

SỞ Y TẾ AN GIANG  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y DƯỢC  
CỔ TRUYỀN – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG



CÁC QUY TRÌNH HOẠT ĐỘNG  
CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN

An Giang, tháng 09 năm 2023

SỞ Y TẾ AN GIANG  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y DƯỢC  
CỔ TRUYỀN – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM  
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc



## CÁC QUY TRÌNH HOẠT ĐỘNG ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA Y DƯỢC CỔ TRUYỀN – PHỤC HỒI CHỨC NĂNG

Tổ Điều dưỡng



Nguyễn Văn Long

Biên soạn

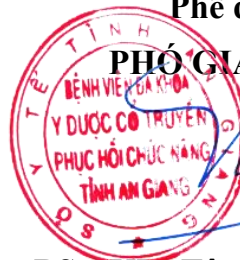
PHÒNG KHTH-CNTT



Nguyễn Phước Anh Dũng

Phê duyệt

PHÓ GIÁM ĐỐC



BS.CKII. Tôn Phước Thuận

Số: 40 /QĐ-BVĐK YDCT

An Giang, ngày 19 tháng 9 năm 2023

**QUYẾT ĐỊNH**  
**Về việc ban hành các Quy trình hoạt động chuyên môn**  
**Tổ Điều dưỡng- Bệnh viện Đa khoa Y dược cổ truyền- Phục hồi chức năng**

**GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN**

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

Căn cứ Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 của Bộ Y tế về việc Quy định hoạt động Điều dưỡng trong bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 697/QĐ-UBND ngày 19 tháng 5 năm 2023 của Ủy ban nhân dân tỉnh An Giang về việc thành lập Bệnh viện đa khoa Y dược cổ truyền-Phục hồi chức năng tỉnh An Giang;

Căn cứ Biên bản cuộc họp ngày 07/9/2023 về việc phê duyệt các Quy trình chuyên môn kỹ thuật tại BVĐK YDCT-PHCN.

**QUYẾT ĐỊNH**

**Điều 1.** Ban hành các Quy trình hoạt động chuyên môn của Tổ Điều dưỡng, Bệnh viện Đa khoa Y dược cổ truyền-Phục hồi chức năng tỉnh An Giang.(Đính kèm Quy trình)

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

**Điều 3.** Phòng Tổ chức – Hành chính quản trị, Phòng Kế hoạch Tổng hợp-CNTT, Phòng Tài chính Kế toán, các Khoa/Phòng có trách nhiệm triển khai và thực hiện quyết định này./.

**Nơi nhận:**

- Như Điều 3;
- Lưu: KHTH, VT.

**KT. GIÁM ĐỐC**  
**PHÓ GIÁM ĐỐC**



**Tôn Phước Thuận**

## MỤC LỤC

<b>STT</b>	<b>Tên Quy Trình</b>	<b>Trang</b>
	<b>Chương I</b> <b>Quy Trình Kỹ Thuật Điều Dưỡng</b>	
<b>1</b>	Kỹ thuật rửa tay thường quy	<b>1</b>
<b>2</b>	Quy trình lấy dấu hiệu sinh tồn	<b>3</b>
<b>3</b>	Kỹ thuật tiêm bắp	<b>14</b>
<b>4</b>	Kỹ thuật test lấy da	<b>20</b>
<b>5</b>	Kỹ thuật tiêm trong da	<b>28</b>
<b>6</b>	Kỹ thuật tiêm tĩnh mạch	<b>34</b>
<b>7</b>	Kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch	<b>40</b>
<b>8</b>	Kỹ thuật bơm thuốc qua khóa lưu kim	<b>48</b>
<b>9</b>	Kỹ thuật truyền máu	<b>53</b>
<b>10</b>	Kỹ thuật hút đàm	<b>62</b>
<b>11</b>	Kỹ thuật lấy máu xét nghiệm	<b>68</b>
<b>12</b>	Kỹ thuật đặt sonde tiêu	<b>72</b>
<b>13</b>	Kỹ thuật thay băng vết thương	<b>79</b>
<b>14</b>	Dự phòng - chăm sóc và điều trị mảng mục	<b>86</b>
<b>15</b>	Kỹ thuật cho người bệnh ăn qua ống thông	<b>90</b>
<b>16</b>	Kỹ thuật thở oxy phương pháp thở oxy mũi 2 đường (gọng kính)	<b>95</b>
<b>17</b>	Kỹ thuật bóp bóng ambu	<b>98</b>
<b>18</b>	Kỹ thuật thổi ngạt - ép tim ngoài lồng ngực	<b>101</b>

<b>Chương II</b> <b>Quy Trình Chăm Sóc Người Bệnh</b>		
<b>1</b>	Chăm sóc người bệnh có cơn tăng huyết áp	<b>106</b>
<b>2</b>	Chăm sóc người bệnh đái tháo đường	<b>109</b>
<b>3</b>	Chăm sóc người bệnh tai biến mạch máu não	<b>112</b>
<b>4</b>	Chăm sóc người bệnh tai biến mạch máu não giai đoạn hồi phục	<b>116</b>
<b>5</b>	Chăm sóc người bệnh thở oxy	<b>118</b>
<b>6</b>	Chăm sóc người bệnh ăn qua ống thông	<b>121</b>
<b>7</b>	Chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật hậu môn, vùng tầng sinh môn	<b>123</b>
<b>8</b>	Chăm sóc người bệnh viêm phổi	<b>125</b>
<b>9</b>	Chăm sóc người bệnh thoái hóa khớp	<b>128</b>
<b>10</b>	Chăm sóc người bệnh mắc bệnh gút	<b>131</b>

## Danh Mục Từ Viết Tắt

- **BS:** Bác sĩ
- **ĐD:** điều dưỡng
- **KTV:** kỹ thuật viên
- **DHST:** dấu hiệu sinh tồn
- **HA:** huyết áp
- **NB:** người bệnh
- **VT:** vết thương
- **HSBA:** hồ sơ bệnh án

**Chương I**  
**QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG**

## KỸ THUẬT RỬA TAY THƯỜNG QUY

### 1. MỤC ĐÍCH

Rửa tay là phương pháp hiệu quả nhất để ngăn ngừa sự lan truyền vi khuẩn qua đôi bàn tay nhằm làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh và nhân viên y tế.

### 2. CHỈ ĐỊNH

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

### 3. CHUẨN BỊ

- Lavabo, vòi nước có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân.
- Xà phòng nước hoặc dung dịch rửa tay khử khuẩn
- Hộp đựng khăn lau tay sạch dùng một lần hoặc khăn giấy hoặc máy sấy tay nếu có.
- Thùng hoặc túi đựng khăn lau tay bẩn

### 4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

- Làm ướt bàn tay bằng nước, lấy xà phòng và chà hai lòng bàn tay vào nhau
- Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại.
- Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ trong ngón tay.
- Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia.
- Dùng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại.
- Xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay và làm khô tay.

#### \* Ghi chú:

- Mỗi bước chà 5 lần
- Tổng thời gian tối thiểu 30 giây

## BẢNG KIỂM QUY TRÌNH RỬA TAY THƯỜNG QUY

- Ngày kiểm tra:.....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang điểm			Ghi chú
		0	1	2	
1	Làm ướt 2 lòng bàn tay bằng nước. Lấy xà phòng và chà 2 lòng bàn tay vào nhau.				
2	Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại (5 lần).				
3	Chà 2 lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ trong ngón tay (5 lần).				
4	Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia (5 lần).				
5	Dùng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại (5 lần).				
6	Xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay và làm khô tay.				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (12 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: có thực hiện nhưng chưa đúng hoặc chưa đủ
- 2 điểm: thực hiện đúng, đầy đủ.

## QUY TRÌNH LẤY DẤU HIỆU SINH TỒN

### 1. MỤC ĐÍCH

Theo dõi chức năng sinh lý (dấu sinh tồn) có nhiều mục đích khác nhau:

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ
- Theo dõi tình trạng bệnh, diễn tiến bệnh (đánh giá được tổng trạng người bệnh)
- Phát hiện biến chứng của bệnh
- Kết luận sự sống còn của người bệnh (giúp Bác sĩ chẩn đoán và điều trị)

### 2. PHẠM VI ÁP DỤNG

- Phạm vi: Áp dụng đối với các khoa/phòng/ đơn vị có người bệnh nội trú, ngoại trú trong bệnh viện.
- Đối tượng: Tất cả các Điều dưỡng/Nữ hộ sinh/KTV đang làm việc tại các khoa/phòng/đơn vị có người bệnh nội trú.

### 3. TÀI LIỆU LIÊN QUAN

- Luật khám chữa bệnh số 10/2009/QH 12.
- Điều dưỡng cơ bản II (2007). Chủ biên: ThS. Trần Thị Thuận.

### 4. CHỈ ĐỊNH

Kỹ thuật đo dấu hiệu sinh tồn (DHST) là nhiệm vụ thông thường của người điều dưỡng thực hiện khi:

- Nhận bệnh
- Kiểm tra sức khỏe
- Người bệnh đang nằm viện
- Người bệnh trước và sau phẫu thuật
- Trước và sau dùng thuốc ảnh hưởng hô hấp, tim mạch, nhiệt độ...
- Tình trạng người bệnh có những thay đổi về thể chất (hôn mê, lú lẫn, đau).
- Bàn giao ca trực đối với người bệnh nặng.
- Người bệnh nhập viện, xuất viện, chuyển viện
- Đối với người bệnh đang nằm viện, Bộ Y Tế quy định điều dưỡng ghi nhận kết quả vào phiếu theo dõi 2 lần trong ngày vào buổi sáng và chiều, dù người bệnh có

DHST ổn định. Trong tình trạng người bệnh trong hồi sức hay DHST không ổn định cần theo dõi theo y lệnh của Bác sĩ.

## **5. HƯỚNG DẪN THỰC HIỆN KỸ NĂNG**

- Điều dưỡng có trách nhiệm phải theo dõi DHST, biết phân tích sự thay đổi để có những quyết định can thiệp hợp lý.
- Lựa chọn những dụng cụ để đo đếm phù hợp với tình trạng người bệnh.
- Điều dưỡng phải biết chỉ số dấu hiệu bình thường, yếu tố ảnh hưởng đến kết quả đo đếm.
- Điều dưỡng phải biết về tiền sử, bệnh sử, hướng điều trị, chỉ định dùng thuốc nhất là những can thiệp nào ảnh hưởng đến DHST
- Điều dưỡng phải kiểm soát được yếu tố môi trường làm ảnh hưởng đến dấu DHST
- Tùy theo tình trạng bệnh, điều dưỡng hội ý với các bác sĩ để quyết định thời gian số lần theo dõi DHST. Nếu kết quả DHST thay đổi theo chiều hướng xấu, điều dưỡng cần phải theo dõi nhiều lần hơn dù không có ý kiến của thầy thuốc.
- Điều dưỡng cần phải phối hợp kết quả đo DHST và những dấu hiệu khác để xác định chẩn đoán điều dưỡng
- Điều dưỡng có thể hội ý với điều dưỡng khác trong tua trực để ghi nhận kết quả sinh hiệu bất thường
- Đối với người bệnh ngoại trú, DHST được đo trước trước khi thực hiện việc khám bệnh:
  - + Đánh giá mức độ đau
  - + Theo dõi huyết áp (HA)
  - + Theo dõi nhịp thở
  - + Theo dõi mạch

## **6. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN QUY TRÌNH**

### **6.1. Nhận định người bệnh**

- Xác định đúng người bệnh: họ tên, tuổi, địa chỉ, số hồ sơ
- Chào hỏi người bệnh, tự giới thiệu: họ tên, nhiệm vụ
- Thông báo và giải thích mục đích của công việc
- Nhận định:
  - + Tuổi, giới, tri giác
  - + Tình trạng bệnh lý hiện tại và đi kèm
  - + Tình trạng thuốc có ảnh hưởng đến mạch, nhịp thở, HA, tri giác, nước tiểu..
  - + Vận động

## 6.2. Chuẩn bị người bệnh

- Thông báo cho người bệnh/người nhà công việc sắp thực hiện
- Cho người bệnh nằm tại giường hoặc ngồi thư giãn 15 phút trước khi thực hiện (tùy theo tình trạng bệnh), đặt người bệnh đúng tư thế

## 6.3. Dụng cụ

- Máy đo huyết áp có bao phù hợp, ống nghe, nhiệt kế, đồng hồ bấm giây hoặc đồng hồ có kim giây.
- Bồn hạt đậu có lót gác đưng dung dịch khử khuẩn, dầu trơn, bông có tăm cùn, gạc, găng tay sạch.
- Bảng theo dõi dấu hiệu sống hoặc sổ có ghi rõ họ tên bệnh nhân, số giường, số phòng, chẩn đoán bệnh.
- Bút xanh, đỏ, thước kẻ để ghi kết quả
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh

## 7. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

STT	Các Bước Tiến Hành	Ý Nghĩa Thao Tác	Tiêu Chuẩn Cần Đạt
1	Tiếp xúc, giải thích với người bệnh	Để người bệnh yên tâm cùng hợp tác	<ul style="list-style-type: none"><li>- Biết được phần hành chính của người bệnh.</li><li>- Người bệnh biết việc điều dưỡng sắp đo DHST cho mình và những khó chịu có trong khi đo.</li><li>- Tạo được thiện chí giữa điều dưỡng và người bệnh.</li></ul>
2	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị dụng cụ và đem đến bên giường người bệnh.	Đảm bảo nguyên tắc khi tiến hành kỹ thuật chăm sóc người bệnh.	Rửa tay thường quy, dụng cụ đầy đủ, phù hợp, sắp xếp gọn gàng, để nơi thuận tiện.
3	Báo lại với người bệnh, kiểm tra và vẩy nhiệt kế <b>Đo ở nách:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Lau khô nách đối diện, đặt bầu thủy ngân vào hõm nách.</li><li>- Khép cánh tay người bệnh đặt lên bụng. Xem đồng hồ. (trong vòng 10 phút)</li></ul>	Để kết quả đo thân nhiệt được chính xác	<b>Đo ở nách:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nhiệt kế thủy ngân: vẩy nhiệt kế để mực thủy ngân dưới 35<sup>0</sup>C</li></ul> Bầu thủy ngân nằm giữa hõm nách. <ul style="list-style-type: none"><li>- Nhiệt kế nằm chéch theo đường nách vù.</li><li>- Thời gian: nhiệt kế thủy ngân 5-7 phút; nhiệt kế điện tử: sau khi nghe tiếng “bíp bíp”</li></ul>

	<p><b>Đo ở miệng:</b> Mang găng, đặt nhiệt kế vào miệng. Dẫn người bệnh ngậm miệng lại. Xem đồng hồ</p> <p><b>Đo ở hậu môn:</b> Mang găng, bôi trơn nhiệt kế. Vạch mông người bệnh, đặt nhiệt kế vào hậu môn. Xem đồng hồ.</p>		<p><b>Đo ở miệng:</b> Bầu thủy ngân nằm dưới lưỡi hoặc cạnh má. Thời gian là 5 phút</p> <p><b>Đo ở hậu môn:</b> Nhiệt kế vào sâu 2-3cm. Thời gian 3 phút</p>
4	<p>Quan sát sự chuyển động của lồng ngực hoặc cầm tay người bệnh như đếm mạch.</p> <p>Đặt tay lên bụng người bệnh và ghi nhận nhịp thở trong 1 phút.</p>	Để có kết quả nhịp thở chính xác.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kết quả không sai lệch quá 2 lần/phút</li> <li>- Ghi nhận tần số và tính chất bất thường của nhịp thở (nếu có): đều hay không đều, nông hay sâu.</li> </ul>
5	Đặt ngón tay trỏ, ngón giữa và ngón áp út lên vị trí động mạch của người bệnh và đếm mạch trong vòng 1 phút.	Để có kết quả nhịp mạch chính xác.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kết quả không sai quá 5 lần/phút</li> <li>- Ghi nhận kết quả và tính chất bất thường của mạch (nếu có)</li> <li>- Mức độ mạnh, nhẹ của mạch này</li> <li>- đều hay rối loạn</li> <li>- Không bắt được ở vị trí nào</li> </ul>
6	Người bệnh nằm ngửa thẳng, bộ lộ vị trí đo HA, đặt tay đo HA ngang với mức tim của người bệnh; lòng bàn tay ngửa, hai chân thẳng (không bắt chéo)	Để có kết quả HA chính xác	Đai HA vừa chặt, mép dưới cách vị trí đặt ống nghe 3-5cm
7	Quấn bao áp lực quanh cánh tay phía trên nếp gấp khuỷu tay 2,5-5 cm, khóa van bóng cao su bơm áp lực, kiểm tra đồng hồ ở vị trí “0”		Bao áp lực phù hợp với tay người bệnh.
8	Đặt ống nghe vào 2 tai, xác định và đặt màng ống nghe lên động mạch cánh tay vùng khuỷu	Đảm bảo kết quả được chính xác	Mặt đồng hồ đối diện để quan sát, nghe rõ khi gõ ngón tay vào loa ống nghe

9	Bơm hơi bao đo áp lực cho đến khi không còn nghe tiếng mạch đập, tiếp tục bơm thêm 30 mmHg	Xác định mức bơm hơi vào đai HA	Bắt trúng động mạch cần đo. Van không xì hơi, bơm hơi đến khi không còn mạch đập, bơm thêm 30mmHg nữa
10	Xả van áp lực từ từ khi nghe tiếng đập đầu tiên tương ứng với HA tối đa và tiếng đập cuối cùng hoặc thay đổi âm sắc tương ứng với HA tối thiểu	Để xác định huyết áp tối đa và tối thiểu	Loa ống nghe áp nhẹ lên động mạch, kim đồng hồ di chuyển 3-5mmHg/giây. Kết quả sai lệch không quá 5mmHg
11	Tiếp tục xả hết hơi cho đến khi kim đồng hồ về 0. Mở đai huyết áp, gấp gọn		Đai huyết áp không còn hơi. Đai và dây quấn gọn
12	Xem đồng hồ, lấy nhiệt kế lau khô, đọc kết quả	Để biết chỉ số thân nhiệt của người bệnh.	Đúng thời gian quy định. Bỏ nhiệt kế vào khay đựng dung dịch khử khuẩn
13	Giúp người bệnh nằm tiện nghi, thu dọn dụng cụ	Tạo sự thoải mái cho người bệnh, tiện việc xử trí và bảo quản dụng cụ	Lịch sự, thân ái, nhẹ nhàng. Dụng cụ gọn sạch, để đúng nơi quy định
14	Rửa tay ghi hồ sơ	Theo dõi DHST	Rửa tay thường quy, ghi kết quả vào phiếu theo dõi chức năng sống chính xác

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH LẤY DẤU HIỆU SINH TỒN**  
**(Chuẩn Bị Dụng Cụ)**

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Bông gòn khô				
2	Phiếu theo dõi chức năng sống – sổ ghi chép				
3	Bồn hạt đậu có chứa dung dịch sát khuẩn				
4	Túi đựng đồ bẩn				
5	Bút xanh, bút đỏ				
6	Dụng cụ đo thân nhiệt: - Nhiệt kế miệng - Nhiệt kế hậu môn (chất bôi trơn) - Nhiệt kế nách(khăn lau nách)				
7	Dụng cụ đo huyết áp: - Máy đo huyết áp (đã được kiểm tra sử dụng tốt) - Ống nghe				
8	Dụng cụ đếm mạch và nhịp thở: Đồng hồ có kim giây				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (16 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH LẤY DẤU HIỆU SINH TỒN**  
(Đo Nhiệt Kế Ở Nách)

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Báo và giải thích với người bệnh vị trí sẽ đo nhiệt độ				
2	Lau khô hõm nách				
3	Kiểm tra nhiệt kế và vẩy mực thủy ngân xuống dưới 35 <sup>0</sup> C				
4	Đặt bầu thủy ngân vào hõm nách, khép cánh tay vào thân, giữ yên nhiệt kế trong 5-7 phút.				
5	Lấy nhiệt kế ra, lau sạch nhiệt kế từ trên xuống				
6	Cầm nhiệt kế ngang tầm mắt đọc kết quả - ghi vào sổ				
7	Đặt nhiệt kế vào bồn hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn.				
8	Giúp người bệnh tiện nghi				
9	Thu dọn dụng cụ, rửa sạch nhiệt kế và khử khuẩn				
10	Rửa tay, kê và ghi kết quả vào phiếu theo dõi chức năng sống (bút xanh)				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (20 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH LẤY DẤU HIỆU SINH TỒN  
(Đếm Mạch)**

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Báo và giải thích việc làm, cho người bệnh nằm thoải mái tại giường 15 phút trước khi đếm.				
2	Đặt nhẹ 2-3 ngón tay lên vị trí động mạch của người bệnh và đếm mạch trong 30 giây (nếu đều), 1 phút (không đều)				
3	Chú ý tính chất: tần số - cường độ - nhịp điệu - sức căng				
4	Cho người bệnh nằm lại tiện nghi				
5	Ghi kết quả và tính chất bất thường của mạch (nếu có) vào phiếu theo dõi (bút đỏ)				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (10 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH LẤY DẤU HIỆU SINH TỒN  
(Đếm Nhịp Thở)**

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Báo và giải thích việc làm, cho người bệnh nằm thoải mái tại giường 15 phút trước khi đếm.				
2	Đặt tay điều dưỡng giống như khi bắt mạch và để tay người bệnh lên bụng				
3	Đếm nhịp thở trọn 1 phút				
4	Chú ý tính chất: tần số - nhịp điệu - biên độ - âm sắc				
5	Cho người bệnh nằm lại tiện nghi				
6	Ghi kết quả và những bất thường của nhịp thở (nếu có) vào phiếu theo dõi.				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (12 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH LẤY DẤU HIỆU SINH TỒN**  
(Đo Huyết Áp)

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Báo và giải thích việc làm, cho người bệnh nằm thoải mái tại giường 15 phút trước khi đo				
2	Bộc lộ vị trí đo huyết áp (cánh tay, đùi...)				
3	Đặt chi đo huyết áp ngang mức tim người bệnh				
4	Quấn băng vải cách nếp gấp trên khuỷu tay 2,5-5cm (dây cao su nằm dọc theo động mạch)				
5	Khóa van của quả bóng cao su				
6	Đặt ống nghe vào 2 tai.				
7	Tim động mạch và đặt mặt màn ống nghe lên				
8	Bơm hơi cho đến khi nghe thấy tiếng mạch đập, tiếp tục bơm hơi và lắng nghe cho đến khi không còn nghe tiếng mạch đập nữa, bơm thêm 30mmHg				
9	Mở van từ từ (kim đồng hồ di chuyển 10mgHg/3s) và lắng nghe tiếng đập đầu tiên đó là HA tối đa, đến khi không còn nghe tiếng đập nữa hoặc thay đổi âm sắc đó là HA tối thiểu.				
10	Xả hết hơi, tháo băng vải, xếp máy gọn gàng				
11	Cho người bệnh nằm lại tiện nghi				
12	Thu dọn dụng cụ				

13	Ghi kết quả vào phiếu theo dõi, thông báo kết quả cho người bệnh (nếu cần thiết).				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (26 điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

## KỸ THUẬT TIÊM THUỐC

### 1. MỤC ĐÍCH

Tiêm thuốc cho người bệnh là đưa những thuốc dưới dạng hòa tan trong nước hay trong dầu hoặc dưới dạng hỗn hợp vào trong da, dưới da, bắp thịt và tĩnh mạch (loại trừ thuốc dầu) nhằm mục đích:

- Điều trị bệnh
- Chẩn đoán bệnh
- Phòng bệnh

### 2. PHẠM VI ÁP DỤNG

- Phạm vi: Áp dụng đối với các khoa /phòng / đơn vị có người bệnh nội trú, ngoại trú trong bệnh viện.
- Đối tượng: Tất cả các Điều dưỡng/Nữ hộ sinh/KTV đang làm việc tại các khoa/phòng/đơn vị có NB nội trú.

### 3. TÀI LIỆU LIÊN QUAN

- Luật khám chữa bệnh số 40/2009/QH 12.
- Căn cứ quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/03/2004 của Bộ trưởng Bộ Y Tế về việc ban hành “Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh tập II”
- Tài liệu “An toàn người bệnh” của Cục Quản lý Khám Chữa bệnh.

### 4. NỘI DUNG

#### 4.1. Quy trình kỹ thuật tiêm bắp

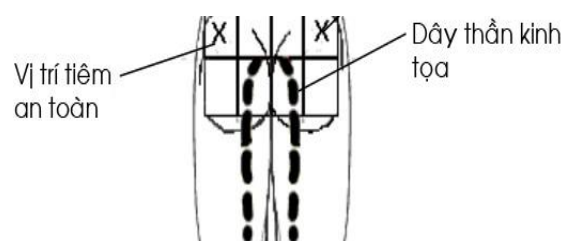
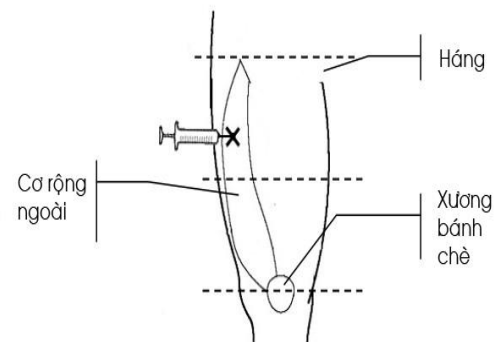
#### 4.2. Tổng quan

- Kim: cỡ số 21 – 23G, dài khoảng 2,5 – 4 cm
- Tiêm thường một góc  $90^0$  so với mặt da
- Vị trí tiêm:
  - Tiêm bắp nông: Cơ Delta, lượng thuốc không quá 1ml, không dùng tiêm thuốc dầu, không dùng cho cơ Delta chưa phát triển (trẻ < 2 tuổi).



- Tiêm bắp sâu:
- + Đùi ở giữa 1/3 mặt ngoài đùi, lượng thuốc tiêm không quá 3ml.

- + Mông: ¼ trên ngoài lấy mốc là gai chậu trước trên, lượng thuốc tiêm không quá 3 - 5 ml.



## 5. DỤNG CỤ

- Hai khay chữ nhật sạch, trụ cắm 1 kim Kocher.
- Cồn 70<sup>0</sup>, hộp đựng bông, gạc, hộp đựng bông cồn
- Thuốc theo chỉ định
- Hộp chống sốc đủ cơ số, huyết áp, ống nghe.
- Bơm kim tiêm 1ml - 10ml, kim lấy thuốc.
- Hộp đựng vật sắc nhọn, túi đựng đồ bẩn
- Sổ thuốc (phiếu thuốc)

## 6. NỘI DUNG QUY TRÌNH

STT	Các Bước Thực Hiện	Ý Nghĩa Thao Tác	Tiêu Chuẩn Cần Đạt
1	Kiểm tra y lệnh. Thông báo giải thích cho người bệnh	Đảm bảo nguyên tắc dùng thuốc	Đảm bảo 5 đúng: tạo được thiện chí giữa điều dưỡng và người bệnh
2	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị thuốc và dụng cụ	Đảm bảo nguyên tắc khi chăm sóc người bệnh	Rửa tay thường quy, dụng cụ đúng, đầy đủ, xếp gọn, để thuận tiện
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn nơi bẻ ống thuốc (ống dung môi) dùng gạc bẻ ống thuốc, hoặc mở nắp sát khăn đầu lọ thuốc	Đảm bảo an toàn cho người bệnh	Đúng thuốc theo y lệnh. Không làm nát ống thuốc, ống dung môi
4	Dùng bơm tiêm lấy thuốc, (thay kim lấy thuốc nếu cần)	Chuẩn bị thuốc để tiêm cho người bệnh	Lượng thuốc đúng theo y lệnh không đổ ra ngoài

5	Thay kim tiêm (nếu cần), đuổi khí, đặt vào khay vô khuẩn. Có phiếu thuốc đi kèm theo	Hạn chế tai biến và tránh nhầm lẫn	Đảm bảo vô khuẩn. Kim tiêm có nắp đậy. Bơm tiêm không có bọt khí
6	Đem dụng cụ đến bên giường người bệnh để nơi thuận tiện	Thuận lợi trong khi tiến hành thao tác	Dụng cụ để bên phải nếu thuận tay phải và ngược lại
7	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm.	Thuận tiện khi tiến hành thao tác. Phòng tránh lây nhiễm	Dưới cơ delta - 1/3 giữa mặt trước ngoài cánh tay - 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi - Giao điểm 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối giữa gai chậu trước trên và mồm cụt - 1/4 trên ngoài mông
8	Sát khuẩn vị trí tiêm. Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh	Hạn chế nhiễm trùng	Sát khuẩn từ trong ra ngoài rộng khoảng 10cm bằng cồn 70 <sup>0</sup> (hoặc cồn Iode) đến khi sạch
9	Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đâm vào bắp thịt	Đảm bảo đúng kỹ thuật tiêm bắp	- Tiêm bắp nông: bơm kim tiêm chéch 45-60 <sup>0</sup> so với mặt da - Tiêm bắp sâu: bơm kim tiêm vuông góc với mặt da.
10	Rút nòng bơm tiêm kiểm tra nếu không có máu, bơm thuốc từ từ và quan sát sắc mặt NB	Đề phòng tai biến	Không trào thuốc ra ngoài nơi đâm kim
11	Hết thuốc rút kim, kéo chéch da, dùng gòn khô ấn vào vị trí tiêm	Đảm bảo đúng kỹ thuật. Hạn chế nhiễm khuẩn	Không trào thuốc ra ngoài nơi tiêm
12	Giúp người bệnh tiện nghi. Hướng dẫn những điều cần thiết	Đề phòng tai biến, phát hiện và xử trí kịp thời khi có tai biến xảy ra	Dặn người bệnh nghỉ ngơi ít nhất 15 phút. Nếu có bất thường: ngứa, khó chịu... thì báo ngay cho nhân viên y tế
13	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ	Tiền việc xử lý dụng cụ, chịu trách nhiệm chuyên môn, pháp lý	Dụng cụ bỏ đúng nơi quy định rửa tay thường quy, ghi hồ sơ

## 7. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

Tai Biến – Triệu Chứng	Xử Trí – Phòng Ngừa
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Gãy kim:</b> Do người bệnh gãy giữa.</li> <li>- <b>Cong kim:</b> Do sai lầm về kỹ thuật khi tiêm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Đề phòng:</b> Giải thích cho người bệnh hợp tác, giữ người bệnh tốt.</li> <li>- <b>Xử trí:</b> Không tiêm ngập đốc kim, nếu kim gãy rút kim ra được</li> </ul>
<p><b>Đâm phải dây thần kinh hông to:</b> Do không xác định đúng vị trí tiêm mông, tiêm sai vị trí, góc độ đâm kim xiên.</p>	<p>Xác định chính xác vị trí tiêm mông và góc độ tiêm đúng 90<sup>0</sup></p>
<p><b>Gây tắc mạch:</b> Do tiêm thuốc dạng dầu hoặc nhũ tương vào mạch máu</p>	<p>Khi tiêm bao giờ cũng phải hút thử bơm tiêm xem có máu không? rồi mới được bơm thuốc.</p>
<p><b>Áp xe nhiễm khuẩn:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn</li> <li>- Phát hiện: Chỗ tiêm sưng nóng đỏ, đau</li> </ul>	<p>Chườm nóng, chích áp xe nếu cần thiết.</p>
<p><b>Sốc:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Do phản ứng của cơ thể đối với thuốc.</li> </ul> <p>Phát hiện: người bệnh xuất hiện cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, lo lắng, sợ hãi...).</p>	<p><b>Theo phác đồ của Bộ Y tế.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Phòng ngừa: cần kiểm tra kỹ trước khi tiêm: Hỏi người bệnh về tiền sử dị ứng</li> </ul>

## BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TIÊM BẮP

- Ngày thực hiện:.....
- Khoa: .....
- Họ và tên: .....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.				
2	Thực hiện 5 đúng (1). Nhận định người bệnh (2). Giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm (3).				
3	Lấy thuốc theo y lệnh (kiểm tra thuốc lần 1) (1). Sát khuẩn lọ/ ống thuốc (kiểm tra thuốc lần 2) (2). Dùng gạc hoặc bông khô vô khuẩn bẻ ống thuốc (Nếu có) (3).				
4	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc.				
5	Rút thuốc vào bơm tiêm (1). Kiểm tra lọ/ống thuốc lần 3 (2). Bỏ vỏ lọ/ống thuốc vào thùng rác đúng quy định (3).				
6	Thay kim tiêm (1). Đuôi khí, cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn (2).				
7	Chuẩn bị tư thế NB tùy vào vị trí tiêm				
8	Bộc lộ vùng tiêm				
9	Xác định vị trí tiêm.				
10	Sát khuẩn sạch vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoáy ốc đường kính trên 10cm (1), tối thiểu 2 lần (2).				
11	Sát khuẩn tay nhanh				
12	Cầm bơm tiêm, đuôi khí (nếu có)				
13	Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đâm kim nhanh góc 60 <sup>0</sup> - 90 <sup>0</sup> so với mặt da.				

14	Rút nhẹ nòng bơm tiêm thấy không có máu				
15	Bơm thuốc chậm (1ml/10 giây) Quan sát sắc mặt người bệnh				
16	Đặt gòn khô gần nơi tiêm, rút kim nhanh khi hết thuốc, điều dưỡng đưa gòn khô về vào vị trí mũi tiêm				
17	Cho bơm, kim tiêm vào hộp an toàn ngay				
18	Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái (1) Dặn người bệnh những điều cần thiết (2)				
19	Thu dọn dụng cụ (1). Rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh (2).				
20	Ghi hồ sơ.				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (40 điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

## KỸ THUẬT TEST LẤY DA

### 1. DỤNG CỤ

- Hai khay chữ nhật sạch, trụ cắm 01 kìm Kocher.
- Cồn 70<sup>0</sup>, cốc đựng bông cồn
- Thuốc theo chỉ định
- Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe.
- Bơm kim tiêm 1ml
- Hộp đựng vật sắc nhọn, túi đựng đồ bẩn



## 2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

STT	Các Bước Thực Hiện	Ý Nghĩa Thao Tác	Tiêu Chuẩn Thành Đạt
1	Kiểm tra y lệnh. Thông báo giải thích cho người bệnh.	Đảm bảo nguyên tắc dùng thuốc. Giúp người bệnh hợp tác trong khi thử phản ứng thuốc	Đảm bảo 5 đúng: Tạo thiện chí giữa điều dưỡng và người bệnh. Khai thác tiền sử dị ứng thuốc của người bệnh
2	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị thuốc và dụng cụ	Đảm bảo nguyên tắc khi chăm sóc người bệnh	Rửa tay thường quy, dụng cụ đúng, đầy đủ thuốc có kiểm tra, đối chiếu
3	Dùng bơm tiêm 3ml lấy khoảng 1ml nước muối sinh lý để đối chứng	Đọc kết quả chính xác	Đảm bảo vô khuẩn
4	Kiểm tra lại thuốc. Mở nắp sát khuẩn đầu lọ thuốc. Hút dung môi cho vào lọ thuốc, lắc nhẹ lọ thuốc	Đảm bảo an toàn. Pha thuốc thử phản ứng	Đảm bảo vô khuẩn. Thuốc tan hết. Lượng dung môi phù hợp: 5ml (với loại có hàm lượng 1.000.000 UI hoặc 1g)
5	Pha thử thuốc. Hút 0,5ml thuốc đã pha, hút thêm nước cất cho đủ 1ml, thay kim tiêm, đẩy nắp bỏ vào khay vô khuẩn	Đảm bảo nồng độ thuốc thử	Đảm bảo nồng độ 100.000UI/ml
6	Đem dụng cụ đến bên giường người bệnh để nơi thuận tiện	Thuận lợi trong khi tiến hành thao tác	Dụng cụ để bên phải nếu thuận tay phải và ngược lại
7	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện. Bộc lộ vùng lấy da, xác định vị trí lấy da	Thuận tiện khi tiến hành thao tác. Phòng tránh lây nhiễm	1/3 mặt trước trong cẳng tay
8	Sát khuẩn vị trí lấy da. Chuẩn bị bông cotton. Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh	Hạn chế nhiễm trùng	Sát khuẩn vùng lấy da dọc theo mặt trước cẳng tay khoảng 10cm
9	Cầm bơm tiêm nhỏ giọt nước muối sinh lý và giọt thuốc đã pha cách nhau 3-5cm	Đảm bảo đúng kỹ thuật lấy da	Giọt nước muối sinh lý, giọt thuốc, đường kính khoảng 3mm, hai giọt cách nhau 3-5cm

10	Cầm kim tiêm 24G, chéch 45 <sup>0</sup> so với mặt da lấy nhẹ vào giọt nước muối sinh lý, giọt thuốc	Đảm bảo đúng kỹ thuật lấy da	Mũi kim vào trong lớp thượng bì không gây chảy máu. Mỗi giọt dùng kim riêng
11	Đánh dấu nơi thử bằng bút	Đảm bảo đúng kỹ thuật. Có cơ sở đọc kết quả	Vòng trong đường kính khoảng 3cm, ghi tên thuốc, giờ thử
12	Giúp NB tiện nghi. Hướng dẫn những điều cần thiết. Đọc kết quả sau 20 phút	Đề phòng tai biến, phát hiện và xử trí kịp thời khi có tai biến xảy ra	Dặn người bệnh không được chà sát vào vùng tiêm. Nếu có mảng ngứa, khó chịu thì phải báo ngay cho điều dưỡng
13	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ	Tiền việc xử lý dụng cụ, chịu trách nhiệm chuyên môn, pháp lý	Dụng cụ phải bỏ vào nơi đúng quy định, rửa tay thường quy, ghi phiếu thử phản ứng thuốc

**Chú ý:**

- Sau 20 phút đọc kết quả
- Cách ghi kết quả vào hồ sơ:
  - (+) Dương tính
  - (-) Âm tính
  - Không rõ ràng
- Cách đọc kết quả:

Mức Độ	Ký Hiệu	Biểu Hiện
Âm tính	-	Giống như chứng âm tính
Nghi ngờ		Ban sẩn đường kính < 3mm
Dương tính nhẹ	+	Ban sẩn đường kính 3-5mm, ngứa, xung huyết
Dương tính vừa	++	Ban sẩn đường kính 6-8mm, ngứa, xung huyết
Dương tính mạnh	+++	Ban sẩn đường kính 3-5mm, ngứa, chân giả
Dương tính rất mạnh	++++	Ban sẩn đường kính > 12mm, ngứa nhiều, nhiều chân giả

## KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

Tiêm dưới da là dùng bơm kim tiêm đưa một lượng dung dịch thuốc vào tổ chức mô liên kết dưới da của bệnh nhân.

- 1. CHỈ ĐỊNH:** Thuốc thấm dần vào cơ thể, phát huy tác dụng chậm từ từ: atropin sulfat, insulin...
- 2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Thuốc dạng dầu, khó tan, ví dụ: testosterone
- 3. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ:**
  - Hai khay chữ nhật sạch, trụ cắm, 1 kim Kocher.
  - Cồn 70<sup>0</sup>, cốc đựng bông cồn
  - Thuốc theo chỉ định
  - Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe.
  - Bơm kim tiêm 3ml – 5ml, kim lấy thuốc.
  - Hộp đựng vật sắc nhọn, túi đựng đồ bẩn

### 4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

STT	Các Bước Thực Hiện	Ý Nghĩa Thao Tác	Tiêu Chuẩn Cần Đạt
1	Kiểm tra y lệnh. Thông báo giải thích cho người bệnh	Đảm bảo nguyên tắc dùng thuốc	Đảm bảo 5 đúng: Tạo được thiện chí giữa điều dưỡng và người bệnh
2	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị thuốc và dụng cụ	Đảm bảo nguyên tắc khi chăm sóc người bệnh	Rửa tay thường quy, dụng cụ đúng, đầy đủ, sắp xếp gọn gàng, dễ thuận tiện
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn nơi bẻ ống thuốc (ống dung môi) dùng gạc (bông khô) bẻ ống thuốc, hoặc mở nắp sát khuẩn đầu lọ thuốc	Đảm bảo an toàn cho người bệnh	Đúng thuốc theo y lệnh Không làm nát ống thuốc ống dung môi
4	Dùng bơm tiêm lấy thuốc (thay kim lấy thuốc nếu cần)	Chuẩn bị thuốc để tiêm cho người bệnh	Lượng thuốc đúng theo y lệnh không đổ ra ngoài

5	Thay kim tiêm (nếu cần), đui khí, đặt vào khay vô khuẩn. Có phiếu thuốc đi kèm theo	Hạn chế tai biến và tránh nhầm lẫn	Đảm bảo vô khuẩn Kim tiêm có nắp đậy Bơm tiêm không có bọt khí
6	Đem dụng cụ đến bên giường người bệnh để nơi thuận tiện	Thuận lợi trong khi tiến hành thao tác	Dụng cụ để bên phải nếu thuận tay phải và ngược lại
7	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm. Mang găng tay sạch	Thuận tiện khi tiến hành thao tác. Phòng tránh lây nhiễm	Dưới cơ delta, 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi Hai bên rón khoảng 5cm Hai bên bả vai
8	Sát khuẩn vị trí tiêm. Chuẩn bị bông cồn. Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh	Hạn chế nhiễm trùng	Sát khuẩn từ trong ra ngoài khoảng 5cm bằng cồn 70 <sup>0</sup> (hoặc cồn Iode) đến khi sạch
9	Một tay véo da, một tay cầm bơm tiêm đâm kim nhanh chệch 30 <sup>0</sup> -45 <sup>0</sup> so với mặt da véo	Đảm bảo đúng kỹ thuật tiêm dưới da	Véo da nơi tiêm, mũi vát hướng lên trên, kim ngập 1cm
10	Rút nòng bơm tiêm kiểm tra nếu không có máu, bơm thuốc từ từ và quan sát sắc mặt người bệnh	Đề phòng tai biến	Không thấy máu, kích thước nốt phỏng tỷ lệ thuận với lượng thuốc
11	Hết thuốc rút kim, kéo chệch da, sát khuẩn lại nơi tiêm	Đảm bảo đúng kỹ thuật. Hạn chế nhiễm khuẩn	Không trào thuốc ra ngoài nơi đâm kim
12	Giúp người bệnh tiện nghi. Hướng dẫn những điều cần thiết	Đề phòng tai biến, phát hiện và xử trí kịp thời khi có tai biến xảy ra	Dặn người bệnh không được chà sát vào vùng tiêm. Nếu có mảng ngứa, khó chịu thì phải báo ngay cho điều dưỡng
13	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ	Tiện việc xử lý dụng cụ, chịu trách nhiệm chuyên môn, pháp lý	Dụng cụ phải bỏ vào nơi đúng quy định, rửa tay thường quy, ghi phiếu thử phản ứng thuốc

## 5. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

Nguy Cơ – Tai Biến	Phòng Ngừa – Xử Trí
<p><b>Áp xe tại chỗ:</b> chỗ tiêm tấy đỏ, sưng nóng, toàn thân có thể sốt hoặc không</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chườm nóng, dùng kháng sinh trong trường hợp thuốc tiêm không phải là thuốc kháng sinh.</li> <li>- Chích áp xe khi áp xe đã mềm hóa mũ rõ</li> </ul>
<p><b>Gãy kim, quẩn kim:</b> do người bệnh gãy giữa mảnh hoặc do tiêm không đúng kỹ thuật</p>	<p>Không tiêm ngập đốc kim, khi kim gãy có thể rút ra được</p>
<p><b>Người bệnh bị sốc:</b> do bơm thuốc quá nhanh hoặc người bệnh quá sợ hãi, người bệnh bị đau không chịu được</p>	<p>Thực hiện nguyên tắc khi tiêm hai nhanh một chậm (đâm kim và rút kim nhanh, bơm thuốc chậm), trước khi tiêm phải tiếp xúc, giải thích để người bệnh yên tâm, tránh sợ hãi, lo lắng...</p>
<p><b>Các tai biến do thuốc:</b></p> <p><b>Người bệnh đau, áp xe vô khuẩn:</b> do thuốc tiêm vào không hấp thụ được hoặc hấp thụ rất chậm</p> <p><b>Phát hiện:</b> chỗ tiêm sưng, nóng, đỏ.</p>	<p>Chườm nóng, chích áp xe nếu cần</p>

## BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

- Ngày thực hiện:.....
- Khoa: .....
- Họ và tên: .....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.				
2	Thực hiện 5 đúng (1). Nhận định người bệnh (2). Giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm (3).				
3	Lấy thuốc theo y lệnh (kiểm tra thuốc lần 1) (1). Sát khuẩn lọ/ ống thuốc (kiểm tra thuốc lần 2) (2). Dùng gạc hoặc bông khô vô khuẩn bẻ ống thuốc (Nếu có) (3).				
4	Xé vỏ bơm tiêm và thay kim lấy thuốc.				
5	Rút thuốc vào bơm tiêm (1). Kiểm tra lọ/ống thuốc lần 3 (2). Bỏ vỏ lọ/ống thuốc vào thùng rác đúng quy định (3)				
6	Thay kim tiêm (1). Đuổi khí, cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn (2).				
7	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm.				
8	Sát khuẩn sạch vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoáy ốc đường kính trên 10cm (1), tối thiểu 2 lần (2).				
9	Cầm bơm tiêm, đuổi khí (nếu có)				
10	Căng da, đâm kim nhanh góc 30 <sup>0</sup> - 45 <sup>0</sup> so với mặt da. <i>Hoặc đâm kim vuông góc với mặt da véo, buông tay vùng da véo.</i>				
11	Rút nhẹ nòng bơm tiêm thấy không có máu (1), Bơm thuốc từ từ (2), Quan sát sắc mặt người bệnh (3).				

12	Hết thuốc rút kim nhanh, căng da/ dùng gòn khô vô khuẩn ấn vào vị trí tiêm trong vòng 30 giây để phòng chảy máu (1). Cho bơm, kim tiêm vào hộp an toàn (2).				
13	Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái (1). Dặn người bệnh những điều cần thiết (2).				
14	Thu dọn dụng cụ (1). Rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh (2).				
15	Ghi hồ sơ. <i>Ghi rõ vị trí tiêm trong trường hợp sử dụng luân phiên các vị trí tiêm.</i>				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (30 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

## KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

Tiêm trong da là tiêm một lượng thuốc rất nhỏ bằng 1/10ml vào lớp thượng bì, thuốc hấp thu rất chậm

### 1. CHỈ ĐỊNH

- Tiêm một số loại vaccin phòng bệnh, ví dụ: tiêm vaccin BCG phòng lao cho trẻ sơ sinh.
- Thử phản ứng BCG để chẩn đoán bệnh lao.
- Thử phản ứng của cơ thể đối với thuốc và các thuốc kháng sinh

### 2. DỤNG CỤ

- Hai khay chữ nhật sạch, trụ cắm, 1 kim Kocher.
- Cồn 70<sup>0</sup>, cốc đựng bông cotton
- Thuốc theo chỉ định
- Hộp chống sốc, máy đo huyết áp, ống nghe
- Bơm kim tiêm 1ml
- Hộp đựng vật sắc nhọn, túi đựng đồ bẩn

### 3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

STT	Các Bước Thực Hiện	Ý Nghĩa Thao Tác	Tiêu Chuẩn Đạt Được
1	Kiểm tra y lệnh. Thông báo giải thích cho người bệnh	Đảm bảo nguyên tắc dùng thuốc	Đảm bảo 5 đúng: tạo được thiện chí giữa điều dưỡng và người bệnh. Khai thác tiền sử dị ứng thuốc cho NB
2	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị thuốc và dụng cụ	Đảm bảo nguyên tắc khi chăm sóc người bệnh	Chuẩn bị đầy đủ phương tiện (kim lấy da, bơm kim tiêm vô trùng, dung dịch histamin 1mg/ml, thước đo kết quả, hộp cấp cứu phản vệ, thuốc hoặc dị nguyên được chuẩn hóa)
3	Sát khuẩn và bê ống nước cất. Dùng bơm tiêm 3ml lấy khoảng 1ml nước cất	Để đối chứng	Đảm bảo vô khuẩn

4	Kiểm tra lại thuốc. Mở nắp và sát khuẩn đầu lọ thuốc. Hút dung môi cho vào lọ thuốc (dung dịch 1), lắc nhẹ lọ thuốc	Đảm bảo an toàn. Pha thuốc thử phản ứng	Đảm bảo vô khuẩn. Thuốc tan hết, lượng dung môi phù hợp: 5ml (với hàm lượng 1.000.000UI hoặc 1g)
5	<b>Pha thuốc lần 1</b> Hút 1/20ml dung dịch 1 Hút thêm dung môi cho đủ 1ml (dung dịch 2)	Giảm dần nồng độ thuốc	Đảm bảo nồng độ 10.000UI/ml
6	<b>Pha thuốc lần 2</b> Phụt bỏ bớt còn lại 1/10ml dung dịch 2 Hút thêm dung môi cho đủ 1ml (dung dịch 3)	Giảm dần nồng độ thuốc	Đảm bảo nồng độ 1000UI/ml
7	<b>Pha thuốc lần 3</b> Phụt bỏ bớt còn lại 1/10ml dung dịch 3 Hút thêm dung môi cho đủ 1ml (dung dịch thuốc thử)	Đảm bảo đúng nồng độ thuốc thử	Đảm bảo nồng độ 100UI/ml
8	Phụt bỏ bớt còn lại khoảng 5/10ml dung dịch thuốc thử. Thay kim tiêm, đũa khí, đậy nắp, để vào khay vô khuẩn	Thuận tiện khi làm phản ứng	Đảm bảo vô khuẩn, kim tiêm phù hợp. Lượng thuốc tối thiểu còn lại trong bơm tiêm 2/10ml
9	Đem dụng cụ đến bên giường NB, để nơi thuận tiện	Thuận lợi trong khi tiến hành thao tác	Dụng cụ để bên phải nếu thuận tay phải và ngược lại
10	Đặt NB ở tư thế thuận tiện. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm.	Thuận tiện khi tiến hành thao tác. Phòng tránh lây nhiễm	1/3 trên mặt nước trong cẳng tay
11	Sát khuẩn vị trí tiêm. Chuẩn bị bông cồn. Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh	Hạn chế nhiễm khuẩn	Sát khuẩn từ trong ra ngoài khoảng 5cm Sát trùng vị trí thử test (những vị trí rộng rãi không có tổn thương da như mặt trước trong cẳng tay, lưng), đợi khô
12	Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đâm kim	Đảm bảo đúng kỹ thuật tiêm trong da	Dùng bơm tiêm 1ml tiêm trong da các điểm cách nhau 3-5cm, mỗi điểm

	chéch 10-15 <sup>0</sup> so với mặt da. Hạ bơm tiêm đầy ngập hết mũi vát		0,02-0,05ml tạo một nốt phỏng đường kính 3mm theo thứ tự. - Điểm 1: dung dịch natriclorid 0,9% (chứng âm). - Điểm 2: dung dịch thuốc hoặc dị nguyên đã chuẩn hóa
13	Bơm đủ 1/10ml thuốc thử, rút kim lâu lại bằng bông khô, đánh dấu nơi thử bằng bút	Đảm bảo đúng nồng độ, có cơ sở đọc kết quả	Thuốc không trào ra ngoài. Nốt phỏng to bằng hạt bắp, sần da cam. Vòng tròn đường kính khoảng 3mm có ghi tên thuốc, giờ thử
14	Tiêm trong da 1/10ml nước cất bên cẳng tay còn lại	Đề phòng tai biến, phát hiện và xử trí kịp thời khi có tai biến xảy ra	Nước cất không trào ra ngoài. Nốt phỏng to bằng hạt bắp, sần da cam
15	Giúp người bệnh tiện nghi. Hướng dẫn những điều cần thiết	Đề phòng tai biến, phát hiện và xử trí kịp thời khi có tai biến xảy ra	Dặn người bệnh không được chà sát vào vùng tiêm. Nếu có mảng ngứa, khó chịu thì phải báo ngay cho điều dưỡng
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ	Tiền việc xử lý dụng cụ, chịu trách nhiệm chuyên môn, pháp lý	Dụng cụ phải bỏ vào nơi đúng quy định, rửa tay thường quy Đọc kết quả sau 20 phút, kết quả dương tính khi xuất hiện sần ở vị trí dị nguyên $\geq 3$ cm hoặc trên 75% so với chứng âm, ghi phiếu thử phản ứng thuốc

**Chú ý:**

- Sau 20 phút đọc kết quả
- Cách ghi kết quả vào hồ sơ bệnh án:
  - (+) Dương tính
  - (-) Âm tính
  - Không rõ ràng

**4. CÁCH ĐỌC KẾT QUẢ**

Mức Độ	Ký Hiệu	Biểu Hiện
1. Âm tính	-	- Không có biểu hiện gì trên da
2. Nghi ngờ		- Mày đay tại vết tiêm nhẹ
3. Dương tính nhẹ	+	- Ban mày đay rõ quanh vết tiêm
4. Dương tính vừa	++	- Ban mày đay đường kính >10mm rõ quanh vết tiêm
5. Dương tính mạnh	+++	- Ban mày đay đường kính >20mm rõ quanh vết tiêm
6. Dương tính rất mạnh	++++	- Ban mày đay đường kính >30mm rõ quanh vết tiêm

**5. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH**

Nguy Cơ – Tai Biến	Phòng Ngừa – Xử Trí
Nhầm lẫn thuốc	Thực hiện đúng nguyên tắc dùng thuốc: thực hiện 5 đúng
Sốc phản vệ: do phản ứng của cơ thể đối với thuốc	- Hỏi tiền sử dị ứng. - Chuẩn bị hộp chống sốc phản vệ - Phát hiện sớm, xử trí kịp thời khi sốc xuất hiện
Phản ứng thuốc biểu hiện mẩn ngứa hoặc sốt	Ngưng ngay, báo bác sĩ nếu thử phản ứng

## BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

- Ngày thực hiện:.....
- Khoa: .....
- Họ và tên: .....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.				
2	Thực hiện 5 đúng (1). Nhận định người bệnh (2). Giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm (3).				
3	Lấy thuốc theo y lệnh (kiểm tra thuốc lần 1) (1). Sát khuẩn lọ/ ống thuốc (kiểm tra thuốc lần 2) (2). Dùng gạc hoặc bông khô vô khuẩn bẻ ống thuốc (Nếu có) (3).				
4	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc.				
5	Rút thuốc vào bơm tiêm (1). Kiểm tra lọ/ống thuốc lần 3 (2). Bỏ vỏ lọ/ống thuốc vào thùng rác đúng quy định (3).				
6	Thay kim tiêm (1). Đuổi khí, cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn (2).				
7	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm.				
8	Sát khuẩn sạch vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoay ốc đường kính trên 10cm (1), tối thiểu 2 lần (2).				
9	Cầm bơm tiêm, đuổi khí .				
10	Căng da, đâm kim nhanh góc $10^0 - 15^0$ so với mặt da, kim tiêm song song với mặt da, mũi vát kim ngửa lên trên và ngấp vào trong da.				
11	Bơm thuốc chậm khi có cảm giác nặng tay.				
12	Hết thuốc, căng da, rút kim nhanh (1). Cho bơm, kim tiêm vào hộp an toàn (2).				

13	Không sát khuẩn lại trong trường hợp tiêm vắc xin. Nếu thử phản ứng thì khoanh tròn nơi tiêm và ghi tên thuốc.				
14	Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái (1). Dặn người bệnh những điều cần thiết (2).				
15	Thu dọn dụng cụ (1). Rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh (2).				
16	Ghi hồ sơ, phiếu thử phản ứng (nếu có).				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm đạt được: (32 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

## KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH

1. **MỤC ĐÍCH:** Đưa thuốc vào cơ thể qua tĩnh mạch nhằm phát huy nhanh tác dụng của thuốc.
2. **CHỈ ĐỊNH**
  - Những thuốc mong muốn có tác dụng nhanh khi đưa vào cơ thể như: thuốc gây mê, gây ngủ, chống xuất huyết, trụy mạch...
  - Những thuốc có tác dụng toàn thân.
  - Những thuốc gây hoại tử các mô, gây đau, thậm chí gây mảng mục nếu tiêm dưới da hay bắp thịt như calciclorua, uabain...
  - Những thuốc không được tiêm bắp hoặc tiêm dưới da chỉ được tiêm tĩnh mạch.
  - Những dung dịch đẳng trương, ưu trương cần đưa vào cơ thể bệnh nhân với khối lượng thuốc khá lớn.
  - Máu, huyết tương và các dung dịch keo: dextran, subtosan.
  - Các loại huyết thanh trị liệu.
3. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
  - Những thuốc gây kích thích mạnh hệ tim mạch như adrenalin (chỉ tiêm tĩnh mạch adrenalin trong trường hợp cấp cứu, khi không bắt được mạch, huyết áp tụt, không đo được).
  - Những loại thuốc dầu: testosteron...
4. **DỤNG CỤ**
  - Hai khay chữ nhật sạch, trụ cắm, 1kìm Kocher.
  - Cồn 70<sup>0</sup>, hộp đựng gòn vô khuẩn
  - Thuốc theo chỉ định
  - Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe.
  - Bơm kim tiêm 5ml - 10ml
  - Hộp đựng vật sắc nhọn, túi đựng đồ bẩn
  - Dây garo
  - Găng tay sạch.
  - Hoặc bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn

## 5. QUY TRÌNH THỰC HÀNH

STT	Các Bước Thực Hiện	Ý Nghĩa	Tiêu Chuẩn Cần Đạt Được
1	Kiểm tra y lệnh. Thông báo giải thích cho người bệnh.	Đảm bảo nguyên tắc dùng thuốc	Đảm bảo 5 đúng: Tạo được thiện chí giữa điều dưỡng và người bệnh.
2	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị thuốc và dụng cụ	Đảm bảo nguyên tắc khi chăm sóc người bệnh.	Rửa tay thường quy, dụng cụ đúng, đầy đủ, xếp gọn, dễ thuận tiện
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn nơi bẻ ống thuốc (ống dung môi) dùng bông khô bẻ ống thuốc, hoặc mở nắp sát khăn đầu lọ thuốc	Đảm bảo an toàn cho người bệnh.	Đúng thuốc theo y lệnh Không làm nát ống, ống dung môi
4	Dùng bơm tiêm lấy thuốc, (thay kim lấy thuốc nếu cần)	Chuẩn bị thuốc để tiêm cho người bệnh.	Lượng thuốc đúng quy định không đổ ra ngoài
5	Thay kim tiêm (nếu cần), đuổi khí, đặt vào khay vô khuẩn. Có phiếu thuốc đi kèm theo	Hạn chế tai biến và tránh nhầm lẫn	Đảm bảo vô khuẩn. Kim tiêm có nắp đậy. Bơm tiêm không còn bọt khí
6	Đem dụng cụ đến bên giường người bệnh. Để nơi thuận tiện	Thuận lợi trong khi tiến hành thao tác	Dụng cụ để bên tay thuận
7	Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm, lót gối dưới vùng tiêm. Mang găng tay sạch	Thuận tiện khi tiến hành thao tác. Phòng tránh lây nhiễm	Chọn tĩnh mạch nổi rõ, không xơ cứng, ít di động. Người bệnh nằm hoặc ngồi
8	Buộc dây garo, sát khuẩn vị trí tiêm dọc theo tĩnh mạch. Chuẩn bị bông cồn. Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh	Để tĩnh mạch nổi rõ hơn. Hạn chế nhiễm trùng	Dây garo đặt tại vị trí đâm kim khoảng 10 cm, dán hoặc thắt sao cho dễ mở. Sát khuẩn từ dưới lên trên, từ trong ra ngoài rộng khoảng 5cm bằng bông 70 <sup>0</sup> , sát khuẩn đến khi sạch. Thân kim vào trong lòng tĩnh mạch ít nhất 0,5 cm
9	Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đâm kim chệch 15 - 30 <sup>0</sup> so với mặt	Đảm bảo đúng kỹ thuật tiêm tĩnh mạch	Căng da ngược chiều với chiều đâm kim, mũi vát hướng lên trên,

	da, hướng mũi kim theo đường đi của tĩnh mạch. Rút nhẹ nòng bơm tiêm, thấy máu vào đốc kim		có máu vào đốc kim. Thân kim vào trong tĩnh mạch ít nhất 0,5cm
10	Mở dây garo, bơm thuốc từ từ, quan sát sắc mặt người bệnh.	Đề phòng tai biến	Mở garo nhẹ nhàng không làm lệch kim ra ngoài tĩnh mạch. Không phồng khi bơm thuốc
11	Hết thuốc rút kim, kéo chệch da, sát khuẩn lại nơi tiêm	Đảm bảo đúng kỹ thuật. Hạn chế nhiễm khuẩn	Không gây chảy máu
12	Giúp người bệnh. tiện nghi. Hướng dẫn những điều cần thiết	Đề phòng tai biến, phát hiện và xử trí kịp thời khi có tai biến xảy ra	Dặn người bệnh. nghỉ ngơi ít nhất 15 phút. Nếu có bất thường: ngứa, khó chịu thì báo với nhân viên y tế
13	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ	Tiện việc xử lý dụng cụ, chịu trách nhiệm chuyên môn, pháp lý	Dụng cụ bỏ đúng nơi quy định rửa tay thường quy, ghi hồ sơ

## 6. AN TOÀN CHO NGƯỜI BỆNH

Tai Biến – Triệu Chứng	Xử Trí – Phòng Ngừa
<b>Tắc kim</b>	Không bơm thuốc vào được thì phải rút kim ra thay kim khác và tiêm lại.
<b>Phòng nơi tiêm</b>	Điều chỉnh lại mũi kim bằng cách nút nhẹ bơm kim tiêm rồi kiểm tra lại. Sau khi tiêm xong chườm nóng chỗ phòng để khỏi máu tụ hoặc thuốc tan nhanh.
<b>Bệnh nhân bị sốc hoặc bị ngất</b>	Ngừng tiêm xử trí sốc phản vệ theo phát đồ (nếu có) và báo cáo bác sĩ để xử trí.
<b>Tắc mạch</b> do để khí lọt vào thành mạch trong khi tiêm. Phát hiện: mặt người bệnh tái, ho sặc sụa, khó thở hoặc ngừng thở đột ngột.	Cho người bệnh nằm đầu thấp ngay, xử trí triệu chứng suy hô hấp, suy tuần hoàn.
<b>Đâm nhầm vào động mạch:</b> Khi bơm thuốc vào thấy người bệnh kêu đau nóng ở bàn chân.	Ngừng tiêm và rút kim vì có thể đâm nhầm vào động mạch.
<b>Gây hoại tử:</b> chỗ tiêm nóng, đỏ, đau; lúc đầu cứng, sau mềm nhũn giống ổ áp xe	Chườm nóng Khi có hoại tử thì băng mỏng giữ không nhiễm khuẩn thêm, có thể phải chích rạch nếu ổ hoại tử lớn.
<b>Nhiễm khuẩn toàn thân, tại chỗ:</b> sốt cao, rét run, tình trạng nhiễm khuẩn nặng, cấy máu (+) chỗ sưng, nóng do đau.	Báo bác sĩ, thực hiện theo y lệnh

## BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH

- Ngày thực hiện:.....
- Khoa: .....
- Họ và tên: .....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.				
2	Thực hiện 5 đúng (1). Nhận định người bệnh (2). Giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm (3).				
3	Lấy thuốc theo y lệnh (kiểm tra thuốc lần 1) (1). Sát khuẩn lọ/ ống thuốc (kiểm tra thuốc lần 2) (2). Dùng gạc hoặc bông khô vô khuẩn bẻ ống thuốc (Nếu có) (3).				
4	Xé vỏ bơm tiêm và thay kim lấy thuốc.				
5	Rút thuốc vào bơm tiêm (1). Kiểm tra lọ/ống thuốc lần 3 (2). Bỏ vỏ lọ/ống thuốc vào thùng rác đúng quy định (3)				
6	Thay kim tiêm (1). Đuổi khí, cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn (2).				
7	Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm.				
8	Đặt dây garo phía trên vị trí tiêm khoảng 10cm-15cm.				
9	Mang găng tay sạch.				
10	Buộc dây garo phía trên vị trí tiêm khoảng 10-15cm.				
11	Sát khuẩn sạch vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoáy ốc đường kính trên 10cm (1), tối thiểu 2 lần (2).				
12	Cầm bơm tiêm, đuổi khí (nếu có) Căng da, đâm kim góc 30 <sup>0</sup> so với mặt da và đẩy kim vào tĩnh mạch (2) .				

13	Kiểm tra có máu vào bơm tiêm (1). Tháo dây garo (2).				
14	Bơm thuốc từ từ vào tĩnh mạch (1). Quan sát theo dõi người bệnh (2). Theo dõi vị trí tiêm có phồng không (3).				
15	Hết thuốc rút kim nhanh Kéo chệch da nơi tiêm/ dùng gòn khô vô khuẩn ấn vào vị trí tiêm Cho bơm, kim tiêm vào hộp an toàn				
16	Tiếp tục đè gòn khô vô khuẩn lên vùng tiêm trong vòng 30 giây ( <i>phòng ngừa chảy máu</i> ).				
17	Tháo găng bỏ vào thùng đựng chất thải lây nhiễm.				
18	Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái (1). Dặn người bệnh những điều cần thiết (2).				
19	Thu dọn dụng cụ (1). Rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh (2).				
20	Ghi hồ sơ.				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được (40 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: có thực hiện nhưng chưa đúng hoặc chưa đủ
- 2 điểm: thực hiện đúng, đầy đủ.

## KỸ THUẬT TRUYỀN TĨNH MẠCH NGOẠI VI

(Bằng kim luôn)

### 1. MỤC ĐÍCH

Thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngoại biên để đưa vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch một khối lượng dung dịch và thuốc với mục đích:

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn.
- Giải độc, lợi tiểu.
- Nuôi dưỡng người bệnh.
- Đưa thuốc vào để điều trị bệnh

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp người bệnh cần hồi sức cấp cứu: sốc, trụy mạch, tiêu chảy, bông, ngừng tuần hoàn...
- Tiêm, truyền thuốc qua đường tĩnh mạch
- Người bệnh bị suy dinh dưỡng
- Người bệnh bị ngộ độc
- Người bệnh mất máu: tai nạn, xuất huyết tiêu hóa....
- Người bệnh được dùng số lượng thuốc lớn hay duy trì trong cơ thể
- Các trường hợp cần nuôi dưỡng tĩnh mạch ngắn ngày

### 3. VỊ TRÍ ĐẶT ĐƯỜNG TRUYỀN

- Tĩnh mạch chi: mu bàn tay, cổ tay, dọc cánh tay, khuỷu tay, cổ chân. Trong đó tĩnh mạch mu bàn tay, cánh tay thường được chọn do dễ đặt, dễ cố định.
- Tĩnh mạch đầu: hai bên thái dương thường sử dụng cho trẻ nhi. Hạn chế vì đặt ở tĩnh mạch đầu nếu thoát mạch sẽ gây hoại tử lâu lành.

### 4. DỤNG CỤ

#### 4.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Bình kèm, pen, kéo
- Dịch truyền theo y lệnh
- Bộ dây truyền dịch (dây nối, ba chạc...)
- Kim luôn:

- + Trẻ sơ sinh: 24G
- + Trẻ lớn: 22-24G
- + Người lớn 18-22G
- Băng trong suốt (transperant film) hoặc băng keo cá nhân
- 02 hộp gòn vô khuẩn hoặc Alcohol Swap
- Hộp thuốc chống shock đủ cơ số

#### 4.2. Dụng cụ sạch

- Mâm tiêm
- Phiếu truyền dịch
- Dây thắt mạch (garo)
- Bồn hạt đậu
- Gói kê tay (nếu cần)
- Máy đo huyết áp, ống nghe
- Găng sạch
- Băng keo
- Trụ treo
- Đồng hồ có kim giây

#### 4.3. Dung dịch sát khuẩn

- Cồn 70<sup>0</sup>
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.
- Chuẩn bị trên một xe tiêm truyền: có đầy đủ thùng đựng rác thải y tế, hộp đựng vật sắc nhọn.

### 5. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

STT	Các Bước Thực Hiện	Ý Nghĩa Thao Tác	Tiêu Chuẩn Cần Đạt
1	Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh	Đảm bảo nguyên tắc chung khi chăm sóc người bệnh	Rửa tay thường quy, dụng cụ đúng, đầy đủ
2	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ, phù hợp.	Tránh nhầm lẫn ảnh hưởng tính mạng người bệnh.	Xe tiêm sắp xếp ngăn nắp, đầy đủ dụng cụ
3	Thực hiện 5 đúng: - Nhận định người bệnh	Đảm bảo nguyên tắc khi truyền dịch. Giúp người bệnh hợp tác trong khi truyền dịch	Đảm bảo 5 đúng: Tạo được thiện chí giữa điều dưỡng và người bệnh.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giải thích cho người bệnh mục đích của việc sắp làm (nếu được).</li> <li>- Chuẩn bị tư thế người bệnh phù hợp, thoải mái</li> <li>- Đo HA, đếm mạch, cho người bệnh tiêu tiểu (nếu được)</li> <li>- Chọn và bộc lộ vị trí tĩnh mạch.</li> </ul>		
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Điều dưỡng sát khuẩn tay.</li> <li>- Lấy dịch truyền và thuốc theo y lệnh (đọc nhãn thuốc lần 1)</li> <li>- Mở nắp chai dịch, sát khuẩn nắp chai dịch truyền, để khô (đọc nhãn thuốc lần 2), pha thuốc vào chai dịch truyền nếu có y lệnh.</li> </ul>	Đảm bảo đúng nguyên tắc vô khuẩn.	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra bộ dây truyền: loại dây, tốc độ giọt, hạn dùng, sự nguyên vẹn.</li> <li>- Khóa dây truyền dịch, cắm dây dịch truyền vào chai.</li> <li>- Treo chai lên trụ, bóp bầu đếm giọt cho dịch vào 1/3 – 1/2 bầu đếm giọt</li> <li>- Đuổi khí vào bòn hạt đậu, khóa lại, để kim ở vị trí an toàn</li> </ul>	An toàn cho người bệnh, thuận tiện khi đuổi khí	<p>Dịch truyền đúng y lệnh. Khóa chặt dây truyền. Kim lấy dịch cắm thẳng vào chai</p> <p>Dây truyền không còn bọt khí.</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bộc lộ vùng tiêm truyền, kê gối dưới vùng tiêm truyền, đặt nẹp (nếu cần).</li> <li>- Điều dưỡng rửa tay nhanh, đi găng sạch</li> <li>- Thắt dây garo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuận tiện khi đâm kim vào tĩnh mạch.</li> <li>- Hạn chế lây nhiễm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chọn tĩnh mạch nổi rõ, không xơ cứng, ít di động</li> <li>- Thắt dây garo trên vị trí tiêm truyền 10 - 15cm</li> </ul>
7	Sát khuẩn vị trí tiêm truyền	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đảm bảo vô khuẩn</li> <li>- Để khô còn giữa hai lần sát khuẩn</li> </ul>	Sát khuẩn từ dưới lên trên, từ trong ra ngoài rộng khoảng 10cm bằng cồn 70 <sup>0</sup> , sát khuẩn đến khi sạch (tối thiểu 2 lần).

8	<p><b>Tiến hành đặt catheter tĩnh mạch ngoại biên:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Một tay căng da dưới vị trí tiêm. Một tay cầm đốc kim luôn, mũi vát ngửa, độ chệch so với mặt da <math>30^0-40^0</math> (tùy vị trí tĩnh mạch) → tiến hành đâm kim vào tĩnh mạch.</li> <li>- Khi thấy máu ở đốc kim, rút lùi nòng kim khoảng 0,5 –1 cm, cùng lúc luôn kim nhẹ nhàng vào lòng mạch.</li> <li>- Tháo garo, rút bỏ nòng kim, lắp dây truyền dịch vào đốc kim, mở khóa cho dây chảy thông.</li> </ul>	Tuyệt đối vô khuẩn	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Căng da ngược chiều với chiều đâm kim, mũi vát hướng lên trên, có máu vào đốc kim.</li> <li>- Thân kim vào trong tĩnh mạch.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định: Cố định đuôi kim luôn, che chở đốc kim bằng băng trong suốt (transperant film) hoặc băng keo cá nhân vô khuẩn, cố định hệ thống dây truyền dịch.</li> <li>- Ghi ngày, giờ thực hiện lên băng dính và dán lên vùng tiêm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạn chế nhiễm khuẩn</li> <li>- Lưu kim được an toàn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gạc che kín thân kim.</li> <li>- Cố định đường băng dính đảm bảo chắc chắn, đẹp</li> </ul>
10	Tháo găng tay, sát khuẩn tay nhanh	Đảm bảo nguyên tắc	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rửa tay đúng quy trình</li> <li>- Bỏ găng đúng quy định</li> </ul>
11	Điều chỉnh giọt theo y lệnh	Đảm bảo đúng y lệnh	Kết thúc đúng giờ dự kiến
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giúp người bệnh nằm ở tư thế thoải mái.</li> <li>- Dặn người bệnh những điều cần thiết.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dặn người bệnh nằm nghỉ ngơi tại giường, thông báo với điều dưỡng những dấu hiệu bất thường</li> <li>- Phát hiện và xử trí kịp thời khi có tai biến xảy ra</li> </ul>	<p>Quan sát sắc mặt người bệnh.</p> <p>Dặn người bệnh nếu có: đau hoặc nóng ở vị trí truyền, kích thích vật vã, đỏ mặt, đau thắt lưng, buồn nôn, nôn, sốt, rét run, khó thở thì phải báo ngay với nhân viên y tế</p>

13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải lây nhiễm đúng quy định</li> <li>- Rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh</li> <li>- Ghi chép hồ sơ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiện việc xử lý dụng cụ</li> <li>- Chịu trách nhiệm chuyên môn, pháp lý</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dụng cụ phải bỏ vào nơi đúng quy định</li> <li>- Rửa tay thường quy</li> <li>- Ghi phiếu truyền dịch, phiếu chăm sóc</li> </ul>
----	--	---	--

## 6. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

Tai Biến – Triệu Chứng	Xử Trí – Phòng Ngừa
<b>Đâm nhầm vào động mạch</b>	Rút ngay kim, băng ép tại điểm đâm kim, theo dõi dấu hiệu chảy máu tại chỗ
<b>Thoát mạch:</b> do chệch kim, vỡ tĩnh mạch	Rút kim truyền, chuyển vị trí truyền sang chi khác, thường xuyên kiểm tra bằng bắt mạch và làm dấu hiệu làm đầy mao mạch. Báo bác sĩ
<b>Tụ máu:</b> Do chảy máu vào tổ chức xung quanh hoặc kim xuyên qua mạch máu	Rút kim truyền. Băng ép quanh nơi tụ máu bằng gạc lạnh
<b>Tuột Catheter:</b> Do cố định không chắc hoặc do người bệnh tự rút truyền.	Rút kim truyền
<b>Viêm tĩnh mạch:</b> Do cục máu đông ở đầu kim Catheter; lưu kim Catheter quá lâu; dịch truyền có độ pH quá cao hoặc quá thấp hoặc dịch ưu trương	Rút kim truyền, chườm ấm, báo bác sĩ, ghi chép tình trạng và những xử trí
<b>Nhiễm khuẩn tại chỗ</b>	Rút kim truyền, chuyển vị trí truyền sang chi khác, báo bác sĩ, theo dõi chăm sóc vị trí nhiễm khuẩn
<b>Dị ứng thuốc</b>	Ngừng truyền, phối hợp với bác sĩ xử trí sóc phản vệ theo phác đồ nếu có
<b>Quá tải tuần hoàn:</b> do tốc độ truyền quá nhanh	Cho người bệnh nằm đầu cao 30 <sup>0</sup> - 45 <sup>0</sup> . Thở oxy nếu cần Báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp

## 7. LƯU Ý

- Công thức tính dịch truyền (tính bằng phút):

$$\text{Tổng số thời gian} = \frac{\text{Tổng số dịch truyền (ml)} \times \text{Số giọt/ml}}{\text{Tốc độ giọt/phút}}$$

- **Thay thế catheter ngoại biên:**

- + Rút catheter sớm nếu không còn cần thiết và chọn loại catheter thích hợp.
- + Theo dõi, quan sát vị trí đặt catheter hàng ngày. Nếu có dấu hiệu viêm tĩnh mạch tại vị trí đặt catheter (sưng, nóng, đỏ, đau, đường tĩnh mạch nổi, sờ rõ) thay và đặt kim sang vị trí khác.
- + Nên rút ngay kim catheter nếu không cần sử dụng.
- + Ở người lớn, không nên thay catheter ngoại biên thường quy trước 72-96 giờ.
- + Thay catheter ở trẻ em chỉ khi có những chỉ định trên lâm sàng.
- + Phải sử dụng gạc vô khuẩn (gạc dạng bán thấm, gạc trong suốt) để che phủ vị trí đặt catheter, thay gạc che phủ nếu gạc bị ẩm ướt, không còn kín, nhìn thấy bẩn.
- + Thay gạc, băng thường quy 24 – 48 giờ/lần. Thay ngay khi gạc, băng bán thấm hoặc không còn đảm bảo tính nguyên vẹn.

- **Thay thế đường tiêm truyền:**

- + Dây truyền máu, sản phẩm của máu hoặc mỡ không để quá 24h.
- + Các đường truyền không phải là máu, sản phẩm của máu, mỡ không cần thiết thay thường quy trước 96 giờ và không nên để quá 7 ngày, kể cả khi thay thế.

**BẢNG KIỂM KỸ THUẬT  
TRUYỀN TĨNH MẠCH NGOẠI VI**

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh				
2	Thực hiện 5 đúng (1). Nhận định người bệnh (2). Giải thích cho NB biết việc sắp làm (3).				
3	Cắt băng dính (1). Kiểm tra dịch truyền (2)				
4	Sát khuẩn nút chai (1), pha thuốc (2) (nếu cần). Mở bao dây tiêm truyền (3)				
	Khóa dây truyền (1), cắm dây truyền vào chai dịch (2).				
5	Treo chai dịch lên cọc truyền (1), cho dịch chảy vào 2/3 bầu đếm giọt (2), đuổi khí qua dây (3) và khóa dây để đầu kim nơi an toàn (4).				
6	Bộc lộ vùng truyền (1), chọn tĩnh mạch (2), đặt gối kê tay (nếu cần), đặt dây garo dưới vùng truyền (3).				
7	DD sát khuẩn tay nhanh và mang găng tay sạch.				
8	Buộc dây cao su/garo trên vùng truyền 10-15cm.				
9	Sát khuẩn vị trí truyền từ trong ra ngoài đường kính trên 10cm (1), tối thiểu 2 lần (2).				
10	Căng da (1), đâm kim chệch 30 <sup>0</sup> so với mặt da (2) và đẩy kim vào TM thấy máu ở đốc kim (3), tháo dây garo (4).				
11	Lắp dây truyền vào đốc kim. Mở khóa truyền cho dịch chảy để thông kim.				
12	Che kim và cố định thân kim bằng gạc vô khuẩn/ băng keo cá nhân, cố định đốc kim, cố định dây truyền dịch bằng băng dính				
13	Tháo găng và bỏ vào vật đựng chất thải lây nhiễm, sát khuẩn tay nhanh				
14	Rút dây garo (1), cố định tay người bệnh (nếu cần).				
15	Điều chỉnh tốc độ dịch chảy theo y lệnh.				
16	Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái (1), dặn người bệnh những điều cần thiết (2).				

17	Thu dọn dụng cụ (1), rửa tay (2).				
18	Ghi phiếu truyền dịch (1) và phiếu chăm sóc (2).				
<b>Tổng Điểm</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (36 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: có thực hiện nhưng chưa đúng hoặc chưa đủ
- 2 điểm: thực hiện đúng, đầy đủ.

## KỸ THUẬT BƠM THUỐC QUA KHÓA LƯU KIM

### 1. MỤC ĐÍCH

- Đưa thuốc qua đường tĩnh mạch an toàn.
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng.

### 2. DỤNG CỤ

#### 2.1. Vô trùng

- Ống chích 3ml hoặc 5ml.
- Ống chích 3ml chứa NaCl 0.9%.
- Gòn côn 70<sup>0</sup>

#### 2.2. Dụng cụ khác

- Hộp chống sốc phản vệ
- Mâm sạch
- Thuốc theo y lệnh
- Găng sạch
- Bồn hạt đậu

### 3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

STT	Các Bước Thực Hiện	Ý Nghĩa Thao Tác	Tiêu Chuẩn Cần Đạt
1	Kiểm tra y lệnh. Thông báo giải thích cho người bệnh	Đảm bảo nguyên tắc dùng thuốc	Đảm bảo 5 đúng: Tạo được thiện chí giữa điều dưỡng và người bệnh
2	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị thuốc và dụng cụ	Đảm bảo nguyên tắc khi chăm sóc NB	Rửa tay thường quy, dụng cụ đúng, đầy đủ, xếp gọn, dễ thuận tiện
3	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn nơi bẻ ống thuốc (ống dung môi) dùng bông khô bẻ ống thuốc, hoặc mở nắp sát khăn đầu lọ thuốc	Đảm bảo an toàn cho người bệnh	Đúng thuốc theo y lệnh Không làm nát ống, ống dung môi

4	Dùng bơm tiêm lấy thuốc, kiểm tra lại thuốc (thay kim lấy thuốc nếu cần)	Chuẩn bị thuốc để tiêm cho người bệnh	Lượng thuốc đúng y lệnh, không đổ ra ngoài
5	Thay kim tiêm (nếu cần), đuổi khí, đặt vào khay ( <i>chú ý: tránh nhầm lẫn 02 bơm tiêm chứa NaCl 0,9% trên khay tiêm</i> ). Có phiếu thuốc đi kèm theo	Hạn chế tai biến và tránh nhầm lẫn	Đảm bảo vô khuẩn. Kim tiêm có nắp đậy. Bơm tiêm không còn bọt khí
6	Đem dụng cụ đến bên giường người bệnh để nơi thuận tiện	Thuận lợi trong khi tiến hành thao tác	Dụng cụ để bên tay thuận
7	- Đặt người bệnh ở tư thế thuận tiện. - Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm. - Mang găng tay sạch	Thuận tiện khi tiến hành thao tác. Phòng tránh lây nhiễm	Quan sát sự an toàn của khoá lưu kim
8	Sát khuẩn khoá lưu kim. Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh	Hạn chế nhiễm trùng	Sát khuẩn từ trong ra ngoài bằng cồn 70 <sup>0</sup> (hoặc cồn Iode) đến khi sạch
9	Tay trái giữ khoá lưu kim, tay phải cầm bơm tiêm chứa NaCl 0,9% tháo nắp kim đâm xuyên qua phần nhựa dẻo của khoá lưu kim, rút nhẹ pít tông kiểm tra, nếu kim còn trong lòng mạch bơm # 1-2 ml dung dịch NaCl 0,9% rồi tiến hành bơm thuốc	Kiểm tra kim luôn còn nằm trong lòng mạch	Đảm bảo kim luôn còn nằm trong lòng mạch, không có dấu hiệu nhiễm trùng hay thoát mạch
10	Tay trái giữ khoá lưu kim, tay phải cầm bơm tiêm chứa thuốc theo y lệnh đâm qua khoá lưu kim, bơm thuốc chậm và quan sát người bệnh, rút kim sau khi bơm hết thuốc	Đề phòng tai biến	Bơm thuốc nhẹ nhàng không làm lệch kim ra ngoài tĩnh mạch. Không phồng khi bơm thuốc
11	Hết thuốc rút kim	Đảm bảo đúng kỹ thuật. Hạn chế nhiễm khuẩn	Không làm lệch kim
12	- Tiếp tục như trên bơm 1-2 ml NaCl 0,9% mới vào khoá lưu kim để tráng hết thuốc, rút kim - Dùng gòn khô lau khoá lưu kim	Tráng khoá lưu kim	Đảm bảo đủ lượng thuốc theo y lệnh, thuốc không còn đọng lại trong kim luôn

13	Giúp người bệnh tiện nghi. Hướng dẫn những điều cần thiết	Đề phòng tai biến, phát hiện và xử trí kịp thời khi có tai biến xảy ra	Dặn người bệnh nghỉ ngơi ít nhất 15 phút. Nếu có bất thường: ngứa, khó chịu thì báo với nhân viên y tế
14	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay, ghi hồ sơ	Tiền việc xử lý dụng cụ, chịu trách nhiệm chuyên môn, pháp lý	Dụng cụ bỏ đúng nơi quy định rửa tay thường quy, ghi hồ sơ

**BẢNG KIỂM THỰC HÀNH**  
**KỸ THUẬT TIÊM THUỐC QUA KHÓA LƯU KIM**

- Ngày thực hiện:.....

- Khoa: .....

- Họ và tên: .....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.				
2	Thực hiện 5 đúng (1). Nhận định người bệnh (2). Giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm (3).				
3	Lấy thuốc theo y lệnh (kiểm tra thuốc lần 1) (1). Sát khuẩn lọ/ ống thuốc (kiểm tra thuốc lần 2) (2). Dùng gạc hoặc bông khô vô khuẩn bẻ ống thuốc (Nếu có) (3).				
4	Xé vỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc.				
5	Rút thuốc vào bơm tiêm (1). Kiểm tra lọ/ống thuốc lần 3 (2). Bỏ vỏ lọ/ống thuốc vào thùng rác đúng quy định (3)				
6	Thay kim tiêm (1). Đuổi khí, cho vào bao vừa đựng bơm tiêm vô khuẩn (2).				
7	Sát khuẩn khóa lưu kim luôn.				
8	Kiểm tra kim còn nằm trong lòng mạch (1) (Dùng kim và ống tiêm số 1 có chứa 2ml Nacl 0,9% đâm qua khóa lưu rút xem có máu trong lòng mạch không) Rút kim, bỏ bơm kim tiêm vào nơi quy định (2).				
9	Bơm thuốc: dùng ống tiêm số 2 có thuốc (1), Bơm thuốc từ từ qua khóa lưu kim (2)				
10	Quan sát sắc mặt người bệnh (3). Rút kim, bỏ bơm kim tiêm vào nơi quy định (2).				
11	Tráng khóa lưu kim: dùng ống tiêm số 3 có chứa 2ml Nacl 0,9% bơm tráng hết thuốc (1). Rút kim, bỏ bơm kim tiêm vào nơi quy định (2).				

12	Dùng gòn khô vô khuẩn lau khóa lưu kim.				
13	Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái (1). Dặn người bệnh những điều cần thiết (2).				
14	Thu dọn dụng cụ (1). Rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh (2).				
15	Ghi hồ sơ.				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (30 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

## KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

### 1. MỤC ĐÍCH

- Bồi hoàn số lượng máu đã mất cho cơ thể người bệnh
- Bỏ sung các yếu tố đông máu bị thiếu hụt

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết nặng: do tai nạn, phẫu thuật, bệnh lý.
- Thiếu máu nặng: sốt rét, nhiễm ký sinh trùng ( $Hb < 70\text{mg/l}$ )
- Nhiễm khuẩn hoặc nhiễm độc nặng.
- Các bệnh về máu: ung thư máu, thiếu men G6PD.
- Bỏng nặng
- Thiếu hụt các yếu tố đông máu bẩm sinh hoặc mắc phải (Hemophili A)

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phù phổi cấp
- Viêm tắc động mạch, tĩnh mạch
- Thận trọng trong suy tim và tăng HA

### 4. NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

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

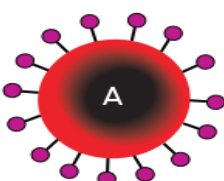
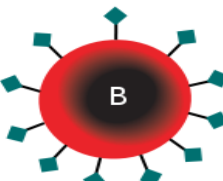
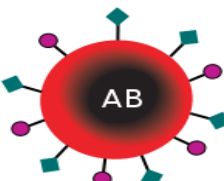
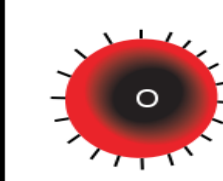
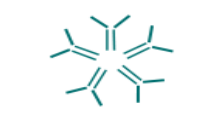

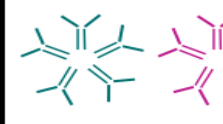



### 5. CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN

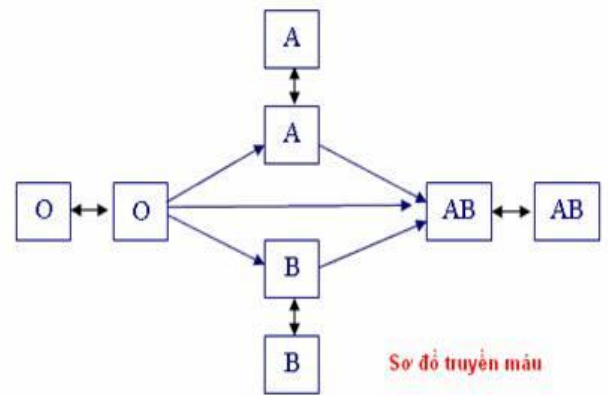
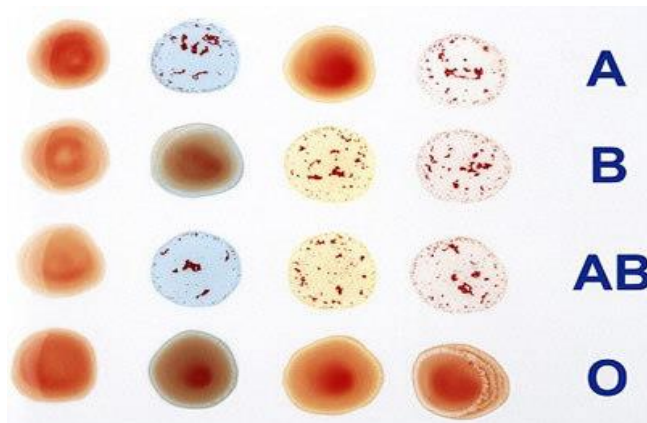
Sau khi nhận được y lệnh ĐD mang khẩu trang đến giường NB thực hiện:

- Kiểm tra tên tuổi, số phòng, số giường, báo và giải thích cho NB hoặc thân nhân biết công việc sắp làm và báo cho họ biết thời gian truyền bao lâu để NB an tâm.
- Lấy dấu hiệu sinh tồn.
- Cho NB đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền.
- ĐD về phòng làm việc rửa tay, chuẩn bị đầy đủ dụng cụ lên xe tiêm.

## 6. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

- Chai máu hoặc túi máu (1 đơn vị máu) cùng một lúc NB không được nhận quá 1 đơn vị máu.
- Đây là một khâu quan trọng nhất, nên người điều dưỡng phải kiểm tra đối chiếu cẩn thận
- Kiểm tra nhãn hiệu chai máu:
  - + Có nhãn không (nếu không có không nhận)
  - + Có nhãn nhưng phải ghi đầy đủ: số chai, nhóm máu, số lượng máu, tên người cho, người lấy, ngày, giờ, tháng lấy, hạn dùng.
- Kiểm tra chất lượng:
  - + Nút chai có nguyên vẹn, có rạn nứt không.
  - + Chai máu vừa lấy ở tủ lạnh ra còn phân biệt rõ 3 lớp, màu sắc có tươi hay có hiện tượng tiêu huyết, nhiễm khuẩn.
  - + Chai máu có vón cục không, có để ra ngoài tủ lạnh quá 30 phút không
- Đối chiếu:
  - + Chai máu lĩnh có phù hợp với phiếu lĩnh máu không.
  - + Phản ứng chéo giữa chai máu và máu của người bệnh có hiện tượng ngưng kết không

	Nhóm A	Nhóm B	Nhóm AB	Nhóm O
Loại tế bào hồng cầu				
Kháng thể	 Kháng thể B	 Kháng thể A	Không có	 Kháng thể A và B
Kháng nguyên	 Kháng nguyên A	 Kháng nguyên B	 Kháng nguyên A và B	Không có



- Một bộ dây truyền máu: có 2 loại, một loại dây thẳng và một loại dây chữ Y vì có thể phải truyền dung dịch mặn nếu có những phản ứng do truyền máu, dây truyền có một cái lọc ở trong bầu nhỏ giọt, khoá dây truyền phải ở dưới bầu nhỏ giọt.
- Một hộp kim tiêm tĩnh mạch cỡ 18-20 hoặc catheter (đường kính của kim to để tránh vỡ hồng cầu).
- Chai nước muối sinh lý NaCl 0,9% (Nếu cần truyền nước muối 0,9% trước và sau khi truyền máu theo y lệnh)
- Một cốc truyền tĩnh mạch - giá treo.
- Bộ tứ: nẹp gỗ, gói kê tay, tấm nylon nhỏ, dây cao su (nếu cần)
- Khay vô khuẩn.
- Khay quả đậu.
- Kẹp Kocher
- Huyết áp kế, ống nghe, nhiệt kế, đồng hồ đếm mạch, nhịp thở.
- Hộp thuốc chống sốc đủ cơ số.
- Thuốc theo y lệnh nếu có.
- Dung dịch sát khuẩn, bình kèm, kéo, băng dính.
- Dụng cụ làm phản ứng chéo (lam kính hoặc phiến đá, que thủy tinh hoặc que nhựa), huyết thanh mẫu.
- Bơm tiêm vô khuẩn 5ml - 10ml.
- Gạc vô khuẩn hoặc băng keo cá nhân
- Phiếu truyền máu

## 7. QUY TRÌNH TRUYỀN MÁU

STT	Các Bước Thực Hiện	Ý Nghĩa Thao Tác	Tiêu Chuẩn Cần Đạt
1	Kiểm tra y lệnh Thông báo, giải thích và hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết. Đo DHST, xác định vị trí truyền máu	Đảm bảo đúng nguyên tắc khi truyền máu Giúp người bệnh hợp tác khi truyền máu	Đảm bảo 5 đúng: Tạo được thiện chí giữa điều dưỡng và người bệnh
2	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị dụng cụ, chuẩn bị túi máu	Đảm bảo nguyên tắc chung khi chăm sóc người bệnh. Nguyên tắc truyền máu	Rửa tay thường quy, dụng cụ đúng, đầy đủ, túi máu không quá lạnh và không để tủ lạnh 30 phút trước khi truyền
3	Mang dụng cụ đến bên giường người bệnh để nơi thuận tiện	Thuận lợi trong các tiến hành thao tác	Dụng cụ đặt nơi thuận tiện với vị trí truyền
4	Kiểm tra túi máu Yếu tố Rhesus Kiểm tra người bệnh	Tránh nhầm lẫn	Kiểm tra đầy đủ: tên người cho, hạn dùng, số hiệu, chất lượng, số lượng, nhóm máu Kiểm tra đúng: tên người nhận, nhóm máu, số lượng
5	Mang găng, định nhóm máu người cho, người nhận và làm phản ứng chéo tại giường, mời BS đọc kết quả và xác nhận vào phiếu truyền máu	Đảm bảo an toàn khi truyền	Định lại nhóm máu, làm phản ứng chéo chuẩn xác, đối chiếu với kết quả của khoa xét nghiệm
6	Lắc nhẹ túi máu, cắm dây truyền vào túi máu, treo lên cọc truyền, đuổi khí, khóa lại	Trộn lẫn các thành phần của máu. Tránh không khí vào mạch máu	Không làm vỡ hồng cầu. Đuổi khí đến đầu dây truyền khi không còn không khí trong dây
7	Cắt băng dính. Chọn tĩnh mạch, lót gối dưới vùng truyền (nếu cần)	Thuận tiện khi tiến hành	Người bệnh ở tư thế nằm tĩnh mạch nổi rõ, to, không bị xơ cứng, ít di động, thẳng và không nằm ở vị trí cử động
8	Buộc dây garo Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh	Đề tĩnh mạch nổi rõ hơn. Hạn chế nhiễm trùng	Dây garo dán hoặc thắt trên vị trí tiêm truyền 10-15cm

9	<p>Sát khuẩn vị trí tiêm truyền bằng cồn 70<sup>0</sup></p> <p>Đâm kim hoặc catheter vào tĩnh mạch</p> <p>- Tay không thuận dùng ngón cái miết căng da phía dưới chỗ tĩnh mạch đã chọn để đâm kim không bị di lệch.</p> <p>- Tay thuận cầm bơm tiêm hoặc đốc kim mũi vát ngửa chéch một góc 15-30<sup>0</sup> so với mặt da, đưa kim đúng vào tĩnh mạch (giống bài tiêm tĩnh mạch) khi thấy máu ra đốc kim hạ thấp kim luôn vào tĩnh mạch, mở dây garo, tháo bơm tiêm hoặc rút nòng catheter, nối dây truyền máu vào đốc kim, mở khóa cho máu chảy từ từ</p>	<p>Đảm bảo đúng kỹ thuật truyền máu</p> <p>Tránh tắc kim</p>	<p>Sát khuẩn từ dưới lên, từ trong ra ngoài rộng khoảng 10cm đến khi sạch (tối thiểu 2 lần)</p> <p>Căng da ngược với chiều đâm kim, mũi vát hướng lên, có máu vào trong đốc kim (khi sử dụng kim tiêm: thân kim vào trong tĩnh mạch còn lại khoảng 0,5cm. Mở garo nhẹ nhàng, không làm lệch kim, không phồng khi máu chảy)</p>
10	<p>Đặt gạc che thân kim. Cố định kim và dây truyền</p>	<p>Lưu kim được an toàn. Hạn chế nhiễm khuẩn</p>	<p>Gạc che kín thân kim. Cố định đường bằng dính đảm bảo chắc chắn, đẹp</p>
11	<p>Làm phản ứng sinh vật:</p> <p>- Chỉnh khoá cho chảy theo y lệnh được 20ml sau đó cho chảy chậm từ 8-10 giọt/ phút trong 5 phút.</p> <p>- Nếu Bệnh nhân không có phản ứng gì thì lập lại một lần nữa cho chảy theo y lệnh trong 20 ml nữa, sau đó cho chảy chậm từ 8-10 giọt/ phút trong 5 phút.</p> <p>- Bệnh nhân không có triệu chứng gì xảy ra thì mới cho theo y lệnh</p> <p>- Theo dõi NB trong vòng 15 phút</p>	<p>Đảm bảo nguyên tắc truyền máu. Phát hiện sớm tai biến</p>	<p>Theo dõi DHST</p> <p>Tốc độ chính xác theo y lệnh</p>
12	<p>Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn điều cần thiết</p>	<p>Đề phòng tai biến, phát hiện và xử trí kịp thời khi có tai biến xảy ra</p>	<p>Dặn người bệnh nếu có: đau hoặc nóng ở vị trí truyền, kích thích vật vã, đỏ mặt, đau thắt lưng, buồn nôn, nôn, sốt, rét run, khó thở phải báo ngay với nhân viên y tế</p>

13	Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ	Tiên việc xử lý dụng cụ, chịu trách nhiệm chuyên môn	Dụng cụ bỏ đúng nơi quy định, rửa tay thường quy, ghi đúng vào phiếu truyền máu, phiếu chăm sóc
----	-------------------------------------	--	---

## 8. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

Tai Biến Thường Gặp	Phòng Ngừa – Xử Trí
<b>Tai biến tan máu do truyền nhầm nhóm máu:</b> người bệnh đau nhức khắp người, đau lưng dữ dội, vật vã, khó chịu tức ở ngực, ớn lạnh, sốt cao, có thể trụy tim mạch	<p>Ngừng truyền máu ngay lập tức, kiểm tra HA, báo BS.</p> <p><b>Nếu sốc:</b> xử trí theo phát đồ sốc phản vệ, gọi người hỗ trợ cấp cứu, lấy một mẫu máu của chai máu truyền và một mẫu máu của người bệnh để xác định lại nhóm máu</p> <p><b>Phòng ngừa:</b> Tiên hành truyền máu phải cẩn thận làm đúng nguyên tắc an toàn trong truyền máu</p>
<b>Phản ứng sốt</b>	Điều trị triệu chứng: lau mát tích cực, dùng thuốc hạ sốt theo y lệnh, tư vấn cho người bệnh về chế độ dinh dưỡng
<b>Phản ứng dị ứng:</b> Ngứa mẫn đỏ, hen phế quản, phù phổi cấp và trụy tim mạch (ít gặp)	Ngừng truyền máu ngay lập tức, dùng thuốc theo chỉ định
<b>Viêm tắc tĩnh mạch:</b> sưng, nóng, đỏ, đau tại chỗ và dọc theo đường tĩnh mạch.	<b>Xử trí:</b> điều trị viêm tắc tĩnh mạch

## BẢNG KIỂM KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Nội Dung	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
	<b><i>Chuẩn Bị Người Bệnh</i></b>				
1	Kiểm tra hồ sơ người bệnh				
2	Thông báo về kỹ thuật sắp làm				
3	Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn				
4	Hỏi người bệnh có tiền sử dị ứng không?				
5	Kiểm tra lại các xét nghiệm của người bệnh				
	<b><i>Chuẩn Bị Người Điều Dưỡng</i></b>				
6	Mang đồng phục y tế, đeo khẩu trang				
7	Rửa tay thường quy				
	<b><i>Chuẩn Bị Dụng Cụ</i></b>				
8	Mâm, bình kim - một kim kocher, côn iot, côn 70 <sup>0</sup> , hai hộp đựng gòn				
9	Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe, đồng hồ bấm giây, găng tay				
10	Kéo, băng dính, cốc truyền, túi máu, phiếu theo dõi truyền máu, dây truyền máu				
11	Hộp vô khuẩn: gạc tam giác, gạc phủ vùng truyền hoặc băng beo cá nhân				
12	Gối kê tay, dây garo, hai lam kính, kim chích máu				
13	Dụng cụ, phương tiện định nhóm máu và làm phản ứng chéo tại giường: máu người cho và người nhận, huyết thanh mẫu, bộ huyết thanh mẫu (Anti A, Anti B, Anti AB, được bảo quản ở 4 <sup>0</sup> C)				

14	Túi đựng đồ bẩn				
	<b>Kỹ Thuật Tiến Hành</b>				
15	Điều dưỡng mang găng tay				
16	Định nhóm máu, làm phản ứng chéo tại giường và mời BS đọc kết quả				
17	Kiểm tra phiếu truyền máu và túi máu: nhóm máu, RH <sup>+</sup>				
18	Lắc nhẹ túi máu cho các chất trong túi hòa tan vào nhau				
19	Xé túi đựng dây truyền, khóa dây truyền lại, sát khuẩn ngõ cắm túi máu, mở ngõ, cắm dây truyền vào túi máu				
20	Treo túi máu lên trụ treo, tránh treo ngang tầm nhìn của NB. Cho máu chảy xuống 2/3 bầu đếm giọt, mở khóa đuôi khí khóa dây an toàn				
21	Đỡ người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng truyền, đặt gối kê tay (nếu cần), đặt và thắt dây garo				
22	Sát khuẩn vị trí truyền bằng cồn iot, cồn 70 <sup>0</sup>				
23	Một tay căng da, một tay cầm kim mặt vắc lên trên đâm xuyên da hướng kim vào lòng mạch				
24	Xác định kim vào đúng tĩnh mạch, tháo dây garo				
25	Dùng băng cá nhân băng nơi tiêm				
26	Lắp dây truyền máu vào kim hoặc ống nối chạc ba Mở khóa cho dịch chảy thông kim				
27	Cố định kim, dây truyền máu				
28	Làm phản ứng sinh vật (Ochlecker) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Số giọt chảy theo y lệnh 20ml</li> <li>- Chảy chậm 8-10 giọt/phút trong 5 phút</li> <li>- Số giọt chảy theo y lệnh 20ml</li> <li>- Chảy chậm 8-10 giọt/phút trong 5 phút</li> </ul>				
29	Điều chỉnh số giọt theo y lệnh				
30	Thu dọn dụng cụ Sắp xếp dụng cụ gọn gàng				

	Phân loại và thu gom rác thải đúng quy định				
31	Tháo găng tay				
32	Hướng dẫn NB báo ngay cho ĐD những triệu chứng bất thường (nếu bệnh tình)				
33	Giữ ấm cho NB, lấy lại DHST				
34	Ghi vào hồ sơ theo dõi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Thời gian bắt đầu truyền</li> <li>- Số lượng máu đã truyền</li> <li>- Mã số túi máu</li> <li>- Đáp ứng của cơ thể với dịch truyền</li> </ul>				
35	Khi máu trong túi còn lại 10ml ngưng truyền máu				
36	Lưu lại túi máu và bộ dây truyền máu và gửi lại ngân hàng máu (nếu NB có dấu hiệu bất thường)				
37	Lấy lại DHST. Hoàn tất phiếu truyền máu				
38	Ghi hồ sơ tình trạng NB khi hoàn tất truyền máu				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (76 điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

## KỸ THUẬT HÚT ĐÀM

### 1. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch dịch xuất tiết để khai thông đường hô hấp
- Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
- Lấy dịch xuất tiết phục vụ cho các mục đích chẩn đoán
- Phòng tránh nhiễm khuẩn do sự tích tụ, ứ đọng đờm dãi
- Hút sâu (hút đường hô hấp dưới) còn để kích thích phản xạ ho

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân có nhiều đờm dãi không tự khạc ra được
- Bệnh nhân hôn mê, co giật có xuất tiết nhiều đờm dãi
- Bệnh nhân hít phải chất nôn, trẻ em bị sặc bột
- Trẻ sơ sinh sặc nước ối ngạt
- Bệnh nhân mở khí quản, đặt ống nội khí quản thở máy

### 3. CHUẨN BỊ

#### 3.1. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân về thủ thuật sắp làm, động viên bệnh nhân yên tâm và hợp tác trong khi làm thủ thuật. Đối với trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh, cần giải thích cho người nhà bệnh nhân biết.
- Hướng dẫn bệnh nhân tập ho, tập thở sâu kết hợp làm vật lý trị liệu rung vỗ vùng phổi.
- Cho bệnh nhân nằm tư thế dẫn lưu: Đầu thấp nghiêng phải hoặc trái tùy theo tình trạng ứ đọng ở bên phổi nào nhiều hơn. Tư thế dẫn lưu giúp cho đờm, dịch xuất tiết dễ thoát ra ngoài.

#### 3.2. Dụng cụ: Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

##### a) Trường hợp hút đường hô hấp trên:

- 01 ống thông hút thích hợp
- Găng sạch
- Vải miếng gạc
- Chén chung vô khuẩn

- Dung dịch tráng ống NaCl 0.9%
- Khay quả đậu
- Một cái đũa
- Máy hút đờm

- Thùng rác vàng

b) Hút đường hô hấp dưới:

Thông thường có hút đường hô hấp dưới thì bao giờ cũng phải hút đường hô hấp trên, do vậy ngoài những dụng cụ cho hút đường hô hấp trên còn phải chuẩn bị thêm:

- Ống thông hút: Đường kính của ống hút không được vượt quá 1/2 đường kính nội khí quản hoặc canul khí quản.
- 1 đôi găng vô khuẩn, hoặc 1 kim hoặc kẹp phẫu tích vô khuẩn.

#### **4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

##### **4.1. Hút đường hô hấp trên**

- Kiểm tra các dụng cụ cấp cứu trước khi tiến hành để đề phòng những diễn biến bất thường

- Đưa dụng cụ đến giường bệnh nhân
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế phù hợp để dễ đưa ống thông vào, để hút và tránh cho bệnh nhân hít phải chất nôn trong trường hợp bệnh nhân bị nôn.
- Đổ dung dịch NaCl 0.9% vào chén chung
- Mở máy kiểm tra sự hoạt động của máy hút và điều chỉnh áp lực hút.
  - + Người lớn: 100 -120mmHg.
  - + Trẻ em: 50 - 75mmHg.
- Nối ống thông với hệ thống hút.
- Hút một ít nước từ chén chung để kiểm tra khả năng hút, ống thông hút có bị tắc không đồng thời làm trơn đầu ống hút
- Đi găng cầm vào cách đầu ống thông khoảng 5cm.
- Dùng tay gập ống thông nhẹ nhàng đưa đầu ống thông vào qua miệng hoặc một bên lỗ mũi người bệnh. Nếu đi qua đường miệng thì dùng đũa để đưa ống vào được dễ dàng.
- Khi đã đưa ống thông vào đến vị trí cần thiết thì bỏ tay gập ống thông ra.
  - + Khoảng cách đưa ống thông vào hút bằng khoảng cách từ đỉnh mũi đến dái tai.
  - + Không nên đưa ống thông quá sâu và cũng không nên hút quá nông.
  - + Vị trí hút dưới lưỡi, mặt trong má (giữa má và chân răng), hầu họng và mũi sau. Tránh chạm đầu ống hút vào thành họng sau.
  - + Khi hút phải xoay nhẹ ống thông hoặc di động ống thông lên xuống, qua lại một

cách nhẹ nhàng để hút có kết quả và tránh gây tổn thương niêm mạc.

- Sau mỗi lần hút rút ống thông ra, dùng gạc để lau sạch ống nếu có nhiều đờm dãi bám ở quanh ống, sau đó hút một ít nước từ chén chung để rửa sạch ống. Mỗi lần hút không quá 15 giây.
- Lập lại động tác hút nếu cần thiết, hút đến khi bệnh nhân hết đờm, dãi, thở lại dễ dàng. Nhưng không được hút quá nhiều lần liên tục.
- Tháo ống thông ra cho vào thùng rác màu vàng. Trường hợp phải hút nhiều lần trong ngày thì thay ống và chén chung sau mỗi đợt hút.
- Tháo bỏ găng tay.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi chép hồ sơ

#### **4.2. Hút đường hô hấp dưới**

- Hút đường hô hấp dưới thường được tiến hành ngay sau khi hút đường hô hấp trên. Kỹ thuật tiến hành như sau:
  - Lấy phần đuôi ống thông hút ra khỏi bao và lắp vào hệ thống hút.
  - Đổ dung dịch NaCl 0.9% vào chén chung
  - Đi găng vô khuẩn
  - Hút một ít nước từ chén chung
  - Đưa ống thông hút vào qua lỗ của ống nội khí quản hoặc canul khí quản đến độ sâu cần thiết thì bắt đầu hút.
    - + Khi đưa ống thông vào cũng phải tắt máy hoặc gập ống thông lại
    - + Đưa ống thông vào qua ống nội khí quản khi thấy bệnh nhân ho, ngừng lại và hút.
  - Sau khoảng 5-10 giây thì từ từ rút ống thông ra. Trong quá trình rút ống thông ra ta phải xoay ống thông theo cả 2 chiều (cùng chiều và ngược chiều kim đồng hồ) để hút được dịch xuất tiết, đờm bám ở thành khí phế quản. Thời gian mỗi lần hút kể từ khi đưa ống thông vào cho đến khi rút ống thông ra không được quá 10 giây.
  - Nhúng đầu ống thông vào chén chung rồi hút một ít nước để làm sạch lòng ống. Nếu có nhiều đờm, dịch xuất tiết bám ở quanh ống thì dùng gạc lau sạch trước khi hút nước.
  - Lập lại động tác hút nếu bệnh nhân nhiều đờm dãi. Khi hút xong, tắt máy, tháo bỏ ống thông vào thùng rác màu vàng.
  - Tháo bỏ găng
  - Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái
  - Trường hợp đờm hoặc dịch xuất tiết quá đặc ta phải dùng dung dịch NaCl 0,9% hoặc Natribicarbonat 14% để pha loãng rồi hút và kỹ thuật tiến hành như sau:
    - + Dùng bơm tiêm hút dung dịch sau đó bơm từ từ theo thành ống nội khí quản hoặc

- canul mở khí quản, sau 1-2 phút thì bắt đầu hút.
- + Người lớn bơm từ 3-5 ml, trẻ em bơm từ 0,2-2ml
  - + Không được bơm với áp lực mạnh và trực tiếp vào ống vì dễ gây kích thích làm ảnh hưởng đến bệnh nhân.
  - Thu dọn dụng cụ và bảo quản.
  - Lau chùi máy hút rồi xếp về chỗ cũ.
  - Ghi hồ sơ

**BẢNG KIỂM THỰC HÀNH  
KỸ THUẬT HÚT ĐÀM**

- Ngày thực hiện:.....
- Khoa: .....
- Họ và tên: .....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
<b>Hút đàm đường hô hấp trên</b>					
1	Kiểm tra các dụng cụ cấp cứu				
2	Đưa dụng cụ đến giường bệnh nhân				
3	Đặt bệnh nhân nằm tư thế phù hợp				
4	Đổ dung dịch NaCl 0.9% vào chén chung				
5	Kiểm tra sự hoạt động của máy hút và điều chỉnh áp lực hút				
6	Nối ống thông với hệ thống hút				
7	Hút một ít nước từ chén chung để kiểm tra khả năng hút				
8	Đưa ống thông vào đến vị trí cần thiết				
	Khoảng cách đưa ống thông vào hút bằng khoảng cách từ đỉnh mũi đến dải tai				
	Vị trí hút dưới lưỡi, mặt trong má, hầu họng và mũi sau				
9	Khi hút phải xoay nhẹ ống thông hoặc di động ống thông lên xuống				
10	Lặp lại động tác hút nếu cần thiết				
11	Tháo ống thông				
12	Tháo bỏ găng tay, thu dọn dụng cụ				
13	Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái				
14	Ghi chép hồ sơ				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (28 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

**BẢNG KIỂM THỰC HÀNH  
KỸ THUẬT HÚT ĐÀM**

- Ngày thực hiện:.....
- Khoa: .....
- Họ và tên: .....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
<b>Hút đàm đường hô hấp dưới</b>					
1	Lấy phần đuôi ống thông hút lắp vào hệ thống hút				
2	Đổ dung dịch NaCl 0.9% vào chén chung				
3	Đi găng vô khuẩn				
4	Hút một ít nước từ chén chung để kiểm tra khả năng hút				
5	Đưa ống thông hút qua lỗ ống nội khí quản hoặc canul khí quản đến độ sâu cần thiết thì bắt đầu hút				
6	Hút khoảng 5-10 giây thì rút ống				
7	Lập lại động tác hút nếu bệnh nhân nhiều đờm dãi				
8	Khi hút phải xoay nhẹ ống thông hoặc di động ống thông lên xuống				
9	Tháo ống thông				
10	Tháo bỏ găng tay, thu dọn dụng cụ				
11	Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái				
12	Ghi chép hồ sơ				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (24 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

## KỸ THUẬT LẤY MÁU XÉT NGHIỆM

### 1. MỤC ĐÍCH

- Lấy máu xét nghiệm là để phục vụ cho chẩn đoán, theo dõi kết quả điều trị bệnh.
- Phòng tránh lây nhiễm trung gian qua lấy máu.

### 2. CHUẨN BỊ

#### 2.1. Với điều dưỡng, kỹ thuật viên:

- Trang phục áo công tác, mang khẩu trang (nếu cần)
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ

#### 2.2. Người bệnh:

- Hướng dẫn người bệnh trước khi lấy máu không vận động thể lực mạnh. Lấy máu xong mới đi làm các kỹ thuật khác (XQ, điện tim, nội soi...)
- Thông báo giải thích những điều cần thiết và động viên người bệnh

#### 2.3. Dụng cụ:

##### a) Dụng cụ vô khuẩn:

- Bơm, kim tiêm vô khuẩn (loại dùng một lần)
- Ống trụ cắm panh, panh không máu (02)
- Hộp đựng bông cồn 70<sup>0</sup>
- Bông cầu vô khuẩn
- Cồn 70<sup>0</sup>

##### b) Dụng cụ sạch:

- Ống nghiệm và giá ống nghiệm theo yêu cầu xét nghiệm
- Phiếu xét nghiệm (của người bệnh)
- Găng tay sạch hoặc vô khuẩn nếu cần
- Kéo, băng dính, bút ghi nhãn.
- Dây garo, đệm kê tay
- Lọ dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Thùng, túi đựng rác, hộp đựng vật sắc nhọn

### 3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng (kỹ thuật viên) lấy máu tiếp xúc, động viên người bệnh, đối chiếu với y lệnh (phiếu xét nghiệm của người bệnh), để người bệnh ở tư thế thích hợp
- Ghi tên, tuổi, khoa phòng số thứ tự lấy máu của người bệnh vào ống nghiệm, ghi số thứ tự vào giấy xét nghiệm, thời gian lấy kết quả xét nghiệm vào sổ y bạ của người bệnh
- Điều dưỡng viên, kỹ thuật viên vệ sinh tay bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Mang găng sạch
- Chọn vị trí lấy máu thích hợp, buộc dây garo trên chỗ lấy máu 3 - 5 cm
- Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng bông cồn 70<sup>0</sup> dọc từ trên xuống, bông thứ hai sát trùng xoay chôn ốc từ trong ra ngoài đường kính 10cm.
- Chọc kim qua da vào tĩnh mạch, kéo nhẹ pít tông lấy đủ lượng máu cần thiết
- Tháo dây garo, rút kim nhanh, căng da cầm máu, dùng bông khô ấn vào vị trí lấy máu. Dặn người bệnh giữ bông chỗ chọc kim lấy máu trong ít phút.
- Tháo kim khỏi bơm tiêm (để vào hộp gom kim), bơm máu từ từ vào thành ống nghiệm để tránh vỡ hồng cầu (nếu lấy máu có chất chống đông thì lắc nhẹ nhàng trong 30 giây).
- Dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết.
- Xếp ống nghiệm đựng máu vào giá ống nghiệm theo đúng số thứ tự.
- Thu dọn dụng cụ, phân loại rác đúng qui định.
- Tháo bỏ găng.
- Vệ sinh bàn tay bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh (rửa tay dưới vòi nước nếu tay có dính máu đúng quy trình) ít nhất hai lần: Dùng bông thứ nhất sát trùng

## BẢNG KIỂM KỸ THUẬT LẤY MÁU XÉT NGHIỆM

- Ngày thực hiện:.....
- Khoa: .....
- Họ và tên: .....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Kiểm tra y lệnh, tình trạng NB.				
2	Chuẩn bị dụng cụ, phương tiện đầy đủ, đảm bảo nguyên vẹn, còn hạn sử dụng.				
3	Chọn ống nghiệm phù hợp với chỉ định (1) kèm theo phiếu chỉ định. Ghi đầy đủ thông tin bệnh nhân trên ống nghiệm (2)				
4	Chào hỏi, giới thiệu tên, nhiệm vụ. (1) Giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm (2).				
5	Điều dưỡng rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh.				
6	Mang găng tay sạch				
7	Chọn vị trí lấy máu thích hợp, buộc dây garo trên chỗ lấy máu 3 - 5 cm				
8	Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng bông cồn 70 <sup>0</sup> dọc từ trên xuống, bông thứ hai sát trùng theo hình xoay ốc từ trong ra ngoài đường kính 10cm.				
9	Chọc kim qua da vào tĩnh mạch, kéo nhẹ pít tông lấy đủ lượng máu cần thiết				
10	Tháo dây garo, rút kim nhanh, căng da cầm máu, dùng bông khô ấn vào vị trí lấy máu. Dặn người bệnh giữ bông chỗ chọc kim lấy máu trong ít phút.				
11	Tháo kim khỏi bơm tiêm (đổ vào hộp gom kim), bơm máu từ từ vào thành ống nghiệm để tránh vỡ hồng cầu (nếu lấy máu có chất chống đông thì lắc nhẹ nhàng trong 30 giây)				
12	Dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết				
13	Xếp ống nghiệm đựng máu vào giá ống nghiệm theo đúng số thứ tự				

14	Thu dọn dụng cụ, phân loại rác đúng qui định				
15	Tháo bỏ găng tay				
16	Vệ sinh bàn tay bằng dung dịch sát khuẩn tay nhanh (rửa tay dưới vòi nước nếu tay có dính máu đúng quy trình) ít nhất hai lần: Dùng bông thứ nhất sát trùng				
17	Ghi hồ sơ.				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (34 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: có thực hiện nhưng chưa đúng hoặc chưa đủ
- 2 điểm: thực hiện đúng, đầy đủ.

## KỸ THUẬT ĐẶT SONDE TIỂU

### 1. MỤC ĐÍCH

- Làm giảm sự khó chịu, căng tức ở bàng quang.
- Đo lường, theo dõi được khối lượng, tính chất nước tiểu trong những trường hợp sốc...
- Lấy nước tiểu làm xét nghiệm.
- Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như phẫu thuật

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Trường hợp bí đái.
- Để làm trống bàng quang trước khi phẫu thuật.
- Để bơm thuốc vào bàng quang trong điều trị chảy máu bàng quang hoặc nhiễm trùng bàng quang.
- Xác định khối lượng nước tiểu tồn dư khi không xác định được chính xác khi siêu âm.
- Chụp phát hiện trào ngược bàng quang niệu quản ngược dòng.
- Rửa bàng quang.
- Chuẩn bị cho nghiên cứu can thiệp đường tiết niệu dưới.
- Tiểu tiện không tự chủ.
- Chờ hồi phục tổn thương đường tiết niệu dưới sau phẫu thuật

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Hẹp niệu đạo.
- Chấn thương vỡ niệu đạo, đứt niệu đạo
- Viêm niệu đạo cấp

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Chuẩn bị người bệnh

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

#### 4.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Sonde Foley cỡ phù hợp với người bệnh (cỡ 6, 8, 10, 12, 14, 16,18)
- 02 khay vô khuẩn.
- Bơm tiêm 20ml, ống nghiệm (nếu có)
- Săng có lỗ (01 cái), gạc vô khuẩn.
- Găng tay sạch, găng tay vô khuẩn.
- Dung dịch paraffin hoặc gel bôi trơn
- Dung dịch NaCl 0.9%, Betadine 10%.
- Túi dẫn lưu có vạch.
- Tấm nylon, bình phong, băng dính.



Các loại ống thông tiểu



Sát khuẩn lỗ tiểu nam và nữ

## 5. KỸ THUẬT TIỀN HÀNH

### Trường Hợp Đặt Sonde Tiêu Và Lưu Sonde

STT	Các Bước Tiến Hành	Ý Nghĩa Thao Tác	Tiêu Chuẩn Cần Đạt
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chuẩn bị người bệnh</li> <li>- Đối chiếu HSBA</li> <li>- Thông báo cho NB kỹ thuật sắp làm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra đúng người bệnh, đúng giường</li> <li>- Kiểm tra y lệnh BS đặt sonde tiêu lưu hay sonde tiêu 1 lần người bệnh hợp tác khi thực hiện kỹ thuật</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tạo được thiện chí giữa ĐD và người bệnh.</li> <li>- Đúng y lệnh, đúng bệnh</li> <li>- Đảm bảo đúng loại, kích cỡ ống sonde</li> </ul>
2	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị dụng cụ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hạn chế nhiễm khuẩn cho người bệnh</li> <li>- Đảm bảo nguyên tắc khi thực hiện thủ thuật</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rửa tay thường quy, dụng cụ đúng, đầy đủ, xếp gọn, để thuận tiện</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra lại dụng cụ</li> <li>- Mang dụng cụ đến bên người bệnh</li> </ul>	Đảm bảo đầy đủ dụng cụ khi thao tác	Dụng cụ đầy đủ và được sắp xếp gọn gàng, ngăn nắp, thuận tiện.
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kéo rèm che hoặc che bình phong cho người bệnh</li> <li>- Chuẩn bị tư thế người bệnh (Nữ: hai chân chống lên bệt ra; Nam: hai chân dang rộng)</li> <li>- Trải nilon dưới mông người bệnh, phủ vải đắp, giúp người bệnh cởi quần ra, quần vải đắp vào đùi và chân</li> </ul>	Kỹ thuật tiến hành thuận tiện, kín đáo cho người bệnh	Đảm bảo sự kín đáo riêng tư cho người bệnh
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ĐD rửa tay, mang găng</li> <li>- Mở bộ dụng cụ vô khuẩn</li> <li>- Mở vải đắp</li> <li>- Rửa sạch âm hộ bằng nước muối sinh lý</li> <li>- Thấm khô, sát khuẩn lỗ tiểu và vùng lân cận bằng dung dịch sát khuẩn</li> </ul>	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện thủ thuật	Bọc lộ được lỗ tiểu Tránh xây xước niêm mạc Vạch mép để lộ lỗ tiểu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nữ: rửa từ trên xuống</li> <li>- Nam: rửa từ trong lỗ tiểu rộng ra</li> </ul>

6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thay găng vô khuẩn</li> <li>- Trải khăn có lỗ vô khuẩn, bọc lộ vùng lỗ niệu đạo</li> <li>- Đặt khay hạt đậu trên sàn và giữa 2 chân người bệnh</li> <li>- Bôi trơn ống thông</li> </ul>	Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn	Trải khăn lỗ che 2 bên đùi sát dưới phần xương mu, đặt lỗ khăn vào đúng âm hộ (hoặc dương vật), khăn kéo dài che phủ hậu môn
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đặt ống thông tiểu vào niệu đạo</li> <li>- Đặt đuôi ống thông tiểu vào khay quả đậu</li> </ul>	<p>Thao tác nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật.</p> <p>Đưa ống thông vào:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nữ: 6-8 cm (đứng cạnh hông người bệnh, tay trái vành 2 môi bé để nhìn rõ lỗ niệu đạo, tay còn lại cầm ống thông như kiểu cầm bút từ từ đưa đầu ống thông vào qua lỗ niệu đạo sâu 4-5cm sẽ có nước tiểu chảy ra, đưa sâu thêm 2-3cm nữa bơm bóng chèn cố định)</li> <li>- Nam: 16-20 cm (đứng cạnh hông người bệnh, tay trái tách miệng lỗ sáo đặt dương vật thẳng đứng, tay còn lại cầm thông tiểu đưa từ từ vào lỗ niệu đạo khoảng 10cm thì hạ dương vật xuống, tiếp tục đẩy ống thông vào tới khi có nước tiểu chảy ra).</li> </ul>	Dùng tay trái để tách 2 mép âm hộ hoặc miệng sáo, tay này nhiễm khuẩn nên không dùng cầm ống sonde
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cố định ống thông tiểu</li> <li>- Lấy mẫu nước tiểu làm xét nghiệm (nếu có)</li> </ul>	Giữ ống thông tiểu không bị tụt ra ngoài	Khi thấy nước tiểu ra ngoài, điều chỉnh sonde và bơm cuff 10 ml Natrichlorua 0,9% vào ngành phụ để giữ ống thông không bị tụt.
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nối ống thông tiểu với túi đựng nước tiểu</li> <li>Hoặc:</li> <li>- Cho nước tiểu chảy ra hết khỏi bàng quang. Khi kết thúc, gấp đầu dưới của</li> </ul>	Tùy theo chỉ định của BS mà lưu hay rút ống thông tiểu đúng kỹ thuật	Đảm bảo đúng chỉ định, theo dõi và chăm sóc đúng quy trình.

	ống và rút ống, để vào khay hạt đậu.		
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tháo bỏ săng lổ</li> <li>- Cố định ống thông</li> <li>- Lau khô vùng đáy chậu người bệnh</li> <li>- Cho người bệnh mặc quần và nằm lại tư thế thoải mái</li> </ul>	<p>Đề phòng tai biến</p> <p>An toàn cho người bệnh</p>	Dán băng dính vào mặt trong đùi đối với nữ, mặt trước đùi hoặc trên bụng đối với người bệnh nam
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ</li> </ul>	Tiện việc xử lý dụng cụ, chịu trách nhiệm chuyên môn, pháp lý	Dụng cụ phải bỏ vào nơi đúng quy định, rửa tay thường quy, ghi phiếu ghi chú ĐD

## 6. THEO DÕI

- Các thông số sinh tồn: toàn trạng, mạch, HA, nhịp thở
- Kiểm soát đau
- Theo dõi số lượng màu sắc tính chất nước tiểu 24h (theo y lệnh)

## 7. AN TOÀN CHO NGƯỜI BỆNH

Tai Biến – Biểu Chứng	Xử Trí – Phòng Ngừa
Chảy máu niệu đạo do sang chấn	Theo dõi sát DHST, số lượng, màu sắc, tính chất dịch chảy ra và báo BS xử trí kịp thời
Tổn thương niệu đạo do bơm cuff cố định khi sonde chưa được đặt đúng vị trí trong bàng quang	Rút bơm cuff để chỉnh sonde lại đúng vị trí. Dùng thuốc giảm đau, chống viêm và theo dõi sự hồi phục
Nhiễm trùng	Kháng sinh thích hợp như cephalosporine hoặc quinolon
Phù nề niệu đạo do quá trình đặt sonde hoặc bơm bóng khi sonde chưa vào đúng vị trí	Dùng thuốc giảm đau, chống viêm và theo dõi sự hồi phục

**BẢNG KIỂM THỰC HÀNH**  
**KỸ THUẬT THÔNG TIỂU THƯỜNG**

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Nhận định, quan sát NB, vệ sinh bộ phận sinh dục của người bệnh.				
2	Rửa tay thường qui.				
3	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp. Báo và giải thích cho NB.				
4	Che bình phong. Đặt khay dụng cụ giữa 2 chân bệnh nhân.				
5	Trải tấm lót không thấm dưới mông NB. Phủ vải đắp, bỏ hần quần NB ra (nếu có)				
6	Quấn vải đắp vào bàn chân NB. Đặt túi nylon nơi thuận tiện.				
7	Mở vải đắp để lộ bộ phận sinh dục.				
8	Rửa tay thường qui				
9	Mở khay vô khuẩn đúng kỹ thuật.				
10	Mang găng tay vô khuẩn.				
11	Bôi chất nhờn vào đầu ống thông 4 – 5 cm.				
12	Trải khăn có lỗ để lộ bộ phận sinh dục, dùng tay không thuận bộc lộ lỗ tiểu. Sát khuẩn lỗ tiểu rộng từ trong ra ngoài.				
13	Dùng tay thuận đặt bồn hạt đậu vô khuẩn giữa 2 chân NB gần bộ phận sinh dục.				
14	Cầm ống thông đuôi ống để vào bồn hạt đậu.				
15	Đưa ống vào lỗ tiểu đúng kỹ thuật				
16	Thấy nước tiểu chảy ra, giữ ống cho nước tiểu chảy vào bồn hạt đậu.				

17	Khi nước tiểu chảy hết, bắm ống lại và rút từ từ ống ra. Bỏ ống vào túi nylon. Hoặc nối đuôi ống thông tiểu với túi đựng nước tiểu				
18	Cố định ống thông tiểu đúng kỹ thuật, chắc chắn				
19	Thấm khô vùng chậu, che lại bộ phận sinh dục cho NB kín đáo				
20	Giúp NB tiện nghi, nằm tư thế thoải mái				
21	Dọn dẹp dụng cụ, tháo găng tay. Rửa tay thường qui, ghi chép HSBA				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (42 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

## KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG

Căn cứ Quyết định số: 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29 tháng 3 năm 2004 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh tập II”

Căn cứ Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế về việc ban hành “Hướng dẫn phòng nhiễm khuẩn vết mổ”

### 1. MỤC ĐÍCH

- Điều dưỡng tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn khi thay băng cho người bệnh
- Đảm bảo an toàn cho người bệnh
- Tránh nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện
- Tạo điều kiện để quá trình liền sẹo của vết thương diễn biến tốt

2. **CHỈ ĐỊNH:** Thực hiện theo y lệnh của bác sĩ

### 3. CHUẨN BỊ

#### 3.1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh biết mục đích công việc mình sắp tiến hành để người bệnh yên tâm và phối hợp.
- Đặt tư thế người bệnh thuận tiện cho công việc thay băng, đảm bảo kín đáo.

#### 3.2. Dụng cụ:

- Bộ dụng cụ thay băng sử dụng cho mỗi người bệnh gồm: 01 miếng gạc đắp vết mổ vô khuẩn, 01 miếng gạc vuông vô khuẩn, 5-7 miếng gạc củ ấu, 02 kẹp phẫu tích (01 có máu, 01 không máu), 01 kéo cắt chỉ, 02 bát inox
- Trường hợp đặc biệt vết mổ bị nhiễm khuẩn, vết mổ dài, có nhiều ống dẫn lưu thì phải chuẩn bị thêm gạc đắp vết thương, gạc củ ấu, kẹp vô khuẩn.
- Găng tay vô khuẩn
- Dung dịch rửa tay nhanh
- Dung dịch sát khuẩn: Povidone Iodine 10%
- Dung dịch NaCl 0.9%
- Oxy già
- Hộp đựng bông, gạc còn thừa sau thay băng
- Băng dính, kéo cắt băng dính (nếu cần)

- Găng tay sạch
- Khay quả đậu
- Chậu đựng hóa chất khử khuẩn sơ bộ
- Nylon lót khi thay băng
- Băng cuộn (nếu cần)

#### 4. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

STT	Các Bước Tiến Hành	Ý Nghĩa Thao Tác	Tiêu Chuẩn Cần Đạt
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chuẩn bị người bệnh</li> <li>- Đối chiếu HSBA</li> <li>- Thông báo cho người bệnh kỹ thuật sắp làm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra đúng người bệnh, đúng giường</li> <li>- Chú ý các ống dẫn lưu (nếu có)</li> <li>- Làm giảm đi sự lo lắng và nhận được nhiều hơn sự hợp tác của người bệnh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tạo được thiện chí giữa Điều dưỡng và người bệnh.</li> <li>- Đúng y lệnh, đúng bệnh</li> <li>- Đảm bảo chăm sóc tốt và nhận định đúng loại ống dẫn lưu theo y lệnh</li> </ul>
2	Đeo khẩu trang, rửa tay, chuẩn bị dụng cụ	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hạn chế nhiễm khuẩn cho người bệnh</li> <li>Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện thủ thuật</li> </ul>	Rửa tay thường quy, dụng cụ đúng, đầy đủ, xếp gọn, để thuận tiện
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kiểm tra lại dụng cụ</li> <li>- Mang dụng cụ đến bên người bệnh</li> </ul>	Đảm bảo đầy đủ dụng cụ khi thao tác	Dụng cụ đầy đủ và được sắp xếp gọn gàng, ngăn nắp, thuận tiện.
4	Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thuận tiện trong khi tiến hành kỹ thuật</li> <li>- Hạn chế đau đớn cho người bệnh</li> </ul>	Vị trí vết thương phải nằm cùng phía với người làm thủ thuật
5	Trải tấm lót nylon không thấm nước dưới vùng thay băng	Tránh dung dịch rửa, dịch từ vết thương chảy xuống drap giường	Nylon không bị thủng, khi trải phải phẳng
6	ĐD mang găng sạch	Ngăn ngừa nhiễm khuẩn	Đi găng đúng chiều tay không làm rách găng
7	Tháo bỏ băng gạc cũ: - Băng cuộn: dùng kéo cắt bỏ băng cuộn	Tránh đau, chảy máu vết thương cho người bệnh	<ul style="list-style-type: none"> <li>Khi tháo phải từ từ, nhẹ nhàng tháo băng và gạc ra khỏi vết thương</li> <li>Bỏ rác đúng theo quy định</li> </ul>

	- Băng dính: bóc các chân băng		
8	Nhận định tình trạng vết mổ: quan sát xung quanh vết thương; số lượng màu sắc tính chất của dịch	Đánh giá tiến triển của vết thương	Phát hiện được dấu hiệu chảy máu, nhiễm trùng
9	Tháo găng dơ, sát khuẩn tay nhanh	- Hạn chế nhiễm khuẩn cho người bệnh - Đảm bảo nguyên tắc khi thực hiện thủ thuật	Rửa tay đúng quy trình chú ý các kẽ tay và đầu móng tay
10	- Mở gói dụng cụ, sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng - Đổ dung dịch rửa, dung dịch sát khuẩn vết thương vào chung	- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn - Ngăn ngừa nhiễm khuẩn	Không để dụng cụ vô khuẩn chưa sử dụng chạm vào vật dụng xung quanh
11	Mang găng tay sạch/ găng tay vô khuẩn (nếu cần)	Ngăn ngừa nhiễm khuẩn	Không làm thủng găng
12	<b>Rửa vết thương</b> <b>Vết thương sạch:</b> - Dùng kẹp phẫu tích/ kềm kocher gấp gòn rửa sạch vết thương bằng NaCl 0,9% từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, từ cao xuống thấp rộng ra xung quanh 3-5 cm - Thấm khô bằng gạc củ ấu - Với chân ống dẫn lưu (nếu có dẫn lưu), rửa từ trong ra ngoài khoảng 5cm tính từ chân ống	Làm sạch vết thương phòng ngừa nhiễm khuẩn	Động tác nhẹ nhàng không nên cọ xát mạnh vết thương
	<b>Vết thương nhiễm:</b> - Dùng kẹp phẫu tích/ kềm kocher gấp gòn rửa xung quanh vết thương bằng NaCl 0,9% từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài rộng ra xung quanh 3-5 cm		Động tác chính xác tránh làm tổn thương thêm và gây đau cho người bệnh

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dùng gạc để thấm dịch và loại bỏ chất bẩn tại vết thương bằng oxy già, sau đó rửa lại bằng nước muối sinh lý</li> <li>- Thấm khô và ấn kiểm tra vết thương bằng gạc củ ấu hoặc gạc vuông với vết mổ có nhiều dịch</li> <li>- Với chân ống dẫn lưu (nếu có dẫn lưu), rửa từ trong ra ngoài khoảng 5cm tính từ chân ống</li> </ul>		
13	<p>Dùng gạc thấm khô bề mặt vết thương và vùng da xung quanh.</p> <p>Sát khuẩn vùng da xung quanh, từ mép vết thương ra xung quanh 3-5 cm</p>	Làm khô bề mặt vết thương	Không để sợi bông dính vào vết thương
14	Đặt gạc đảm bảo che kín vết thương, cách rìa vết thương 3cm	Để bảo vệ vết thương và thấm hút dịch	Gạc che kín vết thương
15	Tháo găng, vệ sinh tay, dán băng cố định vết thương	Ngăn ngừa nhiễm khuẩn	Không băng vết thương quá chặt hay quá lỏng
16	Thông báo cho người bệnh đã thực hiện xong thủ thuật, cho NB nằm lại tư thế thoải mái	An toàn cho người bệnh	Người bệnh hài lòng
17	Thu dọn dụng cụ: kềm, chén chung cho vào chậu đựng hóa chất khử khuẩn, rửa tay, ghi hồ sơ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiện việc xử lý dụng cụ, chịu trách nhiệm chuyên môn, pháp lý</li> <li>- Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện</li> </ul>	Dụng cụ phải bỏ vào nơi đúng quy định, rửa tay thường quy, ghi phiếu ghi chú điều dưỡng

## **5. THEO DÕI**

- Theo dõi biến chứng của người bệnh sau khi thay băng, chú ý đến các dấu hiệu đau, chảy máu.
- Theo dõi chặt chẽ ống dẫn lưu của người bệnh đặc biệt trong 24 đầu về số lượng màu sắc. Nếu có dấu hiệu bất thường phải báo cho Bác sĩ xử trí ngay
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn
- Theo dõi quá trình liền sẹo vết thương

**BẢNG KIỂM THỰC HÀNH**  
**KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG**

- Ngày thực hiện:.....
- Khoa: .....
- Họ và tên: .....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Kiểm tra y lệnh, tình trạng NB, lý do NB có vết thương trong HSBA				
2	Chuẩn bị dụng cụ, phương tiện đầy đủ, đảm bảo nguyên vẹn, còn hạn sử dụng				
3	Chào hỏi, giới thiệu tên, nhiệm vụ				
4	Xác định đúng NB, bộc lộ vùng vết thương NB đảm bảo kín đáo và thoải mái. Trải tấm lót nylon không thấm nước dưới vùng thay băng				
5	Nhận định mức độ đau, tình trạng da xung quanh vết thương. Thông tin cho NB về mục đích của việc thay băng				
6	Mang khẩu trang, sát khuẩn tay nhanh				
7	Mang găng tay sạch/ dùng kèm sạch. Mở băng dơ, quan sát tình trạng vết thương, chân chỉ, dịch tiết, vùng da xung quanh vết thương				
8	Thông tin cho NB về tình trạng vết thương				
9	Tháo bỏ găng tay dơ/ bỏ kèm dơ vào chậu đựng dung dịch khử khuẩn, sát khuẩn tay nhanh				
10	Mở bộ dụng cụ, lấy và sắp xếp dụng cụ đảm bảo vô khuẩn, thêm gòn, gạc nếu cần. Rót dung dịch NaCl 0.9%, dung dịch sát khuẩn vết thương vào 02 chén chung				
11	Mang găng tay sạch/ găng tay vô khuẩn (nếu cần)				
12	<b>Vết thương sạch:</b> dùng kèm kelly thấm dung dịch Natrichlorua 0,9% rửa VT theo nguyên tắc: từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới, bên xa trước bên gần sau và rộng ra xung quanh 3-5cm.				
	<b>Vết thương nhiễm:</b> dùng kèm kelly thấm dung dịch Natrichlorua 0,9% rửa và ấn nhẹ VT cho dịch viêm, mủ thoát ra ngoài (theo nguyên tắc từ trong ra ngoài, từ cao				

	xuống thấp, rửa rộng ra xung quanh vết thương 3-5cm) hoặc dùng bơm tiêm 10ml rút dung dịch NaCl 0,9% bơm rửa nhẹ nhàng bề mặt VT. Với chân ống dẫn lưu (nếu có dẫn lưu), rửa từ trong ra ngoài khoảng 5cm tính từ chân ống. Cắt lọc tổ chức hoại tử nếu có (rửa lại như trên nếu cần)				
13	Dùng gạc chậm khô bề mặt VT và vùng da xung quanh				
14	Sát khuẩn vùng da xung quanh từ mép VT ra 3-5cm bằng dung dịch sát khuẩn				
15	Đặt gạc đảm bảo che kín VT, cách rìa 3cm				
16	Dùng kèm tiếp liệu gòn gạc đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong suốt quá trình chăm sóc VT				
17	Tháo găng, vệ sinh tay. Dán băng keo cố định				
18	Thông báo cho NB biết công việc đã thực hiện xong, giúp NB tiện nghi. Dặn dò NB/ người nhà những điều cần thiết (không tự ý tháo băng; báo ĐD: đau, khó chịu, chảy máu, bất thường khác...)				
19	Thu dọn dụng cụ, xử lý dụng cụ, chất thải đúng quy định Vệ sinh tay				
20	Ghi chép HSBA: Ngày giờ thay băng; tình trạng vết thương; can thiệp trên VT (nếu có); phản ứng của NB (nếu có); ký và ghi tên nhân viên thực hiện				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (40 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: có thực hiện nhưng chưa đúng hoặc chưa đủ
- 2 điểm: thực hiện đúng, đầy đủ.

## ĐỰ PHÒNG - CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ MẢNG MỤC

### 1. MỤC ĐÍCH

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

### 2. CHỈ ĐỊNH

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

### 3. CHUẨN BỊ

#### 3.1. Người bệnh:

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

#### 3.2. Dụng cụ:

- Chậu nước ấm.
- Xà phòng
- Khăn bông to
- Khăn nhỏ
- Cồn 70<sup>0</sup>, bột talc
- Đệm hơi luân chuyển hay đệm nước, túi nước bằng chất dẻo 20x30cm đựng nửa nước nửa hơi
- Vải trải giường
- khay dụng cụ để băng bó mảng mục, bông gạc vô khuẩn
- Các loại dung dịch sát khuẩn và thuốc theo chỉ định điều trị: dung dịch Natriclorid 9%, oxy già, bột vitamin A, bột kháng sinh theo chỉ định

#### 3.3. Địa điểm: Làm tại giường người bệnh

## **4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **4.1. Kỹ thuật để phòng mẫn mục:**

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh
- Báo và giải thích cho người bệnh việc sắp làm
- Cho người bệnh nằm thuận tiện cho việc chăm sóc.
- Lau rửa sạch những vùng ẩm ướt, bẩn, vùng mông của những người đại tiểu tiện không tự chủ bằng xà phòng và nước ấm.
- Lau khô
- Xoa bóp với cồn và bột talc những vùng dễ bị mẫn mục (xoa bóp vùng mông, xương cụt, xương hông, cột sống, đầu gối, mắt cá, gót chân, khuỷu tay, bả vai, phía sau đầu)
- Đặt túi nylon để hứng nước tiểu nếu là nam, ống thông tiểu nếu là nữ (trường hợp người bệnh đi tiểu không tự chủ)
- Lót khăn dưới mông người bệnh, khi có phân thì lau ngay (trường hợp người bệnh đại tiểu tiện không tự chủ).
- Thay vải trải giường, giữ giường sạch khô và phẳng tránh làm cộm lưng người bệnh.
- Thay đổi tư thế nằm của người bệnh 2 giờ/ lần
- Nằm đệm nước hoặc đệm luân chuyển. Lót gối ở vai nếu người bệnh nằm nghiêng.
- Đặt túi nước (đựng nửa nước nửa hơi) ở những vị xương khác (mắt cá, gót chân, bả vai...)

### **4.2. Sản sóc, điều trị mẫn mục:**

- Đặt NB ở tư thế phù hợp.
- Rửa sạch mẫn mục như một vết thương, nếu mẫn mục có tổ chức hoại tử, cần cắt lọc hết phần hoại tử.
- Đáp thuốc theo chỉ định điều trị
- Băng lại hoặc để thoáng tùy theo tình trạng mẫn mục. Tùy trường hợp BS có thể cho:
  - + Băng kín thấm hút
  - + Băng thoáng hơi
  - + Rọi bóng đèn, phơi nắng.
  - + Chiếu tia cực tím
- Xoa bóp vùng xung quanh mẫn mục để kích thích tuần hoàn.
- Thay ga trải giường nếu ướt

- Cho người bệnh nằm lại thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.

## **5. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

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

## **6. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

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

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II- Trang 36). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế

**BẢNG KIỂM KỸ THUẬT**  
**DỰ PHÒNG - CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ MẢNG MỤC**

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay				
2	Đưa dụng cụ đến giường bệnh, báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm.				
3	Đặt NB ở tư thế phù hợp.				
4	ĐD Sát khuẩn tay nhanh và mang găng tay sạch.				
5	Rửa sạch mảng mục như một vết thương, nếu mảng mục có tổ chức hoại tử, cần cắt lọc hết phần hoại tử.				
6	Đắp thuốc theo chỉ định điều trị (nếu có)				
7	Băng lại hoặc để thoáng tùy theo tình trạng mảng mục.				
8	Xoa bóp vùng xung quanh mảng mục để kích thích tuần hoàn.				
9	Thay ga trải giường nếu ướt. Cho người bệnh nằm lại thoải mái.				
10	Thu dọn dụng cụ.				
<b>Tổng Điểm</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (20 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: có thực hiện nhưng chưa đúng hoặc chưa đủ
- 2 điểm: thực hiện đúng, đầy đủ.

## KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ỐNG THÔNG

### 1. MỤC ĐÍCH

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

### 2. CHỈ ĐỊNH

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

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

### 4. CHUẨN BỊ

#### 4.1. Người bệnh:

- Thông báo cho người bệnh hoặc người nhà để NB yên tâm hợp tác khi tiến hành thủ thuật.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.
- Tư thế người bệnh thoải mái, thuận tiện cho kỹ thuật.

#### 4.2. Dụng cụ và thức ăn:

##### 4.2.1 Dụng cụ vô khuẩn:

- Ống thông Levin
- Bơm tiêm 20ml, 50ml
- Gạc
- Đè lưỡi

- Cốc đựng dầu nhờn

#### 4.2.2 Dụng cụ sạch:

- Bình hoặc cốc đựng thức ăn (số lượng tùy thuộc vào bệnh lý và chỉ định của Bác sĩ) nhiệt độ thức ăn 37<sup>0</sup>C có trường hợp phải cho thức ăn lạnh.
- Cốc nước chín
- Dầu nhờn (Parafin)
- Tấm nylon, khăn ăn bằng vải, khăn lau miệng
- Tấm bông, nước muối sinh lý 0,9%
- Ống nghe, băng dính, kéo, kim băng
- khay quả đậu

#### 4.2.3. Dụng cụ khác: xô đựng rác y tế, rác sinh hoạt...

### 5. ĐỊA ĐIỂM: tại giường bệnh

### 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.

Bước 2: Kiểm tra lại dụng cụ, thức ăn và cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc

Bước 3: Đưa dụng cụ đến giường bệnh

Bước 4: Kéo bình phong (nếu có)

Bước 5: Cho người bệnh quay mặt về phía người làm thủ thuật hoặc nằm đầu cao tùy tình trạng người bệnh.

Bước 6: Choàng tấm nylon và phủ khăn ăn trước ngực người bệnh.

Bước 7: Đặt khay quả đậu cạnh cằm và má người bệnh, vệ sinh mũi (nếu đưa ống thông qua mũi)

Bước 8: Đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai đến mũi ức, đánh dấu mức đo sau đó cuộn ống lại

Bước 9: Bôi dầu nhờn vào ống thông.

Bước 10: Đưa ống thông nhẹ nhàng vào dạ dày tới vạch đánh dấu.

Bước 11: Bảo người bệnh há miệng xem ống có bị cuộn lại ở trong miệng không, nếu người bệnh hôn mê thì dùng đèn lưòi để kiểm tra

Bước 12: Kiểm tra ống thông đã vào đúng dạ dày bằng 1 trong 3 cách:

- Cho đầu ngoài ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là được.
- Nghe hơi ở vùng thượng vị.
- Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày.

Bước 13: Nút đầu ống thông, cố định ống thông bằng băng dính vào mũi người bệnh.

Bước 14: Lấy thức ăn vào bơm tiêm, đẩy hết không khí, bơm thức ăn từ từ vào ống thông đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh

Bước 15: Tráng ống bằng nước chín.

Bước 16: Đậy nút ống thông lại, cố định ống thông vào áo người bệnh bằng kim băng (lưu ống)

- Rút ống thông: dùng gạc thấm dịch khi còn khoảng 10-15cm dùng pen kẹp lại rút ống từ từ

Bước 17: Tháo bỏ tấm nylon, khăn ăn

Bước 18: Lau miệng, mũi BN

Bước 19: Giúp người bệnh nằm lại thoải mái

Bước 20: Thu dọn dụng cụ.

## **7. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ**

### **7.1. Đánh giá:**

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

### **7.2. Ghi hồ sơ:**

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

## **8. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

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

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II – Trang 84). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế

**BẢNG KIỂM KỸ THUẬT  
CHO NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ỚNG THÔNG**

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay				
2	Kiểm tra lại dụng cụ (Ớng thông Levin, bơm tiêm 20ml, gạc, đờ lưỡi, cốc đựng dầu nhờn, bình hoặc cốc đựng thức ăn, cốc nước chín, tấm nylon, khăn ăn, tấm bông, nước muối sinh lý 0,9%, ống nghe, băng dính, kéo, kim băng, khay quả đậu, xô đựng rác), thức ăn và cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc				
3	Đưa dụng cụ đến giường bệnh, báo và giải thích cho bệnh nhân biết mục đích việc sắp làm (nếu bệnh nhân tỉnh).				
4	Đặt bệnh nhân nằm tư thế thích hợp, choàng nylon và khăn trước ngực, đặt khay hạt đậu cạnh càm hoặc má bệnh nhân, vệ sinh mũi (nếu đưa ống thông qua mũi)				
5	ĐD sát khuẩn tay nhanh và mang găng tay sạch.				
6	Đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai đến mũi ức, đánh dấu mức đo sau đó cuộn ống lại				
7	Bôi dầu nhờn vào ống thông, Đưa ống thông nhẹ nhàng vào dạ dày tới vạch đánh dấu				
8	Bảo người bệnh há miệng xem ống có bị cuộn lại ở trong miệng không, nếu người bệnh hôn mê thì dùng đờ lưỡi để kiểm tra.				
9	Kiểm tra ống thông đã vào đúng dạ dày bằng 1 trong 3 cách: - Cho đầu ngoài ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là được. - Nghe hơi ở vùng thượng vị. - Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày.				
10	Nút đầu ống thông, cố định ống thông bằng băng dính vào mũi người bệnh				

11	Lấy thức ăn vào bơm tiêm, đẩy hết không khí, bơm thức ăn từ từ vào ống thông đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh. Tráng ống bằng nước chín.				
12	Đậy nút ống thông lại, cố định ống thông vào áo người bệnh bằng kim băng (lưu ống) - Rút ống thông: dùng gạc thấm dịch khi còn khoảng 10-15cm dùng pen kẹp lại rút ống từ từ				
13	Tháo bỏ tấm nylon, khăn ăn. Lau miệng, mũi NB				
15	Giúp NB nằm lại thoải mái				
16	Thu dọn dụng cụ.				
<b>Tổng Điểm</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (32 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: có thực hiện nhưng chưa đúng hoặc chưa đủ
- 2 điểm: thực hiện đúng, đầy đủ.

# KỸ THUẬT THỞ OXY

## PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY MŨI 2 ĐƯỜNG (GỌNG KÍNH)

### 1. MỤC ĐÍCH

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

### 2. CHỈ ĐỊNH

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

### 3. CHUẨN BỊ

#### 3.1. Người bệnh:

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

#### 3.2. Dụng cụ:

##### a) Hệ thống oxy:

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

##### b) Dụng cụ vô khuẩn:

- Ống thông mũi 2 đường (gọng kính)
- Khay chữ nhật, gạc miếng, đê lưới.

##### c) Dụng cụ khác:

- Tăm bông
- Kéo cắt băng, băng keo.
- Khay quả đậu.

#### 3.3. Địa điểm: Tại buồng bệnh hoặc buồng cấp cứu có hệ thống oxy

#### **4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Bước 1. Rửa tay, đội mũ mang khẩu trang, mang dụng cụ đến giường bệnh.

Bước 2. Thông báo và giải thích cho gia đình.

Bước 3. Giúp người bệnh nằm tư thế thích hợp.

Bước 4. Vệ sinh mũi miệng.

Bước 5. Nối ống thông vào hệ thống oxy, mở khóa oxy và kiểm tra bằng cách thử trên mu tay hoặc đưa đầu ống thông vào cốc nước chín nếu thấy nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy.

Bước 6. Điều chỉnh lưu lượng oxy theo y lệnh

Bước 7. Đưa ống thông vào 2 mũi người bệnh

Bước 8. Cố định ống thông bằng cách: Vòng qua tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm NB

Bước 9. Theo dõi tình trạng người bệnh.

Bước 10. Thu dọn dụng cụ rửa tay.

Bước 11. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc

#### **5. ĐÁNH GIÁ GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước và sau khi thở oxy
- Theo dõi và ghi hồ sơ tình trạng người bệnh: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, lưu lượng oxy/ phút.
- Theo dõi và phát hiện những dấu hiệu bất thường, báo cáo BS để xử trí kịp thời.

#### **6. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Hướng dẫn người bệnh, gia đình và khách đến thăm không được sử dụng: bật lửa, diêm, nến... để phòng chống cháy nổ.
- Hướng dẫn người bệnh, gia đình người bệnh nằm ở tư thế thích hợp, đảm bảo lưu thông hô hấp, vệ sinh răng miệng cho người bệnh 3-4 giờ một lần
- Động viên người bệnh uống nước (nếu tỉnh) để phòng tránh khô đường hô hấp.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II – Trang 69). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế

**BẢNG KIỂM KỸ THUẬT THỞ OXY**  
**PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY MŨI 2 ĐƯỜNG (GỌNG KÍNH)**

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.				
2	Đưa dụng cụ đến giường bệnh				
3	Báo và giải thích việc sắp làm. Đặt bệnh nhân nằm tư thế thích hợp.				
4	Mang găng (nếu cần), vệ sinh mũi - miệng				
5	Nối ống thông vào hệ thống oxy, mở khóa oxy và kiểm tra bằng cách thử trên mu tay hoặc đưa đầu ống thông vào cốc nước chín nếu thấy nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy.				
6	Điều chỉnh lưu lượng oxy theo y lệnh				
7	Đưa ống thông vào 2 mũi người bệnh				
8	Cố định ống thông bằng cách: Vòng qua tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm người bệnh.				
9	Đặt bệnh nhân nằm thoải mái, theo dõi tình trạng người bệnh, dặn dò điều cần thiết				
10	Thu dọn dụng cụ, rửa tay. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.				
<b>Tổng Điểm</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (20 điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: có thực hiện nhưng chưa đúng hoặc chưa đủ
- 2 điểm: thực hiện đúng, đầy đủ.

## KỸ THUẬT BÓP BÓNG AMBU

### 1. MỤC ĐÍCH

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

### 2. CHỈ ĐỊNH

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

### 3. CHUẨN BỊ

#### 3.1. Dụng cụ:

- Bóng Ambu và mặt nạ cho người lớn
- Bóng Ambu và mặt nạ cho trẻ em.
- Máy hút đờm dãi
- Bộ dụng cụ hút đờm dãi
- Hệ thống oxy

**3.2. Chuẩn bị người bệnh:** Nằm ngửa, đầu nghiêng sang 1 bên, ưỡn cổ, kê gối kê vai

#### 4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Móc họng lấy dị vật hoặc hút sạch đờm dãi khai thông đường thở.
- Lau sạch miệng, mũi người bệnh, để người bệnh ở tư thế nằm ngửa, ưỡn cổ; lấy tay đẩy hàm dưới ra phía trước. Nối oxy với bóng Ambu, áp sát mặt nạ vào miệng, mũi người bệnh rồi bóp bóng:
  - + 12-14 lần/ phút ở người lớn.
  - + 25-30 lần/ phút ở trẻ em.
- Nếu người bệnh còn tự thở: bóp bóng đẩy khí vào đồng thời với nhịp hít vào của người bệnh.
- Bóp bóng cho đến khi người bệnh tỉnh lại hoặc thở lại, đồng tử co (trừ trường hợp rấn cắn đồng tử không co)

- Phối hợp bóng Ambu với ép tim ngoài lồng ngực nếu có ngừng tuần hoàn.

## **5. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

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

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II – Trang 126). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế

## BẢNG KIỂM KỸ THUẬT BÓP BÓNG AMBU

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Các Bước Tiến Hành	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.				
2	Chuẩn bị phương tiện và dụng cụ đầy đủ				
3	Đặt bệnh nhân nằm tư thế thích hợp.				
4	Móc họng lấy dị vật hoặc hút sạch đờm dãi khai thông đường thở				
5	Lau sạch miệng, mũi người bệnh, để người bệnh ở tư thế nằm ngửa, uốn cổ; lấy tay đẩy hàm dưới ra phía trước. Nối oxy với bóng Ambu, áp sát mặt nạ vào miệng, mũi người bệnh rồi bóp bóng: - 12-14 lần/ phút ở người lớn. - 25-30 lần/ phút ở trẻ em				
6	Nếu người bệnh còn tự thở: bóp bóng đẩy khí vào đồng thời với nhịp hít vào của người bệnh.				
7	Bóp bóng cho đến khi người bệnh tỉnh lại hoặc thở lại, đồng tử co.				
8	Phối hợp bóng Ambu với ép tim ngoài lồng ngực nếu có ngừng tuần hoàn.				
9	Đánh giá và ghi hồ sơ				
<b>Tổng Điểm</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (18 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: có thực hiện nhưng chưa đúng hoặc chưa đủ
- 2 điểm: thực hiện đúng, đầy đủ.

## KỸ THUẬT THỜI NGẠT – ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

### 1. MỤC ĐÍCH

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

### 2. CHỈ ĐỊNH

Ngừng tuần hoàn gây chết lâm sàng

### 3. CHUẨN BỊ

#### 3.1. Dụng cụ:

- Đè lưỡi
- Gạc sạch hoặc khăn lau
- Bóp bóng Ambu có mặt nạ (nếu có)

#### 3.2. Người bệnh: Nằm ngửa ưỡn cổ trên một mặt phẳng cứng

### 4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng hoặc nhân viên cấp cứu quỳ ngang đầu nạn nhân
- Kiểm tra dấu hiệu sống:
  - + Nghe hơi thở, quan sát lồng ngực, bắt mạch cảnh hoặc mạch bẹn, kiểm tra đồng tử
  - + Các dấu hiệu khác: da trắng bệch hoặc tím ngắt, máu ngừng chảy từ các vết thương
- Khai thông đường thở: nới rộng quần áo người bệnh (nạn nhân), móc sạch đờm dãi hoặc dị vật, tháo răng giả (nếu có), đặt người bệnh nằm ngửa cổ ưỡn tối đa, nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ chỉ nâng hàm dưới lên, tránh di chuyển đầu cổ nhiều.
- Đám thức tỉnh tim vào vùng trước tim 3 – 5 cái thật mạnh. Thổi ngạt 2 cái (bóp chặt mũi nạn nhân trong lúc thổi vào, mắt nhìn ngực nạn nhân có phồng lên không)
- Nhịp thổi ngạt: 10 – 12 lần/phút.
- Sờ mạch cảnh, nếu không thấy đập tiến hành ép tim
- + Vị trí ép tim: 1/3 dưới xương ức.
- + Người thực hiện: quỳ ngang ngực nạn nhân, đặt 02 lòng bàn tay chồng lên nhau, áp cườm tay (mô cái và mô út) vào 1/3 dưới xương ức nạn nhân, khuỷu tay duỗi thẳng góc với lồng ngực.
- + Tần số ép: 80-100 lần/phút ở người lớn.

- + Không nhấc tay lên sau khi ấn, lồng ngực phải lún xuống khoảng 3cm ở người lớn.
- Phối hợp thổi ngạt (hoặc bóp bóng Ambu)
- + Một người cấp cứu: cứ 2 lần thổi ngạt 15 ép tim.
- + Hai người cấp cứu: cứ 1 lần thổi ngạt 5 lần ép tim.
- Kiểm tra mạch bẹn để đánh giá hiệu quả ép tim (1 phút kiểm tra 1 lần). Tiếp tục cấp cứu đến khi mạch đập trở lại, nạn nhân thở lại.

**\* Trẻ em:**

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

**5. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

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

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II – Trang 124). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế

**BẢNG KIỂM KỸ THUẬT**  
**THỞ NGẠT – ÉP TIM NGOÀI LÒNG NGỰC**

- Ngày kiểm tra: .....
- Khoa: .....
- Họ và tên:.....

STT	Nội Dung	Thang Điểm			Ghi Chú
		0	1	2	
1	Điều dưỡng hoặc nhân viên cấp cứu quỳ ngang đầu nạn nhân				
2	Kiểm tra dấu hiệu sống: Nghe hơi thở, quan sát lồng ngực, bắt mạch cảnh hoặc mạch bẹn, kiểm tra đồng tử và các dấu hiệu khác.				
3	Khai thông đường thở: nói rộng quần áo nạn nhân, móc sạch đờm dãi hoặc dị vật, tháo răng giả nếu có. Đặt nạn nhân nằm ngửa cổ uốn tối đa, nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ chỉ nâng hàm dưới lên, tránh di chuyển đầu cổ nhiều				
4	Đảm thức tĩnh tim vào vùng trước tim 3 – 5 cái thật mạnh. Thở ngạt 2 cái				
5	Nhịp thở ngạt: 10 – 12 lần/phút.				
6	Sờ mạch cảnh, nếu không thấy đập tiến hành ép tim <ul style="list-style-type: none"> <li>- Người thực hiện: quỳ ngang ngực nạn nhân, đặt 02 lòng bàn tay chồng lên nhau, áp cườm tay (mô cái và mô út) vào 1/3 dưới xương ức nạn nhân, khuỷu tay duỗi thẳng góc với lồng ngực.</li> <li>- Tần số ép: 80-100 lần/phút ở người lớn.</li> <li>- Không nhấc tay lên sau khi ấn, lồng ngực phải lún xuống khoảng 3cm ở người lớn</li> </ul>				
7	Phối hợp thở ngạt <ul style="list-style-type: none"> <li>- Một người cấp cứu: cứ 2 lần thở ngạt 15 ép tim.</li> <li>- Hai người cấp cứu: cứ 1 lần thở ngạt 5 lần ép tim.</li> </ul>				

8	Kiểm tra mạch bẹn để đánh giá hiệu quả ép tim (1 phút kiểm tra 1 lần). Tiếp tục cấp cứu đến khi mạch đập trở lại, nạn nhân thở lại.				
<b>Tổng Cộng</b>					
<b>Tổng Điểm Đạt Được: (16 Điểm)</b>					
<b>Người Kiểm Tra</b>					

**Cách ghi điểm:** ghi điểm theo cột dọc cho mỗi lần quan sát:

- 0 điểm: không thực hiện
- 1 điểm: thực hiện chưa đủ, chưa đúng
- 2 điểm: thực hiện đúng và đủ

## **Chương II**

# **Quy Trình Chăm Sóc Người Bệnh**

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ CƠN TĂNG HUYẾT ÁP

### 1. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo cho người bệnh được theo dõi và kiểm soát huyết áp chặt chẽ.
- Đảm bảo duy trì huyết áp ở mức an toàn và ổn định.
- Tránh được các biến chứng của cơn tăng huyết áp trong quá trình điều trị.
- Đảm bảo dinh dưỡng, nước điện giải đúng quy cách.
- Làm cho người bệnh tin tưởng vào điều trị.
- Giải thích cho người bệnh hiểu và biết cách tự theo dõi huyết áp.
- Tuân thủ chế độ điều trị.

### 2. CHUẨN BỊ

#### 2.1. Người bệnh:

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

#### 2.2. Người thực hiện:

- Điều dưỡng
- Trang phục y tế đầy đủ

#### 2.3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

#### 2.4. Dụng cụ:

- Ống nghe, huyết áp, nhiệt kế, sổ sách ghi chép theo dõi.
- Máy điện tim.
- Máy theo dõi người bệnh tại giường.

### 3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 3.1. Nhận định, đánh giá tình trạng chung của người bệnh:

- Tuổi, giới, tinh thần người bệnh: tỉnh, mê, lơ lửng, hốt hoảng...
- Thể trạng người bệnh: gầy, béo, suy kiệt...
- Có liệt? có phù không?
- Có khó thở không? Có tím, hồng không?
- Hỏi tiền sử người bệnh cao huyết áp, các theo dõi và chăm sóc trước đó.

### **3.2. Đo và theo dõi các chỉ số huyết động:**

- Đo huyết áp 30 phút đến 1 giờ/ lần để theo dõi con tăng huyết áp và hiệu quả điều trị. Nếu cần có thể đo huyết áp tứ chi lúc người bệnh mới vào để tránh bỏ sót tăng huyết áp chi trên do hẹp động mạch chủ.
- Lấy mạch, cần xem mạch đều hay không đều, so sánh tần số 2 bên. Nếu mạch không đều phải đếm nhịp tim bằng ống nghe.
- Ghi điện tâm đồ 12 chuyển đạo để phát hiện các tổn thương tim hoặc loạn nhịp.
- Đặt máy theo dõi nhịp tim, huyết áp SpO<sub>2</sub> tại giường.
- Đếm nhịp thở.

### **3.3. Thực hiện y lệnh của bác sĩ:**

- Thuốc hạ áp: trước khi thực hiện thuốc hạ áp theo y lệnh phải đo huyết áp cho người bệnh và báo cho bác sĩ biết kết quả.
- Các thuốc lợi tiểu nên sử dụng buổi sáng.
- Thực hiện các xét nghiệm cần thiết cho người bệnh theo y lệnh.

### **3.4. Chế độ ăn uống, dinh dưỡng:**

- Khẩu phần ăn đủ năng lượng, hạn chế muối.
- Nếu béo phì thì áp dụng chế độ giảm calo.
- Tránh dùng các chất kích thích: rượu, bia, chè, cà phê.

### **3.5. Chế độ nghỉ ngơi:**

- Nghỉ tại giường bệnh, giúp người bệnh vệ sinh.
- Tránh gắng sức.
- Tránh các thay đổi đột ngột như nóng, lạnh.
- Vận động nhẹ tại giường, đảm bảo giấc ngủ cho người bệnh tránh tiến ồn.
- Giúp người bệnh tránh những xúc động mạnh, lo lắng, sợ hãi.
- Động viên và giải thích cho người bệnh kịp thời.

## **4. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Ghi đầy đủ các dấu hiệu, tình trạng ý thức của người bệnh: tỉnh táo, mê, hốt hoảng, sợ hãi.
- Huyết áp: đo và ghi theo giờ quy định; ghi mạch, nhiệt độ, nước tiểu, điện tâm đồ hàng ngày.
- Ghi chép các chế độ chăm sóc.
- Báo cáo thường xuyên với bác sĩ chỉ số huyết áp và các dấu hiệu hoặc xét nghiệm bất thường.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

## **5. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Giải thích tình trạng bệnh để người bệnh yên tâm tin tưởng vào điều trị.
- Hướng dẫn cho người bệnh và gia đình hiểu cách tự theo dõi huyết áp tại nhà và biết cách phát hiện một số biến chứng của tăng huyết áp.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi, tập luyện vận động, chế độ ăn uống.
- Tuân thủ nghiêm ngặt chế độ điều trị.
- Hướng dẫn chế độ tái khám và theo dõi tại cơ sở y tế.
- Khuyến người bệnh bỏ thói quen không có lợi như hút thuốc lá, thuốc lào, cà phê, rượu, bia.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập I – Trang 53). Ban hành kèm theo Quyết định số 940/2002/QĐ-BYT ngày 22/3/2002 của Bộ Y tế

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### 1. MỤC ĐÍCH

- Giúp người bệnh có một cuộc sống bình thường trong gia đình và xã hội.
- Đạt được mục tiêu điều trị cân bằng chuyển hóa cho người bệnh, làm nhẹ hoặc chậm các tiến triển và biến chứng của bệnh.
- Giáo dục người nhà và người bệnh tự chăm sóc và theo dõi điều trị tốt.

### 2. CHUẨN BỊ

#### 2.1. Người bệnh:

- Người bệnh được giải thích về việc chăm sóc.
- Nhận định người bệnh trước khi làm: người bệnh có minh mẫn, có các biến chứng của bệnh tiểu đường không?
- Để người bệnh ở tư thế thích hợp khi chăm sóc.

#### 2.2. Người thực hiện:

- Điều dưỡng trang phục y tế đầy đủ.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ

#### 2.3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

#### 2.4 Dụng cụ:

Nhận định người bệnh trước khi chuẩn bị dụng cụ: người bệnh có các biến chứng cần chăm sóc.

- Xe tiêm, thay băng (đầy đủ dụng cụ).
- Nhiệt kế, máy đo huyết áp, ống nghe.
- Máy đo đường huyết mao mạch.
- Ga, quần áo, chăn màn sạch.
- Túi đựng đồ bẩn.

### 3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

**3.1. Thực hiện y lệnh của bác sĩ về thuốc điều trị:** tiêm Insulin, uống thuốc hạ đường huyết.

- Tiêm đúng liều lượng, giờ tiêm hoặc uống thuốc và nhắc người bệnh ăn sau đó (nếu cần).
- Chú ý đường tiêm insulin, vị trí tiêm dưới da người bệnh và bảo quản insulin.

**3.2. Theo dõi chế độ ăn và luyện tập của người bệnh:**

- Đảm bảo chế độ ăn và luyện tập thể dục ở người bệnh tiểu đường để kiểm soát tốt đường máu và duy trì cân nặng bình thường cho người bệnh.
- Điều dưỡng phải kiểm soát chặt chẽ chế độ ăn của người bệnh theo y lệnh cụ thể: tổng lượng calo, lượng glucid, lipid, protein... dựa vào nhu cầu của người bệnh.
- Nhắc nhở người bệnh tập thể dục đều đặn theo chế độ phù hợp với người bệnh.

**3.3. Chăm sóc khi người bệnh có các biến chứng cấp tính:**

- Điều dưỡng cần nhanh chóng nhận biết các triệu chứng của hạ đường huyết hoặc hôn mê tăng đường huyết để có biện pháp xử trí kịp thời.
- + Con hạ đường huyết: người bệnh mệt, xỉu, cảm giác đói bủn rủn tay chân, vã mồ hôi, mạch nhanh... nhất là những người bệnh bỏ bữa ăn. Xử trí bằng cách cho người bệnh uống nước hoa quả, cho ăn bánh kẹo, mật ong hoặc tiêm glucagon, dextrose nếu người bệnh không tỉnh.
- + Hôn mê hạ đường huyết cần hỏi thân nhân xem người bệnh có mới tiêm thuốc insulin không: người bệnh đột ngột hôn mê, vã mồ hôi, mạch nhanh.  
Cần làm xét nghiệm đường máu, tiêm glucose 20% theo y lệnh.
- + Hôn mê nhiễm toan ceton: hôn mê từ từ, thở chậm và sâu, có mùi ceton, mạch nhanh và yếu.
- + Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu: hôn mê kèm theo dấu hiệu mất nước nặng.
- Chú ý ở người già rất dễ bị hạ đường huyết và dấu hiệu của hạ đường huyết khó nhận biết hơn.
- Điều dưỡng cần theo dõi chính xác dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.

**3.4. Chăm sóc các biến chứng khác:**

- Người bệnh cao tuổi bị tiểu đường nhiều năm, thường gặp nhiều biến chứng: biến chứng nhiễm trùng, các biến chứng mãn tính như: mắt, thận, thần kinh, bàn chân, mạch máu lớn và nhỏ... vì vậy cần phải kiểm tra theo dõi thường xuyên để có biện pháp xử trí và chăm sóc thích hợp.
- Chăm sóc da cho người bệnh đặc biệt là bàn chân: chăm sóc thích hợp tất cả các vết thương, vết cắn, phỏng mụn nước ở da và bàn chân.
- Chăm sóc mắt: người bệnh tiểu đường có biến chứng về mắt làm giảm thị lực và có thể dẫn đến mù lòa. Tùy vào chỉ định điều trị mà có những chăm sóc thích hợp.

- Quan sát các dấu hiệu nhiễm khuẩn tiết niệu, sinh dục...theo dõi protein niệu.
- Theo dõi đáp ứng của người bệnh với chế độ điều trị tiểu đường. Kiểm soát đường huyết và cân bằng chuyên hóa tốt là biện pháp tốt nhất nhằm hạn chế và giảm nhẹ các biến chứng của bệnh.

#### **4. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Báo cáo các biến cố xảy ra trong khi chăm sóc.
- Ghi chép đầy đủ chính xác các dấu hiệu sinh tồn của BN.

#### **5. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Thường xuyên giải thích, động viên người bệnh yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện điều trị theo đơn và hiểu biết thêm về tác dụng của việc điều trị. Không tự động bỏ thuốc điều trị, hợp tác điều trị, không rút các ống thông dạ dày, ống thông bàng quang.
- Giải thích cho gia đình hiểu biết cách chăm sóc và phục vụ người bệnh bị tai biến mạch máu não nhằm kích lệ sự tập luyện và giám sát việc điều trị theo đơn của bác sĩ cho người bệnh.
- Nhắc nhở thân nhân không tự động bón cho người bệnh ăn hoặc cho người bệnh uống.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II – Trang 357). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

### 1. MỤC ĐÍCH

- Duy trì các chức năng sống: hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa, bài tiết.
- Phòng ngừa biến chứng: viêm phổi do sặc nhiễm khuẩn, loét, giúp người bệnh vệ sinh cá nhân.
- Phục hồi chức năng vận động hạn chế các di chứng.
- Giáo dục cho người bệnh và gia đình các biện pháp tự theo dõi và chăm sóc khi đã xuất viện.

### 2. CHUẨN BỊ

#### 2.1. Người bệnh:

- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm.
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

#### 2.2. Người thực hiện:

- Điều dưỡng phải đầy đủ trang phục y tế.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ
- Phải đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn trong khi thực hiện chăm sóc người bệnh

#### 2.3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh.

#### 2.4. Dụng cụ:

- Máy theo dõi nhịp tim, nhịp thở, khí máu, huyết áp.
- Máy hút, ống thông hút đờm, ống cho ăn.
- Giường có thay đổi tư thế và có đệm chống loét.

### 3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 3.1. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn:

##### a) Hô hấp:

- Tình trạng hô hấp thở nhanh hay chậm, có ứ đọng dịch tiết?
- Có rối loạn nhịp thở.
- Kiểu thở (ngáy to)

- Đặt một canun miệng để tránh tụt lưỡi.
- Nếu có hôn mê sâu, rối loạn hô hấp hoặc suy hô hấp báo bác sĩ, để có thể đặt ống nội khí quản.

b) Tim mạch:

- Huyết áp: theo dõi nếu huyết áp tối đa lên quá 200mmHg phải báo ngay cho Bác sĩ.
- Nhịp tim: tần số, nhịp tim nếu có rối loạn nhịp tim phải báo ngay cho Bác sĩ.
- Các dấu hiệu xuất huyết ngoài da: tiểu máu, chảy máu lợi khi đang dùng thuốc chống đông.

c) Tình trạng liệt - thần kinh:

- Quan sát đánh giá người bệnh tỉnh hay mê thông qua bảng điểm Glasgow.
- Có liệt thần kinh: thông qua vẻ mặt, nhân trung, vận động của chi và cách nói.
- Phản xạ ho, nuốt.
- Chức năng bài tiết, tiêu hóa:
- + Tiêu hóa: cần đặt ống thông dạ dày để nuôi dưỡng và xem xét có xuất huyết tiêu hóa hay không.
- + Bài tiết nước tiểu: đặt túi hoặc ống thông bàng quang để theo dõi lượng nước tiểu 1 giờ hay 24 giờ.

**3.2. Phòng ngừa các biến chứng:**

- Vệ sinh hốc tự nhiên ngày 2-3 lần.
- Thay ga, quần áo người bệnh ít nhất ngày 1 lần.
- Nên để người bệnh ở phòng thoáng chống nóng và rét cho người bệnh.
- Người bệnh bị tai biến mạch máu não bị liệt nên ứ đọng đờm dãi gây viêm phổi cần dẫn lưu tư thế nghiêng phải, trái, đầu nằm thấp kết hợp với vỗ rung vùng ngực, lưng làm long đờm sau đó hút sạch vùng hầu họng.
- Vận động thụ động hay chủ động chi liệt để tăng cường tuần hoàn, giúp nuôi dưỡng tốt, chống tỳ đè gây loét.

**3.3. Phòng chống loét:**

- Cho người bệnh nằm đệm chống loét: đệm khí bơm liên tục hay đệm nước.
- Giữ cho ga luôn khô, sạch, thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ/ lần.
- Có vết chọt: chống tỳ đè tiếp và gây nhiễm khuẩn.
- Có vết loét sâu: cần cắt lọc tổ chức hoại tử rửa sạch và băng lại. Thay rửa khi băng bị ướt, chăm sóc cho đến khi vết loét đầy lên và kín miệng.
- Chế độ dinh dưỡng: cần cung cấp đủ calo tính bằng 30-50Kcal/1kg/24 giờ nếu nhiễm khuẩn, tăng số calo cao dần lên. Protid cần 1-1,5g/kg.

### **3.4. Nuôi dưỡng:**

- Nước: lượng nước đưa vào người bệnh hàng ngày bao gồm:
- + Nước uống + thể tích dịch truyền.
- + Thể tích nước đưa vào 24 giờ = lượng nước tiểu 24 giờ + (300-500ml).
- + Nếu người bệnh có sốt, ra nhiều mồ hôi hoặc thông khí cần cho thêm 500ml.
- Ăn: cho ăn nhiều bữa trong ngày, phòng chống nôn. Ăn nhạt nếu có tăng huyết áp.
- + Mỗi lần cho ăn qua ống thông không quá 400ml và cách nhau 3 giờ.
- + Cần bồi phụ thêm các loại vitamin nhóm A, vitamin B và vitamin C.
- + Chế biến thức ăn đảm bảo vệ sinh cân đối các thành phần theo tỷ lệ protid, lipid, glucid = 1:1:4.
- + Tốt nhất là các loại bột dinh dưỡng có sẵn đóng trong hộp như: ensure, Sandosource.

### **3.5. Phục hồi chức năng, hạn chế di chứng:**

- Phục hồi chức năng phải tiến hành ngay cùng với công tác hồi sức để phòng các di chứng: teo cơ, cứng khớp.
- Nhân viên điều dưỡng cần tập và hướng dẫn cho người bệnh.

### **3.6. Giáo dục sức khỏe, hướng dẫn chăm sóc và luyện tập:**

- Người bệnh bị tai biến mạch máu não sẽ để lại di chứng nhẹ hoặc nặng, thời gian hồi phục lâu, chăm sóc lâu dài, tốn nhiều công sức cho nên cần:
- + Chế độ vệ sinh hàng ngày sạch sẽ.
- + Chế độ ăn uống, thuốc uống đầy đủ, ăn đủ lượng, đủ chất, dùng thuốc theo y lệnh bác sĩ.
- + Luyện tập hàng ngày: tăng dần mức độ hoạt động.
- + Tránh những yếu tố có thể tạo điều kiện xuất hiện tai biến lần sau: stress tâm lý, gắng sức, nóng lạnh đột ngột, rượu, thuốc lá.

## **4. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Các dấu hiệu chức năng sinh tồn:
- + Màu sắc da: hồng hào, tím, vã mồ hôi.
- + Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, điện tim bất thường, khí máu, SpO<sub>2</sub>.
- + Lượng dịch vào, ra (nước tiểu 24 giờ). Phân: số lượng và tính chất phân.
- Nếu có các dấu hiệu hay xét nghiệm bất thường báo ngay cho bác sĩ.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo và ký tên.

## **5. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Thường xuyên giải thích, động viên người bệnh yên tâm điều trị.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện điều trị theo đơn và hiểu biết thêm về tác dụng của việc điều trị. Không tự động bỏ thuốc điều trị, hợp tác điều trị, không rút các ống thông dạ dày, ống thông bàng quang.
- Giải thích cho gia đình hiểu biết cách chăm sóc và phục vụ người bệnh bị tai biến mạch máu não nhằm kích lệ sự tập luyện và giám sát việc điều trị theo đơn của bác sĩ cho người bệnh.
- Nhắc nhở thân nhân không tự động bón cho người bệnh ăn hoặc cho người bệnh uống.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập I – Trang 104). Ban hành kèm theo Quyết định số 940/2002/QĐ-BYT ngày 22/3/2002 của Bộ Y tế

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO GIAI ĐOẠN HỒI PHỤC

### 1. MỤC ĐÍCH

- Phục hồi chức năng vận động cho người bệnh.
- Đề phòng và điều trị các biến chứng.
- Dinh dưỡng hợp lý.
- Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ để đề phòng bệnh tái phát.

### 2. CHUẨN BỊ

**2.1. Người bệnh:** Giải thích để người bệnh hiểu và hợp tác thực hiện.

**2.2. Người thực hiện:** Điều dưỡng

**3.3. Nơi thực hiện:** phòng bệnh.

### 3.4. Dụng cụ:

- Huyết áp, nhiệt kế.
- Bột talc
- Máy hút đờm, ống thông hút đờm, ống cho ăn.

### 3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

**3.1.** Sắp xếp phòng bệnh và giường bệnh để người bệnh nằm gần tường, tránh ngã, bên liệt quay ra ngoài. Điều dưỡng phối hợp cùng kỹ thuật viên phục hồi chức năng tập vận động cho người bệnh để sớm phục hồi chức năng vận động. Phải tập nhẹ nhàng, đều đặn, tăng dần, tránh thô bạo. Các kích thích đều bắt đầu từ bên liệt.

**3.2.** Đặt người bệnh nằm thoải mái trên giường, cho nằm nghiêng, có thể dùng gối, đệm kê đỡ 1 phần cơ thể để người bệnh nằm chắc, thoải mái. 2-3 giờ giúp thay đổi tư thế cho người bệnh 1 lần. Mặt giường cần giữ phẳng, đệm chắc, không kê đầu người bệnh quá cao.

### 3.3. Phòng các biến chứng:

- Viêm đường hô hấp: cho người bệnh thay đổi tư thế, vỗ rung. Nếu người bệnh khạc yếu cần hỗ trợ hút, làm sạch đờm dãi.
- Loét: nằm đệm chống loét, thay đổi tư thế thường xuyên, vệ sinh vùng tỳ đè, xoa bột talc.
- Vệ sinh răng, miệng, mắt.

- Tắm rửa.
- Tập cho người bệnh đại tiểu tiện tự chủ.

### **3.4. Cho người bệnh ăn:**

- Nếu người bệnh phải ăn qua ống thông: cho người bệnh ăn súp, sữa 4 lần/ ngày.
- Nếu người bệnh tự ăn: ăn thức ăn mềm, cơm.
- Tính lượng calo đủ, cân đối, đảm bảo đủ nước, vitamin.
- Giúp đỡ, khuyến khích người bệnh tự xúc ăn.

**3.5. Theo dõi:** mạch, nhiệt độ, huyết áp: 2 lần/ngày. Cho người bệnh uống thuốc đúng giờ, đặc biệt là thuốc hạ áp, hạ đường huyết...

### **4. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Đánh giá khả năng phục hồi vận động để có bài tập thích hợp.
- Ghi hồ sơ: mạch, nhiệt độ, huyết áp, diễn biến bệnh. Mức độ hồi phục liệt.
- Báo bác sĩ khi có các dấu hiệu của nhiễm trùng (sốt), loét, huyết áp cao, đường huyết cao, sặc...

### **5. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình tuân thủ chế độ điều trị.
- Giải thích cho họ tầm quan trọng của theo dõi, uống thuốc, kiểm soát huyết áp thường xuyên, kiên trì tập luyện khi ra viện.
- Thay đổi lối sống: bỏ thuốc lá, rượu bia, tập thể dục, chế độ ăn giảm mỡ động vật.
- Khám định kỳ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II – Trang 352). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ OXY

### 1. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm lượng oxy cần thiết đưa vào phổi người bệnh bằng các đường khác nhau: mũi, mặt nạ, máy thở.
- Duy trì các đường dẫn oxy an toàn không tuột khỏi người bệnh, không hở.
- Theo dõi các thông số cơ bản SpO<sub>2</sub>, khí trong máu tránh tình trạng thừa hoặc thiếu oxy.
- Hàng ngày thay các ống thông dẫn oxy vào người bệnh.

### 2. CHUẨN BỊ

#### 2.1. Người bệnh:

- Giải thích vì sao phải thở oxy cho người bệnh yên tâm và cộng tác với bác sĩ và điều dưỡng.
- Giải thích cho người bệnh chấp nhận một số khó chịu khi luồng oxy vào mũi.
- Tùy theo tình trạng hô hấp đặt người bệnh ở tư thế:
  - + 45<sup>0</sup> nếu có suy hô hấp.
  - + 90<sup>0</sup> nếu có phù phổi cấp.
  - + Nằm thẳng nếu có trụy mạch.

**2.2. Người thực hiện:** Điều dưỡng - Trang phục y tế đầy đủ.

**2.3. Nơi thực hiện:** tại giường bệnh.

#### 2.4. Dụng cụ:

- Ống dẫn oxy mũi. Người điều dưỡng phải biết các loại dụng cụ thở oxy để thay thế cho người bệnh khi cần thiết. Có thể sử dụng 1 trong 2 loại:
  - + Kiểu đeo kính có 2 ống nhỏ cài vào lỗ mũi trước.
  - + Ống thông đầu có nhiều lỗ để luồn vào gần thanh môn.
- Mặt nạ oxy: có nhiều kích cỡ nên phải chọn cỡ phù hợp với người bệnh. Chú ý khe sống mũi thường sâu ở mặt nạ Âu châu, dễ gây hở.
- Có nhiều loại mặt nạ:
  - + Mặt nạ mũi chỉ úp vào mũi người bệnh và người bệnh hoàn toàn tỉnh.
  - + Mặt nạ dùng cho người bệnh không tỉnh táo, hôn mê hoặc há mồm để thở.

- Bình oxy, máy tạo oxy, oxy trung tâm
- Gạc, dầu bôi trơn (parafin).

### 3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thở oxy mũi: dùng ống thông mũi vô khuẩn lau qua gạc thấm dầu bôi trơn (parafin). Đẩy ống thông qua lỗ mũi bằng một đoạn từ lỗ mũi đến dải tai. Kiểm tra bình làm ẩm (phải đủ nước đến vạch, mở áp lực kế oxy cho qua bình làm ẩm, điều chỉnh thông số cần thiết). Sau đó mới nối vào ống thông oxy mũi. Dùng băng dính 20cm x 1cm quấn quanh ống thông một vòng vào điểm giữa trước lỗ mũi, rồi cố định bằng 2 đầu dính sang 2 bên má.
- Thở mặt nạ oxy:
  - + Lựa chọn mặt nạ oxy phù hợp với người bệnh.
  - + Nối mặt nạ với ống dẫn oxy và bình làm ẩm.
  - + Điều chỉnh lượng oxy cần thiết.
- Úp mặt nạ vào người bệnh. Cố định mặt nạ bằng các dây buộc chằng sau gáy, bảo đảm vừa khít không quá chặt, quá lỏng.
- Theo dõi: sắc mặt đỏ hồng có thể là thừa oxy. Sắc mặt tím có thể là thiếu oxy, cần thêm lưu lượng oxy
- Kết quả tốt nếu: mạch dưới 100 lần/ phút, huyết áp bình thường, SpO<sub>2</sub> trên 90%.
- Kết quả không tốt nếu: mạch không thay đổi so với trước hoặc nhanh hơn, huyết áp vẫn không thay đổi hoặc giảm hơn, SpO<sub>2</sub> giảm hơn trước, dưới 90%
- Phải báo bác sĩ ngay để thay đổi chiến lược thông khí (thở máy, tăng lượng oxy...)
- Duy trì kết quả thở oxy:
  - + Thường xuyên hút đờm nếu thấy người bệnh có cơn ho hoặc muốn khạc.
  - + Hỗ trợ người bệnh ho khạc tốt bằng các biện pháp vỗ, rung.
  - + Thay ống thông mũi ngày 1 lần, tốt nhất là 8 giờ/ lần.
  - + Luôn ống thông mới vào lỗ mũi bên kia và làm vệ sinh lỗ mũi vừa đặt ống thông.
  - + Bảo đảm cho người bệnh ăn đầy đủ nhưng chế độ ăn không quá nhiều đường nếu người bệnh đang có suy hô hấp.

### 4. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc mặt, môi. Báo bác sĩ ngay nếu có thay đổi.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

## **5. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Hướng dẫn người bệnh và người nhà người bệnh đảm bảo ăn uống đủ dinh dưỡng.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập I – Trang 42). Ban hành kèm theo Quyết định số 940/2002/QĐ-BYT ngày 22/3/2002 của Bộ Y tế

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ỚNG THÔNG

### 1. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo nuôi dưỡng người bệnh tốt.
- Phòng tránh tai biến xảy ra cho người bệnh ăn qua ống thông.

### 2. CHUẨN BỊ

#### 2.1. Người bệnh:

- Nằm nghiêng trái, đầu thấp.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh biết để hợp tác.

#### 2.2. Người thực hiện: Điều dưỡng

- Trang phục y tế đầy đủ, sạch sẽ.
- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.

#### 2.3. Nơi thực hiện: tại giường bệnh

#### 2.4. Dụng cụ:

- Thức ăn lỏng theo y lệnh.
- Bơm tiêm 50-100ml
- Nước chín
- Khăn ăn- khăn bông nhỏ
- Khay đựng thức ăn
- Ống nghe (nếu cần)
- Băng dính- kéo (nếu cần).
- Nhiệt kế đo nhiệt độ thức ăn; Kẹp ống thông

### 3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Giải thích và hướng dẫn người bệnh rõ ràng.
- Đặt người bệnh ở tư thế hơi gập người hoặc nghiêng sang một bên.
- Trải các khăn ăn.
- Kiểm tra ống thông (hút dịch dạ dày để xem ống thông đã vào đúng dạ dày chưa?)
- Tiến hành cho ăn chậm (ở tốc độ 1ml/ giây), không để không khí lọt vào ống.

- Quan sát tình trạng người bệnh trong suốt quá trình cho ăn.
- Đậy nút ống và cố định chắc chắn (nếu phải lưu ống thông).
- Để người bệnh ở tư thế đầu cao trong khoảng 30 phút - 1 giờ sau khi cho ăn.
- Thu dọn dụng cụ, rửa sạch để vào nơi quy định.

#### **4. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Ghi lại giờ cho ăn, số lượng và thời gian đã cho ăn, đáp ứng của người bệnh đối với thức ăn.

+ Nôn: tạm ngưng cho ăn, đặt người bệnh nằm nghiêng đầu thấp.

+ Sặc: hút dịch và thức ăn còn lại ở họng, hút đờm (bằng 1 ống thông khác) qua ống nội khí quản hay mở khí quản nếu có. Kiểm tra đờm có lẫn thức ăn không.

- Báo cáo hoặc ghi lại mọi quan sát khác có liên quan: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở nếu có sặc.
- Lập kế hoạch chăm sóc tiếp theo.

#### **5. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Dẫn người bệnh (nếu người bệnh tỉnh) hoặc người nhà người bệnh không tự ý rút ống thông, không tự ý bơm thức ăn.
- Tư vấn cho người nhà người bệnh về chế độ ăn đầy đủ dinh dưỡng, vitamin phù hợp với người bệnh.
- Luôn bảo đảm dụng cụ cho ăn và thức ăn sạch sẽ, đúng chất lượng.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II – Trang 77 ). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT HẬU MÔN, VÙNG TÀNG SINH MÔN

### 1. MỤC ĐÍCH

- Giữ gìn sạch sẽ hạn chế vảy bần của phân, nước tiểu vào vết mổ.
- Giảm đau.
- Xử lý các biến chứng sau mổ: choáng tụt huyết áp, chảy máu, bí đái, hoại tử da - niêm mạc, hẹp hậu môn...

2. **CHỈ ĐỊNH:** Người bệnh sau phẫu thuật hậu môn, vùng tầng sinh môn.

### 3. CHUẨN BỊ

- Thuốc, dịch truyền theo y lệnh.
- Bộ dụng cụ thay băng: băng gạc, dung dịch sát trùng bằng betadine, nước muối rửa...
- Bộ đặt thông tiểu nếu cần thiết.
- Chậu ngâm hậu môn, nước ấm.

### 4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 4.1. 24 giờ đầu sau mổ:

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở 3 giờ/ lần
- Theo dõi chảy máu sau mổ (băng có thấm máu đỏ không), nếu chảy máu nhiều báo ngay cho bác sĩ và chuẩn bị dụng cụ thay băng.
- Thực hiện theo y lệnh:
- + Truyền dịch, không cần thiết truyền nhiều dịch, người bệnh có thể ăn nhẹ ngay 12 giờ sau mổ (trừ một số chỉ định đặc biệt như phẫu thuật tạo hình cơ thắt, đóng rò trực tràng – âm đạo không có hậu môn nhân tạo tạm thời bảo vệ hoặc phẫu thuật vùng hậu môn – tầng sinh môn có phối hợp với phẫu thuật ở các tạng như trong đa chấn thương...)
- + Thuốc giảm đau đường uống hoặc đường tiêm: lưu ý liều lượng và thời gian cho thuốc, buổi tối cho thuốc ngủ loại Diazepam theo y lệnh.
- Xử trí trường hợp bí đái sau mổ: trước tiên cố gắng cho người bệnh tự đái là tốt nhất với các biện pháp như đứng hoặc ngồi dậy xoa kết hợp với chườm ấm vùng trên xương mu. Nếu thất bại mới đặt ống thông bàng quang, tôn trọng các nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện thủ thuật này.

#### **4.2. Những ngày sau:**

- Ăn uống bình thường.
- Không truyền dịch (trừ một số trường hợp đặc biệt).
- Dùng kháng sinh, thuốc giảm đau theo y lệnh của bác sĩ.
- Chăm sóc vết mổ: thay băng hàng ngày, ngâm rửa hậu môn trong chậu nước ấm sau khi đi ngoài và buổi tối trước khi đi ngủ (có thể pha ít nước muối hoặc dung dịch betadin).
- Dùng thuốc nhuận tràng, tránh táo bón, vì nếu không đi ngoài, phân táo nằm lại trong lòng trực tràng sẽ kích thích gây những cơn co thắt tổng đẩy phân từ đại tràng sigma xuống trực tràng làm người bệnh đau đốn. Trong một số trường hợp cần thiết phải thụt tháo bằng nước ấm.
- Nong hậu môn sau mổ cắt trĩ (nếu có).

#### **5. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Diễn biến sau mổ 24 giờ đầu phải ghi chép: mạch, huyết áp, nhịp thở, vết mổ có chảy máu hay không?
- Người bệnh có đi ngoài không? Tình hình ăn uống, tiểu tiện.
- Mức độ đau sau mổ, thuốc giảm đau có tác dụng hay không? Nếu cần báo lại cho bác sĩ cho thay thuốc.
- Tình trạng vết mổ: chảy dịch, mủ, máu...

#### **6. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Giữ vệ sinh sạch vùng hậu môn, tầng sinh môn, tránh vẩy bắn phân, nước tiểu vào vết mổ.
- Ăn uống bình thường, hạn chế gia vị như ớt, hạt tiêu...
- Ngâm rửa hậu môn hàng ngày với nước đun sôi để ấm: sau khi đi ngoài và buổi tối trước khi đi ngủ.
- Đặt thuốc hậu môn, dùng thuốc giảm đau theo chỉ định của bác sĩ.
- Đến khám lại định kỳ sau khi ra viện.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II - Trang 193). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI

### 1. MỤC ĐÍCH

- Làm lưu thông đường thở.
- Phát hiện các dấu hiệu bất thường có nguy cơ biến chứng: áp xe phổi...
- Nghỉ ngơi thích hợp.
- Hỗ trợ cho công tác điều trị

### 2. CHUẨN BỊ:

**2.1. Điều dưỡng:** Đội mũ, mang khẩu trang, rửa tay đi găng theo quy định.

**2.2. Người bệnh:** Giải thích cho người bệnh hiểu mục đích của việc chăm sóc.

#### 2.3. Dụng cụ, thuốc:

- Nhiệt kế; Huyết áp; Ống nghe
- Oxy
- Khăn lạnh
- Dung dịch NaCl 9%.
- Bơm kim tiêm
- Bông gạc vô khuẩn.
- Pen
- Thuốc theo y lệnh

**2.4. Nơi thực hiện:** buồng bệnh.

### 3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 3.1. Làm lưu thông đường thở:

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái nhất để lưu thông đường thở.
- Cho người bệnh thở oxy nếu có tím tái.
- Dẫn lưu tư thế kết hợp với vỗ, rung.
- Hướng dẫn người bệnh thở cơ hoành có trợ giúp.
- Giải thích cho người bệnh bớt lo sợ, giúp họ hiểu được sự thư giãn trong hô hấp, chỉ ra cho họ không nên thở gắng sức sẽ không có hiệu quả mà còn làm mệt thêm (thở co rút lồng ngực, gồng cơ).

- Đặt tư thế thích hợp cho người bệnh để tạo thuận lợi cho hô hấp cơ hoành: người bệnh ngồi ôm ghế có tựa ở phía trước hoặc ngồi trên ghế đầu gục trên một bàn cao hơn.
- Duy trì đều đặn và có hệ thống các kiểu thở mới có thể cải thiện được hô hấp cho người bệnh.

### **3.2. Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp:**

- Chườm lạnh cho người bệnh (nếu người bệnh sốt cao).
- Dùng thuốc hạ sốt, an thần (theo chỉ định).
- Báo cáo bác sĩ những dấu hiệu bất thường.

### **3.3. Thực hiện thuốc:**

- Lập bảng cân bằng dịch hàng ngày.
- Cho người bệnh dùng thuốc theo chỉ định.

### **3.4. Giảm đau:**

- Đau đầu: cho uống thuốc giảm đau.
- Đau ngực: đắp khăn ấm lên ngực, thay khăn thường xuyên, khi ho áp tay vào gian sườn tránh lồng ngực di chuyển mạnh.
- Động viên người bệnh.

### **3.5. Giảm ho:**

- Cho người bệnh uống thuốc giảm ho (theo chỉ định) tránh thiếu oxy máu khi người bệnh ho dữ dội.
- Hướng dẫn người bệnh ho có hiệu quả:
  - + Tư thế ngồi hơi cúi về phía trước vì tư thế thẳng vuông góc cho phép ho mạnh hơn.
  - + Đầu gối và hông ở tư thế gấp để các cơ bụng mềm và giảm căng cơ bụng khi ho.
  - + Ho 2 lần trong mỗi lần thở ra, đồng thời co cơ bụng đúng lúc ho.

### **3.6. Chế độ ăn uống:**

- Người bệnh chán ăn nên chia thành nhiều bữa trong ngày, cho người bệnh ăn những thức ăn hợp khẩu vị, ăn thức ăn giàu đạm, vitamin: thịt, cá, rau, đậu...
- Cho người bệnh uống nhiều nước như: sữa, nước cháo, nước hoa quả như cam, chanh,...

### **3.7. Chế độ nghỉ ngơi, vệ sinh:**

- Người bệnh nghỉ ngơi tại giường cho đến khi tình trạng toàn thân khá lên.
- Thay đổi tư thế thường xuyên.
- Hạn chế khách vào thăm, hạn chế tiếp xúc.

- Động viên người bệnh an tâm điều trị, tránh suy nghĩ nhiều ảnh hưởng đến sức khỏe.
- Giúp người bệnh vệ sinh thân thể.

#### **4. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO:**

- Mức độ khó thở.
- Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Trạng thái tinh thần.
- Số lượng nước tiểu: nước tiểu ít có thể bị nhiễm độc.
- Quan sát da (đôi khi có nốt phỏng Herpes).
- Tình trạng tiêu hóa: nôn, bụng trướng, tiêu chảy.

#### **5. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH:**

- Hướng dẫn người bệnh tập ho, tập thở, việc tập thở cần duy trì đều đặn mới có thể cải thiện được tình trạng hô hấp.
- Khuyến người bệnh bỏ rượu, bỏ thuốc lá...
- Thực hiện chế độ vệ sinh: mũi, miệng, da...
- Đảm bảo chế độ ăn uống, tránh kiêng khem, uống 2-3 lít nước/ngày để bù lại nước do sốt, thở.
- Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ nghỉ ngơi, hạn chế vận động mạnh
- Phòng nhiễm lạnh khi thay đổi thời tiết đột ngột, tránh nằm thẳng dưới quạt khi trời nóng.
- Tùy tình trạng cụ thể mà giải thích cho người bệnh những điều cần thiết.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập I – Trang 298). Ban hành kèm theo Quyết định số 940/2002/QĐ-BYT ngày 22/3/2002 của Bộ Y tế

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THOÁI HÓA KHỚP

### 1. MỤC ĐÍCH

Thực hiện các biện pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc nhằm giúp người bệnh:

- Giảm đau tại khớp.
- Phục hồi chức năng vận động của các khớp, giảm thiểu sự tàn phế.
- Giúp người bệnh phòng ngừa các biến chứng, biết sử dụng các thiết bị hỗ trợ vận động.
- Giúp người bệnh hiểu biết về bệnh và tự chăm sóc (nếu điều kiện sức khỏe cho phép). Phối hợp sử dụng các thiết bị hỗ trợ vận động.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả người bệnh đã được chẩn đoán thoái hóa khớp, ở mọi giai đoạn chức năng vận động Steinbrocker đều được chăm sóc, tư vấn ở mức độ khác nhau.
- Đánh giá chức năng vận động khớp theo tiêu chuẩn Steinbrocker gồm 4 giai đoạn:
  - + Giai đoạn I: bệnh nhân vận động gần như bình thường, X quang xương khớp bình thường.
  - + Giai đoạn II: teo cơ (+), hạn chế vận động khớp một phần. X quang có hình mất vôi đầu xương, hẹp khe khớp.
  - + Giai đoạn III: teo cơ (++), biến dạng khớp (+), hạn chế vận động nhiều, X quang khuyết xương, phá hủy đầu xương, hẹp khe khớp.
  - + Giai đoạn IV: dính và biến dạng khớp trầm trọng. Teo cơ (++), biến dạng khớp (++), tàn phế.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định chung. Trừ khi có tổn thương nội tạng kèm theo do các bệnh kết hợp (suy tim, suy gan, suy thận...), mức độ các bài tập tùy theo tình trạng cụ thể. Các biện pháp điều trị và theo dõi phải được tiến hành chặt chẽ.

### 4. CHUẨN BỊ

**4.1. Người bệnh:** báo cho người bệnh biết mục đích buổi chăm sóc. Có thể có người nhà người bệnh đi kèm.

## **4.2. Dụng cụ:**

- Nếu là buổi tập luyện phục hồi chức năng thì tùy theo bài tập mà cần các dụng cụ tương ứng. Có các dụng cụ hỗ trợ nhằm giảm tải cho khớp như nạng, dây treo, gậy, khung tập đi, nẹp cổ, kéo liên tục, xe đạp...
- Lý liệu pháp gồm mát xa, xông hơi, ngâm nén tay. Các bài tập để giảm co cứng và tăng cường dinh dưỡng cơ.

**4.3. Địa điểm:** Tùy mục đích buổi chăm sóc có thể tại giường bệnh hay phòng tập.

## **5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **5.1. Nhận định tình trạng của người bệnh:**

- Mức độ đau, chức năng vận động: chủ động, thụ động của các khớp biến dạng, lệch trục.
- Tổn thương trên X quang.
- Trọng lượng cơ thể.
- Các bệnh kèm theo.
- Tư thế
- Các thuốc được dùng, các biểu hiện do tác dụng phụ của thuốc.
- Tình hình dinh dưỡng.

### **5.2. Chăm sóc cụ thể:**

- Thực hiện các y lệnh về thuốc giảm đau, chống thoái hóa khớp. Hướng dẫn dùng thuốc, phát hiện tai biến do thuốc.
- Khuyến khích người bệnh tự vận động, phục vụ tùy vào khả năng vận động và mức độ đau. Tuy nhiên, tránh vận động quá mức, phải có biện pháp bảo vệ các khớp bị tổn thương.
- + Với các khớp cổ tay: có thể cho tắm nóng, ngâm parafin để giảm đau và giảm cứng khớp.
- + Cột sống cổ: điều chỉnh cổ áo, nẹp cổ thích hợp, tránh bó sát.
- + Cột sống lưng, thắt lưng: cho người bệnh nằm đệm đủ chắc hoặc giường cứng giúp giảm đau buổi sáng.
- + Khớp háng: có thể dùng miếng lót ấm và nóng giúp giảm đau tốt. Có thể cho dùng thuốc giãn cơ nhẹ.
- + Khớp gối: hỗ trợ hoặc hướng dẫn người bệnh các động tác tập của khớp ngày 2 lần có tác dụng duy trì cơ lực tốt. Có thể áp dụng các bài tập có tải với mức độ tăng dần để tăng cơ lực.
- Cho người bệnh dùng các dụng cụ đàn hồi, dây treo hỗ trợ.
- Trường hợp dùng nạng, gậy, dây treo hoặc khung tập phải đảm bảo vừa kích cỡ với người bệnh. Nên khuyên người bệnh nằm tư thế sấp trên giường cứng; nằm thẳng, đứng hoặc đi dạo, tránh đứng hoặc ngồi quá lâu. Động viên người bệnh cố

gắng hoạt động trong điều kiện càng gần bình thường càng tốt. Biết thích nghi với các biến dạng khớp của thoái hóa khớp. Cần duy trì cơ lực và các động tác vận động của khớp ở các khớp chưa bị ảnh hưởng.

- Hướng dẫn người bệnh chế độ ăn uống tránh béo phì.

### **5.3. Theo dõi:**

- Theo dõi cân nặng, mức độ đau, mức độ hạn chế vận động.
- Đánh giá hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc điều trị.
- Theo dõi sự hài lòng của người bệnh về các biện pháp điều trị.

## **2. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

Tùy theo mục đích buổi chăm sóc mà ghi chép hồ sơ và báo cáo. Nói chung đánh giá quá trình điều dưỡng gồm các phần sau:

- Tinh thần người bệnh
- Mức độ giảm đau, cải thiện vận động, giai đoạn bệnh.
- Các tác dụng phụ của thuốc.
- Các kết quả theo dõi đặc biệt.
- Khả năng tự phục vụ.
- Hiểu biết về bệnh và tự chăm sóc sức khỏe.

## **7. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Giải thích cho người bệnh về bệnh thoái hóa khớp.
- Hướng dẫn chế độ nghỉ ngơi ban ngày, sau các bài tập và nghỉ ban đêm. Khuyến khích người bệnh áp dụng các biện pháp tiết kiệm năng lượng, áp dụng các biện pháp bảo vệ khớp, giảm tải cho khớp.
- Hướng dẫn người bệnh uống thuốc đúng giờ, liều lượng, cách phát hiện, theo dõi và thông báo kịp thời các biến chứng và tác dụng phụ của thuốc.
- Hướng dẫn chế độ vận động thể dục thể thao phù hợp. Ví dụ thoái hóa khớp háng (tập bơi, đạp xe), thoái hóa khớp gối (đạp xe, đi bộ).
- Với nghề nghiệp của người bệnh: tìm các biện pháp cho người bệnh thích nghi với điều kiện làm việc và tình trạng bệnh trên nguyên tắc làm cho khớp tổn thương không bị quá tải.
- Chống tư thế xấu trong lao động và sinh hoạt. Tránh các động tác quá mạnh, đột ngột.
- Khuyến người bệnh cần duy trì cân nặng phù hợp, chống béo bệu.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II – Trang 334). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH MẮC BỆNH GÚT

### 1. MỤC ĐÍCH

Thực hiện các biện pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc nhằm giúp người bệnh:

- Giảm đau, chống viêm tại khớp.
- Tránh các đợt tái phát và biến chứng.
- Duy trì chế độ ăn, uống, sinh hoạt hợp lý.

**2. CHỈ ĐỊNH:** Tất cả người bệnh đã được chẩn đoán Gút.

**3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Không có chống chỉ định

### 4. CHUẨN BỊ:

**4.1. Người bệnh:** báo cho người bệnh biết mục đích buổi chăm sóc. Có thể có người nhà người bệnh đi kèm.

**4.2. Dụng cụ:** Chăm sóc các trường hợp hạt tophi vỡ: hộp dụng cụ tiểu phẫu vô trùng, bông, băng, cồn 70<sup>0</sup> dung dịch betadin, oxy già, pen, kéo, các dụng cụ đựng chất thải... .

**4.3. Địa điểm:** Tùy mục đích buổi chăm sóc có thể tại giường bệnh hay phòng khám.

### 5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

#### 5.1. Nhận định tình trạng của người bệnh:

- Giai đoạn bệnh, đợt cấp hoặc mạn, các khớp nào sưng, đau, nề?
- Đánh giá các cơ quan bị tổn thương hạt tophi, khớp, thận.
- Các bệnh kèm theo: cao huyết áp, béo phì, rối loạn mỡ máu...
- Các thuốc được dùng, biến chứng của thuốc.
- Tình hình ăn uống, dinh dưỡng, cân nặng.

#### 5.2. Chăm sóc cụ thể:

- Thực hiện các y lệnh về thuốc giảm đau, chống viêm (colchicine hoặc các thuốc chống viêm không steroid, các thuốc giảm đau), thuốc hạ acid uric hoặc các thuốc khác khi có các rối loạn chuyển hóa khác kèm theo (thuốc đái tháo đường, hạ lipid máu).
- Chăm sóc da người bệnh một cách tỉ mỉ, đặc biệt khi có hạt tophi vỡ. Hướng dẫn vệ sinh cá nhân.

- Trường hợp có biến dạng khớp do có các hạt tophi: dùng giày dép đi có quai dán, có nhiều vùng hở, tránh đụng dập vào hạt tophi.
- Chăm sóc các khớp ở cánh tay, bàn tay: hướng dẫn người bệnh khi nâng vật cần nâng bằng cả 2 tay. Nếu người bệnh đau nhiều, có thể băng nẹp cổ bàn tay. Với khớp háng hoặc gối nên khuyên người bệnh nằm tư thế sấp trên giường cứng, nằm thẳng, đứng hoặc đi dạo, tránh đứng hoặc ngồi quá lâu, nên dùng cán chống hỗ trợ đối với bên khớp đau.
- Hạt tophi to hoặc gây cản trở hoạt động khớp: bác sĩ có thể chỉ định điều trị ngoại khoa cắt bỏ.
- Hướng dẫn chế độ ăn uống giảm đạm, nhiều nước uống và uống nước có kiềm. Hướng dẫn chế độ ăn giảm đường (nếu có đái tháo đường), giảm cân (nếu có béo phì kèm theo) .

### **5.3. Theo dõi:**

- Theo dõi cân nặng
- Chế độ ăn uống.
- Phát hiện các hạt tophi, các vết loét do tỳ đè, các tổn thương da khác.
- Acid uric máu, niệu, đường máu, mỡ máu, chức năng thận, gan.
- Siêu âm phát hiện sỏi tiết niệu
- Các tác dụng phụ của thuốc.

### **6. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO**

- Giai đoạn bệnh, đợt cấp hoặc mạn.
- Mức độ giảm đau, mức độ tái phát đợt cấp.
- Đánh giá các cơ quan bị tổn thương hạt tophi, khớp, thận.
- Các bệnh kèm theo: cao huyết áp, béo phì, rối loạn mỡ máu...
- Các kết quả theo dõi đặc biệt.
- Hiểu biết về bệnh và tự chăm sóc sức khỏe.

### **7. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH**

- Giải thích cho người bệnh về bệnh gút: đây là bệnh có thể không chế được nếu tuân thủ y lệnh của thầy thuốc. Thông báo cho người bệnh và gia đình của họ biết vai trò của việc thay đổi cơ bản trong lối sống. Hướng dẫn người bệnh tự giác tuân thủ chế độ ăn uống sinh hoạt hợp lý, giúp đỡ người bệnh bỏ chất uống có cồn, các chất cần kiêng cử.
- Giải thích kỹ về các xét nghiệm theo dõi.
- Hướng dẫn người bệnh tự giác chế độ ăn uống sinh hoạt hợp lý.
- Điều dưỡng viên hướng dẫn và chăm sóc các trường hợp hạt tophi bị vỡ, các khớp biến dạng, suy thận.

- Người bệnh cần biết có thể phải dùng các thuốc hạ acid uric suốt đời, không tự ý dùng thuốc có corticoid, tránh lạm dụng thuốc giảm đau..
- Hướng dẫn người bệnh, tránh đụng dập vào hạt tophi, không tự ý cắt bỏ, châm chích vào hạt tophi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II – Trang 332). Ban hành kèm theo Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ Y tế