

ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN

SÁCH ĐÀO TẠO CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG

TẬP I

Chủ biên: TS. Đỗ Đình Xuân



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ

ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN

TẬP I

SÁCH ĐÀO TẠO ĐIỀU DƯỠNG CAO ĐẲNG

Mã số: C.34.Z.01

Chủ biên: TS. ĐỖ ĐÌNH XUÂN

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI - 2007

CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN:

Vụ Khoa học & Đào tạo – Bộ Y tế

CHỦ BIÊN:

TS. Đỗ Đình Xuân

NHỮNG NGƯỜI BIÊN SOẠN:

ThS. Nguyễn Mạnh Dũng

BS. CKI. Tạ Khánh Huệ

BS. CKI. Vũ Thị Thục Anh

CNDD. Tống Vĩnh Phú

THƯ KÝ BIÊN SOẠN:

ThS. Nguyễn Mạnh Dũng

THAM GIA TỔ CHỨC BÀN THẢO:

ThS. Phí Văn Thâm

ThS. Lê Thị Bình

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Bộ Khoa học và Đào tạo)

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo Điều dưỡng cơ bản. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy - học các môn cơ sở, chuyên môn và cơ bản chuyên ngành theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách Điều dưỡng cơ bản được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các nhà giáo giàu kinh nghiệm và tâm huyết với công tác đào tạo biên soạn theo phương châm: Kiến thức cơ bản, hệ thống, nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách Điều dưỡng cơ bản đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy - học chuyên ngành cử nhân điều dưỡng và cao đẳng điều dưỡng của Bộ Y tế thẩm định vào năm 2005. Bộ Y tế ban hành là tài liệu dạy - học đạt chuẩn chuyên môn của ngành Y tế trong giai đoạn 2006 - 2010. Trong quá trình sử dụng sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các Nhà giáo, các chuyên gia của trường Đại học điều dưỡng Nam Định đã dành nhiều công sức hoàn thành cuốn sách này, cảm ơn ThS. Trần Thị Thuận, ThS. Lê Thị Bình đã đọc, phản biện để cuốn sách được hoàn chỉnh kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Lần đầu xuất bản, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau được hoàn thiện hơn.

**VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO
BỘ Y TẾ**

LỜI NÓI ĐẦU

Cuốn sách Điều dưỡng cơ bản được biên soạn căn cứ theo chương trình khung đã được Bộ Y tế phê duyệt dành cho đối tượng là Cao đẳng điều dưỡng nhằm giải quyết nhu cầu về sách và tài liệu dạy - học điều dưỡng hiện nay. Cuốn sách cung cấp cho các bạn sinh viên kiến thức lý luận chung về khoa học điều dưỡng và các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản trong thực hành chăm sóc người bệnh. Một số chủ đề được mở rộng thêm về nội dung để bạn đọc tham khảo.

Tham gia biên soạn gồm tập thể giảng viên có trình độ tiến sĩ, thạc sĩ, bác sĩ chuyên khoa cấp I, cử nhân điều dưỡng, có kinh nghiệm đã tham gia giảng dạy điều dưỡng nhiều năm, có tham khảo các tài liệu trong nước và nước ngoài. Những người biên soạn đã dành nhiều công sức, trí tuệ, thời gian để cho ra mắt cuốn sách đáp ứng lòng mong mỏi của bạn đọc. Song do hạn chế về thời gian, trong quá trình biên soạn không thể tránh khỏi những thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp nhiệt thành từ bạn bè đồng nghiệp và bạn đọc để lần tái bản sau cuốn sách sẽ được hoàn thiện hơn.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy - học chuyên ngành Cử nhân điều dưỡng và Cao đẳng điều dưỡng Bộ Y tế, các chuyên gia, Hội đồng Khoa học - Đào tạo và tập thể giáo viên bộ môn điều dưỡng Trường đại học Điều dưỡng Nam Định đã đóng góp ý kiến, tạo điều kiện để cuốn sách được ra mắt bạn đọc.

Chủ biên

NGUYỄN - Tiến sĩ Đỗ Đình Xuân

HIỆU TRƯỞNG

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH

MỤC LỤC

	Trang
Lời giới thiệu	3
Lời nói đầu	5
1 Giới thiệu lịch sử phát triển Ngành Điều dưỡng	9
2 Chức năng điều dưỡng	17
3 Định hướng phát triển Ngành Điều dưỡng	24
4 Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe	36
5 Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân	45
6 Đạo đức điều dưỡng	54
7 Nhu cầu cơ bản của con người	62
8 Nhận định thực thể	67
9 Quy trình điều dưỡng	95
10 Hồ sơ người bệnh và cách ghi chép	108
11 Bảo quản dụng cụ y tế thông thường	121
12 Vô khuẩn, tiệt khuẩn	127
13 Nhiễm khuẩn bệnh viện	142
14 Theo dõi mạch	152
15 Theo dõi nhiệt độ cơ thể	158
16 Theo dõi nhịp thở	167
17 Theo dõi huyết áp động mạch	173
18 Kỹ thuật băng	181

19	Tiêm truyền dung dịch tĩnh mạch	203
20	Kỹ thuật truyền máu	211
21	Phụ giúp thầy thuốc chọc dịch màng phổi	223
22	Phụ giúp thầy thuốc chọc dịch màng bụng	231
23	Phụ giúp thầy thuốc chọc dịch màng não tủy	238
24	Phụ giúp thầy thuốc chọc dịch màng tim	246
25	Sơ cứu chảy máu	253
26	Sơ cứu gãy xương	268
27	Hồi sinh tim- phổi	286
28	Thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu, rửa bàng quang	294
29	Đáp án	307
30	Tài liệu tham khảo	310

GIỚI THIỆU LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được sơ lược lịch sử phát triển Ngành Điều dưỡng ở Việt Nam và trên thế giới.*

1. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG THẾ GIỚI

- Điều dưỡng (Nursing) có nghĩa là chăm sóc, nuôi dưỡng. Nguồn gốc của sự chăm sóc là từ những hành động của bà mẹ đối với con kể từ khi chúng mới lọt lòng.
- Từ thời xa xưa do kém hiểu biết, con người tin vào thần linh. Họ cho rằng "Thần linh là đáng thiêng liêng có quyền uy", "Thượng đế ban sự sống cho muôn loài..." Khi có bệnh họ mời các pháp sư đến cầu kinh để chữa bệnh, khi chết họ cho rằng đó là tại số, tại Thượng đế không cho sống. Từ đó hình thành nên các miếu, đền thờ, từ đó tự phát hình thành các trung tâm chăm sóc, nuôi dưỡng người ốm tại đây. Các Pháp sư lo cầu kinh chữa bệnh, các nhóm người (phụ nữ) chuyên lo việc chăm sóc bệnh nhân. Hình thành mối liên kết giữa: Y khoa - Điều dưỡng - Tôn giáo.
- Năm 60 bà Phoebe (Hy Lạp) đã chủ động đến từng nhà có người ốm để chăm sóc. Sau này bà được suy tôn là người điều dưỡng tại gia đầu tiên trên thế giới.
- Thế kỷ IV bà Phabiola (La mã) đã dành căn nhà sang trọng của mình làm nơi chăm sóc nuôi dưỡng người ốm do chính bà tự đảm nhiệm.
- Thời kỳ chiến tranh (viễn chinh) ở châu Âu, có nhiều bệnh viện được thành lập. Nhiều người tham gia công tác chăm sóc người ốm, nghề điều dưỡng đã tự phát hình thành và được nhiều người tôn kính.
- Đến thế kỷ thứ XVI, chế độ nhà thờ ở Anh bị bãi bỏ, các tổ chức tôn giáo bị giải tán, thiếu hụt trầm trọng người chăm sóc những người ốm. Những người phụ nữ bị phạm tội thay vì đi tù họ đã được lựa chọn là những người chăm sóc người ốm. Những quan niệm xấu về nghề điều dưỡng đã hình thành từ đây.
- Giữa thế kỷ XVIII đầu thế kỷ XIX, bà Floren Nightingale (1820) là phụ nữ Anh. Bà sinh ra và lớn lên trong gia đình giàu có, được học hành, biết

ngoại ngữ, xong bà có hoài bão và mơ ước được giúp đỡ những người nghèo. Vượt qua mọi trở ngại, phản kháng của gia đình, bà đã học và làm việc tại Bệnh viện Kaiser Weth (Đức) 1847 rồi ở Pháp 1853.

+ 1854-1855 chiến tranh Crime nổ ra, bà được phái sang Thổ Nhĩ Kỳ cùng 38 phụ nữ khác tham gia chăm sóc thương bệnh binh của quân đội Hoàng Gia Anh. Tại đây bà đã đưa ra lý thuyết về khoa học vệ sinh tại các cơ sở y tế. Sau 2 năm thực hiện bà đã làm giảm tỷ lệ chết do nhiễm trùng từ 42% xuống còn 2%. Bà đã làm việc cần cù, đêm đêm cầm ngọn đèn đi tua chăm sóc thương bệnh binh. Bà đã để lại ấn tượng tốt đẹp trong họ thời đó. Sau này trở về nước Bà đã được tặng thưởng 50.000 bảng Anh.

+ Bà Florence Nightingale đã dành toàn bộ số tiền trên để thành lập Trường điều dưỡng đầu tiên trên thế giới (1860). Trường Floren Nightingale với chương trình đào tạo 1 năm, đã tạo nền móng cho hệ thống đào tạo điều dưỡng ở Anh và nhiều nước trên thế giới.



Hình 2. Hình ảnh chiếc đèn cây



Hình1. Bà Florence Nightingale
(1820-1910)

- Sau này Hội điều dưỡng thế giới đã quyết định lấy ngày sinh của Bà (12/5) làm ngày điều dưỡng thế giới hàng năm.
- Ngọn đèn dầu trở thành biểu tượng của Ngành Điều dưỡng (hình 2).
- Bà Florence Nightingale đã trở thành người mẹ tinh thần của Ngành Điều dưỡng trên toàn thế giới.

Hiện nay Ngành Điều dưỡng trên thế giới đã lớn mạnh, được coi trọng như các ngành khoa học khác, có nhiều trình độ và chức danh khác nhau, đạt được nhiều thành tích đáng ghi nhận.



Hình 3. Tượng bà Florence Nightingale tại Bảo tàng Hội Điều dưỡng Thái Lan



Hình 4. Bảo tàng Florence Nightingale tại thủ đô London

Các nước trên thế giới đã hình thành hai lĩnh vực: *lĩnh vực khám chữa bệnh* do y, bác sĩ đảm nhiệm và *lĩnh vực chăm sóc phục vụ* do điều dưỡng viên đảm nhiệm. Mỗi lĩnh vực đều đòi hỏi cán bộ có trình độ ở bậc trung học, đại học, sau đại học. Ở các nước tiên tiến như Hoa Kỳ, Anh, Pháp, Úc... và một số nước phát triển trong khu vực như: Thái Lan, Hàn Quốc, Malaysia... việc đào tạo điều dưỡng đã đi vào nề nếp và có hệ thống, ổn định về quy mô đào tạo, ổn định về đội ngũ cán bộ giảng dạy đảm bảo đạt chuẩn. Ở Philipin có hơn 100 trường điều dưỡng. Ở Thái Lan có 55 trường điều dưỡng, đối tượng đào tạo từ sơ cấp đến trên đại học: trợ lý điều dưỡng đào tạo 6 tháng (Nurses aide), điều dưỡng đào tạo 1 năm (practical Nurses), điều dưỡng đào tạo 2 năm (technical Nurses), đại học (Bachelor of Nursing Science) đào tạo 4 năm, Thạc sĩ điều dưỡng khoa học (master of Nursing Science) đào tạo 2 năm và Tiến sĩ điều dưỡng Khoa học (PhD of Nursing Science) đào tạo 3 năm. Hội đồng quốc gia (Nursing Council) cấp chứng chỉ hành nghề (lisence) và điều dưỡng viên chỉ được làm việc khi có chứng chỉ hành nghề (Regitered Nurses). Ví dụ cụ thể tại một bệnh viện thực hành của Trường đại học Điều dưỡng ChiangMai Thái Lan có 1673 giường bệnh thì có: 1309 có Regitered Nurses trình độ cử nhân trở lên (gồm 2 TS, 91 ThS, 1216 cử nhân điều dưỡng), 828 điều dưỡng (practical nurses) và 365 hộ lý (nurse aide), như vậy tổng có 2514 điều dưỡng viên trên tổng số 500 bác sĩ.

Trường Sydney và Trường Đại học Flinder của nam Úc đào tạo cử nhân điều dưỡng và thạc sĩ chuyên khoa điều dưỡng về Hồi sức, Sức khỏe tâm thần, Nhi...

Ở Hà Lan đào tạo 5 trình độ điều dưỡng và đào tạo trên đại học:

- + Trình độ 4 và 5 (Level 4, 5- Nurse): đào tạo 4 năm
- + Trình độ 3 (Level 3 - Care- worker): đào tạo 3 năm

- + Trình độ 2 (Level 2 - Care helper): đào tạo 2 năm
- + Trình độ 1 (Level 1 - Care assistant): đào tạo 1 năm

Trong các bệnh viện của Hà Lan sử dụng cả 5 loại hình đối tượng đào tạo trên và các điều dưỡng viên có trình độ trên đại học. Ở Anh còn có cả hệ thống điều dưỡng viên làm cố vấn điều dưỡng (consultant) thậm chí được quyền khám bệnh và kê đơn thuốc....

Số lượng điều dưỡng trên bác sĩ của các nước đạt tỷ lệ cao theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tỷ lệ này là từ 1:4 đến 1:8. (xem bảng 1)

Bảng 1: So sánh tỷ lệ bác sĩ và điều dưỡng của một số nước khác

Tên nước	Số bác sĩ	Số điều dưỡng	Tỷ lệ
Thái Lan	12,713	153,296	1 : 12,0
Thụy Điển	21,700	228,800	1 : 10,5
Canada	52,863	333,675	1 : 6,3
Malaysia	7,012	32.889	1 : 4,7
Hồng Kông	6,544	29,062	1 : 4,4
Nhật	203,797	745,291	1 : 3,7
Indonesia	33,522	115,428	1 : 3,5

2. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM

2.1. Giai đoạn trước năm 1954

- Thời kỳ Pháp thuộc đã xây nhiều bệnh viện, trước năm 1900 ban hành chế độ học việc cho những người muốn làm việc tại các bệnh viện. Việc đào tạo là không chính quy, chỉ là cầm tay chỉ việc, họ là những người giúp việc, thạo kỹ thuật vững tay nghề, phụ giúp cho bác sĩ.
- Năm 1901 mở lớp nam y tá đầu tiên ở Bệnh viện Trại Quán.
- Năm 1923 mở trường đào tạo y tá tại bản xứ, chế độ chính sách không coi trọng người bản xứ, coi y tá như là người giúp việc, lương thấp.
- Năm 1924 hội y tá ái hữu và nữ Hộ sinh Đông dương thành lập do ông Lâm Quang Thiêm phụ trách.
- Ở miền Bắc, sau cách mạng tháng 8 năm 1945 lớp y tá đầu tiên được mở, với thời gian học 6 tháng, do GS Đỗ Xuân Hợp làm hiệu trưởng, ở quân khu X Việt Bắc sau đó đến liên khu III.
- Trong những năm 50, do nhu cầu của cuộc chiến tranh, cục quân y mở lớp đào tạo y tá cấp tốc 3 tháng. Trong giai đoạn này, cơ sở vật chất rất nghèo nàn, thiếu thuốc men, phương tiện thô sơ, lạc hậu. Việc điều trị cho thương bệnh binh chủ yếu dựa vào chăm sóc.

2.2. Giai đoạn 1954 - 1975

2.2.1. Ở miền Nam:

- Năm 1956, có trường điều dưỡng riêng với chương trình đào tạo 3 năm.
- Năm 1968 mở lớp đào tạo y tá 12 tháng (sơ cấp).
- Năm 1970, Hội điều dưỡng miền Nam Việt Nam thành lập.
- Năm 1973 mở lớp đào tạo điều dưỡng công cộng 3 năm.

2.2.2. Ở miền Bắc

- Năm 1954, Bộ Y tế đã xây dựng chương trình đào tạo y tá sơ cấp.
- Năm 1960, một số bệnh viện và trường trung học y tế trung ương mở lớp đào tạo y tá trưởng.
- Năm 1968, xây dựng chương trình đào tạo y tá trung cấp 2 năm 6 tháng cho đối tượng tốt nghiệp lớp 7 phổ thông, tại Bệnh viện Bạch Mai và các trường trung học y tế khác.

2.3. Giai đoạn từ 1975 đến nay

Sau 1975 Bộ Y tế đã thống nhất chỉ đạo công tác chăm sóc và điều trị bệnh nhân trong cả nước, nghề điều dưỡng cũng có tiếng nói chung cho cả hai miền.

2.3.1. Công tác tổ chức

- Năm 1982, Bộ Y tế ban hành chức danh y tá trưởng bệnh viện, trưởng khoa.
- Năm 1990, Bộ Y tế ban hành quyết định thành lập phòng điều dưỡng trong các bệnh viện có từ 150 giường bệnh trở lên.
- Năm 1992 thành lập phòng điều dưỡng của Bộ Y tế nằm trong vụ điều trị.
- Tháng 4/2002 Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký quyết định phê duyệt kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng - hộ sinh, giai đoạn 2002-2010.

Theo nội dung kế hoạch cho đến 2010 về mặt kiện toàn tổ chức:

- + Phấn đấu có 1 phó vụ trưởng là điều dưỡng có trình độ trên đại học phụ trách công tác điều dưỡng- hộ sinh.
- + Mỗi sở y tế có 1 điều dưỡng trưởng là phó trưởng phòng nghiệp vụ y phụ trách công tác điều dưỡng - hộ sinh.
- + Bệnh viện trung ương, bệnh viện tỉnh, bệnh viện bộ ngành có phòng điều dưỡng, có một phó giám đốc bệnh viện là điều dưỡng - hộ sinh phụ trách công tác chăm sóc, mỗi khoa có 1 phó trưởng khoa là điều dưỡng phụ trách công tác chăm sóc.

- + Trung tâm y tế quận, huyện, thành phố trực thuộc tỉnh có phòng điều dưỡng - hộ sinh, có một phó giám đốc trung tâm là điều dưỡng - hộ sinh phụ trách công tác chăm sóc.
- + Đảm bảo tỷ lệ 1 bác sĩ có 2,5 - 3 điều dưỡng - hộ sinh hoặc 1 điều dưỡng - hộ sinh cho 2 giường bệnh.

2.3.2. Công tác đào tạo, phát triển nhân lực điều dưỡng

- Năm 1985, mở khóa đào tạo đại học điều dưỡng tại chức đầu tiên tại Trường ĐHY Hà Nội và Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
- Năm 1993, chuyển đổi mô hình đào tạo y tá trung học thành cao đẳng điều dưỡng (tại Trường Cao đẳng Y tế Nam Định).
- Năm 1994 mở lớp đào tạo cao đẳng điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên tại chức tại Trường Cao đẳng Y tế Nam Định, Trường ĐHY Hà Nội, ĐHY - Dược thành phố Hồ Chí Minh.
- Năm 1995 tại Trường Đại học Y Hà Nội, Y- Dược thành phố HCM đã mở hệ đào tạo cử nhân điều dưỡng chính quy.
- Năm 1998 tại Trường Cao đẳng Y tế Nam Định mở hệ đào tạo cao đẳng điều dưỡng chính quy.
- Năm 2002 đào tạo cử nhân điều dưỡng tại chức tại Trường Đại học Y Hà Nội, Đại học Y Huế và Đại học Y- Dược thành phố HCM.
- Ngày 26-2-2004 Trường cao đẳng Y tế Nam Định được Thủ tướng Chính phủ ký quyết định nâng cấp lên Trường Đại học, đây là Trường đại học chuyên Ngành Điều dưỡng đầu tiên ở Việt Nam.

Hiện nay, điều dưỡng tại Việt Nam đang được đào tạo ở 4 trình độ: sơ cấp, trung học, cao đẳng và đại học. Có 76 cơ sở đào tạo điều dưỡng, bao gồm:

- 9 cơ sở đào tạo điều dưỡng trình độ đại học (4 năm);
- 3 cơ sở đào tạo điều dưỡng trình độ cao đẳng (3 năm) trong đó một cơ sở mới được tách ra từ trường đại học;
- 60 cơ sở đào tạo điều dưỡng trình độ trung học;
- 4 cơ sở đào tạo điều dưỡng trình độ sơ cấp.

Điều đáng lưu ý là chưa có một cơ sở nào đào tạo điều dưỡng ở trình độ trên đại học.

2.3.3. Công tác phát triển hội nghề nghiệp

- 1986 Hội điều dưỡng thành phố HCM thành lập, 1989 ở Hà Nội, Quảng Ninh, cho đến năm 2003 trong cả nước đã có 56/61 tỉnh thành hội, 01 ngành hội, (chiếm 87% tổng số tỉnh thành) với tổng số 45.000 hội viên.

- Ngày 26/10/1990 Hội Y tá điều dưỡng Việt Nam thành lập, cho đến nay hội đã hoạt động được 3 nhiệm kỳ với 4 lần đại hội.
 - + Đại hội 1 là đại hội thành lập hội được tiến hành vào ngày 26/10/1990 tại Hà Nội.
 - + Đại hội 2 được mở ra vào ngày 26/3/1993 tại Hà Nội.
 - + Đại hội 3 được tiến hành vào ngày 17/5/1997 tại thành phố HCM.
 - + Đại hội lần thứ 4 hội điều dưỡng Việt Nam đã được long trọng tiến hành tại thủ đô Hà Nội vào ngày 11/5/2002.
- Chủ tịch hội điều dưỡng Việt Nam qua 4 lần đại hội là Bà Vi Nguyệt Hồ. Sự ra đời và hoạt động thường xuyên của hội đã góp phần động viên đội ngũ y tá - điều dưỡng trong cả nước thêm yêu nghề và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh.

2.3.4. Quan hệ và hợp tác quốc tế

Trong quá trình phát triển Ngành Điều dưỡng Việt Nam đã nhận được sự giúp đỡ của các tổ chức và cá nhân trên toàn thế giới: Hội điều dưỡng của Thụy Điển, Canada, Mỹ, Nhật Bản, Thái Lan....

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Vào năm 60 bàA..... đã chủ động đến từng nhà có người ốm để chăm sóc.
2. Vào thế kỷ IV bàA.... đã dành căn nhà sang trọng của mình làm nơi chăm sóc người ốm.
3. Nhờ có lý luận về khoa học vệ sinh trong chăm sóc bà Floren Nightingale đã làm giảm tỷ lệ tử vong từA.....xuống còn 2%.
4. Lớp điều dưỡng trưởng đầu tiên được đào tạo vào năm.....A.....

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

5. Những quan niệm xấu về nghề điều dưỡng được hình thành vào thế kỷ thứ:

A. XIV

B. XV

C. XVI

D. XVII

6. Trường điều dưỡng đầu tiên trên thế giới được thành lập ở nước Anh vào năm:

A. 1858

B. 1859

C. 1860

D. 1861

7. Hội điều dưỡng Việt Nam được thành lập vào ngày 26 tháng 10 năm:

A. 1990

B. 1991

C. 1992

D. 1993

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
8	Đến năm 2003 cả nước đã có 58 tỉnh thành lập hội điều dưỡng.		
9	Mô hình điều dưỡng trung học được đào tạo khóa đầu tiên vào năm 1993.		
10	Ngày 13 tháng 5 hàng năm là ngày điều dưỡng thế giới.		

CHỨC NĂNG ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, các định hướng của nghề điều dưỡng.*
2. *Trình bày được chức năng, của người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Con người là tài sản vô giá của xã hội, của toàn nhân loại. Con người tồn tại và phát triển được cần có những nhu cầu cơ bản: thể chất, tinh thần, xã hội. Bình thường con người tự đáp ứng được các nhu cầu đó cho bản thân mình.

Sức khỏe là sự thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội. Nó không chỉ bao hàm là tình trạng không có bệnh, tật (theo Tổ chức Y tế Thế giới). Sức khỏe không chỉ là nhu cầu mà còn là quyền cơ bản của mỗi con người. Sức khỏe chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố: di truyền, môi trường (tự nhiên, xã hội) hành vi cá nhân, và sự chăm sóc y tế.

Khi con người không khỏe (ốm đau bệnh tật...) không tự đáp ứng được nhu cầu cho bản thân, họ cần có sự chăm sóc y tế. Chăm sóc y tế thực chất là sự chăm sóc, nuôi dưỡng, điều trị bệnh của người thầy thuốc, người điều dưỡng và sự cung cấp đầy đủ, tiện lợi các dịch vụ y tế cho cộng đồng, trong đó nghề điều dưỡng có vai trò hết sức quan trọng.

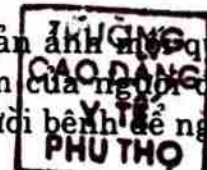
2. ĐIỀU DƯỠNG VÀ NGHỀ ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Định nghĩa điều dưỡng

Do vị trí xã hội, trình độ và sự phát triển của Ngành Điều dưỡng ở các nước rất khác nhau, cho đến nay chưa có sự thống nhất về một định nghĩa chung cho Ngành Điều dưỡng. Dưới đây là một số định nghĩa đã được đa số các nước công nhận:

- **Theo Quan điểm của Florence Nightingale 1860:** điều dưỡng là một nghệ thuật sử dụng môi trường của người bệnh để hỗ trợ sự phục hồi của họ.

Định nghĩa của Florence Nightingale về điều dưỡng phản ánh một quan tâm của thời đại mà bà đang sống. Bà đặt vai trò trọng tâm của người điều dưỡng là giải quyết các yếu tố môi trường xung quanh nơi người bệnh để người



bệnh được phục hồi một cách tự nhiên. Bà đã xây dựng chương trình đào tạo và mở trường điều dưỡng đầu tiên trên thế giới tại Bệnh viện Thomas Anh quốc và từ đó đặt nền tảng cho đào tạo điều dưỡng sau này.

- **Theo quan điểm của Virginia Handerson 1960:** *chức năng nghề nghiệp cơ bản của người điều dưỡng là hỗ trợ các hoạt động nâng cao hoặc phục hồi sức khỏe của người bệnh hoặc người khỏe hoặc cho cái chết được thanh thản mà mỗi cá nhân có thể thực hiện nếu như họ có đủ sức khỏe, ý chí và kiến thức. Giúp đỡ các cá thể sao cho họ đạt được sự độc lập càng sớm càng tốt...*

Định nghĩa của Virginia Handerson đã được Hội điều dưỡng Quốc tế chấp nhận vào năm 1973 và đa số các nhà học thuyết điều dưỡng cũng có sự thống nhất. Theo Handerson chức năng nghề nghiệp của người điều dưỡng là chăm sóc và hỗ trợ người bệnh thực hiện các hoạt động hàng ngày.

- **Theo quan điểm của Hội Điều dưỡng Mỹ (Năm 1965):** *điều dưỡng là một nghề hỗ trợ cung cấp các dịch vụ chăm sóc đóng góp vào việc hồi phục và nâng cao sức khỏe.*

Năm 1980, định nghĩa về điều dưỡng của Mỹ đã được sửa đổi để phản ánh rõ bản chất nghề nghiệp, các khía cạnh luật pháp về phạm vi thực hành của người điều dưỡng và thể hiện xu hướng của Ngành điều dưỡng trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe: *điều dưỡng là chẩn đoán (Diagnosis) và Điều trị (treatment) những phản ứng của con người đối với bệnh hiện tại hoặc bệnh có tiềm năng xảy ra.*

Định nghĩa trên là cơ sở để đưa ra quy trình điều dưỡng mà hiện nay được áp dụng tại rất nhiều nước trên thế giới. Tuy nhiên cũng có một số ý kiến cho rằng, định nghĩa trên thiên về kỹ thuật và giảm đi thiên chức của nghề đó là chăm sóc.

- **Theo quan điểm của các nhà khoa học Việt Nam.**

Mãi tới cuối thế kỷ XIX, khi các bệnh viện đầu tiên của Việt Nam được người Pháp thành lập thì điều dưỡng Việt Nam mới chính thức được hình thành. Lúc đầu những người điều dưỡng được đào tạo tại các bệnh viện theo cách cầm tay chỉ việc để làm công tác phục vụ trong các bệnh viện và cứu thương. Đến năm 1946 các khóa đào tạo y tá, hộ sinh nông thôn được mở ra và sau đó tăng lên trình độ trung học vào cuối những năm 1960 và đào tạo cao đẳng và đại học điều dưỡng được bắt đầu vào cuối của thế kỷ XX. Mặc dù trình độ đào tạo và phạm vi thực hành của điều dưỡng Việt Nam hiện nay đã có nhiều thay đổi song trong nhận thức chung về vai trò của người điều dưỡng chưa được cập nhật cho phù hợp thực tế.

Từ điển tiếng Việt, Nhà xuất bản Khoa học xã hội 1999 định nghĩa: **Y tá (điều dưỡng) là người có trình độ trung cấp trở xuống và chăm sóc người bệnh theo y lệnh bác sĩ.** Chúng ta cần có định nghĩa mới về điều dưỡng và nghề điều dưỡng trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe hiện nay.

2.2. Định hướng nghề điều dưỡng

Điều dưỡng là một nghề dịch vụ sức khỏe cộng đồng (public health service). Tổ chức Y tế Thế giới đánh giá dịch vụ chăm sóc sức khỏe do điều dưỡng - hộ sinh cung cấp là một trong những trụ cột của hệ thống dịch vụ y tế nên đã đưa ra nhiều nghị quyết về củng cố và tăng cường dịch vụ điều dưỡng - hộ sinh toàn cầu phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng có trình độ được coi là một chiến lược quan trọng để tăng cường sự tiếp cận của người nghèo với các dịch vụ y tế, cũng như đảm bảo công bằng xã hội trong y tế. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo các nước xây dựng và củng cố Ngành Điều dưỡng theo các định hướng cơ bản sau đây.

Điều dưỡng là một nghề chuyên nghiệp (Nursing profession).

- Y học ngày càng phát triển đòi hỏi phải nâng cao kiến thức và trình độ chuyên nghiệp của điều dưỡng. Việc nâng cao trình độ chuyên nghiệp của điều dưỡng ở bậc đại học và sau đại học đã tạo ra sự thay đổi về mối quan hệ giữa người thầy thuốc và người điều dưỡng (Doctor-Nurse relationship), người điều dưỡng trở thành người cộng sự của thầy thuốc, một thành viên của nhóm chăm sóc thay vì chỉ là người thực hiện y lệnh.
- Nghề điều dưỡng với bản chất nghề nghiệp là chăm sóc, nuôi dưỡng, đáp ứng nhu cầu cơ bản cho người bệnh, giúp họ nhanh chóng trở về trạng thái bình thường, khỏe mạnh.
- Đối tượng phục vụ của người điều dưỡng là con người. Đối tượng phục vụ này đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức, kỹ năng, thái độ thích hợp để đảm đương công việc hết sức nặng nề và vinh quang mà Đảng, Nhà nước giao phó: duy trì, bảo vệ và nâng cao tình trạng sức khỏe cho nhân dân.

Điều dưỡng là một khoa học về chăm sóc người bệnh (Nursing is a caring sciences).

- Người điều dưỡng không phải là bác sĩ thu nhỏ về phương diện kiến thức và kỹ năng, nói một cách khác kiến thức và kỹ năng của thầy thuốc sẽ vừa thừa và vừa thiếu đối với người điều dưỡng. Do bởi hai nghề có định hướng khác nhau về vai trò nghiệp vụ. Vai trò chính của bác sĩ là chẩn đoán và điều trị, vai trò chính của người điều dưỡng là chăm sóc và đáp ứng những nhu cầu cơ bản của người bệnh về thể chất và tinh thần. Do đó, đào tạo một đội ngũ giảng viên là điều dưỡng để giảng dạy điều dưỡng trong tương lai là một trong những chính sách thiết yếu để phát triển nghề điều dưỡng ở Việt Nam.
- Người làm công tác điều dưỡng phải trải qua một quá trình đào tạo thích đáng về nghề nghiệp, trong các trường đào tạo tin cậy để được trang bị các kiến thức khoa học y học và điều dưỡng.

Điều dưỡng là một ngành học (Nursing is a discipline)

- Do đặc thù của nghề điều dưỡng là làm các công việc chăm sóc từ đơn giản nhất đến những công việc phức tạp. Từ việc thay ga trải giường tới các công việc nghiên cứu, quản lý, đào tạo và trở thành những chuyên gia điều dưỡng lâm sàng có trình độ (Nursing expert) nên các nước đã đào tạo điều dưỡng ở các trình độ từ sơ học, đến trung học, đại học và sau đại học để đáp ứng nhu cầu hành nghề. Ngày nay, điều dưỡng không chỉ là một ngành học có nhiều chuyên khoa như điều dưỡng nhi, điều dưỡng phòng mổ, điều dưỡng cộng đồng, điều dưỡng tâm thần và nhiều nước còn áp dụng đào tạo hộ sinh là một chuyên khoa của điều dưỡng.

Phạm vi hành nghề của điều dưỡng được pháp luật quy định

- Bao gồm luật về phạm vi hành nghề (Scope of Nursing Practices) và đạo đức nghề điều dưỡng (Nursing ethics). Những quy định này là rất cần thiết để người điều dưỡng thực hiện đúng nghĩa vụ nghề nghiệp của mình đối với xã hội, đồng thời người điều dưỡng cũng được pháp luật bảo vệ trong quá trình hành nghề.
- Nước ta, trước đây do hoàn cảnh chiến tranh kéo dài nên mãi tới những năm 1900 Ngành Điều dưỡng mới có cơ hội để tiếp cận với Ngành Điều dưỡng thế giới và khu vực. Trong thập kỷ vừa qua, Chính phủ và Bộ Y tế đã quan tâm xây dựng Ngành Điều dưỡng và đã tạo điều kiện cho Ngành Điều dưỡng rút ngắn được sự tụt hậu so với các nước khu vực như:
 - + Đã hình thành mạng lưới quản lý và chỉ đạo điều dưỡng từ Bộ đến các Sở y tế, các bệnh viện và các khoa.
 - + Đã có hệ thống trường đào tạo ở các bậc. Quyết định mới đây của Chính Phủ về việc thành lập trường Đại học Điều dưỡng Nam Định là một chính sách rất quan trọng đặt nền móng cho Ngành Điều dưỡng Việt Nam phát triển và hội nhập.
 - + Hội điều dưỡng Việt Nam đã được Nhà nước cho phép thành lập từ năm 1990. Đã tập hợp được những người cùng nghề và là một trong những hội chuyên ngành được đánh giá là hoạt động có hiệu quả trong các hội nghề nghiệp của Ngành Y tế.
 - + Các mô hình chăm sóc toàn diện đang được thực hiện đã góp phần làm tăng chất lượng dịch vụ điều dưỡng và qua đó động viên toàn xã hội có sự nhìn nhận về vai trò của người điều dưỡng và Ngành Điều dưỡng ngày càng rõ nét.
 - + Kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng - hộ sinh đến 2010 đã được Bộ Y tế phê duyệt (5/2002) sẽ là cơ sở cho việc xây dựng những chính sách phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng cũng như đầu tư phát triển Ngành Điều dưỡng.

3. CHỨC NĂNG CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

Theo Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo điều dưỡng có hai chức năng: chức năng chủ động và chức năng phối hợp.

3.1. Chức năng chủ động (Chức năng độc lập)

Chức năng chủ động của người điều dưỡng bao gồm những nhiệm vụ chăm sóc cơ bản thuộc phạm vi kiến thức mà người điều dưỡng đã được học và họ có thể thực hiện được một cách chủ động.

Thực hiện chức năng chủ động là nhằm đáp ứng các nhu cầu cơ bản cho người bệnh. Các nhu cầu cơ bản đó bao gồm các nhu cầu của người bệnh về: hô hấp, ăn uống, bài tiết, vận động, duy trì thân nhiệt, vệ sinh cá nhân, thay mặc quần áo, ngủ và nghỉ, an toàn, giao tiếp, tín ngưỡng, lao động, học tập, hỗ trợ tinh thần.

3.2. Chức năng phối hợp

Chức năng này liên quan tới việc thực hiện các y lệnh của thầy thuốc và việc báo cáo tình trạng người bệnh cho thầy thuốc. Trong khi thực hiện chức năng này người điều dưỡng phải hiểu được mình là người cộng tác với thầy thuốc (Co-ordinator), chứ không phải là người trợ giúp cho thầy thuốc như quan điểm trước đây. Chức năng phối hợp của người điều dưỡng bao hàm cả việc người điều dưỡng cần có sự phối hợp với bạn bè đồng nghiệp (điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên khác) để hoàn thành công việc của mình.

4. CHỨC NĂNG CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC (Theo quy chế bệnh viện Nhà Xuất bản Y học 1997).

- Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt chú ý thực hiện quy chế chăm sóc người bệnh toàn diện, quy chế quản lý buồng bệnh, buồng thủ thuật.
- Nghiêm chỉnh thực hiện đầy đủ y lệnh của thầy thuốc.
- Thực hiện chăm sóc người bệnh theo đúng quy định kỹ thuật bệnh viện:
 - + Điều dưỡng trung cấp (điều dưỡng chính) thực hiện được các kỹ thuật cơ bản như: lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh, uống thuốc, kỹ thuật tiêm thuốc, truyền dịch, thay băng, đặt ống thông, kỹ thuật cấp cứu theo quy định và vận hành bảo quản các thiết bị y tế trong khoa theo sự phân công.
 - + Điều dưỡng cao cấp (Cử nhân điều dưỡng) ngoài việc thực hiện như điều dưỡng chính còn phải thực hiện các kỹ thuật chăm sóc phức tạp khi điều dưỡng chính không thực hiện được, tham gia đào tạo, quản lý và sử dụng thành thạo các thiết bị y tế trong khoa.

- Đối với người bệnh nặng nguy kịch phải chăm sóc theo y lệnh và báo cáo kịp thời những diễn biến bất thường cho bác sĩ điều trị xử trí kịp thời.
- Ghi những thông số dấu hiệu, triệu chứng bất thường của người bệnh và cách xử trí vào phiếu theo dõi, chăm sóc theo quy định.
- Hàng ngày cuối giờ làm việc phải bàn giao đầy đủ tình hình người bệnh cho điều dưỡng trực và ghi vào sổ những y lệnh còn lại trong ngày, những yêu cầu theo dõi, chăm sóc đối với từng người bệnh đặc biệt là người bệnh nặng.
- Bảo quản tài sản, thuốc, dụng cụ y tế, trật tự và vệ sinh buồng bệnh, buồng thủ thuật trong phạm vi được phân công.
- Tham gia nghiên cứu điều dưỡng và hướng dẫn thực hành về công tác chăm sóc người bệnh cho học sinh - sinh viên khi được điều dưỡng trưởng phân công.
- Tham gia thường trực theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.
- Động viên người bệnh an tâm điều trị. Phải thực hiện tốt quy định y đức
- Thường xuyên học tập, cập nhật kiến thức.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Theo quan điểm của Hội điều dưỡng Mỹ (1965): điều dưỡng là....A.... hỗ trợ cung cấp các dịch vụB..... đóng góp vào việc hồi phục và nâng cao sức khỏe.

2. Theo quan điểm của Hội điều dưỡng Mỹ (1980): điều dưỡng là chẩn đoán và điều trị nhữngA....của con người đối với bệnh.....B.....hoặc bệnh có tiềm năng xảy ra.

3. Liệt kê 2 chức năng của người điều dưỡng.

A.....

B.....

4. Chức năng chủ động của người điều dưỡng là nhằm đáp ứng các....A.... cơ bản cho người bệnh.

5. Nghề điều dưỡng phát triển theo 4 định hướng:

.....

Khoa học về chăm sóc người bệnh

.....

Pháp luật bảo vệ

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau:

6. Chức năng phối hợp của người điều dưỡng là sự phối hợp công tác giữa người điều dưỡng với.

Bác sĩ.

Điều dưỡng.

Nhân viên y tế khác.

Hộ sinh.

7. Nhiệm vụ cơ bản nhất của điều dưỡng trung cấp là.

Chăm sóc người bệnh.

Quản lý tài sản trong khoa.

Quản lý buồng bệnh.

Tham gia đào tạo.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
8	Thực hiện y lệnh thuốc là thể hiện chức năng chủ động của người điều dưỡng.		
9	Hàng ngày hết giờ làm việc điều dưỡng phải bàn giao đầy đủ tình hình người bệnh cho bác sĩ trực.		
10	Ngoài các nhiệm vụ chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng còn phải tham gia công tác đào tạo.		

ĐỊNH HƯỚNG PHÁT TRIỂN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

- 1. Trình bày được những thành tựu, những tồn tại cơ bản của Ngành Điều dưỡng trong thời gian qua.*
- 2. Trình bày được những định hướng cơ bản phát triển của Ngành Điều dưỡng trong giai đoạn từ năm 2002 đến năm 2010.*

1. NHỮNG THÀNH TỰU CƠ BẢN

1.1. Thay đổi quan niệm về chức năng điều dưỡng

Quan niệm về chức năng hoàn toàn phụ thuộc trước đây của điều dưỡng nay đã được thay đổi thành chức năng chủ động chăm sóc và chịu trách nhiệm về chăm sóc, chức năng phụ thuộc thực hiện y lệnh và chức năng phối hợp cùng thầy thuốc và các nhân viên khác, chăm sóc người bệnh trong bệnh viện và sức khỏe cộng đồng.

Sự thay đổi chức năng đã tăng thêm nhiệm vụ, trách nhiệm cho điều dưỡng, hộ sinh và tăng thêm vai trò, vị trí của người điều dưỡng trong xã hội và trong ngành y tế. Bệnh viện đã giao phần trách nhiệm và dịch vụ chăm sóc cho điều dưỡng và các cơ sở Y tế khác giao cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

1.2. Tổ chức mạng lưới

- Tổ chức điều dưỡng đã hình thành một hệ thống từ Trung ương đến địa phương.
- + Tại Bộ Y tế có phòng điều dưỡng trong vụ điều trị.
- + Tại sở y tế, thành phố trực thuộc trung ương có phòng điều dưỡng trong phòng nghiệp vụ y.
- + Tại các bệnh viện, các trung tâm y tế có phòng điều dưỡng.

1.3. Thành lập Hội điều dưỡng Việt Nam

Hội Y tá- điều dưỡng trước đây và hội điều dưỡng Việt Nam ngày nay đã được thành lập, tổ chức theo 3 cấp (trung ương hội, tỉnh hội, chi hội), tập hợp

đồng đảo hội viên, kết hợp công tác với Bộ Y tế thúc đẩy phát triển hệ thống điều dưỡng và thực hành chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Hội đã tranh thủ được nhiều sự giúp đỡ vật chất và kỹ thuật của các tổ chức trong nước và Quốc tế, được đánh giá là một trong những hội hoạt động có hiệu quả.

1.4. Đổi mới phân công chăm sóc và lập kế hoạch chăm sóc

Phương thức phân công thực hành chăm sóc người bệnh trước đây là theo dịch vụ tiêm, băng, uống thuốc, xét nghiệm nay đã khác hẳn là phân công theo người bệnh và nhóm người bệnh hay cộng đồng.

Sự chăm sóc không bị xé lẻ thành dịch vụ và người điều dưỡng chịu trách nhiệm toàn bộ công tác chăm sóc cho một người hay một nhóm người, do đó chất lượng thực hành được nâng cao và người bệnh hay cộng đồng biết rõ ai là người chăm sóc đem lại lợi ích cho mình.

Lập kế hoạch chăm sóc và chủ động thực hành chăm sóc là công việc bắt buộc hàng ngày của điều dưỡng trong các bệnh viện. Kế hoạch chăm sóc thiết lập từ hỏi bệnh, quan sát, đo lường và đánh giá các dấu hiệu đã giúp người điều dưỡng thực hiện công tác chăm sóc một cách khoa học và hiệu quả hơn, đáp ứng nhu cầu vật chất, tinh thần của người bệnh và giúp được nhiều hơn cho công tác chẩn đoán và điều trị của thầy thuốc.

1.5. Đóng góp và thực hiện kế hoạch y tế quốc gia

Các thống kê hiện nay không cho phép tính toán được số lượng, chất lượng dịch vụ mà người điều dưỡng đã thực hiện. Song tất cả đều thừa nhận sự đóng góp to lớn của lực lượng đông đảo điều dưỡng về khối lượng, các dịch vụ chăm sóc cơ bản và kỹ thuật, đặc biệt là trong những năm gần đây có sự phát triển của các dịch vụ kỹ thuật chăm sóc và điều trị phức tạp.

Thực hành của điều dưỡng đã đóng góp có hiệu quả vào các lĩnh vực chủ yếu sau.

- + Hộ sinh: thăm khám thai, sinh đẻ an toàn, chăm sóc trẻ đẻ non, phòng uốn ván rốn, kế hoạch hóa gia đình.
- + Điều dưỡng: trong cộng đồng: tiêm chủng mở rộng, phòng chống dịch, chăm sóc bà mẹ trẻ em, lao, phong, tâm thần, phục hồi chức năng, vệ sinh môi trường và giáo dục sức khỏe. Trong bệnh viện các dịch vụ chăm sóc cơ bản và kỹ thuật cho người bệnh, các dịch vụ chuyên khoa và phức tạp, các dịch vụ hỗ trợ chẩn đoán điều trị của thầy thuốc.

1.6. Những cải tiến về đào tạo

Các tỉnh, thành trong cả nước đều có các trường đào tạo điều dưỡng. Số lượng điều dưỡng tốt nghiệp hàng năm 400 cao đẳng, 5.715 điều dưỡng trung học, 2.498 điều dưỡng sơ học.

Bác học đã có nhiều thay đổi, ngoài đào tạo nhân viên y tế điều dưỡng sơ học và trung học, đã có đào tạo các bậc cao đẳng và đại học trong nước, đào tạo trên đại học ở nước ngoài.

Chương trình đào tạo đã được biên soạn lại chuẩn hóa theo quy trình của Bộ Giáo dục và Bộ Y tế. Giáo trình các cấp đã được in ấn, phát hành. Công tác đào tạo lại và tập huấn, cơ sở vật chất và thực hành đào tạo đã có nhiều đầu tư, nâng cấp. Chất lượng đào tạo được nâng cao một bước, đáp ứng nhu cầu sử dụng hiện tại. Một số điều dưỡng, hộ sinh có kinh nghiệm đã tham gia giảng dạy đào tạo về phần chăm sóc trong các trường.

1.7. Nghiên cứu khoa học (NCKH)

Từ năm 1990 phương pháp NCKH đã được đưa vào các lớp tập huấn, đào tạo lại nên đã có một số công trình nghiên cứu nhỏ, bằng phương pháp điều tra về một số lĩnh vực quản lý, nhân lực, kỹ thuật chăm sóc, chống nhiễm khuẩn và vật tư tiêu hao. Một số kết quả nghiên cứu đã được sử dụng vào trong thực tiễn.

1.8. Những thay đổi về chính sách điều dưỡng

Những chính sách về viện phí, bảo hiểm y tế đã có tác động đến toàn xã hội và tác động tăng thu nhập cho cán bộ Ngành Y tế trong đó có điều dưỡng.

Chính sách hành nghề y dược tư nhân đã cho phép điều dưỡng, hộ sinh mở các phòng dịch vụ y tế tư nhân, nhà hộ sinh tư nhân và dịch vụ KHHGD.

Chính sách về đào tạo đã thúc đẩy điều dưỡng, hộ sinh tích cực học tập nâng cao nghiệp vụ quản lý và thực hành chăm sóc, tham gia nhiều hơn vào công tác giảng dạy tại các trường, có cơ hội phấn đấu chức danh, học hàm, học vị như các bác sĩ và cán bộ các ngành khác.

Chính sách về lương và xếp ngạch công chức điều dưỡng đã tạo điều kiện cho Ngành Điều dưỡng phát triển.

2. NHỮNG TỒN TẠI VÀ THÁCH THỨC

2.1. Sự thiếu hụt về số lượng và yếu kém về chất lượng

Theo *Niên giám thống kê năm 2003* do Bộ Y tế xuất bản, Việt Nam có 47.587 bác sĩ; 64.397 điều dưỡng và hộ sinh trong đó có 2128 điều dưỡng đại học, cao đẳng (chiếm 3,3 %), 45762 điều dưỡng trung học (71,0%) và 16.535 điều dưỡng sơ cấp (25,69%); tỷ lệ điều dưỡng trên 10.000 dân là 5,95, tỷ lệ hộ sinh trên 10.000 dân là 2,0, tỷ lệ bác sĩ trên 10.000 dân là 5,88, tỷ lệ bác sĩ/điều dưỡng là 1/1,3. So sánh với các nước trên thế giới và trong khu vực, tỷ lệ này ở Việt Nam là rất thấp. WHO khuyến cáo tỷ lệ này là từ 1:4 đến 1:8. Như vậy, đến năm 2010, Việt Nam cần thêm khoảng 78.000 điều dưỡng, trong đó nhân lực điều dưỡng chuyên nghiệp được đào tạo tại các trường đại học và cao đẳng là trên 31.000 (khoảng 40%).

Thêm vào đó, đội ngũ điều dưỡng cũng cần phải được nâng cao kiến thức, kỹ năng và kỹ thuật để đáp ứng được những thay đổi đang diễn ra trong thực tế. Đội ngũ này cũng cần phải phát triển các kỹ năng chăm sóc dựa vào cộng đồng, đặc biệt là việc chăm sóc sức khỏe tại các vùng chưa phát triển, chăm sóc sức khỏe cho người nghèo và những người cần có sự quan tâm đặc biệt của xã hội, góp phần làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh, tỷ lệ chết, tỷ lệ người tàn tật và đảm bảo sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng. Tuy nhiên, hiện cũng có nhiều rào cản ngăn cản và giới hạn mức độ đóng góp của điều dưỡng vào các mục tiêu chăm sóc sức khỏe nhân dân. Dự án này sẽ tác động vào lĩnh vực đào tạo điều dưỡng, qua đó góp phần loại trừ các rào cản này.

Hiện nay 90% nhân lực điều dưỡng là nữ. Thúc đẩy nghề điều dưỡng phát triển dựa trên nền tảng kiến thức và khoa học sẽ tạo ra những tiến bộ về công bằng giới tính trong lĩnh vực y tế. Cần có những chính sách và biện pháp thúc đẩy vai trò kinh tế - xã hội của nữ điều dưỡng trong Ngành Y tế cũng như trong xã hội. Đối với việc ngăn ngừa sự phát triển, phổ biến của HIV/AIDS và sự thiếu hụt của công tác chăm sóc sức khỏe tại gia đình, công tác chăm sóc điều dưỡng đang ngày càng trở thành mẫu hình thích hợp cho việc phòng ngừa căn bệnh này, cũng như việc chăm sóc có hiệu quả đầy tinh thần trách nhiệm đối với những người và cộng đồng sống chung, chịu ảnh hưởng của HIV/AIDS.

– Chất lượng điều dưỡng còn nhiều tồn tại:

- + Các kỹ thuật thực hành chăm sóc chưa được chuẩn hóa thành những quy trình thực hiện cho người điều dưỡng và hộ sinh.

- + Chăm sóc toàn diện mới bắt đầu còn ở mức thấp, các chăm sóc cơ bản như vệ sinh, ăn uống, thay đổi tư thế còn giao phó nhiều cho người nhà. Quy trình thực hiện một số dịch vụ kỹ thuật bị cắt xén, sự phân công nhiệm vụ theo người bệnh tại một số bệnh viện bị sao nhãng và một số kế hoạch chăm sóc không được thực hiện và chức năng độc lập bị bỏ quên. Tinh thần, thái độ, trách nhiệm, ý thức yếu kém và biểu hiện tiêu cực của một số điều dưỡng và hộ sinh đã làm mất uy tín của Ngành y tế và nghề điều dưỡng. Kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng còn hạn chế: 41% giải thích qua loa với người bệnh, 36% không giải thích hoặc còn quát mắng người bệnh là kết quả phỏng vấn 202 người bệnh của hội điều dưỡng Việt Nam năm 1997 tại các bệnh viện.

- Công tác điều dưỡng, hộ sinh nông thôn và thăm gia đình chưa được quan tâm, thống kê đánh giá năm 1995 của vụ điều trị cho biết phân bố nhân lực tại bệnh viện là 63,5% tại cộng đồng là 36,5%.

2.2. Năng lực điều hành của hệ thống điều dưỡng trưởng còn nhiều hạn chế

Hiện nay cả nước có khoảng 6.800 điều dưỡng và hộ sinh trưởng trong đó có trình độ đại học là 8,4%, trình độ trung học 88,4% nhưng chỉ có 30% được tập huấn về quản lý đã tạo những khó khăn nhất định cho việc điều hành công

tác điều dưỡng hàng ngày tại khoa phòng, đặc biệt là quan hệ với các phòng chức năng chủ chốt của bệnh viện.

2.3. Chưa có một hệ thống pháp quy về điều dưỡng

- Điều dưỡng là một nghề và phải được đăng ký hành nghề nhằm đảm bảo an toàn người bệnh và cộng đồng, kiểm tra được chất lượng chăm sóc.
- Trong nước ta Bác Hồ đã nói: " Y tá là một nghề" nhưng đến nay chưa triển khai đăng ký.
- Chưa có quy định về tài chính cho các hoạt động về điều dưỡng và hộ sinh là những động lực phát triển điều dưỡng.

2.4. Đào tạo chưa đáp ứng nhu cầu

- Số lượng chiêu sinh điều dưỡng cộng đồng hàng năm thấp không đáp ứng nhu cầu sử dụng của các cơ sở y tế và cộng đồng.
- Không có đào tạo chuyên khoa mà chỉ có điều dưỡng đa khoa trong khi các bệnh viện lại sử dụng vào chuyên khoa.
- Đào tạo các cấp bậc điều dưỡng, hộ sinh chưa kết hợp với nhu cầu sử dụng và chưa có một tỷ lệ cấp bậc hợp lý mong muốn giữa đào tạo và sử dụng các nhân viên y tế sơ học, trung học, cao đẳng, đại học và trên đại học.
- Các giáo viên về bộ môn chăm sóc và thực hành là các điều dưỡng và hộ sinh có trình độ và kiến thức còn khan hiếm, giáo trình chưa theo kịp các kiến thức mới.
- Đầu tư các trường đào tạo điều dưỡng không nhiều, đặc biệt là cơ sở thực hành.

2.5. Những thách thức

- Sự phát triển kinh tế, xã hội làm tăng nhu cầu chăm sóc trong bệnh viện và cộng đồng.
- Sự chuyển dịch mô hình bệnh tật hiện nay từ nhiễm trùng, suy dinh dưỡng sang không nhiễm trùng và người già như tim mạch, ung thư đòi hỏi mở rộng các loại hình dịch vụ chăm sóc đột quy, tai nạn giao thông.
- Sự phát triển khoa học kỹ thuật y học và thông tin trên thế giới, sự mở rộng các trung tâm y học chuyên sâu và chuyên khoa sâu trong bệnh viện đòi hỏi người điều dưỡng, hộ sinh phải nâng cao trình độ, kỹ năng, kỹ xảo.
- Phát triển các dịch vụ chăm sóc hướng về cộng đồng, đặc biệt là chăm sóc tại nhà, tại các vùng khó khăn với người nghèo và diện chính sách xã hội góp phần làm giảm tỷ lệ mắc, chết, tàn tật và làm tăng công bằng y tế.

3. MỤC TIÊU Củng cố và phát triển điều dưỡng năm 2010

- Mục tiêu tổng quát.
- + Mục tiêu năm 2010 là phát triển số lượng điều dưỡng, nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh và cộng đồng, đáp ứng nhu cầu sức khỏe nhân dân, đóng góp nhiều hơn vào hoàn thành mục tiêu y tế Quốc gia và hội nhập với phát triển điều dưỡng thế giới.
- + Xây dựng, ban hành và tổ chức thực hiện các tiêu chuẩn Quốc gia về chất lượng chăm sóc người bệnh và cộng đồng, làm cơ sở cho đánh giá, kiểm tra giám sát.
- + Xác định nhiệm vụ và chức năng của điều dưỡng các cấp làm cơ sở cho đào tạo và sử dụng.

4. GIẢI PHÁP VÀ CHÍNH SÁCH CHỦ YẾU

4.1. Phát triển số lượng điều dưỡng và hộ sinh đáp ứng nhu cầu chăm sóc tại bệnh viện và cộng đồng

Thực hiện các mục tiêu cụ thể theo Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23-02-2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới:

- Tuổi thọ trung bình tăng lên trên 72 tuổi.
- Tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi giảm xuống dưới 16 ‰ trẻ đẻ sống.
- Tỷ lệ chết trẻ em dưới 5 tuổi giảm xuống dưới 25 ‰ trẻ đẻ sống.
- Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng giảm xuống dưới 20‰.
- Tỷ lệ bác sĩ: 7, dược sĩ: 01 trên 10.000 dân.
- Đảm bảo cơ cấu 3,5 điều dưỡng trên 01 bác sĩ.
- Đạt chỉ tiêu 20,5 giường bệnh/10 000 dân (trong đó 10 % là giường bệnh tư nhân).
- Đảm bảo 80 % số xã có bác sĩ.
- Đảm bảo 60 % thuốc chữa bệnh sản xuất trong nước.

**Bảng 1. Kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác
điều dưỡng, hộ sinh giai đoạn 2002 - 2010**
(Quyết định số 1613/2002/QĐ - BYT ngày 3/5/2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
Các chỉ số về đào tạo

Các chỉ số	2002 - 2005	2010
1. Thành lập trường Đại học điều dưỡng	01	02
2. Thành lập khoa đào tạo điều dưỡng trong các trường đại học	07	07
3. Nâng cấp các trường trung học lên trường cao đẳng	50% trường TW và 10% trường địa phương	100% trường TW và 20% trường địa phương
4. Đào tạo thạc sĩ chuyên Ngành Điều dưỡng	50	150
5. Đào tạo tiến sĩ chuyên Ngành Điều dưỡng	10	30
6. Đào tạo giáo viên điều dưỡng, hộ sinh	50% trình độ cao đẳng và 50% trình độ đại học	50% trình độ đại học và 30% cao học
7. Đào tạo điều dưỡng trưởng	50% trình độ cao đẳng và 50% trình độ đại học	100% trình độ đại học 15% cao học 90% hoàn thành khóa học quản lý
8. Đào tạo chuyên khoa	5% nhân lực được đào tạo điều dưỡng chuyên khoa	10% nhân lực được đào tạo điều dưỡng chuyên khoa

4.2. Xây dựng và ban hành hệ thống pháp quy về hành nghề điều dưỡng

- Điều dưỡng là một nghề quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến sự an toàn của người bệnh và cộng đồng, cần phải xây dựng và ban hành tiêu chuẩn quốc gia về chăm sóc.
- Các giải pháp chủ yếu:
 - + Đăng ký hành nghề bắt buộc cho tất cả những ai là điều dưỡng, hộ sinh hiện đang công tác trong các cơ sở y tế công, tư và cộng đồng, các điều dưỡng, hộ sinh tốt nghiệp các trường lớp có nguyện vọng hành nghề điều dưỡng, hộ sinh.
 - + Bộ Y tế là cơ quan pháp nhân chịu trách nhiệm đăng ký hành nghề điều dưỡng, xây dựng và ban hành tiêu chuẩn đăng ký, tổ chức thực hiện và cấp chứng chỉ hành nghề cho điều dưỡng và hộ sinh.
 - + Hội điều dưỡng Việt Nam với tư cách là hội nghề nghiệp tư vấn cho Bộ Y tế về việc đăng ký, cấp phép và rút phép đăng ký hành nghề của điều dưỡng và hộ sinh.

- + Thành lập ban điều hành quốc gia về điều dưỡng nghiên cứu, xây dựng và ban hành "Tiêu chuẩn quốc gia về chăm sóc". Có sự giúp đỡ của chuyên gia tư vấn Quốc tế làm cơ sở cho thực hành đánh giá, kiểm tra, khen thưởng, đào tạo và sử dụng điều dưỡng. Các tiêu chuẩn về y đức và đạo đức nghề nghiệp được sử dụng và hướng dẫn hoạt động nghiệp vụ và hành vi nghề nghiệp của điều dưỡng làm tôn vinh vị trí, vai trò của điều dưỡng.

4.3. Tăng cường công tác đào tạo điều dưỡng và nghiên cứu khoa học

Nhu cầu chăm sóc rất lớn của 10 năm tới đòi hỏi phải tăng cường công tác đào tạo bảo đảm về số lượng, chất lượng và cơ cấu cho các lĩnh vực phòng, chữa bệnh, đào tạo và quản lý.

– Các giải pháp chủ yếu là:

- + Thành lập tổ nghiên cứu quốc gia về đào tạo điều dưỡng giúp ban điều hành quốc gia về điều dưỡng nghiên cứu, xem xét, đánh giá và lập kế hoạch đào tạo dài hạn năm 2010. Tham quan học tập kinh nghiệm nước ngoài về đào tạo điều dưỡng.
- + Thực hiện chỉ đạo của Bộ Y tế về xây dựng các chương trình đào tạo điều dưỡng các bậc học, thời gian đào tạo, chuyên khoa đào tạo theo luật giáo dục.
- + Quy hoạch lại mạng lưới đào tạo điều dưỡng, từng bước đưa mặt bằng trình độ của điều dưỡng viên lên chủ yếu là cao đẳng và đại học, nâng cấp một số trường trung học y tế lên cao đẳng. Tiến hành đào tạo đại học chuyên ngành về điều dưỡng tiến tới đào tạo trên đại học về điều dưỡng ở trong nước.
- + Gửi các cán bộ, giáo viên có đủ tiêu chuẩn ra nước ngoài đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ điều dưỡng.
- + Tăng cường công tác nghiên cứu khoa học về điều dưỡng: quản lý điều dưỡng, mô hình chăm sóc người bệnh, phát huy sáng kiến cải tiến, áp dụng các tiến bộ khoa học kỹ thuật trong điều dưỡng....

4.4. Nâng cao năng lực quản lý công tác điều dưỡng

- Số lượng điều dưỡng và hộ sinh rất lớn, công tác tại nhiều vị trí lại có trách nhiệm nặng nề bảo đảm chăm sóc an toàn cho người bệnh và cộng đồng nên cần phải có năng lực quản lý phù hợp với yêu cầu nhiệm vụ được giao.
- Các giải pháp chủ yếu là:
 - + Mở các lớp tập huấn về đào tạo cán bộ quản lý các cấp về kiến thức tổ chức và quản lý y tế nói chung và điều dưỡng nói riêng, chủ yếu là các trưởng phòng điều dưỡng các bệnh viện, điều dưỡng trưởng các sở y tế tỉnh thành.

- + Điều hành quản lý công tác điều dưỡng bằng pháp luật và các văn bản pháp quy về điều dưỡng đi đôi với giám sát, kiểm tra, thanh tra việc thực hiện các tiêu chuẩn chăm sóc.
- + Nâng cao năng lực lập kế hoạch ngắn và dài hạn phát triển công tác điều dưỡng tại cấp quốc gia, địa phương và cơ sở đơn vị, bao gồm cả năng lực triển khai, tổ chức thực hiện và đánh giá hoàn thành.
- + Tham gia nhiều hơn nữa vào việc xây dựng chính sách y tế quốc gia và chính sách liên quan đến điều dưỡng, động viên lực lượng điều dưỡng tham gia và phát huy cơ chế dân chủ cơ sở.

4.5. Kiện toàn hệ thống tổ chức và phát triển nhân lực

- Thành lập hội đồng tư vấn điều dưỡng- hộ sinh quốc gia để tư vấn cho Bộ Y tế về chính sách và tiêu chuẩn hành nghề điều dưỡng- hộ sinh làm cơ sở cho việc đào tạo giám sát kiểm tra, đánh giá, khen thưởng và sử dụng.
- Tăng cường thêm nhân lực và nhiệm vụ để phòng điều dưỡng Bộ Y tế quản lý, điều hành và giám sát điều dưỡng toàn quốc.
 - + Trong vụ điều trị phấn đấu có 1 vụ phó phụ trách công tác điều dưỡng - hộ sinh.
 - + Sở Y tế tỉnh có phòng điều dưỡng – Trưởng phòng điều dưỡng là phó phòng nghiệp vụ y phụ trách về công tác điều dưỡng.
 - + Bệnh viện Trung ương, bệnh viện tỉnh, bệnh viện các bộ, ngành có phòng điều dưỡng. Có 1 phó giám đốc bệnh viện là điều dưỡng phụ trách về điều dưỡng- hộ sinh.
 - + Trung tâm y tế quận huyện thành phố thuộc tỉnh có phòng điều dưỡng có 1 phó giám đốc trung tâm là điều dưỡng phụ trách công tác chăm sóc.
 - + Đảm bảo tỷ lệ 1 bác sĩ/ 2,5 – 3 điều dưỡng – hộ sinh.

4.6. Nâng cao chất lượng thực hành

- Xây dựng và tổ chức thực hiện các tiêu chuẩn chất lượng về chăm sóc người bệnh và cộng đồng.
- Các giải pháp cụ thể là:
 - + Xây dựng tiêu chuẩn chất lượng cho mỗi dịch vụ kỹ thuật chăm sóc bao gồm chăm sóc cơ bản, chăm sóc kỹ thuật và chăm sóc chuyên biệt, các bước thực hiện quy trình kỹ thuật .
 - + Xây dựng tiêu chuẩn phân loại và thống kê các dịch vụ chăm sóc theo hồ sơ bệnh án và theo người thực hiện. Tổ chức cập nhật và theo dõi liên tục các số liệu và chất lượng dịch vụ nhập vào hệ thống thông tin, lưu trữ vì tính của bệnh viện và trung tâm y tế quận, huyện, báo cáo lên các cấp.

- + Đầu tư cơ sở vật chất y dụng cụ và điều kiện làm việc cho hoạt động điều dưỡng.

4.7. Tham gia của điều dưỡng vào thực hiện mục tiêu y tế quốc gia

- Hoạt động của điều dưỡng về chăm sóc người bệnh và cộng đồng góp phần quan trọng vào phòng và chữa bệnh cho cá thể và cộng đồng, thực hiện mục tiêu làm giảm tỷ lệ mắc, chết và tàn tật trong cộng đồng, đặc biệt là các chương trình y tế quốc gia.
- Các giải pháp cụ thể là:
 - + Tăng cường công tác chăm sóc tại nhà, là những dịch vụ điều dưỡng đóng góp vào giảm tỷ lệ mắc, chết và tàn tật trong cộng đồng, đặc biệt là các chương trình y tế quốc gia.
 - + Tăng cường công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, thực hiện các dịch vụ chăm sóc và phối hợp dịch vụ điều trị với thầy thuốc, góp phần rút ngắn ngày điều trị và giảm tỷ lệ biến chứng, tàn tật và chết.
 - + Tăng cường công tác hộ sinh trong bệnh viện và cộng đồng góp phần giảm tỷ lệ chết mẹ, chết chu sinh.

4.8. Nâng cao y đức và đạo đức nghề nghiệp

- Người điều dưỡng và hộ sinh phải tự rèn luyện, nâng cao y đức và đạo đức nghề nghiệp, thể hiện cụ thể y đức và đạo đức nghề nghiệp vào trong các hoạt động hàng ngày.
- Các giải pháp cụ thể là:
 - + Hội điều dưỡng Việt Nam phát động một phong trào vận động trong hội về nâng cao y đức và đạo đức nghề nghiệp, trên cơ sở đánh giá những tồn tại chủ quan và đưa ra những phương hướng hoàn thiện.
 - + Điều chỉnh hành vi và thay đổi hành vi chăm sóc và thực hành của điều dưỡng, hộ sinh, thực hiện được những tiêu chuẩn quốc gia về chăm sóc, thực hiện thực hành trong bệnh viện và cộng đồng, loại trừ hiện tượng tiêu cực.
 - + Kết hợp vận động với kiểm tra, giám sát của các cấp, các ngành đặc biệt là thông tin đại chúng.

4.9. Chuẩn hóa quy trình thực hành chăm sóc

- Hoàn thiện và tiến tới xây dựng chuẩn hóa quốc gia về “Quy trình kỹ thuật”.
- Hoàn thiện và tiến tới xây dựng chuẩn hóa quốc gia về “Quy trình thực hành chống nhiễm khuẩn tại bệnh viện và cộng đồng”.

- Xây dựng các mô hình - các dự án minh họa về chăm sóc toàn diện để nghiên cứu áp dụng rộng rãi tại bệnh viện và thí điểm mô hình chăm sóc của điều dưỡng- hộ sinh tại cộng đồng và tại nhà.

4.10. Mở rộng hợp tác quốc tế trong lĩnh vực điều dưỡng - hộ sinh

- Tranh thủ sự giúp đỡ của các tổ chức quốc tế về kỹ thuật, phương tiện và kinh phí cho công tác điều dưỡng- hộ sinh.
- Hợp tác trao đổi với các nước trong các lĩnh vực nghiên cứu khoa học, học tập, thăm quan, hội nghị hội thảo về công tác điều dưỡng- hộ sinh.
- Tham gia vào các tổ chức quốc tế về chuyên Ngành Điều dưỡng- hộ sinh ở khu vực và thế giới.

4.11. Đảm bảo đời sống, vật chất và tinh thần cho điều dưỡng- hộ sinh

- Sử dụng đa dạng và hiệu quả các phương tiện, truyền thông và tăng cường nhận thức và vai trò của điều dưỡng- hộ sinh.
- Đề nghị Chính phủ bổ sung ngạch công chức và thang bảng lương cho điều dưỡng- hộ sinh tương đương với thang bảng lương của các chuyên ngành khác có cùng bậc đào tạo và thời gian đào tạo.
- Bổ sung tiêu chuẩn danh hiệu cao quý cho điều dưỡng- hộ sinh trong các danh hiệu chung của Ngành Y tế.
- Bổ sung các chế độ phụ cấp cho điều dưỡng - hộ sinh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Quan niệm chức năng điều dưỡng trước đây là phụ thuộc nay đã thay đổi thành chức năngA.....
2. Tổ chức mạng lưới điều dưỡng đã hình thành một hệ thống từA...đếnB...
3. Hội điều dưỡng Việt Nam đã có tổ chức theo 3 cấp Trung ương hội, tỉnh hội vàA.....
4. điều dưỡng Việt Nam đã đổi mới mô hình phân công chăm sóc trước đây phân công theo công việc nay là phân công chăm sócA.....
5. Chính sách hành nghề y được tư nhân cho phép điều dưỡng mở...A....y tế tư nhân.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (v) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
6	Dự kiến phát triển nhân lực từ 2002 – 2010 đảm bảo tỷ lệ 1 bác sĩ/ 4 điều dưỡng.		
7	Mục tiêu từ 2002 – 2010 Bộ Y tế xây dựng và ban hành hệ thống pháp quy về hành nghề điều dưỡng.		
8	Mục tiêu phấn đấu từ 2002 – 2010 trong vụ điều trị Bộ Y tế có 1 vụ trưởng phụ trách công tác điều dưỡng.		
9	Để nâng cao chất lượng thực hành Bộ Y tế chọn lọc một số kỹ thuật để xây dựng tiêu chuẩn.		
10	Thực hiện tốt mục tiêu y tế quốc gia là tăng cường dịch vụ điều dưỡng chăm sóc tại nhà.		
11	Mục tiêu về công tác đào tạo từ 2002 – 2010 là ưu tiên đào tạo đội ngũ giáo viên điều dưỡng.		

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được định nghĩa về sức khỏe và các cơ sở chính trị, pháp lý về sức khỏe.*
2. *Nêu được cách phân loại các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.*
3. *Trình bày được các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.*
4. *Nêu được một cách khái quát cách giải quyết các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.*

1. ĐỊNH NGHĨA VỀ SỨC KHỎE

Sức khỏe là một trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tâm thần, xã hội và không phải chỉ bao gồm tình trạng không có bệnh hay thương tật (YXHH 1982 Giáo sư Hoàng Đình Cầu, theo WHO)

Theo hiến chương của WHO: "Việc có một sức khỏe tốt nhất mà mình có khả năng đạt được là một trong các quyền cơ bản của mỗi con người, mặc dù thuộc bất cứ chủng tộc, tôn giáo, các chính kiến chính trị, điều kiện kinh tế hay xã hội nào cũng vậy".

Nghị quyết hội nghị lần thứ tư BCH Trung ương Đảng khóa VII có nêu: "Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội, là nhân tố quan trọng trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ tổ quốc. Vì vậy chúng ta phải phấn đấu để mọi người đều được quan tâm chăm sóc sức khỏe".

Sức khỏe là một lĩnh vực hết sức nhạy bén của cuộc sống. Có thể nói rằng tất cả mọi khía cạnh của cuộc sống đều tác động đến sức khỏe hoặc chịu tác động của sức khỏe. Các nguy cơ đối với sức khỏe xuất phát từ nhiều nguồn khác nhau. Một số nguy cơ có nguồn gốc sinh học, trong đó có những cái mang tính chất di truyền. Có những nguy cơ là hậu quả của hành vi cá nhân của con người. Lại có những nguy cơ nảy sinh từ môi trường sống của từng cá nhân, bao gồm những tác động tự nhiên và những điều kiện kinh tế xã hội. Tuy nhiên việc phân loại các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe thành các nhóm lớn đã được một số người thực hiện.

2. PHÂN LOẠI CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE

2.1. Theo giáo sư Hoàng Đình Cầu Nhà xuất bản Y học năm 1982

2.1.1. Yếu tố địa lý

- Tài nguyên thiên nhiên của đất nước.
- Khí hậu.
- Giao thông vận tải.

2.1.2. Yếu tố dân số

- Cơ cấu dân số, tỷ trọng các thành phần nhân dân sắp xếp theo lứa tuổi (tuổi đời, tuổi lao động).
- Sự phát triển dân số, chương trình bảo vệ bà mẹ và trẻ em.
- Sự tập trung dân số thành các điểm dân cư.
- Sự di chuyển dân số.

2.1.3. Yếu tố văn hóa - tâm lý xã hội

- Trình độ văn hóa thực tế của nhân dân.
- Tâm lý tập quán phong tục, tín ngưỡng đạo đức.

2.1.4. Yếu tố kinh tế xã hội

- Sự phát triển kinh tế.
- Tình hình kiến thiết đô thị và nông thôn.
- Nhà ở.
- Tình hình phân bố và tổ chức lao động.

2.1.5. Yếu tố chính trị

- Chế độ xã hội và quan điểm của chính quyền đối với của sức khỏe nhân dân.
- Trật tự an ninh, quản lý xã hội, pháp chế.

2.1.6. Tình hình tổ chức y tế và phát triển công tác y tế

- Vị trí của công tác y tế trong nền kinh tế quốc dân.
- Tổ chức hoạt động các dịch vụ y tế.

Sơ đồ mô tả khái quát các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe:

3. PHÂN LOẠI THEO TÁC GIẢ WALLACE (1991)

Theo sự phân loại này các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe được xếp thành 4 nhóm chính:

*** Các yếu tố di truyền.**

*** Các yếu tố môi trường gồm** môi trường tự nhiên (nhiệt độ, độ ẩm, độ ồn ào, các chất ô nhiễm, phóng xạ...) và môi trường xã hội (tập quán, luật pháp, đạo đức).

*** Các yếu tố thuộc về chăm sóc sức khỏe** (chất lượng chăm sóc, khả năng sẵn có và việc sử dụng các dịch vụ y tế... đều có ảnh hưởng lớn).

*** Hành vi cá nhân** (sự lựa chọn của cá nhân về dinh dưỡng, nghỉ ngơi, rèn luyện thân thể, nghiện hút, hành vi tình dục...) đều tác động mạnh đến sức khỏe.

3.1. Các yếu tố di truyền

Chúng ta biết rằng mỗi tế bào trong số hàng triệu tế bào trong cơ thể con người chứa gần 100.000 gen riêng biệt, mỗi gen chứa thông tin về việc tạo ra những chất hóa học đặc hiệu để tạo nên cấu trúc của tế bào và điều chỉnh hoạt động của tế bào hoặc có thể hoà nhập vào mạch máu. Do đó nó có thể tác động vào mọi nơi của cơ thể. Các khía cạnh của chức năng sinh lý đều do hoạt động của gen kiểm soát hoặc chịu ảnh hưởng lớn của nó. Người ta chia các bệnh thành 2 nhóm lớn là:

- Các bệnh sinh ra do tác động của nhiều yếu tố có sự tham gia của 2 hoặc nhiều gen và có thể cùng với một số yếu tố môi trường.
- Các bệnh chỉ do 1 gen gây ra, loại này dễ kiểm soát hơn.

Đối với các bệnh mà yếu tố di truyền là một nguyên nhân, nhưng không quyết định tất cả như các bệnh: tim, ung thư, đái đường, béo phì,...thì mỗi cá nhân cần xem xét tiền sử bệnh của gia đình và tìm kiếm những lời khuyên về những việc cần làm để giảm nhẹ nguy cơ. Những người này có thể phải thay đổi nếp sống (ví dụ: thói quen ăn uống) hoặc cần được kiểm tra sức khỏe thường xuyên. Trong những trường hợp này vai trò của những người làm công tác giáo dục sức khỏe rất quan trọng.

Mặt khác sự phát triển của cơ thể sống phụ thuộc vào sự sắp xếp tự nhiên của các gen trong quá trình sinh sản bình thường và những biến đổi ngẫu nhiên do một số nguyên nhân gây ra (ví dụ: các hóa chất có trong môi trường).

Quá trình này sẽ sinh ra những cơ thể khuyết tật và hoàn hảo, kết quả của sự chọn lọc tự nhiên để đấu tranh sinh tồn. Vai trò của con người ở đây là phải tiếp tục nâng cao sự hiểu biết về những yếu tố đột biến đã biết hoặc còn nghi ngờ trong môi trường. Mặt khác cũng nên khuyến khích những người có nguy cơ cao, quan tâm và tìm những tư vấn liên quan đến di truyền giúp họ có quyết định phù hợp với hoàn cảnh riêng của họ.

3.2. Môi trường

3.2.1. Môi trường tự nhiên

Khi con người bắt đầu có khái niệm về sức khỏe thì cũng nhận ra rằng sức khỏe liên quan mật thiết với một số yếu tố nhất định của môi trường xung quanh. Từ xa xưa mối quan tâm lớn và hàng đầu của con người đã là không khí, nước và thức ăn. Việc bảo vệ môi trường trở thành mối quan tâm lớn và hàng đầu của các cơ quan pháp luật và thông tin đại chúng.

*** Thực phẩm và nước:**

Nước và thực phẩm là nguồn truyền các bệnh như: tả, thương hàn, các loại tiêu chảy, viêm ruột... Những bệnh này đã là nguyên nhân lớn gây tử vong. Bệnh lao thường được truyền qua nhiều con đường trong đó có sữa bán ở các cửa hàng thực phẩm, khi những người bán hàng có nguy cơ nhiễm bệnh này. Rất nhiều trường hợp ngộ độc thức ăn hoặc đồ uống kể cả đồ hộp đã từng xảy ra ở nước ta và nhiều nước trên thế giới. Ở nhiều nơi người ta đã phải giết hàng loạt gia súc có khả năng gây bệnh, cấm xuất nhập khẩu hoặc lưu hành những lô hàng lớn trong những thời kỳ nhất định. Những bệnh nhiễm khuẩn và bệnh do ký sinh trùng gây ra vẫn còn phổ biến ở các nước đang phát triển. Đây chính là hậu quả của việc dùng nước không an toàn và việc quản lý rác thải chưa tốt.

Ngày nay việc đảm bảo an toàn cho thực phẩm và nước đang gặp những thử thách lớn đó là nguy cơ do các chất hóa học dùng làm gia vị, chất nhuộm màu, thức ăn và các ô nhiễm hóa học khác gây ra. Trong số những chất này có chất có khả năng gây ra ung thư ở một chừng mực nào đó như: Chlorofom, một số hợp chất đa nhân thơm, một số kim loại nặng như chì, thủy ngân, Cátmi, Asen... Các chất nói trên thường gặp trong nước từ các nguồn như:

- Nước thải công nghiệp.
- Các chất thải lâm nghiệp, nông nghiệp bao gồm cả thuốc trừ sâu, diệt cỏ, phân bón hóa học.
- Rác thải từ các gia đình.

Ví dụ: chì có trong xăng dầu, dùng để hàn kim loại, mạ tôn trong đó không khí và thức ăn dễ bị nhiễm chì.

Ngoài ra còn nhiều nguồn ô nhiễm chì khác như ác quy ở ô tô, dây cáp điện, một số loại sơn...

Xung quanh chúng ta là cả một thế giới các chất hóa học tự nhiên và tổng hợp trong đó có nhiều chất chưa được nghiên cứu kỹ về độc tính. Do vậy tác động của chúng đến sức khỏe còn là một vấn đề chưa rõ cần phải được tiếp tục nghiên cứu. Đến nay vẫn chưa có số liệu chính xác về tỷ lệ ung thư do bị nhiễm các chất độc hóa học gây ra. Người ta chỉ nêu ra những con số ước lượng khác nhau vì từ khi nhiễm độc đến khi phát hiện ra bệnh là cả một thời gian dài.

*** Không khí:**

Ô nhiễm không khí là một vấn đề môi trường được nghiên cứu rộng rãi và gây được sự chú ý lớn. Việc kiểm soát ô nhiễm không khí còn khó khăn và phức tạp hơn cả việc kiểm soát ô nhiễm nước, nó đang gặp thách thức quan trọng từ những vấn đề sau: mưa acid, sự loãng tầng ôzôn, trái đất ấm lên.

Nguyên nhân của mưa acid là do khí Sulfua dioxit (SO_2) thoát ra từ các nhà máy nhiệt điện và từ ô tô (ở mức thấp hơn). Tác hại của hiện tượng này là phá huỷ cây cối và các sinh vật sống ở các hồ nước ngọt. Có thể hạn chế vấn đề này bằng cách thay các trang thiết bị của các nhà máy nhiệt điện, nhưng gặp trở ngại về giá cả, giá điện tăng lên.

Sự loãng tầng ôzôn còn gây những hậu quả tai hại hơn. Chúng ta đều rõ sự có mặt của ôzôn (O_3) ở tầng bình lưu rất có lợi nó đóng vai trò lá chắn lọc phần lớn các sóng có hại của tia cực tím. Hiện nay có một loại hợp chất hóa học là chloroflocarbon (CFC) được dùng trong các máy điều hoà nhiệt độ, tủ lạnh, các nhà máy sản xuất chất dẻo... cùng với các ôxit nitơ thoát ra từ ô tô, máy bay, khuếch tán vào khí quyển rồi chuyển vào tầng bình lưu phá huỷ các phân tử O_3 làm loãng tầng ôzôn này. Hậu quả làm tăng tỷ lệ ung thư da và có nguy cơ làm tăng tỷ lệ chết và bệnh hắc tố.

Ảnh hưởng của việc trái đất ấm lên chưa được xác định rõ ràng lắm. Tuy nhiên có những bằng chứng cho thấy là việc thải một lượng lớn CO_2 , Mêtan, CFC... vào khí quyển đang gây ra "Hiệu ứng nhà kính". Thường là nhiệt toả ra sẽ toả vào không gian vào ban đêm nhưng bây giờ bị lớp khí nói trên giữ lại làm cho nhiệt độ trung bình của trái đất tăng lên gây ra sự rối loạn hoặc thay đổi về khí hậu, ví dụ việc ấm lên có thể làm cho lớp băng dày ở 2 cực của trái đất tan ra nhiều hơn và gây lên xói mòn bờ biển.

Sự phát triển dân số và công nghiệp đang đặt ra những vấn đề lớn cho môi trường. Phát triển nhanh dân số dẫn đến sự suy giảm các điều kiện kinh tế. xã hội làm cho việc phát triển kinh tế bị hạn chế. Mặt khác gây ra gánh nặng cho các nguồn thiên nhiên.

*** Tai nạn:**

Tai nạn thương vong là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Trong số những tai nạn này thường phần lớn do xe cộ gây ra. Những tai nạn gây ra tổn thất về người và gây ra gánh nặng về kinh tế cho xã hội.

Phần lớn tai nạn có thể phòng ngừa được nếu các yếu tố sau được cải thiện:

Hành vi cá nhân, phương tiện giao thông và máy móc, môi trường.

3.2.2. Môi trường xã hội

Người ta đã kiểm tra để xác định ảnh hưởng của các yếu tố xã hội như thu nhập, học vấn, nghề nghiệp, giới, chủng tộc... đến sức khỏe. Việc nghiên cứu này cho thấy là các biến số xã hội đóng vai trò dự báo về tình trạng chung

của sức khỏe hoặc những vấn đề sức khỏe cụ thể. Nhưng hiện nay tác động đến sức khỏe của các yếu tố xã hội chưa được đánh giá đầy đủ như đối với những yếu tố sinh học và tự nhiên.

Trong số những yếu tố xã hội quan trọng nhất tác động đến sức khỏe có những yếu tố tác động đến thu nhập và tình trạng chiến tranh, những biến số được nghiên cứu nhiều là nghề nghiệp, tôn giáo, giới, chủng tộc.

*** Tình trạng kinh tế xã hội:**

Sự phân bố của cải trong xã hội luôn là trọng tâm của mọi bàn cãi về ảnh hưởng xã hội đến sức khỏe. Tình trạng kinh tế xã hội liên quan chặt chẽ đến tình trạng sức khỏe trong bất cứ giai đoạn lịch sử nào hoặc nền văn hóa nào.

Người ta đã phát hiện qua các cuộc nghiên cứu rằng điều kiện kinh tế xã hội càng cao thì tỷ lệ tử vong càng thấp. Mối quan hệ giữa tình trạng kinh tế xã hội (qua thu nhập) và sức khỏe có thể biểu thị qua 4 cách sau:

- Sự khác nhau lớn về tỷ lệ chết và các chỉ số sức khỏe giữa các nước giàu và các nước nghèo cho thấy sự liên quan chặt chẽ giữa tình trạng sức khỏe tốt với tình trạng kinh tế xã hội tốt.

Ví dụ: tuổi thọ trung bình là một chỉ số tốt để đo tình trạng chung của sức khỏe. Theo số liệu 1990 tuổi thọ trung bình ở Angola một trong các nước nghèo nhất là 45,5 năm, ở Ecuador một nước phát triển hơn là 66 năm, ở Mỹ là một nước phát triển nhất tuổi thọ trung bình là 75,9 năm.

- Khi các nước phát triển hơn thì việc cải thiện tình trạng sức khỏe gắn liền với sự tăng trưởng GDP. Sự tăng mức sống của người nghèo đóng góp nhiều nhất cho việc nâng cao sức khỏe của đất nước vì những người này nhạy cảm hơn đối với bệnh tật.
- Việc phân phối thu nhập trong một quốc gia gắn liền với những khác biệt về thống kê y tế của nước đó. Những tầng lớp xã hội nghèo nhất có những vấn đề xã hội tồi tệ nhất.

Ví dụ: tỷ lệ trẻ em chết cao nhất, tuổi thọ trung bình thấp nhất.

- Có những bằng chứng cho thấy trong một quốc gia thì tình trạng sức khỏe kém trong các giai đoạn kinh tế suy sụp hoặc biến động.

Trình độ học vấn cũng liên quan chặt chẽ với tình trạng sức khỏe. Mặt khác học vấn lại liên quan chặt chẽ với mức thu nhập. Khó phân biệt tác động của từng yếu tố.

Ở một số quốc gia mức thu nhập liên quan đến chủng tộc. Người da màu có thu nhập thấp hơn so với người da trắng, các chỉ số sức khỏe của họ cũng thấp hơn.

*** Tôn giáo**

Các thành viên của một tôn giáo thường có một số đặc điểm văn hóa chung, có một số thói quen sức khỏe giống nhau, thí dụ như việc ăn chay.

không hút thuốc lá, kiêng rượu, bia.... những người này thường có tỷ lệ bệnh tim mạch và ung thư thấp hơn.

*** Vấn đề giới**

Thống kê y tế cho thấy những khác nhau quan trọng liên quan đến giới. Phụ nữ có tỷ lệ tử vong thấp hơn do đó có tuổi thọ cao hơn. Các dịch vụ y tế liên quan đến phụ nữ nhiều hơn (chăm sóc sức khỏe bà mẹ tốt hơn → tỷ lệ tử vong thấp hơn).

3.2.3. Các yếu tố liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe

Ngành Y tế có những thành tựu lớn trong thế kỷ này.

Ví dụ: tuổi thọ đã nâng lên từ 47 tuổi đến 75 năm ở Mỹ.

Nguyên nhân lớn nhất để nâng tuổi thọ là sự giảm tỷ lệ tử vong do các bệnh nhiễm khuẩn. Người ta thấy có 3 yếu tố tác động mạnh đến việc nâng cao sức khỏe là:

- Chăm sóc y tế tốt hơn, thuốc tốt hơn.
- Dinh dưỡng được cải thiện đây là yếu tố quan trọng nhất.
- Điều kiện lao động tốt hơn, an toàn hơn.

Hiện nay vẫn còn khoảng cách lớn về sức khỏe giữa những người giàu và người nghèo kể cả các nước phát triển nhất do có sự mâu thuẫn giữa giá dịch vụ y tế với thu nhập.

3.2.4. Hành vi cá nhân

Mặc dù đã có nhiều thành tựu lớn trong việc cải thiện dinh dưỡng, môi trường vệ sinh và điều kiện lao động nhờ vào những nỗ lực của các cơ quan, tổ chức nhưng phần lớn người dân vẫn còn thụ động trong quá trình cải thiện này.

Ngày nay mô hình bệnh tật đã thay đổi nhiều, vai trò của cá nhân ngày càng trở nên quan trọng hơn trong việc nâng cao và bảo vệ sức khỏe. Những vấn đề sức khỏe của ngày nay là bệnh tim mạch, ung thư, nghiện hút.... Ở các nước đang phát triển suy dinh dưỡng và bệnh nhiễm khuẩn còn là những vấn đề lớn.

Hút thuốc lá là hành vi có hại nhiều đối với sức khỏe, nó là nguyên nhân gây ung thư phổi có liên quan đến bệnh tim mạch, viêm phế quản và làm tăng nguy cơ mắc các bệnh cảm lạnh, cúm, ung thư họng.

Thói quen ăn uống cũng có tác động đến sức khỏe. Ăn quá nhiều mỡ làm tăng lượng cholesterol, một nguyên nhân gây bệnh tim, béo phì, cao huyết áp... Có những thức ăn chứa các chất độc hóa học có thể gây ung thư.

Nghiện rượu, tiêm chích ma túy là một vấn đề được y tế rất quan tâm vì có nhiều người có thói quen này. Nghiện rượu là nguyên nhân trầm trọng gây tai

nạn giao thông và có thể dẫn đến tử vong. Nạn chích ma túy cũng đang phát triển ở nhiều nước trong đó có Việt Nam gây một nỗi lo ngại cho toàn xã hội.

Tai nạn và thương tích đang xảy ra với chiều hướng tăng ở nước ta. Đặc biệt là tai nạn giao thông lý do chủ yếu là không tuân thủ luật lệ giao thông và an toàn lao động. Tai nạn còn xảy ra do sự sử dụng các vật dụng như đồ điện máy móc, thuốc.... Vấn đề sức khỏe liên quan nhiều đến hành vi cá nhân là AIDS. Việc nhiễm HIV/AIDS và chết vì nguyên nhân này đang tăng lên ở mọi nơi. Sự căng thẳng là một nguyên nhân làm giảm sức đề kháng của cơ thể tăng nguy cơ bị tai nạn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Sức khỏe làvề thể lực, tâm thần xã hội và không phải chỉ bao gồm tình trạng không có bệnh hay thương tật.

2. Theo giáo sư Hoàng Đình Cầu các yếu tố địa lý gồm:

A. Tài nguyên thiên nhiên của đất nước.

B.

C. Giao thông vận tải.

3. Các yếu tố kinh tế là:

A.....

B. Tình hình kiến thiết đô thị và nông thôn.

C. Nhà ở.

4. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe theo tác giả Wallace 1991 gồm:

A. Các yếu tố di truyền.

B.

C. Các yếu tố thuộc về chăm sóc sức khỏe.

D.

5. Các yếu tố môi trường tự nhiên ảnh hưởng đến sức khỏe là:

A. Thực phẩm và nước.

B. Không khí.

C.

6. Ba yếu tố quan trọng gây ô nhiễm không khí là:

A. Mưa acid.

B.

C.

7. Những yếu tố cần được cải thiện để phòng ngừa tai nạn là:

A. Hành vi cá nhân.

B.

C.

8. Ba yếu tố tác động mạnh nhất đến việc nâng cao sức khỏe là:

A.

B. Dinh dưỡng được cải thiện.

C.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (✓) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
9	Những yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe là thu nhập, học vấn, nghề nghiệp, giới, chủng tộc.		
10	Tác hại của mưa acid là phá huỷ cây cối và các sinh vật sống ở hồ nước ngọt.		

LUẬT BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN

(Trích nội dung chương I, II, IV)

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nội dung chương 1 những quy định chung trong luật bảo vệ sức khỏe nhân dân.*
2. *Trình bày được những nội dung chương 2 về công tác vệ sinh trong sinh hoạt và lao động, vệ sinh công cộng và phòng chống dịch.*
3. *Trình bày được nội dung chương 4 về công tác khám và chữa bệnh.*

Sức khỏe là vốn quý nhất của con người, là một trong những điều kiện cơ bản để con người sống, hạnh phúc, là mục tiêu và là nhân tố quan trọng trong việc phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội và bảo vệ tổ quốc.

Để bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân:

Căn cứ vào Điều 47, Điều 61 và Điều 83 của Hiến pháp nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.

Luật này quy định việc bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Chương I

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

ĐIỀU 1: Quyền và nghĩa vụ của công dân trong bảo vệ sức khỏe

1. Công dân có quyền được bảo vệ sức khỏe, nghỉ ngơi, giải trí, rèn luyện thân thể, được bảo đảm vệ sinh trong lao động, vệ sinh dinh dưỡng, vệ sinh môi trường sống, và được phục vụ về chuyên môn y tế.
2. Bảo vệ sức khỏe là sự nghiệp của toàn dân. Tất cả công dân có nghĩa vụ thực hiện nghiêm chỉnh những quy định của pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân để giữ gìn sức khỏe cho mình và mọi người.

ĐIỀU 2: Nguyên tắc chỉ đạo công tác bảo vệ sức khỏe

1. **Đẩy mạnh tuyên truyền, giáo dục vệ sinh trong nhân dân, tiến hành các biện pháp dự phòng, cải tạo và làm sạch môi trường sống, bảo đảm tiêu chuẩn vệ sinh lao động, vệ sinh lương thực, thực phẩm và nước uống theo quy định của Hội đồng Bộ trưởng.**
2. **Mở rộng mạng lưới nhà nghỉ, nhà điều dưỡng, cơ sở tập luyện thể dục, thể thao, kết hợp lao động, học tập với nghỉ ngơi và giải trí, phát triển thể dục thể thao quần chúng để duy trì và phục hồi khả năng lao động.**
3. **Hoàn thiện, nâng cao chất lượng và phát triển mạng lưới phòng, chống dịch, khám bệnh, chữa bệnh, kết hợp phát triển hệ thống y tế Nhà nước với y tế tập thể và y tế tư nhân.**
4. **Xây dựng nền y học Việt Nam kế thừa và phát huy nền y học, dược học cổ truyền dân tộc, kết hợp y học, dược học hiện đại với y học, dược học cổ truyền dân tộc, nghiên cứu và ứng dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật của y học thế giới vào thực tiễn Việt Nam, xây dựng các mũi nhọn khoa học y học, dược học Việt Nam.**

ĐIỀU 3: Trách nhiệm của Nhà nước

1. **Nhà nước chăm lo bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân, đưa công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân vào kế hoạch phát triển kinh tế – xã hội và ngân sách Nhà nước, quyết định những chế độ, chính sách, biện pháp để bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân.**
2. **Bộ Y tế có trách nhiệm quản lý, hoàn thiện nâng cao chất lượng và phát triển hệ thống phòng bệnh, chống dịch, khám bệnh, chữa bệnh, sản xuất, lưu thông thuốc và thiết bị y tế, kiểm tra việc thực hiện các quy định về chuyên môn nghiệp vụ y, dược.**
3. **Hội đồng nhân dân các cấp dành tỷ lệ ngân sách thích đáng cho công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân ở địa phương, thường xuyên giám sát, kiểm tra việc tuân theo Pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân của Ủy ban nhân dân cùng cấp, của các cơ quan, các tổ chức xã hội, cơ sở sản xuất, kinh doanh của Nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân trong địa phương. Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiệm thực hiện các biện pháp để đảm bảo vệ sinh ăn, ở, sinh hoạt, vệ sinh công cộng cho nhân dân trong địa phương, lãnh đạo các cơ quan y tế trực thuộc, chỉ đạo sự phối hợp giữa các ngành, các tổ chức xã hội trong địa phương để thực hiện những quy định của pháp luật để bảo vệ sức khỏe nhân dân.**

ĐIỀU 4: Trách nhiệm của các cơ quan Nhà nước, các cơ sở sản xuất, kinh doanh, các đơn vị vũ trang nhân dân

Các cơ quan Nhà nước, các cơ sở sản xuất, kinh doanh của Nhà nước, các

đơn vị vũ trang nhân dân (gọi chung là các tổ chức Nhà nước), các cơ sở sản xuất, kinh doanh của tập thể và tư nhân có trách nhiệm trực tiếp chăm lo, bảo vệ, tăng cường sức khỏe của những thành viên trong cơ quan đơn vị mình và đóng góp tiền của, công sức theo khả năng cho công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân.

ĐIỀU 5: Trách nhiệm của các tổ chức xã hội

1. Mặt trận tổ quốc Việt Nam, tổng liên đoàn Lao động Việt Nam, Đoàn Thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh, Hội liên hiệp phụ nữ Việt Nam, Hội nông dân Việt Nam, Tổng hội Y Dược học Việt Nam, Hội y học cổ truyền dân tộc Việt Nam và các tổ chức xã hội khác động viên, giáo dục các thành viên trong tổ chức thực hiện những quy định của Pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân và tham gia tích cực vào sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân trong phạm vi điều lệ của tổ chức mình.
2. Hội Chữ thập đỏ Việt Nam tuyên truyền, phổ biến những kiến thức y học thường thức cho hội viên và nhân dân, vận động nhân dân thực hiện các biện pháp giữ gìn sức khỏe cho bản thân và cho mọi người, hiến máu cứu người, tổ chức cứu trợ nhân dân khi có tai nạn, dịch bệnh và chiến tranh xảy ra.

Chương II

VỆ SINH TRONG SINH HOẠT VÀ LAO ĐỘNG VỆ SINH CÔNG CỘNG PHÒNG VÀ CHỐNG DỊCH BỆNH

ĐIỀU 6: Giáo dục vệ sinh

1. Các cơ quan y tế, văn hóa, giáo dục, thể dục thể thao, thông tin đại chúng và các tổ chức xã hội có trách nhiệm tuyên truyền, giáo dục cho nhân dân kiến thức về y học và vệ sinh thường thức, vệ sinh môi trường, vệ sinh phụ nữ, vệ sinh thai nghén và nuôi dạy con.
2. Bộ giáo dục xây dựng chương trình giáo dục vệ sinh cho học sinh phổ thông, mẫu giáo, nhà trẻ tạo thói quen giữ gìn vệ sinh chung, vệ sinh trong sinh hoạt và học tập.

ĐIỀU 7: Vệ sinh lương thực, thực phẩm, các loại nước uống và rượu

1. Các tổ chức Nhà nước, tập thể, tư nhân khi sản xuất, chế biến, bao bì đóng gói, bảo quản, vận chuyển lương thực, thực phẩm, các loại nước uống và rượu phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh. Khi đưa các hóa chất mới, nguyên liệu mới hoặc các chất phụ gia mới vào chế biến, bảo quản lương

thực, thực phẩm, các loại nước uống, rượu và sản xuất các loại bao bì đóng gói phải được phép của sở y tế.

2. Nghiêm cấm sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu những mặt hàng lương thực, thực phẩm, các loại nước uống và rượu không đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh.
3. Người đang mắc bệnh truyền nhiễm không được làm những công việc có liên quan trực tiếp đến thực phẩm, các loại nước uống và rượu.

ĐIỀU 8: Vệ sinh nước và các nguồn nước dùng trong sinh hoạt nhân dân

1. Các cơ quan, xí nghiệp cấp nước phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân.
2. Nghiêm cấm các tổ chức Nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân làm ô nhiễm các nguồn nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân.

ĐIỀU 9: Vệ sinh trong sản xuất, bảo quản, vận chuyển và sử dụng hóa chất

1. Các tổ chức Nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân khi sản xuất, bảo quản, vận chuyển, sử dụng phân bón, thuốc trừ sâu, diệt cỏ, diệt chuột, hóa chất kích thích sinh trưởng vật nuôi, cây trồng và các loại hóa chất khác phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh, không gây nguy hại đến sức khỏe con người.
2. Các cơ sở sản xuất mỹ phẩm, đồ chơi trẻ em, đồ dùng vệ sinh cá nhân bằng hóa chất phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh.

ĐIỀU 10: Vệ sinh các chất thải trong công nghiệp và trong sinh hoạt

1. Các xí nghiệp, các cơ sở sản xuất của Nhà nước, tập thể, tư nhân phải thực hiện biện pháp xử lý chất thải trong công nghiệp để phòng chống ô nhiễm không khí, đất và nước theo quy định của Hội đồng Bộ trưởng.
2. Các tổ chức Nhà nước, tổ chức xã hội, tập thể tư nhân và mọi công dân không được để các chất phế thải trong sinh hoạt làm ô nhiễm môi trường sống ở các khu dân cư.

ĐIỀU 11: Vệ sinh trong chăn nuôi gia súc, gia cầm

1. Việc chăn nuôi gia súc, gia cầm phải đảm bảo vệ sinh chung. Không được giết mổ, mua, bán, ăn thịt gia súc, gia cầm bị bệnh truyền nhiễm gây nguy hại cho sức khỏe con người.
2. Nghiêm cấm việc thả rông chó ở thành phố, thị xã và thị trấn, chó nuôi phải được tiêm phòng theo quy định của cơ quan thú y.

ĐIỀU 12: Vệ sinh trong xây dựng

Việc quy hoạch xây dựng và cải tạo các khu dân cư, các công trình công nghiệp và các công trình dân dụng đều phải tuân theo tiêu chuẩn vệ sinh.

ĐIỀU 13: Vệ sinh trong trường học và nhà trẻ

1. Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân các cấp, ngành giáo dục và các ngành có liên quan phải từng bước bảo đảm cơ sở vật chất, trang thiết bị, ánh sáng, đồ dùng giảng dạy, học tập ở trường học và nhà trẻ không làm ảnh hưởng đến sức khỏe của học sinh và giáo viên.
2. Hiệu trưởng các trường học và chủ nhiệm các nhà trẻ phải đảm bảo thực hiện chương trình học tập, rèn luyện đã được quy định, bảo đảm vệ sinh trường lớp và nhà trẻ.

ĐIỀU 14: Vệ sinh trong lao động

1. Các tổ chức Nhà nước, tập thể tư nhân phải thực hiện các biện pháp bảo đảm an toàn lao động, bảo đảm tiêu chuẩn vệ sinh về độ nóng, ẩm, khói, bụi, tiếng ồn, rung chuyển và về các yếu tố độc hại khác trong kinh doanh sản xuất để bảo vệ sức khỏe, phòng chống bệnh nghề nghiệp cho người lao động, không gây ảnh hưởng xấu đến môi trường xung quanh.
2. Đơn vị và cá nhân sử dụng lao động phải tổ chức việc khám sức khỏe định kỳ cho người lao động và phải đảm bảo trang thiết bị bảo hộ lao động cần thiết cho người lao động.

ĐIỀU 15: Vệ sinh nơi công cộng

1. Mọi người phải có trách nhiệm thực hiện những quy định về vệ sinh nơi công cộng.
2. Cấm phóng uế, vứt rác và các chất phế thải khác trên đường phố, vườn hoa, công viên và những nơi công cộng khác.
3. Cấm hút thuốc trong phòng họp, ở rạp chiếu bóng, rạp hát và những nơi quy định khác.

ĐIỀU 16: Vệ sinh trong việc quàn, ướp, chôn, hỏa táng, di chuyển thi hài, hài cốt

1. Việc quàn, ướp, chôn, hỏa táng, di chuyển thi hài, hài cốt, phải tuân theo các quy định về vệ sinh phòng dịch. Nhà nước khuyến khích việc hỏa táng thi hài và hài cốt.
2. Khi di chuyển thi hài, hài cốt qua biên giới Việt Nam phải có giấy phép theo quy định của Hội đồng Bộ trưởng nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.

ĐIỀU 17: Phòng và chống các bệnh nhiễm khuẩn bệnh dịch

1. Y tế cơ sở phải tổ chức tiêm chủng các loại vacxin phòng bệnh cho nhân dân.
2. Các tổ chức Nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân phải thực hiện các biện pháp phòng, chống các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh dịch. Khi phát hiện có bệnh dịch hoặc nghi ngờ có bệnh dịch trong đơn vị, địa phương, cơ quan y tế phải báo cáo kịp thời với Ủy ban nhân dân cùng cấp và cơ quan y tế cấp trên.
3. Ủy ban nhân dân các cấp phải đảm bảo công tác phòng dịch, chống dịch tại địa phương.
4. Căn cứ vào tính chất nguy hiểm, mức độ lây lan của từng vụ dịch, chủ tịch Hội đồng Bộ trưởng, Bộ trưởng Bộ Y tế, Chủ tịch UBND Tỉnh, Thành phố, đặc khu trực thuộc Trung Ương có quyền áp dụng những biện pháp đặc biệt để nhanh chóng dập tắt dịch.

ĐIỀU 18: Kiểm dịch

1. Động vật, thực vật, phương tiện vận chuyển, hàng hóa ra vào biên giới và quá cảnh nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam đều phải được kiểm dịch.
2. Động vật, thực vật, phương tiện vận chuyển hàng hoá và bưu phẩm từ vùng có dịch chuyển ra vùng không có dịch đều phải được kiểm dịch tại các đầu mối giao thông bưu điện.

Chương IV

KHÁM BỆNH VÀ CHỮA BỆNH

ĐIỀU 23: Quyền được khám bệnh và chữa bệnh

1. Mọi người khi ốm đau, bệnh tật, bị tai nạn được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở nơi công dân cư trú, lao động, học tập.
2. Người bệnh còn được chọn thầy thuốc hoặc lương y chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Hội đồng Bộ trưởng.
3. Trong trường hợp cấp cứu, người bệnh được cấp cứu tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào. Các cơ sở khám bệnh chữa bệnh phải tiếp nhận và xử trí mọi trường hợp cấp cứu.

ĐIỀU 24: Điều kiện hành nghề của thầy thuốc

Người có bằng tốt nghiệp y khoa ở các trường đại học hoặc trung học có

giấy phép hành nghề do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế cấp được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế nhà nước, tập thể, tư nhân.

ĐIỀU 25: Trách nhiệm của thầy thuốc

1. Thầy thuốc có nghĩa vụ khám bệnh, chữa bệnh, kê đơn và hướng dẫn cách phòng bệnh, tự chữa bệnh cho người bệnh, phải giữ gìn bí mật về những điều có liên quan đến bệnh tật hoặc đời tư mà mình được biết về người bệnh.
2. Thầy thuốc phải có y đức, có tinh thần trách nhiệm, tận tình cứu chữa người bệnh, chấp hành nghiêm chỉnh các quy định chuyên môn nghiệp vụ, kỹ thuật y tế, chỉ sử dụng những phương pháp, phương tiện, dược phẩm được Bộ Y tế cho phép.
3. Nghiêm cấm hành vi vô trách nhiệm trong cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh làm tổn hại đến sức khỏe tính mạng, danh dự, nhân phẩm của người bệnh.

ĐIỀU 26: Giúp đỡ bảo vệ thầy thuốc và nhân viên y tế

1. Mọi tổ chức và công dân có trách nhiệm giúp đỡ, bảo vệ thầy thuốc và nhân viên y tế được quyền sử dụng các phương tiện vận chuyển có mặt tại chỗ. Người điều khiển phương tiện phải thực hiện yêu cầu của thầy thuốc và nhân viên y tế.
2. Nghiêm cấm hành vi làm tổn hại đến sức khỏe, tính mạng, danh dự nhân phẩm của thầy thuốc và nhân viên y tế trong khi đang làm nhiệm vụ.

ĐIỀU 27: Trách nhiệm của người bệnh

1. Người bệnh có trách nhiệm tôn trọng thầy thuốc và nhân viên y tế, chấp hành những quy định trong khám bệnh, chữa bệnh.
2. Người bệnh phải trả một phần chi phí y tế. Hội đồng Bộ trưởng quy định chế độ thu phí y tế.

ĐIỀU 28: Chữa bệnh bằng phẫu thuật

Thầy thuốc chỉ tiến hành phẫu thuật sau khi được sự đồng ý của người bệnh. Đối với người bệnh chưa thành niên, người bệnh đang bị hôn mê hay mắc bệnh tâm thần thì phải được sự đồng ý của thân nhân hoặc người giám hộ của người bệnh. Trong trường hợp mà thân nhân hay người giám hộ của người bệnh không đồng ý, hoặc thân nhân hay người giám hộ vắng mặt, nếu không kịp thời phẫu thuật có thể bị nguy hại đến tính mạng người bệnh thì thầy thuốc được quyền quyết định nhưng phải có sự phê chuẩn của người phụ trách hay người được ủy quyền của cơ sở y tế đó.

ĐIỀU 29: Bắt buộc chữa bệnh

1. Các cơ sở y tế phải tiến hành các biện pháp bắt buộc, chữa bệnh đối với người mắc bệnh tâm thần thể nặng, bệnh lao, phong đang thời kỳ lây truyền, bệnh lây truyền qua đường sinh dục, bệnh nghiện ma túy, bệnh SIDA và một số bệnh truyền nhiễm khác có thể gây nguy hại cho xã hội.
2. Việc bắt buộc chữa bệnh tại các cơ sở y tế phải được thực hiện theo quy định của pháp luật.

ĐIỀU 30: Lấy và ghép mô hoặc một bộ phận của cơ thể con người

1. Thầy thuốc chỉ tiến hành lấy mô hoặc bộ phận của cơ thể người sống hay người chết dùng vào mục đích y tế sau khi đã được sự đồng ý của người cho, của thân nhân người chết hoặc người chết đó có di chúc để lại.
2. Việc ghép mô hoặc một bộ phận cho cơ thể người bệnh phải được sự đồng ý của người bệnh hoặc thân nhân hay người giám hộ của người bệnh chưa thành niên.
3. Bộ Y tế quy định chế độ chăm sóc sức khỏe cho mô hoặc một bộ phận của cơ thể.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu sau:

1. Tổ chức nào phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh nước trong sinh hoạt cho nhân dân:
 - A. Sở Y tế.
 - B. Xí nghiệp cấp nước.
 - C. Ủy ban nhân dân các cấp.
 - D. Trung tâm y tế dự phòng.
2. Đối tượng nào không phải trả một phần viện phí khi khám, chữa bệnh:
 - A. Bác sĩ.
 - B. Điều dưỡng.
 - C. Giáo viên.
 - D. Người nghỉ hưu.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (✓) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
3	Bảo vệ sức khỏe là sự nghiệp của toàn dân.		
4	Bộ Y tế phải xây dựng chương trình giáo dục vệ sinh cho học sinh.		
5	Thầy thuốc và điều dưỡng có nghĩa vụ khám bệnh kê đơn và hướng dẫn mọi người chữa bệnh.		
6	Các bệnh viện Trung ương phải tổ chức tiêm chủng các loại vắc xin phòng bệnh cho nhân dân.		
7	Người bệnh được chọn thầy thuốc, chọn cơ sở khám chữa bệnh cho mình.		

ĐẠO ĐỨC ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được khái niệm đạo đức điều dưỡng.
2. Trình bày được những quan điểm đạo đức ứng dụng trong chăm sóc điều dưỡng.
3. Nêu được những phẩm chất về đạo đức.
4. Nêu được nghĩa vụ nghề nghiệp của người điều dưỡng.

1. KHÁI NIỆM

Từ thời đại của Florence Nightingale, năm 1858, bà đã viết mục đích thật sự của điều dưỡng là “đặt người bệnh vào điều kiện tốt nhất để thiên nhiên tác động vào họ”, Bà cho là người điều dưỡng phải biết cách giúp người bệnh để họ được sống, biết cách chăm sóc sức khỏe và giữ gìn sức khỏe của trẻ em cũng như người đã trưởng thành để tất cả mọi người lúc nào cũng ở trong tình trạng khỏe mạnh. Bên cạnh đó các nhà điều dưỡng cho rằng điều dưỡng vừa là một nghệ thuật, vừa là một khoa học. Điều dưỡng không chỉ hướng vào chăm sóc người bệnh mà còn quan tâm đến vấn đề bảo vệ, nâng cao sức khỏe cũng như việc dự phòng bệnh tật. Qua nhiều năm, bằng các phương pháp khoa học để mô tả, giải thích, nghề điều dưỡng ngày càng trở nên tinh xảo hơn.

Ngày nay điều dưỡng được coi là chẩn đoán và điều trị các đáp ứng của con người đối với vấn đề sức khỏe đang xảy ra và sẽ xảy ra. Để làm được các vấn đề trên người điều dưỡng không những phải không ngừng học tập nâng cao trình độ mà còn phải có đạo đức trong công việc chăm sóc. Chăm sóc được coi là hoạt động của con người, mang tính truyền cảm về nhân bản, thực tế. Chăm sóc còn là một khoa học, nghệ thuật có tình người, đòi hỏi người điều dưỡng phải có đạo đức. Đạo đức điều dưỡng là kim chỉ nam của người điều dưỡng, giúp người điều dưỡng không bị lạc hướng trong khi thực hiện nhiệm vụ cao cả của mình.

Đạo đức điều dưỡng quy định những chuẩn mực chi phối quyết định và hành vi điều dưỡng. Đạo đức điều dưỡng phải phù hợp với tính đa dạng của công tác điều dưỡng một cách xác đáng. Phạm vi điều dưỡng bao gồm mọi khía cạnh của công tác chăm sóc con người chứ không chỉ việc chăm sóc người bệnh. Vì vậy vai trò người điều dưỡng trong công tác điều dưỡng ngày càng lớn, đòi hỏi các điều dưỡng viên phải đối mặt với những vấn đề phức tạp hơn về đạo đức.

Các quy định về đạo đức tạo điều kiện cho điều dưỡng viên có sự lựa chọn đúng đắn. Mọi tiên đề lý luận cơ bản về điều dưỡng giúp cho người điều dưỡng đưa ra được quyết định đúng trong chăm sóc. Lý luận cơ bản bao gồm 4 nguyên tắc chính sau: quyền tự quyết, không được làm điều xấu có hại, mọi hành vi, suy nghĩ mang tính thiện và bình đẳng, vô tư.

Những nguyên tắc này dẫn dắt các hành vi đạo đức. Những vấn đề nảy sinh trong công tác chăm sóc sức khỏe đã thử thách năng lực của điều dưỡng trong việc tuân thủ các nguyên tắc trên.

Ví dụ: 1 người bệnh có thể từ chối dùng thuốc, điều dưỡng viên phải tìm cách thuyết phục họ dùng thuốc. Vì vậy điều dưỡng viên phải chuẩn bị tốt về kiến thức, kỹ năng để phục vụ, thuyết phục họ.

- Quyền tự quyết: là quyền tự do hành động của người bệnh (ví dụ: quyền của người bệnh trong việc viết giấy cam đoan). Thái độ của điều dưỡng viên là ủng hộ người bệnh, khuyến khích họ đưa ra quyết định.
- Không được làm điều xấu có hại cho người bệnh: cân nhắc, thận trọng, tránh gây nguy cơ có hại hoặc tai biến trong khi chăm sóc người bệnh. Sử dụng các tiến bộ kỹ thuật để giảm nguy cơ có hại cho người bệnh.
- Làm mọi việc có lợi cho sức khỏe người bệnh. Tìm mọi cách giúp đỡ người bệnh tốt nhất.
- Đảm bảo chăm sóc công bằng cho mọi người bệnh.
- Đạo đức là một hệ thống với các tiêu chuẩn nghề nghiệp mà mọi người điều dưỡng phải hiểu biết một cách cặn kẽ để hướng dẫn tất cả hành vi của mình quy về một mục tiêu chung trong suốt quá trình hành nghề.

Đạo đức còn là một ngành khoa học (Khoa học về hành vi), bản thân đạo đức luôn luôn tồn tại do những quy luật để dẫn con người hướng đến điều tốt đẹp.

2. NHỮNG QUAN NIỆM VỀ ĐẠO ĐỨC ỨNG DỤNG TRONG CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

- Bốn trách nhiệm cơ bản:
 - + Nâng cao sức khỏe.
 - + Phòng bệnh.
 - + Phục hồi sức khỏe.
 - + Làm giảm đau đớn cho người bệnh.
- Đặc tính của chăm sóc điều dưỡng:

Để việc chăm sóc được thực hiện, đạo đức người điều dưỡng phải có tính đặc biệt và thái độ nghề nghiệp:

- + Tôn trọng nhân phẩm và quyền con người.
- + Không bị ràng buộc bởi quy định tín ngưỡng, màu da, địa vị xã hội...
- + Người điều dưỡng cùng kết hợp với cán bộ y tế khác chăm sóc sức khỏe cho từng cá nhân và cộng đồng.

3. QUY TẮC VỀ ĐẠO ĐỨC

- Gồm những chuẩn mực về ứng xử, những trách nhiệm đặc biệt cho người làm công tác chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.
- Gồm những quy định đạo đức được mọi người trong nghề chấp thuận. Những quy định này chỉ ra những điều mà điều dưỡng viên phải cân nhắc trước khi hành động.
- Điều dưỡng viên phải có trách nhiệm và bổn phận với ca chăm sóc được giao.
- Trách nhiệm nghề nghiệp được thể hiện:
 - + Đánh giá việc thực hiện chuyên môn.
 - + Duy trì chuẩn mực về chăm sóc.
 - + Tạo thuận lợi cho các phản ánh cá nhân và sự phát triển của cá nhân trong tập thể y tế.

4. PHẨM CHẤT VỀ ĐẠO ĐỨC

Phẩm chất về đạo đức là điều kiện cần thiết để thực hiện nghĩa vụ nghề nghiệp của người điều dưỡng, bao gồm:

4.1. Ý thức trách nhiệm cao

Tránh cầu thả làm tổn hại đến tính mạng người bệnh, người điều dưỡng cần phải thấu hiểu sâu sắc với người bệnh và không ngừng nâng cao ý thức trách nhiệm của mình.

4.2. Trung thực

Là một trong những nét cơ bản của người điều dưỡng, tính trung thực được dựa trên cơ sở gây dựng lòng tin trong mối quan hệ giữa người điều dưỡng với người bệnh và giữa điều dưỡng với đồng nghiệp.

4.3. Khẩn trương và tự tin

“ Cứu bệnh như cứu hoả” câu nói từ xưa đã chỉ rõ việc đấu tranh với bệnh tật giành sự sống cho con người đòi hỏi từng giây từng phút, sự chậm trễ có thể làm mất cơ hội cứu sống người bệnh. Bên cạnh sự khẩn trương người điều dưỡng không thể thiếu sự bình tĩnh, tự tin nếu vội vàng, hấp tấp sẽ dẫn đến hậu quả xấu cho người bệnh.

4.4. Yêu nghề

Là yếu tố thúc đẩy để người điều dưỡng không ngừng vươn lên trong học tập và công tác. Học tập nâng cao trình độ, trang bị nắm bắt kịp thời sự phát triển của y học để chăm sóc người bệnh ngày một tốt hơn.

5. NGHĨA VỤ NGHỀ NGHIỆP CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

5.1. Đối với người bệnh

- Không được từ chối giúp đỡ họ: trong bất cứ hoàn cảnh nào cũng đòi hỏi người điều dưỡng phải luôn sẵn sàng giúp đỡ người bệnh. Từ chối giúp đỡ người bệnh là vi phạm nghĩa vụ xã hội, phải chịu sự lên án về đạo đức.
- Quan tâm đến nỗi đau của họ: khi người bệnh đau đớn người điều dưỡng phải quan tâm đến nỗi đau của họ, coi nỗi đau của họ như nỗi đau của chính mình, phải cảm thông với họ. Khi tiến hành các kỹ thuật chăm sóc phải hết sức nhẹ nhàng để hạn chế sự đau đớn cho người bệnh.
- Không bỏ mặc người bệnh: người điều dưỡng luôn có mặt bên cạnh người bệnh, tuyệt đối không được để người bệnh một mình hoặc phó mặc người bệnh cho người nhà của họ. Tận tụy với người bệnh, giành giật sự sống cho người bệnh với tinh thần “còn nước còn tát”.
- Hỗ trợ về tinh thần cho người bệnh: khi nằm viện, người bệnh luôn lo lắng bệnh tật cộng với sự thiếu hụt về tình cảm vì phải cách ly với người thân, điều đó phần nào làm ảnh hưởng đến việc chữa bệnh. Vì vậy người điều dưỡng cần phải tạo được niềm tin của người bệnh, giúp họ tin vào hiệu quả điều trị, tránh gây chấn thương về tinh thần cho người bệnh.
- Tôn trọng nhân cách của mỗi cá nhân: người điều dưỡng khi tiếp xúc với người bệnh phải tôn trọng mọi phong tục tập quán và tự do tín ngưỡng của mỗi cá nhân, không được câu gắt, quát mắng và sử dụng từ ngữ thô thiển.
- Giữ bí mật những điều riêng tư của người bệnh: khi người bệnh tin tưởng người điều dưỡng, họ có những điều riêng tư muốn tâm sự, người điều dưỡng phải tuyệt đối giữ kín, không được để lộ làm mất niềm tin gây sang chấn tinh thần cho người bệnh.

5.2. Đối với đồng nghiệp

- Cộng tác giúp đỡ lẫn nhau: người điều dưỡng độc lập trong hành động chăm sóc, nhưng toàn bộ quá trình chăm sóc người bệnh một người không thể làm được. Vì vậy sự hợp tác giúp đỡ lẫn nhau là điều vô cùng cần thiết.
- Tôn trọng lẫn nhau: khi chăm sóc người bệnh sự vui vẻ, hoà nhã, cởi mở của người điều dưỡng là liều thuốc vô cùng cần thiết giúp người bệnh giảm bớt những nỗi lo âu, đau đớn về bệnh tật. Người điều dưỡng phải luôn tạo không khí vui vẻ, không nên tranh luận, xúc phạm nhau trước mặt người bệnh.

- Phê bình có thiện chí: phê bình là điều cần thiết trong công tác. Một người muốn tiến bộ luôn cần sự góp ý của đồng nghiệp. Phê bình góp ý như thế nào? đó là một nghệ thuật. Góp ý, phê bình để đồng nghiệp nhận ra được những thiếu sót mà sửa chữa, khắc phục. Không nên biến phê bình góp ý thành các cuộc cãi vã, sát phạt nhau. Có như vậy mới tạo ra được bầu không khí làm việc vui vẻ, mọi công tác chăm sóc người bệnh được tốt hơn.
- Truyền thụ kinh nghiệm: kinh nghiệm làm việc là điều rất cần trong mọi ngành, đặc biệt là chăm sóc người bệnh. Người trẻ mới ra trường còn chưa có kinh nghiệm cần phải khiêm tốn học hỏi. Người điều dưỡng lâu năm trong nghề có nhiều kinh nghiệm trong chăm sóc người bệnh nên thường xuyên trao đổi, truyền thụ kinh nghiệm cho đồng nghiệp để cùng chăm sóc người bệnh đạt kết quả tốt hơn.

5.3. Với sự hành nghề

- Tôn trọng quy định của pháp luật: không được hành nghề khi chưa được pháp luật cho phép. Người điều dưỡng không được tự ý hành nghề vượt quá những điều quy định của pháp luật.
- Luôn giữ vững tư cách đạo đức, giữ uy tín nghề nghiệp: khi hành nghề người điều dưỡng không được vì lợi ích trước mắt, vì tiền mà làm mất phẩm cách của mình. Làm mất uy tín là người điều dưỡng đã đánh mất chính mình.
- Liên tục học tập nâng cao trình độ: cùng với sự phát triển của khoa học, nền y học thế giới cũng phát triển không ngừng vì vậy đòi hỏi người điều dưỡng không được bằng lòng với mình mà phải luôn phấn đấu học hỏi, nâng cao trình độ cho kịp thời đại để phục vụ người bệnh ngày một tốt hơn.
- Duy trì tiêu chuẩn chăm sóc nâng cao trong điều kiện thực tế cho phép: trong điều kiện chăm sóc tùy từng nơi, từng vùng với điều kiện kinh tế khác nhau, người điều dưỡng phải biết vận dụng chăm sóc cho người bệnh, phải luôn duy trì được tiêu chuẩn chăm sóc nâng cao trong điều kiện cho phép.

5.4. Với xã hội

- Hoà nhập với cộng đồng: dù ở đâu người điều dưỡng cũng luôn hoà nhập với cộng đồng để phát huy được vai trò điều dưỡng của mình.
- Tại cộng đồng người điều dưỡng phải hiểu được hoàn cảnh xã hội, phong tục tập quán, thói quen để có biện pháp gần gũi, chăm sóc người bệnh.
- Người điều dưỡng cần hỗ trợ các hoạt động nhằm đáp ứng mọi nhu cầu về sức khỏe và xã hội của nhân dân.

QUY ĐỊNH VỀ Y ĐỨC

(Tiêu chuẩn đạo đức của người làm công tác y tế, ban hành kèm theo quyết định số: 2088/BYT – QĐ ngày 6 tháng 11 năm 1996 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Y đức là phẩm chất tốt đẹp của người làm công tác y tế, được biểu hiện ở tinh thần trách nhiệm cao, tận tụy phục vụ, hết lòng thương yêu chăm sóc người bệnh, coi họ đau đớn như mình đau đớn, như lời Chủ tịch Hồ Chí Minh đã dạy: “Lương y phải như từ mẫu”. Phải thật thà, đoàn kết, khắc phục khó khăn, học tập vươn lên để hoàn thành nhiệm vụ, toàn tâm toàn ý xây dựng nền Y học Việt Nam. Y đức phải thể hiện qua những tiêu chuẩn, nguyên tắc được thừa nhận:

1. Chăm sóc sức khỏe cho mọi người là nghề cao quý nhất. Khi đã tự nguyện đứng trong hàng ngũ y tế phải nghiêm túc thực hiện lời dạy của Bác Hồ. Phải có lương tâm trách nhiệm và trách nhiệm cao, hết lòng yêu nghề, luôn luôn rèn luyện nâng cao phẩm chất đạo đức của người thầy thuốc. Không ngừng học tập và tích cực nghiên cứu khoa học để nâng cao trình độ chuyên môn, sẵn sàng vượt qua mọi khó khăn gian khổ vì sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

2. Tôn trọng pháp luật và thực hiện nghiêm túc các quy chế chuyên môn không được sử dụng người bệnh làm thực nghiệm cho những phương pháp chẩn đoán, điều trị, nghiên cứu khoa học khi chưa được phép của Bộ Y tế và sự chấp nhận của người bệnh.

3. Tôn trọng quyền được khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân. Tôn trọng những bí mật riêng tư của người bệnh, khi thăm khám, chăm sóc cần đảm bảo kín đáo và lịch sự. Quan tâm đến người bệnh trong diện chính sách ưu đãi xã hội. Không được phân biệt đối xử với người bệnh. Không được có thái độ ban ơn, lạm dụng nghề nghiệp và gây phiền hà cho người bệnh. Phải trung thực khi thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

4. Khi tiếp xúc với người bệnh và gia đình họ luôn có thái độ niềm nở, tận tình, trang phục phải chỉnh tề, sạch sẽ để tạo niềm tin cho người bệnh. Phải giải thích tình hình bệnh tật cho người bệnh và gia đình họ hiểu để cùng cộng tác điều trị. Phổ biến cho họ về chế độ, chính sách, quyền lợi và nghĩa vụ của người bệnh, động viên an ủi, khuyến khích người bệnh điều trị, tập luyện để chóng hồi phục. Trong trường hợp người bệnh nặng hoặc tiên lượng xấu cũng phải hết lòng cứu chữa và chăm sóc đến cùng, đồng thời thông báo cho gia đình người bệnh biết.

5. Khi cấp cứu phải khẩn trương chẩn đoán, xử trí kịp thời không được dùn dẩy người bệnh.

6. Kê đơn phải phù hợp với chẩn đoán và đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn. Không vì lợi ích cá nhân mà giao cho người bệnh thuốc kém phẩm chất, thuốc không đúng với yêu cầu và mức độ bệnh.

7. Không được rời bỏ vị trí trong khi làm nhiệm vụ, theo dõi và xử trí kịp thời các diễn biến của người bệnh.

8. Khi người bệnh ra viện phải dặn dò chu đáo, hướng dẫn họ tiếp tục điều trị tự chăm sóc và giữ gìn sức khỏe.

9. Khi người bệnh tử vong, phải thông cảm sâu sắc, chia buồn và hướng dẫn giúp đỡ gia đình họ làm các thủ tục cần thiết.

10. Thật thà đoàn kết, tôn trọng đồng nghiệp, kính trọng các bậc thầy, sẵn sàng truyền thụ kiến thức, học hỏi kinh nghiệm giúp đỡ lẫn nhau.

11. Khi bản thân có thiếu sót phải tự giác nhận trách nhiệm về mình không đổ lỗi cho đồng nghiệp, cho tuyến trước.

12. Hằng hái tham gia công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe, phong trào chống dịch bệnh, cứu chữa người bị nạn, ốm đau tại cộng đồng. Gương mẫu thực hiện nếp sống vệ sinh, giữ gìn môi trường trong sạch.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái ở đầu câu

1. Phẩm chất đạo đức điều dưỡng được thể hiện:
 - A. Ý thức trách nhiệm cao
 - B. Trung thực, yêu nghề.
 - C. Khẩn trương, tự tin
 - D. Cả 3 ý trên đều đúng.
2. Người điều dưỡng khi chăm sóc người bệnh phải:
 - A. Giúp đỡ họ khi có điều kiện.
 - B. Tạo điều kiện để gia đình chăm sóc người bệnh
 - C. Để người nhà của người bệnh luôn được ở bên cạnh họ.
 - D. Không được từ chối giúp đỡ người bệnh.
3. Khi chăm sóc người bệnh, điều dưỡng cần phải chú trọng đến:
 - A. Màu sắc da.

B. Các tín đồ tôn giáo.

C. Những người là quan chức chính trị.

D. Xóa bỏ mọi quy định.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (v) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
4	Đạo đức điều dưỡng phải phù hợp với tính đa dạng của công tác điều dưỡng.		
5	Người bệnh có quyền đưa ra quyết định của họ.		
6	Người điều dưỡng có trách nhiệm nâng cao sức khỏe cho người bệnh.		
7	Chăm sóc điều dưỡng phải chú ý đến người có địa vị trong xã hội.		
8	Người điều dưỡng phải tự lập trong công tác chăm sóc.		
9	Người điều dưỡng có thể từ chối yêu cầu cần giúp đỡ của người bệnh.		
10	Quy tắc đạo đức điều dưỡng chỉ bao gồm những chuẩn mực về ứng xử.		

NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI

MỤC TIÊU

1. *Mô tả được nhu cầu cơ bản của con người theo phân cấp của Maslow.*
2. *Giải thích được sự liên quan giữa nhu cầu và điều dưỡng.*
3. *Kể được 14 nội dung chăm sóc cơ bản đáp ứng nhu cầu của người bệnh.*

1. KHÁI NIỆM

Có một số nhu cầu cơ bản phổ biến đối với tất cả mọi người. Những nhu cầu này được phân loại theo thứ tự ưu tiên. Tuy nhiên khi một số nhu cầu cần thiết (thiết yếu) được thỏa mãn con người sẽ chuyển đến nhu cầu khác ở mức cao hơn. Những nhu cầu cơ bản của con người được Maslow phân cấp như sau:

2. NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI PHÂN CẤP THEO MASLOW

2.1. Nhu cầu về thể chất

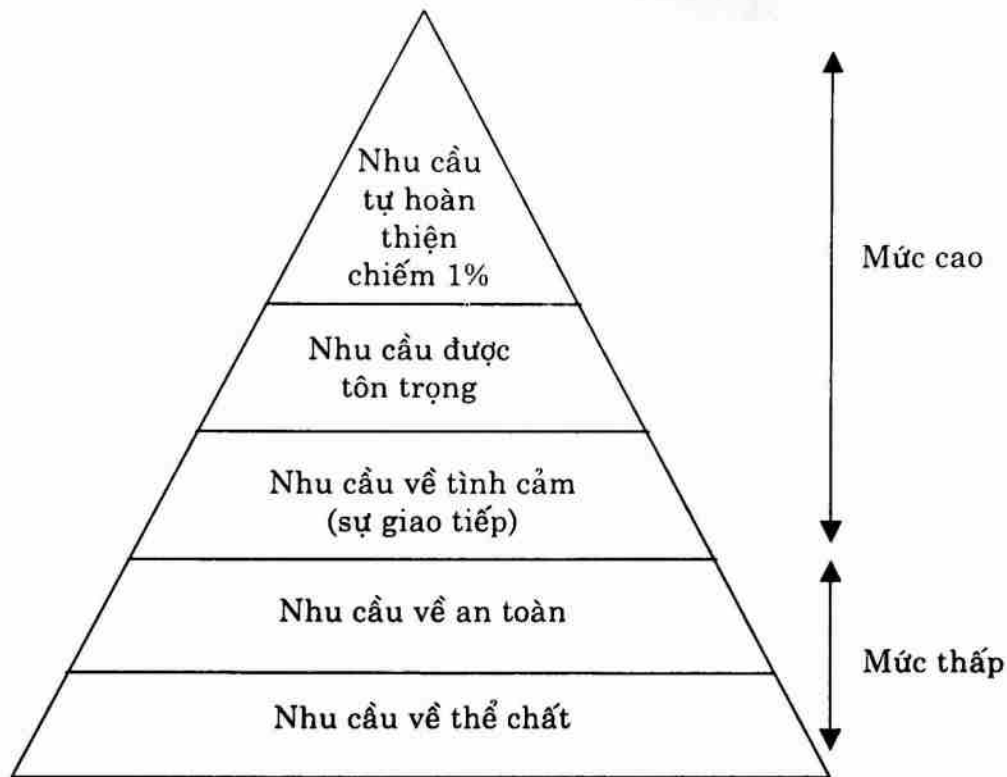
Là nền tảng của hệ thống phân cấp nhu cầu và được ưu tiên hàng đầu. Nhu cầu về thể chất bao gồm: oxy, thức ăn, nước uống, bài tiết, vận động, ngủ, nghỉ ngơi... Các nhu cầu này cần được đáp ứng tối thiểu để duy trì sự sống.

2.2. Nhu cầu an toàn và được bảo vệ

Nội dung nhu cầu an toàn và được bảo vệ bao gồm an toàn cả về tính mạng và tinh thần.

- An toàn về tính mạng là bảo vệ cho người ta tránh được các nguy cơ đe dọa cuộc sống.
- An toàn về tinh thần là tránh được mọi sự lo lắng, sợ hãi.

Để giúp người bệnh khỏi bị nguy hiểm, người điều dưỡng phải biết rõ tính chất đặc điểm của người bệnh. Nhận biết được những tai biến có thể xảy ra cho người bệnh trong quá trình điều trị, chăm sóc. Nếu có tai biến xảy ra người điều dưỡng có thể xử trí một cách thông minh, nhanh nhẹn kịp thời.



2.3. Nhu cầu về tình cảm và quan hệ (nhu cầu về sự giao tiếp)

Khi hai nhu cầu trên của con người đã được thoả mãn thì nhu cầu quyền sở hữu và sự yêu thương sẽ trở nên rõ ràng hơn.

Mỗi cá nhân dù khỏe mạnh hay bệnh tật đều mong mọi tình cảm của bạn bè, làng xóm, gia đình... do đó người điều dưỡng luôn biểu lộ thái độ thân thiện đúng mức với người bệnh, quan tâm đáp ứng thoả mãn nhu cầu tình cảm cho người bệnh.

2.4. Nhu cầu được tôn trọng

Sự tôn trọng tạo cho con người lòng tự tin và tính độc lập. Khi sự tôn trọng không được đáp ứng thì họ có cảm giác cô độc tự ti.

Điều dưỡng đáp ứng nhu cầu này của người bệnh bằng cách biết được tâm tư, nguyện vọng của người bệnh, chăm sóc ân cần và thân mật, niềm nở, chú ý lắng nghe ý kiến của người bệnh.

2.5. Nhu cầu tự hoàn thiện (tự khẳng định)

Là mức cao nhất trong hệ thống phân loại nhu cầu của Maslow. Maslow đánh giá chỉ 1% dân số đạt đến mức tự hoạt động, tự khẳng định bản thân. Nhu cầu tự hoàn thiện diễn ra trong suốt cuộc đời, nó chỉ xuất hiện khi các nhu cầu dưới nó được đáp ứng trong một chừng mực nhất định.

Các nhu cầu cơ bản càng được đáp ứng thì càng tạo ra động lực sáng tạo và tự hoàn thiện ở mỗi cá thể. Người điều dưỡng phải đánh giá đúng những nhu cầu của người bệnh để từ đó có sự chăm sóc thích hợp.

3. SỰ LIÊN QUAN GIỮA NHU CẦU VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU DƯỠNG

- Nguyên tắc điều dưỡng xuất phát từ việc đáp ứng nhu cầu cho người bệnh. Khi bị bệnh tật, ốm yếu người bệnh không tự đáp ứng được các nhu cầu hàng ngày cho chính mình nên cần sự hỗ trợ của người điều dưỡng.
- Nhu cầu của con người vừa có tính đồng nhất, vừa có tính duy nhất nên người điều dưỡng cần có kế hoạch chăm sóc riêng biệt cho từng người bệnh.
 - + Nhu cầu của con người tuy cơ bản giống nhau nhưng mức độ và tầm quan trọng đối với từng nhu cầu ở từng người có khác nhau. Hơn nữa trong cùng một con người cũng có khác nhau nhu cầu này có thể mạnh hơn nhu cầu khác và thay đổi mức độ ưu tiên theo từng giai đoạn của cuộc sống.
 - + Điều dưỡng cần nhận biết được các nhu cầu ưu tiên của người bệnh để lập kế hoạch chăm sóc (KHCS) cho người bệnh thích hợp.
- Sự tham gia của người bệnh vào kế hoạch chăm sóc:
 - + Chăm sóc xuất phát từ nhu cầu của người bệnh, người bệnh hiểu rõ nhu cầu của họ trừ trường hợp hôn mê, tâm thần...
 - + Khi lập KHCS người điều dưỡng cần tham khảo ý kiến người bệnh và gia đình họ để tạo cho họ có cơ hội tham gia tích cực vào quá trình điều trị, chăm sóc, phục hồi sức khỏe.
- Điều dưỡng cần tạo ra môi trường chăm sóc thích hợp để người bệnh được thoải mái mau chóng lành bệnh.

4. NHU CẦU CƠ BẢN VÀ CHĂM SÓC

Theo Virginia Henderson có 14 nội dung chăm sóc cơ bản:

1. Đáp ứng các nhu cầu về hô hấp.
2. Giúp đỡ người bệnh về ăn uống, dinh dưỡng.
3. Giúp đỡ người bệnh trong sự bài tiết.
4. Giúp đỡ người bệnh về tư thế vận động và luyện tập.
5. Đáp ứng nhu cầu ngủ và nghỉ ngơi.
6. Giúp người bệnh mặc và thay quần áo.
7. Giúp người bệnh duy trì thân nhiệt.
8. Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân hàng ngày.

9. Giúp người bệnh tránh được mọi nguy hiểm trong khi nằm viện.
10. Giúp người bệnh trong sự giao tiếp.
11. Giúp người bệnh thoải mái về tinh thần và tự do tín ngưỡng.
12. Giúp người bệnh lao động, để tránh mặc cảm là người vô dụng.
13. Giúp người bệnh trong các hoạt động vui chơi giải trí.
14. Giúp người bệnh có kiến thức về y học.

5. KẾT LUẬN

Nhu cầu cơ bản của con người và các nguyên tắc của việc chăm sóc thì cơ bản giống nhau nhưng không bao giờ giống nhau hoàn toàn. Vì vậy kế hoạch chăm sóc phải được xây dựng riêng biệt tùy theo tuổi, giới tính, hoàn cảnh văn hóa, xã hội và khả năng thể chất tinh thần của người bệnh. Ngoài ra kế hoạch này còn bị ảnh hưởng bởi tình trạng bệnh lý.

Kế hoạch chăm sóc phải đem lại sự chăm sóc đồng nhất, liên tục nhưng nó cần thay đổi theo sự thích ứng với nhu cầu của người bệnh. Điều quan trọng là người điều dưỡng phải tham khảo ý kiến của người bệnh và gia đình họ để nhận định nhu cầu của người bệnh, xây dựng kế hoạch chăm sóc người bệnh một cách hữu hiệu nhất.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Nhu cầu về thể chất là nền tảng của hệ thốngA.....nhu cầu và đượcB..... hàng đầu.
2. Nhu cầu an toàn về tính mạng là.....A.....cho con người tránh được các nguy cơ....B.... cuộc sống.
3. Theo Maslow nhu cầu tự hoàn thiện chỉ chiếm khoảngA..... dân số.

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu sau

4. Theo Maslow nhu cầu cơ bản của con người được phân cấp thành:
 - A. 3 cấp.
 - B. 4 cấp.
 - C. 5 cấp.
 - D. 6 cấp.

5. Theo Virginia Henderson công tác chăm sóc người bệnh cơ bản gồm có:

- A. 11 nội dung.
- B. 12 nội dung.
- C. 13 nội dung.
- D. 14 nội dung.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (v) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
6	Nhu cầu của con người tăng dần theo xu thế từ thấp tới cao.		
7	Nhu cầu về thể chất giúp cho con người tồn tại được.		
8	Các nguyên tắc của điều dưỡng được xây dựng trên cơ sở đáp ứng nhu cầu cho người bệnh.		
9	Nhu cầu của con người không mang tính thống nhất.		
10	Nhu cầu của con người không thay đổi trong quá trình sống.		
11	Người điều dưỡng có thể xác định được đúng các nhu cầu của người bệnh không cần tham khảo ý kiến của họ.		
12	Khi nhu cầu của người bệnh thay đổi thì phải thay đổi kế hoạch chăm sóc.		
13	Nhu cầu an toàn và được bảo vệ bao gồm cả sự an toàn về tính mạng và tinh thần.		
14	Trong quá trình chăm sóc cần phải tổ chức cho người bệnh được vui chơi, giải trí.		
15	Giúp người bệnh nâng cao nhận thức về bệnh tật là một công việc của người điều dưỡng.		

NHẬN ĐỊNH THỰC THỂ²

MỤC TIÊU

1. *Nêu được các yêu cầu của việc nhận định thực thể người bệnh.*
2. *Mô tả được các công việc cần phải làm khi thực hiện quy trình kỹ thuật nhận định thực thể người bệnh.*

1. CÁC YÊU CẦU NHẬN ĐỊNH THỰC THỂ NGƯỜI BỆNH

Khái niệm: nhận định thực thể là quy trình tổng quát bao gồm các nội dung: khai thác tiền sử, bệnh sử và khám thực thể người bệnh. Qua đó người điều dưỡng lượng giá các dữ liệu thu thập được từ một cá thể và đưa ra chẩn đoán chăm sóc có giá trị về sức khỏe để lập kế hoạch chăm sóc.

Nhận định thực thể người bệnh là một công việc không thể thiếu trong quá trình chăm sóc người bệnh của người điều dưỡng. Nhận định thực thể người bệnh tốt phải đạt được các yêu cầu sau.

- Khoa học: ngoài kiến thức y học mà tất nhiên mỗi điều dưỡng bắt buộc phải có đầy đủ, còn cần phải có một quan niệm biện chứng con người là một khối thống nhất trong đó mỗi bộ phận đều có liên quan hữu cơ với nhau, do đó không chỉ nhận định thực thể đơn độc một bộ phận có bệnh mà luôn luôn phải nhận định thực thể toàn bộ cơ thể.
- Kỹ thuật: khi tiến hành nhận định thực thể người bệnh phải theo đúng quy tắc và kỹ thuật nhận định chung riêng mới phát hiện được đúng các vấn đề đang tồn tại ở người bệnh hay các nhu cầu mà người bệnh đang hoặc sẽ cần có sự hỗ trợ của người điều dưỡng để giải quyết, ví dụ: khi nghe các tiếng không bình thường ở tim, ở phổi; khi sờ thấy gan mập mé bờ sườn, hoặc khi gõ phản xạ gân thấy giảm....
- Tâm lý: thông qua cách nhận định người bệnh kỹ lưỡng, tử mĩ ngoài việc giúp điều dưỡng phát hiện đúng các nhu cầu của người bệnh còn củng cố lòng tin của người bệnh, ổn định tư tưởng, giảm đi sự bi quan lo sợ của họ, giúp họ tin tưởng vào việc điều trị, chăm sóc của điều dưỡng và nhân viên y tế, vào sự khỏi bệnh sau này.

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT NHẬN ĐỊNH THỰC THỂ NGƯỜI BỆNH

2.1. Chuẩn bị phòng khám bệnh và dụng cụ

*** Phòng khám bệnh.**

- Sạch sẽ, thoáng khí nhưng tránh gió lùa.
- Ấm về mùa rét.
- Có đủ ánh sáng.
- Kín đáo, nhất là những nơi dùng để khám bệnh phụ nữ.

*** Phương tiện, dụng cụ.**

Ngoài các bàn ghế cần thiết và giường để người bệnh nằm khám, nơi khám bệnh cần được trang bị một số phương tiện tối thiểu là:

- Ống nghe, cân, đồng hồ có kim giây, nhiệt kế, thước dây.
- Máy đo huyết áp.
- Dụng cụ đè lưỡi: để khám lưỡi người bệnh, loa soi mũi, soi tai.
- Búa phản xạ và kim.
- Găng tay hoặc bao ngón tay cao su, bông, dầu nhờn (để thăm khám trực tràng hoặc âm đạo khi cần thiết).
- Đèn pin để kiểm tra phản xạ đồng tử.

2.2. Điều dưỡng

- Cần lưu ý đến cách ăn mặc: áo quần không sạch (cổ áo đen, móng tay dài, đầu tóc rối bù...) sẽ làm giảm sự tin tưởng của người bệnh đối với người điều dưỡng.
- Thái độ cần phải thân mật, niềm nở để người bệnh dễ tiếp xúc, dễ thổ lộ những vấn đề kín đáo của mình. Cần tránh những thái độ có thể làm người bệnh hiểu lầm là người điều dưỡng "ban ơn" cho họ.
- Khi thực hiện động tác, cần phải có tác phong nhẹ nhàng, tỷ mỉ, tránh thô bạo, tránh dạy dỗ người bệnh nhiều mà không cần thiết nhất là đối với các người bệnh nặng. Người điều dưỡng, nhất là điều dưỡng nam giới, cần chú ý tới bản chất e thẹn của người phụ nữ để tránh những cách hỏi và nhất là cách thao tác quá sỗ sàng lộ liễu, làm tổn thương đến sự tự trọng của người bệnh là phụ nữ, như vậy họ sẽ không nói ra những điều cần thiết cho chẩn đoán điều dưỡng.
- Khi nhận định các vấn đề của người bệnh, cần khách quan và thận trọng: không nên có định kiến trước c, nhất là đối với người bệnh cũ. Cần phải đánh giá đúng mức các triệu chứng, nhất là các triệu chứng chủ quan của người bệnh: việc nhận định, phân tích, đánh giá các triệu chứng đó phải dựa trên một cơ sở khoa học.

- Phải thận trọng khi nói với người bệnh về tình trạng bệnh của họ: nói chung, phải suy nghĩ trước khi nói để không nói những vấn đề gì có thể làm cho họ lo sợ, hoang mang hoặc bị quan với bệnh của mình; phải giải thích để nâng đỡ tinh thần, ổn định tư tưởng cho họ yên tâm điều trị, tin ở sự khỏi bệnh. Đối với gia đình người bệnh, chúng ta có thể nói thật trong một phạm vi nhất định, nghĩa là tùy theo vấn đề, tùy theo quan hệ của người đó với người bệnh.

2.3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh cần được khám ở một tư thế thoải mái, nếu tình trạng sức khỏe cho của họ cho phép.
- Phải bộc lộ các vùng cần phải nhận định.
 - + Người bệnh nam giới chỉ nên mặc một quần lót, nếu nơi khám bệnh đảm bảo được ấm áp đầy đủ.
 - + Người bệnh nữ giới nên bộc lộ từng phần: ngực, bụng rồi các chi...
- Về mùa rét, cần chú ý nhắc người bệnh tháo bỏ khăn quàng cổ vì khăn đó có thể che dấu một số vấn đề rất quan trọng ở cổ: bướu giáp, các tĩnh mạch cổ nổi, các sẹo hạch cổ...

2.4. Kỹ thuật tiến hành

2.4.1. Khai thác tiền sử, bệnh sử (lịch sử bệnh)

- **Phỏng vấn: khi hỏi bệnh, cần dùng những từ dễ hiểu, tránh dùng những** danh từ y học mà người bệnh khó biết (hoàng đả, huyết niệu...). Cần nhấn nại khai thác các triệu chứng chủ quan của người bệnh, nếu cần thì không nên ngần ngại hỏi đi hỏi lại hoặc thay đổi cách hỏi để có thể nắm hết ý của người bệnh.
- **Xác định vấn đề chính của bệnh:** là lý do đã buộc người bệnh tìm đến cơ sở y tế (thường là một triệu chứng hoặc một điều gì đó người bệnh cảm thấy). Vì vậy người điều dưỡng phải biết khai thác.
 - + Khởi đầu: vấn đề đó bắt đầu từ khi nào?
 - + Thời gian: vấn đề đó có trong thời gian bao lâu?
 - + Vị trí: vấn đề sức khỏe có ở đâu?
 - + Mức độ nghiêm trọng?
 - + Yếu tố làm tăng (khi thay đổi tư thế đau tăng- ăn no bị đau....)
 - + Yếu tố làm giảm: các biện pháp gì làm thuyên giảm bệnh (dùng thuốc, nghỉ ngơi, nhịn ăn...)
 - + Điều trị trước đây: người bệnh đã được điều trị như thế nào?

- Xác định các vấn đề ngoài bệnh.
 - + Dị ứng thuốc hoặc thức ăn?
 - + Tiêm phòng?
 - + Các bệnh mạn tính?
 - + Tiền sử sản khoa (nếu là phụ nữ)?
 - + Phẫu thuật hoặc các tai nạn trước đây?
- Tiền sử gia đình:

Ông - bà, Bố - mẹ, anh chị em ruột có ai mắc bệnh như người bệnh không? Vấn đề này rất quan trọng liên quan đến một số bệnh di truyền qua các thế hệ (tiểu đường, đục thủy tinh thể....)

- Nhận thức xã hội:

Giúp người khám hiểu được hoàn cảnh gia đình, hoàn cảnh kinh tế, trình độ học vấn, tôn giáo, các thói quen (hút thuốc, uống rượu, uống chè, tập thể dục, ăn kiêng một số loại thức ăn...).

- Môi trường dân cư người bệnh sinh sống.

Điều này rất cần thiết vì nó liên quan đến vấn đề dịch tễ (sốt xuất huyết, cúm, viêm đường hô hấp cấp....).

2.4.2. Khám thực thể

Khi tiến hành khám thực thể người bệnh, người điều dưỡng sử dụng các kỹ năng:

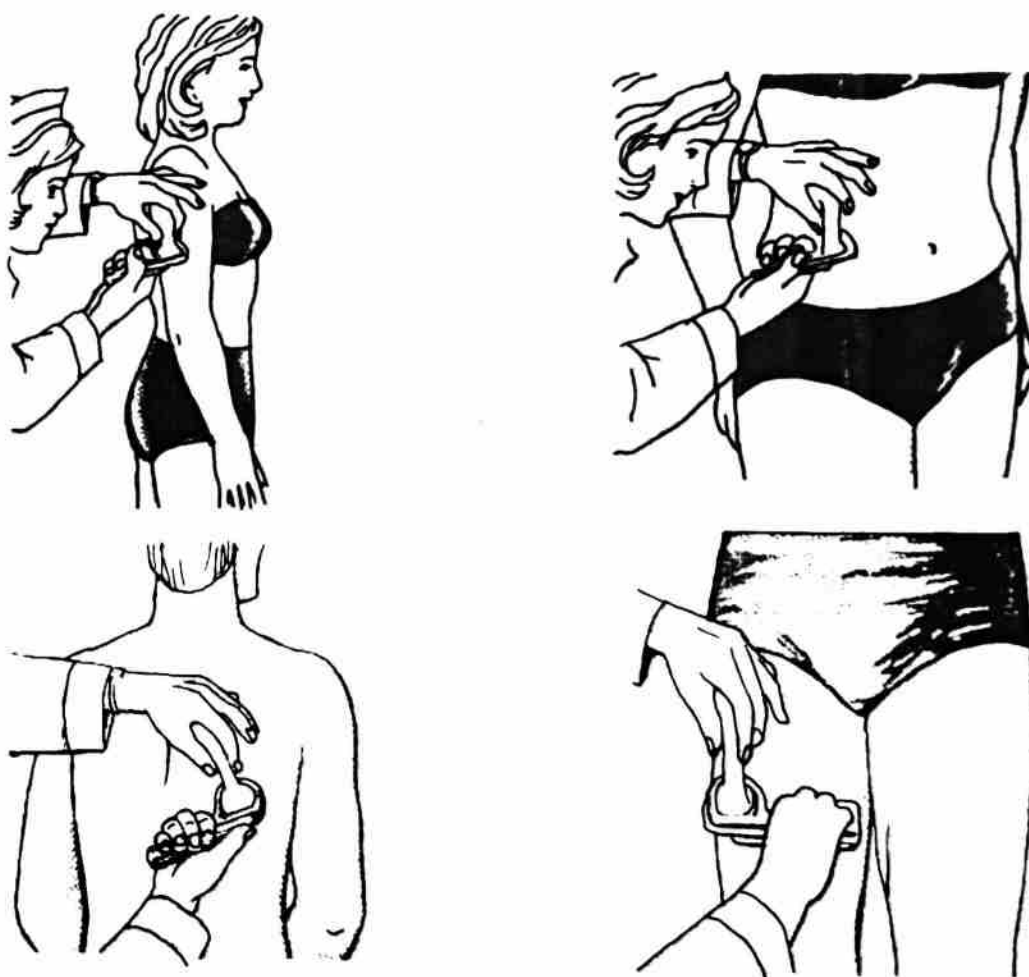
- Nhìn: quan sát người bệnh được tiến hành từ phía trước ra phía sau, từ đầu đến chân, sự cân xứng giữa các bộ phận của cơ thể....cụ thể.
- Sờ: sờ là những kỹ thuật liên quan đến việc sử dụng hai bàn tay để ấn, nắn, sờ lên các bộ phận của cơ thể người bệnh. Sờ đánh giá được: nhiệt độ (nóng, lạnh), độ ẩm của da, mức độ đàn hồi của da, mạch, phản ứng đau của bộ phận cơ thể người bệnh, rung thanh, hạch, và khối u.
- Gõ: là sử dụng các ngón tay hoặc hai bàn tay để gõ làm phát ra các âm thanh trên bề mặt da để xác định vị trí, kích thước, độ đặc, độ rỗng của các tổ chức dưới nơi gõ: xác định vùng đục của tim, gan, xác định âm vang của phổi, dạ dày... Có 5 loại âm vang khác nhau khi gõ:
 - + Âm vang: âm cao giống như tiếng trống, âm này thường nghe khi gõ trên vùng dạ dày.
 - + Âm đục: âm này thường nghe trên vùng tim, vùng gan.
 - + Âm trầm: âm này thường nghe được khi gõ lên các khối u
 - + Âm cộng hưởng trung bình: tiếng như gõ ống âm vang thường nghe khi gõ trên vùng phổi ở trạng thái bình thường.
 - + Âm cộng hưởng to: nghe được khi gõ lên vùng phổi có tràn khí.

- Nghe: là dùng ống nghe để nghe các âm do các cơ quan trong cơ thể phát ra (nghe các ổ van tim, nghe phổi, dạ dày, ruột, các mạch máu lớn...).

2.4.2.1. Khám toàn thân

- Nhận định dáng đi, cách nằm của người bệnh.
- Ngay khi tiếp xúc với người bệnh, cần phải chú ý đến một vài cách nằm, đứng và cách đi đặc biệt của người bệnh giúp gợi ý cho chúng ta hướng tới một số nhu cầu đặc biệt của người bệnh cần phải chú ý giải quyết để giúp họ được thoải mái.
 - + Tư thế nằm “cò súng”: quay mặt vào phía tối của những người bệnh màng não, đang muốn né tránh những kích thích về ánh sáng.
 - + Tư thế nằm cao đầu hoặc nửa nằm nửa ngồi (tư thế Fowler) của những người bệnh đang gặp khó khăn về thở.
 - + Cách đi cứng đờ, toàn thân như một khúc gỗ của người bệnh đang có những trở ngại về vận động.
 - + Dáng đi vừa đi vừa ôm hạ sườn phải của những người bệnh đang có những đau đớn vùng bụng.
- Tình trạng tinh thần của người bệnh: cần để ý xem người bệnh ở trong tình trạng nào sau đây:
 - + **Tỉnh táo:** người bệnh có thể tự khai thác bệnh được, nhận định và trả lời được rõ ràng các câu hỏi của thầy thuốc.
 - + **Mê sảng:** người bệnh không nhận định được và không trả lời được đúng các câu hỏi. Không những thế người bệnh còn ở trong tình trạng hốt hoảng, nói lảm nhảm, thậm chí có khi chạy hoặc đập phá lung tung.
- Hôn mê: người bệnh không có khả năng tự nhận định được và cũng không trả lời được câu hỏi của điều dưỡng. Người bệnh không hốt hoảng, không nói lảm nhảm, trái lại mất liên hệ nhiều hay ít với ngoại cảnh, thậm chí trong trường hợp hôn mê sâu:
 - + Người bệnh không biết đau khi cấu véo.
 - + Không nuốt được khi ta đổ nước vào mồm.
 - + Mất phản xạ giác mạc.
- Hôn mê là do một trạng thái bệnh nặng, hậu quả của rất nhiều bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc và của rất nhiều bộ phận, cần khám và hỏi kỹ mới phát hiện được nguyên nhân của nó.
- Hình dáng nói chung:
 - + **Gầy (suy dinh dưỡng):** mặt hốc hác, má hóp lại, xương mặt lồi, nhất là xương gò má, xương sườn, xương bả vai nổi rõ, bụng lép, da bụng nhăn nheo, số cân nặng dưới số cân trung bình 20%. Người bệnh gầy hay gặp trong các trường hợp:

- *Thiếu hụt dinh dưỡng* do: ăn uống thiếu về chất hoặc về lượng. Ăn uống đủ nhưng bộ phận tiêu hóa không tiêu hóa và hấp thu được (hẹp thực quản, hẹp môn vị, bệnh đường ruột mạn tính, viêm tụy mạn tính...)
- Ăn uống đủ tương đối nhưng không đáp ứng được nhu cầu của cơ thể tăng lên do lao động quá sức hoặc do bệnh tật.
- + *Béo (tăng cân)*: mặt tròn, má phính, cằm xệ, cổ thường bị rụt không nhìn thấy, chân tay to tròn và có ngấn, da bụng có một lớp mỡ dày làm bụng to và xệ xuống, số cân cao hơn số cân trung bình trên 15%. Người bệnh béo hay thừa cân hay gặp trong các nguyên nhân sau:



Hình 5: Kỹ thuật đo lớp mỡ dưới da

- *Nguyên nhân dinh dưỡng*: thông thường nhất, nhất là khi ăn nhiều mà không hoạt động.
- *Nguyên nhân nội tiết*: phụ nữ lúc đến tuổi mãn kinh, nam giới sau khi mất tinh hoàn. Bệnh Cushing do tuyến yên hay do cường tuyến thượng thận.

- *Nguyên nhân tâm thần*: đôi khi xảy ra sau chấn thương nặng về tâm thần.

+ Cao hay thấp: cần chú ý đến hai trường hợp bệnh lý:

Người vừa cao quá khổ vừa to, đơn thuần hoặc kết hợp thêm với hiện tượng to đầu và chi: đây là bệnh khổng lồ (gigantisme), một bệnh của tuyến yên.

Người vừa thấp vừa quá nhỏ: cũng là một trường hợp bệnh lý tuyến yên, bệnh nhi tính (infantilisme).

+ Sự cân đối giữa các bộ phận: thường có một sự cân đối nhất định giữa các bộ phận của thân, đầu và chi. Trong một số trường hợp bệnh lý, ta thấy mất sự cân đối đó.

- *Trường hợp to đầu (hydrocéphalie)*: đầu rất to không tương xứng với toàn bộ cơ thể.

- *Người bệnh to cực (acromégalie)*: đầu và nhất là hai bàn tay, bàn chân đều to quá khổ, không tương xứng với phần chi và cơ thể còn lại.

- *Teo một đoạn chi, cả một chi hay cả hai chi đối xứng*: thường gặp trong các bệnh thần kinh như xơ cột bên teo cơ (sclerose lalérale), bệnh ống sáo tuỷ (syringomyelie) và thông thường nhất là di chứng của bệnh liệt trẻ em (P.A.A). Nhưng cũng có khi là bệnh của cơ.

- *Hai bên lồng ngực không cân đối* do một bên bị tràn dịch hay tràn khí màng phổi làm căng ra hoặc ngược lại do viêm màng phổi dày và dính co kéo làm xẹp xuống.

2.4.2.2. Da và niêm mạc

Khi nhận định về da và niêm mạc cần chú ý phát hiện một số các trường hợp như:

* **Màu sắc**:

- Da và niêm mạc xanh tím: thể hiện tình trạng người bệnh đang có nhu cầu ôxy hay gặp ở những người bệnh đang có những bất thường về tim mạch, hô hấp gây rối loạn quá trình thông khí, trao đổi hoặc vận chuyển khí trong cơ thể...

- Tình trạng xanh tím thường chỉ xuất hiện ở môi, ở mặt người bệnh, nặng lắm mới xanh tím đến các nơi khác, thậm chí có khi toàn thân. Cũng có một số trường hợp người bệnh biểu hiện tình trạng xanh tím chỉ khu trú ở một vùng, ví dụ trong: viêm tắc động mạch: xanh tím ở các ngón chân, ngón tay, có khi cả bàn chân, bàn tay hoặc cả một đoạn của chi do động mạch đó chi phối. Rối loạn vận mạch mao quản: xanh tím tất cả các đầu chi, nhất là các đầu ngón tay.

- Da và niêm mạc xanh xao nhợt nhạt: tình trạng xanh xao có khi thể hiện trên sắc mặt của người bệnh, có khi kín đáo, phải tìm ở niêm mạc mắt,

niêm mạc miệng, lưỡi hoặc lòng bàn tay, bàn chân. Đó là những dấu hiệu thể hiện người bệnh đang có nhu cầu về số lượng hoặc chất lượng hồng cầu cấp hoặc mạn tính do rất nhiều nguyên nhân.

- Da và niêm mạc vàng: da của người bệnh có thể có nhiều hình thức vàng: vàng rơm, vàng bùng, vàng tươi nhiều hay ít. Vị trí vàng da có thể chỉ ở lòng bàn tay, bàn chân hoặc xuất hiện cả ở các niêm mạc mắt, mồm, lưỡi...Dấu hiệu vàng da thể hiện người bệnh đang gặp trở ngại về hệ thống gan mật hoặc rối loạn chuyển hóa khác.
- Da và niêm mạc sạm đen (méladermie): đây không phải là trường hợp sạm nắng bình thường của những người lao động ngoài trời mà là một trường hợp bệnh lý gặp ở những người bệnh có những rối loạn ở hệ thống nội tiết: suy tuyến thượng thận (bệnh Addison), ứ đọng hắc tố.

* **Các tổn thương ngoài da:** ngoài mục đích phát hiện các nhu cầu của người bệnh về da, việc nhận định này còn giúp điều dưỡng chú ý đến các sequelae của bệnh nào đó trong tiền sử và các sequelae phẫu thuật, vì các bệnh tích này có khi liên quan đến các nguyên nhân của những nhu cầu hiện tại của người bệnh

Sẹo trằng nhạt làm nghi đến người bệnh đã mắc bệnh lao.

Sẹo “dồi leo” (zona) ở ngực: có thể là nguyên nhân của vấn đề đau dây thần kinh gian sườn của người bệnh hiện tại.

Vết sẹo do đạn ở ngực hướng cho ta nghĩ đến nguyên nhân của chứng ho ra máu hiện nay.

Sẹo vết mổ trên cơ thể.

* **Các nốt chảy máu:** thường là biểu hiện của các trường hợp rối loạn về máu và thể hiện dưới nhiều hình thái:

- Mảng bầm máu (ecchymose).
- Ban chảy máu (purpura).
- Chấm chảy máu (pétéchie).

* **Tình trạng kiệt nước (Mất nước):**

- Da khô, nhăn nheo, thậm chí có cả những mảng vảy.
- Sự tồn tại các nếp nhăn sau khi véo da (nếp véo da mất chậm)

Thể hiện nhu cầu về nước của người bệnh, thường thấy trong các trường hợp người bệnh bị mất nước do các nguyên nhân hay gặp sau:

- + Ía chảy cấp mất nước.
- + Nôn nhiều.
- + Sốt cao, nhiễm khuẩn kéo dài.

*** Tình trạng ứ nước (phù).**

Biểu hiện bằng: phù có ấn lõm (phù mềm) hoặc không có ấn lõm (phù cứng), cần phát hiện ở mắt (nhất là mí mắt), ở cẳng chân, cổ chân (tìm dấu hiệu ấn lõm ở mắt trong xương chày và ở mắt cá).

Tình trạng ứ nước hay phù thể hiện người bệnh đang có dấu hiệu thừa nước thường thấy trong các trường hợp:



Hình 6: Khám dấu hiệu phù

Người bệnh đang có tổn thương ở thận (Viêm cầu thận cấp hoặc mạn, bệnh thận hư nhiễm mỡ).

Người bệnh có những trở ngại về tuần hoàn (Suy tim).

Người bệnh có những rối loạn về chức năng gan (xơ gan).

Người bệnh có vấn đề về dinh dưỡng (suy dinh dưỡng).

Người bệnh có những rối loạn về hệ thống bạch mạch hoặc tĩnh mạch.

2.4.2.3. Hệ thống lông và tóc

Có thể phát hiện được các dấu hiệu bất thường ở người bệnh như:

- Quá nhiều lông ở nam giới, hoặc mọc lông ở những nơi phụ nữ bình thường không có (râu). Đó là những dấu hiệu của rối loạn chức năng tuyến thượng thận (Bệnh Cushing).
- Không mọc lông hoặc rụng lông, rụng tóc, biểu hiện của:
 - + Tình trạng cơ thể suy nhược do một bệnh nhiễm khuẩn hay nhiễm độc.
 - + Một bệnh tại chỗ của da hoặc da đầu.
 - + Một rối loạn nội tiết: rối loạn buồng trứng, suy tuyến giáp trạng.

2.4.2.4. Đầu, mặt cổ

- Đầu: ngoài việc nhận xét da, niêm mạc và hộp sọ, tóc, đã nói ở trên cần nhận định về sự hoạt động của 12 dây thần kinh sọ não, nhất là khi người bệnh lại có những rối loạn về tinh thần kinh.

- Mặt: chú ý khám mắt, mũi, miệng, tai, răng, lưỡi, họng.
- Cổ: cần chú ý đến:
 - + Tuyến giáp trạng.
 - + Các hạch ở cổ hoặc các sẹo trằng nhạc cũ.
 - + Tĩnh mạch cổ: tĩnh mạch cổ nổi to là một biểu hiện của suy tim phải.

2.4.2.5. Ngực

Cần nhận xét hình thái và sự hoạt động của lồng ngực theo nhịp thở, nhận định tim và phổi, hai vú và các hạch ở nách.

Khám thực thể phổi.

* **Nhìn:** nhìn hình thái toàn bộ lồng ngực, quan sát nhịp thở nếu cần, đo vòng lồng ngực. Chú ý kết hợp với quan sát toàn thân.

- Quan sát phần mềm: chú ý nhìn hố trên đòn, các khoảng gian sườn, các nhóm cơ ở ngực: ở người gầy, các hố trên đòn và các khoang gian sườn lõm xuống. Một số người ít luyện tập hoặc gầy mòn, các cơ gian sườn, cơ ngực trên và dưới gai xương bả, cơ vùng lưng bị teo lại nên có dáng khom khom, vai so ra phía trước, ngực lép, lưng cong, xương bả vai nhô ra.
- Quan sát khung xương: chú ý hình thể chung và sự cân xứng của lồng ngực:
 - + Lồng ngực còi xương có chuỗi hạt sườn, là những nốt to ở chỗ tiếp xúc giữa xương và sụn sườn, xương ức nhô ra phía trước, tạo nên hình mũi thuyền, hoặc ngược lại, lõm vào trong như hình phễu.
 - + Lưng gù bẩm sinh hay hậu phát (tai nạn, lao cột sống).
 - + Lưng vẹo: cột sống cong sang chiều ngang, gây ra tình trạng mất cân xứng của lồng ngực và vai: vai cao, vai thấp.
 - + Lồng ngực giãn phế nang nặng: giãn to về mọi phía, các khoảng gian sườn giãn, phồng làm lồng ngực có hình thùng.
 - + Lồng ngực mất cân xứng do tổn thương các tạng ở trong:

Giãn một bên: tràn dịch tràn khí màng phổi.

Xẹp một bên: di chứng viêm màng phổi gây dày dính, xẹp phổi.

- + Lồng ngực phồng ở dưới do gan, lách to, cổ trướng.
- + Viêm cơ, u xương ức, xương sườn, cột sống: gây ra khối u ở một vùng trên lồng ngực.
- Quan sát nhịp thở: bình thường người lớn thở 16-20 lần trong một phút, nhịp đều, biên độ trung bình. Khi hít vào, cường độ hô hấp mạnh hơn thời gian ngắn hơn khi thở ra. Những thay đổi bất thường về nhịp thở: tần số, biên độ, nhịp, trên lâm sàng gọi là khó thở. Người ta chia ra ba loại kiểu thở:

- + Kiểu trên (kiểu ngực): gặp ở phụ nữ, do phần trên của lồng ngực hoạt động mạnh hơn. Hiện tượng này rõ rệt nếu đeo nịt vú chặt, hạn chế cử động của cơ hoành.
- + Kiểu hoành (kiểu bụng): gặp ở trẻ em và nam giới đã trưởng thành, cơ hoành đóng vai trò chủ yếu trong hô hấp, xương sườn là thứ yếu.
- + Kiểu hỗn hợp (kiểu sườn): gặp ở trẻ em, do xương sườn mềm, dễ co giãn, lồng ngực giãn nở theo chiều ngang rất rõ khi thở.

Các kiểu thở trên thay đổi trong một số trường hợp bệnh lý:

- + Đau thần kinh gian sườn trên làm cho phụ nữ phải thở chủ yếu bằng cơ hoành; trong tràn dịch màng phổi trên cơ hoành, nam giới lại thở chủ yếu bằng cơ gian sườn hoặc chỉ thở bằng phổi bên lành.
- + Khoảng gian sườn kém di động ở toàn bộ lồng ngực trong giãn phế nang hoặc ở một bên ngực trong tổn thương khu trú: xẹp phổi, có nước, hơi ở màng phổi.
- + Nếu tắc ở đường hô hấp trên (thanh, khí quản), thở có tiếng khò khè và khi nhìn sẽ thấy co kéo trên và dưới ức: cơ chế của hiện tượng này là vì có chèn ép, trong thì hít vào, áp lực trong lồng ngực dưới tác dụng cơ hô hấp càng trở nên âm tính, các phần mềm của thành ngực bị hút tạo nên những khoảng lõm, co kéo lên xuống trong các thì hô hấp.
- + Một khoảng vòng to lên khi thở ra là dấu hiệu của tràn mủ màng phổi thoát ra ngoài, hoặc hiếm gặp hơn của thoát vị phổi.

*** Đo.**

- Đo lồng ngực giúp ta đánh giá được chu vi, sự co giãn và tình trạng cân xứng hay không của lồng ngực. Trên thực tế người ta hay dùng thước dây đo vòng ngực, theo Hirtz có 3 mốc:
 - + Ngay dưới hố nách.
 - + Trên đường ngang qua núm vú.
 - + Trên đường ngang đi giữa đỉnh góc bờ sườn, nền mũi ức và bờ dưới xương sườn 10.

Đo ở thì hít vào và thở ra cố gắng. Đối với phụ nữ, nên đo ở đường qua hai hố nách.

- Người ta coi là bình thường, hiệu số giữa chu vi lồng ngực, khi hít vào và thở ra là 6-7 cm (chỉ số hô hấp).
- Có thể đo riêng rẽ hai bên lồng ngực bằng hai thước đo, lấy mỏm gai các đốt sống và đường giữa ngực làm mốc.
- Chỉ số hô hấp thấp trong các trường hợp hạn chế hô hấp: tràn dịch, tràn khí màng phổi, giãn phế nang, ...

* Sờ.

Nhằm thăm dò hình thái và động tác hô hấp, chủ yếu là sự dẫn truyền của rung thanh qua xúc giác và các tiếng phụ bất thường (tiếng rên, cò...).

- Thăm dò hình thái lồng ngực và động tác hô hấp: bàn tay áp hân vào thành ngực, lần lượt thăm dò toàn bộ lồng ngực: khung xương, các nhóm cơ, độ giãn nở các khoang gian sườn trong khi thở. Có thể bổ sung thêm tài liệu cho giai đoạn nhìn:
 - Thay đổi của khung xương, các nhóm cơ.
 - Các khoang liên sườn kém hoặc không giãn nở trong tràn dịch, tràn khí ở màng phổi, xẹp phổi.
 - Các điểm đau dây thần kinh gian sườn.
 - Lao sạo của xương sườn gãy, đi cùng với điểm đau khu trú.
- Thăm dò rung thanh: rung thanh xuất phát từ dây thanh âm, truyền qua thành ngực và cổ, rõ nhất ở thanh – khí quản, vùng trên gai trong rồi tới hố dưới đòn, khoang liên sườn - cột sống, vùng sau và bên của lồng ngực, xương ức và hố trên gai. Cường độ rung thanh phụ thuộc vào cường độ rung của dây thanh âm và độ dày của thành ngực. Ở người già yếu, phụ nữ và trẻ con rung thanh kém hơn ở thanh niên khỏe mạnh. Người béo có rung thanh nhỏ hơn người gầy.
- Cách tìm rung thanh: áp lòng bàn tay lên thành ngực ở các vị trí đối xứng và bảo người bệnh đếm: “một, hai, ba”. Nếu tiếng rung mạnh và nếu muốn phân tích tỷ mỉ rung thanh ở một vùng thì dùng cạnh bàn tay hoặc đầu các ngón tay, nhưng cũng đặt ở vị trí đối xứng. Khám lồng ngực ta cần phải so sánh các vùng đối xứng mới có thể nhận xét được những thay đổi bệnh lý vì do những khác nhau về giải phẫu và sinh lý, người ta không thể quy định những tiêu chuẩn cụ thể về mặt âm học đối với hô hấp chung cho tất cả mọi người được.
- Những thay đổi bệnh lý:
 - Rung thanh mất: nếu dây thanh âm không hoạt động được (suy nhược, liệt dây thanh âm...). Ngoài ra, ta có thể thấy những thay đổi sau đây: tăng, giảm, mất, trong các bệnh đường hô hấp.
 - Rung thanh tăng: trong các trường hợp đông đặc nhu mô phổi, viêm phổi, nhồi máu động mạch phổi, v.v...

Nhưng cũng có trường hợp rung thanh tăng do nhu mô phổi hoạt động bù, khi đó rì rào phế nang mạnh lên và gõ cũng trong hơn. Hiện tượng này có thể gặp ở phía trên ranh giới vùng có nước ở màng phổi. Người ta còn thấy rung thanh tăng ở vùng phổi lành hoạt động bù, lan sang vùng bệnh, có thể lan ở một bên phổi, hoặc sang bên phổi đối diện. Cho nên trong một số trường hợp tràn dịch hoặc tràn khí ở màng phổi, lại có rung thanh ở bên bệnh.

- Rung thanh giảm: trong các trường hợp không có khí ở phổi do chèn ép hoặc kém thông khí do nhu mô phổi kém co giãn như giãn phế nang, và trong tất cả các trường hợp có trường ngại vật ngăn cách nhu mô phổi với thành ngực: tràn dịch, tràn khí màng phổi.
- Rung thanh không thay đổi: nếu tổn thương ở phổi không rộng lớn và ít ảnh hưởng tới tính chất dẫn truyền của nhu mô, thì không thấy rõ sự thay đổi của rung thanh: viêm phổi không điển hình, tràn dịch nhẹ ở màng phổi. Do đó, chúng ta cần phải kết hợp nhiều phương pháp trên lâm sàng để có chẩn đoán đúng.

*** Gõ**

Nhằm đánh giá độ vang của phổi, một tổ chức rỗng, để biết những thay đổi của nó trong các trường hợp bệnh lý.

- Phương pháp gõ trực tiếp: dùng các ngón tay gấp khum lại, hoặc lòng bàn tay mở rộng. Phương pháp này cho biết một cách khái quát độ trong, đục của toàn bộ lồng ngực, nhưng làm cho người bệnh đau và cũng không xác định được kỹ những vùng tổn thương.
- Phương pháp gõ gián tiếp: gõ qua trung gian một vật khác; trước kia người ta dùng một miếng gỗ, kim loại, ngà, hoặc thuỷ tinh; hiện nay thì dùng các ngón bàn tay bên kia làm trung gian.
 - + Bàn tay trái, nhất là ngón giữa, áp chặt vào lồng ngực, và trên các khoảng liên sườn. Ngón gõ của bàn tay phải, gập cong lại, sao cho đốt thứ ba gõ thẳng góc với đốt giữa ngón tay trái.
 - + Chú ý khi gõ chỉ chuyển động cổ tay hoặc khớp bàn tay với ngón tay. Gõ nhẹ khi muốn thăm dò phần nông ở phổi, gõ mạnh nếu tìm những thay đổi ở sâu. Phải gõ đều tay, nghĩa là với cùng một cường độ, và phải so sánh các vùng đối xứng.
 - + Kết quả: tính chất gõ trong hay đục phụ thuộc vào cấu trúc của lồng ngực, chiều dày của thành ngực, khả năng co giãn của nhu mô phổi và thể tích khí trong phế nang.
- Tiếng gõ gồm có 3 thành phần: cường độ, âm độ, âm sắc. Cường độ phụ thuộc vào biên độ dao động do gõ gây nên, và thay đổi theo:
 - + Chiều dày của cơ và lớp da: cường độ lớn nhất ở vùng dưới đòn và nách, nhỏ nhất ở hố trên gai, trung bình ở đáy.
 - + Thể tích và áp lực không khí trong phế nang. Hít vào gõ vang hơn thở ra.
 - + Âm độ phụ thuộc vào tần số dao động do gõ gây nên: những tiếng cao có âm độ cao đều, khô, gọn. Những tiếng trầm có âm độ thấp đều êm và kéo dài.
 - + Âm sắc: chỉ thấy biểu lộ trong các trường hợp bệnh lý, ví dụ: hang to, tràn khí màng phổi, gây nên những hoà âm đặc biệt.

- Thay đổi bệnh lý: có thể làm thay đổi riêng rẽ từng phần của tiếng gõ, nhưng trong đa số trường hợp, cường độ, âm độ và âm sắc đều thay đổi.
- + Thay đổi cường độ: cường độ tăng, gõ vang, cường độ giảm, gõ đục, đục ít hay hoàn toàn.

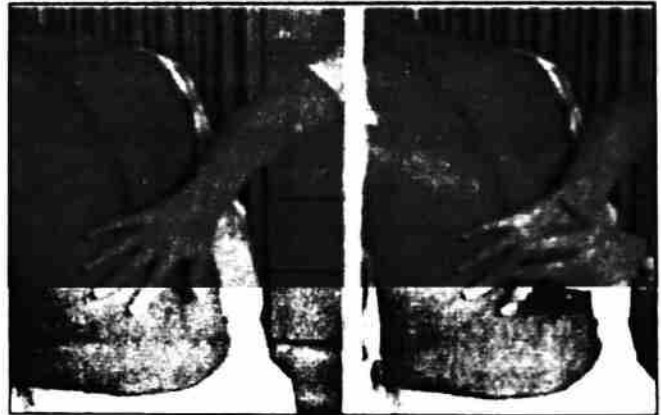
Cường độ tăng: trong các trường hợp tăng thể tích không khí trong phế nang: giãn phế nang, tràn khí màng phổi, hang phổi lớn ở nông, phổi hoạt động bù...

Cường độ giảm: bình thường nếu thành ngực dày quá, gõ cũng đục. Trong trường hợp bệnh lý, tiếng gõ đục khi nhu mô phổi hoặc túi màng phổi tăng mật độ: viêm phổi, tràn dịch màng phổi.

- + Thay đổi âm sắc:

Tiếng gõ vang hay vang kim loại: nghe giống tiếng gõ lên vật bằng kim khí, gặp trong hang lớn, đường kính trên 6 cm, vách nhẵn, và trong tràn khí màng phổi.

Tiếng gõ bình nút: nghe rè rè như tiếng gõ vào bình sứ bị nứt, gặp trong hang lớn ở nông, chỉ thông với khí quản bởi một khe nhỏ. Tiếng rè rè này chỉ thấy ở vùng dưới đòn, sau khi người bệnh hít mạnh vào vài cái. Vì nếu ta gõ nhiều, không khí còn đọng lại trong hang sẽ qua khe phế quản ra hết và mất tiếng rè, nên chỉ sau khi hít lại, hang mới đủ căng để tiếp tục gây ra hiện tượng trên.



Hình 7. Gõ phổi

- Giá trị của gõ: gõ có thể phát hiện được vùng tổn thương tương đối rộng, ở nông, và xác định được tương đối chính xác vị trí của tổn thương. Nhiều khi bằng cách gõ có thể phát hiện được một khoảng đục nhẹ, do một lớp nước mỏng ở màng phổi, mà X quang lại không thấy.

* **Nghe:** là phương pháp cho ta nhiều tư liệu nhất trong khi khám thực thể về phổi, có nhiều tổn thương mà chỉ có nghe mới phát hiện được: tiếng cọ màng phổi trong viêm phổi khô, tiếng rên phế quản trong viêm phế quản, mà không một phương pháp lâm sàng nào khác và cả X quang nữa, có thể thấy được. Có hai phương pháp: nghe trực tiếp bằng tai áp trên lồng ngực, và nghe gián tiếp bằng ống nghe:

- Ống nghe: có nhiều loại ống nghe, phần lớn đều làm cho một người nghe và có hai cẳng nhưng cũng có loại có 4 cẳng, cho hai hoặc 4 người nghe.

- Nghe tất cả các vùng đối xứng, không quên hai hố nách. Chú ý nghe
 - + Tính chất tiếng thở ở hai thì hô hấp
 - + Các tiếng bất thường: tiếng rên, thổi, cọ....
 - + Sự thay đổi các tiếng sau khi ho và nói
- Hô hấp bình thường: trong động tác thở khi hít vào, không khí qua thanh quản, khí quản, phế quản gốc, rồi tới các phế quản nhỏ, phân phối vào các phế nang. Không khí thoát ra ngoài theo trình tự ngược lại ở thì thở ra.
 - + Không khí đi qua thanh quản và các phế quản lớn gây ra tiếng thở thanh khí quản, có cường độ mạnh, âm độ cao, nghe thấy rõ ở vùng thanh quản, khí quản, vùng xương ức, cạnh ức và khoảng liên bả cột sống. Tiếng thở thanh khí quản bắt nguồn từ thanh môn, một khoảng hẹp trên đường đi của không khí.
 - + Không khí đi qua phế quản cuối, vùng có cơ Reissens, rồi đi vào phế nang, tức là qua vùng tương đối hẹp rồi tới vùng rộng hơn, gây ra tiếng rì rào phế nang. Tiếng rì rào phế nang nghe êm dịu, âm độ cao, âm sắc như tiếng gió thổi nhẹ qua lá cây và liên tục trong toàn bộ thì hô hấp. Trên lâm sàng, vì áp lực không khí vào phế nang trong thì hít vào lớn hơn thì thở ra nên ta nghe thì hít vào dài hơn thì thở ra. Thực tế phân tích trên phế đồ ta thấy thì thở ra dài hơn hít vào 2- 3 lần.

- Hô hấp bệnh lý:

+ *Thay đổi về cường độ:*

Trừ trường hợp người gầy, trẻ em, thành ngực mỏng, hoặc người vừa hoạt động mạnh, hồi hộp, tiếng thở mạnh, ta thấy cường độ thở lớn ở vùng phổi lành, hoạt động bù phổi tổn thương. Hiện tượng này kèm theo tăng rung thanh và gõ trong.

Tiếng thở yếu hoặc mất gặp trong các trường hợp có ngăn trở hô hấp: vật lạ, nước, hơi ở màng phổi, viêm phổi, xơ phổi...Kết hợp với những thay đổi khác về lâm sàng.

+ *Thay đổi về nhịp thở:* có thể do sinh lý hoặc bệnh lý.

Thay đổi về tần số: thở nhanh, hồi hộp, hoạt động mạnh, viêm phổi đốm, lao kê, tràn dịch nhiều ở màng phổi.

Thở chậm, thở không đều: gặp trong các trường hợp có rối loạn hành tủy như hôn mê do ure huyết cao, do đái đường.

Nhịp thở Kussmaul: người bệnh thở chậm: hít vào, nghỉ, thở hít ra, nghỉ, rồi tiếp tục như trên

Nhịp thở Cheyne – Stockes: thở tăng dần biên độ, nhịp đều rồi thở giảm dần cường độ, sau đó nghỉ ít hoặc nhiều rồi lại tiếp tục như trên.

+ *Thay đổi tỷ lệ hít vào và thở ra:* thở ra dài hơn hít vào: hiện tượng “đảo ngược nhịp hô hấp” này gặp trong hen phế quản, giãn phế nang...

Tiếng thở không liên tục, ngắt quãng: thường xảy ra ở thì hít vào. do nhiều nguyên nhân: thần kinh, xúc cảm. Viêm dính màng phổi gây co kéo phổi trong khi hô hấp. Viêm phế quản gây tắc không hoàn toàn các nhánh phế quản.

+ *Thay đổi về âm độ*: thường đi kèm với thay đổi về âm sắc.

Âm độ thấp: tiếng thở trầm, thô, rấp.

Âm độ cao: gặp trong viêm phổi nhưng nhu mô chưa đủ đông đặc để gây ra tiếng thổi ở đây, cường độ thở cao, âm độ cao và rì rào phế nang cũng mạnh.

+ *Thay đổi về âm sắc*: tiếng thở thô rấp gặp trong viêm phế quản hoặc các tổn thương khác ở nhu mô phổi: viêm, lao...

Trong khi nghe các tiếng thở ta có thể phát hiện được những tiếng bất thường do những thay đổi cơ thể bệnh ở bộ máy hô hấp: tiếng rên, tiếng cọ, tiếng thổi..

+ *Thay đổi tiếng ho và tiếng nói*: cường độ, âm độ, âm sắc của tiếng ho và tiếng nói thay đổi theo các tổn thương ở đường hô hấp. Tiếng ho và tiếng nói còn giúp cho chẩn đoán phân biệt một số bệnh lý ở phổi. Khi khám toàn thân, đã có thể sơ bộ nhận xét các thay đổi bệnh lý ảnh hưởng đến tiếng ho và tiếng nói.

+ *Tiếng nói*: người bệnh phải nói khá to, phát những âm vang như: một, hai, ba khi điều dưỡng đặt ống nghe lên thành ngực.

Khám thực thể tim.

*** Nhìn.**

- *Tư thế người bệnh*: người bệnh nằm, đầu và lưng gối hơi cao, hai chân co cởi khuy áo để bộc lộ cả ngực trước. điều dưỡng ngồi bên trái người bệnh (cũng có khi ngồi bên phải).
- *Quan sát*: trước hết xem người bệnh có khó thở không? có phù không? tình trạng tinh thần thế nào? có lo lắng hoảng hốt không?
- *Nhận xét màu sắc da và niêm mạc người bệnh*: môi tím trong các bệnh tim bẩm sinh, trong suy tim. Ngón tay và ngón chân dùi trống gặp trong các bệnh tim bẩm sinh và một số bệnh phổi mạn tính hoặc u phổi...
- *Nhận xét tình trạng lồng ngực*: lồng ngực nhô ra trước ở những người bị bệnh tim từ bé vì lúc đó sự cốt hóa chưa hoàn toàn nên lồng ngực dễ biến dạng. Ở trẻ em bị tràn dịch màng ngoài tim, lồng ngực cũng hơi phồng.
- *Nhịp đập của tim*: ở người bình thường ta có thể thấy mỏm tim đập dưới núm vú trên đường giữa xương đòn vào khoảng gian sườn 4 - 5. Mỏm tim đập mạnh trong trường hợp thất trái to hoặc tim to toàn bộ, mỏm tim đập yếu trong trường hợp tràn dịch màng ngoài tim hoặc ở những người béo có thành ngực dày.
- *Ở những người bị túi phình động mạch chủ*: ta có thể nhìn thấy một khối u đập ở khoảng gian sườn 2 sát bên xương ức, khối u đập theo nhịp tim.

- **Vùng cổ:**

- + Tĩnh mạch cổ nổi trong suy tim phải, động mạch cổ đập mạnh trong bệnh hở van động mạch chủ.
- + Cần khám xem tuyến giáp trạng có to không? Vì có một số người bị cường tuyến giáp có biến chứng tim.
- + Vùng thượng vị và vùng hạ sườn phải: có thể thấy vùng thượng vị đập theo nhịp tim khi tim phải to, khi suy tim phải hoặc suy tim toàn bộ: gan thường to ra, ta nhìn thấy vùng hạ sườn phải dày hơn bên kia.

*** Sờ.**

- Tim mỏm tim: phải sờ mỏm tim ở hai tư thế nằm ngửa và nghiêng sang bên trái. Muốn sờ mỏm tim, ta dùng lòng bàn tay áp sát vào lồng ngực chỗ mỏm tim. Mỏm tim có thể thay đổi về:

+ **Vị trí:**

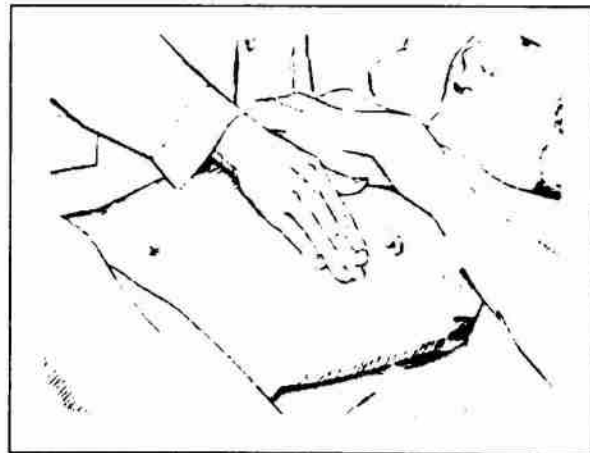
Thay đổi sinh lý: nằm nghiêng sang trái mỏm tim sẽ lệch sang trái khoảng hai khoát ngón tay, ở tư thế này sờ thấy mỏm tim dễ nhất. Khi nằm nghiêng sang phải: mỏm tim lệch sang trái rất ít.

Thay đổi bệnh lý: trong trường hợp bệnh lý tim to ra mỏm tim thấp xuống hoặc ra ngoài đường giữa xương đòn trái.

Trong các trường hợp tràn dịch và tràn khí nhiều ở màng phổi một bên, tim bị đẩy sang bên kia. Trường hợp dày dính màng phổi và màng tim, tim sẽ bị co kéo về phía bên dày dính. Nếu chỉ có các màng tim dính vào nhau và dính với màng phổi tiếp cận thì diện tim nhỏ lại, mỏm tim không thay đổi vị trí mặc dù người bệnh thay đổi tư thế.

Trường hợp có tràn dịch màng bụng nhiều hoặc có khối u to trong ổ bụng, cơ hoành bị đẩy cao lên và mỏm tim cũng thay đổi vị trí: tim ở tư thế nằm ngang.

- + **Cường độ:** mỏm tim đập không rõ ở người béo quá, trong bệnh viêm màng ngoài tim có tràn dịch hoặc dày dính màng tim. Mỏm tim đập mạnh trong trường hợp tim trái to, trong bệnh hở van động mạch chủ hoặc trường hợp cảm động.



Hình 8. Sờ mỏm tim

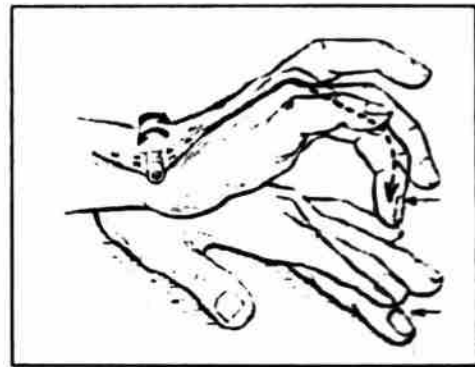
- Sờ các tiếng rung miu: trong các bệnh tim, có thể gặp các trường hợp dòng máu phải xoáy mạnh qua một chỗ hẹp (ví dụ hẹp van động mạch

chủ, hẹp van hai lá...) do tốc độ máu đi qua nhanh, xoáy qua chỗ hẹp làm rung các tổ chức van, thành tim, thành mạch lớn cho nên khi đặt tay vào thành ngực ở gần chỗ luồng máu qua chỗ hẹp ta sẽ thấy một cảm giác rung rung giống như khi đặt tay lên lưng mèo lúc nó rên. Cảm giác đó gọi là rung miu. Tuỳ theo rung miu, ở thì tim bóp hay tim giãn mà ta gọi là rung miu tâm thu hay rung miu tâm trương.

* Gõ.

Mục đích để xác định vị trí, kích thước tim và động mạch chủ có trường hợp gõ đóng vai trò rất quan trọng trong nhận định các triệu chứng của bệnh, ví dụ: trong bệnh tràn dịch màng ngoài tim, ta cần gõ xem diện tim to ra đến đâu (diện đục của tim bình thường đối chiếu lên thành ngực là một hình bốn cạnh gần giống hình thang).

- *Tim mồm tim*: dùng phương pháp nhìn và sờ đã trình bày ở trên để tìm mồm tim, nếu gặp trường hợp nhìn và sờ vẫn chưa xác định được thì gõ chéo từ dưới lên trên, từ trái sang phải đến chỗ bắt đầu đục, đó là vị trí mồm tim.
- *Tim bờ trên gan*: đặt ngón tay giữa dọc theo kẻ liên sườn bắt đầu từ bờ dưới xương đòn, gõ từ trên xuống dưới cho đến lúc vừa tới vùng đục của gan, đó là bờ trên gan, bình thường giới hạn đục của bờ trên gan ở mức gian sườn 5.
- *Tim bờ phải tim*: tay trái đặt ngón giữa song song với xương ức, đầu ngón để trong rãnh gian sườn, dùng tay phải gõ vào ngón giữa trái, gõ từ nách trước trở ra theo khoảng gian sườn cho đến khi thấy vùng đục của bờ phải tim, cứ như thế gõ từ trên xuống dưới ghi lấy điểm gặp nhau của bờ phải tim và bờ trên gan. Bình thường vùng đục của bờ phải tim không vượt quá bờ phải xương ức, từ chỗ sát bờ trên gan thì đục ra bên phải xương ức từ 1cm đến 1,5 cm. Bờ phải tim ứng với tâm nhĩ phải, chiều cao của bờ này thường không quá 9 cm.
- *Tim bờ dưới tim*: nối mồm tim vào giao điểm của bờ phải tim và bờ trên gan, ta được bờ dưới tim, bờ này ứng với tâm thất phải, thông thường bờ này không dài quá 12cm.
- *Tim bờ trái tim*: gõ chéo từ hõm nách trái về phía mũi ức từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới, song song theo hướng thông thường của bờ trái tim cho đến khi tìm được một đường giới hạn diện đục của bờ trái tim. Bình thường giới hạn này đi từ sát bờ trái xương ức chỗ xương sườn 2 đi



Hình 9. Vị trí hai bàn tay khi gõ

xuống cắt ngang đường cạnh ức rồi phình ra thành một đường cong cho tới gian sườn 4 – 5 ở phía trong đường giữa xương đòn từ 1-2 cm. bờ trái chủ yếu ứng với tâm thất trái.

- *Tim bờ trên tim*: gõ từ trên xuống sát hai bên cạnh ức để xác định bờ trên tim, thường bờ trên này ít có giá trị chẩn đoán trên thực tế, giới hạn đục của bờ trên thường từ xương sườn 2.

Các giới hạn nói trên là giới hạn vùng đục tương đối của tim, tức là khoảng chiếu của tim lên lồng ngực ở nơi có phổi xen kẽ giữa tim và thành ngực. Các vùng đục tương đối sẽ thay đổi trong các trường hợp tim thay đổi vị trí và tim to ra.

*** Nghe.**

- Nhắc lại sinh lý.

- + *Chu chuyển tim*: trong một phút tim co bóp khoảng 70 – 80 lần. Trong thời kỳ tiền tâm thu, hai tâm nhĩ co lại, tổng nốt máu vào tâm thất. Khi hai tâm nhĩ vừa co bóp xong thì hai tâm thất co bóp tiếp ngay và tạo nên thời kỳ tâm thu của tâm thất. Trong thời kỳ này van nhĩ thất đóng lại, những van tổ chim (sigma) mở ra, tổng máu vào động mạch chủ và động mạch phổi. Đến thời kỳ tâm trương, tâm thất giãn ra, van tổ chim đóng lại, van nhĩ thất mở ra, máu từ tâm nhĩ dồn vào tâm thất do trọng lượng máu và sức hút của tâm thất.

- + *Tiếng tim*: tiếng thứ nhất chủ yếu do tâm thất co bóp phối hợp với tiếng đóng của van nhĩ thất. Tiếng thứ hai chủ yếu do tiếng đóng của van sigma của động mạch chủ với động mạch phổi.

- Nghe tim. Có hai phương pháp nghe tim: nghe trực tiếp và nghe bằng ống nghe.

- + *Nghe trực tiếp*: nghe bằng tai phải, áp tai vào một khăn mỏng giải trên ngực người bệnh. Hiện nay không dùng phương pháp này nữa vì bất tiện khi nghe vùng nách, nhất là đối với người bệnh nữ.

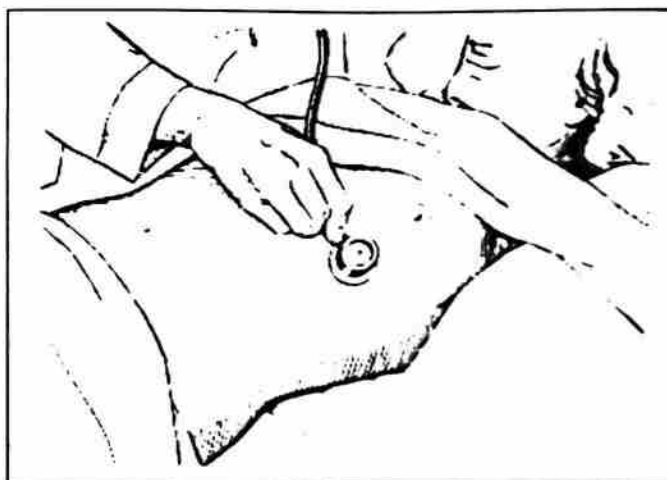
- + *Nghe gián tiếp*: bằng ống nghe vào hai lỗ tai, phương pháp này dùng phổ biến, nên nghe ở nhiều tư thế: nằm ngửa, nằm nghiêng sang trái, ngồi và nghe nằm ổ van tim:

Ổ van hai lá: ở mỏm tim vào khoảng gian sườn 4 hoặc xương sườn 5 trên đường vú trái. Khi bị bệnh, mỏm tim có thể sa xuống thấp hoặc sang trái thì phải nghe ở vị trí mới của mỏm tim.

Ổ van ba lá: ở trên sụn sườn 6 bên phải.

Ổ van động mạch chủ: một ổ ở khoảng gian sườn hai bên bờ phải xương ức và một ổ nữa ở liên sườn 3 sát bờ trái xương ức gọi là Eck- Botkin

Đôi khi muốn nghe để xác định rõ hơn những tiếng không bình thường của tim thì bảo người bệnh làm vài động tác rồi nghe, hoặc hít vào mạnh, rồi nín thở (làm như vậy phế nang phình ra lấp kín các xoang tim phổi, tiếng thổi ngoài tim sẽ mất đi hoặc giảm cường độ xuống, còn tiếng thổi thực thể trong tim thì không thay đổi).



Hình 10: cách nghe tim

– Tiếng tim:

- + Tiếng tim bình thường: trong mỗi chu chuyển tim ta nghe được hai tiếng: tiếng thứ nhất nghe trầm, dài. Tiếng thứ hai nghe thanh và gọn hơn. Tiếng thứ nhất cách tiếng thứ hai bởi một khoảng nghỉ ngắn, tiếng thứ hai cách tiếng thứ nhất của chu chuyển sau bằng một khoảng nghỉ dài. Tiếng thứ nhất xem như đồng thời với lúc mạch đập, tức là mở đầu thì tâm thu. Tiếng thứ hai tương ứng với lúc mạch chìm, mở đầu thì tâm trương. Tiếng thứ nhất nghe rõ ở mỏm tim, tiếng thứ hai nghe rõ hơn ở đáy tim.

+ Sự thay đổi tiếng tim.

Thay đổi cường độ: thay đổi cường độ của hai tiếng tim phụ thuộc vào các yếu tố sau: thành ngực, môi trường giữa tim và ngực, máu, cơ tim và van tim.

Cường độ tăng: hai tiếng tim đều mạnh hơn khi tim bị kích thích như khi bị cảm động, sau khi tập thể thao, khi sốt, trong bệnh cường tuyến giáp. Ở người gầy, do thành ngực mỏng tiếng tim nghe rõ hơn nhưng không phải bệnh lý.

Cường độ giảm: cơ tim yếu nên tim cũng đập yếu; mặt khác van được bao phủ bởi lớp màng. Bình thường màng trong tim nhăn nhui, khi bị viêm, bị phù van thì tiếng van đập không mạnh nữa.

2.4.2.6. Khám thực thể bụng

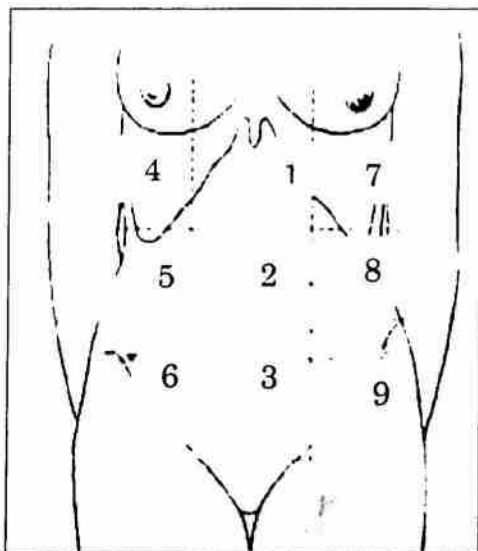
Khi khám thực thể bụng cần chú ý:

- + Hình thái và sự hoạt động của thành bụng theo nhịp thở.
- + Nhận định bụng nói chung rồi các phủ tạng trong ổ bụng.

Cần chú ý nhận định trực tràng và âm đạo là một động tác bắt buộc phải làm cho tất cả người bệnh có sự phân nân về những vấn đề bệnh lý ở bụng, nhất là ở bụng dưới. Nam giới, không nên quên nhận định dương vật, bìu sinh dục, thờng tinh và các lỗ thoát vị.

*** Phân khu ổ bụng.**

- Giới hạn của ổ bụng: phía trên là cơ hoành, phía dưới là hai cánh chậu, phía sau là cột sống và cơ lưng, hai bên là cơ và cân thành bụng.
- Phân khu bụng:
 - + *Phía trước*: kẻ 2 đường ngang: đường trên qua hai bờ dưới sườn (điểm thấp nhất), đường dưới qua hai gai chậu trước trên. Kẻ hai đường thẳng đứng qua giữa cung đùi phải và trái. Kết quả chia bụng làm ba tầng, 9 vùng, mỗi tầng có 3 vùng. Tầng trên: ở giữa là vùng thượng vị, hai bên là vùng hạ sườn phải và hạ sườn trái. Tầng giữa: ở giữa là vùng rốn, hai bên là vùng mạn sườn phải và trái tầng dưới: ở giữa là vùng hạ vị, hai bên là vùng hố chậu phải, và trái.
 - + *Phía sau*: là hố thắt lưng giới hạn bởi cột sống ở giữa, xương sườn 12 ở trên, mào chậu ở dưới.
- Hình chiếu của các cơ quan trong ổ bụng lên từng vùng.
 - + Vùng thượng vị: thủy gan trái, một phần mặt trước dạ dày, tâm vị, môn vị, mạc nối gan - dạ dày, trong mạc nối có mạch máu và ống mật, tá tràng, tụy tạng, đám rối thái dương, động mạch chủ bụng (đoạn đầu), tĩnh mạch chủ bụng (đoạn đầu).
 - + Vùng hạ sườn phải: thủy gan phải, túi mật, góc đại tràng phải, tuyến thượng thận phải và cực trên thận phải.
 - + Vùng hạ sườn trái: lách, dạ dày, góc đại tràng trái, đuôi tụy, tuyến thượng thận trái và cực trên thận trái.
 - + Vùng rốn: mạc nối lớn, đại tràng ngang, ruột non, mạc treo ruột và hạch mạc treo ruột, hai niệu quản dọc hai bên cột sống, động mạch chủ bụng và tĩnh mạch chủ bụng.
 - + Vùng mạn sườn phải: đại tràng lên và ruột non, thận phải.



1. Vùng thượng vị
2. Vùng rốn
3. Vùng hạ vị
4. Vùng hạ sườn phải
5. Vùng mạn sườn phải
6. Vùng hố chậu phải
7. Vùng hạ sườn trái
8. Vùng mạn sườn trái
9. Vùng hố chậu trái

Hình 11: Phân khu ổ bụng

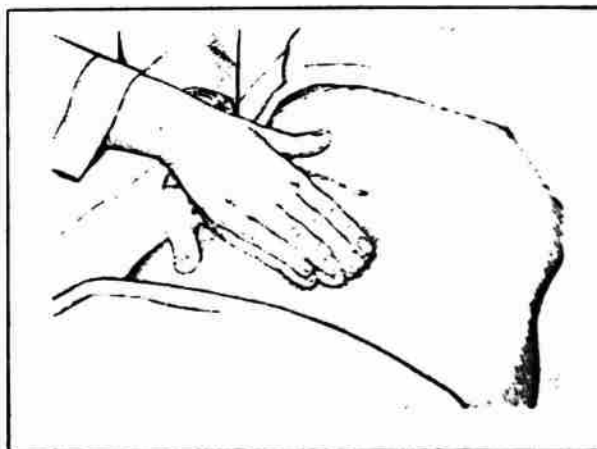
- + Vùng mạng sườn trái: đại tràng xuống và ruột non, thận trái.
- + Vùng hạ vị: mạc nối lớn, ruột non, bàng quang, đoạn cuối của niệu quản. ở phụ nữ có thêm: hai vòi trứng, dây chằng rộng, dây chằng tròn, động, tĩnh mạch tử cung.
- + Vùng hố chậu phải: manh tràng, ruột non, ruột thừa, buồng trứng phải.
- + Vùng hố chậu trái: đại tràng sigma, ruột non, buồng trứng trái.
- + Vùng hố thắt lưng phía sau có: thận và niệu quản.

*** Nguyên tắc khám.**

- Khám thật nhẹ nhàng, từ nông tới sâu, chỗ lành trước chỗ đau sau.
- Đặt sát hai tay vào thành bụng, không nên chỉ dùng năm đầu ngón tay.
- Khám nơi có đủ ánh sáng, trời lạnh phải khám trong buồng ấm, xoa tay trước khi khám, phải giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Tư thế của người bệnh và thầy thuốc:
 - + Người bệnh nằm ngửa, hai tay duỗi thẳng, chân co, miệng há thở đều và sâu để thành bụng được mềm, cởi áo hoặc vén áo lên ngực, nới bớt rút quần.
 - + Thầy thuốc ngồi bên phải, phía dưới người bệnh.

*** Nhìn**

- *Bình thường*: bụng thon tròn đều, thành bụng ngang với xương ức, cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm. Người béo hay phụ nữ đẻ nhiều bụng bẹt ra, ở phụ nữ đã đẻ trên da bụng có vết rạn da.
- *Những thay đổi hình thái*: bụng lõm hình lòng thuyền do suy mòn, lao màng bụng. Bụng căng phình: do có hơi trong ruột, dạ dày gây chướng hơi. Do có khối u: u thận, u buồng trứng, u gan, lách to... Do có nước: khi nằm bụng bẹt ra, lúc đứng bụng sệ xuống. Rốn lõm: do thoát vị rốn hay trong bụng có nước. Thoát vị đường trắng làm ruột ở trong thoát ra ngoài cơ thẳng to qua đường trắng dưới lớp da bụng.
- *Những thay đổi về cử động của thành bụng*: thành bụng co cứng không cử động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ gập trong cơ cứng thành bụng do viêm phúc mạc, thủng dạ dày.



Hình 12: Cách sờ ổ bụng

- Những dấu hiệu bất thường ở bụng: sẹo mổ, sẹo vết thương cũ ở bụng có giá trị gợi ý: vết mổ cũ ở đường mật, mổ dạ dày, mổ ruột thừa, mổ tử cung
- Những nhu động kiểu rắn bò: ở vùng thượng vị do tắc môn vị dạ dày, vùng rốn do tắc ruột non, dọc theo khung đại tràng do tắc đoạn cuối đại tràng.
- Những tĩnh mạch nổi rõ gọi là tuần hoàn bàng hệ gặp trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tắc tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch chủ.

* Sờ

Cần giải thích trước để người bệnh yên tâm, không sợ đau, không sợ buồn, không chú ý đến động tác khám của người điều dưỡng (có thể vừa khám vừa hỏi để đánh lạc sự chú ý của người bệnh).

- Phát hiện điểm đau: dùng một hay hai ngón tay ấn vào bụng để tìm vị trí chính xác của điểm đau và vùng đau.
- Dùng hai bàn tay áp sát vào thành bụng day day theo một hình tròn ngược chiều kim đồng hồ. Sờ theo nhịp thở người bệnh, nếu thấy thành bụng dày, cứng dùng hai bàn tay chồng lên nhau để khám.
- Dùng hai bàn tay móc vào vùng hạ sườn phải hoặc trái người bệnh, thường dùng để khám bờ dưới gan và lách.
- Đẩy lắc: một bàn tay luồn xuống dưới mạn sườn hất lên, bàn tay trên bụng ấn xuống đón lấy, thường dùng để khám gan và thận.
- Chạm thất lưng: một bàn tay luồn xuống dưới hố thất lưng, một bàn tay ở trên ấn xuống để khối u chạm vào tay dưới, dùng để phát hiện thận to.
- Tìm dấu hiệu sóng vỗ và dấu hiệu cục đá.
- *Bình thường*: khi khám ta thấy thành bụng mềm mại, không đau, không sờ thấy lách, thận, bờ dưới gan (trừ một phần của thùy trái dưới mũi ức), không sờ thấy u hoặc cục bất thường ở bụng, ấn vào các điểm đặc biệt không đau.
- Bệnh lý:
 - + Thành bụng phù nề: khám thấy dày và ấn vào có vết lõm.
 - + Thành bụng căng: có nước hoặc có hơi.
 - + Thành bụng lồi lõm, chỗ rắn chỗ mềm: viêm dính màng bụng nhiều chỗ do lao....
 - + Thành bụng co cứng và có phản ứng: khi ấn vào thì thành bụng co lại, đồng thời người bệnh kêu đau, gạt tay ta ra không cho khám. Gặp trong viêm màng bụng do bất cứ nguyên nhân gì (thủng dạ dày, thủng ruột thừa...).

- Những điểm đau cần chú ý trong khi khám
 - + *Điểm đau túi mật*: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải. Đau khi viêm túi mật, đối với điểm túi mật ta còn làm nghiệm pháp Murphy: ấn nhẹ ngón tay vào điểm túi mật rồi bảo người bệnh hít vào sâu, nếu đau người bệnh phải dừng thở lại đột ngột: nghiệm pháp dương tính gặp trong viêm túi mật.
 - + *Điểm đau Mac.Burney*: điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên phải. Đau khi viêm ruột thừa.
 - + Điểm cạnh mũi ức bên phải đau trong bệnh giun chui ống mật.
 - + Vùng đau đại tràng hợp thành một đường dọc theo đại tràng gặp trong viêm đại tràng.
 - + Vùng đầu tụy và ống dẫn túi mật chủ: ở trong góc một cạnh là đường giữa bụng, một cạnh là đường phân giác của góc đường giữa và đường ngang rốn bên phải. Vùng này đau trong viêm tụy, sỏi mật.
 - + Điểm sườn lưng: góc giữa xương sườn thứ 12 và khối cơ chung thất lưng. Đau trong viêm tụy, viêm quanh thận...
- *Phát hiện một khối u ở bụng*: trong khi thăm khám ta có thể sờ thấy khối u ở trong bụng, muốn biết khối u đó thuộc bộ phận nào? Tổn thương ra sao? Cần biết hình chiếu của nó lên thành bụng và tìm lần lượt các đặc tính sau đây:
 - + Vị trí: vùng trên rốn, hạ sườn, hố chậu, dưới rốn...
 - + Hình thể và kích thước: ví dụ khối u hình quả đậu dài gần 10cm, ngang 5 - 6cm... nghĩ đến thận, cần vẽ lại khối u trên giấy để tiện theo dõi.
 - + Bờ tròn đều hay nhám nhò: những khối u ác tính bờ thường gồ ghề nhám nhò.
 - + Mặt nhẵn hay gồ ghề: mặt lồi lõm cũng thường biểu hiện tính chất ác tính của khối u.
 - + Mật độ cứng rắn, chắc hay mềm: lách to thường có mật độ chắc, ung thư gan thường rắn, gan ứ máu thường mềm.
 - + Đau hay không? Đau thường biểu hiện viêm nhiễm.
 - + Di động hoặc cố định: những khối u của lách, gan có thể di động theo nhịp thở.
 - + Ở nông hay sâu: khối u của gan, mạc treo thường nông, khối u thận ở sâu..
 - + Có đập theo nhịp tim không? Khối u mạch máu đập theo nhịp tim.
 - + Đồng thời kết hợp gõ để xác định độ đục, trong.

* Gõ

Gõ bụng phối hợp với sờ nắn mang lại nhiều giá trị khi khám. Bình thường gõ bụng giúp xác định được: vùng đục của gan, vùng vang trống của túi hơi dạ dày, vùng đục của lách. Một số trường hợp bệnh lý: gõ vang toàn bộ, bụng chướng hơi, gõ trong vùng trước gan: thủng dạ dày, thủng ruột, trong ổ dây do hơi tách gan khỏi thành bụng. Gõ đục toàn bộ hoặc đục ở vùng thấp: bụng có nước. Gõ đục một phần: khối u có nước cục bộ.



Hình 13: Cách gõ ổ bụng

***Nghe:** ít giá trị nên chỉ dùng trong một số trường hợp đặc biệt.

- Tắc môn vị ứ nước dạ dày: lắc người bệnh vào sáng sớm lúc đói nghe thấy tiếng óc ách của dạ dày.
- Tắc ruột có ứ hơi và nước, sờ nắn ta có thể thấy tiếng hơi chuyển ừng ục trong ruột.
- Dùng ống nghe nghe dọc theo đường đi của động mạch, tĩnh mạch trong bụng: nghe thấy tiếng thổi trong trường hợp hẹp hoặc viêm tắc động mạch chủ, động mạch thận...(nghe cả phía trước và sau).

2.4.2.7. Bộ phận sinh dục ngoài

- Nam: khám thường tinh, lỗ bẹn, dương vật, tuyến tiền liệt.
- Nữ: khám âm hộ, âm đạo, cổ tử cung (thai nếu có).

2.4.2.8. Khám chi và cột sống

- Dị dạng hoặc biến dạng của chi và cột sống.
- Các khớp: nhận định phát hiện tình trạng một hoặc nhiều khớp bị sưng to, đau khi vận động.
- Các đầu ngón tay và móng tay: móng tay "mặt kim đồng hồ" nghĩa là móng tay khum tròn như mặt kính đồng hồ, là một biểu hiện cần chú ý.
- Phản xạ gân xương: phản xạ gân cơ tứ đầu, tam đầu (chi dưới), gân cơ nhị đầu, tam đầu (chi trên).

2.4.2.9. Khám các dây thần kinh sọ não

Nhận định chức năng của 12 đôi dây thần kinh sọ.

2.4.3. Nhận định các chất thải tiết và một số dịch cơ thể

Đây chỉ là nhận xét thô đại thể trên lâm sàng, sự nhận định này cần được bổ sung thêm bởi các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng các chất đó. Tuy vậy, sự nhận định này có khi rất có ích vì nó cung cấp cho chúng ta ngay ở giường bệnh những yếu tố cần thiết cho việc xây dựng các chẩn đoán điều dưỡng.

- Nước tiểu: nhận định về màu sắc và độ đục.
 - + Màu vàng giúp xác định cho chúng ta một dấu hiệu về sự chuyển hóa và lưu thông của hệ thống dẫn mật không bình thường.
 - + Màu đỏ: giúp người điều dưỡng xác định sự bất thường của nước tiểu người bệnh hoặc trong nước tiểu có hồng cầu hoặc có huyết sắc tố.
 - + Đục: có thể là một bằng chứng về sự nhiễm khuẩn đường tiểu.
- Phân: nhận định về sự thay đổi tính chất và số lượng.
 - + Phân có lẫn nhầy mũi, máu: giúp xác định có sự tổn thương niêm mạc đường ruột.
 - + Phân có màu đen như bã cà phê, mùi thối khắm: gợi ý cho người điều dưỡng nghĩ đến một vấn đề bất thường trong bộ máy tiêu hóa của người bệnh (trong phân có máu) chảy máu đường tiêu hóa.
- Đờm: nhận định về sự thay đổi màu sắc, tính chất của đờm mà người bệnh khạc ra mỗi ngày.
 - + Trong đờm có lẫn máu đỏ tươi, màu thẫm hoặc máu cục chứng tỏ có tổn thương gây chảy máu.
 - + Đờm có mủ xác định có sự tổn thương nhu mô phổi.
- Chất nôn.
 - + Cần nhận định kỹ số lượng, thành phần và tính chất của chất nôn, trên cơ sở như nhận định đối với các chất thải tiết đã trình bày ở phần trên.
 - + Trong trường hợp đặc biệt sự nhận định các dịch cơ thể còn được tiến hành ngay khi chúng ta làm các thủ thuật thăm dò tùy theo bệnh cảnh lâm sàng. Cũng như các chất thải tiết, những dịch cơ thể này phải được nhận định ngay tại giường bệnh và phải được chứng minh bằng kết quả của các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết.
 - + Chọc dò màng phổi thấy có mủ, nghĩ đến có sự nhiễm khuẩn màng phổi.
 - + Chọc dò ống sống thấy nước não tủy đục, giúp xác định một sự nhiễm khuẩn hệ thống màng não, tủy sống. Dịch não tủy có màu đỏ chứng tỏ có tổn thương mạch máu ở não, màng não.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Nhận định thực thể là một quy trình tổng quát gồm hai phần chính là:
 - A. Khai thác lịch sử bệnh.
 - B.
2. Ba yêu cầu khoa học của người điều dưỡng khi nhận định thực thể:
 - A. Khoa học.
 - B.
 - C. Tâm lý.
3. Khi khai thác bệnh sử, tiền sử người bệnh, điều dưỡng phải khai thác 6 vấn đề sau:
 - A.
 - B. Xác định vấn đề chính của bệnh.
 - C. Xác định vấn đề ngoài bệnh.
 - D.
 - E.
 - F. Môi trường dân cư người bệnh sinh sống.
4. Bốn khâu chính trong khám thực thể cho người bệnh là:
 - A. Nhìn.
 - B.
 - C. Gõ.
 - D.
5. Năm loại âm khi gõ ta nghe được:
 - A. Vang.
 - B.
 - C. Trầm.
 - D. Cộng hưởng trung bình.
 - E.
6. Nghe tim ta nghe ở 4 ổ van:
 - A. Động mạch chủ.
 - B.
 - C. Ba lá.
 - D.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
7	Nhận định thực thể là xác định các nhu cầu của người bệnh.		
8	Thái độ ân cần, niềm nở của người điều dưỡng rất cần thiết khi nhận định sức khỏe cho người bệnh.		
9	Khi khai thác tiền sử điều dưỡng phải sử dụng những từ y học để phỏng vấn người bệnh.		
10	Khi khám thực thể (gõ) giúp ta xác định được kích thước các tạng trong cơ thể.		
11	Theo phân khu ổ bụng hai bên của tầng dưới gọi là vùng hố chậu.		
12	Vấn đề chính của bệnh là lý do đã buộc người bệnh đến cơ sở y tế.		
13	Một trong những nguyên nhân thiếu hụt dinh dưỡng của người bệnh là do nhu cầu của cơ thể tăng lên do bệnh.		
14	Nếu tắc ở đường hô hấp dưới, thở có tiếng khò khè và nhìn thấy co kéo trên và dưới ức.		
15	Chỉ số hô hấp tăng trong tràn dịch, tràn khí màng phổi.		
16	Cường độ gõ sẽ tăng trong trường hợp viêm phổi.		
17	Người bình thường có thể nhìn thấy mỏm tim đập ở khoang liên sườn 3- 4 trên đường giữa xương đòn trái.		
18	Nước tiểu có màu đỏ kết luận người bệnh đái máu đại thể.		
19	Quan sát phân thấy có nhầy mũi kết luận người bệnh có tổn thương niêm mạc đường ruột.		

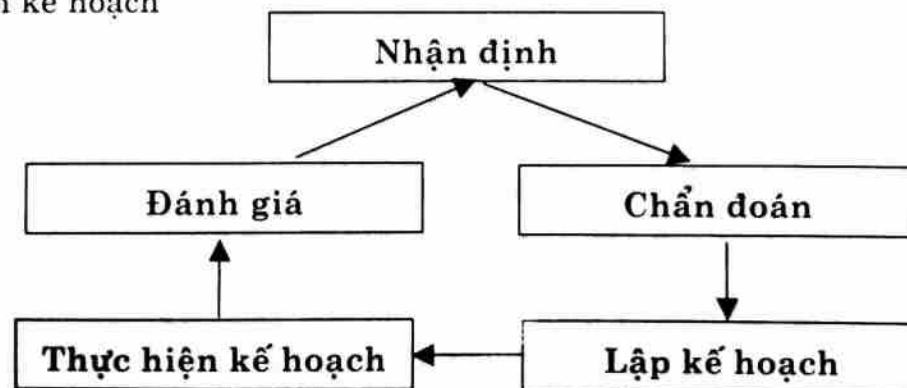
QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa - mục đích của quy trình điều dưỡng.*
2. *Trình bày được nội dung các bước của quy trình điều dưỡng.*
3. *Lập được bảng kế hoạch chăm sóc cho người bệnh.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Quy trình điều dưỡng là một loạt các hoạt động theo một kế hoạch đã được định trước, trực tiếp hướng tới một kết quả chăm sóc riêng biệt.
- Quy trình điều dưỡng là một loạt các hệ thống và phương pháp tổ chức của kế hoạch chăm sóc.
- Quy trình điều dưỡng được ứng dụng để:
 - + Nhận biết tình trạng thực tế và những vấn đề chăm sóc sức khỏe cho mỗi cá nhân.
 - + Thiết lập những kế hoạch đúng với những khó khăn của người bệnh và đáp ứng các nhu cầu cần thiết cho người bệnh.
- Quy trình điều dưỡng có 5 bước:
 - + Nhận định
 - + Chẩn đoán
 - + Lập kế hoạch
 - + Thực hiện kế hoạch
 - + Đánh giá



2. NHẬN ĐỊNH

2.1. Định nghĩa

- Định nghĩa: nhận định điều dưỡng là một quá trình thu thập thông tin có tổ chức và hệ thống được sử dụng để đánh giá tình trạng sức khỏe của mỗi cá nhân.
- Nhận định là sự thu lượm, đánh giá, thẩm định, và ghi chép chính xác các thông tin thích hợp với tình trạng bệnh hiện tại của người bệnh.
- Nhận định điều dưỡng là nền tảng trên cơ sở đó xây dựng công tác chăm sóc cho từng cá nhân có chất lượng.

2.2. Nội dung nhận định

Nội dung nhận định phải bao gồm: nhận định thực thể, tâm thần/cảm xúc, tình trạng kinh tế-xã hội, nhận định về tinh thần-văn hóa và môi trường. Các thông tin đã thu nhận được từ phần nhận định nên mô tả ngắn gọn, đầy đủ và không nên diễn giải.

- Nhận định thực thể:

Là sự nhận định thực tế về hô hấp, tuần hoàn, nhiệt độ, da, tình trạng dinh dưỡng, bài tiết, dịch, chất điện giải, vận động, nghe, nhìn, miệng, vệ sinh nói chung, các bệnh mắc phải trước kia, bệnh hiện tại, các yếu tố nguy cơ, xem xét lại các dấu hiệu và các triệu chứng của bệnh.

- Nhận định về tâm thần cảm xúc:

Là sự đáp ứng bằng lời, tâm tính, hành vi, chức năng tri thức, tư duy, khoảng thời gian, sự chú ý, trí nhớ (lâu hay kém), lo sợ, hiểu biết về bệnh tật, ngôn ngữ, cử chỉ.

- Nhận định về xã hội / kinh tế:

- + Trình độ văn hóa, sự hiểu biết xã hội, những ảnh hưởng văn hóa đối với người bệnh như thế nào?
- + Cơ cấu gia đình, tình trạng làm việc, tình trạng tài chính?

- Nhận định về tinh thần/ văn hóa:

Là sự cân nhắc, xem xét đặc biệt về mối quan hệ giữa tín ngưỡng tôn giáo và trình độ văn hóa của người bệnh.

- Nhận định về môi trường:

Sự nhận định về điều kiện sống, làm việc có ảnh hưởng đến nguyên nhân của bệnh tật? có khả năng phòng ngừa được bệnh không?

2.3. Phân loại thông tin nhận định

Thông tin thu thập được từ phần nhận định có thể được chia thành 2 loại: thông tin khách quan và thông tin chủ quan.

– Thông tin khách quan.

- + Thông tin khách quan là loại thông tin mà người khác có thể nhận thấy được ở người bệnh.
- + Thông tin khách quan thu thập được qua việc khám thực thể người bệnh ví dụ: nhiệt độ tăng lên, mạch tăng, tình trạng da, lượng nước tiểu, hạn chế cử động. Đây là các dấu hiệu của bệnh tật hoặc sự thay đổi tình trạng của người bệnh.

– Thông tin chủ quan.

Thông tin chủ quan: là thông tin người bệnh nhận thấy được, người khác không nhận thấy được.

- + Những than phiền của người bệnh về đau, những điều cảm nhận được của người bệnh về bệnh tật, như g lo lắng...đó là những đáp ứng chủ quan của người bệnh, nó cũng đóng vai trò quan trọng trong việc nhận định đúng về một vấn đề cụ thể, ví dụ: một người bệnh kêu đau tăng lên sau 3 ngày hậu phẫu muốn chỉ ra có vấn đề có thể xảy ra.
- + Khi mô tả thông tin chủ quan cần phải mô tả cụ thể, rõ ràng, chính xác. Người bệnh kêu đau: cần mô tả về cường độ, thời gian, vị trí, và những vấn đề khác có liên quan tới đau.
- + Trong trường hợp cần thiết có thể trích dẫn những lời nói của người bệnh mà không được diễn giải những lời nói đó theo cách hiểu chủ quan của người điều dưỡng.

2.4. Nguồn thông tin

– Người bệnh.

- + Ở hầu hết các tình huống, người bệnh là nguồn thông tin tốt nhất.
- + Người bệnh có thể cung cấp thông tin chính xác nhất dựa vào tình trạng sức khỏe của bản thân họ.
- + Chỉ sử dụng thông tin từ nguồn khác mang tính chất chủ quan nếu người bệnh không có khả năng nhận biết để trả lời các câu hỏi: trường hợp người bệnh bị lẫn lộn không định hướng được, không có khả năng để truyền đạt các thông tin cần thiết.

– Gia đình và những người thân.

Gia đình và những người thân của người bệnh có thể cung cấp các thông tin về những vấn đề hiện tại, các thuốc đã dùng, tiền sử dị ứng, bệnh mới mắc, hoặc các bệnh mắc phải trước kia của người bệnh.

- Nhân viên y tế khác.

Bác sĩ, nhà vật lý trị liệu có thể cho biết những thông tin khách quan rất thích hợp, cần thiết và có ích trong một số trường hợp.

- Hồ sơ người bệnh.

Hồ sơ người bệnh không những cung cấp những thông tin về hiện tại và trước kia, mà còn giúp xác minh những thông tin do người bệnh cung cấp và chỉ ra cho chúng ta thấy hướng điều trị đã sử dụng có hiệu quả hay không.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

2.5.1. Phỏng vấn (hỏi bệnh, khai thác bệnh sử, tiền sử bệnh) ban đầu

- Phỏng vấn đặc biệt là phỏng vấn ban đầu của điều dưỡng với người bệnh là yếu tố rất quan trọng trong việc thiết lập mối quan hệ trong điều trị. Trong quá trình phỏng vấn người bệnh để thu thập thông tin, người điều dưỡng phải chú trọng những thông tin mà người bệnh đưa ra, và phải giữ kín cho họ. Sự đảm bảo bí mật thông tin cho người bệnh sẽ khuyến khích người bệnh cung cấp thông tin nhiều hơn cho cán bộ y tế. Càng nhiều thông tin càng có giá trị cho người điều dưỡng, bởi trên cơ sở những thông tin đó sẽ giúp cho việc đưa ra chẩn đoán điều dưỡng được chính xác.
- Phỏng vấn ban đầu có ý nghĩa tầm quan trọng:
 - + Cho phép người bệnh / điều dưỡng viên thiết lập mối quan hệ.
 - + Thu thập được các thông tin về người bệnh.
 - + Cho phép điều dưỡng viên quan sát người bệnh.
 - + Cho phép người bệnh đưa ra các câu hỏi.
 - + Giúp người điều dưỡng xác định được người bệnh có những vấn đề gì.
 - + Đưa ra các thông tin được sử dụng để lập KHCS đạt yêu cầu.
- Mối quan hệ tốt giữa người bệnh và điều dưỡng có giá trị cao trong điều trị. Sự tác động qua lại của họ được dựa trên cơ sở niềm tin mà trong đó người điều dưỡng thể hiện khả năng nghề nghiệp của mình trong chăm sóc và biểu lộ sự cảm thông đối với hoàn cảnh của người bệnh. Người điều dưỡng cần phải làm cho người bệnh hiểu rõ trách nhiệm của mình trong việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh.

2.5.2. Khám thực thể

- Thăm khám người bệnh thường được tiến hành ngay sau khi phỏng vấn. Các thông tin thu được khi phỏng vấn có thể được xác minh qua thăm khám thực thể.
- Khám thực thể được tiến hành một cách hệ thống, các thông tin cơ bản thu

thập như dấu hiệu sinh tồn, cân nặng, chiều cao, tiếp đến khám xét từ đầu đến chân, dựa theo cấu trúc, chức năng các bộ máy của cơ thể để khám.

- Khi thăm khám thực thể sử dụng các kỹ thuật.
 - + Quan sát.
 - + Sờ, nắn: sử dụng đôi bàn tay để sờ, nắn và thu thập thông tin: như đếm mạch, đo nhiệt độ, véo da để đánh giá mức độ đàn hồi của nó.
 - + Gõ: gõ các cơ quan của cơ thể để tạo ra các rung động và âm thanh để thu nhận thông tin.
 - + Nghe: là quá trình nghe các âm thanh của cơ thể trong bộ máy hô hấp, tuần hoàn, và tiêu hóa, ống nghe là dụng cụ được sử dụng rất thông dụng.
- Những điểm cần lưu ý khi thăm khám thực thể người bệnh.
 - + Phải giải thích rõ ràng cho người bệnh hiểu, người điều dưỡng sẽ làm gì trong khi thăm khám, và chỉ được khám người bệnh khi họ cho phép.
 - + Có đủ ánh sáng tốt nhất là ánh sáng tự nhiên.
 - + Đảm bảo sự kín đáo trong khi tiến hành khám, chỉ được để lộ ra phần cơ thể sẽ được thăm khám và chỉ kéo dài đủ thời gian cần thiết để hoàn thành việc thăm khám.
 - + Trong suốt quá trình thăm khám, cần phải so sánh thông tin thu thập được với "những giá trị bình thường".
 - + Các thông tin thu được nên ghi chép lại trong quá trình khám, vì chờ đến khi khám xong mới ghi lại có thể một số thông tin sẽ mất chính xác.
 - + Kết thúc quá trình thăm khám phải xác định được những điểm bất thường mà từ đó có thể chỉ ra các vấn đề sức khỏe trước kia, hiện tại và tương lai của người bệnh.
 - + Khi khám xong để người bệnh ở tư thế thoải mái.

2.5.3. Kết quả xét nghiệm

- Các xét nghiệm được chọn lọc dựa theo các triệu chứng và bệnh tật của người bệnh. Các xét nghiệm là do bác sĩ yêu cầu, tuy nhiên các kết quả xét nghiệm cần được sử dụng để bổ sung cho nhận định điều dưỡng được chính xác.
- Các xét nghiệm có thể xác minh các thông tin thu thập được và giúp hình thành kế hoạch chăm sóc người bệnh đúng.

3. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

- Kết thúc phân nhận định người bệnh, người điều dưỡng phải đưa ra được các chẩn đoán điều dưỡng " Chẩn đoán điều dưỡng là nêu lên vấn đề hiện

tại hay tiềm tàng của người bệnh mà yêu cầu sự can thiệp của điều dưỡng để giải quyết cùng với nguyên nhân của nó nếu biết được".

- + Vấn đề hiện tại là vấn đề tồn tại thời điểm nhận định.
- + Vấn đề tiềm tàng là một tình huống có thể gây nên vấn đề trong tương lai.
- Công thức chẩn đoán điều dưỡng:

Chẩn đoán điều dưỡng = Vấn đề của người bệnh + Nguyên nhân (nếu biết)

- Chẩn đoán điều dưỡng cần phải chính xác dựa trên sự việc có thật liên quan tới vấn đề của người bệnh, ngắn gọn và cụ thể dựa trên các thông tin của người bệnh.
- Chẩn đoán điều dưỡng không phải là chẩn đoán y khoa.

Ví dụ:

- Ung thư vú	Không	Chẩn đoán y khoa
- Nhìn kém do cận thị	Đúng	Vấn đề: nhìn kém Nguyên nhân: cận thị
- Đi lại khó khăn do sau mổ còn yếu	Đúng	Vấn đề: đi lại khó Nguyên nhân: yếu do mổ
- Có xu hướng nhiễm khuẩn do vết rạch dẫn lưu hở	Đúng	Vấn đề: có xu hướng nhiễm khuẩn Nguyên nhân: vết thương hở

- Sự khác nhau giữa chẩn đoán y khoa và chẩn đoán điều dưỡng

Chẩn đoán y khoa (Chẩn đoán điều trị)	Chẩn đoán điều dưỡng (Chẩn đoán chăm sóc)
- Mô tả một quá trình bệnh tật riêng biệt, nó giống nhau với tất cả mọi người bệnh.	- Mô tả sự phản ứng đối với bệnh tật của người bệnh, nó khác nhau đối với mỗi người bệnh.
- Hướng tới xác định bệnh.	- Hướng tới nhu cầu cá nhân của người bệnh.
- Duy trì không thay đổi trong suốt thời gian ốm.	- Thay đổi khi phản ứng của người bệnh thay đổi.
- Bổ sung cho chăm sóc.	- Bổ sung cho điều trị.

- Để đánh giá việc đưa ra chẩn đoán chăm sóc đúng hay không căn cứ vào các tiêu chuẩn sau.
 - + Việc đưa ra chẩn đoán chăm sóc có rõ ràng không?
 - + Thuật ngữ có chính xác không?

- + Phần thứ 2 của việc nêu lên chẩn đoán chăm sóc có đúng không? có phản ánh được các yếu tố cụ thể tham gia vào các vấn đề không?
- + Chẩn đoán điều dưỡng có phản ánh được tình huống mà người điều dưỡng có thể đưa ra những can thiệp chính, cần thiết không?
- + Các chẩn đoán điều dưỡng có phản ánh chính xác, đầy đủ các vấn đề hiện tại, tiềm tàng phù hợp với các triệu chứng lâm sàng của người bệnh không?

4. LẬP KẾ HOẠCH

- Lập kế hoạch chăm sóc là rất cần thiết để tạo khả năng cho điều dưỡng tổ chức thực hiện chăm sóc người bệnh được thích ứng.
- Để việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh đạt hiệu quả:
 - + Chẩn đoán điều dưỡng phải rõ ràng và cụ thể.
 - + Các vấn đề đưa ra theo thứ tự ưu tiên.
 - + Mục tiêu phải đạt được trong khuôn khổ thời gian cụ thể.
 - + Các mục tiêu đưa ra phải hiện thực và có thể thực hiện được.
 - + Cộng tác được với người bệnh.
 - + Sự thuận lợi để đánh giá kế hoạch thường xuyên.
 - + Các mục tiêu đưa ra phải hiện thực và có thể thực hiện được.
- Có 3 bước phát triển kế hoạch chăm sóc: thiết lập các vấn đề ưu tiên, viết ra các mục tiêu, viết kế hoạch chăm sóc.

4.1. Thiết lập các vấn đề ưu tiên

Khi thiết lập các vấn đề ưu tiên cần phải xét đến các khía cạnh sau.

- Xác định chẩn đoán điều dưỡng nào đưa ra có nguy cơ đe dọa đến tính mạng của người bệnh, những tình huống đó phải được chú trọng nhất.
- Bắt đầu với những nhu cầu cơ bản của người bệnh cần phải được đáp ứng trước.
- Tham khảo ý kiến người bệnh để tìm ra vấn đề gì cần ưu tiên hơn để có thể thực hiện theo yêu cầu của họ, nếu điều đó không cản trở đến kế hoạch điều trị.

4.2. Viết mục tiêu

- Mục tiêu đưa ra bằng các thuật ngữ có thể thực hiện được, đo lường được. Các mục tiêu nêu lên các vấn đề của người bệnh chứ không phải các hành động của điều dưỡng.

- + Mục tiêu phải được viết rõ ràng, cụ thể.
- + Mỗi mục tiêu cho một chẩn đoán chăm sóc.
- + Mỗi mục tiêu có một thời gian nhất định để hoàn thành.
- Xây dựng mục tiêu phải có đủ 4 thành phần chính.
 - + Chủ đề: người bệnh
 - + Hành động: nêu lên hành động mà người bệnh sẽ thực hiện.
 - + Tiêu chuẩn thực hiện: bao lâu, bao xa, bao nhiêu? nó biểu thị thời gian hoặc ngày được chỉ định để hoàn thành ví dụ: đến lúc ra viện, tại cuối ca trực, vào lúc 2 giờ chiều nay.
 - + Điều kiện: ở những hoàn cảnh cụ thể, hành vi có thể được thực hiện ví dụ: với sự hỗ trợ của nạng (tập đi, với sự giúp đỡ của gia đình).

Chủ thể + Hành động + Tiêu chuẩn + Điều kiện = Nêu mục tiêu

Chủ thể	Hành động	Tiêu chuẩn	Điều kiện
Người bệnh	Sẽ tập đi	Đi lên và xuống cầu thang, khi ra viện	Với sự hỗ trợ của nạng
Người bệnh	Sẽ bài tiết	Ít nhất 100 ml vào 6h chiều nay	Sau khi rút ống thông thông tiểu

4.3. Viết kế hoạch chăm sóc

- Các kế hoạch chăm sóc nêu được cá tính hóa theo những nhu cầu của một người bệnh cụ thể. Khi cần thiết người bệnh nên tham gia vào việc lập kế hoạch chăm sóc của họ.
- Ngôn ngữ sử dụng trong kế hoạch chăm sóc phải rõ ràng để tất cả những ai sử dụng nó đều hiểu được, viết rõ ràng.
- Kế hoạch chăm sóc phải thực tế, hiện thời, nên sẵn có và được dùng để bàn giao.

5. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- Thực hiện kế hoạch là hành động cần thiết để hoàn thành sự can thiệp điều dưỡng đã vạch ra, nó mang tính liên tục và tác động qua lại với các phần cấu thành khác của quy trình điều dưỡng.
- Trên lý thuyết việc thực hiện kế hoạch chăm sóc tuân thủ theo các phần cấu thành của quy trình điều dưỡng, tuy nhiên trong trường hợp cấp cứu nó thực hiện ngay từ phần nhận định.
- Trong quá trình thực hiện kế hoạch, người điều dưỡng nhận định lại người bệnh, thay đổi kế hoạch chăm sóc.

- Thực hiện kế hoạch chăm sóc trở thành hành động do sự can thiệp điều dưỡng tạo nên. Có 3 kiểu can thiệp điều dưỡng: phụ thuộc, độc lập, phụ thuộc lẫn nhau.

- Can thiệp phụ thuộc

- + Can thiệp phụ thuộc là những can thiệp được xây dựng dựa trên bảng hướng dẫn hay những mệnh lệnh của các nhân viên y tế khác viết ra, thường là của bác sĩ. Ví dụ: thực hiện thuốc, đặt ống thông, cắt chỉ....
- + Can thiệp phụ thuộc, người điều dưỡng thực hiện theo mệnh lệnh hay sự hướng dẫn. Tuy nhiên người điều dưỡng phải sử dụng khả năng phán đoán nghề nghiệp trong khi thi hành nhiệm vụ, phải có khả năng nhận định y lệnh có thích hợp và đúng không trước khi thực hiện. Ví dụ: kiểm tra liều lượng thuốc theo y lệnh, không được thực hiện y lệnh đó một cách thụ động, đơn giản bởi vì bác sĩ viết y lệnh.
- + Người điều dưỡng phải hiểu được các tác dụng mong chờ và tác dụng phụ của tất cả các thuốc sử dụng cho người bệnh và yêu cầu có các hành động chăm sóc, theo dõi để đảm bảo an toàn cho người bệnh.
- + Nếu mệnh lệnh điều trị hay thuốc hình như không thích hợp hay không đúng, người điều dưỡng phải kiểm tra y lệnh đó cùng với người đã viết ra y lệnh đó trước khi tiến hành các hành động điều dưỡng theo yêu cầu.
- + Thực hiện tất cả các y lệnh một cách đơn giản mà không kiểm tra tính hợp lệ của nó là hết sức cầu thả. Tính cầu thả có thể dẫn đến hậu quả người điều dưỡng gây nên tổn hại trầm trọng cho người bệnh.

- Can thiệp chủ động

Can thiệp chủ động bao trùm những khía cạnh cụ thể của thực hành điều dưỡng được pháp luật cho phép và yêu cầu không cần sự giám sát hay chỉ dẫn của nhân viên y tế khác ví dụ: chăm sóc da để phòng tránh viêm da, thay băng vết thương, giáo dục sức khỏe.

- Can thiệp phụ thuộc lẫn nhau

- + Can thiệp phụ thuộc lẫn nhau là những can thiệp điều dưỡng nhằm đáp lại kế hoạch điều trị của bác sĩ trong một số hoàn cảnh đặc biệt.
- + Can thiệp này khi cần thiết được tiến hành ngay không cần tham khảo với người đã viết ra mệnh lệnh đó. Kiểu can thiệp này thường phổ biến trong một số cơ sở cấp cứu, ví dụ: thực hiện thuốc với liều cụ thể đối với người bệnh có rối loạn nhịp tim, sốt cao co giật....
- Trong quá trình thực hiện kế hoạch người điều dưỡng cần phải qua các bước sau: **nhận định** lại người bệnh, xem xét lại và thay đổi kế hoạch chăm sóc, **nhận biết** các điểm cần sự hỗ trợ, truyền đạt kế hoạch chăm sóc với các điều dưỡng khác với người bệnh và gia đình họ.

*** Nhận định lại người bệnh**

- + Trong quá trình chăm sóc điều dưỡng có quá trình nhận định và nhận định lại người bệnh. Những nhu cầu về vật chất, tri thức, xúc cảm, xã hội và tinh thần của người bệnh, cũng như các hoạt động của họ thường trở thành điểm chú trọng của điều dưỡng.
- + Quá trình nhận định lại người bệnh là kiểm tra sự đúng đắn của việc nhận định ban đầu, để xác định sự thay đổi về tình trạng người bệnh. Ví dụ: có một vấn đề đặc biệt hay tình huống người bệnh đã thay đổi thì cần có phải thay đổi kế hoạch không?
- + Một chẩn đoán điều dưỡng mới có thể là cần thiết để đảm bảo việc chăm sóc được tiến hành thích hợp và đúng. Bất cứ sự sửa đổi, bổ sung hoặc huỷ bỏ của bản kế hoạch chăm sóc phải được ghi lại trong hồ sơ người bệnh.

*** Sự xem xét và sửa đổi kế hoạch chăm sóc**

- + Sự xem xét và sửa đổi kế hoạch chăm sóc nên được làm ít nhất mỗi ngày một lần khi có thể, trong trường hợp đặc biệt có thể được thay đổi ngay khi có sự diễn biến của tình trạng sức khỏe người bệnh để bảo đảm kế hoạch chăm sóc mang tính hiện thời.

*** Truyền đạt các kế hoạch chăm sóc**

- + Truyền đạt các kế hoạch chăm sóc đã lập ra cho các điều dưỡng khác, cho gia đình và người bệnh sẽ nâng cao sự chấp hành kế hoạch chăm sóc đã đề ra.
- + Trong quá trình truyền đạt các kế hoạch chăm sóc cần **giải thích** với người bệnh và gia đình của họ về kế hoạch chăm sóc sẽ là **cơ hội tốt** để cho người điều dưỡng và người bệnh hiểu biết nhau hơn.

6. ĐÁNH GIÁ

- Phân đánh giá của quy trình điều dưỡng được sử dụng để đo lường sự đáp ứng của người bệnh đối với việc chăm sóc của người điều dưỡng mà họ đã tiếp nhận.
- Đánh giá là nhận định những tiến triển của bệnh hướng tới việc đáp ứng các mục tiêu của kế hoạch chăm sóc.
 - + Sự đáp ứng của người bệnh so với kế hoạch đã vạch ra được đánh giá dựa trên những mục tiêu đã đề ra.
 - + Những tiến bộ hay thất bại gì đã xảy ra so với kết quả mong chờ của mục tiêu.
- Cách đánh giá này sử dụng để đánh giá cả mục tiêu trước mắt và lâu dài và cũng để xác định rõ nếu người bệnh có các vấn đề về sức khỏe mới phát sinh. Quá trình xem xét và đánh giá sẽ xác định có thể cần phải có những thay đổi bản kế hoạch chăm sóc.

- Quá trình đánh giá gồm 4 bước:
 - + Thiết lập tiêu chuẩn đánh giá.
 - + So sánh sự đáp ứng của người bệnh với tiêu chuẩn đánh giá.
 - + Kiểm tra xem có sự khác nhau nào trong việc hoàn thành mục tiêu đề ra mà làm ảnh hưởng tới kết quả mong chờ.
 - + Thay đổi kế hoạch chăm sóc.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện câu sau bằng cách chọn những từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Quy trình điều dưỡng là một loạt các.....A.... theo một kế hoạch đã định trước, trực tiếp hướng tới một kết quả.....B..... riêng biệt.
2. Quy trình điều dưỡng gồm 5 bước:
 - A.....
 - B. Chẩn đoán điều dưỡng.
 - C. Lập kế hoạch.
 - D. Thực hiện kế hoạch.
 - E.....
3. Nhân định điều dưỡng là một quá trình thu thậpA..... có tổ chức và hệ thống được sử dụng đểB.....tình trạng sức khỏe của mỗi cá nhân.
4. Thông tin khách quan là loại thông tin mà người khác có thể.....A.....được ở người bệnh.
5. Chẩn đoán điều dưỡng là nêu lênA.....hiện tại hay tiềm tàng của người bệnh mà yêu cầu sự.....B..... của điều dưỡng để giải quyết cùng với nguyên nhân của nó nếu biết được.

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

6. Quy trình điều dưỡng được ứng dụng để nhận biết:
 - A. Tình trạng thực tế của người bệnh.
 - B. Vấn đề sức khỏe của mỗi cá nhân.
 - C. Nhu cầu của người bệnh.
 - D. Vấn đề cần chăm sóc.

7. Nhận định điều dưỡng là quá trình:

- A. Thu thập thông tin.
- B. Đánh giá thông tin.
- C. Thẩm định thông tin.
- D. Ghi chép thông tin.

8. Thông tin có giá trị nhất cho nhận định điều dưỡng là những thông tin thu thập được từ:

- A. Người bệnh.
- B. Người nhà.
- C. Nhân viên y tế.
- D. Hồ sơ người bệnh.

9. Phỏng vấn ban đầu người bệnh giúp người điều dưỡng:

- A. Thu thập thông tin.
- B. Thiết lập quan hệ.
- C. Quan sát người bệnh.
- D. Cả 3 ý trên.

10. Xây dựng mục tiêu cho mỗi chẩn đoán chăm sóc cần phải:

- A. Rõ ràng.
- B. Cụ thể.
- C. Có giới hạn thời gian.
- D. Cả 3 ý trên.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
11	Nhận định điều dưỡng là nền tảng để xây dựng KHCS cho người bệnh.		
12	Thông tin khách quan thu thập được qua phỏng vấn người bệnh.		
13	Khám thực thể là khám từ đầu đến chân dựa theo cấu trúc chức năng của cơ thể.		
14	Vấn đề của người bệnh là nhu cầu của người bệnh.		
15	Khi viết kế hoạch chăm sóc các vấn đề của người bệnh không cần phải sắp xếp theo trật tự ưu tiên.		
16	Đánh giá trong quy trình điều dưỡng là đo lường sự đáp ứng của người bệnh với bệnh của họ.		
17	Can thiệp chủ động là hành động thực hiện thuốc theo y lệnh của người điều dưỡng.		
18	Chẩn đoán điều dưỡng không thay đổi khi phản ứng của người bệnh thay đổi.		

HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH VÀ CÁCH GHI CHÉP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được tầm quan trọng của hồ sơ người bệnh.*
2. *Trình bày được những quy định về lập, ghi và bảo quản hồ sơ người bệnh.*

1. TẦM QUAN TRỌNG CỦA HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH

- Hồ sơ người bệnh cho chúng ta biết chẩn đoán bệnh và nguyên nhân gây bệnh.
- Trong thời gian người bệnh nằm viện, hồ sơ người bệnh còn là phương tiện để ghi chép diễn biến bệnh, quá trình điều trị, chăm sóc người bệnh.
- Hồ sơ người bệnh cung cấp các thông tin cho người điều dưỡng trong lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh.
- Giúp cho công tác đào tạo huấn luyện và nghiên cứu khoa học.
- Thông qua hồ sơ người bệnh đánh giá được chất lượng điều trị, chăm sóc, tinh thần trách nhiệm và trình độ chuyên môn của cán bộ y tế.
- Hồ sơ người bệnh là bằng chứng pháp lý, chứng từ tài chính trong điều trị và chăm sóc người bệnh.

2. LẬP HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH

2.1. Các giấy tờ chính thuộc hồ sơ người bệnh

- Tờ bệnh án.
- Các giấy tờ thuộc lâm sàng.
 - + Phiếu theo dõi dấu hiệu sống của người bệnh hàng ngày.
 - + Bảng kế hoạch chăm sóc.
 - + Phiếu tiêm truyền dung dịch.
 - + Phiếu thử phản ứng thuốc.
 - + Biên bản hội chẩn, giấy duyệt mổ.
 - + Giấy chuyển viện.

- + Biên bản nhận xét tử vong.
- + Phiếu xin máu.
- Các giấy tờ thuộc cận lâm sàng.
 - + Giấy xét nghiệm các loại.
 - + Giấy X quang, siêu âm, điện tim...

2.2. Quy định về sắp xếp và dán hồ sơ người bệnh

Điều dưỡng hành chính khoa có trách nhiệm sắp xếp, hoàn chỉnh hồ sơ người bệnh theo trình tự.

- Các giấy tờ hành chính.
- Các tài liệu của tuyến dưới (nếu có).
- Các kết quả xét nghiệm xếp lệch nhau từng lớp: huyết học, sinh hóa, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh... theo trật tự trước dưới, sau trên.
- Phiếu theo dõi.
- Phiếu chăm sóc.
- Biên bản hội chẩn, sơ kết điều trị, giấy cam đoan... (nếu có).
- Các tờ điều trị có đánh số trang dán theo thứ tự thời gian.
- Các giấy tờ trên phải đóng dấu giáp lai để quản lý hồ sơ.

2.3. Quy định về lập và ghi hồ sơ người bệnh

- Hồ sơ người bệnh cần phải được lập ngay sau khi có quyết định của bác sĩ cho người bệnh vào viện điều trị.
 - + Đối với người bệnh cấp cứu phải được làm hồ sơ, bệnh án hoàn chỉnh trước 24 giờ và có đủ các xét nghiệm cần thiết.
 - + Người bệnh không thuộc diện cấp cứu phải hoàn tất hồ sơ bệnh án trước 36 giờ.
- Chữ viết trong hồ sơ phải rõ ràng, không tẩy xóa, dễ đọc, dễ hiểu, ngôn ngữ chọn lọc và diễn đạt đầy đủ các thông tin cần thiết thu thập được
- Tiêu đề về hành chính phải ghi chính xác, đầy đủ đúng quy định (họ tên người bệnh, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ....).
- Chỉ được phép dùng các ký hiệu, chữ viết tắt phổ thông khi thật cần thiết và đúng quy định: họ tên người bệnh viết chữ in hoa có đánh dấu, tên thuốc ghi rõ ràng đúng danh pháp quy định.
- Chỉ được ghi vào hồ sơ người bệnh những công việc (điều trị, chăm sóc) do chính mình thực hiện.

- Các thông số, chỉ số theo dõi người bệnh cũng như các kết quả xét nghiệm... cần phải được ghi cụ thể rõ ràng vào hồ sơ người bệnh theo quy định.
- Người bệnh mổ, làm các thủ thuật có nguy cơ đe dọa đến tính mạng phải có giấy cam đoan có chữ ký của người bệnh hoặc thân nhân người bệnh để lưu hồ sơ người bệnh.
- Trường hợp người bệnh từ chối điều trị, chăm sóc phải ghi rõ lý do và có chữ ký của người bệnh hoặc thân nhân người bệnh (khi cần thiết).

3. BẢO QUẢN HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH

3.1. Quy định chung

- Hồ sơ bệnh án là tài liệu quan trọng phải được giữ gìn bảo quản tốt theo quy định của pháp luật về lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án nội, ngoại trú, xuất viện, chuyển viện, tử vong phải được hoàn chỉnh các thủ tục hành chính theo quy chế vào viện, chuyển viện, chuyển khoa, ra viện sau đó chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp lưu trữ theo quy định.
- Việc khai thác sử dụng hồ sơ bệnh án phải đúng quy định.

3.2. Quy định cụ thể

3.2.1. Quản lý hồ sơ

Điều dưỡng hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ:

- Giữ gìn quản lý mọi hồ sơ bệnh án trong khoa.
- Hồ sơ bệnh án được để vào giá hoặc tủ theo quy định, dễ thấy, dễ lấy
- Hết giờ làm việc phải kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và bàn giao cho điều dưỡng thường trực.
- Không để người bệnh và gia đình người bệnh xem hồ sơ bệnh án.
- Học viên thực tập muốn xem hồ sơ bệnh án phải được sự đồng ý của trưởng khoa, ký sổ giao nhận, xem tại chỗ, xem xong bàn giao lại ngay cho điều dưỡng hành chính.

3.2.2. Lưu trữ hồ sơ

*** Đăng ký lưu trữ**

- Người bệnh ra viện trong 24 giờ, khoa phải hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ theo quy chế và chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp.
- Phòng kế hoạch tổng hợp kiểm tra việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của các khoa, trình giám đốc ký duyệt và chuyển lưu trữ.

- Hồ sơ bệnh án nội, ngoại trú lưu trữ ít nhất 10 năm.
- Hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt lưu trữ ít nhất 15 năm.
- Hồ sơ bệnh án tử vong lưu trữ ít nhất 20 năm.

*** Bảo quản hồ sơ lưu trữ**

- Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp phân công cụ thể viên chức chuyên trách giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án.
- Ghi đầy đủ thông tin quy định vào sổ lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án được để vào tủ trên giá có biện pháp chống ẩm, phòng cháy, chống dãn, chuột, mối và các côn trùng khác.
- Các hồ sơ bệnh án được đánh số thứ tự theo đúng chuyên khoa hoặc theo danh mục bệnh tật quốc tế nhằm đảm bảo lưu trữ và cung cấp tài liệu nhanh chóng, thuận tiện.
- Hồ sơ người bệnh tử vong phải được bảo quản chặt chẽ lưu trữ theo thứ tự hàng năm.
- Tủ lưu trữ hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong phải luôn luôn khóa bảo vệ.

3.2.3. Sử dụng hồ sơ bệnh án đã lưu trữ

- Bác sĩ trong bệnh viện cần mượn hồ sơ bệnh án để giảng dạy học tập và nghiên cứu phải có giấy đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng, thông qua trưởng phòng kế hoạch tổng hợp và chỉ được đọc tại chỗ. Đối với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong ngoài thủ tục trên cần phải được giám đốc ký duyệt.
- Phòng kế hoạch tổng hợp phải có sổ theo dõi người đến mượn hồ sơ và lưu trữ giấy đề nghị.
- Người mượn hồ sơ bệnh án không được tiết lộ các chi tiết chuyên môn trong bệnh án.

3.2.4. Cơ quan bảo vệ pháp luật và thanh tra cần sử dụng hồ sơ bệnh án

- Phải có giấy giới thiệu hoặc công văn đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng hồ sơ bệnh án, trưởng phòng kế hoạch tổng hợp báo cáo giám đốc ký duyệt mới được đưa hồ sơ bệnh án cho mượn đọc hay sao chép tại chỗ.
- Đối với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, giám đốc bệnh viện phải báo cáo lên cấp trên quản lý trực tiếp, sau khi được sự đồng ý của cấp trên giám đốc bệnh viện mới được phép cho mượn đọc hay sao chép tại chỗ.
- Đối với hồ sơ bệnh án của cán bộ diện quản lý sức khỏe trung ương phải được phép của Chủ tịch hội đồng quản lý sức khỏe cao cấp của Đảng và Nhà nước mới được phép cho mượn đọc hoặc sao chép tại chỗ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách điền thêm từ, cụm từ thích hợp vào chỗ trống.

1. Hồ sơ người bệnh cho chúng ta biếtA..... bệnh và nguyên nhân gây bệnh.
2. Hồ sơ người bệnh cung cấp các....A...cho người điều dưỡng trong lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh.
3. Hồ sơ người bệnh có 3 loại giấy tờ chính thuộc:
 - A. Tờ bệnh án.
 - B. Lâm sàng.
 - C.....

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu sau.

4. Hồ sơ người bệnh là tài liệu quan trọng hay được sử dụng trong công tác:
 - A. Đào tạo.
 - B. Đánh giá chất lượng điều trị.
 - C. Pháp lý.
 - D. Nghiên cứu khoa học.
5. Người bệnh cấp cứu hồ sơ phải được lập và hoàn chỉnh ngay trong vòng:
 - A. 24 giờ.
 - B. 48 giờ.
 - C. 72 giờ.
 - D. 96 giờ.
6. Hồ sơ người bệnh ra viện cần phải được hoàn chỉnh thủ tục hành chính theo quy chế và chuyển về phòng kế hoạch tổng hợp trong vòng:
 - A. 12 giờ.
 - B. 24giờ.
 - C. 36 giờ.
 - D. 48 giờ.
7. Hồ sơ người bệnh nội, ngoại trú cần phải được lưu trữ ít nhất:
 - A. 1 năm.
 - B. 5 năm.

- C. 10 năm.
D. 15 năm.
8. Hồ sơ người bệnh bị tai nạn lao động, sinh hoạt phải được lưu trữ ít nhất:
A. 5 năm.
B. 10 năm.
C. 15 năm.
D. 20 năm.
9. Hồ sơ người bệnh tử vong phải được lưu trữ ít nhất:
A. 10 năm.
B. 15 năm.
C. 20 năm.
D. 25 năm.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (v) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
10	Hết giờ làm việc hồ sơ người bệnh phải được bàn giao cho điều dưỡng trưởng khoa.		
11	Trong một số trường hợp có thể cho người bệnh, người nhà xem hồ sơ bệnh án của họ.		
12	Hồ sơ người bệnh tử vong đã lưu trữ khi cần mượn phải được sự đồng ý của giám đốc bệnh viện.		
13	Chỉ được phép ghi vào hồ sơ người bệnh những công việc (điều trị, chăm sóc) do chính bản thân mình thực hiện.		

Một số mẫu giấy tờ trong hồ sơ người bệnh

SỞ Y TẾ.....

PHIẾU THEO DÕI TRUYỀN DỊCH

MS: 17/BV- 01

BỆNH VIỆN.....

Số vào viện:.....

Khoa:

- Họ tên người bệnh: Tuổi:..... Nam/Nữ.

- Số giường: Buồng:

- Chẩn đoán:

Ngày tháng	tên dịch truyền/ hàm lượng	Số lượng	Lô/ Số sản xuất	Tốc độ giọt/ph	Thời gian		BS chỉ định	YT (DD) thực hiện
					Bắt đầu	Kết thúc		

SỞ Y TẾ

PHIẾU CHĂM SÓC

MS: 09/BV- 01

BỆNH VIỆN

Phiếu số....Số vào

viện:...

Khoa:.....

Họ tên người bệnh:.....

Tuổi:.....Nam/Nữ

Số giường:.....Buồng:.....Chẩn đoán bệnh:.....

[illegible]

SỞ Y TẾ

PHIẾU THEO DÕI CHỨC NĂNG SỐNG

MS: 17/BV- 01

BỆNH VIỆN

Số vào viện:...

Khoa:

- Họ tên người bệnh:.....Tuổi:..... Giới:.....

- Số giường:.....Buồng:.....

- Chẩn đoán:.....

Ngày, tháng														
Mạch L/ph	Nhiệt độ C													
160	41													
140	40													
120	39													
100	38													
80	37													
60	36													
40	35													
1. Huyết áp (mmHg)														
2. Cân nặng (Kg)														
3. Nhịp thở (lần/phút)														
4.														
5.														
ĐD thực hiện (ký và ghi tên)														

Sở Y tế: **PHIẾU XÉT NGHIỆM HÓA SINH MÁU** MS: 33/ BV – 01
Đ.V..... Số.....

Thường: ☐ Cấp cứu: ☐

- Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/ Nữ.

- Địa chỉ: Số thẻ BHYT:

- Khoa: Buồng: Giường:

- Chẩn đoán:

Tên xét nghiệm	Trị số bình thường	Kết quả	Tên xét nghiệm	Trị số bình thường	Kết quả
Urê	2,5 – 7,5 mmol/L		Sắt	Nam: 11- 27 mmo/L Nữ: 7- 26 mmo/L	
Glucose	3,9 - 6,4 mmol/L		Magiê	0,8 - 1,00 mmol/L	
Creatinin	Nam: 62 -120 mmo/L Nữ: 53 - 100 mmo/L		AST (GOT)	≤ 37 U/L - 37°C	
Acid uric	Nam:180 - 420 mmo/L Nữ: 150 - 360 mmo/L		ALT (GPT)	≤ 40 U/L - 37°C	
Bilirubin TP	≤ 17 mmo/L		Amylase		
Bilirubin TT	≤ 4,3mmo/L		CK	Nam: 24 - 190 U/L -37°C Nữ: 24 - 167 U/L - 37°C	
Bilirubin GT	≤ 12,7mmo/L		CK – MB	≤ 24 U/L - 37°C	
Protein TP	65 - 82 g/L		LDH	230 - 460 U/L - 37°C	
Albumin	35 - 50 g/L		GGT	Nam: 11 - 50 U/L - 37°C Nữ: 7 - 32 U/L - 37°C	
Globulin	24 - 38 g/L		Cholinesterase	5300 - 12900 U/L - 37°C	
Tỷ lệ A/G	1,3 - 1,8		Phosphatase kiềm		
Fibrinogen	2 - 4 g/L		Các xét nghiệm khí máu		
Cholesterol	3,9 - 5,2 mmol/L		pH động mạch	7,37 - 7,45	
Triglycerid	0,46 - 1,88 mmol/L		pCO ₂	Nam: 35 - 46 mmHg Nữ: 32 - 43 mmHg	
HDL – cho.	≥ 0,9 mmol/L		pO ₂ động mạch	71 - 104 mmHg	
LDl – cho.	≤ 3,4 mmol/L		HCO ₃ chuẩn	21 - 26 mmol/L	
Na ⁺	135 - 145 mmol/L		Kiểm dư	-2 đến +3 mmol/L	
K ⁺	3,5 - 5 mmol/L		Các xét nghiệm khác		
Cl ⁻	98 - 106 mmol/L		-		
Calci	2,15 - 2,6 mmol/L		-		
Calci ion hóa	2,17 - 1,29 mmol/L		-		
Phospho	TE: 1,3 - 2,2 mmol/L NL: 0,9 - 1,5 mmol/L		-		

...Giờ.....ngày.....tháng.....năm 200.....

BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

TRƯỞNG KHOA XÉT NGHIỆM

Sở Y tế:

PHIẾU XÉT NGHIỆM HUYẾT HỌC

MS: 33/ BV –

Đ.V.....

01

Số.....

Thường: ☐Cấp cứu: ☐

- Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam/ Nữ.

- Địa chỉ: Số thẻ BHYT:.....

- Khoa: Buồng: Giường:

- Chẩn đoán:

1. Tế bào máu ngoại vi:

Chỉ số	Kết quả	Chỉ số	Kết quả
- Số lượng hồng cầu: nam: $(4,0 - 5,8 \cdot 10^{12}/l)$ nữ: $(3,9 - 5,4 \cdot 10^{12}/l)$		- Số lượng BC $(4 - 10 \cdot 10^9/l)$	
- Huyết sắc tố: nam $(140 - 160g/l)$ nữ $(125 - 145 g/l)$		- Thành phần bạch cầu (%):	
- Hematocrit: nam $(0,38 - 0,50 l/l)$ nữ $(0,35 - 0,47 l/l)$		- Đoạn trung tính	
- MCV $(83 - 92 fl)$		- Đoạn ưa acid	
- MCH $(27 - 32 l/l)$		- Đoạn ưa ba zơ	
- MCHC $(320 - 356g/l)$		- Mono	
- Hồng cầu có nhân $(0 \cdot 10^9/l)$		- Lympho	
- Hồng cầu lưới $(0,1 - 0,5\%)$		- Tế bào bất thường	
- Số lượng tiểu cầu $(150 - 400 \cdot 10^9/l)$			
		- Máu lắng: giờ 1 $(< 15mm)$ giờ 2 $(< 20mm)$	
- KST sốt rét:			

2. Đông máu:

- Thời gian máu chảy:phút.....

- Thời gian máu đông:phút.....

3. Nhóm máu:

- Hệ ABO:

- Hệ Rh:

...Giờ... ngày...tháng...năm 200...

...Giờ... ngày...tháng...năm 200....

BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

TRƯỞNG KHOA XÉT NGHIỆM

Bảng kiểm 1: Chuẩn bị, ghi chép hồ sơ người bệnh

TT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
	* Chuẩn bị hồ sơ.		
1	Các loại bệnh án: giới thiệu một số loại bệnh án.		
2	Các loại giấy tờ khác.		
2.1	Phiếu vào viện, thanh toán viện phí, ra viện, chuyển viện, giấy khám chữa bệnh theo yêu cầu.		
2.2	Giấy chứng sinh, chứng tử.		
2.3	Giấy cam đoan phẫu thuật, giấy chứng nhận thương tích.		
2.4	Phiếu chăm sóc người bệnh.		
2.5	Tờ điều trị, biên bản hội chẩn, biên bản kiểm thảo tử vong.		
2.6	Phiếu theo dõi: chức năng sống, chuyển dạ, chuyên khoa, gây mê hồi sức.		
2.7	Phiếu phẫu thuật, giấy thử phản ứng thuốc.		
2.8	Phiếu lĩnh máu, các chế phẩm của máu, phiếu theo dõi truyền máu, truyền dịch.		
2.9	Phiếu chụp X quang, phiếu làm các xét nghiệm.		
3	Dán hồ sơ.		
3.1	Gáy 1: giấy tờ hành chính, phiếu khám bệnh vào viện, giấy chuyển viện.		
3.2	Gáy 2: phiếu xét nghiệm:		
	+ Xét nghiệm máu dán ở trên.		
	+ Các xét nghiệm khác dán ở giữa.		
	+ Xét nghiệm phân, nước tiểu dán ở cuối.		
3.3	Gáy 3: phiếu theo dõi truyền dịch, truyền máu, giấy thử phản ứng thuốc.		
3.4	Gáy 4: phiếu theo dõi chức năng sống của người bệnh.		
3.5	Gáy 5: phiếu chăm sóc người bệnh.		
3.6	Gáy 6: biên bản hội chẩn, bảng gây mê hồi sức, phiếu sơ kết 15 ngày điều trị, giấy cam đoan phẫu thuật.		
3.7	Gáy 7: tờ điều trị.		
3.8	Gáy 8: phiếu công khai thuốc, phiếu thanh toán ra viện.		
	* Cách ghi hồ sơ.		
1	Ghi phải chính xác, trung thực, khách quan, không tẩy xóa, không viết tắt tùy tiện, không viết từ địa phương, không viết tiếng nước ngoài...		

2	Họ tên người bệnh bằng chữ in hoa có dấu.		
3	Ngày sinh: hai ô đầu ghi ngày, hai ô giữa ghi tháng, hai ô cuối ghi năm (nếu ngày dưới 10, tháng dưới 3 thì phải thêm số "0" ở phía trước).		
4	Giới: nữ 1, nam 2.		
5	Nghề nghiệp: ghi đúng mã quy định, ví dụ: học sinh, sinh viên (mã 06)...		
6	Dân tộc: ghi theo thứ tự A,B,C theo tài liệu của Ủy ban dân tộc và miền núi, ví dụ: dân tộc Bana (mã 01), dân tộc Kinh (mã 25)...		
7	Ngoại kiều: ghi mã tên nước theo thứ tự A,B,C.		
8	Địa chỉ: ghi số nhà, thôn, xã, phường, huyện, tỉnh.		
9	Nơi làm việc: dành cho cán bộ công chức, viên chức.		
10	Đối tượng: bảo hiểm y tế, thu phí, miễn phí...		
11	Họ tên, địa chỉ người nhà: ghi đầy đủ họ tên, địa chỉ, số điện thoại (nếu có).		
12	Vào viện: ghi rõ giờ, phút, ngày, tháng, năm.		
13	Tiếp nhận tại (khoa khám bệnh, buồng trực cấp cứu...).		
14	Nơi giới thiệu: ghi rõ đơn vị hoặc họ tên, địa chỉ.		
15	Vào khoa: ghi rõ giờ, phút, ngày, tháng, năm.		
16	Chuyển viện, ra viện: ghi rõ ngày, tháng, năm.		
17	Chẩn đoán của tuyến dưới, của khoa khám bệnh, khoa điều trị, khi ra viện: ghi rõ mã bệnh quy định.		
18	Khám nghiệm tử thi (có hay không).		
19	Kết quả điều trị ghi rõ khỏi, đỡ, nặng lên, tử vong.		
20	Bệnh nhân tử vong ghi rõ lý do ngày, tháng, năm.		
21	Đặc điểm liên quan đến bệnh tật: nghiện thuốc lá, nghiện rượu, bia, ma túy (có hay không).		
22	Các xét nghiệm: ghi theo thứ tự (bệnh lý, bình thường).		
23	Chế độ dinh dưỡng: viết theo chế độ ăn bệnh lý.		
24	Chế độ chăm sóc (viết theo chế độ cấp 2, cấp 3).		
25	Tổng kết ra viện.		
26	Hồ sơ bệnh án phải được bàn giao cho phòng lưu trữ và phải được ký nhận.		

BẢO QUẢN DỤNG CỤ Y TẾ THÔNG THƯỜNG

MỤC TIÊU

Nêu được cách bảo quản từng nhóm các loại dụng cụ y tế thông thường.

1. DỤNG CỤ KIM LOẠI

Các dụng cụ y tế bằng kim loại sau khi sử dụng xong cần phải được khử khuẩn sơ bộ, sau đó chuyển xuống khoa chống nhiễm khuẩn để cọ rửa, tiệt khuẩn. Quá trình cọ rửa, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ kim loại được tiến hành như sau.

1.1. Cọ rửa

- Phương tiện:
 - + Buồng rửa dụng cụ (nếu không có buồng rửa riêng) thì phải ngăn cách để tạo ra một khu vực rửa tương đối riêng biệt với các khu vực sạch khác.
 - + Bồn rửa dụng cụ bằng Inox hoặc ốp gạch men.
 - + Bàn chải cọ rửa dụng cụ.
 - + Bồn (chậu) ngâm dụng cụ.
 - + Hóa chất khử khuẩn sơ bộ.
 - + Dung dịch xà phòng rửa tay.
 - + Găng tay hộ lý, tạp dề, mũ khẩu trang.
 - + Khăn lau tay.
- Nhân viên rửa dụng cụ phải đi găng tay, đeo tạp dề, khẩu trang và kính bảo vệ mắt.
- Dụng cụ phải được tháo rời, xả nước cho sạch máu, dịch và các chất bẩn bám vào dụng cụ.
- Ngâm ngập dụng cụ trong bồn (chậu) dung dịch khử khuẩn với thời gian nhất định tùy theo loại dung dịch khử khuẩn.
- Cọ rửa dụng cụ bằng bàn chải, nước xà phòng, nước sạch (chú ý các khe, kẽ) hoặc bằng máy rửa.

1.2. Đóng gói, tiệt khuẩn dụng cụ

- Dụng cụ sau khi cọ rửa sạch được làm khô bằng tủ sấy, hoặc dùng súng phụt khí.
- Đóng gói dụng cụ theo từng bộ đã được thống nhất với các khoa phòng để cho tiện việc sử dụng sau tiệt khuẩn.
- Các gói dụng cụ đều phải có nhãn ghi rõ số lô, ngày hấp và thời hạn sử dụng.
- Tiệt khuẩn dụng cụ bằng nhiệt ướt (nồi hấp autoclave) ở nhiệt độ 121°C và áp suất 1,036 at trong thời gian 15 phút.

2. DỤNG CỤ BẰNG NHỰA, CAO SU

2.1. Cọ rửa

- Phương tiện:
 - + Buồng rửa dụng cụ (nếu không có buồng rửa riêng thì phải ngăn cách để tạo ra một khu vực rửa tương đối riêng biệt với các khu vực sạch khác.
 - + Bồn rửa dụng cụ bằng I nox hoặc ốp gạch men.
 - + Bàn chải cọ rửa dụng cụ.
 - + Bồn (chậu) ngâm dụng cụ.
 - + Hóa chất khử khuẩn sơ bộ.
 - + Dung dịch xà phòng rửa tay.
 - + Găng tay hộ lý, tạp dề, mũ khẩu trang.
 - + Khăn lau tay.
- Nhân viên rửa dụng cụ phải đi găng tay, đeo tạp dề, khẩu trang và kính bảo vệ mắt.
- Dụng cụ phải được tháo rời, xả nước cho sạch máu, dịch và các chất bám vào dụng cụ.
- Ngâm ngập dụng cụ trong bồn (chậu) dung dịch khử khuẩn với thời gian nhất định tùy theo loại dung dịch khử khuẩn.
- Cọ rửa dụng cụ bằng bàn chải, nước xà phòng, nước sạch (chú ý các khe, kẽ) hoặc bằng máy rửa

2.2. Đóng gói, tiệt khuẩn

- Sau khi rửa xong dụng cụ được làm khô, hoặc dùng súng phụt khí.
- Các dụng cụ hỏng, không còn khả năng sử dụng lại được nữa loại bỏ thay thế bổ sung.

- Đóng gói dụng cụ theo từng bộ đã được thống nhất với các khoa phòng theo quy định để tiện cho việc sử dụng sau tiệt khuẩn.
- Các gói dụng cụ đều phải có nhãn ghi rõ số lô, ngày hấp và thời hạn sử dụng.
- Tiệt khuẩn dụng cụ bằng nhiệt ướt (nồi hấp autoclave) ở nhiệt độ 121°C và áp suất 1,036 at trong thời gian 15 phút.

2.3. Xử lý- bảo quản găng tay cao su (tái sử dụng)

* Xử lý.

- Găng sau khi sử dụng xong cần được rửa sạch dưới vòi nước, rồi tháo ra và cho vào túi (thùng) dành riêng đựng găng bẩn.
- Ngâm khử khuẩn găng trong dung dịch cloraminB 0,5%, hoặc dung dịch khử khuẩn khác.
- Giặt sạch găng bằng xà phòng (lộn giặt cả hai mặt).
- Kiểm tra chất lượng từng chiếc găng nếu rách thủng loại bỏ, bổ sung.
- Lau hoặc sấy khô găng tay.
- Trộn bột tan, sắp xếp găng thành từng đôi, cho vào túi nilon chịu nhiệt, dán nhãn ghi rõ cỡ, số lượng găng, ngày hấp, thời hạn sử dụng.
- Hấp ướt ở nhiệt độ 121°C và áp suất 1,036 at trong thời gian 15 phút.

* **Bảo quản:** găng phải được bảo quản trong kho vô khuẩn tối thiểu 24 giờ trước khi phát cho các khoa phòng sử dụng để tránh găng bị dính. Găng đã hấp để trong kho quá 1 tháng, phải đóng gói và hấp lại mới sử dụng được.

3. DỤNG CỤ THUỶ TINH (KHỬ KHUẨN NHIỆT KẾ)

- Chuẩn bị dụng cụ để cọ rửa.
 - + Xà phòng.
 - + Các dung dịch khử khuẩn (cồn 70⁰ hoặc 90⁰, dung dịch phenol 3%, hoặc dung dịch Cidex 2%).
 - + Khăn, gạc sạch.
 - + Các phương tiện bảo hộ cá nhân (găng hộ lý, tạp dề, mũ khẩu trang).
 - + Bảo quản đối với nhiệt kế sau khi sử dụng cho người bệnh không bị nhiễm khuẩn.
 - + Lấy nhiệt kế ra khỏi khay đựng nhiệt kế bẩn.
 - + Rửa sạch nhiệt kế bằng xà phòng: dùng miếng gạc tẩm dung dịch xà phòng vừa xoay vừa vuốt từ đầu đến cuối nhiệt kế, rồi rửa sạch dưới vòi nước.

- + Lau khô nhiệt kế bằng khăn hoặc gạc sạch rồi cho nhiệt kế vào hộp đựng.
- Bảo quản nhiệt kế sau khi sử dụng cho những người bệnh nhiễm khuẩn (trong những buồng cách ly).
 - + Lấy nhiệt kế ra khỏi hộp (khay) đựng nhiệt kế bẩn.
 - + Rửa sạch nhiệt kế bằng xà phòng: dùng miếng gạc tẩm dung dịch xà phòng vừa xoay vừa vuốt từ đầu đến cuối nhiệt kế, rồi rửa sạch dưới vòi nước.
 - + Lau khô nhiệt kế bằng khăn hoặc giấy sạch.
 - + Ngâm ngập nhiệt kế trong dung dịch khử khuẩn hoặc cồn 700 trong thời gian 30 phút.
 - + Lấy nhiệt kế ra khỏi khay ngâm dung dịch khử khuẩn, rồi rửa lại dưới vòi nước sạch.
 - + Lau khô nhiệt kế bằng khăn sạch.
 - + Để nhiệt kế vào hộp đựng nhiệt kế (đã được khử khuẩn) rồi đậy kín.

4. BẢO QUẢN ĐỒ VẢI

- Đồ vải bẩn sau khi thu gom cần được phân loại thành các loại: bẩn, rất bẩn, có máu, đồ vải của khoa truyền nhiễm.
- Các đồ vải của khoa truyền nhiễm, da liễu được giặt bằng máy riêng, sử dụng xà phòng, hóa chất tẩy rửa.
- Quần áo nhân viên và đồ vải của người bệnh được giặt bằng máy riêng, tùy theo loại vải và mục đích sử dụng mà lựa chọn chương trình giặt cho phù hợp.
- Sấy khô và là: toàn bộ đồ vải sau khi giặt xong được chuyển sang máy sấy khô và là.
- Những đồ vải không đảm bảo chất lượng (rách, quá cũ...) phải được thay thế, bổ sung.
- Đóng gói đồ vải theo cơ sở đã được thống nhất với các khoa, phòng.
- Dùng túi vải, hoặc hộp kền để đóng gói đồ vải.
- Các gói, hộp đồ vải có băng dính vạch ghi rõ số lô, ngày hấp, và thời hạn sử dụng.
- Đồ vải được tiệt khuẩn bằng nồi hấp nhiệt độ 121°C và áp suất 1,036 at trong thời gian 15 phút.

5. BẢO QUẢN ĐỒ SẮT TRẮNG MEN (BÔ, BÔ VỊT)

Bô vít cần được trang bị riêng cho mỗi người bệnh có nhu cầu. Sau khi sử dụng xong bô, bô vít cần phải được khử khuẩn, cọ rửa sạch sẽ, để khô.

5.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Dung dịch khử khuẩn (gốc phenol).
- Nước xà phòng.
- Bàn chải.
- Trang bị phòng hộ cá nhân: găng hộ lý, tạp dề, khẩu trang...

5.2. Cọ rửa, khử khuẩn

- Đổ chất thải có trong bô, bô vít vào nơi quy định (bồn xí, hoặc cống).
- Xả sạch bô, vít dưới vòi nước.
- Xịt dung dịch khử khuẩn lên miệng, thành trong và ngoài của bô, vít.
- Xả nước lại cho sạch.
- Cọ rửa bô, bô vít bằng bàn chải xà phòng, rửa lại bằng nước sạch.
- Úp lên giá cho dụng cụ khô tự nhiên hoặc lau khô bằng vải.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Dụng cụ y tế được chia thành 5 loại:

A.....

B. Thuỷ tinh.

C. Cao su, nhựa.

D.....

E. Sắt tráng men.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (v) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
2	Đối với một số dụng cụ kim loại trước khi cọ rửa cần phải được tháo rời.		
3	Dụng cụ sau khi cọ rửa, lau khô, phải được đóng gói theo quy định trước khi mang đi tiệt khuẩn.		
4	Nhiệt kế nhiễm khuẩn sau khi xử lý, phải được tiệt khuẩn bằng nồi hấp.		
5	Đồ vải thu gom từ khoa truyền nhiễm cần phải được xử lý riêng.		
6	Đồ vải sau khi xử lý, cần phải được đóng gói theo mẫu đã quy định theo từng khoa.		
7	Đồ sắt tráng men sau khi xử lý cần phải được tiệt khuẩn bằng tủ sấy.		

VÔ KHUẨN - TIỆT KHUẨN

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa khử khuẩn, tiệt khuẩn và các khái niệm về nguy cơ nhiễm khuẩn.*
2. *Trình bày được các phương pháp khử khuẩn.*
3. *Trình bày được các đặc điểm cơ bản của một số dung dịch khử khuẩn hay dùng.*
4. *Trình bày được các phương pháp tiệt khuẩn.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiệt khuẩn và khử khuẩn nhằm bảo đảm an toàn cho môi trường bệnh viện, bệnh nhân và nhân viên y tế (khi xử lý dụng cụ và sử dụng dụng cụ). Có nhiều phương pháp tiệt khuẩn và khử khuẩn khác nhau do vậy trong thực tế cần chọn lựa mức độ khử khuẩn thích hợp tùy thuộc một số yếu tố: chất liệu làm dụng cụ, loại và lượng vi khuẩn bám trên dụng cụ, nguy cơ nhiễm khuẩn cho bệnh nhân và nhân viên y tế và cả vấn đề kinh phí nữa.

2. ĐỊNH NGHĨA

* **Khử khuẩn:** là quá trình làm giảm tối thiểu số lượng vi sinh vật gây bệnh trên dụng cụ hoặc trên da tới mức không gây nguy hiểm tới sức khỏe, quá trình khử khuẩn không diệt được hoàn toàn bào tử của vi khuẩn.

* **Tiệt khuẩn:** là quá trình tiêu diệt tất cả các vi sinh vật kể cả nha bào của vi khuẩn.

3. NGUY CƠ NHIỄM KHUẨN

* **Nguy cơ nhiễm khuẩn thấp:** những dụng cụ tiếp xúc với da nguyên vẹn hoặc da bình thường, hoặc các môi trường ít tiếp xúc với bệnh nhân (tường nhà, trần nhà, sàn nhà, đồ gỗ).

* **Nguy cơ nhiễm khuẩn trung bình:** những dụng cụ này không xuyên qua da hoặc đi vào những nơi vô khuẩn của cơ thể, chúng chỉ tiếp xúc với niêm mạc và da không nguyên vẹn (dụng cụ hô hấp, nội soi tiêu hóa,...).

* **Nguy cơ nhiễm khuẩn cao:** những dụng cụ đi vào các mô cơ thể vô

khuẩn như các hốc trong cơ thể và hệ thống mạch máu (dụng cụ ngoại khoa, catheter mạch máu, dụng cụ đặt trong tử cung...), các dụng cụ này phải được làm sạch sau đó tiệt khuẩn. Với những dụng cụ không thể tiệt khuẩn phải được khử khuẩn mức độ cao.

4. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỬ KHUẨN

4.1. Làm sạch

Là quá trình đào thải các vật lạ (đất, chất hữu cơ, vi sinh vật) khỏi một đồ vật.

- Làm sạch toàn diện và để khô sẽ đào thải một phần lớn vi sinh vật trên bề mặt dụng cụ, động tác này luôn luôn phải đi trước việc khử khuẩn hoặc tiệt khuẩn.
- Làm sạch được thực hiện nhờ nước, chất tẩy rửa và các động tác cọ rửa, có thể dùng tay hoặc máy móc cho việc cọ rửa.

4.1.1. Làm sạch dụng cụ

*** Cọ rửa bằng tay.**

- Tất cả các dụng cụ phải được tháo rời trước khi cọ rửa.
- Nước máy rất thích hợp bởi nó đào thải hầu hết các chất hữu cơ (máu, đờm...).
- Phương pháp đơn giản và hiệu quả nhất là dùng bàn chải chà khắp bề mặt dụng cụ dưới mặt nước.
- Xúc rửa dụng cụ với nước sạch, ấm và để khô.

Chú ý: khi cọ rửa dụng cụ nhân viên phải mang găng tốt khi thực hiện.

Bàn chải phải được khử khuẩn và phơi khô sau khi sử dụng.

*** Cọ rửa bằng máy.**

- Nguyên tắc hoạt động của máy:
 - + Nước sử dụng ban đầu là nước lạnh: cho phép loại trừ những sản phẩm khử nhiễm và tránh những yếu tố không tương hợp.
 - + Rửa lại với nước nóng từ 65°C - 95°C trong vòng từ 15 - 20 phút (chọn nhiệt độ là tùy thuộc vào loại dụng cụ xử lý).
 - + Trung hòa những sản phẩm acid nhằm loại trừ những vết bẩn do tác nhân tẩy rửa.
 - + Rửa lại sau cùng với nước nóng với mục đích khử khuẩn (95°C đối với những dụng cụ không chịu nhiệt) và sau đó làm khô.

- + Bôi trơn thường được áp dụng riêng cho các loại dụng cụ kim loại (lau bằng dầu theo chỉ dẫn của từng loại dụng cụ).
- + Làm khô (nếu không có chu trình làm khô, thì việc làm khô được thực hiện bằng khăn sạch, đối với những phần rỗng thì làm khô bằng khí nén sử dụng trong y tế).
- Các điểm cần lưu ý khi sử dụng.
 - + Xác định chức năng hoạt động của máy.
 - + Xác định vị trí đặt các ổ dụng cụ xem có sự quá tải không?
 - + Lựa chọn chương trình hoạt động của máy và nhiệt độ phù hợp với các dụng cụ được xử lý.
 - + Kiểm tra sự hoạt động của chu trình làm việc.
 - + Kiểm tra giai đoạn làm khô của máy.
- Những điều nên làm:
 - + Sắp xếp những dụng cụ sao cho phù hợp đồng chất với nhau (kim loại đi với kim loại, thủy tinh đi với thủy tinh, nhựa với nhựa).
 - + Chọn lựa chất sản phẩm tẩy rửa thích hợp với loại máy cũng như loại dụng cụ xử lý.
 - + Mở các khớp nối của các dụng cụ.
 - + Chai lọ phải mở nắp và úp xuống.
 - + Luôn luôn bắt đầu chu trình bằng rửa nước lạnh nhằm loại bỏ các sản phẩm khử khuẩn và tránh sự cố định của các chất bản là protein.
 - + Kiểm tra chất lượng của nước, nước mềm là tối cần thiết. Giai đoạn rửa sau cùng thường bằng nước đã được làm mất muối khoáng tránh lắng đọng muối trên dụng cụ.
 - + Thường xuyên lau chùi máy móc (phần lọc và ống nối).
- Các điều không nên làm.
 - + Không nên trộn dụng cụ đã bị ăn mòn trên bề mặt với những dụng cụ còn tốt.
 - + Không nên kết hợp trong một lần những dụng cụ bằng Crom và Inox.
 - + Không nên đặt quá nhiều dụng cụ trong máy tạo ra những “vùng tối” ảnh hưởng tới sự cọ rửa của máy.

4.1.2. Làm sạch môi trường

- Sàn nhà, các bề mặt, bồn nước, ống dẫn nước nên được cọ rửa với nước và xà phòng.

- Việc sử dụng thường xuyên các chất khử khuẩn là không cần thiết.
- + Nếu có vương vãi các dịch cơ thể (chất tiết, máu, mủ....) phải được khử khuẩn trước khi cọ rửa nhất là ở các khoa phòng có nguy cơ cao.
- + Lau ngay nơi vương vãi các chất tiết của người bệnh với sodium hypochlorit 0,5 - 1%, hoặc dung dịch presept 1%.
- + Lau khô với nước sạch.
- + Phải mang găng tay (thận trọng khi dùng chlorine bởi vì hơi chlorine có thể gây độc).
- + Nếu dịch cơ thể vương vãi phải được giải quyết ngay không cần thiết phải khử khuẩn buồng bệnh, chỉ cọ rửa khắp phòng là đủ.

4.2. Khử khuẩn bằng nhiệt

- Sử dụng máy Autoclave hoặc nồi áp suất là một hình thức khử khuẩn tốt nhất. Hấp ướt (moist heat) ở 70°C - 100°C.
- Đun sôi ở 100°C trong ít nhất 5 phút kể từ lúc bắt đầu sôi là biện pháp đơn giản và đáng tin cậy nhất trong việc bất hoạt các vi sinh vật bao gồm virus viêm gan B, HIV và vi khuẩn lao, miễn là nó được thực hiện một cách tỷ mỉ (khử khuẩn bậc cao - đun sôi 20 - 30 phút). Nồi luộc phải được để khô và thay nước mỗi khi dùng.
- Đun sôi ở nhiệt độ thấp 80°C trong vòng 5 phút đối với các dụng cụ dễ bị hư hại.
- Khử khuẩn bằng máy cũng được thực hiện với các dụng cụ (vải vóc, vải giường, bộ, chén bát, các ống máy thở, kính đeo mắt trong phòng xét nghiệm và các dụng cụ phẫu thuật trước khi hấp). Ở các máy này, các bước làm sạch, khử khuẩn nước nóng, làm khô được phối hợp, hoà hợp với nhau, giúp cung cấp nhanh các dụng cụ (dây máy thở), hoặc đảm bảo an toàn trong việc sử dụng (dụng cụ phẫu thuật) và việc súc rửa kỹ càng trước khi dùng máy có thể làm cho thời gian khử khuẩn của máy ngắn hơn (70°C trong vòng 3 phút và 80°C trong vòng 1 phút).

Chú ý: cần phải kiểm tra máy thường xuyên và mức độ khử khuẩn cao hay thấp đạt được tùy loại máy và tính phức tạp của dụng cụ được khử khuẩn.

4.3. Khử khuẩn bằng hóa học

4.3.1. Phân loại mức độ khử khuẩn

- *Khử khuẩn mức độ cao:* là quá trình khử khuẩn đòi hỏi phải diệt được hầu hết các loại vi khuẩn, nấm, virus, trực khuẩn lao, kể cả bào tử vi khuẩn. Sản phẩm hóa học đáp ứng được nhu cầu này là các loại hóa chất glutaraldehyde ở nồng độ 2%, hypochlorite, acide Pevicetic.

- + Một số dụng cụ đòi hỏi khử khuẩn mức độ cao (ống nội soi hô hấp, tiêu hóa trên) ta có thể dùng glutaraldehyde 2% (Cidex) trong 20 phút. Nếu cần diệt khuẩn (diệt cả bào tử vi khuẩn) có thể ngâm ngập dụng cụ vào glutaraldehyde 2% trong ít nhất 3 giờ (Nếu ngâm trong 10 giờ thì sẽ đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối).
- + Dụng cụ sau khi khử khuẩn ở mức độ cao phải được tráng rửa bằng nước tiệt khuẩn hoặc nước chín, sau đó phải được làm khô và đóng gói hoặc bảo quản trong môi trường khô, sạch để khỏi tái nhiễm....
- *Khử khuẩn mức độ trung bình*: là quá trình khử khuẩn đòi hỏi phải diệt được các loại vi khuẩn, nấm, virus và trực khuẩn lao, nhưng không diệt bào tử. Các loại hóa chất thường được sử dụng nhóm Iodine, formol, phenolic, cồn.
- *Khử khuẩn mức độ thấp*: là quá trình khử khuẩn đòi hỏi phải diệt được các loại vi khuẩn sinh dưỡng, một số virus có kích thước trung bình và có vỏ lipid. Các loại hóa chất thường được sử dụng: amoni bậc 4, amphoteres, aminoacide, chlorhexidine.

4.3.2. Nguyên tắc lựa chọn hóa chất dùng trong khử khuẩn bệnh viện

Hóa chất khử khuẩn phải đảm bảo một số tiêu chuẩn sau:

- Phổ kháng khuẩn rộng.
- Tác dụng nhanh.
- Không bị ảnh hưởng bởi các chất như chất hữu cơ, xà phòng, chất tẩy rửa hoặc các hóa chất khác.
- Không gây độc cho bệnh nhân, nhân viên y tế và môi trường.
- Không ảnh hưởng lên các dụng cụ y khoa bằng kim loại cũng như các vật dụng bằng vải, cao su, chất dẻo khác.
- Phải có hiệu quả lâu dài trên bề mặt được xử lý: để lại một lớp màng tráng chống vi khuẩn (antimicrobial film) trên bề mặt dụng cụ sau khi xử lý.
- Dễ sử dụng, mùi vị phải dễ chịu, hoặc không mùi.
- Rẻ tiền.
- Phải hoà tan dễ dàng trong nước và ổn định khi pha loãng.
- Phải có tác dụng làm sạch.

4.3.3. Một số hóa chất khử khuẩn hay được sử dụng

* MICROSHIELD.

- Thành phần và các dạng trình bày:

- + Thành phần: chlorhexidine gluconat ở các nồng độ 4%, 2% và 0,5% trong ethanol 70%.
- + Dạng trình bày: dung dịch rửa tay phẫu thuật Microshield* 4% (màu hồng đậm). Dung dịch rửa tay thủ thuật, thăm khám Microshield* 2% (màu xanh lá cây). Dung dịch rửa tay nhanh Microshield* handrub (màu hồng nhạt).

- Cơ chế tác dụng:

Phá hủy màng tế bào và làm kết tủa các thành phần của bào tương, dẫn đến diệt tế bào vi khuẩn.

- Phổ tác dụng.

- + Diệt khuẩn nhanh mạnh, phổ rộng: Gr (+), Gr (-) nấm, virus.
- + Có tác dụng tích lũy sau các lần rửa tay.
- + Duy trì tác dụng diệt khuẩn trong 6h sau, tránh vi khuẩn mọc lại.

- Chỉ định.

- + Rửa tay trước phẫu thuật (Microshield 4%).
- + Rửa tay trước khi tiến hành thủ thuật, xét nghiệm, thăm khám (Microshield 2%).
- + Rửa tay nhanh giữa các lần khám, chăm sóc người bệnh.

- Hướng dẫn sử dụng.

Rửa tay phẫu thuật với dung dịch Microshield*4% chỉ cần hai lần rửa tay với thời gian từ 3- 5 phút, mỗi lần rửa ấn vào cần bơm dung dịch một lượng từ 3-5 ml dung dịch vào lòng bàn tay (lần 1) và bàn chải (lần 2), sau đó thực hiện kỹ thuật rửa tay nhanh đã hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Chú ý:

- + Các dung dịch rửa tay sát khuẩn Microshield đều có thêm chất làm mềm, làm ẩm, dưỡng da, tạo cảm giác mềm mại và dễ chịu khi rửa và tránh làm khô da tay.
- + Ngoài ra còn có dung dịch Microshield PVP – S (Povidon Iodin 10%) dùng để sát khuẩn da và niêm mạc trước và sau khi mổ, sát khuẩn phụ khoa, chăm sóc vết thương, vết bỏng rất hiệu quả mà không gây xót.

* CIDEX

- Thành phần và trình bày.

- + Thành phần: glutaraldehyde 2%, đã được kiểm hóa.
- + Trình bày dưới dạng dung dịch có hạn sử dụng 14ngày, 28ngày.

- Cơ chế tác dụng

Alkyl hóa những gốc sulfhydryl, hydroxyl, carboxy, amino của vi khuẩn, làm thay đổi tổng hợp acid ribonucleic (ARN), acid deoxyribonucleic (AND), protein.

- Phổ tác dụng
 - + Diệt tất cả các loại vi khuẩn, virus HIV, HBV, nấm, 99.8% vi khuẩn lao trong vòng 10 phút.
 - + Diệt 100% vi khuẩn lao trong vòng 1 giờ.
 - + Diệt tất cả các loại vi khuẩn kể cả bào tử trong vòng 10 giờ.
- Chỉ định
 - + Là dung dịch tiệt khuẩn cho các dụng cụ được sử dụng nhiều lần.
 - + Cidex 14 ngày: khử khuẩn, tiệt khuẩn máy nội soi, lăng kính máy nội soi, tăng tuổi thọ dụng cụ nội soi, đã được hầu hết các hãng sản xuất dụng cụ nội soi chọn là dung dịch lý tưởng cho sản phẩm của mình như: Olyompos, Stryker, Karl Storzs, Pentax, Fujinon.
 - + Cidex 28 ngày: khử khuẩn/tiệt khuẩn các dụng cụ không hấp sấy được như: nhựa, thủy tinh, cao su và các dụng cụ ngoại khoa thông thường bằng thép, nhôm, đồng, thau.
- Hướng dẫn sử dụng.
 - + Đổ lọ đựng chất hoạt hóa vào can dung dịch Cidex và lắc kỹ, màu sắc sẽ thay đổi.
 - + Dung dịch Cidex 145 (14 ngày) có màu xanh lá cây sau khi được hoạt hóa.
 - + Dung dịch Cidex 285 (28 ngày) có màu xanh dương sau khi được hoạt hóa. Đổ dung dịch vào khay có nắp đậy để ngâm dụng cụ.
 - + Dung dịch Cidex dùng nguyên chất không pha loãng.
 - + Dung dịch được đổ bỏ sau ngày thứ 14 (đối với Cidex 14 ngày) và sau ngày thứ 28 (đối với Cidex 28 ngày).
- Chú ý.
 - + Đã được Cục Bảo vệ môi trường Mỹ (EPA) chấp thuận là dung dịch tiệt khuẩn cho các dụng cụ được sử dụng nhiều lần.
 - + Không bị bất hoạt bởi chất hữu cơ.
 - + Không ăn mòn, an toàn cho mọi loại dụng cụ: cao su, nhựa, thủy tinh, dụng cụ bằng kim loại (nicken, inox, đồng...)
- * CIDEZYME
 - Thành phần: hỗn hợp enzym phân huỷ chất hữu cơ (đặc biệt là Protease) cùng chất tẩy rửa lành tính.

- Cơ chế tác dụng: chất tẩy rửa dựa trên hoạt tính của enzym: phá huỷ các liên kết hữu cơ, làm phân huỷ chất hữu cơ (máu, mủ, dờm...).
- Phổ tác dụng: kìm khuẩn
- Chỉ định:
 - + Làm sạch và khử nhiễm dụng cụ.
 - + Cidezym là chất tẩy rửa lành tính dựa trên hoạt tính enzym cho phép làm sạch các chất hữu cơ như: máu, mủ, dờm... bám trên những nơi khó rửa hoặc bị khô chết trên dụng cụ. Ngoài ra còn dùng để thông tắc cho ống nội soi.
- Hướng dẫn sử dụng.
 - + Pha 8 ml Cidezym với 1 lít nước sạch rồi ngâm dung dịch bắn vào.
 - + Thời gian ngâm tối thiểu là khoảng 2 phút. Đối với những dụng cụ bị kết máu, vết máu khô để lâu thì cần ngâm lâu hơn đến khi những chất hữu cơ bám dính được làm sạch.
 - + Rửa lại dụng cụ bằng nước sạch.
 - + Lau khô dụng cụ: lúc này dụng cụ đã sẵn sàng đưa đi khử khuẩn, tiệt khuẩn bằng nhiệt hoặc bằng hóa chất (dung dịch Cidex*).
 - + Dung dịch được thải bỏ sau mỗi lần sử dụng hoặc khi nhìn thấy dung dịch bị bắn rõ. Thời gian sử dụng tối đa là 24 giờ.
- Chú ý:
 - + Cơ chế tác dụng chủ yếu của Cidezym: cho phép dung dịch đi sâu vào các khe kẽ dụng cụ, phá huỷ các liên kết hữu cơ do vậy **làm sạch dụng cụ**.
 - + Dung dịch Cidezym là loại dung dịch tẩy ôn hoà có chất **làm sạch rất an toàn cho dụng cụ**.
 - + Tác dụng của Cidezym phát huy trong khoảng 2 phút do vậy làm giảm thời gian tiếp xúc của nhân viên y tế với dụng cụ bắn, do đó tiết kiệm được thời gian, làm giảm đáng kể nguy cơ lây nhiễm của nhân viên y tế.
 - + Dung dịch rửa sạch dễ dàng và không để lại lớp phim trên dụng cụ, tạo điều kiện cho Cidex tiếp xúc với bề mặt cần tiệt khuẩn.
 - + Gây kích thích nếu tiếp xúc với da và mắt, do đó nên đeo găng tay khi thao tác.
 - + Không được uống.
 - + Nếu kết hợp dùng Cidezym trước khi dùng Cidex thì hiệu quả đem lại thật lý tưởng, do dụng cụ được sạch sẽ trước khi ngâm vào Cidex sẽ làm tăng diện tích bề mặt tiếp xúc của Cidex với dụng cụ cần tiệt khuẩn.

*** PRESEPT.**

- Thành phần: muối dung dịch Dichloroisocyanurate.
- Tác dụng:
 - + Diệt vi khuẩn Gr (+), Gr (-), HIV, HBV, Herpes, vi khuẩn lao, nấm, bào tử.
 - + Tác dụng diệt khuẩn ổn định cho tới khi sử dụng.
 - + Không bị giảm tác dụng bởi các chất hữu cơ.
 - + Không gây hại cho đồ dùng nhựa, cao su.
 - + Dễ bảo quản, dễ pha.
 - + Thuận tiện và dễ sử dụng, ngay cả với những người chưa có kinh nghiệm.
- Chú ý:
 - + Tránh tiếp xúc với mắt, nếu bị bắn vào mắt phải rửa thật nhiều nước.
 - + Không được uống.
 - + Tránh cầm viên Presept khi tay ướt.
 - + Tránh tiếp xúc với các chất liệu bằng tơ, lụa, len.
 - + Không trộn với bất kỳ hóa chất nào khác.

5. CÁC PHƯƠNG PHÁP TIỆT KHUẨN

5.1. Hấp ướt (steam sterilisation)

Đây là phương pháp thông thường và thích hợp nhất để tiệt khuẩn cho tất cả các dụng cụ dùng cho các thủ thuật xâm lấn chịu được nhiệt và độ ẩm. Phương pháp này đáng tin, không độc, rẻ tiền, diệt được bào tử, ít tốn thời gian vì hơi nước có thể xuyên qua vải bọc dụng cụ.

- Ưu điểm:
 - + Là phương pháp tiệt khuẩn được sử dụng rộng rãi và đáng tin cậy nhất.
 - + Không gây độc, ít tốn kém.
 - + Hấp thụ nhiệt nhanh và có khả năng thâm nhập qua các lớp vải.
- Nhược điểm:
 - + Không tiệt khuẩn được các loại dụng cụ có dầu mỡ.
 - + Không tiệt khuẩn được các vật liệu ở dạng bột.
- Phương tiện và nguyên lý cơ bản của việc tiệt khuẩn.

- + Phương tiện tiệt khuẩn: nồi hấp (autoclave).
- + Nguyên lý: dụng cụ bị tràn ngập trong hơi nước ở áp suất và nhiệt độ dự kiến trong một khoảng thời gian nhất định làm phá hủy hết các loại vi sinh vật.
- Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả việc tiệt khuẩn.
 - + Nhiệt độ, thời gian tiệt khuẩn: thời gian cần thiết để tiệt khuẩn là 15 phút ở nhiệt độ 121°C và áp suất 1,036 Atmosphere, với nhiệt độ 134°C và áp suất 2,026 Atmosphere thì thời gian hấp trong 3 - 4 phút, hoặc có thể dùng nồi áp suất với thời gian tối thiểu là 30 phút.
 - + Nhiệt độ hằng định thì thời gian tiệt khuẩn còn phụ thuộc vào kích cỡ và loại dụng cụ cũng như loại máy tiệt khuẩn.

Thời gian tiệt khuẩn dụng cụ tùy thuộc vào nhiệt độ và áp suất của quy trình hấp sấy, ví dụ:

- + Với nhiệt độ 121°C và ở áp suất 1,036 Atmosphere thì hấp trong 15 phút.
- + Với nhiệt độ 134°C và ở áp suất 2,026 Atmosphere thì hấp trong 3-4 phút.
- + Có thể dùng nồi áp suất với thời gian tối thiểu là 30 phút.

5.2. Sấy khô (Dry heat)

- Ưu, nhược điểm.
 - + Có thể được áp dụng để tiệt khuẩn cho các loại dụng cụ bị phá hủy bởi nhiệt ướt (các chất dạng bột, các dụng cụ sắc nhọn) hoặc không cho hơi nước thâm nhập.
 - + Không làm mòn các dụng cụ sắc bằng kim loại.
 - + Thời gian tiệt khuẩn dài.
- Phương tiện và nguyên lý cơ bản của việc tiệt khuẩn.
 - + Sử dụng tủ sấy.
 - + Nhiệt khô diệt vi sinh vật bằng cách ô xy hóa thành tế bào (đốt cháy).
- Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tiệt khuẩn.
 - + Nhiệt độ và thời gian tiệt khuẩn.
 - + Thời gian và nhiệt độ tiệt khuẩn được thực hiện bằng tủ sấy:
 - Nhiệt độ 180°C trong thời gian 60 phút.
 - Nhiệt độ 170°C trong thời gian 120 phút.
- Hiện nay người ta ít khuyến cáo việc sử dụng nồi hấp khô do khả năng diệt khuẩn không bằng hấp ướt và dễ làm hư hỏng các dụng cụ.

5.3. Quy trình tiệt khuẩn bằng hấp ướt và sấy khô

- Dụng cụ phải được cọ rửa sạch sẽ, lau khô trước.
- Tháo rời, đóng gói dụng cụ theo quy định.
- Sắp xếp các gói dụng cụ vào tủ sấy, nồi hấp theo quy định.
- Vận hành máy theo đúng quy trình kỹ thuật.

5.4. Tiệt khuẩn bằng hóa chất

- Hóa chất: Ethylene oxide (ETO), là chất khí không màu, dễ cháy nổ.
- Dùng để tiệt khuẩn các loại dụng cụ bị phá hủy bởi nhiệt.
- Thời gian tiệt khuẩn dài, giá thành cao.
- Thời gian tiệt khuẩn 2-5 giờ ở nhiệt độ 29°C - 65°C (nồng độ khí, nhiệt độ càng cao thì thời gian tiệt khuẩn ngắn).

5.5. Các biện pháp kiểm tra việc tiệt khuẩn

- Giám sát cơ học: giám sát cơ học là đánh giá các thông số kỹ thuật tại thời điểm bắt đầu mỗi chu trình tiệt khuẩn nhằm phát hiện sớm tình trạng bất thường của máy tiệt khuẩn.
- Dùng các chất chỉ thị hóa học.
 - + Có thể là các băng dính vạch, hoặc hỗn hợp hóa chất.
 - + Băng dính vạch được dán ở bên ngoài của tất cả các hộp, gói hấp.
 - + Băng dính chuyển màu sau khi hấp chứng tỏ các dụng cụ hấp đã được tiếp xúc với các điều kiện vật lý thích hợp của quá trình tiệt khuẩn.
 - + Băng dính vạch không chuyển màu hoặc chuyển màu không rõ ràng chứng tỏ hộp hấp đó chưa tiếp cận được đầy đủ các điều kiện của quá trình tiệt khuẩn đã đề ra và phải được hấp lại.
- Giám sát sinh học: sử dụng các chỉ thị sinh học để khẳng định hiệu lực tiệt khuẩn bằng cách cho vào trong bao hấp một lọ chứa một số lượng lớn các nha bào vi khuẩn.

Cách đánh giá kết quả:

- + Kiểm tra chỉ thị hóa học trên nhãn của chỉ thị sinh học. Nếu thay đổi màu chứng tỏ chất chỉ thị sinh học đã tiếp xúc với các điều kiện của quá trình tiệt khuẩn.
- + Chỉ thị sinh học bị bất hoạt sau khi hấp gọi là âm tính, ngược lại, nếu không bị bất hoạt sau khi hấp gọi là dương tính.
- + Các chỉ thị sinh học cho kết quả dương tính (sau hấp) phải báo cáo kết quả cho người phụ trách và có biện pháp xử lý thích hợp.

Bảng kiểm 2: Quy trình chuẩn bị và tiết khuẩn dụng cụ

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
	ĐỒ DÙNG BẰNG BÔNG, GẠC, ĐỒ VẢI		
	* Bông cầu.		
1	Lấy bông hút nước viên thành những viên tròn kích thước tùy theo yêu cầu, không lỏng, không quá chặt, xếp vào hộp.		
	* Gạc củ ấu.		
1	Cắt gạc vuông khoảng 10 x 10 cm, gấp đôi miếng gạc theo đường chéo.		
2	Đặt miếng gạc vào 1 hoặc 2 ngón tay mình.		
3	Quấn 1 vòng, gấp phần đuôi miếng gạc lên.		
4	Rút ngón tay ra lộn gạc từ trong ra ngoài, xếp vào hộp.		
	* Gạc có bông.		
1	Trải lớp gạc thứ nhất, trải một lớp bông mỏng lên trên, trải tiếp lớp gạc thứ 2 đè lên lớp bông.		
2	Cắt thành miếng kích thước khác nhau, xếp từng lớp vào hộp		
	* Gạc không có bông.		
2	Cắt gạc to nhỏ theo yêu cầu, gấp 4 cạnh miếng gạc vào trong.		
3	Gấp đôi hoặc gấp 4, xếp vào hộp.		
	* Mèche (mét).		
1	Cắt gạc khoảng 40 x 20 cm, gấp 2 cạnh chiều dài vào giữa, gấp đôi lại.		
2	Cuộn thành cuộn tròn hoặc gấp đèn xếp và buộc lại.		
3	Xếp 10 cái lấy mảnh gạc khác gói lại, xếp vào hộp.		
	* Gạc chèn hoặc thấm máu trong phẫu thuật vùng bụng.		
1	Cắt gạc vuông 40 x 40 cm, khâu vắt 4 cạnh.		
2	Xếp 10 cái, lấy mảnh gạc khác gói lại, xếp vào hộp.		
	* Săng.		
1	Có nhiều kích cỡ, cắt vải khâu vắt 4 cạnh.		
2	Giặt sạch, phơi khô gấp vừa đủ để đặt vào hộp.		
3	Xếp 10 cái rồi lấy mảnh gạc khác gói lại, xếp vào hộp.		
	* Áo mổ.		
1	Giặt sạch, phơi khô, kiểm tra các dây buộc.		
2	Lộn trái thân áo (không lộn tay), gấp áo 2 bên theo chiều dọc		

TT	Nội dung	Có	Không
3	Gấp ngang theo hình đèn xếp, cổ áo, cầu vai lên trên, xếp vào hộp		
	ĐỒ DÙNG BẰNG CAO SU, NHỰA		
	* <i>Găng tay.</i>		
1	Giặt sạch phơi khô, kiểm tra găng tay, phân loại theo cỡ số, phải trái.		
2	Cho bột tan vào mặt trong găng, lộn cổ găng xuống.		
3	Xếp 2 găng vào 1 tờ giấy, gấp lại, xếp vào hộp.		
	* <i>Ống thông.</i>		
1	Ống thông Nelaton, Foley, Levin, Eno, Kerh, Faucher ... bơm rửa sạch treo ráo nước.		
2	Quần gạc hoặc khăn riêng từng loại xếp vào hộp.		
	ĐỒ DÙNG BẰNG THUỶ TINH		
1	Bơm, rửa sạch, lau khô mở nắp, xếp vào hộp		
	ĐỒ DÙNG BẰNG KIM LOẠI		
1	Ngâm trong dung dịch khử khuẩn.		
2	Kiểm tra dụng cụ, rửa sạch, luộc, lau khô xếp vào hộp.		
3	Dán nhãn, dùng dây buộc chắc các hộp.		
4	Ghi ngày, giờ gửi đi hấp sấy, chuyển đến nơi tiệt khuẩn.		
	* <i>Kỹ thuật tiệt khuẩn.</i>		
	Tiệt khuẩn bằng hơi nóng ẩm (nồi hấp)		
	* <i>Kiểm tra nồi hấp.</i>		
1	Kiểm tra thân nồi có rạn nứt, rò...		
2	Kiểm tra ốc, van đồng hồ, nhiệt kế, hệ thống điện, đèn báo.		
	* <i>Vận hành.</i>		
1	Vặn các ốc vít, mở nắp nồi ra, đổ nước đúng quy định, mở nắp hộp hấp.		
2	Xếp hộp dụng cụ vào nồi hấp, đậy nắp nồi.		
3	Vặn chặt các ốc, cắm điện, bật công tắc điện.		
4	Mở van đuổi khí, khi nhiệt độ đạt tiêu chuẩn đã định đóng van, tính thời gian nhiệt độ hấp.		
5	Mở van xả khí khi đủ thời gian và nhiệt độ hấp, vặn ốc mở nắp nồi hấp, xả nước.		
6	Lấy dụng cụ ra và đóng nắp hộp.		
	Tiệt khuẩn bằng sức nóng khô (tủ sấy)		
1	Kiểm tra thân tủ, các cánh tủ, nhiệt kế, hệ thống điện, đèn báo.		

TT	Nội dung	Có	Không
2	Xếp dụng cụ vào các ngăn, cắm điện, bật công tắc điện.		
3	Tính thời gian khi nhiệt độ sấy đạt mức quy định.		
4	Ngắt điện khi nhiệt độ về 0°C, lấy dụng cụ.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Khử khuẩn là giảm tối thiểu số lượng.....A.....gây bệnh trên dụng cụ hoặc trên da tới mức không gây nguy hiểm đến sức khỏe.

2. Nêu 3 mức độ nguy cơ nhiễm khuẩn.

A.

B.

C. Nguy cơ nhiễm khuẩn cao.

3. Nêu 2 phương pháp làm sạch dụng cụ.

A.

B. Cọ rửa bằng máy.

4. Nêu 3 mức độ khử khuẩn.

A.

B. Mức độ khử khuẩn trung bình.

C.

5. Nêu 3 phương pháp tiệt khuẩn

A. Phương pháp hấp ướt.

B.

C.

6. Dung dịch Cidex diệt 100% vi khuẩn lao trong thời gian:

A. 20 phút.

B. 30 phút.

C. 40 phút.

D. 60 phút.

7. Dùng Ethylene oxide để tiệt khuẩn dụng cụ, thời gian tiệt khuẩn từ 2 - 5 giờ ở nhiệt độ thích hợp nhất là:

- A. 10°C.
- B. 20°C.
- C. 25°C.
- D. 29°C.

8. Nhiệt độ và thời gian để tiệt khuẩn dụng cụ bằng phương pháp sấy khô có hiệu quả là:

- A. 100°C trong 60 phút.
- B. 120°C trong 120 phút.
- C. 150°C trong 120 phút.
- D. 180°C trong 60 phút.

9. Tiệt khuẩn dụng cụ bằng phương pháp hấp ướt có hiệu quả ở 121°C, áp suất 1,036 atmospher trong thời gian:

- A. 5 phút.
- B. 10 phút.
- C. 15 phút.
- D. 20 phút.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (v) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
10	Tiệt khuẩn là sự tiêu diệt hoàn toàn các vi sinh vật.		
11	Đun sôi nước trong 10 phút là làm chết tất cả các loại vi sinh vật.		
12	Nguyên tắc lựa chọn hóa chất dùng trong khử khuẩn là phải có tác dụng nhanh.		
13	Ưu điểm của tiệt khuẩn bằng phương pháp hấp ướt là không gây độc.		
14	Dụng cụ sau khi đánh rửa phải được lau sạch, đóng gói và để ở nơi cao ráo.		

NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

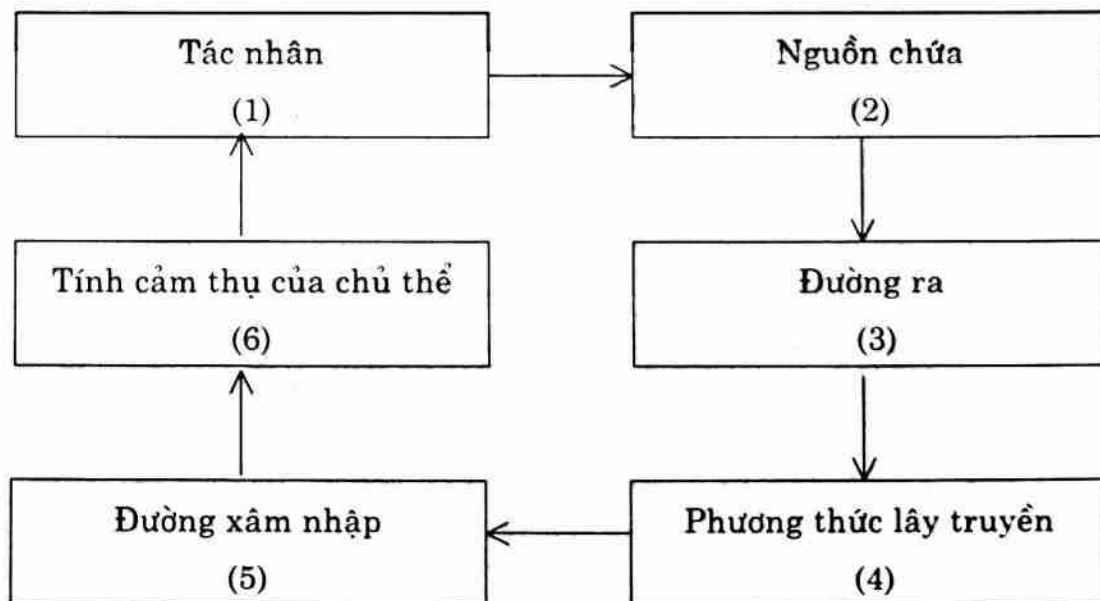
1. *Nêu được định nghĩa và kể những nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp.*
2. *Trình bày được những đặc điểm chính của chu trình nhiễm khuẩn và các loại vi khuẩn hay gặp gây nhiễm khuẩn bệnh viện.*
3. *Nêu được các tiêu chuẩn giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện.*
4. *Trình bày được các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện.*

1. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn bệnh viện là những nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian nằm viện (thường sau 48 giờ). Nhiễm khuẩn này không hiện diện cũng như không ở trong giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện.

2. CHU TRÌNH NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

Đối với những người bệnh đang mắc hoặc nghi ngờ mắc các bệnh truyền nhiễm, quan trọng về mặt dịch tễ học cần áp dụng các biện pháp dự phòng nhằm cắt đứt quá trình lan truyền bệnh trong phạm vi bệnh viện và ra cộng đồng. Chu trình nhiễm khuẩn có thể tóm tắt theo sơ đồ sau:



- Tác nhân (1): là vi sinh vật có khả năng gây bệnh. Tác nhân gây bệnh phụ thuộc vào: số lượng, độc tính, khả năng thích ứng của vi sinh vật, môi trường và sức đề kháng của cơ thể con người.
- Nguồn chứa (2) vật chủ: là môi trường sống và sinh sản của vi sinh vật.

Nguồn chứa có thể là người (người bệnh hoặc người lành mang vi khuẩn), có thể là động vật (chó, chuột...), có thể là các đồ vật (đất, nước, không khí, thức ăn...).

- Đường ra (3): là nơi vi sinh vật rời khỏi nguồn chứa: đường hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu.
 - + Phương thức lây truyền (4):
 - + Lây truyền trực tiếp: sờ mó, tiêm chích...
 - + Lây truyền gián tiếp: qua vật chủ trung gian như ruồi, muỗi, chuột...
- Đường xâm nhập (5): là đường vi sinh vật rời vật chủ cũ xâm nhập vào vật chủ mới. Ví dụ: vi rus HIV lây bằng đường máu, quan hệ tình dục, trực khuẩn lao lây bằng đường hô hấp, phẩy khuẩn tả lây theo đường tiêu hóa...
- Tính cảm thụ của chủ thể (6): tính cảm thụ của chủ thể hay còn gọi vật chủ nó phụ thuộc vào:
 - + Tuổi, giới.
 - + Tình trạng sức khỏe hiện tại: trẻ em, người già, người gầy yếu, suy dinh dưỡng, mắc các bệnh mạn tính.....
 - + Khả năng miễn dịch.

3. VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN HAY GẶP

3.1. Tụ cầu

Đặc biệt là tụ cầu vàng (*Staphylococcus Aureus*) kháng với Methicilin).

- Là loại cầu khuẩn gram dương, không có dạng bào tử, sống được trong môi trường kỵ khí và ưa khí.
- Nguồn nhiễm.
 - + Môi trường: tụ cầu vàng lan truyền rộng rãi, có thể gặp trong không khí, nước, có thể tồn tại cả ở trong môi trường khô.
 - + Người: chủ yếu ở vùng mũi họng, da, đường ruột....
- Phương thức lan truyền: vi khuẩn có thể lan truyền bằng cách.
 - + Trực tiếp: đường mũi họng.
 - + Gián tiếp: bàn tay, dụng cụ, nước, không khí, thực phẩm bị nhiễm.

- Biểu hiện lâm sàng.
- + Nhiễm khuẩn da niêm mạc: mụn nhọt, chốc lở...
- + Áp xe trung thất, nhiễm khuẩn máu, nhiễm khuẩn đường tiểu, hô hấp, tiêu hóa.

3.2. Vi khuẩn đường ruột

*** Escherichia Coli.**

- Trục khuẩn gram âm, kỵ khí và ưa khí không có dạng bào tử.
- Nguồn nhiễm.
 - + Môi trường: rau, nước sông, đất... Sự có mặt của E. Coli trong nước là một bằng chứng về sự nhiễm khuẩn từ phân.
 - + Bệnh viện: nơi nhà tắm, nhà vệ sinh....
 - + Người: vi khuẩn có mặt chủ yếu ở đường tiêu hóa.
- Phương thức lây truyền: trực tiếp: qua dụng cụ, chất liệu, dụng cụ bẩn không được xử lý đúng, qua bàn tay nhân viên y tế người bệnh, người nhà trong quá trình chăm sóc...
- Biểu hiện lâm sàng: gây nhiễm khuẩn đường tiểu, đường ruột, máu.

*** Klebsiella.**

- Là trục khuẩn gram âm, ưa khí và kỵ khí, không tồn tại dạng bào tử.
- Nguồn nhiễm.
 - + Môi trường: vi khuẩn có nhiều trong nước, đất, rau...
 - + Bệnh viện: vi khuẩn có thể tồn tại trong các dung dịch khử khuẩn bảo vệ không tốt, các loại mỡ bôi, xà phòng, mặt nạ khí dung, bình làm ẩm ôxy... không được khử khuẩn đúng quy định.
- Phương thức lây truyền.
 - + Trực tiếp: dịch tiết mũi, họng.
 - + Gián tiếp qua bàn tay, dụng cụ và các loại dung dịch dùng trong bệnh viện bị nhiễm khuẩn.

3.3. Trục khuẩn mủ xanh (Pseudomonas Aeruginosas) đa kháng thuốc kháng sinh.

- Là loại trục khuẩn gram âm, ưa khí, không tạo bào tử, có khả năng sinh trưởng trong nhiều môi trường của bệnh viện hoặc môi trường nuôi cấy nghèo chất dinh dưỡng.
- Nguồn nhiễm.
 - + Môi trường: nước, đất, rau, quả...

- + Bệnh viện: dụng cụ, dung dịch khử khuẩn, mỡ bôi... bảo quản không đúng.
- + Người: thường phân lập được vi khuẩn từ người bệnh mắc bệnh mạn tính, thời gian nằm viện lâu.
- Biểu hiện lâm sàng: thường gây các nhiễm khuẩn da, viêm phổi, tiết niệu, nhiễm khuẩn máu, tiêu hóa.

3.4. Trực khuẩn lao

- Là loại vi khuẩn không tạo bào tử, không có vỏ, bắt màu khi nhuộm, khó nuôi cấy phân lập vi khuẩn. Nhạy cảm với nhiệt độ và tia cực tím.
- Nguồn nhiễm.
 - + Môi trường: không khí, bụi, dụng cụ khử khuẩn không đảm bảo đúng quy trình.
 - + Người: tồn tại ở người bệnh có hoặc không có triệu chứng.
- Phương thức lây truyền.
 - + Trực tiếp: bằng đường hô hấp thông qua các hạt nước bọt khi tiếp xúc nói, ho, khạc, hắt hơi....
 - + Gián tiếp: không khí có vai trò quan trọng trong việc lây truyền bệnh. Các giọt nước bọt bắn ra từ miệng người bệnh, tạo nên những hạt bụi cực nhỏ chứa vi khuẩn lơ lửng trong không khí, mọi người có thể hít phải. Trường hợp đặc biệt có thể lây truyền qua đường tiêu hóa do ăn phải sữa bị nhiễm trực khuẩn lao bò.

3.5. Các vi khuẩn khác

- Legionella.
- Acinetobacter Baumannii.
- Cầu khuẩn đường ruột kháng Vancomycine.

4. NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN HAY GẤP

4.1. Nhiễm khuẩn tiết niệu

- Nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện có triệu chứng.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu không triệu chứng xong có vi khuẩn trong nước tiểu.
- Các nhiễm khuẩn bệnh viện khác của đường tiết niệu: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo...

4.2. Nhiễm khuẩn đường máu

- Nhiễm khuẩn huyết lâm sàng.

- Nhiễm khuẩn huyết có kết quả phân lập vi sinh.
- Nhiễm khuẩn động mạch hoặc tĩnh mạch.

4.3. Nhiễm khuẩn vết mổ

- Nhiễm khuẩn vết mổ nông.
- Nhiễm khuẩn vết mổ sâu.
- Nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan hoặc khoang cơ thể.

4.4. Nhiễm khuẩn vết bỏng

4.5. Nhiễm khuẩn bệnh viện đường hô hấp

- Nhiễm khuẩn hô hấp trên.
- Viêm phế quản, viêm khí phế quản, viêm tiểu phế quản.
- Viêm phổi.

4.6. Nhiễm khuẩn tai mũi họng

- Viêm tai.
- Viêm xương chũm.
- Nhiễm khuẩn hốc miệng.
- Viêm xoang.

4.7. Nhiễm khuẩn bệnh viện đường tiêu hóa

- Viêm dạ dày ruột.
- Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa (trừ viêm dạ dày ruột và viêm ruột thừa).
- Viêm gan.
- Nhiễm khuẩn trong ổ bụng.
- Viêm ruột non, ruột già hoại tử.

4.8. Nhiễm khuẩn da và mô mềm

- Nhiễm khuẩn da.
- Nhiễm khuẩn mô mềm.
- Nhiễm khuẩn vết loét do nằm (nông và sâu).

4.9. Nhiễm khuẩn sơ sinh

- Viêm rốn.

- Mụn mủ trẻ em.
- Nhiễm khuẩn da nơi cắt quy đầu trẻ sơ sinh.
- Nhiễm khuẩn lan tỏa.

4.10. Nhiễm khuẩn xương khớp

- Viêm xương tuỷ.
- Nhiễm khuẩn khớp và màng khớp.
- Nhiễm khuẩn đĩa đệm.

4.11. Nhiễm khuẩn thần kinh

- Nhiễm khuẩn nội sọ.
- Viêm màng não hoặc viêm não thất.
- Áp xe tuỷ sống.

4.12. Nhiễm khuẩn tim mạch

- Viêm nội tâm mạc ở van tim bình thường hoặc van tim nhân tạo.
- Viêm cơ tim hoặc viêm màng ngoài tim.
- Viêm trung thất.

4.13. Nhiễm khuẩn bệnh viện sản khoa

- Áp xe vú hoặc viêm vú.
- Viêm nội mạc tử cung.
- Nhiễm khuẩn mép hoặc gờ tử cung.
- Nhiễm khuẩn khác ở đường sinh dục nam hoặc nữ.

4.14. Nhiễm khuẩn mắt

- Viêm kết mạc.
- Nhiễm khuẩn khác ở mắt (trừ viêm kết mạc).

5. TIÊU CHUẨN VỀ GIÁM SÁT NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

- Hệ thống chống nhiễm khuẩn phải hoạt động phối hợp với các khoa phòng liên quan để làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh và nhân viên y tế. Phải có nhân viên có năng lực đảm nhiệm công việc chống nhiễm khuẩn.
- Bệnh viện phải thông báo về nhiễm khuẩn cho toàn bệnh viện cũng như cho các cơ quan y tế có liên quan.

- Bệnh viện phải có các hoạt động để ngăn ngừa hoặc làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh, nhân viên và khách đến thăm.
- Khi có dịch bệnh viện phải có biện pháp phòng chống.
- Hoạt động chống nhiễm khuẩn bệnh viện nhằm mục đích giảm nguy cơ mắc phải và giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.
 - + Hoạt động chống nhiễm khuẩn bệnh viện được hỗ trợ bởi các khoa, phòng, bộ phận về quản lý.
 - + Tiến trình chống nhiễm khuẩn ít nhất phải có một hoạt động nhằm ngăn ngừa sự lây lan những nhiễm khuẩn có tầm quan trọng về dịch tễ giữa người bệnh và nhân viên y tế.

6. BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

6.1. Giám sát môi trường bệnh viện

6.1.1. Môi trường khoa phòng: môi trường khoa phòng trong bệnh viện phải đạt các tiêu chuẩn sau.

- Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện.
 - + Tránh lây nhiễm trong quá trình tiếp xúc.
 - + Tránh lây nhiễm từ đường không khí (trong đơn vị chăm sóc người bệnh suy giảm miễn dịch hoặc trong khu vực phẫu thuật).
- Tổ chức: cung cấp tất cả những trang thiết bị cần thiết cho hoạt động chăm sóc cũng như vệ sinh.
 - + Đơn vị vận chuyển người bệnh và dụng cụ (giường nằm, băng ca vận chuyển người bệnh, xe để dụng cụ....) tiện lợi bởi những cánh cửa rộng và đóng mở tự động.
 - + Đơn vị tiếp nhận và trao đổi thông tin: phải có hệ thống loa truyền thanh, điện thoại liên hệ và hoạt động tốt.
 - + Đơn vị chăm sóc, phải được trang bị thích hợp (mặt bằng làm việc, khu vực vệ sinh, hệ thống chiếu sáng).
- Thiết kế: phải làm giảm các yếu tố nguy hại có thể xảy ra khi vận chuyển, những biến động về âm, những chỉ số kỹ thuật của hệ thống điện nước, thông khí....

6.1.2. Không khí

- Các tiêu chuẩn giám sát môi trường không khí.
 - + Kiểm soát hiệu quả nhiệt độ (trung bình 20°C) và độ ẩm (trung bình 50%).

- + Tỷ lệ đổi mới không khí (thay đổi các luồng không khí mới và chu trình tái phục hồi hoà lẫn với nhau), không có đường ống dẫn, cũng không đưa vào quá nhanh.
- + Mức độ bảo động luôn dưới mức chuẩn cho phép.
- Các biện pháp ngăn ngừa nhiễm vi khuẩn lây truyền qua đường không khí: nhân viên phải tuân thủ những nguyên tắc vệ sinh nhằm giới hạn những khí thải từ những nơi có nguy cơ nhiễm cao.

6.1.3. Nước

*** Phân loại nước dùng trong bệnh viện**

- Mức 1: nước sạch là loại nước được sử dụng trong các khoa lâm sàng: rửa tay phẫu thuật viên, rửa dụng cụ nội soi...
- Mức 2: nước siêu sạch là loại nước được sử dụng trong các khoa bỏng, đơn vị ghép gan, rửa dụng cụ soi phế quản.
- Mức 3: nước tiệt khuẩn được sử dụng trong rửa dụng cụ soi khớp, đường mật, bình làm ẩm ô xy, và dùng trong tạo khí dung.

*** Các yêu cầu về giám sát nước**

- Giám sát chất lượng vi sinh của nước là không thể thiếu được nhằm đảm bảo thường xuyên tiêu chuẩn chất lượng của nước ở mức 1 và 2.
- Ngay lập tức thông báo cho mọi người biết tiêu chuẩn về nước đang được áp dụng dựa trên sự hiểu biết rõ ràng về yếu tố nguy cơ nhiễm và nguồn nước.

6.2. Hướng dẫn vệ sinh khoa phòng

*** Phân loại các khu vực vệ sinh**

- Khu sạch: là những phòng không có người bệnh nằm: phòng hành chính, giao ban, phòng nghỉ nhân viên...
- Khu kém sạch: là những nơi (phòng) trực tiếp liên quan đến các hoạt động chăm sóc người bệnh: phòng khám bệnh, phòng thay băng, phòng chuẩn bị dụng cụ, phòng bệnh...
- Khu nhiễm khuẩn: là khu vực có nguy cơ nhiễm khuẩn cao: nhà vệ sinh, phòng thụt, phòng đẻ đồ bẩn...

*** Mục đích vệ sinh khoa phòng trong bệnh viện**

- Hạn chế được nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Đề phòng được bệnh tật cho nhân viên y tế và cộng đồng.
- Tạo môi trường thoải mái cho người bệnh, cán bộ y tế và mọi người.

*** Nguyên tắc vệ sinh khoa phòng**

- Phải mang đầy đủ các phương tiện bảo hộ cá nhân khi tiến hành vệ sinh khoa phòng.
- Làm vệ sinh từ khu sạch nhất đến khu bẩn nhất, từ trên xuống dưới và từ trong ra ngoài.
- Hạn chế sự lây nhiễm khi vệ sinh khoa phòng bằng làm ẩm, không quét khô.
- Sử dụng các dụng cụ riêng để vệ sinh cho từng khu vực.
- Phải vệ sinh ngay những nơi có nguy cơ lây nhiễm cao: nơi có dịch tiết, máu.
- Không làm vệ sinh ở buồng bệnh khi có nhân viên y tế đang thực hiện các kỹ thuật chăm sóc, điều trị.
- Sử dụng đúng loại dung dịch khử khuẩn đã quy định.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Nhiễm khuẩn bệnh viện là những nhiễm khuẩnA.... trong thời gian nằm viện (thường sau 48 giờ). Nhiễm khuẩn này khôngB.... cũng như không ở trong giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện.

2. Kể đủ tên 3 loại nước được sử dụng trong bệnh viện:

A. Nước sạch

B.

C.

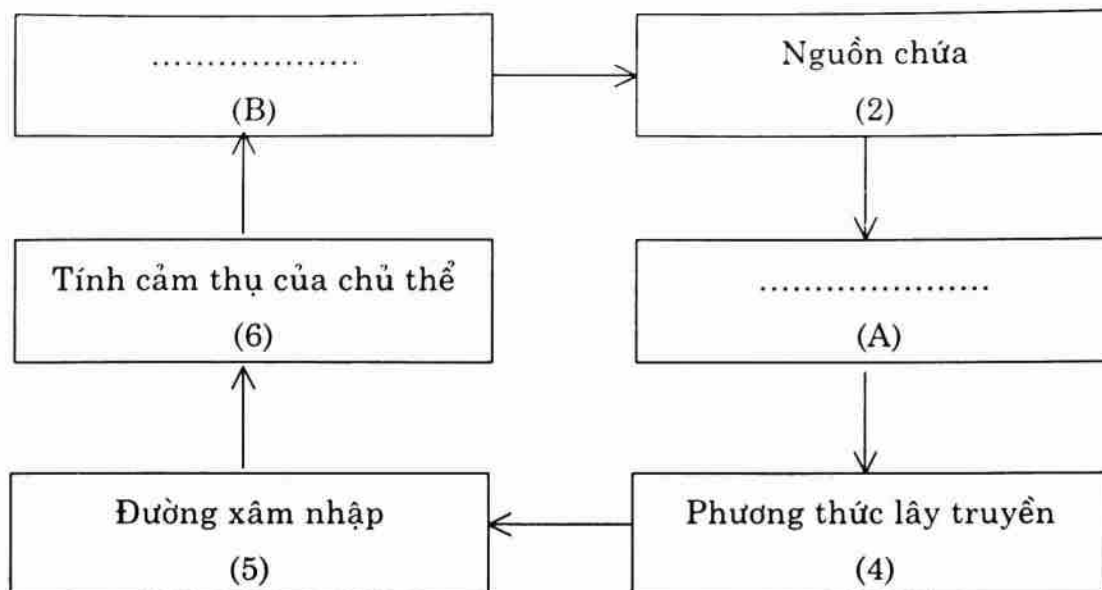
3. Bệnh viện được phân làm 3 khu vực vệ sinh là:

A.

B. Kém sạch.

C.....

4. Nhiễm khuẩn bệnh viện thường xảy ra theo chu trình sau:



Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

5. Mục đích quan trọng nhất của vệ sinh khoa phòng là:

- A. Đề phòng bệnh cho nhân viên.
- B. Đề phòng bệnh cho cộng đồng.
- C. Hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.
- D. Tạo môi trường thoải mái.

6. Tính cảm thụ của chủ thể trong chu trình nhiễm khuẩn phụ thuộc chủ yếu vào:

- A. Tuổi.
- B. Giới.
- C. Tình trạng sức khỏe hiện tại.
- D. Khả năng miễn dịch.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
7	Trực khuẩn Lao chỉ truyền bệnh bằng phương thức trực tiếp.		
8	Tụ cầu vàng là loại vi khuẩn Gram dương có dạng nha bào.		
9	Khi có dịch, máu đổ tràn xuống (dụng cụ, nền nhà...) môi trường khoa phòng phải được vệ sinh ngay.		
10	Khi xác định có nguy cơ nhiễm khuẩn nguồn nước cần phải thông báo ngay cho mọi người biết.		

THEO DÕI MẠCH

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được định nghĩa, tần số mạch của từng lứa tuổi.*
2. *Trình bày được các yếu tố ảnh hưởng đến mạch.*
3. *Nêu được các tính chất của mạch, quy tắc chung khi theo dõi mạch.*
4. *Nêu được quy tắc chung khi theo dõi mạch.*

1. ĐỊNH NGHĨA

Mạch là cảm giác đập nảy nhịp nhàng theo nhịp đập của tim khi ta đặt tay lên mạch.

2. TẦN SỐ MẠCH BÌNH THƯỜNG Ở CÁC LỨA TUỔI

- Trẻ sơ sinh: 140 – 160 lần/1phút.
- Trẻ 1 tuổi: 120 – 125 lần/phút.
- Trẻ 5 tuổi: 100 lần/phút.
- Trẻ 7 tuổi: 90 lần/phút.
- Trẻ 10 – 15 tuổi: 80 lần/phút.
- Người lớn: 70 – 80 lần/phút.
- Người già: 60 – 70 lần/phút.

3. NHỮNG YẾU TỐ SINH LÝ ẢNH HƯỞNG ĐẾN TẦN SỐ MẠCH

- Thời gian: buổi sáng mạch chậm hơn buổi chiều.
- Trạng thái tâm lý tình cảm: vui, buồn, xúc động... ảnh hưởng lớn đến tần số mạch.
- Vận cơ: thể dục thể thao, lao động v.v... tần số mạch tăng lên.
- Tuổi: tần số mạch giảm dần từ khi sinh đến tuổi già.
- Giới tính: nữ mạch nhanh hơn nam từ 4 – 8 nhịp/phút.

- Ăn uống các chất kích thích làm tăng tần số mạch.
- Sử dụng thuốc: thuốc kích thích làm tăng tần số mạch, thuốc an thần làm giảm tần số mạch.

4. TÍNH CHẤT CỦA MẠCH

4.1. Tần số

*** Bình thường**

- Người lớn 70 - 80 lần/phút.

*** Bất thường.**

- Mạch nhanh: khi tần số mạch ở người lớn từ 100 lần/phút trở lên gặp trong trường hợp: nhiễm khuẩn, Basedow, sử dụng thuốc: atropinsulphat, cafein, mất máu, mất nước nhiều.
- Mạch chậm: khi tần số mạch ở người lớn nhỏ hơn 60 lần/phút, gặp trong trường hợp: bệnh tim nhịp chậm, chèn ép nội sọ như khối u, ngộ độc Digitalis.

4.2. Nhịp điệu

Là khoảng cách giữa các lần đập của mạch.

- Bình thường: đều đặn, bằng nhau.
- Bệnh lý: mạch có thể nhanh hoặc chậm thường gặp trong một số bệnh sau: bệnh về tim (ngoại tâm thu mạch đang đập đều bỗng dừng có lần mất mạch rồi lại đập tiếp như bình thường)...

*** Một vài kiểu rối loạn nhịp.**

- Mạch nhịp đôi: mạch đập 1 lần bình thường tiếp theo một khoảng cách ngắn làm mạch đập yếu rồi đến một khoảng cách dài rồi đập bình thường.
- Mạch so le: một lần đập mạnh, một lần đập yếu.
- Loạn nhịp hoàn toàn: mạch lúc nhanh, lúc chậm, lúc mạnh, lúc yếu.

4.3. Cường độ

- Cường độ mạnh: gặp trong sốt, xúc động, Basedow, vận động.
- Cường độ yếu: gặp trong mất nước, mất máu.

4.4. Sức căng của mạch

- Là tính co giãn của mạch: bình thường động mạch nhão, mềm và có tính đàn hồi tốt.

- Bệnh lý mạch trở nên cứng mất tính đàn hồi co giãn khi sờ vào động mạch có cảm giác như ấn vào ống cao su cứng ở dưới da, thường gặp trong bệnh tăng huyết áp người già hoặc xơ cứng động mạch.

4.5. Liên quan giữa mạch và nhiệt độ

- Mạch và nhiệt độ có sự liên quan chặt chẽ với nhau, bình thường mạch và nhiệt độ có sự song song với nhau hoặc tăng tiến cùng nhau, bình thường mạch 70 lần/phút thì nhiệt độ là 37°C .
- Khi mạch 90 lần/phút thì tương ứng nhiệt độ là 38°C .
- Khi không có sự tương ứng song song gọi là phân ly gặp trong bệnh thương hàn. Mạch 90 lần/phút, nhiệt độ là 40°C hoặc trong xuất huyết nội tạng như vỡ gan, vỡ lách: mạch 120 lần/1 phút, nhiệt độ giảm 36°C .

5. QUY TẮC CHUNG KHI THEO DÕI MẠCH

- Trước khi theo dõi mạch người bệnh nghỉ ngơi 15 phút.
- Trong khi theo dõi mạch không làm thủ thuật gì trên người bệnh.
- Ngày theo dõi mạch 2 lần: sáng 8h, chiều 14h. Trường hợp đặc biệt theo dõi theo chỉ định của bác sĩ.
- Đường biểu diễn của mạch dùng màu đỏ.
- Mỗi lần theo dõi chấm tròn đậm giá trị của mạch vào phiếu theo dõi rồi nối các điểm với nhau.
- Không để người bệnh tự đếm mạch rồi báo cáo kết quả.
- Nếu thấy mạch bất thường phải báo cáo cho bác sĩ điều trị.

Vị trí đếm mạch



Hình 14: Động mạch thái dương

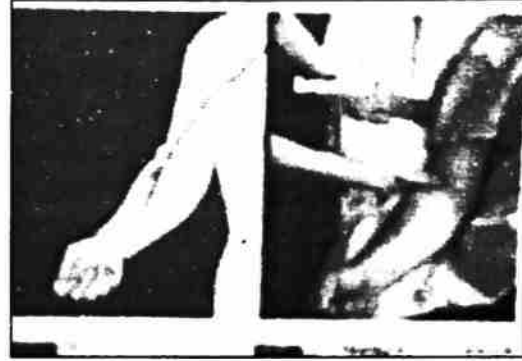


Hình 15: Động mạch dưới hàm

- Có rất nhiều vị trí đếm mạch cho người bệnh: động mạch thái dương, động mạch cảnh, động mạch nách, động mạch cánh tay, động mạch quay, động mạch bẹn, động mạch khoeo chân, động mạch mu chân, động mạch hiển trong. Thông thường bắt ĐM quay.



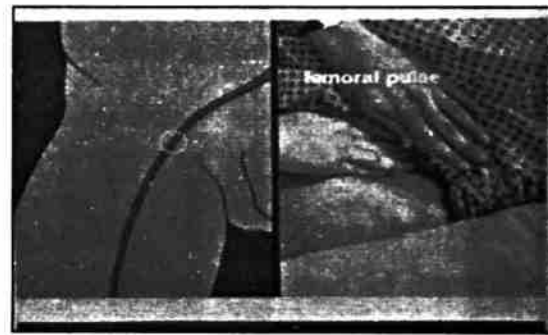
Hình 16: Động mạch cảnh



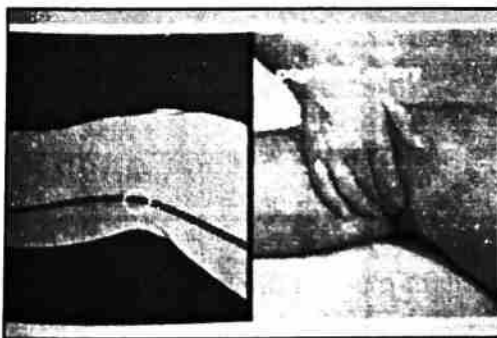
Hình 17: Động mạch cánh tay



Hình 18: Động mạch quay



Hình 19: Động mạch bẹn



Hình 20: Động mạch khoeo



Hình 21: Động mạch mu chân

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Chuẩn bị người bệnh

Thông báo, dặn người bệnh nghỉ ngơi 15 phút trước khi đếm mạch.

6.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

6.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Khay chữ nhật.
- Đồng hồ bấm giây.
- Gối kê tay (đếm mạch động mạch quay).
- Bút đỏ, thước kẻ.
- Phiếu theo dõi chức năng sống.

6.4. Kỹ thuật tiến hành đếm mạch động mạch quay

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái tay hơi giạng.
- Đặt gối dưới vị trí đếm mạch (nếu đếm mạch ở động mạch quay).
- Đặt 3 đầu ngón tay lên đường đi của động mạch đếm trong 1 phút.
- Bỏ gối kê tay, thu dọn dụng cụ.
- Ghi kết quả vào bảng theo dõi chức năng sống

Bảng kiểm 3: Kỹ thuật đếm mạch

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh.		
1	Thông báo, cho người bệnh nghỉ ngơi 15' trước khi đếm mạch.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng.		
2	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
3	Khay chữ nhật, đồng hồ bấm giây, gối kê tay (nếu đếm mạch ở động mạch quay).		
4	Bút đỏ ghi kết quả, thước kẻ, bảng theo dõi chức năng sống.		
	* Kỹ thuật tiến hành.		
5	Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, tay hơi giạng.		

6	Đặt gôì dưới vị trí đếm mạch (nếu đếm ở động mạch quay).		
7	Đặt 3 đầu ngón tay lên đường đi của động mạch đếm trong 1 phút.		
8	Bỏ gôì kê tay, thu dọn dụng cụ.		
9	Ghi kết quả vào bảng theo dõi chức năng sống.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ thích hợp điền vào chỗ trống.

- Mạch là cảm giác đập nảy nhịp nhàng theo....A....khi ta ấn nhẹ tay lên đường đi của động mạch.
- Khi tần số mạch của người trưởng thành từA..... được xác định là mạch nhanh.
- Khi ăn uống các chất kích thích làm tần số mạch.....A.....
- Nhịp điệu là khoảng cách giữa.....A..... của mạch.
- Đường biểu diễn của mạch trên phiếu theo dõi ta dùng màuA.....
- Mạch và nhiệt độ cơ thể có sự tương ứng với nhau khi mạch 70 lần/ 1 phút tương ứng với nhiệt độ làA.....

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau:

- Tần số mạch bình thường của trẻ 5 tuổi là:
 - 70 lần/1 phút.
 - 80 lần/1 phút.
 - 90 lần/1 phút.
 - 100 lần/1 phút.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
8	Tần số mạch của trẻ sơ sinh là 140 – 160 lần/1 phút.		
9	Tần số mạch buổi sáng nhanh hơn buổi chiều.		
10	Khi mất máu nhiều tần số mạch của người bệnh chậm hơn bình thường.		
11	Khi tiêm atropinsulfat cho người bệnh, tần số mạch người bệnh chậm hơn bình thường.		

THEO DÕI NHIỆT ĐỘ CƠ THỂ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được thân nhiệt bình thường và bất thường.
2. Trình bày được quy tắc chung khi đo nhiệt độ.
3. Theo dõi và chăm sóc người bệnh bất thường về nhiệt độ.

1. NHIỆT ĐỘ BÌNH THƯỜNG

* Nhiệt độ trung tâm.

Là nhiệt độ được đo ở những vùng trong cơ thể (miệng, hậu môn). Nhiệt độ của cơ thể bình thường là $36,5^{\circ}\text{C}$ - 37°C .

* Nhiệt độ ngoại vi.

Ta có thể đo ở nách, bẹn chịu ảnh hưởng lớn của môi trường bên ngoài. Giữa thân nhiệt ngoại vi và thân nhiệt trung tâm có thể chênh lệch nhau $0,5^{\circ}\text{C}$.

2. THÂN NHIỆT KHÔNG BÌNH THƯỜNG

2.1. Sốt

- Là tình trạng thân nhiệt cao hơn bình thường ($>37^{\circ}\text{C}$).
- Nguyên nhân: do nhiễm khuẩn (toàn thân, cục bộ: mụn nhọt) do rối loạn trung tâm điều hoà thân nhiệt (chấn thương sọ não) do rối loạn nội tiết như Basedow, nhiệt độ bên ngoài quá cao mà cơ thể không đáp ứng nổi như say nắng, công nhân hầm lò.

* Phân loại sốt:

- Theo mức độ:
 - + Sốt nhẹ từ $37,5^{\circ}\text{C}$ - 38°C .
 - + Sốt vừa: $> 38^{\circ}\text{C}$ - 39°C .
 - + Sốt cao: $>39^{\circ}\text{C}$ - 40°C .
 - + Sốt rất cao: $> 40^{\circ}\text{C}$.
- Phân loại sốt theo thời gian:

Sốt kéo dài là sốt mà thời gian sốt kéo dài trên 15 ngày.

- Phân loại theo tính chất của sốt:
 - + Sốt rét run.
 - + Sốt cơn.
 - + Sốt không dứt cơn: là sốt mà nhiệt độ trong ngày thay đổi không đáng kể (nhiệt độ dao động không quá 1°C).
 - + Sốt hồi quy: sốt một thời gian 5 - 7 ngày rồi hết sốt sau đó lại sốt lại.

2.2. Nhiệt độ thấp (hạ nhiệt độ)

- Khi nhiệt độ cơ thể $< 36^{\circ}\text{C}$ gọi là hạ nhiệt độ.
- Thường gặp trong bệnh mất nước, mất máu nhiều, cơ thể bị ức chế quá mức, nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng.

3. NHỮNG YẾU TỐ SINH LÝ ẢNH HƯỞNG ĐẾN THÂN NHIỆT CỦA CON NGƯỜI

- Tuổi:
 - + Tuổi già thì thân nhiệt hơi thấp.
 - + Trẻ em trong vòng 1 năm nhiệt độ thay đổi, những năm sau nhiệt độ ổn định.
- Giới: ở phụ nữ thân nhiệt tăng từ $0,3 - 0,5^{\circ}\text{C}$ trong giai đoạn giữa các chu kỳ kinh nguyệt, giai đoạn cuối của thời kỳ thai nghén thân nhiệt cơ thể tăng $0,5 - 0,8^{\circ}\text{C}$.
- Tình trạng vận động cơ: tình trạng vận động cơ càng lớn thì thân nhiệt càng tăng.
- Nhiệt độ của môi trường: trong môi trường quá nóng hoặc quá lạnh, thân nhiệt cũng tăng lên hoặc giảm đi tuy không nhiều lắm.

4. QUY TẮC CHUNG KHI THEO DÕI NHIỆT ĐỘ

- Trước khi theo dõi nhiệt độ người bệnh nghỉ ngơi tại giường 15 phút.
- Khi theo dõi nhiệt độ không làm thủ thuật gì.
- Ngày theo dõi nhiệt độ hai lần: sáng 8h, chiều 14h, trường hợp đặc biệt theo dõi theo chỉ định của bác sĩ.
- Người bệnh mới bị sốt hoặc trường hợp nhiệt độ bất thường phải báo cáo bác sĩ.
- Vị trí đo nhiệt độ ở nách, miệng, hậu môn. Mỗi vị trí đo nhiệt độ sử dụng một loại nhiệt kế khác nhau.

- Đường biểu diễn nhiệt độ dùng màu xanh, mỗi lần theo dõi chấm tròn đậm giá trị của nhiệt độ vào phiếu theo dõi, sau đó nối các lần theo dõi lại với nhau.
- Không để người bệnh tự đo nhiệt độ rồi báo cáo với điều dưỡng.
- Khi theo dõi nếu nghi ngờ kết quả phải đo lại ngay hoặc dùng nhiệt kế khác để so sánh.
- Trẻ em, người già yếu, người mất trí, khi theo dõi nhiệt độ phải có người giữ.
- Không được dùng cảm giác sờ tay để đánh giá nhiệt độ cho người bệnh.
- Sau khi theo dõi nhiệt độ xong, rửa nhiệt kế bằng nước xà phòng rồi ngâm trong dung dịch sát khuẩn một thời gian, lấy ra lau khô mới dùng cho người bệnh khác.

5. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BẤT THƯỜNG VỀ NHIỆT ĐỘ

5.1. Theo dõi và chăm sóc người bệnh sốt

*** Theo dõi.**

- Theo dõi theo chỉ định của thầy thuốc.
- Theo dõi tính chất của sốt.
- Theo dõi tình trạng tinh thần của người bệnh.
- Theo dõi tình trạng cơ giật có hay không.
- Theo dõi về tim, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Theo dõi lượng nước tiểu 24h.
- Theo dõi da và niêm mạc.
- Theo dõi người bệnh có biểu hiện xuất huyết nội tạng, xuất huyết dưới da hay không, có các ban mọc lên hay không.
- Thực hiện các xét nghiệm cho người bệnh theo chỉ định của thầy thuốc.

*** Chăm sóc.**

- Đặt người bệnh nằm trong phòng thoáng, nơi rộng quần áo, bỏ bớt chăn đắp.
- Chườm mát cho người bệnh (ở trán, nách, bẹn).
- Đảm bảo nhu cầu về nước cho người bệnh.
- Đảm bảo chế độ ăn cho người bệnh.
- Thực hiện tốt các y lệnh của thầy thuốc.
- Vệ sinh thân thể cho người bệnh.

5.2. Theo dõi và chăm sóc người bệnh hạ thân nhiệt.

* Theo dõi.

- Theo dõi nhiệt độ cho người bệnh.
- Theo dõi tình trạng mất nước, mất máu cho người bệnh (nếu có).
- Theo dõi trạng thái tinh thần.
- Theo dõi mạch và huyết áp.

* Chăm sóc.

- Tìm mọi biện pháp làm tăng thân nhiệt ủ ấm cho người bệnh.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

6.1. Chuẩn bị người bệnh

Thông báo, dặn người bệnh nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo nhiệt độ.

6.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

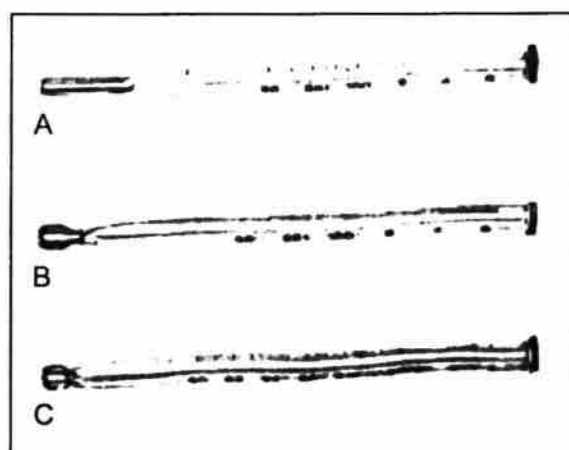
6.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Khay chữ nhật, trụ cắm kìm Kocher.
- Cốc đựng bông cầu, gạc.
- Bút, thước kẻ, đồng hồ bấm giây, nhiệt kế, bảng theo dõi chức năng sống.
- Cốc đựng bông tẩm dầu nhờn, găng tay (đo nhiệt độ hậu môn, miệng).
- Dung dịch khử khuẩn, túi đựng đồ bẩn.

6.4. Kỹ thuật tiến hành

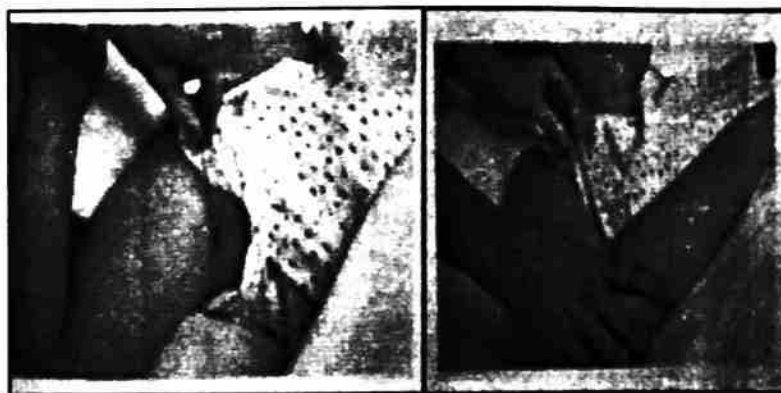
* Đo nhiệt độ ở nách.

- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, lau khô hố nách.
- Lau khô nhiệt kế, vẩy cho cột thủy ngân xuống dưới 35°C.



Hình 22: Các loại nhiệt kế

- a: nhiệt kế đo nhiệt độ ở nách
- b: nhiệt kế đo nhiệt độ ở miệng
- c: nhiệt kế đo nhiệt độ ở hậu môn



Hình 23: Cách đo nhiệt độ ở nách

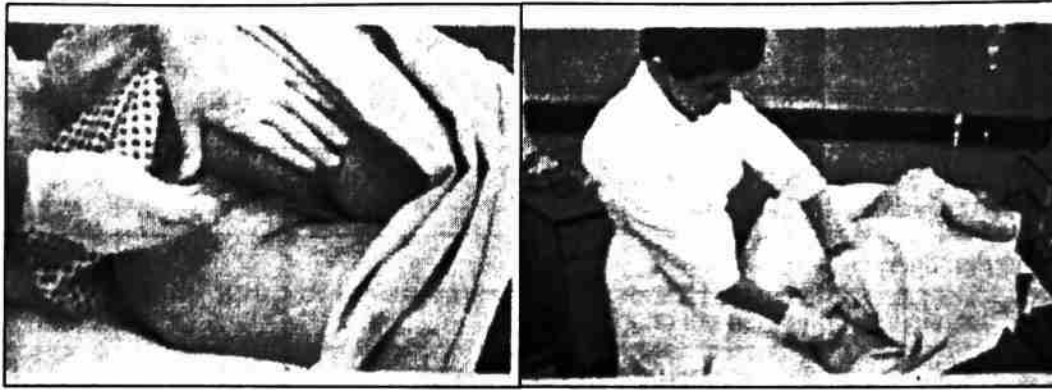
- Đặt nhiệt kế (bầu thủy ngân) đúng hõm nách, thân nhiệt kế chếch theo đường vú, tay người bệnh đặt lên bụng.
- Đọc kết quả sau 10 phút.
- Vẩy nhiệt kế cho cột thủy ngân dưới 35°C , cho nhiệt kế vào khay đựng dung dịch khử khuẩn.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi kết quả vào bảng theo dõi chức năng sống.

*** Đo nhiệt độ ở miệng.**

- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái.
- Điều dưỡng mang găng.
- Cầm nhiệt kế lau khô, vẩy cho cột thủy ngân xuống dưới 35°C .
- Đặt nhiệt kế (bầu thủy ngân) vào miệng (giữa góc hàm và mặt trong má hoặc dưới lưỡi).
- Đọc kết quả sau 3 – 5 phút.
- Vẩy nhiệt kế cho cột thủy ngân dưới 35°C , cho nhiệt kế vào khay đựng dung dịch khử khuẩn.
- Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay.
- Ghi kết quả vào bảng theo dõi chức năng sống.

*** Đo nhiệt độ ở hậu môn:** (Thụt tháo cho người bệnh trước 15 – 20 phút).

- Đặt người bệnh nằm nghiêng hoặc nằm sấp, chân dưới duỗi thẳng, chân trên co.
- Bộc lộ vị trí đo nhiệt độ.
- Điều dưỡng mang găng.



Hình 24: cách đo nhiệt độ ở hậu môn

- Cầm nhiệt kế lau khô, vẩy cho cột thủy ngân xuống dưới 35°C.
- Bôi trơn nhiệt kế, vành móng người bệnh đưa bầu thủy ngân vào hậu môn, đọc kết quả sau 3 - 5 phút.
- Bỏ nhiệt kế vào chậu đựng dung dịch khử khuẩn, tháo bỏ găng giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ, ghi kết quả vào bảng theo dõi chức năng sống.

Bảng kiểm 4: Kỹ thuật đo nhiệt độ

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh.		
1	Thông báo, dặn người bệnh nghỉ ngơi 15' trước khi đo nhiệt độ.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng.		
2	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
3	Khay chữ nhật, trụ cầm kim kocher, cốc đựng bông cầu, gạc.		
4	Lọ nhiệt kế, bảng theo dõi chức năng sống, bút, thước kẻ, đồng hồ bấm giây.		
5	Dung dịch khử khuẩn, túi đựng đồ bẩn, găng tay (đo nhiệt độ ở miệng, hậu môn).		
6	Dầu Parafin, cốc đựng bông cầu (đo nhiệt độ hậu môn).		
	* Kỹ thuật tiến hành.		
	ĐO NHIỆT ĐỘ Ở NÁCH		
1	Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, lau khô hố nách.		
2	Lau khô nhiệt kế, vẩy cho cột thủy ngân xuống dưới 35°C.		

3	Đặt nhiệt kế (bầu thủy ngân), đung hõm nách, khép tay người bệnh đặt lên bụng.		
4	Đọc kết quả sau 10 phút.		
5	Vẩy nhiệt kế cho cột thủy ngân xuống dưới 35°C, cho nhiệt kế vào khay đựng dung dịch khử khuẩn, tháo bỏ găng tay.		
6	Thu dọn dụng cụ.		
7	Ghi kết quả vào bảng theo dõi chức năng sống.		
	ĐO NHIỆT ĐỘ Ở MIỆNG		
1	Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái.		
2	Mang găng, cầm nhiệt kế lau khô, vẩy cho cột thủy ngân xuống dưới 35°C.		
3	Đặt nhiệt kế (bầu thủy ngân) vào miệng (giữa góc hàm và mặt trong má, hoặc dưới lưỡi).		
4	Đọc kết quả sau 3 - 5 phút.		
5	Vẩy nhiệt kế cho cột thủy ngân xuống dưới 35°C, cho nhiệt kế vào khay đựng dung dịch khử khuẩn.		
6	Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay.		
7	Ghi kết quả vào bảng theo dõi chức năng sống.		
	ĐO NHIỆT ĐỘ Ở HẬU MÔN		
1	Giúp người bệnh nằm nghiêng hoặc nằm sấp, chân dưới duỗi thẳng, chân trên co, bộc lộ vị trí đo (thụt tháo trước khi đo nhiệt độ)		
2	Mang găng, lau khô nhiệt kế, vẩy cho cột thủy ngân xuống dưới 35°C.		
3	Bôi trơn nhiệt kế, vành môn người bệnh, đưa bầu thủy ngân vào hậu môn, sau 3 - 5 phút đọc kết quả.		
4	Bỏ nhiệt kế vào khay đựng dung dịch khử khuẩn.		
5	Tháo bỏ găng, giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái.		
	* Thu dọn dụng cụ.		
6	Thu dọn dụng cụ, ghi kết quả vào bảng theo dõi chức năng sống.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống:

1. Khi theo dõi nhiệt độ ở miệng, ở hậu môn cho người bệnh, giá trị đó là nhiệt độ...A...
2. Khi vận động hoặc luyện tập thể dục thể thao nhiệt độ cơ thể ...A...
3. Sốt nhẹ là nhiệt độ cơ thể từ.....A.....
4. Không dùng cảm giác sờ tay để đánh giáA...cơ thể người bệnh.
5. Số nhỏ nhất được ghi trên thân nhiệt kế là....A.....

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

6. Sốt vừa được xác định khi nhiệt độ cơ thể là:
A. $37,5^{\circ}\text{C}$.
B. 38°C .
C. $>38^{\circ}\text{C} - 39^{\circ}\text{C}$.
D. $>39^{\circ}\text{C} - 40^{\circ}\text{C}$.
7. Số lớn nhất được ghi trên thân nhiệt kế là:
A. 39°C .
B. 40°C .
C. 41°C .
D. 42°C .
8. Thời gian được xác định sốt kéo dài là:
A. 7 ngày.
B. 10 ngày.
C. 12 ngày.
D. 15 ngày.
9. Thời gian quy định khi đo nhiệt độ ở nách cho người bệnh là:
A. 3 phút.
B. 5 phút.
C. 10 phút.
D. 12 phút.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (✓) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
10	Nhiệt độ đo ở miệng cao hơn nhiệt độ đo ở nách.		
11	Trẻ em 1 tuổi nhiệt độ cơ thể không thay đổi.		
12	Khi người bị bệnh Basedow nhiệt độ cơ thể tăng hơn bình thường.		
13	Sau khi theo dõi nhiệt độ cơ thể xong điều dưỡng lau nhiệt kế cho vào hộp để chuẩn bị theo dõi cho người bệnh khác.		
14	Khi người bệnh bị sốt cao hạ nhiệt độ bằng cách dùng nước đá chườm trực tiếp vào nách, trán, bẹn cho người bệnh.		

THEO DÕI NHỊP THỞ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được tần số thở bình thường từng lứa tuổi.
2. Trình bày được một số thay đổi nhịp thở.
3. Trình bày được quy trình kỹ thuật theo dõi nhịp thở cho người bệnh.

1. KHÁI NIỆM

Nhịp thở bình thường là nhịp thở đúng với tần số sinh lý êm dịu, đều đặn không có cảm giác gì, phải được thực hiện qua đường mũi một cách từ từ và sâu.

2. TẦN SỐ THỞ BÌNH THƯỜNG CỦA TỪNG LỨA TUỔI

- Trẻ sơ sinh nhịp thở: 40 – 60 lần/1 phút.
- Trẻ < 6 tháng: 35 – 40 lần/1 phút.
- 7 - 12 tháng: 30 – 35 lần/1 phút.
- 2 - 3 tuổi: 25 – 30 lần/1 phút.
- 5 - 15 tuổi: 20 – 25 lần/1 phút.
- Người lớn: 16 – 20 lần/1 phút.

3. CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN ĐIỀU HOÀ HOẠT ĐỘNG CỦA TRUNG TÂM HÔ HẤP

Có nhiều yếu tố tham gia điều hoà hoạt động của các trung tâm hô hấp:

- + Vai trò của CO_2 và O_2 .
- + Vai trò của thần kinh: thần kinh trung ương, dây thần kinh số X.
- + Vai trò của các cơ hô hấp: cơ hoành, cơ gian sườn, cơ ức đòn chũm.

4. NHỮNG THAY ĐỔI VỀ NHỊP THỞ

4.1. Thay đổi sinh lý

*** Nhịp thở nhanh.**

- Khi lao động, khi thể dục thể thao, khi xúc động, cảm động, hồi hộp.
- Tuổi.
- Trời nắng nóng.

*** Nhịp thở chậm.**

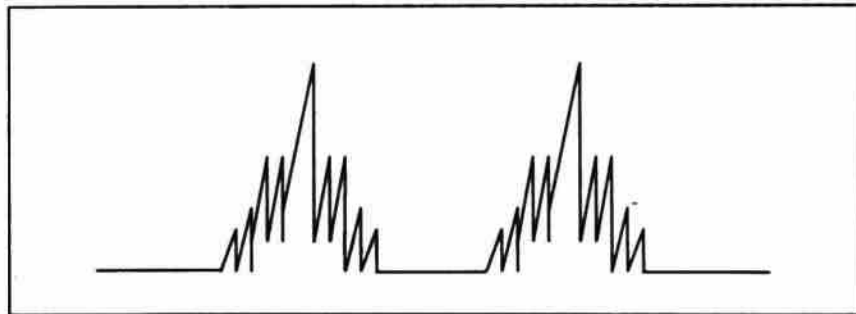
- Gặp ở những người luyện tập thể dục thể thao thường xuyên, những người luyện tập khí công.
- Người cố ý thở chậm.

4.2. Thay đổi nhịp thở bệnh lý

- Bình thường ta không có cảm giác gì khi thở, khi động tác thở trở nên nặng nề khó chịu cần phải chú ý để thở, đó là hiện tượng khó thở.

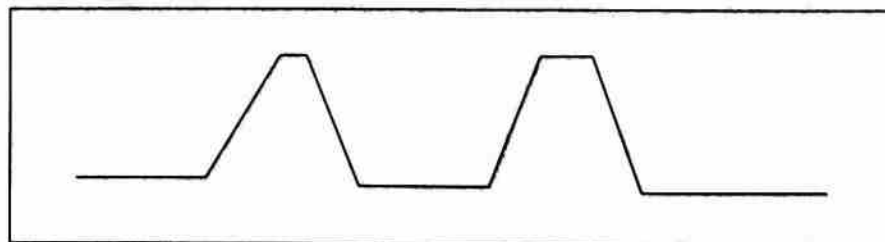
*** Một vài kiểu rối loạn nhịp thở.**

- Kiểu thở Cheyne-Stoker: đặc điểm kiểu thở này bao gồm thì khó thở và thì tạm ngừng thở luân chuyển nối tiếp nhau.



Đồ thị 1: Kiểu thở Cheyne-Stoker

- + Thì 1: ngừng thở 15 - 20 giây do ức chế trung tâm hô hấp.
- + Thì 2: bắt đầu thở nông, nhẹ rồi dần dần nhanh, mạnh và sâu, sau đó chuyển sang nhẹ nông rồi lại ngừng thở bắt đầu cho 1 chu trình khác. Kiểu thở này thường gặp trong xuất huyết não, u não, nhiễm độc. u rên huyết cao.



Đồ thị 2: Kiểu thở Kussmaul

- Kiểu thở Kussmaul: đặc điểm kiểu thở này hít vào sâu, ngừng thở ngắn, thở ra nhanh sau đó là ngừng thở kéo dài tiếp đến chu kỳ sau. Kiểu thở này thường gặp trong trường hợp người bệnh hôn mê do đái tháo đường (khi đó hơi thở có mùi Axeton).

5. QUY TẮC CHUNG

- Trước khi đếm nhịp thở người bệnh nằm nghỉ 15 phút.
- Không làm thủ thuật gì khi theo dõi nhịp thở. Không đếm nhịp thở khi người bệnh mới uống thuốc đặc biệt là thuốc kích thích hô hấp.
- Theo dõi nhịp thở ngày 2 lần, trường hợp đặc biệt theo chỉ định của bác sĩ.
- Khi theo dõi nhịp thở không để cho người bệnh biết mình đang được theo dõi nhịp thở.
- Theo dõi nhịp thở trong 1 phút, không được theo dõi 15 hoặc 30 giây rồi nhân 2 hoặc nhân 4.
- Khi theo dõi nhịp thở thấy nhịp thở bất thường phải báo cáo với bác sĩ.
- Ghi kết quả theo dõi vào phiếu theo dõi.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN NHỊP THỞ

- Động viên người bệnh nếu người bệnh tỉnh táo, tiếp xúc được.
- Để người bệnh nằm ở tư thế thích hợp.
- Nới rộng quần áo, khăn quàng nếu có.
- Làm thông đường thở nếu có.
- Cho người bệnh thở oxy theo chỉ định (ngắt quãng hoặc liên tục).
- Mở rộng cửa ra vào, cửa sổ.
- Thực hiện y lệnh của thầy thuốc.

7. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

7.1. Chuẩn bị người bệnh

- Thông báo và dặn người bệnh nghỉ ngơi 15 phút trước khi đếm nhịp thở.

7.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

7.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Khay chữ nhật, đồng hồ bấm giây.
- Bút ghi kết quả, bảng theo dõi chức năng sống.

7.4. Kỹ thuật tiến hành

- Giúp người bệnh nằm ngửa trên giường, tay gấp khuỷu vuông góc để trước ngực.
- Đặt 3 đầu ngón tay lên đường đi của động mạch để đánh lạc hướng người bệnh.
- Quan sát sự di động của lồng ngực hoặc bụng của người bệnh (cứ mỗi lần lồng ngực nâng lên rồi hạ xuống là một nhịp thở). Bấm đồng hồ theo dõi trong một phút.
- Thu dọn dụng cụ.
- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi.

Bảng kiểm 5: Kỹ thuật đếm nhịp thở

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh		
1	Thông báo, dặn người bệnh nghỉ ngơi 15' trước khi đo nhịp thở.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng		
2	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
3	Khay chữ nhật, đồng hồ bấm giây.		
4	Bút ghi kết quả, bảng theo dõi chức năng sống.		
	* Kỹ thuật tiến hành.		
5	Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.		
6	Đặt 3 đầu ngón tay lên đường đi của động mạch (để đánh lạc hướng người bệnh).		
7	Quan sát sự di động của lồng ngực hoặc bụng người bệnh, đếm nhịp thở trong 1 phút.		
	* Thu dọn dụng cụ.		
8	Thu dọn dụng cụ, ghi kết quả vào phiếu theo dõi chức năng sống.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Có 2 kiểu rối loạn nhịp thở là:

A.....

B.....

2. Trước khi đếm nhịp thở người bệnh phải được nằm nghỉ tại giường thời gian....A...

3. Khi lao động, thể dục, thể thao làm nhịp thở.....A.....

4. Khi theo dõi nhịp thở phải theo dõi đủ thời gian.....A.....

5. Tần số thở bình thường của trẻ 7 - 12 tháng là.....A.....

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau

6. Tần số thở bình thường trong 1 phút của trẻ từ 5 - 15 tuổi là:

A. 30 – 35 lần/1 phút.

B. 25 – 30 lần/1 phút.

C. 20 – 25 lần/1 phút.

D. 18 – 20 lần/1 phút.

7. Nhịp thở Cheyne - stoker gặp trong trường hợp nào trong các trường hợp sau:

A. U não.

B. U phổi.

C. U gan.

D. Cả 3 trường hợp trên.

8. Nhịp thở Kussmaul gặp trong trường hợp nào trong các trường hợp sau:

A. Hôn mê.

B. Hôn mê gan.

C. Hôn mê do đái tháo đường.

D. Hôn mê do tai biến mạch máu não.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (v) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
9	Tần số thở bình thường của trẻ sơ sinh là 40 – 60l/phút.		
10	Đặc điểm của kiểu thở Cheyne Stoker gồm thì khó thở và thì tạm ngừng thở luân chuyển kế tiếp nhau.		
11	Kiểu thở Cheyne - Stoker gặp trong trường hợp người bệnh bị bệnh viêm não.		
12	Thì 1 của kiểu thở Cheyne - Stoker có giai đoạn ngừng thở 30 giây.		
13	Kiểu thở Kussmaul gặp trong trường hợp hôn mê do đái tháo đường.		

THEO DÕI HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được những khái niệm chung về huyết áp động mạch.
2. Nêu được những yếu tố ảnh hưởng và những thay đổi của huyết áp động mạch.
3. Trình bày được nguyên lý và quy tắc chung khi đo huyết áp động mạch.
4. Nêu được cách theo dõi và chăm sóc người bệnh bất thường về huyết áp động mạch.

1. KHÁI NIỆM CHUNG VỀ HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH (HADM)

1.1. Định nghĩa

Huyết áp động mạch: là áp lực của máu tác động lên thành động mạch. Áp lực này được tạo nên bởi các yếu tố: lưu lượng máu, sức co bóp của tim, sự co giãn của động mạch lớn, sức cản ngoại vi (độ quánh của máu), thần kinh vận mạch.

1.2. Trị số huyết áp

- Huyết áp tâm thu (HA tối đa) là áp lực của máu trong động mạch lên tới mức cao nhất khi tim co bóp.
- Huyết áp tâm trương (HA tối thiểu) là áp lực của máu ở điểm thấp nhất khi tim giãn ra.
- Đơn vị đo huyết áp động mạch là mmHg và Kilopascal $1\text{KPa} = 7,5\text{ mmHg}$.

1.3. Giới hạn bình thường và cách ghi huyết áp động mạch

* Giới hạn:

- Huyết áp tối đa: (HATĐ người trưởng thành): 90 – 140 mmHg.
- Huyết áp tối thiểu: (HATT người trưởng thành): 60 – 90 mmHg.

* Cách ghi chỉ số huyết áp: HATĐ/HATT mmHg ví dụ: 120/70 mmHg.

- Có thể tính HATT bằng cách lấy HATĐ/ 2 + 10 hoặc 20 mmHg.

- Độ chênh lệch của huyết áp là hiệu số giữa HATĐ và HATT bình thường 40 - 50 mmHg (chỉ số càng nhỏ càng nguy hiểm).
- Nếu hiệu số (HATĐ - HATT) $\leq 20\text{mmHg}$ là huyết áp kẹt.

2. NHỮNG YẾU TỐ SINH LÝ, BỆNH LÝ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HAĐM

2.1. Những yếu tố sinh lý ảnh hưởng đến HAĐM

* Tuổi:

- Trẻ em số đo huyết áp thấp hơn số đo huyết áp người lớn.
- Ở trẻ em HATĐ được tính bằng công thức $80 + 2n$ (n = tuổi).
- Người già số đo huyết áp cao hơn số đo huyết áp người trẻ.

* Giới tính: ở cùng độ tuổi, số đo huyết áp của nữ thấp hơn nam giới.

* Vận cơ (luyện tập thể dục, lao động ...) huyết áp tăng tức thời.

* Tinh thần: xúc động, lo lắng, sợ hãi, phấn chấn cũng làm huyết áp tăng.

* Ăn uống: ăn, uống các chất kích thích làm huyết áp tăng (uống rượu, bia...)

* Khi dùng thuốc:

- Thuốc co mạch làm tăng huyết áp.
- Thuốc giãn mạch làm hạ huyết áp.
- Thuốc ngủ làm hạ huyết áp.

2.2. Những thay đổi bệnh lý của HAĐM

* Huyết áp tăng:

- Khi số đo HATĐ $> 140\text{ mmHg}$.
- Khi số đo HATT $> 90\text{mmHg}$.
- Huyết áp tăng giới hạn: HATĐ tăng từ 145 – 160 mmHg.
HATT tăng từ 90 – 95 mm Hg.
- Huyết áp tăng thường gặp trong các bệnh về thận, nội tiết, tim mạch.

* Huyết áp hạ:

- Khi số đo: HATĐ $< 90\text{mm Hg}$.
HATT $< 60\text{mm Hg}$.
- Huyết áp hạ thường gặp trong bệnh nhiễm khuẩn cấp, trụy tim mạch, mất nước, mất máu.

3. NGUYÊN LÝ VÀ QUY TẮC KHI ĐO HADM

3.1. Nguyên lý đo HADM

Là làm mất động tác đập của động mạch bằng cách bơm căng một băng cao su rồi sau đó xả hơi dần, đồng thời ghi những phản ứng của động mạch trước sự giảm sức ép của một áp kế.

- *HATĐ* tương đương với lúc máu bắt đầu đi qua băng cao su khi xả hơi ra.
- *HATT* tương ứng với lúc máu lưu thông hoàn toàn tự do trong lòng mạch.

Chú ý:

- Xác định *HATĐ* khi nghe tiếng đập đầu tiên.
- Xác định *HATT* khi nghe tiếng đập cuối cùng hoặc khi nghe thấy tiếng đập thay đổi âm sắc (trường hợp kim đồng hồ hoặc cột thủy ngân về số 0 vẫn nghe thấy tiếng đập).

3.2. Quy tắc đo

- Trước khi đo *HADM* người bệnh được nghỉ 15' không dùng thuốc hoặc chất kích thích.
- Theo dõi huyết áp ngày 2 lần. Trường hợp đặc biệt theo chỉ định của thầy thuốc.
- Kiểm tra máy đo huyết áp, ống nghe trước khi đo.
- Vị trí đo *HADM* thường đo ở động mạch cánh tay. Trường hợp đặc biệt có thể đo ở động mạch khoeo chân xong phải ghi vị trí đo (khoeo chân).
- Đo ở vị trí nào phải sờ thấy động mạch ở vị trí đó.
- Bơm hơi vào băng cao su đến khi không sờ thấy động mạch ở dưới băng thì bơm thêm 30mmHg
- Xả hơi từ từ để xác định giá trị *HATĐ* và *HATT*.
- Khi thấy chỉ số của *HADM* không bình thường thì phải báo cáo cho bác sĩ.

4. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BẤT THƯỜNG VỀ HADM

4.1. Theo dõi

- Thời gian theo dõi *HADM* theo chỉ định của bác sĩ.
- Theo dõi trạng thái tinh thần của người bệnh.
- Theo dõi về da và niêm mạc, phản xạ mắt.
- Theo dõi nhịp thở.

- Theo dõi lượng nước tiểu 24 giờ.
- Theo dõi sự đáp ứng của thuốc.

4.2. Chăm sóc

*** Đối với người bệnh huyết áp tăng.**

- Để người bệnh nằm nghỉ ngơi yên tĩnh.
- Giải thích cho người bệnh hoặc thân nhân của người bệnh về chế độ điều trị.
- Chế độ ăn theo chỉ định hạn chế muối, thức ăn giàu cholesterol và chế độ ăn giảm calo.
- Chấp hành tập thể dục, vật lý trị liệu đều đặn.
- Không hút thuốc lá, thuốc lào, không uống cà phê.
- Khám bệnh theo định kỳ.

*** Đối với người bệnh HA hạ.**

- Cho người bệnh nằm yên tĩnh đầu thấp.
- Đảm bảo bù dịch, bù máu đủ theo yêu cầu.
- Thực hiện đầy đủ thuốc và chế độ ăn theo y lệnh.

5. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

- Chuẩn bị người bệnh.

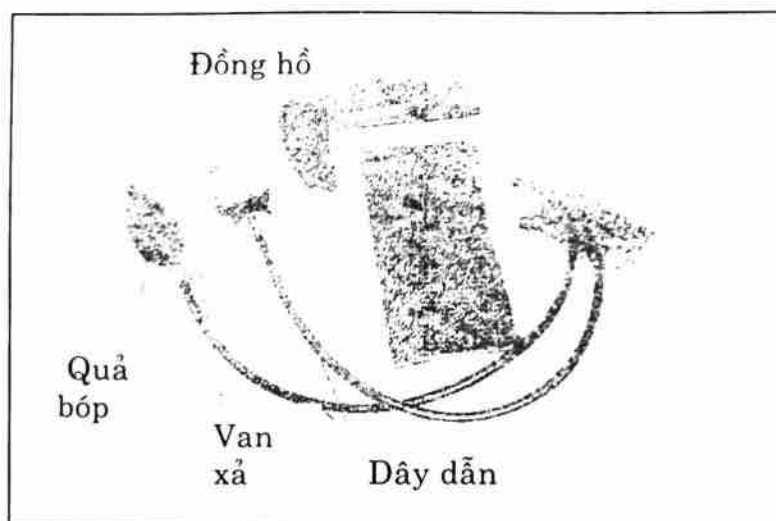
Thông báo, dặn người bệnh nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo huyết áp.

- Chuẩn bị người điều dưỡng.

- + Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- + Rửa tay thường quy.

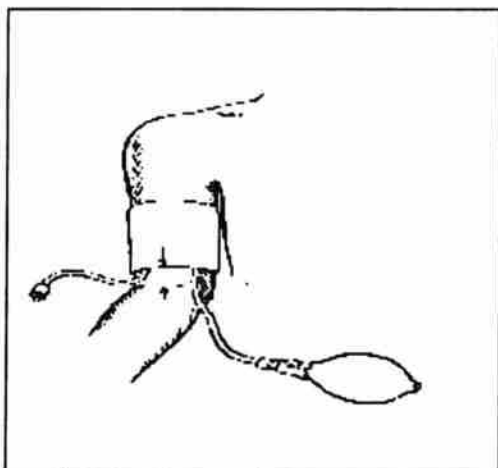
- Chuẩn bị dụng cụ.

- + khay chữ nhật sạch.
- + Huyết áp kế: huyết áp kế đồng hồ, huyết áp kế thuỷ ngân, huyết áp kế điện tử hoặc monitoring (nếu có), ống nghe.
- + Bút ghi kết quả (không dùng bút màu đỏ).
- + Phiếu theo dõi chức năng sống.



Hình 25: Huyết áp kế đồng hồ

- Kỹ thuật tiến hành.



Hình 26: Đo huyết áp chi trên



Hình 27: Đo huyết áp chi dưới

- + Giúp người bệnh nằm ở tư thế thoải mái, tay dang rộng.
- + Bộc lộ vị trí đo huyết áp.
- + Tìm động mạch ở nếp gấp khuỷu tay, (nếu đo huyết áp chi dưới tìm động mạch ở khoeo chân).
- + Quấn vòng băng huyết áp cách vị trí đặt ống nghe trên nếp gấp khuỷu tay 3cm (chi dưới cách 5cm). Cuộn dải băng nhẹ nhàng vừa chặt và cố định lại.
- + Nếu dùng huyết áp kế đồng hồ sau khi quấn dải băng xong mắc đồng hồ vào băng cuốn để có thể nhìn thấy dễ dàng hoặc đặt đồng hồ trên một mặt phẳng ở một vị trí có thể nhìn rõ.

- + Nếu dùng huyết áp kế thủy ngân thì cũng phải đặt huyết áp kế ngay ngắn vững chắc trên một mặt phẳng ở vị trí có thể nhìn rõ cột chia độ.
- + Vặn chặt van ở quả bóp cao su, mắc ống nghe vào tai, đặt ống nghe trên động mạch.
- + Bơm hơi từ từ đến khi không nghe thấy tiếng đập rồi bơm tiếp thêm 30mmHg nữa.
- + Mở van từ từ để xả hơi cho áp lực hạ dần. Vừa chú ý nghe tiếng đập của mạch vừa quan sát kim đồng hồ hoặc cột thủy ngân.
- + Khi nghe thấy tiếng đập đầu tiên xác định trị số huyết áp tối đa.
- + Khi nghe thấy có sự thay đổi âm sắc hoặc tiếng đập cuối cùng xác định trị số huyết áp tối thiểu.
- + Xả hết khí trong túi hơi ra sau khi đã xác định huyết áp tối thiểu.
- + Tháo băng cuốn huyết áp, cuộn lại cho gọn.
- + Giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- + Thu dọn dụng cụ sắp xếp dụng cụ để đúng nơi quy định.
- + Ghi kết quả vào phiếu theo dõi chức năng sống.

Bảng kiểm 6: Kỹ thuật đo huyết áp động mạch

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh.		
1	Thông báo, dặn người bệnh nghỉ ngơi 15' trước khi đo huyết áp.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng.		
2	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
3	Khay chữ nhật, huyết áp, ống nghe (kiểm tra huyết áp).		
4	Bút ghi kết quả, bảng theo dõi chức năng sống.		
	* Kỹ thuật tiến hành.		
5	Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vị trí đo huyết áp.		
6	Xác định vị trí của động mạch.		
7	Quấn vòng băng cách vị trí đặt ống nghe 3 - 5cm.		
8	Đeo ống nghe, đặt loa ống nghe lên vị trí động mạch, bơm hơi từ từ đến khi đủ áp lực.		
9	Mở van xả hơi từ từ khi nghe tiếng đập đầu tiên xác định huyết áp tối đa.		
10	Tiếp tục xả hơi, nghe tiếp đến khi thay đổi âm sắc hoặc không nghe thấy tiếng đập, xác định huyết áp tối thiểu.		

11	Xả hơi cho đến khi kim đồng hồ về số 0.		
12	Tháo băng huyết áp.		
	* Thu dọn dụng cụ.		
13	Thu dọn dụng cụ, ghi kết quả vào bảng theo dõi chức năng sống.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống:

- Huyết áp động mạch là áp lực của máu tác động lên.....A.....
- Huyết áp tối đa là áp lực của máu trong lòng động mạch lên tới.....A..... khi tim co bóp.
- Huyết áp tối thiểu là áp lực của máu ở.....A.....khi tim giãn ra.
- Độ chênh lệch của huyết áp là.....A.....giữa huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu.
- Nguyên lý đo huyết áp động mạch là làm.....A..... động tác đập của động mạch.

Chọn ý đúng nhất để trả lời các câu hỏi sau.

- Yếu tố nào trong các yếu tố sau tạo nên áp lực của máu trong động mạch:

- Lưu lượng máu.
- Sức co bóp của tim.
- Sự co giãn của động mạch lớn.
- Cả 3 trường hợp trên.

- Độ chênh lệch bình thường giữa huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu là:

- 50 – 60 mmHg.
- 40 – 50 mmHg.
- 30 – 40 mmHg.
- 20 – 30 mmHg.

- Huyết áp tối đa được xác định là tăng khi có số đo là:

- 130 mmHg.

- B. 135 mmHg.
- C. 140 mmHg.
- D. >140 mmHg.

9. Huyết áp tối đa được xác định là hạ khi có số đo là:

- A. 100 mmHg.
- B. 95 mmHg.
- C. 90 mmHg.
- D. Cả 3 ý trên đều sai

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (v) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
10	Áp lực của máu trong động mạch được tạo nên bởi lưu lượng máu.		
11	Đơn vị đo huyết áp động mạch là mmHg.		
12	Khi dùng thuốc co mạch làm huyết áp hạ.		
13	Khi xúc động làm huyết áp hạ.		
14	Vị trí đo huyết áp thường đo ở động mạch quay.		
15	Giá trị bình thường của huyết áp tối thiểu của người trưởng thành từ 60 – 90 mmHg.		

KỸ THUẬT BĂNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được các kiểu băng cơ bản của băng cuộn.*
2. *Nêu được nguyên tắc băng vết thương bằng băng cuộn.*
3. *Thực hiện được các kỹ thuật băng vết thương ở các vùng trên cơ thể.*
4. *Trình bày được cách theo dõi tuần hoàn của chi sau băng.*

1. BĂNG CUỘN

Băng cuộn là loại băng thường dùng nhằm mục đích:

- Che chở bảo vệ vết thương.
- Giữ vật liệu băng tại chỗ (bông gạc, nẹp) trong băng vết thương.
- Băng ép cầm máu.
- Băng giữ nẹp trong cố định gãy xương.

1.1. Vật liệu để làm băng

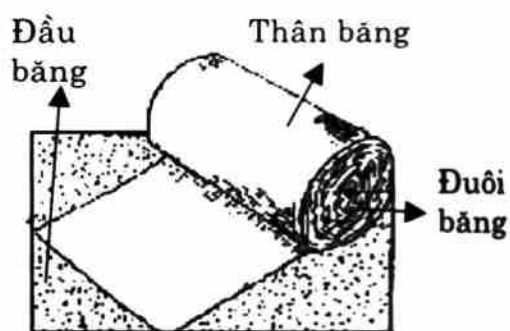
Băng cuộn được làm bằng: vải mềm, vải gạc, vải thun, cao su, vải trái thạch cao (băng thạch cao).

1.2. Cách làm băng

- Băng gạc: là loại băng được làm từ những mảnh vải gạc (vải màn). Dùng mảnh gạc dài 3 – 5m, rộng theo khổ vải gấp và cắt theo chiều dài của mảnh vải, thông thường chiều rộng từ 5-10 cm, dài 1-2 m, cuộn lại sẽ tạo ra những cuộn băng bằng gạc. Loại băng này để băng các vết thương thông thường.
- Băng vải: là loại băng được làm từ những mảnh vải thô. Phương pháp làm cuộn băng vải được tiến hành như cách làm cuộn băng gạc. Cuộn băng vải được sử dụng để băng ép, băng trong cố định gãy xương và băng để nâng đỡ các bộ phận của cơ thể.
- Băng thun: là loại băng được làm bằng những sợi mút, hoặc sợi tơ dẹt xen với sợi cao su nhỏ có tính co giãn- đàn hồi. Băng thun được sử dụng để

- băng ép, các vết thương hoặc cố định các khớp trong trường hợp bong gân, sai khớp.
- Băng cao su (Esmarch): là băng được làm bằng cao su mỏng có độ chun giãn lớn, có chiều rộng khoảng từ 5 – 8cm, chiều dài 3 – 4 m. Băng cao su được sử dụng trong garô cầm máu.
 - Băng thạch cao: là những cuộn băng được làm từ những mảnh vải thô (vải màn) có trộn bột thạch cao. Dùng cuộn băng gác hoặc băng vải, rải đều bột thạch cao lên bề mặt rồi cuộn lại. Khi dùng phải ngâm vào nước, sau đó vắt bớt nước đi, rồi tiến hành băng. Băng thạch cao được sử dụng để băng cố định trong gãy xương, bong gân, sai khớp.

- Cấu tạo một cuộn băng gồm 3 phần:
 - + Đầu băng: là phần băng được cuộn vào bên trong của một cuộn băng.
 - + Thân băng: là phần băng đã được cuộn để tạo nên cuộn băng.
 - + Đuôi băng là phần ngoài của cuộn băng được trải ra khi chuẩn bị tiến hành kỹ thuật băng.



Hình 28: Thành phần của một cuộn băng

1.3. Cách sử dụng băng cuộn

1.3.1. Nguyên tắc băng

- Giải thích cho người bệnh hiểu rõ công việc mà người điều dưỡng sắp làm cho người bệnh.
- Để người bệnh ngồi hoặc nằm theo tư thế thoải mái, thuận tiện, chú ý những vị trí băng cần phải có người hỗ trợ (nâng, giữ) hoặc dùng giá đỡ để kê cao khi băng như: các vết thương ở chi, xương chậu.
- Phải lấy hết dị vật, rửa sạch vết thương, đắp lên bề mặt vết thương miếng gạc vô khuẩn trước khi băng.
- Khi băng, đặt đuôi băng vào phía dưới nơi định băng (cách vết thương khoảng 10 cm), tay trái giữ lấy đầu băng, tay phải cầm thân băng vừa nói cuộn băng, vừa băng cho đến khi che kín vết thương.
- Đối với băng chi phải băng từ ngón chi đến gốc chi, để không gây chèn ép, xung huyết. Để hở các đầu chi để theo dõi tuần hoàn của chi đó.
- Khi băng phải băng đều tay, đủ chặt, không lỏng quá dễ tuột, chặt quá người bệnh đau và ảnh hưởng đến lưu thông tuần hoàn của vùng băng. Vòng băng sau chồng lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3 (chiều rộng của băng).

- Vòng cố định băng có tác dụng để giữ băng (có thể dùng kim băng, móc bấm, băng dính, nút buộc) xong chú ý tránh đè trực tiếp lên vết thương, vùng tỳ đè hoặc chỗ xương nhô ra.

1.3.2. Các kiểu băng cơ bản

Có 6 kiểu băng cơ bản: băng vòng, rắn quăn, xoáy ốc, chữ nhân, vòng gấp lại (băng hồi quy) và băng số 8. Tùy từng trường hợp, vị trí của vết thương trên cơ thể mà lựa chọn kiểu băng cho thích hợp.

* Băng vòng.

Băng vòng là kiểu băng mà các vòng sau chồng khít lên vòng băng trước. Băng vòng được áp dụng để băng các vết thương ở cổ, trán hoặc được sử dụng như những vòng băng khởi đầu, kết thúc của những kiểu băng khác (vòng khóa).



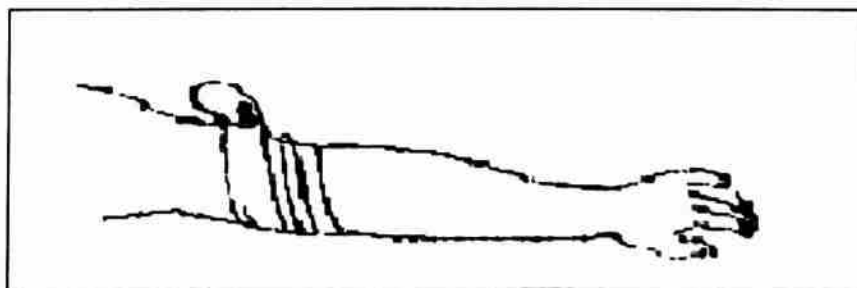
Hình 29: Băng vòng

* Băng rắn quăn.

- Là kiểu băng: sau khi băng những vòng băng khóa ban đầu, băng chéo lên trên, ra sau và xuống dưới rồi lại đi về phía trước để tiếp tục những vòng băng sau. Trong kiểu băng rắn quăn: vòng băng sau tách rời (không chồng lên) vòng băng trước, giữa hai vòng băng có một khoảng trống.
- Áp dụng: băng rắn quăn được áp dụng trong trường hợp băng đỡ gạc, nẹp trong bất động gãy xương.

* Băng xoáy ốc.

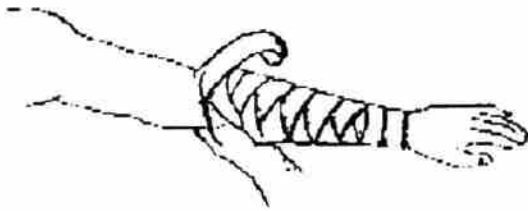
- Băng xoáy ốc là kiểu băng có đường băng đi theo hướng giống như băng rắn quăn (chéch lên trên, ra sau, xuống dưới rồi về trước). Vòng băng sau đè lên vòng băng trước 1/2 đến 2/3 chiều rộng của băng.
- Áp dụng: băng xoáy ốc được áp dụng để băng các vết thương ở cánh tay, ngón tay, đùi.



Hình 30: Băng xoáy ốc

*** Băng chữ nhân (có 2 kiểu).**

- Chữ nhân thường: băng 2 vòng đầu làm vòng khóa, băng chéo lên trên, ra sau, về trước rồi đi xuống dưới, cứ băng như thế cho đến khi băng che kín hết vết thương.
- Băng chữ nhân gấp lại: giống như băng chữ nhân thường nhưng mỗi vòng trở xuống đều phải gấp lại sau đó băng che hết vết thương.
- Băng chữ nhân được áp dụng để băng các vết thương ở cẳng tay, cẳng chân.



Hình 31: Băng chữ nhân



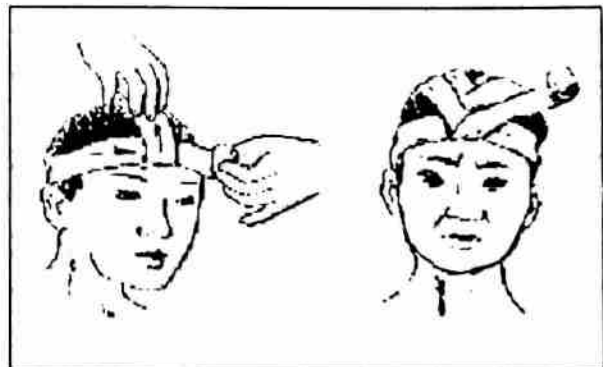
Hình 32: Băng số 8

*** Băng số 8:**

- Băng số 8 là kiểu băng có đường đi: chéo lên trên, ra sau và xuống dưới rồi lại đi về phía trước. Vòng băng sau bắt chéo và đè lên vòng băng trước 1/2 hay 2/3 chiều rộng của băng. Các đường băng tạo nên hình số 8 tại vùng băng.
- Băng số 8 được áp dụng để băng các vết thương hoặc cố định xương ở vùng khớp, khuỷu (khuỷu tay, cổ tay, mắt cá chân, đầu gối), cố định gãy xương đòn.

*** Băng vòng gấp lại (Băng hồi quy).**

- Băng vòng gấp lại là kiểu băng mà có nhiều đường băng cùng xuất phát và trở về tại 1 điểm. Đường băng đầu tiên thường đi chính giữa vết thương, các đường băng sau lan rộng sang hai bên cho đến khi che kín vết thương.



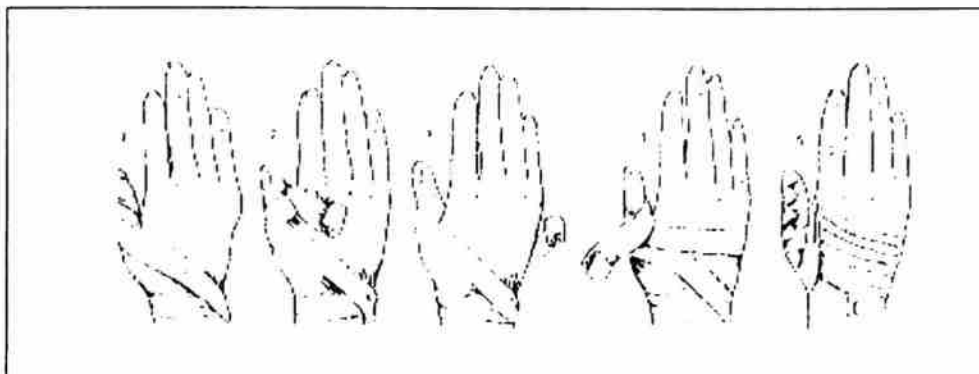
Hình 33: Băng vòng gấp lại

- Băng vòng gấp lại thường được áp dụng để băng các vết thương vùng đỉnh đầu, đầu các ngón tay, mồm cụt.

1.4. Ứng dụng các kiểu băng cơ bản để băng các vết thương trên cơ thể

1.4.1. Băng ngón tay

* Băng 1 ngón tay.

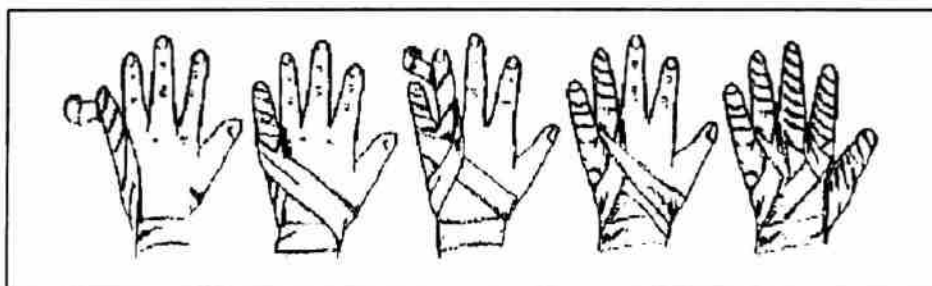


Hình 34: Băng ngón cái

- Băng 2 vòng ở cổ tay (vòng khóa), kéo băng từ mu bàn tay đến gốc ngón tay định băng rồi tiến hành băng hình rắn quấn đến đầu ngón tay. Băng xoáy ốc trở về gốc ngón tay, băng từ gốc ngón tay trở về cổ tay sau đó băng 2 vòng cố định.

* Băng kín 5 ngón

- Băng 2 vòng ở cổ tay (vòng khóa).
- Băng từ mu bàn tay đến gốc ngón cái (nếu băng tay trái thì kéo đến ngón út) băng rắn quấn đến đầu ngón rồi cuộn 1 vòng.

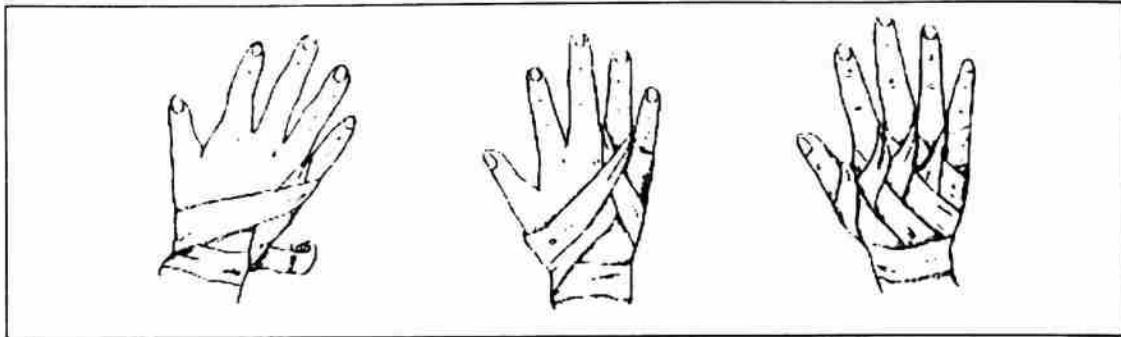


Hình 35: Băng kín 5 ngón tay

- Băng xoáy ốc về đến gốc ngón tay rồi lại trở về bên mép bàn tay.
- Từ mu bàn lên đến ngón tay trở, băng kín theo cách trên lại trở về mép bàn tay. Cứ thế để băng tuần tự các ngón kế tiếp khác cho đến khi băng kín các ngón rồi băng 2 vòng ở cổ tay để cố định băng (nếu cần băng kín cả đầu ngón tay thì mỗi lượt băng đến đầu ngón đều dùng cách băng vòng gấp lại).

*** Bàn tay:**

– Mu và lòng bàn tay:

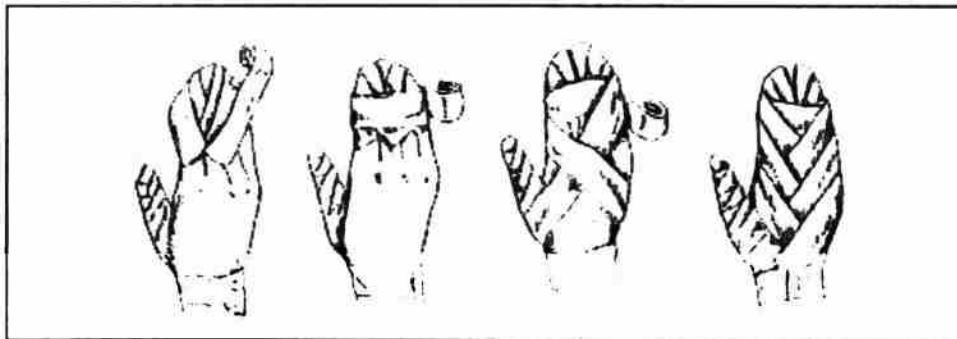


Hình 36: Băng mu và lòng bàn tay

- + Thứ tự cũng như băng kín năm ngón, nhưng mỗi lượt băng đến gốc ngón, không cần băng đến đầu ngón mà chỉ băng một vòng ở gốc ngón rồi trở về bên mép tay. Nếu băng lòng bàn tay thì phải băng chéo qua lòng bàn tay lên đến cuối ngón tay.

– Băng kín bàn tay:

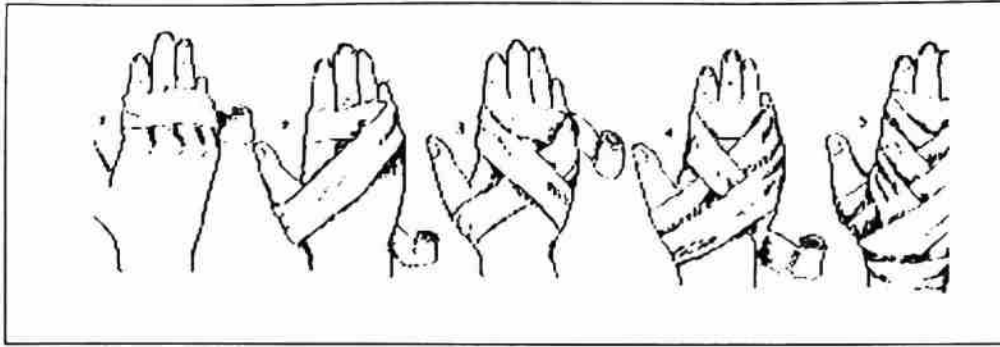
- + Băng kín 4 ngón: băng đầu ngón tay theo cách băng vòng gấp lại. Ngón cái và ngón trỏ tay trái giữ lấy băng, cuộn 2 vòng.
- + Băng kín bàn tay theo kiểu số 8. Băng chặt ở cổ tay.



Hình 37: Băng kín bàn tay

– Băng bàn tay để hở ngón:

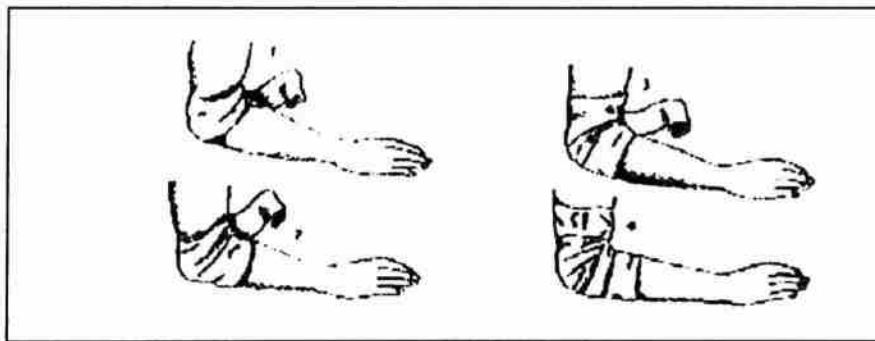
- + Băng 2 vòng ở khớp đốt bàn và ngón.
- + Băng hình số 8 ở mu bàn tay.
- + Băng chặt ở cổ tay.



Hình 38: Băng bàn tay để hở ngón

*** Khuỷu tay:**

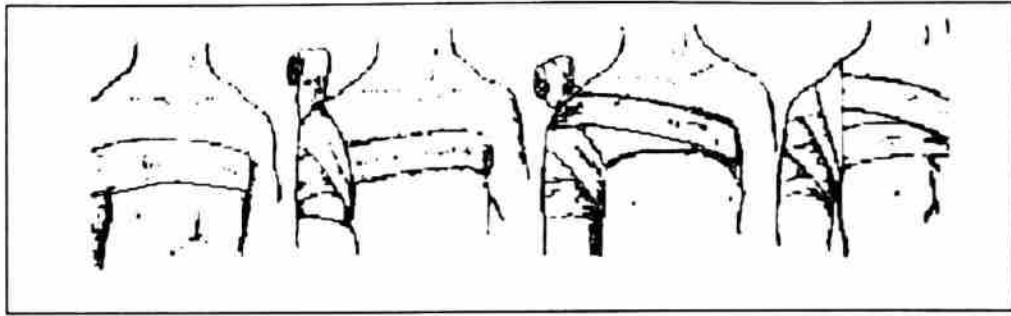
- Băng 2 vòng ở khuỷu tay (vòng khóa).
- Băng theo hình số 8 bắt chéo ở phía trước khuỷu tay, vòng sau đè lên 1/2 hay 2/3 vòng băng trước.
- Băng 2 vòng ở cẳng tay rồi cố định băng.



Hình 39: Băng khuỷu tay

*** Vai:**

- Băng kiểu hình số 8:
 - + Băng 2 vòng khóa ở cánh tay (sát nách) bên vai bị thương.
 - + Băng lên vai qua lồng ngực (nếu tay trái bị thương thì vòng qua sau lưng, luôn dưới nách bên đối diện rồi lại băng vòng qua lưng lên vai tổn thương).
 - + Tiếp tục băng vòng ở cánh tay, băng lên vai qua lồng ngực luôn dưới nách đối diện vòng qua lưng lên vai tổn thương cứ như thế băng cho đến kín vết thương rồi cố định băng ở cánh tay bên tổn thương.



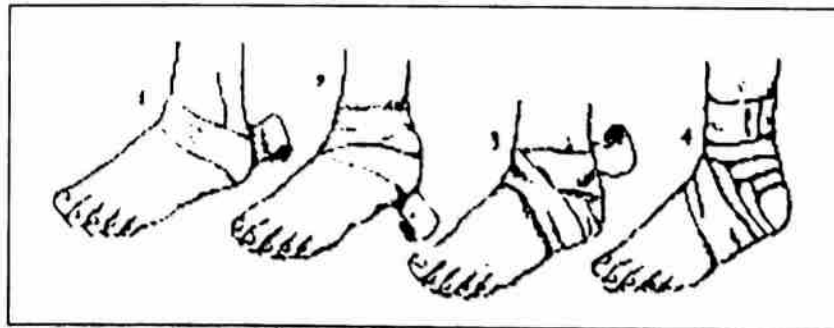
Hình 40: Băng vai

* Bàn chân



Hình 41: Băng bàn chân

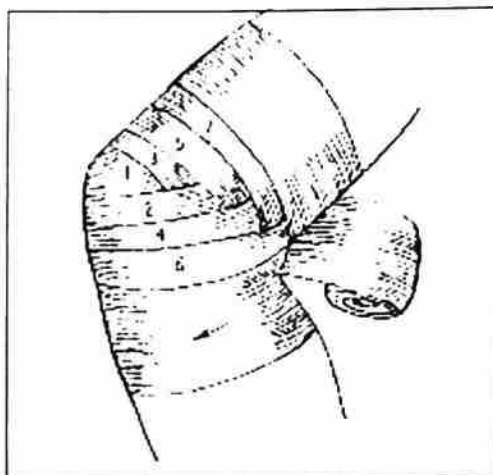
- Bàn chân để hở gót
- Băng gót chân
 - + Băng 2 vòng khóa từ gót chân lên phía trên mu chân, tiếp tục băng từ cạnh mắt cá chéo qua mu chân xuống gan chân, băng kín 1/3 gót.
 - + Băng từ gan chân qua mu chân bắt chéo với vòng trước, vòng đến cạnh mắt cá chân, băng hình số 8 băng dần lên mắt cá và mu chân, các vòng băng gấp nhau bắt chéo ở mặt trước mu chân, cho đến khi băng kín gót chân.



Hình 42: Băng gót chân

*** Băng đầu gối (áp dụng kiểu băng số 8).**

Băng 2 vòng khóa ở gối, băng theo hình số 8 ở khoeo chân sau đó băng tỏa dần về cả hai phía trên và dưới khớp gối cứ như vậy băng cho đến khi kín vết thương rồi cố định băng ở đùi hoặc cẳng chân.

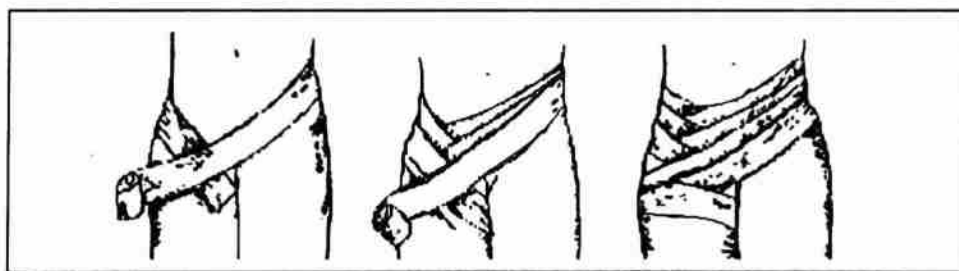


Hình 43: Băng đầu gối

– Băng bẹn (áp dụng kiểu băng số 8).

+ Băng 2 vòng khóa sát bẹn, vòng qua lưng đến gai chậu bên kia, từ bụng chéo qua xương mu đến phía ngoài đùi.

+ Băng qua phía sau đùi đến phía trong đùi chéo lên qua lưng đến gai chậu bên kia, rồi băng lại theo 2 hướng như trên, dần dần băng xuống dưới, vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hay 2/3, băng kín vết thương cố định ở đùi.



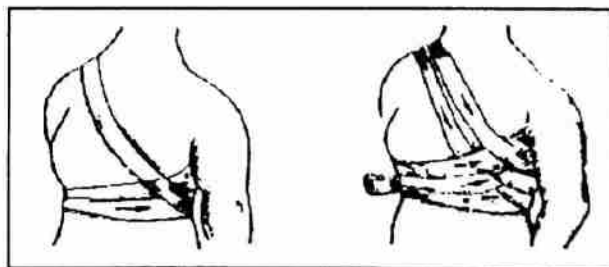
Hình 44: Băng bẹn

*** Băng vú:**

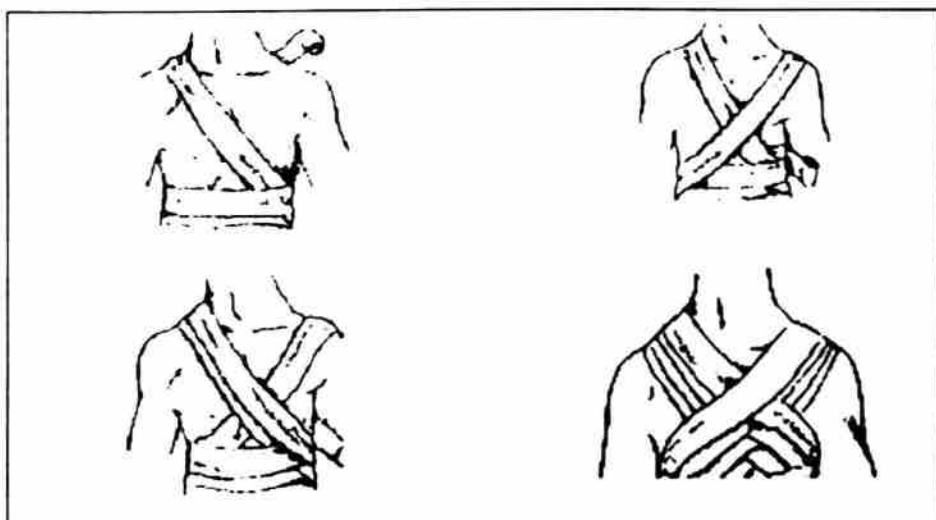
– Băng một bên vú trái:

+ Băng 2 vòng tròn ngay dưới vú, kéo dài băng ra sau lưng chéo lên vai phải rồi chéo xuống phía trái để băng phần trong vú trái.

+ Vòng ra sau lưng, nách phải chéo để đè lên vòng trước cứ tiếp tục như vậy đến khi kín vú.



Hình 45: Băng vú trái



Hình 46: Băng 2 vú

- Băng một bên vú phải:

Băng 2 vòng tròn ngay dưới vú, kéo dài băng ra sau lưng chéo về nách phải rồi chéo lên vai trái trở về nách phải, băng chéo đè lên vòng trước.

- Băng hai vú:

Băng từ vú trái tiếp đó băng đường vú phải đến khi cả hai vú đều kín. Băng hai vú có hai vòng số 8 ở cả hai vú.

*** Băng vùng đầu.**

- Băng trán.

- + Bắt đầu từ trên tai phải, chéo qua phía trên trán, tai và **xương chẩm** về chỗ bắt đầu, băng thêm như thế 2 lần nữa để cố định.
- + Tiếp tục băng theo quy luật vòng sau đến chỗ trán thì **thấp hơn vòng trước**, đến chỗ **xương chẩm (gáy)** thì **cao hơn vòng trước**. Băng cho đến khi kín trán, vòng cuối cùng băng thêm một vòng nữa rồi cố định.



Hình 47: Băng trán

- Băng dính đầu bằng 2 cuộn:
 - + Dùng cuộn băng một băng vòng quanh trán chắm làm vòng khóa.
 - + Cuộn băng 2: đặt băng từ giữa trán lên đỉnh đầu ra sau tới chắm.
 - + Băng cuộn 1 đè lên cuộn 2 ở chắm rồi vòng về phía trán.
 - + Cứ thế tiếp tục: cuộn băng 2 đi từ chắm qua đỉnh đầu về trán (lan ra hai bên), cuộn băng một vòng quanh trán chắm cho đến khi băng kín, cố định băng trước trán.
- Băng dính đầu bằng một cuộn:
 - + Kéo dài cuộn băng và đặt chính giữa đỉnh đầu, một bên đặt phía trước tai, một bên đặt phía sau tai.
 - + Gấp cuộn băng ngược lại đến ngang tai, bắt chéo và băng vòng khóa quanh đầu.
 - + Bắt chéo băng khi đến ngang tai và băng qua đỉnh đầu sang tai đối diện.
 - + Lật ngửa, lật sấp cuộn băng từ phải qua trái và ngược lại toả dần sang hai bên. Băng kín vết thương cố định lại trước trán.

*** Băng kiểu Barto:**

Dùng trong trường hợp gãy xương hàm dưới, băng để giữ bông gạc ở hàm.

- Bắt đầu từ dưới chỗ phình xương chắm qua sau tai trái chéo lên đỉnh đầu, từ phía trước tai phải xuống dưới quai hàm, từ phía tai trái qua đỉnh đầu, bắt chéo vòng trước ở giữa đỉnh đầu (đường giữa).
- Từ phía sau tai phải đến chỗ bắt đầu, băng thêm một lần như thế rồi cố định.
- Tiếp đó từ chỗ bắt đầu, qua dưới tai trái, hàm dưới sang tai phải về chỗ bắt đầu.

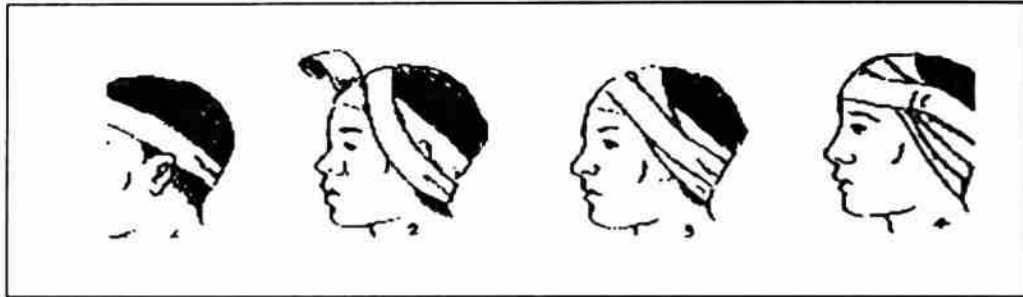


Hình 48: Băng kiểu Barto

*** Băng gáy (băng số 8).**

- Băng hai vòng quanh trán chằm làm vòng khóa.
- Băng từ bướu đỉnh trái xuống gáy, vòng về trước cổ, ra sau băng bắt chéo đường băng trước tại gáy. Băng tiếp lên bướu đỉnh phải vòng qua trán sang bướu đỉnh trái băng đường băng thứ hai xuống gáy.
- Băng kín vết thương cố định lại trước trán (nếu băng từ bướu đỉnh phải thì băng ngược lại).

*** Băng tai**



Hình 49: Băng tai

Băng hai vòng xung quanh trán chằm làm vòng khóa

- Băng tai trái: khi băng đến thái dương bên trái, băng chéo xuống che kín dải tai trái
- Băng tai phải: khi băng đến thái dương bên phải, băng chéo xuống che kín dải tai phải
- Cứ thế, vòng sau cao hơn vòng trước, băng đến khi kín tai, băng hai vòng quanh đầu rồi cố định trước trán.

***Băng mắt**

- Băng một mắt:



Hình 50: Băng một mắt

- + Băng 2 vòng quanh đầu qua trán và chằm làm vòng khóa sau đó băng từ búi đỉnh qua sống mũi đến mắt, xuống dưới tai vòng ra sau gáy rồi lên búi đỉnh. Vòng sau đè lên vòng trước 1/2 - 2/3.
- + Tiếp tục băng như trên cho đến khi băng kín mắt bị thương rồi băng hai vòng quanh đầu và cố định.
- Băng hai mắt



Hình 51: Băng 2 mắt

Băng hai vòng quanh đầu qua trán và chằm làm vòng khóa sau đó băng từ búi đỉnh phải qua sống mũi đến mắt trái, xuống dưới tai trái vòng ra sau gáy qua dưới tai phải băng lên mắt phải bắt chéo đường băng trước ở sống mũi. Băng lên búi đỉnh trái, vòng qua chằm về búi đỉnh phải và tiếp tục băng đường băng thứ 2. Cứ thế băng cho kín cả hai mắt rồi băng vòng quanh trán chằm và cố định.

2. BĂNG TAM GIÁC

- Chất liệu: băng tam giác được tạo nên từ những mảnh vải bông mềm.
- Cách làm: từ một mảnh vải hình vuông kích thước tùy theo mục đích sử dụng và chiều rộng của vết thương. Gấp chéo mảnh vải rồi dọc (cắt) đôi tạo thành hai khăn tam giác có: 1 đỉnh, 2 góc (phải, trái) và đường nền (cạnh đáy).
- Sử dụng: băng tam giác được sử dụng rất đơn giản, nhanh chóng, tiện lợi phù hợp với các trường hợp cấp cứu và sơ cứu nạn nhân. Ngoài ra băng tam giác còn được sử dụng trong ngoại khoa, chấn thương dùng làm khăn treo, đỡ cánh tay, cẳng tay, băng bàn tay, băng mặt...

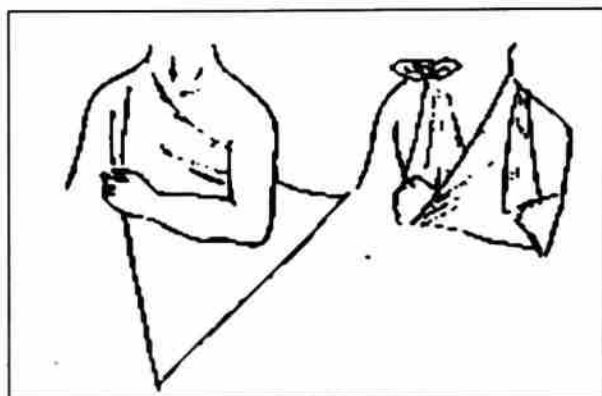
2.1 Băng treo

2.1.1. Kiểu rộng

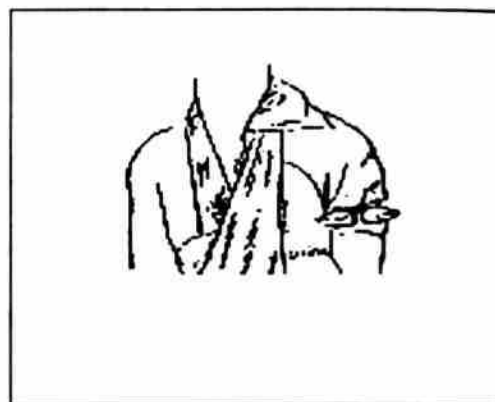
Đặt một góc băng lên vai bên tay lành, góc đỉnh ở chỗ khuỷu tay dưới nách tay đau. Kéo góc ở dưới lên buộc nút ở cổ để giữ cẳng tay ở trên băng treo, gấp góc 90° theo tư thế cơ năng của chi trên. Cuối cùng gấp đầu thừa của góc đỉnh lại cho gọn, rồi cài kim băng.

2.1.2. Kiểu hẹp

Gấp khăn tam giác thành dải hẹp (hay thay bằng băng cuộn) rồi treo cánh tay lên như cách trên.



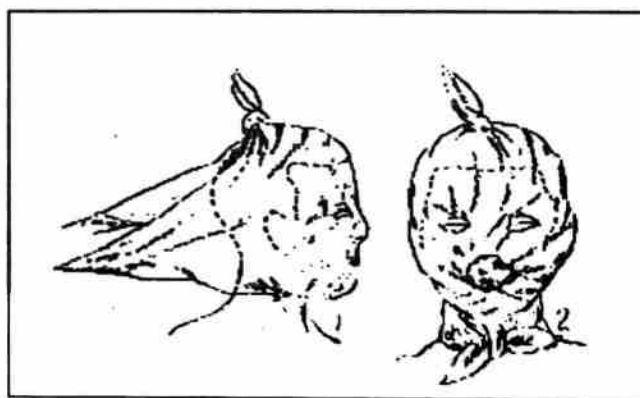
Hình 52: Băng treo rộng



Hình 53: Băng treo hẹp

2.2. Băng mặt

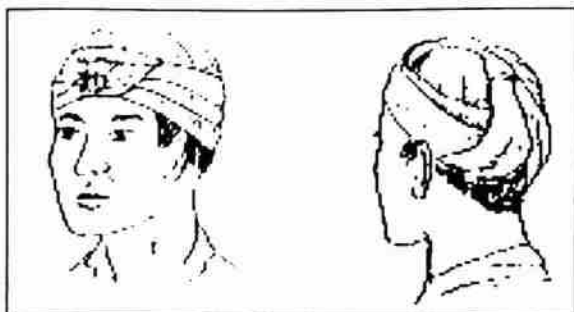
Trường hợp cả mặt bị bỏng hay bị thương, trước hết buộc nút ở góc đỉnh chụp lấy đầu mặt, khoét lỗ con ở mắt (hai mắt và chỗ mũi mồm) rồi kéo hai góc trái và phải ra sau gáy và vòng về đằng trước, buộc nút ở phía trước cổ.



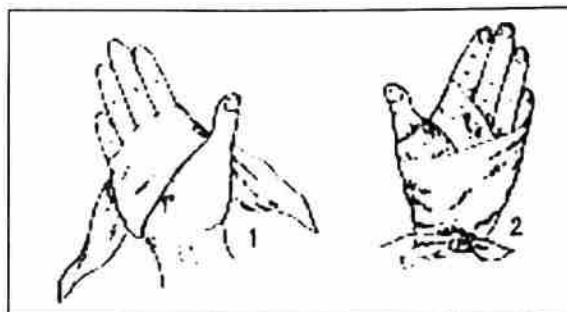
Hình 54: Băng mặt

2.3. Băng đỉnh đầu

Gấp hẹp khăn lại (nếp rộng độ hai ngón tay) kéo góc đỉnh về phía sau, vòng hai góc trái và phải ra sau đầu, buộc nút rồi kéo ra trước trán buộc một nút nữa nhét đầu góc đỉnh vào sau nút hay ghim lại.



Hình 55: Băng đỉnh đầu



Hình 56: Băng lòng bàn tay

2.4. Băng bàn tay

* Băng kín bàn tay.

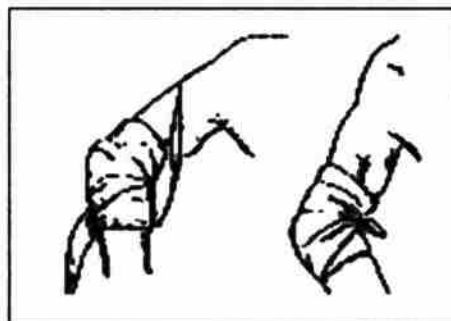
Đặt tay vào giữa khăn tam giác, ngón tay hướng lên góc đỉnh, gấp góc đỉnh lên mu bàn tay, góc trái và góc phải bắt chéo ở mu bàn tay, rồi xuống đến cổ tay lại vòng lại lên mu tay và buộc nút. Gấp góc đỉnh lên che lấy chỗ buộc nút.

* Băng lòng bàn tay.

Gấp khăn tam giác thành dải, từ lòng bàn tay, vòng đến mu bàn tay bắt chéo rồi kéo về phía cổ tay, buộc nút ở phía mu tay.

2.5. Băng khuỷu tay

Gấp phía dưới góc khăn tam giác (rộng độ 5cm) góc đỉnh quay lên trên, hai góc trái và phải vòng qua cánh tay dưới bắt chéo phía trên khuỷu tay rồi vòng lên cánh tay trên và buộc nút, gấp góc đỉnh xuống.



Hình 57: Băng khuỷu tay

3. BĂNG CÓ DẢI

Là loại băng đặc biệt, được làm bằng những vải bông mềm (như băng tam giác) ngoài ra còn có thêm như dải để buộc băng. Băng dải hay được sử dụng thường có hình dạng như "T" (ba dải) ngoài ra còn có loại băng 4 dải hoặc băng nhiều dải.

3.1. Các loại băng dải

3.1.1. Băng chữ T

- Chất liệu: băng vải bông mềm.
- Cách làm: làm bằng 2 lần vải, dải dọc thường rộng 8cm, dài 1m, dải ngang rộng 2-3cm, dài 90cm.

- Có 2 loại:
 - + Băng chữ T một dải: loại băng này thường dùng để băng, giữ bông gạc ở tầng sinh môn và bộ phận sinh dục cho nữ giới.
 - + Băng chữ T hai dải: băng chữ T hai dải dùng để băng đỡ bông gạc ở tầng sinh môn và bộ phận sinh dục cho nam giới.

3.1.2. Băng 4 dải

- Chất liệu: làm bằng vải bông mềm.
- Cách làm: lấy mảnh vải rộng 8-10cm dài tùy theo nơi cần băng sau đó cắt hai đầu mảnh vải theo hình chữ V, tạo nên một mảnh băng có hai đầu với 4 dải buộc.
- Băng 4 dải được sử dụng để băng các vết thương vùng cằm, đầu gối.

3.1.3. Băng nhiều dải

- Chất liệu: làm bằng vải bông mềm.
- Cách làm: lấy 5 mảnh vải rộng 15cm, dài 1,2m xếp chồng lên nhau một nửa rồi khâu một miếng vải bông vuông vào giữa làm thân băng. Dùng để băng bụng.
- Nếu thêm hai dải vào một bên thân băng để băng ngực, khi băng kéo hai dải từ vai xuống như mặc áo may ô để giữ cho băng khỏi tuột và tụt xuống.

4. BĂNG DÍNH

- Chất liệu: làm bằng vải, nilon, keo dính.
- Cách làm: người ta dùng vải, nilon rộng 2cm – 10cm dài 3 – 5m. Dùng keo dính trải đều lên bề mặt vải hoặc nilon đó, rồi cuộn vào một ống nhựa tạo nên cuộn băng dính.
- Băng dính được sử dụng để băng những vết thương nhỏ, nông. Tuy nhiên băng dính không có tác dụng ép chặt hoặc nâng đỡ các bộ phận của cơ thể.

5. THEO DÕI BIẾN ĐỔI TUẦN HOÀN CHI SAU KHI BĂNG

Sau khi băng vết thương cho nạn nhân xong, trong một số trường hợp cần phải theo dõi người bệnh để phát hiện tai biến cản trở sự lưu thông tuần hoàn do băng quá chặt gây nên.

- Bình thường sau khi băng vết thương xong, nạn nhân không có cảm giác gì đặc biệt ngoài cảm giác đau tại vết thương.
- Nếu băng quá chặt làm ảnh hưởng đến sự lưu thông tuần hoàn tại vùng cơ thể có vết thương có thể phát hiện được bằng các dấu hiệu sau.

- + Hỏi: hỏi nạn nhân xem có cảm giác đau, nhức, khó chịu hoặc cử động khó ở nơi băng, hoặc chi bị băng.
- + Nhìn: quan sát vùng băng thấy có biểu hiện phù nề, biến dạng hình dạng đầu các ngón của chi to hơn bình thường (nếu là băng chi), màu sắc: vùng băng có màu tím đỏ, hoặc thẫm (ứ huyết).
- + Sờ: đầu chi thấy lạnh, cấu véo người bệnh giảm cảm giác đau, bắt mạch ở phía dưới vùng tổn thương không được.
- Xử trí: nhanh chóng cởi băng, băng lại vừa phải, đảm bảo lưu thông tuần hoàn được tốt.

Bảng kiểm 7: Kỹ thuật băng bằng băng cuộn

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh.		
1	Hướng dẫn người bệnh nằm hoặc ngồi tùy theo tình trạng vết thương.		
2	Động viên, giải thích người bệnh yên tâm.		
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
3	Cuộn băng bằng vải mềm hoặc vải gạc, băng gạc.		
4	Kim băng hoặc móc sắt để cố định băng.		
	* Kỹ thuật tiến hành.		
	BĂNG VÙNG ĐẦU MẶT CỔ		
	* Băng trán.		
1	Đặt gạc lên vết thương. Đặt vòng khóa phía trên tai.		
2	Băng chéo qua phía trước trán, tai, vùng cằm, vòng về trán.		
3	Băng như vậy phía trán vòng sau thấp hơn vòng trước, phía gáy vòng sau cao hơn vòng trước.		
4	Băng kín vết thương và cố định lại.		
	* Băng đầu 2 cuộn (băng vòng gấp lại).		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa ở trán bằng cuộn thứ nhất.		
2	Đặt cuộn thứ 2 chính giữa đỉnh đầu rồi xuống cằm lật ngược lại băng ra trước, và ngược lại toả dần sang hai bên.		
3	Băng cuộn thứ nhất vòng xung quanh trán đè lên cuộn băng 2.		
4	Băng kín vết thương và cố định lại trước trán.		

	<i>* Băng đầu một cuộn.</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Kéo dài cuộn băng và đặt chính giữa đỉnh đầu, một bên đặt phía trước tai, một bên đặt phía sau tai.		
2	Gấp cuộn băng ngược lại đến ngang tai, bắt chéo và băng vòng khóa quanh đầu.		
3	Bắt chéo băng khi đến ngang tai và băng qua đỉnh đầu sang tai đối diện.		
4	Lật ngược, lật sắp cuộn băng từ phải qua trái và ngược lại toả dần sang hai bên		
5	Băng kín vết thương cố định lại trước trán.		
	<i>* Băng gáy (băng số 8).</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa ở trước trán.		
2	Băng từ bướu đỉnh xuống gáy vòng ra phía trước cổ rồi lại trở về gáy bắt chéo đường băng trước lên bướu đỉnh đối diện.		
3	Băng vòng trước trán và tiếp tục đường băng thứ hai.		
4	Băng kín vết thương cố định lại trước trán.		
	<i>* Băng tai:</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng 2 vòng quanh đầu qua trán và cằm làm vòng khóa.		
2	Băng từ bướu đỉnh băng chéo xuống dưới tai.		
3	Băng vòng sau cao hơn vòng trước ở tai có vết thương.		
4	Băng cho đến khi kín tai bị tổn thương, cố định băng.		
	<i>* Băng một mắt (băng số 8).</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng quanh đầu qua trán và cằm làm vòng khóa.		
2	Băng từ bướu đỉnh qua sống mũi xuống dưới tai vòng ra sau gáy rồi lại lên bướu đỉnh. Vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
3	Băng kín vết thương cố định phía trước trán.		
	<i>* Băng hai mắt.</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng quanh đầu qua trán và cằm làm vòng khóa.		
2	Băng từ bướu đỉnh qua sống mũi xuống dưới tai vòng ra sau gáy, qua tai đối diện, lên mắt, qua sống mũi, lên bướu đỉnh.		
3	Băng như trên vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3 cho đến khi băng kín hai mắt và cố định phía trước trán.		

	Băng vùng chi trên		
	<i>* Băng vai (băng số 8).</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa phía trên cánh tay sát nách bên vai bị thương.		
2	Băng vòng xuống lưng qua nách đối diện, vòng ra trước ngực lên vai và bắt chéo ở vai (với vai trái), với vai phải ngược lại.		
3	Băng cao dần lên, vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
4	Băng kín vết thương và cố định ở cánh tay.		
	<i>* Băng cánh tay (băng xoáy ốc).</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng vòng khóa ở phía dưới vết thương, băng chéo lên trên vòng ra sau về trước cánh tay.		
2	Băng cao dần lên trên vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
3	Băng kín vết thương cố định phía trên vết thương.		
	<i>* Băng ngực (băng số 8).</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa ngay dưới vú, băng chéo lên nách vòng ra sau lưng, lên vai đối diện rồi xuống ngực.		
2	Tiếp tục băng vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
3	Băng kín vết thương và cố định dưới vú.		
	<i>* Băng khuỷu tay (băng số 8).</i>		
1	Đặt tay ở tư thế cơ năng.		
2	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa nếp gấp khuỷu tay.		
3	Băng chéo lên trên, vòng ra sau rồi vòng về phía trước khuỷu tay.		
4	Băng chéo xuống dưới, vòng ra sau rồi vòng về phía trước, vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
5	Băng kín vết thương và cố định ở cánh tay.		
	<i>* Băng cẳng tay (kiểu băng chữ nhân gấp lại).</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa dưới vết thương.		
2	Băng chéo lên trên vòng ra sau về trước rồi chéo xuống dưới, vòng ra sau. Vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
3	Băng kín vết thương, cố định phía trên vết thương.		
	<i>* Băng bàn tay.</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa ở các ngón tay.		
2	Băng chéo lên trên, vòng ra sau cổ tay rồi lại vòng xuống dưới.		

3	Băng vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
4	Băng kín vết thương cố định ở cổ tay.		
	<i>* Băng ngón tay.</i>		
1	Băng hai vòng khóa ở cổ tay.		
2	Băng tay phải thì bắt đầu kéo băng từ mu bàn tay lên gốc ngón cái, (nếu băng tay trái thì lên từ gốc ngón út).		
3	Băng rắn quấn từ gốc ngón đến đầu ngón, băng xoáy ốc từ đầu ngón về gốc ngón.		
4	Băng xuống mu bàn tay về cổ tay và lên gốc ngón khác.		
5	Băng đến khi kín các ngón bị thương và cố định lại ở cổ tay.		
	BĂNG CHI DƯỚI		
	<i>* Băng bẹn một bên (kiểu băng số 8).</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa ở sát bẹn.		
2	Băng từ phía ngoài đùi chéo qua xương mu đến gai chậu đối diện.		
3	Băng vòng sau lưng về gai chậu bên đùi bị thương		
4	Băng xuống dưới vòng qua đùi bắt chéo ở bẹn, vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
5	Băng kín vết thương cố định ở đùi.		
	<i>* Băng đùi (kiểu băng xoáy ốc).</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng vòng khóa ở phía dưới vết thương, băng chéo lên trên vòng ra sau đùi, về trước.		
2	Băng cao dần lên trên, vòng sau đè lên vòng trước 1/2 - 2/3.		
3	Băng kín vết thương cố định phía trên vết thương.		
	<i>* Băng đầu gối (kiểu băng số 8).</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa ở nếp gấp khoeo chân.		
2	Băng chéo lên trên, vòng ra sau rồi vòng về phía trước gối.		
3	Băng chéo xuống dưới, vòng ra sau rồi vòng về phía trước, vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
4	Băng kín vết thương và cố định ở đùi.		
	<i>* Băng cẳng chân (kiểu băng xoáy ốc).</i>		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng 2 vòng khóa phía dưới vết thương.		
2	Băng chéo lên trên vòng ra sau rồi về trước.		

3	Băng vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
4	Băng kín vết thương, cố định phía trên vết thương.		
	* Băng gót chân (kiểu băng số 8).		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa ở gót chân.		
2	Băng chéo lên trên, vòng ra sau rồi vòng về phía trước cổ chân.		
3	Băng chéo xuống dưới, vòng ra sau rồi vòng về phía trước, vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
4	Băng kín vết thương và cố định ở cổ chân.		
	* Băng bàn chân (kiểu băng số 8).		
1	Đặt gạc lên vết thương. Băng hai vòng khóa ở các ngón chân.		
2	Băng chéo lên trên, vòng ra sau cổ chân rồi lại vòng xuống dưới.		
3	Băng vòng sau đè lên vòng trước 1/2 hoặc 2/3.		
4	Băng kín vết thương cố định ở cổ chân.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống

- Ba loại băng được dùng trong y tế là băng:
 - Cuộn
 -
 -
- Băng vòng là kiểu băng mà các....A..... chồng khít lên vòng....B....
- Băng rắn quấn là kiểu băng vòng băng sau....A..... vòng băng trước, giữa hai vòng băng có một ...B..... không có băng.
- Băng xoáy ốc, vòng băng sau...A...vòng băng trước 1/2 đến 2/3...B...của băng.
- Băng chữ nhân có 2 kiểu, đó là băng chữ nhân:
 -
 -
- Băng số 8 là kiểu băng mà vòng băng sau...A..... và....B..... vòng băng trước 1/2 - 2/3 chiều rộng của băng.

7. Băng vòng gấp lại là kiểu băng có nhiều đường băng cùng....A... và....B.... tại 1 điểm.

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

8. Kiểu băng đúng nhất được lựa chọn để băng vết thương ở mặt trước khuỷu tay:

- A. Chữ nhân
- B. Vòng.
- C. Số 8.
- D. Cả 3 ý trên.

9. Để băng vết thương vùng đỉnh đầu có thể áp dụng kiểu băng:

- A. Vòng
- B. Vòng gấp lại.
- C. Chữ nhân.
- D. Cả 3 ý trên.

10. Để cố định tạm thời xương đòn bị gãy người ta áp dụng kiểu băng:

- A. Số 8.
- B. Rắn quăn.
- C. Vòng.
- D. Chữ nhân.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách đánh dấu (v) vào cột A cho câu đúng cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
11	Khi băng vết thương ở chi cần phải từ ở gốc chi đến ngọn chi.		
12	Băng bàn tay phải để hở các đầu ngón cho người bệnh dễ chịu.		
13	Có thể sử dụng băng dính to bản để cố định xương sườn bị gãy.		
14	Băng vết thương càng băng chặt càng tốt.		
15	Sau khi băng vết thương xong phải hỏi người bệnh có cảm giác đau tức ở vùng băng không.		
16	Sau băng vết thương nếu có hiện tượng chèn ép thì da thường nóng.		

TIÊM TRUYỀN DUNG DỊCH TĨNH MẠCH

MỤC TIÊU

1. Trình bày được nguyên tắc, chỉ định và chống chỉ định của tiêm truyền dung dịch vào tĩnh mạch.
2. Kể được tên các loại dung dịch thường dùng.
3. Trình bày được các tai biến có thể xảy ra trong quá trình truyền dịch và cách xử trí.
4. Thực hiện được quy trình kỹ thuật truyền dịch bằng đường tĩnh mạch cho người bệnh.

1. ĐỊNH NGHĨA

Tiêm truyền dung dịch tĩnh mạch là đưa vào cơ thể người bệnh một khối lượng dung dịch hoặc thuốc bằng đường tĩnh mạch.

2. NGUYÊN TẮC TRUYỀN DỊCH VÀO ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

- Dịch truyền và các dụng cụ phải tuyệt đối vô khuẩn.
- Khi tiến hành kỹ thuật phải đúng quy cách và đảm bảo vô khuẩn.
- Nơi tiếp xúc giữa kim và da phải giữ vô khuẩn.
- Tuyệt đối không được để không khí lọt vào tĩnh mạch.
- Đảm bảo áp lực của dịch truyền cao hơn áp lực của máu người bệnh.
- Tốc độ chảy của dịch phải theo đúng y lệnh.
- Theo dõi chặt chẽ tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi truyền.
- Phát hiện sớm các dấu hiệu của phản ứng và xử trí kịp thời.
- Không để lưu kim quá 24h trong cùng một vị trí.

3. CHỈ ĐỊNH

Tiêm truyền dung dịch tĩnh mạch được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn của cơ thể đã mất: ỉa chảy mất nước, bỏng nặng, mất máu, xuất huyết....

- Đưa thuốc vào cơ thể.
- Nuôi dưỡng người bệnh: trong một số trường hợp khi người bệnh không ăn uống được (hôn mê, tổn thương thực quản, đường tiêu hóa....) có thể nuôi dưỡng người bệnh bằng đường tĩnh mạch
- Mục đích khác như: giải độc, lợi tiểu....

4. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh suy tim.
- Người bệnh tăng huyết áp.
- Phù phổi cấp.

5. CÁC LOẠI DUNG DỊCH THƯỜNG DÙNG

- Dung dịch đẳng trương:
 - + Dung dịch natriclorua 0,9%.
 - + Dung dịch glucose 5%.
 - + Dung dịch natrihydrocarbonat 0,14% (NaHCO_3).
- Dung dịch ưu trương:
 - + Dung dịch natriclorua 10%, 20%.
 - + Dung dịch glucose 20%, 30%, 50%.
 - + Dung dịch natrihydrocarbonat 5%.
- Dung dịch có phân tử lượng lớn:
 - + Dextran.
 - + Subtosan.
- Máu và chế phẩm của máu.

6. VÙNG TIÊM

- Tĩnh mạch chữ V ở khuỷu tay, tĩnh mạch cẳng tay, mu bàn tay, mu bàn chân, mắt cá trong, tĩnh mạch bẹn, tĩnh mạch đầu (ở trẻ em)...
- Nếu để nuôi dưỡng dài ngày hoặc trong các trường hợp cấp cứu khi các vị trí thông thường khó lấy và cần đo áp lực tĩnh mạch trung tâm ta cần phải đặt Catheter tĩnh mạch dưới đòn

7. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

7.1. Chuẩn bị người bệnh

- Xem y lệnh, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Thông báo, động viên và dặn người bệnh đi đại tiểu tiện trước khi truyền.

7.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

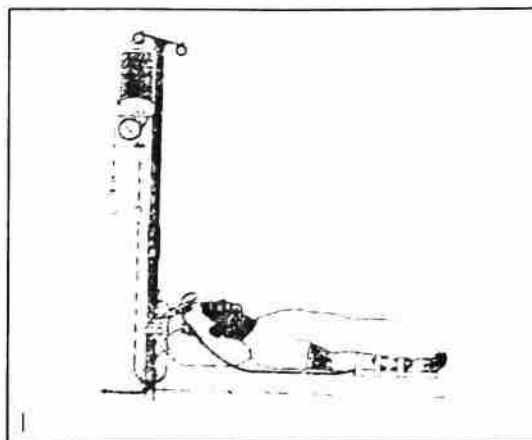
- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

7.3. Chuẩn bị dụng cụ

- 2 khay chữ nhật, trụ cắm 1 kim Kocher.
- Cồn iốt, cồn 70⁰, 2 cốc đựng bông cầu.
- Hộp dụng cụ và thuốc chống sốc.
- Chai dung dịch theo y lệnh, bộ dây truyền, phiếu theo dõi truyền dịch.
- Kéo, băng dính, đồng hồ bấm giây.
- Huyết áp, ống nghe.
- Gối kê tay, dây ga rô, cọc truyền.
- Hộp vô khuẩn đựng: gạc tam giác, gạc phủ vùng truyền, bông cầu.
- Găng tay vô khuẩn.
- Khay quả đậu hoặc túi đựng đồ bẩn, hộp đựng vật sắc nhọn.

7.4. Kỹ thuật tiến hành

- Kiểm tra chai dịch, bịt nút chai và sát khuẩn.
- Xé túi đựng dây truyền, khóa dây truyền, cắm dây truyền vào chai dịch, treo chai dịch lên cọc truyền, đuổi hết khí trong dây truyền và khóa lại.
- Điều dưỡng mang găng, đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng truyền, xác định vị trí truyền..
- Đặt gối dưới vùng truyền, nẹp (nếu cần), đặt dây ga rô trên vị trí truyền.
- Thắt dây ga rô, sát khuẩn vị trí truyền 2 lần cồn.



Hình 58: Kỹ thuật tiêm truyền dung dịch vào tĩnh mạch

- 1 tay cố định tĩnh mạch nơi truyền, 1 tay cầm kim truyền đâm qua da 1 góc 15° đến 30°, hạ kim tiêm sát mặt da và luồn kim vào tĩnh mạch, khi thấy máu vào đốc kim tháo dây ga rô, mở khóa cho dịch chảy, quan sát sắc mặt người bệnh.
- Cố định đốc kim, đặt gạc phủ vùng truyền, cố định dây truyền, điều chỉnh tốc độ nhỏ giọt theo chỉ định. Bỏ nilon, gối kê tay và dây ga rô.
- Ghi phiếu tiêm truyền:
 - + Giờ bắt đầu truyền
 - + Số lượng dịch truyền.
 - + Giờ kết thúc.
- Dặn người bệnh những điều cần thiết trước khi rời khỏi giường.

7.5. Thu dọn dụng cụ

- Phân loại dụng cụ bẩn và xử lý theo quy định.
- Ghi kết quả vào phiếu chăm sóc.
- Ghi tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi truyền dịch, những diễn biến bất thường và xử trí trong khi truyền.

* Cách tính thời gian truyền dịch.

Tổng số dịch truyền x số giọt/ml

Tổng số thời gian (phút) =

Số giọt/phút

Ví dụ:

Truyền chai dung dịch 500 ml tốc độ L giọt/phút.

1ml = 20 giọt vậy thời gian =?

$$\frac{500 \text{ ml} \times 20 \text{ giọt/ml}}{50 \text{ giọt /phút}} = 200 \text{ phút} = 3\text{h}20 \text{ phút}$$

8. THEO DÕI TRUYỀN DỊCH

- Trong 15 phút đầu theo dõi sát người bệnh về sắc mặt, mạch, huyết áp, nhịp thở, vùng truyền nếu thấy những biến đổi khác thường phải báo ngay cho thầy thuốc biết.

- Quan sát sự lưu thông của dịch.
- Thường xuyên kiểm tra:
 - + Xem nơi truyền có phồng không.
 - + Dịch chảy có bị tắc không.
 - + Không khí có trong dây truyền không.
 - + Có bị tuột dây truyền ra khỏi đốc kim không.
 - + Khi còn khoảng 10-15ml dịch thì khóa lại, rút kim truyền hoặc thay chai khác nếu truyền tiếp.

9. TAI BIẾN CÓ THỂ XẢY RA KHI TRUYỀN DỊCH

- Dịch không chảy:
 - + Do mũi vít của kim áp sát vào thành mạch.
 - + Do mạch xẹp.
 - + Do tắc kim thường do cục máu đông trong lòng mạch.
- Phồng nơi tiêm: do kim truyền bị chệch ra khỏi lòng mạch, dịch thoát ra ngoài gây phồng nơi truyền làm cho người bệnh đau, gây hoại tử tổ chức nếu dịch truyền là ưu trương, hóa chất...
- Người bệnh bị sốc: trong quá trình truyền dung dịch tĩnh mạch, người bệnh có thể bị sốc do phản ứng với thuốc, hoặc dịch truyền không đảm bảo. Sốc cũng có thể xảy ra nếu lượng dịch đưa vào cơ thể người bệnh quá nhanh, với số lượng lớn.
- Phù phổi cấp: trong trường hợp người bệnh bị bệnh tim, phổi, khi truyền dịch với số lượng lớn tốc độ nhanh có thể dẫn đến phù phổi cấp nguy hiểm tính mạng người bệnh.
- Tắc mạch phổi: truyền dung dịch tĩnh mạch cho người bệnh nếu không đúng quy trình kỹ thuật, không khí lọt vào trong lòng mạch gây tắc ở những vùng mạch nhỏ mạch não, phổi...
- Nhiễm khuẩn: nhiễm khuẩn hay gặp trong quá trình truyền dịch cho người bệnh là các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn máu, HIV, virus viêm gan.

Bảng kiểm 8: Kỹ thuật tiêm truyền dung dịch bằng đường tĩnh mạch

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh.		
1	Xem y lệnh, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.		
2	Giải thích để người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng.		
3	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ và thuốc.		
4	2 khay chữ nhật, trụ cắm 1 kim Kocher, lọ cồn 70°, cồn iốt, 2 cốc đựng bông cầu, kéo, băng dính.		
5	Dịch truyền theo chỉ định, dây truyền, phiếu theo dõi truyền dịch.		
6	Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe, đồng hồ bấm giây, găng tay.		
7	Hộp vô khuẩn: gạc, bông cầu.		
8	Hộp đựng vật sắc nhọn, túi đựng đồ bẩn, gối kê tay, dây ga rô, cốc truyền.		
	* Kỹ thuật tiến hành.		
9	Kiểm tra dịch truyền theo y lệnh, bật và sát khuẩn nút chai.		
10	Xé túi đựng dây truyền, khóa dây truyền lại, cắm dây truyền vào chai dịch.		
11	Treo chai dịch lên cốc truyền, đuổi khí trong dây truyền khóa lại.		
12	Điều dưỡng đi găng, để người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng truyền, xác định vị trí truyền.		
13	Đặt gối dưới vùng truyền, đặt dây ga rô trên vị trí truyền.		
14	Thắt dây ga rô, sát khuẩn vị trí truyền.		
15	Đâm kim vào tĩnh mạch, khi thấy máu vào đốc kim, tháo dây garô.		
16	Mở khóa cho dịch chảy, quan sát sắc mặt người bệnh.		
17	Cố định đốc kim, đặt gạc phủ vùng truyền.		
18	Điều chỉnh tốc độ nhỏ giọt theo chỉ định, bỏ gối kê tay, dây ga rô.		
	* Thu dọn dụng cụ.		
19	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu tiêm truyền, công khai thuốc, phiếu chăm sóc.		
20	Dặn người bệnh những điều cần thiết trước khi rời khỏi giường.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Tiêm truyền dung dịch là đưa vào cơ thể người bệnh một khối lượng dung dịch và ...A...bằng đường tĩnh mạch.
2. Mục đích của tiêm truyền dung dịch vào tĩnh mạch là:
 - A. Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn đã mất của cơ thể.
 - B.
 - C.
 - D. Lợi tiểu và giải độc.
3. Tiêm truyền dung dịch tĩnh mạch, chống chỉ định trong các trường hợp:
 - A. Suy tim.
 - B.
 - C.
4. Thời gian để truyền tĩnh mạch 500ml dung dịch NaCl 0,9% cho người bệnh là.....phút (biết rằng 1ml dung dịch = 20 giọt).

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau:

5. Dung dịch đẳng trương là dung dịch:
 - A. Natrihydrocarbonat 5%.
 - B. Natriclorua 0,9%.
 - C. Glucose 10%.
 - D. Cả 3 ý trên.
6. Tai biến nguy hiểm nhất có thể xảy ra ngay khi đang tiêm truyền tĩnh mạch là:
 - A. Nhiễm khuẩn.
 - B. Phù phổi cấp.
 - C. Tác kim.
 - D. Phồng nơi tiêm.
7. Dung dịch glucose đẳng trương có nồng độ là:

- A. 3%.
- B. 5%.
- C. 7%.
- D. 10%.

8. Dung dịch natrihydrocarbonat đẳng trương có nồng độ là:

- A. 0,14%.
- B. 5%.
- C. 10%.
- D. 0,9%.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
9	Khi tiến hành tiêm truyền dung dịch vào tĩnh mạch tuyệt đối không được để không khí lọt vào tĩnh mạch.		
10	Khi cần phải nuôi dưỡng người bệnh dài ngày bằng đường tĩnh mạch không được để lưu kim quá 48 giờ cùng một vị trí.		

KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích, chỉ định và chống chỉ định của truyền máu.
2. Trình bày được nguyên tắc truyền máu.
3. Nêu được các tai biến có thể xảy ra khi truyền máu và cách xử trí.
4. Thực hiện được các bước của quy trình kỹ thuật truyền máu.

1. SINH LÝ VỀ HỆ NHÓM MÁU ABO VÀ RH

Máu của mỗi người có những đặc tính kháng nguyên và kháng thể khác nhau, kháng thể trong huyết tương của người này có thể phản ứng với kháng nguyên trên bề mặt hồng cầu của người khác gây ra tai biến khi truyền máu.

Trên bề mặt hồng cầu người ta tìm ra được rất nhiều loại kháng nguyên nhưng hầu hết những kháng nguyên này là những kháng nguyên yếu. Tuy nhiên có hai nhóm kháng nguyên đặc biệt quan trọng có thể gây ra các phản ứng trong truyền máu đó là: hệ thống nhóm máu ABO và hệ thống nhóm máu Rh.

1.1. Hệ thống nhóm máu ABO

Các kháng nguyên A và B có trên bề mặt hồng cầu, một người có thể không có hoặc có một hoặc có cả hai kháng nguyên này. Các kháng thể tương ứng (ngưng kết tố) gắn với kháng nguyên trên bề mặt hồng cầu làm cho hồng cầu ngưng kết. Vì vậy người ta gọi các kháng nguyên của nhóm máu là ngưng kết nguyên. Dựa trên cơ sở có hay không có kháng nguyên A và B trên bề mặt hồng cầu người ta phân chia máu thành 4 nhóm:

- Nhóm A (có kháng nguyên A)
- Nhóm B (có kháng nguyên B)
- Nhóm O (không có mặt kháng nguyên A và B trên bề mặt hồng cầu)
- Nhóm AB (có cả kháng nguyên A và B).

Dựa vào khả năng ngưng kết của hồng cầu nhóm A, người ta chia nhóm A làm hai phân nhóm A_1 và A_2 . Phân nhóm A_1 chiếm khoảng 80% mang tính kháng nguyên mạnh. Phân nhóm A_2 có tính kháng nguyên yếu và chiếm

khoảng 20%. Vì vậy nhóm AB cũng chia thành hai phân nhóm A_1B và A_2B . Việc phát hiện các phân nhóm của nhóm A có ý nghĩa lớn trong thực tế vì phân nhóm A_2 mang tính kháng nguyên yếu nên khi xác định nhóm máu người ta có thể nhầm nhóm A_2 với nhóm O và nhóm A_2B với nhóm B.

Tên nhóm máu	Kháng nguyên trên bề mặt hồng cầu (ngưng kết nguyên)	Kháng thể trong huyết tương (ngưng kết tổ)
A	A	Anti-B
B	B	Anti-A
AB	A và B	Không có
O	Không có	Anti-A và Anti-B

Khi một người không có kháng nguyên A trên bề mặt hồng cầu thì trong huyết tương của người đó sẽ có kháng thể anti-A. Cũng như vậy, khi không có kháng nguyên B trong hồng cầu thì sẽ có kháng thể anti-B trong huyết tương. Như vậy nhóm máu O vì không có cả hai kháng nguyên nên có cả hai kháng thể anti-A và anti-B, nhóm A có kháng thể anti-B, nhóm B có kháng thể anti-A, nhóm AB không có cả hai kháng thể.

1.2. Hệ thống nhóm máu Rh

Cùng với hệ ABO một hệ thống khác có vai trò rất quan trọng trong truyền máu là hệ Rh. Sự khác nhau cơ bản giữa hệ ABO và hệ Rh là: kháng thể của hệ ABO là kháng thể tự nhiên còn kháng thể của hệ Rh là kháng thể miễn dịch (nó không có sẵn trong huyết tương mà chỉ được sản sinh ra mỗi khi cơ thể người thuộc nhóm máu Rh(-) bị truyền máu Rh(+) nhiều lần).

Tên nhóm máu	Kháng nguyên	Kháng thể
Rh(+) 99.99% ở Việt Nam	Rh	Không có
Rh(-) ở Việt Nam tỷ lệ rất thấp	Không có	Không có

2. MỤC ĐÍCH CỦA TRUYỀN MÁU

Máu toàn phần là máu có đầy đủ các thành phần: hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và các thành phần của huyết tương. Phần lớn bạch cầu và tiểu cầu trong máu toàn phần sẽ không còn tồn tại sau vài ngày lưu trữ. Một đơn vị máu toàn phần có khoảng 250ml máu. Truyền máu là đưa vào cơ thể người bệnh một lượng máu nhằm:

- Tăng khả năng cung cấp oxy (truyền hồng cầu).
- Tăng khối lượng tuần hoàn, bồi phụ lại lượng máu đã mất (truyền máu toàn phần).

- Tăng khả năng đông máu và cầm máu (truyền tiểu cầu và huyết tương).
- Tăng khả năng đề kháng và chống nhiễm khuẩn (truyền bạch cầu, gammaglobulin).

3. CHỈ ĐỊNH TRUYỀN MÁU TOÀN PHẦN

- Các trường hợp thiếu máu đi kèm với giảm khối lượng tuần hoàn hoặc sốc giảm thể tích mà hay gặp nhất là tình trạng mất máu cấp trong ngoại khoa và sản khoa.
- Truyền thay máu.
- Các trường hợp thiếu máu cần truyền khối hồng cầu nhưng cơ sở điều trị không có khối hồng cầu.

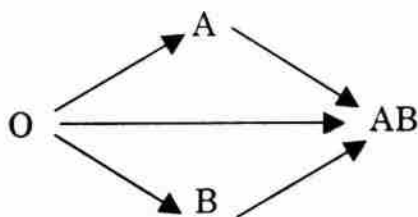
4. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TRUYỀN MÁU TOÀN PHẦN

- Thiếu máu không giảm khối lượng tuần hoàn: trong trường hợp này người bệnh thiếu chủ yếu là hồng cầu cho nên bù cho người bệnh khối hồng cầu là tốt nhất không cần phải truyền máu toàn phần.
- Suy tim: đặc biệt là các trường hợp suy tim nặng, truyền máu làm tăng gánh nặng cho tim.
- Không dung nạp thành phần huyết tương hoặc với bạch cầu. Đối với những người bệnh này nếu truyền máu sẽ làm cho các phản ứng dị ứng xuất hiện nhiều hơn và nặng nề hơn.

5. NGUYÊN TẮC TRUYỀN MÁU

- Truyền cùng nhóm máu: theo quy tắc truyền máu cơ bản và theo chỉ định của thầy thuốc:

+ Nhóm máu A truyền	————>	nhóm A
+ Nhóm máu B truyền	————>	nhóm B
+ Nhóm máu O truyền	————>	nhóm O
+ Nhóm máu AB truyền	————>	nhóm AB
- Trong trường hợp cấp cứu không có máu cùng nhóm có thể truyền khác nhóm (không quá 250 ml) theo chỉ định của thầy thuốc và theo quy tắc truyền máu tối thiểu:



- Trước khi truyền máu phải chuẩn bị các xét nghiệm cần thiết như: định nhóm máu, phản ứng chéo đầu giường.
- Khi lĩnh máu phải kiểm tra lại túi máu: màu sắc, số lượng, nhóm máu, số hiệu túi máu, hạn dùng... và đối chiếu sổ lĩnh máu, sổ lưu; tên, tuổi người bệnh, khoa...
- Túi máu đem về buồng bệnh không để quá 30 phút trước khi truyền cho người bệnh.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền máu, nếu có dấu hiệu bất thường phải báo lại cho thầy thuốc.
- Dụng cụ phải đầy đủ và đảm bảo vô khuẩn (dây truyền máu phải có bầu lọc, kim phải đúng cỡ).
- Tiến hành định nhóm máu, phản ứng chéo đầu giường trước khi truyền máu.
- Đảm bảo tốc độ chảy của máu đúng thời gian theo y lệnh.
- Theo dõi sát người bệnh trong quá trình truyền máu: mạch, huyết áp, nhịp thở, tốc độ truyền... 15 phút/ lần để đề phòng các tai biến có thể xảy ra.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

6.1. Chuẩn bị người bệnh

- Xem y lệnh của thầy thuốc, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Giải thích để người bệnh yên tâm và thông báo thời gian truyền bao lâu sẽ xong, đo dấu hiệu sinh tồn và hỏi người bệnh có tiền sử dị ứng không?
- Vệ sinh thân thể nhất, vùng truyền (nếu cần), dặn người bệnh đi đại tiểu tiện trước khi truyền.
- Kiểm tra lại các xét nghiệm của người bệnh.

6.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

- Điều dưỡng trang phục đầy đủ: mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

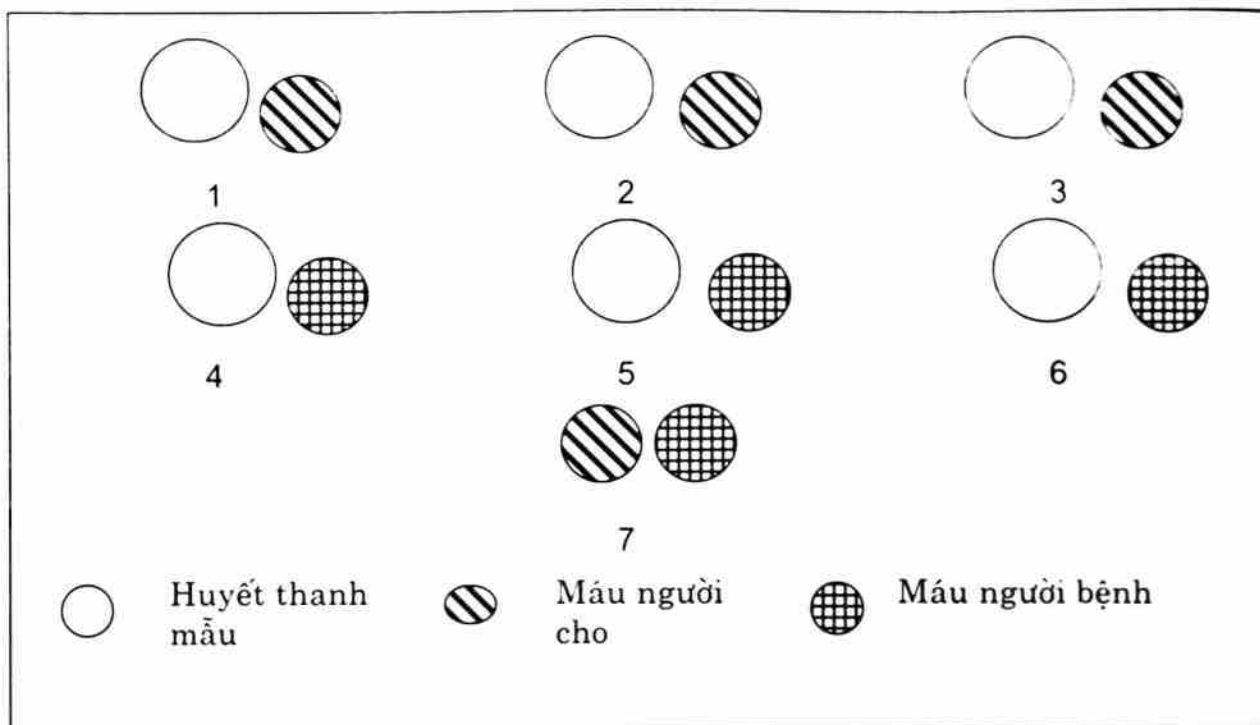
6.3. Chuẩn bị dụng cụ

- 2 khay chữ nhật, 1 Kocher.
- Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây.
- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu.
- Cồn 70⁰, cồn iod, cốc đựng bông cầu, kéo băng dính.

- Túi máu:
 - + Kiểm tra nhãn hiệu túi máu: số, ký hiệu, nhóm máu, số lượng máu, tên người cho, người lấy, ngày giờ lấy máu....
 - + Kiểm tra túi máu có nguyên vẹn không.
 - + Đối chiếu: túi máu lĩnh có phù hợp với phiếu lĩnh máu không?
- Một bộ dây truyền máu: phải có bầu lọc, khóa dây truyền phải ở dưới bầu nhỏ giọt.
- Một hộp kim lùn hoặc catheter (đường kính của kim to để tránh vỡ hồng cầu).
- Gạc tam giác, gạc phủ vùng truyền, kim chích.
- Dịch truyền, phiếu truyền máu, cốc truyền.
- Gối kê tay, tấm nilon nhỏ, dây garô.
- Khay quả đậu, túi đựng đồ bẩn, hộp đựng vật sắc nhọn.
- 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 (chống A, chống B, chống AB, được bảo quản ở 4°C). Phiến đá men, bông, que thuỷ tinh hoặc ống nghiệm sạch.

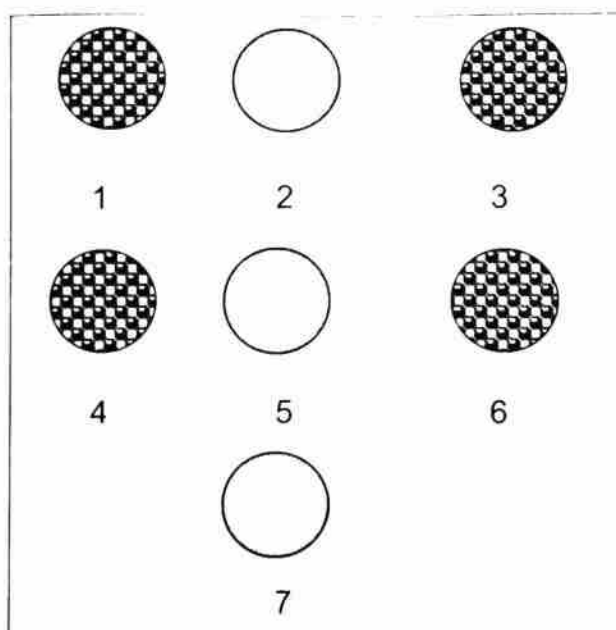
6.4. Tiến hành

- Đối chiếu phiếu lĩnh máu với túi máu (lần 2).
- Điều dưỡng đi găng.
- Định nhóm máu và làm phản ứng chéo tại giường:
 - + Phân phối huyết thanh mẫu: chọn 6 vị trí, xếp thành hai hàng trên phiến đá men (hàng trên gồm vị trí 1, 2, 3 hàng dưới gồm vị trí 4, 5, 6) các vị trí cách nhau $\approx 3\text{cm}$. Nhỏ lần lượt mỗi vị trí hai giọt huyết thanh mẫu ở mỗi hàng theo thứ tự: chống A, chống B, chống A+B (vị trí 1 và 4 là chống A, 2 và 5 là chống B, 3 và 6 là chống A+B).
 - + Phân phối máu người cho (hình 1): nhỏ vào cạnh các vị trí 1, 2, 3 và vị trí thứ 7 mỗi vị trí 1 giọt máu.
 - + Phân phối máu người bệnh: sát khuẩn tay người bệnh, chích máu tại đầu ngón tay và nhỏ cạnh mỗi vị trí 4, 5, 6, 7 một giọt máu người bệnh.
 - + Trộn và theo dõi phản ứng: dùng que thuỷ tinh hoặc đũa ống nghiệm sạch trộn đều các giọt máu với huyết thanh mẫu từ 1- 6 và trộn đều 2 giọt máu ở vị trí 7 (chú ý lau sạch que thuỷ tinh sau mỗi lần trộn để không lẫn huyết thanh của vị trí này với vị trí khác). Dùng hai tay cầm phiến đá lắc nhẹ đều đặn và theo dõi ngưng kết.

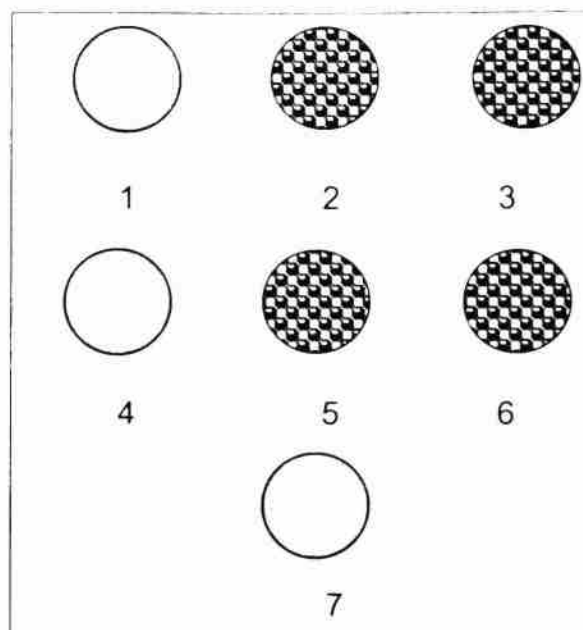


Hình 59: Cách phân bố huyết thanh mẫu và máu

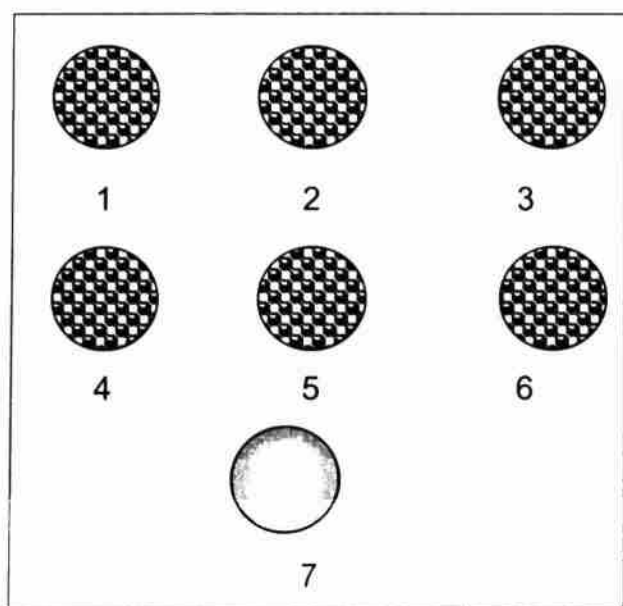
- Nhận định kết quả:
 - + Xác định nhóm máu: nhóm máu của người cho (hàng trên) và nhóm máu người nhận (hàng dưới). Nếu không có chỉ định truyền máu khác nhóm (ví dụ nhóm máu O cho người bệnh A, B, AB) thì các vị trí 1 và 4, 2 và 5, 3 và 6 phải có phản ứng giống nhau (hình 2, 3, 4, 5, 6).
 - + Xác định phản ứng chéo: tại vị trí 7 không có hiện tượng ngưng kết mới được truyền máu.
- Đặt cọc truyền ở cạnh giường nơi thích hợp.
- Xé túi đựng dây truyền, khóa dây truyền lại.
- Sát khuẩn nắp chai dịch, cắm dây truyền vào chai dịch.
- Treo chai dịch lên cọc truyền, đuổi khí trong dây truyền và khóa lại.
- Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng truyền, đặt gối kê tay và thắt dây garô.
- Sát khuẩn vị trí truyền 2 lần bằng cồn iốt và cồn 70°.
- Cầm kim tiêm gắn với dây truyền, đặt gác tam giác dưới vị trí truyền.
- Đâm kim chéo 30° so với mặt da và luồn kim vào tĩnh mạch.
- Tháo dây garô và mở khóa cho dịch chảy.
- Gập hai đầu gác vào đốc kim và cố định bằng băng dính.



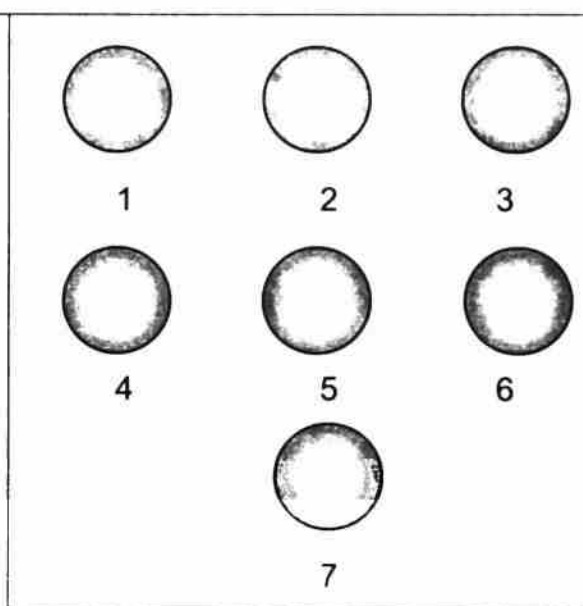
Hình 60: Kết quả định nhóm máu và phản ứng chéo (Người cho và người nhận có cùng nhóm máu A)



Hình 61: Kết quả định nhóm máu và phản ứng chéo (Người cho và người nhận có cùng nhóm máu B)



Hình 62: Kết quả định nhóm máu và phản ứng chéo (Người cho và người nhận có cùng nhóm máu AB)



Hình 63: Kết quả định nhóm máu và phản ứng chéo (Người cho và người nhận có cùng nhóm máu O)

Ghi chú:



Hiện tượng không ngưng kết



Hiện tượng ngưng kết

- Phủ gạc lên vùng truyền cố định, bỏ gối, dây ga rô.
- Kiểm tra lại túi máu, lắc nhẹ nhàng và treo lên cọc truyền.
- Khóa dây truyền, chuyển kim truyền dịch cắm vào túi máu và mở khóa cho máu chảy vào người bệnh.
- Theo dõi sát người bệnh 15 phút đầu khi bắt đầu truyền máu.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 30 phút/lần trong suốt thời gian truyền.
- Khi còn khoảng 5-10 ml máu khóa dây truyền lại chuyển sang chai dịch, khi hết máu trong dây truyền rút kim, kéo chệch da nơi tiêm.
- Sát khuẩn lại vị trí tiêm bằng cồn 70°.
- Cho người bệnh nghỉ ngơi tại giường, tiếp tục theo dõi dấu hiệu sinh tồn và các phản ứng có thể xảy ra.

6.5. Thu dọn dụng cụ

- Phân loại dụng cụ theo quy định.
- Ghi hồ sơ:
 - + Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi truyền máu.
 - + Điều dưỡng ký tên.

7. CÁC TAI BIẾN CÓ THỂ XẢY RA TRONG VÀ SAU KHI TRUYỀN MÁU

7.1. Các phản ứng mang tính chất cấp tính hay sớm

7.1.1. Tan máu cấp tính

- Nguyên nhân: bất đồng nhóm máu hệ ABO
- Triệu chứng: thường xuất hiện rất sớm ngay sau khi truyền được vài ml máu. Người bệnh thường bắt đầu với các dấu hiệu đau hoặc cảm giác nóng ở vùng đặt kim truyền máu, kích thích, vật vã, đỏ mặt, đau ngực, đau thắt lưng, đau bụng..., buồn nôn và nôn. Các triệu chứng thực thể đi từ nhẹ đến nặng: sốt, rét run, khó thở, tụt huyết áp, mạch nhanh, đái đỏ hoặc đái huyết sắc tố, thiếu niệu, vô niệu, xuất huyết, sốc.
- Xử trí: ngừng truyền máu ngay lập tức và vẫn duy trì đường truyền bằng các dung dịch đẳng trương.
- Báo ngay cho bác sĩ trực và đơn vị phát máu của bệnh viện.
- Kiểm tra lại tên, tuổi, nhóm máu, hạn sử dụng.... của túi máu.
- Bàn giao túi máu, cũng như dây truyền máu cho đơn vị phát máu
- Lấy máu người bệnh để kiểm tra công thức máu, coombs trực tiếp, urê creatinin, điện giải đồ, đông máu cơ bản (PT, APTT, sợi huyết), cấy máu.

- Lấy nước tiểu để xét nghiệm sinh hóa
- Đảm bảo thông thoáng đường thở cho người bệnh, thở ôxy.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 15 phút/1 lần.
- Nhanh chóng thực hiện thuốc và các y lệnh khác của thầy thuốc để cấp cứu người bệnh: tiêm tĩnh mạch hydrocortisol, thuốc kháng histamin, các thuốc vận mạch như adrenalin, noradrenalin, dopamin... cũng như các dung dịch thay thế để duy trì mạch và huyết áp.

7.1.2. Sốt rét do truyền máu không gây tan máu

- Phản ứng sốt có kèm theo hay không rét run thường do kháng thể của người bệnh chống bạch cầu người cho có trong các chế phẩm máu. Tỷ lệ xảy ra phản ứng là 1-2% các lần truyền máu và thường xảy ra ở những người bệnh được truyền máu nhiều lần hoặc phụ nữ có thai.
- Người bệnh có biểu hiện sốt cao, rét run khoảng 30-60 phút sau khi bắt đầu truyền máu, cũng có thể sau khi ngừng truyền máu một đến vài giờ.
- Xử trí: ngừng truyền máu hoặc truyền với tốc độ chậm, cho người bệnh sử dụng các thuốc hạ sốt như paracetamol, acetaminophene... Hydrocortisol được chỉ định khi các thuốc hạ sốt, non steroid không có hiệu quả. Theo dõi sát người bệnh.

7.1.3. Phản ứng dị ứng

- Phản ứng dị ứng thường do cơ thể phản ứng với các protein có trong huyết tương của chế phẩm được truyền. Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng: mẩn ngứa, nổi mề đay, sốt cao, rét run và khó thở mức độ nặng là sốc phản vệ.
- Phản ứng dị ứng thường xảy ra ở mức nhẹ và trung bình như mẩn ngứa, nổi mề đay, sốt, co thắt khí phế quản thường hết nhanh khi người bệnh uống các thuốc histamin, chống viêm non steroid đồng thời ngừng truyền máu hoặc giảm tốc độ truyền máu.
- Truyền máu chỉ nên tiếp tục khi người bệnh đã hết các triệu chứng, khi người bệnh có các phản ứng dị ứng nặng như sốc phản vệ đe dọa đến tính mạng thì cần xử trí cấp cứu như các trường hợp sốc phản vệ khác.

7.1.4. Nhiễm khuẩn

- Nguyên nhân thường do truyền cho người bệnh các chế phẩm bị nhiễm khuẩn trong quá trình thu gom, sản xuất và lưu trữ các chế phẩm máu.
- Nhóm vi khuẩn gram âm như *Pseudomonas*, *Yersinia*, *Enterobacter* ... là nhóm vi khuẩn hay gặp nhất đối với các chế phẩm được bảo quản lạnh.

- Người bệnh khi được truyền các chế phẩm bị nhiễm khuẩn có các biểu hiện lâm sàng như: sốt, rét run, mẩn đỏ da, ngứa, đau bụng kiểu co thắt, đau cơ, suy thận, đông máu rải rác trong lòng mạch, sốc nhiễm khuẩn.
- Xử trí bằng ngừng truyền máu, báo cáo thầy thuốc thực hiện các y lệnh: cấy máu của người bệnh, cấy túi máu và dây truyền máu để tìm vi khuẩn, sử dụng kháng sinh tĩnh mạch phối hợp kết hợp với hydrocortison...

7.1.5. Tổn thương phổi cấp do truyền máu

(Transfusion Related Acute Lung Injury – TRALI).

- Nguyên nhân của các phản ứng này do các kháng thể có trong huyết tương của các chế phẩm được truyền chống lại bạch cầu của người bệnh, thường xảy ra trong khoảng 4 giờ sau khi bắt đầu truyền máu. Người bệnh có các triệu chứng lâm sàng như: phù phổi cấp (không do tim mạch); sốt, rét, tím tái, khó thở, huyết áp tụt, mạch nhanh, phổi có các ran ẩm nhỏ hạt hai đáy phổi... Xét nghiệm khí máu cho thấy SaO_2 giảm. X quang phổi: có những nốt mờ rải rác hai đáy phổi.
- Xử trí: ngừng truyền máu, báo cáo thầy thuốc, thực hiện các mệnh lệnh điều trị của thầy thuốc khẩn trương và kịp thời.

7.1.6. Quá tải về khối lượng (truyền máu khối lượng lớn)

Truyền máu khối lượng lớn được định nghĩa là truyền cho người bệnh một khối lượng máu bằng hoặc lớn hơn thể tích máu toàn thể của người bệnh trong thời gian 24 giờ. Thường hay gặp trong trường hợp cấp cứu cho người bệnh bị mất máu cấp do chấn thương, phẫu thuật hoặc sản khoa.

Các biến chứng do truyền máu khối lượng lớn là: **nhễm toan chuyển hóa. Tăng kali máu. Nhiễm độc citrate và giảm calci máu. Giảm nặng các yếu tố đông máu, sợi huyết và tiểu cầu. Đông máu rải rác trong lòng mạch. Hạ thân nhiệt**

Khi bắt buộc truyền máu khối lượng lớn, cần theo dõi chặt chẽ tình trạng lâm sàng của người bệnh cũng như các xét nghiệm có liên quan đến các biến chứng trên để có thể xử trí kịp thời.

7.2. Các tai biến muện

7.2.1. Các bệnh nhiễm trùng truyền qua đường máu

Người cho máu cũng như bất kỳ người bình thường nào khác có thể mang một tác nhân nhiễm trùng, đôi khi có thể trong một thời gian rất dài mà không hề có bất kỳ biểu hiện lâm sàng nào. Các quy trình thăm khám cũng như xét nghiệm sàng lọc người cho máu cũng như túi máu không thể đảm bảo 100% sàng lọc hết người cho mang tác nhân nhiễm trùng. Các bệnh nhiễm

trùng có thể lây truyền qua đường truyền máu: HIV1 và HIV2, Virus viêm gan B và C, giang mai, sốt rét....

Biện pháp phòng ngừa chủ yếu vẫn là cần thăm khám kỹ người cho máu, thực hiện nghiêm túc cẩn thận các xét nghiệm sàng lọc HIV, HBV, HCV, giang mai, sốt rét cho người cho máu cũng như túi máu. Một số các biện pháp khác như: lưu trữ túi máu ở nhiệt độ 2°C – 6°C giảm nguy cơ nhiễm khuẩn các vi khuẩn không chịu nhiệt độ thấp....

7.2.2. Phản ứng tan máu muộn do truyền máu

Thường xảy ra ở những người bệnh đã được truyền máu nhiều lần hoặc ở những phụ nữ có thai là những người đã qua quá trình miễn cảm với hồng cầu lạ. Khi người bệnh được truyền hồng cầu đã được miễn cảm, quá trình đáp ứng miễn dịch sẽ xảy ra, lượng kháng thể kháng hồng cầu tăng lên nhanh chóng và sau vài ngày hồng cầu được truyền vào sẽ bị phá huỷ gây ra hiện tượng tan máu muộn do truyền máu.

Các triệu chứng lâm sàng của tan máu muộn thường xuất hiện vào khoảng ngày thứ 5-10 sau truyền máu: sốt, vàng da, thiếu máu, đái đỏ. Đôi khi người bệnh có các dấu hiệu của tan máu nặng như: suy thận, sốc, hoặc đông máu rải rác trong lòng mạch. Xử trí như một trường hợp tan máu cấp.

Bảng kiểm 9: Kỹ thuật truyền máu

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh		
1	Xem y lệnh, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.		
2	Giải thích để người bệnh yên tâm, dặn người bệnh những điều cần thiết.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng.		
3	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ và thuốc		
4	2 khay chữ nhật, trụ cắm 1 kim Kocher, lọ cồn 70°, cồn iốt, 2 cốc đựng bông cầu, kéo, băng dính.		
5	Dịch truyền, dây truyền máu, túi máu, phiếu truyền máu.		
6	Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe, đồng hồ bấm giây, găng tay.		
7	Hộp vô khuẩn: gạc tam giác, gạc phủ vùng truyền, bông.		
	Dụng cụ định nhóm máu và phản ứng chéo: huyết thanh mẫu, phiến đá men, que thủy tinh hoặc ống nghiệm sạch		
8	Hộp đựng vật sắc nhọn, túi đựng đồ bẩn, gối kê tay, dây ga rô, cốc truyền.		

	* Kỹ thuật tiến hành		
9	Kiểm tra dịch truyền theo y lệnh, bật và sát khuẩn nút chai.		
10	Xé túi đựng dây truyền, khóa dây truyền lại, cắm dây truyền vào chai dịch.		
11	Treo chai dịch lên cọc truyền, đuổi khí trong dây truyền khóa lại.		
12	Điều dưỡng đi găng, để người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng truyền, xác định vị trí truyền.		
13	Đặt gối dưới vùng truyền, đặt dây ga rô trên vị trí truyền.		
14	Thắt dây ga rô, sát khuẩn vị trí truyền.		
15	Đâm kim vào tĩnh mạch, khi thấy máu vào đốc kim, tháo dây garô.		
16	Mở khóa cho dịch chảy, quan sát sắc mặt người bệnh.		
17	Cố định đốc kim, đặt gạc phủ vùng truyền.		
18	Định nhóm máu và làm phản ứng chéo tại giường.		
19	Cắm dây truyền sang túi máu, theo dõi người bệnh theo chỉ định.		
20	Khi gần hết máu, rút kim ra khỏi tĩnh mạch, sát khuẩn lại vị trí truyền bằng cồn 70°		
	* Thu dọn dụng cụ		
21	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu truyền, công khai thuốc, phiếu chăm sóc.		
20	Dặn người bệnh những điều cần thiết trước khi rời khỏi giường.		

PHỤ GIÚP THẦY THUỐC CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của chọc hút dịch màng phổi.
2. Nêu được những điểm cần chú ý trước, trong và sau khi chọc dịch màng phổi.
3. Trình bày được các tai biến có thể xảy ra ở người bệnh khi chọc hút dịch màng phổi.
4. Thực hiện được quy trình phụ giúp thầy thuốc chọc hút dịch màng phổi.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Nhắc lại giải phẫu, sinh lý màng phổi

Màng phổi bao bọc lấy phổi. Màng phổi có hai lá:

- Lá tạng (sát với phổi), lá tạng bao bọc xung quanh mặt phổi trừ rốn phổi, ở rốn phổi lá tạng quặt lại liên tiếp với lá thành. Lá tạng dính vào các khe liên thuỳ và ngăn các thuỳ với nhau, lá tạng dính chặt ở phía trong mặt phổi còn ở mặt ngoài thì nhẵn bóng và áp vào lá thành do đó khi hít vào hoặc thở ra phổi có thể to ra hoặc bé lại.
- Lá thành lót vào khoang ngực. Lá thành bao phủ tất cả mặt trong của lồng ngực và liên tiếp với lá tạng ở rốn phổi và ở dây chằng tam giác, lá thành quay lấy phổi nên cũng có các mặt như phổi: mặt sườn, mặt hoành, trung thất, đỉnh màng phổi.
- Lá thành màng phổi đi từ mặt này đến mặt kia thì quặt gấp lại và tạo nên các túi cùng phế mạc hay góc phế mạc.

Giữa lá thành và lá tạng tạo nên khoang màng phổi. Khoang màng phổi là một khoang ảo, bình thường trong khoang có một lớp thanh dịch mỏng để tránh sự cọ sát giữa hai lá của màng phổi trong khi thở. Lớp thanh dịch này được tiết ra bởi tế bào biểu mô màng phổi.

1.2. Đối chiếu màng phổi trên lồng ngực

Đỉnh màng phổi cao hơn điểm giữa xương đòn, ngang mức ở đầu sau xương sườn I và ở trên đầu trong xương sườn I từ 2 - 3cm, cách đường giữa 4cm. Góc sườn hoành trung thất trước và sau của màng phổi chéch vào trong

qua khớp ức sườn, sau quay dọc theo đường giữa tới đầu trong của sụn sườn VI. Từ sụn sườn VI tới đầu trong bên phải, bên trái cách đường giữa 2cm từ đó màng phổi đi chéo xuống dưới ra ngoài gặp xương sườn X ở đường nách giữa 10cm rồi chéo lên trên, vào trong nằm giữa đốt sống lưng XII và TLI. Vì vậy chọc dịch màng phổi thường chọc vào khoang liên sườn VIII - IX trên đường nách sau.

2. MỤC ĐÍCH

Chọc dịch màng phổi là thủ thuật đưa kim vào khoang màng phổi nhằm mục đích:

- Chẩn đoán bệnh: dựa vào màu sắc và kết quả xét nghiệm (về tế bào, sinh hóa và vi khuẩn học).
- Điều trị: hút dịch cho người bệnh đỡ khó thở, bơm rửa màng phổi, bơm thuốc vào khoang màng phổi để điều trị tại chỗ, bơm hơi vào khoang màng phổi để điều trị.

3. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý TRƯỚC, TRONG VÀ SAU KHI CHỌC

3.1. Trước khi chọc

- Kiểm tra lại dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, nhịp thở cho người bệnh.
- Nhận định mức độ khó thở của người bệnh chú ý quan sát sự di động hai bên lồng ngực khi hít vào và thở ra để sơ bộ đánh giá mức độ tràn dịch.
- Chuẩn bị và kiểm tra hồ sơ người bệnh để biết được thời gian, mục đích và các y lệnh khác của thầy thuốc nếu có.
- Hướng dẫn người bệnh làm các thủ tục cần thiết khác: giấy cam đoan của người bệnh hoặc người nhà người bệnh.
- Hỏi xem người bệnh có tiền sử dị ứng thuốc gây tê?

3.2. Trong khi chọc

- Dặn người bệnh không được ho và không cử động mạnh trong khi chọc dịch.
- Thường xuyên theo dõi sắc mặt, trạng thái tinh thần của người bệnh.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở.

3.3. Sau khi chọc

- Cho người bệnh nằm tư thế Fowler, nằm nghiêng về bên lành.
- Dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường tránh đi lại và vận động vài giờ sau khi chọc.

- Nếu dẫn lưu kín: bình chứa dịch phải to hơn khoang màng phổi và bình phải là áp lực âm tính để tránh không khí tràn vào màng phổi.

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

4.1. Chuẩn bị người bệnh

- Điều dưỡng thông báo và giải thích về thủ thuật sắp làm cho người bệnh, động viên người bệnh yên tâm khi chọc.
- Tư thế người bệnh: có hai tư thế.
 - + Tư thế ngồi: người bệnh ngồi trên giường, tay bên chọc đưa lên cao để khoang liên sườn giãn rộng kim chọc vào được dễ dàng hoặc người bệnh ngồi trên ghế tựa: mặt quay vào lưng ghế, hai chân giăng ra hai bên, ngực tỳ vào lưng ghế, tay khoanh lên thành ghế để cầm tỳ lên tay (hay được áp dụng).
 - + Tư thế nằm: người bệnh nằm đầu cao hoặc đầu bằng, hơi nghiêng về bên phổi lành (có gối mỏng kê dưới lưng), cánh tay bên phổi chọc đưa cao về phía đầu.

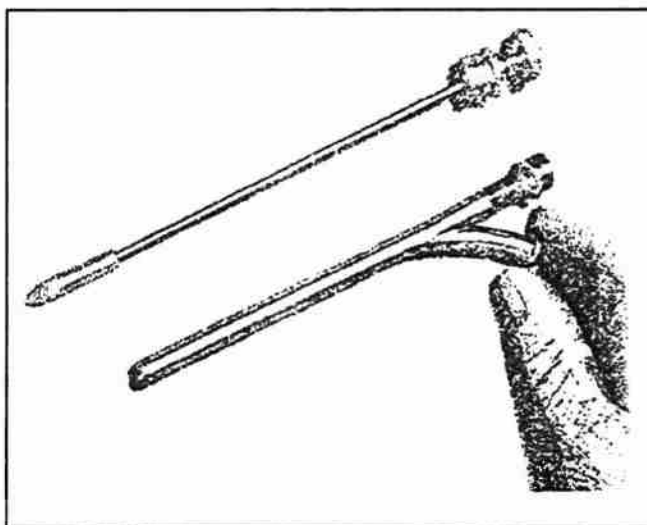
4.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

4.3. Chuẩn bị dụng cụ

* Dụng cụ sạch:

- Khay chữ nhật sạch.
- Trục cắm 2 kim Kocher.
- Cồn iod 1%, cồn 70°, 2 cốc đựng bông cầu.



Hình 64: Kim chọc dò

- Thuốc gây tê, kéo, băng dính.
- Giấy xét nghiệm, 3 ống nghiệm: 1 ống xét nghiệm hóa sinh, 1 ống xét nghiệm tế bào, 1 ống xét nghiệm vi khuẩn (ống xét nghiệm vi khuẩn phải vô khuẩn). Diêm, đèn cồn, huyết áp ống nghe, hộp chống sốc.
- Dung dịch NaCl đẳng trương 0,9% (nếu rửa màng phổi).
- Thuốc kháng sinh để bơm rửa (nếu cần).
- Bô chứa dịch hoặc ống đông.
- Túi đựng đồ bẩn, hộp đựng đồ sắc nhọn, khay quả đậu.

*** Dụng cụ vô khuẩn:**

- Hộp vô khuẩn:
 - + Săng có lỗ, kìm kẹp săng, gạc.
 - + 1 ống cao su dài 12 - 15cm lắp vừa đầu Ambu của bơm tiêm với đốc kim có khóa chữ T để đóng, mở khi hút dịch, tránh tràn khí vào màng phổi.
 - + Dụng cụ dẫn lưu màng phổi: ống dẫn lưu, kim chỉ khâu da.
 - + 2 kim chọc dò, 1 bơm tiêm 5ml để gây tê, 1 bơm tiêm 20ml hoặc 50ml để hút dịch.
 - + 2 đôi găng tay.

Nếu làm phản ứng Rivalta tại giường cần chuẩn bị thêm.

- 1 cốc thuỷ tinh đựng 100ml nước cất.
- 1 lọ acid acetic 2%
- 2 ống hút nhỏ giọt, 1 que quấy.

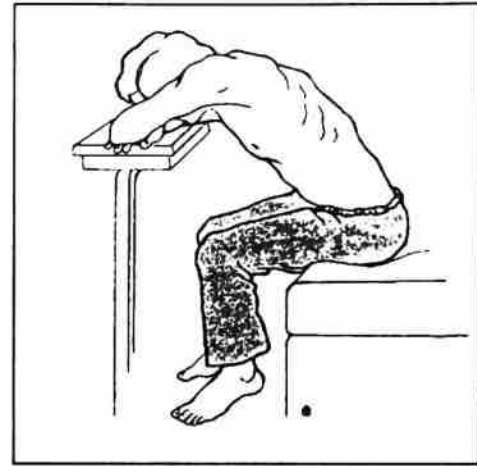
4.4. Kỹ thuật tiến hành

- Điều dưỡng đặt người bệnh đúng tư thế theo yêu cầu của thầy thuốc, vén áo để lộ vùng chọc.
- Xác định vùng chọc: khoang liên sườn VIII - IX trên đường nách sau.
- Sát khuẩn vùng chọc bằng cồn iod trước, cồn 70⁰ sau.
- Sát khuẩn tay thầy thuốc, mở hộp hoặc gói vô khuẩn. Đưa săng có lỗ, kìm cặp săng, găng tay cho thầy thuốc.
- Đưa bơm kim tiêm và phụ giúp thầy thuốc lấy thuốc gây tê.
- Đặt bô để hứng dịch.
- Điều dưỡng đi găng, đưa kim chọc dò cho thầy thuốc khi kim vào đúng vị trí, đưa ống dẫn lưu có khóa để điều chỉnh cho dịch chảy để thầy thuốc lắp vào bơm tiêm.
- Cho dịch vào ống nghiệm:
 - + Ống làm xét nghiệm sinh hóa lấy khoảng 2-3ml.
 - + Ống làm xét nghiệm vi khuẩn lấy khoảng 1ml. Khi lấy dịch vào ống nghiệm phải đóng, mở nút ống nghiệm trên ngọn lửa đèn cồn.
 - + Ống làm xét nghiệm tế bào lấy khoảng 2-3ml.
- Phối hợp với thầy thuốc đóng mở khóa khi thầy thuốc tháo và lắp bơm tiêm hút dịch để đề phòng tràn khí khoang màng phổi.

- Khi thấy thuốc rút kim, điều dưỡng sát khuẩn vết chọc và băng lại.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng về bên lành.
- Kiểm tra lại mạch, huyết áp, nhịp thở.

4.5. Thu dọn dụng cụ

- Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, tháo găng tay, ghi phiếu xét nghiệm và gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm.
- Ghi hồ sơ:
 - + Ngày, giờ tiến hành thủ thuật.
 - + Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra.
 - + Tình trạng người bệnh trong và sau khi chọc.
 - + Tên thầy thuốc và điều dưỡng làm thủ thuật.



Hình 65: Tư thế người bệnh chọc dịch màng phổi

5. TAI BIẾN

5.1. Ngất

- Do người bệnh quá sợ hãi hoặc do thay đổi áp lực đột ngột của màng phổi.
- Biểu hiện: tím tái, ngừng thở, ngừng tim.
- Xử trí: nằm đầu thấp, hồi sinh tim phổi nếu cần, thực hiện y lệnh.

5.2 Tràn khí màng phổi

- Do không đảm bảo kín hoặc do đâm thủng lá tạng vào nhu mô phổi.
- Triệu chứng: ho rũ rượi, khó thở, mạch nhanh, tím tái...
- Xử trí: cho người bệnh ngồi dậy, thực hiện y lệnh.

5.3. Phù phổi cấp

- Do hút quá nhiều, quá nhanh dịch gây sự thay đổi đột ngột áp lực trong khoang màng phổi.
- Triệu chứng: khó thở, tím tái, ho khạc ra bọt màu hồng, mạch nhanh, huyết áp hạ.

- Xử trí:
 - + Chuyển người bệnh đến phòng cấp cứu.
 - + Cho người bệnh ngồi hoặc nửa nằm nửa ngồi, chuẩn bị phương tiện, thuốc cấp cứu, hút đờm dãi, thở oxy.
 - + Thực hiện y lệnh khác của thầy thuốc nếu có.

5.4. Mủ màng phổi

- Do dụng cụ không vô khuẩn hoặc không đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn khi làm thủ thuật gây bội nhiễm viêm mủ màng phổi.
- Triệu chứng: sốt cao, khó thở, mạch nhanh.
- Xử trí: cho người bệnh nằm tư thế dễ thở, chườm lạnh và thực hiện y lệnh.

Bảng kiểm 10: Kỹ thuật phụ giúp thầy thuốc chọc dịch màng phổi

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh.		
1	Xem y lệnh, đối chiếu với người bệnh.		
2	Giải thích, động viên, dặn người bệnh những điều cần thiết.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng.		
3	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
4	1 khay chữ nhật, trụ cắm 2 kim Kocher, kéo, băng dính.		
5	Cồn iốt, cồn 70°, cốc đựng bông cầu.		
6	2 kim chọc dò, bơm tiêm 5 ml, 20ml.		
7	Ống nghiệm, giấy xét nghiệm, diêm và đèn cồn, 2 đôi găng tay.		
8	Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe, thuốc gây tê.		
9	Hộp hoặc gói vô khuẩn: băng có lỗ, 2- 4 kim cặp băng, dây dẫn lưu dài 20-25 cm, gạc, bông cầu		
10	Khay quả đậu, xô, túi đựng đồ bẩn, hộp đựng vật sắc nhọn.		
	* Kỹ thuật tiến hành.		
11	Giải thích cho người bệnh phối hợp làm thủ thuật.		
12	Đặt người bệnh ngồi ở ghế tựa 2 tay ôm lấy thành ghế.		
13	Vén áo người bệnh quá vai, xác định vị trí chọc.		

14	Sát khuẩn vùng chọc bằng cồn iốt, cồn 70°.		
15	Sát khuẩn tay thấy thuốc, mở hộp vô khuẩn.		
16	Đưa săng có lỗ, kim cặp săng và găng tay cho thấy thuốc.		
17	Đưa bơm kim tiêm, phụ giúp thầy thuốc gây tê, đặt bỏ để hứng dịch.		
18	Điều dưỡng mang găng, đưa kim chọc dò cho thấy thuốc.		
19	Đưa dây dẫn lưu, đưa ống đựng thông nòng.		
20	Đưa bơm tiêm, lấy dịch vào ống nghiệm.		
21	Phụ giúp thầy thuốc rút kim, sát khuẩn vị trí chọc và băng lại.		
22	Đặt người bệnh nằm nghiêng bên lành.		
	* Thu dọn dụng cụ.		
23	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau

- Sau khi chọc dịch màng phổi, nên để người bệnh ở tư thế.
 - Nằm nghiêng về bên lành.
 - Nằm nghiêng về bên chọc.
 - Nằm ngửa đầu thấp.
 - Nằm tư thế Fowler, nghiêng về bên lành.
- Khi dẫn lưu màng phổi kín, phải chọn bình chứa dịch:
 - Kích thước to, nhỏ đều dùng được.
 - Kích thước quy định chung cho mọi người bệnh.
 - Bình có kích thước nhỏ hơn khoang màng phổi và áp lực phải (-).
 - Bình có kích thước to hơn khoang màng phổi và áp lực (-).
- Dùng loại dung dịch nào để rửa khoang màng phổi là tốt nhất:
 - Dd glucose 5%.
 - Dd natriclorua 0,9%.
 - Dd Betadin.
 - Dd oxy già.

4. Khi bị tràn khí màng phổi người bệnh có biểu hiện:

- A. Ho khạc bọt màu hồng, khó thở, tím tái.
- B. Mạch nhanh, huyết áp hạ, khó thở.
- C. Tím tái, mạch nhanh.
- D. Ho rũ rượi, mạch nhanh, khó thở, tím tái.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
5	Chọc hút dịch màng phổi giúp người bệnh đỡ khó thở.		
6	Chọc hút dịch màng phổi để tìm nguyên nhân gây bệnh.		
7	Trước khi chọc dịch màng phổi không cần phải kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.		
8	Người bệnh không cần phải viết giấy cam đoan trước khi chọc hút dịch màng phổi.		
9	Khi hút dịch màng phổi nên hút nhanh, nhiều cho người bệnh dễ thở.		
10	Trong khi chọc người bệnh không được ho mạnh.		
11	Để tránh tràn khí vào màng phổi phải chuẩn bị khóa chữ T.		
12	Người bệnh không nên biết rõ thủ thuật sắp làm để khỏi sợ hãi		

PHỤ GIÚP THẦY THUỐC CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của chọc hút dịch màng bụng.
2. Nêu được những điểm cần chú ý trước và sau khi chọc dịch màng bụng.
3. Trình bày được các tai biến có thể xảy ra ở người bệnh khi chọc hút dịch màng bụng.
4. Thực hiện được quy trình phụ giúp thầy thuốc chọc hút dịch màng bụng.

1. ĐẠI CƯƠNG

Phúc mạc hay màng bụng là 1 lá thanh mạc che phủ tất cả các thành của ổ bụng, bao bọc tất cả các tạng thuộc hệ tiêu hóa (kể cả bó mạch thần kinh của tạng đó) và che phủ ở phía trước hay ở phía trên các tạng thuộc hệ tiết niệu và sinh dục.

Phúc mạc có hai lá và nhiều nếp.

- Lá thành: che phủ thành ổ bụng.
- Lá tạng: bao bọc các tạng.
- Các nếp phúc mạc: bao phủ các cuống mạch thần kinh và chia làm 3 loại:
 - + Mạc treo: treo các tạng thuộc ống tiêu hóa vào thành bụng, các bó mạch thần kinh. Động mạch chạy từ động mạch chủ tới các tạng, có phúc mạc bao phủ xung quanh, nên mạc treo được coi như các màng mang các huyết quản và thần kinh vào tạng (mạc treo ruột).
 - + Mạc chằng: buộc vào thành bụng các tạng không thuộc ống tiêu hóa, mạc chằng có ít động mạch và thần kinh hơn mạc treo (mạc chằng liềm, mạc chằng vành).
 - + Mạc nối: nối tạng nọ vào tạng kia, trong đó cũng có bó mạch, thần kinh (mạc nối lớn, mạc nối nhỏ).

Tóm lại:

Phúc mạc là một màng liên tiếp che phủ các mặt trong thành bụng, quặt lên các bó mạch thần kinh và các tạng để bao bọc xung quanh. Giữa các lá (lá

thành, lá tạng) và các nếp có một khoang gọi là ổ phúc mạc. khoang này là một khoang ảo vì tạng nọ áp vào tạng kia.

Tạng nào nằm trong khoang được gọi là tạng trong phúc mạc. Tạng nào nằm ngoài khoang, ở giữa lá phúc mạc thành và mạc ngang của thành bụng trong tổ chức dưới phúc mạc được gọi là tạng ngoài phúc mạc (thận, tử cung).

2. MỤC ĐÍCH CHỌC HÚT DỊCH MÀNG BỤNG

Bình thường khoang màng bụng có dịch làm trơn phúc mạc được tiết ra và hấp thu vào trong hệ thống bạch huyết. Trong quá trình mắc bệnh thì lượng dịch này tăng lên trong khoang gọi là dịch cổ trướng.

Chọc hút dịch màng bụng là thủ thuật đâm kim vào khoang màng bụng để hút dịch nhằm mục đích.

– Chẩn đoán:

- + Chẩn đoán xác định cổ trướng trong trường hợp dấu hiệu lâm sàng không rõ.
- + Chẩn đoán nguyên nhân gây tràn dịch trong ổ bụng dựa vào tính chất, màu sắc của dịch và kết quả xét nghiệm.

– Điều trị:

- + Chọc tháo dịch màng bụng trong trường hợp tràn dịch nhiều (cổ trướng rõ, bụng quá căng gây chèn ép), giúp người bệnh dễ thở và việc thăm khám bụng được dễ dàng.
- + Bơm thuốc vào khoang màng bụng trong một số trường hợp cần điều trị tại chỗ.

3. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý TRƯỚC VÀ SAU KHI CHỌC

3.1. Trước khi chọc

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Nhận định mức độ cổ trướng, tình trạng người bệnh.
- Xác định rõ mục đích tiến hành thủ thuật.
- Kiểm tra giấy cam đoan của gia đình người bệnh.
- Kiểm tra người bệnh có bị dị ứng thuốc (thuốc gây tê).

3.2. Sau khi chọc

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Số lượng, màu sắc dịch.
- Dấu hiệu đau bụng, chướng bụng?

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

4.1. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích cho người bệnh biết mục đích của thủ thuật.
- Hướng dẫn người bệnh đi đại tiểu tiện trước khi chọc.
- Kiểm tra huyết áp, mạch, nhịp thở.
- Bộc lộ vị trí chọc, đảm bảo sự kín đáo cho người bệnh.

4.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

4.3. Chuẩn bị dụng cụ

*** Dụng cụ sạch:**

- Khay chữ nhật sạch, trụ cắm 2 kìm Kocher.
- Cồn iod 1%, cồn 70°, 2 cốc đựng bông cầu.
- Thuốc tê: novocain hoặc xylocain 1 - 2%, kéo, băng dính.
- Giấy xét nghiệm, 3 ống nghiệm: 1 ống xét nghiệm hóa sinh, 1 ống xét nghiệm tế bào, 1 ống xét nghiệm vi khuẩn (ống xét nghiệm vi khuẩn phải vô khuẩn).
- Diêm, đèn cồn, huyết áp, ống nghe, hộp chống sốc.
- 1 móc bấm Michel, kìm bấm.
- Một tấm nilon, 1 gối mỏng.
- Túi đựng đồ bẩn, hộp đựng vật sắc nhọn, khay quả đậu, xô chứa dịch hoặc ống đong.

*** Dụng cụ vô khuẩn:**

- Hộp vô khuẩn đựng: (săng có lỗ, kìm kẹp sang, gạc; một ống cao su hoặc ống thông Polyetylen nhỏ, dài 1m có Ambu để nối với đốc kim, có khóa điều chỉnh dịch chảy).
- 2 kim chọc dò hoặc chọc tháo: kim chọc dò dài 5 - 8cm, đường kính 1mm; kim chọc tháo dài 5 - 9cm, đường kính 1,5 - 2 mm (hoặc Troca)
- 1 bơm tiêm 5ml để gây tê, 1 bơm tiêm 20ml để hút dịch.
- 2 đôi găng tay vô khuẩn.

Nếu làm phản ứng Rivalta tại giường cần chuẩn bị.

- 1 cốc thủy tinh đựng 100ml nước cất.
- 1 lọ acid acetic 2%.
- 2 ống hút nhỏ giọt, 1 que khuấy.

4.4. Kỹ thuật tiến hành

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Trải nilon dưới lưng và mông người bệnh.
- Đặt người bệnh ở tư thế theo yêu cầu của thầy thuốc:
 - + Thường đặt người bệnh nằm ngửa, bụng bên chọc sát với thành giường, kê 1 gối dưới lưng bên đối diện để bên chọc thấp hơn.
 - + Hoặc tư thế nửa nằm, nửa ngồi.
 - + Hoặc tư thế ngồi: đặt người bệnh ngồi trên ghế tựa, 2 chân đặt lên 1 cái ghế nhỏ.
- Bộc lộ và xác định vùng chọc: kẻ 1 đường từ rốn tới gai chậu trước trên, chia đường này làm 3 phần, vị trí chọc là giao điểm 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường kẻ này. Thường chọc bên trái ít khi chọc bên phải để tránh chọc vào manh tràng (chỉ chọc bên phải theo chỉ định của thầy thuốc).
- Sát khuẩn vị trí chọc bằng cồn iod trước, sát khuẩn bằng cồn 70° sau.
- Đổ cồn 70° vào tay thầy thuốc để sát khuẩn, mở hộp hoặc gói vô khuẩn.
- Đưa sẵn có lỗ, kim cặp sẵn và căng tay cho thầy thuốc.
- Chuẩn bị thuốc gây tê và phụ giúp thầy thuốc gây tê.
- Đặt bộ hứng dịch ở phía dưới, điều dưỡng mang găng.
- Đưa kim chọc dò cho thầy thuốc:
 - + Nếu chọc hút thì đưa bơm tiêm cho thầy thuốc hút dịch.
 - + Nếu chọc tháo thì đưa dây dẫn lưu cho thầy thuốc.
- Khi thầy thuốc chọc đúng vị trí dịch chảy cho dịch vào ống nghiệm:
 - + Ống làm xét nghiệm sinh hóa lấy khoảng 2-3ml.
 - + Ống làm xét nghiệm vi khuẩn lấy khoảng 1ml. Khi lấy dịch vào ống nghiệm phải đóng, mở nút ống nghiệm trên ngọn lửa đèn cồn.
 - + Ống làm xét nghiệm tế bào lấy khoảng 2-3ml.
- Phối hợp với thầy thuốc đóng mở khóa khi thầy thuốc tháo và lắp bơm tiêm hút dịch.
- Làm phản ứng Rivalta tại giường:
 - + Cho 100ml nước cất vào cốc có chân.

- + Nhỏ 2- 4 giọt acid axetic vào cốc đựng 100 ml nước cất dùng que khuấy khuấy đều.
- + Nhỏ 2- 4 giọt dịch màng bụng vào cốc nước đã có acid axetic và quan sát kết quả:
 - Nếu thấy vẫn đục như khói thuốc lá lắng dần xuống đáy cốc là phản ứng Rivalta dương tính (+) đó là dịch tiết (lượng protein có trong dịch >30g/l).
 - Nếu không có hiện tượng gì trong cốc là phản ứng Rivalta âm tính (-) đó là dịch thấm (lượng protein có trong dịch < 30g/l).
- Nếu chọc tháo thì nối ống cao su (ống thông) vào đốc kim để dẫn dịch vào bình, điều chỉnh dịch chảy ra nhanh, chậm theo yêu cầu của thầy thuốc.
- Khi thầy thuốc rút kim điều dưỡng sát khuẩn lại nơi chọc bằng cồn 70°, đặt gạc và dùng băng dính băng lại. Nếu chọc kim to, dịch chảy ra theo vết chọc thì phải dùng móc bấm bấm lại để dịch không rỉ ra ngoài.
- Đặt người bệnh nằm nghiêng về bên lành.
- Kiểm tra lại mạch, huyết áp, nhịp thở.

4.5. Thu dọn dụng cụ

- Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, tháo găng tay, ghi phiếu xét nghiệm và gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm.
- Ghi hồ sơ:
 - + Ngày, giờ tiến hành thủ thuật.
 - + Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra.
 - + Tình trạng người bệnh trong và sau khi chọc.
 - + Tên thầy thuốc và điều dưỡng làm thủ thuật.

5. TAI BIẾN

5.1. Ngất: do sợ hãi.

Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, ép tim ngoài lồng ngực kết hợp thổi ngạt (nếu có chỉ định), thực hiện thuốc theo y lệnh.

5.2. Chọc vào ruột: ít gặp

Nếu vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bắn chảy ra phải rút kim ngay bằng kim lại. Theo dõi tình trạng đau bụng, nhiệt độ, phản ứng của thành bụng.

5.3. Chọc vào mạch máu: ít gặp, nếu có phải rút kim ngay.

5.4. Xuất huyết trong ổ bụng

- Do dịch chảy quá nhanh, quá nhiều gây giảm áp lực ổ bụng đột ngột.
- Biểu hiện: mạch nhanh, huyết áp tụt, mặt tái, choáng váng.
- Đề phòng: cho dịch chảy chậm và lấy < 1500ml dịch.

5.5. Quai ruột bít đầu kim

Nhẹ nhàng lắc đầu kim tránh làm thủng ruột.

5.6. Nhiễm khuẩn thứ phát sau chọc: thường xảy ra muộn 1 vài ngày sau khi chọc. Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, chướng bụng, đau bụng.

Bảng kiểm 11: Kỹ thuật phụ giúp thấy thuốc chọc dịch màng bụng

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh		
1	Xem y lệnh, đối chiếu với người bệnh.		
2	Giải thích, động viên người bệnh yên tâm và dặn những điều cần thiết.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng		
3	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ		
4	1 khay chữ nhật, trụ cắm 2 kim Kocher, kéo, băng dính.		
5	Cồn iốt, cồn 70°, cốc đựng bông cầu, bơm tiêm 5ml, 20ml.		
6	Ống nghiệm, giấy xét nghiệm, diêm và đèn cồn.		
7	Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe, thuốc gây tê.		
8	Hộp hoặc gói vô khuẩn: săng có lỗ, 2-4 kim cặp săng, bông, gạc.		
9	Khay quả đậu, nilon, bô, túi đựng đồ bẩn, hộp đựng vật sắc nhọn.		
	* Kỹ thuật tiến hành		
10	Giải thích cho người bệnh phối hợp làm thủ thuật.		
11	Đặt người bệnh nằm ngửa thành bụng sát mép giường, trải nilon, bộc lộ vùng chọc.		
12	Sát khuẩn vùng chọc bằng cồn iốt, cồn 70°, sát khuẩn tay thấy thuốc, mở hộp vô khuẩn.		
13	Đưa săng có lỗ, kim cặp săng và găng tay cho thấy thuốc.		
14	Đặt bô để hứng dịch, điều dưỡng mang găng.		
15	Đưa kim chọc dò, bơm tiêm cho thấy thuốc, lấy dịch vào ống nghiệm.		

16	Phụ giúp thầy thuốc rút kim, sát khuẩn vị trí chọc, băng lại.		
17	Đặt người bệnh nằm nghiêng về bên không chọc.		
	* Thu dọn dụng cụ		
18	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

1. Làm phản ứng Rivalta để:

- A. Định lượng Protein.
- B. Tìm nguyên nhân.
- C. Định tính Protein.
- D. Kiểm tra màu sắc dịch.

2. Thường sát khuẩn để chọc dịch màng bụng ở vị trí:

- A. 1/2 ngoài đường từ gai chậu trước trên đến rốn bên phải.
- B. 1/3 ngoài đường từ gai chậu đến rốn bên phải.
- C. 1/3 ngoài đường từ gai chậu trước trên đến rốn bên trái.
- D. 1/2 ngoài đường từ gai chậu đến rốn bên trái.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
3	Chọc hút dịch màng bụng là thủ thuật đâm kim vào ổ bụng.		
4	Dịch cổ trướng giúp cho việc chẩn đoán nguyên nhân.		
5	Khi nghi ngờ cổ trướng không được chọc.		
6	Tháo dịch cổ trướng đến khi người bệnh thoải mái thì dừng.		
7	Khi cổ trướng quá căng, chọc tháo có thể cho chảy tốc độ nhanh.		
8	Chọc dịch cổ trướng có thể chọc vào ruột.		
9	Có thể chọc cổ trướng ở tư thế ngồi.		
10	Chọc dịch màng bụng phải chọc ở bên trái.		

PHỤ GIÚP THẦY THUỐC CHỌC DỊCH NÃO TUỖ

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của chọc dịch não tủy.
2. Trình bày được chỉ định, chống chỉ định của chọc dịch não tủy.
3. Nêu được các điểm cần lưu ý trước, trong và sau khi chọc dịch não tủy.
4. Trình bày được tai biến trước, trong và sau khi chọc dịch não tủy.
5. Thực hiện được quy trình kỹ thuật phụ giúp thầy thuốc chọc hút dịch não tủy

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Vị trí của tủy sống

- Tủy sống nằm trong ống sống, chiếm 3/5 đường kính của ống sống từ ngang mức đốt đốt (C1) tới ngang mức đốt sống thắt lưng II (L2), xung quanh tủy sống có các màng não tủy bao bọc. Có 3 màng não tủy, từ ngoài vào trong là màng cứng, màng nhện, màng nuôi. Giữa màng nhện và màng nuôi có khoang dưới nhện chứa dịch não tủy. Khi chọc dịch não tủy thường chọc dưới L₂ để tránh làm tổn thương tủy sống.

1.2. Màng não tủy

- Màng nuôi là màng bao bọc mặt ngoài của tủy sống và não thậm chí lách tận vào các khe rãnh là màng mềm, có rất nhiều mạch máu nuôi dưỡng não và tủy sống.
- Màng nhện nằm ngoài màng nuôi, giữa màng nhện và màng nuôi có khoang dưới nhện chứa dịch não tủy.
- Nằm ở ngoài cùng là màng cứng, nằm giữa màng cứng và màng nhện có khoang dưới cứng. Trong các khoang đó có nhiều mạch máu, các tổ chức mỡ và các đám rối tĩnh mạch.

1.3. Các não thất

- Não thất IV có nền là mặt sau của hành và cầu não có mái như mái nhà, trên là van Viotxen (Vieussen) và van Torin căng dầy, mái dưới là màng mái. Ở giữa màng mái có lỗ Luschkar, qua 3 lỗ màng dịch não tủy chảy

vào khoang dưới nhện ở góc dưới não thất IV thông với ống tủy, ở góc trên qua ống Sylvius thông với não thất III.

- Não thất III nằm kẹp giữa hai đồi thị, ở hai thành bên có lỗ Monro thông với não thất bên.
- Não thất bên nằm trong mỗi một bán cầu đại não, một não thất bên có ba ngách (sừng) là sừng trán, sừng chẩm và sừng thái dương.
- Dịch não tủy được tiết ra từ tấm màng mạch của não thất bên, một ngày một đêm tiết ra khoảng 60 - 70ml dịch não tủy. Dịch não tủy chảy vào não thất III qua hai lỗ Monro rồi chảy vào não thất IV, qua ba lỗ (2 lỗ Mociendi và 1 lỗ Luschka) vào khoang dưới nhện. Dịch não tủy lại được đổ về tim qua các tĩnh mạch (thấm thấu qua các hạt Pacchioni).
- Dịch não tủy có tác dụng bảo vệ và nuôi dưỡng não và tủy sống. Như vậy dịch não tủy được sinh ra và lưu thông trong hệ thống thần kinh trung ương nên trong nhiều rối loạn bệnh lý của thần kinh trung ương làm thay đổi đến thành phần dịch não tủy.

2. MỤC ĐÍCH CỦA CHỌC DỊCH NÃO TỦY

Chọc dịch não tủy là phương pháp đâm kim vào khoang dưới nhện tương đương với khoảng giữa gai thất lưng III và IV hoặc IV và V nhằm lấy dịch để chẩn đoán và điều trị.

- Chẩn đoán:
 - + Chẩn đoán bệnh ở hệ thống màng não, tủy sống dựa vào sự thay đổi dịch não tủy về: màu sắc, áp lực dịch não tủy và kết quả xét nghiệm sinh hóa, tế bào, vi khuẩn.
 - + Chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh thông qua kỹ thuật bơm khí hoặc thuốc cản quang để chụp não hoặc tủy sống.
- Điều trị:
 - + Lấy bớt dịch não tủy trong trường hợp tăng áp lực sọ não để giúp người bệnh giảm bớt khó chịu.
 - + Bơm thuốc vào ống sống để gây tê, điều trị.

3. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH CHỌC DỊCH NÃO TỦY

*** Chỉ định**

- Chọc dịch não tủy được áp dụng trong các trường hợp người bệnh nghi bị mắc các bệnh thuộc hệ thống màng não, tủy sống:
 - + Viêm não, màng não, lao màng não.
 - + Xuất huyết não, màng não...

*** Chống chỉ định.**

Trong một số trường hợp sau không áp dụng chọc dịch não tủy cho người bệnh: u não, áp xe não, do có khối choán chỗ trong hộp sọ làm tăng áp lực nội sọ quá mức rất nguy hiểm cho người bệnh khi chọc.

4. NHỮNG ĐIỀU CẦN CHÚ Ý TRƯỚC, TRONG VÀ SAU KHI CHỌC

4.1. Trước khi chọc

- Trước khi tiến hành thủ thuật người điều dưỡng cần phải hướng dẫn cho người bệnh viết giấy cam đoan về việc thực hiện thủ thuật theo quy định (lưu hồ sơ).
- Hỏi người bệnh có bị dị ứng với loại thuốc gây tê hay dung dịch sát khuẩn nào không?

4.2. Trong khi chọc

- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn, đúng quy trình.
- Theo dõi sát người bệnh: sắc mặt, trạng thái tinh thần, mạch, huyết áp....

4.3. Sau khi chọc

- Tuân thủ đúng chế độ chăm sóc: đặt người bệnh nằm sấp, đầu thấp trong 15 phút, sau đó nằm ngửa đầu thấp không gối 1-2 giờ, tùy theo tình trạng người bệnh có thể tiếp tục nằm ngửa có gối, duy trì tư thế này từ 8-24giờ.
- Nhận định màu sắc da, những thay đổi dấu hiệu sinh tồn, chảy máu... phải báo cho thầy thuốc điều trị.

5. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

5.1. Chuẩn bị người bệnh

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, mức độ tỉnh táo.
- Giải thích cho người bệnh yên tâm. Nếu trẻ nhỏ và người bệnh hôn mê phải giải thích cho gia đình.
- Cho người bệnh đi đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật.
- Đảm bảo sự kín đáo cho người bệnh.

5.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

5.3. Chuẩn bị dụng cụ

* Dụng cụ sạch:

- khay chữ nhật sạch.
- Trục cắm 2 kim Kocher.
- Cồn iod 1%, cồn 70°, 2 cốc đựng bông cầu.
- Thuốc tê: kelen hoặc xylocain 1 - 2%, kéo, băng dính.
- Giấy xét nghiệm, 3 ống nghiệm: 1 ống xét nghiệm hóa sinh, 1 ống xét nghiệm tế bào, 1 ống xét nghiệm vi khuẩn (ống xét nghiệm vi khuẩn phải vô khuẩn).
- Diêm, đèn cồn.
- Huyết áp, ống nghe, hộp chống sốc, áp kế Claude đo áp lực dịch não tủy.
- Túi đựng đồ bẩn, hộp đựng vật sắc nhọn, khay quả đậu, xô chứa dịch.

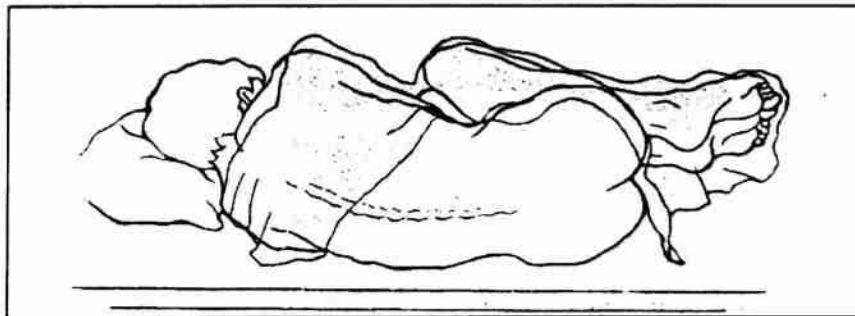
* Dụng cụ vô khuẩn

- Hộp hoặc gói vô khuẩn đựng: săng có lỗ, kim kẹp săng, gạc, ống cao su, ống thủy tinh và một khóa hình chữ T.
- 2 kim chọc dò: kim chọc dò dài 5 - 8cm, đường kính 1mm.
- 2 đôi găng tay vô khuẩn.

5.4. Kỹ thuật tiến hành

- Nhóm thủ thuật gồm 1 thầy thuốc và 2 người phụ.

* Người phụ 1: (Giữ người bệnh)



Hình 65: Tư thế người bệnh chọc dịch tủy sống

- Đặt người bệnh ở tư thế theo chỉ định của thầy thuốc. Bộc lộ vùng chọc (vén áo người bệnh lên tới vai, kéo quần xuống dưới nếp lằn mông), để người bệnh nằm nghiêng, lưng sát mép giường quay ra phía thầy thuốc; 1 tay đặt ở gáy của người bệnh, 1 tay đặt ở khoeo chân (hai chân người

bệnh co gập vào bụng, 2 tay kẹp giữa đầu gối hoặc ôm lấy cổ). Điều dưỡng dùng sức kéo kéo lưng người bệnh cong tối đa trong khi thầy thuốc chọc kim vào ống sống của người bệnh (có thể dùng thêm đầu gối đẩy vào bụng người bệnh để làm tăng độ cong của cột sống).

*** Người phụ 2:**

- Xác định vùng chọc: kẻ 1 đường nổi hai mào chậu cắt cột sống ở đâu đó là vị trí chọc dịch não tủy (tương đương với gai thất lưng III và IV hoặc IV và V).
- Sát khuẩn vùng chọc bằng cồn iod trước, cồn 70⁰ sau.
- Sát khuẩn tay thầy thuốc, mở hộp vô khuẩn.
- Đưa săng có lỗ, kìm cặp săng, găng tay cho thầy thuốc.
- Đặt bờ hứng dịch.
- Điều dưỡng mang găng, đưa kim chọc dò cho thầy thuốc.
- Thấy dịch chảy ra thì đưa ống đựng thông nòng đồng thời đưa đầu Ambu của áp kế Claude cho thầy thuốc, lắp đồng hồ đo áp lực, ghi kết quả.
- Tháo đồng hồ đo, dây dẫn, trả lại thông nòng cho thầy thuốc.
- Hứng dịch vào ống nghiệm:
 - + Ống làm xét nghiệm sinh hóa lấy khoảng 2-3ml.
 - + Ống làm xét nghiệm vi khuẩn lấy khoảng 1ml. Khi lấy dịch vào ống nghiệm phải đóng, mở nút ống nghiệm trên ngọn lửa đèn cồn.
 - + Ống làm xét nghiệm tế bào lấy khoảng 2-3ml.
- Sát khuẩn vị trí chọc sau khi thầy thuốc rút kim, băng vị trí chọc bằng băng dính.
- Đặt người bệnh nằm sấp, đầu thấp trong 15 phút, sau đó nằm ngửa đầu thấp trong 2 giờ nếu không có biểu hiện gì cho người bệnh nằm tư thế bình thường. Theo dõi màu sắc da, dấu hiệu sinh tồn, chảy máu... nếu có bất thường phải báo cho thầy thuốc điều trị.



Hình 66: Vị trí chọc dịch tủy sống

5.5. Thu dọn dụng cụ

- Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, tháo găng tay, ghi phiếu xét nghiệm và gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm.

- Ghi hồ sơ:
 - + Ngày, giờ tiến hành thủ thuật.
 - + Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra.
 - + Tình trạng người bệnh trong và sau khi chọc.
 - + Tên thầy thuốc và điều dưỡng làm thủ thuật.

6. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ DỊCH NÃO TUYẾT

6.1. Dịch não tủy bình thường

- Áp lực:
 - + Tư thế nằm: 120mm nước.
 - + Tư thế ngồi: 180mm nước.
- Màu sắc: bình thường dịch não tủy trong như nước suối.
- Xét nghiệm:
 - + Sinh hóa:
 - Protein: 0,25g – 0,30g%.
 - Glucose: 0,50g – 0,60g%.
 - Natriclorua: 7,2g%.
 - + Tế bào: 0 - 2 tế bào lympho/1mm³.
 - + Vi khuẩn: không có.

6.2. Dịch não tủy bất thường

- Dịch não tủy có máu: dịch não tủy chảy ra có màu đỏ như máu, để không đông gập trong các trường hợp xuất huyết màng não, não.
- Dịch não tủy đục (mủ): dịch não tủy chảy ra đục như nước vo gạo, nước dừa non... gập trong các trường hợp viêm màng não do vi khuẩn.
- Dịch não tủy màu vàng chanh gập trong trường hợp lao màng não.
- Dịch chảy khó khăn: do hiện tượng vách hóa ở não tủy.

7. TAI BIẾN

- Tụt hạnh nhân tiểu não do dịch chảy quá nhanh hoặc quá nhiều chèn ép hành não gây ngừng thở, ngừng tim.
- Viêm màng não mủ: do không đảm bảo vô khuẩn.

Bảng kiểm 12: Kỹ thuật phụ giúp thầy thuốc chọc dịch não tủy

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh.		
1	Xem y lệnh, đối chiếu với người bệnh.		
2	Giải thích, động viên người bệnh yên tâm và dặn những điều cần thiết.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng.		
3	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
4	1 khay chữ nhật, trụ cắm 2 kim Kocher, kéo, băng dính.		
5	Cồn iốt, cồn 70°, cốc đựng bông cầu, kim chọc dò, 2 đôi găng tay.		
6	Ống nghiệm, giấy xét nghiệm, diêm, đèn cồn.		
7	Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe, áp kế Claude.		
8	Hộp hoặc gói vô khuẩn: băng có lỗ, 2 – 4 kim cặp băng, dây dẫn đo áp lực dịch não tủy, bông, gạc.		
9	Khay quả đậu, xô, túi đựng đồ bẩn, hộp đựng vật sắc nhọn.		
	* Kỹ thuật tiến hành.		
10	Giải thích cho người bệnh phối hợp khi làm thủ thuật.		
11	Đặt người bệnh nằm nghiêng, lưng sát mép giường.		
12	Hướng dẫn người phụ giữ người bệnh.		
13	Vén áo người bệnh quá lưng, kéo quần dưới nếp lằn mông.		
14	Xác định và sát khuẩn vùng chọc bằng cồn iốt, cồn 70°.		
15	Sát khuẩn tay thầy thuốc, mở hộp vô khuẩn.		
16	Đưa băng có lỗ, kim cặp băng, găng tay cho thầy thuốc.		
17	Đặt xô, điều dưỡng mang găng, đưa kim chọc dò cho thầy thuốc.		
18	Đưa ống đựng thông nòng, đưa đầu Ambu của áp kế Claude để đo áp lực, đọc kết quả.		
19	Đưa thông nòng cho thầy thuốc, hứng dịch xét nghiệm.		
20	Phụ giúp thầy thuốc rút kim, sát khuẩn vị trí chọc và băng lại.		
21	Đặt người bệnh nằm sấp, đầu thấp 15 phút.		
	* Thu dọn dụng cụ.		
22	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau

1. Ngay sau khi chọc dịch não tủy phải cho người bệnh nằm ở tư thế:

- A. Nằm nghiêng sang một bên.
- B. Nửa nằm nửa ngồi.
- C. Nằm sấp, đầu thấp.
- D. Nằm ngửa, đầu thấp.

2. Áp lực dịch não tủy ở tư thế nằm bình thường là:

- A. 120mm H₂O.
- B. 140mm H₂O.
- C. 160mm H₂O.
- D. 180mm H₂O.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

TT	Nội dung	A	B
3	Dịch não tủy nằm ở khoang dưới cứng.		
4	Chọc dịch não tủy chỉ giúp tìm nguyên nhân gây bệnh.		
5	Khi chọc dịch não tủy người bệnh phải viết giấy cam đoan.		
6	Không chọc dịch não tủy cho người bệnh hôn mê.		
7	Có thể chọc dịch não tủy ở tư thế ngồi.		
8	Không nên kéo cong lưng người bệnh khi chọc dịch não tủy.		
9	Sau khi chọc dịch não tủy, người bệnh không được đi lại ngay.		
10	Chọc dịch não tủy để gây tê tủy sống.		
11	Sau khi chọc dịch não tủy, người bệnh có thể ngồi dậy khi đi tiểu.		
12	Vị trí chọc dịch não tủy là khoảng giữa gai TL IV-TLV.		

PHỤ GIÚP THẦY THUỐC CHỌC HÚT DỊCH MÀNG TIM

MỤC TIÊU

1. Trình bày được mục đích của chọc dịch màng tim.
2. Nêu được những vấn đề cần theo dõi, chăm sóc người bệnh trong và sau khi chọc dịch màng tim.
3. Trình bày được tai biến và cách xử trí của chọc dịch màng tim.
4. Thực hiện được quy trình kỹ thuật phụ giúp thầy thuốc chọc hút dịch màng ngoài tim.

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Nhắc lại giải phẫu tim: tim được cấu tạo bởi 3 lớp

- Lớp ngoại tâm mạc.
- Lớp cơ tim.
- Lớp nội tâm mạc.

*** Lớp ngoại tâm mạc gồm 2 bao:** (Bao sợi ở ngoài, bao thanh mạc ở trong).

Bao thanh mạc có hai lá: lá thành và lá tạng, nằm giữa hai lá là một khoang ảo (ổ tâm mạc). Trong một số trường hợp bệnh lý có thể có nhiều dịch ngoại tiết ở ổ tâm mạc (Lao, thấp khớp, nhiễm khuẩn).

*** Lớp cơ tim:** tạo nên bởi 4 vòng sợi quây quanh lỗ van. Ngoài ra có các sợi nối liền các phần nhĩ thất lại. Lớp cơ ở tâm thất dày hơn ở tâm nhĩ, thành tâm thất trái dày gấp ba lần thành tâm thất phải. Bên cạnh các loại sợi có các cơ co bóp, có loại sợi chưa được biệt hóa tạo nên hệ thần kinh tự chủ của tim (hệ thần kinh tự động).

*** Lớp nội tâm mạc.**

Phủ toàn bộ mặt trong của tim kể cả các dây chằng van tim và liên tiếp với lớp nội mạc của các mạch máu.

1.2. Đối chiếu của tim trên lồng ngực

- Góc trên trái ở khoang liên sườn II (KLS) cách bờ trái xương ức 1cm.

- Góc trên phải ở khoang liên sườn II (KLS) cách bờ phải xương ức 1cm.
- Góc dưới trái ở khoang liên sườn V (KLS), ở phía trong hoặc dưới núm vú 1cm, cách bờ trái xương ức 8cm, tương ứng với đỉnh tim.
- Góc dưới phải ở khoang liên sườn V sát bờ phải xương ức.

2. MỤC ĐÍCH CỦA CHỌC HÚT DỊCH MÀNG NGOÀI TIM

Chọc hút dịch màng ngoài tim là thủ thuật dùng kim đưa vào khoang màng tim để hút dịch nhằm mục đích:

- Chẩn đoán bệnh: dựa vào màu sắc, tính chất dịch và kết quả xét nghiệm dịch màng tim.
- Điều trị.
 - + Tháo dịch trong trường hợp tràn máu, tràn mủ màng ngoài tim hoặc để điều trị hội chứng chèn ép tim.
 - + Rửa màng ngoài tim bằng dung dịch thuốc để điều trị tại chỗ trong trường hợp bệnh lý.

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

3.1. Chuẩn bị người bệnh

- Giải thích động viên an ủi người bệnh.
- Tối hôm trước cho người bệnh uống thuốc ngủ.
- Dặn người bệnh trong khi chọc không được ho mạnh hoặc thở sâu.

3.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

3.3. Chuẩn bị dụng cụ

*** Dụng cụ sạch:**

- Khay chữ nhật sạch, trụ cắm 2 kìm Kocher.
- Cồn iod 1%, cồn 70°, 2 cốc đựng bông cầu, kéo, băng dính.
- Thuốc gây tê novocain 1%, thuốc giảm đau, an thần: atropin sulfat, Morphin....
- Thuốc kháng sinh, dd NaCl 0,9% hoặc nước cất tiệt và các loại thuốc khác theo chỉ định của thầy thuốc (để rửa màng ngoài tim).

- Giấy xét nghiệm, 3 ống nghiệm: 1 ống xét nghiệm hóa sinh, 1 ống xét nghiệm tế bào, 1 ống xét nghiệm vi khuẩn (ống xét nghiệm vi khuẩn phải vô khuẩn).
- Diêm, đèn cồn, huyết áp, ống nghe, hộp chống sốc.
- Máy Shock điện nếu có.
- Máy theo dõi Monitoring.
- Túi đựng đồ bẩn, hộp đựng vật sắc nhọn, khay quả đậu, xô chứa dịch.

*** Dụng cụ vô khuẩn.**

- Hộp hoặc gói vô khuẩn đựng: săng có lỗ, kim kẹp săng, gạc.
- Một kim chọc dò có thông nòng, chọn cỡ kim tùy thuộc vào người bệnh thường dùng kim dài 5 - 8 mm, đường kính 0,8 - 1mm.
- Một kim chọc tháo đường kính 2/10 mm.
- Bơm tiêm 20 ml có lắp Ambu để hút dịch, bơm kim tiêm 5 ml để gây tê.
- 2 đôi găng tay vô khuẩn.

3.4. Kỹ thuật tiến hành

- Điều dưỡng giải thích, động viên an ủi người bệnh.
- Tư thế người bệnh: để người bệnh nằm ngửa, đầu hơi cao theo tư thế nửa nằm, nửa ngồi, đầu giường được nâng cao một góc 45° , dưới lưng có kê đệm gối.
- Bộc lộ và xác định vị trí chọc: có hai vị trí:
 - + Đường Dieulafoy (đường lồng ngực trái). Điểm chọc kim ở **khoang liên sườn 5 cách bờ trái xương ức 4 - 5cm chọc kim thẳng góc 90° sát bờ trên xương sườn dưới.**
 - + Đường Marfan: ngay dưới mũi ức.
 - Chọc kim thẳng góc 90° vào thành bụng, ở phía dưới của mũi ức khoảng 0,5 cm.
 - Khi kim đã qua thành bụng hạ đốc kim xuống để cho thân kim tạo với thành bụng một góc 15° .
 - Đẩy kim lên phía trên sát phía sau xương ức khoảng 4 - 5 cm kim sẽ chọc qua cơ hoành và tới khoang màng tim.
- Sát khuẩn vùng chọc bằng cồn iốt trước, cồn 70° sau.
- Sát khuẩn tay thầy thuốc, mở hộp vô khuẩn.
- Đưa săng có lỗ, kim cặp săng, găng tay cho thầy thuốc.

- Đưa bơm kim tiêm. Chuẩn bị thuốc cho thầy thuốc gây tê.
- Theo dõi sắc mặt, mạch và động viên người bệnh khi thầy thuốc gây tê.
- Đặt bô để hứng dịch.
- Điều dưỡng mang găng, đưa kim chọc dò cho thầy thuốc.
- Khi thầy thuốc chọc kim vào đúng vị trí, đưa vỏ đựng kim chọc dò cho thầy thuốc bỏ thông nòng.
- Đưa bơm tiêm cho thầy thuốc hút dịch.
- Hứng dịch vào ống nghiệm:
 - + Ống làm xét nghiệm sinh hóa: lấy khoảng 2-3ml.
 - + Ống làm xét nghiệm vi khuẩn: lấy khoảng 1ml. Khi lấy dịch vào ống nghiệm phải đóng, mở nút ống nghiệm trên ngọn lửa đèn cồn.
 - + Ống làm xét nghiệm tế bào: lấy khoảng 2-3ml.
- Trường hợp chọc tháo thì đưa khay quả đậu cho thầy thuốc hút dịch ra.
- Trường hợp cần rửa màng ngoài tim: điều dưỡng phụ thầy thuốc rửa màng ngoài tim.
- Khi chọc xong phải đưa thông nòng kim cho thầy thuốc.
- Sát khuẩn vị trí chọc sau khi thầy thuốc rút kim, đặt gạc và băng vị trí chọc.
- Cho người bệnh nằm ở tư thế thoải mái dễ chịu.

3.5. Thu dọn dụng cụ

- Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, đúng quy định, tháo găng.
- Ghi nhãn bệnh phẩm và gửi ngay đến phòng xét nghiệm.
- Ghi hồ sơ.
 - + Ngày giờ làm thủ thuật.
 - + Số lượng dịch lấy ra, tính chất, màu sắc.
 - + Tình trạng người bệnh, các phản ứng của người bệnh trong khi chọc.
 - + Tên thầy thuốc và điều dưỡng làm thủ thuật.

4. THEO DÕI, CHĂM SÓC TRONG VÀ SAU KHI CHỌC

- Trong khi chọc.
 - + Theo dõi sắc mặt, dấu hiệu sinh tồn.
 - + Động viên người bệnh.

- Sau khi chọc.
- + Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái, dễ chịu.
- + Theo dõi huyết áp, nhịp thở, sắc mặt 30phút/1lần/1 giờ đầu. Sau đó 3giờ/1lần/24 giờ tiếp theo.

5. TAI BIẾN

- Ngất: do người bệnh quá sợ hãi hoặc đau hoặc phản ứng thuốc gây tê.
 - + Đề phòng: làm tư tưởng tốt trước khi chọc dò.
 - + Triệu chứng: mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp hạ.
 - + Xử trí: cho nằm tại chỗ, thở oxy, ủ ấm, thực hiện y lệnh.
- Chảy máu.
 - + Do chọc vào mạch máu hoặc chọc sâu vào cơ tim.
- Nhiễm khuẩn.
 - + Do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn. Xảy ra 2 - 3 ngày sau khi chọc.
 - + Triệu chứng: sốt, tăng bạch cầu.
 - + Xử trí: hạ sốt, thực hiện y lệnh.

Bảng kiểm 13: Kỹ thuật phụ giúp thầy thuốc chọc dịch màng tim

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh.		
1	Xem y lệnh, đối chiếu với người bệnh, kiểm tra người bệnh đã dùng thuốc an thần từ tối hôm trước chưa.		
2	Giải thích, động viên người bệnh yên tâm và dặn những điều cần thiết.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng.		
3	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
4	1 khay chữ nhật, trụ cầm 2 kim Kocher, kéo, băng dính.		
5	Cồn iốt, cồn 70 ⁰ , cốc đựng bông cầu, 2 đôi găng tay, 2 kim chọc dò, bơm tiêm.		
6	Ống nghiệm, giấy xét nghiệm, diêm và đèn cồn.		
7	Hộp chống sốc, huyết áp, ống nghe, thuốc gây tê, gối.		
8	Hộp hoặc gói vô khuẩn: săng có lỗ, 2 - 4 kim cặp săng, gạc, bông.		

9	Khay quả đậu, bô, túi đựng đồ bẩn, hộp đựng vật sắc nhọn.		
	* Kỹ thuật tiến hành.		
10	Giải thích cho người bệnh để phối hợp khi làm thủ thuật.		
11	Đặt người bệnh nằm tư thế Fowler, kê gối dưới lưng.		
12	Bộc lộ, xác định, sát khuẩn vùng chọc bằng cồn iốt, cồn 70°.		
13	Sát khuẩn tay thấy thuốc, mở hộp vô khuẩn.		
14	Đưa săng có lỗ, kim cặp săng và găng tay cho thấy thuốc.		
15	Đưa bơm kim tiêm, phụ giúp thấy thuốc gây tê.		
16	Đặt bô để chứa dịch, mang găng và đưa kim chọc dò.		
17	Đưa bơm kim tiêm cho thấy thuốc hút dịch, lấy dịch xét nghiệm.		
18	Phụ giúp thấy thuốc rút kim, sát khuẩn vị trí chọc và băng lại.		
	* Thu dọn dụng cụ.		
19	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

- Vị trí chọc màng tim theo đường Dieulafoy:
 - KLS V cách bờ trái xương ức 8cm.
 - KLS II cách bờ trái xương ức 1cm.
 - KLS V cách bờ trái xương ức 4cm - 5cm.
 - KLS V ngay sát dưới mũi ức.
- Trước ngày chọc màng tim phải cho người bệnh uống thuốc ngủ vào lúc:
 - Sáng.
 - Trưa.
 - Chiều.
 - Tối.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
3	Ngay sau khi chọc dịch màng tim cho người bệnh điều dưỡng phải theo dõi huyết áp, nhịp thở, sắc mặt 30 phút/lần/.		
4	Tư thế tốt nhất để chọc màng tim là cho người bệnh nằm ngửa.		
5	Chọc hút dịch màng tim để điều trị hội chứng chèn ép tim.		
6	Chọc hút dịch màng tim là đưa kim vào khoang màng tim để hút dịch.		
7	Khi chọc hút dịch màng tim người điều dưỡng nên hướng dẫn cho người bệnh ho.		
8	Trước khi chọc hút dịch màng tim người điều dưỡng cần cho người bệnh uống thuốc ngủ để tránh tai biến.		
9	Người điều dưỡng có thể tự làm khi bơm rửa màng ngoài tim.		
10	Ngoài việc phải biết đường chọc, người điều dưỡng cần phải biết các thì chọc dịch màng ngoài tim.		

SƠ CỨU CHẢY MÁU

MỤC TIÊU

1. Trình bày được dấu hiệu và phân loại chảy máu.
2. Nêu được cách chẩn đoán vết thương mạch máu.
3. Trình bày được các biện pháp sơ cứu nạn nhân chảy máu.

1. DẤU HIỆU MẤT MÁU NHIỀU

Sau chấn thương, nếu nạn nhân có tổn thương mạch máu hoặc dập nát tổ chức gây chảy máu tùy theo mức độ mất máu mà các dấu hiệu lâm sàng được biểu hiện ở các mức độ khác nhau. Trong trường hợp mất máu nhiều nạn nhân có các biểu hiện chính sau:

- Người bệnh hoảng hốt, ý thức lú lẫn, vật vã kích thích hoặc li bì.
- Da xanh, niêm mạc nhợt, vã mồ hôi sờ vào thấy lạnh.
- Mạch nhanh nhỏ, huyết áp hạ.
- Nhịp thở nhanh, nông.
- Có thể quan sát thấy có một khối lượng lớn máu chảy ra bên ngoài.

2. PHÂN LOẠI CHẢY MÁU

* Chảy máu ngoài.

- Là máu chảy ra từ các cơ quan, tổ chức bên ngoài cơ thể hoặc nhìn thấy máu chảy ra từ vết thương ở bên ngoài cơ thể.

* Chảy máu trong.

- Là máu chảy ra từ vết thương ở các cơ quan, bộ phận bên trong cơ thể. Chúng ta có thể nhìn thấy hoặc không nhìn thấy máu chảy ra từ vết thương.

3. CHẨN ĐOÁN VẾT THƯƠNG MẠCH MÁU

3.1. Vết thương động mạch

Vết thương động mạch là vết thương mà chúng ta có thể quan sát thấy

máu chảy ra từ động mạch khi nó bị tổn thương. Đặc điểm của vết thương động mạch:

- Máu chảy nhiều, phụt thành tia, mạnh lên khi mạch đập.
- Máu màu đỏ tươi (trừ máu động mạch phổi).

3.2. Vết thương tĩnh mạch

Vết thương tĩnh mạch là vết thương mà chúng ta có thể quan sát thấy máu chảy ra từ tĩnh mạch khi nó bị tổn thương. Đặc điểm của vết thương tĩnh mạch:

- Tốc độ chảy máu chậm hơn so với vết thương động mạch. Nếu những tĩnh mạch lớn bị tổn thương máu chảy nhiều trào ra đều ở bề mặt vết thương.
- Màu máu đỏ sẫm (trừ máu tĩnh mạch phổi).

3.3. Vết thương mao mạch

- Là vết thương nhỏ, nông do tổn thương cả mao động mạch và mao tĩnh mạch. Đặc điểm của vết thương mao mạch là máu chảy ra số lượng ít, tốc độ rỉ rỉ.

Tóm lại: khi có chấn thương gây nên vết thương hoặc dập nát tổ chức đều có thể gây chảy máu do tổn thương mạch máu. Xong vết thương động mạch và các thương tổn ở các cơ quan bên trong cơ thể sẽ gây mất máu nhiều, giảm khối lượng tuần hoàn nhanh. Do đó việc chẩn đoán đúng, sớm và xử trí nhanh chóng, chính xác các vết thương này để cấp cứu kịp thời nạn nhân, người bệnh là vấn đề hết sức quan trọng.

4. SƠ CỨU NẠN NHÂN CHẢY MÁU NGOÀI

Sau khi tai nạn xảy ra.

- Nhanh chóng chuyển (cách ly) nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm theo tư thế phù hợp và thuận lợi.
- Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương: tùy theo tình hình cụ thể của vết thương để sử dụng một trong các biện pháp xử trí sau để cầm máu.

4.1. Phương pháp băng ép

- Áp dụng cho các vết thương tĩnh mạch, mao mạch hoặc những vết thương động mạch nhỏ.
- Phương tiện gồm: hai cuộn băng hoặc hai mảnh vải sạch cuộn lại, kích thước to nhỏ tùy theo vết thương. Thường dùng băng cuộn hoặc mảnh vải to bản (rộng 6-8cm, dài 1-2m), 1 miếng vải, gạc sạch (vô khuẩn nếu có điều kiện).

- Tiến hành:
 - + Đặt một cuộn băng dè lên trên đường đi của mạch máu hoặc lót một miếng gạc rồi đặt trực tiếp lên vết thương.
 - + Dùng cuộn băng còn lại để băng ép chặt lại (băng chặt hơn bình thường).

4.2. Phương pháp băng nhồi

- Áp dụng cho các vết thương miệng rộng hoặc vết thương sâu nhưng trong vết thương không còn dị vật (mảnh kim loại hoặc mảnh thuỷ tinh...)
- Phương tiện:
 - + 1 mảnh vải hoặc mảnh gạc dài ngắn tùy theo vết thương.
 - + 1 cuộn băng.
- Tiến hành:
 - + Làm sạch sơ bộ vết thương (loại bỏ các dị vật nếu có).
 - + Nhét mảnh gạc, lấp đầy vào trong lòng vết thương.
 - + Lấy băng cuộn băng ép chặt lại.

4.3. Phương pháp gấp chi tối đa

- Áp dụng: với vết thương mạch máu ở chi như động mạch cánh tay, động mạch cẳng tay, động mạch đùi, động mạch cẳng chân nhưng chi đó không bị gãy.
- Phương tiện:
 - + 1 con chèn bằng gỗ.
 - + 1 cuộn băng.
- Tiến hành:
 - + Đặt con chèn vào nếp gấp khuỷu tay hoặc hõm nách hoặc khoeo chân hoặc nếp bẹn tùy theo vết thương sau đó gấp chi lại.
 - + Dùng cuộn băng băng chặt chi lại theo tư thế vừa gấp.
- Chú ý khi gấp chi:
 - + Gấp cẳng tay vào cánh tay.
 - + Gấp cánh tay vào thân mình.
 - + Gấp cẳng chân vào đùi.
 - + Gấp đùi vào thân.

4.4. Phương pháp garô cầm máu

Ga rô cầm máu là một biện pháp cầm máu được chỉ định trong các trường hợp sau:

- Vết thương động mạch.
- Trong phẫu thuật mổ hoặc cắt cụt chi.

Khi tiến hành ga rô cầm máu người cứu cần phải tuân thủ theo các bước và các nguyên tắc sau.

4.4.1. Nguyên tắc đặt garô

- Không đặt dây garô trực tiếp lên da nạn nhân.
- Đặt garô cách mép vết thương 2cm về phía trên (đối với vết thương nhỏ), 5cm đối với vết thương lớn.
- Không garô chặt quá hoặc lỏng quá (chỉ nên ga rô đủ để cầm máu là được).
- Sau 1 giờ phải nới garô một lần, thời gian một lần nới ga rô 1-2 phút.
- Tổng số thời gian đặt garô không quá 6 giờ (tổng số lần nới ga rô là 5 lần).
- Phải luôn luôn theo dõi chi đặt garô, không để cho phần chi lạnh (bên dưới vết thương) trong tình trạng thiếu nuôi dưỡng kéo dài.
- Sau khi đặt garô xong phải có phiếu garô cho nạn nhân, phiếu ga rô phải được ghi rõ ràng đầy đủ các nội dung theo quy định và cài ngay trước ngực nạn nhân.
- Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế gần nhất có khả năng điều trị.
- Nạn nhân đặt garô phải được ưu tiên số 1 trong khi vận chuyển và phải có người hộ tống.

4.4.2. Tiến hành

* Ấn động mạch để cầm máu tạm thời

- Trước khi tiến hành ga rô cho nạn nhân, trong quá trình chuẩn bị dụng cụ phải có người phụ làm nhiệm vụ ấn động mạch phía trên (đối với vết thương vùng đầu mặt cổ ấn phía dưới) vùng tổn thương để cầm máu tạm thời. Trong trường hợp không có người phụ có thể nhờ chính nạn nhân ấn động mạch hoặc áp dụng biện pháp băng ép để hạn chế chảy máu tạm thời.
- Những vị trí ấn động mạch:
 - + Nếu tổn thương động mạch cẳng tay, vị trí ấn động mạch ở nếp gấp khuỷu tay (rãnh nhị đầu trong).

- + Nếu tổn thương động mạch cánh tay ấn vào phía trước bờ trong cánh tay.
- + Nếu tổn thương động mạch cẳng chân điểm ấn động mạch là khoeo chân.
- + Trong trường hợp tổn thương động mạch đùi điểm ấn động mạch tạm thời là giữa bẹn.

*** Chuẩn bị dụng cụ đặt garô**

- Dụng cụ có chuẩn bị sẵn (dụng cụ đúng quy định).

Nếu trong trường hợp chủ động (chuẩn bị phẫu thuật) thì cần chuẩn bị dụng cụ để tiến hành ga rô cho người bệnh, nạn nhân đầy đủ theo quy định như sau:

- + Băng Esmarch là băng cao su to bản:
 - Chi trên dài 1m, rộng 4cm.
 - Chi dưới dài 1,5m, rộng 6cm.
- + Một mảnh gạc:
 - Chi trên dài 30cm, rộng 5cm.
 - Chi dưới dài 50cm, rộng 7cm.
- + Một băng tam giác hoặc băng cuộn để treo tay nạn nhân sau garô (nếu vết thương ở chi trên).
- + Gạc miếng, băng 4 dải.
- + Phiếu garô, bút đỏ, kim băng.
- + Hộp cấp cứu, găng tay.
- Dụng cụ tùy ứng: trong thực tế không phải lúc nào chúng ta cũng có đầy đủ dụng cụ như trên mà phải tùy theo điều kiện cụ thể nơi xảy ra tai nạn để chuẩn bị dụng cụ tiến hành ga rô cấp cứu cho nạn nhân, trường hợp này gọi là ga rô tùy ứng:
 - + Dùng săm xe đạp rọc đôi hoặc khăn mùi xoa, mảnh vải, băng cuộn để làm dây garô, con chèn.
 - + 1 que nhỏ dài khoảng 15 - 20cm như: đũa ăn cơm, bút chì, thước kẻ...
 - + 1 - 2 mảnh vải nhỏ.
 - + Hộp cấp cứu, phiếu ga rô, bút đỏ, kim băng (nếu có).

*** Kỹ thuật đặt garô.**

- Đặt ga rô: có chuẩn bị sẵn sàng ở cơ sở y tế
 - + Điều dưỡng mang găng tay, đặt nạn nhân ở tư thế thuận lợi.
 - + Quấn mảnh gạc hoặc mảnh vải vòng quanh nơi định đặt garô để lót.
 - + Đặt băng Esmarch lên trên vòng gạc rồi băng vòng.

- + Vòng thứ nhất băng vừa phải, vòng thứ 2 chặt hơn vòng thứ nhất, vòng thứ 3 chặt hơn vòng thứ 2, quan sát thấy không có máu chảy ra từ vết thương là được.
- + Đặt ngón tay cái vào vòng cao su trên động mạch dứt.
- + Quấn tiếp vòng thứ 4.
- + Nâng ngón tay cái lên dặt phần còn lại của cuộn băng vào vị trí đó để cố định ga rô.
- + Đặt gạc vào vết thương rồi băng lại.
- Đặt ga rô tùy ứng:
 - + Dùng băng cuộn hoặc khăn mùi xoa vòng quanh nơi định đặt garô để lót.
 - + Buộc hơi lỏng dây ga rô lên trên vòng gạc vị trí định đặt garô.
 - + Đặt một cuộn băng hoặc một vật tròn (con chèn) để lên đường đi của động mạch.
 - + Một tay luồn que vào vòng dây, một tay đỡ phần dưới của chi kéo căng da.
 - + Tay cầm que bắt đầu xoắn từ từ cho dây chặt lại
 - + Quan sát vết thương nếu thấy máu ngừng chảy ra là được.
 - + Dùng mảnh vải nhỏ buộc cố định que vào chi.
 - + Đặt gạc vào vết thương rồi băng lại.
- Đối với chi trên dùng băng tam giác hoặc băng cuộn treo tay lên cổ theo tư thế cơ năng.
- Viết phiếu garô: dùng mực đỏ, ghi phiếu ga rô đúng, đủ rõ ràng các nội dung trong phiếu theo quy định.
- Cài (cố định) phiếu ga rô đó vào trước ngực nạn nhân.
- Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân phải theo dõi sát tình trạng sức khỏe của nạn nhân: trạng thái tinh thần, mức độ chảy máu và mất máu.
- Nếu vận chuyển nạn nhân đi xa phải thực hiện đúng quy định nới garô.
- Nới garô:
 - + Khi đã đủ thời gian quy định phải tiến hành nới garô cho nạn nhân.
 - + Rút phần còn lại của cuộn băng cao su hoặc mở dây buộc que ra.
 - + Cầm căng cuộn băng ga rô để cho cuộn băng từ từ lỏng ra. Đối với ga rô tùy ứng thì tháo, xoay que tre từ từ để cho băng ga rô lỏng dần.

- Quan sát ngọn chi: khi thấy ngọn chi hồng trở lại để đúng thời gian quy định.
- + Garô trở lại như ban đầu.
- + Ghi phiếu garô cho nạn nhân.

5. THEO DÕI PHÁT HIỆN VÀ CHĂM SÓC NẠN NHÂN CHẢY MÁU TRONG

5.1. Những nguyên nhân gây chảy máu trong

Các nguyên nhân gây chảy máu trong hay gặp thường là hậu quả của chấn thương hoặc các bệnh lý thuộc cấp cứu nội, ngoại, sản khoa.

- Các nguyên nhân thuộc chấn thương.
 - + Chấn thương làm vỡ hoặc gãy xương: vỡ xương chậu, vỡ xương sọ, gãy xương đùi, gãy xương cánh tay...
 - + Chấn thương làm vỡ tạng: vỡ gan, lách, thận...
- Các bệnh hay gặp: chữa ngoài tử cung vỡ, xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày hành tá tràng...

5.2. Phát hiện nạn nhân chảy máu trong

Các trường hợp chảy máu trong có thể phát hiện được nhờ các dấu hiệu.

- Các dấu hiệu mất máu nặng như đã trình bày ở trên.
- Các dấu hiệu của nguyên nhân hoặc bệnh nguyên nhân gây chảy máu:
 - + Sau khi chấn thương xảy ra, thấy nạn nhân, người bệnh có các dấu hiệu mất máu nặng đồng thời quan sát thấy máu chảy ra ngoài qua các lỗ tự nhiên lỗ tai, lỗ mũi gặp trong vỡ nền sọ...
 - + Người bệnh nôn ra máu, ỉa ra máu trong xuất huyết ống tiêu hóa.
 - + Nạn nhân, người bệnh đi tiểu ra máu, gặp trong chấn thương vỡ thận, bàng quang hoặc niệu đạo.

5.3. Chăm sóc nạn nhân chảy máu trong

Sơ cứu nạn nhân chảy máu trong, cần làm ngay một số việc cần thiết sau, nhằm hạn chế chảy máu, hỗ trợ người bệnh hoặc nạn nhân trong việc phòng và chống sốc.

- Đặt nạn nhân nằm ngửa đầu thấp và nghiêng về một bên.
- Làm thông thoáng đường thở, nới rộng quần áo, dây lưng, cravat cho nạn nhân.
- Cho nạn nhân uống nước chè đường nóng, đắp ấm cho nạn nhân (nếu trời lạnh).

- Bất động gãy xương, áp dụng các biện pháp cầm máu nếu có thể
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: mạch, huyết áp, nhịp thở 30 phút lần
- Theo dõi trạng thái ý thức.
- Theo dõi số lượng máu chảy ra, số lượng, tính chất của các dịch xuất tiết, bài tiết ra khỏi cơ thể.
- Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị gần nhất để xử trí cấp cứu cho nạn nhân.

PHIẾU GARÔ CẤP CỨU SỐ 1

Họ tên nạn nhân.....Tuổi.....

Vị trí vết thương.....

Tên người đặt garô.....

Thời gian đặt garô lúc.....giờ... Ngàythángnăm.....

Nơi garô lần thứ nhất lúc.....giờ.....

Nơi garô lần thứ hai lúc.....giờ.....

Nơi garô lần thứ ba lúc.....giờ.....

Nơi garô lần thứ tư lúc.....giờ.....

Nơi garô lần thứ năm lúc.....giờ.....

Bảng kiểm 14: Kỹ thuật ga rô cầm máu (Dụng cụ có chuẩn bị)

TT	Nội dung	Có	Không
	* Tiếp nhận nạn nhân		
1	Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn và nằm tư thế thuận lợi.		
2	Nhận định tình trạng vết thương.		
3	Hướng dẫn người phụ ấn phía trên đường đi của động mạch.		
	* Chuẩn bị dụng cụ		
4	Khay chữ nhật: băng Esmarch, gạc, băng 4 dải, băng tam giác, phiếu ga rô, bút đỏ, hộp thuốc cấp cứu, găng tay, kim băng.		
	* Kỹ thuật tiến hành	*	
5	Điều dưỡng đi găng, đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi tùy vị trí vết thương và tình trạng nạn nhân.		
6	Quấn gạc lót vòng quanh nơi đặt ga rô trên vết thương 3-5 cm.		
7	Đặt băng Esmarch (cao su), băng vòng 1 vừa phải, vòng 2 chặt hơn vòng 1, vòng 3 chặt hơn vòng 2.		
8	Đặt ngón tay cái vào vòng băng phía trên đường đi của động mạch bị tổn thương, cuốn vòng thứ 4, nâng ngón tay lên dặt phần còn lại của cuộn băng vào vị trí đó.		
9	Quan sát vết thương thấy ngừng chảy máu, đặt gạc lên vết thương, dùng băng 4 dải băng lại.		
10	Đổi với chi trên dùng băng tam giác treo tay nạn nhân theo tư thế cơ năng.		
11	Viết phiếu ga rô cài trước ngực, chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		
	* Thu dọn dụng cụ		

Bảng kiểm 15: Kỹ thuật ga rô cầm máu (Dụng cụ tùy ứng)

TT	Nội dung	Có	Không
	* Tiếp nhận nạn nhân		
1	Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn, đặt nạn nhân nằm tư thế thuận lợi.		
2	Nhận định tình trạng vết thương.		
3	Hướng dẫn người phụ ấn tay phía trên đường đi của động mạch.		
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
4	Khay chữ nhật: 2 dải băng hoặc khăn mùi xoa, con chèn, que xoắn, vải treo tay, băng vết thương và vải lót ở vị trí đặt ga rô.		

5	Hộp thuốc cấp cứu, phiếu garô, bút, kim băng (nếu có).		
	* Kỹ thuật tiến hành		
6	Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi tùy vị trí vết thương và tình trạng nạn nhân.		
7	Quấn vải lót nơi đặt ga rô phía trên vết thương 3-5 cm.		
8	Dùng dải băng hoặc khăn mùi xoa buộc lỏng, đặt con chèn lên đường đi của động mạch.		
9	1 tay luôn que xoắn hoặc bút chì vào vòng dây, 1 tay đỡ chi và kéo căng da.		
10	Xoắn cho dây chặt dần, quan sát vết thương thấy ngừng chảy máu, cố định que xoắn.		
11	Băng vết thương (đối với chi trên treo tay nạn nhân theo tư thế cơ năng).		
12	Viết phiếu ga rô cài trước ngực, chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách điền thêm các từ thích hợp vào chỗ trống.

- Chảy máu ngoài là máu chảy ra từ các cơ quan tổ chức....A... cơ thể.
- Chảy máu trong là máu chảy ra từ các cơ quan, bộ phậnA..... cơ thể.
- Có 4 phương pháp sơ cứu chảy máu ngoài là:
 - Băng ép.
 - Băng nhồi.
 -
 -

Chọn ý đúng nhất trả lời cho các câu hỏi sau.

- Dấu hiệu quan trọng nhất để nhận biết vết thương động mạch là:
 - Máu chảy nhiều.
 - Phụt thành từng tia.
 - Máu tràn đều trên mặt vết thương.
 - Mạch nhanh, nhỏ.

5. Loại băng tốt nhất được dùng để ga rô cầm máu là băng:

- A. Vải thô.
- B. Cao su.
- C. Vải thưa.
- D. Cả 3 ý trên

6. Hành động quan trọng nhất cần phải làm đối với vết thương động mạch, trước khi ga rô cầm máu:

- A. Lấy hết dị vật.
- B. Rửa sạch vết thương.
- C. Ấn động mạch tạm thời.
- D. Băng ép.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai

TT	Nội dung	A	B
7	Dây ga rô cầm máu có thể đặt trực tiếp lên da nạn nhân		
8	Sau đặt ga rô cầm máu 2 giờ phải nới một lần		
9	Nạn nhân chảy máu, mất máu nhiều đặt nạn nhân nằm ngửa đầu thấp nghiêng về một bên.		
10	Tổng thời gian đặt ga rô cầm máu cho nạn nhân là 7 giờ		
11	Dây ga rô cầm máu thắt càng chặt càng tốt.		
12	Nạn nhân chảy máu trong mất máu nhiều cần phải được làm thông thoáng đường thở.		
13	Nới ga rô cầm máu phải nới lỏng từ từ, quan sát chi phía dưới thấy hồng trở lại thì thôi.		
14	Nạn nhân chảy máu trong mất máu nhiều cần phải duy trì theo dõi dấu hiệu sinh tồn 1h/lần.		
15	Nạn nhân chảy máu trong, mất máu nhiều cần phải đảm bảo đủ ấm.		

SƠ CỨU GẦY XƯƠNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nguyên nhân, phân loại và triệu chứng của nạn nhân gãy xương.*
2. *Trình bày được mục đích, nguyên tắc chung khi sơ cứu gãy xương.*
3. *Thực hiện được quy trình kỹ thuật sơ cứu nạn nhân gãy xương.*

1. NGUYÊN NHÂN GẦY GẦY XƯƠNG

1.1. Gãy xương trực tiếp

Là xương bị gãy do tác nhân trực tiếp vào xương như:

- Bánh xe ô tô, xe máy...đè trực tiếp lên chi hoặc các xương khác.
- Mảnh bom, mảnh đạn phá huỷ xương trực tiếp.
- Cây đổ, gậy đập, đòn gánh đánh trực tiếp vào xương.

1.2. Gãy xương gián tiếp

Là gãy xương ở xa nơi trực tiếp bị thương tổn như.

- Ngã từ trên cao xuống theo tư thế đứng nhưng lại gãy xương cột sống hay gãy xương đùi.
- Ngã chống tay nhưng lại gãy xương lồi cầu cánh tay...

2. PHÂN LOẠI GẦY XƯƠNG

2.1. Gãy xương kín

Là loại gãy xương mà tổ chức da xung quanh không bị tổn thương (đầu xương gãy không thông ra ngoài, ổ gãy không thông với bên ngoài).

2.2. Gãy xương hở

Là gãy xương mà đầu xương gãy làm rách da thông với bên ngoài.

3. TRIỆU CHỨNG CHUNG

3.1. Đau

- Đau ngay sau khi chấn thương xảy ra, điểm đau cố định tại nơi gãy.
- Đau tăng lên khi cử động.

3.2. Sưng nề bầm tím

Có thể xảy ra ngay sau chấn thương hoặc sau một vài giờ, thời gian càng lâu sự sưng nề càng rõ. Tùy theo nơi gãy, hoặc mức độ gãy mà mức độ sưng nề nhiều hay ít. Hiện tượng bầm tím ở một số vị trí nhất định rất có giá trị cho chẩn đoán.

3.3. Giảm hoặc mất vận động

- Gãy xương đùi hay xương cẳng chân, nạn nhân không nhấc gót lên khỏi mặt giường được.
- Gãy xương cánh tay, xương cẳng tay nạn nhân không đưa tay ra xa ngực hoặc không cầm nâng các vật được.
- Mất hoặc giảm một phần vận động: trường hợp hai đầu xương gãy còn cài vào nhau hoặc xương bị rạn nứt.

3.4. Biến dạng trục của chi

Khi xương bị gãy làm cho chi bị biến dạng, chúng ta có thể nhận thấy:

- Trục của chi gãy bị lệch, vẹo so với bình thường.
- Chi bên gãy ngắn hơn so với bên lành.
- Chi bên gãy có biểu hiện bị gấp góc.

3.5. Có tiếng lạo xạo xương gãy

Đây là dấu hiệu có được khi chúng ta cọ sát của hai đầu xương gãy với nhau, tuy nhiên hiện nay dấu hiệu này ít được làm vì nó làm cho người bệnh rất đau.

3.6. Cử động bất thường

Khi thăm khám, giữ tay vào đoạn trên chỗ nghi là gãy còn một tay lắc nhẹ đoạn dưới thì đoạn trên không thấy chuyển động theo.

4. MỤC ĐÍCH VÀ NGUYÊN TẮC CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG CHI

4.1. Mục đích

Cố định gãy xương tạm thời cho nạn nhân ngay tại nơi xảy ra tai nạn nhằm mục đích:

- Làm cho nạn nhân đỡ đau phòng ngừa sốc do chấn thương
- Giảm bớt nguy cơ làm tổn thương thêm mạch máu, thần kinh, cơ, da do gãy xương gãy nên.
- Trong trường hợp gãy hở: cố định gãy xương kết hợp xử trí vết thương phần mềm tốt còn có tác dụng giúp phòng ngừa nhiễm khuẩn vết thương.

4.2. Nguyên tắc

Khi sơ cứu nạn nhân gãy xương người điều dưỡng cần phải tiến hành cố định xương gãy. Để cho việc cố định gãy xương cho nạn nhân hiệu quả, cần phải tuân thủ theo một số nguyên tắc sau:

- Nẹp được sử dụng để cố định xương gãy phải đủ dài để bất động chắc khớp trên và khớp dưới chỗ gãy.
- Không nên cởi quần áo nạn nhân, khi cần phải bộc lộ vết thương thì cắt quần áo theo đường chỉ (Nếu phải cởi thì cởi bên lành trước).
- Không đặt nẹp trực tiếp sát vào da nạn nhân, các chỗ máu lòi của đầu xương phải lót bông rồi mới đặt nẹp.
- Gãy xương kín:
 - + Bất động xương gãy (chi) theo tư thế cơ năng (chi dưới dưới 180^0 , chi trên gấp khuỷu 90^0).
 - + Cố định nhẹ nhàng, cẩn thận, phải có người phụ kéo nắn chi liên tục cho tới khi cố định xong.
- Gãy hở, gãy nội khớp: phải bất động theo tư thế gãy không kéo nắn, kết hợp xử trí vết thương phần mềm.
- Sau khi cố định xong: đối với chi trên dùng băng tam giác treo lên cổ, chi dưới buộc 2 chi vào nhau.

5. DỤNG CỤ ĐỂ CỐ ĐỊNH GỠ XƯƠNG

5.1. Nẹp để cố định

* Nẹp Cramer

Nẹp làm bằng thép. Có 2 sợi dọc và nhiều đoạn thép ngang nối với nhau như bậc thang. Nẹp có thể uốn cong theo các vị trí cần thiết. Nẹp dùng để cố định gãy xương cánh tay, cẳng tay, cẳng chân.

* Nẹp cao su

Nẹp làm bằng cao su 2 lớp có van để bơm hơi. Kích thước: chi dưới dài 80 cm – 100 cm, chi trên dài 40 cm – 50 cm. Khi dùng luồn nẹp vào chi gãy rồi bơm hơi lên.

*** Nẹp gỗ**

Thường dùng thanh gỗ bào nhẵn. Kích thước của nẹp, chi trên: dài 40 – 50 cm, rộng 5 – 6 cm, dày 0,3 cm. Chi dưới: dài 80 – 130 cm, rộng 8 – 10 cm, dày 0,8 cm.

*** Nẹp tùy ứng**

Có thể dùng tre, bương, gỗ hoặc các vật liệu có sẵn.

*** Hộp thuốc cấp cứu, cang, phiếu chuyển thương (nếu có)**

5.2. Bông

Dùng bông để lót đầu nẹp hoặc chỗ lồi của đầu xương, tốt nhất là dùng bông mỡ (không thấm nước). Nếu không có thể dùng bông thấm nước, vải hoặc giấy mềm.

5.3. Băng

Dùng để buộc cố định nẹp, băng rộng bản dài ngắn tùy theo vị trí tổn thương. Băng phải đảm bảo chắc để khi cố định không bị đứt.

6. VỠ XƯƠNG SỌ

Vỡ xương sọ thường xảy ra ở 2 vị trí: vòm sọ và nền sọ.

- Vỡ vòm sọ thường do lực trực tiếp như (ngã từ trên cao xuống, bị đánh, bị đập hoặc chém...)
- Vỡ nền sọ thường do lực gián tiếp như: ngã...

6.1. Dấu hiệu

Sau chấn thương ta quan sát nạn nhân thấy các dấu hiệu:

- Một vùng của vòm sọ lõm xuống (do ngã hoặc bị gậy đập).
- Mất đi một mảng xương sọ (do chém).
- Máu và dịch não tủy chảy qua lỗ tai và lỗ mũi (vỡ nền sọ).
- Có thể có tụ máu hố mắt, sau đó tím lại (dấu hiệu gọng kính).
- Đồng tử hai bên không đều nhau.
- Rối loạn hoặc mất ý thức.

6.2. Xử trí

- Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm ở tư thế thuận lợi.

- Băng vết thương nếu có rách da gây chảy máu.
- Nếu não phòi ra ngoài hộp sọ ta dùng bát ăn cơm, gạo dừa sạch hoặc làm một vành khăn bằng vải hay bằng bông úp khoanh vào chỗ não phòi. Sao cho não không chạm vào các dụng cụ đó.
- Dùng băng cuộn cố định lại.
- Không dùng thuốc bôi hoặc dùng băng để ép trực tiếp lên não.
- Nếu có máu, dịch não tủy chảy ra qua lỗ tai thì đặt nạn nhân nằm nghiêng về bên đó.
- Đặt vào tai chảy máu một miếng gạc hoặc vải sạch.
- Dùng băng cuộn băng lại, không dùng bông nút lỗ tai.
- * Xử trí: nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân phải chú ý theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Phòng và chống sốc nếu xảy ra.

7. GẤY XƯƠNG HÀM DƯỚI

Xương hàm dưới là xương vùng mặt, xương có phần ngang và hai ngành lên, xương di động khi phát âm và khi ăn. Khi xương bị gãy ảnh hưởng rất lớn tới sinh hoạt của nạn nhân.

7.1. Nguyên nhân

- Do nạn nhân ngã sấp đập hàm vào vật rắn.
- Do bị đâm hoặc bị đánh trực tiếp vào hàm.

7.2. Dấu hiệu

Sau khi chấn thương xảy ra ta thấy nạn nhân.

- Dùng hai tay đỡ lấy hàm.
- Đau ở vị trí gãy, nạn nhân ăn và nói rất khó khăn.
- Sưng nề làm mặt nạn nhân thay đổi.

7.3. Xử trí

- Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi ở tư thế thích hợp.
- Dùng băng cuộn hoặc băng tam giác đặt dưới hàm nạn nhân.
- Kéo vạt băng vạt ngắn vạt dài.

- Vạt băng dài kéo qua đầu vòng sang thái dương đối diện, bắt chéo 2 vạt băng tại đó.
- Quấn 2 đầu băng ngược chiều nhau quanh trán và sau gáy.
- Buộc nút ở thái dương đối diện hay ở trán.
- Xử trí xong nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế.

8. GÂY CỘT SỐNG

Gây cột sống luôn luôn được xếp là một chấn thương nặng, nghiêm trọng và chiếm tỷ lệ 3 - 4% tổng số các loại gãy xương, gãy cột sống rất phức tạp về triệu chứng cũng như điều trị. Có những phần chung cho cả cột sống dù là gãy ở đoạn nào. Nhưng lại có phần riêng cho từng loại gãy, từng đoạn gãy, có liệt tủy hay không liệt tủy.

8.1. Nguyên nhân

Thường do chấn thương gây ra như: ngã từ trên cao xuống, tai nạn ô tô, bị vùi lấp do sập hầm, sập nhà.

8.2. Dấu hiệu

Sau khi chấn thương xảy ra nạn nhân có biểu hiện:

- Đau nhói ở vị trí của điểm gãy.
- Giảm cơ năng (hạn chế các động tác cúi, ưỡn, ngửa, nghiêng cột sống sang hai bên. Đó là trường hợp gãy cột sống không liệt tủy).
- Nạn nhân liệt cả 4 chi, đó là bị gãy cột sống có liệt tủy từ đốt sống cổ 5 trở lên.
- Nạn nhân liệt 2 chi dưới, đó là gãy cột sống có liệt tủy các đốt sống lưng hoặc lưng - thắt lưng.
- Nạn nhân có thể mất phản xạ tự động, phản xạ gân và mất cảm giác.
- Biến dạng cột sống:
 - + Sờ thấy giữa 2 móm gai toác rộng.
 - + Nhìn thấy móm gai hơi gồ hoặc gồ hẳn ra sau.

8.3. Xử trí nạn nhân gãy đốt sống cổ

- Nhanh chóng và nhẹ nhàng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên ván cứng.
- Đỡ đầu nạn nhân không để đầu nghiêng sang hai bên hoặc gập cổ.
- Dùng 8 cuộn băng to bản để cố định nạn nhân vào ván cứng: 1 dải ở trán,

1 dải qua hàm, 1 dải qua ngực, 1 dải qua hông, 1 dải qua đùi, 1 dải qua khớp gối, 1 dải qua cẳng chân, 1 dải qua phía dưới hai cẳng chân.

- Dùng gối mềm chèn hai bên cổ cho nạn nhân.
- Xử trí xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

*** Xử trí gãy cột sống lưng.**

- Nhanh chóng chuyển nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên ván cứng.
- Kiểm tra xem nạn nhân có những tổn thương khác phối hợp không như gãy các xương khác hoặc vỡ các phủ tạng...
- Một người giữ đầu nạn nhân không để đầu nghiêng sang hai bên.
- Một người đỡ hai chân sao cho bàn chân đứng và vuông góc với cẳng chân.
- Dùng 5 cuộn băng to bản để băng cố định nạn nhân vào ván hay cố định hai chi vào nhau ở các vị trí (hông, đùi, đầu gối, cẳng chân, hai bàn chân).
- Dùng gối, màn hoặc chăn che kín hai bên người nạn nhân.
- Xử trí xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- Đề phòng và chống sốc cho nạn nhân.

8.4. Vận chuyển người bệnh

Trong khi di chuyển nạn nhân nếu di chuyển mạnh, bất động không tốt sẽ gây thêm di lệch xương có thể gây thêm tổn thương ở phần mềm, mạch máu và thần kinh. Đặc biệt đối với gãy cột sống cổ nhất là ở đoạn cao nếu chuyển chở không tốt có thể gây tử vong do kích thích hành não, khi di chuyển phải thường xuyên theo dõi nạn nhân.

9. GỠ XƯƠNG ỨC VÀ XƯƠNG SƯỜN

Gãy xương ức - xương sườn thường là do lực trực tiếp (nạn nhân ngã từ trên cao đập ngực xuống, tai nạn xe cộ, nạn nhân là người cầm lái bị tay lái đập mạnh vào ngực...) Khi gãy rời xương ức hoặc gãy nhiều xương sườn sẽ ảnh hưởng rất lớn tới chức năng hô hấp của nạn nhân.

9.1. Dấu hiệu

Sau khi tai nạn xảy ra ta thấy nạn nhân:

- Đau ở điểm gãy, đau tăng lên khi thở hoặc khi cử động.

- Nếu gãy nhiều xương sườn (từ 3 xương sườn trở lên) và gãy hai nơi trên một xương sườn sẽ tạo nên mảng sườn di động sẽ gây đảo ngược nhịp thở.
- Tức ngực, khó thở: đây là dấu hiệu quan trọng nhất.

9.2. Xử trí

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm ở tư thế thuận lợi.
- Cởi ngay các cúc áo bộc lộ vùng ngực.
- Quan sát và đánh giá mức độ tổn thương.
- Nếu có chảy máu ta băng cầm máu.
- Dùng băng dính to bản băng từ cột sống qua nơi xương gãy đến xương ức (nếu gãy nhiều xương sườn).
- Viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân phải theo dõi sát các dấu hiệu hô hấp.

10. VỠ XƯƠNG CHẬU

Vỡ xương chậu thường là do chấn thương trực tiếp: xe cán, ngã từ trên cao xuống... có thể vỡ một hoặc hai xương. Là một chấn thương nặng và phức tạp do tổn thương thêm các tạng nằm trong chậu hông.

10.1. Dấu hiệu

Sau khi tai nạn xảy ra nạn nhân có biểu hiện:

- Đau vùng khớp háng và bẹn. Đau tăng lên khi vận động.
- Nạn nhân mất khả năng đi lại.
- Nạn nhân có thể đi đái ra máu hoặc bí đái nếu có tổn thương niệu đạo, bàng quang.
- Tổn thương nặng nạn nhân có thể sốc.

10.2. Xử trí

- Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm ở tư thế thuận lợi.
- Cởi quần, bộc lộ vùng tổn thương.
- Gấp áo hoặc chăn mỏng kê dưới khoeo.

- Dùng băng to bản hay mảnh vải buộc giữ khung chậu lại
- Cố định hai đùi, hai cẳng chân vào nhau.
- Viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân phải chú ý theo dõi phòng chống sốc cho nạn nhân.

11. GẤY XƯƠNG ĐÒN

Gãy xương đòn thường xảy ra khi nạn nhân ngã sấp đập xương vào vật rắn như hòn đá, cạnh bàn hoặc có thể do đâm mạnh hoặc đánh trực tiếp vào làm xương gãy.

11.1. Dấu hiệu

Sau khi tai nạn xảy ra ta thấy nạn nhân.

- Đau và phản ứng mạnh tại điểm gãy. Đau tăng khi người bệnh vận động.
- Nạn nhân dùng tay bên lành để đỡ khuỷu tay bên phía xương tổn thương và đầu nghiêng về phía xương bị tổn thương.
- Nhìn phía xương bị tổn thương thấy sưng nề hoặc biến dạng.

11.2. Xử trí

- Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi theo tư thế thuận lợi.

* Phương pháp dùng băng treo.

- Đặt một cuộn vải hoặc cuộn giấy mềm vào hõm nách bên tổn thương.
- Bàn tay bên tổn thương đưa qua ngực bám vào móm cùng vai bên lành.
- Dùng một mảnh vải hoặc băng tam giác luồn vòng qua khuỷu tay bên tổn thương, treo tay lên cổ.
- Cố định tay đó vào ngực bằng một băng to bản.

* Phương pháp xử trí bằng cách băng số 8.

Phương pháp này cần có hai người tiến hành.

- Người thứ nhất:
 - + Nắm 2 cánh tay nạn nhân sát nách, nhẹ nhàng kéo ra phía sau.
 - + Kéo với lực không đổi trong suốt thời gian cố định.
- Người thứ 2:

- + Dùng băng to bản, tốt nhất là băng chun.
- + Băng kiểu băng số 8 để kéo vai ra phía sau.

*** Xử trí bằng dùng nẹp chữ T.**

- Nạn nhân uốn ngực về phía trước, hai vai kéo về phía sau.
- Chèn bông vào hai hõm nách và bả vai.
- Đặt nẹp chữ T sau vai. Nhánh dọc đặt dọc cột sống nhánh ngang đặt vào vai.
- Quấn băng vòng tròn từ nách qua vai buộc nút ở bả vai (buộc 2 vai).
- Quấn băng vòng qua thắt lưng buộc ở vị trí thích hợp.
- Xử trí xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

12. GẤY XƯƠNG CÁNH TAY

Gãy xương cánh tay thường xảy ra khi nạn nhân ngã chống tay hoặc do gậy đập vào... Có thể gãy kín song cũng có trường hợp gãy hở.

12.1. Dấu hiệu

Sau tai nạn xảy ra ta thấy chi nạn nhân:

- Đau tại điểm gãy - đau tăng khi vận động.
- Mất khả năng gấp, duỗi hoặc giạng, khép.
- Nếu gãy xương hở ta thấy đầu xương gãy lòi ra ngoài chỗ da rách.
- Máu chảy ra theo vết thương.
- Nạn nhân tay lạnh đỡ tay đau.

12.2. Xử trí

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi theo tư thế thuận lợi.
- Bộc lộ chi bị tổn thương.
- Quan sát và đánh giá tình trạng của chi bị tổn thương.

*** Nếu gãy hở.**

- + **Băng ép mép** vết thương vào đầu xương để cầm máu.
- + **Đặt một miếng** gạc hoặc một miếng vải sạch lên đầu xương chồi ra.
- + **Đặt một vành khăn** hình bán nguyệt bằng vải hoặc băng bông lên trên vết thương.

- + Dùng băng, băng cố định vành khăn hình bán nguyệt lại, băng nhẹ nhàng sao cho vành khăn không ép chặt vào đầu xương
- + Dùng nẹp cố định chi theo tư thế gãy (không kéo nắn).
- + Xử trí xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- + Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân chú ý theo dõi và phòng chống sốc.

*** Gãy xương kín.**

- Khi không có nẹp:
 - + Gấp cẳng tay vuông góc với cánh tay.
 - + Đặt cẳng tay bị tổn thương lên ngực.
 - + Đặt một mảnh vải hoặc băng tam giác giữa tay bị tổn thương và ngực.
 - + Treo tay nạn nhân vào cổ, nếu không có dây treo ta có thể luồn bàn tay nạn nhân qua khe giữa hai cúc áo ngực.
 - + Buộc tay vào ngực bằng một khăn hoặc băng to bản.
- Dùng nẹp để bất động:
 - + Nạn nhân ngồi: có người phụ đứng ở phía trước một tay đỡ cánh tay sát hõm nách, một tay đỡ khuỷu tay.
 - + Nạn nhân nằm: cánh tay dẹt ra và đưa về phía trước.
 - + Cẳng tay gấp vuông góc với cánh tay.
 - + Kéo nhẹ nhàng, liên tục theo trục của cánh tay.
 - + Người làm chính: đặt 2 nẹp gỗ hoặc nẹp tre, một nẹp trên từ xương bả vai đến quá khuỷu tay, 1 nẹp dưới từ hõm nách đến quá khuỷu tay.
 - + Lót bông vào hai đầu của nẹp sát với đầu xương.
 - + Dùng hai dải băng to bản buộc cố định: 1 dải trên ổ gầy, 1 dải dưới ổ gầy.
 - + Dùng băng cuộn hoặc băng tam giác treo cẳng tay lên cổ sao cho đúng góc độ và người bệnh thoải mái.
 - + Dùng cuộn băng to bản cố định cánh tay vào thân.
 - + Viết phiếu chuyển thương và chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

13. GÃY XƯƠNG CẰNG TAY

Gãy xương cẳng tay là chấn thương gặp ở mọi lứa tuổi, thường do ngã chống tay hoặc có vật khác đập vào. Xương cẳng tay có thể gãy kín, song cũng có trường hợp gãy hở. Có thể gãy một xương hoặc cả hai xương.

13.1. Dấu hiệu

Sau khi tai nạn xảy ra ta thấy:

- Đau tại điểm gãy - đau tăng khi vận động.
- Mất khả năng gấp, duỗi hoặc sấp ngửa cẳng tay.
- Nếu gãy xương hở ta thấy đầu xương gãy làm rách da lòi ra ngoài.
- Máu chảy ra theo vết thương.
- Nạn nhân tay lạnh đỡ tay đau.

13.2. Xử trí

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt người bệnh nằm hoặc ngồi theo mức độ tổn thương và sức chịu đựng.
- Bộc lộ chi bị tổn thương, quan sát và đánh giá tình trạng chi.

* Nếu gãy hở:

- + Băng ép mép vết thương vào đầu xương để cầm máu.
- + Đặt một miếng gạc hoặc một miếng vải sạch lên đầu xương chồi ra.
- + Đặt một vành khăn hình bán nguyệt bằng vải hoặc bằng bông lên trên vết thương.
- + Dùng băng, băng cố định vành khăn hình bán nguyệt lại, băng nhẹ nhàng sao cho vành khăn không ép chặt vào đầu xương.
- + Dùng nẹp cố định chi theo tư thế gãy (không kéo nắn).
- + Xử trí xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- + Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân chú ý theo dõi và phòng chống sốc.

* Nếu gãy xương kín:

- Trường hợp không có nẹp mà nạn nhân ngồi được: ta có thể dùng băng tam giác to treo cẳng tay trước ngực.
- Nếu nạn nhân nằm: đặt tay nạn nhân duỗi thẳng dọc theo thân. Buộc chi bị tổn thương vào cơ thể bằng băng to bản hoặc ba mảnh vải rộng ở 3 vị trí.
 - + Cổ tay cố định vào đùi.
 - + Cẳng tay cố định vào bụng.
 - + Cánh tay cố định vào ngực.

*** Trường hợp bất động bằng nẹp:**

- Nạn nhân gấp cẳng tay vuông góc với cánh tay.
- Người phụ đứng ở phía trước một tay đỡ khuỷu tay, một tay nắm lấy bàn tay nạn nhân kéo nhẹ theo trục của chi.
- Người làm chính đặt nẹp: một nẹp từ khớp khuỷu đến hết lòng bàn tay, một nẹp từ mỏm khuỷu đến đầu ngón tay.
- Độn bông vào các đầu nẹp.
- Dùng băng cuộn để cố định hai nẹp lại đảm bảo đủ chắc.
- Dùng băng tam giác hoặc băng treo tay nạn nhân lên cổ.
- Viết phiếu chuyển thương và đưa nạn nhân đến bệnh viện.

14. GẦY XƯƠNG ĐÙI

- Xương đùi là xương dài nhất cơ thể. Nằm trong khu có nhiều cơ, mạch máu, thần kinh lớn. Mọi tai nạn do gãy xương đùi đều phải được coi là tai nạn nặng nề, nghiêm trọng. Nếu không xử trí kịp thời và đúng kỹ thuật nạn nhân sẽ bị chết do sốc.
- Gãy xương đùi gặp ở mọi lứa tuổi, song người già và trẻ em tỷ lệ cao hơn.
- Gãy xương đùi thường xảy ra do ngã, do tai nạn giao thông và bom đạn trong chiến tranh..., vì vậy có thể gãy kín hoặc gãy hở.

14.1. Dấu hiệu

Sau khi tai nạn xảy ra ta thấy:

- Nạn nhân có thể có các dấu hiệu của sốc do bị đau và chảy máu nhiều.
- Nhận thấy có sự biến dạng của chi: bàn chân và cẳng chân xoay ra ngoài, đùi sưng to.

14.2. Xử trí

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Chống sốc cho nạn nhân.
- Bộc lộ vùng bị thương.
- Quan sát đánh giá, xác định vị trí tổn thương.
- Băng cầm máu cho nạn nhân nếu là gãy xương hở gây chảy máu nhiều.

*** Trường hợp không có nẹp:**

- Dùng 5 cuộn băng to bản hoặc 5 dải vải to.
- Cố định hai chân vào nhau, các vị trí cố định như sau: một dải trên chỗ

gãy, một dải dưới chỗ gãy, một dải buộc hai đầu gối, một dải buộc hai cẳng chân, hai bàn chân bằng số 8.

*** Cố định gãy xương đùi bằng nẹp tre hoặc nẹp gỗ.**

Phương pháp 2 nẹp:

Cần có 3 người, 1 người làm chính 2 người phụ (cả 3 người đều ngồi theo tư thế chân quỳ, chân chống).

- Người phụ thứ nhất ngồi phía dưới chân tổn thương của nạn nhân:
 - + Một tay đỡ gót chân nạn nhân và kéo theo trục của chi.
 - + Một tay nắm bàn chân nạn nhân hơi đẩy ngược về phía đùi sao cho bàn chân vuông góc với cẳng chân.
 - + Mắt luôn quan sát sắc mặt nạn nhân.
- Người phụ thứ hai ngồi phía bên chi lành luôn tay nâng chi hoặc người nạn nhân và giữ nẹp.
- Người thứ ba (người làm chính) đặt 2 nẹp:
 - + Nẹp ngoài từ hõm nách đến quá gót.
 - + Nẹp trong từ bẹn đến quá gót.
 - + Đệm bông, vải mềm hoặc giấy mềm vào đầu nẹp và máu lồi của xương cả phía trong và phía ngoài.
 - + Luôn các dải băng để cố định:
 - Một dải trên chỗ gãy.
 - Một dải dưới chỗ gãy.
 - Một dải dưới khớp gối.
 - Một dải ở 1/3 dưới cẳng chân
 - Một dải ngang 2 mào chậu.
 - Một dải ngang ngực.
 - Băng số 8 để giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.
 - + 3 dải còn lại dùng để cố định hai chi vào nhau:
 - Một dải sát 2 cổ chân.
 - Một dải chính giữa hai gối.
 - Một dải sát hai bên bẹn.
- Sau khi cố định xong kiểm tra tuần hoàn của chi, viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân chú ý theo dõi và đề phòng sốc.

Phương pháp ba nẹp:

- Hai người phụ quý sát bên cạnh nạn nhân giúp nạn nhân nằm hơi nghiêng sang bên lành.
- Người làm chính:
 - + Đặt nẹp thứ nhất từ sau xương bả vai đến quá gót chân (Sau khi đặt nẹp xong hai người phụ giúp người bệnh nằm lại tư thế ban đầu).
 - + Đặt nẹp thứ hai từ hõm nách đến quá gót chân.
 - + Đặt nẹp thứ ba từ bẹn đến quá gót chân.
- Nhiệm vụ của hai người phụ giống như trong phương pháp hai nẹp.
- Độn bông hoặc giấy mềm, vải mềm vào đầu nẹp và máu lõi của xương.
- Buộc các dải băng cố định:
 - + Một dải trên ổ gầy.
 - + Một dải dưới ổ gầy.
 - + Một dải dưới khớp gối.
 - + Một dải 1/3 dưới cẳng chân.
 - + Một dải ngang hai mào chày.
 - + Một dải ngang ngực.
 - + Băng số 8 để giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.
- Sau khi cố định xong kiểm tra tuần hoàn của chi và tình trạng người bệnh, viết phiếu chuyển thương, nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- Trong quá trình xử trí và vận chuyển phải theo dõi và đề phòng sốc

15. GẦY XƯƠNG CẰNG CHÂN

- Cẳng chân có hai xương: xương chày và xương mác. Có thể gãy một trong hai xương hoặc gãy cả hai xương. Có thể gãy kín hoặc gãy hở. Song nếu gãy một xương thì gãy xương chày diễn biến và xử trí phức tạp hơn gãy xương mác.
- Gãy xương cẳng chân thường do ngã, do tai nạn hoặc vật nặng đè vào.

15.1. Dấu hiệu

Sau tai nạn xảy ra ta thấy nạn nhân:

- Chi gãy ngắn hơn so với chi lành.
- Bàn chân xoay ra ngoài.

- Nhìn nghiêng thấy hai đoạn xương gấp góc mở ra sau.
- Ấn vào chỗ gãy đau nhói.
- Cẳng chân sưng nề dần.
- Nếu gãy hở thì đầu xương gãy đâm ra ngoài da và có chảy máu.

15.2. Xử trí

* Trường hợp gãy xương hở:

- + Băng ép mép vết thương vào đầu xương để cầm máu.
- + Đặt một miếng gạc hoặc một miếng vải sạch lên đầu xương chồi ra.
- + Đặt một vành khăn hình bán nguyệt bằng vải hoặc bằng bông lên trên vết thương.
- + Dùng băng, băng cố định vành khăn hình bán nguyệt lại, băng nhẹ nhàng sao cho vành khăn không ép chặt vào đầu xương.
- + Dùng nẹp cố định chi theo tư thế gãy (không kéo nắn).
- + Xử trí xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- + Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân chú ý theo dõi và phòng chống sốc.

* Trường hợp gãy kín:

- Không có nẹp cố định:
 - + Chuẩn bị 4 dải băng to bản, 4 mảnh vải.
 - + Cố định hai chi vào nhau, vị trí:
 - Một dải trên ổ gãy.
 - Một dải dưới ổ gãy.
 - Một dải cố định đùi.
 - Một dải cố định hai bàn chân theo kiểu băng số 8.
- Cố định cẳng chân bằng nẹp tre hoặc nẹp gỗ. Cần có 3 người (cả 3 người đều ngồi tư thế chân quỳ, chân chống).
 - + Người thứ nhất: ngồi phía bàn chân nạn nhân: một tay đỡ gót chân và kéo theo trục của chi, một tay nắm bàn chân nạn nhân hơi đẩy về phía đùi sao cho bàn chân vuông góc với cẳng chân, mắt luôn luôn quan sát sắc mặt của nạn nhân.
 - + Người thứ 2: ngồi bên nạn nhân (phía bên lành), luồn hai tay nâng chi nạn nhân khi luồn dây cố định.

- + Người làm chính: đặt 2 nẹp (nẹp trong từ giữa đùi đến quá gót, nẹp ngoài từ giữa đùi đến quá gót, độn bông, vải mềm hoặc giấy mềm vào đầu nẹp và các đầu xương cả hai phía trong và ngoài của chi. Buộc các dải băng cố định:
 - Một dải trên ổ gầy.
 - Một dải dưới ổ gầy.
 - Một dải trên khớp gối khoảng 3 – 5cm.
 - Băng số 8 sát cổ chân để giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.
 - Hai dải còn lại để cố định hai chi vào nhau: một dải sát cổ chân, một dải chính giữa gối.
- Sau khi cố định xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế.
- Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân chú ý theo dõi và đề phòng chống sốc.

Bảng kiểm 16: Kỹ thuật cố định gãy kín xương cánh tay

TT	Nội dung	Có	Không
	* Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân		
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân và xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân hoặc người nhà yên tâm về thủ thuật sắp làm.		
	* Chuẩn bị dụng cụ		
3	Hai nẹp bằng gỗ: - Nẹp trên dài từ quá vai đến quá khuỷu tay. - Nẹp dưới dài từ hố nách đến quá nếp gấp khuỷu tay.		
4	Hai dải băng to bản, một cuộn băng, một băng tam giác.		
5	Hộp thuốc chống sốc, bông không thấm nước, phiếu chuyển thương.		
	* Kỹ thuật tiến hành		
6	Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi tùy theo tình trạng nạn nhân, tay lành đỡ lấy tay đau, cẳng tay vuông góc với cánh tay.		
7	Hướng dẫn người phụ: đứng đối diện với nạn nhân, một tay đặt ở khuỷu, một tay đặt ở hố nách, vừa kéo vừa quan sát nạn nhân.		
8	Đặt nẹp ngoài từ quá vai đến quá khuỷu tay.		
9	Đặt nẹp trong từ hố nách đến quá khuỷu tay.		

10	Đệm bông không thấm nước ở khuỷu, vai, hõm nách.		
11	Đặt dải băng trên ổ gầy, dưới ổ gầy và cố định.		
12	Treo cẳng tay trước ngực bằng băng tam giác.		
13	Cố định tay với thân mình bằng cuộn băng.		
14	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi, viết phiếu chuyển thương.		
13	Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

Bảng kiểm 17: Kỹ thuật cố định gãy kín xương cẳng tay

TT	Nội dung	Có	Không
	* Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân		
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân và xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân hoặc người nhà yên tâm về thủ thuật sắp làm.		
	* Chuẩn bị dụng cụ		
3	Hai nẹp bằng gỗ: - Nẹp ngoài dài từ quá khuỷu tay đến đầu ngón tay. - Nẹp trong dài từ nếp gấp khuỷu tay đến lòng bàn tay.		
4	3 dải băng to bản, một cuộn băng, một băng tam giác.		
5	Hộp thuốc chống sốc, bông không thấm nước, phiếu chuyển thương.		
	* Kỹ thuật tiến hành		
6	Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi tùy theo tình trạng nạn nhân, tay lành đỡ lấy tay đau, cẳng tay vuông góc với cánh tay.		
7	Hướng dẫn người phụ: đứng đối diện với nạn nhân, 1 tay đỡ khuỷu, 1 tay đỡ cổ tay, vừa kéo vừa quan sát nạn nhân.		
8	Đặt nẹp ngoài từ quá khuỷu đến đầu ngón tay.		
9	Đặt nẹp trong từ nếp gấp khuỷu đến lòng bàn tay.		
10	Đệm bông khuỷu tay, cổ tay.		
11	Đặt dải băng trên ổ gầy, dưới ổ gầy và ở bàn tay, cố định.		
12	Treo cẳng tay trước ngực bằng băng tam giác.		
13	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi, viết phiếu chuyển thương.		
14	Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

**Bảng kiểm 18: Kỹ thuật cố định gãy kín xương đùi
(Phương pháp hai nẹp)**

TT	Nội dung	Có	Không
	* Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân		
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân và xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân hoặc người nhà yên tâm về thủ thuật sắp làm.		
	* Chuẩn bị dụng cụ		
3	Hai nẹp bằng gỗ: - Nẹp ngoài dài từ hõm nách đến quá gót chân. - Nẹp trong dài từ bẹn đến quá gót chân.		
4	Chín dải băng to bản, một cuộn băng, bông không thấm nước.		
5	Hộp dụng cụ và thuốc cấp cứu, cang, phiếu chuyển thương.		
	* Kỹ thuật tiến hành		
6	Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng, chân hơi gập.		
7	Hướng dẫn người phụ 1: ngồi dưới chân nạn nhân, 1 chân quỳ, 1 chân chống, 1 tay đỡ gót, 1 tay đẩy bàn chân vuông góc với cẳng chân.		
8	Hướng dẫn người phụ 2: ngồi bên chi lành, nâng đỡ nạn nhân và giữ nẹp.		
9	Đặt nẹp ngoài từ hõm nách đến quá gót chân.		
10	Đặt nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân.		
11	Đem bông không thấm nước: hõm nách, bẹn, đầu gối, mắt cá chân.		
12	Đặt dải băng trên- dưới ổ gãy, dưới khớp gối, cổ chân, ngang 2 mào chậu và ngang ngực rồi cố định.		
13	Dùng cuộn băng băng bàn chân vuông góc với cẳng chân.		
14	Đặt dải băng ở 1/3 trên đùi, ngang 2 khớp gối, 1/3 dưới cẳng chân và cố định.		
15	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi, viết phiếu chuyển thương.		
16	Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị		

Bảng kiểm 19: Kỹ thuật cố định gãy kín xương cẳng chân

TT	Nội dung	Có	Không
	* Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân		
1	Nhận định toàn trạng nạn nhân và xác định vị trí xương gãy.		
2	Giải thích, động viên nạn nhân hoặc người nhà yên tâm về thủ thuật sắp làm.		
	* Chuẩn bị dụng cụ		
3	Hai nẹp bằng gỗ dài từ giữa đùi đến quá gót chân.		
4	Năm dải băng to bản, một cuộn băng, bông không thấm nước.		
5	Hộp thuốc chống sốc, cang, phiếu chuyển thương.		
	* Kỹ thuật tiến hành		
6	Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng, chân hơi dẹt.		
7	Hướng dẫn người phụ một: ngồi dưới chân nạn nhân, một chân quỳ, một chân chống, một tay đỡ gót, một tay đẩy bàn chân vuông góc với cẳng chân.		
8	Hướng dẫn người phụ hai: ngồi bên chi lành, giữ nẹp và nâng đỡ chi gãy của nạn nhân.		
9	Đặt nẹp ngoài, trong từ giữa xương đùi đến quá gót chân.		
10	Đệm bông không thấm nước: đầu gối, mắt cá chân.		
11	Đặt dải băng trên- dưới ổ gãy và trên khớp gối, cố định.		
12	Dùng cuộn băng băng bàn chân vuông góc với cẳng chân.		
13	Đặt dải băng ngang 2 gối, 2 cổ chân và cố định.		
14	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi, viết phiếu chuyển thương.		
15	Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống

1. Hai nguyên nhân gây gãy xương là gãy xương:

A.....

B.....

2. Có hai loại gãy xương: Gãy xương...A.....và gãy xương... B.....
3. Gãy xương kín là loại gãy xương mà đầuA... không thông với bên ngoài.
4. Gãy xương hở là loại gãy xương mà đầu...A...làm rách da thông với bên ngoài.
5. Mục đích của cố định gãy xương là làm cho nạn nhân....A...phòng ngừa sốc.
6. Mục đích của cố định gãy xương là làm giảm nguy cơ gâyA..... thêm mạch máu, thần kinh, cơ, da.

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

7. Tư thế cơ năng của chi trên có góc độ là:
- A. 45°
 - B. 60°
 - C. 90°
 - D. 180°
8. Tư thế cơ năng của chi dưới có góc độ là:
- A. 90°
 - B. 120°
 - C. 160°
 - D. 180°
9. Nạn nhân bị gãy cột sống khi vận chuyển tốt nhất là cho nạn nhân nằm:
- A. Càng đệm mút.
 - B. Càng bạt.
 - C. Càng ván cứng.
 - D. Càng lò xo.
10. Khi nạn nhân gãy xương đùi người điều dưỡng phải làm ngay:
- A. Phòng chống sốc.
 - B. Theo dõi tuần hoàn đầu chi.
 - C. Xác định vị trí gãy.
 - D. Chuẩn bị phương tiện cố định.

11. Dấu hiệu quan trọng điều dưỡng cần chú ý khi nạn nhân gãy xương sườn:

- A. Đau tại nơi gãy.
- B. Bầm tím.
- C. Vận động khó khăn.
- D. Túc ngực khó thở.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
12	Điểm đau chói là dấu hiệu quan trọng khi khám cho nạn nhân bị gãy xương.		
13	Người bị gãy xương ở chi có triệu chứng giảm hoặc mất vận động.		
14	Khi cố định cho người gãy xương hở phải cố định theo tư thế cơ năng.		
15	Khi cố định cho người gãy xương kín phải có người phụ kéo liên tục và cố định theo tư thế gãy.		
16	Một người bị tai nạn thấy máu và dịch não tủy chảy qua lỗ tai và lỗ mũi trường hợp đó là vỡ vòm sọ.		

HỒI SINH TIM-PHỔI

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các nguyên nhân gây ngừng thở, ngừng tim.
2. Trình bày được triệu chứng của người bị ngừng thở, ngừng tim.
3. Trình bày được nguyên tắc chung khi tiến hành hồi sinh tim phổi.
4. Trình bày được quy trình kỹ thuật của hồi sinh tim phổi.

1. NHỮNG NGUYÊN NHÂN GÂY NGỪNG THỞ, NGỪNG TIM

- Chết đuối.

Người không biết bơi, người biết bơi nhưng bị chuột rút, đắm thuyền, đắm tàu (người bị nạn chìm xuống nước sau 2 – 3 phút sẽ bị ngạt thở).

- Do bị vùi lấp.

Bị sập hầm, sập nhà, động đất ngực nạn nhân bị đè ép, mũi miệng bị đất cát nhét kín nạn nhân bị chết nhanh chóng.

- Do hít phải khí độc.

- + Trong chiến tranh địch sử dụng chất độc gây ngạt thở.

- + Những người ở lâu trong hầm lò, ở giếng có khí Metan.

- + Mùa rét đốt lò sưởi bằng than đá đóng kín cửa để ngủ hít nhiều CO (oxit carbon).

- Do tắc nghẽn đường hô hấp.

- + Do thắt cổ, bóp cổ.

- + Tắc nghẽn do ứ đọng đàm dãi, máu.

- + Do thức ăn trào ngược.

- + Do tụt lưỡi (trong gây mê nội khí quản).

- Do tổn thương não, thần kinh.

- + Điện giật.

- + Do tai biến mạch não, liệt tủy...

- Do suy hô hấp – suy tim nặng.
- Các trường hợp sốc: đa chấn thương, mất máu nhiều.

2. DẤU HIỆU CỦA MỘT NGƯỜI BỊ NGỪNG THỞ, NGỪNG TIM

- Lồng ngực, thành bụng bất động.
- Nạn nhân nằm yên không cử động.
- Sắc mặt trắng nhợt hoặc tím tái.
- Da giá lạnh.
- Tim ngừng đập.

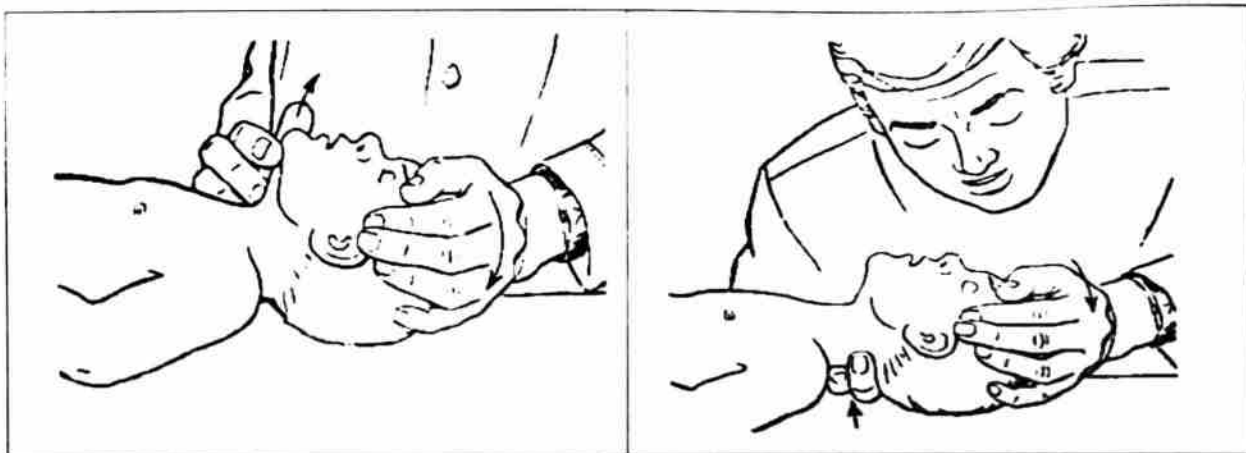
3. NGUYÊN TẮC CHUNG KHI XỬ TRÍ CẤP CỨU NẠN NHÂN BỊ NGỪNG TIM, NGỪNG THỞ (Hồi sinh tim-phổi)

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm trên nền cứng, bằng phẳng, thoáng khí.
- Nới rộng quần áo và các dây nịt như: thắt lưng, Caravat, áo lót (đối với nữ).
- Làm thông đường hô hấp bằng cách:
 - + Đặt cổ nạn nhân ngửa tối đa, có điều kiện dùng gối kê dưới vai.
 - + Lau sạch đất cát quanh mũi, miệng.
 - + Mở miệng, móc, hút sạch đất, cát, đờm dãi...
- Tiến hành: hồi sinh tim phổi được tiến hành càng sớm càng tốt song phải kiên trì có khi làm 1- 2 giờ liền.
- Trong quá trình tiến hành hồi sinh tim phổi phải theo dõi và đánh giá được tiến triển của nạn nhân.
 - + Tiến triển tốt: hô hấp phục hồi, da đầu chi, môi nạn nhân hồng dần, tim đập trở lại. Tiếp tục sơ cứu đến khi nạn nhân thở đều và sâu.
 - + Tiến triển xấu: hô hấp và tuần hoàn không phục hồi. Da xanh nhợt, đồng tử giãn sau 30 phút không cứu nữa.

4. KỸ THUẬT THỞ NGẠT

- Chuẩn bị tư thế người bệnh: thực hiện các bước như nguyên tắc chung.
- Chuẩn bị dụng cụ:
 - + **Khay chữ nhật sạch:** kim mở miệng, kim kéo lưỡi, thanh dè lưỡi, gạc sạch 3 - 4 miếng.

- Nếu không có dụng cụ trên ta sử dụng ngay những dụng cụ ở nơi xảy ra tai nạn như: thìa cà phê, cán thìa, khăn mềm, giấy lau miệng
- **Kỹ thuật tiến hành:** thổi ngạt miệng- miệng là phương pháp người cứu dùng hơi thở của mình thổi trực tiếp vào miệng của nạn nhân



Hình 67: Kỹ thuật mở miệng

Hình 68: Kỹ thuật thổi ngạt

- + Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- + Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng, cổ ngửa tối đa.
- + Làm thông đường hô hấp.
- + Người cứu quỳ bên vai nạn nhân.
- + Một tay luồn dưới cổ nâng cho cổ nạn nhân ngửa tối đa, một tay đặt lòng bàn tay lên trán nạn nhân ngón cái và ngón trỏ để hai bên cánh mũi.
- + Người cứu ngậm miệng hít sâu rồi áp miệng vào miệng nạn nhân thổi mạnh, đồng thời ngón cái ngón trỏ bóp cho cánh mũi nạn nhân kín lại.
- + Quan sát lồng ngực nạn nhân khi thổi nếu lồng ngực phồng lên là không khí đã vào phổi. Nếu không thì phải kiểm tra lại tư thế nạn nhân.
- + Ngẩng đầu lên lấy hơi để thổi lần sau. Đồng thời bỏ tay bịt cánh mũi nạn nhân.
- + Cứ làm như vậy ở những lần sau, tần số người lớn thổi từ 16 - 18 lần/ 1 phút, nạn nhân là trẻ em: thổi 20 - 25 lần/ 1 phút.

5. KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

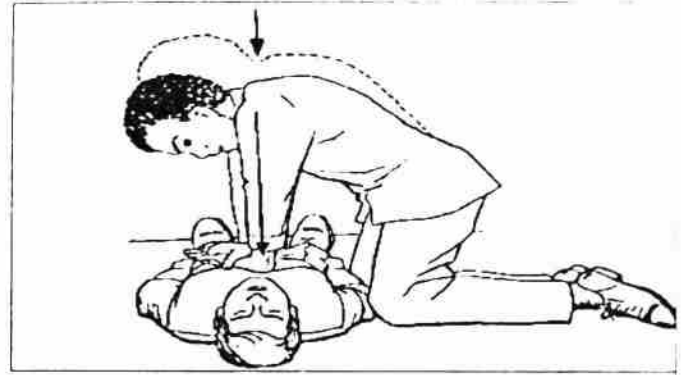
Ép tim ngoài lồng ngực là một thủ thuật dùng lực mạnh ép nhịp nhàng lên 1/3 dưới xương ức (tim nằm trong lồng ngực giữa xương ức và cột sống) khi ép làm thay đổi thể tích trong buồng tim kích thích để tim đập lại, vòng tuần hoàn được phục hồi.

*** Chuẩn bị nạn nhân:**

- Cho nạn nhân nằm trên nền cứng.
- Nới rộng quần áo, thắt lưng.

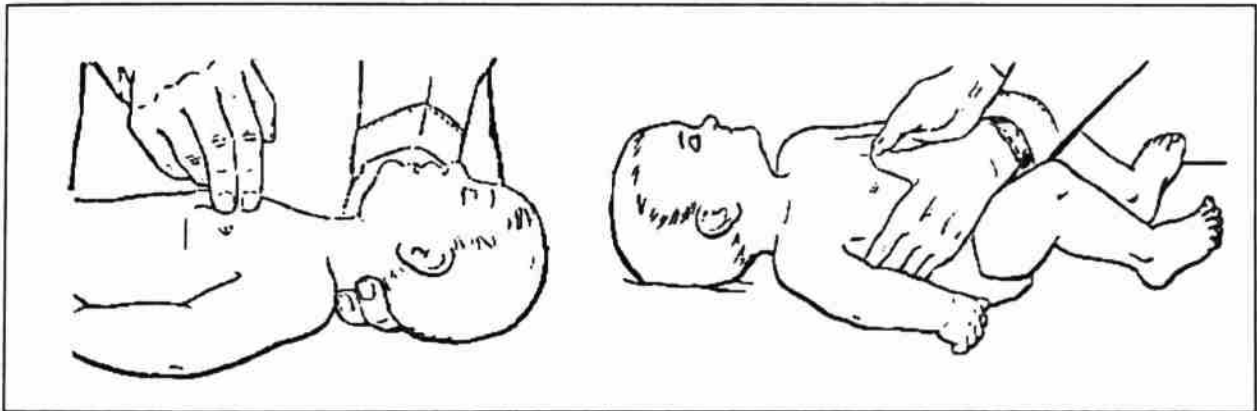
*** Kỹ thuật tiến hành:**

- Người cứu quỳ bên cạnh nạn nhân.
- Xác định vị trí ép tim:



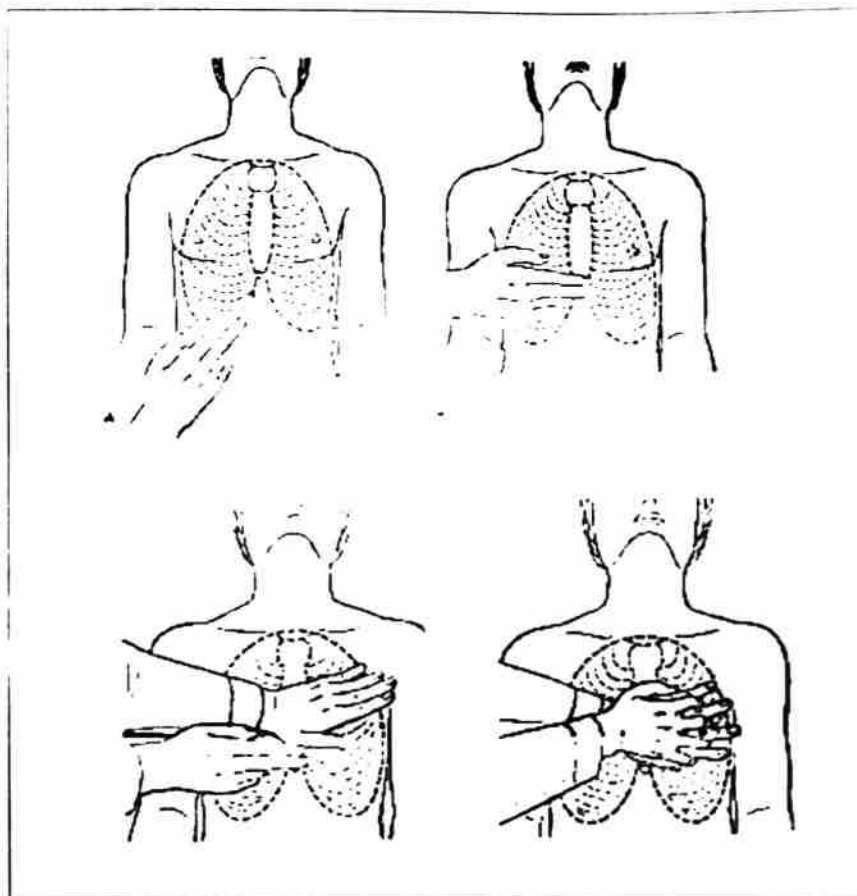
Hình 69: Kỹ thuật ép tim

- + Người lớn: lấy mũi ức làm mốc đặt ngang hai ngón tay (trỏ và giữa) phía trên của hai ngón tay là vị trí ép tim.
- + Trẻ sơ sinh: kẻ một đoạn nối hai móm vú, đặt ngón tay lên đường nối ngang qua xương ức. Phía dưới của ngón tay là vị trí ép tim.



Hình 70: Kỹ thuật ép tim ở trẻ nhỏ

- Đặt gốc của hai bàn tay chồng lên nhau vào đúng vị trí đã xác định.
- Dùng sức mạnh của toàn thân ấn mạnh lên ngực nạn nhân (ấn vuông góc).
- Chùng tay lại cho lồng ngực phồng lên.
- Làm như vậy theo tần số 60 – 80 lần/ 1phút.
- Trẻ sơ sinh dùng 2 - 3 đầu ngón tay để ép tần số 100 - 120 lần/ 1 phút.
- Thường xuyên theo dõi sắc mặt, mạch và tình trạng của nạn nhân.



Hình 71: Cách xác định vị trí ép tim

6. KỸ THUẬT HỒI SINH TIM PHỔI

Đây là biện pháp cứu nạn nhân tốt nhất, cùng một lúc người cứu làm cho phổi và tim của nạn nhân hoạt động trở lại.

6.1. Phương pháp một người cứu

* Chuẩn bị nạn nhân:

- Cho nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng, kê gối dưới vai.
- Lấy sạch dị vật trong miệng của nạn nhân.

* Kỹ thuật tiến hành:

- Người cứu quỳ bên cạnh nạn nhân (ngang vai).
- Thổi ngạt hai lần liên tiếp.
- Ép tim 15 lần.

6.2. Phương pháp hai người cứu

* Chuẩn bị nạn nhân:

- Cho nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng, kê gối dưới vai.
- Mở miệng, lau sạch đờm dãi, đất cát trong miệng của nạn nhân.

* Kỹ thuật tiến hành:

- Người cứu: 2 người quỳ đối diện nhau:
 - + Người 1: quỳ ngang cổ (thổi ngạt).
 - + Người 2: quỳ ngang ngực (ép tim). Phối hợp nhịp nhàng.
- Thổi ngạt 1 lần, ép tim 5 lần (Kỹ thuật thổi ngạt, ép tim như đã được mô tả ở trên) trong quá trình cứu luôn luôn theo dõi mạch, nhịp thở và đồng tử của nạn nhân.

Bảng kiểm 20: Kỹ thuật hồi sinh tim phổi

TT	Nội dung	Có	Không
	* Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân		
1	Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.		
2	Quan sát và nhận định tình trạng nạn nhân.		
	* Chuẩn bị dụng cụ		
3	Khay chữ nhật, hộp thuốc cấp cứu.		
4	Kìm mở miệng, đèn lưỡi, kẹp kéo lưỡi, gạc, gạc chèn.		
	* Kỹ thuật tiến hành		
	KỸ THUẬT THỔI NGẠT		
1	Nạn nhân nằm ngửa trên nền cứng, cởi quần áo, kê gối dưới vai.		
2	Người cứu quỳ phía đầu nạn nhân, dùng kim mở miệng.		
3	Đặt gạc chèn vào giữa hai hàm răng phía góc hàm.		
4	Đặt đầu nạn nhân nghiêng sang một bên, dùng gạc quấn vào ngón tay, móc hết đờm dãi, dị vật trong miệng nạn nhân.		
5	Người cứu quỳ ngang vai nạn nhân, một tay đặt lên trán ngón trỏ và ngón cái bịt mũi nạn nhân khi thổi vào, một tay đặt dưới cằm đẩy ra phía trước, lên trên.		
6	Người cứu ngậm miệng hít sâu rồi áp miệng vào miệng nạn nhân thổi mạnh, quan sát lồng ngực nạn nhân.		
7	Ngắt đầu lấy hơi cho lần thổi sau đồng thời bỏ tay bịt mũi ra.		

8	Tiếp tục thổi như trên với tần số 16 – 18 lần/ 1phút cho người lớn 20- 25 lần/ 1phút cho trẻ em.		
KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC			
1	Đặt nạn nhân nằm ngửa tư thế thuận tiện.		
2	Người cứu quý ngang ngực bên nạn nhân.		
3	Đặt 2 gốc bàn tay chống lên nhau ở 1/3 dưới xương ức, dùng sức ấn mạnh lên ngực nạn nhân, sau đó nâng nhẹ tay cho lồng ngực phồng lên (với trẻ em dùng một bàn tay).		
4	Ấn nhịp nhàng như trên với tần số 60 – 80 lần/phút với người lớn, 90 - 100 lần/ phút với trẻ em.		
5	Thường xuyên theo dõi sắc mặt, mạch, đồng tử của nạn nhân.		
Hồi sinh tim phổi (phối hợp thổi ngạt và ép tim)			
<i>Phương pháp 1 người</i>			
1	Người cứu quý ngang vai nạn nhân, thổi ngạt 2 lần, ép tim 15 lần.		
<i>Phương pháp 2 người</i>			
1	Một người quý ngang ngực bên cạnh nạn nhân để ép tim.		
2	Một người quý ngang đầu đối diện người thứ nhất để thổi ngạt.		
3	Phối hợp nhịp nhàng: thổi ngạt 1 lần, ép tim 5 lần.		
4	Theo dõi mạch, nhịp thở, đồng tử của nạn nhân và kiên trì thực hiện.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống

1. Hô hấp nhân tạo là phương pháp làm cho không khí ở ngoài....A.....và không khí ở phổiB.... thay cho hô hấp tự nhiên.

2. Khi nạn nhân bị ngừng thở, ngừng tim quan sát lồng ngực và thành bụng thấy khôngA.....

3. Khi nạn nhân bị ngừng thở, ngừng tim sờ vào da họ có cảm giác...A.....

4. Xác định nạn nhân bị ngừng thở, ngừng tim phải tiến hành hồi sinh tim phổi ngay song phải.....A.....

5. Ép tim ngoài lồng ngực là thủ thuật người cứu dùng lực ép mạnh lên...A... xương ức của nạn nhân.

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau

6. Việc làm quan trọng nhất để thổi ngạt cho nạn nhân có hiệu quả:

- A. Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- B. Đặt nạn nhân nằm trên nền cứng.
- C. Làm thông đường hô hấp.
- D. Nới rộng quần áo.

7. Tiến hành hồi sinh tim phổi phương pháp 1 người cứu thì tỷ lệ giữa thổi ngạt và ép tim là:

- A. 2: 5
- B. 2: 10
- C. 2: 15
- D. 2: 20

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung câu hỏi	A	B
8	Trong khi tiến hành hồi sinh tim phổi người cứu phải đánh giá được tiến triển của nạn nhân.		
9	Khi thổi ngạt người cứu quan sát thấy bụng nạn nhân phồng lên là tốt.		
10	Ép tim ngoài lồng ngực là làm thay đổi thể tích buồng tim.		
11	Tần số thổi ngạt cho trẻ em 10 tuổi là 16 – 18 lần/1 phút.		
12	Tần số ép tim cho trẻ 10 tuổi là 80 lần/1 phút.		

THÔNG TIỂU - DẪN LƯU NƯỚC TIỂU RỬA BÀNG QUANG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được mục đích, chỉ định và chống chỉ định thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu, rửa bàng quang cho người bệnh.*
2. *Thực hiện được quy trình kỹ thuật thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu và rửa bàng quang.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Thông tiểu là thủ thuật đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang để đưa nước tiểu ra ngoài, lấy nước tiểu xét nghiệm trong một số trường hợp đặc biệt hoặc kết hợp bơm thuốc điều trị tại chỗ các tổn thương ở bàng quang.

Trong trường hợp cần phải thông tiểu nhiều lần, có thể lưu ống thông trong nhiều giờ, nhiều ngày gọi là dẫn lưu nước tiểu (trong phạm vi bài này không đề cập đến biện pháp dẫn lưu nước tiểu qua vết mổ thông bàng quang).

2. CHỈ ĐỊNH

* Thông tiểu

- Người bệnh bí tiểu (không tự tiểu được).
- Phân biệt bí đái hay vô niệu.
- Chuẩn bị: phẫu thuật hệ tiết niệu, chuyển dạ đẻ, lọc màng bụng.
- Thông tiểu lấy nước tiểu xét nghiệm để chẩn đoán bệnh hệ tiết niệu.
- Thông tiểu kết hợp bơm dung dịch sát khuẩn, dung dịch rửa để điều trị tại chỗ các tổn thương ở bàng quang.

* Dẫn lưu nước tiểu

- Người bệnh đi tiểu không tự chủ do hôn mê, liệt cơ vòng.
- Sau khi phẫu thuật vùng tiểu khung, tăng sinh môn, bàng quang, niệu đạo, tiền liệt tuyến....
- Theo dõi đánh giá chức năng lọc, bài tiết của thận trong những giờ nhất định.

*** Rửa bàng quang**

- Đặt ống thông tiểu liên tục.
- Bàng quang bị nhiễm khuẩn, chảy máu.
- Sau mổ cắt u xơ tiền liệt tuyến.
- Rửa xong bơm thuốc để điều trị.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu (bằng đường niệu đạo) không được tiến hành trong các trường hợp người bệnh bị:

- Chấn thương dập, rách niệu đạo.
- Viêm, nhiễm khuẩn niệu đạo.

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG TIỂU- DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

4.1. Chuẩn bị người bệnh

- Thông thường kỹ thuật thông tiểu được tiến hành ở phòng thủ thuật sạch sẽ, thoáng mát. Trong trường hợp đặc biệt (người bệnh nặng) có thể tiến hành thủ thuật ở phòng bệnh, phải có bình phong che ngăn cách giường người bệnh với các giường bệnh khác.
- Thông báo, giải thích để người bệnh, người nhà biết trước về thủ thuật sắp làm để họ yên tâm và kết hợp với điều dưỡng.
- Hướng dẫn cho người bệnh tự làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài trước khi thông tiểu.
- Trong trường hợp người bệnh không tự vệ sinh được, người điều dưỡng tiến hành vệ sinh cho người bệnh:
 - + Trải tấm ni lon trên giường để người bệnh nằm ngửa, hai chân chống và hơi giạng, đặt bô dẹt dưới mông người bệnh.
 - + Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng nước sạch, xà phòng, rửa từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài đến khi sạch.

4.2. Chuẩn bị người điều dưỡng

- Điều dưỡng có đủ áo, mũ, khẩu trang.
- Rửa tay thường quy.

4.3. Chuẩn bị dụng cụ

- Khay men chữ nhật, trụ cắm 2 kìm Kocher.
- Khăn khoác.

- Nilon.
- Hộp vô khuẩn đựng: bông, gạc, kim Kocher, sàng có lỗ, cốc đựng bông có tấm dầu Parafin, cốc đựng bông hoặc gạc cu ấu có tấm Betadin, khay quả đậu.
- Ống thông dùng một lần vô khuẩn, tùy trường hợp chỉ định mà chọn loại và cỡ thích hợp:
 - + Ống thông Foley.
 - + Ống thông Nelaton.
 - + Ống thông cao su đầu cong dùng trong u tiền liệt tuyến.
 - + Ống thông kim loại dùng khi sử dụng ống thông cao su không kết quả.
- Găng tay vô khuẩn.
- Ống nghiệm (nếu có chỉ định xét nghiệm nước tiểu).
- Kéo, băng dính, túi dẫn lưu nước tiểu (nếu có chỉ định dẫn lưu nước tiểu).
- Dung dịch NaCl đẳng trương 0,9% và hệ thống dẫn lưu (nếu có chỉ định rửa bàng quang).
- Bơm tiêm 10 ml để bơm bóng chèn (nếu dẫn lưu nước tiểu).
- Bơm tiêm 50 ml (nếu rửa bàng quang).
- Túi đựng đồ bẩn, xô đựng nước tiểu.

Trong thực tế có cơ sở y tế chuẩn bị sẵn gói dụng cụ thông tiểu vô khuẩn (dùng một lần), có khả năng sử dụng thuận tiện ở mọi chỗ, mọi nơi khi cần thiết.

4.4. Tiến hành

4.4.1. Kỹ thuật tiến hành thông tiểu nam

- Để người bệnh nằm ngửa, lót nylon dưới mông.
- Phủ khăn khoác, bó quần người bệnh, xoay chéo khăn khoác che kín chân và bộ phận sinh dục, hai chân chống, đùi hơi giạng (tư thế sản khoa).
- Đặt khay dụng cụ giữa hai đùi người bệnh, để túi đựng bông gạc bẩn bên cạnh.
- Mở khay hoặc gói dụng cụ vô khuẩn.
- Điều dưỡng mang găng.
- Trải sàng có lỗ để lộ bộ phận sinh dục.
- Lót gạc, dựng đứng dương vật lên bọc lộ quy đầu.
- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài, miệng sáo, bao quy đầu bằng Betadin.

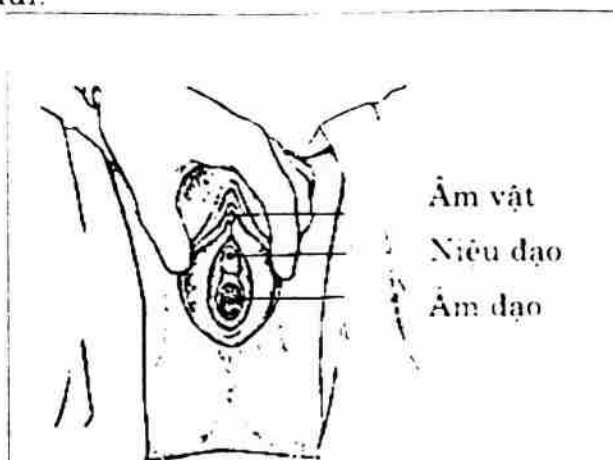
- Bôi trơn đầu ống thông dùng kẹp Kose kẹp đuôi ống thông lại đặt vào khay quá đầu vô khuẩn (giữa hai đùi) để hứng nước tiểu.
- Đối với ống thông cao su.
 - + Cầm ống thông và đưa vào niệu đạo khoảng 10 cm thì hạ dương vật xuống.
 - + Tiếp tục đẩy ống thông vào niệu đạo (khoảng 15-20 cm) hoặc cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra (nếu có chỉ định lấy nước tiểu xét nghiệm thì bỏ nước tiểu đầu lấy phần nước tiểu giữa vào ống nghiệm với số lượng vừa đủ).
 - + Khi nước tiểu chảy hết hoặc đã lấy đủ lượng nước tiểu theo yêu cầu thì gấp ống thông lại và rút ống thông ra.
- Thông bằng ống thông kim loại: tiến hành thủ thuật qua 4 thì.
 - + Thì 1: tay phải cầm ống thông, tay trái cầm dương vật sang ngang, đưa ống thông tới túi bít hành xấp.
 - + Thì 2: tay trái đưa dương vật và ống thông trở về đường giữa trước còn song song với thành bụng, sau nâng dương vật thẳng lên. Không cần đẩy ống thông cũng có cảm giác ống thông tự trôi vào niệu đạo, nếu chưa có cảm giác ấy thì làm lại.
 - + Thì 3: chỉ cần gấp dương vật xuống là ống thông tự động trôi vào bàng quang.
 - + Thì 4: rút ống thông, rút ra bằng động tác ngược lại với các thì cho vào.
- Tháo bỏ băng có lỗ và nilon.
- Lau khô vùng sinh dục ngoài, mặc quần cho người bệnh, bỏ vải phủ, đắp chăn cho người bệnh (nếu trời lạnh).
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái.

4.4.2. Kỹ thuật tiến hành thông tiểu nữ

- Đặt người bệnh nằm ngửa thoải mái trên giường, trải nilon dưới mông người bệnh.
- Phủ khăn khoác, bỏ quần người bệnh, xoay chéo khăn khoác che kín chân và bộ phận sinh dục, 2 chân chống, đùi hơi giạng (tư thế sản khoa).
- Đặt khay hoặc gói dụng cụ vô khuẩn, túi đựng đồ bẩn giữa hai chân người bệnh.
- Mở khay vô khuẩn, điều dưỡng mang gang, trải băng có lỗ để lộ bộ phận sinh dục ngoài người bệnh.
- Đặt gác bờ trên xương mu, dùng kẹp Kocher gấp bông tẩm dung dịch

Betadin hoặc thuốc đỏ sát khuẩn bộ phận sinh dục. Sát khuẩn môi lớn, môi bé, lỗ niệu đạo rồi bỏ kẹp đã dùng ra ngoài vùng vô khuẩn

- Bôi trơn đầu ống thông, dùng kim Kocher kẹp đuôi ống thông lại đặt khay qua đầu vô khuẩn vào giữa đùi.
- Nhẹ nhàng đưa đầu ống thông vào niệu đạo người bệnh khoảng 4-5cm. Mở kim Kocher thấy có nước tiểu chảy ra là được (nếu có chỉ định lấy nước tiểu xét nghiệm thì bỏ nước tiểu đầu lấy phần nước tiểu giữa vào ống nghiệm với số lượng vừa đủ).
- Lau khô bộ phận sinh dục, bỏ săng có lỗ, bỏ nilon, mặc quần cho người bệnh, bỏ khăn khoác, giúp người bệnh nằm thoải mái và đắp chăn cho người bệnh nếu trời lạnh.



Hình 72: Xác định niệu đạo nữ

4.4.3. Kỹ thuật dẫn lưu nước tiểu

- Trường hợp người bệnh có chỉ định dẫn lưu nước tiểu khi tiến hành thông tiểu sử dụng ống thông Foley.
- Để người bệnh nằm ngửa, lót nilon dưới mông.
- Phủ khăn khoác, bỏ quần người bệnh, xoay chéo khăn khoác che kín chân và bộ phận sinh dục, hai chân chống, đùi hơi giạng (tư thế sản khoa).
- Đặt khay dụng cụ giữa hai đùi người bệnh, để túi đựng bóng gạc bên cạnh.
- Mở khay hoặc gói dụng cụ vô khuẩn.
- Điều dưỡng mang găng.
- Trải săng có lỗ để lộ bộ phận sinh dục.
- Sát khuẩn bộ phận sinh dục của người bệnh bằng dung dịch Betadin.
- Lắp túi đựng nước tiểu vào đuôi ống thông Foley. Bôi trơn đầu ống thông bằng dầu nhờn parafin.
- Nhẹ nhàng đưa đầu ống thông vào niệu đạo người bệnh cho đến khi thấy nước tiểu chảy ra là được.
- Dùng bơm tiêm lấy nước cất hoặc dung dịch NaCl 0,9% bơm vào nhánh thông với bóng (số lượng nước đưa vào theo số lượng ghi ở đuôi ống, thông thường là 5ml) để cố định ống thông không bị tuột ra ngoài.

- Bó săng có lỗ, cố định ống thông và túi đựng nước tiểu cho chắc chắn.
- Lau khô bộ phận sinh dục, bó săng có lỗ, bó nilon, mặc quần cho người bệnh, bó khăn khoác, giúp người bệnh nằm thoải mái và đắp chăn cho người bệnh nếu trời lạnh.

4.5. Thu dọn dụng cụ

- Sắp xếp dụng cụ gọn gàng để đúng nơi quy định, tháo găng và ghi phiếu chăm sóc.
- Ghi hồ sơ:
 - + Ngày, giờ lấy nước tiểu, số lượng.
 - + Điều dưỡng ký tên.

5. KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG

*** Phương pháp 1:** rửa bàng quang bằng bơm tiêm.

- Dùng ống thông Foley 3 nhánh.
- Tiến hành kỹ thuật như phần dẫn lưu nước tiểu đã được trình bày ở trên.
- Sau khi nước tiểu trong bàng quang chảy ra hết dùng bơm tiêm hút dung dịch natriclorua 0,9% bơm vào ống thông mỗi lần từ 200- 250 ml, kẹp ống thông lại để thời gian 10 phút sau đó cho nước tiểu chảy ra.
- Tiếp tục bơm rửa như trên cho tới khi nước trong bàng quang chảy ra trong là được.
- Nếu có chỉ định bơm thuốc thì bơm vào sau khi rửa.

*** Phương pháp 2:** rửa bàng quang liên tục bằng hệ thống dẫn lưu kín.

- Dùng ống thông Foley 3 nhánh.
 - + Nhánh thứ 1 nối với túi đựng nước tiểu.
 - + Nhánh thứ 2 để bơm bóng chèn của ống thông tiểu.
 - + Nhánh thứ 3 nối với chai đựng dung dịch rửa bàng quang.
- Treo chai dung dịch rửa trên giá, cách mặt giường 60 – 80 cm. Tiến hành kỹ thuật như phần dẫn lưu nước tiểu đã được trình bày ở trên.
- Sau khi nước tiểu trong bàng quang chảy ra hết:
 - + Mở khóa ở chai dịch rửa cho nước chảy vào bàng quang 250 ml khóa lại để 10 phút.
 - + Mở khóa ở túi đựng nước tiểu để nước trong bàng quang chảy ra.
 - + Tiếp tục tiến hành rửa như trên cho đến khi nước trong bàng quang chảy ra trong là được.

6. TAI BIẾN

Các tai biến có thể xảy ra trong quá trình thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu, rửa bàng quang hay gặp:

- Tổn thương niêm mạc đường tiểu: do quá trình làm thủ thuật thô bạo, ống thông tiểu cứng, to.
- Nhiễm trùng: do không đảm bảo vô khuẩn trong quá trình làm thủ thuật.

7. NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý

- Thực hiện đúng quy trình kỹ thuật, dụng cụ phải tuyệt đối vô khuẩn để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
- Động tác phải nhẹ nhàng tránh thô bạo (nếu vướng mắc phải làm lại).
- Nếu có chỉ định làm xét nghiệm phải lấy nước tiểu giữa bãi cho vào ống nghiệm vô khuẩn.
- Không để lưu ống thông quá 48 giờ.
- Không nên tiến hành thông tiểu nhiều lần trong ngày, thời gian lưu ống thông không quá 48 giờ.
- Trong trường hợp dẫn lưu nước tiểu nhiều ngày cần phải kẹp ống thông tiểu 3 giờ/lần để tránh hiện tượng “bàng quang bé”.
- Theo dõi người bệnh trong và sau khi thông tiểu để phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử trí kịp thời.

Bảng kiểm21: Kỹ thuật thông tiểu nữ

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh		
2	Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm khi làm thủ thuật.		
3	Chuyển người bệnh sang buồng thủ thuật, kéo bình phong.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng		
4	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		

	* Chuẩn bị dụng cụ		
5	Khay chữ nhật hoặc gói vô khuẩn: băng có lỗ, gạc, 2 kẹp Kocher, ống thông Nelaton hoặc Foley, cốc đựng bông tẩm Betadin, dầu nhờn, khay quả đậu.		
6	Khay chữ nhật sạch, giá ống nghiệm, ống nghiệm, giấy xét nghiệm (nếu cần), găng tay.		
7	Khăn khoác, nilon, bô, túi đựng đồ bẩn (hoặc khay quả đậu)		
	* Kỹ thuật tiến hành		
8	Đặt người bệnh nằm ngửa, trải nilon dưới mông.		
9	Phủ khăn khoác, bô quần xoay chéo khăn khoác cho kín chân và bộ phận sinh dục, để 2 chân chống, đùi hơi giang.		
10	Đặt khay dụng cụ và túi đựng đồ bẩn giữa 2 chân người bệnh.		
11	Mở khay hoặc gói vô khuẩn, mang găng tay, trải băng có lỗ để lộ bộ phận sinh dục ngoài.		
12	Đặt gạc bô trên xương mu, sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài bằng Betadin, bô kẹp đã dùng.		
13	Bôi trơn ống thông, kẹp đầu ngoài ống thông đặt vào khay quả đậu.		
14	Đặt khay quả đậu để hứng nước tiểu.		
15	Đưa đầu ống thông vào niệu đạo 4 đến 5cm, nước tiểu chảy ra, lấy nước tiểu giữa bãi vào ống nghiệm (nếu cần).		
16	Để nước tiểu chảy ra gần hết, gấp đầu ống thông rút ra, bô băng có lỗ, lau khô vùng sinh dục.		
17	Bỏ nilon, tháo găng tay, mặc quần và giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.		
	* Thu dọn dụng cụ		
18	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.		

Bảng kiểm 22: Kỹ thuật thông tiểu nam

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh.		
2	Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm khi làm thủ thuật.		
3	Chuyển người bệnh sang buồng thủ thuật, kéo bình phong.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng		
4	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		

* Chuẩn bị dụng cụ		
5	Khay chữ nhật hoặc gói vô khuẩn: sàng có lỗ, gạc, 2 kẹp kocher, ống thông Nelaton hoặc Foley, cốc đựng bông tẩm Betadin, cốc đựng bông tẩm dầu Parafin, khay quả đậu.	
6	Khay chữ nhật sạch, giá ống nghiệm, ống nghiệm, giấy xet nghiệm (nếu cần), găng tay.	
7	Khăn khoac, nilon, bô, túi đựng đồ bẩn (hoặc khay quả đậu)	
* Kỹ thuật tiến hành		
8	Đặt người bệnh nằm ngửa, trải nilon dưới mông.	
9	Phủ khăn khoac, bô quần xoay chéo khăn khoac cho kín chân và bộ phận sinh dục, để hai chân chống, đùi hơi giạng.	
10	Đặt khay dụng cụ và túi đựng bông gạc bẩn giữa hai chân người bệnh.	
11	Mở khay hoặc gói vô khuẩn, mang găng tay, trải sàng có lỗ để lộ bộ phận sinh dục ngoài.	
12	Lót gạc đưa dương vật dựng đứng để lộ quy đầu, sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài bằng Betadin, bỏ kẹp đã dùng.	
13	Bôi trơn ống thông, kẹp đầu ngoài ống thông đặt vào khay quả đậu.	
14	Đặt khay quả đậu để hứng nước tiểu.	
15	Đưa đầu ống thông vào niệu đạo 15 đến 20cm, nước tiểu chảy ra, lấy nước tiểu vào ống nghiệm (nếu cần).	
16	Để nước tiểu chảy ra gần hết, gấp đầu ống thông rút ra, bỏ sàng có lỗ, lau khô vùng sinh dục.	
17	Bỏ nilon, tháo găng tay, mặc quần và giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.	
* Thu dọn dụng cụ		
18	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.	

Bảng kiểm 23: Kỹ thuật dẫn lưu nước tiểu liên tục

TT	Nội dung	Có	Không
* Chuẩn bị người bệnh			
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh.		
2	Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm khi làm thủ thuật.		
3	Chuyển người bệnh sang phòng thủ thuật hoặc che bình phong.		

	* Chuẩn bị người điều dưỡng		
4	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		
	* Chuẩn bị dụng cụ		
5	Khay chữ nhật hoặc gói vô khuẩn: sàng có lỗ, gạc, kẹp kocher, cốc đựng bông tẩm Betadin, cốc đựng bông tẩm dầu Parafin.		
6	Kéo, băng dính, túi đựng nước tiểu, ống thông Foley, găng tay, bơm tiêm 10ml.		
7	Khăn khoác, nilon, bô, túi đựng đồ bẩn.		
	* Kỹ thuật tiến hành		
8	Đặt người bệnh nằm ngửa, trải nilon dưới mông.		
9	Phủ khăn khoác, bỏ quần xoay chéo khăn khoác cho kín chân và bộ phận sinh dục, hai chân co, đùi hơi giạng.		
10	Đặt khay dụng cụ và túi đựng đồ bẩn giữa hai chân người bệnh.		
11	Mở khay hoặc gói vô khuẩn, mang găng tay, trải sàng có lỗ để lộ bộ phận sinh dục ngoài.		
12	Đặt gạc bờ trên xương mu (đối với nữ), lót gạc đưa dương vật dựng đứng để lộ quy đầu (đối với nam), sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài bằng Betadin, bỏ kẹp đã dùng.		
13	Nối ống thông tiểu với hệ thống dẫn lưu nước tiểu.		
14	Bôi trơn ống thông, đưa vào niệu đạo, nước tiểu chảy ra, bơm dịch vào bóng chèn để cố định.		
15	Bỏ sàng có lỗ, cố định ống dẫn lưu.		
16	Giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.		
	* Thu dọn dụng cụ		
17	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.		

Bảng kiểm 24: Kỹ thuật Rửa bàng quang (Bàng bơm tiêm)

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh.		
2	Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm.		
3	Chuyển người bệnh sang phòng thủ thuật hoặc che bình phong.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng		
4	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		

	* Chuẩn bị dụng cụ		
5	Khay chữ nhật hoặc gói vô khuẩn: sàng có lỗ, gạc, kẹp kocher, cốc đựng bông tẩm Betadin, dầu Parafin.		
6	Ống Foley 3 nhánh, bơm tiêm 50ml, găng tay, túi đựng nước tiểu.		
7	Dung dịch NaCl 0,9%, dd rửa, kéo, băng dính, khăn khoác, nilon, xô, túi đựng đồ bẩn.		
	* Kỹ thuật tiến hành		
8	Đặt người bệnh nằm ngửa, trải nilon dưới mông.		
9	Phủ khăn khoác, bỏ quần xoay chéo khăn khoác cho kín chân và bộ phận sinh dục, để hai chân chống, đùi hơi giạng.		
10	Đặt khay dụng cụ và túi đựng đồ bẩn giữa hai chân người bệnh.		
11	Mở khay hoặc gói vô khuẩn, mang găng tay, trải sàng có lỗ để lộ bộ phận sinh dục ngoài.		
12	Đặt gạc bờ trên xương mu (đối với nữ), lót gạc đưa dương vật dựng đứng để lộ quy đầu (đối với nam), sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài bằng Betadin, bỏ kẹp đã dùng.		
13	Bôi trơn ống thông, đưa vào niệu đạo, nước tiểu chảy ra, bơm dịch vào bóng chèn.		
14	Bơm dung dịch rửa vào bàng quang 200 - 250ml.		
15	Rút bơm tiêm, kẹp ống lại chờ 30' mở ống cho dịch chảy ra, bơm rửa nhiều lần đến khi nước trong.		
16	Bơm thuốc vào bàng quang theo chỉ định, rút ống thông		
17	Bỏ sàng có lỗ, lau khô vùng sinh dục.		
18	Giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.		
	* Thu dọn dụng cụ		
19	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.		

Bảng kiểm 25: Kỹ thuật Rửa bàng quang liên tục

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị người bệnh		
1	Xem y lệnh và đối chiếu với người bệnh.		
2	Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm khi làm thủ thuật.		
3	Chuyển người bệnh sang phòng thủ thuật hoặc che bình phong.		
	* Chuẩn bị người điều dưỡng		
4	Điều dưỡng có đủ mũ, áo, khẩu trang, rửa tay thường quy.		

	* Chuẩn bị dụng cụ		
5	Khay chữ nhật hoặc gói vô khuẩn: sẵn có lỗ, gạc, kẹp kocher, cốc đựng bông tẩm Betadin, cốc đựng bông tẩm dầu Parafin.		
6	Khay chữ nhật sạch, ống thông Foley 3 nhánh, bơm tiêm 50ml, bơm tiêm 10ml, găng tay, túi đựng nước tiểu, hệ thống ống dẫn dịch rửa.		
7	Dung dịch rửa, kéo, băng dính, khăn khoác, nilon, xô, túi đựng đồ bẩn hoặc khay quả đậu.		
	* Kỹ thuật tiến hành		
8	Đặt người bệnh nằm ngửa, trải nilon dưới mông.		
9	Phủ khăn khoác, bỏ quần xoay chéo khăn khoác cho kín chân và bộ phận sinh dục, để hai chân chống, đùi hơi giang.		
10	Treo chai dịch rửa, đặt khay dụng cụ và túi đựng đồ bẩn giữa hai chân người bệnh.		
11	Mở khay hoặc gói vô khuẩn, mang găng tay, trải sẵn có lỗ để lộ bộ phận sinh dục ngoài.		
12	Đặt gạc bờ trên xương mu (đối với nữ), lót gạc đưa dương vật dựng đứng để lộ quy đầu (đối với nam), sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài bằng Betadin, bỏ kẹp đã dùng.		
13	Bôi trơn ống thông, đưa vào niệu đạo, nước tiểu chảy ra, bơm dịch vào bóng chèn		
14	Lắp hai nhánh còn lại của ống Foley 3 chạc với chai dịch rửa và túi đựng nước tiểu.		
15	Mở khóa cho dịch chảy từ từ vào bàng quang (tuỳ theo chỉ định).		
16	Cho dịch chảy vào túi đựng nước tiểu đến khi nước trong.		
17	Bơm thuốc vào bàng quang theo chỉ định, rút ống thông.		
18	Bỏ sẵn có lỗ, lau khô vùng sinh dục, giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.		
	* Thu dọn dụng cụ		
19	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, ghi phiếu chăm sóc.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống

1. Thông tiểu là thủ thuật đưa ống thông qua.....A.....vào bàng quang để đưa.....B..... ra ngoài.

2. Trong trường hợp cần phải thông tiểu nhiều lần, có thể...A...thông tiểu trong nhiều giờ, nhiều ngày gọi là....B....nước tiểu.

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho câu sau

3. Mục đích quan trọng nhất của thông tiểu cho người bệnh là:
 - A. Đưa nước tiểu ra ngoài.
 - B. Chẩn đoán.
 - C. Điều trị tại chỗ.
 - D. Giảm đau
4. Thông tiểu được chỉ định trong trường hợp người bệnh:
 - A. Tiểu không được.
 - B. Tiểu ít.
 - C. Tiểu buốt.
 - D. Tiểu không tự chủ.
5. Dung dịch sát khuẩn được dùng khi thông tiểu cho người bệnh là:
 - A. Cồn 700
 - B. Cồn iod.
 - C. Dd betadin.
 - D. Dd xanh methylen.
6. Thông tiểu không được tiến hành đối với người bệnh bị viêm
 - A. Bàng quang.
 - B. Niệu đạo.
 - C. Thận.
 - D. Cả 3 ý trên.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (X) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
7	Thông tiểu được tiến hành khi người bệnh không tiểu được do chấn thương rách niệu đạo.		
8	Trong trường hợp phải thông tiểu nhiều lần trong ngày cần phải lưu ống thông.		
9	Khi tiến hành kỹ thuật thông tiểu phải đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.		
10	Chuẩn bị sản phụ mổ đẻ cần phải thông tiểu.		

ĐÁP ÁN CÂU HỎI TỰ LƯỢNG GIÁ

Giới thiệu lịch sử Ngành Điều dưỡng:

1A: phoebe, 2A: phabiola, 3A: 42%, 4A: 1960, 5: C 6: C 7: A, 8: B 9: A, 10: B

Chức năng của người điều dưỡng:

1A: một nghề, 1B: chăm sóc, 2A: phản ứng, 2B: hiện tại, 3A: chủ động, 3B: phối hợp, 4A: nhu cầu, 5A: là 1 nghề chuyên nghiệp, 5C: là 1 ngành học, 6: A, 7: A, 8: B 9: A, 10: A.

Định hướng phát triển Ngành Điều dưỡng:

1A: chủ động chăm sóc, 2A: trung ương, 2B: địa phương, 3A: chi hội, 4A: toàn diện, 5A: dịch vụ, 6: A, 7: A, 8: B 9: B 10: A, 11: A

Đạo đức điều dưỡng:

1: D 2: D 3: D 4: B 5: A, 6: A, 7: B 8: A, 9: B 10: a b

Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân:

1: B 2: D 3: A, 4: B 5: B 6: B 7: A

Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe:

1A: toàn diện, 2B: khí hậu, 3A: sự phát triển kinh tế, 4B: các yếu tố môi trường, 4D: hành vi cá nhân, 5C: tai nạn, 6B: sự loãng tầng ozon, 6C: trái đất ấm lên, 7A: hành vi cá nhân, 7C: môi trường, 8A: chăm sóc y tế, thuốc tốt, 8C: điều kiện lao động an toàn, 9: B 10: A

Nhu cầu cơ bản của con người:

1A: phân cấp, 1B: ưu tiên, 2A: bảo vệ, 2B: đe dọa, 3A: 1%, 4: C 5: D 6: A, 7: A, 8: A, 9: B 10: B 11: B 12: A, 13: A, 14: A, 15: A

Nhận định thực thể:

1B: khám thực thể, 2B: kỹ thuật, 3A: phỏng vấn, 3D: nhận thức xã hội, 3E: tiền sử gia đình, 4B: sờ, 4D: nghe, 5B: đục, 5E: cộng hưởng to, 6B: Van 2 lá, 6D: van ĐM phổi, 7: B 8: A, 9: B 10: A, 11: A, 12: A, 13: A, 14: B 15: B 16: B 17: B 18: B 19: A

Quy trình điều dưỡng:

1A: hoạt động, 1B: chăm sóc, 2A: nhận định, 2E: đánh giá, 3A: thông tin, 3B: đánh giá, 4A: nhận thấy, 5A: vấn đề, 5B: can thiệp, 6: C 7: A, 8: A, 9: D 10: D 11: A, 12: A, 13: A, 14: A, 15: B 16: A, 17: B 18: B.

Hồ sơ người bệnh và cách ghi chép:

1A: chẩn đoán, 2A: thông tin, 3C: cận lâm sàng, 4: B 5: A, 6: B 7: C 8: C 9: C 10: B 11: A, 12: A, 13: A. Bao quan dụng cụ y tế thông thường 1A: kim loại, 1D: đồ vải, 2: A, 3: A, 4: B 5: A, 6: A, 7: b

Vô khuẩn-tiệt khuẩn:

1A: Vi sinh vật, 2A: nguy cơ nhiễm khuẩn thấp, 2B: nguy cơ nhiễm khuẩn trung bình, 3A: cọ rửa bằng tay, 4A: mức độ cao, 4C: mức độ thấp, 5B: sấy khô, 5C: hóa chất, 6: D 7: D 8: D 9: C 10: A, 11: B 12: A, 13: A, 14: A.

Nhiễm khuẩn bệnh viện:

1A: mắc phải, 1B: hiển diện, 2: nước siêu sạch, 2C: nước tiệt khuẩn, 3A: khu sạch, 3C: khu nhiễm khuẩn, 4A: đường ra, 4B: tác nhân, 5: C 6: D 7: B 8: A, 9: A, 10: A.

Theo dõi mạch:

1A: nhịp đập của tim, 2A: > 100 lần/phút, 3A: tăng, 4A: các lần đập, 5A: màu đỏ, 6A: 37°C, 7: D 8: A, 9: B 10: B 11: B.

Theo dõi nhiệt độ cơ thể:

1A: trung tâm, 2A: tăng, 3A: 37,5°- 38°C, 4A: nhiệt độ, 5A: 35°C, 6: C 7: D 8: D 9: C 10: A, 11: B 12: A, 13: B 14: b

Theo dõi nhịp thở:

1A: cheyne-Stoker, 1B: kussmaul, 2A: 15 phút, 3A: nhanh, 4A: 1 phút, 5A: 30-35 lần/phút, 6: C 7: A, 8: C 9: A, 10: A, 11: B 12: B 13: A

Theo dõi huyết áp động mạch:

1A: thành động mạch, 2A: mức cao nhất, 3A: điểm thấp nhất, 4A: hiệu số, 5A: mất, 6: D 7: B 8: D 9: D 10: B 11: A, 12: B 13: B 14: B 15: A

Tiêm truyền dung dịch tĩnh mạch:

1A: thuốc, 2B: đưa thuốc vào cơ thể, 2C: nuôi dưỡng NB, 3B: tăng huyết áp, 3C: phù phổi cấp, 4A: 3 giờ 20, 5: B 6: B 7: B 8: A, 9: A, 10: B.

Phụ giúp bác sĩ chọc hút dịch màng phổi:

1: A, 2: D 3: B 4: D 5: A, 6: B 7: B 8: B 9: B 10: B 11: A, 12: B.

Phụ giúp bác sĩ chọc hút dịch màng bụng:

1: A, 2: C 3: B 4: A, 5: B 6: B 7: B 8: A, 9: A, 10: A.

Phụ giúp bác sĩ chọc dịch não tủy:

1: C 2: D 3: B 4: B 5: B 6: B 7: A, 8: B 9: A, 10: A, 11: B 12: A.

Phụ giúp bác sĩ chọn hút dịch màng tim:

1: C 2: D 3: A, 4: B 5: A, 6: A, 7: B 8: A, 9: B 10: A.

Kỹ thuật băng:

1B: băng tam giác, 1C: băng dính, 2A: vòng sau, 2B: trước, 3A: tách rời, 3B: khoảng trống, 4A: đè lên, 4B: chiều rộng, 5A: thường, 5B: gấp lại, 6A: bắt chéo, 6B: đè lên, 7A: xuất phát, 7B: trở về, 8: C 9: B 10: A, 11: A, 12: B 13: A, 14: B 15: A, 16: B.

Sơ cứu chảy máu:

1A: bên ngoài, 2A: bên trong, 3C: gấp chỉ tối đa, 3D: ga rô cầm máu, 4: B 5: B 6: C 7: B 8: B 9: A, 10: B 11: B 12: A, 13: B 14: B 15: A.

Sơ cứu gãy xương:

1A: trực tiếp, 1B: gián tiếp, 2A: kín, 2B: hở, 3A: xương gãy, 4A: xương gãy, 5A: đỡ đau, 6A: tổn thương, 7: C 8: D 9: C 10: A, 11: D 12: A, 13: A, 14: B 15: B 16: B.

Hồi sinh tim-phổi:

1A: vào phổi, 1B: ra ngoài, 2A: di động, 3A: lạnh, 4A: kiên trì, 5A: 1/3 dưới, 6: C 7: C 8: A, 9: B 10: A, 11: B 12: B.

Thông tiểu - dẫn lưu nước tiểu - rửa bàng quang:

1A: niệu đạo, 1B: nước tiểu, 2A: lưu ống, 2B: dẫn lưu, 3: A, 4: A, 5: C 6: B 7: B 8: A, 9: A, 10: A.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (1995), điều dưỡng cơ bản. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (1997), điều dưỡng cơ bản. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Bộ Y tế (1997), Quy chế bệnh viện.
4. Bộ Y tế (1999). Quy chế quản lý chất thải y tế.
5. Bộ Y tế (1999), Tài liệu tập huấn kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện 12/1999
6. Bệnh viện Nhi Đồng (2000), Hướng dẫn thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.
7. Bộ Y tế (2001), Điều dưỡng cơ bản, tái bản lần thứ 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. Bộ Y tế (2002), Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (tập I). Nhà xuất bản Y học.
9. Bộ Y tế (2004), Tài liệu quản lý điều dưỡng, Nhà xuất bản Y học.
10. Bộ Y tế (2005), Tài liệu học tập nghị quyết 46 – TW của Bộ chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới, NXB Y học, Hà Nội.
11. Đỗ Đình Xuân (2005), Đánh giá thực trạng nguồn nhân lực giáo viên điều dưỡng và công tác đào tạo điều dưỡng ở nước ta, *Y học Thực Hành*, Bộ Y tế, Hà Nội.
12. Infection Control Manual. New York Presbyterian Hospital, 1999
13. Infection Control: A Policy and Procedure Manual. Palmer-Washington, D.C. 1980
14. Infection Control in the Hospital. American Hospital Association-Chicago, 1979
15. A Practical Handbook for Hospital Epidemiologists. The Society for Healthcare Epidemiology of America-1998
16. A Guide to Infection Control in the Hospital. An Official Publication of International Society for Infection Deases-London 1998
17. Handbook for Nosocomial Infection Control. Editors: hiroshi Ohara, M.D and Naoki Furuta, M.D-Tokyo, Japan 1990
18. Hospital Epidemiology and Infection Control. Editor: C. Clen Maryhall-Lippincott Williams and Wilkins, 1999

19. Skills for professional nursing practice. Barbara A. Norton. B.S., M.P. H. R.N, Anna M. Miller, B. S. N., M. S. N., R.N. ISBN 0-8385-8565-5
20. Fundamentals of nursing: the art and science of nursing care. Carol Taylor, Carol Lillis, Priscilla Lemone. ISBN 0-397-55278-5.1997.
21. Patricia Gonce Morton, RN,PhD (1993), Health assessment in nursing, second edition, Springhouse Corporation, Springhouse, Pennsylvania. RTA48. M67.

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN

TẬP 1

Chịu trách nhiệm xuất bản

HOÀNG TRỌNG QUANG

<i>Biên tập:</i>	BS. VŨ THỊ BÌNH
<i>Sửa bản in:</i>	VŨ THỊ BÌNH
<i>Trình bày bìa:</i>	CHU HÙNG
<i>Kỹ thuật vi tính:</i>	NGÔ MINH CƯỜNG

In 1000 cuốn, khổ 19 x 27cm tại Xưởng in Nhà xuất bản Y học.

Số đăng ký kế hoạch xuất bản: 22 - 2007/CXB/110 - 151/YH

In xong và nộp lưu chiểu quý II năm 2007.