau hút thai).
- Hẹn ngày khám lại (ghi rõ vào phiếu in sẵn sau hút thai hoặc đơn thuốc).

Chương IV

NHI KHOA

1. ĐÁNH GIÁ DINH DƯỠNG Ở TRẺ NHỎ

I. MỤC TIÊU

- Tiến hành cân, đo trẻ đúng phương pháp và chính xác.
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em dựa vào biểu đồ tăng trưởng và bảng quần thể tham khảo.
- Hướng dẫn gia đình theo dõi tình trạng dinh dưỡng của trẻ

II. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ đo

* Cân:

- Cân lồng máng hoặc cân đồng hồ treo.
- Cân phải đặt ở vị trí cố định và bằng phẳng.
- Chỉnh cân về vị trí thăng bằng ở số 0, hàng ngày phải kiểm tra cân 2 lần bằng cách dùng quả cân chuẩn.

* Thước đo chiều dài nằm cho trẻ dưới 2 tuổi và thước đo chiều cao đứng cho trẻ trên 2 tuổi.

2. Biểu đồ tăng trưởng hoặc bảng quần thể tham khảo quốc tế (NCHS)

III CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Cân

- Cân vào buổi sáng khi mới ngủ dậy, tốt nhất cân trước khi ăn.
- Trước khi cân trẻ, phải chỉnh cân về vị trí 0.
- Cởi quần áo của trẻ (về mùa đông thì cởi quần áo của trẻ ở mức độ vừa phải).
- Đặt trẻ lên cân (cần cho trẻ ngồi ngay ngắn và an toàn).
- Đọc kết quả cân khi trẻ nằm im.
- Đọc kết quả cân theo kg và lấy một số lẻ (trừ quần áo nếu trẻ còn mặc).

2. Đo

* Đo chiều dài nằm:

- Cho trẻ nằm ngửa. Giữ cho cằm, vai, mông, gót nằm trên mặt phẳng của cân, mặt trẻ nhìn thẳng. Đặt mảnh gỗ chỉ số 0 của thước sát đỉnh đầu.
- Mảnh gỗ khác vuông góc với gót chân trẻ.

* Đo chiều cao đứng:

- Trẻ phải bỏ mũ, guốc, dép.

- Đứng quay lưng vào thước, mắt nhìn thẳng ra trước.
 - Hai tay bỏ thông hai bên.
 - Đầu, mông, vai, gót nằm trên một mặt phẳng (lưu ý: thước đo đặt thẳng đứng, vuông góc với mặt đất nằm ngang).
- Đọc kết quả và ghi số cm với một số lẻ.

IV. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

Chủ yếu dựa vào 3 chỉ tiêu:

- Cân nặng theo tuổi;
- Cân nặng theo chiều cao;
- Chiều cao theo tuổi.

Dùng số đo trên tra vào bảng quần thể tham khảo quốc tế hoặc chấm lên biểu đồ tăng trưởng..

* Theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới nếu:

- Cân nặng/tuổi từ $< - 2SD$ đến $- 3SD \rightarrow$ SDD độ I
từ $< - 3SD$ đến $- 4SD \rightarrow$ SDD độ II
từ $< - 4SD$ là SDD độ III.

Cân nặng/tuổi từ $> + SD$ là thừa cân.

- Chiều cao/tuổi thấp $< - 2SD$ phản ánh tình trạng thiếu dinh dưỡng kéo dài hoặc trong quá khứ.
- Cân nặng/chiều cao $< - 2SD$ phản ánh tình trạng thiếu dinh dưỡng ở thời điểm hiện tại, mới xảy ra.

Vì vậy việc theo dõi cân nặng của trẻ đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm tình trạng thiếu dinh dưỡng của trẻ để có biện pháp phục hồi kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Hàng tháng cân cân trẻ vào một ngày nhất định.
- Sau khi cân cân ghi vào biểu đồ tăng trưởng.
- Nếu thấy trẻ không tăng cân, cần đi khám tại trạm y tế.
- Cho trẻ ăn đầy đủ theo ô vuông thức ăn.

2. KỸ THUẬT CHO TRẺ ĂN SỮA BÒ

I. MỤC TIÊU

- Thực hiện đúng cách pha sữa và cho trẻ ăn theo từng lứa tuổi.
- Hướng dẫn bà mẹ cách pha sữa, vệ sinh dụng cụ và cho trẻ ăn.

II. CHỈ ĐỊNH

Sữa mẹ là nguồn dinh dưỡng tốt nhất đối với trẻ em, bởi vậy chúng ta luôn luôn khuyến khích các bà mẹ nuôi con bằng sữa của mình.

Nuôi trẻ bằng sữa thay thế khi:

- Trẻ là con nuôi không có điều kiện nuôi bằng sữa mẹ.
- Mẹ bị mất sữa hoàn toàn.
- Mẹ bị mắc AIDS hoặc lao phổi tiến triển.

III. CHUẨN BỊ

1. Một số loại sữa thường dùng và thành phần trong 1000g sữa

- Sữa bột tách bơ	P (34,8g)	L (1,8)	G (52,2g)	Kcal: 359
- Sữa bột toàn phần	27,0	26,0	38,0	508
- Sữa đặc có đường	8,1	8,8	56,0	345
- Sữa đậu nành 150g/l	4,8	1,5	0,6	36

Các loại sữa này gồm sữa loại 1 dùng cho trẻ < 6 tháng.

loại 2 dùng cho trẻ > 6 tháng.

Sữa bột dùng tốt hơn sữa đặc có đường vì tỷ lệ các chất dinh dưỡng cân đối hơn.

Đối với trẻ sơ sinh nên dùng sữa tách bơ.

Trẻ < 6 tháng dùng sữa tách bơ 1 phần.

Trẻ > 6 tháng dùng sữa toàn phần.

2. Dụng cụ

- Bát.
- Thìa (thìa cà phê)/dụng cụ được rửa sạch để khô.
- Nước sôi, nước cháo loãng (không dùng chai sữa và đầu vú cao su vì khó làm sạch, dễ bị tiêu chảy).
- Các dụng cụ dùng để pha sữa đảm bảo vệ sinh, sạch sẽ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH PHA SỮA VÀ CHO ĂN

- Rửa tay trước khi pha sữa.
- Pha sữa theo công thức: (chú ý với sữa bột nên pha nước sôi để nguội ở 40°C - 50°C).

Tuổi	Sơ sinh		1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 8	9 - 12
	1-2 tuần	3-4 tháng	tháng	tháng	tháng	tháng	tháng
Sữa bò (ml)/1 bữa	80	100	120	150	200	200	200
Sữa đặc (ml)	10	15	20	25	50	50	50
Sữa bột (thìa cà phê)	2/3	1	1,5	2	3	3	3
Đường (thìa cà phê)	1/2	1/2	2/3	3/4	1	1	1
Nước sôi (ml)	80	100					
Nước cháo loãng (ml)			120	150	200	200	200

Chú ý: 1 thìa cà phê sữa đặc $\approx$ 5ml

1 thìa cà phê sữa bột $\approx$ 8g

1 thìa cà phê đường $\approx$ 10g

– Số bữa sữa trong ngày:

Sơ sinh : 7 - 8 bữa/ngày

1 - 2 tháng : 7 bữa/ngày

3 - 4 tháng : 6 bữa/ngày

5 - 6 tháng : 5 bữa/ngày

7 - 8 tháng : 4 bữa/ngày

9 - 12 tháng : 3 bữa/ngày

– Cho ăn bằng thìa, bát, cốc.

– Sau khi pha cho trẻ ăn ngay.

– Sau mỗi lần ăn cho trẻ uống vài thìa nước.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ghi rõ số lượng sữa ăn trong từng bữa và dặn dò bà mẹ:

– Hướng dẫn cách đổ thìa phòng sặc.

– Cân trẻ hàng tháng để đánh giá lượng sữa cho trẻ ăn có đủ hay không.

VI. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Hướng dẫn bà mẹ cách pha sữa và vệ sinh dụng cụ

– Pha đủ số lượng và chất lượng sữa.

– Sau khi ăn phải rửa thìa, bát ngay.

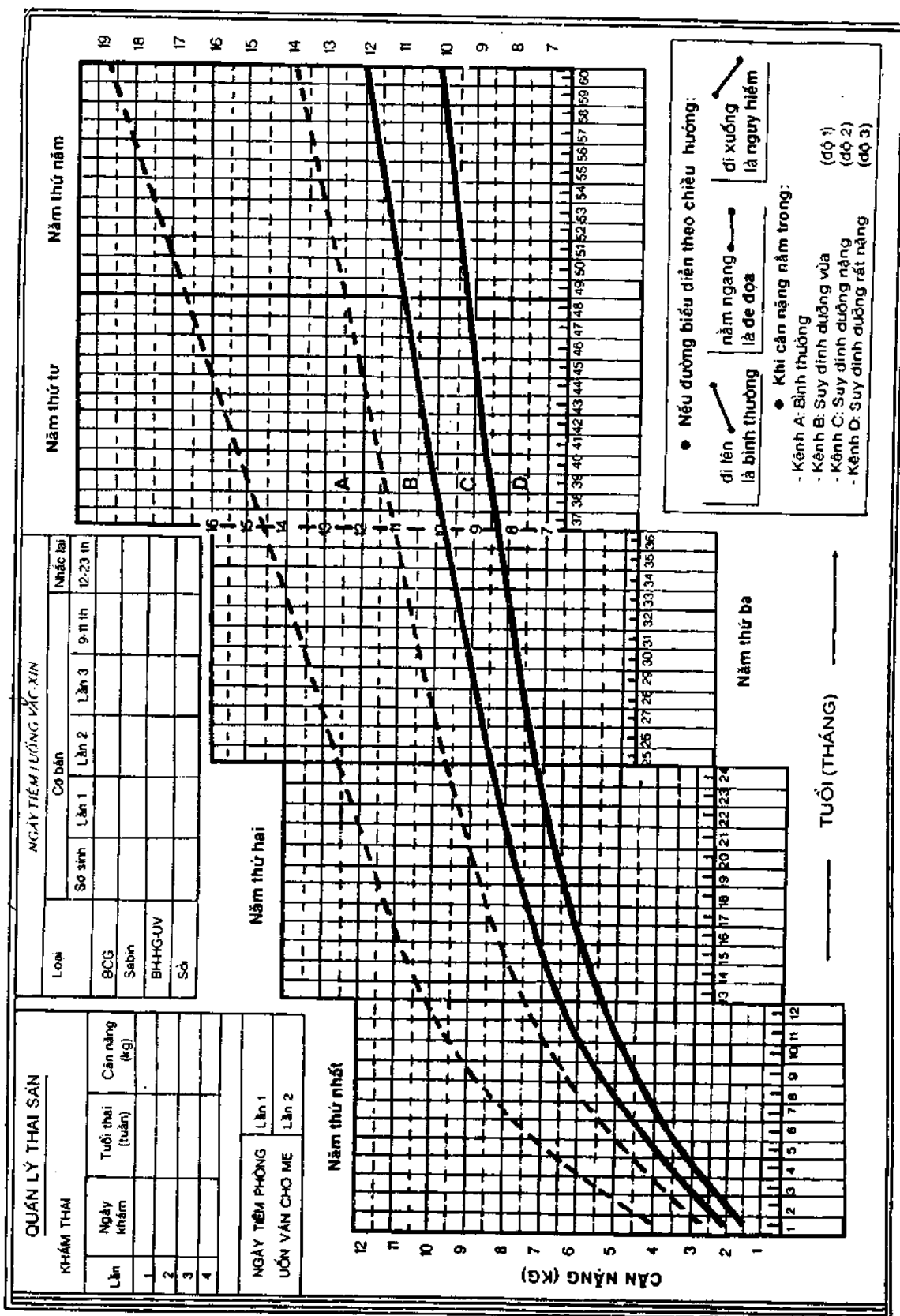
– Sữa thừa không để lại cho bữa sau.

2. Hướng dẫn cách cho ăn

– Khi cho trẻ ăn để đầu cao, nghiêng về một bên.

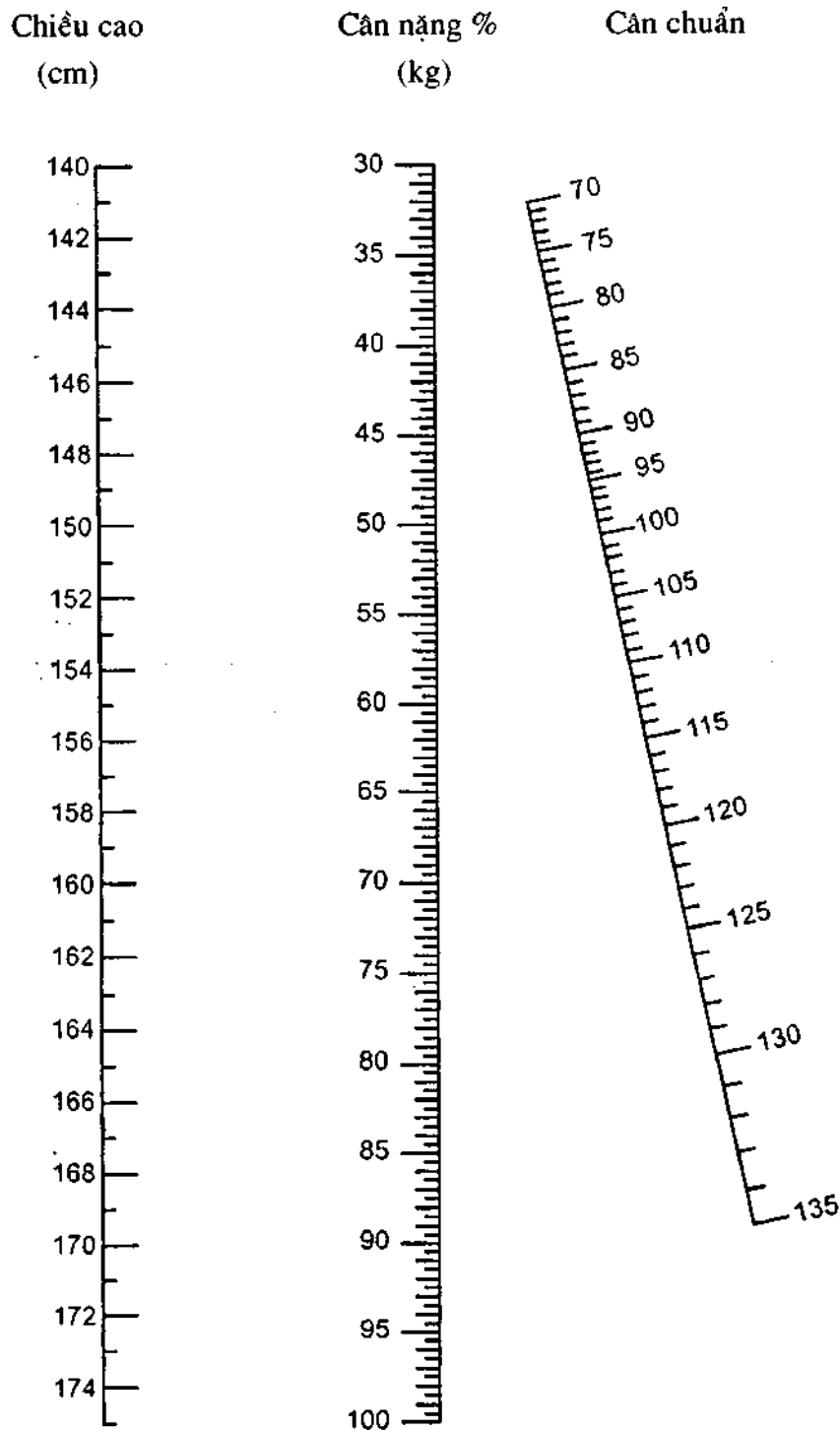
– Đổ sữa từ từ vào cạnh má tránh làm trẻ bị sặc.

– Nếu ăn bằng cốc: đặt miệng cốc vào sát môi trẻ để trẻ tự mút sữa.



ĐÁNH GIÁ CÂN NẶNG THEO CHIỀU CAO SO VỚI CHUẨN

(Lấy thước kẻ thẳng gạch 1 đường từ chiều cao sang cân nặng, kéo dài sang cân chuẩn để xem đạt bao nhiêu % - dưới 95 là thiếu cân, trên 105 là thừa cân)



Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ em từ 0-18 tuổi

Tháng tuổi	Trai						Gái					
	Cân nặng			Chiều cao			Cân nặng			Chiều cao		
	-2SD	TB	+2SD	-2SD	TB	+2SD	-2SD	TB	+2SD	-2SD	TB	+2SD
0 tháng	2,4	3,3	4,3	45,9	50,5	55,1	2,2	3,2	4,0	45,5	49,9	54,2
1 tháng	2,9	4,3	5,6	49,7	54,6	59,5	2,8	4,0	5,1	49,0	53,5	58,1
2 tháng	3,5	5,2	6,8	52,9	58,1	63,2	3,3	4,7	6,1	52,0	56,8	61,6
3 tháng	4,1	6,0	7,7	55,8	61,1	66,4	3,9	5,4	7,0	54,6	59,5	64,5
4 tháng	4,7	6,7	8,5	58,3	63,7	69,1	4,5	6,0	7,7	56,9	62,0	67,1
5 tháng	5,3	7,3	9,2	60,5	65,9	71,3	5,0	6,7	8,4	58,9	64,1	69,3
6 tháng	5,9	7,8	9,8	62,4	67,8	73,2	5,5	7,2	9,0	60,6	65,9	71,2
7 tháng	6,4	8,3	10,3	64,1	69,5	74,8	5,9	7,7	9,6	62,2	67,6	72,9
8 tháng	6,9	8,8	10,8	65,7	71,0	76,3	6,3	8,2	10,1	63,7	69,1	74,5
9 tháng	7,2	9,2	11,3	67,0	72,3	77,6	6,6	8,6	10,5	65,0	70,4	75,9
10 tháng	7,6	9,5	11,7	68,3	73,6	78,9	6,9	8,9	10,9	66,2	71,8	77,3
11 tháng	7,9	9,9	12,0	69,6	74,9	80,2	7,2	9,2	11,3	67,5	73,1	78,7
12 tháng	8,1	10,2	12,4	70,7	76,1	81,5	7,4	9,5	11,6	68,6	74,3	80,0
13 tháng	8,3	10,4	12,7	71,8	77,2	82,7	7,6	9,8	11,9	69,8	75,5	81,2
14 tháng	8,5	10,7	13,0	72,8	78,3	83,9	7,8	10,0	12,2	70,8	76,7	82,5
15 tháng	8,7	10,9	13,2	73,7	79,4	85,1	8,0	10,2	12,4	71,9	77,8	83,7
16 tháng	8,9	11,1	13,5	74,6	80,4	86,3	8,2	10,4	12,6	72,9	78,9	84,8
17 tháng	9,0	11,3	13,7	75,5	81,4	87,4	8,3	10,6	12,9	73,8	79,9	86,0
18 tháng	9,1	11,5	13,9	76,3	82,4	88,5	8,5	10,8	13,1	74,8	80,9	87,1
19 tháng	9,2	11,7	14,1	77,1	83,3	89,5	8,6	11,0	13,3	75,7	81,9	88,1
20 tháng	9,4	11,8	14,4	77,9	84,2	90,6	8,8	11,2	13,5	76,6	82,9	89,2
21 tháng	9,5	12,0	14,6	78,7	85,1	91,6	9,0	11,4	13,8	77,4	83,8	90,2
22 tháng	9,7	12,2	14,8	79,4	86,0	92,5	9,1	11,5	14,0	78,3	84,7	91,1
23 tháng	9,8	12,4	15,0	80,2	86,8	93,5	9,3	11,7	14,2	79,1	85,6	92,1
24 tháng	10,1	12,3	15,7	79,2	85,6	92,0	9,4	11,8	14,6	78,1	84,5	90,9
25 tháng	10,2	12,5	15,9	79,9	86,4	92,9	9,6	12,0	14,9	78,8	85,4	91,9
26 tháng	10,3	12,7	16,1	80,6	87,2	93,9	9,8	12,2	15,2	79,6	86,2	92,8
27 tháng	10,4	12,9	16,3	81,3	88,1	94,8	9,9	12,4	15,6	80,3	87,0	93,8
28 tháng	10,5	13,1	16,6	82,0	88,9	95,7	10,1	12,6	15,9	81,0	87,9	94,7
29 tháng	10,6	13,3	16,8	82,8	89,7	96,6	10,2	12,8	16,1	81,8	88,7	95,6
30 tháng	10,7	13,5	17,0	83,4	90,4	97,5	10,3	13,0	16,4	82,5	89,5	96,5
31 tháng	10,9	13,7	17,2	84,1	91,2	98,3	10,5	13,2	16,7	83,2	90,2	97,3

Tháng tuổi	Trai						Gái					
	Cân nặng			Chiều cao			Cân nặng			Chiều cao		
	-2SD	TB	+2SD	-2SD	TB	+2SD	-2SD	TB	+2SD	-2SD	TB	+2SD
32 tháng	11,0	13,9	17,4	84,7	92,0	99,2	10,6	13,4	17,0	83,8	91,0	98,2
33 tháng	11,1	14,1	17,6	85,4	92,7	100,1	10,8	13,6	17,5	85,2	92,5	99,8
34 tháng	11,2	14,3	17,8	86,0	93,5	100,9	10,9	13,8	17,5	85,2	92,5	99,8
35 tháng	11,3	14,4	18,0	86,7	94,2	101,7	11,0	13,9	17,8	85,8	93,2	100,6
36 tháng	11,4	14,6	18,3	87,3	94,9	102,5	11,2	14,1	18,0	86,5	93,9	101,4
37 tháng	11,5	14,8	18,5	87,9	95,6	103,3	11,3	14,3	18,3	87,1	94,6	102,1
38 tháng	11,7	15,0	18,7	88,6	96,3	104,1	11,4	14,4	18,5	87,7	95,3	102,9
39 tháng	11,8	15,2	18,9	89,2	97,0	104,9	11,5	14,6	18,7	88,4	96,0	103,6
40 tháng	11,9	15,3	19,1	89,8	97,7	105,7	11,6	14,8	19,0	89,0	96,6	104,3
41 tháng	12,0	15,5	19,3	90,4	98,4	106,4	11,8	14,9	19,2	89,6	97,3	105,0
42 tháng	12,1	15,7	19,5	91,0	99,1	107,2	11,9	15,1	19,4	90,2	97,9	105,7
43 tháng	12,3	15,8	19,7	91,6	99,7	107,9	12,0	15,2	19,6	90,7	98,6	106,4
44 tháng	12,4	16,0	19,9	92,1	100,4	108,7	12,1	15,4	19,8	91,3	99,2	107,1
45 tháng	12,5	16,2	20,1	92,7	101,0	109,4	12,2	15,5	20,1	91,9	99,8	107,8
46 tháng	12,6	16,4	20,4	93,3	101,7	110,1	12,3	15,7	20,3	92,4	100,4	108,4
47 tháng	12,8	16,5	20,6	93,9	102,3	110,8	12,4	15,8	20,5	93,0	101,0	109,1
48 tháng	12,9	16,7	20,8	94,4	102,9	111,5	12,6	16,0	20,7	93,5	101,6	109,7
49 tháng	13,0	16,9	21,0	95,0	103,6	112,2	12,7	16,1	20,9	94,1	102,2	110,4
50 tháng	13,1	17,0	21,2	95,5	104,2	112,8	12,8	16,2	21,1	94,6	102,8	111,0
51 tháng	13,3	17,2	21,4	96,1	104,8	113,5	12,9	16,4	21,3	95,1	103,4	111,6
52 tháng	13,4	17,4	21,7	96,6	105,4	114,2	13,0	16,5	21,5	95,6	104,0	112,3
53 tháng	13,5	17,5	21,9	97,1	106,0	114,8	13,1	16,7	21,7	96,1	104,5	112,9
54 tháng	13,7	17,7	22,1	97,7	106,6	115,4	13,2	16,8	21,9	96,7	105,1	113,5
55 tháng	13,8	17,9	22,3	98,2	107,1	116,1	13,3	17,0	22,2	97,1	105,6	114,1
56 tháng	13,9	18,0	22,6	98,7	107,7	116,7	13,4	17,1	22,4	97,6	106,2	114,8
57 tháng	14,0	18,2	22,8	99,2	108,3	117,3	13,5	17,2	22,6	98,1	106,7	115,4
58 tháng	14,2	18,3	23,0	99,7	108,8	117,9	13,6	17,4	22,8	98,6	107,3	116,0
59 tháng	14,3	18,5	23,3	100,2	109,4	118,5	13,7	17,5	23,0	99,1	107,8	116,6
60 tháng	14,4	18,7	23,5	100,7	109,9	119,1	13,8	17,7	23,2	99,5	108,4	117,2
5,5 tuổi	15,2	19,7	25,0	103,6	113,1	122,6	14,3	18,6	24,6	102,2	111,6	120,9
6 tuổi	16,0	20,7	26,6	106,4	116,1	125,8	15,0	19,5	26,2	104,8	114,6	124,5
6,5 tuổi	16,8	21,7	28,3	109,0	119,0	128,9	15,7	20,6	28,0	107,2	117,6	128,0

Tháng tuổi	Trai						Gái					
	Cân nặng			Chiều cao			Cân nặng			Chiều cao		
	-2SD	TB	+2SD	-2SD	TB	+2SD	-2SD	TB	+2SD	-2SD	TB	+2SD
7 tuổi	17,6	22,9	30,2	111,5	121,7	131,9	16,3	21,8	30,2	109,6	120,6	131,5
7,5 tuổi	18,4	24,0	32,3	113,9	124,4	134,8	17,1	23,3	32,7	112,0	123,5	135,0
8 tuổi	19,1	25,3	34,6	116,3	127,0	137,7	17,9	24,8	35,6	114,3	126,4	138,4
8,5 tuổi	19,8	26,7	37,2	118,6	129,6	140,6	18,8	26,6	38,7	116,7	129,3	141,9
9 tuổi	20,5	28,1	39,9	120,8	132,2	143,5	19,7	28,5	42,1	119,2	132,2	145,3
9,5 tuổi	21,3	29,7	42,9	123,1	134,8	146,6	20,8	30,5	45,3	121,8	135,2	148,6
10 tuổi	22,1	31,4	46,0	125,3	137,5	149,7	21,9	32,5	49,2	124,6	138,3	152,0
10,5 tuổi	23,1	33,3	49,3	127,6	140,3	153,1	23,1	34,7	52,8	127,6	141,5	155,3
11 tuổi	24,1	35,3	52,7	129,9	143,3	156,7	24,5	37,0	56,4	130,9	144,8	158,7
11,5 tuổi	25,4	37,5	56,3	132,2	146,4	160,5	25,9	39,2	60,0	134,4	148,2	162,0
12 tuổi	26,8	39,8	59,9	134,6	149,7	164,7	27,4	41,5	63,3	137,9	151,5	165,2
12,5 tuổi	28,4	42,3	63,5	137,2	153,0	168,9	29,1	43,8	66,5	141,1	154,6	168,0
13 tuổi	30,4	45,0	67,2	139,9	156,5	173,0	30,8	46,1	69,4	143,8	157,1	170,5
13,5 tuổi	32,5	47,8	70,9	142,8	159,9	176,9	32,5	48,3	72,1	145,7	159,0	172,4
14 tuổi	34,9	50,8	74,6	146,0	163,1	180,2	34,2	50,3	74,5	147,0	160,4	173,7
14,5 tuổi	37,4	53,8	78,2	149,4	166,2	183,0	35,9	52,1	76,5	147,8	161,2	174,7
15 tuổi	39,9	56,7	81,6	152,9	169,0	185,1	37,4	53,7	78,3	148,3	161,8	175,3
15,5 tuổi	42,4	59,5	84,9	156,2	171,5	186,7	38,7	55,0	79,6	148,7	162,1	175,6
16 tuổi	44,7	62,1	87,9	159,2	173,5	187,9	39,8	55,9	80,6	149,1	162,4	175,7
16,5 tuổi	46,8	64,4	90,7	161,5	175,2	188,8	40,7	56,4	81,2	149,7	162,7	175,8
17 tuổi	48,6	66,3	93,2	163,1	176,2	189,4	41,3	56,7	81,5	150,4	163,1	175,7
17,5 tuổi	49,9	67,8	95,3	163,7	176,7	189,8	41,8	56,7	81,5	151,1	163,4	175,7
18 tuổi	50,9	68,9	97,0	163,6	176,8	190,0	42,1	56,6	81,3	151,8	163,7	175,6

Ghi chú:

- Từ 0 đến 23 tháng đo theo chiều dài nằm (theo nghiên cứu của Fels Research Institute)
- Từ 24 tháng đến 18 tuổi đo theo chiều cao đứng (theo quần thể tham khảo NCHS)
- Từ - 2SD đến + 2SD: Bình thường
 - < - 2SD : Suy dinh dưỡng
 - > + 2SD : Thừa cân

3. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ CHO TRẺ BÚ SỮA MẸ

I. MỤC ĐÍCH

- Hướng dẫn bà mẹ cho bú có hiệu quả về:
 - + Tư thế bế trẻ cho bú
 - + Cách cho trẻ ngậm bắt vú tốt.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Các trường hợp nuôi con bằng sữa mẹ.
- Trẻ nhỏ từ sơ sinh đến hai tuổi.

2. Chống chỉ định

- Trẻ đang trong giai đoạn hồi sức, cấp cứu.
- Trẻ sút môi, hở hàm ếch
- Mẹ mắc bệnh AIDS, bệnh lao đang tiến triển.

III. CHUẨN BỊ

1. Bà mẹ

Nói chuyện với bà mẹ về lợi ích của nuôi con bằng sữa mẹ, tạo niềm tin cho bà mẹ về sữa của mình.

2. Địa điểm

Tại giường của trẻ, nơi bà mẹ cho con bú.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Quan sát bữa bú

Đề nghị bà mẹ cho trẻ bú, quan sát tư thế bú và cách ngậm bắt vú của trẻ. Ghi lại những điểm chưa tốt để giúp đỡ.

2. Hướng dẫn bà mẹ cho bú có hiệu quả theo các bước sau

2.1. Hướng dẫn bà mẹ cách bế trẻ cho bú

Đầu và thân trẻ phải thẳng hàng, (không bế trẻ cong, vẹo).

- Mặt trẻ đối diện với vú.

- Ôm trẻ sát vào lòng mẹ.
- Đỡ cả đầu, vai và mông trẻ.

2.2. Hướng dẫn bà mẹ cách giúp trẻ ngậm bắt vú

- Chạm núm vú vào môi trẻ.
- Chờ cho đến khi miệng trẻ mở rộng.
- Nhanh chóng đưa trẻ vào vú.

2.3. Giúp cho trẻ ngậm bắt vú tốt theo các tiêu chuẩn sau

- Miệng trẻ mở rộng, ngậm sâu vào quầng thâm của vú.
- Cằm trẻ tỳ vào vú mẹ.
- Môi dưới của trẻ hướng ra ngoài để ôm lấy quầng vú.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi lại số bữa bú của trẻ trong ngày, trẻ bú có hiệu quả hay không?
- Theo dõi cân nặng và số lần đi tiểu của trẻ. Nếu trẻ đái dưới 6 lần 1 ngày là bú chưa đủ.

VI. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ

- Cho trẻ bú càng sớm càng tốt ngay sau đẻ.
- Cho bú bất kỳ lúc nào trẻ muốn, không nhất thiết phải bú đúng giờ.
- Theo dõi số lần bú, số lần nôn, đái của trẻ
- Khi có khó khăn trong việc cho con bú, cần báo cho điều dưỡng để được giúp đỡ.
- Nên cai sữa lúc trẻ được 2 tuổi, tối thiểu sau 12 tháng.

4. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NON YẾU

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo trẻ sơ sinh non yếu được chăm sóc theo các nguyên tắc cơ bản.
- Hướng dẫn bà mẹ cách theo dõi và chăm sóc trẻ đẻ non.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh có cân nặng thấp dưới 2500g.
- Những trẻ này có thể đẻ non hoặc đủ tháng.

III. CHUẨN BỊ

1. Bà mẹ

Thông báo và giải thích cho bà mẹ biết tình trạng của trẻ để cùng phối hợp chăm sóc.

2. Dụng cụ

- Dụng cụ làm ấm:
 - + Phương pháp ủ ấm Kanguru
 - + Tắm sưởi
 - + Lồng ấp
 - + Đèn điều trị vàng da
- Các dụng cụ chăm sóc khác:
 - + Nhiệt kế
 - + Bơm kim tiêm
 - + Bộ dụng cụ làm vệ sinh rốn vô khuẩn
 - + Dụng cụ cho ăn
 - + Dụng cụ tắm cho trẻ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Phải đảm bảo các nguyên tắc cơ bản sau:

1. Đảm bảo vô khuẩn

- + Khu vực nuôi trẻ đẻ non cần phải được giữ vệ sinh, thoáng, sạch và ấm tránh gió lùa, phải rửa tay sạch bằng xà phòng trước và sau khi chăm sóc trẻ để tránh lây chéo. Dụng cụ chăm sóc trẻ phải sạch sẽ, đun sôi hoặc sấy hấp tiệt trùng trước khi sử dụng.
- + Những người bị nhiễm khuẩn hoặc mắc bệnh lây không được phép tiếp xúc với trẻ
- + Tắm cho trẻ hàng ngày. Đầu tiên rửa mặt, tắm nửa người trên, rồi quấn khăn ấm cho trẻ. Sau đó mới tiếp tục tắm cho trẻ đến nửa người dưới.
- + Vệ sinh rốn hàng ngày bằng nước muối loãng và chấm cồn iốt 1% vào chân rốn, để rốn khô thoáng, không băng kín.

2. Bảo đảm thân nhiệt

Trẻ đẻ non không nhất thiết phải nằm trong lồng ấp.

Trẻ cần được ủ ấm và tạo mọi điều kiện để bảo vệ nhiệt độ của cơ thể.

- + Phòng nuôi trẻ nhiệt độ phải từ 28 đến 30 độ. Trẻ càng nhỏ thì nhiệt độ trong phòng càng phải ấm hơn.

- + Quấn cho trẻ bằng chăn và tã ấm.
- + Kiểm tra nhiệt độ liên tục trong ngày đầu, 3 giờ một lần cho đến khi nhiệt độ trở về bình thường
- + Áp dụng biện pháp “da kề da”: đặt trẻ lên ngực mẹ, da của trẻ tiếp xúc trực tiếp lên da ngực mẹ, đầu trẻ gối giữa hai vú mẹ. Sau đó phủ chăn bên ngoài che cả mẹ và con.

3. Dinh dưỡng

Cho trẻ ăn ngay sau đẻ, càng sớm càng tốt giúp mẹ nhanh xuống sữa và tận dụng được sữa non. Nếu trẻ không tự bú được thì vắt sữa, cho đồ thìa hoặc ăn bằng ống thông.

- + Số lượng ăn tính theo cân nặng và tuổi của trẻ.
- + Số bữa ăn từ 8 đến 12 bữa 1 ngày.
- + Số lượng sữa trong ngày:
 - . Ngày 1: 30ml/kg - 12 bữa
 - . Ngày 2: 60ml/kg - 12 bữa
 - . Ngày 3: 90ml/kg - 12 bữa
 - . Ngày 4: 120ml/kg - 10 đến 12 bữa
 - . Ngày 5: 150ml/kg - 10 bữa
 - . Tuần thứ 2 trở đi: từ 100-200ml/kg - 8 đến 10 bữa
- + Trong trường hợp phải đặt ống thông thì chiều dài của ống thông đưa vào sẽ bằng chiều dài từ miệng đến dái tai xuống mũi ực. Sau đó đánh dấu trên ống thông để biết được giới hạn chiều dài đó. Đưa ống thông từ từ vào miệng trẻ, cho đến điểm đánh dấu thì dừng lại, dùng băng dính cố định ống thông trên miệng trẻ. Khi bơm sữa phải bơm từ từ. Lưu ý: phải hút dịch dạ dày trước khi cho ăn bữa tiếp theo.

4. Chống nhiễm khuẩn

- + Rửa tay trước khi chăm sóc trẻ
- + Người có bệnh không được chăm sóc trẻ
- + Dụng cụ cần được làm sạch và vô khuẩn trước khi dùng cho trẻ như: nhiệt kế, ống thông ăn, bơm tiêm, tã lót....
- + Tránh nằm chung với những người bệnh nhiễm khuẩn khác.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Tình trạng của trẻ:

- Nhịp thở, nhịp tim, nhiệt độ, cân nặng...
- Tiêu hoá: bụng mềm hay chướng. Trẻ có nôn hay không, tính chất, màu sắc chất nôn.
- Màu sắc da: vàng da, tím tái, ...

* Nếu trẻ đẻ non có biểu hiện suy hô hấp hoặc các dấu hiệu bất thường thì cần phải báo cáo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích rõ cho bà mẹ hiểu vai trò của sữa non.
- Hướng dẫn bà mẹ cách vắt sữa trong trường hợp trẻ chưa tự bú được, cách đổ thìa cho trẻ.
- Hướng dẫn bà mẹ cách cho con tập bú, tư thế bế trẻ, cách ngậm bắt vú cho đúng.
- Động viên bà mẹ yên tâm, tránh lo lắng khi nằm viện.
- Hướng dẫn bà mẹ cách chăm sóc và theo dõi con trước khi ra viện.

5. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH ĐỂ NGẠT

I. MỤC ĐÍCH

- Đánh giá tình trạng ngạt của trẻ theo bảng Apgar
- Cấp cứu trẻ ngạt đúng và kịp thời nhằm giảm tử vong và các di chứng

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ bị ngạt được đánh giá theo bảng Apgar:

Biểu hiện lâm sàng: trẻ không khóc được hoặc khóc rất bé, thở rên ề ề, tím tái tùy mức độ ngạt

Đánh giá mức độ ngạt: sử dụng bảng Apgar.

Điểm	0	1	2
Nhịp thở	Không thở	Thở rối loạn, khóc rên.	Thở đều, khóc to
Nhịp tim	0	Còn đập, < 100 lần/phút	Đập đều > 100 lần/phút
Da	Trắng bệch	Tím	Hồng hào
Trương lực cơ	Mất	Giảm, tứ chi hơi co	Tứ chi co tốt.
Đáp ứng với kích thích.	Không	Yếu	Tốt

Đánh giá khi trẻ ra đời, sau 1 phút, 5 phút, 10 phút.

- 0 - 3 điểm: ngạt rất nặng - Ngạt trắng (là ngạt có kèm theo sốc , tỷ lệ tử vong cao, để lại nhiều di chứng thần kinh).
- 4 - 7 điểm: ngạt vừa.
- 8 - 10 điểm: Bình thường.

- Tất cả những trẻ được chẩn đoán là ngạt đều phải được tiến hành hồi sức sớm nhất ngay sau đẻ.
- Không hồi sức: khi trẻ ngạt trắng > 15 phút cấp cứu hô hấp, tim không hoạt động trở lại.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Được đặt nằm ở tư thế dẫn lưu, nằm sấp, đầu thấp, nghiêng một bên.
- Đánh giá tình trạng trẻ: nhiệt độ, mạch, nhịp thở, tím tái.

2. Dụng cụ

- Máy hút (Nếu không có máy hút có thể hút bằng bơm tiêm).
- Ống hút: mềm để tránh làm sâu sát niêm mạc mũi miệng.
- Bóng, mặt nạ.
- Ống thông thở oxy hoặc lều thở oxy.
- Dụng cụ đặt nội khí quản.
- Ống nội khí quản.
- Máy thở.
- Hệ thống oxy, khí nén.
- Thuốc - dịch truyền

3. Địa điểm: Phòng sạch, ấm.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Làm sạch đường thở: ngay sau khi ra đời cho trẻ nằm sấp, đầu thấp, nghiêng về một bên, hút sạch nhớt họng hầu, mũi miệng. Sau đó đặt trẻ nằm ngửa, kê gối nhỏ dưới vai, đầu nghiêng một bên.
- Nếu trẻ ngừng thở, ngừng tim:
 - + Kích thích, ép tim ngoài lồng ngực. Duy trì sự hoạt động của tim: adrenalin, dopamin.
 - + Hô hấp hỗ trợ: Bóp bóng qua mặt nạ.
Bóp bóng qua nội khí quản.
- Sau đó tùy tình trạng trẻ cho trẻ thở máy hoặc thở oxy qua ống thông, qua lều. Chăm sóc hàng ngày với trẻ thở oxy, thở máy (có bài riêng).
- Đảm bảo cung cấp oxy:

Lúc đầu nếu tím tái nặng cho oxy nồng độ cao, sau đó hạ dần nồng độ oxy xuống 40 - 60%.

Duy trì oxy liên tục cho đến khi trẻ tự thở được, không tím tái, nhịp thở 40 - 60 lần/phút.

- Ủ ấm: khăn quấn cho trẻ cần được sấy ấm trước khi dùng.
- Thực hiện y lệnh thuốc
- Dinh dưỡng:
Cho trẻ ăn đủ, đặc biệt là sữa mẹ. Nếu có biểu hiện tổn thương ruột hoặc với trẻ ngạt nặng trong những ngày đầu cho nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch.

V. GHI HỒ SƠ - BÁO CÁO

Theo dõi và ghi hồ sơ

- Mạch.
- Tần số thở, ngừng thở, tím tái, SaO₂ (với người bệnh thở máy cần có bảng theo dõi thở máy).
- Đáp ứng với kích thích.
- Chương bụng, dịch dạ dày, phân máu.
- Nước tiểu.
- Nếu trẻ co giật hoặc có những biểu hiện bất thường khác cần báo ngay với bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên và giải thích để bà mẹ hiểu về tình trạng bệnh của trẻ.
- Hướng dẫn bà mẹ và gia đình cùng phối hợp chăm sóc trẻ và phát hiện sớm các di chứng thần kinh.

6. CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NHIỄM TRÙNG SAU ĐẼ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo cho trẻ sơ sinh bị mụn mủ da, viêm rốn và nhiễm trùng nặng được chăm sóc tốt nhất.
- Ghi chép hồ sơ đúng và đầy đủ
- Hướng dẫn được gia đình trẻ cùng phối hợp chăm sóc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trẻ sơ sinh có nhiễm khuẩn khu trú:
 - + Mụn mủ da.
 - + Viêm rốn.
- Các sơ sinh có nhiễm khuẩn nặng như: nhiễm khuẩn huyết, viêm màng não mủ
- Các trường hợp có vết loét da sâu, rộng có chế độ chăm sóc riêng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Được tắm sạch sẽ, nằm tại bệnh phòng.
- Giải thích cho người nhà người bệnh về công việc sẽ làm.

2. Dụng cụ

- Bông và gạc vô trùng.
- Dung dịch xanh methylen 1%.
- Cồn iod 2%.
- Kẹp Kocher vô trùng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc trẻ bị mụn mủ da

- Người chăm sóc rửa sạch tay.
- Dùng huyết thanh mận 0,9% rửa sạch mủ trên da tại các nốt mủ nhỏ.
- Thấm khô bằng gạc vô trùng.
- Bôi xanh methylen 1% vào các nốt mụn mủ da.
- Rửa sạch tay.
- Một ngày chăm sóc da như trên 2 lần.

2. Chăm sóc trẻ bị viêm rốn

- Rửa sạch tay của người chăm sóc.
- Dùng huyết thanh mận 0,9% hoặc nước ôxy già rửa sạch mủ ở rốn.
- Thấm khô bằng gạc vô trùng.
- Chấm cồn i-od 2% vào rốn.
- Rửa sạch tay.
- Mỗi ngày chăm sóc rốn như trên 2 lần.

3. Chăm sóc trẻ bị nhiễm khuẩn nặng như nhiễm khuẩn máu, viêm màng não mủ...

- Chống suy hô hấp: làm thông thoáng đường thở bằng cách hút đờm dãi, để trẻ nằm tư thế đầu cao, cổ ngửa vừa phải. Cho thở ôxy nếu trẻ tím tái, báo cho bác sĩ để có y lệnh xử trí.
- Đảm bảo dinh dưỡng: cho ăn qua ống thông nếu trẻ không bú được. Cố gắng cho trẻ ăn bằng sữa mẹ đủ lượng.
- Giữ vệ sinh cơ thể:
 - + Tắm hàng ngày đúng kỹ thuật.

- + Lau rửa bằng nước ấm sau mỗi lần trẻ ỉa.
- + Thay đổi tư thế cho trẻ đối với trẻ phải nằm lâu.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép các theo dõi dấu hiệu sinh tồn: thân nhiệt trẻ, mạch, nhịp thở, màu sắc da.
- Thực hiện các y lệnh theo dõi khác tùy từng trường hợp cụ thể.
- Theo dõi tiến triển của các mụn mủ da, tổn thương niêm mạc miệng, viêm rốn.

VI. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Giải thích rõ tình trạng bệnh của trẻ .
- Hướng dẫn bà mẹ để bảo đảm nuôi dưỡng trẻ, giữ vệ sinh, hỗ trợ trong chăm sóc nếu tình trạng cho phép.

7. CHĂM SÓC TRẺ THEO PHƯƠNG PHÁP KANGURU

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thân nhiệt cho trẻ đẻ non, trẻ sơ sinh có nhiệt độ thấp.
- Hướng dẫn bà mẹ thực hiện đúng phương pháp Kanguru và theo dõi, chăm sóc trẻ khi thực hiện phương pháp này.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Áp dụng cho trẻ đẻ non có các tiêu chuẩn sau:
- Cân nặng $\leq 2000\text{g}$ hoặc tuổi thai dưới 37 tuần.
- Được nuôi dưỡng qua đường miệng, không phải nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và truyền dịch.
- Không ở trong tình trạng hồi sức, cấp cứu.

2. Chống chỉ định

- Trẻ đang trong giai đoạn hồi sức, cấp cứu.
- Trẻ đang được truyền dịch hoặc chiếu đèn điều trị vàng da.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Trẻ không mặc áo, đóng khố. Nên có tã nylon quần ngoài khố để tránh ỉa đái vào người bà mẹ. Đầu trẻ đội mũ.

- Bà mẹ hoặc người thay thế mẹ phải khoẻ mạnh, không mắc bệnh truyền nhiễm.
- Giải thích cho người nhà người bệnh về việc sắp làm: giữ ấm cho trẻ nhờ tiếp xúc da giữa mẹ và con, tăng cường nuôi con bằng sữa mẹ.

2. Dụng cụ

- Áo quây chun giãn cho bà mẹ hoặc dìu, khăn dài để hỗ trợ cho mẹ giữ con được an toàn và thuận tiện khi di chuyển.
- Các loại áo, tã, tất, mũ cho trẻ sơ sinh sạch, khô, làm ấm.

3. Địa điểm tiến hành

- Phòng bà mẹ nằm cùng con.
- Gia đình của trẻ (khi trẻ được ra viện).

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trẻ được mặc áo mỏng và quần khố, đội mũ như đã chuẩn bị ở trên. Đặt trẻ ở tư thế thẳng đứng hoặc hơi nghiêng, áp vào ngực mẹ. Một bên má trẻ tựa vào ngực giữa hai bầu vú. Da của trẻ luôn tiếp xúc trực tiếp với da của người mẹ hoặc người thay thế mẹ (cô, dì, chú, bố...) để được truyền độ ấm từ mẹ sang.
- Đầu và thân trẻ phải được nâng thẳng, không được đặt trẻ ở tư thế nằm ngang.
- Mẹ mặc áo quây chun giãn hoặc dìu, hoặc khăn dài để hỗ trợ cho mẹ giữ trẻ ở vị trí trên để được an toàn và thuận tiện cho việc đi lại của bà mẹ.
- Người mẹ có thể dùng áo thường ngày của mình để mặc và khoác ngoài che đắp cho con.
- Như vậy, bà mẹ sẽ giữ cho con được ấm áp nhờ tiếp xúc da kề da liên tục với mẹ..
- Thời gian áp dụng: cả ngày và đêm, trừ khi tắm và tắm cho trẻ hoặc mẹ phải vệ sinh cá nhân.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Thời gian bắt đầu áp dụng phương pháp Kanguru và kết thúc.
- Lấy nhiệt độ cho trẻ ngày 2 lần. Theo dõi màu sắc da, khối lượng ăn của trẻ.
- Theo dõi và phát hiện các dấu hiệu bất thường của trẻ, báo bác sĩ xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Thực hiện đúng các hướng dẫn trên.
- Theo dõi tình trạng chung của trẻ: tỉnh táo không, có nôn không, các hiện tượng bất thường khác.

8. CHĂM SÓC BỆNH NHI TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Chuẩn bị được bệnh nhi và các dụng cụ cần thiết trước phẫu thuật
- Theo dõi được bệnh nhi sau phẫu thuật đúng quy trình.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh cùng hợp tác trong chăm sóc

II. CHUẨN BỊ BỆNH NHI TRƯỚC PHẪU THUẬT

1. Chuẩn bị người bệnh

- Thông báo cho người bệnh và gia đình.
- Đánh giá toàn trạng chung của bệnh nhi: cân nặng, mạch, tần số thở, nhiệt độ.
- Xét nghiệm máu: công thức máu.
 Tình trạng đông máu (máu chảy, máu đông, tiểu cầu ...)
 Protid máu.
 Xét nghiệm HIV.
- Trong trường hợp trẻ có Shock, nhiễm khuẩn nặng cần có một số xét nghiệm: Hematocrit, khí máu (Astrup), điện giải đồ...
- Trẻ được tắm hoặc lau toàn thân; cắt móng tay, móng chân.
- Vô khuẩn và băng vô khuẩn vùng phẫu thuật.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Dụng cụ đặt nội khí quản.
- Dụng cụ bóc lỗ tĩnh mạch.
- Dụng cụ hút áp lực (máy hút áp lực hoặc dụng cụ hút đo áp lực bằng cột nước). Lọ vô khuẩn đựng dịch dẫn lưu, dung dịch tiết khuẩn.
- Dụng cụ thay băng.
- Dụng cụ tháo bột khi cần thiết.
- Một số dụng cụ thông thường khác: nhiệt kế, huyết áp kế, đồng hồ bấm giây...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước phẫu thuật

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, cách thức phẫu thuật, biên bản thông qua mổ.

- Kiểm tra các xét nghiệm.
- Kiểm vùng phẫu thuật.
- Kiểm tra dụng cụ theo yêu cầu phẫu thuật (máy hút, bình làm ẩm oxy...).
- Cân nặng và nhiệt độ người bệnh trước khi chuyển phẫu thuật.

2. Sau phẫu thuật

- Liên tục trong 06 giờ đầu người bệnh cần được theo dõi 1 giờ/lần:
 - + Mạch - huyết áp - nhịp thở - nhiệt độ.
 - + Tình trạng chung của người bệnh: tình trạng da và niêm mạc.
- Tình trạng thần kinh: thời điểm trẻ tỉnh sau mổ
- Thực hiện y lệnh sau mổ
- Hệ thống dẫn lưu:
 - + Theo dõi số lượng (cần được đo chính xác) trong 6 giờ đầu.
 - + Màu sắc
- Tình trạng rối loạn tiêu hoá sau phẫu thuật:
 - + Nôn: số lần, tính chất nôn (màu sắc chất nôn, mùi)
 - + Phân: lỏng, màu sắc, mùi ...
- Tình trạng tiết niệu:
 - + Số lượng nước tiểu trong 3 - 6 giờ đầu sau phẫu thuật.
 - + Màu sắc nước tiểu.

Sau 6 giờ đầu, tùy từng trường hợp cụ thể cần theo dõi tiếp tục và thực hiện theo chỉ định của phẫu thuật viên.

IV. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Tình trạng trước phẫu thuật

- Cân nặng, nhiệt độ.
- Các xét nghiệm đủ hay thiếu.
- Khu vực được phẫu thuật.
- Những diễn biến bất thường nếu có.

2. Tình trạng sau phẫu thuật: ghi chép và báo cáo trong 6 giờ đầu sau mổ.

- Người bệnh trở lại khoa vào hồi (thời gian), ngày.
- Nhiệt độ, tần số mạch, tần số thở trong 1 phút.
- Tình trạng thần kinh: tỉnh, không tỉnh.
- Tình trạng hệ thống dẫn lưu (nếu có).

- Tình trạng nước tiểu, phân (nếu có).
- Tình trạng chi thể trong bột (nếu có).
- Các xét nghiệm bất thường sau phẫu thuật khi có kết quả ghi hồ sơ và báo cáo ngay với phẫu thuật viên, bác sĩ hậu phẫu hoặc bác sĩ trực (trong giờ trực) xử trí.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Hướng dẫn gia đình người bệnh phối hợp cùng chuẩn bị người bệnh trước mổ giúp cho cuộc mổ thành công.
- Sau mổ: hướng dẫn gia đình người bệnh về chế độ nuôi dưỡng phù hợp với tình trạng bệnh của trẻ.
- Đảm bảo vệ sinh hàng ngày phòng tránh nhiễm khuẩn.

9. KỸ THUẬT CHO TRẺ UỐNG THUỐC

I. MỤC ĐÍCH

- Đưa thuốc vào cơ thể trẻ đúng phương pháp và an toàn.
- Tránh nhầm lẫn thuốc và những tác hại do sử dụng thuốc không đúng.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Thực hiện theo y lệnh của bác sĩ:

Áp dụng cho tất cả bệnh nhi có thể uống được và uống các loại thuốc không bị dịch tiêu hoá phá huỷ.

2. Không áp dụng cho bệnh nhi hôn mê, nôn mửa liên tục, bệnh nhi bị bệnh ở thực quản và bệnh nhi bị tâm thần không chịu uống.

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhi

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhi (đối với trẻ lớn) và người nhà bệnh nhi biết việc mình sắp làm.
- Hướng dẫn cho gia đình bệnh nhi cùng phối hợp khi cho bệnh nhi uống thuốc.

2. Dụng cụ

- Thuốc uống theo chỉ định: thuốc viên, thuốc nước ...
- Dụng cụ giã thuốc.
- Cốc đựng thuốc.

- Bình đựng nước.
- Các dụng cụ đo lường: cốc chia độ, thìa canh, thìa cà phê, ống đếm giọt.
- Gạc sạch, cưa.
- Phiếu cho thuốc.
- Khay quả đậu.

3. Địa điểm

Cho bệnh nhi uống thuốc ngay tại giường bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra y lệnh của bác sĩ và phiếu thuốc.
2. Hỏi xem bệnh nhi có tiền sử dị ứng thuốc không ?
3. Điều dưỡng viên rửa tay.
4. Đọc nhãn thuốc và lấy thuốc:
 - Lấy thuốc viên: đổ thuốc ra nắp lọ thuốc hoặc cốc (không được dùng tay để bốc thuốc).
 - Lấy thuốc nước: dùng dụng cụ đo lường để đo lượng thuốc uống.
 - Lấy thuốc giọt:
 - + Dùng ống hút, hút thuốc nhỏ từng giọt vào cốc có sẵn nước chín để nguội.
 - + Đếm giọt theo y lệnh.
5. Đẩy xe và mang khay thuốc đến bên giường bệnh nhi.
6. Thực hiện 5 đúng:
 - Đúng người bệnh
 - Đúng thuốc
 - Đúng liều
 - Đúng đường dùng
 - Đúng thời gian
7. Cho bệnh nhi ngồi, nằm đầu cao hoặc mẹ bế con.
8. Đưa thuốc và nước uống cho bệnh nhi:
 - Đối với trẻ lớn: điều dưỡng viên phải ở bên cạnh bệnh nhi cho tới khi trẻ uống thuốc xong.
 - Đối với trẻ nhỏ: bệnh nhi không tự uống thuốc được, điều dưỡng viên hướng dẫn cho gia đình bệnh nhi bế trẻ nằm ngửa, đầu trẻ hơi cao và áp sát vào người, dùng thìa cà phê đặt sát miệng trẻ ở giữa hoặc phía cạnh má, đổ từ từ thuốc vào cho trẻ uống và tráng lại bằng ít nước sôi để nguội.
9. Dùng gạc sạch lau miệng cho bệnh nhi.
10. Thu dọn dụng cụ.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO: (Ghi vào phiếu theo dõi, phiếu thuốc)

- Tên thuốc uống, liều dùng, thời gian uống.
- Phản ứng của bệnh nhi (nếu có).
- Tên của điều dưỡng viên thực hiện.

VI. HƯỚNG DẪN BỆNH NHI VÀ GIA ĐÌNH BỆNH NHI

1. Theo dõi tác dụng của thuốc sau khi uống.
2. Báo cho bác sĩ những dấu hiệu bất thường của bệnh nhi như: nôn trớ, dị ứng ... để kịp thời xử trí.

10. CHĂM SÓC TRẺ BỊ LOÉT DO NẪM LÂU

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện và chăm sóc trẻ bị loét (mảng mục).
- Hướng dẫn gia đình cách chăm sóc và đề phòng loét.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ nhỏ nằm lâu tại giường: trẻ liệt, thở máy, hôn mê...
- Trẻ bị gãy xương phải bó nẹp bột nằm cố định tại giường.

III. CHUẨN BỊ**1. Người bệnh**

- Thông báo với người nhà trẻ về những việc cần làm khi săn sóc trẻ.
- Báo người nhà phụ giúp để điều dưỡng chăm sóc trẻ.

2. Dụng cụ

- Dung dịch muối 0,9%, betadin...
- Bột tal.
- Bông gòn, gạc vô khuẩn.
- Panh, kéo.
- Thuốc sát khuẩn, thuốc xanh methylen, milian ...
- Thuốc mỡ kháng sinh (theo chỉ định của bác sĩ).
- Đệm chống loét, nylon..

3. Địa điểm

- Tại giường bệnh.
- Tại phòng chăm sóc (nếu khoa có buồng chăm sóc riêng).

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, mang găng và đeo khẩu trang.
- Mang dụng cụ đến giường bệnh hoặc buồng chăm sóc.
- Cho trẻ nằm tư thế thoải mái, để lộ chỗ loét.
- Trải nylon dưới vết loét.
- Rửa sạch vết loét bằng dung dịch muối 0,9%, betadin...
- Dùng gạc vô khuẩn thấm khô.
- Bôi thuốc theo chỉ định của bác sĩ.
- Nếu mới chớm loét: dùng bột talc xoa nhẹ nhàng để trẻ đỡ đau và giúp máu lưu thông.
- Cho trẻ nằm tư thế thoải mái, không băng kín vết loét.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi giờ, ngày và tên người chăm sóc trẻ.
- Nhận xét và đánh giá tình hình diễn biến bệnh của trẻ.
- Phát hiện những tổn thương mới và báo cáo bác sĩ những bất thường xảy ra.

VI. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Rửa cho trẻ sau mỗi lần tiểu tiện, đại tiện.
- Lau khô vết hăm bằng khăn khô mềm.
- Xoa bột talc sau mỗi lần rửa, lau cho trẻ.
- Không tự ý bôi, đắp các loại thuốc khác khi không có chỉ định của bác sĩ.
- Cho trẻ ăn đúng và đầy đủ dinh dưỡng theo từng lứa tuổi của trẻ.
- Hướng dẫn người nhà trẻ chăm sóc trẻ tránh bị hăm loét trở lại sau khi ra viện.

11. CHĂM SÓC TRẺ BỊ TỤA MIỆNG**I. MỤC ĐÍCH**

- Làm sạch hết nấm ở lưỡi và khoang miệng.
- Ngăn nấm lan xuống họng, thực quản, dạ dày, ruột gây ỉa chảy.
- Giữ cho miệng của trẻ luôn sạch sẽ.

II. NGUYÊN NHÂN

- Do nấm candida albicans ký sinh trong miệng gây ra.
- Hay gặp ở trẻ nhỏ dùng kháng sinh kéo dài, vệ sinh miệng kém.

III. CHUẨN BỊ**1. Chuẩn bị người bệnh**

Báo cho mẹ người bệnh hoặc người nhà biết việc mình sắp làm để cùng phối hợp.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Khay sạch.
- Một cốc nhỏ sạch.
- Gạc nhỏ.
- Dung dịch đánh tưa: natribicarbonat 5%, nystatin, mật ong.
- Khay quả đậu sạch.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng mang khay dụng cụ đến giường bệnh.
- Rửa tay, đeo khẩu trang.
- Đổ dung dịch, đánh tưa ra cốc nhỏ.
- Dùng một miếng gạc cuốn quanh đầu ngón tay trở rồi nhúng vào dung dịch đánh tưa.
- Lau nhẹ nhàng từ ngoài vào: bắt đầu từ môi, hai bên mặt trong của má, vòm miệng, lưỡi.
 - + Lau nhẹ nhàng lần lượt như vậy cho đến khi tưa bong hết.
 - + Trường hợp tưa quá dày không nên lau hết ngay có thể gây chảy máu niêm mạc miệng.
 - + Lau tưa ngày 2 đến 3 lần trước khi ăn.
 - + Khi lau tưa tránh không để trẻ nuốt tưa vào dạ dày.
 - + Khi làm xong thu dọn dụng cụ, rửa sạch để vào nơi quy định.

V. GHI VÀO HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ngày, giờ, tên điều dưỡng săn sóc trẻ, tình trạng tưa miệng sau khi đánh tưa. Nếu phát hiện dấu hiệu bất thường như tưa quá dày, chảy máu niêm mạc miệng, trẻ không bú hoặc ăn được, báo cáo bác sĩ

VI. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ

- Trước khi cho trẻ ăn phải rửa tay.

- Sau mỗi bữa ăn phải tráng miệng cho trẻ bằng nước đun sôi để nguội.
- Không nên cho trẻ ăn bằng chai.
- Khi thấy trẻ có tưa miệng thì phải đánh tưa cho trẻ ngay không để tưa lan rộng gây đau đớn cho trẻ.

12. KỸ THUẬT CHO TRẺ ĂN BẰNG ỐNG THÔNG

I. MỤC ĐÍCH

Đưa đủ chất dinh dưỡng vào cơ thể trẻ qua ống thông trong trường hợp trẻ không ăn được bằng đường miệng.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Trẻ dễ non phản xạ bú kém.
- Trẻ hôn mê, co giật.

2. Chống chỉ định

- Bỏng thực quản.
- Teo thực quản.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người nhà người bệnh về thủ thuật sắp làm.
- Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện cho kỹ thuật, thường nghiêng về bên phải.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- khay sạch: gồm có:
 - + Ống thông trẻ sơ sinh số 6, trẻ lớn số 8 hoặc số 10 tùy theo lứa tuổi.
 - + Bơm tiêm 5ml.
 - + Gạc nhỏ.
 - + Panh không máu.
 - + Kéo, băng dính.
 - + Thức ăn theo ý lệnh được hâm nóng 37°C
 - + Cốc đựng dầu paraffin.

- + Cốc đựng nước chín.
- Khay quả đậu sạch.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa dụng cụ đến bên giường bệnh.
- Điều dưỡng rửa tay.
- Kiểm tra thức ăn (bằng cách nhỏ 1 giọt thức ăn vào mu bàn tay).
- Đo chiều dài của ống thông: đo từ đỉnh mũi đến dải tai và từ dải tai đến mũi ức rồi đánh dấu vào ống thông.
- Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông.
- Đưa ống thông từ từ vào lỗ mũi, đến khi chỗ đánh dấu chạm vào cánh mũi là được, dùng băng dính cố định ống thông.
- Kiểm tra xem ống thông đã vào dạ dày chưa bằng một trong ba cách sau:

- + Dùng bơm tiêm hút thử xem có dịch dạ dày không.
- + Nhúng đầu ống thông vào chén nước xem có sủi bọt không.
- + Dùng bơm tiêm bơm hơi vào dạ dày đồng thời dùng ống nghe để xem hơi có vào dạ dày không.

Cho người bệnh ăn:

- + Lấy thức ăn vào bơm tiêm, bơm thức ăn từ từ qua ống thông vào dạ dày.
- + Sau khi bơm hết thức ăn, nếu để lưu ống thông, bơm 5 - 10ml nước chín vào ống thông để làm sạch lòng ống thông.
- + Rút ống thông ra: rút từ từ, dùng gạc lau sạch ống thông, khi gần hết (còn khoảng 20 cm) dùng panh kẹp đầu ống thông lại tránh thức ăn rơi vào đường hô hấp, rút ống thông nhanh.
- + Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái.
- + Thu dọn dụng cụ, rửa sạch, lau khô để vào nơi quy định.

* Những điểm cần chú ý:

- Phải chắc chắn là ống thông đã vào dạ dày thì mới bơm thức ăn.
- Những lần cho ăn sau cũng phải kiểm tra lại xem ống thông có còn đúng vị trí không.
- Thay ống thông sau 48h.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày, giờ cho ăn.
- Số lượng thức ăn.
- Tình trạng người bệnh trong và sau khi ăn. Nếu có dấu hiệu bất thường như: nôn, trào ngược, sặc... báo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Tên người làm thủ thuật.

VI. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn bà mẹ hoặc gia đình biết cách pha sữa hoặc chế biến thức ăn theo y lệnh.
- Sau khi bơm thức ăn không nên thay đổi tư thế trẻ một cách đột ngột để tránh trào ngược hoặc nôn.

13. KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH CHO TRẺ SƠ SINH**I. MỤC ĐÍCH**

- Cung cấp khối lượng tuần hoàn trong trường hợp trẻ bị giảm thể tích tuần hoàn do ỉa chảy mất nước, nôn nhiều, chảy máu ...
- Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

II. CHỈ ĐỊNH

- Truyền dịch để điều trị các bệnh: vàng da tăng bilirubin tự do, suy dinh dưỡng nặng...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tùy trường hợp cụ thể theo y lệnh của bác sĩ.

IV. CHUẨN BỊ**1. Người bệnh**

- Cặp nhiệt độ trước khi truyền.
- Quấn tã lót gọn gàng.
- Giải thích cho mẹ người bệnh biết công việc sẽ làm.

2. Dụng cụ**2.1. Dụng cụ vô khuẩn**

- Bộ dây truyền.
- Gạc miếng.
- Kim bướm.
- Bơm tiêm.

2.2. Thuốc

- Dịch sẽ truyền.
- Hộp chống sốc: thuốc và bơm tiêm theo quy định.

2.3. Các dụng cụ khác

- Phiếu tiêm truyền.
- Hộp bông cotton.
- Keo, băng dính, kẹp kocher.
- Quang treo, cọc truyền.
- Khay đựng bông băng.
- (Nẹp và băng cuộn để cố định khi cần).

3. Địa điểm

- Tại bệnh phòng, nơi người bệnh nằm điều trị.
- Phòng ấm, tránh gió lùa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Điều dưỡng rửa tay, đội mũ mang khẩu trang.

- Thực hiện 5 đúng: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian.
- Sát khuẩn nút chai.
- Pha thuốc vào chai (nếu có).
- Mở bộ dây truyền cắm vào chai.
- Treo chai dịch, lắp kim bướm vào dây truyền, đuổi khí, khoá dây truyền.
- Chọn vị trí tiêm: chọn tĩnh mạch lớn, ít di động. Ở trẻ sơ sinh thường chọn tĩnh mạch vùng da đầu ở 2 thái dương, trước trán.
- Sát khuẩn 2 lần da vùng tiêm.
- Đưa kim vào tĩnh mạch đã chọn như tiêm tĩnh mạch, khi thấy máu vào dây thì mở khoá cho dịch chảy vào, điều chỉnh số giọt theo y lệnh.
- Cố định kim và dây truyền vào da người bệnh.
- Ghi phiếu truyền và hồ sơ bệnh án

VI. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày, giờ truyền dịch. Tên loại dịch, lượng dịch, tốc độ truyền, giờ bắt đầu truyền, giờ truyền xong.
- Các phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Theo dõi dịch chảy có đúng tốc độ không, nơi truyền có bị phồng không. Theo dõi mạch, nhiệt độ người bệnh.
- Nếu người bệnh có các biểu hiện như rét run, mạch nhanh và các biểu hiện bất thường khác phải ngừng truyền ngay và báo cho bác sĩ.

VII. HƯỚNG DẪN BÀ MẸ VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Giữ cho trẻ nằm yên, không giãy giụa làm tuột kim hoặc bị chệch tĩnh mạch.
- Hỗ trợ bà mẹ khi thay tã lót nếu cần.
- Theo dõi nếu trẻ có biểu hiện bất thường phải báo cho nhân viên y tế.

14. CHĂM SÓC TRẺ NHIỄM HIV**I. MỤC ĐÍCH**

- Nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh, nhất là đối với những trẻ nhiễm HIV có biểu hiện lâm sàng phải điều trị tại bệnh viện.
- Phòng chống lây nhiễm HIV trong cộng đồng. Tư vấn chăm sóc trẻ nhiễm HIV và cha mẹ của trẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả những trẻ nhiễm HIV đều cần được chăm sóc với các mức độ khác nhau.
- Đối với những trẻ không có biểu hiện lâm sàng cần được chăm sóc tại nhà.
- Đối với những trẻ có biểu hiện lâm sàng như viêm phổi, ỉa chảy, viêm màng não, viêm da... cần được chăm sóc và điều trị tại bệnh viện.

III. CHUẨN BỊ

- Đối với chăm sóc trẻ nhiễm HIV cần chuẩn bị:
 - + Kiến thức và thái độ của người chăm sóc.
 - + Các dụng cụ phòng vệ chung tránh lây nhiễm từ người bệnh sang người chăm sóc. Ngoài ra các dụng cụ chăm sóc đặc biệt hoàn toàn phụ thuộc vào bệnh chuyên khoa mà trẻ nhiễm HIV bị mắc.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Ngoài thời gian những trẻ nhiễm HIV bị các bệnh cấp tính cần chăm sóc tại bệnh viện, còn lại những thời gian hết bệnh cấp tính trẻ nên được nuôi dưỡng tại nhà. Cha mẹ và những người chăm sóc trẻ cần được tư vấn tốt về những vấn đề nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ.
- Nhìn chung những trẻ này không cần phải có một chế độ chăm sóc đặc biệt nào so với trẻ bình thường. Trong khi trẻ không mắc các bệnh lây thì không cần phải cách ly trẻ khỏi những người khác.
- Một số điểm trong chăm sóc trẻ nhiễm HIV cần tư vấn và hướng dẫn cho cha mẹ và người chăm sóc:

1. Về dinh dưỡng

Trẻ nhiễm HIV thường được khuyến ngừng bú mẹ, ăn sữa ngoài. Việc nuôi dưỡng hoàn toàn như nuôi bộ các trẻ khác. Nên chú ý nhất vấn đề vệ sinh ăn uống: thức ăn nấu chín, tránh để lâu (nếu giữ lạnh thì phải đun sôi lại trước khi cho trẻ ăn), dụng cụ đựng thức ăn phải rửa để khô, giữ sạch vì trẻ rất dễ bị ỉa chảy.

2. Môi trường nơi nuôi trẻ cần được giữ sạch, thoáng mát

Nếu là nơi nuôi trẻ tập trung thì sàn nhà cần được tẩy uế hàng ngày bằng nước Javel hoặc cloramin. Quần áo, ga trải giường của trẻ được thay giặt thường xuyên bằng xà phòng và phơi dưới nắng.

Da của trẻ cần được giữ sạch: tắm xà phòng tắm, lau khô, rắc bột tan vào các nếp da (bẹn, cổ, nách) để tránh loét, nhiễm trùng. Các vết nhiễm trùng ngoài da cần được bôi các dung dịch sát trùng hoặc dung dịch xanh methylen 1%.

3. Trẻ cần được phát hiện sớm các bệnh viêm đường hô hấp, (đặc biệt là viêm phổi) và cần được điều trị tại bệnh viện.

Khi trẻ ỉa chảy cần được chú ý bồi phụ nước điện giải bằng dung dịch oresol dưới sự hướng dẫn của các bác sĩ nhi khoa.

4. Chăm sóc về tinh thần

Đối với trẻ nhiễm HIV rất quan trọng cho sự phát triển của trẻ. Khi nhỏ trẻ cần được ôm ấp, vuốt ve, khi lớn cần được chơi, dạy nói, hoà nhập với những trẻ khác, tránh các mặc cảm. Để làm được vấn đề này cần vượt qua một trở ngại lớn là sự sợ hãi không chính đáng về nguy cơ lây HIV từ trẻ sang người xung quanh.

5. Các biện pháp phòng vệ rủi ro cho người chăm sóc

Khi trẻ bị chảy máu, lở loét thì máu, dịch tiết của trẻ có thể dầy vào vùng da bị xây xước của người chăm sóc. Khả năng này tuy ít xảy ra, nhưng người chăm sóc cũng cần dùng găng tay khi tiếp xúc với trẻ. Còn ở bệnh viện bao giờ nhân viên cũng phải tuân theo các biện pháp phòng vệ chung.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Mọi thông tin về trẻ bị nhiễm HIV và gia đình của trẻ đều phải được đảm bảo bí mật để giúp cho việc chăm sóc tư vấn và quản lý người nhiễm HIV tốt hơn.
- Nếu trẻ điều trị tại bệnh viện cần ghi chép những theo dõi về tình trạng bệnh và những diễn biến bất thường của trẻ, báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Cha mẹ trẻ nhiễm HIV cần được tư vấn tỷ mỉ về tình trạng sức khoẻ của trẻ và các vấn đề nuôi dưỡng, chăm sóc trẻ.
- Hướng dẫn cho cha mẹ trẻ biết cách phòng bệnh, giữ gìn sức khoẻ cho chính mình và tránh lây sang cho người khác.

Chương V

Y HỌC CỔ TRUYỀN

1. KỸ THUẬT CHÂM

I. MỤC ĐÍCH

Dùng kim châm vào các huyệt vị của hệ kinh lạc để chữa bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh cấp và bệnh mạn.

- Một số bệnh cơ năng và triệu chứng của một số bệnh: thần kinh đau nhức, mất ngủ, co giật, đau các dây thần kinh ngoại biên (đau dây thần kinh toạ, liệt dây thần kinh VII).
- Tiết niệu, bí đái, đái dầm.
- Một số bệnh do viêm nhiễm: viêm màng tiếp hợp, viêm tuyến vú, chắp lẹo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đau bụng có chỉ định phẫu thuật.
- Người bệnh đang say bia, rượu hoặc làm việc quá sức, mệt nhọc.
- Người bệnh đang đói.
- Phụ nữ đang hành kinh.
 - + Người vừa lao động mệt nhọc.
 - + Người sức khoẻ yếu, thiếu máu, mắc bệnh tim, phụ nữ có thai.
 - + Không được châm sâu vào các huyệt: phong phú, liêm tuyến, các huyệt vùng bụng ngực, huyệt á môn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

a. Dụng cụ:

- Máy điện châm 2 kênh: bổ, tả.
- Các loại kim được hấp, sấy vô khuẩn, dùng riêng cho từng người bệnh.
- Hào châm: đường kính 0,1- 0,2mm, dài 1- 10cm.
- Trường châm: đường kính 0,1- 0,5 mm, dài 15-20cm.
- Đại trường châm: đường kính 0,5-1mm, dài 15-30cm.
- Tam lăng châm: kim 3 cạnh.
- Nhĩ hoàn châm: đường kính 0,05-0,1mm, dài 1-2cm.
- Kim có máu.
- khay đựng dụng cụ.

– Bông vô khuẩn.

b. Thuốc hoá chất:

– Cồn 70°.

– Hộp thuốc chống choáng (vùng châm).

2. Người bệnh

Thoải mái, chịu đựng được lâu.

– Ngồi, thẳng lưng, ngửa mặt: châm đầu mặt

– Ngồi chống cằm: châm đầu và sau gáy.

– Nằm ngửa: châm mặt, bụng, ngực và chân tay.

– Nằm sấp: châm gáy, vai, lưng, mông, mặt sau của chân tay.

– Nằm nghiêng: châm nửa người và mặt ngoài của chân tay.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Hướng châm kim

– Châm thẳng góc với da: vùng khối cơ dày

– Châm chếch với mặt da từ 15-45°: vùng cơ mỏng như bàn tay, bàn chân, cột sống.

Chú ý: châm sâu, châm nông tùy huyết và người bệnh

Thì 1: châm kim qua da phải thật nhanh.

Thì 2: đẩy kim từ từ tiến vào huyết đến khi người bệnh có cảm giác tức nặng và thấy thuốc có cảm giác chặt như kim bị hút xuống, thấy hiện tượng đặc khí thì thôi không đẩy kim nữa.

2. Cách châm

a. Châm kim ngắn(hào châm):

Ngón trỏ và ngón cái hoặc ngón giữa tay trái, đặt cách nhau 1-2 cm ở 2 bên của huyết vị, căng da, tay phải cầm kim, châm nhanh qua da vùng huyết.

b. Châm kim dài (trường châm hoặc đại trường châm):

Ngón cái và ngón trỏ tay trái cầm đoạn dưới, cách mũi kim chừng 1-2 cm, tay phải giữ đoạn giữa của kim, châm kim thật nhanh qua da rồi đẩy kim tới huyết, châm xuyên từ huyết này sang huyết khác. Châm trên cột sống theo mạch Đốc và mạch Giáp tích, thường dùng đại trường châm, nên hướng kim phải thật chuẩn.

3. Thủ pháp

a. Bỏ:

– Châm xuôi theo hướng của kinh, mạch.

– Vê kim: vê nhẹ theo chiều kim đồng hồ, 5 phút 1 lần.

- Kích thích bằng máy: tần số 1 - 2 Hz, 1 Hz bằng 60 xung, cường độ đáp ứng với người bệnh.
- Lưu kim 20- 30 phút.
- Rút kim ra: bịt miệng huyết.

b. Tả:

- Châm ngược hoặc chệnh với hướng đi của đường kinh.
- Vê kim bằng tay: vê đi vê lại 5 phút một lần.
- Kích thích bằng máy: tần số trên 3 - 10Hz, châm tê dùng tần số cao 40 - 50Hz.
- Lưu kim: 20-30 phút.
- Rút kim ra: không bịt miệng huyết.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Cong kim: nhẹ nhàng rút kim, thay kim khác.

2. Vùng châm: lập tức rút kim ngay cho người bệnh nằm nghỉ, nếu nặng cho uống nước chè đường nóng rồi châm Nhân trung hoặc cứu Túc tam lý, nếu mạch nhanh, nhỏ, huyết áp tụt thì xử lý theo phác đồ chống choáng.

3. Gãy kim

- Nếu còn 1 phần kim hở trên da: dùng kim lôi ra.
- Nếu kim ở dưới da, lấy 2 ngón tay đè 2 bên cho kim chồi lên, dùng kim lôi ra.
- Nếu kim ở trong sâu thì phải phẫu thuật lấy ngay.

4. Chảy máu

- Chảy máu ít: dùng bông khô vô khuẩn thấm lên chỗ có máu.
- Chảy máu nhiều: dùng bông khô vô khuẩn ấn thật chặt vào chỗ chảy máu.

Chú ý:

- Phụ nữ có thai khi châm những huyết vùng bụng dưới như: Quan nguyên, Khí hải, Trung cực hoặc các huyết Hợp cốc, Tam âm giao, Nhân trung phải dùng thủ pháp bổ, tả thích hợp.
- Trẻ em: châm nhanh và ôm giữ trẻ cẩn thận
- Trên da có sẹo, vết loét nát: không châm
- Người bệnh quá lo sợ hoặc vừa uống rượu, bia, người bệnh quá mệt nhọc, phụ nữ đang có kinh đều không châm.

2. KỸ THUẬT CỨU

I. MỤC ĐÍCH

Dùng sức nóng của ngải cứu khô tác động lên huyết vị của kinh lạc để phòng và chữa bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Chứng bệnh hư hàn, trạng thái suy nhược mà người lạnh.
- Bệnh thuộc hàn chứng.
- Bệnh thuộc hư chứng.
- Bệnh thuộc khí của tạng phủ hư.
- Trong trường hợp thoát dương.

2. Chống chỉ định

- Chứng bệnh ôn nhiệt, có sốt.
- Cứu trực tiếp vào da dễ gây bỏng, gây sẹo, đặc biệt đối với vùng mặt, vùng cổ.

III. THỜI GIAN VÀ MỨC ĐỘ NÓNG

1. Mức độ nóng

- Khi người bệnh cảm thấy nóng thì lột thêm miếng gừng khác.
- Tránh động viên người bệnh chịu nóng tới mức tối đa, sẽ gây bỏng

2. Thời gian

- Đối với người lớn: mỗi huyết chỉ định sẽ cứu 3 mối, trung bình 15 phút.
- Người già, trẻ em: cứu ít hơn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Tư thế nằm hoặc ngồi, dễ thao tác, ngải không rơi và dễ quan sát khi cứu.

2. Phương tiện

- Khay, dao nhỏ.
- Hộp hoặc miếng bìa để đựng tàn ngải.
- Điều ngải, bột ngải vè thành viên ngải
- Gừng, tỏi, muối, thuốc để lột viên ngải, bột ngải khi cứu.

3. Địa điểm

Làm tại giường bệnh, phòng thoáng, sáng, sạch sẽ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bộc lộ huyết được chỉ định cứu

2. Châm lửa điều ngải cho cháy đều, không có ngọn lửa và hơ vào huyết chỉ định hoặc đặt viên ngải vào huyết cứu có lát gừng, tỏi, muối hoặc thuốc rồi châm lửa:

- + Dùng điều ngải hơ trên huyết cách 1 - 2cm hoặc xoay tròn điều ngải ở phía trên cách huyết 1 - 2cm hoặc mổ cò để điều ngải gần mặt huyết. Khi người bệnh cảm thấy đủ độ nóng thì đưa điều ngải ra xa huyết cho bớt nóng, sau đó lại hơ gần huyết.
- + Cứu qua kim: sau khi châm kim vào huyết, gài vào đầu kim một đoạn của điều ngải dài khoảng 2 - 3 cm để đốt gọi là ôn châm hoặc qua lát gừng, tỏi, muối, thuốc đặt viên ngải trên huyết để cứu.

3. Thời gian cứu từ 1 - 2 phút rồi chuyển sang huyết khác, tổng số thời gian cứu từ 5 - 10 phút.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Thường gặp tai biến bỏng do để điều ngải gần hoặc để lâu hoặc để ngải rơi trên da. Xử lý: băng tránh nhiễm khuẩn.
- Chú ý: không được cứu nhiều huyết và trên nhiều người một lúc và không được rời người bệnh khi cứu.

3. KỸ THUẬT UỐNG THUỐC SẮC

I. MỤC ĐÍCH

Đưa thuốc vào cơ thể thông qua đường uống, dưới dạng hoà tan trong nước để thuốc hấp thu dễ dàng, nhanh chóng.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: các bệnh cấp tính, mạn tính.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Thuốc đã sắc đựng trong lọ, chai, phích, ấm ...
- Bát, chén, ca ...

2. Người bệnh

- Được biết giờ uống thuốc (để có mặt)

3. Điều dưỡng: nắm vững tác dụng của thuốc sắc (công, bổ) để cho uống vào thời điểm thích hợp (xem chú thích)

- Biết lượng dùng cho người bệnh 1 lần (xem chú thích)

- Biết số lượng dùng trong ngày
- Biết tác dụng của thuốc (hiệu quả, tác dụng phụ)
- Biết cách cho uống thuốc

4. Địa điểm: tại giường người bệnh .

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh có mặt tại giường.
- Điều dưỡng:
 - + Mang thuốc đến giường cho người bệnh.
 - + Rót thuốc vào bát và hướng dẫn cách uống.
 - + Chờ người bệnh uống xong, mang bát đi.
- Người bệnh
 - + Uống thuốc với sự có mặt của điều dưỡng.
 - + Nghỉ 15 - 20 phút sau khi uống thuốc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Phản ứng của người bệnh khi uống thuốc: uống hết thuốc và không có phản ứng gì; uống không hết thuốc; uống xong giọng như có cặn ở họng; uống xong buồn nôn và nôn; uống xong bụng ấm ách đau bụng, muốn đại tiện, uống xong nổi mẩn ngứa; uống xong người nóng hơn, lạnh hơn, mệt mỏi hơn; uống xong trong người dễ chịu bệnh giảm;....

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

- Theo dõi cảm giác khi thuốc vào trong người (ấm hơn, lạnh hơn).
- Theo dõi hiệu quả của thuốc: Ví dụ: vã mồ hôi ở người sốt, hết đau bụng đi ngoài ở người tiêu chảy do hàn, đi đại tiện dễ dàng ở người táo bón,....
- Theo dõi tác dụng phụ của thuốc: như buồn nôn, nôn, đau bụng, chướng bụng tiêu chảy; hoặc sau khi ra mồ hôi rồi, mồ hôi vẫn tiếp tục ra không dứt (người bị cảm lạnh), sau khi đi ngoài được rồi (ở người táo bón) vẫn tiếp tục tiêu chảy,...
- Phản ánh kịp thời cho thầy thuốc để xử lý.

Chú thích:

*** Một vài điều cần biết về dạ dày, ruột, khi cho uống thuốc:**

- + Khả năng chứa tối đa của dạ dày là 1,5 lít vì vậy lượng thức ăn uống đưa vào cần vừa mức, lượng thuốc đưa vào cần vừa đủ.
- + Sự hấp thu ở dạ dày ở mức độ hạn chế. Nước của một số thuốc, rượu được hấp thu qua thành dạ dày vào tĩnh mạch.

- + Dạ dày co bóp trộn thức ăn với dịch vị, tiêu hoá thức ăn thành vị chấp chuyển qua môn vị xuống tá tràng để xuống ruột non. Uống thuốc sau khi ăn, thuốc được trộn với thức ăn ở dạ dày cùng xuống ruột.
- + Cơ thắt môn vị ở trạng thái co trương lực nhẹ nên môn vị thường hé mở, đủ để nước và các chất nửa lỏng đi qua, thức ăn có kích thước lớn và ở thể rắn sẽ bị ngăn lại. Uống thuốc lúc chưa ăn thuốc có thể từ dạ dày xuống ruột non.
- + Ruột non hoàn tất việc tiêu hoá thức ăn, các sản phẩm tiêu hoá được hấp thu cùng với vitamin, chất điện giải, nước. Thuốc được hấp thu ở ruột non.

*** Lượng thuốc uống**

Người lớn thường uống một bát, tương đương 250ml/1lần (người dân thường nói đổ 3bát nước sắc còn 1 bát). Trẻ em uống giảm liều, bằng 1/2 hoặc 1/3 liều người lớn. Với trẻ em bị nôn hoặc ỉa chảy, uống liều trên vẫn nôn, vẫn ỉa thì giảm liều để dạ dày và ruột có điều kiện tiếp nhận thuốc, hấp thu thuốc.

– Thời gian uống thuốc: hiện nay hay dùng:

- + Đối với chứng bệnh cấp, uống thuốc khi cần, không có giờ giấc cố định.
- + Đối với chứng bệnh mạn: thường uống trước khi ăn 1 giờ.

Chú ý: nếu là thuốc có kích thích niêm mạc dạ dày, ruột, nên ăn xong rồi uống để giảm kích thích; Nếu là thuốc dưỡng tâm an thần chữa mất ngủ, nên uống trước khi ngủ; Nếu là thuốc chữa sốt rét, nên uống trước cơn 2 giờ.

– Cũng có thể uống thuốc theo kinh nghiệm cổ truyền:

- + Bệnh ở thượng tiêu (ngực trở lên đầu) thì ăn rồi uống thuốc
- + Bệnh ở trung tiêu (cơ quan vùng bụng trên), hạ tiêu (cơ quan vùng bụng dưới, chi dưới) thì uống thuốc rồi ăn.
- + Bệnh ở kinh mạch tứ chi, uống thuốc vào sáng sớm lúc chưa ăn.
- + Bệnh ở xương tuỷ, uống thuốc vào lúc no buổi tối.

– Uống thuốc nóng, thuốc nguội tùy trạng thái bệnh tật:

- + Nói chung, nên uống thuốc lúc còn ấm.
- + Nếu là bệnh nhiệt, phải dùng thuốc hàn, song cũng uống thuốc còn ấm để dạ dày dễ tiếp nhận thuốc. Nếu uống thuốc nguội dạ dày dễ có phản ứng nôn.
- + Nếu uống thuốc xong có nôn, cần xem xét theo hướng sau:

Nếu đã chẩn đoán đúng (bệnh nhiệt uống thuốc hàn, bệnh hàn uống thuốc nhiệt) mà vẫn nôn thì giảm lượng thuốc cho uống nhiều lần, hoặc cho thêm gừng sống để chống nôn.

Nếu đã chẩn đoán sai:

- Bệnh là chân hàn giả nhiệt (vì biểu hiện có nhiệt rõ tuy gốc bệnh là hàn) lại chẩn đoán là bệnh nhiệt, cho thuốc hàn nên nôn. Phải đổi dùng thuốc nhiệt và uống thuốc nguội.

- Nếu bệnh là chân nhiệt giả hàn (biểu hiện có hàn rõ, song gốc bệnh là nhiệt) lại chẩn đoán là bệnh hàn, cho thuốc nhiệt nên nôn, phải đổi dùng thuốc hàn, uống thuốc ấm nóng.
- Với người bệnh hôn mê: để nghiêng đầu, đổ dần từng thìa, hoặc cho thuốc qua ống thông dạ dày./.

4. KỸ THUẬT NGÂM NƯỚC THUỐC

I. MỤC ĐÍCH

Ngâm nước thuốc là để nhiệt độ và chất thuốc hoà tan được trong nước, tác động thấm vào da nhằm điều hoà kinh khí, hoạt huyết, khu tà.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: người uể oải mệt mỏi, gân cơ chân tay đau mỏi nề, một số bệnh ngoài da, trĩ rò hậu môn, bí đại ỉa.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Thuốc ngâm (thuốc bột để hoà với nước sôi. Ví dụ: bột ngâm trĩ, thuốc sắc sẵn để hoà với nước sôi, như thuốc ngâm chân kết hợp tác động lên các vùng ở bàn chân; thuốc thang sắc sau khi xông hơi nước thuốc rồi ngâm).
- Chậu ngâm có nước nóng 40°-45° để hoà thuốc, hoặc nước thuốc nóng 40°- 45°.
- Khăn lau sạch.
- Quần áo sạch để thay nếu cần.
- Ghế ngồi cho người bệnh.

2. Người bệnh: được hướng dẫn quy trình ngâm.

3. Điều dưỡng

- Hiểu rõ tác dụng của thuốc ngâm.
- Hướng dẫn cho người bệnh cách ngâm.
- Chuẩn bị chậu thuốc ngâm cho người bệnh.

4. Địa điểm: kín đáo, sạch sẽ, thuận tiện cho việc ngâm.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh bộc lộ bộ phận cần ngâm
- Kiểm tra nhiệt độ của nước ngâm xem nóng quá hoặc chưa đủ nóng để điều chỉnh.

- Ngâm vào nước thuốc nóng từ 20 - 30 phút.
- Trong quá trình ngâm, tự rửa, tự xoa bóp vùng ngâm để tăng hiệu quả.
- Ngâm xong, lau khô.
- Xử lý vết tổn thương ở da nếu có.
- Chỉnh đốn trang phục
- Làm vệ sinh phòng, chậu ngâm

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, BÁO CÁO

- Lượng thuốc, nhiệt độ nước, thời gian ngâm
- Những diễn biến trong quá trình ngâm, thay đổi các triệu chứng.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

- Giữ gìn sạch sẽ nơi ngâm.
- Theo dõi thay đổi sau khi ngâm và thông báo cho thầy thuốc nếu cần./.

5. KỸ THUẬT GIÁC

I. MỤC ĐÍCH

Dùng hơi nóng tạo thành một áp suất âm trong ống (bầu) giác, làm ống giác bị hút chặt vào da chỗ giác, gây nên ở vết giác cảm giác ấm nóng và hiện tượng xung huyết hoặc tụ huyết để chữa bệnh, giải mệt mỏi.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định: đau nhức, đau mỏi cơ khớp, đau lưng, đau dạ dày, đau đầu, tăng huyết áp, cảm mạo, ho, kinh đau, đau mắt, mụn nhọt chưa vỡ, vết rạn nứt (Châm cứu học- Học viện Trung y Thượng hải trang 328).

2. Chống chỉ định: sốt cao, co giật, da có tổn thương, da có giãn tĩnh mạch, da mất tính đàn hồi, bệnh tim vừa hoặc nặng, phù toàn thân, bệnh ưa chảy máu, bệnh chảy máu dưới da, bệnh bạch cầu cấp, bệnh lao phổi, thổ huyết, phụ nữ đang hành kinh, vùng bụng và vùng xương cụt của thai phụ, gãy xương, bệnh ung thư, người quá suy nhược, say rượu, quá mệt, quá no, quá khát. Cần thận trọng khi dùng cho trẻ nhỏ.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Ống giác:
 - + Ống giác thủy tinh (sành, sứ) loại to, vừa, nhỏ: 10 ống (dùng trong phương pháp giác bằng sức nóng lửa).

- + Ống giác tre (nứa) dài 6 - 9cm, các đường kính 3cm, 4cm, 5cm: 10 ống (dùng trong phương pháp giác bằng hơi nóng của nước thuốc).
- Chất đốt : Cồn 75°- 90°, bông thấm hoặc giấy mỏng, lửa (diêm, bật lửa).
- Kim châm cứu đã tiệt khuẩn: hào châm để châm cứu, kim tam lăng để chích nặn máu.
- Bông thấm, tăm bông đã tiệt khuẩn: để ở trong lọ hoặc hộp sạch đậy nắp
- Panh kocher có máu và không máu
- Khay men 2 chiếc, một để dụng cụ giác, một để dụng cụ châm.
- Nồi nước thuốc và bếp đun nước thuốc, khăn bông sạch khô để thấm nước thuốc nóng ở miệng ống giác tre.

2. Người bệnh: được hướng dẫn về tác dụng của giác, vị trí cần giác, cách phối hợp với thầy thuốc (yên tĩnh, phản ánh cho thầy thuốc những cảm giác khó chịu bất thường nếu có...)

3. Thầy thuốc: hướng dẫn cho người bệnh những điều cần thiết khi giác. Chỉ tiến hành giác khi người bệnh đồng ý. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho lần giác, và tiến hành giác.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh nằm hoặc ngồi, bộc lộ những nơi cần giác
- Thầy thuốc:

Bước 1:

- Xác định vị trí cần giác.
- Dùng bông cồn 70° sát trùng miệng ống giác, sát trùng da vùng cần giác.
- Chọn ống giác to, vừa, nhỏ thích hợp với vùng giác.
- Chọn phương pháp giác: giác lửa hay giác nước thuốc.

1. Giác lửa: dùng lửa đưa vào ống giác để đuổi khí bằng một trong các cách sau:

- + Dùng kẹp kẹp một bông cầu nhỏ thấm cồn 75°-90°, dùng lửa đốt cháy rồi ngoáy lửa trong lòng ống giác xong, rút lửa ra lập tức ấn miệng ống giác xuống da nơi giác, miệng ống giác bị hút chặt.
- + Dùng kẹp kẹp một bông cầu nhỏ thấm cồn, dùng lửa đốt cháy rồi bỏ vào thành trong lòng ống giác xong lập tức ấn miệng ống giác xuống da nơi giác, miệng ống giác bị hút chặt, lửa tắt.
- + Dùng một mảnh giấy mềm gấp lại, đốt cháy khoảng 3cm rồi bỏ vào thành trong lòng ống giác, xong lập tức ấn miệng ống giác xuống da nơi giác, miệng ống giác bị hút chặt, lửa tắt.
- + Dùng một mảnh bông thấm cồn 75°-90° dán vào thành trong lòng ống giác, dùng lửa đốt cho cháy, rồi ấn mạnh miệng ống giác xuống da nơi giác, miệng ống giác bị hút chặt, lửa tắt.

2. Giác nước thuốc: dùng sức nóng của nước thuốc đuổi khí trong ống giác.

- Có nồi nước thuốc phù hợp với bệnh, đun sôi vài phút thì thả ống giác tre vào nước thuốc, tiếp tục đun sôi 2 - 3 phút.
- Dùng kẹp gấp ống giác ra, miệng hướng xuống dưới, vẩy cho róc nước, lấy khăn sạch khô thấm cho khô miệng ống giác và làm giảm sức nóng, sau đó ấn miệng ống giác xuống da nơi giác, miệng ống giác bị hút chặt.

3. Giác kết hợp với châm: có 2 cách:

- + Châm xong rút kim, rồi giác chỗ châm
- + Châm xong lưu kim, rồi giác chùm lên kim .

Cách làm cụ thể như sau:

- + Châm xong rút kim rồi giác chỗ châm:
- + Châm huyết đạt đắc khí, làm thủ thuật tả 10 phút rồi rút kim; Lập tức giác chỗ châm, có thể thấy ở lỗ châm có ít máu hoặc ít dịch thoát ra.
- + Châm xong lưu kim rồi giác chùm lên kim.

Châm huyết đạt đắc khí xong: lập tức giác chùm lên kim, đầu cán kim cần cách đáy ống giác khoảng vừa phải để đáy ống giác không ấn kim xuống làm cho kim cong lại, hoặc kim vào sâu hơn có thể gây tai biến.

4. Giác kết hợp với chích: thường có 2 cách: chích trước giác sau, và giác trước chích sau.

Cách làm cụ thể như sau:

- Chích trước giác sau:
 - + Dùng kim 3 cạnh chích huyết hoặc nơi có bệnh.
 - + Lập tức giác chùm lên vết chích để hút máu, mủ ra.
 - + Lưu ống giác 10 - 15 phút.
- Giác trước chích sau:
 - + Giác lên vị trí cần giác, lưu ống giác 10 - 15 phút đến khi thấy da vùng giác ửng đỏ.
 - + Sau khi nhắc ống giác, lập tức dùng kim 3 cạnh chích rách da, dùng tay nặn chỗ chích cho ra tí máu.

Nhắc ống giác:

- Dùng tay trái ấn nhẹ ống giác nghiêng về bên trái, dùng ngón trỏ hoặc ngón tay phải ấn xuống da phía bên phải chỗ miệng ống giác, để không khí lọt vào trong ống giác, ống giác tự long ra và nhắc lên. Không nên cố sức kéo hoặc xoay ống giác để nhắc lên vì có thể làm tổn thương da.
- Sau khi nhắc ống giác, lấy vải gạc sạch lau sạch da.
- Vô trùng miệng chỗ châm chích có máu, mủ, băng lại nếu cần.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Phản ứng của người bệnh: bình tĩnh hợp tác, khó chịu hoặc các phản ứng khác.
- Thay đổi ở da nơi giác:
 - + Da có bông nước, thành ống giác cũng có giọt nước (biểu hiện có thấp).
 - + Da có bông nước màu tím, đen (biểu hiện có thấp và huyết ứ lâu ngày).
 - + Da có màu nâu sẫm tím, hoặc đỏ tím (biểu hiện có huyết ứ).
 - + Da có màu sắc không thay đổi, sờ vào không thấy ấm (biểu hiện người bệnh có chứng hư hàn).
 - + Da có hơi ngứa hoặc có nếp nhăn (biểu hiện có chứng phong).

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

- Tránh cọ sát da vùng giác, nếu có ngứa không nên gãi rách xước da.
- Vết bầm ở da chỗ giác sẽ tự tiêu trong vài ngày, không cần xử lý.
- Thay băng hàng ngày (nếu giác để hút máu mủ ở mụn nhọt)
- Nếu có phỏng nước, giữ sạch và băng lại, phỏng nước sẽ tự xẹp./.

6. KỸ THUẬT XÔNG HƠI THUỐC GIẢI CẢM

I. MỤC ĐÍCH

Thông qua việc hơi nóng của nước thuốc bốc lên tác động vào da nhằm làm ra mồ hôi, làm thông đường thở và làm vệ sinh da ở người bị cảm hàn.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Người bị cảm phong hàn (sốt, sợ gió lạnh, không có mồ hôi, đau đầu, ngạt mũi, tiếng nặng, sổ mũi, ngứa họng, ho, đờm trong loãng, chân tay thân mình đau mỏi khó chịu, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch phù khẩn).

2. Chống chỉ định

Người bị sốt do nhiệt (sốt, sợ nóng, có mồ hôi, khát, mạch nhanh), sốt xuất huyết, sốt do âm hư, tân dịch hư, người suy yếu, phụ nữ mới sinh nở, trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Một nắm lá xông (gồm: hương nhu, cúc tần, tía tô, lá chanh, lá bưởi, lá tre, sả)

- Một nồi (xoong) có nắp, nước vừa đủ để nấu nước xông
- Giấy báo hoặc lá chuối, dây buộc để bịt miệng nồi
- Chăn đơn một chiếc để người bệnh trùm khi xông.
- Một đôi đũa dài để người bệnh quấy thuốc khi xông
- Khăn khô sạch để người bệnh lau khô người sau khi xông xong.
- Quần áo sạch sẽ để người bệnh thay sau khi lau khô người

2. Người bệnh

- Được hướng dẫn cách xông để tự làm, cách điều khiển hơi nước thuốc
- Thực hiện đúng quy trình để đạt hiệu quả và tránh bị bỏng.

3. Thầy thuốc

- Hướng dẫn cho người bệnh cách xông.
- Chuẩn bị nồi nước xông cho người bệnh .
- Chuẩn bị chỗ xông cho người bệnh .
- Chuẩn bị khăn, quần áo cho người bệnh .
- Buồng xông kín gió.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thầy thuốc

- Cho thuốc vào nồi nước, lấy giấy báo (gấp 2 - 3 lần) hoặc lá chuối lành bịt miệng nồi rồi lấy dây buộc lại.
- Đặt lên bếp đun sôi, để sôi 5 - 10 phút.
- Bắc nồi nước xông đã sôi đặt trước mặt người bệnh.
- Để khăn khô và quần áo sạch bên phải người bệnh.

2. Người bệnh

- Bỏ quần áo ngoài, ngồi trước nồi nước xông rồi trùm chăn kín người, qua đầu.
- Mở nắp vung nồi, bỏ ra ngoài chăn.
- Lấy đũa chọc thủng 1 lỗ ở miệng nồi cho hơi nước thuốc nóng phả từ từ vào mặt (không được mở rộng miệng nồi ngay vì dễ gây phản ứng dẫn đến đổ nồi nước xông, gây bỏng).
- Vừa hít thở sâu hơi nước thuốc, vừa từ từ ngoáy rộng lỗ thủng ở miệng nồi, vừa quấy thuốc cho hơi thuốc bốc lên tăng dần để toả vào mặt, cổ, ngực. Thời gian khoảng trên dưới 5 - 10 phút.
- Sau khi thấy mồ hôi ở đầu, mặt, cổ, ngực, lưng toát ra và người cảm thấy dễ chịu, bớt đau đầu, bớt sốt, thì bỏ nồi xông ra khỏi chăn.

- Vẫn ngồi như trước, lấy khăn khô lau khô sạch đầu, mặt, cổ, thân thể, thay quần áo khô sạch.
- Bỏ chăn chùng người, song chú ý giữ ấm và tránh gió lạnh đột ngột.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Quá trình xông và những việc bất thường đã xảy ra.
- Nhiệt độ, trạng thái ra mồ hôi sau khi xông và cảm giác khác.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

- Tránh gió lùa, giữ ấm.
- Nếu mồ hôi ra không ngừng cần báo ngay cho thầy thuốc

VII. CÁCH XỬ TRÍ KHI MỒ HÔI RA KHÔNG NGỪNG

- Nguyên nhân: thời gian xông lâu, vệ khí bị hao tổn nên mồ hôi tiếp tục ra.
- Phép điều trị: bổ nguyên khí
- Thuốc: ngâm 1 lát nhân sâm, hoặc uống chè sâm.

7. KỸ THUẬT XÔNG HƠI, XÔNG KHÓI THUỐC VÀO CHỖ BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

Để hơi thuốc, khói thuốc trực tiếp tác động vào nơi có bệnh, nhằm điều hoà kinh khí, hoạt huyết, khu tà.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Lở loét ngoài da, trĩ, bí tiểu tiện, phong thấp, đau nhức, trĩ mũi, viêm mũi, viêm xoang, đau mắt đỏ.

2. Chống chỉ định

Không dùng phương pháp này cho bệnh toàn thân.

III. CHUẨN BỊ

Có 2 cách xông hơi nước thuốc và xông khói thuốc.

1. Dụng cụ

* Dụng cụ cho xông hơi nước thuốc:

- Nồi nước xông (dùng xông trị, tăng sinh môn), bát nước sôi (dùng xông mắt).
- Thuốc xông phù hợp (thuốc phiến để nấu nước xông hoặc thuốc bột, thuốc nước làm sẵn để hoà với nước sôi để xông).
- Ghế ngồi thích hợp (ghế lỗ thùng, ghế thường).
- Phếu bằng giấy dày (để hướng hơi thuốc toả vào nơi xông ,ví dụ: mắt).
- Khăn khô sạch để lau khô chỗ xông.

* Dụng cụ cho xông khói thuốc:

- Bát/nồi, than (củi) hồng.
- Thuốc xông (bột) thích hợp.
- Phếu bằng giấy dày để dẫn khói thuốc toả vào nơi xông (ví dụ: kẽ ngón tay, chân, mũi ...).

2. Người bệnh

- Được hướng dẫn cách xông để xông đúng chỗ.
- Làm theo đúng quy trình tránh bị bỏng và đạt hiệu quả cao.

3. Thầy thuốc

- Hướng dẫn cho người bệnh cách xông.
- Chuẩn bị nồi xông cho người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. XÔNG HƠI NƯỚC THUỐC

* Thầy thuốc: xác định vị trí cần xông để chọn tư thế thích hợp cho người bệnh ; Nấu nước (thuốc) xông (như xông giải cảm) hoặc hoà thuốc có sẵn vào bát (cốc) nước sôi, đặt chụp phếu lên miệng cốc, lỗ hở hướng vào nơi định xông (Ví dụ: mắt)

* Người bệnh:

- Bộc lộ vị trí cần xông (Ví dụ: cởi quần để xông vùng hậu môn, tăng sinh môn, hoặc bỏ kính để xông mắt);
- Đặt nồi xông xuống dưới ghế thùng lỗ, mở vung nồi chọc thùng giấy báo (lá chuối) để xông; hoặc để chóp phếu hướng vào mắt để xông. Chú ý lúc đầu tránh phả quá nhiều hơi nóng hoặc để quá gần dễ gây bỏng;
- Khi độ nóng của nước thuốc giảm nhiều thì ngừng xông;
- Lau khô vùng xông;
- Chỉnh đốn trang phục.

B. XÔNG KHÓI THUỐC

1. Thầy thuốc

- Xác định vị trí cần xông để chọn tư thế thích hợp cho người bệnh.

- Đặt nồi / bát than hồng vào vị trí cần thiết.
- Lấy một lượng bột thuốc đủ dùng rắc vào lò than hồng để đốt lấy khói.

2. Người bệnh

- Ở tư thế thích hợp, bộc lộ nơi cần xông (Ví dụ: bỏ tất, mở rộng kẽ chân, hoặc cởi quần ngồi trên ghế thùng đáy để xông hậu môn, hoặc bỏ khẩu trang để xông mũi).
- Tự đặt vị trí xông vào đúng chỗ khói bốc lên, hoặc chụp phễu lên miệng bát, chóp phễu hướng vào mũi để khói lên lỗ mũi.
- Khi chỗ xông có 1 lớp khói đọng lại thì dừng.
- Ngày có thể xông 2 lần.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, BÁO CÁO

- Ghi quá trình xông, sự thay đổi tại chỗ xông, lớp khói đọng ở chỗ xông.
- Hiệu quả của xông thể hiện bằng sự thay đổi lúc đó của các triệu chứng chính nơi có bệnh.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH SAU KHI XÔNG

- Tự theo dõi những thay đổi của các triệu chứng.
- Nếu cần phải xử lý, báo cáo ngay với thầy thuốc.

8. KỸ THUẬT BẮM HUYỆT

Thuật ngữ “Bấm huyết” được hiểu là dùng ngón tay thay kim tác động vào huyết với các thủ thuật: ấn (huyết), day (huyết), điểm (huyết), bấm (huyết).

1. Ấn huyết: là dùng đầu ngón tay ấn vào huyết theo hướng chéo khoảng 45°, khoảng 1 phút. Nếu vùng rộng hơn: dùng gốc bàn tay, mô út, mô cái để ấn. Tác dụng thông kinh hoạt lạc, giám du ở huyết và các phủ tạng có quan hệ với huyết hoặc khớp.

2. Day huyết: là trên cơ sở ấn, di chuyển ngón tay theo hướng tròn trên huyết khoảng 1 phút. Tác dụng: day ở nơi đau, khu phong thanh nhiệt, mềm cơ.

3. Điểm huyết: là dùng đầu ngón tay tác động vào huyết theo hướng thẳng đứng (khoảng 90°) khoảng 1 phút. Thường dùng ngón tay giữa để thẳng, ngón trỏ hơi cong để lên lưng của ngón giữa, ngón tay cái để vào phía dưới bên trong ngón giữa để đỡ cho ngón giữa tác động thẳng góc và từ từ vào huyết. Có thể dùng ngón cái, đốt thứ 2 của ngón trỏ, ngón giữa. Nếu huyết ở sâu như Hoàn khiêu và người có cơ mông dày, dùng ngón tay không có kết quả thì dùng khuỷu tay tác động thẳng góc vào huyết. Đó là thủ thuật tả mạnh nhất của xoa bóp, cần căn cứ vào bệnh tình của người bệnh để dùng sức cho thoả đáng. Tác dụng: khai thông những chỗ bế tắc, tán hàn giảm đau.

4. Bấm huyết: là dùng móng ngón tay cái tác động mạnh đột ngột vào vùng huyết rồi nhả ngay hay bấm ở Nhân trung, Thập tuyến. Tác dụng khai khẩn tinh thần.

I. MỤC ĐÍCH

Làm cho dinh vệ điều hoà, thư cân, hoạt lạc, qua đó điều hoà được khí cơ bị rối loạn làm mềm cân cơ và giảm đau.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định: tương đối rộng

Cảm mạo, mệt mỏi, suy nhược, tiêu hóa kém, ho, đau nhức cơ khớp (đau cổ gáy, đau vai, đau lưng) đau bụng, đau đầu, đau răng, đau mắt, dị chứng bại liệt, dị chứng trúng phong, liệt dây thần kinh ngoại vi, đau dây thần kinh ngoại vi, mất ngủ, lác mắt, cận thị, ngạt mũi.... Có thể dùng trong cấp cứu ngất, bất tỉnh.

2. Chống chỉ định

Bệnh lây cấp, ung thư, da liễu, mụn nhọt, bệnh cần cấp cứu xử lý ngoại khoa, phụ nữ mang thai, bệnh tâm thần, những người say rượu, người suy kiệt.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Kéo cắt móng tay.
- Bông thấm tiết khuẩn.
- Lọ cồn 70°
- Nước nóng và chậu rửa.
- Khăn sạch.
- Khay men để cắt móng tay, bông, lọ cồn.

2. Người bệnh

- Được hướng dẫn quy trình, vị trí bấm huyết và đồng ý bấm huyết.
- Chuẩn bị tâm lý hợp tác với thầy thuốc trong quá trình bấm huyết.

3. Thầy thuốc

- Cắt ngắn móng tay
- Giới thiệu quy trình bấm huyết, nhất là nói rõ những nơi cần bấm như ngực, bụng, lưng ... để người bệnh rõ. Thầy thuốc chỉ được bấm huyết ở những nơi đó khi người bệnh đồng ý.
- Giới thiệu cảm giác khi bấm huyết để người bệnh biết rõ trước khi tiếp nhận bấm huyết.

4. Địa điểm

- Chỗ bấm huyệt cho nữ cần kín đáo, sạch sẽ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* Người bệnh (ngồi, nằm) ở tư thế thích hợp, bộc lộ nơi cần bấm huyệt và phối hợp với thầy thuốc trong quá trình bấm huyệt.

* Thầy thuốc:

- Dùng cồn sát trùng tay
- Đứng ở vị trí trước, sau, cạnh người bệnh, thích hợp cho công việc bấm huyệt
- Xác định vị trí cần bấm (huyệt trên đường kinh, huyệt ngoài đường kinh, huyệt a thị).
- Phủ khăn mỏng lên vùng da bấm huyệt
- Bấm huyệt đồng thời theo dõi phản ứng của người bệnh, giải thích những cảm giác của người bệnh khi được bấm huyệt.
- Lực bấm từ nhẹ đến mức người bệnh chịu được, không làm tổn thương da người bệnh và gây ngất do quá đau
- Bấm lần lượt từng huyệt theo yêu cầu của điều trị.

V. GHI CHÉP VÀ BÁO CÁO

Thầy thuốc ghi: thủ thuật bấm, tên huyệt dùng, phản ứng của người bệnh khi được bấm huyệt, thay đổi của triệu chứng sau khi bấm huyệt.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Theo dõi những thay đổi trong người (đau ở chỗ bệnh, đau ở chỗ bấm, chảy máu dưới da chỗ bấm, mệt mỏi uể oải hơn hay dễ chịu, thay đổi của triệu chứng bệnh...)

Người bệnh tự bấm nếu biết cách làm.

9. KỸ THUẬT SẮC THUỐC THANG

I. MỤC ĐÍCH

Thông qua nhiệt độ sôi của nước tác động vào các vị thuốc để chất thuốc hoà tan trong nước sôi, làm cho tính được được hoà hoãn và giảm được tác dụng phụ của thuốc rồi chắt lấy nước thuốc để uống.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA THUỐC SẮC**1. Chỉ định**

- Dùng cho bệnh cấp tính (cả ngoại cảm và nội thương) để tả thực, điều khí.

- Dùng cho bệnh mạn tính để bổ hư, điều khí.

2. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định rõ, chủ yếu là sắc đúng cách để đảm bảo chất lượng thuốc dùng cho bệnh cấp tính và bệnh mạn tính.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Gói thuốc sắc (cần gói riêng vị thuốc sắc trước, vị thuốc sắc sau).
- Ấm thuốc, có thể dùng các loại sau: ấm đất, ấm sành, nồi nhôm, xoong nhôm, nồi thép không gỉ, nồi áp suất, ấm sắc thuốc bằng điện.
- Nước sắc thuốc: nước sạch
- Bếp sắc thuốc: các loại bếp: bếp củi, bếp than củi, bếp than tổ ong, bếp gas, bếp điện... đều dùng được.
- Bát hoặc phích để chắt, đựng nước thuốc

2. Người bệnh

Người bệnh được hướng dẫn cách sắc thuốc nếu mang thuốc về nhà tự sắc lấy (xem các bước tiến hành).

3. Thầy thuốc

- Biết được tác dụng lý thuyết của thang thuốc, sắc lấy khí hay lấy vị
- Biết được kỹ thuật sắc thang thuốc này và thời điểm cho các vị thuốc gói riêng vào trước vào sau theo đơn.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đổ thuốc vào ấm thuốc, rồi đổ nước ngập mặt thuốc khoảng 2 cm.
- Nếu dùng ấm thuốc có vôi: lấy giấy gói thuốc lót dưới mặt vung và hơi nút vôi ấm để ngăn không cho thuốc sôi bùng lên tràn ra ngoài.
- Đặt ấm thuốc lên bếp
- Mồi dầu cho lửa to (vũ hoả) cho chóng sôi. Khi đã sôi, tùy loại thuốc, dùng 1 trong 2 cách sau:
 - + Với thuốc cần lấy khí để chữa bệnh ở biểu, thanh nhiệt: vặn xuống mức lửa vừa để nước thuốc sôi nhẹ khoảng 20 phút để giữ khí của thuốc và để hoà chất thuốc. Điều chỉnh ngọn lửa không cho thuốc trào ra. Chắt lấy thuốc uống nóng. Chỉ sắc 1 lần.
 - + Với thuốc cần lấy vị để chữa các bệnh hư tổn: vặn xuống mức lửa vừa/ nhỏ để sôi âm ỉ khoảng 60 phút để hoà tan chất thuốc và lấy vị. Điều chỉnh ngọn lửa để thuốc sôi nhưng không trào ra. Chắt lấy nước thuốc thứ nhất. Lại đổ nước vào ngập thuốc khoảng 1 cm, tiếp tục sắc như trên, rồi chắt lấy nước thuốc thứ 2. Nếu ném bã vị Cam thảo, Đại táo vẫn còn ngọt, có thể sắc như trên lần thứ 3.

(Phải sắc lần thứ 2, thứ 3, vì sau lần sắc thứ nhất chất thuốc bị bão hoà không hoà tan hết trong nước được, sau lần sắc 2,3 mới hoà tan hết chất thuốc vào nước, chỉ còn lại bã)...
- Có thể sắc xong nước thuốc nào thì uống ngay nước thuốc ấy. Như vậy, số lần sắc phải cách nhau cho phù hợp với lần uống thuốc.
- Có thể sắc một lúc cả mấy nước thuốc, trộn đều với nhau và chia ra để uống dần theo hướng dẫn của thầy thuốc.

Chú ý:

Với thuốc sắc trước:

- + Thuốc là khoáng vật: đập vỡ nhỏ, sắc 10 - 15 phút rồi mới cho thuốc còn lại vào sắc tiếp.
- + Thuốc có sạn, đất (hoàng thổ, rễ lau, rễ lúa) hoặc thuốc lượng lớn (lô căn, mao căn, trúc nhự, hạ khô thảo) sắc trước, chất lấy nước làm nước sắc các vị thuốc còn lại.

Với thuốc cho vào sau:

- + Thuốc phương hương (thơm, có tinh dầu): Khi sắp sắc xong mới cho thuốc vào, 4-5 phút sau thì bắc ra (Bạc hà, Sa nhân, Đậu khấu, Nhục quế).

Với thuốc quý:

- + Ví dụ Nhân sâm, Thái lát, chưng nước cách thủy cho nhừ, chất lấy nước sâm hoà với nước thuốc uống. Bã sâm có thể ăn.
- + Ví dụ Tê giác: hoặc chế nhỏ sắc riêng như Nhân sâm, hoặc mài ra để uống.
- + Nhục quế: có thể mài với nước thuốc để uống.
- Với các thuốc khác: như Agiao, Qui giao, Lộc giác giao... Sau khi đã sắc thuốc xong, chất nước thuốc, cho vào, gia nhiệt để hoà tan vào thuốc.
- Với thuốc bột (như Hoạt thạch tán mịn): cho vào túi vải rồi sắc để tránh khi chất nước thuốc bột ra theo, và khi uống, bột sẽ vương ở họng.
- Trong khi sắc thuốc bằng các loại bếp, cần:
 - + Luôn có mặt để điều chỉnh ngọn lửa cho phù hợp, hoặc điều chỉnh nắp vung nồi cho thích hợp để thuốc không trào ra ngoài.
 - + Không để thuốc cạn hết và cháy. Nếu thuốc cạn cần cho thêm nước cho đủ để chất thuốc có thể hoà tan tốt.

V. GHI CHÉP, BÁO CÁO

Những diễn biến bất thường khi sắc như: trào hết nước, cạn hết nước, cháy thuốc, không cho thuốc vào sắc trước hoặc cho vào sau khi sắc,....

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI SẮC THUỐC

- + Sắc xong tắt lửa, dọn dẹp cho gọn gàng sạch sẽ
- + Lưu bã thuốc, sau khi người bệnh uống xong an toàn mới bỏ.
- + Rửa sạch ấm, vung, lau khô để dùng tiếp.

Chương VI

RĂNG - HÀM - MẶT

1. NHIỆM VỤ CỦA ĐIỀU DƯỠNG PHÒNG KHÁM RĂNG MIỆNG

I. TRƯỚC KHI BÁC SĨ KHÁM BỆNH

Bước 1: Chuẩn bị ghế máy.

- Bật công tắc điện
- Mở nước
- Cắm máy nén khí.

Bước 2: Chuẩn bị người bệnh.

- Vào sổ khám bệnh (vào mạng máy tính - nếu có):
 - + Họ tên người bệnh, tuổi, địa chỉ, giới, nghề nghiệp, địa chỉ liên lạc khi cần.
 - + Lý do đến khám bệnh.
- Mời người bệnh ngồi lên ghế khám, phủ khăn sạch lên người bệnh và bàn khám.

Bước 3: Chuẩn bị dụng cụ thuốc men, khay khám:

- Gương sáng.
- Gấp.
- Thăm châm.
- Cốc nước sạch cho người bệnh súc miệng.
- Ống hút nước bọt.
- Cốc đựng oxy già, cồn.
- Bông, gạc củ ấu đã được hấp tiệt trùng.
- Chuẩn bị găng sạch cho bác sĩ.
- Pha nước ngâm dụng cụ theo quy định.
- Rửa tay đi găng.

II. TRONG KHI BÁC SĨ KHÁM BỆNH

- Y tá - điều dưỡng đứng bên trái người bệnh.
- Lấy dụng cụ khi bác sĩ yêu cầu.
- Hút nước bọt khi bác sĩ khám hoặc làm thủ thuật.
- Quan sát người bệnh trong quá trình bác sĩ khám hoặc làm thủ thuật.

III. SAU KHI BÁC SĨ KHÁM BỆNH

- Chăm sóc người bệnh sau thủ thuật nếu có.
- Hướng dẫn người bệnh xuống ghế chờ lấy kết quả khám.

- Thu dọn các bông bông, kim tiêm vào nơi quy định.
- Hướng dẫn người bệnh khám tiếp theo.
- Ngâm ngay dụng cụ vừa sử dụng xong vào thùng dung dịch khử khuẩn theo quy định, sau đó tráng rửa sạch và hấp sấy tiệt khuẩn tùy theo loại dụng cụ.
- Sau mỗi ngày khám y tá - điều dưỡng dọn sạch bàn máy nén khí.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY RĂNG

I. MỤC ĐÍCH

- * Giúp cho y tá- điều dưỡng biết cách chuẩn bị dụng cụ, trợ giúp bác sĩ trong quá trình điều trị viêm tủy răng.
- * Giúp cho người bệnh hiểu các bất thường trong quá trình điều trị, biết khi nào cần báo cho bác sĩ, và biết cách chăm sóc sau điều trị, yên tâm tin tưởng trong điều trị bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Hồ sơ bệnh án: cần chuẩn bị đầy đủ, chi tiết, các xét nghiệm, X. quang để có thể dễ dàng theo dõi trong quá trình điều trị.

2. Người bệnh: đón tiếp và giải thích các bước điều trị để người bệnh yên tâm, có thái độ cộng tác với bác sĩ.

3. Dụng cụ

- Ghế máy hoạt động tốt, sạch sẽ.
- Dụng cụ: phải đảm bảo vô trùng, cụ thể như sau:
 - + Bơm tiêm, kim tiêm dùng một lần.
 - + Bộ khám: khay gương, gập, châm.
 - + Tay khoan, mũi khoan, các loại.
 - + Dụng cụ nhỏ: châm trơn, châm gai, nong dũa ống tủy với các số, Lentulo.
 - + Mũ, khẩu trang, găng tay, kính bảo vệ mắt.
 - + Dao, kéo phẫu thuật, kính, bay đánh chất hàn.
- Thuốc và vật liệu:
 - + Thuốc tê loại bơm hoặc tiêm.
 - + Các chất hàn ống tủy, hàn tạm, hàn vĩnh viễn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đón tiếp người bệnh niềm nở, theo thứ tự, hướng dẫn người bệnh vào ghế.
- Lấy khay khám, các dụng cụ, thuốc men và chuẩn bị giúp bác sĩ, cụ thể:

1. Giai đoạn mở tuỷ: chuẩn bị dụng cụ, thuốc men gây tê, mở tuỷ:

- Mũi khoan tròn, trụ.
 - Châm gai lấy tuỷ.
 - Bơm rửa buồng tuỷ và các ống tuỷ bằng nước ôxy già 10 thể tích.
 - Nong dũa ống tuỷ đủ số từ nhỏ đến to.
 - Bấc bông, thuốc sát trùng buồng tuỷ, ống tuỷ.
- Các dụng cụ phải đảm bảo vô trùng, sạch sẽ, sắp xếp theo thứ tự gọn gàng.

2. Giai đoạn hàn ống tuỷ

- Chuẩn bị chất hàn: paste các loại và gutta percha, lentulo để hàn.
- Y tá - điều dưỡng luôn phối hợp trợ thủ tốt cho bác sĩ để hàn ống tuỷ.

3. Giai đoạn hàn vĩnh viễn: bằng các chất vĩnh viễn, đèn quang trùng hợp...

4. Xử lý dụng cụ sau khi dùng

- Dụng cụ khám thông thường phải được ngâm trong dung dịch sát trùng theo đúng hướng dẫn của nhà sản xuất.
- Rửa sạch, lau khô, và hấp dụng cụ đúng theo quy trình.
- Dụng cụ nhỏ: rửa sạch, đưa vào máy sấy dụng cụ nhỏ.

IV. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

- Thông thường sau khi hàn ống tuỷ người bệnh có thể còn cảm thấy đau sau dịu dẫn,... Nên giải thích cho người bệnh hiểu các triệu chứng trên chỉ là phản ứng tại chỗ của cơ thể. Người bệnh nên yên tâm dùng thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ. Nếu đau kéo dài nên đến bác sĩ kiểm tra lại.
- Sau khi hàn vĩnh viễn, khuyên người bệnh không nên cắn thức ăn cứng vào răng đã hàn. Nên khám răng miệng 6 tháng một lần để phát hiện và xử lý kịp thời các sâu răng mới, răng hàn cũ có vấn đề...

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ VIÊM QUANH CUỐNG RĂNG

I. MỤC ĐÍCH

- * Giúp cho y tá- điều dưỡng biết chuẩn bị dụng cụ, thuốc men trợ giúp bác sĩ trong quá trình điều trị viêm quanh cuống răng.

* Giúp cho người bệnh hiểu các bất thường trong quá trình điều trị, biết khi nào cần báo bác sĩ, biết cách chăm sóc sau điều trị, yên tâm tin tưởng trong điều trị bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Hồ sơ bệnh án: cần chuẩn bị đầy đủ, chi tiết, cụ thể: các phim, xét nghiệm... cần thiết để có thể dễ dàng theo dõi quá trình điều trị và nghiên cứu khoa học.

2. Người bệnh: đón tiếp và giải thích các bước điều trị để người bệnh yên tâm, có thái độ cộng tác với bác sĩ.

3. Dụng cụ

- Ghế máy hoạt động tốt, sạch sẽ để dễ dàng tiện lợi cho khám và điều trị.
- Dụng cụ: phải đảm bảo vô trùng, cụ thể như sau:
 - + Bơm tiêm, kim tiêm dùng 1 lần.
 - + Bộ khám: khay, gương, găng, châm.
 - + Tay khoan, mũi khoan các loại.
 - + Dụng cụ nhỏ: châm trơn, châm gai, nong dừa ống tuỷ đủ số, lentulo
 - + Mũ, khẩu trang, găng tay, kính bảo vệ mắt.
 - + Dao, kéo phẫu thuật, kính, bay đánh chất hàn.
- Thuốc và vật liệu:
 - + Thuốc tê loại bôi và tiêm.
 - + Các dung dịch để rửa tuỷ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đón tiếp người bệnh niềm nở, theo thứ tự, hướng dẫn người bệnh vào ghế.
- Lấy khay khám và chuẩn bị các dụng cụ, thuốc men theo các giai đoạn để trợ giúp bác sĩ, cụ thể:

1. Giai đoạn mở tuỷ

- + Mũi khoan tròn, trụ.
- + Châm gai lấy tuỷ hoại tử.
- + Bơm rửa buồng tuỷ và các ống tuỷ bằng nước ô xy già 10 thể tích.
- + Nong dừa ống tuỷ đủ số từ số nhỏ đến số to.
- + Bấc bông, thuốc sát trùng buồng tuỷ, ống tuỷ.

Các dụng cụ phải đảm bảo vô trùng, sạch sẽ, sắp xếp theo thứ tự gọn gàng.

2. Giai đoạn hàn ống tuỷ

- + Chuẩn bị chất hàn: paste các loại và gutta percha, lentulo để hàn, dụng cụ hàn ống tuỷ.
- + Y tá - điều dưỡng luôn phải phối hợp trợ thủ tốt cho bác sĩ để hàn ống tuỷ.
- + Phim rõ các ống tuỷ

3. Giai đoạn hàn vĩnh viễn: bằng các chất vĩnh viễn, đèn quang trùng hợp...**4. Xử lý dụng cụ sau khi dùng**

- Dụng cụ khám thông thường phải được ngâm trong dung dịch sát trùng theo đúng hướng dẫn quy chế chống nhiễm khuẩn.
- Rửa sạch, lau khô, và hấp dụng cụ đúng quy trình.
- Dụng cụ nhỏ: rửa sạch, đưa vào máy sấy dụng cụ nhỏ.

IV. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

- + Thông thường sau khi hàn ống tuỷ người bệnh có thể còn cảm thấy đau sau dịu dần ... Nên giải thích cho người bệnh hiểu các triệu chứng trên chỉ là phản ứng tại chỗ của cơ thể, người bệnh yên tâm dùng thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ. Nếu đau tăng vùng cuống răng phản ứng mạnh, sưng to, sốt thì nên gặp bác sĩ sớm.
- + Sau khi hàn vĩnh viễn, khuyên người bệnh không nên cắn thức ăn cứng vào răng đã hàn. Nên làm chụp thép hoặc sứ với răng vỡ to để bảo vệ răng. Nên khám răng miệng 6 tháng một lần để phát hiện và xử lý kịp thời các sâu răng mới, răng hàn cũ có vấn đề.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP Ở RĂNG SỮA

I. MỤC ĐÍCH

- * Giúp cho điều dưỡng viên nắm được quy trình điều trị viêm tủy răng cấp để chuẩn bị dụng cụ và trợ thủ bác sĩ điều trị.
- * Biết cách theo dõi chăm sóc bệnh nhi sau khi đặt thuốc diệt tủy

II. CHUẨN BỊ

- 1. Hồ sơ bệnh án:** cần chuẩn bị đầy đủ, chi tiết, cụ thể để có thể dễ dàng theo dõi trong quá trình điều trị.
- 2. Bệnh nhi** được giải thích, giới thiệu làm quen, tạo tin tưởng, tránh lo âu sợ hãi khi bác sĩ thăm khám và điều trị.

3. Dụng cụ

- Ghế máy hoạt động tốt, sạch sẽ.
- Dụng cụ: phải đảm bảo vô trùng, cụ thể như sau:
 - + Bơm tiêm, kim tiêm dùng một lần.
 - + Bộ khám: khay, gương, gắp, thám châm.
 - + Mũi khoan các loại và tay khoan tốc độ cao và thấp.
 - + Dụng cụ nhỏ các cỡ số: châm trơn, châm gai, nong dũa ống tuỷ đủ số, lentulo
 - + Mũ, khẩu trang, găng tay, kính bảo vệ mắt.
- Thuốc và vật liệu:
 - + Thuốc tê lidocain 2%
 - + Thuốc diệt tuỷ: Arsodent (Sec sản xuất) hoặc Caustinerf asenical (hãng Septodont sản xuất).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đón tiếp người bệnh niềm nở, theo thứ tự, hướng dẫn bệnh nhi vào ghế
- Lấy khay khám, các dụng cụ, thuốc men và chuẩn bị giúp bác sĩ, cụ thể:

1. Giai đoạn tạo lỗ hàn và đặt thuốc diệt tuỷ

- Mũi khoan tròn, trụ.
- Bơm rửa.
- Bấc bông, thuốc sát trùng.
- Thuốc diệt tuỷ.
- Các dụng cụ phải đảm bảo vô trùng, sạch sẽ, sắp xếp theo thứ tự gọn gàng.

2. Giai đoạn chuẩn bị ống tuỷ và hàn ống tuỷ

Chuẩn bị:

- Mũi khoan.
- Dụng cụ nhỏ để điều trị tuỷ.
- Thuốc sát trùng.
- Chất hàn ống tuỷ.

3. Giai đoạn hàn vĩnh viễn

Chuẩn bị:

- Mũi khoan.
- Thuốc sát trùng.
- Chất hàn (Amalgam hoặc Cement các loại).

4. Xử lý dụng cụ sau khi dùng

- Dụng cụ khám thông thường phải được ngâm trong dung dịch sát trùng theo đúng hướng dẫn của nhà sản xuất.
- Rửa sạch, lau khô và hấp dụng cụ đúng quy trình.
- Dụng cụ nhỏ: rửa sạch, đưa vào máy sấy dụng cụ nhỏ.

IV. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

Thông thường sau khi đặt thuốc diệt tuỷ, bệnh nhân thường đau dội lên vài giờ do phản ứng, vì vậy hướng dẫn:

- * Cha mẹ yên tâm nếu là trẻ còn nhỏ.
- * Dặn dò sử dụng thuốc giảm đau theo hướng dẫn của bác sĩ.
- * Không cho trẻ ăn sau khoảng 2 giờ, tuỷ chất hàn.
- * Trẻ giữ gìn vệ sinh răng miệng.
- * Cha mẹ cho trẻ đến đúng hẹn theo chỉ dẫn của bác sĩ.
- * Trong các trường hợp biến chứng khác như: sốt, sưng, đau tăng dữ dội phải đưa đến bác sĩ khám ngay không cần đúng hẹn.

5. CHĂM SÓC VIÊM QUANH CUỐNG (CHÓP) RĂNG CẤP Ở TRẺ EM

I. MỤC ĐÍCH

- * Giúp cho điều dưỡng viên nắm được quy trình điều trị viêm quanh cuống răng cấp tính để từ đó có kế hoạch chuẩn bị dụng cụ và trợ thủ bác sĩ điều trị.
- * Giúp cha mẹ bệnh nhân hiểu được nguyên nhân, tiến triển của bệnh, các bước thầy thuốc tiến hành điều trị cho bệnh nhân để cha mẹ có kế hoạch phối hợp với thầy thuốc giúp điều trị thu được kết quả tốt.

II. CHUẨN BỊ

- 1. Hồ sơ bệnh án:** cần chuẩn bị đầy đủ, chi tiết, cụ thể để có thể dễ dàng theo dõi trong quá trình điều trị.
- 2. Chuẩn bị đón tiếp làm quen và giải thích** tạo sự tin tưởng để bệnh nhân không sợ hãi khi bác sĩ thăm khám và điều trị
- 3. Chuẩn bị dụng cụ**
 - Ghế máy hoạt động tốt, sạch sẽ
 - Dụng cụ: phải đảm bảo vô trùng, cụ thể như sau:

- + Bơm tiêm, kim tiêm dùng một lần.
- + Bơm rửa
- + Bộ khám: khay, gương, gắp, thám châm.
- + Mũi khoan các loại
- + Dụng cụ nhỏ các cỡ, số khác nhau.
- + Mũ, khẩu trang, găng tay, kính bảo vệ mắt.
- Thuốc và vật liệu:
 - + Thuốc tê lidocain 2%
 - + Nước oxy già 10 thể tích

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đón tiếp bệnh nhi niềm nở, theo thứ tự, hướng dẫn bệnh nhi vào ghế.
- Lấy khay khám, các dụng cụ, thuốc men và chuẩn bị giúp bác sĩ, cụ thể:

1. Giai đoạn mở buồng tuỷ, tháo trống

- + Mũi khoan tròn, trụ.
- + Dụng cụ điều trị tuỷ nhỏ
- + Thuốc sát trùng các loại, bơm rửa.
Các dụng cụ phải đảm bảo vô trùng, sạch sẽ, sắp xếp theo thứ tự gọn gàng.
- + Hướng dẫn bệnh nhi sử dụng thuốc theo đơn của bác sĩ

2. Giai đoạn chuẩn bị ống tuỷ và hàn ống tuỷ

- Mũi khoan
- Dụng cụ điều trị tuỷ
- Thuốc sát trùng
- Thuốc hàn ống tuỷ

3. Giai đoạn hàn vĩnh viễn

Chuẩn bị:

- Mũi khoan
- Thuốc sát trùng
- Chất hàn vĩnh viễn

4. Xử lý dụng cụ sau khi dùng

- Dụng cụ khám thông thường phải được ngâm trong dung dịch sát trùng theo đúng hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Rửa sạch, lau khô và hấp dụng cụ đúng quy trình.
- Dụng cụ nhỏ: rửa sạch, đưa vào máy sấy dụng cụ nhỏ.

IV. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH BỆNH NHÂN

- Hẹn đến khám lại
- Dẫn dò người bệnh sau điều trị và điều trị tiếp các lần sau.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT TỔ CHỨC QUANH RĂNG

I. MỤC ĐÍCH

- * Giúp cho điều dưỡng viên biết cách chuẩn bị dụng cụ, thuốc và trợ thủ bác sĩ trong quá trình phẫu thuật tổ chức quanh răng.
- * Đảm bảo cho người bệnh khi tiến hành phẫu thuật có đủ các điều kiện tốt về tình trạng toàn thân, yếu tố tâm lý, các xét nghiệm cơ bản... để đạt kết quả điều trị phẫu thuật tốt nhất. Giúp cho điều dưỡng viên biết theo dõi, chăm sóc người bệnh phẫu thuật tổ chức quanh răng.

II. CHUẨN BỊ

1. Hồ sơ bệnh án: cùng bác sĩ hoặc dưới sự chỉ dẫn của bác sĩ chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, phim chụp X. quang các răng cần phẫu thuật...

2. Chuẩn bị đón tiếp và giải thích các bước điều trị để người bệnh yên tâm, tạo sự tin tưởng và để người bệnh có thái độ cộng tác khi bác sĩ thăm khám và điều trị

3. Chuẩn bị dụng cụ

- + Ghế máy nha khoa với tay khoan, mũi khoan, ống hút vô khuẩn
- + Bộ dụng cụ phẫu thuật tổ chức quanh răng vô khuẩn

4. Thuốc và vật liệu

- + Thuốc tê, oxy già 10 đơn vị thể tích, cồn iod 3%
- + Băng thuốc phẫu thuật gồm 1 lọ bột, 1 lọ nước hoặc 2 typ thuốc dạng kem.
- + Các loại vật liệu dùng trong phẫu thuật: bột xương, màng tự tiêu hoặc không tiêu vô khuẩn.
- + Kim chỉ khâu, dao, kéo, kìm gặm xương, kẹp kim, banh miệng...

5. Các dụng cụ hỗ trợ

- + Bơm tiêm dùng một lần
- + Thuốc cấp cứu chống sốc, chống chảy máu
- + Bông, gạc, khăn hấp vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra, đối chiếu kỹ hồ sơ bệnh án tên, tuổi, địa chỉ, chẩn đoán bệnh, các xét nghiệm và phim X. quang răng.
2. Giúp phẫu thuật viên đưa dụng cụ, dao, kéo, kẹp cầm máu, hút nước bọt, thấm máu vùng phẫu thuật.
3. Giúp phẫu thuật viên điều chỉnh ghế, máy, đèn chiếu ở vị trí thích hợp.
4. Đắp paste phẫu thuật: trộn bột với nước hoặc 2 typ kem trên kính vô khuẩn thành dạng bột dẻo (paste) để đắp lên vùng phẫu thuật (còn gọi là băng phẫu thuật).

5. Xử lý dụng cụ sau phẫu thuật

- Làm vệ sinh, lau rửa ghế máy
- Huỷ bỏ những dụng cụ bẩn, dụng cụ làm 1 lần theo quy định của Bộ Y tế.
- Ngâm dụng cụ đã rửa sạch vào dung dịch diệt khuẩn theo thời gian quy định, sau đó lau khô và cho vào lò hấp tiệt trùng để sấy khô theo thời gian quy định.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Cùng với các bác sĩ hoặc dưới sự hướng dẫn của bác sĩ ghi chép đầy đủ quá trình phẫu thuật và thực hiện y lệnh trong bệnh án.
2. Phát hiện những bất thường về tình trạng toàn thân, tại chỗ hoặc tâm lý của người bệnh và báo cáo cho bác sĩ biết.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Dặn dò người bệnh giữ gìn vệ sinh ăn uống và thực hiện chế độ thuốc men theo sự hướng dẫn của bác sĩ và đến khám lại theo hẹn.
2. Hướng dẫn người bệnh khi phát hiện các triệu chứng sau:
 - Chảy máu.
 - Sốt, mệt mỏi.
 - Sưng nề, đau tại chỗ.
 - Đau khi ăn, nhai hoặc va chạm vào răng thì đến khám lại ngay.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT CẮT CUỐNG RĂNG PHẪU THUẬT CÁC CHÂN RĂNG KHÓ

I. MỤC ĐÍCH

- Nhằm giúp y tá - điều dưỡng biết cách chăm sóc người bệnh phẫu thuật cắt cuống răng và phẫu thuật các chân răng khó.
- Đảm bảo cho người bệnh khi tiến hành phẫu thuật cắt cuống răng và phẫu thuật các chân răng khó có đủ điều kiện tốt về tình trạng toàn thân, tâm lý, các xét nghiệm cơ bản... cũng như các thủ tục hành chính để việc điều trị bằng phẫu thuật đạt kết quả tốt.

II. CHUẨN BỊ

1. Cùng bác sĩ hoặc thực hiện dưới sự hướng dẫn của bác sĩ chuẩn bị đầy đủ hồ sơ, bệnh án ngoại trú, cận lâm sàng cần thiết, đặc biệt là phim X. quang tại chỗ phải thật rõ ràng chính xác.
2. Chuẩn bị tốt ghế máy nha khoa cụ thể: tay khoan xương, mũi khoan, máy hút, ống hút... tất cả đều vô trùng.
3. Chuẩn bị đầy đủ thuốc men như: thuốc tê, bơm tiêm, kim gây tê một lần, cồn iốt 3%, ô xy già 5 thể tích.
4. Chuẩn bị tốt các dụng cụ phẫu thuật theo yêu cầu của bác sĩ.
5. Các thông tin để giải thích và hướng dẫn cho người bệnh trước khi phẫu thuật.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đón tiếp người bệnh chu đáo, ân cần.
2. Đưa ghế máy về vị trí thuận lợi nhất cho phẫu thuật viên, đứng bên phải người bệnh.
3. Giúp bác sĩ trong việc hoàn thành đầy đủ, chi tiết hồ sơ điều trị.
4. Giúp bác sĩ hoặc thực hiện dưới sự hướng dẫn của bác sĩ lấy các dụng cụ cần thiết trong phẫu thuật và hút nước bọt khi bác sĩ yêu cầu.
5. Mọi động tác, cử chỉ, thái độ cần nhẹ nhàng tạo lên sự yên tâm tin tưởng của người bệnh.
6. Hướng dẫn cho người bệnh, người nhà người bệnh trong việc thực hiện chế độ dinh dưỡng theo chỉ định.
7. Ghi chép đầy đủ quá trình thực hiện y lệnh điều trị vào bệnh án ngoại trú.
8. Phát hiện những bệnh bất thường về tình trạng toàn thân, tại chỗ hoặc tâm lý người bệnh cho bác sĩ biết.
9. Làm vệ sinh ghế máy, huỷ bỏ những dụng cụ bẩn theo quy định của Bộ Y tế.
10. Xử lý dụng cụ sau điều trị:

- Dọn dụng cụ bắn, rửa qua bằng nước sạch cho vào ngâm nước sát trùng đã pha trước.
- Thu dọn bông, gạc bắn dùng vào nơi quy định.
- Dụng cụ sau khi rửa sạch, lau khô cho vào lò hấp. Theo dõi đủ thời gian, nhiệt độ cần thiết.

IV. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

1. Thực hiện đúng và đầy đủ theo đơn của bác sĩ. Nếu dùng thuốc sau 3-5 ngày mà vẫn thấy tại vết mổ sưng, nóng, đỏ, đau kèm theo sốt phải đến bệnh viện khám ngay để bác sĩ biết có hướng dẫn điều trị kịp thời.
2. Sau khi bỏ gạc nhỏ nước bọt có lẫn 1 ít máu hồng có thể ngâm nước đã vô trùng. Nếu nhỏ nước bọt mà máu ra nhiều thành từng cục đỏ tươi thì phải quay lại khám ngay.
3. Sau 3-6 tháng sau phải hẹn người bệnh kiểm tra chụp phim để đánh giá và tiên lượng phẫu thuật.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH RĂNG CỐ ĐỊNH

I. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NGAY SAU KHI ĐIỀU TRỊ

- Kiểm tra xem vật liệu gắn bị dư có còn sót lại trong miệng người bệnh không.
- Hướng dẫn người bệnh cách thức sử dụng và vệ sinh răng.
- Kiểm tra khớp cắn người bệnh có bị kênh, đau không.
- Hẹn người bệnh đến khám lại sau 6 tháng.

II. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẾN KHÁM LẠI

- Kiểm tra tình trạng vệ sinh của toàn bộ hàm răng nói chung và của răng giả cố định nói riêng. Nếu thấy người bệnh giữ vệ sinh không tốt cần phải hướng dẫn cho người bệnh cách thức vệ sinh đúng.
- Kiểm tra sự tiếp xúc giữa răng giả cố định và các răng liền kề bằng matrix hoặc bằng chỉ tơ nha khoa. Nếu người bệnh bị giắt răng cần hướng dẫn gặp bác sĩ để xử lý kịp thời.
- Kiểm tra khớp cắn có bị kênh không.
- Kiểm tra niêm mạc xem có bị viêm loét do hàm giả gây ra hay không.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ PHỤC HÌNH HÀM KHUNG

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp điều dưỡng viên biết hướng dẫn cho người bệnh cách bảo quản, vệ sinh răng giả.
- Giúp cho người bệnh biết khi nào cần đến bác sĩ để sửa chữa khi đau hoặc có bất thường trong quá trình sử dụng hàm giả.

II. CHUẨN BỊ

- Hồ sơ bệnh án ngoại trú
- Khay khám gồm gương, gắp, thám châm.
- Chuẩn bị thìa lấy khuôn theo chỉ định của bác sĩ.
- Chất lấy khuôn.

III. TIẾN HÀNH

- Đón tiếp người bệnh niềm nở, ân cần theo thứ tự.
- Hướng dẫn người bệnh ngồi vào ghế.
- Nghe chỉ dẫn của bác sĩ, ghi phiếu cho người bệnh khám các chuyên khoa khi cần thiết như nhổ răng, chụp X. quang răng...
- Đánh chất lấy khuôn theo chỉ dẫn.
- Ghi phiếu đưa xuống xưởng theo chỉ định của bác sĩ về vị trí đặt móc, chọn răng và màu sắc sao cho phù hợp với răng còn lại của người bệnh.
- Gửi mẫu xuống xưởng.

IV. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH CÁCH CHĂM SÓC VÀ SỬ DỤNG

Sau khi bác sĩ lắp hàm xong cho người bệnh, y tá - điều dưỡng giao lại giấy bảo hành và hướng dẫn người bệnh như sau:

- Khi lắp hàm khung cần chú ý sao cho hàm sát khít với toàn bộ hệ thống răng còn lại và sống hàm không kênh, không đau.
- Sau khi lắp khít, ổn định mới được cắn 2 hàm răng lại.
- Hàng ngày sau mỗi bữa ăn phải tháo hàm ra vệ sinh sạch sẽ, chải rửa các răng giả, mặt trong và mặt ngoài của khung thép bằng kem đánh răng.
- Sau mỗi bữa ăn tối, tháo hàm đánh rửa sạch sẽ và ngâm vào ca nước lạnh (chú ý phải có nắp đậy).

10. NHIỆM VỤ CỦA ĐIỀU DƯỠNG PHÒNG KHÁM CẤP CỨU - HÀM MẶT

I. TRƯỚC KHI BÁC SĨ KHÁM BỆNH

Bước 1: Chuẩn bị dụng cụ thuốc men, máy hút.

- Kiểm tra đầy đủ thuốc cấp cứu, dịch truyền, và các bộ cấp cứu.
- Bơm, kim tiêm.
- Bình oxy.
- Huyết áp kế.
- Nhiệt kế.

Bước 2: Chuẩn bị người bệnh.

- Hồ sơ bệnh án khi đến cấp cứu: họ tên, tuổi, giới, địa chỉ, khi cần liên hệ với ai. (theo mẫu bệnh án quy định)
- Lý do vào viện.

Nếu người bệnh cấp cứu:

- Nhanh chóng đưa người bệnh vào ghế khám hoặc giường.
- Nếu người bệnh nặng để nằm ngang trên cánh, đầu thấp, mặt quay sang bên để tránh dịch tiết và nôn trào ngược vào đường thở.
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp ghi vào bệnh án và báo cáo cho bác sĩ khám biết.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ khám.

Bước 3: Chuẩn bị dụng cụ khám cho bác sĩ, gồm:

- khay khám, gương sáng, gập.
- Găng tay sạch.
- Cốc đựng cồn, oxy già, cồn iode.
- Ống hút.
- Bộ tiểu phẫu thuật (nếu cần).
- Bông, gạc củ ấu, gạc miếng đã được hấp tiệt trùng.
- Pha nước sát khuẩn ngâm dụng cụ bẩn.

II. TRONG KHI BÁC SĨ KHÁM BỆNH

- Y tá - điều dưỡng đứng đối diện với bác sĩ, trợ giúp cho bác sĩ khám bệnh.
- Cầm ống hút.
- Đưa dụng cụ cần thiết khi bác sĩ yêu cầu.

III. SAU KHI BÁC SĨ KHÁM BỆNH

- Dọn dụng cụ, rửa qua nước sạch ngâm vào nước sát khuẩn đã được pha trước.
- Dọn các chất thải gồm: bông gạc bẩn, bơm kim tiêm vào nơi quy định.
- Theo dõi mạch nhiệt độ, huyết áp người bệnh nếu người bệnh vào viện, đưa người bệnh vào buồng bệnh và bàn giao cho y tá - điều dưỡng buồng bệnh.
- Hồ sơ bệnh án, chuyển buồng bệnh theo dõi.
- Lau khô dụng cụ đã được rửa sạch cho lò hấp tiệt trùng.

**11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH
BỊ CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM - MẶT TRƯỚC MỔ****I. MỤC ĐÍCH**

Nhằm đảm bảo cho người bệnh bị chấn thương vùng hàm mặt có đủ các điều kiện tốt về tình trạng vết thương, dinh dưỡng, sức khỏe cũng như tâm lý để việc điều trị bằng phẫu thuật đạt kết quả tốt.

II. CHUẨN BỊ

1. Cùng bác sĩ hoặc thực hiện theo sự hướng dẫn của bác sĩ chuẩn bị đầy đủ hồ sơ, các phiếu theo dõi, điều trị, các yêu cầu chăm sóc, các phiếu cận lâm sàng cần thiết, các phiếu khám chuyên khoa khác có liên quan (nếu cần).
2. Chuẩn bị tốt phòng bệnh, giường bệnh.
3. Chuẩn bị đầy đủ thuốc và phương tiện cần thiết cho quá trình điều trị và chăm sóc.
 - 3.1. Thuốc điều trị: theo y lệnh trong hồ sơ do bác sĩ chỉ định (thuốc hồi sức, kháng sinh, chống phù nề, giảm đau, các dung dịch tiêm truyền...).
 - 3.2. Phương tiện chăm sóc vết thương: bộ dụng cụ rửa và thay băng vết thương vô trùng hoặc các dụng cụ khác theo yêu cầu của bác sĩ.
4. Các phương tiện đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh: ống thông dạ dày, bơm tiêm thức ăn, ống hút theo thực đơn do bác sĩ chỉ định.
5. Các phương tiện để vệ sinh toàn thân.
6. Các thông tin để giải thích và hướng dẫn cho người bệnh trước khi mổ.

III. TIẾN HÀNH

3. Giúp bác sĩ trong việc hoàn thành đầy đủ, chi tiết hồ sơ điều trị.
4. Thực hiện đầy đủ, chặt chẽ việc theo dõi về mạch, huyết áp, thân nhiệt... và các dấu hiệu khác theo y lệnh hàng ngày. Ghi đầy đủ, chi tiết vào phiếu theo dõi hoặc hồ sơ.

5. Giúp người bệnh và thực hiện các yêu cầu khám cận lâm sàng theo chỉ định (làm xét nghiệm máu, X quang...), các yêu cầu khám chuyên khoa có liên quan hoặc mời hội chẩn (nếu cần).
6. Thực hiện việc sắp xếp và vệ sinh giường bệnh sạch sẽ, vệ sinh. Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh trong việc giữ vệ sinh chung.
7. Thực hiện các y lệnh điều trị do bác sĩ chỉ định ghi trong hồ sơ. Ghi chép đầy đủ vào phiếu điều trị hoặc hồ sơ sau khi đã thực hiện y lệnh.
8. Giúp bác sĩ thực hiện dưới sự hướng dẫn của bác sĩ chăm sóc vết thương qua việc rửa, thay băng cho người bệnh.
9. Thực hiện và hướng dẫn cho người bệnh, người nhà người bệnh thực hiện chế độ dinh dưỡng theo chỉ định.
10. Thực hiện giúp người bệnh hoặc hướng dẫn người bệnh, người nhà người bệnh thực hiện việc vệ sinh răng miệng cho tốt.
11. Dặn dò, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết trước khi mổ (nhịn ăn, nằm nghỉ).
12. Giải thích, động viên người bệnh để họ yên tâm, cộng tác tốt trước khi vào mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Ghi chép đầy đủ quá trình thực hiện y lệnh điều trị vào phiếu điều trị hoặc bệnh án.
2. Ghi chép đầy đủ quá trình chăm sóc, chuẩn bị cho người bệnh trước mổ vào phiếu theo dõi hoặc hồ sơ.
3. Đánh giá diễn biến của quá trình điều trị và chăm sóc người bệnh. Phát hiện những hiện tượng bất thường về tình trạng toàn thân, tại chỗ hoặc tâm lý người bệnh. Tìm những yêu cầu bổ sung một cách kịp thời.
4. Báo cáo lại cho điều dưỡng trưởng, bác sĩ điều trị những diễn biến xấu, tốt hoặc những yêu cầu cần bổ sung một cách kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

Hướng dẫn người bệnh thực hiện đúng, đủ các quy trình điều trị, chăm sóc theo y lệnh, giúp người bệnh có tâm lý tốt trước khi phẫu thuật.

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ KHỐI U VÙNG HÀM - MẶT TRƯỚC MỔ

I. MỤC ĐÍCH

Chuẩn bị mọi yếu tố cần thiết về thể chất và tâm lý của người bệnh để cuộc mổ được thành công tốt đẹp.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị tốt phòng bệnh, giường bệnh.
2. Chuẩn bị tốt, chu đáo hồ sơ, bệnh án.
3. Chuẩn bị cho việc thực hiện các yêu cầu cận lâm sàng, khám chuyên khoa liên quan, hội chẩn.
4. Thực hiện chế độ thuốc điều trị nếu cần.
5. Chuẩn bị chế độ dinh dưỡng cho người bệnh.
6. Chuẩn bị tốt việc vệ sinh vùng mổ và vệ sinh toàn thân.
7. Chuẩn bị các thông tin để giải thích cho người bệnh trước mổ.

III. TIẾN HÀNH

1. Đón tiếp người bệnh chu đáo, ân cần.
2. Sắp xếp giường bệnh, buồng bệnh sạch sẽ, vệ sinh, gọn, đẹp.
3. Giúp bác sĩ trong việc hoàn thành hồ sơ khám người bệnh có chẩn đoán đúng và làm các thủ tục để có thể chẩn đoán xác định.
4. Giúp bác sĩ trong việc thực hiện các yêu cầu xét nghiệm cận lâm sàng: ghi chép phiếu xét nghiệm, X. quang. Mời hoặc đưa người bệnh đi khám các chuyên khoa liên quan (nếu cần).
5. Giúp bác sĩ trong việc chuẩn bị người bệnh cho hội chẩn mổ.
6. Thực hiện y lệnh điều trị thuốc do bác sĩ chỉ định.
7. Thực hiện hoặc hướng dẫn người bệnh trong chế độ dinh dưỡng nhằm bảo đảm có thể trạng tốt trước mổ.
8. Thực hiện việc vệ sinh tại nơi có u sẽ phẫu thuật.
9. Thực hiện hoặc hướng dẫn người bệnh trong việc vệ sinh toàn thân trước khi mổ: tắm rửa, thay quần áo...
10. Giúp người bệnh và thực hiện tốt việc chuẩn bị mổ: uống thuốc ngủ đêm trước, nhịn ăn.
11. Giải thích cho người bệnh hiểu để họ yên tâm khi đi mổ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Ghi chép đầy đủ mọi quá trình điều trị, theo dõi chăm sóc vào phiếu theo dõi, phiếu điều trị hoặc hồ sơ.
2. Đánh giá diễn biến của bệnh cũng như tâm lý của người bệnh trước khi mổ.
3. Báo cáo lại cho bác sĩ mọi diễn biến và các yêu cầu bổ sung cho y lệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

Nhằm đảm bảo cho người bệnh cộng tác và thực hiện đúng, thực hiện tốt các yêu cầu chuẩn bị trước khi mổ. Giúp người bệnh có tâm lý yên tâm điều trị.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT: 24 GIỜ ĐẦU TẠI PHÒNG HỒI TỈNH

I. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi, chăm sóc tốt người bệnh sau mổ chấn thương vùng hàm mặt.
- Phát hiện kịp thời những biểu hiện của chấn thương sọ não và các chấn thương khác kèm theo để có thái độ xử trí kịp thời.

II. CHUẨN BỊ

1. Hệ thống oxy hỗ trợ hô hấp có làm ấm, ẩm.
2. Máy hút dịch.
Thông hút trong miệng, thông hút trong ống nội khí quản (người bệnh mổ gãy xương hàm, bị cố định hai hàm hút dịch trong miệng phải hút qua lỗ mũi nên chuẩn bị thông hút nhỏ hơn bình thường).
3. Huyết áp kế.
4. Nhiệt kế.
5. Máy theo dõi bão hoà oxy trong máu, mạch.
6. Bảng theo dõi tình trạng tri giác nếu có kèm theo chấn thương sọ não.
7. Dịch truyền - phương tiện để cố định kim luôn tĩnh mạch.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chuẩn bị mọi phương tiện sẵn sàng để đón tiếp người bệnh.
2. Nhận người bệnh:
 - Cho thở oxy qua ống nội khí quản (theo y lệnh).
 - Đo huyết áp.
 - Cập nhiệt độ.
 - Lắp máy theo dõi oxy trong mạch máu.
3. Hút sạch đàm dãi, dịch, máu trong ống nội khí quản- Hút dịch và máu trong miệng qua lỗ mũi. Nhẹ nhàng cẩn thận tránh chảy máu.
4. Kiểm tra, cố định lại kim luôn tĩnh mạch điều chỉnh dịch truyền theo y lệnh.
Chuẩn bị đủ khối lượng dịch truyền cho người bệnh theo y lệnh của bác sĩ.
5. Đo nhiệt độ cho người bệnh ghi bảng nhiệt độ.
6. Đếm nhịp thở, mạch, đo huyết áp.
7. Theo dõi chảy máu.
8. Theo dõi bão hoà oxy: SpO₂

9. Hút ống thông dạ dày tránh nôn - trào ngược
10. Đo lượng máu mất - Theo dõi nước tiểu nếu có y lệnh
11. Theo dõi tri giác người bệnh nếu kèm theo chấn thương sọ não.

IV. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH - GHI CHÉP ĐẦY ĐỦ THEO Y LỆNH

- Thời gian.
- Diễn biến: hô hấp, tuần hoàn.
- Tình trạng toàn thân.
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Lượng máu mất.
- Lượng nước tiểu theo giờ.
- Giờ rút ống nội khí quản.
- Tình trạng người bệnh sau khi rút ống nội khí quản.

Phát hiện kịp thời tình trạng suy hô hấp, mất máu, hôn mê (nếu có), sốt cao... nếu có bất thường cần báo cho bác sĩ xử trí ngay.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Hướng dẫn người nhà người bệnh (nếu có) nếu có bất thường báo ngay cho nhân viên y tế.
- Thường xuyên báo cáo tình trạng người bệnh cho bác sĩ biết.
- Hướng dẫn người nhà những chăm sóc cần thiết cho người bệnh.

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ KHE HỞ MÔI, KHE HỞ VÒM MIỆNG: 24 GIỜ ĐẦU TẠI PHÒNG HỒI TỈNH

I. MỤC ĐÍCH

Theo dõi sát, phát hiện kịp thời những biến chứng bất thường gây nguy hiểm đến tính mạng của người bệnh như: suy thở, chảy máu, trào ngược....

II. CHUẨN BỊ

- Hệ thống oxy hỗ trợ hô hấp.
- Máy hút dịch, máu.
- Thông hút trong miệng, thông hút trong ống nội khí quản.
- Nhiệt kế.

- Huyết áp kể.
- Máy theo dõi người bệnh: bão hoà oxy.
- Vệ sinh rửa sạch mũi, môi, vòm miệng người bệnh trước mổ 1 ngày.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người bệnh còn ống nội khí quản

- Khi người bệnh được chuyển từ phòng mổ ra phải ủ ấm người bệnh - nếu thời tiết lạnh.
- Cho thở oxy qua ống nội khí quản, oxy phải qua hệ thống làm ẩm, ấm (theo y lệnh).
- Hút dịch qua ống nội khí quản, hút máu trong miệng theo chỉ định của bác sĩ. Đối với người bệnh mổ tạo hình vòm miệng phải hút nhẹ nhàng không hút trực tiếp vào chỗ mổ sẽ gây chảy máu (hút qua gạc nếu có).
- Điều chỉnh dịch truyền theo y lệnh của bác sĩ.
- Cập nhật độ cho người bệnh: qua miệng, hoặc hậu môn
- Đếm nhịp thở, mạch. Đo huyết áp.
- Theo dõi chảy máu
- Theo dõi bão hoà oxy: SpO_2

2. Người bệnh đã rút ống nội khí quản

- Đặt người bệnh nghiêng đầu sang một bên để máu dịch chảy ra ngoài tránh vào phổi người bệnh - hoặc để người bệnh nằm sấp.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở - sắc mặt người bệnh, mức độ chảy máu (nếu có) - bão hoà oxy.
- Nếu người bệnh có thông dạ dày - hút dịch và hơi trong dạ dày ra, nếu chướng bụng - người bệnh sẽ khó thở.
- Theo dõi dịch truyền - điều chỉnh theo y lệnh của bác sĩ.
- Chú ý cố định chắc kim lún tĩnh mạch để tránh khi người bệnh giẫy giụa dịch chảy ra ngoài- nếu chệch ra ngoài tĩnh mạch phải kịp thời lún lại tĩnh mạch khác.

* **Đánh giá tình trạng hô hấp:**

- Suy hô hấp: môi tím, mạch nhanh, thở nhanh đối với trẻ em trên 30 lần/1 phút, người lớn trên 20 lần/1 phút.
- Co kéo xương ức, khoang liên sườn.
- Bão hoà oxy giảm < 95%.

* **Đánh giá tình trạng mất máu:**

Ghi số lượng máu mất trung bình qua máy hút, thấm qua khăn trải giường.

Nếu mất máu:

- + Mạch nhanh, huyết áp tụt.
- + Da xanh, môi lợt.

* **Đo nhiệt độ** hậu môn, trong miệng: nếu có sốt cao - chườm lạnh cho người bệnh: ở trán, bẹn báo cáo bác sĩ nếu có bất thường.

* **Thay băng** người bệnh trung bình 2 ngày/lần theo y lệnh bác sĩ.

* **Tháo gạc** giữa theo y lệnh của bác sĩ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Đánh giá chính xác, ghi tỷ mỉ tình trạng người bệnh: thời gian, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, mức độ chảy máu theo y lệnh.

Tuỳ tình trạng người bệnh theo dõi liên tục theo y lệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Dặn dò người bệnh- hoặc người nhà người bệnh nếu có gì bất thường báo ngay.
- Thường xuyên báo cáo cho bác sĩ tình trạng người bệnh.

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỊ CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM - MẶT SAU MỔ

I. MỤC ĐÍCH

Nhằm đảm bảo cho người bệnh được điều trị, chăm sóc tốt sau phẫu thuật. Người bệnh lành sớm, hồi phục sức khỏe, kết quả điều trị tốt.

II. CHUẨN BỊ

1. Cùng bác sĩ chuẩn bị đầy đủ hồ sơ, phiếu điều trị, phiếu theo dõi chăm sóc...
2. Chuẩn bị tốt phòng bệnh, giường bệnh.
3. Chuẩn bị tốt điều trị theo chỉ định.
4. Chuẩn bị tốt và đầy đủ các phương tiện chăm sóc vết thương.
5. Chuẩn bị tốt các phương tiện giúp người bệnh đảm bảo dinh dưỡng sau mổ theo y lệnh.
6. Chuẩn bị các phương tiện giúp người bệnh vệ sinh tại chỗ bị thương, vệ sinh răng miệng, vệ sinh cá nhân.
7. Chuẩn bị các thông tin cần thiết để giải thích cho người bệnh để họ yên tâm điều trị.
8. Chuẩn bị những điều cần dặn dò khi người bệnh ra viện hoặc điều trị ngoại trú.

III. TIẾN HÀNH

1. Thực hiện việc sắp xếp vệ sinh giường bệnh, buồng bệnh gọn gàng, sạch sẽ, thông thoáng.

2. Thực hiện việc điều trị thuốc theo y lệnh của bác sĩ ghi trong bệnh án, ghi chép đầy đủ việc thực hiện và các diễn biến vào phiếu điều trị hoặc hồ sơ.
3. Cùng bác sĩ hoặc thực hiện dưới sự hướng dẫn của bác sĩ trong việc lập phiếu theo dõi và thực hiện việc theo dõi tình trạng tại chỗ mổ và tình trạng toàn thân của người bệnh trong quá trình theo dõi. Ghi chép đầy đủ vào phiếu theo dõi hoặc hồ sơ.
4. Giúp bác sĩ hoặc thực hiện dưới sự hướng dẫn của bác sĩ trong việc chăm sóc vết thương sau mổ: thay băng, vệ sinh vết mổ hàng ngày, cắt chỉ theo lệnh.
5. Thực hiện và hướng dẫn người bệnh, người nhà người bệnh trong việc dinh dưỡng cho người bệnh theo yêu cầu điều trị (ăn qua ống thông hoặc qua đường miệng....) đủ chất, đủ số lượng. Đánh giá kết quả của việc ăn uống của người bệnh.
6. Thực hiện, hướng dẫn người bệnh hoặc người nhà người bệnh trong việc vệ sinh răng miệng: bơm rửa miệng, súc miệng, đánh răng,....
7. Thực hiện, hướng dẫn người bệnh hoặc người nhà người bệnh trong việc vệ sinh cá nhân toàn thân: lau người, tắm rửa, thay quần áo sạch....
8. Giải thích cho người bệnh và người nhà người bệnh trong việc thực hiện và cộng tác các yêu cầu điều trị, theo dõi và chăm sóc. Giúp người bệnh có tâm lý tốt trong quá trình điều trị.
9. Thực hiện và hướng dẫn người bệnh trong các hoạt động tập luyện sau mổ.
10. Hướng dẫn, dặn dò người bệnh những điều cần thiết khi ra viện hoặc điều trị ngoại trú.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, BÁO CÁO

1. Ghi chép đầy đủ việc thực hiện y lệnh, các quá trình thực hiện thuốc, theo dõi, chăm sóc vào phiếu điều trị, phiếu chăm sóc hoặc hồ sơ.
2. Đánh giá diễn biến của vết thương, tình trạng toàn thân của người bệnh cũng như phát hiện các triệu chứng bất thường.
3. Báo cáo lại cho bác sĩ điều trị những diễn biến hàng ngày của người bệnh hoặc các ý kiến bổ sung.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

Thực hiện đầy đủ các y lệnh của quy trình điều trị hoặc những điều cần biết và theo dõi sau khi ra viện.

16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ MÔI

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo không bị chảy máu sau mổ, không bị nhiễm trùng vết mổ, không đứt chỉ khâu.
- Sẹo môi liền đẹp, góp phần phục hồi tốt chức năng phát âm.

II. CHUẨN BỊ

- Người bệnh mổ môi tuổi trên 3 tháng.
- Không cho cháu nhỏ bú trực tiếp sữa mẹ, do đó tập cho bé ăn qua thìa trước mổ từ vài ngày.
- Người bệnh vào viện trước 2 ngày, chuẩn bị gây mê nội khí quản.
- Tập cho trẻ không mút ngón tay (có thể bằng cách cho đeo ống nhựa ở khuỷu tay).
- Nước sát trùng vết thương (nước muối sinh lý, betadin...). Lau rửa vệ sinh môi, miệng trước khi mổ.
- Băng vô trùng (nếu có băng chuyên dùng là tốt nhất).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc trong 24 giờ sau mổ

* Phòng suy hô hấp: Hộ lý cấp 1: Cho người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai, nghiêng đầu một bên. Theo dõi mạch, huyết áp - 30 phút ghi vào bảng mạch nhiệt độ 1 lần trong 6 giờ đầu.

Nếu có biểu hiện khó thở cho thở oxy và báo ngay cho bác sĩ.

* Phòng chảy máu: trong mổ, một số trường hợp có thể dùng thuốc co mạch tại chỗ. Sau mổ, máu có thể thấm băng, cần theo dõi và thay băng khi cần thiết (theo y lệnh).

- Nếu tổn thương động mạch vành môi, máu chảy nhiều, báo cho bác sĩ để cầm máu.

* Dinh dưỡng:

- Trong 6 giờ đầu sử dụng dịch truyền để cung cấp điện giải
- Người bệnh tỉnh hẳn có thể cho uống ít sữa hoặc nước hoa quả bằng thìa nhỏ.

2. Chăm sóc sau 24 giờ

Người bệnh được đưa về buồng bệnh, nhưng cần nằm khu theo dõi.

* Chống nhiễm trùng:

- Thay băng sau 48 giờ, bóc nhẹ vết thương không bị sang chấn (tay giữ vết mổ và tay bóc băng). Bác sĩ mổ thay băng.
- Dùng nước muối sinh lý, hoặc oxy già 5V rửa sạch vết thương, không để chất bám dính chân chỉ.
- Dùng mỡ kháng sinh bôi vào vùng mổ và cả vùng môi xung quanh để tránh dính khi thay băng.
- Thay ống đặt mũi hoặc bỏ mèche trong ống mũi (theo y lệnh nếu có).

* Dinh dưỡng:

- Nếu trẻ còn bú sữa mẹ cần vắt sữa mẹ ra cốc, cho ăn bằng thìa.
- Sau khi ăn xong lấy bông lau sạch vết thương bị bám dính thức ăn.
- * Thay băng cách ngày theo y lệnh, chú ý không để cho trẻ dùng đồ chơi vật cứng chạm vào vết mổ.

* **Cắt chỉ** (theo y lệnh): sau 7 ngày cắt chỉ môi đơn (theo y lệnh). Môi kép (môi 2 bên) có thể cắt chỉ sau 10 ngày (hoặc cắt chỉ cánh mũi). Một số trường hợp khó, trẻ giãy giụa nhiều có thể gây mê để cắt chỉ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- 24 giờ đầu ghi chép mạch, huyết áp theo hộ lý cấp I.
- Tình trạng vết thương hàng ngày sau khi thay băng.
- Nếu có biểu hiện nhiễm trùng tại chỗ, toàn thân cần báo ngay cho bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Hướng người mẹ cách bế trẻ sau mổ.
- Ăn mềm trong 3 tuần đầu sau mổ.
- Người bệnh kiểm tra lại sau 6 tháng

17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ VÒM MIỆNG

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo cho người bệnh được theo dõi, chăm sóc tốt sau mổ, không bị chảy máu sau mổ, không nhiễm trùng vết mổ...
- Phục hồi tốt chức năng phát âm.

II. CHUẨN BỊ

- Tuổi người bệnh: từ 2 tuổi trở lên, toàn thân khỏe mạnh, các xét nghiệm bình thường.
- Cân nặng trên 10 kg.
- Vào viện trước 2 ngày, chuẩn bị để gây mê nội khí quản.
- Nước sát trùng (nước muối sinh lý, betadin) để bơm vết thương.
- Bơm tiêm vô trùng để bơm rửa vòm miệng, máy hút.
- Lau rửa sạch vòm miệng trước khi mổ.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc người bệnh sau mổ trong 24 giờ đầu

* Phòng chống suy thở: hộ lý cấp I - người bệnh nằm ngửa, gối kê dưới vai, nghiêng sang bên để tránh các chất tiết làm tắc nghẽn đường thở. 30 phút ghi mạch và huyết áp một lần trong 6h đầu.

- Theo dõi gối gác chèn trong vòm miệng nếu có: một số trường hợp tuột gối gác cần tháo bỏ để tránh tắc đường thở. Nếu có nguy cơ tuột gối gác, chảy máu cần báo cáo bác sĩ để buộc lại gối gác.

- Hút đờm, dãi khi người bệnh xuất tiết nhiều.

- Trường hợp người bệnh tỉnh và lớn có thể cho ngậm nước đá vô trùng (theo y lệnh)

* Phòng chảy máu:

- Không để người bệnh bị kích thích

- Hút đờm, dãi, nếu chảy máu thấm gạc, cần báo cho bác sĩ xử lý, cho người bệnh nằm nghiêng để tránh nôn trào ngược vào khí quản.

* Dinh dưỡng:

- Trong 6 giờ đầu sử dụng dịch truyền để cung cấp muối và điện giải.

- Nếu chảy máu nhiều cần truyền máu.

- Người bệnh được uống hoặc ăn nhẹ sau 24h

- Báo bác sĩ để xét nghiệm máu cấp cho người bệnh (khi có y lệnh).

2. Chăm sóc sau mổ 24h

- Người bệnh được đưa vào buồng bệnh, cần nằm ở khu theo dõi

* Chống nhiễm khuẩn:

- Sau 24h đến 48h có thể thay hoặc bỏ gối gác (theo y lệnh bác sĩ).

- Tháo gối gác nhẹ nhàng để không chảy máu. Nếu chảy máu, cho người bệnh cắn chặt gạc tẩm oxy già 5V để cầm máu.

- Hàng ngày hút sạch dịch tiết (không chạm vết mổ).

* Dinh dưỡng:

- Uống sữa trong 48 giờ đầu.

- Ăn mềm, cháo, súp sau khi ăn uống cần vệ sinh vùng vòm miệng.

- Hàng ngày cần bơm rửa và súc miệng bằng nước sát khuẩn nhiều lần, tránh nhiễm trùng tại chỗ.

* Chỉ khâu trong vòm miệng là chỉ tiêu, không cần cắt chỉ.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, BÁO CÁO

- 24h đầu, đếm mạch, đo huyết áp theo hộ lý cấp I.

- Tình trạng vết thương sau khi bỏ gác.

- Tình trạng vết thương sau 4-5 ngày có bị nhiễm trùng hoặc bục vết mổ hay không? Theo dõi vết mổ hàng ngày, ghi chép diễn biến.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Ăn mềm trong 3 tuần.

- Hẹn tập và dạy cho trẻ phát âm sau mổ.

- Kiểm tra lại sau 6 tháng.

18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ KHỐI U VÙNG HÀM MẶT

I. MỤC ĐÍCH

Nhằm đảm bảo cho người bệnh được điều trị, theo dõi, chăm sóc tốt sau mổ. Bệnh chóng lành, kết quả sau phẫu thuật tốt, người bệnh nhanh chóng hồi phục sức khỏe.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị tốt buồng bệnh, giường bệnh.
2. Đầy đủ phiếu theo dõi và điều trị.
3. Các loại thuốc cần thiết theo y lệnh.
4. Đầy đủ dụng cụ chăm sóc vết mổ.
5. Chế độ dinh dưỡng thích hợp cho người bệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Sắp xếp giường bệnh, buồng bệnh, sạch sẽ, gọn gàng, vệ sinh.
2. Thực hiện dưới sự hướng dẫn của bác sĩ trong việc lập hồ sơ, phiếu điều trị, phiếu theo dõi theo y lệnh.
3. Thực hiện đúng đủ các y lệnh điều trị về thuốc(kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, nâng cao thể trạng... hoặc các thuốc đặc biệt) theo sự chỉ định của bác sĩ. Ghi chép đầy đủ vào phiếu điều trị hoặc hồ sơ.
4. Thực hiện dưới sự hướng dẫn của bác sĩ trong việc chăm sóc vết thương hàng ngày: thay băng, rửa vết thương, dẫn lưu...
5. Thực hiện hoặc giúp người bệnh thực hiện tốt chế độ ăn uống theo đúng chỉ định nhằm đảm bảo dinh dưỡng, người bệnh ăn ngon miệng.
6. Thực hiện hoặc giúp người bệnh trong vệ sinh cá nhân toàn thân.
7. Dặn dò hướng dẫn người bệnh những điều cần lưu ý sau khi ra viện: thuốc điều trị, tự theo dõi và hẹn khám lại.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, BÁO CÁO

1. Ghi chép đầy đủ vào phiếu theo dõi, điều trị diễn biến sau mổ hoặc hồ sơ các quá trình điều trị, chăm sóc, theo dõi hàng ngày.
2. Đánh giá diễn biến của vết thương và hiệu quả của quá trình điều trị, phát hiện các dấu hiệu bất thường hoặc các yêu cầu bổ sung.
3. Báo cáo lại kịp thời mọi diễn biến cho bác sĩ điều trị.
4. Báo cáo kịp thời kết quả giải phẫu bệnh lý cho bác sĩ điều trị.
5. Hướng dẫn người bệnh chiếu tia (nếu có).

19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU MỔ LẤY DA RỜI VÙNG TRƯỚC ĐÙI

I. MỤC ĐÍCH

1. Chuẩn bị tốt vùng lấy da trước mổ.
2. Biết thay băng và chăm sóc vùng ghép da và vùng cho da.

II. CHUẨN BỊ

1. Dao cạo.
2. Betadin, băng gạc vô trùng.
3. Huyết thanh mẫn đẳng trương và oxy già 5 thể tích...
4. Dao điện lấy da

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước mổ

- Cạo lông, rửa sạch và sát trùng vùng mổ và vùng lấy da.
- Vô trùng vùng lấy da (sát trùng cồn 70⁰).

2. Sau mổ

- Đối với vùng nhận da ghép: chỉ thay băng phần gạc phủ lên gối gạc theo y lệnh (không được lấy gối gạc). Khi lấy bỏ gối gạc (sau 5-7 ngày) cần tắm gối gạc bằng huyết thanh mẫn đẳng trương cho đến khi nước thấm đều bề mặt da ghép (tránh lấy gối gạc không còn khô. Tốt nhất là báo cáo để phẫu thuật viên tự mở, quan sát mảnh ghép).
- Đối với vùng cho da ghép thay băng sau 48 h và sau đó chăm sóc như bệnh nhân bỏng độ II. Băng mỡ kháng sinh nơi cho da nếu có gì bất thường báo cáo ngay cho bác sĩ điều trị.

IV. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Xem màu sắc của mảnh da ghép vùng mổ có gì bất thường không ? Vùng mổ có mùi không?
2. Vết thương có mủ hay không.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Dẫn người bệnh không được va chạm mạnh vào vùng da ghép.
- Đến khám lại theo y lệnh.

20. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU MỔ CẮT ĐOẠN XƯƠNG HÀM DƯỚI CÓ GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN TỪ MÀO CHẬU

I. MỤC ĐÍCH

1. Chuẩn bị tốt vùng mổ trước khi mổ.
2. Biết chăm sóc người bệnh sau mổ cắt đoạn xương hàm có ghép xương chậu.
3. Phát hiện sớm các biến chứng.

II. CHUẨN BỊ

1. Dao cạo.
2. Betadin + bông gạc vô trùng.
3. Lọ dẫn lưu.
4. Ống thông tiểu (nếu cần thiết).
5. Các dụng cụ phẫu thuật xương

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước mổ
 - Cạo sạch râu và lông mu trước mổ.
 - Khử trùng và băng vô trùng vào vùng mào chậu hai bên.
2. Sau mổ
 - Xem người bệnh có bị sưng nề vùng dưới hàm cạnh cổ không? Có bị khó thở không?
 - Xem người bệnh có tự đái được sau mổ trong 12 giờ đầu không.
Nếu có một trong hai dấu hiệu trên cần báo ngay cho bác sĩ điều trị.
3. Đo lượng dịch trong lọ dẫn lưu, phát hiện chảy máu tươi qua ống dẫn lưu.
4. Thay băng theo dõi tiến trình của vết mổ theo y lệnh, báo cáo kịp thời diễn biến như sưng nề, có dấu hiệu viêm, làm mủ...
5. Cắt chỉ theo lệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá lượng máu trong lọ dẫn lưu và vết mổ.
- Ghi hồ sơ tình trạng người bệnh.
- Báo cáo đầy đủ về tình trạng toàn thân và tại chỗ.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Dẫn dò người bệnh bất động trong 24 giờ đầu.
2. Hướng dẫn cách ăn uống và đi lại của người bệnh sau mổ ngày thứ nhất, động tác tránh làm căng chỗ khâu vết mổ.
3. Khám lại theo lịch hẹn.

21. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CỐ ĐỊNH HAI HÀM

I. MỤC ĐÍCH

1. Giúp người bệnh vệ sinh răng miệng và tự vệ sinh trong thời gian cố định hai hàm.
2. Phát hiện sớm các biến chứng trong thời gian cố định hai hàm.
3. Cho người bệnh ăn qua ống thông.

II. CHUẨN BỊ

1. Bơm tiêm nhựa 50ml.
2. Huyết thanh mặn đẳng trương 500ml.
3. Thuốc sát khuẩn như: betadin, oxy già 5 thể tích.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bơm rửa sạch răng miệng bằng huyết thanh mặn đẳng trương và thuốc sát khuẩn: betadin, oxy già 3 - 5 thể tích ngày 1 - 2 lần.
2. Cho ăn qua ống thông.
3. Mặc lại cao su hoặc chỉ thép lỏng hoặc rơi ra.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá cố định hai hàm có đúng khớp cắn không? Nút cao su và chỉ thép có bị tụt hoặc đứt không?
2. Ghi rõ vào hồ sơ các diễn biến trong quá trình cố định hai hàm.
3. Báo cáo bác sĩ điều trị biết các diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Dẫn dò người bệnh và gia đình cách cho ăn uống, vệ sinh và chế độ dinh dưỡng.
2. Hướng dẫn người bệnh biết các vòng cao su và nút chỉ thép cố định hai hàm có thể bị lỏng hoặc đứt (cần đến khám lại ngay).

3. Dẫn người bệnh thời gian cố định hai hàm(4-6 tuần lễ) để tháo cố định.
4. Hướng dẫn người bệnh và gia đình biết cách tháo bỏ cao su và chỉ thép cố định trong các trường hợp khẩn cấp như chảy máu, nôn... để tránh trào ngược.

22. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU MỔ CẮT BỎ XƯƠNG HÀM TRÊN CÓ TẠO HÌNH VẬT CÂN - CƠ THÁI DƯƠNG

I. MỤC ĐÍCH

- Người bệnh được chăm sóc tốt trước và sau mổ, hồi phục nhanh...
- Phát hiện sớm các biến chứng.

II. CHUẨN BỊ

1. Dao cạo.
2. Dung dịch betadin, cồn.
3. Huyết thanh mận đẳng trương.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước mổ

- 1.1. Cạo tóc thái dương bên mổ.
- 1.2. Băng gạc tẩm betadin lên vùng cạo tóc.
- 1.3. Bơm rửa sạch miệng và kẽ răng người bệnh bằng huyết thanh mận đẳng trương có pha betadin.

2. Sau mổ (theo y lệnh)

- 2.1. Thay băng và rút dẫn lưu sau 48 giờ.
- 2.2. Bơm rửa sạch miệng người bệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá vết mổ có bị chảy máu không.
2. Màu sắc của vật cân cơ thái dương ở trong miệng có hồng không? Hoặc thay đổi màu sắc không, có tím, hoặc hoại tử không?
3. Ghi đầy đủ mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh.
Báo cáo ngay cho bác sĩ điều trị hoặc phẫu thuật viên để xử lý kịp thời khi có biến chứng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Dẫn dò người bệnh cách vệ sinh sau mổ.
2. Hướng dẫn người bệnh tái khám và cách phát hiện các bất thường sau mổ.
3. Điều trị tia xạ tiếp nếu là u ác tính (theo y lệnh).

23. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU RẠCH DẪN LƯU VIÊM TẤY LAN TOẢ VÙNG SÀN MIỆNG

I. MỤC ĐÍCH

1. Loại bỏ vi khuẩn và các sản phẩm của nó ở vùng hoại tử do viêm tấy toả lan.
2. Nuôi dưỡng người bệnh nhằm nâng cao thể trạng.
3. Phát hiện sớm các biến chứng xảy ra.

II. CHUẨN BỊ

1. Bơm để rửa vết thương qua ống dẫn lưu

- Bơm tiêm 50ml.
- Oxy già 3 - 5 thể tích.
- Huyết thanh mặn đẳng trương.
- Dung dịch Dakin.

2. Phương tiện để nuôi dưỡng người bệnh: giống như bài cho ăn qua ống thông và nuôi dưỡng đường tĩnh mạch.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (BƠM RỬA SAU MỔ)

1. Bơm huyết thanh mặn đẳng trương qua một đầu ống dẫn lưu.
2. Bơm dung dịch Dakin qua một đầu ống dẫn lưu.
3. Bơm oxy già 5 thể tích qua ống dẫn lưu.
4. Tiếp tục các bước trên cho đến khi dịch chảy ra qua dẫn lưu là nước trong. Ngày bơm rửa 2-3 lần như trên.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Xem xét dịch thoát ra là mủ, máu, hoại tử?
2. Vùng sưng có lan rộng không, có giảm không?
3. Người bệnh có đỡ khó thở không?

4. Ghi chép đầy đủ mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp theo chỉ định của bác sĩ.
Nếu có gì bất thường cần báo ngay cho bác sĩ điều trị biết để xử trí kịp thời.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Dặn dò người bệnh nếu có gì bất thường phải báo ngay (khó thở, sốt cao...).
2. Hướng dẫn chế độ ăn uống hợp lý.
3. Hướng dẫn người bệnh ho, khạc, nên ngồi dậy.
4. Hướng dẫn người nhà vỗ lưng, ngực cho người bệnh.

24. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỊ CHẤN THƯƠNG VÙNG HÀM MẶT TRONG TÌNH TRẠNG CẤP CỨU

I. MỤC ĐÍCH

Nhằm đảm bảo việc tiếp nhận người bệnh nhanh chóng, theo dõi chặt chẽ, xử trí kịp thời các tình trạng bệnh lý và chăm sóc người bệnh chu đáo để người bệnh sớm hồi phục và qua khỏi tình trạng cấp cứu.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị tốt việc tiếp nhận và vận chuyển người bệnh nhanh chóng.
2. Chuẩn bị sẵn sàng phòng bệnh, giường bệnh.
3. Đầy đủ hồ sơ bệnh án, phiếu theo dõi, phiếu điều trị và các phiếu về xét nghiệm cận lâm sàng, phiếu khám chuyên khoa theo quy định.
4. Các loại thuốc về hồi sức cấp cứu, chống choáng, chống Shock, các loại thuốc thông thường và các loại dịch truyền.
5. Chuẩn bị chu đáo các phương tiện, máy móc để tiến hành cấp cứu cho người bệnh khó thở (oxy, máy hút, ống nội khí quản, ống mổ khí quản Krisabe, máy theo dõi nồng độ oxy máu (dây truyền máu, dao điện, khâu cầm máu, băng cuộn...)
6. Các phương tiện sơ cứu (kim chỉ khâu, bông băng gạc, bộ dụng cụ cấp cứu, chỉ thép, nẹp băng cuộn...). Các phương tiện bất động tạm thời: cung, chỉ thép...
7. Các phương tiện để làm sạch vết thương.
8. Các phương tiện để giúp người bệnh và người nhà trong việc thực hiện vệ sinh thân thể cá nhân.
9. Các biện pháp để dinh dưỡng cho người bệnh trong giai đoạn cấp cứu (ống thông dạ dày, bơm thức ăn...)
10. Các thông tin cần giải thích cho người bệnh và người nhà người bệnh.

III. TIỀN HÀNH

1. Khi người bệnh đến cấp cứu phải tiếp nhận kịp thời nhanh chóng. Báo ngay cho bác sĩ trực hoặc bác sĩ điều trị.
2. Đưa người bệnh vào giường điều trị.
3. Giúp bác sĩ trong việc khám, đánh giá tình trạng người bệnh, hoàn thành hồ sơ bệnh án, lên kế hoạch theo dõi và điều trị.
4. Thực hiện các yêu cầu khám cận lâm sàng (xét nghiệm, X. quang...) mời khám các chuyên khoa liên quan hoặc hội chẩn.
5. Thực hiện việc lập phiếu theo dõi về tình trạng người bệnh (mạch, huyết áp, thân nhiệt, nhịp thở...) cũng như các dấu hiệu sống khác (tri giác, phản xạ...) thực hiện việc theo dõi chặt chẽ theo y lệnh (hộ lý cấp I, cấp II hoặc cấp III) ghi chép đầy đủ vào phiếu theo dõi.
6. Thực hiện y lệnh về tiêm truyền các thuốc hồi sức cấp cứu, chống Shock, choáng, hồi phục nước và điện giải hoặc truyền máu nếu cần. Thực hiện đủ chặt chẽ theo đúng y lệnh.
7. Đối với các người bệnh khó thở: cùng bác sĩ và giúp bác sĩ trong việc chuẩn bị các dụng cụ, máy móc và thực hiện việc giải phóng đường hô hấp cho người bệnh: hút miệng hoặc đường hô hấp, đặt nội khí quản hoặc mở khí quản nếu cần, kéo lưỡi hoặc đặt người bệnh theo một tư thế thích hợp (nằm đầu nghiêng sang bên, nằm đầu cao...).
8. Đối với người bệnh có chảy máu: giúp bác sĩ trong việc chuẩn bị dụng cụ và thực hiện các biện pháp cầm máu như khâu cầm máu, đốt điện, băng ép, tiêm thuốc cầm máu hoặc chuyển mổ cấp cứu.
9. Giúp bác sĩ trong việc chuẩn bị dụng cụ và thực hiện động tác sơ cứu: khâu tạm vết thương phần mềm, cố định tạm thời xương hàm gãy bằng buộc dây thép, buộc cung Ti-gơ hoặc băng cầm đầu... làm sạch vết thương tại chỗ với các dung dịch hoặc sát trùng nhẹ, băng vô trùng.
10. Thực hiện việc chăm sóc vết thương hàng ngày theo y lệnh ghi chép đầy đủ diễn biến của vết thương vào phiếu theo dõi hoặc bệnh án.
11. Thực hiện hoặc giúp thân nhân người bệnh trong việc thực hiện y lệnh về chế độ dinh dưỡng thông qua việc cho người bệnh ăn qua ống thông hoặc đường miệng.
12. Thực hiện hoặc hướng dẫn người nhà người bệnh trong việc vệ sinh răng miệng: bơm rửa miệng, lau miệng...
13. Thực hiện hoặc hướng dẫn thân nhân người bệnh trong việc vệ sinh thân thể người bệnh và vệ sinh cá nhân.
14. Giải thích cho người bệnh và người nhà người bệnh để yên tâm điều trị. Cộng tác tốt trong việc thực các yêu cầu chăm sóc, theo dõi và điều trị.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Ghi chép đầy đủ, chặt chẽ quá trình theo dõi về mạch, huyết áp, thân nhiệt, nhịp thở, tri giác... theo đúng y lệnh và phiếu theo dõi.

2. Ghi chép đầy đủ, chặt chẽ quá trình chăm sóc: thực hiện về y lệnh tiêm truyền, thuốc.... vào phiếu điều trị.
3. Ghi chép đầy đủ các diễn biến của người bệnh hoặc vết thương vào phiếu theo dõi và hồ sơ.
4. Phát hiện các triệu chứng, các dấu hiệu bất thường, các vấn đề cần bổ sung trong quá trình chăm sóc và điều trị.
5. Báo cáo lại đầy đủ, kịp thời quá trình theo dõi, thực hiện y lệnh, quá trình chăm sóc, các dấu hiệu bất thường, các diễn biến xấu hoặc các yêu cầu cần bổ sung trong quá trình theo dõi, chăm sóc cho bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

Cùng bác sĩ thực hiện việc giải thích, dẫn dò người bệnh và hướng dẫn người nhà người bệnh trong việc theo dõi, chăm sóc và cộng tác tốt trong quá trình điều trị như thời gian cố định hai hàm (nếu có) cách giữ vệ sinh, chế độ ăn uống... Động viên người bệnh hoặc thân nhân người bệnh yên tâm điều trị.

Chương VII
XƯƠNG KHỚP

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

I. MỤC ĐÍCH

Thực hiện các biện pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc nhằm giúp người bệnh:

- Giảm đau, chống viêm tại khớp.
- Phục hồi chức năng vận động của các khớp, đặc biệt các khớp ở bàn tay.
- Phòng ngừa các biến chứng.
- Giúp người bệnh hiểu biết về bệnh và tự chăm sóc sức khỏe(nếu tình trạng sức khỏe cho phép).
- Giúp người bệnh hòa hợp với cộng đồng.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Tất cả người bệnh đã được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp, ở mọi giai đoạn chức năng vận động Steinbrocker đều được chăm sóc ở các mức độ khác nhau :

- Giai đoạn Steinbrocker 1 - 2:
Hướng dẫn người bệnh tự thực hiện các động tác, theo dõi bệnh ; tư vấn thường xuyên nhằm thực hiện được các mục đích đã nêu trên.
- Giai đoạn Steinbrocker 3 - 4:
Có điều dưỡng viên hướng dẫn và giúp đỡ người bệnh thực hiện các động tác, hướng dẫn người nhà trợ giúp, nhằm thực hiện được các mục đích đã nêu trên.

2. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định chung. Trừ khi có tổn thương nội tạng kèm theo (suy tim, suy gan, suy thận...), mức độ các bài tập tùy theo tình trạng cụ thể. Các biện pháp điều trị và theo dõi phải được tiến hành chặt chẽ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: báo cho người bệnh biết mục đích buổi chăm sóc. Có thể có người nhà người bệnh đi kèm.

2. Dụng cụ

- Nếu là buổi tập luyện phục hồi chức năng thì tùy theo bài tập mà cần các dụng cụ tương ứng: tạ nhỏ, bóng cao su tập sức bóp bàn tay hoặc một số dụng cụ tập cơ chi dưới (bàn tập cơ chi dưới). Có các dụng cụ hỗ trợ nhằm giảm tải cho khớp như nạng, dây treo, gậy, khung tập đi, nẹp cổ, kéo liên tục, xe đạp...

- Lý liệu pháp gồm mát xa, xông hơi, ngâm nén tay. Các bài tập để giảm co cứng và tăng cường dinh dưỡng cơ.

3. Địa điểm

Tuỳ mục đích buổi chăm sóc, có thể tại giường bệnh, tại phòng tập hoặc tại phòng khám, phòng tư vấn người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhận định tình trạng của người bệnh

- Tình trạng tinh thần, nhất là trong đợt tiến triển bệnh.
- Giai đoạn bệnh, đợt cấp hoặc mạn.
- Mức độ đau ở ổ khớp, có nề, có tràn dịch khớp, chức năng vận động: chủ động, thụ động.
- Đánh giá các cơ quan bị tổn thương.
- Các bệnh kèm theo.
- Các thuốc đã và đang được dùng, biến chứng của thuốc.

2. Chăm sóc cụ thể

- Thực hiện các y lệnh về thuốc giảm đau, chống viêm. Hướng dẫn dùng thuốc, phát hiện tai biến do thuốc
- Chăm sóc da người bệnh một cách tỉ mỉ. Dùng các thuốc bôi da hoặc dầu, mỡ làm sạch da cho các vùng da khô, không nên dùng xà phòng.
- Người bệnh cần sử dụng các loại quần áo mềm dễ mặc, quần áo cài bằng khoá; sử dụng các loại nước uống đóng trong hộp dễ mở, cốc nhẹ, dụng cụ mở hộp dễ sử dụng; dùng thìa có cán dài và to; giày dép đi quai dán... nhằm tạo điều kiện và khuyến khích người bệnh vận động và tự phục vụ. Cần cho người bệnh có đủ thời gian để có thể thực hiện các thao tác một cách bình tĩnh
- Hướng dẫn người bệnh tự bảo vệ khớp, tránh tư thế xấu. Chăm sóc các khớp ở cánh tay, bàn tay: hướng dẫn người bệnh khi nâng vật cần nâng bằng cả 2 tay. Nếu người bệnh đau nhiều, có thể băng nẹp cổ bàn tay. Với khớp háng hoặc gối, nên khuyên người bệnh nằm tư thế sấp trên giường cứng; nằm thẳng, đứng hoặc đi dạo, tránh đứng hoặc ngồi quá lâu; nên dùng can chống hỗ trợ đối với bên khớp đau. Động viên người bệnh cố gắng hoạt động trong điều kiện càng gần bình thường càng tốt. Biết thích nghi với các biến dạng khớp của viêm khớp dạng thấp. Cần duy trì cơ lực và các động tác vận động của khớp ở các khớp chưa bị ảnh hưởng.
- Không để xảy ra các biến chứng như co cứng ở các khớp chưa bị tổn thương, các tổn thương da và tình trạng ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch.
- Đảm bảo người bệnh theo sát với các phác đồ điều trị.
- Có các biện pháp nâng đỡ người bệnh về tinh thần vì những người bệnh này rất dễ trầm cảm, nhụt trí và hay bực bội, đặc biệt trong đợt tiến triển bệnh. Có các biện

pháp khuyến khích tập trung vào các vấn đề: các mối lo sợ của người bệnh, khả năng độc lập, sự tàn phế, khả năng tình dục, về thẩm mỹ. Khi cần nên chuyển người bệnh đến thầy thuốc chuyên khoa để có thêm sự chăm sóc và tư vấn cần thiết.

- Chuẩn bị cho người bệnh về mặt tinh thần và trao đổi những thông tin cần thiết khi có chỉ định điều trị ngoại khoa.
- Chế độ ăn uống, dinh dưỡng hợp lý. Người bệnh quá béo cần giảm cân để giảm gánh nặng cho khớp.
- Xoa bóp sớm thường xuyên tránh teo cơ, cứng khớp

3. Theo dõi

- Theo dõi thị lực, cân nặng, các rối loạn cảm giác và mức độ đau, số khớp sưng, số khớp đau...
- Đánh giá hiệu quả và các tác dụng phụ của thuốc điều trị.
- Theo dõi sự hài lòng của người bệnh về các biện pháp điều trị.
- Phát hiện các hạt dưới da, các loét do tỳ đè, các tổn thương da, đặc biệt khi người bệnh có dùng dây treo hoặc nẹp hỗ trợ. Các tổn thương này có thể do bất động, thiếu năng tuần hoàn, dùng corticoid, hoặc đặt nẹp không đúng.
- Theo dõi thời gian cứng khớp buổi sáng. Lưu ý thời gian cứng khớp buổi sáng có giá trị hơn mức độ cứng khớp.
- Theo dõi các tác dụng phụ của thuốc.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Tuỳ theo mục đích buổi điều dưỡng là thực hiện các động tác phục hồi chức năng hoặc tư vấn mà ghi chép hồ sơ và báo cáo. Nói chung đánh giá quá trình điều dưỡng gồm các phần sau;

- Tinh thần người bệnh.
- Mức độ giảm đau, cải thiện vận động (triệu chứng cứng khớp buổi sáng, số khớp sưng, số khớp đau, biên độ vận động khớp), giai đoạn bệnh
- Các tác dụng phụ của thuốc.
- Các kết quả theo dõi đặc biệt.
- Khả năng tự phục vụ.
- Hiểu biết về bệnh và tự chăm sóc sức khoẻ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh về bệnh viêm khớp dạng thấp. Thông báo cho người bệnh và gia đình của họ biết rõ tính chất mạn tính của bệnh, một số thay đổi cơ bản trong lối sống, các khó khăn trong điều trị bệnh.
- Giải thích kỹ về các xét nghiệm chẩn đoán và các can thiệp cần thiết.

- Khuyến khích và hướng dẫn người bệnh có chế độ ăn cân đối và giải thích rõ không có chế độ ăn đặc biệt nào có thể làm giảm hoặc khỏi bệnh. Duy trì cân nặng hợp lý vì béo phì làm cho các khớp phải chịu tải nhiều hơn và làm cho bệnh tăng lên.
- Hướng dẫn người bệnh:
 - + Giữ tư thế thẳng cân đối khi đứng, đi, và ngồi. Dùng các ghế ngồi cao và có tay vịn giúp việc đứng lên dễ hơn. Điều chỉnh bệ xí cao phù hợp.
 - + Tập đi bộ hàng ngày, nghỉ 5 - 10 phút sau mỗi giờ đi, thay đổi giữa các bài tập tư thế đứng và ngồi. Người bệnh cần ngủ đầy đủ và tư thế ngủ hợp lý. Nên nằm ngủ bằng lưng trên một nệm chắc không nên để gối dưới khoeo vì có thể gây cứng khớp ở tư thế gấp chân.
 - + Tránh lực tỳ đè quá mạnh lên khớp. Cần hỗ trợ các khớp yếu và đang đau. Tránh các động tác gấp nhiều. Cầm nắm các vật theo hướng song song với khớp ngón tay. Khi di chuyển đồ vật nhất là vật nặng nên đẩy, không nên nhấc lên.
 - + Tắm nước nóng trước khi đi ngủ hoặc buổi sáng có tác dụng giảm đau.
 - + Đi giày dép phù hợp và phải điều chỉnh thường xuyên. Cần có các quần áo và đồ dùng thiết kế riêng như đóng gót giày có tay dài, dây giày dài và đàn hồi, áo váy mềm có khuy cài, các đồ dùng trong nhà phù hợp. Đối với người hạn chế vận động các khớp ngón tay nên đi găng hở ngón.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH GÚT

I. MỤC ĐÍCH

Thực hiện các biện pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc nhằm giúp người bệnh:

- Giảm đau, chống viêm tại khớp.
- Tránh các đợt tái phát và biến chứng.
- Duy trì chế độ ăn uống sinh hoạt hợp lý.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Tất cả các người bệnh đã được chẩn đoán Gút.

2. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: báo cho người bệnh biết mục đích buổi điều dưỡng. Có thể có người nhà người bệnh đi kèm.

2. Dụng cụ

- Chăm sóc các trường hợp hạt tôphi bị vỡ: hộp dụng cụ tiểu phẫu vô trùng bông băng, cồn trắng 70⁰, dung dịch betadine, oxy già; kẹp kocher, kéo, các dụng cụ đựng chất thải...

3. Địa điểm

Tuỳ mục đích buổi chăm sóc, có thể tại giường bệnh, phòng khám hoặc, phòng tư vấn người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Nhận định tình trạng của người bệnh**

- Giai đoạn bệnh, đợt cấp hoặc mạn, các khớp nào sưng, đau, nề?
- Đánh giá các cơ quan bị tổn thương hạt tophi, khớp, thận
- Các bệnh kèm theo : cao huyết áp, béo phì, rối loạn mỡ máu...
- Các thuốc được dùng, biến chứng của thuốc.
- Tình hình ăn uống, dinh dưỡng, cân nặng.

2. Chăm sóc cụ thể

- Thực hiện các y lệnh về thuốc giảm đau, chống viêm (colchicine hoặc thuốc chống viêm không steroid, các thuốc giảm đau), thuốc hạ acid uric hoặc các thuốc khác khi có các rối loạn chuyển hoá khác kèm theo (thuốc đái tháo đường, hạ lipid máu).
- Chăm sóc da người bệnh một cách tỉ mỉ, đặc biệt khi có hạt tôphi vỡ. Hướng dẫn vệ sinh cá nhân.
- Trường hợp có biến dạng khớp do có các hạt tôphi: dùng giấy dếp đi quai dán, có nhiều vùng hở, tránh đụng dập vào hạt tôphi.
- Chăm sóc các khớp ở cánh tay, bàn tay: hướng dẫn người bệnh khi nâng vật cần nâng bằng cả 2 tay. Nếu người bệnh đau nhiều, có thể băng nẹp cổ bàn tay. Với khớp háng hoặc gối, nên khuyên người bệnh nằm tư thế sấp trên giường cứng; nằm thẳng, đứng hoặc đi dạo, tránh đứng hoặc ngồi quá lâu; nên dùng can chống hỗ trợ đối với bên khớp đau
- Hạt tôphi to hoặc gây cản trở hoạt động khớp: bác sĩ có thể chỉ định điều trị ngoại khoa cắt bỏ.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống giảm đạm, nhiều nước uống và nước uống có kiềm. Hướng dẫn chế độ ăn giảm đường (nếu có đái tháo đường), giảm cân (nếu có béo phì kèm theo).

3. Theo dõi

- Theo dõi cân nặng.
- Chế độ ăn uống.

- Phát hiện các hạt tôphi, các vết loét do tỳ đè, các tổn thương da khác.
- Acid uric máu, niệu.
- Đường máu, mỡ máu.
- Chức năng thận, gan.
- Siêu âm phát hiện sỏi tiết niệu.
- Các tác dụng phụ của thuốc.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Giai đoạn bệnh, đợt cấp hoặc mạn.
- Mức độ giảm đau, mức độ tái phát đợt cấp.
- Đánh giá các cơ quan bị tổn thương hạt tophi, khớp, thận
- Các bệnh kèm theo: cao huyết áp, béo phì, rối loạn mỡ máu...
- Các kết quả theo dõi đặc biệt.
- Hiểu biết về bệnh và tự chăm sóc sức khỏe.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh về bệnh gút: đây là bệnh có thể khống chế được nếu tuân thủ y lệnh của thầy thuốc. Thông báo cho người bệnh và gia đình của họ biết vai trò của việc thay đổi cơ bản trong lối sống. Hướng dẫn người bệnh tự giác tuân thủ chế độ ăn uống sinh hoạt hợp lý, giúp đỡ người bệnh bỏ chất uống có cồn, các chất cần kiêng cử.
- Giải thích kỹ về các xét nghiệm theo dõi.
- Hướng dẫn người bệnh tự giác chế độ ăn uống sinh hoạt hợp lý.
- Điều dưỡng viên hướng dẫn và chăm sóc các trường hợp hạt tôphi bị vỡ, các khớp biến dạng, suy thận.
- Người bệnh cần biết có thể phải dùng các thuốc hạ acid uric suốt đời, không tự ý dùng thuốc có corticoid, tránh lạm dụng thuốc giảm đau...
- Hướng dẫn người bệnh, tránh đụng dập vào hạt tôphi, không tự ý cắt bỏ, châm chích vào hạt tôphi.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THOÁI HOÁ KHỚP

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện các biện pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc nhằm giúp người bệnh:
- Giảm đau tại khớp.

- Phục hồi chức năng vận động của các khớp, giảm thiểu sự tàn phế.
- Giúp người bệnh phòng ngừa các biến chứng, biết sử dụng các thiết bị hỗ trợ vận động.
- Giúp người bệnh hiểu biết về bệnh và tự chăm sóc (nếu điều kiện sức khoẻ cho phép). Phối hợp sử dụng các thiết bị hỗ trợ vận động.
- Chuẩn bị tốt người bệnh để có thể can thiệp điều trị bằng phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Tất cả các người bệnh đã được chẩn đoán thoái hoá khớp, ở mọi giai đoạn chức năng vận động Steinbroker đều được chăm sóc, tư vấn ở các mức độ khác nhau.

2. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định chung. Trừ khi có tổn thương nội tạng kèm theo do các bệnh kết hợp (suy tim, suy gan, suy thận...), mức độ các bài tập tùy theo tình trạng cụ thể. Các biện pháp điều trị và theo dõi phải được tiến hành chặt chẽ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: báo cho người bệnh biết mục đích buổi chăm sóc. Có thể có người nhà người bệnh đi kèm.

2. Dụng cụ

- Nếu là buổi tập luyện phục hồi chức năng thì tùy theo bài tập mà cần các dụng cụ tương ứng. Có các dụng cụ hỗ trợ nhằm giảm tải cho khớp như nạng, dây treo, gậy, khung tập đi, nẹp cổ, kéo liên tục, xe đạp...
- Lý liệu pháp gồm mát xa, xông hơi, ngâm nệm tay. Các bài tập để giảm co cứng và tăng cường dinh dưỡng cơ.

3. Địa điểm

Tùy mục đích buổi chăm sóc, có thể tại giường bệnh, tại phòng tập, bể bơi hoặc tại phòng khám, phòng tư vấn người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhận định tình trạng của người bệnh

- Mức độ đau, chức năng vận động: chủ động, thụ động của các khớp, biến dạng, lệch trục.
- Tổn thương trên X. quang.
- Trọng lượng cơ thể.

- Các bệnh kèm theo.
- Tư thế.
- Các thuốc được dùng, các biểu hiện do tác dụng phụ của thuốc.
- Tình hình dinh dưỡng.

2. Chăm sóc cụ thể

- Thực hiện các y lệnh về thuốc giảm đau, chống thoái hoá khớp. Hướng dẫn dùng thuốc, phát hiện tai biến do thuốc
- Khuyến khích người bệnh tự vận động, phục vụ tùy vào khả năng vận động và mức độ đau. Tuy nhiên, tránh vận động quá mức, phải có biện pháp bảo vệ các khớp tổn thương.
 - + Với các khớp ở tay: có thể cho tắm nóng, ngâm paraffin, để giảm đau và giảm cứng khớp.
 - + Cột sống cổ: điều chỉnh cổ áo, nẹp cổ thích hợp, tránh bó sát.
 - + Cột sống lưng, thắt lưng: cho người bệnh nằm đệm đủ chắc hoặc giường cứng giúp giảm đau buổi sáng
 - + Khớp háng: có thể dùng miếng lót ấm và nóng giúp giảm đau tốt. Có thể cho dùng các thuốc giãn cơ nhẹ.
 - + Khớp gối: hỗ trợ hoặc hướng dẫn người bệnh các động tác tập của khớp ngày 2 lần có tác dụng duy trì cơ lực tốt. Có thể áp dụng các bài tập có tải với mức độ tăng dần để tăng cơ lực.
- Cho người bệnh dùng các dụng cụ dần hồi, dây treo hỗ trợ.
- Trường hợp dùng nạng, gậy, dây treo hoặc khung tập phải đảm bảo vừa kích cỡ với người bệnh. Nên khuyến người bệnh nằm tư thế sắp trên giường cứng ; nằm thẳng, đứng hoặc đi dạo, tránh đứng hoặc ngồi quá lâu ; nên dùng can chống hỗ trợ đối với bên khớp đau. Động viên người bệnh cố gắng hoạt động trong điều kiện càng gần bình thường càng tốt. Biết thích nghi với các biến dạng khớp của thoái hoá khớp. Cần duy trì cơ lực và các động tác vận động của khớp ở các khớp chưa bị ảnh hưởng.
- Chuẩn bị cho người bệnh về mặt tinh thần và trao đổi những thông tin cần thiết khi có chỉ định điều trị ngoại khoa.
- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn uống, tránh béo phì.

3. Theo dõi

- Theo dõi cân nặng, mức độ đau, mức độ hạn chế vận động
- Đánh giá hiệu quả và các tác dụng phụ của thuốc điều trị.
- Theo dõi sự hài lòng của người bệnh về các biện pháp điều trị.
- Đánh giá tình hình để nếu có chỉ định ngoại khoa kịp thời.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Tuỳ theo mục đích buổi chăm sóc là thực hiện các động tác phục hồi chức năng hoặc tư vấn mà ghi chép hồ sơ và báo cáo. Nói chung đánh giá quá trình điều dưỡng gồm các phần sau;

- Tình thần người bệnh.
- Mức độ giảm đau, cải thiện vận động, giai đoạn bệnh
- Các tác dụng phụ của thuốc.
- Các kết quả theo dõi đặc biệt.
- Khả năng tự phục vụ.
- Hiểu biết về bệnh và tự chăm sóc sức khoẻ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh về bệnh thoái hoá khớp.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi ban ngày, sau các bài tập, và nghỉ ban đêm. Khuyến khích người bệnh áp dụng các biện pháp tiết kiệm năng lượng, áp dụng các biện pháp bảo vệ khớp, giảm tải cho khớp.
- Hướng dẫn người bệnh uống thuốc đúng giờ, liều lượng, cách phát hiện, theo dõi và thông báo kịp thời các biến chứng và tác dụng phụ của thuốc.
- Hướng dẫn chế độ vận động thể dục thể thao phù hợp: ví dụ thoái hoá khớp háng(tập bơi, đạp xe), thoái hoá khớp gối (đạp xe, đi bộ).
- Với nghề nghiệp của người bệnh: tìm các biện pháp cho người bệnh thích nghi với điều kiện làm việc và tình trạng bệnh, trên nguyên tắc làm cho khớp tổn thương không bị quá tải.
- Chống tư thế xấu trong lao động và sinh hoạt. Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột.
- Khuyến người bệnh cần duy trì cân nặng phù hợp, chống béo bệu.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH XƠ CỨNG BÌ TOÀN THỂ**I. MỤC ĐÍCH**

Giúp người bệnh:

- Hạn chế mức độ tiến triển của bệnh, giảm sự xơ cứng của da, phòng chống loét các đầu chi.
- Giảm đau chống viêm tại khớp, phục hồi chức năng vận động của các khớp.
- Phòng ngừa các biến chứng (suy tim, suy thận, suy hô hấp).

- Tin tưởng vào phương pháp chăm sóc, điều trị, hợp tác với thầy thuốc để được theo dõi bệnh và điều trị liên tục.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Tất cả người bệnh đã được chẩn đoán xơ cứng bì toàn thể đều được chăm sóc ở những mức độ khác nhau phù hợp với nhận định giai đoạn của bệnh.

2. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định chung. Song với những người bệnh xơ cứng bì toàn thể đã có tổn thương nội tạng, các biện pháp điều trị, kỹ năng tập luyện phải được chỉ định chặt chẽ và giám sát cẩn thận để phòng tử vong đột ngột.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: người bệnh được biết và hiểu rõ mục đích buổi tập luyện. Yên tâm chủ động phối hợp với nhân viên y tế.

2. Người thực hiện

- Y tá - điều dưỡng có đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chăm sóc người bệnh.
- Phải đảm bảo vô khuẩn khi thực hiện chăm sóc người bệnh có loét đầu chi.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh hay tại phòng tập luyện.

4. Dụng cụ

- Tùy thuộc vào nhận định tình trạng người bệnh mà chuẩn bị dụng cụ cho phù hợp.
- Tập luyện phục hồi chức năng: tùy theo bài tập mà có dụng cụ phù hợp bóng cao su tập sức bóp bàn tay, đèn chiếu tia hồng ngoại...
- Xe chăm sóc: chậu, khăn bông khô, nước nóng, gạc miếng, găng tay sạch.
- Xe thay băng:
 - + Bộ dụng cụ thay băng vô trùng.
 - + Găng tay vô trùng, găng tay sạch.
 - + Khay quả đậu, khay chữ nhật.
 - + Kéo, kẹp phẫu tích, băng dính.
 - + Cồn 70⁰, bột talc, ête.
 - + Thuốc dung dịch sát khuẩn betadin, castellani, nước muối 0,9%. Các dụng cụ khác: ống nghe, huyết áp
 - + Thuốc theo chỉ định của bác sĩ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhận định

- Tình trạng toàn thân và dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.
Quan sát người bệnh sắc mặt (da vùng tổn thương, mức độ tổn thương) tình trạng tinh thần người bệnh.
- Đợt cấp hoặc mạn của bệnh.
- Khả năng vận động, chủ động, thụ động.
- Các thuốc được dùng, phản ứng phụ của thuốc.
- Tình trạng ăn uống và vệ sinh của người bệnh.

2. Chăm sóc cơ bản và đặc biệt

- Tuỳ theo giai đoạn, mức độ nặng của bệnh.
- Chăm sóc các vết loét da, dấu chi, nơi tỳ đè thiếu dinh dưỡng (khuyết tay, lỗi cầu cánh tay...)
- Giúp người bệnh làm vệ sinh thân thể, răng miệng và các hốc tự nhiên khác...
- Chăm sóc da người bệnh thận trọng, kỹ lưỡng. Dùng các thuốc bôi da làm sạch và mềm các vùng da khô. Không dùng xà phòng. Người bệnh phải mặc ấm đi tất tay và chân; không hút thuốc lá. Xoa bóp hàng ngày toàn thân có tác dụng làm da mềm mại.
- Hướng dẫn tránh tiếp xúc với các hoá chất, mỹ phẩm..., tránh nắng mưa.
- Kiểm soát và hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn tránh những thuốc gây dị ứng.
- Hướng dẫn người bệnh biết cách chăm sóc bảo vệ các khớp đặc biệt khi mang, nâng vật nặng dùng cả 2 tay. Luôn có ý thức để khớp ở tư thế cơ năng để phục vụ cho sinh hoạt của bản thân. Duy trì vận động thường xuyên, tập thở tránh suy hô hấp.
- Đặc biệt nếu có điều kiện người bệnh được điều trị bằng tắm nước suối nóng Mỹ Lâm -Tuyên Quang, đắp bùn sinh học.
- Gắn gũi nâng đỡ người bệnh về tinh thần vì người bệnh dễ trầm cảm, tự ty lo sợ về sự hạn chế khả năng độc lập, sự tàn phế, khả năng tình dục, về thẩm mỹ. Cần thiết chuyển người bệnh đến bác sĩ chuyên khoa để có thêm tư vấn chăm sóc thiết thực hơn.
- Giúp người bệnh về tinh thần và trao đổi những thông tin cần thiết khi có chỉ định phẫu thuật.
- Chăm sóc dinh dưỡng:
 - + Cho ăn nhiều bữa nhỏ, tư thế đầu theo chỉ định để tránh trào ngược thực quản
 - + Tránh ăn muộn ban đêm; không nằm trong vài giờ sau khi ăn, tránh dùng cà phê, chè, chocolate

- + Dùng thuốc chống acid giữa các bữa ăn
- + Cẩn nhai kỹ, uống thêm nước khi nuốt

3. Theo dõi

- Khả năng vận động các khớp.
- Chức năng hô hấp: nhịp thở.
- Chức năng tuần hoàn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp tim.
- Mức độ xơ cứng da, sự phục hồi các vết loét.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép nội dung công tác chăm sóc, tập luyện cho người bệnh một cách trình tự ngắn gọn dễ hiểu và đầy đủ giúp ích cho việc điều chỉnh buổi chăm sóc sau.
- Tinh thần và sự hợp tác của người bệnh.
- Mức độ tiến triển của da, mức độ mềm mại của da. Mức độ giảm đau của khớp, khả năng vận động của khớp, số khớp đau, số khớp sưng.
- Mức độ phục hồi các vết loét đầu chi, tiến triển của vết thương.
- Khả năng tự phục vụ.
- Các kết quả theo dõi đặc biệt.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh biết cách phòng ngừa và tránh những biến chứng của bệnh.
- Tránh những tác nhân thuận lợi cho sự phát triển bệnh như: thuốc gây dị ứng, hoá chất, mỹ phẩm...
- Hướng dẫn dùng thuốc an toàn hợp lý và điều trị lâu dài, phối hợp chặt chẽ với cán bộ y tế để được theo dõi bệnh liên tục
- Hướng dẫn người bệnh lao động phù hợp với sức khỏe, luôn có ý thức bảo vệ da giữ gìn vệ sinh và vận động các khớp phù hợp, tập luyện đều đặn để hạn chế mức độ nặng của bệnh và những biến chứng khác

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

I. MỤC ĐÍCH

Thực hiện các biện pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc nhằm giúp người bệnh:

- Khắc phục các tổn thương da

- Giảm đau, chống viêm, phục hồi chức năng vận động của khớp.
- Phòng ngừa các đợt tái phát
- Hiểu biết về bệnh, biết cách tự chăm sóc để phòng ngừa hạn chế các biến chứng.
- Giúp người bệnh hòa nhập với cộng đồng.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Tất cả các người bệnh đã được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống, ở mọi giai đoạn đều được chăm sóc ở các mức độ khác nhau. Tùy theo tổn thương nội tạng cụ thể mà chỉ định chăm sóc.

2. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định chung. Khi có tổn thương nội tạng (suy tim, suy gan, suy thận...), các biện pháp điều trị và theo dõi phải được tiến hành chặt chẽ.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: báo cho người bệnh biết mục đích buổi chăm sóc. Có thể có người nhà người bệnh đi kèm.

2. Dụng cụ

Nếu là buổi tập luyện phục hồi chức năng khớp thì tùy theo bài tập mà cần các dụng cụ tương ứng: tạ nhỏ, bóng cao su tập sức bóp bàn tay hoặc một số dụng cụ tập cơ chi dưới (bàn tập cơ chi dưới).

3. Địa điểm

Tùy mục đích buổi chăm sóc, có thể tại giường bệnh, tại phòng tập hoặc tại phòng khám, phòng tư vấn người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhận định tình trạng của người bệnh

- Toàn trạng:
 - + Tinh thần
 - + Thể trạng: mệt mỏi, kém ăn, gầy sút...
- Thể bệnh (cấp, bán cấp, mạn), đợt tiến triển: sốt, ban đỏ đau khớp
- Đánh giá tổn thương da và các tạng, mức độ.
- Thuốc đã dùng, các tai biến.

2. Chăm sóc cụ thể

- Thực hiện các y lệnh. Hướng dẫn dùng thuốc, phát hiện tai biến do thuốc
- Hướng dẫn một chế độ ăn cân đối giữa các thành phần dinh dưỡng, các thức ăn giàu vitamin, sắt để đảm bảo dinh dưỡng và chống thiếu máu. Khi có suy thận hoặc suy tim cần giảm lượng protein và muối. Cho ăn thức ăn nhẹ, mềm và ấm khi có các tổn thương của họng.
- Khuyến khích người bệnh nghỉ ngơi đầy đủ. Sắp xếp hợp lý các xét nghiệm và thăm dò chẩn đoán để người bệnh không bị mệt và có thời gian nghỉ ngơi.
- Giải thích đầy đủ về các xét nghiệm thăm dò, tính cần thiết và định kỳ trong việc làm các xét nghiệm này để theo dõi điều trị.
- Với các khớp viêm, có thể chườm nóng để giảm đau và làm mềm khớp, tập luyện thường xuyên để chống dính và cứng khớp.
- Khi tổn thương thần kinh cần có biện pháp để phòng cơ co giật.
- Giữ ấm bàn chân và tay để phòng và giảm các triệu chứng của hội chứng Raynaud. Chú ý vệ sinh da, răng miệng.
- Áp dụng các biện pháp vật lý trị liệu tư vấn nghề nghiệp khi có các tổn thương của cơ - xương gây hạn chế vận động.
- An ủi người bệnh về những mặc cảm thay đổi hình dạng cơ thể, đặc biệt là phụ nữ. Tránh dùng các mỹ phẩm gây dị ứng. Nếu có thể nên có một người có kinh nghiệm trong việc tắm gội cho người có tổn thương da. Với người bệnh nam cũng cần có lời khuyên tương tự về các mỹ phẩm dùng trong gội đầu, cạo râu.
- Nâng đỡ người bệnh về mặt tinh thần qua việc tư vấn, giáo dục.

3. Theo dõi

- Theo dõi và đánh giá liên tục các tổn thương nội tạng, nhất là huyết áp, cân nặng, các tổn thương thận.
- Phát hiện kịp thời các tổn thương thần kinh qua những thay đổi về hành vi, các triệu chứng, hội chứng tâm thần, thần kinh.
- Theo dõi nước tiểu, phân, các dịch tiết đường tiêu hoá, các tổn thương ở da đầu, rụng tóc, tổn thương trên da như đốm xuất huyết, loét da, chảy máu, xanh tái, bầm tím trên da và niêm mạc.
- Theo dõi đáp ứng điều trị.
- Theo dõi các phản ứng phụ của thuốc, đặc biệt khi dùng corticoid hoặc thuốc chống viêm kháng sinh liều cao.
- Theo dõi các dấu hiệu của nhiễm khuẩn.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tùy theo mục đích buổi chăm sóc là thực hiện các động tác phục hồi chức năng hoặc tư vấn mà ghi chép hồ sơ và báo cáo. Nói chung đánh giá quá trình điều dưỡng gồm các phần sau:
 - + Tinh thần người bệnh.
 - + Mức độ giảm đau, cải thiện vận động (triệu chứng cứng khớp buổi sáng, số khớp sưng, số khớp đau, biên độ vận động khớp), giai đoạn bệnh.
 - + Các tác dụng phụ của thuốc.
 - + Các kết quả theo dõi đặc biệt.
 - + Khả năng tự phục vụ.
 - + Hiểu biết về bệnh và tự chăm sóc sức khỏe.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh về các bài tập vận động, tư thế khi đi đứng để tránh các va chạm, chấn thương.
- Chỉ dẫn cho người bệnh cách phòng các nhiễm trùng, không nên tiếp xúc với các dịch bệnh hoặc người đang có các bệnh nhiễm trùng.
- Phát hiện và báo ngay cho thầy thuốc các biểu hiện như sốt, ho, các tổn thương trên da, các triệu chứng đau xuất hiện hoặc nặng lên ở ngực, bụng, khớp...
- Với các người bệnh có nhạy cảm da với ánh sáng thì nhất thiết yêu cầu người bệnh phải đội mũ, đi găng, đeo kính, mặc các quần áo bằng chất liệu chống nắng, dùng các loại kem chống nắng khi buộc phải ra ngoài.
- Hướng dẫn người bệnh cách vệ sinh răng miệng và phòng các nhiễm trùng răng miệng.
- Về sức khỏe sinh sản, chỉ có thể mang thai khi trong 6 tháng không có các đợt tái phát. Nếu có các tổn thương về thận và thần kinh thì không nên có thai. Do bệnh có xu hướng nặng lên khi mang thai, những người bệnh có thai cần được điều trị dưới sự theo dõi chặt chẽ của các thầy thuốc chuyên khoa nội và sản.
- Cần đến khám và chuyển đến thầy thuốc chuyên khoa trong trường hợp có các diễn biến nặng hoặc kém đáp ứng với điều trị.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÃNG XƯƠNG**I. MỤC ĐÍCH**

Thực hiện các biện pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc nhằm giúp người bệnh:

- Giảm đau, phục hồi chức năng vận động.

- Phòng ngừa gãy xương.
- Hướng dẫn người bệnh biết cách phòng bệnh.
- Giúp người bệnh hòa nhập với cộng đồng.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Tất cả các người bệnh đã được chẩn đoán loãng xương ở giai đoạn chưa gãy xương hoặc đã gãy xương được chăm sóc ở các mức độ khác nhau. Tùy theo mức độ gãy xương.

2. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định chung.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: báo cho người bệnh biết mục đích buổi điều dưỡng. Có thể có người nhà người bệnh đi kèm.

2. Dụng cụ: (áp dụng cho người bệnh loãng xương nhưng không có kèm theo gãy xương)

Nếu là buổi tập luyện phục hồi chức năng khớp thì tùy theo bài tập mà cần các dụng cụ tương ứng: bóng cao su tập sức bóp bàn tay hoặc một số dụng cụ tập cơ chi dưới (bàn tập cơ chi dưới).

3. Địa điểm

Tùy mục đích buổi chăm sóc, có thể tại giường bệnh, tại phòng tập hoặc tại phòng khám, phòng tư vấn người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhận định tình trạng của người bệnh

- Toàn trạng
- Các cơ quan
- Dinh dưỡng
- Tại chỗ: phân biệt hai mức độ:
 - + Không có gãy xương
 - + Có biến chứng gãy xương. Đánh giá mức độ gãy xương: gãy xương cẳng tay, xẹp lún đốt sống, gãy cổ xương đùi hoặc kèm theo gãy các xương khác....

2. Chăm sóc cụ thể

- Thực hiện các y lệnh. Hướng dẫn dùng thuốc, phát hiện tai biến do thuốc

- Hướng dẫn một chế độ ăn cân đối giữa các thành phần dinh dưỡng, đầy đủ lượng calci và các yếu tố vi lượng, các thức ăn giàu vitamin, để đảm bảo dinh dưỡng.
- + Trường hợp không có gãy xương: tập luyện thường xuyên: đi bộ, tập các động tác nhẹ nhàng để làm tăng khả năng chịu tải của xương và tăng độ chắc của cơ bắp để phòng chống nguy cơ gãy xương và tăng mật độ xương.
- + Trường hợp có gãy xương: trong giai đoạn đầu cần được bất động, cố định. Trong giai đoạn này người bệnh cần được thường xuyên xoa bóp cơ bắp để phòng chống teo cơ; giúp người bệnh thường xuyên thay đổi tư thế nằm để phòng chống loét và phòng biến chứng viêm phổi. Tùy theo mức độ gãy xương mà có thể giúp người bệnh có khả năng phục hồi vận động một cách tối đa.
- Trường hợp loãng xương thứ phát do một số bệnh hoặc sử dụng một số thuốc như: cường cận giáp, viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, sử dụng corticoid kéo dài..., cần thực hiện công tác chăm sóc toàn diện,....
- Áp dụng các biện pháp vật lý trị liệu tư vấn nghề nghiệp khi có các tổn thương của cơ - xương gây hạn chế vận động.
- An ủi động viên người bệnh.

3. Theo dõi

- Theo dõi các phản ứng phụ của thuốc, đặc biệt những trường hợp loãng xương do sử dụng corticoid.
- Các theo dõi đặc biệt khi có chỉ định

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Tùy theo mục đích buổi chăm sóc là thực hiện các động tác phục hồi chức năng hoặc tư vấn mà ghi chép hồ sơ và báo cáo. Nói chung đánh giá quá trình chăm sóc gồm các phần sau:

- Tinh thần người bệnh.
- Mức độ giảm đau, cải thiện vận động (triệu chứng đau, các vị trí đau, biên độ vận động khớp), giai đoạn bệnh
- Các tác dụng phụ của thuốc.
- Các kết quả theo dõi đặc biệt.
- Khả năng tự phục vụ.
- Hiểu biết về bệnh và tự chăm sóc sức khỏe.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh hiểu rõ về căn bệnh của mình, xác định là một bệnh mạn tính do đó phải được thường xuyên theo dõi và sử dụng thuốc lâu dài với sự kiểm soát của bác sĩ.

- Người bệnh phải chấp hành tốt các chế độ thuốc men và chế độ ăn uống: đảm bảo chế độ ăn đủ chất dinh dưỡng, giàu calci, tránh ăn những chất nhiều mỡ, và đường làm tăng cân.
- Vấn đề vận động:
 - + Luôn luôn phải giữ tư thế cân đối khi đứng cũng như vận động, nhất là khi mang vác một vật nào đó, đều phải giữ ở tư thế cân đối hai bên, không được mang vật nặng bằng một tay.
 - + Tập đi bộ hàng ngày, trung bình mỗi ngày đi bộ khoảng 30 phút, mỗi tuần tối thiểu 3 lần.
 - + Không được mang vác vật nặng, quá khả năng của người bệnh.
- Tránh nguyên nhân gây ngã: chỗ ở phải đủ ánh sáng, sàn nhà không được trơn. Buồng tắm và phòng vệ sinh phải có chỗ vịn tay. Phải đi giày thấp, đế bằng và phù hợp với chân của người bệnh.
- Hướng dẫn người bệnh cách phòng ngừa bệnh.

Chương VIII

LÃO KHOA

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SA SÚT TÂM THẦN

I. MỤC ĐÍCH

1. Bảo vệ người sa sút tâm thần khỏi bị các tai nạn.
2. Duy trì khả năng độc lập của người bệnh trong hoạt động hàng ngày
3. Hồi phục khả năng giao tiếp
4. Ngăn ngừa và làm giảm hành vi bất thường, không có lợi.
5. Hỗ trợ cho những người chăm sóc trong gia đình người bệnh.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh yên tâm để hợp tác làm theo

2. Người thực hiện

- Bác sĩ và y tá- điều dưỡng
- Trang phục y tế đầy đủ

3. Nơi thực hiện

- Phòng bệnh

4. Dụng cụ

- Chuẩn bị các dụng cụ người bệnh hay sử dụng: ca, cốc, bàn chải đánh răng, khăn mặt, tranh ảnh cũ của người bệnh...
- Chuẩn bị một số các chất kích thích như trà, cà phê nước hoa ..., các vật có màu sắc sặc sỡ.
- Chuẩn bị các vật dụng người bệnh đã quen thuộc như bút, giấy, máy tính... (tùy từng người bệnh).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Để bảo vệ người sa sút tâm thần khỏi bị các tai nạn cần bày trí lại phòng bệnh cho gọn gàng, dễ đi lại, sắp xếp các vật dụng cho dễ lấy. Phòng bệnh cần sáng sủa, loại bỏ các vật dụng nguy hiểm, dễ cháy nổ.
2. Duy trì khả năng độc lập của người bệnh trong hoạt động hàng ngày bằng cách:
 - Đề nghị luôn có một người nhà ở cạnh để chăm sóc và giám sát người bệnh.
 - Lập kế hoạch chăm sóc hàng ngày: vạch rõ giờ ăn, uống, tắm rửa, tập luyện ... và giúp đỡ người bệnh cùng gia đình họ thực hiện.

- Hướng dẫn người bệnh sử dụng các vật dụng thường dùng. Kiên trì, nhẹ nhàng hướng dẫn từ từ từng loại vật dụng. Nếu người bệnh có rối loạn nhận thức như sợ hãi (ví dụ tưởng cái cột giường là lưỡi gươm) thì người điều dưỡng phải nhẹ nhàng giải thích ngay.
- Kích thích cảm giác của người bệnh bằng cách dùng cà phê, chè, nước hoa... cho họ ngửi mùi, giúp họ gọi tên và nhớ lại cách sử dụng, hoàn cảnh sử dụng các chất đó...
- Hồi phục trí nhớ cho người bệnh bằng cách phối hợp cùng người nhà gọi lại các chuyện cũ, các công việc mà người bệnh đã quen thuộc, những người thân quen... khuyến khích người bệnh nhớ lại và liên hệ đến các hoàn cảnh hay gặp.
- 3. Hồi phục khả năng giao tiếp: khuyến khích người bệnh nói chuyện, trình bày các suy nghĩ của mình, không ngắt lời họ khi đang giao tiếp. Hướng dẫn họ làm việc bằng câu đơn giản, ví dụ như: “Ông ăn cơm đi”, “Đi ra bàn”, “Lấy cốc”, “Rót nước vào cốc”... Khuyến khích họ tham gia các hoạt động chung với các người bệnh khác.
- 4. Khi người bệnh bị kích thích, la hét, có hành vi không hay phải tìm yếu tố thúc đẩy xuất hiện các hành vi này như thuốc uống, người nhà nói điều không đúng, bị bắt buộc làm... để loại bỏ yếu tố thúc đẩy, kiên nhẫn và đánh lạc hướng họ sang một việc khác.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá mức độ tiến bộ, hồi phục của người bệnh
- Ghi hồ sơ các biểu hiện: mạch, nhiệt độ, huyết áp, ý thức
- Báo bác sĩ khi người bệnh kích động hoặc có biểu hiện bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hỗ trợ gia đình trong công tác chăm sóc người sa sút tâm thần, cách chăm sóc khi về nhà.
- Liên hệ thường xuyên với họ để có hỗ trợ kịp thời.
- Chuyển người bệnh đến viện khi cần thiết.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LOÃNG XƯƠNG THOÁI KHỚP

I. MỤC ĐÍCH

1. Giúp giảm đau, chống dính khớp. Duy trì cơ lực và tầm vận động khớp.
2. Làm cho người bệnh bớt lo lắng
3. Hỗ trợ người bệnh trong sinh hoạt hàng ngày
4. Phòng gãy xương do vấp ngã.

II. CHUẨN BỊ**1. Người bệnh**

Giải thích và động viên người bệnh

2. Người thực hiện

Y tá- điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh**4. Dụng cụ**

- Túi chườm nóng, đèn hồng ngoại
- Xe tiêm: đầy đủ dụng cụ
- Nhiệt kế, huyết áp, ống nghe
- Nẹp cột sống, áo nịt, nạng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Giúp người bệnh giảm đau trong giai đoạn cấp bằng cách: để người bệnh nằm nghỉ tại giường hoặc ngồi trên ghế. Hạn chế đi lại để giảm trọng lực lên các khớp viêm đau.
 - Chườm nóng hoặc chiếu đèn hồng ngoại vào các khớp viêm đau. Xoa bóp các cơ lân cận 2 lần/ ngày.
 - Hướng dẫn người bệnh tập vận động các cơ vùng đau khớp: ví dụ người bệnh thoái hoá cột sống cổ nên tập gồng cơ cổ, thoái hoá cột sống thắt lưng nên tập gồng cơ bụng và cơ lưng...
 - Cho người bệnh mang áo nịt hoặc nẹp cột sống một thời gian nếu người bệnh có đau dai dẳng.
2. Để người bệnh nằm ở tư thế đúng: các khớp ở bàn tay, cẳng tay để ở tư thế gấp, các khớp ở chân để ở tư thế duỗi. Có thể dùng chăn, gối, đệm kê đỡ tay, chân cho người bệnh giảm đau. Phối hợp với kỹ thuật viên phục hồi chức năng hướng dẫn người bệnh thường xuyên tập vận động các khớp, chống dính khớp, cho người bệnh tập các bài thể dục thích hợp để tăng cường quá trình chuyển hoá calci, chống loãng xương.
3. Người bệnh bị loãng xương, thoái khớp thường rất hay lo lắng cần động viên, an ủi để người bệnh yên tâm điều trị
4. Vì đau, cứng khớp người bệnh thường khó tự làm được các việc trong sinh hoạt hàng ngày, y tá- điều dưỡng cần hướng dẫn giúp đỡ họ như: tạo bàn ăn tại giường để người bệnh tự xúc ăn, hỗ trợ thay quần áo, làm vệ sinh, đi lại...
5. Người bệnh nằm lâu có thể bị các biến chứng như: nhiễm khuẩn hô hấp, loét... cần phát hiện sớm. Đo nhiệt độ: sáng, chiều

- Phát hiện sớm vết loét.
- Xoa bóp, thay đổi tư thế.
- 6. Đảm bảo dinh dưỡng hợp lý, chế độ ăn giàu calci, đủ nước, chống táo bón, chống ăn ít hay ăn quá nhiều.
- 7. Hướng dẫn người bệnh dùng thuốc theo đơn bác sĩ, tránh quên thuốc hoặc dùng quá liều.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo những biến cố xảy ra khi chăm sóc: sốt cao, có loét, cứng khớp.
- Ghi chép đầy đủ mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng sung, đau, vận động các khớp
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích để người bệnh và gia đình biết cách chăm sóc người bệnh tại nhà. Hướng dẫn một số các biện pháp để người bệnh duy trì được hoạt động, thích ứng với nghề nghiệp và sinh hoạt tại nhà.
- Khuyến khích người bệnh tham gia các bài tập thể dục: đi bộ, bơi, đi xe đạp...chú ý đề phòng vấp ngã gãy xương
- Hướng dẫn người bệnh có chế độ ăn hợp lý: giàu calci, nhiều nước, chống táo bón...

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẠI BIẾN MẠCH NÃO GIAI ĐOẠN HỒI PHỤC

I. MỤC ĐÍCH

1. Phục hồi chức năng vận động cho người bệnh.
2. Đề phòng và điều trị các biến chứng.
3. Dinh dưỡng hợp lý.
4. Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ để đề phòng bệnh tái phát.

II. CHUẨN BỊ

2. Người bệnh: giải thích để người bệnh hiểu và hợp tác thực hiện.
3. Người thực hiện: y tá- điều dưỡng.
4. Nơi thực hiện: phòng bệnh.
5. Chuẩn bị dụng cụ:

- Huyết áp kế, nhiệt kế.
- Bột talc.
- Máy hút đờm, ống thông hút đờm.
- Bơm cho ăn.
- Hộp nghiền thuốc.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Sắp xếp phòng bệnh và giường bệnh để người bệnh nằm gần tường, tránh ngã, bên liệt quay ra ngoài. Y tá phối hợp cùng kỹ thuật viên phục hồi chức năng tập vận động cho người bệnh để sớm phục hồi chức năng vận động. Phải tập nhẹ nhàng, đều đặn, tăng dần, tránh thô bạo. Các kích thích đều bắt đầu từ bên liệt.
2. Đặt người bệnh nằm thoải mái trên giường, không nên nằm ngửa. Cho người bệnh nằm nghiêng, có thể dùng gối, đệm kê đỡ một phần cơ thể để người bệnh nằm chắc, thoải mái. 2-3 giờ giúp thay đổi tư thế cho người bệnh một lần. Mặt giường cần được giữ phẳng, đệm chắc, không kê đầu người bệnh quá cao.
3. Phòng các biến chứng:
 - Viêm đường hô hấp: cho người bệnh thay đổi tư thế, vỗ rung. Nếu người bệnh khạc yếu cần hỗ trợ hút, làm sạch đờm dãi.
 - Loét: nằm đệm chống loét, thay đổi tư thế thường xuyên, vệ sinh vùng tỳ đè, xoa bột talc.
 - Vệ sinh răng, miệng, mắt.
 - Tắm rửa.
 - Tập cho người bệnh đại tiểu tiện tự chủ.
4. Cho người bệnh ăn:
 - Nếu người bệnh phải ăn qua ống thông: cho người bệnh ăn súp, sữa 4 lần/ngày.
 - Nếu người bệnh tự ăn: ăn thức ăn mềm, cơm.
 - Tính lượng calo đủ, cân đối, đảm bảo đủ nước, vitamin.
 - Giúp đỡ, khuyến khích người bệnh tự xúc ăn.
5. Theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp: 2 lần/ngày. Cho người bệnh uống thuốc đúng giờ, đặc biệt là thuốc hạ áp, hạ đường huyết...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá khả năng phục hồi vận động để có bài tập thích hợp
- Ghi hồ sơ: mạch, nhiệt độ, huyết áp, diễn biến bệnh. Mức độ hồi phục liệt.
- Báo bác sĩ khi có các dấu hiệu của nhiễm trùng (sốt), loét, huyết áp cao, đường huyết cao, sặc...

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình tuân thủ chế độ điều trị.
- Giải thích cho họ tầm quan trọng của theo dõi, uống thuốc, kiểm soát huyết áp thường xuyên, kiên trì tập luyện tiếp khi ra viện.
- Thay đổi lối sống: bỏ thuốc lá, rượu bia, tập thể dục, chế độ ăn giảm mỡ động vật.
- Khám định kỳ.

4. CHĂM SÓC NGƯỜI GIÀ GIẢM THÍNH LỰC**I. MỤC ĐÍCH**

- Phát hiện được tình trạng giảm thính lực và mức độ ảnh hưởng tới cuộc sống.
- Làm cho người già tham gia được các hình thức hoạt động, hoà nhập với cộng đồng: lao động, sinh hoạt vui chơi giải trí.
- Phòng ngừa các biến cố nguy hiểm do giảm thính lực gây ra.

II. CHUẨN BỊ

- Giải thích rõ mục đích để người già phối hợp điều trị.
- Giúp người bệnh đi khám lại
- Người bệnh được phân biệt điếc do nguyên nhân gì.
- Giảm thính lực có kèm theo ù tai hay không?
- Chuẩn bị công cụ trợ thính phù hợp, loa tai.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Giao tiếp**

- Gây sự chú ý với người nghe trước khi bắt đầu nói: đập vào vai hoặc lấy tay ra hiệu.
- Ngồi đối diện với người nghe ở nơi có ánh sáng tốt để họ có thể nhìn thấy môi mấp máy.
- Nói to nhưng không hét, nhắc lại nếu thấy cần.
- Nói chậm hơn bình thường nhưng không quá chậm. Ra hiệu khi cần.
- Có thể dùng loa tai
- Viết ra giấy nếu cần.

2. Công cụ trợ thính

- Hướng dẫn chọn máy trợ thính phù hợp theo chỉ định của bác sĩ.

- Hướng dẫn cách sử dụng và bảo quản: làm sạch tai nghe, cách thay pin, cách sử dụng loại đeo tai hoặc thay dây đeo nếu dùng loại đeo trong người.
- Bước đầu mỗi lần có thể sử dụng nửa giờ, sử dụng 4 lần một ngày, sau khi quen có thể dùng cả ngày.

3. Các trợ giúp khác

- Giảm hoặc tránh các tiếng ồn xung quanh: dùng khăn giải bàn làm giảm bớt tiếng loảng xoảng của dụng cụ ăn, vặn nhỏ đài, đóng cửa sổ làm giảm tiếng ồn từ đường phố.
- Để người già ngồi gần người nói.
- Giúp người già sử dụng ngôn ngữ giao tiếp khác: ngón tay, điệu bộ...

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SO VÀ BÁO CÁO

- Loại công cụ trợ thính sử dụng.
- Trạng thái tâm lý, hoà nhập với cộng đồng của người già.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI NHÀ VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên an ủi người già tích cực tham gia vào các hoạt động tại cộng đồng.
- Giải thích cho gia đình sự cần thiết phải chăm sóc.
- Hướng dẫn cách tiếp xúc với người già giảm thính lực.
- Hướng dẫn cách sử dụng và bảo quản máy trợ thính.
- Tạo môi trường ít tiếng động mạnh.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI GIÀ GIẢM THỊ LỰC

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện được tình trạng giảm thị lực và mức độ ảnh hưởng tới sinh hoạt trong cuộc sống.
- Chăm sóc đảm bảo vệ sinh mắt chống biến chứng viêm loét.
- Ăn uống nuôi dưỡng đầy đủ, đảm bảo dinh dưỡng.
- Làm cho người già tham gia được các hình thức hoạt động, hoà nhập với cộng đồng: lao động, sinh hoạt vui chơi giải trí.
- Phòng ngừa các biến cố nguy hiểm do giảm thị lực gây ra.

II. CHUẨN BỊ

- Giải thích rõ mục đích để người già phối hợp điều trị.

- Người bệnh được phân biệt giảm thị lực do nguyên nhân gì.
- Giảm thị lực có kèm loét, viêm nhiễm ở mắt hay không?
- Chuẩn bị thuốc uống, thuốc nhỏ mắt, mỡ tra mắt, loại kính phù hợp.
- Gạc và bông vô khuẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc tại mắt

- Nhỏ nước mắt nhân tạo nếu người già có khô mắt.
- Thực hiện nghiêm túc y lệnh tra thuốc nhỏ mắt, uống thuốc.
- Ngược lại, nếu có chảy nhiều nước mắt, hướng dẫn người bệnh đi khám và chữa tắc lệ đạo nếu có.

2. Công cụ trợ giúp tăng thị lực

- Hướng dẫn chọn kính phù hợp theo chỉ định của bác sĩ.
- Hướng dẫn cách sử dụng và bảo quản: lau sạch kính, tháo kính khi đi ngủ hoặc khi không cần sử dụng đến kính (khi không đọc sách, không làm những việc tỉ mỉ chi tiết).

3. Các trợ giúp khác

- Ánh sáng phải sáng hơn bình thường, không nên dùng ánh sáng đèn tuýp
- Đồ đạc phải xếp gọn gàng và đúng nơi quy định.
- Sàn nhà phải phẳng, không gồ ghề mấp mô.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Loại kính sử dụng.
- Mô tả tình trạng mắt: khô mắt, chảy nước mắt, tình trạng nhiễm trùng...
- Trạng thái tâm lý, hoà nhập với cộng đồng của người già.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI NHÀ VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho gia đình sự cần thiết phải chăm sóc.
- Điều kiện ánh sáng và tiện nghi trong gia đình phòng ngừa các biến cố nguy hiểm do giảm thị lực gây ra.
- Hướng dẫn cách tra thuốc, dùng thuốc với người già giảm thị lực.
- Cách giữ gìn vệ sinh mắt cho người già, đề phòng nhiễm trùng.
- Chế độ ăn uống đầy đủ, đảm bảo dinh dưỡng.
- Hướng dẫn cách sử dụng và bảo quản kính đeo mắt.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIỂU ĐƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp người bệnh có một cuộc sống bình thường trong gia đình và xã hội.
- Đạt được mục tiêu điều trị cân bằng chuyển hoá cho người bệnh, làm nhẹ hoặc chậm các tiến triển và biến chứng của bệnh.
- Giáo dục người nhà và người bệnh tự chăm sóc và theo dõi điều trị tốt.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích về việc chăm sóc.
- Nhận định người bệnh trước khi làm: người bệnh có minh mẫn, có các biến chứng của bệnh tiểu đường không?
- Để người bệnh ở tư thế thích hợp khi chăm sóc.

2. Người thực hiện

- Y tá - điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

3. Nơi thực hiện

Tại giường bệnh.

4. Dụng cụ

Nhận định người bệnh trước khi chuẩn bị dụng cụ: người bệnh có các biến chứng cần chăm sóc.

- Xe thay băng (đầy đủ dụng cụ).
- Xe tiêm (đầy đủ dụng cụ và có bơm kim tiêm riêng để tiêm insulin).
- Nhiệt kế, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Máy đo đường huyết mao mạch.
- Ga, quần áo, chăn màn sạch
- Túi đựng đồ bẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thực hiện y lệnh của bác sĩ về thuốc điều trị: tiêm insulin, uống thuốc hạ đường huyết.

- Tiêm đúng liều lượng, giờ tiêm hoặc uống thuốc và nhắc người bệnh ăn sau đó (nếu cần).
- Chú ý đường tiêm insulin, vị trí tiêm dưới da người bệnh và bảo quản insulin.

2. Theo dõi chế độ ăn và luyện tập của người bệnh

- Đảm bảo chế độ ăn và luyện tập thể dục ở người bệnh tiểu đường để kiểm soát tốt đường máu và duy trì cân nặng bình thường cho người bệnh.
- Y tá- điều dưỡng phải kiểm soát chặt chẽ chế độ ăn của người bệnh theo y lệnh cụ thể: tổng lượng calo, lượng glucid, lipid, protein... dựa vào nhu cầu của người bệnh.
- Nhắc nhở người bệnh tập thể dục đều đặn theo chế độ phù hợp với người bệnh.

3. Chăm sóc khi người bệnh có các biến chứng cấp tính

- Y tá -điều dưỡng cần nhanh chóng nhận biết các triệu chứng của hạ đường huyết hoặc hôn mê tăng đường huyết để có biện pháp xử trí kịp thời.
 - + **Cơn hạ đường huyết:** người bệnh mệt xỉu, cảm giác đói bủn rủn tay chân, vã mồ hôi, mạch nhanh....nhất là những người bệnh bỏ bữa ăn. Xử trí bằng cách cho người bệnh uống nước hoa quả, cho ăn bánh kẹo, mật ong hoặc tiêm glucagon, dextrose nếu người bệnh không tỉnh.
 - + **Hôn mê hạ đường huyết** cần hỏi thân nhân xem người bệnh có mới tiêm thuốc insulin không: người bệnh đột ngột hôn mê, vã mồ hôi, mạch nhanh.
Cần làm xét nghiệm đường máu rồi tiêm ngay 100 ml glucose 20% tĩnh mạch và báo bác sĩ ngay.
 - + **Hôn mê nhiễm toan ceton:** hôn mê từ từ, thở chậm và sâu, có mùi ceton, mạch nhanh và yếu.
 - + **Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu:** hôn mê kèm theo dấu hiệu mất nước nặng.
- Chú ý ở người già rất dễ bị hạ đường huyết và dấu hiệu của hạ đường huyết khó nhận biết hơn.
- Y tá- điều dưỡng cần theo dõi chính xác các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.

4. Chăm sóc các biến chứng khác

Người bệnh cao tuổi bị tiểu đường nhiều năm, thường gặp nhiều biến chứng: biến chứng nhiễm trùng, các biến chứng mạn tính như: mắt, thận, thần kinh, bàn chân, mạch máu lớn và nhỏ... vì vậy cần phải kiểm tra theo dõi thường xuyên để có biện pháp xử trí và chăm sóc thích hợp.

- Chăm sóc da cho người bệnh đặc biệt là bàn chân: chăm sóc thích hợp tất cả các vết thương, vết cắn, phỏng mụn nước ở da và bàn chân.
- Chăm sóc mắt: người bệnh tiểu đường có biến chứng về mắt làm giảm thị lực và có thể dẫn đến mù loà. Tùy vào chỉ định điều trị mà có những chăm sóc thích hợp.
- Quan sát các dấu hiệu nhiễm khuẩn tiết niệu, sinh dục... theo dõi protein niệu.

- Theo dõi đáp ứng của người bệnh với chế độ điều trị tiểu đường. Kiểm soát đường huyết và cân bằng chuyển hoá tốt là biện pháp tốt nhất nhằm hạn chế và giảm nhẹ các biến chứng của bệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Báo cáo các biến cố xảy ra trong khi chăm sóc.
- Ghi chép đầy đủ chính xác các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh: mạch, nhiệt độ, huyết áp, cân nặng, lượng dịch vào - ra, thể tích nước tiểu, tổng lượng calo, xét nghiệm máu (đường, urê, điện giải đồ), nước tiểu (đường, cetôn).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tuân thủ chế độ điều trị.
- Hướng dẫn cho người bệnh và gia đình về chế độ ăn, thể dục, vệ sinh, kỹ thuật theo dõi đường máu mao mạch, đường và cetôn niệu. Người bệnh và gia đình phải nhận biết và biết cách ngăn chặn hạ đường huyết, tăng đường huyết... và các biến chứng của bệnh. Dẫn dắt người bệnh và gia đình nếu có bất thường phải đến ngay cơ sở y tế.
- Khuyến khích người bệnh thay đổi lối sống đặc biệt là chế độ ăn uống, ngừng hút thuốc lá, hạn chế tối đa bia rượu. Nhấn mạnh rằng kiểm soát đường máu hàng ngày là rất quan trọng đối với sức khỏe người bệnh.

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU ĐIỀU TRỊ LASER U LÀNH TUYẾN TIỀN LIỆT

I. MỤC ĐÍCH

- Biết cách chăm sóc một người bệnh sau điều trị laser u lành tuyến tiền liệt.
- Theo dõi để phát hiện các biến chứng có thể gặp sau thủ thuật.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích về việc chăm sóc.
- Để người bệnh ở tư thế thích hợp khi chăm sóc.

2. Người thực hiện

- Y tá - điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

3. Nơi thực hiện

Tại giường bệnh.

4. Dụng cụ

Các dụng cụ để đón người bệnh từ phòng thủ thuật về:

- Xe tiêm đầy đủ dụng cụ.
- Dung dịch muối rửa (NaCl 0,9%), betadin và thuốc theo y lệnh.
- Hệ thống truyền dịch tưới rửa bàng quang.
- Nhiệt kế, huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ.
- Túi đựng nước tiểu.
- Ga, quần áo, chăn màn sạch.
- Túi đựng đồ bẩn.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Chăm sóc**

- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Kháng sinh đường toàn thân sau thủ thuật theo y lệnh.
- Rửa bàng quang liên tục bằng nhỏ giọt dung dịch muối rửa (NaCl 0,9%) qua ống thông niệu đạo vào bàng quang.
- Lập bảng tổng kết dịch vào và ra để biết số lượng nước tiểu trong ngày (24 giờ).
- Người bệnh ăn nhẹ vào buổi trưa và chiều cùng ngày làm thủ thuật và ăn uống bình thường từ những ngày sau.
- Rút ống thông niệu đạo theo y lệnh (thường vào ngày thứ 5 - 7 sau thủ thuật).

2. Theo dõi để phát hiện các biến chứng có thể gặp sau điều trị**2.1. Hội chứng mất máu do chảy máu**

- Triệu chứng:
 - + Da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh, huyết áp hạ khi chảy máu nặng. Lưu ý người bệnh có tăng huyết áp.
 - + Dịch rửa bàng quang chảy ra đỏ, có máu cục, ống thông niệu đạo bị tắc.
 - + Xét nghiệm máu: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit giảm.
- Xử trí:
 - + Báo bác sĩ.
 - + Bơm rửa lấy máu cục trong bàng quang theo y lệnh.

2.2. Hội chứng nhiễm trùng

- Triệu chứng:
 - + Sốt cao, rét run, mạch nhanh.
 - + Môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi.
- Xử trí:
 - + Báo bác sĩ.
 - + Cấy máu, nuôi cấy vi khuẩn dung dịch rửa bàng quang.
 - + Rửa bàng quang bằng dung dịch muối rửa NaCl 0,9% pha betadin.

2.3. Hội chứng rối loạn đường tiểu sau khi rút ống thông tiểu

- Tiểu máu:
 - + Đi tiểu được, nước tiểu đỏ.
 - + Xử trí: đặt lại ống thông niệu đạo, nếu cần nhỏ giọt rửa bàng quang bằng dung dịch muối rửa (NaCl 0,9%).
- Bí tiểu:
 - + Người bệnh không đi tiểu được, khám có cầu bàng quang.
 - + Xử trí: đặt lại ống thông niệu đạo.
- Tiểu rĩ:
 - + Tiểu vội hoặc nước tiểu rĩ liên tục không thành bãi.
 - + Hướng dẫn người bệnh mang bao cao su.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng toàn thân: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Số lượng, màu sắc nước tiểu 24 giờ.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Không được tự ý rút ống thông niệu đạo.
- Chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, chất xơ.
- Nếu có bất thường báo ngay nhân viên y tế.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TIỂU TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ

I. MỤC ĐÍCH

Giúp cho người bệnh và gia đình biết cách hạn chế và khắc phục tình trạng đại tiểu tiện không tự chủ, tránh mặc cảm cho người bệnh cũng như giảm bớt các biến chứng.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích về việc chăm sóc.
- Để người bệnh ở tư thế thích hợp khi chăm sóc.

2. Người thực hiện

Y tá - điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.

3. Nơi thực hiện

Tại giường bệnh.

4. Dụng cụ

- Ống thông tiểu và bộ dụng cụ đặt thông tiểu.
- Túi đựng nước tiểu.
- Túi cao su.
- Ga, quần áo, chăn màn sạch.
- Bim, chậu, vệt.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc người bệnh tiểu tiện không tự chủ do liệt tủy

- Phương pháp tư thế cò súng:
 - + Vỗ nhẹ vùng hạ vị (phía trên bàng quang) khoảng 1 phút dừng lại rồi đợi cho đến khi nước tiểu chảy ra.
 - + Vỗ lại lần nữa, vỗ đi vỗ lại vài lần cho đến khi nước tiểu không chảy ra nữa.
 - + Chú ý chỉ làm khi mỗi lần thực hiện số lượng nước tiểu trên 150ml, nếu không phải làm trống bàng quang bằng phương pháp khác.
- Đặt ống thông có chu kỳ:
 - + Đặt thông cách quãng 4 - 6 giờ/lần. Giữa các lần đặt có thể dùng túi cao su đối với nam hoặc bim hay chậu đối với nữ nếu cần.

- + Có thể xen kẽ với phương pháp tư thế cò súng.
- Đặt thông cố định: là phương pháp dễ nhất nhưng gây nhiều biến chứng: nhiễm trùng, sỏi bàng quang, loét niệu đạo.
- Túi cao su: là phương pháp sử dụng cho người bệnh nam khi không tự điều khiển được tiểu tiện. Có thể sử dụng kết hợp với phương pháp cò súng.
- Chú ý rửa da và lau khô bộ phận sinh dục thường xuyên để phòng loét.

2. Chăm sóc người bệnh bị tiểu tiện không tự chủ do nguyên nhân khác

- Bao gồm tình trạng đái són (căng ép bàng quang), đái gấp không nhịn được (khả năng giữ nước tiểu của bàng quang bị suy yếu), đái rỉ do tắc nghẽn (u lành tuyến tiền liệt, sa dạ con, táo bón).
- Tạo điều kiện để việc đi tiểu trở nên dễ dàng hơn: đặt bô tiểu cạnh giường, khuyến khích người bệnh mặc các loại quần áo dễ cởi.
- Luyện tập sẽ làm tăng trương lực cơ của các cơ tham gia vào hoạt động tiểu tiện. Các bài tập phải ít nhất 6 - 8 tuần mới có kết quả và phải tập đều đặn thường xuyên.
 - + Các bài tập tăng trương lực cơ tham gia tiểu tiện.
 - + Tập giữ nước tiểu, tập nhịn đi tiểu.
 - + Tập phản xạ đi tiểu.
- Lưu ý chế độ ăn uống của người bệnh không được sợ uống nước, phải uống đủ nước. Nên ăn nhiều chất xơ để tránh táo bón.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng tiểu tiện của người bệnh.
- Các phương pháp chăm sóc hỗ trợ.
- Các biến chứng (loét).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người nhà chăm sóc người bệnh, việc chăm sóc này rất vất vả và cần phải tế nhị. Cần giải thích cho người bệnh đây là do bệnh chứ không phải lỗi của họ, để người bệnh đỡ xấu hổ và mặc cảm và tích cực luyện tập để cải thiện tình trạng này.
- Chế độ ăn đầy đủ nước, chất xơ.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY TĨNH MẠCH MẠN TÍNH

I. MỤC ĐÍCH

- Tăng cường dòng máu qua các tĩnh mạch sâu
- Ngăn ngừa, hạn chế loét phát triển

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được giải thích về việc chăm sóc
2. Người thực hiện: y tá- điều dưỡng
3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh
4. Dụng cụ:
 - Tất chun, băng ép
 - Găng tay
 - Gạc
 - Panh, kéo
 - Khay quả đậu
 - Dung dịch sát khuẩn: nước muối sinh lý NaCl 0,9%, betadin...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đánh giá tình trạng người bệnh: giãn tĩnh mạch? Phù? Thay đổi màu sắc da? Loét?
2. Điều trị bằng cách dùng tất chun hoặc băng ép:
 - Đề nghị người bệnh mang tất chun hoặc cuốn băng ép cho người bệnh.
 - Cách cuốn băng ép: cuốn băng từ dưới lên trên, cuốn hết bàn chân, gót chân rồi lên đến cẳng chân. Mức độ ép phụ thuộc vào độ nặng của suy tĩnh mạch, suy tĩnh mạch càng nặng thì cần phải ép càng mạnh.
3. Chăm sóc vết loét:
 - Rửa sạch vết loét bằng nước muối sinh lý pha betadin hoặc kháng sinh nếu cần. Nếu vết loét có mô viêm hoại tử thì phải cắt lọc hết tổ chức hoại tử sau đó rửa sạch.
 - Phủ gạc vô khuẩn lên trên vết loét.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, BÁO CÁO

Ghi lại tình trạng người bệnh (phù? màu sắc da? tiến triển của vết loét...?).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nhắc nhở người bệnh tránh ngồi hoặc đứng lâu, cần tích cực đi bộ, khi nghỉ phải gác chân lên cao.
- Hướng dẫn người nhà người bệnh cuốn băng ép cho người bệnh.

10. CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI CAO TUỔI**I. MỤC ĐÍCH**

- Đảm bảo nhu cầu dinh dưỡng cho người cao tuổi, không cung cấp thừa năng lượng.
- Xây dựng chế độ ăn phù hợp với tình trạng bệnh tật của người cao tuổi, đảm bảo không gây bệnh và có tác dụng phòng bệnh.

II. CHUẨN BỊ

Người cao tuổi và người nhà của họ được giải thích về ý nghĩa của chế độ ăn uống hợp lý.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khẩu phần ăn nên được chia nhỏ thành nhiều bữa, tránh ăn quá no.
- Thức ăn phải mềm, dễ nuốt và được chế biến hợp khẩu vị. Đối với những người cao tuổi bị rụng nhiều răng thì nên cho ăn cháo, súp, sữa...
- Cần chú ý cho người cao tuổi ăn từng miếng nhỏ, uống nước từ từ từng ngụm nhỏ để tránh nghẹn hay sặc.
- Đảm bảo cung cấp một lượng nước đầy đủ (khoảng 1,5lít đến 2lít mỗi ngày).
- Xây dựng thực đơn đảm bảo được nhu cầu về năng lượng cũng như nhu cầu về các chất dinh dưỡng. Bữa ăn nên có đủ các món sau:
 - + Cơm: đây là chất bột, là nguồn cung cấp năng lượng chủ yếu cho cơ thể. Có thể thay cơm bằng bánh mì, ngô, khoai, sắn...
 - + Món ăn chính: được chế biến từ thịt, cá, đậu, trứng, lạc, vừng... chủ yếu cung cấp chất đạm và chất béo. Nên cân đối giữa đạm động vật và đạm thực vật, nên ăn những thức ăn có chứa đạm dễ tiêu như cá, đậu phụ, lạc, vừng... Nên hạn chế sử dụng nhiều loại mỡ động vật do có chứa nhiều acid béo bão hòa, thay thế vào đó nên dùng dầu thực vật và mỡ cá chứa các acid béo không bão hòa - những chất có tác dụng chống xơ vữa động mạch.
 - + Rau: cung cấp nhiều chất xơ, muối khoáng và vitamin. Người cao tuổi nên ăn nhiều rau.
 - + Canh: cung cấp nước và các chất dinh dưỡng.

- + Hoa quả tráng miệng: cung cấp nhiều vitamin và muối khoáng.
- Thực đơn cần được thường xuyên thay đổi và cần sử dụng nhiều loại thực phẩm đa dạng.
- Nên tăng cường dùng những loại thức ăn có chứa nhiều canxi như sữa và các sản phẩm từ sữa để phòng ngừa và hỗ trợ điều trị loãng xương.
- Đối với những người có bệnh lý đi kèm cần điều chỉnh chế độ ăn cho phù hợp với tình trạng bệnh tật của họ (thí dụ: chế độ ăn nhạt cho người bệnh suy tim hoặc tăng huyết áp, chế độ ăn giảm đạm cho người bệnh suy thận...).
- Đối với những người không thể ăn qua đường miệng cần đặt ống thông dạ dày, sau đó cho ăn qua ống thông đó. Thông thường cứ 4 tiếng cho ăn 1 bữa. Sau mỗi bữa ăn cần bơm 10 - 20ml nước lọc để tráng ống. Cần chú ý hơn vấn đề vệ sinh răng miệng và mũi trong quá trình đặt ống thông cho ăn.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi cân nặng.
- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI CAO TUỔI VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người cao tuổi cách ăn uống.
- Hướng dẫn người nhà cách xây dựng thực đơn và cách cho ăn.

Chương IX

TRUYỀN NHIỄM

1. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT MÒ VÀ CÁC BỆNH NHIỄM RICKETTSIA KHÁC

I. MỤC ĐÍCH

- Làm thuyên giảm các triệu chứng bệnh.
- Đảm bảo thực hiện đầy đủ các xét nghiệm và các biện pháp điều trị.
- Theo dõi tình trạng bệnh, phát hiện kịp thời các biến chứng.
- Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sẽ làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng, cần có người phụ giúp

2. Người thực hiện

Y tá- điều dưỡng mặc trang phục theo quy định, đội mũ, đeo khẩu trang

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh

4. Dụng cụ

- Dụng cụ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (khi người bệnh bị hạ huyết áp).
- Dụng cụ tiêm truyền.
- Dụng cụ đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Dụng cụ cho người bệnh thở oxy, ống đặt nội khí quản, máy thở (khi người bệnh bị suy hô hấp).
- Ống thông dạ dày kích cỡ thích hợp (khi người bệnh bị hôn mê phải nuôi dưỡng qua ống thông).
- Bơm tiêm 20 ml, 50 ml, bơm cho ăn dung tích lớn.
- Dung dịch dinh dưỡng, bột dinh dưỡng phù hợp.
- Dụng cụ chọc dò dịch não tủy.

Các dụng cụ được sắp xếp gọn gàng trên xe chăm sóc người bệnh. Thực hiện đầy đủ quy chế vô trùng khi tiêm truyền, làm các thủ thuật và chăm sóc người bệnh.

III CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Làm thuyên giảm các triệu chứng bệnh

- Đặt người bệnh nằm trên giường, phòng bệnh phải thoáng khí, đủ ánh sáng, dễ quan sát.
- Thực hiện các biện pháp chăm sóc chung: vệ sinh răng miệng, vệ sinh thân thể.
- Hạ nhiệt độ khi sốt bằng các biện pháp vật lý: chườm lạnh trán, nách, bẹn. Dùng thuốc hạ nhiệt theo chỉ định.

2. Đảm bảo thực hiện đầy đủ các xét nghiệm và các biện pháp điều trị

- Lấy các xét nghiệm máu, dịch não tủy, nước tiểu theo y lệnh.
- Thực hiện thuốc theo y lệnh. Tiêm kháng sinh đúng thời gian đã cho, truyền dịch đúng lượng và đúng tốc độ. Cho người bệnh uống kháng sinh viên ngay trước bữa ăn hoặc sau khi ăn để tránh nôn.
- Phụ giúp bác sĩ thực hiện các thủ thuật đặt nội khí quản, vận hành máy thở, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.. khi có chỉ định.

3. Theo dõi tình trạng bệnh, phát hiện kịp thời các biến chứng

- Theo dõi nhiệt độ ít nhất 3 lần một ngày. Nếu người bệnh ở trong giai đoạn cấp, cần theo dõi nhiệt độ 3 giờ/lần.
- Theo dõi huyết áp, mạch theo chỉ định. Báo ngay cho bác sĩ nếu người bệnh có tình trạng huyết áp thấp (huyết áp tâm thu từ 90 mm Hg trở xuống).
- Theo dõi tình trạng hô hấp: đếm nhịp thở, quan sát và phát hiện tình trạng thở gắng sức, vật vã, tím tái môi và đầu chi...; đo độ bão hòa oxy máu. Khi người bệnh có tình trạng suy hô hấp cần báo ngay cho bác sĩ để điều trị cấp cứu hô hấp kịp thời.
- Theo dõi lượng nước tiểu trong trường hợp suy thận.

4. Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ

- Cho người bệnh ăn thức ăn dễ tiêu, giàu chất dinh dưỡng (sữa, cháo thịt, súp thịt). Cho người bệnh ăn làm nhiều bữa, bảo đảm lượng calo cần thiết.
- Cho người bệnh ăn nhiều hoa quả, uống đủ lượng nước cần thiết, nhất là khi người bệnh sốt cao.
- Nếu người bệnh trong trạng thái rối loạn ý thức, đặt ống thông dạ dày và cho ăn qua ống thông.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi tình trạng toàn thân và các thông số cần theo dõi (nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở), báo cáo ngay cho bác sĩ khi người bệnh có tình trạng nặng, cần can thiệp và điều trị tích cực.
- Ghi các công việc chăm sóc và y lệnh đã thực hiện.

- Ghi tình trạng dinh dưỡng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích tình trạng bệnh, tiên lượng bệnh và các yêu cầu chăm sóc và điều trị để người bệnh yên tâm điều trị và phối hợp với nhân viên y tế khi thực hiện các biện pháp chăm sóc, điều trị.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh phối hợp theo dõi và chăm sóc người bệnh.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh về chế độ dinh dưỡng, cách cho ăn.
- Hướng dẫn các biện pháp phòng bệnh.

2. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DỊCH HẠCH

I. MỤC ĐÍCH

- Điều trị tích cực người bệnh
- Theo dõi sát diễn biến, phát hiện và điều trị các biểu hiện nặng của bệnh
- Chăm sóc toàn diện
- Bảo đảm dinh dưỡng

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và người nhà về việc mình sắp làm.
- Nếu người bệnh nặng, cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện

Bác sĩ, y tá - điều dưỡng trang phục đầy đủ mũ, khẩu trang, kính bảo vệ để bảo đảm vô khuẩn và chống lây nhiễm. Trong trường hợp người bệnh bị dịch hạch thể phổi cần có trang phục riêng khi tiếp xúc với người bệnh.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh

4. Dụng cụ

- Dụng cụ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (khi người bệnh bị hạ huyết áp).
- Dụng cụ tiêm truyền.
- Dụng cụ đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe.

- Dụng cụ cho người bệnh thở oxy, ống đặt nội khí quản, máy thở (khi người bệnh bị suy hô hấp)
- Ống thông dạ dày kích cỡ thích hợp (khi người bệnh bị hôn mê phải nuôi dưỡng qua ống thông)
- Bơm tiêm 20 ml, 50 ml, bơm cho ăn dung tích lớn
- Dung dịch dinh dưỡng, bột dinh dưỡng phù hợp
- Dụng cụ chọc dò dịch não tủy
- Băng, gạc, dung dịch sát khuẩn da và dụng cụ thay băng vô trùng

Các dụng cụ được sắp xếp gọn gàng trên xe chăm sóc người bệnh. Thực hiện đầy đủ quy chế vô trùng khi tiêm truyền, làm các thủ thuật và chăm sóc người bệnh.

III CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều trị tích cực người bệnh

- Nhanh chóng lấy các xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ điều trị, đặc biệt là các xét nghiệm vi sinh như soi-cấy máu, soi-cấy bệnh phẩm chọc hút hạch viêm và vết loét ngoài da (nếu có), chọc dò tủy sống..
- Nhanh chóng triển khai điều trị kháng sinh theo chỉ định của bác sĩ, tiêm và cho uống đúng liều lượng, đúng thời gian theo y lệnh.
- Truyền dịch và các thuốc vận mạch khi người bệnh ở trong tình trạng sốc, phụ giúp bác sĩ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm khi cần.
- Cho người bệnh thở oxy khi có chỉ định.
- Rửa và thay băng chỗ loét hạch hoặc loét da (nếu có).
- Thực hiện các thuốc điều trị khác (thuốc chống đông trong trường hợp đông máu nội quản rải rác..).
- Lấy các xét nghiệm đã làm trong thời gian sớm nhất.

2. Theo dõi sát diễn biến, phát hiện và điều trị các biểu hiện nặng của bệnh

- Theo dõi tình trạng toàn thân: ý thức, màu sắc da, độ lạnh các chi..
- Theo dõi nhiệt độ ít nhất 3 giờ một lần trong giai đoạn bệnh nặng. Khi người bệnh đã qua giai đoạn nặng cần đo nhiệt độ ít nhất 2 lần/ngày.
- Theo dõi mạch, huyết áp theo chỉ định, 30 phút đến 1 giờ/lần trong giai đoạn bệnh nặng. Báo ngay cho bác sĩ nếu tình trạng huyết áp của người bệnh vẫn duy trì ở mức độ thấp (huyết áp tâm thu từ 90 mmHg trở xuống) để điều chỉnh chế độ điều trị.
- Theo dõi tình trạng hô hấp: đếm nhịp thở, quan sát và phát hiện tình trạng thở gắng sức, vật vã, tím tái môi và đầu chi, đo độ bão hòa oxy máu. Khi người bệnh có tình trạng suy hô hấp cần báo ngay cho bác sĩ để điều trị cấp cứu hô hấp kịp thời.
- Theo dõi các biểu hiện xuất huyết da và niêm mạc, báo ngay cho bác sĩ nếu người bệnh bị chảy máu từ các hốc tự nhiên và có các ban xuất huyết trên da.
- Theo dõi lượng nước vào-ra trong 24 giờ.

3. Chăm sóc toàn diện

- Đặt người bệnh nằm trên giường, tư thế thoải mái, có thể co chi và hạn chế vận động vùng hạch bị thương tổn. Phòng bệnh phải thoáng khí, đủ ánh sáng, dễ quan sát. Người bệnh dịch hạch tốt nhất phải nằm phòng cách ly, nhất là người bệnh có biểu hiện bệnh thể phổi và nhiễm trùng huyết để tránh lây lan.
- Thực hiện các biện pháp chăm sóc chung: vệ sinh răng miệng, vệ sinh thân thể.
- Hạ nhiệt độ khi sốt bằng các biện pháp vật lý: chườm lạnh trán, nách, bẹn. Dùng thuốc hạ nhiệt theo chỉ định.

4. Bảo đảm dinh dưỡng đầy đủ

- Cho người bệnh ăn thức ăn dễ tiêu, giàu chất dinh dưỡng (sữa, cháo thịt, súp thịt). Cho người bệnh ăn làm nhiều bữa, bảo đảm lượng calo cần thiết.
- Cho người bệnh ăn nhiều hoa quả, uống đủ lượng nước cần thiết, nhất là khi người bệnh sốt cao.
- Nếu người bệnh ở trong trạng thái rối loạn ý thức, đặt ống thông dạ dày và cho ăn qua ống thông.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi tình trạng toàn thân và các thông số cần theo dõi (nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở), báo cáo ngay cho bác sĩ khi người bệnh có tình trạng nặng, cần can thiệp và điều trị tích cực.
- Ghi các công việc chăm sóc và y lệnh đã thực hiện.
- Ghi tình trạng dinh dưỡng.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích tình trạng bệnh, tiên lượng bệnh và các yêu cầu chăm sóc và điều trị để người bệnh yên tâm điều trị. Phối hợp với nhân viên y tế khi thực hiện các biện pháp chăm sóc và điều trị.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh phối hợp theo dõi và chăm sóc người bệnh.
- Hướng dẫn gia đình người bệnh về chế độ dinh dưỡng, cách cho ăn.
- Hướng dẫn các biện pháp phòng bệnh, đặc biệt chú ý đến việc phải đến cơ quan y tế thăm khám và điều trị ngay nếu có biểu hiện viêm hạch nghi ngờ do dịch hạch.

3. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM KHUẨN TỤ CẦU

I. MỤC ĐÍCH

- Làm thuyên giảm các triệu chứng của bệnh
- Đề phòng và phát hiện các biến chứng có thể xảy ra ở người bệnh nhiễm khuẩn tụ cầu.
 - + Tại chỗ: ổ viêm vỡ mủ, đau đớn, gây viêm tấy lan toả.
 - + Phũ tạng: từ nhiễm khuẩn tại chỗ gây nhiễm khuẩn huyết: bị bệnh phổi - màng phổi, màng tim, viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm màng não, áp xe não.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần người phụ giúp.

2. Người thực hiện

- Y tá- điều dưỡng
- Đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh

4. Dụng cụ: tùy theo nhận định người bệnh chuẩn bị dụng cụ cho phù hợp.

- Xe tiêm và dụng cụ tiêm truyền
- Xe thay băng: 01 bộ dụng cụ thay băng vô trùng gồm có
 - + 02 kẹp phẫu tích
 - + 02 kéo (1 cong, 1 thẳng)
 - + 01 pince có máu
 - + 01 kéo cắt chỉ
 - + Bát kê
 - + Dụng cụ sát trùng: nước muối sinh lý, oxy già và betadine
 - + Bông gạc vô trùng
 - + Băng dính, ống nhỏ.
- Dụng cụ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm
- Dụng cụ đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp và ống nghe.

- Dụng cụ cho người bệnh thở oxy: bóng Ambu, bộ canun MayO
- Dụng cụ chọc dịch não tủy, màng phổi, màng tim
- Dung dịch dinh dưỡng - bột dinh dưỡng.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nhận định người bệnh: rất quan trọng trong theo dõi và chăm sóc người bệnh.

- Nhiễm khuẩn tụ cầu tại chỗ.
- Có biểu hiện nhiễm khuẩn huyết di bệnh các phủ tạng.
- Có biểu hiện viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, viêm màng não, áp xe não.

2. Tình trạng toàn thân

- Thể trạng chung: tỉnh táo hay li bì, vật vã, mệt mỏi, chán ăn.
- Dấu hiệu nhiễm khuẩn: mức độ sốt, tính chất sốt (rét run, nóng). Thời gian sốt liên tục hay từng cơn (kéo dài bao lâu).
- Tình trạng tuần hoàn: bắt mạch để biết tần số, tính chất, đo huyết áp.
- Tình trạng hô hấp: hình thể lồng ngực, động tác hô hấp, tần số và tính chất mức độ khó thở, ho khạc đờm.
- Biểu hiện tinh thần kinh.
- Dấu hiệu tại chỗ: ổ viêm còn trong giai đoạn sung nóng đỏ đau hay đã hoá mủ.
- Xét nghiệm máu và cận lâm sàng phục vụ chẩn đoán, theo dõi điều trị.

3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Tại ổ viêm:
 - + Chưa hoá mủ
 - + Hoá mủ: báo bác sĩ trích dẫn lưu kịp thời, rửa và thay băng hàng ngày
- Chăm sóc nhiễm khuẩn hô hấp
 - + Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản.
 - + Làm ẩm không khí để làm loãng và long đờm
 - + Hướng dẫn người bệnh tập thở sâu, ho chủ động, khuyến khích ho và khạc đờm
 - + Vật lý trị liệu vùng ngực: gõ, vỗ, rung, lắc.
 - + Thở oxy theo chỉ định.
- Nếu bệnh nhân vật vã kích thích, đau đầu, nôn, rối loạn ý thức, thao cuồng. Ngoài biểu hiện bệnh lý của hệ thần kinh trung ương còn có thể là dấu hiệu thiếu oxy não. Giải quyết thông khí và trao đổi khí cho người bệnh.
- Thực hiện thuốc điều trị đặc hiệu. Đúng chỉ định của thầy thuốc
 - + Liều lượng

- + Giờ tiêm.
- + Đường tiêm truyền.
- + Có tác dụng phụ hay không.
- Sử dụng thuốc chữa triệu chứng, sinh tố, nâng cao thể trạng.
- Đảm bảo đầy đủ chế độ ăn, nghỉ tại giường.
- Chăm sóc vệ sinh hàng ngày.

IV. ĐÁNH GIÁ VÀ GHI HỒ SƠ

- Tình trạng người bệnh: các dấu hiệu sinh tồn mạch, nhiệt độ, huyết áp, hô hấp.
- Tình trạng viêm nhiễm tại chỗ.
- Biến chứng nguy hiểm xảy ra sớm.
- Đáp ứng của thuốc kháng sinh.
 - + Tiến triển tốt: các triệu chứng lâm sàng thuyên giảm.
 - + Không tiến triển
 - + Có biểu hiện dị ứng hay không
- Tình trạng hô hấp: nhịp thở, kiểu thở, đờm dãi.
- Tình trạng tinh thần kinh
- Số lượng nước tiểu 24 giờ.
- Ghi chép số lượng dịch đưa vào để cân bằng dịch cho người bệnh.
- Dinh dưỡng hàng ngày.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Động viên giải thích để người bệnh hiểu. Theo dõi những dấu hiệu bất thường và báo ngay cho thầy thuốc.
- Giải thích cho người bệnh sự cần thiết phải điều trị triệt để. Tuân thủ theo chế độ điều trị và làm theo hướng dẫn của nhân viên y tế.
- Đảm bảo tốt chế độ dinh dưỡng, vệ sinh tránh những biến chứng do không hiểu biết gây nên (nặng, chích non..)

4. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM GIUN SÁN

I. MỤC ĐÍCH

- Nâng cao thể trạng người bệnh.
- Hạn chế rối loạn ở các cơ quan cũng như hệ tiêu hoá.

- Chống độc, dị ứng, kích thích thần kinh.
- Ngăn chặn những biến chứng cấp tính.
 - + Nội khoa: đau bụng cấp, nhiễm trùng đường mật
 - + Ngoại khoa: giun chui ống mật, tắc ruột do giun, viêm ruột thừa giun.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần người phụ giúp.

2. Người thực hiện

Y tá - điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ: tùy theo nhận định người bệnh chuẩn bị dụng cụ cho phù hợp.

- Xe tiêm, phát thuốc, dụng cụ tiêm truyền, túi chườm.
- Dụng cụ đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Ống thông dạ dày các cỡ tùy theo lứa tuổi người bệnh (đặt ống thông dạ dày - dây oxy), đặt ống thông hậu môn trong trường hợp bán tắc ruột.
- Bình oxy.
- Dung dịch dinh dưỡng: bột dinh dưỡng phù hợp.
- Dụng cụ xét nghiệm máu, phân.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Hàng ngày lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp. Người bệnh có diễn biến bất thường báo bác sĩ và thực hiện thuốc theo y lệnh của bác sĩ.
- Thực hiện thuốc chính xác.
- Thuốc điều trị đặc hiệu: đúng giờ, đúng liều lượng, đúng đường dùng.
- Thuốc tiêm truyền, thuốc điều trị triệu chứng.
- Phụ giúp bác sĩ làm thủ thuật nếu có.
- Đảm bảo dinh dưỡng hàng ngày.
- Nâng cao thể trạng người bệnh bằng các dung dịch dinh dưỡng và chất dinh dưỡng.
- Thiếu máu nặng phải truyền máu đúng y lệnh.
- Vệ sinh hàng ngày.

Rửa tay sạch trước khi ăn uống và sau khi đi vệ sinh.

Nhân viên rửa tay sau khi làm thủ thuật, xét nghiệm hay chăm sóc người bệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, BÁO CÁO

- Toàn trạng người bệnh hàng ngày.
- Chỉ số mạch, nhiệt độ, huyết áp
- Các rối loạn ở đường tiêu hoá (đau bụng, buồn nôn, nôn, ỉa chảy, bí trung đại tiện).
- Ghi nhận các rối loạn phản ứng dị ứng của ký sinh trùng (nếu có).
- Ghi nhận kịp thời các biến chứng cấp tính.
- Ghi chép việc dinh dưỡng hàng ngày.
- Báo cáo kịp thời những diễn biến bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đảm bảo đủ dinh dưỡng hàng ngày.
- Sử dụng thuốc đúng chỉ định, không tự ý dùng các loại thuốc giảm đau, chống nôn
- Giữ gìn vệ sinh phòng bệnh, tránh lây nhiễm (rửa tay sau khi chăm sóc người bệnh, trước khi ăn...).
- Tuỳ theo phương thức nhiễm bệnh giải thích biện pháp phòng bệnh khác nhau.
 - + Quản lý xử lý tốt nguồn phân.
 - + Vệ sinh ăn uống.
 - + Vệ sinh ngoại cảnh.
 - + Phòng chống côn trùng đốt.
 - + Diệt côn trùng trung gian.
 - + Trang bị bảo hộ lao động.
 - + Phát hiện và điều trị người bệnh kịp thời.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỞI

I. MỤC ĐÍCH

- Phát hiện sớm các triệu chứng, biến chứng của sỏi. Đặc biệt là viêm phổi, viêm màng não, viêm kết mạc mắt
- Hạn chế biến chứng đặc biệt là viêm phổi.
- Đảm bảo chăm sóc về dinh dưỡng và vệ sinh tốt.
- Giúp người bệnh sớm hồi phục.

II. CHUẨN BỊ**1. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần người phụ giúp.

2. Người thực hiện

* Y tá - điều dưỡng

Đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh**4. Dụng cụ**

Tùy theo nhận định người bệnh chuẩn bị dụng cụ cho phù hợp.

- Dụng cụ đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Dụng cụ tiêm truyền.
- Dụng cụ vệ sinh răng miệng, mắt.
- Dung dịch dinh dưỡng và bột dinh dưỡng phù hợp

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đo nhiệt độ, đếm mạch, nhịp thở, đo huyết áp ít nhất 3 lần/ ngày. Nếu người bệnh có những thay đổi bất thường như sốt cao trở lại, khó thở phải báo ngay bác sĩ điều trị để bác sĩ khám và cho y lệnh. Thực hiện y lệnh của bác sĩ yêu cầu.

2. Thực hiện thuốc chính xác và phụ bác sĩ các thủ thuật

- Thuốc ống, tiêm, thuốc truyền.
- Phụ bác sĩ chọc dò tuỷ sống nếu người bệnh nghi có viêm màng não và chăm sóc theo dõi người bệnh sau chọc tuỷ sống.

3. Dinh dưỡng

Chế độ dinh dưỡng phải đảm bảo đủ lượng calo/ngày. Thức ăn phải đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm (không ôi thiu, phải tươi mới và sạch sẽ).

4. Vệ sinh hàng ngày

- Vệ sinh phòng bệnh rất quan trọng, nơi người bệnh nằm phải thoáng, mát, sạch sẽ và phải cách ly với các người bệnh khác.
- Chăm sóc răng miệng 3 - 4 lần/ ngày để phòng viêm nhiễm miệng và bội nhiễm.

- Rửa mắt, nhỏ thuốc mắt vì người bệnh hay bị viêm kết mạc mắt. Ngày rửa và nhỏ thuốc 3 - 4 lần.
- Vệ sinh thân thể 1 lần/ ngày, lau người bằng khăn bông và nước ấm. Tâm lý người nhà và người bệnh hay kiêng nước và gió. Xong điều dưỡng phải giải thích vệ sinh thân thể là cần thiết.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng người bệnh.
- Kết quả theo dõi (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở).
- Chế độ dinh dưỡng cho người bệnh ngày.
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh bị sốt cần được quan tâm, theo dõi sát để phòng và phát hiện các dấu hiệu biến chứng sớm để xử lý kịp thời. Cần hướng dẫn người nhà biết cách theo dõi những dấu hiệu bất thường như sốt, khó thở, ho báo ngay cho bác sĩ.
- Hướng dẫn giữ vệ sinh phòng bệnh, tránh lây nhiễm.

6. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LEPTOSPIROSE

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thông khí tốt và duy trì tuần hoàn.
- Đánh giá đúng mức độ suy gan thận.
- Hạn chế các biến chứng.
- Đảm bảo dinh dưỡng và chống loét.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
Nếu người bệnh nặng cần người phụ giúp.

2. Người thực hiện

Y tá - điều dưỡng: đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ

- Dụng cụ đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Dụng cụ cho người bệnh thở oxy, bóng Ambu, bộ canun Mayo nếu người bệnh hôn mê có cơn ngừng thở.
- Máy hút đờm, các ống thông hút đờm, các lọ nước sôi để nguội để hút tráng ống thông vô khuẩn.
- Dụng cụ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.
- Dụng cụ tiêm truyền.
- Ống thông dạ dày các cỡ tùy theo lứa tuổi.
- Bộ thông tiểu và dụng cụ đo lượng nước tiểu ngày.
- Dụng cụ trợ giúp chọc tủy sống (nếu cần)
- Bơm tiêm 20 ml, 50 ml, bơm cho ăn.
- Dụng cụ phòng chống loét: đệm nước, đệm luân chuyển.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đảm bảo hô hấp cho người bệnh

- Theo dõi nhịp thở, tím môi, cánh mũi phập phồng, đầu chi, ứ đọng đờm dãi nếu có máy SaO₂.
- Đặt canun Mayo để phòng tụt lưỡi, hút đờm dãi. Đặt thở oxy nếu cần.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng một bên để phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết. Khi người bệnh hôn mê cần thiết phải đặt nội khí quản và hô hấp hỗ trợ.

2. Duy trì tuần hoàn

- Đo nhiệt độ, đếm mạch, đo huyết áp ít nhất 3 giờ/lần. Nếu nặng 30 phút/lần.
- Thực hiện truyền dịch nhanh chóng và đầy đủ theo yêu. Nếu cần đặt catheter tĩnh mạch, theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.

3. Theo dõi suy thận - gan

- Theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ hoặc hàng giờ xem lượng nước tiểu để đánh giá mức độ thiếu niệu hoặc vô niệu. Báo cáo kịp thời cho bác sĩ để xử lý kịp thời.
- Thực hiện y lệnh truyền dịch, thuốc lợi tiểu, chống toan theo chỉ định. Chuẩn bị để người bệnh được lọc thận nhân tạo sớm khi có chỉ định.
- Biểu hiện suy gan cần theo dõi mức độ tiến triển vàng da, tình trạng tinh thần và các biểu hiện suy gan qua các xét nghiệm men gan, bilirubin và tỷ lệ prothrombin.
- Lưu ý cân bằng nước điện giải.

4. Dinh dưỡng

Đảm bảo dinh dưỡng, thức ăn dễ tiêu, giàu dinh dưỡng theo chế độ đúng cho người bệnh nặng suy gan, thận. Nuôi dưỡng qua ống thông, đảm bảo lượng dịch đưa vào 2 - 2,5 lít/ngày nếu lượng nước tiểu là 2,5 lít.

5. Vệ sinh hàng ngày

- Chăm sóc răng miệng 3 - 4 lần/ngày để phòng bội nhiễm..
- Rửa mặt, nhỏ mắt.
- Vệ sinh vùng hậu môn sinh dục hàng ngày mỗi khi người bệnh đại tiện.
- Vệ sinh thân thể 2 lần/tuần.
- Phòng chống loét: trở người nhiều lần trong ngày, xoa bóp vùng tỳ đè, cho nằm đệm nước.
- Vận động khớp, vỗ rung lồng ngực.
- Liên tục theo dõi, quan sát toàn trạng người bệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng người bệnh
- Các thông số trên máy (nếu có), các kết quả theo dõi (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở) và sự đáp ứng của người bệnh (ghi vào bảng theo dõi).
- Tình trạng hô hấp: đờm dãi, tần số thở, kiểu thở, SaO₂ máu..
- Đặc biệt theo dõi sát và ghi chép chính xác lượng nước tiểu trong 24 giờ và màu sắc
- Ghi chép tình trạng vàng da, xuất huyết (nếu có).
- Ghi chép lượng dịch đưa vào cơ thể để cân bằng nước điện giải cho người bệnh.
- Ghi chép dinh dưỡng cho người bệnh/ngày
- Những công việc thực hiện y lệnh.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh leptospirose thường nặng. Do đó cần hướng dẫn người nhà theo dõi sát đặc biệt là số lần đi tiểu và số lượng hoặc các dấu hiệu bất thường khác như xuất huyết và báo cáo bác sĩ.
- Dinh dưỡng phải đảm bảo vệ sinh. Chế độ ăn phải như người bệnh suy thận - suy gan.
- Hướng dẫn giữ gìn vệ sinh bệnh phòng. Không tự ý tháo bỏ các ống thông, dây truyền trên người bệnh

7. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH UỐN VÁN

I. MỤC ĐÍCH

Uốn ván là một bệnh nhiễm trùng nhiễm độc do Clostridium Tetani gây nên. Vi khuẩn vào cơ thể qua vết thương trong điều kiện kỵ khí, phát triển và tiết ra ngoại độc tố gây co cứng, co giật toàn thân và nhiều biến chứng khác. Bệnh nặng tử vong cao. Chăm sóc người bệnh uốn ván nhằm mục đích sau.

- Nhanh chóng khống chế các cơn giật với lượng thuốc an thần vừa đủ
- Đề phòng và cấp cứu cơn ngạt gây ngừng tuần hoàn do co thắt thanh quản. Đảm bảo hô hấp tốt.
- Hạn chế biến chứng và các nguy cơ đe dọa tử vong khác như trụy mạch, chảy máu dạ dày, bội nhiễm phổi...
- Đảm bảo dinh dưỡng, cân bằng nước điện giải và vệ sinh, chống loét.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh và người nhà của họ biết rõ việc mình sắp làm để họ yên tâm và phối hợp tốt.

Nếu người bệnh nặng cần người phụ giúp.

2. Người thực hiện

Y tá - điều dưỡng: đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ

Tuỳ theo nhận định người bệnh chuẩn bị dụng cụ cho phù hợp.

- Bóng Ambu, hệ thống thở oxy, canun Mayo
- Máy hút, máy thở, máy theo dõi, bộ mở khí quản
- Dụng cụ tiêm truyền, catheter tĩnh mạch trung tâm
- Ống thông dạ dày, bơm cho ăn, cốc đựng.
- Nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Bộ tiểu phẫu, dụng cụ bông băng gạc, thuốc sát trùng oxy già, betadine, cồn, nước muối sinh lý
- Dịch truyền, các loại thuốc an thần, thuốc cấp cứu ngừng tim: adrenalin, dopamin..
- Dung dịch dinh dưỡng và bột dinh dưỡng phù hợp

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Theo dõi và khống chế cơn giật

- Theo dõi mức độ cơn giật: về cường độ, thời gian, khi giật có bị ngạt không
- Tiêm và uống thuốc an thần theo giờ đã cho sẵn và tiêm thêm khi cần thiết. Báo cáo cho bác sĩ biết tình trạng cơn giật và đáp ứng của thuốc, tổng liều thuốc an thần trong ngày để điều chỉnh liều lượng an thần cho phù hợp.
- Tránh các kích thích mạnh, tiếng ồn. Khi chăm sóc phải nhẹ nhàng. Nên tiêm tĩnh mạch các thuốc có thể tiêm được hạn chế tiêm bắp.

2. Đảm bảo hô hấp

- Quan sát xem các cơn giật có nguy cơ gây ngạt không. Nếu có tiêm ngay thuốc an thần và báo cáo bác sĩ để mở khí quản. Chuẩn bị phòng mổ và dụng cụ.
- Sẵn sàng thực hiện cấp cứu ngừng thở ngừng tuần hoàn
- Đặt canun Mayo để đề phòng cắn vào lưỡi khi co giật và để hút đờm ở miệng.
- Hút đờm dãi đúng quy cách.
- Hô hấp hỗ trợ bằng bóp bóng có oxy và thở máy nếu có suy hô hấp và thiếu oxy, SaO_2 máu thấp.
- Chăm sóc, thay băng nơi mở khí quản hàng ngày
- Theo dõi khi rút ống canun.

3. Duy trì tuần hoàn

- Theo dõi mạch, huyết áp. Trường hợp nặng tốt nhất theo dõi qua monitor
- Đảm bảo đủ dịch, thực hiện truyền dopamin theo y lệnh, đúng liều lượng.

4. Chăm sóc tiêu hoá và dinh dưỡng

- Đặt ống thông dạ dày để cho ăn. Tất cả các người bệnh uốn ván đều phải cho ăn qua ống thông dạ dày.
- Phải cho đủ thuốc an thần trước khi đặt ống thông dạ dày. Giải thích kỹ, thực hiện nhẹ nhàng. Kiểm tra ống thông vào dạ dày mỗi lần cho ăn.
- Đảm bảo đủ dinh dưỡng năng lượng
- Khi chướng bụng không tiêu hoá được phải dẫn lưu ống thông dạ dày. Nếu dịch dạ dày có màu nâu đen, cần ngừng ăn và uống thuốc. Dùng các thuốc kháng acid đường tiêm.
- Cho thuốc chống táo bón và thụt tháo phân (nếu có chỉ định).

5. Xử lý vết thương và chống nhiễm khuẩn

- Mở rộng vết thương, lấy dị vật nếu có, dẫn lưu sạch mủ và rửa sạch.
- Tiêm SAT, kháng sinh diệt vi khuẩn uốn ván, kháng sinh điều trị bội nhiễm.

6. Chăm sóc khác

- Vệ sinh răng miệng, hút đờm dãi, lau rửa miệng.
- Làm ẩm mắt, tra mắt thường xuyên.
- Dẫn lưu nước tiểu
- Xoay trở người, kê điểm tỳ đè, chống loét.
- Tập vận động các khớp ở giai đoạn hồi phục.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng và mức độ cơn giạt.
- Ghi vào bảng theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở và đáp ứng của người bệnh.
- Tình trạng hô hấp và biện pháp xử lý.
- Ghi cân bằng dịch vào (lượng dịch truyền, dịch uống) và dịch ra (nước tiểu, mồ hôi).
- Ghi báo cáo tổng lượng thuốc an thần đã dùng trong ngày
- Ghi các thông số máy theo dõi, máy thở (nếu có).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cặn kẽ và hướng dẫn tỷ mỉ các nội dung để họ an tâm và phối hợp tốt, biết cách theo dõi những dấu hiệu bất thường và báo ngay cho nhân viên y tế.
- Hướng dẫn phòng bệnh, tiêm vắc xin uốn ván.
- Hướng dẫn giữ vệ sinh phòng bệnh, tránh lây nhiễm.

8. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHIỄM KHUẨN HUYẾT**I. MỤC ĐÍCH**

Nhiễm khuẩn huyết là tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân rất nặng do vi khuẩn xâm nhập và sinh sôi phát triển trong máu gây ra nhiễm khuẩn, nhiễm độc toàn thân nặng có khi gây sốc và các ổ di bệnh ở nhiều cơ quan rất dễ gây tử vong. Chăm sóc người bệnh nhiễm khuẩn huyết nhằm các mục đích sau:

- Phát hiện sớm các tổn thương và biến chứng để nhanh chóng xử lý kịp thời, hạn chế nguy cơ tử vong.
- Hỗ trợ người bệnh đảm bảo dinh dưỡng, vệ sinh chống loét.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết việc mình sắp làm để phối hợp tốt và họ yên tâm.

2. Người thực hiện

Y tá- điều dưỡng: đội mũ, đeo khẩu trang, găng tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh

4. Dụng cụ

- Dụng cụ đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Dụng cụ tiêm truyền.
- Dụng cụ thở oxy, bóng Ambu, mask.
- Máy hút, máy thở, máy theo dõi.
- Dụng cụ để thay băng.
- Dụng cụ vệ sinh cá nhân.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đảm bảo hô hấp

Nhiễm trùng huyết thường gây tổn thương phổi và suy hô hấp.

- Theo dõi nhịp thở, tình trạng suy hô hấp (tím môi, SaO_2 máu), tình trạng phổi.
- Hút đờm dãi, làm loăng đờm.
- Cho người bệnh thở oxy.
- Chuẩn bị và phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản và thở máy khi cần thiết

2. Đảm bảo tuần hoàn

- Phát hiện sớm sốc bằng theo dõi thường xuyên nhiệt độ, mạch, huyết áp, lạnh chi, lượng nước tiểu đặc biệt sau cơn rét run.
- Truyền dịch duy trì đủ khối lượng tuần hoàn.

3. Hạ nhiệt

Bằng chườm lạnh, dùng thuốc hạ nhiệt khi sốt quá cao.

4. Theo dõi phát hiện các ổ di bệnh và rối loạn chức năng các cơ quan

Não, màng não, phổi, tim thận, gan, cơ xương khớp. Phụ giúp bác sĩ để dẫn lưu tháo mủ nếu có.

5. Thực hiện y lệnh nhanh chóng chính xác

- Cấy máu khi người bệnh sốt cao nhất là khi rét run. Lấy kết quả cấy máu và kháng sinh đồ.
- Nhanh chóng thực hiện các y lệnh lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm, chụp X. quang, siêu âm.
- Đảm bảo tiêm kháng sinh đúng quy cách, liều lượng, theo giờ. Theo dõi đề phòng sốc phản vệ và các tác dụng phụ của thuốc.

6. Dinh dưỡng, vệ sinh chống loét

- Cho người bệnh ăn đủ chất, đủ calo, dễ tiêu, hợp khẩu vị, đảm bảo vệ sinh
- Nâng cao thể trạng
- Vệ sinh răng miệng, bộ phận và thân thể thường xuyên.
- Xoay trở người, kê tỳ đè, nằm đệm chống loét.
- Vỗ rung ngực, vận động chân tay các khớp, chống teo cơ cứng khớp.
- Thay băng các vết dẫn lưu áp xe.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép tình trạng người bệnh.
- Tình trạng chung: nhiệt độ, mạch huyết áp, nhịp thở, nước tiểu
- Các thông số của máy theo dõi, máy thở.
- Ghi chép việc thực hiện y lệnh chăm sóc người bệnh.

9. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐC NHIỄM KHUẨN**I. MỤC ĐÍCH**

Sốc nhiễm khuẩn là tình trạng đáp ứng của toàn cơ thể đối với vi khuẩn gây bệnh dẫn đến suy tuần hoàn cấp (tụt huyết áp đi đôi với suy chức năng các cơ quan do giảm tưới máu). Là một tình trạng cấp cứu trong các bệnh nhiễm khuẩn tỷ lệ tử vong rất cao 40 - 70% nếu không được phát hiện sớm và điều trị đúng. Thực hiện chăm sóc người bệnh sốc nhiễm khuẩn nhằm các mục đích sau:

- Phát hiện sớm xử trí đúng nhanh kịp thời sốc.
- Cải thiện tuần hoàn, tăng cường tưới máu tổ chức, hạn chế tình trạng suy đa phủ tạng.
- Hỗ trợ phục vụ người bệnh tại giường ăn uống, vệ sinh, chống loét.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh và người nhà họ về tình trạng bệnh, mục đích của việc sắp làm để họ yên tâm và phối hợp thực hiện tốt.

2. Người thực hiện

Y tá - điều dưỡng: đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ

- Dụng cụ truyền dịch: bơm kim tiêm, kim luồn, bộ dây truyền, catheter tĩnh mạch trung tâm
- Các loại dịch truyền: glucose 5%, natribicarbonate 4,2%, natriclorua 0,9%, dung dịch keo
- Bộ đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Bơm truyền dịch, máy truyền dịch
- Hệ thống thở oxy
- Dụng cụ đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Bóng Ambu, mask, bộ đặt nội khí quản.
- Máy ghi điện tim, sốc điện, máy thở, máy theo dõi (nếu có).

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Để người bệnh nằm đầu thấp, không dựng gối đầu, phục vụ sinh hoạt tại giường ở tư thế nằm.

2. Nhanh chóng khôi phục tuần hoàn

- Đặt một đường truyền dịch nhanh bằng kim to (tốt nhất là kim luồn) để đảm bảo truyền dịch nhanh đúng yêu cầu.
- Phối hợp phụ giúp bác sĩ đặt catheter và đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Đảm bảo truyền thuốc vận mạch đúng liều lượng và theo dõi tác dụng của thuốc
- Theo dõi mạch, nhịp thở, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung tâm, lượng nước tiểu cứ mỗi 30 phút, 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ, 6 giờ/ lần tùy theo tình trạng người bệnh.
- Đặt máy theo dõi nếu có.

3. Đảm bảo hô hấp

- Tất cả các người bệnh sốc cần được thở oxy
- Hút đờm dãi.

- Chuẩn bị và phụ giúp bác sĩ đặt ống nội khí quản.
- Sẵn sàng hô hấp hỗ trợ bằng bóp bóng Ambu, máy thở.

4. Thực hiện y lệnh nhanh chóng chính xác

- Truyền dịch, tiêm thuốc, uống thuốc
- Lấy máu, gửi xét nghiệm và lấy kết quả xét nghiệm nhanh chóng kịp thời giúp cho bác sĩ nhanh chóng điều chỉnh các rối loạn.

5. Dinh dưỡng

- Cho người bệnh ăn thức ăn lỏng, đảm bảo đủ chất, đủ calo, dễ tiêu, hợp vệ sinh
- Nếu người bệnh hôn mê phải cho ăn qua ống thông dạ dày.

6. Chăm sóc hệ thống

- Vệ sinh răng miệng.
- Rửa mắt, tra mắt.
- Vệ sinh vùng hậu môn sinh dục.
- Vệ sinh thân thể.
- Phòng chống loét: thay đổi tư thế, kê vùng tỳ đè, nằm đệm chống loét.
- Vỗ rung lồng ngực.
- Vận động tay chân.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi các chỉ số: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở, áp lực tĩnh mạch trung tâm, lượng nước tiểu vào bảng theo dõi
- Ghi các thông số của máy theo dõi, máy thở.
- Tổng hợp lượng dịch truyền, lượng thuốc vận mạch.
- Tổng lượng dịch vào, dịch ra
- Ghi chép công việc đã làm (thực hiện y lệnh, chăm sóc người bệnh).

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh bị sốc nhiễm khuẩn là tình trạng rất nặng cần hướng dẫn họ và người nhà họ biết cách theo dõi những dấu hiệu bất thường để báo ngay cho bác sĩ.
- Không tự ý cho người bệnh ngồi dậy khi thay quần áo, ga trải giường, ăn uống, vệ sinh mà phải phục vụ tại giường ở tư thế nằm.
- Đảm bảo dinh dưỡng đủ chất hợp vệ sinh.
- Không tự ý tháo bỏ các ống thông, dây truyền, máy theo dõi.

10. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THƯƠNG HÀN

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo liệu trình điều trị theo y lệnh của bác sĩ (kháng sinh, truyền dịch)
- Phát hiện sớm biến chứng của bệnh: chảy máu tiêu hoá, thủng ruột, viêm não, viêm cơ tim
- Đảm bảo dinh dưỡng đầy đủ và đúng phương pháp.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh biết việc của mình sắp thực hiện và sẽ thực hiện trong cả liệu trình điều trị.

2. Người thực hiện

Y tá- điều dưỡng

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh

4. Dụng cụ

- Các trang thiết bị y tế để đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe, monitor (nếu cần).
- Các trang thiết bị y tế phục vụ cho cấp cứu: máy hút đờm, dịch dạ dày, dụng cụ thở oxy, bộ canun Mayo nếu có cơn ngừng thở.
- Các trang thiết bị y tế phục vụ ăn (khi người bệnh không ăn được): các ống thông dạ dày đầy đủ các cỡ, bơm ăn 20 ml, 50 ml, bơm ăn tự động
- Bộ thông tiểu (nam, nữ)
- Dung dịch dinh dưỡng: sữa, nước súp, bột dinh dưỡng

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đo mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp

- Thể nhẹ, trung bình: ngày 2 lần (sáng, chiều)
- Thể nặng có biến chứng: 6 giờ/lần hoặc theo chỉ định của bác sĩ.

2. Thực hiện đầy đủ y lệnh điều trị của bác sĩ

Thuốc uống, thuốc tiêm, dịch truyền, xét nghiệm

3. Dinh dưỡng

- Đảm bảo 40 Kcal/kg/ngày (đủ tỷ lệ protid - glucid - lipid) và đủ nước (2 - 2,5l/ngày).
- Trong thời gian bệnh đang tiến triển bắt buộc thức ăn ở dạng lỏng, mềm (sữa, bột dinh dưỡng, cháo)
- Nếu người bệnh không ăn được phải đặt ống thông dạ dày, lưu ống thông tối đa 24 giờ/lần.
- Ngừng cho ăn khi có chỉ định của bác sĩ.

4. Vệ sinh hàng ngày

- Vệ sinh răng miệng 2 lần/ngày.
- Vệ sinh hậu môn sinh dục 1 - 2 lần/ngày bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn.
- Bảo quản phân người bệnh (khép kín) để tránh lây lan.
- Thay trở người bệnh hoặc thay đệm thường bằng đệm chống loét khi người bệnh phải nằm bất động dài ngày (chảy máu tiêu hoá, viêm não).

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép tình trạng người bệnh.
- Các chỉ số sinh tồn: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở
- Các dấu hiệu bất thường phải báo cáo ngay cho bác sĩ để xác định biến chứng xảy ra: nôn ra máu, ỉa phân đen, bụng chướng, truy tìm mạch
- Ghi chép chế độ dinh dưỡng hàng ngày.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Đây là bệnh lây bằng đường tiêu hoá, bởi vậy người nhà chăm sóc người bệnh phải tuân thủ quy định chống lây lan của bệnh (rửa tay trước khi ăn).
- Chú ý cho người bệnh ăn theo y lệnh. Không được cho ăn theo người bệnh.
- Không tự ý cho uống thuốc ngoài y lệnh và không tự ý tháo bỏ kim truyền, ống thông (nếu có).

11. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT RÉT

I. MỤC ĐÍCH

- Thực hiện liệu trình điều trị theo y lệnh của bác sĩ nhanh, chính xác và đầy đủ vì sốt rét là một bệnh cấp cứu nhất là sốt rét nặng
- Phát hiện sớm những diễn biến bất thường và các biến chứng xảy ra trong thời gian điều trị.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh đầy đủ năng lượng và đúng phương pháp.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Đối với người bệnh sốt rét nhẹ thì trực tiếp giải thích về công việc của mình sắp thực hiện trong cả liệu trình điều trị.
- Đối với người bệnh sốt rét nặng, phải giải thích cho người nhà (được phép của bác sĩ) biết toàn bộ công việc chăm sóc của mình để phối hợp có hiệu quả nhằm chăm sóc cho người bệnh tốt nhất.

2. Người thực hiện

Y tá - điều dưỡng

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ

- Các trang thiết bị y tế để đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe, monitor (nếu cần).
- Các trang thiết bị y tế phục vụ cho cấp cứu: máy hút đờm, máy thở, bộ dụng cụ đặt ống thông dạ dày và hút dịch dạ dày, bộ dụng cụ để đặt catheter và đo áp lực tĩnh mạch trung tâm, máy truyền tĩnh mạch liên tục (nếu có), bộ dụng cụ chọc tuỷ sống.
- Các trang thiết bị y tế phục vụ cho người bệnh ăn trong khi hôn mê (sốt rét nặng): các ống thông dạ dày đầy đủ các cỡ, bơm ăn 20 ml, 50 ml, bơm ăn tự động
- Bộ thông tiểu (nam, nữ).
- Dung dịch dinh dưỡng: sữa, nước súp, bột dinh dưỡng

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối với người bệnh sốt rét nhẹ

1.1. Đo mạch, nhiệt độ, nhịp thở, huyết áp: 2 lần/ngày (sáng, chiều). Trong cơn sốt rét phải đo 3 lần: trong cơn rét run, trong cơn sốt nóng và sau khi vã mồ hôi.

1.2. Thực hiện đầy đủ y lệnh của bác sĩ về điều trị và xét nghiệm. Riêng lấy máu tìm ký sinh trùng sốt rét nên làm trong cơn sốt rét thì kết quả sẽ cao.

1.3. Dinh dưỡng

- Sau cơn sốt rét người bệnh vã mồ hôi rất khát nước. Phải cung cấp nước uống cho người bệnh 3 - 4 lít/ngày.
- Đảm bảo dinh dưỡng: 40 - 45 Kcalo/kg/24h. Trong giai đoạn sốt rét thức ăn nên ở dạng lỏng (sữa, súp, cháo, phở). Không cho ăn trong cơn rét run vì dễ gây hội chứng trào ngược dạ dày.

1.4. Vệ sinh hàng ngày

- Vệ sinh răng miệng 2 lần/ngày.
- Vệ sinh hậu môn sinh dục 1 - 2 lần/ngày bằng xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn.
- Ngủ màn tránh muỗi đốt lây lan bệnh.

2. Đối với người bệnh sốt rét nặng (sốt rét nặng có biến chứng và sốt rét đái huyết cầu tố).

Ngoài các bước tiến hành như sốt rét nhẹ y tá điều dưỡng phải thực hiện hoặc trợ giúp bác sĩ điều trị thực hiện 14 bước cấp cứu sau đây của WHO (World Health Organization).

- Làm sạch và thông thoáng đường thở.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng tư thế an toàn (tránh sặc thức ăn vào phổi).
- Cân người bệnh để tính liều thuốc sử dụng.
- Bắt đầu thực hiện y lệnh điều trị đặc hiệu của bác sĩ.
- Đánh giá nhanh tình trạng lâm sàng để báo bác sĩ.
- Xét nghiệm giọt đặc tìm ký sinh trùng sốt rét, xét nghiệm đường huyết, hematocrit và những xét nghiệm khác.
- Thực hiện điều trị hạ đường huyết (nếu có).
- Đánh giá tình trạng mất nước điện giải.
- Chống co giật (diazepam).
- Đặt thông bàng quang để theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ.
- Lập kế hoạch truyền dịch trong 8 giờ đầu gồm có:
 - + Dịch để pha thuốc sốt rét.
 - + Dịch chống phù não
 - + Máu
- Phụ giúp bác sĩ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm và đo áp lực tĩnh mạch trung tâm để kiểm soát dịch truyền.
- Thực hiện y lệnh hạ nhiệt theo chỉ định của bác sĩ (chườm lạnh, thuốc paracetamol).
- Phụ giúp bác sĩ chọc tuỷ sống để loại trừ viêm màng não.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Diễn biến của bệnh
 - + Diễn biến của cơn sốt rét: chu kỳ, thời gian
 - + Diễn biến của hôn mê (trong sốt rét nặng có biến chứng)
 - + Diễn biến của đái ra máu (trong sốt rét đái huyết cầu tố)
- Các chỉ số sinh tồn: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở
- Ghi chép chế độ dinh dưỡng hàng ngày.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH (SỐT RÉT NHẸ) VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH (SỐT RÉT NẶNG CÓ BIẾN CHỨNG VÀ SỐT RÉT ĐÁI HUYẾT CẦU TỐ)

- Xoay trở người bệnh tránh loét và bội nhiễm (nhất là sốt rét nặng có biến chứng).
- Không được tự ý cho ăn uống thuốc ngoài y lệnh.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ.
- Xét nghiệm nhóm máu của người bệnh và người thân tìm người cho máu phù hợp để sẵn sàng cho máu khi cần thiết.
- Ngủ màn tránh muỗi đốt lây lan bệnh.

12. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VIRÚT**I. MỤC ĐÍCH**

Viêm gan virút là bệnh truyền nhiễm có thể gây thành dịch do các loại virút viêm gan gây nên. Bệnh thường hay gặp và chiếm tỷ lệ cao ở các nước đang phát triển, các nước Đông nam Á, các nước châu Phi. Bệnh có thể đưa đến tình trạng bệnh lý về gan nặng nề như hôn mê gan, xơ gan, ung thư gan đặc biệt do các virút viêm gan B, C, D. Chăm sóc người bệnh viêm gan virút nhằm mục đích:

- Giải thích động viên cho người bệnh yên tâm điều trị, không lo lắng quá mức.
- Đảm bảo chế độ nghỉ ngơi và dinh dưỡng hợp lý.
- Biết cách phòng bệnh cho người thân và những người xung quanh tùy theo từng loại virút viêm gan.

II. CHUẨN BỊ**1. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh biết việc của mình sắp thực hiện và sẽ thực hiện trong cả liệu trình điều trị.
- Nếu bệnh nặng cần cho nằm phòng điều trị tích cực

2. Người thực hiện

Y tá - điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay để phòng lây nhiễm.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.**4. Dụng cụ**

- Dụng cụ để đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe, monitor (nếu cần).

- Dụng cụ cấp cứu khi người bệnh viêm gan nặng: máy hút đờm, dụng cụ thở oxy, bộ canun Mayo, dụng cụ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (khi người bệnh hôn mê, giãy giụa).
- Dụng cụ tiêm truyền: bơm tiêm, kim tiêm, dây truyền tĩnh mạch
- Các trang thiết bị y tế phục vụ ăn (khi người bệnh không ăn được): các ống thông dạ dày đầy đủ các cỡ, bơm ăn 20 ml, 50 ml, bơm ăn tự động
- Bộ thông tiểu và theo dõi nước tiểu (nam, nữ)
- Dung dịch dinh dưỡng (sữa, nước súp, bột dinh dưỡng)

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Chăm sóc và theo dõi người bệnh về:

1. Tình trạng hô hấp

Quan sát da, móng tay, móng chân, kiểu thở, tình trạng tăng tiết. Nếu người bệnh bị viêm gan nặng, hôn mê gan cần có biện pháp thông khí cho người bệnh.

2. Tình trạng tuần hoàn

- Theo dõi mạch, huyết áp hàng ngày
- Trường hợp viêm gan nặng cần theo dõi mạch, huyết áp 3 giờ/lần.

3. Tình trạng vàng da

- Thời kỳ tiền vàng da: sốt, mệt mỏi, kém ăn, nước tiểu vàng, nôn, đại ít
- Thời kỳ vàng da: niêm mạc mắt vàng, da vàng, nước tiểu sẫm màu, đau hạ sườn phải, theo dõi lượng nước tiểu.

4. Tình trạng chung

- Xem người bệnh có sốt không, có đau bụng không.
- Ý thức, vận động của người bệnh.
- Các dấu hiệu xuất huyết: da, niêm mạc, nôn.
- Người bệnh ăn có dễ tiêu không, có nôn không, tính chất của chất nôn.
- Ngăn ngừa bệnh diễn biến nặng.
- Lấy bệnh phẩm xét nghiệm.
- Thực hiện chăm sóc cơ bản:
 - + Chế độ nghỉ ngơi quan trọng nhất: nghỉ ngơi tại giường 2 tuần lễ từ khi có vàng da, hạn chế vận động, tránh lao động nặng, gắng sức.
 - + Chế độ ăn uống: ít mỡ, ăn nhiều hoa quả, tăng protid. Nếu bệnh nặng cần giảm protid. Ăn theo khẩu vị, thức ăn dễ tiêu.
 - + Không uống rượu, bia, thuốc tránh thai

- + Truyền dịch, plasma, morihepamin
- Chế độ thuốc: không có thuốc đặc hiệu. Có thể dùng dung dịch glucose, lợi mật, nhân trần, vitamin nhóm B, thuốc bổ gan. Nếu người bệnh nặng cần tiêm vitamin K, truyền plasma tươi.
- Chế độ vệ sinh: sạch sẽ tránh lây nhiễm.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép tình trạng người bệnh.
- Các thông số trên máy (nếu có) đối với người bệnh nặng, các chỉ số theo dõi: nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở và đáp ứng của người bệnh
- Số lượng nước tiểu 24 giờ.
- Tình trạng vàng da.
- Công việc chăm sóc người bệnh: thực hiện y lệnh chăm sóc người bệnh
- Các dấu hiệu bất thường phải báo cáo ngay cho bác sĩ để xác định biến chứng xảy ra: nôn ra máu, ỉa phân đen, bụng chướng, truy tìm mạch, ý thức
- Ghi chép chế độ dinh dưỡng hàng ngày.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

- Viêm gan virút là bệnh diễn biến rất đa dạng. Bệnh có thể diễn biến nặng, kéo dài hay hôn mê nên cần được theo dõi cẩn thận. Cần hướng dẫn cho người nhà biết cách theo dõi dấu hiệu bất thường nhất là thay đổi tính cách và báo ngay cho bác sĩ.
- Dinh dưỡng: đảm bảo đủ lượng calo hàng ngày, ăn uống hợp khẩu vị nhất là thức ăn dễ tiêu, ăn nhiều hoa quả.
- Hướng dẫn cách vệ sinh phòng bệnh vì viêm gan virút là bệnh rất dễ lây: qua đường tiêu hoá, đường tiêm truyền, truyền máu, sinh dục, từ mẹ sang con tùy theo từng loại virút viêm gan.

13. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE

I. MỤC ĐÍCH

Sốt xuất huyết Dengue là một bệnh do vi rút Dengue truyền vào cơ thể qua loại muỗi có tên là *Aedes aegypti*. Sốt xuất huyết Dengue có biểu hiện sốt, xuất huyết, thường diễn biến nặng nếu không phát hiện và xử lý kịp thời, đôi khi có sốc (Suy tuần hoàn...) dẫn tới tử vong.

Chăm sóc người bệnh sốt xuất huyết Dengue nhằm mục đích:

- Phát hiện sớm các dấu hiệu của hội chứng sốt Dengue.
- Phát hiện các biến chứng chảy máu của sốt xuất huyết Dengue để kịp thời xử trí và hạn chế nguy cơ tử vong
- Hỗ trợ người bệnh và bảo đảm dinh dưỡng

II. CHUẨN BỊ**1. Người bệnh**

Giải thích cho người bệnh và người nhà biết việc mình sắp làm để họ hiểu và yên tâm.

2. Người thực hiện

Y tá - điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.**4. Dụng cụ**

- Dụng cụ đo các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, máy đo huyết áp, ống nghe, máy đo độ bão hoà oxy, tốt nhất là có máy theo dõi các thông số: mạch, huyết áp, nhịp thở, độ bão hoà oxy
- Dụng cụ cho người bệnh thở oxy: hệ thống oxy, bóng Ambu, Mask, canun Mayo, máy hút, máy thở
- Dụng cụ tiêm truyền
- Bộ dẫn lưu nước tiểu, ống thông dạ dày.
- Các loại thuốc: hạ nhiệt, an thần, ...
- Các loại dịch truyền: glucose 5%, natriclorua 0,9%, lactac ringer, dung dịch keo như Haesteril 6%, heamacell, máu toàn phần, khối tiểu cầu...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Đảm bảo tuần hoàn và phát hiện sớm sốc**

Theo dõi thường xuyên nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở, toàn thân 30 phút, 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ, 6 giờ một lần tùy thuộc tình trạng người bệnh và phát hiện sớm dấu hiệu sốc:

- Hốt hoảng, bồn chồn, rất mệt
- Chi lạnh, vã mồ hôi, môi tím
- Mạch nhanh, nhỏ
- Huyết áp tụt, kẹt.
- Hematocrit tăng

Truyền dịch kịp thời, nhanh chóng, đúng loại dịch, tốc độ, theo dõi Hematocrit để thông báo cho bác sĩ kịp thời điều chỉnh.

2. Đảm bảo hô hấp

- Theo dõi nhịp thở, tình trạng suy hô hấp (tím môi, SaO_2 máu), tình trạng phổi.
- Cho người bệnh thở oxy khi cần thiết.

3. Theo dõi chảy máu

- Xuất huyết ngoài da: các nốt, chấm xuất huyết trên da, chảy máu cam, chảy máu chân răng, kinh nguyệt kéo dài,
- Xuất huyết nội tạng: theo dõi dấu hiệu nôn ra máu, đi ngoài phân đen, các dấu hiệu mạch, huyết áp, toàn thân, xét nghiệm công thức máu ... để phát hiện sớm xuất huyết tiêu hoá, xuất huyết não...
- Thực hiện y lệnh điều trị khi có chảy máu
- Nên hạn chế tối đa tiêm bắp để phòng chảy máu

4. Hạ nhiệt

- Chườm lạnh, dùng thuốc (nhóm paracetamol) khi người bệnh sốt trên 39°C

Chú ý: không được sử dụng các loại thuốc để giảm sốt như: aspirin, sedal, anagin nhóm thuốc giảm đau khác như: diclofenac... có thể gây chảy máu trầm trọng.

5. Thực hiện y lệnh nhanh chóng, chính xác

- Thực hiện xét nghiệm đặc biệt là làm hematocrit tại chỗ 30 phút, 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ, 6 giờ một lần tùy thuộc tình trạng người bệnh.
- Đảm bảo phát thuốc, truyền dịch, truyền máu đúng theo y lệnh của bác sĩ
- Khi người bệnh có biểu hiện sốc nhanh chóng cùng bác sĩ xử trí sốc như: để người bệnh nằm đầu thấp, thở oxy, truyền dịch, truyền máu theo chỉ định, theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và làm xét nghiệm hematocrit 30 phút một lần cho đến khi hết sốc.

6. Vệ sinh, dinh dưỡng

- Hướng dẫn cách pha và uống ORS
- Vệ sinh răng miệng, thân thể
- Cho ăn thức ăn lỏng, nước hoa quả, uống vitamin C.
- Nếu người bệnh có xuất huyết tiêu hoá, sốc tạm thời dinh dưỡng bằng truyền dịch

IV. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi chép đầy đủ các dấu hiệu sinh tồn hoặc các chỉ số của máy (nếu có), lượng nước tiểu vào bảng theo dõi.
- Ghi chép tổng hợp lượng dịch truyền vào và dịch ra, truyền máu.
- Thông báo các biến cố xảy ra cho bác sĩ.
- Ghi chép chế độ dinh dưỡng hàng ngày.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người bệnh bị sốt xuất huyết Dengue có thể diễn biến nặng, sốc nên cần hướng dẫn họ và gia đình của họ biết cách theo dõi về những dấu hiệu bất thường để thông báo ngay cho nhân viên y tế.
- Đảm bảo dinh dưỡng, vệ sinh.
- Hướng dẫn thực hiện đúng nội quy của phòng bệnh.
- Không tự ý tháo bỏ các ống thông, dây truyền, máy theo dõi.

14. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐẠI LÊN CƠN**I. MỤC ĐÍCH**

- Giảm bớt lo lắng cho người bệnh và người nhà người bệnh (vì người bệnh sẽ tử vong ở giai đoạn cuối của bệnh).
- Hạn chế những chấn thương có thể xảy ra khi người bệnh không làm chủ được mình.

II. CHUẨN BỊ

1. Nếu người bệnh ở trạng thái hưng dữ cần có người phụ giúp .
2. Tại cơ sở điều trị cần có chỗ riêng cho người bệnh đại lên cơn, tránh để người bệnh cùng phòng điều trị với những người bệnh khác.
3. Các dụng cụ theo dõi và hỗ trợ để duy trì sự sinh tồn khi chưa đến giai đoạn cuối :
 - Huyết áp, ống nghe, nhiệt kế.
 - Máy hút đờm, ống hút, lọ nước sạch để rửa ống thông hút đờm.
 - Dụng cụ thở oxy, bóng Ambu, canun Mayo.
 - Dụng cụ tiêm truyền, thuốc theo y lệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Đảm bảo thông khí cho người bệnh**

- Cho thở oxy vì người bệnh đại lên cơn thường ở trạng thái kích thích, không nằm yên, tăng tiết nhiều đờm dãi dễ dẫn đến ngạt thở, thiếu oxy.
- Đặt canun Mayo để phòng tụt lưỡi.
- Hút đờm dãi.

2. Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn

- Đếm mạch, đo huyết áp, nhiệt độ khi tiếp nhận người bệnh và báo cáo bác sĩ.
- Theo dõi phát hiện người bệnh ngừng tim, ngừng thở đột ngột.

3. Theo dõi tiến triển của bệnh

- Người bệnh lên cơn đại ở thể hung dữ sẽ tử vong trong 2-7 ngày, còn ở thể liệt có thể kéo dài đến 14 ngày, do đó cần theo dõi số lần lên cơn/ngày hoặc tình trạng liệt tăng dần lên.

4. Thực hiện y lệnh của bác sĩ

- Thuốc theo y lệnh đầy đủ.
- Xét nghiệm .

5. Chăm sóc hàng ngày

- Cách ly tuyệt đối.
- Để người bệnh nằm phòng yên tĩnh, tránh tiếng ồn, tiếng nước chảy, tránh gió lùa.
- Người bệnh thường bị kích thích nên rất dễ tự làm mình bị thương, sây sát nên trong phòng bệnh không được để bất kỳ thứ gì có thể người bệnh sử dụng được, trường hợp không có người nhà theo trông nom thì phải cố định tại giường nếu người bệnh quá hung dữ (để nằm và cố định tay chân tại giường).
- Nếu có vết thương phải rửa và băng bó, thay băng hàng ngày.
- Vệ sinh cơ thể .
- Nhân viên y tế phải luôn mang găng tay và khẩu trang khi thực hiện y lệnh và chăm sóc người bệnh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng người bệnh : số cơn kích thích, tình trạng tăng tiết...
- Các thông số theo dõi sinh tồn.
- Các thuốc thực hiện theo y lệnh.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI NHÀ NGƯỜI BỆNH

- Cần tiêm phòng cho vật nuôi (chó, mèo) theo đúng lịch của cơ quan thú y.
- Hướng dẫn phòng bệnh khi bị súc vật nghi bị đại căn: rửa sạch ngay vết cắn bằng dung dịch xà phòng 20%, rửa nhiều lần bằng nước sạch và đến ngay cơ sở y tế để tiêm vắc xin phòng bệnh dại.
- Khi tiếp nhận người bệnh nhân viên y tế tiếp xúc phải hết sức tế nhị, giải thích với người nhà khi không có mặt người bệnh rằng đây là bệnh hiện không thể chữa khỏi.

15. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẢ

I. MỤC ĐÍCH

- Nhanh chóng đưa người bệnh ra khỏi tình trạng mất nước nặng đe dọa tử vong .
- Hạn chế ngay và ngăn chặn không cho bệnh lây truyền trong cơ sở điều trị và cộng đồng.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm và cùng cộng tác.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện

Y tá- điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh,

4. Dụng cụ, thuốc

- Dụng cụ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.
- Dụng cụ tiêm truyền, bơm kim tiêm, dịch truyền các loại, thuốc theo y lệnh.
- Dụng cụ theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, huyết áp, ống nghe.
- Dụng cụ chứa chất thải để tiết trùng cách ly: xô chứa phân, vôi bột...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đảm bảo thông khí cho người bệnh

- Theo dõi nhịp thở, cho thở oxy nếu người bệnh thở nhanh .
- Theo dõi dấu hiệu đầu chi lạnh, tím tái.

2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi người bệnh mới vào và báo cáo ngay với bác sĩ.
- Nhanh chóng chuẩn bị dịch truyền qua đường tĩnh mạch ngay. Truyền kim to và cho nhiều đường truyền, chảy nhanh nếu huyết áp quá tụt hoặc kẹt.

3. Theo dõi tình trạng mất nước

- Đánh giá mức độ mất nước: môi khô, da nhăn nheo, mắt trũng, chuột rút...
- Theo dõi lượng nước bài tiết qua phân, nước tiểu theo 1 - 3 - 6 giờ/ lần.

4. Thực hiện y lệnh chính xác, kịp thời

- Cho uống ORS hoặc truyền dịch qua đường tĩnh mạch.
- Lấy bệnh phẩm xét nghiệm đúng quy cách.

5. Chăm sóc hệ thống cơ quan, dinh dưỡng

- Cho nằm giường có lỗ giúp cho đại tiểu tiện tại chỗ.
- Có 2 xô riêng chứa dịch sát khuẩn để chứa riêng chất nôn và phân.
- Vệ sinh tại chỗ và người bệnh sạch sẽ tạo cảm giác dễ chịu cho người bệnh.
- Khi người bệnh bớt tiêu chảy thì cho ăn chất lỏng, dễ tiêu đủ chất dinh dưỡng, trẻ em lại cho bú mẹ.

6. Giáo dục sức khỏe

- Hướng dẫn cách tẩy uế và xử lý chất thải đúng quy cách cho nhân viên và người nhà của người bệnh tại khoa phòng.
- Trước khi người bệnh xuất viện hướng dẫn phương pháp dự phòng bệnh tả: vệ sinh thực phẩm, rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Tình trạng mất nước.
- Lượng chất thải tiết và lượng dịch bù vào cho người bệnh theo y lệnh.
- Bệnh ổn định khi các dấu hiệu sinh tồn trở về bình thường, hết nôn, hết tiêu chảy.
- Báo cáo ngay khi có bất thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI NHÀ VÀ NGƯỜI BỆNH

- Là bệnh lây qua đường tiêu hoá nên phải thực hiện vệ sinh an toàn thực phẩm. Cụ thể là thức ăn phải đảm bảo vệ sinh, nấu chín, không ăn thức ăn ôi thiu. Trước khi ăn phải rửa tay.
- Khi có người mắc bệnh tả, người nhà và những người sống lân cận phải được uống thuốc phòng bệnh. Phân và chất thải của người bệnh phải được xử lý triệt để đúng theo yêu cầu (đổ vào hố vôi, cho chất sát khuẩn).

16. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LY TRỰC KHUẨN

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo các dấu hiệu sinh tồn (hô hấp, tim mạch, bài tiết...).
- Đảm bảo dinh dưỡng.
- Hạn chế lây lan trong cơ sở y tế và cộng đồng.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm và cùng cộng tác.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện

Y tá- điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

4. Dụng cụ, thuốc

- Dụng cụ đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (nếu cần).
- Dụng cụ tiêm truyền, bơm kim tiêm, dịch truyền các loại, thuốc theo y lệnh.
- Dụng cụ theo dõi các dấu hiệu sinh tồn : nhiệt kế, huyết áp, ống nghe.
- Dụng cụ chứa chất thải để tiệt trùng cách ly : xô chứa phân, vôi bột...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đảm bảo thông khí cho người bệnh

- Theo dõi nhịp thở, cho thở oxy nếu người bệnh thở nhanh vì sốt cao, hoặc quá mệt vì đi ngoài nhiều lần và đau bụng mót rặn.
- Đối với thể nặng có nhiễm độc (thường gặp ở trẻ em, người già) có thể suy hô hấp, cần theo dõi sát.

2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi người bệnh mới vào và báo cáo ngay với bác sĩ.
- Theo dõi mạch, huyết áp 1-3 giờ/lần.

- 3. Theo dõi tri giác:** trong trường hợp nhiễm độc người bệnh có thể lơ mơ, hôn mê.
- 4. Theo dõi các dấu hiệu của bệnh** như đau quặn bụng, mót rặn, biểu hiện phân (như nước rửa thịt, máu hồng, nhầy...), số lần nôn, số lần đi ngoài...

5. Thực hiện y lệnh

- Thuốc uống, dịch truyền.
- Lấy bệnh phẩm đúng quy trình, chính xác theo y lệnh.

6. Chăm sóc hệ thống cơ quan, nuôi dưỡng

- Cho nằm giường có lỗ để giúp đại, tiểu tiện tại chỗ cho người bệnh đỡ mệt.
- Đổ chất thải (phân, chất nôn) vào hố vôi hoặc nơi có tiệt trùng tránh lây lan.
- Người bệnh nặng cần thay quần áo, tắm rửa nước ấm hàng ngày.
- Người bệnh có biến chứng sa trực tràng cần ngâm rửa nước ấm sau khi đi ngoài.
- Cho người bệnh ăn thức ăn dễ tiêu như cháo, súp, kiêng mỡ. Trẻ em cho ăn nhiều lần và vắt bú mẹ nếu đang còn bú để tránh suy dinh dưỡng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, VÀ BÁO CÁO

- Ghi thường xuyên tình trạng mạch, huyết áp, số lần đi ngoài.
- Đánh giá tình trạng hồi phục: người bệnh hết dần triệu chứng đau quặn bụng, hết mót rặn và phân trở lại bình thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI NHÀ VÀ NGƯỜI BỆNH

- Là bệnh lây theo đường tiêu hoá nên phải thực hiện vệ sinh an toàn thực phẩm. Cụ thể là thức ăn phải đảm bảo vệ sinh, nấu chín, không ăn thức ăn ôi thiu. Rửa tay trước khi ăn.
- Người chăm sóc người bệnh phải rửa tay sau khi cho người bệnh đi vệ sinh. Đồ dùng phải luôn được vệ sinh sạch sẽ.

17. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH LY AMIP

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo các dấu hiệu sinh tồn (hô hấp, tim mạch, bài tiết...).
- Đảm bảo dinh dưỡng.
- Hạn chế lây lan trong cơ sở y tế và cộng đồng.
- Hạn chế biến chứng.

II. CHUẨN BỊ**1. Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm và cùng cộng tác.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện

Y tá điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.**4. Dụng cụ, thuốc**

- Dụng cụ tiêm truyền, bơm kim tiêm, dịch truyền các loại, thuốc uống, thuốc tiêm theo y lệnh.
- Dụng cụ theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, huyết áp, ống nghe.
- Dụng cụ chứa chất thải để tiết trùng cách ly: xô chứa phân, vôi bột...

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Đảm bảo thông khí cho người bệnh**

Theo dõi nhịp thở, cho thở oxy nếu người bệnh thở nhanh vì có kèm sốt cao hoặc quá mệt vì đi ngoài nhiều lần và đau bụng mót rặn.

2. Theo dõi tuần hoàn

- Lấy mạch, huyết áp, nhiệt độ ngay khi người bệnh mới vào và báo cáo ngay với bác sĩ.
- Theo dõi mạch, huyết áp 3 - 6 giờ/lần.

3. Theo dõi các dấu hiệu của bệnh như đau quặn bụng, mót rặn, tính chất phân (như máu cá lẫn nhầy...), số lần nôn, số lần đi ngoài...

4. Thực hiện y lệnh

- Thuốc uống, thuốc tiêm, dịch truyền theo chỉ định của bác sĩ.
- Lấy bệnh phẩm đúng quy trình, chính xác theo y lệnh.

5. Chăm sóc vệ sinh, dinh dưỡng

- Cho nằm giường có lỗ để giúp đại, tiểu tiện tại chỗ cho người bệnh đỡ mệt.
- Đổ chất thải (phân, chất nôn) vào hố vôi hoặc nơi có tiết trùng tránh lây lan.
- Người bệnh nặng cần thay quần áo, tắm rửa nước ấm hàng ngày.
- Người bệnh có biến chứng sa trực tràng cần ngâm rửa nước ấm sau khi đi ngoài.

- Theo dõi để phát hiện sớm biến chứng có thể có (như áp xe gan) để báo cáo bác sĩ (các triệu chứng sớm như sốt, đau vùng gan)
- Cho người bệnh ăn thức ăn dễ tiêu như cháo, súp, kiêng mỡ. Trẻ em cho ăn nhiều lần và vắt bú mẹ nếu đang còn bú để tránh suy dinh dưỡng.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, VÀ BÁO CÁO

- Ghi thường xuyên tình trạng mạch, huyết áp, số lần đi ngoài.
- Tình trạng chung của người bệnh .
- Đánh giá tình trạng hồi phục: người bệnh hết dần triệu chứng đau quặn bụng, hết mót rặn và phân trở lại bình thường.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI NHÀ VÀ NGƯỜI BỆNH

- Là bệnh lây theo đường tiêu hoá nên phải thực hiện vệ sinh an toàn thực phẩm. Cụ thể là thức ăn phải đảm bảo vệ sinh, nấu chín, không ăn thức ăn ôi thiu, ăn rau sống phải được ngâm kỹ và ngâm nước có chất diệt trùng. Trước khi ăn phải rửa tay.
- Người bệnh phải theo chế độ điều trị của bác sĩ để phòng tránh bệnh kéo dài dễ gây biến chứng và trở thành mạn tính.
- Người chăm sóc người bệnh phải rửa tay sau khi cho người bệnh đi vệ sinh. Đồ dùng phải luôn được vệ sinh sạch sẽ.

18. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH QUAI BỊ

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo các dấu hiệu sinh tồn (hô hấp, tim mạch, bài tiết...).
- Đảm bảo dinh dưỡng.
- Hạn chế biến chứng.
- Hạn chế lây lan trong cộng đồng.

II. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm và cùng cộng tác.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện

Y tá- điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện

Tại giường bệnh hoặc tại phòng thủ thuật.

4. Dụng cụ, thuốc

- Dụng cụ tiêm truyền, bơm kim tiêm.
- Dụng cụ theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, huyết áp, ống nghe.
- Dụng cụ chọc dò tủy sống, ống vô trùng lấy bệnh phẩm.
- Máy hút đờm, ống hút, lọ nước sạch để rửa ống thông hút đờm.
- Dụng cụ thở oxy, bóng Ambu, canun Mayo.
- Chuẩn bị dịch truyền, thuốc tiêm, thuốc uống theo y lệnh.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**1. Đảm bảo thông khí**

Theo dõi nhịp thở, nếu suy hô hấp (trong trường hợp có viêm não - màng não) cho thở oxy.

2. Theo dõi tuần hoàn: mạch, huyết áp theo y lệnh.**3. Theo dõi phát hiện các biến chứng**

Như nhức đầu, nôn, cứng gáy (nếu có viêm não- màng não), đau sưng tinh hoàn (nếu có viêm tinh hoàn), rong kinh và đau 1 hoặc 2 bên hố chậu (nếu có viêm buồng trứng), đau thượng vị (nếu có viêm tụy), mệt và khó thở (nếu có viêm cơ tim), viêm tuyến giáp ...để báo bác sĩ.

4. Thực hiện y lệnh

- Thuốc tiêm, thuốc uống, dịch truyền theo y lệnh.
- Lấy bệnh phẩm xét nghiệm đúng quy cách, đầy đủ.
- Không tùy tiện cho thuốc giảm đau để tránh bỏ qua những dấu hiệu cần can thiệp ngoại khoa.

5. Chăm sóc vệ sinh, dinh dưỡng

- Vệ sinh răng miệng sau khi ăn, súc miệng thường xuyên tránh bội nhiễm.
- Đắp ấm vùng tuyến mang tai nếu sưng to và đau nhiều.
- Người bệnh là nam nên cho mặc quần lót nâng tinh hoàn để giảm đau nhức.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi diễn biến các dấu hiệu sinh tồn hàng ngày: tinh thần, nhiệt độ, mạch, nhịp thở... vào hồ sơ.
- Ghi các biểu hiện nghi ngờ biến chứng cho bác sĩ biết: sốt trở lại, nôn, nhức đầu, đau bụng, đau tinh hoàn, rong kinh...
- Ghi chép việc thực hiện y lệnh.
- Đặt ra kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Người nhà của người bệnh khi tiếp xúc với người bệnh phải đeo khẩu trang.
- Cần cách ly người bệnh với những người chưa bị bệnh quai bị trong 3 tuần.
- Tiêm phòng vắc xin theo chỉ dẫn tại các cơ sở phòng dịch.

19. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM MÀNG NÃO MỦ DO NÃO MÔ CẦU

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo các dấu hiệu sinh tồn (hô hấp, tim mạch, bài tiết)
- Đảm bảo dinh dưỡng và chống bội nhiễm, chống loét.
- Hạn chế các biến chứng và di chứng.

II. CHUẨN BỊ**1. Chuẩn bị người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và người nhà biết công việc chuẩn bị làm để có thể yên tâm và hợp tác.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

2. Người thực hiện

- Bác sĩ (nếu thủ thuật yêu cầu, như chọc dò tủy sống, đặt catheter..)
- Y tá - điều dưỡng.
- Người tiếp xúc trực tiếp với người bệnh phải đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay.

3. Nơi thực hiện

Tại giường bệnh hoặc tại phòng làm thủ thuật nếu cần.

4. Chuẩn bị thuốc, dụng cụ

- Dụng cụ làm thủ thuật: catheter, bộ chọc dò tuỷ sống, bộ thông tiểu
- Dụng cụ theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: máy đo huyết áp, nhiệt kế, ống nghe.
- Máy hút đờm, ống hút, lọ nước chín để hút tráng ống thông, dụng cụ thở oxy (bóng Ambu, canun Mayo, ống thông).
- Ống thông dạ dày các cỡ.
- Bơm tiêm, bơm to cho ăn, dung dịch dinh dưỡng phù hợp, dụng cụ tiêm truyền, chuẩn bị thuốc tiêm, thuốc uống, dịch truyền theo y lệnh.
- Dụng cụ phòng chống loét : đệm nước, đệm luân chuyển

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đảm bảo các chức năng sinh lý cho người bệnh

- Hô hấp:
 - + Đặt người bệnh nằm nghiêng một bên phòng hít phải chất nôn, chất xuất tiết.
 - + Nếu bệnh nhân hôn mê đặt canun Mayo để phòng tụt lưỡi và đặt ống thông để hút đờm dãi.
 - + Bóp bóng, chăm sóc canun, hoặc theo dõi máy thở theo y lệnh.
 - + Theo dõi tình trạng tăng tiết, tím môi.
- Đo huyết áp, đếm nhịp thở, đếm mạch, đo nhiệt độ theo y lệnh của bác sĩ.
- Theo dõi nước tiểu hàng ngày, đảm bảo vệ sinh khi phải đặt ống thông bàng quang trong trường hợp có cầu bàng quang.

2. Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh

Nếu người bệnh không tự ăn được hoặc hôn mê phải đặt ống thông dạ dày cho ăn, thức ăn phải đảm bảo vệ sinh và đủ thành phần dinh dưỡng, dễ tiêu.

3. Chăm sóc vệ sinh các cơ quan khác

- Rửa mặt, vệ sinh răng miệng 3-4 lần/ ngày.
- Nhỏ mắt, đắp khăn ướt lên mắt phòng khô giác mạc.
- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài và hậu môn sau mỗi lần đi vệ sinh.
- Phòng chống loét: vệ sinh thân thể,翻身 thay đổi tư thế cho người bệnh ngày 2 lần, nằm đệm nước hoặc đệm chống loét

4. Thực hiện chính xác và kịp thời các y lệnh về thuốc và phụ bác sĩ làm các thủ thuật.

Thực hiện đầy đủ, kịp thời các chỉ định xét nghiệm mà bác sĩ yêu cầu.

IV. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng người bệnh: tình trạng tinh thần (tỉnh hay lơ mơ, tiếp xúc được hay không được, hôn mê), tình trạng co giật, nôn
- Các thông số sinh tồn (theo dõi trên máy hoặc tự theo dõi) như nhiệt độ, huyết áp, mạch, nhịp thở. Ghi vào hồ sơ đầy đủ các lần theo dõi.
- Ghi chép lượng dịch đưa vào cơ thể (dịch truyền, nước uống, dinh dưỡng và lượng nước bài tiết ra (chất nôn, nước tiểu)
- Ghi chép việc thực hiện y lệnh trong những lúc nhận xét người bệnh.
- Đặt ra kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Đảm bảo dinh dưỡng hàng ngày, hợp vệ sinh, dễ tiêu hoá.
- Chú ý chăm sóc và theo dõi các ống thông, dịch truyền trên người bệnh.
- Vệ sinh giường bệnh, phòng bệnh, sau khi chăm sóc người bệnh phải rửa tay.
- Theo dõi các dấu hiệu bất thường báo ngay cho bác sĩ.
- Khi tiếp xúc với người bệnh phải đeo khẩu trang.

Chương X

XÉT NGHIỆM

1. LẤY MÁU XÉT NGHIỆM

I. MỤC ĐÍCH

Lấy máu làm xét nghiệm để phục vụ cho việc chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Được chỉ định trong việc chẩn đoán, theo dõi bệnh như : tìm vi khuẩn, ký sinh trùng, định lượng, xác định tỷ lệ thành phần các chất trong máu ...

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định.
- Thận trọng trong các trường hợp người bệnh bị bệnh chảy máu kéo dài.

III. CHUẨN BỊ

** Người thực hiện (y tá - điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên xét nghiệm)*

- Phải đầy đủ trang phục y tế (có biển tên), đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay (khi cần).
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ

1. Người bệnh

- Được thông báo giải thích những điều cần thiết, cho người bệnh nhìn ăn trước khi lấy máu theo yêu cầu của xét nghiệm.
- Động viên người bệnh.

2. Dụng cụ

** Trường hợp lấy máu tĩnh mạch làm xét nghiệm*

- khay chữ nhật (khay sạch, khay vô khuẩn).
- Bơm, kim tiêm vô trùng (cỡ số phù hợp).
- Găng tay vô khuẩn.
- Kim Kocher, ống cầm kim kocher.
- Ống nghiệm theo yêu cầu xét nghiệm, giá cầm ống nghiệm.
- Phiếu xét nghiệm.
- Hộp đựng bông cồn 70°
- Băng dính, kéo.
- Dây garô, đệm kê tay.
- Khay quả dậu

- Thùng, túi đựng rác.

*** Trường hợp lấy máu mao mạch làm xét nghiệm**

- Kim chích máu (lancet) vô trùng.
- Lam kính.
- Hộp bông cồn 70°, bông khô vô khuẩn.
- Găng tay vô khuẩn.
- Phiếu xét nghiệm, bút viết lam kính.
- khay chữ nhật đựng dụng cụ.
- Thùng, túi đựng rác.

Tất cả dụng cụ được sắp xếp đúng vị trí trên xe hoặc bàn làm xét nghiệm

3. Địa điểm

Tại giường bệnh hoặc tại phòng xét nghiệm.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Y tá - điều dưỡng (KTV) tiếp xúc, thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
2. Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.
3. Để người bệnh ở tư thế thích hợp.

*** Trường hợp lấy máu tĩnh mạch:**

- Ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào ống nghiệm.
- Rửa tay lần 2, mang găng vô khuẩn.
- Chọn vị trí lấy máu thích hợp, buộc dây garô trên chỗ lấy máu 3-5cm.
- Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng bông cồn.
- Chọc kim qua da vào tĩnh mạch, kéo nhẹ pítông cho máu tự chảy, lấy đủ lượng máu để làm xét nghiệm.
- Tháo dây garô, rút kim nhanh, đặt bông, gạc vô khuẩn để cầm máu.
- Tháo kim khỏi bơm tiêm, bơm máu từ từ vào thành ống nghiệm để tránh vỡ hồng cầu (nếu lấy máu có chất chống đông thì lắc nhẹ nhàng trong 30 giây).

*** Trường hợp lấy máu mao mạch**

- Ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào lam kính.
- Y tá điều - dưỡng (KTV) mang găng vô khuẩn.
- Chọn nơi lấy máu thường là ngón nhẫn của bàn tay trái (nếu là trẻ sơ sinh thì lấy ở đầu ngón chân cái hoặc gót chân).
- chà sát da tại vị trí lấy máu.
- Ngửa bàn tay lấy máu, sát trùng ngón tay bằng bông cồn và chờ khô tự nhiên.
- Dùng kim chích nhanh, dứt điểm đủ độ sâu cần thiết (chùng 1,5 - 2mm)

- Vuốt nhẹ ngón tay cách xa chỗ chích để lấy đủ lượng máu cần thiết.
- Dùng bông khô vô khuẩn đặt lên chỗ chích để cầm máu.
- 4. Thu dọn, vệ sinh dụng cụ để về nơi quy định.
- 5. Y tá - điều dưỡng (KTV) rửa tay.
- 6. Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày, giờ lấy máu
- Tình trạng người bệnh
- Khi có kết quả xét nghiệm phải báo ngay cho bác sĩ để có hướng xử trí.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Giải thích, động viên người bệnh yên tâm, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.

2. LẤY PHÂN LÀM XÉT NGHIỆM

I. MỤC ĐÍCH

Lấy phân để soi, cấy tìm vi khuẩn gây bệnh phục vụ cho chẩn đoán, điều trị và theo dõi người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. **Chỉ định:** tất cả người bệnh cần soi và cấy phân tìm vi khuẩn gây bệnh như: tìm ký sinh trùng, nấm...
2. **Chống chỉ định:** không có chống chỉ định, nhưng không dùng que để lấy phân làm xét nghiệm ở người bệnh bị u trực tràng, hậu môn, bệnh trĩ.

III. CHUẨN BỊ

* Người thực hiện: y tá - điều dưỡng (KTV)

- Phải có đầy đủ trang phục y tế (có biển tên) đội mũ, đeo khẩu trang.
- Phải rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ, mang găng tay

1. Người bệnh

- Thông báo cho người bệnh từ hôm trước, giải thích rõ mục đích làm xét nghiệm.
- Cho người bệnh ngừng dùng thuốc kháng sinh trước 24 giờ (nếu cấy phân).
- Hỏi và kiểm tra người bệnh có mắc bệnh gì ở vùng trực tràng, hậu môn không?

2. Dụng cụ

- Lọ đựng phân vô khuẩn, có dán nhãn ghi tên tuổi, khoa phòng số giường.
- Que lấy phân vô khuẩn
- Bô sạch (không tráng thuốc sát khuẩn)
- Bút viết kính
- Dung dịch bảo quản phân (nếu phải mang đi xa)
- Giấy bóng kính đã tráng sẵn lớp phân Arbie hoặc keo để tìm trứng giun kim.
- Lam kính
- Giá đựng ống lọ, xét nghiệm
- Gạc miếng vô khuẩn
- Găng tay vô khuẩn, giấy vệ sinh, giấy xét nghiệm
- Khay men

* Tất cả dụng cụ được sắp xếp đúng, gọn gàng trên xe hoặc bàn làm xét nghiệm.

3. Địa điểm: tại phòng xét nghiệm hoặc tại giường bệnh (phải đảm bảo kín đáo).

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Y tá - điều dưỡng (KTV) tiếp xúc, thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên chức danh.
2. Kiểm tra đối chiếu với y bệnh
3. Hướng dẫn người bệnh đi đại tiện vào bô (chú ý đi tách riêng nước tiểu khỏi phân).
4. Dùng que lấy phân cho vào lọ
 - + Khối lượng: thông thường từ 5 -7g phân; 100 g (để tìm con giun, đốt sán)
 - + Vị trí:
 - Nếu như lấy phân tìm ký sinh trùng thì lấy ở đầu khuôn phân.
 - Nếu lấy phân tìm Amíp: chọn chỗ nhiều mũ, chất nhầy.
 - Nếu lấy phân tìm trứng giun kim: dùng giấy bóng kính áp sát vào niêm mạc hậu môn lúc sáng sớm và dán băng keo vào lam kính đã được đánh số.
5. Thu dọn, làm vệ sinh dụng cụ
6. Y tá - điều dưỡng (KTV) rửa tay
7. Gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ lấy phân
- Tình trạng người bệnh sau khi xét nghiệm
- Khi có kết quả xét nghiệm báo cáo bác sĩ để xử trí.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Giải thích để người bệnh yên tâm, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.

3. LẤY ĐỜM LÀM XÉT NGHIỆM

I. MỤC ĐÍCH

Tìm trực khuẩn lao và chẩn đoán một số bệnh khác.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Ho kéo dài
- Các bệnh về đường hô hấp

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định
- Thận trọng khi người bệnh có tổn thương đường hô hấp.

III. CHUẨN BỊ

** Người thực hiện (Y tá - điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên xét nghiệm)*

- Phải đầy đủ trang phục y tế (có biển tên), đội mũ, đeo khẩu trang
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

1. Người bệnh

Thông báo, giải thích cho người bệnh những điều cần thiết trước khi làm xét nghiệm như:

- Lấy đờm vào sáng sớm sau khi ngủ dậy
- Không ăn uống gì trước khi lấy đờm.

2. Dụng cụ

- Hộp hoặc lọ đựng bệnh phẩm (khô, sạch) ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh.
- Phiếu xét nghiệm
- Tăm bông
- Lam kính, bút viết lam kính.

** Tất cả dụng cụ được sắp xếp đúng vị trí trên xe hoặc bàn làm xét nghiệm.*

3. Địa điểm

Tại phòng xét nghiệm hoặc tại giường bệnh

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Y tá - điều dưỡng (KTV) tiếp xúc, thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
2. Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.
3. Y tá - điều dưỡng (KTV) mang găng tay cao su.
4. Giúp người bệnh đứng thẳng (nếu có thể) hoặc ngồi thẳng trên ghế tựa.

*** Trường hợp người bệnh tự ho, khạc đờm được.**

Hướng dẫn người bệnh hít sâu vào sau đó thở ra một hơi dài đồng thời ho thật mạnh, khạc đờm vào lọ hoặc hộp đựng đờm.

*** Trường hợp người bệnh không khạc đờm được**

- Dùng tăm bông ngoáy vào họng người bệnh.
 - Phết tăm bông lên lam kính hoặc cho cả tăm bông vào lọ vô khuẩn đầy kín lại.
5. Thu dọn, vệ sinh dụng cụ để về nơi quy định.
 6. Y tá - điều dưỡng (KTV) rửa tay.
 7. Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày, giờ lấy đờm
- Tính chất đờm
- Tình trạng người bệnh
- Khi có kết quả phải báo ngay cho bác sĩ để có hướng xử trí

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Giải thích, động viên người bệnh yên tâm, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.

4. LẤY DỊCH TỶ HẦU XÉT NGHIỆM**I. MỤC ĐÍCH**

Xác định vi khuẩn gây bệnh đường hô hấp để chẩn đoán, điều trị và theo dõi người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH**1. Chỉ định**

- Các bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp như (viêm họng, viêm amydan, viêm phế quản phổi v.v...)

2. Chống chỉ định: ung thư vòm họng.**III . CHUẨN BỊ**

- Y tá - điều dưỡng (KTV) phải có đầy đủ trang phục y tế (biển tên), đội mũ, đeo khẩu trang.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

1. Người bệnh

- Y tá - điều dưỡng phải thông báo cho người bệnh từ hôm trước, giải thích những điều cần thiết.
- Người bệnh là trẻ em phải có người phụ giúp.
- Vệ sinh mũi, răng miệng cho người bệnh.

2. Dụng cụ

- Que cấy: mềm đầu có bông được tẩm calcium.
- Hộp cấy (hộp môi trường) ghi tên, tuổi, số giường, khoa, số phòng của người bệnh.
- Gạc miếng, tăm bông vô khuẩn.
- Găng tay vô khuẩn.
- Nước muối 0,9%, bát kén.
- Phiếu xét nghiệm, hồ sơ người bệnh.

* Tất cả được sắp xếp trên xe đẩy hoặc trên bàn làm xét nghiệm .

3. Địa điểm: tại phòng xét nghiệm hay tại giường bệnh.**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Y tá- điều dưỡng (KTV) tiếp xúc, thăm hỏi, giới thiệu tên, chức danh với người bệnh.
- Kiểm tra, đối chiếu lại với y lệnh.
- Để người bệnh ngồi trên ghế tựa cứng, đầu ngả về sau, hướng dẫn người bệnh để cùng kết hợp.
- Y tá - điều dưỡng (KTV), rửa tay mang găng tay.
- Đo que cấy từ đỉnh mũi đến đỉnh tai người bệnh chia đôi và đánh dấu lại.
- Vệ sinh ống mũi người bệnh .
- Đưa que cấy từ từ theo đường mũi họng tới vệt đánh dấu (hoặc có cảm giác đầu bông chạm vào thành sau của họng là được).
- Theo dõi sắc mặt của người bệnh .
- Xoay tròn que cấy nhẹ nhàng trong 5 giây rồi từ từ rút ra cho vào hộp cấy.
- Động viên người bệnh.

- Y tá - điều dưỡng (KTV) thu dọn, làm vệ sinh dụng cụ, rửa tay.
- Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.

* Phải đảm bảo độ dài của que cấy mới lấy đúng dịch tỵ hầu.

Nếu que cấy không đưa vào được phải kiểm tra lại ống mũi và cho người bệnh nghỉ 5-10 phút sau rồi đặt lại ống mũi khác.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi ngày giờ làm xét nghiệm.
- Khi có kết quả xét nghiệm của người bệnh phải báo cáo bác sĩ để xử trí.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

- Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị
- Hướng dẫn những điều cần thiết cho người bệnh để cùng phối hợp với y tá - điều dưỡng trong chăm sóc điều trị và theo dõi bệnh.

5. LẤY NƯỚC TIỂU LÀM XÉT NGHIỆM

I. MỤC ĐÍCH

Lấy nước tiểu làm xét nghiệm để phục vụ cho chẩn đoán, điều trị và theo dõi người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Được chỉ định cho việc chẩn đoán bệnh như: bệnh thận, bệnh đường tiết niệu và những bệnh khác.

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định.
- Thận trọng trong khi lấy xét nghiệm cho những người bệnh bị tổn thương đường tiết niệu, u xơ tuyến tiền liệt.

III. CHUẨN BỊ

Người thực hiện: điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên xét nghiệm.

- Phải đầy đủ trang phục y tế (có biển tên), đội mũ, đeo khẩu trang.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

1. Người bệnh

- Được thông báo, giải thích những điều cần thiết theo yêu cầu của xét nghiệm.
- Động viên người bệnh.

2. Dụng cụ

** Trường hợp lấy nước tiểu xét nghiệm thông thường*

- Bộ can sạch có nắp đậy.
- Ống đong 1 lít (có chia vạch).
- Găng tay vô khuẩn.
- Ống xét nghiệm vô khuẩn theo yêu cầu của xét nghiệm (ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào ống xét nghiệm).
- Giá đựng ống xét nghiệm, giấy xét nghiệm.
- Đối với trẻ em cần có dụng cụ lấy nước tiểu cho con trai và con gái.

** Trường hợp lấy nước tiểu xét nghiệm và bảo quản nước tiểu 24 giờ*

- Bộ dụng cụ giống như lấy xét nghiệm thông thường.
- Chất bảo quản nước tiểu như: thymol, acidclohydric đậm đặc.

** Trường hợp cần thông tiểu (nam, nữ)*

- Ống thông dùng một lần vô khuẩn, tùy trường hợp chỉ định mà chọn loại và cỡ thích hợp.
- Khay quả đậu và bộ sạch.
- Khay men để ống thông.
- Panh Kocher vô khuẩn.
- Đèn soi, đèn pin.
- Khăn mỏng có lỗ, bông, gạc, tấm bông, găng tay vô khuẩn.
- Vải nylon lót dưới mông.
- Nước xà phòng, nước đun sôi để nguội.
- Dầu Paraffin đã tiệt khuẩn.
- Thuốc sát khuẩn: thuốc đỏ 2%, thuốc tím 0,1%, cystomyacine.
- Bơm tiêm nhựa dùng một lần 10ml, 20ml.
- Ống xét nghiệm vô khuẩn theo yêu cầu của xét nghiệm (ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào ống xét nghiệm).
- Giá đựng ống xét nghiệm, giấy xét nghiệm.
- Thùng, túi đựng rác.

Tất cả dụng cụ đặt đúng vị trí trên xe hoặc bàn làm xét nghiệm.

3. Địa điểm

Tại phòng xét nghiệm hoặc giường bệnh, đảm bảo kín đáo.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng (KTV) tiếp xúc thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
2. Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.
3. Để người bệnh ở tư thế thích hợp.
4. Điều dưỡng (KTV) mang găng vô khuẩn.

* *Người bệnh tự đi tiểu được:* sáng người bệnh thức dậy hướng dẫn đi tiểu vào xô can, theo từng loại xét nghiệm mà lấy 1, 2, 3 ống nước tiểu để làm xét nghiệm cho phù hợp.

* *Cách lấy và bảo quản nước tiểu 24h:*

- 7h sáng thức dậy, đi tiểu bỏ hết phần nước tiểu trong đêm.
- Lấy toàn bộ nước tiểu trong ngày và đêm cho đến 7h sáng hôm sau đi bãi cuối cùng.
- Nước tiểu được hứng trong xô can có đựng hoá chất thích hợp.
- Đo thể tích nước tiểu 24h.
- Theo yêu cầu từng loại xét nghiệm mà lấy 1, 2, 3 ống nước tiểu để làm xét nghiệm cho phù hợp.

* Đối với trường hợp người bệnh bí đái, nhiễm khuẩn đường tiết niệu cần chẩn đoán chính xác nguyên nhân các bước tiến hành sẽ dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để lấy nước tiểu làm xét nghiệm (như quy trình thông đái nam nữ).

5. Thu dọn vệ sinh, dụng cụ để về nơi quy định.
6. Điều dưỡng (KTV) rửa tay.
7. Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi phiếu theo dõi, chăm sóc và ký tên.
- Ngày giờ lấy xét nghiệm, số lượng nước tiểu, màu sắc.
- Tình trạng người bệnh.
- Khi có kết quả xét nghiệm phải báo cáo cho bác sĩ để có hướng xử trí.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Giải thích, động viên người bệnh yên tâm, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.

Chương XI

CHỐNG NHIỄM KHUẨN

1. PHƯƠNG PHÁP KHỬ KHUẨN - TIỆT KHUẨN

I. MỤC ĐÍCH

- Tiệt khuẩn, khử khuẩn nhằm đảm bảo an toàn cho môi trường bệnh viện, người bệnh và nhân viên y tế khi xử lý và sử dụng dụng cụ.
- Giảm thiểu số lượng vi sinh vật gây bệnh trên dụng cụ hoặc trên da.
- Tiêu diệt tất cả các vi sinh vật kể cả bào tử của vi khuẩn trên dụng cụ
- *Khử khuẩn*: là quá trình làm giảm thiểu số lượng vi sinh vật gây bệnh trên dụng cụ hoặc trên da tới mức không nguy hiểm tới sức khỏe, quá trình khử khuẩn không diệt bào tử của vi khuẩn.
- *Tiệt khuẩn*: là quá trình tiêu diệt tất cả các vi sinh vật kể cả bào tử của vi khuẩn

II. ÁP DỤNG

1. Khử khuẩn: những dụng cụ không xuyên qua da hoặc đi vào những cơ quan của cơ thể, chúng chỉ tiếp xúc với niêm mạc và da còn nguyên vẹn.
2. Tiệt khuẩn: đối với những dụng cụ đi vào các mô cơ thể, niêm mạc và hệ thống mạch máu.

III. PHÂN LOẠI NGUY CƠ NHIỄM KHUẨN

- *Nguy cơ nhiễm khuẩn thấp*: những dụng cụ tiếp xúc với da nguyên vẹn hoặc da bình thường, hoặc các môi trường ít tiếp xúc với bệnh nhân (tường nhà, trần nhà sàn nhà, đồ gỗ). Với các loại này chỉ cần lau sạch và để khô là đủ.
- *Nguy cơ nhiễm khuẩn trung bình*: những dụng cụ này không xuyên qua da hoặc đi vào những nơi vô khuẩn của cơ thể, chúng chỉ tiếp xúc với niêm mạc và da không nguyên vẹn (dụng cụ hô hấp, nội soi tiêu hóa,...), các dụng cụ này phải được làm sạch sau đó khử khuẩn thích hợp.
- *Nguy cơ nhiễm khuẩn cao*: những dụng cụ đi vào các mô cơ thể vô khuẩn như các hốc trong cơ thể và hệ thống mạch máu (dụng cụ ngoại khoa, catheter mạch máu, dụng cụ đặt trong tử cung...) các dụng cụ này phải được làm sạch sau đó tiệt khuẩn. Với những dụng cụ không thể tiệt khuẩn phải được khử khuẩn mức độ cao.
- Bảng phân loại mức độ khử khuẩn và các loại dụng cụ.

Bảng 1: Đánh giá nguy cơ nhiễm khuẩn và mức độ xử lý:

Nơi đến của dụng cụ	Mức độ nguy cơ	Loại dụng cụ	Mức độ yêu cầu diệt vi khuẩn	Phương pháp xử lý
Khoang vô khuẩn của cơ thể; hệ thống mạch máu. + Dụng cụ phẫu thuật. + Catheter. + Kim chọc dò.	Cao	Thiết yếu	Diệt được bào tử vi khuẩn	+ Tiệt khuẩn. + Khử khuẩn bậc cao.
Màng niêm, da bị tổn thương lớp biểu bì	Trung bình	Bán thiết yếu	Diệt được Mycobacterium, Tuberculosis	Khử khuẩn mức độ trung bình
Không tiếp xúc với người bệnh, tiếp xúc với da lành.	Thấp	Không thiết yếu.	Diệt được hầu hết vi khuẩn sinh dưỡng.	Khử khuẩn mức độ thấp.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỬ KHUẨN

1. Làm sạch

Là quá trình đào thải các vật lạ (dầu, chất hữu cơ, vi sinh vật) khỏi một đồ vật.

Làm sạch toàn diện và để khô sẽ đào thải phần lớn vi sinh vật trên bề mặt dụng cụ, động tác này luôn phải đi trước việc khử hoặc tiệt khuẩn.

Làm sạch được thực hiện nhờ nước, chất tẩy rửa và các động tác cọ rửa, có thể dùng tay hoặc máy móc cho việc cọ rửa.

* Các phương pháp làm sạch dụng cụ

- Cọ rửa bằng tay:

- + Tất cả các dụng cụ phải được tháo rời trước khi cọ rửa.
- + Nước máy rất thích hợp bởi nó đào thải hầu hết các chất hữu cơ (máu, đờm...),
- + Phương pháp đơn giản và hiệu quả nhất là dùng bàn chải chà khắp bề mặt dụng cụ dưới mặt nước.
- + Súc rửa dụng cụ với nước sạch, ấm và để khô.

Chú ý: Khi cọ rửa dụng cụ nhân viên phải mang găng tốt khi thực hiện .

Bàn chải phải được khử khuẩn và phơi khô sau khi dùng.

- Cọ rửa bằng máy

- + Nước sử dụng ban đầu là nước lạnh: cho phép loại trừ những sản phẩm khử nhiễm và tránh những yếu tố không tương hợp.

- + Rửa lại với nước nóng từ 65°C - 95°C trong vòng từ 15 - 20 phút (chọn nhiệt độ là tùy thuộc vào loại dụng cụ xử lý).
- + Trung hòa những sản phẩm acid nhằm làm loại trừ những vết bẩn do tác nhân tẩy rửa.
- + Rửa lại sau cùng với nước nóng với mục đích khử khuẩn (95°C đối với những dụng cụ không chịu nhiệt) và sau đó làm khô.
- + Bôi trơn thường được áp dụng riêng cho các dụng cụ kim loại (dầu của silicone)
- + Làm khô (nếu không có chu trình làm khô, thì việc làm khô được thực hiện bằng khăn sạch, đối những phần rỗng thì làm khô bằng khí nén sử dụng trong y tế).

Thao tác hàng ngày

- Xác định chức năng hoạt động của máy.
- Xác định vị trí đặt các ổ dụng cụ xem có sự quá tải không?
- Lựa chọn chu trình thích hợp và nhiệt độ phù hợp với các dụng cụ được xử lý.
- Kiểm tra sự hoạt động của chu trình làm việc.
- Kiểm tra giai đoạn làm khô của máy.
- **Những điều nên làm:**
 - Sắp xếp những dụng cụ sao cho phù hợp đồng chất với nhau (kim loại đi với kim loại, thủy tinh với thủy tinh, nhựa với nhựa).
 - Chọn lựa chất sản phẩm tẩy rửa thích hợp với loại máy cũng như loại dụng cụ xử lý.
 - Mở các khớp nối của các dụng cụ.
 - Chai lọ phải mở nắp và úp xuống.
 - Luôn luôn bắt đầu chu trình bằng rửa nước lạnh nhằm loại bỏ các sản phẩm khử khuẩn và tránh sự cố định của các chất bẩn là protein.
 - Kiểm tra chất lượng của nước, nước mềm là tối cần thiết. Giai đoạn rửa sau cùng thường bằng nước đã được làm mất muối khoáng tránh lắng đọng muối trên dụng cụ.
 - Thường xuyên lau chùi máy móc (phần lọc và ống nối).
- **Những điều không nên làm:**
 - Không trộn dụng cụ đã bị ăn mòn trên bề mặt với những dụng cụ còn tốt.
 - Kết hợp trong một lần những dụng cụ bằng chrome và inox.
 - Đặt quá nhiều dụng cụ trong máy tạo ra những “vùng tối” ảnh hưởng tới sự cọ rửa của máy.

Làm sạch môi trường:

- Sàn nhà, các bề mặt, bồn nước, ống dẫn nước nên được cọ rửa với nước và xà phòng.
- Việc sử dụng thường xuyên chất khử khuẩn là không cần thiết.

- Nếu có vương vãi các dịch cơ thể (chất tiết, máu, mủ,...) phải được khử khuẩn trước khi cọ rửa nhất là ở các khoa phòng có nguy cơ cao
- + Lau ngay nơi vương vãi chất tiết của người bệnh với sodium hypochlorit 0,5 - 1g%.
- + Lau khô với nước sạch.
- + Phải mang găng tay (thận trọng khi dùng chlorine bởi vì hơi chlorine có thể gây độc).
- + Nếu dịch cơ thể vương vãi phải được giải quyết ngay không cần thiết phải khử khuẩn buồng bệnh, chỉ cọ rửa khắp phòng là đủ.

2. Các phương pháp khử khuẩn

a. Khử khuẩn bằng nhiệt:

- Autoclave: lò hấp hoặc nồi áp suất là một hình thức khử khuẩn tốt nhất.
- Hấp ướt (moist heat) ở 70° C - 100° C.
- Đun sôi ở 100 độ C trong ít nhất 5 phút kể từ lúc bắt đầu sôi là biện pháp đơn giản và đáng tin nhất trong việc bất hoạt các vi sinh vật bao gồm virus viêm gan B, HIV và vi khuẩn lao, miễn là nó được thực hiện một cách tỷ mỉ (khử khuẩn bậc cao-đun sôi 20-30 phút). Nồi luộc phải được để khô và thay nước mỗi khi dùng.
- Đun sôi ở nhiệt độ thấp 80°C trong 5 phút cho các dụng cụ dễ bị hư hại,
- Khử khuẩn bằng máy cũng được thực hiện với các dụng cụ (vải vóc, vải giường, bô, chén bát, các ống máy thở, kính đeo mắt trong phòng xét nghiệm và những dụng cụ phẫu thuật trước khi hấp). Ở các máy này, các bước làm sạch, khử khuẩn nước nóng, làm khô được phối hợp, hòa hợp với nhau, giúp cung cấp nhanh các dụng cụ (dây máy thở), hoặc đảm bảo an toàn trong việc sử dụng (dụng cụ phẫu thuật) và việc súc rửa kỹ càng trước khi dùng máy có thể làm cho thời gian khử khuẩn của máy ngắn hơn (70° C trong 3 phút và 80°C trong 1 phút).

Chú ý: cần phải kiểm tra máy thường xuyên và mức độ khử khuẩn cao hay thấp đạt được tùy loại máy và tính phức tạp của dụng cụ được khử khuẩn.

b. Khử khuẩn bằng hóa học: có 3 mức độ khử khuẩn (xem bảng 1)

- *Khử khuẩn mức độ cao:* là quá trình khử khuẩn đòi hỏi phải diệt được hầu hết các loại vi khuẩn, nấm, vi rút, trực khuẩn lao, kể cả bào tử vi khuẩn. Sản phẩm hóa học đáp ứng được yêu cầu này là các loại hóa chất glutaraldehyde ở nồng độ 2%, Hypochlorite, acide Pevicetic...
- *Khử khuẩn mức độ trung bình:* là quá trình khử khuẩn đòi hỏi phải diệt được các loại vi khuẩn, nấm vi rút và trực khuẩn lao, nhưng không diệt được bào tử. Các loại hóa chất thường được sử dụng nhóm iodine, formol, phenolic, alcohol.
- *Khử khuẩn mức độ thấp:* là quá trình khử khuẩn đòi hỏi phải diệt được các loại vi khuẩn sinh dưỡng, một số vi rút có kích thước trung bình, và có vỏ lipide. Các loại hóa chất thường được sử dụng: amoni bậc 4, amphoteres, aminoacide, chlorhexidine.

Chú ý:

- Những dụng cụ có bề mặt quá lớn không thể ngâm ngập trong hóa chất (bàn tắm, bàn tiểu phẫu, bàn mổ...) dùng khăn sạch tẩm nước để lau sau đó dùng khăn sạch tẩm hóa chất để lau, sau đó lau rửa lại bằng nước và xà phòng rồi để khô. Nếu sử dụng alcohol thì không cần lau rửa, ngoài ra nếu dùng hỗn hợp alcohol với một chất khử khuẩn khác (chlorhexidine) thì hiệu quả khử khuẩn còn cao hơn nữa.
- Quá trình khử khuẩn bậc cao thường được áp dụng cho các loại dụng cụ không chịu nhiệt, đắt tiền, sau khi đã được làm sạch như: dụng cụ nội soi, dây máy thở.
- Một trong những sản phẩm được sử dụng rộng rãi cho khử khuẩn bậc cao là glutaraldehyde 2% (Cidex). Nếu sử dụng cho giữa 2 lần thăm khám chỉ cần ngâm 20 phút. Nếu cần khử khuẩn bậc cao có thể ngâm trong 3 giờ (thời gian ngâm 10 giờ là thời gian được khuyến cáo nhưng ít khi được sử dụng trên thực tế).
- Các dụng cụ sau khi được khử khuẩn bậc cao tránh tái nhiễm.

Khử khuẩn mức độ cao: là quá trình khử khuẩn diệt được vi khuẩn lao, các virút đường ruột và một số vi khuẩn, nấm và virút khác. Khử khuẩn ở mức độ cao được áp dụng cho các loại dụng cụ đắt tiền không chịu nhiệt sau khi đã được khử khuẩn thông thường.

- Một số dụng cụ đòi hỏi khử khuẩn mức độ cao (ống nội soi hô hấp, tiêu hóa trên) ta có thể dùng glutaraldehyde 2% (Cidex) trong 20 phút. Nếu cần diệt khuẩn (diệt cả bào tử vi khuẩn) có thể ngâm ngập dụng cụ vào glutaraldehyde 2% trong ít nhất 3 giờ (nếu ngâm trong 10 giờ thì sẽ đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối).
- 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.

Nguyên tắc lựa chọn hoá chất dùng trong khử khuẩn bệnh viện:

Hoá chất khử khuẩn phải đảm bảo một số tiêu chuẩn sau:

- Phổ kháng khuẩn rộng.
 - Tác dụng nhanh.
 - Không bị ảnh hưởng bởi các chất như chất hữu cơ, xà phòng, chất tẩy rửa hoặc các hóa chất khác.
 - Không gây độc cho người bệnh, nhân viên y tế và môi trường.
 - Không ảnh hưởng lên các dụng cụ y tế bằng kim loại cũng như các vật dụng bằng vải, cao su, chất dẻo khác
- Phải có hiệu quả lâu dài trên bề mặt được xử lý: để lại một lớp màng tráng chống vi khuẩn (Antimicrobial film) trên bề mặt dụng cụ sau khi xử lý.
- Dễ sử dụng, mùi vị phải dễ chịu, hoặc không mùi.
 - Rẻ tiền.

- Phải hòa tan dễ dàng trong nước và ổn định khi pha loãng.
- Phải có tác dụng làm sạch.

3. Các phương pháp tiệt khuẩn

a. Hấp ướt (steam sterilisation)

Đây là phương pháp thông thường và thích hợp nhất để tiệt khuẩn cho tất cả các dụng cụ dùng cho các thủ thuật xâm lấn chịu được nhiệt và độ ẩm. Phương pháp này đáng tin, không độc, rẻ tiền, diệt được bào tử, ít tốn thời gian vì hơi nước có thể xuyên qua vải bọc dụng cụ.

Thời gian tiệt khuẩn dụng cụ tùy thuộc vào nhiệt độ và áp suất của quy trình hấp sấy, ví dụ:

- Với nhiệt độ 121°C và ở áp suất 1,036 Atmosphere thì hấp trong 15 phút
- Với nhiệt độ 134°C và ở áp suất 2,026 Atmosphere thì hấp trong 3 - 4 phút.
- Có thể dùng nồi áp suất với thời gian tối thiểu là 30 phút.

b. Hấp khô (dry heat)

- Sử dụng để tiệt khuẩn một số dụng cụ thủy tinh.
- Sử dụng một nồi hấp khô (hot air oven) có quạt hoặc hệ thống dẫn để đảm bảo sự phân phối đều khắp của hơi nóng.
- Thời gian là 170°C trong 2 giờ hoặc 180°C trong 1 giờ.
- Hiện nay người ta ít khuyến cáo việc sử dụng hấp khô do khả năng diệt khuẩn không bằng hấp ướt và dễ làm hư hỏng các dụng cụ.

c. Tiệt khuẩn bằng khí (Gas sterilization)

Các loại khí thường được dùng để tiệt khuẩn dụng cụ là: ethylen oxit (EO), formaldehyde hoặc hấp ướt ở nhiệt độ thấp kết hợp với sử dụng formaldehyde.-

V. HƯỚNG DẪN, KIỂM TRA VÀ GIÁM SÁT

- Khi cọ rửa dụng cụ nhân viên phải mang găng khi thực hiện, bàn chải phải được khử khuẩn và phơi khô sau khi dùng.
- Sắp xếp dụng cụ sao cho phù hợp đồng chất với nhau.
- Lựa chọn chất tẩy rửa thích hợp với loại máy cũng như loại dụng cụ xử lý.
- Không trộn dụng cụ đã bị ăn mòn trên bề mặt với những dụng cụ còn tốt
- Không kết hợp trong một lần dụng cụ bằng crome và inox.
- Không đặt quá nhiều dụng cụ trong máy ảnh hưởng tới sự cọ rửa của máy.
- Pha nồng độ dung dịch khử khuẩn đúng nồng độ quy định.
- Dung dịch khử khuẩn đựng trong thùng có nắp đậy kín.

- Ngâm dụng cụ phải đảm bảo thời gian quy định
- Cần phải kiểm tra máy thường xuyên và mức độ khử khuẩn cao hay thấp đạt được tùy loại máy và dụng cụ được khử khuẩn.

2. XỬ LÝ DỤNG CỤ KIM LOẠI

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm nhiễm khuẩn bệnh viện trong phẫu thuật và thủ thuật xâm lấn.
- Đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế khi tiếp xúc với các dụng cụ.
- Đảm bảo duy trì độ bền của dụng cụ.

II. PHÂN LOẠI DỤNG CỤ

1. Dụng cụ chịu nhiệt: là dụng cụ ở nhiệt độ hấp sấy tiệt khuẩn không bị thay đổi hình dạng và tính chất. Các loại dụng cụ này gồm:

- Tất cả các dụng cụ phẫu thuật, thủ thuật, nội soi cứng,...
- Tất cả các dụng cụ dùng trong chăm sóc và điều trị khác: khay đựng dụng cụ, ống trụ cầm phanh, kim chọc dò ...

2. Dụng cụ không chịu nhiệt: là dụng cụ ở nhiệt độ hấp sấy tiệt khuẩn bị thay đổi hình dạng và tính chất. Các loại dụng cụ này gồm:

- Đèn soi đặt nội khí quản
- Một số dụng cụ quý hiếm và tinh tế khác dùng trong một số phẫu thuật và thủ thuật đặc biệt như nội soi, dụng cụ máy thở, máy gây mê (van, ...)

III. XỬ LÝ DỤNG CỤ CHỊU NHIỆT

1. Chuẩn bị phương tiện

- Nước sạch, xà phòng, bàn chải và các phương tiện cọ rửa phù hợp với từng loại dụng cụ.
- Dung dịch khử khuẩn ban đầu: tốt nhất là các dung dịch có tính chất enzyme (Cidezyme)
- Ngoài ra có thể dùng dung dịch khác với dẫn chất ammonium bậc 4, amphoters kết hợp với chlorhexidine (argosgerm, argoscide, amphoters plus, hexanios) hoặc các dẫn chất chlorine (cloramin B 0,5%, presept, dung dịch Javel)
- Thùng/xô ngâm có nắp đậy kín.

- Băng keo chỉ thị màu, băng keo dán cố định
- Phiếu ghi ngày xử lý và hạn dùng
- Lò hấp tiệt khuẩn (hấp ướt, hấp khô) hoặc nồi luộc dụng cụ.
- Tủ chứa dụng cụ
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên khi xử lý dụng cụ: găng tay sạch, kính mắt, tạp dề hoặc áo choàng.
- Dầu bảo dưỡng dụng cụ (nếu cần).
- Nếu bệnh viện có điều kiện có thể có túi chuyên dùng bằng plastic đặc biệt, máy ép túi.

2. Các bước tiến hành

Bước 1: Pha dung dịch khử khuẩn ban đầu

Pha dung dịch khử khuẩn ban đầu vào thùng ngâm dụng cụ có nắp đậy kín (theo bảng hướng dẫn sau)

TT	Loại	Nồng độ pha (g%)	Cách pha	Thời gian ngâm
	Cidezyme		8 ml trong 1 lít nước	1 - 5 phút
	Argosgerm	0,25%	20 ml dd trong 8 lít nước	15 phút
	Cloramin B			
	Nước Javel			
	Presept	0,014%	1 viên (2,5g) trong 10 lít nước	
	Microshield Antiseptic Concentrate			

Bước 2: ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn ban đầu

Nếu dụng cụ có chứa nhiều máu hoặc chất tiết của người bệnh thì có thể tráng dụng cụ bằng nước sạch (nếu bệnh viện có hệ thống xử lý chất thải lỏng đạt tiêu chuẩn) sau đó ngâm ngay vào dung dịch khử khuẩn ban đầu.

Bước 3: cọ rửa dụng cụ

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

Bước 5: đóng gói- Tiệt khuẩn

- + Đóng gói dụng cụ (cho vào hộp dụng cụ hoặc vào khăn gói dụng cụ hoặc túi chuyên dùng)
- + Dán băng keo chỉ thị màu.
- + Dán băng keo cố định
- + Dán nhãn ghi ngày xử lý, người xử lý và hạn dùng.

Bước 6: đem ngay dụng cụ ra sử dụng (nếu cần) hoặc bảo quản dụng cụ trong tủ lưu giữ.

Chú ý: nhân viên xử lý dụng cụ phải đeo kính, đi găng, rửa tay trước và sau khi thực hiện quy trình xử lý.

IV. XỬ LÝ DỤNG CỤ KHÔNG CHỊU NHIỆT

1. Chuẩn bị phương tiện

- Nước sạch, xà phòng, bàn chải và các phương tiện cọ rửa phù hợp với từng dụng cụ.
- Dung dịch khử khuẩn ban đầu.
- Dung dịch khử khuẩn mức độ cao: hiện nay thường dùng là glutaraldehyde 2% (cidex 14 và 28 ngày)
- Test thử chất lượng dung dịch Cidex
- Thùng/xô ngâm có nắp đậy kín.
- Nước cất vô khuẩn
- Khăn lau vô khuẩn hoặc phương tiện làm khô (khí nén, hệ thống treo khô)
- Hộp kín vô khuẩn hoặc túi ni lon đóng gói để bảo quản dụng cụ và máy ép túi (nếu bệnh viện có điều kiện)
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên khi xử lý dụng cụ: găng tay sạch và găng tay vô khuẩn, kính mắt, tạp dề hoặc áo choàng.

2. Các bước tiến hành

Bước 1, 2, 3: giống các bước trong quy trình xử lý dụng cụ chịu nhiệt.

Bước 4: ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn mức độ cao.

Thời gian theo khuyến cáo của nhà sản xuất mà có thể ngâm 20 phút - 1 giờ - 3 giờ tùy theo từng loại dụng cụ hoặc dụng cụ sử dụng lại ngay hay lưu trữ

Bước 5: tráng và làm khô dụng cụ

Tráng sạch dụng cụ bằng nước cất vô khuẩn (làm sạch hoá chất có trên dụng cụ), sau đó lau khô dụng cụ bằng khăn vô khuẩn hoặc treo khô hoặc bằng khí nén.

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

Bảo quản dụng cụ trong hộp kín vô khuẩn hoặc túi ni lon hàn kín, không nên để dụng cụ quá 8 ngày. Nếu để quá 8 ngày phải thực hiện lại quy trình khử khuẩn từ bước thứ 5.

V. HƯỚNG DẪN, KIỂM TRA VÀ ĐÁNH GIÁ

- Nhân viên xử lý dụng cụ phải đeo kính, rửa tay trước và sau khi thực hiện quy trình xử lý.

- Khi thực hiện các bước 1,2,3 chỉ cần sử dụng găng tay sạch, nhưng khi thực hiện các bước 4, 5, 6 phải sử dụng găng tay vô khuẩn.

MỘT SỐ NGUYÊN TẮC CẦN THỰC HIỆN

Đảm bảo thời gian ngâm và nồng độ dung dịch khử khuẩn sử dụng.

Phải ngâm ngập dụng cụ trong dung dịch khử khuẩn.

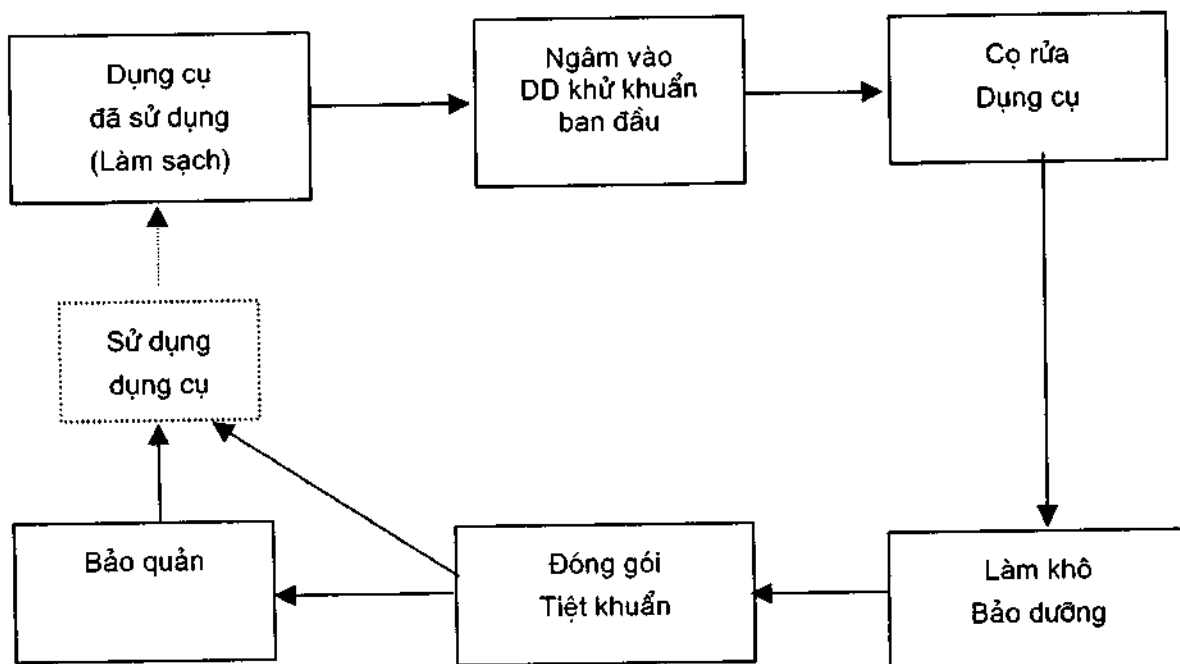
Nước cất vô khuẩn phải được kiểm tra chất lượng.

Dung dịch khử khuẩn ban đầu chỉ dùng trong vòng 24 giờ, và phải thay khi quá bẩn.

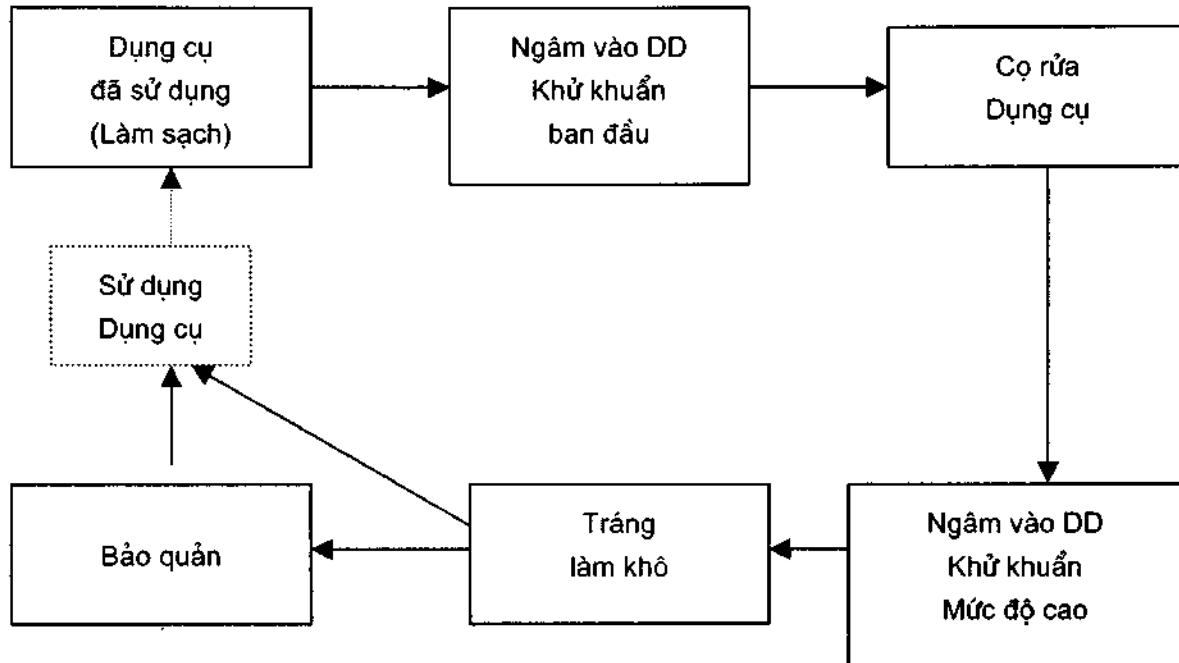
Phương tiện dùng trong khử khuẩn phải được cọ rửa để khô hàng ngày.

Bảo quản dụng cụ khô ráo chống ẩm mốc.

A. QUY TRÌNH XỬ LÝ DỤNG CỤ CHỊU NHIỆT



B. QUY TRÌNH XỬ LÝ DỤNG CỤ KHÔNG CHỊU NHIỆT



3. XỬ LÝ DỤNG CỤ BẰNG NHỰA VÀ CAO SU

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm nhiễm khuẩn mắc phải trong bệnh viện do bị nhiễm từ các dụng cụ cao su không được khử khuẩn và tiệt khuẩn đúng, đặc biệt là các ống thông tiểu, thông bàng quang.
- Đảm bảo duy trì độ bền của dụng cụ.

II. PHÂN LOẠI DỤNG CỤ

1. Dụng cụ chịu nhiệt: là dụng cụ ở nhiệt độ hấp sấy tiệt khuẩn không bị thay đổi hình dạng và tính chất. Các loại dụng cụ này gồm:

- Các loại ống thông tiểu (foley, nelaton)
- Ống thông nuôi ăn
- Ống thông hậu môn

- Dây cao su nối của một số hệ thống dẫn lưu bằng nhựa, ống dẫn lưu.
- Bóng thông khí loại chịu nhiệt

2. Dụng cụ không chịu nhiệt: là dụng cụ ở nhiệt độ hấp sấy diệt khuẩn bị thay đổi hình dạng và tính chất. Các loại dụng cụ này gồm:

- Bóng hút trong phòng thí nghiệm
- Bóng bơm hơi trong một số dụng cụ (máy đo huyết áp, hút mũi trẻ em..)
- Đồ chơi bằng cao su dùng cho trẻ em và tập vật lý trị liệu
- Túi chườm...

III. XỬ LÝ DỤNG CỤ CHỊU NHIỆT

1. Chuẩn bị phương tiện

- Nước sạch, xà phòng, bàn chải và các phương tiện cọ rửa phù hợp với từng loại dụng cụ.
- Dung dịch khử khuẩn ban đầu: tốt nhất là chlorine (cloramin B 0,5%, Presept, dung dịch Javel).
- Ngoài ra có thể dùng dung dịch khác với dẫn chất centrimide kết hợp với chlorhexidine (Microshield Antiseptic Concentrate).
- Thùng/xô ngâm có nắp đậy kín.
- Băng keo chỉ thị màu, băng keo dán cố định.
- Phiếu ghi ngày xử lý và hạn dùng.
- Lò hấp diệt khuẩn (hấp ướt, hấp khô).
- Tủ chứa dụng cụ.
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên khi xử lý dụng cụ: găng tay sạch, kính mắt, tạp dề hoặc áo choàng.
- Nếu bệnh viện có điều kiện có thể có túi chuyên dùng bằng plastic đặc biệt, máy ép túi.

2. Các bước tiến hành

Bước 1: Pha dung dịch khử khuẩn ban đầu

Pha dung dịch khử khuẩn ban đầu vào thùng ngâm dụng cụ có nắp đậy kín (theo bảng hướng dẫn sau)

TT	Loại	Nồng độ pha (g%)	Cách pha	Thời gian ngâm
	Cloramin B			
	Nước Javel			
	Presept	0,014%	1 viên (2,5g) trong 10 lít nước	5-10 phút
	Hibicet	1%	10 ml trong 1 lít nước	15 phút
	Microshield Antiseptic Concentrate			
	Cidezyme		8ml trong 1 lít nước	3-5 phút

Bước 2: ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn ban đầu

Nếu dụng cụ có chứa nhiều máu hoặc chất tiết của người bệnh thì có thể tráng dụng cụ bằng nước sạch (nếu bệnh viện có hệ thống xử lý chất thải lỏng đạt tiêu chuẩn) sau đó ngâm ngay vào dung dịch khử khuẩn ban đầu.

Bước 3: cọ rửa dụng cụ

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

Bước 5: đóng gói - tiệt khuẩn

- + Đóng gói dụng cụ (cho vào hộp dụng cụ hoặc vào khăn gói dụng cụ hoặc túi chuyên dùng)
- + Dán băng keo chỉ thị màu.
- + Dán băng keo cố định
- + Dán nhãn ghi ngày xử lý, người xử lý và hạn dùng.

Bước 6: đem ngay dụng cụ ra sử dụng (nếu cần) hoặc bảo quản dụng cụ trong tủ lưu giữ.

Chú ý: nhân viên xử lý dụng cụ phải đeo kính, đi găng, rửa tay trước và sau khi thực hiện quy trình xử lý.

IV. XỬ LÝ DỤNG CỤ KHÔNG CHỊU NHIỆT

1. Chuẩn bị phương tiện

- Nước sạch, xà phòng, bàn chải và các phương tiện cọ rửa phù hợp với từng dụng cụ.
- Dung dịch khử khuẩn ban đầu.
- Dung dịch khử khuẩn mức độ cao: hiện nay thường dùng là glutaraldehyde 2% (cidex 14 và 28 ngày, endosporine, steranos)
- Test thử chất lượng dung dịch Cidex
- Thùng/xô ngâm có nắp đậy kín.

- Nước cất vô khuẩn
- Khăn lau vô khuẩn hoặc phương tiện làm khô (khí nén, hệ thống treo khô)
- Hộp kín vô khuẩn hoặc túi ny lon đóng gói để bảo quản dụng cụ và máy ép túi (nếu bệnh viện có điều kiện)
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên khi xử lý dụng cụ: găng tay sạch và găng tay vô khuẩn, kính mắt, tạp dề hoặc áo choàng.

2. Các bước tiến hành

Bước 1, 2, 3: giống các bước trong quy trình xử lý dụng cụ chịu nhiệt.

Bước 4: ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn mức độ cao

Thời gian theo khuyến cáo của nhà sản xuất mà có thể ngâm 20 phút - 1 giờ - 3 giờ tùy theo từng loại dụng cụ hoặc dụng cụ sử dụng lại ngay hay lưu trữ

Bước 5: tráng và làm khô dụng cụ

Tráng sạch dụng cụ bằng nước cất vô khuẩn (làm sạch hoá chất có trên dụng cụ), sau đó lau khô dụng cụ bằng khăn vô khuẩn hoặc treo khô hoặc bằng khí nén.

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

Bảo quản dụng cụ trong hộp kín vô khuẩn hoặc túi ny lon hàn kín, không nên để dụng cụ quá 8 ngày

Nếu để quá 8 ngày phải thực hiện lại quy trình khử khuẩn từ bước thứ 5.

V. HƯỚNG DẪN, KIỂM TRA VÀ ĐÁNH GIÁ

- Nhân viên xử lý dụng cụ phải đeo kính, rửa tay trước và sau khi thực hiện quy trình xử lý.
- Khi thực hiện các bước 1,2,3 chỉ cần sử dụng găng tay sạch, nhưng khi thực hiện các bước 4, 5, 6 phải sử dụng găng tay vô khuẩn.

MỘT SỐ NGUYÊN TẮC CẦN THỰC HIỆN

Đảm bảo thời gian ngâm và nồng độ dung dịch khử khuẩn sử dụng.

Phải ngâm ngập dụng cụ 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 quá bẩn.

Phương tiện dùng trong khử khuẩn phải được cọ rửa để khô hàng ngày.

Bảo quản dụng cụ khô ráo chống ẩm mốc.

4. KHỬ KHUẨN MASK VÀ BÓNG AMBU

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm nhiễm khuẩn mắc phải cho người bệnh từ các dụng cụ.
- Đảm bảo duy trì độ bền của các dụng cụ.

II. CHUẨN BỊ

- Dung dịch tẩy rửa có hoạt tính enzym (Cidezym)
- Nước xà phòng.
- Gạc bông sạch.
- Chậu rửa, chổi lông.
- Các phương tiện bảo hộ cá nhân.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Mang bảo hộ cá nhân: tạp dề, mũ, khẩu trang và găng cao su.
2. Rửa sạch dụng cụ bẩn:
 - Tháo rời từng bộ phận của dụng cụ theo quy định, xả dụng cụ dưới vòi nước.
 - Dùng gạc bông thấm nước xà phòng và chổi lông rửa sạch bên trong và bên ngoài dụng cụ, nếu dụng cụ tiếp xúc với người bệnh lây thì ngâm vào dung dịch cidezym từ 5 - 10 phút trước khi cọ rửa bằng xà phòng.
 - Xả dụng cụ dưới vòi nước nhiều lần, với bóng Ambu phải súc rửa nhiều lần bên trong bóng.
 - Lau khô dụng cụ bằng gạc sạch.
3. Ngâm khử khuẩn dụng cụ:
 - Dung dịch khử khuẩn có thể là phenol 3% hoặc glutaraldehyd 2% (Cidex)
 - Ngâm ngập dụng cụ trong dung dịch khử khuẩn 30 phút.
 - Khay đựng dung dịch khử khuẩn phải được đậy nắp kín và để trong phòng thoáng.
4. Thay găng cao su mới.
5. Rửa lại và xả nhiều lần dụng cụ bằng nước vô khuẩn cả bên trong và ngoài để loại bỏ hết chất khử khuẩn còn bám vào dụng cụ.
6. Làm khô dụng cụ bằng hơi nóng hoặc để khô tự nhiên.
7. Bảo quản dụng cụ trong hộp kín hoặc túi nylon.

IV. HƯỚNG DẪN, KIỂM TRA, GIÁM SÁT

- Nhân viên xử lý dụng cụ phải rửa tay trước và sau khi thực hiện quy trình xử lý.
- Đảm bảo thời gian ngâm và nồng độ dung dịch khử khuẩn sử dụng.
- Phải ngâm dụng cụ ngập trong dung dịch khử khuẩn.
- Dung dịch khử khuẩn ban đầu chỉ dùng trong vòng 24 giờ và phải thay khi quá bẩn.
- Phương tiện dùng trong khử khuẩn phải được cọ rửa để khô hàng ngày.
- Bảo quản dụng cụ khô ráo chống ẩm mốc.
- Bảo quản dụng cụ trong hộp kín vô khuẩn hoặc túi nylon hàn kín không nên để quá 8 ngày.

5. SỬ DỤNG VÀ BẢO QUẢN DỤNG CỤ VÔ KHUẨN

I. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo dụng cụ vô khuẩn được sử dụng và bảo quản theo đúng quy định.
- Giảm thiểu nhiễm khuẩn bệnh viện do dụng cụ không vô khuẩn.

II. ÁP DỤNG

- Tất cả các loại dụng cụ đã được khử khuẩn và tiệt khuẩn sau khi sử dụng.

III. CHUẨN BỊ

- Tủ bảo quản dụng cụ có nhiều ngăn.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Sử dụng

- Rửa tay trước khi sử dụng dụng cụ.
- Kiểm tra tên hộp, mã số và hạn dùng, dụng cụ quá hạn không đảm bảo vô khuẩn không được sử dụng (bao bì rách, không nguyên vẹn không sử dụng)
- Bóc băng chỉ thị màu trên hộp hoặc gói dụng cụ.
- Để ngừa nắp hộp khi mở và đặt lại sau khi đã lấy dụng cụ ra.
- Dùng kẹp vô khuẩn để lấy dụng cụ, không được lấy dụng cụ bằng tay.
- Mở đúng quy định đối với những dụng cụ đã được vô khuẩn và đựng trong các bao đóng gói.

- Các hộp dụng cụ nếu đã mở chỉ được sử dụng trong 24 giờ.
- Hạn dùng của các hộp dụng cụ đã tiệt khuẩn tại bệnh viện (khoa chống nhiễm khuẩn) bảo quản đúng quy định được sử dụng trong một tuần (8 ngày)

2. Bảo quản

- cất giữ dụng cụ vô khuẩn trong một tủ riêng có cửa đóng kín hoặc tối thiểu trong một ngăn riêng.
- Kiểm tra hạn dùng và sự nguyên vẹn của các hộp hoặc gói dụng cụ hàng ngày.
- Gửi đi tiệt khuẩn lại những dụng cụ đã quá hạn hoặc bị ẩm ướt.
- Những hộp dụng cụ đang dùng không được xếp lại vào tủ dụng cụ vô khuẩn.
- Sắp xếp những hộp dụng cụ vô khuẩn cũ phía ngoài, mới phía trong hoặc cũ tầng trên mới tầng dưới.
- Tủ sạch không có bụi bẩn và luôn khô ráo.
- Vệ sinh tủ dụng cụ tuần/lần và khi cần.
- Kiểm tra việc sử dụng, bảo quản và vệ sinh theo quy định.

V. HƯỚNG DẪN, KIỂM TRA VÀ ĐÁNH GIÁ

- Thường xuyên kiểm tra hạn dùng hoặc bằng chỉ thị màu trên hộp
- Khi lấy dụng cụ vô khuẩn trong hộp hoặc bao gói không làm nhiễm bẩn dụng cụ.
- Phải chú ý sử dụng những hộp dụng cụ xếp phía ngoài trước hoặc tầng trên trước để đảm bảo dụng cụ được luân chuyển thường xuyên và không bị quá hạn.
- Nếu kiểm tra phát hiện hộp dụng cụ, bao gói bị quá hạn, không còn nguyên vẹn hoặc bị ẩm mốc phải gửi đi tiệt khuẩn lại

6. KHỬ KHUẨN VÀ TIỆT KHUẨN MÁY HÚT ĐỜM

I. MỤC ĐÍCH

- Phòng ngừa nhiễm khuẩn mắc phải cho người bệnh từ máy hút.
- Phòng ngừa nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế khi sử dụng máy hút.
- Đảm bảo và duy trì độ bền của máy hút.

II. CHUẨN BỊ

- Dung dịch rửa khử khuẩn gốc phenol hoặc dung dịch Javel pha đúng nồng độ quy định.
- Gạc sạch, chậu rửa, bàn chải, thông nòng ống hút.

- Các phương tiện bảo hộ cá nhân (găng hộ lý, tạp dề, mũ, khẩu trang)

III.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Rửa và khử khuẩn sơ bộ

- Sau mỗi lần sử dụng cho mỗi người bệnh , máy hút cần được đưa ngay vào buồng khử khuẩn.
- Đi găng và các phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Tháo rời ống cao su, nắp dây, kẹp đỡ ra khỏi bình hút, rửa dưới vòi nước, sau đó ngâm vào chậu dung dịch khử khuẩn. Thời gian ngâm tối thiểu là một giờ.
- Đổ các chất bẩn trong bình hút vào bồn xí hoặc hệ thống cống kín của bệnh viện và rửa bình dưới vòi nước.
- Cho dung dịch khử khuẩn vào dây bình và ngâm trong 30 phút (với dung dịch phenol) hoặc 1 giờ (với dung dịch Javel).
- Đổ bỏ nước ngâm trong bình, dùng bàn chải cọ sạch bình, rửa bình dưới vòi nước, lau khô bình.
- Vớt nắp bình, ống dẫn, và bộ cố định ra khỏi dung dịch khử khuẩn và rửa lại dưới vòi nước, để nơi khô ráo.
- Lau toàn bộ máy, kể cả giá đỡ bình, dây dẫn điện bằng gạc tẩm dung dịch rửa khử khuẩn.
- Kiểm tra phin lọc đầu hút của máy, nếu rách hoặc nát thì cần phải thay mới.
- Đóng gói dụng cụ, chuyển xuống khoa chống nhiễm khuẩn.

2. Rửa khử khuẩn, đóng gói và hấp tiệt khuẩn

- Rửa nắp bình, ống dẫn, bộ cố định và cả hộp hấp bằng hơi nước bão hoà dưới áp lực (máy rửa Decomat 4656)
- Dụng cụ sau khi rửa được làm khô bằng súng phụt khí.
- Đóng gói dụng cụ theo bộ bằng hộp hấp hoặc túi nylon chịu nhiệt.
- Gói dụng cụ phải có giấy ghi rõ số lô, ngày hấp và đơn vị sử dụng.
- Hấp ở 105°C trong thời gian 5 phút.
- Dụng cụ khử khuẩn được vận chuyển xuống các khoa, phòng bằng xe chuyên dụng dành cho các dụng cụ đã được khử khuẩn.
- Sau khi tiệt khuẩn, các dụng cụ được sử dụng ngay hoặc bảo quản trong hộp kín để giảm thiểu ô nhiễm. Phải đi găng sạch đã tiệt khuẩn khi lấy dụng cụ đã tiệt khuẩn.

IV. HƯỚNG DẪN, KIỂM TRA, ĐÁNH GIÁ

- Khi cọ rửa dụng cụ nhân viên phải mang găng và phương tiện bảo hộ cá nhân.

- Pha nồng độ dung dịch khử khuẩn đúng nồng độ quy định.
- Ngâm ngập dụng cụ trong chậu hoặc thùng có nắp đậy, đảm bảo đúng thời gian quy định.
- Thường xuyên kiểm tra hạn sử dụng nếu quá hạn hoặc ảm mốc phải gửi đi khử khuẩn lại.

7. XỬ LÝ DỤNG CỤ NỘI SOI

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm nhiễm khuẩn bệnh viện trong khi thực hiện nội soi.
- Đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế khi tiếp xúc với các dụng cụ nội soi.
- Đảm bảo duy trì độ bền của dụng cụ nội soi

II. PHÂN LOẠI DỤNG CỤ NỘI SOI

1. Dụng cụ nội soi chịu nhiệt: là dụng cụ ở nhiệt độ hấp sấy diệt khuẩn không bị thay đổi hình dạng và tính chất. Các loại dụng cụ này gồm:

- Dụng cụ nội soi cứng
- Kìm sinh thiết, kìm thăm dò, đầu đốt điện
- Dụng cụ tiêm xơ

2. Dụng cụ nội soi không chịu nhiệt: là dụng cụ ở nhiệt độ hấp sấy diệt khuẩn bị thay đổi hình dạng và tính chất. Các loại dụng cụ này gồm:

- Dụng cụ nội soi mềm.

III. CHUẨN BỊ PHƯƠNG TIỆN

- Nước sạch
- Nước cất vô khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn ban đầu: tốt nhất là các dung dịch có tính chất enzyme có khả năng phá hủy những lớp màng bám dọc theo lòng ống và hòa tan các chất hữu cơ bám trong lòng ống, khe và bề mặt các dụng cụ (Cidezyme)
- Dung dịch khử khuẩn mức độ cao: glutaraldehyde 2% (Cidex 14 ngày, 28 ngày, endosporine 30 ngày), tốt nhất nên dùng loại 14 ngày.
- Test thử chất lượng của dung dịch cidex.

- Thùng ngâm có nắp đậy kín, đủ độ dài và cong của ống soi mềm.
- Khăn lau sạch.
- Khăn lau vô khuẩn.
- Giá treo khô (nếu có điều kiện có tủ sấy khô).
- Phương tiện bảo hộ cho nhân viên xử lý: găng tay sạch và găng tay vô khuẩn, kính mắt, tạp dề hoặc áo choàng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Bước 1:** lau dụng cụ

Lau ngay toàn bộ các dụng cụ nội soi bằng khăn lau sạch sau khi sử dụng nhằm loại bỏ sạch chất bám. Nếu có thể rửa lại bằng nước sạch.

- **Bước 2:** ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn ban đầu.

Đặt những phần dụng cụ nội soi cần phải khử khuẩn ban đầu ngập trong dung dịch khử khuẩn thích hợp với dụng cụ, nồng độ và thời gian theo khuyến cáo của nhà sản xuất.

- **Bước 3:** cọ rửa dụng cụ

Rửa dụng cụ nhiều lần bằng nước sạch mặt ngoài ống và phần xa và gần của ống (tay cầm, kính,...). Chú ý rửa bên trong lòng ống, súc rửa nhiều lần dung dịch để rửa sạch mỗi ống.

- **Bước 4:** ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn mức độ cao

Ngâm những phần dụng cụ nội soi cần phải xử lý vào trong dung dịch khử khuẩn bậc cao glutaraldehyde 2% (CIDEX).

- **Bước 5:** rửa sạch - làm khô dụng cụ

Rửa lại thật sạch bằng nước cất vô khuẩn, phải súc rửa nhiều lần trong lòng ống sau đó làm khô dụng cụ bằng khăn vô khuẩn hoặc các phương pháp làm khô khác.

- **Bước 6:** sử dụng cho người bệnh tiếp theo hoặc đóng gói - bảo quản.

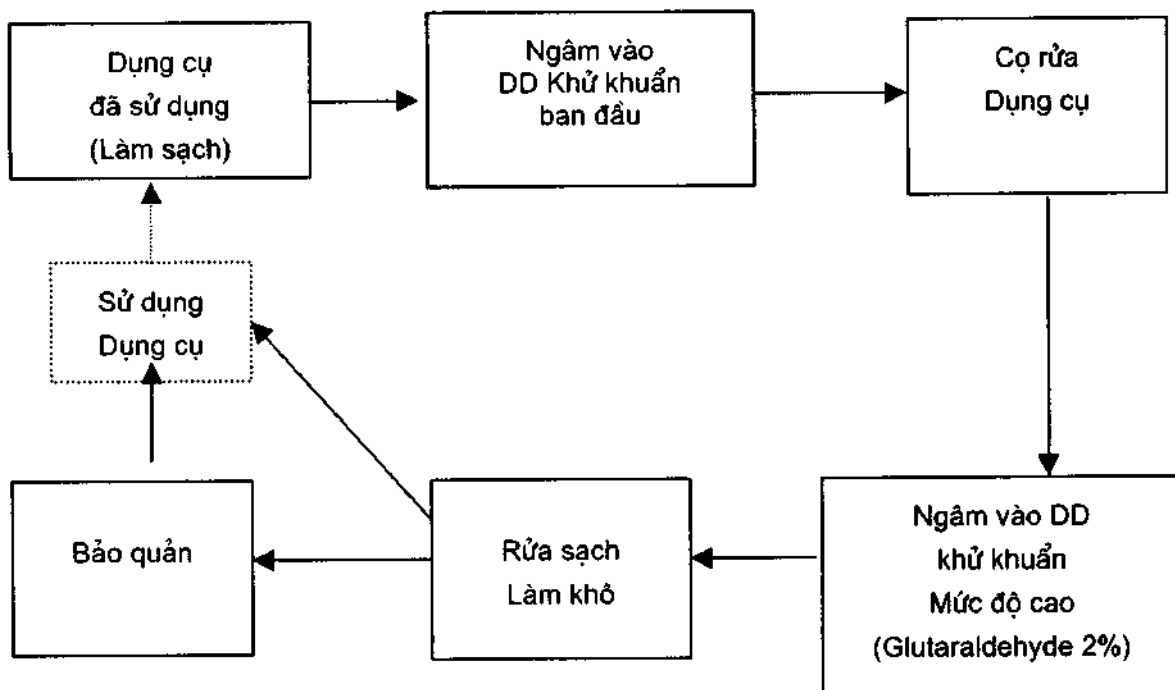
V. HƯỚNG DẪN, KIỂM TRA VÀ ĐÁNH GIÁ

- Nhân viên xử lý dụng cụ phải đeo kính, rửa tay trước và sau khi thực hiện quy trình xử lý.
- Khi thực hiện các bước 1, 2, 3 chỉ cần sử dụng găng tay sạch, nhưng khi thực hiện các bước 4, 5, 6 phải sử dụng găng tay vô khuẩn.

MỘT SỐ NGUYÊN TẮC CẦN THỰC HIỆN

1. Đảm bảo thời gian ngâm và nồng độ dung dịch khử khuẩn sử dụng.
2. Phải ngâm ngập dụng cụ trong dung dịch khử khuẩn.
3. Nước cất vô khuẩn phải được kiểm tra chất lượng,
4. Dung dịch khử khuẩn ban đầu chỉ dùng trong vòng 24 giờ, và phải thay khi quá bẩn.
5. Phương tiện dùng trong khử khuẩn phải được cọ rửa để khô hàng ngày.
6. Bảo quản dụng cụ khô ráo chống ẩm mốc.

QUY TRÌNH XỬ LÝ DỤNG CỤ NỘI SOI



8. QUẢN LÝ ĐỒ VẢI TRONG BỆNH VIỆN

I. MỤC ĐÍCH

Quản lý và sử dụng đồ vải sạch hay đồ vải bẩn là rất cần thiết nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn cho người bệnh và nhân viên y tế

II. NGUYÊN TẮC

- Đảm bảo cung cấp đủ đồ vải sạch, trắng không có mùi hôi tanh cho các khoa trong bệnh viện
- Phân phát đồ vải theo cách giảm thiểu nhiễm vi khuẩn từ bề mặt bên ngoài và từ trong không khí vào trong đồ vải sạch
- Thu thập đồ vải bẩn theo cách giảm thiểu sự lan truyền vi khuẩn ra môi trường.

III. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

- Tại mỗi khoa phòng (hoặc bệnh viện) có một kho dự trữ đồ vải để cấp phát cho người bệnh trong khoa hay trong toàn bệnh viện
- Kho phải đủ tiêu chuẩn vệ sinh, tường sàn nhà được ốp gạch men, trần là mái bằng không có súc vật còn trùng có đủ giá kê tủ đựng các loại đồ vải khác nhằm sắp xếp gọn gàng ngăn nắp
- Mỗi khoa phòng tối thiểu có 2 xe
 - + 1 xe 2 tầng để đồ vải sạch (quần áo, vỏ chăn, màn ga gối) cung cấp cho người bệnh ngay tại giường
 - + 1 xe có giá treo 3 túi để thu gom đồ vải bẩn:
 - + 1 túi để đựng quần áo bẩn
 - + 1 túi để đựng vỏ chăn, ga
 - + 1 túi để đựng đồ rất bẩn hoặc đồ có nguy cơ lây nhiễm cao (túi này có lót nylon bên trong)

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- *Tại khoa phòng điều trị:*
 - + Khi người bệnh vào viện: được nhận quần áo, ga, chăn màn, gối sạch (mỗi thứ 1 bộ)
 - + Trong thời nằm viện: người bệnh đều được thay quần áo 2 ngày/lần và được thay ngay sau khi vấy bẩn.
 - + Khi tiến hành thay ga quần áo cho người bệnh theo định kỳ nhân viên y tế đẩy cả 2 xe: xe đựng đồ vải sạch và xe chứa đồ vải bẩn ra buồng bệnh

- + Thay từ người bệnh bắn ít đến người bệnh bắn nhiều, người bệnh nhiễm khuẩn thay sau cùng
- + Đồ vải bắn được thay ra cho vào ngay các túi như đã quy định, tuyệt đối không để đồ bắn xuống sàn nhà hoặc để sang giường bên cạnh (xe 3 túi)
- + Phần bắn nhất của đồ bắn (dính máu, chất tiết phải sử dụng kỹ thuật gói và cuộn để phần đồ vải bắn ở bên trong và cho vào túi vải bắn có nguy cơ nhiễm khuẩn theo quy định.

Quy định lưu giữ đồ vải sạch:

- + Đồ vải sạch phải được đóng gói hay bọc kín để bảo vệ không bị ô nhiễm trong khi vận chuyển
- + Đồ vải được lấy về phải có phòng riêng và tủ để đồ vải bên trong được sắp xếp gọn gàng ngăn nắp tiện cho việc khi lấy ra thay hoặc phát cho người bệnh
- + Tại khu phẫu thuật :
- + Đồ vải phải được bảo quản và sử dụng như tại khoa điều trị
- + Sau mỗi ca mổ, mọi đồ vải bắn được bỏ ra phải được phân loại ngay tại phòng mổ, loại nào cho túi đó. Trên xe đi bắn và chuyển ngay xuống nhà giặt.
- + Đồ vải sạch được phân theo từng loại và chuyển vào kho.
- + Căn cứ vào số lượng đồ vải bắn đã nhận từ các khoa và các yêu cầu bổ sung của các khoa/phòng để xuất đồ vải ra (có phiếu xuất kho kèm theo).

V. HƯỚNG DẪN, LƯỢNG GIÁ VÀ KIỂM TRA

- Đồ vải phải được đóng gói hay bọc kín để bảo vệ không bị ô nhiễm trong khi vận chuyển.
- Đồ vải được lấy về phải có phòng riêng và tủ để đồ vải bên trong được sắp xếp gọn gàng ngăn nắp tiện cho việc sử dụng.
- Sau mỗi ca mổ , mọi đồ bắn được bỏ ra phải được phân loại ngay tại phòng mổ, cho vào các túi đúng quy định và chuyển ngay xuống nhà giặt.
- Những đồ vải bị rách, quần áo bị đứt cúc thì phải khâu vá và đơm cúc lại ngay.