**KỸ THUẬT KHÍ DUNG THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khí dung thuốc giãn phế quản là đưa thuốc giãn phế quản dưới dạng sương mù, các hạt thuốc có kích thước 1-5 micromet vào khí phế quản để điều trị co thắt phế quản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Điều trị bệnh Hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

- Sau rút ống nội khí quản có co thắt thanh khí quản.

- Các bệnh lý hô hấp khác có biểu hiện co thắt phế quản.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng với thuốc giãn phế quản.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

**- Bác sỹ:** Xem xét chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.

**- Điều dưỡng:**

+ Giải thích cho người bệnh và người nhà mục đích của kỹ thuật.

+ Kiểm tra tên, tuổi, số giường, chẩn đoán của người bệnh.

**2. Phương tiện**

- Máy khí dung: 1 chiếc.

- Mặt nạ khí dung phù hợp với miệng mũi người bệnh: 1 chiếc.

- Thuốc giãn phế quản theo y lệnh.

**3. Người bệnh**

Người bệnh tư thế thoải mái (tốt nhất ở tư thế ngồi).

**4. Hồ sơ bệnh án**

**V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN**

**1. Kiểm tra hồ sơ:** Chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.

**2. Kiểm tra người bệnh:** ở tư thế thoải mái.

**3. Thực hiện kỹ thuật** (điều dưỡng chăm sóc):

- Cho thuốc khí dung vào bầu.

- Bật máy khí dung, khi máy hoạt động thấy hơi thuốc phun ra.

- Đeo mặt nạ khí dung cho người bệnh.

- Quan sát đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình khí dung. Nếu người bệnh khó thở hơn khi khí dung cần báo bác sỹ.

- Kết thúc khí dung, lấy mặt nạ khỏi mặt người bệnh.

- Ghi lại diễn biến trong quá trình khí dung

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng người bệnh trong quá trình khí dung để kịp thời phát hiện các bất thường. Những người bệnh nặng cần theo dõi các chỉ số trên máy theo dõi (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2)…

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Người bệnh thấy khó chịu: ngừng khí dung, đánh giá tình trạng người bệnh.

- Dị ứng: khó thở, nổi mề đay, shock phản vệ , xử trí phác đồ dị ứng thuốc

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO ĐIỆN TIM**

**I.     ĐẠI CƯƠNG**

 Điện tâm đồ là hình ảnh hoạt động điện học của tim được ghi lại dưới dạng đồ thị qua các điện cực tiếp nhận ngoài da.

**II.CHỈ ĐỊNH**

-  Chẩn đoán rối loạn nhịp tim.

-  Chẩn đoán phì đại cơ nhĩ, cơ thất.

-  Chẩn đoán rối loạn dẫn truyền.

-  Chẩn đoán các giai đoạn nhồi máu cơ tim.

-  Chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ.

-  Chẩn đoán các rối loạn điện giải.

-  Chẩn đoán các tổn thương ở cơ tim, màng ngoài tim.

-  Theo dõi máy tạo nhịp.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.     Người thực hiện**

-  01 kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng nội khoa.

-  01 Bác sĩ đọc kết quả điện tâm đồ.

**2. Phương tiện**

-  Máy điện tâm đồ có đủ dây dẫn và bản điện cực.

-  Có hệ thống chống nhiễu tốt.

-  Các chất dẫn điện (gel) hoặc nước muối sinh lý 0,9%.

-  Giường bệnh: 01 chiếc.

-  Bông gạc để lau bẩn trên da người bệnh trước khi gắn điện cực và lau chất dẫn điện sau khi ghi điện tâm đồ.

-  Giấy ghi điện tâm đồ tiêu chuẩn: 25mm/s; 50mm/s; 100ms/s.

-  Giấy dán kết quả điện tâm đồ.

**3. Người bệnh**

-  Giải thích cho người bệnh về cách tiến hành kỹ thuật.

-  Nằm yên tĩnh, không cử động.

-  Nếu người bệnh kích thích vật vã thì phải dùng thuốc an thần.

**4. Hồ sơ bệnh án:**Hoàn thiện theo quy định của Bộ Y tế

**V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1.  Người bệnh nằm nghỉ yên tĩnh trên giường bệnh được lắp các điện cực theo tiêu chuẩn bao gồm các chuyển đạo.

2.  Thử test trước khi ghi điện tâm đồ: 1mV=10mm.

3.  Thông thường ghi ở tốc độ giấy 25mm/s ở cả 12 chuyển đạo thông thường, cũng có thể ghi lại ở các tốc độ giấy khác nhau tùy theo từng loại bệnh.

4.  In và đọc kết quả điện tâm đồ trước khi đưa cho người bệnh.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Không có.

**QUI TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG TIỂU**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thông tiểu là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để lấy nước tiểu ra ngoài và điều trị bệnh.

**1. Chỉ định**  
- Bí đái  
- Thông tiểu trước khi mổ, trước khi đẻ  
- Bệnh nhân hôn mê  
- Lấy nước tiểu xét nghiệm tìm vi khuẩn để chẩn đoán các bệnh về hệ tiết niệu.  
**2. Chống chỉ định**  
- Nhiễm khuẩn niệu đạo  
- Giập rách niệu đạo.  
- Chấn thương tuyến tiến liệt....  
Nếu thông có thể gây tổn thương thêm niệu đạo.  
**3. CÁC ĐIỂM CẦN LƯU Ý KHI THÔNG TIỂU**  
3.1. Dụng cụ (nhất là ống thông) phải tuyệt đối vô khuẩn để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.  
3.2. Kỹ thuật thực hiện phải đúng quy trình và vô khuẩn.  
3.3. Ðộng tác phải nhẹ nhàng (tránh thô bạo) nếu vướng mắc phải làm lại hoặc bảo bệnh nhân há miệng thở đều để giảm co thắt niệu đạo.  
3.4. Phải lấy nước tiểu giữa bãi (nếu cần lấy nước tiểu thử vi khuẩn) nên lấy trực tiếp vào ống nghiệm vô khuẩn.  
3.5. Không để lưu ống thông quá 48 giờ.  
3.6. Không thông đái nhiều lần trong ngày.  
3.7. Nếu bệnh nhân bí đái phải rút nước tiểu chậm và không rút hết nước tiểu trong bàng quang sẽ làm giảm áp lực đột ngột và gây chảy máu.  
3.8. Theo dõi bệnh nhân trong và sau khi thông tiểu để phát hiện những dấu hiệu bất thường và xử lý kịp thời.  
**II. CHUẨN BỊ**  
**1. Chuẩn bị dụng cụ.**  
**1.1. Dụng cụ vô khuẩn:**  
- Ống thông Nelaton, Foley (số 14-16 cho người lớn, số 8-10 cho trẻ em, tốt nhất là chuẩn bị 2 cái), chuẩn bị loại mềm hoặc cứng cho thích hợp.  
- Găng tay cao su  
- Gạc miếng, gạc củ ấu, khăn phủ đùi bệnh nhân.  
- Khăn có lỗ, bơm tiêm 10, 20ml  
- Kìm Kocher  
- Dầu Paraffin  
**1.2. Dụng cụ sạch.**  
- Khay chữ nhật  
- Dung dịch sát khuẩn. NACL 0,9%, POVIDIN...  
- Có bình phong (nếu thông tiểu tại giường)  
- Tấm nylon  
- Bốc đựng nước rửa bộ phận sinh dục (nếu bệnh nhân nặng nằm tại chỗ)  
- Cọc treo bốc, nước xà phòng loãng, nước đun sôi để nguội  
- Bô dẹt  
- Khay quả đậu: 1 khay.  
**2. Chuẩn bị bệnh nhân:**  
- Giải thích để bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân biết việc sắp làm để họ yên tâm và hướng đẫn bệnh nhân cách hít vào dài dặn nhẹ để giãn cơ thắt bàng quang (nếu cần).  
- Bệnh nhân nhẹ: Chuẩn bị nước để bệnh nhân tự làm vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài trước khi thông tiểu.  
- Bệnh nhân nặng:  
+Trải tấm nylon trên giường, đặt sẵn bô dẹt dưới mông bệnh nhân, để bệnh nhân nằm ngửa co đầu gối chống chân xuống giường và hơi dạng.  
+ Rửa bộ phận sinh dục ngoài bằng nước xà phòng loãng hoặc nước đun sôi để nguội, rửa từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài, khi xong đổ nước bẩn đi, rửa bô dẹt và đặt lại dưới mông bệnh nhân.  
- Ðiều dưỡng rửa sạch tay.  
**3. Tiến hành kỹ thuật**  
- Ðiều dưỡng viên đeo khẩu trang  
- Rửa tay  
- Kiểm tra lại địa điểm, dụng cụ, bệnh nhân.  
**3.1. Thông tiểu nam:**  
- Dùng vải đắp che cho bệnh nhân và cởi bỏ quần ra, quấn vải đắp để vào hai chân.  
- Đổ dung dịch sát khuẩn vào bát kền đã có gạc củ ấu.  
- Ðiều dưỡng sát khuẩn tay  
- Ði găng vô khuẩn  
- Trải khăn mổ có lỗ để lộ dương vật bệnh nhân.  
- Bôi dầu parafin vào ống thông (7 - 10cm).  
- Tay trái kéo bao da quy đầu xuống để lộ lỗ niệu, tay phải cầm kìm kẹp gạc củ ấu thấm dung dịch sát khuẩn lên quy đầu từ lỗ niệu ra ngoài  
Một tay cầm dương vật thắng đứng (dương vật thắng góc 90o với cơ thể bệnh nhân), tay kia cầm ống thông đặt từ từ vào lỗ tiểu khoảng 10cm, hạ dương vật xuống (song song với thành bụng) là ống thông tự trôi vào bàng quang đến khi thấy nước tiểu chảy ra . Ðưa ống thông sâu khoảng 18 - 20cm.  
- Nếu thấy mắc, vướng bảo bệnh nhân thở hít mạnh và hơi dặn ống sẽ dễ vào, nếu khó đưa vào thì không được tiếp tục đẩy ống thông, phải rút ra làm lại.  
- Khi ống thông vào tới bàng quang, tùy theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu ra.  
(Nếu làm xét nghiệm: Sau vài giây để nước tiểu chảy ra bô dẹt rồi hơ ống nghiệm qua ngọn đèn cồn và tiến hành lấy nước tiểu giữa bãi vào ống và hơ qua ngọn đèn cồn khi đã lấy đủ lượng nước tiểu nút miệng ống lại. Ghi tên bệnh nhân, tuổi, số giường, buồng.  
- Nếu cần lưu ống thông: Bơm dung dịch nước cất hay nước muối sinh lý vào nhánh thông với bong bóng, số lượng nước bơm vào ghi nơi đuôi ống thông (thường là 5ml) cố định thông nối ống thông với hệ thống thu gom nước tiểu (chai hoặc túi thu).  
- Nếu bệnh nhân bị bí đái, khi nước tiểu chảy qua ống thông phải cho chảy từ từ và không nên lấy quá 750ml nước tiểu ở bàng quang (dễ gây chảy máu bàng quang).  
- Rút ống thông để vào khay quả đậu.  
+ Dùng bơm tiêm rút nước trong bong bóng ra hết.  
+ Bóp ống lại và từ từ rút ra.  
- Sát khuẩn lại lỗ niệu đạo bằng dung dịch sát khuẩn, làm vệ sinh vùng sinh dục lau sạch, khô.

- Kéo quần lên cho bệnh nhân và để bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.  
- Thu dọn dụng cụ

**3.2. Thông tiểu nữ:**  
Với bệnh nhân nữ cũng như các bước đã chuẩn bị để tiến hành như bệnh nhân nam giới.  
- Dùng vải đắp che cho bệnh nhân và cởi bỏ quần ra, quấn vải đắp vào 2 chân.  
- Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, 2 chân chống và ngả 2 đùi ra  
- Đổ dung dịch sát khuẩn vào bát kền  
- Ðiều dưỡng sát khuẩn tay  
Một tay: dùng ngón cái và ngón trỏ đã quấn gạc vạch môi lớn và môi nhỏ ra, tay kia dùng kẹp gắp bông cầu (gạc củ ấu) thấm dung dịch sát khuẩn từ lỗ niệu đạo ra ngoài môi lớn và chỉ một lần rồi sau đó sát khuẩn đến các vùng khác ở bên cạnh (Nếu âm hộ quá bẩn thì phải rửa bằng nước ấm và xà phòng trước khi thông tiểu  
- Ðiều dưỡng đi găng tay  
- Trải khăn có lỗ bộc lộ bộ phận sinh dục  
- Bôi dầu Parafin vào đầu ống khoảng 4 - 5 cm  
- Một tay cầm ống thông đưa vào niệu đạo nhẹ nhàng khoảng 5 - 6cm hoặc đến khi thấy nước tiểu chảy ra (Tránh đưa nhầm vào lỗ âm đạo), với trẻ em đưa vào 2,5cm. Nếu vướng mắc bảo bệnh nhân hít thở sâu.  
Khi ống thông vào tới bàng quang tùy theo chỉ định mà lấy nước tiểu để xét nghiệm hoặc tháo nước tiểu ra hoặc rửa bàng quang để điều trị.  
- Nếu lấy nước tiểu vô khuẩn làm xét nghiệm thì phải bỏ một ít nước tiểu ban đầu, chỉ lấy nước tiểu ở phần giữa bãi. Trước khi hứng nước tiểu phải hơ miệng ống qua ngọn lửa đèn cồn và nút lại ghi tên, tuổi bệnh nhân, số giường, số buồng bệnh nhân ở ống.  
- Nếu bệnh nhân bị bí đái, khi nước tiểu chảy qua ống thông phải cho chảy từ từ và không nên lấy hết nước tiểu ở bàng quang ra (gây chảy máu bàng quang do tụt áp lực một cách đột ngột).  
- Tùy theo yêu cầu của bác sĩ, có thể để lưu thông lại, phải cố định ống thông bằng cách bơm nước muối 0,9% vào nhánh phụ (thông với bong bóng để làm căng bóng chèn) số lượng nước bơm vào ghi nơi đuôi ống thông, thường là 5ml, cố định ống thông vào đùi và lắp với hệ thống thu nước tiểu .  
- Rút ống thông nhẹ nhàng để vào khay quả đậu (nếu ống thông lưu nhiều ngày và có bóng chèn nhớ tháo nước trong bóng trước khi rút).  
+ Dùng bơm tiêm rút nước trong bong bóng ra hết.  
+ Bóp ống lại và từ từ rút ra.  
- Sát khuẩn lại lỗ niệu đạo, alu, vệ sinh vùng sinh dục sạch, lau khô da vùng đó.  
- Mặc quần cho bệnh nhân và để bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.  
- Thu dọn dụng cụ - ghi hồ sơ bệnh án.  
Nếu có xét nghiệm phải đưa nước tiểu đến phòng xét nghiệm sớm.  
**4. cách lấy nước tiểu 24 giờ để làm xét nghiệm**  
**4.1. Nguyên tắc:**  
- Dặn bệnh nhân phải lấy đủ nước tiểu trong 24h kể cả lúc đi đại tiện.  
- Phải có hóa chất để giữ nước tiểu khỏi hỏng.  
- Dụng cụ để tiến hành thủ thuật phải đủ (phải sạch)  
- Phải lắc đều nước tiểu thu được (tổng cộng số lượng) trong 24 giờ rồi lấy vào bình đưa đến phòng xét nghiệm.  
**4.2. Kỹ thuật tiến hành:**  
- Cho sẵn hóa chất giữ nước tiểu với một lượng tương đương với 1/2 lít nước tiểu rồi sau đó sẽ cho thêm dần theo số lượng nước tiểu tiếp.  
- Nếu bắt đầu từ 9 giờ sáng thì cho bệnh nhân đi tiểu ra ngoài hố tiểu và từ bãi sau dặn bệnh nhân tiểu vào bô đã có chất giữ nước tiểu khỏi hỏng và đậy nắp bô lại.  
- Dặn bệnh nhân thu cả nước tiểu lúc đi đại tiện và đổ vào bô cho đến 9 giờ sáng hôm sau (đủ 24 giờ) dặn bệnh nhân đi tiểu lần cuối cùng vào bô.  
- Ghi số lượng nước tiểu thu được trong 24 giờ vào hồ sơ, phiếu theo dõi, phiếu xét nghiệm.  
- Lắc đều tất cả số lượng nước tiểu thu được trong 24 giờ  
- Sau khi lắc đều xong lấy 500ml cho vào bình thủy tinh vô khuẩn và ghi phiếu xét nghiệm: Họ và tên bệnh nhân, số giường buồng, tổng số lượng nước tiểu trong 24 giờ.  
- Ðưa đến phòng xét nghiệm  
- Thu dọn dụng cụ, rửa sạch và để vào nơi quy định.  
**5. TAI BIẾN CỦA THÔNG TIỂU**  
- Chảy máu  
- Nhiễm khuẩn ngược dòng  
- Sốc (do bệnh nhân quá sợ hãi, đau)  
- Thủng trực tràng.

**RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU**

**I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA**

 Rửa dạ dày là kỹ thuật luồn ống thông vào dạ dày người bệnh để tháo rửa các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị, chất độc.

**II. CHỈ ĐỊNH**

 Trước phẫu thuật đường tiêu hóa (khi người bệnh ăn chưa quá 6 giờ) Các trường hợp ngộ độc cấp (thức ăn, thuốc, hóa chất) trong vòng 6 giờ sau khi uống độc chất.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

 Ngộ độc acid hoặc base mạnh hoặc ngộ độc sau 6 tiếng.

 Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bỏng, u, dò thực quản.

 Người bệnh suy kiệt nặng…

 Thủng dạ dày

 Hôn mê (nếu rửa phải đặt nội khí quản)

**IV. CHUẨN BỊ**

 Người thực hiện: một điều dưỡng (điều dưỡng) và một bác sĩ đeo yếm nylon, găng tay nếu người bệnh ngộ độc phospho hữu cơ.

 Phương tiện:

 Ống Faucher cỡ to 14-22 (đường kính trong từ 6-10mm) hoặc ống thông Levin với trẻ nhỏ.

 Phễu to hay bốc có ngấn.

 Nước sôi để nguội có pha 5g muối ăn cho 1 lít. Chuẩn bị 5 lít.

 Nước ấm 370 C hay lạnh tùy chỉ định.

 Canun Guedel.

 Chậu đựng nước thải.

 Máy hút.

 Lọ lấy độc chất (100ml).

 Ống nghe và bộ đo huyết áp

 Ống nội khí quản và dụng cụ nội khí quản: đèn soi.

 Băng dính

 Bơm tiêm 50 ml

 3. Người bệnh

 - Động viên, giải thích cho người bệnh mọi việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác.Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà.

- Tháo răng giả (nếu có)

 - Nếu hôn mê có nguy cơ sặc: đặt nội khí quản có bóng chèn, bơm căng bóng.

 4. Hồ sơ bệnh án

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ

 2. Kiểm tra người bệnh

 3. Thực hiện kỹ thuật

 Đặt người bệnh nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái.

 Trải 1 tấm nilon lên phía đầu giường và quàng 1 tấm quanh cổ người bệnh.

 Đặt thùng hứng nước bẩn.

 Đặt ống thông vào dạ dày theo đúng quy trình đặt ống thông dạ dày. Kiểm tra xem ống đã vào đúng dạ dày chưa.Cố định ống thông.

 Trước khi rửa nên hạ thấp đầu phễu dưới mức dạ dày để nước ứ đọng trong dạ dày chảy ra hoặc dùng bơm tiêm để hút dịch dạ dày ra.Lưu mẫu dịch dạ dày làm xét nghiệm.

 Cắm phễu hoặc bốc, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.

 Đổ nước khoảng 300-500ml/lần đối với người lớn, hạ thấp đầu ống vào trong chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút hút ra.

 Lặp lại cho đến khi nước chảy ra trong, không còn thức ăn, không còn mùi.

 Trong khi rửa cần hạn chế đưa không khí vào dạ dày.

 Lượng nước rửa:

 Với lân (P) hữu cơ phải pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng 10 lít lần đầu, khoảng 5 lít với lần hai.

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

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

 Rút ống thông, tháo băng dính cố định.Thu dọn dụng cụ.

**VI. THEO DÕI**

 - Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.

 - Phản xạ ho sặc tránh hít phải dịch.

 Kết quả của than hoạt và tẩy: đi ngoài ra than hoạt.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

 Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: nội khí quản có bóng chèn, rót nước một lần dưới

 500ml.

 Nhịp tim chậm, ngất do kých thích dây X: hồi sức cấp cứu.

 Rối loạn nước, điện giải do ngộ độc nước nếu không pha muối và rửa quá nhiều (trên 20 lít): phải dùng lợi tiểu mạnh (Lasix) kết hợp truyền dung dịch NaCl ưu trương.

 Tăng natri máu và mất nước nếu pha muối trên 9g/lít: truyền bù dịch rồi cho lasix, theo dõi và điều chỉnh điện giải theo kết quả xét nghiệm.

 Hạ thân nhiệt do trời lạnh: khi thời tiết lạnh, pha nước ấm để rửa dạ dày, sưởi ấm cho người bệnh.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM CHÍCH**

**Nội dung**

**1. MỤC ĐÍCH**

Trong hầu hết cả các mô cũng như khoang cơ thể, có thể đưa những

chất dịch (thuốc) vào bằng thủ thuật tiêm chích.

Thực tế hàng ngày những mô được dùng thể đưa thuốc vào cơ thể là:

* Vào trong da.
* Vào trong cơ.
* Vào dưới da (ở giữa lớp da và cơ).
* Vào trong tĩnh mạch.

Sự tiêm chích thường qui này tùy thuộc vào những yếu tố:

**1.1. Chỉ định**

- Cấp cứu, bệnh nặng, cần tác dụng nhanh.

- Người bệnh nôn ói nhiều.

- Người bệnh chuẩn bị mổ….

- Tiêm trong da chính yếu dùng với mục đích chẩn đoán, thử phản ứng dị ứng. Đôi khi dùng trong dự phòng và điều trị như liệu pháp vaccin.

- Ba kỹ thuật tiêm còn lại chính yếu mang tính điều trị, nhưng cũng có thể dùng với mục đích chẩn đoán cũng rất tốt.

**1.2. Tốc độ hấp thu thuốc**

Ngoại trừ tiêm trong da, các kỹ thuật tiêm còn lại dịch tiêm vào trực tiếp hoặc khuếch tán vào hệ tuần hoàn máu. Trong tiêm tĩnh mạch, thuốc sẽ tác dụng tức thì, bởi vì thuốc được tiêm trực tiếp vào hệ tuần hoàn máu.

Vì sự khác nhau về mô học của mô dưới da và mô cơ. Thuốc sẽ vào máu theo thứ tự nhanh chậm như sau: IV > IM > SC > IC

**1.3. Số lượng thuốc tiêm**

  Sức hấp thu của các mô thì khác nhau.

Ví dụ:  Tiêm trong da giới hạn ở  0,1 ml.

             Tiêm trong bắp cơ giới hạn ở 3 - 5 ml.

**1.4. Đặc tính của thuốc tiêm**

Thuốc dầu chỉ được tiêm trong bắp cơ. Các thuốc chứa sắt nếu tiêm

dưới da có thể gây hoại tử và gây viêm. Các dịch ưu trương chỉ có thể tiêm tĩnh mạch.

**1.5. Các bước thực hiện**

Luôn chú ý trước

\* Luôn kiểm tra đã đúng bệnh nhân, đúng thuốc, đúng liều lượng,

đúng kỹ thuật và đúng thời điểm chưa?

\* Tránh nhiễm trùng: Tiêm chích là đưa vào cơ thể với đường

không tự nhiên - rào chắn bảo vệ tự nhiên của da cũng như cơ bị hủy hoại - phải thực hiện với dụng cụ vô trùng và thao tác vô khuẩn.

\* Phải luôn cân nhắc sự lây lan của những kim tiêm, ống tiêm, bông

dính máu. Luôn bảo quản kim và ống tiêm trong đồ chứa riêng. Không để trần kim tiêm, vì có thể ta bị kim đâm mà như thế thì kim không còn dùng được mà còn bị lây nhiễm.

**1.6. Chú ý**

Phải thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu và 5 đúng trong suốt quá trình tiêm thuốc cho người bệnh:

\*3 kiểm tra

- Tên người bệnh.

- Tên thuốc.

- Liều thuốc.

\* 5 đối chiếu

- Số giường, số phòng.

- Nhãn thuốc.

- Chất lượng thuốc.

- Đường tiêm thuốc.

- Thời hạn của thuốc.

\*  5 đúng

- Đúng người bệnh.

- Đúng thuốc.

- Đúng liều.

- Đúng thời gian.

- Đúng đường tiêm

**1.7. Qui trình kỹ thuật**

**1.7.1. Nhận định người bệnh**

- Tri giác

- Tuổi

- Lớp mỡ dưới da dày hay mỏng.

- Sự vận động của người bệnh? Yếu, liệt hay bình thường?

- Số lượng và loại thuốc dùng, thuốc pha?

- Cơ địa có bị dị ứng không?

**1.7.2. Chuẩn bị bệnh nhân**

- Đối chiếu đúng người bệnh.

- Giải thích cho người bệnh hiểu để hợp tác tốt.

- Tư thế người bệnh thích hợp.

- Nếu người bệnh nặng cần có người phụ giúp.

**1.7.3. Chuẩn bị dụng cụ**

- Sao phiếu thuốc.

- Lấy thuốc theo y lệnh, kiểm tra lần 1.

- Mang khẩu trang, rửa tay thường qui.

- Soạn mâm dụng cụ tiêm thuốc:

   + Trải khăn lên mâm sạch.

   + Chọn bơm tiêm phù hợp với lượng thuốc cần tiêm.

   + Chọn kim tiêm phù hợp với đường tiêm và vị trí tiêm.

   + Kim pha thuốc.

   + Gòn, cồn iode sát trùng da.

   + Kẹp.

   + Hộp thuốc chống shock.

   + Dây garrot.

   + Gants tay sạch.

   + Chai dung dịch rửa tay nhanh.

   + Bình chứa rác thải y tế bén nhọn bằng nhựa cứng màu vàng, một chiều.

   + Túi rác chứa chất thải y tế màu vàng.

   + Túi rác chứa chất thải sinh hoạt màu xanh.

**1.7.4. Tiến hành kỹ thuật**

\* Chuẩn bị thuốc tiêm

 - Rút thuốc từ ống thuốc

   + Sát khuẩn đầu ống thuốc, kiểm tra lần 2.

   + Cưa ống thuốc nếu cần.

   + Dùng gòn khô lau và bẻ ống thuốc.

   + Rút thuốc tay không chạm thân kim và nòng trong của bơm tiêm.

   + Kiểm tra thuốc lần 3, bỏ vỏ ống thuốc.

   + Đậy thân kim an toàn, đặt bơm tiêm trên phiếu thuốc vào mâm tiêm thuốc an toàn.

 - Rút thuốc từ lọ thuốc

   + Mở nắp lọ thuốc, sát khuẩn nắp lọ, kiểm tra lần 2.

   + Rút nước pha tiêm bằng kim pha thuốc.

   + Đâm kim vào giữa lọ, bơm nước cất vào.

   + Hút khí trả lại, rút kim an toàn, lắc cho thuốc hòa tan.

   + Bơm khí vào lọ, rút thuốc đủ  liều.

   + Kiểm tra thuốc lần 3, bỏ vỏ lọ thuốc.

   + Thay kim tiêm thích hợp.

   + Đậy thân kim an toàn, đặt bơm tiêm trên phiếu thuốc vào mâm tiêm thuốc an toàn.

**2. CÁC ĐƯỜNG TIÊM**

**2.1. Tiêm trong da ( Intradermal = ID )**

Tiêm vào lớp thượng bì có tác dụng tiêm ngừa, thử phản ứng thuốc hoặc để điều trị.

- Kim : cỡ số 26 – 27 G, dài khoảng : 0,6 – 1, 3 cm.

- Tiêm 1 góc khoảng 15 độ so với bề mặt của da.

- Vị trí tiêm: thường ở 2 bên bả vai ( cơ Delta ) hoặc 1/3 trên mặt trong cẳng tay.

- Kỹ thuật tiêm:

+ Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích.

+ Bộc lộ vùng tiêm.

+ Xác định vị trí tiêm.

+ Mang gants tay sạch.

+ Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài khoảng 5cm, theo hình xoắn óc.

+ Sát khuẩn tay lại.

+ Đuổi hết bọt khí.

+ Căng da, để mặt vát kim lên trên, đâm kim 1 góc 15 độ so với bề mặt của da.

+ Bơm 1/10ml thuốc ( nổi phồng nốt da cam ).

+ Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào.

+ Khoanh tròn nơi tiêm nếu thử phản ứng thuốc sau 15 phút xem lại ).

+ Tháo gants tay.

+ Dặn người bệnh không được chạm nơi vùng tiêm.

+ Báo và giải thích cho người bệnh biết việc đã làm xong, giúp người

bệnh tiện nghi.

+ Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ.

**2.2. Tiêm dưới da ( Subcutaneous = SC )**

Tiêm vào mô liên kết lỏng lẽo dưới da

- Kim: cỡ số 25G, dài khoảng: 1 – 1,6 cm

- Tiêm: trung bình 1 góc 45 độ so với bề mặt của da, nhưng nếu với bệnh nhân mập có thể tiêm 1 góc 90 độ, còn với bệnh nhân gầy ốm có thể tiêm 1 góc từ 15 – 30 độ so với bề mật của da..

- Vị trí tiêm: thường ở 2 bên bả vai ( cơ Delta ), xung quanh rốn hoặc 1/3 mặt ngoài trước đùi.

- Kỹ thuật tiêm:

+ Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích.

+ Bộc lộ vùng tiêm.

+ Xác định vị trí tiêm.

+ Mang gants tay sạch.

+ Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài khoảng 5cm, theo hình xoắn óc.

+ Sát khuẩn tay lại.

+ Đuổi hết bọt khí.

+ Véo da, đâm kim 1 góc 45 độ so với bề mặt của da.

+ Rút pittong kiểm tra không có máu, bơm thuốc chậm và quan sát nét mặt bệnh nhân.

+ Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào.

+ Đặt gòn khô lên nơi tiêm xoa nhẹ vùng tiêm.

         + Tháo gants tay.

         + Báo và giải thích cho người bệnh biết việc đã làm xong, giúp người bệnh tiện nghi.

+ Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ.

**2.3. Tiêm bắp ( Intramuscular = IM )**

- Kim: cỡ số 21 – 23G, dài khoảng: 2,5 – 4 cm

- Tiêm thường 1 góc khoảng 90 độ so với bề mặt của da.

- Vi trí tiêm:

+ Tiêm bắp nông: Cơ Delta, lượng thuốc không quá 1ml, không dùng tiêm thuốc dầu, không dùng cho cơ Delta chưa phát triển ( trẻ < 2 tuổi ).

+ Tiêm bắp sâu: Đùi ở giữa 1/3 mặt ngoài đùi, lượng thuốc tiêm không quá 3ml. Ở mông ¼ trên ngoài lấy mốc là gai chậu trước trên, lượng thuốc tiêm không quá 3 - 5 ml.

- Kỹ thuật tiêm:

+ Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích.

+ Bộc lộ vùng tiêm.

+ Xác định vị trí tiêm.

+ Mang gants tay sạch.

+ Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài khoảng 5 cm, theo hình xoắn óc.

+ Sát khuẩn tay lại.

+ Đuổi hết bọt khí.

+ Căng da, đâm kim 1 góc 90 độ so với bề mặt của da.

+ Rút pittong kiểm tra không có máu, bơm thuốc chậm và quan sát nét mặt bệnh nhân.

+ Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào.

+ Đặt gòn khô lên nơi tiêm xoa nhẹ vùng tiêm.

            + Tháo gants tay.

            + Báo và giải thích cho người bệnh biết việc đã làm xong, giúp người bệnh tiện nghi.

+ Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ.

**2.4. Tiêm tĩnh mạch ( Intravenous = IV )**

            Đưa thuốc trực tiếp vào hệ thống mạch máu.

- Kim: cỡ số 19 - 21G , dài khoảng 2,5 – 4 cm

- Tiêm: thường 1 góc 30 – 40º so với bề mặt của da, tùy theo vị trí tĩnh mạch cần tiêm.

- Vị trí tiêm: Các tĩnh mạch ngoại biên. Ưu tiên chọn các tĩnh mạch phải to, rõ, ít di động, mềm mại, không gần khớp.

- Kỹ thuật tiêm:

+ Đối chiếu đúng người bệnh, báo và giải thích.

+ Bộc lộ vùng tiêm.

+ Xác định vị trí tiêm.

+ Mang gants tay sạch.

+ Buộc dây garrot cách nơi tiêm khoảng 5 – 10 cm

+ Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài khoảng 5 cm, theo hình xoắn óc.

+ Sát khuẩn tay lại.

+ Đuổi hết bọt khí.

+ Để mặt vát của kim lên trên, căng da, đâm kim 1 góc 30 - 40º so

với bề mặt của da qua da vào tĩnh mạch.

+ Rút pittong kiểm tra có máu, tháo bỏ dây garrot.

+ Bơm thuốc chậm và quan sát nét mặt bệnh nhân.

+ Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào.

+ Đặt gòn khô lên nơi tiêm.

            + Tháo gants tay.

            + Báo và giải thích cho người bệnh biết việc đã làm xong, giúp người bệnh tiện nghi.

+ Thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ.

- Dọn dẹp dụng cụ

+ Trả phiếu thuốc về chỗ cũ hoặc bỏ vào ô giờ cho lần sau.

+ Xử lý dụng cụ theo đúng qui trình khử khuẩn, tiệt khuẩn.

+ Những dụng cụ khác trả về chỗ cũ như bình phong che...

- Ghi hồ sơ:

+ Ngày giờ tiêm thuốc.

+ Tên thuốc, liều lượng, đường tiêm, vị trí tiêm.

+ Phản ứng người bệnh nếu có.

+ Họ tên người thực hiện.

**TRUYỀN DỊCH TĨNH MẠCH**

|  |
| --- |
| **1. ĐẠI CƯƠNG**  Truyền dung dịch vào tĩnh mạch là đưa vào cơ thể bệnh nhân qua đường tĩnh mạch một khối lượng lớn dung dịch và thuốc.  Truyền dịch tĩnh mạch là qui trình kỹ thuật điều dưỡng thường được thực hành trong điều trị, chăm sóc bệnh nhân. Hiệu quả chăm sóc điều trị cao do thuốc được đưa nhanh vào cơ thể, những cũng hay có những tai biến, biến chứng.  **1.1. Quy định chung**  - Dịch truyền và các loại dụng cụ phải tuyệt đối vô khuẩn.  - Khi thực hành kỹ thuật phải đúng quy định và đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn, kể cả trong ý thức và ở từng động tác kỹ thuật trong suốt quá trình tiêm.  - Tuyệt đối không để không khí lọt vào tĩnh mạch.  - Đảm bảo áp lực của dịch truyền cao hơn áp lực máu tĩnh mạch của bệnh nhân.  - Tốc độ chảy của dịch theo đúng y lệnh, duy trì tổng lượng dịch đưa vào đúng thời gian quy định.  - Theo dõi chặt chẽ tình trạng bệnh nhân trước trong và sau khi truyền dịch.  - Phát hiện sớm các phản ứng và xử trí kịp thời.  - Không để lưu kim quá 24 giờ trong cùng một vị trí.  - Nơi tiếp xúc giữa kim và mặt da phải giữ vô khuẩn tuyệt đối.  **1.2. Chỉ định và chống chỉ định**  Truyền dung dịch vào cơ thể bệnh nhân chủ yếu theo 2 đường:  - Đường tĩnh mạch: có thể là tĩnh mạch ngoại biên hay trung tâm.  - Đường dưới da: chỉ được truyền một số dung dịch, số lượng hạn chế.  ***1.2.1. Chỉ định truyền dịch tĩnh mạch***  - Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn đã mất của cơ thể: trong các trường hợp ỉa chảy mất nước, bỏng nặng, mất máu, xuất huyết...  - Đưa thuốc vào cơ thể: khi muốn cho thuốc ngấm đều và duy trì nhiều giờ hoặc nhiều ngày một lượng thuốc hằng định trong máu.  - Nuôi dưỡng bệnh nhân: khi bệnh nhân không ăn uống được: bệnh nhân hôn mê, tổn thương thực quản, đường tiêu hóa.  - Các mục đích khác: giải độc, lợi tiểu trong trường hợp bệnh nhân bị ngộ độc.  ***1.2.2. Chống chỉ định truyền dịch tĩnh mạch***  - Bệnh nhân suy tim nặng.  - Truyền dịch có thể gây tai biến như phù phổi cấp.  - Bệnh nhân tăng huyết áp.  - Truyền dịch có thể gây tai biến suy tim cấp, phù phổi cấp, tăng huyết áp.  Nếu có chỉ định đặc biệt: cần duy trì một lượng dịch hằng định trong máu, thì phải truyền thật chậm, khối lượng ít, theo dõi sát, tốt nhất là đo áp lực tĩnh mạch trung tâm.  **2. CÁC LOẠI DUNG DỊCH THƯỜNG DÙNG TRUYỀN TĨNH MẠCH**  **2.1. Dung dịch đẳng trương**  - Dung dịch natri clorua 90/00.  - Dung dịch glucose 5%.  - Dung dịch ringer lactat.  - Dung dịch natri hydrocarbonat 140/00.(NaHCO3)  Các dung dịch đẳng trương đều truyền nhỏ giọt được vào tĩnh mạch.  - Liều lượng truyền: từ 100 - 2000ml/24h hoặc hơn, tuỳ theo tình trạng bệnh lý của bệnh nhân.  **2.2. Dung dịch ưu trương**  - Dung dịch natri clorua 10%,  20%.  - Dung dịch glucose  10%; 20%;  30% ;  50%.  - Dung dịch natri bicarbonat 5%.  Những dung dịch ưu trương chỉ được tiêm truyền vào tĩnh mạch, tuyệt đối không được tiêm dưới da hay bắp thịt vì gây hoại tử tổ chức.  2.3. Dung dịch có phân tử lượng lớn  - Dextran.  - Huyết tương, máu.  **2.4. Dung dịch nuôi dưỡng**  - Nutrisol, alverin.  - Morihepauim, aminosteril nhepa. 3. KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH TĨNH MẠCH **3.1. Chuẩn bị địa điểm**  - Nơi truyền dịch cho bệnh nhân phải sạch sẽ, thoáng khí, đủ ánh sáng cần thiết; phải đảm bảo điều kiện vô khuẩn tuyệt đối.  - Có thể thực hành ngay trên giường bệnh nhân, trên bàn mổ, trong phòng cấp cứu hồi sức, phòng lưu bệnh nhân.  **3.2. Chuẩn bị dụng cụ, dung dịch**  ***3.2.1. Dụng cụ vô khuẩn***  - Chai dịch truyền theo chỉ định đã được kiểm tra, tên loại dung dịch, số lượng, hàm lượng, chất lượng, ngày pha chế và thời hạn dùng.  - Thuốc theo y lệnh.  - Khay vô khuẩn để đựng bơm, kim tiêm, gạc, dây truyền.  - Kìm Kocher vô khuẩn có mấu, không mấu để gắp bơm, kim tiêm, bông.  - Bộ dây truyền: dài 1,0 - 1,4m, một đầu có kim to có bầu đếm giọt để cắm vào chai dung dịch, một đầu có ambu lắp kim tiêm.  Ở giữa có bầu đếm giọt (có loại 10 - 15 giọt/ml), có thể có thêm bầu lọc, một khóa điều chỉnh tốc độ nhỏ giọt (kẹp Mohr), nút thông khí, hoặc kim thông khí.  Tất cả bộ dây truyền được hấp và đựng trong hộp vô khuẩn hoặc bộ dây truyền được vô khuẩn đóng sẵn trong túi nilon, khi dùng cắt túi và đổ vào khay vô khuẩn để lắp vào chai dịch truyền.  - Bơm tiêm: 5ml, 10ml vô khuẩn.  - Kim tiêm đã vô khuẩn dài 3cm đường kính 5/10 - 8/10mm, kim cánh bướm, kim luồn.  - Bát mạ kền, cốc đựng bông cồn iod 1%, cồn 700.  ***3.2.2. Các dụng cụ khác***  - Cọc truyền, giá treo, quang treo để treo chai dung dịch cách giường bệnh nhân 0,8 - 1m.  - Keo, băng dính, băng cuộn, để cố định kim và chi của bệnh nhân.  - Bộ gối kê tay, tấm nilon nhỏ để lót dưới vùng truyền dịch, dây cao su để garo chi cho tĩnh mạch nổi rõ, nẹp có độn bông để cố định tay bệnh nhân.  - Huyết áp, ống nghe, đồng hồ bấm giây.  - Phiếu truyền dịch, bảng theo dõi dấu hiệu sinh tồn.  - Hộp thuốc, chống sốc.  - Khay quả đậu, túi giấy: đựng bông gạc bẩn.  **3.3. Chuẩn bị bệnh nhân**  - Giải thích để bệnh nhân và người nhà bệnh nhân biết việc sắp làm và báo cho họ biết thời gian truyền bao lâu sẽ xong để họ yên tâm.  - Nhắc bệnh nhân đi đại, tiểu tiện trước khi truyền.  - Lấy các dấu hiệu sinh tồn trước khi truyền: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.  - Đặt bệnh nhân ở tư thể thoải mái.  **3.4. Vị trí tiêm truyền**  ***3.4.1. Trẻ em***  Truyền cho trẻ em thường vào tĩnh mạch đầu, mu bàn tay, cẳng tay, mắt cá trong cẳng chân.  ***3.4.2. Người lớn***  Truyền cho người lớn thường vào tĩnh mạch nếu gấp khuỷu tay, cẳng tay hoặc tĩnh mạch mắt cá trong của bàn chân.  Nếu truyền vào tĩnh mạch chữ V ở nếp gấp cẳng tay phải xắn ống tay áo lên sát vai hoặc cởi hẳn ống tay áo, đặt cánh tay lên nẹp và cố định bằng băng cuộn vào thành giường để tránh di lệch.  Truyền vào tĩnh mạch mắt cá trong của bàn chân: kéo quần lên quá gối, không cần nẹp, chỉ cố định đầu gối và cổ chân bằng băng cuốn vào thành giường.  Bệnh nhân hôn mê, giãy giụa: phải cố định chân tay vào thành giường.  **3.5. Thực hành kỹ thuật**  - Kiểm tra lại công tác chuẩn bị: địa điểm, dụng cụ, bệnh nhân, chai dung dịch. Thực hiên 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng.  - Điều dưỡng rửa tay sạch bằng xà phòng, sau đó sát khuẩn tay bằng cồn, đi găng tay.  - Sát khuẩn nút chai; pha thuốc vào chai, nếu có chỉ định.  - Lắp quang treo vào chai dung dịch, đâm kim của dây truyền qua tâm của nút chai, khoá dây truyền lại, treo chai dịch lên giá cọc truyền.  - Mở nút thông khí cho dung dịch chảy qua dây truyền dịch, đuổi không khí trong dây truyền ra bằng cách:  - Tay trái nâng nghiêng bầu nhỏ giọt, tay phải mở khoá dây truyền; khi dịch chảy được 1/3 bầu thì nhanh tay hạ thẳng bầu đếm giọt xuống để cho dịch chảy tiếp tục xuống đoạn dây dưới. Khi dịch chảy thông suốt đến đầu ambu thì cho dịch chảy ra khay quả đậu hoặc bát mạ kền, tránh không để chảy nhiều dịch.  - Khoá dây truyền.  - Lắp vỏ kim để tránh nhiễm khuẩn.  - Đặt nẹp, gối và tấm nilon dưới vùng truyền.  - Chọn tĩnh mạch để truyền dịch và buộc dây garo cách vị trí tiêm từ 3 - 5cm.  - Sát khuẩn rộng và sạch vùng tiêm theo chiều xoáy ốc từ trong ra ngoài bằng cồn iod, sau đó sát khuẩn lại bằng cồn 700, đặt gạc tam giác dưới nơi tiêm.  - Tay phải cầm đầu dây truyền có gắn kim, tay trái tháo vỏ kim tiêm.  - Tay phải đưa kim vào tĩnh mạch, mũi vát kim ngửa lên trên, chếch với mặt da 15 - 300 khi có máu phụt vào dây thì tháo dây garo mở khoá cho dịch chảy vào tĩnh mạch.  **a. Truyền dịch tĩnh mạch bằng kim luồn**  - Truyền dịch tĩnh mạch bằng kim luồn cớ ưu điểm: không bị chệch kim ra khỏi tĩnh mạch, bệnh nhân có thể cử động tay truyền dịch; đặc biệt thuận tiện trong vận chuyển bệnh nhân, cấp cứu bệnh nhân hàng loạt.  - Kim luồn là một ống polyten mềm, mỏng, có độ dài và cỡ nòng như kim truyền dịch tĩnh mạch, đầu kim tù; trong nòng kim có một kim khác bằng kim loại đầu vát nhọn (nòng thông kim).  - Các bước thực hành kỹ thuật như truyền dịch tĩnh mạch bằng kim thông thường. Nhưng chọc kim vào tĩnh mạch trước, sau đó mới lắp dây truyền dịch vào đốc kim.  - Khi có máu chảy ra theo kim thì dùng ngón tay cái và ngón trỏ tay phải rút nòng thông kim, máu tràn ra đến đốc kim thì nhanh chóng lắp đầu ambu dây truyền dịch vào đốc kim, không được để không khí lọt vào kim, mở khoá dây truyền cho dịch chảy vào tĩnh mạch.  **b. Trường hợp mạch nhỏ, xẹp, khó truyền**  Trường hợp mạch nhỏ phải dùng bơm tiêm lấy 5 - 10ml dung dịch huyết thanh mặn đẳng trương lắp kim và cầm bơm tiêm, chọc vào tĩnh mạch, khi máu vào bơm tiêm tháo dây garo, đổi tay bơm thuốc vào tĩnh mạch.  - Khi  hết thuốc: tay trái dùng ngón nhẫn đè lên mũi vát của kim để máu không theo kim chảy ra và khí không lọt vào tĩnh mạch.  - Ngón trỏ và ngón cái giữ đốc kim thật chặt.  - Tay phải nhẹ nhàng xoáy và tháo bơm tiêm bỏ vào khay quả đậu đựng nước lạnh.  - Lắp đầu ambu của dây truyền vào đốc kim.  - Mở khoá cho dịch chảy.  - Dùng gạc tam giác lót dưới đốc kim, bọc đốc kim lại và cố định băng dính vào da bệnh nhân.  - Điều chỉnh khóa cho dịch chảy nhỏ giọt theo y lệnh dùng đồng hồ bấm giây để theo dõi tốc độ nhỏ giọt trong 1 phút.  - Rút gối kê tay, nilon, dây garo ở dưới tay hoặc chân bệnh nhân rồi đặt nẹp cố định lại, truyền dịch bằng kim luồn thì không cần nẹp cố định.  - Phủ gạc vô khuẩn lên vùng truyền.  - Ghi phiếu tiêm truyền: họ tên, tuổi bệnh nhân, số giường, tên thuốc, tốc độ truyền, thời gian bắt đầu truyền, tên người truyền; gài phiếu vào cạnh chai dịch để tiện theo dõi.  - Theo dõi sát bệnh nhân: cứ 15 phút đến quan sát 1 lần để phát hiện những bất thường có thể xảy ra trong suốt quá trình truyền.  - Nếu không có tai biến xảy ra, khi chai dung dịch còn khoảng 10ml thì ngừng truyền, khóa dây truyền lại và rút kim ra.  - Sát khuẩn lại nơi tiêm bằng bông cồn 700. Nếu chảy máu, đặt bông vô khuẩn băng dính lại.  - Trường hợp bệnh nhân còn tiếp tục truyền phải nhẹ nhàng thay sang chai khác, khóa dây dẫn lại và kiểm tra dây dẫn không có bọt khí mới tiếp tục truyền dịch.  - Thu dọn, lau chùi, đánh rửa sạch, gửi đi hấp sấy dụng cụ.  - Ghi vào phiếu tiêm truyền giờ kết thúc, số lượng dịch đã truyền.  - Ghi vào hồ sơ tình trạng bệnh nhân trước, trong và sau khi truyền dịch, những diễn biến bất thường và xử trí trong khi truyền dịch.  - Cách tính thời gian truyền dịch:    Tổng số dịch truyền x giọt/ml  Tổng số thời gian (phút)   =  Số giọt / phút  **4. THEO DÕI TRUYỀN DỊCH**  - Trong 15 phút đầu phải đứng tại chỗ quan sát sắc mặt, mạch, huyết áp, nhịp thở của bệnh nhân và vùng tiêm. Nếu có những biến đổi khác thường phải báo cáo bác sĩ.  - Quan sát lưu thông dịch.  - Nếu không có diễn biến bất thường, điều dưỡng có thể đi làm việc khác nhưng cứ 10 - 15 phút phải trở lại kiểm tra 1 lần.  - Kiểm tra bệnh nhân truyền dịch:  + Phồng chỗ truyền dịch, bệnh nhân có cảm giác đau buốt tại chỗ truyền, nhìn thấy nổi cục dưới da nơi truyền. Nguyên nhân là đã bị vỡ mạch, hoặc kim chệch ra khỏi lòng mạch làm dịch thoát ra ngoài, phải truyền lại.  + Dây truyền bị tuột ra khỏi đốc kim, làm chảy dịch ra ngoài.  + Kim bị tắc, dịch không chảy có thể do tắc kim thì gập đoạn dây truyền bóp vài lần hoặc kim bị chệch, đầu vát đè vào thành mạch thì xoay nhẹ kim hoặc kê lại đốc kim là dịch có thể chảy đều. Nếu dịch vẫn không thông thì rút kim ra truyền lại.  + Kiểm tra khí trong dây truyền. Nếu có phải rút kim ra ngay và đuổi hết khí trong dây mới được truyền tiếp.  + Dịch truyền đã gần hết chưa?  + Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, sắc mặt, tình trạng chung. Chú ý phát hiện sớm tình trạng sốc do truyền dịch, nếu để muộn có thể gây nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.  **5. TAI BIẾN XẢY RA KHI TRUYỀN DỊCH**  **5.1. Dịch không chảy**  Dịch không chảy ra, thuốc không vào được cơ thể bệnh nhân có thể gây nguy hiểm cho tính mạng bệnh nhân, đặc biệt là trong những trường hợp cấp cứu, bệnh nhân nặng. Những nguyên nhân dẫn đến dịch không chảy bao gồm:  - Do kim bị lệch, lỗ kim áp sát vào thành mạch, cần điều chỉnh lại kim và kê lại đốc kim.  - Do mạch xẹp: dùng bàn tay vuốt nhẹ theo đường về của tĩnh mạch để dồn máu.  - Do tắc kim: tạm thời gập 1 - 2 khúc của đoạn dây truyền rồi buông tay nhanh dung dịch sẽ dồn mạnh xuống làm thông kim, nếu không được phải thay kim khác và truyền lại.  **5.2. Phồng nơi tiêm**  Phồng nơi tiêm do thuốc thoát ra ngoài vì kim tiêm ra ngoài thành mạch hoặc kim chưa vào sâu trong lòng mạch, do tĩnh mạch bị vỡ phải truyền lại, hoặc truyền chỗ khác. Dung dịch ưu trương thoát ra ngoài thì phải ngừng truyền ngay, báo cho bác sĩ.  - Triệu chứng: chỗ truyền phồng to, bệnh nhân kêu đau buốt.  - Xử trí: rút ra truyền lại.  **5.3. Bệnh nhân bị sốc**  Sốc có thể do dịch, do những yếu tố gây sốc của dây truyền, hoặc do tốc độ truyền quá nhanh...  - Triệu chứng: bệnh nhân đang truyền thấy khó thở, rét run, vã mồ hôi, sắc mặt tái nhợt, mạch nhanh, huyết áp tụt (huyết áp tâm thu ≤ 80mmHg).  - Xử trí: ngừng truyền, ủ ấm cho bệnh nhân, báo cáo ngay và cùng bác sĩ, chuẩn bị thuốc xử trí : thuốc trợ tim mạch, kháng histamin và tìm nguyên nhân gây sốc.  **5.4. Phù phổi cấp**  Phù phổi cấp là tai biến nặng do truyền nhanh khối lượng lớn dịch truyền hoặc truyền với tốc độ nhanh ở bệnh nhân cao huyết áp, suy tim.  - Triệu chứng: bệnh nhân đau ngực dữ dội, khạc bọt màu hồng, sắc mặt tím tái, nghe thấy phổi nhiều ran ẩm dâng lên từ hai đáy phổi.  - Xử trí: ngừng truyền ngay, cùng với bác sĩ chuẩn bị phương tiện cấp cứu, Garo tứ chi 5 phút/lần, dùng lợi tiểu, trích máu nếu cần thiết, xử trí tình trạng suy tim, suy hô hấp, trụy tim mạch...  **5.5. Tắc mạch phổi**  Tắc mạch phổi do không khí trong dây truyền lọt vào lòng mạch.  - Triệu chứng: bệnh nhân đau ngực đột ngột, dữ dội, khó thở, có thể gây tử vong nhanh.  - Xử trí: ngừng truyền ngay, báo cáo bác sĩ, đồng thời xử trí hô hấp nhân tạo, thở oxy.  **5.6. Nhiễm khuẩn**  Do vô khuẩn không tốt, có thể gây nhiễm khuẩn huyết, viêm gan virus, nhiễm HDV...  Đề phòng: phải đảm bảo tuyệt đối nguyên tắc vô khuẩn trong suốt quá trình tiêm truyền. 6. TRUYỀN DỊCH ĐƯỜNG DƯỚI DA Nói chung các bước chuẩn bị và tiến hành giống như truyền tĩnh mạch nhưng cần chú ý một số điểm sau:  + Chỉ được truyền dưới da những dung dịch đẳng trương vì truyền dưới da dung dịch ưu trương sẽ gây hoại tử mô.  + Kim tiêm: dùng kim tiêm bắp thịt dài 6 - 8cm.  + Nơi tiêm: mặt trước ngoài đùi, khoảng 1/3 giữa.  + Số lượng dịch truyền: khoảng 200ml, khi chỗ tiêm phồng lên thì rút kim ra nửa chừng rồi đâm vào hướng khác, tối đa mỗi đùi có thể truyền khoảng 500ml, muốn truyền nữa phải truyền sang đùi khác.  + Trẻ em chỉ được truyền khoảng 100ml vào một đùi. |

**TIÊM TĨNH MẠCH**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. ĐẠI CƯƠNG**  Tiêm tĩnh mạch là dùng bơm kim tiêm đưa một lượng thuốc vào cơ thể theo đường tĩnh mạch.  **1.1. Chỉ định và Chống chỉ định**  ***1.1.1. Chỉ định***  - Những thuốc mong muốn có tác dụng nhanh khi đưa vào cơ thể như: thuốc gây mê, gây ngủ, chống xuất huyết, trụy mạch...  - Những thuốc có tác dụng toàn thân.  - Những thuốc gây hoại tử các mô, gây đau, thậm chí gây mảng mục nếu tiêm dưới da hay bắp thịt như calciclorua, uabain…  - Những thuốc không được tiêm bắp hoặc tiêm dưới da chỉ được tiêm tĩnh mạch.  - Những dung dịch đẳng trương, ưu trương cần đưa vào cơ thể bệnh nhân với khối lượng thuốc khá lớn.  - Máu, huyết tương và các dung dịch keo: dextran, subtosan.  - Các loại huyết thanh trị liệu.  ***1.1.2. Chống chỉ định***  - Những thuốc gây kích thích mạnh hệ tim mạch như adrenalin (chỉ tiêm tĩnh mạch adrenalin trong trường hợp cấp cứu, khi không bắt được mạch, huyết áp tụt, không đo được).  - Những loại thuốc dầu: testosteron…  **2. DỤNG CỤ**  Ngoài các dụng cụ cần thiết, cần chuẩn bị:  - Bơm tiêm loại 5ml, 10ml đã hấp sấy khô vô khuẩn.  - Kim tiêm vô khuẩn dài 25 - 30mm đường kính 6/10 - 7/10mm, mũi vát ngắn và sắc.  - Dây garo.  - Gối nhỏ kê dưới vùng tiêm.  - Khay quả đậu đựng nước lạnh sạch.  **3. VÙNG TIÊM**  Tĩnh mạch nào cũng có thể tiêm được nhưng thường tiêm vào các tĩnh mạch sau:  - Hai tĩnh mạch to ở mặt trước khuỷu tay chụm lại thành hình chữ V trong hệ thống tĩnh mạch M. Tĩnh mạch này to, ít di động, dễ tìm, dễ tiêm.  - Có thể tiêm vào tĩnh mạch:  + Cẳng tay.  + Mu bàn tay.  + Mu bàn chân.  + Tĩnh mạch mắt cá trong (tĩnh mạch hiển trong).  + Khi cần có thể tiêm vào tĩnh mạch đùi ở bẹn hoặc tĩnh mạch cổ, tĩnh mạch dưới đòn.  + Trẻ em tiêm vào tĩnh mạch đầu, mu bàn tay, cổ tay, mắt cá trong.  **4. TƯ THẾ BỆNH NHÂN**  Bệnh nhân nằm ngửa thoải mái trên giường, tay giang ra, kéo ống tay áo lên sát vai, bộc lộ vùng tiêm và đặt khuỷu tay bệnh nhân lên gối mỏng (nếu tiêm tĩnh mạch khuỷu tay, cẳng tay), kéo quần bệnh nhân lên qua gối nếu tiêm tĩnh mạch mắt cá trong.  **5. THỰC HÀNH KỸ THUẬT**  - Đặt gối kê tay dưới vùng tiêm.  - Buộc dây garo phía trên cách vị trí tiêm 3 - 5cm.  Không buộc thắt nút mà thắt dây theo kiểu nút nơ, hai đầu của dây quay lên phía trên để tiện lợi khi tháo dây garo, không nên buộc chặt.  - Nhắc bệnh nhân nắm bàn tay lại, co vào duỗi ra vài lần cho tĩnh mạch nổi rõ thêm. Chuẩn bị kỹ để đâm kim trúng vào tĩnh mạch ngay lần đầu.  - Sát khuẩn rộng nơi tiêm bằng cồn iod theo chiều từ trong ra ngoài, sau đó sát khuẩn lại bằng bông cồn 700.  - Sát khuẩn tay điều dưỡng viền bằng bông cồn 700.  - Tay trái dùng ngón cái miết căng mặt da để cố định tĩnh mạch đỡ di lệch và để đâm kim qua da vào tĩnh mạch dễ dàng.  - Tay phải cầm bơm tiêm đã hút thuốc có gắn kim, mũi vát ngửa lên trên, đẩy hết bọt khí ra ngoài.  - Ngón trỏ giữ lấy đốc kim, ngón cái để lên trên thân bơm tiêm; ngón giữa, ngón nhẫn để bên cạnh thân bơm tiêm, ngón út đỡ lấy ruột bơm tiêm. Để ngửa mũi vát của kim lên trên đâm kim ngay trên tĩnh mạch, qua da vào tĩnh mạch, kim chếch 15 - 300 so với mặt da, cũng có thể đâm bên cạnh tĩnh mạch, qua da và ngang thành mạch rồi mới luồn kim lên dọc tĩnh mạch.  - Khi đâm trúng vào tĩnh mạch, máu sẽ chảy vào bơm tiêm hoặc xoay nhẹ ruột bơm tiêm theo chiều ngược kim đồng hồ sẽ thấy máu chảy vào bơm tiêm.  - Tay trái tháo nhẹ nhàng dây garo và nhắc bệnh nhân mở bàn tay ra, đồng thời ngón trỏ bàn tay trái giữ lấy đốc kim; ngón cái để trên thân bơm tiêm; ngón giữa, ngón nhẫn, ngón út giữ bên cạnh bơm tiêm cố định khi bơm thuốc vào.  - Tay phải ngón trỏ và ngón giữa kẹp lấy phần gờ bơm tiêm, ngón cái đặt vào ruột bơm tiêm và từ từ bơm thuốc vào tĩnh mạch.  - Nếu bệnh nhân kêu đau: nhìn lại chỗ tiêm thấy phồng là kim đã chệch ra ngoài mạch máu, phải điều chỉnh lại kim bằng cách đưa kim sâu hơn hoặc rút kim bớt ra một chút và hút nhẹ bơm tiêm xem máu có còn vào bơm tiêm không. Nếu vẫn chảy vào tức là kim đã nằm trong lòng mạch, bơm thử thấy không phồng thì lại tiếp tục từ từ bơm thuốc thật chậm, vừa bơm vừa theo dõi sắc mặt của bệnh nhân và hỏi xem bệnh nhân có thấy đau, nóng hoặc chóng mặt không? Nếu bệnh nhân thấy nóng nhiều và chóng mặt, phải tiêm chậm lại hoặc dừng tiêm và báo cáo bác sĩ.  - Khi bơm gần hết thuốc phải rút kim thận trọng, tuyệt đối không được để không khí lọt vào mạch máu sẽ gây tắc mạch máu nguy hiểm đến tính mạng bệnh nhân.  - Tiêm xong rút kim: ngón cái tay trái kéo chệch căng da để máu và thuốc không chảy ra theo mũi kim.  - Sát khuẩn lại nơi tiêm bằng bông tẩm cồn, đặt bông cồn lên nơi tiêm giữ lại vài giây; không bảo bệnh nhân gập tay lại.  - Để bệnh nhân nằm lại ở tư thế thoải mái.  - Thu dọn dụng cụ.  **6. TIÊM TĨNH MẠCH CHO BỆNH NHÂN ĐANG TRUYỀN TĨNH MẠCH**  - Các bước chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, thuốc như tiêm tĩnh mạch thông thường.  - Thực hành kỹ thuật cần chú ý:  + Không cần buộc dây garo, phải khóa dịch truyền.  + Chọc kim tiêm vào đầu ambu dây truyền sau khi đã sát khuẩn.  + Bơm hết thuốc, rút kim, sát khuẩn lại ambu dây truyền.  + Mở khoá cho dịch chảy theo chỉ định của bác sĩ.  **7. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ**  **7.1. Tắc kim**  Khi đâm trúng vào tĩnh mạch, máu chảy vào trong bơm tiêm nhưng bị đông lại ngay ở đầu mũi kim gây tắc kim tiêm, không bơm thuốc vào được thì phải rút kim ra thay kim khác và tiêm lại.  **7.2. Phồng nơi tiêm**  Khi đâm kim tiêm vào trúng tĩnh mạch, máu trào vào bơm tiêm nhưng khi bơm thuốc vào thì lại phồng lên vì mũi vát của kim nằm nửa trong nửa ngoài tĩnh mạch. Mũi kim đã xuyên mạch hoặc bị vỡ tĩnh mạch.  Xử trí:  - Điều chỉnh lại mũi kim bằng cách nút nhẹ bơm kim tiêm rồi kiểm tra lại.  - Sau khi tiêm xong chườm nóng chỗ phồng để khỏi máu tụ hoặc thuốc tan nhanh.  **7.3. Bệnh nhân bị sốc hoặc bị ngất**  Bệnh nhân bị sốc hoặc ngất do quá sợ hoặc do bị phản ứng thuốc, do bơm thuốc quá nhanh hoặc đâm kim nhiều lần không trúng tĩnh mạch thì phải ngừng tiêm và báo cáo bác sĩ để xử trí.  **7.4. Tắc mạch**  Tắc mạch do để khí lọt vào thành mạch trong khi tiêm.  Nếu lượng thuốc nhiều, bơm nhỏ thì phải tiêm làm nhiều lần, tuyệt đối không để nguyên kim tiêm ở trong tĩnh mạch và tháo bơm tiêm ra, hút thuốc mới rồi lắp vào kim đã có sẵn trong tĩnh mạch để tiếp tục bơm thuốc, làm như vậy rất nguy hiểm, vì không khí dễ lọt vào gây tắc mạch hoặc do không đuổi hết bọt khí trước khi tiêm cho bệnh nhân.  - Phát hiện: mặt bệnh nhân tái, ho sặc sụa, khó thở hoặc ngừng thở đột ngột.  - Xử trí: cho bệnh nhân nằm đầu thấp ngay, xử trí triệu chứng suy hô hấp, suy tuần hoàn.  **7.5. Đâm nhầm vào động mạch**  Khi bơm thuốc vào thấy bệnh nhân kêu đau nóng ở bàn chân thì phải ngừng tiêm và rút kim vì có thể đâm nhầm vào động mạch.  **7.6. Gây hoại tử**  Tiêm chệch ra ngoài tĩnh mạch những thuốc chống chỉ định của tiêm dưới da và tiêm bắp thịt như calci clorua.  - Phát hiện: chỗ tiêm nóng, đỏ, đau; lúc đầu cứng, sau mềm nhũn giống ổ áp xe.  - Xử trí: chườm nóng; khi có hoại tử thì băng mỏng giữ không nhiễm khuẩn thêm, có thể phải chích rạch nếu ổ hoại tử lớn.  **7.7. Nhiễm khuẩn toàn thân, tại chỗ**  - Có thể gặp do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.  - Phát hiện: sốt cao, rét run, tình trạng nhiễm khuẩn nặng, cấy máu (+) chỗ sưng, nóng do đau.  **7.8. Nhiễm virus HBV, HCV, HIV**  - Viêm gan virus do vô khuẩn bơm kim tiêm không tốt, virus từ người bị bệnh viêm gan virus lan truyền sang bệnh nhân sẽ bị mắc bệnh viêm gan virus.  Phát hiện: sau khi tiêm từ 4 - 6 tháng bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi, chán ăn, vàng da, vàng mắt, nước tiểu sẫm màu.  - Nhiễm HIV: do tiêm, trích vào tĩnh mạch không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.  **TIÊM BẮP THỊT**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **1. ĐẠI CƯƠNG**  -Tiêm bắp thịt là tiêm một lượng thuốc vào trong bắp thịt của bệnh nhân.  - Thuốc phát huy tác dụng nhanh hơn tiêm dưới da.  - Cơ được tưới máu nhiều và luôn luôn co bóp, quá trình hấp thu thuốc tại bắp thịt nhanh hơn ở mô liên kết dưới da. Cảm giác đau tại cơ không nhạy bằng mô dưới da nên có thể tiêm vào bắp thịt những thuốc kích thích mạnh như penicillin, streptomycin, quinin, emetin, huyết thanh chữa bệnh hoặc máu cũng có thể tiêm vào bắp thịt.  **1.1. Chỉ định, chống chỉ định**  ***1.1.1. Chỉ định***  Có thể tiêm vào bắp thịt nhiều loại dung dịch đẳng trương khác nhau như:  - Ete, quinin.  - Dầu: lâu tan, dễ gây đau.  - Dung dịch keo, muối bạc, muối thủy ngân, kháng sinh, hormon… chậm tan, gây đau nên phải tiêm bắp thịt.  - 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 kích thích khi tiêm dưới da, hấp thu chậm.  - Da nứt nẻ tiêm dưới da không có chỉ định.  ***1.1.2. Chống chỉ định***  Những thuốc gây hoại tử tổ chức: calci clorua, uuabain..  **1.2. Dụng cụ**  - Bơm tiêm vô khuẩn loại 5ml, 10ml tuỳ theo lượng thuốc tiêm.  - Kim tiêm vô khuẩn dài 40mm - 60mm sắc và nhọn, đường kính 0,7 - 1mm.  - Các dụng cụ cần thiết khác như: cồn 700, cồn iod, kìm Kocher, cốc đựng bông cồn, dao cưa... trong kỹ thuật tiêm thuốc.  **2. VÙNG TIÊM**  - Vùng cánh tay: cơ delta, cơ tam đầu cánh tay (mặt trước ngoài).  - Vùng đùi: mặt trước ngoài, đoạn 1/3 giữa đùi, vùng tiêm vào cơ tứ đầu đùi là vùng rộng, cơ to và dày ít, mạch máu và dây thần kinh.  - Vùng mông: vùng mông có các mạch máu lớn và thần kinh hông to chạy qua vì vậy cần phải xác định vị trí tiêm thật chính xác để tránh tiêm vào dây thần kinh hông to, gây liệt chân bệnh nhân.  Vùng mông được giới hạn bởi 4 đường:  + Phía trên: đường nối 2 mào chậu.  + Phía dưới: nếp lằn mông.  + Phía trong: rãnh liên mông.  + Phía ngoài: mép ngoài mông.  Có 2 cách xác định vị trí tiêm mông:  + Cách 1:  ·Chia một bên mông thành 4 phần bằng nhau; tiêm vào phần 1/4 trên ngoài.  ·Tiêm vào phần dưới ngoài sẽ vào khớp háng.  ·Tiêm vào các phần trong sẽ vào dây thần kinh hông to và vào mạch máu.  + Cách 2:  ·Kẻ một đường thẳng từ gai chậu trước trên đến mỏm xương cụt, chia làm 3  phần bằng nhau, tiêm vào 1/3 trên ngoài đường kẻ này.  ·Vùng này có lớp cơ dày, không có dây thần kinh hông to và mạch máu lớn.  **3. TƯ THẾ BỆNH NHÂN**  **3.1. Tiêm mông**  Để bệnh nhân nằm sấp hoặc ngồi trên ghế tựa mặt quay vào lưng ghế, 2 tay ôm lấy lưng ghế, phần mông còn lại lộ ra là vị trí tiêm.  **3.2. Tiêm ở đùi**  Bệnh nhân nằm ngửa hoặc ngồi trên ghế, duỗi chân thoải mái.  **3.3. Tiêm ở cánh tay**  Bệnh nhân nằm hoặc ngồi trên ghế, tay tiêm thuốc chống vào hông.  Trẻ em phải có người giữ, trước khi tiêm nên đi đại tiểu tiện đề phòng trẻ sợ phóng uế trong khi tiêm.  **4. THỰC HÀNH KỸ THUẬT**  **4.1. Tiêm vào đùi hoặc cánh tay**  - Bộc lộ vùng tiêm: vén tay áo lên đến nách, kéo quần lên đến bẹn.  - Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn 70 - 900.  - Tay trái vừa nắm đỡ tay bệnh nhân vừa kéo căng da nơi sắp tiêm.  - Tay phải cầm bơm tiêm đã lắp sẵn kim, để ngửa mũi vát lên trên, chọc kim tiêm chếch 60 - 900 so với mặt da. Trường hợp bệnh nhân là trẻ em hoặc người gầy thì không nên tiêm theo góc 900 vì dễ chạm vào xương.  - Đâm kim nhanh qua da vào cơ ngập 2/3 kim, tay trái buông khỏi da, xoay nhẹ pít tông ngược chiều kim đồng hồ, nếu thấy không có máu ra theo thì bơm thuốc từ từ vào cơ thể bệnh nhân, vừa bơm thuốc vừa theo dõi sắc mặt bệnh nhân.  - Khi bơm hết thuốc, tay trái dùng ngón cái kéo căng da và nhẹ nhàng rút kim nhanh. Kéo chệch da nơi tiêm để thuốc không trào ra theo mũi kim.  - Sát khuẩn lại vị trí tiêm bằng bông tẩm cồn.  **4.2. Tiêm vào mông**  Có 2 cách tiêm mông:  ***4.2.1. Cách tiêm mông một thì***  - Bộc lộ vùng mông.  - Xác định đúng vị trí tiêm mông.  - Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn iod trước, sau đó sát khuẩn lại bằng cồn 700.  - Điều dưỡng viên sát khuẩn tay bằng cồn 700.  - Tay trái: dùng ngón trỏ và ngón cái căng da nơi định tiêm.  - Tay phải: cầm bơm tiêm đã nắp sẵn kim tiêm, ngón út đỡ đốc kim; ngón cái, ngón nhẫn, ngón giữa rải đều trên thân bơm tiêm; ngón trỏ đỡ ruột bơm tiêm đâm thẳng góc vào mặt phẳng của da, ấn nhanh kim vào thật sâu, không được cắm ngập đốc kim, chừa lại 0,5 - 1cm. Nếu kim tiêm chạm vào xương thì phải rút ra một chút, sau đó tay trái buông khỏi mặt da, xoay nhẹ thử pít tông xem có máu ra theo không. Nếu không có máu thì từ từ bơm thuốc vào, vừa bơm vừa theo dõi sắc mặt của bệnh nhân.  - Khi bơm hết thuốc, tay trái lại chuyển lên căng da, tay phải nhẹ nhàng rút kim nhanh theo phương thẳng đứng.  - Sát khuẩn lại nơi tiêm bằng bông tẩm cồn.  ***4.2.2. Cách tiêm mông hai thì***  -Thì 1:  + Tay trái dùng ngón trỏ và ngón cái căng da nơi tiêm cho phẳng. Tay phải dùng ngón trỏ và ngón cái cầm chắc đốc kim tiêm (kim tiêm rời, chưa cắm vào bơm tiêm).  + Còn 3 ngón khác của tay phải gập lại vỗ nhẹ vào mông mấy cái để đánh lạc hướng tập trung của bệnh nhân rồi đâm kim nhanh thẳng góc 900 vào đúng vị trí tiêm mông đã quy định, không cắm ngập sát đốc kim mà phải để chừa lại 0,5 - 1cm.  - Thì 2:  + Lắp bơm tiêm đã có thuốc đã đuổi hết khí vào đốc kim. Hút thử bơm tiêm xem có máu không. Nếu không có máu theo ra thì bơm thuốc từ từ vào và theo dõi sát bệnh nhân. Nếu có máu vào bơm tiêm thì phải rút kim ra tiêm vào chỗ khác.  + Khi hết thuốc, dùng ngón trỏ và ngón cái tay trái căng da nơi tiêm và rút kim thật nhanh theo phương thẳng đứng.  + Sát khuẩn lại nơi tiêm bằng bông tẩm cồn.  **5. TAI BIẾN DO TIÊM BẮP THỊT, CÁCH XỬ TRÍ VÀ ĐỀ PHÒNG**  **5.1. Gãy kim, quằn kim**  - Gãy kim: do bệnh nhân giãy giụa.  Đề phòng: giữ bệnh nhân tốt.  - Quằn kim: do sai lầm về kỹ thuật khi tiêm.  Đề phòng: không tiêm ngập đốc kim để nếu kim gãy rút kim ra được.  **5.2. Đâm phải dây thần kinh hông to**  Do không xác định đúng vị trí tiêm mông, tiêm sai vị trí, góc đâm kim xiên, không vuông góc với mặt da.  Đề phòng: xác định chính xác vị trí tiêm mông và góc tiêm đúng 900.  **5.3. Gây tắc mạch**  Do tiêm thuốc dạng dầu hoặc nhũ tương vào mạch máu.  Đề phòng: khi tiêm bao giờ cũng phải hút thử bơm tiêm xem có máu không, rồi mới được bơm thuốc.  **5.4. Áp xe nhiễm khuẩn, vô khuẩn**  - Áp xe nhiễm khuẩn: do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.  - Áp xe vô khuẩn: do thuốc không tan như tiêm quinin, hydro cortison và những thuốc dầu khó tan, gây áp xe tại chỗ.  + Phát hiện: chỗ tiêm sưng nóng đỏ, đau.  + Xử trí: chườm nóng, chích ổ áp xe.  **5.5. Gây mảng mục**  Do tiêm những chất gây hoại tử mô (thuốc chống chỉ định tiêm bắp thịt, ví dụ: calci clorua.  - Phát hiện: chỗ tiêm nóng, đỏ, đau; lúc đầu cứng, sau mềm nhũn giống ổ áp xe.  - Xử trí:  + Khi phát hiện sớm, tiêm phong bế novocain.  + Lúc đầu chườm nóng.  + Khi có biểu hiện hoại tử: băng mỏng, giữ không bị nhiễm khuẩn thêm, có thể phải chích, rạch nếu ổ hoại tử lớn.  **5.6. Sốc phản vệ**  Sốc phản vệ do phản ứng của cơ thể đối với thuốc.  - Đề phòng: thử phản ứng thuốc trước khi tiêm.  - Phát hiện sớm, xử trí kịp thời khi sốc xuất hiện.  **TIÊM TRONG DA**   |  | | --- | | **1. ĐẠI CƯƠNG**  Tiêm trong da là tiêm một lượng thuốc rất nhỏ bằng 1/10ml vào lớp thượng bì; thuốc hấp thu rất chậm.  **1.1. Chỉ định tiêm trong da**  Tiêm trong da được chỉ định trong các trường hợp sau:  - Tiêm một số loại vaccin phòng bệnh, ví dụ: tiêm vaccin BCG phòng lao cho trẻ sơ sinh.  - Thử  phản ứng BCG để chẩn đoán bệnh lao.  - Thử phản ứng của cơ thể đối với thuốc và các thuốc kháng sinh.  **1.2. Dụng cụ**  Ngoài những dụng cụ cần thiết phục vụ cho tiêm thuốc, cần chọn bơm và kim tiêm thích hợp:  - Dùng bơm tiêm nhỏ,  loại 1ml có vạch chia 1/10ml để tính lượng thuốc được chính xác.  - Bơm tiêm nhỏ và dài có độ chia 1/100 - 2/100ml để tính liều nhỏ, chính xác hơn.  - Kim tiêm: nhỏ dài 1,5cm, đường kính 4/10 - 5/10mm, đầu mũi vát ngắn để dễ đưa vào ngập trong biểu bì.  **1.3. Vùng tiêm**  Tiêm trong da thường tiêm vào vùng da 1/3 trên mặt trước trong cẳng tay vì chỗ đó da mỏng dễ tiêm, da có màu nhạt, dễ phân biệt. Nếu có phản ứng cục bộ cũng dễ phát hiện.  Ngoài ra còn có thể tiêm vào vùng da ở bả vai, vùng da cơ delta cánh tay, khi tiêm phải tránh các mạch máu.  **2. KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA**  **2.1.Chuẩn bị bệnh nhân**  - Người lớn: tư thế ngồi, ống tay áo kéo lên cao, nằm ngửa tay giang ra đặt lên gối nhỏ, bàn tay ngửa lên trên.  - Trẻ nhỏ: mẹ ngồi trên ghế ôm trẻ vào lòng, 2 đùi kẹp 2 chân trẻ, 1 tay vòng qua thân trẻ ôm và giữ cánh tay, tay khác giữ lấy cẳng tay trẻ đặt lên trên gối nhỏ ở góc bàn.  **2.2. Kỹ thuật thực hành**  - Bộc lộ vùng tiêm.  - Xác định vị trí tiêm.  - Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn 700 hoặc ete.  - Sát khuẩn tay điều dưỡng.  - Tay trái nắm mặt sau cẳng tay hoặc cánh tay vùng định tiêm vừa đỡ tay bệnh nhân vừa dùng các ngón tay để miết căng mặt da chỗ cần tiêm.  - Tay phải cầm bơm tiêm có gắn kim, mũi vát của kim ngửa lên trên thẳng với vạch chia ở thân bơm tiêm, khẽ gẩy mũi kim tiêm vào mặt da. Khi mũi kim đã bén vào mặt da thì hạ thấp bơm tiêm xuống gần sát mặt da, chếch khoảng từ 10 - 150 rồi đẩy nhẹ kim cho ngập hết mũi vát của kim. Không nên đưa kim theo chiều dọc của cẳng tay hoặc cánh tay mà phải đưa chéo góc để lúc hạ bơm tiêm không bị vướng.  - Khi đã ngập hết mũi kim vát thì đổi tay, ngón trỏ tay trái giữ đốc kim, ngón cái giữ thân bơm tiêm, ngón giữa ngón nhẫn, ngón út giữ bên cạnh thân bơm tiêm và tay phải dùng ngón cái từ từ bơm thuốc vào.  *\* Bệnh nhân là trẻ em:*  Khi đã ngập hết mũi kim vát thì ngón các bàn tay trái từ từ chuyển ra đặt lên trên đốc kim và giữ đốc kim ở nguyên vị trí đó. Ngón trỏ và ngón giữa tay phải kẹp giữa đầu dưới của bơm tiêm và đẩy pít tông bơm thuốc vào bằng ngón cái.  - Kiểm tra thuốc có vào đúng trong da không bằng 2 cách:  + Quan sát vết tiêm thấy thuốc vào nổi cục to bằng hạt ngô, sần da cam, màu da ngả màu trắng bệch.  + Đẩy thuốc vào cảm giác rất chặt tay, cảm giác như kim bị tắc.  - Sau khi đã bơm thuốc đủ liều 1/10ml rút kim ra nhanh, kéo chệch căng da chỗ tiêm vài giây cho thuốc khỏi trào ra theo mũi kim, không sát khuẩn lại.  *\* Trường hợp tiêm vaccin phòng bệnh thì cũng không sát khuẩn lại bằng bông cồn, các loại hóa chất, cồn đều có thể làm hủy hoại vaccin, do đó làm mất hiệu lực của vaccin.*  - Thử phản ứng thuốc: lấy bút xanh đánh dấu, vẽ vòng quanh chỗ tiêm, theo dõi 15 - 20 phút, sau đó đọc kết quả.  - Báo cáo  bác sĩ điều trị, ghi rõ vào hồ sơ hoặc phiếu tiêm thuốc của bệnh nhân.  **2.3. Kỹ thuật thử phản ứng thuốc**  ***2.3.1. Chỉ định***  - Tất cả các thuốc kháng sinh trước khi đưa vào cơ thể bệnh nhân đều bắt buộc phải thử phản ứng để phòng tránh sốc phản vệ.  - Các thuốc không phải kháng sinh nhưng có chỉ định thử phản ứng trước khi tiêm.  http://www.benhvien103.vn/hinhanh/TTYT/2015-11-23_101952.jpg  ***2.3.2. Cách pha thuốc thử phản ứng thuốc penicillin và streptomycin sulfat***  http://www.benhvien103.vn/hinhanh/TTYT/2015-11-23_102039.jpg  - 1ml dung dịch 4 có 100 đv thuốc kháng sinh đem tiêm, thử phản ứng cho một bệnh nhân 1/10ml = 10 đv thuốc kháng sinh.  - 1gram streptomycin sulfat hoặc kháng sinh tương đương với 1 triệu đơn vị penicillin.  ***2.3.3. Chuẩn bị bệnh nhân***  Như kỹ thuật tiêm trong da.  ***2.3.4. Chuẩn bị dụng cụ***  Như kỹ thuật tiêm trong da.  ***2.3.5. Thực hành kỹ thuật***  - Các bước như kỹ thuật tiêm trong da.  - Không sát khuẩn vùng tiêm sau khi rút kim tiêm.  - Lấy bút màu xanh vẽ vòng quanh chỗ tiêm, theo dõi từ 15 – 20 phút.  - Đọc kết quả.  - Trường hợp nghi ngờ kết quả, thử phản ứng thì phải thử lại bằng phương pháp đối chứng để so sánh: tiêm sang tay bên kia một mũi 1/10ml nước cất tiêm , bơm tiêm nước cất là bơm tiêm khác, không được dính dấu vết thuốc kháng sinh đã thử, sau 15 – 20 phút so sánh và nhận định kết quả.  Báo cáo bác sĩ điều trị kết quả tiêm trong da, thử phản ứng thuốc, ghi vào phiếu tiêm thuốc, dán vào hồ sơ bệnh án. |   **TIÊM DƯỚI DA**   |  | | --- | | **1. ĐẠI CƯƠNG**  Tiêm dưới da là dùng bơm kim tiêm đưa một lượng dung dịch thuốc vào tổ chức mô liên kết dưới da của bệnh nhân.  **1.1. Chỉ định, chống chỉ định**  ***1.1.1. Chỉ định***  Thuốc thấm dần vào cơ thể, phát huy tác dụng chậm từ từ: atropin sulfat, insulin...  ***1.1.2. Chống chỉ định***  Thuốc dạng dầu, khó tan, ví dụ: testosteron  **1.2. Dụng cụ và Thuốc**  - Bơm tiêm: thường dùng loại 2ml, 5ml.  - Kim tiêm: dài 25 - 30mm, đầu vát dài hơn tiêm trong da.  - Các dụng cụ cần thiết khác trong thực hành kỹ thuật tiêm thuốc.  - Thuốc theo y lệnh.  **1.3. Vùng tiêm**  Tất cả những vùng da trên cơ thể đều có thể tiêm được vì tổ chức dưới da ít gặp các mạch máu, thần kinh lớn: mô dưới da mềm, ít cọ xát, ít bị nhiễm khuẩn, ít đau.  Các vị trí thường tiêm: mặt ngoài cánh tay, vùng cơ tam đầu cánh tay, có thể tiêm vùng mặt trước ngoài đùi khoảng 1/3 giữa đùi, bả vai...  Nếu tiêm nhiều lần cần phải thay đổi vị trí tiêm, tránh tiêm vào mũi kim cũ.  **2. KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA**  **2.1. Chuẩn bị bệnh nhân**  - Bệnh nhân nằm trên giường hoặc ngồi trên ghế  tựa.  - Bộc lộ vùng tiêm.  **2.2. Thực hành kỹ thuật**  - Sát khuẩn vị trí tiêm bằng cồn 700 từ trong ra ngoài.  - Điều dưỡng viên sát khuẩn tay bằng cồn 700  - Tay trái dùng ngón tay cái và ngón tay trỏ véo da bệnh nhân lên.  - Tay phải cầm bơm tiêm có gắn kim ngửa mũi vát của kim lên trên, chếch với mặt da 30 - 450­, đâm kim nhanh qua da vào mô liên kết dưới da. Khi có cảm giác là kim đã vào mô liên kết dưới da thì bỏ tay trái và xoay nhẹ pít tông bơm tiêm vài lần, kiểm tra xem có máu ra không. Nếu không có máu ra theo, mới bơm thuốc từ từ vào cơ thể bệnh nhân.  - Nếu có máu ra theo là đâm phải mạch máu thì bình tĩnh rút bơm kim ra hoặc đâm sâu thêm vào đến khi không có máu ra nữa thì bơm thuốc từ từ.  - Khi đã bơm hết thuốc, tay trái kéo chếch căng da chỗ tiêm để thuốc không thoát ra theo mũi kim.  - Tay phải nhẹ nhàng rút kim ra nhanh, dùng bông tẩm cồn sát khuẩn nhẹ lên chỗ tiêm, sau đó đỡ bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.  **3. CÁC TAI BIẾN CỦA TIÊM DƯỚI DA - CÁCH PHÁT HIỆN VÀ XỬ TRÍ**  **3.1.Tai biến do vô khuẩn không tốt**  Do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trước, trong và sau khi tiêm dẫn tới bệnh nhân bị nhiễm khuẩn,  - Áp xe tại chỗ: chỗ tiêm tấy đỏ, sưng nóng, toàn thân có thể sốt hoặc không.  + Xử trí: chườm nóng, dùng kháng sinh trong trường hợp thuốc tiêm không phải là thuốc kháng sinh.  + Chích áp xe khi áp xe đã mềm hóa mủ rõ.  - Lây nhiễm bệnh truyền nhiễm như viêm gan virus B, C, HIV, các bệnh lây truyền theo đường máu, da và niêm mạc.  Do vô khuẩn không tốt, không đảm bảo nguyên tắc khử khuẩn, tiệt khuẩn, thực hành kỹ thuật không đúng quy định.  **3.2. Tai biến thường gặp**  - Gẫy kim, quằn kim do bệnh nhân giãy giụa mạnh hoặc do tiêm không đúng kỹ thuật. Vì vậy không tiêm ngập đốc kim, khi kim gẫy có thể rút ra được.  - Bệnh nhân bị sốc: do bơm thuốc quá nhanh hoặc bệnh nhân quá sợ hãi, bệnh nhân bị đau không chịu được.  + Thực hiện nguyên tắc khi tiêm hai nhanh một chậm (đâm kim và rút kim nhanh, bơm thuốc chậm), trước khi tiêm phải tiếp xúc, giải thích để bệnh nhân yên tâm, tránh sợ hãi, lo lắng...  **3.3. Các tai biến do thuốc**  - Bệnh nhân đau, áp xe vô khuẩn: do thuốc tiêm vào không hấp thụ được hoặc hấp thụ rất chậm.  + Phát hiện: chỗ tiêm sưng, nóng, đỏ.  + Xử trí: chườm nóng, chích áp xe nếu cần.  - Gây mảng mục ở trẻ em sau khi tiêm insulin, bismut, quinin, các chất dầu, các hormon, các dung dịch iod.  - Sốc phản vệ: do phản ứng của cơ thể đối với thuốc. | |   **THAY BĂNG RỬA VẾT THƯƠNG**   |  | | --- | | **1. ĐẠI CƯƠNG**  Bệnh nhân có vết thương cần, chăm sóc, thay băng, nhằm  mục đích:  - Đánh giá mức độ tổn thương, tiến triển của vết thương.  - Rửa vết thương, thấm hút dịch, cắt lọc tổ chức hoại tử, đắp thuốc vào vết thương.  - Phòng ngừa nhiễm khuẩn thứ phát.  - Tạo điều kiện tốt nhất để vết thương nhanh chóng hồi phục.  **1.1. Quy định chung**  ***1.1.1. Chuẩn bị bệnh  nhân***  - Thông báo cho bệnh nhân biết rõ thời gian, địa điểm thay băng, rửa vết thương.  - Trường hợp bệnh nhân không tự đi được có thể thực hiện tại giường bệnh, hoặc có phương tiện vận chuyển bệnh nhân đến phòng thay băng.  - Giải thích cho bệnh nhân và thân nhân hiểu rõ mục đích thay băng, rửa vết thương.  ***1.1.2. Chuẩn bị dụng cụ***  - Dụng cụ phù hợp với tình trạng của vết thương.  - Thuốc sát khuẩn, dung dịch rửa vết thương theo đúng chỉ định.  - Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn, ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện cho bệnh nhân.  **2. PHÂN LOẠI VẾT THƯƠNG**  Bệnh nhân có thể bị rất nhiều loại vết thương, mỗi loại có đặc điểm và tính chất khác nhau. Trong thực tế lâm sàng có nhiều cách phân loại vết thương, tuy nhiên ở mức độ thực hành kỹ thuật thay băng rửa vết thương có thể chia làm 2 loại:  **2.1. Vết thương sạch**  Vết thương sạch là vết thương không có dịch rỉ viêm, không nhiễm khuẩn.  - Vết thương không khâu: không sưng tấy, không có mủ hoặc dịch tiết, tổ chức hạt phát triển tốt, đang trong thời kỳ lên da non, có tiến triển tốt.  - Vết thương có khâu: mép vết thương phẳng, các chân chỉ không có biểu hiện sưng, nóng, đỏ đau, không có dịch tiết.  **2.2. Vết thương nhiễm khuẩn**  - Vết thương không khâu: xung quanh vết thương tấy đỏ, trong vết thương có dịch, mủ, nhiều tổ chức hoại tử. Những vết thương sâu, nhiều ngóc ngách, mức độ tổn thương rộng dễ bị nhiễm khuẩn.  - Vết thương có khâu: biểu hiện viêm, sưng tấy, đỏ xung quanh vết thương và chân chỉ.  Vết thương nhiễm khuẩn thường gây nên các triệu chứng đau, nhức tại vết thương, bệnh nhân có thể sốt hoặc không sốt.  **3. KỸ THUẬT THAY BĂNG, RỬA VẾT THƯƠNG**  **3.1. Chuẩn bị bệnh nhân**  - Chuẩn bị tâm lý cho bệnh nhân và người nhà để cùng hợp tác trong thực hành kỹ thuật.  - Thông báo lịch thay băng, giải thích động viên bệnh nhân những điều cần thiết.  - Tư thế bệnh nhân: nằm hoặc ngồi thoải mái tuỳ theo vị trí, đặc điểm của vết thương.  - Bệnh nhân là trẻ em phải có người phụ giữ.  **3.2. Chuẩn bị dụng cụ**  - Gạc miếng: kích thước theo vết thương, làm bằng vải không hồ, bông thấm nước.  + Gạc lớn: kích thước 35 ´ 70cm, xếp 8 lớp.  + Gạc nhỡ: kích thước 27 ´ 30cm, xếp 6 lớp.  + Gạc nhỏ (gạc thấm): mảnh gạc hình vuông, cạnh dài 15cm.  - Bông viên, gạc củ ấu:  + Lấy một ít bông thấm nước viên đều thành từng viên to nhỏ khác nhau.  + Lấy vải màu, gạc gấp thành cục nhỏ gọi là củ ấu.  - Bấc thấm (mercher):  + Những dải gạc dài 20 - 30cm, rộng 3cm, gấp 4 lớp theo chiều dài, sau đó gấp theo hình đèn xếp.  - Băng cuộn, băng dính, kéo cắt băng.  - Thuốc sát khuẩn và các dung dịch rửa vết thương:  + Cồn 700, cồn iod, dung dịch betadin, ete.  + Dung dịch oxy già, nitrat bạc 0,2 %.  + Dung dịch NaCl đẳng trương (NaCl 90/00).  + Thuốc đỏ, thuốc tím, xanh metylen, dầu cá.  + Mỡ kháng sinh.  - Bơm tiêm, kim tiêm để gây tê nếu có cắt lọc tổ chức hoại tử.  - Giấy xét nghiệm, ống nghiệm để lấy bệnh phẩm nuôi cấy vi khuẩn.  - Hộp hoặc gói vô khuẩn:  + Hai kìm Kocher, hai kẹp phẫu tích, một kéo, que thăm dò, thông lòng máng.  + Cốc nhỏ 2 - 3 cái, gạc miếng, gạc củ ấu, bông, găng tay.  - Nilon khi thay băng tại giường.  - Khay quả đậu, túi đựng bông gạc bẩn.  **3.3. Thực hành kỹ thuật**  ***3.3.1. Thay băng, rửa vết thương không nhiễm khuẩn***  - Đẩy xe băng đến giường bệnh nhân, hoặc hướng dẫn bệnh nhân đến buồng thay băng.  - Để bệnh nhân ở tư thế thuận lợi hoặc hướng dẫn cho bệnh nhân nằm lên giường thay băng.  - Điều dưỡng rửa tay thường quy mang găng, đặt gối kê tay khi vết thương ở chi, trải nilon xuống phía dưới vết thương, bộc lộ vết thương.  - Cởi bỏ băng cũ: cởi từ từ, nhẹ nhàng tránh gây đau đớn cho bệnh nhân hoặc làm cho vết thương chảy máu. Nếu thấy dịch, máu thấm vào làm dính băng, thấm nước, rửa vết thương cho ẩm rồi mới tháo băng.  - Gắp gạc cũ trên mặt vết thương ra bỏ vào túi đựng đồ bẩn.  - Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương.  - Dùng gạc củ ấu thấm dung dịch rửa vết thương, rửa từ trong giữa vết thương ra bên ngoài chỗ da lành bằng cách thấm nhẹ, không nên cọ xát mạnh.  - Gắp miếng gạc nhỏ hoặc bông khô thấm nhẹ trên mặt vết thương.  - Đắp lên bề mặt vết thương một miếng gạc vô khuẩn rồi băng lại.  - Vết thương có khâu, tiến triển tốt, vết thương khô sạch. Sau 5 ngày cắt chỉ vết thương vùng đầu, mặt. Sau 7 ngày cắt chỉ vết thương ở những vùng khác của cơ thể.  - Cách cắt chỉ: dùng kẹp Kocher không mấu nhấc nút chỉ lên, để lộ một phần chỉ ngập trong da, luồn mũi kéo cong nhọn sát mặt da; cắt phần chỉ để lộ, rút chỉ da phía đối diện với phía chỉ đã cắt.  ***3.3.2. Thay băng, rửa vết thương nhiễm khuẩn***  - Đẩy xe băng đến giường bệnh nhân hoặc hướng dẫn bệnh nhân đến buồng thay băng.  - Để bệnh nhân ở tư thế thuận lợi hoặc hướng dẫn cho bệnh nhân nằm lên bàn thay băng.  - Điều dưỡng rửa tay thường quy, mang găng, đặt gối kê tay khi vết thương ở chi, trải nilon xuống phía dưới vết thương, bộc lộ vết thương.  - Cởi bỏ băng cũ: cởi từ từ, nhẹ nhàng tránh làm đau đớn cho bệnh nhân hoặc làm cho vết thương chảy máu. Nếu thấy dịch, máu thấm vào làm dính băng, thấm nước rửa vết thương cho ẩm rồi mới tháo băng.  - Gắp gạc cũ trên mặt vết thương ra, bỏ vào túi đựng đồ bẩn.  - Quan sát, đánh giá tình trạng vết thương.  - Vết thương có khâu:  + Sau khi tháo băng và gạc trên vết thương, quan sát vết thương nếu có dấu hiệu viêm nhiễm: sưng nề, tấy đỏ, chân chỉ rất căng thì dùng dung dịch sát khuẩn rửa phía ngoài vết thương.  + Dùng kẹp Kocher hoặc kẹp phẫu tích không mấu và một kéo cong nhọn cắt chỉ: cắt một nốt để lại một nốt vùng viêm nhiễm, sau đó dùng mũi kẹp Kocher tách nhẹ mép vết thương.  + Gắp gạc củ ấu, ấn nhẹ theo chiều dọc của vết thương để cho dịch ở bên trong vết thương chảy ra.  + Dùng dung dịch rửa, rửa vết thương cho đến khi sạch.  + Gắp miếng gạc khác thấm cho vết thương khô.  + Đắp gạc lên vết thương.  + Băng vết thương bằng băng cuộn hoặc băng dính tuỳ theo vị trí vết thương.  - Vết thương không khâu:  + Sau khi tháo bỏ băng, gạc cũ, dùng gạc thấm bớt dịch, mủ trong vết thương rồi tưới, rửa vết thương bằng dung dịch rửa, dung dịch sát khuẩn hoặc dung dịch oxy già cho sạch.  + Dùng kéo cắt bỏ tổ chức hoại tử, giập nát. Nếu vết thương có nhiều ngóc ngách phải mở rộng để tháo mủ, dị vật.  + Vết thương nhiễm khuẩn rộng lâu lành, các tổ chức bị hoại tử thì dùng phương pháp tưới ướt liên tục (phương pháp Carrel). Dung dịch để tưới là dung dịch dakin, nước boric 3%, bạc nitrat 0,2%.  + Nếu có chỉ định lấy mủ để làm xét nghiệm dùng tăm bông ngoáy vào ổ mủ cho vào ống nghiệm vô khuẩn.  + Rửa vết thương nhiều lần cho đến khi sạch, vết thương sâu có thể đặt meche để dẫn lưu dịch, mủ.  + Gắp miếng gạc nhỏ thấm khô vết thương.  + Đắp gạc lên vết thương rồi dùng băng cuộn hoặc băng dính để băng vết thương.  ***3.3.3. Thay băng, rửa vết thương có ống dẫn lưu***  - Tháo bỏ găng cũ: nhận định vết thương, dịch dẫn lưu.  - Lót gạc dưới ống dẫn lưu.  - Rửa xung quanh chân ống dẫn lưu, rửa ống dẫn lưu 5 – 7cm.  - Thấm khô vết thương, sát khuẩn vùng da quanh chân ống dẫn lưu.  - Sát khuẩn ống dẫn lưu, lót gạc chân ống dẫn lưu, băng vết thương.  - Dùng kẹp Kocher vuốt dọc theo ống dẫn lưu cho dịch chảy hết.  - Kẹp chặt ống dấn lưu; sát khuẩn đầu nối ống dẫn lưu  - Tháo bỏ ống, túi, lọ chứa dịch dẫn lưu cũ.  - Sát khuẩn đuôi ống dẫn lưu.  - Nối ống dẫn lưu với hệ thống chứa dịch dẫn lưu mới.  - Cố định ống dẫn lưu, mở kẹp cho dịch dẫn lưu chảy vào hệ thống chứa dịch.  **3.4. Thu dọn dụng cụ**  - Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, xử lý theo quy định, tháo găng tay.  - Ghi vào phiếu theo dõi, hồ sơ bệnh nhân:  + Thời gian thay băng, rửa vết thương.  + Tình trạng vết thương.  + Các biện pháp đã xử trí.  + Người thực hành kỹ thuật.  **4. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**  - Nhiễm khuẩn: các vi khuẩn tụ cầu, liên cầu, trực khuẩn mủ xanh, trực khuẩn uốn ván…dễ dàng xâm nhập vào cơ thể bệnh nhân qua vết thương.  - Nhiễm virus viêm gan B, C, D, virus HIV.  - Tuột ống dẫn lưu ra ngoài hoặc vào trong do thao tác kỹ thuật |   **A.**    **CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG VÔ KHUẨN**  **I.**       **MỤC ĐÍCH**  - Che chở ngăn vết thương tránh bội nhiễm.  - Làm sạch vết thương.  - Cầm máu nơi vết thương.  - Thấm hút các dịch tiết.  **II.**    **CHỈ ĐỊNH**  - Băng bị dơ hay ướt**.**  - Tróc băng keo**.**  - Nghi vết may nhiễm khuẩn.  **III.** **CÁC BƯỚC CÔNG VIỆC**  **1. Chuẩn bị NB**  - ĐD mang khẩu trang đến kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.  - Báo và giải thích cho NB biết việc sắp làm.  - Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương.  - Về phòngrửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh, soạn dụng cụ đầy đủ và phù hợp.  **2. Chuẩn bị dụng cụ**  ***2.1. Dụng cụ vô khuẩn:***  **-**Khăn trải mâm vô khuẩn.  - 1 kềm kelly (1 nhíp).  - Chum dung dịch sát khuẩn (cồn iode 1o/o hoặc Betadine 10%).  - Gòn viên, gạc.  \* Hoặc Bộ thay băng vô khuẩnđóng gói sẵngồm:1 kềm kelly (1 nhíp), chén chumdungdịchsátkhuẩn,gònviên,gạc.  ***2.2. Dụng cụ sạch:***  - Mâm.  - 01 kềm sạch (nếu cần)  - Băng keo.  - Bồn hạt đậu hoặc túi rác lâm sàng.  - Găng tay.  - Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.  **3. Tiến hành kỹ thuật:**  - ĐD mang khẩu trang đến kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.  - Báo và giải thích lại cho NB biết việc sắp làm.  - Để mâm nơi thuận tiện, gần vết thương.  - Phơi bày vết thương.  - Rửa tay thương quy/ sát khuẩn tay nhanh.  - Mang găng tay sạch.  - Tháo băng bẩn (bằng kềm sạch hoặc găng tay sạch), rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh lại (nếu cần).  - Mở khăn vô khuẩn đậy mâm (hoặc mở bao gói bộ thay băng vô khuẩn).  - Lấy kềm vô khuẩn an toàn.  - Dùng kềm (hoặc nhíp) gắp gòn viên thấm dung dịch sát khuẩn vừa đủ rửa từ đường giữa (ngay vết khâu), hai bên chân chỉ.  - Rửa xung quanh vết may rộng ra cách đường may 5 cm.  - Đắp kín vết may bằng gạc, che phủ vết may rộng ra 5 cm.  - Tháo găng tay.  - Dán băng keo.  - Để người bệnh lại tiện nghi.  - Thu dọn dụng cụ mang về phòng.  **4. Dọn dụng cụ:**  - Ngâm ngập dụng cụ trong dung dịch khử khuẩn - trả về chỗ cũ hoặc gởi đi tiệt khuẩn.  - Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh.  **5. Ghi hồ sơ:**  - Ngày giờ chăm sóc vết thương vô khuẩn.  - Vị trí vết thương.  - Tình trạng vết thương.  - Dung dịch rửa vết thương.  - Họ và tên người thực hiện.  **IV. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH**   1. **Các nguy cơ tai biến, cách phòng ngừa và xử trí khi tai biến xảy ra**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **STT** | **TAI BIẾN** | **PHÒNG NGỪA** | **XỬ TRÍ** | | 1 | Đau nơi vết thương | - Thực hiện kỹ thuật thay băng thật nhẹ nhàng tránh gây đau.  - Trấn an, động viên người bệnh. | - Thực hiện kỹ thuật thay băng thật nhẹ nhàng tránh gây đau. | | 2 | Nguy cơ nhiễm khuẩn vết thương do chăm sóc | - Áp dụng kỹ thuật vô khuẩn tuyệt đối.  - Che vết thương đúng cách, phủ rộng vết thương 5 cm.  - Tuân thủ các thời điểm rửa tay.  - Thời gian bộc lộ vết thương càng ngắn càng tốt. | - Theo dõi dấu sinh hiệu: chú ý thân nhiệt.  - Thực hiện y lệnh thuốc của BS.  - Quan sát, nhận định tình trạng vết thương trong khi thay băng để đánh giá tiến triển của vết thương. |   **2.** **An toàn người bệnh**  - Áp dụng phương pháp vô khuẩn tuyệt đối.  - Không bôi, thoa thuốc sát khuẩn lên vết thương.  - Che vết thương đủ kín.  - Theo dõi dấu hiệu nghi vết may nhiễm khuẩn:  + Cảm giác đau nơi vết thương tăng.  + Thân nhiệt tăng.  + Chung quanh vết thương viêm tấy đỏ.  - Hướng dẫn NB chế độ dinh dưỡng hợp lý.  - Tuân thủ các thời điểm rửa tay |

**THỤT THÁO, THỤT GIỮ**

|  |
| --- |
| **1. ĐẠI CƯƠNG**  Thụt tháo, thụt giữ là các kỹ thuật đưa nước, thuốc qua trực tràng vào đại tràng nhằm mục đích tháo phân, điều trị nuôi dưỡng bệnh nhân. Sơ lược về giải phẫu sinh lý của đại tràng: Đại tràng dài 1,5m, đường kính rộng khoảng 4 - 6cm nằm đóng khung trong ổ bụng, kết tràng chia làm 2 phần:  - Đại tràng phải: dài khoảng 55cm gồm manh tràng, đại tràng lên, nửa phải của kết tràng ngang.  - Đại tràng trái dài khoảng 1,2m gồm nửa trái của đại tràng ngang, đại tràng chậu hông và trực tràng.  - Đại tràng có chức năng hấp thu nước làm cô đặc phân, hấp thu một số thuốc, glucose và muối khoáng.  Trong điều trị, đưa nước vào đại tràng để làm lỏng phân và có thể đưa các chất dinh dưỡng, thuốc vào cơ thể qua đường ruột.  **2. THỤT THÁO**  Thụt tháo là kỹ thuật đưa nước qua trực tràng vào kết tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng, thành ruột nở rộng. Thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân và hơi ra ngoài.  **2.1. Chỉ định, chống chỉ định**  ***2.1.1. Chỉ định***  - Bệnh nhân táo bón.  - Trước phẫu thuật đường tiêu hóa.  - Trước thụt chất cản quang vào ruột để chụp X quang khung đại tràng.  - Trước thụt giữ, để thuốc hấp thu qua đại tràng.  - Trước đẻ.  - Trước soi trực tràng, để quan sát, phát hiện tổn thương đại tràng.  ***2.1.2. Chống chỉ định***  - Bệnh thương hàn có nguy cơ thủng ruột.  - Viêm ruột.  - Tắc ruột, xoắn ruột.  - Tổn thương hậu môn, trực tràng.  **2.2. Kỹ thuật thụt tháo**  ***2.2.1. Chuẩn bị bệnh nhân***  - Hướng dẫn, giải thích cho bệnh nhân cảm giác khi thụt tháo.  - Dặn bệnh nhân cố gắng đại tiện sau khi thụt 15 phút.  ***2.2.2. Chuẩn bị dụng cụ***  Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ, đi găng tay.  - Nước thụt:  + Nước muối đẳng trương hoặc thuốc tím 10/00, hay nước đun sôi để nguội 370C.  + Lượng nước chỉ định: người lớn bình thường 500 - 1000ml, không quá 1500ml.  + Trẻ em 200 - 750ml tuỳ theo tuổi.  - Trường hợp đặc biệt theo chỉ định của bác sĩ.  - Dụng cụ:  + Bốc sạch đựng nước thụt có chia vạch, dây cao su dài 1,2 - 1,5m nối với bốc,  Canyl, khóa vòi thụt đã vô khuẩn.  + Quả bơm bằng cao su, ống thông Nelaton để thụt cho trẻ em.  + 2 khay chữ nhật.  + Lọ đựng kẹp Kocher,  2 kẹp Kocher.  + Ca múc nước, chậu, xô sạch đựng nước.  + Lọ dầu nhờn: parafin, vaselin.  + Cốc đựng bông cầu.  + Gạc, giấy gói vòi thụt, giấy vệ sinh.  + Gối kê mông, vải nylon.  + Cột treo bốc.  + Bình phong khi làm tại buồng bệnh.  + Bô, khay quả đậu.  **2.2.3. Thực hành kỹ thuật**  - Đưa dụng cụ tới nơi làm kỹ thuật.  - Động viên bệnh nhân cố chịu đựng khi cảm giác nước chảy vào.  - Cởi quần giúp bệnh nhân (nếu bệnh nhân không tự làm được).  - Đặt bệnh nhân nằm nghiêng bên trái, bệnh nhân liệt nằm ngửa.  - Kê gối và lót nilon vào mông, phủ vải đắp vùng mông bệnh nhân.  - Lắp canyl vào ống cao su, lắp ống cao su nối với bốc.  - Đổ nước vào bốc.  - Treo bốc lên cột cách mặt giường 50 - 80cm. Không treo cao quá nước chảy vào với áp lực mạnh làm kích thích nhu động ruột mạnh đẩy nước ra, không vào sâu trong ruột, ảnh hưởng tới kết quả thụt và làm bệnh nhân khó chịu.  - Kiểm tra lại nước và thử vòi thụt.  - Bôi dầu trơn vào đầu canyl hoặc ống thông.  - Bỏ vải đắp, một tay vạch mông bệnh nhân một tay cầm vòi đưa nhẹ canyl hoặc ống thông vào hậu môn chừng 2 - 3cm, đưa ngược lên trên chếch về phía trước bụng, rồi đưa vòi ra phía sau, đưa vào khoảng 1/2 hoặc 2/3 vòi thụt, đưa nhẹ nhàng tránh gây tổn thương niêm mạc hậu môn, trực tràng. Khi đưa vòi thụt nhắc bệnh nhân há miệng, thở đều.  - Mở khóa cho nước chảy từ từ, một tay giữ vòi thụt hoặc ống thông để không bị bật ra ngoài.  - Kiểm tra nước vào đại tràng bằng cách quan sát mức nước trong bốc hoặc hỏi bệnh nhân có cảm thấy nước chảy vào ruột không. Nếu mức nước vẫn giữ nguyên  có thể treo cao bốc lên hoặc rút vòi thụt ra một chút nước sẽ chảy.  - Trong khi thụt nếu bệnh nhân kêu đau bụng, khó chịu, mót rặn muốn đi ngoài thì khóa vòi thụt lại để bệnh nhân nghỉ. Khi các dấu hiệu trên hết thì lại tiếp tục thụt với áp lực thấp hơn.  - Khi nước trong bốc gần hết, khóa vòi thụt lại, nhẹ nhàng rút ra, dùng giấy bọc lấy vòi thụt, bỏ vào khay quả đậu hoặc lau sạch rồi bỏ vào bình có chứa dung dịch sát khuẩn.  - Treo ống cao su lên cột.  - Cho bệnh nhân nằm ngửa, dặn bệnh nhân cố gắng nhịn đại tiện 15 phút.  - Đặt bô hoặc giúp bệnh nhân đi vệ sinh.  - Khi bệnh nhân đại tiện xong giúp bệnh nhân lau chùi sạch sẽ. Nếu bệnh nhân tự làm được, đưa giấy cho bệnh nhân lau chùi.  - Nếu vải trải ướt, thay vải trải cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái.  **2.2.4. Thu dọn dụng cụ**  - Dụng cụ bẩn đi khử khuẩn theo quy định.  - Để các dụng cụ sạch vào chỗ quy định.  ***2.2.5. Ghi hồ sơ***  - Ngày giờ thụt, dung dịch thụt, số lượng.  - Kết quả và tình trạng bệnh nhân.  - Người thực hiện kỹ thuật.  **3. THỤT GIỮ**  Thụt giữ là kỹ thuật đưa dung dịch dinh dưỡng hoặc thuốc theo chỉ định qua hậu môn vào đại tràng. Để điều trị một số bệnh tại chỗ của đại tràng, có thể thụt giữ để hạ sốt.  Thụt giữ còn được áp dụng để nuôi dưỡng bệnh nhân trong trường hợp bệnh nhân không ăn uống được, không truyền vào tĩnh mạch được. Tuy nhiên ít áp dụng vì hiệu quả nuôi dưỡng không cao.  **3.1. Chỉ định**  - Viêm đại tràng, bệnh nhân bệnh lỵ trực khuẩn, lỵ amíp.  - Trướng hơi sau mổ.  - Bệnh nhân tổn thương đường tiêu hóa trên không ăn uống được, không truyền dịch được.  - Sốt cao có chỉ định giảm sốt.  - Bệnh nhân viêm đại tràng mãn tính, bệnh lý trực khuẩn, có chỉ định điều trị, dùng thuốc tại chỗ.  **3.2. Chống chỉ định**  - Bệnh thương hàn.  - Viêm ruột.  - Tắc ruột, xoắn ruột.  - Tổn thương hậu môn, trực tràng.  **3.3. Kỹ thuật thụt giữ**  ***3.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân***  - Hướng dẫn cho bệnh nhân, giải thích cho bệnh nhân cảm giác khi thụt giữ.  - Dặn bệnh nhân cố gắng nhịn đại tiện sau khi thụt giữ theo chỉ định.  - Phải thụt tháo cho bệnh nhân trước 1 - 2 giờ, sau đó mới thụt giữ.  **3.3.2. Chuẩn bị dụng cụ**  - Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ, đi găng tay.  - Bốc thụt có khăn phủ.  - Ống cao su có bầu nhỏ giọt, có khóa hãm để điều chỉnh tốc độ.  - Ống thông cao su dài  1,0 - 1,2m.  - Canyl thụt hoặc ống thông hậu môn, cỡ ống tùy theo bệnh nhân, nếu dùng ống thông thì phải chuẩn bị ống nối tiếp.  - Khay chữ nhật, khay quả đậu.  - Lọ dầu nhờn, cốc đựng bông.  - Ca hoặc cốc đựng dung dịch thụt giữ, số lượng theo chỉ định của bác sĩ, thông thường không quá 200ml.  - Thuốc hoặc thức ăn phải dưới dạng lỏng: trứng, sữa, nước súp hoặc dung dịch pepton theo chỉ định của bác sĩ.  - Nhiệt độ dung dịch 370C.  - 1 tấm nilon.  - 1 tấm vải đắp.  - Băng dính để cố định vòi thụt.  - Giá treo, bình phong nếu làm tại giường bệnh.  - Bô, giấy vệ sinh.  ***3.3.3. Thực hành kỹ thuật***  - Các bước từ đầu cho đến khi đưa canyl vào trực tràng giống như thụt tháo. Sau khi đưa canyl hoặc ống thông vào, dùng băng dính để cố định vào mông bệnh nhân.  - Mở khóa cho dịch chảy vào từ từ, duy trì tốc độ 40 - 50 giọt/phút, cho dịch chảy nhanh sẽ gây kích thích ruột mạnh.  - Khi dung dịch trong bốc gần hết khóa ống lại.  - Nhẹ nhàng rút canyl hoặc ống thông ra.  - Dùng giấy lót tay tháo canyl hoặc ống thông bỏ vào khay quả đậu hoặc ngâm vào dung dịch thuốc sát khuẩn.  - Lau sạch mông cho bệnh nhân.  - Mặc quần cho bệnh nhân.  - Để bệnh nhân nằm nghiêng, khép mông hoặc dùng giấy vệ sinh ấn nhẹ vào hậu môn để giữ nước ở lại trong đại tràng.  - Sửa lại giường, cho bệnh nhân nằm tư thế thoải mái.  **4.5. Thu dọn dụng cụ**  - Dụng cụ bẩn phải khử khuẩn theo quy định.  - Để các dụng cụ sạch vào chỗ quy định.  **4.6. Ghi hồ sơ**  - Ngày, giờ thụt, số lượng, dung dịch thụt giữ.  - Kết quả và tình trạng bệnh nhân trong, sau kỹ thuật.  - Tên người làm kỹ thuật.  **5. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG**  - Chảy máu: bệnh nhân có tổn thương bệnh lý như trĩ, ung thư, đại tràng.  - Thủng đại tràng:  bệnh nhân lỵ amíp có tổn thương sâu đến lớp có đại tràng. Bệnh nhân thương hàn có nguy cơ thủng ruột khi thụt tháo. |

### RẠCH ÁPXE

### I. ĐẠI CƯƠNG

Là một nhiễm trùng cấp tính, do các vi khuẩn gây mủ tạo thành một ổ mủ khu trú, có vỏ bọc. Vỏ ổ áp xe là một tổ chức xơ lỏng lẻo, dễ vỡ.   
áp xe có thể gặp bất kỳ ở đâu, ở nông (da và mô mềm, cơ, x ương...) cũng có thể ở sâu ( áp xe gan, áp xe ruột thừa…) ở đây chúng tôi chỉ nói đến những trường hợp áp xe ở nông, thuộc chuyên ngành [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) chỉnh hình.   
Vi khuẩn gây lên ổ áp xe có thể từ các nhiễm trùng ngoài da vào, cũng có thể từ đường máu tới như những viêm xương tủy xương.   
Vi khuẩn hay gặp là tụ cầu vàng, liên cầu khuẩn, E.coli, phế cầu, lậu cầu, nấm…   
Có loại áp xe nóng là do tạp khuẩn, có loại áp xe lạ nh do lao.   
**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ được chích rạch các ổ áp xe nóng, đã hóa mủ   
**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các ổ áp xe lạnh: Do lao   
- Ổ áp xe chưa hóa mủ: Nếu chích rạch làm phá vỡ hàng rào bảo vệ dễ dẫn   
đến nhiễm khuẩn huyết.   
**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người bệnh   
Giải thích, chấn an tâm lý cho người bệnh , chuẩn bị vùng mổ, chuẩn bị hồ sơ bệnh án.   
2. Ngư ời thực hiện   
- Bác sĩ và Điều dưỡng  
3. Dụng cụ, trang thiết bị   
Bộ dụng cụ rữa vết thương dao mỗ

### V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Vô cảm người bệnh bằng tê tại chỗ, tê vùng hay gây mê tùy vị trí và tính chất ổ áp xe.   
- Sát khuẩn vùng mổ   
- Rạch da trực tiếp vào khối áp xe, chỗ mủ nông nhất, tránh xa bó mạch,   
và là chỗ thấp nhất để dẫn l ưu mủ, đảm bảo thẩm mỹ cho ngư ời bệnh

( trùng với các nếp tự nhiên là tốt nhất)   
- Lấy mủ soi tươi tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.   
- Dùng kéo panh rộng ổ áp xe hút hết mủ   
- Bơm rửa sạch   
- Dùng tay phá vỡ hết các ngóc ngách ổ áp xe, dùng thìa nạo để nạo hết tổ chức hoại tử, viêm nhiễm.   
- Rửa nhiều lần bằng xy già, Betadine, nước muối sinh lý   
- Cầm máu, dẫn lưu rộng rãi ổ áp xe   
- Để hở da hoàn toàn, băng vết mổ.   
- Dùng kháng sinh toà n thân, giảm đau, bồi phụ nước, điện giải.   
**VI. ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT**- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tri giác, da niêm mạc, mầu sắc chi thể, cấp máu cho chi thể, vận động cảm giác chi thể, để phát hiện ra nh ững biến chứng sau mổ.   
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sau mổ   
- Kháng sinh đư ờng tiêm 5-7 ngày   
**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu: Băng ép cầm máu, nếu không được mở vết mổ để cầm máu   
- Nhiễm trùng: Thay kháng sinh, điều trị theo kháng sinh đồ, bù dịch điện giải, nạo viêm lại

### KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM ĐẦU- MẶT- CỔ

### I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương rách vùng hàm mặt là loại vết thương hay gặp, có thể đơn   
giản hay phức tạp, đơn thu ần hay liên quan đ ến những bộ phận lân cận. Loại vết   
thương này cần đươc điều trị sớm trong vòng vài gi đầu.   
**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương rách thuộc phần mềm vùng hàm mặt đơn thuần hay vết   
thương rách có tổn thương phối hợp cả phần mềm và phần xương.   
- Không kèm [chấn thương](http://khamgiodau.com/tin-tuc/chan-thuong-chinh-hinh.html) sọ não   
- Tình trạng toàn thân ổn định   
**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Tình trạng toàn thân đe dọa tính mạng   
- Kèm chấn thương sọ não   
**IV. CHUẨN BỊ**

1.Người thực hiện   
1 Bác sĩ , điều dư ỡng   
2. Phương ti ện   
- Gạc vô trùn g, oxy già, povidin, nước muối rửa vết thương, thuốc tê   
lidocain 2%, bơm tiêm   
- Dụng cụ tiến hành thủ thuật: kim nhỏ, panh cầm máu, kìm kẹp kim, chỉ   
khâu trong, chỉ khâu ngoài da, cán dao, lưỡi dao   
3. Người bệnh   
Chuẩn bị tâm lý, giải thích và ký cam kết thực hiện thủ thuật.   
4. Hồ sơ bệnh án   
- Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi…   
**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ   
Giấy chỉ định, hồ sơ đầy đủ theo yêu cầu.   
2. Kiểm tra người bệnh   
Tình trạng toàn thân, đảm bảo các chức năng sống   
3. Thực hiện kỹ thuật   
- Gây tê.Nếu vết thương phức tạp cần gây mê, đặc biệt gây mê được chỉ   
định rộng rãi hơn với trẻ em.   
- Làm sạch vết thương   
- Cắt lọc vết thương   
- Cầm máu   
- Tách bóc   
- Khâu đóng vết thương: khâu từng lớp, kh ng để khoảng chết. Đóng kín   
từ sâu ra nông.   
- Dẫn lưu: cần tiến hành nếu vết thương lớn thiếu hổng tổ chức nhiều,   
khâu đóng xong vẫn để lại khoảng trống.   
- Dùng kháng sinh, giảm đau, vitamin.   
**VI. THEO DÕI**

- Vấn đề nhiễm khuẩn   
- Sự liền vết thương   
- Có để lại sẹo lồi hoặc lõm không ?   
**VII. TAI BIẾNVÀ XỬ TRÍ**  
1.Nhiễm trùng   
- Lâm sàng: Sốt, vết mổ chảy mủ, không liền   
- Xử trí: cấy mủ làm kháng sinh đồ. Trong lúc cho kháng sinh toàn   
thân phổ rộng. Tại chỗ: Mở vết mổ lấy tổ chức hoại tử, tổ chức viêm , mảnh   
xương chết. Bởm rửa hàng ngày.   
2.Sẹo xấu   
- Xử trí: Sửa sẹo sau [phẫu thuật](http://khamgiodau.com/s/Ph%E1%BA%ABu%20thu%E1%BA%ADt.html) lần 1 ít nhất sau 1 năm

### KHÂU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM

### I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương rách là loại vết thương hay gặp, có thể đơn   
giản hay phức tạp, đơn thu ần hay liên quan đ ến những bộ phận lân cận. Loại vết   
thương này cần đươc điều trị sớm trong vòng vài giờ đầu.   
**II. CHỈ ĐỊNH**

- Vết thương rách thuộc phần mềm đơn thuần hay vết   
thương rách có tổn thương phối hợp cả phần mềm và phần xương.    
- Tình trạng toàn thân ổn định   
**III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

-Tình trạng toàn thân đe dọa tính mạng   
**IV. CHUẨN BỊ**

1.Người thực hiện   
1 Bác sĩ , điều dư ỡng   
2. Phương ti ện   
- Gạc vô trùn g, oxy già, povidin, nước muối rửa vết thương, thuốc tê   
lidocain 2%, bơm tiêm   
- Dụng cụ tiến hành thủ thuật: kim nhỏ, panh cầm máu, kìm kẹp kim, chỉ   
khâu trong, chỉ khâu ngoài da, cán dao, lưỡi dao   
3. Người bệnh   
Chuẩn bị tâm lý, giải thích và ký cam kết thực hiện thủ thuật.   
4. Hồ sơ bệnh án   
- Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi…   
**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Kiểm tra hồ sơ   
Giấy chỉ định, hồ sơ đầy đủ theo yêu cầu.   
2. Kiểm tra người bệnh   
Tình trạng toàn thân, đảm bảo các chức năng sống   
3. Thực hiện kỹ thuật   
- Gây tê.Nếu vết thương phức tạp cần gây mê, đặc biệt gây mê được chỉ   
định rộng rãi hơn với trẻ em.   
- Làm sạch vết thương   
- Cắt lọc vết thương   
- Cầm máu   
- Tách bóc   
- Khâu đóng vết thương: khâu từng lớp, không để khoảng chết. Đóng kín   
từ sâu ra nông.   
- Dẫn lưu: cần tiến hành nếu vết thương lớn thiếu hổng tổ chức nhiều,   
khâu đóng xong vẫn để lại khoảng trống.   
- Dùng kháng sinh, giảm đau, vitamin.   
**VI. THEO DÕI**

- Vấn đề nhiễm khuẩn   
- Sự liền vết thương   
- Có để lại sẹo lồi hoặc lõm không ?   
**VII. TAI BIẾNVÀ XỬ TRÍ**  
1.Nhiễm trùng   
- Lâm sàng: Sốt, vết mổ chảy mủ, không liền   
- Xử trí: cấy mủ làm kháng sinh đồ. Trong lúc ch cho kháng sinh toàn   
thân phổ rộng. Tại chỗ: Mở vết mổ lấy tổ chức hoại tử, tổ chức viêm , mảnh   
xương chết. Bởm rửa hà ng ngày.   
2.Sẹo xấu   
- Xử trí: Sửa sẹo sau phẫu thuật.