

Số: 446/QĐ-BVKA

Hải Phòng, ngày 16 tháng 5 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

**Về việc Ban hành Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục
Điều dưỡng Hồi sức tích cực cơ bản**

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN KIẾN AN

Căn cứ Quyết định số 62/2022/QĐ-UBND ngày 02/11/2022 của Ủy ban nhân dân thành phố Hải Phòng và Quyết định số 36/2024/QĐ-UBND ngày 31/10/2024 của Ủy ban nhân dân thành phố Hải Phòng về Sửa đổi, bổ sung một số điều của Quy định một số nội dung về quản lý tổ chức bộ máy, quản lý viên chức và lao động hợp đồng trong các đơn vị sự nghiệp công lập thuộc thành phố Hải Phòng ban hành kèm theo Quyết định số 62/2022/QĐ-UBND ngày 02/11/2022 của Ủy ban nhân dân thành phố Hải Phòng;

Căn cứ Quyết định số 47/QĐ-K2ĐT ngày 22 tháng 5 năm 2015 của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo Bộ Y tế về việc cấp mã cơ sở đào tạo liên tục cho 03 Bệnh viện thuộc Sở Y tế Hải Phòng;

Căn cứ Thông tư số 32/2023/TT-BYT ngày 31/12/2023 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư quy định chi tiết một số điều của Luật Khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 4384/QĐ-UBND ngày 21/11/2024 của Ủy ban nhân dân thành phố Hải Phòng về việc Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện Kiến An trực thuộc Sở Y tế Hải Phòng;

Căn cứ Quyết định số 412/QĐ-BVKA ngày 07/5/2025 Quyết định về việc thành lập Hội đồng thẩm định Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục "Điều dưỡng Hồi sức tích cực cơ bản";

Căn cứ Biên bản họp của Hội đồng khoa học và công nghệ Bệnh viện về việc duyệt Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục "Điều dưỡng Hồi sức tích cực cơ bản" tại Bệnh viện Kiến An;

Xét đề nghị của Hội đồng Khoa học và Công nghệ Bệnh viện, Trưởng phòng Tổ chức cán bộ - Chỉ đạo tuyến.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này Chương trình và tài liệu đào tạo liên tục "**Điều dưỡng Hồi sức tích cực cơ bản**" tại Bệnh viện Kiến An (có chương trình và tài liệu đào tạo chi tiết kèm theo).

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực thi hành kể từ ngày ký.

Điều 3. Hội đồng Khoa học và Công nghệ Bệnh viện, các Khoa, Phòng, Trung tâm và Ông (Bà) có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Bộ Y tế, Sở Y tế HP (để báo cáo);
- Như Điều 3;
- Lưu VT, P.TCCB - CĐT.

GIÁM ĐỐC



GIÁM ĐỐC

TS.BS. Nguyễn Bá Phước

**SỞ Y TẾ HẢI PHÒNG
BỆNH VIỆN KIẾN AN**



**CHƯƠNG TRÌNH ĐÀO TẠO LIÊN TỤC
ĐIỀU DƯỠNG HỒI SỨC TÍCH CỰC CƠ BẢN**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: 446/QĐ-BVKA
ngày 16 tháng 5 năm 2025)*

Hải Phòng - 2025

MỤC LỤC

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT	1
BÀI 1: ĐÁNH GIÁ VÀ XỬ TRÍ BAN ĐẦU NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU	2
BÀI 2: CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH NGỪNG TUẦN HOÀN.....	10
BÀI 3: ĐÓN TIẾP NGƯỜI BỆNH, CHUYỂN VIỆN, XUẤT VIỆN.....	19
BÀI 4: KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU ĐI LÀM CÁC XÉT NGHIỆM VÀ CHIẾU CHỤP	38
BÀI 5: KỸ THUẬT KHAI THÔNG ĐƯỜNG THỞ	48
BÀI 6: QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH	53
BÀI 7: QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA MẶT NẠ CÓ TÚI.....	56
BÀI 8: KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU	59
BÀI 9: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG BÀNG QUANG DẪN LƯU NƯỚC TIÊU	64
BÀI 10: KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM TẠI GIƯỜNG.....	71
BÀI 11: KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY	76
BÀI 12: KỸ THUẬT CHĂM SÓC ống NỘI KHÍ QUẢN, CANUYN MỞ KHÍ QUẢN	84
BÀI 13: KỸ THUẬT HÚT ĐỜM CHO NGƯỜI BỆNH CÓ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN, MỞ KHÍ QUẢN	88
BÀI 14: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM.....	94
BÀI 15: KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT.....	98
BÀI 16: KỸ THUẬT CHO ĂN QUA ống THÔNG DẠ DÀY	102
BÀI 17: QUY TRÌNH KỸ THUẬT GỘI ĐẦU CHO NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	107
BÀI 18: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẮM TẠI GIƯỜNG CHO NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC.....	111
BÀI 19: KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	116
BÀI 20: KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH, TRUYỀN MÁU.....	121
BÀI 21: THEO DÕI LƯỢNG DỊCH VÀO, RA.....	145
BÀI 22: KỸ THUẬT CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG VÀ ống DẪN LƯU	153
BÀI 23: DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC LOÉT TỖ ĐÈ CHO NGƯỜI BỆNH.....	173

BÀI 24: QUY TRÌNH KỸ THUẬT XOA BÓP PHÒNG CHỐNG LOÉT.....	190
BÀI 25: DINH DƯỠNG TRONG NHIỄM KHUẨN NẶNG VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN	195
BÀI 26: QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO CHO NGƯỜI BỆNH Ở KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC.....	202
BÀI 27: LẤY BỆNH PHẨM LÀM XÉT NGHIỆM	207
BÀI 28: PHÒNG NGỪA SỰ CỐ Y KHOA LIÊN QUAN ĐẾN CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH.....	238
BÀI 29: PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ	262
BÀI 30: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY HÔ HẤP CẤP	273
BÀI 31: ĐÁNH GIÁ NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ DỰA VÀO THANG ĐIỂM GLASGOW.....	281
BÀI 32: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ	287
BÀI 33: KỸ THUẬT THỬ ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH	298
BÀI 34: QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỆ SINH VÀ KHỬ KHUẨN MÁY THỞ	301
BÀI 35: QUY ĐỊNH VỀ GHI CHÉP QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN.....	306
VÀ CÁC BIỂU MẪU CHĂM SÓC	306
BÀI 36: SỬ DỤNG VÀ QUẢN LÝ CÁC MÁY Y TẾ: MÁY MONITOR MÁY TRUYỀN DỊCH, MÁY BƠM TIÊM ĐIỆN, MÁY ĐIỆN TIM.....	317
BÀI 37: ÁP DỤNG PHÒNG NGỪA CHUẨN TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH	338
TÀI LIỆU THAM KHẢO	370

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

1	WHO	Tổ chức y tế thế giới
2	BYT	Bộ Y tế
3	BV	Bệnh viện
4	NVYT	Nhân viên y tế
5	BHYT	Bảo hiểm y tế
6	ĐD	Điều dưỡng
7	NB	Người bệnh
8	GĐ	Gia đình
9	GĐNB	Gia đình người bệnh
10	ATNB	An toàn người bệnh
11	VST	Vệ sinh tay
12	NKBV	Nhiễm khuẩn bệnh viện
13	DD	Dinh dưỡng
14	ĐTĐ	Đái tháo đường
15	THA	Tăng huyết áp
16	ALMTT	Áp lực tĩnh mạch trung tâm
17	TMTT	Tĩnh mạch trung tâm
18	CSYT	Chăm sóc y tế
19	GDSK	Giáo dục sức khỏe
20	SDD	Suy dinh dưỡng
21	DDTH	Dinh dưỡng tiêu hoá
22	DDTM	Dinh dưỡng tĩnh mạch
23	DDTMTP	Dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần
24	DDTMBS	Dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung
25	DHST	Dấu hiệu sinh tồn
26	HA	Huyết áp
27	VGB	Viêm gan B
28	SCYK	Sự cố y khoa
29	HSBA	Hồ sơ bệnh án
30	TTM	Tiêm tĩnh mạch
31	NKN	Nhiễm khuẩn nặng
32	TKNT	Thông khí nhân tạo
33	NKQ	Nội khí quản
34	PTPHCN	Phương tiện phòng hộ cá nhân

BÀI 1: ĐÁNH GIÁ VÀ XỬ TRÍ BAN ĐẦU NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU

MỤC TIÊU

- 1. Nêu được các điểm chính về tâm lý thường gặp ở người bệnh và gia đình người bệnh khi vào cấp cứu.*
- 2. Trình bày được kiểm soát người bệnh theo các bước.*
- 3. Trình bày được các biện pháp theo dõi đánh giá, đảm bảo chức năng cơ bản và các biện pháp chăm sóc hồi sức khác.*

NỘI DUNG

1. Đại cương

Nhìn từ góc độ người bệnh và gia đình người bệnh, cấp cứu là bất cứ tình trạng gì mà họ cho là nặng cần cấp cứu. Tuy nhiên, nhìn từ góc độ y tế, hồi sức cấp cứu nghĩa là hồi phục và hỗ trợ các chức năng sống của một người bệnh đột nhiên bị mắc một bệnh nặng.

1.1. Hỏi bệnh

Ngắn gọn, tập trung vào:

- Chào hỏi người bệnh và khai thác lý do vào viện.
- Hoàn cảnh bị chấn thương hoặc bệnh tật, vị trí cơ quan bị tổn thương.
- Thời gian xuất hiện triệu chứng.
- Tình trạng ý thức trước và sau khi bị chấn thương hoặc bệnh tật. Nếu hôn mê cần hỏi rõ hôn mê từ bao giờ, đột ngột hay từ từ.
- Tình trạng sức khỏe trước khi nhập viện cấp cứu.
- Người bệnh có tiền sử gì đặc biệt không: ĐTĐ, THA, dùng thuốc, dị ứng.
- Người bệnh có đang bị đau không? Nếu có thì đau ở mức độ nào?

1.2. Tâm lý của người bệnh và gia đình người bệnh đến cấp cứu

Tổn thương hoặc bệnh tật không những gây ra các thay đổi sinh lý mà còn gây ra các thay đổi tâm lý cho người bệnh và gia đình họ. Không nắm được các biến động tâm lý của người bệnh và gia đình người bệnh thì người cán bộ y tế dễ gặp phải khó khăn lớn trong quá trình cấp cứu cũng như xử trí cho người bệnh.

1.2.1. Về phía người bệnh

Hiểu những lo lắng của người bệnh về bệnh tật, khả năng tử vong cũng như gánh nặng kinh tế, người cán bộ y tế phải tôn trọng quyền của người bệnh cũng như những nhu cầu chính đáng của họ, lắng nghe, giải thích và thông cảm chia sẻ với người bệnh và người nhà họ bằng cử chỉ, thái độ ân cần và dùng ngôn ngữ thông dụng mà họ có khả năng hiểu được.

Ngay cả khi người bệnh hôn mê, cần tôn trọng họ như những người thức tỉnh, tránh bàn luận về tình trạng của người bệnh trước mặt họ, nếu có thể được thì động viên gia đình cùng tham gia chăm sóc.

1.2.2. Về phía gia đình người bệnh

Nên gặp gỡ, thông báo cho gia đình người bệnh biết người nhà họ đang nằm ở đâu? Có nặng hay không? Bệnh viện đang cố gắng làm những gì để cứu người bệnh.

Lắng nghe những tâm tư, nguyện vọng từ phía gia đình cũng như khả năng tài chính của họ.

Ghi nhận những thông tin, cảm nhận của họ về quá trình của người bệnh trước khi vào khoa Cấp cứu.

Nên chủ động thông báo cho gia đình tình trạng diễn biến của người bệnh, đặc biệt trong tình huống có diễn biến đột ngột xấu đi hoặc nguy cơ tử vong để gia đình cũng theo sát được diễn biến của người bệnh, hợp tác cứu chữa người bệnh.

2. Triệu chứng và diễn biến

2.1. Đánh giá chức năng hô hấp

Là chức năng phải kiểm tra trước tiên trong mọi tình huống, ở bất kỳ người bệnh nào cũng phải đảm bảo khai thông đường dẫn khí, cho dù có hay không có suy hô hấp.

2.1.1. Khai thông đường dẫn khí

Quan trọng là phát hiện người bệnh có dị vật đường thở với biểu hiện: đột ngột khó thở, hội chứng xâm nhập, không nói được, ho, tím, suy hô hấp.

Thực hiện ngay các biện pháp khai thông đường thở:

a) Nghiệm pháp Heimlich

Ép bụng, đấm lưng để làm dị vật ra khỏi đường thở.

- Người bệnh có thể ngồi, đứng hoặc nằm.

b) Kiểm tra khoang miệng bằng ngón tay

- Đưa ngón tay vào khoang miệng, kiểm tra và móc dị vật.

Nếu người bệnh hôn mê, tiến hành hô hấp nhân tạo miệng – miệng hoặc mặt nạ – miệng, đấm lưng – ép bụng và móc dị vật.

c) Tư thế người bệnh

- Tư thế nằm nghiêng an toàn cho người bệnh hôn mê chưa được can thiệp.

- Tư thế nằm ngửa ưỡn cổ, nâng cằm cho người bệnh đang cấp cứu ngừng tuần hoàn.

- Tư thế Fowler cho người bệnh suy hô hấp, phù não, tai biến mạch não.

- Tư thế ngồi thông chân (có đỡ bàn chân) cho người bệnh phù phổi cấp.

2.1.2. Đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản

Chỉ định đặt nội khí quản cho người bệnh hôn mê sâu, mất phản xạ nuốt, ho, hoặc có khả năng hôn mê kéo dài, liệt cơ hô hấp. Mở khí quản cho người bệnh suy hô hấp kéo dài, hôn mê kéo dài, thông khí bằng ống nội khí quản không có kết quả.

2.1.3. Hút đờm phế quản, rửa phế quản

Chỉ định cho người bệnh có ứ đọng đờm. Khi nghe phổi có rên ứ đọng thì phải giải quyết bằng các biện pháp chăm sóc hô hấp như hút đờm làm sạch, thông thoáng đường thở tích cực, không thể chỉ giải quyết bằng kháng sinh liều cao.

2.1.4. Thông khí nhân tạo

- Hô hấp miệng – miệng, miệng – mũi trong cấp cứu ban đầu khi có ngừng thở, ngừng tim kết hợp ép tim tỷ lệ 5/1 hoặc 30/2 (30 lần ép tim 2 lần thổi ngạt liên tiếp).

- Bóp bóng Ambu qua mặt nạ.

- Hô hấp nhân tạo bằng máy (xâm nhập và không xâm nhập).

- Cần làm sớm trước khi người bệnh ngừng thở.

- Cần làm ngay khi người bệnh có dấu hiệu suy hô hấp: xanh tím, vã mồ hôi và rối loạn ý thức.

- Bắt buộc phải thực hiện ngay khi có hôn mê do ngộ độc bacbituric và ôpi.

2.1.5. Các xét nghiệm cần làm

- Các khí trong máu.
- Sinh hóa: đường máu, urê máu.
- Chụp X quang phổi tại giường.

2.2. Chức năng tuần hoàn

- Sau khi đã kiểm tra và đảm bảo chức năng hô hấp, phải đảm bảo duy trì một tình trạng tuần hoàn ổn định.

- Cần phải theo dõi nhiều lần, nếu tình trạng nặng phải theo dõi và đánh giá liên tục cho đến khi người bệnh thoát khỏi tình trạng cấp cứu.

- Thiết lập đường truyền ngoại vi để bù thể tích bằng các dung dịch natriclorua 0,9%.

- Theo dõi mạch, huyết áp, diện tim, đo nước tiểu 1 giờ, 3 giờ, 24 giờ.

- Phát hiện các chảy máu đang diễn ra ở các vùng cơ thể khó thăm khám như phía lưng, tầng sinh môn, da đầu.

- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm ALTMTT:

• Tĩnh mạch cảnh xẹp: ALTMTT thấp, thường kèm theo huyết áp thấp.

• Tĩnh mạch cảnh nổi: ALTMTT tăng, nâng dần dần lưng-đầu người bệnh lên cho đến khi tĩnh mạch cảnh xẹp, khoảng cách giữa hai tư thế là ALTMTT (tính từ điểm 0 ở đường nách giữa ngang với liên sườn II). Đây là biện pháp thực hiện trong hoàn cảnh không đo được ALTMTT bằng catheter tĩnh mạch trung tâm).

- Ngoài ra còn có thể xác định lượng máu và dịch truyền có đủ hay không bằng cách nâng người bệnh ngồi dậy, theo dõi trong 10 phút nếu huyết áp lại tụt xuống thì đó là lượng dịch và máu truyền chưa đủ để hồi phục thể tích máu.

- Trong việc hồi phục thể tích máu, nâng huyết áp cũng như khi điều trị cơn tăng huyết áp cần chú ý đến thời gian để huyết động trở lại bình thường. Khi người

bệnh đã có rối loạn ý thức thì ngay lập tức trong vòng 15 phút phải đảm bảo cho tình trạng huyết động trở lại gần mức bình thường.

2.3. Chức năng thần kinh và tâm thần

- Khi ngừng tim, sau 3-5 phút là tế bào não đã tổn thương không hồi phục vì thiếu oxy và glucose. Mọi biện pháp hồi sức về hô hấp và tuần hoàn chính là để hồi sức não.

- Có một sự liên quan nhân quả giữa hồi sức não, tuần hoàn và hô hấp: tổn thương não có thể gây ra trụy mạch, ngừng thở, nhịp tim chậm. Ngược lại, suy hô hấp, trụy mạch có thể gây phù não hoặc nhũn não.

- Các biện pháp để bảo vệ não:

- Cung cấp oxy đầy đủ cho cơ thể (hồi sức hô hấp).
- Cung cấp glucose.
- Chống phù não và tăng áp lực nội sọ.
- Hồi sức tuần hoàn, bồi phụ nước và điện giải.

2.4. Chức năng thận

- Tổn thương trực tiếp ở thận có thể gây suy thận cấp như viêm ống thận cấp, sỏi niệu quản gây viêm mủ bể thận.

- Trong hồi sức cấp cứu, thường gặp hơn lại là các tổn thương gián tiếp do các trạng thái cấp cứu khác gây ra như sốc, rối loạn nước và điện giải.

- Việc theo dõi lượng nước tiểu vẫn là cơ bản nhất tùy theo tình hình phải theo dõi nước tiểu.

1 giờ / lần khi có rối loạn nước và điện giải.

24 giờ cho tất cả các người bệnh cấp cứu.

Các thông số huyết áp, ALTMTT, nước tiểu vẫn là các thông số cần thiết nhất để theo dõi người bệnh về mặt tuần hoàn và tiết niệu.

Thận nhân tạo là biện pháp tích cực nhất để điều trị suy thận cấp và một số nhiễm độc cấp như ngộ độc barbituric.

3. Các biện pháp chăm sóc và hồi sức cấp cứu khác

3.1. Thăng bằng nước điện giải, toan kiềm

Việc kiểm soát thăng bằng bằng nước điện giải, kiểm toan là rất cần thiết đối với các người bệnh có rối loạn hô hấp, tuần hoàn và não.

Công việc này cũng đòi hỏi thăm khám người bệnh một cách toàn diện, đặc biệt phải lưu ý đến các chức năng kể trên.

3.2. Chăm sóc dinh dưỡng và chống loét do đè ép

Sau khi duy trì các chức năng sống cho người bệnh thì việc chăm sóc dinh dưỡng chống loét đảm bảo cho công tác hồi sức thành công một nửa.

Vận động trị liệu đặc biệt là dẫn lưu tư thế, vận động trị liệu hô hấp phải là thường quy cho mỗi người bệnh.

Đảm bảo đủ lượng nước, calo, muối khoáng, vitamin. Tỷ lệ tử vong ở người bệnh mô lên tới 60% nếu như người bệnh bị suy dinh dưỡng nặng (gày đi quá 30% trọng lượng cơ thể). Vì vậy, khi một người bệnh cấp cứu vào viện, sau khi được hồi sức, phải đánh giá ngay tình trạng dinh dưỡng của người bệnh.

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng cách xem xét.

Cân nặng: người bệnh mất 10% hoặc mới mất 6% phải được điều trị bằng nuôi dưỡng.

Đánh giá lớp mỡ dưới da vùng cơ tam đầu và vòng cánh tay.

Phân tích máu: đo huyết cầu tố, đếm hồng cầu, định lượng albumin huyết thanh xuống tới 2,8 g/100ml là biểu hiện một tình trạng suy dinh dưỡng nặng.

Khi người bệnh cấp cứu bị đói thì trong 24 giờ đầu người bệnh sử dụng glycogen để cung cấp năng lượng cho cơ thể. Dự trữ glycogen chỉ đủ để đáp ứng trong 12 giờ đầu, sau đó glycogen được lấy từ protein.

Từ ngày thứ 17 trở đi, nếu người bệnh tiếp tục phải ăn đói thì dự trữ mỡ sẽ bắt đầu cung cấp năng lượng đến 90%, ở người bệnh nhiễm khuẩn, protein dự trữ mất đi nhanh hơn 6 lần so với người bệnh không nhiễm khuẩn.

3.3. Nhu cầu về nước và dịch

Mỗi ngày cơ thể cần 30 – 45ml/kg thể trọng. Tùy theo lứa tuổi, có thể áp dụng công thức sau:

1 - 10kg x 100ml

10 - 20kg x 50ml

$(20 + \text{cân nặng người bệnh bằng kg}) \times 20\text{ml}$

Thí dụ:

Mỗi ngày 1 em bé 5 kg cần 500ml nước.

Một em bé 15 kg cần 750ml nước.

Một người lớn 50 kg cần $(20+50) \times 20 = 1400\text{ml}$ nước.

Thời tiết nóng, người bệnh sốt, lượng nước cần nhiều hơn.

Số lượng nước tiểu nếu tính 50 – 60ml/h thì một ngày người bệnh đái chừng 1500mL. Số lượng dịch cần dùng cho người bệnh gấp 1,5 lần thể tích nước tiểu.

Một người bệnh bỏng nặng (có tiêu cơ) cần đái > 100 ml/h.

3.4. Nhu cầu về calo

Mỗi ngày nhu cầu cơ bản của cơ thể cần trung bình 35 calo/kg. Người bệnh nhiễm khuẩn cần 50 calo/kg. Người bệnh bỏng cần 70 calo/kg.

Nhu cầu về protein: 0,7 - 1g/kg/ngày

Nhu cầu về điện giải mỗi ngày:

Natri: 2 mEq/kg + số lượng natri mất đi

Ở người bệnh tim: 0,5 mEq/kg.

Kali: 1,25 mEq/kg + số lượng kali mất đi.

Magiê: 1,15 mEq/kg.

Ngoài ra còn có các nhu cầu về vitamin và các chất vi lượng.

3.5. Đường nuôi dưỡng

Cố gắng cho ăn qua ống thông dạ dày hoặc người bệnh tự ăn. Nếu có chống chỉ định nuôi dưỡng bằng đường tiêu hoá (nôn, tổn thương đường tiêu hoá nặng, phẫu thuật ổ bụng) cho nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch bằng catheter TMTT. Các dung dịch ưu trương nhất thiết phải qua catheter tĩnh mạch lớn, không truyền vào TM ngoại biên.

Trong mọi tình huống, kể cả ỉa chảy cấp, cố gắng nuôi dưỡng người bệnh bằng cả hai đường trên. Vấn đề là lựa chọn thức ăn thích hợp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn những ý trả lời đúng trong các câu sau:

Câu 1. Với người ĐD, khi hồi bệnh ngay lúc người bệnh vào viện quan trọng nhất là hồi:

- A. Lý do vào viện.
- B. Thời gian mắc bệnh.
- C. Lý do chuyển viện.
- D. Tiền sử dị ứng thuốc.

Câu 2. Khi kiểm soát đường thở cho người bệnh: các việc quan trọng nhất cần làm:

- A. Phải đặt được ống nội khí quản.
- B. Phải phát hiện và giải phóng dị vật gây tắc nghẽn đường thở.
- C. Tư thế người bệnh.
- D. Phải chuẩn bị để bác sĩ mở khí quản ngay.

Câu 3. Khi người bệnh suy hô hấp, xanh tím cần

- A. Bóp bóng hỗ trợ ngay.
- B. Tư thế đầu cao.
- C. Thiết lập đường truyền để chuẩn bị truyền thuốc.
- D. Hút sạch hầu họng và/hoặc móc dị vật.

Câu 4. Khi kiểm soát chảy máu đang diễn ra ở vùng cơ thể dễ bị bỏ sót là:

- A. Bụng.
- B. Ngực.
- C. Chi.
- D. Sau lưng và tầng sinh môn.

Câu 5. Đánh giá lượng nước cần cho một người lớn:

- A. $(20 + \text{cân nặng người bệnh bằng kg}) \times 20 \text{ ml}$
- B. $20 + \text{cân nặng người bệnh bằng kg} \times 20 \text{ ml}$
- C. $\text{Cân nặng người bệnh bằng kg} \times 50 \text{ ml}$
- D. $\text{Cân nặng người bệnh bằng kg} \times 100 \text{ ml}$

BÀI 2: CẤP CỨU NGƯỜI BỆNH NGỪNG TUẦN HOÀN

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được chẩn đoán và một số nguyên nhân thường gặp gây ngừng tuần hoàn.*
- 2. Trình bày được kỹ thuật cấp cứu ngừng tuần hoàn.*
- 3. Trình bày được chăm sóc sau cấp cứu ngừng tuần hoàn*

NỘI DUNG

1. Đại cương

1.1. Định nghĩa

- Ngừng tim là tình trạng tim đột ngột dừng hoạt động dẫn đến việc cung cấp không đầy đủ oxy và máu tới các cơ quan.
- Ngừng tuần hoàn là một cấp cứu khẩn trương nhất vì người bệnh đang ở ranh giới giữa sống và chết có thể gặp ngoài cộng đồng hoặc trong bệnh viện. Người bệnh cần được tiến hành cấp cứu ngay sau khi bị ngừng tuần hoàn, càng sớm càng tốt.

1.2. Nguyên nhân

- Thiếu oxy: tất cả các trường hợp suy hô hấp cấp như ARDS, tràn khí màng phổi áp lực, phù phổi cấp...
- Sốc tim, nhồi máu cơ tim, rối loạn nhịp tim, ngừng tim do phản xạ.
- Rối loạn nước điện giải và toan kiềm.
- Tăng áp lực nội sọ, tụt não, tổn thương thân não.
- Ngộ độc thuốc: thuốc tim mạch, aconitine, ngộ độc cóc...
- Tai nạn: điện giật, đuối nước, hạ thân nhiệt nặng.

1.3. Sinh lý bệnh

a) Não

- Não không có dự trữ oxy và có rất ít dự trữ glucose nên sự sống của não phụ thuộc chặt chẽ vào tưới máu não.

- Khi ngừng tưới máu não (ngừng cung cấp oxy, glucose), dự trữ glucose ở não sẽ đủ cung cấp glucose cho tế bào não trong 2 phút. Ngừng tuần hoàn trên 4 phút sẽ có phù não và các tổn thương não không hồi phục.

b) Các mô

- Các mô của cơ thể có khả năng chịu đựng được thiếu oxy trong thời gian dài hơn tế bào não (20- 30 phút).

Ngừng tuần hoàn được cấp cứu muộn có nguy cơ chết não hoặc hôn mê kéo dài (hôn mê mạn tính).

1.4. Phát hiện ngừng tuần hoàn trên lâm sàng

- Mất ý thức đột ngột: gọi to không trả lời, lay mạnh không đáp ứng.
 - Thở ngáp hoặc ngừng thở: áp tai gần mũi người bệnh nghe xem người bệnh có tự thở không, đồng thời quay mặt xuống phía lồng ngực của người bệnh không thấy lồng ngực di động là người bệnh ngừng thở.

- Mất mạch cảnh, mạch bẹn: sờ không thấy mạch đập.

- Các dấu hiệu khác:

+ Da trắng bệch hoặc tím ngắt.

+ Máu ngừng chảy từ các vết thương hay từ vùng mổ.

+ Đồng tử giãn to cố định mất phản xạ ánh sáng (triệu chứng muộn).

Không mất thời gian đo huyết áp, nghe tim, không cần ghi điện tim để chẩn đoán ngừng tuần hoàn, mà sẽ ghi điện tim ở bước cấp cứu sau để xác định kiểu điện tim của ngừng tuần hoàn.

2. Cấp cứu ngừng tuần hoàn

Cấp cứu ngừng tuần hoàn là một cấp cứu rất khó khăn, tiên lượng của người bệnh hoàn toàn phụ thuộc vào sự cấp cứu kịp thời và đúng quy trình. Vai trò của kíp cấp cứu là rất quan trọng do đó phải thành thạo quy trình, phối hợp tốt, khẩn trương.

Ngay sau khi phát hiện ngừng tuần hoàn phải thông báo ngay cho bác sĩ, điều dưỡng hoặc gọi to để mọi người tham gia hỗ trợ cấp cứu đồng thời thực hiện ngay các thao tác cấp cứu ban đầu càng sớm càng tốt.

Gọi cấp cứu - Cấp cứu ban đầu ABC - Sốc điện sớm – Hồi sức tích cực

2.1. Các cấp cứu ban đầu: A-B-C

2.1.1. Khai thông đường thở: (Airway control)

- Đặt người bệnh nằm ngửa trên nền phẳng cứng, một tay đặt trên trán của người bệnh đẩy trán ra phía sau, tay kia đẩy cằm lên trên sao cho đầu ngửa, uốn cổ tối đa. - Hoặc ấn giữ hàm ở tư thế cổ uốn

- Khi nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ chỉ nâng hàm dưới lên, tránh di chuyển đầu cổ nhiều. Đặt nẹp cổ ngay khi có thể nếu có chấn thương cột sống cổ.

- Nhanh chóng khai thông đường thở, lấy dị vật trong miệng, răng giả (nếu có), hút đờm dãi.

- Làm thủ thuật Heimlich nếu nghi ngờ có dị vật đường hô hấp:

+ Nếu người bệnh đang ngồi hoặc đứng: đứng sau người bệnh và dùng cánh tay ôm eo người bệnh, một bàn tay nắm lại, ngón cái ở trên đường giữa, đặt lên bụng phía trên rốn, dưới mũi ức. Bàn tay kia ôm lên bàn tay đã nắm và dùng động tác giật (đẩy ép) lên trên và ra sau một cách thật nhanh và dứt khoát.

+ Khi người bệnh ở tư thế nằm: đặt người bệnh nằm ngửa, mặt ngửa lên trên, nếu nôn để đầu người bệnh nghiêng một bên và lau miệng. Người cấp cứu quỳ gối ở hai bên hông người bệnh, đặt một cùi bàn tay lên bụng ở giữa rốn và mũi ức, bàn tay kia úp lên trên, đưa người ra phía trước ép nhanh lên phía trên, làm lại nếu cần.

2.1.2. Hỗ trợ hô hấp: (Breathing support)

- Tiến hành thổi ngạt miệng – miệng (hoặc miệng – mũi):

Đặt nạn nhân nằm ngửa, cổ uốn.

Quỳ ngang đầu nạn nhân.

Một tay đặt trên trán, ngón trỏ và ngón cái đặt hai bên cánh mũi nạn nhân.

Một tay đặt lên cằm nạn nhân giữ cho cổ uốn và mở miệng nạn nhân.

Hít sâu, rồi áp miệng khít vào miệng nạn nhân.

Thổi vào từ từ trong 1 – 1,5 giây (đồng thời bóp chặt mũi nạn nhân trong lúc thổi vào, mắt nhìn ngực nạn nhân xem có phồng lên không).

Sau đó nhả miệng nạn nhân ra, hít sâu và thổi lại như trên.

Nhịp thổi ngạt: 10- 12 lần/phút.

Khi thổi ngạt nếu thấy lồng ngực không nhô lên, thổi nặng phải xem lại tư thế đầu của người bệnh, tụt lưỡi, nếu không cải thiện phải làm thủ thuật Heimlich để loại bỏ dị vật đường thở.

- Bóp bóng qua mặt nạ và có oxy 100% ngay khi có thể.
- Người bệnh nằm ngửa, cổ uốn.

Một người bóp bóng:

- Thầy thuốc áp mặt nạ lên mặt nạn nhân, phía nhọn của mặt nạ áp vào sống mũi, phía tù của mặt nạ áp vào cằm, dùng hai ngón tay cái và ngón trỏ tỳ lên mặt nạ để mặt nạ áp chặt vào mặt người bệnh (tránh hở lọt khí khi bóp bóng đẩy khí vào) đồng thời 3 ngón tay còn lại đặt phía dưới cằm người bệnh và nâng cằm lên (để giữ cho cổ ở tư thế uốn).

- Tay kia: bóp bóng để đẩy khí vào (bóp bẹp khoảng 1/2 quả bóng) đồng thời kiểm tra hiệu quả bằng cách quan sát xem lồng ngực phồng lên theo nhịp bóp bóng (hoặc kiểm tra bằng nghe phổi).

- Nhịp bóp bóng khoảng 10 – 12 lần/phút.

Nếu người bệnh còn tự thở: bóp bóng đẩy khí vào đồng thời với nhịp hít vào của người bệnh.

Hai người bóp bóng:

Người thứ nhất: giữ mặt nạ bằng hai tay. (yêu cầu: mặt nạ áp chặt vào mặt người bệnh, không bị xì khí ra khi bóp bóng. Cổ người bệnh được giữ ở tư thế uốn). Người thứ hai: bóp bóng bằng hai tay

Nếu có oxy: nối oxy trực tiếp vào bóng 10 - 12 lít/phút.

2.1.3. Hỗ trợ tuần hoàn: (Circulation support)

- Thực hiện ngay ép tim ngoài lồng ngực:
- Đặt nạn nhân nằm ngửa, trên nền phẳng, cứng.
- Quỳ ngang ngực nạn nhân.
- Tay 1: đặt hai ngón tay vào bờ sườn rồi miết dọc bờ sườn lên tim mũi ức.
- Tay 2: đặt lòng bàn tay vào giữa ngực, sát vào tay 1 đang đặt ở xương ức.

Sau đó đặt lòng bàn tay 1 lên trên bàn tay 2.

Giữ 2 khuỷu tay thẳng.

- Dùng sức nặng của thân mình ép lên ngực nạn nhân, với lực ép làm lún ngực nạn nhân khoảng 3 cm, hướng ép vuông góc với mặt phẳng nạn nhân nằm.

- Nhịp ép: 100 lần/ phút.

+ Nếu chỉ có một người cấp cứu: thổi ngạt hai lần liên tiếp sau đó ép tim 30 lần liên tiếp.

+ Nếu có hai người cấp cứu:

Người thứ nhất: thổi ngạt hai lần; người thứ hai: ép tim 30 lần liên tiếp

Tiến hành phối hợp thổi ngạt và ép tim liên tục. Sau khoảng 1 phút cấp cứu, kiểm tra lại mạch cảnh trong 5 giây nếu thấy có mạch đập dừng ép tim, kiểm tra lại hô hấp nếu tự thở được, dừng thổi ngạt, tiếp tục theo dõi nhịp tim huyết áp trên đường vận chuyển. Trường hợp tim không đập lại cứ 3 phút dừng lại 5 giây để bắt mạch cảnh hoặc mạch bẹn xem tim đã đập lại chưa. Tiếp tục cấp cứu cho đến khi tim đập lại, người bệnh thở lại.

- Với trẻ sơ sinh thổi ngạt nhanh và nhẹ hơn (30 lần/phút), ép tim bằng một ngón tay cái 100 – 120 lần/phút.

- Dùng thuốc cấp cứu: đặt một đường truyền tĩnh mạch chắc chắn (có người hỗ trợ) tiêm adrenalin 1mg tĩnh mạch, 3 - 5 phút/lần đồng thời với việc ép tim thổi ngạt cho đến khi người bệnh có mạch, tự thở lại.

- Vận chuyển sớm người bệnh lên đến trung tâm y tế gần nhất có đủ điều kiện tiếp tục cấp cứu và điều trị. Đảm bảo duy trì hô hấp và nhịp tim trong suốt quá trình vận chuyển.

2.2. Cấp cứu tại bệnh viện

- Tuân thủ cấp cứu ban đầu A-B-C.

- Ghi điện tâm đồ càng sớm càng tốt (nếu có người hỗ trợ).

- Sốc điện ngay nếu rung thất hoặc nghi ngờ rung thất.

- Có thể bóp bóng qua mặt nạ hoặc đặt nội khí quản ngay khi có thể, bóp bóng qua ống nội khí quản thay cho thổi ngạt. Nối oxy vào bóng ngay khi có oxy, tiếp tục bóp bóng với oxy 100%.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch lớn để dùng thuốc, truyền dịch.

2.2.1. Đánh giá hồi sinh tim phổi có kết quả

- Đồng tử co nhỏ lại, có phản xạ với ánh sáng.

- Có lại nhịp tim, có huyết áp.

- Có lại nhịp thở tự nhiên.

2.2.2. Khi nào ngừng cấp cứu hồi sinh tim phổi không kết quả

- Thời gian cấp cứu > 60 phút mà không có kết quả.

- Đồng tử giãn to, mất phản xạ ánh sáng.

- Tim không đập lại.

3. Chăm sóc người bệnh sau ngừng tuần hoàn

3.1. Mục đích

- Đảm bảo được các chức năng sống cho người bệnh.

- Đề phòng ngừng tim trở lại.

- Đảm bảo dinh dưỡng năng lượng, nước và điện giải.

- Chống loét, chống nhiễm khuẩn.

3.2. Các bước tiến hành

- Đảm bảo duy trì chức năng sống cho người bệnh:

+ Chức năng hô hấp:

• Người bệnh sau ngừng tim phải thở máy ít nhất 24 giờ. Nếu không có máy thở phải bóp bóng Ambu.

• Đảm bảo máy thở hoạt động tốt, hệ thống dẫn khí kín, quan sát thấy lồng ngực người bệnh di động theo nhịp của máy thở.

• Hút đờm ở 3 tư thế, tránh để tắc nội khí quản, xẹp phổi. Trong quá trình hút đờm phải để oxy 100%, (3 phút trước và sau hút đờm), theo dõi sát nhịp tim trên máy theo dõi người bệnh (monitoring), nếu nhịp chậm ngừng hút đờm, tiếp tục

cho oxy 100%, tiêm 0,5 mg atropin tĩnh mạch, thông báo cho bác sĩ. Sau khi hoàn tất thủ thuật hút đờm phải chuyển lại nồng độ oxy như cũ.

- Theo dõi độ bão hoà oxy trong máu động mạch (SaO_2) phải luôn đảm bảo $\text{SaO}_2 > 95\%$, nếu $< 90\%$ phải xem lại tình trạng máy thở, hút đờm và thông báo ngay cho bác sĩ. Có thể theo dõi độ bão hòa oxy, mạch, SpO_2 (phải trên 92%) khi huyết áp trở lại bình thường.

- Nếu mạch (M), huyết áp (HA), nhịp thở trở lại bình thường, SpO_2 tốt, xét nghiệm khí máu tốt có thể cho người bệnh thôi thở máy, cho thở oxy (4 - 6 lít/phút). + Chức năng tuần hoàn:

- Đảm bảo đường truyền tĩnh mạch chắc chắn, tốt nhất đặt tĩnh mạch trung tâm (TMTT) để duy trì đường truyền được liên tục, không tắc hoặc truyền gián đoạn, nhất là khi đang dùng thuốc vận mạch.

- Theo dõi mạch, huyết áp theo giờ, nếu thấy bất thường phải báo bác sĩ ngay.

- Theo dõi sát lượng dịch vào ra.

- Theo dõi điện tim liên tục, đặt máy monitoring ít nhất 48 giờ hoặc đến khi người bệnh hoàn toàn ổn định.

- Chống loét:

- + Cho người bệnh nằm đệm nước.

- + Thay đổi tư thế 3 giờ/ lần để tránh tỳ đè lâu một vị trí cố định.

- + Nếu đã bị loét, phải vệ sinh vết loét hàng ngày, thay băng, tránh tỳ đè vào vùng loét, thay quần áo hàng ngày...

- Chống nhiễm trùng thứ phát:

- + Hút đờm phải đảm bảo đúng quy trình kỹ thuật, tốt nhất là sử dụng ống thông hút đờm kín, vô khuẩn.

- + Thay băng vết thương (nếu có) hàng ngày, thay băng chân ống thông tĩnh mạch trung tâm, dây cố định nội khí quản

- + Đảm bảo dẫn lưu nước tiểu và các dẫn lưu khác (nếu có) vô khuẩn.

- Đảm bảo dinh dưỡng, cân bằng nước và điện giải:

+ Đảm bảo đủ năng lượng cho người bệnh bằng chế độ ăn qua ống thông dạ dày (30-40 Kcal/kg/ ngày).

+ Theo dõi lượng nước đưa vào và lượng nước thải ra.

- Theo dõi ý thức của người bệnh dựa vào thang điểm Glasgow.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Liệt kê ba dấu hiệu để chẩn đoán xác định ngừng tuần hoàn vào chỗ trống dưới đây:

A.....

B.....

C.....

Khoanh tròn ý trả lời đúng nhất trong câu sau:

Câu 2. Chẩn đoán ngừng tuần hoàn

A. Là chẩn đoán của bác sĩ

B. Dựa vào bắt mạch cảnh (thấy mất mạch cảnh)

C. Dựa vào nghe tim và điện tâm đồ

D. Tất cả các ý trên đều đúng

Trả lời đúng sai các câu sau bằng cách tích (✓) vào cột Đ cho câu đúng và cột S cho câu sai

3. Cấp cứu ngừng tuần hoàn

Câu hỏi	Đ	S
A. Đầu tiên gọi to cho mọi người đến hỗ trợ		
B. Làm nghiệm pháp Heimlich nếu nghi ngờ có dị vật đường hô hấp		
C. Tiến hành ép tim sau đó thổi ngạt 2 cái liên tiếp		
D. Ngừng ép tim khi bóp bóng		
E. Khi có hai người: ép tim 5 cái thổi ngạt 1 cái		

F. Ngừng 5 giây sau mỗi phút để kiểm tra mạch cảnh hoặc mạch bẹn		
G. Ép tim trẻ em 100 – 120 nhịp/phút, người lớn 100 nhịp /phút		

BÀI 3: ĐÓN TIẾP NGƯỜI BỆNH, CHUYỂN VIỆN, XUẤT VIỆN

MỤC TIÊU

- 1. Thực hiện đúng quy trình khi tiếp đón người bệnh tại phòng khám/tại khoa điều trị, cho người bệnh chuyển khoa, chuyển viện, xuất viện.*
- 2. Thể hiện khả năng giao tiếp phù hợp, tác phong chu đáo, tuân thủ các quy định khi đón tiếp, chuyển viện, xuất viện cho người bệnh.*

NỘI DUNG

1. GIỚI THIỆU

Xã hội càng phát triển, mọi người ngày càng quan tâm đến sức khỏe của bản thân và gia đình. Dịch vụ chăm sóc sức khỏe phát triển ngày càng nhiều không những ở các thành phố lớn mà còn ở các vùng nông thôn, miền núi. Người bệnh sẽ có nhiều cơ hội hơn khi tiếp cận với dịch vụ y tế. Khi người bệnh phải vào nhập viện, hoặc chuyển viện, tùy theo tình trạng bệnh tật mà mỗi người bệnh, kể cả gia đình họ đều có tâm tư, nguyện vọng khác nhau: Khi vào viện người bệnh luôn lo lắng về bệnh tật của mình (lo lắng bệnh có khỏi không? Có nguy hiểm không? Có bị tái phát lại không?). Mặt khác, hầu hết người bệnh đều xa lạ với môi trường bệnh viện và gặp khó khăn, lúng túng khi làm thủ tục nhập viện. Khi người bệnh được xuất viện, người bệnh và gia đình cũng chưa biết đầy đủ về thủ tục xuất viện, cách chăm sóc, theo dõi phòng ngừa bệnh tật tại cộng đồng. Do vậy, điều dưỡng viên cần nhận rõ tâm lý của người bệnh, đón tiếp ân cần, chu đáo, thông cảm với những lo lắng của người bệnh, giúp người bệnh cảm thấy dễ chịu, an tâm, tin tưởng vào khả năng điều trị, chăm sóc của nhân viên y tế, tạo cho người bệnh những ấn tượng ban đầu tốt đẹp. Mặt khác, điều dưỡng viên cũng phải phối hợp với đồng nghiệp để chăm sóc người bệnh liên tục, an toàn và đạt hiệu quả từ khi tiếp nhận người bệnh vào viện cho đến khi họ chuyển viện hoặc xuất viện. Khi họ được xuất viện cũng cần được hướng dẫn, tư vấn đầy đủ cách tự chăm sóc và theo dõi sức khỏe.

Nhóm kỹ năng đón tiếp người bệnh, chuyển viện và xuất viện bao gồm:

Tiếp nhận người bệnh vào viện.

Làm thủ tục cho người bệnh chuyển khoa, chuyển viện. Chuẩn bị cho người bệnh xuất viện.

2. ĐÓN TIẾP NGƯỜI BỆNH

Điều dưỡng viên cần phải hiểu biết rõ về chính sách, nội quy, quy định của bệnh viện, khoa phòng để hướng dẫn, giải thích cho người bệnh, gia đình người bệnh khi nhập viện.

2.1. Các thủ tục hành chính khi người bệnh vào viện

** Trường hợp cấp cứu*

Chuyển ngay vào phòng cấp cứu; ghi họ tên, tuổi, địa chỉ người bệnh, cơ quan và gia đình, ngày giờ, lý do đến phòng khám, ghi lại tên địa chỉ người đưa người bệnh đến, phương tiện vận chuyển và tình trạng người bệnh.

Kiểm kê lại tài sản của người bệnh để bàn giao lại cho người nhà hoặc khoa/phòng tiếp nhận người bệnh.

Trường hợp bình thường: khi vào viện người bệnh cần có các loại giấy tờ sau:

Giấy giới thiệu của cơ quan y tế tuyến dưới.

Giấy chứng nhận miễn, trừ viện phí, bảo hiểm y tế

Lập hồ sơ cho người bệnh (cần ghi rõ và đủ các mục ở phần đầu bệnh án): tên, tuổi, địa chỉ, lý do vào viện....

Biên nhận tài sản người bệnh đã giữ lại.

Điều dưỡng viên cần phải có kỹ năng thăm khám tiếp nhận người bệnh để đánh giá vấn đề sức khỏe và nhu cầu người bệnh.

2.2. Chuẩn bị cơ sở vật chất, trang thiết bị và dụng cụ đón tiếp người bệnh

2.2.1. Chuẩn bị phòng đợi

- Sạch sẽ, gọn gàng, thoáng mát và yên tĩnh
- Đầy đủ ghế cho người bệnh ngồi chờ
- Có tranh ảnh, áp phích cho người bệnh xem, đọc trong thời gian chờ

- Có nước uống
- Có bảng nội quy khoa phòng
- Phát phiếu vào khám theo thứ tự

2.2.2. Chuẩn bị phòng khám

- Sắp xếp phòng khám gọn gàng, sạch sẽ, đảm bảo thoáng mát về mùa hè, ấm áp về mùa đông.

- Chuẩn bị bình phong, giường khám bệnh, bàn ghế.
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ cho bác sĩ khám bệnh:
- Dụng cụ tổng quát: ống nghe, đèn, búa phản xạ, nhiệt kế, huyết áp kế, đồng hồ bấm giây...

- Dụng cụ khám chuyên khoa.

- Chuẩn bị đầy đủ các loại giấy tờ thủ tục hành chính (hồ sơ bệnh án, sổ theo dõi người bệnh ra vào bệnh viện, giấy xét nghiệm, bảng theo dõi chức năng sống...).

2.2.3. Chuẩn bị giấy tờ tiếp nhận người bệnh làm thủ tục nhập viện

- Chuẩn bị giấy tờ liên quan giúp người bệnh nhập viện.

2.2.4. Buồng bệnh

- Giường nằm phù hợp với người bệnh.
- Hệ thống chuông gọi nhân viên y tế.
- Áo mặc trong bệnh viện cho người bệnh và gia đình.
- Khăn, xà phòng, kem và bàn chải đánh răng, chậu...
- Cốc có nắp đậy.
- Bô dẹt, vệt tiểu...

2.3. Quy trình đón tiếp người bệnh

TT	Thực hiện	Lý do
<i>Tiếp đón người bệnh tại phòng khám</i>		
1	- Chào hỏi, tự giới thiệu mình với NB, gọi tên NB lớn tuổi không được gọi tên không	- Gây ấn tượng tốt đẹp cho NB và NB một cách thích

	mà phải gọi cả tên và thứ bậc theo tuổi (bác, ông...). - Giao tiếp ân cần niềm nở. Hướng dẫn các thủ tục cần thiết trước khi vào khám bệnh. Sắp xếp chỗ ngồi cho NB ở phòng đợi, mời NB vào khám theo thứ tự. <i>Lưu ý: ưu tiên NB cấp cứu, NB nặng, người già, trẻ em.</i>	hợp theo tập quán. Đối với GĐNB khi mới đến viện. - Giúp người bệnh không cảm thấy ngỡ ngàng khi lần đầu tiên đến viện.
2	- Khai thác tiền sử bằng cách phỏng vấn người bệnh hoặc thân nhân người bệnh về thời gian mắc bệnh, bệnh sử hiện tại và tiền sử.	- Đánh giá tổng quát tình trạng bệnh để đưa ra xử trí kịp thời
3	Mời bác sĩ khám và cho hướng xử trí: - Phụ giúp thầy thuốc khám bệnh - Thực hiện các kỹ thuật chuyên môn theo chỉ định.	Giúp người bệnh tự chăm sóc tại nhà
4	Trường hợp người bệnh không phải nằm viện: - Điều dưỡng nhắc nhở người bệnh thực hiện nghiêm y lệnh điều trị của thầy thuốc. - Hướng dẫn người bệnh cách chăm sóc sức khỏe tại nhà và cách phòng bệnh.	
5	Trường hợp người bệnh vào viện: - Làm thủ tục cho người bệnh nhập viện. Hướng dẫn người bệnh vệ sinh cá nhân, giúp người nhập viện.	Hỗ trợ người bệnh và gia đình khi người bệnh thay quần áo nếu họ không tự làm được.

	Đưa người bệnh vào khoa điều trị: dùng cáng hoặc xe lăn chuyển người bệnh nếu người bệnh có nguy cơ ngã hoặc không tự đi được.	
<i>Tiếp nhận người bệnh vào khoa</i>		
6	Nhận bàn giao: - Người bệnh, tình trạng người bệnh khi vào khoa. - Hồ sơ bệnh án.	Theo quy định
7	Hướng dẫn người bệnh vào buồng bệnh: - Xếp giường nằm cho người bệnh, giúp người bệnh nghỉ ngơi, an toàn khi vào buồng bệnh - Nếu người bệnh nằm ở phòng riêng thì đóng cửa hoặc kéo bình phong cho kín đáo. - Cung cấp các dụng cụ cá nhân, nâng thành giường lên đảm bảo an toàn cho người bệnh (nếu cần). - Sắp xếp lại buồng bệnh, dụng cụ, tư trang cá nhân gọn gàng, phù hợp với người bệnh.	Giúp người bệnh cảm thấy an tâm và an toàn
8	Khám, nhận định tình trạng của người bệnh (đặc biệt người bệnh là trẻ em): mạch , nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, cân nặng; người bệnh tỉnh táo lơ mơ hay li bì; tình trạng da..., các bộ phận giả (răng giả, mắt giả, hậu môn nhân tạo...) - Lắng nghe những than phiền của người bệnh - Khuyến khích người bệnh và gia đình đặt câu hỏi	- Lập kế hoạch chăm sóc phù hợp - Tạo cơ hội để làm rõ những mong muốn và những hiểu biết chưa đúng về bệnh của người bệnh và gia đình.

9	Thông báo cho người bệnh và gia đình người bệnh biết được lịch trình điều trị và chăm sóc cho người bệnh.	Giảm bớt sự lo âu của người bệnh và gia đình giúp cho người bệnh và gia đình hiểu phối hợp với điều dưỡng trong chăm sóc.
10	Lượng giá kiến thức chăm sóc của người bệnh, những quy định của bệnh viện đối với bản thân người bệnh và gia đình.	Xác định được những vấn đề cần phải cung cấp cho người bệnh và gia đình.
11	Giải thích hướng dẫn cho người bệnh và gia đình: - Cách sử dụng các phương tiện của khoa: bật tắt công tắc điện, quạt, ti vi đài (nếu có), nhà tắm, nhà vệ sinh... - Hướng dẫn người bệnh và thân nhân chấp hành nghiêm chỉnh nội quy khoa phòng: giờ khám bệnh, đi buồng, giờ vào thăm... - Hướng dẫn người bệnh và thân nhân: giữ gìn vệ sinh trật tự buồng bệnh, không hút thuốc lá, không gây ồn ào trong buồng bệnh, bỏ rác thải đúng quy định. - Hướng dẫn cách gọi điều dưỡng khi cần trợ giúp.	- Giúp người bệnh biết cách sử dụng các phương tiện thông dụng, không có cảm giác xa lạ so với ở nhà, tạo sự an tâm điều trị. - Theo quy định của BV - Đảm bảo an toàn cho người bệnh
12	Tư vấn cho người bệnh, gia đình cách tự chăm sóc để họ có khả năng chăm sóc bản thân.	Giúp người bệnh và gia đình thực hiện đúng y lệnh chăm sóc.
13	Báo cáo với điều dưỡng trưởng và bác sĩ: sau khi hoàn thành các thủ tục tiếp nhận người bệnh vào khoa và các dấu hiệu bất thường của người bệnh (nếu có).	Phối hợp chăm sóc và điều trị người bệnh.

	- Trợ giúp bác sĩ khám bệnh và làm các xét nghiệm cần thiết. - Thực hiện các y lệnh điều trị.	
14	Ghi chép hồ sơ bệnh án: - Ngày, giờ nhận người bệnh. - Tình trạng người bệnh. - Các thông số theo dõi - Y lệnh đã thực hiện	Đảm bảo tính pháp lý.

Bảng kiểm kỹ thuật đón tiếp người bệnh vào viện:

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
Tiếp đón người bệnh tại phòng khám				
1	Điều dưỡng viên giao tiếp với người bệnh			
2	Nhận định người bệnh			
3	Mời bác sĩ khám và cho hướng xử trí			
4	Trường hợp người bệnh không phải nằm viện			
5	Trường hợp người bệnh vào viện			
Tiếp nhận người bệnh vào khoa				
6	Nhận bàn giao			
7	Hướng dẫn người bệnh vào buồng bệnh			
8	Nhận định, quan sát tình trạng của người bệnh			
9	Thông báo cho người bệnh và gia đình người			

	bệnh biết được lịch trình điều trị và chăm sóc cho người bệnh.			
10	Lượng giá kiến thức chăm sóc của người bệnh			
11	Giải thích, hướng dẫn cho người bệnh và gia đình			
12	Tư vấn cho người bệnh, gia đình kiến thức chăm sóc bệnh.			
13	Báo cáo với điều dưỡng trưởng và bác sĩ;			
14	Phụ giúp bác sĩ khám bệnh, làm xét nghiệm và thực hiện y lệnh.			
15	Ghi chép hồ sơ bệnh án			

3. Cho người bệnh chuyển khoa, chuyển viện

Trong thời gian nằm điều trị tại bệnh viện do diễn biến của bệnh lý, bác sĩ có thể quyết định cho người bệnh chuyển từ khoa này sang khoa khác, hoặc bệnh viện này sang bệnh viện khác, khiến người bệnh/gia đình NB băn khoăn lo lắng. Do đó, điều dưỡng cần hỗ trợ và giải thích cho người bệnh/gia đình NB hiểu được sự di chuyển sẽ giúp cho người bệnh nhận được sự chăm sóc và điều trị tốt hơn.

3.1. Các thủ tục cần thiết cho người bệnh chuyển khoa, chuyển viện

3.1.1. Chuyển khoa phòng

Điều dưỡng viên phải liên hệ với khoa phòng mới để bố trí thời gian chuyển người bệnh đến.

Thông báo cho phòng Kế hoạch tổng hợp để làm mọi thủ tục chuyển người bệnh và chuẩn bị phương tiện vận chuyển nếu cần.

Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh lý do chuyển và ngày giờ chuyển.

Khi đưa người bệnh đến khoa phòng mới phải bàn giao đầy đủ hồ sơ bệnh án. Phản ánh những đặc điểm về tư tưởng và sinh hoạt của người bệnh để khoa phòng mới tiếp tục quản lý. Đưa người bệnh tới tận giường bệnh rồi mới trở về.

3.1.2. Chuyển viện

Điều dưỡng phải liên hệ với bệnh viện mới để bố trí thời gian chuyển người bệnh đến. Nếu là người bệnh cấp cứu thì phải gọi điện thoại báo trước.

Thông báo cho phòng Kế hoạch tổng hợp để làm mọi thủ tục chuyển người bệnh và chuẩn bị phương tiện vận chuyển.

Chuẩn bị giấy tờ chuyên môn: tóm tắt bệnh án và các tài liệu điều trị (kết quả chẩn đoán hình ảnh, thăm dò chức năng, xét nghiệm...).

Thông báo cho người bệnh và gia đình người bệnh biết ngày giờ chuyển viện, giải thích rõ lý do để người bệnh yên tâm.

Khi chuyển viện, điều dưỡng phải đi cùng với người bệnh và chuẩn bị sẵn phương tiện xử trí khi đi đường (hộp thuốc cấp cứu...).

Khi đến nơi, điều dưỡng phải bàn giao đầy đủ giấy tờ và phản ánh những đặc điểm về tư tưởng và sinh hoạt của người bệnh để cơ sở điều trị mới tiếp tục quản lý. Đưa người bệnh tới phòng khoa, ký nhận bàn giao xong mới về.

3.2. Dụng cụ và giấy tờ cần thiết cho người bệnh chuyển khoa, chuyển viện

- Hồ sơ bệnh án: giấy chuyển viện, tóm tắt bệnh án...
- Sổ ký bàn giao người bệnh và thuốc
- Phương tiện vận chuyển: cáng, xe lăn, xe ô tô.
- Dụng cụ cấp cứu đi kèm: bình oxy, thuốc cấp cứu

3.3. Quy trình cho người bệnh chuyển khoa, chuyển viện

TT	Thực hiện	Lý do
1	- Thông báo, giải thích cho người bệnh/người nhà NB lý do chuyển khoa, chuyển viện. - Hướng dẫn thủ tục cho người bệnh chuyển khoa, chuyển viện.	Giúp người bệnh hiểu và bớt lo lắng
2	Hoàn tất các thủ tục chuyển khoa, chuyển viện theo quy định của bệnh viện.	- Giúp cho việc chuyển khoa, chuyển viện được thuận tiện
3	Chuyển thông tin điều trị cập nhật tới bệnh viện mới.	- Cung cấp đầy đủ các thông tin cho nơi điều trị mới. - Đảm bảo cho người bệnh được điều trị và chăm sóc đạt hiệu quả tại khoa/ bệnh viện mới, giảm nguy cơ sai sót trong điều trị, chăm sóc
4	Tập hợp các vật dụng chăm sóc người bệnh: quần áo, chăn màn, các vật dụng có giá trị.	Tránh mất tài sản của người bệnh.

5	Nhận định tình trạng người bệnh: tinh thần, dấu hiệu sinh tồn, cản trở về hô hấp... và ghi vào hồ sơ bệnh án.	- Hạn chế các tai biến xảy ra trong quá trình vận chuyển. - Đảm bảo tính pháp lý.
6	Kiểm tra phương tiện, trang thiết bị, dụng cụ y tế và thuốc trước khi vận chuyển người bệnh.	Đảm bảo an toàn khi vận chuyển người bệnh
7	Dự kiến các khả năng/nguy cơ có thể xảy ra cho người bệnh trong khi vận chuyển.	Biết cách đề phòng nhằm giảm thiểu nguy cơ biến chứng khi vận chuyển.
8	Giúp người bệnh lên cáng hoặc xe lăn để chuyển đến ô tô.	Hỗ trợ người bệnh tạo sự gần gũi, an tâm cho người bệnh
9	Chuyển người bệnh đến cơ sở y tế mới	Theo dõi NB và xử lý kịp thời các dấu hiệu bất thường
10	- Bàn giao người bệnh cho bệnh viện mới: chính chuyên môn, tư trang của người bệnh. - Tình trạng người bệnh, các thủ tục hành - Ký nhận bàn giao với điều dưỡng của khoa mới, bệnh viện mới.	Đảm bảo tính pháp lý
11	Báo cáo với điều dưỡng trưởng/trưởng khoa - Người bệnh đã chuyển đến khoa mới an toàn. - Ngày, giờ chuyển. - Tình trạng người bệnh khi di chuyển	Đảm bảo tính pháp lý

Bảng kiểm kỹ thuật đón tiếp người bệnh vào viện

TT	Nội dung	Mức độ
----	----------	--------

		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Thông báo, hướng dẫn thủ tục cho người bệnh chuyển khoa, chuyển viện			
2	Hoàn tất các thủ tục chuyển khoa, chuyển viện			
3	Chuyển thông tin điều trị cập nhật tới bệnh viện mới			
4	Tập hợp các vật dụng chăm sóc người bệnh			
5	Đánh giá tình trạng người bệnh			
6	Kiểm tra phương tiện, trang thiết bị, dụng cụ y tế và thuốc trước khi vận chuyển người bệnh			
7	Dự kiến các khả năng/nguy cơ có thể xảy ra cho người bệnh trong khi vận chuyển.			
8	Giúp người bệnh lên cang hoặc xe lăn để chuyển đến ô tô.			
9	Chuyển người bệnh đến cơ sở y tế mới			
10	Bàn giao người bệnh cho bệnh viện mới			
11	Báo cáo với điều dưỡng trưởng/trưởng khoa			

4. Cho người bệnh xuất viện

Kế hoạch xuất viện đòi hỏi sự tham gia của tất cả các nhân viên chăm sóc sức khỏe và cần có sự thảo luận với người bệnh và gia đình người bệnh. Điều dưỡng cần xác định nhu cầu người bệnh khi xuất viện và các cơ sở dịch vụ chăm sóc tại cộng đồng sẵn có phù hợp với tình trạng người bệnh. Liên hệ với những dịch vụ và theo dõi diễn biến của người bệnh sau khi xuất viện.

4.1. Các thủ tục cần thiết cho người bệnh xuất viện

Phải chuẩn bị đủ hồ sơ bệnh án của người bệnh, có ghi rõ ngày, giờ ra viện và kết quả điều trị, chăm sóc.

Chuyển hồ sơ người bệnh lên phòng Kế hoạch tổng hợp để làm thủ tục ra viện.

Thông báo cho người bệnh và gia đình hoặc cơ quan người bệnh biết tình hình xuất viện, ngày giờ xuất viện, thủ tục hành chính để đón người bệnh và thanh toán viện phí.

Dặn dò người bệnh những điều cần lưu ý về điều trị, chăm sóc, phòng bệnh để duy trì kết quả điều trị. Nếu người bệnh có khám lại theo định kỳ thì phải thông báo rõ ngày giờ đến khám lại, giải quyết các thắc mắc của người bệnh nếu có.

Giải thích cho người bệnh biết rõ kết quả điều trị, cách điều trị, chăm sóc tiếp theo tại nhà, hướng dẫn cách ăn uống, luyện tập nâng cao thể trạng.

Làm thủ tục thanh toán viện phí và công khai các khoản chi cho người bệnh

4.2. Dụng cụ và giấy tờ cần thiết cho người bệnh xuất viện

Hồ sơ bệnh án

Các phương tiện vận chuyển và trang thiết bị hỗ trợ thích hợp

Phương tiện hỗ trợ người bệnh di chuyển: xe lăn/cáng, xe ô tô.

Phương tiện cấp cứu: bình oxy, bóp bóng, thuốc (trường hợp người bệnh nặng - gia đình xin về).

4.3. Quy trình cho người bệnh xuất viện

TT	Thực hiện	Lý do
<i>Chuẩn bị trước khi xuất viện</i>		
1	Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình người bệnh về dấu hiệu/triệu chứng, biến chứng, thông tin về thuốc, cách sử dụng thuốc và thiết bị y tế, chế độ ăn uống, luyện tập và cách chăm sóc; hoặc phát tờ rơi GDSK cho người bệnh và gia đình.	- Xác định thông tin phản hồi cần thiết của người bệnh và gia đình - Giúp người bệnh, gia đình người bệnh hiểu về bệnh - Giúp người bệnh có thể tự chăm sóc bản thân

2	Thông báo, giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh lý do được xuất viện, thời gian xuất viện.	Giúp người bệnh chuẩn bị xuất viện
3	Công khai các khoản chi cho người bệnh và thời gian, địa điểm thanh toán viện phí	
4	Liên hệ với cơ sở chăm sóc tại địa phương	Giúp người bệnh yên tâm sau khi xuất viện.
<i>Trong ngày xuất viện</i>		
5	Khuyến khích người bệnh và gia đình đến chăm sóc tại nhà.	Giúp người bệnh và gia đình hiểu rõ câu hỏi, trao đổi về các vấn đề liên quan về cách chăm sóc tại nhà
6	Hỏi người bệnh đã nhận được giấy ra viện, y lệnh của bác sĩ về điều trị tại nhà, giấy hẹn. Hướng dẫn người bệnh lịch đến khám lại và lịch kiểm tra sức khỏe định kỳ.	Hỗ trợ người bệnh kịp thời khám lại. Người bệnh đến khám đúng hẹn.
7	Giúp cho người bệnh kiểm tra và thu gọn tư trang cá nhân, trả lại đồ dùng cho khoa. Hướng dẫn người bệnh/gia đình thanh toán viện phí.	Hoàn thành thủ tục xuất viện tránh để quên. Giúp cho NB xuất viện được nhanh chóng.
8	Nhận định tình trạng người bệnh trước khi ra viện.	Theo dõi tình trạng sức khỏe.
9	Giúp người bệnh về nhà bằng phương tiện phù hợp với tình trạng bệnh. Chào tạm biệt và chúc sức khỏe người bệnh.	Đảm bảo an toàn cho người bệnh. Người bệnh hài lòng khi xuất viện.

10	Chuyển hồ sơ bệnh án của người bệnh về phòng Kế hoạch tổng hợp của bệnh viện. Báo cáo cho điều dưỡng trưởng biết đã hoàn thành nhiệm vụ cho người bệnh xuất viện.	Lưu trữ hồ sơ người bệnh, đảm bảo tính pháp lý.
11	Vệ sinh, khử trùng buồng bệnh, giường tủ cá nhân sau khi người bệnh xuất viện	Tạo môi trường sạch trong buồng bệnh, chuẩn bị đón người bệnh mới nhập viện.

Bảng kiểm kỹ thuật cho người bệnh xuất viện

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
Chuẩn bị trước khi xuất viện				
1	Tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và gia đình người bệnh.			
2	Thông báo, giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh lý do được xuất viện, thời gian xuất viện.			
3	Công khai các khoản chi cho người bệnh.			
4	Liên hệ với cơ sở chăm sóc tại địa phương.			
Trong ngày xuất viện				
5	Khuyến khích người bệnh và gia đình đặt câu hỏi, trao đổi về các vấn đề liên quan đến chăm sóc tại nhà.			
6	Kiểm tra xem người bệnh đã nhận đủ giấy ra viện, đơn thuốc, giấy hẹn khám lại....			
7	Giúp cho người bệnh thu gọn tư trang cá nhân và trả lại đồ dùng cho khoa. Hướng dẫn NB/GĐ thanh toán viện phí.			

8	Nhận định tình trạng người bệnh trước khi xuất viện			
9	Giúp người bệnh về nhà bằng phương tiện phù hợp với tình trạng bệnh. Chào tạm biệt và chúc sức khỏe người bệnh			
10	Báo cáo cho điều dưỡng trưởng			
11	Vệ sinh, khử trùng buồng bệnh, giường tủ cá nhân sau khi người bệnh xuất viện.			

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1. Đón tiếp người bệnh tại phòng khám, điều dưỡng có nhiệm vụ:

- A. Chuẩn bị phòng khám, dụng cụ khám, phụ giúp bác sĩ khám
- B. Mời tất cả người bệnh vào khám
- C. Kê đơn thuốc sau khi bác sĩ khám bệnh
- D. Tư vấn kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho người bệnh

Câu 2. Khi người bệnh được chuyển vào khoa, công việc đầu tiên điều dưỡng phải làm là:

- A. Tiếp xúc với người bệnh
- B. Đo dấu hiệu sinh tồn
- C. Mời bác sĩ tới khám
- D. Lấy máu làm xét nghiệm

Câu 3. Khi người bệnh chuyển khoa khác, điều dưỡng cần làm gì để hỗ trợ tâm lý cho người bệnh:

- A. Liên hệ với điều dưỡng trưởng khoa, khoa người bệnh sắp đến
- B. Thông báo, giải thích cho người bệnh yên tâm
- C. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án của người bệnh
- D. Chuẩn bị phương tiện vận chuyển người bệnh

Câu 4. Trường hợp người bệnh cấp cứu, điều dưỡng phải hoàn tất hồ sơ khi:

- A. Sau khi cấp cứu

- B. Trước khi đưa vào cấp cứu
- C. Trước khi đưa vào khoa điều trị
- D. Sau khi vào khoa

Câu 5. Khi chuyển người bệnh đến nơi mới, nội dung điều dưỡng phải báo cáo với nơi chuyển đến, ngoại trừ:

- A. Tình trạng người bệnh trước khi di chuyển
- B. Tình trạng người bệnh trong khi di chuyển
- C. Thời gian khi vận chuyển
- D. Những xử lý nếu có trong khi vận chuyển người bệnh

Câu 6. Các việc điều dưỡng cần làm khi người bệnh xuất viện, ngoại trừ:

- A. Kiểm nhận các giấy tờ ra viện, toa/đơn thuốc
- B. Hướng dẫn NB những vấn đề cần chăm sóc, theo dõi và điều trị sau khi xuất viện.
- C. Thông báo với người bệnh/gia đình người bệnh các khoản phí, ngày giờ ra viện
- D. Hướng dẫn nội quy bệnh viện

Câu 7. Kế hoạch giáo dục sức khỏe cho người bệnh xuất viện, ngoại trừ:

- A. Loại thuốc, liều thuốc cần mua để điều trị nếu bệnh tái phát
- B. Chế độ ăn uống, nghỉ ngơi, vận động
- C. Chế độ vệ sinh
- D. Chế độ phòng ngừa bệnh tật

Tình huống thực hành

Tình huống 1

Người bệnh nam, 50 tuổi, có tiền sử loét dạ dày tá tràng 5 năm nay. Người bệnh được đưa vào viện trong tình trạng nôn ra máu, ỉa phân đen, mạch 100 lần/phút, huyết áp 85/60 mmHg, nhịp thở 24 lần/phút, xét nghiệm hồng cầu 3,0T/L. Bác sĩ chẩn đoán người bệnh bị xuất huyết tiêu hoá.

Nêu nhận định về tình trạng người bệnh?

Nếu là điều dưỡng đón tiếp người bệnh; bạn hãy thực hiện đón tiếp người bệnh tại phòng khám? (*thực hiện theo phương pháp đóng vai*).

Người bệnh được chuyển từ phòng khám bệnh lên khoa nội tầng 4. Điều dưỡng cần lưu ý vấn đề gì để đảm bảo an toàn khi chuyển người bệnh lên tầng 4; giải thích những lưu ý mà bạn đưa ra?

Tình huống 2

Người bệnh H. bị uốn ván co giật toàn thân và có dấu hiệu suy hô hấp, được bác sỹ chỉ định chuyển sang khoa hồi sức. Là điều dưỡng viên được phân công vận chuyển người bệnh, bạn hãy cho biết:

Cần phải làm gì trước khi vận chuyển để đảm bảo cho người bệnh được chăm sóc liên tục.

Khoa hồi sức cấp cứu cách xa khoa truyền nhiễm 200m, phương tiện vận chuyển phù hợp là gì?

Tình huống 3

Người bệnh nữ, 55 tuổi, cân nặng 65 kg, chiều cao 1.52 m; ở nhà thường xuyên bị đau đầu; vào nhập viện được chẩn đoán bệnh tăng huyết áp (huyết áp lúc vào viện 185/95 mmHg). Sau 15 ngày điều trị tại bệnh viện, tình trạng hiện tại: người bệnh tỉnh, thân nhiệt 36,3⁰C, mạch 70 lần/phút, huyết áp động mạch 135/85 mmHg, nhịp thở 17 lần/phút, không đau đầu, ăn uống ngon miệng. Bác sỹ chỉ định cho người bệnh ra viện. Là điều dưỡng trực tiếp chăm sóc người bệnh:

Hãy tư vấn cho người bệnh chế độ dùng thuốc và chế độ ăn ở nhà?

Hướng dẫn người bệnh những biểu hiện cần chú ý về bệnh khi ở nhà và khi nào cần đến bệnh viện?

ĐÁP ÁN

1. Chọn câu trả lời đúng nhất

- | | |
|----------|----------|
| Câu 1: A | Câu 4: A |
| Câu 2: A | Câu 5: C |
| Câu 3: B | Câu 6: D |
| Câu 7: A | |

Bảng kiểm đánh giá năng lực thực hành đón tiếp người bệnh, chuyển viện, xuất viện

TT	Năng lực	Mức độ đạt		
		Làm độc lập không cần sự hỗ trợ (2)	Làm được, có cần sự hỗ trợ (1)	Không làm hoặc làm sai (0)
1	Thực hiện đúng quy trình tiếp đón người bệnh tại phòng khám/khoa điều trị.			
2	Thực hiện đúng quy trình cho người bệnh chuyển khoa, chuyển viện			
3	Thực hiện đúng quy trình cho người bệnh xuất viện.			
4	Thể hiện khả năng giao tiếp phù hợp, tác phong chu đáo, tuân thủ các quy định khi đón tiếp, chuyển viện, xuất viện cho người bệnh.			

BÀI 4: KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU ĐI LÀM CÁC XÉT NGHIỆM VÀ CHIẾU CHỤP

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày chỉ định vận chuyển người bệnh*
- 2. Trình bày các kỹ thuật vận chuyển người bệnh an toàn*

NỘI DUNG

1. Đại cương

Vận chuyển người bệnh cấp cứu là việc di chuyển người bệnh cấp cứu từ nơi này đến nơi khác để thực hiện các biện pháp cấp cứu, chẩn đoán hoặc điều trị cho người bệnh, đây một công việc rất khó khăn, phức tạp, bản thân người bệnh luôn có nguy cơ diễn biến nặng lên hoặc xuất hiện các biến chứng trong quá trình vận chuyển do diễn biến của bệnh hoặc do chính kỹ thuật vận chuyển không đúng. Do đó, công tác vận chuyển người bệnh cấp cứu, vận chuyển NB đi làm các thủ thuật can thiệp và các xét nghiệm cần đảm bảo đúng các kỹ thuật vận chuyển nhằm hạn chế các biến cố nguy hiểm do vận chuyển cho người bệnh và đảm bảo an toàn cho người thực hiện làm công tác vận chuyển.

2. Chỉ định vận chuyển

- Chuyển người bệnh ra khỏi nơi nguy hiểm như cháy, nổ, sập nhà, hiện trường tai nạn, thảm họa,..
- Vận chuyển người bệnh từ gia đình, ngoài cộng đồng, nơi công cộng, nơi lao động sản xuất,.... đến các cơ sở y tế.
- Vận chuyển người bệnh từ cơ sở y tế này đến cơ sở y tế khác, chuyển người bệnh giữa các khoa phòng, chuyển người bệnh đi làm thăm dò, xét nghiệm, can thiệp,..

3. Các bước tiến hành

3.1.vận chuyển người bệnh cấp cứu

3.1.1 chuẩn bị

*** Người thực hiện**

- Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên cấp cứu, người hỗ trợ,.. số lượng tùy thuộc vào số lượng người bệnh cần vận chuyển.

- Số lượng người thực hiện tham gia vận chuyển tùy thuộc vào tình hình thực tế nhưng phải đảm bảo tối thiểu là hai Người thực hiện để vận chuyển người bệnh, nếu trường hợp người bệnh nặng có nguy cơ rối loạn nặng chức năng sống hoặc có nguy cơ phải can thiệp nên có bác sĩ tham gia vận chuyển, người thực hiện vận chuyển phải chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án và các tài liệu liên quan, ghi chỉ định vận chuyển và ghi diễn biến trong quá trình vận chuyển. lựa chọn tư thế và kỹ thuật vận chuyển phù hợp cho người bệnh. Người thực hiện vận chuyển phải xác định rõ ràng lộ trình vận chuyển và nơi sẽ chuyển người bệnh tới.

*** Phương tiện, dụng cụ**

- *Vật tư tiêu hao, dụng cụ:* Dây truyền dịch, găng sạch, bơm kim tiêm, catheter ngoại biên, ống nghe, huyết áp, ống nội khí quản, oxy, bóng mask, cáng, ô tô vận chuyển,...

- *Dụng cụ cấp cứu trong khi vận chuyển:* Tùy theo tình trạng người bệnh và khả năng trang thiết bị và thuốc để chuẩn bị cho quá trình vận chuyển. thông thường các phương tiện và thuốc cơ bản cần thiết gồm máy theo dõi người bệnh monitoring, máy phá rung, oxi, bóng ambu mặt nạ, ống nội khí quản, bình oxy,..thuốc tối thiểu cấp cứu: adrenalin, atropin, lidocain, thuốc duy trì salbutamol, vận mạch, máy truyền dịch, bơm tiêm điện. nếu người bệnh cần thở máy các máy thở khi vận chuyển phải đảm bảo các chức năng cơ bản và an toàn cho người bệnh.

*** Người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh và/hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh về việc cần thiết và mục đích của việc vận chuyển người bệnh và các lợi ích, các rủi ro, nguy cơ và các biến chứng nguy hiểm có thể gặp trong khi vận chuyển.

- Đánh giá tình trạng người bệnh, thảo luận giữa các Người thực hiện vận chuyển về tình trạng người bệnh, các chú ý về theo dõi, chăm sóc và điều trị của người bệnh, giải thích cho người bệnh (nếu người bệnh tỉnh) hoặc người nhà người

bệnh về việc vận chuyển người bệnh và dự kiến những khó khăn trong quá trình vận chuyển.

- Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi để dễ tiếp cận, dễ vận chuyển. cho thở oxy, mắc máy monitoring theo dõi, đặt đường truyền tĩnh mạch,...nếu vận chuyển người bệnh di xa.

- Kỹ thuật vận chuyển được thực hiện khi cần vận chuyển người bệnh trong các tình huống như: Vận chuyển người bệnh ra khỏi nơi bị nạn, từ gia đình nạn nhân đến bệnh viện, từ cộng đồng đến cơ sở y tế, từ phòng cấp cứu vào các khoa trong bệnh viện, từ Khoa cấp cứu đến các phòng thăm dò chức năng trong bệnh viện, ngoài bệnh viện,...

*** Chuẩn bị hồ sơ bệnh án**

- Ghi chép chỉ định thực hiện kỹ thuật vận chuyển vào bệnh án.
- Kiểm tra lại các xét nghiệm
- Phiếu ghi chép về kỹ thuật vận chuyển và quá trình thực hiện kỹ thuật.

3.1.2 các bước tiến hành kỹ thuật vận chuyển người bệnh cấp cứu

- * **Kiểm tra hồ sơ:** Kiểm tra lại hồ sơ về chỉ định chống chỉ định của việc vận chuyển người bệnh,...

- * **Kiểm tra lại người bệnh:** Khám lại, đánh giá lại chức năng sống của người bệnh

*** Thực hiện kỹ thuật**

- Kỹ thuật nâng và chuyển người bệnh:

Các kỹ thuật này nhằm đưa người bệnh ra khỏi khu vực nguy hiểm như cháy, nổ, nước, điện,.. kỹ thuật nâng người bệnh phải dựa hoàn toàn vào sức lực của người thực hiện kỹ thuật, do đó trước khi nâng và chuyển người bệnh cần đánh giá nhanh tình trạng người bệnh và khả năng có thể đủ sức nâng được người bệnh lên hay cần sự hỗ trợ để đưa người bệnh vượt qua được khoảng cách đến vị trí định trước.

Cố gắng tận dụng các phương tiện sẵn có một cách hiệu quả. khi di chuyển người bệnh nên đi chậm, Người thực hiện vận chuyển cần sử dụng các động tác

phối hợp để tận dụng cơ lực của mình một cách hiệu quả để chuyển người bệnh đến nơi an toàn gần nhất hoặc chuyển được người bệnh lên cáng hoặc các phương tiện vận chuyển khác. Nếu có nhiều người tham gia cần phối hợp chặt chẽ và thường xuyên giữa các Người thực hiện trong suốt quá trình vận chuyển để đảm bảo an toàn cho người bệnh và hỗ trợ lẫn nhau.

Một số kỹ thuật chuyển và di dời người bệnh có thể vận dụng trong những tình huống đặc biệt như kéo người bệnh bằng cách nắm lấy cổ áo người bệnh hay đặt người bệnh lên một tấm chăn rồi kéo người bệnh về phía trước, nhưng phải tôn trọng trục thẳng của cơ thể, hoặc người thực hiện kỹ thuật luồn hai tay qua nách người bệnh từ phía sau và kéo người bệnh về phía trước.

- Kỹ thuật khiêng an toàn

Khi đã chuyển được người bệnh lên cáng hoặc các phương tiện tận dụng phù hợp (ván,..) chỉ thực hiện động tác khiêng khi đã nắm chắc tay vào cáng, cáng phải sát vào thân mình, trong khi khiêng lưng phải thẳng, không nên bước dài, đầu giữ thẳng, di chuyển nhẹ nhàng tránh các động tác đột ngột, xóc nảy làm các cơ của người khiêng cáng hoạt động quá sức dẫn đến nhanh mỏi cơ và tổn thương cơ. phối hợp nhịp nhàng với đồng nghiệp, khi khiêng cáng ở những địa hình đặc biệt cần chú ý nguyên tắc khi đi xuống dốc (hoặc xuống cầu thang) phía chân người bệnh đi trước, khi lên dốc (hoặc lên cầu thang) phía đầu người bệnh đi trước

- Kỹ thuật chuyển người bệnh từ cáng vào giường bệnh và ngược lại:

+ Kỹ thuật kéo sang ngang:

Thường cần có 3 nhân viên, nếu người bệnh chấn thương, nghi có tổn thương cột sống cổ, cần có thêm 1 Người thực hiện để giữ đầu người bệnh luôn thẳng trục với thân mình. đặt cáng sát cạnh vào giường, mặt cáng và mặt giường ngang nhau, trong trường hợp có các phương tiện chuyên dụng như thảm lăn đặt dưới lưng người bệnh việc chuyển sẽ thuận lợi hơn, nếu người bệnh không nằm trên ga trải, các người thực hiện vận chuyển có thể đứng cùng một bên giường hay cáng luồn tay dưới đầu, lưng hông, đùi và chân người bệnh nâng nhẹ và kéo người bệnh sang ngang.

+ Kỹ thuật “múc thìa”

Thường cần có 3 nhân viên, nếu người bệnh chấn thương, nghi có tổn thương cột sống cổ, cần có thêm 1 Người thực hiện để giữ đầu người bệnh luôn thẳng trục với thân mình. Các Người thực hiện vận chuyển quỳ một chân ở cùng một bên của người bệnh, luôn tay dưới đầu, lưng hông, đùi chân người bệnh, nâng lên và cùng di chuyển giữ cho cơ thể người bệnh luôn được giữ thẳng trục. Kỹ thuật này thường áp dụng khi chuyển người bệnh lên cáng hoặc chuyển người bệnh từ cáng lên giường và ngược lại. Trong kỹ thuật chuyển người bệnh từ cáng lên giường hoặc ngược lại, vị trí của cáng so với giường có thể đặt tùy theo điều kiện cụ thể để thuận lợi cho chuyển người bệnh như đặt cáng song song gần, cáng song song xa và cáng vuông góc với giường.

+ Cố định người bệnh trong khi vận chuyển:

Cần chú ý đặt người bệnh ở tư thế phù hợp và đảm bảo chắc chắn trước khi chuyển người bệnh tránh nguy cơ bị ngã, rơi,...trong khi vận chuyển. nếu chuyển bằng cáng sau khi đặt người bệnh nằm trên cáng, dùng dây cố định người bệnh vào cáng, thường dùng cố định ở 3 vị trí là ngang ngực, ngang bụng, ngang chân người bệnh, có thể nâng cao đầu cáng lên nếu không có chống chỉ định. nếu không dùng cáng, cũng cần đảm bảo người bệnh đã được cố định chắc chắn trước và trong khi vận chuyển.

Đối với các người bệnh chấn thương, phải chú ý đến chấn thương cột sống, đặc biệt là chấn thương cột sống cổ. nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ cần đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa đầu bằng trên ván cứng hoặc cáng cứng, luôn giữ thẳng trục đầu, cổ và thân mình và đặt nẹp cổ cho người bệnh, nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cũng đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, đầu bằng trên ván cứng hoặc cáng cứng, cố định toàn bộ người bệnh trên cáng trước khi tiến hành vận chuyển

+ Tư thế người bệnh trong khi vận chuyển:

Trong khi vận chuyển, người bệnh có nguy cơ diễn biến nặng thêm do tiến triển của bệnh hoặc do tác động của quá trình vận chuyển, cần đặt người bệnh ở tư

thể phù hợp, theo dõi diễn biến và đặt lại tư thế cho phù hợp với tình trạng mới của người bệnh, đối với NB bị chấn thương phải chú ý đến chấn thương cột sống, đặc biệt là chấn thương cột sống cổ, nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cổ cần đặt nẹp cổ cho NB và đảm bảo trục đầu, cổ và thân mình trong quá trình vận chuyển. Nếu có gãy chi phải cố định tạm thời trước khi vận chuyển và chú ý giữ bất động trong quá trình vận chuyển.

3.1.3 theo dõi người bệnh trong khi vận chuyển

Người bệnh phải đảm bảo được theo dõi chặt chẽ các chức năng sống theo dõi liên tục và ghi định kỳ điện tim, nồng độ oxy máu (spo2), theo dõi và ghi chép định kỳ huyết áp, mạch, nhịp thở, khi phát hiện người bệnh có những diễn biến bất thường trong trường hợp cần thiết có thể tạm dừng việc vận chuyển để xử trí người bệnh, phối hợp chặt chẽ giữa các Người thực hiện vận chuyển. cần lưu ý 2 thời điểm khi chuyển người bệnh từ giường lên cáng và chuyển người bệnh từ cáng lên giường rất dễ xảy ra các biến cố nguy hiểm hoặc bị tuột đường truyền thuốc, tuột các phương tiện theo dõi. bàn giao đầy đủ tình trạng người bệnh và diễn biến trong quá trình vận chuyển, các biện pháp điều trị đang thực hiện cho bộ phận tiếp nhận người bệnh.

3.2. Vận chuyển người bệnh đi làm các thủ thuật can thiệp và chụp chiếu

3.2.1. Chuẩn bị

* Người thực hiện: 01 bác sĩ đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu, 01 điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

* Thảo luận trước khi chuyển

- Thảo luận giữa các bác sĩ, bác sĩ với điều dưỡng, giữa điều dưỡng với điều dưỡng về tình trạng người bệnh và cần duy trì liên tục sự chăm sóc và điều trị.

- Xác định nơi nhận đã sẵn sàng đón người bệnh, hoặc đã sẵn sàng làm các xét nghiệm.

- Thông báo cho bác sĩ chính: người bệnh sẽ chuyển đi, ai sẽ chuyển người bệnh, các nguy cơ có thể khi rời khỏi khoa.

- Ít nhất phải có 2 Người thực hiện vận chuyển người bệnh.

- Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định vận chuyển, ghi diễn biến trong quá trình vận chuyển.

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người nhà biết để chuẩn bị và cùng trợ giúp.

* Phương tiện, dụng cụ

- Vật tư tiêu hao

+ Máy theo dõi

+ Cáp điện tim

+ Cáp đo SPO2

+ Bóng Ambu (dùng 50 lần)

+ Mask oxy

+ Bình oxy (dùng 1 năm)

+ Lưu lượng kế (dùng 3 tháng)

+ Oxy đã được nạp đầy đủ. Nếu vận chuyển bằng máy thở khí vận chuyển phải đảm bảo máy hoạt động tốt.

+ Bông

+ Cồn 90 độ

+ Xà phòng rửa tay diệt khuẩn

+ Mũ: 02 cái.

+ Khẩu trang: 02 cái.

+ Thuốc cấp cứu: adrenalin, atropin, lidocain.

- Dụng cụ cấp cứu

+ Bóng Ambu, Mask.

+ Hộp chống sốc theo quy định.

* Người bệnh: thông báo giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh biết việc sắp làm.

* Hồ sơ bệnh án, phiếu chỉ định

3.2.2. Các bước tiến hành

- Đưa người bệnh từ giường lên cáng:

+ Đặt xe, căng đầu căng sát giường chân giường người bệnh, chốt khóa bánh xe căng lại.

+ Một người luôn một tay dưới gáy người bệnh, một tay dưới thắt lưng.

+ Người thứ hai, một tay luôn dưới mông, một tay luôn dưới khoeo chân người bệnh

+ Theo nhịp hô 1,2,3 cùng nâng người bệnh lên quay 180 độ đặt nhẹ nhàng lên cáng.

+ Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp, che chắn, đắp chăn ga cho người bệnh

- Đảm bảo đường thở cho người bệnh: cho ệnh nhân thở oxy hoặc bóp bóngambu theo nhịp thở của người bệnh hoặc cho người bệnh thở máy theo y lệnh.

- Lắp máy monitor theo dõi cho người bệnh

- Đưa người bệnh tới nơi chỉ định.

3.2.3. Theo dõi

- Trong quá trình vận chuyển theo dõi sát các thông số của người bệnh: mạch, SpO₂, nhịp thở. Sắc mặt của người bệnh.

- Theo dõi hoạt động của máy thở

- Theo dõi các đường truyền, các đường dẫn lưu.

- Cần đặc biệt lưu ý 2 thời điểm:

+ Khi rời khoa chuyển: chuyển người bệnh từ giường lên cáng

+ Khi đến khoa tiếp nhận: chuyển người bệnh từ cáng lên giường

- Trong lúc vận chuyển người bệnh khi di lên dốc, đầu người bệnh lên trước. khi xuống dốc chân người bệnh xuống trước.

- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

3.2.4. Tai biến và xử trí

- Rơi ngã là nguy cơ thường gặp: cần buộc dây cố định chân tay người bệnh hoặc kéo thanh chắn của giường, cáng lên.

- Di lệch, tuột hệ thống dây truyền và dẫn lưu: cần chú ý khi vận chuyển người bệnh để tránh di lệch, tuột đường truyền, ống dẫn lưu.

- Người bệnh tụt huyết áp đảm bảo cho người bệnh nằm đầu bằng.

- Trong quá trình đưa người bệnh đi nếu tình trạng người bệnh xấu đi huyết áp không đo được, ngừng tim phải cấp cứu người bệnh và nhanh chóng đưa ngay người bệnh về khoa hồi sức cấp cứu để đảm bảo cho người bệnh những phương tiện cấp cứu tốt nhất.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Trước khi thực hiện kỹ thuật nâng và vận chuyển người bệnh cần:

A. Đánh giá nhanh tình trạng người bệnh và khả năng có thể đủ sức nâng được người bệnh lên hay cần sự hỗ trợ.

B. Cần nhờ sự hỗ trợ của người khác

C. Cần lắp máy theo dõi chức năng sống cho người bệnh

Câu 2: Kỹ thuật mức thìa khi vận chuyển người bệnh cần có

A. 2 người

B. 3 người

C. 4 người

Câu 3: Trong quá trình đưa người bệnh đi chụp chiếu nếu người bệnh diễn biến xấu đi huyết áp không đo được, ngừng tim cần:

A. Đưa người bệnh về ngay khoa hồi sức cấp cứu.

B. Đưa người bệnh về ngay khoa đang điều trị.

C. Cấp cứu người bệnh và nhanh chóng đưa ngay người bệnh về khoa hồi sức cấp cứu.

Điền vào chỗ trống:

Câu 4: Nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ cần đặt người bệnh ở tư thếhoặc cứng cứng, luôn giữ thẳng trục đầu, cổ và thân mình vàcho người bệnh, nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cũng đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, đầu bằng trên ván cứng hoặc cứng cứng, cố định toàn bộ người bệnh trên cứng trước khi tiến hành vận chuyển.

Câu 5: Rơi ngã là nguy cơ thường gặp: cần chân tay người bệnh hoặc kéo lên.

Đáp án:

Câu 1: A

Câu 2: B

Câu 3: C

Câu 4:

(1) nằm ngửa đầu bằng trên ván cứng (2) đặt nẹp cổ

Câu 5: (1) buộc dây cố định (2) thanh chắn của giường, cáng

BÀI 5: KỸ THUẬT KHAI THÔNG ĐƯỜNG THỞ

MỤC TIÊU

1. Trình bày chỉ định, chống chỉ định của kỹ thuật khai thông đường thở
2. Các bước tiến hành khai thông đường thở

NỘI DUNG

1. Đại cương

Khai thông đường thở là một kỹ thuật cấp cứu rất quan trọng đối với các người thực hiện cấp cứu nhằm đảm bảo ô xy và thông khí đầy đủ cho Người bệnh.

2. Chỉ định

- Tắc nghẽn đường thở do tụt lưỡi
- Tắc nghẽn đường thở do dịch tiết
- Tắc nghẽn đường thở do dị vật

3. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định

Lưu ý: nếu nghi có chấn thương cột sống cổ thì phải cố định cột sống cổ trước khi tiến hành bất kể kỹ thuật nào làm thay đổi tư thế cổ Người bệnh.

4. Chuẩn bị

1. Người thực hiện: bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên thành thạo kỹ thuật.
2. Phương tiện: Forcep lấy dị vật, canuyn hầu miệng, canuyn hầu mũi, sonde hút đờm và máy hút đờm
3. Người bệnh: nếu Người bệnh tỉnh cần giải thích rõ thủ thuật
4. Hồ sơ bệnh án: Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh trong trường hợp cần thiết yêu cầu gia đình Người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

5. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: Kiểm tra lại các chức năng sống của Người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Kỹ thuật ngửa đầu/nâng cằm: Người bệnh nằm ngửa.

- Bước 1: Người thực hiện đứng một bên của Người bệnh
- Bước 2: Một tay đặt dưới cằm và nâng cằm lên trên, tay còn lại đặt trên trán, ép xuống dưới và về phía thân

- Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có

3.2. Kỹ thuật ấn giữ hàm

- Bước 1: Người thực hiện đứng phía đầu Người bệnh
- Bước 2: Ngón tay trỏ và ngón giữa của hai tay móc vào góc hàm, ngón cái tì vào cằm. Dùng lực của cẳng tay kéo cằm Người bệnh lên trên và về phía đầu.

- Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có

3.3. Kỹ thuật Heimlich: khi người bệnh tỉnh và hợp tác

- Bước 1: Người thực hiện đứng phía sau người bệnh
- Bước 2: Một bàn tay nắm lại, tay còn lại cầm cổ tay của tay nắm. Dùng lực kéo của cánh tay giật mạnh và dứt khoát đồng thời với thì thở ra của Người bệnh.

- Bước 3: Kiểm tra đường thở và dị vật đã bật ra ngoài chưa

3.4. Kỹ thuật Heimlich: khi người bệnh bất tỉnh

- Bước 1: Người thực hiện ngồi lên đùi người bệnh
- Bước 2: Một bàn tay nắm lại, tay còn lại đan chéo với bàn tay nắm. Cùi tay đặt trên vùng thượng vị của Người bệnh. Dùng trọng lực của nửa thân mình, đẩy thẳng cánh tay với cẳng tay với động tác mạnh và dứt khoát đồng thời với thì thở ra của Người bệnh

- Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có.

3.5. Kỹ thuật lấy bỏ dị vật bằng tay

- Bước 1: Người thực hiện đứng 1 bên của người bệnh

- Bước 2: Mở miệng người bệnh. Ngón tay cái của một tay móc vào hàm dưới và đẩy xuống dưới. Ngón tay trỏ của tay còn lại móc vào khoang miệng để lấy dị vật

- Bước 3: Kiểm tra đường thở

3.6. Kỹ thuật vỗ lưng/ép ngực cho trẻ nhỏ

+ Tư thế nằm sấp:

- Bước 1: Người thực hiện đặt trẻ úp lên mặt trong của một cẳng tay, bàn tay giữ cho cổ thẳng

- Bước 2: Đưa đầu trẻ thấp và hướng mặt trẻ xuống dưới. Người thực hiện dùng tay còn lại vỗ nhẹ nhưng dứt khoát vào vùng lưng trẻ

- Bước 3: Lật ngửa trẻ để kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật

+ Tư thế nằm ngửa:

- Bước 1: Người thực hiện đặt trẻ nằm ngửa lên mặt trong của một cẳng tay, bàn tay giữ cho cổ thẳng

- Bước 2: Đưa đầu trẻ thấp. Người thực hiện dùng ngón trỏ và ngón giữa của tay còn lại ép nhẹ nhưng dứt khoát vào vùng thượng vị của trẻ

- Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật

3.7. Kỹ thuật đặt canuyn hầu miệng

- Bước 1: Đặt Người bệnh nằm ngửa. Người thực hiện đứng bên phải của Người bệnh

- Bước 2: Mở miệng Người bệnh. Đưa đầu trong canuyn vào giữa hai hàm răng, để phần cong của canuyn hướng lên trên. Tiếp tục đẩy vào trong cho đến khi có cảm giác vướng thì từ từ xoay ngược lại để đầu trong đi theo chiều cong giải phẫu của màn hầu. Đẩy vào đến khi đầu ngoài vào sát cung răng

- Bước 3: Kiểm tra đường thở

3.8. Kỹ thuật đặt canuyn hầu mũi

- Bước 1: Đặt Người bệnh nằm ngửa đầu ngửa tối đa. Có thể kê một gối mềm dưới cổ. Người thực hiện đứng bên phải của Người bệnh

- Bước 2: Bôi trơn phía ngoài của canuyn bằng dầu parafin. Luồn canuyn vào một bên mũi và đẩy từ từ đến khi đầu ngoài vào sát cánh mũi

- Bước 3: Kiểm tra đường thở

6. Theo dõi

- Theo dõi các dấu hiệu chức năng sống của người bệnh
- Theo dõi tình trạng đường thở. Một kỹ thuật hiệu quả khi người bệnh dễ chịu hơn. Hết các triệu chứng của tắc nghẽn.

7. Tai biến

Ít tai biến nếu tiến hành đúng kỹ thuật

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

Câu 1: Tư thế của người bệnh trong kỹ thuật khai thông đường thở bằng phương pháp ngửa đầu / nâng cằm:

- A. Tư thế nằm ngửa
- B. Tư thế nằm nghiêng
- C. Tư thế nằm sấp

Câu 2: Trong kỹ thuật khai thông đường thở bằng phương pháp ngửa đầu / nâng cằm:

- A. Người thực hiện đứng một bên của người bệnh.
- B. Người thực hiện đứng phía trên đầu người bệnh
- C. Người thực hiện ngồi lên đùi của người bệnh.
- D. Người thực hiện đứng phía sau người bệnh.

Câu 3: Trong kỹ thuật khai thông đường thở bằng kỹ thuật Heimlich: khi người bệnh bất tỉnh

- A. Người thực hiện đứng một bên của người bệnh.
- B. Người thực hiện đứng phía trên đầu người bệnh
- C. Người thực hiện ngồi lên đùi của người bệnh.
- D. Người thực hiện đứng phía sau người bệnh

Câu 4: Trong kỹ thuật khai thông đường thở bằng kỹ thuật Heimlich: khi người bệnh tỉnh táo

- A. Người thực hiện đứng một bên của người bệnh.
- B. Người thực hiện đứng phía trên đầu người bệnh
- C. Người thực hiện ngồi lên đùi của người bệnh.
- D. Người thực hiện đứng phía sau người bệnh

Câu 5: Trong kỹ thuật vỗ lưng/ép ngực cho trẻ nhỏ tư thế nằm ngửa:

A. Để đầu trẻ thấp và hướng mặt trẻ xuống dưới. Người thực hiện dùng tay còn lại vỗ nhẹ nhưng dứt khoát vào vùng lưng trẻ.

B. Để đầu trẻ thấp và hướng mặt trẻ xuống dưới. Người thực hiện dùng ngón trỏ và ngón giữa của tay còn lại ép nhẹ nhưng dứt khoát vào vùng thượng vị của trẻ.

C. Bế trẻ lên vai và vỗ vào lưng của trẻ.

BÀI 6: QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH

MỤC TIÊU

1. *Trình bày chỉ định, chống chỉ định của kỹ thuật thở oxy qua gọng kính cho người bệnh.*
2. *Các bước tiến hành kỹ thuật thở oxy qua gọng kính cho người bệnh*

NỘI DUNG

1. Đại cương

Thở oxy là một thủ thuật thường được thực hiện cho Người bệnh đặc biệt Người bệnh ở phòng cấp cứu. Mục đích cung cấp lượng khí thở vào có hàm lượng oxy cao hơn so với khí phòng (FiO_2).

Thở oxy qua gọng kính là thủ thuật đơn giản, thường được lựa chọn ban đầu cho các Người bệnh cần thở oxy. Thủ thuật này thường được thực hiện bởi điều dưỡng

2. Dụng cụ thở oxy

- Oxy gọng kính là dụng cụ tương đối đơn giản, được gài ở môi trên của Người bệnh, có hai châu hơi cong được đặt vào hai lỗ mũi (hình 1).

- Lưu lượng oxy từ 1-6 lít/phút

- FiO_2 sẽ thay đổi phụ thuộc vào tần số thở và V_t của Người bệnh. Fio_2 được tính gần đúng bằng quy tắc số 4. Coi nồng độ Oxy khí trời là 20% cứ cho Người bệnh thở thêm 1l/phút thì FiO_2 tăng thêm 4%.

- FiO_2 đạt được 24% - 44%

3. Chỉ định

Thở oxy qua gọng kính thường là thủ thuật được lựa chọn ban đầu cho các Người bệnh có chỉ định thở oxy bao gồm:

1. Giảm oxy hóa máu mức độ nhẹ / trung bình $PaO_2 < 60\text{mmHg}$, $SaO_2 < 90\%$ (thở oxy phòng)
2. Tăng công hô hấp
3. Tăng công cơ tim
4. Tăng áp động mạch phổi

4. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

Chống chỉ định tương đối:

- Hẹp hoặc tắc mũi do chất nhầy
- Polype trong mũi.

5. Chuẩn bị

1. Người thực hiện thủ thuật : Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Oxy gọng kính
- Bình làm ẩm nối với hệ thống oxy trung tâm

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật. Động viên Người bệnh hợp tác thở.

- Đảm bảo đường thở thông thoáng

4. Hồ sơ bệnh án

6. Các bước tiến hành

- Bật oxy nguồn xem có hoạt động không.
- Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước
- Điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp với từng người bệnh (đảm bảo oxy hóa máu), thường đặt 1 - 6 lít/phút
- Nối hệ thống dây oxy gọng kính vào Người bệnh.

7. Theo dõi

1. Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu
 - Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh.
 - Khí máu: các chỉ số PaO_2 , SpO_2 , $PaCO_2$
2. Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy.
3. Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

8. Biến chứng

Thường không có biến chứng gì nghiêm trọng. Có thể gặp:

1. Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở NB COPD
2. Khô niêm mạc đường thở

3. Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Lưu lượng oxy trong thở oxy gọng kính:

- A. Lưu lượng oxy từ 1-6 lít/phút
- B. Lưu lượng oxy từ 2-3 lít/phút
- C. Lưu lượng oxy từ 4-5 lít/phút
- D. Lưu lượng oxy từ 6-8 lít/phút

Câu 2: Khi cho người bệnh thở oxy gọng kính cần chú ý:

- A. Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước
- B. Lưu lượng oxy từ 6-8 lít/phút
- C. Trước khi tiến hành thủ thuật không cần kiểm tra xem nguồn oxy có hoạt động không.

Câu 3: Biến chứng của thở oxy gọng kính:

- A. Khô niêm mạc đường thở
- B. Suy hô hấp
- C. Viêm mũi dị ứng.

Câu 4: Trước khi cho người bệnh thở oxy gọng kính cần :

- A. Người bệnh nằm đầu thấp
- B. Người bệnh nằm đầu bằng
- C. Đảm bảo đường thở thông thoáng

Điền vào chỗ trống

Câu 5: Đánh giá đáp ứng của người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu:

- Lâm sàng:
- Khí máu: các chỉ số PaO₂, SaO₂, Pa CO₂.....

Đáp án:

Câu 1: A

Câu 4: C

Câu 2: A

Câu 3: A

Câu 5: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh.

BÀI 7: QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA MẶT NẠ CÓ TÚI

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày các dụng cụ thở oxy qua mặt nạ có túi*
- 2. Trình bày chỉ định, chống chỉ định của kỹ thuật thở oxy qua mặt nạ có túi*
- 3. Các bước tiến hành kỹ thuật thở oxy qua mặt nạ có túi*

NỘI DUNG

1. Đại cương

Thở oxy qua mặt nạ có túi là thủ thuật giúp cung cấp lượng khí thở vào có hàm lượng oxy cao có thể lên tới 100%.

2. Dụng cụ thở oxy

Mặt nạ hít lại một phần và mặt nạ không hít lại

1. Mặt nạ hít lại một phần : mặt nạ nối thẳng với túi

- Lưu lượng oxy thông thường 6-10 l/phút - FiO₂ đạt được 50% - 70%

2. Mặt nạ không hít lại

- Mặt nạ có thêm các van một chiều ở cổng thở ra (một hoặc hai bên), và giữa mặt nạ và túi khí.

- Lưu lượng oxy thường 6-10 lít/phút - FiO₂ đạt được 70% - 100%

3. Chỉ định

Thở oxy qua mặt nạ có túi thường được áp dụng cho các NB đã được dùng các phương thức thở oxy khác thất bại

4. Chống chỉ định

1. Không có chống chỉ định tuyệt đối.

2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)

- Người bệnh nôn nhiều: nguy cơ sặc vào phổi gây viêm phổi.

5. Chuẩn bị

1. Người thực hiện: Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Mặt nạ hít lại một phần

- Mặt nạ không hít lại
- Bình làm ẩm nối với hệ thống oxy trung tâm

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật.
- Động viên NB hợp tác thở.
- Đảm bảo đường thở thông thoáng

4. Hồ sơ bệnh án

6. Các bước tiến hành

1. Chọn mặt nạ phù hợp với người bệnh
2. Bật oxy nguồn xem có hoạt động không
3. Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước
4. Điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp với từng người bệnh (đảm bảo oxy hóa máu), thường đặt 6 – 10 lít/phút.
5. Điều chỉnh lưu lượng oxy sao cho túi không bị xẹp khi người bệnh hít vào
6. Điều chỉnh mặt nạ đảm bảo khít với mũi, miệng người bệnh.

7. Theo dõi

1. Đánh giá đáp ứng của người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu
2. Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh
3. Khí máu: các chỉ số PaO₂, SaO₂, Pa CO₂.....
4. Đánh giá sự dung nạp của người bệnh với dụng cụ thở oxy, đảm bảo sự dễ chịu của người bệnh với mặt nạ.
5. Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

8. Biến chứng

Thường liên quan đến nồng độ oxy cao khi thở bằng mặt nạ có túi

1. Viêm phổi do sặc: khi người bệnh nôn có thể hít phải chất nôn gây viêm phổi.
2. Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở NB COPD
3. Xẹp phổi: khi thở oxy ở nồng độ cao (thường > 60%), khí nitơ trong phế nang sẽ bị đuổi ra hết và có thể gây xẹp phế nang (xẹp phổi).

4. Khô niêm mạc đường thở
5. Ngộ độc ôxy.
6. Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Lưu lượng oxy trong thở oxy qua mặt nạ có túi:

- A. Lưu lượng oxy từ 1-6 lít/phút
- B. Lưu lượng oxy từ 2-3 lít/phút
- C. Lưu lượng oxy từ 4-5 lít/phút
- D. Lưu lượng oxy từ 6-10 lít/phút

Câu 2: Khi cho người bệnh thở oxy qua mặt nạ túi cần chú ý:

- A. Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước
- B. Lưu lượng oxy từ 6-8 lít/phút
- C. Trước khi tiến hành thủ thuật không cần kiểm tra xem nguồn oxy có hoạt động không.

Câu 3: Biến chứng của thở oxy qua mặt nạ túi:

- A. Xẹp phổi
- B. Suy hô hấp
- C. Viêm mũi dị ứng.
- D. Đau đầu.

Điền vào chỗ trống

Câu 4: Biến chứng của thở oxy qua mặt nạ có túi:

Xẹp phổi: khi thởkhí nitơ trong phế nang sẽ bị đuổi ra hết và có thể gây xẹp phế nang (xẹp phổi).

Câu 5: Điều chỉnh lưu lượng oxy sao chokhi người bệnh hít vào.

Đáp án:

Câu 1: A

Câu 4: oxy ở nồng độ cao (thường > 60%),

Câu 2: A

Câu 5: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh.

Câu 3: A

BÀI 8: KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU

MỤC TIÊU

1. *Trình bày chỉ định và chống chỉ định kỹ thuật đặt ống thông dạ dày ở người bệnh hồi sức cấp cứu*
2. *Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành kỹ thuật đặt ống thông dạ dày ở người bệnh hồi sức cấp cứu*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đưa ống thông dạ dày qua mũi hoặc miệng vào dạ dày để truyền hoặc bơm thức ăn cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nặng không thể tự nhai nuốt được.
- Người bệnh có đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.
- Người bệnh ăn bằng miệng có nguy cơ suy hô hấp, ngạt.
- Trước, sau một số phẫu thuật đường tiêu hóa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u thực quản hoặc tâm vị gây tắc thức quản.
- Đang loét cấp tiến triển thực quản do các chất ăn mòn hoặc vết thương thủng, áp xe thực quản, dò thực quản khí quản hoặc dò vào trung thất.
- Dị vật thực quản chưa kiểm soát được

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** bác sỹ chuyên khoa I, điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu

2. Người bệnh

2.1 Vật tư tiêu hao

- Ống thông dạ dày kích cỡ phù hợp : 01 cái
- Dầu Parafin

- Găng sạch : 01 đôi
- Găng vô khuẩn : 01 đôi
- Gạc vô khuẩn
- Bơm tiêm 50ml : 01 cái
- Chậu đựng chất nôn
- Ống nghe
- Panh
- Kéo
- Ống cắm panh
- Giấy thử pH (nếu cần)
- Băng giấy
- Băng dính
- Natrichlorua 0,9% chai 250 ml
- Tăm bông
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp

2.2. Dụng cụ cấp cứu: Bóng Ambu, mặt nạ bóp bóng.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh biết về việc sắp làm.
- Đặt người bệnh tư thế Fowler hoặc nghiêng trái.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc

V. TIẾN HÀNH

1. Ước lượng chiều dài của ống thông

- Đo chiều dài ống thông từ đầu mũi tới dải tai đến mũi ức hoặc từ khóe miệng đến dải tai và đánh dấu.

- Mục đích: xác định chiều dài đoạn ống được đưa vào dạ dày.

2. Kiểm tra lỗ mũi.

- Bịt một bên lỗ mũi, kiểm tra bằng thở qua mũi.

- Chọn bên lỗ mũi khí lưu thông tốt.

- Mục đích: giúp đặt dễ dàng hơn và NB dung nạp với ống tốt hơn.

3. Tiến hành

- Rửa tay.

- Đeo găng tay vô trùng.

- Nhúng đầu ống thông dạ dày khoảng 6-10 cm vào dung dịch bôi trơn.

- Đưa ống thông vào bên lỗ mũi đã lựa chọn.

- Hướng phần cong của ống xuống dưới, đưa ống vào dọc theo nền mũi.

- Ống thông vào tới thành sau mũi hầu, gập cổ người bệnh về phía trước.

- Đề nghị người bệnh nuốt một chút nước (nếu có thể), ống thông dễ dàng xuống.

- Tiếp tục đưa ống vào cho tới vị trí được đánh dấu.

- Kiểm tra vị trí ống thông vào dạ dày: 1 trong hai cách sau

+ Dùng xilanh 50 ml hút thử, có dịch dạ dày ra là ống thông đã vào dạ dày.

+ Bơm 15 – 20 ml khí vào dạ dày, dùng ống nghe nghe vùng thượng vị, có tiếng ùng ục, ống đã vào tới dạ dày.

- Cố định ống thông: dùng băng dính cố định ống thông vào mũi hoặc má.

- Có thể tiến hành rửa dạ dày, cho ăn, dẫn lưu dạ dày qua ống thông hoặc kẹp đầu ống thông tránh dịch trong dạ dày chảy ra.

- Kiểm tra vị trí ống thông thường xuyên trước khi: cho uống thuốc qua ống thông, rửa dạ dày, cho ăn ...

- Rửa ống thông thường xuyên sau mỗi lần cho ăn bằng nước uống (10– 20 ml)

- Rửa tay theo quy trình bằng xà phòng sát khuẩn.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi dịch qua ống thông mỗi giờ hoặc theo chỉ định, tính cân bằng dịch vào - ra.

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong và sau khi tiến hành kỹ thuật.

- Theo dõi vị trí, tình trạng ống thông hàng ngày, đặt ngày thứ mấy?

- Theo dõi những khó chịu của người bệnh: chảy máu, xâm nhập đường thở, loạn nhịp tim, đau tức thượng vị...

- Theo dõi các tai biến và biến chứng của kỹ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Ống thông vào khí, phế quản, chưa vào tới dạ dày, cuộn trong miệng.

- Chảy máu trong hoặc sau khi đặt: động tác thô bạo, tổn thương niêm mạc mũi, giãn tĩnh mạch thực quản.

- Nhịp tim chậm trong khi đặt ống thông dạ dày.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

Câu 1: Chống chỉ định của đặt sonde dạ dày:

A. Khối u thực quản hoặc tâm vị gây tắc thức quản.

B. Người bệnh chuẩn bị phẫu thuật tiêu hóa

C. Người bệnh tắc ruột

Câu 2: Tư thế của người bệnh khi đặt sonde dạ dày:

A. Đặt người bệnh tư thế Fowler hoặc nghiêng trái

B. Người bệnh nằm đầu bằng

C. Người bệnh nằm đầu thấp

Chọn ý đúng:

Câu 3: Kiểm tra vị trí ống thông vào dạ dày:

A. Dùng xilanh 50 ml hút thử, có dịch dạ dày ra là ống thông đã vào dạ dày.

B. Bơm 15 – 20 ml khí vào dạ dày, dùng ống nghe nghe vùng thượng vị, có tiếng ùng ục, ống đã vào tới dạ dày.

C. Bơm 50ml khí vào xem có nặng tay không.

Điền vào chỗ trống:

Câu 4: Theo dõi và sau khi tiến hành kỹ thuật.

Câu 5: Kiểm tra vị trí ống thông thường xuyên trước khi:

.....

Đáp án:

Câu 1: A Câu 3: A

Câu 2: A Câu 4: dấu hiệu sinh tồn trong

Câu 5: cho uống thuốc qua ống thông, rửa dạ dày, cho ăn ...

BÀI 9: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG BÀNG QUANG DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được định nghĩa về đặt thông tiểu.*
- 2. Các trường hợp chỉ định và chống chỉ định đặt thông tiểu.*
- 3. Các bước quy trình đặt thông tiểu.*

NỘI DUNG

I. Đại cương

- Đặt thông tiểu là phương pháp đưa ống thông qua đường niệu đạo vào bàng quang lấy nước tiểu ra ngoài nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.
- Làm giảm sự khó chịu và căng quá mức do ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
- Đo lường khối lượng và tính chất nước tiểu lưu trú trong bàng quang.
- Lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm.
- Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như trước và sau phẫu thuật
- Theo dõi lượng nước tiểu liên tục ở người bệnh nặng nằm tại các khoa Hồi sức tích cực: suy thận cấp, sốc, ngộ độc, bỏng nặng...

II. Chỉ định

- Trường hợp Người bệnh bí tiểu do nhiều nguyên nhân (bệnh lý liệt cơ vòng cổ bàng quang, do dùng thuốc an thần, dẫn cơ..)
- Rối loạn tiểu kéo dài: tiểu không tự chủ
- Vết thương loét, nhiễm trùng nặng vùng hậu môn trực tràng, âm đạo.
- Trước và sau các phẫu thuật.
- Lấy nước tiểu làm xét nghiệm giúp chẩn đoán và điều trị.
- Theo dõi số lượng nước tiểu trong các trường hợp sốc, suy thận cấp, người bệnh dùng an thần giãn cơ

III. Chống chỉ định

Chấn thương niệu đạo như dập, rách, đứt niệu đạo, nhiễm khuẩn niệu đạo mủ.

U xơ tiền liệt tuyến gây bí tiểu hoàn toàn

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện: Bác sỹ, điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.

- Rửa tay bằng dung dịch cồn sát khuẩn tay nhanh
- Đội mũ, đeo khẩu trang.
- Đi găng sạch để vệ sinh, làm sạch lông bộ sinh dục, kê bô dẹt, vệ sinh nước

xà phòng bộ phận sinh dục cho người bệnh.

- Rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Ống thông bàng quang kích cỡ phù hợp : 01 cái
- Găng sạch : 01 đôi
- Găng vô khuẩn : 01 cái
- Khay quả đậu vô khuẩn
- Panh vô khuẩn
- Ống cắm panh
- Khay quả đậu sạch
- Bát kê
- Panh
- Kéo
- Xăng có lỗ : 01 cái
- Túi dẫn lưu nước tiểu : 01 cái
- Gạc củ ấu vô khuẩn
- Gạc miếng vô khuẩn
- Natriclorua 0,9%
- Dung dịch sát khuẩn iode (Povidin) 10%

- Bơm tiêm 20ml : 01 cái
- Dầu parafin
- Xà phòng diệt khuẩn
- Lưỡi dao cạo
- Bình phong
- Ống xét nghiệm (nếu cần)
- Bô dẹt
- Tấm nilon 40 x 60 cm
- Mũ : 02 cái
- Khẩu trang : 02 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn tay
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp

2.2. Dụng cụ cấp cứu

Bộ dụng cụ chống sốc.

3. Người bệnh

- Thông báo giải thích cho người bệnh và gia đình về mục đích của việc đặt ống thông bàng quang và yêu cầu sự hợp tác của gia đình người bệnh.

- Che bình phong
- Người bệnh nằm ngửa, cởi quần, bộc lộ vùng lỗ niệu đạo, đắp ga.
- Trải nilon dưới mông, được vệ sinh bộ phận sinh dục (như trên)

V. Các bước tiến hành

1. Kiểm tra dụng cụ, đưa tới giường bệnh

- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang.
- Đưa dụng cụ đến giường để ở nơi thuận tiện.
- Mở bộ dụng cụ, đổ dung dịch sát khuẩn iode 10% vào bát kê
- Tư thế và người bệnh đã được chuẩn bị sẵn, mở ga đắp để lộ bộ phận sinh dục.

2. Sát khuẩn vệ sinh vùng sinh dục niệu đạo

- Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh, đi găng sạch.
- Dùng kim kẹp gạc củ ấu sát khuẩn bộ phận sinh dục và lỗ tiểu từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài cho đến khi sạch bằng dung dịch Povidin.

- Điều dưỡng tháo bỏ găng sạch, sát khuẩn tay bằng cồn rửa tay nhanh

3. Đặt ống thông tiểu vô trùng

- Đi găng vô trùng
- Trải sẵn có lỗ.
- Lấy bơm tiêm 20 ml hút nước muối 0,9%
- Đặt khay quả đậu đã hấp tiệt khuẩn vào giữa 2 đùi người bệnh để đựng nước tiểu.

- Nối ống thông tiểu với túi dẫn lưu.
- Bôi paraffin vào đầu ống thông tiểu 5-6cm
- Một tay trái bộc lộ lỗ niệu đạo
- Sát trùng lại lỗ niệu đạo bằng Povidin 10%.
- Tay phải cầm ống thông và nhẹ nhàng đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang:

+ Đối với người bệnh nam: Tay phải cầm ống thông, tay trái nâng dương vật thẳng góc với thành bụng, đưa vào lỗ niệu đạo khoảng 10 cm, thấy vướng hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục đưa vào khoảng 10-15 cm thấy nước tiểu ra đầy sâu thêm khoảng 3-5cm.

+ Đối với người bệnh nữ: Tay trái bộc lộ lỗ niệu đạo, tay phải cầm ống thông đưa nhẹ nhàng vào niệu đạo 4-5 cm thấy nước tiểu ra đầy thêm vào 3-5 cm.

- Khi ống thông đã vào sâu trong bàng quang mới được bơm bóng chèn bằng NaCl 0,9% theo thể tích ghi trên ống thông, kéo nhẹ ra đến khi thấy vương.
- Dùng gạc lau khô bộ phận sinh dục và đầu lỗ niệu đạo.
- Bỏ sẵng
- Dùng gạc tẩm Povidin quấn kín vị trí nối giữa ống thông với túi nước tiểu (đối với người bệnh nam quấn thêm gạc tẩm Povidin quanh đầu dương vật).
- Dùng băng dính cố định ống thông vào đùi người bệnh, túi đựng nước tiểu luôn đặt ở vị trí thấp hơn giường của người bệnh
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp, đắp ga, mặc lại quần áo cho người bệnh (nếu cần), ghi ngày đặt thông.
- Ghi bảng theo dõi.
- Trường hợp chỉ định rút thông bàng quang ngay: khi nước tiểu ra hết, rút hết nước ở bóng chèn, gấp đuôi ống thông và vừa rút ra vừa cuộn gọn bỏ vào khay quả đậu hoặc túi đựng
- Nếu lấy nước tiểu để xét nghiệm: bỏ nước tiểu đầu khi mới chảy ra, lấy nước tiểu giữa dòng.

VI. Theo dõi

1. Trong khi làm thủ thuật

- Khi đưa ống thông vào niệu đạo thấy vương chú ý không cố đưa vào, báo bác sĩ.
- Chảy máu niệu đạo trong khi làm thủ thuật
- Ống thông không đi vào bàng quang: dừng thủ thuật báo bác sĩ.
- Bàng quang căng quá to không nên tháo ra một lần mà phải tháo ra từ từ tránh gây xuất huyết.
- Thùng bóng chèn, kiểm tra bằng cách kéo ống thông bớt ra tới khi mắc sau bơm bóng

2. Sau tiến hành thủ thuật

- Không nên thông tiểu nhiều lần trong ngày

- Sau 7 ngày đặt thông bàng quang nếu còn chỉ định lưu thông báo bác sĩ để thay ống thông hoặc thay khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn như cặn mủ, chảy máu.

VII. Tai biến và xử trí

1. Tai biến trong khi tiến hành thủ thuật

- Chảy máu, chấn thương niệu đạo bàng quang: dừng thủ thuật, báo bác sĩ, đánh giá tổn thương, theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và cầu bàng quang, tình trạng chảy máu.

2. Tai biến sau khi tiến hành thủ thuật

- Nhiễm khuẩn bệnh viện ngược dòng.
- Tắc ống thông do chảy máu và cục máu đông
- Chấn thương, rách niệu đạo, tổn thương bàng quang.
- Đứt rách đầu bàng quang do Người bệnh giật rách ống thông

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Chống chỉ định của đặt sonde tiểu:

- A. U xơ tiền liệt tuyến gây bí tiểu hoàn toàn
- B. Trước các phẫu thuật
- C. Lấy nước tiểu làm xét nghiệm giúp chẩn đoán và điều trị.

Câu 2: Tai biến sau khi tiến hành thủ thuật đặt thông tiểu:

- A. Chấn thương, rách niệu đạo, tổn thương bàng quang
- B. Suy hô hấp
- C. Liệt ruột

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Khi đưa ống thông vào niệu đạo thấy vương chú ý, báo bác sĩ.

Câu 4: Bàng quang căng quá to không nên mà phải tháo ra từ từ tránh gây xuất huyết.

Câu 5: Khi ống thôngbàng quang mới được bơm bóng chèn bằng NaCl 0,9% theo thể tích ghi trên ống thông, kéo nhẹ ra đến khi thấy vương.

Đáp án:

Câu 1: A Câu 4: tháo ra một lần

Câu 2: A Câu 5: đã vào sâu trong

Câu 3: không cố đưa vào

BÀI 10: KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM TẠI GIƯỜNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày 12 chuyển đạo cơ bản
2. Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành kỹ thuật ghi điện tim tại giường
3. Trình bày cách đọc điện tim cơ bản

NỘI DUNG

I. Đại cương

Điện tim đồ là một đường cong, đồ thị tuần hoàn, ghi lại các biến thiên của các điện lực do tim phát ra trong một hoạt động co bóp.

Điện tim có thể coi là một đồ thị có hoành độ là thời gian và tung độ là điện thế của dòng điện tim.

II. Chỉ định

Tùy theo bệnh cảnh Người bệnh mà chỉ định làm điện tim một chuyển đạo hay 12 chuyển đạo.

III. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định làm điện tim

IV. 12 chuyển đạo cơ bản

- Chuyển đạo mẫu

+ Chuyển đạo D1: điện cực âm ở tay phải, điện cực dương ở tay trái.

+ Chuyển đạo D2: điện cực âm ở tay phải, điện cực dương ở chân trái.

+ Chuyển đạo D3: điện cực âm ở tay trái, điện cực ở chân trái. Chuyển đạo đơn cực các chi

+ Chuyển đạo AVR: điện cực ở cổ tay phải, thu điện thế ở mé phải và đáy tim.

+ Chuyển đạo AVL: điện cực ở cổ tay trái, thu điện thế ở phía thất trái

+ Chuyển đạo AVF: điện cực ở cổ chân trái, chuyển đạo duy nhất nhìn thấy được thành sau dưới đáy tim..

- Chuyển đạo trước tim.

+ V1: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên phải, sát xương ức.

+ V2: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên trái, sát xương ức

+ V3: Cực thăm dò ở điểm giữa đường thẳng nối V2 với V4.

+ V4: Giao điểm của đường thẳng đi qua điểm giữa xương đòn trái và khoang liên sườn 5.

+ V5: cực thăm dò ở giao điểm của đường nách trước bên trái với đường đi ngang qua V4

+ V6: Cực thăm dò ở giao điểm của đường nách giữa và đường ngang qua V4, V5.

V. Chuẩn bị

1. Phương tiện, dụng cụ

- Máy điện tim: Có đủ dây dẫn, dây đất bản cực.

- Kem dẫn điện hoặc nước muối 9‰

- Vải miếng gạc sạch để lau chất dẫn điện, sau khi làm xong.

2. Người bệnh

- Nếu là trẻ nhỏ, không hiểu biết, khó điều khiển: cần cho uống thuốc an thần để Người bệnh nằm yên rồi mới làm.

- Người bệnh tỉnh táo: giải thích kỹ thuật không gây đau, không ảnh hưởng đến cơ thể cần thiết phải làm để giúp cho quá trình điều trị. Người bệnh phải bỏ các vật dụng kim khí trong người ra: đồng hồ, chìa khóa...

- Nghỉ ngơi trước khi ghi điện tim ít nhất 15 phút.

- Để Người bệnh nằm ngửa thoải mái trên giường.

- Nhiệt độ phòng không được quá lạnh.

3. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho người bệnh, gia đình Người bệnh và kí cam kết đồng ý kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

VI. Các bước tiến hành

- Nối dây đất ở máy vào vị trí nào đó: vòi nước, chỗ rửa có phần kim loại tiếp xúc với mặt đất.

- Nối nguồn điện vào máy, bật máy thấy chắc chắn điện đã vào máy Bộc lộ phần cổ tay, cổ chân người bệnh, bôi chất dẫn điện vào các bản cực nối các bản cực vào cổ tay cổ chân (mặt trong cổ tay cổ chân). Lắp các dây chuyển đạo ngoại vi vào các bản cực sao cho dây có màu đỏ nối với bản cực ở cổ tay phải.

- Dây có màu vàng nối với bản cực ở cổ tay trái

- Dây có màu đen nối với bản cực ở cổ chân phải.

- Dây có màu xanh nối với bản cực ở cổ chân trái.

- Bộc lộ phần ngực người bệnh, bôi chất dẫn điện vào các vị trí da nơi gắn điện cực, sau đó gắn với điện cực lên vị trí tương ứng.

- Bảo Người bệnh thở đều, có thể nhắm mắt lại.

- Bật máy, định chuẩn điện thế, thời gian: làm test thời gian và biên độ. Yêu cầu của test là phải vuông góc. Làm test nào thì ghi điện tim theo test đó (thời gian và điện thế).

- Chú ý tốc độ chạy giấy có những tốc độ sau: 10mm/s, 25mm/s, 50mm/s, 100mm/s. Điện tâm đồ bình thường chạy tốc độ 25mm/s. Nếu chạy 10mm/s khoảng cách các phức bộ ngắn. Nếu chạy 50mm/s, 100mm/s: các phức bộ chậm và giãn ra. Ghi các chuyển đạo: mỗi chuyển đạo nên ghi khoảng cách từ 3 đến 5 ô.

Nhưng nếu nhịp tim không đều có thể ghi dài hơn theo yêu cầu. Trong quá trình ghi, kim ghi có thể lên xuống phải điều chỉnh kim sao cho vị trí kim ghi luôn ở giữa giấy.

Ghi xong các chuyển đạo, cho giấy chạy quá vài ô rồi tắt máy.

Tắt máy tháo các điện cực trên cơ thể người bệnh, lau chất dẫn điện trên người Người bệnh và trên các bản cực. Ghi lên đoạn giấy: tên họ người bệnh, tuổi ngày giờ ghi. Ghi tên các chuyển đạo tương ứng lên giấy. Thu dọn máy móc, cắt dán đoạn điện tim vừa ghi vào phiếu theo dõi điện tim.

VII. Cách đọc điện tim cơ bản

1. Điện tâm đồ bình thường

Được biểu diễn trên giấy, chiều dọc biểu thị biên độ (độ cao của sóng) và chiều ngang biểu hiện thời gian.

- Sóng P: ứng với thời gian xung động từ nút xoang ra nhĩ (hiện tượng khử cực của nhĩ) trung bình biểu đồ 1 - 3mm. Thời gian 0,008 giây.

- Khoảng PQ: biểu hiện của cả thời gian khử cực nhĩ với việc truyền xung động từ nhĩ xuống thất, trên điện tâm đồ là bắt đầu từ sóng P đến đầu sóng Q. Trung bình dài từ 0,12 đến 0,18 giây.

- Phức bộ QRS: là hoạt động của 2 thất. Thời gian trung bình là 0,08 giây. Biên độ QRS thay đổi khi cao khi thấp tùy theo tư thế tim.

- Đoạn ST ứng với thời kỳ tâm thất được kích thích đồng nhất, thời kỳ hoàn toàn khử cực của thất.

- Sóng T: ứng với thời kỳ tái cực thất, bình thường dài 0,2 giây.

- Đoạn QT: thời gian tâm thu điện học của thất. Trung bình 0,35 đến 0,40 giây. Đo từ đầu sóng Q đến cuối sóng T.

2. Các sự cố gây nhiễu khi ghi điện tim

- Các sóng nhiễu xuất hiện không có quy luật, hình dạng rất khác nhau, chỉ thêm vào điện tâm đồ mà không thay thế một sóng nào cả. Nguyên do có thể do sức cản của da (da bẩn) hoặc khô chất dẫn điện.

- Nhiều: trên hình ảnh điện tâm đồ thấy các đoạn gấp khúc hay rung động từng chỗ, có thể chênh hần hoặc uốn lượn có các sóng nhỏ lẫn lẫn.

Khi gặp nên xem lại: Người bệnh có cử động nhẹ không (không được cử động), nhịp thở rối loạn Người bệnh run vì rét hoặc sợ (ủ ấm, giải thích hoặc uống thuốc an thần trước khi ghi). Có thể 1 trong các bản cực bị tuột (xem các bản cực).

VIII. Theo dõi

Điều dưỡng nhận định sơ bộ điện tim bất thường hay bình thường. Nếu bất thường báo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

Câu 1: Lắp các dây chuyển đạo ngoại vi vào các bản cực sao cho

- A. Dây có màu đỏ nối với bản cực ở cổ tay phải.
- B. Dây có màu vàng nối với bản cực ở cổ tay phải
- C. Dây có màu đen nối với bản cực ở cổ chân trái.

Câu 2: Dặn dò người bệnh nghỉ ngơi trước khi làm điện tim :

- A. 30 phút
- B. 20 phút
- C. 10 phút
- D. 15 phút.

Câu 3: Lắp các dây chuyển đạo ngoại vi vào các bản cực sao cho

- A. Dây có màu xanh nối với bản cực ở cổ tay phải.
- B. Dây có màu vàng nối với bản cực ở cổ tay phải
- C. Dây có màu xanh nối với bản cực ở cổ chân trái.

Câu 4: Trước khi làm điện tâm đồ cho người bệnh cần

A Dặn người bệnh phải bỏ các vật dụng kim khí trong người ra: đồng hồ, chìa khóa...

- B. Dặn người bệnh nhịn ăn
- C. Dặn người bệnh uống nhiều nước.

Câu 5: Điền vào chỗ trống

Nếu nhịp tim không đều có thểtheo yêu cầu

Đáp án:

- Câu 1: A Câu 4: A
- Câu 2: A Câu 5: làm dài hơn
- Câu 3: C

BÀI 11: KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY

MỤC TIÊU

1. Trình bày đại cương, chỉ định kỹ thuật chăm sóc người bệnh thở máy
2. Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành chăm sóc người bệnh thở máy

NỘI DUNG

I. Đại cương

- Người bệnh thở máy là những Người bệnh cần được hỗ trợ hô hấp hoàn toàn hoặc một phần. Có hai phương pháp thông khí nhân tạo (TKNT):

- + Thở máy xâm nhập: TKNT qua nội khí quản hoặc canun mở khí quản.
- + Thở máy không xâm nhập: TKNT qua mặt nạ mũi hoặc mặt nạ mũi và miệng.

- Người bệnh thở máy thường là nặng, đặc biệt Người bệnh suy hô hấp cấp tiến triển nếu để tuột máy thở có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng.

- Người bệnh nặng này cần có nhiều máy truyền dịch, bơm tiêm điện, ống thông dạ dày...do vậy công việc chăm sóc khó khăn và cần phải có người hỗ trợ.

- Các kỹ thuật chăm sóc Người bệnh thở máy bao gồm:

- + Chăm sóc nội khí quản hoặc mở khí quản.
- + Chăm sóc mặt nạ thở máy.
- + Chăm sóc máy thở.
- + Phát hiện các biến chứng của thở máy

II. Chỉ định

- Người bệnh thở máy xâm nhập
- Người bệnh thở máy không xâm nhập

III. Chống chỉ định

Không có chống chỉ định

VI. Chuẩn bị

1. **Người thực hiện** : bác sỹ và điều dưỡng được đào tạo chuyên khoa về hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1 Vật tư tiêu hao

- Găng sạch
- Gạc củ ấu vô khuẩn
- Gạc miếng vô khuẩn
- Bơm tiêm 10ml
- Bơm tiêm 20ml
- Kim lấy thuốc
- Dây truyền
- Ống hút đờm kích cỡ phù hợp
- Khay quả đậu vô khuẩn
- Panh vô khuẩn
- Kẹp phẫu tích
- Bát kền 198
- Kéo vô khuẩn
- Ống cầm panh
- Mũ
- Khẩu trang
- Nước cất máy thở
- Natriclorua 0,9%
- Povidin 10%
- Máy theo dõi (khẩu hao 5 năm)
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp
- Ống nghe
- Máy hút áp lực âm
- Dây hút silicon

- Bình làm ẩm máy thở
- Máy thở
- Dây máy thở dùng 1 lần
- Ống nối ruột gà
- Phin lọc máy thở
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Dung dịch vệ sinh bề mặt

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, mặt nạ bóp bóng.
- Bộ dụng cụ đặt nội khí quản, mở khí quản cấp cứu.
- Bộ xe cấp cứu đầy đủ các phương tiện cấp cứu ngừng tuần hoàn tại giường.

3. Người bệnh

- Đặt Người bệnh tư thế thích hợp, đối với các Người bệnh huyết động ổn định phải đặt Người bệnh tư thế đầu cao 30 độ, Người bệnh đang trong tình trạng sốc phải để đầu thấp.

V. Các bước tiến hành

1. Chăm sóc ống nội khí quản hoặc mở khí quản

1.1. Mục tiêu

- Nội khí quản hoặc mở khí quản phải thông thoáng
- Đảm bảo vị trí nội khí quản hoặc mở khí quản ở đúng vị trí.
- Tránh nhiễm khuẩn

1.2. Thực hiện các kỹ thuật

- Làm thông thoáng đường hô hấp bằng kỹ thuật vỗ dung, kỹ thuật hút đờm (xem quy trình kỹ thuật vỗ rung chăm sóc hô hấp).

- Thực hiện kỹ thuật thay băng ống mở khí quản, mở khí quản đúng quy trình đảm bảo đúng vị trí sạch tránh nhiễm khuẩn.

- Kiểm tra áp lực bóng chèn (cuff) của nội khí quản, mở khí quản (xem bài chăm sóc nội khí quản, mở khí quản).

2. Chăm sóc Người bệnh thở không xâm nhập qua mặt nạ mũi miệng

- Kích cỡ mặt nạ phải vừa với mặt Người bệnh.
- Khi cố định mặt nạ không được chặt quá dễ gây loét chỗ tì đè (sống mũi) hoặc lỏng quá gây dò khí ra ngoài làm giảm áp lực đường thở.
- Cố định mặt nạ: phía trên vòng qua đầu ở trên tai, phía dưới vòng qua sau gáy.
- Có thể bỏ máy khi Người bệnh ho khạc đờm.
- Bỏ máy thở không xâm nhập khi Người bệnh ăn, uống nước (nếu không sẽ gây sặc thức ăn, nước vào phổi), hoặc ăn và uống qua ống thông dạ dày.
- Phải giải thích để Người bệnh hợp tác, và những tác dụng không mong muốn (chướng bụng, cảm giác ngạt thở...).

3. Chăm sóc theo dõi hoạt động máy thở

3.1. Các nguồn cung cấp cho máy thở

- Nguồn điện: luôn luôn được cắm vào hệ thống điện lưới. Khi có điện, đèn báo AC sẽ sáng lên. Có tác dụng vừa chạy máy thở, vừa nạp điện cho ắc quy của máy để phòng khi mất điện lưới máy sẽ tự động chuyển sang chạy điện ắc quy (thời gian chạy điện ắc quy kéo dài tùy theo từng loại máy thở).
- Nguồn oxy: được nối với hệ thống cung cấp oxy, khi bật máy sẽ không có báo động áp lực oxy (O2 Pressure)
- Nguồn khí nén: được nối với hệ thống cung cấp khí nén, khi bật máy sẽ không có báo động áp lực khí nén (compressor).

3.2. Hệ thống ống dẫn khí

- Các ống dẫn khí vào Người bệnh và từ Người bệnh ra luôn phải để thấp hơn nội khí quản (mở khí quản) để tránh nước đọng ở thành ống vào nội khí quản (mở khí quản) gây sặc phổi.
- Thay đoạn ống dẫn khí (dây máy thở, dây chữ T) khi nhiều đờm hoặc máu của Người bệnh trong ống dẫn khí.

- Trên đường ống dẫn khí vào và ra luôn phải có bể nước (nước đọng ở thành ống sẽ chảy vào bể nước này, vì vậy bể nước được để ở vị trí thấp nhất). Chú ý phải đổ nước đọng ở trong cốc bể nước, nếu để đầy sẽ gây ra cản trở đường thở và có nguy cơ nước chảy vào phổi Người bệnh nếu nâng đường ống thở lên cao hơn nội khí quản (mở khí quản)

3.3. Hệ thống làm ẩm đường dẫn khí

- Hệ thống này nằm ở đường thở vào, trước khi khí được đưa vào Người bệnh.

-Bình làm ẩm xử dụng nước cất, phải đảm bảo cho mực nước trong bình luôn luôn ở trong giới hạn cho phép.

-Bình đốt của hệ thống làm ẩm: 30 - 370C. Có tác dụng làm tăng độ ẩm khí thở vào, vì vậy tránh được hiện tượng khô đờm gây tắc.

-Nhiệt độ đốt càng cao thì tốc độ bay hơi của nước trong bình làm ẩm càng nhanh, do vậy phải thường xuyên đổ thêm nước vào bình làm ẩm. Với nhiệt độ 35 0C hết 2000ml/ngày.

-Một số máy thở có thêm hệ thống dây đốt nằm trong đường ống thở vào và bình đốt của hệ thống làm ẩm. Do vậy dây dùng cho máy thở loại này cũng phải có tác dụng chịu nhiệt.

3.4. Theo dõi các thông số trên máy thở, hệ thống báo động của máy thở

VI. Theo dõi người bệnh

- Nhịp tim
- Huyết áp
- SpO2
- Nhiệt độ
- Khí máu động mạch
- Tính chất đờm: nhiều, đục (có tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp)
- Dịch dạ dày.
- Nước tiểu (màu sắc, số lượng).
- Các dẫn lưu khác: dẫn lưu màng phổi, màng tim, não thất....

VII. Biện chứng, xử trí

1. Để tránh trào ngược dịch dạ dày, dịch hầu họng vào phổi

- Kiểm tra áp lực bóng chèn hàng ngày
- Để Người bệnh nằm đầu cao 300 (nếu không có chống chỉ định)
- Cho Người bệnh ăn nhỏ giọt dạ dày, không quá 300 ml/bữa ăn. (theo quy trình cho ăn qua ống thông dạ dày)
- Khi có trào ngược dịch vào phổi: dẫn lưu tư thế hoặc soi hút phế quản bằng ống soi mềm.

2. Tràn khí màng phổi

- Biểu hiện: Người bệnh tím, SpO₂ giảm nhanh, mạch chậm, lồng ngực bên tràn khí căng, gõ vang, tràn khí dưới da...
- Phải tiến hành dẫn lưu khí ngay, nếu không mở thông phổi kịp thời sẽ làm cho áp lực trong lồng ngực tăng lên rất nhanh dẫn đến suy hô hấp và ép tim cấp, Người bệnh nhanh chóng dẫn đến tử vong.
- Tiến hành mở màng phổi tối thiểu cấp cứu với ống dẫn lưu đủ lớn
- Nối với máy hút liên tục với áp lực 15 - 20cm H₂O.
- Phải kiểm tra ống dẫn lưu hàng ngày phát hiện ống có bị gập hay tắc không.
- Hệ thống máy hút phải đảm bảo đủ kín, hoạt động tốt, nước trong bình dẫn lưu từ Người bệnh ra phải được phải được theo dõi sát và đổ hàng ngày. Nước trong bình để phát hiện có khí ra phải luôn luôn sạch
- Để ống dẫn lưu đến khi hết khí, và sau 24 giờ thì kẹp lại rồi chụp XQ phổi kiểm tra, nếu đạt yêu cầu phổi nở hết -> rút ống dẫn lưu ra.

3. Viêm phổi liên quan đến thở máy

- Biểu hiện: đờm đục, nhiều nổi xuất hiện; nhịp tim nhanh; sốt hoặc hạ nhiệt độ; bạch cầu tăng; Xquang phổi có hình ảnh tổn thương mới.
- Xét nghiệm dịch phế quản (soi tươi, cấy): để xác định vi khuẩn gây bệnh. Cấy máu khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn huyết.
- Đánh giá lại các quá trình hút đờm, vệ sinh hệ thống dây, máy thở xem có đảm bảo vô khuẩn không.

- Dùng kháng sinh mạnh phổ rộng, kết hợp kháng sinh theo protocol.

4. Dự phòng loét tiêu hoá: dùng thuốc giảm tiết dịch dạ dày: ức chế bơm proton, thuốc bọc dạ dày..

5. Dự phòng và chăm sóc vết loét do tỳ đè

- Thay đổi tư thế 3 giờ/lần: thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái (nếu không có chống chỉ định) để tránh tỳ đè một chỗ lâu ngày. Ngoài tác dụng chống loét, còn có tác dụng dự phòng xẹp phổi.

- Nếu tiên lượng Người bệnh nằm lâu dài: cho Người bệnh nằm đệm nước, đệm hơi có thay đổi vị trí bơm hơi tự động.

- Khi có biểu hiện đỏ da chỗ tỳ đè: dùng synaren xoa lên chỗ tỳ đè

- Khi đã có loét: vệ sinh, cắt lọc và thay băng vết loét hàng ngày.

6. Dự phòng tắc mạch sâu do nằm lâu

- Thay đổi tư thế, tập vận động thụ động cho Người bệnh: tránh ứ trệ tuần hoàn.

- Kiểm tra mạch một cách hệ thống: phát hiện có tắc mạch hay không, tắc tĩnh mạch hay động mạch

- Dùng thuốc chống đông: Heparin có trọng lượng phân tử thấp: Lovenox, Fraxiparin...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng

Câu 1: Chăm sóc người bệnh thở không xâm nhập qua mặt nạ mũi miệng cần chú ý:

- A. Kích cỡ mặt nạ phải vừa với mặt người bệnh.
- B. Khi cố định mặt nạ không được chặt quá dễ gây loét chỗ tỳ đè (sống mũi) hoặc lỏng quá gây dò khí ra ngoài làm giảm áp lực đường thở.
- C. Cố định mặt nạ: phía trên vòng qua đầu ở trên tai, phía dưới vòng qua sau gáy.
- D. Dùng băng dính cố định mặt nạ.

Câu 2: Để tránh trào ngược dịch dạ dày, dịch hầu họng vào phổi cần:

- A. Kiểm tra áp lực bóng chèn hàng ngày
- B. Để người bệnh nằm đầu cao 30° (nếu không có chống chỉ định)
- C. Cho người bệnh ăn nhỏ giọt dạ dày, không quá 300 ml/bữa ăn. (theo quy trình cho ăn qua ống thông dạ dày)
- D. Cho người bệnh ăn nhỏ giọt dạ dày, không quá 200 ml/bữa ăn. (theo quy trình cho ăn qua ống thông dạ dày)

Chọn ý đúng nhất:

Câu 3: Để tránh trào ngược dịch dạ dày, dịch hầu họng vào phổi cần:

- A. Cho người bệnh ăn nhỏ giọt dạ dày, không quá 300 ml/bữa ăn. (theo quy trình cho ăn qua ống thông dạ dày)
- B. Cho người bệnh ăn nhỏ giọt dạ dày, không quá 200 ml/bữa ăn. (theo quy trình cho ăn qua ống thông dạ dày)
- C. Cho người bệnh ăn nhỏ giọt dạ dày, không quá 100 ml/bữa ăn. (theo quy trình cho ăn qua ống thông dạ dày)

Câu 4: . Dự phòng và chăm sóc vết loét do tỳ đè:

- A. Thay đổi tư thế 2 giờ/lần: thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái (nếu không có chống chỉ định) để tránh tỳ đè một chỗ lâu ngày.
- B. Thay đổi tư thế 1 giờ/lần: thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái (nếu không có chống chỉ định) để tránh tỳ đè một chỗ lâu ngày.
- C. Thay đổi tư thế 3 giờ/lần: thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái (nếu không có chống chỉ định) để tránh tỳ đè một chỗ lâu ngày.

Câu 5: Điền vào chỗ trống: Dự phòng và chăm sóc vết loét do tỳ đè, nếu tiên lượng người bệnh nằm lâu dài: cho người bệnh nằmcó thay đổi vị trí bơm hơi tự động.

Đáp án:

Câu 1: A , B, C

Câu 4: C

Câu 2: A , B, C

Câu 5: đệm nước, hoặc đệm hơi.

Câu 3: A

BÀI 12: KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG NỘI KHÍ QUẢN, CANUYN MỞ KHÍ QUẢN

MỤC TIÊU

1. Trình bày mục đích, chỉ định kỹ thuật chăm sóc người bệnh đặt ống nội khí quản, canuyn mở khí quản

2. Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành chăm sóc người bệnh đặt ống nội khí quản, canuyn mở khí quản

NỘI DUNG

I. Mục đích

- Duy trì khai thông đường dẫn khí, hạn chế nhiễm trùng đường hô hấp
- Đảm bảo đúng vị trí cố định của ống nội khí quản (NKQ)

II. Chỉ định

- Áp dụng cho tất cả người bệnh có ống NKQ
- Thời gian thực hiện: buổi sáng, khi băng bản hoặc có dấu hiệu lỏng vị trí cố định.

III. Chống chỉ định: không có

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện

- 02 điều dưỡng: 01 điều dưỡng phụ giúp, 01 điều dưỡng thực hiện
- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

2. Dụng cụ

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	Bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	Bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	Bộ	01

6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	100
7	Glycerin bonat	Lọ	01
8	Khăn bông hoặc khăn giấy	Cái	01
9	Bộ dụng cụ hút đờm	Bộ	01
10	Dụng cụ, máy theo dõi (nếu cần)	Bộ	01
11	Túi đựng đồ bẩn cái	Cái	01

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh (nếu người bệnh tỉnh)
- Người bệnh được hút đờm sạch trước khi tiến hành
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp : ngửa thẳng, đầu cao 30 độ.

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V. Các bước tiến hành

1. Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát kền.
2. Đi găng sạch
3. Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp
4. Kiểm tra áp lực cuff ống NKQ, nếu áp lực cuff từ 20 mmHg - 25 mmHg (24-30 cm H₂O) là bình thường, trường hợp cuff xẹp cần bơm thêm.
5. Cắt dây buộc cổ định cũ
6. Tháo bỏ băng cũ
7. Đánh giá vị trí của ống NKQ, bình thường mức cố định từ cung răng nam từ 21- 23 cm, nữ từ 22cm - 24 cm cung răng
8. Vệ sinh quanh ống NKQ, bằng nước muối sinh lý 0,9%, vệ sinh miệng, mũi, vết băng dính
9. Đưa ống NKQ sang bên đối diện, vệ sinh răng miệng bên còn lại.
10. Cố định ống nội khí quản đúng vị trí đánh dấu bằng băng dính.
11. Tháo bỏ găng bẩn
12. Đặt Người bệnh về tư thế thoải mái
13. Thu dọn dụng cụ

14. Rửa tay

15. Ghi bảng theo dõi điều dưỡng: tình trạng ống NKQ, mức đánh dấu từ cung răng ở mức bao nhiêu nhiều cm, thời gian thực hiện, người thực hiện.

VI. Theo dõi

-Theo dõi áp lực cuff thường xuyên: áp lực cuff từ 20 - 25 mmHg(24-30 cm H₂O) là bình thường, trường hợp cuff xẹp cần bơm thêm

-Theo dõi vị trí cố định ống NKQ, độ sâu của ống, băng dính lỏng hay chặt, bản để thay lại băng ngay.

VII. Xử trí tai biến

1.Tuột ống NKQ: do áp lực cuff xẹp, dây buộc cố định lỏng, người bệnh dẩy dựa nhiều.

+ Theo dõi áp lực cuff thường xuyên

+ Cố định lại nếu dây cố định bị lỏng hoặc ống NKQ không đúng vị trí

2. Ống nội khí quản vào sâu quá gây xẹp phổi cho người bệnh:

+ Cố định lại ống NKQ đúng vị trí

+ Báo bác sĩ cho người bệnh chụp Xquang phổi để đánh giá. 3

Người bệnh giẫy dựa, co giật hoặc lấy tay giật ống ra ngoài: báo bác sĩ, không tự tiện đẩy ống vào. Bóp bóng ambu với oxy 100% trong khi chờ đợi đặt ống lại.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất:

Câu 1: Chuẩn bị người bệnh trước khi tiến hành chăm sóc ống nội khí quản, cannul khí quản cần:

A. Hút đờm sạch trước khi tiến hành

B. Vệ sinh răng miệng cho người bệnh

C. Vỗ rung cho người bệnh

Câu 2: Tư thế của người bệnh trước khi tiến hành chăm sóc ống nội khí quản, cannul khí quản:

A. Người bệnh ở tư thế thích hợp : ngửa thẳng, đầu cao 30 độ.

B. Người bệnh nằm nghiêng trái

C. Người bệnh nằm đầu bằng

Câu 3: Áp lực cuff của ống NKQ:

A. Từ 20 mmHg - 25 mmHg (24-30 cm H₂O)

B. Từ 30 mmHg - 50 mmHg (24-30 cm H₂O)

C. Từ 10 mmHg - 25 mmHg (24-30 cm H₂O)

Điền vào chỗ trống:

Câu 4: Trong trường hợp người bệnh gãy dựa, co giật hoặc lấy tay giật ống ra ngoài:

Câu 5: Vệ sinh quanh ống NKQ,, vệ sinh miệng, mũi, vết băng dính.

Đáp án:

Câu 1: A

Câu 4: báo bác sĩ, không tự tiện đẩy ống vào

Câu 2: A

Câu 5: bằng nước muối sinh lý 0,9%,

Câu 3: A

BÀI 13: KỸ THUẬT HÚT ĐỜM CHO NGƯỜI BỆNH CÓ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN, MỞ KHÍ QUẢN

MỤC TIÊU

1. *Trình bày chỉ định và chống chỉ định hút đờm cho người bệnh có đặt nội khí quản, mở khí quản*
2. *Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành hút đờm cho người bệnh có đặt nội khí quản, mở khí quản*

NỘI DUNG

I. Đại cương

- Hút đờm là một kỹ thuật đưa ống thông qua ống nội khí quản, mở khí quản hút sạch đờm trong ống nội khí quản, mở khí quản và trong khí quản của Người bệnh. - Là một kỹ thuật rất cơ bản trong hồi sức cấp cứu nhằm khai thông và kiểm soát đường thở người bệnh đã đặt ống nội khí quản, mở khí quản.

- Mục đích hút đờm:

- + Làm sạch dịch tiết để khai thông đường thở, duy trì sự thông thoáng.
- + Lấy dịch tiết phục vụ cho các mục đích chuẩn đoán.
- + Phòng nhiễm khuẩn và xẹp phổi do ứ đọng đờm.
- + Kích thích phản xạ ho.

II. Chỉ định

- Người bệnh có nhiều đờm dãi, mất khả năng khạc đờm như liệt hầu họng liệt cơ hô hấp

- Trẻ nhỏ bị sặc bột, người bệnh hít phải chất nôn
- Trẻ sơ sinh mới đẻ
- Cho Người bệnh có đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản
- Lấy bệnh phẩm để xét nghiệm.
- Trước khi rút nội khí quản.

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Những chống chỉ định tương đối liên quan đến các nguy cơ trong hút đờm.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện: 2 ĐD được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu

2. Dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Dây hút silicon
- Ống hút đờm kích cỡ phù hợp:
 - + Người lớn cỡ : 12- 18
 - + Trẻ lớn cỡ : 8 – 10
 - + Trẻ nhỏ cỡ : 5 - 8
- Găng vô khuẩn : 01 đôi
- Gạc vô khuẩn : 01 gói
- Bơm tiêm 10ml : 02 cái
- Kim tiêm nhựa : 01 cái
- Găng sạch : 01 đôi
- Xô đựng dung dịch khử khuẩn
- Natrichlorua 0,9% (200ml) hoặc NaHCO_3 1,4% hoặc thuốc theo chỉ định.
- Mũ : 02 cái
- Khẩu trang : 02 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy hút áp lực âm có thể điều chỉnh mức áp lực:
 - + Người lớn : 80 đến 120 mmHg
 - + Trẻ lớn : 60 đến 80 mmHg
 - + Trẻ sơ sinh: 40 đến 60 mmhg
- Máy theo dõi (khẩu hao 5 năm)
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2

- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp
- Ống nghe

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, mặt nạ bóp bóng.
- Bộ dụng cụ đặt nội khí quản cấp cứu

3. Người bệnh

- Thông báo giải thích động viên, vỗ rung cho người bệnh (nếu cần).
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. Các bước tiến hành

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.
2. Mang dụng cụ đến giường người bệnh. Sắp xếp dụng cụ vị trí thích hợp.
3. Vỗ rung cho người bệnh (nếu cần). Đặt người bệnh tư thế thích hợp.
4. Tăng oxy cho người bệnh, bật máy hút điều chỉnh áp lực, bóc ống hút,
5. Điều dưỡng đi găng tay vô khuẩn lấy ống hút nối với máy hút (chú ý đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn).
6. Trải khăn hoặc giấy găng vô khuẩn dưới khu vực hút.
7. Thực hiện kỹ thuật hút đờm: (tay thuận là tay vô khuẩn, tay không thuận là tay sạch).
 - Tay không thuận mở đoạn ống thở nối với nội khí quản để vào giấy vô khuẩn. Sau đó cầm dây hút chỗ điều khiển van hút.
 - Tay thuận cầm ống thông hút vô khuẩn luồn nhẹ nhàng vào nội khí quản hoặc mở khí quản đưa ống thông đến khi có cảm giác vướng không đưa được nữa hoặc ngập ống thông, phải rút ống ra 1 cm. Và tay sạch bấm van điều khiển máy hút đồng thời tay vô khuẩn cầm ống thông nhẹ nhàng vê ống và rút ra từ từ, vừa rút vừa hút hết đờm dãi. Giữ ống lâu hơn ở những vị trí nhiều đờm. Không đẩy đi đẩy lại ống thông nhiều lần trong phế quản (chú ý: khi đưa ống thông vào không được bấm van điều khiển máy hút).

- Thời gian lưu ống thông trong phế quản không quá 20 giây tính từ khi đưa ống thông vào đến khi rút ra.

- Thời gian bấm van điều khiển máy hút không quá 15 giây tính từ khi bấm van điều khiển máy hút đến khi rút ống thông ra.

- Sau một chu kỳ hút lắp lại dây nối máy thở với ống nội khí quản, cho Người bệnh thở máy hoặc cho Người bệnh thở oxy.

8. Sau khi rút ống thông ra cho Người bệnh thở oxy hoặc thở máy lại, tiếp tục hút lần tiếp theo, hút ở tư thế khác nếu Người bệnh hồng hào, SpO₂ ổn định trên 90%. Lần lượt hút ở 3 tư thế: nằm thẳng, nằm nghiêng sang phải, nằm nghiêng sang trái, - Nếu đờm dính quánh, kết hợp bơm Natriclorua 0,9% hoặc NaHCO₃ làm loãng đờm, mỗi lần bơm không quá 3ml.

- Theo dõi trong khi hút đờm: nhịp tim, SpO₂, sắc mặt, huyết áp, ý thức, số lượng, màu sắc và tính chất đờm.

- Tiến hành hút sạch đờm dịch trong khí quản và trong ống nội khí quản hoặc mở khí quản

9. Hút nước tráng ống và tháo ống hút ngâm vào dung dịch khử khuẩn.

10. Thu dọn dụng cụ, tháo găng sát khuẩn tay nhanh bằng cồn.

11. Tăng oxy cho người bệnh khoảng 2 – 3 phút sau khi hút. Sau đó đặt lại oxy như y lệnh cũ. Tắt máy hút, để Người bệnh về tư thế thoải mái.

12. Rửa tay, ghi phiếu theo dõi: tính chất, màu sắc, số lượng đờm dịch

Chú ý:

- Tần số hút tùy theo lượng đờm, 1 lần hút không quá 20 giây, bấm van hút không quá 15 giây, giữa các lần hút cho NB thở máy lại 30 giây - 1 phút, 1 đợt hút ≤ 5 phút - Thực hiện kỹ thuật phải tuyệt đối vô khuẩn tránh bội nhiễm phổi.

- Không dùng chung ống hút đờm cho cả đường hô hấp trên và dưới.

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, nếu mạch chậm < 40 l/phút phải ngừng thở, tăng oxy máy thở lên 100%

VI. Theo dõi: trước, trong và sau hút.

1. Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ trong và sau khi làm kỹ thuật.

2. Tiếng thở: còn lọc sọc đờm dãi.
3. Tình trạng oxy: màu sắc da, tím ? hồng?
4. Nhịp thở: chậm hoặc thở nhanh, thở chống máy?
5. Tình trạng máy thở trước, sau hút đờm: báo động trên máy thở, áp lực đường thở.
6. Khí máu: làm nếu có chỉ định.
7. Theo dõi tai biến và biến chứng của kỹ thuật.

VII. Tai biến và biến chứng

- Giảm oxy máu
- Tổn thương niêm mạc khí phế quản.
- Loạn nhịp tim, ngừng tim ngừng thở.,
- Xẹp phổi
- Co thắt thanh quản, nôn hít vào phổi.
- Nhiễm khuẩn: thường gặp nếu không đảm bảo quy trình chống nhiễm khuẩn
- + Tuân thủ tuyệt đối các quy tắc vô khuẩn, quy tắc một bàn tay sạch.
- + Chú ý rửa tay trước và sau hút đờm
- + Thao tác cầm xông hút đảm bảo quy trình vô khuẩn.
- Chảy máu khí phế quản
- Tăng áp lực nội sọ
- Tăng huyết áp, hạ huyết áp
- Ảnh hưởng đến máy thở.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất:

Câu 1: Ống hút đờm kích cỡ phù hợp:

- A. Người lớn cỡ : 12- 18
- B. Trẻ lớn cỡ : 8 – 9
- C. Trẻ nhỏ cỡ : 7 - 9

Câu 2: Thời gian lưu ống thông trong phế quản:

- A. Không quá 10 giây tính từ khi đưa ống thông vào đến khi rút ra.

B. Không quá 30 giây tính từ khi đưa ống thông vào đến khi rút ra.

C. Không quá 20 giây tính từ khi đưa ống thông vào đến khi rút ra.

Câu 3: Thời gian bấm van điều khiển máy hút:

A. Không quá 15 giây tính từ khi bấm van điều khiển máy hút đến khi rút ống thông ra.

B. Không quá 20 giây tính từ khi bấm van điều khiển máy hút đến khi rút ống thông ra.

C. Không quá 10 giây tính từ khi bấm van điều khiển máy hút đến khi rút ống thông ra.

Điền vào chỗ trống:

Câu 4: Sau một chu kỳ hút.....cho người bệnh thở máy hoặc cho người bệnh thở oxy.

Câu 5: Sau khi rút ống thông ra cho người bệnh thở oxy hoặc thở máy lại, tiếp tục hút lần tiếp theo, hút ở tư thế khác nếu người bệnh hồng hào, SpO2 ổn định

Đáp án:

Câu 1: A

Câu 2: C

Câu 3: A.

Câu 5: trên 90%.

Câu 4: lắp lại dây nối máy thở với ống nội khí quản

BÀI 14: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

MỤC TIÊU

1. Trình bày chỉ định và chống chỉ định kỹ thuật chăm sóc catheter tĩnh mạch trung tâm.

2. Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành kỹ thuật chăm sóc catheter tĩnh mạch trung tâm

NỘI DUNG

I. Mục đích

- Duy trì sự lưu thông catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT)
- Đánh giá thường xuyên vị trí của catheter TMTT
- Hạn chế nhiễm trùng chân catheter, nhiễm trùng huyết cho NB

II. Chỉ định

- Áp dụng cho tất cả người bệnh có đặt catheter TMTT
- Thời gian thực hiện: khi băng thấm dịch, máu, hoặc qua opside thấy viêm đỏ, chảy máu quanh chân catheter

III. Chống chỉ định

- Không thay băng nếu băng opside còn kín, không có hiện tượng viêm nhiễm, chảy máu.

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện: 1 điều dưỡng: rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang
2. Dụng cụ

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao gói	Gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	Gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	Bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	Bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	Bộ	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ML	100
7	Opisde	Miếng	01
8	Túi đựng đồ bẩn	Cái	01

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh (nếu người bệnh tỉnh)
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp: đầu cao 30 độ, nghiêng mặt về bên đối

diện đặt catheter

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V. Các bước tiến hành

1. Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát kê
2. Đi găng sạch
3. Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp
4. Vệ sinh vùng da xung quanh chân catheter bằng nước muối 0,9% trong ra ngoài, thấm khô. Sát trùng xung quanh chân catheter bằng PVP iodine 10% 281
5. Tháo bỏ băng cũ
6. Đánh giá chân catheter TMTT, mức độ viêm chân catheter hay không
7. Đi găng vô khuẩn
8. Sát trùng chân catheter bằng PVP iodine 10% bán kính 5cm, sát trùng 1 vòng quanh chân catheter, sát trùng 2 lần
9. Đặt gạc hoặc opside vào chân catheter, băng lại bằng băng dính.
10. Tháo bỏ găng bẩn
11. Đặt người bệnh về tư thế thoải mái
12. Thu dọn dụng cụ
13. Rửa tay
14. Ghi bảng theo dõi điều dưỡng: tình trạng chân catheter, thời gian thực hiện, người thực hiện

VI. Theo dõi

- Theo dõi chân catheter có thấm dịch, máu hoặc opside bị bong thì thay ngay
- Theo dõi đánh giá chảy máu chỗ chọc, nhiễm trùng tại chân catheter.
- Theo dõi vị trí cố định: mức độ lỏng, tuột của catheter, gấp gãy catheter

VII. Xử trí tai biến

-Tuột catheter do cố định lỏng, người bệnh có nhiều mồ hôi người bệnh dầy dụa nhiều.

+ Theo dõi thường xuyên vị trí cố định, băng thấm dịch, mồ hôi

+ Cố định lại catheter đúng vị trí, rút catheter nếu nghi tuột hẳn ra ngoài

- Nhiễm trùng chân catheter, nhiễm khuẩn huyết: do thay băng không đảm bảo vô khuẩn, để lưu catheter quá lâu: thực hiện quy trình thay băng đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn cho người bệnh .

- Tắc catheter: Dùng bơm tiêm hút máu ra, tuyệt đối không bơm cục máu đông vào trong.

- Báo bác sĩ biết khi có viêm chân catheter, phụ bác sĩ rút catheter

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất:

Câu 1: Tư thế người bệnh trước khi chăm sóc catheter cần:

A. Đặt người bệnh nằm đầu cao 30 độ, nghiêng mặt về bên đối diện đặt catheter.

B. Đặt người bệnh nằm đầu bằng, nghiêng mặt về bên đối diện đặt catheter

C. Đặt người bệnh nằm đầu thấp, nghiêng mặt về bên đối diện đặt catheter

Câu 2: Lưu catheter quá lâu gây:

A. Nhiễm trùng chân catheter, nhiễm khuẩn huyết

B. Chảy máu chân catheter

C. Tuột catheter

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Xử trí khi tắc catheter: Dùng bơm tiêm hút máu ra, tuyệt đối không

.....

Câu 4: Vệ sinh vùng da xung quanh chân catheter bằng .(1).....trong ra ngoài, thấm khô. Sát trùng xung quanh chân catheter bằng .(2).....

Câu 5: Sát trùng chân catheter bằng PVP iodine 10%, sát trùng 1 vòng quanh chân catheter.

Đáp án:

Câu 1: A

Câu 4: 1. nước muối 0,9%
2. PVP iodine 10%.

Câu 2: A

Câu 5: 1. bán kính 5cm
2. sát trùng 2 lần

Câu 3: bơm cục máu đông vào trong

BÀI 15: KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày chỉ định và chống chỉ định chăm sóc răng miệng*
- 2. Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành chăm sóc răng miệng*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Giữ răng miệng luôn sạch để phòng nhiễm khuẩn răng miệng.
- Chống nhiễm trùng trong trường hợp có tổn thương ở miệng.
- Giảm nguy cơ viêm phổi ở NB có đặt nội khí quản (mở khí quản).
- Giúp người bệnh thoải mái dễ chịu ăn ngon.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đối với người bệnh có chỉ định chăm sóc hộ lý cấp I.
- Người bệnh hôn mê, NB có đặt ống nội khí quản- mở khí quản.
- Người bệnh không thể tự vệ sinh răng miệng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

01 DD đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Găng sạch
- Khay quả đậu
- Que đê lưỡi
- Ống hút đờm
- Bơm tiêm 20ml : 01 cái
- Bơm tiêm 10ml : 01 cái
- Kim lấy thuốc : 01 cái
- Dây hút silicon

- Bàn chải đánh răng loại nhỏ
- Cốc đựng nước
- Túi nilon đựng đồ bẩn
- Canuyn mở miệng
- Kem đánh răng
- Dung dịch xúc miệng
- Khăn bông nhỏ
- Gạc củ ấu
- Kìm Kocher không máu
- Khay chữ nhật
- Natriclorua 0,9% - chai 250 ml
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, mặt nạ bóp bóng.
- Bộ dụng cụ đặt ống nội khí quản, mở khí quản cấp cứu.

3. Người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa đầu cao 30 độ, đầu nghiêng một bên đối với NB hôn mê.

- Giải thích động viên NB hoặc gia đình người bệnh về việc sắp làm.

V. Các bước tiến hành

- Thông báo giải thích cho người bệnh hoặc người nhà về mục đích của việc vệ sinh răng miệng.

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
- Làm ướt bàn chải đánh răng, lấy kem đánh răng.
- Đổ dung dịch NaCl 0,9%, hoặc dung dịch súc miệng.
- Kiểm tra áp lực cuff nội khí quản (mở khí quản) nếu có.
- Trải khăn bông dưới cằm, má.
- Đặt người bệnh quay mặt về phía điều dưỡng.
- Đặt khay quả đậu cạnh má.
- Mở miệng người bệnh, tháo răng giả nếu có.
- Đánh răng cho người bệnh lần lượt các mặt răng: ngoài, trong, nhai.
- Dùng xilanh hút dung dịch súc miệng. Bơm rửa lại cho sạch miệng người bệnh.

- Với người bệnh không có răng hoặc có chấn thương vùng miệng, xương hàm. Vệ sinh miệng cho người bệnh bằng gạc củ ấu với dung dịch súc miệng.

- Lau khô miệng cho người bệnh
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
- Ghi hồ sơ bệnh án hoặc bảng theo dõi.

VI. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ trong và sau khi tiến hành.
- Theo dõi tình trạng miệng của người bệnh xem có biểu hiện viêm miệng.
- Theo dõi ống nội khí quản hoặc mở khí quản có đúng vị trí không?
- Theo dõi và phát hiện sớm các tai biến và biến chứng của kỹ thuật.

VII. Tai biến và xử trí

- Người bệnh bị sặc dung dịch súc miệng. Xử trí hút sạch dung dịch trong miệng người bệnh.

- Dị vật đường thở do gãy răng hoặc tụt răng giả. Xử trí kiểm tra răng yếu, tháo răng giả trước khi tiến hành kỹ thuật.

- Chảy máu chân răng hoặc tổn thương niêm mạc miệng. Xử trí theo dõi mức độ chảy máu, nếu chảy máu nhiều báo bác sỹ điều trị để có xử trí kịp thời.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất:

Câu 1: Trong khi vệ sinh răng miệng, đề phòng dị vật đường thở do gãy răng hoặc tụt răng giả cần :

- A. Xử trí kiểm tra răng yếu, tháo răng giả trước khi tiến hành kỹ thuật.
- B. Kiểm tra cuff ống NKQ
- C. Đặt người bệnh nằm ngửa , đầu cao 30⁰.

Câu 2: Tư thế người bệnh khi vệ sinh răng miệng:

A. Người bệnh nằm ngửa đầu cao 30 độ, đầu nghiêng một bên đối với người bệnh hôn mê.

- B. Người bệnh nằm đầu bằng
- C. Người bệnh nằm nghiêng trái

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Với người bệnh không có răng hoặc có chấn thương vùng miệng, xương hàm vệ sinh miệng cho người bệnh.....

Câu 4: Xử trí khi người bệnh bị sặc dung dịch súc miệng:

Câu 5: Theo dõi..... trong và sau khi tiến hành vệ sinh răng miệng cho người bệnh.

Đáp án:

Câu 1: A Câu 4: hút sạch dung dịch trong miệng người bệnh

Câu 2: A Câu 5: mạch, huyết áp, SpO₂

Câu 3: bằng gạc cuộn với dung dịch súc miệng.

BÀI 16: KỸ THUẬT CHO ĂN QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY (Có kiểm tra thể tích dịch tồn dư)

MỤC TIÊU

1. Trình bày chỉ định và chống chỉ định cho ăn qua ống thông dạ dày (có kiểm tra thể tích dịch tồn dư)

2. Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành cho ăn qua ống thông dạ dày (có kiểm tra thể tích dịch tồn dư)

NỘI DUNG

I. Đại cương

- Cho ăn qua ống thông dạ dày là một kỹ thuật nhằm mục đích đưa một lượng thức ăn (sữa, súp, các chất với mục đích dinh dưỡng) qua 1 ống thông được đặt từ mũi (hoặc miệng) qua thực quản vào dạ dày.

- Có thể bơm nước hoặc các thuốc cần điều trị bệnh qua ống thông dạ dày.
- Cũng có thể để dẫn lưu dịch từ dạ dày khi có chỉ định.

II. Chỉ định

1. Người bệnh không thể ăn được:

- Người bệnh sau đặt nội khí quản, mở khí quản, Người bệnh đang thở máy.
- Người bệnh mất hoặc giảm khả năng bảo vệ đường thở, rối loạn nuốt, liệt thần kinh hầu họng do mọi nguyên nhân, hôn mê, co giật, tai biến mạch não...

- Người bệnh có bệnh lý đường tiêu hóa : liệt dạ dày, u thực quản chưa gây tắc nghẽn toàn bộ, tổn thương miệng...

2. Người bệnh tự ăn ít, cần được cung cấp thêm dinh dưỡng.

III. Chống chỉ định

- Xuất huyết tiêu hóa cấp nặng.
- Các tổn thương loét ăn mòn thực quản dạ dày chưa kiểm soát được.
- Tắc ruột, liệt ruột dạ dày.
- Thể tích dịch tồn dư quá lớn (tuân thủ đánh giá thể tích dịch tồn dư).
- Các chỉ định trước, sau tiểu phẫu phẫu thuật, nội soi....

IV. Chuẩn bị

1. Người thực hiện: điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Bơm tiêm 50 ml: 01 cái
- Băng dính
- Gạc vô trùng
- Găng sạch : 01 đôi
- Ống nghe
- Cốc sạch đựng thức ăn chia độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái
- Thức ăn cho Người bệnh theo chỉ định (chế độ bệnh lý hoặc sữa).

2.2. Dụng cụ

Máy theo dõi nối với cáp điện tim, cáp đo SpO₂, cáp đo huyết áp

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho Người bệnh hoặc gia đình về kỹ thuật sắp làm.
- Đặt Người bệnh tư thế thích hợp (đầu cao 15-30 độ).

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc

IV. Các bước tiến hành

1. Các bước trước khi cho ăn qua ống thông

- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đưa dụng cụ đến giường Người bệnh.
- Đặt người bệnh ở tư thế đầu cao nghiêng sang một bên, trải khăn trước ngực.

- Chuẩn bị thức ăn theo chỉ định của bác sĩ (sữa, súp bơm qua ống thông..)

2. Đánh giá dịch tồn dư dạ dày

- Áp dụng đối với tất cả các người bệnh có chỉ định nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày- tá tràng nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.

- Thời điểm đánh giá: trước tất cả các bữa ăn đối với phương pháp cho ăn ngắt quãng và mỗi 4 giờ đối với người bệnh cho ăn liên tục.

3. Các phương pháp cho ăn qua ống thông dạ dày: 2 phương pháp cơ bản

- Cho ăn qua ống thông dạ dày liên tục: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt trong 3 giờ sau đó nghỉ 1 giờ, hoặc truyền liên tục 24 giờ.

- Cho ăn qua ống thông dạ dày ngắt quãng: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt/30-60 phút/1 lần.

3.1. Quy trình với bữa đầu sau đặt ống thông dạ dày hoặc với các Người bệnh cho ăn lại (viêm tụy cấp sau thời gian nhịn ăn)

- Kiểm tra vị trí ống thông dạ dày trước khi cho ăn.

- Nâng đầu lên 300 khi cho người bệnh ăn.

- Số lượng thức ăn: 120 ml/ 3giờ. Cho ăn với tốc độ 40ml/giờ. Sau đó hút dịch tồn dư vào giờ thứ 4, nếu dịch hút > 100ml $\Rightarrow$ bỏ bớt 80 ml dịch tồn dư, còn lại bơm trả và duy trì tiếp thức ăn 40ml/giờ, sau đó 4h kiểm tra lại dịch tồn dư lần 2, nếu vẫn > 100ml $\Rightarrow$ báo Bs để nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu < 100ml $\Rightarrow$ bơm trả lại dịch tồn dư và duy trì tốc độ truyền theo y lệnh (60 – 80ml/giờ)

3.2. Quy trình đối với người bệnh ăn ống thông dạ dày thường quy

- Kiểm tra vị trí ống thông dạ dày trước khi cho ăn.

- Nâng đầu lên 300 khi cho người bệnh ăn.

- Số lượng thức ăn: 240ml/ 3 giờ. Cho ăn với tốc độ 80ml /giờ. Sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 4 đối với nuôi dưỡng liên tục hoặc 3 giờ đối với ăn ngắt quãng.

- Cho người bệnh ăn 80ml/ giờ, sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 3 nếu:

+ Số lượng dịch > 200ml: cho người bệnh nhịn ăn và kiểm tra lại sau 2 giờ nếu vẫn >200ml $\Rightarrow$ báo bác sĩ nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch.

+ Nếu < 200 ml: bơm trả lại dịch vào dạ dày và duy trì tốc độ 80 ml/giờ và tiếp tục quy trình đánh giá nuôi dưỡng theo giờ.

V. Theo dõi

- Trong lúc đặt ống thông dạ dày: ống thông vào đường hô hấp, ống thông bị cuộn, hoặc nằm trong thực quản.

- Ống thông khó hoặc không qua được thực quản do co thắt, có khối chít hẹp thực quản tâm vị dạ dày.

- Người bệnh sợ, hốt hoảng, mạch chậm do cường phế vị.

- Trong khi cho ăn qua ống thông: bụng chướng, đầy hơi, khó tiêu, rối loạn tiêu hóa, trào ngược, nôn, xuất huyết tiêu hóa.

- Lưu ống thông dạ dày lâu ngày gây viêm loét dạ dày thực quản.

VII. Tai biến và biến chứng

1. Ống thông dạ dày tụt hoặc cuộn trong miệng, thực quản

- Ống thông vào thanh quản và khí quản gây co thắt thanh môn, khó thở cấp.

- Chảy máu vùng mũi hầu họng do loét tì đè của ống thông dạ dày.

- Nôn trào ngược

2. Cho ăn qua ống thông dạ dày

- Trào ngược do thể tích dịch tồn dư quá lớn, đưa vào dạ dày một thể tích quá lớn, do liệt dạ dày ruột chức năng.

- Tụt ống thông dạ dày hoặc bị cuộn trong miệng thực quản khi cho ăn gây trào ngược và sặc vào đường hô hấp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất:

Câu 1: Chống chỉ định của cho ăn qua sonde dạ dày:

A. Xuất huyết tiêu hóa cấp nặng.

B. Người bệnh sau đặt nội khí quản, mở khí quản, Người bệnh đang thở máy.

C. Người bệnh mất hoặc giảm khả năng bảo vệ đường thở, rối loạn nuốt, liệt thần kinh hầu họng do mọi nguyên nhân, hôn mê, co giật, tai biến mạch não...

Câu 2: Số lượng thức ăn đối với người bệnh ăn ống thông dạ dày thường quy:

A. Số lượng thức ăn: 240ml/ 3 giờ. Cho ăn với tốc độ 80ml /giờ

B. Số lượng thức ăn: 200ml/ 3 giờ. Cho ăn với tốc độ 50ml /giờ

C. Số lượng thức ăn: 240ml/ 3 giờ. Cho ăn với tốc độ 60ml /giờ

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Cho ăn qua ống thông dạ dày ngắt quãng: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt.....

Câu 4:: Cho ăn qua ống thông dạ dày liên tục: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt trong..(1)....., hoặc truyền liên tục (2).....

Câu 5: Số lượng dinh dưỡng với bữa đầu sau đặt ống thông dạ dày hoặc với các Người bệnh cho ăn lại (viêm tụy cấp sau thời gian nhịn ăn)

Cho ăn với tốc độ 40ml/giờ

Đáp án:

Câu 1: A Câu 4: (1) 3 giờ sau đó nghỉ 1 giờ, (2) 24 giờ.

Câu 2: A Câu 5: 120 ml/ 3giờ

Câu 3: 30-60 phút/1 lần.

BÀI 17: QUY TRÌNH KỸ THUẬT GỘI ĐẦU CHO NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được chỉ định và chống chỉ định gội đầu cho người bệnh.*
- 2. Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành gội đầu cho người bệnh.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Làm sạch tóc và da đầu cho người bệnh. Giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu.
- Phòng chống các bệnh về tóc và da đầu, đồng thời kích thích tuần hoàn cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nằm lâu không gội đầu.
- Người bệnh mắc một số bệnh về tóc và da đầu.
- Người bệnh bị dính chất độc trên đầu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không gội đầu cho người bệnh đang trong tình trạng nặng, người bệnh sốt cao.
- Người bị vết thương sọ não, vết thương cột sống cổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu hoặc Người thực hiện phụ chăm sóc đã được đào tạo.

2. Phương tiện, dụng cụ: Vật tư tiêu hao

- Găng sạch: 01 đôi
- Nhiệt kế đo nhiệt độ nước (nếu có)
- Thùng đựng nước sạch
- Máng gội đầu
- Thùng đựng nước bẩn

- Cốc mức nước
- Khăn bông to
- Khăn bông nhỏ
- Lược chải đầu
- Máy sấy tóc
- Bông không thấm nước
- Dầu gội đầu
- Ga đắp
- Quần áo
- Cồn 90 độ
- Nước ấm 30-37 độ
- Dung dịch khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ: 01 cái
- Khẩu trang: 01 cái

3. Người bệnh

- Kiểm tra ý thức người bệnh, đo dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh.
- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà về việc chuẩn bị làm.

4. Hồ sơ bệnh án: Phiếu chăm sóc hoặc bảng theo dõi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Động viên người bệnh hợp tác cùng làm việc (nếu người bệnh tỉnh).
2. Người thực hiện rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đội mũ, đeo khẩu trang.
3. Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp cho người bệnh.
4. Mang dụng cụ đã chuẩn bị đến giường bệnh .
5. Đặt tư thế người bệnh trên giường thích hợp; chú ý hệ thống dây của máy thở và các dây máy theo dõi.
6. Trải khăn bông to ở dưới vai, gáy.
7. Đặt máng gội đầu.

8. Đặt đầu người bệnh vào máng
9. Choàng khăn bông lên ngực người bệnh hoặc đắp ga kín ngực
10. Chải tóc người bệnh nhẹ nhàng từ ngọn tóc đến chân tóc
11. Đặt bông không thấm nước vào tai người bệnh
12. Đi găng sạch(nếu cần)
13. Dội nước làm ướt tóc, xoa dầu gội, chà xát da đầu bằng các đầu ngón tay (1 tay đỡ đầu, 1 tay chà đầu, tránh làm xây xát da đầu, lắc đầu người bệnh).
14. Dội nước cho đến khi sạch dầu gội đầu (chú ý không để nước vào tai, mắt người bệnh)
15. Bỏ bông tai, lấy khăn bông nhỏ lau mặt, tai, cổ cho người bệnh.
16. Kéo khăn choàng lau tóc, bỏ máng gội đầu
17. Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái, lau khô tóc, sấy tóc, chải tóc, buộc tóc gọn gàng.
18. Thay ga trải giường (nếu cần)
19. Thu dọn dụng cụ, cất dụng cụ đúng nơi quy định
20. Người thực hiện rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước.
21. Ghi bảng theo dõi.

VI. THEO DÕI

Trong khi gội đầu cho người bệnh phải theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂, ý thức, khó thở.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hạ thân nhiệt: hạn chế bằng sử dụng nước ấm
- Xử trí các tai biến chung khác theo quy trình

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

Câu 1: Chống chỉ định gội đầu cho người bệnh;

- A. Người bệnh thở máy
- B. Người bị vết thương sọ não, vết thương cột sống cổ.
- C. Người bệnh phẫu thuật ổ bụng

Câu 2: Nhiệt độ nước gội đầu cho người bệnh:

A. $30^{\circ} - 37^{\circ}$ độ C

B. $39^{\circ} - 40^{\circ}$ độ C

C. $20^{\circ} - 25^{\circ}$ độ C.

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Chú ý khi gội đầu cho người bệnh cần đặt tư thế người bệnh trên giường thích hợp; chú ý.....

Câu 4: Dội nước cho đến khi sạch dầu gội đầu cần chú ý không để

.....

Câu 5: Trước khi tiến hành gội đầu cho người bệnh cần kiểm tra:

Đáp án:

Câu 1: B Câu 4: nước vào tai, mắt người bệnh.

Câu 2: A Câu 5: Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp cho người bệnh

Câu 3: hệ thống dây của máy thở và các dây máy theo dõi.

BÀI 18: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẮM TẠI GIƯỜNG CHO NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được chỉ định và chống chỉ định gội đầu cho người bệnh.*
- 2. Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành gội đầu cho người bệnh.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắm cho người bệnh tại giường là kỹ thuật đảm bảo vệ sinh cho người bệnh, giữ da luôn sạch sẽ đem lại sự thoải mái cho người bệnh, giúp cho sự bài tiết qua da được dễ dàng, phòng tránh được lở loét và nhiễm khuẩn da.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắm tại giường cho người bệnh nặng cần chăm sóc cấp 1.
- Người bệnh phải nằm trên giường không đi lại được như: người bệnh bị gãy xương, bị liệt.
- Nên tắm cho người bệnh trước bữa ăn. Nếu tắm sau bữa ăn thì cần cách xa 1h để khỏi ảnh hưởng đến tiêu hóa.
- Người bệnh ở hồi sức tích cực được tắm hàng ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị bệnh quá nặng, huyết động không ổn định, có nguy cơ ngừng tuần hoàn, đang trụy mạch, shock.
- Người bệnh đa vết thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu

Người thực hiện phụ chăm sóc đã được đào tạo

2. Dụng cụ, vật tư tiêu hao

- Găng sạch
- Dụng cụ đo nhiệt độ nước

- Nước ắ
- Thùng đựng nước sạch
- Thùng đựng nước bắ
- Chậu đựng nước
- Cốc mức nước
- Bắ móng tay
- Bột tal
- Bô dẹt
- Tấm ni lon
- Bình phong
- Quần áo
- Ga
- Giấy ướt
- Khăn bông to
- Khăn bông nhỏ
- Gạc củ ấu
- Kim Kocher
- Khay chữ nhật
- Túi đựng đồ bắ
- Thuốc chống loét
- Natriclorua 0,9% - chai 250 ml
- Cồn 90°
- Povidin 105
- Dung dịch tắ khô
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ
- Khẩu trang
- Anios Gel sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay Savondoux

- Dung dịch khử khuẩn Hexanios
- Máy theo dõi (khẩu hao 5 năm)
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp

3. Người bệnh

- Nếu người bệnh tỉnh động viên, giải thích trước.
- Giúp người bệnh đi đại tiện hoặc tiểu tiện trước (nếu người bệnh tỉnh)

4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án: phiếu chăm sóc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng savondoux dưới vòi nước, độ mũ, đeo khẩu trang.
2. Mang dụng cụ đã chuẩn bị đến bên người bệnh.
3. Che bình phong, cho người bệnh nằm ngay ngắn trên giường.
4. Điều dưỡng và hộ lý đi găng, trái nilon, cắt móng tay, móng chân (nếu có).
5. Dùng cốc mức nước sạch ra chậu nhỏ.
6. Lau mặt: lót khăn dưới đầu, dùng 01 khăn mặt nhỏ làm ướt khăn bằng nước ấm lau mặt, tai, cổ, gáy. Chú ý lau kỹ vùng cổ.
7. Tắm tay: Trải khăn bông to dưới cẳng tay đến nách, lau từ cổ tay tới nách (chú ý lau kỹ vùng hõm nách) Tắm xà phòng rồi đến nước sạch, lau khô; tắm tay phía xa trước, tay phía gần sau. Cho từng bàn tay người bệnh vào chậu nước, rửa sạch, lau khô. (thay nước mỗi khi nước bẩn).
8. Tắm ngực và bụng: Lấy rón chia làm ranh giới, lau từ rón lên, tắm ngực trước, lau từ rón xuống, tắm bụng sau. Tắm xà phòng trước rồi đến nước sạch, lau khô.
9. Tắm chân: Trải khăn bông to từ gót đến bẹn, tắm từ cổ chân tới bẹn, Tắm xong 1 chân rồi sang chân đối diện. Cho từng bàn chân vào chậu nước, rửa sạch, lau khô. Bỏ khăn bông ra.
10. Rửa vùng sinh dục:

- Trải khăn dưới mông và đặt người bệnh nằm ngửa, đặt bô dưới mông, đặt khay hạt đậu giữa 2 đùi.

- Rửa vùng sinh dục với người bệnh là nam giới: lấy một miếng gạc lót tay nâng nhẹ dương vật lên, rửa quanh lỗ tiểu dọc theo dương vật từ trên xuống, chú ý rửa các nếp bao quanh quy đầu. Cuối cùng rửa hậu môn vùng mông, thấm khô.

- Người bệnh là nữ: dùng cốc mức nước dội, dùng kẹp kocher gấp gạc củ ấu rửa vùng sinh dục chú ý rửa kỹ các nếp, rửa từ trên xuống dưới, Mỗi lần rửa phải thay gạc mới. Cuối cùng rửa phần hậu môn cũng rửa từ trên xuống, và thấm khô.

11. Tắm lưng mông: Cho người bệnh nằm nghiêng, lót khăn dọc theo lưng, mông.

- Tắm lưng: tắm từ thắt lưng trở lên cổ, lau khô.

- Tắm mông: tắm từ thắt lưng trở xuống mông, lau khô.

- Xoa bóp vùng lưng mông: Dùng gạc thấm cồn xoa vào lưng và mông, để khô. Xoa dung dịch sanyren phòng chống loét vào các vùng tỳ đè. Chú ý các ụ xương.

12. Bỏ nylon, mặc quần áo, giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái.

13. Thu dọn dụng cụ, rửa bằng xà phòng, nước sạch, lau khô cất về đúng nơi quy định. Tháo găng tay, rửa tay bằng xà phòng Savondoux.

14. Ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng.

Chú ý:

Thay nước mỗi khi nước bẩn, và thay nước mới khi tắm sang vùng khác của cơ thể. Khăn lau từng vùng cơ thể phải riêng. Tắm bằng xà phòng trước rồi lau lại bằng nước sạch sau.

VI. THEO DÕI

Trong suốt quá trình chăm sóc trên người bệnh, phải chú ý theo dõi sát sắc mặt, mạch, SPO2, nhịp thở của người bệnh, phát hiện kịp thời diễn biến bất thường của người bệnh để xử trí kịp thời.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Kỹ thuật tắm đảm bảo nhanh, sạch, tránh để người bệnh bị nhiễm lạnh, tránh để nước vào tai, mắt người bệnh, hạn chế nước rò xuống giường. Mùa đông cần giữ ấm cho người bệnh trong quá trình tắm và sau khi tắm xong.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

Câu 1: Chống chỉ định tắm cho người bệnh;

- A. Người bệnh thở máy
- B. Người bị vết thương phẫu thuật ổ bụng
- C. Người bệnh đa vết thương

Câu 2: Thời điểm tắm cho người bệnh:

- A. Nên tắm cho người bệnh trước bữa ăn. Nếu tắm sau bữa ăn thì cần cách xa 1h để khỏi ảnh hưởng đến tiêu hóa.
- B. Tắm buổi trưa ấm
- C. Tắm buổi sáng, sau khi thức dậy.

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Rửa vùng sinh dục với người bệnh là nam giới: lấy một miếng gạc lót tay nâng nhẹ dương vật lên, rửa quanh lỗ tiểu dọc theo dương vật từ trên xuống, chú ý.....

Câu 4: Thay nước mỗi khi nước bẩn, và (1)..... khi tắm sang vùng khác của cơ thể. Khăn lau (2).....phải riêng.

Câu 5: Xoa bóp vùng lưng mông: Dùng gạc xoa (1).....vào lưng và mông, để khô. Xoa dung dịch (2)phòng chống loét vào các vùng tỳ đè.

Đáp án:

Câu 1: C Câu 4: (1) thay nước mới, (2) từng vùng cơ thể

Câu 2: A Câu 5: (1) thấm cồn, (2) sanyren.

Câu 3: rửa các nếp bao quanh quy đầu

BÀI 19: KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

MỤC TIÊU

1. Trình bày chỉ định và chống chỉ định rửa bàng quang ở người bệnh HSCC và chống độc

2. Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành rửa bàng quang ở người bệnh HSCC và chống độc

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Rửa qua bàng quang là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để làm sạch và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đặt thông tiểu liên tục dài ngày.
- Người bệnh có nhiễm khuẩn ở bàng quang.
- Chảy máu bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Nghi ngờ thủng bàng quang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, thuốc

2.1 Vật tư tiêu hao

- Ống thông bàng quang 3 chạc: 01 cái.
- Găng sạch: 01 đôi
- Găng vô khuẩn: 01 đôi.
- Khay quả đậu vô khuẩn
- Panh vô khuẩn
- Dây truyền: 01 cái.
- Bơm tiêm 50ml đầu to: 01 cái.,

- Gạc vô khuẩn
- Bát kê
- Săng vô khuẩn
- Tấm nilon
- Natriclorua 0,9% 500ml
- Povidin xanh
- Bơm tiêm 20ml: 02 cái
- Bình phong
- Cọc truyền
- Túi dẫn lưu: 01 cái.
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn.
- Mũ: 01 cái.
- Khẩu trang: 01 cái.
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ.

2.2. Thuốc theo chỉ định (nếu có).

2.3. Dụng cụ cấp cứu

- Hộp chống sốc theo quy định.
- Bóng Ambu, mask. Bộ đặt nội khí quản (nếu cần)

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích động viên Người bệnh và gia đình Người bệnh việc sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án: phiếu chăm sóc, bảng theo dõi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đeo khẩu trang.
2. Mang dụng cụ đã chuẩn bị đến giường bệnh. Che bình phong.
3. Chuẩn bị dịch rửa: pha thuốc vào chai dịch, treo chai dịch lên cọc truyền

4. Đắp ga, cởi quần Người bệnh, đặt Người bệnh tư thế thích hợp. trải nilon dưới vùng rửa. Mở bộ dụng cụ đặt giữa 2 chân của Người bệnh.

5. Sát khuẩn tay nhanh.

6. Đi găng vô khuẩn.

7. Dùng gạc thấm povidine sát khuẩn ống thông bàng quang và đoạn nối với túi dẫn lưu, trải sẵn dưới đoạn nối.

8. Kẹp thông tiểu tháo túi dẫn lưu nước tiểu để đuôi ống thông vào khay quả đậu (nếu ống thông bàng quang một nòng) dùng gạc tẩm povidine bọc quanh đầu túi dẫn lưu và đặt trên sẵn vô khuẩn. Mở nắp nhánh ống thông ba chạc sát khuẩn lại lắp dây dẫn dịch rửa vào ống thông tiểu, dùng panh kẹp nhánh nối với túi dẫn lưu.

9. Tháo găng sát khuẩn tay nhanh. Mở khoá cho dịch chảy vào bàng quang khoảng 250ml hoặc theo chỉ định, rồi khoá lại. Dùng tay xoa vùng bàng quang.

10. Điều dưỡng sát khuẩn tay đi găng vô khuẩn tháo dây dẫn dịch nối túi dẫn lưu (nếu sonde bàng quang một nòng) mở kẹp nhánh nối với túi dẫn lưu (nếu sonde bàng quang ba chạc) cho dịch chảy ra hết. Và tiếp tục chu kỳ rửa tiếp theo.

11. Kết thúc quá trình rửa: điều dưỡng khóa đường dịch lại sát khuẩn tay đi găng vô khuẩn dùng panh kẹp sonde bàng quang.

- Với sonde bàng quang 1 nòng: Tháo dây dẫn dịch ra dùng gạc tẩm betadine sát khuẩn lại đầu sonde và đầu túi dẫn lưu rồi nối lại túi dẫn lưu với sonde và mở kẹp sonde bàng quang ra.

- Với ống thông bàng quang ba nòng: tháo dây dẫn dịch ra dùng gạc tẩm povidine sát khuẩn lại đầu ống thông rồi dùng nắp đóng lại và mở kẹp ống thông bàng quang ra.

12. Thu dọn dụng cụ, điều dưỡng tháo găng sát khuẩn tay. đặt Người bệnh về tư thế thoải mái.

13. Rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước.

14. Ghi phiếu theo dõi (tính chất màu sắc số lượng dịch vào, số lượng dịch ra).

VI. THEO DÕI

- Màu sắc dịch rửa bằng quang
- Số lượng dịch vào và dịch ra khỏi bàng quang.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:

2.1. Chảy máu bàng quang báo bác sỹ.

2.2. Nhiễm khuẩn do kỹ thuật rửa không đảm bảo vô khuẩn.

Xử trí: phải đảm bảo vô khuẩn trong suốt quá trình rửa.

2.3 Tắc ống thông bàng quang do cục máu đông: thông hoặc thay ống thông.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

Câu 1: Chống chỉ định của rửa bàng quang

- A. Nghi ngờ thủng bàng quang.
- B. Viêm bàng quang
- C. Người bệnh đặt lưu sonde bàng quang lâu ngày.

Câu 2: Tai biến có thể xảy ra khi rửa bàng quang:

- A. Chảy máu bàng quang
- B. Thủng bàng quang
- C. Vỡ bàng quang

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Kẹp thông tiểu, tháo túi dẫn lưu nước tiểu để đuôi ống thông vào khay quả đậu (nếu ống thông bàng quang một nòng) dùng và đặt trên sàng vô khuẩn.

Câu 4: Mở khoá cho dịch chảy vào bàng quang khoảng hoặc theo chỉ định, rồi khoá lại. Dùng tay xoa vùng bàng quang.

Câu 5: Với sonde bàng quang 1 nòng: Tháo dây dẫn dịch ra..... sát khuẩn lại đầu sonde và đầu túi dẫn lưu rồi nối lại túi dẫn lưu với sonde và mở kẹp sonde bàng quang ra.

Đáp án:

Câu 1: A Câu 4: 250ml

Câu 2: B Câu 5: dùng gạc tẩm betadine

Câu 3: gạc tẩm povidine bọc quanh đầu túi dẫn lưu

BÀI 20: KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH, TRUYỀN MÁU

MỤC TIÊU

1. Thực hiện đúng các nguyên tắc truyền dịch, truyền máu.
2. Thực hiện hiệu quả, an toàn, đúng quy trình kỹ thuật truyền dịch, truyền máu cho người bệnh.
3. Theo dõi được người bệnh trong và sau khi truyền dịch, truyền máu, phát hiện sớm những biểu hiện bất thường trên người bệnh và đưa ra quyết định xử lý phù hợp.

NỘI DUNG

1. GIỚI THIỆU

Nước và các chất vô cơ giữ vai trò quan trọng trong quá trình sống. Mặc dù nước và các chất vô cơ không sinh năng lượng, nhưng sự trao đổi nước và các chất vô cơ trong cơ thể sống có liên quan mật thiết với nhau, đồng thời cũng liên quan chặt chẽ với chuyển hóa các chất hữu cơ. Nước là thành phần cấu tạo chính của cơ thể, khi cơ thể xảy ra tình trạng rối loạn trao đổi nước và các chất vô cơ có thể gây hậu quả nghiêm trọng, đây là bệnh cảnh thường gặp trên lâm sàng, do vậy đòi hỏi nhân viên y tế phải đánh giá đúng mức và xử trí kịp thời.

Tiêm truyền tĩnh mạch được coi là phương pháp hiệu quả nhất trong việc cân bằng nước và điện giải cho người bệnh. Song song với việc bồi phụ dịch và điện giải, tiêm truyền tĩnh mạch còn áp dụng cho truyền máu và chế phẩm của máu (chất keo), dinh dưỡng...

Truyền máu là quá trình nhận máu hoặc các sản phẩm máu vào hệ tuần hoàn theo đường tĩnh mạch. Truyền máu được chỉ định trong nhiều bệnh lý cấp tính hoặc mạn tính khác nhau gây ra tình trạng thiếu máu (toàn phần, hoặc một số thành phần của máu), để thay thế các thành phần bị thiếu của máu. Truyền máu thời kỳ đầu thường sử dụng máu toàn phần. Ngày nay ngoài truyền máu toàn phần, các bác sĩ đã chỉ định truyền từng thành phần của máu như hồng cầu, bạch cầu, huyết tương, các thành phần chống đông, và tiểu cầu.

Đưa thuốc, dịch truyền và máu vào lòng mạch phải tuân thủ nguyên tắc 5 đúng: đúng thuốc/dịch truyền, đúng liều dùng/hàm lượng, đúng người bệnh, đúng đường dùng, đúng giờ (Thông tư số 07/2011/TT-BYT) và phải ghi chép đầy đủ, rõ ràng theo đúng quy định. Đòi hỏi điều dưỡng viên phải có kiến thức về dịch truyền, truyền máu, hiểu và sử dụng hiệu quả phương tiện dụng cụ, thực hành truyền dịch, truyền máu an toàn, kiểm soát tốc độ truyền, chăm sóc và theo dõi, nhận biết và xử trí được những tai biến có thể xảy ra trong và sau khi tiêm truyền.

2. KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH TĨNH MẠCH

2.1. Mục đích

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn đã mất của cơ thể do tiêu chảy mất nước, bỏng nặng, mất máu, xuất huyết...

- Giải độc, lợi tiểu
- Nuôi dưỡng người bệnh
- Đưa thuốc vào cơ thể để điều trị

2.2. Nên truyền trong các trường hợp

- Xuất huyết, tiêu chảy mất nước, bỏng Trước mổ, sau mổ
- Muốn phát huy tác dụng nhanh, duy trì nồng độ của thuốc.
- Trường hợp nhiễm độc, nhiễm toan chuyển hoá.

2.3. Nguyên tắc truyền dịch

- Thực hiện 5 đúng
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.
- Đảm bảo sự an toàn về quản lý dịch truyền.
- Tuyệt đối không để không khí vào tĩnh mạch.
- Đảm bảo áp lực của dịch truyền cao hơn áp lực máu của người bệnh.
- Đảm bảo thời gian truyền dịch theo đúng chỉ định của bác sĩ: thực hiện công thức tính thời gian chảy của dịch truyền.

$$\text{Tổng số thời gian (phút)} = \frac{\text{Tổng số dịch truyền} \times \text{số giọt/ml}}{\text{Số giọt/phút}}$$

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trước, trong và sau khi truyền.

- Phát hiện các dấu hiệu sớm của phản ứng và xử lý kịp thời.
- Giữ cho hệ thống truyền dịch được vô trùng. Băng vô trùng nơi thân kim.
- Dịch truyền không nên để lâu quá 24 giờ. Bộ dây tiêm truyền thay sau 48-72 giờ. Kim luồn nên được thay sau 48-72 giờ hoặc hơn tùy theo sản phẩm.

1.4. Những tác dụng không mong muốn có thể xảy ra khi truyền dịch vào tĩnh mạch ngoại biên:

TT	Tác dụng không mong muốn	Xử trí
1	Dịch thoát ra ngoài mạch do lệch kim, kim xuyên qua lòng mạch	Kiểm tra vị trí truyền thường xuyên. Khóa dịch truyền khi có dấu hiệu xảy ra. Đâm kim ở vị trí khác Hạn chế cử động tại vùng truyền
2	Tắc kim do dòng chảy không lưu thông.	Ngưng truyền. Kiểm tra lại sự lưu thông dịch Đâm kim ở vị trí khác (nếu không lưu thông) Không được xoa lên vùng truyền Chườm ấm lên vùng truyền theo y lệnh
3	Viêm tĩnh mạch do kim truyền làm tổn thương lòng mạch, tác dụng phụ của dịch truyền hay kỹ thuật không vô khuẩn.	Ngưng truyền. Đặt đường truyền ở vị trí khác (tránh đâm kim lại vào các tĩnh mạch bị viêm Chườm ấm vùng truyền.
4	Quá tải tuần hoàn: lượng dịch quá nhiều, chảy quá nhanh làm tăng thể tích tuần hoàn đột ngột.	Ngưng truyền. Báo bác sĩ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

5	Tắc tĩnh mạch (tắc mạch phổi) do cục máu đông hoặc do bọt khí.	Thường xuyên kiểm tra vị trí truyền. Theo dõi tình trạng hô hấp, toàn thân và phát hiện kịp thời các dấu hiệu của tắc mạch phổi do khí: khó thở, tím tái, loạn nhịp thất, tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm, phù phổi, giảm phân áp carbonic cuối thì thở ra ... - Xử trí: hỗ trợ hô hấp; hút khí liên tục qua đường tĩnh mạch trung tâm ... - Phòng: Đuổi hết không khí trong bộ dây truyền
6	Nhiễm trùng vị trí truyền do không đảm bảo vô khuẩn và chăm sóc vị trí truyền không đúng, do dịch truyền không đảm bảo chất lượng.	Báo bác sĩ khi có những dấu hiệu bất thường xảy ra: đau, khó thở... Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn khi chăm sóc vị trí truyền. Thay bộ dây truyền định kỳ ngay sau 72 giờ. Rửa tay thường quy trước khi thực hiện kỹ thuật.
7	Phản vệ	Ngừng truyền dịch, nhanh chóng chuyển lấy ven tay khác trước khi mạch co. Báo cáo bác sĩ Xử trí theo phác đồ chống sốc Theo dõi dấu hiệu sinh tồn. Thực hiện thuốc theo y lệnh.

2.5. Quy trình thực hành kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch

2.5.1. Nhận định

Nhận định các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, các bệnh lý đi kèm: tri giác, da và niêm mạc, dấu hiệu sinh tồn (DHST), cân nặng, mức độ phù, lượng nước tiểu, khát nước, dấu hiệu mất nước...

Nhận định tiền sử dị ứng: dị ứng thuốc, dịch truyền, dung dịch sát khuẩn...

Nhận định hệ thống tĩnh mạch người bệnh.

Nhận định các yếu tố liên quan đến dịch truyền, kim truyền, tốc độ truyền, thời gian truyền...

Nhận định yếu tố ảnh hưởng đến quá trình truyền: tuổi (người già, trẻ em).

Nhận định thái độ, sự hiểu biết của người bệnh và người thân đối với liệu pháp truyền dịch.

2.5.2. Dụng cụ

Dịch theo chỉ định:

Dịch đẳng trương: NaCl 0,9%, glucose 5%, NaHCO₃ 14%

Dung dịch ưu trương: NaCl 10%, 20%, glucose 10%, 50%, NaHCO₃ 5%...

Dung dịch có phân tử lượng lớn: Dextran, subtosan....

Bộ dụng cụ truyền dịch: tấm ga mỏng, garô, dung dịch sát khuẩn (cồn 70⁰, cồn iốt), gạc, băng dính, kim Kocher.

Bộ dây truyền

Hộp thuốc chống sốc

Dụng cụ đo dấu hiệu sinh tồn: máy đo huyết áp, ống nghe, nhiệt kế, đồng hồ có kim giây.

Phiếu truyền dịch.

Bảng theo dõi dấu hiệu sinh tồn, bút ghi

2.5.3. Các bước thực hiện

TT	Thực hiện	Lý do
1	Kiểm tra y lệnh: loại dịch truyền, số lượng, thuốc (nếu có), tốc độ dịch chảy và thời gian truyền	- Tránh nhầm lẫn khi thực hiện kỹ thuật cho người bệnh.
	Kiểm tra dụng cụ, sắp xếp gọn gàng	- Thuận tiện cho việc thao tác
2	Thông báo, giải thích cho người bệnh/gia đình người bệnh	- Người bệnh hiểu và hợp tác

	Giúp người bệnh ở tư thế thoải mái	- Thuận tiện cho điều dưỡng khi tiến hành.
3	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.	Làm giảm thiểu vi khuẩn trên tay
4	Chuẩn bị bộ dây truyền và dịch truyền.	Đảm bảo truyền đúng dịch, dây truyền phù hợp.
5	Kiểm tra 5 đúng	Giảm nguy cơ sai sót
	Màu sắc, sự trong suốt, hạn dùng của dịch truyền	
	Túi/chai dịch có bị rò không	
6	Mở bộ dây truyền (đảm bảo vô khuẩn) Di chuyển khóa dịch truyền lên cách bầu nhỏ giọt khoảng 2 - 5 cm, khóa dịch truyền.	Đề phòng sự nhiễm khuẩn Đảm bảo an toàn
7	Bật nút chai dịch, sát khuẩn, pha thuốc (nếu cần). Cắm bộ dây truyền vào túi hoặc chai dịch truyền.	Sẵn sàng cho việc gắn dây truyền dịch vào chai dịch truyền.
8	Treo túi/chai dịch lên cọc truyền/ giá, bóp và thả cho dịch chảy vào 1/3 ~ 1/2 bầu nhỏ giọt và khoá lại.	Ngăn không khí đi vào dây truyền.
9	Tháo nắp đậy kim truyền và từ từ mở khóa cho dịch chảy từ bầu nhỏ giọt đến kim truyền. Khóa dịch truyền lại sau khi dây truyền đầy dịch	- Đuổi không khí trong dây truyền. - Phòng sự thoát dịch ra ngoài.
10	Đậy nắp kim truyền.	Duy trì hệ thống được vô khuẩn
11	Nối các loại dây truyền có nhánh hoặc dây nối ngắn với dây truyền dịch (nếu cần).	
12	Chọn tĩnh mạch truyền phù hợp	Giúp đưa kim vào tĩnh mạch được dễ dàng.

	Đặt gối kê tay và dây garô dưới vùng truyền Cắt băng dính.	Chuẩn bị để cố định kim truyền
13	Mang găng sạch, đeo khẩu trang (<i>Chỉ sử dụng găng khi có nguy cơ phơi nhiễm với máu và khi da tay của người làm thủ thuật bị tổn thương</i>).	Giảm sự lây truyền của vi sinh vật.
14	Buộc dây garô trên vị trí truyền 10 - 15 cm.	
15	Sát khuẩn vị trí truyền bằng bông/gạc vô khuẩn vào chính giữa vị trí tiêm/dọc theo tĩnh mạch và sát khuẩn rộng ra với đường kính 10cm (tối thiểu 2 lần).	Phòng ngừa nhiễm khuẩn
16	Đâm kim: Một tay căng da, Một tay cầm kim chéch góc 30^0 so với mặt da, đưa kim nhẹ nhàng vào tĩnh mạch, khi thấy máu trào ra đốc kim, tháo garô nhẹ nhàng.	Cố định tĩnh mạch khi đâm kim. Làm giảm nguy cơ đâm kim sâu.
17	Nhanh chóng nối dây truyền với kim truyền. Mở khóa truyền. <i>Chỉnh khóa dịch truyền.</i>	Đảm bảo vô khuẩn. Cho dịch chảy qua kim truyền, ngăn ngừa tình trạng máu đông ở dụng cụ truyền.
18	Cố định đốc kim, che và cố định thân kim bằng gạc vô khuẩn/băng dính trong. Rút gối kê tay, cố định tay người bệnh (nếu cần)	Giữ chắc chắn kim truyền, phòng nguy cơ nhiễm trùng và thương tổn do kim đâm. <i>Cố định kim bằng dụng cụ an toàn</i>
19	Quan sát vị trí truyền có bị phồng không, nhận định người bệnh - quan sát sắc mặt, hỏi cảm giác của người bệnh.	Phát hiện các tai biến để xử trí kịp thời.

20	Cuộn một vòng dây truyền dọc theo tay của người bệnh, sau đó dùng miếng băng dính thứ hai cố định lại.	Tránh làm tuột kim khỏi vị trí truyền. <i>Cố định dây truyền dịch</i>
21	Điều chỉnh tốc độ dịch truyền theo đúng y lệnh. Có thể nối với dụng cụ truyền tự động (nếu cần).	Giảm nguy cơ tai biến
22	Ghi trên băng dính cố định: ngày và thời gian truyền, cỡ kim truyền và độ dài, người thực hiện.	Ghi nhận thời gian bắt đầu lưu kim
23	Thu dọn dụng cụ Tháo găng tay và rửa tay	Giảm sự lây truyền vi khuẩn, ngăn ngừa tai nạn do kim đâm.
24	Hướng dẫn người bệnh hạn chế vận động để không làm tuột dụng cụ truyền, khi có cảm giác khó chịu báo ngay với điều dưỡng.	Đề phòng tuột kim truyền Phát hiện bất thường
25	Ghi hồ sơ: Loại dịch truyền, loại kim, tốc độ truyền, ngày giờ truyền, vị trí truyền, tốc độ dịch chảy, loại dây truyền, kích cỡ, thời gian bắt đầu truyền, lượng dịch truyền còn lại trong túi/chai dịch. Phản ứng của người bệnh với truyền dịch.	Đảm bảo tính liên tục của quy trình. Tránh sự nhầm lẫn khi thay đổi giữa các ca trực. Theo dõi tiến triển của người bệnh.

Bảng kiểm kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
3	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.			

4	Kiểm tra dịch truyền, sát khuẩn nút chai, pha thuốc (nếu cần).			
5	Mở bộ dây truyền và khóa dịch truyền lại			
6	Cắm dây truyền vào chai/túi dịch.			
7	Treo chai dịch lên cọc truyền, đuổi khí, cho dịch chảy 1/3 ~ 1/2 bầu đếm giọt và khoá lại.			
8	Nối các loại dây truyền có nhánh hoặc dây nối ngắn với dây truyền dịch (nếu cần).			
9	Lựa chọn tĩnh mạch truyền phù hợp. Đặt gối kê tay và dây garô dưới vùng truyền cắt bang dính.			
10	Mang găng sạch, đeo khẩu trang			
11	Buộc dây garô trên vùng truyền 10 - 15 cm			
12	Sát khuẩn vị trí truyền từ trong da ngoài đường kính trên 10cm, sát khuẩn đến khi da sạch (tối thiểu 2 lần).			
13	Căng da, đâm kim chéch 30 ⁰ so với mặt da, luồn kim vào tĩnh mạch thấy máu ở đốc kim.			
14	Tháo dây garô; Nối dây truyền với kim truyền; Mở khoá cho dịch chảy để thông kim			
15	Cố định kim truyền			
16	Nhận định người bệnh sau khi truyền			

17	Điều chỉnh tốc độ dịch truyền theo y lệnh Ghi ngày giờ truyền trên băng dính cố định			
18	Dặn dò người bệnh giữ gìn tránh làm chệch kim truyền, tuột đường truyền; Báo với điều dưỡng/bác sĩ khi thấy cảm giác bất thường.			
19	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
20	Ghi hồ sơ			

3. KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

3.1. Mục đích

Bù lại lượng máu đã mất, nâng huyết áp

Cầm máu (fibrinogen, prothrombin, tiểu cầu, yếu cầu VIII...)

Chống nhiễm khuẩn nhiễm độc (cung cấp hemoglobin và kháng thể) Cung cấp oxy cho tế bào và kháng thể cho người bệnh

3.2. Nên truyền trong các trường hợp

Chảy máu nội tạng nặng

Sốc do chảy máu trong, sốc chấn thương, mất máu nặng do đứt động mạch.

Thiếu máu nặng (ví dụ: Giun móc...)

Nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng

Các bệnh về máu: suy tủy, xuất huyết giảm tiểu cầu...

3.3. Không nên truyền trong các trường hợp

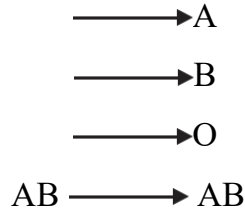
Các bệnh van tim (hẹp, hở- van 2 lá, hở động mạch chủ...) cần cân nhắc khi truyền Viêm cơ tim.

Xơ cứng động mạch não, cao huyết áp.

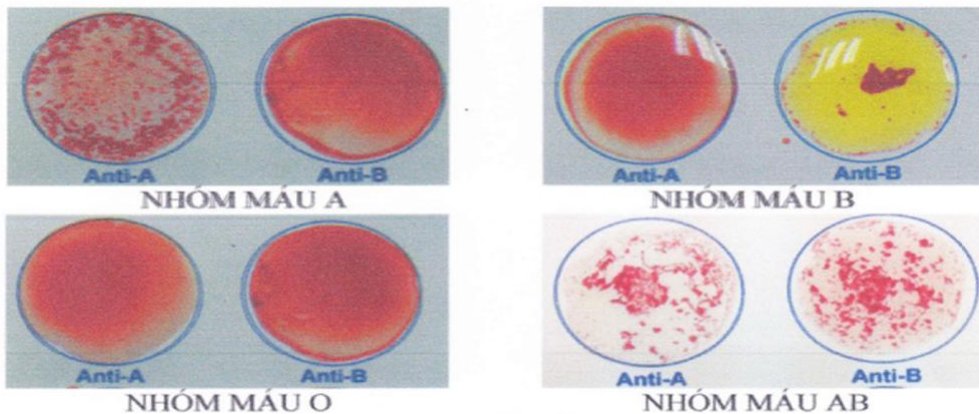
Chấn thương sọ não, viêm não, não úng thủy.

3.4. Nguyên tắc truyền máu

Phải truyền máu cùng nhóm và chắc chắn có chỉ định của bác sĩ theo sơ đồ sau: Nhóm



Trước khi truyền máu phải chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm cần thiết: nhóm máu, phản ứng chéo, kết dính...



Hình 1. Định nhóm máu

Kiểm tra chất lượng máu: máu toàn phần hay thành phần của máu, túi/chai máu không có biểu hiện nghi ngờ như thay đổi về màu sắc, vỡ hồng cầu, không vón cục ...

Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn người bệnh trước khi truyền máu: nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ.

Dụng cụ phải đảm bảo vô khuẩn, dây truyền phải có bầu lọc, kim phải đúng kích cỡ (18-21G, dài 3-4 cm).

Đảm bảo tốc độ chảy của máu đúng y lệnh.

Phải làm phản ứng sinh vật: truyền 5 ml máu với tốc độ theo y lệnh, rồi cho chảy chậm 8 - 10 giọt/phút. Sau 5 phút theo dõi, nếu không có triệu chứng bất thường, cho chảy tiếp tục với tốc độ theo y lệnh 20 ml máu nữa; rồi lại

cho chảy chậm (8 - 10 giọt/phút) trong 5 phút để theo dõi, nếu không có gì bất thường xảy ra mới tiếp tục truyền với tốc độ theo y lệnh.

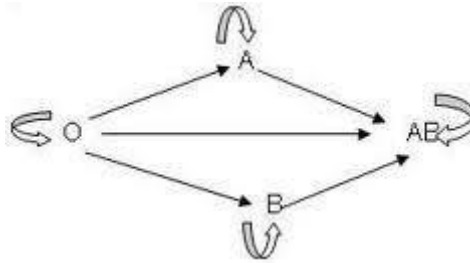
Túi/chai máu đem ra khỏi nơi bảo quản không để lâu quá 30 phút trước khi truyền cho người bệnh, không được truyền máu quá lạnh cho người bệnh.

Phải theo dõi chặt chẽ quá trình truyền để tránh các tai biến có thể xảy ra.

Trong trường hợp cấp cứu không có máu cùng nhóm, có thể truyền máu khác nhóm theo chỉ định của thầy thuốc và theo quy tắc truyền máu tối thiểu (rất ít khi thực hiện):

Đối với người lớn: không truyền quá 250 ml.

Đối với trẻ em: truyền không quá 1/10 - 1/8 khối lượng tuần hoàn của trẻ



Sơ đồ 1. Truyền máu theo nhóm máu

3.5. Các tai biến có thể xảy ra khi truyền máu

TT	Tai biến	Xử trí
1	Truyền nhầm nhóm máu: khi truyền 1 - 2ml đã thấy người bệnh khó thở, đau tức ngực như bị ai ép lại, đau cột sống dữ dội, hốt hoảng, lo sợ.	- Khóa dây truyền máu. - Lấy dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh. - Báo cáo bác sĩ - Thực hiện các y lệnh một cách nhanh chóng và chính xác.
2	Sốt và rét run	- Khóa túi máu lại. - Giữ ấm người bệnh. - Lấy dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh. - Báo bác sĩ, thực hiện các y lệnh một cách nhanh chóng và chính xác.
3	Dị ứng: nổi mẩn ngứa toàn thân, có khi phù mắt	- Khóa túi máu lại. - Lấy dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh. - Báo bác sĩ, thực hiện các y lệnh một cách nhanh chóng và chính xác.
4	Nhiễm khuẩn huyết: do túi máu bị nhiễm khuẩn. Dấu hiệu: Người bệnh sốt cao, khó thở, hắc hắc	- Khóa túi máu lại. - Lấy dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh. - Báo bác sĩ, thực hiện các y lệnh một cách nhanh chóng và chính xác. - Mời ngân hàng máu đến lập biên bản và - gửi túi máu đi xét nghiệm.

5	Tan máu miễn dịch: Trong máu người bệnh có kháng thể chống lại hồng cầu như một tan máu. Thường xảy ra từ 4 - 11 ngày sau truyền máu.	Lấy dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh. - Báo bác sĩ, thực hiện các y lệnh một cách nhanh chóng và chính xác, truyền hồng cầu rửa.
6	Truyền máu của người cho nhiễm virus, ký sinh trùng sốt rét, viêm gan siêu vi.	- Báo bác sĩ - Thực hiện y lệnh. - Theo dõi tình trạng người bệnh.
7	Hội chứng xuất huyết sau truyền máu: xảy ra sau 20 đến 30 ngày vì trong túi máu có tiểu cầu của người cho không phù hợp tiểu cầu của người nhận.	Xử trí theo y lệnh bác sĩ như điều trị bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu.
8	Hạ thân nhiệt: Thường gặp ở trẻ nhỏ, người già yếu, NB nặng khi truyền máu dự trữ chưa làm ấm đầy đủ.	Ủ ấm, giảm tốc độ truyền, báo cáo bác sĩ và thực hiện y lệnh.

3.6. Quy trình thực hành kỹ thuật truyền máu

3.6.1. Nhận định người bệnh

- Tri giác, dấu hiệu sinh tồn.
- Tình mạch vùng truyền.
- Tình trạng bệnh lý đi kèm.
- Tiền sử về truyền dịch, truyền máu của người bệnh.
- Người bệnh đã hoàn thành các thủ tục và đồng ý truyền trước khi nhận máu về. Sự hiểu biết của người bệnh/gia đình về truyền máu

3.6.2. Dụng cụ

Dụng cụ vô khuẩn và túi máu

Túi máu đã đối chiếu với y lệnh và nhóm máu của người bệnh.

Kiểm tra nhãn hiệu túi máu

Có nhãn không? nếu không có nhãn sẽ không nhận.

Nhãn phải ghi đầy đủ: số túi, nhóm máu, tên người cho - người nhận máu; ngày, giờ, tháng lấy máu, hạn dùng.



Kiểm tra chất lượng: nút túi máu có nguyên vẹn không? Túi máu lấy ở tủ lạnh ra còn phân biệt các lớp rõ ràng, màu sắc có tươi hay có hiện tượng tiêu huyết, nhiễm khuẩn, có vón cục không, có để ngoài tủ lạnh lâu quá 30 phút không?

Đối chiếu: túi máu lĩnh có phù hợp với phiếu lĩnh máu không, tên và nhóm máu của người bệnh có đúng không, phản ứng chéo giữa túi máu và máu của người bệnh có hiện tượng ngưng kết không?

Bộ dây truyền máu: loại dây thẳng/loại dây chữ Y có màng lọc trong bầu đếm giọt.



Túi/chai dung dịch NaCl 0,9% Bơm tiêm 5 ml, kim 18 - 21G Gạc hấp, lam kính

Dung dịch sát khuẩn.

** Dụng cụ sạch*

Băng dính; Găng tay sạch

Khay hạt đậu.

Garô/dây cao su

Gối hoặc khăn mỏng kê tay

Nẹp hoặc băng cuộn (nếu cần)

Hộp thuốc chống sốc.

Dụng cụ đo dấu hiệu sinh tồn: nhiệt kế, máy đo huyết áp, ống nghe

Giấy cam kết đồng ý truyền.

Phiếu truyền máu, phiếu xét nghiệm

Cọc truyền.

Bơm tiêm điện (EID)

Dụng cụ đo oxy mạch (Pulse oximeter).

3.6.3. Các bước thực hành

TT	Thực hiện	Lý do
1	Chuẩn bị người bệnh:	Đảm bảo người bệnh được truyền máu phù hợp.
	- Kiểm tra hồ sơ người bệnh: họ tên, số giường, số buồng, phiếu lĩnh máu, phiếu truyền máu, kết quả xét nghiệm: nhóm máu, công thức máu... - Thông báo, giải thích cho người bệnh/gia đình	Xác định người bệnh và sự hợp tác khi thực hiện thủ thuật. Ngăn ngừa tai biến có thể xảy ra
	NB biết về kỹ thuật sẽ làm. - Yêu cầu người bệnh đi tiểu (nếu cần) - Hỏi người bệnh về tiền sử dị ứng - Cho người bệnh nằm tư thế thích hợp - Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn	Tạo thuận lợi cho việc thực hiện thủ thuật Nhận định các chỉ số sinh tồn để so sánh khi bắt đầu, trong và sau khi truyền máu.
2	Điều dưỡng trang phục, rửa tay, mang găng tay	Giảm nguy cơ lây nhiễm vi khuẩn

3	Kiểm tra túi máu: tên người cho, hạn dùng, số hiệu, chất lượng, nhóm máu	Tránh gây tai biến cho người bệnh
	Sắp xếp dụng cụ hợp lý	Thuận tiện cho việc thao tác
4	Định nhóm máu bằng huyết thanh mẫu và làm phản ứng hòa hợp tại giường bệnh.	Tránh truyền nhầm nhóm máu
5	Mở bộ dây truyền máu chữ Y	Đầu chữ Y bảo vệ đường vào tĩnh mạch trong trường hợp người bệnh cần truyền nhiều hơn 1 đơn vị máu.
6	Thiết lập tất cả các khoá ở vị trí “off”	Ngăn ngừa máu bị chảy ra ngoài.
7	Treo túi máu lên giá	Ngăn ngừa nguy cơ máu bị đổ.
8	Đâm kim vào chai dung dịch NaCl 0,9% với bộ dây truyền máu chữ Y. Treo chai dịch lên cọc truyền. Bóp cho dịch chảy khoảng 1/3 đến 1/2 bầu dịch.	Ngăn ngừa không khí trong đầu ống chữ Y. Ngăn ngừa sự thất thoát dịch
9	Mở khoá cho dịch NaCl 0,9% chảy hết trong bộ dây truyền. Sau đó, khoá dây truyền lại, giữ vô trùng ở đầu tiếp xúc.	Đảm bảo sự thông suốt của bộ dây truyền.
10	Chuẩn bị máu/ các sản phẩm của máu để truyền. - Nhẹ nhàng đảo/ lắc đều túi máu. - Tháo tem/ nắp đậy đầu nút của túi máu. - Đâm đầu nhọn của bộ lọc dây truyền chữ Y vào túi máu. - Mở khoá, cho máu chảy nhỏ giọt vào bầu.	Nhẹ nhàng đảo/lắc đều để trộn các thành phần của máu. Ống chứa đầy máu và sẵn sàng truyền cho người bệnh.

11	Thực hiện các bước đâm kim vào tĩnh mạch, truyền dịch NaCl 0,9% (giống bước 14 -21 kỹ thuật truyền dịch).	Thực hiện lập đường truyền dịch trước khi truyền máu.
12	- Làm phản ứng sinh vật: thứ tự như sau: + Truyền máu theo tốc độ của y lệnh: 5 ml máu đầu tiên. + Truyền chậm 8-10 giọt/ phút x 5 phút + Nếu không có gì bất thường, chỉnh tốc độ như y lệnh x 20 ml máu. + Truyền chậm 8-10 giọt/ phút x 5 phút, Nếu không có gì bất thường mới truyền theo tốc độ của y lệnh. - Theo dõi sát tình trạng của người bệnh khi làm phản ứng sinh vật: sắc mặt, nôn? đau đầu? khó thở? rét run, mạch nhanh yếu? huyết áp hạ?... - Quan sát tại vị trí truyền: phỏng? ... - Đảm bảo vô trùng, duy trì sự thông suốt với tĩnh mạch của người bệnh.	Đảm bảo an toàn ngay từ khi bắt đầu truyền máu. Hầu hết các phản ứng xảy ra trong 15 phút đầu tiên của quá trình truyền. Truyền một số lượng nhỏ các sản phẩm của máu trước khi truyền với số lượng máu nhiều hơn để hạn chế thiểu mức độ nghiêm trọng của phản ứng. Chú ý: Nếu có dấu hiệu của phản ứng xảy ra, dừng truyền, bắt đầu truyền nước muối sinh lý để giữ đường truyền và báo cho bác sĩ.
13	Theo dõi dấu hiệu sinh tồn của người bệnh 5 phút/lần, 15 phút/lần, 30 phút - 1 giờ/lần sau khi truyền hoặc theo quy định của mỗi cơ sở y tế.	Phát hiện sớm những phản ứng xảy ra.
14	Tiếp tục truyền theo đúng y lệnh và kiểm tra tốc độ truyền. Khi truyền xong: không truyền hết, để lại 10ml máu trong túi (để làm chứng), Chuyển dây truyền sang chai dịch NaCl 0,9%, hoặc rút kim, sát khuẩn và dán băng vô khuẩn vị trí chọc kim.	Giảm nguy cơ quá tải lượng dịch trong lòng mạch Để làm chứng khi có bất thường. Ngừng truyền, phòng nhiễm khuẩn.
15	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.	Hài lòng người bệnh

	Tiếp tục theo dõi nhận định người bệnh.	Phát hiện tai biến
16	Xử lý các dụng cụ bẩn đúng quy định, tháo bỏ găng tay, rửa tay.	Hạn chế sự lây nhiễm của vi khuẩn
17	Ghi hồ sơ: - Thời gian bắt đầu truyền - Số lượng máu/ sản phẩm máu đã truyền, nhóm máu - Đáp ứng của người bệnh với truyền máu. - Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi truyền. - Thời gian kết thúc	Ghi chép các thông tin theo quy định.

Bảng kiểm kỹ thuật truyền máu

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
3	Rửa tay, trang phục, mang găng tay			
4	Kiểm tra túi máu			
5	Định nhóm máu và làm phản ứng hoà hợp tại giường bệnh			
6	Mở bộ dây truyền			
7	Treo túi máu và chai dung dịch NaCl 0,9% lên giá.			
8	Đâm kim vào chai dung dịch NaCl 0,9%, đuổi khí và khoá lại.			
9	Đâm đầu nhọn của bộ lọc dây truyền vào túi máu, mở khoá, cho máu chảy nhỏ giọt vào bầu và khoá lại.			

10	Truyền máu: Đâm kim qua da, luồn kim vào tĩnh mạch Tháo dây garô; Nối dây truyền với kim truyền; Mở khoá cho dịch chảy. Cố định kim truyền Nhận định người bệnh ngay sau khi truyền Điều chỉnh tốc độ dịch truyền			
11	Làm phản ứng sinh vật			
12	Theo dõi dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.			
13	Tiếp tục truyền máu theo đúng y lệnh và kiểm tra tốc độ truyền.			
14	Truyền máu xong: Để lại 10 ml máu trong túi máu, Chuyển đường truyền sang chai dịch Hoặc rút kim, sát khuẩn, băng vô khuẩn vị trí truyền			
15	Giúp người bệnh về tư thế thoải mái Tiếp tục theo dõi, dặn người bệnh nếu có cảm giác khó chịu báo với điều dưỡng.			
16	Thu dọn dụng cụ, tháo bỏ găng tay, rửa tay.			
17	Ghi hồ sơ			

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Lựa chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1. Loại máu có thể truyền được cho NB có nhóm máu A là:

Máu nhóm A hoặc AB

Máu nhóm A hoặc O

Máu nhóm A hoặc B

Máu nhóm AB

Câu 2. Loại dung dịch sử dụng để lập đường truyền trước khi truyền máu

Natri clorua 0,45%

Dextrose 5%

Natri clorua 0,9%

Dextrose 5% trong NaCl 0,9%

Câu 3. Thời điểm điều dưỡng làm phản ứng chéo cho người bệnh trước khi truyền máu:

Trước hoặc sau khi truyền máu

Trước khi truyền máu, tại phòng xét nghiệm

Trước khi truyền máu, tại phòng xét nghiệm và trước khi cắm túi máu truyền cho người bệnh

Trước khi cắm túi máu truyền cho người bệnh

Bù khối lượng nước và điện giải

Nuôi dưỡng người bệnh

Bù khối lượng nước

Câu 5. Người bệnh Nguyễn Văn A, chẩn đoán tiêu chảy cấp. Bác sĩ chỉ định truyền ringer lactac 500 ml x 60 giọt/phút. Lúc 8 giờ sáng, điều dưỡng đặt đường truyền. Vậy khi nào sẽ kết thúc quá trình truyền dịch?

12 giờ 47 phút

9 giờ 47 phút

10 giờ 47 phút

11 giờ 47 phút

Câu 6. Trình tự đúng khi thực hiện truyền máu

A. Đảo nhẹ nhàng túi máu treo túi máu lên cột truyền; nhận định người bệnh; lập đường truyền với dung dịch natri clorua 0,9%; chuyển dây truyền cắm sang túi máu; làm phản ứng sinh vật; thực hiện truyền máu tốc độ theo y lệnh.

B. Lập đường truyền với dung dịch natri clorua 0,9%; Nhận định người bệnh; Đảo nhẹ nhàng túi máu treo túi máu lên cột truyền; chuyển dây truyền cắm sang túi máu; làm phản ứng sinh vật; thực hiện truyền máu tốc độ theo y lệnh.

C. Đảo nhẹ nhàng túi máu treo túi máu lên cột truyền; nhận định người bệnh; lập đường truyền với dung dịch Natri clorua 0.9%; làm phản ứng sinh vật; chuyển dây truyền cắm sang túi máu; thực hiện truyền máu tốc độ theo y lệnh.

D. Nhận định người bệnh; lập đường truyền với dung dịch natri clorua 0,9%; Đảo nhẹ nhàng túi máu treo túi máu lên cột truyền; Chuyển dây truyền cắm sang túi máu; làm phản ứng sinh vật; thực hiện truyền máu tốc độ theo y lệnh.

Câu 7. Nguyên nhân gây nhiễm khuẩn vị trí truyền

Chăm sóc vị trí truyền không đảm bảo vô khuẩn

Do cục máu đông

Do kim xuyên ra ngoài lòng mạch

Do truyền dịch quá chậm

Câu 8. Mục đích làm phản ứng sinh vật khi truyền máu

Thử phản ứng chéo

Theo dõi tai biến khi truyền máu

Theo dõi phản ứng của người bệnh khi bắt đầu truyền máu

Theo dõi dấu hiệu nhiễm khuẩn khi truyền máu

Tình huống thực hành

Tình huống 1

Người bệnh Trần Văn X. 65 tuổi, đang điều trị tại khoa hồi sức tích cực với chẩn đoán tai biến mạch máu não do tăng huyết áp. Hiện tại, ý thức người bệnh không hoàn toàn tỉnh táo, không đồng ý truyền dịch, đôi lúc giãy giụa; da, niêm mạc hồng; giảm vận động nửa người bên phải. Dấu hiệu sinh tồn: mạch 90 lần/phút, huyết áp 150/90mmHg, nhịp thở 21 lần/phút, thân nhiệt

37°C. Người bệnh được chỉ định truyền 500ml glucose 5%, tốc độ 40 giọt/phút.

Câu hỏi

Nêu nhận định về tình trạng người bệnh X?

Điều dưỡng cần lưu ý gì khi truyền dịch cho người bệnh X?

Thực hiện kỹ thuật truyền dịch cho người bệnh? (*thực hiện trên mô hình, hoặc người hướng dẫn chọn một người bệnh trong khoa lâm sàng có chỉ định truyền dịch*).

Khi đang theo dõi người bệnh truyền dịch, điều dưỡng nhận thấy dấu hiệu sung phồng tại vị trí truyền dịch, điều dưỡng phải làm gì?

Tình huống 2

Người bệnh Bùi Thị C. 55 tuổi, đang điều trị tại khoa Nội bệnh viện đa khoa tỉnh với chẩn đoán: Xuất huyết tiêu hóa. Hiện tại, người bệnh, mệt, da xanh, niêm mạc nhợt, mạch: 90 lần/phút, huyết áp: 90/60mmHg, nhịp thở: 22 lần/phút, thân nhiệt: 36,5°C. Xét nghiệm công thức máu: hồng cầu 2,5T/lít, huyết sắc tố:

5.0 mmol/l, nhóm máu B. Bác sĩ chỉ định truyền máu cấp cứu cho NB: 1 đơn vị máu, tốc độ 60 giọt/phút.

Câu hỏi

Nêu nhận định về tình trạng người bệnh C?

Người bệnh C sẽ truyền được những nhóm máu nào trong hệ nhóm máu ABO? Nhóm máu nào truyền tốt nhất cho người bệnh C? Giải thích?

Điều dưỡng M (*chăm sóc người bệnh*) nhận được túi máu (*máu dự trữ*) cho người bệnh C tại phòng bệnh; sau khi kiểm tra các thông tin trên túi máu và người bệnh đã phù hợp, điều dưỡng M khẩn trương treo túi máu lên cột truyền, nhanh chóng chuyển đường truyền (*đang truyền cho người bệnh dung dịch NaCl 0,9%*) sang cắm vào túi máu, và thực hiện tiếp các bước truyền máu cho người bệnh. Sau khi truyền máu được 20 phút, đường truyền không lưu thông!

Bạn hãy nêu nhận xét về quy trình thực hiện truyền máu cho người bệnh của điều dưỡng M, giải thích lý do tại sao đường truyền không lưu thông? Đưa ra cách giải quyết của bạn trong tình huống trên?

Người bệnh và gia đình người bệnh thể hiện sự lo lắng, không yên tâm về sự việc tắc đường truyền khi đang truyền máu; bạn hãy giải thích cho người bệnh/gia đình người bệnh hiểu sự cố trên? (*áp dụng phương pháp đóng vai*)?

4. Thực hiện kỹ thuật truyền máu (*trên mô hình*)?

ĐÁP ÁN

1. Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1: B ; Câu 2: C; Câu 3: D; Câu 4: B;

Câu 5: C; Câu 6: D; Câu 7: A; Câu 8: C

Bảng kiểm đánh giá năng lực thực hành kỹ thuật truyền dịch, truyền máu

TT	Năng lực	Mức độ đạt		
		Làm độc lập, không cần sự hỗ trợ (2)	Làm được, cần có sự hỗ trợ (1)	Không làm hoặc làm sai (0)
1	Thực hiện đúng các nguyên tắc khi truyền dịch, truyền máu.			
2	Thực hiện hiệu quả, an toàn, đúng quy trình kỹ thuật truyền dịch cho người bệnh.			
3	Thực hiện hiệu quả, an toàn, đúng quy trình kỹ thuật truyền máu cho người bệnh.			
4	Theo dõi được người bệnh trong và sau khi truyền dịch, truyền máu, phát hiện sớm những biểu hiện bất thường trên người bệnh và đưa ra quyết định xử lý phù hợp.			

BÀI 21: THEO DÕI LƯỢNG DỊCH VÀO, RA

MỤC TIÊU

1. Nhận định được người bệnh cần phải theo dõi lượng dịch vào, ra.
2. Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật theo dõi dịch vào, ra.
3. Hướng dẫn được người bệnh/gia đình người bệnh thực hiện theo dõi dịch vào, ra theo đúng yêu cầu kỹ thuật.

NỘI DUNG

1. Vai trò của nước, phân bố nước trong cơ thể

Nước có vai trò rất quan trọng trong việc tham gia cấu tạo tế bào và cơ quan tổ chức, duy trì các hoạt động bình thường của cơ thể, là dung môi cho các hệ thống sinh học. Cơ thể con người nếu mất 10% nước đã lâm vào tình trạng bệnh lý, mất 20 - 25% nước có thể chết.

Lượng nước trong cơ thể ở nữ thường ít hơn nam và giảm dần theo tuổi, trẻ em nước nhiều hơn người lớn. Tổng lượng nước chiếm khoảng 60% trọng lượng cơ thể (ở nam), 50% trọng lượng cơ thể (ở nữ), 75 - 80% trọng lượng (ở trẻ < 1 tuổi). Trong đó, dịch nội bào chiếm 40%, dịch ngoại bào chiếm 20% trọng lượng cơ thể. Trong 20% dịch ngoại bào; dịch nằm trong khoảng kẽ (chiếm 15% trọng lượng cơ thể), nằm trong nội mạch (chiếm 5% trọng lượng cơ thể).

Bình thường lượng nước đưa vào trong cơ thể bằng lượng nước thoát ra ngoài.

Tỷ lệ cân đối dịch phụ thuộc vào tuổi, người béo, gầy, chiều cao....

2. Nguồn dịch vào, ra bình thường (với người lớn)

Nguồn dịch vào cơ thể/ngày	2000 - 2500 ml	
- Nước uống	1000	- 1200 ml
- Nước trong thức ăn	800 - 1000 ml	
- Do chuyển hoá trong cơ thể	200	- 300 ml

Nguồn dịch ra khỏi cơ thể/ngày	2000 - 2500 ml	
- Nước tiểu thải qua thận	1200	- 1400 ml
- Thải qua phổi (hơi nước)	400	- 500 ml
- Thải qua da (mồ hôi)	300	- 500 ml
- Thải qua phân	100 ml	

3. Rối loạn cân bằng dịch của cơ thể

Thận và phổi có vai trò lớn đối với điều chỉnh cân bằng dịch. Lượng dịch vào, ra cân bằng trong 24 giờ. Khi dịch ra lớn hơn hoặc nhỏ hơn dịch vào, nghi ngờ có vấn đề mất cân bằng dịch. Mất cân bằng dịch có thể làm thay đổi các chức năng sống của cơ thể (hô hấp, chuyển hoá, hệ thần kinh trung ương...).

Mất/thiếu nước, khi lượng nước vào không đủ, hoặc/và do thải ra nhiều do rất nhiều nguyên nhân, thường gặp nôn, tiêu chảy, lỗ rò, dẫn lưu dịch, lợi tiểu, viêm phúc mạc, bông, say nắng, tăng thông khí, bệnh thận mãn, đái tháo đường, đái tháo nhạt... Lượng vào không đủ chủ yếu do ăn uống không đủ.

Thừa nước (phù) khi lượng nước thải ra ít, hoặc/và nước vào nhiều do các nguyên nhân như thiếu hoặc vô niệu, suy tim, hội chứng thận hư, tăng urê máu mạn, viêm thận ống thận cấp, xơ gan, mất nhiều protein, truyền quá nhiều dung dịch glucose, tăng ADH...

4. Mục đích và áp dụng theo dõi lượng dịch vào, ra

4.1. Mục đích

Nhận định tình trạng chung của người bệnh

Nhận định dấu hiệu sớm của rối loạn nước và điện giải

Điều chỉnh rối loạn nước và điện giải

4.2. Áp dụng

Theo dõi lượng dịch vào, ra áp dụng cho tất cả những người bệnh có tình trạng rối loạn cân bằng nước (mất nhiều - thiếu nước và thừa nước - phù);

người bệnh suy tim nặng, suy thận, tình trạng sốc, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, người bệnh đang dùng một số thuốc (lợi tiểu)...

Đo lượng dịch vào và ra là công việc hằng ngày của người điều dưỡng, để đánh giá tình trạng người bệnh và có kế hoạch chăm sóc phù hợp. Việc ghi chép lượng dịch vào, ra đòi hỏi sự chính xác, liên tục để có can thiệp đúng.

5. Kỹ năng theo dõi lượng dịch vào, ra

Trong trường hợp người bệnh có tình trạng rối loạn nước, việc đo lượng nước vào/ra phải được thực hiện hàng ngày, giúp bác sĩ có chỉ định điều trị phù hợp. Đánh giá lượng nước vào, ra trên người bệnh được thực hiện vào cuối mỗi ca trực, tổng hợp trong 24 giờ và so sánh trong nhiều ngày.

5.1. Nhận định người bệnh

Trước khi đo dịch vào, ra, cần nhận định những vấn đề liên quan:

Nhận định các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng quá tải hoặc mất nước (nhịp tim chậm/nhanh, hạ huyết áp/cao huyết áp, giảm độ căng da/với phù, đái ít/đái nhiều...).

Nhận định nguyên nhân mất nước: sốt kéo dài, tiêu chảy hoặc nôn mửa, mất qua dẫn lưu, vết thương, hút dạ dày, bỏng nặng, chấn thương nghiêm trọng (đặc biệt là chấn thương giập nát), bệnh nội tiết gây mất cân bằng nước điện giải (Cushing, Addison, bệnh tiểu đường nhiễm ceton acid...).

Xác định người bệnh bị suy giảm nuốt, bất tỉnh, hoặc bị suy vận động.

Nhận định người bệnh đang dùng thuốc ảnh hưởng đến cân bằng dịch, bao gồm cả thuốc lợi tiểu và steroid.

Tham khảo kết quả xét nghiệm:

Tỷ trọng nước tiểu (bình thường là 1,010 - 1,030)

Tỷ lệ thể tích hồng cầu trong máu toàn phần - hematocrit (mức bình thường là 38 - 47% đối với nữ, 40 - 45% đối với nam giới).

Đánh giá kiến thức của người bệnh và gia đình về mục đích và quá trình đo lượng dịch vào, ra.

Nhận định các yếu tố nguy cơ:

Người bệnh hoặc người nhà không hợp tác trong quá trình đo lượng dịch vào, ra.

Người bệnh đi tiểu không kiểm soát được

Người bệnh nôn không kiểm soát được

5.2. Dụng cụ

Bảng ghi lượng nước xuất nhập hàng ngày Bút

Vật chứa dịch tiết có phân chia thể tích Bô tiêu

Găng sạch

Dụng cụ đo lường: bô, ca, cốc... có vạch chia mức mililit.

5.3. Các bước thực hiện

TT	Thực hiện	Lý do
1	Giải thích để người bệnh và gia đình hiểu việc đo dịch vào, ra là cần thiết.	Người bệnh và người nhà chuẩn bị về mặt tâm lý và hợp tác tốt trong quá trình thực hiện đo dịch xuất, nhập.
2	Đo và ghi lại tất cả lượng dịch vào/thời gian đo: - Đo/tính đủ số lượng thức ăn lỏng (canh, xúp) trong mỗi bữa ăn. - Đo/tính đủ số lượng nước uống trong ngày - Đo/tính đủ số lượng thuốc, dịch truyền	Ghi đủ, chính xác lượng dịch vào
3	Đo và ghi lại tất cả lượng dịch ra/thời gian đo: Số lượng nước tiểu/ngày hoặc theo ca làm việc	Đảm bảo đủ, chính xác lượng dịch ra

	- Số lượng chất nôn, phân - Số lượng dịch dẫn lưu: các loại dẫn lưu trên NB - Sự ra mồ hôi quá mức (sốt tăng 1⁰C mất khoảng 100-300ml/ngày). - Đo/tính dịch qua hơi thở khi khó thở, thở máy	
4	Cân người bệnh hàng ngày Ghi lại cân nặng trong thời gian theo dõi	Thừa nước hoặc thiếu nước đều làm thay đổi trọng lượng.
5	Hướng dẫn NB/GĐ cách đo dịch vào, ra. Hướng dẫn chi tiết cách đo (thức ăn, uống, nôn, nước tiểu, phân,...) và sử dụng các phương tiện đo có vạch chia ml.	Một số trường hợp NB và GĐ có thể thực hiện đo theo hướng dẫn.
6	Nhận định các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng thiếu, thừa nước (nhịp tim? huyết áp? độ căng da? phù?...).	
7	Nhận định một số xét nghiệm liên quan - Tỷ trọng nước tiểu - Tỷ lệ thể tích huyết cầu	Một số xét nghiệm cho biết tình trạng mất nước.
8	Nhận định người bệnh đang dùng thuốc ảnh hưởng đến cân bằng dịch: thuốc lợi tiểu, steroid...	Liên quan tới nước ra nhiều hay ít hơn bình thường.
9	Báo cáo với BS nếu kết quả đo dịch vào/ra của NB bất thường.	Xử trí kịp thời

Bảng kiểm kỹ thuật theo dõi lượng dịch vào, ra

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh trước khi đo dịch vào, ra			
2	Dụng cụ: dụng cụ có chia vạch ml, túi chứa			
3	Giải thích với người bệnh và gia đình			
4	Đo và ghi lại tất cả lượng dịch vào/thời gian đo			
5	Đo và ghi lại tất cả lượng dịch ra/thời gian đo			
6	Cân người bệnh hàng ngày Ghi lại cân nặng trong thời gian theo dõi			
7	Hướng dẫn người bệnh/gia đình cách đo dịch vào, ra			
8	Nhận định các dấu hiệu và triệu chứng của tình trạng thiếu, thừa nước.			
9	Nhận định một số xét nghiệm liên quan			
10	Nhận định người bệnh đang dùng thuốc ảnh hưởng			
11	Báo cáo với bác sĩ nếu kết quả bất thường			

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1. Cách đo lượng nước tiểu cho người bệnh; ngoại trừ

- A. Đặt sonde tiểu cho tất cả các trường hợp cần đo lượng nước tiểu
- B. Dẫn người bệnh đi tiểu vào xô rồi đo lượng nước tiểu đã đi tiểu trong thời gian đo, kể cả khi đi đại tiện.
- C. Đặt sonde tiểu đo cho các trường hợp hôn mê
- D. Dùng bím cho người bệnh đi tiểu không tự chủ, cân bím và cộng tổng số trong thời gian đo.

Câu 2. Nguồn dịch ra của người bệnh bao gồm:

- A. Nước tiểu, phân
- B. Nước tiểu, phân, mồ hôi
- C. Nước tiểu, phân, dẫn lưu, mồ hôi, nôn
- D. Nước tiểu, phân, hơi thở, mồ hôi.

Câu 3. Nguồn dịch ra của người bình thường bao gồm:

- A. Nước tiểu, phân
- B. Nước tiểu, phân, mồ hôi
- C. Nước tiểu, phân, dẫn lưu, hơi thở, mồ hôi, nôn
- D. Nước tiểu, phân, hơi thở, mồ hôi.

Tình huống thực hành

Người bệnh Phạm Thị D, 25 tuổi, đang điều trị ở khoa Nội, BV huyện N. Chẩn đoán Viêm cầu thận cấp. Tình trạng người bệnh; Tỉnh táo, phù nhẹ mi mắt, mạch 85 lần/phút, huyết áp 145/80 mmHg, nhịp thở 19 lần/phút, đại tiện bình thường, đại ít.

Câu hỏi

Người bệnh D có cần phải theo dõi lượng dịch vào và ra hàng ngày hay không? Giải thích tại sao?

Theo dõi tình trạng dịch ra của người bệnh D bao gồm? (chọn đáp án đúng nhất)

- A. Nước tiểu/ngày
- B. Nước tiểu/ngày, phân
- C. Nước tiểu/ngày, cân nặng
- D. Nước tiểu/ngày, phân, mồ hôi

Bạn hãy hướng dẫn người bệnh D đo lượng nước tiểu hàng ngày (thực hiện bằng phương pháp đóng vai)

ĐÁP ÁN

1. Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1: A

Câu 2: C

Câu 3: D

Bảng kiểm đánh giá năng lực thực hành theo dõi lượng dịch vào ra

TT	Năng lực	Mức độ đạt		
		Làm độc lập, không cần sự hỗ trợ (2)	Làm được cần có sự hỗ trợ (1)	Không làm hoặc làm sai (0)
1	Nhận định được người bệnh cần phải theo dõi lượng dịch vào, ra.			
2	Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật theo dõi dịch vào, ra.			
3	Hướng dẫn được người bệnh/gia đình người bệnh thực hiện theo dõi dịch vào ra theo đúng yêu cầu kỹ thuật.			

BÀI 22: KỸ THUẬT CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG VÀ ỐNG DẪN LƯU

MỤC TIÊU

1. Khám nhận định và phân loại được các loại vết thương.
2. Thực hiện kỹ thuật chăm sóc vết thương trên người bệnh đúng quy trình, đảm bảo an toàn.

NỘI DUNG

1. Giới thiệu

Chăm sóc vết thương là kỹ thuật cơ bản trong chăm sóc người bệnh. Chăm sóc vết thương tốt giúp người bệnh phục hồi sức khỏe nhanh chóng, kiểm soát nhiễm khuẩn, giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị, tăng cường niềm tin của người bệnh với nhân viên y tế.

Chăm sóc vết thương bao gồm chăm sóc các loại vết thương từ đơn giản đến phức tạp: vết thương sạch, vết thương nhiễm khuẩn, hoại tử, loét ép (loét tỳ), vết thương có chỉ khâu, vết thương có ống dẫn lưu, vết thương ghép da... Khi chăm sóc vết thương, điều dưỡng cần phải có kỹ năng sử dụng các loại băng vết thương phù hợp, để che chở và bảo vệ vết thương giúp cho sự lành vết thương diễn ra một cách tốt nhất.

Điều dưỡng cần phối hợp với các đồng nghiệp, các chuyên gia giúp người bệnh phục hồi chức năng các cơ quan bị ảnh hưởng sau phẫu thuật, sau chấn thương; phối hợp với gia đình người bệnh, hỗ trợ họ có kiến thức và kỹ năng chăm sóc người bệnh sau khi ra viện, giúp người bệnh phục hồi và ổn định sức khỏe.

Nhóm kỹ năng chăm sóc vết thương bao gồm:

Chăm sóc vết thương sạch.

Chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn.

Cắt chỉ các loại vết khâu.

Chăm sóc vết thương dẫn lưu.

2. Phân loại vết thương

Vết thương sạch: là vết thương ngoại khoa được thực hiện dưới các điều kiện vô khuẩn, không bị nhiễm khuẩn, không nằm trong vùng của hô hấp, bài tiết, sinh dục, tiết niệu và không có ống dẫn lưu.

Vết thương sạch có nguy cơ nhiễm khuẩn: là vết thương không có dấu hiệu nhiễm khuẩn nhưng nằm trong vùng hô hấp, bài tiết, sinh dục, tiết niệu, vết thương hở, vết thương có ống dẫn lưu.

Vết thương nhiễm khuẩn: là những vết thương nhiễm khuẩn, vết thương do tai nạn, giập nát, vết thương trên vùng có nhiễm khuẩn trước mổ (ví dụ: viêm phúc mạc, chấn thương ruột...).

Vết thương bẩn: vết thương có mủ, hoại tử và có nguồn gốc bẩn từ trước.

3. Nguyên tắc cơ bản khi thực hiện kỹ năng chăm sóc vết thương

3.1. Nhận định tình trạng vết thương

Mép vết thương phẳng gọn hay vết thương bờ nham nhở.

Vết thương mới tiến triển hay vết thương cũ, vết thương có kèm tổn thương khác không.

Xác định vị trí vết thương trên cơ thể.

Tình trạng toàn thân, bệnh lý khác kèm theo: tiểu đường, lao, ung thư...

3.2. Nguyên tắc chăm sóc vết thương

Loại bỏ dị vật, mô giập

Mở rộng vết thương, dẫn lưu tốt giúp vết thương mau lành.

Vết thương luôn tiết dịch nên việc giữ ẩm vết thương là cần thiết nhưng không phải là làm ướt vết thương, do đó điều dưỡng cần thay băng khi thấm ướt.

Khi có vết thương, người bệnh rất đau, điều dưỡng chú ý tránh làm đau người bệnh khi thay băng, nên thực hiện thuốc giảm đau trước khi thay băng nếu nhận định vết thương có thể làm người bệnh đau.

3.3. Nguyên tắc thay băng

Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn tuyệt đối khi thay băng vết thương. Mỗi người bệnh sử dụng một bộ dụng cụ vô khuẩn.

Rửa vết thương đúng nguyên tắc: Rửa vết thương theo đường thẳng từ đỉnh đến đáy và thao tác từ trong ra ngoài, từ vết cắt theo đường thẳng chạy song song với vết thương.

Trên người bệnh có nhiều vết thương cần rửa vết thương theo thứ tự: vô trùng, sạch, nhiễm khuẩn.

Trước khi áp băng gạc vào vết thương phải theo các bước sau:

Kiểm soát lại thứ tự việc chăm sóc vết thương. Giải thích thủ tục cho người bệnh.

Băng kín vết thương.

Một số vết thương đặc biệt (có ghép da) khi thay băng phải có chỉ định của bác sĩ.

4. Một số loại dung dịch và tác dụng của dung dịch thường dùng rửa vết thương

TT	Tên dung dịch	Tác dụng
1	Betadin 1/1000	Có tính khử khuẩn cao, không gây kích ứng mô và sự lành vết thương. Dùng sát khuẩn da, niêm mạc, rửa vết thương và các xoang của cơ thể.
2	Oxy già (H_2O_2)	- Làm co mạch máu tại chỗ, chỉ định rửa các vết thương sâu, có mủ, nhiễm trùng, nhiều đất cát. - Không dùng để rửa vết thương đang lên mô hạt
3	NaCl 0,9% Normal saline	Dùng rửa những vết thương thông thường, lành tính
4	Nước dakin	Chỉ định rửa vết thương có mô hoại tử
5	Thuốc tím 1/1000 - 1/10000 $KMnO_4$	Chỉ định rửa vết thương có nhiều chất nhờn

5. Đặc điểm và chỉ định của các loại băng vết thương

TT	Loại băng	Đặc điểm	Chỉ định
1	Băng alginate	- Tính thấm hút cao, thường dùng đặt vào trong vết thương. - Cần có băng phủ ngoài	Vết thương sâu, khuyết mô, nhiễm khuẩn có dẫn lưu, rò
2	Gạc	- Tính thấm hút tốt, sợi cotton thông thoáng bề mặt. - Có thể tẩm nước muối sinh lý để làm ẩm vết thương lớn.	- Sử dụng rộng rãi cho những vết thương. - Nhét dẫn lưu vết thương sâu
3	Băng mỏng	- Có màu da, làm từ hydroactive, có keo dính mặt sau. - Lớp đệm thấm dịch tiết vừa phải, giữ vết thương luôn ẩm. - Bít bề mặt không cho oxy tiếp xúc vết thương.	- Những vết thương cạn, mô hạt đỏ - Loét do tỳ đè - Loét tĩnh mạch chân
4	Hydrogel	- Miếng mỏng trong suốt bằng polymer - Thấm hút dịch dẫn lưu và cung cấp độ ẩm cho vết thương, làm mát da.	- Vết thương cạn, mô hạt đỏ, vết thương mất da, vết bỏng nhỏ. - Loét ép (loét tỳ) độ I, II
5	Polyurethane foam	- Mềm nhẹ, khả năng thấm hút tùy độ dày. - Tạo độ ẩm cho bề mặt vết thương.	- Vết thương cạn, mô hạt đỏ - Phủ vết thương đã nhét mèche
6	Băng dính trong suốt	- Film polyurethane có băng dính phía sau, có nhiều lỗ thoát hơi - Duy trì độ ẩm vết thương, không có tính thấm hút.	- Vết thương cạn, mô hạt đỏ, ít dịch. - Bảo vệ vùng dễ tỳ đè, có thể dùng thay băng keo.

6. Kỹ thuật chăm sóc vết thương sạch

6.1. Nhận định

Tình trạng người bệnh: toàn trạng, tri giác, dấu hiệu sinh tồn...

Tiền sử bệnh và các yếu tố ảnh hưởng: tuổi, bệnh mạn tính, thuốc đang điều trị, chế độ ăn uống, nghiện rượu, nghiện thuốc lá ...

Hiểu biết của người bệnh và gia đình về cách sơ cứu và chăm sóc vết thương. Tình trạng vết thương: vị trí, kích thước, độ sâu, bề mặt vết thương, tình trạng tiết dịch, màu sắc vết thương, vùng da xung quanh vết thương, loại vết thương tiến triển lành vết thương...

6.2. Dụng cụ

Gói vô khuẩn: 2 kẹp Kocher không máu, 2 cốc nhỏ, gòn bao, gạc củ ấu, băng che chở vết thương.

Băng cuộn hoặc băng dính, kéo cắt băng, dung dịch rửa, sát khuẩn, găng tay sạch.

Nilon, khay quả đậu, chai dung dịch rửa tay nhanh

Thau đựng dung dịch khử khuẩn

Túi đựng bông gạc bẩn.

6.3. Các bước thực hiện

TT	Thực hiện	Lý do
1	Chuẩn bị điều dưỡng: Trang phục theo quy định, rửa tay thường quy, mang khẩu trang.	Đảm bảo nguyên tắc vô trùng trước khi chăm sóc vết thương.
2	Kiểm tra và sắp xếp dụng cụ lên xe thay băng	Thuận lợi và nhanh chóng khi thực hiện thao tác.
3	Chuẩn bị người bệnh: - Thông báo, giải thích cho người bệnh/gia đình người bệnh. - Đặt người bệnh tư thế thích hợp.	Tạo tâm lý thoải mái, người bệnh hiểu, hợp tác tốt. Thuận tiện khi thay băng

4	Trải tấm lót dưới vị trí vết thương Đặt túi đựng đồ bẩn vào vị trí thuận lợi	- Tránh dung dịch rửa, dịch từ vết thương người bệnh chảy ra giường. - Để bỏ bông gạc bẩn
5	Mang găng tay sạch	Giảm nguy cơ lây nhiễm
6	Bộc lộ vùng có vết thương	Giúp cho chăm sóc được dễ dàng
7	Tháo băng gạc bẩn bỏ vào túi chứa đồ bẩn, tháo bỏ găng tay. Quan sát nhận định tình trạng vết thương	- Giảm nguy cơ lây nhiễm từ vết thương - Đánh giá tiến triển của vết thương
8	Đổ dung dịch rửa ra cốc	Để lau rửa vết thương
9	Điều dưỡng mang găng tay vô khuẩn	Ngăn ngừa nhiễm khuẩn
10	Rửa sạch vết thương từ trong ra ngoài (phía vùng da đối diện với người điều dưỡng trước), từ trên xuống dưới.	- Giảm bớt nguy cơ bội nhiễm từ xung quanh vào vết thương. - Nên chọn dung dịch vệ sinh/khử trùng tùy thuộc vào tình trạng vết thương và có bị nhiễm trùng hay không. Cơ bản việc làm sạch được ưu tiên cho vết thương bị nhiễm trùng.
11	Dùng gạc che kín vết thương, băng vết bằng loại băng thích hợp.	Để bảo vệ vết thương và thấm hút dịch vết thương.
12	- Giúp người bệnh tiện nghi	- Người bệnh an tâm, tin tưởng vào điều trị và chăm sóc.
13	- Thu dọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải: + Bỏ kẹp vào chậu có dung dịch khử khuẩn	- Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện

	+ Tháo găng tay bỏ vào túi đựng đồ bẩn và bỏ túi đựng đồ bẩn vào thùng rác y tế.	
14	Rửa tay thường quy	Ngăn ngừa lây nhiễm
15	Ghi hồ sơ: - Ngày giờ rửa vết thương - Tình trạng của vết thương - Phản ứng của người bệnh - Tên người thay băng	Để theo dõi tiến trình chăm sóc và sự lành của vết thương.

Bảng kiểm kỹ thuật chăm sóc vết thương sạch

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Dụng cụ			
3	Chuẩn bị điều dưỡng			
4	Trải tấm lót dưới vị trí vết thương			
5	Mang găng tay sạch, bộc lộ vùng có vết thương			
6	Tháo băng bẩn ở vết thương			
7	Quan sát nhận định tình trạng vết thương			
8	Đổ dung dịch rửa ra cốc			
9	Điều dưỡng mang găng tay vô khuẩn, rửa sạch vết thương			
10	Đắp gạc, băng vết thương			
11	Giúp người bệnh mặc trang phục, về tư thế thoải mái			
12	Thu dọn dụng cụ, ghi chép hồ sơ			

7. Trường hợp vết thương bị nhiễm khuẩn

Trong bài này không đề cập đến nội dung chăm sóc vết thương bị nhiễm khuẩn, mà chỉ nêu một số nội dung quan trọng liên quan đến nhận định vết thương nhằm giúp điều dưỡng viên mới nắm rõ được bước này trong quy trình điều dưỡng.

7.1. Dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm khuẩn vết thương

Đau tăng dần

Phù nề, sưng phồng

Đỏ vùng da quanh vết thương

Có dịch xuất tiết từ vết thương

Mùi khó chịu

Vết đỏ từ ngoại vi vào trung tâm vết thương

Người bệnh sốt

Vết thương lâu lành hoặc không lành.

7.2. Những vết thương đặc thù và có nguy cơ nhiễm khuẩn

Vị trí chảy máu: Nguy cơ nhiễm khuẩn đối với vết thương nặng giảm khi máu chảy ồ ạt ra ngoài kéo theo những mảnh vụn và mầm bệnh tiềm ẩn. Những vết thương nhỏ, vết trầy xước do dị vật bắn gây ra có nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn. Vết thương do đâm chọc sẽ nguy hiểm hơn nữa, vì vết thương làm nhiễm khuẩn vào sâu bên trong mô, chảy máu không nhiều và khó sát trùng.

Vết bỏng: Nhiễm khuẩn là biến chứng hay gặp nhất của bỏng. Bỏng gây huỷ hoại vùng da rộng lớn, nguy cơ nhiễm khuẩn cao.

Gãy xương hở: Nhiễm khuẩn vào xương rất lâu lành, trong một số trường hợp phải được hỗ trợ y tế tăng cường, một số trường hợp phải cắt cụt vùng chi bị nhiễm khuẩn. Khi gãy xương hở, nơi xương gãy đâm chọc qua da có thể mang đến nguy cơ nhiễm khuẩn cao nên cần được chăm sóc điều trị đúng mức.

Vết cắn hoặc vết đốt: Vết cắn do súc vật hay vết chích do côn trùng có thể gây nhiễm khuẩn cho vết thương. Một vài loại súc vật, côn trùng có mang nguy cơ nhiễm khuẩn riêng, ví dụ như virus đại truyền bệnh qua người nếu người bị chó dại cắn; hay vết thương do rắn độc cắn hoặc bị ong độc đốt...

7.3. Nhận định

Tình trạng người bệnh: toàn trạng, tri giác, dấu hiệu sinh tồn... thời gian diễn biến của vết thương

Tiền sử bệnh và các yếu tố ảnh hưởng: tuổi, bệnh mạn tính, thuốc đang điều trị, chế độ ăn uống, nghiện rượu, nghiện thuốc lá ...

Hiểu biết của người bệnh và gia đình về chăm sóc vết thương

Tình trạng vết thương

Vị trí, kích thước, độ sâu, bề mặt vết thương

Bản chất vết thương: bầm dập, bầm

Đặc thù của vết thương: vết phỏng, gãy xương hở, vết cắn, vết đốt...

Tình trạng tiết dịch, mùi

Tiến triển lành vết thương

Vùng da xung quanh vết thương

Loại vết thương: phẫu thuật, chấn thương, vết thương mạch máu

Lưu ý: Khi nhận định thấy vết thương có nhiễm khuẩn, điều dưỡng mới sẽ phải báo cáo điều dưỡng phụ trách hoặc bác sĩ.

KỸ THUẬT CẮT CHỈ VẾT THƯƠNG

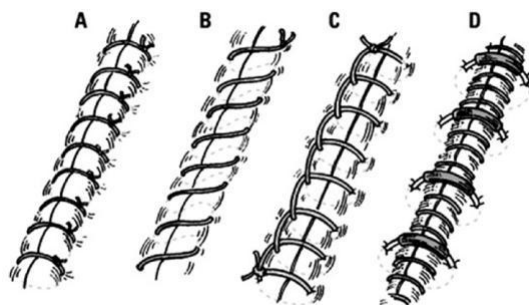
Điều dưỡng cắt chỉ vết khâu khi có y lệnh của bác sĩ. Thời gian cắt chỉ tùy vào giai đoạn lành vết thương, mục đích phẫu thuật và vị trí vết thương.

Chỉ khâu hay móc kim loại thường được cắt trong vòng 7 - 10 ngày sau mổ, khi vết thương đã lành hoàn toàn, hoặc có thể lâu hơn từ 14 - 21 ngày. Lưu chỉ quá lâu sẽ làm tăng nguy cơ nhiễm trùng chân chỉ. Chỉ quá 14 ngày sẽ tăng nguy cơ sẹo xấu. Chỉ hay kẹp/móc kim loại có thể được cắt hết một lần hay chia làm nhiều lần.

Có nhiều loại chỉ như chỉ thép, chỉ soa, chỉ tan..., có nhiều cỡ chỉ khác nhau. Chỉ khâu nội tạng hay các cơ là chỉ tan sẽ tự tiêu sau vài ngày. Chỉ khâu da thường dùng chỉ không tan.

Móc làm bằng dây kim loại không gỉ. Móc dùng ở vị trí có lớp mô dưới da dày, không dùng móc ở vùng da gần xương hay mạch máu. Kỹ thuật tháo móc yêu cầu đảm bảo vô trùng.

Khi cắt chỉ vết thương, điều dưỡng cần đánh giá tình trạng liền mép vết thương. Nếu vết thương chưa liền tốt có thể thực hiện cắt chỉ bỏ mỗi/cách quãng. Những phần chỉ còn lại sẽ được cắt một tuần sau đó.



A: Chỉ khâu rời

B: Chỉ khâu liên tục

C: Chỉ khâu vắt

D: Khâu bằng kẹp kim loại

Hình 1. Các kiểu khâu vết mổ

(Nguồn: Nguyễn Thị Minh Chính và Vũ Thị Là (2019). Điều dưỡng cơ sở 2)

8.1. Nhận định

Tình trạng người bệnh: toàn trạng, tri giác, dấu hiệu sinh tồn... hiểu biết của người bệnh về cắt chỉ và tự chăm sóc sau khi cắt chỉ.

Tình trạng vết khâu: vị trí, kích thước, độ sâu, bề mặt vết khâu, tình trạng tiết dịch, tiến triển lành của vết khâu, vùng da xung quanh vết khâu, loại vết khâu.

8.2. Dụng cụ

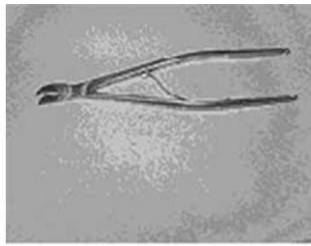
Gói vô khuẩn: 2 kềm, 1 kéo, 1 kẹp phẫu tích, 1 cốc nhỏ, gòn bao, gạc củ ấu, gạc miếng.

Băng cuộn hoặc băng dính, kéo cắt băng, dung dịch rửa, găng tay

Tấm lót, khay quả đậu, chai dung dịch rửa tay nhanh

Thau đựng dung dịch khử khuẩn Túi đựng bông gạc bẩn.

8.3. Các bước thực hiện

TT	Thực hiện	Lý do
1-10	Thực hiện các bước từ 1 - 10 giống như chăm sóc vết thương sạch	
11	Cắt chỉ vết thương	- Để bỏ chỉ sau khi cắt
	<i>* Vết thương khâu mũi rời</i> - Đặt miếng gạc vô khuẩn cạnh vết khâu - Dùng kẹp phẫu tích nhắc mỗi chỉ lên khỏi mặt da. - Luồn 1 bên mũi kéo vào chân chỉ sát mặt da. - Cắt đứt chỉ, tay cầm kẹp rút chỉ ra khỏi vết khâu đặt lên gạc - Tiếp tục cắt hết chỉ theo chỉ định <i>* Vết mổ khâu bằng móc bấm kim loại</i> - Tháo móc bấm: luồn 1 bên mũi kèm sát vào da, dưới móc bấm. Bóp mạnh phía tay cầm kim, 2 đầu của móc bấm sẽ bật ra khỏi da. - Nhanh chóng kẹp móc kim loại ra khỏi người bệnh nhân. <i>* Cắt chỉ khâu liên tục hay khâu vắt</i> - Đặt miếng gạc vô khuẩn cạnh vết khâu - Kẹp và cắt mỗi chỉ sát da ở đầu vết khâu - Nhẹ nhàng gấp đoạn chỉ đã cắt khỏi da. Đặt lên gạc. - Tiếp tục cho đến khi hết chỉ.	- Để chỉ rút từ trong vết khâu ra ngoài, phần chỉ bên ngoài không vào trong vết khâu, tránh đưa vi khuẩn từ ngoài vào trong.   (Nguồn: Nguyễn Thị Minh Chính và Vũ Thị Là -2019. Điều dưỡng cơ sở 2) Tránh đầu nhọn của móc làm tổn thương da và đau người bệnh.

12-16	Trường hợp cắt chỉ cách quãng, sau khi cắt các mũi chỉ, điều dưỡng cần phải làm sạch dịch tiết/ mủ (nếu có) của vết thương, sau đó sát khuẩn. Giống các bước từ 11 - 15 của quy trình chăm sóc vết thương sạch.
-------	---

Bảng kiểm kỹ thuật cắt chỉ vết thương

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Dụng cụ			
3	Chuẩn bị điều dưỡng			
4	Trải tẩm lót dưới vị trí vết thương			
5	Mang găng tay sạch, bộc lộ vùng có vết thương			
6	Quan sát, nhận định tình trạng vết thương			
7	Đổ dung dịch rửa, sát khuẩn ra cốc			
8	Điều dưỡng mang găng tay vô khuẩn, rửa sạch vết thương			
9	Cắt chỉ vết thương: Cắt hoàn toàn hoặc cắt cách quãng tùy theo chỉ định.			
10	Sát khuẩn lại/hoặc làm sạch rồi sát khuẩn đối với cắt chỉ cách quãng bằng vết thương lại.			
11	Giúp người bệnh tiện nghi, thoải mái Dặn dò người bệnh tự chăm sóc sau khi cắt chỉ			
12	Thu dọn dụng cụ, ghi chép hồ sơ			

9. Kỹ thuật chăm sóc vết thương có dẫn lưu

Khi vết thương có nhiều dịch tiết, quá trình lành của vết thương sẽ bị chậm lại. Dịch tiết có thể được dẫn lưu bằng hệ thống dẫn lưu kín hay hở. Đầu trong của ống dẫn lưu được đặt trong tổ chức/cơ quan tổn thương; đầu ngoài ống dẫn lưu có thể được đặt trực tiếp qua vết thương hay qua lỗ nhỏ cạnh vết thương.

Các loại ống dẫn lưu thường gặp là:

Dẫn lưu lồng ngực (màng phổi, màng tim, trung thất).

Dẫn lưu khoang bụng (Kehr, túi mật, ổ tụy, ổ bụng, hồng tràng, hồi tràng, dưới cơ hoành).

Dẫn lưu tại các vị trí mổ (hố thận, bề thận, bàng quang qua da, khoang retzius, sọ não, cánh tay, cẳng tay, cẳng chân, đùi, các ổ áp xe).

9.1. Nhận định

Tình trạng người bệnh: toàn trạng, tri giác, dấu hiệu sinh tồn...

Tình trạng vết thương dẫn lưu: vị trí, kích thước, bề mặt vết thương, tình trạng rỉ dịch chân ống dẫn lưu.

Cơ quan được dẫn lưu, mục đích dẫn lưu

Hệ thống cầu nối dẫn lưu, số lượng, màu sắc, tính chất dịch dẫn lưu.

Xem hồ sơ về chỉ định đối với yêu cầu dẫn lưu kín như dùng bình hay túi chân không, nối hệ thống với máy hút.

Nhận định các yếu tố nguy cơ

Người bệnh lo lắng

Đau và khó chịu

Xoay trở, vận động khó khăn

Vệ sinh cá nhân bị hạn chế

Nguy cơ bị nhiễm khuẩn

Nguy cơ mất cân bằng dịch.

9.2. Dụng cụ

Gói vô khuẩn: 2 kẹp Kocher không máu, 1 kéo, 2 cốc nhỏ, bông, gạc củ ầu, gạc miếng.

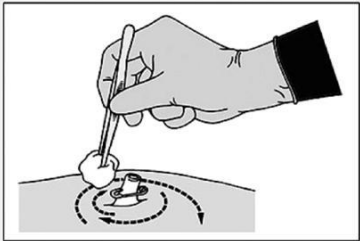
Băng cuộn hoặc băng dính, kéo cắt băng, dung dịch rửa, 3 đôi găng tay. Tăm lót, khay quả đậu hoặc túi bóng, chai dung dịch rửa tay nhanh.

Chậu đựng dung dịch khử khuẩn.

Túi đựng bông gạc bẩn.

Dụng cụ chứa dịch hay túi dẫn lưu (nếu cần).

9.3. Các bước thực hiện

TT	Thực hiện	Lý do
1 - 9	Thực hiện các bước từ 1 - 9 giống như chăm sóc vết thương sạch	
10	Rửa chân ống dẫn lưu, thân ống dẫn lưu: - Rửa xoáy ốc từ chân ống dẫn lưu rộng ra ngoài. - Rửa từ chân lên thân ống dẫn lưu 7-10 cm	Làm sạch chân ống, thân ống dẫn lưu phòng ngừa nhiễm khuẩn. 
11	Quan sát tình trạng người bệnh	Đề phòng tai biến trong khi làm thủ thuật (người bệnh choáng do đau hoặc sợ).
12	Thấm khô vết thương	Làm khô bề mặt vết thương
13	Sát khuẩn vùng da xung quanh chân ống và thân ống dẫn lưu 7-10 cm.	Tiêu diệt vi khuẩn
14	Dùng kéo vô khuẩn cắt gạc vô khuẩn 1 đoạn (hình chữ L hoặc hình chữ Y).	Giảm bớt nguy cơ bội nhiễm từ vùng da xung quanh vào chân ống dẫn lưu. 
15	Đặt gạc vào chân ống dẫn lưu theo đường cắt. Điều chỉnh gạc che kín chân ống dẫn lưu.	- Tạo ra đường đưa gạc bao quanh chân ống dẫn lưu. - Để bảo vệ vết thương và thấm hút dịch
16	Cố định bằng băng dính	
17	Tháo găng bẩn	

18	Xả dịch hay thay túi chứa - Dùng kẹp kẹp ống dẫn lưu. - Quan sát, ghi nhận số lượng, màu sắc, tính chất dịch. - Mang găng sạch. <i>Trường hợp xả dịch:</i> + Đặt dụng cụ chứa, mở khóa cho dịch chảy hết trong túi chứa. + Đóng khóa lại, mở kẹp. + Đặt túi chứa dịch ở vị trí phù hợp. <i>Trường hợp thay túi:</i> + Tháo dây cầu nối ra khỏi dẫn lưu. + Sát khuẩn đầu dẫn lưu. + Gắn dây cầu nối có túi chứa vào dẫn lưu. + Mở kẹp + Treo túi chứa vào vị trí thích hợp.	
19	Thông báo cho người bệnh đã hoàn thành thủ thuật, giúp người bệnh tiện nghi.	Giúp người bệnh an tâm, tin tưởng vào điều trị và chăm sóc.
20	- Thu dọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải + Bỏ kẹp, cốc vào chậu có dung dịch khử khuẩn + Bỏ túi đựng đồ bẩn vào thùng rác y tế + Tháo găng - Rửa tay	Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện
21	Ghi hồ sơ: - Ngày giờ làm thủ thuật - Tình trạng của vết thương	Để theo dõi tiến triển quá trình chăm sóc và sự lành của vết thương.

	- Số lượng dịch, màu sắc, tính chất dịch - Sự lưu thông của ống dẫn lưu - Dung dịch rửa vết thương đã dùng - Tên người thay băng	
--	---	--

Bảng kiểm kỹ thuật chăm sóc vết thương có dẫn lưu

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Dụng cụ			
3	Chuẩn bị điều dưỡng			
4	Trải tấm lót dưới vị trí vết thương			
5	Mang găng tay sạch, bộc lộ và nhận định tình trạng vết thương.			
6	Đổ dung dịch rửa ra cốc			
7	Điều dưỡng mang găng tay, rửa chân ống dẫn lưu, thân ống dẫn lưu và thấm khô.			
8	Sát khuẩn vùng da xung quanh chân ống và sát khuẩn thân ống dẫn lưu 7-10 cm.			
9	Cắt gạc vô khuẩn, đặt gạc vào chân ống dẫn lưu và cố định bằng băng dính.			
10	Tháo găng bẩn			
11	Xả dịch hay thay túi chứa			
12	Thông báo cho người bệnh đã hoàn thành thủ thuật, giúp người bệnh tiện nghi.			
13	Thu dọn dụng cụ, phân loại và thu gom chất thải, rửa tay			
14	Ghi hồ sơ			

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1. Yếu tố nào thuận lợi cho quá trình lành vết thương

- A. Tuổi trẻ
- B. Tuổi cao
- C. Người béo phì
- D. Bệnh tiểu đường

Câu 2: Nguyên tắc thay băng vết thương cho người bệnh

A. Thay băng vết thương sạch trước, vết thương bẩn/nhiễm khuẩn thay sau.

- B. Sát khuẩn vết thương từ ngoài vào trong.
- C. Lấy băng đủ thấm dịch trong 72 giờ.
- D. Phủ gạc rộng vừa đủ mép vết thương.

Câu 3. Thời gian cắt chỉ thông thường được chỉ định cho vết thương sạch vùng bụng là:

- A. 3 - 5 ngày
- B. 7 - 10 ngày
- C. 10 - 14 ngày
- D. Trên 14 ngày

Câu 4. Cách xử trí của điều dưỡng khi bị rách găng tay khi bóc/tháo băng cũ cho người bệnh:

- A. Tiếp tục tháo băng cũ, tháo găng, sau đó sát khuẩn tay nhanh để thực hiện các bước tiếp theo.
- B. Tháo găng, sát khuẩn tay nhanh và đeo găng mới để tiếp tục bóc băng cũ
- C. Tạm dừng thủ thuật và xin lỗi người bệnh về sai sót này, hẹn người bệnh sẽ thay băng vào thời điểm khác.
- D. Dùng kẹp phẫu tích có trong bộ dụng cụ để bóc băng, đồng thời giải thích cho người bệnh.

Câu 5. Thứ tự đúng khi thay băng vết thương cho người bệnh:

A. Điều dưỡng tiếp xúc, động viên người bệnh; nhận định vết thương; thay băng /rửa vết thương; đi găng sạch, tháo băng cũ; sát khuẩn, thấm khô và băng vết thương.

B. Điều dưỡng tiếp xúc, động viên người bệnh; đi găng vô khuẩn, tháo băng cũ; nhận định vết thương; đi găng sạch, thay băng/rửa vết thương; sát khuẩn, thấm khô và băng vết thương.

C. Điều dưỡng tiếp xúc, động viên người bệnh; nhận định vết thương; Thay băng/rửa vết thương; sát khuẩn, thấm khô và băng vết thương.'

D. Điều dưỡng tiếp xúc, động viên người bệnh; đi găng sạch, tháo băng cũ; nhận định vết thương; đi găng vô khuẩn, thay băng/rửa vết thương; sát khuẩn, thấm khô và băng vết thương.

2. Tình huống thực hành

Tình huống 1

Người bệnh Nguyễn Văn D, 42 tuổi, sau mổ cắt 3/4 dạ dày ngày thứ 4. Hiện tại, vết mổ đường trắng giữa còn đau, chân chi nề đỏ, băng thấm dịch vàng; dấu hiệu sinh tồn: mạch 83 lần/phút, huyết áp 110/65mmHg, nhịp thở 18 lần/phút, thân nhiệt: 38,5⁰C; Người bệnh tỉnh, mệt, đau mỗi người và thường xuyên khó chịu khi điều dưỡng chăm sóc vết thương cho ông.

Câu hỏi

A. Nêu nhận định về tình trạng ông D?

B. Thực hiện giao tiếp với ông D trước khi tiến hành chăm sóc vết thương? (*áp dụng phương pháp đóng vai*).

C. Thực hiện kỹ thuật chăm sóc vết thương cho ông D? (Thực hiện trên mô hình, hoặc người hướng dẫn chọn người bệnh trong khoa lâm sàng).

Tình huống 2

Người bệnh Nguyễn Thị A, 46 tuổi, sau mổ sỏi mật ngày thứ 2. Hiện tại, người bệnh tỉnh, da niêm mạc bình thường; dấu hiệu sinh tồn: nhiệt độ 36,9⁰C, huyết áp 115/80 mmHg, nhịp thở 20 lần/phút, mạch 78 lần/phút. Dẫn

lưu ổ bụng ra 50ml dịch hồng, dẫn lưu Kehr ra 400ml dịch mật, bụng chướng nhẹ. Vết mổ dài 10cm, chân chỉ khô, băng vết mổ khô.

Người bệnh còn đau vết mổ.

Câu hỏi

A. Nêu nhận định tình trạng người bệnh?

B. Thực hiện kỹ thuật chăm sóc vết thương phù hợp cho người bệnh A?

(Thực hiện trên mô hình, hoặc người hướng dẫn chọn người bệnh trong khoa lâm sàng)

C. Sau 10 ngày, bác sĩ chỉ định cắt chỉ vết mổ cho người bệnh. Người bệnh lo lắng và không muốn cắt chỉ vì sợ bục vết mổ. Bạn hãy giải thích và thực hiện kỹ thuật cắt chỉ vết mổ cho người bệnh?

(- Giải thích: thực hiện bằng phương pháp đóng vai; Cắt chỉ: thực hiện trên mô hình, hoặc người hướng dẫn chọn người bệnh trong khoa lâm sàng).

ĐÁP ÁN

Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1: A Câu 4: B

Câu 2: A Câu 5: D

Câu 3: B

**Bảng kiểm đánh giá năng lực thực hành kỹ thuật chăm sóc vết thương và
ống dẫn lưu**

TT	Năng lực	Mức độ đạt		
		Làm độc lập, không cần sự hỗ trợ (2)	Làm được, cần có sự hỗ trợ (1)	Không làm hoặc làm sai (0)
1	Nhận định và phân loại các loại vết thương			
2	Thực hiện hiệu quả, an toàn, đúng quy trình kỹ thuật chăm sóc vết thương sạch cho người bệnh.			
3	Thực hiện hiệu quả, an toàn, đúng quy trình kỹ thuật cắt chỉ vết thương cho người bệnh.			
4	Thực hiện hiệu quả, an toàn, đúng quy trình kỹ thuật chăm sóc vết thương có dẫn lưu cho người bệnh.			

BÀI 23: DỰ PHÒNG VÀ CHĂM SÓC LOÉT TỖ ĐÈ CHO NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

1. Khám nhận định được dấu hiệu các mức độ loét tỳ đè.
2. Sử dụng được thang đo Braden để đánh giá mức độ nguy cơ loét tỳ đè của người bệnh.
3. Thực hiện chăm sóc loét tỳ đè độ I, II cho người bệnh theo đúng quy trình kỹ thuật và an toàn.
4. Hướng dẫn được cho người bệnh và gia đình người bệnh các biện pháp dự phòng loét tỳ đè.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Loét tỳ đè là một loại tổn thương hoại tử da và tổ chức giữa vùng xương với vật có nền cứng, là hậu quả của quá trình bị tỳ đè kéo dài gây thiếu máu nuôi tổ chức và chết tế bào.

2. Các yếu tố nguy cơ gây loét tỳ đè

2.1. Áp lực

Khi được phân bố không đều, áp lực có thể trở lên lớn hơn áp lực bình thường mao mạch (32 mmHg). Áp lực càng lớn và thời gian càng lâu thì tình trạng loét tỳ đè sẽ càng tiến triển. Bất kỳ vật cứng như giường, ghế đều tạo áp lực lên da. Khi người bệnh nằm hay ngồi, trọng lực tăng lên trên các vùng xương nhô ra.

Bình thường, một người dịch chuyển trọng lượng cơ thể một cách vô ý thức để ngăn ngừa sự tắc nghẽn của mao mạch do áp lực bị tăng. Mọi người đều bị tê hay cảm giác bị châm chích ở một vùng mà lưu lượng máu đến bị ngăn cản do tỳ đè.

Tuy nhiên, những người mà không có cảm giác, sự đè nén bị tăng hay không thể tự xoay trở (người bệnh bị liệt nửa người, hôn mê...) có nguy cơ cao dẫn đến loét tỳ đè.

2.2. Tình trạng tri giác

Khi người bệnh bị lơ mơ, hôn mê hay sử dụng các loại thuốc làm thay đổi quá trình nhận thức bình thường, họ không thể tự xoay trở. Do vậy, cần phải được phòng ngừa loét. Những thay đổi về tình trạng tri giác cũng có thể góp phần làm bài tiết không tự chủ và thiếu khả năng tự chăm sóc, điều này càng làm tăng nguy cơ hình thành loét.

2.3. Sự ẩm ướt

Sự ẩm ướt có thể làm cho da dễ bị tổn thương. Da sẽ trở lên mềm khi được tắm rửa liên tục, làm tăng tính nhạy cảm của da với sự tổn thương và nhiễm trùng. Da tiếp xúc liên tục với sự ẩm ướt sẽ dễ bị tổn thương. Sự bài tiết không tự chủ có thể làm người bệnh nằm trên nước tiểu hay phân. Sự toát mồ hôi hay thiếu sự khô ráo sau khi vệ sinh, đặc biệt trong các nếp gấp da, có thể tăng sự ẩm ướt và làm tăng sự phát triển của vi nấm.

2.4. Sự cọ sát, trầy xước

Sự cọ sát, trầy xước xảy ra khi hai bề mặt cọ vào nhau. Khi da cọ sát vào một bề mặt cứng, như một cái giường nhẵn nhéo, có thể gây một vết trầy xước nhỏ, làm tăng khả năng hình thành loét. Sự bôi trơn da và sự chăm sóc đầy đủ khi nâng đỡ, di chuyển và giữ vệ sinh da cho người bệnh có thể giới hạn tác nhân gây cọ sát.

2.5. Dinh dưỡng và chuyển hóa

Tình trạng dinh dưỡng bị suy giảm làm tăng nguy cơ tiến triển loét tỳ. Ở những người bệnh mà tình trạng dinh dưỡng bị suy yếu và các mao mạch trở lên dễ vỡ, khi chúng vỡ thì lượng máu đến da có thể bị suy giảm. Những người bệnh bị suy dinh dưỡng, protein huyết tương bị giảm và chức năng miễn dịch cũng bị giảm. Việc mất mô và khối lượng dưới da có thể tác động đến lớp bảo vệ giữa da và xương, làm tăng nguy cơ hình thành vết loét.

2.6. Bệnh lý

Tình trạng thiếu oxy cục bộ do bệnh động mạch hoặc tình trạng bất thường của tĩnh mạch, bệnh đái đường, ung thư, nhiễm trùng, thiếu máu và sốt cao là các yếu tố có nguy cơ dẫn đến loét tỳ đè.

2.7. Tuổi

Với người già trên 70 tuổi, da trở nên mỏng manh, kém đàn hồi, sức đề kháng của da kém nên có nguy cơ bị loét cao.

2.8. Các yếu tố khác: giảm huyết áp tâm trương, hút thuốc lá, béo phì, bệnh thấp khớp, bệnh Alzheimer hay Parkinson...

Các mức độ của loét tỳ đè

Tình trạng loét tỳ đè tùy thuộc vào độ sâu, kích thước và mức độ tổn thương trầm trọng đối với các mô mà được chia thành 4 độ:

Độ 1: Vết loét hiện diện dưới dạng tử ban (đỏ) trên vùng da, nhô xương hay vùng bị đè. Hầu hết độ 1 của loét ép có thể mất đi nếu không còn sự tỳ đè. Có thể khó nhận định độ 1 đối với những người da sẫm màu.

Độ 2: Vết loét trên bề mặt và hiện diện như một vết trầy, hồ nông hay phòng giộp. Da có thể bị mất phần biểu bì, bì hay cả phần bì và mỡ. Các vết phòng giộp da thường gây cảm giác đau.

Độ 3: Vết hoại tử xuất hiện dưới dạng toàn bộ bề dày của da hoại tử có liên quan đến sự tổn thương hay mất mô dưới da, có thể mở rộng xuống phần dưới nhưng không sâu đến phần cân. Trên lâm sàng, nó như một hố sâu có hiện diện mô hoại tử. Loét độ 3 có thể cần nhiều tháng mới lành được.

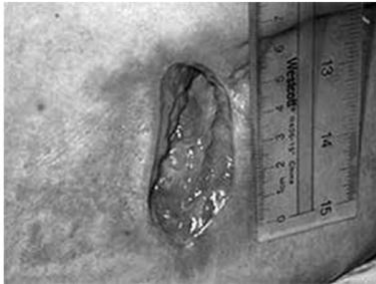
Độ 4: Vết loét mất toàn bộ bề dày của da và có sự phá hủy rộng hơn, mô hoại tử hay tổn thương phần cơ, xương hay các cấu trúc nâng đỡ (gân hay bao khớp); nó có thể có sự ăn mòn hay các đường rò. Phải mất hàng tháng, hàng năm vết loét mới có thể lành.



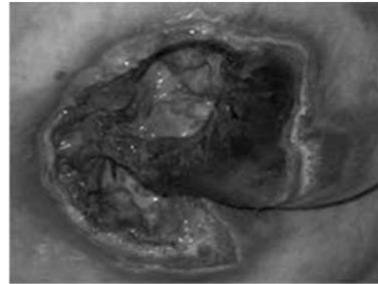
Giai đoạn 1



Giai đoạn 2



Giai đoạn 3



Giai đoạn 4

Hình 1. Các mức độ của loét tỳ đè

4. Các vị trí dễ bị loét tỳ đè

4.1. Trường hợp người bệnh nằm ngửa

Nếu người bệnh nằm ngửa kéo dài mà không có người chăm sóc chống loét chu đáo thì các vị trí sau đây dễ bị loét ép:

Vùng chằm

Vùng xương bả vai

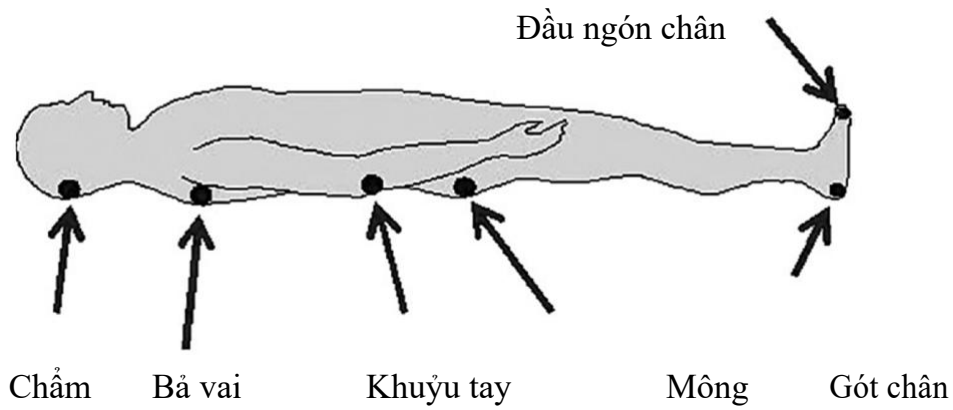
Khuỷu tay

Hai gai chậu sau trên

Xương cùi, cụt

Ụ ngồi

Gót chân



Hình 2. Những vị trí loét ép ở tư thế nằm ngửa

4.2. Trường hợp người bệnh nằm sấp

Nếu người bệnh vì một lý do nào đó không thể nằm ngửa được mà phải nằm sấp dài ngày thì những vùng dễ bị loét ép là:

Vùng đầu

Khuỷu tay

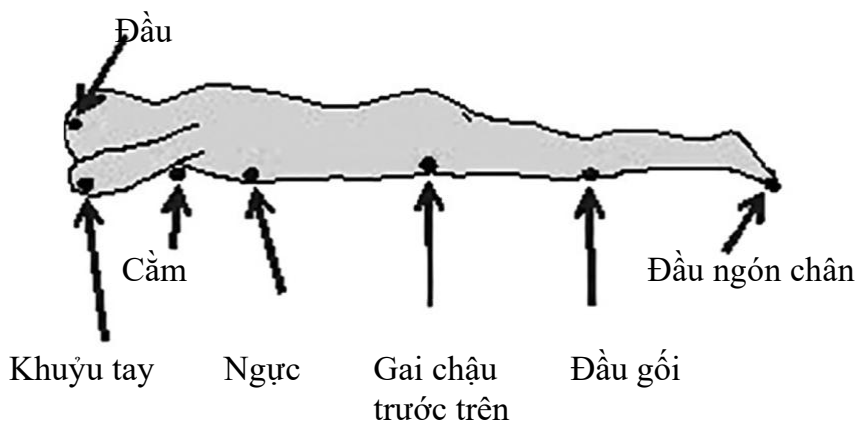
Vùng cằm

Vùng ngực

Vùng gai chậu trước trên

Vùng đầu gối

Những ngón chân.



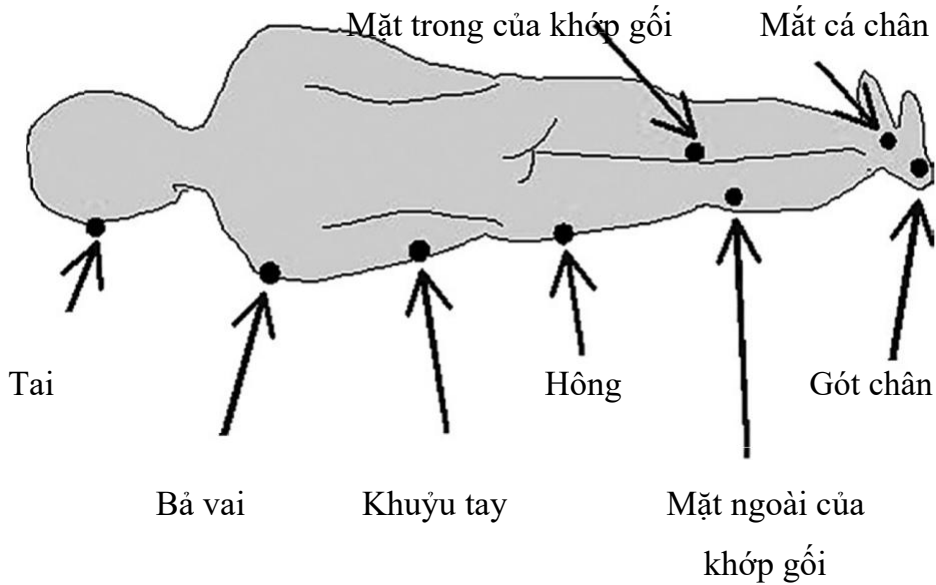
Hình 3. Những vị trí loét ép ở tư thế nằm sấp

4.3. Trường hợp người bệnh nằm nghiêng

Nếu người bệnh nằm nghiêng kéo dài thì các vị trí thường bị loét ép là:

Tai; Xương bả vai ; Khuỷu tay

Hông; Đầu gối; Mắt cá chân; Gót chân.



Hình 4. Những vị trí loét ép ở tư thế nằm nghiêng

4.4. Trường hợp người bệnh suy hô hấp phải ngồi kéo dài

Đầu

Đầu

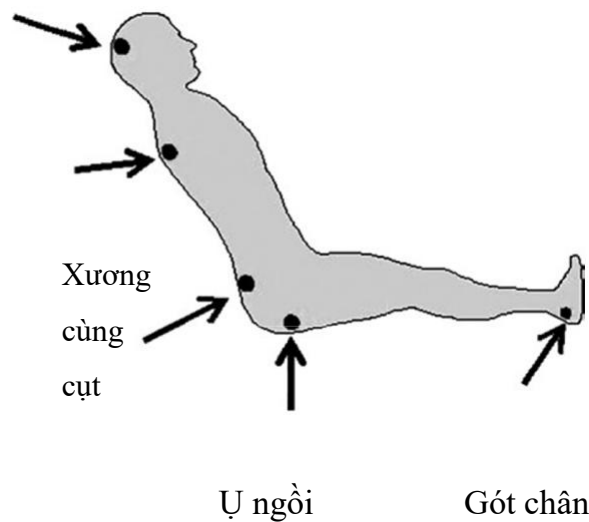
Vai

Xương cùng

Ụ ngồi

Vai

Gót chân



Hình 5. Những vị trí loét ép ở tư thế ngồi

4.5. Ở các người bệnh béo phì

Dưới ngực

Dưới mông

Nếp gấp trên da bụng

4.6. Loét tỳ đè liên quan đến dụng cụ hỗ trợ hô hấp

Tổn thương loét tỳ thuộc vào hình dạng và kích thước của dụng cụ.



Đánh giá mức độ nguy cơ loét tỳ đè của NB theo thang đo braden

Thang đo Braden để đánh giá mức độ nguy cơ loét tỳ đè của người bệnh, là một công cụ được phát triển vào năm 1987 bởi Barbara Braden và Nancy Bergstrom.

Thang đo Braden được xây dựng dựa trên 6 tiêu chuẩn đánh giá bao gồm: Nhận biết cảm giác, độ ẩm, hoạt động thể chất, vận động, dinh dưỡng, ma sát và dịch chuyển. Các tiêu chuẩn được đánh giá theo thang điểm từ 1 - 4. Riêng ma sát và dịch chuyển được đánh giá theo thang điểm từ 1 - 3. Thang đo Braden sử dụng điểm số từ nhỏ hơn hoặc bằng 9 đến nhỏ hơn 23. Điểm số càng thấp, nguy cơ phát triển loét ép của người bệnh càng cao.

Thang đo braden - đánh giá mức độ nguy cơ loét tỳ đè

Thông số	Đánh giá	Điểm
Nhận biết cảm giác	Không suy giảm	4
	Giới hạn nhẹ (đáp ứng bằng lời nói, giảm khả năng nhận biết đau ở 1 trong 2 chi)	3
	Rất giới hạn (chỉ đáp ứng với kích thích đau)	2
	Giới hạn hoàn toàn (Không đáp ứng với kích thích đau)	1

Tình trạng da	Hiếm khi ẩm ướt	4
	Thỉnh thoảng ẩm ướt	3
	Thường xuyên ẩm ướt	2
	Luôn luôn ẩm ướt	1
Hoạt động	Đi lại thường xuyên	4
	Đi lại ít	3
	Đi bằng xe lăn	2
	Nằm liệt giường	1
Vận động	Không giới hạn (Thường xuyên thay đổi tư thế mà không cần giúp đỡ)	4
	Giới hạn nhẹ (Thường xuyên thay đổi nhỏ tư thế hay vị trí chi)	3
	Rất giới hạn (Thỉnh thoảng thay đổi nhỏ tư thế hay vị trí chi)	2
	Hoàn toàn bất động (Không thể thay đổi tư thế dù nhỏ khi không được giúp đỡ)	1
Dinh dưỡng	Tốt (ăn gần hết thức ăn, không bao giờ bỏ bữa, có thể ăn thêm bữa ngoài)	4
	Khá (ăn hết hơn ½ thức ăn, thỉnh thoảng bỏ 1 bữa nhưng có thể ăn thêm bữa ngoài)	3
	Trung bình (Hiếm khi ăn được 1 bữa đầy đủ, ăn ít hơn ½ thức ăn, thỉnh thoảng cần thêm bữa phụ hoặc ăn bằng ống)	2
	Kém (Không ăn được 1 bữa đầy đủ, ăn ít hơn 1/3 thức ăn, cần bổ sung thêm dịch, ăn đường ống, truyền dịch/ truyền tĩnh mạch khoảng 5 ngày/lần)	1
Ma sát	Không có vấn đề gì (di chuyển không cần giúp đỡ, luôn luôn duy trì tư thế tốt nhất trên giường hay ghế)	3

và dịch chuyển	Vấn đề tiềm tàng (di chuyển yếu hay cần giúp đỡ, duy trì tư thế tốt một cách tương đối nhưng đôi khi trượt xuống)	2
	Có vấn đề (Cần giúp đỡ tối đa khi di chuyển, thường xuyên bị trượt xuống, tình trạng liệt hay co cứng)	1

Đánh giá nguy cơ: Bằng tổng điểm đạt được, điểm càng thấp nguy cơ càng cao

- Nguy cơ thấp: >20 điểm
- Nguy cơ trung bình: 16-20 điểm
- Nguy cơ cao: 11-15 điểm
- Nguy cơ rất cao: ≤ 10 điểm

6. Phòng và điều trị loét tỳ đè

6.1. Các biện pháp dự phòng loét tỳ đè

* *Tránh bị tỳ đè*

Vải trải giường phẳng, phẳng

Sử dụng đệm nước, đệm hơi, đệm áp lực...

Châm độn vùng tỳ đè bằng vòng gòn, vòng hơi cao su...

Xoay trở người bệnh 2 giờ/lần

* *Vệ sinh da sạch sẽ*

Thay quần áo, vải trải giường cho người bệnh mỗi khi ẩm ướt

Vệ sinh da hàng ngày, giữ cho da người bệnh luôn sạch sẽ

* *Quản lý chất tiết*

Vết thương: thay băng mỗi khi băng thấm ướt dịch, dung túi dẫn lưu dịch vết thương kín trong trường hợp vết thương có nhiều dịch tiết.

Các ống dẫn lưu trên cơ thể: chăm sóc các hệ thống dẫn lưu được đảm bảo kín, vô khuẩn, thông và một chiều, tránh ứ đọng dịch, xả túi mỗi khi đầy 2/3 túi hoặc mỗi 8 giờ/lần, không để túi quá căng dễ sút và đổ ra ngoài.

Sử dụng các dụng cụ quản lý nước tiểu và phân (uridom, tã giấy, túi nylon...): khi người bệnh đại tiểu tiện không tự chủ.

** Phòng ngừa tổn thương da*

Di chuyển và xoay trở những người bệnh bất động một cách cẩn thận để ngăn ngừa tổn thương cho da do va chạm...

** Dinh dưỡng*

Cung cấp đầy đủ dinh dưỡng, đặc biệt protein và vitamin A, C.

** Quản lý ổ nhiễm khuẩn*

Phòng ngừa và điều trị triệt để các ổ nhiễm khuẩn trên cơ thể

Đường hô hấp: ngừa viêm phổi...

Tiết niệu: ngừa nhiễm trùng tiểu

Tiêu hóa: ngừa rối loạn tiêu hóa...

** Giáo dục sức khỏe*

Hướng dẫn gia đình người bệnh giữ gìn vệ sinh da cho người bệnh sạch sẽ, đặc biệt sau mỗi lần đại, tiểu tiện.

Hướng dẫn gia đình người bệnh thường xuyên thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ/lần.

Hướng dẫn cho gia đình người bệnh và người bệnh thường xuyên xoa bóp những vùng xương gò lên, ít cơ bao bọc.

Cho người bệnh ăn đủ chất dinh dưỡng (đạm, quả tươi...), đảm bảo đủ năng lượng cho người bệnh.

6.2. Điều trị loét tỳ đè

** Nâng cao thể trạng*

Đảm bảo calories, protein 1 - 2 g/kg/ngày, vitamin, yếu tố vi lượng

Đảm bảo không thiếu máu

Giảm đau

Vệ sinh sạch sẽ ổ loét và mô xung quanh

Chăm sóc tiểu tiện không tự chủ

** Giảm áp lực tỳ đè*

Thay đổi tư thế mỗi 2 giờ

Nằm đầu cao 30°

Tập vận động

Sử dụng giường, ghế đẩy trợ giúp đặc biệt, nhằm duy trì áp lực tỳ đè 32 mmHg.

* *Chăm sóc vết loét*

Loại bỏ mô hoại tử:

Enzym tiêu hủy protein, làm tan collagen và mô hoại tử mà không ảnh hưởng đến mô hạt.

Povidone-iodine, nhờ tác dụng của hydrogen peroxide, không dùng kéo dài do loại bỏ mô hạt còn yếu.

Biện pháp cơ học: bơm xoáy nước, cắt lọc

Dịch rửa vết thương:

+ Nước muối sinh lý

+ Povidone-iodine hòa loãng, dùng khi có tổ chức hạt + Acetic acid (0,5%) hiệu quả trong Pseudomonas

Sodium hypochlorite (2,5%) diệt khuẩn, loại bỏ mô hoại tử, sau đó rửa lại bằng nước muối sinh lý.

Băng vết loét

Dùng cho loét độ 2 trở đi

Dùng thêm thuốc dạng gel để loại bỏ mô hoại tử và chống nhiễm

Kháng sinh

Kem kháng sinh như sulfadiazine ức chế DNA và thay đổi màng tế bào vi khuẩn SA, E.coli, Candida albicans, Klebsiella, Pseudomonas, Proteus.

Phương pháp khác

Điện xung trị liệu (Electrotherapy) Liệu pháp áp lực âm

Oxy cao áp

Yếu tố phát triển

Điều trị ngoại khoa

Điều trị loét tỳ đè theo các mức độ

Độ I: Nâng đỡ thể trạng, giảm áp lực tỳ đè

Độ II: Nâng đỡ thể trạng, giảm áp lực tỳ đè, chăm sóc vết loét (rửa vết thương, đắp gạc hydrogel, kháng sinh).

Độ III: Nâng đỡ thể trạng, giảm áp lực tỳ đè, chăm sóc vết loét (loại bỏ mô hoại tử, rửa vết thương, đắp gạc hydrogel, kháng sinh, áp lực âm), có thể điều trị ngoại khoa.

Độ IV: Nâng đỡ thể trạng, giảm áp lực tỳ đè, chăm sóc vết loét (loại bỏ mô hoại tử, rửa vết thương, đắp gạc hydrogel, kháng sinh, áp lực âm), điều trị ngoại khoa (phá bỏ đường hầm).

7. Chăm sóc loét tỳ đè độ I, II

7.1. Nhận định

Nhận định đúng người bệnh: hỏi họ tên, tuổi và đối chiếu với vòng đeo tay, hồ sơ bệnh án.

Khám, nhận định toàn trạng người bệnh

Đánh giá mức độ nguy cơ loét ép của người bệnh theo thang đo Braden

Đánh giá tình trạng vết loét: vị trí, độ sâu, kích thước vết loét ...

Nhận định sự hiểu biết của người bệnh và gia đình người bệnh về các vấn đề liên quan đến chăm sóc loét tỳ đè.

7.2. Dụng cụ

Khăn bông

Bột talc

Vòng bông

Vải trải giường (nếu cần)

Tấm nilon

Vòng hơi cao su và khăn phủ Đệm hơi/đệm nước

Dụng cụ quản lý chất tiết: tã vải hay giấy cho cả nam lẫn nữ, túi dẫn nước tiểu.

Bộ dụng cụ thay băng, dung dịch rửa vết thương (nếu cần).

Thuốc theo chỉ định của bác sĩ

Dụng cụ chứa rác

7.3. Các bước thực hiện

TT	Các bước thực hiện	Lý do/giải thích
1	Điều dưỡng vệ sinh tay	
2	Chuẩn bị và sắp xếp dụng cụ đầy đủ và hợp lý	Thuận tiện cho thực hiện kỹ thuật
3	Xác định người bệnh, giải thích với người bệnh	- Đúng người bệnh - Người bệnh và gia đình người bệnh yên tâm hợp tác.
4	Điều dưỡng mang găng tay sạch	
5	Trải nylon, khăn bông dưới vùng tỳ đè	Đảm bảo vệ sinh giường bệnh
	Chăm sóc vết loét tỳ đè tùy theo mức độ:	Giúp vết loét tiến triển tốt
	Loét độ I: Áp dụng biện pháp phòng ngừa loét giúp vết loét không tiến triển nặng hơn, chăm sóc vết ban như một vết trầy da: vệ sinh da, xoay trở tư thế, hướng dẫn GD cách chăm sóc,...	
	Loét độ II: - Khi vùng tỳ đè xuất hiện nốt phỏng da: tiếp tục chăm sóc như trên, giữ sự toàn vẹn của da nơi vết phỏng. - Khi vùng tỳ đè đã bị chột da: chăm sóc vết loét tỳ đè như chăm sóc một vết thương phỏng.	
6	Đắp thuốc hoặc sử dụng sản phẩm chăm sóc vết thương phù hợp theo chỉ định điều trị.	
7	Băng lại hoặc để thoáng tùy theo tình trạng vết loét.	Giúp vết loét hạn chế tiếp xúc với môi trường bên ngoài.
8	Thay ga trải giường (nếu ướt)	

9	Cho người bệnh nằm thoải mái trên các phương tiện chống loét thích hợp	Người bệnh thoải mái, dễ chịu
10	Thu dọn dụng cụ Phân loại rác	Xử lý dụng cụ Giảm sự lây nhiễm
11	Ghi phiếu chăm sóc: Tình trạng của da, những phát hiện mới (nếu có). Tình trạng của vết loét tỳ đè. Loại thuốc dùng Các điều dặn dò (nếu cần).	Lưu thông tin giúp theo dõi liên tục và đảm bảo tính pháp lý

Bảng kiểm kỹ thuật chăm sóc loét tỳ đè độ I, II

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Nhận định người bệnh			
2	Điều dưỡng vệ sinh tay			
3	Chuẩn bị và sắp xếp dụng cụ đầy đủ			
4	Xác định, giải thích với người bệnh/ GD			
5	Điều dưỡng mang găng tay sạch			
6	Trải nilon, khăn bông dưới vùng tỳ đè			
7	Chăm sóc vết loét tỳ đè tùy theo mức độ			
	- Chăm sóc loét tỳ đè độ 1			
	- Chăm sóc loét tỳ đè độ 2			
8	Thay ga trải giường			
9	Cho người bệnh nằm thoải mái trên các _____ phương tiện _____			
	chống loét thích hợp.			
10	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác			
11	Ghi phiếu chăm sóc			

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1. Trong các nguyên nhân sau đây, nguyên nhân gây loét tỳ đè nào thường gặp nhất.

Do tăng lực đè ép

Do giảm hoạt động

Do giảm cảm giác

Do thiếu dinh dưỡng

Câu 2. Nhóm người có nguy cơ loét tỳ đè, ngoại trừ:

Hôn mê

Chấn thương cột sống

Béo phì.

Gãy xương cẳng chân

Câu 3. Người bệnh bị liệt nằm ngửa kéo dài, vùng có nguy cơ loét tỳ đè sớm nhất là:

Xương chậu

Khủy tay

Xương bả vai

Xương cùi

Câu 4. Các giai đoạn tiến triển của loét tỳ đè

Tử ban -> Nốt phỏng -> Hoại tử -> Loét

Đỏ da -> Hoại tử -> Nốt phỏng -> Loét

Tử ban -> Hoại tử -> Nốt phỏng -> Loét

Nốt phỏng -> Tử ban -> Hoại tử -> Loét

Câu 5. Một người đàn ông 82 tuổi đang được gia đình chăm sóc tại nhà. Vết loét đè ép ở mông phải của ông có kích thước 1 x 2 x 0,8 cm, và mô dưới da màu hồng hoàn toàn có thể nhìn thấy. Điều dưỡng đánh giá vết loét ép của người bệnh ở giai đoạn nào?

Giai đoạn I

Giai đoạn II

Giai đoạn III

Giai đoạn IV

Câu 6. Đề phòng loét tỳ đè cho người bệnh liệt, thời gian thay đổi tư thế cho người bệnh ít nhất là:

30 phút/lần

2 giờ/lần

1 giờ/lần

3 giờ/lần

Câu 7. Một người bệnh 85 tuổi, liệt do tai biến mạch máu não, được đánh giá 16 điểm trên Thang Braden. Dựa trên thông tin này, điều dưỡng nên chăm sóc người bệnh này như thế nào?

Thực hiện thay đổi tư thế 2 giờ/lần và đánh giá tình trạng da.

Đặt băng hydrocolloid lên vùng cùng cụt của người bệnh để ngăn ngừa sự cố.

Nâng đầu giường lên 90^0 khi người bệnh nằm ngửa

Tiếp tục đánh giá da hàng tuần mà không có biện pháp phòng ngừa đặc biệt.

2. Tình huống thực hành

Bà Trần Thị H. 65 tuổi, cao 1,55 m, nặng 57 kg. Người bệnh tỉnh táo, liệt nửa người trái do di chứng tai biến mạch máu não cách đây 1 tháng. Ở nhà, bà được gia đình cho ăn uống theo nhu cầu (khi ăn bà thấy ngon miệng và ăn được nhiều). Bà ngại tắm và vệ sinh vì sợ phiền đến con cái. Bà được người nhà đưa đến bệnh viện tái khám định kỳ. Qua thăm khám, điều dưỡng nhận thấy:

Người bệnh tỉnh, liệt nửa người trái

Thân nhiệt 36.8^0C , nhịp thở 20 lần/phút, mạch 80 lần/phút, huyết áp 150/80mmHg.

Vùng bả vai trái và hông trái có mảng da sung huyết đỏ đường kính 3 - 4 cm, có phù nề, da căng mỏng

Tiểu không tự chủ, đóng bím

Câu hỏi

Nêu nhận định tình trạng của bà H ?

Thực hiện đánh giá mức độ nguy cơ loét ép của bà H theo thang đo Braden?

Thực hiện kỹ thuật chăm sóc vết loét tỳ đè cho bà H ? (thực hành trên mô hình)

Giao tiếp và hướng dẫn gia đình người bệnh các biện pháp dự phòng loét tiến triển cho bà H ? (thực hành đóng vai)

ĐÁP ÁN

1. Chọn câu trả lời đúng nhất:

Câu 1: A Câu 2: D

Câu 3: D Câu 4: A

Câu 5: C Câu 6: B

Câu 7: A

Bảng kiểm đánh giá năng lực thực hành dự phòng và chăm sóc loét tỳ đè

TT	Năng lực	Mức độ đạt		
		Làm độc lập, không cần sự hỗ trợ (2)	Làm được, cần có sự hỗ trợ (1)	Không làm hoặc làm sai (0)
1	Nhận định và phân loại các mức độ loét tỳ đè			
2	Sử dụng thang đo Braden để đánh giá mức độ nguy cơ loét tỳ đè của người bệnh.			
3	Thực hiện chăm sóc loét tỳ đè độ I, II cho người bệnh theo đúng quy trình kỹ thuật và an toàn.			
4	Hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh các biện pháp dự phòng loét tỳ đè.			

BÀI 24: QUY TRÌNH KỸ THUẬT XOA BÓP PHÒNG CHỐNG LOÉT

(Một ngày)

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được tác dụng của xoa bóp phòng chống loét.*
- 2. Trình bày được chỉ định và chống chỉ định của xoa bóp phòng chống loét.*
- 3. Các bước xoa bóp phòng chống loét.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- + Xoa bóp có hiệu quả rất hữu ích làm giảm đau, giảm phù nề và di động các lớp mô cơ thất
- + Tăng tuần hoàn dinh dưỡng tại chỗ
- + Tăng cường phục hồi các cơ liệt
- + Ngăn cản quá trình teo cơ khi thương tổn thần kinh trung ương
- + Làm mềm gân cơ dây chằng co rút

II. CHỈ ĐỊNH

- + Liệt hoàn toàn
- + Liệt nửa người
- + Liệt chi
- + Hạn chế vận động
- + Người bệnh nằm lâu
- + Người bệnh hôn mê

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- + Tình trạng nhiễm trùng bởi vì xoa bóp có thể phá vỡ hàng rào ngăn chặn ổ nhiễm trùng không cho lan rộng.
- + Ung thư vì các mô ung thư hay các di căn có thể lan rộng đi xa do tác dụng cơ học của xoa bóp.
- + Chống chỉ định một số bệnh ngoài da vì xoa bóp có thể gây nhiễm cho người bệnh hoặc gây tình trạng da bị kích thích hoặc bị tổn thương. Đối

với người bệnh suy yếu phải thận trọng không xoa bóp trên các vùng mới mọc da non.

+ Đối với trường hợp viêm tĩnh mạch huyết khối xoa bóp rất nguy hiểm vì có thể làm vỡ các cục huyết khối di chuyển theo đường tuần hoàn và gây tình trạng nghẽn mạch.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh(nếu người bệnh tỉnh) mục đích và lợi ích của xoa bóp

- Người bệnh phải được thư giãn thoải mái, áo quần không quá chật đặc biệt là nơi gần điều trị. Chỉ cần để hở vùng điều trị xoa bóp chứ không nên bắt người bệnh phải trần trụi một cách không cần thiết có thể gây nhiễm lạnh và cả sự lúng túng ngượng ngùng cho người bệnh

2. Người thực hiện

- Người điều trị cần phải thư giãn và ở một tư thế thoải mái sao cho các thao tác thực hiện dễ dàng và không phải thay đổi vị trí đứng hoặc phải có những động tác không cần thiết.

- Đội mũ, đeo khẩu trang

3. Dụng cụ

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Găng sạch đôi	đôi	01
2	Khăn bông to	Cái	01
3	Khăn trải giường	cái	01
4	Gối	cái	01
5	Dầu xoa, Sanyren	ml	15
6	Máy hút đờm (nếu cần)	bộ	01
7	Dụng cụ bảo hộ	cái	01
8	Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Sử dụng dầu thoa thuốc mỡ hoặc bột tan trước khi thực hiện xoa bóp.

1. Kỹ thuật vuốt về

- Bước 1: xoa ở phần bị liệt, bị yếu cơ và hạn chế vận động trước.

+ Xoa bóp vuốt về được thực hiện bằng cách vuốt về trên mặt da. Lực vuốt khởi đầu từ xa tiến tới phần gần để tạo thuận lợi cho sự lưu thông máu.

+ Hai bàn tay có thể rời phần cuối của động tác và trở lại điểm khởi đầu, cử động cần có nhịp điệu, sự tiếp xúc cũng như giải tỏa đều được thực hiện một cách dịu dàng và không đột ngột sự vuốt về cổ thể thực hiện nông hoặc sâu trong vuốt về sâu hướng của lực rất quan trọng vì mục tiêu chính là tạo thuận cho sự lưu thông tuần hoàn và chuyển di các chất dịch tích đọng hay phù nề.

+ Thực hiện kỹ thuật vuốt mỗi 5 – 10 lần một vị trí

- Bước 2: xoa chi trên, chi dưới , toàn thân vùng lành.

+ Thực hiện kỹ thuật vuốt mỗi 5 – 10 lần một vị trí

2. Kỹ thuật nhào bóp

Kỹ thuật nhào bóp bao gồm xoa ép và trà xát. Có thể xem như một cử động theo đó các mô mềm được nhấc lên giữa các ngón tay và thực hiện một cách luân phiên tạo cử động trong giới hạn của chính cơ đó. Kỹ thuật này không theo một hướng đặc biệt nào do được sử dụng di chuyển các chất dịch trong mô và tạo nên cử động trong cơ nhằm kéo giãn các kết dính.

- Ưu tiên xoa bóp cho phần bị liệt, bị yếu và hạn chế vận động

- Thực hiện kỹ thuật nhào mỗi vị trí 5-10 lần.

- Kết hợp xoa bóp với lăn trở và vỗ rung cho người bệnh thì khả năng phòng chống loét sẽ tốt hơn.

- Khi xoa bóp chi thì xoa bóp từ phía đầu chi hướng dần về phía gốc chi. Khi vỗ rung phổi thì vỗ từ đáy phổi dần lên trên, từ ngoài vào trong để

dồn đờm dãi về phía rốn phổi giúp người bệnh ho khạc và hút đờm dễ dàng hơn.

- Người bệnh cần được vệ sinh sạch sẽ, khô thoáng kết hợp với bôi Saryren để làm tăng sức khỏe cho da.

- Trong khi làm thủ thuật cần nhẹ nhàng nói chuyện và động viên người bệnh, nhằm giúp cho người bệnh có cảm giác thoải mái và yên tâm vào động tác của kỹ thuật viên.

Chú ý: Sự khéo léo là cần thiết trong kỹ thuật xoa bóp, tránh gây đau và sợ hãi cho người bệnh. Một cơ giãn nhĩ có những tính chất vật lý giống như một chất lỏng được bọc trong một lớp màng, do đó áp suất đè trên bất cứ phần nào của cơ cũng đều dẫn truyền tỏa ra theo mọi hướng. Như vậy áp xuất cũng được truyền xuống dưới các cơ ở dưới sâu hơn. Ngược lại, cơ căng cơ co thắt sẽ mang tính chất vật lý của một vật cứng và không truyền lực như cơ thư giãn.

Đánh giá hiệu quả: sau khi hoàn thành xoa bóp, người bệnh sẽ được cải thiện về cơ lực và cảm giác của người bệnh sẽ dễ chịu, thoải mái và hạnh phúc.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh rối loạn ý thức, giãy dụa, có thể bị nôn sặc trong khi xoa bóp nếu không xoa bóp đúng kỹ thuật.

- Người bệnh có thể hít phải dịch vị.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Báo bác sĩ

- Hút đờm, dịch đọng ở miện

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

Câu 1: Chống chỉ định của xoa bóp:

A. Tình trạng nhiễm trùng bởi vì xoa bóp có thể phá vỡ hàng rào ngăn chặn ổ nhiễm trùng không cho lan rộng.

B. Liệt hoàn toàn

C. Liệt nửa người

D. Liệt chi

Câu 2: Thực hiện kỹ thuật vuốt mỗi:

A. 5 – 10 lần một vị trí

B. 6 – 8 lần một vị trí

C. 7 – 10 lần một vị trí

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Kết hợp xoa bóp với.....cho người bệnh thì khả năng phòng chống loét sẽ tốt hơn.

Câu 4: Khi xoa bóp chi thì xoa bóp từ ..(1)..hướng dần..(2).....

Câu 5. Khi vỗ rung phổi thì vỗ (1).....dần lên trên, từ (2).....để đòn đờm dãi về phía rốn phổi giúp người bệnh ho khạc và hút đờm dễ dàng hơn.

Câu 6: Trong khi làm thủ thuật cầnngười bệnh, nhằm giúp cho người bệnh có cảm giác thoải mái và yên tâm vào động tác của kỹ thuật viên.

Đáp án:

Câu 1: A Câu 4: (1) phía đầu chi (2)về phía gốc chi

Câu 2: A Câu 5: (1) từ đáy phổi (2) ngoài vào trong

Câu 3: lăn trở và vỗ rung

Câu 6: nhẹ nhàng nói chuyện và động viên

BÀI 25: DINH DƯỠNG TRONG NHIỄM KHUẨN NẶNG VÀ SỐC NHIỄM KHUẨN

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được nhu cầu dinh dưỡng của người bệnh nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn.*
- 2. Trình bày được các phương pháp dinh dưỡng và công thức dinh dưỡng cho người bệnh nặng và sốc nhiễm khuẩn.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nhiễm khuẩn nặng (NKN) có đặc điểm chuyển hóa chính là tăng dị hóa đạm trong tất cả các giai đoạn của bệnh NKN (cấp, mạn, hồi phục), gây suy mòn cơ nhanh chóng và suy yếu cơ, một trong những thành tố góp phần nên hội chứng yếu cơ mắc phải ở người bệnh hồi sức tích cực. Suy mòn cơ có thể kéo dài nhiều tháng đến vài năm, làm ảnh hưởng đến chất lượng sống và tăng nguy cơ tử vong trong năm đầu tiên sau khi người bệnh xuất viện. Song, cung cấp dinh dưỡng tối ưu sẽ tùy thuộc vào từng giai đoạn của bệnh để phòng ngừa biến chứng và tăng hiệu quả của điều trị dinh dưỡng.

II. Nhu cầu dinh dưỡng

- Chuyển hóa năng lượng ở người bệnh nhiễm khuẩn nặng thay đổi và dao động trong khoảng rộng khó dự đoán, dễ dẫn đến thừa hoặc thiếu năng lượng nên do năng lượng tiêu hao lúc nghỉ bằng IC. Nếu không đo được IC, nhu cầu ước tính năng lượng là 20-30Kcal/kg/ngày.

- Năng lượng: cung cấp năng lượng thấp (không quá 70% của năng lượng tiêu hao) nên được thực hiện trong giai đoạn sớm của bệnh cấp. Trong 3-7 ngày, tăng dần cung cấp năng lượng đến 80-100% năng lượng đo được.

Đạm: 1,3- 2.0p/kg/ngày .

- Tỷ lệ % năng lượng từ lipid và glucid tùy thuộc vào độ nặng bệnh lý (như tang đường máu, suy chức năng gan)

- Glutamin: Không khuyến nghị dùng sớm trong giai đoạn sốc, đang dùng vận mạch và / suy gan, thận (đặc biệt trước lọc máu). Có thể dùng an toàn đường tĩnh mạch ở người bệnh không sốc, không suy gan, thận với liều $<0,35$ g/kg/ngày).

- Vitamin: VitB₁ (Thiamin) 200mg TTM, chia 2 liều trong ngày; Vitamin C có thể có lợi trong sốc nhiễm khuẩn kèm với thiamin và steroid liều thấp (vitamin C 1,5g TTM mỗi 6 giờ trong 4 ngày hoặc đến khi ra khỏi khoa Hồi sức tích cực).

III. Phương pháp dinh dưỡng

1. Dinh dưỡng tiêu hóa (DDTH)

- Nên được khởi động trong vòng 24 đến 48 giờ sau chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn, sau khi người bệnh đã được hồi sức và ổn định huyết động (như huyết áp trung bình ≥ 60 mmHg, với liều vận mạch ổn định, tình trạng toan chuyển hoá và lactate/ máu giảm dần, áp lực tưới máu mô ổn định).

- Dinh dưỡng tiêu hóa tối thiểu (nghĩa là 10-20 Kcal/giờ hoặc 500 Kcal ngày) trong giai đoạn đầu nhiễm khuẩn nặng, sau 24-48 giờ tăng dần nếu dung nạp tốt và đạt $> 80\%$ nhu cầu năng lượng mục tiêu trong tuần đầu tiên.

2. Dinh dưỡng tĩnh mạch (PARENTERAL NUTRITION-PN)

2.1. Chống chỉ định

- Pha cấp (ebb phase) ngay sau chấn thương hoặc phẫu thuật.
- Sốc
- Lactate máu $> 3-4$ mmol/L.
- Giảm oxy máu nặng- PaO₂ < 50 mmHg.
- Toan máu nặng - pH $< 7,2$.
- Tăng CO₂: máu nặng - PaCO₂ > 75 mmHg (ngoại trừ tăng CO₂ máu cho phép).

- Khi dinh dưỡng qua đường tiêu hóa đạt đủ nhu cầu.

2.2. Chỉ định

Có hai loại dinh dưỡng tĩnh mạch: DDTM toàn phần (DDTMTP) hoặc DDTM bổ sung (DDTMBS)

2.2.1. Chỉ định cho DDTMTP (Total Parenteral Nutrition- TPN):

- Khi có chống chỉ định tuyệt đối hoặc không thể tiếp cận được với DDTH, như:

+ Sau cắt bỏ một đoạn lớn (phần lớn) ruột non (như hội chứng ruột ngắn) (có hoặc không cắt đại tràng).

+ Rò tiêu hóa cung lượng cao ở đoạn ruột cao gần nhưng không thể DDTH ở đoạn ruột dưới vị trí rò,

+ Tắc nghẽn đường tiêu hóa (u dạ dày hay u sọ thực quản).

Hoặc chỉ định trong đối của DDTMTP

+ Nôn trào ngược cung lượng cao.

+ Tiêu chảy nặng.

+ Chướng bụng nặng (như có tăng áp lực ở bụng).

+ Xuất huyết tiêu hóa nặng.

+ Liệt ruột

2.2.2. Chỉ định cho dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung

(DDTMBS)(Supplemented Parenteral Nutrition-SPN):

Khi DDTH không đạt được >60% nhu cầu dinh dưỡng (như năng lượng, đạm).

2.3. Thời điểm bắt đầu DDTM

2.3.1. Đối với DDTMTP

Khi có chống chỉ định DDTH

- Trong 24-48 giờ cho người bệnh có nguy cơ SDD cao và hoặc SDD nặng và cần phòng ngừa hội chứng nuôi ăn lại.

- Trong 3-5 ngày cho NB có nguy cơ SDD thấp và hoặc không SDD.

2.3.2. Đối với dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung (DDTMBS):

Khi DDTH không đạt > 60% nhu cầu dinh dưỡng dù đã tối ưu hoá dung nạp DDTH:

- Trong 3-5 ngày ở người bệnh ở người bệnh bị SDD nặng và cần tránh dinh dưỡng thừa.
- Trong 5-7 ngày ở người bệnh có nguy cơ SDD thấp và hoặc không SDD.

2.4. Đường truyền TM

- Dinh dưỡng tĩnh mạch ngoại biên (Peripheral Parenteral Nutrition-PIN): Khi DDTM chỉ dùng tạm thời (như < 5 ngày). Nồng độ thẩm thấu dịch truyền từ 800-900 mosmol/L.

2.5. Liều lượng và cơ chất trong DDTM

- Cung cấp liều thấp trong giai đoạn cấp ở NB và/hoặc có tăng đường máu. Sau đó tăng dần đạt đích nhu cầu DD khi người bệnh ổn định hơn.
- Cung cấp ≤ 20 Kcal/kg/ngày hoặc 80% nhu cầu năng lượng đo được/ ước tính với lượng đạm $> 1,2$ g/kg/ngày) trong tuần đầu ở người bệnh nặng có nguy cơ SDD cao hay SDD nặng .
- Đạm: 1,3- 2,0g/kg/ngày. Trong một số trường hợp bệnh đặc biệt, lượng đạm được điều chỉnh theo tình trạng bệnh lý (52).
- Đường: 2-5g/kg/ngày và không nên truyền > 5 mg/kg/phút ở người bệnh trưởng thành .
- Dung dịch lipid là một phần không thể thiếu trong DDTM do là nguồn cung cấp năng lượng cao và các acid béo thiết yếu, trừ khi có chống chỉ định dùng dung dịch lipid như viêm tụy cấp nặng liên quan tăng triglyceride (như triglyceride máu > 1000 mg/dL); rối loạn chuyển hóa lipid máu nặng; huyết khối; suy chức năng gan nặng, dị ứng tăng nhạy cảm với các thành phần có trong nhũ dịch lipid . Nên hạn chế dùng dung dịch lipid chứa hoàn toàn dầu nành (giàu acid béo omega 6) trong tuần đầu điều trị người bệnh nặng, khuyến cáo dùng các công thức có giảm hàm lượng acid béo omega 6 và bổ sung dầu ôliu (giàu acid béo omega 9) và hoặc dầu cá (giàu acid béo omega 3) và hoặc triglyceride chuỗi trung bình (MCT). Liều < 1.5 g/kg/ngày, điều chỉnh theo dung nạp của từng cá thể .

- Vi chất dinh dưỡng : bao gồm đa vitamin và yếu tố vi lượng qua đường tiêm truyền tĩnh mạch ở liều cơ bản, chỉ định cho người bệnh nặng nhằm chuyển hóa dinh dưỡng.

2.6. Lựa chọn công thức DDTM

- Dạng sản phẩm DDTM chuẩn, sẵn có (túi 2 hoặc 3 ngăn hoặc tất cả trong 1 và/hoặc các dạng chai/ túi đơn lẻ) được chỉ định để đáp ứng nhu cầu và chuyển hóa dinh dưỡng của người bệnh hoặc dạng hỗn hợp pha chế (compounded PN) được xem xét dùng ở những người bệnh có nhu cầu đặc biệt về dưỡng chất đa lượng (protid, lipid, glucid) và vi chất dinh dưỡng [32].

- Glutamine: dùng ở liều 0,3-0,5g/kg/ngày trong 10-15 ngày người bệnh bỏng với diện tích >20%; 0,2-0,3g/kg/ngày trong 5 ngày đầu ở người bệnh bị chấn thương nặng hoặc 10- 15 ngày khi có biến chứng trong lành vết thương. Song không dùng glutamine trong những trường hợp bệnh lý nặng khác, đặc biệt trong suy thận, suy gan.

- Nên hạn chế dùng loại nhũ dịch chứa hoàn toàn dầu nành (giàu acid béo omega 6) trong DDTM người bệnh nặng trong tuần đầu, nên dùng các nhũ dịch béo có giảm hàm lượng acid béo omega 6, bổ sung acid béo omega 9, omega 3 và/hoặc MCT [17,38,54].

2.7. Chiến lược tối ưu hóa DDTM

- Cần có quy trình thực hiện, bảng theo dõi (đường máu, ion đồ máu, chức năng gan, thận, triglyceride/máu... tốc độ truyền, thời gian truyền).

- Trong một số trường hợp đặc biệt nên có hội chẩn chuyên khoa dinh dưỡng (hoặc bởi nhóm hỗ trợ dinh dưỡng)

- Cần chuyển dần sang phương thức DDTH khi DDTH có chỉ định và thực hiện được.

IV. Công thức dinh dưỡng

4.1. Cho DDTH

- Là công thức dinh dưỡng đa phân tử, cung cấp 1 đến 1,5K cal trong 1ml dịch dinh dưỡng.

- Công thức dinh dưỡng miễn dịch không được khuyến nghị dùng thường quy trong nhiễm khuẩn nặng. Đặc biệt không dùng glutamin khi có suy thận, suy gan.

- Bán phân tử (như peptide + MCT) cho người bệnh suy chức năng tiêu hóa hoặc kém dung nạp DDTM hoặc tiêu chảy kéo dài nghi ngờ do kém tiêu hóa, hấp thụ .

4.2. Cho DDTM:

- Dạng sản phẩm DDTM chuẩn, sẵn có (túi 2 hoặc 3 ngăn hoặc tất cả trong 1 và/hoặc chai/túi đơn lẻ) chỉ định để đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng và chuyển hóa của người bệnh hoặc dạng hỗn hợp pha chế (compounded PN) được xem xét dùng ở những người bệnh có nhu cầu đặc biệt về dưỡng chất đa lượng và vi chất dinh dưỡng.

Glutamine TTM: Có thể xem xét dùng ở người bệnh không sốc, không suy thận với liều $<0,35\text{g/kg/ngày}$). Song không dùng glutamine sớm trong giai đoạn sốc, dạng dùng thuốc vận mạch hoặc suy thận, suy gan.

- Nhũ dịch lipid: nên hạn chế dùng nhũ dịch lipid chứa hoàn toàn dầu nành (giàu acid béo omega 6) trong tuần đầu điều trị người bệnh nặng, mà nên dùng các công thức có giảm hàm lượng acid béo omega 6 và bổ sung dầu ôliu (giàu acid béo omega 9) và hoặc dầu cá (giàu acid béo omega 3).

Câu hỏi lượng giá

Chọn ý đúng nhất

Câu 1: Dinh dưỡng tiêu hóa:

A. Nên được khởi động trong vòng 24 đến 48 giờ sau chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn, sau khi người bệnh đã được hồi sức và ổn định huyết động.

B. Nên được khởi động trong vòng 48 đến 72 giờ sau chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn, sau khi người bệnh đã được hồi sức và ổn định huyết động.

C. Nên được khởi động trong vòng 12 đến 24 giờ sau chẩn đoán nhiễm khuẩn nặng hoặc sốc nhiễm khuẩn, sau khi người bệnh đã được hồi sức và ổn định huyết động.

Câu 2: Chỉ định cho dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung:

A. Khi DDTH không đạt được >60% nhu cầu dinh dưỡng (như năng lượng, đạm).

B. Khi DDTH không đạt được >50% nhu cầu dinh dưỡng (như năng lượng, đạm).

C. Khi DDTH không đạt được >40% nhu cầu dinh dưỡng (như năng lượng, đạm).

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Công thức dinh dưỡng miễn dịch không được khuyến nghị dùng thường quy trong.(1)..... Đặc biệt không dùng glutamin khi có..(2).....

Câu 4: Thời điểm bắt đầu DDTM TP khi có chống chỉ định DDTH:

- Trong (1).....cho người bệnh có nguy cơ SDD cao và hoặc SDD nặng và cần phòng ngừa hội chứng nuôi ăn lại.

- Trong (2).....cho người bệnh có nguy cơ SDD thấp và hoặc không SDD.

Câu 5: Chiến lược tối ưu hóa DDTM trong một số trường hợp đặc biệt nên chuyên khoa dinh dưỡng (hoặc bởi nhóm hỗ trợ dinh dưỡng)

Đáp án:

Câu 1: A Câu 2: A

Câu 3: (1) nhiễm khuẩn nặng (1) suy thận, suy gan.

Câu 4: (1) 24-48 giờ (2) 3-5 ngày

Câu 5: có hội chẩn

BÀI 26: QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO CHO NGƯỜI BỆNH Ở KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được khái niệm thụt tháo, chỉ định và chống chỉ định của thụt tháo.*
- 2. Trình bày được các bước thực hiện kỹ thuật thụt tháo cho người bệnh.*

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng ra thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân ra ngoài. Trong trường hợp người bệnh không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi làm phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang.
- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh thương hàn.
- Viêm ruột.
- Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức tích cực.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1 Vật tư tiêu hao

- Ống thông hậu môn bằng silicon phù hợp với Người bệnh hoặc 1 ống hút đờm cỡ 18, 16: 01 cái.

- Nhiệt kế đo nhiệt độ của nước
- Cọc truyền
- Dây truyền: 01 cái.
- Nước chín 30 độ
- Găng sạch: 03 đôi.
- Khay quả đậu
- Khay chữ nhật
- Gạc miếng vô khuẩn
- Băng dính
- Kéo cắt băng dính
- Dầu Parafin
- Bình phong
- Tấm lót
- Tấm nilon 40 x 60 cm
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn.
- Mũ: 01 cái.
- Khẩu trang: 01 cái.
- Nước thật: dùng nước chín 300 hoặc Glucose 20%, 10%. Số lượng nước tùy theo chỉ định 500ml-1 lít, không được vượt quá 1,5 lít đối với người lớn. Thuộc theo chỉ định.

2.2 .Dụng cụ cấp cứu:

- Hộp chống sốc theo quy định.

3. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho Người bệnh và gia đình việc sắp làm.
- Động viên Người bệnh an tâm và hợp tác trong khi làm thủ thuật
- Hướng dẫn căn dặn Người bệnh những điều cần thiết.

4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.
2. Mang dụng cụ đã chuẩn bị đến giường bệnh, che bình phong.
3. Nối dây truyền với chai dịch thật treo lên cọc, nối dây truyền với ống hút đờm hoặc ống thông hậu môn đuổi khí và khóa lại.
4. Điều dưỡng đi căng tay sạch trái nilon dưới mông Người bệnh. Cho Người bệnh nằm đầu cao 2 chân rạng hai bên, đặt bô dưới mông Người bệnh.
5. Điều dưỡng tháo găng tay
6. Sát khuẩn tay nhanh
7. Rót dầu nhờn
8. Đi găng sạch
9. Lấy sonde hút bôi dầu nhờn vào đầu sonde hút.
10. Điều dưỡng đứng ngang hông Người bệnh, vành mông để lộ hậu môn, bảo người bệnh há miệng thở đều.
11. Đưa thông dẫn lưu hoặc sonde hút đờm vào hậu môn theo hướng rốn 2 -3 cm, rồi đưa song song với cột sống
12. Mở khóa cho nước chảy từ từ vào trực tràng, giữ ống thông. Theo dõi nước chảy vào, nếu người bệnh tỉnh hỏi người bệnh có cảm giác tức bụng không.
13. Khi nước trong chai gần hết khóa lại, rút canuyn nhẹ nhàng xả hết nước. Tháo ống thông bỏ vào khay hạt đậu.
14. Dặn người bệnh cố nhịn, giúp người bệnh xoa bụng theo chiều kim đồng hồ, giúp Người bệnh đi vệ sinh (nếu cần),
15. Thu dọn dụng cụ: bỏ nilon, bô, giúp người bệnh mặc quần trở về tư thế thoải mái.
16. Rửa tay, Ghi phiếu theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Sắc mặt, mạch, nhịp thở, SpO2
- Tính chất, màu sắc phân
- Đau.

- Theo dõi tại biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN

- Chảy máu trực tràng.
- Thủng, loét trực tràng do làm các động tác thô bạo.
- Nhầm đường âm đạo.
- Đau gây tăng huyết áp.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

Câu 1: Nhiệt độ của nước thụt tháo:

- A. Dùng nước chín 30⁰ hoặc Glucose 20%, 10%.
- B. Dùng nước đun sôi để nguội
- C. Dùng nước muối sinh lý 20⁰

Câu 2: Thể tích nước dùng để thụt tháo cho người bệnh

- A. Số lượng nước 200ml-300ml
- B. Số lượng nước tùy theo chỉ định 500ml-1 lít, không được vượt quá 1,5 lít đối với người lớn.
- C. Số lượng nước 300ml- 400ml.

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào..... nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng ra thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân ra ngoài.

Câu 4: Tai biến khi thụt tháo:

- Chảy máu trực tràng.
-
- Nhầm đường âm đạo.
- Đau gây tăng huyết áp.

Câu 5: Dẫn người bệnh cố nhịn, giúp người bệnh....., giúp Người bệnh đi vệ sinh (nếu cần)

Đáp án:

Câu 1: A

Câu 2: B

Câu 3: đại tràng

Câu 4: Thủng, loét trực tràng do làm các động tác thô bạo

Câu 5: xoa bụng theo chiều kim đồng hồ

BÀI 27: LẤY BỆNH PHẨM LÀM XÉT NGHIỆM

(Máu, đờm, phân, nước tiểu)

MỤC TIÊU

- 1. Thực hiện các kỹ thuật lấy bệnh phẩm xét nghiệm đúng quy trình và hiệu quả.*
- 2. Hướng dẫn được người bệnh/gia đình người bệnh lấy một số loại bệnh phẩm (đờm, phân, nước tiểu) theo đúng yêu cầu kỹ thuật.*

NỘI DUNG

1. Giới thiệu

Lấy bệnh phẩm xét nghiệm là kỹ thuật lấy một lượng máu, dịch tiết, chất thải hoặc tổ chức mô của người bệnh chuyển đến khoa xét nghiệm.

Các kết quả xét nghiệm có ý nghĩa rất quan trọng trong chẩn đoán, điều trị chăm sóc và theo dõi người bệnh. Trong một số trường hợp các xét nghiệm đóng vai trò quyết định việc chẩn đoán, đặc biệt là trong chẩn đoán bệnh giai đoạn sớm và một số bệnh lý các triệu chứng lâm sàng nghèo nàn/không rõ ràng. Kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng như xét nghiệm nước tiểu, máu, phân, đờm, dịch tiết... không chỉ giúp bác sĩ chẩn đoán bệnh, theo dõi diễn biến của bệnh chính xác, mà còn cung cấp các thông tin về tình trạng người bệnh, giúp cho chẩn đoán điều dưỡng, xác định các nguy cơ, lập kế hoạch và đánh giá chăm sóc hiệu quả. Thực hiện y lệnh lấy bệnh phẩm xét nghiệm cho người bệnh là một trong những chức năng phối hợp của điều dưỡng viên với bác sĩ. Bên cạnh việc thực hiện hiệu quả các quy trình lấy bệnh phẩm, thì vấn đề đảm bảo độ chính xác cho kết quả các xét nghiệm là rất cần thiết. Y học ngày càng phát triển, phương pháp phân tích, đọc kết quả xét nghiệm ngày càng hiện đại, chuyên sâu. Vì vậy, phải đảm bảo đúng các nguyên tắc từ khi lấy bệnh phẩm. Điều dưỡng viên phải có kiến thức, kỹ năng trong chuẩn bị,

tiến hành lấy bệnh phẩm đúng kỹ thuật và bảo quản mẫu bệnh phẩm theo đúng nguyên tắc và quy định.

Nhóm kỹ năng lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm bao gồm:

Lấy máu làm xét nghiệm

Lấy đờm làm xét nghiệm

Lấy phân làm xét nghiệm

Lấy nước tiểu làm xét nghiệm

2. Lấy máu làm xét nghiệm

2.1. Mục đích

Hỗ trợ cho chẩn đoán bệnh.

Theo dõi những đáp ứng của điều trị.

Cung cấp các thông tin về tình trạng dinh dưỡng, chuyển hóa, huyết học, miễn dịch, sinh hóa của người bệnh.

Sàng lọc bệnh sớm ngay cả khi chưa có biểu hiện lâm sàng.

2.2. Các loại xét nghiệm máu

2.2.1. Sinh hoá

Điện giải đồ, urê, creatinin, protein, glucose, lipid Emzym: GOT, GPT, CK, CK-MB, troponin T...

Bilirubin toàn phần, bilirubin trực tiếp, bilirubin gián tiếp

Xét nghiệm lipid máu: Cholesterol, triglycerid, HDL, LDL.

2.2.2. Vật lý

Thời gian máu chảy, máu đông, tốc độ lắng máu, pH máu, hematocrit

2.2.3. Tế bào

Nhóm máu, đếm số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, hình dạng tế bào máu

2.2.4. Vi sinh - ký sinh trùng

Các test nhanh chẩn đoán: HBsAg (viêm gan virus B), HIV, Anti-HCV (viêm gan virus C), Chlamydia (viêm âm đạo do Chlamydia), Cúm A/B, Dengue (sốt xuất huyết).

Nuôi cấy vi khuẩn, làm kháng sinh đồ

Tìm ký sinh trùng sốt rét...

2.3. Các phương pháp lấy máu

Lấy máu mao mạch

Lấy máu tĩnh mạch

Lấy máu động mạch

2.4. Những điểm cần lưu ý

Lấy máu làm xét nghiệm là kỹ thuật xâm lấn nên sẽ gây đau cho người bệnh và thường làm người bệnh lo lắng, sợ hãi, nhất là trẻ em, người điều dưỡng cần giải thích rõ ràng giúp người bệnh giảm lo lắng.

Khi lấy máu xét nghiệm, điều dưỡng phải hạn chế những tổn thương cho tĩnh mạch. Không lấy máu xét nghiệm qua cầu nối động tĩnh mạch vì có nguy cơ chảy máu và đông máu.

Khi lấy máu để định lượng các chất thường lấy máu buổi sáng, trước khi ăn. Cấy máu là để tìm vi khuẩn trong máu:

Cần cấy máu ít nhất có 2 mẫu cấy ở 2 vị trí khác nhau. Nếu vi khuẩn xuất hiện ở cả 2 mẫu cấy chứng tỏ trong máu có sự hiện diện của vi khuẩn, còn nếu vi khuẩn chỉ xuất hiện ở 1 mẫu máu, chứng tỏ mẫu đó đã bị nhiễm, cho kết quả sai lệch.

Cấy máu phải được thực hiện trước khi dùng kháng sinh cho người bệnh, vì kháng sinh có thể tiêu diệt vi khuẩn làm kết quả sai lệch do không phát hiện được vi khuẩn trong mẫu máu được nuôi cấy. Nếu người bệnh đã dùng kháng sinh trước đó thì phải ghi chú lại và báo với phòng xét nghiệm.

Một số xét nghiệm có yêu cầu lấy máu đặc biệt như: xét nghiệm nồng độ acid lactic không sử dụng dây garo; xét nghiệm nồng độ vitamin cần tránh để ống nghiệm tiếp xúc với ánh sáng...

Những ống nghiệm đựng máu do phòng xét nghiệm cung cấp. Có 2 loại:

+ Ống máu không chống đông

Ống máu có chống đông (natri citrate, calci oxalate, heparin, EDTA).

2.5. Quy trình kỹ thuật lấy máu làm xét nghiệm

2.5.1. Nhận định

Nhận định sự hiểu biết của người bệnh về mục đích và quy trình lấy máu Xác định các điều kiện cần làm trước khi lấy mẫu xét nghiệm

Nhận định yếu tố nguy cơ trước khi lấy máu tĩnh mạch: dùng thuốc kháng đông, tiểu cầu thấp, rối loạn đông máu (tiền sử hemophilia).

Nhận định tiền sử của người bệnh

Nhận định các chống chỉ định của lấy máu tĩnh mạch: nơi đang truyền dịch, nguy cơ tắc tĩnh mạch do huyết khối, cầu nối thông động tĩnh mạch trong chạy thận nhân tạo, cánh tay bên người bệnh đã cắt bỏ vú.

Xem lại chỉ định của bác sĩ về loại xét nghiệm

2.5.2. Dụng cụ

* Lấy máu mao mạch

3 miếng kính sạch, khô, trong đó có 1 miếng kính phẳng để kéo lam
Bông cotton, bông khô

Găng tay sạch

Kim vô trùng, cỡ kim 25 - 26G, chiều dài 1-1,5 cm

Túi đựng rác y tế

* Lấy máu tĩnh mạch

Cồn 70⁰

Găng tay sạch

Gối kê tay

Dây garo

Băng cá nhân

Ống nghiệm phù hợp với yêu cầu xét nghiệm: ghi tên NB lên nhãn.

Giá đựng ống nghiệm

Phiếu xét nghiệm

Bơm tiêm vô trùng phù hợp với số lượng máu cần lấy

Kim vô trùng, cỡ kim 20 -21 cho người lớn, 23 -25 cho trẻ em

Lấy máu qua CVP: 2 bơm tiêm 10ml vô trùng, 1 bơm tiêm 10 ml chứa nước muối sinh lý.

Cấy máu: 2 bơm tiêm 20 ml vô trùng, kim vô trùng (cỡ kim 20 -21G cho người lớn, 23 -25G cho trẻ em), ống đựng máu cấy vi khuẩn kỵ khí và hiếu khí.



Hình 1. Các loại ống nghiệm

2.5.3. Các bước thực hiện

TT	Các bước thực hiện	Lý do
1	Kiểm tra và sắp xếp lại dụng cụ hợp lý	Thuận tiện khi thực hiện kỹ năng
2	Chuẩn bị người bệnh: - Kiểm tra hồ sơ người bệnh - Thông báo và giải thích cho người bệnh - Để người bệnh ở tư thế thuận tiện	Tạo sự hợp tác tốt của người bệnh
3	Rửa tay, đi găng tay sạch, mang dụng cụ đến đầu giường người bệnh.	
A. Lấy máu mao mạch		
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên	
4	Vuốt nhẹ đầu ngón tay thứ 4, hoặc dải tai.	Máu tập trung xuống ngón tay và dải tai, người bệnh bớt đau.
5	Sát khuẩn đầu ngón tay hoặc dải tai bằng cồn.	Phòng nhiễm trùng

6	Dùng kim vô trùng chích đủ sâu 2 mm, rút kim ra.	Tránh nhiễm khuẩn
7	Dùng bông khô lau bỏ giọt máu đầu	
8	- <i>Lấy máu</i>: Cầm lam kính bằng ngón cái và ngón trỏ, áp nhẹ mặt dưới lam kính vào vị trí giọt máu vừa chích, sao cho máu dính vào lam kính có đường kính khoảng 5mm; làm như vậy 2 giọt máu ở 2 đầu lam kính (khoảng 1/3 ngoài) giống nhau. - <i>Làm tiêu bản</i>: + Làm giọt dày: dùng 1 góc của lá kính quấy theo hình vòng tròn rộng dần làm cho diện tích giọt máu rộng ra gấp đôi hoặc gấp rưỡi, bỏ các sợi fibrin ra khỏi giọt máu. + Làm giọt mỏng: lấy cạnh của lá kính đặt vào giọt máu thứ hai day nhẹ cho máu lan ra suốt cạnh lá kính, rồi nhẹ tay kéo lá kính dọc theo phiến kính, kéo đều tay sao cho lá kính và phiến kính luôn tạo thành một góc khoảng 30^0 làm cho máu được dàn mỏng đều, đuôi vát như hình đầu lược, không có vết ngang dọc hay đứt đoạn. - Để phiến kính khô hẳn, cố định giọt mỏng bằng cồn 90^0, giọt dày để nguyên, chờ khô cồn cố định, gửi đến phòng xét nghiệm càng sớm càng tốt.	
9	Đặt bông còn vào vị trí đâm kim	Cầm máu
10	Gửi mẫu xuống phòng xét nghiệm	Kết quả kịp thời, chính xác

11	Tháo bỏ găng tay	Phòng bội nhiễm.
12	Ghi hồ sơ	Đảm bảo tính pháp lý
B. Lấy máu tĩnh mạch		
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên	
4	Đặt người bệnh nằm tư thế đầu cao 30^0 , bộc lộ cánh tay, để cánh tay thẳng. Đặt gối kê tay dưới cánh tay.	Tạo sự thoải mái cho người bệnh, bộc lộ tĩnh mạch.
5	Buộc dây garô trên vị trí đâm kim, khoảng 5-10 cm.	Chặn máu trở về, tĩnh mạch nổi lên thuận lợi cho việc lấy máu.
6	Xác định vị trí lấy máu	Dễ thực hiện, không bị vỡ.
7	Sát khuẩn theo hình xoắn ốc từ vị trí lấy máu, rộng ra ngoài 5 cm, để khô tự nhiên.	Đề phòng nhiễm trùng
8	Dùng ngón tay cái của bàn tay không thuận, kéo nhẹ phía dưới vùng đâm kim, tay thuận cầm bơm tiêm chọc kim nghiêng $15 - 30^0$, kiểm tra nếu người bệnh không cảm thấy tê; luôn kim vào tĩnh mạch, rút từ từ pittông để máu ra đúng số lượng xét nghiệm yêu cầu.	- Lấy vừa đủ không làm mất máu của người bệnh. - Nếu NB cảm thấy tê có nghĩa là kim tiêm đã chạm vào dây thần kinh.
9	Tháo garô, rút kim nhanh.	Tránh garô quá lâu cản trở tuần hoàn
10	Ấn chặt bông khô lên vị trí tiêm	Cầm máu
11	Tháo kim, bơm máu nhẹ nhàng vào ống nghiệm, nếu ống nghiệm có chất chống đông, lắc nhẹ nhàng từ trên xuống dưới khoảng 8-10 lần	Tránh vỡ hồng cầu
12	Tháo găng tay, giúp người bệnh về tư thế thoải mái	Người bệnh được thoải mái

13	Dọn dẹp dụng cụ, rửa tay	Đề phòng bội nhiễm.
14	Ghi hồ sơ	Đảm bảo tính pháp lý

Bảng kiểm quy trình kỹ thuật lấy máu làm xét nghiệm

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra dụng cụ			
2	Chuẩn bị người bệnh			
3	Rửa tay, đi găng tay, mang dụng cụ đến đầu giường người bệnh			
A. Lấy máu mao mạch				
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên			
4	Vuốt nhẹ đầu ngón tay thứ 4, hoặc dải tai.			
5	Sát khuẩn			
6	Dùng kim vô trùng chích đủ sâu 2 mm, rút kim ra.			
7	Lau bỏ giọt máu đầu			
8	Lấy máu vào lam kính, làm tiêu bản			
9	Cầm máu			
10	Gửi mẫu xuống phòng xét nghiệm			
11	Tháo bỏ găng tay, thu dọn dụng cụ			
12	Ghi hồ sơ			
B. Lấy máu tĩnh mạch				
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên			
4	Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp			
5	Buộc dây garô			
6	Xác định vị trí lấy máu			
7	Sát khuẩn			
8	Đâm kim vào tĩnh mạch, xác nhận xem người bệnh có bị tê hay không, rút từ từ pittông để máu ra đúng số lượng xét nghiệm yêu cầu.			
9	Tháo garô, rút kim nhanh			

10	Cầm máu			
11	Bơm máu vào ống nghiệm			
12	Tháo găng tay, giúp người bệnh về tư thế thoải mái.			
13	Thu dọn dụng cụ, rửa tay			
14	Ghi chép hồ sơ			

3. Lấy nước tiểu làm xét nghiệm

Nước tiểu là chất bài tiết rất quan trọng, chứa phần lớn các chất cặn bã của cơ thể qua đường tiết niệu, mức độ bài tiết phụ thuộc vào:

Thể tích và áp lực máu qua thận Khả năng bài tiết qua thận

Sự cung cấp nước cho cơ thể

Sự thay đổi về số lượng, tính chất và thành phần hóa học của nước tiểu cho thấy bất thường của cơ thể. Do vậy, xét nghiệm nước tiểu có vai trò rất quan trọng hỗ trợ trong chẩn đoán bệnh về gan, thận, có thai, nhiễm trùng ...

3.1. Các loại xét nghiệm nước tiểu

3.1.1. Xét nghiệm vật lý

Số lượng nước tiểu: bình thường ở người lớn 1,2 - 1,4 lít/24 giờ.

Thay đổi sinh lý: nước tiểu nhiều khi trời lạnh, uống nhiều nước.

Nước tiểu ít khi uống ít nước, làm việc nhiều, thời tiết nóng nực...

Thay đổi bệnh lý: nước tiểu nhiều gặp trong đái tháo đường, đái tháo nhạt. Nước tiểu ít hoặc vô niệu gặp trong các bệnh suy thận, suy tim...

Màu của nước tiểu:

Bình thường nước tiểu màu vàng nhạt. Màu đỏ: tiểu máu

Màu vàng sậm: nhiễm trùng...

Tuy nhiên, cần cẩn thận hỏi kỹ tiền sử dùng thuốc, đồ ăn, uống của người bệnh vì có một số loại làm thay đổi màu sắc của nước tiểu như:

Nước tiểu màu đỏ khi dùng thuốc điều trị lao rifampycin, một số loại nước ngọt có phẩm màu đỏ.

Màu xanh dương khi dùng thuốc mistasolblue Màu vàng khi uống vitamin B2 ...

Mùi của nước tiểu:

Nước tiểu mới bài tiết thường không có mùi, để lâu ở ngoài không khí sẽ có mùi khai do ure chuyển hóa thành NH_3 .

Nước tiểu bất thường: mùi tanh hôi gặp trong các bệnh nhiễm trùng, mùi aceton trong bệnh đái tháo đường...

Tiểu đau, rát: bình thường khi tiểu không có cảm giác đau, không buốt, tiểu thành dòng. Trong bệnh nhiễm trùng tiểu, người bệnh có triệu chứng tiểu đau, rát, tiểu dắt, són tiểu, nước tiểu đục đôi khi lẫn máu.

3.1.2. Xét nghiệm hóa sinh

Bảng 1. Trị số hoá sinh nước tiểu ở người bình thường

Các chỉ số nước tiểu cơ bản	Bình thường
Glucose	Âm tính (-)
Protein	(-)
Bilirubin	(-)
Ketone (ceton)	(-)
Specific gravity (tỷ trọng)	1,010 - 1,020
pH	5 - 8
Urobilinogen	< 0,2 EU/l
Nitrite	(-)
Hồng cầu	(-)
Bạch cầu	(-)

3.1.3. Xét nghiệm tế bào

Tìm hồng cầu trong nước tiểu Tìm trụ niệu, trụ hình

Các chất vô cơ: acid uric, calci, urate, phosphat...

3.1.4. Xét nghiệm vi sinh vật

Xét nghiệm nước tiểu thông thường nhất là cấy và làm kháng sinh đồ. Đọc kết quả trong vòng 24 - 48 giờ là tốt nhất và không được quá 72 giờ. Nếu có khuẩn trong nước tiểu, xét nghiệm kháng sinh đồ cho biết kháng sinh nào kháng với vi khuẩn đó.

Khi người bệnh tiểu tự chủ, lấy nước tiểu giữa dòng để cấy và làm kháng sinh đồ.

Người bệnh tiểu qua ống thông tiểu: Dùng kỹ thuật vô trùng tuyệt đối và tránh sự xâm nhập của vi khuẩn vào ống thông tiểu. Không lấy nước tiểu trong túi chứa nước tiểu để cấy trừ khi lấy nước tiểu trong lần đặt ống thông tiểu đầu tiên. Vi khuẩn phát triển nhanh chóng trong túi chứa nước tiểu và dẫn đến sai lệch kết quả.

3.2. Cách lấy nước tiểu

Lấy nước tiểu giữa dòng, bỏ phần đầu để làm các xét nghiệm định tính, trong đó có xét nghiệm 10 thông số, 2 thông số và 3 thông số nước tiểu. Khi nghi ngờ có glucose niệu thì nên lấy nước tiểu sau bữa ăn 2 giờ.

Nước tiểu 24 giờ (hoặc 12 giờ) để làm xét nghiệm định lượng một số chất, thường phải thu góp vào dụng cụ đã được vô khuẩn và dùng chất bảo quản như dung dịch thymol 10% (5ml) và kết hợp bảo quản trong lạnh.

Lấy nước tiểu từ ống thông tiểu

3.3. Quy trình kỹ thuật lấy nước tiểu làm xét nghiệm

3.3.1. Nhận định

Nhận định sự hiểu biết của người bệnh và gia đình người bệnh về mục đích xét nghiệm và phương pháp lấy bệnh phẩm.

Đánh giá dấu hiệu và triệu chứng nhiễm khuẩn đường niệu: đột ngột, cấp tính, tiểu khó, tiểu máu, đau hông, sốt, tiểu đục, nước tiểu hôi, tiểu nóng rát, tiểu lắt nhắt, không thành dòng, ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.

Tình trạng vệ sinh tầng sinh môn

Kiểm tra lại yêu cầu của phòng xét nghiệm về phương pháp lấy mẫu nước tiểu.

Nhận định khả năng vận động, khả năng tự làm vệ sinh tầng sinh môn và khả năng tự sử dụng nhà vệ sinh.

3.3.2. Dụng cụ

Phiếu xét nghiệm được ghi tên người bệnh và các yêu cầu xét nghiệm đã được kiểm tra chính xác.

Ống xét nghiệm đã được ghi ngày, thời gian, tên mẫu xét nghiệm, tên người bệnh.

Găng tay sạch

Giá để ống nghiệm B

ông vô khuẩn

Dung dịch sát khuẩn

Nước muối sinh lý X

à bông, khăn sạch

Giường (nếu người bệnh không di chuyển được)

Cồn, chlorhexidine, tắm bông vô khuẩn

Bơm tiêm 5 ml, 20ml vô trùng

3.3.3. Các bước thực hiện

TT	Các bước thực hiện	Lý do
1	Kiểm tra và sắp xếp lại dụng cụ phù hợp Đặt nhãn lên lọ xét nghiệm	Thuận tiện khi thực hiện kỹ năng.
2	Chuẩn bị người bệnh:	- Đảm bảo đúng người bệnh

	- Đối chiếu đúng người bệnh	
	- Giải thích, hướng dẫn kỹ thuật cho người bệnh và gia đình người bệnh để tránh lẫn phân hoặc mô khác. - Giải thích cho người bệnh/gia đình tại sao phải kẹp ống thông tiểu 30 phút trước khi lấy nước tiểu.	- Tạo sự hợp tác tốt của người bệnh - Giải thích để người bệnh hiểu mục đích của việc lấy nước tiểu từ bàng quang xuống.
	- Tạo không gian kín đáo cho người bệnh: che bình phong xung quanh giường, đóng cửa phòng hoặc trong nhà vệ sinh (nếu người bệnh đi lại được).	- Đảm bảo sự kín đáo cho người bệnh.
	- Cung cấp nước uống cho người bệnh (nếu cần) trước khi lấy nước tiểu xét nghiệm.	- Giúp cho việc bài tiết nước tiểu dễ dàng.
3	Ghi tên người bệnh lên ống nghiệm	Tránh quên hoặc nhầm lẫn bệnh phẩm
A. Lấy nước tiểu giữa dòng		
4	Hướng dẫn người bệnh vệ sinh tầng sinh môn, sát khuẩn lỗ tiểu.	Tránh nhiễm khuẩn nước tiểu làm xét nghiệm do chảy qua đường niệu.
5	Hướng dẫn người bệnh mở nắp ống nghiệm vô khuẩn, không được chạm vào lòng ống.	Ống nghiệm bị nhiễm bẩn sẽ làm sai lệch kết quả.
6	Hướng dẫn người bệnh cách lấy nước tiểu: bỏ phần nước tiểu đầu, đưa ống nghiệm vào trực tiếp lấy nước tiểu giữa dòng (khoảng 30 - 50ml). Bỏ ống nghiệm ra trước khi đi tiểu hết.	Nước tiểu đầu sẽ đầy vi khuẩn trong đường niệu ra ngoài, không nhiễm vào bệnh phẩm xét nghiệm.
	Đậy lại nắp ống nghiệm (chỉ cầm phía bên ngoài).	

7	Rửa bên ngoài ống nghiệm. Gắn phiếu xét nghiệm.	Tránh nhiễm khuẩn
8	Mang đến phòng xét nghiệm trong khoảng 15 -20 phút, hoặc giữ lạnh trong vòng 2 giờ.	Kết quả xét nghiệm được chính xác, kịp thời.
9	Tháo găng và rửa tay, thu dọn dụng cụ	Phòng ngừa lây nhiễm
10	Ghi hồ sơ: - Ngày giờ lấy nước tiểu - Tính chất, đặc điểm của nước tiểu	Chắc chắn đã thực hiện y lệnh Những dữ liệu này có thể giúp khẳng định một số vấn đề đặc biệt.

B. Lấy nước tiểu 24 giờ

1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên	
4	Chuẩn bị dụng cụ đựng nước tiểu có vạch chia độ, có nắp đậy, chất bảo quản và ghi tên người bệnh.	Chống nhiễm khuẩn nước tiểu
5	Hướng dẫn người bệnh đi tiểu hết và ghi giờ	(ví dụ tính thời điểm bắt đầu từ 6 giờ sáng).
6	Dặn người bệnh lấy toàn bộ nước tiểu vào dụng cụ (kể cả khi đi đại tiện).	Đảm bảo số lượng chính xác trong 24 giờ
7	Sau 24 giờ (6 giờ sáng hôm sau) cho người bệnh đi tiểu lần cuối vào vật chứa	Đảm bảo đủ 24 giờ
8	Đo số lượng nước tiểu, ghi lại và lấy mẫu theo yêu cầu Lấy mẫu xét nghiệm	Đo số lượng nước tiểu 24 giờ
9	Thực hiện từ bước 7 - 10 giống kỹ năng lấy nước tiểu giữa dòng.	

C. Lấy nước tiểu từ ống thông tiểu (đối với người bệnh có đặt thông tiểu)

1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên	
-----	--	--

4	Kẹp ống thông lại trước 30 phút. Chuẩn bị bơm tiêm	Nhằm lấy nước tiểu mới bài tiết
5	Rửa tay, đi găng sạch	Giảm lây nhiễm vi khuẩn
6	Đặt tư thế người bệnh sao cho dễ tiếp xúc với ống thông.	Dễ dàng thực hiện kỹ thuật
7	Sát khuẩn vị trí chọc kim trên ống thông, chờ đến khi khô.	Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh phẩm từ ngoài vào.
8	Chọc kim chếch 45 ⁰ vào vị trí tiếp nối giữa ống thông và túi đựng nước tiểu (phần cao su), hút khoảng 5 ml nước tiểu (nếu cấy nước tiểu) hoặc 20ml nước tiểu (nếu xét nghiệm hóa sinh).	Lấy đủ số lượng bệnh phẩm cần thiết cho xét nghiệm.
9	Bơm nước tiểu vào ống nghiệm vô khuẩn (cấy nước tiểu) hoặc ống nghiệm sạch (XN thông thường).	Phòng tránh nhiễm khuẩn trong quá trình chuyển nước tiểu từ bơm tiêm sang ống nghiệm.
10	Tháo bỏ kẹp để nước tiểu chảy xuống túi chứa.	Tránh ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
11	Thực hiện từ bước 7 - 10 giống kỹ năng lấy nước tiểu giữa dòng.	

Bảng kiểm kỹ thuật lấy nước tiểu làm xét nghiệm

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra dụng cụ			
2	Chuẩn bị người bệnh			
3	Ghi tên người bệnh lên ống nghiệm			
A. Lấy nước tiểu giữa dòng				

1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên			
4	Vệ sinh tầng sinh môn, sát khuẩn lỗ tiểu			
5	Mở nắp ống nghiệm vô khuẩn			
6	Lấy nước tiểu giữa dòng (khoảng 30 - 50ml)			
7	Đậy nắp và rửa bên ngoài ống nghiệm. Gắn phiếu xét nghiệm			
8	Mang đến phòng xét nghiệm trong			
9	Rửa tay, thu dọn dụng cụ			
10	Ghi hồ sơ			
B. Lấy nước tiểu 24 giờ				
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên			
4	Chuẩn bị dụng cụ đựng nước tiểu			
5	Cho người bệnh đi tiểu hết và ghi giờ			
6	Dẫn người bệnh lấy toàn bộ nước tiểu vào dụng cụ			
7	Sau 24 giờ cho người bệnh đi tiểu lần cuối vào vật chứa			
8	Đo số lượng nước tiểu, ghi lại và lấy mẫu theo yêu cầu			
9	Thực hiện từ bước 7 - 10 giống kỹ năng lấy nước tiểu giữa dòng			
C. Lấy nước tiểu từ ống thông tiểu				
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên			
4	Kẹp ống thông lại trước 30 phút. Chuẩn bị bơm tiêm			
5	Rửa tay, đi găng sạch			
6	Đặt tư thế người bệnh			
7	Sát khuẩn vị trí chọc kim			
8	Chọc kim hút nước tiểu			
9	Bơm nước tiểu vào ống nghiệm			

10	Tháo bỏ kẹp để nước tiêu chảy xuống túi chứa			
11	Thực hiện từ bước 7 - 10 giống kỹ năng lấy nước tiêu giữa dòng			

4. Lấy phân làm xét nghiệm

4.1. Mục đích

Thử nghiệm hóa sinh: tìm máu, sắc tố mật, mỡ trong phân. Tìm vi khuẩn và ký sinh trùng đường ruột.

4.2. Áp dụng

Trong những bệnh về tiêu hóa và những cơ quan liên quan như gan, tụy...

4.3. Nhận định sơ bộ sự biến đổi màu sắc của phân

Bình thường vàng nhạt hoặc vàng nâu Phân màu đen

Có máu trong phân trong thời gian dài nằm trong đường ruột và bị tác động bởi enzyme tiêu hóa. Thay đổi màu có thể nhìn thấy sau khi tiêu hóa các thức ăn chứa một tỷ lệ máu của động vật như tiết canh.

Một số thuốc uống vào như bismuth subsalicylate Chế độ bổ sung chất sắt, rễ hay dây cam thảo.

Phân xanh:

Phân qua đại tràng quá nhanh.

Ở trẻ em khi mắc một số bệnh, phân có thể đổi màu sắc xanh da trời hoặc xanh lá cây.

Ăn uống các thức ăn màu xanh hoặc rau xanh có thể đưa đến phân xanh. Khi tiêu hóa các thức ăn đặc trong thời gian đầu, trẻ nhỏ cũng có thể đi phân xanh và tồn tại không lâu sẽ hết.

Phân màu trắng: do tắc mật (tắc đường mật bẩm sinh, u đường mật...)

4.4. Một số lưu ý khi lấy bệnh phẩm xét nghiệm phân

Xét nghiệm máu trong phân thường được gửi đến các labo để xét nghiệm tìm máu và kết quả có trong vài giờ.

Đối với xét nghiệm amip và trùng roi cần giữ nhiệt độ 37°C.

Đối với xét nghiệm trứng và bào nang ký sinh trùng, nếu ở xa, cần bảo quản bệnh phẩm bằng cách cho vào lọ phân 1 lượng formol 5%

Trường hợp tìm máu trong phân, người bệnh phải kiêng ăn thịt nạc hoặc không uống thuốc có chất sắt, bismuth trong vòng 48 giờ.

Lưu ý không lấy lẫn máu từ bộ phận sinh dục, đặc biệt là phụ nữ trong thời kỳ kinh nguyệt

Không lấy phân lẫn với nước tiểu.

4.5. Quy trình kỹ thuật lấy phân làm xét nghiệm

4.5.1. Nhận định

Nhận định người bệnh về:

Sự hiểu biết của người bệnh và gia đình về sự cần thiết phải xét nghiệm phân Khả năng hợp tác để lấy bệnh phẩm

Các bệnh lý: trĩ, rối loạn tiêu hóa, xuất huyết tiêu hóa, Chu kỳ kinh

Các thuốc người bệnh đang sử dụng

Xem xét các chỉ định xét nghiệm phân của bác sĩ

4.5.2. Dụng cụ

Bô dẹt

Lọ đựng bệnh phẩm

Que lấy phân

Găng tay sạch

Xà phòng, nước

Giấy vệ sinh

4.5.3. Các bước thực hiện

TT	Các bước thực hiện	Lý do
1	Kiểm tra và sắp xếp lại dụng cụ hợp lý	Thuận tiện cho thực hiện kỹ thuật

2	Chuẩn bị người bệnh: thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình về kỹ thuật	Tránh nhiễm bẩn môi trường
3	Cho người bệnh đi tiểu và hứng nước tiểu riêng. Nếu cấy vi khuẩn dùng khay quả đậu to tiệt khuẩn và rửa hậu môn.	Tránh lẫn nước tiểu vào phân. Tránh nhiễm khuẩn từ dụng cụ hoặc từ hậu môn vào bệnh phẩm
4	Cho người bệnh đi ngoài vào xô đựng	Thuận lợi khi lấy mẫu phân
5	Dùng que để lấy phân (10 - 15g) ngay giữa bãi phân hoặc chỗ phân có nhầy, máu, mủ, cho vào lọ và đậy kín lại.	Giúp bảo quản mẫu và tránh nhiễm bẩn xung quanh.
6	Nếu xét nghiệm trứng giun kim: lấy que có bông, gạt các chất ở kẽ hậu môn, cho que thấm bông vào lọ và đậy kín nắp.	Giun kim thường đẻ ở nếp hậu môn
7	Gửi sớm đến phòng xét nghiệm.	Tránh hỏng mẫu
8	Tháo găng, rửa tay, phân loại rác	Phòng lây nhiễm
9	Ghi hồ sơ:	Đảm bảo tính pháp lý
	- Ngày, giờ lấy bệnh phẩm	
	- Tính chất, đặc điểm phân.	
	- Sự không thoải mái của người bệnh trong bông vào lọ và đậy kín nắp.	

Bảng kiểm quy trình kỹ thuật lấy phân làm xét nghiệm

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra dụng cụ			
2	Chuẩn bị người bệnh			

3	Cho người bệnh đi tiểu và hứng nước tiểu riêng.			
4	Cho người bệnh đi ngoài vào xô đựng			
5	Dùng que để lấy phân, cho vào lọ và đậy kín lại			
6	Xét nghiệm trứng giun kim: lấy que có bông, gạt các chất ở kẽ hậu môn, cho que tăm bông vào lọ và đậy kín nắp.			
7	Gửi sớm đến phòng xét nghiệm.			
8	Tháo găng, rửa tay, thu dọn dụng cụ			
9	Ghi hồ sơ			

5. Lấy đờm làm xét nghiệm

Đờm được bài tiết bởi các tế bào lót đường hô hấp với số lượng tối thiểu hàng ngày. Một số bệnh lý hô hấp có thể gây tăng số lượng hoặc thay đổi tính chất của đờm. Xét nghiệm đờm hỗ trợ trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh, từ viêm phế quản đến ung thư phổi.

Hút đờm thường dùng để thu thập đờm khi người bệnh không thể khạc được. Đôi khi, hút đờm với áp lực mạnh có thể gây kích thích gây ho, gây nôn mửa, co thắt các cơ họng, thanh quản hoặc phế quản. Ngoài ra, hút đờm có thể gây thiếu oxy và tăng áp lực nội sọ.

5.1. Các loại xét nghiệm bệnh phẩm đờm

Xét nghiệm tế bào có thể phát hiện tế bào lạc chỗ hoặc tế bào ung thư

Xét nghiệm vi khuẩn: soi trực tiếp tìm vi khuẩn hoặc nuôi cấy, làm kháng sinh đồ.

5.2. Sự thay đổi tính chất đờm

Màu sắc

Màu vàng, xanh: nhiễm trùng

Màu nâu đỏ (rỉ sét): viêm phổi

Mùi:

Tanh hôi: ung thư phổi.

Trùng thối: nhiễm trùng do vi khuẩn hiếm khi

5.3. Một số lưu ý khi lấy bệnh phẩm đờm

Nên lấy đờm vào buổi sáng sớm khi người bệnh đã đánh răng, súc miệng. Nên chờ 1 đến 2 giờ sau khi ăn mới lấy mẫu đờm

Nếu lấy mẫu xét nghiệm lao (AFB) phải lấy trong 3 ngày liên tiếp, nếu cấy đờm có thể đến 8 tuần mới có kết quả.

5.4. Quy trình kỹ thuật lấy đờm làm xét nghiệm

5.4.1. Nhận định

Kiểm tra lại chỉ định xét nghiệm đờm của bác sĩ: số lượng đờm, số lượng xét nghiệm, thời gian và phương pháp lấy bệnh phẩm.

Nhận định sự hiểu biết của người bệnh về mục đích và quy trình lấy đờm

Nhận định thời gian bữa ăn gần nhất của người bệnh hoặc tình trạng ăn qua ống thông mũi dạ dày. Thực hiện kỹ thuật sau 1 - 2 giờ nếu người bệnh mới ăn.

Đánh giá tình trạng hô hấp của người bệnh, tần số thở, kiểu thở, tính chất, thở nông sâu, màu sắc da niêm.

Xác định biện pháp cần thiết để hỗ trợ người bệnh lấy được bệnh phẩm đờm.

5.4.2. Dụng cụ

Lọ đựng đờm vô trùng

Bộ dụng cụ hút đờm vô trùng và máy hút đờm (cấy đờm)

Ống đựng tăm bông vô trùng để phết họng (người bệnh không tự khạc được)

Cốc lấy đờm có nắp

Găng sạch và găng vô khuẩn

Hệ thống oxy (nếu cần)

5.4.3. Các bước thực hiện

TT	Các bước thực hiện	Lý do
1	Kiểm tra và sắp xếp lại dụng cụ hợp lý	Thuận tiện khi thực hiện kỹ năng
2	Chuẩn bị người bệnh	Tạo sự hợp tác tốt của người bệnh
	- Xác định tên, thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh.	
	- Tư thế người bệnh phù hợp	
	- Hướng dẫn người bệnh thở bình thường trong khi hút đờm để phòng thở quá nhanh.	Tiến hành kỹ thuật được thuận tiện
3	Tạo không gian kín đáo cho người bệnh (đóng cửa, kéo rèm...).	
A. Lấy đờm bằng khạc đờm		
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên	
4	Giải thích và hướng dẫn cho người bệnh cách ho và khạc đờm.	Không phải là khạc nhổ dịch họng và nước bọt
5	Cho người bệnh đánh răng hoặc súc miệng bằng nước sạch.	Không nên dùng kem đánh răng hoặc nước súc miệng vì có thể thay đổi kết quả nuôi cấy
6	Đi găng sạch, cầm cốc lấy đờm và hướng dẫn người bệnh không chạm tay vào phía trong cốc.	Tránh nhiễm vi khuẩn từ ngoài vào
7	Hướng dẫn người bệnh thở sâu 3 - 4 lần, chú ý thở chậm và thở ra hết. Sau khi thở	

	ra hết 1 lần, yêu cầu người bệnh ho mạnh, khạc đờm trực tiếp vào cốc.	
8	Làm lại như vậy cho đến khi được khoảng 5 - 10 ml đờm (không lẫn nước bọt).	
9	Đậy chặt nắp cốc. Nếu có đờm rây ra phía ngoài cốc, lau sạch bằng bông cotton.	
10	Đưa cho người bệnh khăn lau sạch để lau miệng	
11	Ghi tên người bệnh lên cốc bệnh phẩm	Sai bệnh phẩm sẽ dẫn đến chẩn đoán và điều trị sai.
12	Cho bệnh phẩm vào hộp chuyên dụng và gửi đến phòng xét nghiệm.	Lấy đờm nhót đúng, tránh bội nhiễm
13	Tháo găng, rửa tay, thu dọn dụng cụ	Tránh lây nhiễm bệnh
14	Cho người bệnh ở tư thế thoải mái, tiện nghi	Người bệnh được quan tâm, chăm sóc
15	Ghi hồ sơ: Ngày, giờ lấy đờm Tính chất, đặc điểm của đờm Khả năng thực hiện thủ thuật của người bệnh	
	B. Lấy đờm bằng hút đờm	
1-3	Thực hiện các bước từ 1 đến 3 như trên	
4	Đặt người bệnh ở tư thế đầu cao hoặc bán Fowler	Giúp cho phổi nở tối đa và người bệnh có thể ho
5	Rửa tay, đi găng sạch bên tay không thuận. Chuẩn bị máy và dụng cụ hút đảm bảo máy hoạt động tốt.	Chuẩn bị máy tốt để hút được đờm

6	Nối máy hút với bộ phận chứa đờm	Giúp cho việc lấy bệnh phẩm đờm
7	Đeo găng vô khuẩn vào tay thuận	Tránh nhiễm khuẩn đường hô hấp
8	Dùng tay có găng vô khuẩn nối ống thông vô khuẩn với ống cao su của máy hút.	Đưa đờm trực tiếp vào ống bệnh phẩm
9	Nhẹ nhàng đưa đầu ống hút qua hầu họng, ống nội khí quản hoặc đường mở khí quản (chưa bật máy hút).	Tránh làm tổn thương đường thở khi thực hiện thủ thuật.
10	Đưa nhẹ nhàng và nhanh ống thông vào khí quản	Đưa nhanh qua thanh quản và khí quản hạn chế phản xạ ho của người bệnh.
11	Yêu cầu người bệnh ho, bật máy hút khoảng 5-10 giây lấy khoảng 2 - 10ml đờm.	Đảm bảo lấy được đờm từ phế quản. Nếu hút quá 10 giây sẽ gây giảm oxy và tổn thương niêm mạc.
12	Rút ống thông khỏi bộ phận chứa đờm và tắt máy hút	Máy hút có thể làm tổn thương niêm mạc trong quá trình rút ống thông.
13	Đậy chặt nắp cốc. Nếu có đờm rây ra phía ngoài cốc, lau sạch bằng bông cotton.	Tránh nhiễm khuẩn cho người làm xét nghiệm.
14	Tháo rời ống hút với bộ phận kết nối và khử khuẩn.	Giảm nguy cơ phát tán vi khuẩn
15	Đưa cho người bệnh khăn lau sạch để lau miệng	Giúp cho người bệnh sạch sẽ và thoải mái.
16	Thực hiện từ bước 11 - 15 giống kỹ năng lấy đờm bằng khạc đờm.	

Bảng kiểm quy trình kỹ thuật lấy đờm làm xét nghiệm

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Kiểm tra dụng cụ			
2	Chuẩn bị người bệnh			
A. Lấy đờm bằng khạc đờm				
3	Hướng dẫn người bệnh cách ho và khạc đờm, đánh răng và súc miệng.			
4	Đi găng sạch, cầm cốc lấy đờm			
5	Yêu cầu người bệnh ho mạnh, khạc đờm trực tiếp vào cốc			
6	Đậy chặt nắp cốc			
7	Lau miệng cho người bệnh			
8	Ghi tên người bệnh lên cốc bệnh phẩm			
9	Gửi sớm đến phòng xét nghiệm.			
10	Tháo găng, rửa tay, thu dọn dụng cụ			
11	Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái			
12	Ghi hồ sơ			

LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI**1. Chọn câu trả lời đúng nhất**

Câu 1. Điều dưỡng lấy máu người bệnh để xét nghiệm tìm ký sinh trùng sốt rét cần thực hiện khi:

- A. Trước khi người bệnh sốt
- B. Sau khi người bệnh sốt
- C. Trong lúc người bệnh sốt
- D. Không quan trọng về thời điểm lấy mẫu

Câu 2. Người bệnh tiểu đường, cần được xét nghiệm đường máu, điều dưỡng sẽ lấy máu ở vị trí nào sau đây:

- A. Lấy máu mao mạch
- B. Lấy máu tĩnh mạch
- C. Lấy máu động mạch
- D. Lấy máu mao mạch và tĩnh mạch

Câu 3. Xét nghiệm cấy nước tiểu tìm vi khuẩn, cần lấy nước tiểu theo phương pháp nào:

- A. Lấy nước tiểu sạch, giữa dòng
- B. Lấy nước tiểu giữa dòng, đảm bảo vô trùng dụng cụ lấy mẫu nước tiểu
- C. Lấy nước tiểu 24 giờ
- D. Lấy nước tiểu qua ống thông

Câu 4. Người bệnh A, 65 tuổi, 2 ngày nay tiểuắt nhất, tiểu rất buốt, êu đau vùng bụng dưới. Đi khám bác sĩ chẩn đoán nhiễm trùng tiểu, chỉ định lấy nước tiểu để xét nghiệm. Người bệnh kiên quyết từ chối không lấy mẫu xét nghiệm, xử trí của điều dưỡng lúc đó:

- A. Báo bác sĩ
- B. Không cần thiết phải lấy mẫu nước tiểu vẫn có thể điều trị bệnh
- C. Dặn người nhà tìm cách để lấy được mẫu nước tiểu xét nghiệm
- D. Tiếp xúc, giải thích rõ ràng, ngăn gọn mọi thông tin cần thiết với người bệnh, hỗ trợ người bệnh khi cần.

Câu 5. Người bệnh đồng ý xét nghiệm nước tiểu nhưng không thực hiện được vì vừa mới đi tiểu, không có nước tiểu. Bác sĩ cho phép lấy nước tiểu tại nhà, điều dưỡng hướng dẫn người bệnh cách lấy nước tiểu xét nghiệm, ngoại trừ:

- A. Lấy nước tiểu giữa dòng
- B. Người bệnh phải uống nhiều nước trước khi lấy nước tiểu
- C. Vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi lấy
- D. Mẫu thử sau khi lấy để ở nhiệt độ phòng, mang ngay đến phòng xét nghiệm.

Câu 6. Những việc người bệnh cần làm trước khi lấy đờm, ngoại trừ:

- A. Uống nhiều nước
- B. Tập ho khạc đờm
- C. Lấy đờm vào sáng sớm
- D. Có thể lấy đờm lẫn nước bọt nếu ít đờm

Câu 7. Khi lấy đờm để xét nghiệm, số lượng đờm cần phải lấy bao nhiêu

- A. 2 - 10 ml
- B. > 10 ml
- C. Số lượng không quan trọng
- D. 30 ml

Câu 8. Bệnh nhi 4 tuổi nghi ngờ bị nhiễm lao, cháu không biết khạc đờm.

Phương pháp lấy mẫu xét nghiệm đờm trong trường hợp này là:

- A. Động viên bé cố gắng khạc đờm
- B. Chờ khi có đờm
- C. Lấy dịch nhày sau họng
- D. Lấy máu.

2. Tình huống thực hành

Tình huống 1

Ông Nguyễn Văn M. 65 tuổi, đi khám kiểm tra sức khỏe thấy tình trạng ông hiện tại cân nặng 80kg, cao 1.65m, mạch 80 lần/phút, huyết áp 175/95 mmHg, thân nhiệt 36.5⁰C, ăn uống bình thường. Ông M. được bác sĩ tại khoa khám bệnh chỉ định lấy máu lúc đói làm xét nghiệm.

Câu hỏi

Nêu nhận định tình trạng ông M?

Thực hiện giao tiếp và giải thích cho ông M. về mục đích lấy máu làm xét nghiệm (*thực hiện bằng phương pháp đóng vai*)?

Thực hiện kỹ thuật lấy máu làm xét nghiệm cho ông M? (*thực hiện trên mô hình, hoặc Người hướng dẫn chọn một người bệnh trong khoa lâm sàng có chỉ định lấy máu xét nghiệm*)

Tình huống 2

Một người bệnh nữ 25 tuổi, vài ngày nay tự nhiên thấy người mệt mỏi, tiểu ít nước tiểu sẫm màu, ở nhà chưa điều trị gì vào nhập viện. Tiền sử khi còn nhỏ đã có một lần điều trị viêm cầu thận. Tình trạng người bệnh khi vào viện: thể trạng trung bình, tỉnh táo, mệt mỏi. Dấu hiệu sinh tồn: nhịp thở 18 lần/phút, mạch 85 lần/phút, huyết áp động mạch 160/95 mmHg, nhiệt độ 37.1°C. Người bệnh đi tiểu khoảng 400 ml/ngày, sẫm màu, phù nhẹ mi mắt, ăn uống kém. Bác sĩ chỉ định lấy nước tiểu của người bệnh làm xét nghiệm (nước tiểu giữa dòng và 24 giờ). Người bệnh cảm thấy rất lo lắng vì tiểu ít và không biết lấy nước tiểu như thế nào.

Câu hỏi

Nêu nhận định tình trạng người bệnh?

Thực hiện giải thích để người bệnh giảm lo lắng và hiểu được mục đích của kỹ thuật? (*thực hiện bằng phương pháp đóng vai*)

Hướng dẫn người bệnh cách lấy nước tiểu làm xét nghiệm? (*thực hiện bằng phương pháp đóng vai*)

Tình huống 3

Người bệnh nữ 60 tuổi, vào viện với lý do ho khạc đờm kéo dài. Hiện tại, người bệnh tỉnh, da niêm mạc nhợt, dấu hiệu sinh tồn: mạch 85 lần/phút, nhiệt độ 37°C, huyết áp 120/80 mmHg, nhịp thở 20 lần/phút; cao 1m50, cân nặng 36 kg. Người bệnh ho từng cơn, khạc đờm trắng xanh nhiều vào buổi sáng lượng khoảng 20 ml, mệt mỏi, ăn uống kém ngon miệng và thỉnh thoảng sốt nhẹ về chiều. Người bệnh được chỉ định lấy đờm làm xét nghiệm.

Câu hỏi

Nêu nhận định tình trạng người bệnh?

Hướng dẫn người bệnh cách lấy đờm làm xét nghiệm? (thực hiện bằng phương pháp đóng vai)

Tình huống 4

Người bệnh B, nữ, 46 tuổi, cao 1m56, cân nặng 43 kg, nghề nghiệp: làm ruộng. Chị B có tiền sử đại tiện phân sống, phân có nhày, khi đi đại tiện chị thường đau vắt bụng, ăn không ngon miệng, khó tiêu. Ở nhà chị đã dùng thuốc berberin, bệnh ổn định, nhưng sau một thời gian lại bị lại. Chị B đến bệnh viện khám. Bác sĩ chỉ định xét nghiệm phân.

Câu hỏi

Chọn cách hướng dẫn người bệnh lấy mẫu phân đúng

- A. Lấy phân khi đi đại tiện vào sáng sớm
- B. Lấy phân khi đi đại tiện, lấy chỗ phân bất thường (có nhày...)
- C. Lấy phân khi đi đại tiện, lấy bất kỳ chỗ nào của phân
- D. Lấy phân khi đi đại tiện vào sáng sớm không có nước tiểu

Hướng dẫn người bệnh cách lấy phân để làm xét nghiệm? (thực hiện bằng phương pháp đóng vai).

ĐÁP ÁN

1. Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1: C Câu 2: D Câu 3: B Câu 4: D

Câu 5: B Câu 6: D Câu 7: A Câu 8: C

Tình huống thực hành

Tình huống 4: 1.B

Bảng kiểm đánh giá năng lực thực hành lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm

TT	Năng lực	Mức độ đạt		
		Làm độc lập, không cần sự hỗ trợ (2)	Làm được, cần có sự hỗ trợ (1)	Không làm hoặc làm sai (0)
1	Thực hiện kỹ thuật lấy máu xét nghiệm đúng quy trình và hiệu quả. Thực hiện kỹ thuật lấy nước tiểu xét nghiệm đúng quy trình và hiệu quả			
2	Thực hiện kỹ thuật lấy nước tiểu xét nghiệm đúng quy trình và hiệu quả.			
3	Thực hiện kỹ thuật lấy phân xét nghiệm đúng quy trình và hiệu quả.			
4	Thực hiện kỹ thuật lấy đờm xét nghiệm đúng quy trình và hiệu quả.			
5	Hướng dẫn được người bệnh/gia đình người bệnh lấy một số loại bệnh phẩm (đờm, phân, nước tiểu) theo đúng yêu cầu kỹ thuật.			

BÀI 28: PHÒNG NGỪA SỰ CỐ Y KHOA LIÊN QUAN ĐẾN CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được định nghĩa, tần suất và các sự cố y khoa hay gặp.*
- 2. Phân loại được sự cố y khoa.*
- 3. Thực hiện đúng các quy định/ quy trình phòng ngừa sự cố y khoa.*
- 4. Tự nguyện báo cáo sự cố y khoa và học tập từ thất bại.*

NỘI DUNG

1. Định nghĩa

Y văn thế giới đã sử dụng các thuật ngữ khác nhau để mô tả những rủi ro trong thực hành y khoa như: “Bệnh do thầy thuốc gây nên - Iatrogenic”, “Sai lầm y khoa - Medical Error”, “An toàn người bệnh - Patient Safety” và “Sự cố y khoa không mong muốn - Medical Adverse Events”.

Theo Viện Nghiên cứu y học Mỹ “Institute Of Medicine-IOM” an toàn người bệnh là: Phòng ngừa tổn hại sức khỏe cho người bệnh “the prevention of harm to patients”.

Chương trình an toàn NB đặt trọng tâm vào ba vấn đề cơ bản là:

Phòng ngừa và khắc phục ngay hậu quả của sự cố y khoa.

Học từ thất bại thông qua báo cáo sự cố đã xảy ra.

Đổi mới tư duy về văn hóa an toàn người bệnh.

Theo WHO và Viện Nghiên cứu y học Mỹ: Sự cố y khoa không mong muốn là sự cố gây hậu quả sức khỏe thể chất cho người bệnh như mất khả năng tạm thời hoặc vĩnh viễn, kéo dài ngày nằm viện hoặc tử vong. Nguyên nhân do công tác quản lý khám chữa bệnh (health care management) hơn là do biến chứng bệnh của người bệnh. Sự cố y khoa có thể phòng ngừa và không thể phòng ngừa.

2. Tần suất và các loại sự cố y khoa hay gặp

2.1. Các sự cố y khoa hay gặp

Chẩn đoán sai

Chỉ định sai, chỉ định chậm

Kê đơn sai

Trang thiết bị hỏng

Nhầm NB

Nhầm phẫu thuật (nhầm bên, nhầm phương pháp)

Sốt gạc, dụng cụ trong vết mổ

Nhầm thuốc, máu

Kết quả xét nghiệm sai

Bệnh phẩm sai quy cách

Nhiễm khuẩn bệnh viện

NB ngã

NB tự sát

Trao nhầm con

Bắt cóc trẻ em

Tiêm nhầm vắc xin

Môi trường (Cháy nổ, rơi vỡ, quạt, điện giật...)

Nhầm viện phí

Bạo hành cán bộ y tế

Lạm dụng tình dục

2.2. Tần suất sự cố y khoa hay gặp

Bảng 1. Tần suất sự cố y khoa tại các nước phát triển

Nghiên cứu	Năm	Số NB NC	Số sự cố y khoa	(%)
1. Mỹ (Harvard Medical Practice Study)	1984	30.195	1.133	3,7
2. Mỹ (Utah-Colorado Study)*	1992	14.565	787	5,4
3. Úc (Quaility in Australia Health Case Study)**	1992	14.179	1.499	10,6
4. Anh (Adverse event in British hospitals)	2000	1.014	119	10,8

5. Canada (The incidence of adverse events among hospital patients in Canada)	2000	3.745	255	7,5
6. Đan Mạch	1998	1.097	176	9,0
7. Hà Lan (Adverse Events and potentially preventable deaths in Dutch hospitals)	2004	7.926		5,7

Áp dụng phương pháp nghiên cứu của Úc;

Áp dụng phương pháp nghiên cứu của Mỹ.

Bảng 2. Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) tại một số bệnh viện

Nghiên cứu	Năm	NKBV (%)
Phạm Đức Mục và cộng sự. Nhiễm khuẩn bệnh viện tại 11 bệnh viện Trung ương.	2005	5,8
Nguyễn Thanh Hà và cộng sự. Nhiễm khuẩn bệnh viện tại 6 bệnh viện phía Nam.	2005	5,6
Nguyễn Việt Hùng. Nhiễm khuẩn bệnh viện tại 36 bệnh viện phía Bắc.	2006	7,8
Trần Hữu Luyện. Giám sát nhiễm khuẩn vết mổ của 1.000 người bệnh có phẫu thuật tại Bệnh viện TW Huế.	2008	4,3
Lê Thị Anh Thư. Giám sát viêm phổi BV liên quan thở máy của 170 người bệnh tại Bệnh viện Chợ Rẫy.	2011	39,4

Ghi chú: Các số liệu tại bảng 2 đã được công bố trong các Tạp chí y học lâm sàng, Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam.

3. Xu hướng sự cố y khoa

Sau hơn một thập kỷ kể từ khi Viện Nghiên cứu y học Mỹ và các nước công bố các báo cáo về sự cố y khoa, một câu hỏi được đặt ra là các nước sau những nỗ lực nghiên cứu, đầu tư về kinh phí và nguồn lực có làm giảm được sự cố y khoa không?

Báo cáo của Tổng thanh tra y tế Mỹ, nghiên cứu 780 bệnh án ngẫu nhiên của các người bệnh trong tháng (10, 2008) công bố 13,5% người bệnh nhập viện gặp sự cố y khoa (cứ 7 người bệnh ra viện thì có 1 người gặp sự cố y khoa thỏa mãn ít nhất 1 tiêu chuẩn xác định sự cố y khoa); 51% không thể phòng ngừa, 44% sự cố y khoa hầu như có thể phòng ngừa và 5% không xác định.

Nghiên cứu tổng quan của John TJame đăng trên Tạp chí Lippincott William

Wilkin sử dụng Bộ công cụ đánh giá sự cố y khoa của Viện cải thiện chăm sóc y tế-Mỹ “Global Trigger Tool of the Institute for Healthcare Improvement” ước tính thấp nhất 210.000 trường hợp tử vong hàng năm liên quan tới sự cố y khoa so với nghiên cứu của Viện Y học Mỹ (Institute of Medicine) năm 1999 ước tính hàng năm có tới 98.000 người tử vong liên quan tới sự cố y khoa.

Một nghiên cứu hồi cứu trên 11.883 bệnh án của Hà Lan tại 20 bệnh viện, trong đó có 7.787 bệnh án (2004) và 3.966 bệnh án (2008) công bố tỷ lệ sự cố y khoa tăng từ 4,1% (2004) lên 6,2% (2008), sự cố y khoa đối với người bệnh ngoại khoa tăng lên và chiếm tỷ lệ trên 50% các sự cố. Các tác giả đều nhận định sự cố y khoa mang tính bền vững, sự cố y khoa là vấn đề rất khó để tạo tác động thay đổi và cần thiết vận động người bệnh tham gia vào quá trình làm giảm sự cố y khoa.

Báo cáo y tế lần thứ 9 Bang Minisota-Mỹ (1.2013) ghi nhận năm 2012 có nhiều sự cố y khoa hơn các năm trước đó, bình quân mỗi tháng có 26,1 sự cố, trong đó 28% các sự cố y khoa gây hậu quả cho người bệnh và 4% sự cố y khoa dẫn đến NB tử vong; Các sự cố liên quan tới phẫu thuật sai phương pháp, sai vị trí vẫn có xu hướng tăng nhẹ.

Các kết quả nghiên cứu trên cho thấy, mục tiêu mong muốn không có sự cố y khoa hay “Sự cố y khoa = 0” là mục tiêu mong muốn nhưng khó có thể đạt được. Từ những năm sau 2000, các quốc gia tiên phong ở Mỹ, châu

Âu, Nhật Bản đã khởi động Chương trình ATNB, đã có nhiều biện pháp được thực thi nhưng SCYK vẫn chưa giảm có ý nghĩa thống kê.

4. Tiêu chí xác định sự cố y khoa và phân loại sự cố y khoa

4.1. Tiêu chí xác định sự cố y khoa

Tiêu chí xác định sự cố y khoa được sử dụng trong các nghiên cứu của Mỹ và các nước gồm:

Sự cố nằm trong danh mục các sự cố nghiêm trọng phải báo cáo theo quy định của Mỹ.

Sự cố trong danh mục bị cơ quan BHYT từ chối trả chi phí ở mức cao.

Sự cố dẫn đến gây hậu quả cho NB từ 1 trong 4 mức độ sau đây: NB phải kéo dài ngày nằm viện, gây tổn thương sức khỏe vĩnh viễn cho NB, NB phải can thiệp cấp cứu và người bệnh tử vong do sự cố y khoa.

4.2. Phân loại sự cố y khoa

4.2.1. Phân loại theo tính chất chuyên môn

Hiệp hội an toàn NB Thế giới phân loại sự cố y khoa theo 6 nhóm gồm:

Do nhầm tên người bệnh

Do thông tin bàn giao của cán bộ y tế không đầy đủ

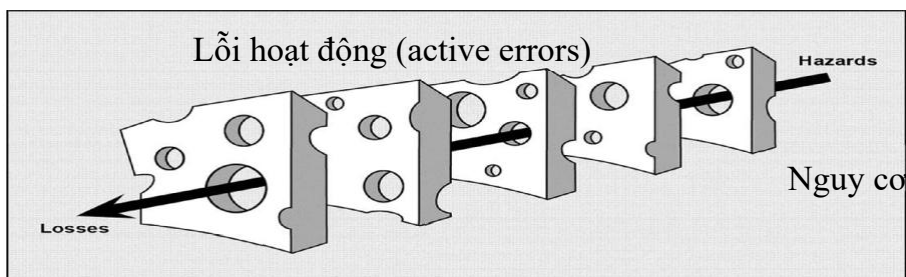
Do sai sót dùng thuốc, bao gồm kê đơn thuốc, cấp phát thuốc, pha chế thuốc và sử dụng thuốc.

Do nhầm lẫn liên quan tới phẫu thuật (nhầm vị trí, nhầm phương pháp, nhầm người bệnh).

Do nhiễm khuẩn bệnh viện

Do người bệnh ngã trong thời gian đang điều trị tại các cơ sở y tế

4.2.2. Phân loại theo lỗi cá nhân và hệ thống



Lỗi hệ thống (Latent conditions)

Sự cố

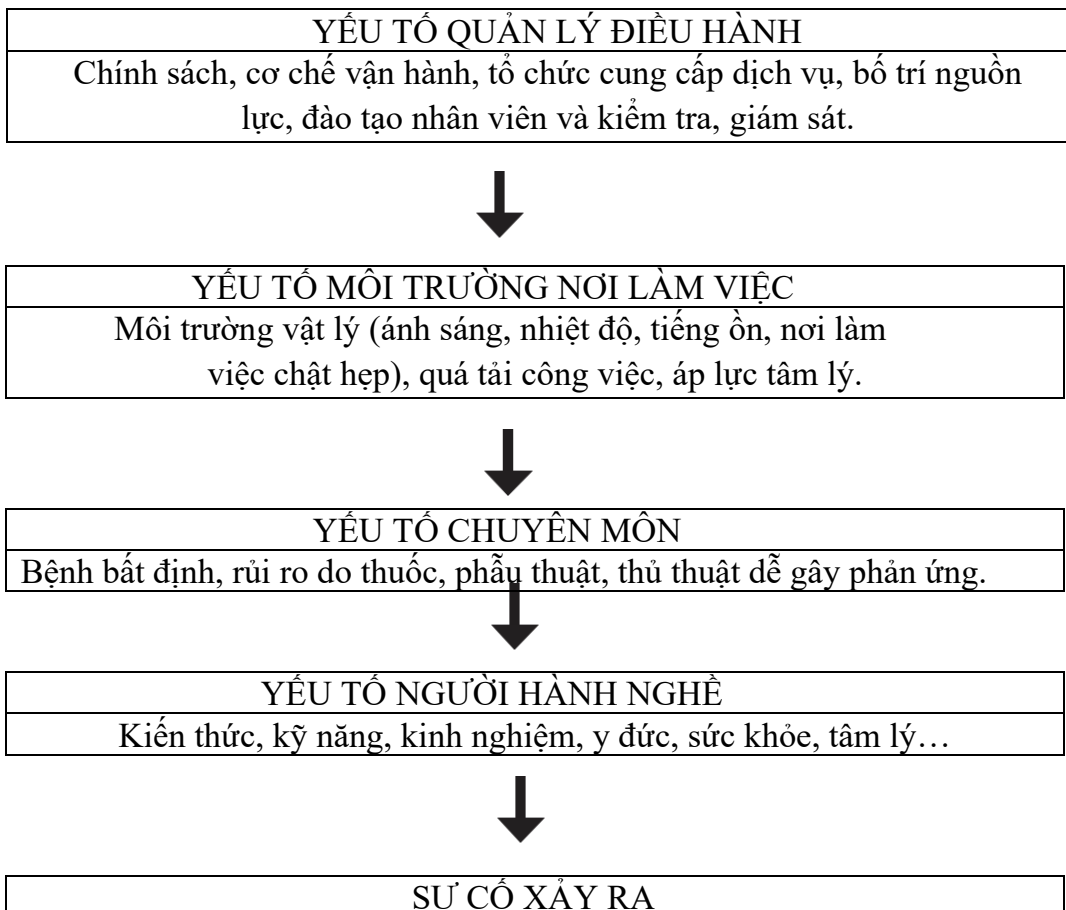
Sơ đồ 1. Mô tả các lớp hàng rào bảo vệ của hệ thống phòng ngừa sự cố y khoa

(Nguồn: Reason J. Carthey,

Diagnosing vulnerable system syndrome)

Trong y tế, các quy trình chuyên môn, các hoạt động của thầy thuốc như khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn, can thiệp thủ thuật, kể cả các hoạt động hành chính gián tiếp cũng đều có thể gây rủi ro trực tiếp hoặc gián tiếp trên người bệnh. Vì vậy, thường quy làm việc của các bệnh viện, mọi quy trình công việc cần được thiết kế sao cho toàn bộ hệ thống có khả năng phát hiện và phòng ngừa sự cố xảy ra với người bệnh

Phân tích các yếu tố liên quan tới sự cố y khoa



Sơ đồ 2. Mối liên quan giữa lỗi cá nhân và lỗi hệ thống

(Nguồn: Tài liệu đào tạo liên tục An toàn người bệnh, Cục Khám chữa bệnh, Bộ Y tế -2014)

Các lỗi do cá nhân người hành nghề hay còn gọi là lỗi hoạt động (active errors) liên quan trực tiếp tới người hành nghề vì họ trực tiếp liên quan tới người bệnh. Khi sự cố xảy ra, người làm công tác khám chữa bệnh trực tiếp (bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh...) dễ bị gán lỗi. Trên thực tế có nhiều lỗi cá nhân nhưng do hệ thống gây ra. Theo các nhà nghiên cứu y khoa, 70% các sự cố y khoa không mong muốn có nguồn gốc từ các yếu tố của hệ thống và chỉ có 30% là do cá nhân người hành nghề. Quy chụp trách nhiệm cho cá nhân sẽ dẫn đến văn hóa giấu sự thật sẽ ít hiệu quả trong việc mang lại những kết quả dài hạn.

Các lỗi do hệ thống (latent factors) liên quan tới các sai sót, sự cố y khoa có thể là: các chính sách không phù hợp, các quy định chuyên môn chưa lấy người bệnh làm trung tâm, thiếu nhân lực, ca kíp kéo dài, thiếu phương tiện phục vụ người bệnh, cơ chế tự chủ v.v. Những yếu tố này thường ít được chú ý xem xét liên quan khi phân tích nguyên nhân sự cố y khoa. Do vậy nếu chỉ tập trung vào lỗi cá nhân thì nguyên nhân gốc gây ra sự cố vẫn chưa được giải quyết và lỗi tương tự sẽ tiếp tục xảy ra.

Các nhà nghiên cứu đã đưa ra Hội chứng hệ thống suy yếu của tổ chức (Vulnerable System Syndrome). Hội chứng này có ba nhóm triệu chứng chính là: (1) Đổ lỗi cho cá nhân trực tiếp (bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh...); (2) Phủ nhận sự tồn tại các điểm yếu của lỗi hệ thống; (3) Theo đuổi lợi nhuận dẫn đến lạm dụng các chỉ định chuyên môn, xa rời mục tiêu lấy người bệnh làm trung tâm (xem sơ đồ 1).

4.2.3. Phân loại theo các yếu tố liên quan

a. Yếu tố người hành nghề

Sai sót không chủ định: (1) Do thói quen công việc như một người pha thuốc và một người tiêm; sao y lệnh thuốc; (2) Do dựa vào trí nhớ như bác sĩ

khám bệnh cho tất cả người bệnh sau đó mới ghi bệnh án, điều dưỡng cuối ngày mới ghi nhận xét vào hồ sơ bệnh nhân...; (3) Do quên như quên không lấy bệnh phẩm xét nghiệm, quên không bàn giao cho ca trực sau, quên không cho người bệnh dùng thuốc đúng giờ, ra y lệnh miệng sau đó quên không ghi bệnh án...; (4) Do tình cảnh của người hành nghề như mệt mỏi, ốm đau, tâm lý...; (5) Do kiến thức, kinh nghiệm của người hành nghề.

Sai sót do cố ý: (1) Cắt xén hoặc làm tắt các quy trình chuyên môn (chưa tuân thủ vệ sinh tay, mang găng tay...); (2) Vi phạm đạo đức nghề nghiệp, lợi ích của người bệnh không được đặt lên hàng đầu dẫn đến lạm dụng thuốc, lạm dụng kỹ thuật cao và các thiết bị y tế can thiệp trên người bệnh không bảo đảm chất lượng.

b. Yếu tố chuyên môn

Y học mang tính xác suất và bất định cao. Người bệnh trong các cơ sở y tế phải trải qua nhiều can thiệp thủ thuật, phẫu thuật, đưa thuốc, hóa chất vào cơ thể dễ gây phản ứng dẫn đến rủi ro bất khả kháng. Vì vậy, cần nhận thức không phải sự cố y khoa nào cũng do thầy thuốc thiếu trách nhiệm và thiếu y đức.

Hạn chế của y học. Những thành tựu y học trong y tế đã giúp phát hiện sớm bệnh tật và nhiều người mắc bệnh nan y đã được điều trị thành công. Tuy nhiên, những hạn chế của y học trong một số trường hợp tác động tạo nên sự cố y khoa nghiêm trọng. Ví dụ, tại Đà Loan (2012) đã dùng tạng của người bệnh HIV(+) để ghép tạng cho 5 người bệnh khác. Nguyên nhân, y học chưa xác định được người hiến tạng mang virus HIV giai đoạn cửa sổ.

Dây chuyền khám chữa bệnh phức tạp. Nhiều người phối hợp, nhiều đầu mối, ngắt quãng, nhiều cá nhân tham gia trong khi hợp tác chưa tốt, thông tin chưa đầy đủ và chưa kịp thời.

c. Yếu tố môi trường chăm sóc y tế

Môi trường chăm sóc y tế có nhiều áp lực do quá tải, ca kíp trái với sinh lý bình thường (trong khi mọi người ngủ thì cán bộ y tế phải trực). Nơi làm

việc chật chội nhiều tiếng ồn cán bộ y tế nhiều khoa/bệnh viện phải làm việc với cường độ rất cao và áp lực tâm lý luôn căng thẳng.

d. Yếu tố chính sách, quản lý và điều hành

Một số chính sách, những quy định cần nghiên cứu điều chỉnh để khắc phục những mặt trái tác động tới sự an toàn người bệnh như: Quy định cho thuốc 2-3 ngày; đăng ký nơi khám chữa bệnh ban đầu dẫn đến giữ người bệnh ở tuyến dưới; thu viện phí theo dịch vụ dẫn đến lạm dụng xét nghiệm, thuốc, kỹ thuật cao v.v.

Cơ chế bệnh viện tự chủ cũng mang theo những rủi ro tiềm ẩn cần kiểm soát như: giảm chi phí đầu vào đặc biệt là giảm nhân lực điều dưỡng chăm sóc người bệnh, giảm sử dụng vật tư, hàng tiêu hao y tế, thầy thuốc trước khi chỉ định thuốc, xét nghiệm cho người bệnh phải xem xét khả năng chi trả của người bệnh v.v.

Tổ chức cung cấp dịch vụ chưa thực sự hợp lý như: ca-kíp kéo dài (24 giờ/ngày), nhân lực trực đêm và ngày nghỉ, ngày lễ chưa thực hiện được nguyên tắc: bệnh viện hoạt động 24 giờ/ngày và 7 ngày/tuần.

4.2.4. Phân loại sự cố y khoa theo mức độ nghiêm trọng đối với người bệnh

Nguyên cơ xảy ra sự cố	A	Các hoạt động chuyên môn, tình huống có nguy cơ
	B	Không ảnh hưởng tới NB
Sự cố đã xảy ra không gây tổn hại nghiêm trọng	C	Ảnh hưởng tới người bệnh nhưng không gây tổn hại
	D	NB cần được theo dõi và thực hiện các biện pháp can thiệp làm giảm tổn hại tới sức khỏe NB.
Sai sót, gây tổn hại cho người bệnh	E	Tổn hại tạm thời đến sức khỏe người bệnh và yêu cầu có can thiệp nhẹ.
	F	Tổn hại sức khỏe tạm thời đến người bệnh, yêu cầu nằm viện hoặc kéo dài thời gian nằm viện.
	G	Tổn hại vĩnh viễn đến sức khỏe người bệnh.

	H	Tiến hành ngay các can thiệp cần thiết để cấp cứu người bệnh.
	I	NB tử vong.

(Nguồn: NCC MERP Index, Medication Errors Council Revises and Expanded Index for categorizing Errors, June 12, 2001)

5. Nguyên tắc phòng ngừa sự cố y khoa

Lường trước và dự phòng được sự cố y khoa

Không đơn giản hóa, không làm gộp, không làm tắt quy trình chuyên môn
Kiên trì thực hiện đổi mới

Tôn trọng ý kiến chuyên môn (không phân biệt thứ bậc)

Nhạy cảm với mọi vấn đề trong vận hành BV

6. Các giải pháp tổng thể

Thực hiện 6 mục tiêu ATNB của JCI - Tổ chức giám định chất lượng bệnh viện của Hoa Kỳ.

Xây dựng các hướng dẫn, quy định và quy trình ATNB

Triển khai hệ thống báo cáo sự cố y khoa bắt buộc và tự nguyện

Triển khai bảo hiểm nghề nghiệp

Cải thiện môi trường làm việc

Tăng cường công tác giám sát, đánh giá, đào tạo và truyền thông về sự cố y khoa không mong muốn

Đổi mới văn hóa an toàn người bệnh

7. Các giải pháp cụ thể

7.1. Thực hiện 6 mục tiêu ATNB của JCI

Mục tiêu 1. Nhận dạng chính xác danh tính người bệnh

Biện pháp:

Quy định khi nào phải nhận dạng danh tính người bệnh

Trước khi chuyển NB lên khoa phẫu thuật, trước khi tiền mê, trước khi rạch da.

Trước khi thực hiện các thủ thuật xâm lấn: thay băng, cắt chỉ, đặt và rút sonde...

Trước khi dùng thuốc cho người bệnh

Trước khi lấy và ghi các bệnh phẩm xét nghiệm

Trước khi truyền máu, truyền dịch.

Quy định sử dụng thông tin nhận dạng danh tính người bệnh

Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới cần sử dụng ít nhất hai thông tin nhận dạng tin cậy như (Họ và tên, mã số bệnh án). Ở Việt Nam, tác giả khuyến cáo nên sử dụng ít nhất ba thông tin gồm: Họ và tên, ngày tháng năm sinh, mã bệnh án của người bệnh.

Các thông tin nhận dạng danh tính người bệnh phải được ghi thống nhất trong tất cả các giấy tờ chuyên môn (bệnh án, phiếu điều trị, phiếu chăm sóc, phiếu xét nghiệm, nhãn ống bệnh phẩm xét nghiệm, sổ thực hiện thuốc cho người bệnh...) và ghi trên vòng nhận dạng người bệnh.

Đối với các khoa xét nghiệm, X quang: phải xác định và ghi đầy đủ thông tin về danh tính người bệnh bất cứ khi nào lấy mẫu xét nghiệm, chụp chiếu X quang hoặc quản lý thuốc men và các sản phẩm về máu. Việc dán nhãn các ống chứa bệnh phẩm phải có sự hiện diện của người bệnh.

Quy định cách thức thu thập thông tin xác định danh tính người bệnh

Xác định đúng NB bao gồm xác định chính xác cá nhân người bệnh và tất cả những gì liên quan đến NB như hồ sơ bệnh án, đơn thuốc, phiếu xét nghiệm, máu, chế phẩm máu, thuốc, bệnh phẩm xét nghiệm...

Khi xác định NB phải sử dụng câu hỏi mở đối với NB hoặc thân nhân NB, không khẳng định tên người bệnh.

Khi người bệnh/gia đình người bệnh cung cấp với các thông tin cần so sánh với các thông tin ghi trên sổ hoặc phiếu hoặc vòng nhận dạng người bệnh. Trường hợp NB không thể nói được, không tỉnh táo, em bé không thể cung cấp thông tin chính xác cần so sánh với các thông tin trên sổ hoặc phiếu hoặc vòng nhận dạng người bệnh để kiểm tra chính xác thông tin NB.

Trường hợp người bệnh hôn mê, thân nhân người bệnh phải xác định nhân thân cho họ. Nếu người bệnh bất tỉnh được đưa đến bệnh viện bởi công an hoặc dịch vụ cấp cứu và không có một chứng cứ nào về nhân thân, thì phải nhân viên cấp cứu vận chuyển người bệnh và tạm thời sử dụng mã số nhập viện hoặc số thứ tự cấp cứu trong sổ để ghi trên hồ sơ của người bệnh.

Mục tiêu 2. Cải thiện thông tin trong nhóm chăm sóc

Biện pháp:

Không khuyến khích lệnh miệng. Trường hợp cấp cứu phải sử dụng chỉ định miệng thì người chỉ định và người thực hiện cần tuân theo những hướng dẫn sau: (1) Người nhận y lệnh miệng phải viết ra hoặc đọc lại cho người ra y lệnh miệng nghe và xác nhận bằng miệng lệnh đã được hiểu đúng. Yêu cầu này áp dụng cho tất cả mọi y lệnh bằng miệng, không riêng cho y lệnh dùng thuốc; (2) Khi nhận thông báo các kết quả xét nghiệm bất thường, người nhận thông báo phải làm rõ kết quả xét nghiệm bằng cách yêu cầu “đọc lại” kết quả xét nghiệm; (3) Người chỉ định miệng phải xác nhận lại là chỉ định đã được hiểu đúng và ghi ngay chỉ định miệng vào hồ sơ bệnh án.

Chuẩn hoá danh mục các từ viết tắt: (1) Bệnh viện cần phải rà soát danh mục từ viết tắt với sự tham gia của các bác sĩ để áp dụng thống nhất cho tất cả người ra y lệnh; (2) In danh mục từ viết tắt trên giấy và để ở nơi phù hợp để mọi người biết hoặc in danh mục từ viết tắt ở phía dưới các phiếu điều trị và phiếu theo dõi chăm sóc người bệnh.

Xây dựng quy định phối hợp giữa khoa lâm sàng và khoa xét nghiệm:

Các kết quả xét nghiệm bất thường quan trọng nhân viên Khoa xét nghiệm phải thông báo kịp thời cho khoa lâm sàng biết; (2) Bệnh viện cần có quy định về thời gian trả kết quả xét nghiệm để phục vụ kịp thời cho việc chẩn đoán và điều trị NB.

Mục tiêu 3. Phòng ngừa sự cố y khoa do thuốc

Các loại sự cố y khoa trong thực hành sử dụng thuốc

Sai người bệnh

Sai thuốc hay sai dịch truyền Sai liều hoặc sai hàm lượng Sai dạng thuốc

Sai đường dùng thuốc

Sai tốc độ dùng thuốc

Sai thời gian hay khoảng cách dùng thuốc

Sai sót trong pha chế liều thuốc

Sai kỹ thuật dùng thuốc cho NB

Dùng thuốc cho NB đã có tiền sử dị ứng trước đó.

Các biện pháp phòng ngừa sự cố y khoa trong thực hành sử dụng thuốc

Cung cấp đầy đủ, chính xác thông tin NB

Cung cấp đầy đủ thông tin thuốc cho BS, ĐD

Đảm bảo trao đổi thông tin đầy đủ giữa BS - DS - ĐD

Đảm bảo tên thuốc, nhãn thuốc và dạng đóng gói rõ ràng, đúng quy cách

Bảo quản thuốc dễ thấy, dễ lấy, dễ tìm

Sắp xếp các thuốc nhìn giống nhau, nghe giống nhau ở nơi riêng biệt

Cung cấp các thiết bị hỗ trợ dùng thuốc (máy truyền dịch,..)

Đảm bảo môi trường làm việc cho NVYT (ánh sáng, tiếng ồn, ca kíp)

Đào tạo NVYT về thuốc và sử dụng thuốc

Tư vấn NB về thông tin thuốc và tuân thủ điều trị

Xây dựng quy trình quản lý rủi ro liên quan sử dụng thuốc

Những chú ý đối với điều dưỡng viên

Kiểm tra thuốc (tên, nồng độ/hàm lượng, liều lượng, số lần dùng thuốc/24 giờ, khoảng cách giữa các lần dùng thuốc, thời điểm và đường dùng). Kiểm tra hạn sử dụng và chất lượng của thuốc bằng cảm quan: màu sắc, mùi, sự nguyên vẹn của viên thuốc, ống hoặc lọ thuốc.

Hướng dẫn, giải thích cho NB tuân thủ điều trị: tác dụng và quy trình dùng thuốc. Nếu NB từ chối điều trị theo y lệnh, báo cáo cho BS điều trị.

Khai thác tiền sử dị ứng thuốc

Thực hiện 5 đúng khi dùng thuốc

Công khai thuốc cho NB

Chứng kiến người bệnh dùng thuốc

Bảng 3. Phân loại các nhóm thuốc có nguy cơ cao bị nhầm lẫn khi dùng

Nhóm	Điểm giống và khác	Ví dụ
------	--------------------	-------

Nhìn giống nhau đọc giống nhau	Cùng NSX, cùng hoạt chất, cùng dạng bào chế, khác hàm lượng, khác quy cách đóng gói.	DD Glucose 5% DD Glucose 10%
	Cùng NSX, cùng hoạt chất, cùng dạng bào chế, khác hàm lượng.	Crestor 5mg (Rosuvastatin) Crestor 10mg (Rosuvastatin)
	Cùng NSX, cùng dạng bào chế, khác hoạt chất	INSUNOVA – R (Insulin trộn, hỗn hợp) INSUNOVA - 30/70 (Insulin trộn, hỗn hợp)
	Cùng NSX, cùng hoạt chất, khác dạng bào chế, khác hàm lượng.	CELLCEPT 250mg (Mycophenolat) CELLCEPT 500mg (Mycophenolat)
Nhìn gần	Khác hoạt chất	Gentamicin 80mg/2ml Lidocain 40mg/2ml (Lidocaine)
	Cùng NSX, khác hoạt chất	Panangin 400mg + 452mg (Magnesi aspartat + Kali aspartate) DIAPHYLLIN Venosum 240mg (Aminophylin)
	Cùng hoạt chất, khác hàm lượng	Augmentin 250/31.25 (Amoxicilin + acid clavulanic) Augdibil 500/62.5 (Amoxicilin + acid clavulanic)
Có tên giống nhau nhưng nhiều hàm lượng hoặc khác dạng bào chế	Khác hàm lượng, dạng bào chế	Morphin 10mg/ml Morphin 30mg (Morphin) Voltaren Ống tiêm 75mg/3ml Voltaren Viên nén 75mg (Diclofenac)
Đọc gần giống nhau	Cùng hoạt chất, khác liều lượng	Fentanyl 0,5mg- Rotexmedica

		Fenilham-HAMELN 50MCG/ML
	Khác hoạt chất	Partamol (Paracetamol) Paratramol (Paracetamol + Tramadol)
	Cùng NSX, khác hoạt chất	Nolvadex (Tamoxifen citrate) Zoladex (Goserelin)
	Cùng hoạt chất, khác NSX	Sevorane (Sevoflurane) Sevoflurane (Sevoflurane)
	Cùng hoạt chất, khác hàm lượng	Cisplatin Bidiphar 10mg/20ml (Cisplatin) DBL Cisplatin Injection 50mg/50ml (Cisplatin)

(Nguồn: LASA picture 2017)

Mục tiêu 4. Phòng ngừa sự cố y khoa do phẫu thuật/thủ thuật

Giải pháp:

a) Thực hiện Bảng kiểm an toàn phẫu thuật

BẢNG KIỂM TRA AN TOÀN PHẪU THUẬT

Bảng kiểm an toàn phẫu thuật của who năm 2009 (bản tiếng việt)



World Health
Organization

Patient Safety

A World Health Is Better Health Care

Tiền mê (ít nhất phải có điều dưỡng và bác sĩ gây mê)	Trước khi rạch da (điều dưỡng, bác sĩ gây mê và bác sĩ phẫu thuật)	Trước khi người bệnh rời phòng phẫu thuật (điều dưỡng, bác sĩ gây mê và bác sĩ phẫu thuật)
Người bệnh đã xác định nhân dạng, vùng mổ, phẫu thuật và đồng ý phẫu thuật chưa? ☐ Có Vùng mổ có được đánh dấu không? ☐ Có ☐ Không áp dụng Việc kiểm tra thuốc và thiết bị gây mê có hoàn tất không? ☐ Có Máy đo bão hòa oxy trong máu có gắn trên người bệnh và hoạt động bình thường không? ☐ Có Người bệnh có: Tiền sử dị ứng? ☐ Không ☐ Có Khó thở/ vấn đề hít thở? ☐ Không ☐ Có, có thiết bị hỗ trợ Nguy cơ mất máu 500ml (7ml/kg ở trẻ em)?	☐ Xác nhận tất cả các thành viên giới thiệu tên và nhiệm vụ ☐ Xác nhận tên người bệnh và chỗ sẽ tiến hành rạch da Kháng sinh dự phòng có được thực hiện trong vòng 60 phút gần đây không? ☐ Có ☐ Không áp dụng Dự kiến Đối với phẫu thuật viên: ☐ Những bước cơ bản hoặc đột xuất là gì? ☐ Thời gian cho ca phẫu thuật là bao lâu? ☐ Tiên lượng mất máu là bao nhiêu? Đối với bác sĩ gây mê: ☐ Có vấn đề gì đặc biệt liên quan đến người bệnh không? Đối với nhóm điều dưỡng: ☐ Đã xác nhận tình trạng vô khuẩn chưa? (xem các chỉ số) ☐ Có vấn đề gì với thiết bị không? Hình ảnh thiết yếu có được hiển thị không? ☐ Có ☐ Không áp dụng	Điều dưỡng ghi lại vào bản: ☐ Tên của phương pháp phẫu thuật ☐ Hoàn thành kiểm tra kim tiêm, gạc phẫu thuật và dụng cụ ☐ Dán nhãn bệnh phẩm (đọc to nhãn bệnh phẩm, bao gồm cả tên người bệnh) ☐ Có vấn đề gì về dụng cụ cần giải quyết Đối với bác sĩ phẫu thuật, gây mê và điều dưỡng: ☐ Những vấn đề chính về phục hồi và xử trí người bệnh là gì?

(Nguồn: Bộ Y tế (2014). Tài liệu an toàn người bệnh)

b) Thực hiện 10 mục tiêu An Toàn Phẫu Thuật

Thủ thuật do WHO khuyến cáo

Phẫu thuật đúng bệnh nhân, đúng vùng mổ

Khi làm giảm đau, sử dụng các phương pháp phù hợp tránh gây tổn hại cho bệnh nhân.

Đánh giá và chuẩn bị đối phó hiệu quả với nguy cơ tắc đường thở và chức năng hô hấp - Đánh giá và chuẩn bị tốt để xử lý nguy cơ mất máu.

Tránh sử dụng đồ hay thuốc gây dị ứng ở những người bệnh biết có nguy cơ dị ứng.

Áp dụng tối đa các phương pháp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng ngoại khoa. Tránh để quên dụng cụ mổ hay bông gạc trong vùng mổ

Kiểm tra đối chiếu kỹ bệnh phẩm phẫu thuật

Thông báo kết quả và trao đổi thông tin đến người tổ chức thực hiện an toàn phẫu thuật.

Các Bệnh viện và hệ thống Y tế thành lập bộ phận có nhiệm vụ thường xuyên theo dõi số lượng và kết quả phẫu thuật.

Mục tiêu 5. Phòng ngừa sự cố y khoa do nhiễm khuẩn bệnh viện

Giải pháp:

a) Tuân thủ thực hiện các thực hành Phòng ngừa chuẩn

Vệ sinh tay

Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân

Vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho

Sắp xếp người bệnh

Tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn

Vệ sinh môi trường

Xử lý dụng cụ Xử lý đồ vải

Xử lý chất thải

b) Thực hiện các thực hành Phòng ngừa bổ sung

Phòng ngừa qua đường giọt bắn

Phòng ngừa qua đường không khí

Mục tiêu 6. Phòng ngừa sự cố y khoa do người bệnh té ngã

Giải pháp:

Kê giường thấp

Giường có thành chắn Sàn không trơn trượt

Phòng bệnh đủ ánh sáng

Nhà tắm, vệ sinh có tay nắm Nhận định nguy cơ ngã

Đeo vòng cảnh báo “FALL RISK”

Dán cảnh báo NB nguy cơ ngã (HSBA, phòng và GB)

Thông tin NB nguy cơ ngã cao khi bàn giao ca

Sắp xếp đồ đạc buồng bệnh trong tầm với

Lắp đặt chuông báo động tại giường

Hạn chế mở cửa sổ khi có nguy cơ

Bổ sung phần ngăn ngừa té ngã vào chương trình huấn luyện người bệnh và gia đình họ.

7.2. Thiết lập hệ thống báo cáo sự cố y khoa *Mục đích*

Xây dựng cơ sở dữ liệu về sự cố y khoa

Học tập từ các sự cố y khoa đã xảy ra

Đưa ra các giải pháp can thiệp nhằm giảm thiểu sự cố y khoa

Quy định chung

Báo cáo sự cố y khoa được áp dụng tại tất cả các khoa lâm sàng, cận lâm sàng, các bộ phận chuyên môn.

Tất cả các viên chức y tế liên quan tới sự cố y khoa nghiêm trọng phải báo cáo bắt buộc theo mẫu quy định chung của bệnh viện (Phụ lục 1. Danh mục sự cố y khoa nghiêm trọng và Phụ lục 2. Mẫu phiếu báo cáo bắt buộc sự cố y khoa).

Tất cả nhân viên y tế trực tiếp liên quan hoặc chứng kiến sự cố y khoa suýt xảy ra hoặc đã xảy ra nhưng chưa gây tổn hại cho người bệnh khuyến khích tự nguyện báo cáo (Phụ lục 3. Mẫu phiếu báo cáo tự nguyện sự cố y khoa).

Thông tin thu thập từ hệ thống báo cáo sự cố y khoa chỉ sử dụng vào việc học tập rút kinh nghiệm, không sử dụng những thông tin này vào việc xem xét kỷ luật đối với người báo cáo và các nhân viên liên quan.

Các thông tin ghi trong mẫu Phiếu báo cáo phải bảo đảm tính trung thực, khách quan, kịp thời.

Nguyên tắc thiết lập hệ thống báo cáo sự cố

Khuyến khích mọi NVYT tự nguyện báo cáo sự cố y khoa nhằm nhận diện các loại sự cố y khoa, phân tích tìm nguyên nhân, đưa ra các khuyến cáo phòng ngừa, tránh lặp lại.

Hệ thống báo cáo sự cố y khoa phải được quản lý bảo mật và không nhằm mục đích xử phạt.

Báo cáo sự cố y khoa là trách nhiệm của toàn bộ nhân viên y tế làm việc trong cơ sở khám chữa bệnh.

Người báo cáo tự nguyện sự cố y khoa được ghi nhận và được đảm bảo an toàn

7.3. Cải thiện môi trường làm việc của cán bộ y tế

Môi trường y tế trong đó các bác sĩ, điều dưỡng cung cấp dịch vụ đang phải đối mặt với nhiều yếu tố rủi ro liên quan tới hệ thống như: (1) Người bệnh quá tải; (2) Nhân lực thiếu dẫn đến thời gian khám và tiếp xúc với người bệnh ngắn; Thiếu phương tiện để chăm sóc đáp ứng nhu cầu người bệnh; (4) Áp lực tâm lý do pháp lý bảo vệ người hành nghề còn bất cập.

Đội ngũ điều dưỡng, hộ sinh có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc giảm thiểu sự cố y khoa bởi các lý do sau: (1) Dịch vụ do điều dưỡng, hộ sinh cung cấp được WHO đánh giá là một trong những trụ cột của hệ thống cung cấp dịch vụ y tế (số lượng đông nhất, tiếp xúc với người bệnh nhiều nhất và số lượng dịch vụ cung cấp nhiều nhất); (2) Hầu hết các chỉ định của bác sĩ điều trị đều thông qua người điều dưỡng để thực hiện trên người bệnh; (3) Công việc chuyên môn của điều dưỡng luôn diễn ra trước và sau công tác điều trị và bảo đảm cho công tác điều trị an toàn.

7.4. Triển khai bảo hiểm nghề nghiệp theo Luật khám bệnh, chữa bệnh

Những trải nghiệm đối với các cá nhân người hành nghề và của các cơ sở cung cấp dịch vụ y tế trong thời gian qua rất phức tạp cần có sự quan tâm vào cuộc của toàn bộ hệ thống và định hướng dư luận của cơ quan báo chí để phòng ngừa những hậu quả xấu mang tính xã hội có thể xảy ra.

Để giảm áp lực trực tiếp cho người hành nghề và của cơ sở cung cấp dịch vụ y tế cần sớm triển khai hệ thống bảo hiểm nghề nghiệp. Hệ thống bảo hiểm nghề nghiệp sẽ mang lại niềm tin cho người bệnh và giảm áp lực cho CBYT trong việc trực tiếp đương đầu với người bệnh và gia đình người bệnh. Khi không may có sự cố xảy ra cơ quan bảo hiểm nghề nghiệp sẽ thay mặt người hành nghề và cơ sở y tế trực tiếp làm việc với người bệnh và gia đình người bệnh.

7.5. Xây dựng văn hóa an toàn người bệnh

Nhận thức và quan điểm của người quản lý về văn hóa an toàn người bệnh quyết định kết quả triển khai chương trình an toàn người bệnh. Trước hết, người quản lý cần quan tâm khắc phục lỗi hệ thống. Trong thực tế vẫn

đề sự cố y khoa hiện nay đã trở thành vấn đề y tế công cộng, không thể thành công nếu chỉ trông chờ vào sự khắc phục của các cá nhân người hành nghề mà toàn bộ hệ thống y tế, tất cả các nghề trong lĩnh vực y tế cần vào cuộc. Duy trì việc tiếp cận nhằm vào việc quy chụp trách nhiệm cho cá nhân sẽ dẫn đến văn hóa giấu diếm sự thật và đã được chứng minh ít hiệu quả trong việc mang lại những kết quả dài hạn.

Chủ động đánh giá rủi ro, rà soát lại các thông tin từ các báo cáo chính thức cũng như không chính thức, qua đó sẽ chủ động thực hiện các can thiệp.

Thực hiện những đổi mới về văn hóa kiểm tra đánh giá: Cơ sở y tế chủ động áp dụng và tự nội kiểm theo các bộ Tiêu chuẩn chất lượng, loại bỏ lối tư duy đối phó, chạy theo thành tích. Khuyến khích việc ra đời và vận hành các cơ quan đánh giá ngoại kiểm độc lập theo quy định của luật Khám bệnh, chữa bệnh.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Các tình huống

1. Tình huống 1

Mô tả tình huống: *Cháu Nam điều trị tại khoa Nhi, vào chiều thứ 6, BS chỉ định cho cháu dùng kháng sinh (thứ 7, CN và thứ 2). Ngày thứ 7, khi ĐDV đi tiêm mẹ cháu nói cháu có tiền sử dị ứng thuốc và ghi vào bệnh án đề nghị không tiêm. Kíp trực thứ 7 quên không bàn giao cho kíp trực chủ nhật! Kíp trực chủ nhật đã tiêm kháng sinh theo sổ thuốc đơn nguyên. Ngay sau khi tiêm phải chuyển cháu về ĐTTC để cấp cứu sốc phản vệ! Sau khi bệnh tình cháu nặng, gia đình cháu đã về khoa và hành hung các nhân viên kíp trực!*

Câu 1. Bạn hãy liệt kê những lỗi cá nhân và lỗi hệ thống liên quan tới sự cố y khoa không mong muốn nói trên.

Liệt kê các lỗi cá nhân:

.....

.....

.....

Liệt kê các lỗi hệ thống:

.....

.....

Câu 2. Căn cứ vào phân học lý thuyết, bạn hãy phân loại sự cố y khoa không mong muốn nói trên theo các cách dưới đây:

Phân loại theo chuyên môn:

.....

.....

.....

Phân loại theo mức độ tổn hại với người bệnh:

.....

.....

.....

Phân loại theo lỗi cá nhân và hệ thống:

.....

.....

.....

Câu 3. Nếu bạn là thành viên Hội đồng kỷ luật, những nhân viên y tế nào sẽ bị xem xét kỷ luật do vi phạm chuyên môn

.....

.....

.....

Câu 4. Bài học cho bản thân từ sự cố y khoa không mong muốn nói trên là gì?

.....

.....

.....

2. Tình huống 2

Vào 7h30 sáng ngày 20/7/2013, tại Trung tâm y tế huyện, Y sĩ A thực hiện y lệnh của bác sĩ tiêm vắc xin viêm gan B cho 3 trẻ sơ sinh. Y sĩ A đến

tủ lạnh bảo quản thuốc vắc xin để lấy thuốc. Khi đó, do mất điện nên Y sĩ A bật đèn pin điện thoại di động, mở tủ và đã lấy nhầm 3 lọ thuốc Esmeron là thuốc giãn cơ. Y sĩ A dùng bơm kim tiêm rút thuốc vào 3 bơm tiêm và tiêm cho 3 trẻ sơ sinh. Trước đó, Điều dưỡng trưởng khoa khám bệnh đã đồng ý cho một cán bộ gây mê của phòng mổ để nhờ hộp thuốc Esmeron dùng trong phẫu thuật nhưng sử dụng không hết nên bỏ chung vào trong tủ lạnh đựng vắc xin VGB.

Câu 1. Hãy liệt kê ít nhất 5 sai sót trong quản lý và sử dụng thuốc từ tình huống trên.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Sau khi tiêm nhầm vắc xin VGB bằng thuốc giãn cơ Esmeron, 3 trẻ đều tím tái, thở nấc và bố mẹ các cháu đưa các cháu đến phòng cấp cứu. Cả 3 cháu đều tử vong sau 30 phút cấp cứu.

Câu 2. Bạn hãy phân tích làm rõ vì sao sự cố nhầm thuốc trên dẫn đến hậu quả rất nghiêm trọng làm cả 3 cháu đều tử vong? Bài học từ sự cố này đối với bạn là gì?

2.1. Vì sao 3 trẻ tử vong cùng một lúc?

.....

2.2. Bài học từ sự cố đã xảy ra:

.....

Sau khi xảy ra sự cố, Y sĩ A tìm lại 3 vỏ lọ thuốc Esmeron cho vào túi áo, rồi lấy 3 lọ vắc xin viêm gan B chưa sử dụng và dùng bơm tiêm hút vắc xin viêm gan B, xả bỏ và vứt vỏ 3 lọ vắc xin vào sọt rác treo ở xe tiêm thuốc, phi tang 3 vỏ lọ Esmeron đã tiêm. Ngoài ra, mặc dù chưa được tập huấn tiêm chủng mở rộng, chưa có chứng chỉ tiêm chủng, nhưng Y sĩ A vẫn thực hiện tiêm chủng cho các trẻ.

Câu 3. Hành vi trên đây của Y sĩ A đã vi phạm những nội dung nào trong Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của Điều dưỡng viên.

.....

Câu 4: Các hành vi trên đây của Y sĩ A, đã vi phạm Điều khoản nào của Luật khám bệnh, chữa bệnh.

.....

ĐÁP ÁN

Đáp án tình huống 1

Đáp án câu hỏi 1

Học viên liệt kê được ít nhất 3 trong 4 lỗi của các cá nhân và nhận biết được 2 lỗi hệ thống liên quan tới sự cố y khoa.

Liệt kê các lỗi cá nhân: (1) Bác sĩ điều trị không khai thác tiền sử dị ứng;

Điều dưỡng trực thứ 7 không bàn giao đầy đủ thông tin cho ĐD trực chủ nhật;

Điều dưỡng trực chủ nhật không hỏi tiền sử dị ứng trước khi tiêm thuốc; (4) Bác sĩ trực thứ 7 không kịp thời chỉ định ngừng thuốc kháng sinh tiêm cho NB.

Lỗi hệ thống: (1) Bệnh án và sổ tiêm chưa tương thích “Gia đình NB ghi vào bệnh án - trong khi ĐDV đi tiêm theo sổ”; (2) BV chưa áp dụng vòng đeo tay cảnh báo NB dị ứng thuốc.

Đáp án câu hỏi 2

a. Phân loại theo chuyên môn: Lỗi do bàn giao thiếu thông tin

b. Phân loại theo mức độ tổn hại với người bệnh: mức nghiêm trọng

c. Phân loại theo lỗi cá nhân và hệ thống: bao gồm cả lỗi cá nhân và lỗi hệ thống

Đáp án câu hỏi 3

Học viên cần nhận ra các cá nhân liên quan trực tiếp tới sự cố mà còn nhận ra các cá nhân người quản lý khoa phòng/bệnh viện do lỗi hệ thống.

Không chỉ bác sĩ điều trị, bác sĩ trực, điều dưỡng trực thứ 7 và điều dưỡng trực chủ nhật mà còn phải xem xét trách nhiệm của lãnh đạo BV/Lãnh đạo khoa/Điều dưỡng trưởng khoa do lỗi hệ thống.

Đáp án câu 4. Học viên có thể liệt kê tối thiểu 3 trong 4 bài học sau:

- a. Khai thác tiền sử dị ứng của NB trước khi tiêm thuốc kháng sinh
- b. Ghi kịp thời vào bệnh án, sổ tiêm để cảnh báo tình trạng dị ứng của người bệnh
- c. Trao đổi thông tin hướng dẫn kịp thời trong nhóm CSYT
- d. Hướng dẫn cho gia đình NB cảnh giác với việc dùng thuốc cho cháu

Đáp án tình huống 2

Đáp án câu 1

Thiếu các quy định về quản lý tủ lạnh đựng vắc xin

Để chung vắc xin VGB và thuốc gây mê

Không có sự bàn giao thuốc giữa người quản lý và Y sĩ A

Y sĩ A không kiểm tra tên thuốc trước khi tiêm cho trẻ

Làm gộp lấy thuốc cùng một lúc vào 3 bơm tiêm

Đáp án câu 2.1

Ba trẻ tử vong cùng một lúc là do Y sĩ A đã làm tắt, làm gộp, lấy thuốc Esmeron vào 3 bơm tiêm cùng một lúc và sau đó tiêm liên tục cho 3 cháu.

Đáp án câu 2. Các bài học từ thất bại là:

Không làm tắt, không làm gộp, không đơn giản hóa quy trình chuyên môn Tuân thủ nghiêm ngặt 5 đúng khi dùng thuốc cho người bệnh

Thực hiện kiểm tra chéo (Double Check) khi giao và nhận thuốc.

Đáp án câu 3

Liệt kê được 1 trong 2 nội dung dưới đây:

Khoản 1 và 2 Điều 3 Khoản 1 và 2 Điều 6

Đáp án câu 4

Liệt kê được 2 trong 4 nội dung dưới đây:

Điều 3 (khoản 3 và khoản 5) Điều 6 (khoản 3)

Điều 37 (khoản 1 và khoản 2) Điều 40

BÀI 29: PHÒNG VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ

MỤC TIÊU

1. Phát hiện sớm triệu chứng các mức độ phản vệ.
2. Thực hiện được phòng ngừa phản vệ cho người bệnh trước khi dùng thuốc.
3. Thực hiện được xử trí cấp cứu ban đầu phản vệ độ 1, 2.
4. Thể hiện thái độ khẩn trương, chính xác, và phối hợp làm việc nhóm khi cấp cứu phản vệ.

NỘI DUNG

1. Khái niệm

Phản vệ là một phản ứng dị ứng ở người, có thể xuất hiện lập tức từ vài giây, vài phút đến vài giờ sau khi cơ thể tiếp xúc với dị nguyên, gây ra các bệnh cảnh lâm sàng khác nhau, có thể diễn biến nghiêm trọng dẫn đến tử vong nhanh chóng.

Dị nguyên là yếu tố lạ, khi tiếp xúc có khả năng gây phản ứng dị ứng cho cơ thể, bao gồm thức ăn, thuốc và các yếu tố khác.

Sốc phản vệ là mức độ nặng nhất của phản vệ do đột ngột giãn toàn bộ hệ thống mạch và co thắt phế quản có thể gây tử vong cho người bệnh trong vòng một vài phút.

Bệnh cảnh lâm sàng của sốc phản vệ rất đa dạng, đòi hỏi xử lý chính xác và nhanh chóng, tranh thủ từng phút theo phác đồ cấp cứu phản vệ.

2. Hướng dẫn phân loại mức độ phản vệ

2.1. Triệu chứng gợi ý

Nhĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

Mày đay, phù mạch nhanh

Khó thở, tức ngực, thở rít

Đau bụng hoặc nôn

Tụt huyết áp hoặc ngất

Rối loạn ý thức

2.2. Triệu chứng của 4 mức độ phản vệ

Phản vệ được phân thành 4 mức độ (lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự).

2.2.1. Nhẹ (độ I)

Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

2.2.2. Nặng (độ II)

Có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh

Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi

Đau bụng, nôn, ỉa chảy

Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

2.2.3. Nguy kịch (độ III)

Biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản

Thở: thở nhanh, khô khè, tím tái, rối loạn nhịp thở

Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn

Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp

2.2.4. Ngừng tuần hoàn (độ IV)

Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn.

2.3. Giới thiệu các bệnh cảnh lâm sàng

Bệnh cảnh lâm sàng 1: Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

Bệnh cảnh lâm sàng 2: Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.

Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).

Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

Bệnh cảnh lâm sàng 3: Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70 mmHg).

Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

3. Phòng ngừa phản vệ

Công tác phòng ngừa phản vệ bao gồm: Khai thác tiền sử dị ứng; Chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu và trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh; Quy định về thông tin cho đồng nghiệp khi gặp người bệnh phản vệ.

3.1. Khai thác tiền sử dị ứng

Để phòng ngừa phản vệ cho người bệnh khi dùng thuốc, Thông tư 51/2017/TT-BYT hướng dẫn nội dung khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh/gia đình. Điều dưỡng hỏi người bệnh/gia đình NB các câu hỏi liên quan đến tiền sử dị ứng, đồng thời ghi lại các thông tin đã hỏi theo mẫu sau:

STT	Nội dung	Tên thuốc, dị nguyên gây dị ứng	Có/ số lần	Không	Biểu hiện lâm sàng xử trí
1	Loại thuốc hoặc dị nguyên nào đã gây dị ứng?				
2	Dị ứng với loại côn trùng nào?				
3	Dị ứng với loại thực phẩm nào?				
4	Dị ứng với các tác nhân khác: phấn hoa, bụi nhà, hoá chất, mỹ phẩm...?				

5	Tiền sử cá nhân có bệnh dị ứng nào? (viêm mũi dị ứng, hen phế quản...)				
6	Tiền sử gia đình có bệnh dị ứng nào? (Bố mẹ, con, anh chị em ruột, có ai bị các bệnh dị ứng trên không).				

Việc khai thác tiền sử dị ứng phải được thực hiện từ khi khám người bệnh và trước khi dùng thuốc.

3.2. Hộp thuốc cấp cứu; trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Theo quy định của Bộ Y tế, tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh cần chuẩn bị đủ các hộp thuốc cấp cứu; trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu sẵn sàng cấp cứu phản vệ.

3.2.1. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ

STT	Nội dung trong hộp thuốc cấp cứu	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X)	bản	01
2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	- Loại 10ml	Cái	05
	- Loại 1ml	Cái	05
	- Kim tiêm 14-16	Cái	05
3	Bông tiết trùng tẩm cồn	Gói/hộp	01
4	Dây garô	Cái	02
5	Adrenalin 1 mg/1 ml	Ống	05
6	Methylprednisolon 40 mg	Lọ	02
7	Diphenhydramin 10 mg	Ống	05
8	Nước cất 10 ml	Ống	05

3.3. Trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

Oxy

Bóng Ambu và mặt nạ người lớn và trẻ nhỏ.

Bơm xịt salbutamol.

Bộ đặt nội khí quản và/hoặc bộ mở khí quản và /hoặc mask thanh quản

Nhũ dịch lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê.

Các thuốc chống dị ứng đường uống.

Dịch truyền: natriclorid 0,9%.

3.4. Quy định về thông tin cho đồng nghiệp khi gặp người bệnh phản vệ

Phản vệ là một cấp cứu nguy kịch, diễn biến nhanh, việc cấp cứu cần có sự phối hợp của đồng nghiệp, vì vậy khi phát hiện người bệnh có biểu hiện phản vệ, người điều dưỡng vừa phải khẩn trương thực hiện các bước cấp cứu, vừa phải hô/gọi mọi người tới để cùng phối hợp cấp cứu. Thông tin cho mọi

người bằng thực hiện cảnh báo theo quy định chung hoặc tùy theo quy định của từng bệnh viện.

4. Hướng dẫn xử trí cấp cứu phản vệ

4.1. Nguyên tắc chung

Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.

Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư.

4.2. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I)

Ngay khi xác định người bệnh bị phản vệ độ nhẹ, Điều dưỡng phải khẩn trương thực hiện cấp cứu ngay tại chỗ, đồng thời thông báo cho đồng nghiệp tới hỗ trợ.

Các bước xử trí phản vệ độ I như sau:

Ngừng ngay tiếp xúc với dị nguyên nếu có thể

Hướng dẫn người bệnh nằm tại chỗ

Dùng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh. Hoặc thực hiện y lệnh tiêm hoặc uống thuốc (nếu có BS phối hợp).

Chuẩn bị sẵn hệ thống thở oxy để khi cần sẽ dùng cho NB

Theo dõi sát người bệnh ít nhất 24 giờ (mạch, HA, khó thở, đau bụng, nôn, ỉa chảy,...).

Khi có diễn biến bất thường phải phối hợp xử trí kịp thời.

Ghi chép đủ các thông về diễn biến của NB vào phiếu theo dõi/hồ sơ.

Động viên, giải thích để NB/GD người bệnh yên tâm.

4.3. Xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng (độ II) và nguy kịch (độ III)

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo dõi diễn biến bệnh:

Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có)

Tiêm bắp adrenalin hoặc truyền tĩnh mạch adrenalin (theo hướng dẫn phần dưới).

Tiêm nhắc lại adrenalin 3-5 phút/lần, liều như lần 1, đến khi huyết áp và mạch ổn định.

Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.

Thở oxy: người lớn 6-10 lần/phút, trẻ em 2-4 lần/phút qua mặt nạ hở.

Theo dõi, đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh. Nếu diễn biến nặng hơn, thực hiện/ phối hợp xử trí:

Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).

Thực hiện y lệnh đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).

Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường, kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo hướng dẫn phần dưới).

Thực hiện các y lệnh khác của bác sĩ (nếu có).

Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên 90mmHg, trẻ em 70mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

a) Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp: liều lượng như sau:

Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1/5 ống)

Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1/4 ống)

Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1/3 ống)

Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1/2 ống)

Người lớn: 0,5-1ml (tương đương 1/2 - 1 ống)

Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin và liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ/lần đến 24 giờ.

Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như mục (a) hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải xử trí:

Truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1000 ml - 2000 ml ở người lớn, 20 ml/kg ở trẻ em.

Nếu chưa có đường truyền adrenalin: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1/10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9 ml nước cất = pha loãng 1/10). Liều dùng:

Người lớn: 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=50-100 μ g) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên chuyển sang truyền tĩnh mạch liên tục nếu đã thiết lập được đường truyền.

Trẻ em từ 10 kg trở lên: liều 0,3 ml (dung dịch pha loãng 1/10.000=30 μ g). Không tiêm tĩnh mạch adrenalin cho trẻ em < 10 kg.

Nếu đã có đường truyền, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1 μ g/kg/phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

1. Lựa chọn câu trả lời đúng nhất

1.1. Nhóm triệu chứng hô hấp của phản vệ độ II ở người lớn

- A. Thở nhanh, khô khè, tím tái, rối loạn nhịp thở
- B. Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi
- C. Tiếng rít thanh quản, phù thanh quản

D. Nhịp thở 16 lần/ phút, khô khè

1.2. Ngay khi người bệnh được chẩn đoán phản vệ, việc đầu tiên là phải

- A. Nhanh chóng chuyển người bệnh tới khoa cấp cứu của bệnh viện
- B. Đặt người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng bên trái (nếu có nôn)
- C. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên
- D. Đặt người bệnh nằm tại chỗ, đầu cao, gọi cấp cứu 115

1.3. Thuốc và đường dùng thuốc trong cấp cứu phản vệ (*Thông tư 51 /2017/TT-BYT*)

A. Adrenalin ống 1ml-1mg; tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ độ

II

B. Adrenalin ống 1ml-1mg; tiêm tĩnh mạch ngay khi chẩn đoán phản vệ độ II

C. Adrenalin ống 1ml-1mg; truyền tĩnh mạch ngay khi chẩn đoán phản vệ độ II

D. Adrenalin ống 1ml-1mg; tiêm dưới da ngay khi chẩn đoán phản vệ độ II

1.4. Cấp cứu phản vệ độ II (theo phác đồ xử trí của Thông tư 51 /2017/TT-BYT), bước nào thực hiện trước trong các bước sau:

- A. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái (nếu có nôn).
- B. Thở oxy: người lớn 6-10 lần/phút, trẻ em 2-4 lần/phút qua mặt nạ hờ.
- C. Tiêm bắp adrenalin (1 ml - 1 mg). Liều dùng theo hướng dẫn của thông tư 51.

D. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức... của NB

1.5. Người bệnh được điều trị phản vệ độ nhẹ (độ I), khi đã ổn định hướng xử trí tiếp theo là gì (*theo quy định của Thông tư 51 /2017/TT-BYT*)

- A. Cho người bệnh xuất viện
- B. Cho người bệnh xuất viện, hướng dẫn NB/gia đình theo dõi tiếp
- C. Tiếp tục theo dõi ít nhất 48 giờ tại bệnh viện

D. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ tại bệnh viện

Nhận biết và bổ sung những nội dung còn thiếu trong hộp thuốc cấp cứu phản vệ (*hướng dẫn thực hiện câu hỏi*)

Người hướng dẫn chuẩn bị một số hộp thuốc cấp cứu phản vệ, trong đó mỗi hộp sẽ để thiếu hoặc thay đổi một số thành phần nào đó; sau đó đưa ra cho học viên nhận biết và bổ sung)

3. Tình huống thực hành

Người bệnh Vũ Thị M, 35 tuổi, làm nghề buôn bán tạp hoá; Tiền sử bản thân - chị không để ý về dị ứng với thức ăn (hoặc nếu bị cũng qua loa nên chị không nhớ); khoẻ mạnh, hầu như không phải dùng thuốc; Về tiền sử gia đình: Có mẹ đẻ bị viêm mũi dị ứng (khoảng 1 đến 2 lần/1 năm, vào mùa đông), bác sĩ đã cho uống thuốc và thuốc xịt vào mũi mỗi khi bị viêm mũi dị ứng (không rõ thuốc gì).

Chị M vào bệnh viện khám bệnh, được chẩn đoán: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Bác sĩ cho nhập viện điều trị, chỉ định dùng thuốc kháng sinh đường tiêm.

Câu hỏi

3.1. Chọn 1 đáp án đúng về vấn đề thử test trước khi tiêm kháng sinh cho người bệnh M.

- A. Cần phải thử test vì mẹ chị M có tiền sử viêm mũi dị ứng
- B. Có thử test hay không phải thực hiện theo chỉ định của bác sĩ
- C. Không thử test vì người bệnh không có tiền sử dị ứng
- D. Thử test vì người bệnh có thể đã bị dị ứng với thức ăn

3.2. Sau khi tiêm kháng sinh cho người bệnh M được 5 phút, người bệnh tỉnh táo, có cảm giác tức ngực, khó thở; quan sát trên da rải rác có nổi mề đay; mạch nhanh 90 lần/phút; huyết áp 125/80 mmHg; Bác sĩ chẩn đoán người bệnh M bị phản vệ.

Bạn hãy xác định mức độ phản vệ của người bệnh M, giải thích lý do.

Thực hiện cấp cứu phản vệ cho người bệnh M (*bằng phương pháp đóng vai*)

ĐÁP ÁN

Câu 1.1: B; Câu 1.2: C

Câu 1.3: A; Câu 1.4: C;

Câu 1.5: D

Tình huống: Câu 3.1: B; Câu 3.2: Độ II

BÀI 30: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SUY HÔ HẤP CẤP

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các biểu hiện lâm sàng và các nguyên nhân cơ bản của suy hô hấp cấp.
2. Trình bày được nhận định và chẩn đoán điều dưỡng trong chăm sóc bệnh nhân suy hô hấp cấp.
3. Trình bày được kế hoạch chăm sóc người bệnh suy hô hấp.

NỘI DUNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Suy hô hấp là tình trạng mà hệ thống hô hấp không còn bảo đảm được chức năng dẫn đến giảm oxy trong máu có kèm theo hoặc không kèm theo tăng thán khí (CO₂) trong máu. Suy hô hấp cấp là tình trạng giảm oxy hoặc tăng CO₂ xuất hiện nhanh chóng, thường là vài phút, vài giờ hoặc vài ngày. Suy hô hấp cấp có thể xảy ra ở một người trước đó không có bệnh phổi. Tuy nhiên, suy hô hấp cấp có thể là một đợt tiến triển nặng lên nhanh trên nền suy hô hấp mạn tính (đã tiến triển hàng tháng, hàng năm). Suy hô hấp cấp là một trong các rối loạn thường gặp nhất ở người bệnh đến cấp cứu và nhập viện vào Khoa Hồi sức cấp cứu.

2. NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

2.1. Có rất nhiều bệnh lý khác nhau có thể dẫn đến suy hô hấp cấp, bao gồm các bệnh lý của phổi và các bệnh lý ngoài phổi hoặc toàn thân. Suy hô hấp có thể do các nguyên nhân tổn thương của đường hô hấp trên (phù thanh quản, viêm thanh khí quản, viêm nắp thanh thiệt, polyp, nhuyễn sụn khí quản, chấn thương); nhu mô phổi và đường hô hấp dưới (viêm phổi, cơn hen phế quản, đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, xẹp phổi, phù phổi cấp, tắc mạch phổi); thành ngực và màng phổi (tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, gãy xương sườn, mảnh sườn di động); bệnh lý thần kinh cơ (hội chứng Guillain Barré, bệnh nhược cơ, tổn thương tuỷ sống); ức chế hoạt động của

trung tâm hô hấp (thuốc ngủ, opiate, viêm não, tai biến mạch não, chấn thương sọ não).

2.2. Suy hô hấp có thể do nhiều cơ chế khác nhau, thường kết hợp với nhau trên một người bệnh cụ thể:

- Giảm thông khí do giảm hoạt động của cơ hô hấp hoặc trung tâm hô hấp bị ức chế hoặc hậu quả là tăng CO_2 và thiếu oxy.

- Tắc nghẽn đường hô hấp dẫn đến giảm thông khí và làm giảm trao đổi khí.

- Rối loạn trao đổi khí tại phổi do tổn thương của màng phế nang - mao mạch hoặc do các phế nang ngập nước hoặc bị xẹp, hậu quả là làm giảm oxy máu.

- Giảm oxy trong khí thở vào (gây giảm oxy máu), tăng sản xuất CO , (dẫn đến tăng CO , máu).

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ DIỄN BIẾN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng của suy hô hấp thường là các biểu hiện của thiếu oxy, tăng thán khí hoặc phối hợp cả hai.

- Cảm giác khó thở, ngạt thở, thiếu không khí để thở.

- Thay đổi trạng thái tinh thần và ý thức: từ lo lắng, hốt hoảng, kích thích đến ngủ gà, thậm chí là hôn mê.

- Biểu hiện của tăng công thở: cánh mũi phập phồng, dùng cơ hô hấp phụ (rút lõm khoang liên sườn, hõm trên ức, hõm trên đòn khi hít vào), thở nhanh, thở nghịch thường.

- Xanh tím môi, đầu chi. Người bệnh tím nhiều hoặc tím toàn thân trong trường hợp suy hô hấp nặng và nguy kịch.

- Mệt, mệt lả, nhịp tim nhanh, tăng huyết áp, vã mồ hôi.

- Có thể run đầu chi hoặc dấu hiệu cánh chim vỗ (thường gặp trong bệnh não do tăng CO , máu cấp ở người bệnh bị đợt cấp bệnh phế quản phổi tắc nghẽn mạn tính).

Suy hô hấp cấp có nguy cơ tiến triển nặng lên nhanh chóng, xuất hiện các biến chứng nặng nề có thể dẫn đến tử vong như rối loạn ý thức, hôn mê, truy tim mạch, rối loạn nhịp tim, ngừng tim, ngừng thở. Cần chú ý phát hiện các dấu hiệu của suy hô hấp nặng (cần được ưu tiên xử trí cấp cứu và theo dõi sát): tím rõ; vã mồ hôi nhiều; mạch rất nhanh (> 120 lần/phút); thở nhanh > 30 lần/phút; kích thích, vật vã; SpO_2 thấp $< 90\%$; suy hô hấp nguy kịch (nguy cơ tử vong nhanh chóng- cần được cấp cứu ngay) khi có một trong các dấu hiệu sau: thở chậm < 10 nhịp/phút hoặc ngừng thở; hôn mê; tụt huyết áp; tím toàn thân; nhịp tim chậm < 60 nhịp/phút.

3.2. Các xét nghiệm cần thiết

- Khí máu động mạch: đánh giá mức độ thiếu oxy ($PaO_2 < 60$ mmHg) và thay đổi thán khí ($PaCO_2$) trong máu, giúp đánh giá mức độ và theo dõi tiến triển của suy hô hấp.

- X.quang phổi rất có ý nghĩa trong định hướng chẩn đoán nguyên nhân, tuy nhiên cần ổn định tình trạng người bệnh trước khi đưa người bệnh đi chụp phim. - Các xét nghiệm khác: điện tim, xét nghiệm máu cơ bản và một số xét nghiệm khác tùy theo từng trường hợp.

4. XỬ TRÍ CẤP CỨU

Mục tiêu:

Đảm bảo thông thoáng đường thở, không ứ đọng đờm dãi.

Kiểm soát tốt thông khí và đảm bảo oxy hoá máu

Theo dõi sát các diễn biến của suy hô hấp, phát hiện và xử trí kịp thời các diễn biến xấu

Nhanh chóng xử trí cấp cứu bệnh lý nguyên nhân

– Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp cho dễ chịu và đỡ khó thở: thường đặt ở tư thế nằm đầu cao hoặc ngồi.

- Thở oxy: hầu hết các người bệnh suy hô hấp cấp đều cần thở oxy. Tùy theo mức độ suy hô hấp và tình trạng lâm sàng, cho người bệnh thở oxy qua gọng kính mũi, qua mặt nạ thường, mặt nạ có túi.

– Can thiệp hỗ trợ hô hấp trong các trường hợp suy hô hấp nặng hoặc nguy kịch (bóp bóng qua mặt nạ, đặt nội khí quản, mở khí quản, thở máy không xâm nhập hoặc thở máy qua NKQ...).

– Một số biện pháp điều trị khác: dẫn lưu tư thế, hút hầu họng.

- Điều trị theo nguyên nhân: thuốc giãn phế quản, thuốc lợi tiểu, chọc dẫn lưu màng phổi,...

5. CHĂM SÓC

5.1. Nhận định

– Dấu hiệu của thiếu oxy và tăng thán khí: tím, trạng thái tinh thần, ý thức...

- Dùng cơ hô hấp phụ và mức độ tăng công hô hấp: rút lõm có hõm trên ức, trên đòn, khoang liên sườn, thở nhanh.

– Định hướng nguyên nhân, các xét nghiệm cần thiết và khả năng can thiệp điều trị cấp cứu: co thắt phế quản (tiếng ran rít), tắc đờm, tổn thương phổi (ran ẩm...), tràn khí màng phổi (giảm di động lồng ngực, giảm tiếng rì rào phế nang, gõ vang)...

- Đánh giá mức độ của suy hô hấp, xác định các trường hợp suy hô hấp cấp nặng và nguy kịch cần can thiệp hỗ trợ hô hấp cấp cứu.

5.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Tắc nghẽn đường thở liên quan đến co thắt khí phế quản, tăng tiết đờm dãi.

- Trao đổi khí kém liên quan đến tổn thương phổi hoặc xẹp phế nang.

- Động tác thở kém hiệu quả liên quan đến giảm vận động của thành ngực.

- Rối loạn ý thức liên quan đến giảm oxy máu.

- Lo lắng liên quan đến thiếu hiểu biết về bệnh tật.

5.3. Lập và thực hiện kế hoạch chăm sóc

Phần lớn các nguyên nhân gây suy hô hấp cấp đều có thể điều trị được và chức năng hô hấp sẽ phục hồi sau khi giải quyết được các rối loạn sinh lý

bệnh. Điều trị hỗ trợ hô hấp là rất cần thiết để chờ đợi sửa chữa và hồi phục các rối loạn gây suy hô hấp.

Xử trí và chăm sóc tập trung vào bốn vấn đề cơ bản: cải thiện oxy và thông khí, điều trị bệnh lý nguyên nhân, giảm lo lắng, phòng và xử trí các biến chứng. **5.3.1. Cải thiện oxy và thông khí**

- Kiểm soát đường thở thông thoáng: tư thế cổ uốn, đặt canun hầu họng nếu người bệnh tụt lưỡi, ho khạc kém. Hút hầu họng nếu có dịch, đờm trong họng; lấy dị vật trong họng, làm nghiệm pháp Heimlich nếu nghi sặc dị vật vào phổi.

- Thở oxy để kiểm soát được $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$, SpO_2 và $\text{SaO}_2 > 92 - 95\%$. Nên lựa chọn thở oxy qua gọng kính mũi hoặc qua mặt nạ nếu đảm bảo được oxy máu (lưu ý là người bệnh suy hô hấp mạn tính do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính chỉ nên thở oxy lưu lượng thấp 1 – 3 l/phút qua gọng kính, không nên thở oxy qua mặt nạ). Sẽ phải thông khí nhân tạo nếu tình trạng thiếu oxy vẫn không kiểm soát được dù đã thở oxy qua gọng kính mũi hoặc qua mặt nạ. Trong trường hợp phải thông khí nhân tạo, nên áp dụng thông khí không xâm nhập nếu có thể, nhất là với suy hô hấp do phù phổi cấp huyết động hoặc đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

- Cải thiện thông khí bằng cách: dùng thuốc giãn phế quản, vỗ rung hút đờm, dẫn lưu tư thế, hướng dẫn người bệnh thở chậm và sâu... Trong khi hút đờm cần theo dõi chặt chẽ dấu hiệu của thiếu oxy. Bóp bóng hỗ trợ hoặc thở máy nếu người bệnh thở chậm, thở nông.

- Đặt NKQ và thở máy nếu các biện pháp điều trị khác không hiệu quả và tình trạng suy hô hấp tiến triển nặng lên. Cần chú ý phát hiện và dẫn lưu tràn khí màng phổi trước khi cho người bệnh thở máy. Cài đặt phương thức và chế độ thở máy là tu thuộc vào từng bệnh lý và bệnh nhân, thường sẽ phải cho thuốc an thần hoặc thậm chí cả thuốc giãn cơ để người bệnh thở theo máy nhằm đạt trao đổi oxy tốt nhất.

- Trước khi chuyển người bệnh cần chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ và máy hỗ trợ hô hấp để đảm bảo kiểm soát hô hấp và huyết động trong khi vận chuyển.

5.3.2. Điều trị bệnh lý nguyên nhân

Cần điều trị bệnh lý nguyên nhân gây ra suy hô hấp càng sớm càng tốt. Giải quyết được nguyên nhân gây suy hô hấp sẽ giúp cho người bệnh thoát khỏi tình trạng suy hô hấp nhanh chóng hơn và tăng cơ hội sống.

Các điều trị đặc hiệu và triệt để là khác nhau và tùy thuộc vào nguyên nhân:

- Khó thở thanh quản do viêm phù nề thanh quản cấp: kháng sinh, corticoid, adrenalin xịt họng.
- Phù phổi cấp huyết động: lợi tiểu, morphin, nitrat xịt hoặc ngâm dưới lưỡi hoặc truyền tĩnh mạch...
- Con hen phế quản: thuốc giãn phế quản đường khí dung hoặc truyền tĩnh mạch, corticoid...
- Xẹp phổi: dẫn lưu tư thế, soi hút phế quản...
- Tràn khí màng phổi: chọc dẫn lưu khí màng phổi.

3.3.2. Giảm lo lắng

Giảm lo lắng giúp người bệnh hợp tác điều trị tốt hơn và giảm bớt nhu cầu oxy.

- Môi trường yên tĩnh và thái độ quan tâm của mọi người xung quanh giúp người bệnh bình tĩnh và tránh được lo lắng.

- Sự có mặt thường xuyên của nhân viên y tế với những lời giải thích và động viên ngắn gọn, rõ ràng là cực kỳ quan trọng giúp người bệnh bớt hoảng sợ và phần nào đỡ suy hô hấp.

- Có thể cho người bệnh các thuốc an thần giải lo âu với liều nhỏ không có tác dụng ức chế hô hấp (diazepam...). Tác dụng an thần giải lo âu sẽ càng hiệu quả hơn nếu người bệnh được thông báo và giải thích về mục đích dùng và tác dụng của thuốc.

- Hạ sốt và điều trị giảm đau tốt cũng góp phần quan trọng giúp người bệnh đỡ lo lắng, kích thích, vật vã.

5.3.4. Phòng và xử trí các biến chứng

- Hít vào phổi: chú ý đặt người bệnh nằm đầu cao, nghiêng đầu, hút dịch dạ dày, kiểm tra và bơm bóng ống NKQ.

- Các biến chứng liên quan thuốc an thần, gây mê (để đặt NKQ, thở máy...): tránh nguy cơ tụt HA do thuốc bằng cách dùng thuốc liều nhỏ, vừa đủ, truyền dịch bù thể tích trước khi dùng thuốc; bóp bóng hỗ trợ ngay nếu người bệnh thở chậm, nông khi dùng an thần.

- Các biến chứng liên quan thở máy: tránh nguy cơ tụt huyết áp do thở máy bằng cách thông khí vừa phải, truyền dịch bù thể tích, có thể sẽ phải dùng thuốc vận mạch để kiểm soát được huyết áp; theo dõi ống thông dạ dày phát hiện xuất huyết tiêu hoá do stress thường gặp khi thở máy trên 48 giờ, dự phòng bằng cách duy trì nuôi dưỡng đường tiêu hoá và dùng thuốc bảo vệ niêm mạc dạ dày (sucralfat, thuốc ức chế bơm proton...)

5.4. Đánh giá

Triển vọng và các tiêu chí mong muốn:

- Đạt được tình trạng oxy máu và thông khí trở lại bình thường ($\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$, $\text{PaCO}_2 35 - 45 \text{ mmHg}$) và ổn định các dấu hiệu sống khác (ý thức, huyết động ổn định...).

- Cải thiện và hồi phục các rối loạn sinh lý bệnh, nguyên nhân gây ra suy hô hấp (tắc nghẽn phế quản, phù phổi, xẹp phổi...).

- Không có các biến chứng (xẹp phổi, hít vào phổi...).

- Người bệnh bình tĩnh và hợp tác.

TỰ LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày được các nguyên nhân thường gặp gây suy hô hấp cấp (tối thiểu 4 nguyên nhân)

A.....

B.....

C.....

D.....

2. Trình bày được triệu chứng lâm sàng của phù phổi cấp.....

3. Các ý nào sau đây là đúng đối với chăm sóc NB suy hô hấp cấp

A. Cần giữ cho đường thở thông thoáng

B. Thở oxy để duy trì $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$, $\text{SaO}_2 > 92-95\%$

C. Có thể cải thiện thông khí bằng cách dùng thuốc giãn phế quản

D. Hướng dẫn cho người bệnh phải thở nhanh, nông

E. Nên đặt người bệnh ngồi hoặc tư thế nằm đầu cao

BÀI 31: ĐÁNH GIÁ NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ DỰA VÀO THANG ĐIỂM GLASGOW

MỤC TIÊU

1. Giải thích được các bước đánh giá người bệnh dựa vào thang điểm Glasgow.
2. Thực hiện được kỹ năng đánh giá người bệnh dựa vào thang điểm Glasgow.

NỘI DUNG

1. Giới thiệu về thang điểm glasgow

Thang điểm đánh giá người bệnh hôn mê Glasgow (Glasgow Coma Scale, viết tắt là GCS) là công cụ đánh giá tình trạng ý thức của người bệnh một cách lượng hóa. Ban đầu, thang điểm này được thiết lập để lượng giá độ hôn mê của nạn nhân bị chấn thương đầu, hiện nay thang điểm Glasgow còn được sử dụng đánh giá người bệnh trong những trường hợp bệnh lý khác. Thang điểm này khá khách quan, đáng tin cậy, có giá trị tiên lượng và rất thuận tiện trong việc theo dõi diễn tiến của người bệnh.

1.1. Thang điểm Glasgow

Thang điểm có 3 yếu tố, gồm các đáp ứng bằng mắt, lời nói và vận động.

Đáp ứng	Mức độ	Điểm
Mắt	Mở mắt tự nhiên	4
	Mở mắt khi ra lệnh	3
	Mở mắt khi gây đau	2
	Không mở mắt	1
Lời nói	Nói trả lời đúng	5
	Trả lời hạn chế	4
	Trả lời lộn xộn	3
	Không rõ nói gì	2
	Không nói	1
Vận động	Đáp ứng đúng khi ra lệnh	6
	Đáp ứng đúng khi gây đau	5

	Co chi lại, cử động không tự chủ	4
	Co cứng mắt vỏ	3
	Duỗi cứng mắt vỏ	2
	Nằm yên không đáp ứng	1

Sau khi cho điểm chi tiết của mỗi đáp ứng, cộng tổng số điểm của ba loại đáp ứng được theo dõi, kết quả được đánh giá như sau:

Tổng điểm của 3 loại đáp ứng	Đánh giá
15 điểm	Bình thường
9- 14 điểm	Rối loạn ý thức nhẹ
6- 8 điểm	Rối loạn ý thức nặng
4- 5 điểm	Hôn mê sâu
3 điểm	Hôn mê rất sâu, đe dọa không hồi phục

Tổng điểm càng thấp, tiên lượng càng nặng.

Nếu người bệnh hôn mê được đặt ống nội khí quản và thở máy, không đánh giá được lời nói, điểm hôn mê Glasgow chỉ được tính toán dựa trên hai tiêu chí là mở mắt và đáp ứng vận động. Như vậy, với người bệnh hôn mê có đặt ống nội khí quản thì điểm hôn mê Glasgow cao nhất là 10 (T) và thấp nhất là 2 (T) (*một số tài liệu chấm điểm thấp nhất là 3(T)* - Hậu tố “T” có thể được thêm vào sau điểm Glasgow để cho biết người bệnh được đặt ống nội khí quản. Hậu tố “T” - là ký tự viết tắt của từ tiếng Anh là Tube (ống).

Nếu người bệnh hôn mê có cả hai mắt tổn thương không thể mở được thì điểm hôn mê Glasgow chỉ được đánh giá dựa trên hai tiêu chí là đáp ứng lời nói và đáp ứng vận động. Như vậy, với người bệnh hôn mê có cả hai mắt tổn thương không thể mở được thì điểm Glasgow cao nhất là 11(C) và thấp nhất là 2(C) (*một số tài liệu chấm điểm thấp nhất là 3(C)* - Hậu tố “C” có thể được thêm vào sau điểm Glasgow để cho biết người bệnh có cả hai mắt tổn thương không thể mở được; Hậu tố “C” là ký tự viết tắt của từ tiếng Anh là Closed (nhắm mắt).

1.2. Áp dụng thang điểm Glasgow trong khám người bệnh hôn mê/rối loạn ý thức

Thang điểm Glasgow được thiết lập lúc đầu dùng để lượng giá độ hôn mê của nạn nhân bị chấn thương đầu, sau đó thang điểm Glasgow được sử dụng để đánh giá trong những trường hợp người bệnh có tình trạng rối loạn ý thức.

Thực hiện đánh giá người bệnh rối loạn ý thức/hôn mê cũng phải tuân thủ theo các bước khám bệnh. Đánh giá ý thức của người bệnh là một phần trong việc thăm khám và nhận định người bệnh của Điều dưỡng.

Đánh giá ý thức của người bệnh giúp cho nhận định mức độ hôn mê tại thời điểm đánh giá. Kết quả đánh giá ý thức theo thời gian sẽ giúp đánh giá sự tiến triển tốt hay không tốt của người bệnh hôn mê.

Quy trình thực hành khám đánh giá người bệnh hôn mê theo thang điểm glasgow

TT	Các bước thực hành	Lý do
1	Người khám: trang phục đúng quy định	
2	Chuẩn bị dụng cụ: - Thang điểm Glasgow - Đèn soi (đèn pin) - Dụng cụ khám vận động (nếu có)	- Đảm bảo đủ phương tiện để khám
3	Chuẩn bị người bệnh: - Giải thích cho người bệnh và /hoặc gia đình người bệnh - Tư thế: NB nằm trên giường hoặc cẳng (nếu ở phòng khám không đủ giường)	
4	Quan sát người bệnh, chú ý quan sát mắt, tư thế, cử động của chi, lời nói.	Phát hiện dấu hiệu bất thường của người bệnh.
5	Nếu thấy NB nằm im, người khám thực hiện lay, gọi NB.	Đánh giá đáp ứng của NB khi lay, gọi (<i>xem NB có mở mắt, trả lời không?</i>)

6	Nếu NB tỉnh, đặt câu hỏi cho NB trả lời (<i>câu hỏi đơn giản - tên, tuổi, quê ở đâu?</i>)	Kiểm tra đáp ứng của người bệnh bằng lời nói.
7	NB tỉnh, yêu cầu làm một số động tác đơn giản như co tay, co chân.	Kiểm tra đáp ứng vận động của người bệnh.
8	Nếu NB gọi hỏi không biết, người khám thực hiện kích thích gây đau. Dùng ngón cái và bờ ngoài ngón 2 tay thuận véo vào vùng da mỏng (mặt trong đùi, cẳng tay, cánh tay NB).	Kiểm tra đáp ứng vận động của NB khi gây đau.
9	Nhận định người bệnh (dựa vào kết quả điểm) Ghi kết quả điểm theo thang điểm Glasgow. <i>Ví dụ cách ghi: Glasgow 10 điểm (mắt: 3; lời nói: 4; vận động 3), lúc 19 giờ 20 phút.</i>	Đánh giá mức độ hôn mê của NB tại thời điểm thăm khám/đánh giá.
10	Thu dọn dụng cụ, vệ sinh tay	

Kết luận: Đánh giá người bệnh hôn mê theo thang điểm Glasgow là một phương pháp đánh giá tình trạng ý thức người bệnh. Giúp cho điều dưỡng, bác sĩ nhận biết mức độ hôn mê của người bệnh tại thời điểm đánh giá. Mức độ hôn mê sẽ diễn biến tốt hơn hoặc xấu đi tùy theo tiến triển của người bệnh. Khi thực hiện khám và đánh giá mức độ hôn mê dựa theo thang điểm Glasgow sẽ tiến hành đồng thời với các nội dung thăm khám khác trên người bệnh, từ đó điều dưỡng mới có cơ sở đưa ra nhận định và các chẩn đoán chăm sóc phù hợp.

LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

1. Tình huống thực hành

Tình huống 1

Người bệnh Nguyễn Văn T, 65 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp đã 10 năm. Vào khoa cấp cứu được chẩn đoán: Tai biến mạch máu não. Tình trạng người bệnh: da, niêm mạc bình thường; Mạch 65 lần/phút, HAĐM 160/95 mmHg, nhịp thở 18 lần/phút; gọi hỏi biết nhưng trả lời lộn xộn, khi kích thích đau người bệnh mở mắt và co chi lại.

Câu hỏi

Đánh giá tình trạng người bệnh T theo thang điểm Glasgow, ghi kết quả điểm Glasgow của người bệnh.

Nhận định tình trạng ý thức người bệnh dựa vào kết quả điểm Glasgow.

Tình huống 2

Người bệnh Hoàng Văn Nam, 45 tuổi, bị tai nạn giao thông được đưa vào phòng khám cấp cứu bệnh viện C. Tình trạng lúc vào viện: da, niêm mạc bình thường; Mạch 78 lần/phút, HAĐM 120/75 mmHg, nhịp thở 17 lần/phút; người bệnh nằm im, gọi hỏi trả lời không rõ, co chi lại khi kích thích đau; vùng trán và 2 mắt người bệnh sưng nề, bầm tím.

Câu hỏi

Khi khám và đánh giá người bệnh theo thang điểm Glasgow, bạn thực hiện cách nào (chọn đáp án đúng nhất).

- Khi hỏi bệnh, hỏi trực tiếp người bệnh
- Khi hỏi bệnh, hỏi người nhà đi cùng
- Khi hỏi bệnh, hỏi cả hai đối tượng,
- Không hỏi, vì thấy người bệnh nằm im.

Đánh giá tình trạng người bệnh Nam theo thang điểm Glasgow, ghi kết quả điểm Glasgow của người bệnh.

Nhận định tình trạng ý thức người bệnh dựa vào kết quả điểm Glasgow.

ĐÁP ÁN

Câu 1.1: Glasgow - 10 đ

Câu 1.2: Rối loạn ý thức nhẹ

Câu 2.1: A

Câu 2.2: Glasgow 7 (C)

Câu 2.3: Rối loạn ý thức nhẹ

2. Tình huống/ca bệnh lâm sàng

Người hướng dẫn chọn một số người bệnh tại khoa lâm sàng trong tình trạng hôn mê (các mức độ khác nhau), yêu cầu học viên/nhóm học viên khám, đánh giá người bệnh theo thang điểm Glasgow, sau đó nhóm thảo luận và cho ý kiến phản hồi/nhận xét.

Bảng kiểm đánh giá năng lực thực hành đánh giá người bệnh hôn mê dựa vào thang điểm Glasgow

TT	Nội dung	Mức độ đạt		
		Làm độc lập, không cần sự hỗ trợ (2)	Làm được, cần có sự hỗ trợ (1)	Không làm hoặc làm sai (0)
1	Giải thích các bước đánh giá người bệnh theo thang điểm Glasgow.			
2	Thực hiện kỹ năng đánh giá người bệnh theo thang điểm Glasgow.			

BÀI 32: CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm, các nguyên nhân thường gặp, triệu chứng và các nguyên tắc xử trí cấp cứu người bệnh hôn mê.
2. Trình bày được các bước lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc bệnh nhân.
3. Trình bày được cách theo dõi, đánh giá diễn biến và kết quả chăm sóc người bệnh.

NỘI DUNG

1. Khái niệm về hôn mê

Hôn mê là tình trạng mất ý thức và mất sự thức tỉnh, không hồi phục lại hoàn toàn khi bị kích thích.

- *Mất ý thức*: mất khả năng tự nhận biết bản thân và nhận biết xung quanh. Khả năng nhận biết phụ thuộc vào trạng thái thức tỉnh.

- *Mất sự thức tỉnh*: mất sự tỉnh táo và sự phản ứng với các kích thích.

Trạng thái thức tỉnh phụ thuộc vào cấu trúc lưới hoạt hoá đi lên nằm ở thân não. Tất cả các bệnh lý gây tổn thương hoặc gây rối loạn hoạt động của cấu trúc lưới hoạt hóa đều có thể dẫn đến hôn mê.

2. Các nguyên nhân thường gặp

- Chấn thương sọ não.
- Tai biến mạch não (xuất huyết não, nhũn não).
- Nhiễm trùng thần kinh trung ương: viêm não – màng não, áp xe não, sốt ác tính...
- Động kinh (hôn mê sau cơn co giật), u não, tăng áp lực sọ não.
- Các bệnh lý chuyển hoá: hạ đường huyết, hôn mê do đái tháo đường (nhiễm toan xê-tôn, tăng áp lực thẩm thấu), hôn mê gan, hôn mê do suy thận, bệnh não hồi hấp, tụt huyết áp, rối loạn nước điện giải nặng,...

- Ngộ độc: ngộ độc thuốc ngủ, thuốc an thần, ngộ độc thuốc gây nghiện, ma túy.

3. Triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm

3.1. Triệu chứng lâm sàng

Ý thức:

- Tuỳ theo mức độ hôn mê người bệnh có thể biểu hiện ý thức ở các mức khác nhau như lơ đãng, u ám, ngủ gà hoặc không còn đáp ứng với các kích thích.

- Đáp ứng của mắt tuỳ theo mức độ hôn mê: mở mắt khi kích thích bằng âm thanh (gọi). Mở mắt khi kích thích đau (cấu, véo da). Không mở mắt khi kích thích.

- Đáp ứng vận động và lời nói: tuỳ theo mức độ hôn mê mà người bệnh đáp ứng ở các mức độ như chậm chạp, lẫn lộn hoặc không đáp ứng. Cách đánh giá thông qua đặt câu hỏi, ra các lệnh đơn giản hoặc gây kích thích đau. Đặt câu hỏi: hỏi tên, tuổi, nhận biết người thân, thời gian (ngày, thứ), không gian (nơi đang nằm điều trị), ra các lệnh đơn giản như nhắm mắt, mở mắt, giơ tay... Gây đau bằng cách ấn vào mặt trước xương ức, bóp vào các khớp cơ chân tay, sau đó đánh giá đáp ứng của người bệnh về độ chính xác và độ nhanh nhạy.

- Triệu chứng của các tổn thương thần kinh phối hợp hoặc của bệnh nguyên nhân như co giật, vật vã, liệt nửa người,...

Các nguy cơ của người bệnh hôn mê

Người bệnh hôn mê thường có các rối loạn đe dọa các chức năng sống của người bệnh như:

- Hô hấp: có thể tắc nghẽn đường thở do tụt lưỡi, ứ đọng đàm dãi, dị vật lọt vào đường thở. Người bệnh nôn, sặc vào phổi. Rối loạn nhịp thở, ngừng thở.

- Tuần hoàn: có thể rối loạn nhịp tim, huyết áp bất ổn (con tăng HA hoặc tụt HA).

- Rối loạn thân nhiệt.

Các biến chứng do nằm lâu, bất động, chăm sóc không đúng:

- Loét mục vùng tỳ đè.

- Viêm loét giác mạc mắt.

- Bội nhiễm, tắc mạch, teo cơ, cứng khớp,...

Đánh giá mức độ hôn mê bằng các bảng điểm:

Bảng 1. Bảng điểm đánh giá mức độ hôn mê theo 4 mức độ

Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Đáp ứng lời nói chậm và lẫn lộn. Còn làm theo được các lệnh đơn giản	Mất đáp ứng lời nói, mất đáp ứng vận động theo lệnh. Còn đáp ứng vận động phù hợp với kích thích đau.	Mất đáp ứng lời nói và vận động. Chỉ còn đáp ứng vận động duỗi cứng, rập khuôn. Rối loạn thần kinh thực vật.	Mất hết các đáp ứng (hôn mê quá giai đoạn)

Bảng 2. Đánh giá mức độ hôn mê theo bảng điểm Glasgow

Vận động (6 điểm)	Mắt (4 điểm)	Lời nói (5 điểm)
6 điểm: đáp ứng nhanh và đúng khi ra lệnh 5 điểm: đáp ứng đúng khi gây đau 4 điểm: đáp ứng không phù hợp 3 điểm: co cứng mắt vỏ 2 điểm: duỗi cứng mắt não 1 điểm: không đáp ứng	4 điểm: mở mắt tự nhiên 3 điểm: mở mắt khi ra lệnh (gọi) 2 điểm: mở mắt khi gây đau 1 điểm: không mở	5 điểm: trả lời nhanh, đúng 4 điểm: trả lời chậm, lẫn lộn 3 điểm: trả lời không phù hợp 2 điểm: không rõ nói gì (tiếng rên) 1 điểm: không trả lời

Người bệnh bình thường là 15 điểm. Điểm Glasgow càng thấp, hôn mê càng sâu, thấp nhất là 3 điểm. Hôn mê sâu khi điểm Glasgow ≤ 8 điểm.

3.2. Các xét nghiệm cận lâm sàng

Tùy theo người bệnh và định hướng chẩn đoán bác sĩ có thể chỉ định các xét nghiệm như:

- Xét nghiệm huyết học, sinh hoá cơ bản.
- Cây máu, XN dịch não tủy.
- Xét nghiệm chất nôn, nước tiểu tìm độc chất.
- Điện tâm đồ, điện não đồ, soi đáy mắt.
- Chụp sọ thường, CTscan sọ, chụp cộng hưởng từ sọ não (MRI), chụp mạch máu não.

4. NGUYÊN TẮC XỬ TRÍ CẤP CỨU

Đảm bảo các chức năng sống cho bệnh nhân...

- Kiểm soát tốt chức năng hô hấp.
- Kiểm soát chức năng tuần hoàn.
- Điều trị các bệnh lý nội khoa đi kèm.
- Cân bằng nước điện giải toan kiềm.
- Đảm bảo dinh dưỡng năng lượng.
- Chống phù não, tăng ALNS.
- Chống co giật.
- Kiểm soát bệnh lý nhiễm trùng.
- Lọc máu và giải độc.
- Chỉ định phẫu thuật.
- Các biện pháp điều trị khác: chống loét, chăm sóc mắt, giữ thân nhiệt bệnh nhân.

5. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ

5.1. Nhận định

a) Nhận định lâm sàng

- Mức độ hôn mê: dựa vào bảng điểm đánh giá mức độ hôn mê theo 4 độ và bảng điểm Glasgow: bình thường là 15 điểm, dưới 8 điểm là nặng.

- Các chức năng sống:

+ Hô hấp: đánh giá đường thở có thông thoáng, có tụt lưỡi, ứ đọng đờm, nôn sặc vào phổi không, có rối loạn nhịp thở, kiểu thở chậm hay thở nhanh? hay ngừng thở? Tìm các triệu chứng suy hô hấp như tím, vã mồ hôi, SpO₂ thấp... + Tuần hoàn: đo nhịp tim và đo huyết áp.

+ Nhiệt độ: đo nhiệt độ nhận định người bệnh có hạ thân nhiệt hay tăng thân nhiệt.

- Các biến chứng: bội nhiễm, sặc phổi, loét mục...

- Các triệu chứng của tổn thương thần kinh phổi hợp, triệu chứng của bệnh lý nguyên nhân như:

+ Nhận định phản xạ nuốt, phản xạ ho khạc của người bệnh có bình thường hay không.

+ Có liệt khu trú như liệt nửa người, liệt nửa mặt.

+ Phát hiện các dấu hiệu chấn thương đầu, miệng, mũi, tai. Có chảy máu hay nước não tủy không.

+ Có hội chứng nhiễm trùng không? ổ nhiễm trùng?

+ Có bệnh cảnh và triệu chứng ngộ độc cấp không?

+ Các bệnh lý rối loạn chuyển hoá: suy thận? Suy gan? Đái tháo đường? Rối loạn cân bằng nước điện giải như mất nước biểu hiện bằng các dấu hiệu da khô, nhăn nheo. Hoặc có biểu hiện phù?

b) Nhận định cận lâm sàng: các xét nghiệm sinh hoá, huyết học cơ bản, độc chất, dịch não tủy, CT scan sọ não, cộng hưởng từ sọ não.

5.2. Chẩn đoán điều dưỡng

- Tắc nghẽn đường thở liên quan đến tăng tiết đờm dãi, tụt lưỡi, dị vật đường thở.

- Hô hấp không hiệu quả liên quan đến rối loạn nhịp thở.

- Rối loạn nhịp tim, huyết áp và thân nhiệt.

- Loét vùng tỷ đè, teo cơ, cứng khớp liên quan đến bất động lâu.
- Nguy cơ bội nhiễm.

5.3. Mục tiêu của chăm sóc người bệnh

- Đảm bảo hô hấp.
- Đảm bảo tuần hoàn.
- Kiểm soát tình trạng ý thức và các dấu hiệu thần kinh.
- Đảm bảo các chăm sóc cơ bản (chế độ ăn uống, vệ sinh, phòng chống nhiễm khuẩn, chống loét, chế độ vận động và phục hồi chức năng).
- Phòng tránh các biến chứng nhằm ngăn chặn tử vong.

6. KẾ HOẠCH VÀ THỰC HIỆN

6.1. Đảm bảo hô hấp

- *Kiểm soát đường thở:*
 - + Nằm nghiêng an toàn, đặt canun miệng tránh tụt lưỡi bảo vệ đường thở.
 - + Hút đờm dãi họng miệng, mũi, hút dịch khí phế quản, chăm sóc ống NKQ nếu đã đặt NKQ.
 - + Theo dõi sát tình trạng đường thở. Phải báo ngay cho bác sĩ nếu thấy người bệnh có phản xạ nuốt kém để chỉ định đặt ống thông dạ dày nuôi dưỡng, nếu ho khạc kém hoặc ứ đọng đờm phải hút đờm dãi họng hầu và đặt nội khí quản.
- *Kiểm soát nhịp thở:*
 - + Theo dõi sát nhịp thở, kiểu thở.
 - + Biên độ thở, di động của bụng và lồng ngực.
- *Kiểm soát tình trạng oxy:*
 - + Cho người bệnh thở oxy qua ống thông mũi, kính mũi hoặc mặt nạ.
 - + Theo dõi các dấu hiệu của thiếu O₂ như: tím, SpO₂, thấp.
 - + Chuẩn bị dụng cụ và máy thở, hỗ trợ bác sĩ đặt NKQ và cho người bệnh thở máy nếu có chỉ định.

6.2. Đảm bảo tuần hoàn

- Theo dõi sát mạch, HA.
- Dùng thuốc nâng HA hoặc thuốc hạ HA và truyền dịch theo y lệnh bác sĩ.
- Cần thông báo cho bác sĩ nếu phát hiện thấy nhịp tim chậm dưới 60 nhịp/phút hoặc nhịp tim nhanh trên 120 nhịp/phút, có rối loạn nhịp tim hoặc HA tụt xuống dưới 90 mmHg hoặc giảm quá 40 mmHg so với HA nền hoặc HA tăng quá cao trên 160/90 mmHg hoặc tăng thêm trên 40 mmHg so với HA nền.

6.3. Tư thế người bệnh

- Đặt người bệnh tư thế an toàn, đầu cao, nghiêng về một bên.
- Hướng dẫn người bệnh (nếu người bệnh tỉnh) hoặc người nhà người bệnh hợp tác thực hiện chăm sóc và điều trị, không tự ý rút các ống thông dạ dày, ống thông bàng quang, ống nội khí quản.
- Chú ý cố định tay, chân người bệnh để tránh cho người bệnh tự rút các ống thông, đường truyền... hoặc ngã gây chấn thương.
- Cho thuốc an thần kinh theo y lệnh điều trị nếu người bệnh kích thích vật vã nhiều.

6.4. Kiểm soát tình trạng ý thức và các dấu hiệu thần kinh

- Theo dõi tiến triển của mức độ hôn mê và dấu hiệu liệt.
- Một số bệnh lý gây hôn mê thường gặp:
 - + Hôn mê do tai biến mạch máu não: cho người bệnh nằm đầu cao 30° để chống phù não, cho thở oxy, theo dõi và kiểm soát các chức năng sống.
 - + Hôn mê do chấn thương sọ não: chú ý đặt người bệnh ở tư thế nằm nghiêng an toàn, tránh nôn, sặc. Khai thông đường thở đặc biệt là trong trường hợp người bệnh có chấn thương vùng hàm mặt. Đánh giá và theo dõi khoảng tỉnh hoặc người bệnh hôn mê sâu hơn để báo cho bác sĩ.
 - + Hôn mê do đái tháo đường: chú ý kiểm soát tốc độ truyền dịch, tốc độ truyền insulin và kali theo y lệnh của bác sĩ, theo dõi tiến triển của mức độ hôn mê và đường máu trong quá trình điều trị.

+ Hôn mê do hạ đường huyết: lấy xét nghiệm máu trước khi thực hiện y lệnh tiêm đường ưu trương, theo dõi và đánh giá ý thức người bệnh sau truyền đường.

+ Hôn mê gan: theo dõi đánh giá ý thức của bệnh nhân, thực hiện y lệnh dùng thuốc, y lệnh xét nghiệm cho bệnh nhân. Chú ý theo dõi bệnh nhân sau dùng thuốc nhuận tẩy đường ruột như duphalac (lactulose) phải theo dõi số lần đi ngoài phân lỏng của bệnh nhân.

+ Hôn mê do ngộ độc thuốc:

- Ngộ độc ma túy: dùng naloxon là thuốc có tác dụng đối kháng giúp chẩn đoán và điều trị.

- Ngộ độc seduxen: dùng anexat cũng là thuốc có tác dụng đối kháng giúp cho chẩn đoán và điều trị.

6.5. Chăm sóc cơ bản

- Đảm bảo vệ sinh và phòng chống nhiễm khuẩn:

- + Đảm bảo vô khuẩn khi chăm sóc ống NKQ, canun MKQ. Hút đờm đúng kỹ thuật tránh gây tổn thương cho khí phế quản.

- + Chăm sóc mắt: thường xuyên rửa mắt, nhỏ mắt bằng các dung dịch bảo vệ mắt, băng mắt và dán mi nếu người bệnh không chớp mắt được.

- + Chú ý phát hiện các dấu hiệu rối loạn như táo bón, cầu bàng quang, nếu có chỉ định đặt ống thông bàng quang phải đảm bảo vô khuẩn, túi đựng nước tiểu phải kín, đặt ở thấp tránh nhiễm khuẩn ngược dòng. Phải kẹp thông tiểu và tháo kẹp 4 giờ 1 lần trong 15 phút để hạn chế các biến chứng do đặt ống thông.

- + Chú ý giữ vệ sinh da, lau, tắm, gội đầu, vệ sinh răng miệng, vệ sinh các hốc tự nhiên, vệ sinh bộ phận sinh dục, tăng sinh môn,.. ngày 2 - 3 lần.

- + Thay ga trải giường và quần áo của người bệnh ít nhất 1 lần/ ngày.

- Đảm bảo dinh dưỡng:

- + Chế độ ăn phù hợp với bệnh nhân: 25 – 30 calo/kg/ngày chia 4 - 6 bữa. Nếu người bệnh tự ăn được thì điều dưỡng cho người bệnh ăn, nếu có dấu

hiệu rối loạn nuốt, nguy cơ sặc cần báo bác sĩ để quyết định đặt ống thông dạ dày nuôi dưỡng.

+ Hút dịch tồn dư trong dạ dày trước mỗi bữa ăn, nếu dịch dạ dày trên 50 ml thì có khả năng liệt dạ dày ruột, cần báo bác sĩ để tránh nguy cơ chướng bụng, nôn, sặc.

+ Mỗi lần cho ăn qua ống thông không quá 300ml và cách nhau 3 - 4 giờ. Cần bổ phụ thêm các loại vitamin nhóm A, B, C, nếu có điều kiện nên dùng cho người bệnh các loại bột dinh dưỡng nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày đóng hộp sẵn.

+ Đảm bảo đủ nước, lượng nước cần đưa vào cho người bệnh qua đường uống, dịch truyền được ước tính bằng lượng nước tiêu 24 giờ cộng với 300 - 500ml (mất qua thở và mồ hôi). Nếu người bệnh có sốt, nhiều mồ hôi cần cho thêm 500ml/24 giờ.

- Chống loét mục:

+ Những người bệnh liệt hoặc bất động nên cho nằm đệm chống loét sớm. + Giữ cho da luôn khô, sạch.

+ Giữ ga trải giường khô, sạch.

+ Thay đổi tư thế người bệnh thường xuyên định kỳ 3 giờ/lần.

+ Xoa bóp và xoa bột talc vào các điểm tỳ đè.

+ Nếu đã có vết loét: cần cắt lọc tổ chức hoại tử và rửa sạch. Thay rửa khi băng bị ướt, chăm sóc cho đến khi vết loét đầy lên và kín miệng.

+ Nuôi dưỡng đủ calo và protid.

6.6. Chống teo cơ, cứng khớp, tắc mạch

- Thường xuyên xoa bóp, tập vận động cho các chi và cơ của bệnh nhân.

- Đặt các khớp ở tư thế cơ năng.

- Thực hiện y lệnh dùng thuốc chống đông dự phòng tắc mạch: fraxiparin, lovenox...

7. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC

Các biểu hiện người bệnh được chăm sóc tốt :

- Đường thở thông thoáng, sạch sẽ, không ứ đọng đờm hầy hống, không bị tụt lưỡi, không bị sặc vào phổi.

- Các chức năng sống cơ bản được theo dõi và đánh giá chặt chẽ.

- Không có các dấu hiệu mất nước trên lâm sàng, không có các rối loạn điện giải. Người bệnh được nuôi dưỡng tốt, giữ được cân nặng.

- Không bị các biến chứng do chăm sóc không tốt như nhiễm khuẩn do sặc, loét vùng tỳ đè, teo cơ, cứng khớp, biến dạng khớp, viêm loét giác mạc...

TỰ LƯỢNG GIÁ

Khoanh tròn những ý trả lời đúng trong các câu sau:

1. Các biểu hiện lâm sàng của người bệnh hôn mê là:

A. Người bệnh không phục hồi sự thức tỉnh sau khi bị kích thích.

B. Người bệnh không nhận biết được bản thân và xung quanh.

C. Người bệnh gọi hỏi trả lời đúng và nói là mình bị hôn mê. .

D. Kích thích đau người bệnh không mở mắt.

2. Các động tác cấp cứu nào sau đây là đúng đối với BN hôn mê

A. Cho người bệnh nằm ngửa đầu thấp.

B. Đặt người bệnh nằm đầu cao, nghiêng về một bên, thở oxy qua ống thông mũi.

C. Nếu người bệnh nôn, khó thở thì cho thở oxy qua mặt nạ.

D. Nếu ứ đọng đờm rãi tiến hành hút đờm rãi hống miệng, đặt canun miệng.

E. Đo huyết áp, mắc máy theo dõi liên tục nhịp tim, SpO₂, nhịp thở.

3. Người bệnh vẫn tiếp tục nặng lên, mê sâu hơn, tím, ho khạc kém. Các xử trí cấp cứu tiếp theo là:

A. Cho tăng oxy lên 12 lít/phút vì người bệnh tím, mê sâu, ngừng thở.

B. Hạ thấp đầu giường bệnh nhân.

C. Bóp bóng qua mặt nạ (mask) có oxy, hút đờm rãi hống miệng.

D. Chuẩn bị và phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản.

4. Thái độ theo dõi người bệnh hôn mê là:

- A. Theo dõi mạch, huyết áp là không cần thiết.
- B. Theo dõi sát mạch huyết áp là rất cần thiết.
- C. Theo dõi nhịp thở, SpO₂ là không quan trọng.
- D. Theo dõi sát nhịp thở, SpO₂, khả năng ho khạc là rất cần thiết.
- E. Theo dõi nhiệt độ của người bệnh là không cần thiết.

5. Các biểu hiện nào sau đây của người bệnh hôn mê thể hiện người bệnh được chăm sóc tốt:

- A. Người bệnh sốt cao, ứ đọng đờm dãi.
- B. Huyết áp, mạch ổn định.
- C. Thở đều 14 lần/phút, đường thở thông thoáng.
- D. Viêm kết mạc mắt kéo dài.
- E. Màng mục, teo cơ cứng khớp.

BÀI 33: KỸ THUẬT THỬ ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH

MỤC TIÊU

1. Trình bày chỉ định và chống chỉ định thử đường máu mao mạch
2. Trình bày chuẩn bị, các bước tiến hành thử đường máu mao mạch

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo dõi diễn biến lượng đường trong máu của người bệnh bằng máy thử và que thử. Giúp bác sỹ kiểm soát và điều trị đạt kết quả tốt cho người bệnh, nhất là những người bệnh bị tiểu đường và rối loạn điện giải.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị tiểu đường, viêm tụy cấp... theo chỉ định của bác sỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không bị tiểu đường, hoặc người bệnh có lượng đường trong máu ổn định trong giới hạn bình thường. không có chỉ định của bác sỹ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ: vật tư tiêu hao

- Máy thử
- Que thử
- Kim thử đường máu : 01 cái
- Bông vô khuẩn
- Panh
- Găng sạch : 01 đôi
- Ống cắm panh
- Cồn 90 độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ : 01 cái

- Khẩu trang : 01 cái

3. Người bệnh

Thông báo giải thích cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh về việc sắp làm.

4.Hồ sơ bệnh án

Bảng theo dõi đường máu cá nhân, bảng chỉnh liều Insulin (nếu có).

V. TIẾN HÀNH

1. Thông báo giải thích động viên người bệnh và gia đình người bệnh mục đích của việc theo dõi đường máu.

2. Điều dưỡng rửa tay dưới vòi nước bằng xà phòng diệt khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang.

3. Bộc lộ bàn tay của người bệnh. Chọn vị trí lấy (đầu ngón tay).

4. Sát khuẩn tay nhanh

5. Điều dưỡng đi găng tay sạch, dùng kẹp phẫu tích gấp bông có tẩm cồn 90 độ sát khuẩn đầu ngón tay đã chọn (sát khuẩn 2-3 lần) để khô.

6. Dùng kim tiêm vô khuẩn chích nhẹ vào ngón tay người bệnh sao cho đi qua lớp da mỏng bóp nhẹ đầu ngón tay thấy dỏm máu thì dừng lại.

7. Cho que thử vào máy. Khi trên màn hình máy có biểu tượng giọt máu thì đưa đầu kia của que thử vào giọt máu vừa nặn. khi que thử hút đủ máu thì bỏ máy và que thử ra khỏi giọt máu.

8. Chờ trong 10 giây máy hiện kết quả lượng đường trong máu của người bệnh. 9. Điều dưỡng tháo bỏ que thử khỏi máy. Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay.

10. Rửa tay và ghi kết quả làm được vào bảng theo dõi. Báo kết quả lượng đường trong máu của người bệnh mà máy đã đo được cho bác sỹ.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu không cầm (nếu người bệnh có rối loạn đông máu).

- Kỹ thuật làm không đúng cho kết quả sai...

Chú ý:

- Khi sát khuẩn xong phải để khô mới được chọc kim lấy máu.
- Phải lấy đủ máu thì kết quả mới chính xác.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: băng ép, dự phòng bằng lấy cữ kim vừa phải
- Nhiễm khuẩn: cần tuân thủ quy trình vô khuẩn

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1: Vị trí lấy mẫu khi thử đường máu mao mạch:

- A. Lấy máu tĩnh mạch
- B. Lấy máu đầu ngón tay
- C. Lấy máu động mạch.

Câu 2: Sau khi cho máu vào que thử chờ trong thời gian bao lâu có kết quả:

- A. 5 giây
- B. 10 giây
- C. 20 giây

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Điều dưỡng đi găng tay sạch, dùng kẹp phẫu tích gấp bông có tăm còn 90 độ sát khuẩnđã chọn (sát khuẩn 2-3 lần) để khô

Câu 4: Dùng kim tiêm vô khuẩn..... sao cho đi qua lớp da mỏng bóp nhẹ đầu ngón tay thấy dóm máu thì dừng lại.

Câu 5: Chú ý khi thử đường máu mao mạch:

- Khi sát khuẩn xong phải để khô mới được chọc kim lấy máu.
-

Đáp án:

Câu 1: B

Câu 2: B

Câu 3: đầu ngón tay

Câu 4: chích nhẹ vào ngón tay người bệnh

Câu 5: Phải lấy đủ máu thì kết quả mới chính xác.

BÀI 34: QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỆ SINH VÀ KHỬ KHUẨN MÁY THỞ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các bước vệ sinh máy thở
2. Thực hiện được các bước vệ sinh máy thở.

NỘI DUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm khuẩn bệnh viện làm tăng chi phí điều trị và làm tăng tỉ lệ tử vong, tỉ lệ tử vong do nhiễm khuẩn bệnh viện 10 -50%.

- Viêm phổi liên quan đến thở máy là nhiễm khuẩn bệnh viện chủ yếu ở các người bệnh nặng nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, Người bệnh thường đông và cường độ sử dụng máy thở rất cao, do vậy công việc khử khuẩn máy thở đóng một vai trò quan trọng trong công việc giảm nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện.

- Tại các nước phát triển, dây máy thở, bình đốt và các phin lọc máy thở chỉ sử dụng 1 lần, để giảm chi phí chúng ta tái sử dụng các dây máy thở và các phụ kiện đi kèm vì vậy vấn đề khử khuẩn đóng vai trò hết sức quan trọng trong quá trình hạn chế nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Một số khái niệm về khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ y tế

Khử khuẩn

+ Khử khuẩn nhằm diệt hoặc ức chế sự phát triển và loại bỏ các vi sinh vật để phòng ngừa sự lan truyền các tác nhân gây bệnh giữa các Người bệnh

+ Có 3 mức độ khử khuẩn: Cao, trung bình và thấp

+ Khử khuẩn mức độ cao: Diệt mọi vi sinh vật gây bệnh trừ ô nhiễm nhiều nha bào.

+ Khử khuẩn mức độ trung bình: ức chế trực khuẩn lao, các vi khuẩn dạng sinh dưỡng, hầu hết các vi rút, nấm nhưng không giết được nha bào.

+ Khử khuẩn mức độ thấp: Có thể diệt được hầu hết các vi khuẩn, một số vi rút và nấm nhưng không diệt được vi khuẩn có sức đề kháng cao như trực khuẩn lao hoặc vi khuẩn dạng nha bào.

Tiệt khuẩn

Tiệt khuẩn là tiêu diệt mọi vi sinh vật. Về mặt hiệu lực, tiệt khuẩn được xác định khi lượng vi khuẩn chỉ còn một phần triệu. Có 2 phương pháp tiệt khuẩn: Lý học và hoá học

- Tiệt khuẩn được áp dụng đối với mọi dụng cụ xâm nhập vào các tổ chức sống của cơ thể cũng như mọi loại thuốc và dịch truyền.

- Các dụng cụ được xử trí để sử dụng lại phải được làm sạch trước khi tiệt khuẩn.

- Mọi dụng cụ cần được đóng gói trước khi tiệt khuẩn. Các dụng cụ đã được tiệt khuẩn chỉ được coi là vô khuẩn khi được để trong một gói kín, nguyên vẹn.

- Cấu tạo máy thở liên quan đến khử khuẩn: Máy thở gồm 3 phần chính:

+ Phần thân máy

+ Phần đường thở nối máy với Người bệnh.

+ Giữa 2 hệ thống này có các filter lọc khuẩn ngăn cách

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các máy thở đã qua sử dụng cho Người bệnh

- Hoặc tất cả các máy thở chuẩn bị đưa vào sử dụng cho Người bệnh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: một kỹ thuật viên được đào tạo về kỹ thuật khử khuẩn máy thở

2. Chuẩn bị phương tiện

2.1 Các phòng Dụng cụ

- Phòng chứa máy: tốt nhất có 2 phòng, một chứa máy bẩn và một phòng chứa máy sạch và có cửa ra vào riêng biệt và có cửa thông giữa hai phòng.

- Phòng máy bản là nơi tiến hành tháo đường thở để đưa đi hấp, làm sạch máy bản trước khi đưa sang phòng máy sạch.

- Phòng máy sạch là nơi lắp ráp đường thở đã được khử khuẩn vào máy thở, chứa các máy sẵn sàng hoạt động. Do vậy phòng này cần có các hệ thống tủ đựng các thiết bị máy thở đã được khử khuẩn, hệ thống đèn cực tím để khử khuẩn toàn bộ phòng, và hệ thống điện và khí nén để tiến hành thử máy, chuẩn bị máy.

2.2 Vật tư tiêu hao

- Găng sạch :02 đôi
- Khăn lau máy
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái
- Dung dịch khử khuẩn bề mặt
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ

V. TIẾN HÀNH

Ngay sau khi không còn sử dụng máy thở nữa, các bác sỹ hoặc Điều dưỡng phụ trách phải đưa máy về ngay phòng máy bản để tiến hành khử khuẩn đường thở và làm sạch máy thở.

- Bước 1: Tại phòng máy bản, đường thở được tháo ra khỏi máy thở (bao gồm cả — “filter lọc khuẩn”). Toàn bộ hệ thống này (trừ bộ phận cảm ứng nhiệt dùng cho bình làm ấm được để riêng) được gói lại và chuyển xuống khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn để tiến hành khử khuẩn.

- Bước 2: Tại khoa chống nhiễm khuẩn

- + Hệ thống đường thở có thể được khử khuẩn bằng hoá chất (thường là cidezime và cidex 2%) để khử khuẩn dây đường thở.

+ Ngày nay người ta còn dùng khí ethylen oxid để tiến hành khử khuẩn các filter lọc khuẩn. Sau khi khử khuẩn xong, các thiết bị này lại được đóng gói lại và chuyển về phòng máy sạch.

- Trong điều kiện chưa có khoa —Chống nhiễm khuẩn—, có thể tiến hành khử khuẩn các thiết bị của hệ thống dây thở ngay tại khoa.

+ Trường hợp này chủ yếu ta dùng cidezime và cidex2% để ngâm các thiết bị này.

+ Cidezime có hoạt tính khử protein, do đó làm tan và long các mảng protein chủ yếu là đờm, máu, mủ của Người bệnh trong đường thở.

+ Cidex có tác dụng khử khuẩn rất tốt. Phải ngâm tối thiểu là 30 phút với Cidex 2%

+ Quy trình: Ngâm dây thở, đầu nối chữ Y, cốc ngưng vào dung dịch Cidezime trong vòng khoảng 30 phút, sau đó vớt dụng cụ và rửa sạch dưới dòng nước máy. Ngâm tiếp dụng cụ vào dung dịch Cidex trong vòng khoảng 30 phút sau đó vớt dụng cụ rửa với nước cất và để khô tự nhiên trong phòng và đóng gói.

- Thân máy:

+ Sau khi đã được tháo hệ thống dây thở ra sẽ được làm sạch bằng các dung dịch sát khuẩn thông thường, thường dùng nhất là cồn 70 độ.

+ Chúng ta tiến hành lau toàn bộ máy bao gồm vỏ máy, tay cầm, bàn điều khiển, màn hình, dây ôxy dây khí nén, dây điện, buồng đốt bình làm ẩm, bộ phận cảm ứng nhiệt của bình làm ẩm...Sau khi lau sạch máy, chuyển máy sang phòng máy sạch.

- Bước 3: Tại phòng máy sạch

+ Hệ thống dây thở đã được khử khuẩn sẽ được lắp ráp và thân máy đã được làm sạch theo nguyên tắc vô khuẩn.

+ Sau khi đã lắp máy xong ta tiến hành kiểm tra hoạt động của máy thở. Nếu máy thở hoạt động tốt, sẽ xếp vào một chỗ, chuẩn bị sẵn sàng cho hoạt động.

+ Khi không có người trong phòng máy sạch (ban đêm), nên bật đèn cực tím lên để đảm bảo duy trì môi trường sạch khuẩn cho phòng máy sạch.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất

Câu 1: Thời gian ngâm dụng cụ vào dung dịch Cidex tối thiểu là:

A. 15 phút

B. 20 phút

C. 30 phút

Câu 2: Phòng máy sạch là nơi:

A. Lắp ráp đường thở đã được khử khuẩn vào máy thở, chứa các máy sẵn sàng hoạt động.

B. Tiến hành tháo đường thở để đưa đi hấp.

C. Tiến hành ngâm và xử lý dụng cụ.

Điền vào chỗ trống:

Câu 3: Khử khuẩn nhằmvà loại bỏ các vi sinh vật để phòng ngừa sự lan truyền các tác nhân gây bệnh giữa các Người bệnh.

Câu 4: Tiệt khuẩn là.....mọi vi sinh vật

Câu 5: Ngâm dây thở, đầu nối chữ Y, cốc ngưng vào dung dịch .(1).....trong vòng khoảng 30 phút, sau đó vớt dụng cụ và rửa sạch dưới dòng nước máy. Ngâm tiếp dụng cụ vào dung dịch.(2)..... trong vòng khoảng 30 phút sau đó vớt dụng cụ rửa với..(3)..... trong phòng và đóng gói.

Đáp án:

Câu 1: C ; Câu 2: A

Câu 3: diệt hoặc ức chế sự phát triển

Câu 4: tiêu diệt

Câu 5: (1) Cidezime (2) Cidex (3) nước cất và để khô tự nhiên

BÀI 35: QUY ĐỊNH VỀ GHI CHÉP QUẢN LÝ HỒ SƠ BỆNH ÁN VÀ CÁC BIỂU MẪU CHĂM SÓC

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được các nguyên tắc ghi chép, sử dụng, bảo quản, lưu giữ hồ sơ bệnh án và các mẫu chăm sóc người bệnh.*
- 2. Giải thích được quyền của người bệnh được cung cấp các thông tin tóm tắt trong hồ sơ.*
- 3. Tuân thủ đúng các nguyên tắc và quy định khi ghi chép, sử dụng, bảo quản hồ sơ người bệnh.*

NỘI DUNG

Mỗi người bệnh khi đến khám và điều trị tại bệnh viện đều được lập một bộ hồ sơ bao gồm bệnh án và các biểu mẫu chăm sóc liên quan đến người bệnh, quá trình điều trị và chăm sóc. Hồ sơ bệnh án và các biểu mẫu chăm sóc là tài liệu và là bằng chứng cho hoạt động khám, chẩn đoán, điều trị của bác sĩ cũng như các hoạt động chăm sóc của người điều dưỡng.

Hồ sơ bệnh án và các biểu mẫu chăm sóc được ghi chép đầy đủ, chính xác, có hệ thống không chỉ mang tính chất pháp lý mà còn giúp cho công tác chẩn đoán, điều trị, phòng bệnh, chăm sóc, nghiên cứu khoa học và đào tạo đạt kết quả cao. Hồ sơ bệnh án và các biểu mẫu chăm sóc cũng giúp cho việc đánh giá chất lượng về điều trị, chăm sóc, tinh thần trách nhiệm và khả năng của nhân viên y tế. Vì vậy mỗi nhân viên y tế cần phải hiểu và thực hiện tốt việc sử dụng, ghi chép, bảo quản và lưu trữ hồ sơ bệnh án và các biểu mẫu chăm sóc theo đúng quy định.

1. Mục đích của việc ghi chép hồ sơ bệnh án về điều dưỡng

Phục vụ cho chẩn đoán.

Theo dõi diễn biến bệnh và dự đoán các biến chứng.

Theo dõi quá trình điều trị liên tục nhằm rút kinh nghiệm, bổ sung điều chỉnh về phương pháp điều trị, chăm sóc và phòng bệnh.

Đánh giá chất lượng điều trị, chăm sóc, tinh thần trách nhiệm và khả năng của nhân viên y tế.

Theo dõi về hành chính và làm chứng cứ pháp lý.

Giúp việc thống kê, nghiên cứu khoa học và công tác huấn luyện, đào tạo.

Tạo thuận lợi cho nhóm làm việc thông qua việc chia sẻ thông tin giữa nhân viên y tế và bệnh nhân.

2. Nguyên tắc sử dụng, ghi chép và bảo quản hồ sơ người bệnh

Tất cả hồ sơ người bệnh cần ghi rõ ràng, chữ viết dễ đọc, dễ xem. Mỗi bệnh viện có thể có những quy định riêng nhưng đều phải tuân thủ những nguyên tắc chung.

2.1. Nguyên tắc sử dụng và ghi chép hồ sơ người bệnh

Tất cả các tiêu đề trong hồ sơ người bệnh phải được ghi chép chính xác, hoàn chỉnh (họ tên người bệnh, địa chỉ, khoa điều trị).

Chỉ ghi vào hồ sơ những nội dung điều trị, chăm sóc, thuốc do chính bản thân mình thực hiện. Chỉ ghi những nội dung thực hiện chỉ định (dùng thuốc và điều trị) khi bác sĩ đã ghi vào hồ sơ bệnh án.

Tất cả các thông số theo dõi phải được ghi vào phiếu theo dõi người bệnh hàng ngày, mô tả tình trạng người bệnh càng cụ thể càng tốt. Không ghi những câu văn chung chung (như bình thường, không có gì phản nản...). Cần có những nhận xét, so sánh về sự tiến triển của người bệnh trong ngày. Người bệnh nặng hoặc sau mổ cần có phiếu theo dõi đặc biệt liên tục 24 giờ.

Chỉ dùng ký hiệu chữ viết tắt phổ thông khi thật cần thiết.

Điều dưỡng viên cần ghi rõ lý do từ chối khi người bệnh từ chối sự chăm sóc. Người bệnh phẫu thuật hay làm các thủ thuật phải có giấy cam đoan của người bệnh hoặc gia đình người bệnh, có chữ ký ghi rõ họ tên và địa chỉ.

Nếu ghi sai, người ghi có thể dùng bút và thước để kẻ đè lên những chữ cần xoá, không được tẩy hay xoá những chữ viết đó.

2.2. Nguyên tắc bảo quản hồ sơ bệnh án

Trong trường hợp phải sao chép lại hồ sơ (do bị hỏng, rách) phải dán kèm bản gốc vào cuối hồ sơ để đảm bảo tính hợp pháp.

Hồ sơ phải bảo quản chu đáo, không để lẫn, thất lạc, không được cho người bệnh tự xem hồ sơ và biết các điều bí mật chuyên môn.

Khi người bệnh xuất viện, hồ sơ phải hoàn chỉnh đầy đủ và gửi về phòng kế hoạch tổng hợp sau 24 giờ (không quá 48 giờ) để lưu trữ.

3. Các thành phần của hồ sơ người bệnh

Hồ sơ người bệnh gồm hai phần chính: phần hành chính và phần chuyên môn.

3.1. Phần hành chính

Những thông tin về người bệnh như: tên họ người bệnh, địa chỉ, nghề nghiệp, địa chỉ và người cần liên hệ.

Những thông tin liên quan đến việc thống kê lưu trữ hồ sơ: số nhập viện, mã số, ngày nhập viện, ra viện.

Những thông tin liên quan viện phí.

Những thông tin của tuyến dưới.

3.2. Phần chuyên môn

Bệnh án

Các biểu mẫu

Phiếu chăm sóc

Phiếu công khai thuốc cho người bệnh

Phiếu theo dõi chức năng sống

Phiếu truyền dịch.

Phiếu thử phản ứng thuốc

Biên bản hội chẩn

Giấy duyệt mổ.

Giấy chuyển viện.

Biên bản nhận xét tử vong

Phiếu xin máu

Các giấy tờ thuộc cận lâm sàng:

Giấy xét nghiệm các loại.

Giấy X quang, siêu âm, điện tim...

4. Một số biểu mẫu ghi hồ sơ của điều dưỡng

4.1. Hướng dẫn ghi chép phiếu theo dõi chăm sóc

*** Thông tin người bệnh**

1. Ghi chính xác và thống nhất giữa các phiếu trong hồ sơ.

*** Nhận định, theo dõi**

1. Chỉ số sinh tồn, sinh trắc: ghi giá trị bằng số.

2. Toàn thân, hô hấp, tuần hoàn, dinh dưỡng, giấc ngủ, nghỉ ngơi, vệ sinh cá nhân, tinh thần, vận động, PHCN, GDSK: ghi rõ nội dung nhận định hoặc xây dựng các nội dung nhận định và mã hoá.

*VD: Da, niêm mạc có thể ghi rõ nội dung hoặc mã hoá là: 01. Hồng;
02. Vàng; 03. Nhợt nhạt.*

Chú ý: Để tạo thuận lợi cho việc nhận định và tùy thuộc nội dung nhận định, việc xây dựng nên có 1 mã “Bình thường” và các mã bệnh lý.

3. Một số thang đo gợi ý áp dụng bao gồm:

- Đau (Với trẻ sơ sinh sử dụng thang điểm như NIPS (Neonatal Infant Pain Scale-Thang đo mức độ đau của trẻ sơ sinh); với trẻ dưới 7 tuổi sử dụng thang điểm như FLACC ((Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Mặt, chân, hoạt động, khóc, Đáp ứng khi được dỗ dành); với trẻ trên 7 tuổi sử dụng thang điểm như VAS (Visual Analog Scale – Thang đo trực quan tương ứng).

- Phù: Mức độ phù sử dụng thang điểm đánh giá như phân loại từ 1 - 4 (Độ 1: ấn lõm < 2 mm, biến mất ngay lập tức; Độ 2: ấn lõm 2 - 4 mm, biến mất sau 10 – 15 giây; Độ 3: ấn lõm 4 - 6 mm, có thể tồn tại > 1 phút; Độ 4: ấn lõm 6 - 8 mm, có thể tồn tại từ 2 – 5 phút).

- Nguy cơ té ngã (sử dụng thang điểm như Morse).

- Nguy cơ loét do tỳ đè (sử dụng thang điểm đánh giá như Braden).

- Cảnh báo sớm (sử dụng bảng điểm cảnh báo sớm như NEWS2).
- Đánh giá mức độ viêm tĩnh mạch (sử dụng thang điểm như VIP Score).

Can thiệp điều dưỡng:

Ghi rõ nội dung can thiệp hoặc xây dựng các nội dung can thiệp và mã hóa (Cột ngoài cùng bên phải hoặc trên trang khác tùy theo số lượng mã hóa).

VD: Ký hiệu theo phân theo các nhóm như Hô hấp có các mã H01. Hướng dẫn ho khạc đờm, vỗ lưng, giữ ấm cổ ngực; H02 - Cung cấp Oxy...; Tuần hoàn có các mã T01- Nằm đầu thấp, T02 - Hạn chế vận động... Hoặc ký hiệu theo thứ tự quy ước như 01

- Theo dõi DHST, 02- Thở oxy, 03- Vỗ rung, uống nước ấm...

Bàn giao: Xây dựng các nội dung bàn giao theo đặc thù chung của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

VD: Bàn giao hồ sơ, phim, người bệnh,...

Chẩn đoán điều dưỡng/Đánh giá mục tiêu:

1. Xây dựng chẩn đoán điều dưỡng và đưa ra các mục tiêu chăm sóc đối với từng chẩn đoán. Chẩn đoán điều dưỡng được xây dựng khi người bệnh nhập khoa và sẽ cập nhật khi người bệnh có phát sinh những vấn đề hoặc nhu cầu mới.

2. Thực hiện đánh giá/lượng giá mục tiêu chăm sóc: đánh dấu (X) vào các ô mục tiêu **sau khi** đã hoàn thành.

Ví dụ: Chẩn đoán DD “người bệnh khó chịu do vệ sinh cá nhân kém”.

☐ Mục tiêu “người bệnh vệ sinh cá nhân sạch sẽ”: chưa hoàn thành.

☒ Mục tiêu “người bệnh vệ sinh cá nhân sạch sẽ”: hoàn thành.

3. Mục tiêu chưa hoàn thành (Không đánh dấu (X)): sẽ tiếp tục thực hiện hoặc thay đổi mục tiêu theo vấn đề hiện tại của người bệnh.

4. Trường hợp khi người bệnh xuất viện nhưng các mục tiêu chăm sóc chưa hoàn thành, điều dưỡng tiến hành tư vấn và hướng dẫn người bệnh tiếp tục chăm sóc tại nhà

4.2. Phiếu truyền dịch

Phiếu truyền dịch ghi được nhiều ngày, qua phiếu tính được lượng dịch truyền trong ngày.

Phiếu truyền dịch không qui định phải ghi kết quả theo dõi nhiệt độ, nhịp thở, mạch, huyết áp trong quá trình truyền dịch, vì các thông số này đã được ghi trong phiếu chăm sóc.

4.4. Phiếu công khai thuốc

Là mẫu chung, thống nhất được Bộ Y tế quy định

Công khai thuốc hàng ngày về số khoản, số lượng mỗi khoản. Người bệnh hoặc gia đình người bệnh ký hàng ngày

Bảng này được để công khai kẹp đầu giường cùng với phiếu Theo dõi chức năng sống và Phiếu theo dõi truyền dịch.

5. Bảo quản hồ sơ người bệnh

Trong quá trình sử dụng hồ sơ người bệnh tại khoa, phòng cần lưu ý những vấn đề sau:

5.1. Sắp xếp và dán hồ sơ bệnh án, viết theo thứ tự quy chế

** Điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ:*

Sắp xếp, hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án.

Bệnh án phải có bìa, đóng thêm gáy để dán các tài liệu theo trình tự quy định: cần viết theo thứ tự của bộ hồ sơ do Bộ Y tế quy định:

Các giấy tờ hành chính.

Các tài liệu của tuyến dưới (nếu có).

Các kết quả xét nghiệm (xếp lệch nhau từng lớp): huyết học, hóa sinh, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh theo thứ tự trước dưới, sau trên.

Phiếu theo dõi chức năng sống nếu người bệnh nặng - chuyển theo dõi thường quy thành theo dõi giờ.

Phiếu chăm sóc.

Biên bản hội chẩn, sơ kết đợt điều trị, giấy cam đoan (nếu có)

Các tờ điều trị có đánh số trang, dán theo thứ tự thời gian; họ tên người bệnh viết chữ in hoa, có đánh dấu; tờ điều trị có ghi số giường, số buồng bệnh.

Các giấy tờ trên phải đóng dấu giáp lai để quản lý hồ sơ.

Toàn bộ hồ sơ được đặt trong một cặp bìa cứng, bên ngoài có in số giường.

5.2. Quản lý hồ sơ bệnh án

** Điều dưỡng hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ:*

Giữ gìn quản lý mọi hồ sơ bệnh án trong khoa.

Hồ sơ bệnh án được để vào giá hoặc tủ theo qui định, dễ thấy, dễ lấy.

Hết giờ làm việc phải kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và bàn giao cho điều dưỡng thường trực.

Không để người bệnh và gia đình người bệnh xem hồ sơ bệnh án.

Học viên thực tập muốn xem hồ sơ bệnh án phải được sự đồng ý của trưởng khoa, ký sổ giao nhận, xem tại chỗ, xem xong bàn giao lại ngay cho điều dưỡng hành chính.

6. Quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án

6.1. Quy định chung

Hồ sơ bệnh án là tài liệu quan trọng phải được giữ gìn, bảo quản tốt theo đúng qui định của pháp luật về lưu trữ.

Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú, chuyển viện và tử vong phải được hoàn chỉnh các thủ tục hành chính theo qui chế vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện sau đó chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp lưu trữ theo quy định.

Việc khai thác sử dụng hồ sơ bệnh án phải theo đúng quy định.

6.2. Quy định cụ thể

6.2.1. Lưu trữ hồ sơ bệnh án

6.2.1.1 Đăng ký lưu trữ

Người bệnh ra viện trong 24 giờ, khoa phải hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án theo quy chế, chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp.

Phòng kế hoạch tổng hợp kiểm tra việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của khoa trình giám đốc ký duyệt và chuyển lưu trữ.

Hồ sơ bệnh án nội trú, ngoại trú lưu trữ ít nhất 10 năm.

Hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt lưu trữ ít nhất 15 năm.

Hồ sơ bệnh án người bệnh tâm thần lưu trữ ít nhất 20 năm.

Hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong lưu trữ ít nhất 30 năm.

6.2.1.2. Giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án

Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp phân công cụ thể viên chức chuyên trách giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án.

Ghi đầy đủ các thông tin quy định vào sổ lưu trữ.

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

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

6.2.1.3. Hồ sơ người bệnh tử vong

Hồ sơ người bệnh tử vong phải được bảo quản chặt chẽ, lưu trữ tủ riêng, theo thứ tự từng năm.

Tủ lưu trữ hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong phải luôn luôn khóa. Giám đốc bệnh viện có quyết định phân công và giao trách nhiệm cho người giữ hồ sơ bệnh án.

6.2.2. Sử dụng hồ sơ bệnh án đã lưu trữ

Bác sĩ trong bệnh viện cần mượn hồ sơ bệnh án để giảng dạy, học tập, nghiên cứu khoa học phải có giấy đề nghị ghi rõ mục đích, thông qua trưởng phòng kế hoạch tổng hợp và chỉ được đọc tại chỗ. Với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, ngoài các thủ tục trên phải được giám đốc bệnh viện ký duyệt.

Phòng kế hoạch tổng hợp phải có sổ theo dõi người đến mượn hồ sơ bệnh án và lưu trữ các giấy đề nghị.

Người mượn hồ sơ bệnh án không được tiết lộ nghề nghiệp chuyên môn.

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

Phải có giấy giới thiệu hoặc công văn đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng hồ sơ bệnh án.

Căn cứ giấy giới thiệu hoặc công văn yêu cầu, trưởng phòng kế hoạch tổng hợp báo cáo giám đốc ký duyệt mới được phép đưa hồ sơ bệnh án cho mượn đọc hay sao chụp tại chỗ.

Với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, giám đốc bệnh viện phải báo cáo lên cấp trên quản lý trực tiếp, sau khi được sự đồng ý của cấp trên, giám đốc bệnh viện mới được phép cho mượn đọc hoặc sao chụp, chép tại chỗ.

Với hồ sơ bệnh án của cán bộ diện quản lý bảo vệ sức khỏe trung ương phải được phép của chủ tịch hội đồng quản lý sức khỏe cán bộ cao cấp của ngành và Nhà nước mới được phép cho mượn đọc hoặc sao chụp, chép tại chỗ.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1. Thời gian phải hoàn chỉnh hồ sơ cho người bệnh ra viện là:

Ngay sau khi người bệnh vừa ra viện

Sau khi NB xuất viện 24 giờ

Sau khi NB xuất viện 48 giờ

Sau khi NB xuất viện 72 giờ

Câu 2. Quy định về sử dụng và quản lý phiếu công khai thuốc, ngoại trừ:

Là mẫu chung, thống nhất được Bộ Y tế qui định

Công khai thuốc hàng ngày về số khoản, số lượng mỗi khoản.

Người bệnh hoặc gia đình người bệnh ký hàng ngày

Phiếu/Bảng công khai thuốc được kẹp trong hồ sơ bệnh án của người bệnh.

Câu 3. Nguyên tắc ghi hồ sơ bệnh án, ngoại trừ:

Tất cả các thông số theo dõi người bệnh phải được ghi hàng ngày, mô tả tình trạng người bệnh càng cụ thể càng tốt.

Ghi vào hồ sơ những nội dung điều trị, chăm sóc, thuốc do bản thân mình và đồng nghiệp thực hiện.

Với những nội dung cần chỉnh sửa, chỉ được gạch, sửa không được dùng bút xóa.

Chỉ dùng ký hiệu chữ viết tắt phổ thông khi thật cần thiết.

Câu 4. Quy định về sử dụng và quản lý phiếu theo dõi chức năng sống, ngoại trừ:

Quy định của BHYT về theo dõi thường quy gồm mạch, nhiệt độ, nhịp thở và huyết áp.

Phiếu theo dõi chức năng sống được treo tại đầu giường NB.

Không dùng chung phiếu theo dõi chức năng sống ghi theo dõi người bệnh thường quy và lúc cấp cứu khi người bệnh nặng.

Dùng phiếu theo dõi chức năng sống để ghi nội dung theo dõi người bệnh thường quy.

Câu 5. Quy định về quản lý, sử dụng hồ sơ bệnh án

Điều dưỡng hành chính được giao trách nhiệm quản lý hồ sơ bệnh án trong khoa.

Bác sĩ được giao trách nhiệm quản lý hồ sơ bệnh án trong khoa

Người bệnh và GD người bệnh được phép xem hồ sơ bệnh án

Sinh viên, học viên được xem hồ sơ bệnh án khi học lâm sàng

ĐÁP ÁN

Chọn ý đúng/sai cho các câu sau:

Câu 1: Đúng

Câu 2: Đúng

Câu 3: Sai

Câu 4: Sai

Câu 5: Đúng

Câu 6: Đúng

Chọn câu trả lời đúng nhất:

Câu 1: B

Câu 4: C

Câu 2: D

Câu 5: A

Câu 3: B

BÀI 36: SỬ DỤNG VÀ QUẢN LÝ CÁC MÁY Y TẾ: MÁY MONITOR MÁY TRUYỀN DỊCH, MÁY BƠM TIÊM ĐIỆN, MÁY ĐIỆN TIM

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được công dụng của một số máy y tế monitor, máy truyền dịch, bơm tiêm điện, máy điện tim.*
- 2. Trình bày quy trình thực hành kỹ thuật sử dụng máy monitor, truyền dịch, bơm tiêm điện, máy điện tim.*
- 3. Trình bày cách bảo quản máy monitor, máy truyền dịch, bơm tiêm điện, máy điện tim*

NỘI DUNG

1. GIỚI THIỆU

Chất lượng chăm sóc người bệnh có nhiều chuyển biến rõ rệt thông qua việc đổi mới các mô hình phân công chăm sóc, tổ chức chăm sóc người bệnh toàn diện, chuẩn hoá các kỹ thuật điều dưỡng và áp dụng các trang thiết bị y tế phục vụ cho chăm sóc. Người điều dưỡng có vai trò quan trọng trong việc vận hành các trang thiết bị, phương tiện và máy móc sử dụng trong chăm sóc đảm bảo an toàn, hiệu quả và phòng tránh nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế. Một số máy y tế thường xuyên sử dụng trong chăm sóc và theo dõi người bệnh: Máy Monitor Máy truyền dịch Máy bơm tiêm điện Máy điện tim

2. SỬ DỤNG VÀ QUẢN LÝ MÁY MONITOR

2.1. Công dụng của Monitor - máy theo dõi người bệnh

Monitor là thiết bị dùng để đo và theo dõi các chỉ số sinh tồn của người bệnh, thường được sử dụng để theo dõi người bệnh trong các phòng hồi sức cấp cứu, phòng bệnh... Các loại Monitor có chức năng theo dõi và cập nhật một cách liên tục các chỉ số sống, để các thầy thuốc theo dõi và đánh giá liên tục tiến triển của người bệnh. Ngoài chức năng theo dõi và báo cáo, monitor còn có chức năng báo động khi các chỉ số có sự bất thường.

Có nhiều loại Monitor, từ các loại máy đơn giản như máy đo nồng độ bão hòa oxy trong máu SpO₂ cầm tay, máy đo SpO₂ đặt bàn, máy điện tim, monitor sản khoa và thông dụng phổ biến là các dòng monitor theo dõi người bệnh 5 - 7 thông số.

** Các chỉ số theo dõi trên Monitor bao gồm:* NIBP: Đo huyết áp không xâm lấn ECG: Điện tim (thường là điện tim 5 đạo trình) SpO₂: Nồng độ bão hòa oxy trong máu (0 - 99%) Nhiệt độ (t): Nhiệt độ cơ thể người bệnh EtCO₂: Áp lực (mmHg) hoặc nồng độ (%) khí cacbonic vào cuối kỳ thở ra Nhịp thở: Số lần thở/phút Nhịp tim: Số nhịp tim/phút Các chỉ số trên được cập nhật liên tục và cài đặt tự động theo thời gian. Ví dụ: đo huyết áp; có thể cài đặt monitor đo tự động sau khoảng thời gian cố định (5 phút/lần hoặc 10 phút/lần...).

2.2. Bảo quản máy Monitor Bảo quản máy: Lau chùi máy mỗi ngày bằng khăn mềm thấm nước hoặc dung dịch nước xà bông vắt khô. Không dùng cồn. Để máy trong phòng thoáng mát, khô ráo. Tránh vận hành máy nơi dễ cháy.

Không để bất kỳ đồ vật gì lên trên máy.

Khi hỏng hoặc sử dụng có vấn đề phải báo sửa chữa ngay.

Lưu ý: Cắm điện thường xuyên khi không sử dụng để máy luôn sẵn sàng hoạt động khi cần.

Bảo quản dây cáp ECG

Không được để cáp bị xoắn, rối.

Lau sạch cáp sau khi sử dụng cho người bệnh hoặc bị bắn do dịch tiết, máu...

Đối với dây sensor SpO₂, dây đo nhiệt độ

Lau sạch sau khi sử dụng cho người bệnh hoặc bị bắn.

Không được để dây bị xoắn, rối

Bảo quản hệ thống đo huyết áp

Lau sạch sau khi sử dụng cho người bệnh hoặc khi bị bắn.

Bao đo huyết áp giắt khi bẩn hoặc có mùi hôi.

Không được để hệ thống dây bị xoắn hay rối...

2.3. Quy trình thực hành kỹ thuật sử dụng máy Monitor

TT	Các bước thực hiện	Lý do
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh:	
	- Nhận định tri giác, sự hợp tác	
	- Xác định đúng NB	- Tránh nhầm NB
	- Thông báo với NB về thủ thuật	- NB biết, hợp tác
	- Hướng dẫn NB tháo vật dụng bằng kim loại và phát sóng điện từ có trên người .	- Tránh nhiễu sóng khi máy hoạt động
	- Vệ sinh vùng ngực và bụng người bệnh	- Tạo sự tiếp xúc điện cực với NB tốt
2	Chuẩn bị điều dưỡng:	Hạn chế nhiễm khuẩn chéo
	Trang phục, rửa/sát khuẩn tay	
3	Cấp điện, khởi động máy:	
	- Nối dây nguồn vào máy	- Cấp điện, khởi động máy
	- Ấn và giữ phím nguồn khoảng 2 giây	
4	Cài đặt ngày và giờ:	
	- Ấn phím MENU	- Để vào chương trình hoạt động của máy
	- Ấn phím DETA & TIME lựa chọn, và ấn vào các phím năm, tháng, ngày, giờ, phút	- Để hiển thị cửa sổ DETA & TIME (ngày và giờ), cài đặt ngày, giờ theo dõi người bệnh
	- Ấn vào phím SET	- Để nhớ lưu lại các động tác đã làm
	- Ấn phím HOME	- Quay về màn hình theo dõi
5	Cài đặt tên người bệnh:	

	- Ấn phím MENU, chọn và ấn vào cửa sổ PATIENT INFO.	- Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ PATIENT INFO.
	- Ấn phím KEYBOARD vào các ký tự chữ trên bàn phím rồi chạm vào phím SET.	- Nhập tên người bệnh và lưu lại
6	Cài đặt chế độ theo dõi nhịp tim:	
	- Ấn phím MENU, rồi phím ECG	- Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ ECG
	- Tại cửa sổ HR/PR ấn vào giới hạn trên dưới, ấn nhẹ vào phím tăng giảm để điều chỉnh.	VITAL ALARM (cảnh báo nhịp tim) - Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới nhịp tim cho phép của người bệnh.
	- Ấn vào phím HOME	- Quay lại màn hình theo dõi
7	Cài đặt chế độ theo dõi huyết áp:	
	- Ấn nhẹ phím MENU, sau đó ấn phím NIBP	- Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ NIBP VITAL ALARM.
	- Tại cửa sổ SYS ấn nhẹ vào phím giới hạn trên, dưới, ấn phím tăng hay giảm. - Tại cửa sổ MEAN ấn vào phím giới hạn trên, dưới rồi ấn phím tăng hay giảm	- Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới của huyết áp tối đa cho phép của người bệnh - Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới HA trung bình cho phép của người bệnh.
	- Ấn vào phím HOME	- Trở về màn hình ban đầu
8	Cài đặt chế độ theo dõi nhịp thở:	
	- Ấn vào phím MENU, phím RESP để hiển thị cửa sổ REST VITAL ALARM.	- Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ REST VITAL ALARM.

	- Ấn vào phím tăng hay giảm	- Đặt giới hạn trên và giới hạn dưới nhịp thở cho phép của người bệnh.
	- Ấn phím HOME	- Về màn hình theo dõi ban đầu
9	Cài đặt chế độ theo dõi nhiệt độ:	
	- Ấn vào phím MENU, vào phím TEMP	- Để hiển thị cửa sổ MENU, cửa sổ TEMP VITAL ALARM
	- Ấn vào phím giới hạn trên, dưới, phím tăng, giảm.	- Cài đặt giới hạn trên và giới hạn dưới nhiệt độ cho phép của người bệnh.
	- Ấn phím HOME	- Trở về màn hình theo dõi ban đầu
10	Cài đặt chế độ theo dõi bão hòa oxy (SpO ₂)	
	- Ấn vào phím MENU, phím SpO ₂	- Để cửa sổ hiển thị MENU, cửa sổ SpO ₂ VITAL ALARM.
	- Ấn vào phím giới hạn trên, dưới, phím tăng, giảm.	- Cài đặt giới hạn trên và giới hạn dưới SpO ₂ cho phép của người bệnh.
	- Ấn phím HOME	- Trở về màn hình theo dõi ban đầu
11	Theo dõi điện tim, nhịp thở, nhịp tim:	- Điện cực tiếp xúc với người bệnh
	- Dán điện cực vào người bệnh: dán vào 3 vị	- Để nối Monitor với người bệnh
	trí: <i>trên thành ngực phải, ngực trái và dưới mạng sườn trái (xem hình - 3 lead ECG).</i>	- Đánh giá sự hoạt động của tuần hoàn và hô hấp.

	- Gắn đầu kẹp điện cực vào điện cực dán, nối cáp điện cực vào dây nối ECG, nối dây nối ECG vào ổ cắm Monitor.	
	- Quan sát ECG, nhịp thở, nhịp tim trên màn hình theo dõi của monitor (Home).	
12	Theo dõi SpO ₂ :	
	- Lựa chọn ống đo, nối ống với dây SpO₂, nối dây SpO₂ vào máy Monitor	- Theo dõi độ bão hòa oxy mao mạch
	- Gắn ống đo vào người bệnh	- Để thiết bị đo tiếp xúc với người bệnh
	- Quan sát SpO₂ trên màn hình trên màn hình theo dõi (Home).	- Đánh giá độ bão hòa oxy mao mạch người bệnh.
13	Theo dõi huyết áp:	
	- Lựa chọn bao đo huyết áp, nối bao đo vào dây dẫn khí đo huyết áp.	- Theo dõi được chính xác chỉ số huyết áp của người bệnh.
	- Xác định động mạch vùng khuỷu tay, quấn băng đo huyết áp vào tay người bệnh	- Quấn băng đo HA đúng vị trí. - Để đo và theo dõi chỉ số huyết áp (chế độ đo bằng tay).
	- Ấn vào phím START/STOP trên thân máy	- Quay lại màn hình theo dõi
	- Ấn vào phím HOME	
14	Theo dõi nhiệt độ:	
	- Lấy đầu dò đo nhiệt độ, nối với dây dẫn nhiệt, khe cắm trên Monitor	- Để nối máy với người bệnh
	- Gắn đầu dò nhiệt độ vào người bệnh	
	- Để máy tiếp xúc với da người bệnh	
	Dữ liệu về nhiệt độ sẽ được hiển thị trên màn hình.	

15	Nhận định kết quả và xử trí	
	Quan sát kết quả trên màn hình, dấu hiệu cảnh báo đã cài đặt để nhận định.	
	Chăm sóc và báo cáo BS khi NB có diễn biến bất thường	
16	Thu dọn dụng cụ:	
	Tắt máy: ấn và giữ phím nguồn trong 2 giây	Để ngắt nguồn điện
	Tháo băng huyết áp, các đầu điện cực, đầu dò nhiệt độ ra khỏi người bệnh. Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái.	
	- Vệ sinh vùng da gắn điện cực	Làm sạch vùng da gắn điện cực
	Rút các đầu dây nối ra khỏi máy. Rút dây nguồn	Thu dọn dụng cụ sau khi sử dụng
	- Vệ sinh máy bằng khăn mềm	Bảo quản máy sau sử dụng
17	Ghi hồ sơ chăm sóc: Ghi hồ sơ chăm sóc: Ghi đầy đủ kết quả đã theo dõi theo thời gian, Đảm bảo theo dõi liên tục diễn biến của người bệnh xảy ra trong quá trình theo dõi (nếu có)	

3. Sử dụng máy truyền dịch

Máy truyền dịch là một thiết bị được sử dụng để tiêm truyền liên tục với tốc độ được kiểm soát (rất tốt khi truyền tốc độ rất chậm) các thuốc, chất dinh dưỡng, máu và một số hóa chất nhằm điều trị, nuôi dưỡng người bệnh, đặc biệt là đối với trẻ sơ sinh, sơ sinh non tháng tại các đơn vị điều trị tích cực hay chăm sóc đặc biệt trong bệnh viện.

3.1. Nguyên tắc sử dụng máy truyền dịch

- Biết hiệu chuẩn (số lượng dịch chảy xuống) của dịch truyền trong một ml.

+ Nhỏ giọt vi mô: 60 giọt/ml.

+ Nhỏ giọt vĩ mô: 15 - 20 giọt/ml.

- Xác định thời gian dịch chảy cho một lít. Tính toán số ml/giờ (tốc độ chảy theo giờ) bằng cách chia số lượng dịch cho số giờ:

$$\text{ml/giờ} = \frac{\text{Tổng số dịch truyền (ml)}}{\text{Số giờ truyền}}$$

- Chọn một trong các công thức tính tốc độ dịch chảy trong một phút (giọt/phút) dựa vào hiệu chuẩn:

$$\text{ml/giờ}/60 \text{ phút} = \text{ml/phút}.$$

$$\text{ml/giờ} \times \text{số hiệu chuẩn}/60 \text{ phút} = \text{số giọt/phút}.$$

- Xác định tốc độ dịch chảy theo giờ. Kiểm tra túi dịch truyền và ghi hồ sơ một cách thứ tự, chú ý loại dịch, tên người bệnh, thời gian kéo dài của truyền dịch và dự đoán thời gian bắt đầu và kết thúc cho mỗi lần truyền.

- Tham khảo sự hướng dẫn của nhà sản xuất cho việc sử dụng máy truyền dịch. Nếu cần phải kiểm soát áp lực, đảm bảo túi dịch truyền nằm phía trên vị trí truyền.

- Theo dõi tốc độ dịch truyền và vị trí truyền để phát hiện những biến chứng. Sử dụng đồng hồ để kiểm tra tốc độ dịch truyền, ngay cả khi truyền bằng máy. Đánh giá tình trạng của hệ thống khi có chuông báo hiệu. Cần phải đảm bảo nguồn liên tục và nên luôn có pin ở chế độ chờ sẵn sàng sử dụng.

- Phải có chế độ bảo trì và kiểm tra thường xuyên về mặt kỹ thuật.

- Không bao giờ được phép điều chỉnh hay lắp đặt trong lúc đã kết nối với người bệnh (phải điều chỉnh các thông số và chạy thử ổn định sau đó mới lắp vào người bệnh).

- Cần được tính toán pha thuốc theo đúng liều lượng chỉ định.

- Kỹ thuật pha thuốc nên thực hiện theo phương thức là hút dung môi vào bơm tiêm trước, sau đó đuổi khí và đẩy bớt dịch dung môi ra ngoài và

mới bơm hút dịch thuốc vào sau (cách này làm cho thể tích dung môi và thuốc là chính xác và lượng thuốc không bị mất đi).

- Cần có nhãn dán trực tiếp lên bơm tiêm ghi rõ: tên thuốc, liều, tốc độ, giờ bắt đầu, giờ kết thúc (nếu cần).

- Trong quá trình bơm tiêm hoạt động cần kiểm tra thường xuyên sự hoạt động liên tục của bơm tiêm.

- Kiểm tra đường truyền, các khớp nối tránh tình trạng gập hay tắc nghẽn đường truyền. Đường truyền dẫn thuốc (bơm tiêm điện) cần có tốc độ truyền ổn định và liên tục, không nên điều chỉnh tốc độ ở đường truyền này (dành riêng một đường truyền ưu tiên).

- Khi vận chuyển người bệnh cần phải kiểm soát và tính toán quãng đường (cảnh giác hết pin do đường đi quá xa).

- Khi dùng bơm tiêm điện hay bơm truyền dịch, điều dưỡng viên phải theo dõi sát tình trạng đáp ứng thuốc và không đáp ứng hoặc đáp ứng quá mức để thông báo chỉ định điều chỉnh liều lượng, tốc độ kịp thời.

3.2. Bảo quản máy truyền dịch

- Vệ sinh máy sau khi dùng cho NB: bằng khăn mềm thấm nước hoặc dung dịch sát khuẩn vắt khô trước khi lau.

- Để máy trong phòng thoáng mát, khô ráo.

- Không để bất kỳ đồ vật gì lên trên máy.

- Khi hỏng hoặc sử dụng có vấn đề phải báo sửa chữa ngay.

3.3. Quy trình thực hành kỹ thuật sử dụng máy truyền dịch

TT	Các bước thực hiện	Lý do
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh:	

	- Nhận định sự hợp tác của bệnh nhân, vị trí truyền dịch, tình trạng NB - Thực hiện 5 đúng - Thông báo cho người bệnh về thủ thuật - Hướng dẫn NB VS trước khi truyền (nếu cần)	- Phòng sai sót - NB hiểu, yên tâm hợp tác
2	Chuẩn bị điều dưỡng:	
	Trang phục, vệ sinh tay, đi găng	
3	Chuẩn bị máy truyền dịch, dịch truyền:	
	- Nối dây nguồn vào máy	Cấp điện, khởi động máy
	- Cắm dây nối đầu dò nhỏ giọt vào máy	
	- Ấn phím bật/tắt (ON/OFF)	
	- Kiểm tra dịch truyền, 5 đúng	
4	Chuẩn bị đường truyền: xé túi đựng dây truyền, điều chỉnh khóa về phía dưới (gần kim), cắm dây truyền vào chai dịch, đuổikhí.	Chuẩn bị dịch truyền, Đảm bảo không có khí trong hệ thống dây truyền dịch
5	Mở cửa của thân máy, nhấn cần kẹp ống phía dưới cửa, mở kẹp ra cho đến khi nghe tiếng click	Gắn bộ dây truyền dịch vào thân máy
6	Lắp đầu dò nhỏ giọt vào vị trí 2/3 trên của bầu nhỏ giọt.	Để xác định số giọt dịch truyền/ml
7	Ấn phím mũi tên “Lên/ Xuống”	Để máy xác nhận và lựa chọn đúng bộ truyền dịch được sử dụng
8	Ấn phím “Select” phím mũi tên “Lên/ Xuống”	Cài đặt tốc độ truyền dịch

9	Ấn phím “Select” phím mũi tên lên	Cài đặt giới hạn thể tích truyền dịch
10	Nhấn PURGE để hiển thị PURGE nhả ra rồi nhấn lại	Để thực hiện bơm nhanh tổng hết bọt khí ra khỏi đường truyền dịch (nếu có)
11	Đưa kim của bộ truyền dịch vào tĩnh mạch người bệnh (thực hiện truyền dịch)/hoặc thay vào đường truyền đã có.	Để nối máy truyền với người bệnh
12	Ấn phím START	Để bắt đầu truyền dịch
13	Thường xuyên theo dõi NB trong khi truyền dịch:	An toàn cho NB khi truyền dịch
	Lượng dịch còn lại trong chai và lượng dịch đã chảy xuống máy, báo động của máy (đường truyền không thông, có bọt khí,...); các triệu chứng bất thường hoặc NB khó chịu, rét run, khó thở,...	
	- Xử lý những bất thường (nếu có) ...	
14	Khi sử dụng xong, Ấn phím STOP Ấn phím ON/OFF	Ngừng truyền dịch, tắt máy
15	Thu dọn dụng cụ, phân loại chất thải: Lau chùi máy bằng khăn mềm	KSNK Bảo quản máy sau khi dùng
16	Ghi hồ sơ chăm sóc: - Ghi ngày, giờ thực hiện, tên dịch, tốc độ, thời gian (thuốc, liều lượng, hàm lượng nếu có). - Diễn biến của người bệnh xảy ra trong và sau khi truyền.	Để đảm bảo việc chăm sóc được liên tục và tiện lợi.

4. Sử dụng máy bơm tiêm điện

Bơm tiêm điện là một loại thiết bị được sử dụng để tiêm liên tục thuốc với tốc độ rất chậm trong thời gian dài, để duy trì nồng độ thuốc ổn định trong máu người bệnh.

Bơm tiêm điện được sử dụng kèm với các loại bơm tiêm thông dụng có nhiều thể tích khác nhau: 10, 20, 30 và 50 ml.

Với mỗi loại bơm tiêm thì máy lại có một chế độ tiêm khác nhau cho phù hợp, như đối với loại bơm tiêm 50ml thì tốc độ tối đa cho phép là 1500 ml/giờ.

Bơm tiêm điện được thiết kế có hệ thống an toàn để duy trì nguồn điện cung cấp cho máy hoạt động trong trường hợp đang tiêm cho người bệnh bị mất điện đột xuất.

4.1. Mục đích

Duy trì nồng độ thuốc ổn định trong cơ thể người bệnh.

Truyền dịch hay dùng thuốc với liều thấp, đòi hỏi độ an toàn cao và ổn định.

4.2. Nguyên tắc sử dụng

Pha thuốc cần phải tính toán theo đúng liều lượng chỉ định.

Cần có nhãn dán trực tiếp lên bơm tiêm ghi rõ: tên thuốc, liều dùng, tốc độ, giờ bắt đầu, giờ kết thúc.

Phải điều chỉnh các thông số và chạy thử ổn định sau đó mới lắp vào người bệnh.

Trong quá trình bơm tiêm hoạt động cần kiểm tra thường xuyên sự hoạt động liên tục của bơm tiêm, tránh tình trạng gập hay tắc nghẽn đường truyền và khớp nối.

Đảm bảo nguồn điện liên tục, luôn có pin ở chế độ chờ sẵn sàng sử dụng.

Điều dưỡng cần theo dõi sát tình trạng đáp ứng thuốc và không đáp ứng hoặc đáp ứng quá mức trong quá trình dùng bơm tiêm điện để thông báo BS chỉ định điều chỉnh liều lượng, tốc độ kịp thời.

4.3. Bảo quản bơm tiêm điện Vệ sinh máy sau khi dùng cho NB: bằng khăn mềm thấm nước hoặc dung dịch sát khuẩn vắt khô trước khi lau. Để

máy trong phòng thoáng mát, khô ráo Không để bất kỳ đồ vật gì lên trên máy
 Khi hỏng hoặc sử dụng có vấn đề phải báo sửa chữa ngay.

4.4. Quy trình thực hành kỹ thuật sử dụng máy bơm tiêm điện

TT	Thực hiện	Lý do
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh:	
	- Nhận định: đúng NB, ý thức, tình trạng NB, vị trí tiêm, tiền sử dị ứng, sự hợp tác, chỉ định của BS. - Thông báo cho người bệnh về thủ thuật sắp làm	
2	Chuẩn bị điều dưỡng: Trang phục, vệ sinh tay, đi găng	Hạn chế nhiễm khuẩn chéo
3	Chuẩn bị dụng cụ: Bơm tiêm cỡ phù hợp, kim tiêm, dây tiêm, dịch pha, dung dịch sát khuẩn, găng... bơm tiêm điện. - Lấy thuốc vào bơm tiêm: thực hiện - 5 đúng, pha thuốc theo chỉ định, lấy đủ thuốc vào bơm tiêm, lắp dây tiêm, đặt vào khay vô khuẩn.	Dụng cụ đủ, phù hợp
4	Chuẩn bị máy: Nối dây nguồn vào máy Ấn phím ON/OFF	Cấp điện, khởi động máy
5	Lắp bơm tiêm vào máy: Lấy bơm tiêm (đã có thuốc); Nâng kẹp giữ thân bơm tiêm lên	Gắn bơm tiêm vào máy Gắn kẹp với đuôi pittông

	Bóp và di chuyển kẹp giữ đuôi pittông Hạ kẹp giữ thân bơm tiêm xuống	Để giữ chắc chắn thân bơm tiêm
6	Ấn phím SET	Vào chương trình cài đặt chế độ hoạt động của máy
7	Ấn các phím mũi tên	Để cài đặt vận tốc tiêm cho phù hợp với chỉ định của bác sĩ
8	Ấn phím “Bolus” trong khi ấn giữ phím “Total vol”	Để đuổi khí từ bơm tiêm đến đầu mũi kim tiêm
9	Nối dây tiêm vào đường truyền của NB, hoặc thực hiện luồn kim vào TM người bệnh.	Nối hệ thống tiêm với người bệnh
10	Ấn phím START/STOP	Bắt đầu đưa thuốc vào người bệnh
11	Theo dõi trong khi tiêm: cảm giác của NB, mạch, HA, Lượng dịch còn lại trong chai và lượng dịch đã chảy xuống máy, cảnh báo của máy (nếu có). - Xử trí khi có biểu hiện bất thường	An toàn cho NB trong khi tiêm
12	Kết thúc tiêm: Ấn phím START/STOP Nâng kẹp giữ thân bơm tiêm lên Ấn phím ON/OFF	Tạm dừng máy Để nhắc bơm tiêm ra
13	Rút kim, sát khuẩn (nếu NB không có chỉ định truyền dịch tiếp theo).	
14	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác, Lau thân máy Tháo găng, VS tay	Hạn chế nhiễm khuẩn Bảo quản máy
15	Ghi hồ sơ chăm sóc:	Lưu thông tin

	Ghi ngày, giờ thực hiện, tên thuốc, liều lượng và những diễn biến của người bệnh xảy ra trong và sau khi tiêm.	
--	--	--

5. Sử dụng máy ghi điện tâm đồ

Điện tâm đồ (ECG) là đồ thị ghi lại các biến thiên của dòng điện do tim phát ra trong hoạt động co bóp. Máy điện tâm đồ có tác dụng ghi lại hoạt động của tim, người theo dõi có thể đọc được đồ thị hoạt động của tim trên màn hình hoặc ghi ra giấy.

Ghi điện tâm đồ (ghi điện tim) là một phương pháp chẩn đoán đơn giản, không xâm lấn, rẻ tiền giúp phát hiện các rối loạn nhịp, rối loạn dẫn truyền và bệnh mạch vành, ngoài ra còn phát hiện những dấu hiệu khác liên quan đến những rối loạn chuyển hóa (tăng kali máu) hay tăng nhạy cảm với đột tử do tim (hội chứng QT kéo dài).

5.1. Các chuyển đạo để đo điện tâm đồ Cách mắc điện cực để ghi điện tâm đồ gọi là các chuyển đạo hay các đạo trình; các chuyển đạo ghi điện tâm đồ gồm: Chuyển đạo ngoại vi hay chuyển đạo mẫu

Đây là những chuyển đạo hai cực, ghi hiệu số điện thế giữa hai điểm.

Chuyển đạo DI: một điện cực ở cổ tay phải, một ở cổ tay trái.

Chuyển đạo DII: một điện cực ở tay phải, một ở cổ chân trái.

Chuyển đạo DIII: một điện cực ở cổ tay trái, một ở cổ chân trái.

Chuyển đạo một cực ở các chi.

Theo cách mắc của golbugu: bỏ đi một nhánh nối giữa một chi với cực trung tâm. Như thế biên độ sóng điện tâm đồ sẽ lớn hơn, các chuyển đạo này có ký hiệu là aVR, aVL, aVF.

Các chuyển đạo trước tim.

Đây cũng là những chuyển đạo đơn cực. Điện cực thăm dò đặt trên các điểm ở ngực, còn một điện cực nối với cực trung tâm.

Loại chuyển đạo trước tim có ký hiệu là V. Dưới đây là 6 chuyển đạo trước tim thường dùng.

V1: Cực thăm dò ở khoang liên sườn 4 bên phải, sát xương ức.

V2: Cực thăm dò ở khoang liên sườn 4 bên trái, sát xương ức.

V3: Cực thăm dò ở điểm giữa đường thẳng nối V2 với V4.

V4: Cực thăm dò ở giao điểm của đường thẳng đi qua điểm giữa xương đòn trái với đường ngang đi qua mỏm tim (hay nếu không xác định được vị trí mỏm tim thì lấy khoang liên sườn 5 trái).

V5: Cực thăm dò ở giao điểm khoang liên sườn 5 với đường nách trước bên trái

V6: Cực thăm dò ở giao điểm khoang liên sườn 5 với đường nách giữa bên trái.

5.2. Kết quả điện tâm đồ bình thường ở chuyển đạo mẫu

Trong một lần tim co bóp, ghi được các sóng: Sóng P; Khoảng PQ; Phức hợp QRS; Đoạn ST; Sóng T; Có thể còn có sóng U hoặc không có.

Sóng P: Cho biết hoạt động khử cực của tâm nhĩ.

Khoảng PQ: Cho biết thời gian dẫn truyền xung động từ tâm nhĩ đến tâm thất .

Phức bộ QRS hay sóng nhanh QR: Cho biết hoạt động khử cực của hai tâm thất.

Đoạn ST: ứng với thời kỳ tâm thất được kích thích đồng nhất, thời kỳ khử cực hoàn toàn của thất. Sóng T: ứng với thời kỳ tái cực của tâm thất.

Đoạn QT: thời gian tâm thu điện học của thất.

5.3. Bảo quản máy ghi điện tim

Sau khi dùng phải tắt máy

Vệ sinh máy: Lau chùi sạch bằng khăn mềm, lau sạch dây cuộn gọn gàng.

Đề máy trong phòng thoáng mát, khô ráo.

Không để bất kỳ đồ vật gì lên trên máy Khi hỏng hoặc sử dụng có vấn đề phải báo sửa chữa ngay

5.4. Quy trình thực hành kỹ thuật sử dụng máy ghi điện tim

TT	Thực hiện	Lý do
1	Nhận định và chuẩn bị người bệnh: - Xác định NB và thông tin cá nhân của NB - Thông báo, giải thích cho NB về thủ thuật - NB nằm ngửa thoải mái, tháo đồ trang sức bằng kim loại; nếu là TE có thể phải dùng thuốc an thần (nếu không hợp tác).	- Tránh nhầm lẫn NB và kết quả điện tâm đồ. - NB yên tâm hợp tác - Kết quả không bị nhiễu
2	Chuẩn bị điều dưỡng: trang phục, VS tay	
3	Chuẩn bị dụng cụ: Máy ghi điện tâm đồ phù hợp với chỉ định; dây tiếp đất, đủ dây dẫn và điện cực; gel...	
4	Sát khuẩn vị trí sẽ đặt điện cực trên da NB bằng gạc tẩm cồn.	Để da và điện cực được tiếp xúc tốt
5	Gắn điện cực vào thành ngực NB Bôi một lớp gel mỏng rồi gắn các điện cực tại các vị trí: - V1 đo: Khoang liên sườn 4, sát bờ phải xương ức.	Xác định đúng vị trí điện cực tiếp được điện tâm đồ chuẩn.

	- V2 vàng: Khoang liên sườn 4, sát bờ trái xương ức. - V3 xanh: Giữa V2 và V4. - V4 nâu: Giao điểm khoang liên sườn 5 với đường giữa xương đòn bên trái - V5 đen: Giao điểm khoang liên sườn 5 với đường nách trước bên trái. - V6 tím: Giao điểm khoang liên sườn 5 với đường nách giữa bên trái.	
6	Kẹp điện cực vào các chi: Bôi gel trước khi kẹp điện cực vào chi - RA đỏ: Cổ tay phải - LA vàng: Cổ tay trái - LL xanh: Cổ chân trái - RL đen: Cổ chân phải	
7	Gắn dây dẫn từ máy vào các điện cực tương ứng	Cho máy tiếp xúc với người bệnh
8	Kiểm tra lại dây dẫn và các điện cực: Kiểm tra xem dây dẫn được nối đúng và phù hợp với các điện cực, dây dẫn có bị căng quá hoặc quá lỏng.	
9	Nhắc nhở người bệnh nằm yên, thư giãn, thở đều, không vận động trong khi ghi điện tâm đồ.	Để ghi được điện tâm đồ tốt nhất mà không bị nhiễu sóng.
10	Ghi sóng chuẩn: Ấn vào nút TEST Ấn nhẹ vào nút ghi điện tâm đồ	Làm cơ sở cho đọc kết quả. Ghi được hình ảnh điện tâm đồ của các chuyển đạo.
11	Nếu thấy dấu hiệu bất thường: Kiểm tra lại điện cực, điểm nối điện cực - dây dẫn	Xử lý nguyên nhân gây đồ thì bị nhiễu hoặc mờ.

12	Động viên người bệnh	Để người bệnh cảm thấy thoải mái và yên tâm khi ghi điện tâm đồ
13	Nếu phát hiện thấy có hình ảnh rối loạn nhịp tim: Ghi lại chuyển đạo DII và V1.	Xác định được rõ hơn sự rối loạn nhịp tim.
14	Lấy phiếu ghi điện tim từ máy in, ghi đủ các thông tin cần thiết: Đảm bảo ECG được dán đúng tên người bệnh (họ tên người bệnh, số phòng và ngày giờ tiến hành làm thủ thuật).	Tránh nhầm lẫn kết quả của người bệnh.
15	Xong kỹ thuật và trả kết quả: - Tháo điện cực, vệ sinh da cho NB - Chuyển kết quả cho BS đọc trước khi trả cho NB, hoặc dán kết quả vào hồ sơ NB (NB đang nằm viện).	
16	Thu dọn dụng cụ: Vệ sinh máy bằng khăn mềm sạch, sắp xếp dụng cụ theo quy định Phân loại chất thải, vệ sinh tay.	Bảo quản máy, giúp thủ thuật được tiến hành thuận lợi cho người bệnh sau

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Chọn câu trả lời đúng nhất

Câu 1. Sử dụng bơm tiêm điện để tiêm thuốc cho người bệnh trong trường hợp:

- A. Tất cả người bệnh có chỉ định tiêm thuốc
- B. Người bệnh phải tiêm một loại thuốc nhiều lần/ngày
- C. Người bệnh trong tình trạng nặng

D. Người bệnh cần duy trì lượng thuốc ổn định trong máu liên tục theo thời gian

Câu 2. Áp dụng ghi điện tâm đồ cho những đối tượng:

- A. Người bệnh có bệnh tim
- B. Người bệnh tăng huyết áp
- C. Những người có nhu cầu, hoặc có chỉ định
- D. Người bệnh Basodow

Câu 3. Monitor dùng để theo dõi các chỉ số của người bệnh, ngoại trừ:

- A. Nhiệt độ, nhịp thở, mạch, huyết áp
- B. Độ bão hoà oxy (SpO₂)
- C. Điện tim
- D. Tri giác

Câu 4. Nội dung bảo quản máy y tế, ngoại trừ:

- A. Lau chùi máy mỗi ngày/sau khi dùng bằng khăn mềm thấm cồn
- B. Để máy trong phòng thoáng mát, khô ráo
- C. Không để bất kỳ đồ vật gì lên trên máy
- D. Khi hỏng hoặc sử dụng có vấn đề phải báo sửa chữa ngay

2. Tình huống thực hành

Ông B bị suy tim. Bác sĩ chỉ định thuốc dopamin tiêm bằng bơm tiêm điện. Điều dưỡng đã thực hiện y lệnh.

1. Khi cần đuổi khí trong dây tiêm bạn sẽ sử dụng phím chức năng nào? (chọn một đáp án đúng nhất)

- A. Select
- B. Purge
- C. Power
- D. Clear

2. Sau khi bơm tiêm điện hoạt động được một thời gian, đèn báo hiệu thuốc tiêm bị ngừng, hành động đầu tiên của người điều dưỡng viên là gì (chọn một đáp án đúng nhất).

- A. Di chuyển dây tiêm cho đến khi dịch chảy trở lại
- B. Cài đặt lại máy bằng cách tắt đi và bật lại
- C. Báo bác sĩ
- D. Quan sát kiểm tra toàn bộ đường truyền để xem có bị xoắn vặn, bị gập hay có khí vào không.

3. Thực hành sử dụng bơm tiêm điện để tiêm thuốc cho người bệnh (thực hiện trên mô hình hoặc trên NB - nếu có).

ĐÁP ÁN

1. Chọn câu trả lời đúng nhất:

Câu 1: D Câu 2: C Câu 3: D Câu 4: A 2.

Tình huống thực hành:

Tình huống: 1.B, 2.D

BÀI 37: ÁP DỤNG PHÒNG NGỪA CHUẨN TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

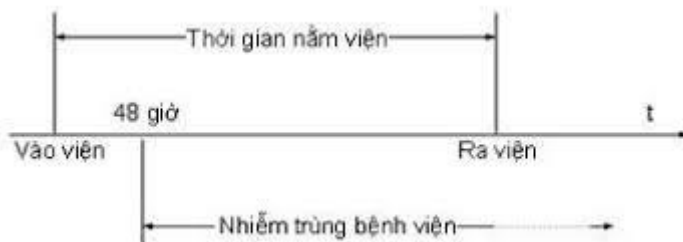
MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên tắc và các nội dung Phòng ngừa chuẩn.
2. Nhận dạng được các tình huống cần áp dụng phòng ngừa chuẩn trong CSNB.
3. Thực hành đúng các quy định Phòng ngừa chuẩn phù hợp với thực tế tại bệnh viện.
4. Lựa chọn và sử dụng được các phương tiện phòng hộ cá nhân (Personal protective equipment) phù hợp với các tình huống CSNB.
5. Phân loại đúng chất thải rắn y tế.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa nhiễm khuẩn bệnh viện

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) hay còn gọi là nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế (Healthcare Associated Infection - HAI) là các nhiễm khuẩn xảy ra trong quá trình người bệnh (NB) được chăm sóc, điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) mà không hiện diện hoặc ủ bệnh khi nhập viện. Nhìn chung, các nhiễm khuẩn xảy ra sau nhập viện 48 giờ (2 ngày) thường được coi là NKBV.



Sơ đồ 1. Minh họa liên quan giữa thời gian nhập viện và NKBV

2. Bảng chứng liên quan tới nkbt

Theo Trung tâm kiểm soát bệnh Hoa Kỳ (CDC), trong khoảng 31 người bệnh trong các bệnh viện thì có ít nhất một ca viêm nhiễm liên quan đến chăm sóc sức khỏe tại Mỹ. Hằng năm ở Mỹ có 1,7 triệu người mắc NKBV, người bệnh mắc NKBV phải kéo dài thêm 17,6 ngày nằm viện và gia tăng chi phí điều trị là 1100 US\$ /người bệnh NKBV.

Tại Việt Nam tỷ lệ NKBV chung ở NB nhập viện từ 5%-10% tùy theo đặc điểm và quy mô bệnh viện. Các loại NKBV thường gặp là viêm phổi bệnh viện, nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN).

Số lượng vi khuẩn có ở 1 cm² da lành của NB thay đổi từ 10² đến 10⁶ vi khuẩn, nhiều nhất là ở vùng bẹn, vùng hố nách, vùng nếp khuỷu tay, bàn tay. Có 25% da người bình thường mang *S. aureus*, da người mắc bệnh tiểu đường, NB lọc máu chu kỳ và người viêm da mạn tính có *S. aureus* định cư cao hơn.

Nhiều nghiên cứu tại Việt Nam cho thấy tỷ lệ NVYT tuân thủ các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK) trong chăm sóc NB nói chung và NB phẫu thuật nói riêng thường chỉ đạt tỷ lệ 50% - 70%. Các nghiên cứu đã chứng minh tuân thủ thực hiện vệ sinh tay (VST) làm giảm 30% - 50% NKBV. Phổ vi khuẩn vẫn lại là thủ phạm chính gây NKBV, có thể loại bỏ dễ dàng bằng VST thường quy (rửa tay với nước và xà phòng thường hoặc chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn trong thời gian 20 giây-30 giây).

3. Phòng ngừa chuẩn

3.1. Định nghĩa

Phòng ngừa chuẩn (PNC) là các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho mọi người bệnh không phụ thuộc vào chẩn đoán, tình trạng nhiễm trùng và thời điểm khám, điều trị, chăm sóc dựa trên nguyên tắc coi máu, chất tiết và chất bài tiết của người bệnh đều có nguy cơ lây truyền bệnh.

3.2. Nguyên tắc Phòng ngừa chuẩn

Nguyên tắc của Phòng ngừa chuẩn là coi tất cả máu, dịch sinh học, các chất tiết, chất bài tiết (trừ mồ hôi) đều có nguy cơ lây bệnh truyền nhiễm.

Phòng ngừa chuẩn là các thực hành cơ bản được áp dụng mọi lúc, mọi nơi trong mọi cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Tuân thủ Phòng ngừa chuẩn là chiến lược quan trọng nhất để làm giảm nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế cho người bệnh, làm giảm phơi nhiễm nghề nghiệp cho nhân viên y tế.

Áp dụng Phòng ngừa chuẩn trong quá trình chăm sóc cho mỗi người bệnh dựa vào bản chất của sự tác động qua lại giữa cán bộ y tế với người bệnh, khả năng phơi nhiễm với máu, dịch sinh học và các chất tiết của cơ thể để lựa chọn các phương tiện phòng hộ cá nhân và các thực hành thích hợp.

3.3. Máu và các chất tiết của cơ thể có thể truyền tác nhân gây bệnh

Tất cả máu và sản phẩm của máu

Tất cả các chất tiết nhìn thấy máu

Dịch âm đạo

Tinh dịch

Dịch màng phổi

Dịch màng tim

Dịch não tủy

Dịch màng bụng

Dịch màng khớp

Nước ối

Chú ý: Máu và chất tiết, dịch tiết kể trên không chỉ có thể truyền bệnh từ người bệnh mà còn có thể truyền bệnh từ môi trường bị vấy máu, dịch tiết, chất tiết.

3.4. Phòng ngừa bổ sung

Bên cạnh phòng ngừa chuẩn áp dụng chung cho máu và dịch tiết của tất cả người bệnh. Tổ chức Y tế thế giới và Trung tâm kiểm soát bệnh Hoa Kỳ còn khuyến cáo các biện pháp phòng ngừa bổ sung như sau:

Phòng ngừa lây truyền qua đường không khí: áp dụng cùng với PNC cho những NB nghi ngờ có nhiễm tác nhân gây bệnh có thể lây truyền theo đường không khí như: sởi, thủy đậu Herpes zoster Varicella Zoster, lao phổi, SARS, H5N1 trong những thủ thuật tạo khí dung, cán bộ y tế cần mang khẩu trang hô hấp đặc biệt.

Phòng ngừa lây truyền qua đường giọt bắn: áp dụng cùng với PNC cho những NB nghi ngờ có nhiễm những bệnh lây truyền qua giọt bắn như nhiễm Haemophilus influenza type B, Neisseria meningitis, não mô, cầu ho gà, bạch hầu viêm phổi do Mycoplasma; một số nhiễm siêu vi nặng như quai bị và Rubelle.

Phòng ngừa lây truyền qua đường tiếp xúc: áp dụng PNC và Phòng ngừa lây truyền qua đường tiếp xúc đối với những NB nghi ngờ có nhiễm một số bệnh dễ lây truyền qua đường tiếp xúc như: nhiễm khuẩn da, đường ruột do vi khuẩn đa kháng, bạch hầu, Herpes simplex virus.

3.5. Các nội dung của Phòng ngừa chuẩn

Vệ sinh tay

Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân

Vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho

Sắp xếp người bệnh

Tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn

Vệ sinh môi trường

Xử lý dụng cụ

Xử lý đồ vải

Xử lý chất thải

4. Vệ sinh tay thường quy

4.1. Thời điểm vệ sinh tay thường quy

Trước khi tiếp xúc trực tiếp với mỗi NB.

Trước khi thực hiện mỗi thủ thuật sạch/vô khuẩn.

Ngay sau mỗi khi tiếp xúc với máu, dịch cơ thể.

Sau khi tiếp xúc trực tiếp với mỗi NB.

Sau tiếp xúc với bề mặt đồ dùng, vật dụng trong buồng bệnh.



Hình 1. 5 thời điểm phải vệ sinh tay

Ngoài ra, các thời điểm chăm sóc sau cũng cần VST:

Khi chuyển từ chăm sóc bẩn sang chăm sóc sạch trên cùng người bệnh. Trước khi mang găng và sau khi tháo găng.

Trước khi vào buồng bệnh và sau khi ra khỏi buồng bệnh.

Mọi NVYT trong buồng phẫu thuật không trực tiếp động chạm vào NB (phụ mê, chạy ngoài, học viên...) phải VST trước khi vào buồng phẫu thuật. Trong buồng phẫu thuật, bất kỳ khi nào bàn tay chạm vào bề mặt thiết bị phương tiện phải VST ngay bằng dung dịch VST chứa cồn.

NVYT khi làm việc trong buồng xét nghiệm cần tuân thủ nghiêm thời điểm 3 và 5 về VST để phòng ngừa lây nhiễm cho bản thân.

4.2. Kỹ thuật vệ sinh tay thường quy

Dù VST bằng xà phòng và nước hoặc chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn cần thực hiện theo kỹ thuật 6 bước:

Bước 1: Chà 2 lòng bàn tay vào nhau.

Bước 2: Chà lòng bàn tay này lên mu bàn tay kia và ngược lại.

Bước 3: Chà 2 lòng bàn tay vào nhau, miết các ngón tay vào các kẽ ngón.

Bước 4: Chà mu các ngón tay này lên lòng bàn tay kia và ngược lại (mu tay để khum khớp với lòng bàn tay).

Bước 5: Chà ngón cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (lòng bàn tay ôm lấy ngón cái).

Bước 6: Chà các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại.

QUY TRÌNH RỬA TAY THƯỜNG QUY



Bước 1: Làm ướt tay bằng nước xà phòng. Chà hai lòng bàn tay vào nhau



Bước 2: Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại



Bước 3: Chà hai lòng bàn tay này vào nhau, miết mạnh các kẽ ngón tay



Bước 4: Chà mặt ngoài các ngón tay này vào lòng bàn tay kia



Bước 5: Xoay ngón tay cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (làm sạch ngón tay cái)



Bước 6: Xoay các đầu ngón tay của tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Làm sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay và lau khô

(Nguồn: Tài liệu kiểm soát nhiễm khuẩn
Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế, 2012)

4.3. Những nội dung cần chú ý khi vệ sinh tay thường quy

Nếu bàn tay nhìn rõ vết bẩn hoặc dính các dịch tiết của cơ thể phải VST bằng nước và xà phòng thường.

Chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn khi tay không trông rõ vết bẩn, sau tháo bỏ găng hoặc khi thăm khám giữa các NB.

Lấy đủ 3ml -5 ml dung dịch VST cho mỗi lần VST.

Tuân thủ đúng kỹ thuật VST. Chà tay cùng hóa chất VST theo đúng trình tự từ bước 1 tới bước 6, mỗi bước chà 5 lần.

Tuân thủ đúng thời gian VST: Thời gian chà tay với hóa chất VST theo quy trình 6 bước phải đạt từ 20 giây-30 giây.

Tránh làm ô nhiễm lại bàn tay sau VST

Không sử dụng máy sấy tay để làm khô tay.

Xem xét lựa chọn loại găng tay không có bột talc để thuận lợi cho việc khử khuẩn tay bằng dung dịch VST chứa cồn.

4.4. Một số hóa chất vệ sinh tay

Bảng 1. Đặc điểm của một số hóa chất vệ sinh tay

Đặc điểm	Alcohol	Iodine	Chlorhexidine
Cơ chế tác dụng	Thoái hóa protein của VSV	Oxy hóa của	Tăng tính thấm màng tế bào VSV
Phổ diệt khuẩn	Gr (+), Gr (-), lao	Gr (+), Gr (-)	Gr (+), Gr (-), lao
Nấm	Tốt	Tốt	Tốt
Virus	Vừa	Yếu	Tốt
Nha bào	Không	Có	Không
Thời gian tác dụng	Nhanh	Chậm	Nhanh, kéo dài
Bị bất hoạt bởi chất hữu cơ	Ít	Nhiều	Ít
Tác dụng phụ	Khô da	Dị ứng da, có thể gây suy giáp ở trẻ sơ sinh	Kích ứng da

(Nguồn: Hướng dẫn về thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh - Bộ Y tế, 2017)

5. Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân

5.1. Các loại phương tiện phòng hộ cá nhân (PTPHCN)

Phương tiện phòng hộ cá nhân gồm:

Găng tay; Khẩu trang; Áo choàng cách ly

Tạp dề; Mũ; Kính/mặt nạ; Ủng hoặc bao giày

5.2. Lựa chọn các PTPHCN

Cần có sự lựa chọn hợp lý PTPHCN như một phần của biện pháp phòng ngừa chuẩn. Khi lựa chọn các PTPHCN, nhân viên y tế nên thực hiện việc đánh giá nguy cơ phơi nhiễm đối với các bệnh truyền nhiễm liên quan đến các quy trình kỹ thuật định làm khi chăm sóc người bệnh hàng ngày. Việc lựa chọn PTPHCN cần chú ý những điểm dưới đây:

Loại thủ thuật

Khả năng phơi nhiễm với máu, hoặc dịch cơ thể và những loại dịch khác

Da tay NVYT tiếp xúc có bị trầy xước không Có

đủ các PTPHCN để sử dụng không

Bảng dưới đây hướng dẫn lựa chọn phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp cho những tình huống khác nhau.

Bảng 2. Lựa chọn các phương tiện phòng hộ cá nhân

Các tình huống thực hành	Vệ sinh tay	Găng tay	Áo choàng cách ly	Khẩu trang y tế	Kính bảo hộ
Luôn sử dụng trước và sau khi tiếp xúc với người bệnh và sau khi tiếp xúc với môi trường nhiễm khuẩn.	x				
Nếu tiếp xúc trực tiếp với máu, dịch cơ thể, chất bài tiết, đờm, dịch mũi, da không lành lặn.	x	x			
Nếu có nguy cơ bắn dịch lên cơ thể nhân viên y tế	x	x	x		
Nếu có nguy cơ bắn dịch lên cơ thể và mặt nhân viên y tế	x	x	x	x	x

(Nguồn: Tổng hợp từ nguồn Tài liệu kiểm soát nhiễm khuẩn Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế, 2012)

5.3. Mang găng

5.3.1. Mục đích

Bảo vệ người bệnh tránh được sự lây truyền các tác nhân gây bệnh khi NVYT thực hiện các thao tác vô khuẩn.

Bảo vệ tay nhân viên y tế bằng cách tạo hàng rào ngăn cách không cho máu và dịch của người bệnh tiếp xúc với da tay của NVYT, ngăn cách các tác nhân hoá học gây kích ứng da và giữ nguyên được cảm giác của da tay.

5.3.2. Quy trình mang găng

Vệ sinh tay.

Chọn găng tay thích hợp với kích cỡ tay. Mở hộp (bao) đựng găng.

Dùng một tay chưa mang găng để vào mặt trong của nếp gấp găng ở cổ tay để mang cho tay kia.

Dùng 4 ngón tay của tay mang găng đặt vào nếp gấp mặt ngoài cổ găng còn lại để mang găng cho tay kia. Chỉnh lại găng cho khít bàn tay.

Chú ý: găng tay trùm ra ngoài cổ tay áo choàng khi chăm sóc người bệnh

Trong quá trình mang găng vô khuẩn, không được đụng vào mặt ngoài găng

5.3.3. Quy trình tháo găng

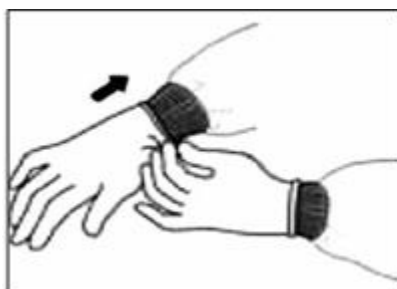
Tay đang mang găng nắm vào mặt ngoài của găng ở phần cổ tay của tay kia, kéo găng lật mặt trong ra ngoài và tháo ra.

Găng vừa tháo ra được cầm bởi tay đang mang găng.

Tay đã tháo găng luồn vào mặt trong của găng ở phần cổ tay găng của tay còn lại, kéo găng lật mặt trong ra ngoài sao cho găng này trùm vào găng kia (hai trong một).

Cho găng bẩn vào túi chất thải lây nhiễm.

Vệ sinh tay thường quy ngay sau khi tháo găng.



a. Cách mang găng



b. Cách tháo găng

Hình 3. Cách mang găng và tháo găng

5.3.4. Những chú ý khi mang găng

Mang găng không thay thế được vệ sinh tay. Mỗi đôi găng chỉ dùng cho một người bệnh

Không khuyến khích sử dụng lại găng tay dùng một lần.

Không cần mang găng trong các chăm sóc thông thường nếu việc tiếp xúc chỉ giới hạn ở vùng da lành lặn.

5.4. Mang khẩu trang y tế

5.4.1. Mục đích

Bảo vệ người bệnh: khi phòng ngừa các giọt bắn từ miệng NVYT lên vết mổ, vùng da và niêm mạc người bệnh cần được bảo vệ vô khuẩn, khi NVYT nghi ngờ mắc các bệnh có thể lây theo đường hô hấp.

Bảo vệ NVYT: khi có các dịch bệnh đường hô hấp; khi làm các thủ thuật có nguy cơ bắn máu từ phía người bệnh; khi cọ rửa dụng cụ y tế, dụng cụ chăm sóc người bệnh nhiễm khuẩn, khi thu gom đồ vải, chất thải y tế...

5.4.2. Khi nào mang khẩu trang y tế

Dự kiến sẽ bị bắn máu dịch tiết vào mặt mũi trong chăm sóc người bệnh.

Khi làm việc trong khu phẫu thuật, hoặc trong các khu vực đòi hỏi vô khuẩn khác.

Khi chăm sóc người bệnh có nghi ngờ hoặc mắc nhiễm khuẩn đường hô hấp hoặc khi NVYT đang có bệnh đường hô hấp.

5.4.3. Kỹ thuật mang khẩu trang

Bước 1: Đặt khẩu trang che kín mũi miệng và cằm; thanh kim loại để ngang qua sống mũi, nếp gấp khẩu trang theo chiều xuống, dây chun nằm phía trong, mặt thấm tiếp xúc với người đeo, mặt không thấm nằm bên ngoài.

Bước 2: Buộc dây trên và dây dưới phía sau đầu hoặc quàng dây qua tai.

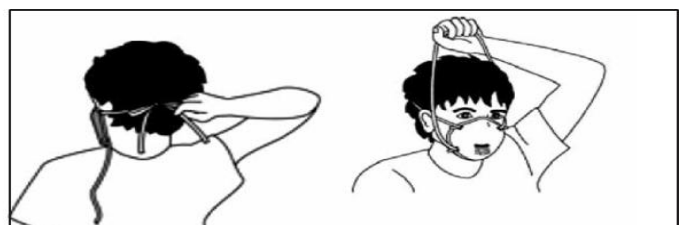
Bước 3: Dùng ngón tay của hai bàn tay miết thanh kim loại cho ôm sát sống mũi hai bên.

Bước 4: Điều chỉnh vành khẩu trang sao cho khít với khuôn mặt.

Bước 5: Kiểm tra hít vào xem không khí có được lọc qua khẩu trang hay không và thở ra xem có khí thoát ra ngoài qua các khe hở không. Nếu mang kính mà kính bị mờ là dấu hiệu mang khẩu trang chưa đúng kỹ thuật.

5.4.4. Cách tháo khẩu trang y tế và mặt nạ phòng độc

Khi tháo khẩu trang không sờ vào mặt ngoài khẩu trang. Tháo dây cột khẩu trang và bỏ khẩu trang vào thùng chất thải lây nhiễm (hình 4).



- a. Mang khẩu trang và mặt nạ phòng độc b. Tháo khẩu trang và mặt nạ phòng độc

Hình 4. Cách mang và tháo khẩu trang và mặt nạ phòng độc

(Nguồn: Tài liệu kiểm soát nhiễm khuẩn

Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế, 2012)

5.5. Sử dụng kính bảo hộ, mạng che mặt

5.5.1. Khi nào sử dụng kính bảo hộ

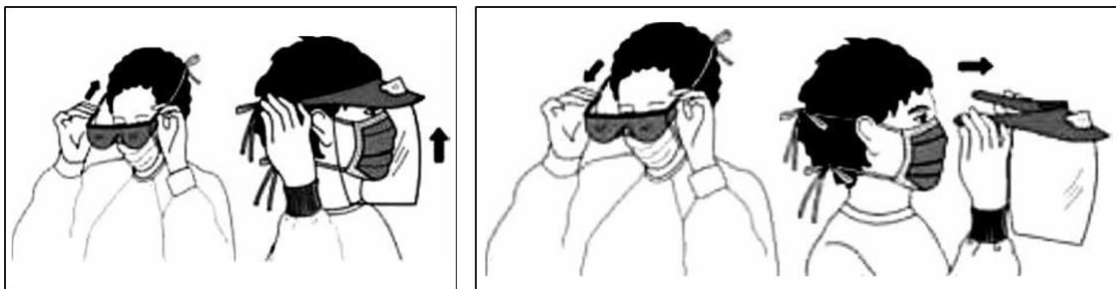
Mang kính bảo hộ, mạng che mặt khi làm các thủ thuật có nguy cơ bắn toé máu và dịch vào mắt như: đỡ đẻ, phá thai, đặt nội khí quản, hút dịch, nhổ răng.

5.5.2. Cách mang kính bảo hộ

Đặt kính hoặc mạng che mặt lên mặt và mắt và điều chỉnh sao cho vừa khít (Hình 5).

5.5.3. Cách tháo kính bảo hộ

Không sờ vào mặt ngoài của kính hoặc mạng che mặt. Dùng tay nắm vào quai kính hoặc mạng. Bỏ vào thùng rác hoặc vào thùng quy định để xử lý lại (Hình 5).



a. Cách mang kính/mạng che mặt b. Cách tháo kính/mạng che mặt

Hình 5. Cách mang và tháo kính/ mạng che mặt

(Nguồn: Tài liệu kiểm soát nhiễm khuẩn

Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế, 2012)

5.6. Mặc áo bảo hộ, tạp dề

5.6.1. Lựa chọn áo bảo hộ, tạp dề

Mang áo bảo hộ tạp dề không thấm nước khi làm các thủ thuật dự đoán có máu và chất tiết của người bệnh có thể bắn lên đồng phục nhân viên y tế. Ví dụ khi thực

hiện các thủ thuật xâm lấn như rửa dạ dày, đặt nội khí quản, giải phẫu tử thi, cọ rửa dụng cụ y tế, thu gom đồ vải dính máu.

5.6.2. Cách mặc áo bảo hộ

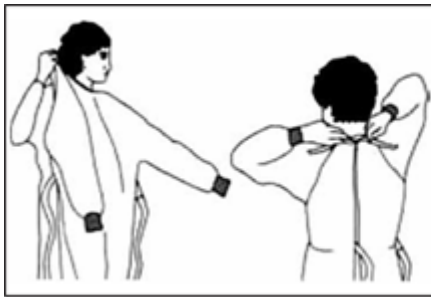
Mặc áo bảo hộ phủ từ cổ đến chân, từ tay đến cổ tay và phủ ra sau lưng. Cột dây ở cổ và eo.

5.6.3. Cách tháo áo bảo hộ

Không sờ vào mặt trước và tay áo.

Tháo dây cổ, dây eo, kéo áo choàng từ mỗi vai hướng về phía tay cùng bên

Cho mặt ngoài vào trong, đưa áo choàng xa cơ thể, cuộn lại và bỏ vào thùng chất thải lây nhiễm (Hình 6).



a. Cách mặc áo choàng



b. Cách tháo áo choàng

Hình 6. Cách mặc và tháo áo bảo hộ

(Nguồn: Tài liệu kiểm soát nhiễm khuẩn

Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế, 2012)

6. Cách thức ho/ vệ sinh hô hấp

6.1. Mục đích

Ngăn ngừa nhiễm khuẩn chéo đường hô hấp.

Ngăn ngừa cho bàn tay không bị nhiễm khuẩn.

6.2. Áp dụng

Trong thời gian có dịch bệnh lây theo đường hô hấp, những người có triệu chứng bệnh đường hô hấp cần phải áp dụng các biện pháp kiểm soát nguồn lây bệnh qua đường hô hấp và đường tiếp xúc.

6.3. Thực hiện quy tắc vệ sinh hô hấp/cách thức ho

Quản lý tất cả các người bệnh có các triệu chứng về đường hô hấp trong giai đoạn có dịch, cung cấp khẩu trang y tế, các phương tiện sát khuẩn tay ở những khu vực khám và điều trị cho người bệnh có các triệu chứng hô hấp.

Tại khu vực tiếp nhận bệnh cần có hệ thống cảnh báo và hướng dẫn để phân luồng người bệnh có các triệu chứng về đường hô hấp.

Mọi người bệnh có các triệu chứng về đường hô hấp đều phải tuân thủ theo các quy tắc về vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho như sau:

Che miệng mũi bằng khăn và bỏ khăn trong thùng chất thải hoặc giặt lại nếu tái sử dụng, vệ sinh tay ngay sau đó. Dùng mặt trong khuỷu tay để che khi ho nếu không có khăn, không dùng bàn tay.

Mang khẩu trang y tế.

Vệ sinh tay ngay sau khi tiếp xúc với chất tiết.

Giữ khoảng cách thích hợp với người khác để phòng ngừa lây bệnh theo đường giọt bắn.

6.4. Quy tắc sắp xếp người bệnh

Nên sắp xếp người bệnh không có khả năng kiểm soát chất tiết, chất bài tiết, dịch dẫn lưu vào phòng riêng (đặc biệt trẻ em có bệnh đường hô hấp, tiêu hóa).

Sắp xếp người bệnh dựa vào các nguyên tắc:

Đường lây truyền của tác nhân gây bệnh. Yếu tố nguy cơ lây truyền bệnh.

Khả năng mắc nhiễm khuẩn bệnh viện.

7. XỬ LÝ DỤNG CỤ Y TẾ ĐỂ DÙNG LẠI

7.1. Giải thích từ ngữ

Tiệt khuẩn (Sterilization): là quá trình diệt hoặc loại bỏ tất cả các dạng của vi sinh vật sống bao gồm cả bào tử vi khuẩn.

Khử khuẩn (Disinfection): là quá trình loại bỏ hầu hết hoặc tất cả vi sinh vật gây bệnh trên dụng cụ nhưng không diệt bào tử vi khuẩn.

Khử khuẩn mức độ cao (High-level disinfection): là quá trình diệt toàn bộ vi sinh vật và một số bào tử vi khuẩn.

Khử khuẩn mức độ trung bình (Intermediate-level disinfection): là quá trình diệt được *M. tuberculosis*, vi khuẩn sinh dưỡng, virus và nấm, nhưng không diệt được bào tử vi khuẩn.

Khử khuẩn mức độ thấp (Low-level disinfection): là quá trình diệt được các khuẩn thông thường như một vài virus và nấm, không diệt được bào tử vi khuẩn. Làm sạch (Cleaning): là quá trình sử dụng biện pháp cơ học và hóa học

để loại bỏ những tác nhân nhiễm khuẩn và chất hữu cơ bám trên dụng cụ, nhưng không diệt/loại bỏ được hết các tác nhân nhiễm khuẩn.

7.2. Phân loại dụng cụ và phương pháp tiệt khuẩn/khử khuẩn của Spaulding

Bảng 3. Phân loại Spaulding

Dụng cụ phải tiệt khuẩn (Thiết yếu - Critical Items):	Là dụng cụ được sử dụng để đưa vào mô, tổ chức dưới da, mạch máu và khoang vô khuẩn. Ví dụ: dụng cụ PT, các ống thông mạch máu, thông tim can thiệp, ống thông tiểu, dụng cụ cấy ghép và những đầu dò sóng siêu âm.
Dụng cụ phải khử khuẩn mức độ cao (bán thiết yếu-Semi-critical Items):	Là những dụng cụ tiếp xúc với niêm mạc hoặc da bị tổn thương, tối thiểu phải được khử khuẩn mức độ cao bằng hóa chất khử khuẩn.
Dụng cụ phải khử khuẩn mức độ trung bình - thấp (không thiết yếu - Non critical items):	Là những dụng cụ tiếp xúc với da lành, không tiếp xúc với niêm mạc.

(Nguồn: Quyết định 3671/QĐ-BYT về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn -Bộ Y tế, 2012)

Bảng 4. Các phương pháp khử khuẩn/tiệt khuẩn và áp dụng

Phương pháp	Mức độ diệt khuẩn	Áp dụng cho loại dụng cụ
Tiệt khuẩn (sterilization)	Tiêu diệt tất cả các vi sinh vật bao gồm cả bào tử vi khuẩn.	- Những dụng cụ chăm sóc người bệnh thiết yếu chịu nhiệt (dụng cụ phẫu thuật) và dụng cụ bán thiết yếu trong chăm sóc người bệnh.

Phương pháp	Mức độ diệt khuẩn	Áp dụng cho loại dụng cụ
		- Những dụng cụ chăm sóc người bệnh thiết yếu không chịu nhiệt và bán thiết yếu. - Những dụng cụ chăm sóc người bệnh không chịu nhiệt và những dụng cụ bán thiết yếu có thể ngâm được.
Khử khuẩn độ cao (high level disinfection)	Tiêu diệt tất cả các vi sinh vật ngoại trừ một số bào tử vi khuẩn.	Những dụng cụ chăm sóc người bệnh bán thiết yếu không chịu nhiệt (dụng cụ điều trị hô hấp, dụng cụ nội soi đường tiêu hoá và nội soi phế quản).
Khử khuẩn mức độ trung bình (intermediate level disinfection)	Tiêu diệt các vi khuẩn thông thường, hầu hết các virus và nấm, nhưng không tiêu diệt được Mycobacteria và bào tử vi khuẩn.	Một số dụng cụ chăm sóc người bệnh bán thiết yếu và không thiết yếu (băng đo huyết áp) hoặc bề mặt (tủ đầu giường), có dính máu.
Khử khuẩn mức độ thấp (low level disinfection)	Tiêu diệt các vi khuẩn thông thường và một vài virus và nấm, nhưng không tiêu diệt được Mycobacteria và bào tử vi khuẩn.	Những dụng cụ chăm sóc người bệnh không thiết yếu (băng đo huyết áp) hoặc bề mặt (tủ đầu giường), không có dính máu.

(Nguồn: Quyết định 3671/QĐ-BYT về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn - Bộ Y tế, 2012)

7.3. Lựa chọn hóa chất khử khuẩn mức độ cao

Bảng 5. Lựa chọn hóa chất khử khuẩn mức độ cao

Tên hóa chất	Hydrogen Peroxide	Peracetic Acid	Glutaraldehyde	Ortho-phthalaldehyde	Hydrogen peroxide/ Peracetic acid
Nồng độ	7,5%	0,1%-0,2%	≥2,0%	0,55%	7,35%/0,23%

Thời gian ngâm và nhiệt độ để khử khuẩn mức độ cao	30 phút ở 20°C	12 phút ở 50°C sử dụng bằng máy rửa khử khuẩn hoặc ngâm.	20 phút ở 20°C-25°C	5 phút - 12 phút ở 20°C, 5 phút ở 25°C trong máy rửa khử khuẩn hoặc ngâm.	15 phút ở 20°C
Hoạt hóa	Không	Không	Có	Không	Không
Thời gian sử dụng sau hoạt hóa/mở bình	21 ngày	Sử dụng 01 lần	14 ngày – 30 ngày	14 ngày	14 ngày
Tương thích dụng cụ	Tốt	Tốt	Rất tốt	Rất tốt	Không rõ
Ảnh hưởng thường gặp	Mắt	Mắt	Hô hấp	Mắt, da	Mắt

Ghi chú: Hằng ngày cần làm test đánh giá hiệu lực diệt khuẩn của dung dịch hóa chất khử khuẩn mức độ cao.

(Nguồn: Quyết định 3671/QĐ-BYT về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn -Bộ Y tế, 2012)

7.4. Lựa chọn hóa chất diệt khuẩn

Bảng 6. Các hóa chất có thể sử dụng để ngâm tiệt khuẩn dụng cụ nội soi

Tên hóa chất	Nồng độ	Thời gian ngâm để tiệt khuẩn
Glutaraldehyde	≥2%	10 giờ ở 20°C - 25°C
Peracetic acid	3.100-3.400ppm, tương đương 0,31-0,34%	2 giờ ở 20°C
	0,1%-0,2%	12 phút ở 50°C-56°C sử dụng bằng máy tiệt khuẩn
Hydrogen Peroxide	7,5%	6 giờ ở 20°C

Hydrogen Peroxide/Peracetic acid	7,35%/0,23%	3 giờ ở 20 ⁰ C
Hydrogen Peroxide/Peracetic acid	1,0%/0,08%	8 giờ ở 20 ⁰ C
Glutaraldehyde/isopropanol	3,4%/20,1%	8-10 giờ ở 20 ⁰ C 6 giờ ở 25 ⁰ C trong máy rửa khử khuẩn
Glutaraldehyde/phenol phenate	1,12%/1,93%	12 giờ ở 25 ⁰ C

(Nguồn: Quyết định 3671/QĐ-BYT về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn -Bộ Y tế, 2012)

Bảng 7. Tiêu chuẩn chọn lựa hóa chất khử khuẩn

Phải có phổ kháng khuẩn rộng
Tác dụng nhanh
Không bị tác dụng của các yếu tố môi trường
Không độc
Không tác hại tới các dụng cụ kim loại cũng như bằng cao su, nhựa
Hiệu quả kéo dài trên bề mặt các dụng cụ được xử lý
Dễ dàng sử dụng
Không mùi hoặc có mùi dễ chịu
Kinh tế
Có khả năng pha loãng
Có nồng độ ổn định kể cả khi pha loãng để sử dụng

Có khả năng làm sạch tốt.

(Nguồn: Quyết định 3671/QĐ-BYT về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn - Bộ Y tế, 2012)

7.5. Kiểm soát chất lượng tiệt khuẩn

Giám sát các thông số hoạt động của máy tiệt khuẩn: Nhiệt độ, áp suất và thời gian tiệt khuẩn.

Giám sát tình trạng của máy, hệ thống cửa, các đường dẫn hơi, đường dẫn nước phải kín tuyệt đối.

Sổ ghi chép và dán nhãn các gói dụng cụ đã tiệt khuẩn: Thông tin bao gồm số lô, ngày giờ tiệt khuẩn, nhiệt độ tiệt khuẩn, người vận hành máy.

Kiểm tra tình trạng của các chất chỉ thị đánh giá chất lượng tiệt khuẩn khi sử dụng: Các chất chỉ thị sinh học có chứa bào tử vi khuẩn, nếu bào tử bị tiêu diệt là bằng chứng dụng cụ đã được tiệt khuẩn hoặc các băng chỉ thị hóa học khi đã đổi màu theo quy định của nhà sản xuất.

7.6. Bảo quản dụng cụ vô khuẩn

Giữ tất cả dụng cụ đã tiệt khuẩn trong bao gói nguyên vẹn.

Lưu giữ dụng cụ tiệt khuẩn trên giá hoặc trong tủ sạch và khô: Gói dụng cụ để cách tường/thành tủ, tủ dụng cụ cách trần nhà 50 cm và cách sàn nhà 20 cm để tránh bị ẩm, tủ đựng dụng cụ phải khô và có cửa để tránh bụi.

Kiểm tra hàng ngày để phát hiện các gói dụng cụ đã quá hạn sử dụng.

Các hộp, gói dụng cụ tiệt khuẩn cần được để tách khỏi mặt đất.

Không để các dụng cụ khác lên trên hộp, gói dụng cụ vô khuẩn.

7.7. Thời hạn sử dụng các dụng cụ tiệt khuẩn

Dụng cụ được tiệt khuẩn bằng hấp ướt và được bọc trong túi vải nguyên vẹn thì thời hạn sử dụng tối đa là 72 giờ trong điều kiện nhiệt độ phòng bảo quản là 25°C. Nếu đóng gói trong các túi tiệt khuẩn tiêu chuẩn và bao túi nguyên vẹn thì có thể dùng trong thời gian 1 tháng.

Tất cả dụng cụ tiệt khuẩn đựng trong các bao đóng gói đã bị hư hại, ẩm ướt cần tiệt khuẩn lại.

Những gói dụng cụ đã mở ra nhưng sử dụng không hết thì sau một ngày phải đem đi tiệt khuẩn lại.

8. Xử lý đồ vải

8.1. Quy định chung về phân loại và thu gom đồ vải

Đồ vải phải được thu gom và chuyển xuống nhà giặt trong ngày.

Đồ vải của người bệnh được thu gom thành hai loại và cho vào túi riêng biệt:

Đồ vải bẩn và đồ vải lây nhiễm (đồ vải dính máu, dịch, chất thải cơ thể.)

Đồ vải lây nhiễm bỏ vào túi không thấm nước màu vàng.

Buộc chặt miệng túi khi đầy 3/4 túi.

Không đánh dấu đồ vải của người bệnh HIV/AIDS để phân loại và giặt riêng.

Không giữ tung đồ vải khi thay hoặc khi đếm giao nhận đồ vải tại nhà giặt.

Không để đồ vải bẩn xuống sàn nhà hoặc để sang giường bên cạnh.

Không để đồ vải sạch lẫn với đồ vải bẩn.

Xe đựng đồ vải phải kín, phủ đồ vải phải giặt sạch sau mỗi lần chứa đồ vải bẩn.

Người thu gom đồ vải phải mang găng vệ sinh, tạp dề, khẩu trang.

Đồ vải phải được giặt theo các chương trình theo mức độ lây nhiễm, chất liệu.

Đồ vải sạch cần được bảo quản trong kho có đầy đủ giá, kệ hoặc trong tủ sạch.

9. Vệ sinh môi trường

9.1. Phân loại môi trường bề mặt

9.1.1. Phân loại theo mức độ ô nhiễm và hệ thống ký hiệu

Khu vực yêu cầu vô khuẩn cao (ký hiệu màu trắng)

Khu vực có nguy cơ ô nhiễm cao (ký hiệu màu đỏ)

Khu vực có nguy cơ ô nhiễm trung bình (ký hiệu màu vàng)

Khu vực có nguy cơ ô nhiễm thấp (ký hiệu màu xanh)

9.1.2. Phân loại theo mức độ tiếp xúc và tần suất làm vệ sinh

Bề mặt tiếp xúc thường xuyên (điểm=3). Vệ sinh 1lần/ngày và khi cần
Bề mặt ít tiếp xúc (điểm=1). Vệ sinh hàng tuần và khi cần

9.2. Trình tự làm sạch

Từ khu vực ít ô nhiễm tới khu vực ô nhiễm nhiều nhất

Từ bề mặt ít tiếp xúc tới bề mặt tiếp xúc thường xuyên

Từ bề mặt cao tới bề mặt thấp

Từ trong ra ngoài.

9.3. Kỹ thuật làm sạch

Loại bỏ chất thải, bụi, mảnh vụn, chất bẩn nhìn thấy bằng mắt thường trước khi làm sạch/khử khuẩn. Sử dụng cây gom chất thải.

Giảm thiểu khuếch tán bụi hoặc chất ô nhiễm khác trong quá trình lau: Không dùng chổi trong khu bệnh phòng, khu văn phòng, không bật quạt trong khi gom chất thải, bụi, bẩn trước khi lau, không giũ, lắc tải/giẻ khi lau.

Sử dụng loại khăn lau dùng một lần. Nếu dùng nhiều lần thì phải giặt lại khăn/tải lau thường xuyên. Không nhúng khăn/giẻ bẩn vào dung dịch làm sạch/khử khuẩn. Sử dụng giẻ lau riêng cho từng khu vực và cho từng giường bệnh.

Thay dung dịch làm sạch/khử khuẩn theo khuyến cáo của nhà sản xuất, tăng tần suất thay dung dịch tại khu vực có nguy cơ ô nhiễm cao; khi nhìn thấy đục, chất bẩn và ngay sau khi làm sạch máu/dịch cơ thể tràn trên bề mặt.

9.4. Yêu cầu chất lượng làm sạch:

Mọi bề mặt luôn sạch khi quan sát bằng mắt thường (không có bụi, vết bẩn, vết đánh dấu hoặc các chất ô nhiễm khác) và không có mùi khó chịu.

10. Phân loại và quản lý chất thải rắn y tế

10.1. Quy định phân loại chất thải y tế

(1) *Chất thải lây nhiễm*

Chất thải lây nhiễm sắc nhọn

Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn
Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao
Chất giải phẫu

(2) *Chất thải nguy hại không lây nhiễm*

Hóa chất thải bỏ bao gồm hoặc có các thành phần nguy hại;

Dược phẩm thải bỏ thuộc nhóm gây độc tế bào hoặc có cảnh báo nguy hại từ nhà sản xuất.

Thiết bị y tế bị vỡ, hỏng, đã qua sử dụng thải bỏ có chứa thủy ngân và các kim loại nặng.

Chất hàn răng amalgam thải bỏ
Chất thải nguy hại khác

(3) *Chất thải y tế thông thường*

Chất thải rắn sinh hoạt phát sinh trong sinh hoạt thường ngày của con người và chất thải ngoại cảnh trong cơ sở y tế;

10.2. Quy định phân loại, thu gom lưu giữ tạm thời tại các khoa phòng

Người làm phát sinh chất thải phải phân loại ngay tại nơi phát sinh theo các mã màu quy định.

Chất thải nguy hại và không nguy hại không được để lẫn với nhau trong quá trình thu gom, vận chuyển, lưu giữ.

Mỗi loại chất thải được thu gom vào các thùng hoặc dụng cụ thu gom theo mã màu quy định.

Thùng hoặc túi chứa chất thải không được chứa đầy quá 3/4. Khi đầy đến mức quy định, thùng sẽ được đóng kín để thu gom. Túi/thùng chứa phải được thay thế ngay sau khi thu gom. Túi nhựa không được phép dùng ghim dập để đóng kín mà phải được dùng dây buộc.

Các loại chất thải thu gom hàng ngày, với từng loại chất thải cần tính toán thời điểm thu gom phù hợp với việc phát sinh chất thải, tránh lưu lại lâu trong các khu vực.

Thời gian và tần suất thu gom theo lịch trình cố định phù hợp với lượng chất thải phát sinh tại mỗi khu vực trong cơ sở y tế. Tần suất thu gom tối thiểu mỗi ngày lần hoặc thu gom ngay khi có yêu cầu.

Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao phải được xử lý sơ bộ tại nơi phát sinh trước khi thu gom, vận chuyển.

10.3. Quy định màu sắc

Màu vàng đối với bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải lây nhiễm.

Màu đen đối với bao bì, dụng cụ chứa chất thải nguy hại không lây nhiễm.

Màu xanh đối với bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải y tế thông thường.

Màu trắng đối với bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải tái chế.

10.4. Quy định về biểu tượng chỉ loại chất thải

Túi, thùng màu vàng đựng chất thải lây nhiễm có biểu tượng nguy hại sinh học.

Túi, thùng màu đen đựng chất thải gây độc tế bào có biểu tượng chất gây độc tế bào kèm dòng chữ “CHẤT GÂY ĐỘC TẾ BÀO”.

Túi, thùng màu đen đựng chất thải phóng xạ có biểu tượng chất phóng xạ và có dòng chữ “CHẤT THẢI PHÓNG XẠ”.

Túi, thùng màu trắng đựng chất thải tái chế có biểu tượng chất thải có thể tái chế.



- a) Biểu tượng nguy hại sinh học b) Biểu tượng chất gây độc tế bào c) Biểu tượng chất phóng xạ d) Biểu tượng chất thải có thể tái chế

Hình 8. Một số biểu tượng chất thải trong các cơ sở y tế

(Nguồn: Tài liệu kiểm soát nhiễm khuẩn

Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo, Bộ Y tế, 2012)

10.5. Quy định lưu giữ tạm thời tại các khoa, phòng

Chất thải y tế phát sinh tại các khoa, phòng được lưu giữ tại các phòng chứa tạm thời trước khi được thu gom và vận chuyển đến kho lưu giữ. Mỗi khoa, phòng cần bố trí nơi lưu giữ tạm thời chất thải, có đủ phương tiện để lưu giữ tập trung các chất thải theo từng loại chất thải.

Nếu không có phòng chứa tạm thời, chất thải có thể được lưu giữ tại vị trí được chỉ định gần các khoa, phòng đó nhưng cách xa khu vực người bệnh và lối đi chung. Có thể lưu giữ tạm thời chất thải trong các thùng chứa kín, đặt trong các khoa, phòng đó.

BẢNG KIỂM

Phụ lục 1. Bảng kiểm quy trình vệ sinh tay thường quy

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Chà 2 lòng bàn tay vào nhau			
2	Chà lòng bàn tay này lên mu bàn tay kia và ngược lại.			

3	Chà 2 lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các ngón tay vào các kẽ ngón.			
4	Chà mu các ngón tay này lên lòng bàn tay kia và ngược lại (mu tay để khum khớp với lòng bàn tay)			
5	Chà ngón cái của bàn tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại (lòng bàn tay ôm lấy ngón cái).			
6	Chà các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại.			

Phụ lục 2. Bảng kiểm quy trình mang khẩu trang

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Đặt khẩu trang che kín mũi miệng và cằm; thanh kim loại để ngang qua sống mũi, nếp gấp khẩu trang theo chiều xuống, dây chun nằm phía trong, mặt thấm tiếp xúc với người đeo, mặt không thấm nằm bên ngoài.			
2	Buộc dây trên và dây dưới phía sau đầu hoặc quàng dây qua tai.			
3	Dùng ngón tay của hai bàn tay miết thanh kim loại cho ôm sát sống mũi hai bên.			
4	Điều chỉnh vành khẩu trang sao cho khít với khuôn mặt.			
5	Kiểm tra hít vào xem không khí có được lọc qua khẩu trang hay không và thở ra xem có khí thoát ra ngoài qua các khe hở không. Nếu mang kính mà kính bị mờ là dấu hiệu mang khẩu trang chưa đúng kỹ thuật.			

Phụ lục 3. Bảng kiểm quy trình mang găng

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Vệ sinh tay			
2	Chọn găng tay thích hợp với kích cỡ tay			
3	Mở hộp (bao) đựng găng			

4	Dùng một tay chưa mang găng để vào mặt trong của nếp gấp găng ở cổ tay để mang cho tay kia			
5	Chỉnh lại găng cho khít bàn tay			

Chú ý: Găng tay trùm ra ngoài cổ tay áo choàng khi chăm sóc người bệnh. Trong quá trình mang găng vô khuẩn, không được đụng vào mặt ngoài găng.

Phụ lục 4. Bảng kiểm vệ sinh bề mặt khoa phòng

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	Mang phương tiện PHCN, chuẩn bị đủ phương tiện VSMT bề mặt, đặt biển báo theo đúng quy định.			
2	Pha hóa chất làm sạch và khử khuẩn môi trường theo đúng hướng dẫn về nồng độ và cách pha.			
3	Đặt biển báo “Sàn ướt” ở cửa ra vào.			
4	Thu dọn đồ đạc, loại bỏ những đồ vật không cần thiết, đã hỏng trong phòng bệnh ra khỏi buồng bệnh.			
5	Lau/quét ẩm cho sạch bụi và hút sạch chất thải, chú ý các góc ở dưới gầm giường, bàn, ghế...			
6	Đối với khu vực không lây nhiễm			
	- Lau lần 1 với chất tẩy rửa làm sạch (xà phòng). - Lau lần 2 với nước sạch và để khô. Đối với khu vực lây nhiễm - Lau lần 1 với chất tẩy rửa và làm sạch (xà phòng). - Lau lần 2 với nước sạch. - Lau lần 3 với dung dịch khử khuẩn (đã được pha theo đúng quy định trước mỗi ca làm việc).			
7	Kê lại đồ đạc đã dịch chuyển trong quá trình vệ sinh vào đúng chỗ.			
8	Thu dọn, đưa dụng cụ, chất thải ra khỏi phòng.			
9	Tháo găng tay và rửa tay.			

Phụ lục 5. Bảng kiểm vệ sinh buồng phẫu thuật khi bắt đầu ngày làm việc

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	VST, mang PTPHCN theo quy định.			
2	Chuẩn bị phương tiện vệ sinh, pha dung dịch vệ sinh bề mặt và dung dịch khử khuẩn môi trường theo nồng độ và tỷ lệ hướng dẫn của nhà sản xuất.			
3	Đặt biển báo “Sàn ướt” ở cửa ra vào.			
4	Vệ sinh bề mặt máy móc: Sử dụng khăn lau khô, sạch, thấm dung dịch khử khuẩn môi trường để lau bề mặt môi trường buồng phẫu thuật khi nhìn thấy vết bẩn hoặc bụi trên tường, đèn mổ hoặc đèn thủ thuật, các bề mặt máy móc, đồ nội thất trong phòng.			
5	Vệ sinh bề mặt sàn khu phẫu thuật: Sử dụng tải lau khô, sạch, thấm dung dịch khử khuẩn để lau nền.			
	Kỹ thuật lau sàn: chia đôi sàn, lau theo đường zích zắc, đường lau sau không trùng với đường lau trước.			
	Thay tải lau cho mỗi diện tích sàn khoảng 10m ² .			
6	Dọn dẹp dụng cụ vệ sinh, để gọn đồ dùng. Tháo găng tay, bỏ vào thùng chứa chất thải y tế lây nhiễm và rửa tay.			

Phụ lục 6. Bảng kiểm vệ sinh buồng phẫu thuật giữa hai ca phẫu thuật

TT	Nội dung	Mức độ		
		Đạt	Không đạt	Ghi chú
1	VST, mang PTPHCN theo quy định.			
2	Chuẩn bị phương tiện vệ sinh, pha dung dịch theo nồng độ hướng dẫn của nhà sản xuất.			
3	Đặt biển báo “Sàn ướt” ở cửa ra vào.			
4	Xử lý vết máu, dịch vấy đổ bằng khăn giấy thấm khô sau đó đổ dung dịch khử khuẩn có nồng độ khuyến cáo, phủ khăn thấm dung dịch khử khuẩn theo nồng độ trên giữ trong ít nhất vòng 10 phút trước khi tiếp tục làm vệ sinh theo quy trình.			

5	Gom toàn bộ đồ vải bẩn cho vào túi đựng đồ vải, không để đồ vải bẩn lẫn với đồ vải lây nhiễm.			
6	Đổ dịch, làm sạch bên trong và bên ngoài bình hút bằng dung dịch khử khuẩn hoặc thay bình hút mới. Thay găng tay mới nếu tiếp tục nhiệm vụ.			
7	Vệ sinh bề mặt máy móc trang thiết bị bằng sử dụng khăn lau có màu sắc theo quy định			

Phụ lục 7. Bảng kiểm vệ sinh buồng phẫu thuật khi kết thúc ngày làm việc

TT	Nội dung	Mức độ		Ghi chú
		Đạt	Không đạt	
1	VST, mang PTPHCN theo quy định.			
2	Chuẩn bị phương tiện vệ sinh, pha dung dịch theo nồng độ hướng dẫn của nhà sản xuất.			
3	Đặt biển báo “Sàn ướt” ở cửa ra vào.			
4	Xử lý vết máu, dịch vấy đổ bằng khăn giấy thấm khô sau đó đổ dung dịch khử khuẩn có nồng độ khuyến cáo, phủ khăn thấm dung dịch khử khuẩn theo nồng độ trên giữ trong ít nhất vòng 10 phút trước khi tiếp tục làm vệ sinh theo quy trình.			
5	Thu, gom chất thải vương vãi trên sàn buồng phẫu thuật bằng cây lau ẩm vào túi/thùng chất thải y tế. Gom toàn bộ đồ vải bẩn cho vào túi đựng đồ vải, không để đồ vải bẩn lẫn với đồ vải lây nhiễm.			
6	Đổ dịch, làm sạch bên trong và bên ngoài bình hút bằng dung dịch khử khuẩn hoặc thay bình hút mới. Bỏ găng cũ và đi găng tay mới nếu tiếp tục nhiệm vụ.			
7	Vệ sinh bề mặt máy móc trang thiết bị bằng sử dụng khăn lau có màu sắc theo quy định. - Đẩy máy móc, trang thiết bị đã được vệ sinh bề mặt sang một bên (trừ bàn mổ) để khoảng trống ở giữa cho vệ sinh sàn buồng phẫu thuật.			

- Vệ sinh bề tường, sàn buồng phẫu thuật, bề mặt sàn ít nhất 2 lần. - Sắp xếp lại bàn mổ, máy, dụng cụ trong phòng ngăn nắp, gọn gàng - Dùng túi nilon mới lót thùng đựng chất thải Tháo găng tay bỏ vào túi/thùng chất thải y tế theo quy định, rửa tay và làm khô tay.			
---	--	--	--

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Tình huống

Tình huống 1. BN Nguyễn Văn Nam, 35 tuổi, có tiền sử sử dụng ma túy. Ông Nam lúc nhập viện trong trạng thái mệt mỏi, chán ăn, da và niêm mạc mắt vàng nhẹ, ngoài ra, người bệnh có ho kéo dài và sốt nhẹ 38⁰C. Ông Nam được Bác sĩ cho nhập viện với chẩn đoán ban đầu theo dõi VGB. Bác sĩ chỉ định làm xét nghiệm CTM, HBV, HCV, chụp X quang phổi. Bạn là điều dưỡng viên được phân công chăm sóc ông Nam.

Câu 1. Khi tiếp xúc với NB bạn sẽ áp dụng biện pháp phòng ngừa nào dưới đây và vì sao?

- A. Phòng ngừa lây theo đường tiếp xúc
- B. Phòng ngừa chuẩn
- C. Phòng ngừa lây theo đường giọt bắn
- D. Phòng lây theo đường không khí

Phòng lây theo đường không khí

Câu 2. Khi lấy máu tĩnh mạch để làm xét nghiệm, bạn sẽ chọn các phương tiện phòng hộ cá nhân nào dưới đây:

- A. Mũ, khẩu trang y tế, găng tay vô khuẩn
- B. Mũ, khẩu trang hô hấp, găng tay sạch
- C. Mũ, khẩu trang y tế, găng tay sạch
- D. Khẩu trang y tế, găng tay sạch, phương tiện đựng vật sắc nhọn.

Sau khi có kết quả xét nghiệm: HbsAg dương tính, chụp X quang phổi có hình ảnh tổn thương đỉnh phổi trái. Ông Nam được chẩn đoán VGB và theo dõi lao phổi. Sau đó NB được Bác sĩ chỉ định làm thêm xét nghiệm soi đờm và kết quả BK (++)

Câu 3. Từ những kết quả xét nghiệm và chẩn đoán của bác sĩ. Bạn sẽ chọn phương pháp phòng ngừa lây nhiễm nào dưới đây khi chăm sóc ông Nam.

- A. Phòng ngừa lây theo đường tiếp xúc và đường không khí
- B. Phòng ngừa chuẩn và phòng lây theo đường không khí
- C. Phòng ngừa chuẩn, phòng lây lây theo đường giọt bắn và đường không khí
- D. Phòng ngừa chuẩn, phòng lây theo đường tiếp xúc và đường giọt bắn

Câu 4. Khi làm thủ thuật cho BN Nam dự kiến có khả năng tạo khí, bắn máu, dịch tiết bạn chọn mang những phương tiện phòng hộ cá nhân nào dưới đây và vì sao?

- A. Khẩu trang y tế
- B. Khẩu trang hô hấp
- C. Găng sạch
- D. Găng vô khuẩn
- E. Áo choàng tay dài
- F. Kính bảo hộ

Câu 5. Biện pháp phòng ngừa lây nhiễm lao quan trọng nhất cho người nhà và nhân viên y tế bạn sẽ hướng dẫn cho ông Nam là:

- A. Tuân thủ dùng thuốc
- B. Thay đổi hành vi vệ sinh hô hấp của người bệnh
- C. Phân loại đúng chất thải rắn y tế
- D. Giữ vệ sinh buồng bệnh khi ho và khạc đờm

Tình huống 2. Gần đây Báo Phụ nữ có đăng một loạt bài về tình trạng lấy máu không mang găng hoặc dùng chung găng tay khi lấy máu cho người bệnh. Bạn hãy cho biết quan điểm của bạn về các vấn đề sau đây:

Câu hỏi thảo luận

Câu 1. Quan điểm của bạn về việc điều dưỡng viên dùng chung găng tay cho người bệnh khi lấy máu xét nghiệm.

Câu 2. Quan điểm của bạn về việc điều dưỡng viên không mang găng tay khi lấy máu tĩnh mạch để xét nghiệm cho người bệnh.

Câu 3. Những thực hành nào được ghi trong Video đúng và không đúng với các quy định hiện hành của Bộ Y tế.

Câu 4. Hướng dẫn thực hành vệ sinh tay trong các cơ sở khám chữa bệnh ban hành theo QĐ số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 có ghi “Khuyến khích không mang găng tay khi thực hiện một số chăm sóc sạch/vô khuẩn (tiêm truyền, lấy máu, thay băng...) nếu bản thân NVYT thấy không có khả năng bị phơi nhiễm với máu/dịch tiết của cơ thể. Theo bạn quy định này có phù hợp với thực tế không? Vì sao?

2. Câu hỏi lượng giá kiến thức và áp dụng phòng ngừa chuẩn trong CSNB

Chọn cụm từ thích hợp ở dưới để điền vào chỗ trống

Câu 1. Nhiễm khuẩn bệnh viện hay còn gọi là nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế là các nhiễm khuẩn xảy ra trong quá trình NB nằm viện mà những nhiễm khuẩn này...(1).... hoặc... (2).... lúc nhập viện. Nhiễm khuẩn xảy ra sau

...(3).... nhập viện thường được coi là NKBV.

A. Đã có biểu hiện

B. Không có biểu hiện

D. 48 giờ

C. Không trong thời gian ủ bệnh

E. 24 giờ

Khoanh tròn vào đầu một câu trả lời đúng nhất trong các câu từ 2-3

Câu 2. Lây truyền qua đường không khí xảy ra do các giọt bắn li ti chứa tác nhân gây bệnh, có kích thước:

A. < 5 μm

B. < 10 μm

C. < 15 μm

D. < 20 μm

Câu 3. Máu và các chất tiết và bài tiết của cơ thể dưới đây có khả năng truyền tác nhân gây bệnh, TRỪ:

Tất cả máu và sản phẩm của máu

Mồ hôi

Các chất tiết nhìn thấy máu

Dịch âm đạo

Dịch dạ dày

Tinh dịch

Dịch não tủy

Dịch màng bụng

Dịch màng khớp

Nước ối

Dịch màng phổi

Dịch màng tim

Khoanh tròn vào đầu câu trả lời đúng trong các câu từ 4-5

Câu 4. Các phương pháp phòng ngừa lây truyền qua đường tiếp xúc, đường giọt bắn và đường không khí được gọi là các Phòng ngừa bổ sung.

A. Đúng

B. Sai

Câu 5. Trong thời gian có dịch bệnh lây theo đường hô hấp, những người bệnh có triệu chứng đường hô hấp cần phải áp dụng các biện pháp kiểm soát nguồn lây bệnh qua đường hô hấp và đường giọt bắn.

A. Đúng

B. Sai

Khoanh tròn vào đầu một câu trả lời đúng nhất trong các câu từ 6-12

Câu 6. Bạn hãy chọn thực hành phù hợp nhất nếu khi ho không có khăn hoặc giấy che miệng

A. Dùng bàn tay che miệng

B. Ho vào khoảng trống không có người

C. Dùng mặt trong khuỷu tay để che miệng

D. Đứng cách xa những người chung quanh 1 m

Câu 7. Làm sạch là biện pháp

A. Loại bỏ tất cả vi sinh vật

B. Loại bỏ hầu hết vi khuẩn

C. Loại bỏ vi khuẩn và nha bào

D. Loại bỏ các chất bẩn ra khỏi dụng cụ

Câu 8. Khử khuẩn là biện pháp kỹ thuật nhằm:

A. Loại bỏ các chất bẩn ra khỏi dụng cụ

B. Tiêu diệt hầu hết các vi khuẩn và virus

C. Tiêu diệt được vi khuẩn

D. Tiêu diệt được các loại vi khuẩn trừ nha bào

Câu 9. Những dụng cụ cần phải tiệt khuẩn là:

A. Dụng cụ tiếp xúc với da nguyên vẹn

- B. Dụng cụ tiếp xúc với niêm mạc nguyên vẹn
- C. Dụng cụ tiếp xúc với máu và các mô vô trùng
- D. Tất cả đều đúng

Câu 10. Những gói dụng cụ đã mở ra nhưng chưa sử dụng hết thì:

- A. Gói lại nguyên vẹn và sử dụng tiếp
- B. Gói lại và mang đi khử khuẩn ở mức độ thấp
- C. Gói lại và mang đi khử khuẩn ở mức độ cao
- D. Gói lại và mang đi tiệt khuẩn

Câu 11. Đồ vải của người bệnh được thu gom và phân thành 2 loại là:

- A. Đồ vải trắng và vải màu
- B. Quần áo người bệnh và ga trải giường
- C. Đồ vải thường và đồ vải lây nhiễm
- D. Đồ vải dính máu và đồ vải lây nhiễm

Câu 12. Các chất thải dưới đây là chất thải lây nhiễm, TRỪ:

- A. Chất thải lây nhiễm sắc nhọn
- B. Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn
- C. Chất thải giải phẫu
- D. Hóa chất thải bỏ

Câu 13. Điền cho đủ Phân định về 3 nhóm chất thải rắn y tế

- A. Chất thải lây nhiễm
- B. Chất thải nguy hại không lây nhiễm
- C. Chất thải thường.....

Khoanh tròn vào đầu câu trả lời đúng

Câu 14. Túi nilon màu trắng dùng đựng chất thải tái chế

- A. Đúng
- B. Sai

ĐÁP ÁN

Tình huống 1

Câu 1: B Câu 3: A Câu 1.5: A, B

Câu 2: D

Câu 1.4: B, C, E, F

Tình huống 2

Câu 1. Vi phạm quy định chuyên môn

Câu 2. Là thực hành có nguy cơ

Câu 3. Dùng chung găng cho NB,

Câu 4. Quy định này chưa thật phù hợp và cần xem xét cập nhật quy định

Phần lượng giá kiến thức áp dụng Phòng ngừa chuẩn

Câu 1: 1=B, 2=C, 3=48 giờ

Câu 8. D

Câu 2. A

Câu 9. C

Câu 3. B

Câu 10. D

Câu 4. B

Câu 11. C

Câu 5. A

Câu 12. D

Câu 6. C

Câu 13. C

Câu 7. B

Câu 14. A

Bảng kiểm đánh giá năng lực thực hành áp dụng phòng ngừa chuẩn trong chăm sóc người bệnh

TT	Năng lực	Mức độ đạt		
		Làm độc lập, không cần sự hỗ trợ (2)	Làm được, cần có sự hỗ trợ (1)	Không làm hoặc làm sai (0)
1	Trình bày được định nghĩa, nguyên tắc và các nội dung Phòng ngừa chuẩn.			
2	Nhận dạng được các tình huống cần áp dụng phòng ngừa chuẩn trong CSNB			
3	Thực hành đúng các quy định Phòng ngừa chuẩn phù hợp với thực tế tại bệnh viện.			
4	Lựa chọn và sử dụng các phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp với các tình huống CSNB.			
5	Phân loại đúng chất thải rắn y tế			

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, tập 2. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
2. Bộ Y tế (2012), Quyết định 3671/QĐ-BYT quyết định về việc phê duyệt các hướng dẫn Kiểm soát nhiễm khuẩn của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 27 tháng 9 năm 2012.
3. Bộ Y tế (2012), Bài giảng kỹ năng điều dưỡng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội
4. Bộ Y tế (2013), Thông tư 22/TT-BYT thông tư hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 09 tháng 6 năm 2013.
5. Bộ Y tế (2014), Quyết định số 1904 /QĐ-BYT về “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức- Cấp cứu và Chống độc”.
6. Bộ Y tế (2017), Thông tư 51/2017/TT-BYT thông tư hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 29 tháng 12 năm 2017.
7. Bộ Y tế (2018), Thông tư 16/2018/TT-BYT quy định về Kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 20 tháng 7 năm 2018.
8. Bộ Y tế (2020), Thông tư 26/2020/TT-BYT Thông tư sửa đổi bổ sung một số điều của thông tư 22/2013/TT-BYT ngày 09 tháng 8 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế ban hành ngày 28 tháng 12 năm 2020.
9. Bộ Y tế (2021), Thông tư 20/2021/TT-BYT quy định về quản lý chất thải y tế trong phạm vi khuôn viên cơ sở y tế của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 26 tháng 11 năm 2021.
10. Bộ Y tế (2021), Thông tư 31/2021/TT-BYT quy định hoạt động điều dưỡng trong Bệnh viện của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 28 tháng 12 năm 2021.
11. Bộ Y tế (2023), Thông tư 32/2023/TT-BYT quy định chi tiết một số điều của luật khám bệnh, chữa bệnh của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 31 tháng 12 năm 2023.
12. Bodien, Y. G., Barra, A., Temkin, N. R., Barber, J., Foreman, B., Vassar, M., ... & TRACK-TBI Investigators. (2021). Diagnosing level of consciousness: the

limits of the glasgow coma scale total score. *Journal of neurotrauma*, 38(23), 3295-3305.

13. Clark, E., Kase Tanno, L., Vo, T., Blanc, B., Demoly, P., & Caimmi, D. (2023). Anaphylaxis management in a French pediatric emergency department: Lessons from the ANA-PED study. *Clinical and Translational Allergy*, 13(8), e12289.

14. Drennan, I. R., Geri, G., Brooks, S., Couper, K., Hatanaka, T., Kudenchuk, P., ... & Breckwoldt, J. (2021). Diagnosis of out-of-hospital cardiac arrest by emergency medical dispatch: A diagnostic systematic review. *Resuscitation*, 159, 85-96.

15. Falk, H., Bechtold, K. T., Peters, M. E., Roy, D., Rao, V., Lavieri, M., ... & Korley, F. (2021). A prognostic model for predicting one-month outcomes among emergency department patients with mild traumatic brain injury and a presenting Glasgow Coma Scale of fifteen. *Journal of neurotrauma*, 38(19), 2714-2722.

16. Malamed, S. F. (2022). *Medical Emergencies in the Dental Office E-Book: Medical Emergencies in the Dental Office E-Book*. Elsevier Health Sciences.

17. McHugh, K., & Repanshek, Z. (2023). Anaphylaxis: emergency department treatment. *Immunology and Allergy Clinics*, 43(3), 453-466.

18. Kimblad, H., Marklund, J., Riva, G., Rawshani, A., Lauridsen, K. G., & Djärv, T. (2022). Adult cardiac arrest in the emergency department—A Swedish cohort study. *Resuscitation*, 175, 105-112.

19. Lee, Y. T., Bae, B. K., Cho, Y. M., Park, S. C., Jeon, C. H., Huh, U., ... & Wang, I. J. (2021). Reverse shock index multiplied by Glasgow coma scale as a predictor of massive transfusion in trauma. *The American Journal of Emergency Medicine*, 46, 404-409.

20. Long, B., & Gottlieb, M. (2021). Emergency medicine updates: Anaphylaxis. *The American Journal of Emergency Medicine*, 49, 35-39.

21. Li, X., Ma, Q., Yin, J., Zheng, Y. A., Chen, R., Chen, Y., ... & Zhai, S. (2022). A clinical practice guideline for the emergency management of anaphylaxis (2020). *Frontiers in Pharmacology*, 13, 845689.

22. Muraro, A., Worm, M., Alviani, C., Cardona, V., DunnGalvin, A., Garvey, L. H., ... & European Academy of Allergy and Clinical Immunology, Food Allergy,

Anaphylaxis Guidelines Group. (2022). EAACI guidelines: anaphylaxis (2021 update). *Allergy*, 77(2), 357-377.

23. Navalpakam, A., Thanaputkaiporn, N., & Poowuttikul, P. (2022). Management of anaphylaxis. *Immunology and Allergy Clinics*, 42(1), 65-76.

24. Nallaluthan, V., Tan, G. Y., Murni, M. F., Saleh, U., Halim, S. A., Idris, Z., ... & Abdullah, J. M. (2023). Pain as a guide in Glasgow Coma Scale status for neurological assessment. *The Malaysian Journal of Medical Sciences: MJMS*, 30(5), 221.

25. Nghị định 96/2023/NĐ-CP quy định chi tiết một số điều của luật khám bệnh, chữa bệnh ban hành ngày 27 tháng 9 năm 2012.

26. Pisano, F., & Bilotta, F. (2024). The predictive value of the Verbal Glasgow Coma Scale in traumatic brain injury: a systematic review. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 39(4), 273-283.

27. Tài liệu đào tạo quản lý điều dưỡng của Bộ Y tế ban hành ngày 25 tháng 06 năm 2015.

28. Tài liệu đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới, tập 1. Nhà xuất bản y học (2020).

29. Tài liệu đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng viên mới, tập 2. Nhà xuất bản y học (2020).

30. Tarar, Q. R., Jumaa, Z. Y., Hussein, H. A., Shafeea, H. F., & Karmod, K. F. (2024). Intensive Care Unit Staffs' Knowledge About Glasgow Coma Scale. *Academia Open*, 9(2), 10-21070.

31. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (2014). Điều dưỡng cơ bản 2. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

32. Whig, P., Gupta, K., & Jiwani, N. (2022). Real-time detection of cardiac arrest using deep learning. In *AI-Enabled Multiple-Criteria Decision-Making Approaches for Healthcare Management* (pp. 1-25). IGI global.

33. Whyte, A. F., Soar, J., Dodd, A., Hughes, A., Sargant, N., & Turner, P. J. (2022). Emergency treatment of anaphylaxis: concise clinical guidance. *Clinical Medicine*, 22(4), 332-339.

34. Wilson, L., Boase, K., Nelson, L. D., Temkin, N. R., Giacino, J. T., Markowitz, A. J., ... & Manley, G. T. (2021). A manual for the glasgow outcome scale-extended interview. *Journal of neurotrauma*, 38(17), 2435-2446.