

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

a. Dụng cụ vô khuẩn

- Khay chữ nhật, khăn vô khuẩn
- Bơm, kim tiêm thích hợp.
- Kìm Kocher, ống cắm kìm
- Bông. gạc , hộp đựng bông cotton

b. Dụng cụ sạch và thuốc

- Cồn 70⁰, cồn iốt 1%
- Thuốc theo y lệnh
- Hộp thuốc cấp cứu
- Khay quả đậu (túi nylon)
- Sổ thuốc (phiếu thuốc)
- Găng tay, dây garo, gối kê tay(tiêm TM)

c. Dụng cụ khác.

- Hộp đựng vật sắc nhọn
- Xô đựng rác thải

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình biết việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm và hợp tác trong quá trình tiêm.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. TIÊM TRONG DA, DƯỚI DA, TIÊM BẮP

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang
2. Thực hiện 5 đúng
 - Đúng người bệnh
 - Đúng thuốc
 - Đúng liều
 - Đúng đường dùng
 - Đúng thời gian
3. Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc (hoặc nước cất) dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc.
4. Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bao và thay kim lấy thuốc.

5. Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm
6. Thay kim tiêm, đẩy không khí ra khỏi bơm tiêm, đặt vào khay vô khuẩn.
7. Mang thuốc đến giường người bệnh
8. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm:
 - 8.1. Tiêm trong da: 1/3 trên mặt trước - trong cẳng tay hoặc 1/3 trên mặt trước - ngoài cánh tay(tiêm phòng)
 - 8.2. Tiêm dưới da:
 - 1/3 giữa mặt trước ngoài cánh tay
 - 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi
 - Dưới da bụng.
 - 8.3. Tiêm bắp:
 - Cánh tay: cơ Denta (1/3 giữa)
 - Cơ tam đầu: 1/3 trên mặt trước ngoài.
 - Đùi (cơ tứ đầu đùi) 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi.
 - Mông: nối gai chậu đến mỏm xương cụt, chia làm 3 phần bằng nhau, tiêm vào 1/3 trên trước ngoài hoặc: chia 1 bên mông làm 4 phần bằng nhau, tiêm vào 1/4 trên ngoài.
9. Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài (2 lần)
10. Điều dưỡng sát khuẩn đầu ngón tay
11. Tiến hành tiêm thuốc cho người bệnh:
 - * *Tiêm trong da:*
 - Một tay căng da nơi tiêm, một tay cầm bơm tiêm đưa kim vào biểu bì chếch 1 góc 15° so với mặt da ngập mũi vát.
 - Bơm thuốc (1/10ml) khi bơm có cảm giác nặng tay, tại chỗ tiêm nổi phồng màu da cam to bằng hạt ngô.
 - Căng da rút kim.
 - * *Tiêm dưới da:*
 - Một tay véo da nơi tiêm, một tay cầm bơm tiêm đâm kim chếch 45° so với mặt da hoặc đâm kim vuông góc với đáy da véo lên vào mô liên kết.
 - Rút nhẹ nòng bơm tiêm kiểm tra xem có máu theo ra không.
 - Bơm hết thuốc, căng da rút kim, tại chỗ tiêm phồng to lên là đúng kỹ thuật.
 - Sát khuẩn nơi tiêm.
 - * *Tiêm bắp:*
 - Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đưa kim một góc 60° hoặc 90°
 - Rút nhẹ nòng bơm tiêm kiểm tra xem có máu theo ra không.
 - Bơm hết thuốc, căng da, rút kim nhanh.
 - Sát khuẩn lại nơi tiêm.
12. Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết.
13. Thu dọn dụng cụ và ghi hồ sơ.

B. TIÊM TĨNH MẠCH.

Từ bước 1 đến bước 7 như tiêm trong da, dưới da, bắp thịt.

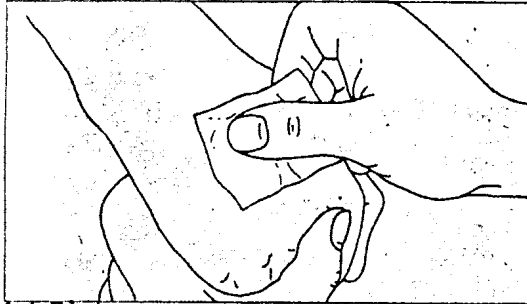
8. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm (tĩnh mạch nếp gấp khuỷu tay, mu tay, cẳng tay, mu bàn chân....)
9. Đặt gối dưới vùng tiêm, đặt dây ga rô.
10. Mang găng tay vô khuẩn.
11. Buộc dây ga rô phía trên vị trí tiêm từ 3 - 5cm.
12. Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài.
13. Cầm bơm tiêm, đuổi khí.
14. Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đưa kim qua da luôn vào tĩnh mạch.
15. Kiểm tra có máu trào vào bơm tiêm, tháo dây ga rô.
16. Bơm thuốc từ từ và quan sát người bệnh.
17. Hết thuốc, căng da rút kim nhanh.
18. Sát khuẩn lại vùng tiêm (đặt bông khô vô khuẩn nếu có chảy máu)
19. Bỏ bơm kim tiêm vào hộp đựng vật sắc nhọn.
20. Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết.
21. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay
22. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

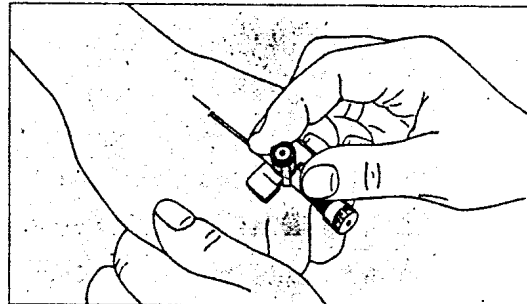
Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tiêm, theo dõi phát hiện sốc và các dấu hiệu bất thường khác, nếu có báo cáo Bác sĩ và xử trí kịp thời theo đúng phác đồ.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

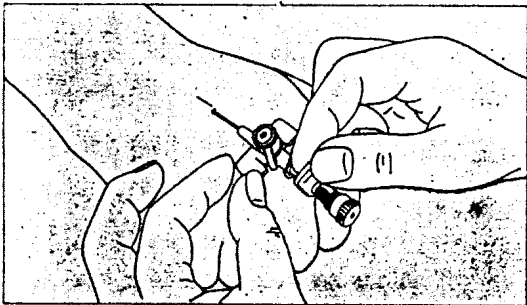
- Hướng dẫn người bệnh sau khi tiêm cần nằm nghỉ tại giường 15 phút, nếu thấy biểu hiện khác thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.



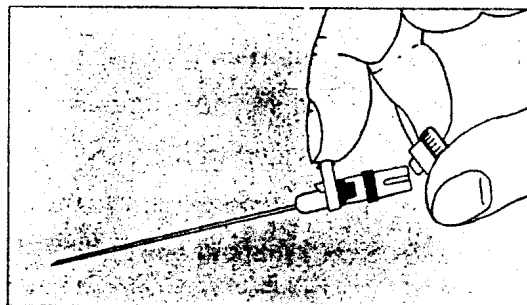
1. Rửa tay
2. Tìm tĩnh mạch tốt
3. Chọn kim thích hợp tĩnh mạch, kiểm tra bao bì và thời hạn sử dụng.
4. Buộc garô
5. Sát trùng nơi tiêm đúng phương pháp



2. 1. Mở bao bì lấy kim ra - tuyệt đối không đụng vào kim
2. Giữ kim thật vững nhờ vào điểm tựa như hình 2.
3. Chọc thẳng nhưng nhẹ nhàng vào tĩnh mạch.
4. Khi thấy máu dội ngược ra - đúng tĩnh mạch, dừng lại



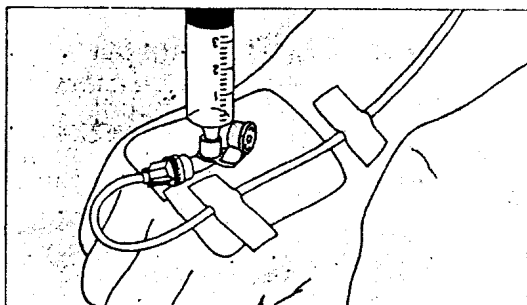
3. 1. Dùng tay trái từ từ đẩy kim vào lòng tĩnh mạch.
2. Tay phải lùi nhẹ nhàng kim loại ngược ra sau cho đến khi ống canun nằm hẳn trong tĩnh mạch thì tay phải rút nõng kim ra.
3. Mở nhẹ garô
4. Dùng một đầu ngón tay trái chặn nhẹ lên tĩnh mạch để máu không vọt ra



4. 1. Bỏ nõng kim nhưng giữ nút trắng để đẩy đầu truyền lại
2. Nếu có truyền tĩnh mạch thì nối với dây truyền
3. Nếu không sử dụng đường truyền thì bơm 5ml N/S để thông canun



5. 1. Giữ nơi tiêm bằng băng vô trùng, cố định kim cho tốt
2. Phải để lộ nơi tiêm thuốc (nút màu) và nơi truyền tĩnh mạch (nút trắng)
3. Cố định cho tốt để không gây sang chấn trong lòng tĩnh mạch do canun di động



6. 1. Nơi dùng tiêm thuốc trực tiếp (nút màu) có van một chiều để khi tiêm thuốc không dội ngược ra đường truyền (nút trắng)
2. Khi không tiêm thuốc thì phải đẩy kín nút lại

20. KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH TĨNH MẠCH

I. MỤC ĐÍCH

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn khi người bệnh bị mất nước, mất máu(xuất huyết, bỏng và tiêu chảy mất nước.....)
- Giải độc, lợi tiểu.
- Nuôi dưỡng người bệnh(khi người bệnh không ăn uống được)
- Đưa thuốc vào để điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Xuất huyết, tiêu chảy mất nước, bỏng, trước mổ,sau mổ.
- Theo chỉ định điều trị

2. Chống chỉ định

- Phù phổi cấp.
- Bệnh tim nặng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích và thông báo cho người bệnh và gia đình biết công việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm .
- Cho người bệnh đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền dịch
- Đo dấu hiệu sinh tồn (M - T⁰ - NT - HA)

2. Dụng cụ

- Dịch truyền theo y lệnh.
- Thuốc (nếu có)
- Khay vô khuẩn.
- Kim Kocher.
- Bơm, kim tiêm 5ml, 10ml vô khuẩn.
- Gạc miếng vô khuẩn.
- Bộ dây truyền.
- Bát kê (đuổi không khí)
- Hộp đựng bông cồn vô khuẩn.
- Cồn 70⁰ - Cồn iốt 1%.

3. Các dụng cụ khác

- Cọc truyền.
- Khay quả đậu
- Kéo, băng dính, băng cuộn.
- Gối kê tay có bọc nylon, dây cao su. nẹp gỗ.
- Phiếu truyền dịch.
- Hộp thuốc chống sốc.
- Máy đo huyết áp, nhiệt kế...
- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải y tế, xô đựng rác thải sinh hoạt.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay mang khẩu trang.
2. Thực hiện 5 đúng: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian, giải thích cho người bệnh và gia đình, thông báo thuốc truyền, động viên người bệnh.
3. Kiểm tra dịch truyền, đặt quang treo vào chai dịch, sát khuẩn nút chai, pha thuốc (nếu cần).
4. Cắm dây truyền vào chai khoá lại, cắt băng dính.
5. Chọn tĩnh mạch, đặt gối kê tay dưới vùng truyền (động viên người bệnh)
6. Treo chai dịch, đuổi khí qua dây, khoá lại.
7. Đi găng, buộc dây garo trên vùng truyền 3 - 5cm.
8. Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài 2 lần, sát khuẩn tay điều dưỡng.
9. Căng da, cầm kim ngửa mũi vát chéo 30° đưa kim vào tĩnh mạch thấy máu trào ra, tháo dây garo.
10. Mở khoá cho dịch chảy, cố định kim và dây truyền, che kim bằng gạc vô khuẩn cố định vào nẹp (nếu cần).
11. Điều chỉnh tốc độ theo y lệnh, ghi phiếu theo dõi truyền dịch.
12. Theo dõi và phát hiện tai biến.
13. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.
14. Truyền xong, còn 10ml rút kim - đặt bông cotton - dán băng (nếu cần)
15. Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, ghi phiếu theo dõi - chăm sóc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi truyền dịch.
- Ghi hồ sơ tình trạng người bệnh và các thông số cần theo dõi 15 phút/1 lần trong 1 giờ đầu, sau 30 phút/1 lần đến khi hết dịch truyền..

- Theo dõi và phát hiện kịp thời tai biến có thể xảy ra trong khi truyền dịch (dịch không chảy hoặc chảy quá nhanh, sốc, phù phổi cấp...) báo cáo với bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh không được tự ý thay đổi tốc độ dịch truyền.
- Nếu phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường (rét run, sốt, khó thở...) báo ngay với nhân viên y tế.

21. KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU

I. MỤC ĐÍCH

- Hồi phục số lượng máu đã bị mất, nâng cao huyết áp.
- Cầm máu vì trong máu mang sẵn các yếu tố như Fibrinogen, Protrombin, tiểu cầu...
- Chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc vì nó cung cấp kháng thể.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Chảy máu nội tạng nặng:
 - + Sốc do chảy máu trong, sốc chấn thương đơn thuần, mất máu nặng do đứt động mạch.
- Thiếu máu nặng.
- Nhiễm khuẩn, nhiễm độc nặng.
- Các bệnh về máu.

2. Chống chỉ định

- Viêm cơ tim, các bệnh van tim.
- Xơ cứng động mạch não, huyết áp cao.
- Chấn thương sọ não, viêm não, não úng thủy...

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích để người bệnh yên tâm, thông báo thời gian truyền máu.
- Đo các dấu hiệu sinh tồn.
- Kiểm tra người bệnh có dị ứng hay có tiền sử phản ứng với máu không.
- Hướng dẫn người bệnh đi đại tiểu tiện trước khi truyền.

2. Địa điểm

Buồng bệnh yên tĩnh, thoáng, đủ ánh sáng, đảm bảo vô khuẩn.

3. Dụng cụ

- Chai máu hoặc túi máu
 - + Kiểm tra nhãn hiệu chai máu: số chai, nhóm máu, số lượng máu, tên người cho, tên người nhận, ngày, tháng lấy.
 - + Kiểm tra chất lượng: màu sắc, hiện tượng tiêu huyết, nhiễm khuẩn...
 - + Chai máu (túi máu) để ra ngoài tủ lạnh không được quá 30 phút.
- Bộ dây truyền máu (có bầu lọc)
- Khay chữ nhật vô khuẩn.
- Kẹp Kocher.
- Bơm, kim tiêm vô khuẩn (5 - 10ml)
- Gạc miếng vô khuẩn
- Cồn 70⁰, cồn iốt 1%, hộp đựng bông cồn.
- Bát kê (đuổi không khí), kéo, băng dính, găng tay.
- Dụng cụ làm phản ứng chéo, huyết thanh mẫu.
- Khay quả đậu
- Huyết áp kế, nhiệt kế, ống nghe.
- Hộp thuốc cấp cứu.
- Phiếu truyền máu.
- Nẹp cổ định, gối kê tay, dây ga rô...

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.
2. Giải thích và thông báo cho người bệnh, động viên người bệnh giúp người bệnh yên tâm.
3. Kiểm tra lại túi máu: nhóm máu, tên người nhận, tên người cho, số túi máu, số lượng máu, chất lượng, màu sắc, ngày dự trữ.
4. Mang găng vô khuẩn.
5. Làm phản ứng chéo tại giường: lấy 1 giọt máu ở chai(túi) máu và 1 giọt máu của người bệnh vào lam kính hoà tan 2 giọt vào nhau, chờ 5 phút mời bác sĩ đọc kết quả.
6. Cắm dây truyền vào túi máu, khoá lại, treo túi máu lên cọc truyền.
7. Đuổi khí qua dây, khoá lại. Cắt băng dính.
8. Chọn tĩnh mạch đặt gối kê tay dưới vùng truyền.
9. Buộc dây ga rô trên vùng truyền từ 3 - 5cm.

10. Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài 2 lần, sát khuẩn tay điều dưỡng.
11. Căng da, cầm kim có gắn dây truyền (hoặc gắn với bơm tiêm) ngửa mũi vát chếch 30° đưa kim vào tĩnh mạch thấy máu trào ra - tháo dây ga rô, mở khoá cho dịch chảy. (Nếu dùng bơm tiêm: tháo bơm tiêm, nối đầu ampu dây truyền với đốc kim)
12. Cố định kim và dây truyền, che kim bằng gạc vô khuẩn, cố định vào nếp (nếu cần)
13. Làm phản ứng sinh vật: cho chảy theo y lệnh được 4ml rồi cho chảy chậm lại từ 8 - 10 giọt /phút. Sau 5 phút nếu không có triệu chứng gì cho chảy tốc độ theo y lệnh được 20ml nữa cho chảy chậm lại 8 - 10 giọt/phút. Sau 5 phút không có triệu chứng gì xảy ra cho chảy tiếp theo y lệnh.
14. Theo dõi và phát hiện tai biến, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.
15. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay và ghi phiếu theo dõi truyền máu.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi tình trạng người bệnh, M- T⁰- HA - NT, diễn biến trong và sau khi truyền máu 15 phút/lần ghi phiếu theo dõi truyền máu.
- Theo dõi các tai biến, phản ứng có thể xảy ra trong quá trình truyền máu: sốt, đau đầu, nôn, nổi ban, thiếu niệu, rối loạn nhịp thở, tình trạng sốc...nếu phát hiện dấu hiệu bất thường phải ngừng truyền và báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Thông báo cho người bệnh và gia đình những phản ứng có thể xảy ra trong quá trình truyền máu.
- Hướng dẫn người bệnh và gia đình không tự ý thay đổi tốc độ truyền.

22. KỸ THUẬT THỞ ÔXY

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

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

2. Dụng cụ

a. Hệ thống oxy.

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

b. Dụng cụ vô khuẩn.

- Ống thông Nelaton hoặc ống thông dùng một lần có cỡ số thích hợp.
- Ống thông mũi 2 đường (gọng kính)
- Ống thông hút đờm dãi (nếu cần)
- Khay chữ nhật
- Gạc miếng.
- Dè lưới.

c. Dụng cụ khác.

- Cốc nước sạch.
- Tấm bông, khăn bông nhỏ.
- Kéo cắt băng, băng dính.
- Khay chữ nhật
- Khay quả đậu.
- Máy hút (nếu cần)
- Găng tay (nếu có hút đờm dãi)

3. Địa điểm

Buồng bệnh hoặc buồng cấp cứu có hệ thống oxy.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY MŨI HẦU

1. Rửa tay, đội mũ mang khẩu trang, mang dụng cụ đến giường bệnh.
2. Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình..

3. Vệ sinh mũi miệng
4. Mang găng tay - hút đờm dãi (nếu có).
5. Nối ống thông vào hệ thống oxy, mở khoá oxy và kiểm tra bằng cách thử trên mu tay hoặc đưa đầu ống thông vào cốc nước chín nếu thấy nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy.
6. Khoá hệ thống oxy và tháo rời ống thông khỏi dây dẫn oxy
7. Đo ống thông từ cánh mũi đến dái tai, đánh dấu bằng băng dính và làm trơn ống thông bằng nước chín hoặc nước cất.
8. Từ từ đưa ống thông vào một bên mũi người bệnh đến vạch đánh dấu.
9. Dùng đèn lưỡi mở miệng và đèn soi kiểm tra vị trí đầu ống thông.
10. Cố định ống thông vào mũi - má bằng băng dính.
11. Điều chỉnh oxy theo y lệnh - nối đầu ống thông với hệ thống dây dẫn oxy.
12. Giúp người bệnh nằm tư thế tiện nghi.
13. Theo dõi tình trạng người bệnh.
14. Thu dọn dụng cụ - rửa tay.
15. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

B. PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY MŨI 2 ĐƯỜNG (GỌNG KÍNH)

- . Từ bước 1 đến bước 5 giống thở o xy mũi hầu.
6. Điều chỉnh lưu lượng o xy theo y lệnh
 7. Đưa ống thông vào 2 mũi người bệnh.
 8. Cố định ống thông bằng cách: vòng qua tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm người bệnh.
 9. Giúp người bệnh nằm tư thế thích hợp
 10. Theo dõi tình trạng người bệnh.
 11. Thu dọn dụng cụ - rửa tay.
 12. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước khi thở oxy và sau khi thở oxy
- Theo dõi và ghi hồ sơ tình trạng người bệnh: M - T⁰ - HA - NT, lưu lượng oxy/phút, nồng độ oxy trong máu
- Theo dõi và phát hiện những dấu hiệu bất thường, báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

- Hướng dẫn người bệnh (gia đình người bệnh) đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp, đảm bảo lưu thông hô hấp, vệ sinh răng miệng cho người bệnh 3 - 4 giờ/lần
- Động viên người bệnh uống nước (nếu tỉnh) để phòng tránh khô đường hô hấp.

23. KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ĐƯỜNG MIỆNG

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH, CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Người bệnh tỉnh nuốt được nhưng không tự ăn được

2. Chống chỉ định

- Hôn mê, co giật
- Mất phản xạ nuốt do 1 số trường hợp bệnh lý
- Phản xạ mút nuốt kém: sơ sinh non yếu...

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo, giải thích để người bệnh chuẩn bị cá nhân trước (nếu là trẻ nhỏ thì phải giải thích cho người nhà).
- Hỏi người bệnh về khẩu vị để chuẩn bị thức ăn cho phù hợp.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh thích hợp
- Rửa tay cho người bệnh.

2. Dụng cụ và thức ăn

- 1 khay gồm: bát, đĩa, đũa, dao, thìa
- Khăn ăn, cốc uống nước và nước chín.
- Thức ăn (phù hợp với khẩu vị của người bệnh nhưng phải đảm bảo đủ lượng calo cần thiết hoặc trường hợp bệnh lý ăn theo chỉ định của bác sĩ)
- Đồ tráng miệng: trái cây hoặc bánh ngọt

3. Địa điểm

- Thường cho người bệnh ăn tại giường bệnh nên phải sắp xếp lại giường bệnh cho gọn gàng, sạch sẽ, sáng
- Hoặc phòng ăn: thoáng, sáng, sạch, gọn gàng

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay
2. Lấy thức ăn ra bát hoặc đĩa thích hợp
3. Cho gia vị lên trên thức ăn (nếu cần)
4. Xếp thức ăn vào khay cho đẹp mắt
5. Mang khay thức ăn để bên giường bệnh để nơi thích hợp (Trước mặt hoặc bên cạnh người bệnh)
6. Choàng khăn ăn trước ngực người bệnh

** Người bệnh không tự ăn được :*

7. Lấy cơm và thức ăn vào bát
8. Xúc cho người bệnh ăn từng thìa 1 đồng thời khuyến khích người bệnh ăn (nếu thức ăn lỏng mà người bệnh ở tư thế nằm cần chú ý cho ăn ít một tránh sặc) đến khi hết.
9. Cho người bệnh ăn tráng miệng bằng trái cây hay bánh ngọt
10. Lau miệng cho người bệnh
11. Cho người bệnh súc miệng và uống nước
12. Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái hoặc tư thế quy định.
13. Thu dọn khay ăn.

** Người bệnh tự ăn được:*

7. Để người bệnh tự lấy cơm và thức ăn
8. Người bệnh tự ăn, người điều dưỡng ngồi cạnh quan sát và động viên người bệnh ăn (giúp người bệnh khi cần thiết hoặc người bệnh yếu cầu)
9. Đưa trái cây hay bánh ngọt để người bệnh tự ăn
10. Đưa khăn cho người bệnh lau miệng.
11. Cho người bệnh súc miệng và uống nước
12. Giúp người bệnh ở tư thế thoải mái hoặc tư thế theo quy định
13. Thu dọn dụng cụ

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

- Người bệnh ăn hết xuất? Ăn ít? Lý do?
- Thức ăn gì người bệnh không ăn được
- Sau khi ăn không nôn? Có nôn?

2. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ ăn

- Khẩu phần ăn
- Số lượng, loại thức ăn
- Tên người cho ăn.

3. Báo cáo với điều dưỡng trưởng về tình trạng người bệnh sau khi ăn

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Sau khi ăn nằm nghỉ tại giường

24. KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY

I. MỤC ĐÍCH

- Lấy dịch để làm xét nghiệm: tìm trực khuẩn lao, xác định thành phần, tính chất, số lượng dịch để chẩn đoán bệnh ở dạ dày.
- Hút chất ứ đọng, hơi trong dạ dày khi người bệnh chướng bụng.
- Giúp cho vết mổ đường tiêu hoá chóng lành

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Các bệnh về dạ dày: viêm loét dạ dày tá tràng, ung thư dạ dày, hẹp môn vị.
- Nghi ngờ lao phổi ở trẻ em.
- Các trường hợp chướng bụng.
- Người bệnh mổ đường tiêu hoá như dạ dày, ruột.

2. Chống chỉ định

- Bệnh ở thực quản: co thắt, chít hẹp, phình tĩnh động mạch thực quản.
- Có tổn thương ở thực quản như : u, rò, bóng thực quản, dạ dày do axit kiềm mạnh.
- Nghi thủng dạ dày.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình biết thủ thuật sắp làm
- Nếu lấy dịch để chẩn đoán bệnh ở dạ dày tá tràng dặn người bệnh nhịn ăn trước 12 giờ.

2. Dụng cụ

a. Dụng cụ vô khuẩn:

- khay chữ nhật, khăn trải khay.
- Ống hút levin cỡ số phù hợp
- Bơm tiêm 20 - 50 ml
- Gạc, bông cầu hấp.
- Găng tay

b. Dụng cụ sạch.

- Khay chữ nhật
- Khay quả đậu
- Ống cầm kìm và 2 kìm kocher
- Lọ đựng cồn 70⁰, hộp bông cầu
- Lọ đựng dầu nhờn
- Cốc nước chín.
- Kéo, băng dính, nylon, khăn bông.
- Giá đựng ống nghiệm.
- Ống nghe tim phổi.

c. Địa điểm: phòng thủ thuật.

Nếu tại giường bệnh phải có bình phong che.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ đeo khẩu trang.
2. Kiểm tra lại dụng cụ, cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc.
3. Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp (có thể nằm đầu cao nghiêng về một bên hoặc ngồi) động viên để người bệnh yên tâm.
4. Trải nylon phía đầu giường, choàng nylon trước ngực người bệnh.
5. Đặt khay quả đậu cạnh cằm và má.
6. Điều dưỡng sát khuẩn tay.
7. Đo ống thông từ cánh mũi đến thủy tai, đến dưới mũi ức, đánh dấu rồi cuộn lại.
8. Đưa ống thông nhẹ nhàng qua đường mũi hoặc miệng vào dạ dày tới vạch đánh dấu
9. Kiểm tra xem ống thông có cuộn trong miệng không bằng cách bảo người bệnh há miệng, nếu người bệnh hôn mê dùng đèn lưỡi kiểm tra.
10. Kiểm tra ống thông đã chắc chắn nằm trong dạ dày bằng 1 trong 3 cách sau:
 - + Nhúng đầu ống thông vào cốc nước nếu thấy không sủi bọt là đúng vào dạ dày.
 - + Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày nếu thấy dịch chảy ra là đúng vào dạ dày.

- + Dùng bơm tiêm bơm hơi dạ dày đồng thời dùng ống nghe đặt lên vùng thượng vị nghe thấy không khí vào dạ dày (tiếng sôi) là được.

11. Cố định ống thông bằng băng dính.

* **Chú ý:**

- Nếu người bệnh chướng bụng hút đến khi hết chướng.
 - Tìm vi khuẩn lấy 5 - 10 ml dịch.
 - Trường hợp hút liên tục: hút đến khi dịch không chảy ra hoặc người bệnh đỡ chướng bụng
12. Lưu ống thông hoặc rút ống theo chỉ định của bác sĩ, nếu lưu ống thông không quá 24 giờ.
- Rút ống thông: dùng gạc thấm dịch rút ống từ từ khi còn khoảng 15 - 20cm dùng kìm kẹp chặt, rút nhanh.
13. Lau sạch mũi, miệng, tháo bỏ tấm nylon.
14. Giúp người bệnh nằm tư thế thoải mái, thuận tiện.
15. Thu dọn dụng cụ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh khi đặt ống thông dạ dày.
- Nếu có dấu hiệu bất thường báo cáo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.
- Ghi hồ sơ: + Ngày, giờ
+ Số lượng dịch hút ra, màu sắc, mùi...
+ Tình trạng người bệnh trước, trong và sau khi hút.
+ Tên người thực hiện.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Khi hút liên tục, hướng dẫn người bệnh và người nhà không tự động điều chỉnh áp lực hút.
- Trong khi hút không di động ống thông.
- Giữ gìn vệ sinh mũi, răng miệng.

25. KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY TRONG NGỘ ĐỘC CẤP

I. MỤC ĐÍCH

Rửa dạ dày là kỹ thuật đưa ống thông vào dạ dày người bệnh nhằm mục đích tháo rửa các chất độc.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp ngộ độc cấp trong vòng dưới 6 giờ sau khi uống độc chất.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Ống Faucher cỡ to 14 - 22 (đường kính trong từ 6 - 10mm)
- Phễu to, xô đựng 20 lít nước, ca múc nước
- Nước đun sôi để nguội (37⁰) có pha 5g muối ăn cho 1 lít nước.
- Than hoạt, Sorbitol.
- Canun Guedel, đèn lưới
- Ống NKQ và dụng cụ đặt NKQ (đèn soi)
- Máy hút, bộ dụng cụ hút.
- Bơm tiêm 50ml
- Lọ đựng độc chất (100ml)
- Ống nghe
- Khăn mặt, gạc sạch
- Nylon, chậu đựng nước thải, khay hạt đậu.

2. Người bệnh

- Nằm đầu thấp, nghiêng về bên trái.
- Nếu hôn mê có nguy cơ sặc đặt NKQ có bóng chèn.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ mang khẩu trang
- Trải nylon dưới giường và trên ngực người bệnh, đặt khay quả đậu cạnh má.
- Mang găng tay
- Đo ống thông từ cánh mũi tới dái tai vòng xuống mũi ứ (45 - 50cm) đánh dấu lại, bôi trơn ống thông bằng dầu nhờn (paraphin)
- Dùng đèn lưới mở miệng hoặc canun, nhẹ nhàng đưa ống thông vào miệng (nếu khó khăn có thể dùng loại ống thông nhỏ hơn đưa qua đường mũi.
- Vừa luồn ống thông vừa động viên người bệnh nuốt phối hợp nếu người bệnh tỉnh.
- Kiểm tra ống thông đã chắc chắn nằm trong dạ dày bằng 1 trong 3 cách sau:
 - + Nhúng đầu ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là vào đúng trong dạ dày.
 - + Dùng bơm tiêm hút dịch vị , kết hợp lấy độc chất để xét nghiệm
 - + Dùng bơm tiêm bơm hơi và nghe vùng thượng vị

Đổ nước từ từ vào phễu, mỗi lần từ 300 - 500ml, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.

Khi mức nước trong phễu gần hết hạ thấp đầu ống vào trong chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút hút ra.

Rửa cho tới khi nước trong.

** Lượng nước rửa ở người lớn*

+ Với phospho hữu cơ phải pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng 20 lít lần đầu, khoảng 10 lít với lần 2.

+ Với thuốc ngủ: 5 - 10 lít và chỉ rửa 1 lần đến khi nước trong.

Kết thúc rửa: hút hết dịch trong dạ dày, bơm vào dạ dày 20g than hoạt cùng với 20g Sorbitol, nhắc lại sau 2 giờ cho đến khi đạt 120g than hoạt.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi rửa
- Theo dõi : mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, phản xạ ho tránh hít phải dịch
- Theo dõi kết quả của than hoạt và thuốc tẩy: đi ngoài ra than hoạt.
- Phát hiện dấu hiệu bất thường như: nôn gây sặc , tim nhịp chậm, ngất do kích thích dạ X, rối loạn nước điện giải... báo cáo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Giải thích cho người bệnh và gia đình hiểu rõ tác hại của việc sử dụng độc chất, động viên người bệnh nếu người bệnh cố ý sử dụng
- Hướng dẫn người bệnh cách bảo quản và cách sử dụng thuốc và hoá chất (nếu do nhầm lẫn) và chú ý để xa tầm tay của trẻ em.

26. PHỤ GIÚP SOI DẠ DÀY - TÁ TRÀNG

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHUẨN BỊ

- Dụng cụ.
- Máy nội soi thực quản - dạ dày ống mềm loại nhìn thẳng.
- Máy hút.

- Nguồn sáng, màn hình
- Kim sinh thiết, ống ngậm miệng
- Khăn mặt

Các loại thuốc:

- Thuốc gây tê họng: xylocain 2% hoặc lidocain 10%
- Thuốc chống co thắt: Buscopan, SpasFon.
- Bơm kim tiêm
- Dung dịch thử urease test tùy theo yêu cầu người bệnh.
- Giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật, người bệnh đồng ý soi.
- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước khi soi
- Cho người bệnh uống thuốc chống bọt trong dạ dày như Fortran, Dimeticol trước khi soi 30 phút (người bệnh nội trú có hồ sơ bệnh án).

III. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Soi cấp cứu

- Nôn ra máu, ỉa ra máu
- Hóc dị vật
- Giun chui ống mật. ống tụy

Soi kế hoạch

- Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược, nuốt nghẹn.
- Thiếu máu, gầy sút
- Hội chứng hấp thu kém
- Soi kiểm tra người bệnh trước mổ nặng
- Các chỉ định khác theo y lệnh của thầy thuốc.

Soi điều trị

- Cầm máu loét, cầm máu vỡ giãn tĩnh mạch thực quản
- Điều trị giãn tĩnh mạch thực quản có nguy cơ chảy máu
- Nong hẹp, cắt Polyp
- Mở thông dạ dày qua da, đặt ống thông nhân tạo thực quản, hẹp đường tiêu hoá trên.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang
- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi
- Giúp bác sĩ lấy thuốc tiêm chống co thắt (Buscopan, SpasFon) tiêm thuốc an thần (nếu cần), lấy thuốc gây tê vùng họng.

- Hướng dẫn người bệnh ngậm chặt miệng khi bác sĩ đưa ống ngậm miệng vào giữa 2 cung răng và động viên người bệnh trong suốt quá trình soi.
- Giúp bác sĩ làm các thủ thuật cần thiết như sinh thiết, làm urease test, cắt polyp...
- Lau sạch mũi miệng cho người bệnh, giúp người bệnh xuống bàn soi.
- Thu dọn dụng cụ và khử khuẩn máy ngay sau khi soi theo đúng quy định.
- Ghi hồ sơ, phiếu theo dõi - chăm sóc.
- Đưa xét nghiệm (nếu có).

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhận định tình trạng người bệnh, theo dõi mạch, huyết áp, chảy máu tiêu hoá
- Sau thủ thuật cắt Polyp, tình trạng nuốt: nếu không nuốt được báo hiệu nguy cơ thủng thực quản báo cáo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn và động viên người bệnh trong quá trình soi cố gắng hợp tác với Bác sĩ nội soi, nhất là khi đưa ống soi vào người bệnh để kích thích và nôn.
- Nếu người bệnh bị thủng thực quản: 2 giờ sau khi soi mới được ăn uống.

27. PHỤ GIÚP SOI TRỰC TRÀNG - HẬU MÔN

I. MỤC ĐÍCH

Là thủ thuật đưa ống soi cứng hoặc mềm qua hậu môn vào trực tràng để phát hiện các tổn thương nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- * *Soi cấp cứu*: chảy máu tiêu hoá thấp, nặng.
- * *Soi kế hoạch*:
 - Ỉa ra máu
 - Rối loạn đại tiện: đau hậu môn, ỉa không tự chủ
 - Rối loạn phân: khó đại tiện
 - Ngứa hậu môn
 - Viêm, loét đại, trực tràng chảy máu, ung thư, Polyp...

2. Chống chỉ định.

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng với người bệnh quá già yếu, có thai hoặc các trường hợp viêm cấp nặng, có cản trở không đưa ống soi vào được.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Bàn soi trực tràng, nguồn sáng.
- Ống soi trực tràng cứng các cỡ: 10-15-25-30cm, đường kính 2cm hoặc ống soi mềm.
- Ống soi hậu môn dài 6cm.
- Máy hút
- Que gắp, kìm sinh thiết.
- Bông, gạc.
- Thuốc theo chỉ định

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích để người bệnh hợp tác với thầy thuốc
- Thụt tháo 2 lần tối hôm trước và sáng hôm sau trước khi soi 3 giờ hoặc bơm Microlax tối hôm trước, sáng hôm sau.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ mang khẩu trang.
- Đặt người bệnh tư thế thuận tiện: người bệnh chống hông, quỳ 2 đầu gối hoặc tư thế nằm nghiêng trái, co chân trên bàn phẳng nằm ngang.
- Kiểm tra dụng cụ soi trước khi soi
- Phụ giúp bác sĩ thăm trực tràng bằng ngón tay đeo găng,.
- Bác sĩ bôi trơn ống soi và đưa đèn soi vào trực tràng và bơm hơi.
- Nếu có sinh thiết chuẩn bị que bông thấm Adrenalin 1% để cầm máu
- Giúp người bệnh về tư thế thuận tiện
- Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Nhận định tình trạng người bệnh
- Theo dõi chương hơi ở bụng, vị trí đầu đèn soi.
- Nếu người bệnh đau bụng dữ dội, vã mồ hôi, hạ huyết áp có nguy cơ thủng gây viêm phúc mạc phải theo dõi: mạch, huyết áp, nhiệt độ, phản ứng thành bụng, tình trạng đi ngoài và báo cáo ngay bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn và động viên người bệnh hợp tác với thầy thuốc trong quá trình soi
- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi và ăn uống sau khi soi và phát hiện các dấu hiệu bất thường báo ngay cho nhân viên y tế.

28. PHỤ GIÚP SOI BÀNG QUANG

I. MỤC ĐÍCH

Soi bàng quang là một phương pháp nội soi dùng máy có hệ thống quang học đưa vào lòng bàng quang để quan sát gián tiếp niêm mạc bàng quang, các lỗ niệu quản, cổ bàng quang, lỗ niệu đạo nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Tìm nguyên nhân: đái máu, đái mù, đái dưng chấp, đái buốt, đái rắt
- Chuẩn bị chụp thận ngược dòng
- Sinh thiết bàng quang.

2. Chống chỉ định

- Co thắt niệu đạo, hẹp niệu đạo, đứt niệu đạo do chấn thương.
- U phì đại tuyến tiền liệt
- Viêm cấp niệu đạo do các nguyên nhân
- Lao bàng quang

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ

- Máy soi bàng quang cứng hay mềm vô khuẩn, cỡ thích hợp với người bệnh.
- Hệ thống cung cấp ánh sáng thường hoặc ánh sáng lạnh
- Bình nước sạch đun sôi để nguội có giá treo và hệ thống dẫn nước có khoá
- Giường khám phụ khoa
- Khăm mổ có lỗ, bông, gạc găng tay vô khuẩn
- Kim Kocher
- Bơm kim tiêm 5ml
- Ống đựng nước tiểu xét nghiệm

- Tạp dề
- Các loại thuốc
 - + Dầu paraffin vô khuẩn
 - + Thuốc đỏ 2% hoặc Betadin
 - + Xylocain 2%
 - + Dung dịch Neomycin.

2. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh biết về thủ thuật sắp làm giúp người bệnh yên tâm
- Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp: giúp người bệnh cởi quần, nằm trên giường phụ khoa, chân gác trên giá đỡ, mông sát chậu nước.
- Rửa sạch bộ phận sinh dục ngoài bằng xà phòng.
- Dùng thuốc an thần trước 15 phút (nếu cần) theo chỉ định của bác sĩ.
- Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án đầy đủ: Phim X quang, kết quả siêu âm
- Kiểm tra lại chỉ định soi bàng quang và tên người bệnh

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng, rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang , tạp dề
- Giúp bác sĩ mang găng vô khuẩn
- Sát khuẩn lỗ tiểu bằng thuốc đỏ hoặc Betadin
- Chuẩn bị lấy thuốc gây tê (theo chỉ định)
- BS đưa máy soi vào bàng quang theo các thì như thông tiểu nam hoặc nữ và tháo nòng để nước tiểu chảy ra. Lắp nối với hệ thống điện và hệ thống nước rửa của bình cho nước chảy vào khoảng 200ml làm căng bàng quang và soi một cách hệ thống các vị trí cần thiết
- Chuẩn bị thuốc bơm vào lòng bàng quang.
- Rút máy soi (bác sĩ)
- Sát khuẩn lại lỗ tiểu và bộ phận sinh dục ngoài
- Giúp người bệnh về tư thế thuận tiện
- Thu dọn dụng cụ và ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Nhận định tình trạng người bệnh

Theo dõi:

- + Sắc mặt, đau
- + Màu sắc nước tháo ra

+ Sốt, đái rất, đái buốt, đái đục...

Phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường báo cáo bác sĩ ngay để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn và động viên người bệnh hợp tác với thầy thuốc trong quá trình soi
- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi và ăn uống sau khi soi và phát hiện các dấu hiệu bất thường báo ngay cho nhân viên y tế.

29. KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ỐNG THÔNG

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

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

2. Chống chỉ định

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

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh hoặc người nhà (trẻ em, hôn mê...) để người bệnh yên tâm tin tưởng và hợp tác khi tiến hành thủ thuật.

- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.
- Tư thế người bệnh thoải mái, thuận tiện cho kỹ thuật.

2. Dụng cụ và thức ăn

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Ống thông Levin (có nhiều cỡ số khác nhau).
- Ống thông Nelatol (dùng cho tử sơ sinh).
- Bơm tiêm: 20ml, 50ml.
- Gạc
- Đẻ lưới.
- Cốc đựng dầu nhờn Parafin.
- Phễu.

2.2. Dụng cụ sạch

- Lọ cầm hai pince.
- Bình hoặc cốc đựng thức ăn (số lượng tùy thuộc vào bệnh lý và chỉ định của bác sĩ) nhiệt độ thức ăn 37°C có trường hợp phải cho thức ăn lạnh.
- Cốc nước chín.
- Lọ dầu nhờn Paraffin.
- Một tấm nylon.
- Một khăn ăn bằng vải.
- Một khăn lau miệng, mũi.
- Cốc đựng tắm bông.
- Cốc nước muối sinh lý 0,9% để làm vệ sinh mũi (nếu cần).
- Ống nghe, băng dính, kéo, kim băng.
- Khay quả đậu.

2.3. Các dụng cụ khác

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

3. Địa điểm

Thường làm tại giường bệnh nhưng buồng sạch sẽ, thoáng, mát, tránh gió lùa.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.
2. Kiểm tra lại dụng cụ, thức ăn và cắt băng dính, đổ dầu nhờn ra cốc.
3. Đưa dụng cụ đến giường bệnh.
4. Kéo bình phong.
5. Cho người bệnh quay mặt về phía người làm thủ thuật (nếu người bệnh ngồi được) hoặc nằm đầu cao tùy thuộc vào tình trạng người bệnh.
6. Choàng tấm nylon và phủ khăn ăn trước ngực người bệnh.
7. Đặt khăn quàng đầu cạnh cằm và má người bệnh, vệ sinh mũi (nếu đưa qua mũi).
8. Đo ống thông từ cánh mũi đến thùy tai đến mũi ức, đánh dấu mức đo sau đó cuộn ống lại (Khi đo tránh chạm vào người bệnh).
9. Bôi dầu nhờn vào đầu ống thông.
10. Đưa ống thông nhẹ nhàng vào dạ dày tới vạch đánh dấu.
11. Bảo người bệnh há miệng xem ống có bị cuộn lại ở trong miệng không, nếu người bệnh hôn mê thì dùng đèn lưôi để kiểm tra.
12. Kiểm tra ống thông đã vào đúng dạ dày bằng một trong ba cách:
 - Cho một đầu ngoài ống thông vào cốc nước nếu không sủi bọt là được.
 - Nghe hơi ở vùng thượng vị.
 - Dùng bơm tiêm hút dịch dạ dày.
13. Nút đầu ống thông, cố định ống thông bằng băng dính vào mũi người bệnh.
14. Lấy thức ăn vào bơm tiêm, đẩy hết không khí, bơm thức ăn từ từ vào ống thông đồng thời theo dõi sắc mặt người bệnh.
 - Hoặc lắp phễu vào đầu ngoài ống thông, đổ vào phễu một ít nước chín rồi đổ thức ăn vào phễu có thể điều chỉnh tốc độ bằng cách nâng cao phễu hoặc hạ thấp.
Đổ từ từ, liên tục không ngắt quãng để tránh đưa không khí vào dạ dày.
15. Tráng ống thông bằng nước chín.
 - Hoặc đổ một ít nước chín vào phễu để làm sạch lòng ống tránh thức ăn lên men, làm tắc ống.
16. Đẩy nút ống thông lại, cố định ống thông vào áo người bệnh bằng kim băng (lưu ống)
 - Rút ống thông: dùng gạc thấm dịch khi còn khoảng 10-15 cm dùng panh kẹp lại rút từ từ.
17. Tháo bỏ tấm nylon, khăn ăn.
18. Lau miệng, mũi, cảm ơn
19. Giúp người bệnh nằm lại thoải mái.
20. Thu dọn dụng cụ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

1. Đánh giá

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

2. Ghi hồ sơ

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

3. Báo cáo điều dưỡng trưởng

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

30. KỸ THUẬT THỤT THÁO CHO NGƯỜI BỆNH

I. MỤC ĐÍCH

Thụt tháo là phương pháp đưa nước qua trực tràng vào kết tràng nhằm 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 trong trường hợp người bệnh không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật đường tiêu hoá.
- Trước khi thụt chất cản quang vào ruột.
- Trước khi thụt giữ.
- Trước khi đẻ.
- Trước khi soi trực tràng.

2. Chống chỉ định

- Bệnh thương hàn.
- Viêm ruột.
- Tắc ruột, xoắn ruột.
- Tổn thương hậu môn , trực tràng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Báo trước và giải thích cho người bệnh biết cảm giác khi thụt.
- Hướng dẫn người bệnh cố gắng nhịn đi ngoài sau khi thụt 10 phút.
- Động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.
- Không thụt vào giờ người bệnh ăn hoặc giờ thăm người bệnh.

2. Dụng cụ

2.1. Nước thụt

- Nước muối sinh lý 0,9% hoặc nước đun sôi để nguội khoảng 37°C. Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ nên dùng nước muối sinh lý.
- Lượng nước tùy theo chỉ định. Người lớn bình thường từ 500- 1000ml, không quá 1500ml. Trẻ em 200 -500ml tùy theo tuổi. Trường hợp đặc biệt theo chỉ định của bác sĩ.

2.2. Dụng cụ

- Bốc sạch dụng cụ nước thụt có chia vạch.
- Dây dẫn cao su dài 1,2- 1,5 m.
- Canun thụt.
- Quả bóp bằng cao su hoặc ống thông Nelaton để thụt cho trẻ em.
- Hai khay chữ nhật.
- Lọ đựng kẹp Kocher + 2 kẹp Kocher.
- Ca múc nước, chậu hoặc xô sạch đựng nước.
- Dầu nhờn (paraffin, vaselin).
- Cốc đựng bông cầu.
- Gạc, giấy gói vôi thụt, giấy vệ sinh.
- Gói kê mông, mảnh nylon, vải đắp.
- Cột treo bốc.
- Bình phong (nếu làm tại phòng bệnh).
- Bô, khay quả đậu.

3. Địa điểm

- Tiến hành tại phòng thụt.
- Tại phòng bệnh trong trường hợp đặc biệt.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Mang dụng cụ tới nơi làm thủ thuật.
- Động viên người bệnh cố gắng chịu đựng khi nước chảy vào.
- Cởi quần giúp người bệnh (nếu người bệnh không tự làm được).
- Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp tùy theo tình trạng bệnh:
 - + Thông thường cho người bệnh nằm nghiêng bên trái
 - + Trường hợp người bệnh liệt cho người bệnh nằm ngửa.
- Kê gối và lót nylon vào dưới mông người bệnh.
- Phủ vải đắp cho người bệnh.
- Lắp canun vào ống cao su, lắp ống cao su nối với vòi bóp.
- Đổ nước vào bóp.
- Treo bóp lên cột cách mặt giường 50-80cm.
- Kiểm tra lại nước và thử vòi thụt.
- Bôi dầu nhờn vào đầu canun hoặc ống thông.
- Bỏ vải đắp, đưa canun nhẹ nhàng vào hậu môn (khoảng 12-15cm tương đương bằng hoặc 2/3 canun).

Chú ý: khi đưa vòi thụt bảo người bệnh há miệng thở đều.

- Mở khoá cho nước chảy từ từ , một tay giữ vòi thụt hoặc ống thông để khỏi bị bật ra ngoài.
- Kiểm tra xem nước có vào đại tràng không? (Quan sát mức nước trong bóp hoặc hỏi người bệnh xem họ có cảm giác thấy nước chảy vào ruột không? Nếu mức nước vẫn giữ nguyên có thể treo cao bóp lên hoặc rút vòi thụt ra một chút nước sẽ chảy.)
- Trong khi thụt nếu người bệnh kêu đau bụng, khó chịu, mót rặn muốn đi ngoài thì ta khoá vòi thụt lại để người bệnh nghỉ một lát khi các dấu hiệu trên hết thì ta lại tiếp tục thụt với áp lực thấp hơn.
- Khi nước trong bóp gần hết thì khoá vòi thụt lại, nhẹ nhàng rút ra, dùng giấy bọc vòi thụt bỏ vào khay quả đậu hoặc lau qua rồi bỏ vào bình có chứa dung dịch sát khuẩn.
- Treo dây dẫn cao su lên cột.
- Cho người bệnh nằm ngửa và dặn người bệnh nhịn đi ngoài 10-15 phút.
- Đặt bỏ hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ. Nếu người bệnh làm được đưa giấy cho họ tự làm.

- Nếu ga ướt, thay ga cho người bệnh, giúp người bệnh nằm lại tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ: dụng cụ bẩn tẩy uế theo quy định, dụng cụ sạch để vào chỗ quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ thực, số lượng thực, dung dịch thực.
- Kết quả thực, tính chất phân.
- Tình trạng người bệnh.
- Tên người làm thủ thuật.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Trong khi thực nếu đau, khó chịu, mót rặn muốn đi đại tiện phải báo cho nhân viên y tế.
- Hướng dẫn người bệnh cố gắng kiềm chế để giữ nước ở trong ruột từ 10-15 phút.

31. KỸ THUẬT THÔNG TIỂU, DẪN LƯU NƯỚC TIỂU VÀ RỬA BÀNG QUANG

I. MỤC ĐÍCH

Đặt thông tiểu là biện pháp đặt một ống thông tiểu qua đường niệu đạo vào bàng quang nhằm:

- Làm giảm sự khó chịu và căng qua mức do ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
- Đo lường khối lượng và tính chất nước tiểu lưu trú trong bàng quang.
- Lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm.
- Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như phẫu thuật vùng hậu môn sinh dục, phẫu thuật hoặc soi đường bàng quang tiết niệu.
- Theo dõi lượng nước tiểu ở người bệnh sốc, ngộ độc, bồng nạng ...

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi người bệnh bí tiểu đã áp dụng các biện pháp kích thích tiểu tiện không hiệu quả.
- Theo dõi khối lượng nước tiểu trong một số trường hợp.
- Lấy mẫu nước tiểu vô khuẩn làm xét nghiệm chẩn đoán.
- Chuẩn bị người bệnh trước mổ tiết niệu hay sinh dục hậu môn mà trước mổ người bệnh có cầu bàng quang và không đi tiểu được.

- Dẫn lưu nước tiểu gián đoạn hoặc liên tục trong trường hợp người bệnh hôn mê, liệt giường có tiểu tiện không tự chủ (để giữ vùng sinh dục và vùng xung quanh sinh dục, hậu môn sạch sẽ, khô ráo, đề phòng loét mưng), sau phẫu thuật vùng đáy chậu (phòng nước tiểu tiếp xúc với vết mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm khuẩn niệu đạo.
- Dập, rách niệu đạo.
- Chấn thương tuyến tiền liệt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Địa điểm

Tại phòng thủ thuật hoặc tại giường nếu người bệnh đảm bảo vệ sinh, có bình phong hoặc màn che giường, đảm bảo sự kín đáo, riêng tư khi tiến hành thủ thuật.

2. Người bệnh

- Được thông báo trước về thời gian tiến hành thủ thuật và giải thích lý do, mục đích, sự cần thiết và cảm giác khó chịu khi ống thông đưa vào.
- Trải vải nylon dưới mông người bệnh.
- Người bệnh nằm ngửa, sát mép giường đúng tư thế để điều dưỡng viên thuận tiện khi tiến hành thủ thuật:
 - + Nam: nằm ngửa, kê gối dưới đầu gối cho thoải mái, bỏ quần hoặc quần kẻ xuống quá gối.
 - + Nữ: bỏ quần, nằm ngửa chống chân, bàn chân đặt lên giường, đùi hơi gập.

3. Dụng cụ

a. Xe thủ thuật 2 ngăn: chứa dụng cụ và các vật sử dụng cho thủ thuật, trật tự sắp xếp dụng cụ phải để trong phạm vi thuận tiện tầm tay cho người thực hiện thủ thuật sử dụng

Ngăn trên sắp xếp dụng cụ vô khuẩn:

- Găng tay vô khuẩn.
- Ống thông vô khuẩn với loại hoặc cỡ số thích hợp với mục đích hoặc người bệnh (thông tiểu: thông netalon hoặc Foley, rửa bàng quang: dùng thông Foley 3 chạc, dẫn lưu nước tiểu: thông Foley 2 hoặc 3 chạc).
- Một khăn có lỗ vô khuẩn đủ rộng để che phủ vùng sinh dục, hậu môn.
- Dung dịch sát khuẩn ngoài da.
- Bông cầu, gạc miếng chữ nhật vô khuẩn.
- Kẹp Kocher và kẹp phẫu tích vô khuẩn.

- Dầu nhờn vô khuẩn để bôi trơn thông tiểu.
- Dung dịch rửa bàng quang (theo chỉ định của bác sĩ), bơm tiêm 20 - 50 ml để bơm rửa theo bộ cốc, quang treo, chai dịch rửa bàng quang theo chỉ định của bác sĩ, dây truyền dịch (trong trường hợp bơm rửa thường xuyên).
- Bơm tiêm vô khuẩn và nước bơm bóng (để bơm bóng cố định trong trường hợp sử dụng Foley để đặt dẫn lưu nước tiểu).

Ngăn dưới gồm:

- Khay quả đậu, túi và dây dẫn lưu nước tiểu vô khuẩn (phục vụ cho mục đích của thủ thuật).
- Ống nghiệm (nếu cần)
- Túi hoặc vật dụng đựng chất thải.
- Băng dính, kéo.
- Vải nylon.

b. Vật dụng khác: đèn di động để chiếu sáng lỗ niệu đạo (nếu cần), bình phong hoặc màn che.

4. Nhân viên y tế

- Mang áo choàng, mũ, khẩu trang
- Trường hợp nếu người bệnh không tự chống chân được hoặc không tự duy trì được tư thế trong thời gian tiến hành thủ thuật thì cần chuẩn bị một người trợ giúp.
- Rửa tay sạch trước khi chuẩn bị người bệnh và dụng cụ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Giải thích, động viên người bệnh hiểu mục đích, lý do thông tiểu và hiểu rằng đây là thủ thuật cần thiết cho điều trị và chẩn đoán, thủ thuật này sẽ được tiến hành thuận tiện, không gây đau đớn mà chỉ khó chịu một chút khi đưa thông vào, bệnh nhân nên hợp tác, thở đều, mềm bụng và làm theo hướng dẫn của điều dưỡng viên.
2. Kiểm tra lại dụng cụ, đẩy xe dụng cụ đến bên người bệnh, thu xếp tất cả các dụng cụ trong phạm vi dễ lấy cho người thực hiện thủ thuật.
3. Kéo rèm hoặc che bình phong cho người bệnh, đặt tư thế cho người bệnh thích hợp.
4. Rửa tay.
5. Mang găng.
6. Rửa sạch vùng sinh dục (từ lỗ niệu đạo ra) bằng nước và xà phòng, thấm khô, sát khuẩn lỗ niệu đạo và vùng lân cận niệu đạo bằng dung dịch sát khuẩn.
7. Trải khăn có lỗ che 2 bên đùi sát với phần xương mu, đặt lỗ khăn vào đúng âm hộ (hoặc dương vật), khăn kéo dài bao phủ xuống phía hậu môn để che khuất hậu môn.
8. Cầm ống thông tiểu, khoá hoặc kẹp đầu dưới thông tiểu, bôi trơn thông tiểu bằng dầu nhờn.

** Với bệnh nhân nữ:*

Đứng bên cạnh hông người bệnh, một tay vành 2 môi nhỏ để nhìn rõ lỗ niệu đạo, một tay còn lại cầm ống thông tiểu như kiểu cầm bút, từ từ đưa thông vào qua lỗ niệu đạo sâu 4 - 5 cm sẽ có nước tiểu chảy ra.

** Với bệnh nhân nam:*

Đứng bên cạnh hông người bệnh, một tay cầm dương vật thẳng đứng, một tay cầm thông tiểu đã bôi dầu nhờn đưa từ từ vào lỗ niệu đạo khoảng 10 cm thì hạ dương vật xuống, tiếp tục đẩy ống thông vào tới khi có nước tiểu chảy ra.

Trường hợp ống thông tiểu bằng kim loại hay ống thông cứng đầu cong thì phải hướng đầu cong vào vị trí 12 giờ, một tay cầm dương vật sang ngang khi đưa ống thông vào ngang tới túi bít hành xóp (hết niệu đạo di động), đưa dương vật và ống thông trở về đường giữa, song song với thành bụng, sau đó nâng dương vật thẳng lên để ống thông trôi vào niệu đạo, gấp dương vật xuống vị trí 6 giờ là ống thông sẽ trôi vào bàng quang.

9. Tùỵ mục đích đặt thông mà:

- Thông tiểu: mở ống cho nước tiểu dẫn lưu hết khỏi bàng quang. Khi kết thúc, gấp đầu dưới của ống và rút ống, để vào khay quả đậu .
- Xét nghiệm: bỏ nước tiểu chảy ban đầu và lấy nước tiểu giữa dòng vào ống nghiệm để làm xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ.
- Dẫn lưu: phải dùng ống thông Foley, dùng bơm tiêm để hút một lượng dung dịch bằng thể tích của bóng (được ghi ở đầu dưới ống thông) bơm bóng phồng lên, bơm hết tháo bơm tiêm ra, rút nhẹ thông, thấy đầu thông bị mắc, không trôi ra là được, nối đầu dưới ống thông với dây dẫn nước tiểu, mở khoá hoặc kẹp ống thông để dẫn lưu nước tiểu vào túi hoặc vật chứa được treo ở thành giường (thấp hơn người bệnh để nước tiểu chảy tự do mà không trào ngược nước tiểu ở ống vào bàng quang). Cố định ống thông vào bụng (người bệnh nam) hoặc vào cạnh đùi (người bệnh nữ), và ống dẫn lưu vào đùi của người bệnh bằng băng dính.
- Tiến hành quy trình rửa bàng quang: có thể sử dụng bơm tiêm bơm từ từ mỗi lần từ 200 - 250 ml dung dịch rửa bàng quang, sau đó rút bơm tiêm cho nước tiểu chảy tự do vào vật chứa hoặc dùng hệ thống truyền dịch cho dịch chảy vào bàng quang, sau đó tháo dây truyền cho nước tiểu chảy tự do vào vật chứa.

10. Lau khô vùng đáy chậu của người bệnh và giúp người bệnh mặc quần, nằm lại tư thế thoải mái.

11. Thu dọn dụng cụ: kéo màn che hoặc cát bình phong, tắt đèn chiếu sáng và tiến hành quy trình khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ theo quy định, gửi nước tiểu tới nơi xét nghiệm (tùỵ mục đích đặt thông).

VI. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

Ngày giờ tiến hành thủ thuật, diễn biến trước, trong và sau khi tiến hành thủ thuật, kết quả thủ thuật, tình trạng nước tiểu (khối lượng, độ đậm đặc), người tiến hành thủ thuật (ký tên, ghi rõ tên).

VII. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giải thích cho người bệnh và gia đình họ hiểu rõ lý do, mục đích của thủ thuật và một vài nguyên tắc của thủ thuật để họ hợp tác trong quá trình điều trị.
- Không tự ý mở hệ thống dẫn lưu, di chuyển ống dẫn lưu, túi hoặc vật chứa nước tiểu, không được đẩy ống dẫn lưu nước tiểu sâu vào bàng quang trong trường hợp nghi ngờ thông tuột để đề phòng nhiễm khuẩn.
- Vệ sinh vùng sinh dục, hậu môn ngày 3 lần hoặc sau mỗi lần đại tiện.
- Thường xuyên quan sát ống dẫn lưu, nếu có dấu hiệu khác thường báo ngay cho điều dưỡng hoặc bác sĩ biết.
- Nên lưu ý không để dây dẫn lưu xoắn, vặn cản trở lưu thông nước tiểu.

32. KỸ THUẬT RỬA MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

- Đưa vào khoang màng phổi dung dịch NaCl 0,9% để rửa màng phổi.
- Lấy dịch mang đi xét nghiệm giúp cho chẩn đoán bệnh.
- Bơm thuốc vào khoang màng phổi để điều trị theo y lệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Tràn mủ màng phổi đã chọc hút nhiều lần mà lâm sàng không cải thiện.
- Tràn dịch màng phổi có tỷ lệ fibrin trong dịch màng phổi cao, có nguy cơ dính màng phổi
- Lấy bệnh phẩm để chẩn đoán nguyên nhân
- Để điều trị kháng sinh tại chỗ trong một số trường hợp.

2. Chống chỉ định

- Rò phế quản
- Đang cấp cứu về tim mạch.
- Tràn dịch đã có vách hoá chắc.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Cho uống thuốc an thần từ hôm trước.

- Được giải thích về mục đích của thủ thuật để người bệnh hợp tác với thầy thuốc.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Troca và nòng có đường kính 1mm
- Catheter đường kính vừa với nòng troca
- Khoá 3 trạc hoặc bộ dây truyền có trạc.
- Bơm tiêm 5ml x 2 chiếc, bơm tiêm 20ml x 1 chiếc
- Dây dẫn dịch vào và ra
- Bóng Ambu, ôxy

2.2. Thuốc

- Dịch rửa NaCl 0,9% x 1000ml
- Dung dịch kháng sinh: Rifocin, Noxyflex, ...
- Xylocain 2% x 5 ống
- Depersolon 30 mg x 5 ống
- Adrenalin 10mg x 5 ống
- Atropin 1/4 mg x 5 ống

2.3. Hồ sơ bệnh án theo quy định chung

Phim X quang phổi, các xét nghiệm cơ bản.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt người bệnh ngồi như chọc hút dịch màng phổi
2. Khám lại người bệnh 1 lần nữa trước khi làm thủ thuật.
3. Xem phim X quang chọn đường chọc rửa, tránh nhầm bên
4. Sát khuẩn vùng chọc: cồn iode 1,5 %, sau đó bằng cồn 70⁰
5. Gây tê vùng chọc, thường ở khoang liên sườn 5 đường nách giữa hoặc liên sườn 2 đường giữa đòn.
6. Sau khi chọc kim có catheter vào khoang màng phổi, rút nòng và đẩy catheter vào.
7. Lắp khoá 3 chạc vào đốc catheter.
8. Lắp dây có gắn với chai dung dịch rửa vào 1 cành của khoá 3 chạc. Chạc còn lại nối với dây dẫn lưu dịch màng phổi.
9. Đầu tiên dẫn lưu lấy ra 200-300ml dịch màng phổi, sau đó cho dịch rửa vào khoang màng phổi, cho từ từ trong 10-15 phút. Đợi cho người bệnh thở 4-8 nhịp rồi mới tháo dịch rửa ra.
10. Rửa cho đến khi nước trong thì thôi.

11. Đưa dung dịch có pha kháng sinh vào, ngâm trong khoang màng phổi và rút troca. Băng ép hoặc kẹp bằng agraaf hay đính 1 mũi chỉ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước , trong và sau khi rửa màng phổi
- Các chỉ số về mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Theo dõi và xử trí các biến chứng nếu có.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường như khó thở, sốt... báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuân thủ theo sự hướng dẫn của nhân viên y tế.

33. PHỤ GIÚP CHỌC HÚT MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

Chọc hút màng phổi nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào màu sắc, các xét nghiệm tế bào, sinh hoá, vi khuẩn
- Điều trị:
 - + Chọc tháo bớt dịch để điều trị hội chứng chèn ép hoặc làm giảm bớt áp lực
 - + Bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ
 - + Hút hơi khi bị tràn khí màng phổi

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. **Chỉ định:** người bệnh có tràn dịch, tràn khí màng phổi
2. **Chống chỉ định:** người bệnh có giãn phế nang, tràn khí màng phổi khu trú ít không cần hút để tự nhiên hơi sẽ hết dần.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc:

- + Chọc hút dịch thường chọc ở khoang liên sườn 8-9, bờ trên của xương sườn dưới, đường nách sau
- + Chọc hút khí thường chọc ở khoang liên sườn 1-2 đường giữa xương đòn

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
 - + Kim chọc
 - + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml, 50ml
 - + Một đoạn ống cao su có khoá điều chỉnh.
 - + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kim kẹp khăn
 - + Gạc củ ấu, gạc vuông.
 - + Panh Kocher
 - + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- Sạch:
 - + Cồn iod 1%, cồn 70⁰
 - + Thuốc tê: nôvôcain, xylocain 1-2%
 - + Thuốc cấp cứu: adrenalin, dopamin...
 - + Cốc thuỷ tinh đựng 100ml nước cất và 1 lọ acid acetic trong trường hợp thử phản ứng Rivalta
 - + Băng dính, kéo cắt băng
 - + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
 - + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
 - + Khay quả đậu
 - + Một mảnh nylon
 - + 1 cốc đong nếu làm phản ứng Rivalta
 - + 1 xô chứa dịch
 - + 1 ống pipet nếu làm phản ứng Rivalta
 - + Máy hút hơi liên tục có đồng hồ đo áp lực hút từ 0-200mm Bar, có bộ phận điều chỉnh lượng hơi hút ra có các số từ 0 - 10. Số càng to hơi hút ra càng nhiều, không nên để quá số 5.

IV. TIẾN HÀNH

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

- Kiểm tra lại dụng cụ.
- Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp, để lộ vùng chọc
- Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc.
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê
- Đưa kim chọc cho bác sĩ.
- Giữ người bệnh, quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
- Trường hợp chọc hút dịch: hứng dịch vào 3 ống nghiệm. Phối hợp với bác sĩ đóng mở khoá khi bác sĩ tháo và lắp bơm tiêm để phòng khí tràn vào khoang màng phổi.
- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào bình, điều chỉnh dịch chảy ra theo yêu cầu của thầy thuốc
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, nghiêng về bên không chọc.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi và đề phòng các tai biến: ngất, tràn khí màng phổi, phù phổi cấp...
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, nghiêng về bên lành, nếu thấy ho nhiều, tức ngực, khó chịu, khó thở thì báo ngay. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

34. PHỤ GIÚP CHỌC MÀNG NGOÀI TIM

I. MỤC ĐÍCH

1. Chẩn đoán

Lấy dịch mang đi xét nghiệm giúp cho công tác chẩn đoán bệnh. Bao gồm:

- Chẩn đoán xác định
- Chẩn đoán tính chất dịch: dịch vàng chanh, máu, mủ, dưỡng chấp...
- Chẩn đoán nguyên nhân: xét nghiệm tế bào học, vi khuẩn, hoá sinh.

2. Điều trị

- Chọc tháo dịch trong hội chứng ép tim cấp để cứu sống người bệnh
- Chọc tháo dẫn lưu mủ màng tim, có thể tránh được phẫu thuật mở màng tim, phòng viêm màng ngoài tim co thắt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định tuyệt đối trong hội chứng ép tim cấp
- Chỉ định cần thiết trong hội chứng ép tim bán cấp
- Dẫn lưu mủ màng tim
- Chọc dò để chẩn đoán và tìm nguyên nhân.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.
- Vệ sinh vùng chọc
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp, ghi điện tâm đồ(nếu có).
- Dùng thuốc cho người bệnh theo chỉ định của thầy thuốc
- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi(Fowler).

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
- + Kim chọc

- + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml
- + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kim kẹp khăn
- + Một ống thông màng ngoài tim có khoá dùng dẫn dịch trong trường hợp nhiều dịch.
- + Gạc củ ấu, gạc vuông.
- + Panh Kocher.
- + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- **Sạch:**
 - + Cồn iod 1%, cồn 70⁰
 - + Thuốc tê: novôcain, xylocain 1-2%
 - + Thuốc cấp cứu: adrenalin, dopamin...
 - + Băng dính, kéo cắt băng
 - + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
 - + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
 - + Khay quả đậu
 - + Máy ghi điện tim, máy phá rung tim(nếu có)

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ.
- Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp, để lộ vùng chọc
- Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê
- Giữ người bệnh, quan sát sắc mặt, theo dõi điện tâm đồ và dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
- Hứng dịch vào 3 ống nghiệm (Trường hợp có nhiều dịch, bác sĩ luồn ống dẫn dịch qua kim chọc và lưu ống này trong khoang màng ngoài tim, ống được nối với 1 túi hoặc chai dẫn lưu vô khuẩn).
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Cho người bệnh nằm tư thế thoải mái.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở của người bệnh.
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định.

- **Lưu ý:** sau chọc hút dịch màng ngoài tim phải theo dõi sát: huyết áp động mạch, huyết áp tĩnh mạch trung tâm(nếu có điều kiện), theo dõi tiếng tim để đề phòng tràn dịch trở lại. Khi thấy những dấu hiệu bất thường phải báo ngay để bác sĩ xử lý.
- + Theo dõi 30phút/ lần trong 2 giờ đầu sau khi chọc
- + 3 giờ/lần trong 24 giờ tiếp theo
- + Theo dõi các tai biến như: ngất, chảy máu, nhiễm khuẩn, ngừng tim...

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, nếu thấy tức ngực, khó chịu, hồi hộp, khó thở thì báo ngay
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

35. PHỤ GIÚP CHỌC HÚT MÀNG BỤNG

I. MỤC ĐÍCH

Chọc hút màng bụng nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào số lượng, màu sắc, xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi khuẩn
- Điều trị:
 - + Chọc tháo bớt dịch để điều trị hội chứng chèn ép hoặc làm giảm bớt áp lực
 - + Bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: người bệnh có tràn dịch màng bụng

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.

- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc: 1/3 ngoài đường nối rốn với gai chậu trước trên, thường chọc ở bên trái.

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu. Nếu làm tại giường người bệnh phải có bình phong che để không ảnh hưởng đến người bệnh khác.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
 - + Kim chọc
 - + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml, 50ml
 - + Một ống thông polyetylen có Ambu để nối với đốc kim, có khoá điều chỉnh dịch chảy.
 - + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kìm kẹp khăn
 - + Gạc củ ấu, gạc vuông.
 - + Móc bấm
 - + Panh Kocher.
 - + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- Sạch:
 - + Cồn iod 1%, cồn 70⁰
 - + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
 - + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
 - + Khay quả đậu
 - + Một mảnh nylon
 - + Kéo, băng dính
 - + 1 cốc đông nếu làm phản ứng Rivalta
 - + 1 xô chứa dịch
 - + 1 ống pipet nếu làm phản ứng Rivalta
 - + Thuốc cấp cứu

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ.

- Trải nylon lên giường
- Đặt người bệnh nằm tư thế phù hợp thường nằm nghiêng trái sát thành giường, để lộ vùng chọc
- Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
- Trải khăn có lỗ lên vùng chọc
- Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
- Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.
- Đưa kim chọc cho bác sĩ.
- Quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
- Trường hợp chọc hút dịch: hứng dịch vào 3 ống nghiệm. Phối hợp với bác sĩ đóng mở khoá khi bác sĩ tháo và lắp bơm tiêm để phòng khí tràn vào khoang màng bụng.
- Trường hợp chọc tháo thì nối ống thông vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào bình, điều chỉnh dịch chảy ra theo yêu cầu của thầy thuốc
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái, nghiêng về bên lành sau khi chọc.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi để phòng các tai biến: ngất, xuất huyết trong ổ bụng...
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, ủ ấm, nghiêng về bên lành, nếu thấy màu sắc dịch bất thường thì báo ngay. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

36. PHỤ GIÚP CHỌC DÒ TUYỂN SỐNG

I. MỤC ĐÍCH

Chọc dò tủy sống nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào màu sắc, xét nghiệm sinh hoá, tế bào, vi khuẩn
- Điều trị: bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ...

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: hội chứng màng não, viêm màng não....

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc: vùng thắt lưng III, IV, V hoặc giao điểm giữa đường nối 2 mào chậu với cột sống.

2. Địa điểm

Tiến hành tại phòng thủ thuật có đầy đủ thuốc men và phương tiện cấp cứu. Nếu làm tại giường người bệnh phải có bình phong che để không ảnh hưởng đến người bệnh khác.

3. Phương tiện

- Vô khuẩn:
 - + Kim chọc
 - + Bơm kim tiêm 5ml, 20ml
 - + Một khoá chữ T nếu dùng áp kế Claude đo áp lực nước não tủy.
 - + Găng tay, khăn có lỗ, 2 kìm kẹp khăn
 - + Gạc củ ấu, gạc vuông.
 - + Panh Kocher
 - + Cốc con đựng dung dịch sát khuẩn
- Sạch:
 - + Cồn iod 1%, cồn 70°

- + Giá đựng ống nghiệm, phiếu xét nghiệm
- + Huyết áp kế, ống nghe, đồng hồ có kim giây
- + khay quả đậu
- + Một mảnh nylon
- + Kéo, băng dính
- + Áp kế Claude
- + Thuốc cấp cứu

IV. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay
- Kiểm tra lại dụng cụ.
- Trải nylon lên giường
- Người phụ 1: giữ người bệnh ở tư thế nằm nghiêng, lưng sát mép giường quay ra phía bác sĩ, người bệnh cong lưng, chân co gấp vào bụng, 2 tay kẹp lấy đầu gối hoặc ôm lấy cổ.
- Người phụ 2:
 - + Đổ cồn vào cốc con có gạc củ ấu để bác sĩ sát khuẩn
 - + Trải khăn có lỗ lên vùng chọc
 - + Chuẩn bị găng để bác sĩ đi găng
 - + Chuẩn bị thuốc tê để bác sĩ gây tê.
 - + Đưa kim chọc cho bác sĩ.
 - + Quan sát sắc mặt, dặn người bệnh không được ho trong khi bác sĩ đâm kim.
 - + Khi kim đã vào ống sống, dịch não tủy chảy ra, giúp người bệnh duỗi thẳng chân và bảo người bệnh thở đều.
 - + Đưa áp kế Claude để bác sĩ đo áp lực nước não tủy (Làm thủ thuật Queckenstes Stockey: lấy hai bàn tay đặt hai bên cổ người bệnh ép nhẹ, có thể thấy: dịch não tủy chảy nhanh hơn: không có tắc đường lưu thông của dịch, dịch não tủy chảy chậm hoặc không tắc, có tắc đường lưu thông của dịch).
- Hứng dịch vào 3 ống nghiệm.
- Sát khuẩn lại và băng vết chọc sau khi bác sĩ rút kim.
- Đặt người bệnh nằm sấp trong 15 phút, sau đó nằm ngửa đầu thấp không gối trong 1-2 giờ, không được ngồi dậy ngay cả khi đi đại tiểu tiện.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, màu sắc của dịch nếu thấy bất thường phải báo cáo bác sĩ ngay.
- Theo dõi để phòng các tai biến
- Gửi dịch đi xét nghiệm
- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày giờ tiến hành thủ thuật.
- Số lượng, màu sắc, tính chất dịch hút ra
- Áp lực nước não tủy, số giọt trong 1 phút.
- Tình trạng và các diễn biến của người bệnh trước, trong và sau khi chọc

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh nghỉ tại giường, ủ ấm. Tránh vận động trong vài giờ đầu sau chọc. Nếu có triệu chứng nôn mửa, mạch chậm, co giật... báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc của nhân viên y tế.

37. CẤP CỨU VÀ ĐIỀU TRỊ BỎNG DO ACID

I. MỤC ĐÍCH

- Loại trừ tác nhân gây bỏng.
- Chẩn đoán diện tích và độ sâu của tổn thương bỏng
- Rửa sạch và dùng thuốc điều trị tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bị bỏng acid

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được khám các vị trí tổn thương đặc biệt các hốc tự nhiên như mắt, tai, mũi, họng.

2. Phương tiện: dụng cụ phẫu thuật, thay băng cho người bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tại nơi xảy ra tai nạn

- Ngâm vết bỏng bằng nước sạch, lạnh nhiều lần để giảm nồng độ acid bám trên da.
- Trung hòa bằng kiềm nhẹ như: rửa bằng nước xà phòng, nước vôi 5%.
- Chuyển tới cơ sở điều trị.

2. Tại cơ sở điều trị

- Rửa lại vết bỏng bằng nước xà phòng.
- Rửa vết bỏng bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Rửa vết bỏng bằng dung dịch natri bicarbonat 10 - 20%.
- Thấm khô
- Đắp gạc tẩm dung dịch natri bicarbonat 10- 20%.

3. Bỏng mắt

- Rửa bằng dung dịch NaCl 0,9% nhiều lần tiếp đó rửa bằng dung dịch đệm phosphat có pH bằng 7,4 nhỏ giọt mạnh.
- Rửa sạch bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Thấm khô.
- Nhỏ thuốc mỡ tetracyclin.
- Mời chuyên khoa mắt khám và điều trị.

4. Bỏng thực quản dạ dày

- Trung hoà bằng uống ngay nước có pha loãng lòng trắng trứng gà (4 lòng trắng trứng gà trong 500ml nước) hoặc nước sữa.
- Không được uống dung dịch natri bicarbonat 5%.
- Truyền dịch nuôi dưỡng.
- Các biện pháp dùng ống đặt qua mũi, miệng và thực quản, dạ dày, phải có chỉ định đúng để phòng gây thủng thực quản , dạ dày.
- Kết hợp với chuyên khoa ngoại tiêu hoá theo dõi và điều trị

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá các chỉ số: mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng sốc, nhiễm khuẩn bỏng.
- Thủng dạ dày, thủng thực quản.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc và điều trị của nhân viên y tế.

38. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH BỎNG VÔI

I. MỤC ĐÍCH

- Loại trừ tác nhân gây bỏng còn lại, lấy bỏ chất bẩn và dị vật, cắt bỏ lớp mô hoại tử bỏng đã bong rời.
- Chẩn đoán diện tích và độ sâu của tổn thương bỏng
- Rửa sạch và dùng thuốc điều trị tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bỏng do vôi tôi nóng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh: được giải thích để yên tâm điều trị

2. Phương tiện

- Dụng cụ thay băng
- Dung dịch Amoni clorua 5-10%
- Dung dịch trung hoà: các acid nhẹ: acid boric 3-5 %, acid lactic 3-5%, nước dấm ăn (acid acetic 0,5-6 %), nước chanh, nước đường 20%.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tại nơi xảy ra tai nạn

- Cứu người bệnh ra khỏi hố vôi
- Cởi bỏ quần áo còn dính vôi
- Rửa vết bỏng bằng nước lã (nước giếng, nước bể, nước mưa, nước máy, nước ao hồ) để cho sạch vôi.
- Chuyển ngay đến cơ sở điều trị

2. Tại cơ sở điều trị

a. Tiêm thuốc giảm đau

b. Thay băng

- Tính diện tích bỏng, chẩn đoán độ sâu.
- Xử trí tại chỗ:
 - + Rửa vết bỏng bằng nước xà phòng 5% làm sạch các chất bẩn
 - + Rửa dung dịch amoni clorua 5-10 % hoà tan vôi còn bám trên vết bỏng

- + Cắt mô hoại tử bong rời, cắt bỏ vòm nốt phỏng, lấy bỏ dị vật.
- + Rửa dung dịch NaCl 0,9%.
- + Thấm khô
- + Đắp gạc tẩm các dung dịch trung hoà: acid boric 3%, acid acetic 0,5-6 %, nước đường 20%.
- + Đắp gạc vaselin, gạc Madhuxin.
- + Đắp gạc hút, băng ép vừa chặt.
- Toàn thân: chống sốc bỏng, chống nhiễm khuẩn, nhiễm độc.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Các chỉ số về mạch , nhiệt độ, huyết áp.
- Số lượng nước tiểu.
- Tình trạng nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn mủ xanh.
- Tình trạng nhiễm độc.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường phải báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuyệt đối tuân thủ chế độ theo dõi, chăm sóc và điều trị của nhân viên y tế.

39. CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH ĐIỆN GIẬT

I. MỤC ĐÍCH

- Phục hồi và duy trì sự hô hấp , tuần hoàn của người bệnh
- Hạn chế những biến chứng có thể xảy ra do ngừng hô hấp và ngừng tuần hoàn

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngừng tuần hoàn, hô hấp do bị điện giật

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tại chỗ bị nạn

- Trước hết cắt nguồn điện
- Nếu không cắt được, dùng sào khô tách nguồn điện ra khỏi người bệnh, hoặc người cứu đứng trên ván khô, tay quấn vải khô kéo người bệnh ra khỏi nguồn điện. Trong

11. Đưa dung dịch có pha kháng sinh vào, ngâm trong khoang màng phổi và rút troca. Băng ép hoặc kẹp bằng agra hay đính 1 mũi chỉ.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trước , trong và sau khi rửa màng phổi
- Các chỉ số về mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
- Theo dõi và xử trí các biến chứng nếu có.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Nếu có bất thường như khó thở, sốt... báo ngay cho nhân viên y tế.
- Tuân thủ theo sự hướng dẫn của nhân viên y tế.

33. PHỤ GIÚP CHỌC HÚT MÀNG PHỔI

I. MỤC ĐÍCH

Chọc hút màng phổi nhằm 2 mục đích:

- Chẩn đoán dựa vào màu sắc, các xét nghiệm tế bào, sinh hoá, vi khuẩn
- Điều trị:
 - + Chọc tháo bớt dịch để điều trị hội chứng chèn ép hoặc làm giảm bớt áp lực
 - + Bơm thuốc theo y lệnh để điều trị tại chỗ
 - + Hút hơi khi bị tràn khí màng phổi

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. **Chỉ định:** người bệnh có tràn dịch, tràn khí màng phổi

2. **Chống chỉ định:** người bệnh có giãn phế nang, tràn khí màng phổi khu trú ít không cần hút để tự nhiên hơi sẽ hết dần.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ, người bệnh không tỉnh phải giải thích cho gia đình.
- Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết: đại tiểu tiện trước khi làm thủ thuật
- Lấy mạch, nhịp thở, huyết áp.
- Vệ sinh vùng chọc: