



BỆNH VIỆN QUẬN TÂN PHÚ
PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG



QUY TRÌNH
KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG

LƯU HÀNH NỘI BỘ
NĂM 2014

MỤC LỤC

	Trang
Bài 1 : KỸ THUẬT RỬA TAY	1
Bài 2 : KỸ THUẬT ĐO CÁC CHỈ SỐ SINH TỒN.....	6
Bài 3 : KỸ THUẬT MANG VÀ THÁO GĂNG TAY VÔ KHUẨN	9
Bài 4 : KỸ THUẬT TẮM BỆNH TẠI GIƯỜNG.....	11
Bài 5 : KỸ THUẬT GỘI TÓC TẠI GIƯỜNG.....	14
Bài 6 : KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG	16
Bài 7 : KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGỪA LOÉT TỖ	21
Bài 8 : KỸ THUẬT TRẢI GIƯỜNG ĐỔI NGƯỜI BỆNH.....	24
Bài 9 : KỸ THUẬT THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG CÓ NGƯỜI BỆNH NẪM.....	26
Bài 10: KỸ THUẬT CHUẨN BỊ GIƯỜNG ĐỔI NGƯỜI BỆNH SAU GIẢI PHẪU.....	29
Bài 11: HẠN CHẾ CỬ ĐỘNG.....	31
Bài 12: CÁC TƯ THẾ NGHỈ NGƠI VÀ TRỊ LIỆU THÔNG THƯỜNG.....	33
Bài 13: CÁC TƯ THẾ ĐỂ KHÁM BỆNH.....	37
Bài 14: CÁCH GIÚP NGƯỜI BỆNH NGỒI DẬY VÀ RA KHỎI GIƯỜNG LẦN ĐẦU .	40
Bài 15: CÁCH DI CHUYỂN TỪ GIƯỜNG QUA CÁNG – XE LĂN.....	41
Bài 16: KỸ THUẬT CHO ĂN BẰNG ỐNG	43
Bài 17: KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY	48
Bài 18: KỸ THUẬT THỤT THÁO.....	53
Bài 19: KỸ THUẬT THÔNG TIÊU THƯỜNG	57
Bài 20: KỸ THUẬT THÔNG TIÊU LIÊN TỤC	60
Bài 21: KỸ THUẬT RỬA BẰNG QUANG	65
Bài 22: KỸ THUẬT SƠ CỨU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM	69
Bài 23: KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG THƯỜNG	70
Bài 24: CẮT CHỈ VẾT KHÂU	73
Bài 25: KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG NHIỄM CÓ DẪN LƯU	76
Bài 26: KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN	79
Bài 27: BĂNG CUỘN	82

Bài 28: KỸ THUẬT LẤY MÁU XÉT NGHIỆM	89
Bài 29: KỸ THUẬT LẤY ĐỜM, PHÂN, MỦ ĐỂ THỬ NGHIỆM	91
Bài 30: KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU ĐỂ THỬ NGHIỆM	94
Bài 31: KỸ THUẬT CHUỒM NÓNG – CHUỒM LẠNH.....	96
Bài 32: KỸ THUẬT CHO THỞ DƯỠNG KHÍ	101
Bài 33: HÚT ĐỜM NHỚT	106
Bài 34: CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC	112
Bài 35: KỸ THUẬT TIÊM THUỐC	115
Bài 36: TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH.....	139
Bài 37: KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU	127
Bài 38: KỸ THUẬT PHUN KHÍ DUNG	130
TÀI LIỆU THAM KHẢO.....	134

Bài 1: KỸ THUẬT RỬA TAY**I. RỬA TAY THƯỜNG QUY****A. CHỈ ĐỊNH**

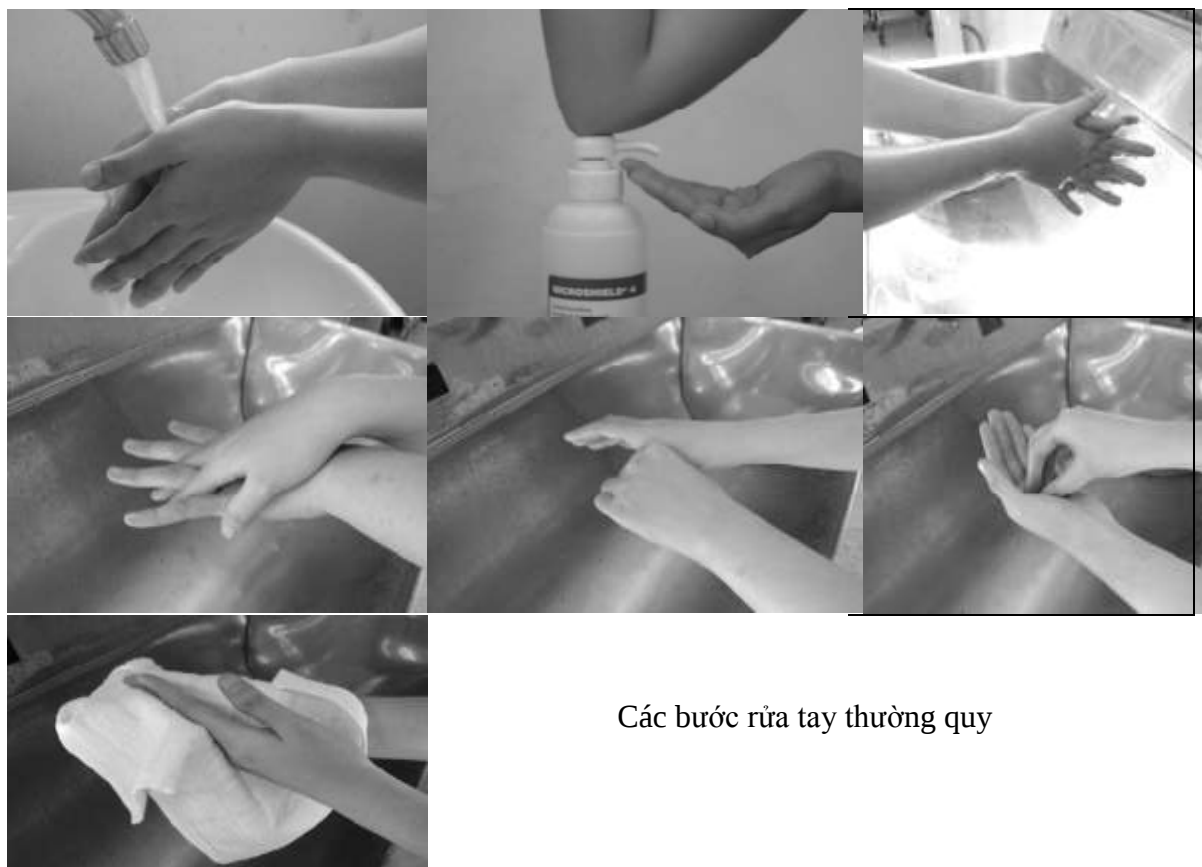
- Trước và sau khi tiếp xúc với người bệnh.
- Trước và sau khi thực hiện các kỹ thuật chăm sóc người bệnh.
- Sau khi tháo găng tay.
- Trước và sau khi ăn.
- Sau khi đi vệ sinh.
- Sau khi tiếp xúc với vật bẩn, chất thải.
- Trước khi rời khỏi khoa phòng.

B. DỤNG CỤ

- Nguồn nước: phải có cần gạt bằng khuỷu tay, chân để tránh nhiễm khuẩn vào nơi vòi nước.
- Lavabo: đủ cao, rộng, tránh văng nước ra ngoài và ướt quần áo của người đứng rửa.
- Xà phòng: nước hoặc dung dịch rửa tay khử khuẩn.
- Dụng cụ làm khô tay:
- Khăn: hộp đựng, dùng 1 lần.
- Giấy: hộp đựng, dùng 1 lần.
- Máy cảm ứng (sấy khô bằng sức nóng).
- Vật chứa khăn đã dùng rồi hoặc túi rác giấy bẩn.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT: RỬA TAY THƯỜNG QUY

Stt	Nội dung
1	Tháo trang sức, móng tay đã cắt ngắn
2	Mang khẩu trang, mũ, mắt kính (nếu cần)
3	Làm ướt tay
4	Lấy 2 - 3 ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay
5	Cọ sát 2 lòng bàn tay, và kẽ ngón tay đan vào nhau
6	Cọ sát 2 lưng bàn tay (úp lòng bàn tay này lên lưng bàn tay kia) và kẽ ngón tay (chú ý cạnh bên ngón út)
7	Cọ sát khắp phần ngón tay cái (2 bên)
8	Chụm các đầu ngón tay của bàn tay này, miết vào lòng của bàn tay kia và ngược lại
9	Dùng 4 đầu ngón tay cọ chân 4 ngón của bàn tay kia và ngược lại
10	Rửa sạch tay dưới vòi nước (bàn tay thấp hơn khuỷu tay)
11	Lau khô tay



Các bước rửa tay thường quy

II. RỬA TAY THỦ THUẬT (RỬA TAY NHANH NGOẠI KHOA)

A. CHỈ ĐỊNH

Trước khi làm các thủ thuật có xâm lấn (chọc dò màng bụng, màng phổi).

B. DỤNG CỤ

- Nguồn nước: phải có cần gạt bằng khuỷu tay, chân để tránh nhiễm khuẩn vào nơi vòi nước.
- Lavabo: đủ cao, rộng, tránh văng nước ra ngoài và ướt quần áo của người
- Đứng rửa.
- Dung dịch rửa tay khử khuẩn cao.
- 1 bàn chải vô khuẩn.
- Khăn lau tay vô khuẩn.
- Vật chứa khăn đã dùng rồi hoặc giấy túi rác chứa giấy bẩn.
- Cồn 70 độ.

C. LƯU Ý

- Mũ che kín tóc, mang khẩu trang.
- Quan sát cắt ngắn móng tay.
- Tháo bỏ trang sức, nhẫn có mặt, đồng hồ.

**BẢNG KIỂM KỸ THUẬT: RỬA TAY THỦ THUẬT
(RỬA TAY NHANH NGOẠI KHOA)
(Dùng trong các thủ thuật hoặc tiểu phẫu)**

Stt	Nội dung
1	Tháo trang sức, móng tay đã cắt ngắn
2	Mang khẩu trang, mang kính (nếu cần)
3	Làm ướt tay
4	Lấy 2 - 3 ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay
5	Cọ sát 2 lòng bàn tay, và kẽ ngón tay đan vào nhau
6	Cọ sát 2 lưng bàn tay (úp lòng bàn tay này lên lưng bàn tay kia) và kẽ ngón tay (chú ý cạnh bên ngón út)
7	Cọ sát khắp phần ngón tay cái (2 bên)
8	Chụm các đầu ngón tay của bàn tay này, miết vào lòng của bàn tay kia và ngược lại
9	Dùng 4 đầu ngón tay cọ chân 4 ngón của bàn tay kia và ngược lại
10	Rửa sạch tay dưới vòi nước (bàn tay thấp hơn khuỷu tay)
11	Dùng bàn chải vô khuẩn chà móng, ngón, bàn và cẳng tay với dung dịch rửa tay cho lần lượt từng bàn tay một
12	Rửa sạch 2 bàn tay dưới vòi nước vô khuẩn
13	Lau khô tay, mang găng tay vô khuẩn

III. RỬA TAY PHẪU THUẬT**A. CHỈ ĐỊNH**

- Trước khi tham gia phẫu thuật
- Bác sĩ phẫu thuật.
- Bác sĩ phụ phẫu thuật.
- Điều dưỡng vòng trong.

B. DỤNG CỤ

- Nguồn nước: phải có cần gạt bằng khuỷu tay, chân để tránh nhiễm khuẩn vào nơi vòi nước.
- Lavabo: đủ cao, rộng, tránh văng nước ra ngoài và ướt quần áo của người
- Đứng rửa.
- Dung dịch rửa tay khử khuẩn cao.
- 2 bàn chải vô khuẩn.
- Khăn lau tay vô khuẩn.
- Vật chứa: khăn đã dùng rồi hoặc giấy.
- Cồn 70 độ.

C. LƯU Ý

- Tháo bỏ cả đồng hồ và nhẫn trơn.
- Mũ che kín tóc, mang khẩu trang.
- Quan sát cắt ngắn móng tay.
- Tháo bỏ trang sức.

IV. AN TOÀN BỆNH NHÂN:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
- Dị ứng - Ngộ độc	- Không dùng sai qui định - Chai đựng dung dịch có nhãn, và bảng hướng dẫn cách dùng - Không để các sản phẩm này trong tầm với của trẻ em.

**BẢNG KIỂM
LƯỢNG GIÁ RỬA TAY VÔ KHUẨN NGOẠI KHOA**
(dùng cho các trường hợp phẫu thuật lớn)

Stt	Nội dung
1	Mặc áo choàng, đội mũ che kín tóc, tháo trang sức, kiểm soát móng tay, đeo khẩu trang, xắn tay áo quá khuỷu > 5 cm
2	Làm ướt tay
3	Lấy 2 - 3 ml dung dịch rửa tay vào lòng bàn tay
4	Cọ sát 2 lòng bàn tay, và kẽ ngón tay đan vào nhau
5	Cọ sát 2 lưng bàn tay (úp lòng bàn tay này lên lưng bàn tay kia) và kẽ ngón tay (chú ý cạnh bên ngón út)
6	Cọ sát khắp phần ngón tay cái (2 bên)
7	Chụm các đầu ngón tay của bàn tay này, miết vào lòng của bàn tay kia và ngược lại
8	Dùng 4 đầu ngón tay cọ chân 4 ngón của bàn tay kia và ngược lại
9	Rửa sạch tay dưới vòi nước (bàn tay thấp hơn khuỷu tay)
10	Dùng bàn chải vô khuẩn và dung dịch rửa tay đánh cọ các đầu, kẽ và cạnh ngón tay theo chiều dọc hay xoắn ốc
11	Đánh cọ lòng và lưng bàn tay
12	Đánh cọ cẳng tay lên quá khuỷu 5 cm
13	Rửa sạch tay dưới vòi nước vô khuẩn
14	Thay bàn chải
15	Thực hiện lại các bước 10, 11, 12, 13 đối với bàn tay kia
16	Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn
17	2 tay phía trước mặt, trên thắt lưng



Các bước rửa tay vô khuẩn ngoại khoa

Bài 2: KỸ THUẬT ĐO CÁC CHỈ SỐ SINH TỒN

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh nội trú, ngoại trú.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Người bệnh phải nằm nghỉ tại giường ít nhất 10-15 phút trước khi đo.
- Đo 2 lần sáng và chiều, trừ trường hợp đặc biệt.
- Nếu nghi ngờ kết quả phải đo lại ngay.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Máy đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế.
- Dầu trơn, gòn alcol, gạc, găng sạch.
- Đồng hồ có kim giây.
- Bảng theo dõi.
- Bút bi xanh đỏ, thước.
- Khăn long nhò, sạch.
- Gòn khô

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

Stt	Nội dung
1	Bông gòn khô
2	Phiếu theo dõi
3	Bồn hạt đậu có lót gạc chứa dung dịch khử khuẩn
4	Bút xanh, đỏ
5	Dụng cụ đo thân nhiệt: • Miệng: - Nhiệt kế miệng • Nách: - Nhiệt kế nách - Khăn lau nách • Hậu môn: - Nhiệt kế hậu môn - Chất trơn
7	Dụng cụ đo huyết áp: • Máy đo huyết áp (đã được kiểm tra sử dụng tốt) • Ống nghe
8	Dụng cụ đếm mạch và đếm nhịp thở • Đồng hồ có kim giây

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Stt	Nội dung
1	Báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm.
2	Soạn đầy đủ dụng cụ và mang đến giường bệnh.
3	Nhận định đúng người bệnh.
4	Đếm mạch <i>Tại động mạch quay</i>
5	Kê gối dưới cẳng tay người bệnh đặt 3 đầu ngón tay lên động mạch.
6	Đếm mạch trong 1 phút
7	<i>Mạch ở mỏm tim</i> : nghe tại vị trí mỏm tim. Đếm trong một phút. Ghi nhận sự bất thường của mạch bằng cách nghe tim và sờ mạch quay cùng lúc.
8	Dùng màu đỏ và kẻ bằng thước vào bảng mạch nhiệt.
9	Đo nhiệt độ
10	<i>Đo ở miệng</i> Đặt nhiệt kế ở đáy lưỡi, phải hoặc trái, bảo bệnh nhân ngậm chặt môi, khoảng 3 – 10 phút.
11	<i>Đo ở thực tràng</i> Yêu cầu người bệnh thở sâu, đưa nhiệt kế vào hậu môn sâu 2-3 cm. Giữ nhiệt kế 3-5 phút.
12	<i>Đo ở nách</i> : - Lau nách bằng khăn sạch. - Đặt nhiệt kế vào hõm nách. - Tay bắt chéo qua ngực để giữ nhiệt kế. - Để trong 5-10 phút.
13	Dùng bút màu xanh và kẻ bằng thước vào bảng mạch nhiệt.
14	Đo huyết áp Đo ở cánh tay: (chọn kích thước túi hơi cho phù hợp)
15	Bộc lộ vùng cánh tay
16	Sờ Đm cánh tay ở nếp gấp khuỷu tay.
17	Đặt phần giữa túi hơi ngay trên hướng đi của động mạch cánh tay cánh nắp khuỷu tay 2,5-5 cm
18	Cuộn dải băng nhẹ nhàng vừa chặt các cánh tay rồi cố định lại.
19	Đặt loa ống nghe lên trên DDM cánh tay.
20	Bóp bơm bơm khí vào túi hơi cho đến khi tai không nghe thấy tiếng đập nữa rồi bơm tiếp 30 mmhg.
21	Mở van từ từ.
22	Ghi vị trí số huyết áp tối đa khi nghe tiếng đập đầu tiên. Ghi trị số HA tối thiểu khi nghe tiếng đập cuối cùng, sau tiếng đập này là khoảng im lặng. Xả hết khí trong túi hơi ra.
23	Ghi kết quả dưới hình thức phân số (120/70mmhg). Hoặc dưới hình thức biểu đồ.
24	Đếm tần số thở
25	Người bệnh nằm giữa trên giường, tay để trên ngực.
26	Cầm tay người bệnh kiểu giống như đếm tần số mạch quan sát cứ mỗi lần bàn tay của người bệnh nâng lên rồi hạ xuống là một nhịp thở. Đếm tần số thở trong một phút.
27	Ghi kết quả vào cột nhịp thở phía bên dưới.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi kết quả vào bảng theo dõi, phiếu bệnh nghiệm.
- Nếu kết quả bất thường báo bác sĩ.
- Ngày giờ thực hiện.
- Tên người thực hiện.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

VII. AN TOÀN CHO NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Tổn thương niêm mạc hậu môn	Bôi trơn đầu nhiệt kể hậu môn Thao tác nhẹ nhàng. Không đặt khi BN có tổn thương ở hậu môn, tiêu chảy, táo bón
Kết quả không chính xác ảnh hưởng đến kết quả điều trị	Kẹp nhiệt kế sát nách, đủ thời gian. Lau khô nách trước khi đặt nhiệt kế
	Đếm mạch, nhịp thở trọn 1 phút
	Chọn túi hơi HA kể có kích cỡ phù hợp với bệnh nhân.
	Cho bệnh nhân nghỉ 15 phút trước khi lấy dấu hiệu sinh tồn.

VIII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Sốt cao hay hạ thân nhiệt	Báo bác sĩ, xử trí lau mát hay ủ ấm
HA tụt, kẹp	Cho NB nằm nghỉ tại giường Đo HA ở vị trí khác Nếu kết quả không thay đổi . Theo dõi M, R Báo bác sĩ, thực hiện theo y lệnh
HA cao	Sau 15 phút đo lại .Đo HA ở vị trí khác Nếu kết quả không thay đổi . Theo dõi mạch, nhịp thở, nhiệt độ Ghi nhận tiền sử tăng HA Báo bác sĩ, thực hiện theo y lệnh
Kim đồng hồ HA không di chuyển kèm theo tiếng hơi xì ở van bóng cao su	Khóa van bóng cao su
Kim đồng hồ tụt rất nhanh mặc dù chưa xả van cao su	Do túi hơi , ống dẫn bị xì Thay túi hơi , ống dẫn mới.
Thở nhanh sâu	Cho NB nằm nghỉ tại giường Kiểm tra đường thở , giữ thông đường thở Đặt NB nằm tư thế thích hợp Kiểm tra lại R , đếm trọn phút Báo bác sĩ nếu tình trạng không cải thiện Thực hiện theo y lệnh

BÀI 3: KỸ THUẬT MANG VÀ THÁO GĂNG TAY VÔ KHUẨN**I. MỤC ĐÍCH:**

Tiếp cận với vùng, vật vô khuẩn.

II. DỤNG CỤ

Chuẩn bị đôi găng tay phù hợp về kích cỡ và hạn dùng.

III. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý**Mang găng tay vô khuẩn**

- Tay chưa mang găng chạm vào mặt trong của găng.
- Tay mang găng rồi chạm vào mặt ngoài của găng.
- Tay đã mang găng luôn để trước mặt, trong tầm mắt và cao hơn thắt lưng.

Tháo găng tay vô khuẩn

- Tay đang mang găng chạm vào mặt ngoài của găng ở cổ tay găng.
- Tay đã tháo găng rồi chạm vào mặt trong của găng ở cổ tay găng.
- Luôn chú ý giữ cho tay không chạm vào vùng bản của găng.
- Phải rửa tay thường quy lại sau khi tháo găng.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT MANG GĂNG TAY VÔ KHUẨN

Stt	Nội dung
1	Chọn cỡ găng tay thích hợp
2	Kiểm soát móng tay, tháo trang sức, đồng hồ
3	Rửa tay thủ thuật
4	Mở bao để lộ găng, không phạm vào vùng vô khuẩn
5	Tay chưa mang găng cầm mặt trong của găng ở nếp gấp cổ tay, mang cho tay còn lại
6	4 ngón của bàn tay đang mang găng đặt vào nếp gấp mặt ngoài cổ găng, ngón cái dang ra
7	Mang vào tay còn lại an toàn
8	Sửa lại những ngón tay đeo găng ngay ngắn
9	2 tay đã mang găng phía trước mặt trong tầm mắt, trên thắt lưng



Cách mở bao găng tay vô khuẩn



Mang găng trái



Mang găng phải



Kỹ thuật mang găng vô khuẩn



Sau khi mang găng vô khuẩn

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT: THÁO GĂNG TAY

Stt	Nội dung
1	Tay đang mang găng nắm vào mặt ngoài của găng ở cổ tay găng, kéo găng lật mặt trong ra ngoài
2	Tay đã tháo găng nắm vào mặt trong của găng ở cổ tay găng, kéo găng lật mặt trong ra ngoài
3	Cho găng dơ (bắn) vào túi rác y tế
4	Rửa tay nội khoa

Bài 4: KỸ THUẬT TẮM BỆNH TẠI GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Để giữ da sạch sẽ, ngăn ngừa các biến chứng ngoài da.
- Tăng cường sự tuần hoàn và giúp sự bài tiết của da được dễ dàng.
- Đem đến sự thoải mái cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp người bệnh không tự làm được:
- Người bệnh bị gãy xương.
- Người bệnh nặng, bị liệt, mê man.
- Người bệnh sau phẫu thuật.

III. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng tri giác: tỉnh, lơ mơ, hôn mê...
- Tình trạng da: các bệnh ngoài da: ghẻ, chốc, nấm...

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT SOẠN DỤNG CỤ TẮM BỆNH TẠI GIƯỜNG

Stt	Nội dung
1	Rửa tay nội khoa
2	Lấy một mâm sạch, soạn dụng cụ sạch trong mâm
3	Thau đựng nước ấm
4	Xô nước ấm
5	1 khăn bông nhỏ
6	2 khăn bông lớn
7	Xà bông tắm
8	Cồn trắng Phấn talc
9	Lược chải tóc
10	Dụng cụ bấm móng tay
11	Soạn dụng cụ ngoài mâm + Bộ quần áo + Vải đắp + Tấm nilon + Bình phong



Dụng cụ tắm bệnh tại giường

BẢNG KIỂM TẮM BỆNH TẠI GIƯỜNG

STT	NỘI DUNG
1	Báo, giải thích cho người bệnh
2	Tắt quạt, đóng cửa, che bình phong
3	Thay vải đắp cho người bệnh
4	Bỏ quần áo người bệnh ra
5	Lót khăn dưới đầu hoặc quanh cổ người bệnh
6	Lau mặt, mắt, trán, má, mũi, tai, cổ, gáy
7	Lau khô – xếp khăn bông để trên đầu giường
8	Tắm lần lượt các phần: (động tác tắm chà theo hình xoắn ốc và theo trình tự: làm ướt – tắm với xà phòng – lau lại bằng nước sạch lau khô) – trải tấm nilon, khăn bông bên dưới phần muốn tắm
9	Tắm tay: - Tay xa: tay chéo trước ngực, trải khăn bông dưới cánh tay - Tay gần: tay dọc theo thân người, trải khăn lông dưới cánh tay - Hai bàn tay: trải khăn bông, tấm nilon phía dưới, để thau nước lên trên bên cạnh giường, cắt móng tay (nếu cần)
10	Tắm ngực – bụng: - Nam: tắm ngực thì che bụng và ngược lại - Nữ: tắm trong khăn để người bệnh được kín đáo
11	Tắm chân: - Chân xa: trải tấm nilon sau trải khăn bông, khăn lông dưới chân - Chân gần: trải tấm nilon, trải khăn tắm lên trên nilon - Hai bàn chân: quần mền để người bệnh kín đáo, lót khăn ở dưới, đặt thau nước lên trên, cho lần lượt từng chân vào thau
12	Tắm lưng – mông: - Lưng: để người bệnh nằm nghiêng hoặc sấp, lót tấm nilon và khăn dọc theo lưng - Mông: trải tấm nilon và khăn dọc theo mông
13	Thực hiện massage vùng mông – lưng: thoa cồn, phấn talc đều khắp da (thoa nhẹ), massage vùng lưng – mông (nhồi sâu, chú ý những vùng bị đè cấn)
14	Bộ phận sinh dục: lót nilon, khăn dưới mông người bệnh, lau từ trên xuống mu xuống hoặc để người bệnh tự lau (nếu được)
15	Mặc quần áo mới cho người bệnh
16	Chải suôn tóc
17	Giúp người bệnh tiện nghi, dọn dẹp dụng cụ về phòng và ghi hồ sơ

V. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ tắm.
- Những sự quan sát về tình trạng da của người bệnh.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

VI. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Phồng da	Cho nước lạnh vào chậu trước khi pha nước nóng Kiểm tra nhiệt độ nước trước khi tắm
Hạ thân nhiệt	Tắm từng phần, che kín vùng chưa tắm Đóng cửa, tắt quạt, che màn chắn (nếu có) Quản lý và theo dõi nhiệt độ nước, tình trạng của NB trong quá trình tắm Không tắm , phơi bày vùng tắm thời gian kéo dài nhất là đối với người già , trẻ con, và người bệnh suy kiệt
Nhiễm trùng	Rửa tay trước khi tắm bệnh nhân Tắm theo trình tự từ vùng sạch đến vùng dơ Thay nước thường xuyên Bảo đảm các vật dụng tắm bệnh phải sạch và sử dụng cho cá nhân người bệnh Lưu ý các vùng da có tổn thương phải được chăm sóc vô khuẩn sau khi tắm

VII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Đang tắm đột ngột tím tái	Ngưng tắm Gọi giúp đỡ Kiểm tra giữ thông đường thở Kiểm tra thân nhiệt . Giữ ấm Theo dõi tiếp theo nếu không cải thiện báo BS thực hiện y lệnh
Bệnh Nhi: Ợc sữa, tím tái khi tắm	Nghiêng mặt trẻ cho sữa chảy ra miệng , Hút thông đường thở Kiểm tra ngưng thở .Gọi người đến giúp Thực hiện cấp cứu ngừng thở
Nơi lưu kim bị ướt	Gỡ bỏ kim luôn, tiêm lại vị trí khác

Bài 5: KỸ THUẬT GỘI TÓC TẠI GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch tóc và da đầu.
- Kích thích những hạch dưới da đầu hoạt động.
- Ngừa các bệnh về tóc và da đầu.
- Giúp người bệnh dễ chịu và thoải mái.

II. CHỈ ĐỊNH – CHỐNG CHỈ ĐỊNH

a. Chỉ định

- Người bệnh không tự gội đầu được: hôn mê, gãy xương, chấn thương cột sống...
- Tai nạn bất ngờ: đầu người bệnh bị dính bùn máu.

b. Chống chỉ định

- Người bệnh trong tình trạng nặng.
- Người bệnh sốt cao.

III. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng tri giác: tỉnh, lơ mơ, hôn mê...
- Tình trạng tóc và da đầu: ghẻ, chốc, vết thương da đầu, tóc ngắn hay dài...
- Tình trạng thân nhiệt: sốt? hạ thân nhiệt? tình trạng nặng?...

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT SOẠN DỤNG CỤ GỘI TÓC TẠI GIƯỜNG

Stt	Nội dung
1	Rửa tay nội khoa
2	Lấy mâm sạch, soạn các dụng cụ trong mâm
3	Thau nước ấm - ca mức nước
4	Khăn bông nhỏ che trán
5	Khăn bông lớn lau khô tóc
6	Ly đựng xà phòng nước
7	Ly đựng nước cốt chanh (nếu cần)
8	Viên gòn đen (không thấm nước)
9	Lược chải tóc
10	Kim tây
11	Máy sấy tóc (nếu có)
12	Áo gối cao su (nếu có)
13	Soạn các dụng cụ ngoài mâm: + Máng gội tóc: máng, chữ U, máng dây rút + Xô đựng nước chảy ra, giấy lót + Túi giấy

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT GỘI TÓC TẠI GIƯỜNG

Stt	Nội dung
1	Kiểm tra dụng cụ đầy đủ
2	Báo giải thích người bệnh biết
3	Đóng cửa tránh gió lùa, tắt quạt
4	Cho người bệnh nằm chéo trên giường, đầu sát cạnh giường, đắp vải phủ cho người bệnh (nếu cần)
5	Mang áo gối cao su vào gối
6	Đặt gối giúp người bệnh tiện nghi (ở dưới vai hoặc đầu giường)
7	Đặt xô để hứng nước chảy ra (lót giấy nếu để dưới đất)
8	Choàng khăn qua cổ người bệnh (khăn xếp rẽ quạt)
9	Đặt máng dưới đầu người bệnh
10	Chải suôn tóc
11	Che trán bằng khăn nhỏ
12	Nhét bông không thấm nước vào 2 lỗ tai
13	Làm ướt tóc với nước xong cho xà bông vào tóc
14	Chà sát khắp đầu và tóc bằng những đầu ngón tay
15	Dội nước lên tóc, xả lại nhiều lần cho tóc thật sạch
16	Cho nước chanh lên tóc rồi xả nước lại cho sạch (nếu cần)
17	Lấy gòn che ở tai ra
18	Lấy khăn che trán, lau trán và tai
19	Tháo máng, kéo khăn bao tóc
20	Cho người bệnh nằm trên gối hoặc ngồi thoải mái
21	Làm khô và chải suôn tóc
22	Sửa lại giường bệnh và sắp xếp gọn gàng vùng phụ cận
23	Thu dọn dụng cụ đem về phòng làm việc

IV. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Rửa sạch tất cả các dụng cụ, lau khô và trả về chỗ cũ
- Lau rửa tấm cao su, phơi nơi mát

V. GHI VÀO HỒ SƠ

- Ngày giờ thực hiện phương sách.
- Những sự quan sát tình trạng tóc và da đầu người bệnh.
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

VI. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TÀI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Hạ thân nhiệt	Đóng cửa, tắt quạt, che màn chắn (nếu có)
Nước hay xà phòng chảy vào tai	Nút gòn không thấm nước vào hai lỗ tai Động tác xả nước nhẹ nhàng, Nghiêng che một bên tai, xả nước từng bên

XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Xà bông vào mắt BN	Che trán bằng khăn nhỏ Rửa mắt với nước sạch
Bệnh nhân có vết thương ở vùng đầu	Đắp gạc có Vaseline lên vết thương trước khi gội Chăm sóc vết thương sau khi gội tóc

Bài 6: KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu vì thói quen vệ sinh hàng ngày được thỏa mãn.
- Giữ răng miệng người bệnh luôn sạch và ướt giúp ngăn ngừa sự nhiễm trùng ở miệng.
- Phòng ngừa các bệnh về răng miệng: sâu răng, nha chu, viêm nướu...
- Hạn chế sự lây nhiễm toàn diện trong trường hợp có vết thương ở miệng.
- Giúp người bệnh ăn ngon miệng.

II. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng tri giác: tỉnh, lơ mơ, hôn mê...
- Tình trạng vết thương ở miệng.
- Tình trạng răng miệng: bản, có nhiều bọt trắng, răng giả...

III. CHỈ ĐỊNH

a. Chăm sóc răng miệng thông thường

Chỉ định: tất cả những trường hợp người bệnh tỉnh táo nhưng không đi lại được.

b. Chăm sóc răng miệng đặc biệt

- ✓ *Người bệnh tự hớp nước được nhưng không tự làm được:*

Chỉ định: sốt cao, bệnh nặng

- ✓ *Người bệnh không tự hớp nước được, không tự làm được:*

Chỉ định: gãy xương hàm

- ✓ *Người bệnh hôn mê*

- ✓ *Người bệnh có vết thương ở miệng:* soạn dụng cụ và tiến trình kỹ thuật tùy theo tình trạng bệnh giống như những trường hợp trên, nhưng soạn dụng cụ và thực hiện kỹ thuật theo phương pháp vô khuẩn.

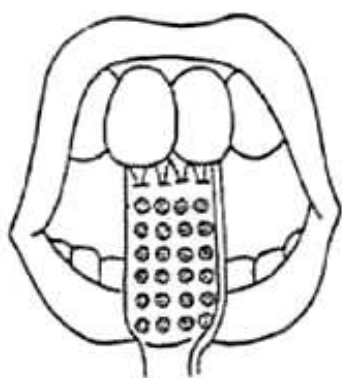
IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

- Giải thích cho người bệnh.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT SOẠN DỤNG CỤ VÀ CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG THÔNG THƯỜNG

Stt	Nội dung
1	Rửa tay nội khoa
2	Trải khăn sạch lên một mâm sạch, soạn dụng cụ trong mâm
3	Bàn chải đánh răng
4	Kem đánh răng
5	Ly đựng nước súc miệng
6	Soạn dụng cụ ngoài khăn: + Bồn hạt đậu + Khăn bông
7	Mang dụng cụ đến giường người bệnh
8	Báo và giải thích cho người bệnh
9	Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao, choàng khăn qua cổ
10	Đưa bồn hạt đậu cho người bệnh cầm hoặc đặt bồn hạt đậu dưới má (cằm) người bệnh.
11	Đưa nước cho người bệnh súc miệng
12	Đưa nước cho người bệnh súc miệng
13	Hướng dẫn người bệnh đánh răng: * Thứ tự chải răng: Mặt ngoài – mặt trong – mặt nhai

	Hàm trên – hàm dưới
14	* Động tác chải răng: Mặt ngoài: chải theo chiều răng mọc Mặt trong: đặt bàn chải nghiêng – chải theo chiều răng mọc Răng hàm: đặt bàn chải nghiêng, rung nhẹ, hất về mặt nhai Răng cửa mặt trong: đặt bàn chải thẳng đứng, rung nhẹ, hất về mặt nhai Mặt nhai: áp sát bàn chải vào mặt răng, chải tới lui Cho người bệnh súc miệng lại
15	Lau miệng cho người bệnh
16	Giúp người bệnh thoải mái, tiện nghi, thu dọn dụng cụ



Cách chải răng theo chiều răng mọc

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT SOẠN DỤNG CỤ CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG TRƯỜNG HỢP ĐẶC BIỆT

Stt	Nội dung
1	Rửa tay nội khoa
2	Trải khăn sạch trên mâm sạch và soạn các dụng cụ trên mâm
3	Kìm kelly
4	Bông viên
5	Gạc
6	Que bông
7	Que đẽ lưỡi
8	Chén chung đựng nước muối sinh lý
9	Chén chung đựng glycerin, nước cốt chanh (1:1)
10	Ly đựng nước súc miệng (người bệnh tỉnh)
11	Ống hút (người bệnh hút nước được)
12	Ống bơm hút (người bệnh không hút nước được)
13	Dụng cụ khác: +Khăn bông +Bồn hạt đậu +Vaselin +Túi đựng đồ bẩn

**BẢNG KIỂM KỸ THUẬT
CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG/NGƯỜI BỆNH TỈNH HÓP NƯỚC ĐƯỢC**

Stt	Nội dung
1	Kiểm tra dụng cụ, giải thích cho người bệnh
2	Cho người bệnh nằm mặt nghiêng về điều dưỡng, choàng khăn qua cổ người bệnh
3	Đặt bồn hạt đậu dưới cằm người bệnh
4	Cho người bệnh hút nước làm ướt miệng
5	Làm sạch răng: * Thứ tự chà răng: - Mặt ngoài – mặt trong – mặt nhai - Hàm trên – hàm dưới
6	* Động tác chải răng: - Răng hàm: kim kẹp viên bông để nghiêng, rung nhẹ, hất về mặt nhai - Răng cửa mặt trong: kim kẹp viên bông để thẳng đứng, rung nhẹ, hất về mặt nhai - Mặt nhai: kim kẹp viên bông áp sát vào mặt răng, chải tới lui
7	Cho người bệnh súc miệng lại
8	Dùng gạc làm sạch lưỡi
9	Cho người bệnh súc miệng lại
10	Châm khô nước đọng trong miệng ở vùng thấp
11	Thoa glycerin – nước cốt chanh lên niêm mạc má, dưới lưỡi, hầu, họng...
12	Lau khô miệng
13	Thoa vaselin lên môi nếu môi khô
14	Giúp người bệnh thoải mái, tiện nghi, thu dọn dụng cụ

**BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG/NGƯỜI BỆNH
TỈNH KHÔNG HÓP NƯỚC ĐƯỢC**

Stt	Nội dung
1	Kiểm tra dụng cụ, giải thích cho người bệnh
2	Cho người bệnh nằm mặt nghiêng về điều dưỡng, choàng khăn qua cổ người bệnh
3	Đặt bồn hạt đậu dưới cằm người bệnh
4	Làm ướt miệng người bệnh bằng ống bơm hút
5	Làm sạch răng: * Thứ tự chà răng: - Mặt ngoài – mặt trong – mặt nhai - Hàm trên – hàm dưới
6	* Động tác chải răng: - Răng hàm: kim kẹp viên bông để nghiêng, rung nhẹ, hất về mặt nhai - Răng cửa mặt trong: kim kẹp viên bông để thẳng đứng, rung nhẹ, hất về mặt nhai - Mặt nhai: kim kẹp viên bông áp sát vào mặt răng, chải tới lui.

7	Bơm nước vào miệng hút hết nước bắn
8	Dùng gạc làm sạch lưỡi
9	Bơm nước vào miệng hút hết nước bắn
10	Châm khô nước đọng trong miệng ở vùng thấp
11	Thoa glycerin - nước cốt chanh lên niêm mạc má, dưới lưỡi, hầu, họng...
12	Lau khô miệng
13	Thoa vaselin lên môi nếu môi khô
14	Giúp người bệnh thoải mái, tiện nghi, thu dọn dụng cụ

**BẢNG KIỂM KỸ THUẬT
CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG/NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ**

Stt	Nội dung
1	Kiểm tra dụng cụ, giải thích cho người bệnh
2	Cho người bệnh nằm mặt nghiêng về điều dưỡng, choàng khăn qua cổ người bệnh
3	Đặt bông hạt đậu dưới cằm người bệnh
4	Làm sạch răng: * Thứ tự chà răng: - Mặt ngoài – mặt trong – mặt nhai - Hàm trên – hàm dưới
5	* Động tác chải răng: - Răng hàm: kim kẹp viên bông để nghiêng, rung nhẹ, hất về mặt nhai - Răng cửa mặt trong: kim kẹp viên bông để thẳng đứng, rung nhẹ, hất về mặt nhai - Mặt nhai: kim kẹp viên bông áp sát vào mặt răng, chải tới lui.
6	Dùng gạc làm sạch lưỡi
7	Thoa glycerin - nước cốt chanh lên niêm mạc má, dưới lưỡi, hầu, họng...
8	Lau khô miệng
9	Thoa vaselin lên môi nếu môi khô
10	Giúp người bệnh thoải mái, tiện nghi, thu dọn dụng cụ



Dụng cụ chăm sóc răng miệng

V. DỌN DỆP DỤNG CỤ:

- Mang tất cả các dụng cụ về phòng, phân loại dụng cụ có dính chất tiết và không dính chất tiết.
- Xử lý các dụng cụ theo quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Lau khô và cất vào chỗ cũ hoặc đem tiệt khuẩn nếu cần.

VI. GHI HỒ SƠ:

- Ngày giờ sản sóc răng miệng.
- Dung dịch đã dùng.
- Tình trạng răng miệng của người bệnh .
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

VI. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Nhiễm trùng ở BN có vết thương ở miệng	Sử dụng dụng cụ vô khuẩn khi chăm sóc

XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Răng miệng người bệnh đóng bựa trắng nhiều	Thoa niêm mạc miệng bằng dung dịch Glycerin và nước cốt chanh 15- 20 phút trước khi chăm sóc.

Bài 7: KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGỪA LOÉT TỖ

I. MỤC ĐÍCH

Để ngừa mảng mục và ngăn ngừa loét lan rộng. Giúp vết loét mau lành.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp dụng cho những người bệnh nằm lâu tại giường và có khuynh hướng dễ bị loét do tì đè:

- Người bệnh bị liệt.
- Người bệnh gãy xương phải hạn chế cử động: bó bột, kéo tạ, chấn thương cột sống.
- Người bệnh gây ốm, thiếu dinh dưỡng, tuần hoàn kém.
- Người bị hôn mê.

III. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tri giác: tỉnh, lơ mơ, hôn mê...
- Bệnh lý phải nằm lâu tại giường: liệt, tai biến mạch máu não, béo phì, suy dinh dưỡng...
- Tình trạng da: có vết loét? Giai đoạn nào?
- Tình trạng dinh dưỡng?
- Khả năng vận động.

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGỪA LOÉT

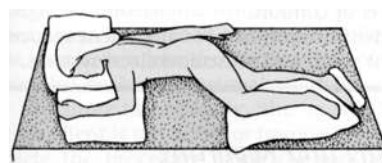
Stt	Nội dung
1	Báo và giải thích
2	Đặt người bệnh tư thế thuận tiện
3	Lau vùng ẩm ướt, tì đè; massage vùng đề cần (thoa cồn, phấn talc): xoa nhẹ, nhồi sâu – xoa nhẹ
4	Thay quần áo, vải trải giường (nếu cần)
5	Chêm lót vùng đề cần
6	Quản lý chất tiết (mặc tã, dẫn lưu nước tiểu) (nếu cần)
7	Cho người bệnh nằm đệm dày 15 - 20 cm (đệm nước, hơi, đệm thay đổi áp lực)
8	Đảm bảo đủ dinh dưỡng cho người bệnh
9	Thu dọn dụng cụ, rửa tay
10	Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng



Dụng cụ chăm sóc ngừa loét tì



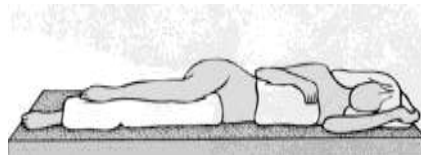
Châm lót tư thế đầu cao



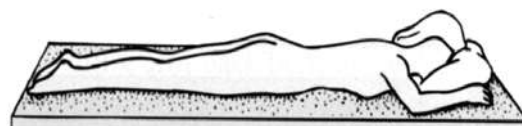
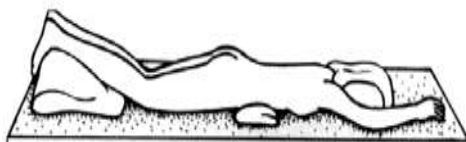
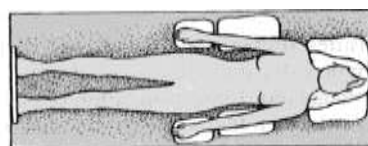
Châm lót tư thế Sim's



Châm lót tư thế nằm nghiêng



Châm lót tư thế nằm ngửa



Châm lót tư thế nằm sấp

IV. DỌN DỆP DỤNG CỤ:

- Mang tất cả các dụng cụ về phòng, phân loại dụng cụ có dính chất tiết và không dính chất tiết.
- Xử lý các dụng cụ theo quy trình khử khuẩn và tiết khuẩn.
- Lau khô và cất vào chỗ cũ hoặc đem tiết khuẩn nếu cần.

V. GHI HỒ SƠ:

- Tình trạng của da, những phát hiện mới nếu có.
- Tình trạng mảng mục.
- Loại thuốc dùng.
- Các điều dặn dò (nếu có).
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

VI. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Loét do dụng cụ châm lót	Tránh để NB nằm trực tiếp trên dụng cụ châm lót Dụng cụ châm lót, phải có áo vải hoặc khăn che chở Thay đổi tư thế BN thường xuyên 2 giờ/lần Lưu ý NB thừa cân

XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
BN có nốt phỏng ở da. BN yêu cầu chích xẹp nốt phỏng	Giải thích cho người bệnh tránh làm vỡ nốt phỏng tránh nhiễm trùng qua chỗ vỡ. Che chở tránh vỡ nốt phỏng Điều dưỡng chăm sóc vô khuẩn như một vết thương. Bù nước, đạm đủ theo y lệnh
BN có vết loét độ III, IV. Thể trạng suy kiệt dần.	Theo dõi chăm sóc thường xuyên vết loét. Chống nhiễm trùng thêm. Bù nước, đạm đủ theo y lệnh

Bài 8: KỸ THUẬT TRẢI GIƯỜNG ĐỢI NGƯỜI BỆNH

I. MỤC ĐÍCH:

- Để có giường sạch sẽ, tiện nghi và sẵn sàng đón người bệnh mới.
- Để phòng bệnh được gọn gàng đẹp mắt.
- Tạo niềm tin cho người bệnh về việc chăm sóc và điều trị.

II. DỤNG CỤ:

Với một tấm vải

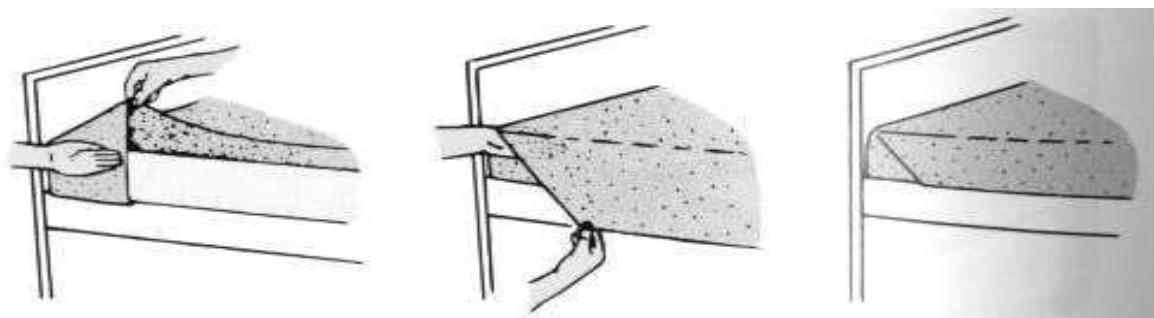
- 1 vải trải giường (bề trái xếp ra ngoài)
- 1 gối
- 1 áo gối
- Tấm cao su và vải phủ (nếu cần)

Với 2 tấm vải

- 1 tấm vải trải giường (bề trái xếp ra ngoài)
- 1 tấm cao su và vải phủ
- 1 tấm vải đắp (bề phải xếp ra ngoài)
- 1 gối và 1 áo gối

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TRẢI GIƯỜNG ĐỢI NGƯỜI BỆNH VỚI 1 VẢI TRẢI

Stt	Nội dung
1	Sắp xếp thứ tự dụng cụ đầy đủ và kiểm tra bề trái ra ngoài
2	Tạo khoảng trống để làm giường, kéo thẳng đệm
3	Đặt vải trải bề trái ở giữa giường
4	Xếp rẽ quạt nửa vải trái
5	Bọc 2 đầu đệm
6	Làm góc 2 đầu đệm
7	Bỏ vải thừa từ giữa giường ra hai đầu
8	Qua bên kia giường kéo thẳng vải trái.
9	Thực hiện phần còn lại giống các bước 6, 7, 8
10	Thay áo gối
11	Sắp xếp lại bàn ghế



Kỹ thuật làm góc giường

**BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG
TRẢI GIƯỜNG ĐÔI NGƯỜI BỆNH VỚI 2 VẢI TRẢI**

Stt	Nội dung
1	Sắp xếp thứ tự dụng cụ đầy đủ và kiểm tra bề trái ra ngoài
2	Tạo khoảng trống để làm giường, kéo thẳng đệm
3	Đặt vải trải gấp đôi ở giữa giường. Phủ vải trải ở hai đầu đệm chân giường
4	Xếp rẽ quạt nửa vải trải
5	Bọc đầu đệm
6	Làm góc đầu đệm
7	Trải vải dư từ đầu đến chân giường
8	Trải tấm nilon nửa giường cách đầu giường 40 cm
9	Trải vải phủ nilon nửa giường
10	Qua bên kia giường kéo thẳng vải trải, thực hiện phần còn lại giống các bước 5, 6, 7, 8, 9
11	Trải vải đắp gấp đôi ở giữa giường, trải 2 đầu đệm giường
12	Xếp rẽ quạt nửa vải đắp về bên kia
13	Xếp góc ở đầu đệm chân giường, <i>không dặt</i>
14	Qua bên kia giường kéo thẳng vải đắp
15	Xếp góc không dặt vải đắp chân giường còn lại
16	Thay áo gối
17	Phủ vải đắp lên gối bằng đầu đệm – lật mí vải đắp ngang gối
18	Sắp xếp lại bàn ghế

IV. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Sắp xếp các dụng cụ theo thứ tự bề trái ra ngoài.
- Tránh di chuyển nhiều lần, hoàn tất một bên rồi tiếp bên kia.
- Bọc 2 đầu đệm rồi mới được làm góc (giường 1 vải trải).
- Kéo thật thẳng vải trước khi tẩn sâu vào phần dưới của đệm.
- Khi thực hiện phần ở dưới thấp, ĐD nên cong đầu gối và giữ lưng luôn thẳng.

Bài 9: KỸ THUẬT THAY VẢI TRẢI GIƯỜNG CÓ NGƯỜI BỆNH NẸM

I. MỤC ĐÍCH

- Để chỗ nằm người bệnh sạch sẽ và tiện nghi.
- Phòng ngừa loét giường (đối với người bệnh nằm lâu một chỗ).
- Giữ cho môi trường khoa phòng được sạch sẽ.

II. DỤNG CỤ

Với một tấm vải

- 1 vải trải giường (bề trái xếp ra ngoài)
- 1 bao đựng đồ bẩn (nếu có)
- 1 áo gối
- Tấm cao su và vải phủ (nếu cần)

Với 2 tấm vải

- 1 tấm vải trải giường (bề trái xếp ra ngoài)
- 1 tấm cao su và vải phủ
- 1 tấm vải đắp (bề phải xếp ra ngoài)
- 1 áo gối
- 1 bao đựng đồ bẩn (nếu có)

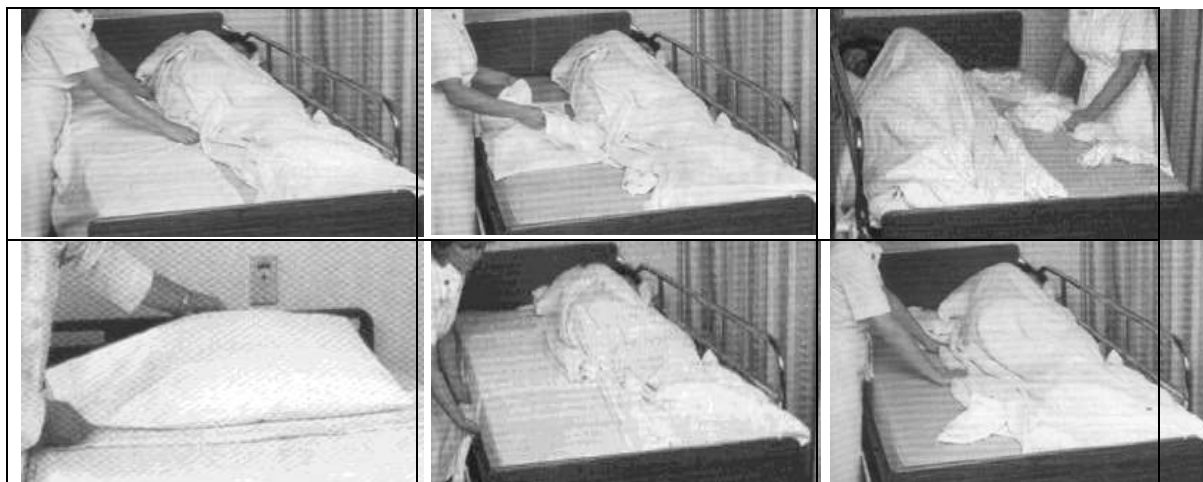
BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THAY GIƯỜNG CÓ NGƯỜI BỆNH NẸM VỚI MỘT VẢI TRẢI

Stt	Nội dung
1	Sắp xếp thứ tự dụng cụ đầy đủ và kiểm tra bề sóng ra ngoài
2	Báo và giải thích cho người bệnh
3	Tạo khoảng trống để làm giường, kéo thẳng đệm
4	Cho người bệnh nằm một bên giường an toàn
5	Tháo vải bẩn cuộn vào trong, nhét dưới lưng người bệnh
6	Đặt vải trải giường, sóng đôi ở giữa giường
7	Xếp rẽ quạt 1/2 vải trải ra giữa giường, nhét dưới lưng người bệnh
8	Bọc 2 đầu đệm
9	Làm góc 2 đầu đệm
10	Tấn vải dư từ giữa giường ra 2 đầu
11	Đỡ người bệnh về 1/2 giường đã trải xong
12	Qua bên kia giường tháo vải bẩn. Thực hiện 1/2 giường còn lại giống các bước 8, 9, 10
13	Cho người bệnh nằm lại giữa giường
14	Thay áo gối
15	Sắp xếp lại bàn ghế, tủ đầu giường
16	Báo cho người bệnh biết việc đã xong
17	Dọn dẹp dụng cụ

III. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

- Sắp xếp các thứ tự bề sóng ra ngoài.
- Xoay trở người bệnh an toàn (nằm ngửa hoặc nằm nghiêng một bên giường).
- Tránh di chuyển nhiều lần, hoàn tất một bên rồi tiếp bên kia.

- Bọc hai đầu đệm rồi mới được làm góc (giường một vải trái). Kéo thật thẳng vải trước khi tẩn vào dưới sâu của đệm.
- Khi thực hiện phần ở dưới thấp, điều dưỡng nên cong đầu gối và giữ lưng luôn thẳng.



Kỹ thuật thay vải trái giường có người bệnh nằm với 1 vải trái

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THAY GIƯỜNG CÓ NGƯỜI BỆNH NẰM VỚI 2 VẢI TRÁI

Stt	Nội dung
1	Sắp xếp thứ tự dụng cụ đầy đủ và kiểm tra bề sóng ra ngoài
2	Báo và giải thích cho người bệnh
3	Tạo khoảng trống để làm giường, kéo thẳng đệm
4	Cho người bệnh nằm 1 bên giường an toàn
5	Tháo vải bản cuộn vào trong nhét dưới lưng người bệnh
6	Đặt vải trái giường, sóng đôi ở giữa giường, bằng mí nệm ở chân giường
7	Xếp rẽ quạt 1/2 vải trái ra giữa giường
8	Bọc đầu đệm
9	Làm góc đầu đệm
10	Tẩn vải dư từ đầu đến chân giường
11	Trải nylon, 1/2 giường cách đầu giường 40 cm, phần dư nhét dưới nệm

12	Trải vải phủ nylon 1/2 giường, phần dư nhét sâu dưới đệm
13	Cho người bệnh về bên 1/2 giường đã trải xong
14	Qua bên kia giường mang theo vải đắp
15	Tháo vải bẩn
16	Kéo thẳng phần vải trải xếp rẻ quạt thực hiện 1/2 giường còn lại giống các bước 8, 9, 10, 11, 12
17	Đỡ người bệnh nằm lại giữa giường
18	Trải vải đắp sóng đôi ở giữa giường, bằng mí đệm đầu giường
19	Xếp rẻ quạt 1/2 vải đắp về bên kia
20	Làm góc ở mí đệm chân giường, <i>không tấn</i>
21	Tháo vải bẩn và phủ vải đắp cho người bệnh
22	Xếp nếp gấp ở chân giường, làm góc còn lại, <i>không tấn</i>
23	Thay áo gối
24	Sắp xếp lại bàn ghế, tủ đầu giường
25	Báo cho người bệnh biết việc đã xong
26	Dọn dẹp dụng cụ



Kỹ thuật thay vải trải giường có người bệnh nằm với 2 vải trải

Bài 10: KỸ THUẬT CHUẨN BỊ GIƯỜNG ĐỢI NGƯỜI BỆNH SAU GIẢI PHẪU

I. MỤC ĐÍCH

- Để sẵn sàng đón người bệnh sau giải phẫu.
- Cung cấp những dụng cụ tiện nghi và an toàn phù hợp với việc theo dõi người bệnh sau khi chụp thuốc mê

II. DỤNG CỤ

- 1 vải trải giường (bề trái xếp ra ngoài)
- 2 tấm cao su
- 2 vải phủ cao su
- 1 vải đắp (bề mặt xếp ra ngoài)
- 1 mền
- 1 vải phủ mền (bề trái xếp ra ngoài)
- 1 gối và 1 áo gối
- Quần áo người bệnh
- 1 mâm trong đó có:
 - + Máy đo huyết áp
 - + Ống nghe
 - + Bồn hạt đậu, vải thưa, que đè lưỡi
- Máy hút đờm (nên có sẵn ở trại) Bình oxy 1 hay nhiều túi nước nóng

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT SOẠN DỤNG CỤ TRẢI GIƯỜNG ĐỢI BỆNH SAU GIẢI PHẪU

Stt	Nội dung
1	Vải trải giường xếp theo thứ tự bề sòng ra ngoài: 1 vải trải giường 2 tấm cao su 2 vải phủ cao su 1 vải đắp 1 mền 1 vải phủ mền 1 áo gối
2	Bộ quần áo người bệnh
3	Mâm dụng cụ gồm: + Vải thưa + Cây đè lưỡi + Bồn hạt đậu + Máy đo huyết áp + Ống nghe + Túi nước nóng
4	Máy hút đờm sẵn sàng sử dụng
5	Hệ thống oxy

BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TRẢI GIƯỜNG ĐỘI BỆNH SAU GIẢI PHẪU

Stt	Nội dung
1	Sắp xếp thứ tự dụng cụ đầy đủ và kiểm tra bề sóng ra ngoài
2	Tạo khoảng trống để làm giường, kéo thẳng đệm
3	Đặt vải trải giường, sóng đôi ở giữa giường
4	Xếp rẽ quạt 1/2 vải trải giữa giường
5	Bọc đầu đệm
6	Làm góc đầu đệm
7	Tấn vải dư từ đầu đến chân giường
8	Trải nylon 1/2 giường cách đầu giường 40 cm, tấn phần dư dưới đệm
9	Trải vải phủ nylon 1/2 giường, tấn phần dư dưới đệm
10	Trải nylon 1/2 giường phía đầu giường phủ lên vải phủ nylon giữa giường khoảng 10 cm
11	Xếp rẽ quạt 1/2 nylon 1/2 giường
12	Bọc đầu nệm, làm góc
13	Trải vải phủ nylon 1/2 giường, xếp rẽ quạt 1/2 giường
14	Bọc đầu nệm, làm góc
15	Trải vải đắp sóng đôi giữa giường
16	Xếp rẽ quạt 1/2 vải đắp giữa giường
17	Trải 1/2 vải phủ mền sóng đôi giữa giường lai vải bằng vải đắp
18	Qua bên kia thực hiện tiếp các bước từ 6 đến 18
19	Xếp vải phủ mền phía đầu giường bao mền lại
20	Xếp vải đắp phủ lên trên vải phủ mền phía đầu giường
21	Xếp vải dư tấn ở chân giường và 1 bên giường bằng mí đệm
22	Trở lại làm tiếp phần vải dư của 1/2 giường như bước 21. Làm gối đặt gọn nơi đầu giường
23	Đặt quần áo người bệnh và các túi nước nóng vào giường
24	Sắp xếp vùng phụ cận ngay ngắn thứ tự
25	Nhận người bệnh lên giường, lấy các túi nước nóng ra xếp rẽ quạt các vải 1/2 giường về bên xa
26	Phủ các vải đắp người bệnh, mặc áo quần
27	Tấn vải dư dưới nệm ở chân giường làm 1 nếp và làm góc

III. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Sắp xếp các dụng cụ theo thứ tự bề sóng ra ngoài.
- Tránh di chuyển nhiều lần, hoàn tất một bên rồi tiếp bên kia.
- Bọc 2 đầu đệm rồi mới được làm góc (giường 1 vải trải).
- Kéo thật thẳng vải trước khi tấn sâu vào phần dưới của đệm.
- Khi thực hiện phần ở dưới thấp, điều dưỡng nên cong đầu gối và giữ lưng luôn thẳng.

Bài 11: HẠN CHẾ CỬ ĐỘNG

I. MỤC ĐÍCH:

Đem lại sự an toàn cho người bệnh và những người xung quan

II. CHỈ ĐỊNH

- Những bệnh về da, phẫu thuật thẩm mỹ, mổ mắt.
- Sau khi phẫu thuật còn mê.
- Tình trạng kích động: mê sảng, say rượu, chấn thương ở đầu.
- Những trường hợp khác: mất trí, quá già, trẻ con.

III. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng tri giác: tỉnh, lơ mơ, động kinh, co giật hay hôn mê.
- Tình trạng bệnh: sau phẫu thuật vùng mặt, tâm thần...
- Tổng trạng: trung bình, béo phì hay suy dinh dưỡng.

IV. DỤNG CỤ

- Thanh giường
- Tấm ván
- Ghế
- Vải trải giường
- Gối
- Băng vải
- Băng cuộn
- Khăn nhỏ
- Nẹp giữ yên tay

V. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

1. Tránh người bệnh lăn ngã ra khỏi giường

- Kéo thanh giường lên che 2 bên giường hay che một bên, còn một bên sát tường.
- Cột một tấm ván dọc theo hai bên giường.
- Lấy ghế cột chung vào hai bên trống của giường.
- Che giường bằng cách giăng dây dọc hai bên giường, phủ vải trải lên và nhét sâu xuống dưới đệm.
- Chêm gối dưới nệm, để đỡ đệm hai bên giường cao lên.
- Nhét vải phủ giường hai bên vào dưới đệm.
- Xếp vải trải làm đôi, đắp từ vai đến quá đầu gối, nhét sâu hai đầu dưới đệm, nếu người bệnh gầy dựa nhiều có thể gấp thêm tấm vải trải làm 4 đặt thêm lên chân người bệnh và cũng tấn sâu dưới đệm (không tấn chặt quá làm cản trở hô hấp, tấn sâu dưới đệm khi người bệnh nằm lăn qua đê lên mí vải không bị tuột ra).

2. Không cho người bệnh ngồi dậy

Dùng băng bản to hoặc dùng tấm vải trải xếp nhỏ theo chiều dài, luồn vải dưới lưng, qua nách, lên vai, treo 2 mối dưới gối cột trên đầu giường.

3. Tránh người bệnh giật các ống thông sau khi tỉnh thuốc mê

- Lấy băng bản to hoặc băng cuộn làm 2 vòng như số 8, với 2 đầu mỗi đi ngược chiều, xếp 2 vòng với nhau, hai mối ở giữa (cần che chỗ da với bông đen hoặc khăn nhỏ khi cố định).
- Tròng vòng băng vào tay hay chân. Cột vào mép giường phía bên kia bằng cách luồn băng dưới mình người bệnh (cột 2 mối của dây một lượt tránh siết chặt tay chân người bệnh).

4. Không cho sử dụng tay, giữ yên các khớp tay: gãy xương hay tiêm truyền dung dịch

- Dùng nẹp giữ yên 2 khớp của cẳng tay.
- Dùng các cây đè lưỡi bằng cây (thẻ tre, bìa cứng) dán ghép lại thành vòng, lót bông hoặc vải quanh khuỷu tay, cho trẻ mang vào.

VI. DỌN DỆP DỤNG CỤ

Dọn dẹp dụng cụ về phòng làm việc

VII. GHI VÀO HỒ SƠ

Tình trạng người bệnh trước và sau khi hạn chế

VIII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

- Nên giải thích cho người bệnh hoặc người nhà hiểu rõ mục đích và cách thực hiện, dặn dò những điều cần thiết.
- Chỉ hạn chế cử động khi thật cần thiết.
- Ngưng hạn chế ngay khi không cần thiết vì kỹ thuật trên có thể ảnh hưởng lên tâm lý người bệnh và thân nhân.

Bài 12: CÁC TƯ THẾ NGHỈ NGƠI VÀ TRỊ LIỆU THÔNG THƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Tránh biến chứng: sưng phổi, ứ máu phổi, tắc mạch, biến chứng thận ...
 - Tạo điều kiện thoải mái cho người bệnh, giúp người bệnh nhanh chóng được bình phục.
- Ngừa biến dạng cơ thể.

II. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng tri giác: tỉnh, hôn mê...
- Bệnh lý kèm theo: liệt, chấn thương cột sống, vết thương vùng lưng, khó thở, tim mạch...
- Tổng trạng gây, trung bình hay béo phì.

III. DỤNG CỤ

- Gối đủ cỡ, gối cứng, gối mềm. Bàn ăn cá nhân (nếu có). Vòng cao su, hộp kê chân.
- Giá gỗ hoặc ghế.

IV. TIẾN TRÌNH KỸ THUẬT

a. Tư thế nằm ngửa thẳng

Chỉ định

Tư thế trị liệu: sau ngất choáng, sau xuất huyết, bại liệt

Chống chỉ định

- Hôn mê
- Nôn nhiều

Kỹ thuật: Người bệnh nằm thẳng lưng, chân duỗi thẳng, đầu có gối hoặc không gối, bàn chân được giữ thẳng góc với cẳng chân.

Cách kê gối

Tư thế nghỉ ngơi

- + Lót gối ở đầu, cổ (gối mềm)
- + Nới thắt lưng (nếu người bệnh gầy)
- + Kheo chân

Người bệnh liệt

- + Cho người bệnh nằm gối đỡ cả đầu và vai
- + Lót vòng cao su có phủ vải dưới mông
- + Chêm gối dưới chân
- + Đặt gối dài dọc theo 2 bên chân
- + Dùng hộp gỗ (đã bao cho êm), đỡ bàn chân thẳng góc với cẳng chân
- + Lót 2 gối dưới 2 cánh tay người bệnh
- + Giữ ngón tay người bệnh hơi co lại bằng cách cho người bệnh nắm giữ cuộn băng
- + Dùng vòng gòn lót gót chân hay cho gót chân ló ra ngoài mí đệm



Tư thế nằm ngửa thẳng

b. Tư thế nằm ngửa đầu thấp

Chỉ định

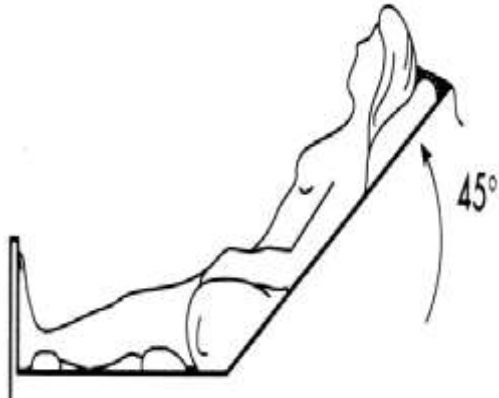
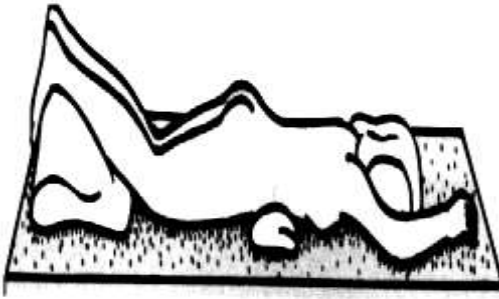
- Đề phòng ngất choáng
- Ngất choáng (người bệnh nằm trong thời gian ngắn)
- Sau khi chọc dò tủy sống.
- Kéo xương trong trường hợp gãy xương chân

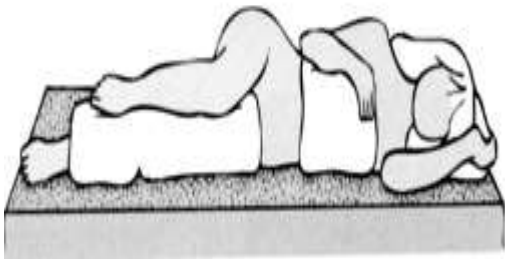
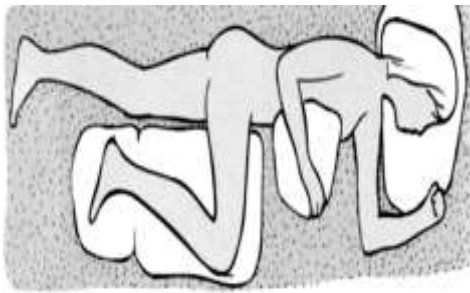
Kỹ thuật

- Nằm đầu không gối, thân mình thẳng trên giường.
- Chân giường được quay hoặc kê cao tùy theo chỉ định của bác sĩ.
- Cần giữ ấm người bệnh bằng mền.



Tư thế nằm ngửa đầu thấp

c. Tư thế nằm đầu hơi cao Chỉ định Bệnh hệ hô hấp, tim, gan Dưỡng bệnh người già Chống chỉ định - Rối loạn về nuốt - Hôn mê, sau gây mê Kỹ thuật: - Quay đầu giường, chêm gối cho người bệnh nằm ngửa đầu cao 15 - 30 độ Chêm gối ở khuỷu chân - Dùng 2 gối để đỡ 2 tay.	
d. Tư thế nửa nằm nửa ngồi Chỉ định - Khó thở trong các bệnh hô hấp, suyễn, viêm phổi, khí phế thũng. - Bệnh tim. - Sau một số phẫu thuật ở bụng (nếu có ống dẫn lưu, cho người bệnh nằm nghiêng về phía ống). - Thời kỳ dưỡng bệnh, nhất là đối với người lớn tuổi. Kỹ thuật - Quay đầu giường lên cao 45 độ - Quay chân giường lên cao trên gối để người bệnh khỏi tuột Giữ lưng người bệnh thẳng Cách kê gối: - Cho người bệnh nằm gối đỡ cả đầu và vai. - Lót vòng cao su dưới mông nếu cần. - Đỡ bàn chân thẳng góc với cẳng chân. - Lót gối dưới tay hoặc cho người bệnh ôm gối. * Lưu ý: trường hợp bệnh tim nặng hoặc suyễn, người bệnh ngủ ở thể ngồi: dùng gối chồng trên bàn để người bệnh đặt tay và dựa ngực vào gối, ngủ cho thoải mái.	 Tư thế nửa nằm nửa ngồi
e. Tư thế nằm sấp Chỉ định Chướng hơi ở bụng, người bệnh khó ngủ Người bệnh bị mảng mục vùng lưng Kỹ thuật Người bệnh nằm sấp, mặt nghiêng một bên, 2 tay để 2 bên đầu hay thẳng theo thân mình. Cách lật sấp người bệnh Cách 1: - Cho người bệnh nằm một bên giường. - Điều dưỡng đứng về phía sẽ lật người bệnh qua: - Tay gần người bệnh đặt sát vào thân mình người bệnh. - Chân xa chéo lên chân gần(Nếu người bệnh nặng cần quá cần có thêm người phụ). - Để gối trên giường ngang tầm bụng người bệnh. - Điều dưỡng: một tay nắm bả vai, một tay đặt ở mông, đặt người bệnh nghiêng và nhẹ nhàng đặt người bệnh nằm sấp.	 Tư thế nằm sấp

Cách 2: - Cho người bệnh nằm một bên giường. - Đặt 2 tay người bệnh dưới lưng. - Điều dưỡng luồn cánh tay dưới mình người bệnh, một tay qua tới vai bên kia, một tay qua mông kéo người bệnh về phía điều dưỡng, nhẹ nhàng lật nghiêng người bệnh và đặt nằm sấp. - Cách kê gối: + Dùng gối đỡ mặt và phần trên ngực người bệnh. + Sửa lại gối ở bụng. + Chêm gối từ phía dưới đầu gối đến cổ chân.	
f. Tư thế nằm nghiêng sang phải hoặc trái Chỉ định - Nghi ngơi - Thăm khám hậu môn, đo nhiệt độ hậu môn - Thụt tháo Kỹ thuật Người bệnh nằm nghiêng sang phải hoặc trái, đầu có gối hoặc không, chân trên co nhiều, chân dưới hơi co hoặc duỗi thẳng. Cách lật người bệnh nằm nghiêng Cách 1: - Cho người bệnh nằm một bên giường. - Điều dưỡng đứng về phía sắp lật người bệnh. - Tay gần người bệnh dang xa thân mình, tay xa để trên bụng. - Chân xa tréo lên chân gần. - Điều dưỡng một tay ở vai, một tay ở mông lật người bệnh về phía mình đứng. Cách 2: điều dưỡng đặt: - Tay xa người bệnh dang xa thân mình, tay gần để trên bụng. - Chân gần tréo lên chân xa. - Điều dưỡng luồn cánh tay dưới mình người bệnh, một tay qua tới vai bên kia, một tay qua mông kéo người bệnh về phía điều dưỡng, nhẹ nhàng lật người bệnh qua bên kia. - Cách kê gối: + Chêm gối dưới đầu, cổ, vai. + Cho người bệnh ôm gối. + Chêm gối sau lưng. + Chân trên co cao có lót gối, chân dưới hơi co.	 Tư thế nghiêng sang phải hoặc sang trái  Tư thế nghiêng sang phải hoặc sang trái
g. Đem người bệnh lên đầu giường Người bệnh phụ giúp được - Gối che đầu giường. - Người bệnh chống chân lên. điều dưỡng luồn 1 tay dưới vai, một tay dưới mông. - Trong lúc người bệnh nhún mình, chống chân, điều dưỡng đỡ và đẩy theo.	

Người bệnh không phụ giúp được: bất động hay bán bất động

- Gối che đầu giường.
- Hai người điều dưỡng đứng cùng một bên.
- Một người: một tay luôn dưới vai, một tay đặt ở thắt lưng.
- Người kia: một tay đặt ở hông, một tay ở đùi.
- Cả hai cùng đưa người bệnh lên một lượt.
- *Dem đệm lên:*
- + Với hai người điều dưỡng: mỗi người đứng một bên ở giữa giường, nắm đệm lên và cùng nhấc một lượt.
- + Nếu người bệnh nặng cần 4 người, mỗi người một góc đệm.

V. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

- Một người không nên đỡ người bệnh quá nặng.
- Khi người bệnh có thể tự xoay trở, nên để họ tự làm, chỉ giúp họ khi cần.
- Nên đứng bên cạnh giường về phía người bệnh nghiêng qua là tốt nhất. Luôn giữ người bệnh đúng tư thế và xoay trở thường xuyên mỗi 2 giờ. Khi chêm, nên chú ý chêm những vùng đè cần.

Bài 13: CÁC TƯ THẾ ĐỂ KHÁM BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

- Tạo điều kiện thuận lợi cho bác sĩ khám bệnh.
- Giúp người bệnh được thoải mái tiện nghi khi khám.

II. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

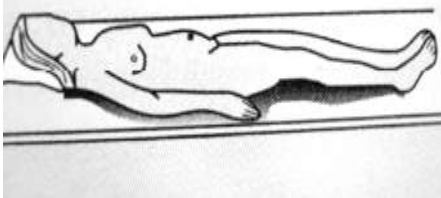
- Tình trạng tri giác: tỉnh, hôn mê...
- Bệnh lý kèm theo: liệt, chấn thương cột sống, vết thương vùng lưng, khó thở, tim mạch...
- Tổng trạng gầy, trung bình hay béo phì.

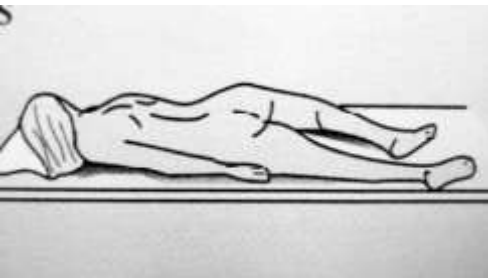
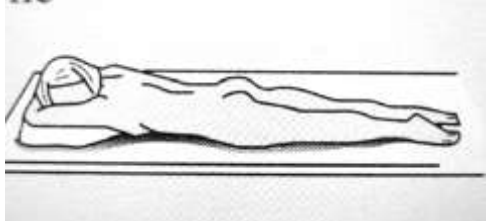
III. DỤNG CỤ

- Mền hay vải đắp và khăn lông khi cần che ngực
- Tấm cao su và vải phủ (nếu cần)
- Gối chêm (nếu cần)
- Bình phong.
- Búa phản xạ
- Tấm bông
- Mỏ vịt soi âm đạo
- Kim tiếp liệu
- Phiến kính
- Que gòn
- Ống nghe, máy đo huyết áp.

IV. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

- Báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm, đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp.
- Che bình phong cho kín đáo.

Tư thế nằm ngửa: dùng để khám tổng quát, khám ngực, bụng, chân. - Đắp mền cho người bệnh được ấm áp và kín đáo - Bỏ hẳn quần áo ra (nếu cần) - Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu có gối - Hai tay xuôi theo thân mình hoặc để trên ngực - Hai chân chân thẳng hoặc co lại	 Tư thế nằm ngửa
Tư thế nằm ngửa chân chống và bẹt ra: khám âm đạo, thăm dò trực tràng - Lót tấm cao su và phủ vải dưới mông người bệnh - Đặt người bệnh nằm ngửa - Che kín người bệnh bằng mền hoặc vải đắp - Bỏ hẳn quần người bệnh ra - Đặt 2 chân người bệnh chống lên và bẹt ra, mông sát cạnh giường (nếu nằm trên bàn khám, đặt mông người bệnh sát cạnh bàn và để 2 bàn chân trên giá đỡ)	 Tư thế nằm ngửa, chân chống bẹt rộng

Tư thế nằm ngửa, chân chống bệt ra nhiều hơn (hình 32.3): khám vùng hội âm, trực tràng, âm đạo, bàng quang, cổ tử cung (tư thế sản phụ khoa) - Lót tấm cao su và vải phủ dưới mông người bệnh. - Đặt người bệnh nằm ngửa. - Che kín người bệnh bằng mền hay vải đắp. - Bỏ hắt quần người bệnh ra. - Đặt hai chân người bệnh co sát bụng và dang rộng ra, mông sát cạnh giường (nếu nằm trên bàn khám, đặt mông người bệnh sát cạnh bàn và để 2 bàn chân trên giá đỡ).	 Tư thế sản phụ khoa
Tư thế nằm nghiêng về bên trái (Sim's): khám hậu môn, âm đạo - Lót tấm cao su và vải phủ dưới mông người bệnh. - Đắp mền. - Bỏ hắt quần người bệnh ra. - Đặt người bệnh nằm nghiêng về bên trái, chân trên co sát bụng, chân dưới hơi co, tay trái để ra sau lưng, tay phải ôm gối trước ngực.	 Tư thế Sim's
Tư thế nằm sấp: khám vùng gáy, lưng, cột sống, mông - Đắp mền cho người bệnh được ấm và kín đáo. - Bỏ hắt quần áo ra. - Đặt người bệnh nằm sấp mặt nghiêng một bên trên gối. - Hai tay người bệnh xuôi theo thân mình hoặc để trên đầu. - Hai chân thẳng.	 Tư thế nằm sấp
Tư thế nằm chống mông: soi trực tràng, khám âm đạo (người bệnh phải được làm sạch ruột trước khi soi trực tràng).	 Tư thế nằm chống mông
Tư thế đứng: khám chính hình, thần kinh Cho người bệnh đứng thẳng, đi qua, đi lại hoặc làm những cử động như co, duỗi 2 tay, 2 chân để bác sỹ xem xét những tình trạng bất thường của cơ thể.	 Tư thế đứng

V. DỌN DỆP DỤNG CỤ

- Đem dụng cụ về phòng làm việc.
- Dọn rửa và trả về chỗ cũ.

VI. GHI HỒ SƠ

- Ngày giờ bác sĩ khám bệnh.
- Vị trí và tư thế khám.
- Các mẫu thử (nếu có).
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Tên bác sĩ khám bệnh.
- Tên điều dưỡng phụ tá.

VII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

- Chuẩn bị hồ sơ và dụng cụ đầy đủ trước khi khám.
- Vùng khám phải được chuẩn bị tốt.
- Luôn trấn an người bệnh, giữ cho người bệnh được kín đáo, ấm áp trong khi khám.
- Giúp người bệnh mặc lại quần áo một cách thoải mái sau khi khám.
- Nếu có gửi chất tiết đi xét nghiệm nhớ ghi vào hồ sơ.

Bài 14: CÁCH GIÚP NGƯỜI BỆNH NGỒI DẬY VÀ RA KHỎI GIƯỜNG LẦN ĐẦU

I. MỤC ĐÍCH

- Giúp máu lưu thông điều hòa trong cơ thể.
- Ngừa những biến chứng: ứ máu phổi, tắc mạch, biến dạng cơ thể, mảng mục.
- Đem lại sự thoải mái cho người bệnh và giúp người bệnh chóng hồi phục

II. CHỈ ĐỊNH

- Phải có chỉ thị của bác sĩ vì có thể gặp nguy hiểm khi người bệnh trở dậy lần đầu: rối loạn tuần hoàn, chóng mặt, huyết áp hạ, ngất ...
- Người bệnh nằm lâu ngày
- Người bệnh sau khi mổ

III. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

- Tình trạng bệnh lý: chóng mặt, hoa mắt, tụt huyết áp tư thế, nằm lâu ngày trên giường...
- Dấu sinh hiệu đặc biệt là mạch, huyết áp có ổn định?

IV. DỤNG CỤ

- Ghế bành hay ghế có lưng dựa.
- Bậc tam cấp (nếu giường cao).
- Giày, dép, vớ, áo ấm. Băng bụng (nếu cần). Gối, mền.

V. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

- Xem hồ sơ, quan sát tình trạng người bệnh để biết chắc người bệnh ra khỏi giường được.
- Báo và giải thích cho người bệnh biết lợi ích của việc này.
- Đặt bậc tam cấp và giày dép ngay chỗ bước xuống, ghế đặt ở chỗ thuận tiện cho người bệnh.
- Cho người bệnh nằm sát cạnh giường.
- Điều dưỡng đứng đối diện với người bệnh, luôn tay phải qua nách phải người bệnh (nếu điều dưỡng đứng bên trái thì ngược lại).
- Tay phải người bệnh nắm vai phải điều dưỡng.
- Tay trái điều dưỡng đỡ cổ và vai trái người bệnh, cho người bệnh ngồi dậy nhẹ nhàng.
- Một tay điều dưỡng đỡ dưới khuỷu chân, một tay đỡ vai, xoay nhẹ nhàng người bệnh và cho thông 2 chân xuống giường.
- Quan sát sắc diện, đếm mạch, hỏi người bệnh.
- Mặc áo ấm, mang vớ (nếu cần).
- Điều dưỡng đứng trước người bệnh, một chân trước, một chân sau, hai tay xốc nách người bệnh, người bệnh để hai tay chịu lên vai của điều dưỡng, điều dưỡng hơi nhún mình xuống để đưa người bệnh ra khỏi giường, xoay người lại đặt người bệnh xuống ghế.
- Cho người bệnh ngồi thoải mái, chải tóc gọn gàng.
- Điều dưỡng sửa soạn giường lại.
- Đỡ người bệnh đứng lên, tay trái điều dưỡng xốc nách trái người bệnh, tay phải luôn qua hông, dìu người bệnh đi.
- Sau khi đi xong, đưa người bệnh về giường, cho người bệnh nằm thoải mái.
- Quan sát lại tình trạng người bệnh.

VI. DỌN DỆP DỤNG CỤ

Thu dọn dụng cụ về phòng làm việc.

VII. GHI VÀO HỒ SƠ

- Tình trạng người bệnh trước và sau khi ra khỏi giường.
- Thời gian ra khỏi giường

VIII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

- Phải chắc chắn người bệnh khỏe trước khi cho người bệnh ra khỏi giường.
- Điều dưỡng luôn theo dõi trong suốt thời gian người bệnh ngồi chơi ở ghế.
- Điều dưỡng luôn giữ tư thế đúng khi đỡ người bệnh.

Bài 15: CÁCH DI CHUYỂN TỪ GIƯỜNG QUA CÁNG – XE LĂN

I. MỤC ĐÍCH

Di chuyển người bệnh được an toàn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả người bệnh nặng không thể tự di chuyển (người bệnh chuyển trại, người già...).
- Người bệnh đi giải trí (đối với người bệnh bị liệt 2 chân, gãy chân).

III. DỤNG CỤ

- Cáng đẩy hoặc cáng khiêng tay
- Xe lăn tay
- Gối, mền

IV. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

1. Cách di chuyển người bệnh từ giường qua cáng đẩy

Đặt cáng song song cách giường ít nhất 1m hoặc đặt thẳng góc với chân giường hoặc đầu giường và ngược đầu với người bệnh.

2. Cách đỡ người bệnh với một người điều dưỡng

- Khoá các bánh xe và giường lại cẩn thận.
- Điều dưỡng đứng cạnh giường, chân trước, chân sau, một tay luôn tới khuỷu chân, một tay dưới vai – cổ người bệnh, người bệnh ôm lấy cổ điều dưỡng.
- Điều dưỡng nhắc bổng người bệnh lên quay nửa vòng rồi đặt nhẹ nhàng người bệnh lên cáng (nếu cáng đặt thẳng góc với giường) quay một vòng (nếu cáng đặt song song với người bệnh)



Cách đỡ người bệnh với 1 người

Cách đỡ người bệnh với 2 - 3 người

3. Cách đỡ người bệnh với 2 - 3 người

- Khoá bánh xe của xe đẩy và dừng lại
- Bố trí người điều dưỡng cao và khoẻ nhất đứng ở phía đầu của người bệnh
 - + Người thứ nhất đỡ cổ, vai và lưng người bệnh.
 - + Người đứng giữa: đỡ thắt lưng, mông người bệnh.
 - + Người thứ 3: đỡ đùi và cẳng chân người bệnh.
- Theo nhịp 1, 2, 3 cùng nhắc bổng người bệnh lên, ôm người bệnh vào ngực quay nửa vòng, hoặc một vòng rồi đặt nhẹ nhàng người bệnh lên cáng.

4. Cáng để song song và sát giường

- Khóa bánh xe cáng và giường lại.
- Với 2 người hoặc 4 người: (trường hợp người bệnh nằm sẵn trên tấm vải cao su).
 - + Một người đứng về phía bên cáng, một người đứng bên kia giường.
 - + Cả hai cùng cuộn vải trong bàn tay đỡ những phần nặng nhất. (Trường hợp người bệnh nặng ký hoặc sức yếu, cần phải có thêm người đỡ đầu, chân, phòng người bệnh shock).
 - + Một người nhắc người bệnh từ từ lên cáng.

5. Cách di chuyển người bệnh qua cáng khiêng

- Hai người khiêng 2 đầu cáng đứng sát giường người bệnh, mặt cáng ép sát vào thành giường.
- Hai hoặc 3 nhân viên đứng sát giường cùng phía với người khiêng cáng, nâng người bệnh lên khỏi mặt giường, cùng lui về phía sau, cách đỡ người bệnh giống như trên.
- Hai người khiêng cáng nhanh nhẹn đưa cáng ra đỡ người bệnh.
- Cả 3 người khiêng nhẹ nhàng đặt người bệnh xuống cáng.

6. Cách đỡ người bệnh từ cáng qua giường là động tác ngược lại

7. Cách đỡ người bệnh từ giường qua xe lăn tay

Xe lăn tay đặt cách chân giường 1m và mặt xe hướng về phía đầu giường

- **Cách đỡ người bệnh với 1 người**

- Khoá bánh xe lại, giữ bàn đạp lên.
- Điều dưỡng đỡ người bệnh hạ bàn đạp xuống cho người bệnh để chân.

- **Cách đỡ người bệnh với 2 người**



Cách đỡ người bệnh từ giường qua xe lăn tay



Cách đỡ người bệnh với 2 người



Cách đỡ người bệnh với 1 người

- Khoá bánh xe lại, giữ bàn đạp lên
- Đỡ người bệnh ngồi dậy, thông chân xuống giường
- Hai người đứng 2 bên giường bệnh, nắm tay với nhau: một để ở khuỷu chân, một quàng qua giữa lưng người bệnh. Hai tay người bệnh bả cổ hai người điều dưỡng.
- Hai người điều dưỡng cùng nhắc người bệnh lên, xoay nửa vòng, nhẹ nhàng đặt người bệnh ngồi xuống xe lăn.

V. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

- Khi di chuyển chú ý giữ cho người bệnh an toàn về mọi mặt.
- Điều dưỡng không nên đỡ người bệnh quá nặng, nhờ người phụ nếu cần.
- Luôn luôn đỡ người bệnh nhẹ nhàng và một lượt tránh dần sóc người bệnh

Bài 16: KỸ THUẬT CHO ĂN BẰNG ống**I. MỤC ĐÍCH:**

Là phương pháp dùng ống thông bằng nhựa dẻo (tube levine) đưa vào tận dạ dày qua đường mũi hay miệng để đem thức ăn vào.

II. CHỈ ĐỊNH:

Áp dụng cho tất cả các trường hợp người bệnh không tự ăn uống được.

- Người bệnh mê man.
- Nuốt khó do liệt mặt.
- Gãy xương hàm.
- Trẻ bị sút môi, hở hàm ếch.
- Ung thư lưỡi, thực quản.
- Bệnh uốn ván nặng.
- Người bệnh từ chối ăn hoặc ăn quá ít.

III. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH:

Tình trạng bệnh lý: hôn mê, tai biến mạch máu não, uốn ván, sút môi, hở hàm ếch...

- Tình trạng niêm mạc mũi, miệng.
- Tình trạng dịch tồn lưu trong dạ dày (nếu cho ăn lần sau).
- Vị trí ống thông (tube Levine) (nếu cho ăn lần sau).
- Khẩu phần và chế độ ăn bệnh lý.
- Cân nặng và tính chất phân.

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH:

- Cho người bệnh nằm đầu cao 30-45°.
- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh nếu người bệnh hôn mê về ý nghĩa việc nuôi ăn người bệnh qua tube Levine.

V. DỌN DỆP DỤNG CỤ:

- Xử lý dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn - tiệt khuẩn.
- Dùng bông cồn sát khuẩn 2 tai nghe và mặt màng của ống nghe trước khi trả về chỗ cũ.

VI. GHI VÀO HỒ SƠ:

- Ngày giờ cho ăn.
- Loại thức ăn, số lượng thức ăn.
- Số lượng dịch tồn lưu trong dạ dày.
- Thời gian cho ăn nếu nhỏ giọt liên tục.
- Phản ứng của người bệnh khi đặt ống và khi cho ăn (nếu có).
- Tên điều dưỡng cho ăn.

VII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Hít sặc	Cho bệnh nhân nằm đầu cao , mặt nghiêng trong khi đặt
Tím tái do ống thông vào khí quản	Đo chiều dài ống thông và đánh dấu trước khi đặt
	Hướng dẫn người bệnh nuốt khi đẩy ống vào
	Kiểm tra ống cuộn trong miệng
	Kiểm tra vị trí ống thông trước khi cố định
	Theo dõi sắc mặt NB trong khi đặt và trước khi cố định
Tổn thương niêm mạc mũi	Chọn ống thông cỡ thích hợp

	Kiểm tra độ thông của bên mũi trước khi đặt Đưa ống thông vào phải nhẹ nhàng phối hợp với động tác nuốt của bệnh nhân. Không cố đẩy ống vào khi thấy vướng hoặc khó đặt Đặt ống thông mới qua lỗ mũi khác
Tổn thương niêm mạc mũi gây xuất huyết khó cầm	Hạn chế đặt qua đường mũi, nên đặt qua đường miệng ở bệnh nhân có rối loạn đông máu.
Đe dọa sốc do giảm thể tích	Trường hợp NB có chỉ định đặt ống để theo dõi xuất huyết tiêu hóa trên, hoặc dẫn lưu sau phẫu thuật Theo dõi số lượng dịch mất, cập nhật và báo cáo thường xuyên với BS điều trị Theo dõi dấu sinh hiệu, báo cáo ngay khi có bất thường và chỉ số M/HAT Thu gần bằng 1 Thực hiện bù dịch theo y lệnh
Viêm loét mũi do cố định ống	Vệ sinh mũi thường xuyên Theo dõi nơi cố định, tránh ống cọ vào thành mũi Tìm hiểu dấu hiệu dị ứng băng keo
Sút ống Chỗ làm dấu lệch, băng keo bong ra	Đặt lại ống Rút dịch kiểm tra lại vị trí ống thông Cố định lại

VIII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Ho, sặc sụa, tím tái trong khi đặt ống(ống thông lạc vào khí quản)	Rút ống ngay Kiểm tra lại tư thế, cỡ ống Trấn ấn NB, giải thích, hướng dẫn NB hợp tác
Cảm giác vướng khi đặt	Xoay nhẹ ống và đưa vào nhẹ nhàng
Ói khi đặt	Rút ống thông, hút sạch chất ói
Dịch dạ dày bất thường	Báo bác sĩ

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

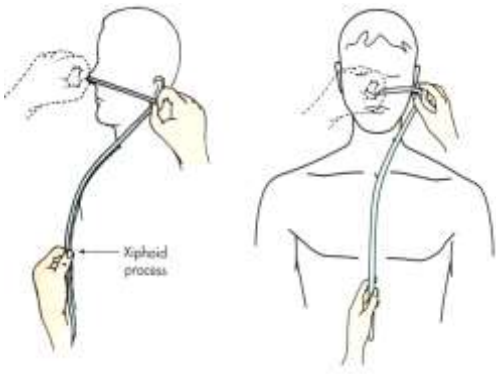
STT	Nội dung
1	Rửa tay
2	Trải khăn sạch
<i>Dụng cụ trong khăn</i>	
1	Ống thông cho ăn (Tube Levine)
2	Ly đựng thức ăn theo y lệnh, nhiệt độ 37°C đến 40°C, số lượng 250 – 300ml
3	Ly đựng nước uống
4	Que gòn
5	Que đè lưỡi
6	Gạc miếng 10x10cm
7	Bơm tiêm(cho ăn) 50ml
<i>Dụng cụ ngoài mâm</i>	
1	Khăn lông
2	Tấm nylon
3	Bồn hạt đậu
4	Ông nghe
5	Găng tay sạch
6	Giấy thử (quỳ tím)
7	Băng keo
8	Kim tây
9	Dây thun



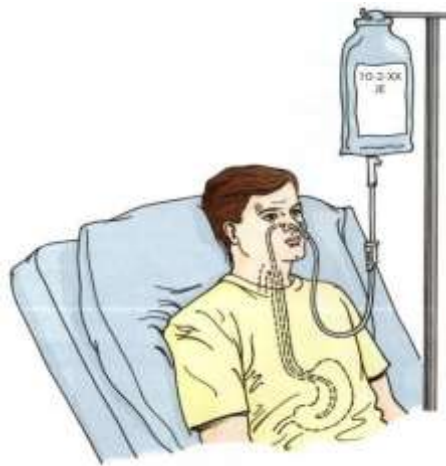
Mâm dụng cụ cho ăn bằng ống

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT CHO ĂN QUA ỐNG THÔNG MŨI – DẠ DÀY

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích cho người bệnh
2	Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao
3	Choàng tấm nilon và khăn qua cổ người bệnh
4	Vệ sinh 2 lỗ mũi (nếu đặt ở mũi)
5	Đặt bông hạt đậu cạnh má
6	Rửa tay, mang găng tay sạch
7	Đo ống từ cánh mũi (miệng) đến trái tai, từ trái tai đến mũi ức
8	Làm dấu bằng băng keo nhỏ
9	Dùng gạc cầm Tube Levine nhúng vào ly nước làm trơn ống, vẩy cho ráo nước ở đầu ống
10	Đưa ống qua mũi (miệng) đến hầu bảo người bệnh nuốt
11	Dùng que đè lưỡi kiểm tra ống qua khỏi hầu
12	Đưa tube Levine vào tiếp tục theo nhịp nuốt của người bệnh, đến mức làm dấu
13	Thử ống: đi từng bước một: - Rút dịch trong dạ dày thử trên giấy quì nếu là acid, thì ống đã vào đúng dạ dày (nếu không ta tiếp tục thử cách 2). - Bơm hơi vào dạ dày (khoảng 10- 30ml) và đặt ống nghe vùng thượng vị để kiểm tra. Nếu có dịch là ống đã vào đúng dạ dày (nếu không ta tiếp tục thử cách 2)
14	Cố định ống ở mũi hoặc má
15	Gắn phễu vào đầu tube Levine
16	Cho ít nước vào ống - tráng ống
17	Cho thức ăn vào từ từ với áp lực nhẹ (phễu cách mặt người bệnh 15-20cm) và cho liên tục tránh để bọt khí vào
18	Tráng ống sạch bằng nước chín
19	Lau khô và che chở kín đầu tube Levine
20	Cố định ống ở đầu giường
21	Lau sạch miệng mũi người bệnh, tháo găng tay.
22	Giúp người bệnh tiện nghi
23	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ



Cách đo độ dài đặt ống



Cho ăn liên tục qua tube Levine



Cách cho ăn qua sonde

Bài 17: KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

I. ĐỊNH NGHĨA:

Rửa dạ dày là dùng nước hay thuốc để rửa sạch dạ dày qua ống faucher hay ống levine. ống được đặt qua đường mũi hay miệng vào dạ dày.

II. MỤC ĐÍCH:

Loại trừ các chất ứ đọng hoặc chất độc gây kích thích dạ dày trong các trường hợp:

- Giãn dạ dày, tắc ruột.
- Nôn mửa không cầm được (viêm tụy cấp).
- Làm giảm nồng độ acid quá đậm đặc trong dạ dày.
- Làm sạch dạ dày.

* Chỉ định

- Ngộ độc.
- Trước khi giải phẫu dạ dày.
- Nôn mửa không cầm sau giải phẫu.

* Chống chỉ định

- Tổn thương thực quản do bị phồng.
- Dẫn tĩnh mạch thực quản do bệnh lý (xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa).
- Ngộ độc acid hoặc base mạnh.
- Ngộ độc quá 6 giờ.
- Tổn thương niêm mạc dạ dày: xuất huyết tiêu hóa.

Dụng cụ và dung dịch rửa

Ống faucher hoặc tube levine

Dung dịch: + Nước uống được

+ Nước muối sinh lý 0,9%

+ Natri bicarbonat

+ Lòng trắng trứng

+ Nhiệt độ: 37-40 độ C

Số lượng khoảng 4 lít hoặc có thể nhiều hơn như trong ngộ độc thuốc trừ sâu, rửa đến khi sạch nước chảy ra trong không mùi thì ngưng.



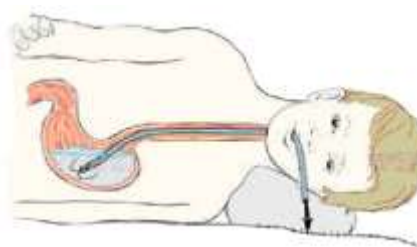
Các loại ống dùng trong rửa dạ dày

* Tư thế rửa dạ dày

Cho người bệnh nằm đầu thấp khoảng 15 độ, mặt nghiêng một bên.

* Nhận định người bệnh

- Mục đích rửa dạ dày: chuẩn bị phẫu thuật, ngộ độc, nôn ói nhiều sau phẫu thuật, tăng tiết acid dạ dày.
- Tổng trạng, tuổi, giới, da, niêm mạc.
- Tình trạng tri giác (tỉnh, lơ mơ, mê), co giật, dấu sinh hiệu (hơi thở, huyết áp).
- Nếu người bệnh ngộ độc: cần nhận định loại chất độc.
- Thời gian ngộ độc (nếu có).



Vị trí ống sonde trong dạ dày

*** Chuẩn bị người bệnh**

- Giải thích người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết để hợp tác.
- Cho người bệnh nằm đầu bằng hoặc thấp, mặt nghiêng một bên.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

*** Dọn dẹp dụng cụ**

- Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Trả những dụng cụ khác về chỗ cũ.

*** Ghi vào hồ sơ**

- Thời gian rửa.
- Số lượng dịch rửa, loại dung dịch.
- Tính chất dịch chảy ra.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

III. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Hít sặc	Đặt nằm đầu phẳng, nghiêng sang trái
	Kiểm tra vị trí ống thông trước khi rửa dạ dày
	Lượng dịch mỗi chu kỳ rửa 15ml/kg đối với trẻ . Đối với người lớn không quá 500ml mỗi chu kỳ rửa Vị trí phễu ống rửa dạ dày khoảng 15- 20 cm
Tổn thương thanh môn	Đặt ống thông rửa dạ dày nhẹ nhàng
Hạ natri máu	Rửa dạ dày bằng dung dịch Natri Chlorua 0.9%

IV. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Ho, sặc sụa, tím tái trong khi đặt ống thông	Ngưng đặt và rút ống thông ngay
Tím tái khi đang rửa dạ dày	Ngưng rửa, cho bệnh nhân thở oxy, báo bác sĩ. Khi bệnh nhân hồng hào trở lại tiếp tục rửa dạ dày
Nghẹt ống thông khi đang rửa dạ dày	Bóp bóng cao su vài lần, nếu vẫn nghẹt thì rút bỏ và thay ống dạ dày khác
Dịch dạ dày có máu	Ngưng rửa ngay, lấy dấu hiệu sinh tồn và báo bác sĩ
Lượng dịch vào nhiều hơn ra	Kiểm tra tắc hoặc bán tắc ống 52hong dạ dày
NB than đau bụng khi rửa	Ngưng rửa ngay, lấy dấu hiệu sinh tồn , theo dõi tình trạng bụng , đánh giá đau Báo bác sĩ, thực hiện theo y lệnh



Mâm dụng cụ rửa dạ dày

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	Nội dung
	Rửa tay
	Mâm trải khăn sạch
Dụng cụ trong mâm	
1	Tube Faucher
2	Kềm mở miệng
3	Gạc
4	Ly đựng nước uống được
5	Ống bơm hút
Dụng cụ ngoài mâm	
1	Găng tay sạch
2	Bồn hạt đậu
3	Khăn bông
4	Tấm cao su
5	Xô đựng nước rửa (theo y lệnh)
6	Giấy lót
7	Xô đựng nước chảy ra
8	Ca mức nước
9	Áo choàng nilon
10	Ống nghe
11	Giấy quỳ (thử dịch)
12	Ống nghiệm (nếu cần)

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

STT	Nội dung
1	Kiểm tra dụng cụ đầy đủ
2	Báo giải thích cho người bệnh tư thế người bệnh nằm đầu cao, mặt nghiêng một bên
3	Trải nylon và khăn bông choàng trước ngực người bệnh
4	Đặt bôn hạt đậu dưới cằm người bệnh
5	Tháo răng giả nếu có
6	Đặt xô hứng nước nơi thuận tiện (lót giấy nếu để dưới đất)
7	Người điều dưỡng mặc áo choàng nylon
8	Mang găng tay sạch
9	Đo ống thông: từ miệng đến dái tai, từ trái tai đến dưới mũi ức
10	Làm dấu bằng băng keo nhỏ
11	Dùng kẹp mở miệng người bệnh (nếu cần)
12	Làm trơn ống thông bằng nước
13	Đưa ống thông qua miệng đến ngã 3 hầu họng, bảo người bệnh nuốt Kiểm tra xem ống có cuộn trong miệng không
14	Tiếp tục đưa ống vào theo động tác nuốt của người bệnh, đẩy nhẹ nhàng tới vị trí làm dấu
15	Kiểm tra ống thông:
16	Hút dịch vị, thử bằng giấy quì
17	Nghe hơi vùng thượng vị
18	Dùng băng keo cố định ống ở khoe miệng người bệnh Người bệnh nằm đầu thấp khoảng 150
19	Nước vào phễu mỗi lần từ 300-500ml, khi còn một ít nước trong phễu hạ nhanh xuống cho dịch chảy ra (theo nguyên tắc bình thông nhau)
20	Nếu cần xét nghiệm nên lấy dịch dạ dày rút ra lần đầu
21	Tiếp tục rửa nhiều lần cho đến khi sạch
22	Trong lúc rửa phải luôn quan sát sắc mặt người bệnh
23	Khi rửa xong, rút ống: bẻ gấp ống vài đoạn và rút từ từ ra
24	Cho người bệnh súc miệng
25	Tháo găng tay
26	Dọn dẹp dụng cụ, giúp người bệnh tiện nghi
27	Ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm (nếu cần).

Bài 18: KỸ THUẬT THỤT THÁO**I. MỤC ĐÍCH:**

Bơm nước hay những dung dịch khác vào trực tràng và ruột già với mục đích kích thích những nhu động của ruột để tổng phân ra ngoài dễ dàng.

II. CHỈ ĐỊNH – CHỐNG CHỈ ĐỊNH:*** Chỉ định**

- Táo bón.
- Trước khi giải phẫu có gây mê hay giải phẫu đường tiêu hóa.
- Trước khi thụt chất cản quang vào ruột.
- Trước khi cho thuốc hay thức ăn vào ruột.
- Trước khi sinh.
- Trước khi soi trực tràng.

*** Chống chỉ định**

- Bệnh thương hàn.
- Viêm ruột thừa.
- Bán tắc ruột, tắc ruột hay xoắn ruột.

*** Nhận định người bệnh**

- Tình trạng bệnh: táo bón, bệnh lý về đường tiêu hoá dưới, khối u trong ổ bụng.
- Tình trạng tri giác: tỉnh, hôn mê, phản xạ cơ vòng liệt hay không.
- Cảm giác đau tức vùng bụng, tính chất phân.

*** Chuẩn bị người bệnh**

- Giải thích người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình làm để họ yên tâm.
- Tư thế người bệnh thích hợp. Nếu người bệnh nặng cần có người trợ giúp.

*** Dọn dẹp dụng cụ**

- Xử lý dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Những dụng cụ khác trả về chỗ cũ: bình phong, trụ treo.

*** Ghi hồ sơ**

- Ngày giờ thụt tháo.
- Dung dịch dùng để thụt, số lượng và nhiệt độ.
- Kết quả của thụt tháo và sự quan sát phân.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.
- Kỹ thuật thụt tháo

**IV. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:**

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Rối loạn điện giải	Thụt tháo bằng dung dịch NaCl 0,9%
Hạ thân nhiệt	Làm ấm NaCl 0,9% trước khi thụt tháo
	Giữ bệnh nhân khô ráo trong khi thực hiện kỹ thuật
	Sau khi ngưng thụt tháo, giúp NB đi tiêu hay lót tã giấy giúp NB sạch, khô
Tổn thương niêm mạc hậu môn	Chọn ống thông kích thước phù hợp
	Thoa chất trơn đầu ống trước khi đặt
	Thao tác đưa ống thông vào nhẹ nhàng Hướng dẫn NB há miệng thở đều
Thủng ruột	Đánh giá tình trạng hiện tại của bệnh nhân trước khi thụt tháo

	Quan sát bệnh nhân trong khi thực thao sớm phát hiện những dấu hiệu bất thường
--	--

V. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Không có dung dịch NaCl 0,9 %	Dùng nước chín pha: 10 lít + 90 gr muối
Phân quá cứng Đưa ống thông trực tràng vào không được	- Không cố đẩy ống thông - Rút ống - Bơm parafine, glycerine 20- 30 ml (người lớn) 5ml (trẻ) 30 phút trước khi thực thao - Hướng dẫn người bệnh cố giữ lại đến phân mềm , NB nằm nghiêng , chân co - Sau 15- 30 phút , NB tự đi tiêu - Nếu không tự đi tiêu , ĐD mang găng tay , thoa chất trơn hỗ trợ lấy phân
Đang thực thao bệnh nhân than đau bụng nhiều, muốn đi tiêu	- Giảm tốc độ thực, hay ngưng thực - Hướng dẫn người bệnh hít thở sâu - Kiểm tra chiều cao bock thực cách hậu môn < 40cm
Bệnh nhân lạnh sau thực thao	- Ủ ấm, cho uống nước nóng - Kiểm tra lại nhiệt độ dd thực - Theo dõi tổng trạng , dấu sinh hiệu
Dấu hiệu bất thường khác : tay chân lạnh, cảm giác khó chịu xuất hiện đột ngột, tím tái, mạch nhanh nhẹ	- Lấy dấu hiệu sinh tồn - Báo bác sĩ - Thực hiện y lệnh
Chỉ định thực trên NB lớn tuổi, đi tiêu tự chủ	Chuẩn bị NB trước khi thực : cho nằm trên bồn tiêu để tránh trường hợp tiêu ra giường do cơ vòng hậu môn dẫn (nhất là NB nữ)

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	Nội dung
	Rửa tay
	Mâm trải khăn sạch
Dụng cụ trong mâm	
1	Bock laveur, dây dẫn và khóa
2	Dung dịch thụt, nhiệt độ 37°C-40°C, số lượng 500-1000 ml
3	Gạc
4	Chất trơn
5	Canule Rectal (NB cơ vòng tự chủ)
6	Sonde Rectal và ống nối (NB cơ vòng không tự chủ)
Dụng cụ ngoài mâm	
1	Găng tay sạch
2	Bồn hạt đậu
3	Mền đắp
4	Tấm cao su
5	Bô có nắp đậy kín
6	Giấy vệ sinh
7	Trụ treo
8	Bình phong



Mâm đựng dụng cụ thụt tháo

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT THỤT THÁO

STT	Nội dung
1	Báo giải thích người bệnh
2	Che bình phong
3	Trải vải cao su dưới mông người bệnh, phủ vải đắp
4	Lộ mông, hay bỏ quần người bệnh ra
5	Tư thế người bệnh: - Nằm nghiêng trái sát mép giường (Canule Rectal) - Nằm ngửa trên bô dẹt (ống thông Rectal)
6	Treo bock cách mặt giường 45cm
7	Mang găng sạch
8	Lắp Canule Rectal hoặc ống thông Rectal vào dây cao su
9	Thoa trơn: 2/3 Canule hoặc 8-10cm ống thông Rectal
10	Đuổi khí vào bồn hạt đậu
11	Mở vải đắp, bảo người bệnh hít thở sâu, đưa ống vào hậu môn: - Canule: đưa chếch theo hướng rốn 2/3 Canule - Ống thông: đưa nhẹ nhàng vào hậu môn 8-10cm theo hướng rốn
12	Mở khóa cho nước chảy từ từ, tay giữ Canule hoặc ống thông
13	Theo dõi dịch ở bock, hỏi cảm giác người bệnh, điều chỉnh tốc độ nước cho thích hợp
14	Khi nước trong bock gần hết, khoá lại
15	Rút Canule hoặc ống thông Rectal, xả hết nước còn lại vào bồn tiêu, tháo Canule hoặc ống thông Rectal
16	Dặn người bệnh cố gắng giữ nước 10-15 phút (nếu được)
17	Giúp người bệnh tiện nghi
18	Giúp người bệnh đi vệ sinh (nếu cần)
19	Dọn dụng cụ
20	Tháo găng tay, rửa tay
21	Ghi hồ sơ

Bài 19: KỸ THUẬT THÔNG TIỂU THƯỜNG**I. MỤC ĐÍCH**

Dùng 1 ống thông qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn nước tiểu ra ngoài

II. CHỈ ĐỊNH

1. Bí tiểu
2. Cần lấy nước tiểu thử nghiệm
3. Trước khi sanh
4. Chẩn đoán các bệnh về tiết niệu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Nhiễm khuẩn niệu đạo.
2. Đập, rách niệu đạo.
3. Chấn thương tuyến tiền liệt.

IV. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

1. Tình trạng lỗ tiểu?
2. Nam hay nữ có gia đình chưa, tuổi?
3. Tình trạng bệnh lý: bệnh cấp cứu, phẫu thuật, bệnh về hệ tiết niệu,..?
4. Tình trạng bàng quang: tức, căng chướng?
5. Thời gian tiểu lần cuối?

V. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH:

1. Giải thích người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình làm để họ yên tâm và hợp tác
2. Tư thế người bệnh thích hợp
3. Vệ sinh bộ phận sinh dục bằng nước sạch trước khi đặt
4. Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
	Báo giải thích, quan sát và vệ sinh BPSD của người bệnh
	Rửa tay, mang khẩu trang
	Trải khăn vô khuẩn
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong khăn</i>	
1	Ống thông Nelaton
2	Bồn hạt đậu
3	Gòn, gạc 10x10cm
4	Kềm kelly
5	Khăn có lỗ
6	Gạc đựng chất trơn tan trong nước (KY)
7	1 chén chun đựng dung dịch sát khuẩn BPSD
<i>Dụng cụ ngoài mâm</i>	
1	Găng tay vô khuẩn
2	Ống nghiệm (nếu cần)
3	Tấm nylon
4	Vải đắp
5	Bình phong



Mâm thông tiểu thường

BẢNG KIỂM THỰC ĐẶT THÔNG TIỂU THƯỜNG

STT	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
1	Kiểm tra dụng cụ
2	Báo giải thích người bệnh
3	Che bình phong
4	Trải nylon dưới mông NB
5	Phủ vải đắp, bỏ hần quần NB ra.
6	Quần vải đắp vào : bàn chân (nữ); cổ chân (nam).
7	Tư thế người bệnh : - Nữ : chân chống bẹt rộng ra - Nam : 2 chân dang rộng
8	Điều dưỡng rửa tay
9	Mở vải đắp để lộ bộ phận sinh dục.
10	Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn
11	Mang găng vô khuẩn.
12	Bôi trơn ống thông : - Nữ : 4 – 5cm - Nam : 16 – 20cm
13	Trải khăn có lỗ
14	Dùng tay không thuận: - Vạch 2 mép nhỏ (đối với nữ) để lộ lỗ tiểu: rửa 2 mép nhỏ từ trên xuống dưới, rửa lỗ tiểu - Kéo da quy đầu (đối với nam) để lộ lỗ tiểu: rửa từ lỗ tiểu rộng ra ngoài
15	Kèm kẹp gòn để nơi xa
16	Đặt bồn hạt đậu dọc giữ 2 đùi
17	Cầm ống thông cách đầu ống 5-6cm, đuôi ống để vào bồn hạt đậu
18	Bảo NB há miệng thở nhẹ nhàng đưa ống thông tiểu vào lỗ tiểu: - Nam: 16–20cm (cầm dương vật thẳng đứng) - Nữ: 4 – 5cm
19	Cho nước tiểu chảy ra từ từ, khi gần hết bấm ống lại, rút ra cho vào túi chứa rác thải
20	Châm khô lỗ tiểu bằng gạc

21	Lấy khăn có lỗ ra, che lại bộ phận sinh dục cho NB kín đáo
22	Mặc quần lại cho NB
23	Lấy vải đắp và tấm nylon ra
24	Thu dọn dụng cụ
25	Giúp NB tiện nghi – ghi hồ sơ

VI. DỌN DỆP DỤNG CỤ

1. Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn
2. Đo lường nước tiểu hoặc lấy nước tiểu gửi đi xét nghiệm (nếu cần)
3. Những dụng cụ khác trả về chỗ cũ

VII. GHI HỒ SƠ

1. Ngày giờ thông tiểu
2. Số lượng, màu sắc, tính chất của nước tiểu
3. Tình trạng lỗ tiểu
4. Phản ứng của NB (nếu có)
5. Tên điều dưỡng thực hiện

VII. AN TOÀN CHO NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Tổn thương niệu đạo	Lựa chọn cỡ ống thông phù hợp Ống thông phải thoa chất trơn HD người bệnh hít thở sâu ĐD cầm dương vật thẳng đứng với thành bụng, áp ống thông vào thành trên của niệu đạo (đối với nam) Thao tác đặt nhẹ nhàng, không cố đẩy ống vào khi bị vướng Không đặt ống thông nhiều lần trong ngày
Nhiễm trùng niệu đạo	Đảm bảo kỹ thuật vô trùng Dùng chất trơn tan được trong nước

VIII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Không có nước tiểu do đặt sai vị trí ở nữ	Lấy ra, thay ống thông mới đặt lại Xác định rõ lỗ tiểu trước khi đặt
Nước tiểu có máu	Quan sát, đánh giá số lượng, tính chất Báo bác sĩ Theo dõi tình trạng bụng, dấu hiệu đau, tổng trạng Thực hiện y lệnh xử trí tiếp theo
Chỉ định thông tiểu trên NB có khối cầu bàng quang +++++, NB than khó chịu nhiều	Thực hiện KT thông tiểu theo y lệnh Không lấy hết nước tiểu ra ngay 1 lần Kiểm soát áp lực nước tiểu cho chảy ra từ từ

Bài 20: KỸ THUẬT THÔNG TIỂU LIÊN TỤC**I. MỤC ĐÍCH ĐẶT ống THÔNG TRONG BÀNG QUANG VÀ GIỮ LÂU NGÀY ĐỂ:**

- Dẫn nước tiểu ra ngoài liên tục.
- Tác dụng tạo sự nén ép lên thành niệu đạo để ngăn chặn sự chảy máu trong trường hợp mổ tuyến tiền liệt hoặc niệu đạo.
- Giữ vết mổ bàng quang và bộ phận sinh dục không bị nhiễm trùng.
- Chẩn đoán bệnh hoặc theo dõi các bệnh về đường tiết niệu.
- Theo dõi tình trạng tuần hoàn của người bệnh: shock, phẫu thuật.
- Chuẩn bị trước phẫu thuật tổng quát vùng bụng, gây mê toàn thân.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Giải phẫu các cơ quan thuộc hệ tiết niệu: thận, bàng quang, niệu đạo, tuyến tiền liệt.
- Mổ tái tạo niệu đạo.
- Giải phẫu vùng hội âm, âm đạo.
- Trước và sau các cuộc mổ lớn.
- Bí tiểu thường xuyên.
- Theo dõi về khả năng bài tiết của thận trong những giờ nhất định: bệnh lý về thận, choáng shock, tình trạng mất máu, nước quá nhiều.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng niệu đạo
- Chấn thương dập rách niệu đạo

*** Nhận định người bệnh**

- Tình trạng lơ tiểu.
- Nam hay nữ, có gia đình chưa? Tuổi?
- Tình trạng bệnh lý: bệnh cấp cứu, phẫu thuật, bệnh về hệ niệu?

*** Dọn dẹp dụng cụ**

- Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Đo lường nước tiểu hoặc lấy nước tiểu gửi đi xét nghiệm (nếu cần).
- Những dụng cụ khác trả về chỗ cũ: bình phong.

*** Ghi hồ sơ**

- Ngày giờ đặt ống.
- Ngày thay ống.
- Số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu mỗi giờ, mỗi ngày tùy theo tình trạng người bệnh.
- Giờ đi tiểu đầu tiên sau khi rút ống ra.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

IV. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Tổn thương niệu đạo	Không đặt ống thông nhiều lần trong ngày Lựa chọn cỡ ống thông phù hợp Ống thông phải thoa chất trơn HD người bệnh hít thở sâu Thao tác đặt nhẹ nhàng, không cố đẩy ống vào khi bị vướng
	Cố định ống thông đúng cách
	Xả bóng chèn trước khi rút ống thông tiểu
Nhiễm trùng ngược dòng	Đảm bảo kỹ thuật , dụng cụ vô trùng
	Xả nước tiểu khi đầy đến mức 2/3 túi

	chứa hoặc mỗi 8 giờ
	Thay túi chứa nước tiểu theo qui định
	Treo túi nước tiểu thấp hơn bàng quang của bệnh nhân 60 cm, không để túi chứa nước tiểu chạm đất. Khi di chuyển NB phải khóa hệ thống dẫn lưu
	Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày TD dấu hiệu nhiễm trùng mỗi ngày Xét nghiệm nước tiểu định kỳ, hoặc khi nghi ngờ
Teo bàng quang	Cột ống mỗi 3 giờ mở 1 lần cho nước tiểu chảy ra (thông tiểu lưu dài ngày)
Vỡ niệu đạo do bóng nằm sai vị trí	Đẩy ống sâu thêm 3-5 cm để chắc chắn ống đã vào hẳn bàng quang, trước khi bơm bóng

V. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Sau khi đặt ống thông tiểu, thấy nước tiểu chảy ra , ĐD bơm bóng để cố định NB than đau, nước tiểu chảy ra màu đỏ tươi	Rút làm xẹp bóng cố định ống TD tình trạng người bệnh Báo BS, thực hiện y lệnh tiếp theo
Sau khi đặt thông tiểu 3 ngày , NB than đau tức vùng bụng dưới, khó chịu bức rức	Lấy DSH, đánh giá đau TD tình trạng người bệnh Báo BS Lấy nước tiểu xét nghiệm vi sinh Thực hiện y lệnh tiếp theo

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
	Báo giải thích, quan sát và vệ sinh BPSD của người bệnh
	Rửa tay, mang khẩu trang
	Trải khăn vô khuẩn
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong khăn</i>	
1	1-2 ống thông Foley
2	Gòn, gạc 10x10cm
3	Kèm Kelly
4	Khăn có lỗ (xé được)
5	Bơm tiêm 10ml
6	Gạc đựng chất trơn tan trong nước (KY)
7	1 chén chun đựng dung dịch sát khuẩn BPSD
8	1 chén chun đựng nước cất bơm bong bóng
9	Hệ thống dẫn lưu chứa nước tiểu
<i>Dụng cụ ngoài mâm</i>	
1	Găng tay vô khuẩn
2	Ống nghiệm (nếu cần)
3	Tấm nylon
4	Vải đắp
5	Bình phong
6	Băng keo

**BẢNG KIỂM
THỰC HIỆN KỸ THUẬT ĐẶT THÔNG TIỂU LIÊN TỤC**

STT	Nội dung
1	Kiểm tra dụng cụ
2	Báo, giải thích người bệnh
3	Che bình phong, trải nylon dưới mông người bệnh
4	Phủ vải đắp, bỏ hắt quần người bệnh ra
5	Quần vải đắp vào: bàn chân (nữ), cổ chân (nam)
6	Đề tư thế người bệnh nằm ngửa: Nữ: chân chống bệt rộng ra (tư thế khám sản) Nam: 2 chân dang rộng
7	Rửa tay thường qui (nội khoa)
8	Mở vải đắp để lộ BPSD
9	Mở khăn che mâm dụng cụ vô khuẩn

10	Mang găng vô khuẩn
11	Cầm bơm tiêm bằng tay găng vô khuẩn bơm khí vào bóng thử và nắn bóng cho cân xứng (nếu cần)
12	Rút dịch bơm bóng vào bơm tiêm 5ml-10ml
13	Gắn bộ dây câu nối nước tiểu vào đuôi của ống thông
14	Cầm ống thông, bôi trơn ống thông: 4-5cm trong trường hợp đặt cho nữ, và 16-20cm trong trường hợp đặt cho nam
15	Trải khăn có lỗ chỉ để lộ vùng bộ phận sinh dục
16	Dùng tay không thuận: - Vạch 2 mép nhỏ (đối với nữ) để lộ lỗ tiểu: rửa 2 mép nhỏ từ trên xuống dưới (mỗi bên thay gòn), rửa lỗ tiểu - Kéo da quy đầu (đối với nam) để lộ lỗ tiểu, rửa từ lỗ tiểu rộng ra ngoài
17	Đặt bồn hạt đậu dọc giữa 2 bên đùi
18	Dùng tay thuận cầm ống thông cách đầu ống 5-6cm, đuôi ống để vào bồn hạt đậu
19	Bảo người bệnh rặn tiểu, hay há miệng thở đưa đầu ống vào lỗ tiểu: nữ: 4-5cm, nam: 16-20cm (cầm dương vật thẳng đứng)
20	Đẩy ống vào sâu thêm 3-5cm để chắc chắn ống đã vào hẳn trong bàng quang
21	Bơm nước cất vào bong bóng để giữ ống thông lại trong bàng quang
22	Kéo đuôi ống thông ra cho bóng nằm sát cổ bàng quang
23	Lấy khăn lỗ ra, chặm khô lỗ tiểu bằng gạc, che lại bộ phận sinh dục cho người bệnh kín đáo
24	Treo túi chứa nước tiểu ở song giường thấp hơn bàng quang ít nhất 60cm
25	Dán băng keo cố định ống thông tiểu lên mặt trong của đùi đối với người bệnh nữ và trên vùng bẹn đối với người bệnh nam



Các loại sonde trong hệ tiết niệu



Cách lấy nước tiểu làm xét nghiệm



Các loại túi chứa nước tiểu

Bài 21: KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG

I. MỤC ĐÍCH:

- Rửa sạch các chất bẩn lắng đọng trong bàng quang và để ống thông tiểu được thông.
- Trị viêm bàng quang.

II. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH:

- Tình trạng bệnh lý?
- Có hay không đang đặt ống thông tiểu.
- Nam hay nữ.
- Tính chất, số lượng nước tiểu.

III. CHỈ ĐỊNH:

- Những người bệnh đặt ống thông tiểu liên tục lâu ngày.
- Bàng quang bị nhiễm trùng.
- Chảy máu trong bàng quang (sau khi mổ bàng quang, tuyến tiền liệt).

* Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Tư thế thích hợp.

* Dọn dẹp dụng cụ

- Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Những dụng cụ khác trả về chỗ cũ.

* Ghi hồ sơ

- Ngày giờ rửa bàng quang.
- Tên dung dịch rửa, số lượng, thuốc (nếu có).
- Tính chất dịch chảy ra.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

IV. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Xuất huyết bàng quang	Tránh bơm rửa với áp lực mạnh
Nhiễm khuẩn	Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn Sử dụng phương pháp rửa kín

V. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Nước tiểu có máu BN bị mệt	Ngưng rửa TD tổng trạng , DSH Báo bác sĩ
Lượng dịch chảy ra ít hơn lượng dịch bơm vào do ống thông bị tắc nghẽn	Vuốt ống thông theo hướng từ người bệnh về túi chứa nước tiểu.

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	Nội dung
	Báo giải thích, quan sát và vệ sinh BPSD của người bệnh
	Rửa tay, mang khẩu trang
	Trải khăn vô khuẩn
DÙNG ỐNG BƠM HÚT	
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong mâm</i>	
1	Bồn hạt đậu
2	Kềm kelly
3	Ống bơm hút 50ml
<i>Dụng cụ vô khuẩn ngoài mâm</i>	
1	Bồn hạt đậu
2	Găng tay vô khuẩn
3	Hệ thống dẫn lưu nước tiểu
4	Chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh
5	Chai dung dịch rửa bàng quang
6	Chai dung dịch sát khuẩn
<i>Dụng cụ khác</i>	
1	Găng tay vô khuẩn
2	Ống nghiệm (nếu cần)
3	Tấm nylon
4	Vải đắp
5	Băng keo
RỬA BẢNG HỆ THỐNG DẪN LƯU	
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong mâm</i>	
1	Bồn hạt đậu
2	Gòn, gạc 10x10cm
3	Kềm kelly
4	Ống nối chữ Y
<i>Dụng cụ vô khuẩn ngoài mâm</i>	
1	Hệ thống dẫn lưu
2	Dây truyền + dung dịch truyền NaCl
3	Chai dung dịch sát khuẩn tay nhanh
4	Chai dung dịch sát khuẩn
<i>Dụng cụ khác</i>	
1	Drap đắp
2	Băng keo
3	Găng tay sạch
4	Trụ treo

**BẢNG KIỂM
LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT RỬA BÀN QUANG**

STT	Nội dung
1	Rửa bằng hệ thống dẫn lưu
2	Báo giải thích người bệnh
3	Kiểm tra lại sonde tiểu
4	Cho người bệnh nằm 1 bên giường. Đặt mâm dụng cụ nơi thuận tiện
5	Mang găng sạch
6	Mở mâm dụng cụ
7	Đặt bồn hạt đậu vô khuẩn có chứa dung dịch sát khuẩn dọc theo đùi
8	Tháo băng keo nối giữa ống thông tiểu và túi chứa
9	Ngâm chỗ nối giữa ống thông tiểu và túi chứa. Rửa tay lại bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh
10	Sát khuẩn nắp chai dung dịch
11	Gắn dây dẫn dịch
12	Treo chai lên trụ
13	Cầm vải thưa tháo rời đuôi ống Foley + ống nối
14	Lấy ống nối Y lắp vào 3 đầu: - Một đầu nối với đuôi ống thông tiểu 13 - Một đầu nối với túi chứa nước tiểu (có khoá B) - Đầu còn lại với dây dẫn dịch rửa (có khoá A)
15	Mở khoá A cho dịch chảy mỗi lần 250ml, khoá lại
16	30 phút sau mở khoá B cho dịch chảy ra túi chứa
17	Rửa đến khi dịch chảy ra trong
18	Dọn dụng cụ
19	Giúp người bệnh tiện nghi
20	Ghi hồ sơ
<i>Dùng ống bơm hút</i>	
1	Báo giải thích người bệnh
2	Kiểm tra lại sonde tiểu
3	Cho người bệnh nằm 1 bên giường. Đặt mâm dụng cụ nơi thuận tiện
4	Treo túi chứa nước tiểu mới (để đầu nối an toàn)
5	Mang găng sạch
6	Đặt bồn hạt đậu vô khuẩn có chứa dung dịch sát khuẩn dọc theo đùi
7	Tháo băng keo nối giữa ống thông tiểu và túi chứa
8	Ngâm chỗ nối giữa dây catheter và ống thông tiểu vào bồn hạt đậu
9	Rửa tay lại bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh
10	Mở mâm dụng cụ vô khuẩn
11	Cho dung dịch rửa vào bồn hạt đậu
12	Cầm gạc tháo rời đuôi Foley và ống nối

13	Dùng ống bơm hút dịch, bơm rửa: - Bên ngoài đầu ống thông - Bên trong đầu ống thông - Trong lòng ống thông - Rửa bàng quang (mỗi lần bơm khoảng 100cc, hạ đuôi ống thông xuống bồn hạt đậu cho nước chảy ra)
14	Rửa đến khi nước chảy ra trong
15	Bơm rửa sạch bên ngoài đuôi ống thông
16	Lau khô đuôi ống thông
17	Thay hệ thống dây dẫn và túi chứa
18	Dọn dụng cụ
19	Giúp người bệnh tiện nghi
20	Ghi hồ sơ

Bài 22: KỸ THUẬT SƠ CỨU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

I. MỤC ĐÍCH:

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

II. CHUẨN BỊ:

1. Người bệnh: Giải thích và động viên để người bệnh yên tâm trong khi sơ cứu.
2. Địa điểm:
 - Đặt người bệnh ở nơi sạch sẽ, thoáng mát.
 - Nếu tại bệnh viện sơ cứu tại phòng thay băng.
3. Dụng cụ:
 - Dung dịch muối đẳng trương 0,9% hoặc nước cất.
 - Gạc vô khuẩn.
 - Kẹp kocher
 - Băng cuộn, băng dính
 - Bộ tiêu phẫu

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

A. Vết thương nhỏ:

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

B. Vết thương bề mặt rộng và sâu

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

* Nếu khâu vết thương:

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

C. Vết thương lớn

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

IV. ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG VẾT THƯƠNG

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

V. HƯỚNG DẪN VÀ VẬN CHUYỂN NẠN NHÂN

- Hướng dẫn và giữ nạn nhân ở tư thế đúng, nâng cao vết thương
- Ghi hồ sơ
- Vận chuyển nạn nhân kịp thời (TH chuyển viện)

Bài 23: KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG THƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH:

- Che chở hạn chế sự tổn thương thêm cho vết thương.
- Ngăn ngừa sự xâm nhập của các vi khuẩn từ môi trường.
- Giữ vết thương sạch và mau lành.
- Thẩm hút chất bài tiết.
- Đắp thuốc vào vết thương (nếu cần).

II. CHỈ ĐỊNH:

- Những vết thương ít chất bài tiết.
- Những vết thương nhỏ vô trùng sau khi giải phẫu.

* Nhận định người bệnh

Tình trạng vết thương: vị trí, diện tích, độ sâu, chất tiết, vùng da xung quanh.

Tình trạng đang dùng thuốc của người bệnh.

Bệnh lý mãn tính đi kèm: bệnh của hệ miễn dịch, ung thư, dùng thuốc: corticoid.

* Chuẩn bị người bệnh

Giải thích cho người bệnh biết việc mình sắp làm.

Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

* Dụng cụ dụng cụ

Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.

* Ghi vào hồ sơ

Ngày, giờ thay băng.

Tình trạng vết thương.

Thuốc sát trùng đã dùng, thuốc đắp lên vết thương nếu có.

Có cắt chỉ hay mở kẹp.

Phản ứng của người bệnh nếu có.

Tên người điều dưỡng thực hiện.

III. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Nhiễm khuẩn vết thương	Thực hiện đúng nguyên tắc vô khuẩn
	Thay băng vết thương theo thứ tự: vô khuẩn – vết thương sạch – vết thương nhiễm
	Không phơi bày vết thương quá lâu
Kích thích vết thương, tổn thương da	Chọn đúng loại dung dịch thay băng Chọn đúng loại băng keo

IV. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Băng cũ dính sát vào vết thương quá	Thấm ướt băng bằng NaCl 0,9% trước rồi nhẹ nhàng tháo băng cũ ra
Dị ứng băng keo, da bị rôm đỏ	Dùng loại băng thích hợp Không dán băng keo Chăm sóc vùng da dị ứng với NaCl 0,9%, không dùng cồn hay DD sát khuẩn khác gây kích thích và tổn thương thêm Thoa chất bảo vệ da chứa oxide kẽm vùng da rôm đỏ

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	Nội dung
	Quan sát vết thương
	Rửa tay, mang khẩu trang
	Trải khăn vô khuẩn
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong khăn</i>	
1	2 kềm Kelly
2	1 chén chun đựng dung dịch sát khuẩn da
3	1 chén chun đựng dung dịch rửa vết thương
4	Gòn viên
5	Gạc 10x10cm
6	Gòn bao (nếu có)
<i>Dụng cụ ngoài mâm</i>	
1	Găng tay sạch
2	Kềm gấp băng dơ
3	Giấy lót
4	Băng keo
5	Thau đựng dung dịch khử khuẩn



Xe thay băng



Mâm dụng cụ thay băng vết thương

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG THƯỜNG

STT	Nội dung
1	Báo, giải thích cho người bệnh
2	Bộc lộ vùng vết thương (người bệnh được kín đáo và thoải mái).
3	Đặt tấm lót dưới vết thương, cắt băng keo.
4	Mang găng tay sạch.
5	Tháo băng bẩn bằng kèm sạch, sát khuẩn lại tay.
6	Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn.
7	Lấy kèm vô khuẩn an toàn.
8	Rửa bên trong vết thương: từ trong ra ngoài rìa (trên cao xuống nơi thấp, bên xa đến bên gần) với dung dịch rửa vết thương.
9	Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra 5cm bằng dung dịch rửa vết thương.
10	Dùng gạc miếng chậm khô bên trong vết thương.
11	Lau khô vùng da xung quanh vết thương bằng gòn hay gạc củ ấu.
12	Sát khuẩn vùng da xung quanh vết thương bằng dung dịch sát khuẩn da.
13	Đắp thuốc lên vết thương nếu có y lệnh.
14	Đặt gạc miếng, gòn bao che kín vết thương (rộng ra 3-5cm).
15	Cố định băng bằng.
16	Để các dụng cụ nhiễm vào thau chứa dung dịch khử khuẩn.
17	Tháo găng tay.
18	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi.
19	Dọn dụng cụ, rửa tay.
20	Ghi hồ sơ.

Bài 24: CẮT CHỈ VẾT KHÂU**I. MỤC ĐÍCH:**

- Tránh xẹo xấu.
- Thoát lưu dịch, mủ.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Vết thương lành tốt đến ngày cắt chỉ.
- Vết thương nhiễm trùng.

*** Nhận định vết khâu**

- Vị trí vết khâu.
- Mục đích vết khâu?
- Thời gian?
- Tình trạng vết khâu: Sưng? Đỏ? Đau? Nóng? Tiết dịch?
- Tình trạng người bệnh: Tổng trạng? Nhiệt độ?

*** Thời gian cắt chỉ vết khâu**

- Vết thương đầu, mặt, cổ, thẩm mỹ 3-5 ngày.
- Vết thương bình thường: 7 ngày.
- Vết thương dài trên 10cm, gần khuỷu, xương thời gian cắt chỉ lâu hơn hoặc cắt mỗi bỏ mỗi.
- Vết thương ở người già yếu, suy dinh dưỡng, thành bụng nhiều mỡ: 10 ngày trở lên.
- Vết thương nhiễm trùng: cắt sớm khi phát hiện các dấu hiệu nhiễm trùng.

*** Một số yêu cầu khi cắt chỉ vết khâu**

- Phải sát trùng chỉ trước khi cắt.
- Phần chỉ phía trên không được chui xuống dưới da.
- Phải kiểm tra sự trọn vẹn của mỗi chỉ sau khi cắt.
- Hạn chế sự đau đớn cho người bệnh.

III. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ – TÀI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Bụng vết khâu	Cắt chỉ khi có chỉ định
	Vết mổ được cắt mỗi chữa mỗi, hai mỗi đầu và mỗi cuối không cắt
	NB béo phì, tích tụ mỡ nhiều ở vùng bụng cần lưu ý :Vết mổ ở bụng sau khi cắt chỉ xong dùng băng thun, hạn chế cử động mạnh , hoạt động gây tăng áp lực ổ bụng
Nhiễm trùng	Tuân thủ kỹ thuật vô trùng, hạn chế bội nhiễm Thay băng khi thấm dịch , giữ vệ sinh da , quần áo Nâng tổng trạng
Sẹo xấu	Cắt chỉ đúng thời gian qui định , không để kéo dài

IV. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
NB có vết khâu ngày thứ 4, băng thấm dịch, chân chỉ đỏ 1/3 dưới, than đau khi ấn	Báo bác sĩ, Cắt mỗi chỉ theo y lệnh để thoát dịch Rửa , băng thấm hút Thực hiện thuốc theo y lệnh TD và đánh giá tổng trạng NB và tình trạng vết thương
Cắt chỉ xong vết mổ còn rỉ dịch	Xem lại còn sót chỉ hoặc chỉ không tan bên trong gây dị ứng Báo bác sĩ , thực hiện thuốc nếu có HD và giải thích NB đến cơ sở y tế gần nhà để lấy chỉ còn lại sau 1 thời gian sẽ lộ ra ngoài

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
	Quan sát vết thương
	Rửa tay, mang khẩu trang
	Trải khăn vô khuẩn
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong khăn</i>	
1	1 kềm Kelly
2	1 nhíp không mâu
3	1 kéo cắt chỉ
4	1 chén chun đựng dung dịch sát khuẩn da
5	Gòn viên
6	Gạc 10x10cm
<i>Dụng cụ ngoài mâm</i>	
1	Găng tay sạch
2	Kềm gấp băng dơ
3	Giấy lót
4	Băng keo
5	Thau đựng dung dịch khử khuẩn



Mâm dụng cụ thay băng cắt chỉ

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT THAY BĂNG CẮT CHỈ VẾT KHÂU

STT	Nội dung
1	Báo, giải thích cho người bệnh
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp
3	Bộc lộ vùng vết thương (người bệnh được kín đáo và thoải mái)
4	Đặt tấm lót dưới vết thương, mở sơ mép khăn, cắt băng keo
5	Mang găng tay sạch
6	Tháo băng bẩn bằng kèm sạch, sát khuẩn lại tay
7	Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn
8	Lấy nhíp và kèm vô khuẩn an toàn
9	Dùng nhíp rửa vết khâu từ đường giữa, hai bên chân chỉ
10	Đặt gạc lên vị trí an toàn gần vết khâu
11	Dùng kéo cắt từng mỗi chỉ nhẹ nhàng (chỉ nằm trên da không được chui xuống dưới da)
12	Đặt từng mỗi chỉ lên miếng gạc để kiểm tra sự trọn vẹn của mỗi chỉ
13	Sát trùng lại vết khâu, rộng ra xung quanh 5cm
14	Đặt gạc lên vết khâu (rộng ra 5cm)
15	Cố định bông băng
16	Cho các dụng cụ bẩn vào thau chứa dung dịch khử khuẩn
17	Tháo găng tay
18	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi
19	Dọn dụng cụ, rửa tay
20	Ghi hồ sơ

BÀI 25: KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG NHIỄM CÓ DẪN LƯU

I. MỤC ĐÍCH:

- Đảm bảo cho người bệnh sau mổ.
- Tránh nhiễm trùng và lây chéo trong bệnh viện.
- Tạo sự thoải mái cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có vết thương đặt ống dẫn lưu.
- Thực hiện theo y lệnh của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Kiểm tra hồ sơ NB: vị trí, đặt điểm của vết thương, y lệnh về thuốc, thời gian và phương pháp rửa VT,...
- Giải thích NB về kỹ thuật sắp làm
- Nhận định tình trạng NB (dấu hiệu sinh tồn)
- Nhận định tình trạng VT, vùng da xung quanh VT
- Nhận định tình trạng ống dẫn lưu: vị trí, thời gian, số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu?

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
	Quan sát vết thương
	Rửa tay, mang khẩu trang
	Trải khăn vô khuẩn
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong khăn</i>	
1	2 kềm Kelly
2	1 kéo
3	1 chén chun đựng dung dịch sát khuẩn da
4	1 chén chun đựng dung dịch rửa vết thương
5	Gòn viên
6	Gạc 10x10cm
7	Gòn bao (nếu có)
8	Ống nghiệm (khi có chỉ định cấy mẫu)
9	Bơm tiêm
10	Bồn hạt đậu vô khuẩn
11	Dây câu nối và túi chứa
<i>Dụng cụ ngoài mâm</i>	
1	Găng tay sạch
2	Kềm gấp băng dơ
3	Giấy lót
4	Băng keo
5	Thau đựng dung dịch khử khuẩn

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

STT	THAY BĂNG VT NHIỄM CÓ ĐẶT DẪN LƯU
2	Báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc sắp làm.
3	Quan sát vết thương.
4	Mang khẩu trang, rửa tay.
5	Soạn đầy đủ dụng cụ.
6	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp. Bộc lộ vùng vết thương (người bệnh được kín đáo và thoải mái).
7	Đặt giấy lót dưới VT, để dụng cụ, vật dụng, chứa gòn dơ nơi thuận tiện.
8	Treo túi chứa nước.
9	Sát khuẩn tay nhanh.
10	Tháo băng dơ bằng kèm sạch (hoặc bằng găng sạch). Tháo găng tơ.
11	Mang găng tay sạch mới.
12	Mở mâm dụng cụ vô khuẩn đúng cách.
13	Lấy kèm vô khuẩn an toàn. Cắt gạc, sắp xếp lại dụng cụ trong mâm.
14	Rửa vết thương: rửa sạch da từ chân dẫn lưu rộng ra 5cm.
15	Rửa sạch than ống dẫn lưu (từ chân ống ra 5cm).
16	Lau khô.
17	Sát trùng.
18	Đặt băng, cố định băng.
19	Mở bồn hạt đậu vô trùng.
20	Tháo rời đầu dưới dẫn lưu với dây câu nối.
21	Bơm rửa dẫn lưu theo y lệnh (nếu có).
22	Rửa lau khô, sát trùng, đầu dưới dẫn lưu.
23	Gắn hệ thống dây câu với túi chứa mới.
24	Kiểm tra sự lưu thông dịch qua hệ thống.
25	Báo cho bệnh nhân biết việc đã xong, giúp bệnh nhân tiện nghi.
26	Dọn dụng cụ, rửa tay.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào phiếu chăm sóc: ngày, giờ thay băng, tình trạng vết thương và cách xử lý, tên điều dưỡng thực hiện.
- Báo cáo cho bác sĩ diễn biến bất thường và quá trình lành vết thương.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nhắc nhở người bệnh chú ý khi xoay sở để tránh tuột dẫn lưu.
- Những dẫn lưu để lâu như dẫn lưu Kehr... thì nhắc nhở người bệnh chú ý khi vận động đi lại.
- Hướng dẫn người bệnh chế độ dinh dưỡng, tập luyện (nếu tỉnh) phù hợp với sức khỏe.

VII. AN TOÀN CHO NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Nhiễm trùng ngược dòng	Kỹ thuật đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn
	Thực hiện đúng chỉ định của bác sĩ về xoay ống, rút ống, rút lên cắt bớt ống, không tự ý bơm rửa ống Theo dõi lượng dịch và tính chất ghi nhận chính xác, báo cáo khi có bất thường Theo dõi tổng trạng, DSH, đau nơi đặt dẫn lưu
Ứ đọng dịch	Cho bệnh nhân thường xuyên nằm nghiêng

	về phía ống dẫn lưu. Tránh đè lên ống Theo dõi lượng dịch và tính chất ghi nhận chính xác , báo cáo khi có bất thường Theo dõi tổng trạng , DSH , dấu hiệu đau nơi đặt dẫn lưu
	Sau rút ống dẫn lưu xong, HD NB tư thế thích hợp , báo bác sĩ khi có bất thường
Tuyệt ống dẫn lưu	Trường hợp cắt bớt ống phải ghim kim vô trùng giữ ống
Dính mạc treo vào ống dẫn lưu	Xoay ống mỗi ngày và trước khi rút ống dẫn lưu

VIII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Rút ống dẫn lưu khó khăn	Cắt chỉ xong phải xoay ống nhẹ nhàng để ống không bị dính, giảm đau đớn cho bệnh nhân. Báo bác sĩ nếu không rút được
Ống dẫn lưu không ra dịch	Ghi nhận : hoạt động của ODL, tư thế của NB , tình trạng nơi dẫn lưu , cảm giác đau ? , DSH và tổng trạng Báo bác sĩ khi không xử trí được
Vết thương khô nhưng có dấu tụ dịch bên dưới	Xin chỉ thị cắt bớt một vài mối chỉ để thoát dịch, băng thấm hút HD người bệnh tư thế thích hợp TD tiếp theo
Ống dẫn lưu cạnh vết may sạch khô	Băng rời hai vết thương để tránh bội nhiễm
Da chung quanh ống dẫn lưu rớm đỏ	Thay băng giữ khô, tránh để dịch tiết làm ướt băng gây rớm lở thêm Che chở da vùng rớm lở bằng Pde. oxide kẽm

Bài 26: KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN**I. ĐỊNH NGHĨA**

Vết thương nhiễm khuẩn là vết thương có dấu hiệu của viêm (sưng, nóng, đỏ, đau, có dịch rỉ viêm chảy ra từ vết thương). Nếu nhiễm khuẩn kéo dài thì có mủ hoặc tổ chức hoại tử.

II. MỤC ĐÍCH:

- Nhận định đánh giá tình trạng vết thương.
- Rửa, thấm hút dịch từ vết thương
- Cắt lọc những tổ chức hoại tử, đắp thuốc khi cần.
- Tạo một sức ép cần thiết lên vùng bị thương làm đỡ phù nề và có tác dụng cầm máu.
- Tránh nhiễm trùng và lây chéo trong bệnh viện
- Tạo sự thoải mái cho người bệnh

III. CHỈ ĐỊNH:**1. Chuẩn bị người bệnh**

- Kiểm tra hồ sơ NB: vị trí, đặt điểm của vết thương, y lệnh về thuốc thời gian và phương pháp rửa VT, ..
- Giải thích NB về kỹ thuật sắp làm
- Nhận định tình trạng NB (dấu hiệu sinh tồn)
- Nhận định tình trạng VT, vùng da xung quanh VT

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
	Quan sát vết thương
	Rửa tay, mang khẩu trang
	Trải khăn vô khuẩn
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong khăn</i>	
1	2 kềm kelly, 1 nhíp không máu
2	1 kéo (cắt lọc mô hoại tử, VT có chỉ khâu)
3	1 chén chun đựng dung dịch sát khuẩn da
4	1 chén chun đựng dung dịch rửa vết thương
5	Gòn viên
6	Gạc 10x10cm
7	Gòn bao (nếu có)
8	Ống nghiệm (khi có chỉ định cấy mủ)
9	Bơm tiêm
<i>Dụng cụ ngoài mâm</i>	
1	Găng tay sạch
2	Kềm gấp băng dơ
3	Giấy lót
4	Băng keo
5	Thau đựng dung dịch khử khuẩn

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

STT	THAY BĂNG VT NHIỄM KHÔNG KHÂU
1	Báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc sắp làm
2	Quan sát vết thương
3	Mang khẩu trang, rửa tay
4	Soạn đầy đủ dụng cụ
5	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp Bộc lộ vết thương (người bệnh được kín đáo và thoải mái)
6	Đặt giấy lót dưới vết thương, để dụng cụ, vật dụng chứa gòn dơ nơi thuận tiện
7	Sát khuẩn tay nhanh
8	Tháo băng dơ bằng kèm sạch (hoặc băng găng sạch) Tháo găng dơ
9	Mang găng tay găng sạch mới
10	Mở mâm (gói) dụng cụ vô khuẩn đúng cách
11	Sắp xếp lại dụng cụ trong mâm
12	Cây mũ nếu có y lệnh
13	Rửa vết thương
14	Gấp gạc thấm bớt dịch mũ trong VT
15	Dùng kéo cắt lọc tổ chức hoại tử
16	Mở rộng vết thương để tháo mũ
17	Gấp gạc ấn nhẹ dọc theo VT cho dịch mũ chảy ra hết
18	Rửa lại vết thương cho đến khi sạch
19	Dùng gạc chậm khô bên trong VT
20	Rửa da chung quanh VT
21	Lau khô vùng da xung quanh bằng gòn
22	Sát khuẩn vùng da xung quanh VT bằng dung dịch sát trùng
23	Đắp thuốc lên VT nếu có y lệnh.
24	Đắp gạc, gòn bao che kín VT (rộng ra 3-5cm)
25	Tháo găng dơ
26	Cố định băng
27	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi
28	Dọn dụng cụ, rửa tay

STT	THAY BĂNG VT NHIỄM CÓ KHÂU
1	Thực hiện từ bước 1 đến bước 12 như thay băng VT nhiễm không khâu
12	Dùng nhíp rửa VT (đường giữa, chân chỉ bên xa, chân chỉ bên gần)
13	Đặt miếng gạc nhỏ lên vị trí an toàn gần vết khâu
14	Dùng kéo cắt các mồi chỉ nhiễm khuẩn (chỉ nằm trên da không được chui xuống dưới da)
15	Đặt từng mồi chỉ lên miếng gạc để kiểm tra sự trọn vẹn của mồi chỉ
16	Dùng mũi nhíp tách nhẹ mép VT cho dịch mũ chảy ra
17	Gấp gạc ấn nhẹ dọc theo VT cho dịch mũ, chảy ra hết
18	Rửa lại vết thương cho sạch (có thể bơm rửa trực tiếp với dung dịch thích hợp)
19	Rửa da chung quanh VT
20	Dùng gạc chậm khô bên trong vết thương

21	Lau khô vùng da xung quanh băng gòn
22	Sát khuẩn vùng da xung quanh VT bằng dung dịch sát trùng
23	Đắp thuốc lên vết thương nếu có y lệnh
24	Đặc gạc, gòn bao che kín VT (rộng ra 3-5 cm)
25	Tháo băng dơ
26	Cố định băng
27	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi
28	Dọn dụng cụ, rửa tay

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi vào phiếu chăm sóc ngày giờ thay băng, tình trạng vết thương và cách xử lý.
- Báo cáo Bác sĩ diễn biến bất thường và quá trình liền sẹo vết thương.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh chế độ dinh dưỡng, tập luyện (nếu tỉnh)

VII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Vết thương nhiễm lâu lành	Thay băng vô khuẩn Dùng DD rửa vết thương thích hợp , rửa liên tục nếu cần TD bệnh lý khác đi kèm Nâng tổng trạng NB qua ăn uống, đường truyền , tăng cường chất đạm, Vit A, C và chất kẽm Cấy mủ làm kháng sinh đồ Vệ sinh da quần áo
Phơi bày vết thương lâu, nguy cơ bội nhiễm do vết thương có diện tích rộng , có nhiều dịch tiết	Dùng găng vô khuẩn để rửa thay băng Không dùng DD sát khuẩn có nồng độ mạnh

VIII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Bn than đau , từ chối không chịu thay băng	Báo với BS , cho thuốc giảm đau Thực hiện thuốc giảm đau cho NB trước khi thay băng 20 phút Thay băng nhẹ nhàng , giải thích NB ích lợi của việc thay băng
VT có nhiều mô sẫm màu(tím , đen) có mùi hôi	Nhận định các mô hoại tử , báo BS xin chỉ định cắt lọc mô chết , đắp ướt trước khi cắt nếu cần Chăm sóc thay băng như VT nhiễm

Bài 27: BĂNG CUỘN

I. MỤC ĐÍCH:

- Giữ yên vật dụng che đắp vết thương.
- Băng ép để hạn chế sự chảy máu.
- Hạn chế cử động 1 phần, 1 vùng của cơ thể.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Các tổn thương rộng của phần mềm, tổn thương xương, khớp.
- Các vết thương chảy máu.



Các cỡ băng cuộn

III. DỤNG CỤ:

Băng cuộn vải, thun, nhiều cỡ từ 2 cm đến 10 cm, dài từ 2 cm đến 10 cm.

IV. NGUYÊN TẮC BĂNG BĂNG BĂNG CUỘN:

- Cho người bệnh ngồi hoặc nằm theo tư thế thoải mái.
- Du dương viên đứng đối diện với vùng băng.
- Nâng đỡ vùng cần băng và chêm lót vùng da tiếp xúc nhau.
- Điều dưỡng viên cầm cuộn băng để ngửa.
- Bắt đầu và kết thúc băng hai vòng tròn.
- Băng vừa đủ chặt không gây cản trở tuần hoàn, hô hấp và băng phải nhẹ nhàng không gây ảnh hưởng đến vùng đau.
- Băng vòng nọ chồng lên vòng kia 1/2 hoặc 2/3 đều nhau.
- Băng bàn tay bàn chân phải để lộ móng để kiểm soát sự lưu thông tuần hoàn.
- Băng chi khớp phải giữ theo tư thế cơ năng.
- Cố định mỗi băng chắc và ở vị trí không đè ép.
- Vùng da nơi băng phải sạch sẽ, khô ráo, nếu có vết thương phải chăm sóc vết thương trước khi băng.
- Khi băng các vùng da tiếp xúc nhau phải có gạc chêm đệm.

V. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH:

1. Cách cuộn băng

- Gấp đầu băng lại làm thành một cái lõi.
- Băng nhỏ dùng ngón cái và ngón trỏ tay trái giữ hai đầu băng của thân băng, ngón cái và ngón trỏ phải giữ thân băng và đưa dần thân băng vào cuộn.
- Băng lớn ngón cái và ngón trỏ hai tay giữ hai đầu của thân băng, các ngón tay còn lại giữ cuộn băng, hai tay đưa dần thân băng vào cuộn.

2. Cách tháo băng

Các vòng băng được tháo dần đưa từ tay này sang tay kia.

3. Cách cố định băng khi kết thúc

Ghim kim băng, cài móc sắt, dán băng keo, buộc nút.



Các cách cố định băng sau khi kết thúc

4. Các kiểu băng cơ bản

- Băng vòng tròn
- Băng số 8
- Băng xoắn ốc (rắn quần)
- Băng chữ nhân
- Băng hồi quy

Băng vòng tròn Áp dụng: băng những vùng đều và ngắn như trán và cổ. Băng bắt đầu và kết thúc hai vòng tròn các kiểu băng. Quy trình: băng những vòng choàng lên nhau vòng sau chồng lên vòng trước.	 Băng vòng tròn
Băng xoắn ốc Áp dụng: băng những chỗ đều nhau và dài trên cơ thể như cánh tay, ngón tay, thân mình. Quy trình: bắt đầu băng hai vòng tròn, băng xoắn ốc đường sau chéo lên và chồng lên đường trước 1/2 hoặc 2/3 bề rộng cuộn băng.	 Băng xoắn ốc
Băng số 8 Áp dụng: băng những chỗ đều nhau và dài trên cơ thể như cánh tay, ngón tay, thân mình. Quy trình: bắt đầu băng hai vòng tròn, băng xoắn ốc đường sau chéo lên và chồng lên đường trước 1/2 hoặc 3/4 bề rộng cuộn băng.	 Băng số 8
Băng chữ nhân Áp dụng: băng những vùng không đều nhau và dài trên cơ thể. Quy trình: bắt đầu băng hai vòng tròn. Đường băng sau chéo lên, dùng ngón tay cái đè lên chỗ định gấp, tay phải lật băng xuống và gấp lại rồi quấn chặt vùng băng. Tiếp tục băng chữ nhân đến khi kín nơi băng. Kết thúc để cuộn băng ngửa và hai vòng chồng lên đường băng cuối cùng.	 Băng chữ nhân
Băng hồi quy Áp dụng: băng những vùng như đầu, các chi cắt cụt. Quy trình: bắt đầu băng hai vòng tròn (đầu). Tiếp theo lật đường băng, băng từ trước ra sau rồi lật băng từ sau ra trước, đến khi phủ kín nơi băng. Các đường băng theo thứ tự đường thứ nhất ở giữa, các lần sau tỏa dần ra hai bên kiểu rẽ quạt. Kết thúc hai vòng tròn ở chân mỗi băng rẽ quạt.	 Băng hồi quy

5. Băng các vị trí trên cơ thể

Băng đầu Áp dụng: (kiểu băng hồi quy) tổn thương đầu, da đầu, cổ băng 5cm. Quy trình: Với một cuộn băng: như kiểu băng hồi quy. + Cuộn thứ nhất: dùng băng những vòng tròn quanh đầu để giữ các mối băng qua lại. + Cuộn thứ hai: dùng băng vòng qua lại. Bắt đầu băng một vòng tròn quanh đầu với cuộn thứ nhất. Dắt một mối băng thứ hai ngay giữa trán, dùng cuộn một quấn thêm một vòng để giữ mối băng thứ hai. + Tiếp tục băng lần lượt một đường băng hồi quy xen kẽ thì có băng một vòng tròn quanh đầu, băng cho đến kín. + Kết thúc hai vòng tròn chồng lên vòng tròn bắt đầu.	 Băng đầu
Băng vú Áp dụng: mổ vú, cỡ băng 7cm. Quy trình: bắt đầu băng hai vòng tròn dưới vú. Vú trái: + Đem đường băng đi ra sau lưng đi lên vai mặt. + Hướng đường băng xuống hông trái ra sau lưng ra hông mặt trở về hông trái. + Tiếp tục băng như trên đến khi kín vú. + Kết thúc hai vòng chồng lên vòng bắt đầu và cố định. Vú phải: + Đem đường băng hướng lên vai trái ra sau lưng xuống hông mặt qua hông trái ra sau lưng về hông mặt. + Tiếp tục băng như trên đến khi kín vú. Kết thúc hai vòng chồng lên vòng bắt đầu và cố định.	 Băng vú
Băng vai Áp dụng: tổn thương vùng vai, cỡ băng 6cm. Quy trình: Kiểu đường băng lên dần: + Để mối băng nơi đầu trên cánh tay, hạ nằm lên mối băng. + Hướng đường băng vòng qua nách lên vai đau ra sau lưng qua nách bên kia và trở lại nơi bắt đầu. + Tiếp tục băng đường số 8 như trên đến khi kín vai. + Kết thúc theo đường băng sau cùng ở trước ngực và cố định. Kiểu băng xuống dần: + Để mối băng trên xương bả vai đau. + Hướng đường băng qua ngang vai vòng xuống nách lên vai nằm lên mối băng trước ra sau lưng qua nách và trở lại nơi bắt đầu.	 Băng vai

+Tiếp tục băng như trên đến khi kín vai. +Kết thúc theo đường băng sau cùng ở trước ngực và cố định.	
Băng Dulles Áp dụng: tổn thương khớp vai, xương cánh tay, cổ băng 7-8cm. Quy trình: Áp tay lên vai đau vào ngực, bàn tay đặt vùng vai, lót bông dưới nách. Đặt lá băng ở cổ tay đau, bắt đầu băng hai vòng từ cổ tay chéo lên vai đau, hướng đường băng dọc phía sau tay từ vai đến khuỷu ra trước và lên vai đau. Đem đường băng xuống lưng qua hông mạnh, băng một vòng quanh thân mình đưa băng về hông mạnh băng chéo lên vai đau. Tiếp tục băng như trên đến khi kín. Kết thúc một vòng quanh thân mình và cố định trước bụng. Ghi chú: Các đường băng chéo đi từ vai xuống ngực. Các đường băng dọc theo tay đi từ tay vào ngực. Các đường băng vòng thân mình đi từ bụng lên ngực. Tổn thương vai trái, điều dưỡng viên cầm băng tay phải và băng từ trái qua phải. Tổn thương vai phải, điều dưỡng viên cầm băng tay trái và băng từ phải qua trái.	
Băng một bẹn Áp dụng: tổn thương vùng háng, cỡ băng 8cm. Quy trình: Bắt đầu băng hai vòng tròn quanh bụng. Hướng băng chéo xuống đùi vòng theo đùi chéo với đường băng trước rồi lên hông. Băng 1/2 vòng sau thắt lưng trở lại hông mạnh. Tiếp tục băng như trên đến khi kín. Kết thúc hai vòng tròn chồng lên vòng tròn bắt đầu và cố định trước bụng. Ghi chú: Đường băng chéo hai kiểu: băng dần lên và băng dần xuống. Băng háng trái chéo ở đùi về phía phải trước. Băng háng phải chéo ở đùi về phía trong trước.	 Băng bẹn
Băng chân Áp dụng: tổn thương bàn chân, cỡ băng 7-8cm. Quy trình: Băng đầu băng hai vòng tròn quanh cổ chân. Băng ba vòng tròn quanh bàn chân từ ngón chân đến gót chân. Vòng 1 ở giữa. Vòng 2 lệch thấp hơn vòng 1.	

Vòng 3 lệch thấp hơn vòng 2. Băng chéo số 8 từ ngón chân vào trong. Kết thúc hai vòng tròn quanh cổ chân và cổ định. Ghi chú: đường băng từ ngón chân vào trong chồng lên nhau thưa hơn đường băng từ vùng gót lên cổ chân.	 Băng chân
Băng gót chân Áp dụng: tổn thương gót chân, trật khớp cổ chân, cỡ băng 7-8cm. Quy trình: Bắt đầu vòng hai vòng tròn quanh gót chân, gọi là vòng 1. Vòng 2, 3 băng lệch về phía trước sau gót và đem băng tiếp qua bên kia ra sau hoặc trước gót chân. Vòng 4, 5 nằm ngang từ sau gót ra trước hướng xuống lòng bàn chân, tiếp theo lên lưng bàn chân, qua cổ chân, đi tiếp đường ngang của mắt cá chân còn lại. Tiếp theo băng số 8 từ giữa lưng bàn chân dần vào cổ chân. Kết thúc hai vòng quanh cổ chân và cổ định.	 Băng gót chân
Băng số 8 ở khuỷu Áp dụng: tổn thương vùng khuỷu, hạn chế cử động, cỡ băng 7-8cm. Quy trình: Bắt đầu hai vòng tròn dưới khuỷu. Hướng đường băng qua mặt trước khuỷu quấn 1 vòng tròn. Đem băng xuống vòng tròn bắt đầu. Tiếp theo băng số 8 từ dưới khuỷu dần lên đến khi kín khuỷu. Kết thúc 2 vòng trong trên khuỷu và cổ định.	 Băng số 8 ở khuỷu

Băng số 8 lưng bàn tay – lưng bàn chân Áp dụng: tổn thương lưng bàn tay – lưng bàn chân, cỡ băng 4-5cm. Quy trình: Bắt đầu 2 vòng trên cổ tay, trên cổ chân. Hướng đường băng qua lưng bàn tay 1 vòng tròn vùng xương bàn tay hoặc bàn chân. Đưa băng lên vòng tròn bắt đầu. Tiếp tục băng số 8 đến khi kín. Kết thúc 2 vòng quanh cổ tay hoặc cổ chân.	
Băng rẽ quạt gối hoặc khuỷu Áp dụng: tổn thương gối hoặc khuỷu không hạn chế cử động, cỡ băng 6-7cm. Quy trình: Bắt đầu 2 vòng tròn ngay gối hoặc khuỷu. Tiếp theo băng những đường rẽ quạt xen kẽ 1 đường dưới vòng bắt đầu. Tiếp tục băng cho đến khi kín. Kết thúc 2 vòng tròn phía trên gối hoặc trên khuỷu và cố định.	
Băng chi cụt Trên đùi: cỡ băng 7-8cm. Quy trình: Bắt đầu đặt mỗi băng mặt trên đùi vòng qua mặt sau đùi là số 1. Tiếp theo băng hai vòng xoắn ốc số 2, số 3 đưa băng ra sau lưng qua thắt lưng, lưng mạnh xuống đùi. Tiếp tục băng số 8 đến khi kín. Kết thúc theo đường băng sau cùng ở mặt trên đùi và cố định. Trên cẳng chân: cỡ băng 5-6cm. Bắt đầu đặt mỗi băng mặt bên cẳng chân vòng qua mặt bên đối diện là số 1. Tiếp theo băng đường số 2 dần lên mỗi băng và qua khỏi khớp gối, băng nửa vòng tròn rồi đưa đường băng trở xuống. Tiếp tục băng số 8 và băng đến khi kín. Kết thúc đường băng sau cùng và cố định. Trên cánh tay: cỡ băng 4-5cm.	 Băng chi cụt

Bắt đầu đặt mỗi băng mặt bên cánh tay vòng qua mặt bên đối diện là số 1. Tiếp theo băng hai đường hồi quy là số 2 và số 3. Băng 1 vòng tròn quanh cánh tay để giữ mỗi băng hồi quy là số 4. Tiếp tục đưa đường băng trở xuống băng số 8 đến khi kín. Kết thúc 1 vòng chồng lên đường băng số 4 và cố định.	
--	--

VI. AN TOÀN BỆNH NHÂN:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Băng gây cản trở tuần hoàn	Dùng cỡ băng phù hợp với vị trí băng Băng chặt vừa phải , lưu ý băng vùng ngực lưng , bụng Quan sát màu sắc vùng bên dưới sau khi băng Kiểm tra cử động của vùng liên quan sau khi băng Hỏi cảm giác của NB Nên dùng băng thun dẫn

VII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
NB có vết thương vùng lòng bàn tay, sau khi chăm sóc và băng bó . NB than khó chịu , ĐD nhận định thấy tay được băng cuộn kín từ ngón tay đến cổ tay cỡ băng 10cm , đầu chỉ sung , có màu đậm hơn da bình thường, NB than tê các đầu ngón tay , khó cử động	Trấn an NB Tháo băng cuộn , thay bằng băng cuộn kích cỡ 6cm , băng vùng lòng bàn tay đến cổ tay, chừa các ngón tay Quan sát màu sắc , cử động của đầu ngón sau khi băng Treo tay NB qua cổ , bàn tay cao hơn khuỷu giúp giảm sung

Bài 28: KỸ THUẬT LẤY MÁU XÉT NGHIỆM

I. MỤC ĐÍCH:

- Lấy máu để thử nghiệm giúp cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh có kết quả.
- Theo dõi sự diễn tiến của bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh mới vào viện.
- Người bệnh trước khi giải phẫu, trước khi đẻ.
- Người bệnh đang nằm viện để theo dõi kết quả điều trị.
- Khám sức khỏe định kỳ.

* Nhận định người bệnh

- Người bệnh có ăn gì trước khi lấy máu?
- Hệ thống tĩnh mạch ngoại biên: mềm mại, to, rõ...
- Tình trạng bệnh lý hiện tại hoặc các thay đổi bất thường khác về triệu chứng bệnh

* Dụng cụ

➤ Mâm vô trùng

- Ống tiêm (tùy theo số lượng máu xét nghiệm).
- Kim số 21.

➤ Những dụng cụ khác

- Bông cotton hay cotton iod.
- Kẹp sát trùng da.
- Chai hoặc ống nghiệm: có chất kháng đông hay không tùy loại xét nghiệm.
- Dây garrot.
- Túi đựng rác thải y tế.

* Dọn dẹp dụng cụ

Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.

* Ghi hồ sơ

- Ngày giờ lấy mẫu thử.
- Số lượng máu.
- Loại thử nghiệm.
- Phản ứng của người bệnh nếu có.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

III. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Mẫu máu không đúng tiêu chuẩn	Chọn ống xét nghiệm phù hợp với loại xét nghiệm và lấy đúng thể tích theo qui định
	Lắc đều ống nghiệm theo qui định Lấy đủ số lượng và tính chất theo yêu cầu từng loại XN
Nhầm lẫn bệnh nhân	Ghi đầy đủ thông tin bệnh nhân trên ống XN
Vỡ hồng cầu, sai lệch kết quả	Phải bỏ kim khi bơm máu vào ống xét nghiệm . bơm nhẹ nhàng vào thành ống nghiệm
Kết quả xn máu không chính xác	HD NB đúng yêu cầu XN như nhận đối nếu cần Không lấy máu ở chi đang truyền dịch Cấy máu nên lấy trước khi dùng kháng sinh

IV. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Chảy máu nơi tiêm kéo dài	Ấn chặt đến khi máu ngưng chảy hoặc băng ép
Mẫu máu không gởi phòng xét nghiệm ngay	Giữ mẫu máu ở nhiệt độ đúng qui định

**BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT
LẤY MÁU TĨNH MẠCH**

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích người bệnh, hỏi người bệnh đã ăn gì chưa (nếu cần).
2	Đặt người bệnh tư thế thuận tiện
3	Lộ vùng chuẩn bị lấy máu
4	Chọn tĩnh mạch
5	Mang găng tay sạch
6	Cột garrot phía trên nơi tiêm 10-15 cm
7	Sát khuẩn rộng vùng da nơi chuẩn bị lấy máu
8	Căng da, để mặt vát kim lên trên
9	Đâm kim qua da góc 30-40 độ, hạ góc độ kim xuống luồn kim vào tĩnh mạch
10	Kéo lui nòng, có máu
11	Rút máu từ từ vào ống tiêm cho đủ số lượng yêu cầu
12	Tháo garrot
13	Rút kim ra, ấn nhẹ bông cotton nơi tiêm
14	Tháo kim - bơm máu nhẹ nhàng vào thành ống nghiệm
15	Lắc nhẹ ống nghiệm (nếu có chất kháng đông), đậy nắp ống nghiệm lại
16	Hủy bơm tiêm và kim
17	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi
18	Thu dọn dụng cụ, rửa tay
19	Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng
20	Gửi ống nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay

Bài 29: KỸ THUẬT LẤY ĐỜM, PHÂN, MỦ ĐỂ THỬ NGHIỆM**I. MỤC ĐÍCH:**

Đề định bệnh và trị liệu chính xác.

II. DỤNG CỤ:

Mâm vô trùng

- + ống tiêm, kim số 18.
- + Que gòn.
- + Kềm.

Dụng cụ khác

- + Chai nhỏ hấp hoặc nấu sạch.
- + Phiến kính hoặc ống nghiệm vô trùng.
- + Đèn cồn.
- + Bô tiêu: bô tiêu phải vô trùng khi thử về vi trùng.

III. DỌN DỆP DỤNG CỤ:

Xử lý các dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.

Tất cả các mẫu nghiệm phải dán nhãn và làm phiếu thử gửi lên phòng xét nghiệm ngay.

IV. GHI HỒ SƠ

Ngày giờ lấy mẫu thử nghiệm.

Chất thử.

Loại thuốc đã sử dụng (nếu có).

Tên điều dưỡng thực hiện.

V. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Lấy mẫu phân	
Sai lệch kết quả	Lấy mẫu cấy cho vào lọ vô trùng
	Soi trực tiếp phải dùng lọc có F2M có chứa chất bảo quản
	Gửi phòng xét nghiệm ngay
Lấy mẫu đàm	
Sai lệch kết quả	Phết đúng vị trí thành sau họng
	Tránh chạm vào niêm mạc miệng và lưỡi khi phết
Hít sặc	Ngưng phết họng khi bệnh nhân ói
Tổn thương niêm mạc hầu họng	Thao tác phết phải nhẹ nhàng
Lấy mẫu mủ	
Kết quả có nhiều loại vi khuẩn	Rửa VT trước Dùng que gòn vô khuẩn lấy mủ ở đáy hay thành bên VT

VI. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Lấy mẫu phân	
Cấy phân ở bệnh nhân không đi tiêu	Dùng que phết trực tràng: nhẹ nhàng đưa que qua khỏi cơ vòng hậu môn và xoay
Không thể gửi ngay mẫu phân đến phòng xét nghiệm	Cho mẫu phân vào môi trường chuyên chở Cary- Blair(tối đa 7 ngày)
Lấy mẫu đàm	
Nôn ói khi phết họng	Ngưng thực hiện
Phết họng tìm vi trùng bạch hầu	Phết vào vùng amidan có màng giả

**BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT
LẤY ĐỜM LÀM XÉT NGHIỆM**

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích cho người bệnh.
2	Bảo người bệnh hít mạnh, ho khạc đờm vào vật chứa (hoặc dùng que gòn vô khuẩn ngoáy vào niêm mạc họng, phết lên lam kính).
3	Cho người bệnh tiện nghi.
4	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay.
5	Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.
6	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm.

**BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT
LẤY MỦ Ở KÍNH LÀM XÉT NGHIỆM**

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích cho người bệnh
2	Cho bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện
3	Đề lộ ổ mủ
4	Mang găng tay sạch
5	Sát khuẩn da nơi chuẩn bị chọc
6	Dùng ống tiêm và kim vô khuẩn (kim dài 4-6 cm, 21-18 G), ngửa mặt vật lên trên đâm vào ổ mủ hút mủ
7	Rút hết mủ nếu có thể, rút kim ra dùng bông cotton ấn lên vùng kim đâm, băng kín lại
8	Bơm mủ vào ống nghiệm hoặc gởi cả ống tiêm (nếu lượng mủ ít quá)
9	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi
10	Thu dọn dụng cụ, rửa tay
11	Ghi hồ sơ, gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay

**BẢNG KIỂM THỰC HIỆN KỸ THUẬT LẤY MỦ VẾT THƯƠNG HỞ LÀM
XÉT NGHIỆM**

TT	Nội dung
1	Báo và giải thích cho người bệnh
2	Cho bệnh nhân nằm tư thế thuận tiện
3	Đề lộ vết thương nơi cần lấy mủ
4	Mang găng tay sạch
5	Tháo băng bản

6	Rửa sạch mũ nơi vết thương
7	Dùng que gòn vô khuẩn phết lên vùng đáy hay thành bên vết thương
8	Phết lên lam kính, để khô, đặt lam kính khác lên (hoặc cho que gòn vào ống nghiệm vô khuẩn)
9	Rửa sạch vết thương, băng lại
10	Tháo găng tay, giúp người bệnh tiện nghi
11	Ghi tên người bệnh lên ống nghiệm hoặc lam kính, dọn dụng cụ, rửa tay
12	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng

Bài 30: KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU ĐỂ THỬ NGHIỆM**I. MỤC ĐÍCH:**

- Để đánh giá chức năng của thận.
- Tìm vi khuẩn hiện có trong nước tiểu.
- Để đánh giá các thành phần trong nước tiểu giúp chẩn đoán bệnh.

II. DỤNG CỤ:

- Ống thử: vô trùng nếu thử nghiệm về vi trùng.
- Bình chứa đựng nước tiểu có vạch đo lường.
- Đèn cồn.
- Vải cao su.
- Bình phong.
- Một mâm thông tiểu khi cần lấy nước tiểu vô trùng trên người bệnh nằm một chỗ: hôn mê, liệt nửa người.

III. DỌN DỆP DỤNG CỤ:

- Xử lý các dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn và tiệt khuẩn.
- Tất cả các mẫu nghiệm phải dán nhãn và làm phiếu thử gửi lên phòng xét nghiệm.

IV. GHI HỒ SƠ:

- Ngày giờ lấy mẫu nghiệm.
- Loại thử nghiệm.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

**BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU
LÀM XÉT NGHIỆM**

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích cho người bệnh
2	Hướng dẫn người bệnh vệ sinh bộ phận sinh dục sạch sẽ
3	Hướng dẫn người bệnh cách lấy nước tiểu vào ống nghiệm. (Bỏ phần nước tiểu đầu tiên, lấy nước tiểu giữa dòng và trực tiếp)
4	Thu dọn dụng cụ, rửa tay
5	Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng
6	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm ngay

**BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU
24H LÀM XÉT NGHIỆM**

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích cho người bệnh.
2	Cho người bệnh đi tiểu hết và ghi nhận giờ.
3	Dặn người bệnh sau đó mỗi khi đi tiểu đều chứa vào vật chứa có chia độ.
4	Để vật chứa nước tiểu nơi chỗ mát
5	Sau 24 giờ cho người bệnh đi tiểu lần cuối vào vật chứa.
6	Đo số lượng nước tiểu - ghi nhận. Lấy mẫu nước tiểu theo yêu cầu.
7	Ghi tên người bệnh trên ống nghiệm.
8	Gửi mẫu nghiệm lên phòng xét nghiệm, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.

Bài 31: KỸ THUẬT CHUỒM NÓNG – CHUỒM LẠNH

A. CHUỒM NÓNG KHÔ

I. MỤC ĐÍCH:

- Sưởi ấm người bệnh.
- Làm dịu cơn đau.
- Bớt viêm, bớt sưng, bớt xung huyết các bộ phận trong sâu.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

* **Chỉ định**

- Trẻ sơ sinh thiếu tháng.
- Người già khi trời rét.
- Các cơn đau: gan, dạ dày, thận, khớp xương, dây thần kinh.
- Viêm tại chỗ.

* **Chống chỉ định**

- Viêm ruột thừa.
- Viêm màng bụng cấp.
- Nhiễm độc nặng.
- Các bệnh nhiễm khuẩn gây mủ nặng.
- Xuất huyết những vùng không có cảm giác.
- Đau bụng không rõ nguyên nhân.

* **Dụng cụ**

Mâm đựng:

- + Túi chườm
- + Nước nóng
- + Nhiệt kế để đo nhiệt độ của nước
- + Bao túi hoặc khăn (nếu có)
- + Kim ghim (nếu có)
- + Chất nhờn (nếu cần)
- + Bột talc

* **Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ**

Rửa mặt ngoài và trong của túi chườm bằng xà bông với nước cho sạch.
Mở nắp đốc ngược túi xuống và phơi chỗ mát.
Thoa phấn talc mặt ngoài túi.

Nhốt hơi vào túi và trả về chỗ cũ. Giữ mặt trong túi không bị dính.

* **Ghi hồ sơ**

Ngày giờ chườm nóng. Nhiệt độ của nước.
Thời gian chườm.
Nơi chườm.
Kết quả làm việc.
Tình trạng da sau khi chườm.
Tên điều dưỡng thực hiện.



Túi chườm nóng



Túi chườm lạnh



Cách thổi khí trong túi chườm nóng

B. CHUỒM NÓNG ƯỚT

I. MỤC ĐÍCH:

(Giống như chườm nóng khô) kết quả nhanh hơn đắp nóng khô.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Thường chườm nóng ướt trong trường hợp sau:
- Vết thương hở.
- U nhọt.
- Vùng nhiễm trùng nhẹ (trán, mắt, hội âm).

III. DỤNG CỤ:

- Bồn đựng nước hay dung dịch. Tùy chỉ định, có thể dùng acid boric 2%, nước muối sinh lý 0,9% hoặc nước thường.
- Nhiệt kế để đo nhiệt độ của nước. Thường từ 40⁰C đến 50⁰C (vô trùng nếu vết thương hở).
- Vải thưa lớn (nhỏ) tùy diện tích vùng đắp.
- 2 kềm.
- Miếng cao su hoặc vải nỉ (phủ ngoài vải thưa để giữ sức nóng được lâu).
- Chất nhòn.

IV. DỌN DỆP VÀ BẢO QUẢN DỤNG CỤ:

- Xử lý dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn tiết khuẩn.
- Chuẩn bị dụng cụ gởi diệt trùng.

V. GHI HỒ SƠ:

- Ngày giờ chườm nóng.
- Nhiệt độ của nước.
- Thời gian chườm.
- Nơi chườm.
- Kết quả làm việc.
- Tình trạng da sau khi chườm.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

C. CHUỒM LẠNH:

I. MỤC ĐÍCH:

- Làm hạ nhiệt độ.
- Làm dịu cơn đau.
- Cầm máu.
- Bớt sưng.
- Bớt xung huyết tại chỗ.
- Giảm nhịp đập của tim.
- Chậm nung mủ.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

*** Chỉ định**

- Xuất huyết.
- Chấn thương sọ não.
- Nhức đầu.
- Sau khi mổ bướu.
- Các chứng viêm: viêm màng bụng, viêm tai vòi, viêm ruột thừa, viêm cơ tim, viêm túi mật.
- Một số các trường hợp đau ngực, đau bụng.

*** Chống chỉ định**

- Xuất huyết ở phổi.
- Tuần hoàn cục bộ kém.
- Thân nhiệt thấp.
- Người già yếu.

*** Dụng cụ**

- Túi chườm.
- Thau đựng đá đập nhỏ (không cạnh bén).
- Bao túi hoặc khăn.
- Băng vải, dây cột, kim ghim (nếu cần).
- Phân talc (nếu cần).

*** Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ**

- Rửa sạch dụng cụ với xà bông và nước sạch, lau khô trả về chỗ cũ.
- Chuẩn bị gửi diệt trùng

*** Ghi hồ sơ**

- Ngày giờ chườm nóng.
- Nhiệt độ của nước.
- Thời gian chườm.
- Nơi chườm.
- Kết quả làm việc.
- Tình trạng da sau khi chườm.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

D. AN TOÀN BỆNH NHÂN:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Chườm nóng	
Bỏng	Có khăn che chở da vùng chườm Kiểm soát nhiệt độ chườm
Chườm lạnh	
Nhiễm lạnh	Không đặt túi chườm ngay vùng ngực Không chườm lạnh liên tục
BN tím tái BN kêu tê vùng chườm	Ngưng một vài giờ rồi chườm lại

E. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Chườm nóng	
Một sản phụ sau sinh thường con thứ hai, ngày thứ 4 sau sinh bị đau bụng, người nhà cho chườm nóng vùng bụng, 1 giờ sau sản phụ chảy máu âm đạo lượng nhiều	Ngưng chườm Lấy dấu sinh hiệu Báo BS, thực hiện y lệnh xử trí cấp cứu băng huyết ngay
Chườm lạnh	
Sau khi chườm 1 thời gian, NB than tê, quan sát da vùng chườm thấy tím tái	Ngưng chườm Dùng phân talc xoa bóp vùng chườm giúp máu lưu thông



Mâm dụng cụ chườm

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG KHÔ

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích người bệnh.
2	Đặt người bệnh tư thế thuận tiện.
3	Bộc lộ vùng chườm và quan sát vùng da.
4	Đặt nhẹ túi lên vị trí chườm, miệng túi để lên trên.
5	Giữ yên túi chườm tại chỗ.
6	Theo dõi vùng da nơi chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm.
7	Chườm 20-40 phút, cho người bệnh nghỉ.
8	Thay đổi vị trí hoặc lót thêm khăn khi chườm tiếp tục.
9	Giúp người bệnh tiện nghi.
10	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
11	Đánh giá kết quả, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT CHƯỜM NÓNG ƯỚT

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích người bệnh
2	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện.
3	Nhúng vải thưa vào dung dịch (40-50 ⁰ C).
4	Vắt ráo vải thưa với kèm.
5	Mở rộng vải thưa ra, từ từ đắp lên vùng bị đau.
6	Phủ tấm cao su lên lớp vải thưa.
7	Thay vải thưa mỗi 1-2 phút (thời gian đắp 10-20 phút).
8	Lau khô vùng da.
9	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
10	Đánh giá kết quả, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng

**BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT
CHƯỜM LẠNH**

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích người bệnh
2	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện.
3	Bộc lộ vùng chườm và quan sát vùng da
4	Đặt nhẹ túi lên vị trí chườm, miệng túi để lên trên.
5	Giữ yên túi chườm tại chỗ.
6	Theo dõi da nơi chườm và thân nhiệt trong thời gian chườm.
7	Chườm 120-180 phút, cho người bệnh nghỉ.
8	Lau khô da, quan sát vùng da.
9	Giúp người bệnh tiện nghi.
10	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
11	Đánh giá kết quả, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.

Bài 32: KỸ THUẬT CHO THỞ DƯỠNG KHÍ**I. MỤC ĐÍCH:**

Cung cấp một lượng dưỡng khí đầy đủ có nồng độ cao để điều trị tình trạng thiếu dưỡng khí.

II. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH:

- Tình trạng hô hấp: khó thở, đờm?
- Bệnh lý đi kèm: suyễn, tâm phế mãn, mất máu cấp.
- Tình trạng mũi miệng: lở loét, viêm...

III. THỞ BẰNG ống:*** Chỉ định**

- Bệnh về hô hấp: phù phổi cấp, suyễn, phổi nhúm.
- Bệnh về tuần hoàn: suy tim, nhồi máu cơ tim.
- Ngộ độc: thuốc, thán khí (CO₂).
- Sốc.
- Điện giật.

*** Ghi hồ sơ**

- Ngày, giờ thực hiện.
- Số lượng, dưỡng khí trong một phút,
- Tình trạng người bệnh.
- Tên người điều dưỡng phụ trách.

*** Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ**

- Xử lý dụng cụ theo đúng quy trình khử khuẩn tiết khuẩn dụng cụ.
- Trả các dụng cụ khác về chỗ cũ: bình oxy.

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
	Rửa tay
	Trải khăn sạch
Dụng cụ trên khăn	
1	Ống thở oxy trong túi vô khuẩn
2	Ly đựng nước vô khuẩn
3	Que gòn, que đè lưỡi
4	Gạc
Dụng cụ ngoài khăn	
1	Băng keo
2	Hệ thống thở oxy

V. THỞ BẰNG MẶT NẠ:

- Lượng dưỡng khí tiếp nhận nhiều hơn.

*** Chỉ định**

- Các trường hợp khó thở khẩn cấp.

*** Chống chỉ định**

- Người bệnh khó thở, tím tái kinh niên (tím bẩm sinh).
- Bệnh suyễn.
- Bệnh lao xơ lan rộng.
- Bệnh khí phế trướng kinh niên.

*** Dụng cụ**

- Một mặt nạ.
- Một ống cao su nối với nguồn dưỡng khí.

- Một bóng cao su chứa dưỡng khí từ 1, 5 lít đến 2 lít.
- Một nguồn dẫn dưỡng khí.
- Hệ thống dưỡng khí, hoặc bình oxy hoặc ballon oxy.
- Một chai nước (chứa nước cất).
- Kim tây (nếu có).

*** Ghi hồ sơ**

- Ngày giờ thực hiện.
- Số lượng dưỡng khí trong một phút.
- Tình trạng người bệnh.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

*** Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ**

- Rửa mặt nạ bằng nước và xà bông.
- Ngâm mặt nạ vào dung dịch Zepheran trong 20 phút.
- Lấy ra rửa lại bằng nước cho sạch, rồi phơi khô. Phơi mặt nạ trong mát.
- Cất mặt nạ vào túi giấy và niêm túi lại cho đến khi dùng lần sau hãy mở ra.



Các dụng cụ thở oxy



Mâm dụng cụ thở oxy

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	Nội dung
	Rửa tay
	Trải khăn sạch
<i>Dụng cụ trên khăn</i>	
1	Ống Cannula
2	Ly chứa dung dịch NaCl 0,9%
3	Que gòn
4	Gạc
<i>Dụng cụ ngoài khăn</i>	
1	Kim tây
2	Hệ thống thở oxy

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY BẰNG CATHETER

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được)
2	Đề người bệnh nằm tư thế thích hợp
3	Thông đường thở (hút đờm nhớt)
4	Kiểm tra hệ thống oxy
5	Vệ sinh hai lỗ mũi
6	Rửa tay
7	Đo ống từ cánh mũi đến trái tai, làm dấu bằng băng keo vị trí đã đo
8	Gắn Catheter vào hệ thống oxy
9	Mở oxy với áp lực nhẹ, kiểm tra sự thông khí trong catheter
10	Làm trơn ống
11	Đặt ống vào mũi, đến hầu.
12	Kiểm tra lại bằng que đè lưỡi
13	Cố định ống an toàn
14	Điều chỉnh số lượng oxy theo y lệnh
15	Quan sát người bệnh
16	Dọn dẹp dụng cụ, ghi hồ sơ

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY QUA CANNULA

STT	Nội dung
1	Báo và giải thích cho người bệnh (nếu được)
2	Đề người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh
3	Thông đường thở (hút đờm nhớt)
4	Vệ sinh hai lỗ mũi
5	Rửa tay
6	Gắn ống vào hệ thống oxy
7	Mở oxy với áp lực nhẹ
8	Kiểm tra oxy thoát ra từ Cannula
9	Gắn Cannula vào mũi người bệnh
10	Cố định ống an toàn
11	Lót gạc hai má người bệnh
12	Điều chỉnh số lượng oxy theo y lệnh
13	Cố định ống bằng kim băng
14	Quan sát tình trạng người bệnh
15	Báo cho người bệnh biết việc đã thực hiện xong (nếu được)
16	Dọn dẹp dụng cụ, ghi hồ sơ

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
	Rửa tay
	Trải khăn sạch
Dụng cụ trên khăn	
1	Mask
3	Que gòn
4	Gạc
Dụng cụ ngoài khăn	
1	Kim tây
2	Hệ thống thở oxy

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY QUA MẶT NẠ

STT	Nội dung
1	Báo cáo và giải thích cho người bệnh (nếu được)
2	Đề người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh
3	Thông đường thở (hút đờm nhớt)
4	Kiểm tra hệ thống Oxy
5	Rửa tay
6	Gắn hệ thống Oxy vào mask
7	Mở Oxy với áp lực nhẹ, kiểm tra oxy thoát ra qua mask
8	Áp mask lên mũi – miệng bệnh nhân, vòng sợi dây ra sau vùng cằm
9	Lót gạc hai má người bệnh
10	Điều chỉnh số lượng Oxy theo y lệnh
11	Quan sát tình trạng người bệnh
12	Báo và giải thích cho người bệnh biết việc đã xong
13	Don dẹp dụng cụ
14	Ghi hồ sơ

IV. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Khô niêm mạc đường hô hấp	Thở oxy với bình làm ẩm
Ngộ độc oxy, xơ hóa vồng mạc ở trẻ sơ sinh	Đo SpO ₂ trước và sau khi cho thở oxy (SpO ₂ ≥ 99%) Báo bác sĩ
Ứ đọng CO ₂ , suy hô hấp nặng hơn	Lưu lượng oxy theo y lệnh Lưu lượng tối thiểu 6 lít/ phút(Đối với thở oxy qua mask có túi dự trữ)
Cháy nổ	Treo bảng cấm lửa nơi có nguồn oxy Dẫn dò thân nhân và bệnh nhân không hút thuốc trong bệnh viện
Viêm phổi bệnh viện	Thay hệ thống dây oxy, bình làm ẩm mỗi 24h và mỗi bệnh nhân

V. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Đột ngột tím tái	Kiểm tra: - đường thở hút đàm khi cần - catheter hoặc cannula , hệ thống oxy - Tư thế NB , liều lượng - Báo bác sĩ xử trí cấp cứu theo y lệnh tiếp theo

Bài 33: HÚT ĐỜM NHỚT**I. ĐỊNH NGHĨA:**

- Hút đờm nhót là làm sạch và thông đường hô hấp.
- Hút đờm nhót bao gồm hút thông đường hô hấp trên và đường hô hấp dưới.
 - + Đường hô hấp trên: mũi, hầu họng.
 - + Đường hô hấp dưới: từ hầu thanh quản đến khí quản, phế quản.
- Có thể gây tai biến cho người bệnh: nhiễm khuẩn đường hô hấp, thiếu oxy, tổn thương niêm mạc đường hô hấp.

II. MỤC ĐÍCH:

- Làm sạch dịch xuất tiết để thông đường hô hấp.
- Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
- Lấy dịch xuất tiết để chẩn đoán.
- Phòng nhiễm khuẩn do dịch tích tụ.
- Hút sâu kích thích phản xạ ho.
- Tránh các biến chứng ở hệ hô hấp.

III. CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh nhiều đờm nhót, không tự khạc được.
- Trẻ hôn mê, động kinh, co giật.
- Người bệnh có ống nội khí quản hoặc mở khí quản.

IV. NHẬN ĐỊNH TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH:

- Nhận định tình trạng hô hấp: khó thở? đờm?
- Trợ giúp hô hấp? Bằng dụng cụ gì: máy thở, đặt nội khí quản, mở khí quản.
- Tính chất đờm: nhiều ít, nhầy đặc hay loãng.
- Bệnh lý đi kèm: hôn mê do xuất huyết não.

V. CÁC PHƯƠNG PHÁP HÚT ĐỜM:*** Hút thông đường hô hấp trên**

- Hút qua mũi hoặc miệng.
- Chỉ định đối với những người bệnh có đờm nhót nhiều mà không khạc ra được hoặc không nuốt vào được, biểu hiện qua tiếng thở khô khè.

*** Hút thông đường hô hấp dưới**

- Hút đờm nhót ở phế quản: ống vào sâu khoảng 20 cm đối với người lớn hoặc đo từ đỉnh mũi đến trái tai rồi đo tiếp tới sụn giáp trạng.
- Đối với trường hợp hút qua đường miệng thì đo từ cung răng tới giữa đường ức.
- Hút phế quản: ống thông có thể chạm vào chỗ phân nhánh phế quản thì nên kéo lui ống thông ra khoảng 1 cm hoặc đẩy ống vào sâu hơn.
- Hút thông đường hô hấp dưới áp dụng thường trên người bệnh đang được đặt nội khí quản hay mở khí quản.
- Cần lưu ý vì niêm mạc khí phế quản là niêm mạc vô khuẩn nên có nguy cơ dễ bị nhiễm khuẩn khi hút đờm.

VI. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Hút đường hô hấp trên	
Tổn thương niêm mạc mũi, miệng	Kiểm tra áp lực trước khi hút
	Đưa ống hút vào nhẹ nhàng
Thiếu oxy	Chỉ hút khi đưa ống vào đúng vị trí
	Thời gian hút không quá 10 giây
	Bệnh nhân có thở oxy sau mỗi lần hút gần oxy lại

	Cho BN thở máy thở oxy 100% trước khi hút đàm
	Theo dõi SpO ₂ , nhịp thở, tím tái trong khi hút
Hút đường hô hấp dưới	
Tổn thương niêm mạc đường hô hấp	Kiểm tra áp lực trước khi hút
	Đưa ống hút đàm nhẹ nhàng
	Không đưa ống hút đàm khỏi đầu NKQ quá 1cm.
Thiếu oxy	Bóp bóng giúp thở trước và sau khi hút với FiO ₂ 100%
	Chỉ hút khi đưa ống vào đúng vị trí
	Thời gian hút không quá 10 giây
Xẹp phổi	Theo dõi SpO ₂ , tím tái
	Kiểm tra phế âm hai bên phổi trong khi bóp bóng qua NKQ để phát hiện ống khí quản vào sâu một bên.
	Theo dõi hút đàm khi có chỉ định
Viêm phổi bệnh viện	Xoay trở bệnh nhân thường xuyên
	Tuân thủ nguyên tắc vô trùng khi hút đàm

VII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Hút đường hô hấp trên	
Đang hút đàm BN tím tái hoặc SpO ₂ < 91%	Ngưng hút, cho thở oxy Bóp bóng qua mask trong trường hợp ngưng thở Báo bác sĩ
Nôn ói trong khi hút đàm	Nhanh chóng đặt bệnh nhân nằm nghiêng, hút sạch tránh hít sặc
Hút đường hô hấp dưới	
Đang hút BN tím tái hoặc SpO ₂ < 91%	Ngưng hút, kiểm tra tuột NKQ, bóp bóng với oxy 100%.
Nôn ói trong khi hút đàm	Nhanh chóng đặt bệnh nhân nằm nghiêng, hút sạch tránh hít sặc
Hút xong vẫn còn ran ứ đọng	Xoay trở, vỗ lưng
Đang hút tuột ống NKQ	Bóp bóng qua mặt nạ Báo bác sĩ
Đàm mù, xanh	Báo bác sĩ kiểm tra viêm phổi BV
Hút ra đàm có lẫn máu	Kiểm tra áp lực hút, độ sâu ống hút đàm Báo bác sĩ xử trí

Kích cỡ ống hút thích hợp:

- + Người lớn: 12-18 Fr
- + Trẻ em: 8-10 Fr
- + Sơ sinh: 5-8 Fr

Áp lực hút đờm nhớt:

Có 3 mức của áp lực hút:

- + Áp lực cao: 120-150 mmHg
- + Áp lực trung bình: 80-120 mmHg

- + Áp lực thấp: dưới 80 mmHg
- Thông thường khi hút đờm ta dùng áp lực:
- Hệ thống trung tâm:
- + Người lớn: 100-120 mmHg
 - + Trẻ em trẻ sơ sinh: 50-75 mmHg
- Hệ thống xách tay:
- + 9-15 mmHg (15-20 cmH₂O)



Các loại ống hút đờm



Các bước trong quy trình hút đờm



Mâm đựng dụng cụ hút đờm

**BẢNG KIỂM
SOẠN DỤNG CỤ HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN**

STT	NỘI DUNG
	Rửa tay, mang khẩu trang
	Mâm trải khăn vô khuẩn
Dụng cụ trong khăn	
1	Chén chun đựng dung dịch NaCl 0,9%
3	Gạc
4	Ống hút đờm
Dụng cụ ngoài mâm	
1	Găng tay vô khuẩn
2	Khăn bông
3	Máy hút đờm

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP TRÊN

STT	Nội dung
1	Báo cáo và giải thích cho người bệnh (nếu được)
2	Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp
3	Trải khăn choàng qua cổ
4	Mở mâm vô khuẩn
5	Mang găng tay vô khuẩn
6	Gắn ống hút vào dây nối an toàn
7	Hút nước thử máy
8	Đưa ống hút vào mũi đến hầu
9	Mở máy, vừa xoay ống, vừa rút từ từ ống ra
10	Hút nước tráng ống. Tiếp tục hút đến sạch
11	Hút ở miệng: đưa ống hút vào miệng và tiếp các bước 15,16,17
12	Tháo ống hút và găng tay cho vào túi giấy
13	Theo dõi tình trạng người bệnh trong suốt thời gian hút
14	Cho bệnh nhân nằm tiện nghi, báo việc đã xong
15	Dọn dụng cụ, ghi vào hồ sơ

BẢNG KIỂM DỤNG CỤ KỸ THUẬT HÚT THÔNG ĐƯỜNG HÔ HẤP QUA NỘI KHÍ QUẢN HOẶC MỎ KHÍ QUẢN

STT	NỘI DUNG
	Nhận định tình trạng người bệnh
	Mang khẩu trang, rửa tay
	Mâm trải khăn vô khuẩn
Dụng cụ trong khăn	
1	2 chén chun đựng dung dịch NaCl 0,9% hoặc nước cất
3	Gạc
4	2 ống hút đàm
5	Bơm tiêm 5ml
Dụng cụ ngoài mâm	
1	Găng tay vô khuẩn
2	Khăn bông
3	Máy hút đàm

**BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT HÚT THÔNG
ĐƯỜNG HÔ HẤP QUA NỘI KHÍ QUẢN HOẶC MỞ KHÍ QUẢN**

STT	Nội dung
1	Mang dụng cụ đến bên giường, báo và giải thích cho người bệnh
2	Cho người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai
3	Bộc lộ nơi mở khí quản
4	Trải khăn bông choàng qua cổ
5	Tăng oxy lên 100% cho thở trong 1-2 phút (nếu có thở oxy)
6	Kiểm tra máy hút đờm
7	Mở mâm dụng cụ vô khuẩn
8	Mang găng tay vô khuẩn
9	Gắn ống hút vào dây nối an toàn
10	Dùng gạc cầm đầu dưới ống hút đờm chừa 1 đoạn để hút
11	Hút nước thử máy
12	Đưa ống vào đúng vị trí (khoảng 8-12 cm)
13	Mở máy, vừa xoay ống, vừa rút từ từ ống ra
14	Hút nước tráng ống
15	Tiếp tục hút đến sạch
16	Bỏ ống hút đờm vào túi rác
17	Gắn ống hút đờm mới vào dây nối
18	Hút đờm ở mũi miệng (giống như trên)
19	Dọn dụng cụ, ghi vào hồ sơ

Bài 34: CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC**I. MỤC ĐÍCH:**

- Đem thuốc vào cơ thể người bệnh bằng đường miệng một cách an toàn và hiệu quả.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Cho tất cả người bệnh có y lệnh dùng thuốc qua đường uống.

III. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH:

- Tuổi: già, trẻ.
- Số lượng và loại thuốc.
- Cơ địa có dị ứng với chất gì?

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH:

- Đối chiếu đúng người bệnh.
- Giải thích cho người bệnh hiểu để hợp tác.
- Tư thế người bệnh thích hợp.

V. DỤNG CỤ:

- Thuốc theo y lệnh.
- Ly đựng thuốc.
- Bình đựng nước uống.
- Dụng cụ đo lường: ly có khắc độ, muỗng ăn canh, muỗng cà phê, ống đếm giọt, ống hút.
- Phiếu cho thuốc.
- Cưa ống thuốc nếu cần.
- Túi đựng đồ dơ.
- Mâm.

VI. DỌN DỆP DỤNG CỤ:

- Hủy phiếu thuốc hoặc để phiếu thuốc vào ô giờ cho thuốc lần sau.
- Rửa sạch tất cả các dụng cụ bằng nước và xà bông, lau khô và trả về chỗ cũ.

VII. GHI HỒ SƠ:

- Ngày giờ cho người bệnh uống thuốc.
- Tên, liều lượng và đường dùng thuốc.
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Trường hợp không thực hiện được: người bệnh vắng mặt, người bệnh nôn ói, người bệnh từ chối không uống thuốc
- Họ, tên và chữ ký của người điều dưỡng cho thuốc.

VIII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Giảm tác dụng của thuốc	Uống thuốc đúng chỉ định và hướng dẫn , Không hòa lẫn các thuốc uống chung với nhau khi chưa hiểu rõ được tính của thuốc . Nên uống cách nhau 30 phút

XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
NB nôn ói nhiều lần sau khi ăn	Không nên cho NB uống các loại thuốc có mùi vị khó chịu, đắng liền sau khi ăn Làm giảm cảm giác vùng lưỡi cho BN nhay cảm trước khi uống như: hòa thuốc với đường, ngâm đá trước khi uống

BẢNG KIỂM CHO NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC

STT	Nội dung
1	Kiểm tra đối chiếu hồ sơ người bệnh, kiểm tra thuốc lần 1.
2	Rửa tay.
3	Kiểm tra dụng cụ đầy đủ. A. Lấy thuốc uống: kiểm tra thuốc lần 2: * Thuốc viên: dùng nắp lọ hoặc mâm đếm thuốc. * Thuốc nước: lắc đều chai thuốc, đo lượng thuốc theo chỉ định. * Thuốc giọt: cho một ít nước vào ly, để thẳng ống đếm giọt và nhỏ. - Kiểm tra thuốc lần 3, cất lọ thuốc. - Đặt thuốc lên mâm, kèm phiếu thuốc. - Mang đến giường người bệnh, đối chiếu. - Báo và giải thích cho người bệnh. - Cho người bệnh nằm đầu cao hoặc ngồi. - Đưa thuốc và nước giúp người bệnh uống (kiểm tra chắc chắn thuốc đã vào đúng dạ dày). - Lau miệng, dặn dò người bệnh những điều cần thiết. Người bệnh ký xác nhận vào phiếu công khai thuốc. - Thu dọn dụng cụ, rửa tay. - Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng. B. Dùng thuốc bôi: - Lấy thuốc bôi, kiểm tra thuốc lần 2. - Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích. - Vệ sinh sạch sẽ vùng da chuẩn bị bôi thuốc. - Xoa nhẹ cho thuốc ngấm đều, đến khi khô. C. Dùng thuốc đặt: - Lấy thuốc đặt, kiểm tra thuốc lần 2. - Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích. - Ngâm thuốc vào nước đá nếu đặt thuốc ở hậu môn hoặc nhúng thuốc qua nước ấm nếu đặt ở âm đạo. - Để người bệnh nằm ngửa hoặc nghiêng một bên. - Hướng dẫn người bệnh cách đặt hoặc đặt nếu người bệnh không tự làm được. - Cho người bệnh nằm nghỉ sau đặt. D. Dùng thuốc nhỏ - thuốc tra: Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra thuốc lần 2. - Nhỏ mắt: - Người bệnh ngồi hoặc nằm ngửa. - Kéo nhẹ mí dưới, nhỏ thuốc vào. - Bảo người bệnh nhấp nháy mắt. - Chạm khô nước chảy ra 2 bên mí mắt. - Tra thuốc: - Kéo mí mắt dưới, tra thuốc vào mắt. - Bảo người bệnh nhấp nháy mắt. - Nhỏ mũi: - Để người bệnh nằm ngửa đầu hơi thấp, hoặc ngồi ngửa đầu hơi thấp ra

	sau. - Khi nhỏ bảo người bệnh hít nhẹ vào từ từ. 4. Nhỏ tai: - Để người bệnh ngồi hoặc nằm nghiêng về bên lành. - Kéo nhẹ vành tai hướng lên trên và ra sau. - Nhỏ thuốc vào lỗ tai. E. Dùng thuốc qua niêm mạc miệng: - Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 2. - Bảo người bệnh há miệng. - Cho thuốc vào dưới lưỡi. - Ngậm miệng lại giữ cho đến khi thuốc tan mới nuốt. F. Dùng thuốc xông: - Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 2. - Dụng cụ xông qua mũi, họng phải được sạch. - Người bệnh hít thở sâu khi áp miệng hoặc mũi vào dụng cụ xông. - Nếu xông toàn thân điều dưỡng phải lưu ý tránh để người bệnh bị nhiễm lạnh (lau khô người bệnh trước khi tháo mền). - Cho người bệnh uống nước nếu cần. G. Dùng thuốc dán: - Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 2. - Vệ sinh sạch sẽ vùng da trước khi dán. - Cạo bớt lông nếu nhiều. - Thay đổi vị trí tránh kích thích da.
--	---

Bài 35: KỸ THUẬT TIÊM THUỐC**I. MỤC ĐÍCH:**

- Đưa thuốc vào cơ thể qua da để tạo một tác dụng nhanh chóng.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Trong những trường hợp.
- Cấp cứu.
- Bệnh nặng, cần tác dụng cấp thời.
- Người bệnh nôn ói nhiều.
- Cần tác dụng tại chỗ.
- Thuốc không ngấm qua thành tiêu hóa hoặc thuốc dễ bị huỷ hoại bởi dịch tiêu hóa.

III. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH:

- Tuổi: già, trẻ.
- Lớp mỡ dưới da dày hay mỏng.
- Sự vận động đi lại của người bệnh.
- Số lượng và loại thuốc.
- Cơ địa có dị ứng?

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH:

- Đối chiếu đúng người bệnh.
- Giải thích cho người bệnh hiểu để hợp tác.
- Tư thế người bệnh thích hợp.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

V. DỌN DỆP DỤNG CỤ:

- Trả phiếu thuốc về chỗ cũ hoặc bỏ vào ô giờ cho lần sau.
- Xử lý dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn tiệt khuẩn.

VI. GHI HỒ SƠ:

- Ngày giờ tiêm thuốc.
- Tên thuốc, liều lượng, đường tiêm thuốc, vị trí tiêm.
- Phản ứng người bệnh (nếu có).
- Họ tên người điều dưỡng tiêm thuốc.

VII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Nhầm lẫn thuốc	Thực hiện đúng 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng
Sốc phản vệ	Hỏi tiền sử dị ứng
	Chuẩn bị đầy đủ, sẵn sàng hộp chống sốc khi tiêm thuốc
	Thực hiện 5 đúng trước khi tiêm
Viêm nhiễm vị trí tiêm	Tiêm chậm, theo dõi sắc mặt bệnh nhân phát hiện sớm dấu hiệu sốc.
	Thực hiện đúng kỹ thuật vô trùng
	Thường xuyên thay đổi vị trí tiêm

VIII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Bệnh nhân giãy dụa trong khi tiêm	Hướng dẫn Bn đúng tư thế Trấn an bệnh nhân Nhờ người phụ giữ
Bệnh nhân đột ngột tím tái, khó thở, than mệt khi tiêm thuốc	Ngưng ngay, thực hiện các bước theo phác đồ xử trí sốc phản vệ
Tiêm trong da	
Kết quả thử phản ứng dương tính hoặc nghi ngờ dương tính	Ngưng thực hiện y lệnh, ghi hồ sơ và báo bác sĩ.
Kết quả thực hiện thử phản ứng âm tính	Ghi hồ sơ, thực hiện y lệnh tiêm thuốc
Tiêm bắp	
Rút ngược pít- tong thấy có máu	Rút kim, Xin thuốc mới, tiêm lại vị trí khác
Tiêm tĩnh mạch	
Rút pít-tông kiểm tra không thấy máu Bơm thuốc thấy nặng tay Nơi tiêm phù, đau	Rút kim, tiêm tĩnh mạch khác

- Loại kim dùng:

- + Tiêm dưới da: 23-25 G, dài 2-3 cm
- + Tiêm trong da: 26-27 G, dài 1-1,5 cm
- + Tiêm tĩnh mạch: 21-23 G, dài 3-4 cm
- + Tiêm bắp: 21-23 G, dài 4-6cm

Dung lượng thuốc tương ứng với vị trí tiêm bắp

Vị trí	Dưới 18 tháng	Trẻ trên 6 tuổi	Người lớn
Cơ DeltaC		0.5 ml	1 ml
Cơ thẳng đùi C	0.5 ml	1.5 ml	2 ml
Cơ rộng ngoài đùi C	0.5 ml	1.5 ml	5 ml
Ventrogluteal	0.5 ml	1.5 ml	3 ml
Dorsogluteal		1.5 ml	3 ml



Mâm dụng cụ tiêm thuốc



Kỹ thuật bẻ ống thuốc

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT SOẠN MÂM DỤNG CỤ TIÊM THUỐC

STT	Nội dung
1	Sao phiếu thuốc
2	Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 1
3	Mang khẩu trang, ra tay
4	Trải khăn lên mâm sạch
5	Chọn bơm tiêm phù hợp với lượng thuốc cần tiêm
6	Chọn kim tiêm phù hợp với đường tiêm và vị trí tiêm
7	Kim pha thuốc
8	Gòn cồn (cồn iod) sát trùng da
9	Gòn khô hoặc gạc dùng để bẻ ống thuốc (nếu thuốc ống)
10	Kèm dùng gập gòn sát trùng da
11	Hộp thuốc chống shock
12	Dây thắt mạch nếu tiêm tĩnh mạch
13	Găng tay sạch
14	Chai dung dịch rửa tay nhanh
15	Bình chứa rác thải y tế bén nhọn bằng nhựa cứng màu vàng, một chiều
16	Túi rác chứa chất thải y tế màu vàng
17	Túi rác chứa chất thải sinh hoạt màu xám

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT RÚT THUỐC ỐNG

STT	Nội dung
1	Sao phiếu thuốc
2	Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 1
3	Mang khẩu trang, rửa tay
4	Soạn mâm dụng cụ tiêm thuốc
5	Sát khuẩn đầu ống thuốc (lưỡi cua), kiểm tra lần 2
6	Cưa ống thuốc (nếu cần)
7	Dùng gòn khô lau và bẻ ống thuốc
8	Rút thuốc tay không chạm thân kim và nòng trong của bơm tiêm
9	Kiểm tra thuốc lần 3, bỏ vỏ ống thuốc
10	Che thân kim an toàn, đặt bơm tiêm trên phiếu thuốc

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT RÚT THUỐC LỌ

STT	Nội dung
1	Sao phiếu thuốc
2	Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 1
3	Mang khẩu trang, rửa tay
4	Soạn mâm dụng cụ tiêm thuốc
5	Mở nắp lọ thuốc, sát khuẩn nắp lọ (kiểm tra lần 2)
6	Cưa ống nước pha (nếu cần), rút nước pha tiêm bằng kim pha thuốc
7	Đâm kim vào giữa lọ thuốc, bơm nước cất vào
8	Hút khí trả lại, rút kim an toàn, lắc cho thuốc hòa tan
9	Bơm khí vào lọ, rút thuốc đủ liều, tay không chạm thân kim và nòng trong của bơm tiêm
10	Kiểm tra thuốc lần 3, bỏ vỏ ống thuốc
11	Thay kim tiêm thích hợp
12	Đặt bơm tiêm trên phiếu thuốc vào mâm tiêm thuốc an toàn

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT TIÊM BẮP

STT	Nội dung
1	- Kiểm tra y lệnh trong hồ sơ - Thực hiện 5 đúng trước khi tiêm truyền - Công khai thuốc với NB
2	Đề lộ vùng tiêm
3	Xác định vị trí tiêm
4	Mang găng tay sạch
5	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm
6	Sát khuẩn lại tay
7	Đuổi khí
8	Căng da, đâm kim góc 90 độ so với mặt da
9	Rút nòng kiểm tra không có máu
10	Bơm thuốc chậm
11	Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào
12	Sát khuẩn lại vị trí tiêm
13	Cố định kim an toàn
14	Tháo găng tay
15	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi
16	Ghi hồ sơ

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

STT	Nội dung
1	- Kiểm tra y lệnh trong hồ sơ - Thực hiện 5 đúng trước khi tiêm truyền - Công khai thuốc với NB
2	Đề lộ vùng tiêm
3	Xác định vị trí tiêm
4	Mang găng tay sạch
5	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm
6	Sát khuẩn lại tay
7	Đuổi khí
8	Véo da, đâm kim góc 45 độ so với mặt da
9	Rút nòng kiểm tra không có máu
10	Bơm thuốc chậm
11	Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào
12	Sát khuẩn lại vị trí tiêm
13	Cố định kim an toàn
14	Tháo găng tay
15	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi
16	Ghi hồ sơ

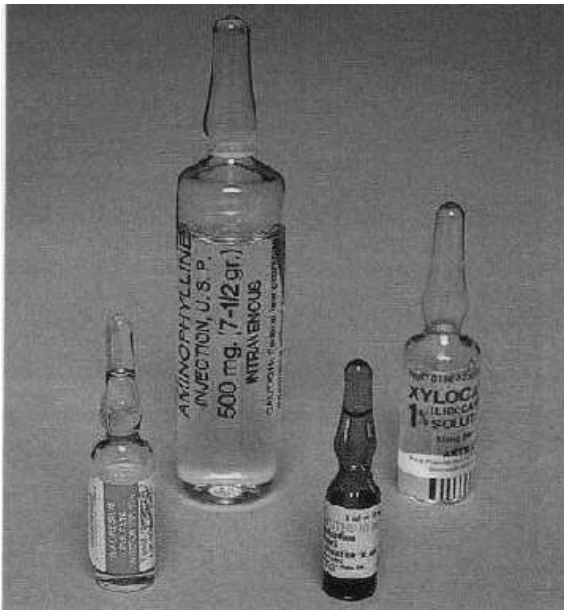
BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

STT	Nội dung
1	- Kiểm tra y lệnh trong hồ sơ - Thực hiện 5 đúng trước khi tiêm truyền - Công khai thuốc với NB
2	Đề lộ vùng tiêm Xác định vị trí tiêm Mang găng tay sạch
3	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5cm Sát khuẩn lại tay
4	Đuổi khí
5	Căng da, để mặt vát kim lên trên, đâm kim góc 15 độ so với mặt da Bơm 1/10 ml thuốc (nổi phồng da cam)
6	Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào Cố định kim an toàn
7	Tháo găng tay
8	Khoanh tròn nơi tiêm nếu thử phản ứng thuốc Dặn người bệnh không được chạm nơi vùng tiêm

9	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi
10	Ghi hồ sơ

**BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT
TIÊM TĨNH MẠCH**

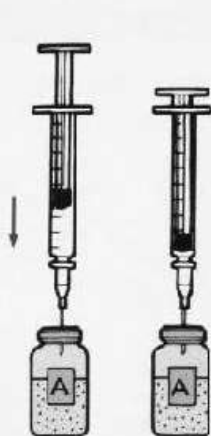
STT	Nội dung
1	- Kiểm tra y lệnh trong hồ sơ - Thực hiện 5 đúng trước khi tiêm truyền - Công khai thuốc với NB
2	Đề lộ vùng tiêm
3	Xác định vị trí tiêm: tìm tĩnh mạch to rõ ít di động
4	Mang găng tay sạch
5	Buộc garrot phía trên vị trí tiêm 10-15 cm
6	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm (hoặc từ dưới lên dọc theo tĩnh mạch)
7	Sát khuẩn lại tay
8	Đuổi khí
9	Đặt mặt vát kim lên trên, căng da, đâm kim góc 30 - 40 độ qua da vào tĩnh mạch
10	Rút nòng kiểm tra có máu, tháo garrot
11	Bơm thuốc chậm
12	Rút kim nhanh
13	Sát khuẩn lại vị trí tiêm
14	Cố định kim an toàn
15	Báo giải thích cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh tiện nghi
16	Ghi hồ sơ



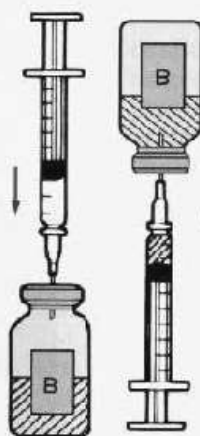
Thuốc ống



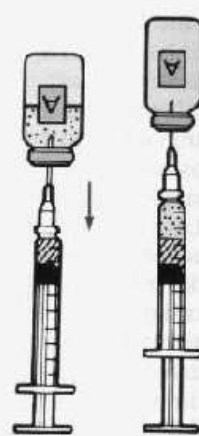
Thuốc lọ



A: Bơm khí



B: Bơm khí vào lọ và rút thuốc ra



C: Rút toàn bộ thuốc trong lọ ra

Các dạng thuốc, lấy thuốc lọ

Bài 36: TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH**I. MỤC ĐÍCH:**

- Bồi hoàn nước và điện giải, hồi phục tạm thời khối lượng tuần hoàn trong cơ thể.
- Thay thế tạm thời lượng máu mất.
- Nuôi dưỡng cơ thể.
- Đem thuốc vào cơ thể với số lượng nhiều trực tiếp vào máu.
- Duy trì nồng độ thuốc kéo dài nhiều giờ trong máu.
- Mục đích khác: giải độc, lợi tiểu, giữ vein

II. CHỈ ĐỊNH:

- Người bệnh bị mất nước: tiêu chảy, phỏng
- Người bệnh bị mất máu cấp: tai nạn, xuất huyết tiêu hoá.
- Người bệnh bị suy dinh dưỡng.
- Người bệnh cần dùng số lượng lớn thuốc hoặc duy trì đều trong cơ thể.
- Người bệnh bị ngộ độc.

III. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH:

- Tình trạng tri giác: lơ mơ, động kinh, co giật, hôn mê.
- Hệ thống tĩnh mạch: to, rõ, mềm mại, xơ cứng
- Tuổi: già, trẻ.
- Tình trạng dấu sinh hiệu đặc biệt là huyết áp.

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH:

- Đối chiếu đúng người bệnh.
- Giải thích cho người bệnh.
- Tư thế thích hợp.
- Kiểm tra dấu sinh hiệu.
- Cho người bệnh tiểu tiện trước khi truyền.

V. DỌN DỆP DỤNG CỤ:

- Xử lý các dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn tiệt khuẩn.
- Trả về chỗ cũ những dụng cụ khác: trụ treo, garrot, gối kê tay

VI. GHI HỒ SƠ:

- Ngày giờ tiêm truyền, ngày giờ kết thúc.
- Loại dung dịch truyền, số lượng, số giọt y lệnh trong 1 phút, thuốc pha (nếu có).
- Phản ứng người bệnh nếu có.
- Tên bác sĩ cho y lệnh.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

VII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TÀI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Nhầm lẫn thuốc	Thực hiện đúng 3 kiểm tra, 5 đối chiếu
Sốc phản vệ	Hỏi tiền sử dị ứng
	Chuẩn bị đầy đủ, sẵn sàng hộp chống sốc khi truyền dịch
	Thực hiện 6 đúng trước khi truyền
Quá tải hoặc thiếu dịch do tốc độ dịch truyền không đúng	Điều chỉnh tốc độ đúng y lệnh
	Thường xuyên theo dõi tốc độ và số lượng dịch truyền. Theo dõi sát tình trạng NB trong suốt quá trình truyền
	Dặn dò bệnh nhân và gia đình không tự ý điều chỉnh tốc độ dịch truyền
Thuyên tắc mạch do khí	Đuổi hết khí trong dây truyền dịch trước khi

	truyền cho bệnh nhân
Hoại tử da	Bảo đảm kim nằm trong lòng mạch trước khi bơm thuốc Kiểm tra nơi vị trí tiêm thường xuyên Cố định kim truyền thật tốt nhất là đối với các loại dịch truyền ưu trương
Nhiễm trùng tại chỗ tiêm	Đảm bảo kỹ thuật vô trùng Thay băng keo nơi tiêm khi ướt Che chỗ lỗ kim bằng băng vô khuẩn Thay kim khi có dấu hiệu nhiễm trùng tại chỗ Thời gian lưu kim đúng qui định

VIII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Sau khi truyền vài giờ, tĩnh mạch tiêm ửng đỏ, NB than nóng rất khó chịu	Rút kim, truyền vị trí khác tránh xa vị trí viêm, chọn nơi có tĩnh mạch lớn, chườm nóng ẩm vị trí viêm
Phù nơi tiêm	Ngưng truyền dịch, rút bỏ kim Thiết lập đường truyền mới
Run tiêm truyền	Ngưng dịch Lấy dấu hiệu sinh tồn Báo bác sĩ Thực hiện y lệnh

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
	Sao phiếu thuốc, kiểm tra thuốc
	Mang khẩu trang, rửa tay
	Trải khăn sạch
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong khăn</i>	
1	Gạc che kim hoặc băng cá nhân
2	Hộp gòn cotton
3	Bình kèm sát trùng da
4	Bộ dây tiêm truyền
5	Chai dịch truyền (theo y lệnh)
<i>Dụng cụ sạch</i>	
1	Dây garrot
2	Bồn hạt đậu
3	Gối kê tay
4	Máy đo huyết áp
5	Găng tay sạch
6	Băng keo
7	Trụ treo
8	Đồng hồ có kim giây
9	Hộp thuốc chống shock



Mâm dụng cụ tiêm truyền dung dịch

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH

STT	Nội dung
1	- Kiểm tra y lệnh trong hồ sơ - Thực hiện 5 đúng trước khi tiêm truyền - Công khai thuốc với NB
2	Đo huyết áp, đếm mạch, cho người bệnh tiêu, tiểu (nếu được)
3	Chọn tĩnh mạch to, rõ, ít di động,
4	Treo chai lên trụ, cho dịch vào 2/3 bầu đếm giọt
5	Đuổi khí vào bôn hạt đậu, khóa lại, để kim an toàn
6	Đề lộ vùng tiêm, kê gối kê tay (nếu cần)
7	Mang găng tay
8	Buộc garrot cách nơi tiêm 10 - 15 cm
9	Sát khuẩn vùng tiêm rộng ra ngoài 5 cm
10	Sát khuẩn tay lại
11	Tay căng da, tay cầm kim mặt vát lên trên, đâm xuyên qua da, hướng kim theo chiều tĩnh mạch
12	Bóp dây truyền kiểm tra có máu, tháo garrot
13	Mở khóa cho dịch chảy (tốc độ chậm)
14	Cố định đốc kim, che kim bằng gạc vô khuẩn
15	Cố định dây truyền
16	Tháo găng tay
17	Điều chỉnh giọt theo y lệnh
18	Dặn dò người bệnh những điều cần thiết
19	Báo người bệnh biết việc đã xong, để người bệnh tiện nghi
20	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ

Bài 37: KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU**I. MỤC ĐÍCH:**

- Bồi hoàn số lượng máu đã mất cho cơ thể người bệnh.
- Bổ sung các yếu tố đông máu.

II. CHỈ ĐỊNH:

- Xuất huyết nặng: do tai nạn, phẫu thuật, bệnh lý.
- Thiếu máu nặng: sốt rét, nhiễm ký sinh trùng.
- Nhiễm khuẩn hoặc nhiễm độc nặng.
- Các bệnh về máu: ung thư máu, thiếu men G6PD.
- Phỏng nặng.

III. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH:

- Tình trạng tri giác: lơ mơ, hôn mê, co giật, động kinh.
- Tình trạng dấu sinh hiệu, đặc biệt là huyết áp và thân nhiệt.
- Tĩnh mạch: to mềm mại hay nhỏ, xơ cứng.
- Tình trạng bệnh lý đi kèm: đa chấn thương, rối loạn chức năng đông máu.

IV. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH:

- Đối chiếu và giải thích cho người bệnh.
- Tư thế thích hợp.
- Kiểm tra xem người bệnh có tiền sử dị ứng hay phản ứng với máu không.

V. DỌN DỆP DỤNG CỤ:

- Xử lý dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn - tiệt khuẩn.
- Trả về chỗ cũ những dụng cụ khác: trụ treo, garrot, gối kê tay.

VI. GHI HỒ SƠ:

- Ngày giờ truyền máu.
- Số lượng máu, nhóm máu, Rh.
- Tốc độ truyền (số giọt/phút).
- Tình trạng huyết áp người bệnh trước, trong và sau truyền máu.
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Giờ kết thúc.
- Tên điều dưỡng thực hiện.

VII. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Thử phản ứng an toàn tại giường	
Sai nhóm máu	Dùng hai que tăm khác nhau để trộn máu ở hai giọt máu của đầu anti A- B Hai que tăm khác nhau cho máu bệnh nhân và tui máu
	Lam kính sử dụng một lần
	Bảo quản chai anti A-B trong tủ lạnh ngay sau khi sử dụng
	Đọc kết quả: hai người đọc(bác sĩ, điều dưỡng)
Ngưng kết giả do tán huyết	Không dùng dụng cụ kim loại để trộn giọt máu và thuốc thử
Truyền máu	
Tán huyết cấp do truyền nhầm nhóm máu	Thực hiện 3 tra 5 đổi
	Viết tên bệnh nhân lên ống xét nghiệm

	máu trước khi lấy mẫu máu
	Thử phản ứng an toàn trước khi truyền máu
	Kiểm tra túi máu trước khi truyền
Vỡ hồng cầu	Đề túi máu trong thùng trữ lạnh và di chuyển túi máu nhẹ nhàng khi lạnh máu
	Không truyền máu qua máy truyền dịch
Tắc mạch do cục máu đông	Phải dùng dây truyền máu, không dùng dây truyền dịch để truyền máu
Sốc phản vệ	Chỉnh tốc độ chậm trong 15 phút đầu để theo dõi phản ứng truyền máu
	Theo dõi sát bệnh nhân phát hiện kịp thời các dấu hiệu sốc
Phù phổi cấp	Chỉnh tốc độ theo đúng y lệnh
	Theo dõi sát bệnh nhân các dấu hiệu phù phổi cấp.
Nhiễm trùng	Đảm bảo đúng kỹ thuật vô khuẩn
	Truyền 1 đơn vị máu không quá 4 giờ

VIII. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
Thử phản ứng an toàn tại giường	
Không xác định được nhóm máu bệnh nhân	Phòng ngừa: thử nhóm máu bệnh nhân trước khi sử dụng các thuốc có ảnh hưởng đến kết quả thử nhóm máu(Dextran...) Báo ngân hàng máu thử lại nhóm máu bệnh nhân
Nhóm máu bệnh nhân và túi máu không trùng nhau	Báo bác sĩ, tạm hoãn truyền máu Báo ngân hàng máu
Truyền máu	
Lấy máu về nhưng y lệnh không truyền	Trả lại ngân hàng máu trong vòng 30 phút tránh hư túi máu
Túi máu có màu bất thường, cục máu đông, dò rỉ	Trả lại ngân hàng máu do không đảm bảo chất lượng
Bệnh nhân đang truyền dịch đổi sang truyền máu	Bơm đui 3- 5 ml dung dịch NaCl 0,9% để tránh vỡ hồng cầu

*** Cần lưu ý và theo dõi sát khi truyền máu cho các trường hợp sau**

- Bệnh tim (viêm cơ tim, bệnh van tim)
- Xơ cứng động mạch não, huyết áp cao.
- Tăng áp lực nội sọ.

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	NỘI DUNG
	Kiểm tra phiếu truyền máu, y lệnh và túi máu
	Thực hiện và kiểm tra kết quả phản ứng chéo tại giường
	Mang khẩu trang, rửa tay
	Trải khăn sạch
<i>Dụng cụ vô khuẩn trong khăn</i>	
1	Gạc che kim hoặc băng cá nhân
2	Hộp gòn cotton
3	Bình kèm sát trùng da
4	Bộ dây truyền máu
5	Bơm tiêm, kim (18-21G)
<i>Dụng cụ sạch</i>	
1	Dây garrot
2	Bồn hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn
3	Giấy lót tay
4	Máy đo huyết áp
5	Găng tay sạch
6	Băng keo
7	Trụ treo
8	Đồng hồ có kim giây
9	Hộp thuốc chống shock



Mâm dụng cụ truyền máu



Bầu lọc trong dây truyền máu

BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ THỰC HIỆN KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

STT	NỘI DUNG
1	Đối chiếu đúng người bệnh, túi máu- phiếu truyền máu, báo và giải thích
2	Kiểm tra mạch, huyết áp, nhiệt độ
3	Cho người bệnh đi tiêu, tiểu (nếu được)
4	Sau khi Bác sĩ khám NB, định nhóm máu và phản ứng chéo tại giường
5	Chọn vị trí tiêm thích hợp (tĩnh mạch to, rõ, ít di động)
6	Lắc đều túi máu nhẹ nhàng
7	Cắm dây truyền máu vào túi máu
8	Treo túi máu lên trụ, cho máu vào 2/3 bầu đếm giọt
9	Đuỗi khí vào bốn hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn, khoá lại, che chở đầu dây truyền an toàn
10	Bộc lộ vùng tiêm, lót giấy và đặt gối kê tay dưới vùng tiêm (nếu cần)
11	Mang găng sạch
12	Buộc ga rô cách bôi tiêm 10-15 cm
13	Sát khuẩn vùng tiêm rộng ra ngoài 5 cm
14	Sát khuẩn tay lại
15	Dùng bơm tiêm gắn kim truyền máu tiêm vào tĩnh mạch
16	Lùi nòng, kiểm tra có máu, tháo garrot
17	Tháo bơm tiêm, lắp dây truyền máu vào kim an toàn
18	Mở khoá cho máu chảy vào với tốc độ chậm
19	Cố định đốc kim
20	Che thân kim bằng gạc vô khuẩn
21	Cố định dây truyền an toàn
22	Tháo găng tay - Làm phản ứng sinh vật (Ochleber) - Chảy theo y lệnh khoảng 20 ml máu
23	- Chảy chậm lại 8-10 giọt/phút trong 5 phút - Chảy theo y lệnh khoảng 20ml máu - Chảy 8-10 giọt /phút trong 5 phút
24	Điều chỉnh giọt theo y lệnh
25	Khi túi máu còn 10ml thì ngưng lại, số máu còn lại để làm chứng.
26	Giúp người bệnh tiện nghi, theo dõi người bệnh trong suốt thời gian truyền: đo huyết áp, đếm mạch
27	Ghi hồ sơ

PHUN KHÍ DUNG**MỤC TIÊU**

1. Trình bày được ưu điểm của phun khí dung.
2. Biết được các dụng cụ để thực hiện kỹ thuật này
3. Trình bày được 5 nguy cơ tai biến của phun khí dung và cách phòng ngừa.
4. Thực hiện kỹ thuật phun khí dung cho bệnh nhân theo đúng bảng kiểm chuẩn

I. ĐỊNH NGHĨA:

Phun khí dung: là phương pháp đưa thuốc vào cơ thể dưới dạng những hạt sương nhỏ li ti. Các hạt này sẽ theo hơi thở hít thẳng vào tận phế quản hoặc thanh quản và tạo tác dụng tại đây.

II. ƯU ĐIỂM:

Thuốc tác dụng tại chỗ trên thanh quản hoặc phế quản nên tác dụng mạnh, nhanh sau vài phút, ít tác dụng phụ toàn thân và đường hô hấp sẵn có.

III. CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh lý đường hô hấp có co thắt phế quản: Cơn suyễn, COPD, phản ứng phản vệ, viêm phế quản cấp: thuốc giãn phế quản.
- Viêm thanh quản cấp, viêm tiểu phế quản.
- Làm loãng đàm: phun với NaCl 0,9%

IV. AN TOÀN BỆNH NHÂN:

NGUY CƠ – TAI BIẾN	PHÒNG NGỪA
Nhầm người bệnh	Thực hiện qui trình xác định đúng người bệnh: dùng câu hỏi mở, sử dụng 3/4 thông tin chính để hỏi gồm họ tên, tuổi, giới tính, địa chỉ người bệnh.
Nhầm lẫn thuốc	Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
Giảm hiệu quả của thuốc	Thể tích thuốc phải đủ 2.5- 3ml, thời gian phun 10 phút.
	Phải tạo các hạt nước dạng sương mù (kích thước từ 3 - 6µm) để thuốc vào thanh quản hoặc phế quản. Hạt kích thước to hơn chỉ đọng lại ở miệng, trong khi đó hạt nhỏ < 3µm không tác dụng.
Thiếu Oxy	Phun khí dung với nguồn oxy ở BN đang suy hô hấp.

KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG

Hít sạch	Không để BN la hét gây dựa trong khi phun.
Viêm phổi bệnh viện	Dụng cụ dùng một lần, tiệt trùng, sau khi sử dụng.

V. XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG:

TÌNH HUỐNG	XỬ TRÍ
BN không hợp tác hoặc trẻ nhỏ quấy khóc, người nhà lo lắng	Giải thích, trấn an trẻ và TN.
Điều chỉnh oxy 6 – 8 lít/ phút mà vẫn không ra sương.	Kiểm tra: hệ thống dây hờ, bình khí dung.
Đột ngột tím tái trong khi phun.	Ngưng ngay, thở oxy và báo BS..
Nôn ói trong khi phun.	Tạm ngưng phun.
Bệnh nhân đang thở oxy.	Gỡ bỏ bình làm ẩm và nối trực tiếp hệ thống phun với lưu lượng kế.
	Nếu không gỡ bỏ bình làm ẩm được thì đổ hết nước trong bình làm ẩm.

BẢNG KIỂM SOẠN DỤNG CỤ

STT	Nội dung
Nguồn khí nén	
1	Máy nén khí.
2	Nguồn oxy (6-8 lít, không qua bình làm ẩm)
3	Bình thuốc định liều (MDI-Metered Dose Inhaler)
Bộ phun sương	
4	Bình đựng thuốc.
5	Mask khí dung phù hợp với tuổi.
6	Dây nối
7	Bơm tiêm 3ml
8	Thuốc theo y lệnh:

	- Salbutamol (Ventolin), Terbutaline. - Hoặc Epinephrine - Hoặc Budesonide.
9	Dung dịch NaCl 0,9% để pha thuốc: - Trẻ em: thuốc theo y lệnh (0,10 - 0,15mg/kg + NaCl 0,9% cho đủ 3ml) - Người lớn: thuốc theo y lệnh (5mg) + NaCl 0,9% cho đủ 5ml.

BẢNG KIỂM THỰC HIỆN KỸ THUẬT PHUN KHÍ DUNG

STT	Nội dung
1	Báo, giải thích với bệnh nhân – thân nhân
2	Lấy dấu sinh hiệu sinh tồn, mắc máy đo độ bão hoà oxy (SPO ₂) nếu có chỉ định.
3	Mang khẩu trang, rửa tay
4	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và thuốc theo y lệnh.
5	Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
6	Sát trùng ống thuốc phun và chai NaCl 0.9%.
7	Dùng ống tiêm 3ml rút thuốc theo y lệnh cho vào bầu đựng thuốc, dùng ống tiêm 3ml pha thêm NaCl 0.9% cho vào bầu đựng thuốc cho đủ thể tích theo y lệnh (nếu chưa đủ thể tích 2.5 – 3ml). Đậy nắp bầu thuốc kín lại.
8	Bảo quản thuốc thừa và chai NaCl 0.9% đúng qui định (được che chở vô trùng, ghi ngày giờ dùng)
9	Sát trùng tay nhanh.
10	Hỏi và đề nghị thân nhân trả lời đúng họ tên, tuổi, địa chỉ người bệnh.
11	Hướng dẫn tư thế thích hợp: BN ngồi nếu (trẻ nhỏ) mẹ bế.
12	Sát trùng tay nhanh.
13	Nối bộ phun sương vào máy hoặc nguồn khí nén hoặc nguồn oxy (không qua bình làm ẩm).
14	Điều chỉnh lưu lượng khí nén hoặc oxy sao cho hạt khí dung dạng sương mù có kích

	thước từ 3 – 6µm (thường 6 – 8 lít/ phút). – Hạt sương nhỏ có kích thước từ 3 – 6µm sẽ vào sâu trong các phế quản nhỏ và có thể đến tận các phế nang, đây chính là vị trí thuốc phát huy tác dụng tốt nhất. – Hạt sương có kích thước lớn 8mm chỉ đọng lại ở vùng hầu họng. – Hạt sương có kích thước quá nhỏ 0.3 – 0.5µm: • Sẽ được bệnh nhân thở ra ngoài. • Chứa lượng thuốc quá ít
15	Áp mặt nạ vào mũi miệng bệnh nhân. Khuyến BN hít thở bằng miệng.
16	Thời gian phun trung bình 10 phút cho đến khi hết thuốc.
17	Quan sát tình trạng bệnh nhân trong và sau khi phun thuốc: nhịp thở, kiểu thở, tím tái, SpO ² . Nếu SpO ² < 90%: cho bệnh nhân thở oxy và báo bác sĩ. Nếu cần có thể vỗ lưng giúp bệnh nhân ho khạc đàm hoặc hút đàm nhớt sau phun.
18	Trả bệnh nhân lại tư thế thoải mái.
19	Sát trùng tay nhanh.
20	Dẫn dò NB- TNBN
21	Dọn dẹp và xử lý dụng cụ.
22	Rửa tay – ghi hồ sơ – phiếu công khai thuốc.

VI. THEO DÕI – GHI HỒ SƠ:

- Theo dõi: Nhịp thở, kiểu thở, tím tái, SpO².
- Báo bác sĩ khi: Thở yếu, tím tái, SpO² < 90%
- Ghi hồ sơ – phiếu công khai thuốc.
 - Ngày, giờ, tên điều dưỡng thực hiện.
 - Thuốc, lượng nước muối sinh lý pha thêm.
 - Thời gian phun thuốc.
 - Đáp ứng bệnh nhân, tai biến trong khi phun (nếu có)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** *Điều dưỡng cơ bản*. Nhà xuất bản Y học. 1996.
2. **Bộ Y tế.** *Điều dưỡng cơ bản I, II*. Đề án hỗ trợ hệ thống đào tạo 03 -Sida/Indevelop. 1993.
3. **Bộ Y tế.** *Tài liệu quản lý điều dưỡng*. Nhà xuất bản Y học. 2004.
4. **Bộ Y tế.** *Quy chế quản lý chất thải*. Nhà xuất bản Y học. 1999.
5. **Bộ Y tế.** *Quản lý và tổ chức Y tế*. Nhà xuất bản Y học. 2005.
6. **Bộ Y tế.** *Quy chế bệnh viện*. Nhà xuất bản Y học. 2001.
7. **Bộ Y tế.** *Điều dưỡng cơ bản*. Nhà xuất bản Y học. 2006.
8. *Giáo trình lý thuyết điều dưỡng cơ bản*. Đại học Y Dược – Khoa Điều dưỡng kỹ thuật y học. 2005.
9. **Nguyễn Thị Kim Hưng.** *Nhu cầu dinh dưỡng*. Trung tâm dinh dưỡng thành phố Hồ Chí Minh. 2002.
10. **Allen Baumann, Darling and Fisher.,** *Health Physical Assessment*. 3rd ed. Mosby. 1996.
11. **Barkayskas V.H. et al.,** *Health and physical assesement* 2nd ed. Mosby. 1998.
12. **Kozier B., Erb G.,** *Fundamentals of nursing: concepts and procedures*, 3rded. Addison Wesley. 1987.
13. **Kozier B., et al.,** *Fundamental of nursing: concept, process and practice*, 5th. Addison - Wesley. 2001.
14. **Ruth F. Vraver, Contance J. Hirnle.,** *Fundamental of Nursing. Human health and Function*, 3th ed. Lippincott. 2001.
- Lillis, Priscilla Le Monee. *Fundamental Of Nursing* 3th ed Lippincott. 2002.
15. **Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey.,** *Nursing Theeory*. 2nd ed. Mosby. 2002.
16. **Perry A.G, Potter P.A.,** *Clinical Nursing Skills techniques* 5th ed. Mosby. 2002.
17. **Rosdahl C.B,** *Textbook of Basic Nursing*, 7th ed. Lippincott. 1999.
18. **Potter-Perry.,** *Fundamental of Nursing*. 6thed Evolve. 2005.
19. **Taylor C, Lillis C., Lemone P.,** *Fundamentals of Nursing: the Art and Science of Nursing care*, 3rd. Lippincott. 1997.
20. **Swartz,** *Texbook of Physical Diagnosis History and Examination*, 4th ed. Saunders. 2001.
21. **Bệnh viện Nhi Đồng 1.** *Kỹ thuật điều dưỡng nhi khoa*. Nhà xuất bản Y học, 2007