

DANH MỤC QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG

STT	Tên quy trình kỹ thuật	Trang
QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN		
1	Quy trình rửa tay	1
2	Quy trình đo dấu hiệu sinh tồn	4
3	Quy trình lấy máu tĩnh mạch làm xét nghiệm	10
4	Quy trình cho người bệnh thở oxy qua gọng kính	12
5	Quy trình cho người bệnh uống thuốc	15
6	Quy trình tiêm bắp	18
7	Quy trình tiêm tĩnh mạch	21
8	Quy trình truyền dung dịch bằng đường tĩnh mạch	23
9	Quy trình thôn tiêu, dẫn lưu nước tiểu, rửa bàng quang	26
10	Quy trình thụt tháo	33
11	Quy trình hút đờm dãi	37
12	Quy trình rửa dạ dày	42
13	Quy trình ghi điện tâm đồ	46
QUY TRÌNH KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU		
14	Quy trình kỹ thuật truyền máu	48
15	Quy trình cho người bệnh ăn qua sonde	52
16	Quy trình thổi ngạt – ép tim ngoài lồng ngực	56
17	Quy trình bóp bóngambu	58
18	Quy trình phụ giúp bác sỹ chọc dịch màng phổi	60
19	Quy trình phụ giúp bác sỹ chọc dịch màng bụng	65
20	Quy trình gội đầu cho người bệnh tại giường	71
21	Quy trình tắm cho người bệnh nặng tại giường	74
22	Quy trình chăm sóc răng miệng cho người bệnh	79
QUY TRÌNH NGOẠI KHOA		
23	Quy trình thay băng rửa vết thương	82
24	Quy trình cố định gãy xương cẳng chân	88
25	Quy trình cố định gãy xương cẳng tay	92
26	Quy trình cố định gãy xương cánh tay	96
27	Quy trình cố định gãy xương đùi	99
28	Quy trình cố định gãy xương đòn	102
29	Quy trình garo cầm máu	104

STT	Tên quy trình kỹ thuật	Trang
	QUY TRÌNH KHOA ĐÔNG Y - PHCN	
30	Quy trình điện phân dẫn thuốc	107
31	Quy trình điều trị bằng các dòng điện xung	109
32	Quy trình điều trị bằng siêu âm	111
33	Quy trình điều trị bằng tia hồng ngoại nhân tạo	113
34	Quy trình điều trị bằng parafin	114
35	Quy trình tập vận động thụ động	116
36	Quy trình tập vận động có trợ giúp	118
37	Quy trình tập vận động chủ động	120
38	Quy trình tập kéo dãn	122
39	Quy trình tập cho người bệnh liệt nửa người	127
40	Quy trình tập tay và bàn tay cho người bệnh liệt nửa người	130
41	Quy trình tập đứng và đi cho người bệnh liệt nửa người	133
42	Quy trình kỹ thuật điện châm	136
43	Quy trình kỹ thuật thủy châm	139
	QUY TRÌNH SẢN PHỤ KHOA	
44	Quy trình tắm sơ sinh	142
45	Quy trình chăm sóc rốn sơ sinh	145
46	Quy trình hồi sức sơ sinh ngạt	147
	QUY TRÌNH CHUYÊN KHOA TAI MŨI HỌNG	
47	Quy trình làm thuốc tai	152
48	Quy trình chọc xoang hàm gây tê	154
49	Quy trình hút proefz	157
50	Quy trình khí dung	159

QUY TRÌNH RỬA TAY

I. MỤC ĐÍCH

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

- Tùy theo các kỹ thuật chăm sóc hoặc điều trị mà có những hình thức rửa tay khác nhau.

II. CÁC PHƯƠNG PHÁP RỬA TAY

1. Rửa tay thường quy

1.1. Chỉ định

- Trước khi tiếp xúc với người bệnh
- Trước khi làm thủ thuật vô trùng
- Sau khi tiếp xúc với người bệnh
- Sau khi tiếp xúc với máu và dịch cơ thể người bệnh
- Sau khi chạm vào đồ vật, bề mặt xung quanh người bệnh

1.2. Chuẩn bị

- Lavabo, vòi nước có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân.
- Xà phòng nước hoặc dung dịch rửa tay khử khuẩn
- Hộp đựng khăn lau tay sạch dùng 1 lần hoặc khăn giấy
- Thùng hoặc túi đựng khăn lau tay bẩn

1.3. Các bước tiến hành

- Bước 1: Làm ướt hai bàn tay bằng nước. Lấy xà phòng và chà hai lòng bàn tay vào nhau.

– Bước 2: Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại.

– Bước 3: Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ trong ngón tay.

– Bước 4: Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia.

– Bước 5: Dùng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại (làm sạch ngón tay cái).

– Bước 6: Xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại. Rửa sạch tay dưới vòi nước chảy đến cổ tay và lau khô tay.

Chú ý: Thời gian mỗi lần rửa tay tối thiểu 1 phút. Các bước 2, 3, 4, 5 làm đi làm lại tối thiểu 5 lần.

2. Rửa tay ngoại khoa

2.1. Chỉ định

Trước khi tiến hành phẫu thuật, áp dụng đối với phẫu thuật viên, kỹ thuật viên dụng cụ.

2.2. Chuẩn bị

- Lavabo, vòi nước có cần gạt bằng tay hoặc bằng chân
- Bàn chải vô khuẩn hoặc được khử khuẩn ở mức độ cao
- Dung dịch rửa tay Microsheld 2%, xà phòng
- Cồn 70°
- Hộp đựng khăn lau tay vô khuẩn
- Thùng, túi đựng khăn lau tay bẩn.

2.3. Tiến hành

- Đội mũ che kín tóc, tháo bỏ trang sức, cắt ngắn móng tay đeo khẩu trang
- Tiến hành rửa tay với dung dịch khử khuẩn như Microsheld 2% theo các bước như rửa tay thường quy, nhưng chú ý phải chà rửa cả phần cổ tay, cẳng tay và vượt quá khuỷu tay theo chiều xoáy ốc sau đó mới xả nước sạch.

- Tiến hành rửa tay với bàn chải thứ 1: dùng bàn chải vô khuẩn và dung dịch rửa tay đánh cọ rửa các đầu, kẽ và cạnh của ngón tay theo chiều dọc hoặc xoáy ốc.

- Đánh cọ lòng và mu bàn tay, đánh cho nổi bọt xà phòng.
- Đánh cọ cổ tay, cẳng tay lên quá khuỷu tay 5 cm.
- Rửa tay dưới vòi nước chảy từ bàn tay xuống cẳng tay ...
- Tiến hành rửa tay với bàn chải thứ 2 như với bàn chải thứ 1

- Lau khô tay bằng khăn vô khuẩn.
- Sát khuẩn tay lại bằng cồn 70°, để khô.

Chú ý:

- Phải tháo nhẫn và đồng hồ trước khi rửa tay
- Thời gian rửa tay phẫu thuật kéo dài 5 phút.

QUY TRÌNH ĐO DẤU HIỆU SINH TỒN

I. MỤC ĐÍCH

- Cung cấp thông tin hỗ trợ việc chẩn đoán bệnh.
- Theo dõi tình trạng bệnh, diễn tiến bệnh.
- Theo dõi kết quả điều trị chăm sóc.
- Phát hiện biến chứng của bệnh.
- Kết luận sự sống còn của NB.

II. CHỈ ĐỊNH

- Kiểm tra sức khỏe định kỳ.
- Người bệnh mới nhập viện.
- Người bệnh đang nằm viện (dấu sinh hiệu ổn định): hai lần trong ngày.
- Người bệnh trước và sau phẫu thuật.
- Tình trạng NB có những thay đổi về thể chất (hôn mê, lú lẫn, đau).
- Bàn giao NB giữa các ca trực.
- Trước, trong và sau khi dùng thuốc hoặc chăm sóc NB có ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, tuần hoàn, kiểm soát thân nhiệt.
- Những trường hợp cần đánh giá về chức năng tuần hoàn và hô hấp: truyền dịch, truyền máu, chọc dò màng phổi, tủy sống, chạy thận nhân tạo...

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- ĐD mang khẩu trang đến kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.
- Báo và giải thích NB biết việc sắp làm.
- Hướng dẫn NB nghỉ ngơi tại giường 15 phút trước khi đo.
- Dặn NB không ăn, uống thức ăn nóng lạnh (nếu đặt nhiệt kế ở miệng).

2. Dụng cụ:

- Nhiệt kế các loại.
- Bồn hạt đậu đựng dung dịch khử khuẩn có lót gạc.
- Gạc sạch.

- Chất trơn: nếu đo nhiệt độ ở hậu môn.
- Khăn lau nách: nếu đo nhiệt độ ở nách.
- Đồng hồ có kim giây.
- Máy đo huyết áp tùy theo vị trí chi đo và thể trạng của mỗi người lớn nhỏ.
- Ống nghe.
- Bút ghi màu đỏ (ghi mạch) và màu xanh (ghi nhiệt độ).
- Phiếu theo dõi hoặc sổ tay.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đo thân nhiệt

1.1. Đo thân nhiệt ở miệng

- Nhận định tình trạng của NB.
- Kiểm tra NB có dùng thuốc, dùng thức ăn nóng, lạnh trước 15 phút không.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp.
- Báo và giải thích cho NB biết vị trí ta sẽ lấy nhiệt độ.
- Kiểm tra nhiệt kế và vẩy mực thủy ngân xuống dưới 35°C hoặc 94°F.
- Bảo NB há miệng, cong lưỡi lên, đặt bầu thủy ngân vào dưới lưỡi hoặc cạnh má.
- Bảo NB hạ lưỡi xuống, ngậm miệng chặt lại, giữ yên trong vòng 3 phút.
- Lấy nhiệt kế ra dùng gòn lau sạch nhiệt kế từ trên xuống.
- Để nhiệt kế ngang tầm mắt đọc kết quả - ghi vào sổ.
- Đặt nhiệt kế vào bồn hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Báo NB việc đã xong, cho NB nằm lại tư thế tiện nghi.
- Thu dọn dụng cụ, rửa sạch nhiệt kế và khử khuẩn, xử lý chất thải lây nhiễm đúng cách.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Kê kết quả vào phiếu theo dõi (bút xanh).

1.2. Đo thân nhiệt ở nách:

- Nhận định tình trạng của NB.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp.
- Báo và giải thích cho NB biết vị trí ta sẽ lấy nhiệt độ.
- Lau khô hõm nách.
- Kiểm tra và vẩy mực thủy ngân xuống dưới 35°C hoặc 94°F.
- Đặt bầu thủy ngân vào hõm nách, khép cánh tay vào thân, giữ yên nhiệt kế

trong 5 phút.

- Lấy nhiệt kế ra, lau sạch nhiệt kế từ trên xuống.
- Cầm nhiệt kế ngang tầm mắt đọc kết quả - ghi vào sổ.
- Đặt nhiệt kế vào bồn hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Báo NB việc đã xong, cho NB nằm lại tư thế tiện nghi.
- Thu dọn dụng cụ, rửa sạch nhiệt kế và khử khuẩn, xử lý chất thải lây nhiễm

đúng cách.

- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Kẽ kết quả vào phiếu theo dõi (bút xanh).

1.3. Đo nhiệt độ hậu môn

- Nhận định tình trạng của NB.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp.
- Báo và giải thích cho NB biết vị trí ta sẽ lấy nhiệt độ.
- Đặt NB nằm nghiêng một bên.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay sạch.
- Kiểm tra và vẩy mực thủy ngân xuống dưới 35°C hoặc 94°F.
- Bôi dầu nhờn (chất trơn) vào đầu nhiệt kế (# 2,5 cm).
- Kéo quần để lộ hậu môn.

- Đặt nhiệt kế vào hậu môn theo hướng rôn, đúng chiều dài quy định: trẻ nhỏ 2,5cm, người lớn 3,7 cm và giữ yên nhiệt kế 3 phút.

- Lau nhiệt kế từ trên xuống dưới.

- Cầm nhiệt kế ngang tầm mắt đọc kết quả và ghi vào sổ.

- Đặt nhiệt kế vào bồn hạt đậu có chứa dung dịch khử khuẩn.

- Tháo găng tay. Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.

- Báo NB việc đã xong, cho NB nằm lại tư thế tiện nghi.

- Thu dọn dụng cụ, rửa sạch nhiệt kế và khử khuẩn, xử lý chất thải lây nhiễm đúng cách.

- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.

- Kẽ kết quả vào phiếu theo dõi (bút xanh).

2. Đếm mạch

- Nhận định tình trạng NB.

- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.

- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp.

- Báo và giải thích việc làm, cho NB nằm thoải mái tại giường 15 phút trước khi đếm.

- Đặt nhẹ 2-3 ngón tay lên vị trí động mạch của NB và đếm mạch trong 30 giây (nếu đều), 1 phút (nếu không đều).

- Chú ý tính chất mạch: tần số - cường độ - nhịp điệu – sức căng. Ghi kết quả vào sổ.

- Báo NB việc đã xong, cho NB nằm lại tư thế tiện nghi.

- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.

- Kẽ kết quả vào phiếu theo dõi (bút đỏ).

3. Đếm nhịp thở

- Nhận định tình trạng của NB.

- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.

- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp.

- Chuẩn bị NB, cho NB nằm tư thế thoải mái, nghỉ 15 phút trước khi đếm.
- Đặt tay điều dưỡng giống như khi bắt mạch và để tay NB lên bụng.
- Đếm nhịp thở trọn 1 phút.
- Chú ý tính chất nhịp thở: tần số, nhịp điệu, biên độ, âm sắc.
- Báo NB việc đã xong, cho NB nằm lại tư thế tiện nghi.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi.

4. Đo huyết áp

- Nhận định tình trạng của NB.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.
- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và phù hợp.
- Báo và giải thích cho NB.
- Cho NB nằm hoặc ngồi (nghỉ 15 phút trước khi đo).
- Bộc lộ vị trí đo huyết áp (cánh tay, đùi...).
- Đặt chi đo huyết áp ngang mức tim NB.
- Quấn băng vải cách nếp gấp trên khuỷu tay 2,5 – 5 cm (dây cao su nằm dọc theo động mạch).
- Khóa ốc vít của quả bóng cao su.
- Đặt ống nghe vào hai tai.
- Tìm động mạch và đặt mặt màn ống nghe lên.
- Bơm hơi cho đến khi nghe thấy tiếng mạch đập, tiếp tục bơm hơi và lắng nghe cho đến khi không còn nghe tiếng mạch đập nữa, bơm thêm 30mmHg.
- Mở ốc vít từ từ và lắng nghe tiếng đập đầu tiên đó là huyết áp tối đa và đến khi không còn nghe tiếng đập nữa hoặc thay đổi âm sắc đó là huyết áp tối thiểu.
- Xả hết hơi, tháo băng vải, xếp máy gọn gàng.
- Báo NB việc đã xong, cho NB nằm lại tư thế tiện nghi.
- Thu dọn và xử lý dụng cụ đúng cách.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.

- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi.

5. Dọn dẹp dụng cụ

- Bỏ dụng cụ bẩn đúng nơi qui định.
- Rửa nhiệt kế.
- Rửa các dụng cụ khác, trả về chỗ cũ.

6. Ghi hồ sơ:

- Ghi ngày giờ đo thân nhiệt, đếm mạch, nhịp thở, huyết áp...
- Cần ghi rõ: nhiệt độ và vị trí đo.
- Tần số mạch trong 1 phút, nhịp điệu, cường độ và sức căng.
- Tần số nhịp thở trong 1 phút, nhịp điệu, biên độ và âm sắc.
- Tư thế và vị trí đo huyết áp.
- Kẽ vào bảng theo dõi dấu sinh tồn: huyết áp đo được ghi bằng phân số.
- Tên người điều dưỡng thực hiện.

V. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

- Trước khi đo sinh hiệu phải để NB nghỉ ngơi ít nhất 15 phút.
- Kiểm tra phương tiện, dụng cụ trước khi thực hiện kỹ thuật.
- Khi đang theo dõi sinh hiệu không được tiến hành bất cứ kỹ thuật nào trên

NB.

- Lưu ý những thay đổi sinh lý có ảnh hưởng đến dấu sinh hiệu.
- Khi thấy DHST có bất thường phải báo BS ngay.

QUY TRÌNH LẤY MÁU TĨNH MẠCH LÀM XÉT NGHIỆM

I. NGUYÊN TẮC

- Đối chiếu bệnh nhân (mẫu máu): Lượng mẫu đủ, đúng chỉ định chuyên môn, phiếu xét nghiệm đủ thông tin.

- Bảo đảm an toàn khi thực hiện kỹ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân làm xét nghiệm Huyết học – Truyền máu: Tổng phân tích máu, đông máu cơ bản, HIV, HBsAg, HCV.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Người trực tại phòng nhận mẫu.

2. Bệnh nhân

Lấy máu lúc đói, càng xa bữa ăn càng tốt. Trong cấp cứu thì lấy bất kỳ lúc nào.

3. Phương tiện, hóa chất

- Cồn 70°, bông tiêm.

- Bơm tiêm loại 5ml .

- Dây garo, băng keo vải (băng ngón agor), găng tay, gối kê tay

- Pank, lam kính, bút dạ kính.

- Tube chứa mẫu máu

- Bình màu vàng chứa vật sắc nhọn

- 2 thùng rác:1 thùng bên trong có túi nylon màu vàng chứa rác y tế, 1 thùng bên trong có túi nylon màu trắng chứa rác tái chế.

Chú ý:

+ Tất cả các dụng cụ trên phải sắp xếp, gọn gàng, ngăn nắp, sạch sẽ.

+ Phải để trong thùng có nắp đậy để tránh bụi .

+ Phải để những nơi dễ thấy, dễ tìm để thuận tiện cho các thao tác kỹ thuật.

4. Phiếu xét nghiệm

Giấy chỉ định xét nghiệm ghi đầy đủ thông tin về người bệnh: họ tên, tuổi, giường bệnh, khoa phòng, chẩn đoán.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1: Kỹ thuật viên tiếp xúc, thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.

- Bước 2: Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.

- Bước 3: Để người bệnh ở tư thế thích hợp.

- Bước 4: Ghi tên, tuổi, số giường, khoa, phòng của người bệnh vào ống nghiệm.

- Bước 5: Rửa tay sau đó mang găng.

- Bước 6: Chọn vị trí lấy máu thích hợp, buộc dây garo trên chỗ lấy máu từ 3-5 cm.

- Bước 7: Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng cồn 70°, đợi khô.

- Bước 8: Chọc kim qua da vào tĩnh mạch, kéo nhẹ pít tông cho máu tự chảy vào xilanh cho đến khi đủ số lượng máu làm xét nghiệm.

- Bước 9: Tháo dây garo, đặt bông vô khuẩn lên trên vị trí chọc kim để cầm máu, rút kim nhanh.

- Bước 10: Tháo kim ra khỏi bơm tiêm, bơm máu từ từ vào thành ống nghiệm để tránh vỡ hồng cầu (nếu lấy máu có chất chống thì lắc trộn nhẹ nhàng trong 30 giây để máu khỏi bị đông).

- Băng vết chích máu bằng băng cá nhân, hẹn người bệnh thời gian trả kết quả.

- Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.

VI. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ

- Tuyp máu không bị đông, số lượng máu đủ.

V. NHỮNG SAI SÓT VÀ XỬ TRÍ

- Máu bị đông, vỡ hồng cầu do thao tác kỹ thuật chưa chính xác.

- Người bệnh có thể bị choáng, mệt do sợ hãi quá mức cần được nghỉ ngơi

QUY TRÌNH CHO NGƯỜI BỆNH THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

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

2. Dụng cụ

a. Hệ thống oxy

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

b. Dụng cụ vô khuẩn

- Ống thông mũi 2 đường (gọng kính)
- khay chữ nhật

c. Dụng cụ khác

- Cốc nước sạch
- Tăm bông, khăn bông nhỏ

- Kéo cắt băng, băng dính
- khay chữ nhật
- khay quả đậu
- Hồ sơ bệnh án

3. Địa điểm

Buồng bệnh hoặc buồng cấp cứu có hệ thống oxy

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, mang dụng cụ đến giường bệnh
2. Thông báo, giải thích cho người bệnh và gia đình
3. Vệ sinh mũi miệng
4. Mang găng tay – hút đờm dãi (nếu có)
5. Nối ống thông vào hệ thống oxy, mở khóa oxy và kiểm tra bằng cách thử trên mu tay hoặc đưa đầu ống thông vào cốc nước chín nếu thấy nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy
6. Điều chỉnh lượng oxy theo y lệnh
7. Đưa ống thông vào 2 mũi người bệnh
8. Cố định ống thông bằng cách: vòng qua tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm người bệnh
9. Giúp người bệnh nằm tư thế thích hợp
10. Theo dõi tình trạng người bệnh
11. Thu dọn dụng cụ, rửa tay
12. Ghi phiếu chăm sóc theo dõi

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh, gia đình và khách đến thăm không được sử dụng: bật lửa, diêm, nến ... để phòng chống cháy nổ.

- Hướng dẫn người bệnh, gia đình người bệnh đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp đảm bảo lưu thông đường hô hấp, vệ sinh răng miệng cho người bệnh 3-4 giờ/lần

- Động viên người bệnh uống nước (nếu tỉnh) để phòng tránh khô đường hô hấp.

QUY TRÌNH CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC

I. Mục đích

- Tăng cường sức đề kháng cho cơ thể
- Điều trị bệnh

II. Chỉ định và chống chỉ định

1. Chỉ định

Cho tất cả người bệnh có thể uống được và uống các loại thuốc không bị dịch tiêu hóa phá hủy.

2. Chống chỉ định

- Người bệnh hôn mê
- Người bệnh nôn liên tục
- Bị bệnh ở thực quản
- Người bệnh tâm thần không chịu uống thuốc

III. Chuẩn bị

1. Người bệnh

- Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện 5 đúng
- Giải thích cho người bệnh yên tâm và dặn người bệnh những điều cần thiết

2. Dụng cụ và thuốc: Dụng cụ trong 1 khay sạch

- Thuốc theo chỉ định
- Cốc đựng thuốc
- Cốc đựng nước uống
- Bình đựng nước uống
- Dụng cụ đo lường: Cốc chia độ, thìa canh, thìa cà phê, ống đếm giọt, ...
- Dao cưa, ống hút (nếu cần)
- Khay quả đậu
- Vài miếng gạc
- Sổ y lệnh

3. Địa điểm

Cho người bệnh uống thuốc ngay tại giường bệnh

IV. Các bước tiến hành

1. Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay thường quy

2. Xem lại y lệnh điều trị và phiếu cho thuốc (thực hiện 5 đúng trong suốt quá trình cho người bệnh dùng thuốc) sau đó kiểm tra nhãn thuốc lần 1

3. Lấy thuốc

* Thuốc viên:

- Đếm đủ số thuốc theo y lệnh (nếu là thuốc không có vỏ bao thì cho vào cốc hoặc giấy)

* Thuốc nước:

- Lắc đều chai thuốc, xoay nhãn hiệu lên trên để khỏi ướt khi rót thuốc

- Mở nắp chai để ngửa trên mặt bàn

- Một tay cầm cốc đưa ngang tầm mắt, đầu ngón tay cái để ngang mức số lượng chỉ định

- Rót thuốc không để chai thuốc chạm vào miệng cốc (Trước khi rót thuốc đọc lại nhãn thuốc lần 2)

- Lau miệng chai thuốc, đậy nắp, trả chai thuốc về vị trí cũ

* Thuốc giọt

Cho một ít nước vào cốc, để thẳng ống đếm giọt, vừa nhỏ giọt, vừa đếm

4. Đặt thuốc lên khay, kèm theo mỗi cốc thuốc là 1 phiếu thuốc, bình nước và cốc nước uống.

5. Đẩy xe hoặc mang khay thuốc đến giường bệnh

6. Thực hiện 5 đúng

- Đúng người bệnh

- Đúng thuốc

- Đúng liều

- Đúng đường dùng

- Đúng thời gian

7. Báo và giải thích cho người bệnh
8. Cho người bệnh ngồi hoặc nằm đầu cao
9. Đưa thuốc và nước uống cho người bệnh (Nếu người bệnh không uống được viên nên tán nhỏ cho người bệnh)
10. Ở bên cạnh cho đến khi người bệnh uống thuốc xong
11. Thu dọn dụng cụ

V. Đánh giá, ghi hồ sơ

1. Đánh giá

- Người bệnh uống hết thuốc? Hay từ chối không uống?
- Sau khi uống không bị nôn
- Không bị sặc khi uống thuốc

2. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ cho người bệnh uống thuốc
- Tên thuốc, liều dùng, thời gian dùng thuốc
- Phản ứng của người bệnh (nếu có)
- Tên người thực hiện

VI. Hướng dẫn người bệnh và gia đình

Nếu có gì bất thường phải báo ngay cho điều dưỡng ví dụ: nôn, chóng mặt, nhức đầu, ...

QUY TRÌNH TIÊM BẮP

I. MỤC ĐÍCH:

Đưa thuốc vào cơ thể qua da vào bắp thịt để phát huy nhanh tác dụng của thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH:

Không uống được và không nên uống.

Thuốc không ngấm qua thành tiêu hoá hoặc thuốc dễ bị huỷ hoại bởi dịch tiêu hoá.

Thuốc chống chỉ định tiêm đường tĩnh mạch (thuốc dầu...)

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện 5 đúng
- Giải thích cho người bệnh yên tâm và dặn người bệnh những điều cần thiết

2. Dụng cụ

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- khay vô khuẩn
- Bơm tiêm, kim tiêm
- Thuốc, nước cất pha tiêm nếu cần
- Bông cồn 70⁰, cồn Iode 1% (Betadine 10%) sát khuẩn
- Trục cắm panh: 2 panh, 1 kéo
- Hoặc bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn

2.2. Dụng cụ khác

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Hộp chống sốc đầy đủ cơ số
- Xe tiêm
- Dụng cụ phân loại rác

IV. KỸ THUẬT TIÊM HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.

- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ.
- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB.
- Hướng dẫn NB ở tư thế thoải mái.
- Kiểm tra lại thuốc tiêm.
- Mở nắp lọ thuốc/bể ống thuốc, ống nước cất bằng gạc vô khuẩn sau khi đã sát khuẩn.
- Bóc bơm tiêm, kim lấy thuốc vào khay vô khuẩn.
- Điều dưỡng sát khuẩn tay.
- Lắp kim lấy thuốc vào bơm tiêm. Hút nước cất, pha thuốc (nếu có). Hút thuốc vào bơm tiêm.
- Tháo kim lấy thuốc, lắp kim tiêm, đuổi khí, đặt vào khay vô khuẩn, hoặc cho vào vỏ bơm tiêm vô khuẩn.
- Điều dưỡng đi găng sạch (nếu có nguy cơ tiếp xúc với máu, dịch tiết).
- Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm.
- + **Tiêm bắp nông:** Cơ denta, cơ tam đầu mặt ngoài cánh tay, cơ tứ đầu đùi (1/3 giữa mặt trước ngoài đùi).
- + **Tiêm bắp sâu:** 1/4 trên ngoài mông (chia mông bằng 4 phần) 1/3 trên ngoài (đường nối từ gai chậu trước trên đến móm xương cụt).
- Sát khuẩn vị trí tiêm. Đối với tiêm bắp sâu: sát khuẩn lần 1 bằng cồn Iode 1% (Betadin 10%), lần 2 bằng cồn 70⁰.
- **Tiến hành tiêm:**
 - + ĐD sát khuẩn tay nhanh(hoặc đi găng sạch)
 - + Một tay căng da dưới vị trí tiêm. Một tay cầm bơm tiêm, mũi vát ngửa, độ chéch so với mặt da 60 - 90⁰ tiến hành đâm kim nhanh vào bắp thịt.
 - + Rút nhẹ pittong, nếu không thấy máu trào ra đốc kim, tiến hành bơm từ từ thuốc vào bắp thịt. Trong tiêm bắp sâu: sau khi đâm kim, rút thử nòng pittong và bảo NB co chân lên xem có được không (tránh biến chứng đâm vào dây thần kinh hông to). Nếu co chân được thì tiến hành tiêm thuốc.

+ Khi hết thuốc, tay trái kéo chéo căng da chỗ tiêm, tay phải rút nhanh kim tiêm ra cho bơm kim tiêm vào hộp an toàn.

+ Sát khuẩn lại vị trí tiêm. Đặt một miếng bông khô nếu cần thiết.

- Giúp NB về tư thế thoải mái.

- Dặn NB những điều cần thiết

- Thu dọn dụng cụ: Phân loại rác thải y tế, đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa, xử lý theo đúng quy trình, tháo bỏ găng bẩn, xếp đặt các dụng cụ khác về vị trí cũ.

- Rửa tay, ghi phiếu thực hiện thuốc.

V. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Nếu có gì bất thường phải báo ngay cho điều dưỡng ví dụ: mẩn ngứa, nôn, chóng mặt, nhức đầu, ...

QUY TRÌNH TIÊM TÍNH MẠCH

I. MỤC ĐÍCH

Đưa thuốc vào cơ thể qua tĩnh mạch nhằm phát huy nhanh tác dụng của thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Không uống được và không nên uống.
- Thuốc không ngấm qua thành tiêu hoá hoặc thuốc dễ bị huỷ hoại bởi dịch tiêu hoá.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện 5 đúng
- Giải thích cho người bệnh yên tâm và dặn người bệnh những điều cần thiết

2. Chuẩn bị dụng cụ

2.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Khay vô khuẩn.
- Bơm tiêm.
- Thuốc, nước cất pha tiêm nếu cần.
- Bông, cồn 70⁰.
- Gạc vô khuẩn.
- Ống cắm panh: 2 panh, 1 kéo.
- Găng tay sạch.

2.2. Dụng cụ khác:

- Dây garô.
- Hộp chống shock đủ cơ số thuốc.
- Gói kê tay (nếu cần).
- Hộp đựng vật sắc nhọn

IV. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.
- Nhận định tình trạng NB, Hướng dẫn NB ở tư thế thoải mái

- Thực hiện 5 đúng, kiểm tra lại thuốc tiêm.
- Mở nắp lọ thuốc/bể ống thuốc, ống nước cất bằng gạc vô khuẩn sau khi đã sát khuẩn (nếu có).
- Bóc bơm tiêm và kim lấy thuốc vào khay vô khuẩn.
- Điều dưỡng sát khuẩn tay.
- Lắp kim lấy thuốc vào bơm tiêm, pha thuốc (nếu có). Hút thuốc vào bơm tiêm.
- Tháo kim lấy thuốc, lắp kim tiêm, đuôi khí, đặt vào khay vô khuẩn, hoặc vỏ bơm tiêm vô khuẩn.
- Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm.
- Thắt dây garô, kê gối dưới vùng tiêm truyền.
- Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoay ốc, đường kính 10cm, 2 lần hoặc đến khi sạch.

Tiến hành tiêm tĩnh mạch:

- Tay trái căng da dưới vị trí tiêm. Tay phải cầm bơm tiêm, mũi vát ngựa, độ chệch so với mặt da 15- 30⁰, tiến hành đâm kim vào tĩnh mạch. Khi thấy máu ra đóc kim, hạ thấp kim tiêm luôn vào tĩnh mạch.
- Tháo dây garô, rút nhẹ pittong, nếu thấy máu vẫn trào ra đóc kim, tiến hành bơm từ từ thuốc vào tĩnh mạch.
- Khi hết thuốc, tay trái kéo chệch căng da chỗ tiêm, tay phải rút nhanh kim tiêm ra cho vào hộp an toàn.
- Sát khuẩn lại vị trí tiêm. Đặt một miếng bông khô vô khuẩn, ấn mạnh lên vị trí tiêm một lúc cho hết chảy máu.
- Giúp NB về tư thế thoải mái.
- Dặn NB những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ:
- Phân loại rác thải y tế.
- Rửa tay, ghi phiếu thực hiện thuốc.

QUY TRÌNH TRUYỀN DUNG DỊCH BẰNG ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

I. Mục đích

- Hồi phục nhanh khối lượng tuần hoàn
- Nuôi dưỡng cơ thể
- Đưa thuốc vào cơ thể
- Giải độc

II. Chỉ định

Người bệnh bị mất nước

Người bệnh bị mất máu

Người bệnh không ăn uống được

Người bệnh bị ngộ độc

III. Các trường hợp hạn chế

Phù phổi cấp

Phù não

Bệnh tim nặng

IV. Chuẩn bị

1. Chuẩn bị người bệnh

- Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện 5 đúng
- Giải thích cho người bệnh yên tâm và dặn người bệnh những điều cần thiết

2. Chuẩn bị dụng cụ

Dụng cụ vô khuẩn

Dung dịch truyền

Bộ dây truyền

Kim truyền: kim cánh bướm, kim catheter ngoại vĩ cỡ 18-20 (cho người lớn)

hoặc 22-24 (cho trẻ em)

Bông cồn sát khuẩn

Trụ cắm panh, 2 panh, 1 kéo

Dụng cụ khác

Găng tay, băng dính, dây garô.

Nẹp, băng cuộn, gô kê tay, quang treo (nếu cần).

Đồng hồ có kim giây.

Hộp chống shock đầy đủ cơ số thuốc.

Thùng phân loại rác thải theo quy định.

V. Kỹ thuật tiến hành

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định NB.

- Giải thích cho NB mục đích của việc sắp làm, hướng dẫn NB đi tiểu trước.

- Để NB nằm ở tư thế thoải mái, đo M, HA, T⁰.

- Kiểm tra lại chai dịch, thuốc pha (nếu có).

- Điều dưỡng sát khuẩn tay.

- Mở nắp nút chai.

- Mở bộ dây tiêm truyền cắm vào chai dịch, khoá lại

- Treo lên cột truyền, đuổi khí, cắt băng dính

- Điều dưỡng đi găng sạch (Nếu cần)

- Bộc lộ vùng tiêm truyền, kê gối dưới vùng tiêm truyền, đặt nẹp (nếu cần).

- Thắt dây garô.

- Sát khuẩn vị trí tiêm truyền, sát khuẩn từ trong ra ngoài đường kính 10cm, đến khi sạch (tối thiểu 2 lần).

Tiến hành truyền tĩnh mạch:

- DD đi găng sạch

- Một tay căng da dưới vị trí tiêm. Một tay cầm đốc kim, mũi vát ngựa, độ chéch so với mặt da 15- 30⁰ tiến hành đâm kim vào tĩnh mạch. Khi thấy máu ra đốc kim, hạ thấp kim tiêm luôn vào tĩnh mạch.

- Tháo dây garô, mở khoá cho dịch chảy chậm.

- Cố định kim truyền, dây truyền bằng băng dính.

- Che kim ở vị trí tiêm truyền bằng miếng gạc nhỏ và cố định bằng băng dính.

- Điều chỉnh tốc độ giọt theo y lệnh
- Giúp NB nằm ở tư thế thoải mái. Dặn NB những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, phân loại rác thải y tế.
- Rửa tay, ghi phiếu theo dõi truyền dịch.

QUY TRÌNH THÔNG TIÊU, DẪN LƯU NƯỚC TIÊU, RỬA BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thông tiêu, dẫn lưu nước tiêu, rửa bàng quang là đưa qua niệu đạo vào bàng quang của bệnh nhân một ống thông để dẫn nước tiêu ra ngoài. Nhằm mục đích chẩn đoán, điều trị bệnh ở bàng quang, bệnh hệ tiết niệu.

1.1. Chỉ định

- Những trường hợp bí đái.
- Trước khi mổ: u xơ tuyến tiền liệt, mô đẻ.
- Để chẩn đoán hoặc bơm thuốc vào để điều trị bệnh bàng quang, đường tiết niệu.

1.2. Chống chỉ định

- Giập, rách niệu đạo do chấn thương.
- Chấn thương tuyến tiền liệt.
- Nhiễm khuẩn niệu đạo.

II. KỸ THUẬT THÔNG TIÊU

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Động viên an ủi bệnh nhân yên tâm, dặn bệnh nhân những điều cần thiết.

2.2. Chuẩn bị điều dưỡng

Rửa tay thường quy, đi găng tay.

2.3. Chuẩn bị dụng cụ

2.3.1. Dụng cụ sạch

- khay chữ nhật: 2 cái.
- khay quả đậu: 2 cái.
- Lọ cắm kẹp và 2 kẹp Kocher.
- Lọ dầu nhờn parafin đã được hấp.
- Lọ đựng dung dịch nước sát khuẩn.
- Dung dịch thuốc tím 1⁰/₀₀, thuốc đỏ 2%.

- Cốc đựng bông và nước rửa: 2 cái.
- Băng dính, giá ống nghiệm.
- Nilon, xô đựng nước tiểu.

2.3.2. Dụng cụ vô khuẩn

- Khay chữ nhật trải 2 tấm vô khuẩn để đựng dụng cụ đã hấp sấy.
- Ống thông: tùy theo tuổi và bệnh, chuẩn bị các cỡ ống thông Nelaton. Người lớn cỡ 16 - 20, trẻ em cỡ 8 - 12. Ống thông có nhiều loại: Nelaton, thông đầu cong bằng cao su, thông bằng kim loại...
- Săng có lỗ, gạc củ ấu, bông đã được hấp sấy.
- Găng tay.
- Bơm tiêm 20 - 50ml.

2.4. Thực hành kỹ thuật thông tiểu

Thực hành thông tiểu ở phòng thủ thuật. Nếu làm ở phòng điều trị phải có bình phong che kín giường của bệnh nhân, tư thế bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân co, chống 2 bàn chân lên giường, đùi hơi dạng, quần tụt dưới đầu gối.

Dưới mông bệnh nhân trải tấm nilon, đặt xô để hứng nước tiểu.

2.4.1. Thông tiểu nam

- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, 2 chân co, chống 2 bàn chân lên giường, đùi hơi dạng, quần tụt dưới đầu gối.

- Dưới mông bệnh nhân trải tấm nilon, đặt xô để hứng nước tiểu.

- Cách rửa bộ phận sinh dục: sau khi đi găng dùng gạc lót quanh dương vật, cầm dụng đứng lên, tay còn lại gấp gạc thấm dung dịch sát khuẩn rửa từ lỗ niệu đạo ra bao quy đầu. Rửa xong lau khô, sát khuẩn lỗ niệu đạo, quy đầu bằng thuốc tím hoặc thuốc đỏ.

- Trải săng có lỗ trên 2 đùi và bộ phận sinh dục để hứng nước tiểu.

a. Thông tiểu bằng thông Nelaton

Một tay cầm dương vật thẳng đứng, tay còn lại cầm ống thông đã bôi dầu nhờn đưa từ từ vào niệu đạo khoảng 10cm thì hạ dương vật xuống, tiếp tục đẩy ống thông vào đến khi thấy nước tiểu chảy ra.

Khi đưa ống thông vào niệu đạo, nhắc bệnh nhân há miệng thở đều, khi đi qua hết niệu đạo di động thì kéo dương vật về phía bụng bệnh nhân, ống sẽ vào niệu đạo sau dễ dàng, sau đó đưa ống thông về phía dưới cho nước chảy ra. Khi nước tiểu chảy hết gập ống lại, rút ra cho vào khay quả đậu.

Lau khô vùng sinh dục, mặc quần áo và đặt bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

b. Thông tiểu bằng ống thông bằng kim loại

Các bước thực hành như thông Nelaton, nhưng khi đưa ống thông vào niệu đạo, bàng quang phải qua 4 thì:

- Thì 1: tay phải cầm ống thông kim loại đầu hơi cong, tay trái cầm dương vật đưa sang ngang, đưa ống thông vào ngang tới túi bịt hành xóp (hết niệu đạo di động).

- Thì 2: tay trái đưa dương vật và ống thông trở về đường giữa, lúc đầu để song song với thành bụng, sau đó nâng dương vật thẳng lên, không cần đẩy ống thông cũng tự trôi vào niệu đạo sau, nếu chưa được làm lại.

- Thì 3: gập dương vật xuống vị trí 6 giờ là ống thông sẽ trôi vào bàng quang.

- Thì 4: rút ống thông ra bằng các động tác ngược lại.

c. Thông tiểu bằng ống thông cao su cứng đầu cong

Thực hành thông như ống thông kim loại. Khi thông phải hướng đầu cong vào vị trí 12 giờ.

2.4.2. Thông tiểu nữ

- Điều dưỡng rửa tay thường quy, đi găng tay, cầm kẹp gấp gạc củ ấu, hoặc bông cầu thấm dung dịch sát khuẩn, tay còn lại quấn gạc vào ngón trỏ và ngón cái vạch môi lớn và môi nhỏ rồi rửa âm hộ từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, môi lớn, môi nhỏ, lỗ niệu đạo, mỗi lần rửa xong một bộ phận phải thay gạc rồi mới rửa

bộ phận khác. Rửa xong thấm khô và sát khuẩn lại bằng dung dịch thuốc đỏ hoặc thuốc tím; sau đó trải săng có lỗ che kín 2 bên đùi và bộ phận sinh dục chỉ để hở lỗ niệu đạo.

- Điều dưỡng cầm ống thông, bôi dầu nhờn vào đầu ống.

- + Một tay quân gác vào ngón trỏ và ngón cái, vành 2 môi nhỏ để nhìn rõ lỗ niệu đạo, tay còn lại cầm ống như kiểu cầm bút đưa từ từ vào niệu đạo sâu 4 - 5cm sẽ có nước tiểu chảy ra. Nếu có chỉ định lấy nước tiểu gửi đi xét nghiệm thì bỏ nước tiểu đầu và cuối lấy nước tiểu giữa vào ống nghiệm.

- + Khi nước tiểu chảy hết bẻ gấp ống lại, rút ra cho vào khay quả đậu.

- + Lau khô vùng sinh dục, giúp bệnh nhân mặc quần áo và nằm lại tư thế thoải mái.

2.5. Thu dọn dụng cụ

- Dụng cụ đã sử dụng đem đi đánh rửa sạch và sấy hấp. Dụng cụ khác sắp xếp vào nơi quy định.

- Ghi nhận xét vào hồ sơ bệnh án.

- + Ngày giờ thông tiểu.

- + Số lượng, màu sắc, nước tiểu.

- + Các xét nghiệm đã lấy nước tiểu để gửi đi.

- + Tình trạng bệnh nhân trước, sau và trong khi thông tiểu.

- + Người thực hành kỹ thuật.

III. DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

3.1. Chỉ định

- Bệnh nhân không tự đi tiểu tiện được hoặc cần giữ cho vùng xung quanh lỗ niệu đạo sạch thì phải đặt ống thông lưu trong bàng quang.

- Bệnh nhân hôn mê, liệt cơ vòng.

- Bí đái thường xuyên, hoặc cần theo dõi lượng nước tiểu.

- Sau mổ tầng sinh môn, âm đạo, niệu đạo, bàng quang, tuyến tiền liệt, niệu quản, thận.

3.2. Thực hành kỹ thuật

- Dùng thông Foley đưa vào bàng quang lấy hết nước tiểu, sau đó đẩy sâu khoảng 4cm rồi cố định.

- Dùng bơm tiêm hút một lượng dung dịch hoặc không khí bằng thể tích của quả bóng đã ghi ở đầu ống thông(5 - 7ml), bơm vào quả bóng, bơm hết rút bơm tiêm ra, rút nhẹ ống thông không thấy ống thông trôi ra là được.

- Dùng thông Nelaton: sau khi đưa vào bàng quang lấy hết nước tiểu dùng sợi chỉ buộc sát lỗ đái rồi cố định 2 đầu sợi chỉ bằng băng dính, dính vào gò mu của bệnh nhân hoặc dùng kim khâu dính vào bao quy đầu đối với bệnh nhân nam.

- Sau khi cố định xong, nối ống thông với dây polyten dẫn vào một lọ kín dưới đáy có nước sát khuẩn để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng hoặc túi đựng nước tiểu.

2.3. Rút ống thông tiểu

- Tùy theo chỉ định mà rút hoặc thay ống thông; thông thường ống thông và ống dẫn lưu thì 5 ngày thay một lần.

- Chai đựng nước tiểu thay hàng ngày.

- Khi rút ống thông, dùng bơm tiêm hút hết không khí hoặc dung dịch trong quả bóng rồi kéo ra. Nếu thông Nelaton thì bóc băng dính hoặc cắt chỉ khâu rồi mới rút, sau đó lau khô vùng sinh dục, giúp bệnh nhân nằm tư thế thoải mái.

2.4. Thu dọn dụng cụ, ghi vào hồ sơ bệnh án

- Dụng cụ đã dùng đem đi đánh rửa sạch và sấy hấp. Dụng cụ khác sắp xếp vào nơi quy định.

- Ghi nhận xét vào hồ sơ bệnh án.

+ Ngày giờ thông tiểu.

+ Số lượng, màu sắc.

+ Các xét nghiệm đã làm.

+ Tình trạng bệnh nhân trước, sau và trong khi thông tiểu.

+ Người làm kỹ thuật.

IV. RỬA BÀNG QUANG

4.1. Chỉ định

- Bệnh nhân đặt ống thông tiểu liên tục, bàng quang dễ bị nhiễm khuẩn, chảy máu sau mổ cắt u xơ tuyến tiền liệt, có chỉ định rửa bàng quang để bơm thuốc điều trị.

4.2. Thực hành kỹ thuật

Có hai phương pháp rửa bàng quang

- Phương pháp 1: dùng bơm tiêm.

+ Tháo ống dẫn lưu ra khỏi ống thông, dùng bơm tiêm hút nước sát khuẩn, dung dịch natri clorua đẳng trương bơm vào ống thông, bơm từ từ mỗi lần 200 - 250ml, rút bơm tiêm cho nước từ bàng quang chảy ra ngoài.

+ Tiếp tục rửa cho đến khi nước trong bàng quang chảy ra trong sạch thì thôi.

+ Nếu có chỉ định bơm thuốc vào bàng quang để điều trị thì sau khi rửa xong bơm thuốc vào và nút ống thông lại không cho nước tiểu chảy ra ngoài.

- Phương pháp 2: dụng cụ gồm:

+ Dung dịch rửa theo chỉ định.

+ Chai đựng dung dịch có nút kín hoặc béc có khăn phủ.

+ Ống nối bằng thủy tinh hình chữ Y.

+ Ba ống cao su, 2 ống có khóa hãm, một ống không có khóa hãm.

+ Băng dính, kéo, giá treo chai, lọ đựng nước tiểu chảy ra.

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa 2 chân co chống 2 bàn chân trên mặt giường.

- Chai hoặc béc đã đựng nước rửa treo trên giá, cách mặt giường 60 - 80cm.

Gắn ống cao su từ chai hoặc béc có khóa vào ống thủy tinh chữ Y.

- Gắn ống thứ hai có khóa vào nhánh chữ Y vào chai hứng nước chảy ra.

- Gắn ống thứ ba không có khóa vào nhánh chữ Y rồi gắn vào ống thông tiểu của bệnh nhân.

- Mở khóa ở chai hoặc béc cho nước chảy vào bàng quang 250ml, khóa lại để lưu 30 phút; sau đó mở khóa ở chai đựng nước chảy ra để nước trong bàng quang chảy ra hết; rửa đến khi nước chảy ra trong là được.

- Mỗi ngày rửa 2 lần vào một giờ quy định, mỗi lần rửa cần dùng từ 150 - 400ml dung dịch.

- Sau khi rửa xong lau khô vùng sinh dục và giúp bệnh nhân nằm lại cho thoải mái.

4.3. Thu dọn dụng cụ, ghi vào hồ sơ bệnh án

- Dụng cụ đã dùng đem đi đánh rửa sạch và sấy hấp. Dụng cụ khác sắp xếp vào nơi quy định.

- Ghi nhận xét vào hồ sơ bệnh án.

+ Ngày giờ thông tiểu.

+ Số lượng, màu sắc

+ Các xét nghiệm.

+ Tình trạng bệnh nhân trước, sau và trong khi thông tiểu.

+ Người làm kỹ thuật.

4.4. Tai biến, biến chứng

- Thủng niệu đạo, bàng quang do đưa thông thô bạo.

- Chảy máu do thông khó khăn hoặc thông nhiều lần.

- Nhiễm khuẩn bàng quang và thận do vô khuẩn không tốt, do thông tiểu nhiều lần, lưu ống thông dài ngày.

QUY TRÌNH THỤT THÁO

1. ĐẠI CƯƠNG

Thụt tháo, thụt giữ là các kỹ thuật đưa nước, thuốc qua trực tràng vào đại tràng nhằm mục đích tháo phân, điều trị nuôi dưỡng bệnh nhân.

Sơ lược về giải phẫu sinh lý của đại tràng:

Đại tràng dài 1,5m, đường kính rộng khoảng 4 - 6cm nằm đóng khung trong ổ bụng, kết tràng chia làm 2 phần:

- Đại tràng phải: dài khoảng 55cm gồm manh tràng, đại tràng lên, nửa phải của kết tràng ngang.
- Đại tràng trái dài khoảng 1,2m gồm nửa trái của đại tràng ngang, đại tràng chậu hông và trực tràng.
- Đại tràng có chức năng hấp thu nước làm cô đặc phân, hấp thu một số thuốc, glucose và muối khoáng.

Trong điều trị, đưa nước vào đại tràng để làm lỏng phân và có thể đưa các chất dinh dưỡng, thuốc vào cơ thể qua đường ruột.

2. THỤT THÁO

Thụt tháo là kỹ thuật đưa nước qua trực tràng vào kết tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng, thành ruột nở rộng. Thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân và hơi ra ngoài.

2.1. Chỉ định, chống chỉ định

2.1.1. Chỉ định

- Bệnh nhân táo bón.
- Trước phẫu thuật đường tiêu hóa.
- Trước thụt chất cản quang vào ruột để chụp X quang khung đại tràng.
- Trước thụt giữ, để thuốc hấp thu qua đại tràng.
- Trước đẻ.
- Trước soi trực tràng, để quan sát, phát hiện tổn thương đại tràng.

2.1.2. Chống chỉ định

- Bệnh thương hàn có nguy cơ thủng ruột.
- Viêm ruột.
- Tắc ruột, xoắn ruột.
- Tồn thương hậu môn, trực tràng.

2.2. Kỹ thuật thụt tháo

2.2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Hướng dẫn, giải thích cho bệnh nhân cảm giác khi thụt tháo.
- Dặn bệnh nhân cố gắng đại tiện sau khi thụt 15 phút.

2.2.2. Chuẩn bị dụng cụ

Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ, đi găng tay.

- Nước thụt:

+ Nước muối đẳng trương hoặc thuốc tím 1⁰/₀₀, hay nước đun sôi để nguội 37⁰C.

+ Lượng nước chỉ định: người lớn bình thường 500 - 1000ml, không quá 1500ml.

+ Trẻ em 200 - 750ml tùy theo tuổi.

- Trường hợp đặc biệt theo chỉ định của bác sĩ.

- Dụng cụ:

+ Bồn sạch đựng nước thụt có chia vạch, dây cao su dài 1,2 - 1,5m nối với bồn, Canyl, khóa vòi thụt đã vô khuẩn.

+ Quả bơm bằng cao su, ống thông Nelaton để thụt cho trẻ em.

+ 2 khay chữ nhật.

+ Lọ đựng kẹp Kocher, 2 kẹp Kocher.

+ Ca mức nước, chậu, xô sạch đựng nước.

+ Lọ dầu nhờn: parafin, vaselin.

+ Cốc đựng bông cầu.

+ Gạc, giấy gói vòi thụt, giấy vệ sinh.

+ Gói kê mông, vải nylon.

- + Cột treo bóc.
- + Bình phong khi làm tại buồng bệnh.
- + Bô, khay quả đậu.

2.2.3. Thực hành kỹ thuật

- Đưa dụng cụ tới nơi làm kỹ thuật.
- Động viên bệnh nhân cố chịu đựng khi cảm giác nước chảy vào.
- Cởi quần giúp bệnh nhân (nếu bệnh nhân không tự làm được).
- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng bên trái, bệnh nhân liệt nằm ngửa.
- Kê gối và lót nilon vào mông, phủ vải đắp vùng mông bệnh nhân.
- Lắp canyl vào ống cao su, lắp ống cao su nối với bôc.
- Đổ nước vào bôc.
- Treo bôc lên cột cách mặt giường 50 - 80cm. Không treo cao quá nước chảy vào với áp lực mạnh làm kích thích nhu động ruột mạnh đẩy nước ra, không vào sâu trong ruột, ảnh hưởng tới kết quả thụt và làm bệnh nhân khó chịu.
- Kiểm tra lại nước và thử vòi thụt.
- Bôi dầu trơn vào đầu canyl hoặc ống thông.
- Bỏ vải đắp, một tay vạch mông bệnh nhân một tay cầm vòi đưa nhẹ canyl hoặc ống thông vào hậu môn chừng 2 - 3cm, đưa ngược lên trên chếch về phía trước bụng, rồi đưa vòi ra phía sau, đưa vào khoảng 1/2 hoặc 2/3 vòi thụt, đưa nhẹ nhàng tránh gây tổn thương niêm mạc hậu môn, trực tràng. Khi đưa vòi thụt nhắc bệnh nhân há miệng, thở đều.
- Mở khóa cho nước chảy từ từ, một tay giữ vòi thụt hoặc ống thông để không bị bật ra ngoài.
- Kiểm tra nước vào đại tràng bằng cách quan sát mức nước trong bôc hoặc hỏi bệnh nhân có cảm thấy nước chảy vào ruột không. Nếu mức nước vẫn giữ nguyên có thể treo cao bôc lên hoặc rút vòi thụt ra một chút nước sẽ chảy.

- Trong khi thụt nếu bệnh nhân kêu đau bụng, khó chịu, mót rặn muốn đi ngoài thì khóa vòi thụt lại để bệnh nhân nghỉ. Khi các dấu hiệu trên hết thì lại tiếp tục thụt với áp lực thấp hơn.

- Khi nước trong bốc gần hết, khóa vòi thụt lại, nhẹ nhàng rút ra, dùng giấy bọc lấy vòi thụt, bỏ vào khay quả đậu hoặc lau sạch rồi bỏ vào bình có chứa dung dịch sát khuẩn.

- Treo ống cao su lên cột.

- Cho bệnh nhân nằm ngửa, dặn bệnh nhân cố gắng nhịn đại tiện 15 phút.

- Đặt bô hoặc giúp bệnh nhân đi vệ sinh.

- Khi bệnh nhân đại tiện xong giúp bệnh nhân lau chùi sạch sẽ. Nếu bệnh nhân tự làm được, đưa giấy cho bệnh nhân lau chùi.

- Nếu vải trải ướt, thay vải trải cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.

2.2.4. Thu dọn dụng cụ

- Dụng cụ bẩn đi khử khuẩn theo quy định.

- Để các dụng cụ sạch vào chỗ quy định.

2.2.5. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thụt, dung dịch thụt, số lượng.

- Kết quả và tình trạng bệnh nhân.

- Người thực hiện kỹ thuật.

QUY TRÌNH HÚT ĐỜM DÃI

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch dịch tiết, thông đường hô hấp.
- Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
- Lấy dịch xuất tiết để xét nghiệm giúp chẩn đoán bệnh.
- Phòng ngừa nhiễm khuẩn và các biến chứng ở đường hô hấp do dịch tích tụ.

II. CHỈ ĐỊNH

- NB có nhiều đờm nhớt không tự khạc ra được.
- NB hôn mê, lơ mơ, động kinh, co giật.
- NB hậu phẫu còn ảnh hưởng của thuốc mê.
- NB đang thở qua ống nội khí quản hoặc mở khí quản.

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- ĐD mang khẩu trang, đến kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.
- Kiểm tra máy hút đờm có hoạt động tốt không?
- Giải thích cho NB hoặc người nhà NB biết việc mình sắp làm (nếu được).

2. Chuẩn bị dụng cụ:

2.1. Hút đờm rãi ở đường hô hấp trên:

- Dụng cụ vô khuẩn:
 - + 1 chai NaCl 0.9 %
 - + Gạc
 - + Ống hút đờm phù hợp.
 - + Găng tay vô khuẩn (hoặc một chiếc găng vô khuẩn, một chiếc găng sạch)
- Dụng cụ sạch:
 - + Khẩu trang, kính bảo hộ (nếu cần)
 - + Máy hút + dây nối (đã kiểm tra).
 - + Giấy lót không thấm (nếu cần).
- Dụng cụ khác:

- + Túi đựng rác y tế, rác sinh hoạt
- + Dung dịch sát khuẩn tay nhanh

2.2. Hút đờm dãi đường hô hấp dưới:

- Dụng cụ vô khuẩn:

+ 2 cốc đựng NaCl 0.9 %

+ Gạc

+ 2 ống hút đờm

+ Găng tay vô khuẩn.

- Dụng cụ sạch:

+ Khẩu trang, kính bảo hộ (nếu cần)

+ Máy hút + dây nối (đã kiểm tra).

+ Giấy lót không thấm (nếu cần).

- Dụng cụ khác:

+ Túi đựng rác y tế, rác sinh hoạt.

+ Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

3. Tiến hành kỹ thuật

3.1. Hút đờm dãi ở đường hô hấp trên:

- Nhận định tình trạng NB.

- Vệ sinh tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh.

- Chuẩn bị dụng cụ, mang đến giường bệnh.

- Báo và giải thích cho NB (nếu được).

- Kiểm tra hệ thống máy hút, áp lực máy hút.

- Chuẩn bị tư thế NB thích hợp với tình trạng bệnh lý, mặt nghiêng một bên về phía điều dưỡng.

- Trải giấy lót không thấm choàng qua cổ NB (nếu cần).

- Tăng liều oxy cho NB theo y lệnh 2 - 3phút (nếu NB đang thở oxy qua ống thông hay cannula), hoặc hướng dẫn NB hít thở sâu, chậm, ho.

- Rửa tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh.

- Mở khay vô khuẩn hoặc mở gói hút đờm vô khuẩn.
- Mang găng vô khuẩn.
- Gắn ống hút vào dây nối an toàn (một tay vô khuẩn cầm ống hút đờm, một tay sạch giữ chỗ nối ống hút đờm và máy hút)
- Bật máy, hút dung dịch NaCl 0,9% làm trơn ống.
- Dùng tay sạch lấy mask/cannula ra.
- Làm mất sức hút (bấm ống hoặc để hở bộ phận điều khiển trên ống hút đờm), đưa ống nhẹ nhàng vào mũi đến hầu hoặc miệng.
- Tạo sức hút (thả lỏng ống hoặc bịt kín bộ phận điều khiển trên ống hút), tiến hành hút đờm với động tác vừa xoay ống, vừa rút từ từ ống ra.
- Hút nước tráng ống làm trơn và sạch lòng trong của ống hút (nếu cần).
- Nhận định tình trạng NB, dừng # 1 phút giữa các lần hút, gắn lại mask/cannula cho NB (nếu cần), khuyến khích NB hít thở sâu. Tiếp tục hút như trên đến khi thông thương đường hô hấp.
- Tắt máy, tháo ống hút.
- Tháo găng tay, vệ sinh tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh.
- Điều chỉnh liều oxy như ban đầu cho NB.
- Báo cho NB biết việc đã xong, cho NB nằm lại tư thế tiện nghi.
- Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải lây nhiễm và đồ vải đúng cách.
- Vệ sinh tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh.
- Ghi hồ sơ.

3.2. Hút đờm dải đường hô hấp dưới:

- Nhận định tình trạng NB.
- Vệ sinh tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh..
- Chuẩn bị dụng cụ, mang đến giường bệnh.
- Báo và giải thích cho NB (nếu được).
- Kiểm tra hệ thống máy hút, áp lực máy hút.

- Chuẩn bị tư thế NB thích hợp với tình trạng bệnh lý, mặt ngửa, kê gối dưới vai.
- Trải giấy lót không thấm choàng qua cổ NB (nếu cần).
- Tăng oxy lên 100% trong 2-3 phút (nếu NB có thở oxy)/điều chỉnh FiO₂ 100% trên máy thở; hoặc hướng dẫn NB hít thở sâu, chậm (nếu được).
- Rửa tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh.
- Mở mâm vô khuẩn hoặc mở gói hút đờm vô khuẩn.
- Mang găng vô khuẩn.
- Gắn ống hút vào dây nối an toàn (một tay vô khuẩn cầm ống hút đờm, một tay sạch giữ chỗ nối ống hút đờm và máy hút).
- Bật máy, hút dung dịch NaCl 0,9% làm trơn ống.
- Làm mất sức hút (bấm ống hoặc để hở bộ phận điều khiển trên ống hút đờm), đưa ống nhẹ nhàng vào nội khí quản/mở khí quản (sâu bằng chiều dài của ống NKQ/MKQ cộng thêm 1-1,5cm) hoặc cho đến khi cảm thấy vướng/phản xạ ho thì kéo lui ống khoảng 1cm.
- Tạo sức hút (thả lỏng ống hoặc bịt kín bộ phận điều khiển trên ống hút), tiến hành hút đờm với động tác vừa xoay ống, vừa rút từ từ ống ra.
- Hút nước tráng ống làm trơn và sạch lòng trong của ống hút (nếu cần).
- Nhận định tình trạng NB, dừng # 1 phút giữa các lần hút, gắn lại máy thở cho NB (nếu cần), khuyến khích NB hít thở sâu. Tiếp tục hút như trên đến khi thông thương đường hô hấp.
- Tiếp tục hút đờm ở mũi - miệng (giống như kỹ thuật hút đờm đường hô hấp trên).
- Tắt máy, tháo ống hút.
- Tháo găng tay, vệ sinh tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh..
- Tăng liều oxy cho NB theo y lệnh 2-3 phút (nếu NB có thở oxy)/ấn nút FiO₂ 100% trên máy thở; hoặc hướng dẫn NB hít thở sâu, chậm (nếu được) để tăng thông khí.

- Điều chỉnh liều oxy như ban đầu hoặc điều chỉnh thông số máy thở như y lệnh cho NB.

- Báo cho NB biết việc đã xong, cho NB nằm lại tư thế tiện nghi.
- Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải lây nhiễm và đồ vải đúng cách.
- Vệ sinh tay thường qui/sát khuẩn tay nhanh.
- Ghi hồ sơ.

4. Dọn dụng cụ

- Xử lý rác.
- Rửa sạch dụng cụ, gửi hấp tiệt khuẩn.
- Bình đựng đờm không được đầy quá 2/3.
- Đồ sạch đờm, rửa bình, gắn vào máy, thay dây mới.

5. Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ thực hiện.
- Số lượng, màu sắc, tính chất đờm.
- Số lần hút đờm.
- Phản ứng của NB (nếu có)
- Tình trạng hô hấp, tuần hoàn của NB trước và sau khi hút.
- Nội dung giáo dục sức khỏe (nếu có)
- Họ tên điều dưỡng thực hiện.

QUY TRÌNH RỬA DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Rửa dạ dày là kỹ thuật đưa ống thông bằng ống cao su hoặc nhựa vào dạ dày để hút các chất trong dạ dày ra ngoài như thức ăn, dịch vị, chất độc... nhằm mục đích:

- Loại trừ chất độc trong dạ dày.
- Làm sạch dạ dày để phẫu thuật và điều trị.

1.1. Chỉ định và chống chỉ định

1.1.1. Chỉ định

- Ngộ độc: thức ăn, thuốc, hóa chất trước 6 giờ.
- Trước phẫu thuật đường tiêu hóa: khi bệnh nhân ăn chưa quá 6 giờ.
- Bệnh nhân hẹp môn vị: thức ăn, dịch vị ứ đọng trong dạ dày.
- Bệnh nhân đa toan: rửa dạ dày làm giảm nồng độ acid trong dạ dày.

1.1.2. Chống chỉ định

- Bệnh nhân hôn mê, nếu rửa phải đặt nội khí quản.
- Bệnh nhân uống nhầm dung dịch acid, kiềm mạnh.
- U, rò thực quản, giãn, vỡ tĩnh mạch thực quản.
- Bệnh nhân thủng dạ dày.
- Bệnh nhân ngộ độc sau 6 giờ.
- Bệnh nhân suy kiệt nặng.

2. KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân

Trước khi thực hành rửa dạ dày phải thông báo cho bệnh nhân biết kỹ thuật sắp làm, động viên an ủi bệnh nhân yên tâm hợp tác với điều dưỡng. Nếu là trẻ em cần giải thích cho bố mẹ, hướng dẫn bệnh nhân và người nhà những điều cần thiết.

2.2. Chuẩn bị dụng cụ

2.2.1. Dụng cụ sạch

- khay chữ nhật: 2 cái.

- Khay quả đậu: 2 cái hoặc túi giấy đựng đồ bẩn.
- Lọ cắm kim và 2 kim Kocher.
- Lọ đựng cồn 70⁰.
- Lọ đựng dầu nhờn parafin đã hấp.
- Cốc đựng bông.
- Cốc có chân.
- Cốc đựng nước chín.
- Ca múc nước rửa, khăn lau miệng.
- Nilon: 2 tấm.
- Xô, chậu đựng nước rửa hoặc dung dịch thuốc, số lượng tùy theo bệnh lý và tình trạng ngộ độc.
- Thùng đựng nước thải ra.
- Giá ống nghiệm nếu có yêu cầu xét nghiệm.

2.2.2. Dụng cụ vô khuẩn

- Khay chữ nhật trải 2 săng đã hấp tiệt khuẩn đựng:
 - Ống Faucher dài 80 - 150cm đường kính 8 - 12mm. Ống được chia làm 3 phần: đầu đưa vào dạ dày có lỗ chính giữa và lỗ cạnh bên, cách đầu ống 50cm có vạch ngang; đưa ống vào dạ dày vạch chạm cung răng cửa là đầu ống đã vào tới đáy dạ dày. Giữa thân ống có quả bóp để tăng áp lực đẩy nước vào hút nước, dịch, thức ăn ra. Phía ngoài cùng có một phễu để đổ nước.
 - Bơm tiêm 20 - 50ml.
 - Gạc, bông cầu đã được hấp tiệt khuẩn.
 - Kim mở miệng, kéo lưỡi và đè lưỡi.

3. THỰC HÀNH RỬA DẠ DÀY

Rửa dạ dày thường làm ở một phòng riêng, thoáng. Nếu làm ở phòng điều trị phải có bình phong che kín.

3.1. Tư thế bệnh nhân

- Tư thế ngồi: bệnh nhân ngồi trên ghế tựa, đầu hơi ngả về phía trước, choàng nilon trước ngực, che kín ngực, bụng, đùi.

- Tư thế nằm: đầu hơi cao, phía trên đầu giường trải nilon, sau đó trải nilon trước ngực bệnh nhân.

- Đặt thùng đựng nước thải trên sàn nhà theo tư thế bệnh nhân.

3.2. Đưa ống thông vào dạ dày bệnh nhân

- Đổ dầu nhờn ra cốc.

- Mở khay vô khuẩn, rửa tay thường quy, đi găng tay, cầm ống Faucher đã có mức đánh dấu, cuộn lại. Nếu ống không có dấu thì đo trên bệnh nhân.

Cách đo: lấy điểm giữa rốn và mũi ức vòng qua sau tai, tới cung răng cửa đánh dấu bằng băng dính.

- Đặt khay quả đậu dưới cằm bệnh nhân hoặc có người phụ cầm giúp.

- Bôi dầu nhờn vào đầu ống.

Trước khi đưa ống vào dạ dày bệnh nhân, phải kiểm tra nếu bệnh nhân có răng giả phải tháo ra.

- Đưa ống thông vào dạ dày, kiểm tra vị trí ống thông trong dạ dày, thực hành như kỹ thuật hút dịch dạ dày.

- Trước khi tiến hành rửa dạ dày hạ thấp phễu xuống dưới mức dạ dày và nghiêng phễu để dịch ứ đọng trong dạ dày chảy ra, hoặc dùng bơm tiêm hút hết dịch ra. Nếu có chỉ định lấy dịch để xét nghiệm, phải lấy vào ống nghiệm, sau đó mới tiến hành đổ nước rửa.

- Khi rửa phải giữ phễu ngang với đầu bệnh nhân trong trường hợp bệnh nhân ngồi. Nếu bệnh nhân nằm thì phễu ở vị trí cao hơn mặt của bệnh nhân 15cm.

- Rửa đi rửa lại cho đến khi nước dạ dày chảy ra trong là được. Nếu bệnh nhân ngộ độc thuốc hoặc hóa chất cũng phải rửa đến khi nước chảy ra trong và hết mùi thuốc hoặc hóa chất.

- Rút ống thông: một tay cuộn ống, tay còn lại dùng gạc đỡ ống ra, khi còn 15 - 20cm dùng ngón tay cái bóp chặt ống rút ra khỏi miệng bệnh nhân bỏ ống vào

khay quả đậu. Lau miệng và cho bệnh nhân súc miệng, tháo bỏ nilon. Cho bệnh nhân về phòng hoặc nằm lại ngay ngắn, thoải mái. Dẫn dò bệnh nhân những điều cần thiết sau rửa dạ dày.

3.3. Cần chú ý khi rửa dạ dày

- Hạn chế không khí vào dạ dày.
- Luôn quan sát sắc mặt bệnh nhân. Ngừng rửa ngay khi bệnh nhân kêu đau bụng hoặc dịch chảy ra có lẫn máu, theo dõi bệnh nhân chặt chẽ.
- Bệnh nhân ngộ độc thuốc trừ sâu hoặc cloroquin khi rửa dạ dày phải có mặt bác sĩ.

3.5. Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ bệnh án

- Dụng cụ đã dùng đưa đi cọ rửa và xử lý, các dụng cụ khác sắp xếp vào đúng nơi quy định.
- Ghi vào hồ sơ bệnh án:
 - + Ngày, giờ làm kỹ thuật.
 - + Số lượng nước và dịch rửa.
 - + Thời gian thực hành kỹ thuật.
 - + Số lượng dịch + nước chảy ra: màu, mùi.
 - + Tình trạng của bệnh nhân: trước, trong, sau khi rửa dạ dày.
 - + Tên người thực hiện kỹ thuật.

4.TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: tổn thương đường tiêu hoá do hoá chất gây nên. Cần ngừng ngay kỹ thuật, theo dõi bệnh nhân.
- Viêm phổi hít: do dịch trào ngược tràn vào phổi.

QUY TRÌNH GHI ĐIỆN TÂM ĐỒ

I. MỤC ĐÍCH

Ghi điện tâm đồ là ghi lại hình ảnh hoạt động điện học của tim nhằm giúp cho công tác chẩn đoán và điều trị bệnh có kết quả.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chẩn đoán rối loạn nhịp tim
2. Chẩn đoán phì đại cơ nhĩ, cơ thất
3. Chẩn đoán rối loạn dẫn truyền
4. Chẩn đoán các rối loạn điện giải
5. Theo dõi máy tạo nhịp tim

III. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện

- Máy điện tâm đồ có đủ dây dẫn và bản điện cực
- Có hệ thống dây đất tốt
- Các chất dẫn điện hoặc nước muối sinh lý 0,9%
- Gạc để lau bản trên da người bệnh trước khi gắn điện cực và lau chất dẫn điện sau khi ghi.

2. Người bệnh

- Được giải thích về cách tiến hành kỹ thuật
- Nằm yên tĩnh, mắt nhìn vào 1 điểm
- Nếu người bệnh kích thích vật vã thì phải dùng thuốc an thần.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thử test trước khi ghi điện tâm đồ: $v/d: 1mV = 10mm$
2. Dùng gạc lau da người bệnh và bôi chất dẫn điện lên vị trí đặt điện cực
3. Vị trí đặt điện cực thăm dò của 6 chuyển đạo trước tim thông dụng (từ V1 đến V6):
 - V1: khoảng liên sườn 4 bên phải, sát bờ xương ức.
 - V2: khoảng liên sườn 4 bên trái, sát bờ xương ức.

- V3: điểm giữa thẳng nối V2 với V4.
 - V4: giao điểm của đường dọc đi qua điểm giữa xương đòn trái với đường ngang đi qua mỏm tim (nếu không xác định được vị trí mỏm tim thì lấy khoảng liên sườn 5 trái).
 - V5: giao điểm của đường nách trước với đường ngang đi qua V4
 - V6: giao điểm của đường nách giữa với đường ngang đi qua V4, V5
4. Bật máy, ghi điện tâm đồ
 5. Tắt máy, tháo các điện cực
 6. Lau sạch chất dẫn điện, mặc áo cho người bệnh. Đưa người bệnh về giường nếu làm tại phòng điện tim.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Tình trạng của người bệnh sau khi ghi điện tâm đồ
- Ngày giờ ghi điện tâm đồ

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Tuân thủ theo hướng dẫn của nhân viên y tế trong quá trình ghi điện tim.

QUY TRÌNH TRUYỀN MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG :

Truyền máu tại giường bệnh là bước cuối của quy trình truyền máu lâm sàng, Trực tiếp đưa máu của người cho vào máu của người nhận do đó đòi hỏi an toàn cao và theo dõi cẩn trọng tại giường bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất máu cấp kèm theo giảm thể tích tuần hoàn (mất máu khối lượng lớn trên 30% thể tích máu, tương đương trên 1500ml máu ở người có trọng lượng khoảng 50kg)

- Truyền thay máu
- Trường hợp người bệnh cần truyền hồng cầu nhưng không có sẵn khối hồng cầu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Bảo quản chế phẩm máu trước khi truyền

- Máu toàn phần phải được bảo quản ở nhiệt độ trong khoảng từ 2 C đến 6 C;
- Máu toàn phần phải được truyền trong vòng 30 phút sau khi bỏ ra khỏi tủ lạnh.

2. Kiểm tra túi máu trước khi truyền

- Bất cứ dấu hiệu nào của tan máu trong lớp huyết tương đều là dấu hiệu cho thấy máu đã bị nhiễm khuẩn, bị làm đông hoặc làm ấm ở nhiệt độ quá cao.
- Bất cứ dấu hiệu nào của nhiễm khuẩn, ví dụ như sự đổi màu sắc của hồng cầu, trông sẫm hơn hoặc chuyển màu tím/đen.
- Bất cứ cục máu đông nào cũng cho thấy có thể máu đã không được lắc đúng quy cách để chất chống đông hoà đều khi lấy máu từ người cho.
- Bất cứ dấu hiệu nào cho thấy túi máu bị thủng hoặc bị mở ra từ trước.

Nếu có bất cứ dấu hiệu bất thường nào tìm thấy trên túi máu thì không được truyền đơn vị máu đó và phải thông báo ngay cho ngân hàng máu.

3. Kiểm tra để xác định chính xác họ tên người bệnh và chế phẩm máu trước khi truyền

Việc kiểm tra lần cuối này phải được làm ngay tại giường người bệnh ngay trước khi bắt đầu truyền chế phẩm máu, do điều dưỡng hoặc bác sĩ thực hiện.

Kiểm tra xác định chính xác người bệnh lần cuối cùng:

Nếu người bệnh đang trong tình trạng hôn mê thì cần hỏi người nhà người bệnh hoặc một nhân viên khác để xác định chính xác người bệnh.

- Kiểm tra chính xác người bệnh trên cơ sở đối chiếu với:

Hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra các chi tiết sau trên nhãn hoà hợp dán trên túi máu xem có phù hợp chính xác với hồ sơ người bệnh của người bệnh không:

+ Họ tên người bệnh;

+ Giường bệnh, phòng bệnh hoặc phòng mổ;

+ Nhóm máu của người bệnh;

+ Túi máu;

+ Nhãn hoà hợp.

- Kiểm tra ngày hết hạn của túi máu.

V. ĐỊNH LẠI NHÓM MÁU TẠI GIƯỜNG

Trực tiếp đưa máu (truyền máu) vào tĩnh mạch người bệnh: bước cuối cùng của truyền máu do đó bác sĩ điều trị cần kiểm tra lại kết quả định lại nhóm máu, nếu phù hợp hoàn toàn, theo y lệnh của bác sĩ, điều dưỡng mở khóa dây truyền máu, từ từ 10, 20 giọt cho đến mức tối đa theo y lệnh.

- Truyền máu toàn phần: sử dụng huyết thanh mẫu định lại nhóm máu ABO của người bệnh và đơn vị máu trước truyền.

VI. THEO DÕI TRUYỀN MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU

1. Đối với mỗi đơn vị máu truyền vào, cần phải theo dõi người bệnh ở từng giai đoạn của quá trình truyền máu

- Trước khi bắt đầu truyền máu;
- 15 phút sau khi bắt đầu truyền máu;
- Ít nhất mỗi giờ trong quá trình truyền máu;
- Khi truyền máu xong;
- 4 giờ sau khi truyền máu xong.

2. Tại mỗi giai đoạn nêu trên, cần ghi lại thông tin vào bảng theo dõi người bệnh

Toàn trạng của người bệnh, các chỉ số sinh tồn

3. Ghi chép lại vào phiếu truyền máu

- Thời gian bắt đầu truyền máu;
- Thời gian hoàn tất truyền máu;
- Thể tích và số lượng tất cả các chế phẩm máu được truyền vào;
- Tất cả các phản ứng phụ có hại xảy ra.

VII. NHỮNG TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Phát hiện và xử trí các tác dụng không mong muốn trong truyền máu và ngay sau truyền máu:

- Khi xuất hiện các triệu chứng bất thường ở người bệnh đang truyền máu hoặc chế phẩm máu, phải ngừng truyền ngay và báo cáo bác sĩ điều trị để xử trí kịp thời. Khi cần thiết phải mời bác sĩ hoặc người phụ trách của cơ sở cung cấp máu để phối hợp xử trí.

- Trường hợp người bệnh có phản ứng nặng hoặc tử vong có liên quan đến truyền máu thì cơ sở cung cấp máu phải báo cáo ngay với lãnh đạo bệnh viện và cơ sở cung cấp máu để phối hợp tìm nguyên nhân và đề xuất ý kiến giải quyết.

- Lập báo cáo tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu (theo mẫu số 6), bàn giao cho cơ sở cung cấp máu các túi máu, chế phẩm máu, dây truyền máu và các loại thuốc tiêm, dịch truyền khác sử dụng cho người bệnh vào

thời điểm xảy ra tác dụng không mong muốn. Thời gian lưu giữ các bệnh phẩm trên và các mẫu máu có liên quan ít nhất là 14 ngày kể từ lúc xảy ra tác dụng không mong muốn.

- Cơ sở cung cấp máu phải xét nghiệm các mẫu bệnh phẩm để xác định nguyên nhân và lập phiếu xét nghiệm tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu.

2. Phát hiện và xử trí tác dụng không mong muốn xảy ra chậm sau truyền máu:

Cơ sở điều trị sử dụng máu cần phối hợp với cơ sở cung cấp máu để xác định nguyên nhân tác dụng không mong muốn xảy ra chậm và áp dụng các biện pháp theo dõi và điều trị tích cực theo quy định của Bộ Y tế.

QUY TRÌNH CHO NGƯỜI BỆNH ĂN QUA SONDÉ

I. MỤC ĐÍCH

- Cung cấp các chất và năng lượng để cơ thể tồn tại, phát triển và chống lại bệnh tật, phục hồi sức khỏe.
- Ăn uống đóng góp vai trò không nhỏ trong việc điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

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

2. Chống chỉ định

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

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà (trẻ em, hôn mê, ...)
để người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác khi tiến hành thủ thuật.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết
- Tư thế người bệnh thoải mái, thuận tiện cho kỹ thuật.

2. Dụng cụ và thức ăn

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Ống thông Levin (có nhiều cỡ số khác nhau)

- Ống thông Nelaton (dùng cho trẻ sơ sinh)
- Bơm tiêm: 20 ml, 50 ml.
- Gạc
- Đè lưới
- Cốc đựng dầu nhờn Parafin
- Phễu

2.2. Dụng cụ sạch

- Lọ cắm hai pince
- Bình hoặc cốc đựng thức ăn
- Cốc nước chín
- Lọ dầu nhờn Parafin
- Một tấm nilon
- Một khăn ăn bằng vải
- Một khăn lau miệng mũi
- Cốc đựng tăm bông
- Cốc nước muối sinh lý 0,9%
- Ống nghe, băng dính, kéo, kim băng
- Khay quả đầu

2.3. Các dụng cụ khác

- Phiếu theo dõi
- Sổ thủ thuật
- Bình phong
- Xô đựng rác thải y tế, rác thải sinh hoạt.

3. Địa điểm

Tại buồng bệnh sạch sẽ, thoáng mát, tránh gió lùa.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay thường quy.
2. Kiểm tra lại dụng cụ, thức ăn và cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc

3. Đưa dụng cụ đến giường bệnh
4. Kéo bình phong
5. Cho người bệnh quay mặt về phía người làm thủ thuật hoặc nằm đầu cao tùy thuộc vào tình trạng người bệnh.
6. Choàng tấm nilon và phủ khăn ăn trước ngực người bệnh.
7. Đặt khay quả đậu cạnh cằm và má người bệnh, vệ sinh mũi (nếu đưa qua mũi)
8. Đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai đến mũi ức, đánh dấu mức đo sau đó cuộn ống lại (khi đo tránh chạm vào người bệnh).
9. Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông.
10. Đưa ống thông nhẹ nhàng vào dạ dày đến vạch đánh dấu.
11. Bảo người bệnh há miệng xem ống có bị cuộn lại trong miệng không, nếu người bệnh hôn mê thì dùng đèn lưỡi để kiểm tra.
12. Kiểm tra ống thông đã vào đúng dạ dày bằng một trong ba cách:
 - Cho một đầu ngoài ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là được
 - Nghe hơi ở vùng thượng vị
 - Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày
13. Nút đầu ống thông, cố định ống thông bằng băng dính vào mũi người bệnh.
14. Lấy thức ăn vào bơm tiêm, đẩy hết không khí, bơm thức ăn từ từ vào ống thông đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh.
15. Tráng ống thông bằng nước chín
16. Đậy nút ống thông lại, cố định ống thông vào áo người bệnh bằng kim băng.
17. Tháo bỏ tấm nilon, khăn ăn.
18. Lau miệng, mũi, cảm ơn.
19. Giúp người bệnh nằm thoải mái
20. Thu dọn dụng cụ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

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

2. Ghi hồ sơ

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

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

QUY TRÌNH THỞ NGẠT – ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH

Ngừng tuần hoàn gây chết lâm sàng.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

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

2. Người bệnh

Nằm ngửa ưỡn cổ trên một mặt phẳng cứng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng hoặc nhân viên cấp cứu quỳ ngang đầu nạn nhân
- Kiểm tra dấu hiệu sống:
 - + Nghe hơi thở, quan sát lồng ngực, bắt mạch cảnh hoặc mạch bẹn, kiểm tra đồng tử.
 - + Các dấu hiệu khác: da trắng bệch hoặc tím ngắt, máu ngừng chảy từ các vết thương.
- Khai thông đường thở: nới rộng quần áo người bệnh (nạn nhân), móc sạch đờm dãi hoặc dị vật, tháo răng giả (nếu có), đặt người bệnh nằm ngửa cổ ưỡn tối đa, nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ chỉ nâng hàm dưới lên, tránh di chuyển đầu cổ nhiều.
- Đám thức tỉnh tim vào vùng trước tim 3 -5 cái thật mạnh. Thổi ngạt 2 cái (bóp chặt mũi nạn nhân trong lúc thổi vào, mắt nhìn ngực nạn nhân xem có phồng lên không).

- Nhịp thổi ngạt: 10 – 12 lần/ phút
- Sờ mạch cảnh, nếu không đập tiến hành ép tim.
- + Vị trí ép tim: 1/3 dưới ương ức
- + Người thực hiện: quỳ ngang ngực nạn nhân, đặt 2 lòng bàn tay chồng lên nhau, áp cườm tay(mô cái và mô út) vào 1/3 dưới xương ức nạn nhân, khuỷu tay duỗi thẳng ép thẳng góc với lồng ngực.
- + Tần số ép: 80 - 100 lần/ phút ở người lớn.
- + Không nhấc tay lên sau khi ấn, lồng ngực phải lún xuống khoảng 3 cm ở người lớn.

Phối hợp thổi ngạt (hoặc bóp bóng Ambu).

- + Một người cứu: cứ 2 lần thổi ngạt, 15 ép tim
- + Hai người cứu: cứ 1 lần thổi ngạt 5 lần ép tim.

Kiểm tra mạch bẹn để đánh giá hiệu quả ép tim (1 phút kiểm tra 1 lần). Tiếp tục cấp cứu đến khi mạch đập trở lại, nạn nhân thở lại.

Trẻ em:

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

V. ĐÁNH GIÁ

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

QUY TRÌNH BÓP BÓNG AMBU

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngừng thở, ngừng tim đột ngột do điện giật, ngạt nước, ngộ độc thuốc ngủ, thuốc phiện, ...

- Sơ sinh bị ngạt do đẻ khó, ngạt nước ối.

- Suy hô hấp cấp nguy kịch.

- Liệt hô hấp do các nguyên nhân khác nhau.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Bóng Ambu và mặt nạ cho người lớn

- Bóng Ambu và mặt nạ cho trẻ em

- Máy hút đờm dãi (cơ sở y tế)

- Bộ dụng cụ hút đờm dãi

- Hệ thống oxy

2. Chuẩn bị người bệnh

Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên, uốn cổ, kê gối dưới vai.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Móc họng lấy dị vật hoặc hút sạch đờm dãi khai thông đường thở

- Lau sạch miệng, mũi người bệnh (nạn nhân), để người bệnh ở tư thế nằm ngửa, uốn cổ, lấy tay đẩy hàm dưới ra phía trước. Nối oxy với bóng Ambu áp sát mặt nạ vào miệng, mũi người bệnh rồi bóp bóng:

+ 12 -14 lần/ phút ở người lớn.

+ 25 – 30 lần/ phút ở trẻ em.

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

- Bóp bóng cho đến khi người bệnh tỉnh lại hoặc thở lại, đồng tử co (tử trường hợp rắn cắn đồng tử không co).

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

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ, BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau cấp cứu

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu và đồng tử ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

- Phát hiện dấu hiệu bất thường như tràn khí màng phổi hoặc các dấu hiệu khác báo cáo bác sỹ xử trí kịp thời.

QUY TRÌNH PHỤ GIUP BÁC SỸ CHỌC DỊCH MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút dịch màng phổi là thủ thuật đưa kim vào khoang màng phổi trong các trường hợp tràn dịch, tràn máu, tràn mủ, để hút dịch ra ngoài cơ thể bệnh nhân.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thông báo và giải thích về thủ thuật sắp làm, giải thích về thủ thuật cho bệnh nhân biết, thông thường thủ thuật không gây đau, bệnh nhân có cảm giác bị chèn ép khó chịu. Thực hành thủ thuật chỉ mất vài phút, phụ thuộc vào thời gian rút dịch từ khoang màng phổi.

- Động viên bệnh nhân yên tâm hợp tác trong khi làm thủ thuật, hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết.

Ví dụ: nhịn ho trong khi chọc, giữ vệ sinh vùng chọc dịch.

- Tư thế bệnh nhân:

+ Bệnh nhân ngồi trên giường, tay bên chọc đưa lên cao để khoang liên sườn giãn rộng, đưa kim vào dễ dàng.

+ Đặt bệnh nhân ngồi trên ghế tựa 2 chân dạn ra hai bên, ngực tì vào tựa lưng ghế, có đệm gối mềm, khoanh tay lên thành tựa lưng ghế, để cầm tỳ lên tay.

+ Tư thế nằm: Bệnh nhân nằm đầu cao, đầu bằng hơi nghiêng về bên phổi lành, có gối mỏng kê dưới lưng. Cánh tay bên phổi được chọc đưa cao trên đầu.

2. Chuẩn bị dụng cụ

Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng tay.

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Một bộ dụng cụ gây tê gồm: 1 bơm tiêm 5 - 10ml.

+ Kim lấy thuốc.

+ Kim tiêm.

- Hai kim chọc dò màng phổi.

- Một ống cao su dài 12 - 15cm nối đầuambu của bơm tiêm với đốc kim có khóa chữ T để đóng mở khi hút dịch, tránh tràn khí vào màng phổi.

- Một bơm tiêm 20ml hoặc 50ml để hút dịch.

- Một săng có lỗ.

- Hai kìm kẹp săng.

- Một cốc đựng bông cầu, gạc củ ấu.

- Vài miếng gạc vuông để băng vết chọc sau khi rút kim.

- Một đôi găng tay.

2.2. Dụng cụ sạch

- Cồn iod 1%, cồn 70⁰.

- Thuốc gây tê: novocain hoặc lydocain 1 - 2%.

- Một cốc thủy tinh đựng 100ml nước cất

- Một lọ acid acetic 2%.

- Ống hút nhỏ giọt, khi cần thử phản ứng Rivalta

- Giá đựng ống nghiệm có 3 ống nghiệm trong đó có: 1 ống vô khuẩn, ghi rõ họ tên, tuổi bệnh nhân, khoa, phòng.

- Giấy xét nghiệm: 3 cái (sinh hóa, tế bào, vi khuẩn).

- Dung dịch natri clorua đẳng trương (khi có chỉ định rửa màng phổi).

-Thuốc kháng sinh: để bơm rửa màng phổi.

- Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây.

- khay quả đậu hoặc túi giấy.

- Bô chứa dịch hoặc ống đong.

- Kéo, băng dính.

- Một chậu đựng dung dịch khử khuẩn để chứa dụng cụ bẩn.

- Chuẩn bị dụng cụ dẫn lưu màng phổi: catheter, ống dẫn lưu, kim, chỉ khâu da để sẵn sàng khi cần thiết.

III. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

- Điều dưỡng sắp xếp dụng cụ tiện lợi cho bác sĩ sử dụng.

- Đặt bệnh nhân đúng tư thế, tùy theo tình trạng bệnh nhân và quyết định của bác sĩ, vén áo để lộ vùng chọc kim.

- Mở khăn vô khuẩn.

- Đổ cồn vào cốc có gạc củ ấu để sát khuẩn vị trí chọc dịch.

- Đưa găng tay cho bác sĩ, giúp bác sĩ đi găng tay.

- Giữ bệnh nhân khi thầy thuốc chọc kim. Quan sát sắc mặt bệnh nhân, dặn bệnh nhân không ho mạnh và không cử động trong khi chọc dò.

- Khi kim vào đúng vị trí, đưa ống dẫn lưu có khóa chữ T để bác sĩ lắp vào đốc kim.

- Hứng dịch vào ống nghiệm.

- Phối hợp với bác sĩ đóng mở khoá khi bác sĩ tháo vào lắp bơm tiêm hút dịch để đề phòng khí tràn vào khoang màng phổi.

- Khi bác sĩ rút kim, điều dưỡng sát khuẩn vết chọc và băng lại.

- Đặt bệnh nhân nằm tư thế fowler. Nằm nghiêng bên lành sau khi chọc hút dịch. Dặn bệnh nhân nghỉ ngơi tại giường không đi lại, vận động trong vài giờ đầu sau khi chọc dịch.

- Đo lại mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Hoàn thành phiếu xét nghiệm, dán nhãn ống nghiệm, gửi bệnh phẩm đi xét nghiệm.

IV. Thu dọn và bảo quản dụng cụ, Ghi hồ sơ

- Đưa dụng cụ đã sử dụng về phòng cọ rửa và xử lý theo quy định.

- Xếp đặt các phương tiện khác về vị trí cũ.

- Ngày giờ thực hành thủ thuật.

- Số lượng dịch hút ra, màu sắc, tính chất.

- Các xét nghiệm đã gửi đi.

- Tình trạng bệnh nhân: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Họ tên bác sĩ và điều dưỡng viên thực hành kỹ thuật.

Phải theo dõi sát bệnh nhân để phát hiện sớm những biến chứng có thể xảy ra.

- Ghi chép đầy đủ vấn đề trong thời gian theo dõi phát hiện được .

Nếu dẫn lưu kín thì bình chứa dịch phải to hơn khoang màng phổi và có áp lực âm để khí không tràn vào khoang màng phổi.

V. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU CHỌC DỊCH MÀNG PHỔI

Trong vài giờ đầu sau khi chọc dịch, để bệnh nhân nằm nghỉ tại giường, theo dõi sát tình trạng của bệnh nhân. Nếu thấy bệnh nhân khó thở hoặc có những diễn biến bất thường như ho nhiều, đau tức ngực, tím tái, mạch nhanh, huyết áp hạ, thân nhiệt tăng hoặc giảm thì phải phối hợp với bác sĩ để xử trí kịp thời.

TAI BIẾN THƯỜNG GẶP TRONG VÀ SAU KHI CHỌC DỊCH MÀNG PHỔI

1. Ngất

Bệnh nhân quá sợ hãi, do thay đổi áp lực đột ngột trong khoang màng phổi.

- Biểu hiện: tím tái, ngừng thở, ngừng tim.

- Xử trí và chăm sóc:

+ Làm thông đường hô hấp.

+ Cho bệnh nhân nằm đầu thấp.

+ Tiến hành hồi sinh hô hấp, tuần hoàn.

+ Phối hợp với bác sĩ xử trí kịp thời.

2. Tràn khí màng phổi

Do không đảm bảo kín nên khí từ bên ngoài lọt vào khoang màng phổi hoặc đâm thủng lá tạng vào nhu mô phổi.

- Biểu hiện: ho rũ rượi, khó thở, mạch nhanh...

- Xử trí và chăm sóc:

+ Cho bệnh nhân ngồi dậy.

+ Động viên an ủi bệnh nhân.

+ Phối hợp với bác sĩ xử trí kịp thời.

3. Phù phổi cấp

Do hút quá nhiều và quá nhanh dịch trong khoang màng phổi (lượng dịch hút ra quá 1000ml), gây thay đổi đột ngột áp lực trong khoang màng phổi.

- Biểu hiện: khó thở, tím tái, ho khạc ra bọt màu hồng, mạch nhanh, huyết áp hạ.

- Xử trí và chăm sóc:

+ Nhanh chóng chuyển bệnh nhân tới phòng cấp cứu hoặc cấp cứu tại giường bệnh.

+ Cho bệnh nhân ngồi dậy hoặc tư thế nửa nằm nửa ngồi để dễ thở.

+ Động viên an ủi bệnh nhân.

+ Chuẩn bị phương tiện và thuốc cấp cứu.

+ Thực hiện các bước cấp cứu ban đầu như: hút đờm dãi, làm thông đường hô hấp, cho thở oxy, garo ở chi.

+ Phối hợp với bác sĩ cấp cứu kịp thời.

4. Mủ màng phổi

Do dụng cụ không vô khuẩn hoặc do không đảm bảo vô khuẩn khi thực hành thủ thuật.

- Biểu hiện: sốt cao, khó thở, mạch nhanh.

- Xử trí và chăm sóc:

+ Đặt bệnh nhân nằm tư thế dễ thở.

+ Chườm lạnh.

+ Phối hợp với bác sĩ xử trí kịp thời.

5. Tai biến tổn thương tế bào phổi do đâm kim to, quá sâu vào nhu mô phổi

Trong trường hợp này, bệnh nhân có biểu hiện ho và khạc đờm có máu. Vì vậy nên động viên an ủi bệnh nhân và phối hợp với thầy thuốc cấp cứu kịp thời, thực hiện y lệnh chính xác.

QUY TRÌNH PHỤ GIÚP BÁC SỸ CHỌC DỊCH MÀNG BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút dịch màng bụng là lấy dịch trong khoang màng bụng ra ngoài. Bình thường dịch này chỉ đủ làm trơn phúc mạc, được tiết ra và hấp thu vào trong hệ thống bạch huyết, tuy nhiên trong quá trình mắc bệnh thì lượng dịch quá lớn trong khoang gọi là dịch cổ trướng (ascite). Bình thường, dịch cổ trướng giống huyết thanh, trong và màu vàng nhạt, có thể lấy dịch màng bụng để làm bệnh phẩm xét nghiệm (tế bào, protein) và làm giảm áp lực trong ổ bụng do xuất hiện quá nhiều dịch. Bác sĩ phải làm thủ thuật này với sự hỗ trợ của điều dưỡng và tiến hành vô khuẩn một cách nghiêm ngặt.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích cho bệnh nhân mục đích của thủ thuật.
- + Thủ thuật chọc hút dịch màng bụng thường không gây đau. Khi bệnh nhân có nhiều dịch trong màng bụng, thực hành thủ thuật giúp bệnh nhân dễ chịu hơn, dễ chẩn đoán, xác định bệnh...
- + Che phủ bệnh nhân, để lộ vùng chọc dò, đảm bảo kín đáo cho bệnh nhân.
- + Bệnh nhân phải hiểu tầm quan trọng trong việc duy trì tư thế khi làm thực hành.
- Hướng dẫn bệnh nhân những điều cần thiết như đi đại, tiểu tiện trước khi thực hành thủ thuật...
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Nếu thủ thuật tiến hành tại giường bệnh, phải có bình phong che để không ảnh hưởng tới bệnh nhân khác.

2. Chuẩn bị dụng cụ

Điều dưỡng đeo khẩu trang, đội mũ, rửa tay, đi găng tay.

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Dụng cụ vô khuẩn để trong khay vô khuẩn có phủ khăn vô khuẩn.

- Hai 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 - 2mm.
- Có thể dùng kim trocat để chọc tháo.
- Một ống cao su hoặc ống thông polyten nhỏ, dài khoảng 1m cóambu để nối với đốc kim, có khóa để điều chỉnh tốc độ dịch chảy, có thể dùng kim to nối với dây truyền dịch không có bầu đếm giọt.
- Một bơm tiêm 5ml để gây tê.
- Một bơm tiêm 20ml để hút dịch.
- Nếu có điều kiện dùng bơm tiêm 3 đường khi chọc tháo.
- Một sàng có lỗ.
- Hai kìm kẹp sàng.
- Một kẹp Kocher có máu.
- Một kẹp Kocher không máu.
- Hai cốc đựng bông cầu, gạc củ ấu.
- Một móc bấm Michel, kìm bấm để bấm vết chọc sau khi rút kim.
- Một đôi găng tay.

2.2. Dụng cụ sạch

- Lọ cồn iod, cồn 70⁰.
- Thuốc tê novocain hoặc lidocain 1 - 2%.
- Hộp thuốc cấp cứu.
- Cốc thủy tinh chứa 100ml nước cất đã hòa 2 giọt acid acetic để làm phản ứng rivalta.
- Băng dính, kéo.
- Một tấm nilon.
- Ba phiếu xét nghiệm.
- Giá đựng 3 ống nghiệm có dẫn nhãn, trong đó có một ống vô khuẩn, ghi rõ họ, tên tuổi bệnh nhân, khoa, phòng.

- Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây.
- Hai khay quả đậu, một khay đựng dụng cụ bản, một đựng bông gạc bản.
- Một xô can để chứa dịch có chia vạch thể tích.
- Một chậu đựng dung dịch sát khuẩn.

III. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Trải nilon dưới lưng và mông bệnh nhân.
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế tùy thuộc vào tình trạng của bệnh và tùy theo yêu cầu của bác sĩ; thường nằm ngửa bên chọc dịch sát với thành giường, kê một gối dưới lưng bên đối diện để bên chọc dịch thấp hơn; hoặc tư thế nửa nằm, nửa ngồi; hoặc đặt bệnh nhân ngồi trên ghế tựa, chân đặt lên một ghế con.

- Bộc lộ vùng chọc.

- Sát khuẩn vùng chọc: Kẻ một đường từ rốn tới gai chậu trước trên, chia đường này làm 3 phần, sát khuẩn điếm 1/3 ngoài. Bệnh nhân thường được chọc bên trái, ít khi chọc ở bên phải để tránh chọc vào manh tràng. Tuy nhiên, đôi khi chọc vào bên phải theo chỉ định của bác sĩ. Sát khuẩn 2 lần, lần đầu bằng cồn iod, lần sau bằng cồn 70⁰.

- Mở khay vô khuẩn.
- Đổ cồn 70⁰ để sát khuẩn tay bác sĩ, giúp bác sĩ đi găng tay.
- Đưa săng có lỗ, đưa kim kẹp săng cho bác sĩ.
- Chuẩn bị thuốc gây tê để bác sĩ hút thuốc tê thuận lợi và vô khuẩn.
- Khi bác sĩ gây tê, điều dưỡng theo dõi sắc mặt, mạch của bệnh nhân, động viên bệnh nhân.
- Điều dưỡng sát khuẩn tay, nhẹ nhàng đỡ đốc kim vào lòng bàn tay bác sĩ.
- Khi bác sĩ chọc kim, điều dưỡng thường xuyên theo dõi sắc mặt bệnh nhân.
- Cắt băng dính.
- Khi dịch bắt đầu chảy đưa ống đựng kim để thầy thuốc cho thông nòng vào, đặt khay quả đậu hứng vài giọt dịch đầu bỏ đi.

- Hứng dịch vào ống nghiệm.
- + Lấy vào 3 ống: xét nghiệm tế bào, vi khuẩn và sinh hóa.
- + Ống nuôi cấy vi khuẩn phải đảm bảo vô khuẩn, đốt miệng ống nghiệm trước và sau khi lấy dịch bằng đèn cồn.
- Làm phản ứng Rivalta tại giường.
- + Cách làm: nhỏ 2 - 4 giọt dịch vào cốc đựng 100ml nước cất và acid acetic.
- + Kết quả: nếu thấy vẩn đục như khói thuốc lá lắng dần xuống đáy cốc thì phản ứng Rivalta dương tính. Nếu không thấy xuất hiện vẩn đục trong cốc thì phản ứng Rivalta âm tính.
- Phản ứng Rivalta dương tính: là dịch tiết, lượng protein trong dịch trên 30g/lít.
- Phản ứng Rivalta âm tính: là dịch thấm, lượng protein trong dịch dưới 30g/lít.
- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch vào bình chứa.
- Điều chỉnh dịch chảy ra nhanh hoặc chậm theo chỉ định của bác sĩ.
- Thường xuyên theo dõi sắc mặt, mạch của bệnh nhân trong khi dẫn lưu dịch.
- Khi bác sĩ rút kim ra, điều dưỡng sát khuẩn nơi chọc, đặt gạc và băng lại.
- + Nếu chọc kim to, dịch có thể chảy ra theo vết chọc, dùng móc bấm Michel kẹp lại để dịch không rỉ ra ngoài.
- + Nếu điều dưỡng rút kim, cần phải đảm bảo vô khuẩn; tháo dây dẫn ở đốc kim, đặt lại thông kim vào kim; rút kim thật nhanh, sát khuẩn, đặt gạc và băng lại.
- Đặt bệnh nhân nằm nghiêng về bên không chọc dịch; tiếp tục theo dõi, chăm sóc bệnh nhân sau khi chọc dò để phát hiện biến chứng.
- + Sắc mặt, mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- + Số lượng, tính chất, màu sắc dịch chảy ra.
- + Dấu hiệu đau bụng hoặc bụng trướng.
- + Ngát.
- + Tình trạng nhiễm khuẩn.

- Dán nhãn chính xác bệnh phẩm và gửi ngay đến phòng xét nghiệm.

IV. Thu dọn và bảo quản dụng cụ, ghi hồ sơ

- Đưa các dụng cụ đã sử dụng về phòng cọ rửa và xử lý theo quy định.
- Trả các dụng cụ khác về vị trí cũ.
- Ngày, giờ thực hành thủ thuật.
- Vị trí chọc.
- Số lượng, tính chất, màu sắc của dịch và kết quả phản ứng Rivalta.
- Tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau thủ thuật.
- Tên bác sĩ và điều dưỡng thực hành thủ thuật.

V. TAI BIẾN TRONG VÀ SAU CHỌC DỊCH Ổ BỤNG

1. Ngất

Ngất là do bệnh nhân sợ hãi. Cần phải đặt bệnh nhân nằm đầu thấp, xoa bóp tim ngoài lồng ngực, hà hơi thổi ngạt, tiêm thuốc trợ tim, thực hành ngay hồi sinh tim phổi.

2. Quai ruột bịt kín đầu kim

Nhẹ nhàng dịch chuyên đầu kim, tránh làm thủng ruột.

3. Chọc vào ruột

Ít khi chọc vào ruột, nếu vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bắn chảy ra, phải rút kim ngay bằng kín lại, theo dõi tình trạng đau bụng, nhiệt độ, phản ứng thành bụng.

4. Chọc vào mạch máu

Ít khi gặp, nếu chọc vào mạch máu phải rút kim ngay, theo dõi bệnh nhân rồi mới chọc lại.

5. 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: dịch dẫn lưu cho chảy với tốc độ chậm, thông thường lượng dịch dẫn lưu chảy ra không quá 1.500ml mỗi lần chọc tháo.

6. Nhiễm khuẩn thứ phát sau chọc (viêm phúc mạc)

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp; đau bụng, trướng bụng.
- Nếu dịch còn rỉ ra theo vết chọc dùng móc bấm Michel kẹp lại.
- Đảm bảo nguyên tắc khử khuẩn – tiệt khuẩn dụng cụ. Bác sĩ, điều dưỡng thực hành đúng quy trình kỹ thuật sẽ hạn chế, loại trừ các tai biến có thể xảy ra.

QUY TRÌNH GỘI ĐẦU CHO NGƯỜI BỆNH TẠI GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Làm sạch tóc và da đầu người bệnh giúp người bệnh dễ chịu, thoải mái.
- Phòng chống các bệnh về tóc và da đầu
- Kích thích tuần hoàn vùng đầu

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Người bệnh nằm lâu tại chỗ không tự gội được

2. Chống chỉ định

Không gội đầu cho những người bệnh đang trong tình trạng nặng, người bệnh sốt cao.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Báo cho người bệnh, thân nhân biết việc sắp làm
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.

2. Dụng cụ

- Chậu (xô) đựng nước ấm
- Ca múc nước
- Dầu gội hoặc bồ kết, chanh, ...
- Khăn bông nhỏ 1 chiếc
- Khăn bông to 2 chiếc
- Máy sấy tóc
- Kim băng
- Máng chữ U có bọc nilon để dẫn nước chảy xuống thùng đựng nước bẩn.
- Mảnh Nilon
- Lược chải tóc
- Thùng đựng nước bẩn

3. Địa điểm

Tiến hành tại giường người bệnh, đảm bảo ấm, tránh gió lùa.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mang dụng cụ đến giường người bệnh
- Phủ nylon lên gối, giường người bệnh
- Cho người bệnh nằm chéo trên giường đầu thấp hơn vai
- Choàng một khăn bông ở cổ ngực và một khăn che vai và lưng người bệnh.
- Nhét bông vào 2 lỗ tai người bệnh
- Chải tóc: chải từng nắm tóc nhỏ một và chải từ ngọn tóc đến chân tóc để

tránh co kéo tóc quá nhiều gây đau đớn cho người bệnh.

- Đặt máng chữ U dưới đầu người bệnh, đầu dưới của máng đặt gọn vào thùng đựng nước bẩn.

- Đổ nước ấm ướt đều tóc

- Nếu người bệnh dùng dầu gội đầu: xoa dầu gội đầu lên tóc. Nếu người bệnh dùng nước bồ kết: dội nước bồ kết lên tóc nhiều lần.

- Chà sát khắp da đầu và tóc bằng những đầu ngón tay, tránh làm sây sát da đầu người bệnh.

- Dội nước lên tóc nhiều lần cho sạch

- Nếu người bệnh gội với bồ kết và chanh thì xoa nước chanh lên tóc rồi gội nước lại cho sạch.

- Lấy khăn nhỏ lau mặt, bỏ bông ở 2 lỗ tai người bệnh ra.

- Kéo khăn quàng ở lưng, vai lau tóc. Sau đó dùng máy sấy, sấy tóc cho khô.

- Chải tóc cho người bệnh.

- Tháo máng chữ U cho vào thùng

- Cho người bệnh nằm hoặc ngồi thoải mái.

- Sắp xếp lại giường, tủ đầu giường gọn gàng

- Thu dọn dụng cụ.

Lưu ý: khi gội đầu cho người bệnh cần phải:

+ Tránh cho người bệnh bị nhiễm lạnh

- + Tránh dầu gội đầu, nước bồ kết, chanh vào tai, mắt người bệnh
- + Trường hợp người bệnh có vết thương nên đắp gạc có chất trơn lên rồi gội.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành gội đầu cho người bệnh
- Tình trạng người bệnh
- Những quan sát về tóc và da đầu người bệnh
- Tên người thực hiện.
- Hướng dẫn người nhà người bệnh hàng ngày nên chải tóc cho người bệnh, nếu phát hiện những bất thường về tóc và da đầu phải báo cho nhân viên y tế.

QUY TRÌNH TẮM CHO NGƯỜI BỆNH NẶNG TẠI GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ da sạch sẽ, đem lại sự thoải mái cho người bệnh.
- Tăng cường sự tuần hoàn và giúp sự bài tiết của da được dễ dàng.
- Phòng tránh được lở loét, nhiễm khuẩn qua da và các bệnh ngoài da.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Chỉ định

- Người bệnh bị gãy xương.
- Người bệnh nặng, bị liệt, hôn mê.
- Người bệnh sau phẫu thuật (đã ổn DHST).

2. Chống chỉ định:

- Người bệnh đang trụy mạch, shock.
- Người bệnh đa vết thương.

III. CÁC BƯỚC CÔNG VIỆC:

1. Chuẩn bị người bệnh:

- Báo và giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm (nếu người bệnh tỉnh).
- Quan sát áo gối, drap, quần áo người bệnh, móng tay, móng chân để soạn dụng cụ cho thích hợp.
- Giúp người bệnh đi đại tiện, tiểu trước (nếu người bệnh tỉnh).
- Điều dưỡng về phòng rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh, soạn dụng cụ.

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Quần áo sạch phù hợp với người bệnh
- Thau đựng nước ấm.
- Ca đựng dung dịch vệ sinh.
- Hai khăn bông nhỏ.
- Hai khăn bông lớn.
- Xà phòng tắm.

- Lược chải tóc.
- Dụng cụ bấm móng tay.
- Bô quần áo.
- Bình phong.
- Vải đắp.
- Bồn hạt đậu + gạo.
- Kèm kocher.
- Dung dịch vệ sinh (Gynofar/NaCl 0,9%)
- Cồn 90⁰.
- Thuốc phòng chống loét (sanyrene).
- Găng sạch.
- Bô dẹt.
- Tấm nilon.

3. Tiến hành kỹ thuật

- Mang dụng cụ đến giường, kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi người bệnh

- Báo và giải thích lại cho người bệnh biết việc sắp làm (nếu người bệnh tỉnh).
- Tắt quạt, đóng cửa, che bình phong.
- Mang găng, trải tấm nilon dưới vùng mông người bệnh .
- Đắp vải đắp che chở cho người bệnh .
- Bỏ quần áo người bệnh ra trong vải đắp.

- Quy trình tắm: tắm lần lượt các phần: (động tác tắm chà theo hình xoắn ốc và theo trình tự: làm ướt - tắm xà phòng - tắm sạch - lau khô) - trải khăn bông bên dưới phần muốn tắm..

- Tắm mặt: (không cần tắm với xà phòng).

+ Lót khăn lông lớn dưới đầu hoặc quanh cổ người bệnh.

+ Dùng khăn bông nhỏ làm ướt khăn bằng nước ấm lau mặt theo trình tự: mắt, trán, 2 má, mũi, quanh miệng, cằm, tai, cổ, gáy.

- Tắm tay:
+ Tay xa : tay chéo trước ngực, trái khăn bông dưới cánh tay.
+ Tay gần : tay dọc theo thân người, trái khăn lông dưới cánh tay.
+ Hai bàn tay: trái khăn bông, để thau nước lên trên bên cạnh giường, cho từng bàn tay người bệnh vào thau nước, rửa sạch, cắt móng tay (nếu cần), lau khô (thay nước mỗi khi nước bẩn).

- Tắm ngực - bụng :

+ Nam: tắm ngực thì che bụng và ngược lại.

+ Nữ: tắm trong khăn để người bệnh được kín đáo.

- Tắm chân:

+ Chân xa, chân gần: Trái khăn bông dưới chân.

+ Hai bàn chân: quần mền để người bệnh kín đáo, lót khăn ở dưới, đặt thau nước lên trên, cho lần lượt từng chân vào thau.

- Tắm bộ phận sinh dục:

+ Đặt người bệnh nằm ngửa, đặt bô dẹt dưới mông, đặt bồn hạt đậu giữa 2 đùi.

+ Người bệnh là nam: Tay cầm gạc nâng nhẹ dương vật lên, dùng kèm kocher gấp gạc rửa quanh lỗ tiểu, rộng ra xung quanh dọc theo dương vật từ trên xuống, chú ý các nếp bao quanh quy đầu. Cuối cùng rửa hậu môn, thấm khô.

+ NB là nữ: Dùng kèm kocher gấp gạc rửa vùng sinh dục, chú ý rửa kỹ các nếp, rửa từ trên xuống dưới. Mỗi lần rửa phải thay gạc mới. Cuối cùng rửa phần hậu môn và thấm khô.

- Tắm lưng - mông:

+ Lưng: để người bệnh nằm nghiêng hoặc sấp, trái khăn dọc theo lưng.

+ Mông: trái khăn dọc theo mông.

+ Xoa bóp vùng lưng mông bằng cồn 90⁰, để khô. Xoa dung dịch phòng chống loét các vùng tì đè.

- Mặc quần áo mới cho người bệnh, trải lại drap giường nếu cần.

- Chải suông tóc.

- Báo cho người bệnh/ người nhà biết việc đã xong, cho người bệnh nằm lại tư thế tiện nghi.

4. Dọn dẹp dụng cụ :

- Đồ vải, khăn gửi đi giặt.
- Rửa dụng cụ khác bằng xà bông, lau khô và trả về chỗ cũ.
- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.

5. Ghi hồ sơ :

- Ngày, giờ tắm.
- Những nhận định về tình trạng da của người bệnh.
- Phản ứng của người bệnh (nếu có).
- Xử trí của điều dưỡng (nếu có).
- Tên điều dưỡng thực hiện.

IV. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

- Nếu người bệnh có nguy cơ té ngã, nên kéo thanh giường lên trước khi tắm cho NB.

- Tránh để người bệnh bị nhiễm lạnh trong suốt thời gian tắm.
- Động tác chà khăn khi tắm theo hình xoắn ốc, chú ý những chỗ xếp nếp.
- Động tác tắm thật tế nhị nhất là đối với người bệnh khác giới.
- Tắm ở đâu, bọc lộ ở đó, tắm ở đâu, lót khăn ở đó.
- Tắm bên xa trước, bên gần sau.
- Giữ cho người bệnh được kín đáo khi tắm (chỉ để lộ phần muốn tắm, những phần khác che cho người bệnh kín đáo).
- Lau khô da với động tác kích thích tuần hoàn về tim.
- Trong suốt quá trình tắm, nên theo dõi các dấu hiệu như: những vùng da bất thường nóng, đỏ, sưng, khó chịu và đau đặc biệt là ở chân vì đây là dấu hiệu sớm của huyết khối tĩnh mạch sâu.

- Chỉ áp dụng xoa bóp khi các vùng da bị ãn cấn, nên sử dụng các loại dưỡng da vừa làm ẩm và mềm da giúp việc xoa bóp dễ dàng mà không làm tổn thương da của người bệnh.

- Động tác xoa bóp: thoa nhẹ à nhồi sâu và thoa nhẹ.

- Không xoa bóp những vùng da bị ửng đỏ.

- Mang găng tay sạch khi người bệnh có các bệnh lý về da và tổn thương da.

QUY TRÌNH CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG CHO NGƯỜI BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ răng miệng luôn sạch để phòng nhiễm khuẩn răng miệng.
- Chông nhiễm khuẩn trong trường hợp có tổn thương ở miệng.
- Giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu, ăn ngon.

II. CHỈ ĐỊNH

Áp dụng cho những người bệnh có răng giả, người bệnh nặng, mê man, sốt cao, tổn thương ở miệng như gãy xương hàm, vết thương ở miệng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Báo trước và giải thích người bệnh hoặc người nhà người bệnh.
- Đặt người bệnh nằm, mặt nghiêng về một bên.
- Choàng khăn bông qua cổ, ngực, đặt khay quả đậu ở 1 bên má người bệnh.
- Nếu lưỡi đóng trắng bôi glycerin và nước chanh 15 phút trước khi chăm sóc.

Môi khô nứt nẻ, xoa glycerin hoặc vaselin 15 phút trước khi làm.

- Người bệnh có răng giả nên tháo ra và làm vệ sinh hàm giả riêng.

2. Dụng cụ: nên quan sát tình trạng răng miệng để chuẩn bị dụng cụ.

- Bàn chải đánh răng mềm, kem đánh răng
- Cốc đựng dung dịch sát khuẩn để súc miệng. Có thể dùng Natri clorua 0.9%.
- ôxy già tùy nồng độ, dung dịch Bicarbonat 0.2%.,
- Cốc nước chanh và dung dịch glycerin (2 phần bằng nhau để bôi môi, miệng)
- Cốc đựng răng giả
- Gạc, bông cầu, tăm bông.
- Kẹp, đũa lưỡi
- Ống bơm hút nếu người bệnh không hớp được nước
- Khăn mặt
- Khay quả đậu
- Vaseline. Glycerin.

- Túi đựng bông bần

3. Địa điểm

Tiến hành tại giường người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc răng miệng thông thường

- Làm ướt bàn chải và bôi kem
- Đưa nước và bàn chải cho người bệnh
- Hướng dẫn người bệnh tự đánh răng: Chải hàm trên, hàm dưới, mặt ngoài rồi đến mặt trong. (Hàm trên từ trên xuống, hàm dưới từ dưới lên).
- Cho người bệnh súc miệng thật sạch
- Lau miệng và cho người bệnh nằm lại thoải mái
- Rửa sạch bàn chải, thu dọn dụng cụ.
- Trong khi chăm sóc răng miệng nên giáo dục vệ sinh răng miệng cho người bệnh.

2. Chăm sóc người bệnh có răng giả

- Dùng gạc lót tay tháo răng giả đặt vào cốc, mang đi đánh rửa sạch và ngâm vào dung dịch sát khuẩn.
- Tiến hành các bước chăm sóc như chăm sóc răng miệng thông thường
- Cho người bệnh súc miệng sạch
- Lắp lại hàm giả cho người bệnh. Dặn người bệnh tháo răng giả trước khi đi ngủ.

3. Chăm sóc răng miệng cho người bệnh nặng người bệnh hôn mê

- Đặt người bệnh nằm mặt nghiêng về 1 bên
- Quàng khăn vào cổ người bệnh
- Đặt khay quả đậu dưới má
- Mở miệng người bệnh
- Dùng kẹp gấp gạc củ ấu thấm vào dung dịch Natri clorua 0.9% lau sạch răng cho người bệnh: lau hàm trên, hàm dưới, mặt trong, mặt ngoài. Thay gạc lau vòm

miệng, mặt trên mặt dưới lưỡi, thay gác và thấm dung dịch lau nhiều lần cho đến khi sạch.

- Bôi glycerin vào môi cho người bệnh để chống môi khô.
- Bỏ khay quả đậu, tháo bỏ khăn bông
- Đặt người bệnh nằm lại tư thế thoải mái

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ chăm sóc răng miệng cho người bệnh
- Tình trạng răng miệng người bệnh
- Tên điều dưỡng thực hiện

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình thường xuyên giữ gìn và vệ sinh răng miệng theo sự hướng dẫn của nhân viên y tế.
- Khi có dấu hiệu bất thường về răng miệng phải báo ngay cho nhân viên y tế.

QUY TRÌNH THAY BĂNG RỬA VẾT THƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nhân có vết thương cần, chăm sóc, thay băng, nhằm mục đích:

- Đánh giá mức độ tổn thương, tiên tri của vết thương.
- Rửa vết thương, thấm hút dịch, cắt lọc tổ chức hoại tử, đắp thuốc vào vết thương.
- Phòng ngừa nhiễm khuẩn thứ phát.
- Tạo điều kiện tốt nhất để vết thương nhanh chóng hồi phục.

1.1. Quy định chung

1.1.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Thông báo cho bệnh nhân biết rõ thời gian, địa điểm thay băng, rửa vết thương.
- Trường hợp bệnh nhân không tự đi được có thể thực hiện tại giường bệnh, hoặc có phương tiện vận chuyển bệnh nhân đến phòng thay băng.
- Giải thích cho bệnh nhân và thân nhân hiểu rõ mục đích thay băng, rửa vết thương.

1.1.2. Chuẩn bị dụng cụ

- Dụng cụ phù hợp với tình trạng của vết thương.
- Thuốc sát khuẩn, dung dịch rửa vết thương theo đúng chỉ định.
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn, ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện cho bệnh nhân.

II. PHÂN LOẠI VẾT THƯƠNG

Bệnh nhân có thể bị rất nhiều loại vết thương, mỗi loại có đặc điểm và tính chất khác nhau. Trong thực tế lâm sàng có nhiều cách phân loại vết thương, tuy nhiên ở mức độ thực hành kỹ thuật thay băng rửa vết thương có thể chia làm 2 loại:

2.1. Vết thương sạch

Vết thương sạch là vết thương không có dịch rỉ viêm, không nhiễm khuẩn.

- Vết thương không khâu: không sưng tấy, không có mủ hoặc dịch tiết, tổ

chức hạt phát triển tốt, đang trong thời kỳ lên da non, có tiến triển tốt.

- Vết thương có khâu: mép vết thương phẳng, các chân chỉ không có biểu hiện sưng, nóng, đỏ đau, không có dịch tiết.

2.2. Vết thương nhiễm khuẩn

- Vết thương không khâu: xung quanh vết thương tấy đỏ, trong vết thương có dịch, mủ, nhiều tổ chức hoại tử. Những vết thương sâu, nhiều góc ngách, mức độ tổn thương rộng dễ bị nhiễm khuẩn.

- Vết thương có khâu: biểu hiện viêm, sưng tấy, đỏ xung quanh vết thương và chân chỉ.

Vết thương nhiễm khuẩn thường gây nên các triệu chứng đau, nhức tại vết thương, bệnh nhân có thể sốt hoặc không sốt.

III. KỸ THUẬT THAY BĂNG, RỬA VẾT THƯƠNG

3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân và người nhà để cùng hợp tác trong thực hành kỹ thuật.

- Thông báo lịch thay băng, giải thích động viên bệnh nhân những điều cần thiết.

- Tư thế bệnh nhân: nằm hoặc ngồi thoải mái tùy theo vị trí, đặc điểm của vết thương.

- Bệnh nhân là trẻ em phải có người phụ giữ.

3.2. Chuẩn bị dụng cụ

Dụng cụ vô khuẩn:

- khay chữ nhật trải sẵn vô khuẩn có: Gạc, găng tay, bông cầu, cốc đựng dung dịch rửa, cốc đựng dung dịch sát khuẩn.

- Hộp đựng dụng cụ thay băng rửa vết thương (3 kẹp phẫu tích, 1 kéo cắt chỉ).

Dụng cụ sạch:

- khay chữ nhật to, trụ cắm 2 kẹp kose (1 có máu, 1 không có máu), 1 kéo.

- Dung dịch rửa vết thương, dung dịch Betadin.

- 2 khay quả đậu, tấm nilon, băng dính.

- Hồ sơ bệnh án.

3.3. Thực hành kỹ thuật

3.3.1. Thay băng, rửa vết thương không nhiễm khuẩn

- Đẩy xe băng đến giường bệnh nhân, hoặc hướng dẫn bệnh nhân đến buồng thay băng.

- Để bệnh nhân ở tư thế thuận lợi hoặc hướng dẫn cho bệnh nhân nằm lên giường thay băng.

- Điều dưỡng rửa tay thường quy mang găng, đặt gối kê tay khi vết thương ở chi, trải nilon xuống phía dưới vết thương, bộc lộ vết thương.

- Cởi bỏ băng cũ: cởi từ từ, nhẹ nhàng tránh gây đau đớn cho bệnh nhân hoặc làm cho vết thương chảy máu. Nếu thấy dịch, máu thấm vào làm dính băng, thấm nước, rửa vết thương cho ẩm rồi mới tháo băng.

- Gấp gạc cũ trên mặt vết thương ra bỏ vào túi đựng đồ bẩn.

- Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương.

- Dùng gạc củ ấu thấm dung dịch rửa vết thương, rửa từ trong giữa vết thương ra bên ngoài chỗ da lành bằng cách thấm nhẹ, không nên cọ xát mạnh.

- Gấp miếng gạc nhỏ hoặc bông khô thấm nhẹ trên mặt vết thương.

- Đắp lên bề mặt vết thương một miếng gạc vô khuẩn rồi băng lại.

- Vết thương có khâu, tiến triển tốt, vết thương khô sạch. Sau 5 ngày cắt chỉ vết thương vùng đầu, mặt. Sau 7 ngày cắt chỉ vết thương ở những vùng khác của cơ thể.

- Cách cắt chỉ: dùng kẹp Kocher không máu nhấc nút chỉ lên, để lộ một phần chỉ ngập trong da, luồn mũi kéo cong nhọn sát mặt da; cắt phần chỉ để lộ, rút chỉ da phía đối diện với phía chỉ đã cắt.

3.3.2. Thay băng, rửa vết thương nhiễm khuẩn

- Đẩy xe băng đến giường bệnh nhân hoặc hướng dẫn bệnh nhân đến buồng thay băng.

- Để bệnh nhân ở tư thế thuận lợi hoặc hướng dẫn cho bệnh nhân nằm lên bàn thay băng.

- Điều dưỡng rửa tay thường quy, mang găng, đặt gối kê tay khi vết thương ở chi, trải nilon xuống phía dưới vết thương, bộc lộ vết thương.

- Cởi bỏ băng cũ: cởi từ từ, nhẹ nhàng tránh làm đau đớn cho bệnh nhân hoặc làm cho vết thương chảy máu. Nếu thấy dịch, máu thấm vào làm dính băng, thấm nước rửa vết thương cho ẩm rồi mới tháo băng.

- Gấp gạc cũ trên mặt vết thương ra, bỏ vào túi đựng đồ bẩn.

- Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương.

- Vết thương có khâu:

+ Sau khi tháo băng và gạc trên vết thương, quan sát vết thương nếu có dấu hiệu viêm nhiễm: sưng nề, tấy đỏ, chân chỉ rất căng thì dùng dung dịch sát khuẩn rửa phía ngoài vết thương.

+ Dùng kẹp Kocher hoặc kẹp phẫu tích không máu và một kéo cong nhọn cắt chỉ: cắt một nốt để lại một nốt vùng viêm nhiễm, sau đó dùng mũi kẹp Kocher tách nhẹ mép vết thương.

+ Gấp gạc củ ấu, ấn nhẹ theo chiều dọc của vết thương để cho dịch ở bên trong vết thương chảy ra.

+ Dùng dung dịch rửa, rửa vết thương cho đến khi sạch.

+ Gấp miếng gạc khác thấm cho vết thương khô.

+ Đắp gạc lên vết thương.

+ Băng vết thương bằng băng cuộn hoặc băng dính tùy theo vị trí vết thương.

- Vết thương không khâu:

+ Sau khi tháo bỏ băng, gạc cũ, dùng gạc thấm bớt dịch, phủ trong vết thương rồi tưới, rửa vết thương bằng dung dịch rửa, dung dịch sát khuẩn hoặc dung dịch oxy già cho sạch.

+ Dùng kéo cắt bỏ tổ chức hoại tử, giập nát. Nếu vết thương có nhiều góc ngách phải mở rộng để tháo mù, dị vật.

+ Vết thương nhiễm khuẩn rộng lâu lành, các tổ chức bị hoại tử thì dùng phương pháp tưới ướt liên tục (phương pháp Carrel). Dung dịch để tưới là dung dịch dakin, nước boric 3%, bạc nitrat 0,2%.

+ Nếu có chỉ định lấy mủ để làm xét nghiệm dùng tăm bông ngoáy vào ổ mủ cho vào ống nghiệm vô khuẩn.

+ Rửa vết thương nhiều lần cho đến khi sạch, vết thương sâu có thể đặt meche để dẫn lưu dịch, mủ.

+ Gấp miếng gạc nhỏ thấm khô vết thương.

+ Đắp gạc lên vết thương rồi dùng băng cuộn hoặc băng dính để băng vết thương.

3.3.3. Thay băng, rửa vết thương có ống dẫn lưu

- Tháo bỏ găng cũ: nhận định vết thương, dịch dẫn lưu.

- Lót gạc dưới ống dẫn lưu.

- Rửa xung quanh chân ống dẫn lưu, rửa ống dẫn lưu 5 – 7cm.

- Thấm khô vết thương, sát khuẩn vùng da quanh chân ống dẫn lưu.

- Sát khuẩn ống dẫn lưu, lót gạc chân ống dẫn lưu, băng vết thương.

- Dùng kẹp Kocher vuốt dọc theo ống dẫn lưu cho dịch chảy hết.

- Kẹp chặt ống dẫn lưu; sát khuẩn đầu nối ống dẫn lưu

- Tháo bỏ ống, túi, lọ chứa dịch dẫn lưu cũ.

- Sát khuẩn đuôi ống dẫn lưu.

- Nối ống dẫn lưu với hệ thống chứa dịch dẫn lưu mới.

- Cố định ống dẫn lưu, mở kẹp cho dịch dẫn lưu chảy vào hệ thống chứa dịch.

3.4. Thu dọn dụng cụ

- Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, xử lý theo quy định, tháo găng tay.

- Ghi vào phiếu theo dõi, hồ sơ bệnh nhân:

+ Thời gian thay băng, rửa vết thương.

+ Tình trạng vết thương.

+ Các biện pháp đã xử trí.

+ Người thực hành kỹ thuật.

IV. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

- Nhiễm khuẩn: các vi khuẩn tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mủ xanh, trực khuẩn uốn ván... dễ dàng xâm nhập vào cơ thể bệnh nhân qua vết thương.

- Nhiễm virus viêm gan B, C, D, virus HIV.

- Tuột ống dẫn lưu ra ngoài hoặc vào trong do thao tác kỹ thuật.

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỠ XƯƠNG CẰNG CHÂN

I. MỤC ĐÍCH

Giảm bớt sự đau đớn, tránh làm cho tổn thương nặng thêm, giữ nạn nhân ở tư thế thoải mái và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương cẳng chân nói chung

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Động viên, an ủi người bệnh.
- Cho nạn nhân nằm

2. Dụng cụ

- Nẹp gỗ các loại
- Băng cuộn hoặc dây to bản
- Bông thấm nước hoặc dây to bản
- Bông không thấm nước hoặc dùng vải hay quần áo
- Dụng cụ thay băng (nếu gãy hở): kìm, kẹp phẫu tích, kéo, bông, gạc, dung dịch sát khuẩn...

- Hộp thuốc chống sock
- Cáng – xe
- Phiếu chuyển thương

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn
- Tại các bệnh viện, các trung tâm y tế.

IV. CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH

1. Gãy xương kín

Là gãy xương mà tổ chức da ở xung quanh ổ gãy không bị tổn thương hoặc có thể bị tổn thương nhưng không thông với ổ gãy.

- Hướng dẫn người phụ giữ cẳng chân vuông góc với bàn chân.

- Đặt 2 nẹp:
- + 1 nẹp từ mắt cá trong đến giữa đùi
- + 1 nẹp từ mắt cá ngoài đến giữa đùi hoặc thay thế bằng 1 nẹp kẽm bằng 1 nẹp kẽm bẻ thành chữ L đặt dưới cẳng chân.
- Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp và chỗ xương nhô ra.
- Cố định: dùng dây to bản.
- + 1 dây trên ổ gãy
- + 1 dây dưới ổ gãy
- + 1 dây trên khớp gối
- + 1 dây ở cổ chân
- + Băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân
- Cố định chân lành vào chân gãy (nếu không có nẹp để cố định).
- Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy
- Viết phiếu chuyển viện
- Vận chuyển nạn nhân lên cáng và theo dõi toàn trạng ổn định chuyển tới bệnh viện.
- Theo dõi sát tình trạng tuần hoàn của chi gãy khi di chuyển. Trời lạnh cần ủ ấm để tránh sốc.

2. Gãy xương hở

Là 1 tổn thương thông từ bề mặt của da với ổ gãy hoặc 1 đầu xương gãy chòi ra ngoài.

2.1. Trường hợp xương gãy chòi ra ngoài vết thương

- Không kéo nắn đầu xương vào trong.
- Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy.(Đặt gạc, đặt 1 vành khăn hoặc 1 đệm bông hình bán nguyệt lên vết thương, sau đó băng lại, tiến hành cố định và chuyển nạn nhân).

2.2. Xương bị gãy không chòi ra ngoài.

- Cầm máu ép nhẹ 2 mép vết thương lại (không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy).

- Đặt gạc lên vết thương và đệm bông ở xung quanh vết thương, băng lại, cố định và chuyển nạn nhân về nơi điều trị.

3. Gãy xương có biến chứng

- Là gãy xương gây thương tổn dây thần kinh và mạch máu (cả gãy kín và gãy hở).

- Nếu có tổn thương động mạch phải đặt garo cầm máu, xử trí vết thương, sát khuẩn và băng lại, cố định xương gãy, sau đó vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

4. Lưu ý

- Phải giải quyết các vấn đề hô hấp tuần hoàn trước khi cấp cứu.

- Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân (Phải có đệm lót)

- Cố định trên, dưới ổ gãy, khớp trên và khớp dưới ổ gãy.

- Bất động tư thế cơ năng : chi dưới thẳng 180 độ

- Trường hợp gãy xương kín: kéo chi liên tục bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.

- Trường hợp gãy xương hở: không được kéo nắn xương, không ấn đầu xương vào, cố định nguyên tư thế gãy.

- (Nếu có tổn thương động mạch phải đặt garo và xử trí vết thương)

- Nhanh chóng, nhẹ nhàng, vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

- (Trên đường đi luôn theo dõi tuần hoàn chi)

- Không có nẹp có thể cố định chi gãy vào chi lành.

- Không vận chuyển theo dõi sát toàn trạng và xử trí kịp thời những diễn biến bất thường xảy ra.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực hiện

- Tình trạng người bệnh.

- Tình trạng tuần hoàn chi gãy
- Tên người thực hiện.
- Diễn biến tình trạng nạn nhân khi vận chuyển.
- Các phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Khi nằm luôn nâng cao chân bên gãy để chống sự phù nề.
- Tự theo dõi tuần hoàn chi gãy.
- Thấy người có sự thay đổi bất thường hoặc đầu chi cố định thấy lạnh hoặc tê thì phải báo lại cho nhân viên y tế.

2. Người nhà người bệnh

- Giúp đỡ người bệnh về vệ sinh cá nhân
- Phối hợp với điều dưỡng xoa bóp nhẹ nhàng vùng gần nơi cố định để giúp cho tuần hoàn chi gãy lưu thông được tốt.
- Cùng điều dưỡng giúp người bệnh tập vận động và đi lại khi tổn thương đã ổn định.

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG CẰNG TAY

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau
- Phòng chống sock
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các tổn thương mạch máu, thần kinh, cơ, da ...

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp gãy xương cẳng tay nói chung

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành
- Cho người bệnh nằm hoặc ngồi

2. Dụng cụ

- Nẹp gỗ
- Băng cuộn – dây to bản
- Bông không thấm nước hoặc vải sạch hay quần áo
- Khăn tam giác
- Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, bông, gạc dung dịch sát khuẩn, garo cầm máu (nếu cần).
- Hộp thuốc chống sock
- Cáng – xe để vận chuyển nạn nhân.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gãy xương kín

1.1. Trường hợp gấp khuỷu tay được

- Đỡ cẳng tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, lòng bàn tay để ngửa.
- Đặt 1 nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay .

- Đặt 1 nẹp ngoài từ đầu ngón tay đến quá khuỷu.
- Cố định:
 - + 1 dây to bản ở trên ổ gãy
 - + 1 dây to bản ở dưới ổ gãy
 - + 1 dây to bản ở bàn tay
- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực (hoặc băng to bản).

1.2. Trường hợp không thể gấp khuỷu tay được

Không cố dùng sức để gấp khuỷu tay. Bảo người bệnh dùng tay lành đỡ tay bị gãy ở vị trí đó nếu có thể.

- Đặt người bệnh nằm xuống và đặt tay bị gãy dọc theo thân.
- Đặt 1 miếng đệm dài vào tay bị thương và thân
- Buộc tay bị gãy vào cơ thể bằng 3 dây rộng bản ở các vị trí:
 - + Buộc 1 dây quanh cổ tay và đùi
 - + Buộc 1 dây quanh cánh tay và ngực
 - + Buộc 1 dây quanh cẳng tay và bụng
- Viết phiếu chuyển thương
- Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển nạn nhân khi tình trạng đã ổn định đến cơ sở điều trị.
- Theo dõi thường xuyên tình trạng và tuần hoàn chi gãy – Khi trời ủ ẩm tránh sốc.

2. Gãy xương hở

2.1. Gãy hở xương chồi ra ngoài vết thương

- Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong
- Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy
- + Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương
- + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra
- + Đặt 1 vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương.
- + Băng cố định vùng đệm bằng băng cuộn.

+ Xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín.

2.2. Gãy xương hở không chồi ra ngoài vết thương

- Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.

- Đặt miếng gạc lên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương.

- Xử trí như trường hợp gãy xương hở có xương chồi ra ngoài và xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín.

3. Trường hợp gãy xương có biến chứng

Là gãy xương gây tổn thương dây thần kinh, mạch máu hay một tổ chức cơ quan nào đó (cả gãy hở và gãy kín).

- Nếu có tổn thương động mạch: phải đặt garo để cầm máu.

- Có vết thương hở: xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy xương hở. Sau đó cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân tới cơ sở điều trị.

Lưu ý:

- Cố định nạn nhân đúng kỹ thuật, xử trí vết thương kịp thời.

- Nạn nhân đã chuyển tới cơ sở điều trị kịp thời và an toàn.

- Khi nạn nhân di chuyển đi đường thường xuyên theo dõi sát tuần hoàn chi gãy và toàn trạng nạn nhân.

- Vận chuyển nhẹ nhàng không làm tổn thương thêm cho nạn nhân.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ cố định

- Tình trạng tuần hoàn chi gãy và tình trạng nạn nhân.

- Xử trí sóc (nếu có)

- Tên người thực hiện.

- Tuần hoàn chi gãy và diễn biến tình trạng nạn nhân trên đường vận chuyển.

- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

Nếu thấy trong người đau đớn, phía dưới nơi cố định thấy tím, lạnh đầu chi bị gãy phải báo lại.

2. Gia đình người bệnh

Giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân.

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG CÁNH TAY

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau
- Phòng chống sock
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các tổn thương mạch máu, thần kinh, cơ, da ...

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp gãy xương cánh tay nói chung

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành
- Cho người bệnh nằm hoặc ngồi

2. Dụng cụ

- Nẹp gỗ
- Băng cuộn – dây to bản
- Bông không thấm nước hoặc vải sạch hay quần áo
- Khăn tam giác
- Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, bông, gạc dung dịch sát khuẩn, garo cầm máu (nếu cần).
- Hộp thuốc chống sock
- Cáng – xe để vận chuyển nạn nhân.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các cơ sở điều trị và các bệnh viện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gãy xương kín

1.1. Dùng nẹp cố định

- Cánh tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay

- Đặt 1 nẹp phía trong cánh tay từ hõm nách xuống khớp khuỷu tay
- Đặt 1 nẹp phía ngoài cánh tay từ khớp vai xuống khớp khuỷu tay
- Lót bông không thấm nước vào các đầu nẹp, chỗ xương nhô ra.
- Buộc dây cố định trên ổ gầy
- Buộc dây cố định dưới ổ gầy
- Đỡ cẳng tay bằng khăn tam giác (hoặc băng to bản) treo trước ngực, bàn tay

cao hơn khuỷu tay và úp vào thân.

- Băng hoặc buộc cánh tay vào sát thân

1.2. Dùng khăn tam giác

- Cánh tay để sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay, buộc khăn qua cổ sang bên vai lành.

- Gấp đỉnh khăn tam giác cho gọn và kim băng vào phần vải ở khuỷu tay.
- Dùng khăn tam giác thứ 2 hoặc buộc cánh tay sát vào thân mình.
- Viết phiếu chuyển thương.
- Vận chuyển nạn nhân tới các cơ sở điều trị.

* Trường hợp nạn nhân không thể gấp khuỷu tay vào được, cho nạn nhân nằm xuống và đặt tay bị thương dọc theo thân mình.

2. Gãy xương hở

a. Gãy hở xương chồi ra ngoài

- Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong.
- Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy
- + Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương
- + Đặt gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra
- + Đặt 1 vành khăn hoặc 1 đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương
- + Băng cố định vào vùng đệm bằng băng cuộn
- + Xử trí các bước tiếp theo như gãy kín

b. Trong trường hợp gãy xương hở không chồi ra ngoài:

- Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại. Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.

- Đặt miếng gạc lên trên vết thương và đệm bông ở chung quanh miệng vết thương.

- Xử trí như trường hợp gãy xương hở có xương chồi ra ngoài.

3. Trường hợp gãy xương có biến chứng

- Nếu có tổn thương động mạch: phải đặt garo để cầm máu

- Xử trí vết thương

- Có vết thương hở xử trí các bước tiếp theo như trường hợp gãy hở, cố định xương gãy và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

Lưu ý:

- Cố định nạn nhân đúng kỹ thuật

- Sau khi cố định tay treo trước ngực, bàn tay cao hơn khuỷu

- Nạn nhân chuyển tới bệnh viện nhanh chóng và an toàn.

- Trong khi di chuyển giữ tư thế đúng và theo dõi sát nạn nhân, xử trí kịp thời những diễn biến xảy ra (nếu có).

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ cố định

- Tình trạng nơi cố định

- Tình trạng nạn nhân

- Tên người thực hiện

- Diễn biến tình trạng nạn nhân khi di chuyển

- Phương pháp xử trí khi có tình huống xảy ra.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Tay gãy luôn giữ tư thế bàn tay cao hơn khuỷu tay

- Khi thấy người có biểu hiện khác thường phải báo lại

2. Người nhà người bệnh

Giúp đỡ người bệnh khi ăn uống, vệ sinh.

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH TẠM THỜI GỖY XƯƠNG ĐÙI

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau
- Phòng chống sock
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các tổn thương mạch máu, thần kinh, cơ, da ...
- Phòng nhiễm khuẩn vết thương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp gãy xương đùi nói chung

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành
- Cho người bệnh nằm.

2. Dụng cụ

- Nẹp gỗ
- Băng cuộn – dây to bản
- Bông không thấm nước hoặc vải sạch hay quần áo
- Dụng cụ thay băng: kim, kẹp phẫu tích, bông, gạc dung dịch sát khuẩn, garo cầm máu (nếu cần).
- Hộp thuốc chống sock
- Cáng – xe để vận chuyển nạn nhân.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các cơ sở điều trị và các bệnh viện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tiến hành kỹ thuật này cần có hai người phụ

1. Phòng chống sock cho nạn nhân – thực hiện theo y lệnh của bác sỹ
2. Giải quyết tuần hoàn, hô hấp trước khi sơ cứu

3. Hướng dẫn người phụ:

- 1 người đỡ trên ổ gãy và dưới ổ gãy
- 1 người giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân

4. Giữ bàn chân luôn ở tư thế cơ năng: bàn chân vuông góc với cẳng chân

5. Băng bó vết thương rồi mới cố định theo tư thế gãy (trường hợp gãy xương hở)

- Cầm máu bằng cách băng ép mép vết thương sát vào đầu xương
- Đặt gạc hoặc miếng vải lên trên đầu xương chồi ra
- Đặt một vành khăn hoặc một đệm bông hình bán nguyệt lên trên vết thương.
- Băng cố định gạc vào vòng đệm bằng băng cuộn.

6. Đặt nẹp:

- Đặt nẹp dưới từ bả vai đến gót chân
- Đặt nẹp từ bẹn đến quá gót chân (có thể thay thế nẹp trong bằng chân lành và đệm lót giữa 2 chân bằng chăn mỏng: trường hợp tùy ứng)
- Đặt nẹp ngoài từ nách đến qua gót chân.

7. Lót bông không thấm nước ở đầu nẹp: chỗ sát xương, chỗ lõm.

8. Buộc 1 dây trên ổ gãy

9. Buộc 1 dây dưới ổ gãy

10. Buộc 3 dây lần lượt: ngang hông, dưới gối, ngang ngực.

11. Băng số 8 cố định bàn chân vuông góc với cẳng chân.

12. Kiểm tra sự tuần hoàn của chi gãy.

13. Buộc 2 dây với 2 chi với nhau (nếu không có nẹp)

14. Viết phiếu chuyển thương.

15. Vận chuyển nạn nhân khi tình trạng ổn định đến bệnh viện và các trung tâm y tế.

16. Theo dõi sát tình trạng tuần hoàn chi gãy của nạn nhân trong khi di chuyển, khi trời lạnh cần ủ ấm tránh sốc.

Lưu ý:

- Vết thương hở đã được xử trí cầm máu và băng bó vết thương trước khi cố định.

- Cố định chi gãy đúng kỹ thuật

- Nhanh chóng vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

- Khi di chuyển giữ nạn nhân ở tư thế thoải mái – nâng đỡ nhẹ nhàng – đúng phương pháp – giảm đau – không gây tổn thương thêm.

- Thường xuyên theo dõi sát toàn trạng và tuần hoàn chi gãy.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ cố định

- Xử trí sock (nếu có)

- Tình trạng nạn nhân

- Tình trạng chi gãy

- Tên người thực hiện

- Diễn biến tình trạng chung của nạn nhân trên đường vận chuyển

- Phương pháp xử trí khi có sự cố xảy ra

- Bàn giao nạn nhân đầy đủ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Người bệnh

- Khi nằm luôn nhớ gác chân bị gãy lên cao để tránh phù nề

- Thấy người có biểu hiện khác thường phải báo lại ngay cho điều dưỡng

- Tự theo dõi tuần hoàn chi gãy

2. Người nhà người bệnh

- Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân

QUY TRÌNH CỐ ĐỊNH GÃY XƯƠNG ĐÒN

I. MỤC ĐÍCH

- Giảm đau
- Phòng chống sock
- Giảm bớt nguy cơ gây thêm các tổn thương mạch máu, thần kinh, cơ, da ...

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp gãy xương đòn: trực tiếp, gián tiếp, gãy hở.

III. CHUẨN BỊ

1. Bệnh nhân

- Động viên, an ủi người bệnh trong quá trình tiến hành
- Cho người bệnh nằm hoặc ngồi.

2. Dụng cụ

- Nẹp chữ T có kích thước phù hợp (chiều dài nhánh ngang lớn hơn khoảng cách giữa vai)

- Băng cuộn, bông không thấm nước hoặc vải sạch hay quần áo
- Hộp thuốc chống sock
- Cáng – xe đẩy vận chuyển nạn nhân.
- Phiếu chuyển thương.

3. Địa điểm

- Tại nơi xảy ra tai nạn.
- Tại các cơ sở điều trị và các bệnh viện.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Dùng nẹp chữ T:

1. Cho người bệnh ưỡn ngực, hai vai kéo về phía sau.
2. Chèn bông hoặc vải dưới 2 nách và 2 bả vai.
3. Đặt nẹp chữ T sau vai: nhánh dọc dài theo cột sống lưng, nhánh ngang áp sát vào quá vai.

4. Quấn băng vòng tròn từ nách qua vai, buộc nút ở vai (có thể dùng băng to bản).

5. Dùng băng cuốn vòng thắt lưng buộc nút ở nơi không vướng hoặc có thể dùng băng chun.

Băng số 8 ở sau lưng, không băng chặt quá làm chèn ép mạch máu và dây thần kinh vùng nách.

6. Viết phiếu chuyển thương

7. Chuyển nạn nhân tới bệnh viện khi tình trạng ổn định.

8. Theo dõi sát người bệnh về tình trạng sức khỏe trong khi di chuyển.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

- Tình trạng sau đặt băng chun: không lỏng, không chặt, các tĩnh mạch không nổi phồng, móng tay không tím, bệnh nhân không thấy tê như kiến bò ngón tay.

- Nơi độn bông chỗ xương đòn gãy: đúng độ dày và không xô lệch.

- Vùng nách 2 bên không bị chèn ép.

2. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thực hiện

- Tình trạng nơi cố định

- Tình trạng người bệnh

- Thuốc giảm đau (nếu có)

- Tên người thực hiện

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH NGƯỜI BỆNH

1. Hướng dẫn người bệnh

- Không được kéo vật đệm ở nách ra khi chưa cho phép

- Không được dùng que hoặc gãi mạnh làm xước da, chỉ xoa nhẹ.

- Vùng nách luôn giữ sạch và khô.

2. Hướng dẫn người nhà người bệnh

- Giúp đỡ người bệnh vệ sinh cá nhân

- Cùng điều dưỡng giúp người bệnh đi lại khi cần thiết.

QUY TRÌNH GARO CÀM MÁU

I. MỤC ĐÍCH

- Cầm máu tại chỗ những vết thương động mạch chỉ khi lượng máu chảy ra nhiều .

- Phòng chống sock do mất máu.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Vết thương động mạch lớn mà không cầm được bằng băng ép.

- Chi bị dập nặng chảy máu nhiều không còn chỉ định bảo tồn cắt cụt.

2. Chống chỉ định

Vết thương nhỏ, chảy máu mao mạch, tĩnh mạch.

III. NGUYÊN TẮC ĐẶT GARO

- Chặn động mạch trên đường đi của động mạch dẫn tới vết thương

- Không đặt garo trực tiếp lên da thịt của người bệnh, phải có vòng đệm lót.

- Xử trí vết thương phần mềm.

- Tổng số giờ đặt ga rô không quá 6 giờ, một giờ nói ga rô một lần, mỗi lần nói 1 phút phải có phiếu ga rô đặt ở nơi dễ thấy nhất.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh (nạn nhân)

Thông báo và giải thích với người bệnh (nạn nhân)

2. Dụng cụ

a. Ga rô chính quy

- Ga rô bằng cao su to bản: 6-8cm x 1,5 – 2m (Esmarch)

- Vòng băng lót

- Băng gạc vô khuẩn

- Băng cuộn, phiếu ga rô.

b. Ga rô tùy ứng

- Khăn mùi xoa 2-3 chiếc

- Bút chì hoặc thước kẻ, que, ... dây buộc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

a. Ga rô chỉnh quy

1. Quấn vòng băng lót quanh chi phía trên vết thương 2-3 cm

2. Đặt cuộn băng cao su to bản quấn vòng quanh lên vải lót

+ Vòng 1: Cuộn chặt vừa

+ Vòng 2: Siết thật chặt

+ Vòng 3: siết chặt hơn

+ Vòng 4: dùng kim kẹp 2 mối dây cao su lại hoặc nối rộng để nhét cuộn ga rô

còn lại vào.

3. Kiểm tra sự chảy máu, xử trí vết thương, đặt gạc băng lại

4. Ghi phiếu ga rô bằng bút đỏ:

Tên người bệnh, giờ đặt ga rô, người đặt, giờ nói ga rô lần 1, lần 2.

5. Gài phiếu ga rô trước ngực dễ thấy, ưu tiên vận chuyển số 1.

b. Ga rô tùy ứng (dây vải)

1. Dùng gạc (vải) quấn quanh da phía trên vết thương 2 -3cm.

2. Buộc dây vải hoặc gạc rộng hơn chi ga rô khoảng 5 – 6cm.

3. Dùng que lồng vào dây xoắn nhiều vòng theo chiều kim đồng hồ, đến khi máu ngừng chảy.

4. Giữ nguyên que cố định vào chi (buộc 2 đầu que bằng dây cố định theo trục chi).

6. Ghi phiếu ga rô

7. Ưu tiên vận chuyển số 1

c. Nói ga rô: (30 – 60 phút nói 1 lần)

1. Dùng ngón tay ép động mạch bị tổn thương phía trên ga rô (nếu cần có người phụ).

2. Nói hết sức từ từ cho đến khi rỉ máu nơi vết thương.

3. Để 1 phút ga rô lại

4. Đặt lại ga rô và chuyển ưu tiên số 1 về tuyến sau.

5. Ghi vào phiếu ga rô, giờ đặt, giờ nói ga rô, thời gian nói.

VI. ĐÁNH GIÁ, GHI PHIẾU GA RÔ

- Đánh giá tình trạng nạn nhân

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn : Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

- Theo dõi sự lưu thông tuần hoàn chi ga rô.

- Đặt ga rô có hiệu quả khi bắt mạch phía dưới vết thương không có.

- Ga rô từ 30 – 60 phút nói 1 lần, thời gian nói 1 phút, cần chú ý ghi giờ nói.

*** PHIẾU GA RÔ**

Đặt ga rô cấp cứu số 1 (Ghi chữ đỏ)

Tên nạn nhân:

Tuổi:

Vết thương:

Người đặt :

Đặt ga rô lúc:

Nói ga rô lần thứ:

Lúc:

Giờ:

Nói ga rô lần thứ:

Lúc:

Giờ:

QUY TRÌNH BẰNG ĐIỆN PHÂN DẪN THUỐC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Điện phân thuốc là phương pháp dùng dòng điện một chiều để đưa các ion thuốc cần thiết vào cơ thể nhằm mục đích điều trị.

- Trong điều trị điện phân thuốc ngoài tác dụng của thuốc để điện phân còn có tác dụng của dòng điện một chiều đều.

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau cục bộ(điện phân nivocain, dionin...)
- Chống viêm(điện phân kháng sinh).
- Xơ sẹo (điện phân iốt).
- Một số bệnh mắt(đục thủy tinh dịch, đục nhãn...)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người mang máy tạo nhịp tim. Bệnh ung thư.
- Người bệnh mắc cảm với dòng điện một chiều.
- Người bệnh dị ứng với thuốc dùng để điện phân.
- Thận trọng với phụ nữ có thai

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

2. Phương tiện:

Máy điện phân và các phụ kiện kèm theo.

Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy.

Kiểm tra dây nối đất nếu có.

Thuốc điện phân theo chỉ định.

3. Người bệnh:

- Giải thích để người bệnh yên tâm.
- Tư thế thuận lợi, kiểm tra vùng da điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án: phiếu điều trị của chuyên khoa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bộc lộ vùng điều trị, chọn điện cực, và tẩm thuốc vào tấm điện cực theo chỉ định, đặt cố định điện cực.

- Bật máy, tăng hoặc giảm cường độ từ từ theo chỉ định.

- Hết thời gian điều trị: tháo điện cực, kiểm tra vùng điều trị, ghi hồ sơ bệnh án, thăm hỏi người bệnh.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH:

- Cảm giác và phản ứng người bệnh

- Hoạt động của máy.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ :

- Điện giật: Tắt máy, xử trí điện giật

- Bỏng(do axit hoặc kiềm): Xử trí theo phác đồ

- Dị ứng da nơi đặt điện cực thuốc: Kiểm tra, xử trí theo phác đồ.

ĐIỀU TRỊ BẰNG CÁC DÒNG ĐIỆN XUNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Dòng điện xung là dòng điện do nhiều xung điện liên tiếp tạo nên. Trong vật lý trị liệu thường sử dụng các dòng điện xung có dạng xung và tần số khác nhau một chiều (nửa sóng) và xoay chiều (cả sóng).

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau sau chấn thương, phẫu thuật, đau thần kinh, đau cơ, xương, khớp...

- Kích thích thần kinh cơ.

- Cải thiện tuần hoàn ngoại vi.

- Liệu pháp ion hóa (điện phân dẫn thuốc bằng xung một chiều)

- Điện phân thuốc cục bộ bằng dòng điện xung trung tần một chiều.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mang máy tạo nhịp tim.

- Sốt cao, khối u ác tính, bệnh lao đang tiến triển.

- Mất cảm giác ở vùng điều trị. Tổn thương da nơi đặt điều trị

- Viêm da khu trú, huyết khối, viêm tắc mạch

- Trực tiếp lên thai nhi

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu

2. Phương tiện: Máy và phụ kiện kèm theo.

- Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy, dây đất nếu có.

- Chọn các thông số kỹ thuật

- Chọn và đặt điện cực theo chỉ định.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh

- Tư thế người bệnh phải thoải mái (nằm hoặc ngồi).

- Bộc lộ và kiểm tra vùng da điều trị,

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt và cố định điện cực: theo chỉ định.
- + Đặt các thông số kỹ thuật theo chỉ định.
- + Tăng cường độ dòng điện từ từ cho tới mức cần thiết (cảm giác co bóp).
- Hết giờ tắt máy bằng tay hoặc tự động:
- Tháo điện cực kiểm tra da vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh ghi hồ sơ bệnh

án.

VI. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh
- Hoạt động của máy.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: xử trí cấp cứu điện giật.
- Bỏng: Khi điều trị dòng xung một chiều xử trí theo phác đồ bỏng axit hoặc kiềm.

ĐIỀU TRỊ BẰNG SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm là sóng âm thanh có tần số trên 20.000 Hz. Trong điều trị thường dùng siêu âm tần số 1 và 3 MHz với tác dụng chính sóng cơ học, tăng nhiệt và sinh học. Các kỹ thuật chính: trực tiếp, qua nước, siêu âm dẫn thuốc

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau cục bộ
- Giảm cơ.
- Viêm mãn tính.
- Xơ cứng, sẹo nông ở da.
- Dẫn một số thuốc vào tổ chức cục bộ(siêu âm dẫn thuốc).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trực tiếp lên các u, tinh hoàn, buồng trứng, thai nhi.
- Không điều trị trên tinh hoàn, tử cung đang có thai, đang hành kinh.
- Trực tiếp vùng khớp ở trẻ em.
- Không điều trị trên các đầu xương của trẻ em, nhất là phần sụn.
- Viêm tắc mạch.
- Không điều trị vùng phổi người bị lao đang tiến triển hoặc viêm hạch do lao.
- Viêm da cấp.
- Không điều trị vùng phổi người bệnh bị giãn phế quản.
- Trực tiếp vùng chảy máu, đe dọa chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng hoặc kỹ thuật viên vật lý trị liệu.

2. Phương tiện

* Máy điều trị siêu âm cùng các phụ kiện:

- Kiểm tra các thông số kỹ thuật của máy, kiểm tra dây đất nếu có.

- Thuốc siêu âm (siêu âm dẫn thuốc), chậu nước (siêu âm qua nước) nếu cần.
- Kiểm tra tần phát siêu âm theo quy định (giọt nước)

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh
- Tư thế người bệnh phải thoải mái: nằm hoặc ngồi. Bộc lộ và kiểm tra vùng da điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu điều trị chuyên khoa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt các thông số kỹ thuật và cách điều trị theo chỉ định.
- Chọn gel thuốc theo chỉ định và tiến hành điều trị.
- Hết giờ tắt máy (bằng tay hoặc tự động).
- Kiểm tra vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

VI. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh.
- Hoạt động của máy.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Điện giật: Tắt máy và xử trí theo quy định.
- Dị ứng tại chỗ: Xử trí theo phác đồ

ĐIỀU TRỊ BẰNG TIA HỒNG NGOẠI NHÂN TẠO

I. ĐẠI CƯƠNG

Hồng ngoại nguồn nhân tạo do (các loại đèn hồng ngoại phát ra có công suất khác nhau. Tác dụng chủ yếu là nhiệt nóng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau, giãn cơ, tăng cường lưu thông máu, ngoại vi .
- Chống viêm: mạn tính,
- Sưởi ấm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng da vô mạch, mất cảm giác.
- Các bệnh ngoài da cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: kỹ thuật viên Vật lý trị liệu, điều dưỡng viên (đã được học khóa ngắn hạn về vật lý trị liệu).

2. Phương tiện: đèn hồng ngoại theo chỉ định công suất.

3. Người bệnh

- Giải thích
- Bộc lộ và kiểm tra vùng điều trị, chọn tư thế thuận lợi

4. Hồ sơ bệnh án: phiếu điều trị chuyên khoa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Chiếu đèn theo các theo các thông số chỉ định (công suất đèn, khoảng cách, thời gian)

- Kiểm tra da vùng điều trị, thăm hỏi người bệnh, ghi chép hồ sơ.

VI. THEO DÕI

Cảm giác và phản ứng người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Bỏng da xử trí theo phác đồ.
- Choáng váng: nằm nghỉ ngơi theo dõi.

QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ BẰNG PARAFIN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phương pháp điều trị truyền nhiệt trực tiếp bằng Parafin nóng. Parafin sử dụng trong y học phải trung tính, không lẫn hóa chất khác, độ nóng chảy 55-60 độ

C

- Có nhiều kỹ thuật điều trị parafin, chỉ đề cập điều trị parafin đắp ngoài

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm đau giãn cơ
- Viêm mạn tính
- Giãn mạch ngoại vi, tăng tuần hoàn cục bộ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương cấp, nhiễm trùng cấp
- Đang truyền máu, đe dọa chảy máu
- Sốt cao, quá suy kiệt
- Dị ứng với parafin, bệnh ngoài da
- Mất cảm giác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu

1. Vật liệu

- Parafin
- Nồi nấu parafin
- Khay đựng
- Các phụ kiện khác (khăn, nilon, bao cát, nhiệt kế, chổi quét)
- Giường hoặc ghế ngồi

2. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm
- Tư thế người bệnh thoải mái, phù hợp

3. Hồ sơ bệnh án: phiếu điều trị chuyên khoa

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đun parafin nóng chảy đổ vào khay, ủ nóng để đắp theo quy định

- Bọc lộ vùng điều trị kiểm tra da, đặt miếng parafin phủ nilon, đắp khăn ủ và cố định bằng bao cát

- Kỹ thuật quét hoặc nhúng parafin nóng chảy cho các vùng theo chỉ định nhiều lần đến khi lớp parafin bọc ngoài dày 1 hoặc 2 mm theo chỉ định và quấn ủ khăn:

+ Thời gian theo chỉ định

+ Kết thúc điều trị: gỡ parafin kiểm tra lau khô, dặn dò người bệnh, ghi phiếu điều trị

VI. THEO DÕI

- Cảm giác và phản ứng người bệnh

- Sau điều trị dị ứng mẫn ngứa

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

-Bỏng nhẹ (vùng da mỏng, trong parafin có nước) :xử trí theo phác đồ

- Dị ứng với parafin: ngừng điều trị, xử trí theo phác đồ, kiểm tra parafin (có lẫn hóa chất không) cần làm sạch tuân theo quy định

TẬP VẬN ĐỘNG THỤ ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tập thụ động là hình thức tập được thực hiện bởi lực tác động bên ngoài do người tập hoặc các dụng cụ trợ giúp. Vận động thụ động nghĩa là phần cơ thể được vận động không có sự tham gia làm động tác vận động cơ chủ động của người bệnh.

- Kỹ thuật này được làm khi người bệnh không tự thực hiện được động tác vận động của mình.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi người bệnh không tự làm được động tác vận động.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi có nguy cơ biến chứng do vận động thụ động gây ra:

- Gãy xương, can xương độ I hoặc II
- Các chấn thương mới (1-2 ngày đầu)
- Nguy cơ gãy xương như u xương, lao xương, lao khớp
- Viêm khớp nhiễm khuẩn, tràn máu, tràn dịch khớp
- Các vết thương phần mềm quanh khớp chưa liền sẹo

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu và những người đã được hướng dẫn thành thạo được đào tạo chuyên khoa.

2. Phương tiện: bàn tập và các dụng cụ hỗ trợ cho tập luyện như gậy, ròng rọc, nẹp, túi cát...

3. Người bệnh: được giải thích về mục đích, phạm vi, mức độ.

4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa ghi chép đầy đủ tình trạng người bệnh từ lúc bắt đầu đến phục hồi chức năng và theo dõi quá trình tiến triển.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tư thế người bệnh thoải mái phù hợp với khớp cần tập.
- Không dùng lực bắt khớp cần tập vận động.
- Người làm kỹ thuật thực hiện vận động theo mẫu, theo tầm vận động bình thường của khớp, đoạn chi hoặc phần cơ thể đó
- Tần suất Thời gian một lần tập 15-20 phút cho một khớp, 1- 2 lần/ ngày, tùy theo bệnh cảnh lâm sàng và tình trạng thực tế của người bệnh.

VI. THEO DÕI

1. Trong khi tập

- Phản ứng của người bệnh: khó chịu, đau.
- Các dấu hiệu chức năng sống: mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Các thay đổi bất thường: nhiệt độ, màu sắc đoạn chi, tầm vận động, chất lượng vận động.

2. Sau khi tập

- Các dấu hiệu sống: mạch, huyết áp, nhịp thở, tình trạng toàn thân chung.
- Khó chịu, đau kéo dài quá 3 giờ coi như tập quá mức.
- Nhiệt độ, màu sắc da, tầm vận động, chất lượng vận động của đoạn chi cần tập.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi tập

- Đau: không tập vận động vượt quá tầm vận động bình thường của khớp hoặc chi đó.
- Hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở, gãy xương, trật khớp: ngừng tập và xử trí cấp cứu ngay.

2. Sau khi tập: xử trí phù hợp với tai biến xảy ra

TẬP VẬN ĐỘNG CÓ TRỢ GIÚP

I. ĐẠI CƯƠNG

Vận động có trợ giúp là loại vận động chủ động do chính người bệnh thực hiện cùng với sự hỗ trợ của người khác hoặc các dụng cụ trợ giúp tập luyện để cho người bệnh hoàn thiện được động tác vận động.

II. CHỈ ĐỊNH

Trong mọi trường hợp người bệnh chưa tự thực hiện được hết tầm vận động của khớp, một phần động tác vận động của mình.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương mới
- Viêm khớp nhiễm khuẩn, lao khớp, tràn máu, tràn dịch khớp
- Chấn thương mới (1-2 ngày đầu), sai khớp chưa được nắn chỉnh
- Không làm được động tác hoặc làm được động tác lại nặng thêm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ chuyên khoa Phục hồi chức năng, kỹ thuật viên Vật lý trị liệu và người được đào tạo chuyên khoa nhà người bệnh đã được huấn luyện.

2. Phương tiện: Các phương tiện cần thiết hỗ trợ thích hợp cho vận động trợ giúp.

3. Người bệnh: được giải thích về mục đích, phạm vi, mức độ, thời gian, kỹ thuật tập vận động chủ động có trợ giúp thụ động.

4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa.

Chẩn đoán bệnh, chẩn đoán chức năng, phát hiện đánh giá và theo dõi kết quả tập.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh ở các tư thế thích hợp cho bài để tập.
- Người tập ở các tư thế phù hợp.

- Tiến hành tập luyện: Yêu cầu người bệnh vận động chủ động phần cơ thể cần vận động như tự thực hiện phần vận động chân, tay hoặc phần cơ thể cần PHCN mà tự họ làm được, người điều trị trợ giúp để người bệnh thực hiện được tối đa tầm vận động của khớp phần động tác mà họ không tự làm được. Có thể sử dụng các dụng cụ PHCN trợ giúp vận động của người bệnh.

- Mỗi ngày tập 1 đến 2 lần, mỗi lần tập 20 đến 30 phút.

VI. THEO DÕI

1. Trong khi tập

- Xem người bệnh có đau, khó chịu.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở và tình trạng toàn thân.

2. Sau khi tập

- Người bệnh có đau và khi đau kéo dài trên 3 giờ sau tập là tập quá mức.
- Theo dõi tiến triển của tầm vận động khớp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi tập: Nếu người bệnh bị đau tăng thì ngừng tập và theo dõi thêm.

2. Sau khi tập: Nếu đau kéo dài và tình trạng toàn thân người bệnh có biểu hiện bất thường nếu do tập quá mức, phải xử trí tai biến và giảm cường độ tập các lần sau cho phù hợp thì ngừng tập và xử trí tai biến đó.

TẬP VẬN ĐỘNG CHỦ ĐỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Là động tác vận động do chính người bệnh thực hiện mà không cần có sự trợ giúp. Đây là phương pháp phổ biến chủ động và có hiệu quả nhất, nhằm mục đích duy trì và tăng tầm vận động của khớp, tăng sức mạnh của cơ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đã tự thực hiện được vận động.
- Kết quả thử cơ từ bậc 2 trở lên, cần làm tăng sức mạnh của cơ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh sau nhồi máu cơ tim cấp. Tình trạng tim mạch không ổn định
- Khi vận động khớp sẽ làm tổn thương phần khác của cơ thể.
- Ngay sau phẫu thuật khớp, gân, cơ, dây chằng hoặc vá da ngang qua khớp.
- Gãy xương, trật khớp chưa xử trí.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sỹ chuyên khoa phục hồi chức năng, kỹ thuật viên vật lý trị liệu, người được đào tạo chuyên khoa nhà người bệnh và người bệnh đã được tập huấn.

2. Phương tiện: bài tập, dụng cụ, gậy, ròng rọc, túi cát, dây cao su, tạ tay.

3. Người bệnh

- Lượng giá người bệnh để xác định loại tập vận động cần áp dụng.
- Người bệnh ở tư thế thoải mái, không ảnh hưởng đến tầm vận động của các khớp và chi, đã được giải thích về mục đích, thời gian, mức độ, kỹ thuật tập luyện.

4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

- Chẩn đoán bệnh chính, chẩn đoán phục hồi chức năng.
- Chỉ định phương pháp tập.
- Phiếu thử cơ bằng tay, phiếu theo dõi kết quả tập.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh: tư thế thoải mái, phù hợp với mục đích, kỹ thuật và các phần

của cơ thể cần tập, cho phép vận động các khớp, chi trong tầm vận động bình thường. Động viên người bệnh chủ động vận động hết tầm vận động.

- Người hướng dẫn tập: tư thế thoải mái thuận tiện cho các thao tác, làm động tác mẫu hướng dẫn người bệnh tập.

- Kỹ thuật: tập vận động theo các mẫu và tầm vận động bình thường của khớp, chi, phần cơ thể.

- Mỗi động tác lặp lại nhiều lần tùy theo khả năng người bệnh. Thời gian tập và mức độ vận động vận tăng dần, bắt đầu từ 5 đến 10 vận động. Vận động hết tầm là vận động bình thường cho phép. Mỗi ngày tập 1 đến 2 lần.

VI. THEO DÕI

1. Trong khi tập: chất lượng của vận động, phản ứng của người bệnh, mạch, huyết áp, nhịp thở.

2. Sau khi tập: mạch, huyết áp, nhịp thở, đau kéo dài qua 3 4 giờ sau tập coi như tập quá mức, tiến triển của vận động.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi tập

- Đau: không vận động quá tầm vận động cho phép của khớp hoặc phần cơ thể cần tập.

- Gãy xương, trật khớp: ngừng tập, xử trí gãy xương, trật khớp.

- Hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở: ngừng tập, cấp cứu hạ huyết áp, ngừng tim, ngừng thở.

2. Sau khi tập: đau kéo dài quá 3 4 giờ sau khi tập, do tập quá mức, tạm thời ngừng tập cho đến khi hết đau rồi tiếp tục tập trở lại.

TẬP KÉO DẪN

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Kéo dẫn là một kỹ thuật được sử dụng để kéo dài cấu trúc mô mềm bị co ngắn do giảm hay mất tính mềm dẻo, tính đàn hồi, làm gia tăng tầm vận động khớp. Có hai phương pháp để kéo dài các tổ chức co được (cơ) và tổ chức không co được (tổ chức liên kết), đó là kéo dẫn thụ động và tự kéo dẫn.

- Kéo dẫn thụ động:

Là phương pháp có thể tác động kéo dài cả hai tổ chức co được và không co được.

+ Kéo dẫn thụ động bằng tay

Sử dụng lực ngoại lai của người điều trị để kiểm soát hướng đi, tốc độ, cường độ, thời gian kéo dẫn đối với các tổ chức mô mềm bị co rút làm hạn chế tầm vận động khớp. Kéo dẫn thụ động bằng tay là phương pháp kéo dẫn có thời gian ngắn, kết quả đạt được về tầm vận động là nhất thời.

+ Kéo dẫn thụ động bằng cơ học dụng cụ

Kỹ thuật này phải sử dụng các loại dụng cụ bằng cơ học để cung cấp lực kéo dẫn.

- Tự kéo dẫn:

Tự kéo dẫn là kỹ thuật mà người bệnh tự thực hiện để kéo dẫn một cách thụ động những cơ co rút của chính họ bằng cách sử dụng trọng lượng cơ thể như lực để kéo dẫn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tầm vận động khớp bị hạn chế do co rút, dính khớp và hình thành sẹo tổ chức, dẫn đến các cơ, tổ chức liên kết, da bị co ngắn lại.

- Phòng ngừa các biến dạng cấu trúc, co rút phần mềm do hạn chế tầm vận động khớp

- Co cứng, co rút làm giới hạn các hoạt động chức năng hàng ngày.

- Yếu cơ và các tổ chức bị căng. Các tổ chức bị căng được kéo dài trước khi

tập mạnh cơ yếu thì hiệu quả tập mạnh cơ sẽ tốt hơn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH, NHỮNG LƯU Ý KHI THỰC HIỆN KÉO DẪN

1. Chống chỉ định

- Khi có khối xương (cơ hoá cốt, u xương...) làm giới hạn tầm vận động khớp.
- Người bệnh sau gãy xương mới.
- Viêm cấp tính, nhiễm trùng trong khớp hoặc quanh khớp.
- Bất cứ khi nào cơ đau nhói, đau cấp tính khi cử động khớp hoặc khi kéo dài cơ.
- Khi có khối máu tụ hoặc các dấu hiệu khác của chấn thương phần mềm.
- Khi sự co cứng hoặc co ngắn của các mô mềm tạo nên sự ổn định khớp vì lúc này không thể ổn định khớp bằng độ bền vững của cấu trúc và sức mạnh cơ bình thường.
- Khi co cứng hoặc co ngắn các mô mềm là cơ sở để tăng các khả năng chức năng, đặc biệt trong trường hợp người bệnh bị liệt nặng.

2. Những lưu ý khi sử dụng các bài tập kéo dẫn

- Không kéo dẫn bắt buộc khớp vượt quá tầm vận động bình thường của khớp nó một cách thụ động.
- Thận trọng khi kéo dẫn ở những trường hợp gãy xương mới, ổ gãy phải được bảo vệ bằng cách cố định giữa nơi gãy và khớp vận động.
- Thận trọng khi kéo dẫn ở những người bệnh có hay nghi ngờ loãng xương nặng do bệnh lý, do nằm lâu, do tuổi hay do sử dụng thuốc.
- Lưu ý là các bài tập kéo dẫn cơ cường độ cao trong thời gian ngắn thường làm chấn thương và hậu quả là làm yếu các mô mềm.
- Bổ sung các bài tập tăng cường sức mạnh vào chương trình kéo dẫn để người bệnh có thể phát triển sự cân bằng thích hợp giữa độ mềm dẻo và sức mạnh.
- Nếu người bệnh đau khớp hoặc nhức cơ kéo dài hơn 24 giờ là dấu hiệu của lực kéo dẫn đã quá mức.
- Tránh kéo dẫn các mô bị phù vì nó dễ tổn thương hơn mô bình thường, khi kéo dẫn dễ gây đau và làm phù tăng lên.

- Tránh kéo dẫn quá mức các cơ yếu đặc biệt các cơ nâng đỡ cơ thể trong mối tương quan với trọng lực.

IV. CHUẨN BỊ THỰC HIỆN BÀI TẬP KÉO DẪN THỤ ĐỘNG

1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên Phục hồi chức năng, người được đào tạo chuyên khoa

2. Phương tiện

Bàn tập, đai cố định cho kéo dẫn thụ động bằng tay.

Bột, nẹp, máy kéo dẫn nếu sử dụng kéo dẫn thụ động bằng dụng cụ cơ học kéo dài.

3. Đánh giá người bệnh trước khi kéo dẫn

- Xác định xem tổ chức nào hoặc khớp nào hạn chế, nguyên nhân làm giảm vận động khớp và chọn kỹ thuật kéo dẫn thích hợp hoặc kết hợp vận động và kéo dẫn.

- Đánh giá độ trượt của khớp, trước khi kéo dẫn có thể sử dụng các kỹ thuật di động khớp để lập lại độ trượt khớp.

- Đánh giá sức mạnh cơ vùng có hạn chế vận động khớp và cân nhắc kỹ giá trị kéo dẫn cho các cấu trúc bị hạn chế.

4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa

Người thực hiện kỹ thuật ghi rõ trong hồ sơ bệnh án thời gian thực hiện, loại kỹ thuật kéo dẫn sẽ thực hiện trên người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, lựa chọn kỹ thuật

Lựa chọn kỹ thuật kéo dẫn để có thể đạt được mục đích tốt nhất.

2. Kiểm tra và chuẩn bị người bệnh

- Giải thích mục đích kéo dẫn và quy trình kéo dẫn cho người bệnh hiểu để họ hợp tác tốt, tạo sự tin tưởng và làm người bệnh thư giãn.

- Đặt người bệnh trong tư thế thoải mái, vững chắc và ổn định để cho phép mặt phẳng cử động là tốt nhất khi quy trình kéo dẫn được thực hiện.

- Dùng các kỹ thuật thư giãn, nhiệt nóng đối với tổ chức mô mềm trước khi

kéo dẫn để làm tăng khả năng duỗi dài và giảm chấn thương.

3. Thực hiện kỹ thuật kéo dẫn bằng tay

- Cử động chi thể chậm rãi qua phạm vi tự do của điểm bị hạn chế. Hướng kéo dẫn sẽ ngược lại với hướng cơ bị co ngắn.

- Cầm nắm ở đoạn gần và đoạn xa đối với khớp tạo ra cử động. Nên sử dụng những miếng đệm lót ở vùng có tổ chức dưới da ít, trên mặt xương, nơi giảm cảm giác và sử dụng mặt phẳng rộng của bàn tay khi tạo lực.

- Khi kéo dẫn cơ trên nhiều khớp, kéo dẫn khớp gần trước, tiếp đến là khớp xa.

- Kéo dẫn cơ qua một khớp ở một thời điểm, sau đó qua toàn bộ các khớp một cách đồng thời cho đến khi độ dài tối ưu của tổ chức mô mềm đạt được.

- Lực vừa đủ để tạo sức căng ở các cấu trúc của mô mềm nhưng không quá mạnh để gây đau hay tổn thương các cấu trúc này.

- Tránh các cử động giật cục, tránh để rơi tay chân đột ngột ở cuối tầm.

- Để lực kéo dẫn kéo dài ít nhất 15-30 giây, trong thời gian này sức căng ở tổ chức sẽ giảm xuống, cử động của khớp và chi sẽ xa hơn một ít.

- Giảm dần lực kéo dẫn để người bệnh nghỉ một lúc, sau đó lặp lại kỹ thuật.

- Chú ý đừng cố gắng đạt được hết tầm trong một hay hai đợt điều trị. Tăng tính mềm dẻo là một quá trình chậm và từ từ.

4. Thực hiện kéo dẫn thụ động bằng dụng cụ cơ học

Kéo dẫn thụ động bằng dụng cụ cơ học thời gian dài kéo dài

Dùng dụng cụ cơ học (máy, nẹp, bột nhiều lần, ròng rọc...) cung cấp một lực bên ngoài với cường độ thấp trong một thời gian dài. Thời gian kéo dẫn có thể từ 20-30 phút hoặc lâu hơn trong một vài giờ. Độ dài tổ chức được duy trì sau khi lực kéo dẫn đã được loại bỏ..

Kéo dẫn thụ động bằng dụng cụ cơ học có chu kỳ

Sử dụng dụng cụ cơ học tạo ra tầm vận động tự động thực hiện theo chu kỳ và điều chỉnh được cường độ, độ dài của từng chu kỳ và số chu kỳ kéo dẫn trong một phút.

5. Thực hiện kỹ thuật tự kéo dẫn

Là bài tập linh hoạt mà người bệnh tự thực hiện. Người bệnh kéo dẫn một cách thụ động những cơ co rút của chính họ bằng cách sử dụng trọng lượng cơ thể như lực để kéo dẫn.

VI. THEO DÕI

1. Ngày đầu tiên điều trị: Để khớp nghỉ ngơi hoặc thư giãn tối đa để giảm đau và làm mềm khớp.

2. Ngày thứ hai: Nếu đau tăng lên và kéo dài quá 6 giờ, chứng tỏ kéo dẫn đã quá liều, cần giảm cường độ và thời gian kéo xuống. Nếu không đau hay khớp dễ chịu hơn, lặp lại kỹ thuật như ngày đầu.

3. Những ngày tiếp theo: Khi tầm vận động khớp đã khá lên hoặc vận động khớp hết tầm vận động, tổ chức cơ và mô mềm đã mềm dẻo hơn, xem xét thời gian lặp lại kỹ thuật và xác định thời gian kết thúc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rách mô cơ, dây chằng, bao khớp hay trật khớp có thể xảy ra nếu kéo dẫn khớp quá mức hay kỹ thuật kéo dẫn không đúng, giật cục. Khớp sưng to hơn, đau kéo dài hơn có thể là những dấu hiệu xấu, cần điều chỉnh lại kỹ thuật chỉ điểm.

- Xử trí: Sử dụng các biện pháp điện trị liệu như sóng ngắn, hồng ngoại, chườm lạnh... để giảm sưng đau và tạm nghỉ kéo dẫn, cố định khớp ít nhất 21 ngày nếu xác định có tổn thương phần mềm quanh khớp.

TẬP NẪM ĐÚNG TƯ THẾ CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

- Liệt nửa người là liệt một tay, và một chân và nửa mặt cùng bên, có nhiều nguyên nhân nhưng thường gặp là do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não...

- Kỹ thuật tập nằm đúng tư thế là kỹ thuật vị thế, người bệnh được đặt hoặc hướng dẫn nằm ở các tư thế đúng theo mẫu phục hồi

2. Sự cần thiết phải nằm đúng tư thế

- Để đề phòng và khắc phục co cứng bên liệt

- Kích thích người bệnh sử dụng bên liệt trong các động tác sinh hoạt hàng ngày

- Hạn chế các biến chứng do bất động

II. CHỈ ĐỊNH

- Các giai đoạn của liệt nửa người do tai biến mạch máu não; chấn thương sọ não; viêm não, màng não

- Phòng ngừa biến chứng và các thương tật thứ cấp như loét, nhiễm trùng hô hấp...

- Phòng ngừa co cứng trong giai đoạn đầu và ức chế co cứng khi co cứng đã xuất hiện của người bệnh liệt nửa người.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng khi người bệnh còn trong tình trạng cấp cứu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Kỹ thuật viên vật lý trị liệu hoặc người đã được đào tạo và thành thạo kỹ thuật
Người nhà hoặc bản thân người bệnh đã được hướng dẫn đầy đủ

2. Phương tiện

- Giường bệnh hoặc giường tập

- Gói vuông mềm: 06 chiếc

- Gói tròn: 04 chiếc
- Chăn hoặc vỏ chăn: 02 chiếc
- Túi cát loại 02 kg: 03 túi

3. Người bệnh, người nhà

Thông báo, giải thích rõ ràng để người bệnh và gia đình yên tâm và phối hợp

4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa vật lý có chỉ định của bác sỹ.

- Ngày điều trị, giờ điều trị
- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Ngày điều trị, giờ điều trị
- Kỹ thuật được chỉ định
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng người bệnh trước khi tập

3. Thực hiện kỹ thuật

Người bệnh nằm nghiêng về phía bên liệt

- Đầu người bệnh được đỡ ngay ngắn và chắc chắn trên gối, không làm gập các đốt sống cổ.

- Vai bên liệt được đưa ra trước vuông góc với thân; tay bên liệt duỗi, xoay ngửa, các ngón tay duỗi, dẹt.

- Chân bên liệt ở tư thế khớp háng duỗi, khớp gối hơi gập.

- Thân mình ở tư thế nửa ngửa

- Tay bên lành đặt trên thân mình hoặc trên gối đỡ phía sau lưng.

- Chân bên lành được đỡ trên gối cao ngang mức với thân và hông, khớp háng và khớp gối gập

Người bệnh nằm giữa trên giường bệnh hoặc trên giường tập

- Đầu người bệnh được đỡ chắc chắn trên gối có chiều cao phù hợp để không làm gập các đốt sống cổ, mặt nhìn thẳng hoặc quay về phía bên liệt.

- Dùng gối mỏng đỡ dưới xương bả vai để đưa khớp vai bên liệt ra trước; tay liệt xoay ngửa, duỗi dọc theo thân mình, hoặc dạng ngang vai, hoặc duỗi lên phía trên đầu.

- Dùng gối mỏng đỡ dưới hông bên liệt để đưa hông bên liệt ra trước, gối đỡ dưới khoeo để gập khớp háng và khớp gối bên liệt, gối hoặc túi cát đỡ phía mắt cá ngoài để chân bên liệt không bị đổ ra ngoài.

- Tay và chân bên lành ở vị trí mà người bệnh cảm thấy thoải mái, dễ chịu.

Người bệnh nằm nghiêng về phía bên lành

- Đầu người bệnh được đỡ ngay ngắn và chắc chắn trên gối, không làm gập các đốt sống cổ.

- Tay bên liệt được đỡ bằng gối ở phía trước, cao ngang bằng mức với thân mình với khớp vai và khớp khuỷu duỗi.

- Thân mình vuông góc với mặt giường, có gối đỡ phía lưng.

- Chân bên liệt được đỡ trên gối ở phía trước cao ngang mức với thân mình, khớp háng và khớp gối gập.

- Chân và tay bên lành ở vị trí mà người bệnh cảm thấy thoải mái, dễ chịu

Cứ 3 đến 4 giờ phải lăn trở và thay đổi tư thế nằm cho người bệnh

VI. THEO DÕI SAU KHI THỰC HIỆN KỸ THUẬT

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập

- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường

- Nếu có bất thường xử trí kịp thời theo đúng phác đồ, báo cáo bác sỹ

- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Hướng dẫn người bệnh đề phòng những tai biến có thể xảy ra như: Đau, khó chịu, mệt mỏi... nếu thấy có gì bất thường báo cáo bác sỹ ngay.

KỸ THUẬT TẬP TAY VÀ BÀN TAY CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Liệt nửa người là liệt một tay, và một chân và nửa mặt cùng bên, nguyên nhân có nhiều nhưng thường gặp nhất là tai biến mạch máu não thường do tai biến mạch máu não. Tai biến mạch máu não là dấu hiệu phát triển nhanh trên lâm sàng của một rối loạn khu trú chức năng của não kéo dài trên 24 giờ và thường do nguyên nhân mạch máu..

2. Tầm quan trọng của tập tay và bàn tay

- Tay và bàn tay liệt thường bị giảm và mất chức năng nặng và khó hồi phục hơn chân do mức độ vận động tinh tế của tay và bàn tay.

- Phục hồi chức năng tay và bàn tay liệt giúp người bệnh phục hồi được khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày

- Do bàn tay có hoạt động rất tinh tế do đó cần có kỹ thuật tập phục hồi chức năng riêng

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các giai đoạn của liệt nửa người do tai biến mạch máu não

- Có thể áp dụng cho người bệnh liệt nửa người do chấn thương sọ não; viêm não, màng não, u não...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng khi người bệnh còn trong tình trạng cấp cứu và trong giai đoạn liệt mềm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viên hoặc người đã được đào tạo chuyên khoa và thành thạo kỹ thuật

- Người nhà hoặc bản thân người bệnh đã được hướng dẫn kỹ thuật đầy đủ

2. Phương tiện

- Giường bệnh hoặc giường tập
- Bóng tập
- Gậy tập
- Các dụng cụ hoạt động trị liệu

3. Người bệnh, người nhà

Thông báo, giải thích rõ ràng để người bệnh và gia đình yên tâm và chủ động phối hợp

4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa vật lý có chỉ định của bác sỹ

- Ngày điều trị, giờ điều trị
- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của Bác sỹ
- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng người bệnh trước khi tập

3. Thực hiện kỹ thuật

Tập vận động ở tư thế nằm

- Kỹ thuật nắm giữ bàn tay liệt trong các động tác hỗ trợ của tay lành
- Tập vận động tay liệt có sự trợ giúp của tay lành
- Tập kiểm soát vận động tay liệt
- Tập vận động khớp vai bên liệt ra trước:

Tập vận động ở tư thế ngồi

- Kỹ thuật vị thế: giúp hoặc hướng dẫn người bệnh ngồi ở vị thế đúng
- Ước chế co cứng vai tay bên liệt

- Ưc chế co cứng khớp cổ tay và các ngón tay bên liệt
- Tập vận động tay liệt có sự hỗ trợ của tay lành
- Tập kiểm soát vận động tay liệt
- Tập phục hồi chức năng bàn tay
- Tập với các dụng cụ, tập theo nhóm
- Hoạt động trị liệu

Tập vận động ở tư thế đứng

- Kỹ thuật vị thế: Người bệnh kiểm soát được thăng bằng khi đứng
- Ưc chế co cứng của tay liệt ở tư thế đứng.
- Tập vận động tay liệt, tay lành và toàn thân ở tư thế đứng
- Tập với các dụng cụ, tập theo nhóm

VI. THEO DÕI SAU KHI THỰC HIỆN KỸ THUẬT

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường
- Nếu có bất thường xử trí kịp thời theo đúng phác đồ, báo cáo bác sỹ
- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Hướng dẫn người bệnh đề phòng những tai biến có thể xảy ra như: Đau tăng lên, khó chịu, mệt mỏi... nếu thấy có gì bất thường báo cáo bác sỹ ngay.

KỸ THUẬT TẬP ĐỨNG VÀ ĐI CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Liệt nửa người là liệt một tay, và một chân và nửa mặt cùng bên, thường do tai biến mạch máu não.

2. Tầm quan trọng của tập đứng và đi

- Tập đứng và đi giúp người bệnh có thể tự di chuyển được
- Dự phòng được các biến chứng của bất động
- Giúp người bệnh phục hồi khả năng tự phục vụ và hòa nhập với gia đình và xã hội

II. CHỈ ĐỊNH

- Giai đoạn sau của liệt nửa người do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, sau mổ u não, sau viêm não....
- Khi người bệnh đã có thể tự ngồi và kiểm soát được thăng bằng.
- Tình trạng tim mạch và toàn thân cho phép
- Có thể áp dụng đối với các người bệnh chấn thương sọ não; viêm não, màng não, u não...có liệt nửa người.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng với người bệnh liệt mềm; người bệnh có rối loạn thăng bằng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viên hoặc người đã được đào tạo chuyên khoa và thành thạo kỹ thuật
- Người nhà và bản thân người bệnh đã được hướng dẫn đầy đủ

2. Phương tiện

- Giường, ghế hoặc bàn tập.
- Thanh song song, khung tập đi, nạng, gậy chống

3. Người bệnh, người nhà

Thông báo, giải thích rõ ràng để người bệnh và gia đình yên tâm và phối hợp tập luyện.

4. Hồ sơ bệnh án. Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa vật lý có chỉ định của bác sỹ:

- Tên kỹ thuật viên thực hiện y lệnh
- Ngày điều trị, giờ điều trị và tập luyện
- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của Bác sỹ
- Tên kỹ thuật viên thực hiện tập luyện

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân, tim mạch, hô hấp của người bệnh trước khi tập
- Giải thích để người bệnh phối hợp

3. Thực hiện kỹ thuật

Quy trình kỹ thuật tập đứng

- Người bệnh ngồi trên ghế có chiều cao phù hợp, đầu và thân mình thẳng, hai vai cân xứng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông và hai chân.

- Người hướng dẫn Kỹ thuật viên đứng phía trước hoặc phía bên liệt của người bệnh.

- Giúp hoặc hướng dẫn người bệnh dồn trọng lượng về phía trước để đứng lên
- Hướng dẫn người bệnh tự đứng lên không cần trợ giúp

Thực hiện các bài tập ở tư thế đứng như:

- + Đứng thẳng bằng tĩnh và động,
- + Tập dồn trọng lượng lên chân liệt,
- + Tập chuyển và dồn trọng lượng lần lượt lên hai chân,

- + Tập chủ động gấp, duỗi chân liệt,
- + Tập luân phiên gấp riêng khớp gối từng bên,
- + Tập kiểm soát vận động của khớp gối bên liệt,
- + Tập làm giảm co cứng duỗi ở khớp cổ chân

Quy trình kỹ thuật tập đi

- Tập đứng dồn trọng lượng lên chân lành, bước chân liệt lên phía trước và ra phía sau

- Tập tăng cường thăng bằng và kiểm soát vận động của khớp háng, chân bên liệt.

- Tập luyện dáng đi
- Tập bước tại chỗ trên bàn chạy,
- Tập đi

- Tập lên, xuống dốc; tập lên xuống cầu thang: lên cầu thang bước chân lành lên trước rồi đưa chân liệt lên cùng bậc, khi xuống cầu thang bước chân lành xuống bậc thang đầu tiên rồi đưa chân lành xuống cùng bậc.

- Tập đi trên các bề mặt không bằng phẳng và các địa hình khác nhau:

Thời gian đầu tập trong thanh song song, sau đó tập trong khung tập đi rồi mới tập với nạng.

VI. THEO DÕI SAU KHI THỰC HIỆN KỸ THUẬT

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường
- Nếu có bất thường xử trí kịp thời theo đúng phác đồ, báo cáo bác sỹ
- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Hướng dẫn người bệnh đề phòng những tai biến có thể ngã trong khi tập.

QUY TRÌNH ĐIỆN CHÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Điện châm là phương pháp chữa bệnh phối hợp giữa tác dụng chữa bệnh của châm cứu với kích thích bằng dòng điện.

Hiện nay thường sử dụng máy phát ra xung điện có tính năng ổn định, an toàn, điều chỉnh thao tác dễ dàng, đơn giản. Kích thích của dòng xung điện có tác dụng làm giảm đau, kích thích hoạt động của các cơ, các tổ chức, tăng cường dinh dưỡng các tổ chức, giảm viêm, ...

II. CHỈ ĐỊNH

- Các chứng liệt (liệt do tai biến mạch máu não, di chứng bại liệt, liệt các dây thần kinh ngoại biên, các bệnh lý như đau đầu, đau lưng, đau thần kinh tọa, bệnh ngũ quan như giảm thị lực, giảm thính lực, thất ngôn, châm tê trong phẫu thuật ...)

- Các chứng đau cấp và mạn tính: đau do đụng giập, chấn thương, đau sau mổ, đau các khớp hoặc phần mềm quanh khớp, đau trong các bệnh lý về thần kinh ...

- Bệnh cơ năng và triệu chứng của 1 số bệnh như rối loạn thần kinh tim, mất ngủ không rõ nguyên nhân, kém ăn, đầy bụng, tiêu chảy, táo bón, cảm cúm, bí tiểu chức năng, nấc, ...

- Một số bệnh do viêm nhiễm như viêm tuyến vú, chấy, lở, ...

- Châm tê phẫu thuật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Cơ thể suy kiệt, sức đề kháng giảm, phụ nữ có thai.

- Tránh châm vào những vùng huyết có viêm nhiễm hoặc lở loét ngoài da.

- Tất cả những cơn đau nghi do nguyên nhân ngoại khoa ...

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ, y sỹ được đào tạo chuyên ngành y học cổ truyền

4.2. Phương tiện

- Kim châm cứu vô khuẩn dùng 1 lần
- Khay men, pank có máu, còn 70 độ
- Máy điện châm hai tần số bổ tả

4.3. Người bệnh

- Người bệnh được khám, làm hồ sơ bệnh án theo quy định
- Người bệnh nằm tư thế thoải mái, chọn tư thế sao cho vùng được châm được bộc lộ rõ nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1: Xác định vị trí và sát trùng da vùng huyết

Chọn kim có độ dài tùy thuộc độ dày của cơ vùng định châm.

- Bước 2: Châm kim vào huyết theo các thì sau:

Thì 1: Tay trái dùng ngón tay cái và ngón trỏ ấn, căng da vùng huyết; Tay phải châm kim nhanh qua da vùng huyết.

Thì 2: : Đẩy kim từ từ theo huyết đạo, kích thích kim cho đến khi đạt “Đắc khí” (Người bệnh có cảm giác căng, tức, nặng vừa phải, không đau ở vùng huyết vừa châm kim, Người thực hiện cảm giác kim mút chặt tại vị trí huyết).

- Bước 3: Kích thích huyết bằng máy điện châm

Nối cặp dây của máy điện châm với kim đã châm vào huyết theo tần số bổ- tả của máy điện châm:

- Tần số (đặt tần số cố định): Tần số tả từ 5 - 10Hz, Tần số bổ từ 1 - 3Hz.

- Cường độ: nâng dần cường độ từ 0 đến 150 microAmpe (tùy theo mức chịu đựng của người bệnh).

+ Thời gian: 20- 30 phút cho một lần điện mãng châm.

- Bước 4. Rút kim, sát khuẩn da vùng huyết vừa châm.

- Liệu trình

Châm ngày 1 lần, thời gian 25- 30 phút/lần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi tại chỗ và toàn thân
- Xử trí tai biến
- Vụng châm: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Theo dõi mạch, huyết áp.
- Chảy máu khi rút kim: dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

QUY TRÌNH THỦY CHÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Thủy châm (hay tiêm thuốc vào huyết) là một phương pháp chữa bệnh kết hợp Đông- Tây y, phối hợp tác dụng chữa bệnh của châm kim theo học thuyết kinh lạc của YHCT với tác dụng chữa bệnh của thuốc tiêm. Có những loại thuốc tiêm có tác dụng toàn thân, có những loại thuốc chỉ có tác dụng tăng cường và duy trì kích thích của châm kim vào huyết để nâng cao hiệu quả chữa bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Giống như chỉ định của châm cứu. Thủy châm được dùng để chữa một số bệnh mạn tính như: thấp khớp, đau dạ dày, hen phế quản, đau đầu, mất ngủ, đau thần kinh tọa...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Giống như chống chỉ định của châm cứu: Người bệnh đau bụng cần theo dõi ngoại khoa, bệnh tim nặng, trạng thái tinh thần không ổn định, vừa mới lao động mệt, đói. Không được dùng những thuốc mà người bệnh có mẫn cảm, dị ứng, các loại thuốc có tác dụng kích thích gây xơ cứng, hoại tử các vùng có dây thần kinh và các cơ...

Không thủy châm vào những huyết ở vùng cơ mỏng, phía dưới là tạng phủ, khớp, dây chằng, gân cơ, dây thần kinh, mạch máu...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Bác sỹ, Y sỹ được đào tạo về chuyên ngành y học cổ truyền được cấp chứng chỉ hành nghề theo quy định của pháp luật về khám bệnh, chữa bệnh.

2. Phương tiện

- Bơm tiêm vô trùng 5 – 10ml, dùng riêng cho từng người bệnh.
- Khay men, kẹp có máu, bông, cồn 70q.
- Thuốc tiêm: Thuốc có chỉ định tiêm bắp, theo chỉ định của bác sỹ điều trị.

- Hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ.

3. Người bệnh:

Người bệnh được khám và chẩn đoán theo YHHĐ và YHCT.

Tư thế nằm ngửa hoặc nằm nghiêng tùy theo vị trí định tiêm.

* Trước khi điều trị cần giải thích cho Người bệnh hiểu rõ đặc điểm của phương pháp điều trị này và những phản ứng thông thường có thể xảy ra như: đau, căng tức, nặng, nề vùng tiêm...

4. Hồ sơ bệnh án:

Người bệnh được khám và làm hồ sơ bệnh án theo qui định.

Chọn huyết và thuốc thích hợp. Nên chọn những huyết có phản ứng rõ rệt làm huyết chính (A thị huyết) và chia nhóm huyết để mỗi lần tiêm không quá nhiều huyết làm Người bệnh đau, thường chọn 5 - 6 huyết cho một lần thủy châm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Xem hồ sơ có đúng với người bệnh không ? Các chỉ định cần làm ?

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra tình trạng người bệnh hiện tại, tư thế nằm, bộc lộ các vùng định thủy châm.

3. Thực hiện kỹ thuật

Bước 1. Lấy thuốc vào bơm tiêm

Bước 2. Thử phản ứng thuốc theo quy định

Bước 3. Tiến hành thủy châm theo các thì sau:

Thì 1: Sát trùng da vùng huyết,

Tay trái: Dùng hai ngón tay ấn và căng da vùng huyết

Tay phải: Châm kim nhanh qua da, đẩy kim tới huyết, Người bệnh thấy cảm giác tức nặng tại vị trí kim châm

Thì 2: từ từ bơm thuốc vào huyết, mỗi huyết từ 0,5- 3 ml thuốc.

Thì 3: Rút kim nhanh, sát trùng vị trí tiêm.

- Liệu trình điều trị :

Thủy châm một ngày một lần, mỗi lần thủy châm vào 2- 5 huyết.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi: Theo dõi tại chỗ và toàn thân

2. Xử trí tai biến

- Sốc phản vệ: Xử trí theo phác đồ

- Vụng châm: Triệu chứng: Người bệnh hoa mắt, chóng mặt, vã mồ hôi, mạch nhanh, sắc mặt nhợt nhạt. Xử lý: rút kim ngay, lau mồ hôi, ủ ấm, uống nước chè đường nóng, nằm nghỉ tại chỗ. Day bấm các huyết Thái dương, Nội quan. Theo dõi mạch, huyết áp.

- Chảy máu khi rút kim: dùng bông vô khuẩn ấn tại chỗ, không day.

QUY TRÌNH TẮM CHO TRẺ SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắm cho trẻ sơ sinh là một chăm sóc cần thiết giúp làm sạch da và phòng chống các bệnh lý về da vốn rất hay gặp trong giai đoạn sơ sinh

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ sơ sinh có sức khoẻ ổn định: sau đẻ 6 giờ

Trẻ sơ sinh có mẹ HIV: tắm ngay sau khi sinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trẻ dưới 6 giờ đầu sau đẻ Trẻ mắc bệnh nặng đang cần bất động, chăm sóc tại chỗ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng, nữ hộ sinh

Phương tiện

Phòng tắm: ấm, đảm bảo nhiệt độ phòng tắm từ 28 – 30oC, kín không có gió

lùa 2 chậu: 1 chậu dùng tắm, 1 chậu dùng tráng lại

Nước tắm: dùng nước sạch, đổ nước nguội vào chậu trước, nước nóng sau.

Nhiệt độ nước tắm thích hợp khoảng 37oC

Xà phòng (sữa tắm), dầu gội đầu dành cho trẻ sơ sinh 2 khăn tắm to; 2 khăn tay nhỏ bằng vải mềm Mũ; bao tay, bao chân, quần áo, bỉm, khăn quấn trẻ Bông; cồn, dung dịch betadin nếu rốn chưa rụng

Trẻ sơ sinh

Tình trạng ổn định

Tắm trước bữa ăn

Hồ sơ bệnh án

Ghi ngày giờ trẻ được tắm Tình trạng trước, sau khi tắm

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Nguyên tắc

Rửa tay trước khi tắm cho mỗi trẻ

Tránh hạ thân nhiệt: phòng tắm và nước tắm ấm, tắm từng phần và lau khô ngay vùng đã tắm, giữ ấm trẻ ngay sau tắm

Trình tự tắm: vùng sạch trước, vùng bẩn sau Chỉ nên đặt trẻ vào chậu nước khi rốn đã rụng Tránh làm ướt da vùng đang lưu kim, vết mổ

Dụng cụ sạch dành riêng cho mỗi trẻ

Các bước tắm

Bước 1: Cởi bỏ toàn bộ quần áo, mũ, bao tay, bao chân của trẻ, sau đó quấn trẻ trong 1 khăn tắm sạch, ấm

Bước 2: Bế trẻ trên tay đúng tư thế: cánh tay đỡ lưng, bàn tay đỡ đầu.

Bước 3: Rửa mặt theo thứ tự: mắt, mũi, tai mồm: Dùng bông nhúng vào nước sạch lau nhẹ mắt từ góc trong của mắt ra ngoài sau đó lấy cục bông khác lau tiếp mắt bên kia theo trình tự tương tự Sau đó dùng 1 khăn tay nhỏ bằng vải mềm lau mặt từ giữa dọc theo mũi ra 2 bên tai, tránh đưa sâu vào trong tai, chú ý lau kỹ vùng sau tai và nếp gập cổ

Bước 4: gội đầu: làm ướt tóc, xoa xà phòng (dầu gội đầu) từ trước ra sau đầu trẻ. Dùng nước gội sạch, lau khô ngay đầu trẻ

Bước 5: tắm trẻ: tắm từng phần hoặc tắm toàn thân tùy thuộc rốn chưa rụng hoặc đã rụng. Nếu tắm từng phần thì che ấm phần chưa tắm, phần nào tắm

xong được lau khô ngay. Cả 2 ca đều theo thứ tự sau:

Tắm cổ, nách, cánh tay, ngực, bụng Tắm lưng, mông, chân Tắm bộ phận sinh dục Bước 6: lau khô toàn thân

Bước 7: mặc áo, quần tã, giữ ấm

Bước 8: chăm sóc rốn nếu cuống rốn chưa rụng (xem bài chăm sóc rốn)

Bước 9: đặt trẻ vào giường, ủ ấm

Bước 10: thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc theo dõi

VI. THEO DÕI

Tình trạng toàn thân, chú ý thân nhiệt Cho trẻ ăn sữa sau khi đã hoàn thành việc tắm

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH ĐỀ PHÒNG

Bỏng: Cần kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi tắm trẻ; cho nước lạnh vào chậu trước sau đó mới cho rót nước nóng vào cho tới khi đạt được nhiệt độ thích hợp để tránh không làm cho thành chậu bị nóng

2. Hạ thân nhiệt

Phòng tắm ấm, không có gió lùa; nước tắm ấm; tắm nhanh; thời gian một lần tắm không quá 10 phút.

CHĂM SÓC RÓN SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Rón thường rụng vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10, các mạch máu đóng về mặt chức năng nhưng vẫn tồn tại dạng giải phẫu trong vòng 20 ngày. Trong thời gian này rón vẫn có thể là đường vào của vi khuẩn, vì vậy cần thiết phải chăm sóc và giữ vệ sinh rón, tránh nhiễm khuẩn

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rón
- Trẻ đã rụng cuống rón nhưng rón còn tiết dịch hoặc rón nhiễm trùng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Điều dưỡng, nữ hộ sinh

2. Dụng cụ

- Bông cotton 700 hoặc cotton Iode 2,5% sát trùng dung dịch betadin
- Băng, gạc, khay vô trùng, khay quả đậu Găng tay, panh vô trùng

3. Trẻ sơ sinh

- Đã được tắm sạch(tắm, rửa); thay áo, tã mới sạch
- Bộc lộ vùng rón

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc
- Tình trạng rón: khô, ướt hoặc dịch tiết, màu sắc, sưng tấy hay không, mùi hôi

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Yêu cầu thao tác kỹ thuật vô khuẩn Rửa tay bằng xà phòng với nước sạch
- Lau khô tay bằng khăn sạch hoặc để khô tự nhiên. Tháo băng, gạc, bộc lộ rón. Quan sát rón, da quanh rón xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không?

- Sát khuẩn sạch rốn từ trung tâm ra ngoại vi, dây rốn, kẹp rốn, mặt cắt (chú ý lau sạch các khe kẽ, làm sạch tất cả các chất tiết)

- Lau lại 2 lần, để còn khô tự nhiên và lau rốn như vậy 1- 2 lần/ ngày

- Băng rốn bằng gạc vô trùng trong 2 ngày đầu, từ ngày thứ 3 tùy điều kiện chăm sóc từng nơi có thể băng hoặc để hở rốn giúp rốn mau khô và dễ rụng

- Quần tã dưới rốn

- Chú ý không bôi bất kỳ chất gì lên rốn ngoài các dịch sát trùng rốn

- Sau khi rốn rụng tiếp tục chăm sóc tới khi chân rốn khô

VI. THEO DÕI

- Nhiễm khuẩn rốn: nên chăm sóc rốn nhiều lần trong ngày, tùy theo mức độ nặng mà cho dùng kháng sinh toàn thân (nếu có nhiễm trùng mạch máu rốn)

- Chảy máu rốn: thường xảy ra trong vài ngày đầu khi rốn còn tươi hoặc khi rụng cuống rốn, nếu cuống rốn còn tươi nên buộc lại bằng chỉ vô trùng, nếu cuống rốn rụng nên lau sạch bằng dung dịch sát khuẩn và dùng gạc vô khuẩn băng ép

- Tồn tại lõi rốn (chồi rốn): châm Nitrate bạc hàng ngày hoặc đốt điện nếu lõi rốn to

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chăm sóc rốn nhằm tránh biến chứng nếu như để rốn không được vệ sinh, có thể gây nhiễm khuẩn rốn.

QUY TRÌNH HỒI SỨC SƠ SINH NGẠT

I. ĐỊNH NGHĨA

Ngạt là tình trạng trẻ đẻ ra không thở, không khóc gây thiếu oxy, thừa CO₂ mô, nếu kéo dài sẽ bị di chứng hoặc tử vong.

Theo WHO khoảng gần 1 triệu trẻ chết mỗi năm liên quan đến ngạt. Khoảng 10% trẻ sơ sinh cần hỗ trợ để khởi phát nhịp thở ban đầu, 1% cần hồi sức tích cực để cứu sống, 90% có thể tự hoàn tất sang kiểu tuần hoàn sơ sinh và tự thở.

Các bước hồi sức “ABC” bao gồm: đảm bảo thông thoáng đường thở, đảm bảo hô hấp, đảm bảo tuần hoàn và đảm bảo trẻ ấm...

II. CHUẨN BỊ: 4 NHÓM DỤNG CỤ

Mỗi cuộc sinh cần được chuẩn bị đầy đủ các dụng cụ hồi sức.

Yêu cầu tất cả các dụng cụ đều phải sạch và sẵn sàng trong “Góc hồi sức”.

Bàn hồi sức sơ sinh kích thước 60×80 cm, bề mặt phẳng và cứng, đặt ngay tại phòng sinh, không bị gió lùa.

2.1. Nhóm dụng cụ làm khô ấm

- Đèn sưởi hoặc nguồn nhiệt khác bật sẵn
- 3 mảnh vải khô sạch: 1 kê dưới vai, 1 đón và lau khô lần 1, 1 giữ ấm sau lau khô.

– Trải ga sạch, quần áo, mũ, chăn ấm cho trẻ.

2.2. Nhóm dụng cụ hồi sức hô hấp

- Dụng cụ hút: bầu hút, máy hút, sonde hút 8F, 10F, 12F.
- Cung cấp oxy ấm – ẩm: bình oxy, oxy trung tâm, dây, sonde, mask.
- Bóng bóp thể tích 250-400ml, Mặt nạ: số 1, 0.
- Đèn soi thanh quản, ống NKQ các số 2,5; 3,0 và 3,5.

2.3. Dụng cụ vệ sinh làm rốn

Bông cotton, gạc vô trùng, găng tay, panh, kéo, kẹp hoặc chỉ thắt rốn.

2.4. Thuốc và dịch cấp cứu

Adrenalin, Natriclorua 9%0, Ringerlactat.

Bơm tiêm 1, 3, 5, 10, 20ml.

III. ĐÁNH GIÁ TRẺ NGẠT

Chỉ số APGAR

Dấu hiệu	2	1	0
Hô hấp	Khóc to, thở bình thường	Khóc yếu, rên	Không thở
Tim	≥ 100 l/p	< 100 l/p	Không có
Màu da	Hồng	Tím	Tái nhợt
Trương lực	Tốt	Yếu	Nhẽo
Phản xạ	Cử động tốt	Nhấn mặt	Không

Đánh giá:

- 8-10 điểm: bình thường, 6-7: ngạt nhẹ, 4-5: ngạt nặng, ≤ 3 : ngạt rất nặng.
- Thời điểm đánh giá: 1, 5, 10 phút.
- Ba dấu hiệu để quyết định hồi sức (hô hấp, nhịp tim, màu da) cũng là 1 phần của thang điểm, hai phần (trương lực cơ, phản xạ) phản ánh tình trạng thần kinh.

IV. CÁC BƯỚC HỒI SỨC SƠ SINH

Theo nguyên tắc A, B, C, D.

4.1. Nguyên tắc A: khai thông đường thở

– Nước ối trong:

+ Trẻ khỏe lau khô, giữ ấm, chỉnh tư thế thông đường thở.

+ Trẻ không khỏe: hút sạch miệng, mũi; miệng không quá 5cm, mũi không quá 3cm

– Nước ối có phân su:

+ Trẻ khỏe: hút sạch phân su miệng, mũi, lau khô, giữ ấm, chỉnh tư thế thông đường thở..

+ Trẻ không khỏe : dùng sonde lớn 12F hút sạch miệng, họng, mũi trẻ.

Dùng đèn soi thanh quản để nhìn rõ thanh môn và hút sạch sau đó đặt NKQ vừa hút vừa rút NKQ ra.

Sau khi làm thông đường thở, lau khô, đặt lại vị trí đầu, kích thích hô hấp, đánh giá trẻ 3 vấn đề: **HÔ HẤP, NHỊP TIM, MÀU DA.**

4.2. Nguyên tắc B: hỗ trợ hô hấp

– Cung cấp oxy: Oxy lưu lượng tự do 5l/phút

+ Chỉ định: khi trẻ thở được nhưng tím trung tâm.

+ Các phương pháp cung cấp oxy: mặt nạ oxy, dây oxy bằng cách khum tay giống như mặt nạ

Chú ý không dùng mặt nạ gắn bóng tự phòng sau đó gắn với dây oxy qua bóng vì như vậy không đảm bảo đủ oxy qua đó.

– Hô hấp nhân tạo (thông khí áp lực dương)

+ Chỉ định:

Thở oxy lưu lượng tự do sau 30 giây trẻ vẫn tím.

Ngừng thở hoặc thở nấc.

Nhịp tim < 100 l/p mặc dù trẻ đang tự thở

+ Kỹ thuật: Đảm bảo 4 tiêu chuẩn

Đặt mặt nạ kín mũi, miệng.

Bóp bóng tần số 40-60 l/p (đảm bảo tần số ta đếm nhẩm: Thở – Hai – Ba – Thở – Hai – Ba...).

Áp lực vừa phải dùng lực 2-3 ngón tay không cần bóp cả bàn tay.

Luôn duy trì đường thở thẳng- thông

+ Đánh giá đáp ứng khi thông khí

Sau mỗi lần bóp lồng ngực phòng lên là có hiệu quả.

Cải thiện nhịp tim, nhịp thở, màu sắc da của trẻ

+ Nếu lồng ngực không phồng lên khi thông khí lập tức kiểm tra:

Thông thoáng đường thở, đặt lại tư thế đầu của trẻ

Đặt lại mặt nạ cho khít với mặt trẻ

Bóng có thủng không.

– Đặt NKQ thông khí

+ Chỉ định:

Ở có phân su trẻ không khỏe đặt NKQ sau đó vừa hút vừa rút NKQ.

Bóp bóng trẻ không cải thiện, ngừng thở nhu cầu thông khí kéo dài.

Cần phối hợp ấn tim ngoài lồng ngực.

Đặt NKQ để dùng thuốc

Thoát vị cơ hoành.

+ Kích thước ống NKQ

Cân nặng	Số NKQ
----------	--------

<1500gr	2,5
---------	-----

1500 – 3000gr	3,0
---------------	-----

3000gr	3,5
--------	-----

+ Độ sâu ống NKQ = Cân nặng trẻ (P- kg) + 6 cm.

4.3. Nguyên tắc C: hỗ trợ tuần hoàn

– Chỉ định: Khi nhịp tim < 60 l/p mặc dù đã có 30 giây thông khí áp lực dương có hiệu quả (tức là sau 30 giây bóp bóng qua mặt nạ hoặc NKQ với oxy 100%)

- Kỹ thuật ấn ngực: đảm bảo 4 yêu cầu

+ Vị trí: 1/3 dưới xương ức, hay dưới đường liên núm vú 1 khoát ngón tay trẻ.

+ Tần số: 120 – 140 l/p phối hợp với bóp bóng theo tỷ lệ Bóp bóng/ấn ngực = 1/3 (Một và hai và ba và Bóp và Một và hai....).

+ Áp lực: lún khoảng 1/3 đường kính trước – sau của lồng ngực trẻ.

+ Ấn thẳng góc với kỹ thuật ngón tay cái, tay không rời vị trí ấn tim trên lồng ngực.

4.4. Nguyên tắc D: thuốc cấp cứu (Epinephrin 1/1000)

+ Chỉ định: Nhịp tim <60 l/p mặc dù thông khí áp lực dương phối hợp ấn ngực đúng và hiệu quả.

+ Liều: pha loãng nồng độ 1/10.000

Bơm NKQ : 0,3ml – 1ml.

Đường TM : 0,1ml – 0,3ml

+ Nếu không kịp cân: 1,5ml/lần qua NKQ, 0,5ml/lần tiêm TM.

Trong và sau khi bơm Adrenalin vẫn tiếp tục phối hợp bóp bóng và ấn ngực.

Chăm sóc hiệu quả khác:

– Chú ý không làm các động tác:

+ Gập đùi vào bụng trẻ.

+ Dốc ngược đầu trẻ và vỗ vào mông, lắc đùi trẻ.

+ Ngoáy vào hậu môn trẻ.

QUY TRÌNH LÀM THUỐC TAI

I. ĐẠI CƯƠNG:

Làm thuốc tai: Kỹ thuật được thực hiện trong các trường hợp chảy mủ tai hoặc sau khi tiến hành phẫu thuật tai, xương chũm (bệnh tích chưa lành). Tùy theo mức độ, tình hình tổn thương mà thời gian tiến hành, thuốc dùng khác nhau nhằm đảm bảo mục đích làm sạch, giảm tiến tới hết chảy mủ tai.

II. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh:

Người bệnh được giải thích trước khi làm thủ thuật và ngồi đúng tư thế

2. Chuẩn bị dụng cụ:

- Đèn Clar

- Hộp dụng cụ làm thuốc tai: loa soi tai, que tăm bông, kẹp khuỷu, bát đựng dung dịch

- Thuốc: nước oxy già, nước muối sinh lý và các thuốc theo chỉ định của bác sĩ

III. KỸ THUẬT:

Làm thuốc tai bao gồm:

1. Rửa tai:

Nhằm làm sạch hết mủ ở tai

Cách làm:

- Nhỏ hoặc bơm nhẹ dịch rửa vào tai.

- Kéo vành tai, day nhẹ nắp tai cho dịch thấm vào sâu hoặc dùng que bông lau rửa cho sạch mủ.

- Làm như trên vài lần, cuối cùng dùng que bông lau không để dịch rửa ứ đọng lại trong tai.

4.2. Nhỏ thuốc tại chỗ:

Nhỏ thuốc nước: Tùy theo tình trạng chảy tai có thể dùng thuốc

- Thuốc sát khuẩn: Cồn boric 2-5% .
- Thuốc giảm đau tại chỗ.
- Kháng sinh: Cloramphenicol 4%, ofloxacin 0,3% ...

Cách làm:

- Ngửa, hướng ống tai lên trên, nhỏ 3-5 giọt thuốc qua ống tai, kéo nhẹ vành tai ra sau và day nhẹ nắp tai vào cửa ống tai để đẩy thuốc vào sâu.
- Bảo bệnh nhân giữ nguyên đầu vài phút hoặc bịt bông ngoài ống tai để giữ thuốc trong tai.

3. Phun thuốc, bôi thuốc tại chỗ:

Các thuốc thường dùng: Bột acid boric, cloramphenicol khi tai còn ẩm. Thuốc mỡ, thuốc nước bôi tại chỗ

Cách làm:

- Kéo nhẹ vành tai lên trên, ra sau để thuốc dễ đi thẳng vào tai.
- Với thuốc bột: Dùng bình phun thuốc hay để một ít bột thuốc ở ống tai, dùng bóng cao su bóp nhẹ đẩy thuốc vào sâu, đều khắp thung tai.
- Với thuốc nước, thuốc mỡ: dùng tăm bông nhúng vào dung dịch hay bôi mỡ đưa vào ống tai, chấm đều các vị trí tổn thương cần thiết 1 lớp mỏng.

IV. TAI BIẾN, XỬ TRÍ

Chảy máu: làm sạch máu, đặt mèche cầm máu

Chóng mặt: cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi, theo dõi để xử trí tiếp theo.

QUY TRÌNH CHỌC RỬA XOANG HÀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc rửa xoang hàm là kỹ thuật dùng một kim lớn (trôca) chọc vào xoang hàm qua khe mũi dưới để chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm xoang ứ mủ mạn tính hoặc bán cấp, đặc biệt viêm xoang do răng.
- Chọc thăm dò để chẩn đoán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (chỉ có tính chất tạm thời)

- Viêm xoang cấp.
- Viêm xoang polyp quá to làm tắc toàn bộ khe giữa.
- Dị dạng xoang.
- Người bệnh có bệnh về máu.
- Người có thai hoặc đang hành kinh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng, kỹ thuật viên chuyên khoa.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:
 - + Nguồn sáng (đèn Clar hoặc đèn trán).
 - + 01 soi mũi.
 - + 02 trôca chọc xoang đầu thẳng hoặc đầu cong.
 - + 01 dây cao su nối liền với kim.
 - + 01 bơm tiêm 50 ml.
 - + 02 que bông để gây tê.
 - + 01 khay quả đậu.
 - + 01 khăn nilon và khăn vải.
- Thuốc: xylocain 6 - 10%.

3. Người bệnh

- Người bệnh cần thử máu chảy, máu đông, có khi phải làm công thức máu.

Người bệnh được giải thích kỹ trước.

- Người bệnh được ngồi trên ghế tựa, quàng vào người 1 khăn nilon.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định.

Chụp phim Blondeau.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Vô cảm

Thuốc tê niêm mạc (xylocain 6%) đặt vào ngách giữa và đặt vào ngách dưới trong 5 phút (đặt cách đầu cuộn dưới về phía sau 2 cm).

2. Kỹ thuật

- Chọc kim theo hướng vừa lên trên, vừa ra ngoài, vừa ra sau vào ngách mũi cách đầu cuộn dưới 0,5 - 1 cm cách sàn mũi 1 cm gần chân cuộn mũi dưới.

- Chọc qua vách mũi xoang, khi kim vào xoang cảm giác rơi vào hốc rỗng.

- Rút nòng trong ra.

- Hút thử nếu thấy không khí hoặc mủ là đã vào xoang.

- Bơm rửa xoang bằng nước muối sinh lý.

- Sau khi rửa sạch, bơm thuốc vào xoang.

- Rút troca và đặt bông ép trong 3 phút.

- Có thể chọc lại sau 1-2 ngày.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Để người bệnh ngồi nghỉ 10 phút trước khi về.

- Theo dõi chảy máu, sốt.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốt: nằm đầu thấp, chống sốt.

- Chảy máu: do đặt kim không đúng làm rách niêm mạc khe dưới. Xử trí nhét bấc vào ngách dưới.

- Nhiễm khuẩn: kháng sinh.

- Không chọc được vào xoang: vì đặt không đúng hướng.

- Chọc kim ra ngoài xoang: điều trị chườm nóng và kháng sinh.

- Lỗ thông xoang ở khe giữa bị tắc: dùng kỹ thuật chọc 2 kim.

QUY TRÌNH HÚT PROETZ

I. ĐẠI CƯƠNG

Phương pháp Proetz còn được gọi là phương pháp đổi thể giúp cho điều trị xoang sau (xoang sàng và xoang bướm).

II. CHỈ ĐỊNH

Hút rửa và đưa thuốc vào xoang sau khi lỗ thông xoang bít tắc không hoàn toàn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi viêm xoang có biến chứng (đau đầu, nhìn mờ, sưng tấy quanh ổ mắt).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hay Điều dưỡng học định hướng Tai Mũi Họng.

2. Phương tiện

- Dụng cụ:

+ Kẹp khuỷu

+ 2 bơm tiêm (5 ml để lấy thuốc, và bơm tiêm 10 ml để lấy nước muối sinh lý)

+ Máy hút

+ Ampu

- Thuốc: thuốc co mạch (oxymetazolin hay naphazolin).

3. Người bệnh

Được nghe giải thích kỹ về thủ thuật để an tâm và hợp tác.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt thuốc co mạch vào hai hốc mũi để làm thông mũi.

- Tư thế: người bệnh nằm đầu ngửa tối đa.

- Cách làm: dùng máy hút đầu ống hút có lắp ampu vừa khít lỗ mũi. Bịt chặt hốc mũi một bên, bảo người bệnh kêu kê kê kê để buồm hàm đầy kín đường

xuống họng, bơm dung dịch nước muối đẳng trương và hút mũi để lấy dung dịch rửa và dịch xuất tiết. Sau đó bơm khoảng 1 ml thuốc vào, làm như trên. Kết thúc người bệnh nằm tư thế trên để giữ thuốc khoảng vài phút mới đứng dậy để cho thuốc không chảy xuống họng,

Làm vài lần như vậy có thể rửa và dẫn lưu xoang.

KỸ THUẬT KHÍ DUNG THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khí dung thuốc giãn phế quản là đưa thuốc giãn phế quản dưới dạng sương mù, các hạt thuốc có kích thước 1-5 micromet vào khí phế quản để điều trị co thắt phế quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị bệnh Hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Sau rút ống nội khí quản có co thắt thanh khí quản.
- Các bệnh lý hô hấp khác có biểu hiện co thắt phế quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với thuốc giãn phế quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- **Bác sỹ:** Xem xét chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.
- **Điều dưỡng:**
 - + Giải thích cho người bệnh và người nhà mục đích của kỹ thuật.
 - + Kiểm tra tên, tuổi, số giường, chẩn đoán của người bệnh.

2. Phương tiện

- Máy khí dung: 1 chiếc.
- Mặt nạ khí dung phù hợp với miệng mũi người bệnh: 1 chiếc.
- Thuốc giãn phế quản theo y lệnh.

3. Người bệnh

Người bệnh tư thế thoải mái (tốt nhất ở tư thế ngồi).

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. **Kiểm tra hồ sơ:** Chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.
2. **Kiểm tra người bệnh:** ở tư thế thoải mái.

3. Thực hiện kỹ thuật (điều dưỡng chăm sóc):

- Cho thuốc khí dung vào bầu.
- Bật máy khí dung, khi máy hoạt động thấy hơi thuốc phun ra.
- Đeo mặt nạ khí dung cho người bệnh.
- Quan sát đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình khí dung. Nếu người bệnh khó thở hơn khi khí dung cần báo bác sỹ.
- Kết thúc khí dung, lấy mặt nạ khỏi mặt người bệnh.
- Ghi lại diễn biến trong quá trình khí dung

VI. THEO DÕI

Tình trạng người bệnh trong quá trình khí dung để kịp thời phát hiện các bất thường. Những người bệnh nặng cần theo dõi các chỉ số trên máy theo dõi (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂)...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Người bệnh thấy khó chịu: ngừng khí dung, đánh giá tình trạng người bệnh.
- Dự ứng: khó thở, nổi mề đay, shock phản vệ, xử trí phác đồ dị ứng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 1 - nhà xuất bản giáo dục Việt Nam
2. Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 2 - nhà xuất bản giáo dục Việt Nam – 2010
3. Điều dưỡng cơ bản tập 1 - Ts Đỗ Đình Xuân - Bộ y tế - nhà xuất bản Y học năm 2007
4. Điều dưỡng cơ bản tập 2 - Ts Đỗ Đình Xuân- BHYT -nhà xuất bản Y học năm 2007
5. Điều dưỡng cơ bản tập 1- Ths điều dưỡng Trần Thị Thuận - xuất bản năm 2010
- 6.. Điều dưỡng cơ bản tập 2- Ths điều dưỡng Trần Thị Thuận - xuất bản năm 2010
7. Thông tư 26/2013/ TT-BYT hướng dẫn hoạt động truyền máu.
8. Thông tư 18/2009 của Bộ y tế
9. Tài liệu đào tạo kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện - Bộ y tế - 2012