

BỆNH VIỆN ĐA KHOA SỐ 2 TỈNH LÀO CAI



HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG

*(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BVĐK2 ngày tháng 12 năm 2025
của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai)*

Lào Cai, năm 2025

Hội đồng thẩm định

BSCCKII. Phạm Văn Thịnh	Giám đốc bệnh viện
ĐDCKI. Bùi Ngọc Hồng	Trưởng phòng Điều dưỡng
ĐDCK. Bùi Thị Minh	Phòng Điều dưỡng
ThS. Nguyễn Thế Linh	Phó trưởng phòng Quản lý chất lượng
ĐDCKI. Trịnh Thị Duyên	Điều dưỡng trưởng Trung tâm Tim mạch
ĐDCKI. Bùi Quang Huy	Điều dưỡng trưởng Trung tâm Ung bướu & Y học hạt nhân
ĐDCKI. Đặng Thị Thu Hằng	Điều dưỡng trưởng Khoa Hồi sức tích cực

Biên soạn

ĐDCKI. Bùi Ngọc Hồng	Trưởng phòng Điều dưỡng
ĐDCKI. Trần Thị Ánh Tuyết	Phó trưởng phòng Điều dưỡng
CĐDD. Bùi Thị Minh	Phòng Điều dưỡng
CNĐD. Nguyễn Thị Thu Thảo	Phòng Điều dưỡng
KTVCD. Hoàng Kim Hào	Phòng Điều dưỡng
CNĐD. Trịnh Thị Duyên	Điều dưỡng trưởng Trung tâm Tim mạch
CNĐD. Hoàng Thị Hải Đường	Điều dưỡng trưởng Gây mê - Hồi tỉnh
CNĐD. Nguyễn Thị Hồng Liên	Điều dưỡng trưởng khoa Mắt
CNĐD. Phạm Thị Diên	Điều dưỡng trưởng khoa Ngoại tổng hợp
ĐDCKI. Ngô Hồng Hải	Điều dưỡng trưởng khoa Thăm dò chức năng
CNĐD. Trịnh Thị Xuân	Điều dưỡng trưởng khoa Nhi
CNĐD. Nguyễn Tuyết Nhung	Điều dưỡng trưởng khoa Da liễu
ĐDCKI. Bùi Quang Huy	Điều dưỡng trưởng Trung tâm Ung bướu & Y học hạt nhân

LỜI NÓI ĐẦU

Trong bối cảnh ngành y tế không ngừng đổi mới và phát triển, chất lượng chăm sóc người bệnh ngày càng được đặt ở vị trí trung tâm của mọi hoạt động chuyên môn. Điều dưỡng, với vai trò là lực lượng trực tiếp, thường xuyên và liên tục chăm sóc người bệnh, giữ vị trí then chốt trong bảo đảm an toàn, hiệu quả điều trị và sự hài lòng của người dân. Việc chuẩn hóa, thống nhất và cập nhật các quy trình kỹ thuật điều dưỡng vì vậy không chỉ là yêu cầu chuyên môn mà còn là yêu cầu mang tính tất yếu trong quản lý và nâng cao chất lượng bệnh viện.

Tập tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Điều dưỡng” gồm 33 Quy trình kỹ thuật được xây dựng trên cơ sở các quy định hiện hành của Bộ Y tế, các hướng dẫn chuyên môn quốc gia, đồng thời kế thừa kinh nghiệm thực tiễn trong công tác chăm sóc, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai. Nội dung tài liệu tập trung vào những quy trình kỹ thuật cốt lõi, thường quy và thiết yếu, bảo đảm tính khoa học, tính thực tiễn và khả năng áp dụng thống nhất trong toàn bệnh viện.

Các quy trình trong tài liệu được trình bày theo cấu trúc rõ ràng, logic, từ mục đích, phạm vi áp dụng, nguyên tắc chuyên môn đến các bước thực hiện cụ thể và những điểm cần lưu ý về an toàn người bệnh. Cách tiếp cận này nhằm hỗ trợ điều dưỡng viên dễ tra cứu, dễ thực hiện, đồng thời góp phần giảm sai sót chuyên môn, nâng cao hiệu quả chăm sóc và bảo đảm tính liên tục trong quá trình điều trị.

Tài liệu không chỉ là công cụ hướng dẫn thực hành cho đội ngũ điều dưỡng viên mà còn là tài liệu tham khảo phục vụ công tác đào tạo, bồi dưỡng, kiểm tra, giám sát và đánh giá chất lượng chăm sóc điều dưỡng. Việc áp dụng thống nhất các quy trình kỹ thuật điều dưỡng sẽ góp phần xây dựng phong cách làm việc chuyên nghiệp, chuẩn mực, phù hợp với định hướng phát triển bền vững của Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai trong giai đoạn hiện nay và những năm tiếp theo.

Trong quá trình biên soạn, dù đã có nhiều cố gắng để bảo đảm tính đầy đủ và chính xác, song tài liệu khó tránh khỏi những hạn chế nhất định trước yêu cầu ngày càng cao của thực tiễn lâm sàng. Tập thể biên soạn mong nhận được các ý kiến đóng góp xây dựng của các cán bộ quản lý, bác sĩ, điều dưỡng và các đồng nghiệp để tài liệu tiếp tục được hoàn thiện, cập nhật và ngày càng đáp ứng tốt hơn yêu cầu chăm sóc người bệnh.

Tập tài liệu này được kỳ vọng sẽ là nền tảng chuyên môn quan trọng, góp phần nâng cao chất lượng điều dưỡng, hướng tới mục tiêu chăm sóc toàn diện, an toàn và lấy người bệnh làm trung tâm tại Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai.

Tập thể biên soạn

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

Viết tắt	Nghĩa của từ
QTKT	: Quy trình kỹ thuật
KBCB	: Khám bệnh chữa bệnh
ĐD	: Điều dưỡng
NB	: Người bệnh
KTV	: Kỹ thuật viên
NHS	: Nữ hộ sinh
NVYT	: Nhân viên y tế
CCCD	: Căn cước công dân
HA	: Huyết áp
DHST	: Dấu hiệu sinh tồn
VST	: Vệ sinh tay
KSNK	: Kiểm soát nhiễm khuẩn

MỤC LỤC

1. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH.....	1
2. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ ĐÉM MẠCH.....	5
3. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ ĐÉM NHỊP THỞ.....	10
4. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ ĐO NHIỆT ĐỘ.....	14
5. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ ĐO HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH.....	19
6. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ UỐNG THUỐC.....	24
7. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TIÊM TRONG DA.....	29
8. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TIÊM DƯỚI DA.....	34
9. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TIÊM BẮP.....	39
10. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TIÊM TĨNH MẠCH.....	44
11. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ LẤY MÁU LÀM XÉT NGHIỆM.....	50
12. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TRUYỀN TĨNH MẠCH.....	55
13. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TRUYỀN MÁU VÀ CÁC CHẾ PHẨM MÁU.....	62
14. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ MẶC ÁO CHOÀNG VÔ KHUẨN.....	70
15. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ MANG GĂNG VÔ KHUẨN.....	73
16. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY VỚI DUNG DỊCH CHỨA CÒN76	
17. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY BẰNG XÀ PHÒNG VÀ NƯỚC 80	
18. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ RỬA TAY NGOẠI KHOA BẰNG DUNG DỊCH CHỨA CÒN ...	85
19. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ BƠM RỬA LỆ ĐẠO.....	89
20. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ ĐO NHẪN ÁP BẰNG MAKLAKOV.....	93
21. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ THỤT THUỐC QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN.....	98
22. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ THỤT THÁO CHUẨN BỊ SẠCH ĐẠI TRÀNG.....	102
23. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG KHÔNG SINH THIẾT.....	107
24. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CÓ SINH THIẾT.....	111
25. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ NỘI SOI CAN THIỆP LÀM CLO-TEST CHẨN ĐOÁN NHIỄM VI KHUẨN HP.....	116
26. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ PHỐI HỢP BÁC SĨ CHỌC DỊCH MÀNG TIM.....	120
27. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ PHỐI HỢP BÁC SĨ ĐẶT DẪN LƯU MÀNG PHỔI.....	127
28. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHI CƠ GIẬT.....	133
29. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHI HEN PHẾ QUẢN.....	138
30. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ CHIẾU ĐÈN CHO NGƯỜI BỆNH SƠ SINH VÀNG DA.....	144
31. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH LYELL QUA ĐƯỜNG SONDÉ DẠ DÀY.....	149
32. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH STEVEN-JONHSON QUA SONDÉ DẠ DÀY.....	156
33. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TẬP ĐÚNG VÀ ĐI CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI..	163

1. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ CHUYỂN CƠ SỞ KHÁM BỆNH CHỮA BỆNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Quy trình chuyển cơ sở khám bệnh chữa bệnh (KBCB) là một hoạt động chuyên môn quan trọng nhằm đảm bảo việc tiếp tục chăm sóc và điều trị phù hợp với tình trạng bệnh. Đây là quá trình chuyển NB từ cơ sở y tế này sang cơ sở y tế khác có năng lực chuyên môn cao hơn hoặc phù hợp hơn để đáp ứng yêu cầu điều trị. Việc chuyển cơ sở KBCB cần tuân thủ các quy định của Bộ Y tế, bảo đảm tính an toàn, kịp thời, có sự thống nhất giữa các bên liên quan.

Quy trình thường bao gồm: Đánh giá tình trạng bệnh, chỉ định chuyển cơ sở KBCB, chuẩn bị hồ sơ bệnh án và phương tiện vận chuyển an toàn, đồng thời thông báo cho cơ sở tiếp nhận (*nếu cần*). Mục tiêu của quy trình là giảm thiểu rủi ro, đảm bảo tính liên tục trong chăm sóc và nâng cao hiệu quả điều trị. Bên cạnh đó, việc chuyển cơ sở KBCB cũng phải đảm bảo quyền lợi của NB, tránh tình trạng chuyển cơ sở KBCB không cần thiết gây tổn kém chi phí và ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc.

Từ ngày 01/01/2025 theo Thông tư 01/2025/TT-BYT giấy chuyển cơ sở KBCB có thể là bản giấy hoặc bản điện tử có giá trị 10 ngày làm việc hoặc đến hết đợt điều trị nếu thuộc trường hợp bệnh mãn tính đặc thù.

2. CHỈ ĐỊNH

- NB có tình trạng bệnh, bệnh lý vượt ngoài khả năng chuyên môn của bệnh viện;
- Theo nguyện vọng của NB và người nhà NB.

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện

- 01 Điều dưỡng hành chính;
- 01 Điều dưỡng điều trị;
- 01 Điều dưỡng vận chuyển (*nếu cần*).


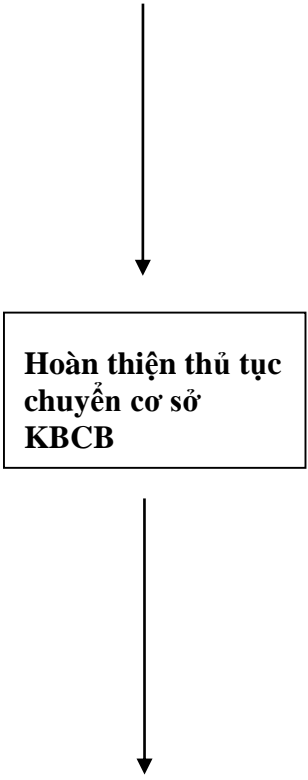

3.2. Dụng cụ, giấy tờ cần thiết cho NB chuyển cơ sở KBCB

- Hồ sơ bệnh án: Phiếu chuyển cơ sở KBCB, tài liệu điều trị;
- Sổ ký bàn giao NB và thuốc;
- Dụng cụ cấp cứu đi kèm: Bình oxy, thuốc cấp cứu.

4. QUY TRÌNH CHUYỂN CƠ SỞ KBCB

4.1. Trường hợp NB ngoại trú

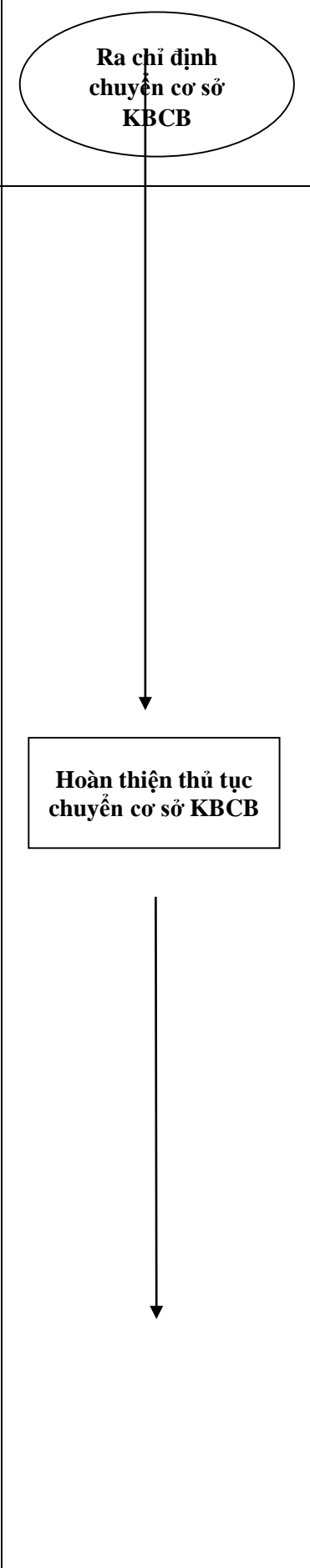
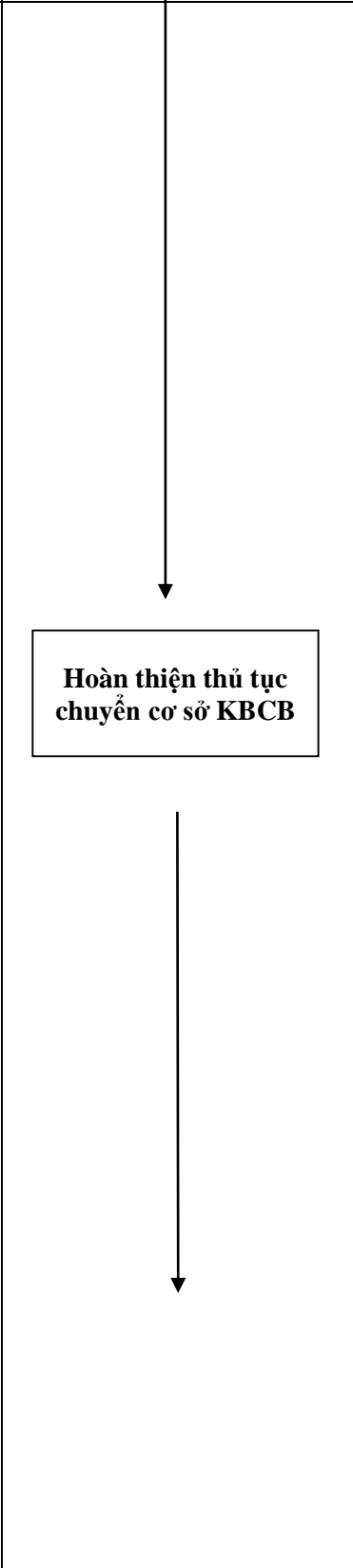
Sau khi bác sĩ thông báo và giải thích tình trạng bệnh cho NB (*người nhà, người đại diện hợp pháp*) cần chuyển cơ sở KBCB, NVYT thực hiện các bước sau:


Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Nội dung
Bác sĩ điều trị		<p>Căn cứ để ra chỉ định chuyển cơ sở KBCB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khám lâm sàng - Kết quả cận lâm sàng - Kết quả hội chẩn chuyên môn
Bác sĩ điều trị, Điều dưỡng		<p>* Bác sĩ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Giải thích cho NB và người nhà tình trạng cần chuyển cơ sở KBCB - Báo cáo lãnh đạo về NB cần chuyển cơ sở KBCB - Cấp phiếu chuyển cơ sở KBCB trên phần mềm khám chữa bệnh và tóm tắt quá trình khám bệnh tại cơ sở KBCB (<i>nếu tuyến trên yêu cầu</i>) <p>* Điều dưỡng:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In phiếu thanh toán - Hướng dẫn NB hoặc người nhà thanh toán viện phí và mang theo CCCD khi chuyển cơ sở KBCB. - Báo lãnh đạo bệnh viện ký số, đóng dấu giấy chuyển cơ sở KBCB - Bàn giao cho NB, người nhà phiếu chuyển cơ sở KBCB và các giấy tờ liên quan
Bác sĩ, Điều dưỡng		<ul style="list-style-type: none"> - Hỗ trợ, hướng dẫn vận chuyển NB bằng xe cứu thương trong quá trình chuyển cơ sở KBCB (<i>với trường hợp cấp cứu hoặc theo nhu cầu của NB</i>) - Liên hệ, thông báo tới bệnh viện tuyến trên/bệnh viện ngang tuyến về NB chuyển cơ sở KBCB (<i>với trường hợp NB nặng</i>)

4.2. Trường hợp điều trị nội trú

Sau khi bác sĩ thông báo và giải thích tình trạng bệnh cho NB (*người nhà, người đại diện hợp pháp*) cần chuyển cơ sở KBCB, NVYT thực hiện các bước sau:

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Nội dung
--------------------	---------------------------	-----------------

Bác sĩ điều trị		<p>Căn cứ để ra chỉ định chuyển cơ sở KBCB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khám lâm sàng - Kết quả cận lâm sàng - Kết quả hội chẩn chuyên môn
Bác sĩ điều trị; Điều dưỡng		<ul style="list-style-type: none"> * Bác sĩ: <ul style="list-style-type: none"> - Giải thích cho NB và người nhà tình trạng cần chuyển cơ sở KBCB - Báo cáo lãnh đạo về NB cần chuyển cơ sở KBCB - Cấp phiếu chuyển cơ sở KBCB trên phần mềm và tóm tắt hồ sơ bệnh án của NB chuyển cơ sở KBCB * Điều dưỡng hành chính: <ul style="list-style-type: none"> - Điều dưỡng thực hiện các chỉ định cần thiết cho NB trước khi chuyển viện - Hướng dẫn NB (<i>người nhà/người đại diện hợp pháp</i>) làm thủ tục chuyển cơ sở KBCB: Kí cam kết, kí giấy tờ đi xe cứu thương (<i>đối với trường hợp bắt buộc phải chuyển viện bằng xe cứu thương</i>)... - Điều dưỡng hoàn tất thủ tục hành chính và thanh toán theo quy định - Điều dưỡng liên hệ xe cứu thương và thông báo cho NB (<i>người nhà/người đại diện hợp pháp</i>) thời gian chuyển cơ sở KBCB (<i>trường hợp đi xe cứu thương</i>) - Báo lãnh đạo bệnh viện ký số, đóng dấu phiếu chuyển cơ sở KBCB - Hướng dẫn NB (<i>người nhà, người đại diện hợp pháp</i>) thanh toán bệnh án: Trả đồ vải, ký bảng kê, thanh toán bảng kê... - Kiểm tra toàn trạng, dấu hiệu sinh tồn của NB trước khi người bệnh chuyển cơ sở KBCB - Điều dưỡng vận chuyển: Kiểm tra thiết bị, phương tiện, dụng cụ y tế, thuốc (<i>nếu có</i>) và các giấy tờ, hồ sơ liên quan: Phiếu chuyển cơ sở KBCB, cận lâm sàng, CCCD... <p>+ Đối với NB chuyển viện bằng phương tiện tự túc: Bàn giao phiếu chuyển cơ sở KBCB và giấy tờ liên quan: CCCD</p>

		+ Đối với NB đi bằng xe cứu thương: Bàn giao phiếu chuyển cơ sở KBCB, tài liệu điều trị cho điều dưỡng phụ trách vận chuyển (<i>CLVT, MRI, thuốc vận chuyển...</i>).
Bác sĩ; Điều dưỡng		<ul style="list-style-type: none"> - Điều dưỡng vận chuyển: Hỗ trợ vận chuyển NB nặng trong quá trình chuyển cơ sở KBCB; Bàn giao NB cho cơ sở KBCB mới. - Bác sĩ: Liên hệ, thông báo tới bệnh viện tuyến trên/bệnh viện ngang tuyến về NB chuyển cơ sở KBCB (<i>với trường hợp NB nặng</i>)

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ NB TRÊN ĐƯỜNG CHUYỂN CƠ SỞ KBCB

- Theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn và tình trạng của NB trên đường vận chuyển để xử trí kịp thời.

- Chuẩn bị đầy đủ, sẵn sàng phương tiện cấp cứu, thuốc.
- Người vận chuyển NB có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Luật BHYT số 25/2008/QH12 ngày 14/11/2008.
2. Luật số 46/2014/QH13: Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của luật Bảo hiểm y tế số 25/2008/QH12, được Quốc hội thông qua ngày 13/6/2014, chính thức có hiệu lực 01/01/2015.
3. Luật số 51/2024/QH15 của Quốc hội: Luật sửa đổi, bổ sung một số điều của luật Bảo hiểm y tế, ngày ban hành 27/11/2024, ngày có hiệu lực 1/7/2025.
4. Luật khám bệnh chữa bệnh số 15/2023/QH15 ngày 09/01/2023.
5. Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/04/2014 của Bộ Y tế Quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
6. Mẫu số 6 ban hành kèm theo Nghị định 75/2023/NĐ-CP sửa đổi nghị định 146/2018/NĐ-CP hướng dẫn luật BHYT.
7. Thông tư 01/2025/TT-BYT Quy định chi tiết và hướng dẫn một số điều của luật bảo hiểm y tế ngày 01/01/2025.
8. Nghị định số 02/2025/NĐ-CP của Chính phủ: Sửa đổi, bổ sung một số điều của Nghị định số 146/2018/NĐ-CP ngày 17 tháng 10 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết và hướng dẫn biện pháp thi hành Luật Bảo hiểm y tế, đã được sửa đổi, bổ sung một số điều tại Nghị định số 75/2023/NĐ-CP ngày 19 tháng 10 năm 2023 của Chính phủ.
9. Nghị định 188/2025/NĐ-CP Quy định chi tiết và hướng dẫn thi hành một số điều của Luật bảo hiểm y tế.

2. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ ĐẾM MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Mạch là sự giao động nhịp nhàng của thành động mạch do máu được tim tổng ra theo từng chu kỳ co bóp. Mạch phản ánh tần số, nhịp điệu và sức co bóp của tim, cũng như tính đàn hồi và tình trạng lưu thông của hệ mạch.

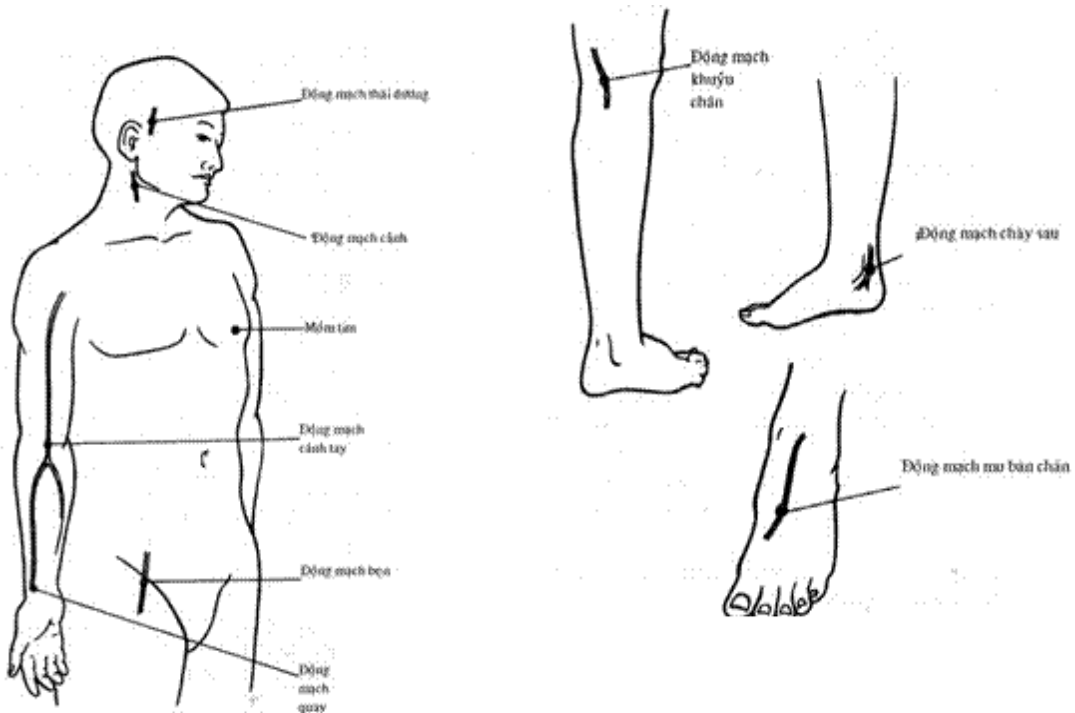
- Tần số: số lần tim đập trong một phút
- Cường độ: tim đập mạnh hay yếu
- Nhịp điệu: Tim đập đều hay không đều
- Sức căng: thành mạch mềm hay cứng

Khi nhận định mạch giúp điều dưỡng đánh giá cung lượng tim (CO: cardiac output) là số lượng máu được tim bơm trong một phút. Trong trường hợp mạch nhanh và chậm bất thường là do tim mất hay giảm khả năng bóp của tim hay không đủ máu (CO giảm). Cường độ mạch phản ánh lượng máu được tim 1 lần co bóp tổng ra ngoài tác động lên thành động mạch gọi là SV (stroke volume). Nếu SV giảm thì mạch thường yếu và khó đếm.

1.2. Vị trí đếm mạch

Vị trí động mạch	Cách xác định	Chỉ định
Thái dương	Trên vùng xương thái dương (trên 1 bên mắt)	Dễ dàng nhận định mạch cho trẻ
Cảnh	Trước cơ ức đòn chũm	- Kiểm soát tuần hoàn ở não - Dùng khi người bệnh bị sốc, mạch ngoại biên xẹp, để đánh giá sự sống còn của người bệnh
Dưới đòn	Hõm xương đòn	Kiểm soát tuần hoàn chi trên
Mỏm tim	Liên sườn 4, 5 đường giữa xương sườn	- Nghe tiếng tim, khi có mạch bất thường ở vị trí thường quy - Người có bệnh lý tim mạch
Cánh tay	Nếp khuỷu hay giữa cơ nhị đầu và tam đầu	- Đo huyết áp cánh tay - Nhận định tuần hoàn của vùng dưới cánh tay
Quay	Hõm quay ở cổ tay	- Vị trí thường dùng đếm mạch ngoại biên - Nhận định tình trạng tuần hoàn bàn tay
Trụ	Hõm trụ cổ tay	Nhận định tuần hoàn bàn tay
Bẹn (đùi)	Giữa cung đùi	- Nhận định tuần hoàn ở chi dưới

		- Tình trạng bệnh nặng, shock không bắt mạch ở các vị trí khác được thì ta bắt ở bẹn để xác định sự sống còn của NB
Khoeo	Sau gò	Nhận định tuần hoàn của cẳng chân, đo huyết áp ở đùi
Chày sau	Mặt trong mắt cá	Nhận định tuần hoàn bàn chân
Mu bàn chân	Giữa ngón 1, 2 bàn chân	- Nhận định tuần hoàn bàn chân - Đo huyết áp ở cổ chân



Hình 1: Các vị trí đếm mạch

2. CHỈ ĐỊNH

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

- Nhận bệnh
- Kiểm tra sức khỏe
- Người bệnh đang nằm viện
- Người bệnh trước và sau phẫu thuật
- Trước và sau dùng thuốc ảnh hưởng hô hấp, tim mạch, nhiệt độ...
- Tình trạng người bệnh có những thay đổi về thể chất (hôn mê, lú lẫn, đau)
- Bàn giao ca trực đối với người bệnh nặng
- Người bệnh nhập viện, xuất viện, chuyển viện

Đối với người bệnh đang nằm viện, Bộ Y tế quy định điều dưỡng ghi nhận kết quả vào phiếu theo dõi hai lần trong ngày vào buổi sáng và chiều, dù người bệnh có dấu hiệu sinh tồn ổn định. Trong trường hợp tình trạng người bệnh đang hồi sức hay dấu hiệu sinh tồn không ổn định thì cần theo dõi nhiều lần hơn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định với đếm mạch.

4. THẬN TRỌNG

- Chọn đúng vị trí đếm mạch
- Không dùng ngón cái để đếm mạch
- NB cần được nghỉ ngơi trước khi đếm mạch.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Mũ, khẩu trang (*nếu cần*).

5.4. Trang thiết bị

- khay chữ nhật, đồng hồ bấm giây, gô kê tay (*nếu đếm mạch ở động mạch quay*)
- Bút đỏ ghi kết quả, thước kẻ, bảng theo dõi chức năng sống
- Xô đựng rác.

5.5. Người bệnh

- Xác định chính xác người bệnh (họ và tên, năm sinh, số giường, mã ID)
- Nhận định tình trạng người bệnh:
 - + Xác định những yếu tố ảnh hưởng tới mạch (tuổi, giới, luyện tập, thuốc, nhiệt độ, đau...)
 - + Nhận định toàn trạng chung (tỉnh táo, da, niêm mạc...)
- Giao tiếp và giải thích về quy trình cho người bệnh.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3 - 5 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- a) Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí thực hiện kỹ thuật

b) Tư thế người bệnh thoải mái: ngồi hoặc nằm trên giường.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	- Đặt tay người bệnh dọc theo thân mình - Đặt gối dưới vị trí đếm mạch (nếu đếm mạch ở động mạch quay) - Đặt 3 đầu ngón tay lên đường đi của động mạch, đếm trong một phút	<i>Sử dụng các đầu ngón tay thay vì cả ngón tay</i>
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau khi đếm mạch	
<p>Lưu ý: Trong trường hợp người bệnh có chấn thương, băng bó, cắt cụt chi nơi vùng mạch quay thì đếm mạch cánh, mạch bẹn, nghe tim.</p>			

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Kỹ thuật làm không đúng cho kết quả sai.

7.2. Tai biến và xử trí

Thường không có tai biến gì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Xuân-Trần Thị Thuận (2016). Hướng dẫn thực hành Kỹ thuật Điều dưỡng tập 1, NXB Giáo dục. Các kỹ thuật theo dõi và thăm khám, Tr.116-137
2. Lê Thị Bình (2016). Điều dưỡng cơ bản tập 1, NXB y học. Các kỹ thuật theo dõi và thăm khám, TR.158-179
3. Pottter & Pery. Fundamentals of Nursing, 2020, Elsevier, vital signs, pp.1638-1766
4. Trần Thị Thuận (2007). Điều dưỡng cơ bản tập II, NXB Y học Hà Nội. Theo dõi chức năng sinh lý, Tr.152-156.

Phụ lục

Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	05
3.2	Mũ	Cái	01
3.3	Khẩu trang	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Khay chữ nhật	Cái	01
4.2	Đồng hồ bấm giây	Cái	01
4.3	Gối kê tay	Cái	01
4.4	Bút đỏ ghi kết quả	Cái	01
4.5	Thước kẻ	Cái	01
4.6	Bảng theo dõi chức năng sống	Cái	01

3. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ ĐẾM NHỊP THỞ

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thở là quá trình chu kỳ gồm hít vào và thở ra để lưu thông khí lưu thông vào và ra khỏi phổi, nhằm phục vụ trao đổi khí giữa môi trường và cơ thể.

Thở là hoạt động tự động và chủ ý. Cơ chế của sự trao đổi oxy và CO₂ trong đường thở giữa tế bào của cơ thể và khí trời, gồm 3 tiến trình: sự thông khí, di chuyển O₂ và CO₂, giữa phế nang và tế bào máu, máu qua mô phổi, sự phân bố tế bào hồng cầu.

Hô hấp gồm hai tác động chính: hít vào và thở ra. Khi hít vào, các cơ hô hấp co, cơ hoành hạ xuống để tăng thể tích khí trong lồng ngực. Khi thở ra, các cơ trở lại bình thường, lồng ngực ép lại để đẩy khí ra ngoài. Thở ra gắng sức chủ yếu do cơ bụng co lại đẩy cơ hoành lên.

Điều hòa chức năng hô hấp do trung khu hô hấp ở hành não điều khiển gồm 3 trung khu chính: hít vào, thở ra và điều chỉnh.

1.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự điều hòa hoạt động của trung khu hô hấp

- PCO₂: nồng độ của CO₂ trong máu tăng sẽ kích thích trung khu hô hấp làm tăng nhịp thở.

- PO₂: nồng độ O₂ trong máu giảm (dưới 60 mmHg) gây kích thích trung khu hô hấp làm tăng nhịp thở, tăng biên độ thở.

- Thần kinh X đóng vai trò trung gian duy trì nhịp điệu bình thường của hô hấp, khi thần kinh X bị kích thích đột ngột có thể dẫn đến ngừng thở (sốc Vagal).

- Vai trò của vỏ não trong hoạt động của ý thức và những xúc cảm tâm lý có thể làm thay đổi nhịp thở.

- Cần phải theo dõi ghi nhận các yếu tố của sự thở:

- + Tần số thở: số lần thở trong 1 phút
- + Biên độ thở: thở nông, sâu
- + Nhịp điệu thở: thở đều hay không đều
- + Âm sắc: tiếng thở
- + Kiểu thở.

2. CHỈ ĐỊNH

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

- Nhận định bệnh
- Kiểm tra sức khỏe
- Người bệnh đang nằm viện
- Người bệnh trước và sau phẫu thuật
- Trước và sau dùng thuốc ảnh hưởng hô hấp, tim mạch, nhiệt độ.....

- Tình trạng người bệnh có những thay đổi về thể chất (hôn mê, lú lẫn, đau)
- Bàn giao ca trực đối với người bệnh nặng
- Người bệnh nhập viện, xuất viện, chuyển viện

Đối với người bệnh đang nằm viện, Bộ Y tế quy định điều dưỡng ghi nhận kết quả vào phiếu theo dõi hai lần trong ngày vào buổi sáng và chiều, dù người bệnh có dấu hiệu sinh tồn ổn định. Trong trường hợp tình trạng người bệnh đang hồi sức hay dấu hiệu sinh tồn không ổn định thì cần theo dõi nhiều lần hơn theo chỉ định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định với đếm nhịp thở.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Mũ, khẩu trang (*nếu cần*).

5.4. Trang thiết bị

- Khay chữ nhật, đồng hồ bấm giây
- Bút xanh ghi kết quả, thước kẻ, bảng theo dõi chức năng sống
- Xô đựng rác.

5.5. Người bệnh

- Xác định chính xác người bệnh (họ và tên, năm sinh, số giường, mã ID)
- Nhận định tình trạng người bệnh:
 - + Xác định những yếu tố ảnh hưởng tới nhịp thở (tuổi, giới, luyện tập, thuốc, nhiệt độ, đau...)
 - + Nhận định toàn trạng chung (tỉnh táo, da, niêm mạc...)
- Giao tiếp và giải thích về quy trình cho người.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5 - 7 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí thực hiện kỹ thuật
- Tư thế người bệnh thoải mái: ngồi hoặc nằm trên giường.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp người bệnh nằm tư thế thích hợp - Đặt tay người bệnh lên bụng, điều dưỡng cầm tay người bệnh giống như bắt mạch - Quan sát sự di động của lồng ngực hoặc bụng người bệnh để đếm nhịp thở người bệnh trong 1 phút 	<i>Trong trường hợp thở không đều hoặc không rõ cần đếm thêm 1 phút</i>
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau khi đếm nhịp thở	

7. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

Kỹ thuật làm không đúng cho kết quả sai.

7.2. Tai biến và xử trí

Thường không có tai biến gì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Xuân-Trần Thị Thuận (2016). Hướng dẫn thực hành Kỹ thuật Điều dưỡng tập 1, NXB Giáo dục. Các kỹ thuật theo dõi và thăm khám, Tr.116-137
2. Lê Thị Bình (2016). Điều dưỡng cơ bản tập 1, NXB y học. Các kỹ thuật theo dõi và thăm khám, TR.158-179
3. Pottter & Pery. Fundamentals of Nursing, 2020, Elsevier, vital signs, pp.1638-1766
4. Trần Thị Thuận (2007). Điều dưỡng cơ bản tập II, NXB Y học Hà Nội. Theo dõi chức năng sinh lý, Tr.157-160

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	05
3.2	Mũ	Cái	01
3.3	Khẩu trang	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Khay chữ nhật	Cái	01
4.2	Đồng hồ bấm giây	Cái	01
4.3	Gối kê tay	Cái	01
4.4	Bút xanh ghi kết quả	Cái	01
4.5	Thước kẻ	Cái	01
4.6	Bảng theo dõi chức năng sống	Cái	01

4. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ ĐO NHIỆT ĐỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

Nhiệt độ cơ thể là một trong bốn dấu hiệu sinh tồn cơ bản (cùng với mạch, huyết áp, nhịp thở), phản ánh trạng thái cân bằng giữa quá trình sinh nhiệt và thải nhiệt của cơ thể. Ở người trưởng thành khỏe mạnh, nhiệt độ trung bình đo ở miệng dao động khoảng 36,5 - 37,5°C.

- Tạo nhiệt
- + Sự co mạch
- + Sự vận động, co cơ, rung giật cơ
- + Chuyển hóa các chất
- + Hoạt động của hệ nội tiết
- Thải nhiệt
- + Sự bài tiết qua hơi thở
- + Sự giãn mạch ngoại biên
- + Do ức chế thân kinh

Tuy nhiên nhiệt độ cơ thể còn chịu sự kiểm soát của trung tâm điều hòa thân nhiệt ở vùng dưới đồi và được duy trì trong giới hạn hẹp

Đặc điểm: Nhiệt độ có thể dao động theo nhịp sinh học (cao hơn vào buổi chiều, thấp hơn vào sáng sớm) và bị ảnh hưởng bởi tuổi, giới, tình trạng bệnh lý, môi trường, hoạt động thể lực.

Ý nghĩa lâm sàng:

Nhiệt độ tăng (sốt, tăng thân nhiệt) thường do nhiễm khuẩn, viêm, rối loạn điều hòa.

Nhiệt độ giảm (hạ thân nhiệt) có thể gặp trong mất nhiệt, suy tuyến giáp, sốc, suy kiệt.

Các vị trí đo: miệng, nách, hậu môn, tai, trán - trong đó đo ở hậu môn thường cho giá trị cao hơn miệng khoảng 0,5°C, và cao hơn nách khoảng 1°C.

Vai trò trong chăm sóc: Đo và theo dõi nhiệt độ giúp đánh giá tình trạng sức khỏe, diễn biến bệnh, hiệu quả điều trị và kịp thời phát hiện biến chứng.

2. CHỈ ĐỊNH

Đo dấu hiệu sinh tồn là nhiệm vụ thông thường của người điều dưỡng thực hiện khi:

- Nhận định bệnh
- Kiểm tra sức khỏe
- Người bệnh đang nằm viện
- Người bệnh trước và sau phẫu thuật
- Trước và sau dùng thuốc ảnh hưởng hô hấp, tim mạch, nhiệt độ...
- Tình trạng người bệnh có những thay đổi về thể chất (hôn mê, lú lẫn, đau)

- Bàn giao ca trực đối với người bệnh nặng
- Người bệnh nhập viện, xuất viện, chuyển viện

Đối với người bệnh đang nằm viện, Bộ Y tế quy định điều dưỡng ghi nhận kết quả vào phiếu theo dõi hai lần trong ngày vào buổi sáng và chiều, dù người bệnh có dấu hiệu sinh tồn ổn định. Trong trường hợp tình trạng người bệnh đang hồi sức hay dấu hiệu sinh tồn không ổn định thì cần theo dõi nhiều lần hơn theo chỉ định.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định với đo nhiệt độ.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Dung dịch ngâm khử khuẩn
- Gạc miếng
- Cồn 70°
- Mũ, khẩu trang, găng tay (*nếu cần*).

5.4. Trang thiết bị

- Khay chữ nhật, trụ cầm kìm kocher
- Nhiệt kế
- Bảng theo dõi chức năng sống, bút xanh, thước kẻ, đồng hồ bấm giây
- Xô đựng rác.

5.5. Người bệnh

- Xác định chính xác người bệnh (họ và tên, năm sinh, số giường, mã ID)
- Nhận định tình trạng người bệnh:
 - + Xác định những yếu tố ảnh hưởng tới nhiệt độ (tuổi, giới, luyện tập, thuốc, nhiệt độ, đau...)
 - + Nhận định toàn trạng chung (tỉnh táo, da, niêm mạc...)
- Giao tiếp và giải thích về quy trình cho người bệnh (nên cho người bệnh nghỉ ngơi trước khi đo 15 phút).

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5 - 7 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí thực hiện kỹ thuật
- Tư thế người bệnh thoải mái: ngồi hoặc nằm trên giường.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp người bệnh nằm ở tư thế thoải mái, dùng gạc lau khô hõm nách, vẩy nhiệt kế cho cột thủy ngân xuống 35°C - Đặt đầu nhiệt kế có bầu thủy ngân vào hõm nách - Khép cánh tay người bệnh vào thân, cẳng tay để lên bụng - Sau 3-5 phút lấy nhiệt kế, đọc kết quả - Vẩy nhiệt kế cho cột thủy ngân xuống dưới 35°C - Lau nhiệt kế bằng gạc tẩm cồn - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Vẩy nhiệt kế đủ mạnh và đúng kỹ thuật</i> - <i>Hơi xoay nhẹ nhiệt kế để nhìn vạch thủy ngân rõ ràng</i>
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau khi đo nhiệt độ	

7. THEO DÕI, TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

7.1. Theo dõi

Kỹ thuật làm không đúng cho kết quả sai.

7.2. Tai biến và xử trí

Thường không có tai biến gì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Xuân-Trần Thị Thuận (2016). Hướng dẫn thực hành Kỹ thuật Điều dưỡng tập 1, NXB Giáo dục. Các kỹ thuật theo dõi và thăm khám, Tr.116-137
2. Lê Thị Bình (2016). Điều dưỡng cơ bản tập 1, NXB y học. Các kỹ thuật theo dõi và thăm khám, TR.158-179
3. Pottter & Pery. Fundamentals of Nursing, 2020, Elsevier, vital signs, pp.1638-1766
4. Trần Thị Thuận (2007). Điều dưỡng cơ bản tập II, NXB Y học Hà Nội. Theo dõi chức năng sinh lý, Tr.146-151

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	05
3.2	Mũ	Cái	01
3.3	Khẩu trang	Cái	01
3.4	Gạc miếng	Miếng	01
3.5	Găng tay (nếu cần)	Đôi	01
3.6	Cồn 70°	ml	05
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Khay chữ nhật	Cái	01
4.2	Đồng hồ bấm giây	Cái	01
4.3	Nhiệt kế	Cái	01
4.4	Bút xanh	Cái	01
4.5	Thước kẻ	Cái	01
4.6	Bảng theo dõi chức năng sống	Cái	01

5. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ ĐO HUYẾT ÁP ĐỘNG MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Huyết áp là áp lực của dòng máu tác động lên thành động mạch khi tim co bóp (huyết áp tâm thu) và khi tim nghỉ giữa các nhát bóp (huyết áp tâm trương).

- Huyết áp ký hiệu là HA là áp lực của máu tác động trên thành mạch máu.

- Huyết áp được biểu thị bằng phân số. Tử số là HA tâm thu hay còn gọi là HA tối đa (max) tương ứng với thì tâm thu - lúc thất trái co bóp để tống máu qua động mạch chủ. Mẫu số là HA tâm trương hay còn gọi là HA tối thiểu (min) tương ứng với thì tâm trương - lúc tim nghỉ, máu lưu chuyển với áp lực nhỏ nhất, cố gắng chống lại sức cản của thành động mạch.

- Đơn vị dùng để đo HA là mmHg.

- HA bị chi phối bởi các yếu tố:

+ Khối lượng tuần hoàn, cung lượng tim

+ Kháng lực của mạch máu ngoại biên

+ Độ quán tính của máu

+ Độ đàn hồi của mạch máu

+ Sức co bóp của cơ tim.

- HA liên quan trực tiếp đến: cung lượng tim (CO) và kháng lực của mạch máu ngoại biên (R): $BP = CO \times R$

+ Khi cung lượng tim tăng: HA tâm thu tăng

+ Đường kính lòng mạch hẹp - sức cản thành mạch tăng: HA tâm thu tăng

+ Mạch máu giãn nở kháng lực giảm: HA giảm

+ Khối lượng tuần hoàn tăng (sau truyền máu, truyền dịch nhanh): HA tăng

+ Khối lượng tuần hoàn giảm (xuất huyết, mất dịch): HA giảm

+ Hematocrit (Hct) tăng, máu cô đặc, tim co bóp lực mạnh để đẩy máu đi: HA tăng.

2. CHỈ ĐỊNH

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

+ Nhận định bệnh

+ Kiểm tra sức khỏe

+ Người bệnh đang nằm viện

+ Người bệnh trước và sau phẫu thuật

+ Trước và sau dùng thuốc ảnh hưởng hô hấp, tim mạch, nhiệt độ...

+ Tình trạng người bệnh có những thay đổi về thể chất (hôn mê, lú lẫn, đau)

+ Bàn giao ca trực đối với người bệnh nặng

+ Người bệnh nhập viện, xuất viện, chuyển viện.

- Đối với người bệnh đang nằm viện, Bộ Y tế quy định điều dưỡng ghi nhận kết quả vào phiếu theo dõi hai lần trong ngày vào buổi sáng và chiều, dù người bệnh có dấu hiệu sinh tồn ổn định. Trong trường hợp tình trạng người bệnh đang hồi sức hay dấu hiệu sinh tồn không ổn định thì cần theo dõi nhiều lần hơn theo chỉ định.

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

4. THẬN TRỌNG

- Khi đo huyết áp, cần đảm bảo nghỉ ngơi ít nhất 5 phút trước khi đo, tránh hút thuốc, uống cà phê hoặc vận động mạnh trong vòng 30 phút.

- Máy đo cần được sử dụng đúng cách, vòng bít vừa với cánh tay và đặt đúng vị trí.

- Với người cao tuổi, người có bệnh tim mạch hoặc rối loạn nhịp tim, cần đặc biệt thận trọng và theo dõi kỹ.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

5.4. Trang thiết bị

- khay chữ nhật

- Huyết áp

- Ống nghe

- Bút ghi kết quả

- Sổ theo dõi.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB

- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm

- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ

- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5-7 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

a) Kiểm tra NB

b) Tư thế NB nằm hoặc ngồi.

V. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị người bệnh	Thông báo và giải thích cho NB	
2	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế đúng quy định.	
3	Chuẩn bị dụng cụ	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp NB nằm tư thế thoải mái, bộc lộ vị trí đo huyết áp - Xác định vị trí động mạch - Quấn vòng băng HA quanh cánh tay, cách nếp khuỷu tay 3-5cm. Đặt đồng hồ ngang ngực NB - Đeo ống nghe, đặt loa ống nghe lên vị trí động mạch, vừa bơm, vừa nghe đến khi nghe thấy tiếng đập cuối cùng thì bơm thêm 30mmHg - Mở van xả hơi từ từ, khi nghe tiếng đập đầu tiên, xác định huyết áp tối đa - Tiếp tục xả hơi, nghe tiếp đến khi thay đổi âm sắc hoặc không nghe thấy tiếng đập, xác định huyết áp tối thiểu - Xả hơi cho đến khi kim đồng hồ về số 0 - Tháo băng huyết áp 	<i>HA của NB đo ở những vị trí khác nhau là khác nhau</i>
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ bệnh án	<ul style="list-style-type: none"> - Ghi ngày giờ theo dõi, kết quả theo dõi vào hồ sơ/phiếu theo dõi - Báo cáo bác sĩ kịp thời nếu có kết quả bất thường - Tên người điều dưỡng thực hiện 	- Thông tin đầy đủ, chính xác

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Người bệnh có thể cảm thấy căng tức khó chịu ở cánh tay khi bơm hơi trong quá trình đo huyết áp, nhưng triệu chứng nhanh chóng hết đi khi xả hết hơi trong túi khí khi kết thúc đo.

- Lưu ý: Không đo huyết áp ở tay hoặc chân có vết thương hở hoặc chân thương, tay có cầu tay đối với người bệnh chạy thận.

VII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “Kỹ thuật đo huyết áp” quy trình kỹ thuật trường điều dưỡng Nam Định.
2. “Tài liệu đào tạo thực hành lâm sàng cho điều dưỡng mới” nhà xuất bản y học Hà Nội 2020.
3. “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp”. Ban hành kèm theo quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 3/08/2010 của bộ trưởng bộ y tế.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Khay chữ nhật	Cái	01
4.2	Bộ huyết áp	Bộ	01
4.3	Bút ghi kết quả	Cái	01
4.4	Sổ	Quyển	01

6. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ UỐNG THUỐC

1. ĐẠI CƯƠNG

Uống thuốc là một trong những quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản và thường gặp nhất trong chăm sóc người bệnh. Đây là phương pháp đưa thuốc vào cơ thể qua đường tiêu hóa (đường uống), nhằm đạt được tác dụng điều trị, phòng bệnh hoặc chẩn đoán.

Khái niệm: Uống thuốc là hành động cho người bệnh sử dụng thuốc bằng đường miệng, thuốc sẽ qua ống tiêu hóa, được hấp thu chủ yếu ở dạ dày hoặc ruột non, sau đó vào máu và phân bố đến các cơ quan.

Ưu điểm: Dễ thực hiện, an toàn, tiện lợi, ít gây đau đớn, có thể áp dụng lâu dài và cho nhiều đối tượng.

Nhược điểm: Tác dụng thường chậm hơn so với tiêm; một số thuốc bị dịch tiêu hóa phá hủy hoặc hấp thu kém; không dùng được cho người bệnh nôn ói, hôn mê, rối loạn nuốt, hoặc chống chỉ định đường uống.

Yêu cầu trong thực hành điều dưỡng

Thực hiện đúng chỉ định thuốc về tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian (nguyên tắc 5 đúng).

Hướng dẫn người bệnh cách uống thuốc đúng (nuốt nguyên viên, uống với đủ lượng nước, uống trước/sau ăn tùy loại thuốc).

Theo dõi tác dụng, phát hiện sớm tác dụng phụ hoặc phản ứng bất lợi.

Ý nghĩa: Uống thuốc đúng quy trình giúp nâng cao hiệu quả điều trị, hạn chế sai sót và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Như vậy, uống thuốc là một quy trình kỹ thuật đơn giản nhưng có vai trò đặc biệt quan trọng trong chăm sóc và điều trị, đòi hỏi điều dưỡng phải thực hiện đúng kỹ thuật, an toàn và khoa học.

2. CHỈ ĐỊNH

Tất cả NB có khả năng uống/nhai/ngậm được các loại thuốc không bị dịch tiêu hóa phá hủy.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- NB hôn mê, NB tâm thần không hợp tác
- Thận trọng: NB có bệnh lý hệ tiêu hóa, thần kinh, tai mũi họng... mà ảnh hưởng đến khả năng nuốt, tiêu hóa thuốc...

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc: Thuốc theo chỉ định

5.3. Vật tư

- Ống hút, giấy lau
- Hộp thuốc cá nhân.

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm
- Hộp chống sốc
- khay đếm thuốc
- Cốc chia vạch
- Dụng cụ tán thuốc
- Ly nước uống
- Thìa khuấy, thìa đo lường
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án


- Chỉ định dùng thuốc của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật
- Đường dùng thuốc.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5 - 7 phút**5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh.****5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án**

- a) Kiểm tra NB
- b) Tư thế NB phù hợp (nếu NB tỉnh tốt nhất đặt tư thế ngồi hoặc nửa nằm nửa ngồi).

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ-thuốc	- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra thuốc	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	* Đối với người bệnh tự uống được - Hướng dẫn NB ngồi hoặc nằm đầu	- Điều dưỡng chứng kiến NB dùng thuốc

		<p>cao</p> <ul style="list-style-type: none"> - Đưa thuốc và nước cho NB uống - Thu dọn dụng cụ, đánh dấu số thực hiện chỉ định và ghi hồ sơ bệnh án * Đối với trẻ nhỏ và người bệnh khó khăn trong uống thuốc - Hòa tan thuốc viên thành dạng nước - Cho người bệnh uống thuốc - Thu dọn dụng cụ, đánh dấu số thực hiện chỉ định và ghi hồ sơ bệnh án * Đối với người bệnh không còn phản xạ nuốt - Hòa tan thuốc viên thành dạng nước - Bơm thuốc qua sonde dạ dày theo chỉ định - Thu dọn dụng cụ, đánh dấu số thực hiện chỉ định và ghi hồ sơ bệnh án - Yêu cầu NB há miệng để kiểm tra 	<p>để đảm bảo NB được dùng thuốc tận miệng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quan sát cử động và khả năng nuốt của NB - Đối với NB ăn qua ống thông cần nghiền thuốc (<i>cần lưu ý đối với các thuốc theo khuyến cáo không được nhai, bẻ nghiền thì không được nghiền vì nghiền sẽ làm hỏng cấu trúc và giảm tác dụng của thuốc</i>) - Đối với thuốc nước lưu ý không đổ thuốc thừa trở lại chai thuốc  <p>Để đảm bảo NB không giấu thuốc trong miệng (<i>đặc biệt ở NB có bệnh lý tâm thần</i>)</p>
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau dùng thuốc	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi phản ứng, các tác dụng không mong muốn của người bệnh sau dùng thuốc như buồn nôn, nôn, mẩn ngứa, lưu ý 1 số loại thuốc gây chóng mặt (*thuốc điều trị lao, thuốc hạ huyết áp...*) một số loại thuốc bài tiết qua đường niệu có màu đỏ, vàng chanh... điều dưỡng cần biết để giải thích cho NB an tâm.

- Theo dõi đáp ứng thuốc của người bệnh.

7.2. Tai biến và xử trí

- Dị ứng, mẫn ngứa, buồn nôn... tùy thuộc triệu chứng, mức độ xử trí/ báo bác sĩ kịp thời, chính xác.

- Các trường hợp có ADR xảy ra gửi báo cáo về khoa Dược kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Bình (2016). Điều dưỡng cơ bản 1, NXB Y học.
2. Đỗ Đình Xuân và Trần Thị Thuận (2010). Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 2, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
3. Pottter & Pery. Fundamentals of Nursing, 2020, Elsevier, pp. 2252-2308.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Thuốc theo chỉ định		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Ống hút	Cái	01
3.2	Giấy lau	Cuộn	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Khay đếm thuốc	Cái	01
4.4	Cốc	Cái	01
4.5	Dụng cụ tán thuốc	Cái	01
4.6	Ly nước uống	Cái	01
4.7	Thìa	Cái	01
4.8	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

7. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TIÊM TRONG DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm trong da là tiêm một lượng thuốc rất nhỏ ($1/10ml$) vào lớp thượng bì, thuốc hấp thụ chậm chủ yếu để tạo phản ứng da thực hiện trong tiêm vac-xin BCG, tiêm thử phản ứng kháng sinh, thuốc gây tê và các loại dị nguyên khác...

Vị trí tiêm trong da thường được chọn ở vùng da mỏng, sáng màu, ít lông để dễ quan sát phản ứng sau tiêm. Thông thường, kỹ thuật này được thực hiện ở đoạn 1/3 trên mặt trong cẳng tay của người bệnh. Đây là khu vực da mịn, ít chịu tác động bởi hoạt động hàng ngày và dễ phát hiện các dấu hiệu phản ứng (*như nốt sần, ban đỏ*).



Hình 1: Tiêm trong da

II. CHỈ ĐỊNH

- Thử phản ứng:
- + Thuốc kháng sinh: penicilin, streptomycin
- + Thuốc khác: Lidocain...
- + Huyết thanh: Kháng uốn ván, kháng nọc rắn...
- + Làm phản ứng lao (*Mantoux test*)
- + Dị nguyên tìm nguyên nhân dị ứng
- Phòng bệnh: tiêm vacxin BCG phòng lao cho trẻ sơ sinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không thử phản ứng khi người bệnh đang có cơn dị ứng cấp tính: viêm mũi, nổi mề đay, hen phế quản.
- Các thuốc chống chỉ định tiêm trong da.

4. THẬN TRỌNG

- Không tiêm vào cùng một vị trí
- Sử dụng kim tiêm có kích thước phù hợp
- Đảm bảo vô khuẩn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc: Thuốc theo chỉ định

5.3. Vật tư

- Bơm kim tiêm, kim lấy thuốc, găng tay sạch (*nếu cần*)
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh, bông, cồn 70°
- Mũ, khẩu trang.

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sốc
- khay tiêm chữ nhật, khay quả đậu
- Trụ cắm panh: panh, kéo
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định tiêm của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật
- Đường tiêm.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5 - 7 phút**5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh****5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- a) Kiểm tra NB
- b) Tư thế NB nằm hoặc ngồi.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Mục đích/ Yêu cầu
1	Chuẩn bị ĐD	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ và thuốc	<ul style="list-style-type: none"> - Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra thuốc - Sát khuẩn ống thuốc, dung môi, nước cất... trước khi bẻ - Pha thuốc, lấy thuốc theo chỉ định - Rút kim, kiểm tra lại lọ thuốc trước 	

		khi bỏ vỏ	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Giúp người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng tiêm - Xác định vị trí tiêm: + 1/3 trên mặt trước trong cẳng tay + 1/3 trên mặt trước ngoài cánh tay trái (tiêm vaccin BCG) - Sát khuẩn vị trí tiêm - Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh - Tay trái căng da nơi tiêm, tay phải cầm bơm tiêm đâm chệch 10-15⁰ so với mặt da - Hạ bơm tiêm, đẩy gập mũi vát, bơm thuốc theo đúng chỉ định, theo dõi người bệnh trong khi tiêm - Rút kim, kéo chệch da, sát khuẩn lại vị trí tiêm bằng cồn 70⁰ 	<p><i>Đảm bảo vô khuẩn</i></p> <p><i>Tay phải cầm bơm tiêm: ngón trỏ giữ đốc kim, các ngón khác cầm phần thân bơm tiêm.</i></p> <p><i>Trong lúc tiêm thuốc, phải theo dõi sắc mặt NB, hỏi NB có đau, buốt không?</i></p>
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau tiêm	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi trong quá trình tiêm: Quan sát nét mặt, toàn trạng người bệnh, nếu có bất thường (*dấu hiệu phản vệ*), báo bác sĩ.

- Theo dõi sau tiêm: Nghỉ ngơi tại chỗ 15 phút, theo dõi các dấu hiệu phản vệ, chảy máu nơi tiêm.

7.2. Các tai biến có thể gặp

- Sốc phản vệ hoặc phản ứng dị ứng toàn thân: Biểu hiện bằng khó thở, mẩn đỏ, tụt huyết áp... xảy ra ngay sau tiêm (dù hiếm nhưng nguy hiểm). Cần ngừng tiêm và xử trí cấp cứu theo phác đồ chống sốc phản vệ.

- Chảy máu hoặc tụ máu tại chỗ tiêm: Do tiêm trúng mạch máu nhỏ dưới da. Trường hợp này thường nhẹ; xử trí bằng cách ép chặt bằng bông vô khuẩn vài phút, vết bầm sẽ tự giới hạn.

- Nhiễm trùng tại chỗ tiêm: Vùng da tiêm có thể bị sưng, tấy đỏ, đau, nếu không

đảm bảo vô khuẩn có thể dẫn đến áp xe tại chỗ. Cần sát trùng, theo dõi; nếu hình thành ổ mủ thì rạch dẫn lưu và điều trị kháng sinh theo chỉ định.

- Gãy kim tiêm (hiếm gặp): Có thể xảy ra nếu người bệnh cử động đột ngột hoặc kim chất lượng kém. Nếu đầu kim còn lộ ra thì dùng panh vô khuẩn rút ra; nếu kim gãy ngấp sâu, cần xử trí tại cơ sở ngoại khoa.

7.3. Xử trí tai biến

- Phản vệ xử trí theo phác đồ cấp cứu phản vệ

- Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn băng ép lại.

- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: vệ sinh sạch và chăm sóc nơi tổn thương.

- Gãy kim: Rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngấp sâu, nếu kim ngấp sâu gửi ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004). Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh tập II: Kỹ thuật tiêm thuốc. Nhà xuất bản y học Hà Nội. trang 60-66.

2. Bộ Y tế. Vụ khoa học và đào tạo (2006). Điều dưỡng cơ bản: Tiêm trong da. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Trang 185-194.

3. Đỗ Đình Xuân và Trần Thị Thuận (2009). Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 2, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.

4. Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở y tế. Bộ y tế, 2012

5. Lê Thị Bình. Điều dưỡng cơ bản. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 2016

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

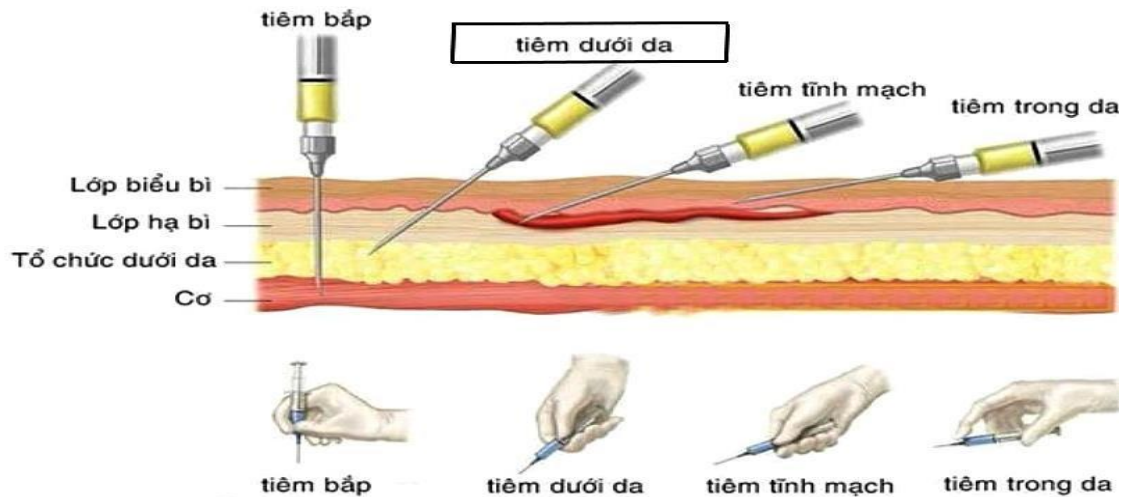
TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
	Thuốc theo chỉ định tiêm		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bơm kim tiêm	Cái	01
3.2	Kim lấy thuốc	Cái	01
3.3	Găng tay sạch <i>(nếu cần)</i>	Đôi	01
3.4	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	10
3.5	Bông	Gói	0,1
3.6	Cồn 70°	ml	05
3.7	Mũ	Cái	01
3.8	Khẩu trang	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.4	Khay quả đậu	Cái	01
4.5	Trụ cắm panh	Cái	01
4.6	Panh	Cái	01
4.7	Kéo	Cái	01
4.8	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

8. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TIÊM DƯỚI DA

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Tiêm dưới da là đưa một lượng dung dịch thuốc vào mô liên kết lỏng lẻo dưới da (lớp mỡ).



Hình 1. Các kỹ thuật tiêm

1.2. Mục đích

- Giúp đưa thuốc vào cơ thể một cách từ từ và kéo dài thời gian tác dụng của thuốc.
- Phù hợp với thuốc cần tác dụng kéo dài hoặc ổn định.

2. CHỈ ĐỊNH

Khá rộng rãi, chủ yếu là cho một số loại thuốc mà ta muốn cho thuốc thẩm dần vào cơ thể để phát huy tác dụng từ từ.

Cho các loại thuốc có chỉ định tiêm dưới da:

- Tiêm Insulin trong điều trị bệnh tiểu đường
- Tiêm Atropin trong điều trị giảm đau
- Tiêm vacxin phòng bệnh: bệnh dại, sởi, quai bị...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Một số thuốc dầu khó tan ví dụ: *Testosteron*...

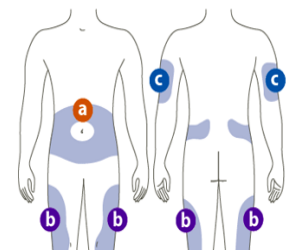
4. THẬN TRỌNG

- Không tiêm vào cùng một vị trí
- Sử dụng kim tiêm có kích thước phù hợp
- Đảm bảo vô khuẩn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc:



Hình 2. Vị trí tiêm dưới da

- Thuốc cần tiêm: Atropin, tiêm insulin, tiêm vaccin...
- Dung môi pha thuốc (*nếu cần*)

5.3. Vật tư

- Bơm kim tiêm, kim lấy thuốc, găng tay sạch (*nếu cần*)
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh, bông, cồn 70°
- Mũ, khẩu trang.

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sốc
- khay tiêm chữ nhật, khay quả đậu
- Trụ cầm panh: panh, kéo
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định tiêm của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật
- Đường tiêm.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5 - 7 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- Kiểm tra NB
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Tư thế NB nằm hoặc ngồi.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ và thuốc	- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra thuốc	

		<ul style="list-style-type: none"> - Sát khuẩn ống thuốc, dung môi... trước khi bẻ - Pha thuốc, lấy thuốc theo chỉ định - Rút kim, kiểm tra lại lọ thuốc trước khi bỏ vỏ 	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm - Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài - Tay trái: dùng ngón cái và ngón trỏ véo da tổ chức dưới da lên. Tay phải cầm bơm tiêm, mũi vát ngựa tiến hành đâm kim thẳng vào tổ chức dưới da - Rút nhẹ pitông, nếu không thấy máu trào ra đóc kim, tiến hành bơm thuốc từ từ - Khi hết thuốc, tay trái kéo chéch căng da chỗ tiêm, tay phải rút nhanh kim tiêm ra - Sát khuẩn lại vị trí tiêm, đặt một miếng bông khô lên vị trí tiêm (<i>nếu cần</i>) - Giúp NB về tư thế thoải mái - Dặn NB những điều cần thiết - Hướng dẫn NB và người nhà NB theo dõi, báo nhân viên y tế khi có dấu hiệu bất thường như nổi ban, kích thích, khó thở... 	<p><i>Đảm bảo vô khuẩn</i></p> <p><i>Tay phải cầm bơm tiêm: ngón trỏ giữ đóc kim, các ngón khác cầm phần thân bơm tiêm.</i></p> <p><i>Trong lúc tiêm thuốc, phải theo dõi sắc mặt NB, hỏi NB có đau, buốt không?</i></p>
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau tiêm	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi trong quá trình tiêm: Quan sát nét mặt, toàn trạng NB, nếu có bất thường (*dấu hiệu phản vệ*), báo bác sĩ.

- Theo dõi sau tiêm: Nghỉ ngơi tại chỗ 15 phút, theo dõi các dấu hiệu phản vệ, chảy máu nơi tiêm.

7.2. Tai biến và xử trí tai biến

- Phản vệ xử trí theo phác đồ cấp cứu phản vệ.

- Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn khô băng ép lại

- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: vệ sinh sạch và chăm sóc nơi tổn thương

- Gãy kim: rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngập sâu, nếu kim ngập sâu gửi ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004). Hướng dẫn quy trình chăm sóc NB tập II: Kỹ thuật tiêm thuốc. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Tr 60-66
2. Bộ Y Tế. Vụ khoa học và đào tạo (2006). Điều dưỡng cơ bản: Tiêm dưới da. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Trang 185-194
3. Đỗ Đình Xuân và Trần Thị Thuận (2009). Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 2, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam
4. Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở y tế. Bộ y tế, 2012
5. Pottter & Pery. Fundamentals of Nursing, 2020, Elsevier, pp. 2309-2328

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

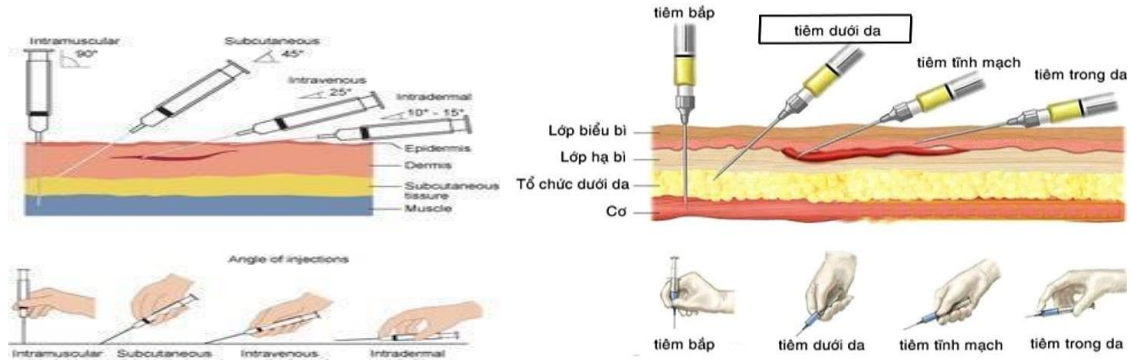
TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Thuốc cần tiêm: Atropin, tiêm insulin, tiêm vacxin...	Ống	01
2.2	Dung môi pha thuốc (nếu cần)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bơm kim tiêm	Cái	01
3.2	Kim lấy thuốc	Cái	01
3.3	Găng tay sạch (nếu cần)	Đôi	01
3.4	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	10
3.5	Bông	Gói	0,1
3.6	Cồn 70°	ml	05
3.7	Mũ	Cái	01
3.8	Khẩu trang	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.4	Khay quả đậu	Cái	01
4.5	Trụ cắm panh	Cái	01
4.6	Panh	Cái	01
4.7	Kéo	Cái	01
4.8	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

9. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TIÊM BẮP

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Tiêm bắp là tiêm một lượng thuốc vào trong bắp (*trong cơ*). Có thể tiêm vào bắp chi, có thể tiêm mông. Thuốc phát huy được hiệu quả nhanh hơn tiêm dưới da.

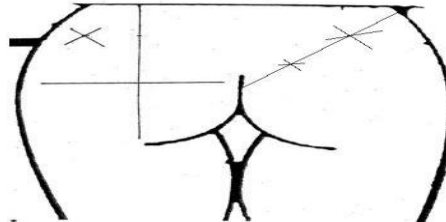


Hình 1

1.2. Phân loại: Tiêm bắp có thể chia thành 2 loại:

- Tiêm bắp nông: Vị trí cơ Delta, lượng thuốc đưa vào không quá 1ml, không dùng tiêm thuốc dầu, không thực hiện tiêm cơ Delta khi cơ chưa phát triển (*trẻ < 2 tuổi, liệt*)

- Tiêm bắp sâu: Tiêm đùi vị trí 1/3 mặt ngoài đùi không tiêm quá 5ml (*cơ rộng ngoài đùi*), không quá 2ml (*cơ thẳng đùi*). Tiêm mông: 1/3 trên ngoài đoạn nối giữa gai chậu trước trên và xương cùng. Không tiêm cơ mông khi cơ chưa phát triển (*trẻ < 2 tuổi, liệt*).



Hình 2: Cách xác định vị trí tiêm bắp sâu

2. CHỈ ĐỊNH

- Người ta có thể tiêm vào bắp thịt nhiều loại dung dịch đẳng trương khác nhau như:

+ Ete, quinin: là chất thuốc ăn mòn dễ kích thích

+ Dầu: lâu tan dễ gây đau

+ Keo, muối bạc, muối thủy ngân, kháng sinh, hormon: tất cả các chất này chậm tan, gây đau nên phải tiêm bắp.

Về nguyên tắc tất cả các loại thuốc tiêm được vào mô liên kết dưới da đều có thể tiêm bắp thịt được (trừ Cafein)

- Một số thuốc không nên hay không được tiêm vào tĩnh mạch mà muốn có hiệu quả nhanh hơn tiêm dưới da.

- Thuốc dễ gây kích thích dưới da lâu ngấm sẽ bị đau và gây nên kích thích.
- Da nứt nẻ tiêm dưới da không thích hợp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những thuốc gây hoại tử tổ chức: Canxi clorua, ouabain...

4. THẬN TRỌNG

- Tiêm đúng chỉ định, đúng kỹ thuật
- Sử dụng kim tiêm có kích thước phù hợp
- Đảm bảo vô khuẩn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

- Thuốc theo chỉ định
- Dung môi pha thuốc (*nếu cần*).

5.3. Vật tư

- Bơm kim tiêm, kim lấy thuốc, găng tay sạch (*nếu cần*)
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh, bông, cồn 70°, betadine 10% sát khuẩn (*nếu cần*)
- Mũ, khẩu trang.

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sốc
- khay tiêm chữ nhật, khay quả đậu
- Trụ cầm phanh, phanh, kéo
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định tiêm của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật
- Đường tiêm.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5 - 7 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh.

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- a) Kiểm tra NB
 b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
 c) Tư thế NB nằm hoặc ngồi.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Mục đích/ yêu cầu
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ-thuốc	<ul style="list-style-type: none"> - Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra thuốc - Sát khuẩn ống thuốc, dung môi, nước cất... trước khi bẻ - Pha thuốc, lấy thuốc theo chỉ định - Rút kim, kiểm tra lại lọ thuốc trước khi bỏ vỏ 	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm: + Tiêm bắp nông: Cơ delta, cơ tam đầu (<i>mặt ngoài cánh tay</i>), cơ tứ đầu đùi (<i>1/3 giữa mặt trước ngoài đùi</i>) + Tiêm bắp sâu: 1/4 trên ngoài mông (<i>chia mông bằng 4 phần</i>) hoặc 1/3 trên ngoài (<i>đường nối từ gai chậu trước trên đến mỏm xương cụt</i>) - Sát khuẩn vị trí tiêm đối với tiêm bắp sâu: sát khuẩn lần 1 bằng Betadin 10%, lần 2 bằng cồn 70⁰ - Một tay căng da dưới vị trí tiêm. Một tay cầm bơm tiêm, mũi vát ngược, độ chệch so với mặt da là 60-90⁰ tiến hành đâm kim nhanh vào bắp thịt - Rút nhẹ pittong, nếu không thấy máu trào đỏ kim, tiến hành bơm từ từ thuốc vào bắp thịt - Trong tiêm bắp sâu: sau khi đâm kim, rút thử nòng pittong và bảo NB co chân lên xem có đờc không (<i>tránh biến</i> 	<p><i>Đảm bảo vô khuẩn</i></p> <p><i>Tay phải cầm bơm tiêm: ngón trỏ giữ đốc kim, các ngón khác cầm phần thân bơm tiêm.</i></p> <p><i>Trong lúc tiêm thuốc, phải theo dõi sắc mặt NB, hỏi NB có đau, buốt không?</i></p>

		<p><i>chứng đâm vào dây thần kinh hông to).</i> Nếu co chân được thì tiến hành tiêm thuốc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Khi hết thuốc, tay trái kéo chéo căng da chỗ tiêm, tay phải rút nhanh kim tiêm ra - Sát khuẩn lại vị trí tiêm. Đặt một miếng bông khô (<i>nếu cần</i>) - Giúp NB về tư thế thoải mái - Dặn NB những điều cần thiết 	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau tiêm	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi trong quá trình tiêm: Quan sát nét mặt, toàn trạng NB, nếu có bất thường (*dấu hiệu phản vệ*), báo bác sĩ.

- Theo dõi sau tiêm: Nghỉ ngơi tại chỗ 15 phút, theo dõi các dấu hiệu phản vệ, chảy máu nơi tiêm.

7.2. Xử trí tai biến

- Phản vệ => theo dõi, phát hiện và xử trí theo thông tư 51/2017/TT-BYT

- Gãy kim khi tiêm: nếu không rút ra được báo bác sĩ chụp X-quang xác định

- Quấn kim => do sai kỹ thuật, tránh tiêm ngập đốc kim để gãy có thể rút kim ra được

- Tồn thương thần kinh hông to => do không xác định đúng vị trí tiêm mông, tiêm sai vị trí, góc kim tiêm tiếp xúc mặt da không đúng 90^0 . Thực hiện báo bác sĩ xử trí

- Gây tắc mạch => do tiêm các loại thuốc dầu nhũ tương vào mạch máu, đề phòng hút thử bơm có máu hay không trước khi bơm thuốc. Báo bác sĩ xử trí

- Áp xe, nhiễm khuẩn => báo bác sĩ, thực hiện chườm ấm, chích ổ áp xe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở y tế. Bộ y tế 2012
2. Đỗ Đình Xuân và Trần Thị thuận (2019). Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 2, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam
3. Pottter & Pery. Fundamentals of Nursing, 2020, Elsevier, pp. 2386-2397

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

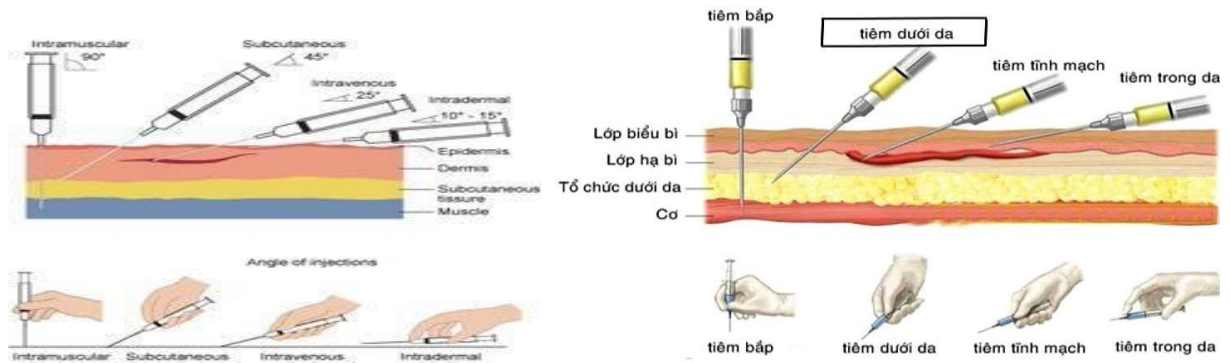
TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Thuốc theo chỉ định	Ống	01
2.2	Dung môi pha thuốc (nếu cần)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bơm kim tiêm	Cái	01
3.2	Kim lấy thuốc	Cái	01
3.3	Găng tay sạch (nếu cần)	Đôi	01
3.4	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	15
3.5	Betadine 10% (nếu cần)	ml	05
3.6	Bông	Gói	0,1
3.7	Cồn 70°	ml	05
3.8	Mũ	Cái	01
3.9	Khẩu trang	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.4	Khay quả đậu	Cái	01
4.5	Trụ cắm panh	Cái	01
4.6	Panh	Cái	01
4.7	Kéo	Cái	01
4.8	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

10. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TIÊM TĨNH MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm tĩnh mạch là đưa một lượng thuốc vào cơ thể theo đường tĩnh mạch.

Mũi tiêm không an toàn do người tiêm không tuân thủ kỹ thuật tiêm có thể gây ra những tai biến ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng người bệnh.



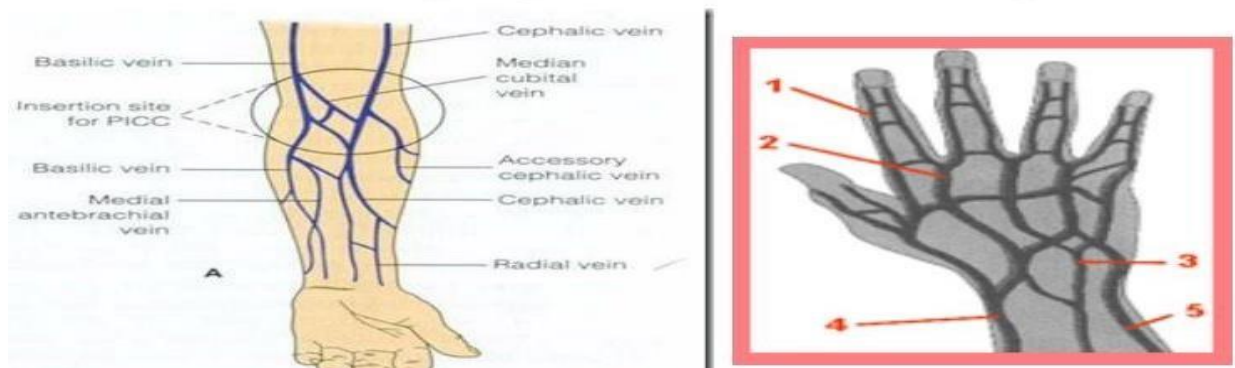
Hình 1

Do đó, cần đảm bảo những nguyên tắc chung khi thực hiện tiêm tĩnh mạch:

- Đảm bảo 5 đúng
- Thực hiện các bước quy trình
- Đảm bảo an toàn trong kiểm soát nhiễm khuẩn
- Phát hiện và xử trí kịp thời các tai biến có thể xảy ra.

Thường tiêm tĩnh mạch được thực hiện ở những vùng sau:

- Trong hệ thống tĩnh mạch M, hai tĩnh mạch to ở mặt trước khuỷu tay chụm lại thành chữ V. Đây là tĩnh mạch to nên dễ tìm, dễ tiêm
- Tĩnh mạch hiển trong
- Tĩnh mạch cẳng tay, mu bàn tay, mu bàn chân
- Có thể tiêm vào tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch đùi ở bệnh khi cần
- Tiêm vào tĩnh mạch đầu, cổ tay, mắt cá trong, mu bàn tay đối với trẻ em.



Hình 2

2. CHỈ ĐỊNH

Các loại thuốc, dịch có chỉ định tiêm tĩnh mạch

3. CHÔNG CHỈ ĐỊNH

Các thuốc chống chỉ định tiêm tĩnh mạch như thuốc tan trong dầu, thuốc làm hoại tử mô cơ (*uabain*)...

4. THẬN TRỌNG

- Xác định đúng chỉ định tiêm tĩnh mạch
- Vị trí tiêm phù hợp, theo dõi sát khi tiêm
- Đảm bảo vô khuẩn.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

- Thuốc theo chỉ định
- Dung môi pha thuốc (*nếu cần*)

5.3. Vật tư

- Bơm kim tiêm, kim lấy thuốc
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh, bông, cồn 70°
- Dây garo
- Mũ, khẩu trang
- Găng tay sạch (*nếu cần*).

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sốc
- khay tiêm chữ nhật, khay quả đậu
- Trụ cầm panh, panh, kéo
- Gối kê tay (*nếu cần*)
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định tiêm của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật
- Đường dùng thuốc.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 6-10 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

a) Kiểm tra NB

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Tư thế NB nằm hoặc ngồi.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị thuốc-dụng cụ	<ul style="list-style-type: none"> - Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra thuốc - Sát khuẩn ống thuốc, dung môi, nước cất... trước khi bẻ - Pha thuốc, lấy thuốc theo chỉ định - Rút kim, kiểm tra lại lọ thuốc trước khi bỏ vỏ 	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm - Thắt dây garo, kê gối dưới vùng tiêm (nếu cần) - Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoay ốc, đường kính 10cm - Tay trái căng da dưới vị trí tiêm, tay phải cầm bơm tiêm, mũi vát ngựa, độ chệch so với mặt da 15- 30⁰ tiến hành đâm kim vào tĩnh mạch - Khi thấy máu ra đốc kim, hạ thấp kim tiêm luôn vào tĩnh mạch - Tháo dây garo, rút nhẹ pittong, nếu thấy máu vẫn trào ra đốc kim, tiến hành bơm từ từ thuốc vào tĩnh mạch - Khi hết thuốc, tay trái kéo chệch căng da chỗ tiêm, tay phải rút nhanh kim tiêm ra - Đặt một miếng bông khô tại vị trí tiêm 	

		- Giúp NB về tư thế thoải mái - Dẫn NB những điều cần thiết	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau tiêm	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi trong quá trình tiêm: Quan sát nét mặt, toàn trạng NB, nếu có bất thường (*dấu hiệu phản vệ*) báo bác sĩ.

- Theo dõi sau tiêm: Nghỉ ngơi tại chỗ 15 phút, theo dõi các dấu hiệu phản vệ, chảy máu nơi tiêm.

7.2. Xử trí tai biến

7.2.1. Dị ứng/phản vệ

- Nguyên nhân: Dị nguyên là thuốc/dịch

- Dấu hiệu/ triệu chứng: Ngứa, mày đay, phát ban, co thắt phế quản, cay mắt và chảy nước mũi; lưu ý phản ứng phản vệ có thể xảy ra trong vài phút sau tiếp xúc bao gồm: đỏ bừng, ớn lạnh, lo lắng kích động, ngứa toàn thân, đánh trống ngực, thở khò khè, khó thở, ho, co giật và có thể ngừng tim.

- Biện pháp dự phòng:

+ Khai thác tiền sử dị ứng của người bệnh

+ Chuẩn bị sẵn sàng các phương tiện cấp cứu cần thiết

+ Theo dõi người bệnh trong suốt 15 phút đầu tiên sau khi dùng một loại thuốc mới.

- Xử trí/ can thiệp điều dưỡng:

+ Nếu phản ứng xảy ra, ngừng tiêm/truyền ngay

+ Tùy mức độ phản vệ xử trí theo phác đồ tại TT 51/2017/TT-BYT hướng dẫn phòng chẩn đoán và xử trí sốc phản vệ.

7.2.2. Thoát mạch

- Nguyên nhân: Chêch kim hoặc tổn thương tĩnh mạch

- Dấu hiệu, triệu chứng:

+ Người bệnh có cảm giác khó chịu, bỏng rát, có hiện tượng tắc, chậm hoặc khó bơm thuốc, đau buốt khi tiêm

+ Phồng nơi truyền: Da vùng tiêm sưng nề.

- Biện pháp dự phòng, xử trí:

+ Đánh giá vị trí tiêm cẩn thận, tránh các vùng đã tổn thương trước

- + Thường xuyên hỏi cảm giác NB khi bơm thuốc để phát hiện kịp thời
- + Rút kim ngay chuyển vị trí tiêm khác
- + Báo bác sĩ.

7.2.3. Viêm tĩnh mạch, kích ứng tại nơi truyền

- Nguyên nhân:

- + Tiêm nhiều tại một vị trí, trên nền tổn thương có sẵn.
- + Dung dịch tiêm có độ pH quá cao hoặc quá thấp hoặc áp lực thẩm thấu cao (*ưu trương*).

- Dấu hiệu/triệu chứng:

+ Da vùng tiêm tĩnh mạch trở nên bị cứng, bì, ở vùng đầu mũi tiêm đỏ lan dọc theo đường đi của tĩnh mạch.

- + Đau xuất hiện ở đầu mũi kim và lan ra xung quanh.

- Dự phòng:

+ Chọn nơi tiêm thích hợp (*tĩnh mạch to hơn đối với các thuốc/dịch gây kích ứng*) chọn kim tiêm nhỏ hơn để đảm bảo dòng chảy phù hợp...

- Xử trí/can thiệp điều dưỡng:

+ Rút kim tiêm ngay, tránh tiêm vào các vị trí viêm cũ gây tổn thương nặng hơn cho vùng tiêm.

- + Báo bác sĩ.

7.2.4. Một số tổn thương khác: ít gặp hơn như chảy máu sau tiêm, xử trí dùng bông ép chặt; tổn thương thần kinh; tắc mạch do khí, nhiễm khuẩn. Báo bác sĩ các trường hợp bất thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở y tế. Bộ y tế, 2012.
2. Tài liệu đào tạo tĩnh mạch trị liệu. Cục quản lý Khám chữa bệnh, Bộ y tế 2015.
3. Infusion Therapy Standard of Practice. 8th edition. 2021. Infusion Nurse Society.
4. Pottter & Pery. Fundamentals of Nursing, 2020, Elsevier, pp. 2398-2403

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Thuốc cần tiêm		
2.2	Dung môi pha thuốc (nếu cần)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bơm kim tiêm	Cái	01
3.2	Kim lấy thuốc	Cái	01
3.3	Găng tay sạch (nếu cần)	Đôi	01
3.4	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	15
3.5	Bông	Gói	0,1
3.6	Cồn 70°	ml	05
3.7	Mũ	Cái	01
3.8	Khẩu trang	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Gối kê tay (nếu cần)	Cái	01
4.4	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.5	Khay quả đậu	Cái	01
4.6	Trụ cắm panh	Cái	01
4.7	Panh	Cái	01
4.8	Kéo	Cái	01
4.9	Dây garo	Cái	01
4.10	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

11. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ LẤY MÁU LÀM XÉT NGHIỆM

1. ĐẠI CƯƠNG

Lấy máu tĩnh mạch là một kỹ thuật cơ bản và thường quy trong các cơ sở khám chữa bệnh, nhằm thu thập mẫu máu để xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, điều trị và theo dõi sức khỏe người bệnh.

Quy trình kỹ thuật được xây dựng nhằm chuẩn hóa các bước thực hiện, đảm bảo vô khuẩn, an toàn cho cả người bệnh và nhân viên y tế.

Việc tuân thủ đúng quy trình giúp hạn chế sai sót, tai biến, bảo đảm chất lượng mẫu và độ chính xác của kết quả xét nghiệm. Hướng dẫn này áp dụng cho toàn bộ nhân viên y tế thực hiện kỹ thuật lấy máu tĩnh mạch tại các trung tâm, khoa trong bệnh viện.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chẩn đoán bệnh lý: Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa, miễn dịch, vi sinh để phát hiện bệnh.

- Theo dõi diễn biến bệnh: Đánh giá đáp ứng điều trị, tiến triển bệnh.

- Trước phẫu thuật hoặc thủ thuật: Kiểm tra các chỉ số cơ bản: công thức máu, đông máu, chức năng gan thận...

- Khám sức khỏe định kỳ, tầm soát bệnh: Phát hiện sớm các rối loạn, bệnh lý tiềm ẩn.

- Nghiên cứu, hiến máu, sàng lọc bệnh truyền nhiễm.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Đúng người bệnh, đúng chỉ định, đúng loại xét nghiệm

- Giữ vô khuẩn, phòng ngừa phơi nhiễm

- Không lấy ở chi truyền dịch, vùng viêm tấy, tổn thương

- Ép bông cầm máu đúng cách, theo dõi chảy máu/tụ máu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Bơm kim tiêm, kim lấy máu

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh

- Bông

- Cồn 70°

- Ống nghiệm (dán mã code)

- Mũ, khẩu trang

- Rửa tay sạch (*nếu cần*).

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sốc
- khay tiêm chữ nhật, khay quả đậu
- Trụ cầm panh, panh, kéo
- Lọ đựng bông cotton
- Dây garô
- Gói kê tay (*nếu cần*)
- Giá đựng mẫu xét nghiệm
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thông báo cho người bệnh từ tối hôm trước về chỉ định lấy máu và hướng dẫn nhịn ăn sáng (*nếu cần*), lấy máu lúc đói, càng xa bữa ăn càng tốt.
- Trường hợp cấp cứu thì lấy máu xét nghiệm bất kỳ lúc nào theo chỉ định.
- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi tại giường
- Lưu ý những trường hợp đặc biệt: NB đang truyền dịch thì không lấy bên tay truyền, người bệnh có dùng thuốc chống đông...ghi chú, thông báo lại bác sĩ.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5-10 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra NB
- Tư thế NB nằm hoặc ngồi.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ	- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Ống xét nghiệm dán mã code	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	

5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Đẩy xe thủ thuật đến giường bệnh - Đối chiếu, kiểm tra thông tin chỉ định, ống xét nghiệm để xác định chính xác NB - Đặt NB ở tư thế thích hợp 	
		Đi găng sạch (<i>Nếu cần</i>)	
		Lắp bơm, kim tiêm để vào khay vô khuẩn	
		<ul style="list-style-type: none"> - Xác định vị trí tĩnh mạch định lấy máu - Garô phía trên vị trí lấy máu 	
		Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng cồn 70 ⁰ cho đến khi sạch theo hình xoắn ốc	
		Tay cầm bơm tiêm, đâm chéch 15 ⁰ - 30 ⁰ , sau đó hạ bơm tiêm song song với mặt da và từ từ đẩy kim vào tĩnh mạch, kim vào đúng lòng mạch sẽ thấy máu chảy ra	
		<ul style="list-style-type: none"> - Kéo nhẹ pittong để lấy máu vào lòng bơm tiêm đủ thể tích cần dùng - Tháo garô 	
		Rút kim, đặt bông khô ấn nhẹ lên vị trí vừa rút kim	
		<ul style="list-style-type: none"> - Tháo kim tiêm, cho vào hộp an toàn - Bơm máu vào thành bên của ống nghiệm - Lắc nhẹ ống máu <p>Lưu ý: <i>Trình tự bơm các ống máu:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ống không có chất chống đông - Ống đông máu (chống đông Citrat 3.8%) - Xét nghiệm sinh học phân tử (2 ống) - Ống xét nghiệm sinh hóa (chống đông Heparin) - Ống xét nghiệm huyết học (chống đông EDTA) - Ống xét nghiệm miễn dịch, test nhanh (chống đông EDTA) 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Đặt ống máu vào giá đựng mẫu xét nghiệm - Tháo bỏ găng bẩn (<i>Nếu có</i>) 	

7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	

Lưu ý: Đề nghị các trung tâm, khoa phải tuân thủ nghiêm thời gian đưa mẫu máu đến Trung tâm Xét nghiệm theo đúng quy định ghi trong Sổ tay khách hàng. Việc chậm trễ có thể ảnh hưởng đến chất lượng xét nghiệm và kết quả chẩn đoán.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi người bệnh: Dấu hiệu choáng, ngất...
- Theo dõi tình trạng mẫu bệnh phẩm lỗi khi phòng xét nghiệm gửi lại như: Máu bị đông, vỡ hồng cầu...để xử trí kịp thời.

7.2. Xử trí tai biến

- Người bệnh có thể bị choáng, mệt do sợ hãi quá mức cần được nghỉ ngơi
- Có thể lấy nhầm người bệnh, cần xác định chính xác danh tính trước khi lấy mẫu
- Đảm bảo đúng quy trình và thứ tự đưa máu vào ống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Xuân, Trần Thị Thuận (2010), Hướng dẫn thực hành 55 quy trình điều dưỡng cơ bản tập 2, nhà xuất bản giáo dục.
2. Quyết định 5530/2015/QĐ-BYT của Bộ Y tế về việc ban hành Hướng dẫn xây dựng quy trình thực hành chuẩn trong quản lý chất lượng xét nghiệm.
3. WHO (2010) Guidelines on drawing blood best practices in phlebotomy.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bơm kim tiêm	Cái	01
3.2	Kim lấy máu	Cái	01
3.3	Ống xét nghiệm	Ống	
3.4	Găng tay sạch <i>(nếu cần)</i>	Đôi	01
3.5	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	15
3.6	Bông	Gói	0,1
3.7	Cồn 70°	ml	05
3.8	Mũ	Cái	01
3.9	Khẩu trang	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Gối kê tay <i>(nếu cần)</i>	Cái	01
4.4	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.5	Khay quả đậu	Cái	01
4.6	Lọ đựng bông cồn	Lọ	01
4.7	Trụ cắm panh	Cái	01
4.8	Panh	Cái	01
4.9	Kéo	Cái	01
4.10	Dây garo	Cái	01
4.11	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

12. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TRUYỀN TĨNH MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

Truyền tĩnh mạch là phương pháp đưa thuốc, dịch, chất dinh dưỡng vào cơ thể người bệnh một cách nhanh chóng, giúp thuốc hấp thu vào tổ chức và phát huy tối đa tính năng tác dụng và mang lại hiệu quả điều trị cao.

1.2. Mục đích

- Duy trì dịch và điện giải: Cân bằng dịch thể được điều chỉnh bởi các hormon và bị ảnh hưởng bởi thể tích dịch, phân bố dịch trong cơ thể và nồng độ các chất hoà tan trong đó. Hằng ngày dịch vào cơ thể qua ăn uống và mất qua hô hấp, mồ hôi, nước tiểu, phân. Người bệnh mất dịch do nôn, ỉa chảy hoặc không thể ăn uống có thể phải yêu cầu truyền dịch.

- Cân bằng điện giải: Các chất điện giải chính trong dịch thể là natri, kali, canxi, clo, phospho và magie. Trong đó, kali và phosphor chủ yếu trong nội bào, clo chủ yếu ở ngoại bào. Thành phần dịch ngoại bào: Dịch kẽ và dịch nội mạch có cùng thành phần điện giải nên chất điện giải có thể di chuyển tự do và cân bằng trong cả hai khoang. Khi cơ thể bị mất dịch do các nguyên nhân như sốt, không thể ăn uống được, nôn hoặc tiêu chảy, người bệnh cần bù dịch để cân bằng điện giải cho cơ thể.

- Thực hiện thuốc: Thuốc được đưa trực tiếp vào tĩnh mạch tạo ra tác dụng nhanh khi cấp cứu. Điều dưỡng có thể điều chỉnh dễ dàng khi thay đổi nồng độ thuốc trong dịch hoặc thay đổi tốc độ truyền. Nếu phản ứng có hại xảy ra, truyền dịch phải dừng ngay lập tức hoặc giới hạn số lượng thuốc được hấp thu. Truyền tĩnh mạch nói chung ít đau hơn so với các đường đưa thuốc vào cơ thể khác như tiêm dưới da, tiêm bắp.

- Cung cấp và bổ sung dinh dưỡng: Truyền dịch để cung cấp dinh dưỡng cho người bệnh không thể đáp ứng đủ nhu cầu bằng đường miệng hoặc đường ruột. Các dịch truyền có dinh dưỡng gồm: đạm, đường, chất béo, điện giải, vitamin và các yếu tố vi lượng.

- Thực hiện truyền máu và các chế phẩm của máu: Máu là hệ thống vận chuyển oxy, dinh dưỡng, hormon và các chất quan trọng để nuôi dưỡng cơ thể. Trong trường hợp mất nhiều máu (mất $\geq 1/3$ số lượng máu của cơ thể) thì cần truyền máu. Việc truyền máu và chế phẩm của máu nhằm mục đích chữa bệnh. Vì vậy, máu và chế phẩm của máu phải được sử dụng cho đúng người bệnh và đúng thời điểm thích hợp.

1.3. Ưu điểm của truyền tĩnh mạch

- Thuốc được hấp thu trực tiếp và trộn vện vào máu nên có tác dụng nhanh và hiệu quả cao.

- Có thể điều chỉnh được liều lượng một cách nhanh chóng.

- Thuốc không qua hệ tiêu hoá nên không bị dịch tiêu hoá chuyển hoá và tránh được các tác dụng bất lợi trực tiếp của thuốc trên ống tiêu hoá.

- Đưa được các loại dung dịch, thuốc, các hoá chất... gây kích ứng với tế bào vào cơ thể vì lòng mạch ít nhạy cảm và thuốc được pha loãng trong máu nhanh.

- Truyền tĩnh mạch cho phép thay thế, bù đắp nhanh chóng khối lượng tuần

hoàn (nước, điện giải, máu, chất dinh dưỡng...) bị mất.

- Giảm kích thích (đau, khó chịu) cho người bệnh.

1.4. Nhược điểm của truyền tĩnh mạch

- Phản ứng không mong muốn xảy ra nhanh, thậm chí ngay lập tức.
- Dễ gây phản ứng toàn thân (phản ứng phản vệ).
- Tỷ lệ các tai biến cao và nghiêm trọng hơn là có thể gây tử vong nhanh chóng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp cần hồi phục lại khối lượng tuần hoàn của cơ thể đã mất: ỉa chảy mất nước, bông nặng, mất máu, xuất huyết...

- Những trường hợp cần đưa thuốc vào cơ thể (đối với những thuốc đưa vào cơ thể yêu cầu phải thực hiện qua đường tĩnh mạch và pha với dịch truyền).

- Nuôi dưỡng người bệnh: Trong một số trường hợp khi người bệnh không ăn uống được (hôn mê, tổn thương thực quản, đường tiêu hoá...) có thể nuôi dưỡng người bệnh bằng đường tĩnh mạch.

- Mục đích khác như giải độc, lợi tiểu...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh suy tim, người bệnh tăng huyết áp, phù phổi cấp.
- Vùng tĩnh mạch bị tổn thương, bị nhiễm khuẩn, bầm tím...

4. THẬN TRỌNG

- Phải bảo đảm tuyệt đối vô khuẩn trong suốt quá trình chuẩn bị và đưa thuốc vào cơ thể người bệnh.

- Trước khi thực hiện thuốc cho người bệnh phải thực hiện kiểm tra 5 đúng.

- Phải có hộp đựng thuốc, phương tiện cấp cứu phản vệ và các thiết bị khác để thực hiện thuốc được an toàn.

- Tuyệt đối không được để không khí lọt vào tĩnh mạch.

- Nơi tiếp xúc giữa kim và da phải giữ vô khuẩn.

- Đảm bảo áp lực của dịch truyền cao hơn áp lực của máu người bệnh.

- Tốc độ chảy của dịch phải theo đúng chỉ định.

- Theo dõi chặt chẽ tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi đưa thuốc/dịch vào cơ thể.

- Phát hiện sớm các dấu hiệu của phản ứng và xử trí kịp thời.

- Khi đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi cần luân chuyển vị trí đặt kim truyền 48-72 giờ/lần (đối với kim luồn), thân kim bằng kim loại như kim bướm 24 giờ/lần.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

- Thuốc theo chỉ định
- Nước cất pha tiêm (*nếu cần*).

5.3. Vật tư

- Bơm kim tiêm, kim lấy thuốc, dây truyền, kim luồn
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh, bông, cồn 70°, băng dính
- Dây garo
- Mũ, khẩu trang
- Găng tay sạch (*nếu cần*).

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sốc
- Bộ đo huyết áp
- khay tiêm chữ nhật, khay quả đậu
- Trụ cầm phanh, phanh, kéo
- Cọc truyền
- Gói kê tay (*nếu cần*)
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 10-15 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra NB
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Tư thế NB nằm hoặc ngồi.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ mục đích
1	Chuẩn bị điều	Trang phục y tế theo quy định	

	dưỡng		
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ và thuốc	<ul style="list-style-type: none"> - Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra thuốc - Sát khuẩn ống thuốc, dung môi, nước cất... trước khi bẻ, bật nắp chai truyền - Mở nắp nút chai - Mở bộ dây tiêm truyền cắm vào chai dịch, khoá lại - Treo lên cột truyền, đuôi khí, cắt băng dính 	<i>Đảm bảo đúng nguyên tắc vô khuẩn</i>
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Bộc lộ vùng truyền, xác định vị trí truyền - Thắt dây garô - Sát khuẩn vị trí tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoay ốc, đường kính 10cm - Một tay căng da dưới vị trí truyền. Một tay cầm đốc kim, mũi vát ngựa, độ chéch so với mặt da 15-30⁰ tiến hành đâm kim vào tĩnh mạch - Khi thấy máu ra đốc kim, hạ thấp kim tiêm luôn vào tĩnh mạch. - Tháo dây garô, đặt ngón tay giữa lên đầu mũi kim, giữ đốc kim bằng ngón trỏ - Rút thông lòng bằng cách vừa xoay vừa rút ra theo đường song song với mặt da - Bỏ ngay thông nòng vào hộp kháng thủng - Nối dây truyền vào đầu kim - Cố định kim truyền, dây truyền bằng băng dính (<i>hoặc băng dán cố định kim luôn</i>) - Che kim ở vị trí tiêm truyền bằng miếng bông khô và cố định bằng băng dính - Điều chỉnh tốc độ giọt theo chỉ định - Giúp NB nằm ở tư thế thoải mái - Dặn NB những điều cần thiết 	<p><i>Sát khuẩn tối thiểu 2 lần</i></p> <p><i>Tuyệt đối vô khuẩn</i></p> <p><i>Nếu là kim luôn, khi thấy máu ra đốc kim, đẩy kim vào sâu thêm một chút. Sau đó, rút nòng sắt ra, hạ thấp kim rồi luôn vào tĩnh mạch</i></p> <p><i>Tốc độ truyền theo đúng chỉ định</i></p>
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	

9	Ghi hồ sơ	<ul style="list-style-type: none"> - Ghi rõ ngày, giờ, tên điều dưỡng đặt kim lên băng dính cố định - Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau truyền 	
---	-----------	---	--

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sắc mặt và diễn biến của người bệnh trong và sau khi thực hiện kỹ thuật.
- Chăm sóc kim mỗi 8-12h/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 lưu kim quá 48-72h.
- Thay kim ngay khi có các dấu hiệu: tắc kim, sưng, nề đỏ, đau dọc theo tĩnh mạch, nhiễm khuẩn hoặc chảy máu tại chỗ.

7.2. Xử trí tai biến

7.2.1. Tai biến sớm và xử trí

- Đâm nhầm vào động mạch: rút kim, băng ép tại điểm đâm kim, theo dõi dấu hiệu chảy máu tại chỗ.
- Thoát mạch do chệch kim, vỡ tĩnh mạch: rút kim truyền, chuyển vị trí truyền sang chi khác, thường xuyên kiểm tra mạch, cảm giác và dấu hiệu làm đầy mao mạch của chi bị ảnh hưởng.
- Tụ máu do chảy máu vào tổ chức xung quanh hoặc kim xuyên qua mạch máu: rút kim truyền, băng ép quanh nơi tụ máu bằng gạc lạnh.
- Tuột kim do cố định không chắc chắn hoặc người bệnh tự rút: rút đường truyền, băng cầm máu vị trí đặt.
- Dị ứng thuốc: ngừng truyền, xử trí sốc phản vệ theo phác đồ, báo bác sĩ ngay khi có thể.

7.2.2. Tai biến muộn và xử trí

- Viêm tĩnh mạch do cục máu đông ở đầu kim, lưu kim quá lâu; dịch truyền có độ pH quá cao hoặc quá thấp hoặc dịch ưu trương. Xử trí: rút kim truyền, chườm ấm/chườm lạnh, báo bác sĩ.
- Nhiễm khuẩn tại chỗ: rút kim truyền, chuyển vị trí truyền, báo bác sĩ, theo dõi chăm sóc vị trí nhiễm khuẩn.
- Nhiễm khuẩn toàn thân: do không tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện kỹ thuật/chăm sóc vùng truyền kém/NB suy giảm miễn dịch/lưu kim quá lâu/viêm tĩnh mạch kéo dài.

Xử trí:

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Việt Nam Quyết định số 3671/QĐ-BYT Hướng dẫn tiêu an toàn trong các cơ sở Khám bệnh, chữa bệnh ngày 27 tháng 9 năm 2012.
2. Quy trình kỹ thuật đặt và lưu kim catheter tĩnh mạch ngoại vi - Bệnh viện Bạch Mai, 2015.
3. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, CDC, 2011.
4. Taylor's Clinical Nursing Skills, Intermittent Peripheral Venous Access Device, trang 222 - 227, Copyright 2011.
5. Taylor's Clinical Nursing Skills, A Nursing Process Approach. Fluid, Electrolyte, and Acid–Base Balance, trang 2580 - 2609. Tái bản lần thứ 5, 2019.

Phụ lục

Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy tình trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Thuốc theo chỉ định		
2.2	Dung môi pha thuốc <i>(nếu cần)</i>		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bơm kim tiêm	Cái	01
3.2	Kim lấy thuốc	Cái	01
3.3	Găng tay sạch <i>(nếu cần)</i>	Đôi	01
3.4	Dây truyền	Bộ	01
3.5	Kim luồn	Cái	01
3.6	Băng dính	Cuộn	0.1
3.7	Cọc truyền	Cái	01
3.8	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	15
3.9	Bông	Gói	0.1
3.10	Cồn 70°	ml	05
3.11	Mũ	Cái	01

3.12	Khâu trang	Cái	01
3.13	Dây garo	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sóc	Hộp	01
4.3	Bộ đo huyết áp	Bộ	01
4.4	Gối kê tay (<i>nếu cần</i>)	Cái	01
4.5	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.6	Khay quả đậu	Cái	01
4.7	Trụ cắm panh	Cái	01
4.8	Panh	Cái	01
4.9	Kéo	Cái	01
4.10	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

13. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TRUYỀN MÁU VÀ CÁC CHẾ PHẨM MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

Truyền máu là đưa vào cơ thể người bệnh một lượng máu/chế phẩm máu nhằm:

- Tăng khối lượng tuần hoàn, bù phụ lại lượng máu đã mất (truyền máu toàn phần)
- Tăng khả năng cung cấp oxy (truyền hồng cầu)
- Tăng khả năng đông máu và cầm máu (truyền tiểu cầu và huyết tương)
- Tăng khả năng đề kháng và chống nhiễm khuẩn (truyền bạch cầu)

Quá trình truyền máu có thể xảy ra các tai biến: tan máu cấp tính, sốt rét do truyền máu, không gây tan máu, phản ứng dị ứng, nhiễm khuẩn, tổn thương phổi hợp do truyền máu, quá tải về khối lượng (truyền máu khối lượng lớn). Do đó, việc thực hiện cần đảm bảo đúng quy trình và đảm bảo an toàn.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Máu toàn phần

- Bổ sung hồng cầu, huyết tương khi mất máu cấp có kèm giảm thể tích tuần hoàn
- Truyền thay máu
- Thay thế máu toàn phần bằng truyền khối hồng cầu phối hợp với các loại dịch và thành phần máu khác.

2.2. Khối hồng cầu

Cần nâng huyết sắc tố của người bệnh do mất máu hoặc thiếu máu.

2.3. Khối tiểu cầu

- Các tình trạng có xuất huyết do giảm số lượng tiểu cầu.
- Có các yếu tố nguy cơ như: sốt, nhiễm trùng, rối loạn đông máu, nhu cầu phẫu thuật, thủ thuật có nguy cơ chảy máu, mất máu khối lượng lớn, tổn thương các cơ quan (hộp sọ, lồng ngực, ổ bụng...).

2.4. Khối bạch cầu

Các tình trạng nhiễm trùng, người bệnh có suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay thứ phát.

2.5. Huyết tương tươi đông lạnh

- Người bệnh thiếu hụt các yếu tố đông máu gây chảy máu hoặc bổ sung các yếu tố đông máu trong và sau phẫu thuật
- Truyền máu khối lượng lớn: bổ sung với truyền KHC
- Giảm áp lực keo
- Điều trị quá liều các thuốc ức chế VTM K
- Trao đổi huyết tương...
- Các bệnh huyết học: đông máu rải rác trong lòng mạch, xuất huyết giảm tiểu cầu do vỡ tiểu cầu.

2.6. Tủa lạnh giàu yếu tố VIII

- Các bệnh thiếu hụt truyền hoặc mắc phải yếu tố VIII, XIII, fibrinogen
- Các rối loạn đông máu

* Truyền máu toàn phần:

- Thiếu máu cấp đi kèm với giảm khối lượng tuần hoàn hoặc sốc giảm thể tích máu hay gặp nhất là tình trạng mất máu cấp trong ngoại khoa và sản khoa
- Thiếu máu do bệnh lý về máu như lơ xê mi, thalassemia, bệnh thận, bệnh do giun...
- Nhiễm khuẩn, nhiễm độc
- Các trường hợp thiếu máu cần truyền khối hồng cầu nhưng cơ sở điều trị không có khối hồng cầu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, cần thận trọng trong các trường hợp:

- Nguy cơ quá tải tuần hoàn trên người bệnh có thiếu máu mãn tính, suy tim
- NB suy tim, không dung nạp thành phần huyết tương hoặc với bạch cầu.

4. THẬN TRỌNG

- Sàng lọc người hiến máu nghiêm ngặt
- Định nhóm máu và phản ứng chéo chính xác
- Bảo quản máu đúng cách
- Theo dõi sát NB trong và sau khi truyền máu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng, 01 bác sĩ.

5.2. Thuốc

- Máu và các chế phẩm máu theo chỉ định
- Đối chiếu lại chỉ định về: loại chế phẩm, số lượng, thể tích, nhóm máu, người cho, người nhận, mã số túi máu, hạn sử dụng, kiểm tra tính nguyên vẹn, nhiệt độ và điều kiện bảo quản của đơn vị máu hoặc chế phẩm được truyền.

5.3. Vật tư

- Bơm kim tiêm, kim lấy thuốc, dây truyền máu có bầu lọc, kim luôn
- Dụng cụ trộn máu thích hợp
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh, bông, cồn 70°, băng dính
- Dây garo
- Mũ, khẩu trang
- Găng tay sạch
- Phiếu truyền máu.

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sóc
- Bộ đo huyết áp, ống nghe
- khay tiêm chữ nhật, khay quả đậu, hộp đựng bông cotton
- Trụ cầm panh, panh, kéo
- Nhiệt kế
- Cọc truyền
- Huyết thanh mẫu
- Phiến đá định nhóm
- Gói kê tay (*nếu cần*)
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Xác định chính xác NB, giải thích mục đích truyền máu, các tai biến có thể xảy ra.

- Nhận định tình trạng NB:

+ Hỏi NB, người nhà NB về tiền sử dị ứng, nhóm máu gì?

+ Tri giác: tỉnh hay hôn mê, đo dấu hiệu sinh tồn

+ Nhận định vị trí lấy máu xem có các dấu hiệu bất thường không? (*có mắc các bệnh ngoài da, xuất huyết dưới da, viêm da...*)

+ Nhận định tình trạng thiếu máu của NB: triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

- Để NB nằm ở tư thế thoải mái, đo mạch, huyết áp, nhiệt độ ghi vào phiếu truyền máu.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định truyền máu của bác sĩ

- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 10-12 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

a) Kiểm tra NB

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Tư thế NB nằm hoặc ngồi.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	

2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ và máu	- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra túi máu	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Điều dưỡng đi găng sạch - Định nhóm máu tại giường trên phiến đá và bác sĩ đọc kết quả - Thông dây truyền máu bằng dung dịch NaCl 0,9% - Lắc nhẹ túi máu - Mở nút túi máu, cắm dây truyền đã thông vào túi máu, khoá lại - Treo lệch túi máu lên cọc truyền, cắt băng dính - Bộc lộ vùng truyền, thắt dây garô - Sát khuẩn vị trí truyền 2 lần: bằng cồn 70⁰ - ĐD đi găng sạch - Đâm kim vào tĩnh mạch, tháo dây garô, mở khóa cho máu chảy chậm - Cố định dây truyền - Làm phản ứng sinh vật - Nếu không có dấu hiệu bất thường, điều chỉnh tốc độ theo chỉ định, theo dõi và quan sát NB - Giúp NB nằm ở tư thế thoải mái - Dặn NB những điều cần thiết theo quy định về an toàn truyền máu 	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ, ký tên	<ul style="list-style-type: none"> - Ghi đầy đủ thông tin vào phiếu truyền máu, nếu có dấu hiệu bất thường cũng cần ghi kịp thời diễn biến vào phiếu theo dõi truyền máu - Ký tên - Bàn giao cho ca sau nếu lượng máu truyền chưa hết 	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi DHST liên tục trong 15 phút đầu sau truyền; trong suốt quá trình truyền theo dõi 1h/lần; sau khi truyền theo dõi 4h/lần trong 24h tiếp theo; ghi thông tin đầy đủ vào phiếu truyền.

- Nếu có phản ứng phải ngừng truyền và báo cho bác sĩ. Xử lý tai biến trong truyền máu theo quy trình QT.65.HT.

7.2. Xử trí tai biến

7.2.1. Tai biến sớm và xử trí

- Đâm nhầm vào động mạch: rút kim, băng ép tại điểm đâm kim, theo dõi dấu hiệu chảy máu tại chỗ.

- Thoát mạch do chệch kim, vỡ tĩnh mạch: rút kim truyền, chuyển vị trí truyền sang chi khác, thường xuyên kiểm tra mạch, cảm giác và dấu hiệu làm đầy mao mạch của chi bị ảnh hưởng.

- Tụ máu do chảy máu vào tổ chức xung quanh hoặc kim xuyên qua mạch máu: rút kim truyền, băng ép quanh nơi tụ máu bằng gạc lạnh.

- Tuột kim do cố định không chắc chắn hoặc NB tự rút: rút đường truyền, băng cầm máu vị trí đặt.

- Dị ứng thuốc: ngừng truyền, xử trí sốc phản vệ theo phác đồ, báo bác sĩ ngay khi có thể.

7.2.2. Tai biến muộn và xử trí

a) Xảy ra ngay sau khi bắt đầu đường truyền và trong quá trình truyền:

- Nhầm nhóm máu: Khi truyền được 1-2ml NB thấy tức ngực, khó thở, đau cột sống dữ dội, hoảng sợ, sợ hãi

=> Xử trí:

+ Khóa ngay dây truyền máu lại; vẫn duy trì đường truyền bằng dung dịch đẳng trương

+ Lấy DHST

+ Báo bác sĩ, thực hiện các chỉ định điều trị một cách nhanh chóng và chính xác

+ Mời đơn vị Ngân hàng máu lên định lại nhóm tại giường, lập biên bản túi máu

- Sốt và rét run có thể do phản ứng tạm thời hoặc do dị ứng; dị ứng nổi mẩn ngứa toàn thân, có thể phù mắt; nhiễm khuẩn huyết do túi máu bị nhiễm khuẩn; truyền nhanh gây hạ thân nhiệt, phù phổi cấp.

=> Xử trí:

+ Khóa ngay dây truyền lại

+ Lấy DHST

+ Báo bác sĩ, thực hiện các chỉ định điều trị một cách nhanh chóng và chính xác

b) Các tai biến xảy ra chậm hơn:

- Tan máu miễn dịch chậm: có kháng thể chống lại hồng cầu như một tan máu (do không phù hợp nhóm phụ), thường xảy ra sau 4-11 ngày sau truyền máu.

=> Xử trí: Lấy DHST, thực hiện chỉ định chính xác, truyền hồng cầu rửa.

- Máu của người cho nhiễm virus, ký sinh trùng sốt rét, viêm gan virus...

=> Xử trí: theo dõi tình trạng NB, thực hiện chỉ định chính xác và phối hợp điều trị chăm sóc NB mắc các bệnh trên.

- Hội chứng xuất huyết sau truyền máu: xảy ra sau 20-30 ngày vì trong túi máu có tiểu cầu của người cho không phù hợp với tiểu cầu của người nhận

=> Xử trí: thực hiện chỉ định chính xác, phối hợp điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu khi có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở y tế. Bộ Y tế, 2012.
2. Thông tư 26/2013/TT-BYT ngày 16/9/2013 Hướng dẫn hoạt động truyền máu
3. Lê Thị Bình. Điều dưỡng cơ bản. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 2014.
4. Tài liệu đào tạo tĩnh mạch trị liệu. Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế 2015
5. Hướng dẫn chỉ định, sử dụng máu và các chế phẩm máu. Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương, 2020.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	02
1.1	Điều dưỡng	Người	01
1.2	Bác sĩ	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Máu và các chế phẩm của máu	Đơn vị	
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bơm kim tiêm	Cái	01
3.2	Kim lấy thuốc	Cái	01
3.3	Găng tay sạch	Đôi	01
3.4	Dây truyền máu	Bộ	01
3.5	Kim luồn	Cái	01
3.6	Băng dính	Cuộn	0.1
3.7	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	15
3.8	Bông	Gói	0.1
3.9	Cồn 70°	ml	05
3.10	Mũ	Cái	01
3.11	Khẩu trang	Cái	01
3.12	Dây garo	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Bộ đo huyết áp	Bộ	01
4.4	Ổng nghe	Cái	01
4.5	Gối kê tay (nếu cần)	Cái	01
4.6	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.7	Khay quả đậu	Cái	01
4.8	Trụ cắm panh	Cái	01
4.9	Panh	Cái	01

4.10	Kéo	Cái	01
4.11	Bộ huyết thanh	Bộ	01
4.12	Phiến đá	Cái	01
4.13	Cọc truyền	Cái	01
4.14	Nhiệt độ	Cái	01

14. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ MẶC ÁO CHOÀNG VÔ KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

Mặc áo choàng vô khuẩn là biện pháp ngăn ngừa vi sinh vật từ nhân viên y tế phát tán vào vùng phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

Trong các trường hợp phẫu thuật, thủ thuật yêu cầu vô khuẩn ngoại khoa.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Mặc áo ở khu vực vô khuẩn, giữ tay không chạm vào mặt ngoài áo.
- Không để áo chạm vào bề mặt không vô khuẩn, luôn giữ tay trong tầm nhìn.
- Tránh chạm vào các vật dụng hoặc người khác trước khi mang găng tay.
- Người hỗ trợ phải đã vô khuẩn, tránh làm lây nhiễm áo.
- Đứng đúng tư thế, hạn chế quay người hoặc cúi thấp khi đang mặc áo.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng đã đội mũ, đeo khẩu trang và vệ sinh tay trước khi thực hiện mặc áo vô khuẩn.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư: Áo vô khuẩn

5.4. Trang thiết bị

5.5. Người bệnh

5.6. Hồ sơ bệnh án

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1 - 3 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại khu vực vô khuẩn trong phòng mổ hoặc phòng thủ thuật.

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT (*Quy trình một người phụ*)

TT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Kỹ thuật tiến hành	Lấy áo vô khuẩn: Yêu cầu người phụ mở hộp áo hoặc mở gói áo trên bàn	- Kiểm tra tình trạng vô khuẩn của gói áo hoặc hộp áo

			- Tay không chạm vào trong hộp hoặc áo
		Chuẩn bị tư thế: Điều dưỡng hoặc bác sĩ đứng thẳng. Tay cầm áo trước ngực	- Đứng vị trí rộng tại phòng mổ, tránh tiếp xúc vật dụng, trang thiết bị: tường, bàn mổ, máy móc... - Tay không chạm vào mặt ngoài áo
		Mở áo: Ngón trỏ và ngón cái của 2 tay cầm mép cổ áo mỗi bên, hơi cúi người thả nhẹ áo, mở rộng áo sao cho mặt trái của áo hướng vào người mặc	
		Mặc áo: - Có thể hát nhẹ áo, lồng hai tay vào hai tay áo - Hoặc ngón trái và ngón trỏ một tay cầm vào mép trong cổ áo bên đối diện, tay kia lồng vào trong tay áo. Làm tương tự với bên còn lại	- Yêu cầu người phụ kéo chỉnh tay áo - Không chạm tay vào mặt ngoài của áo
		Cố định áo: - Một tay đón lấy dây đai rồi đưa sang cho phụ đón - Người phụ buộc các dây sau lưng để giữ áo	Người phụ không được chạm vào mặt ngoài của áo
		Tư thế sau mặc: Hai tay để trước ngực	Không chạm vào áo
4	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn dụng cụ theo quy định	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi sự tuân thủ đúng kỹ thuật:
 - + Mặc đúng trình tự, không chạm vào bề mặt ngoài áo choàng trước khi mang găng.
 - + Bề mặt vô khuẩn không bị chạm vào bởi tay chưa mang găng.
- Theo dõi sự hợp tác giữa người hỗ trợ và người mặc.
- Quan sát để phát hiện sớm các tai biến hoặc sự cố xảy ra trong quá trình mặc.

7.2. Xử trí tai biến

- Chạm phải bề mặt ngoài áo choàng bằng tay không vô khuẩn → Thay áo choàng mới, đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối.

- Rách áo choàng trong quá trình mặc → Thay áo choàng khác, kiểm tra lại các dụng cụ mặc.

- Mặc sai quy trình (ví dụ mặc áo rồi mới mang găng) → Dừng thao tác, loại bỏ áo đã mặc, thực hiện lại từ đầu đúng quy trình.

- Người mặc áo cảm thấy khó chịu (do dị ứng vải, quá chật...) → Thay áo khác phù hợp kích cỡ, đảm bảo an toàn và vô khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 60 quy trình điều dưỡng cơ bản của Bệnh viện Bạch Mai, 2018.
2. Điều dưỡng Điều dưỡng ngoại khoa, 2008. Nguyễn Tuấn Cường. Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội.
3. Một số kỹ thuật thực hành chăm sóc người bệnh theo chuyên khoa, 2016. Nguyễn Quốc Anh, Mai Trọng Khoa. Nhà xuất bản Y học.
4. Thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản (2010); Đỗ Đình Xuân, Trần Thị Thuận. Nhà xuất bản Y học.

Phụ lục

Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy tình trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Bác sĩ/Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Áo vô khuẩn	Bộ	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		

15. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ MANG GĂNG VÔ KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

Găng tay vô khuẩn là một phương tiện ngăn ngừa sự lây truyền vi khuẩn do đó sử dụng găng tay vô khuẩn không chỉ để bảo vệ người bệnh mà còn nhằm mục đích bảo vệ nhân viên y tế trước nguy cơ ô nhiễm từ người bệnh và môi trường. Găng tay vô khuẩn bảo vệ các vùng vô khuẩn trên người bệnh khi làm thủ thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

Trong các trường hợp phẫu thuật, thủ thuật liên quan tới các vùng vô khuẩn trên cơ thể.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. THẬN TRỌNG

- Phải rửa tay đúng kỹ thuật trước khi mang găng để loại bỏ vi sinh vật.
- Đảm bảo găng còn hạn dùng, không rách, không thủng, không hở bao bì.
- Đặt găng trên bề mặt sạch, khô, vô khuẩn khi mở găng.
- Tay sạch chỉ chạm mặt trong găng; sau khi đeo một găng, tay đã mang găng chỉ chạm mặt ngoài găng còn lại.
- Tránh chạm tay/găng vào đồ vật không vô khuẩn để đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối.
- Nếu nghi ngờ găng bị nhiễm khuẩn hoặc rách, cần thay ngay.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng tham gia quá trình phẫu thuật, thủ thuật
- Bác sĩ, điều dưỡng đã thực hiện vệ sinh tay.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Găng tay vô khuẩn đúng cỡ, còn hạn sử dụng.

5.4. Trang thiết bị

- Bàn sạch
- Xô túi đựng chất thải y tế.

5.5. Người bệnh

5.6. Hồ sơ bệnh án

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 1-2 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật, phòng mổ, phòng tiêu phẫu, khoa cách ly hoặc hồi sức.

6. TIẾN HÀNH QTKT

STT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/
-----	----------	----------	----------

			Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Kỹ thuật tiến hành	Lấy găng: - Xé gói găng - Dùng đầu ngón tay cầm vào cạnh của gói băng vô khuẩn bên trong và rút nhẹ nhàng găng ra khỏi gói	Khi lấy không để tay chạm mặt ngoài túi găng
		Mở găng: Mở gói găng bên trong trên mặt bàn phẳng và ngang thắt lưng	
		Xác định găng phải, trái và lấy găng: Sử dụng ngón cái, ngón trỏ và ngón giữa của tay không thuận cầm vào gấu tay găng đã lộn	Không để tay chưa đi găng chạm vào mặt ngoài của găng
		Mang găng cho tay thuận: Luồn tay thuận vào găng. Kéo cẩn thận găng tay lên cao sao cho phần găng tay gấp lên không bị cuộn ở cổ tay	
		Lấy găng còn lại: Sử dụng 4 ngón tay thuận đã đi găng luồn dưới cổ găng đã gấp của găng kia (<i>mặt ngoài găng</i>)	
		Mang găng cho tay còn lại: Mang găng cho tay còn lại. Kéo cổ tay găng lên cho tay còn lại cẩn thận	Không để tay đã đi găng chạm vào da tay kia
		Điều chỉnh găng: Đan hai tay vào nhau. Kéo găng ôm sát các ngón tay và kín cổ tay áo (<i>nếu mặc áo phẫu thuật</i>)	
		Giữ găng vô khuẩn: Sau khi đi găng hai tay giơ lên phía trước ngực	Không chạm vào các vật dụng vô khuẩn
4	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn dụng cụ theo quy định	

7. THEO DÕI

Theo dõi, đánh giá găng sau khi mang phát hiện tình trạng găng thủng, hỏng không đảm vô khuẩn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Xuân và Trần Thị Thuận (2009). Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản tập 1, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
2. Trần Thị Thuận (2007). Điều dưỡng cơ bản 1, Nhà xuất bản y học.
3. Nguyễn Tuấn Cường (2008). Điều dưỡng điều dưỡng Ngoại khoa tập 1, Nhà xuất bản giáo dục, Hà Nội

Phụ lục

Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Bác sĩ/Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Găng tay vô khuẩn	Đôi	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Bàn sạch	Cái	01
4.2	Xô túi đựng chất thải y tế	Cái	03

16. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY VỚI DUNG DỊCH CHỨA CỒN

1. ĐẠI CƯƠNG

Vệ sinh tay (VST) là một trong biện pháp quan trọng giúp phòng ngừa lây nhiễm bệnh viện. Việc VST cần phải được thực hiện thường xuyên mọi lúc mọi nơi, theo đúng 5 thời điểm rửa tay trong quá trình chăm sóc, điều trị người bệnh (NB). Vệ sinh tay có nhiều phương pháp như vệ sinh tay với xà phòng và nước sạch; vệ sinh tay với dung dịch chứa cồn.

Vệ sinh tay chứa cồn là sử dụng dung dịch chứa cồn vệ sinh tay nhằm giảm lượng vi khuẩn trên tay.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vệ sinh tay với dung dịch có chứa cồn khi bàn tay khô (*bàn tay ướt cồn sẽ loãng, lâu khô, hiệu quả sát khuẩn không đạt chuẩn*), không dính máu và dịch cơ thể, trong chăm sóc, điều trị, sau khi tháo bảo phòng tiện phòng hộ cá nhân.

- Tại những nơi không thể lắp đặt bồn rửa tay và những nơi các thao tác chăm sóc không có nguy cơ dính máu và dịch cơ thể người bệnh.

- Theo Tổ chức y tế thế giới thời điểm nhân viên y tế vệ sinh tay cần phải tuân thủ nghiêm ngặt tại 5 thời điểm:

1. Trước khi tiếp xúc với NB
2. Trước khi làm thủ thuật vô trùng
3. Sau khi tiếp xúc với dịch và máu dịch cơ thể
4. Sau khi tiếp xúc NB
5. Sau khi đụng chạm vào những vùng xung quanh NB

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi tay có dính máu, dịch cơ thể khi chăm sóc, điều trị cho người bệnh, hoặc vết bầm nhìn thấy được.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: Bác sĩ/Điều dưỡng/KTV/NHS và tất cả mọi người làm trong môi trường bệnh viện.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

Dung dịch vệ sinh tay chứa cồn (isopropanol, ethanol, n-propanol) hoặc kết hợp 2 trong các thành phần này hoặc kết hợp với 1 chất khử khuẩn khác.

5.4. Trang thiết bị

5.5. Người bệnh

5.6. Hồ sơ bệnh án





5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: tối thiểu 30 giây



5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Bố trí ở tất cả các khu vực chăm sóc người bệnh: mỗi đầu giường, trên xe tiêm, xe thay băng, phòng khám bệnh, trước cửa lối ra vào, thang máy, hàng lang...

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/Mục đích
1	Bước 1	Lấy 3 -5ml dung dịch VST có chứa cồn và chà hai lòng bàn tay vào nhau	
2	Bước 2	Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại	
3	Bước 3	Chà hai lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ trong ngón tay	
4	Bước 4	Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia	

5	Bước 5	Dùng lòng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại	
6	Bước 6	Xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại cho đến khi tay khô	

7. LƯU Ý

- Cắt ngắn móng tay
- Tháo bỏ toàn bộ trang sức trên tay (nhẫn, vòng đeo tay, đồng hồ...)
- Mỗi bước chà 5 lần, tổng thời gian tối thiểu 30 giây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng bộ Y tế về việc Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
2. Thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản (2010); Đỗ Đình xuân, Trần Thị Thuận; nhà xuất bản Y học

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Bác sĩ/Điều dưỡng/KTV	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	05
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		

17. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ VỆ SINH TAY THƯỜNG QUY BẰNG XÀ PHÒNG VÀ NƯỚC

1. ĐẠI CƯƠNG

Vệ sinh tay (VST) là một trong biện pháp quan trọng giúp phòng ngừa lây nhiễm bệnh viện. Việc VST cần phải được thực hiện thường xuyên mọi lúc mọi nơi, theo đúng 5 thời điểm rửa tay trong quá trình chăm sóc, điều trị người bệnh (NB). Các phương pháp vệ sinh tay với xà phòng và nước sạch; phương pháp vệ sinh tay với dung dịch chứa cồn.

Vệ sinh tay thường quy (Hand hygiene) là kỹ thuật dùng xà phòng thường và nước sạch để loại bỏ vi khuẩn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bất cứ khi nào bàn tay có dính máu và dịch cơ thể có thể nhìn thấy được bằng mắt, trong quá trình chăm sóc, điều trị NB (làm thủ thuật xâm lấn, chăm sóc vệ sinh thân thể NB, xử lý dụng cụ bẩn, chất thải...) mặc dù có mang găng tay, nghi ngờ thùng găng hoặc tháo bất cẩn làm tiếp xúc nguồn nhiễm.

- Theo Tổ chức y tế thế giới Thời điểm nhân viên y tế cần vệ sinh tay phải tuân thủ nghiêm ngặt tại 5 thời điểm:

1. Trước khi tiếp xúc với NB
2. Trước khi làm thủ thuật vô trùng
3. Sau khi tiếp xúc với dịch và máu dịch cơ thể
4. Sau khi tiếp xúc NB
5. Sau khi đụng chạm vào những vùng xung quanh NB

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

- Chống chỉ định tương đối trong các trường hợp:

+ Người thực hiện có tổn thương da, vết thương hở, viêm da, chàm, nứt nẻ làm tăng nguy cơ kích ứng khi tiếp xúc với xà phòng và nước.

+ Dị ứng với thành phần của xà phòng.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: Bác sĩ/Điều dưỡng/KTV/NHS và tất cả những người làm trong môi trường bệnh viện.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Nước sạch
- Xà phòng trung tính
- Khăn sạch

- Bình đựng dung dịch xà phòng có vòi định lượng.

5.4. Trang thiết bị

- Bồn rửa tay phải sâu để tránh bắn nước ra bên ngoài và bắn vào người rửa, không có góc cạnh, bề mặt nhẵn để tránh bám bẩn và dễ làm sạch.

- Vòi nước: Vòi cấp nước có cần gạt hoặc khóa vận tự động tốt.

5.5. Người bệnh

5.6. Hồ sơ bệnh án

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: tối thiểu 40-60 giây

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật:







- Tại buồng rửa tay có bồn rửa, vòi nước sạch, xà phòng rửa tay và phương tiện làm khô tay.

- Các khu vực chăm sóc, điều trị, phòng khám, buồng bệnh, buồng thủ thuật...nơi có bố trí bồn rửa tay và yêu cầu vệ sinh tay.

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	Nội dung	Yêu cầu/Mục đích
1	Đứng trước bồn rửa tay, mở nước chảy, không làm bắn ra ngoài	
2	Làm ướt 2 lòng bàn tay bằng nước. Lấy xà phòng hoặc lấy dung dịch rửa tay và xoa đều 2 lòng bàn tay vào nhau	
3	Chà lòng bàn tay này lên mu và kẽ ngoài các ngón tay của bàn tay kia và ngược lại	
4	Chà 2 lòng bàn tay vào nhau, miết mạnh các kẽ trong ngón tay	

5	Chà mặt ngoài các ngón tay của bàn tay này vào lòng bàn tay kia	
6	Dùng bàn tay này xoay ngón cái của bàn tay kia và ngược lại	
7	Chụm, xoay các đầu ngón tay này vào lòng bàn tay kia và ngược lại	
8	Xả sạch dưới vòi nước	
9	Làm khô tay bằng khăn sạch hoặc máy sấy	
10	Dùng chính khăn vừa lau tay để khóa van nước hoặc dùng khuỷu tay gạt van nước	

7. LƯU Ý

- Cắt ngắn móng tay.
- Tháo bỏ toàn bộ trang sức trên tay (nhẫn, vòng đeo tay, đồng hồ...)
- Mỗi bước chà 5 lần, tổng thời gian tối thiểu 30 giây

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng bộ Y tế về việc Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
2. Thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản (2010); Đỗ Đình xuân, Trần Thị Thuận; nhà xuất bản Y học

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Bác sĩ/Điều dưỡng/KTV	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Nước sạch		
3.2	Xà phòng	ml	05
3.3	Khăn	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Bồn rửa tay	Cái	01
4.2	Vòi nước	Cái	01

18. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ RỬA TAY NGOẠI KHOA BẰNG DUNG DỊCH CHỨA CỒN

1. ĐẠI CƯƠNG

Vệ sinh tay (VST) ngoại khoa là quy trình loại bỏ phổ vi khuẩn vãng lai và định cư trên tay (từ bàn tay tới khuỷu tay) nhằm ngăn ngừa lan truyền tác nhân gây bệnh từ tay nhân viên y tế vào vùng mổ.

2. CHỈ ĐỊNH

Trước khi phẫu thuật và làm thủ thuật xâm lấn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dị ứng với cồn hoặc thành phần dung dịch
- Da tay tổn thương, viêm, trầy xước nhiều.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Trang thiết bị

- Dung dịch VST chứa cồn đựng trong phòng kín, có bơm định lượng được cấp tự động hoặc bằng cần gạt tay hoạt động tốt.
- Bồn rửa tay ngoại khoa chuyên dụng bằng inox hoặc các vật liệu dễ vệ sinh, chống trầy xước.
- Khăn sợi bông/khăn giấy sạch lau tay sử dụng một lần.
- Dung dịch xà phòng thường đựng trong bình kín, có bơm định lượng được cấp tự động hoặc bằng cần gạt tay hoạt động tốt.
- Nước rửa tay: Nước máy đạt tiêu chuẩn nước sạch.
- Khăn tiệt khuẩn sử dụng một lần.

5.3. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 4 phút

5.4. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại khu vực rửa tay vô khuẩn trong phòng mổ hoặc gần phòng thủ thuật vô khuẩn.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

STT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu /Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	<ul style="list-style-type: none"> - Trang phục phòng mổ theo quy định, đội mũ, đeo khẩu trang (nếu cần), đi ủng giấy/dép dành riêng cho khu phẫu thuật - Tháo bỏ trang sức: nhẫn, đồng hồ... (nếu có) - Cắt móng tay (nếu móng tay dài) 	
2		Mở vòi nước, làm ướt bàn tay tới khuỷu tay	

	Thì 1: Rửa tay bằng xà phòng thường, không dùng bàn chải, 1 phút	Lấy lượng xà phòng thường 3-5ml vào lòng bàn tay	
		Chà bàn tay như quy trình rửa tay thường quy (lưu ý chà kỹ các kẽ móng tay), sau đó chà cổ tay, căng tay lên tới khuỷu tay	
		Rửa tay dưới vòi nước, theo trình tự từ đầu ngón tay tới khuỷu tay, loại bỏ hoàn toàn xà phòng trên tay	
		Lau khô tay bằng khăn tiệt khuẩn hoặc khăn giấy sạch theo trình tự từ bàn tay tới khuỷu tay	
3	Thì 2: Chà tay bằng dung dịch VST chứa cồn trong thời gian tối thiểu 3 phút	Lấy 3-5ml dung dịch VST chứa cồn vào lòng bàn tay trái, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay phải ngập trong cồn trong 5 giây, sau đó trà cổ tay, căng tay tới khuỷu tay của tay phải (chà cho tới khi tay khô)	Thời gian tối thiểu 30 giây
4		Lấy tiếp 3-5ml dung dịch VST chứa cồn vào lòng bàn tay phải, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay trái ngập trong cồn trong 5 giây, sau đó trà cổ tay, căng tay tới khuỷu tay của tay trái (chà cho tới khi tay khô)	Thời gian tối thiểu 30 giây
5		Lấy tiếp 3-5ml dung dịch VST chứa cồn, chà bàn tay như quy trình VST thường quy (chà lòng bàn tay, mu bàn tay, kẽ ngón, mu ngón, ngón cái, các đầu ngón tay) cho tới khi tay khô	Thời gian tối thiểu 30 giây
6		Lấy tiếp 3-5ml dung dịch VST chứa cồn vào lòng bàn tay trái, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay phải ngập trong cồn trong 5 giây, sau đó trà cổ tay, căng tay tới khuỷu tay của tay phải (chà cho tới khi tay khô)	Thời gian tối thiểu 30 giây
7		Lấy tiếp 3-5ml dung dịch VST chứa cồn vào lòng bàn tay phải, nhúng 5 đầu ngón tay của bàn tay trái ngập trong cồn trong 5 giây, sau đó trà cổ tay, căng tay tới khuỷu tay của tay trái (chà cho tới khi tay khô)	Thời gian tối thiểu 30 giây
8		Lấy tiếp 3-5ml dung dịch VST chứa cồn chà bàn tay như quy trình VST thường quy (chà lòng bàn tay, mu bàn tay, kẽ ngón, mu ngón, ngón cái, các đầu ngón tay) cho tới khi tay khô	Thời gian tối thiểu 30 giây

Chú ý: (1) Nếu thời gian chà tay chưa đủ 3 phút thì lấy tiếp 3-5ml dung dịch VST chứa cồn, chà bàn tay như quy trình VST thường quy cho tới khi đủ 3 phút. (2) Trong quá trình VST, bàn tay luôn hướng lên trên.

6. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- NVYT khi có biểu hiện khô da tay, dị ứng, kích ứng với hóa chất VST làm ảnh hưởng tới việc tuân thủ VST của NVYT cần thông báo bằng văn bản tới khoa kiểm soát nhiễm khuẩn (KSNK). Khoa KSNK có trách nhiệm kiểm tra, đánh giá mức độ biểu hiện không mong muốn và đề xuất lựa chọn loại hóa chất VST thích hợp.

- Mỗi khi sử dụng chế phẩm VST mới, cơ sở KBCB cần đánh giá tác dụng phụ của chế phẩm đó theo phiếu đánh giá tác dụng không mong muốn của hóa chất VST. Những chế phẩm VST có tỉ lệ tác dụng không mong muốn cao thì không được đưa vào sử dụng trong cơ sở khám chữa bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3916/QĐ-BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng bộ Y tế.
2. Thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản (2010); Đỗ Đình Xuân, Trần Thị Thuận; nhà xuất bản Y học.
3. Thông tư 41/2018/TT-BYT ban hành quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về chất lượng nước sạch cho mục đích sinh hoạt.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Bác sĩ/KTV/Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Nước		
3.2	Khăn sợi bông/khăn giấy	Cái	01
3.3	Cồn	ml	10
3.4	Dung dịch xà phòng	ml	05
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Bồn rửa tay	Cái	01

19. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ BƠM RỬA LỆ ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Bơm rửa lệ đạo là kỹ thuật làm sạch đường dẫn lệ, kiểm tra sự lưu thông và làm thông lệ đạo.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chuẩn bị trước các phẫu thuật có can thiệp vào nội nhãn như đục thủy tinh thể, glôcôm.

- Một số trường hợp điều trị viêm loét giác mạc.
- Tắc lệ đạo bẩm sinh ở trẻ nhỏ.
- Viêm tắc tuyến lệ ở người lớn cần thông rửa định kỳ.
- Trước phẫu thuật nội lệ quản đặt silicon.
- Các trường hợp nghi ngờ tắc hẹp lệ đạo.
- Trước khi tiến hành bơm rửa lệ đạo.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm kết mạc
- Áp xe túi lệ
- Viêm đường hô hấp trên
- Viêm mũi họng cấp.

4. THẬN TRỌNG

- Chỉ thực hiện khi có chỉ định
- Dụng cụ vô khuẩn, dung dịch đúng loại, nhiệt độ phù hợp
- Thao tác nhẹ nhàng tránh tổn thương lệ đạo
- Theo dõi sát NB trong và sau thủ thuật.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

- Dung dịch NaCl 0.9%
- Dung dịch Dicain 1%
- Dung dịch kháng sinh nhỏ mắt.

5.3. Vật tư

- Bông ướt vô khuẩn
- Que nong điểm lệ
- Kim lệ đạo
- Bơm tiêm 5ml

- Găng tay sạch.

5.4. Trang thiết bị

- khay chữ nhật
- Panh Kocher

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5 - 10 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật hoặc phòng khám chuyên khoa Mắt.

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- a) Kiểm tra NB
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c) Tư thế NB nằm hoặc ngồi.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	Đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế và NB
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và thuốc theo chỉ định	Đảm bảo đúng đủ dụng cụ tiến hành
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - NB nằm ngửa trên bàn. Nếu là trẻ em thì cần có người giữ cùng - Tra thuốc tê bề mặt 2-3 lần, mỗi lần cách nhau 1-2 phút 	<ul style="list-style-type: none"> - Nếu NB là trẻ nhỏ cần cố định tốt để làm - Bom đúng

		<p>- Người làm thủ thuật đứng ở phía đầu NB</p> <p>* Cách làm: thường bơm nước vào lệ quả dưới. Một tay kéo da mi dưới xuống dưới và ra ngoài để cố định mi và điểm lệ. Tay kia cầm bơm tiêm, đưa kim thẳng góc từ trên xuống vào qua điểm lệ 1mm. Quay bơm tiêm 90⁰ vào lệ quả ngang, song song bờ mi đến túi lệ, khi chạm vào thành xương thì lùi lại 1mm, sau đó từ từ bơm nước vào</p> <p>* Kết quả:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nước xuống miệng chứng tỏ lệ đạo thông - Phải bơm thật mạnh nước mới xuống miệng hoặc nước vừa xuống miệng vừa trào điểm lệ trên chứng tỏ lệ đạo thông nhưng bị hẹp - Nước trào tại chỗ là tắc lệ đạo ở lệ quả dưới - Nước trào ra lệ quả trên: tắc đoạn nào đó từ cổ túi lệ trở xuống ống lệ mũi - Khi lệ đạo tắc có nhiều mủ thì cần rửa sạch sau đó mới tiến hành thông lệ đạo - Hướng dẫn NB tra thuốc, uống thuốc theo đơn của bác sĩ 	điểm lệ
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ bệnh án	<ul style="list-style-type: none"> - Ngày, giờ tiến hành bơm rửa lệ quả - Phản ứng của NB trong quá trình bơm rửa (<i>nếu có</i>). - Tên người điều dưỡng thực hiện. 	Thông tin đầy đủ, chính xác

7. Tai biến

Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 3906/QĐ-BYT ngày 12/10/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Nhãn khoa

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Dung dịch NaCl 0.9%		
2.2	Dung dịch Dicain 1%		
2.3	Dung dịch kháng sinh nhỏ mắt		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bông ướt vô khuẩn	Gói	01
3.2	Que nong điêm lệ	Cái	01
3.3	Kim lệ đạo	Cái	01
3.4	Bơm tiêm 5ml	Cái	01
3.5	Găng tay sạch	Đôi	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.4	Khay quả đậu	Cái	01
4.5	Trụ cắm panh	Cái	01
4.6	Panh	Cái	01
4.7	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

20. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ ĐO NHÃN ÁP BẰNG MAKHLAKOV

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Đo nhãn áp là kỹ thuật đo áp suất bên trong mắt của người bệnh, được gọi là đo áp lực nội nhãn (IOP). Thủ thuật này được sử dụng để kiểm tra xem một người có bị tăng nhãn áp hay không.

- Tăng nhãn áp là một bệnh lý về mắt có thể dẫn tới mù lòa do bị tổn thương các dây thần kinh ở phía sau mắt (dây thần kinh thị giác). Tổn thương đến thần kinh thị giác có thể do sự tích tụ các chất lỏng bên trong mắt của người bệnh do dịch trong mắt không thể thoát ra đúng cách.

1.2. Các yếu tố nguy cơ mắc bệnh tăng nhãn áp

- Người trên 60 tuổi
- Người có tiền sử gia đình với người thân bị Glôcôm
- Người bệnh bị tiểu đường hoặc nhược giáp
- Người bệnh có bệnh về mắt hoặc bị các chấn thương mắt
- Người bệnh bị cận nặng
- Người bệnh đã hoặc đang sử dụng thuốc corticosteroid (thuốc kháng viêm) trong một thời gian dài

NAK Maklakov ra đời và sử dụng từ năm 1885 với ưu điểm là gọn, dễ sử dụng, rẻ tiền và kết quả có thể lưu lại, được sử dụng rộng rãi trong các cơ sở y tế của ở miền Bắc nước ta.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả người bệnh tuổi từ 35 trở lên
- Người trẻ tuổi có những dấu hiệu nghi ngờ glôcôm
- Người ruột thịt của người bệnh glôcôm
- Người bệnh có bệnh về mắt khác hoặc bị chấn thương mắt.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có viêm nhiễm cấp ở mắt.
- Mắt có tổn thương giác mạc: bị loét, trợt biểu mô; bệnh giác mạc bọng; giác mạc phù nặng.
- Mắt chấn thương có vết thương hở.

4. THẬN TRỌNG

- Giải thích để người bệnh hợp tác, không cử động mắt
- Không đo khi mắt viêm, nhiễm trùng, giác mạc tổn thương
- Dụng cụ phải vô khuẩn tuyệt đối
- Nhỏ thuốc tê đúng liều, kiểm tra dị ứng thuốc

- Đặt máy chính xác, tránh lệch vị trí hoặc lực quá mạnh
- Nên đo ít nhất 2 lần để đảm bảo chính xác
- Sau đo, hướng dẫn người bệnh nghỉ, không dụi mắt.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

- Thuốc gây tê bề mặt
- Nước muối sinh lý
- Thuốc kháng sinh.

5.3. Vật tư

- Bông vô khuẩn
- Cồn sát trùng.

5.4. Trang thiết bị

- khay sạch
- Bộ nhãn áp
- Đèn cồn
- Bật lửa.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn tư thế người bệnh: nằm ngửa trên bàn, mắt nhìn thẳng lên trần nhà.
- Tra thuốc tê bề mặt 2 lần vào mắt người bệnh, mỗi lần nhỏ cách nhau 3 phút.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3 - 5 phút cho mỗi mắt

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- a) Kiểm tra NB
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c) Tư thế NB nằm hoặc ngồi.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/ Mục đích
----	----------	----------	----------------------

1	Chuẩn bị điều dưỡng	Mặc trang phục đúng quy định	Đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế và NB
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ và thuốc	- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra thuốc	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Bật đèn cồn - Thực hiện quy trình vô khuẩn dụng cụ đo - Mặc quả cân vào tay cầm, lau sạch quả cân bằng dung dịch cồn sát trùng. Hơ quả cân trên ngọn lửa đèn cồn - Tẩm mực in vào 2 đầu quả cân cho thật đều, hơ lại quả cân lên ngọn lửa đèn cồn - Hướng dẫn người bệnh đưa tay ra trước mắt, mắt nhìn thẳng vào ngón tay trỏ (<i>Nếu đo mắt phải, người bệnh đưa tay trái ra hoặc ngược lại</i>). Điều chỉnh ngón tay của người bệnh sao cho giác mạc nằm ngang và chính giữa khe mi. - Tay phải cầm quả cân, tay trái vành hai mi chú ý không được đè tay vào nhãn cầu. Đặt quả cân thẳng góc chính giữa giác mạc, từ từ đặt quả cân đè lên giác mạc. Đưa nhẹ tay cầm xuống dưới, khi tay cầm đưa xuống quá nửa chiều cao quả cân nhắc nhanh quả cân ra khỏi mắt - Lấy bông tẩm cồn bôi vào giấy, in dấu nhãn áp lên giấy - Dùng thước đo, đo đường kính của diện tiếp xúc, ghi kết quả đo - Tra natriclorua 0,9% hoặc kháng sinh vào mắt vừa đo 	<ul style="list-style-type: none"> - Cố định mắt người bệnh trên một mặt phẳng - Đo chính xác áp lực của mắt lên quả cân
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ bệnh án	<ul style="list-style-type: none"> - Ngày, giờ, kết quả nhãn áp - Phản ứng của người bệnh trong quá 	Thông tin đầy đủ, chính xác

		trình đo (<i>nếu có</i>) - Tên người điều dưỡng thực hiện	
--	--	--	--

7. BIẾN CHỨNG

Xước giác mạc, viêm kết mạc-giác mạc: tra kháng sinh, nước mắt nhân tạo và kháng viêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Căn cứ theo Quy trình kỹ thuật Đo nhãn áp kế Maklakov ban hành kèm theo quyết định 3906/QĐ-BYT năm 2012.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Thuốc kháng sinh	Lọ	01
2.2	Thuốc gây tê bề mặt	Ống	02
2.3	Nước muối sinh lý	Lọ	01
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bông vô khuẩn	Gói	01
3.2	Cồn sát trùng	ml	15
3.3	Găng tay sạch <i>(nếu cần)</i>	Đôi	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chông sóc	Hộp	01
4.3	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.4	Khay quả đậu	Cái	01
4.5	Bộ nhãn áp	Bộ	01
4.6	Đèn cồn	Cái	01
4.7	Bật lửa	Cái	01
4.8	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

21. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ THỤT THUỐC QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thụt thuốc qua đường hậu môn là thủ thuật đưa thuốc vào đại tràng qua đường hậu môn.

1.2. Mục đích

- Làm sạch hậu môn trước phẫu thuật
- Giúp người bệnh dễ đại tiện.

2. CHỈ ĐỊNH

- Viêm loét đại tràng chảy máu có tổn thương nhiều vùng trực tràng đại tràng Sigma
- NB táo bón lâu ngày
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng đặc biệt là phẫu thuật đại tràng
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị
- Trước khi nội soi: Soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn cảm với hoạt chất hay thành phần của thuốc
- Viêm ruột thừa
- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: Thương hàn, viêm hoại tử ruột
- Tắc ruột, xoắn ruột.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc: Tuýp thuốc thụt theo chỉ định

5.3. Vật tư

- Gạc miếng
- Găng sạch
- Săng vô khuẩn

5.4. Trang thiết bị

- khay chữ nhật
- khay quả đậu
- Trụ cắm
- Ga đắp
- Gói kê mông
- Dụng cụ để đồ bẩn

- Tấm nylon
- Bô
- Giấy vệ sinh.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật.

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5 - 7 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- a) Kiểm tra NB
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c) Tư thế NB phù hợp.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế đúng quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ - thuốc	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và thuốc theo chỉ định	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật - Đắp ga, hướng dẫn/hỗ trợ NB cởi quần áo - Cho NB nằm nghiêng trái sát mép giường chân dưới duỗi, chân trên co hoặc nằm tư thế sản khoa - Kê gối dưới mông, trải nylon trên gối 	<ul style="list-style-type: none"> - Giữ cho NB được kín đáo và thoải mái - Đảm bảo đúng tư thế cho NB

		<ul style="list-style-type: none"> - Mở vải đắp để lộ mông NB - ĐD mang găng đúng kỹ thuật - Mở nắp tuýp thụt - Điều dưỡng đứng phía sau lưng ngang hông NB - Đưa đầu tuýp vào hậu môn chéch theo hướng rốn: 2-3 cm rồi đưa song song cột sống ngập 2/3 tuýp thuốc thụt - Bóp nhẹ tuýp thụt từ từ cho đến khi hết thuốc - Khi hết thuốc, rút tuýp thụt - Dẫn NB nhin đi ngoài: 10-15 phút - Bỏ gói kê mông, nylon, giúp NB mặc quần đi vệ sinh (<i>nếu cần</i>) - Thông báo cho NB biết việc đã xong, giúp NB trở về tư thế thoải mái. Cảm ơn NB đã hợp tác 	<ul style="list-style-type: none"> - Gói được kê dưới mông, tấm nylon để tránh thuốc thụt ướt ra ga của NB
7	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
8	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ đúng quy định	
9	Ghi hồ sơ bệnh án	<ul style="list-style-type: none"> - Ngày, giờ thụt thuốc cho NB - Thuốc thụt số lượng, kết quả thụt, tính chất phân - Phản ứng của NB (<i>nếu có</i>) - Tên người điều dưỡng thực hiện 	Thông tin đầy đủ, chính xác

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá toàn trạng NB
- Đánh giá tình trạng hậu môn
- Đánh giá kết quả thực hiện
- Báo cáo bác sĩ các bất thường về tình trạng của NB như đau bụng sau thụt, chảy máu hậu môn sau thụt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Khoa tiêu hóa Bệnh Viện Bạch Mai.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
	Thuốc theo chỉ định	Tuýp	02
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Gạc miếng	Miếng	01
3.2	Găng sạch	Đôi	01
3.3	Săng vô khuẩn	Cái	01
3.4	Giấy vệ sinh	Cuộn	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Khay chữ nhật	Cái	01
4.2	Khay quả đậu	Cái	01
4.3	Trụ cắm	Cái	01
4.4	Bô	Cái	01
4.5	Ga đắp	Cái	01
4.6	Tấm nylon	Cái	01
4.7.	Gối kê mông	Cái	01
4.8	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

22. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ THỤT THÁO CHUẨN BỊ SẠCH ĐẠI TRÀNG

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng qua hậu môn.

1.2. Mục đích

- Làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng
- Thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân và hơi ra ngoài.

2. CHỈ ĐỊNH

- NB táo bón lâu ngày, phình đại tràng bẩm sinh
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng đặc biệt là phẫu thuật đại tràng
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị
- Trước khi nội soi: Soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm ruột thừa
- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột
- Tắc ruột, xoắn ruột.

4. THẬN TRỌNG

- Dung dịch thụt phải ấm (37-40°C), pha đúng nồng độ
- Đưa ống nhẹ nhàng, không quá sâu (≤ 10 cm), tránh tổn thương
- Thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người suy kiệt
- Không lạm dụng để tránh rối loạn đại tiện và điện giải
- Đảm bảo vô khuẩn, vệ sinh đúng quy trình.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc:

- Nước vô khuẩn, ấm 37°-40°
- Lượng nước tùy theo chỉ định:
 - + Người lớn bình thường 500-1000ml không quá 1500ml
 - + Trẻ em 200-750ml

Trường hợp đặc biệt theo chỉ định của bác sĩ.

5.3. Vật tư

- Săng vô khuẩn, canyn thẳng, bông cầu, gạc miếng, găng tay
- Dầu nhờn praphin, béc thụt, ống dây cao su

- Ga đắp, gói kê bông, nilon, giấy vệ sinh.

5.4. Trang thiết bị

- khay chữ nhật to, khay quả đậu
- Trụ cắm 2 panh, cốc
- Cọc treo, dụng cụ đựng nước thụt, ca múc nước
- Dụng cụ đựng đồ bẩn.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15 - 30 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật (phòng kín có nhà vệ sinh).

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra NB
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Tư thế NB phù hợp.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế đúng quy định	Đảm bảo an toàn cho nhân viên y tế và NB
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị nước thụt-dụng cụ	Chuẩn bị đầy đủ nước và dụng cụ	Để đảm bảo quy trình được thực hiện đúng và đủ các bước, tiết kiệm thời gian
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	

6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật - Đắp ga, hướng dẫn/hỗ trợ NB cởi quần - Cho NB nằm nghiêng trái sát mép giường, chân dưới duỗi, chân trên co - Kê gối dưới mông, trải nylon trên gối - Mở vải đắp để lộ mông NB - ĐD mang găng đúng kỹ thuật - Lắp canyn, thử canyn, bôi dầu nhờn - ĐD đứng phía sau lưng ngang hông NB - Đưa canyn vào hậu môn chếch theo hướng rốn 2-3 cm rồi đưa song song cột sống ngập 2/3 canuyn - Mở khóa cho nước chảy từ từ giữ Canuyn, theo dõi nước ở béc, hỏi NB có cảm giác tức bụng không - Khi nước trong béc gần hết, khóa Canuyn lại, nhẹ nhàng rút Canuyn ra. Xả hết nước trong béc và tháo bỏ Canuyn cho vào khay quả đậu - Dặn NB nhịn đi ngoài: 10-15 phút - Bỏ gối kê mông, nylon, giúp NB mặc quần đi vệ sinh (nếu cần) - Thông báo cho NB biết việc đã xong, giúp NB trở về tư thế thoải mái 	<ul style="list-style-type: none"> - Giữ cho NB được kín đáo và thoải mái - Đảm bảo đúng tư thế cho NB - Gối được kê dưới mông, tấm nylon để tránh thuốc thụt ứ đọng ra ga của NB - Canuyn đã được thử và bôi trơn - Canuyn được đưa vào hậu môn - Nước đã được đưa vào lòng đại tràng - Canuyn được rút ra đúng kỹ thuật
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ bệnh án	<ul style="list-style-type: none"> - Ngày, giờ thụt, dung dịch thụt - số lượng thụt cho NB - Kết quả thụt, tính chất phân - Phản ứng của NB (nếu có) - Tên người điều dưỡng thực hiện 	Thông tin đầy đủ, chính xác

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đánh giá toàn trạng NB

- Đánh giá tình trạng hậu môn, tình trạng bụng NB
- Đánh giá kết quả thực hiện: số lượng, tính chất phân, dịch thoát ra ngoài. Có thể phải lặp lại 2-3 lần nếu cần làm sạch hoàn toàn.
- Báo cáo bác sĩ các bất thường về tình trạng của NB như đau bụng sau thụt, chảy máu hậu môn sau thụt, bụng chướng sau thụt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Khoa tiêu hóa Bệnh Viện Bạch Mai.

Phụ lục

Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
	Nước	ml	500-1000
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Săng vô khuẩn	Cái	01
3.2	Canyn thẳng	Cái	01
3.3	Găng tay sạch (nếu cần)	Đôi	02
3.4	Bông cầu	Gói	01
3.5	Gạc miêng	Miếng	02
3.6	Dầu nhờn praphin	ml	10
3.7	Ống dây cao su	Cái	01
3.8	Giấy vệ sinh	Cuộn	01
3.9	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	10
3.10	Khẩu trang	Cái	01
3.11	Bông	Gói	0.5
3.12	Cồn 70°	ml	05
3.13	Mũ	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Khay chữ nhật to	Cái	01
4.2	Khay quả đậu	Cái	01
4.3	Trụ cắm panh	Cái	01
4.4	Cốc	Cái	01
4.5	Pank	Cái	02
4.6	Cọc treo	Cái	01
4.7	Ca mức nước	Cái	01
4.8	Bóc thụt	Cái	01
4.9	Gối	Cái	01
4.10	Tấm nilon	Cái	01
4.11	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

23. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG KHÔNG SINH THIẾT

1. ĐẠI CƯƠNG

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng không sinh thiết là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng. Trong quá trình này chỉ nội soi đơn thuần mà không tiến hành sinh thiết.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tiêu hóa
- Đau thượng vị
- Loét dạ dày - hành tá tràng
- K dạ dày
- Viêm dạ dày
- Hẹp môn vị
- Giun chui ống mật
- Polype dạ dày
- Thiếu máu Biermer
- Crohn - Thiếu máu không rõ nguyên nhân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý ở thực quản có nguy cơ làm thủng thực quản như bong thực quản do hóa chất và thuốc gây hẹp thực quản

- Phình giãn động mạch chủ
- Suy tim nặng
- Nhồi máu cơ tim mới.

* Chống chỉ định tương đối: Người bệnh tâm thần không phối hợp được.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 bác sĩ, 01 kỹ thuật viên phụ, 01 giúp việc.

5.2. Thuốc

- Dung dịch thử UREASE - tesr
- Thuốc tan bọt Simethicon
- K - Y (chất bôi trơn).

5.3. Vật tư

- Găng tay
- Bông gạc

- Giấy lau
- Canuyn
- Bơm tiêm 50ml
- Áo mổ
- Dung dịch rửa tay
- Khẩu trang

5.4. Trang thiết bị

- Máy nội soi thực quản - dạ dày tá tràng ống mềm
- Máy hút
- Nguồn sáng
- Màn hình

5.5. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6-8h trước khi soi, người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật, người bệnh đồng ý soi.
- Cho người bệnh uống thuốc tan bọt dạ dày (*Simethicon*) trước khi soi.

5.6. Hồ sơ bệnh án

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3-5 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng nội soi

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- a) Kiểm tra người bệnh
- b) Thực hiện bảng kiểm tra an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c) Đặt tư thế người bệnh

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ và thuốc	- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra thuốc	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi - Đặt ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt	

		<ul style="list-style-type: none"> - Đưa máy soi qua miệng, hống vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát. Có thể dùng bơm tiêm bơm nước cất vào cho sạch chất bẩn ở những vùng cần quan sát kỹ - Rút máy - Kết thúc quy trình: + Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật + Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo 	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Hoàn thành ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đưa nhầm máy soi vào khí quản, phải rút máy ra và đưa vào thực quản.
- Thủng thực quản, dạ dày. Chuyển khoa ngoại mổ cấp cứu.
- Vào đến lỗ tâm vị quặt ngược đèn quá mức, đầu đèn quay ngược lại thực quản do đó không đưa đèn ra hoặc vào được phải phẫu thuật.
- Chảy máu dạ dày- tá tràng nhất là cắt polype, lấy dị vật.
- Trật khớp hàm - thái dương làm người bệnh không ngậm hàm lại được, nhất là đối với người bệnh bị trật khớp hàm mãn tính (nắn lại khớp hàm - thái dương cho người bệnh, trường hợp khó mời Bác sĩ chuyên khoa để xử trí kịp thời cho người bệnh).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản y học 1999.
2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày- tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch mai. 2001.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	03
1.1	Bác sĩ	Người	01
1.2	Kỹ thuật viên phụ	Người	01
1.3	Giúp việc	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Thuốc tan bột Simethicon (1 lọ 15 ml)	ml	01
2.2	K - Y (1 tuyp 50g)	gram	02
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Dụng cụ		
3.2	Vật liệu		
3.2.1	Găng tay	Đôi	03
3.3	Vật tư khác		
3.3.1	Bông gạc	Miếng	01
3.3.2	Giấy lau	Tờ	02
3.3.3	Canuyn	Cái	01
3.3.4	Bơm tiêm 20ml	Cái	01
3.3.5	Áo mổ	Cái	01
3.3.6	Dung dịch rửa tay	ml	05
3.3.7	Khẩu trang	Cái	03
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm	Cái	01
4.2	Máy hút	Cái	01
4.3	Nguồn sáng	Cái	01
4.4	Màn hình	Cái	01
4.5	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

24. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CÓ SINH THIẾT

1. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tiêu hóa
- Đau thượng vị
- Loét dạ dày - hành tá tràng
- K dạ dày
- Viêm dạ dày
- Hẹp môn vị
- Giun chui ống mật
- Polype dạ dày
- Thiếu máu Biermer
- Crohn
- Thiếu máu không rõ nguyên nhân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý ở thực quản có nguy cơ làm thủng thực quản như bóng thực quản do hóa chất và thuốc gây hẹp thực quản.

- Phòng giãn động mạch chủ.
- Suy tim nặng
- Nhồi máu cơ tim mới.

* Chống chỉ định tương đối: Người bệnh tâm thần không phối hợp được.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên và 01 giúp việc.

5.2. Thuốc

- Dung dịch thử UREASE - tesr
- Thuốc tan bột Simethicon
- K - Y (chất bôi trơn).
- Formol.

5.3. Vật tư

- Găng tay
- Bông gạc
- Giấy lau
- Kim sinh thiết
- Canuyn
- Bơm tiêm 50ml
- Áo mổ
- Dung dịch rửa tay
- Khẩu trang
- Lọ đựng bệnh phẩm có đựng formol.

5.4. Trang thiết bị

- Máy nội soi thực quản - dạ dày tá tràng ống mềm - Máy hút
- Nguồn sáng
- Màn hình.

5.5. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6-8h trước khi soi, người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật, người bệnh đồng ý soi.
- Cho người bệnh uống thuốc tan bọt dạ dày (Simethicon) trước khi soi.

5.6. Hồ sơ bệnh án

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 3 - 10 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng nội soi

5.9. Kiểm tra hồ sơ

- a) Kiểm tra người bệnh
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- c) Đặt tư thế người bệnh

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ và thuốc	- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra thuốc	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	

5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<p>Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mời người bệnh vào phòng nội soi. Hướng dẫn người bệnh nằm lên cang làm thủ thuật, nằm tư thế nghiêng trái, chân phải co, chân trái duỗi - Bác sĩ giải thích về quy trình của cuộc soi, khai thác tiền sử bệnh tật và tiền sử nội soi, động viên người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật - Tiến hành nội soi: <ul style="list-style-type: none"> + Kỹ thuật viên 1 cho người bệnh nhận Canuyn + Bác sĩ đưa dây soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng. Bơm hơi và quan sát tổn thương. Ra chỉ định chụp ảnh minh họa tổn thương + Rút dây soi đến vùng hang vị, dùng kim sinh thiết lấy 01 mảnh bệnh phẩm làm urease test + Khi phát hiện tổn thương nghi ngờ, chụp ảnh tổn thương, kỹ thuật viên 2 đưa kim sinh thiết qua kênh của máy, bác sĩ nội soi dùng kim sinh thiết bấm từ 2-5 mảnh tổn thương, cho vào lọ đựng bệnh phẩm có chứa formol rồi gửi xét nghiệm mô bệnh học + Rút dây soi khỏi người bệnh. Kỹ thuật viên 1 hướng dẫn người bệnh nhả canuyn, đỡ dây soi, vệ sinh dây soi và dụng cụ theo quy trình khử khuẩn - Sau khi kết thúc thủ thuật, Bác sĩ đánh và in kết quả, bổ sung phiếu thủ thuật, xét nghiệm giải phẫu bệnh nếu cần - Sau khi Bác sĩ kết thúc quá trình nội soi, kỹ thuật viên hướng dẫn người bệnh ra khỏi phòng nội soi tới nơi ngồi chờ kết quả - Kết thúc quy trình: <ul style="list-style-type: none"> + Trả và giải thích về kết quả nội soi cho người bệnh + Hướng dẫn người bệnh mang kết quả đến phòng khám ban đầu 	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

Tai biến trong và sau thủ thuật:

- Đưa nhầm máy soi vào khí quản, phải rút máy ra và đưa vào thực quản.
- Thủng thực quản, dạ dày. Chuyển khoa ngoại mổ cấp cứu.
- Vào đến lỗ tâm vị quặt ngược đèn quá mức, đầu đèn quay ngược lại thực quản do đó không đưa đèn ra hoặc vào được phải phẫu thuật.
- Chảy máu dạ dày- tá tràng tại nơi sinh thiết hoặc can thiệp làm thủ thuật
- Trật khớp hàm - thái dương làm người bệnh không ngậm hàm lại được, nhất là đối với người bệnh bị trật khớp hàm mãn tính (*nấn lại khớp hàm - thái dương cho người bệnh, trường hợp khó mời Bác sĩ chuyên khoa để xử trí kịp thời cho người bệnh*).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản y học 1999.
2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày- tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch mai. 2001.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	04
1.1	Bác sĩ	Người	01
1.2	Kỹ thuật viên phụ	Người	02
1.3	Giúp việc	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Dung dịch thử UREASE - tesr.	Cái	01
2.2	Thuốc tan bột Simethicon (1 lọ 15 ml)	ml	01
2.3	K - Y (1 tuyp 50g)	gram	02
2.4	Formol	ml	05
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Dụng cụ		
3.1.1	Kìm sinh thiết	Cái	01
3.2	Vật liệu		
3.2.1	Găng tay	Đôi	04
3.3	Vật tư khác		
3.3.1	Bông gạc	Miếng	01
3.3.2	Giấy lau	Tờ	02
3.3.3	Canuyn	Cái	01
3.3.4	Bơm tiêm 50ml	Cái	01
3.3.5	Áo mổ	Cái	01
3.3.6	Dung dịch rửa tay	ml	05
3.3.7	Khẩu trang	Cái	03
3.3.8	Lọ đựng Formol	Lọ	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm	Cái	01
4.2	Máy hút	Cái	01
4.3	Nguồn sáng	Cái	01
4.4	Màn hình	Cái	01
4.5	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

25. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ NỘI SOI CAN THIỆP LÀM CLO-TEST CHẨN ĐOÁN NHIỄM VI KHUẨN HP

1. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi can thiệp làm Clo - test chẩn đoán nhiễm H.Pylori là kỹ thuật lấy một mẫu bệnh phẩm dạ dày qua nội soi sau đó làm Test urease để xác định tình trạng nhiễm HP của mô dạ dày.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp nội soi dạ dày có tổn thương viêm hoặc loét.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chống chỉ định nội soi dạ dày
- Các trường hợp người bệnh có rối loạn đông máu, cầm máu. Tỷ lệ Prothrombin < 50%. Tiểu cầu < 50 G/l.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 bác sĩ, 01 KTV phụ và 01 giúp việc.

5.2. Thuốc

- Dung dịch thử UREASE - tesr
- Thuốc tan bọt Simethicon
- K - Y (chất bôi trơn).

5.3. Vật tư

- Găng tay
- Bông gạc
- Giấy lau
- Kìm sinh thiết
- Canuyn
- Bơm tiêm 20ml
- Áo mổ
- Dung dịch rửa tay
- Khẩu trang

5.4. Trang thiết bị:

- Máy nội soi thực quản - dạ dày tá tràng ống mềm
- Máy hút
- Nguồn sáng
- Màn hình

5.5. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6-8h trước khi soi, người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật, người bệnh đồng ý soi.

- Cho người bệnh uống thuốc tan bọt dạ dày (*Simethicon*) trước khi soi.

5.6. Hồ sơ bệnh án

5.7. Thời gian thực hiện thủ thuật: 3-10 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng nội soi nội

5.9. Kiểm tra hồ sơ

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ và thuốc	- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ - Kiểm tra thuốc	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi - Đặt ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt - Đưa máy vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi, quan sát - Dùng kim sinh thiết lấy 1 miếng bệnh phẩm ở vùng hang vị dạ dày. Cho bệnh phẩm vào 1 ống chứa sẵn dung dịch test HP - Nếu dung dịch đổi sang màu hồng cánh sen là Test H.Pylori dương tính - Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật - Hoàn thành ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ - Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	

7. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

Tai biến trong và sau thủ thuật:

- Đưa nhâm máy soi vào khí quản, phải rút máy ra và đưa vào thực quản.
- Thùng thực quản, dạ dày. Chuyển khoa ngoại mổ cấp cứu.
- Vào đến lỗ tâm vị quặt ngược đèn quá mức, đầu đèn quay ngược lại thực quản do đó không đưa đèn ra hoặc vào được phải phẫu thuật.
- Chảy máu dạ dày- tá tràng nhất là cắt polype, lấy dị vật.
- Trật khớp hàm - thái dương làm người bệnh không ngậm hàm lại được, nhất là đối với người bệnh bị trật khớp hàm mãn tính (nắn lại khớp hàm - thái dương cho NB, trường hợp khó mời Bác sĩ chuyên khoa để xử trí kịp thời cho người bệnh).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Soi dạ dày - tá tràng. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện Tập I. Nhà xuất bản y học 1999.
2. Phạm Thị Bình. Soi dạ dày- tá tràng. Ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tiêu hóa. Bệnh viện Bạch mai. 2001.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	03
1.1	Bác sĩ	Người	01
1.2	Kỹ thuật viên phụ	Người	01
1.3	Giúp việc	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Dung dịch thử UREASE - tesr.	Cái	01
2.2	Thuốc tan bột Simethicon (1 lọ 15 ml)	ml	01
2.3	K - Y (1 tuyp 50g)	gram	02
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Dụng cụ		
3.1.1	Kìm sinh thiết	Cái	01
3.2	Vật liệu		
3.2.1	Găng tay	Đôi	03
3.3	Vật tư khác		
3.3.1	Bông gạc	Miếng	01
3.3.2	Giấy lau	Tờ	02
3.3.3	Canuyn	Cái	01
3.3.4	Bơm tiêm 50ml	Cái	01
3.3.5	Áo mổ	Cái	01
3.3.6	Dung dịch rửa tay	ml	05
3.3.7	Khẩu trang	Cái	03
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm	Cái	01
4.2	Máy hút	Cái	01
4.3	Nguồn sáng	Cái	01
4.4	Màn hình	Cái	01
4.5	Thùng rác phân loại rác thải	Cái	05

26. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ PHỐI HỢP BÁC SĨ CHỌC DỊCH MÀNG TIM

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Chọc dịch màng ngoài tim là một thủ thuật xâm lấn, bác sĩ đưa kim vào khoang màng ngoài tim để hút hoặc dẫn lưu dịch ra ngoài.

1.2. Mục đích

- Lấy dịch xét nghiệm giúp cho chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân để điều trị.

- Tháo dịch trong 1 số trường hợp tràn máu, tràn mủ ở màng ngoài tim hoặc trường hợp màng ngoài tim có tràn dịch nhiều để điều trị hội chứng chèn ép tim.

- Rửa màng tim bằng dung dịch thuốc để điều trị tại chỗ trong 1 số trường hợp bệnh lý.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chọc dò dịch màng ngoài tim cấp cứu: Người bệnh nghi ngờ ép tim cấp có thay đổi huyết động đe dọa đến tính mạng.

- Chọc dò dịch màng ngoài tim không cấp cứu: Hút dịch màng ngoài tim ở những người bệnh có huyết động ổn định để chẩn đoán nguyên nhân và điều trị.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu chưa được điều chỉnh

- Tăng áp lực động mạch phổi nhiều

- Tràn dịch màng ngoài tim số lượng ít.

4. THẬN TRỌNG

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, đảm bảo vô khuẩn

- Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế, giữ bình tĩnh

- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn trong suốt thủ thuật

- Giữ vùng chọc sạch sẽ, tránh nhiễm khuẩn

- Quan sát kỹ, báo ngay bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường

- Ghi chép rõ lượng và đặc điểm dịch hút ra

- Luôn chuẩn bị sẵn sàng phương tiện cấp cứu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng.

5.2. Thuốc

- Thuốc tê: Novocain, Xylocain 1-2%

- Atropin: 2 ống; Seduxen 10 mg: 1 ống (*khi cần*).

5.3. Vật tư

- 1 kim chọc dò: Dài 5-8cm, đường kính 0,8-1mm
- 1 bơm tiêm 5ml và kim để gây tê
- 1 bơm tiêm 20ml hoặc 50ml
- 1 săng có lỗ và 2 kim kẹp săng
- 1 ống thông màng ngoài tim có khóa dùng dẫn dịch trong trường hợp nhiều dịch
- 1 kim Kocher
- 1 cốc con và gạc củ ấu
- 1 catheter tĩnh mạch trung tâm đặt theo kỹ thuật Seldinger
- Gạc vuông
- 2 đôi găng (*Nếu để găng trong túi thì để riêng*)
- Lọ cồn iod 1%, cồn 70°
- Băng dính, kéo
- Giá đựng 3 ống nghiệm có dán nhãn mã code (*trong đó 1 ống vô khuẩn*).

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sốc
- Phiếu xét nghiệm, hồ sơ bệnh án
- Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ bấm giây
- Dụng cụ sạch khác:
- + 1 khay quả đậu đựng bông bần
- + Bình dung dịch (*nếu có*).
- Các dụng cụ cấp cứu: máy sốc điện, bóng hô hấp, oxy, mặt nạ thở oxy
- Máy theo dõi điện tim, huyết áp, nhịp thở, SpO2...
- Máy siêu âm tim
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Điều dưỡng: Thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình
- Xác định đúng người bệnh, thông báo giải thích cho người bệnh về việc sắp làm và mục đích của việc làm đó
- Hỏi tiền sử dị ứng của người bệnh
- Siêu âm tim qua thành ngực
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp
- Giải thích, động viên người bệnh
- Đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, SpO2

- Cam kết đồng ý làm thủ thuật.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ

- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật

- Đầy đủ các xét nghiệm máu, siêu âm tim, phim X quang tim phổi, phim CLVT (nếu có).

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 20 - 30 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại buồng thủ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

a) Kiểm tra NB

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

c) Tư thế NB nằm hoặc ngồi

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/ mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế đúng quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ - thuốc	- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và thuốc theo chỉ định - Kiểm tra thuốc theo đúng chỉ định	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	- Bộc lộ vùng chọc dịch: Vén áo người bệnh theo hướng cuốn vào trong - Sau khi bác sĩ xác định vùng chọc, điều dưỡng sát khuẩn vùng chọc theo hình xoắn ốc từ trong ra ngoài đường kính 20cm (2 lần cồn 70 ⁰ , 2 lần Iod 1%) - Phối hợp bác sĩ: Điều dưỡng phối hợp bác sĩ vệ sinh tay, đi găng vô khuẩn - Phủ săng có lỗ: Đưa cho bác sĩ săng vô khuẩn, săng có lỗ, kẹp săng - Động viên, an ủi, theo dõi sát người bệnh - Lấy thuốc gây tê: Đưa bơm kim tiêm, kim lấy thuốc (nếu cần), thuốc tê cho bác sĩ	

		<ul style="list-style-type: none"> - Điều dưỡng đi găng thường - Bác sĩ tiến hành chọc dịch: * Nếu hút dịch làm xét nghiệm: <ul style="list-style-type: none"> + Đưa bơm tiêm cho bác sĩ hút dịch + Lấy dịch vào ống nghiệm * Nếu chọc tháo dịch: <ul style="list-style-type: none"> + Đưa bơm cho bác sĩ chọc tháo + Đưa ba chạc, dây truyền, chuẩn bị hệ thống dẫn dịch (<i>bình dung dịch</i>) - Bác sĩ rút kim, điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc, đặt gạc, tháo băng có lỗ, cố định gạc bằng băng dính. - Hướng dẫn người bệnh theo dõi các dấu hiệu bất thường 	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn dụng cụ và phân loại theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi đầy đủ tình trạng người bệnh trước, trong và sau chọc dịch. Hoàn thiện phiếu thủ thuật	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Theo dõi toàn trạng của người bệnh trong và sau thủ thuật.
- Theo dõi vị trí chọc có chảy máu hay bất thường gì không.

7.2. Xử trí tai biến

- Dị ứng thuốc: Cần phải thử phản ứng thuốc gây tê trước khi làm thủ thuật.
- Ngất: Do phản xạ khi chọc kim hoặc người bệnh sợ, hoặc đau, hoặc phản ứng của thuốc tê (Đề phòng, tiêm thuốc trước khi chọc 30 phút, giải thích cho người bệnh trước khi chọc).
 - + Biểu hiện: người bệnh ngất xỉu, mạch nhanh nhỏ khó bắt.
 - + Xử trí: Cho người bệnh nằm tại chỗ, thở oxy, ủ ấm, truyền thuốc vận mạch nâng huyết áp nếu huyết áp tụt.
- Chảy máu: Do chọc vào mạch máu hoặc chọc sâu vào cơ tim. Tiến hành kỹ thuật thận trọng, đúng quy trình.
- Nhiễm khuẩn: Bội nhiễm do dụng cụ hoặc thao tác không vô khuẩn. 2-3 ngày sau chọc người bệnh sốt, tăng bạch cầu (*phòng: dụng cụ vô khuẩn, kỹ thuật đúng quy trình, dùng kháng sinh*).
- Ngừng tim: Can thiệp hồi sức cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 3983/QĐ-BYT quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tim mạch năm 2014.
2. ThS, BS. Khổng Trọng Thắng, Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Central Park bài viết “chọc hút dịch màng tim”.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

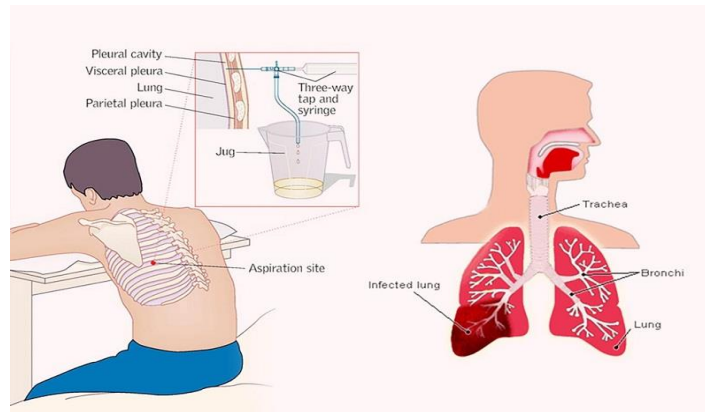
TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	02
1.1	Bác sĩ	Người	01
1.2	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Thuốc tê: Novocain, Xylocain 1-2%	Ống	01
2.2	Atropin 1/4mg (khi cần)	Ống	02
2.3	Seduxen 10 mg (khi cần)	Ống	01
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Kim chọc dò	Cái	01
3.2	Bơm tiêm 5ml	Cái	01
3.3	Bơm tiêm 20ml hoặc 50ml	Cái	01
3.4	Săng có lỗ	Cái	01
3.5	Kim kẹp khăn	Cái	02
3.6	Ống thông màng ngoài tim có khóa	ml	01
3.7	Kim Kocher	Cái	01
3.8	Cốc con	Cái	01
3.9	Gạc củ ấu	Gói	01
3.10	Catheter tĩnh mạch trung tâm	Cái	01
3.11	Găng	Đôi	02
3.12	Cồn iod	ml	10
3.13	Cồn 70°	ml	10
3.14	Băng dính	Cuộn	0.1
3.15	Ống nghiệm có dán nhãn	Cái	03
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.4	Khay quả đậu	Cái	01

4.5	Trụ cấm phanh	Cái	01
4.6	Panh	Cái	01
4.7	Kéo	Cái	01
4.8	Giá đỡ ống nghiệm	Cái	01
4.9	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05
4.10	Bình dung dịch	Cái	01

27. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ PHỐI HỢP BÁC SĨ ĐẶT DẪN LƯU MÀNG PHỔI

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch màng phổi là kỹ thuật sử dụng kim nhỏ chọc hút dịch từ khoang màng phổi. Việc chọc dịch màng phổi giúp lấy xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân, điều trị tràn dịch



2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh tràn dịch màng phổi (có hội chứng 3 giảm trên lâm sàng và hình ảnh tràn dịch màng phổi trên X-quang và/hoặc CLVT ngực, siêu âm lồng ngực).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối:
 - + Có rối loạn đông máu, cầm máu.
 - + Rối loạn huyết động.
 - + Tồn thương da thành ngực vùng định chọc kim qua.

Đối với những trường hợp này, người bệnh cần được điều trị các rối loạn đông cầm máu, huyết động, hô hấp... ổn định trước khi chọc dịch.

4. THẬN TRỌNG

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, đảm bảo vô khuẩn.
- Hướng dẫn người bệnh nằm đúng tư thế, giữ bình tĩnh.
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn trong suốt thủ thuật.
- Giữ vùng chọc sạch sẽ, tránh nhiễm khuẩn.
- Quan sát kỹ, báo ngay bác sĩ nếu có dấu hiệu bất thường.
- Ghi chép rõ lượng và đặc điểm dịch hút ra.
- Luôn chuẩn bị sẵn sàng phương tiện cấp cứu.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ đã được đào tạo kỹ thuật chọc dò dịch màng phổi.
- 01 Điều dưỡng đã được đào tạo phụ giúp chọc dò dịch màng phổi.

5.2. Thuốc

- Thuốc: Atropin 1/4mg: 2 ống
- Lidocain 2% (ống 2ml): 3 ống.

5.3. Vật tư

- 2 kim chọc dò màng phổi, bơm tiêm 10ml, 20ml hoặc 50ml, băng dính, kéo, giá đựng ống nghiệm, ống nghiệm, giấy XN, kim lấy thuốc.

- Găng tay vô khuẩn, găng sạch, gạc miếng to, gạc bọc ống thuốc, bông, săng có lỗ, 2 khay chữ nhật, ống cầm kẹp; Bình đựng dịch có chia vạch, 2 khay hạt đậu, găng sạch, tấm nilon.

- Bộ dụng cụ chọc: 1 kẹp phẫu thuật có máu, 1 kéo thẳng, 2 kẹp sàng, 1 khay hạt đậu, 2 bát kèn, 1 hộp bông cotton, 10 miếng gạc N2, 10 miếng gạc cotton.

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sốc
- Huyết áp, ống nghe, đồng hồ
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Giải thích mục đích, nguy cơ, tai biến của thủ thuật
- Xác định chính xác, nhận định tình trạng, tiền sử dị ứng
- Hướng dẫn NB hít thở theo yêu cầu
- Tiêm dưới da một ống atropin 1/4mg trước khi chọc dịch 15 phút
- Cam kết đồng ý chọc dịch màng phổi.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật
- Đầy đủ các xét nghiệm máu, phim X quang tim phổi, phim CLVT (nếu có).

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 20 - 30 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại buồng thủ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra NB
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật
- Tư thế NB: tốt nhất tư thế cưỡi ngựa trên ghế tựa, trường hợp nặng có thể nằm đầu cao, tay để lên đầu.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

STT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế đúng quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ	- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và thuốc theo chỉ định - Kiểm tra thuốc theo đúng chỉ định	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Bộc lộ vùng chọc dịch: vén áo người bệnh theo hướng cuốn vào trong - Sau khi bác sĩ xác định vùng chọc, điều dưỡng sát khuẩn vùng chọc theo hình xoắn ốc từ trong ra ngoài đường kính 20cm (2 lần cồn 70°, 2 lần Iod 1%) - Phối hợp bác sĩ: Điều dưỡng phối hợp bác sĩ vệ sinh tay, đi găng vô khuẩn - Phủ săng có lỗ: Đưa cho bác sĩ săng vô khuẩn, săng có lỗ, kẹp săng - Động viên, an ủi, theo dõi sát người bệnh - Lấy thuốc gây tê: Đưa bơm kim tiêm, kim lấy thuốc (<i>nếu cần</i>), thuốc tê cho bác sĩ - Điều dưỡng đi găng thường - Bác sĩ tiến hành chọc dịch: <ul style="list-style-type: none"> * Nếu hút dịch làm xét nghiệm: <ul style="list-style-type: none"> + Đưa bơm tiêm cho bác sĩ hút dịch + Lấy dịch vào ống nghiệm * Nếu chọc tháo dịch: <ul style="list-style-type: none"> + Đưa bơm cho bác sĩ chọc tháo + Đưa ba chạc, dây truyền, chuẩn bị hệ thống dẫn dịch (bình dung dịch) - Bác sĩ rút kim, điều dưỡng sát khuẩn vị trí chọc, đặt gạc, tháo săng có lỗ, cố định gạc bằng băng dính. 	

		- Hướng dẫn người bệnh theo dõi các dấu hiệu bất thường	
7	Thu dọn dụng cụ	Dụng cụ cọ rửa và xử lý theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi đầy đủ tình trạng người bệnh trước, trong và sau chọc dịch. Hoàn thiện phiếu thủ thuật	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Các dấu hiệu cường phế vị: sắc mặt thay đổi, mặt tái, vã mồ hôi, hoa mắt chóng mặt, có thể nôn, mạch chậm.

- Khó thở, ho nhiều.

2. Xử trí biến tai biến

- Cường phế vị: đặt người bệnh nằm đầu thấp, gác chân lên cao, tiêm 1 ống Atropin ¼ mg pha loãng 2ml Natriclorua 0,9% tĩnh mạch hoặc 1 ống tiêm dưới da.

- Khó thở, ho nhiều: cho người bệnh nằm đầu cao, thở oxy, khám để phát hiện dấu hiệu tràn khí màng phổi, hoặc phù phổi cấp.

- Nếu tràn khí màng phổi: thở oxy, phối hợp bác sĩ dùng catheter hút khí màng phổi.

- Nếu phù phổi cấp: cấp cứu như phù phổi cấp.

- Tràn máu màng phổi: phối hợp bác sĩ mổ màng phổi dẫn lưu, nếu nặng truyền máu, chuyển ngoại khoa can thiệp phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 1981/QĐ-BYT/2014 về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành Hô hấp".

2. Lê Thị Bình. Điều dưỡng cơ bản. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 2016.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	02
1.1	Bác sĩ	Người	01
1.2	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Lidocain 2% (ống 2ml)	Ống	02
2.2	Atropin 1/4mg	Ống	02
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Kim chọc dò	Cái	02
3.2	Bơm tiêm 10ml	Cái	01
3.3	Bơm tiêm 20ml hoặc 50ml	Cái	01
3.4	Săng có lỗ	Cái	01
3.5	2 kim kẹp khăn	Cái	01
3.6	Kim Kocher	Cái	01
3.7	Cốc con	Cái	01
3.8	Gạc củ ấu	Gói	01
3.9	Găng	Đôi	02
3.10	Bông	Gói	0.5
3.11	Gạc	Miếng	2
3.12	Cồn iod	ml	10
3.13	Cồn 70°	ml	10
3.14	Băng dính	Cuộn	0.1
3.15	Kéo	Cái	01
3.16	Ống nghiệm có dán nhãn	ống	03
3.17	Kim lấy thuốc	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01

4.4	Khay quả đậu	Cái	01
4.5	Trụ cắm panh	Cái	01
4.6	Panh	Cái	01
4.7	Kéo	Cái	01
4.8	Giá đựng ống nghiệm	Cái	01
4.9	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

28. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHI CƠ GIẬT

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Co giật là rối loạn thần kinh hay gặp (4-10% trẻ co giật trong vòng 16 năm tuổi đầu). Tỷ lệ mắc cao nhất dưới 3 tuổi và giảm dần khi trẻ lớn.

- Là tình trạng cấp cứu có thể gây tử vong trong cơn hoặc để lại di chứng nếu không được sơ cứu tốt.

- Là rối loạn làm gia đình người bệnh lo lắng, mất bình tĩnh nên điều dưỡng cần nắm vững nguyên tắc sơ cứu, xử trí giúp trấn an người bệnh.

- Co giật là tình trạng rối loạn tạm thời về ý thức vận động, cảm giác, thần kinh tự động do sự phóng điện đột ngột quá mức nhất thời của một số neuron thần kinh.

1.2. Nguyên nhân gây co giật

- Co giật do rối loạn chức năng não

+ Co giật do sốt cao

+ Co giật do rối loạn chuyển hóa: hạ đường máu, vàng da nhân, tăng ure máu...

+ Co giật do ngộ độc cấp

- Co giật do tổn thương thực thể ở não - màng não

+ Sang chấn não, u não, dị tật bẩm sinh ở não

+ Xuất huyết não, màng não, áp xe não...

- Động kinh: Vô căn hoặc thứ phát sau tổn thương não

- Mục đích: Tìm ra liệu pháp tốt nhất có thể để cắt cơn giật với ít tác dụng phụ nhất.

1.3. Triệu chứng co giật

- Các triệu chứng co giật thường rất dễ phát hiện:

+ Thiếu tỉnh táo

+ Mất ý thức

+ Mắt đảo ngược

+ Mặt chuyển sang đỏ hoặc tái xanh

+ Thay đổi nhịp thở, kiểu thở

+ Co cứng tay, chân hoặc toàn bộ cơ thể

+ Cánh tay, chân, cơ thể hoặc đầu co giật

+ Không kiểm soát được hành vi

+ Không phản ứng với các tác nhân từ bên ngoài

- Những triệu chứng này thường kéo dài từ vài giây đến vài phút hoặc hơn. Một vài trẻ có thể cấu kính sau cơn co giật do sốt và một số khác sẽ chìm vào giấc ngủ sâu kéo dài khoảng 1 tiếng đồng hồ.

2. CHỈ ĐỊNH: Tất cả người bệnh bị co giật.

3. CHÔNG CHỈ ĐỊNH: Không có

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc: Theo chỉ định của bác sĩ

5.3. Vật tư

- Mặt nạ
- Ống hút
- Máy hút
- Bơm kim tiêm
- Vật nhựa mềm để đè lưỡi
- Nhiệt kế
- Găng tay sạch
- Giấy lót
- Gạc miếng
- Chai dung dịch rửa tay nhanh.

5.4. Trang thiết bị

- Bóp bóng
- Nguồn oxy
- Quạt sưởi (*nếu là mùa đông*)
- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sốc
- khay tiêm chữ nhật, khay quả đậu
- Trụ cắm panh, pank, kéo
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án: Hồ sơ bệnh án theo quy định

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 20 - 30 phút (nếu không có biến chứng hoặc co giật kéo dài).

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại buồng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

a) Kiểm tra NB

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế đúng quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ-thuốc	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và thuốc theo chỉ định	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiên hành	<ul style="list-style-type: none"> * Xử trí khi trẻ co giật - Nói lỏng quần áo cho người bệnh - Cho người bệnh nằm trên mặt phẳng khô, sạch, mềm - Để người bệnh nằm nghiêng sẽ giúp họ dễ thở hơn - Hút đờm rãi nếu có xuất tiết nhiều - Cho thở oxy theo chỉ định (<i>Khi cần</i>) - Thực hiện chỉ định thuốc của bác sĩ - Giữ an toàn cho bệnh nhi (<i>Tránh vật sắc nhọn, té ngã, cắn vào lưỡi</i>) - Theo dõi sát người bệnh cho đến khi hết cơn co giật * Sau cơn co giật - Theo dõi DHST: Nhiệt độ, nhịp thở, mạch, huyết áp - Cởi bớt quần áo, khăn mũ nếu sốt. Lau mát hạ sốt (<i>nếu cần</i>) - Báo bác sĩ về tình trạng sốt. Thực hiện chỉ định - Theo dõi và phát hiện tác dụng phụ của thuốc - Thay đổi tư thế cho người bệnh nếu giật lâu kéo dài và hôn mê ít nhất 3 ngày trở lên 	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	

8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ bệnh án	<ul style="list-style-type: none"> - Ngày, giờ chăm sóc người bệnh bị co giật - Tình trạng người bệnh - Dùng thuốc hạ sốt khi sốt tái lại (<i>nếu có</i>) - Phản ứng của người bệnh (<i>nếu có</i>) - Tên người điều dưỡng thực hiện 	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Co giật có thể gây ra các biến chứng rất nguy hiểm như: Thiếu oxy não, tắc nghẽn đường thở, thậm chí có thể gây tử vong nên cần theo dõi sát sao để báo bác sĩ kịp thời xử trí.

- Đánh giá thường xuyên suốt quá trình nằm viện để kịp thời điều chỉnh điều trị và chăm sóc hiệu quả, tránh tai biến và hậu quả đáng tiếc xảy ra.

- Đánh giá vệ sinh, dinh dưỡng và các lĩnh vực khác hỗ trợ cho việc điều trị và chăm sóc người bệnh bị co giật.

* Những điều cần lưu ý:

- Thay ga giường, quần áo 1-2 lần/ngày. Chăn, ga, gối, quần áo được hấp sấy vô khuẩn.

- Thay đổi tư thế cho người bệnh nếu giật lâu kéo dài và hôn mê ít nhất 3 ngày trở lên phòng chống loét

- Theo dõi DHST: Nhiệt độ, nhịp thở, mạch, huyết áp nếu bất thường báo cáo bác sĩ để phát hiện và đề phòng sớm các biến chứng có thể xảy ra

- Chuẩn bị đầy đủ thuốc và phương tiện phòng cơn co giật tái phát, nếu tái phát cần được xử lý nhanh, kịp thời, tích cực

- Luôn luôn quan sát toàn trạng người bệnh trong quá trình chăm sóc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Căn cứ quyết định số 4064/QĐ- BYT ngày 29/07/2016 quyết định về việc ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh của Bộ y tế.

2. Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 của Bộ y tế Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện.

3. Quyết định số 940/2002/QĐ-BYT ngày 22/02/2002 của Bộ y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập I).

4. Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/03/2004 của Bộ y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II).

5. Tài liệu sinh hoạt Khoa học kỹ thuật Điều dưỡng Bệnh viện nhi đồng 2.

6. Nguyễn Công Khanh, Nguyễn Thanh Liêm. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh trẻ em, nhà xuất bản giáo dục (2006).

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị để thực hiện kỹ thuật kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật...)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Mặt nạ	Cái	01
3.2	Ống hút	Cái	01
3.3	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	15
3.4	Bơm kim tiêm	Cái	01
3.5	Vật nhựa mềm để đè lưỡi	Cái	01
3.6	Găng tay sạch	Đôi	02
3.7	Giấy lót	Miếng	01
3.8	Gạc miếng	Cái	02
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.4	Khay quả đậu	Cái	01
4.5	Trụ cắm panh	Cái	01
4.6	Panh	Cái	01
4.7	Kéo	Cái	01
4.8	Bóp bóng	Cái	01
4.9	Nguồn oxy	Cái	01
4.10	Quạt sưởi	Cái	01
4.11	Máy hút	Cái	01
4.12	Nhiệt kế	Cái	01
4.13	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

29. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH NHI HEN PHẾ QUẢN

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Hen phế quản ở trẻ là tình trạng viêm mãn tính đường hô hấp tạo nên những giai đoạn tắc nghẽn từng đợt ngắn hoặc kéo dài.

- Hen được định nghĩa bởi bệnh sử có các triệu chứng hô hấp như: Khò khè, khó thở, nặng ngực và ho, các triệu chứng này thay đổi theo thời gian và về cường độ, cùng với giới hạn luồng khí thở ra dao động.

1.2. Cơ chế của hen phế quản rất phức tạp về cơ bản có 3 cơ chế

- Viêm mãn tính đường thở ngay cả khi hen phế quản đã được kiểm soát.

- Tăng đáp ứng đường thở khi tiếp xúc yếu tố khởi phát (dị ứng, nhiễm khuẩn hô hấp, hít thuốc lá thụ động, ô nhiễm không khí, thay đổi thời tiết, gắng sức, tâm lý...).

- Giới hạn luồng khí biểu hiện thành các triệu chứng ho, khò khè, nặng ngực - triệu chứng điển hình của cơn hen cấp tính.

1.3. Mục đích

Giảm co thắt cắt cơn hen cấp cho trẻ một cách an toàn và hiệu quả.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh lý hen phế quản, khó thở

- Cơ địa dị ứng, tiếp xúc môi trường tiếp xúc thuốc lá hoặc môi trường ô nhiễm

- Cha mẹ bị hen suyễn

- Một số bệnh bị nhiễm trùng hô hấp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ khó thở khi tiếp xúc các dị nguyên

- Không cho trẻ vận động mạnh (Cười nhiều, đánh trẻ, khóc...)

- Yếu tố tinh thần, shock hoặc stress kéo dài có thể dẫn tới khởi phát cơn hen

- Hoạt động thể chất quá sức dẫn tới khó thở, hô hấp dồn dập.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

- Vinsolon 40 mg (Methylprednisolon)

- Ventolin 2,5 mg khí dung

- Pulmicort

- Adrenaline

- Nước cất

- Natriclorid 9% 500ml.

5.3. Vật tư

- Bơm 10ml
- Bơm 5ml
- Kim luồn tĩnh mạch
- Kim tiêm pha thuốc
- Dây truyền
- Găng tay
- Dây garo
- Ống nghiệm
- Băng dính
- Dây thở oxy
- Mask khí dung
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Bông
- Cồn 70°
- Mũ, khẩu trang.

5.4. Trang thiết bị

- Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng
- Hộp chống sốc
- Máy khí dung
- Máy monitor
- Máy hút đờm dãi
- khay tiêm chữ nhật, khay quả đậu
- Trụ cầm panh, panh, kéo
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 20 - 30 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại buồng bệnh

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

a) Kiểm tra NB

b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế đúng quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ -thuốc	Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và thuốc theo chỉ định	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<ul style="list-style-type: none"> - Vô vè, động viên, giải thích bệnh nhi và người nhà giúp trẻ tránh lo lắng sợ hãi và hợp tác - Đặt bệnh nhi có biểu hiện khó thở ở tư thế đầu cao, gắn hệ thống oxy, nới rộng áo vùng cổ ngực - Theo dõi các dấu hiệu lâm sàng: Đếm nhịp thở, dấu hiệu co kéo cơ hô hấp, tím tái - Hút dịch xuất tiết mũi họng (<i>Nếu có</i>) - Cho thở khí dung theo chỉ định - Cho thở oxy theo chỉ định (<i>Khi cần</i>) - Thực hiện thuốc theo chỉ định của bác sĩ - Theo dõi dấu hiệu sinh tồn 2 lần/ngày, cân trẻ hàng ngày - Chế độ ăn đủ dinh dưỡng - Hướng dẫn biện pháp không chế bệnh hen và không làm cơn hen xuất hiện - Thông báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh trở về tư thế thoải mái. Cảm ơn người bệnh đã hợp tác 	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	

9	Ghi hồ sơ bệnh án	<ul style="list-style-type: none"> - Ngày, giờ chăm sóc người bệnh - Tình trạng người bệnh - Phản ứng của người bệnh (<i>nếu có</i>) - Tên người điều dưỡng thực hiện 	
---	-------------------	---	--

7. THEO DÕI, PHÒNG NGỪA BỆNH HEN PHẾ QUẢN

- Kiểm tra tình trạng hô hấp: Tính chất khó thở, tần suất thở, màu sắc, số lượng đờm, cân nặng, chiều cao, nhiễm khuẩn, phù...

- Đánh giá kết quả chăm sóc, kết quả xét nghiệm...

- Theo dõi: tần số tim mạch, huyết áp...

- Báo cáo bác sĩ các bất thường về tình trạng của người bệnh: sốt, khó thở tăng dần lên.

* Những điều cần lưu ý:

- Thay ga giường, quần áo 1-2 lần/ngày

- Luôn giữ họng sạch sẽ, làm sạch dịch ở phế quản và để người bệnh nằm đầu cao

- Dùng các loại thuốc giãn phế quản theo chỉ định của bác sĩ

- Sử dụng Corticoid kết hợp điều chỉnh nước và điện giải

- Sử dụng máy thở oxy nếu có tình trạng suy hô hấp

- Tránh yếu tố làm tăng nguy cơ dị ứng hoặc gây stress, căng thẳng kéo dài

- Điều trị triệt để ổ nhiễm đường hô hấp trên

- Luôn luôn quan sát toàn trạng người bệnh trong quá trình chăm sóc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Căn cứ quyết định số 4068/QĐ-BYT ngày 29/7/2016 quyết định về việc ban hành hướng dẫn biên soạn quy trình chuyên môn khám bệnh, chữa bệnh của Bộ y tế.

2. Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 của Bộ y tế Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện.

3. Quyết định số 940/2002/QĐ-BYT ngày 22/2/2002 của Bộ y tế về việc ban hành Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập I).

4. Quyết định số 1108/2004/QĐ-BYT ngày 29/3/2004 của Bộ y tế về việc ban hành hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh (Tập II).

5. Tài liệu sinh hoạt Khoa học kỹ thuật Điều dưỡng Bệnh viện nhi đồng 2.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	02
1.1	Bác sĩ	Người	01
1.2	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
2.1	Vinsolon 40 mg (Mythylprednisolon)	Lọ	1
2.2	Ventolin 2,5 mg khí dung	Tuýp	1
2.3	Pulmicort	Tuýp	1
2.4	Adrenaline	Ống	1
2.5	Nước cất	ml	1
2.6	Natriclorid 9% 500ml	Chai	1
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Bơm 10ml	Cái	01
3.2	Bơm 5ml	Cái	01
3.3	Kim luồn tĩnh mạch	Đôi	01
3.4	Kim tiêm pha thuốc	ml	01
3.5	Dây truyền	Cái	01
3.6	Găng tay	Đôi	02
3.7	Dây garo	Cái	01
3.8	Ống nghiệm	Ống	02
3.9	Băng dính	Cuộn	0.1
3.10	Dây thở oxy	Cái	01
3.11	Mask khí dung	Cái	01
3.12	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	30
3.13	Bông	Gói	½ gói
3.14	Cồn 70°	ml	30
3.15	Mũ	Cái	01
3.16	Khẩu trang	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		

4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sóc	Hộp	01
4.3	Máy khí dung	Cái	01
4.4	Máy monitor	Cái	01
4.5	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.6	Khay quả đậu	Cái	01
4.7	Trụ cắm panh	Cái	01
4.8	Panh	Cái	01
4.9	Kéo	Cái	01
4.10	Máy hút đờm rãi	Cái	01
4.11	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

30. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ CHIẾU ĐÈN CHO NGƯỜI BỆNH SƠ SINH VÀNG DA

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Khái niệm

- Vàng da là do tình trạng tăng bilirubin trong máu. Bilirubin là sắc tố có màu vàng, có khả năng hấp thụ ánh sáng. Ở trẻ sơ sinh vàng da xuất hiện khi lượng bilirubin cao hơn 7mg/dl (120mmol/L).

- Chiếu đèn (ánh sáng liệu pháp) là dùng ánh sáng xanh hoặc trắng để chuyển bilirubin tự do thành photobilirubin tan trong nước, không độc với tế bào não và đào thải ra ngoài theo nước tiểu.

1.2. Mục đích

Giảm lượng bilirubin trong máu, giúp trẻ tránh được thủ thuật thay máu, không bị biến chứng vàng ra nhân não.

1.3. Nguyên tắc kỹ thuật

- Chiếu để có hiệu quả
- Đảm bảo an toàn cho trẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vàng da sớm
- Vàng da lan rộng đến tay, chân
- Chỉ định chiếu đèn dựa trên lâm sàng, mức bilirubin máu.
- Ngưỡng bilirubin cụ thể theo tuổi giờ:
 - + 0h: 70 $\mu\text{mol/l}$
 - + 24h: 140 $\mu\text{mol/l}$
 - + 48h: 190 $\mu\text{mol/l}$
 - + 72h: 240 $\mu\text{mol/l}$
 - + 96h: 260 $\mu\text{mol/l}$

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Trẻ vàng da do tăng bilirubin trực tiếp.

4. THẬN TRỌNG

- Theo dõi vàng da mỗi ngày nhất là mắt, da, lòng bàn tay/chân.
- Phát hiện sớm dấu hiệu nặng: bú kém, lừ đừ, co giật, vàng da sớm/kéo dài.
- Không tự điều trị tại nhà, tránh tắm lá, chiếu đèn không đúng cách.
- Giữ ấm, chăm sóc da nhẹ nhàng, tránh nhiễm lạnh/nhiễm trùng.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Sonde cho ăn, bơm cho ăn (*nếu trẻ không bú được*)
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Tã lót, bím
- Mũ
- Khẩu trang.

5.4. Trang thiết bị

- Lòng áp
- Nôi chiếu đèn
- Đèn chiếu
- Băng che mắt
- Kính bảo vệ
- Ga, gối
- Nhiệt kế
- Bão hòa oxy
- Máy đo bilirubin qua da (*nếu có*)
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Đặt NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Mỗi lần gián đoạn không quá 30 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại buồng bệnh.

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- a) Kiểm tra NB
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

STT	Tên bước	Nội dung	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	

3	Chuẩn bị môi trường, dụng cụ	- Lòng áp: vệ sinh sạch, điện hoạt động tốt, cài đặt thông số - Nôi chiếu đèn: trải ga, quần ô - Đèn chiếu: đủ tiêu chuẩn ánh sáng	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	- Điều chỉnh nhiệt độ lòng phụ thuộc vào nhiệt độ người bệnh, cân nặng, ngày tuổi - Điều chỉnh khoảng cách từ đèn đến bệnh nhi là 30-50cm - Rửa tay/sát khuẩn tay - Đặt trẻ vào lòng hoặc giường sưởi - Băng mắt cho trẻ bằng vải đen, kín mắt, không che mũi - Bộc lộ da người bệnh đến mức tối đa: cởi áo, đóng bím che kín bộ phận sinh dục (gập bím dưới rốn, phần lưng gập bím ngang hông) - Bật công tắc đèn chiếu - Theo dõi, chăm sóc trẻ khi chiếu đèn	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi chép hồ sơ bệnh án	Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau khi chiếu đèn	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Mức độ vàng da của trẻ:

- + Đánh giá mức độ vàng da 04-06 giờ/lần, làm xét nghiệm theo chỉ định.
- + Tinh thần, trương lực cơ, phản xạ bú để phát hiện sớm nguy cơ vàng da nhân não.
- + Chiếu đèn tích cực phối hợp nhiều đèn nếu mức độ vàng da tăng.

- Theo dõi toàn trạng:

- + Toàn trạng, hô hấp, tim mạch, thân nhiệt, vị trí băng mắt.
- + Theo dõi nhiệt độ lòng áp, nhiệt độ phòng, thân nhiệt người bệnh.
- + Theo dõi dịch truyền, chế độ ăn.
- + Theo dõi dấu hiệu tiêu hóa: số lượng ăn, dịch dạ dày, nôn, chướng bụng, phân.
- + Theo dõi dấu hiệu mất nước

- + Theo dõi cân nặng
- Thay đổi tư thế 2-4h/lần để tối đa hóa diện tích da được tiếp xúc ánh sáng.
- Chiều đèn liên tục tăng hiệu suất chiếu đèn.
- Cung cấp thêm dịch 10-20 % nhu cầu để tránh mất nước.
- Trẻ được chăm sóc da, rốn, mắt hằng ngày.
- Khi sử dụng phương pháp chiếu đèn không hiệu quả, nguy cơ vàng da nhân não phải chuẩn bị thay máu theo lệnh.
- Kết thúc chiếu đèn khi nồng độ bilirubin thấp.

2. Xử trí tai biến

- Tác dụng phụ khi chiếu đèn: Rối loạn thân nhiệt tăng, kích thích, đi ngoài phân lỏng, mẩn đỏ.

- Tai biến khi chiếu đèn:

+ Tồn thương mắt

Phòng: Theo dõi kiểm tra vị trí bằng mắt, che mắt trước khi chiếu đèn.

+ Mất nước: mất nước qua da

Phòng: Đảm bảo chế độ ăn và dịch chuyển (nếu có).

+ Bỏng: Do nhiệt độ môi trường quá cao không kiểm soát được

Phòng: Theo dõi nhiệt độ lồng ấp, nhiệt độ người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Công Chánh, Điều dưỡng nhi khoa: 2011
2. Điều trị và chăm sóc trẻ sơ sinh 2010 Nguyễn Tiến Dũng
3. Hội chứng vàng ra trẻ sơ sinh. Bài giảng Nhi khoa tập 1; 2009; 157-166.

Phụ lục**Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh**

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Sonde cho ăn <i>(nếu có)</i>	Cái	01
3.2	Bơm cho ăn <i>(nếu có)</i>	Cái	01
3.3	Bim	Cái	01
3.4	Tã lót	Cái	01
3.5	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh	ml	05
3.6	Mũ	Cái	01
3.7	Khẩu trang	Cái	01
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Lông áp	Cái	01
4.2	Nôi chiếu đèn	Hộp	01
4.3	Đèn chiếu	Cái	01
4.4	Băng che mắt	Cái	01
4.5	Kính bảo vệ	Cái	01
4.6	Ga	Cái	01
4.7	Gối	Cái	01
4.8	Máy đo bilirubin qua da <i>(nếu có)</i>	Cái	01
4.9	Nhiệt kế	Cái	01
4.10	Bão hòa oxy	Cái	01

31. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH LYELL QUA ĐƯỜNG SONDE DẠ DÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

- Dinh dưỡng đối với người bệnh vô cùng quan trọng, nó góp phần rất lớn trong kết quả điều trị. Với người bệnh dị ứng thuốc Lyell cũng vậy, đối với người bệnh không hoặc ít tổn thương niêm mạc miệng thì mình có thể cho người bệnh tự ăn những thực phẩm giàu dinh dưỡng qua đường miệng, nhưng với những người bệnh có tổn thương niêm mạc miệng nhiều, không thể tự ăn ta phải đặt sonde dạ dày cho người bệnh.

- Cũng như trong các trường hợp bệnh khác việc đặt sonde dạ dày cho người bệnh ăn cũng qua trình tự các bước sau, nhưng chú ý do đặc điểm của người bệnh Lyell là có tổn thương niêm mạc nên quá trình đặt sonde cần hết sức nhẹ nhàng tránh làm tổn thương thêm niêm mạc miệng, mũi, họng của người bệnh.

1.2. Mục đích

Đưa một lượng thức ăn (sữa, súp, ...) với mục đích nuôi dưỡng cho người bệnh không tự ăn được, qua một ống sonde được đặt từ mũi (hoặc miệng) qua thực quản vào dạ dày.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không tự nuốt được hoặc không thể dùng miệng để đưa thức ăn vào dạ dày được.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Loét thực quản - dạ dày chưa kiểm soát được
- Áp xe thành họng mà không thể làm thủ thuật đặt sonde
- Nôn liên tục
- Tình trạng kém hấp thu trầm trọng (dịch tồn dư quá lớn, thường trên 500ml sẽ không tiến hành cho ăn qua đường tiêu hóa)
- Người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Ống thông Levin
- Bơm cho ăn
- Gạc
- Dầu nhòn paraffin
- Đè lưới

- Tấm nilon
- Khăn bông to
- Khăn bông nhỏ
- Găng tay sạch
- Tấm bông, nước muối
- Cốc đựng thức ăn có thang chia độ
- Cốc đựng nước chín, nước chín, thức ăn
- Băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- Khay vô khuẩn, bát kền
- Ống trụ cắm 1 kim Kocher
- Khay chữ nhật sạch
- Khay hạt đậu
- Kéo
- Ống nghe
- Nhiệt kế đo nhiệt độ thức ăn
- Hồ sơ bệnh án
- Khay hạt đậu đựng dụng cụ đã sử dụng
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-20 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại giường bệnh.

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- a) Kiểm tra NB
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ-thuốc	- Chuẩn bị dụng cụ đầy - Thức ăn dạng lỏng (có thể là súp, cháo, hoặc sữa...) theo chỉ định	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	Đề người bệnh nằm tư thế thích hợp (Đề người bệnh nằm đầu bằng kê gối mỏng dưới vai và ngửa cổ nên để tránh gập góc hầu họng-thực quản)	
		- Trải nylon và khăn trước ngực - Đặt khay hạt đậu cạnh má người bệnh	
		- Vệ sinh mũi, cắt băng dính - Rót dầu Paraphin - Bóc bom cho ăn, ống thông vào khay vô khuẩn - Điều dưỡng đi gang sạch	
		- Đo ống thông: + Đặt qua đường mũi: Đo từ cánh mũi tới dải tai cùng bên và vòng xuống mũi ức + Đặt qua đường miệng: Từ cung răng cửa đến rốn - Đánh dấu vị trí đo bằng băng dính - Dùng gạc bôi trơn đầu ống thông 7-10cm	Không được chạm ống vào NB trong lúc đo
		- Đưa ống thông qua nhẹ nhàng mũi hoặc đường miệng tới ngã ba hầu họng - Hướng dẫn NB nuốt hoặc gập đầu về phía trước ngực, tiếp tục đưa ống thông theo nhịp nuốt đến chỗ đánh dấu	Rút ống thông ngay nếu NB có dấu hiệu bất thường
- Dùng que đũa lưỡi kiểm tra ống thông có cuộn trong miệng không? - Kiểm tra ống thông bằng 1 trong 3 cách:			

		<ul style="list-style-type: none"> + Nghe hơi vùng thượng vị + Dùng bơm hút dịch dạ dày + Nhúng đầu ngoài ống thông vào cốc nước - Cố định ống thông bằng băng dính 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Dùng bơm 50ml hút 10-20ml nước chín bơm vào dạ dày để tráng ống - Kiểm tra thức ăn, lấy thức ăn vào bơm 50ml và đuổi khí - Bơm ăn: Lắp bơm vào ống thông, bơm từ từ đến khi hết 	Theo dõi sắc mặt của NB trong suốt quá trình cho ăn
		<ul style="list-style-type: none"> - Bơm nước chín tráng ống thông - Nếu lưu ống thông: Nút kín đầu ống, ghi ngày đặt ống thông - Nếu rút ống thông: Nút kín đầu ống, cầm gạc vừa rút vừa lau ống, rút ống từ từ còn khoảng 20cm kẹp chặt rồi rút hết - Lau mặt, miệng cho NB - Giúp NB về tư thế thoải mái 	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi đầy đủ thông tin vào phiếu chăm sóc	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến	Đề phòng	Xử trí
- Đưa nhầm vào đường thở: người bệnh ho sặc sụa, mặt tím tái.	- Hướng dẫn người bệnh hợp tác và đưa ống đúng kỹ thuật.	- Rút ngay ống thông, cho NB nghỉ ngơi trước khi đặt lại.
- Tổn thương mũi họng, ống tiêu hóa do động tác thô bạo	- Động tác nhẹ nhàng. - Bôi dầu nhờn đầu ống.	
- Trào ngược thực quản gây sặc.	- Tư thế đầu cao 30 ⁰ nghiêng đầu người bệnh trước khi cho ăn. - Bơm thức ăn từ từ và đúng lượng thức ăn theo chỉ định.	- Cho NB nằm nghiêng sang một bên, hút dịch hầu họng, khí quản (nếu cần). Báo bác sĩ.

*** Những điều cần lưu ý:**

- Mỗi lần cho ăn không quá 250ml, cách nhau 3-4 giờ.
- Không lưu ống thông quá 72 giờ, tốt nhất thay sau 48-72 giờ.
- Trước mỗi lần cho ăn: Kiểm tra ống thông còn trong dạ dày không.
- Kiểm tra dịch tồn dư dạ dày:
 - + Dịch tồn dư <250ml → Bơm trả lại và cho ăn tiếp.
 - + Dịch tồn dư >250-500ml: Bơm trả dịch dạ dày đến 250ml (1/2 lượng dịch tồn dư). Nuôi ăn nhỏ giọt dạ dày tốc độ 10ml-20ml/giờ tăng dần đến khi đạt mục tiêu (bổ sung thuốc làm tăng trống dạ dày).
 - + Dịch tồn dư >500ml: Bơm trả dịch dạ dày đến 250ml và nuôi nhỏ giọt đường tiêu hóa mỗi 6 giờ (nhỏ giọt dạ dày 10ml-20ml/giờ) kết hợp dùng thuốc tăng làm trống dạ dày.
- + Sau 6 giờ thứ nhất dịch tồn dư <500ml tiếp tục làm lại liệu trình. Nếu dịch tồn dư >500ml. Xét dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung hoặc nuôi dưỡng sau môn vị.
 - Vệ sinh mũi, miệng, chân ống hàng ngày. Thay đổi vị trí dán cố định để tránh loét da.
 - Tráng ống sau mỗi lần cho ăn để phòng nhiễm khuẩn.
 - Hướng dẫn người nhà không tự ý rút sonde hoặc cho ăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thường (2019) Điều dưỡng trong chuyên ngành Da liễu. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội – 2019
2. Bộ môn Dị ứng miễn dịch (2009). “Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng” Nhà xuất bản Giáo Dục Việt Nam. 92-113.
3. Trần Văn Hà (2000) Tình hình và một số đặc điểm dị ứng do thuốc tại khoa Dị ứng – MDLS Bệnh viện Bạch Mai (1995-1999), Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, trường Đại học Y Hà Nội.
4. Lê Văn Khang (1998), Dị ứng thuốc, Chuyên đề dị ứng học, Tập 1. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 68-69.
5. Trần Thúy Hạnh, *Kỹ thuật điều dưỡng*, Nhà xuất bản Y học 2013.
6. Hoàng Thị Tuyết (2002), Nhân xét đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điều trị hội chứng Stevens- Johnson tại khoa Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai (2000- 2002), Luận văn Thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
7. Trần Thị Thuận (2008), Điều dưỡng cơ bản 1. Nhà xuất bản Y học.
8. Abood GJ, Nickoloff BJ, Gamelli RL (2008), “Treatment strategies in toxic epidermal necrolysis syndrome: where are we at?”. *J Burn Care Res*, 29(1): 269-76.
9. Aguiar D, Pazo R, Duran I, Terrasa J, Arrivi A, Manzano H, Martin J, Rifa J (2004), “Toxic epidermal necrolysis in patients receiving anticonvulsants and cranial irradiation: a risk to consider”, *J Neurooncol*, 66: 345-350.

10. Aydin F, Cokluk C, Senturk N, Aydin K, Canturk MT, Turanli AY (2006), “Stevens-Johnson syndrome in two patients treated with cranial irradiation and phenytoin”, J Eur Acad Dermatol Venereol, 20:588-590.

Phụ lục

Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Ống thông Levin	Cái	01
3.2	Bơm cho ăn	Cái	01
3.3	Gạc	Miếng	01
3.4	Dầu nhờn paraphin	ml	05
3.5	Đè lưỡi	Cái	01
3.6	Tấm nilon	Cái	01
3.7	Khăn bông to	Cái	01
3.8	Khăn bông nhỏ	Cái	01
3.9	Găng tay sạch	Đôi	02
3.10	Tăm bông	Gói	0.5
3.11	Băng dính	Cuộn	0.1
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.4	Khay quả đậu	Cái	01
4.5	Trụ cắm panh	Cái	01
4.6	Panh	Cái	01
4.7	Kéo	Cái	01
4.8	Cốc	Cái	02

4.10	Ống nghe	Cái	01
4.11	Nhiệt kế đo nhiệt độ thức ăn	Cái	01
4.12	Giá đựng ống nghiệm	Cái	01
4.13	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

32. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH STEVEN-JONHSON QUA SONDE DẠ DÀY

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Dinh dưỡng đối với người bệnh vô cùng quan trọng, nó góp phần rất lớn trong kết quả điều trị. Với người bệnh dị ứng thuốc Steven - Jonhson cũng vậy, đối với người bệnh không hoặc ít tổn thương niêm mạc miệng thì mình có thể cho bệnh nhân tự ăn những thực phẩm giàu dinh dưỡng qua đường miệng, nhưng với những người bệnh có tổn thương niêm mạc miệng nhiều, không thể tự ăn ta phải đặt sonde dạ dày cho người bệnh.

Cũng như trong các trường hợp bệnh khác việc đặt sonde dạ dày cho người bệnh ăn cũng qua trình tự các bước sau, nhưng chú ý do đặc điểm của người bệnh Steven - Jonhson là có tổn thương niêm mạc nên quá trình đặt sonde cần hết sức nhẹ nhàng tránh làm tổn thương thêm niêm mạc miệng, mũi, họng của người bệnh.

1.2. Mục đích

Đưa một lượng thức ăn (sữa, súp,...) với mục đích nuôi dưỡng cho người bệnh không tự ăn được, qua một ống sonde được đặt từ mũi (hoặc miệng) qua thực quản vào dạ dày.

2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không tự nuốt được hoặc không thể dùng miệng để đưa thức ăn vào dạ dày được.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Loét thực quản-dạ dày chưa kiểm soát được
- Áp xe thành họng mà không thể làm thủ thuật đặt sonde
- Nôn liên tục
- Tình trạng kém hấp thu trầm trọng (dịch tồn dư quá lớn, thường trên 500ml sẽ không tiến hành cho ăn qua đường tiêu hóa)
- Người bệnh không hợp tác.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

- Ống thông Levin
- Bơm cho ăn phù hợp
- Gạc
- Dầu nhờn paraffin

- Đè lưới
- Tấm nilon
- Khăn bông to
- Khăn bông nhỏ
- Găng tay sạch
- Tấm bông, nước muối
- Cốc đựng thức ăn có thang chia độ
- Cốc đựng nước chín, thức ăn
- Băng dính.

5.4. Trang thiết bị

- khay vô khuẩn, bát kền
- Ống trụ cắm 1 kim Kocher
- khay chữ nhật sạch
- khay hạt đậu
- Kéo
- Ống nghe
- Nhiệt kế đo nhiệt độ thức ăn
- Hồ sơ bệnh án
- khay hạt đậu đựng dụng cụ đã sử dụng
- Thùng rác phân loại chất thải.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết việc mình sắp làm để họ yên tâm
- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

- Chỉ định của bác sĩ
- Ngày, giờ thực hiện kỹ thuật

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-20 phút.

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại giường bệnh.

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- a) Kiểm tra NB
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ Mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ-thuốc	- Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và đúng quy cách, sắp xếp ở vị trí thuận tiện sử dụng trong quá trình thực hiện thủ thuật - Thức ăn dạng lỏng (có thể là súp, cháo, hoặc sữa...) theo chỉ định	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	Đề người bệnh nằm tư thế thích hợp (Đề người bệnh nằm đầu bằng kê gối mỏng dưới vai và ngửa cổ nên để tránh gập góc hầu họng-thực quản	
		- Trải nylon và khăn trước ngực - Đặt khay hạt đậu cạnh má người bệnh	
		- Vệ sinh mũi, cắt băng dính - Rót dầu Paraphin - Bóc bom cho ăn, ống thông vào khay vô khuẩn - Điều dưỡng đi găng sạch	
		- Đo ống thông: + Đặt qua đường mũi: Đo từ cánh mũi tới dải tai cùng bên và vòng xuống mũi ức + Đặt qua đường miệng: Từ cung răng cửa đến rốn - Đánh dấu vị trí đo bằng băng dính - Dùng gạc bôi trơn đầu ống thông 7-10cm	Không được chạm ống vào NB trong lúc đo
- Đưa ống thông qua nhẹ nhàng mũi hoặc đường miệng tới ngã ba hầu họng - Hướng dẫn NB nuốt hoặc gập đầu về phía trước ngực, tiếp tục đưa ống thông theo nhịp nuốt đến chỗ đánh dấu	Rút ống thông ngay nếu NB có dấu hiệu bất thường		

		<ul style="list-style-type: none"> - Dùng que đẽ lưỡi kiểm tra ống thông có cuộn trong miệng không? - Kiểm tra ống thông bằng 1 trong 3 cách: <ul style="list-style-type: none"> + Nghe hơi vùng thượng vị + Dùng bơm hút dịch dạ dày + Nhúng đầu ngoài ống thông vào cốc nước - Cố định ống thông bằng băng dính 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Dùng bơm 50ml hút 10-20ml nước chín bơm vào dạ dày để tráng ống - Kiểm tra thức ăn, lấy thức ăn vào bơm 50ml và đuổi khí - Bơm ăn: Lắp bơm vào ống thông, bơm từ từ đến khi hết 	Theo dõi sắc mặt của NB trong suốt quá trình cho ăn
		<ul style="list-style-type: none"> - Bơm nước chín tráng ống thông - Nếu lưu ống thông: Nút kín đầu ống, ghi ngày đặt ống thông - Nếu rút ống thông: Nút kín đầu ống, cầm gạc cửa rút vừa lau ống, rút ống từ từ còn khoảng 20cm kẹp chặt rồi rút hết - Lau mặt, miệng cho NB - Giúp NB về tư thế thoải mái 	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi đầy đủ thông tin vào phiếu chăm sóc	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến	Đề phòng	Xử trí
- Đưa nhầm vào đường thở: người bệnh ho sặc sụa, mặt tím tái.	- Hướng dẫn người bệnh hợp tác và đưa ống đúng kỹ thuật.	- Rút ngay ống thông, cho NB nghỉ ngơi trước khi đặt lại.
- Tổn thương mũi họng, ống tiêu hóa do động tác thô bạo	- Động tác nhẹ nhàng. - Bôi dầu nhờn đầu ống.	
- Trào ngược thực quản gây sặc.	- Tư thế đầu cao 30 ⁰ , nghiêng đầu người bệnh trước khi cho ăn.	- Cho NB nằm nghiêng sang một bên, hút dịch hầu họng, khí

	- Bơm thức ăn từ từ và đúng lượng thức ăn theo chỉ định.	quản (nếu cần). Báo bác sĩ.
--	--	-----------------------------

*** Những điều cần lưu ý:**

- Mỗi lần cho ăn không quá 250ml, cách nhau 3-4 giờ, tốc độ 15-20 phút/bữa.
- Không lưu ống thông quá 72 giờ, tốt nhất thay sau 48-72 giờ.
- Trước mỗi lần cho ăn: kiểm tra ống thông còn trong dạ dày không.

- Kiểm tra dịch tồn dư dạ dày:

+ Dịch tồn dư <250ml → Bơm trả lại và cho ăn tiếp.

+ Dịch tồn dư >250-500ml: Bơm trả dịch dạ dày đến 250ml (1/2 lượng dịch tồn dư). Nuôi ăn nhỏ giọt dạ dày tốc độ 10ml-20ml/giờ tăng dần đến khi đạt mục tiêu (bỏ thuốc làm tăng trống dạ dày).

+ Dịch tồn dư >500ml: Bơm trả dịch dạ dày đến 250ml và nuôi nhỏ giọt đường tiêu hóa mỗi 6 giờ (nhỏ giọt dạ dày 10ml-20ml/giờ) kết hợp dùng thuốc tăng làm trống dạ dày.

+ Sau 6 giờ thứ nhất dịch tồn dư <500ml tiếp tục làm lại liệu trình. Nếu dịch tồn dư >500ml. Xét dinh dưỡng tĩnh mạch bổ sung hoặc nuôi dưỡng sau môn vị.

- Vệ sinh mũi, miệng, chân ống hàng ngày. Thay đổi vị trí dán cố định để tránh loét da.

- Tráng ống sau mỗi lần cho ăn để phòng nhiễm khuẩn.

- Hướng dẫn người nhà không tự ý rút sonde hoặc cho ăn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thường (2019) Điều dưỡng trong chuyên ngành Da liễu. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội – 2019

2. Bộ môn Dị ứng miễn dịch (2009). “Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng” Nhà xuất bản Giáo Dục Việt Nam. 92-113.

3. Trần Văn Hà (2000) Tình hình và một số đặc điểm dị ứng do thuốc tại khoa Dị ứng – MDLS Bệnh viện Bạch Mai (1995-1999), Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa, trường Đại học Y Hà Nội.

4. Lê Văn Khang (1998), Dị ứng thuốc, Chuyên đề dị ứng học, Tập 1. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 68-69.

5. Trần Thúy Hạnh, *Kỹ thuật điều dưỡng*, Nhà xuất bản Y học 2013.

6. Hoàng Thị Tuyết (2002), Nhân xét đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điều trị hội chứng Stevens- Johnson tại khoa Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng bệnh viện Bạch Mai (2000- 2002), Luận văn Thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.

7. Trần Thị Thuận (2008), Điều dưỡng cơ bản 1. Nhà xuất bản Y học.

8. Abood GJ, Nickoloff BJ, Gamelli RL (2008), “Treatment strategies in toxic epidermal necrolysis syndrome: where are we at?”. *J Burn Care Res*, 29(1): 269-76.

9. Aguiar D, Pazo R, Duran I, Terrasa J, Arrivi A, Manzano H, Martin J, Rifa J (2004), "Toxic epidermal necrolysis in patients receiving anticonvulsants and cranial irradiation: a risk to consider", J Neurooncol, 66: 345-350.

10. Aydin F, Cokluk C, Senturk N, Aydin K, Canturk MT, Turanli AY (2006), "Stevens-Johnson syndrome in two patients treated with cranial irradiation and phenytoin", J Eur Acad Dermatol Venereol, 20:588-590.

Phụ lục

Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
3.1	Ống thông Levin	Cái	01
3.2	Bơm cho ăn phù hợp	Cái	01
3.3	Gạc	Miếng	01
3.4	Dầu nhờn paraphin	ml	05
3.5	Đè lưỡi	Cái	01
3.6	Tấm nilon	Cái	01
3.7	Khăn bông to	Cái	01
3.8	Khăn bông nhỏ	Cái	01
3.9	Găng tay sạch	Đôi	02
3.10	Tấm bông	Gói	0.5
3.11	Băng dính	Cuộn	0.1
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Xe tiêm 2 tầng hoặc 3 tầng	Cái	01
4.2	Hộp chống sốc	Hộp	01
4.3	Khay tiêm chữ nhật	Cái	01
4.4	Khay quả đậu	Cái	01
4.5	Trụ cắm panh	Cái	01

4.6	Panh	Cái	01
4.7	Kéo	Cái	01
4.8	Cốc	Cái	02
4.10	Ống nghe	Cái	01
4.11	Nhiệt kế đo nhiệt độ thức ăn	Cái	01
4.12	Giá đựng ống nghiệm	Cái	01
4.13	Thùng rác phân loại chất thải	Cái	05

33. HƯỚNG DẪN QTKT VỀ TẬP ĐỨNG VÀ ĐI CHO NGƯỜI BỆNH LIỆT NỬA NGƯỜI

1. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Định nghĩa

Liệt nửa người là liệt một tay, một chân và nửa mặt cùng bên, thường do tai biến mạch máu não.

1.2. Tầm quan trọng của tập đứng và đi

- Tập đứng và đi giúp người bệnh có thể tự di chuyển được
- Dự phòng được các biến chứng của bất động
- Giúp người bệnh phục hồi khả năng tự phục vụ, hòa nhập với gia đình và xã hội.

2. CHỈ ĐỊNH

- Giai đoạn sau của liệt nửa người do tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não, sau mô u não, sau viêm não....

- Khi người bệnh đã có thể tự ngồi và kiểm soát được thăng bằng
- Tình trạng tim mạch và toàn thân cho phép
- Có thể áp dụng đối với các người bệnh chấn thương sọ não, viêm não, màng não, u não... có liệt nửa người.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng với người bệnh liệt mềm, người bệnh có rối loạn thăng bằng.

4. THẬN TRỌNG

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa phục hồi chức năng
- Kỹ thuật viên vật lý trị liệu
- Điều dưỡng có chứng chỉ phục hồi chức năng, người được đào tạo chuyên khoa phục hồi chức năng
- Người nhà và bản thân người bệnh đã được hướng dẫn đầy đủ.

5.2. Thuốc

5.3. Vật tư

5.4. Trang thiết bị

- Giường
- Ghế hoặc bàn tập
- Thanh song song
- Khung tập đi
- Nạng

- Gậy chống.

5.5. Người bệnh

- Thực hiện 5 đúng. Nhận định tình trạng NB
- Giải thích cho NB và người nhà NB mục đích của việc sắp làm
- Hướng dẫn NB tư thế thích hợp.

5.6. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án và phiếu điều trị chuyên khoa vật lý có chỉ định của bác sĩ:

- Tên kỹ thuật viên thực hiện chỉ định
- Ngày điều trị, giờ điều trị và tập luyện
- Tình trạng người bệnh trước trong và sau khi tập

5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 phút

5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại buồng thủ thuật

5.9. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- a) Kiểm tra NB
- b) Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT

TT	TÊN BƯỚC	NỘI DUNG	Yêu cầu/ mục đích
1	Chuẩn bị điều dưỡng	Trang phục y tế theo quy định	
2	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
3	Chuẩn bị dụng cụ	Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ	
4	Chuẩn bị NB	Chuẩn bị NB theo quy định	
5	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
6	Kỹ thuật tiến hành	<p>* Quy trình kỹ thuật tập đứng</p> <ul style="list-style-type: none"> - Người bệnh ngồi trên ghế có chiều cao phù hợp, đầu và thân mình thẳng, hai vai cân xứng, trọng lượng cơ thể dồn đều lên hai bên mông và hai chân. - Người hướng dẫn kỹ thuật viên đứng phía trước hoặc phía bên liệt của người bệnh. - Giúp hoặc hướng dẫn người bệnh dồn trọng lượng về phía trước để đứng lên - Hướng dẫn người bệnh tự đứng lên không cần trợ giúp - Thực hiện các bài tập ở tư thế đứng như 	

		<ul style="list-style-type: none"> + Đứng thẳng bằng tĩnh và động + Tập dồn trọng lượng lên chân liệt + Tập chuyển và dồn trọng lượng lần lượt lên hai chân + Tập chủ động gấp, duỗi chân liệt + Tập luân phiên gấp riêng khớp gối từng bên + Tập kiểm soát vận động của khớp gối bên liệt + Tập làm giảm co cứng duỗi ở khớp cổ chân <p>* Quy trình kỹ thuật tập đi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tập đứng dồn trọng lượng lên chân lành, bước chân liệt lên phía trước và ra phía sau - Tập tăng cường thẳng bằng và kiểm soát vận động của khớp háng, chân bên liệt - Tập luyện dáng đi - Tập bước tại chỗ trên bàn chạy - Tập đi trên các bề mặt không bằng phẳng và các địa hình khác nhau: Thời gian đầu tập trong thanh song song, sau đó tập trong khung tập đi rồi mới tập với nạng - Tập lên, xuống dốc; tập lên xuống cầu thang: lên cầu thang bước chân lành lên trước rồi đưa chân liệt lên cùng bậc, khi xuống cầu thang bước chân lành xuống bậc thang đầu tiên rồi đưa chân lành xuống cùng bậc 	
7	Thu dọn dụng cụ	Thu dọn, phân loại dụng cụ theo quy định	
8	Vệ sinh tay	Sát khuẩn tay bằng dung dịch sát khuẩn	
9	Ghi hồ sơ	Ghi nhận xét tình trạng NB trước, trong và sau khi làm quy trình	

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tập
- Theo dõi phát hiện các dấu hiệu bất thường
- Nếu có bất thường xử trí kịp thời theo đúng phác đồ, báo cáo bác sĩ
- Ghi chép hồ sơ bệnh án: Tình trạng người bệnh trong và sau khi tập

7.2. Xử trí tai biến

Hướng dẫn người bệnh đề phòng những tai biến có thể ngã trong khi tập

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06/01/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Phục hồi chức năng

Phụ lục

Danh mục chuẩn bị thực hiện kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh

(Chú ý danh mục và số lượng có thể thay đổi trên thực tế thực hiện kỹ thuật tùy từng trường hợp cụ thể hoặc diễn biến lâm sàng khi thực hiện kỹ thuật)

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
1	Lao động trực tiếp	Người	01
	Bác sĩ/KTV/Điều dưỡng	Người	01
2	Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ hàm lượng, đường dùng/ dạng dùng)		
3	Vật tư (được sử dụng trực tiếp)		
4	Trang thiết bị sử dụng trực tiếp		
4.1	Giường	Cái	01
4.2	Ghế hoặc bàn tập	Cái	01
4.3	Thanh song song	Cái	01
4.4	Khung tập đi	Cái	01
4.5	Nạng	Cái	01
4.6	Gậy chống	Cái	01