

Số: 1385/QĐ-BVQ

Tân Phú, ngày 05 tháng 11 năm 2018

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành Quy trình kỹ thuật điều dưỡng năm 2018

Căn cứ Quyết định số 81/2007/QĐ-UBND ngày 31/5/2007 của UBND Thành phố về việc thành lập Bệnh viện quận Tân Phú trực thuộc UBND quận Tân Phú;

Căn cứ Quyết định số 1895/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế bệnh viện;

Căn cứ Thông tư số 07/2011/TT-BYT ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện;

Căn cứ Kế hoạch số 61/KH-BVQ ngày 23 tháng 01 năm 2018 của Bệnh viện quận Tân Phú về kế hoạch hoạt động chăm sóc người bệnh năm 2018;

Căn cứ nhiệm vụ, quyền hạn của Giám đốc;

Xét Tờ trình số 26/TTr-ĐD ngày 11 tháng 12 năm 2018 của Phòng Điều dưỡng về việc xét duyệt Quy trình kỹ thuật Điều dưỡng – Tài liệu giáo dục sức khỏe cập nhật năm 2018,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là Quy trình kỹ thuật điều dưỡng năm 2018.

Điều 2. Quy trình kỹ thuật điều dưỡng được áp dụng trong toàn bệnh viện, giao cho Phòng Điều dưỡng chịu trách nhiệm hướng dẫn, kiểm tra, giám sát việc thực hiện Quy trình kỹ thuật điều dưỡng.

Điều 3. Các ông (bà) Trưởng các phòng chức năng; các khoa trong toàn Bệnh viện chịu trách nhiệm thi hành quyết định này kể từ ngày ký./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- BGĐ/BV;
- Lưu



GIÁM ĐỐC

Đinh Thanh Hưng

BÀI 1: QUY TRÌNH ĐẶT VÀ CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN

A. QUY TRÌNH ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN

I. MỤC ĐÍCH

- Đặt đường truyền ổn định, sử dụng trong thời gian kéo dài
- Hạn chế tiêm nhiều lần đối với người bệnh có chỉ định tiêm thuốc vào lòng mạch nhiều lần trong yêu cầu điều trị
- Tạo sự an toàn thoải mái cho người bệnh trong thời gian sử dụng tiêm hay truyền thuốc
- Các trường hợp cần xử trí cấp cứu

II. CHỈ ĐỊNH

- Truyền dịch, thuốc liên tục và ngắt quãng
- Truyền máu, sản phẩm của máu
- Người bệnh chuẩn bị phẫu thuật, tiêm can quang

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm nhiễm vùng da dự định đặt kim luôn
- Lỗ dò tĩnh mạch vị trí dự định đặt kim luôn
- Không đặt kim luôn trên chi bị liệt, có tiền sử phẫu thuật vú, hạch nách, cánh tay cùng bên đặt kim luôn
- Không đặt kim luôn ở chi chấn thương

IV. NHẬN ĐỊNH

- Tình trạng hiện tại của NB: Tổng trạng, tri giác, sinh hiệu, tuổi
- Đánh giá cân bằng nước điện giải, dấu mất nước, cân nặng
- Vị trí tiêm: không tổn thương, liệt
- Y lệnh thuốc, dịch truyền, số lượng, số lần tiêm, tốc độ, thời gian

V. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Kim luôn: kích cỡ phù hợp, còn hạn sử dụng
2	Ống tiêm chứa 3-5 ml Natri chloride 0,9%
3	Dung dịch sát khuẩn da

4	<i>Dụng cụ cố định:</i> băng cá nhân, miếng dán kim luôn, băng keo.
5	<i>Dụng cụ khác:</i> dây garrot, gối kê tay, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, dụng cụ khác qui định trên xe tiêm
6	Hộp đựng vật sắc nhọn đúng quy định
7	Túi rác

VI. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT

STT	NỘI DUNG
1	Xác định đúng NB, chuẩn bị tâm lý NB
	Chào hỏi, tự giới thiệu: họ tên, nhiệm vụ. Thông báo mục đích của công việc
	Kiểm tra trong HSBA y lệnh thuốc, dịch truyền, số lần tiêm.
	*Xác định NB (5 đúng: tên, tuổi và mã số BN , tên thuốc, liều dùng, đường dùng, thời gian) Báo giải thích cho NB về thuốc, vị trí đặt catheter
	Nhận định tình trạng NB: tiền sử dị ứng, kiểm tra DSH
	Báo NB tiêu, tiểu trước
2	Chuẩn bị vị trí tiêm
	Chuẩn bị tư thế NB phù hợp, thoải mái, bộc lộ vị trí chuẩn bị đặt catheter. Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động, không gần khớp
3	Thực hiện kỹ thuật
	Sát khuẩn tay nhanh, mang găng sạch
	Cột garrot phía trên cách vị trí tiêm 10 - 15 cm
	Sát khuẩn vùng tiêm: từ trong ra ngoài theo hình xoắn ốc, rộng ra 10 cm, để da khô hoàn toàn.
	Mở bao đựng kim luôn, kiểm tra tình trạng kim
	Kỹ thuật đặt kim luôn: - Tay không thuận căng da phía dưới vị trí tiêm.

	- Tay thuận: cầm kim mặt vát của kim hướng lên trên, góc độ kim khoảng 30^0 so với mặt da, đâm xuyên qua da, hướng kim theo chiều tĩnh mạch, - Thấy có máu chảy ra đuôi kim, hạ góc độ kim xuống và lùi nòng trong của kim luôn. - Tay không thuận vẫn căng da và giữ đuôi kim cố định, tay thuận đẩy nhẹ catheter vào lòng tĩnh mạch.
	Tháo dây garrot
	Dùng ngón tay giữa/ áp út đè lên vị trí tĩnh mạch nơi đầu của catheter cách vị trí tiêm 3 cm.
	Rút bỏ nòng kim luôn. Gắn và bơm 3- 5 ml Natri chloride 0,9% vào cổng kim luôn.(Lưu kim) Bơm thuốc hay gắn dây truyền đã đuổi khí
	Dùng nút chặn kim luôn khóa kim. Cố định catheter và ghi ngày giờ đặt catheter.
	Thông báo cho NB biết việc đã thực hiện xong, cho NB nằm lại tư thế tiện nghi, an toàn.
	<i>Dặn dò NB/ NN những điều cần thiết:</i> - Không chạm tay vào vị trí đặt kim luôn - Báo cho DD khi: thấy sưng, chảy máu ở nơi đặt kim luôn
	Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải đúng theo quy định
	Vệ sinh tay
5	Ghi hồ sơ
	Ngày, giờ đặt kim luôn, cỡ kim.
	Tình trạng nơi đặt kim luôn.
	Ghi nhận những bất thường (nếu có) và cách xử trí.
	Họ tên người đặt kim luôn

VII. CHỌN LỰA CỖ KIM LUỒN

Cỡ kim	Tốc độ chảy	Lượng dịch	Chỉ định
22G	36 ml/ phút	2,2 lít/ giờ	NB trẻ em , người già, tĩnh mạch nhỏ, dễ vỡ
20G	61 ml/ phút	3,7 lít/ giờ	Dùng để truyền dịch, truyền thuốc, máu
18G	90 ml/ phút	5,4 lít/ giờ	
17G	140ml/ phút	6,2 lít/ giờ	Truyền dịch, thuốc cần tốc độ nhanh, các chế phẩm của máu
16G	200ml/ phút	12lít/ giờ	
14G	300ml/ phút	18 lít/ giờ	Trường hợp cấp cứu, chấn thương nặng ở người lớn



Garô cách vị trí tiêm từ 10 – 15cm



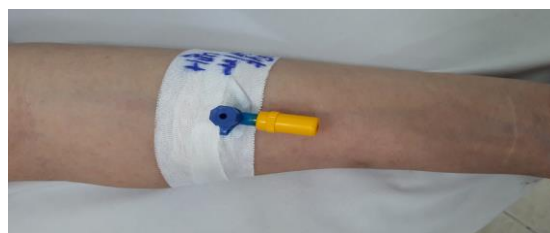
Đẩy nòng kim luồn vào lòng tĩnh mạch



Cố định kim luồn



Ghi ngày, giờ đặt kim luồn



Lưu kim với nút chặn

B. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM THUỐC QUA KIM LUÔN LƯU TRONG LÒNG TĨNH MẠCH

I. DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Thuốc, dung môi pha thuốc, NaCl 0,9%
2	Alcohol swabs hoặc gòn cồn 70 ⁰
3	Bơm tiêm, kim pha
4	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
5	Hộp xử trí phản vệ
6	Găng tay sạch
7	Phiếu công khai thuốc, VTYT

II. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TIÊM THUỐC QUA KIM LUÔN LƯU TRONG LÒNG TĨNH MẠCH

STT	NỘI DUNG
1	Nhận định người bệnh và thuốc y lệnh
	Chào hỏi, giới thiệu
	Kiểm tra thuốc lần 1 : tên thuốc, hàm lượng, chất lượng thuốc- hạn sử dụng
	Đối chiếu 5 đúng : tên, tuổi và mã số BN , tên thuốc, liều dùng, đường dùng, thời gian
	Báo và giải thích với người bệnh về thuốc .
	Khai thác tiền sử dị ứng

2	Chuẩn bị thuốc
	Sát khuẩn tay nhanh
	<i>Rút thuốc lọ</i> Sát khuẩn nắp lọ, để khô, đọc nhãn thuốc lần 2
	Kiểm tra bơm tiêm. Gắn kim pha vào bơm tiêm
	Rút nước pha tiêm với số lượng theo yêu cầu của nhà sản xuất và đường tiêm theo y lệnh
	Đâm kim vào giữa lọ thuốc, bơm nước pha tiêm Hút khí trả lại, rút kim an toàn, lắc thuốc hòa tan
	Bơm khí có sẵn trong bơm tiêm vào lọ
	Rút thuốc đúng theo y lệnh an toàn
	Kiểm tra thuốc lần 3 , bỏ vỏ thuốc
	Thay kim tiêm thích hợp, đặt bơm tiêm trên mâm an toàn
	Chuẩn bị 2 bơm tiêm có 3 – 5 ml NaCl 0,9%
3	Thực hiện tiêm
	Sát khuẩn tay. Mang găng
	<i>Sát khuẩn cổng kim luôn :</i> Cầm miếng Alcohol swab hay gòn cồn 70 ⁰ sát khuẩn bề mặt cổng kim luôn đảm bảo an toàn
	<i>Kiểm tra sự thông kim luôn :</i> Gắn bơm tiêm chứa 3 – 5 ml nước muối sinh lý. Rút nhẹ nhàng có máu từ tĩnh mạch ra. Bơm NaCl 0.9% vào kim luôn thấy nhẹ tay Rút bơm kim tiêm. Sát khuẩn lại cổng nếu cần
	<i>Tiêm thuốc</i> Đuổi khí, thay bơm tiêm thuốc vào khóa lưu kim an toàn
	Bơm thuốc từ từ vào tĩnh mạch đồng thời quan sát người bệnh
	Hết thuốc rút bơm tiêm, thay bơm tiêm nước muối sinh lý
	Bơm 3- 5 ml nước muối sinh lý để lưu kim

	Sát khuẩn lại cổng nút chặn kim luôn
4	Xử lý chất thải an toàn.Tháo găng
5	Sát khuẩn tay. Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.
6	Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết. Báo ngay khi vị trí tiêm có dấu hiệu sưng đau, đỏ dọc theo đường tĩnh mạch. Dấu hiệu bất thường: lạnh run, khó thở, nổi mẩn ngứa...,
7	Rửa tay. Ghi hồ sơ: - Phiếu chăm sóc: tình trạng NB trước, trong và sau tiêm , những điều cần thiết cần phải theo dõi tác dụng phụ và đánh giá sự đáp ứng của NB với thuốc - Phiếu công khai dịch vụ khám chữa bệnh, có tên ĐD và chữ ký NB



Sát khuẩn cổng kim luôn



Thông kim luôn



III. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH QUA KIM LUÔN LƯU TRONG LÒNG TĨNH MẠCH

STT	NỘI DUNG
1	Nhận định người bệnh và thuốc y lệnh
	Chào hỏi, giới thiệu
	Kiểm tra dung dịch lần 1 : tên dung dịch , hàm lượng, chất lượng thuốc-hạn sử dụng
	Đối chiếu 5 đúng : tên , tuổi và mã số BN , tên thuốc, thể tích dịch, tốc độ truyền, thời gian
	Báo và giải thích với người bệnh về thuốc.
	Khai thác tiền sử dị ứng
2	Chuẩn bị thuốc , dịch truyền theo qui định
	Sát khuẩn tay nhanh
	Sát khuẩn nắp chai dịch truyền, để khô (đọc nhãn thuốc lần 2) cắm dây dịch truyền vào chai an toàn, khóa dây dịch truyền.
	Kiểm tra bộ dây truyền: loại dây, lượng giọt, hạn dùng, sự nguyên vẹn.
	Mở bao lấy dây dịch truyền an toàn. Khóa dây dịch truyền và cắm dây dịch truyền vào chai
	Treo chai lên trụ, bóp bầu đếm giọt cho dịch vào 1/3 – 1/2 bầu đếm giọt.
	Mở bộ phận dẫn khí
	Đuổi hết khí vào bồn hạt đậu giữ an toàn đầu dây, khóa lại, đậy nắp, để dây ở vị trí an toàn
3	Chuẩn bị bơm tiêm có 3 - 5ml nước muối sinh lý
	Thực hiện tiêm

	Sát khuẩn tay. Mang găng
	Sát khuẩn cổng kim luân: - Cầm miếng Alcohol swab hay gòn cotton 70⁰ sát khuẩn xung quanh nút bảo vệ khóa 3 nhánh. - Mở nút an toàn tay không chạm vào phần nổi của dây
	Kiểm tra sự thông kim luân : - Gắn bơm tiêm chứa 3- 5ml nước muối sinh lý. Rút nhẹ nhàng có máu từ tĩnh mạch. Bơm NaCl 0.9% vào kim luân thấy nhẹ tay - Rút bơm kim tiêm. Sát khuẩn lại cổng nếu cần
	Gắn dây dịch truyền an toàn. Dây nổi hoặc dây ba chạc
	Mở khóa cho dịch chảy (tốc độ chậm).
	Cố định dây truyền an toàn
	Tháo găng tay. Sát khuẩn tay
	Điều chỉnh giọt theo y lệnh
	Dán nhãn ghi nhận ngày giờ truyền dịch
	Báo giải thích cho NB biết việc đã xong, cho NB nằm lại tư thế tiện nghi
	Dặn dò NB những điều cần thiết - Báo ngay khi tại nơi tiêm (đau, phù, chảy máu, dịch không chảy ...) - Dấu hiệu bất thường: lạnh run, khó thở, nổi mẩn ngứa..., - Không tự ý chỉnh giọt - Dịch truyền còn 50 ml (đến cổ chai) báo ĐD
4	Xử lý chất thải an toàn. Tháo găng
5	Sát khuẩn tay. Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.
6	Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết. Báo ngay khi vị trí tiêm có dấu hiệu sưng đau, đỏ dọc theo đường tĩnh mạch. Dấu hiệu bất thường: lạnh run, khó thở, nổi mẩn ngứa...,
7	Rửa tay. Ghi hồ sơ: - Phiếu chăm sóc : tình trạng NB trước và sau tiêm truyền , những điều

cần thiết cần phải theo dõi tác dụng phụ và đánh giá sự đáp ứng của NB với thuốc truyền

- Phiếu công khai thuốc và vật tư, có tên ĐD và chữ ký NB



Dụng cụ truyền dịch



Khóa 3 nhánh



Thông kim luân



Gắn dây dịch truyền



Cố định kim luân



Điều chỉnh tốc độ theo y lệnh



Bơm thuốc

C. QUY TRÌNH KỸ THUẬT BƠM THUỐC QUA ĐƯỜNG TRUYỀN TĨNH MẠCH

I. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Thuốc , dung môi pha thuốc , NaCl 0,9%
2	Bơm tiêm. Kim pha thuốc.
3	Alcohol swabs hoặc gòn cồn 70 ⁰
4	3 nhánh
5	Dụng cụ khác: - Dung dịch sát khuẩn tay nhanh - Hộp xử trí phản vệ: có đủ cơ số, còn hạn sử dụng

II. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT BƠM THUỐC QUA ĐƯỜNG TRUYỀN TĨNH MẠCH

STT	NỘI DUNG
1	Nhận định người bệnh và thuốc theo y lệnh
	Chào hỏi, giới thiệu
	Kiểm tra thuốc lần 1 : tên thuốc, hàm lượng, chất lượng thuốc- hạn sử dụng
	Đối chiếu 5 đúng: tên , tuổi và mã số BN , tên thuốc, liều lượng , thời gian
	Báo và giải thích với người bệnh về tác dụng thuốc và tác dụng không mong muốn, những điều cần lưu ý khi sử dụng thuốc.

	Khai thác tiền sử dị ứng
2	Chuẩn bị thuốc (rút thuốc ống)
	Sát khuẩn tay nhanh. Kiểm tra thuốc lần 2
	Sát khuẩn đầu ống thuốc bằng gòn cồn
	Dùng gạc khô bẻ ống thuốc
	Rút thuốc tay không chạm thân kim và nòng trong của bơm tiêm
	Kiểm tra thuốc lần 3 , bỏ vỏ ống thuốc
	Đậy nắp kim , đặt bơm tiêm trên mâm an toàn
	Chuẩn bị ống tiêm có chứa 3-5 ml Natri chloride 0,9%
3	Thực hiện kỹ thuật
	Vệ sinh tay, mang găng
	Sát khuẩn vị trí cổng tiêm thuốc. - Cầm miếng Alcohol swab hay gòn cồn 70⁰ sát khuẩn xung quanh nút bảo vệ khóa 3 nhánh. - Mở nút an toàn tay không chạm vào phần nổi của dây
	Khóa dây truyền dịch
	Kiểm tra sự lưu thông của kim luồn: Gắn bơm tiêm có chứa 5 ml Natri chloride 0,9% vào cổng bơm thuốc trên dây truyền dịch, lùi nòng bơm tiêm thấy nhẹ tay và có máu chảy ra, bơm 5ml Natri chloride 0,9%.
	Thực hiện thuốc: - Gắn ống tiêm có chứa thuốc vào cổng tiêm thuốc, bơm thuốc vào từ từ đồng thời quan sát sắc mặt NB và vị trí tiêm. - Bơm 5ml Natri chloride 0,9% để tráng hết thuốc .
	Rút bơm tiêm và hủy kim an toàn
	Sát khuẩn lại cổng tiêm thuốc.
	Mở khóa dây truyền. Điều chỉnh tốc độ dịch truyền theo đúng chỉ định

	Thông báo cho NB việc đã thực hiện xong, giúp NB tư thế tiện nghi, hướng dẫn NB những điều cần thiết.
4	Thu dọn dụng cụ, xử lý rác thải đúng quy định.
5	Vệ sinh tay
6	Ghi hồ sơ
	<i>Phiếu công khai thuốc:</i> - Đánh dấu thuốc đã dùng, ngày giờ thực hiện - Ký và ghi tên ĐD thực hiện <i>Phiếu chăm sóc:</i> - Ghi tình trạng NB trước và sau khi thực hiện thuốc - Ghi các dấu hiệu bất thường hoặc vấn đề cần theo dõi - Xử trí ĐD (nếu có)

D. YÊU CẦU KỸ THUẬT

- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn hoàn toàn
- Xác định kim còn trong lòng mạch, kiểm tra sự thông của kim luồn trước khi bơm thuốc, truyền dịch tiếp tục
- Đảm bảo đã lock kim bằng NaCl 0,9 % sau khi tiêm
 - o Người lớn: 3ml – 5ml/ sau mỗi lần tiêm.
 - o Trẻ em: 2 ml/ sau mỗi lần tiêm.

Sau mỗi 2-4 giờ nếu không có bơm thuốc qua cổng kim luồn, vẫn phải bơm lượng nước muối như trên để lock kim, mục đích tránh hình thành fibrin trong lòng mạch

- Khi cần thiết tiêm thuốc qua đường truyền tĩnh mạch, cần phải sử dụng khóa 3 nhánh
- Chọn kích cỡ kim luồn theo độ tuổi và chỉ định của điều trị
- Lựa chọn vị trí đặt kim đạt các yêu cầu vệ sinh, thuận tiện và an toàn cho NB
 - o Người lớn: nên đặt ở chi trên
 - o Trẻ em: ưu tiên đặt chi trên, trường hợp không còn nơi khác, có thể đặt chi dưới hoặc vùng da đầu lạnh lặn.
 - o Khi dung dịch truyền là dịch ưu trương, cần chọn vị trí có nhiều gian bào và tĩnh mạch lớn

- Không đặt kim luôn ở những vị trí mà phía trên đường đi tĩnh mạch đã bị tổn thương
- Sau khi sát khuẩn vị trí đặt kim luôn, công tiêm thuốc, phải chờ da khô hoàn toàn trước khi tiêm hoặc bơm thuốc
- Nhận định vị trí tiêm thường xuyên để phát hiện sớm dấu hiệu: sưng, nóng, đỏ
- Ghi ngày giờ sau khi đặt được kim luôn
- Tuân thủ thời gian lưu kim luôn theo yêu cầu của nhà sản xuất
- Tránh làm bội nhiễm vị trí đặt kim luôn
 - Vệ sinh tay thường quy trước và sau khi sờ, đặt và thay thế, thay băng bất cứ vị trí nào trong hệ thống tiêm truyền.
 - Không được chạm vào vị trí tiêm sau khi sát khuẩn.
 - Thay miếng dán cố định kim catheter khi bị ẩm ướt hoặc bị dơ
 - Khi thay kim luôn, cần thay đổi vị trí đặt
- Ghi chép hồ sơ :
 - **Phiếu chăm sóc :**
 - Ghi ngày giờ đặt kim luôn, cỡ kim

Nếu có dùng thuốc cần ghi

- Tình trạng NB liên quan đến tác dụng của thuốc (ghi vào cột nhận định, hay vấn đề của NB), ngày giờ thực hiện thuốc – theo tác dụng như kháng sinh, giảm đau... (vào cột thực hiện)
- Ghi tên của người thực hiện vào cột DD ký tên
- Những yêu cầu cần theo dõi, hay đánh giá lại tình trạng của người bệnh sau khi thực hiện thuốc về kết quả đáp ứng của cá nhân NB với thuốc hoặc các biểu hiện của tác dụng phụ liên quan
- Những xử trí khi NB có những biểu hiện bất thường trong quá trình dùng thuốc hay sau khi dùng thuốc
- **Phiếu công khai thuốc và vật tư tiêu hao:**
 - Ghi đúng thuốc bao gồm: tên thuốc, hàm lượng, liều dùng đường sử dụng, thời gian dùng: đúng theo y lệnh thuốc đã ghi trong tờ điều trị
 - Đánh dấu đã thực hiện theo qui định, tương ứng với cột thời gian thực hiện
 - Ghi tên người thực hiện, không được ghi dùng đồng nghiệp
 - Cho NB/NN xác nhận và ghi tên nếu đồng ý với bảng công khai đã thực hiện thuốc

- Thực hiện tương tự với bảng kê khai các vật tư tiêu hao liên quan đến việc sử dụng thuốc

E. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Giữ vệ sinh nơi đặt kim luôn: tránh sờ chạm, bảo vệ tránh làm ẩm ướt bằng cố định, nếu có báo ngay với người chăm sóc để thay
- Theo dõi vị trí đặt kim nếu có dấu hiệu: đỏ, sưng, đau, chảy máu ở nơi tiêm báo ngay với ĐD
- Khi di chuyển vận động, nên khóa dây truyền trước khi di chuyển, hạn chế để vị trí đặt kim cao hơn mực tim
- Nếu đang thực hiện đường truyền: NB/ NN không được tự ý điều chỉnh tốc độ truyền, không rút kim ra (nhất là trẻ nhỏ NB kém ý thức)
- Cung cấp những thông tin về thuốc:
 - Tác dụng không mong muốn của thuốc sử dụng để NB báo với thầy thuốc hoặc ĐD.
 - Những dấu hiệu bất thường: mệt, hồi hộp, khó thở, nổi mẩn ngứa ở bất kỳ nơi nào trên cơ thể, buồn nôn... báo ngay với ĐD để xử trí

F. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

Dự phòng và xử trí các nguy cơ, ĐD cần hiểu rõ nguyên nhân để dự phòng tốt nhất, và các dấu hiệu để phát hiện sớm và xử trí kịp thời

Nguyên nhân	Dấu hiệu	Dự phòng	Xử trí
1. Dịch không chảy Kim lệch, kim sát thành mạch	- Đường truyền không hoạt động được, dịch không chảy - Nếu để lâu sẽ thấy dây truyền có máu chảy ngược	Đưa kim hướng theo đường tĩnh mạch	Điều chỉnh lại hướng kim, kê gạc
2. Phù nơi tiêm - Vát kim sát thành mạch, kim chưa nằm hẳn trong lòng mạch - Tĩnh mạch bị vỡ	Phòng nơi tiêm - Da sưng nề - Tốc độ chảy chậm, khó bơm thuốc, dịch không	Đảm bảo kim trong lòng mạch hẳn bơm thuốc - Chọn TM, kim phù hợp	- Ngừng truyền, rút kim, đổi vị trí khác Dịch ưu trương: báo bác sĩ, thực hiện theo y lệnh

	chảy - Da nơi tiêm lạnh - Khó chịu, bông rớt, đau nơi tiêm	- Không đâm kim nhiều lần trên cùng một tĩnh mạch, không chọn tĩnh mạch đã bị vỡ - Theo dõi, kiểm tra vùng tiêm truyền thường xuyên, nhất là bơm tiêm điện - Không băng kín vùng phía trên vùng truyền - Hướng dẫn người nhà theo dõi → báo cáo khi có bất thường.	
3. Đứt- gãy đoạn ống kim luồn → theo vào vòng tuần hoàn→ tắc mạch	Tùy theo vị trí bị thuyên tắc mà có những biểu hiện khác nhau: sưng phù, khó thở, yếu liệt ...	- Không rút nòng sát để kiểm tra có máu, rồi lại đẩy nòng trở lại để chọc tiếp. - Thực hiện động tác luồn kim: chọc $\frac{1}{2}$ chiều dài của kim → khi có máu xuất hiện, rút nòng	- Rút bỏ kim - Trung thực báo BS điều trị, cho NB chụp kiểm tra xác định vị trí mẫn đứt nếu được - Báo NB theo dõi những dấu hiệu của tắc mạch. Xử trí tiếp theo
4. Viêm tĩnh mạch - Cục máu đông ở đầu kim/ catheter - Thời gian lưu kim lâu trong lòng mạch - Catheter cọ sát thành mạch - Giảm lưu thông máu quanh kim/ catheter - Dung dịch có độ PH quá cao hoặc quá thấp, áp lực thẩm thấu cao (ưu trương).	- Đỏ da vùng đầu mũi kim tiêm lan dọc theo đường đi tĩnh mạch - Đau nơi tiêm, xung quanh vùng tiêm - Da sưng bì	- Chọn vị trí tiêm (tĩnh mạch to đối với những thuốc-dịch gây kích ứng), - Chọn kim truyền nhỏ, nhưng đủ bảo đảm dòng chảy phù hợp - Cố định kim chắc chắn tránh di động	- Rút kim truyền, thay đổi vị trí nếu cần - Chườm ấm - Báo bác sĩ → điều chỉnh y lệnh - Theo dõi tiếp

5. Viêm tắc mạch - Tắc do vật lạ hay do bít dòng chảy từ fibrine..., - Viêm sau khi bị tắc dòng chảy hay do thuốc, yếu tố nhiễm khuẩn tại chỗ	- Tĩnh mạch đỏ, sưng cứng - Người bệnh khó chịu	- Thường xuyên kiểm tra vùng truyền - Tháo kim ngay khi có dấu hiệu viêm sưng, nóng, đỏ, đau	- Đổi vị trí truyền - Đắp gạc ẩm - Theo dõi nhiễm trùng
6. Nhiễm khuẩn huyết - Kỹ thuật không vô khuẩn - Lưu kim quá lâu - Người bệnh suy giảm miễn dịch - Viêm tĩnh mạch kéo dài	Sốt rét run	- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn - Bảo vệ các đầu nối - Thay hệ thống dây, kim đúng quy định	- Báo bác sĩ , thực hiện y lệnh - Cấy vi khuẩn đầu catheter - Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác

Một số hình ảnh biến chứng trong tiêm/ truyền tĩnh mạch



Viêm tĩnh mạch



Viêm tắc tĩnh mạch



Phù nơi tiêm

BÀI 2: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU Ổ BỤNG

Người bệnh có phẫu thuật vùng bụng, thường có chỉ định đặt ống dẫn lưu để dẫn dịch, máu, chất tiết từ trong ổ bụng ra bên ngoài với 2 mục đích

I. MỤC ĐÍCH ĐẶT DẪN LƯU

1. Điều trị: (dịch đã có từ trước khi phẫu thuật)

- Dẫn lưu ổ áp – xe, tụ dịch, máu
- Giải áp khi có tràn dịch, tràn máu từ các cơ quan
- Tạo đường hầm, (ống Kehr) , để tán sỏi về sau

2. Phòng ngừa

- Phòng tụ dịch sau mổ: tránh nhiễm trùng các cơ quan xung quanh, tránh loét miệng vết thương, giúp vết khâu mau lành, tránh bực chỉ bực miệng nối
- Theo dõi nguy cơ chảy máu sau mổ
- Theo dõi màu sắc số lượng, tính chất dịch dẫn lưu

II. MỤC ĐÍCH CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU

- Theo dõi hoạt động của dẫn lưu, giúp dẫn lưu đạt được yêu cầu khi đặt trong phẫu thuật là điều trị hay phòng ngừa

III. NHẬN ĐỊNH

- Chỉ định :
 - o Mục đích đặt dẫn lưu , tên loại dẫn lưu
- Người bệnh :
 - o Tổng trạng, dấu sinh hiệu
 - o Tri giác, khả năng hợp tác, vận động , xoay trở
 - o Khả năng tự chăm sóc khi có ống dẫn lưu
- Đánh giá tình trạng dẫn lưu (DL):
 - o Số lượng ODL
 - o Vị trí, ngày giờ đặt

- Hoạt động của ống dẫn lưu: số lượng, màu sắc, tính chất dịch chảy ra / thời gian đo lường
- Tình trạng chân dẫn lưu

IV. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Dụng cụ vô khuẩn - 2 kềm Kelly, 1 kéo, - 2 chén chung chứa DD rửa và DD sát khuẩn da, - Gòn , gạc, - Ống tiêm (nếu có bơm rửa) - Bồn hạt đậu - Túi dẫn lưu - Dung dịch rửa tay nhanh - Gel, pommade ngừa viêm loét da (nếu cần)
2	Dụng cụ khác: - Băng keo dán - Găng tay sạch - Tấm lót - Bồn hạt đậu, kềm sạch

V. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT:

1. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CHĂM SÓC DẪN LƯU Ổ BỤNG:

STT	NỘI DUNG
1	Xác định đúng NB, nhận định
	Kiểm tra chỉ định trong HSBA
	Chào hỏi, tự giới thiệu: tên ĐD, nhiệm vụ
	Xác định đúng NB: họ tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, mã số NB.
2	Chuẩn bị NB
	Tâm lý: Thông báo và giải thích cho NB biết mục đích việc sắp thực hiện.
	Tiện nghi: Cho NB nằm tư thế phù hợp dẫn lưu
	Che bình phong giữ NB kín đáo
	Bộc lộ và đặt tấm lót bên dưới vùng có dẫn lưu, đặt bồn hạt đậu sạch dưới chân dẫn lưu để chứa dịch rỉ ra khi chăm sóc.
	Sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay sạch
	Tháo băng chân dẫn lưu
	Nhận định tình trạng chân dẫn lưu: - Rỉ dịch, sung, nóng, đỏ, đau - Chỉ cố định chân ống - Tình trạng da xung quanh chân ống dẫn lưu - Xả dịch dẫn lưu và ghi nhận số lượng, tính chất dịch.

3	Thực hiện kỹ thuật
	Tháo găng, sát khuẩn tay nhanh. Mang găng tay sạch
	Mở mâm vô khuẩn, lấy kèm an toàn, sắp xếp dụng cụ thuận tiện, cắt gạc che chân DL
	Rửa chân- ống dẫn lưu:
	- Da: từ chân ống dẫn lưu rộng ra ngoài da 5cm - Thân ống: từ chân ống dẫn lưu lên thân ống 5 - 7cm
	Lau khô chân -ống dẫn lưu:
	- Da: từ chân ống dẫn lưu rộng ra ngoài da 5cm - Thân ống: từ chân ống dẫn lưu lên thân ống 5 cm
	Sát khuẩn chân - ống dẫn lưu:
	- Da: từ chân ống dẫn lưu rộng ra ngoài da 5cm (không áp dụng khi da đỏ hay rôm lở) - Thân ống: từ chân ống dẫn lưu lên thân ống 5 cm
	Đặt băng che kín chân DL đúng cách. (rộng 5cm)
	Cố định băng đúng cách.
	Xoay nối ống dẫn lưu (nếu có chỉ định).
	Thay túi dẫn lưu
	- Phủ gạc ,dùng kèm Kelly sạch kẹp thân ống dẫn lưu - Đặt bồn hạt đậu vô khuẩn - Tháo băng keo chỗ nối. Dùng 2 miếng gạc tháo rời đầu dưới ống dẫn lưu và hệ thống túi chứa, cho đầu dưới ống dẫn lưu vào bồn hạt đậu vô khuẩn. Cuộn gọn túi chứa cũ cho vào thùng rác. - Rửa, lau khô và sát khuẩn đầu ống dọc thân ống dẫn lưu 5 cm. Dùng 2 miếng gạc vô khuẩn mới cầm ống dẫn lưu và dây câu mới. Nối 2 đầu vào nhau.
	Cố định chỗ nối ODL và dây câu
	Tháo kèm, kẹp ống dẫn lưu
	Treo túi chứa dịch thấp hơn chân dẫn lưu ,vạch số hướng ra ngoài
	Quan sát sự lưu thông của hệ thống dẫn lưu mới
	Thu dọn dụng cụ, phân loại dụng cụ và chất thải đúng quy định
	Tháo găng tay và sát khuẩn tay nhanh.
	Thông báo NB/ NN công việc đã xong. Giúp NB nằm lại tư thế tiện nghi. Hướng dẫn NB:
	- Cách xoay trở, ngồi dậy, di chuyển khi có ống dẫn lưu. - Thông báo cho nhân viên y tế khi có dấu hiệu bất thường: đau bụng tăng, chảy dịch thấm ướt băng, chảy máu.

	Vệ sinh tay
4	Ghi hồ sơ
	Ngày giờ thực hiện
	Tình trạng NB trước, trong và sau khi thực hiện , tình trạng bụng căng chướng, đau ...
	Tình trạng chân ống dẫn lưu: chỉ cố định, dấu hiệu viêm , nhiễm trùng, đỏ da , rôm lở
	Số lượng, màu sắc, tính chất dịch
	Nội dung hướng dẫn NB
	Ghi tên ĐD thực hiện

2.BẢNG KIỂM THAY BĂNG VẾT KHÂU NHIỄM NHẾT MECHE

STT	NỘI DUNG
Chuẩn bị dụng cụ	
1	Mâm sạch
2	Chọn bộ dụng cụ thay băng phù hợp,hay trải khăn vô khuẩn đúng cách
3	1 trong 2 cách -Mở gói vô khuẩn an toàn, tiếp liệu đủ gòn gác , sắp xếp đủ dụng cụ -Soạn đủ dụng cụ thay băng (2 kềm, 1 kéo, 2 chén chung), sắp xếp hợp lý, không phạm vô khuẩn
4	Chọn -rót dung dịch thích hợp với loại vết thương đúng cách
5	Mechê vô khuẩn
6	Găng tay sạch. Kềm gấp băng dơ.
7	Chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh
8	Tấm lót (không thấm nước)
9	Băng keo, băng cuộn. (tùy theo)
10	Thau có ĐDKK để kềm dơ
Thực hiện kỹ thuật	
1	Chào hỏi, giới thiệu, nhận định đúng người bệnh báo và giải thích cho người bệnh
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp. Bộc lộ vùng vết thương Đặt tấm lót dưới vết thương
3	Rửa tay. Tháo băng bẩn bằng kềm sạch, hoặc găng tay.

4	Sát khuẩn tay. Mang găng tay sạch
5	Mở khăn màn dụng cụ vô khuẩn. Lấy nhíp và kèm vô khuẩn an toàn. Sắp xếp thuận tiện
6	Sát trùng vết khâu đúng cách: - Ngay vết khâu - Hai bên vết khâu - Vùng da xung quanh vết khâu rộng ra 5cm
7	Đặt gạc lên vị trí an toàn gần vết khâu
8	Dùng kéo cắt từng mối chỉ bị nhiễm trùng, thao tác nhẹ nhàng đúng cách
9	Đặt mối chỉ lên gạc, kiểm tra sự nguyên vẹn của từng mối chỉ
10	Mở rộng vết khâu vùng nhiễm trùng vừa cắt chỉ
11	Dùng gạc thấm dịch và loại bỏ mủ, sau đó rửa lại bằng nước muối sinh lý
12	Thấm khô và ấn kiểm tra VT bằng gạc
13	Lấy mèche cắt vát 1 đầu nhúng vào nước muối làm ẩm 3-5 cm
14	Dùng mèche nhét rẽ quạt vào VT nhiễm trùng vừa cắt chỉ Chừa 1 đoạn mèche trên bề mặt vết thương
15	Rửa, lau khô và sát trùng da xung quanh VT rộng 5 cm
16	Đặt băng thấm hút che kín vết thương, cố định băng đúng cách
17	Báo cho NB biết việc đã xong cho NB nằm lại tư thế tiện nghi
18	Dặn dò NB những điều cần thiết.
19	Phân loại chất thải đúng quy định trong suốt quá trình thực hiện
20	Ghi hồ sơ : Phiếu chăm sóc

3. BẢNG KIỂM THAY BĂNG VẾT THƯƠNG CÓ MECHE

STT	NỘI DUNG
Chuẩn bị dụng cụ	
1	Mâm sạch

2	Chọn bộ dụng cụ thay băng phù hợp, hay trải khăn vô khuẩn đúng cách
3	1 trong 2 cách - Mở gói vô khuẩn an toàn, tiếp liệu đủ gòn gạc, sắp xếp đủ dụng cụ - Soạn đủ dụng cụ thay băng (2 kèm, 1 kéo, 2 chén chung), sắp xếp hợp lý, không phạm vô khuẩn
4	Chọn -rót dung dịch thích hợp với loại vết thương đúng cách
5	Găng tay sạch. Kèm gấp băng dơ.
6	Chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh
7	Tấm lót (không thấm nước)
8	Băng keo, băng cuộn. (tùy theo)
9	Thau có DDKK để kèm dơ, bồn hạt đậu sạch
Thực hiện kỹ thuật	
1	Chào hỏi, giới thiệu, báo và giải thích cho người bệnh
2	Chuẩn bị BN: - Bộc lộ vùng vết thương có mèche (giữ cho NB được kín đáo và thoải mái). Trải tấm lót không thấm (nilon) phía dưới vết thương
3	Vệ sinh tay thường qui - Mang găng tay sạch
4	Tháo băng bẩn bằng găng, hay kèm
5	Tháo găng. Vệ sinh tay - Mang găng tay sạch
6	Mở khăn mâm/gói dụng cụ vô khuẩn an toàn, lấy kèm không phạm VK
7	*Dùng kèm rửa vết thương: - Bên trong vết thương: trong → ngoài, trên → dưới
8	Rửa da xung quanh VT rộng 5 cm
9	<u>Rút bớt mèche, cắt</u> (nếu mèche còn khả năng dẫn lưu) - Đảm bảo vô khuẩn khi cắt - Khi rút bớt không làm vết thương chảy máu
1 trong 2 cách	<u>Hoặc rút toàn bộ thay mèche mới (theo y lệnh)</u> - Lấy mèche cắt vát 1 đầu nhúng vào nước muối làm ẩm 3-5 cm - Dùng mèche nhét rẽ quạt vào VT nhiễm trùng vừa cắt chỉ Chừa 1 đoạn mèche trên bề mặt vết thương
10	Sát trùng da xung quanh VT rộng 5 cm. Thoa chất bảo vệ da nếu cần

11	Đặt băng thấm hút che kín vết thương, cố định băng đúng cách
12	Thu dọn dụng cụ, tháo bỏ găng tay, Vệ sinh tay thường qui
13	Báo cho NB biết việc đã xong cho NB nằm lại tư thế tiện nghi
14	Dặn dò NB những điều cần thiết.
15	Phân loại chất thải đúng quy định trong suốt quá trình thực hiện
16	Ghi hồ sơ : Phiếu chăm sóc Chiều dài mèche cắt bớt hay thay mèche mới Tình trạng vết thương , lượng tính chất dịch Vùng da xung quanh vết thương

VI. YÊU CẦU KỸ THUẬT

- Áp dụng nguyên tắc vô khuẩn ngoại khoa khi thực hiện
- Chuẩn bị tư thế NB phù hợp thường là nằm đầu cao, nghiêng về phía dẫn lưu tay bên ODL đưa lên phía đầu
- Khi rửa đạt yêu cầu :
 - Rửa chân dẫn lưu: từ chân rộng ra ngoài da ít nhất 5cm
 - Rửa thân ODL từ chân ống ngược lên trên ít nhất 5cm
 - Rửa theo trình tự : làm sạch , lau khô , sát khuẩn
- Cần quan sát tình trạng da chân ODL , nếu viêm đỏ thì không sát khuẩn
- Khi tháo rời ODL với túi chứa thì phải thay dây câu và túi chứa vô khuẩn mới
- Treo túi chứa dịch thấp hơn chân dẫn lưu trên 40 cm, treo vị trí dễ quan sát, vạch số hướng ra ngoài
- Ghi chép hồ sơ
- *Phiếu chăm sóc*
 - Tình trạng dẫn lưu : đặt ngày thứ mấy, khả năng hoạt động : số lượng, màu sắc, tính chất dịch
 - Tình trạng chân ống dẫn lưu: chỉ cố định, dấu hiệu viêm , nhiễm trùng, đỏ da , rôm lở

- Tình trạng NB trước, trong và sau khi thực hiện , tình trạng bụng căng chướng, đau ...
- Dấu hiệu bất thường trên NB và cách xử trí
- Nội dung tóm tắt khi hướng dẫn NB
- Ngày giờ chăm sóc, thay túi
- Ghi tên ĐD thực hiện
- *Phiếu công khai thuốc vật tư tiêu hao*
 - Tên thuốc mỡ, gel sử dụng
 - Ghi tên dụng cụ số lượng VTTH đã dùng
 - Tên ĐD sử dụng
 - Tên NB/ NN xác nhận

VII. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Tầm quan trọng , mục đích đặt dẫn lưu ổ bụng để người bệnh không được tự ý rút ống do ống gây những khó chịu hay làm người bệnh không thoải mái
 - Tư thế : hướng dẫn NB nằm về phía dẫn lưu, nhưng không đè trên ODL
- Khi cần di chuyển, nên kẹp dây câu nối, tránh để túi chứa cao hơn vị trí đặt dẫn lưu
- Khuyến khích Nb cần vận động sớm
- Tự theo dõi nếu thấy những dấu hiệu bất thường dưới đây. Báo ngay với bác sĩ điều trị hoặc điều dưỡng chăm sóc :
 - Tại vị trí dẫn lưu: dịch thấm tràn ra ngoài từ chân dẫn lưu, đau, chảy máu nơi chân DL, xúc bằng che chở
 - Dấu hiệu khác: bụng căng chướng, tức hay đau vùng bụng kèm DL không ra dịch, bứt rứt, thân nhiệt tăng.

VIII. KỸ THUẬT XOAY NƠI ỐNG DẪN LƯU

1. Chuẩn bị dụng cụ:

- Dụng cụ chăm sóc dẫn lưu
- Kim, chỉ khâu

STT	NỘI DUNG
-----	----------

1	Kiểm tra y lệnh nói bao nhiêu cm , tình trạng bụng của NB , tình trạng hoạt động của ODL
2	Kẹp thân ODL
3	Cắt chỉ cố định chân ODL
4	Đặt gạc vô khuẩn vùng da chân ODL , dùng tay giữ gạc
5	Tay thuận cầm gạc xoay ống, theo 2 chiều ngược nhau, mỗi lần xoay 180 ⁰
6	Rút ODL ra 1 khoảng theo y lệnh
7	Dùng chỉ cố định lại chân ống
8	Sát khuẩn lại chân ống , thân ODL và vùng da xung quanh
9	Đặt gạc che chở chân ODL , cố định gạc

2. Kỹ thuật rút ống dẫn lưu

STT	NỘI DUNG
1	Kiểm tra y lệnh rút, ngày giờ đặt và tình trạng bụng của NB Tốt nhất có mặt BS điều trị khi rút
2	Trấn an, thông báo với NB việc sắp thực hiện
3	Kẹp thân ODL
4	Cắt chỉ cố định chân ODL
5	Đặt gạc vô khuẩn vùng da chân ODL, dùng tay giữ gạc
6	Tay thuận cầm gạc xoay ống , theo 2 chiều ngược nhau, mỗi lần xoay 180 ⁰ (ngoại trừ ống Kehr không xoay ống)
7	Rút ODL ra từ từ (trường hợp thấy nặng tay, xoay ống thêm, vẫn không di chuyển báo BS điều trị)
8	Hướng dẫn NB nằm nghiêng về chân DL đã rút, cho dịch thoát
9	Sát khuẩn lại vùng da chân DL, rộng ra xung quanh 5cm
10	Đặt gạc che chở chân dẫn lưu, cố định gạc

IX. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

STT	Tai biến	Dự phòng và cách xử trí
1	Nghẹt dẫn lưu	- Theo dõi tình trạng bụng của

	Dịch không thoát ra được, ứ dịch vị trí dẫn lưu	người bệnh - Báo ngay bác sĩ khi có biểu hiện tổng trạng xấu - Xử trí theo y lệnh
2	Nghẹt dẫn lưu do mô xung quanh chui vào lòng ống dẫn lưu	- Xoay nới dẫn lưu theo y lệnh (không thực hiện với dẫn lưu Kerh) - Hướng dẫn, khuyến khích NB vận động sớm.
3	Nghẹt dẫn lưu đường mật (Kehr) do cặn bùn đường mật	- Bơm rửa dẫn lưu theo y lệnh. - Theo dõi số lượng, màu sắc tính chất dịch trước, trong và sau khi bơm rửa. - Theo dõi tình trạng bụng, tình trạng rỉ dịch chân dẫn lưu.
4	Do cục máu đông hoặc mô hoại tử (dẫn lưu dưới gan, dẫn lưu Douglas, hố lách...), hoặc do chỉ khâu chân ống dẫn lưu siết quá chặt, ống dẫn lưu gấp góc, xoắn...	- Vuốt dọc ống mỗi khi chăm sóc - Thay hệ thống dẫn lưu mới. - Báo BS khâu lại chân dẫn lưu nếu chỉ cố định quá chặt. - Treo túi dẫn lưu cách mặt giường 40 - 60cm. - Hướng dẫn NB xoay trở, tư thế nằm tránh làm gấp ống hoặc đè lên ống
5	Tuột dẫn lưu do chỉ khâu quá lỏng hoặc đứt	- Ống dẫn lưu tuột ra bên ngoài da: + Trấn an NB, báo bác sĩ + Thực hiện y lệnh cận lâm sàng để xác định vị trí ống (nếu có chỉ định). + Chuẩn bị dụng cụ và hỗ trợ BS khâu lại chân dẫn lưu (nếu cần). + Băng cố định ống dẫn lưu chắc chắn, theo dõi lượng dịch, xả dịch hoặc thay túi khi lượng dịch > 2/3 túi. + Hướng dẫn NB xoay trở, di chuyển đúng cách, an toàn. - Ống dẫn lưu tuột ra ngoài hoàn toàn: + Trấn an NB, báo BS. + Theo dõi tình trạng bụng, dấu sinh hiệu, tình trạng rỉ dịch tại vị trí dẫn lưu đã tuột.
6	Mạc nối chui qua lỗ dẫn lưu sau khi rút dẫn lưu	- Báo ngay với BS điều trị hoặc phẫu thuật viên xử trí.

7	Trường hợp xì dò dịch tiêu hóa gây viêm loét vùng da xung quanh	- Hút dịch liên tục hoặc dán túi chứa dịch với lỗ cắt vừa khít chân ống, sử dụng thuốc ngừa viêm loét (nếu cần). - Theo dõi và đánh giá tình trạng da xung quanh chân ống dẫn lưu
---	---	--



Bộc lộ vị trí chân ống



Rửa thân – chân - vùng da xung quanh



Sát khuẩn chân - ống dẫn lưu



Che phủ chân ống dẫn lưu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Nguyễn Tân Cường. Chăm sóc người bệnh sau mổ trong Điều dưỡng ngoại I. Vụ khoa học đào tạo – Bộ Y Tế , trang 115- 130, 160- 170

BÀI 3: QUY TRÌNH CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO

Hậu môn nhân tạo là một chỗ mở chủ động của hồi tràng hay đại tràng trên thành bụng. Hậu môn nhân tạo có hai kiểu chính: kiểu quai và kiểu đầu tận.

I. MỤC ĐÍCH

- Chăm sóc hậu môn nhân tạo (HMNT) được sạch, giảm mùi hôi
- Ngừa rò rỉ da xung quanh HMNT
- Giúp người bệnh giảm mặc cảm, tự tin qua hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc HMNT

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân có hậu môn nhân tạo tạm thời hay vĩnh viễn

III. NHẬN ĐỊNH

- Tổng trạng, tri giác, da niêm, dấu sinh hiệu
- Hậu phẫu ngày ...?
- Tình trạng HMNT:
 - o Kiểu hậu môn nhân tạo, vị trí, số lượng HMNT
 - o Màu sắc niêm mạc, kích thước HMNT,
 - o Hoạt động HMNT: đã xì miệt, hoạt động?
 - o Tính chất phân, lượng, màu sắc
 - o Tình trạng da xung quanh HMNT
 - o Loại túi HMNT đang sử dụng

IV. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Dụng cụ vô khuẩn: - 2 kèm Kelly, 1 kéo, - 2 chén chung chứa DD rửa (Natri Chloride 0,9%) và DD sát

	khuẩn da, - Gòn , gạc, - Dung dịch rửa tay nhanh - Gel, pommade ngừa viêm loét da (nếu cần)
2	Dụng cụ sạch: - Túi HMNT (phù hợp theo mục đích sử dụng) - Găng tay sạch - Bồn hạt đậu - Thước đo - Tấm lót - Kèm sạch

V. BẢNG KIỂM CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO

STT	NỘI DUNG
1	Xác định đúng NB, nhận định
	Kiểm tra chỉ định trong HSBA
	Chào hỏi NB, tự giới thiệu: họ tên, nhiệm vụ
	Xác định đúng NB: họ tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, mã số hồ sơ
	Thông báo mục đích của công việc
2	Thực hiện kỹ thuật
	Vệ sinh tay, mang găng tay sạch
	Bộc lộ vùng HMNT, đặt tấm lót và bồn hạt đậu bên dưới vị trí có HMNT.
	Tháo bỏ túi HMNT cũ.
	Quan sát màu sắc niêm mạc, tình trạng da xung quanh HMNT.
	Tháo găng, vệ sinh tay.
	Mở bộ thay băng, sắp xếp dụng cụ, cho dung dịch vào chén chung
	Mang găng tay sạch
	Dùng gòn thấm dung dịch Natri Chloride 0,9% rửa sạch niêm mạc HMNT, không chà sát, không dùng gòn khô .
	Dùng gạc thấm dung dịch rửa từ chân HMNT rộng ra xung quanh 5 cm
	Dùng gạc lau khô vùng da xung quanh.
	Thoa gel chống rôm lở lên vùng da xung quanh HMNT (nếu cần)
	Đo và cắt miệng túi HMNT cho phù hợp với kích thước HMNT của NB.
	Gắn túi HMNT.
	Thông báo cho NB việc đã xong, giúp NB nằm lại tư thế tiện nghi. Dặn dò NB/ NN những điều cần thiết
	Thu dọn dụng cụ, phân loại chất thải đúng quy định.
	Tháo găng, vệ sinh tay.

3	Ghi hồ sơ
	- Ngày, giờ chăm sóc HMNT
	- Tình trạng HMNT
	- Tình trạng NB trước, trong, sau khi chăm sóc
	- Ghi và ký tên nhân viên thực hiện

VI. YÊU CẦU KỸ THUẬT

- DD cần nhận định tâm lý, khả năng thích nghi của người bệnh. Hiểu rõ về tình trạng bệnh, loại HMNT tạm thời hay vĩnh viễn
- Không làm tổn thương niêm mạc HMNT trong quá trình chăm sóc
- Không dùng dung dịch sát khuẩn có màu, có nồng độ sát khuẩn mạnh trên niêm mạc HMNT , trên vùng da đang có hiện tượng viêm lở da
- Không lau khô niêm mạc HMNT
- Quan sát niêm mạc và theo dõi hoạt động của HMNT , vùng da xung quanh HMNT để phát hiện sớm tai biến và tránh biến chứng xảy ra
- Dán túi HMNT
 - Khi dán túi không để nếp nhăn trên keo dán , nếu có phải thay túi khác
 - Đảm bảo da khô hoàn toàn trước khi dán túi, dùng tay ép và giữ để dán trong vòng 1 phút để tăng độ dính của đế dán.
 - NB đi, đứng được: dán túi dọc theo thành bụng.
 - NB nằm tại chỗ: dán túi theo chiều ngang.
- Nếu HMNT tràn phân sang vết mổ, DD phải rửa sạch HMNT trước, sau đó tiến hành thay băng vết mổ với bộ dụng cụ thay băng mới.
- Đối với HMNT bên phải, DD nên ngừa rôm lở da tích cực
- Hướng dẫn NB tham gia vào quá trình chăm sóc HMNT , giúp NB tự chăm sóc dần cho đến khi xuất viện
- Ghi chép HSBA

Phiếu chăm sóc:

- Tình trạng HMNT: ngày xẻ miệng
- Niêm mạc, màu sắc của HMNT , tình trạng da xung quanh HMNT
- Hoạt động HMNT, lượng tính chất phân
- Tình trạng bụng – khả năng tiêu hóa , ăn uống liên quan của NB
- Hướng dẫn GDSK liên quan

- Tâm lý NB và can thiệp bất thường khác
- Ngày giờ chăm sóc, thay túi. Tên ĐD thực hiện

Phiếu công khai thuốc vật tư tiêu hao:

- Tên thuốc mỡ, gel sử dụng
- Ghi tên dụng cụ số lượng VTTH đã dùng
- Tên ĐD sử dụng
- Tên NB/ NN xác nhận

VII. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Tâm lý: giải thích mục đích HMNT, thời gian đóng HMNT (ngoại trừ HMNT vĩnh viễn), giúp NB làm quen và chấp nhận sự hiện diện của HMNT
- Vận động:
 - Khi vết mổ chưa lành: NB nên nghiêng về HMNT khi ngồi dậy, tránh phân tràn vào vết mổ
 - Vận động sớm ngay sau khi tỉnh: từ xoay trở tại giường, đến ngồi dậy và ra khỏi giường tùy theo tình trạng bệnh và tuân theo sự hướng dẫn của ĐD chăm sóc, BS điều trị
 - Tránh làm việc nặng khi đang mang HMNT, hay mới đóng HMNT
- Ăn uống: chú ý 3 vấn đề
 1. Ăn đủ chất.
 2. Chọn thức ăn ảnh hưởng đến khả năng hoạt động của HMNT của mỗi người
 3. Uống nhiều nước
 - Ăn thức ăn ít chất xơ trong 4-6 tuần đầu sau mổ, chú ý chất xơ khó tiêu hóa như măng, rau muống thì cần hạn chế
 - Tránh kiêng cử thái quá nên tập dần từ ít đến khi cơ thể hấp thu được , bằng cách theo dõi lượng phân, tính chất phân , hoạt động của HMNT để gia giảm hay hạn chế đến mức độ nào có thể tiêu hóa được
 - Không nên ăn thực phẩm có nhiều hạt nhỏ: ớt, ổi, trái lựu...
 - Hạn chế những thức ăn (tùy mỗi người)
 - Tạo mùi : mắm, mực, củ kiệu, sầu riêng, mít
 - Sinh hơi : bắp cải, bông cải , thực phẩm lên men
 - Khi ăn cần nhai kỹ giúp thức ăn dễ tiêu hóa

- Uống nhiều nước : giúp phân ra dễ dàng không bị tắc nghẽn ở HMNT, nhất là những HMNT bên phải, cần uống nhiều hơn để tránh cơ thể mất nước
- Chăm sóc HMNT
 - NB cần làm quen việc tự chăm sóc HMNT
 - Tại bệnh viện , những ngày đầu, NB nhìn ĐD chăm sóc, quan sát cách rửa thay túi chứa phân
 - Khi cơ thể khỏe tự ngồi dậy và vận động được, NB học cách thay túi qua sự hướng dẫn của ĐD chăm sóc cần lưu ý :
 - Tránh làm tổn thương niêm mạc của HMNT
 - Cắt túi vừa với chân của HMNT tránh làm lở da chân HMNT
 - Tập điều chỉnh phân ra đúng giờ bằng cách thụt tháo
- Phát hiện những dấu hiệu bất thường của HMNT
 - NB cần biết những dấu hiệu của HMNT bất thường qua hình ảnh (sa , tụt, thiếu máu nuôi, rôm lở viêm tấy chân HMNT, thoát vị cạnh HMNT ...) phát hiện sớm để đến bệnh viện xử trí
 - Tuân thủ thời gian đóng HMNT

VIII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ	DỰ PHÒNG – XỬ TRÍ
Viêm tấy da quanh hậu môn nhân tạo Thường xảy ra ở hậu môn nhân tạo hồi tràng.	- Dán túi dán để hạn chế dây dịch ruột ra xung quanh. - Chăm sóc da: không dùng các dung dịch sát khuẩn có chứa cồn để sát khuẩn da, dùng nước chín để rửa, có thể rửa bằng xà-phòng trung tính, lau khô, thoa thuốc mỡ oxýt kẽm.
Áp-xe quanh hậu môn nhân tạo Nguyên nhân: dây trùng đáng kể khi làm hậu môn nhân tạo.	- Cắt chỉ, tách một phần miệng hậu môn nhân tạo ra khỏi mép da để thoát mủ, thay băng hằng ngày.

Hoại tử hậu môn nhân tạo Nguyên nhân: đoạn đại tràng được đưa ra làm hậu môn nhân tạo bị thiếu máu do xoắn hay chèn mạch máu không tốt. -Nếu hậu môn nhân tạo ra phân và phân hoại tử không lan xuống quá lớp cân thành bụng Phân hoại tử lan xuống quá lớp cân thành bụng	Theo dõi màu sắc và hoạt động của HMNT để phát hiện sớm hoại tử Tiếp tục theo dõi Báo bác sĩ, chuẩn bị NB mổ lại, (nghi ngờ xoắn hậu môn nhân tạo).
Hậu môn nhân tạo bị tụt vào xoang bụng -Nguyên nhân: Đoạn đại tràng đưa ra làm hậu môn nhân tạo quá căng. Đính đại tràng vào thành bụng không đúng kỹ thuật. Hậu môn nhân tạo bị hoại tử	Theo dõi các dấu hiệu: màu sắc, chiều dài của HMNT thay đổi, Xử trí: báo bác sĩ chuẩn bị NB mổ lại, làm lại hậu môn nhân tạo hoặc đóng hậu môn nhân tạo nếu đã đến thời điểm đóng.
Tắc ruột Nguyên nhân: - Đường hầm trên thành bụng quá hẹp Còn tổn thương ở đoạn đại tràng phía trên hậu môn nhân tạo. Hậu môn nhân tạo bị xoắn Hậu môn nhân tạo bị đưa lộn đầu. Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo (nghet)	Theo dõi hoạt động, màu sắc, tính chất phân của HMNT Theo dõi tình trạng bụng của NB sau khi mổ, sau khi xả miệng HMNT Phát hiện sớm các biểu hiện bất thường để báo BS chuẩn bị mổ Mổ lại, tùy tổn thương mà xử trí.
Thoát vị cạnh hậu môn nhân tạo: Nguyên nhân: Lỗ mở thành bụng quá rộng.	Theo dõi dấu hiệu ruột chui qua thành bụng, phát hiện sớm báo BS chuẩn bị mổ khâu dính lại thành đại tràng
Sa hậu môn nhân tạo: -Nguyên nhân: thường xảy ra ở hậu môn nhân tạo kiểu quai.	- Theo dõi chiều dài đoạn HMNT đưa ra, phát hiện sớm báo BS - Chuẩn bị BN mổ làm lại hậu môn nhân tạo, chuyển kiểu quai thành kiểu đầu tịt.

MỘT SỐ BIẾN CHỨNG HẬU MÔN NHÂN TẠO



Hoại tử hậu môn nhân tạo



Hậu môn nhân tạo bị tụt vào ổ bụng



Viêm tấy da quanh hậu môn nhân tạo



Teo niêm mạc hậu môn nhân tạo



Túi chứa phân



Bộc lộ vị trí, nhận định HMNT



Rửa niêm mạc – vùng da xung quanh



Thay túi chứa phân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hối, Hậu môn nhân tạo, Bệnh học ngoại khoa đường tiêu hóa, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 239
2. Nguyễn Tấn Cường, Chăm sóc người bệnh mổ tắc ruột trong Điều dưỡng ngoại I. Vụ khoa học đào tạo – Bộ Y Tế , trang 211-220
3. Nguyễn Tấn Cường, Chăm sóc người bệnh có hậu môn nhân tạo trong Điều dưỡng ngoại II. Vụ khoa học đào tạo – Bộ Y Tế, trang 242 -257

BÀI 4: QUY TRÌNH BƠM RỬA VẾT THƯƠNG

Là cho lượng dung dịch phù hợp trực tiếp lên mô vết thương bằng cách dùng bơm tiêm lớn hay chảy liên tục bằng hệ thống bơm rửa

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch vết thương: bong tróc các mảng bám trên bề mặt vết thương
- Làm mềm mô hoại tử trước cắt lọc

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương nhiều giả mạc
- Vết thương mô hoại tử chưa bong tróc

III. NHẬN ĐỊNH

- Tình trạng người bệnh:
 - Tuổi
 - Thân nhiệt
 - Khả năng chịu đựng đau (Thang điểm đau)
- Tại chỗ:
 - Tình trạng băng
 - Vết thương: dịch tiết, màu sắc mô
 - Mô xung quanh vết thương, phù nề

IV. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Dụng cụ vô khuẩn trong mâm: - 1 bồn hạt đậu vô khuẩn - 1 kèm kelly - Gòn - Gạc - Bơm tiêm lớn 50ml hay hệ thống bơm rửa
2	Dụng cụ ngoài mâm: - 2 đôi găng tay sạch - Dung dịch bơm rửa: Nacl 0.9% - 1 bồn hạt đậu vô khuẩn ngoài mâm - Tấm lót - Chất trơn ngừa rôm lở - Trụ treo (nếu cần) - Băng keo

VI. BẢNG KIỂM BƠM RỬA VẾT THƯƠNG

STT	NỘI DUNG
1	Xác định y lệnh
2	Chào hỏi NB, tự giới thiệu: họ tên, nhiệm vụ Thông báo mục đích của công việc.
3	Xác định NB
4	Quan sát nhận định vết thương
5	Chuẩn bị tư thế thích hợp
6	Trải tấm lót dưới vết thương
7	Chêm lót để đảm bảo dịch rửa chảy từ trên xuống dưới, từ vùng sạch tới vùng dơ
8	Rửa tay, mang khẩu trang
9	Mang găng
10	Tháo bỏ băng dơ
11	Sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay sạch

12	Đặt bồn hạt đậu vô khuẩn cạnh vết thương để hứng dịch rửa hay có thể đặt máng hứng dịch rửa bên dưới vùng vết thương
13	Mở mâm vô khuẩn
14	Sắp xếp các dụng cụ trong mâm
15	Rót dung dịch rửa vào bồn hạt đậu vô khuẩn trong mâm
16	Dùng bơm tiêm 50 ml hút dịch rửa, bơm nhẹ nhàng trên bề mặt mô vết thương cách vết thương 2,5cm
17	Hoặc dùng hệ thống rửa, cho chảy liên tục trên bề mặt vết thương
18	Theo dõi tình trạng dịch chảy ra đến khi trong, sạch thì dừng rửa
19	Lau khô vùng da xung quanh
20	Thoa chất bảo vệ da nếu cần
21	Che chở vết thương
22	Cố định băng
23	Thông báo cho NB việc đã xong, giúp NB nằm lại tư thế tiện nghi. Dẫn dò NB/ NN những điều cần thiết
24	Thu dọn dụng cụ, phân loại chất thải đúng quy định
25	Tháo găng, vệ sinh tay.
26	Ghi hồ sơ - Ngày, giờ chăm sóc vết thương - Tình trạng vết thương - Tình trạng NB trước, trong, sau khi chăm sóc - Ghi và ký tên nhân viên thực hiện

VII. YÊU CẦU KỸ THUẬT

- ĐD hiểu rõ mục đích của kỹ thuật để soạn dụng cụ phù hợp
- Giải thích rõ để người bệnh hợp tác
- Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn hoàn toàn
- Theo dõi diễn tiến tình trạng mô của vết thương: dịch tiết, mô có giả mạc, màu sắc mô có thay đổi: thâm đen, tái nhợt.
- ĐD theo dõi sát gạc che phủ vết thương
- Theo dõi tổng trạng: thân nhiệt, cảm giác lạnh (nhất là người bệnh lớn tuổi), nhiệt độ vùng da đang tưới rửa
- Vệ sinh cá nhân: vệ sinh vùng da xung quanh, thoa chất bảo vệ da, thay quần áo cho người bệnh sau bơm rửa.

- Dặn dò NB làm tốt vấn đề vệ sinh thân thể
- Ghi hồ sơ:
 - ✓ Phiếu chăm sóc
 - + Ngày, giờ thực hiện thủ thuật
 - + Số lượng, màu sắc và tính chất dịch tiết
 - + Tình trạng NB trước, trong và sau khi rửa
 - + Ghi nhận phản ứng, những bất thường trên NB (nếu có) và cách xử trí.
 - + Ghi tên ĐD thực hiện
 - ✓ Phiếu công khai vật tư tiêu hao
 - + Liệt kê số lượng vật tư liên quan đến kỹ thuật đã sử dụng
 - + Ghi tên ĐD thực hiện
 - + Xác nhận của NB/NN là ĐD đã thực hiện và có sử dụng số lượng VTTH

VIII. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

1. Tâm lý người bệnh:

- Đau, khó chịu có thể xảy ra khi thực hiện thủ thuật để NB hợp tác

2. Chăm sóc:

- Dặn dò người bệnh không tự ý mở vết thương ra xem, không sờ chạm vào vết thương
- Chế độ ăn uống tạo điều kiện cho vết thương chóng lành: tăng đạm, các vitamin trong khẩu phần ăn

3. Vận động:

Tư thế nằm nghiêng phía có vết thương để dịch tiết ra dễ dàng nhất là trong giai đoạn rửa liên tục.

BÀI 5: QUY TRÌNH CẮT LỘC VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

Cắt lọc vết thương là thủ thuật ngoại khoa trong xử trí ban đầu vết thương dơ, hay đã nhiễm trùng

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp vết thương mau lành
- Hạn chế các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra: Hoại tử mô lan rộng, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm uồn ván.....

II. CHỈ ĐỊNH

- Y lệnh của Bác sĩ
- Vết thương trên da gây rách da, rách phần mềm bị dập nát, vết thương nhiễm khuẩn, mô hoại tử

III. NHẬN ĐỊNH

- Tổng trạng, tri giác, da niêm, dấu hiệu sinh tồn
- Vết thương:
 - Loại vết thương

- Vị trí vết thương
 - Độ sâu
 - Diện tích, chất tiết, máu?
 - Vùng da xung quanh
- Bệnh lý mãn tính đi kèm: bệnh hệ miễn dịch, máu.....

IV. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Dụng cụ vô khuẩn trong mâm: - 1 kẹp mô (nhíp có máu) - 1 kềm kelly - Dụng cụ cắt lọc (Kéo có đầu nhọn hay dao lưỡi số 10) - 2 chén chung: 1 chén chứa NaCl 0.9%, 1 chén chứa cồn Iode hay Betadin - Gòn, gạc - Bơm tiêm lớn 50ml hay hệ thống bơm rửa
2	Dụng cụ ngoài mâm: - 1 đôi găng tay sạch - Băng cuộn, dụng cụ cố định băng - Tấm lót

V. BẢNG KIỂM CẮT LỌC VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

STT	NỘI DUNG
1	Chào hỏi NB, tự giới thiệu: họ tên, nhiệm vụ Đọc y lệnh trong hồ sơ Thông báo mục đích của công việc.
2	Quan sát nhận định vết thương
3	Trải tấm nylon dưới vị trí vết thương
4	Rửa tay, mang khẩu trang
5	Mang găng
6	Tháo bỏ băng dơ (nếu có)
7	Mở mâm vô khuẩn
8	Sắp xếp các dụng cụ trong mâm
9	Dùng bơm tiêm 50 ml bơm rửa cho đến khi sạch
10	Dùng nhíp có máu lấy dị vật
11	Dùng dụng cụ sắc lấy sạch mô chết, mô nhiễm trùng hay dị vật

	không thể lấy bằng nhíp có máu
12	Bơm rửa vết thương lại cho thật sạch
13	Sát khuẩn vùng da xung quanh vết thương rộng ra 5 cm
14	Để hở vết thương chăm sóc tiếp hay báo bác sĩ khâu thưa
15	Đắp gạc tẩm nước muối sinh lý che chỗ vết thương
16	Băng kín vị trí vết thương (nếu cần)
17	Thông báo cho NB việc đã xong, giúp NB nằm lại tư thế tiện nghi. Dặn dò NB/ NN những điều cần thiết
18	Thu dọn dụng cụ, phân loại chất thải đúng quy định
19	Tháo găng, vệ sinh tay.
20	Ghi hồ sơ - Ngày, giờ chăm sóc vết thương - Tình trạng vết thương - Tình trạng NB trước, trong, sau khi chăm sóc - Ghi và ký tên nhân viên thực hiện

**VI
·
Y
Ê
U
C
À
U
K
Ỹ
T
H
U
Ậ
T**

- Đánh giá tâm lý của NB: Trường hợp NB sợ đau. Báo bác sĩ cho thuốc giảm đau.
- Cho người bệnh uống thuốc giảm đau theo y lệnh 30 phút trước khi thực hiện (nếu có)
- Quan sát mô hoại tử: cần đắp ướt, bơm rửa nhiều lần trước khi cắt lọc để tránh chảy máu hay tổn thương thêm.
- Theo dõi được vấn đề chảy máu, đau của NB trong quá trình làm thủ thuật
- Theo dõi tình trạng thay băng, thay băng khi cần
- Áp dụng kỹ thuật hoàn toàn vô khuẩn
- Ghi hồ sơ:
 - ✓ Phiếu chăm sóc
 - + Ngày, giờ thực hiện thủ thuật
 - + Số lượng, màu sắc và tính chất dịch tiết
 - + Tình trạng NB trước, trong và sau khi cắt lọc tổ chức, lấy dị vật.
 - + Ghi nhận phản ứng, những bất thường trên NB (nếu có) và cách xử trí.
 - + Ghi tên ĐD thực hiện
- Phiếu công khai vật tư tiêu hao
- ✓ Liệt kê số lượng vật tư liên quan đến kỹ thuật cắt lọc vết thương đã sử dụng
- ✓ Ghi tên ĐD thực hiện

✓ Xác nhận của NB/NN là ĐD đã thực hiện và có sử dụng số lượng VTTH

VII. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

1. Tâm lý người bệnh:

- Đau, khó chịu có thể xảy ra khi thực hiện thủ thuật để NB hợp tác

2. Chăm sóc:

- Dẫn dò người bệnh không tự ý mở vết thương ra xem, không sờ chạm vào vết thương

- Chế độ ăn uống tạo điều kiện cho vết thương chóng lành: tăng đạm, các vitamin trong khẩu phần ăn

- Hướng dẫn NB báo ngay với điều dưỡng chăm sóc hay bác sĩ điều trị khi có dấu hiệu: chảy máu, đau tăng, sốt, NB bức rức khó chịu.



Vết thương nhiễm trùng



Cắt lọc tổ chức dập nát



Băng kín vết thương



Ghi hồ sơ

BÀI 6: QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT ĐÀM ỚNG NỘI KHÍ QUẢN – MỞ KHÍ QUẢN

I. NHẬN ĐỊNH:

- Tổng trạng, tri giác, da niêm, sinh hiệu, tâm lý.
- Dấu hiệu tắc nghẽn đường hô hấp: kích thích, thở nhanh, thở rít, tím tái...
- Tình trạng hô hấp, tính chất đàm nhớt
- Các yếu tố liên quan đến số lượng và độ đặc của dịch tiết: cân bằng dịch, tình trạng nhiễm trùng.
- Tổn thương tại chỗ vùng mũi, hầu
- NB có thở máy: thể tích khí lưu thông (Vt), áp lực đường thở
- (PIP), áp lực dương liên tục cuối thì thở ra (PEEP), tần suất thở, báo động.

II. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Natri Chloride 0,9%
- Ống hút đàm : 1 – 2 cái
- Găng tay
- Gạc

2. Dụng cụ khác:

- Hệ thống hút: máy hút (hệ thống hút trung tâm), dây hút, dây nối.
- Bóng Ambu (nếu cần)
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

III. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT

STT	NỘI DUNG
1	Nhận định NB
	Chào hỏi NB/ NN, tự giới thiệu: họ tên, nhiệm vụ (nếu được)
	Thông báo mục đích của công việc (nếu được).
2	Chuẩn bị NB
	Thông báo cho NB / NN từng bước kỹ thuật sẽ giúp làm thông đường thở và giảm khó thở. Những khó chịu mà NB có thể gặp như: ho, buồn nôn (nếu được)
	Tư thế phù hợp với tình trạng bệnh lý, đầu cao 15 – 30°, cổ ngửa (nếu không có chống chỉ định), mặt nghiêng về phía ĐD.
	Hướng dẫn NB ho, hít thở sâu, vật lý trị liệu hô hấp (nếu được)
	Tăng FiO ₂ 100% trong 2 phút (NB đang thở máy) hoặc tăng nồng độ oxy 45% trong 2 phút.
3	Thực hiện kỹ thuật
	Mở hệ thống hút, điều chỉnh và kiểm tra áp lực hút.
	Trải tấm lót dưới cằm hoặc trước ngực NB
	Sát khuẩn tay, mang khẩu trang, kính nếu cần
	Mang găng vô khuẩn, tay thuận cầm gạc vô khuẩn (nếu cần)
	Gắn ống hút đàm vào hệ thống hút và cầm bên tay thuận
	Tay không thuận mở đoạn ống thở nối với NKQ hoặc cannula MKQ để trên giấy vô khuẩn.
	(Khóa áp lực hút). Tay không thuận giữ ống NKQ hoặc cannula MKQ, tay thuận đưa ống hút đàm vô khuẩn luôn nhẹ nhàng vào ống NKQ hoặc MKQ đến vị trí xác định
	Mở áp lực, vừa hút vừa xoay và rút ống ra từ từ, giữ ống lâu hơn ở vị trí nhiều đàm.
	Hút nước vô khuẩn tráng ống làm sạch lòng trong của ống nếu cần
	Nhận định tình trạng hô hấp NB (dừng khoảng 1 phút giữa các lần hút), SpO ₂ ổn định > 90% hoặc NB hồng hào, không có dấu hiệu khó thở.
	Tiếp tục hút đàm mũi hoặc trong khoang miệng và vùng họng (thay ống hút nếu NB có tổn thương vùng miệng, họng).
	Làm sạch và tắt hệ thống hút, quấn gọn ống hút vào lòng bàn tay và tháo găng
	Sát khuẩn tay
	Gắn lại hệ thống oxy hoặc máy thở. Tăng nồng độ oxy FiO ₂ 100% trong 3 phút (NB thở máy) hoặc tăng nồng độ oxy 45% trong 2 – 3 phút. Hướng dẫn NB hít thở sâu (nếu được).
	Đánh giá lại tình trạng NB: tri giác, da niêm, DHST, SpO ₂ , tần số thở, các thông số trên máy thở.
	Điều chỉnh liều oxy theo chỉ định.
	Báo cho NB/ NN việc đã xong, giúp NB nằm lại tư thế tiện nghi.

	Thu dọn dụng cụ và phân loại chất thải theo quy định
	Vệ sinh tay
5	Ghi hồ sơ
	Ngày, giờ thực hiện thủ thuật
	Số lượng, màu sắc và tính chất dịch tiết
	Tình trạng NB trước, trong và sau khi hút đàm
	Ghi nhận phản ứng, những bất thường trên NB (nếu có) và cách xử trí.
	Ghi tên ĐD thực hiện

IV. YÊU CẦU KỸ THUẬT

1. Đảm bảo vô khuẩn, từ dụng cụ và kỹ thuật, tránh bội nhiễm, và nhiễm lại từ dịch tiết của chính người bệnh.

- Tuyệt đối không lưu giữ ống hút đàm cho lần hút sau
- Nên sử dụng hệ thống hút đàm kín nếu có điều kiện
- Không dùng chung ống hút đường mũi miệng để hút qua lỗ mở khí quản hay ống nội khí quản

2. Tuân thủ một số yêu cầu trong chống chỉ định khi hút thông mũi –hầu kèm theo hút qua nội khí quản:

- Chấn thương, phẫu thuật vùng mặt hay cổ
- Chảy máu mũi, U hầu họng, Viêm nắp thanh quản
- Đường hô hấp bị sưng tấy

3. Tránh gây tổn thương cho NB do kỹ thuật:

- Chọn kích cỡ ống hút theo độ tuổi, thông thường nữ nhỏ hơn nam 1 số với cùng độ tuổi
 - Người lớn: 12 – 18 Fr
 - Trẻ em: 8 – 10 Fr
 - Sơ sinh : 5 – 8 Fr
- Điều chỉnh áp lực hút phù hợp để tránh gây tổn thương niêm mạc đường hô hấp và gây thiếu oxy trong suốt thời gian hút:
 - Hệ thống trung tâm:
 - Người lớn: < 150 mmHg , thường dùng 100 – 120 mmHg
 - Trẻ em và sơ sinh: < 80 mmHG , thường dùng 50 – 70 mmHg
 - Máy hút: 75 – 150 mmHg (0 – 0,02 Mpa)

- Thao tác hút nhẹ nhàng, đưa ống vào đúng vị trí mới hút. Không được hút trong lúc đưa ống vào sẽ làm tổn thương niêm mạc trên đoạn đường di chuyển
- Cách xác nhận độ sâu thích hợp khi thực hiện hút đàm qua NKQ, cannula MKQ:

Cách 1: (Ống nội khí quản)

- o Sử dụng ống hút đàm với vạch chia cm sẵn trên thành ống, đưa ống hút đàm vào NKQ cho tới khi vạch chia trên ống hút trùng với vạch chia trên ống NKQ.
- o Đẩy ống hút vào sâu thêm không quá 1 cm.

Cách 2: (Ống nội khí quản và ống mở khí quản)

Trường hợp trong HSBA người đặt không ghi rõ chiều dài hay đánh dấu chiều dài đã đặt trên thực tế của NB

- o Sử dụng 1 ống NKQ hoặc ống mở khí quản phụ cùng cỡ với ống NB đang sử dụng, đưa ống hút đàm vào Ống nội khí quản/ mở khí quản phụ cho đến điểm kết thúc của ống.
- o Đo và đánh dấu độ dài của ống hút đã sử dụng theo độ dài đã đo ống NKQ hoặc MKQ phụ.
- o Ghi chú vào bảng chăm sóc tại giường hoặc vào bảng kế hoạch chăm sóc. Sau đó lần lượt đánh dấu khoảng cách trên ống hút bằng mực khó tẩy hoặc băng keo khi thực hiện.

4. Giảm thiểu tình trạng thiếu oxy do hút đàm

- Đảm bảo thời gian mỗi lần hút đàm:
 - o Người lớn: đường hô hấp trên < 15 giây, đường hô hấp dưới < 10 giây, không quá 3 lần, không đẩy tới đẩy lui ống hút nhiều lần trong khi hút.
 - o Trẻ em không quá 5 giây
 - o Tổng thời gian hút một lần không quá 5 phút.
- Cung cấp oxy trước và sau khi hút , hay thực hiện giữa 2 lần hút tùy theo tình trạng của NB
- Theo dõi sát tình trạng của NB trong quá trình hút để xử trí kịp thời

5. Khi NB có mở khí quản hay đặt nội khí quản, cần hút đàm nên thực hiện hút ở lỗ mở khí quản hay ống nội khí quản trước, sau đó hút tại mũi miệng

6. Ghi hồ sơ

5.1. Phiếu chăm sóc

- Ngày, giờ thực hiện thủ thuật
- Số lượng, màu sắc và tính chất dịch tiết
- Tình trạng NB trước, trong và sau khi hút đàm
- Ghi nhận phản ứng, những bất thường trên NB (nếu có) và cách xử trí.

- Ghi tên ĐD thực hiện

6.2. Phiếu công khai vật tư tiêu hao

- Liệt kê số lượng vật tư liên quan đến kỹ thuật hút đã sử dụng, tương ứng với số lần hút
- Ghi tên ĐD thực hiện
- Xác nhận của NB/NN là ĐD đã thực hiện và có sử dụng số lượng VTTH

V. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Hướng dẫn người bệnh cách ho khạc đàm nếu được:

Ho làm thông thoáng đường thở, đẩy chất xuất tiết ra khỏi cơ quan hô hấp. Thực hiện các bước sau:

- Cho NB ngồi, đầu hơi ngả về phía trước.
- Hít vào.
- Mở miệng và thót cơ bụng để ho thật sâu, không ho ở cổ họng.
- Hít vào lần nữa
- Tiếp tục ho cho tới khi khạc được đờm ra ngoài.

VI. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ	DỰ PHÒNG	XỬ TRÍ
Thiếu hụt oxy dẫn đến suy hô hấp khi hút	Tăng liều FiO2 100% (thở máy) nồng độ oxy 45% trước khi hút khoảng 2 phút Nên nghỉ và đánh giá tình trạng NB trong quá trình hút, hay giữa các lần hút để can thiệp ngay khi cần	- Ngưng hút tạm thời - Tăng liều FiO2 100% (thở máy), nồng độ oxy 45% sau khi hút khoảng 3 phút
Tăng áp lực nội sọ đối với NB bị chấn thương đầu	Hạn chế hút 2 lần liên tiếp, hút liên tục	Ngưng hút Theo dõi tình trạng NB, báo BS diễn tiến của bệnh nếu xấu hơn, xử trí theo y lệnh

Tổn thương niêm mạc khí quản do độ sâu của ống hút hay áp lực hút	Xác định tốt chiều dài của ống hút cần đạt khi hút Khi đặt đến chiều dài xác định , nếu thấy vướng, nên rút ống ra khoảng 2cm trước khi tiến hành hút Tuân thủ áp lực hút, kiểm tra chính xác hoạt động của máy trước khi thực hiện	-Báo với BS điều trị khi hút ra có máu, người bệnh than đau, xử trí tiếp theo y lệnh và diễn tiến của bệnh
Người bệnh buồn nôn khi hút	Kiểm tra vị trí của ống hút không lạc vào thực quản	Rút ống ra, chờ NB hết buồn nôn, cho ống vào hút lại, thận trọng ống lạc vào thực quản, hướng dẫn NB (nếu được) hít thở vài nhịp, sau đó đưa ống hút vào ở thì hít vào (thanh quản mở, thực quản đóng)



Dụng cụ hút đàm

Tráng ống



BÀI 7: LẤY DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ -THỦ THUẬT HEIMLICH

Thủ thuật cấp cứu lấy dị vật ra khỏi đường thở

I. MỤC ĐÍCH

- Tăng áp lực đột ngột trong lồng ngực và đường thở để tống dị vật ra khỏi đường thở

II. CHỈ ĐỊNH

- Nạn nhân đột ngột tím tái, ho sặc do dị vật đường thở

III. BẢNG KIỂM THỦ THUẬT HEIMLICH

STT	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Báo giải thích nhanh, ngắn gọn với thân nhân
2	Kiểm tra ý thức của nạn nhân: gọi to, kích thích đau

	Vỗ vào lòng bàn chân ở trẻ < 1 tuổi
3	Kiểm tra hoạt động hô hấp của nạn nhân: quan sát lồng ngực, nghe và cảm nhận hơi thở .
4	Chọn lựa tư thế làm thủ thuật tùy theo tình trạng tri giác của nạn nhân - Nạn nhân tỉnh: thủ thuật Heimlich tư thế đứng - Nạn nhân hôn mê: thủ thuật Heimlich tư thế nằm
5	Thủ thuật Heimlich tư thế đứng: nạn nhân tỉnh
5.1	Thủ thuật vỗ lưng - Người lớn: Có thể sử dụng lưng ghế hỗ trợ, cho nạn nhân cúi người vào lưng ghế. CCV đứng phía sau dùng gót bàn tay vỗ vào giữa 2 bả vai của nạn nhân - Trẻ lớn: CCV ngồi vừa tầm với trẻ 1 chân quỳ 1 chân co, 1 tay vòng qua trước ngực, bàn tay giữ vai trẻ cho trẻ cúi người xuống tay của CCV, dùng gót bàn tay còn lại vỗ vào giữa 2 bả vai của trẻ 5 lần để tống dị vật - Trẻ nhỏ: CCV bế trẻ đặt dọc lên đùi hay cẳng tay, cho đầu trẻ thấp hơn thân, chụm bàn tay vỗ giữa 2 bả vai bé
5.2	Thủ thuật ép bụng - Người lớn, trẻ > 7 tuổi: CCV đứng sau lưng nạn nhân - Trẻ < 7 tuổi CCV quỳ 1 chân để lưng trẻ tựa vào gối ○ CCV xác định rốn của nạn nhân ○ Đặt bàn tay kia (nắm lại) ở giữa bụng trên rốn với ngón 1 hướng xuống rốn, bàn tay còn lại đặt lên trên nắm tay ○ Ép bụng theo chiều từ dưới lên, tạo lực ấn mạnh, nhanh theo hướng trước sau và từ dưới lên trên ○ Lặp lại 5 lần - Trẻ nhỏ : CCV bế lưng trẻ tựa thẳng vào ngực CCV ○ 1 tay xác định rốn của bé ○ Đặt cạnh bàn tay hay ngón tay của CCV giữa bụng trên rốn ○ Ép bụng theo chiều từ dưới lên 5 lần
6	- Thủ thuật Heimlich tư thế nằm: nạn nhân hôn mê - Đặt NN nằm ngửa trên mặt phẳng cứng, mặt nghiêng 1 bên

	- CCV ngồi ngang vùng chân của NN - Đặt bàn tay tạo thành nắm đấm, đặt vùng thượng vị dưới mũi kiếm x. ức, bàn tay còn lại chống lên trên - Tạo lực ấn mạnh, nhanh theo hướng từ dưới lên trên - Lặp lại 5 lần - Sau 1 chu kỳ mà không đáp ứng, cần phải kết hợp thổi ngạt bóp bóng trước khi tiếp tục làm thủ thuật Heimlich tiếp
7	- Nếu dị vật chưa ra thực hiện kết hợp thủ thuật vỗ lưng - ép bụng - Luân chuyển 5 lần vỗ lưng – 5 lần ép bụng cho dị vật rơi ra ngoài
8	- Kiểm tra lại hô hấp của NN: hồng hào, tự thở được, cho NN nằm nghỉ thoải mái - Nếu còn khó thở: lặp lại thủ thuật 5 lần tiếp
9	Ghi hồ sơ

IV. YÊU CẦU KỸ THUẬT

- Cấp cứu viên không nên mất nhiều thời gian để xác định tình trạng của nạn nhân
- Nhanh chóng thực hiện thủ thuật vì thời gian cứu sống nạn nhân được tính bằng giây

Thủ thuật Heimlich tư thế đứng: nạn nhân tỉnh



Ho sặc do dị vật đường thở



Vỗ lưng ở người lớn



Vỗ lưng ở trẻ lớn



Vỗ lưng ở trẻ nhỏ



Ép bụng ở người lớn, trẻ > 7 tuổi



Ép bụng ở trẻ < 7 tuổi



Ép bụng ở trẻ nhỏ

Thủ thuật Heimlich tư thế nằm: nạn nhân hôn mê



Đặt NN nằm ngửa trên mặt phẳng cứng,
mặt nghiêng 1 bên



Tạo lực ấn mạnh, nhanh theo
hướng từ dưới lên trên

BÀI 8: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÁN TIM NGOÀI LÒNG NGỰC VÀ THỜI NGẠT

I. MỤC ĐÍCH

- Tái lập lại nhịp đập tim, cung cấp oxy cho não nhanh nhất để cứu sống nạn nhân

II. CHỈ ĐỊNH

- Nạn nhân ngưng tim ngưng thở, thở ngáp cá

III. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

- Hồi sức cơ bản : áp dụng ngay khi phát hiện nạn nhân ngưng tim ngưng thở
- Khăn, vải , gạc sạch nếu có
- Mặt phẳng cứng : tấm ván, cánh cửa, mâm inox cỡ lớn, mặt đất, cang cứng
- Mask cỡ theo tuổi nếu có
- Phiếu chuyển

IV. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT XOA BÓP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC VÀ THỞ NGẠT

STT	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Nhận định nạn nhân: tiếp cận an toàn , thời gian kiểm tra < 10 giây
	- Kiểm tra ý thức của nạn nhân: gọi to, kích thích đau (véo da).
	- Kiểm tra hoạt động hô hấp của nạn nhân: quan sát lồng ngực, nghe và cảm nhận hơi thở
2	- Kiểm tra mạch trung tâm:
	- Người lớn, trẻ > 8 tuổi: mạch cổ hoặc bẹn.
	- Trẻ em < 1 tuổi: mạch cánh tay
3	Gọi người đến giúp hoặc gọi cấp cứu 115
4	Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng (mặt đất, ván, cứng)
5	Ép tim ngoài lồng ngực (C: Circulation): trên xương ức / vị trí theo tuổi
	Xác định vị trí ép tim:
	- Trẻ sơ sinh, trẻ < 1 tuổi : ngay dưới đường nối 2 vú
	- Trẻ 1-8 tuổi : trên chóp x. ức 1 khoát ngón tay
	- Trẻ > 8 tuổi : trên chóp x. ức 2 khoát ngón tay
6	- Người lớn : ½ dưới x. ức
	Phương pháp ấn
	- Trẻ sơ sinh, trẻ < 1 tuổi : ấn bằng 2 ngón tay
	- Trẻ 1-8 tuổi : ấn bằng 1 bàn tay cánh tay thẳng góc bàn tay
	- Trẻ > 8 tuổi : ấn bằng 2 bàn tay cánh tay thẳng góc bàn tay
	- Người lớn : ấn bằng 2 bàn tay cánh tay thẳng góc bàn tay
7	Lực ấn : ít nhất 1/ 3 đường kính trước sau ngực
	- Trẻ < 1 tuổi : sâu 2,5 - 4 cm
	- Trẻ 1-8 tuổi : sâu 3 - < 5 cm
	- Trẻ > 8 tuổi , người lớn: ấn sâu ít nhất 5 cm
	- Cho ngực nạn nhân trở lại vị trí ban đầu rồi ấn nhịp tiếp theo
8	Nhịp ấn
	- Trẻ < 8 tuổi : ấn 30 nhịp (1 CCV); 15 nhịp (2 CCV)
	- Trẻ > 8 tuổi , người lớn: Ấn 30 nhịp (1 hay 2 CCV)
	Khai thông đường hô hấp:
	- Nới rộng những vật dụng cản trở đường hô hấp nịt áo, thắt lưng
	- Dùng ngón tay (khăn, vải sạch, nếu có) móc dị vật trong miệng, họng nạn nhân (nếu có)
	- Để đầu nạn nhân ngửa trung gian (nếu không có tổn thương cột sống cổ).
9	Hô hấp nhân tạo miệng - miệng:
	- Một tay nâng cằm, mở miệng,
	- Một tay đẩy ngửa đầu nạn nhân ra phía sau, giữ trán, ngón trỏ và ngón cái đặt lên cánh mũi

	Hô hấp nhân tạo miệng- mũi - Một tay đẩy cằm làm kín miệng - Một tay đẩy ngửa đầu nạn nhân ra phía sau, giữ trán Bóp bóng qua mask: - Tay nâng cằm (ngón tay 3, 4 và 5 tạo hình chữ E) đẩy ngửa đầu nạn nhân ra phía sau vị trí trung gian. - Ngón tay 1 và 2 giữ mask hình chữ C ôm kín mũi miệng - Bóp bóng qua mask / 2 lần - o Trẻ < 1 tuổi: bóp 450 ml - o Trẻ nhỏ: bóp 650 ml - o Trẻ lớn : bóp 1500 ml Vừa bóp bóng vừa liếc mắt nhìn lồng ngực của nạn nhân.
7	Phối hợp nhịp nhàng ép tim ngoài lồng ngực với hô hấp nhân tạo theo tỉ lệ 30 – 2 hoặc 15- 2 tùy theo tuổi của nạn nhân và điều kiện cấp cứu có 1 hay 2 CCV
8	Đánh giá lại tình trạng của nạn nhân sau 2 phút: Kiểm tra mạch, nhịp thở
9	Giữ ấm nạn nhân, cho nạn nhân nằm tư thế thoải mái, mặt nghiêng một bên
11	Ghi phiếu chuyển

V. YÊU CẦU KỸ THUẬT

- Nhận định tình trạng nạn nhân không quá 10 giây
- Thực hiện theo ưu tiên CAB
 - ✓ C (circulation) Ấn tim
 - ✓ A (airway) Khai thông đường thở
 - ✓ B (breathing) Hỗ trợ hô hấp

Kỹ thuật ấn tim đạt các yêu cầu:

- Ấn trên xương ức, vị trí theo tuổi
 - ✓ Trẻ sơ sinh, trẻ < 1 tuổi : ngay dưới đường nối 2 vú
 - ✓ Trẻ 1-8 tuổi : trên chóp x. ức 1 khoát ngón tay
 - ✓ Trẻ > 8 tuổi : trên chóp x. ức 2 khoát ngón tay
 - ✓ Người lớn : ½ dưới x. ức

Phương pháp ấn

- ✓ Trẻ sơ sinh, trẻ < 1 tuổi : ấn bằng 2 ngón tay
- ✓ Trẻ 1-8 tuổi : ấn bằng 1 bàn tay cánh tay thẳng góc bàn tay
- ✓ Trẻ > 8 tuổi : ấn bằng 2 bàn tay cánh tay thẳng góc bàn tay
- ✓ Người lớn : ấn bằng 2 bàn tay cánh tay thẳng góc bàn tay

Lực ấn: ít nhất 1/ 3 đường kính trước sau ngực

- ✓ Trẻ < 1 tuổi : sâu 2,5 - 4 cm
- ✓ Trẻ 1-8 tuổi : sâu 3 - < 5 cm
- ✓ Trẻ > 8 tuổi , người lớn: ấn sâu ít nhất 5 cm

Kỹ thuật hỗ trợ hô hấp

- Khai thông đường thở trước khi hỗ trợ
- Hỗ trợ hô hấp nhân tạo miệng - miệng thường dùng nhất và khi miệng nạn nhân không có tổn thương. Hô hấp nhân tạo miệng - mũi khi miệng nạn nhân có tổn thương
- Khi thổi miệng của cấp cứu viên phải trùm kín miệng hay mũi của nạn nhân , nếu dùng mask phải ôm kín miệng , mũi của nạn nhân để đạt hiệu quả lồng ngực nạn nhân nâng lên
- Luôn quan sát lồng ngực của nạn nhân khi thổi hay bóp bóng

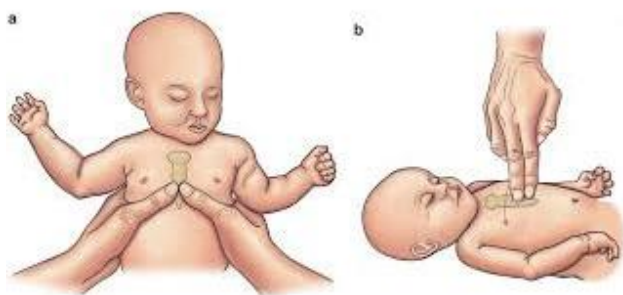
Phối hợp ấn tim và hỗ trợ hô hấp theo tỷ lệ

- Đối với người lớn theo tỉ lệ 30 – 2 có 1 hay 2 CCV
- Đối với trẻ :
 - ✓ theo tỉ lệ 30 - 2 có 1 CCV
 - ✓ theo tỉ lệ 15 - 2 có 2 CCV
- Phối hợp nhịp nhàng ép tim ngoài lồng ngực với hô hấp nhân tạo và thực hiện liên tục

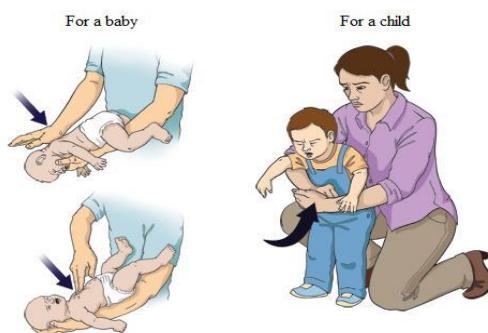
Phiếu chuyển

- Họ tên nạn nhân, năm sinh, giới
- Địa chỉ
- Tình trạng nạn nhân trước cấp cứu, thời gian phát hiện
- Phương pháp cấp cứu, xử trí khác nếu có
- Tình trạng nạn nhân sau cấp cứu , yêu cầu cần theo dõi và xử trí tiếp theo
- Thời gian bắt đầu và kết thúc cấp cứu
- Tên người cấp cứu viên

CPR ở trẻ em



Ấn tim



Khai thông đường thở ở trẻ sơ sinh
và trẻ nhỏ



Thổi ngạt



Thổi ngạt kết hợp ép tim

CPR ở người lớn



Ấn tim



Khai thông đường thở



Thổi ngạt



Ép tim kết hợp thổi ngạt

BÀI 9: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI XƯƠNG GỠ

I. MỤC ĐÍCH

Bất động vùng xương gãy hay nghi ngờ gãy xương là hạn chế cử động với mục đích

- Tránh di lệch thêm, di lệch xa
- Giảm đau, giảm phù nề vùng tổn thương
- Che chở tổn thương tránh nhiễm trùng
- Băng bó cầm máu tạm thời

- Hạn chế tổn thương thêm mạch máu thần kinh có thể gây choáng do mất máu , tình trạng chấn thương nặng hơn như gãy kín thành gãy hở

II. CHỈ ĐỊNH

Những trường hợp gãy xương hoặc nghi ngờ gãy xương
Nạn nhân bị gãy kín và gãy hở xương

III. NHẬN ĐỊNH

- Tình trạng hiện tại của NB: tổng trạng, tri giác, da niêm, sinh hiệu, mức độ đau, tâm lý.
- Tình trạng hô hấp, tuần hoàn.
- Vị trí, mức độ gãy, tình trạng chi gãy (biến dạng, tê, phù, mất mạch, mất cảm giác)
- Vết thương (có hay không): Vị trí (chú ý vết thương thông với ổ gãy) , mức độ tổn thương mô (kích cỡ và độ sâu) , đang chảy máu (lượng máu mất).

IV. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Nẹp: đảm bảo đủ dài, rộng và dày phù hợp với chi gãy (nẹp gỗ, nẹp Cramer, nẹp máng Beckel, nẹp Plastic, nẹp hơi,...)
2	Gạc , khăn nhỏ, vải sạch (chêm lót)
3	Băng thun có chiều rộng khoảng 5 -10 cm
4	Băng cuộn (nếu cần)
5	Khăn tam giác , Đai đeo tay, dây vải
6	Dây buộc bản rộng (5cm)
7	Kim băng, hay kim móc, băng keo

V. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI XƯƠNG GỖY

STT	NỘI DUNG
1	Xác nhận đúng NB
	Kiểm tra chỉ định trong HSBA, phiếu khám cấp cứu
	Chào hỏi NB, tự giới thiệu: họ tên, nhiệm vụ
	Xác định đúng NB: họ tên, năm sinh, địa chỉ, số hồ sơ.
	Thông báo mục đích của công việc

2	Chuẩn bị NB: tâm lý và tư thế
	Trấn an NB: Thông tin cho NB/NN biết việc sắp làm, từng bước kỹ thuật và những khó chịu mà người bệnh có thể gặp
	Hướng dẫn NB/NN: hợp tác giữ đúng tư thế cơ năng trong khi cố định.
	Cho NB ngồi hoặc nằm tư thế thích hợp, an toàn
	Bộc lộ chi cần bất động.
4	Thực hiện kỹ thuật
	Vệ sinh tay
	Có vết thương: Chăm sóc và băng bó vết thương
	Đang chảy máu: băng cầm máu tùy mức độ tổn thương
	Cố định vùng gãy:
	4.1 Gãy xương sườn
	• Băng băng thun dính to bản Dùng băng thun dính to bản cố định xương sườn gãy bằng cách dán từ khớp ức sườn đến khớp sống sườn bên tổn thương.
	• Băng 1 nẹp và 3 băng vải ✓ Đặt 1 nẹp dài từ nách đến thắt lưng bên lành ✓ Dùng 3 băng vải rộng bản (10cm) xếp lợp ngói vùng tổn thương. Cột nút đẹp lên nẹp (hướng dẫn NB thở ra khi cột)
	4.2 Gãy xương đòn và xương bả vai
	• Băng băng thun rộng bản 10-12cm ✓ Hướng dẫn NB chống 2 tay lên hông hoặc ra sau, uốn ngực ra trước ✓ Dùng băng thun băng cố định 2 xương đòn bắt chéo sau lưng như kiểu hình số ∞. • Nẹp hình chữ T ✓ Đặt cạnh ngang chữ T ngang vai, cạnh dọc chữ T theo cột sống đến thắt lưng ✓ Dùng 3 dây vải cột các vị trí: 2 đầu cạnh ngang của nẹp, 1 dây vòng ngang qua eo NB
	4.3 Gãy xương cánh tay
	Hướng dẫn NB ngồi, tay lành đỡ lấy tay đau Đặt cánh tay đau sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay.
	• Băng 2 nẹp ✓ Đặt 2 nẹp, nẹp trong từ hố nách đến nếp khuỷu tay, nẹp ngoài từ quá bả vai đến quá khớp khuỷu. ✓ Cố định : Buộc cố định nẹp ở dưới và trên ổ gãy, băng nút đẹp mặt ngoài nẹp ✓ Dùng khăn tam giác hoặc mang đai đỡ cẳng tay trước ngực, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay, bàn tay úp vào thân ✓ Dùng băng bản rộng băng ép cánh tay vào thân mình. Thắt nút đẹp phía trước nách bên lành.

- Băng 2 khăn tam giác
 - ✓ Dùng khăn tam giác hoặc mang đai đỡ cẳng tay trước ngực, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay, bàn tay úp vào thân.
 - ✓ Dùng băng bản rộng băng ép cánh tay vào thân mình. Thắt nút phía trước nách bên lành.

4.2 Gãy xương cẳng tay:

Hướng dẫn người bệnh tay lành đỡ lấy tay đau

Đặt tay ở tư thế cơ năng

Trường hợp khớp khuỷu tay co được: để cánh tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay. Lòng bàn tay úp vào thân.

- Băng 2 nẹp:
 - ✓ Nẹp trong từ lòng bàn tay đến nẹp khuỷu tay, nẹp ngoài từ đầu các ngón tay đến quá khuỷu hoặc dùng nẹp Cramer tạo góc 90° đỡ cả xương cẳng tay và cánh tay.
 - ✓ Dùng ba dây rộng bản buộc cố định nẹp: thân cẳng tay (trên, dưới ổ gãy), bàn tay (chứa ngón 1) bằng nút đẹp mặt ngoài nẹp
 - ✓ Dùng khăn tam giác hoặc mang đai đỡ cẳng tay treo trước ngực. (bàn tay cao hơn khuỷu)

Trường hợp khớp khuỷu tay không co được: Để cánh tay thẳng, lòng bàn tay ngửa. (nghi ngờ tổn thương khớp khuỷu)

- Băng 1 nẹp : từ giữa xương cánh tay đến đầu các ngón tay
 - ✓ Đặt nẹp bên dưới tay tổn thương
 - ✓ Dùng 4dây cột : dưới trên ổ gãy, trên khuỷu (đầu trên nẹp),lòng bàn tay (chứa ngón 1)

4.3 Gãy xương cổ bàn tay

Hướng dẫn NB ngồi, tay lành đỡ lấy tay đau

Đặt tay ở tư thế cơ năng: để cánh tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay. Lòng bàn tay úp xuống dưới.

- Băng 2 nẹp:
 - ✓ Đặt 1 nẹp dưới từ đốt một của bàn tay đến giữa cẳng tay
 - ✓ Đặt 1 nẹp trên từ đốt một của bàn tay đến giữa cẳng tay
 - ✓ Dùng ba dây rộng bản buộc cố định nẹp: dưới, trên ổ gãy, đầu nẹp, khi buộc ở bàn tay (chứa ngón 1). Thắt bằng nút đẹp mặt trên của nẹp
 - ✓ Dùng khăn tam giác hoặc mang đai đỡ cẳng tay treo trước ngực. (bàn tay cao hơn khuỷu)

4.4 Gãy xương đùi

Tư thế chân dạng ngoài 1 góc khoảng 30°

- Người thứ 1: Luồn tay đỡ đùi ở phía trên và phía dưới ổ gãy.

	• Người thứ 2: Đỡ gót chân và giữ bàn chân ở tư thế luôn vuông góc với cẳng chân. • Người thứ 3: Đặt 3 nẹp ✓ Nẹp ngoài từ hõm nách đến quá gót chân ✓ Nẹp dưới từ thắt lưng đến quá gót chân ✓ Nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân ✓ Dùng dải dây rộng bản để buộc cố định nẹp ở các vị trí: dưới ổ gầy, trên ổ gầy, cổ chân, bàn chân thẳng góc cổ chân, dưới gối, ngang hông, ngang ngực. 4.5 Gãy xương cẳng chân: cần hai nẹp dài bằng nhau • Người thứ 1: Đỡ phía trên và dưới ổ gầy • Người thứ 2: Đỡ gót chân, cổ chân và kéo nhẹ theo trục của chi, kéo liên tục bằng một lực không đổi. • Người thứ 3: Đặt nẹp ✓ Dùng hai nẹp gỗ: nẹp trong từ giữa đùi đến quá gót và nẹp ngoài từ giữa đùi đến quá gót. ✓ Hoặc đặt nẹp Cramer tạo góc 90° đỡ bàn chân và cẳng chân. ✓ Sau khi đặt nẹp : người thứ 1 đỡ nẹp và cẳng chân phía trên và dưới ổ gầy ✓ Cố định: Buộc dây cố định nẹp bằng nút đẹp mặt ngoài nẹp ở các vị trí: dưới ổ gầy, trên ổ gầy, đầu trên nẹp và bằng số 8 giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân. 4.8 Gãy xương bánh chè • Người thứ 1: Đỡ phía trên và dưới ổ gầy • Người thứ 2: Đặt nẹp ✓ Dùng 1 nẹp dài từ giữa đùi đến gót chân , bên dưới chi gầy ✓ Đặt cuộn băng hay khăn cuộn tròn bên dưới gối , để gối hơi co góc khoảng 15- 30° ✓ Cố định: băng 4 dây rộng bản: ✓ Dưới gối, trên gối, 2 đầu nẹp 4.9 Gãy xương cổ chân, bàn chân • Người thứ 1: 1 tay đặt dưới cổ chân , 1 tay giữ bàn chân (đỡ phía trên và dưới ổ gầy) • Người thứ 2: Đặt nẹp ✓ Dùng nẹp Cramer tạo góc 90° đỡ bàn chân và cẳng chân. ✓ 1 nẹp chữ U, dây chữ U đặt ở lòng bàn chân Cố định : dây vải, băng cuộn Dưới, trên vùng gầy, đầu trên nẹp, bàn chân vào nẹp Kiểm tra tuần hoàn: Quan sát màu sắc da niêm ở đầu chi, cử động đầu ngón chi bên dưới vùng cố định. Hỏi NB về cảm nhận đau buốt hay tê vùng đầu chi được băng? Báo cho NB biết việc đã xong, chuẩn bị NB lại tư thế tiện nghi Thu dọn dụng cụ và phân loại chất thải đúng theo quy định. Vệ sinh tay
--	--

5	Ghi hồ sơ
	Ngày thực hiện kỹ thuật
	Tình trạng NB trước và sau cố định
	Tình trạng vết thương hoặc vùng bị tổn thương sau khi cố định.
	Tình trạng tuần hoàn chi.
	Ghi nhận phản ứng, những bất thường trên NB (nếu có) và cách xử trí.
	Họ và tên ĐD thực hiện

VI. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ- TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Tổn thương thêm do di chuyển, nâng đỡ không đúng cách	Đánh giá sức nặng của chi tổn thương của nạn nhân Kêu gọi và hướng dẫn người nâng đỡ Tay người nâng đỡ: luôn bên dưới chi tổn thương ,phía trên và dưới ổ gãy , tuyệt đối không nhắc chi lên ngay vị trí ổ gãy Sau khi đặt nẹp, người nâng đỡ nâng chi kèm với nẹp
Chảy máu	Xử trí bằng cầm máu tùy theo loại tổn thương mạch máu (băng nén, băng ép, ga-rô) trước khi cố định xương gãy
Nhiễm trùng da gần ổ gãy, nhiễm trùng ổ gãy	- Chăm sóc da, rửa vết thương (nếu được) trong điều kiện và phương tiện có sẵn càng vô khuẩn càng tốt - Băng che chở trước khi cố định - Gãy xương hở có thời đầu xương: ○ Tuyệt đối không ấn đầu xương vào ổ gãy ○ Chêm lót phần thời , băng che chở
Gãy có kèm tổn thương khớp	- Không kéo nắn , trước khi cố định - Bất động theo tư thế gãy

VII. YÊU CẦU KỸ THUẬT

1. Nâng đỡ

- Khi nâng đỡ vùng tổn thương cần phải nâng đỡ trọn khối, tốt nhất cần hướng dẫn người hỗ trợ và chú ý:
- ✓ Nâng trên và dưới vùng gãy, không nâng ngay tại ổ gãy
- ✓ Nâng đồng bộ , chia sức tùy theo sức nặng của NB và khả năng của người nâng
- ✓ Tất cả người hỗ trợ phải tuân thủ theo hướng dẫn của người cấp cứu viên
- ✓ Đặt chi ở tư thế cơ năng trước khi cố định nẹp

2. Cố định

- Chọn nẹp đủ dài quá 1 khớp trên và dưới ổ gãy , đủ rộng và chắc để nâng đỡ được chi
- Trường hợp không có nẹp thì dùng chi lành hay thân người để làm trụ và cố định
- Dùng dây rộng bản ít nhất 5cm để cột cố định , tránh xiết chặt làm tổn thương da
- Khi cố định ưu tiên vị trí bên dưới ổ gãy, trên ổ gãy trước , còn lại là các đầu nẹp
- Các nút cột của dây cố định đặt trên cạnh nẹp, nên dùng nút đẹp để tránh gây đè cán.
- Chêm lót những vùng đè cán trước khi nẹp cố định
- Tổn thương tại khớp , cố định theo tư thế gãy, không chỉnh sửa kéo nắn sẽ gây tổn thương thêm

3. Chăm sóc

- Giải thích , trấn an động viên người bệnh hợp tác
- Trường hợp nạn nhân có vết thương kèm theo, phải cầm máu , chăm sóc vết thương trước khi cố định
- Chung ngừa SAT nếu cần
- Chuyển viện và xử trí tiếp theo tùy theo tình trạng của người bệnh và loại tổn thương

VIII. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

Khi bị chấn thương có liên quan đến vận động thấy đau, khó khăn thì nạn nhân nên thực hiện:

1. Hạn chế vận động

Chi trên:

- Dùng tay lạnh đỡ lấy tay đau, đặt bàn tay cao hơn khuỷu để giảm sưng , dùng dây rộng bản nâng tay cột qua cổ, hay cho tay vào nút áo sơ mi

Chi dưới

- Cột chi đau với chi bên lành , tránh không cột ngay tại chỗ đau nhất

2. Che chở vết thương

- Nếu có rách da chảy máu , dùng khăn , vải sạch băng ép cầm máu trước
- Không thăm dò vùng gãy hay nơi có vết thương

3. Đến cơ sở y tế gần và sớm

- Tự di chuyển hay nhờ người hỗ trợ đến cơ sở y tế xử trí tiếp

Sau khi cố định tại cơ sở y tế

- Không tự ý tháo bỏ nẹp, nếu thấy các đầu ngón tay chân, tím tái, tê , báo ngay với nhân viên cấp cứu
- Tuân thủ theo hướng dẫn của người cấp cứu



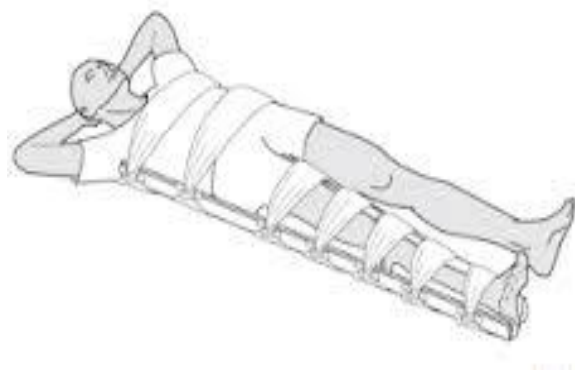
Cố định gãy xương đòn bằng băng thun



Cố định gãy xương cẳng tay bằng nẹp gỗ



Cố định gãy xương cánh tay



Cố định gãy xương đùi



Cố định gãy xương cẳng chân

BÀI 10: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG PHỤ GIÚP BÁC SĨ CHỌC DÒ NÃO TỦY

Chọc dò tủy sống là một thủ thuật lấy dịch ra từ khoang dưới nhện và màng não bằng một kim đặc biệt có nòng nhỏ được đưa xuyên qua da, mô dây chằng cột sống vào trong ống tủy sống.

I. MỤC ĐÍCH:

- Để chẩn đoán các trường hợp có hội chứng màng não, các bệnh ký sinh kinh.
- Để gây tê tủy sống.
- Để điều trị:
 - Bơm thuốc vào khoang dưới nhện để điều trị.
 - Bơm các chất cản quang hoặc bơm hơi để chụp tủy sống đồ.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Chẩn đoán nguyên nhân viêm màng não, các trường hợp xuất huyết dưới nhện, xuất huyết não- màng não, chèn ép tủy như đa u tủy, các bệnh lý thần kinh khác.
- Chẩn đoán bệnh lý não do gan.
- Theo dõi kết quả điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh nhân không đồng ý hoặc không hợp tác thực hiện thủ thuật.
- Giải phẫu học của bệnh nhân không cho phép xác định vị trí thích hợp để chọc dò tủy sống.
- Tăng áp lực nội sọ do khối u nội sọ chèn ép hoặc do tắc dẫn lưu của hệ não thất. Trong các trường hợp này có thể chọc dò bằng kim nhỏ.
- Chèn ép hoàn toàn vùng dưới nhện của tủy sống.
- Nghi ngờ khối u tủy.
- Rối loạn đông máu.
- Nhiễm trùng tại nơi chọc dò.
- Thủ thuật viên không có tay nghề chuyên môn.

IV. NHẬN ĐỊNH

- Tổng trạng hiện tại của NB: tri giác, da niêm, kết quả dấu sinh hiệu, tâm lý
- Tiền sử dị ứng.

V. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Dụng cụ vô khuẩn: - 01 kim chọc dò não tủy số 18- 20 G - 01 kim 22- 24 G - 01 ống tiêm 5 ml - Ống nối chạc ba có khóa điều chỉnh. - Thuốc tê Lidocain 2%. - 01 khăn có lỗ - 01 đôi găng tay vô khuẩn - Băng cố định có gạc vô khuẩn - 03- 04 Lọ vô khuẩn chứa dịch não tủy

2	Dụng cụ khác: - Dung dịch sát khuẩn da. - Dung dịch sát khuẩn - Giấy lót, tấm nylon - Bình phong - Phiếu chỉ định xét nghiệm - Tã phù hợp theo tuổi
---	---

VI. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT

STT	NỘI DUNG
1	Xác nhận đúng NB, Nhận định
	Kiểm tra chỉ định trong HSBA và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
	Chào hỏi NB, tự giới thiệu: họ tên, nhiệm vụ Thông báo mục đích của công việc.
	Xác định đúng NB: họ tên, năm sinh, địa chỉ, số hồ sơ.
	Nhận định tình trạng hiện tại của NB (xem nội dung nhận định)
2	Chuẩn bị NB
	Tâm lý: Giải thích cho NB về ích lợi của kỹ thuật và những khó khăn mà NB có thể gặp: đau, chảy máu,...
	Hướng dẫn NB đi tiêu tiểu
	Che bình phong giữ kín đáo NB
	Mặc tã cho NB
	Tư thế: HD người bệnh nằm nghiêng, gập đầu vào ngực, co 2 đầu gối sát bụng, căng chân sát đùi, hai tay ôm đầu gối, lưng cong tối đa tạo thành “tư thế lưng tôm”.
	Trải tấm lót và bộc lộ vùng chọc dịch
	Làm sạch da vùng thắt lưng bằng nước sạch và lau khô (nếu dơ).
3	Thực hiện kỹ thuật
	Vệ sinh tay
	ĐD mở gói dụng cụ vô khuẩn và thêm vào ống tiêm kim 24 , khăn có lỗ, kim chọc dò
	ĐD rót dung dịch KK vào chén chung, chuẩn bị găng vô khuẩn, chuẩn bị thuốc tê, hỗ trợ BS rút thuốc tê
	Bác sĩ tiến hành sát khuẩn da, gây tê và chọc dịch tại vị trí khe sống L4 – L5 hoặc khe L5 – S1.
	ĐD giữ tư thế NB
	ĐD hỗ trợ BS lấy dịch vào ống nghiệm
	Dùng băng cố định có gạc vô khuẩn dán vị trí chọc dịch sau khi kết thúc thủ thuật.
	Thông báo cho NB biết công việc đã thực hiện xong.

	Dẫn dò NB/ NN: - Nằm ngửa, đầu bằng nghỉ tuyệt đối tại giường trong vòng 6 giờ đầu. - Báo ngay cho ĐD khi có dấu hiệu bất thường: đau đầu, đau lưng, chảy máu,...
	Đo lại dấu sinh hiệu
	Mang găng, thu dọn dụng cụ, phân loại chất thải đúng theo quy định.
	Tháo găng, vệ sinh tay.
	Gửi mẫu xét nghiệm dịch não tủy kèm theo chỉ định
4	Ghi hồ sơ
	Ngày, giờ thực hiện thủ thuật
	Tình trạng NB trước, trong và sau khi thực hiện
	Ghi nhận phản ứng, bất thường trên NB (nếu có) và cách xử trí.
	Ghi nhận dấu sinh hiệu của NB vào phiếu chức năng sống.
	Họ tên BS thực hiện, ĐD hỗ trợ.

VII. YÊU CẦU KỸ THUẬT

- Thực hiện kỹ thuật vô khuẩn hoàn toàn
- ĐD hướng dẫn và giữ tư thế người bệnh đúng để BS chọc kim chính xác và an toàn
- Theo dõi sát NB về DSH, tư thế, vị trí chọc dò trong 24 giờ tiếp theo để tránh các biến chứng cấp có thể xảy ra

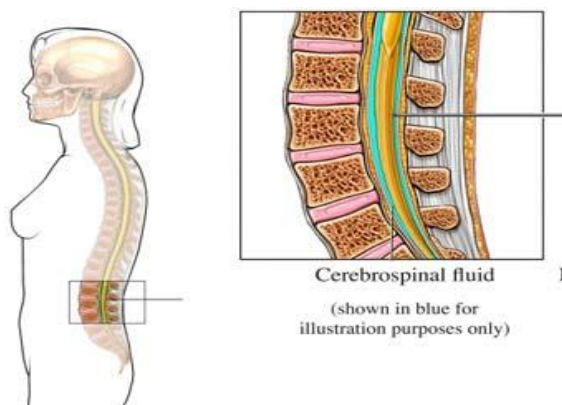
VIII. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Giải thích mục đích và ích lợi của kỹ thuật để người bệnh hợp tác tốt trong quá trình thực hiện
- Vận động sau khi chọc dò
 - o NB phải nằm nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường
 - o Tư thế : nằm ngửa đầu bằng không gối trong 6 giờ đầu sau khi chọc dò
 - o Mọi hoạt động ăn uống và tiêu tiểu phải được thực hiện tại giường trong tư thế nằm để tránh biến chứng tụt não sau chọc dò tủy sống.

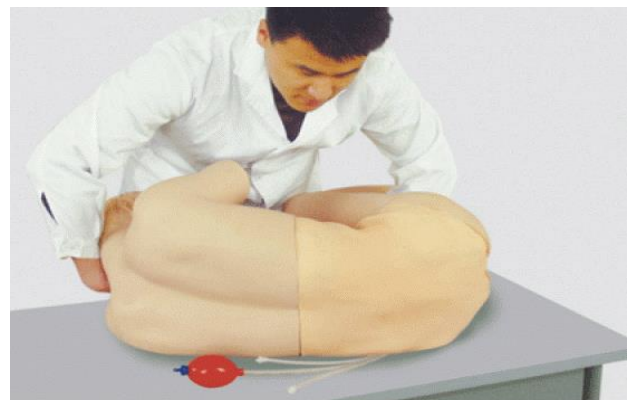
IX. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ	NGUYÊN NHÂN	XỬ TRÍ
Đau nơi chọc dò	do chạm vào rễ thần	Theo dõi đánh giá thang

	kinh, do chạm vào xương	điểm đau Báo BS , nếu không giảm Thực hiện thuốc giảm đau theo y lệnh.
Chọc dò chảy máu	do chạm mạch máu	Dùng gạc thấm băng ép
Mạch tăng, HA tụt	do đau, do sợ hãi	Theo dõi dấu sinh hiệu , trấn an NB Thực hiện thở oxy, giảm đau theo y lệnh
Dò dịch não tủy ra da sau khi rút kim	thường do kim có nòng lớn	Băng ép.
Nhiễm trùng nơi chọc dò	do kỹ thuật không vô trùng	Theo dõi vị trí chọc dò Báo BS, thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh
Tụt hạnh nhân tiểu não là biến chứng nặng nề dẫn đến tử vong.	lấy lượng dịch nhiều tư thế NB sai sau khi chọc	Theo dõi tư thế NB sau khi chọc Báo BS thực hiện thở oxy, chăm sóc NB thở máy



Vị trí chọc dò tủy sống



Chuẩn bị tư thế NB trước chọc dò



Dụng cụ của kỹ thuật



Sát khuẩn vị trí chọc dò



Tiếp liệu dụng cụ



ĐD giữ tư thế NB để BS chọc dò

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David A.G. et al (2001), “Neurological investigation”, Clinical neurology, pp. 299-311.
2. Quang văn Trí, Ngô thanh Bình (2006), “Chọc dò tủy sống”, Một số thủ thuật trong Lao và bệnh Phổi”, Trường Đại học Y Dược TP. HCM, Nhà xuất bản Y học, tr. 208-219

BÀI 11: QUY TRÌNH PHỤ GIÚP BÁC SĨ CHỌC DỊCH MÀNG BỤNG

I. MỤC ĐÍCH - CHỈ ĐỊNH

Chọc hút dịch màng bụng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị

Chẩn đoán: chọc dịch xét nghiệm tìm nguyên nhân

- Chẩn đoán xác định có tràn dịch màng bụng.

- Chẩn đoán nguyên nhân: dựa vào tính chất vật lý, xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi sinh vật dịch màng bụng.

Điều trị: chọc tháo – giải áp

- Hút dịch điều trị các triệu chứng do tràn dịch màng bụng gây ra đau -tức bụng.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối. Cân nhắc giữa lợi ích chọc dịch và các tai biến trong các trường hợp sau:

- ✓ Rối loạn đông máu, chảy máu
- ✓ Bệnh lý tim mạch: loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim...
- ✓ Bệnh nhân quá sợ hãi.

III. NHẬN ĐỊNH

- Tổng trạng bệnh: tỉnh, tiếp xúc được? , cân nặng
- Dấu sinh hiệu
- Tiền sử dị ứng: thuốc tê
- Tình trạng bụng: báng toàn bụng hay khu trú, có sẹo trên da bụng
- Kết quả siêu âm bụng
- Tình trạng vệ sinh da của vị trí chọc dịch
- Hỏi BS vị trí và mục đích chọc dịch
- **Vị trí:**
 - ✓ Thường dùng: đường nối 1/3 ngoài và 2/3 trong trên đường nối rốn và gai chậu trước trên 2 bên
 - ✓ Vị trí khác: điểm trên đường giữa bụng và dưới rốn 2cm (chú ý bàng quang không căng)
- Nếu NB có sẹo mổ bụng nhiều lần, béo phì, báng bụng khu trú, cần có hướng dẫn của siêu âm

IV. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Dụng cụ vô khuẩn - 01 kim chọc dò phù hợp - 01 ống tiêm 3 – 5 ml - 01 ống tiêm 10 – 20 ml - 01 khăn có lỗ - 03 ống nghiệm

	- Găng tay vô khuẩn - Khăn có lỗ - Thuốc tê : Lidocaine 2% 2- 3 ống - Tăm bông, hoặc bình kèm sát trùng da- gòn vô khuẩn - Chén chung chứa DDSK da - Dây dịch truyền, bình chứa dịch , (nếu chọc tháo: tốt nhất là bình hút chân không, hoặc ống tiêm 50ml, khóa 3 nhánh)
2	Dụng cụ khác - Hộp xử trí phản vệ - Dung dịch sát khuẩn tay - Băng dán cố định, băng keo cá nhân - Găng tay sạch - Tăm lót, tấm nylon - Bình phong - Phiếu chỉ định xét nghiệm

V. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT

STT	NỘI DUNG
1	Xác nhận đúng NB, Nhận định
	Kiểm tra chỉ định trong HSBA và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.
	Chào hỏi NB, tự giới thiệu: họ tên, nhiệm vụ
	Thông báo mục đích của công việc.
	Xác định đúng NB: họ tên, năm sinh, địa chỉ, mã số NB
2	Nhận định tình trạng hiện tại của NB (xem nội dung nhận định)
	Chuẩn bị NB
	Tâm lý: Giải thích cho NB về ích lợi của kỹ thuật và những khó khăn mà NB có thể gặp: đau, chảy máu,...
	Hướng dẫn NB đi tiêu
	Che bình phong giữ kín đáo NB
	Tư thế: Nằm ngửa đầu cao khoảng 15 – 30 ⁰ , hai tay đưa lên đầu, bên chọc sát bờ giường, (những NB có ít dịch ổ bụng có thể nằm nghiêng).
3	Trải tấm nylon ngay dưới vị trí chọc dịch.
	Thực hiện kỹ thuật
	Vệ sinh tay
	Mở mâm dụng cụ vô khuẩn, xé bao ống tiêm và kim, cho ống tiêm và kim vào mâm.
	Đặt thùng chứa dịch vào túi nylon đựng rác y tế (nếu chọc tháo), lọ xét nghiệm (nếu chọc dò xét nghiệm) ở vị trí thuận tiện
	Mang găng tay sạch

	BS xác định vị trí chọc dò tùy theo mục đích
	Tiến hành vệ sinh vùng da dự định chọc dò.
	Xé bao găng vô khuẩn , BS mang găng vô khuẩn
	BS tiến hành sát khuẩn da vùng chọc rộng từ trong ra ngoài bằng cồn iode, betadine 10%
	ĐD chuẩn bị thuốc tê , cầm ống thuốc để BS rút thuốc
	BS tiêm thuốc tê vùng chọc dịch
	BS thực hiện thủ thuật chọc kim.
	ĐD chuẩn bị, gắn dây dịch truyền vào đốc kim để lấy dịch màng bụng xét nghiệm (hay tháo dịch)
	Theo dõi dịch chảy ra, đủ số lượng dịch cần xét nghiệm (hay tháo). ĐD cầm ống nghiệm, để BS bơm dịch xét nghiệm theo chỉ định
	Dùng băng keo cố định (nếu lưu kim) hoặc băng ép vị trí đâm kim bằng gạc (nếu rút kim).
	Báo cho NB biết việc đã xong, cho NB nằm tư thế tiện nghi.
	Dặn dò NB nằm nghỉ tuyệt đối tại giường trong vòng 2 giờ đầu và báo ngay cho ĐD khi có các dấu hiệu bất thường.
	Đo lại DSH và ghi nhận vào hồ sơ, báo ngay BS khi có thay đổi bất thường
	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác thải đúng quy định
	Tháo găng, rửa tay
4	Gửi mẫu xét nghiệm kèm theo chỉ định nếu có
5	Ghi hồ sơ : Phiếu chăm sóc
	Ngày, giờ thực hiện thủ thuật
	Tình trạng NB trước, trong và sau khi chọc dò
	Ghi nhận những bất thường (nếu có) và cách xử trí.
	Số lượng, màu sắc và tính chất dịch chảy ra.
	Sinh hiệu NB vào phiếu chức năng sống
	Họ tên ĐD thực hiện.

VI. YÊU CẦU KỸ THUẬT

- ĐD hiểu rõ mục đích của chọc dịch để soạn dụng cụ phù hợp
 - Đảm bảo kỹ thuật tránh bội nhiễm cho người bệnh
 - Vị trí chọc: da lành lặn, không nhiễm, không khối máu tụ, không mạch máu lớn bên dưới. Nên đánh dấu trước khi chọc và gõ xác định tiếng đục
- Nếu chọc vùng X. mu nên cho NB đi tiểu trước hay thông tiểu (BN không tự tiểu được)
- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa đầu cao 15 phút trước khi chọc
 - Mẫu bệnh phẩm:

- ✓ Chỉ định xét nghiệm thường dùng: 1 ống tế bào, 1 ống sinh hóa, 1 ống cấy
- ✓ Lượng dịch rút khoảng 50ml
- Ống nghiệm ghi rõ họ tên, tuổi , Mã số BN, khoa phòng
- Theo dõi sát lượng dịch tháo, không rút quá nhiều cùng 1 thời điểm
- Theo dõi tình trạng bụng, DSH của người bệnh , báo ngay với BS điều trị khi có dấu hiệu bất thường, xử trí kịp thời tránh nguy cơ không an toàn cho người bệnh
- Về hồ sơ liên quan
 - ✓ Kiểm tra đủ thủ tục cam kết, chỉ định của người điều trị trước khi thực hiện
 - ✓ Ghi chép vào phiếu chăm sóc:
 - Ngày giờ thực hiện hỗ trợ chọc dịch màng bụng
 - Mục đích chọc dịch, họ tên Bs chỉ định
 - Lượng dịch, tính chất màu sắc
 - Thời gian tháo dịch trong bao lâu
 - Số lượng ống nghiệm và chỉ định gửi xét nghiệm
 - Cỡ kim sử dụng chọc dò
 - Tình trạng bụng, dấu hiệu bất thường và cách xử trí nếu có trong và sau khi thực hiện
 - Tên ĐD và BS thực hiện
 - ✓ Phiếu chức năng sống: kết quả DSH trước và sau khi chọc
 - ✓ Phiếu công khai thuốc và vật tư tiêu hao
 - Tên hàm lượng, liều thuốc tê đã dùng
 - Ngày giờ tiêm
 - Số lượng VTTH liên quan đến kỹ thuật
 - Tên BS thực hiện
 - Tên NB/ NN xác nhận

VII. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Giải thích cho người bệnh hiểu rõ mục đích chọc dịch để xét nghiệm chẩn đoán hay tháo dịch để điều trị, qua đó NB hợp tác tốt trong quá trình thực hiện và theo dõi
- Tư thế người bệnh:
 - ✓ Trước và trong khi chọc: nằm ngửa đầu cao, giúp dịch tụ về vùng thấp
 - ✓ Sau khi chọc: nằm ngửa đầu hơi cao nghỉ ngơi tại giường, trường hợp tháo dịch nhiều cần nằm ngửa đầu bằng nghỉ ngơi tại giường trong nhiều giờ
- Theo dõi vị trí chọc dò và dấu hiệu khác thường: (chảy máu, đau, sưng, chảy dịch, mệt khó thở ...) cần báo ngay với nhân viên y tế xử trí

VIII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ	NGUYÊN NHÂN	XỬ TRÍ
Tại chỗ		
Máu tụ thành bụng nơi chọc dò	do chạm mạch máu	Dùng gạc thấm băng ép tạm thời, theo dõi tiếp nếu không ngưng chảy máu, báo BS, xử trí tiếp theo y lệnh
Rỉ dịch màng bụng ra da sau khi rút kim	thường do kim có nòng lớn	Băng ép.
Nhiễm trùng nơi chọc dò	do kỹ thuật không vô trùng	Theo dõi vị trí chọc dò Báo BS, thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh
Trong ổ bụng		
Thủng tạng rỗng	do kim chọc quá sâu	Theo dõi dấu hiệu viêm phúc mạc. Báo BS xử trí, chuẩn bị mổ cấp
Xuất huyết nội	do kim chạm mạch máu, tạng đặc	Theo dõi dấu hiệu mạch tăng, HA tụt, thở khó, tình trạng bụng căng chướng diễn tiến viêm phúc mạc Báo ngay BS, chuẩn bị hồi sức và mổ cấp cứu

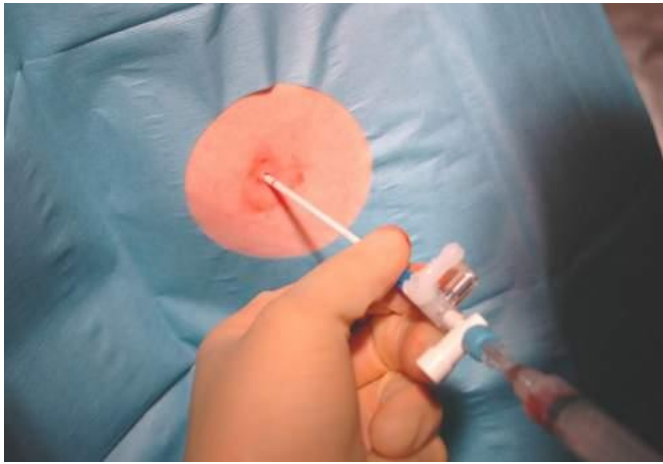
Nhiễm trùng dịch báng	do kỹ thuật , dụng cụ không vô khuẩn	Theo dõi tính chất dịch, DSH, tình trạng bụng Thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh
<i>Toàn thân</i>		
Rối loạn huyết động học	do tháo lượng lớn dịch báng	Theo dõi DSH, chỉ số xét nghiệm Thực hiện bù dịch truyền Albumin theo chỉ định
Giảm Natri / máu	Rút dịch nhiều	Theo dõi ion đồ Bù dịch theo chỉ định
Phản ứng phản vệ với thuốc tê	Phản ứng phản vệ của từng cá thể	Xử trí phản vệ theo mức độ



Chuẩn bị NB trước chọc dò



Phụ Giúp BS gây tê



Phụ giúp BS chọc dò



Theo dõi NB sau chọc dò

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Kỹ thuật chọc dò màng bụng .GS. TS. Nguyễn Gia Bình Khoa Hồi Sức Tích Cực
BV Bạch Mai

BÀI 12: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG PHỤ GIÚP BÁC SĨ RÚT ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH -CHỈ ĐỊNH

Rút ống dẫn lưu màng phổi, khi đạt các yêu cầu trong điều trị trước khi đặt dẫn lưu.

- Tràn khí màng phổi: dẫn lưu không ra khí và Xquang phổi sau 24 giờ kẹp dẫn lưu không còn tràn khí màng phổi.
- Tràn mủ màng phổi: dẫn lưu và bơm rửa không ra mủ.
- Tràn dịch màng phổi: lượng dịch dẫn lưu < 50ml/ngày.
- Tắc ống dẫn lưu.

- Dẫn lưu mủ có dò thành ngực.
- Dẫn lưu màng phổi quá 2 tuần.

II. NHẬN ĐỊNH

- Tình trạng hiện tại của NB: tổng trạng, tri giác, da niêm, sinh hiệu.
- Tình trạng hô hấp: tần số, kiểu thở, và SpO2, thở Oxy, dấu hiệu suy hô hấp, tình trạng bụng, tâm lý.
- Mức độ đau, nhu cầu dùng thuốc giảm đau.
- Các vấn đề liên quan đến ống DLMP: âm phế bào, tính chất, màu sắc, số lượng dịch DLMP, kết quả chụp X quang ngực, tình trạng hoạt động của hệ thống DLMP
- Thời gian đặt dẫn lưu màng phổi

III. BẢNG KIỂM DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
1	Vô khuẩn: - Bộ thay băng nhiễm - Găng tay: 01 đôi - Dung dịch rửa vết thương (nếu cần) - Dung dịch sát khuẩn da - Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
2	Sạch: - 02 kèm tiếp liệu - 01 bồn hạt đậu - Găng tay sạch 2 – 3 đôi - Băng dán cố định - Tấm lót

IV. BẢNG KIỂM KỸ THUẬT

STT	NỘI DUNG
1	Xác nhận đúng NB, Nhận định
	Kiểm tra chỉ định trong HSBA.
	Chào hỏi NB, tự giới thiệu: họ tên, nhiệm vụ Thông báo mục đích của công việc.
	Xác định đúng NB: họ tên, năm sinh, địa chỉ, mã sốNB.

	Giải thích cho NB về kỹ thuật và những khó chịu mà NB có thể gặp: đau, chảy máu,...
2	Chuẩn bị NB Tư thế nằm ngửa: đầu cao 30 – 45 ⁰ , tay bên phía dẫn lưu đặt qua khỏi đầu.
3	Thực hiện kỹ thuật Vệ sinh tay Mở gói thay băng, sắp xếp dụng cụ trong mâm, thêm dung dịch sát khuẩn Mang găng tay sạch Bộc lộ vùng có dẫn lưu, đặt tấm lót bên dưới vùng có dẫn lưu. Đặt bông hạt đậu dưới vết mổ. Kẹp dẫn lưu màng phổi bằng kèm tiếp liệu Tháo băng dơ, sát khuẩn tay. Mang găng tay sạch Sát khuẩn vùng chân ống dẫn lưu rộng ra 3 – 5 cm, Sát khuẩn dọc theo chân ống từ chân ống lên thân ống ít nhất 5 cm. Bác sĩ tiến hành cột chỉ chờ Cắt chỉ khâu cố định ODL Hướng dẫn NB hít thở, sau đó hít vào sâu và nín thở trong quá trình BS rút dẫn lưu màng phổi. BS rút ODL, và thắt chỉ chờ ĐD sát khuẩn và băng ép kín miệng ODL. Thông báo NB việc đã thực hiện xong, cho NB nằm tiện nghi. Vệ sinh tay Đánh giá lại tình trạng NB - Tình trạng hô hấp: kiểu thở, tần số, biên độ, SpO₂ - Dấu hiệu sinh tồn - Mức độ đau - Khó chịu NB (nếu có).

	Hướng dẫn NB/ NN sau rút ống DLMP: - Các dấu hiệu cần báo cho ĐD: mệt, khó thở, đau tăng, chảy máu nơi rút dẫn lưu. - Tập hít thở đúng (giúp giảm biến chứng dịch màng phổi sau rút). - Tư thế đúng (giúp tăng thông khí và tăng sự giãn nở của phổi, giúp giảm đau và khó chịu).
	Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải đúng quy định.
	Vệ sinh tay
4	Ghi hồ sơ
	Ngày, giờ rút dẫn lưu màng phổi
	Tình trạng NB trước, trong và sau khi rút DLMP
	Ghi nhận những bất thường (nếu có) và cách xử trí
	Họ tên nhân viên thực hiện.

V. GIÁO DỤC SỨC KHỎE

- Cần sự hợp tác của người bệnh
- Trước khi rút
- NB tập hít thở sâu hợp tác với NVYT khi rút
- Khi rút
- Sau khi NB hít thở sâu vài nhịp, sau đó hít vào sâu và nín thở trong quá trình BS rút dẫn lưu màng phổi.
- Sau khi rút
- Tập hít thở đúng (giúp giảm biến chứng dịch màng phổi sau rút).
- Tư thế đúng (giúp tăng thông khí và tăng sự giãn nở của phổi, giúp giảm đau và khó chịu).
- Hẹn người bệnh sau 1 tuần đến cơ sở y tế gần nhất để cắt chỉ chờ.

VI. YÊU CẦU KỸ THUẬT

Cần biết rõ mục đích điều trị của đặt dẫn lưu màng phổi để dẫn lưu dịch hay khí

1. Dẫn lưu dịch màng phổi:

Chuẩn bị kết quả thăm khám lâm sàng và hình ảnh Xquang phổi của người bệnh, chỉ định rút ống dẫn lưu khi lượng dịch dẫn lưu <50 ml/24h và màu sắc dịch dẫn lưu trong.

2. Dẫn lưu khí màng phổi: Cần kẹp và rút dẫn lưu theo đúng quy trình như sau:

+ Sau 24 giờ tính từ thời điểm không còn sỏi bọt khí trong bình: Khám lâm sàng và chụp Xquang phổi. Sẽ có các tình huống sau:

- ✓ **Hết tràn khí màng phổi:** tiến hành kẹp dẫn lưu khí và ghi bảng theo dõi trong vòng 24 giờ.
- ✓ **Nếu không tái phát tràn khí:** tiến hành rút ống dẫn lưu màng phổi.
- ✓ **Còn tràn khí màng phổi:** kiểm tra lại
 - Hệ thống dẫn lưu có bị tắc hoặc hở không
 - Đầu sonde dẫn lưu có đúng vị trí
 - Sonde dẫn lưu quá sâu hoặc bị gấp khúc gây cản trở dẫn lưu khí.
- ✓ **Nếu tái phát tràn khí màng phổi: mở kẹp và tiếp tục hút dẫn lưu.**
 - **Kỹ thuật rút ống**

- Khi rút, dẫn lưu phải được rút liên tục cho đến khi rút hoàn toàn ống ra khỏi khoang màng phổi để loại bỏ nốt phần khí và dịch còn sót lại trong ống cũng như trong khoang màng phổi.

- ***Yêu cầu ghi hồ sơ***

Phiếu chăm sóc

- Ngày, giờ rút dẫn lưu màng phổi
- Tình trạng NB trước, trong và sau khi rút DLMP
- Tình trạng hô hấp của NB: nhịp thở, kiểu thở, SpO₂
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu 24 giờ trước khi rút, sau khi rút.
Hoạt động của hệ thống hút khí dẫn lưu khi
- Ghi sinh hiệu NB vào phiếu chức năng sống.
- Ghi nhận những bất thường (nếu có) và cách xử trí
- Họ tên BS rút dẫn lưu và ĐD hỗ trợ.

VII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ	XỬ TRÍ
1. Cường phế vị -Biểu hiện: mệt, choáng, mạch chậm, huyết áp hạ.	Ngừng thủ thuật, cho người bệnh nằm đầu thấp, Theo dõi mạch, huyết áp, độ bão hòa oxy máu Thực hiện thuốc theo y lệnh, đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi khi huyết áp < 90/60mmHg.
2.Tràn khí màng phổi - Do khí vào khoang màng phổi	- Cần chụp lại Xquang phổi sau khi rút ống dẫn lưu. Trường hợp tràn khí ít cho thở oxy và theo

khi rút ống dẫn lưu. Tùy theo mức độ tràn khí có biểu hiện tại chỗ hay ảnh hưởng đến hô hấp	đôi. Tràn khí nhiều chỉ định chọc hút khí.
---	---



Quan sát ống dẫn lưu trước khi rút



Sát khuẩn ống – vùng da



Kẹp – Rút ống

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Bắc. Thực hành kỹ thuật y học - 2018. Nhà xuất bản y học
2. Đoàn Thị Anh Lê. Kỹ thuật điều dưỡng cơ sở - 2014. Nhà xuất bản y học
3. Trương Quang Định. Quy trình kỹ thuật – Điều dưỡng Nhi khoa - 2018. Nhà xuất bản Y học
4. Nguyễn Tấn Cường. Kỹ năng điều dưỡng lâm sàng (trang 1017 – 1022) - 2016. Nhà xuất bản y học
5. Trần Thị Thuận. Điều dưỡng cơ bản 1, 2 – 2007. Nhà xuất bản y học Hà Nội

MỤC LỤC

STT	NỘI DUNG	TRANG
I. KỸ THUẬT TIÊM THUỐC	BÀI 1: QUY TRÌNH ĐẶT VÀ CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN	
	A. QUY TRÌNH ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN	

B. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM THUỐC QUA KIM LUÔN LƯU TRONG LÒNG TĨNH MẠCH

C. QUY TRÌNH KỸ THUẬT BƠM THUỐC QUA ĐƯỜNG TRUYỀN TĨNH MẠCH

BÀI 2: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU Ở BỤNG

BÀI 3: QUY TRÌNH CHĂM SÓC HẬU MÔN NHÂN TẠO

BÀI 4: QUY TRÌNH BƠM RỬA VẾT THƯƠNG

BÀI 5: QUY TRÌNH CẮT LỘC VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

II. KỸ THUẬT NGOẠI

BÀI 6: QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT ĐÀM ỐNG NỘI KHÍ QUẢN – MỎ KHÍ QUẢN

III. KỸ THUẬT HÔ HẤP

BÀI 7: LẤY DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ - THỦ THUẬT HEIMLICH

IV. KỸ THUẬT CẤP CỨU

BÀI 8: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÁN TIM NGOÀI LÒNG NGỰC VÀ THỞ NGẠT

BÀI 9: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI XƯƠNG GÃY

BÀI 10: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG

PHỤ GIÚP BÁC SĨ CHỌC DÒ NÃO TỬY

V. KỸ THUẬT PHỤ GIÚP BÁC SĨ

BÀI 11: QUY TRÌNH PHỤ GIÚP BÁC SĨ CHỌC DỊCH MÀNG BỤNG

BÀI 12: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG

PHỤ GIÚP BÁC SĨ RÚT ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI

DANH MỤC TÀI LIỆU THAM KHẢO

