

Số: 861/QĐ-BV

Hà Giang, ngày 21 tháng 7 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành “Quy trình kỹ thuật Điều dưỡng
và Bảng kiểm đánh giá quy trình kỹ thuật điều dưỡng”

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG

Căn cứ Quyết định số 101/QĐ-BV, ngày 02/2/2018 của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang về việc ban hành Quy chế làm việc;

Căn cứ Quyết định số 1895/1997/BYT-QĐ, ngày 19/09/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành Quy chế Bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 6858/QĐ-BYT, ngày 18/11/2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành Bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam;

Căn cứ Quyết định số 4068/QĐ-BYT, ngày 29/7/2016 của Bộ Y tế về hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh;

Xét đề nghị của Trưởng phòng Điều Dưỡng.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành “Quy trình kỹ thuật Điều dưỡng và Bảng kiểm đánh giá quy trình kỹ thuật điều dưỡng”

(Có quy trình kỹ thuật kèm theo)

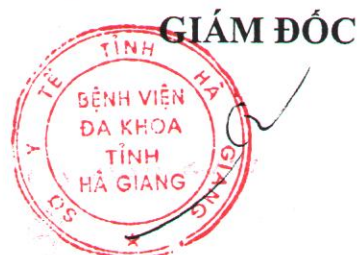
Điều 2. Quy trình kỹ thuật này được áp dụng đối với toàn bộ điều dưỡng viên, kỹ thuật viên, hộ sinh trong Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang trong công tác chăm sóc người bệnh.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 4. Trưởng phòng Điều dưỡng, các khoa lâm sàng, cận lâm sàng chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Sở Y tế Hà Giang;
- Ban Giám đốc;
- Website Bệnh viện
- Lưu: VT – KHTH.



Bs CKII. Phạm Anh Văn

Hà Giang, ngày 01 tháng 06 năm 2020

ĐỀ NGHỊ
PHÊ DUYỆT QUY TRÌNH KỸ THUẬT VÀ BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ QUY
TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG

Căn cứ Quyết định 6858/QĐ-BYT, ngày 18/11/2016 Bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam;

Căn cứ thông tư 07/2011/TT-BYT, ngày 26/01/2011 hướng dẫn về công tác chăm sóc người bệnh trong Bệnh viện;

Căn cứ thông tư 22/2013/TT-BYT, ngày 09 tháng 8 năm 2013 về hướng dẫn đào tạo liên tục cho cán bộ y tế;

Căn cứ Quyết định 4068/QĐ-BYT, ngày 29 tháng 07 năm 2016 của Bộ Y tế về hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh.

Căn cứ Quyết định 1904/QĐ – BHYT ngày 30/5/2014. Về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc”;

Căn cứ Công văn 145/KCB-ĐD, của Cục khám chữa bệnh, ngày 05/2/2018 về việc nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

Căn cứ vào tình hình thực tế các Quy trình kỹ thuật hiện có đang áp dụng, thực hiện trong chăm sóc người bệnh hàng ngày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang. Rất hiệu quả quy trình kỹ thuật điều dưỡng và quy trình chăm sóc hiện có tại các khoa và toàn Bệnh viện.

Từ những kết quả đã đạt được trong công tác chăm sóc người bệnh (Thông qua các buổi kiểm tra, giám sát, đánh giá Điều dưỡng thực hiện quy trình kỹ thuật).

Phòng Điều dưỡng phối hợp với các Điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng kiêm nhiệm có trình độ chuyên môn sâu, kinh nghiệm lâm sàng nhiều năm tham gia xây dựng bộ quy trình kỹ thuật, chỉnh sửa, bổ sung theo đúng hướng dẫn của Bộ Y tế về hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh và căn cứ vào tình hình thực tế trên lâm sàng cũng như việc chăm sóc người bệnh của điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh.

Đây là việc làm rất cần thiết, do đó phòng Điều dưỡng bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang xây dựng, biên tập, hệ thống một số quy trình chăm sóc. Sau sự thành công của các tập: Quy định và bảng kiểm đánh giá và bình hồ sơ chăm sóc tháng 9/2015 (04 bảng kiểm), Quy trình kỹ thuật điều dưỡng tháng 3/2016 (09 QTKT và 09 bảng kiểm đánh giá quy trình kỹ thuật), Quy trình kỹ thuật chăm sóc

người bệnh, những bệnh thường gặp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang tháng 7/2017. (53 Quy trình chăm sóc người bệnh) .

Nay phòng Điều dưỡng tiếp tục phát huy tiền đề có sẵn cập nhật và điều chỉnh, bổ sung tập “20 Quy trình kỹ thuật điều dưỡng và 20 bảng kiểm đánh giá quy trình kỹ thuật điều dưỡng”, tập quy trình này đã thông qua cuộc họp Điều dưỡng, kỹ thuật viên, hộ sinh toàn Bệnh viện ngày 22/4/2020 (lần 1), họp điều chỉnh (lần 2), ngày 14/5/2020, họp điều chỉnh và thống nhất áp dụng, ngày 14/5/2020 (lần 3). Trình Hội đồng điều dưỡng qua cuộc họp Hội đồng điều dưỡng ngày 03/6/2020 Hội đồng đã thống nhất triển khai áp dụng .

Kính trình Hội đồng khoa học xem xét phê duyệt Quy trình kỹ thuật điều dưỡng và bảng kiểm đánh giá quy trình kỹ thuật điều dưỡng để công tác chăm sóc người bệnh ngày một khoa học và hiệu quả hơn.

**Chủ tịch Hội đồng khoa học
GIÁM ĐỐC**



Phạm Anh Văn

Nơi nhận:

- Các lâm sàng;
- Lưu VT, ĐD.

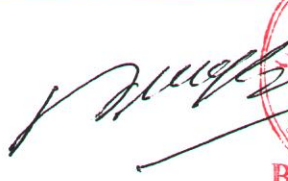
**Người đề nghị
TP. ĐIỀU DƯỠNG**

Đặng Đức Cường



QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG

Phạm vi áp dụng: Quy trình kỹ thuật được áp dụng đối với toàn bộ điều dưỡng viên, Kỹ thuật viên, Hộ sinh trong Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang

	Xây dựng quy trình kỹ thuật	Phê duyệt quy trình kỹ thuật	Nghiệm thu quy trình kỹ thuật
Họ tên	Đặng Đức Cường		
Ký tên	 Bs CKII. Phạm Anh Văn	 Bs CKII. Vũ Hùng Vương	
Ngày			

CĂN CỨ PHÁP LÝ

1. Căn cứ bộ tiêu chí chất lượng Bệnh viện Việt Nam (Phiên bản 2.0) ban hành kèm theo Quyết định số 6858/QĐ-BYT ngày 18 tháng 11 của Bộ trưởng Bộ Y tế;
2. TT 07/2011, ngày 26/11/2011 hướng dẫn công tác điều dưỡng về CSNB trong Bệnh viện;
3. TT số 16/2018/TT-BYT ngày 20/7/2018 Quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;
4. Thông tư Số: 58 /2015/TTLT-BYT-BTNMT, ngày 31 tháng 12 năm 2015 về Quy định về quản lý chất thải y tế;
5. Số 1904/QĐ – BHYT ngày 30/5/2014. Về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc”;
6. Công văn số 145/KCB-ĐD, của Cục khám chữa bệnh, ngày 05/2/2018 về việc nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

MỤC LỤC

TT	Tên Quy trình kỹ thuật	Trang
1	Quy trình kỹ thuật thở oxy lưu lượng cao qua mặt nạ Venturi	4
2	Quy trình kỹ thuật thở oxy qua gọng kính	5
3	Quy trình kỹ thuật chăm sóc ống nội khí quản	7
4	Quy trình kỹ thuật chăm sóc canuyn mở khí quản	8
5	Quy trình kỹ thuật đặt canuyn mayo	10
6	Quy trình kỹ thuật hút đờm đường hô hấp dưới bằng hệ thống hút kín	11
7	Quy trình kỹ thuật chăm sóc Cathete tĩnh mạch trung tâm	14
8	Quy trình kỹ thuật đặt sonde dạ dày và cho ăn qua sonde	15
9	Quy trình kỹ thuật cho ăn qua ống thông dạ dày (kiểm tra dịch tồn dư)	18
10	Quy trình kỹ thuật cầm máu vết thương chảy máu	20
11	Quy trình kỹ thuật vận chuyển người bệnh cấp cứu	22
12	Quy trình kỹ thuật chăm sóc răng miệng đặc biệt	28
12	Quy trình kỹ thuật chăm sóc ống dẫn lưu ở người bệnh HSCC & Chống độc	31
14	Quy trình kỹ thuật dự phòng loét ở người bệnh HSCC & chống độc	33
15	Quy trình kỹ thuật chăm sóc vết loét ở người bệnh HSCC & Chống độc	35
16	Quy trình vận chuyển người bệnh đi làm các thủ thuật can thiệp và chụp chiếu ở người bệnh hồi sức	39
17	Quy trình kỹ thuật bọc dẫn lưu nước tiểu	42
18	Quy trình kỹ thuật chăm sóc người bệnh gãy xương chi dưới xuyên đinh kéo liên tục bằng tạ	43
19	Quy trình kỹ thuật đặt kim đặt và lưu kim Cather tĩnh mạch ngoại vi	45
20	Quy trình kỹ thuật đo đường máu mao mạch	49

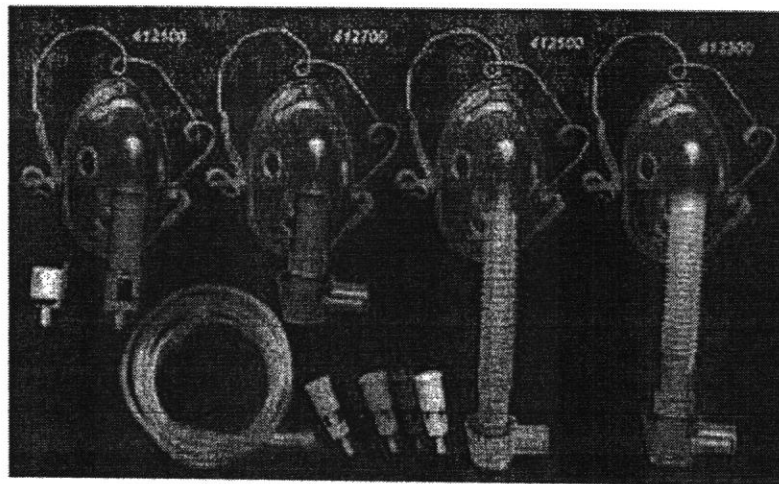
BÀI 1: QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY LƯU LƯỢNG CAO QUA MẶT NẠ VENTURI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thở oxy lưu lượng cao là những là phương pháp sử dụng dụng cụ thở ô xy đáp ứng được hoàn toàn nhu cầu về dòng chảy của Người bệnh.
- Nguyên lý Venturi giúp trộn khí lưu lượng cao. Tuy nhiên nồng độ ô xy thường không tăng cao được (thường $FiO_2 < 60\%$) do đó rất thích hợp cho người bệnh COPD.

II. DỤNG CỤ THỞ OXY

- Mặt nạ Venturi (Hình 1).
- Lưu lượng oxy từ 6-15 Lít/phút
- FiO_2 hằng định từ 24-50%



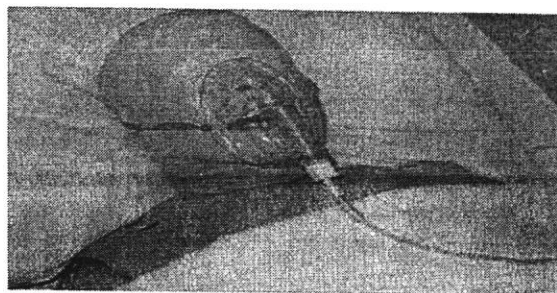
III. CHỈ ĐỊNH

- Giảm oxy hóa máu mức độ nhẹ / trung bình: $PaO_2 < 60\text{mmHg}$, $SaO_2 < 90\%$ (thở oxy phòng).
- Cần nồng độ ô xy chính xác: Người bệnh COPD

IV: CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

V. QUY TRÌNH THỰC HIỆN



1. ĐDV đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay nhanh.
2. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và sắp xếp hợp lý.

3. Nhận định người bệnh, đánh giá tình trạng bệnh nhân.
4. Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh về thủ thuật sắp làm, căn dặn các quy tắc an toàn.
5. Hút đờm rãi (nếu có), và lau mặt cho người bệnh.
6. Đặt người bệnh về tư thế thích hợp.
7. Nếu người bệnh tự làm được, hướng dẫn họ tự cầm và điều khiển mặt nạ theo hướng dẫn.
8. Đặt mặt nạ vào mặt người bệnh đúng kỹ thuật.
9. Vận van điều chỉnh lưu lượng oxy đúng chỉ định.
10. Điều chỉnh lại mặt nạ cho khít với người bệnh.
11. Cố định mặt nạ đúng kỹ thuật.
12. Đánh giá lại tình trạng người bệnh.
13. Treo bảng cấm lửa vào vị trí dễ nhìn thấy và kiểm tra quy tắc an toàn.
14. Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ những nội dung cần thiết.

VI. ĐÁNH GIÁ

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

VII. BIẾN CHỨNG VÀ TAI BIẾN

- Thường không có biến chứng gì nghiêm trọng
- Khô niêm mạc đường thở
 - Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

BÀI 2: QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

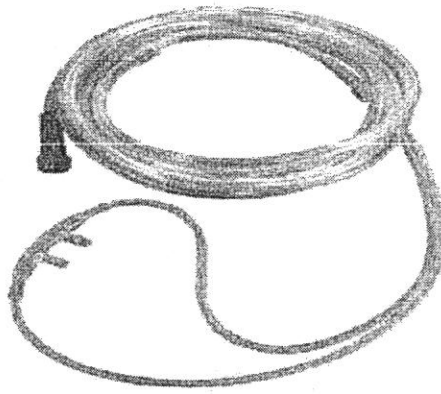
Thở oxy là một thủ thuật thường được thực hiện cho Người bệnh đặc biệt Người bệnh ở phòng cấp cứu. Mục đích cung cấp lượng khí thở vào có hàm lượng oxy cao hơn so với khí phòng (FiO_2).

Thở oxy qua gọng kính là thủ thuật đơn giản, thường được lựa chọn ban đầu cho các Người bệnh cần thở oxy.

Thủ thuật này thường được thực hiện bởi điều dưỡng

II. DỤNG CỤ THỞ OXY

- Oxy gọng kính là dụng cụ tương đối đơn giản, được gài ở môi trên của Người bệnh, có hai châu hơi cong được đặt vào hai lỗ mũi (hình 1).
- Lưu lượng oxy từ 1-6Lít/phút
- FiO_2 sẽ thay đổi phụ thuộc vào tần số thở và Vt của Người bệnh. FiO_2 được tính gần đúng bằng quy tắc số 4. Coi nồng độ Oxy khí trời là 20% cứ cho Người bệnh thở thêm 1l/phút thì FiO_2 tăng thêm 4%.
- FiO_2 đạt được 24% - 44%



III. CHỈ ĐỊNH

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

1. Giảm oxy hóa máu mức độ nhẹ / trung bình
 $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$, $\text{SaO}_2 < 90\%$ (thở oxy phòng).
2. Tăng công hô hấp
3. Tăng công cơ tim
4. Tăng áp động mạch phổi

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối:

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

V. TIẾN HÀNH

1. ĐDV đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay nhanh.
2. Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và sắp xếp hợp lý.
3. Nhận định người bệnh, đánh giá tình trạng bệnh nhân.
4. Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh về thủ thuật sắp làm, căn dặn các quy tắc an toàn.
5. Vệ sinh mũi, nới rộng quần áo.
6. Đặt người bệnh về tư thế thích hợp.
7. Kiểm tra hệ thống hoạt động của hệ thống oxy.
8. Lắp ống thông hai đường vào bình làm ẩm, mở khóa oxy, kiểm tra sự lưu thông của ống.
9. Điều chỉnh oxy theo y lệnh của bác sĩ
10. Đưa ống thông oxy vào hai lỗ mũi của người bệnh đúng kỹ thuật.
11. Cố định ống thông lên đầu hoặc dưới cằm của người bệnh.
12. Đánh giá lại tình trạng người bệnh.
13. Treo bảng cấm lửa vào vị trí dễ nhìn thấy và kiểm tra quy tắc an toàn.
14. Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ những nội dung cần thiết.

VI. THEO DÕI

1. Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu
 - Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh.
 - Khí máu: các chỉ số PaO_2 , SaO_2 , PaCO_2
2. Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy.
3. Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

VII. BIẾN CHỨNG

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

1. Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở Người bệnh COPD
2. Khô niêm mạc đường thở
3. Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

BÀI 3: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Dụng cụ.

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	100
7	Glycerin bonat	lọ	01
8	Khăn bông hoặc khăn giấy	cái	01
9	Bộ dụng cụ hút đờm	bộ	01
10	Dụng cụ, máy theo dõi (nếu cần)	bộ	01
11	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

3. Người bệnh

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

4. Phiếu theo dõi chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát ken.
2. Đi găng sạch
3. Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp

4. Kiểm tra áp lực cuff ống NKQ, nếu áp lực cuff từ 20 mmHg - 25 mmHg (24-30 cm H₂O) là bình thường, trường hợp cuff xẹp cần bơm thêm.
5. Cắt dây buộc cố định cũ
6. Tháo bỏ băng cũ
7. Đánh giá vị trí của ống NKQ, bình thường mức cố định từ cung răng nam từ 21- 23 cm, nữ từ 22cm - 24 cm cung răng
8. Vệ sinh quanh ống NKQ, bằng nước muối sinh lý 0,9%, vệ sinh miệng, mũi, vết băng dính
9. Đưa ống NKQ sang bên đối diện, vệ sinh răng miệng bên còn lại.
10. Cố định ống nội khí quản đúng vị trí đánh dấu bằng băng dính.
11. Tháo bỏ găng bẩn
12. Đặt Người bệnh về tư thế thoải mái
13. Thu dọn dụng cụ
14. Rửa tay
15. Ghi bảng theo dõi điều dưỡng: tình trạng ống NKQ, mức đánh dấu từ cung răng ở mức bao nhiêu nhiều cm, thời gian thực hiện, người thực hiện.

VI. THEO DÕI

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

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

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

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

+ Theo dõi áp lực cuff thường xuyên

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

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

+ Cố định lại ống NKQ đúng vị trí.

+ Báo bác sĩ cho Người bệnh chụp XQ phổi để đánh giá.

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

BÀI 4: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CANUYN MỞ KHÍ QUẢN

I . MỤC ĐÍCH

Duy trì đường dẫn khí, hạn chế nhiễm trùng đường hô hấp, nhiễm khuẩn vết mở, duy trì canuyn mở khí quản (MKQ) đúng vị trí.

I. CHỈ ĐỊNH

- Áp dụng cho tất cả Người bệnh có canuyn MKQ
- Thời gian thực hiện: buổi sáng hoặc khi băng thấm dịch, máu .

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	100
7	Khăn bông hoặc khăn giấy	cái	01
8	Bộ dụng cụ hút đờm	bộ	01
9	Dụng cụ, máy theo dõi (nếu cần)	bộ	01
10	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho Người bệnh (nếu Người bệnh tỉnh), cố định 2 tay Người bệnh vào thành giường khi chăm sóc.
- Người bệnh được hút đờm sạch trước khi tiến hành
- Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa

4. Phiếu theo dõi Người bệnh.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát kền.
2. Đi găng sạch
3. Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp
4. Sát khuẩn tay nhanh.
5. Kiểm tra áp lực cuff, nếu áp lực cuff xẹp cần bơm thêm cuff (áp lực cuff trung bình từ 20 đến 25 mm Hg)
6. Cắt dây buộc cố định cũ
7. Tháo bỏ băng cũ
8. Đánh giá vết mổ khí quản, vị trí của canuyn MKQ (nếu vết mổ nhiễm khuẩn cần báo bác sĩ thay canuyn MKQ mới)
9. Đi găng vô khuẩn
10. Vệ sinh chân canuyn bằng oxy già nếu vết MKQ nhiễm khuẩn, sau đó rửa bằng nước muối sinh lý (vệ sinh bán kính 5 cm, từ trong ra ngoài), thấm khô.
11. Sát trùng vết mổ canuyn MKQ, bằng PVP iodine 10% bán kính 5cm, sát trùng 1 vòng quanh chân canuyn)
12. Sát trùng tai canuyn MKQ
13. Cắt gạc hình chữ Y, đặt gạc vào chân canuyn MKQ, buộc dây cố định.
14. Tháo bỏ găng bẩn
15. Đặt Người bệnh về tư thế thoải mái
16. Thu dọn dụng cụ

V. THEO DÕI

- Theo dõi chân canuyn MKQ có thấm dịch, máu nhiều thì cần thay băng ngay.
- Theo dõi đánh giá vết mổ khí quản mức độ sạch, thấm dịch, nhiễm khuẩn.
- Theo dõi áp lực cuff thường xuyên.
- Theo dõi vị trí cố định canuyn: dây buộc lỏng, chặt.

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tuột Canuyn MKQ: do cuff xẹp, dây buộc cố định lỏng, Người bệnh dựa dựa nhiều.
 - + Theo dõi áp lực cuff thường xuyên
 - + Cố định lại nếu dây cố định bị lỏng
 - + Thay canuyn MKQ mới
- Nhiễm khuẩn vết mổ khí quản: sát trùng vết mổ khí quản bằng Betadine 10% (loại xanh), thay băng nhiều lần trong ngày khi vết mổ khí quản thấm dịch, máu:
 - + Báo bác sĩ cho kháng sinh, thay canuyn MKQ mới.
 - + Áp dụng quy trình thay băng đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn cho Người bệnh
- Người bệnh đột nhiên lấy tay giật canuyn : báo bác sĩ kiểm tra đặt lại không tự ý luồn canuyn vào lỗ mổ.

BÀI 5: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CANUYN MAYO (Một lần)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đặt canuyn Mayo là một thủ thuật phòng cho Người bệnh hôn mê có nguy cơ tụt lưỡi chèn vào đường thở gây ngừng thở, Người bệnh cắn lưỡi.
- Đề phòng Người bệnh cắn ống nội khí quản

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh rối loạn ý thức, Người bệnh hôn mê, Người bệnh co giật.
- Người bệnh có đặt nội khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị chấn thương khoang miệng, xương hàm dưới hoặc phần hợp sọ thuộc xương hàm trên

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 Điều dưỡng

2. Phương tiện

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	gói	01
5	Đề lưỡi	cái	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	100
7	Canuyn mayo	cái	01

8	Khăn bông hoặc khăn giấy	cái	01
9	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

3. Người bệnh

- Người bệnh tỉnh: giải thích, động viên để Người bệnh yên tâm hợp tác
- Người bệnh hôn mê: giải thích cho người nhà Người bệnh, hỏi Người bệnh có răng giả thì tháo ra

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang
2. Tư thế Người bệnh: để Người bệnh nằm mặt quay về phía điều dưỡng.
3. Quấn khăn quanh cổ Người bệnh
4. Vệ sinh sạch miệng Người bệnh
5. Người bệnh tỉnh: bảo Người bệnh há miệng, đưa canuyn vào trên lưỡi mở miệng Người bệnh. Khi đầu canuyn chạm hàm ếch theo xoay trở lại 180 độ làm cho bề cong của canuyn xếp theo khoang miệng
6. Người bệnh hôn mê: dùng đè lưỡi để ấn lưỡi, canuyn được trượt trên lưỡi theo độ cong của vòm miệng
7. Cố định canuyn Mayo bằng băng dính hoặc dải băng
8. Để Người bệnh về tư thế thích hợp, lau sạch miệng Người bệnh
9. Thu dọn dụng cụ
10. Rửa tay
11. Ghi phiếu chăm sóc.

V. THEO DÕI

Chảy máu, gãy răng
Tuột canuyn
Loét họng miệng

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Đưa nhẹ nhàng tránh gây tổn thương vùng miệng cho Người bệnh, đưa Canuyn Mayo đúng vị trí.
Chăm sóc hàng ngày tránh ứ đọng, nhiễm khuẩn, loét họng miệng
Rút canuyn sớm nhất có thể.

BÀI 6: QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT ĐỜM ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI BẢNG HỆ THỐNG HÚT KÍN

I. ĐẠI CƯƠNG

Hút đờm là một kỹ thuật cơ bản rất quan trọng ở Người bệnh có can thiệp nội khí quản, mở khí quản trong hồi sức cấp cứu nhằm khai thông và kiểm soát đường thở cho Người bệnh. Hút đờm không đúng kỹ thuật có thể dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề (tổn thương đường hô hấp, nhiễm trùng, tăng áp lực nội sọ...). Đặc biệt đối với các trường hợp Người bệnh có tổn thương phổi nặng, liệt cơ hô hấp, việc làm gián đoạn đường thở còn làm tăng nguy cơ tử vong cho Người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Ứ đọng đờm ở Người bệnh thở máy qua ống NKQ, MKQ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh tự thở qua ống NKQ, MKQ

Người bệnh thở T-tube qua ống NKQ, MKQ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 2 điều dưỡng

01 điều dưỡng tiến hành kỹ thuật hút đờm

01 điều dưỡng phụ vỗ rung, thay đổi tư thế Người bệnh trong quá trình hút

2. Người bệnh

Thông báo và giải thích cho Người bệnh hoặc người nhà để Người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác khi tiến hành kỹ thuật.

Hướng dẫn Người bệnh ho, thở sâu, vỗ rung(nếu cần)

Tư thế Người bệnh thoải mái, thuận tiện cho kỹ thuật.

Trải khăn dưới cằm Người bệnh

Tăng oxy 100% cho Người bệnh trước hút 2-3 phút.

3. Dụng cụ

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9% hoặc Natribicacbonat 0,14%	ml	100
7	Ống hút đờm kín	bộ	01
8	Ống hút dịch thường	cái	02
9	Khăn bông hoặc khăn giấy	cái	01
10	Máy hút đờm	cái	01
11	Xô đựng dung dịch khử khuẩn(nếu cần)	cái	01
14	Dụng cụ, máy theo dõi Mornitor	cái	01
15	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. 01 điều dưỡng vỗ rung cho Người bệnh, nghiêng Người bệnh. 01 điều dưỡng tiến hành hút đờm.
2. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

Điều dưỡng 1:

3. Bật máy hút điều chỉnh áp lực.
4. Đi gang sạch, nối ống hút đờm kín với hệ thống hút.
5. Mở khóa hệ thống hút, nhẹ nhàng đưa ống hút vào cho tới khi có sức cản thì rút ra khoảng 1 cm và ấn van hút.
6. Kéo nhẹ ống hút từ từ ra ngoài đồng thời xoay nhẹ ống hút.
7. Lắp bơm tiêm 20 ml có nước muối sinh lý 0,9% hoặc Natri bicacbonat 0,14% vào hệ thống hút kín, đợi Người bệnh hít vào hoặc máy đẩy vào thì bơm 2-5 ml nước vào.

Điều dưỡng 2:

8. Vỗ rung cho Người bệnh
9. Đặt Người bệnh ngửa thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái.
10. Điều dưỡng 1:
11. Hút lặp lại 3 tư thế cho đến khi sạch đờm
12. Bơm 10ml nước muối sinh lý hoặc Natri bicacbonat 0,14% tráng sạch ống hút kín.
13. Khóa hệ thống hút kín, tháo dây hút, đẩy nắp ống hút kín.
14. Dùng ống hút đờm nối với hệ thống máy hút, hút sạch mũi miệng cho Người bệnh.
15. Tháo bỏ ống hút, tráng sạch dây máy hút, tắt máy, ngâm ống hút vào xô đựng dung dịch khử khuẩn, ngâm đầu dây vào chai nước muối rửa.
16. Tháo bỏ gang, đặt Người bệnh tư thế thoải mái, nằm đầu cao 300.
17. Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
18. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc Người bệnh.

V. THEO DÕI

- Tình trạng Người bệnh:
 - + Khi hút đờm không xảy ra tai biến gì.
 - + Sau khi hút đờm mạch, nhịp thở, SpO2 ổn định.
- Ngày, giờ hút đờm.
- Số lượng, tính chất đờm

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụt SpO2: trước khi hút cần tăng FiO2 lên 100% trong 2-3 phút
- Tổn thương đường hô hấp: chú ý tiến hành hút nhẹ nhàng, kiểm tra áp lực máy hút đảm bảo từ - 80 mm Hg đến - 120 mm Hg
- Nhiễm khuẩn: đảm bảo quy trình hút đờm đúng kỹ thuật

BÀI 7: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Dụng cụ

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

3. Người bệnh:

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

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát kê.
2. Đi găng sạch
3. Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp
4. Vệ sinh vùng da xung quanh chân cathette bằng nước muối 0,9% trong ra ngoài, thấm khô. Sát trùng xung quanh chân catheter bằng PVP iodine 10%
5. Tháo bỏ băng cũ
6. Đánh giá chân catheter TMTT, mức độ viêm chân catheter hay không
7. Đi găng vô khuẩn
8. Sát trùng chân catheter bằng PVP iodine 10% bán kính 5cm, sát trùng 1 vòng quanh chân catheter, sát trùng 2 lần
9. Đặt gạc hoặc opside vào chân catheter, băng lại bằng băng dính.
10. Tháo bỏ găng bẩn

11. Đặt người bệnh về tư thế thoải mái

12. Thu dọn dụng cụ

13. Rửa tay

14. Ghi bảng theo dõi điều dưỡng: tình trạng chân catheter, thời gian thực hiện, người thực hiện

VI. THEO DÕI

- Theo dõi chân catheter có thấm dịch, máu hoặc upside bị bong thì thay ngay

- Theo dõi đánh giá chảy máu chỗ chọc, nhiễm trùng tại chân catheter.

- Theo dõi vị trí cố định: mức độ lỏng, tuột của catheter, gập gãy catheter

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tuột catheter do cố định lỏng, người bệnh có nhiều mồ hôi người bệnh dẫy dựa nhiều.

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

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

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

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

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

BÀI 8: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY CHO ĂN QUA SONDE

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống thông dạ dày là luồn một ống thông vào trong dạ dày qua đường mũi, hoặc đường miệng, để theo dõi, hút dịch, rửa dạ dày hoặc nuôi dưỡng Người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rửa dạ dày cho Người bệnh ngộ độc qua đường tiêu hóa đến sớm
- Theo dõi tình trạng chảy máu trong xuất huyết dạ dày.
- Hút dịch, hơi dạ dày
- Nuôi dưỡng Người bệnh nặng không tự ăn được

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Uống các chất gây ăn mòn: a xít, kiềm mạnh gây tổn thương mũi, miệng, hầu họng

- Khi Người bệnh cần phải bóp bóng thì thêm Điều dưỡng thứ hai.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Điều dưỡng, phải là người đã được đào tạo kỹ thuật đặt ống thông dạ dày, cần phải đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay sạch.

1. Phương tiện

- Ống thông Faucher bằng chất dẻo, đầu tù, có nhiều lỗ ở cạnh, dùng để đặt đường miệng, rửa dạ dày trong trường hợp dạ dày có nhiều thức ăn, có các cỡ sau:

+ Số 10 đường kính trong 4 mm.

- + Số 12 đường kính trong 5 mm.
- + Số 14 đường kính trong 6 mm.
- Ống thông cho ăn được làm từ nhựa PVC (Stomach Tube) không độc hại, đã được khử khuẩn, thường dùng đặt qua đường mũi cho Người bệnh có các kích thước sau:

*** Ở người lớn:**

- Ống số 18 (đường kính trong 6 mm) dài 125cm
- Ống số 16 (đường kính trong 5 mm) dài 125 cm Có 4 vạch chuẩn:
- Vạch 1 cách đầu ống thông 45 cm
- Vạch 2 cách đầu ống thông 55 cm
- Vạch 3 cách đầu ống thông 65 cm
- Vạch 4 cách đầu ống thông 75 cm

Ống ở trẻ em (Số)	Đường kính trong ống thông (mm)
12	3
10	2.5
8	2
6	1.5
4	1

- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ , thuốc thủ thuật:
- Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật

2. Người bệnh:

- Nếu Người bệnh tỉnh: giải thích để Người bệnh hợp tác
- Tư thế Người bệnh: nằm ngửa, đầu thấp. trên ngực đặt một săng nhỏ sạch
- Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định đặt ống thông dạ dày, tình trạng Người bệnh trước và sau khi làm thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến và biến chứng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu, giải thích cho người bệnh.
2. Cho người bệnh nằm đầu cao
3. Đặt khay quả đậu cạnh cằm hoặc má người bệnh.
4. Cắt băng dính để cố định và đánh dấu ống thông.
5. Quan sát niêm mạc mũi – vệ sinh mũi.
6. Vệ sinh tay, mang găng sạch.
7. Đo ống thông: Từ cánh mũi bên đến dải tai, và tiếp từ dải tai đến mũi ứ, đánh dấu lại.
8. Bôi trơn đầu ống thông.
9. Đưa ống thông nhẹ nhàng qua mũi và dạ dày, đến chỗ đánh dấu (kiểm tra xem ống thông có cuộn lại trong miệng bệnh nhân không.)

10. Xác định ống thông đã chắc chắn nằm trong dạ dày.
11. Cố định ống thông vào mũi người bệnh.
12. Cho người bệnh ăn theo chỉ định (Bơm từ từ thức ăn, theo dõi sắc mặt người bệnh, cho ăn xong bơm nước sạch tráng ống thông và đẩy nút lại sau khi ăn nếu lưu sonde).
13. Rút nhanh ống ra từ từ, còn khoảng 20cm nữa thì kẹp ống và rút nhanh.
14. Cho người bệnh súc miệng và lau mặt cho người bệnh.
15. Lau mũi, miệng cho người bệnh, giúp bệnh nhân về tư thế thoải mái.
16. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, vệ sinh tay
17. Ghi hồ sơ

V. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, nhiệt độ.
- Theo dõi các tai biến sau làm thủ thuật: nôn, chảy máu, chấn thương phù nề thanh môn, tổn thương niêm mạc thực quản, dạ dày, rối loạn nước điện giải (Natri, kali)

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Nôn: do phản xạ nhất là trẻ em, nguyên nhân đầu ống thông kích thích họng làm Người bệnh lo sợ. Vì vậy cần phải giải thích để Người bệnh hợp tác.

2. Chấn thương vùng thanh môn gây phù nề thanh môn, hoặc phản xạ gây co thắt thanh môn do đầu ống thông đi vào đường khí quản, đặt thô bạo.

+ Biểu hiện: Người bệnh có cảm giác đau vùng họng, nói khó, khàn tiếng. Nặng có khó thở thanh quản có thể gây ngạt thở cấp. Nếu không xử trí kịp thời Người bệnh có thể tử vong.

+ Điều trị:

- Nhẹ: Cho Người bệnh khí dung corticoid.
- Nặng: Đặt nội khí quản, nếu không được phải mở khí quản một thì

3. Chảy máu

+ Hay gặp chảy máu mũi khi đặt ống thông đường mũi do niêm mạc mũi nhiều mạch máu nông, ống thông to, không bôi trơn dầu parafin, đặt thô bạo. Chảy máu miệng ít gặp hơn chủ yếu chảy máu chân răng khi khó mở miệng Người bệnh, Người bệnh dẩy giữa khi đặt ống thông. Chảy máu thực quản dạ dày gặp khi dùng ống thông có đầu cứng, đưa vào quá sâu.

+ Phòng: Phải giải thích để Người bệnh hợp tác, làm đúng động tác, nhẹ nhàng đầu ống thông không vát cạnh và cứng.

+ Điều trị: Chảy máu nhẹ thường tự cầm nếu Người bệnh không có rối loạn đông máu. Nặng có thể dùng adrenalin pha nồng độ 1/10.000 rồi nhỏ vào chỗ chảy máu khi Người bệnh không có chống chỉ định dùng adrenalin. Nếu không đỡ có thể phải đặt nút gạc lỗ mũi. Tốt nhất nên mời chuyên khoa Tai Mũi Họng để cầm máu. Trong trường hợp chảy máu dạ dày nặng phải soi dạ dày để cầm máu, có khi phải truyền máu khi có tình trạng mất máu nặng.

BÀI 9: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO ĂN QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY **(Có kiểm tra thể tích dịch tồn dư)**

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cho ăn qua ống thông dạ dày là một kỹ thuật nhằm mục đích đưa một lượng thức ăn (sữa, súp, các chất với mục đích dinh dưỡng) qua 1 ống thông được đặt từ mũi (hoặc miệng) qua thực quản vào dạ dày.
- Có thể bơm nước hoặc các thuốc cần điều trị bệnh qua ống thông dạ dày.
- Cũng có thể để dẫn lưu dịch từ dạ dày khi có chỉ định.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh không thể ăn được:
 - Người bệnh sau đặt nội khí quản, mở khí quản, Người bệnh đang thở máy.
 - Người bệnh mất hoặc giảm khả năng bảo vệ đường thở, rối loạn nuốt, liệt thần kinh hầu họng do mọi nguyên nhân, hôn mê, co giật, tai biến mạch não...
 - Người bệnh có bệnh lý đường tiêu hóa : liệt dạ dày, u thực quản chưa gây tắc nghẽn toàn bộ, tổn thương miệng.
2. Người bệnh tự ăn ít, cần được cung cấp thêm dinh dưỡng.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: : điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.
2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

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

2.2. Dụng cụ

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc

IV. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Các bước trước khi cho ăn qua ống thông

- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đưa dụng cụ đến giường Người bệnh.
- Đặt Người bệnh ở tư thế đầu cao nghiêng sang một bên, trải khăn trước ngực.
- Chuẩn bị thức ăn theo chỉ định của bác sĩ (sữa, súp bơm qua ống thông..)

2. Đánh giá dịch tồn dư dạ dày

- Áp dụng đối với tất cả các Người bệnh có chỉ định nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày- tá tràng nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.
- Thời điểm đánh giá: trước tất cả các bữa ăn đối với phương pháp cho ăn ngắt quãng và mỗi 4 giờ đối với Người bệnh cho ăn liên tục.

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

- Cho ăn qua ống thông dạ dày liên tục: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt trong 3 giờ sau đó nghỉ 1 giờ, hoặc truyền liên tục 24 giờ.
- Cho ăn qua ống thông dạ dày ngắt quãng: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt/30-60 phút/1 lần.

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

- Kiểm tra vị trí ống thông dạ dày trước khi cho ăn.
- Nâng đầu lên 30° khi cho người bệnh ăn.
- Số lượng thức ăn: 120 ml/ 3giờ. Cho ăn với tốc độ 40ml/giờ. Sau đó hút dịch tống dư vào giờ thứ 4, nếu dịch hút > 100ml bỏ bớt 80 ml dịch tồn dư, còn lại bơm trả và duy trì tiếp thức ăn 40ml/giờ, sau đó 4h kiểm tra lại dịch tồn dư lần 2, nếu vẫn > 100ml báo Bs để nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu < 100ml bơm trả lại dịch tồn dư và duy trì tốc độ truyền theo y lệnh (60 - 80ml/giờ)

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

- Kiểm tra vị trí ống thông dạ dày trước khi cho ăn.
- Nâng đầu lên 30° khi cho người bệnh ăn.
- Số lượng thức ăn: 240ml/ 3 giờ. Cho ăn với tốc độ 80ml /giờ. Sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 4 đối với nuôi dưỡng liên tục hoặc 3 giờ đối với ăn ngắt quãng.
- Cho Người bệnh ăn 80ml/ giờ, sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 3 nếu:
 - + Số lượng dịch > 200ml: cho NGƯỜI BỆNH nhịn ăn và kiểm tra lại sau 2 giờ nếu vẫn >200ml báo bác sĩ nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu <200 ml; Bơm trả lại dịch vào dạ dày và duy trì tốc độ 80 ml/giờ.
 - + Số lượng dịch < 200 ml: bơm trả lại dịch vào dạ dày và duy trì tốc độ 80 ml/giờ và tiếp tục quy trình đánh giá nuôi dưỡng theo giờ.

V. THEO DÕI

- Trong lúc đặt ống thông dạ dày: ống thông vào đường hô hấp, ống thông bị cuộn, hoặc nằm trong thực quản.
- Ống thông khó hoặc không qua được thực quản do co thắt, có khối chít hẹp thực quản tam vị dạ dày.
- Người bệnh sợ, hốt hoảng, mạch chậm do cường phế vị.
- Trong khi cho ăn qua ống thông: bụng chướng, đầy hơi, khó tiêu, rối loạn tiêu hóa, trào ngược, nôn, xuất huyết tiêu hóa.
- Lưu ống thông dạ dày lâu ngày gây viêm loét dạ dày thực quản.

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

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

- Ống thông vào thanh quản và khí quản gây co thắt thanh môn, khó thở cấp.
- Chảy máu vùng mũi hầu họng do loét tì đè của ống thông dạ dày.
- Nôn trào ngược

2. Cho ăn qua ống thông dạ dày

- Trào ngược do thể tích dịch tồn dư quá lớn, đưa vào dạ dày một thể tích quá lớn, do liệt dạ dày ruột chức năng.
- Tụt ống thông dạ dày hoặc bị cuộn trong miệng thực quản khi cho ăn gây trào ngược và sặc vào đường hô hấp.

BÀI 10: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẦM MÁU VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tất cả các vết thương đều ít nhiều có chảy máu.
- Mục đích của cầm máu vết thương là:
 - + Nhanh chóng làm ngừng chảy máu để hạn chế mất máu (vì mất nhiều máu sẽ gây sốc nặng cho người bị thương).
 - + Làm ngừng chảy máu nhưng phải thực hiện đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật thì mới bảo tồn được chi thể, bảo tồn được tính mạng người bị thương.
- Căn cứ vào mạch máu bị tổn thương mà phân chia thành 3 loại:
 - + Chảy máu mao mạch
 - + Chảy máu tĩnh mạch
 - + Chảy máu động mạch

II. CHỈ ĐỊNH

- Các loại vết thương còn đang tiếp tục chảy máu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối khi cầm máu các vết thương đang chảy máu. Tuy nhiên cần hạn chế sử dụng garo cầm máu với các vết thương chảy máu nhẹ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa chấn thương hoặc bác sỹ đa khoa hoặc điều dưỡng đã được tập huấn các kỹ thuật cầm máu.
- Rửa tay bằng xà phòng vô khuẩn, khử khuẩn tay, đi găng, đội mũ và mặc áo vô khuẩn.

2. Dụng cụ

- Bông vô khuẩn
- Các loại gạc vô khuẩn
- Dây garo
- Băng cuộn
- Kẹp Kocher

- Kim và chỉ khâu da
- Thuốc gây tê tại chỗ Xylocain 2%
- Cồn sát trùng
- Dây oxy và bình oxy
- Dịch truyền và dây truyền dịch
- Huyết thanh uốn ván.

3. Người bệnh

- Được giải thích về kỹ thuật cầm máu sắp tiến hành.
- Nằm đầu thấp, thở oxy và đặt đường truyền tĩnh mạch nếu chảy máu nặng.

4. Nơi thực hiện

- Tại phòng thủ thuật vô khuẩn hoặc phòng mổ nếu chảy máu nặng.

5. Hồ sơ bệnh án theo quy định, người bệnh cần làm đầy đủ các xét nghiệm về công thức máu, đông máu cơ bản... Nếu trường hợp chảy máu cấp thì cần tiến hành cầm máu ngay sau đó tiến hành làm xét nghiệm và điều trị các rối loạn đông máu nếu có sau.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh
- Khám và đánh giá lại tình trạng vết thương và mức độ chảy máu
- Gây tê tại chỗ vết thương nếu người bệnh đau nhiều hoặc vết thương phải khâu.

1. Vết thương chảy máu từ tĩnh mạch hoặc mao mạch:

- Bước 1: Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu, kiểm tra tới đáy của vết thương.
- Bước 2: Nếu vết thương từ tĩnh mạch có thể kẹp và buộc thắt tĩnh mạch để cầm máu.
- Bước 3: Khâu vết thương tới đáy của vết thương bằng các mũi chỉ rời nếu vết thương rộng
- Bước 4: Sát khuẩn lại và băng ép bằng gạc và băng cuộn.

Với các vết thương chảy máu từ mao mạch hoặc vết thương nhỏ chỉ cần băng ép cầm máu là đủ.

2. Vết thương chảy máu từ động mạch

- Bước 1: Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu hoặc động mạch bị tổn thương.

- Bước 2: Ấn động mạch

Dùng ngón tay ấn đè chặt vào động mạch trên đường đi của nó từ tim đến vết thương. Tùy theo mức độ tổn thương và vị trí ấn mà dùng ngón tay hoặc cả nắm tay để ấn động mạch. Thời gian ấn trung bình từ 15- 30 phút sau khi kiểm tra máu đã cầm tạm thời.

- Bước 3 Sử dụng băng chèn:

Là băng ép được buộc chặt tạo thành con chèn đặt lên các vị trí ấn động mạch sau khi đã ấn cầm máu tạm thời, sau đó băng cố định con chèn bằng nhiều vòng băng xiết.

3. Các vết thương động mạch ở sâu, giữa các kẽ xương, vết thương vùng cổ, vùng chậu không thể băng ép được ta dùng cách nhét gạc (Mècher) vào vết thương rồi khâu vết thương tạm thời để cầm máu sau đó chuyển đến cơ sở chuyên khoa xét phẫu thuật cầm máu.

4. Garo trong vết thương chảy máu nặng

- Chỉ định đặt garô:

+ Vết thương bị cắt chi hoặc chi bị đứt gần lìa.

+ Chi bị giập nát quá nhiều biết chắc không thể bảo tồn được.

+ Vết thương tổn thương mạch máu đã áp dụng những biện pháp cầm máu tạm thời trên mà không có kết quả.

- Cách đặt garô:

Bước 1: Ấn động mạch ở phía trên vết thương để tạm thời cầm máu. Bước 2: Lót vải hoặc gạc ở chỗ định đặt garô hoặc dùng ngay ống quần, ống tay áo để lót.

Bước 3: Đặt garô và xoắn dần (nếu là dây vải), bỏ tay ấn động mạch rồi vừa xoắn vừa theo dõi mạch ở dưới hoặc theo dõi máu chảy ở vết thương. Nếu mạch ngừng đập hoặc máu ngừng chảy là được. Khi đã xoắn vừa đủ chặt thì cố định que xoắn. Nếu là dây cao su thì chỉ cần cuốn nhiều vòng tương đối chặt rồi buộc cố định.

Bước 4: Băng ép vết thương và làm các thủ tục hành chính cần thiết chuyển người bệnh đến cơ sở có khả năng phẫu thuật cầm máu.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng chảy máu của vết thương, mức độ thấm máu vào băng, gạc.

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ phát hiện tình trạng chảy máu tiếp diễn, điều chỉnh rồi loạn đông máu nếu có.

- Đánh giá tình trạng tưới máu ở đầu chi băng ép

- Với các vết thương garo cần theo dõi thời gian garo, thời gian vận chuyển và thời gian nói garo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Vết thương vẫn tiếp tục chảy máu: Cần tháo bỏ băng ép, kiểm tra lại vị trí chảy máu và cầm máu lại vết thương.

2. Thiếu máu đầu chi băng ép: Người bệnh đau tức, đầu chi băng ép tím. Cần nói bớt băng ép hoặc nói garo mỗi 30 phút.

BÀI 11: QUY TRÌNH KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH VẬN CHUYỂN

- Chuyển người bệnh ra khỏi nơi nguy hiểm như cháy, nổ, sập nhà, hiện trường tai nạn, thảm họa,..

- Vận chuyển người bệnh từ gia đình, ngoài cộng đồng, nơi công cộng, nơi lao động sản xuất, đến các cơ sở y tế.
- Vận chuyển người bệnh từ cơ sở y tế này đến cơ sở y tế khác, chuyển người bệnh giữa các khoa phòng, chuyển người bệnh đi làm thăm dò, xét nghiệm, can thiệp,...

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện, dụng cụ

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

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

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và/hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh về việc cần thiết và mục đích của việc vận chuyển người bệnh và các lợi ích, các rủi ro, nguy cơ và các biến chứng nguy hiểm có thể gặp trong khi vận chuyển.
- Đánh giá tình trạng người bệnh, thảo luận giữa các Người thực hiện vận chuyển về tình trạng người bệnh, các chú ý về theo dõi, chăm sóc và điều trị của người bệnh, giải thích cho người bệnh (nếu người bệnh tỉnh) hoặc người nhà người bệnh về việc vận chuyển người bệnh và dự kiến những khó khăn trong quá trình vận chuyển.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi để dễ tiếp cận, dễ vận chuyển. cho thở oxy, mắc máy monitoring theo dõi, đặt đường truyền tĩnh mạch,..nếu vận chuyển người bệnh đi xa.
- Kỹ thuật vận chuyển được thực hiện khi cần vận chuyển người bệnh trong các tình huống như: Vận chuyển người bệnh ra khỏi nơi bị nạn, từ gia đình nạn nhân đến bệnh viện, từ cộng đồng đến cơ sở y tế, từ phòng cấp cứu vào các khoa trong

bệnh viện, từ Khoa cấp cứu đến các phòng thăm dò chức năng trong bệnh viện, ngoài bệnh viện,...

4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH

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

2. Kiểm tra lại người bệnh: Khám lại, đánh giá lại chức năng sống của người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

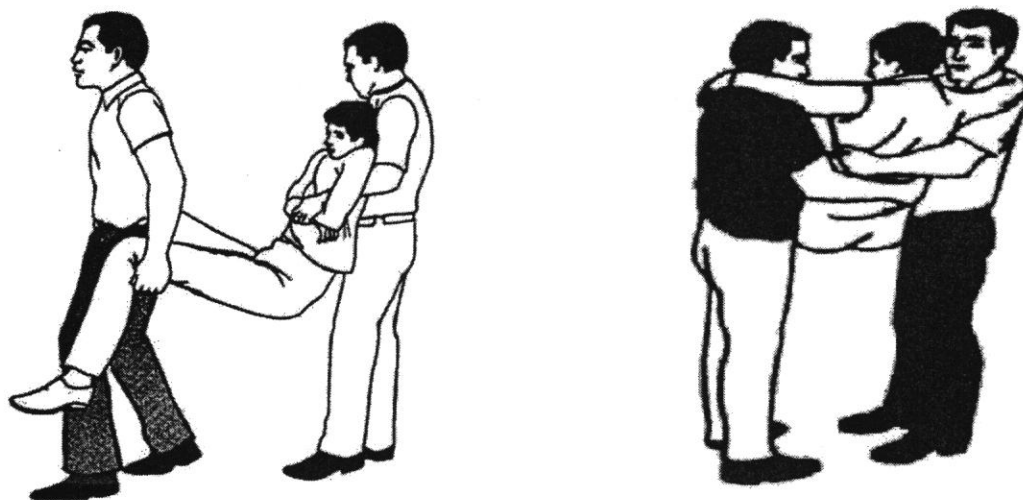
3.1. Kỹ thuật nâng và chuyển người bệnh:

Các kỹ thuật này nhằm đưa người bệnh ra khỏi khu vực nguy hiểm như cháy, nổ, nước, điện,... kỹ thuật nâng người bệnh phải dựa hoàn toàn vào sức lực của người thực hiện kỹ thuật, do đó trước khi nâng và chuyển người bệnh cần đánh giá nhanh tình trạng người bệnh và khả năng có thể đủ sức nâng được người bệnh lên hay cần sự hỗ trợ để đưa người bệnh vượt qua được khoảng cách đến vị trí định trước (hình 1).



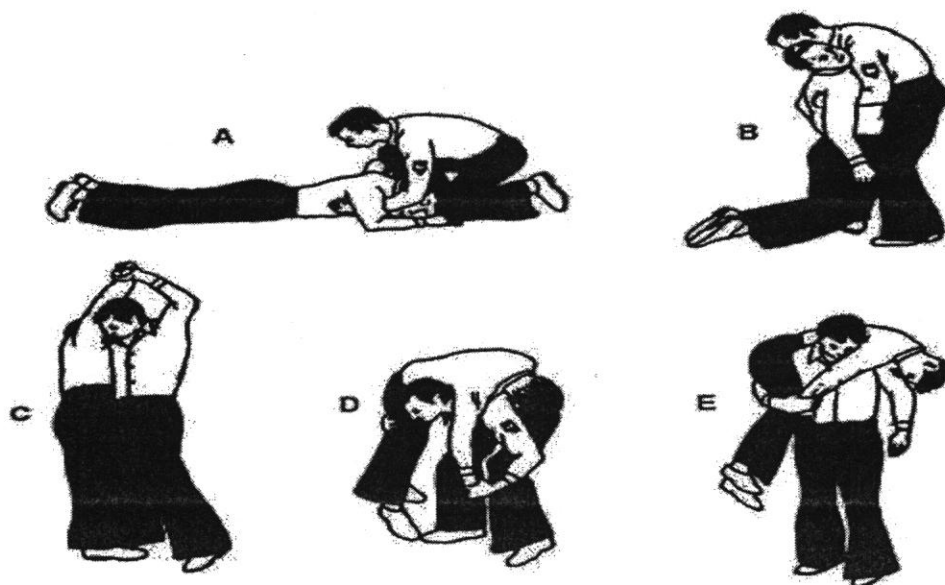
Hình 1: một số kỹ thuật nâng người bệnh

Cố gắng tận dụng các phương tiện sẵn có một cách hiệu quả. khi di chuyển người bệnh nên đi chậm, Người thực hiện vận chuyển cần sử dụng các động tác phối hợp để tận dụng cơ lực của mình một cách hiệu quả để chuyển người bệnh đến nơi an toàn gần nhất hoặc chuyển được người bệnh lên cáng hoặc các phương tiện vận chuyển khác. nếu có nhiều người tham gia cần phối hợp chặt chẽ và thường xuyên giữa các Người thực hiện trong suốt quá trình vận chuyển để đảm bảo an toàn cho người bệnh và hỗ trợ lẫn nhau (hình 2).



Hình 2: một số kỹ thuật chuyển và di dời người bệnh đơn giản

Một số kỹ thuật chuyển và di dời người bệnh có thể vận dụng trong những tình huống đặc biệt như kéo người bệnh bằng cách nắm lấy cổ áo người bệnh hay đặt người bệnh lên một tấm chăn rồi kéo người bệnh về phía trước, nhưng phải tôn trọng trục thẳng của cơ thể, hoặc người thực hiện kỹ thuật luồn hai tay qua nách người bệnh từ phía sau và kéo người bệnh về phía trước (hình 3).

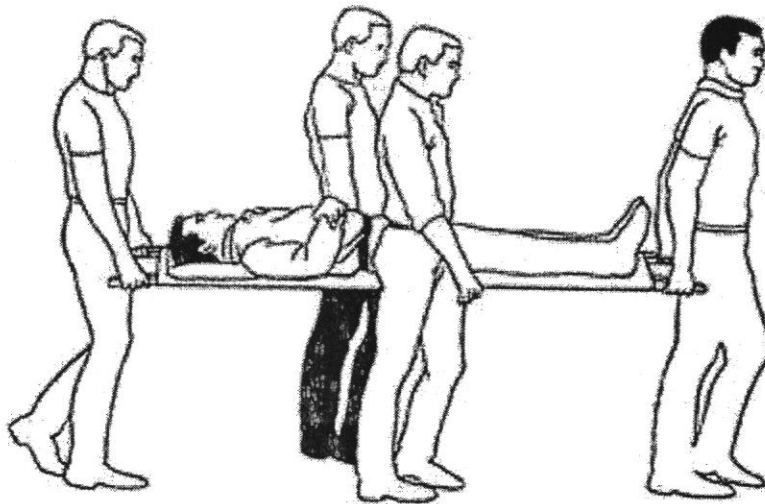


Hình 3: một số kỹ thuật chuyển và di dời khẩn cấp

1.1. Kỹ thuật khiêng an toàn

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

khi lên dốc (hoặc lên cầu thang) phía đầu NGƯỜI BỆNH đi trước (hình 4).



Hình 4: một số kỹ thuật khiêng cáng an toàn

3.3. Kỹ thuật chuyển người bệnh từ cáng vào giường bệnh và ngược lại

3.3.1. Kỹ thuật kéo sang ngang:

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

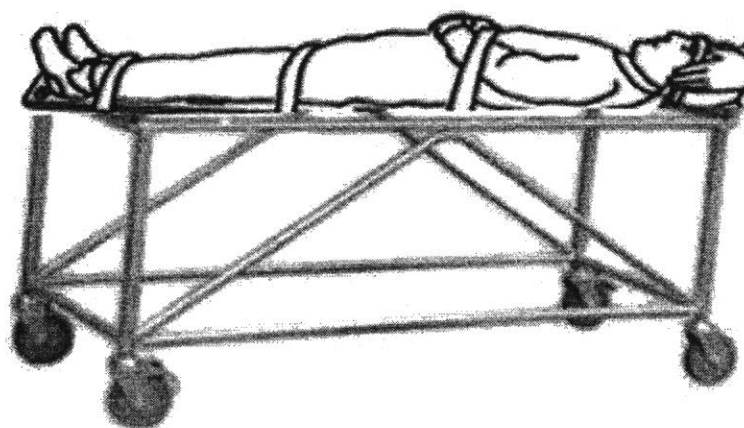
3.3.2. Kỹ thuật —múc thìa”:

Thường cần có 3 nhân viên, nếu người bệnh chấn thương, nghi có tổn thương cột sống cổ, cần có thêm 1 Người thực hiện để giữ đầu người bệnh luôn thẳng trục với thân mình. các Người thực hiện vận chuyển quỳ một chân ở cùng một bên của người bệnh, luồn tay dưới đầu, lưng hông, đùi chân người bệnh, nâng lên và cùng di chuyển giữ cho cơ thể người bệnh luôn được giữ thẳng trục (hình 5). kỹ thuật này thường áp dụng khi chuyển người bệnh lên cáng hoặc chuyển người bệnh từ cáng lên giường và ngược lại. trong kỹ thuật chuyển người bệnh từ cáng lên giường hoặc ngược lại, vị trí của cáng so với giường có thể đặt tùy theo điều kiện cụ thể để thuận lợi cho chuyển người bệnh như đặt cáng song song gần, cáng song song xa và cáng vuông góc với giường.



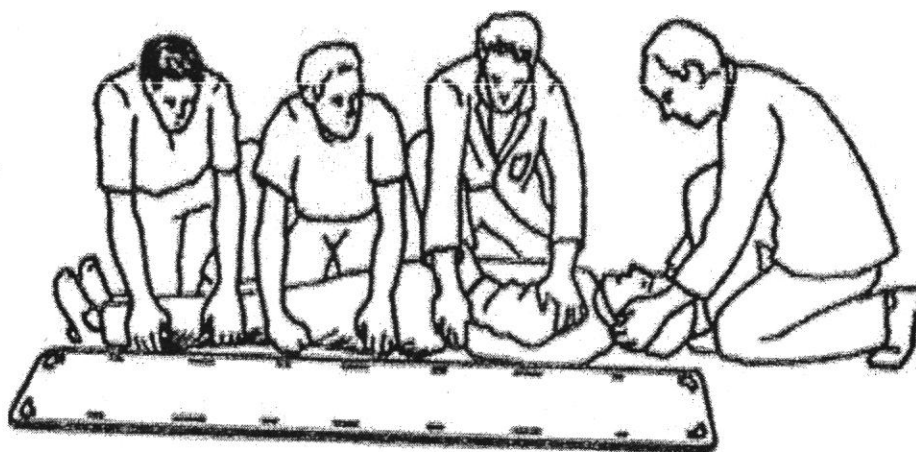
3.3.3. Cố định người bệnh trong khi vận chuyển:

Cần chú ý đặt người bệnh ở tư thế phù hợp và đảm bảo chắc chắn trước khi chuyển người bệnh tránh nguy cơ bị ngã, rơi,...trong khi vận chuyển. nếu chuyển bằng cáng sau khi đặt người bệnh nằm trên cáng, dùng dây cố định người bệnh vào cáng, thường dùng cố định ở 3 vị trí là ngang ngực, ngang bụng, ngang chân người bệnh, có thể nâng cao đầu cáng lên nếu không có chống chỉ định. nếu không dùng cáng, cũng cần đảm bảo người bệnh đã được cố định chắc chắn trước và trong khi vận chuyển (hình 6).



Hình 6: kỹ thuật cố định người bệnh vào cáng

Đối với các người bệnh chấn thương, phải chú ý đến chấn thương cột sống, đặc biệt là chấn thương cột sống cổ. nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ cần đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa đầu bằng trên ván cứng hoặc cáng cứng, luôn giữ thẳng trục đầu, cổ và thân mình và đặt nẹp cổ cho người bệnh, nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cũng đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, đầu bằng trên ván cứng hoặc cáng cứng, cố định toàn bộ người bệnh trên cáng trước khi tiến hành vận chuyển (hình7)



Hình 7: kỹ thuật cố định người bệnh chấn thương cột sống vào cáng

3.3.4. Tư thế người bệnh trong khi vận chuyển:

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

V. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG KHI VẬN CHUYỂN

Người bệnh phải đảm bảo được theo dõi chặt chẽ các chức năng sống theo dõi liên tục và ghi định kỳ điện tim, nồng độ oxy máu (spo_2), theo dõi và ghi chép định kỳ huyết áp, mạch, nhịp thở, khi phát hiện người bệnh có những diễn biến bất thường trong trường hợp cần thiết có thể tạm dừng việc vận chuyển để xử trí người bệnh, phối hợp chặt chẽ giữa các Người thực hiện vận chuyển. cần lưu ý 2 thời điểm khi chuyển người bệnh từ giường lên cáng và chuyển người bệnh từ cáng lên giường rất dễ xảy ra các biến cố nguy hiểm hoặc bị tuột đường truyền thuốc, tuột các phương tiện theo dõi. bàn giao đầy đủ tình trạng người bệnh và diễn biến trong quá trình vận chuyển, các biện pháp điều trị đang thực hiện cho bộ phận tiếp nhận người bệnh.

BÀI 12: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Giữ răng miệng luôn sạch để phòng nhiễm khuẩn răng miệng.
- Chống nhiễm trùng trong trường hợp có tổn thương ở miệng.

- Giảm nguy cơ viêm phổi ở người bệnh có đặt nội khí quản (mở khí quản).
- Giúp người bệnh thoải mái dễ chịu ăn ngon.

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Găng sạch
- Khay quả đậu
- Que đũa lưỡi
- Ống hút đờm
- Bơm tiêm 20ml : 01 cái
- Bơm tiêm 10ml : 01 cái
- Kim lấy thuốc : 01 cái
- Dây hút silicon
- Bàn chải đánh răng loại nhỏ
- Cốc đựng nước
- Túi nilon đựng đồ bẩn
- Canuyn mở miệng
- Kem đánh răng
- Dung dịch xúc miệng
- Khăn bông nhỏ
- Gạc củ ấu
- Kim Kocher không mấu
- Khay chữ nhật
- Natriclorua 0,9% - chai 250 ml
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp

2.2. Dụng cụ cấp cứu

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

3. Người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa đầu cao 30° , đầu nghiêng một bên đối với người bệnh hôn mê.
- Giải thích động viên người bệnh hặc gia đình người bệnh về việc sắp làm

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thông báo giải thích cho người bệnh hoặc người nhà về mục đích của việc vệ sinh răng miệng.
2. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
3. Làm ướt bàn chải đánh răng, lấy kem đánh răng.
4. Đổ dung dịch NaCl 0,9%, hoặc dung dịch súc miệng.
5. Kiểm tra áp lực cuff nội khí quản (mở khí quản) nếu có.
6. Trải khăn bông dưới cằm, má.
7. Đặt người bệnh quay mặt về phía điều dưỡng.
8. Đặt khay quả đậu cạnh má
9. Mở miệng người bệnh, tháo răng giả nếu có
10. Đánh răng cho người bệnh lần lượt các mặt răng: ngoài, trong, nhai.
11. Dùng xilanh hút dung dịch súc miệng. Bơm rửa lại cho sạch miệng người bệnh.
12. Với người bệnh không có răng hoặc có chấn thương vùng miệng, xương hàm.
Vệ sinh miệng cho người bệnh bằng gạc cuộn với dung dịch súc miệng.
13. Đặt người bệnh tư thế thích hợp.
14. Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
15. Ghi hồ sơ bệnh án hoặc bảng theo dõi.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Người bệnh bị sặc dung dịch súc miệng. Xử trí hút sạch dung dịch trong miệng người bệnh.
- Dị vật đường thở do gãy răng hoặc tụt răng giả. Xử trí kiểm tra răng yếu, tháo răng giả trước khi tiến hành kỹ thuật.
- Chảy máu chân răng hoặc tổn thương niêm mạc miệng. Xử trí theo dõi mức độ chảy máu, nếu chảy máu nhiều báo bác sỹ điều trị để có xử trí kịp thời.

BÀI 13: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Ống dẫn lưu là một hệ thống ống đặt từ một vùng, một khoang của cơ thể để dẫn lưu khí, dịch, máu hoặc chất tiết ra ngoài hoặc từ cơ quan này sang cơ quan khác của cơ thể. Nên việc chăm sóc ống dẫn lưu để duy trì sự lưu thông của ống dẫn lưu. Phát hiện các biến chứng tụt ống, nhiễm khuẩn, tắc ống...

II. CHỈ ĐỊNH

Chăm sóc ống dẫn lưu cho các người bệnh có ống dẫn lưu màng phổi, màng tim, ổ bụng, vết mổ, ổ áp xe, não thất, bể thận, mật...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. **Phương tiện, dụng cụ**

2.1 Vật tư tiêu hao

- Povidin
- Găng sạch : 03 đôi
- Găng vô khuẩn : 02 đôi
- Gạc vô khuẩn
- Gạc củ ấu
- Túi dẫn lưu, bình dẫn lưu : 01 cái
- Panh
- Kéo vô khuẩn
- Kéo cắt băng dính
- Khay hạt đậu
- Bát kê
- Kẹp phẫu tích
- Băng dính
- Dây dẫn
- Tấm nilon 40 x 60 cm
- Natrichlorua 0,9% chai 250 ml
- Băng 3M
- Oxy già, etc
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái

- Dung dịch cồn sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi: cáp điện tim, cáp đo SpO₂, cáp và bao đo huyết áp liên tục

2.2 Dụng cụ cấp cứu

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

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

4. **Hồ sơ bệnh án:** phiếu chăm sóc, bảng theo dõi dịch dẫn lưu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay dưới vòi nước và dung dịch sát khuẩn, đeo khẩu trang.
2. Bộc lộ vùng có ống dẫn lưu, trải tấm nilon dưới ống dẫn lưu (nếu cần) đặt túi nilon vị trí thích hợp.
3. Điều dưỡng đi găng tay sạch tháo bỏ băng cũ nếu băng quá dính dùng ete để bóc băng dính. quan sát đánh giá chân ống dẫn lưu. đánh giá sự lưu thông của ống dẫn lưu.
4. Điều dưỡng tháo găng cũ sát khuẩn tay nhanh, mở hộp chăm sóc, đổ dung dịch vào bát kê, đi găng mới.
5. Dùng kẹp phẫu tích gấp gạc củ ấu thấm nước muối 0,9% rửa chân ống (đường kính vệ sinh > 10cm), thân ống dẫn lưu và các điểm nối của hệ thống dẫn. Vệ sinh cho đến khi sạch. Nếu chân dẫn lưu có mủ thì dùng Oxy già vệ sinh.
6. Dùng kẹp phẫu tích gấp gạc củ ấu tẩm betadin sát khuẩn chân (đường kính sát khuẩn > 10cm) và thân ống dẫn lưu, các điểm nối của hệ thống dây dẫn.
7. Dùng kẹp phẫu tích gấp gạc thấm Betadin quấn kín chân ống dẫn lưu.
8. Đặt gạc che kín chân ống dẫn lưu bằng kín lại, dùng gạc thấm betadine quấn quanh điểm nối và băng lại.
9. Thu dọn dụng cụ ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn sơ bộ thời gian 15 phút, Điều dưỡng tháo găng rửa tay nhanh
10. Đặt người bệnh về tư thế thoải mái.
11. Rửa tay dưới vòi nước với xà phòng khử khuẩn, Ghi phiếu theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong và sau khi tiến hành kỹ thuật.
- Đảm bảo quy trình chăm sóc ống dẫn lưu vô trùng
- Ống dẫn lưu luôn thông.
- Các điểm nối luôn khít tạo thành hệ thống kín.

- Đường dây truyền, dây nối luôn để trùng.
- Phát hiện chân ống có biểu hiện nhiễm trùng, dò dịch.
- Không để tụt, gập, gãy thân ống dẫn lưu.
- Theo dõi và phát hiện các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Tụt dẫn lưu, chân dẫn lưu có dò dịch báo bác sĩ.
- Gập, tắc do kỹ thuật băng không đúng sau khi thay băng phải kiểm tra sự thông thoáng của ống.
- Nhiễm khuẩn khi chăm sóc phải đảm bảo kỹ thuật, và nguyên tắc vô khuẩn.

BÀI 14: QUY TRÌNH KỸ THUẬT DỰ PHÒNG LOÉT Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. KHÁI NIỆM

- Loét là một loại tổn thương hoại tử tổ chức giữa vùng xương và vật có nền cứng. Nguyên nhân của hiện tượng này là do thiếu máu trong quá trình tì đè kéo dài ở những người bệnh bị bất động do các nguyên nhân khác nhau: tổn thương cột sống, hôn mê kéo dài, tai biến mạch máu não.....
- Dự phòng loét là chống làm tổn thương da do mất thượng bì và phần trên lớp nhú của lớp bì.
- Nguyên nhân chính do tì đè thường gặp ở người bệnh hôn mê, tai biến mạch máu não, liệt tứ chi nằm lâu không được nghiêng trở.
- Các yếu tố như: ra mồ hôi nhiều, đệm cứng, ga trải giường không phẳng, đại tiểu tiện không được vệ sinh ngay cũng tạo điều kiện dễ dàng gây ra vết loét .
- Người bệnh thiếu dinh dưỡng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nằm lâu, người bệnh hạn chế vận động chân thương cột sống, gãy xương đùi...
- Người bệnh hôn mê kéo dài.
- Người bệnh tai biến mạch máu não.
- Người bệnh liệt tứ chi: guilan bare, viêm đa rễ thần kinh...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không bôi dung dịch sanyre chống loét cho các vùng đã bị loét, hay tổn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Điều dưỡng 02 người được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.
2. **Phương tiện, dụng cụ**

2.1 vật tư tiêu hao:

- Găng sạch: 02 đôi.
- Ga trải giường: 02 cái
- Quần áo người bệnh: 01 cái
- Dung dịch tắm khô
- Giấy ướt
- Đệm nước
- Gối nghiêng trở người bệnh
- Túi nilon: 01 cái
- Dung dịch chống loét
- Túi đựng ga bẩn
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ: 02 cái.
- Khẩu trang: 02 cái.

3. Người bệnh: Thông báo giải thích cho người bệnh và gia đình việc sắp làm.

4. Phiếu chăm sóc điều dưỡng.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Kiểm tra, thông báo, giải thích, động viên người bệnh.
3. Điều dưỡng đi găng tay sạch. Thực hiện kỹ thuật tắm cho người bệnh (nếu cần).
4. Đặt đệm nước (nếu có). Trải ga mới. Cho quần áo và ga vừa thay vào túi đựng ga bẩn.
5. Điều dưỡng bỏ găng tay vào túi nilon, sát khuẩn tay, đi găng tay mới.
6. Xịt dung dịch chống loét sanyre vào các vùng: phần ở trên xương cụt, vùng chằm, khuỷu tay, gót chân, hông tai, mắt cá chân, cổ chân. Xịt vùng nào dùng 3 ngón tay xoa tròn vùng đó đường kính 10-15 cm từ 1-2 phút.
7. Đặt người bệnh nằm nghiêng, dùng 1 gối nghiêng kê lưng cho người bệnh, 1 gối kê giữa hai chân.
8. Giúp người bệnh cảm thấy thoải mái, đắp ga cho người bệnh, dặn người bệnh những điều cần thiết.
9. Điều dưỡng thu dọn dụng cụ, rửa tay bằng xà phòng.
10. Ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, xử trí hoặc báo bác sỹ kịp thời những diễn biến bất thường của người bệnh trong suốt quá trình làm vệ sinh và thay đổi tư thế.

- Thay đổi bên nghiêng cho người bệnh sau mỗi 2 giờ.
- Khi người bệnh nằm thẳng, kê gối nghiêng dưới gối và cẳng chân để kê cao gót, bàn chân ở tư thế cơ năng.
- Ghi vào bảng theo dõi điều dưỡng sau mỗi lần tắm, thay đổi tư thế và xoa dung dịch chống loét cho người bệnh.

*** GHI CHÚ**

- Tắm cho người bệnh 2 lần/ngày
- Xoa dung dịch chống loét 3 lần/ngày
- Thay ga khi ga bị ẩm ướt.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh đủ 1500-1800kcal/ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ: Không

BÀI 15: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC VẾT LOÉT Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Loét là tổn thương da do mất thượng bì và phần trên lớp nhú của lớp bì, nó có thể mở rộng vào lớp dưới da, lớp cân cơ.
- Nguyên nhân gây ra loét:
 - Do tì đè thường gặp ở người bệnh hôn mê, tai biến mạch máu não, liệt tứ chi nằm lâu không được nghiêng trở.
 - Các yếu tố như: ra mồ hôi nhiều, đệm cứng, ga trải giường không phẳng, đại tiểu tiện không được vệ sinh ngay cũng tạo điều kiện dễ dàng gây ra vết loét.
 - Người bệnh thiếu dinh dưỡng.
- Vị trí hay gặp:
 - Loét vùng xương cùng cụt: Là loại tổn thương hay gặp nhất, khó phòng ngừa và điều trị nhất.
 - Loét vùng gót chân, mắt cá chân: Cũng hay gặp, nhất là ở các người bệnh hôn mê, thở máy kéo dài, chấn thương cột sống, tổn thương mạch máu (tắc mạch, suy tĩnh mạch).
 - Loét vùng đầu: Thường gặp ở vùng chẩm, vành tai hay gặp ở các người bệnh hôn mê, bệnh lý thần kinh, thở máy kéo dài.
 - Loét vùng mấu chuyễn lớn: Ít gặp hơn, liền sẹo tự nhiên với tổn thương nhỏ
 - Loét hỗn hợp nhiều vùng.
 - Ngoài ra còn có một số các vị trí khác ít gặp như bả vai, gáy, mũi...
- Các giai đoạn của loét:
 - Giai đoạn 1: Chỗ da bị tì đè bị thay đổi: Da đỏ, phù nề, đôi khi xuất huyết, da

âm hơn vùng xung quanh. Tổn thương khu trú chủ yếu vùng thượng bì.

- Giai đoạn 2: Đỏ da và phù nề tăng lên, các bọt nước vỡ, xuất hiện vùng da đỏ xung quanh tổn thương cùng với hiện tượng viêm da tại chỗ. Da bị tổn thương dễ bị bội nhiễm hay nhiễm trùng thứ phát.
- Giai đoạn 3: Mất hoàn toàn phần da che phủ, các thành phần phía dưới sẽ bị lộ ra. Trong 3-5 ngày trung tâm hoại tử xuất hiện, đó là tổ chức màu đỏ xám xung quanh là vùng da đỏ phù nề, vết loét màu vàng ngay vùng trung tâm tổn thương cùng với chất mũ. Quầng đỏ và phù nề lan rộng xung quanh vùng loét. Có thể xuất hiện chảy máu ở bờ vết loét.
- Giai đoạn 4: Tổn thương lan rộng phía dưới, đến phần cơ xương, tổn thương vùng da không tương ứng với phần tổ chức phía dưới, thông thường tổn thương theo hình côn.

II. CHỈ ĐỊNH: Những người bệnh có dấu hiệu bị loét và bị loét.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** 02 điều dưỡng hoặc 1 điều dưỡng và 1 bác sỹ được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. **Phương tiện, dụng cụ**

2.1 Vật tư tiêu hao

- Povidin
- Găng sạch: 02 đôi.
- Găng vô khuẩn: 091 đôi.
- Gạc vô khuẩn
- Gạc củ ấu
- Khay chữ nhật
- Panh vô khuẩn
- Kéo vô khuẩn
- Kéo cắt băng dính
- Khay hạt đậu vô khuẩn
- Bát kền vô khuẩn
- Kẹp phẫu tích vô khuẩn
- Hộp đựng dụng cụ khử khuẩn
- Túi nilon: 01 cái.
- Gối nghiêng: 02 cái.
- Đệm nước
- Gối nước
- Tấm nilon

- Băng dính
 - Băng miếng urgosorb
 - Natrichlorua 0,9% (200ml)
 - Dung dịch chống loét Sanyren
 - Dung dịch castelani
 - Oxy già
 - Ete
 - Bơm tiêm 10ml: 01 cái.
 - Kim lấy thuốc: 01 cái.
 - Mũ: 02 cái.
 - Khẩu trang: 02 cái
 - Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
 - Xà phòng diệt khuẩn
 - Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- 2.3. Dụng cụ cấp cứu**
- Bóng Ambu, mask
 - Hộp chống sốc theo quy định.

3. Người bệnh

Thông báo giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh việc sắp làm. Người bệnh đã được tắm rửa, thay quần áo, thay ga sạch sẽ.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu theo dõi điều dưỡng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Kiểm tra, thông báo, giải thích, động viên người bệnh, đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.
3. Bộc lộ vùng có vết loét.
4. Với người bệnh bị loét giai đoạn 1:
 - a) Dùng dung dịch Sanyren xịt và chỗ da bị tì đè, dùng 3 ngón tay xoa tròn vùng đó đường kính khoảng 10-15 cm trong 1-2 phút. Xoa dung dịch chống loét 3 lần/ngày.
 - b) Giảm áp lực vùng tì đè:
 - Loét vùng xương cùng cụt, vùng đầu, vùng mấu chuyễn lớn, bả vai: Đặt người bệnh nằm nghiêng, dùng gối nghiêng kê cho người bệnh (1 chiếc ở lưng, 1 chiếc ở giữa hai chân), dùng gối nước kê cao gót chân, mắt cá chân. Thay đổi bên nghiêng cho người bệnh sau 2 - 3 giờ.
 - Loét vùng gót chân, mắt cá chân: Đặt người bệnh nằm thẳng, kê cao gối dưới gối

và căng chân để gót chân và mắt cá chân không bị tì đè.

Chú ý: Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng mỗi lần xoa dung dịch chống loét và thay đổi tư thế cho người bệnh.

5. Với người bệnh bị loét giai đoạn 2 - 3 - 4:

- a) Trải tấm nilon dưới vết loét, đặt túi nilon nơi thích hợp.
- b) Điều dưỡng sát trùng tay bằng Aniosgel, mở bộ chăm sóc, rót dung dịch NaCl 0,9% vào bát kền, đi gang sạch.
- c) Dùng kẹp tháo bỏ băng cũ cho vào túi nilon, dùng ete bóc băng dính (nếu cần), dùng NaCl 0,9% bóc băng (nếu băng bị dính vào vết loét). Bỏ kẹp bẩn vào hộp đựng dung dịch khử khuẩn.
- d) Quan sát, đánh giá tình trạng vết loét.
- e) Dùng kẹp rửa vết loét bằng NaCl 0,9% từ mép vết loét và xung quanh vết loét rộng ra khoảng 5-7 cm cho đến khi sạch.

*Loét giai đoạn 2:

- + Dùng gạc thấm khô vết loét và xung quanh vết loét.
- + Dùng betadin sát trùng xung quanh vết loét rộng khoảng 5-7 cm.
- + Dùng dung dịch Castalani bôi lên bề mặt vết loét.
- + Khi castalani và betadin đã khô, dùng gạc che kín vết loét và băng lại.

*Loét giai đoạn 3:

- + Đổ oxy già ra bát kền, dùng gạc thấm oxy già rửa sạch tổ chức mủ.
- + Dùng gạc thấm khô vết loét và xung quanh vết loét.
- + Dùng betadin sát trùng xung quanh vết loét rộng khoảng 5-7 cm.
- + Dùng miếng băng urgosorb đặt lên vết loét, dùng gạc che kín vết loét và băng lại.

*Loét giai đoạn 4:

- + Vết loét có tổ chức hoại tử: báo bác sỹ để tiến hành cắt lọc (nếu cần)
- + Dùng gạc thấm khô vết loét và xung quanh vết loét.
- + Dùng betadin sát trùng xung quanh vết loét rộng khoảng 5-7 cm.
- + Đắp thuốc theo chỉ định (có thể dùng NaCl 10% hay đường kính).
- + Dùng gạc che kín vết loét và băng lại.

6. Đặt đệm nước dưới ga cho người bệnh.

7. Đặt bệnh ở tư thế thoải mái, thích hợp và không bị tì đè lên vết loét.

8. Điều dưỡng thu dọn dụng cụ, rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước.

9. Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng. ghi rõ vị trí loét, giai đoạn loét, tình trạng loét ngày hôm nay so với hôm trước.

VI. THEO DÕI

Theo dõi, xử trí hoặc báo bác sỹ kịp thời những diễn biến bất thường của người bệnh trong suốt quá trình thay băng cho người bệnh.

Chú ý:

- Giảm áp lực các vùng bị tì đè.
- Thay băng lại khi băng bị dịch thấm ướt.
- Thay đổi tư thế người bệnh 2 - giờ/lần, tránh để người bệnh nằm đè lên vết loét.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh đủ 1500-1800kcal/ngày.
- Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng sau mỗi lần \oa Sanyren, thay băng, thay đổi tư thế cũng như mỗi lần cho người bệnh ăn.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN

- Chảy máu và nhiễm khuẩn.

BÀI 16: QUY TRÌNH VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH ĐI LÀM CÁC THỦ THUẬT CAN THIỆP VÀ CHỤP CHIẾU Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Để vận chuyển người bệnh từ nơi này sang nơi khác, Người thực hiện y tế cần có một kế hoạch rõ ràng. Cần tính trước trong đầu chiến lược vận chuyển người bệnh, bảo vệ an toàn cho người bệnh. Trong kế hoạch Người thực hiện y tế cần phải biết những hạn chế của mình cũng như những nguồn có thể huy động khác và cách tiếp cận được những nguồn đó. Sử dụng các trang thiết bị sẵn có bất cứ khi nào có thể.
- Vận chuyển người bệnh nặng luôn có nguy cơ nhất định do vận chuyển cho người bệnh và Người thực hiện vận chuyển.
- Mục tiêu của vận chuyển cấp cứu:
 - + Cố gắng hạn chế các nguy cơ xấu do vận chuyển cho người bệnh
 - + Tránh chấn thương, nguy hiểm cho nhân viên

II. CHỈ ĐỊNH

- Chuyển đến các khoa thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh.
- Các phòng can thiệp.
- Phòng mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh quá nặng (huyết áp không đo được, suy hô hấp nặng).
- Chưa đảm bảo đủ các phương tiện, trang thiết bị cần thiết đảm bảo an toàn cho người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

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

và căng chân để gót chân và mắt cá chân không bị tê.

Chú ý: Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng mỗi lần xoa dung dịch chống loét và thay đổi tư thế cho người bệnh.

5. Với người bệnh bị loét giai đoạn 2 - 3 - 4:

- a) Trải tấm nilon dưới vết loét, đặt túi nilon nơi thích hợp.
- b) Điều dưỡng sát trùng tay bằng Aniosgel, mở bộ chăm sóc, rót dung dịch NaCl 0,9% vào bát kền, đi găng sạch.
- c) Dùng kẹp tháo bỏ băng cũ cho vào túi nilon, dùng ete bóc băng dính (nếu cần), dùng NaCl 0,9% bóc băng (nếu băng bị dính vào vết loét). Bỏ kẹp bẩn vào hộp đựng dung dịch khử khuẩn.
- d) Quan sát, đánh giá tình trạng vết loét.
- e) Dùng kẹp rửa vết loét bằng NaCl 0,9% từ mép vết loét xung quanh vết loét rộng ra khoảng 5-7 cm cho đến khi sạch.

*Loét giai đoạn 2:

- + Dùng gạc thấm khô vết loét và xung quanh vết loét.
- + Dùng betadin sát trùng xung quanh vết loét rộng khoảng 5-7 cm.
- + Dùng dung dịch Castalani bôi lên bề mặt vết loét.
- + Khi castalani và betadin đã khô, dùng gạc che kín vết loét và băng lại.

*Loét giai đoạn 3:

- + Đổ oxy già ra bát kền, dùng gạc thấm oxy già rửa sạch tổ chức mũ.
- + Dùng gạc thấm khô vết loét và xung quanh vết loét.
- + Dùng betadin sát trùng xung quanh vết loét rộng khoảng 5-7 cm.
- + Dùng miếng băng urgosorb đặt lên vết loét, dùng gạc che kín vết loét và băng lại.

*Loét giai đoạn 4:

- + Vết loét có tổ chức hoại tử: báo bác sỹ để tiến hành cắt lọc (nếu cần)
- + Dùng gạc thấm khô vết loét và xung quanh vết loét.
- + Dùng betadin sát trùng xung quanh vết loét rộng khoảng 5-7 cm.
- + Đắp thuốc theo chỉ định (có thể dùng NaCl 10% hay đường kính).
- + Dùng gạc che kín vết loét và băng lại.

6. Đặt đệm nước dưới ga cho người bệnh.

7. Đặt bệnh ở tư thế thoải mái, thích hợp và không bị tê lên vết loét.

8. Điều dưỡng thu dọn dụng cụ, rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước.

9. Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng. ghi rõ vị trí loét, giai đoạn loét, tình trạng loét ngày hôm nay so với hôm trước.

VI. THEO DÕI

Theo dõi, xử trí hoặc báo bác sỹ kịp thời những diễn biến bất thường của người bệnh trong suốt quá trình thay băng cho người bệnh.

- Đặt xe, cẳng đầu cẳng sát giường chân giường người bệnh, chốt khóa bánh xe cẳng lại.
 - Một người luồn một tay dưới gáy người bệnh, một tay dưới thắt lưng.
 - Người thứ hai, một tay luồn dưới mông, một tay luồn dưới khoeo chân người bệnh.
 - Theo nhịp hô 1,2,3 cùng nâng người bệnh lên quay 180 độ đặt nhẹ nhàng lên cẳng.
 - Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp, che chắn, đắp chăn ga cho người bệnh
2. Đảm bảo đường thở cho người bệnh: cho ệnh nhân thở oxy hoặc bóp bóngambu theo nhịp thở của người bệnh hoặc cho người bệnh thở máy theo y lệnh.
 3. Lắp máy monitor theo dõi cho người bệnh.
 4. Đưa người bệnh tới nơi chỉ định.

V. THEO DÕI

- Trong quá trình vận chuyển theo dõi sát các thông số của người bệnh: mạch, SpO₂, nhịp thở. Sắc mặt của người bệnh.
- Theo dõi hoạt động của máy thở
- Theo dõi các đường truyền, các đường dẫn lưu.
- Cần đặc biệt lưu ý 2 thời điểm:
 - + Khi rời khoa chuyển: chuyển người bệnh từ giường lên cẳng
 - + Khi đến khoa tiếp nhận: chuyển người bệnh từ cẳng lên giường
- Trong lúc vận chuyển người bệnh khi di lên dốc, đầu người bệnh lên trước. khi xuống dốc chân người bệnh xuống trước.
 - Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rơi ngã là nguy cơ thường gặp: cần buộc dây cố định chân tay người bệnh hoặc kéo thanh chắn của giường, cẳng lên.
- Di lệch, tuột hệ thống dây truyền và dẫn lưu: cần chú ý khi vận chuyển người bệnh để tránh di lệch, tuột đường truyền, ống dẫn lưu.
- Người bệnh tụt huyết áp đảm bảo cho người bệnh nằm đầu bằng.
- Trong quá trình đưa người bệnh đi nếu tình trạng người bệnh xấu đi huyết áp không đo được, ngừng tim phải cấp cứu người bệnh và nhanh chóng đưa ngay người bệnh về khoa hồi sức cấp cứu để đảm bảo cho người bệnh những phương tiện cấp cứu tốt nhất.

điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Thảo luận trước khi chuyển.

- Thảo luận giữa các bác sỹ, bác sỹ với điều dưỡng, giữa điều dưỡng với điều dưỡng về tình trạng người bệnh và cần duy trì liên tục sự chăm sóc và điều trị.
- Xác định nơi nhận đã sẵn sàng đón người bệnh, hoặc đã sẵn sàng làm các xét nghiệm.
- Thông báo cho bác sỹ chính: người bệnh sẽ chuyển đi, ai sẽ chuyển người bệnh, các nguy cơ có thể khi rời khỏi khoa.
- Ít nhất phải có 2 Người thực hiện vận chuyển người bệnh.
- Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định vận chuyển, ghi diễn biến trong quá trình vận chuyển.
- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người nhà biết để chuẩn bị và cùng trợ giúp.

3. Phương tiện, dụng cụ

3.1 Vật tư tiêu hao

- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Bóng Ambu (dùng 50 lần)
- Mask oxy
- Bình oxy (dùng 1 năm)
- Lưu lượng kế (dùng 3 tháng)
- Oxy đã được nạp đầy đủ. Nếu vận chuyển bằng máy thở khí vận chuyển phải đảm bảo máy hoạt động tốt.
- Băng
- Cồn 90 độ
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ: 02 cái.
- Khẩu trang: 02 cái.
- Thuốc cấp cứu: adrenalin, atropin, lidocain.

3.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, Mask.
- Hộp chống sốc theo quy định.

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

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chỉ định .

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đưa người bệnh từ giường lên cang:

BÀI 18: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH GỠY XƯƠNG CHI DƯỚI XUYỀN ĐINH KÉO LIÊN TỤC BẰNG TẠ (theo tài liệu Điều dưỡng Ngoại khoa Bệnh viện Việt Đức 2015)

I: KHÁI NIỆM

Kéo tạ là phương pháp dựa trên trọng lực (của 1 tạ kéo) làm môi cơ để nắn lại xương. Kéo tạ chỉ là giai đoạn đầu của các phương pháp điều trị khác như bó bột hay mổ kết hợp xương. Có 2 lực tham gia lực kéo đó là trọng lượng tạ và trọng lượng người bệnh (tư thế của người bệnh).

Kéo tạ là kéo liên tục lâu dài để vừa nắn vừa bất động.

Kéo nắn là kéo liên tục trong thời gian ngắn để nắn gãy xương trước khi bất động bằng các hình thức khác.

II: MỤC ĐÍCH

Giảm tình trạng gãy xương, giúp xương trở về với mảnh xương ở vị trí ban đầu hay giúp thẳng trục cơ thể.

Giảm cơ co sau chấn thương hay ngăn ngừa co rút cơ làm đoạn xương gãy sai vị trí và giảm đau cho người bệnh. Phòng ngừa hay chỉnh biến dạng bởi sự co cơ và da chung quanh khớp hay phần tổn thương.

III. CHUẨN BỊ.

- Người thực hiện: Bác sỹ, Điều dưỡng.
- Chuẩn bị dụng cụ:
 - + Kim xuyên đúng cỡ;
 - + Khoan xương Y tế;
 - + Khung căng đinh chỉnh hình móng ngựa;
 - + Hệ thống dòng dọc, dây kéo;
 - + Tạ;
 - + Khung Braun, khung Bohler;
 - + Giường nằm, giá kê giường;
 - + Băng, Gạc, chất sát khuẩn;
 - + Thuốc gây tê;
 - + Nước cất;
 - + Bơm tiêm, kim lấy thuốc.
- Chuẩn bị người bệnh:
 - + Nhận định người bệnh: toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, chi kéo tạ, vị trí kéo trí kéo tạ, trọng lượng tạ kéo.
 - + Giải thích cho người bệnh công việc sắp làm để người bệnh phối hợp
 - + Trao đổi với người bệnh những mục đích, tác dụng của kéo tạ để người bệnh;

BÀI 17: QUY TRÌNH KỸ THUẬT BỌC DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

I. MỤC ĐÍCH

- Dẫn lưu nước tiểu nhằm theo dõi lượng nước tiểu cho người bệnh nam giới.
- Giữ vệ sinh cho người bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh hôn mê tiểu tiện không tự chủ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương bộ phận sinh dục

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng
Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Người bệnh: Giải thích, động viên người bệnh
3. Phương tiện

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Gạc cầu fi 30	Cái	10
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	Lọ	1
3	Gạcj 10x10	Miếng	3
4	Dụng cụ thủ thuật	Bộ	1
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	Bộ	1
6	Nước muối rửa Natriclorua	Chai	1
7	Bao cao su bọc tiểu	Cái	1
8	Túi dẫn lưu nước tiểu	Cái	1
9	Phiếu theo dõi chăm sóc		

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Rửa sạch bộ phận sinh dục
2. Vệ sinh đầu dương vật bằng nước muối sinh lý 0,9.
3. Sát khuẩn PVP iodine 10% đầu dương vật
4. Bọc bao cao su vào dương vật của người bệnh, dùng băng dính cố định (không quá chặt hoặc quá lỏng).
5. Nối bao cao su với túi dẫn lưu nước tiểu.
6. Cố định hệ thống dẫn lưu vào giường bệnh
7. Tháo bỏ găng
8. Để người bệnh ở tư thế thoải mái.
9. Thu dọn dụng cụ.
10. Điều dưỡng rửa tay, ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng

VI. THEO DÕI

Số lượng, tính chất nước tiểu, cầu bàng quang

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tắc niệu đạo do băng chặt dẫn đến cầu bàng quang: nới lỏng băng
Phù nề dương vật, viêm niệu đạo dẫn đến nhiễm trùng: thay bọc dẫn lưu thường xuyên, rửa và sát khuẩn dương vật 1-2 lần/ ngày.

Bohler, giường nằm, giá kê giường, bông, Gạc, chất sát khuẩn, thuốc gây tê, nước cất, bơm tiêm, kim lấy thuốc.

3.Chuẩn bị người bệnh

Nhận định người bệnh: toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, chi kéo tạ, vị trí kéo trí kéo tạ, trọng lượng tạ kéo

Giải thích cho người bệnh công việc sắp làm để người bệnh phối hợp

Trao đổi với người bệnh những mục đích, tác dụng của kéo tạ để người bệnh

Trao đổi với người bệnh những, tác dụng xấu của việc kéo tạ đối với người bệnh và những biện pháp hạn chế những tác dụng đó.

4.Các bước tiến hành

Gác chi người bệnh vững trên khung kéo

Phụ giúp Bác sỹ tê tại chỗ bằng Lidocain 2%

Phụ giúp bác sỹ lắp kim xuyên vào khoan

Lắp khung kéo tạ với kim xuyên và hệ thống dây kéo, tạ kéo

Trọng lượng tạ đúng

5.Tư thế kéo tạ:

Đề thoải mái theo cơ năng của chi

Khớp háng đặt góc 45^0 so với mặt giường

Kim xuyên phải được căng thẳng

6.Thu dọn dụng cụ.

7.Động viên người bệnh

III. BIẾN CHỨNG

1. Viêm phổi
2. Táo bón
3. Khớp giả
4. Loãng xương
5. Nhiễm trùng
6. Loét

BÀI 19: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT VÀ LƯU KIM CATHETER

TĨNH MẠCH NGOẠI VI

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật tiêm truyền tĩnh mạch được thực hiện bằng kim catheter tĩnh mạch ngoại vi là phương pháp tiêm, truyền tĩnh mạch sử dụng loại kim làm bằng ống nhựa mềm luồn vào trong lòng tĩnh mạch.

Kim catheter có thể luồn sâu và cố định chắc chắn vào trong lòng tĩnh mạch, đầu kim không sắc nhọn nên không có khả năng đâm xuyên qua thành mạch, đặc biệt trong trường hợp người bệnh giãy giụa. Kim catheter tĩnh mạch ngoại vi được sử dụng trong những trường hợp người bệnh có chỉ định cần phải tiêm, truyền nhiều lần trong ngày hoặc phải duy trì tiêm, truyền nhiều ngày. Sử dụng kim catheter tĩnh mạch

ngoại vi khắc phục được nhược điểm của kim sắt (gây chệch ven, xuyên mạch, đau trong quá trình tiêm truyền...).

Hiện tại kỹ thuật đặt kim catheter tĩnh mạch ngoại vi được sử dụng rộng rãi trong các cơ sở điều trị, mang lại nhiều tiện ích và hiệu quả cho cả người bệnh và điều dưỡng.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1.1. Chỉ định:

- Các trường hợp người bệnh cần hồi sức cấp cứu: sốc, trụy mạch, suy hô hấp, hôn mê, ngừng tuần hoàn.
- Tiêm, truyền thuốc qua đường tĩnh mạch
- Truyền dịch liên tục
- Truyền dịch ngắt quãng
- Truyền máu và các chế phẩm của máu
- Trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật, các thuốc cản quang.
- Các trường hợp cần nuôi dưỡng tĩnh mạch ngắn ngày

1.2. Chống chỉ định:

Vùng tĩnh mạch bị tổn thương, bị nhiễm khuẩn, bầm tím, bóng ...

2. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ VÀ NGƯỜI BỆNH

2.1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật: điều dưỡng viên

2.2. Phương tiện

2.2.1. Dụng cụ vô khuẩn:

- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn (2 khay chữ nhật, 2 khay hạt đậu, 1 ống cắm pank, 2 pank, 1 kéo, 1 hộp bông)
- Bơm tiêm, kim catheter (cỡ phù hợp với người bệnh), kim lấy thuốc, dây nối, ba chạc, dây truyền (nếu cần)

2.2.2. Dụng cụ khác:

- Gối kê tay, kéo, băng dính, dây garo, găng tay vô khuẩn;
- Dung dịch sát trùng: Cồn 70°, Betadin 10%, dung dịch khác (Chlorhexidine 4% không sử dụng với trẻ đẻ non dưới 28 tuần), dung dịch sát khuẩn tay nhanh, nẹp cố định (nếu cần);
- Hộp chống sốc, thuốc hoặc dịch truyền theo y lệnh (nếu có), nước cất, dung dịch Natriclorid 9‰;
- Hộp kháng khuẩn đựng vật sắc nhọn, xô đựng chất thải y tế.

2.3. Chuẩn bị người bệnh:

- Điều dưỡng: thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình;
- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về kỹ thuật sắp làm;
- Nhận định người bệnh;
- Đo dấu hiệu sinh tồn;
- Tư thế người bệnh thích hợp, thuận tiện cho kỹ thuật.

2.4. Hồ sơ bệnh án: có kèm theo phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh

3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

3.1. Kiểm tra hồ sơ

3.2. Kiểm tra người bệnh: đối chiếu với hồ sơ bệnh.

4.3. Thực hiện kỹ thuật:

- 4.3.1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang;
- 4.3.2. Mang dụng cụ đến bên giường người bệnh, động viên người bệnh;
- 4.3.3. Lựa chọn tĩnh mạch phù hợp, tĩnh mạch nổi ít di động (có thể chọn tay không thuận của người bệnh) ^[7];
- Đặt gối kê tay, buộc Garo trên vị trí định đặt kim 5-7cm (3- 5cm đối với trẻ nhi)
- 4.3.4. Sát khuẩn tay nhanh, đi găng vô khuẩn, nối bơm tiêm dung dịch Natriclorid 9‰ và ba chạc, hoặc dây nối và đẩy một lượng dịch qua.
- 4.3.5. Sát khuẩn vị trí đặt kim 2 lần theo hình xoay ốc bằng Betadin 10% (Cồn Iod 1%) trước, cồn 70⁰ sau.
- 4.3.6. Tiến hành kỹ thuật sau 30 giây (đợi vị trí sát khuẩn khô)^[7]:
 - + Dùng ngón trỏ và ngón cái tay thuận cầm đốc kim
 - + Ngón trỏ và ngón cái tay còn lại căng bề mặt của da tại vị trí đâm kim.
 - + Cầm ngửa mũi vát, đưa kim vào tĩnh mạch chếch 30⁰ ^[2,7] so với bề mặt da cho đến khi thấy máu trào ra.
 - + Hạ thấp kim song song với mặt da, đẩy kim vào sâu thêm khoảng 0.3cm, đẩy catheter vào lòng tĩnh mạch. Tháo dây garo.
 - + Đặt ngón tay giữa lên đầu mũi catheter. Giữ đốc kim bằng ngón trỏ.
 - + Rút thông nòng ra bằng cách vừa xoay vừa rút ra theo đường song song với mặt da.
 - + Bỏ ngay thông nòng vào hộp kháng khuẩn.
- 4.3.7. Nối ba chạc hoặc (dây nối) vào đốc kim catheter, bơm một lượng nhỏ dung dịch Natriclorid 9‰ (1ml) ^[7] để xác định chắc chắn kim vào đúng vị trí. (Nếu người bệnh có truyền dịch hoặc tiêm thuốc thì nối dây truyền hoặc bơm thuốc qua ba chạc). Khóa ba chạc (hoặc đầu dây nối) lại.
- 4.3.8. Cố định đốc kim catheter chắc chắn bằng băng dính.
- 4.3.9. Giúp người bệnh về tư thế thích hợp, dặn người bệnh những điều cần thiết.
- 4.3.10. Thu dọn dụng cụ, tháo bỏ găng, rửa tay
- 4.3.11. Ghi phiếu theo dõi - chăm sóc.

Ghi rõ: ngày, giờ, tên điều dưỡng đặt kim lên băng cố định^[7].

Lưu ý: Động viên người bệnh trong khi thao tác kỹ thuật.

- 4.3.12. Chăm sóc kim catheter hàng ngày [12]
 - + Điều dưỡng rửa tay (sát khuẩn tay), đi găng trước khi chăm sóc kim catheter
 - + Sát khuẩn đầu nút kim Catheter bằng cồn 70⁰, để khô trong 30 giây
 - + Dùng gạc vô khuẩn lót để tháo đầu nút kim.
 - + Tháo đầu nút kim và lắp bơm tiêm có 2 -3ml Natriclorid 9‰ vào đốc kim.
 - + Mở khóa, hút ngược lại nhẹ nhàng và kiểm tra xem máu có trào ngược lại không.
 - (Nếu có cục máu đông trào ra thì bỏ bơm tiêm đi); nếu máu trào ra thì tiếp tục:
 - + Bơm dung dịch Natriclorid 9‰ chậm vào tĩnh mạch
 - + Quan sát vị trí mũi kim và người bệnh trong quá trình bơm
 - + Khóa ba chạc (dây nối) lại và tháo bỏ bơm tiêm
 - + Nút lại đầu ba chạc bằng nút kim mới.

4. THEO DÕI:

- Theo dõi sắc mặt và diễn biến của người bệnh trong và sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chăm sóc kim catheter mỗi 8 giờ - 12h/ lần hoặc tùy theo tình trạng thực tế.
- Kiểm tra vùng đặt kim hàng ngày và sờ qua băng để xem người bệnh có bị đau hay cảm ứng bất thường ở vị trí đặt kim không?
- Không cần thiết phải thay kim catheter thường quy trước 72 giờ và không nên để quá 3 ngày.
- Khi có các dấu hiệu: tắc kim, sưng, nề đỏ, đau dọc theo tĩnh mạch, nhiễm khuẩn hoặc chảy máu tại chỗ phải rút kim và đặt kim sang vị trí khác.

5. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ:

5.1. Tai biến sớm

5.1.1. Đâm nhầm vào động mạch.

- Xử trí: Rút ngay kim, băng ép tại điểm đâm kim, theo dõi dấu hiệu chảy máu tại chỗ.

6.1.2. Thoát mạch: do chệch kim, vỡ tĩnh mạch

- Xử trí: Rút kim truyền, chuyển vị trí truyền sang chi khác, thường xuyên kiểm tra bằng bắt mạch và làm dấu hiệu làm đầy mao mạch. Báo bác sĩ.

6.1.3. Tụ máu: Do chảy máu vào tổ chức xung quanh hoặc kim xuyên qua mạch máu

- Xử trí: Rút kim truyền, Băng ép quanh nơi tụ máu bằng gạc lạnh

6.1.4. Tuột Catheter: Do cố định không chắc hoặc do người bệnh tự rút truyền

- Xử trí: Rút kim truyền

5.2. Tai biến muộn

5.2.1. Viêm tĩnh mạch: Do cục máu đông ở đầu kim Catheter; lưu kim Catheter quá lâu; dịch truyền có độ pH quá cao hoặc quá thấp hoặc dịch ưu trương.

- Xử trí: Rút kim truyền, chườm ẩm, báo bác sĩ, ghi chép tình trạng và những xử trí.

5.2.2. Nhiễm khuẩn tại chỗ

- Xử trí: Rút kim truyền, chuyển vị trí truyền sang chi khác, báo bác sĩ, theo dõi chăm sóc vị trí nhiễm khuẩn.

6.2.3. Nhiễm khuẩn toàn thân: do không tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện kỹ thuật/chăm sóc vùng truyền kém/người bệnh suy giảm miễn dịch/lưu kim catheter quá lâu/viêm tĩnh mạch kéo dài.

- Xử trí:

- + Báo bác sĩ, dùng thuốc theo chỉ định, nuôi cấy vùng truyền và đầu catheter
- + Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và toàn trạng người bệnh

5.3. Một số tai biến khác

5.3.1. Co thắt tĩnh mạch, kích ứng tại nơi truyền: do truyền dịch/máu lạnh; Kích ứng tĩnh mạch do thuốc hoặc dịch; Tốc độ truyền quá nhanh.

- Xử trí: Áp miếng gạc ẩm lên vùng truyền (Có thể sử dụng máy làm ẩm dịch truyền). Giảm tốc độ truyền.

5.3.2. Quá tải tuần hoàn: do tốc độ truyền quá nhanh

- Xử trí:

- + Cho người bệnh nằm đầu cao 30-45 độ
- + Thở oxy nếu cần
- + Báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp.

5.3.3. Dị ứng thuốc: Ngừng truyền, Phối hợp với bác sĩ xử trí sốc phản vệ theo phác đồ nếu có.

5.4. Một số tai biến ít gặp hơn:

6.4.1. Tổn thương dây chằng, dây thần kinh: do kỹ thuật chọc không đúng hoặc cố định chặt quá.

- Xử trí: Ngừng truyền, báo bác sĩ

6.4.2. Tắc mạch do khí

- Xử trí: Ngừng truyền

+ Đặt người bệnh ở tư thế Trendelenburg.

+ Báo bác sĩ, Cho người bệnh thở oxy theo chỉ định.

+ Ghi chép các xử trí và can thiệp đã làm.

LƯU Ý:

- Sử dụng gạc vô khuẩn, hay băng vô khuẩn, để che vị trí đặt catheter.

- Thay gạc, băng thường quy 24 - 48 giờ/lần. Thay ngay khi gạc, băng bẩn thấm hoặc không còn đảm bảo tính nguyên vẹn.

- Cần luân chuyển vị trí đặt kim truyền 48-72 giờ/lần.

- Nếu không thể thay đổi vị trí đặt kim truyền thì phải báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp.

- Nên rút ngay kim catheter nếu không cần sử dụng.

BÀI 20: QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hoá đang có tốc độ phát triển nhanh chóng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Việc theo dõi điều trị bệnh hiện có nhiều phương pháp khác nhau, trong đó xét nghiệm đường máu mao mạch (ĐMMM) là một kỹ thuật rất đơn giản dễ làm để áp dụng. Tuy vậy, nó cũng cần đòi hỏi phải tuân thủ một số quy trình kỹ thuật cơ bản. Nếu không làm đúng quy trình thì kết quả ĐMMM sẽ không chính xác ảnh hưởng rất lớn tới kết quả điều trị. Xuất phát từ thực tế trên, cùng với mong muốn góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh và để thống nhất một quy trình chuẩn áp dụng cho tất cả các đơn vị lâm sàng trong bệnh viện. Được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện, phòng Điều dưỡng phối hợp với tiểu ban Đào tạo và điều dưỡng trưởng các đơn vị xây dựng “Quy trình đo đường máu mao mạch cho người bệnh”.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định

Số lần đo ĐMMM trong ngày, trong tuần cũng như các thời điểm đo được bác sĩ điều trị ra chỉ định dựa trên tình trạng bệnh và nhu cầu bệnh lý của người bệnh.

+ Các trường hợp NB đang điều trị với Insulin, đang điều chỉnh liều thuốc hạ đường máu, phụ nữ mang thai có chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ có thể thử một đến nhiều lần trong ngày (thường trước các bữa ăn và sau các bữa ăn 1 hoặc 2 giờ).

+ Nếu các trường hợp đang dùng ổn định các thuốc viên hạ đường máu có thể thử đường máu 2 đến 3 lần trong tuần vào trước, sau các giờ ăn và trước giờ đi ngủ.

Các thời điểm khác: Người bệnh đái tháo đường có thể thử bất kể khi nào có các triệu chứng bất thường như: khát nhiều, tiểu nhiều, đói, bủn rủn tay chân, vã mồ hôi trước và sau khi luyện tập thể lực.

2.2 Chống chỉ định

Không có chống chỉ định tuyệt đối với việc thử đường máu.

3. CHUẨN BỊ .

3.1 Chuẩn bị người bệnh.

- Kiểm tra họ tên NB, số giường, giờ chỉ định thử đường máu.
- Thông báo, hướng dẫn, giải thích để NB hợp tác.
- Đề nghị NB rửa sạch và lau khô tay hoặc sát trùng bằng bông cồn rồi để khô.
- Để NB ở tư thế thích hợp (*ngồi hoặc nằm*).

3.2 Chuẩn bị dụng cụ.

- Máy thử đường máu, que thử đường máu, kim chích máu, bút chích máu, bảng theo dõi đường máu.
- Kiểm tra que thử đường máu (*Hạn dùng, thời gian sử dụng kể từ khi mở hộp que thử*), kiểm tra máy thử (*Tình trạng máy, pin*).
- Hộp đựng bông cồn 70⁰, bông khô.
- Hộp đựng que thử, kim chích máu đã sử dụng.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

Bước 2: Lắp kim vào bút chích máu, chỉnh độ sâu tùy thuộc vào độ dày của da người bệnh.

Bước 3: Lấy que thử ra khỏi hộp (*đậy nắp hộp lại ngay*).

Bước 4: Đưa que thử vào máy để máy tự khởi động hoặc và bật máy thử đường máu, đối chiếu code hiện trên máy có trùng với code của que thử không (*nếu không trùng phải chỉnh lại cho đúng*).

Bước 5: Điều dưỡng cầm tay người bệnh vuốt nhẹ dồn máu từ gốc ngón tay lên đầu ngón tay (*một trong bốn ngón, ngón 2, 3, 4, 5*), đưa đầu bút chích máu vào mép ngoài cạnh đầu ngón và bấm bút chích máu, nặn nhẹ để lấy đủ giọt máu (*tùy theo từng loại máy mà lấy ít hay nhiều máu*) *Bước 6:* Thấm máu vào giấy thử rồi cắm vào máy, hoặc để cạnh để que thử hút máu (*tùy từng loại máy lấy máu ở ngoài hay loại mao dẫn*).

Bước 7: Lau sạch máu trên tay người bệnh bằng bông khô.

Bước 8: Đợi máy hiện kết quả (*từ 5- 45 giây*), đọc kết quả, thông báo kết quả cho NB, dặn dò

NB những điều cần thiết (*như ăn ngay nếu đường máu thấp...*).

Bước 9: Bỏ ngay kim và que thử đã sử dụng vào hộp đựng rác thải y tế phù hợp.

Bước 10: Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

Lưu ý: Một số lỗi có thể gặp

- Ngón tay bị ướt (do cồn, nước) làm loãng và không tạo được giọt máu dẫn đến làm sai kết quả đường máu.
- Không chỉnh code máy cho phù hợp với que thử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Số 1904/QĐ – BYT ngày 30/5/2014. Về việc ban hành tài liệu “ Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc”.
2. Nguyễn Quốc Anh(2012), “ Bảng kiểm kỹ thuật thay băng mở khí quản”, Bảng kiểm các quy trình kỹ thuật cơ bản chăm sóc Người bệnh, Bộ Y tế, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội , trang 17.
3. Trường trung cấp Y tế Bạch Mai (2011), —Kỹ Thuật thay băng nội khí quản, mở khí quản”.
4. Nguyễn Đạt Anh (2009), —Chăm sóc Người bệnh đặt ống nội khí quản, canuyn mở khí quản - T.Điều dưỡng hồi sức cấp cứu.Nhà xuất bản giáo dục. trang 149-155.
5. Vũ Văn Đính (1999), “Mở khí quản”,Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Bệnh viện tập I .Nhà xuất bản y học.trang 23-25.
6. Nguyễn Đạt Anh (2009), “Các kỹ thuật khai thông đường thở”, Điều dưỡng hồi sức cấp cứu, Nhà xuất bản giáo dục, trang 177-187.
7. Nguyễn Đạt Anh (2009), “Chăm sóc Người bệnh hôn mê”,Điều dưỡng hồi sức cấp cứu, Nhà xuất bản giáo dục, trang 96-103.
8. Nguyễn Quốc Anh(2012), “ Bảng kiểm kỹ thuật hút đờm dãi có mở khí quản, nội khí quản”, Bảng kiểm các quy trình kỹ thuật cơ bản chăm sóc Người bệnh, Bộ Y tế, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội , trang 21.
9. Vũ Văn Đính (1999), “Hút dịch khí quản”,Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập I , Nhà xuất bản y học, trang 25-26.
10. Nguyễn Đạt Anh (2009), “Kỹ thuật hút đờm”.Điều dưỡng hồi sức cấp cứu, Bộ Y tế, Nhà xuất bản giáo dục, trang 194-199
11. Nguyễn Đạt Anh (2009), —Chăm sóc Người bệnh đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm”,Điều dưỡng hồi sức cấp cứu,Nhà xuất bản giáo dục, trang 162-165.
12. Nguyễn Quốc Anh(2012), “ Bảng kiểm kỹ thuật thay băng vết thương”, Bảng kiểm các quy trình kỹ thuật cơ bản chăm sóc người bệnh, Bộ Y tế, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội , trang 15.
13. Vũ Văn Đính (1989). “Đặt ống thông dạ dày”, Quy tắc chuyên môn kỹ thuật Hồi sức cấp cứu, NXB Y học, tr. 177-182
14. Ngô Đức Ngọc (2000). —Nghiên cứu cải tiến Quy trình rửa dạ dày trong điều trị
15. Bộ Y tế, Vụ khoa học đào tạo; (2006); Dinh dưỡng và nhu cầu dinh dưỡng, kỹ thuật đưa thức ăn vào cơ thể;
16. Kỹ thuật điều dưỡng. Nhà xuất bản y học. Trang 199-217.
17. Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh- nhà xuất bản y học 2002.
18. Bộ Y tế, Vụ khoa học đào tạo; (2006); Chăm sóc hàng ngày và vệ sinh cho người bệnh; Kỹ thuật điều dưỡng. Nhà xuất bản y học. Trang 139-152.

19. Lê Ngọc Trọng (2004), “ Kỹ thuật thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu”, Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh tập II, Nhà xuất bản y học, trang 90-94.

20. Nguyễn Quốc Anh (2012), “ Bảng kiểm kỹ thuật đặt thông dẫn lưu nước tiểu nữ”, Bảng kiểm các quy trình kỹ thuật cơ bản chăm sóc người bệnh, Bộ Y tế, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội, trang 23.

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG

PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG



BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG

Hà Giang, năm 2020

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA MẶT NẠ VENTURI

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	ĐDV đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay nhanh.	1			
2	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và sắp xếp hợp lý.	1			
3	Nhận định người bệnh, đánh giá tình trạng bệnh nhân.	1			
4	Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh về thủ thuật sắp làm, căn dặn các quy tắc an toàn.	1			
5	Hút đờm rãi (nếu có), và lau mặt cho người bệnh.	1			
6	Đặt người bệnh về tư thế thích hợp.	1			
7	Nếu người bệnh tự làm được, hướng dẫn họ tự cầm và điều khiển mặt nạ theo hướng dẫn.	1			
8	Đặt mặt nạ vào mặt người bệnh đúng kỹ thuật.	2			
9	Vặn van điều chỉnh lưu lượng oxy đúng chỉ định.	1			
10	Điều chỉnh lại mặt nạ cho khít với người bệnh.	1			
11	Cố định mặt nạ đúng kỹ thuật.	1			
12	Đánh giá lại tình trạng người bệnh.	1			
13	Treo bảng cấm lửa vào vị trí dễ nhìn thấy và kiểm tra quy tắc an toàn.	1			
14	Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ những nội dung cần thiết.	1			
Cộng theo cột:					
Tổng số điểm đạt được:					

Tổng số điểm tối đa: 30

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG**PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG**

SBD:.....

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	ĐDV đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay nhanh.	1			
2	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và sắp xếp hợp lý.	1			
3	Nhận định người bệnh, đánh giá tình trạng bệnh nhân.	1			
4	Hướng dẫn, giải thích cho người bệnh về thủ thuật sắp làm, căn dặn các quy tắc an toàn.	1			
5	Vệ sinh mũi, nới rộng quần áo.	1			
6	Đặt người bệnh về tư thế thích hợp.	1			
7	Kiểm tra hệ thống hoạt động của hệ thống oxy.	1			
8	Lắp ống thông hai đường vào bình làm ẩm, mở khóa oxy, kiểm tra sự lưu thông của ống.	1			
9	Điều chỉnh oxy theo y lệnh của bác sỹ	2			
10	Đưa ống thông oxy vào hai lỗ mũi của người bệnh đúng kỹ thuật.	1			
11	Cố định ống thông lên đầu hoặc dưới cằm của người bệnh.	1			
12	Đánh giá lại tình trạng người bệnh.	1			
13	Treo bảng cấm lửa vào vị trí dễ nhìn thấy và kiểm tra quy tắc an toàn.	1			
14	Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ những nội dung cần thiết.	1			
Cộng theo cột:					
Tổng số điểm đạt được:					

Tổng số điểm tối đa: 30

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH
KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG NỘI KHÍ QUẢN**

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát kê.	1			
2	Đi găng sạch	1			
3	Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp	1			
4	Kiểm tra áp lực cuff ống NKQ, nếu áp lực cuff từ 20 mmHg - 25 mmHg (24-30 cm H ₂ O) là bình thường, trường hợp cuff xẹp cần bơm thêm.	1			
5	Cắt dây buộc cố định cũ	1			
6	Tháo bỏ băng cũ	1			
7	Đánh giá vị trí của ống NKQ, bình thường mức cố định từ cung răng nam từ 21- 23 cm, nữ từ 22cm - 24 cm cung răng	2			
8	Vệ sinh quanh ống NKQ, bằng nước muối sinh lý 0,9%, vệ sinh miệng, mũi, vết băng dính	1			
9	Đưa ống NKQ sang bên đối diện, vệ sinh răng miệng bên còn lại.	1			
10	Cố định ống nội khí quản đúng vị trí đánh dấu bằng băng dính.	1			
11	Tháo bỏ găng bẩn	1			
12	Đặt Người bệnh về tư thế thoải mái	1			
13	Thu dọn dụng cụ	1			
14	Rửa tay	1			
15	Ghi bảng theo dõi điều dưỡng: tình trạng ống NKQ, mức đánh dấu từ cung răng ở mức bao nhiêu nhiều cm, thời gian thực hiện, người thực hiện.	1			
Cộng theo cột:					
Tổng số điểm đạt được:					

Tổng số điểm tối đa: 32

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG**PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG**

SBD:.....

BẢNG KIỂM**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CANUYN MỞ KHÍ QUẢN**

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát kền.	1			
2	Đi găng sạch	1			
3	Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp	1			
4	Sát khuẩn tay nhanh.	1			
5	Kiểm tra áp lực cuff, nếu áp lực cuff xẹp cần bơm thêm cuff (áp lực cuff trung bình từ 20 đến 25 mm Hg)	1			
6	Cắt dây buộc cố định cũ	1			
7	Tháo bỏ băng cũ	1			
8	Đánh giá vết mở khí quản, vị trí của canuyn MKQ (nếu vết mở nhiễm khuẩn cần báo bác sĩ thay canuyn MKQ mới)	2			
9	Đi găng vô khuẩn	1			
10	Vệ sinh chân canuyn bằng oxy già nếu vết MKQ nhiễm khuẩn, sau đó rửa bằng nước muối sinh lý (vệ sinh bán kính 5 cm, từ trong ra ngoài), thấm khô.	1			
11	Sát trùng vết mở canuyn MKQ, bằng PVP iodine 10% bán kính 5cm, sát trùng 1 vòng quanh chân canuyn)	1			
12	Sát trùng tai canuyn MKQ	1			
13	Cắt gạc hình chữ Y, đặt gạc vào chân canuyn MKQ, buộc dây cố định.	1			
14	Tháo bỏ găng bẩn	1			
15	Đặt Người bệnh về tư thế thoải mái	1			
16	Thu dọn dụng cụ	1			
Cộng theo cột:					
Tổng số điểm đạt được:					

Tổng số điểm tối đa: 34

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG**PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG**

SBD:.....

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CANUYN MAYO

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang	1			
2	Tư thế Người bệnh: để Người bệnh nằm mặt quay về phía điều dưỡng.	1			
3	Quấn khăn quanh cổ Người bệnh	1			
4	Vệ sinh sạch miệng Người bệnh	1			
5	Người bệnh tỉnh: bảo Người bệnh há miệng, đưa canuyn vào trên lưỡi mở miệng Người bệnh. Khi đầu canuyn chạm hàm ếch theo xoay trở lại 180 độ làm cho bề cong của canuyn xếp theo khoang miệng	2			
6	Người bệnh hôn mê: dùng đè lưỡi để ấn lưỡi, canuyn được trượt trên lưỡi theo độ cong của vòm miệng	1			
7	Cố định canuyn Mayo bằng băng dính hoặc dải băng	1			
8	Đặt Người bệnh về tư thế thích hợp, lau sạch miệng Người bệnh	1			
9	Thu dọn dụng cụ	1			
10	Rửa tay	1			
11	Ghi phiếu chăm sóc	1			
Cộng theo cột:					
Tổng số điểm đạt được:					

Tổng số điểm tối đa: 24

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT ĐỜM ĐƯỜNG HÔ HẤP DƯỚI BẢNG
HỆ THỐNG HÚT KÍN

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	01 điều dưỡng vỗ rung cho Người bệnh, nghiêng Người bệnh. 01 điều dưỡng tiến hành hút đờm.	1			
2	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.	1			
	- Điều dưỡng 1:				
3	Bật máy hút điều chỉnh áp lực.	1			
4	Đi găng sạch, nối ống hút đờm kín với hệ thống hút.	1			
5	Mở khóa hệ thống hút, nhẹ nhàng đưa ống hút vào cho tới khi có sức cản thì rút ra khoảng 1 cm và ấn van hút.	1			
6	Kéo nhẹ ống hút từ từ ra ngoài đồng thời xoay nhẹ ống hút.	1			
7	Lắp bơm tiêm 20 ml có nước muối sinh lý 0,9% hoặc Natribicacbonat 0,14% vào hệ thống hút kín, đợi Người bệnh hít vào hoặc máy đẩy vào thì bơm 2- 5 ml nước vào.	2			
	- Điều dưỡng 2:				
8	Vỗ rung cho Người bệnh	1			
9	Đặt Người bệnh ngửa thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái.	1			
	- Điều dưỡng 1:				
10	Hút lặp lại 3 tư thế cho đến khi sạch đờm	1			
11	Bơm 10ml nước muối sinh lý hoặc Natribicacbonat 0,14% tráng sạch ống hút kín.	1			
12	Khóa hệ thống hút kín, tháo dây hút, đặt nắp ống hút kín.	1			
13	Dùng ống hút đờm nối với hệ thống máy hút, hút sạch mũi miệng cho Người bệnh.	1			
14	Tháo bỏ ống hút, tráng sạch dây máy hút, tắt máy, ngâm ống hút vào xô đựng dung dịch khử khuẩn, ngâm đầu dây vào chai nước muối rửa.	2			
15	Tháo bỏ găng, đặt Người bệnh tư thế thoải mái, nằm đầu cao 30 ⁰ .	1			
16	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.	1			
17	Ghi phiếu theo dõi chăm sóc Người bệnh.	1			
Cộng theo cột:					

Tổng số điểm đạt được:	
-------------------------------	--

Tổng số điểm tối đa: 38

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT
CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM**

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

Tổng số điểm tối đa: 30

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

BẢNG KIỂM

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY CHO ĂN QUA SONDE

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	Đổi chiếu, giải thích cho người bệnh.	1			
2	Cho người bệnh nằm đầu cao	1			
3	Đặt khay quả đậu cạnh cằm hoặc má người bệnh.	1			
4	Cắt băng dính để cố định và đánh dấu ống thông.	1			
5	Quan sát niêm mạc mũi – vệ sinh mũi.	1			
6	Vệ sinh tay, mang găng sạch.	1			
7	Đo ống thông: Từ cánh mũi bên đến dái tai, và tiếp từ dái tai đến mũi ức, đánh dấu lại.	2			
8	Bôi trơn đầu ống thông.	1			
9	Đưa ống thông nhẹ nhàng qua mũi và dạ dày, đến chỗ đánh dấu (kiểm tra xem ống thông có cuộn lại trong miệng bệnh nhân không.)	1			
10	Xác định ống thông đã chắc chắn nằm trong dạ dày.	2			
11	Cố định ống thông vào mũi người bệnh.	1			
12	Cho người bệnh ăn theo chỉ định (Bơm từ từ thức ăn, theo dõi sắc mặt người bệnh, cho ăn xong bơm nước sạch tráng ống thông và đẩy nút lại sau khi ăn nếu lưu sonde).	1			
13	Rút nhàn ống ra từ từ, còn khoảng 20cm nữa thì kẹp ống và rút nhanh.	1			
14	Cho người bệnh súc miệng và lau mặt cho người bệnh.	1			
15	Lau mũi, miệng cho người bệnh, giúp bệnh nhân về tư thế thoải mái.	1			
16	Thu dọn dụng cụ, tháo găng, vệ sinh tay	1			
17	Ghi hồ sơ	1			
Cộng theo cột:					
Tổng số điểm đạt được:					

Tổng số điểm tối đa: 38

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	Thông báo giải thích cho người bệnh hoặc người nhà về mục đích của việc vệ sinh răng miệng.	1			
2	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.	1			
3	Làm ướt bàn chải đánh răng, lấy kem đánh răng.	1			
4	Đổ dung dịch NaCl 0,9%, hoặc dung dịch súc miệng.	1			
5	Kiểm tra áp lực cuff nội khí quản (mở khí quản) nếu có.	2			
6	Trải khăn bông dưới cằm, má.	1			
7	Đặt người bệnh quay mặt về phía điều dưỡng.	1			
8	Đặt khay quả đậu cạnh má	1			
9	Mở miệng người bệnh, tháo răng giả nếu có	1			
10	Đánh răng cho người bệnh lần lượt các mặt răng: ngoài, trong, nhai.	1			
11	Dùng xilanh hút dung dịch súc miệng. Bơm rửa lại cho sạch miệng người bệnh.	1			
12	Với người bệnh không có răng hoặc có chấn thương vùng miệng, xương hàm. Vệ sinh miệng cho người bệnh bằng gạc củ ấu với dung dịch súc miệng.	1			
13	Đặt người bệnh tư thế thích hợp.	1			
14	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.	1			
15	Ghi hồ sơ bệnh án hoặc bảng theo dõi.	1			
Cộng theo cột:					
Tổng số điểm đạt được:					

Tổng số điểm tối đa: 32

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU Ở NGƯỜI BỆNH
HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC**

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	Điều dưỡng đội mũ, rửa tay dưới vòi nước và dung dịch sát khuẩn, đeo khẩu trang.	1			
2	Bộc lộ vùng có ống dẫn lưu, trải tấm nilon dưới ống dẫn lưu (nếu cần) đặt túi nilon vị trí thích hợp.	1			
3	Điều dưỡng đi găng tay sạch tháo bỏ băng cũ nếu băng quá dính dùng ete để bóc băng dính. quan sát đánh giá chân ống dẫn lưu. đánh giá sự lưu thông của ống dẫn lưu.	1			
4	Điều dưỡng tháo găng cũ sát khuẩn tay nhanh, mở hộp chăm sóc, đổ dung dịch vào bát kê, đi găng mới.	1			
5	Dùng kẹp phẫu tích gấp gạc củ ấu thấm nước muối 0,9% rửa chân ống (đường kính vệ sinh > 10cm), thân ống dẫn lưu và các điểm nối của hệ thống dẫn. Vệ sinh cho đến khi sạch. Nếu chân dẫn lưu có mủ thì dùng Oxy già vệ sinh.	2			
6	Dùng kẹp phẫu tích gấp gạc củ ấu tẩm betadin sát khuẩn chân (đường kính sát khuẩn > 10cm) và thân ống dẫn lưu, các điểm nối của hệ thống dây dẫn.	1			
7	Dùng kẹp phẫu tích gấp gạc thấm Betadin quấn kín chân ống dẫn lưu.	2			
8	Đặt gạc che kín chân ống dẫn lưu bằng kín lại, dùng gạc thấm betadine quấn quanh điểm nối và băng lại.	1			
9	Thu dọn dụng cụ ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn sơ bộ thời gian 15 phút, Điều dưỡng tháo găng rửa tay nhanh	1			

10	Đặt người bệnh về tư thế thoải mái.	1			
11	Rửa tay dưới vòi nước với xà phòng khử khuẩn, Ghi phiếu theo dõi.	1			
Cộng theo cột:					
Tổng số điểm đạt được:					

Tổng số điểm tối đa: 26

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng..... năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DỰ PHÒNG LOÉT Ở NGƯỜI BỆNH

HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đội mũ, đeo khẩu trang.	1			
2	Kiểm tra, thông báo, giải thích, động viên người bệnh.	1			
3	Điều dưỡng đi găng tay sạch. Thực hiện kỹ thuật tắm cho người bệnh (nếu cần).	1			
4	Đặt đệm nước (nếu có). Trải ga mới. Cho quần áo và ga vừa thay vào túi đựng ga bẩn.	1			
5	Điều dưỡng bỏ găng tay vào túi nilon, sát khuẩn tay, đi găng tay mới.	1			
6	Xịt dung dịch chống loét sanyre vào các vùng: phần ở trên xương cùi, vùng chằm, khuỷu tay, gót chân, hông tai, mắt cá chân, cổ chân. Xịt vùng nào dùng 3 ngón tay xoa tròn vùng đó đường kính 10-15 cm từ 1-2 phút.	2			
7	Đặt người bệnh nằm nghiêng, dùng 1 gối nghiêng kê lưng cho người bệnh, 1 gối kê giữa hai chân.	1			
8	Giúp người bệnh cảm thấy thoải mái, đắp ga cho người bệnh, dặn người bệnh những điều cần thiết.	1			
9	Điều dưỡng thu dọn dụng cụ, rửa tay bằng xà phòng.	1			
10	Ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng.	1			
Cộng theo cột:					
Tổng số điểm đạt được:					

Tổng số điểm tối đa: 22

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG**PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG**

SBD:.....

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BỌC DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

TT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	Rửa sạch bộ phận sinh dục	1			
2	Vệ sinh đầu dương vật bằng nước muối sinh lý 0,9%	1			
3	Sát khuẩn PVP iodine 10% đầu dương vật	1			
4	Bọc bao cao su vào dương vật của người bệnh, dùng băng dính cố định (không quá chặt hoặc quá lỏng).	2			
5	Nối bao cao su với túi dẫn lưu nước tiểu.	1			
6	Cố định hệ thống dẫn lưu vào giường bệnh	1			
7	Tháo bỏ găng	1			
8	Đề người bệnh ở tư thế thoải mái.	1			
9	Thu dọn dụng cụ.	1			
10	Điều dưỡng rửa tay, ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng	1			
Cộng theo cột:					
Tổng số điểm đạt được:					

Tổng số điểm tối đa: 22

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

**BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT PHỤ GIÚP BÁC SỸ XUYÊN
ĐINH KÉO LIÊN TỤC BẰNG TẠ**

TT	Các bước tiến hành	Điểm			
		Hệ số	2	1	0
1	Chuẩn bị điều dưỡng Trang phục đúng quy định	1			
2	Chuẩn bị dụng cụ (Kim xuyên đúng cỡ, khoan xương Y tế, khung căng đinh chỉnh hình móng ngựa, hệ thống dòng dọc, dây kéo, tạ khung Braun, khung Bohler, giường nằm, giá kê giường, bông, Gạc, chất sát khuẩn, thuốc gây tê, nước cất, bơm tiêm, kim lấy thuốc.	1			
3	Chuẩn bị người bệnh				
3.1	Nhận định người bệnh: toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, chi kéo tạ, vị trí kéo trí kéo tạ, trọng lượng tạ kéo	1			
3.2	Giải thích cho người bệnh công việc sắp làm để người bệnh phối hợp	1			
3.3	Trao đổi với người bệnh những mục đích, tác dụng của kéo tạ để người bệnh	2			
4.4	Trao đổi với người bệnh những, tác dụng xấu của việc kéo tạ đối với người bệnh và những biện pháp hạn chế những tác dụng đó.	2			
4	Các bước tiến hành				
4.1	Gác chi người bệnh vững trên khung kéo	1			
4.2	Phụ giúp Bác sỹ tê tại chỗ bằng Lidocain 2%	1			
4.3	Phụ giúp bác sỹ lắp kim xuyên vào khoan	1			
4.4	Lắp khung kéo tạ với kim xuyên và hệ thống dây kéo, tạ kéo	2			
4.5	Trọng lượng tạ đúng	2			
5	Tư thế kéo tạ:				
5.1	Để thoải mái theo cơ năng của chi	1			

5.2	Khớp hang đạt góc 45^0 so với mặt giường	1			
5.3	Kim xuyên phải được căng thẳng	1			
6	Thu dọn dụng cụ.	1			
7	Động viên người bệnh	1			

Tổng số điểm tối đa: 40

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG

PHÒNG ĐIỀU DƯỠNG

Số báo danh:.....

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH

CHĂM SÓC LƯU KIM CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI VI

STT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1.	Chuẩn bị Điều dưỡng: Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.	1			
2.	Chuẩn bị dụng cụ: - Dụng cụ vô khuẩn: + Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn (2 khay chữ nhật, 2 khay hạt đậu, 1 ống cắm panh, 2 panh, 1 kéo, 1 hộp bông) + Bơm tiêm, kim catheter (cỡ phù hợp với người bệnh), kim lấy thuốc, dây nối, ba chạc, dây truyền (nếu cần), gạc vô khuẩn - Dụng cụ khác: gối kê tay, kéo, băng dính, dây garo, găng tay sạch, dung dịch sát trùng: Cồn 70 ⁰ , Betadin, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, nẹp cố định (nếu cần) - Hộp chống shock, thuốc hoặc dịch truyền theo y lệnh (nếu có), nước cất, dung dịch Natriclorid 9‰ - Dụng cụ đựng chất thải (Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng chất thải y tế)	2			
3.	Chuẩn bị người bệnh: - Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà để người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác khi tiến hành kỹ thuật. - Tư thế người bệnh thích hợp, thuận tiện cho kỹ thuật.	1			
4.	-Thực hiện 5 đúng Thông báo, giải thích, động viên NB.	1			
5.	-Đi găng sạch, nối bơm tiêm chứa dung dịch Natriclorid 9‰ (2-3 ml).	1			
6.	-Sát khuẩn đầu nút kim Catheter bằng cồn 70 ⁰ , để khô trong 30 giây	1			
7.	-Dùng gạc vô khuẩn lót để tháo đầu nút kim.	1			

8.	- Tháo đầu nút kim và lắp bơm tiêm chứa 2-3ml dung dịch Natriclorid 9%0 vào đốc kim - Mở khóa, hút ngược lại nhẹ nhàng và kiểm tra xem máu có trào ngược lại không. (Nếu có cục máu đông trào ra thì bỏ bơm tiêm đi) - Bơm dung dịch natriclorid 9%0 chậm vào TM (2ml)	1			
----	--	---	--	--	--

Tổng số điểm tối đa: 18

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)

BẢNG KIỂM
KỸ THUẬT ĐO ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH

STT	Các bước tiến hành	Hệ số	Điểm		
			2	1	0
1	Chuẩn bị dụng cụ: -Máy thử đường máu mao mạch, kim chích, bút thử, hộp que thử đường máu. -Kiểm tra que thử đường máu (Hạn dùng, thời gian sử dụng kể từ khi mở hộp que thử), kiểm tra máy thử (Tình trạng máy, pin). -Bát kê đựng bông cồn 700, bông khô.	1			
2	- Hộp đựng rác y tế.	1			
3	Chuẩn bị người bệnh (NB): - Kiểm tra họ tên NB, số giường, giờ chỉ định thử đường máu. - Thông báo, hướng dẫn, giải thích để NB hợp tác. - Đề nghị NB rửa sạch tay hoặc lau tay bằng khăn sạch; sát trùng bằng bông cồn rồi để khô. - Để NB ở tư thế thích hợp (<i>ngồi hoặc nằm</i>).	2			
4	Các bước tiến hành: Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.	1			
5	Lắp kim vào bút chích máu, chỉnh độ sâu tùy thuộc vào độ dày của da NB.	1			
6	Lấy que thử ra khỏi hộp (<i>đậy ngay nắp hộp</i>), có thể cắm que thử vào máy để khởi động (<i>tùy máy</i>).	1			
7	Bật máy thử đường máu, đối chiếu code hiện trên máy có trùng với code của que thử (<i>nếu không trùng phải chỉnh lại</i>).	1			
8	Một tay điều dưỡng cầm đầu ngón tay NB (<i>một trong bốn ngón, ngón 2,3,4,5</i>) vuốt nhẹ từ đốt 3 để dồn máu lên đầu ngón tay và giữ lại, tay kia cầm bút chích đặt cạnh đầu ngón tay, bấm bút chích, nặn nhẹ để lấy vừa đủ giọt máu (<i>tùy theo từng máy</i>).	2			
9	Thấm máu vào giấy thử rồi cắm vào máy, hoặc để cạnh để que thử hút máu (<i>tùy từng loại máy lấy máu ở ngoài hay loại mao dẫn</i>).	2			
10	Hướng dẫn NB lau sạch máu bằng bông khô.	1			

11	Đợi máy hiện kết quả (từ 5 - 45 giây), đọc kết quả, thông báo kết quả cho NB, dặn dò BN những điều cần thiết (như ăn ngay nếu đường máu thấp).	2			
12	Bỏ kim và que thử đã sử dụng vào hộp đựng kim đã chích máu.	1			
13	Thu dọn dụng cụ, rửa tay.	1			
14	Ghi kết quả vào sổ theo dõi đường máu hoặc phiếu theo dõi - chăm sóc điều dưỡng. Báo bác sỹ khi kết quả bất thường (chỉ số quá cao, quá thấp hoặc máy báo lỗi)	2			
Tổng điểm đạt:					

Tổng số điểm tối đa: 38

- Đánh dấu V vào ô trống.
- Số 2: Làm đúng kỹ thuật- thành thạo.
- Số 1: Làm đạt yêu cầu.
- Số 0: Không làm.

Ngày..... tháng.....năm 20.....

Giám khảo

(Ký và ghi rõ họ tên)