

**ỦY BAN NHÂN DÂN THÀNH PHỐ HÀ NỘI
TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ ĐÔNG**



GIÁO TRÌNH
MỘT SỐ KỸ THUẬT
ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN
Tài liệu đào tạo sơ cấp Dân số y tế

Hà Nội - Năm 2011

Lời nói đầu

Giáo trình môn học Một số kỹ thuật điều dưỡng cơ bản là một trong những giáo trình môn học chuyên môn trong chương trình giáo dục điều dưỡng đã được các thầy thuốc chuyên khoa tham gia biên soạn.

Giáo trình môn học Một số kỹ thuật điều dưỡng cơ bản được biên soạn bám sát mục tiêu, nội dung giáo dục của chương trình khung và chương trình giáo dục điều dưỡng do Bộ y tế ban hành. Giáo trình môn học Một số kỹ thuật điều dưỡng cơ bản cập nhật những thông tin, kiến thức mới về lĩnh vực điều dưỡng và đổi mới phương pháp biên soạn, tạo tiền đề sư phạm để giáo viên và học sinh có thể áp dụng các phương pháp dạy- học tích cực. Cuốn giáo trình môn học gồm các bài học, mỗi bài học có 3 phần (mục tiêu học tập, những nội dung chính và phần tự lượng giá). Cuốn giáo trình môn học là tài liệu chính thức để sử dụng cho việc giảng dạy và học tập trong nhà trường.

Trường Cao đẳng Y tế Hà Đông xin trân trọng cảm ơn Sở GD-ĐT và UBND Thành phố Hà Nội đã hỗ trợ kinh phí cho việc biên soạn giáo trình môn học; xin trân trọng cảm ơn các chuyên gia đầu ngành và các thầy thuốc chuyên khoa đã tham gia đóng góp ý kiến với các tác giả trong quá trình biên soạn giáo trình môn học này.

Giáo trình môn học Một số kỹ thuật điều dưỡng cơ bản chắc chắn còn có nhiều khiếm khuyết, trường Cao đẳng Y tế Hà Đông rất mong nhận được những ý kiến đóng góp của các đồng nghiệp, các thầy cô giáo và học sinh nhà trường để giáo trình môn học ngày càng hoàn thiện hơn.

Các tác giả

MỤC LỤC

| | Trang |
|--|--------------|
| DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT | 4 |
| BÀI 1. ĐO DẤU HIỆU SINH TỒN | 5 |
| I. Kỹ thuật đo nhiệt độ cơ thể..... | 5 |
| 1. Nguyên tắc đo nhiệt độ..... | 5 |
| 2. Giới hạn bình thường của nhiệt độ..... | 5 |
| 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhiệt độ..... | 6 |
| 4. Quy trình đo nhiệt độ:..... | 6 |
| II. Kỹ thuật đếm mạch:..... | 8 |
| 1. Nguyên tắc đếm mạch:..... | 8 |
| 2. Tần số mạch bình thường của cơ thể:..... | 8 |
| 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến mạch: | 8 |
| III. kỹ thuật đếm nhịp thở: | 9 |
| 1. Nguyên tắc đếm nhịp thở: | 9 |
| 2. Tần số thở bình thường: | 10 |
| 3. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhịp thở:..... | 10 |
| 4. Quy trình đếm nhịp thở: | 10 |
| IV. Đo huyết áp động mạch..... | 11 |
| 1. Định nghĩa | 11 |
| 2. Nguyên tắc đo huyết áp | 11 |
| 3. Chỉ số huyết áp bình thường..... | 12 |
| 4. Các yếu tố ảnh hưởng đến huyết áp | 12 |
| 5. Quy trình đo huyết áp:..... | 12 |
| V. Những điểm cần lưu ý khi đo dấu hiệu sinh tồn | 13 |
| BÀI 2. SƠ CỨU BỎNG | 14 |
| 1. Phân loại bỏng | 15 |
| 2. Sơ cứu và chăm sóc bỏng nói chung | 16 |
| 3. Cấp cứu một số trường hợp bỏng đặc biệt | 17 |
| BÀI 3. CẤP CỨU BỆNH NHÂN NGỪNG HÔ HẤP NGỪNG TUẦN HOÀN | 19 |
| 1. Mục đích | 19 |
| 2. Nguyên nhân ngừng hô hấp - ngừng tuần hoàn | 19 |
| 3. Kỹ thuật tiến hành | 20 |
| BÀI 4. PHƯƠNG PHÁP CÀM MÁU | 23 |
| 1. Các loại vết thương mạch máu | 23 |
| 2. Triệu chứng và dấu hiệu mất máu nhiều: | 24 |
| BÀI 5. SƠ CỨU BỆNH NHÂN GÂY XƯƠNG | 27 |
| 1. Nguyên nhân:..... | 27 |
| 2. Các loại gãy xương:..... | 27 |
| 3. Triệu chứng và dấu hiệu chung: | 28 |

| | |
|--|-----------|
| 4. Mục đích của bất động gãy xương | 28 |
| 5. Nguyên tắc cố định gãy xương:..... | 28 |
| 6. Kỹ thuật sơ cứu BN gãy xương các loại: | 29 |
| BÀI 6. KỸ THUẬT BĂNG BÓ VẾT THƯƠNG..... | 34 |
| 1. Mục đích của băng bó: | 34 |
| 2. Nguyên tắc của băng bó vết thương:..... | 34 |
| 3. Các loại băng: | 34 |
| 4. Các kiểu băng cơ bản..... | 36 |
| 5. Cách cố định khi kết thúc băng:..... | 37 |
| BÀI 7. SAY NẮNG – SAY NÓNG..... | 38 |
| BÀI 8. ĐUỐI NƯỚC | 40 |
| 1. Nguyên nhân :..... | 40 |
| 2. Triệu chứng : | 40 |
| 3. Xử lý : | 40 |
| 4. Phòng..... | 41 |
| BÀI 9. RẮN CẮN | 41 |
| 1. Khái niệm | 41 |
| 2. Nhận biết..... | 42 |
| 3. Xử trí..... | 42 |
| 4. Điều cần lưu ý..... | 42 |
| 5. Cách sơ cứu | 42 |
| 6. Đề phòng rắn cắn..... | 43 |
| BÀI 10. TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG | 43 |
| 1. Mục tiêu và tầm quan trọng của chương trình tiêm chủng mở rộng..... | 43 |
| 2. Dịch tễ học các bệnh trong chương trình tiêm chủng mở rộng..... | 44 |
| 3. Miễn dịch học trong tiêm chủng vaccin | 45 |
| 4. Phân loại vaccin và bảo quản vaccin..... | 46 |
| 5. Chỉ định và chống chỉ định tiêm chủng..... | 48 |
| 6. Lịch tiêm chủng | 48 |
| 7. Các tai biến và cách xử trí | 50 |
| 8. Cách tổ chức thực hiện tiêm chủng | 52 |
| 9. Cách theo dõi, quản lý và đánh giá tiêm chủng | 54 |
| 10. Tổ chức giáo dục sức khỏe tại cộng đồng | 55 |
| BÀI 11. KỸ THUẬT NHỎ MẮT, MŨI, TAI... .. | 56 |
| 1. Kỹ thuật rửa tai..... | 56 |
| 2. Kỹ thuật nhỏ tai | 56 |
| 3. Kỹ thuật nhỏ và rửa mắt..... | 57 |
| 4. Kỹ thuật nhỏ mũi..... | 57 |
| BÀI 12. CHĂM SÓC HÀNG NGÀY VÀ VỆ SINH RĂNG MIỆNG..... | 58 |
| 1. Đại cương | 58 |
| 2. Chăm sóc răng miệng | 58 |

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

| | |
|--------------|--|
| BN | Bệnh nhân |
| BV | Bệnh viện |
| OMS | Là một cơ quan của <u>Liên Hiệp Quốc</u> |
| UNICEF | Quỹ nhi đồng liên hợp quốc |
| VSDT | Vệ sinh dịch tễ |
| TCMR | Tiêm chủng mở rộng |
| BVTU | Bệnh viện trung ương |
| BH - HG - UV | Bạch hầu - Ho gà - Uốn ván |
| VGB | Viêm gan B |
| UV | Uốn ván |
| CTTCMR | Chương trình tiêm chủng mở rộng |

BÀI 1. ĐO DẤU HIỆU SINH TỒN

(Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở)

Mục tiêu:

1. Nêu nguyên tắc đo dấu hiệu sinh tồn, giới hạn bình thường của các chỉ số sinh tồn
2. Tiến hành đo được mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ đúng quy trình kỹ thuật.

Nội dung:

I. Kỹ thuật đo nhiệt độ cơ thể

1. Nguyên tắc đo nhiệt độ

- Đo nhiệt độ hai lần một ngày, sáng chiều, ngoài ra có thể đo theo chỉ định của bác sĩ.
- Trước khi đo nhiệt độ, người bệnh được nằm nghỉ ngơi ít nhất 15 phút.
- Trong khi đo nhiệt độ không được tiến hành bất kỳ thủ thuật nào trên người bệnh nhân.
- Khi nhận thấy nhiệt độ bất thường phải báo ngay bác sĩ để can thiệp kịp thời, nếu kết quả nghi ngờ, phải đo lại hoặc dùng nhiệt kế khác để so sánh.
- Vị trí đo nhiệt độ: ở nách, miệng và hậu môn. Đối với trẻ nhỏ người bệnh tâm thần không được đo nhiệt độ ở miệng.
- Khi đo nhiệt độ cho trẻ nhỏ điều dưỡng phải giữ nhiệt kế trong suốt thời gian đo và phải để trong thời gian 5 phút.
- Khi ghi chép kết quả vào phiếu theo dõi: phải đảm bảo sự trung thực, chính xác, đường biểu diễn nhiệt độ trên bảng theo dõi biểu thị màu xanh.

2. Giới hạn bình thường của nhiệt độ

- Giới hạn bình thường: đo ở nách: $36,5^{\circ}\text{C}$, miệng và hậu môn: 37°C .
- Những thay đổi sinh lý: Buổi chiều cao hơn buổi sáng, khi ngủ dậy thấp hơn, thời kỳ kinh nguyệt của phụ nữ (khi rụng trứng tăng $0,5^{\circ}\text{C}$, ngoài thời gian này nhiệt độ lại trở về bình thường). Nhiệt độ cơ thể cũng thay đổi theo lứa tuổi (người cao tuổi thường nhiệt độ thấp hơn).

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhiệt độ

3.1. Nhiệt độ cơ thể tăng

Khi nhiệt độ cơ thể tăng hơn giới hạn bình thường còn gọi là sốt (bình thường nhiệt độ cơ thể người là 37°C, khi nhiệt độ tăng hơn gọi là sốt), sốt được phân loại như sau:

- + Sốt nhẹ: 37° C - 38° C
- + Sốt vừa: 38° C - 39° C
- + Sốt cao: 39° C - 40° C
- + Sốt rất cao: > 40° C

Khi người bệnh sốt triền miên, không lúc nào ngừng hoặc người bệnh sốt từng đợt 7 - 10 ngày sau đó hết sốt rồi lại tiếp tục đợt khác gọi là sốt hồi qui.

3.2. Nhiệt độ cơ thể hạ

Khi nhiệt độ cơ thể ở dưới mức bình thường gọi là hạ thân nhiệt (dưới 36° C). Thường gặp ở những người cơ thể quá yếu (người già, trẻ đẻ non thiếu tháng, trẻ suy dinh dưỡng...), hoặc người bệnh mất nhiều máu, bệnh nhân phẫu thuật, nạn nhân đuối nước.

3.3. Các biểu hiện khác

Rối loạn thần kinh điều hoà thân nhiệt, nhiễm khuẩn, nhiễm độc, rối loạn nội tiết hoặc do môi trường (say nắng, say nóng).

4. Quy trình đo nhiệt độ:

4.1 Chuẩn bị bệnh nhân

- Thông báo, giải thích cho người bệnh biết công việc sắp làm
- Dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường 15 phút trước khi đo.

4.2 Điều dưỡng: Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

4.3 Chuẩn bị dụng cụ

- + Nhiệt kế: tùy theo vị trí đo mà chuẩn bị loại nhiệt kế cho phù hợp.
- + Ống cầm kim, kim kocher, lọ dung dịch sát khuẩn, cốc đựng bông cotton, gạc, lọ đựng
- + Nhiệt kế, khay chữ nhật, khay hạt đậu.
- + Bảng theo dõi, bút xanh, đỏ, thước kẻ.

4.4. Tiến hành:

4.4.1. Đo nhiệt độ ở nách:

- Đặt người bệnh ở tư thế thoải mái.
- Lau khô hõm nách người bệnh.
- Kiểm tra nhiệt kế và vẩy thủy ngân xuống dưới 35°C
- Đặt bầu thủy ngân vào hõm nách, thân nhiệt kế chéch theo hướng vú, khép cánh tay vào thân, đặt cẳng tay lên bụng trong 10 phút.
- Lấy nhiệt kế ra đọc kết quả.
- Sát khuẩn sạch nhiệt kế, cắm vào lọ.
- Ghi kết quả vào bảng theo dõi.
- Thu dọn dụng cụ.

4.4.2. Đo nhiệt độ ở miệng:

- Đặt người bệnh nằm tư thế thoải mái.
- Kiểm tra nhiệt kế và vẩy thủy ngân xuống dưới 35⁰C.
- Đặt bầu thủy ngân của nhiệt kế dưới lưỡi hoặc cạnh má, bảo người bệnh ngậm môi trong 5 phút.
- Lấy nhiệt kế ra đọc kết quả.
- Sát khuẩn sạch nhiệt kế, cắm vào lọ.
- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi.
- Thu dọn dụng cụ.

4.4.3. Đo nhiệt độ ở hậu môn:

- Đặt người bệnh nằm nghiêng, chân dưới duỗi, chân trên co để lộ vị trí đo nhiệt độ.
- Kiểm tra nhiệt kế và vẩy thủy ngân xuống dưới 35⁰C.
- Đưa nhiệt kế vào hậu môn sâu 2 - 3cm và để trong 3 - 5 phút.
- Lấy nhiệt kế ra để ngang tầm mắt đọc kết quả.
- Lau sạch nhiệt kế ngâm vào dung dịch khử khuẩn.
- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi.
- Thu dọn dụng cụ, xử lý nhiệt kế, cắm vào lọ đựng nhiệt kế.

II. Kỹ thuật đếm mạch:

1. Nguyên tắc đếm mạch:

- Đếm mạch hai lần/ngày (sáng và chiều), ngoài ra có thể thực hiện đếm mạch khi thực hiện các kỹ thuật như truyền máu, cho người bệnh tim mạch uống thuốc hoặc khi có chỉ định của bác sĩ.
- Trước khi đếm mạch người bệnh phải được nằm nghỉ ngơi tại giường ít nhất 15 phút.
- Trong khi đếm không được tiến hành các thủ thuật trên người bệnh.
- Khi nhận thấy mạch đập bất thường phải báo ngay bác sĩ để can thiệp kịp thời, nếu nghi ngờ kết quả phải đếm lại hoặc nghe nhịp tim (người bệnh tim mạch khó đếm mạch nên phải kết hợp nghe nhịp tim).
- Vị trí đếm mạch: Động mạch quay, động mạch cảnh, thái dương (với trẻ nhỏ).
- Khi đếm mạch điều dưỡng phải đếm trọn trong một phút.
- Khi ghi chép kết quả phải đảm bảo sự trung thực, chính xác. Đường biểu diễn mạch là màu đỏ trên bảng theo dõi.

2. Tần số mạch bình thường của cơ thể:

Tần số mạch của người bình thường phụ thuộc vào lứa tuổi, cụ thể:

- + Người lớn: 70 - 80 lần/phút.
- + Người cao tuổi: 60 - 70 lần/phút.
- + Trẻ sơ sinh: 140 lần/phút.
- + Trẻ 1 tuổi: 100 - 120 lần/phút.
- + Trẻ 2 - 4 tuổi: 90 - 100 lần/phút.
- + Trẻ lớn: 80 - 90 lần/phút.

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến mạch:

- Tuổi: Tần số mạch giảm dần từ trẻ sơ sinh đến người lớn tuổi.
- Giới: Nữ giới mạch đập nhanh hơn nam giới từ 8 - 10 nhịp/phút.
- Khi xúc động mạch cũng tăng lên.
- Vận động luyện tập: Tần số tăng lên.
- Thân nhiệt tăng làm tần số mạch cũng tăng theo:

Ví dụ: Nhiệt độ 37⁰C tương ứng với mạch đập 80 lần/phút. Khi nhiệt độ tăng 38⁰C, mạch sẽ là 90 lần/phút.

- Dùng thuốc: Một số thuốc khi dùng cũng ảnh hưởng đến tần số mạch, như thuốc kích thích làm tần số mạch tăng lên, thuốc an thần làm giảm tần số mạch đập.

- Sự đau cũng làm mạch tăng lên.

Ví dụ: Gãy xương đùi... có thể gây sốc và mạch bị ảnh hưởng. 4. Quy trình đếm mạch:

4.1. Chuẩn bị người bệnh:

- Giao tiếp, báo trước cho người bệnh biết công việc sẽ làm.

- Dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường 15 phút trước khi đếm.

4.2. Điều dưỡng: Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

4.3. Chuẩn bị dụng cụ:

Đồng hồ đếm mạch, bảng theo dõi, bút xanh, đỏ, thước kẻ.

4.4. Tiến hành:

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

- Đặt người bệnh tư thế thoải mái.

- Kê gối dưới vị trí đếm mạch, đặt tay người bệnh dọc theo thân mình (nếu bất động mạch quay).

- Đặt nhẹ 3 đầu ngón tay lên động mạch.

- Đếm mạch trong một phút và nhận định kết quả.

- Bỏ gối kê tay, ghi kết quả vào phiếu theo dõi.

- Thu dọn dụng cụ.

III. kỹ thuật đếm nhịp thở:

1. Nguyên tắc đếm nhịp thở:

- Đếm nhịp thở 2 lần/ngày (sáng, chiều), ngoài ra có thể đếm nhịp thở khi có chỉ định của bác sĩ.

- Trước khi đếm nhịp thở người bệnh phải được nằm nghỉ ngơi tại giường ít nhất 15 phút.

- Không được đếm nhịp thở khi vừa tiêm hoặc uống các loại thuốc kích thích.

- Khi đếm nhịp thở điều dưỡng phải đếm trọn trong một phút.

- Khi nhận thấy nhịp thở bất thường phải báo ngay bác sĩ để can thiệp kịp thời, nếu nghi ngờ kết quả phải đếm lại.
- Khi ghi chép kết quả phải bảo đảm sự trung thực, chính xác.

2. Tần số thở bình thường:

- Nhịp thở ở người bình thường êm dịu, đều đặn và sâu.
- Nhịp thở bình thường ở người lớn: 14 - 18 lần/phút.
- Nhịp thở ở trẻ em thay đổi theo lứa tuổi:
 - + Trẻ lớn 8 - 15 tuổi: 16 - 20 lần/phút.
 - + Trẻ 4 - 6 tuổi: 20 - 25 lần/phút.
 - + Trẻ 2 - 3 tuổi: 25 - 30 lần/phút.
 - + Trẻ 6 tháng đến 1 tuổi: 30 - 35 lần/phút.
 - + Trẻ dưới 6 tháng tuổi: 35 - 40 lần/phút.
 - + Trẻ sơ sinh: 40 - 60 lần/phút.

3. Các yếu tố ảnh hưởng đến nhịp thở:

- 3.1. Yếu tố sinh lý: Sau lao động, sau thể dục thể thao, khi xúc động tần số nhịp thở tăng.
- 3.2. Yếu tố bệnh lý:
 - Khó thở thì thở ra: Người bệnh hen.
 - Thở nhanh, cánh mũi phập phồng: Viêm phổi trẻ em.

4. Quy trình đếm nhịp thở:

- 4.1. Chuẩn bị người bệnh:
 - Giao tiếp, báo trước cho người bệnh biết công việc sẽ làm.
 - Dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường 15 phút trước khi đếm.
- 4.2. Điều dưỡng: Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
- 4.3. Chuẩn bị dụng cụ:
 - Đồng hồ có kim giây.
 - Bảng theo dõi, bút ghi.

4.4. Tiến hành:

- Để người bệnh nằm ngửa, đặt tay người bệnh lên bụng, điều dưỡng cầm tay người bệnh giống như bắt mạch.
- Quan sát mỗi lần tay người bệnh nâng lên hạ xuống là một nhịp.
- Đếm nhịp thở trong một phút và nhận định kết quả.
- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi.
- Thu dọn dụng cụ.

IV. Đo huyết áp động mạch

1. Định nghĩa

Huyết áp là áp lực của máu trên thành động mạch, khi tim co bóp huyết áp trong động mạch lên tới mức cao nhất gọi là huyết áp tối đa (huyết áp tâm thu), khi tim giãn ra, áp lực máu xuống tới mức thấp nhất gọi là huyết áp tối thiểu (huyết áp tâm trương).

Bốn yếu tố cơ bản tạo nên huyết áp:

- + Sức co bóp của tim
- + Sự co giãn của các động mạch lớn
- + Trở lực ngoại vi (khối lượng máu, độ quán tính của máu, sức cản thành mạch).
- + Yếu tố thần kinh.

2. Nguyên tắc đo huyết áp

- Trước khi đo huyết áp người bệnh phải được nằm nghỉ ngơi ít nhất là 15 phút.
- Trong khi đo huyết áp không được tiến hành thủ thuật nào khác trên người bệnh nhân.
- Kiểm tra lại máy huyết áp trước khi đo/
- Vị trí đo: Động mạch cách tay hoặc động mạch khoeo chân.
- Khi nhận thấy bất thường phải báo bác sĩ để can thiệp kịp thời, nếu có nghi ngờ kết quả phải đo lại.
- Khi ghi chép kết quả phải đảm bảo sự trung thực chính xác trên bảng theo dõi.

3. Chỉ số huyết áp bình thường

- Người lớn: Huyết áp tối đa là 90 - 140 mmHg, huyết áp tối thiểu là: 60 - 90 mmHg. - - Bình thường huyết tối đa / huyết áp tối thiểu là 110/70 mmHg.
- Bình thường huyết áp tối thiểu = huyết áp tối đa/2 + 10 hoặc 20 mmHg
- Trẻ nhỏ: Huyết áp tối đa = $80 + 2n$ (n : số tuổi).

4. Các yếu tố ảnh hưởng đến huyết áp

4.1 Thay đổi sinh lý

- Tuổi: huyết áp thấp hơn ở trẻ nhỏ, tăng dần ở người lớn, người già cao hơn người trẻ.
- Sự đau: làm tăng huyết áp
- Thuốc: dùng thuốc co mạch sẽ làm tăng huyết áp, dùng thuốc giãn mạch và thuốc ngủ làm giảm huyết áp.

4.2 Thay đổi bệnh lý

- Tăng huyết áp: bệnh tim mạch, bệnh thận nội tiết...
- Giảm huyết áp: mất máu nhiều, mất nước...
- Huyết áp kẹt: là khi hiệu số giữa huyết áp tối đa và huyết áp tối thiểu từ 15 - 20 mmHg.

5. Quy trình đo huyết áp:

5.1 Chuẩn bị người bệnh

- + Thông báo, giải thích cho người bệnh công việc sắp làm
- + Dặn người bệnh nghỉ ngơi tại giường 15 phút trước khi đo trước khi đo

5.2 Điều dưỡng: Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

5.3 Chuẩn bị dụng cụ

- + Huyết áp thủy ngân, huyết áp đồng hồ
- + Ống nghe
- + Bảng theo dõi, bút ghi.

5.4 Tiến hành

- + Đặt người bệnh nằm ngửa trên giường thoải mái.
- + Kiểm tra huyết áp, ống nghe, bộc lộ cánh tay người bệnh.
- + Đặt máy huyết áp ngang tim (nếu là huyết áp thủy ngân), cài huyết áp kế đồng hồ lên phía trên của băng cuốn (nếu là huyết áp đồng hồ).

- + Cuốn băng trên nếp gấp khuỷu tay 3 - 5cm.
- + Khoá van của máy đo huyết áp, đặt tai nghe vào hai tai, đặt ống nghe lên động mạch.
- + Bơm hơi cho đến khi tai không nghe thấy tiếng đập, bơm thêm 30 mmHg.
- + Mở van xả hơi từ từ, đồng hồ ghi nhận tiếng đập đầu tiên đó là huyết áp tối đa.
- + Tiếp tục xả hơi đến khi nghe thấy tiếng đập cuối cùng hoặc tiếng thay đổi âm sắc đó là huyết áp tối thiểu.
- + Xả hơi cho tới khi hết, kim đồng hồ về số 0, tháo băng huyết áp, gập gọn.
- + Ghi kết quả vào phiếu theo dõi.
- + Thu dọn dụng cụ

V. Những điểm cần lưu ý khi đo dấu hiệu sinh tồn

- Khi nhận thấy kết quả mạch, nhiệt độ, huyết áp không bình thường phải báo bác sĩ để can thiệp kịp thời, nếu có nghi ngờ kết quả đã đo cần đo lại ngay.
- Khi đang đo các chỉ số sinh tồn không được tiến hành bất kỳ một thủ thuật nào khác trên người bệnh nhân.
- Khi ghi chép kết quả phải đảm bảo tính trung thực, chính xác.
- Ở người bị bệnh huyết áp, tốt nhất là đo huyết áp ở một thời điểm cố định hàng ngày, đo cùng một máy và cùng một người đo để theo dõi được chính xác.

Lượng giá:

1. Trả lời ngắn gọn bằng cách điền vào chỗ trống:

- 1.1. Đo nhiệt độ ở nách trong..... phút
- 1.2. Đo nhiệt độ ở miệng trong..... phút
- 1.3. Đo nhiệt độ ở hậu môn trong..... phút
- 1.4. Đếm mạch, nhịp thở trong..... phút
- 1.5. Đặt máy đo huyết áp....., cuộn băng huyết áp trên nếp gấp khuỷu tay..... cm.
- 1.6. Kể 3 điểm cần lưu ý khi theo dõi dấu hiệu sinh tồn:
 - A.....
 - B.....
 - C.....

2. Hãy lựa chọn đúng, sai (điền chữ V) cho các câu sau:

| Câu hỏi | Đúng | Sai |
|--|------|-----|
| a. Khi ghi chép lại kết quả phải đảm bảo sự trung thực chính xác. | | |
| b. Huyết áp kẹt là hiệu số giữa HATĐ và HATT là 30 mmHg. | | |
| c. Đo nhiệt độ ở hậu môn: đặt người bệnh nằm nghiêng chân dưới duỗi chân trên co để bộc lộ vị trí đo nhiệt độ. | | |

3. Chọn câu trả lời đúng nhất

3.1. Kiểm tra nhiệt kế và vẩy mức thuỷ ngân xuống dưới:

A. 37°C

B. 35°C

C. 36°C

D. 36,5°C

3.2. Trong các huyết áp dưới đây, huyết áp bình thường là:

A 80/60 mmHg

B. 180/120 mmHg

C. 110/70 mmHg

D. 150/100mmHg

BÀI 2. SƠ CỨU BỎNG

Mục tiêu:

1. Trình bày được 3 độ sâu của bỏng
2. Tính được diện tích bỏng trên cơ thể người
3. Xử trí cấp cứu ban đầu và chăm sóc cấp cứu một cách thích hợp với nạn nhân bị bỏng nói chung.

Nội dung:

Có nhiều nguyên nhân gây ra bỏng như: lửa, hơi nóng, hoá chất... vết thương có thể gây tử vong hoặc để lại những di chứng nặng nề như: mất chức năng vận động, biến dạng, mất thẩm mỹ.

Tình trạng của cơ thể bị bỏng phụ thuộc 3 yếu tố:

+ Độ sâu của bỏng

- + Diện tích bỏng
- + Vị trí của vết bỏng trên cơ thể

1. Phân loại bỏng

1.1. Độ sâu của bỏng

a. Độ I: bỏng bề mặt

Lớp ngoài cùng của da bị tổn thương làm cho da nơi bị bỏng đỏ lên và đau rất do đầu mút dây thần kinh bị kích thích, loại bỏng này thường lành sau 3 ngày.

b. Độ II: bỏng một phần da

Là lớp biểu bì và một phần chân bì bị tổn thương, các túi phỏng nước được hình thành, nếu các túi phỏng nước bị vỡ sẽ để lộ bề mặt màu hồng và đau. Nếu được giữ sạch vết bỏng sẽ tự lành trong 1 - 4 tuần không cần điều trị gì mà cũng không để lại sẹo hoặc sẹo không đáng kể, tổ chức da sau khi lành vết bỏng có thể đỏ trong một thời gian dài hơn. Nếu bỏng độ II bị nhiễm khuẩn thì lớp da ở dưới sẽ bị phá huỷ và bỏng độ II sẽ chuyển thành bỏng độ III.

c. Độ III: bỏng toàn bộ các lớp da:

Toàn bộ các lớp da đều bị tổn thương bao gồm cả lỗ chân lông và tuyến mồ hôi. Vết bỏng trắng nhợt hoặc xám lại, khô cứng và mất cảm giác (không đau) và các đầu mút dây thần kinh bị phá huỷ.

Trong trường hợp bỏng rất nặng toàn bộ các lớp da thì lớp mỡ cũng có thể bị phá huỷ để lộ một phần cơ.

Khi bỏng toàn bộ các lớp của da thì vết bỏng chỉ được lành dần từ phía bờ các vết bỏng và các vết bỏng rất dễ bị nhiễm khuẩn do vậy thời gian lành vết bỏng thường kéo dài hơn.

Độ sâu của vết bỏng phụ thuộc vào nhiệt độ do đó việc sử dụng nhiều nước để rửa vết bỏng khi vết bỏng mới xảy ra sẽ có tác dụng làm giảm độ sâu của bỏng.

1.2. Diện tích vết bỏng

- Diện tích vết bỏng được tính toán bằng cách sử dụng quy tắc số 9.
- Bỏng càng rộng càng nguy hiểm vì bỏng càng rộng càng gây mất nhiều dịch của cơ thể, gây đau nhiều hơn, dễ bị sốc và nhiễm khuẩn.

- Đối với người lớn: nếu bỏng từ 15% trở lên coi là bỏng nặng và phải chuyển đến bệnh viện.
- Cách tính diện tích bỏng:
 - + Đầu mặt cổ: 9%
 - + Ngực bụng: 18%
 - + Lưng mông: 18%
 - + Tay phải: 9%
 - + Tay trái: 9%
 - + Chân phải: 18%
 - + Chân trái: 18%
 - + Bộ phận sinh dục: 1%

2. Sơ cứu và chăm sóc bỏng nói chung

2.1. Đáp tắt lửa đang cháy và làm mát vết bỏng:

- Tránh cho nạn nhân bị bỏng sâu và rộng thêm.
- Dùng nước, vải bọc kín chỗ cháy để dập tắt lửa (không dùng nhựa, nilon)
- Xé bỏ quần áo đang cháy hoặc bị thấm nước nóng nếu ngay sau đó không có nước lạnh để dội vào vùng bỏng.
- Bọc vùng bỏng chắc chắn rồi đổ nước lạnh lên, nếu ở chân hoặc tay có thể cho nước từ vòi chảy chảy trực tiếp lên vùng bỏng hoặc ngâm phần chi bị bỏng trong nước lạnh nhưng 3 - 4 phút thay nước một lần đến khi nạn nhân thấy đỡ đau rát.
- Tháo bỏ những vật cứng như giày, ủng vùng trên vết bỏng khi vết bỏng sưng nề.
- Che phủ vùng bỏng bằng gạc, vải vô khuẩn.

Chú ý:

- Không dùng nước đá làm mát vết bỏng hoặc ngâm toàn bộ cơ thể vào nước.
- Không tháo bỏ quần áo bị cháy đã được làm mát.
- Không sờ mó vào vết bỏng.

2.2. Phòng chống sốc

- Đặt nạn nhân nằm
- Động viên an ủi nạn nhân
- Cho nạn nhân uống nước chè hoặc oresol

- Dùng thuốc giảm đau: Dùng aspirin (nếu có chấn thương bên trong **thì không dùng**)

- Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị càng sớm càng tốt.

2.3. Duy trì đường hô hấp:

- Nạn nhân bị bỏng vùng cổ, mặt sẽ nhanh bị phù mắt và cổ, những trường hợp này phải ưu tiên số 1 chuyển đến bệnh viện ngay.

- Trong khi chờ đợi phải theo dõi sát nạn nhân, đảm bảo thông thoáng đường hô hấp.

2.4. Phòng và chống nhiễm khuẩn:

- Bản thân vết bỏng là vô khuẩn.

- Cấp cứu vết bỏng phải thận trọng tránh vết bỏng nhiễm khuẩn.

- Không dùng nước không sạch dội vào vết bỏng.

- Tránh động chạm vào vết bỏng

2.5. Băng vết bỏng

- Không được dùng dầu mỡ, dung dịch cồn kem kháng sinh vào vết bỏng.

- Không được chọc phá các túi phỏng nước

- Không được bóc da hoặc mảnh quần áo dính vào vết bỏng

- Phủ vết bỏng bằng gạc, vải sạch vô khuẩn

- Băng vết bỏng phải đệm một lớp bông thấm nước lên trên gạc vì vết bỏng chảy nhiều dịch.

Chú ý:

- chỉ được băng lỏng vùng bỏng để phòng khi vết bỏng sưng nề gây chèn ép.

- Nếu bỏng bàn tay thì cho vết bỏng vào túi nhựa rồi băng lỏng cổ tay

- Nếu bỏng ở cổ tay hoặc chân, phải phủ vết bỏng bằng gạc vô khuẩn sau cho vào một túi nhựa sạch.

3. Cấp cứu một số trường hợp bỏng đặc biệt

3.1. Bỏng điện

- Điện giật hoặc sét đánh có thể bị bỏng sâu có thể ngừng tim do vậy phải cấp cứu ngừng tim trước sau đó mới sơ cứu bỏng.

- Trước khi tiến hành sơ cứu vết bỏng phải:

- + Ngắt điện

- + Gỡ nạn nhân khỏi tiếp xúc với điện
- + Sơ cứu vết bỏng xong nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

3.2. Bỏng hoá chất

- Một số hoá chất như: axit, base mạnh, vôi mới tôi... có thể gây bỏng nặng làm nạn nhân rất đau do đó phải:
 - Rửa ngay, rửa liên tục bằng nước càng nhiều càng tốt nếu không các tổ chức ở vùng bỏng sẽ bị hoại tử hoàn toàn.
 - Nếu xác định là nguyên nhân gây bỏng là do axit thì rửa bằng bicacbonat, nếu bỏng do kiềm thì rửa bằng nước có pha dấm hoặc chanh, nếu bỏng do hoá chất khác thì rửa bằng nước bình thường.
 - Tháo bỏ ngay quần áo bị dính hoá chất
 - Nếu vết bỏng chảy nhiều máu thì xử trí như một vết thương chảy máu
 - Chuyển ngay nạn nhân đến cơ sở điều trị
 - Cấp cứu bỏng đơn giản không phức tạp nhưng đòi hỏi khẩn trương, linh hoạt.

Lượng giá:

1. Hãy hoàn thành các câu dưới đây:

- + Bỏng độ I là..... và một phần.....
- + Nếu bỏng độ II được giữ sạch, vết bỏng sẽ tự lành sau..... và không cần.....
- + Bỏng độ III là bỏng.....
- + Trường hợp bỏng nặng..... thì lớp mỡ..... để lộ phần cơ.

2. Lựa chọn đúng sai (điền chữ V) cho các câu sau:

| Câu hỏi | Đúng | Sai |
|--|------|-----|
| 1. Dập tắt lửa, loại bỏ tác nhân gây bỏng. | | |
| 2. Tiêm thuốc giảm đau cho nạn nhân. | | |
| 3. Làm mát vùng bỏng (ngâm nước mát hoặc đắp chăn thấm nước) | | |
| 4. Bọc kín vùng bỏng bằng gạc vô khuẩn hoặc vải sạch | | |
| 5. cho nạn nhân uống nước chè đường | | |

3. Hãy khoanh tròn vào câu đúng nhất trong các câu sau đây:

- 3.1. a) Diện tích bóng ở 2 tay là 18%
b) Diện tích bóng ở chân là 30%
c) Diện tích bóng ở vùng sinh dục là 11%
d) Diện tích bóng ở đầu mặt cổ là 18%
- 3.2 a) Nếu bóng do axit thì rửa bằng nước có pha dấm hoặc chanh
b) Nếu bóng do hoá chất khác thì rửa bằng nước bình thường
c) Nếu bóng do kiềm thì rửa bằng nước có pha bicacbonat
- 3.3 a) Bóng độ I là bóng toàn bộ các lớp da gồm lỗ chân lông và tuyến mồ hôi.
b) Bóng độ II là bóng toàn bộ các lớp da
c) Bóng độ III là bóng toàn bộ các lớp da.

BÀI 3. CẤP CỨU BỆNH NHÂN NGỪNG HÔ HẤP NGỪNG TUẦN HOÀN

Mục tiêu:

- Nêu mục đích của phương pháp ép tim ngoài lồng ngực và thổi ngạt
- Nguyên nhân của ngừng hô hấp - tuần hoàn
- Tiến hành phương pháp ép tim và thổi ngạt có hiệu quả.

Nội dung:

1. Mục đích

- Ép tim là ngoài lồng ngực là kỹ thuật dùng áp lực mạnh, liên tục và nhịp nhàng ép lên 1/3 dưới xương ức.
- Tim được ép giữa xương ức ở phía trước và cột sống ở phía sau giúp cho sự lưu thông máu giữa tim - phổi - não và các tổ chức khác của cơ thể.
- Kích thích để tim đập lại khi tim ngừng đập.
- Ép tim có hiệu quả hơn nếu tiến hành cùng với hô hấp nhân tạo.

2. Nguyên nhân ngừng hô hấp - ngừng tuần hoàn

Có rất nhiều nguyên nhân gây ngừng hô hấp - ngừng tuần hoàn:

- + Tai nạn giao thông, lao động, sinh hoạt: sập hầm, sập nhà, điện giật, ngạt nước...
- + Các bệnh lý: nhồi máu cơ tim, tai biến mạch não...

3. Kỹ thuật tiến hành

3.1. Ép tim ngoài lồng ngực

3.1.1. Chuẩn bị dụng cụ

Một tấm ván cứng, hoặc một khay lớn rộng hơn lưng bệnh nhân

3.1.2. Tiến hành

- Đặt bệnh nhân trên một mặt phẳng cứng chân cao hơn đầu
- Cấp cứu viên quỳ bên cạnh nạn nhân (ngang tim)
- Đặt bàn tay trái lên 1/3 dưới xương ức, hướng sang trái bàn tay phải úp lên mu bàn tay trái, hai tay duỗi thẳng, hai vai hướng vào hai tay.
- Dồn sức nặng của toàn thân ép xuống lồng ngực của nạn nhân nhịp nhàng liên tục 60 - 80 lần/phút.
- Khi phối hợp giữa ép tim và thổi ngạt, cứ 5 lần ép tim thì thổi ngạt một lần, phương pháp này cần có hai người.
- Kiên trì ép đến khi tim đập trở lại, khi cần thiết có thể thay người khác nhưng phải đảm bảo liên tục.
- Trong khi cấp cứu phải theo dõi sắc mặt, đồng tử nạn nhân.
- Sau 60 phút tim không đập trở lại, đồng tử giãn to thì thôi.
- Nếu tim đập trở lại, toàn trạng ổn định cho nạn nhân nằm thoải mái, đắp ấm, tiếp tục theo dõi mạch nhịp thở cho nạn nhân.

3.1.3. Ghi hồ sơ

- Tình trạng nạn nhân trước, trong và sau khi ép tim.
- Thời gian tiến hành
- Tên người tiến hành

3.1.4. Các điểm cần lưu ý

- Cấp cứu ép tim ngoài lồng ngực phải được tiến hành ngay tức khắc, tại chỗ và liên tục.
- Trong khi tiến hành tay cấp cứu viên không được nhấc rời khỏi lồng ngực nạn nhân (đề phòng ép sai vị trí) ép 80 lần trên/phút.

3.2. Phương pháp thổi ngạt

3.2.1. Dụng cụ: gạc miếng, gối, chăn hoặc vải trải giường.

3.2.2. Tiến hành

- + Làm thông thoáng đường hô hấp trên:
- + Để bệnh nhân nằm ngửa, đầu nghiêng sang một bên.
- + Dùng con chèn, chèn giữa hai hàm răng về phía má để miệng nạn nhân mở ra.
- + Dùng ngón tay trở cuốn gạc móc đờm dãi, dị vật ra.
- + Nới rộng quần áo.
- + Kê gối dưới vai để đầu ngửa ra phía sau
- + Cấp cứu viên quỳ ngang đầu nạn nhân hoặc đứng nếu nạn nhân nằm trên giường.
- + Một tay đặt dưới cằm, đẩy cằm ra trước và lên trên, tay kia đặt lên trán nạn nhân, ngón trở và ngón cái bịt mũi nạn nhân khi thổi vào.
- + Cấp cứu viên hít vào thật sâu rồi áp miệng mình vào miệng nạn nhân và thổi mạnh.
- + Ngẩng đầu hít vào thật sâu đồng thời bỏ tay đang bịt mũi nạn nhân.
- + Tiếp tục thổi 15 - 20 lần/ phút cho người lớn, 20- 25 lần/ phút cho trẻ nhỏ, 30 - 40 lần/phút cho trẻ sơ sinh, thổi đến khi nạn nhân có nhịp tự thở.
- + Lấy gối dưới vai ra, cho nạn nhân nằm thoải mái, đắp ấm.

3.2.3. Ghi hồ sơ:

- Tình trạng nạn nhân trước trong và sau khi thổi ngạt.
- Thời gian thổi ngạt, tên người thực hiện.

3.2.4. Các điểm cần lưu ý

- Kỹ thuật thổi ngạt cần được thực hiện ngay tại chỗ và liên tục.
- Khi thổi ngạt phải theo dõi mạch, đồng tử của nạn nhân.
- Đối với trẻ em: miệng của cấp cứu viên có thể chồm kín cả miệng và mũi của trẻ nhưng thổi nhanh và nhẹ hơn.

3.3. Phối hợp giữa ép tim và thổi ngạt

3.3.1. Để bệnh nhân nằm trên nền cứng

3.3.2. khai thông đường hô hấp.

Để bệnh nhân nằm, đầu ngửa tối đa.

Móc đờm dãi, dị vật trong miệng nạn nhân.

3.3.3 Dùng tay đấm vào 1/3 giữa xương ức 5 lần, độ cao khoảng 50cm, dùng lực của cẳng tay. Ngay sau khi đấm bắt mạch ben hoặc mạch cảnh nếu thấy có mạch thì đấm tiếp tục (thay ép tim) tần số 60 - 80 lần/ phút.

3.3.4. Thổi ngạt (hoặc bóp bóng ambu) tần số 15 -20 lần/ phút.

3.3.5. Phối hợp giữa ép tim và thổi ngạt:

+ Một người: thổi ngạt 2 lần, ép tim 15 lần, làm như vậy với tần số 60 - 80 lần trên phút.

+ Hai người: một người thổi ngạt, một người ép tim, phối hợp nhịp nhàng sao cho ép tim và thổi ngạt không được tiến hành cùng một lúc, cứ 5 lần ép tim 1 lần thổi ngạt, tần số ép tim 60 - 80 lần / phút.

+ Thời gian cấp cứu: nếu xử trí đúng quy cách mà tim không đập trở lại, đồng tử to sau 60 phút mới ngừng cấp cứu.

Lượng giá:

1. Hãy hoàn chỉnh những câu dưới đây:

a) ép tim ngoài lồng ngực là một thủ thuật.....và nhịp nhàng ép lên.....

b) Tim được ép giữa..... và..... giúp cho sự lưu thông máu giữa..... và..... của cơ thể.

c) Thổi ngạt được tiến hành..... thổi trực tiếp hơi..... bị nạn.

2. Hãy chọn đúng, sai (điền chữ V) cho các câu sau:

| Câu hỏi | Đúng | Sai |
|---|------|-----|
| a) Thổi ngạt 15 - 20 cho người lớn | | |
| b) Thổi ngạt 50 -60 cho trẻ em | | |
| c) ép tim liên tục 30 - 40 lần/ phút cho người lớn | | |
| d) ép tim sau 45 phút tim không đập trở lại thì thôi ép | | |
| e) Trẻ em 1- 8 tuổi dùng một tay ép từ 80 - 100 lần/ phút | | |

3. Hãy khoanh tròn vào đầu câu đúng nhất trong các câu sau đây:

3.1. kết hợp giữa ép tim và thổi ngạt:

a) Thổi ngạt 3 lần ép tim 15 lần.

b) Thổi ngạt 2 lần ép tim 10 lần.

c) Thổi ngạt 2 lần ép tim 15 lần.

3.2. Phương pháp ngoài lồng ngực:

a) Đặt bàn tay trái lên 1/3 dưới xương ức hướng sang phải

b) Đặt bàn tay trái lên 1/3 dưới xương ức hướng sang trái

c) Đặt hai bàn tay lên 1/3 dưới xương ức hướng lên trên

BÀI 4. PHƯƠNG PHÁP CẦM MÁU

Mục tiêu:

1. Kể được tên các loại chảy máu
2. Trình bày triệu chứng, dấu hiệu của mất máu nhiều
3. Trình bày nguyên tắc đặt garô
4. Thực hiện các kỹ thuật cầm máu

Nội dung:

1. Các loại vết thương mạch máu

1.1. Vết thương động mạch

Máu động mạch (trừ máu động mạch phổi) có màu đỏ tươi. Khi bị đứt động mạch, máu chảy ra thành tia và phun lên khi mạch đập

1.2. Vết thương tĩnh mạch

Máu tĩnh mạch có màu đỏ ối (trừ tĩnh mạch phổi) khi bị đứt tĩnh mạch máu chỉ tràn ra hoặc phun ra từ từ.

1.3. Vết thương mao mạch

Mao mạch là những mạch máu nhỏ nối giữa động mạch và tĩnh mạch. Máu rỉ ra từ vết thương trong những trường hợp vết thương là vết cắt hoặc vết dập nát nhỏ.

*** Sự chảy máu có thể được phân thành 2 loại:**

+ Chảy máu ngoài: máu chảy ra từ vết thương trên cơ thể (nhìn thấy được).

+ Chảy máu trong: máu chảy ra từ vết thương bên trong cơ thể (không nhìn thấy được)

2. Triệu chứng và dấu hiệu mất máu nhiều:

- Bằng chứng của sự mất máu có thể có hoặc không.
- Da xanh nhợt, lạnh, vã mồ hôi.
- Hoảng hốt, giãy giụa, kích thích, ý thức lú lẫn lộn xộn, thay đổi mức độ tỉnh táo.
- Nhịp thở nhanh nông.
- Mạch nhanh, yếu
- Tiến triển tới tình trạng "sốc".

3.1. Chăm máu mao mạch, tĩnh mạch:

- Nhanh chóng ép trực tiếp lên vết thương hoặc dùng tay ép 2 mép vết thương lại, nếu có điều kiện thì đặt lên vết thương một miếng gạc hoặc một miếng vải sạch trước khi ép lên vết thương.
- Đặt nạn nhân nằm ở tư thế thoải mái thuận tiện, nâng cao vùng bị tổn thương.
- Dùng băng cuộn hoặc dây vải băng ép vết thương. Nếu máu thấm qua băng thì dùng băng quấn thêm lên băng cũ.
- Giữ yên tĩnh cho nạn nhân, động viên an ủi nếu nạn nhân tỉnh táo, chuyển tới cơ sở y tế nếu cần.
- Trong khi chờ đợi hoặc trên đường vận chuyển phải luôn kiểm tra theo dõi tình trạng hô hấp, tuần hoàn.

*** Một số điểm lưu ý khi xử trí vết thương mạch máu:**

Nếu các vết thương chảy máu có dị vật như kim loại, gỗ hoặc bất kỳ một vật gì đâm vào mà vẫn còn cắm trong vết thương thì không bao giờ được rút những dị vật đó ra khỏi vết thương. Trong trường hợp này dùng hoặc băng vải đặt xung quanh dị vật đó cùng băng ép lại rồi chuyển nạn nhân tới bệnh viện.

Phương pháp ấn vào động mạch chi phối vùng có vết thương: điểm ấn vào động mạch là điểm mà ở chỗ đó động mạch đi trên nền xương cứng. Khi ấn vào điểm này động mạch sẽ bị ép vào xương do đó cắt đứt máu cấp cho vùng ở phía bên kia của điểm ấn nên sẽ hạn chế được sự chảy máu ở vết thương tạo điều kiện cho vết thương tự cầm máu:

- + Động mạch cánh: Động mạch này nằm bên cạnh khí quản. Khi ấn phải ấn về phía sau lên trên cột sống vì nếu ấn sang bên sẽ ấn vào khí quản gây tắc đường thở. ấn động mạch cách để không chế sự chảy máu vùng đầu cổ.
- + Động mạch cánh tay: điểm ấn ở mặt trong của tay ở đoạn giữa các khuỷu tay và vai.
- + Động mạch đùi: điểm ấn ở đoạn giữa các nếp bẹn. Khi ấn thường dùng hai đầu ngón tay cái ấn xuống phía dưới chậu hoặc dùng cả bàn tay để ấn thẳng xuống vùng nếp bẹn.

3.2. Cầm máu động mạch

a. Garo chính quy

*** Nguyên tắc đặt garo:**

- Chặn trên đường đi của động mạch dẫn tới vết thương
- Đặt garo cách vết thương 2 -3 cm
- Không đặt trực tiếp lên da thịt của bệnh nhân, phải có vòng đệm lót
- Xử trí vết thương phần mềm
- Tổng số giờ đặt garo không quá 6 giờ, 1 giờ nới garo 1 lần, mỗi lần không quá 1 phút.
- Phải có phiếu garo đặt ở nơi dễ nhìn thấy, viết chữ màu đỏ, khung màu đỏ.

*** Kỹ thuật tiến hành**

- Chuẩn bị dụng cụ:
 - + Băng cao su Esmarch
 - Chi trên: rộng 3 -5cm, dài 1,2 - 2m
 - Chi dưới: rộng 5 -8cm, dài 2 - 3m
 - + Vòng băng lót
 - + Bông gạc vô khuẩn
 - + Băng cuộn, phiếu garo
- Chặn trên đường đi của động mạch dẫn tới vết thương
- Đặt garo cách vết thương 2 -3cm
- + Vòng 1: vừa phải
- + Vòng 2: chặt hơn

- + Vòng 3: chặt nhất (quyết định sự cầm máu)
- + Vòng 4: nới rộng để nhét cuộn garo còn lại vào
- Xử lý vết thương: sát khuẩn xung quanh, đặt gạc băng lại, viết phiếu garo.
- Nới garo: luồn hai ngón tay vào vòng cuối cùng nâng lên, rút cuộn garo vừa cuộn lại vừa nới hết vòng thứ ba từ từ.
- Quan sát vùng dưới vết thương thấy hồng ảm lại thì cuộn lại vòng thứ ba chặt, vòng thứ tư nới lỏng để nhét cuộn garo còn lại.

b. Garo tùy ứng

- Dụng cụ: khăn mùi xoa 2 -3 chiếc.
- + Bút chì, thước kẻ, đũa, dây buộc
- Tiến hành:
- + Chặn đường đi của dòng mạch dẫn tới vết thương
- + Cuộn một khăn lót cách 2 - 3cm trên vết thương.
- + Một khăn gấp chéo nhỏ lại buộc lỏng trên khăn 1.
- + Luồn một que vừa nâng vừa xoắn khăn 2 đến khi máu ngừng chảy.
- + Cố định, tránh va chạm vào vết thương.
- + Xử lý vết thương, chuyển nhanh đến cơ sở y tế.

Lượng giá:

1. Kể tên 3 loại chảy máu
2. Kể 5 triệu chứng và dấu hiệu của mất máu nhiều.
3. Kể 6 nguyên tắc đặt garo.

BÀI 5. SƠ CỨU BỆNH NHÂN GÃY XƯƠNG

MỤC TIÊU:

1. Trình bày nguyên nhân, phân loại, triệu chứng và dấu hiệu chung của gãy xương.
2. Trình bày mục đích, nguyên tắc cố định tạm thời gãy xương.
3. Thực hiện đúng kỹ thuật sơ cứu BN gãy xương các loại.

NỘI DUNG:

Gãy xương là tình trạng mất tính liên tục của xương, nó có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức từ một vết dập cho đến một sự gãy hoàn toàn của xương

1. Nguyên nhân:

Gãy xương thường do tác động một lực vào xương. Lực này có thể bắt đầu từ bên ngoài cơ thể là lực trực tiếp hoặc gián tiếp

- Trực tiếp: đường gãy thường cắt ngang thẳng qua xương và ổ gãy thường ở ngay vùng bị ảnh hưởng.
- Gián tiếp: thường gây ra gãy xoắn. Ổ gãy thường ở xương nơi bị lực tác động vào.

Ví dụ: Ngã chống tay có thể gây gãy xương đòn

Gãy xương thường xảy ra ở người già và trẻ nhỏ vì người già xương rất giòn.

Ngược lại ở trẻ nhỏ xương rất mềm nên những xương dài rất dễ bị bẻ cong

2. Các loại gãy xương:

Gãy xương được chia làm 2 loại chính: Gãy xương kín và gãy xương hở và cả hai đều có thể là gãy xương biến chứng.

- Gãy xương kín là loại gãy xương mà tổ chức da ở vùng xung quanh ổ gãy không bị tổn thương hoặc có thể tổn thương nhưng không thông với ổ gãy.

- Gãy xương hở là loại gãy xương khi có tổn thương thông từ bề mặt của da với ổ gãy hoặc một đầu xương gãy chòi ra ngoài. Gãy xương hở là một tổn thương nghiêm trọng vì không những nó gây nên chảy máu mà vi khuẩn dễ dàng xâm nhập vào ổ gãy gây nên những biến chứng nhiễm khuẩn khó điều trị.

- Gãy xương biến chứng: là gãy xương hở và gãy xương kín đều được coi là gãy xương biến chứng khi có một tổn thương kèm theo

Ví dụ: Khi đầu xương gãy làm tổn thương dây thần kinh và mạch máu hay một tổ chức, cơ quan nào đó hoặc khi gãy xương kết hợp với trật khớp.

3. Triệu chứng và dấu hiệu chung:

- Nạn nhân có thể cảm thấy hoặc nghe thấy tiếng kêu răng rắc của xương gãy.
- Đau ở chỗ chấn thương đau tăng khi vận động.
- Giảm hoặc mất khả năng vận động
- Biến dạng tại vị trí gãy (chi gãy ngắn lại, gập góc hoặc xoắn vặn)
- Có phản ứng tại chỗ gãy khi ấn nhẹ lên vùng bị thương.
- Sưng nề sau đó bầm tím.
- Khi khám có thể nghe thấy hoặc cảm thấy tiếng lạo xạo của hai đầu xương gãy cọ vào nhau (không được cố gắng tìm dấu hiệu này vì làm nạn nhân rất đau).

4. Mục đích của bất động gãy xương

Giảm đau

- Giảm đau cho nạn nhân: Tuyệt đối không được vận động phần bị tổn thương nếu không cần thiết. Nếu có điều kiện thì nên phong bế Novocain quanh ổ gãy hoặc tiêm morphin dưới da nếu không có tổn thương sọ não, ổ bụng...
- Băng kín các vết thương.
- Cố định tạm thời gãy xương

Phòng sóc

Hạn chế sự di lệch của đầu xương bị gãy (tránh gây tổn thương mạch máu, thần kinh, phần mềm, tránh gãy kín thành gãy hở).

5. Nguyên tắc cố định gãy xương:

Không đặt nẹp trực tiếp nên da thịt nạn nhân phải có đệm lót ở đầu nẹp, đầu xương (không cởi quần áo, cần thiết rạch theo đường chỉ).

Cố định trên, dưới ổ gãy, khớp trên khớp dưới ổ gãy, riêng xương đùi bất động 3 khớp.

Bất động ở tư thế cơ năng: chi trên treo tay vuông góc, chi dưới duỗi thẳng 180^0 .

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

Trường hợp gãy hở: không được kéo nắn ấn đầu xương gãy vào trong nếu có tổn thương động mạch phải đặt garo tùy ứng, xử trí vết thương, để nguyên tư thế gãy mà cố định.

Sau khi cố định buộc chi gãy với chi lành thành một khối thống nhất.

Nhanh chóng nhẹ nhàng vận chuyển BN đến cơ sở điều trị.

6. Kỹ thuật sơ cứu BN gãy xương các loại:

Dụng cụ:

Nẹp: nẹp phải đảm bảo đủ độ rộng, dài và dày:

- Nẹp chính qui: nẹp gỗ có kích thước như sau:
 - + Chi trên: dài 35 – 45cm, rộng 5 – 6cm
 - + Chi dưới: dài 80 – 100cm, rộng 8 -10cm, dày 8mm
 - + Nẹp kim loại (nẹp cramer) nẹp này có thể uốn cong dùng để cố định gãy xương cánh tay, cẳng tay và cẳng chân.
- Nẹp tùy ứng: là loại nẹp làm bằng tre hay bất kì vật liệu gì sẵn có.

Bông:

Dùng để đệm lót vào đầu nẹp hoặc nơi ụ xương cọ sát vào nẹp nếu có điều kiện nên dùng bông mỡ (không thấm nước)

Băng

Dùng để buộc cố định nẹp băng phải đảm bảo: rộng bản, dài vừa phải và chắc

Gãy xương hở

Trường hợp xương chồi ra ngoài vết thương:

- Cầm máu bằng cách ép mép vết thương sát vào đầu xương
- Nhẹ nhàng đặt một miếng gạc hoặc miếng vải sạch lên trên đầu xương chồi ra.
- Đặt một vành khăn lên trên vết thương
- Băng cố định gạc vào vùng đệm bằng băng cuộn
- Xử trí các bước tiếp theo như gãy xương kín
- Chuyển ngay nạn nhân tới BV

- **Chú ý:**

- Không bao giờ kéo đầu xương gãy vào trong.
- Băng bó vết thương, rồi mới cố định theo tư thế gãy

Trường hợp xương gãy không chìa ra đầu ngoài

- Cầm máu bằng cách ép nhẹ nhàng mép vết thương lại.
- Không ấn mạnh vết thương ở vị trí gãy.
- Đặt một miếng gạc lên trên vết thương và đệm bông ở xung quanh miệng vết thương.
- Xử trí tiếp tục như gãy đầu xương chòi ra ngoài.

Vỡ xương sọ

- Nạn nhân tỉnh, đặt tư thế nửa nằm, nửa ngồi, dùng gối đệm đỡ đầu và vai.
- Nếu có máu, dịch não tủy chảy ra từ tai thì đặt nạn nhân nằm nghiêng về phía đó.
- Kiểm tra mạch, nhịp thở.
- Phòng chống va xử trí sốc.
- Chuyển nạn nhân lên tuyến trên càng sớm càng tốt.
- **Chú ý:** Nếu não phòi ra ngoài không được bôi thuốc và băng ép.

Gãy xương sườn và xương ức

Cách 1:

- Dùng băng dính to bản cố định
- Treo tay cùng bên với bên lồng ngực có xương gãy vào cổ
- Xử trí vết thương lồng ngực nếu có

Cách 2:

- Buộc bằng 3 khăn:
 - + Khăn 1: đặt nơi xương sườn gãy, bảo nạn nhân thở ra, buộc nút dưới nách bên đối diện.
 - + Khăn 2, khăn 3 đặt trên dưới khăn 1
- Treo tay cùng bên lồng ngực có xương gãy vào cổ
- Chuyển nạn nhân lên BV

Gãy xương đòn

Cách 1: Dùng nẹp chữ T

- Cho nạn nhân ưỡn ngực 2 vai kéo về phía sau
- Chèn bông dưới 2 hố nách và 2 bả vai
- Đặt nẹp chữ T sau vai, nhánh dài dọc theo cột sống
- Quấn băng vòng tròn từ nách qua vai hoặc nút ở bả vai
- Quấn băng vòng thắt lưng, buộc ở vị trí thích hợp

Cách 2: Dùng băng số 8 (cần 2 người tiến hành)

- Người thứ nhất: nắm 2 cánh tay nạn nhân nhẹ nhàng kéo ra phía sau bằng một lực vừa phải, không đổi trong suốt thời gian cố định
- Người thứ 2: Dùng băng băng kiểu số 8 để cố định

Gãy xương tay

Trường hợp gấp được khớp khủy

- **Gãy xương cánh tay:**

- Để cánh tay sát thân, cẳng tay vuông góc với cánh tay
- Đặt 2 nẹp: Nẹp trong từ hố nách đến quá khủy
Nẹp ngoài từ quá bả vai đến quá khớp khủy
- Dùng hai dây rộng bản buộc cố định nẹp: một trên ổ gãy, một dưới ổ gãy
- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khủy và để ngửa.
- Dùng băng rộng bản băng ép cánh tay vào thân, buộc nút phía trước nách bên lành.

- **Gãy xương cẳng tay:**

- Để cẳng tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay, long bàn tay ngửa.
- Dùng 2 nẹp: Nẹp trong từ long bàn tay đến nếp khuỷu
Nẹp ngoài từ các đầu ngón tay đến khuỷu
- Dùng 3 dây rộng bản buộc cố định nẹp bàn tay, trên dưới ổ.
- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực

Trường hợp không thể gấp được khủy tay:

- Không cố dùng sức để gấp khủy tay: Yêu cầu bệnh nhân dùng tay kia đỡ tay bị thương ở vị trí đó nếu có thể.

- Đặt miếng đệm dài vào giữa tay bị thương và thân.
- Buộc tay bị thương vào cơ thể bằng 3 dải băng rộng bản.

Ở các vị trí: Quanh cổ tay và đùi

Quanh cánh tay – ngực

Cẳng tay – bụng

- Cho nạn nhân nằm xuống và đặt tay bị thương dọc thân

Gãy cột sống

Gãy cột sống lưng:

- Khuyến nạn nhân nằm yên không được cố vận động các phần cơ thể.
- Đặt trên ván cứng ở tư thế giống như tư thế khi phát hiện thấy nạn nhân.

Gãy đốt sống cổ: khuyến nạn nhân không được vận động, đỡ đầu và cổ nạn nhân cho đến khi đội cấp cứu đến.

Vỡ xương chậu

- Giữ cho nạn nhân thoải mái, giảm đau và thu xếp chuyển ngay tới BV
- Đặt nạn nhân nằm ngửa, chân duỗi thẳng hoặc hơi co đầu gối. Dùng gối hoặc chăn mỏng gấp lại để kê dưới gối.
- Khi chuyển phải theo dõi sát tình trạng nạn nhân.

Gãy xương đùi:

- Giữ nạn nhân thoải mái, giảm đau, tránh gây tổn thương thêm
- Giữ chân gãy đúng tư thế cơ năng: bàn chân vuông góc với cẳng chân
- Cố định xương gãy

Cách 1: Cố định bằng nẹp gỗ : Cần 3 người làm

- Người thứ nhất: luôn tay đỡ đùi ở trên và dưới ổ gãy
- Người thứ hai: Đỡ gót chân và giữ bàn chân luôn vuông góc với cẳng chân.
- Người thứ ba: đặt nẹp cần 2 nẹp:
 - + Nẹp ngoài từ hố nách đến quá gót chân
 - + Nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân
- Dùng 5 dải dây rộng bản để buộc cố định nẹp ở các vị trí:
 - + Trên ổ gãy – dưới ổ gãy
 - + Ngang hông – dưới gối – ngang ngực

+ Cỗ chân băng kiểu số 8

Cách 2: Cố định bằng nẹp cơ thể:

- Trường hợp không có nẹp gỗ thì tiến hành buộc chân gãy vào chân lành ở các vị trí:

+ Cỗ chân: dùng kiểu băng số 8 để buộc hai chân và hai bàn chân

+ Trên ổ gãy – dưới ổ gãy

+ Dưới gối – căng chân

- Phải đệm lót ở giữa hai đầu gối và hai cỗ chân.

Gãy xương căng chân:

- Giảm đau cho BN

- Phòng chống và xử trí sốc

- Người thứ nhất: đỡ nẹp và căng chân trên và dưới ổ gãy

- Người thứ hai: đỡ gót cỗ chân và kéo nẹp theo trục của chi kéo liên tục bằng một lực không đổi.

- Người thứ 3: Cố định đặt hai nẹp

+ Nẹp trong từ giữa đùi đến quá gót

+ Nẹp ngoài từ giữa đùi đến quá gót

- Buộc dây cố định nẹp ở các vị trí:

+ Trên ổ gãy dưới ổ gãy

+ Đầu trên nẹp

+ Băng số tám cỗ chân vuông góc với bàn chân

- Buộc hai chân với nhau ở các vị trí: đầu trên nẹp – gối – cỗ chân

Lượng giá:

1. Kể 2 nguyên nhân gãy xương

2. Kể 7 triệu chứng và dấu hiệu chung gãy xương

3. Kể 7 nguyên tắc cố định tạm thời các loại gãy xương

BÀI 6. KỸ THUẬT BĂNG BÓ VẾT THƯƠNG

Mục tiêu

Trình bày được mục đích, nguyên tắc của băng bó vết thương

Trình bày được 5 kiểu băng cơ bản đúng quy trình kỹ thuật.

Nội dung

1. Mục đích của băng bó:

- 1.1. Cầm máu, băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu.
- 1.2. Bảo vệ, che chở vết thương tránh cọ sát, va chạm.
- 1.3. Chống nhiễm khuẩn thứ phát, thấm hút dịch máu, mủ.
- 1.4. Phối hợp với nẹp trong cố định gãy xương tạm thời.

2. Nguyên tắc của băng bó vết thương:

- 2.1. Sát khuẩn vết thương sạch sẽ.
- 2.2. Vô khuẩn triệt để vật liệu, tay cấp cứu viên, dụng cụ.
- 2.3. Thấm hút dịch trong 24 giờ, che kín vết thương ngăn ngừa nhiễm khuẩn.
- 2.4. Cuộn băng lăn sát cơ thể từ trái sang phải, không để rơi băng.
- 2.5. Băng từ dưới lên trên, để hở các đầu chi cho tiện theo dõi.
- 2.6. Băng vừa chặt, vòng sau đè lên 1/2 - 2/3 vòng trước.
- 2.7. Băng nhẹ nhàng nhanh chóng, tránh tổn thương thêm cho các tổ chức.
- 2.8. Nút buộc băng tránh đè lên vết thương, đầu xương, mặt trong chân tay, chỗ bị tê đè, chỗ dễ cọ sát.
- 2.9. Tháo băng cũ, 2 tay 2 kim chuyển nhau hoặc có thể dùng kéo cắt dọc băng để tháo bỏ cho nhanh.

3. Các loại băng:

3.1. Băng cuộn:

- Băng cuộn thường dùng để băng ép cầm máu, hạn chế cử động, cố định trong trường hợp gãy xương.
- Băng cuộn được làm bằng vải, vải thô, vải thưa hay vải thun.

- Băng cuộn có nhiều loại, nhiều cỡ, tùy vị trí tổn thương của cơ thể mà dùng các loại băng thích hợp:

+ Băng gạc mịn: thích hợp với trẻ em.

+ Băng thun: là loại tốt nhất để băng ép.

- Kích thước trung bình của cuộn băng dùng cho người lớn:

+ Băng ngón tay: 2cm x 2m.

+ Băng chi trên: 5cm x 4 -5m.

+ Băng thân, chi dưới: 10cm x 10m.

3.2. Băng dính: dùng thuận tiện nhưng không có tác dụng ép chặt.

3.3. Băng tam giác: loại băng này đơn giản và nhanh chóng hơn băng cuộn, rất thích hợp cho các trường hợp cấp cứu. Thường dùng để nâng đỡ che chở chi trên.

3.3.1. Băng treo:

* Băng treo rộng: đặt một góc băng lên vai bên tay lành, góc giữa ở chỗ khuỷu tay đau, kéo góc ở dưới lên buộc nút ở cổ, để giữ cẳng tay gấp góc 90° theo tư thế cơ năng ở chi trên. Cuối cùng gấp góc ở khuỷu tay cho gọn.

* Băng treo hẹp: gấp khăn tam giác thành một dải hẹp rồi treo cánh tay như cách trên.

3.3.2. Băng mặt: trường hợp cả mặt bị bỏng hay bị thương, trước hết buộc nút ở góc giữa chụp lấy đầu và mặt.

- Khoét lỗ con ở 2 mắt, mũi, mồm.

- Kéo 2 góc trái phải ra sau và vòng buộc nút ở trước cổ.

3.3.3. Băng đỉnh đầu:

- Gấp nếp khăn lại (nếp rộng độ 2 ngón tay).

- Kéo góc giữa qua đầu về phía sau.

- Vòng hai góc trái và phải ra đầu, buộc nút rồi kéo ra trước trán buộc một nút nữa.

- Nhét đầu góc giữa vào sau nút hay nghim lại.

3.3.4 Băng bàn tay:

* Băng kín bàn tay: đặt bàn tay vào giữa khăn tam giác.

- Ngón tay hướng lên góc đỉnh.

- Gấp góc đỉnh lên mu bàn tay.

- Góc trái - phải bắt chéo ở mu tay, xuống cổ tay vòng lên mu tay và buộc nút.
- Gấp góc đỉnh lên che chỗ buộc nút.
- * Băng lòng bàn tay: trường hợp bàn tay chảy máu, cho người bệnh nắm lấy một cuộn băng gạc, rồi gấp khăn tam giác thành dải băng quanh nắm tay, rồi buộc nút ở cổ tay.
- * Băng khuỷu tay: Gấp phía dưới góc khăn tam giác (rộng khoảng 5cm) góc đỉnh quay lên trên, hai góc trái và phải vòng qua cánh tay dưới bắt chéo phía trên khuỷu tay, rồi vòng lên cánh tay bằng 2 cách:
 - Cách 1: Lấy 1 khăn tam giác đã gấp thành dải vòng chéo ở cổ bên đau và rách bên lành, rồi buộc nút. Giữ lấy góc giữa rồi gấp và nghim lại.
 - Cách 2: Dùng băng treo hẹp, đề lên góc giữa rồi gấp lại và nghim đồng thời cố định cả cách tay bị thương.
- * Băng chân: giống băng tay.
- * Băng khớp gối: giống băng khuỷu tay.

4. Các kiểu băng cơ bản

4.1. Băng vòng khoá: để mở đầu cho tất cả các kiểu băng.

4.2. Băng xoáy ốc:

- Mở đầu bằng băng vòng khoá.
- Lăn tròn cuộn băng trên bộ phận cần băng từ trái qua phải.
- Đường sau chồng lên đường trước 1/2 đến 2/3 bề rộng cuộn băng.
- Kết thúc bằng 2 vòng tròn và cố định.

Dùng để băng những chỗ đều nhau và dài trên cơ thể như cách tay, ngón tay...

4.3. Băng chữ nhân: giống như băng xoáy ốc nhưng mỗi vòng đều gấp lại.

- Bắt đầu bằng 2 vòng khoá - cuộn một vòng xoáy.
- Ngón cái tay trái đề lên chỗ định gấp giữ chặt vòng băng.
- Nối dài cuộn băng khoảng 15cm. Tay phải lật kéo băng xuống và gấp lại.
- Sau đó kết thúc bằng hai vòng tròn cố định.

Chú ý: các phần lật đều nhau, không để chỗ gấp lên trên vết thương.

áp dụng băng những chỗ không thon đều như cẳng tay, cẳng chân.

4.4. Băng số 8:

- Bắt đầu bằng vòng khoá.
- Các đường băng sau chéo và lần lượt thay đổi hướng lên và xuống mỗi lần cuốn một vòng băng.
- Vòng sau chòng lên vòng trước 1/2 đến 2/3 làm thành hình số 8.
- Kết thúc bằng 2 vòng cố định.

4.5. Băng gấp lại (hồi quy):

- Bắt đầu bằng băng vòng khoá.
- Sau đó lật từ trước ra sau và từ sau ra trước.
- Lần thứ nhất băng ở giữa.
- Các lần sau toả dần ra 2 bên theo hình rẽ quạt, mỗi lần đều trở về chỗ bắt đầu, gấp cho đến khi băng kín.
- Kết thúc bằng hai vòng cố định.

Thường áp dụng băng ở đầu, bàn tay không tách ngón, mồm cụt.

5. Cách cố định khi kết thúc băng:

- Cố định bằng nghim an toàn.
- Cố định bằng móc sắt.
- Cố định bằng băng dính.
- Băng vải cố định bằng cách buộc nút, cắt đôi bề rộng băng, về dài khoảng 15cm. Thắt chéo lại rồi vòng qua chi buộc nút an toàn.

Đánh giá:

1. Kể 4 mục đích của băng vết thương.
2. Kể 9 nguyên tắc của băng vết thương.
3. Kể tên 5 kiểu băng cơ bản, áp dụng vào từng vị trí trên cơ thể.

BÀI 7. SAY NẮNG – SAY NÓNG

Mục tiêu:

- Trình bày được mục đích, hiện tượng của say nóng, say nắng
- Trình bày được khái niệm và triệu chứng của say nắng, say nắng

Nội dung:

Khái niệm

Là hiện tượng trúng nóng, trúng nắng do phơi mình quá lâu dưới ánh sáng mặt trời hoặc một nhiệt độ quá cao như trong hầm lò, một số nguyên nhân thuận lợi nhất định như găng sức, đau ốm, ẩm ướt

- Say nóng thường gặp vào buổi xế chiều, có nhiều tia hồng ngoại, còn say nắng hay gặp vào lúc giữa trưa, khi trời nắng gay gắt, có nhiều tia tử ngoại. Say nắng thường nặng hơn say nóng, có thể gây tử vong.

Yếu tố thuận lợi

- Nhiệt độ môi trường tăng quá cao: nông dân làm việc ngoài trời, binh lính tập trận, khách du lịch.

- Trẻ em cảm sốt nhẹ được bố mẹ chăm sóc không đúng qui cách: đóng kín cửa, trùm chăn kín mít...

Triệu chứng

- Ở trẻ sơ sinh: là bệnh cảnh của tình trạng mất nước toàn thể cấp, có thể nhanh chóng dẫn tới hôn mê, co giật, dễ gây tử vong.

- Ở người lớn và trẻ lớn, các triệu chứng xuất hiện mỗi lúc một nặng dần nếu không cứu chữa hoặc cứu chữa không đúng cách.

Mới đầu: vã mồ hôi, nhức đầu, khó chịu, mặt đỏ như, cảm giác ngột thở, có khi đau bụng, nôn mửa. Sau đó: chóng mặt, hoa mắt, mặt tái nhợt, mạch nhanh, ngắt lịm, chuột rút, đái ít. Sốt cao có khi lên tới 42-44. Da niêm mạc khô kèm theo trụy mạch, tình trạng người bệnh li bì, giãy giụa, lẫn lộn, mê sảng, cuối cùng là hôn mê, co giật.

Chú ý: trong say nắng bệnh nặng ngay từ đầu, sốt rất cao 43-44, có nhiều dấu hiệu thương tổn thần kinh rất rõ, có thể hồi phục hoặc khó hồi phục, có thể tử

máu dưới màng cứng và trong não. Các thương tổn thần kinh hay xảy ra ở người có xơ vữa động mạch.

Xử trí chung

- Hạ thân nhiệt xuống dần từng bước, càng sớm càng tốt: đặt nạn nhân nằm chỗ mát, thoáng gió, cởi bớt quần áo, cho uống nước lạnh có muối. Chườm lạnh bằng nước đá khắp người, ở đầu thì chườm trán và gáy. Hoặc phun nước lạnh vào người bệnh (tránh phun vào mũi, miệng). Nếu chườm lạnh phải liên tục thay khăn, nhúng lại vào nước lạnh.

- Theo dõi đến khi thân nhiệt hạ xuống đến 38^o đưa bệnh nhân vào nằm nghỉ chỗ mát.

Trường hợp nặng hơn phải đưa bệnh nhân đến tuyến y tế gần nhất để cấp cứu kịp thời.

Phòng bệnh

- Khi lao động ngoài trời phải đội mũ nón. Khi đi cây phải tìm cách tránh cho ánh nắng mặt trời chiếu vào gáy. Khi khát phải uống nhiều nước có pha muối, mỗi giờ phải uống một lượng muối chừng một nhúm.

- Cần hướng dẫn các bà mẹ trong việc chăm sóc con đau ốm cũng như cách xử lý khi trẻ bị sốt cao: chườm đá đầu, gáy, đùi, bụng.. uống paracetamol.

Lượng giá:

- 1.Hãy nêu khái niệm của việc say nóng, say nắng
- 2.Hãy trình bày triệu chứng của việc say nóng, say nắng.
- 3.Trình bày cách xử lý và phòng bệnh say nóng,say nắng.

BÀI 8. ĐUỐI NƯỚC

Mục tiêu:

- Nêu được hiện tượng của đuối nước
- Nêu được cách cấp cứu người đuối nước

Nội dung:

1. Khái niệm

Đuối nước là tình trạng nước tràn vào đường hô hấp làm cho các cơ quan bị thiếu oxy và các chức năng sống của cơ thể ngừng hoạt động. Cần xử trí khẩn trương, kiên trì, ngay tại chỗ để giải phóng đường hô hấp.

1. Nguyên nhân :

- Do trẻ chơi gần ao, hồ, hồ nước ngã xuống
- Trẻ cúi nghịch cắm đầu vào thùng nước hoặc bể nước của gia đình.
- Trẻ lớn người lớn đi bơi bị tụt hố cát, chuột rút hoặc đắm tàu thuyền..
- Tụ tử.

2. Triệu chứng :

- Tùy trường hợp phát hiện sớm hay muộn nhưng nhìn chung là triệu chứng suy thở, ngạt.
- Bệnh nhân thở thoi thóp, ngáp cá hoặc ngừng thở
- Da trắng bệch, hoặc tím ngắt
- Thường là bất tỉnh
- Tim có thể ngừng đập

3. Xử lý :

- Ngay sau khi lôi được bệnh nhân lên khỏi đầu cần :
 - + Lấy ngay dị vật ở mũi miệng bệnh nhân ra, có thể dốc ngược đầu để tống nước ra ngoài
 - Khi đưa bệnh nhân nằm lên mặt phẳng cứng:
 - + Hô hấp nhân tạo miệng, hoặc miệng mũi.
 - + Ép tim ngoài lồng ngực (4 – 5 lần ép tim – 1 lần thổi ngạt)
- Tiếp tục làm cho đến khi bệnh nhân thở lại được và tim đập trở lại.

- Ủ ấm cho bệnh nhân, lau khô người, thay quần áo, đắp chăn ấm.
- Chuyển đến bệnh viện khi bệnh nhân đã thờ được.

4. Phòng.

- Không cho trẻ chơi gần ao, hồ sông, hồ nước sâu
- Khi trẻ đi bơi cần có người lớn đi kèm không bơi ở những nơi sâu quá, vắng người.
- Giáo dục cho trẻ biết sự nguy hiểm khi đi chơi, đùa nghịch gần ao hồ để tự phòng cho mình.

BÀI 9. RẮN CẮN

Mục tiêu:

- Trình bày phương tiện sơ cứu khi bị rắn cắn
- Cách cấp cứu người bị rắn cắn

Nội dung:

1. Khái niệm



Làm gì khi bị rắn cắn?

Tai nạn rắn cắn thường xảy ra bất ngờ, khiến nạn nhân và những người trong gia đình lúng túng, chậm trễ... nhiều khi không cứu nổi. Sau khi cắn người, con rắn thường chạy mất, nạn nhân không kịp nhận diện để biết là rắn lành hay rắn độc, nhất là trong đêm tối... Do vậy, khi không may bị rắn cắn, nạn nhân phải thật bình tĩnh.

2. Nhận biết

Cố gắng xác định sơ bộ xem đó là rắn lành hay rắn độc. Nếu tại vết cắn thấy cả hai hàm răng với nhiều vết chấm hình vòng cung, không thấy vết răng nanh là rắn lành. Còn nếu tại nơi bị cắn có hai vết răng nanh cách nhau 5mm và một số vết răng nhỏ là rắn độc.

3. Xử trí

Nếu đúng là bị rắn độc cắn hoặc không xác định được chắc chắn là rắn lành hay rắn độc, cần ngồi yên, tuyệt đối không cử động phần cơ thể (chân, tay...) bị rắn cắn vì cử động sẽ làm cho chất độc lan nhanh trong cơ thể. Nếu bị cắn ở chân, nạn nhân không được đi, hay chạy.

Nếu có phương tiện sơ cứu có thể làm như sau: Rửa sạch vết rắn cắn bằng xà phòng và nước sạch. Dùng dao sạch (đã khử khuẩn bằng cách hơ trên ngọn lửa) rạch một đường dài khoảng 10mm, sâu độ 3mm tại vết răng nanh, sau đó nặn ra ít máu.

Sát khuẩn vết rạch bằng cồn 700 hoặc thuốc tím 0,1%, nước oxy già 12 thể tích, nước muối 9‰, rồi băng vết thương bằng gạc vô khuẩn.

4. Điều cần lưu ý

Nếu vết cắn đã bị hoại tử hoặc rắn đã cắn nửa giờ thì không nên rạch da vì không có tác dụng.

Nạn nhân và những người có mặt không được sờ vào miệng rắn cho dù rắn đã bị đánh chết hoặc đầu rắn đã bị chặt rời khỏi thân.

5. Cách sơ cứu

Sơ cứu xong, cần bắt động chi bị cắn, chuyển nạn nhân đi bệnh viện ngay. Nên chuyển nạn nhân bằng cáng, hoặc ô tô, không nên chở bằng xe đạp, xe máy nhất là khi nạn nhân có dấu hiệu bị sốc hoặc liệt phần chi bị rắn cắn.

Theo dõi sát mạch, huyết áp, nhịp thở của nạn nhân. Chú ý phát hiện sớm các dấu hiệu suy hô hấp, truy tìm mạch để có cách xử trí kịp thời. Nếu do rắn hổ (hổ mang, cạp nong, cạp nia...) cắn, sẽ có dấu hiệu viêm nhiễm rất sớm, thường chỉ sau 5 phút đến 1-2 giờ, nạn nhân thấy đau buốt tại chỗ, người mệt mỏi, chóng mặt, buồn nôn, khó há miệng, sụp mi, giãn đồng tử, mạch nhanh, huyết áp tụt, rồi ngừng tim, ngừng thở và tử vong. Nếu do rắn lục cắn, nơi bị cắn sưng tấy nhanh, chỉ sau 6 giờ

toàn chi bị cắn sẽ sưng to, tím tái, sau 12 giờ vết cắn bắt đầu hoại tử, nạn nhân bị truy tim mạch, viêm thận, suy thận cấp.

6. Đề phòng rắn cắn

Rắn thường kiếm mồi về đêm, ban ngày chúng thường ẩn nấp trong các hang hốc, hoặc treo mình trong bụi cây rậm rạp, ẩm thấp, tối tăm, do vậy:

Khi cần đi qua những nơi này, nhớ đi ủng, hoặc mang theo gậy dài vừa đi vừa khua để xua đuổi rắn. Không ngồi ở gò, đống, bờ bụi, gốc cây có nhiều hang hốc. Không nằm nghỉ dưới đất gần các bụi cây rậm rạp.

BÀI 10. TIÊM CHỦNG MỞ RỘNG

Mục tiêu

- 1. Trình bày được mục tiêu và tầm quan trọng của Chương trình tiêm chủng mở rộng.*
- 2. Ra quyết định về chỉ định và chống chỉ định tiêm chủng.*
- 3. Xác định và xử lý các tác dụng phụ về tai biến của tiêm chủng.*
- 4. Tổ chức được một buổi tiêm chủng.*
- 5. Hướng dẫn được các bà mẹ về chủng ngừa, miễn dịch và tiêm chủng vaccin.*

1. Mục tiêu và tầm quan trọng của chương trình tiêm chủng mở rộng

Thấm nhuần phương châm y học dự phòng của Đảng và nhà nước, mấy chục năm qua nhà nước và ngành y tế đã coi trọng công tác tiêm chủng phòng bệnh. Từ năm 1981 nước ta đã tham gia chương trình tiêm chủng mở rộng với ý thức tiêm chủng là phương pháp phòng bệnh tích cực và hiệu quả nhất.

Đây là một chương trình phòng bệnh cấp quốc gia mang tính xã hội hóa cao, chúng ta đã đề ra mục tiêu cho từng thời kỳ, chiến lược và các biện pháp thực hiện.

Được sự giúp đỡ của OMS và UNICEF và nỗ lực của toàn ngành y tế, đến nay chương trình đã gặt hái được nhiều thành tựu.

Mục tiêu của chương trình là :

- Giảm trên 90% tỷ lệ mắc các bệnh truyền nhiễm trẻ em (bạch hầu, ho gà, uốn ván, sởi, bại liệt, lao).
- Phổ cập tiêm chủng phòng 6 bệnh cho trên 90% trẻ em dưới 1 tuổi trong cả nước.
- Tiến tới thanh toán bệnh bại liệt và loại trừ uốn ván sơ sinh vào năm 2000.

2. Dịch tễ học các bệnh trong chương trình tiêm chủng mở rộng

Theo tổ chức y tế thế giới có 8- 10 triệu người mắc lao hàng năm, trong thập kỷ tới có thêm 300 triệu người nhiễm lao, 90 triệu người mắc lao và 30 triệu người chết vì bệnh lao. Tại Việt nam tỷ lệ nhiễm lao hàng năm hiện nay là 1.5% dân số, với 76 triệu dân có 130.000 người mắc lao hàng năm, tỷ lệ phát hiện được 40.7%, số lao chưa phát hiện được là 77.000 người hàng năm, lao phổi có BK (+) mới xuất hiện hàng năm là 60.000 người. Với khả năng giải quyết hiện nay bệnh lao vẫn còn là một bệnh xã hội quan trọng trong thập niên tới.

Năm 1979 toàn thế giới có 23130 cas bị bệnh bạch hầu, trong đó châu Âu chỉ có 548 cas và Pháp 1 cas năm 1980. Ở Mỹ 1920 có 1568 cas mắc bệnh, 163 cas tử vong, đến 1965 giảm xuống 168 cas mắc bệnh, có 16 cas chết và hiện nay 1 vài cas hàng năm. Ở nước ta theo số liệu của viện Vệ Sinh Dịch Tễ (VSDT) trung ương, tỷ lệ mắc bệnh năm 1983 ở Miền Bắc là 6,95 / 100.000 dân, miền trung 1,74/100.000 dân, miền nam 4,89/100.000 dân. Bạch hầu qua 15 năm tại B.V Huế có 157 cas, tỷ lệ tử vong 30.2%.

Trên thế giới ước lượng 600.000 trường hợp ho gà hàng năm, tỷ lệ mắc tại Thừa thiên Huế 1981 -1995 là 98,9/100.000 dân, tỷ lệ tử vong tại bệnh viện 4.5%, nguy cơ cao ở trẻ dưới 6 tháng.

Hàng năm trên thế giới khoảng 50 triệu trẻ bị sởi, ước tính khoảng 722.000 trẻ dưới 5 tuổi, tử vong khoảng 40% ở trẻ nhỏ kèm suy dinh dưỡng, tập trung ở các nước Châu Phi và Đông Nam Á. Tại Việt nam 1979 - 1999 cả nước có 579.678 trường hợp bị sởi, tử vong 2.190 trường hợp, năm 2000 miền Bắc có dịch sởi 25/28 tỉnh thành, nguy cơ cao ở trẻ dưới 5 tuổi kèm suy dinh dưỡng, không tiêm chủng.

Tại các nước có lưu hành bệnh bại liệt, tỷ lệ lây nhiễm ở trẻ dưới 3 tuổi là 70 - 80%, tại Thừa Thiên Huế, sau hơn 10 năm uống phòng bại liệt đến 1995 tỷ lệ bệnh giảm 85.2/100.000 dân, tỷ lệ tử vong ở bệnh viện 6.8 -16.1%. Năm 2000 Việt Nam

được công nhận thanh toán bệnh bại liệt và tiếp tục giám sát bệnh này trong các năm tiếp theo.

Khoảng 30% dân số thế giới với 2 tỷ người có biểu hiện huyết thanh học nhiễm virus viêm gan B. Trên thế giới ước tính có khoảng 350 triệu người mang virus viêm gan B mãn tính, khoảng 1 triệu người chết vì viêm gan mãn bao gồm xơ gan và ung thư gan. Tổ chức y tế thế giới khuyến cáo, tất cả các nước cần đưa vaccin viêm gan B vào TCMR cho trẻ dưới 1 tuổi. Năm 1997 vaccin viêm gan B đã được đưa vào TCMR tại Việt Nam. Tuy nhiên, hàng năm TCMR mới chỉ đủ vaccin cho khoảng 20% số trẻ dưới 1 tuổi trong cả nước.

Kế hoạch 5 năm 2002 -2006 nhằm mở rộng diện tiêm vaccin viêm gan B cho trẻ dưới 1 tuổi trong cả nước. Từ năm 2003, tất cả trẻ dưới 1 tuổi trong cả nước sẽ nằm trong diện tiêm vaccin viêm gan B.

Qua 15 năm 1980 -1996 tại BVTU Huế có 153 trường hợp uốn ván trẻ lớn, 235 trường hợp uốn ván sơ sinh, trung bình hàng năm 10 -20 trường hợp uốn ván sơ sinh, với tỷ lệ tử vong rất cao 60 - 70%, đến nay tỷ lệ này đã giảm rõ, hàng năm còn lát đác vài trường hợp.

3. Miễn dịch học trong tiêm chủng vaccin

Tiêm chủng nhằm mục đích phòng một bệnh xác định, bằng cách tạo nên miễn dịch chủ động cho người được tiêm chủng. Một số bệnh truyền nhiễm trước đây xảy ra nhiều và gây tử vong khá cao ở trẻ em. Ngày nay có thể nói, không còn thấy xảy ra ở một số nước trên thế giới, là nhờ sự phát minh của thuốc chủng ngừa. Đó là các vaccin gây miễn dịch chủ động.

Miễn dịch có hai loại: chủ động và thụ động.

3.1 Miễn dịch chủ động

Là khi cơ thể tự tạo ra kháng thể và duy trì lượng kháng thể này trong một thời gian nhất định để chống lại bệnh. Miễn dịch này có được sau khi bị mắc bệnh hoặc sau khi được tiêm chủng. Miễn dịch chủ động thường xuất hiện lâu sau vài tuần, nhưng bền bỉ hơn so với miễn dịch thụ động. Các loại vaccin cho miễn dịch chủ động. Vaccin được điều chế từ độc tố, từ vi khuẩn hoặc virus đã chết hoặc còn sống nhưng đã được làm giảm độc lực và khả năng gây bệnh đã được phá bỏ, chỉ còn khả năng gây miễn dịch.

3.2 Miễn dịch thụ động

Là khi cơ thể nhận kháng thể từ mẹ chuyển sang hoặc là các loại thuốc có chứa kháng thể được điều chế từ người hoặc động vật. Miễn dịch thụ động có hiệu quả ngay nhưng ngắn hạn. Các loại huyết thanh như SAT, SAD dưới hình thức cô đọng các globulin lấy từ người có bệnh hay từ động vật đều cho miễn dịch thụ động.

Để việc chủng ngừa có hiệu quả tốt, phải thực hiện sự chủng ngừa trước thời gian trẻ có nguy cơ nhiễm bệnh. Chủng ngừa được tiến hành ngay từ tháng đầu, năm đầu tiên của trẻ.

Mỗi nước có tình hình bệnh tật khác nhau, có những ưu tiên giải quyết khác nhau vì vậy lịch chủng ngừa của mỗi nước là khác nhau.

3.3 Các bệnh có thể phòng được bằng chủng ngừa

Các bệnh do vi khuẩn: bệnh lao, bệnh bạch hầu, ho gà, uốn ván, thương hàn, dịch tả, dịch hạch, não mô cầu type A,C, Hemophilus influenzae type b...

Các bệnh do virus : đậu mùa, bại liệt, sởi, rubéole (sởi Đức), quai bị, cúm, đại, viêm gan virus A, B, viêm não Nhật Bản B...

Hiện nay người ta đã bỏ chủng ngừa đậu mùa bởi vì hết người mắc bệnh. Nhờ tổ chức chủng ngừa bệnh đậu mùa cho 100% trẻ em ở tất cả các quốc gia trong những năm 1960 - 1970 nên từ năm 1978 trở đi không còn ai mắc bệnh. Trường hợp mắc bệnh cuối cùng được tìm thấy ở một người lớn 27 tuổi ở Somalia năm 1977. Điều này cũng khẳng định hiệu quả rất cao của công tác chủng ngừa. Do đó hiện nay Tổ Chức Y Tế Thế Giới kêu gọi tất cả các quốc gia, bằng mọi cách tổ chức tiêm chủng cho 100% trẻ em dưới 1 tuổi đối với 6 bệnh hiểm nghèo : lao, bạch hầu, ho gà, uốn ván, bại liệt, sởi... để đến năm 2000, có thể quét sạch các bệnh trên đây trong bệnh lý nhi khoa.

4. Phân loại vaccin và bảo quản vaccin

Vaccin là một tác nhân gồm các vi khuẩn chết, độc tố của vi khuẩn đã được làm giảm độc lực hoặc các vi khuẩn hay virus còn sống mà đã làm yếu đi. Vì vậy vaccine chỉ mang tính kháng nguyên và không gây bệnh, khi tiêm chủng cho trẻ, trẻ sẽ chủ động tạo ra kháng thể để phòng bệnh.

4.1 Phân loại vaccin

Vaccine sống chứa các tác nhân còn sống nhưng chúng ta đã làm yếu đi vì vậy không gây nguy hiểm. Vaccin sống gồm : BCG, Bại liệt (OPV) và vaccin sởi trong đó bại liệt ở dạng lỏng còn BCG và vaccin sởi ở dạng bột khô lạnh vì vậy khi dùng có kèm theo một ống nước riêng (chất hòa tan) không được dùng nước cất hay một dung dịch khác vì sẽ làm hỏng vaccin. Vaccin BH-HG-UV là loại vaccin chết gồm ba thành phần vi khuẩn ho gà chết, độc tố của bạch hầu và uốn ván đã làm giảm độc lực gọi là Toxoid.

Vaccine BH-UV là loại vaccine chết chỉ chứa hai thành phần bạch hầu và uốn ván.

Vaccine uốn ván là loại vaccine chết chỉ chứa thành phần uốn ván, dùng tiêm cho phụ nữ và các bà mẹ có thai để phòng uốn ván sơ sinh. Vaccin sống thường tạo kháng thể hữu hiệu hơn vaccine chết vì vậy gây miễn dịch cơ bản cho trẻ cần tiêm đủ 3 mũi BH-HG-UV.

4.2 Bảo quản vaccin

Hiện nay tất cả các loại vaccine phải được bảo quản ở nhiệt độ từ 0°C - 8°C . Việc bảo quản này tạo thành một hệ thống dây chuyền lạnh, vaccine luôn luôn ở trong tủ lạnh từ nơi sản xuất đến nơi phân phối đến khi tiêm cho trẻ. Tại mỗi tuyến bảo quản có quy định nghiêm ngặt về nhiệt độ và thời gian lưu trữ cho phép. Trong tủ lạnh vaccin sởi và bại liệt luôn luôn bỏ ở ngăn đá, còn BCG, BH-HG-UV, viêm gan B và ống thuốc pha (dung môi) sởi, BCG bỏ ngoài ngăn đá. Không để vaccin ở cánh cửa tủ lạnh, đã đem ra khỏi tủ lạnh để sử dụng thì không nên bỏ vào lại, không nên mở tủ lạnh quá 3 lần/ngày, không nên bỏ thuốc chủng thừa qua ngày mai.

Vaccin sống khó bảo quản hơn vaccine chết. Không những bị hủy bởi nhiệt độ mà còn bởi các chất sát trùng và ánh sáng, vì vậy phải lưu ý 2 yếu tố này khi tiến hành tiêm chủng. Cả vaccin sống và vaccin chết đều có thể bị hư do bảo quản chứ không riêng gì vaccine sống. Khi vaccin bị hư (không còn mang tính kháng nguyên) nếu tiêm cho trẻ sẽ không có tai biến gì nhưng trẻ không tạo kháng thể và trẻ có thể bị bệnh mà ta đã tiêm chủng. Điều này làm mất lòng tin của bà mẹ vào cán bộ y tế và về phía chúng ta thì mất công tốn tiền. Vì vậy bảo quản dây chuyền lạnh là quan trọng.

Thời gian bị hủy vaccine ở nhiệt độ 37°C :

BCG : 2 tuần

DPT : 4 ngày

Bại liệt : 1 ngày

Sởi : 1 giờ

Dây chuyền lạnh là hệ thống phân phối vaccine ở trạng thái còn nguyên hiệu lực từ nơi sản xuất đến tận nơi tiêm chủng. Hệ thống dây chuyền lạnh là rất quan trọng và cần thiết vì vaccin rất nhạy cảm với nhiệt độ. Ba yếu tố cấu thành dây chuyền lạnh là: trang thiết bị, con người và các thao tác sử dụng. Nếu 1 trong 3 bộ phận cấu thành này có sai sót thì cả hệ thống dây chuyền lạnh sẽ hư vỡ nhất là đối với tuyến trung ương vì nơi đây số lượng vaccin lớn nhất, trị giá hàng tỷ đồng. Bất kỳ một sai sót nào cũng là một tai họa nghiêm trọng.

5. Chỉ định và chống chỉ định tiêm chủng

Hiện nay, do nhu cầu bảo vệ trẻ em, người ta đã giới hạn đến mức tối thiểu các chống chỉ định chủng ngừa. Đối với trẻ em suy dinh dưỡng, sơ sinh thiếu tháng, thiếu cân... trước đây có người khuyên nên tránh chủng ngừa, nhưng ngày nay ngược lại, có chỉ định nên chủng bởi vì, dù phản ứng đáp ứng miễn dịch của trẻ có yếu hơn bình thường nhưng vẫn có và đủ khả năng để bảo vệ trẻ. Trẻ rất cần được bảo vệ các bệnh trên bởi vì dễ mắc, thường diễn biến nặng và tỷ lệ tử vong cao. Như vậy còn lại những chống chỉ định sau đây :

- Trẻ đang mắc một bệnh nhiễm trùng cấp tính.
- Trẻ đang có bệnh ung thư.
- Trẻ đang có bệnh suy giảm miễn dịch bẩm sinh hay mắc phải.
- Không tiêm chủng BCG cho những trẻ đã biết là mắc AIDS.
- Không tiêm BH-HG-UV2 và BH-HG-UV3 cho những trẻ có co giật hoặc sốt trong vòng 3 ngày sau lần tiêm BH-HG-UV1.
- Không tiêm BH-HG-UV cho những trẻ có co giật tái phát hoặc đang mắc các bệnh của hệ thống thần kinh trung ương.

6. Lịch tiêm chủng

6.1 Lịch tiêm chủng cho trẻ em dưới 1 tuổi

Lứa tuổi Vaccin

- Dưới 1 tháng : BCG VGB1 (24 giờ sau sinh)
- 2 tháng tuổi : BH - HG - UV 1 Bại liệt 1 VGB2
- 3 tháng tuổi : BH - HG - UV 2 Bại liệt 2
- 4 tháng tuổi : BH - HG - UV 3 Bại liệt 3 VGB3
- 9 - 11 tháng : Sởi

Chú ý:

- BCG (vaccin phòng lao), BH- HG - UV (vaccin phòng bạch hầu - ho gà- uốn ván), VGB (vaccin phòng viêm gan B)
- Khoảng cách giữa hai lần tiêm BH-HG-UV và giữa hai lần uống bại liệt tối thiểu phải một tháng.
- Nếu không cho trẻ tiêm BCG ngay dưới một tháng được, thì trong lần tiêm chủng đầu tiên cần cho ngay trẻ tiêm BCG và uống bại liệt cùng lúc với tiêm BH-HG-UV và viêm gan B.
- Cần đảm bảo tiêm đủ các loại vaccin cho trẻ ngay trong năm đầu (1 mũi BCG, 3 mũi BH-HG-UV, 3 lần uống bại liệt, một mũi sởi và 3 mũi VGB).
- Không nên tiêm BH-HG-UV mũi 2 hoặc mũi 3 cho trẻ bị phản ứng mạnh với mũi trước. Nên bỏ thành phần ho gà, dùng vaccin bạch hầu - uốn ván tiêm đủ 3 mũi.
- Viêm gan B nên tiêm sớm sau sinh, trong vòng 24 giờ đầu, hoặc 3 ngày đầu.

6.2 Lịch tiêm chủng cho phụ nữ

6.2.1 Lịch tiêm chủng cho phụ nữ trẻ ở tuổi sinh đẻ (15 - 35 tuổi)

| Liều vaccin | Thời gian tiêm | Thời kỳ bảo vệ |
|-------------|--|--------------------------|
| UV1 | 15-35 tuổi, hoặc càng sớm càng tốt khi có thai | Không có tác dụng bảo vệ |
| UV2 | Ít nhất 4 tuần sau UV1 | 3 năm |
| UV3 | Ít nhất 6 tháng sau UV2 | 5 năm |
| UV4 | Ít nhất 1 năm sau UV3 | 10 năm |
| UV5 | ít nhất 1 năm sau UV4 | suốt thời kỳ sinh đẻ |

6.2.2 Lịch tiêm chủng cho phụ nữ có thai để phòng uốn ván sơ sinh

Vaccin Thời gian

UV 1 : càng sớm càng tốt, hoặc sau khi có thai

UV 2 : cách UV 1 ít nhất là 30 ngày và trước khi đẻ 30 ngày

7. Các tai biến và cách xử trí

Tiêm chủng là một biện pháp hiệu lực nhất, ít tốn kém của y học hiện đại. Hằng năm ở các nước đang phát triển có khoảng 6 triệu trẻ em chết vì 6 bệnh được bảo vệ trong chương trình tiêm chủng mở rộng. Bên cạnh hiệu lực cao, tiêm chủng vaccine có thể gây ra một số biến cố. Tuy vậy tỷ lệ quá thấp, kém xa so với tác hại do bệnh gây ra nếu không được tiêm chủng.

7.1 Khi tiêm vaccin BCG

- Phản ứng thông thường : khoảng 2 tuần sau khi tiêm, chỗ tiêm có một nốt đỏ, hơi sưng đường kính khoảng 10mm. Hai đến 3 tuần sau trở thành ổ áp xe nhỏ rồi loét ra và tự lành để lại sẹo có đường kính khoảng 5mm. Cần phải nói cho bà mẹ biết đó là phản ứng tốt, và phải kiểm tra sẹo ở lần tiêm sau, nếu không có phải tiêm lại.

- Phản ứng mạnh : áp xe sâu hơn, sưng hạch nách hoặc gần khuỷu tay.

Nguyên nhân có thể do :

Kim tiêm không vô trùng.

Tiêm dưới da quá sâu (sai kỹ thuật)

Tiêm liều lượng vaccin nhiều hơn quy định.

Xử trí : Nếu chỉ có phản ứng tại chỗ thì không cần điều trị gì. Nếu loét to, hạch sưng to cần chuyển đi khám bệnh vì một số trường hợp cần phải điều trị.

- Phản ứng nhanh : xảy ra nếu trẻ đã có miễn dịch với lao thì có thể xuất hiện sưng đỏ ngay sau khi tiêm chưa được 2 tuần.

Nguyên nhân do :

Trẻ đã tiêm BCG.

Trẻ đã bị nhiễm lao.

Xử trí :

Nếu do trẻ đã tiêm BCG thì không cần điều trị gì.

Nếu nghi trẻ đã bị nhiễm lao thì gửi trẻ đi khám bệnh.

7.2 Khi tiêm vaccin BH- HG - UV

- Sốt cao trên 39⁰ C (2 - 6% trẻ tiêm).

- Phản ứng tại chỗ tiêm: đỏ da, có nốt cứng hoặc đau nơi tiêm, trẻ quấy khóc hơn ngày thường, trong vòng 48 giờ: 5 - 10% trẻ tiêm. Báo cho bà mẹ biết trước

điều đó và không cần điều trị gì, các triệu chứng hết sau 1-2 ngày. Nếu có sốt cao có thể cho uống paracetamol.

- Áp xe: đau và sưng tại chỗ tiêm sau 1 tuần hoặc hơn.

Nguyên nhân do:

Kim tiêm không vô trùng

Tiêm không đúng độ sâu

Xử trí:

Chườm khăn nóng lên chỗ tiêm

Cho kháng sinh nếu cần

Nếu không khỏi gửi đi chọc tháo mủ

- Biến chứng thần kinh: thường là hiếm và là do thành phần ho gà trong vaccine. Có trường hợp nặng: co giật, có dấu hiệu thần kinh, trụy mạch, biểu hiện bệnh não sau chủng ngừa. Cần chuyển đi bệnh viện và ngưng chích mũi tiếp theo.

7.3 Khi tiêm UV

Đau nhẹ, có quầng đỏ, nóng và sưng từ 1-3 ngày tại chỗ tiêm, thường hay gặp ở những lần tiêm sau.

7.4 Khi tiêm vaccin Sởi

- Sốt cao trên 39⁰ C xuất hiện ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 sau tiêm (5 - 15%).

- Phát ban nhẹ: 5% trẻ tiêm. Nói với bà mẹ biết trước điều đó rằng các phản ứng này nhẹ hơn khi trẻ bị mắc bệnh sởi nhiều. Cho uống paracetamol nếu trẻ sốt cao.

- Biến cố thần kinh: hiếm 1/1 triệu liều tiêm.

7.5. Khi uống vaccin Bại liệt

Thường không có phản ứng gì, nếu trẻ đang bị tiêu chảy khi uống vaccin thì tác dụng sẽ kém hơn, Trong vòng 10 năm người ta thấy số liệt liên quan với uống phòng vaccine là 1/1 triệu trẻ em uống vaccine. Tỷ lệ bại liệt do tiếp xúc với trẻ uống phòng là 1/5 triệu liều vaccine được phân phối.

7.6 Khi tiêm vaccin Viêm gan B

Vaccin viêm gan B rất an toàn. Có thể có phản ứng nhẹ sau khi tiêm như sưng tấy tại chỗ tiêm (3 -9%), mệt mỏi, đau đầu và khó chịu (8 -18%), sốt trên 37.7⁰ C (0.4 - 8%). Những phản ứng này thường xuất hiện trong vòng 1 ngày sau khi tiêm và kéo

dài 1 đến 3 ngày. Khi tiêm vaccin viêm gan B cùng lúc với tiêm BH-HG-UV thì tỷ lệ bị sốt và khó chịu không cao hơn.

Phản ứng mạnh do tiêm vaccin rất hiếm gặp bao gồm các dấu hiệu nổi mề đay, khó thở và sốc (khoảng 1/600.000 liều tiêm vaccin).

8. Cách tổ chức thực hiện tiêm chủng

8.1 Tổ chức tốt một buổi tiêm chủng

- Phải nắm được số trẻ em trong đối tượng tiêm chủng sắp tới.

(Số trẻ em < 1 tuổi trong 1 năm = tổng số dân x 0,02)

- Phải nắm được nhu cầu từng loại vaccin của lần tiêm chủng sắp tổ chức.

- Tuyên truyền, vận động, thông báo ngày, giờ, địa điểm cụ thể cho các đối tượng có con em trong diện tiêm chủng sắp tới để bà con đi đông đủ.

- Lãnh vaccin ở tuyến trên và bảo quản vaccine tốt.

- Sửa soạn dụng cụ tiêm chủng, nồi hấp tiệt trùng, bơm tiêm, kim tiêm, khay tiêm, chất sát trùng... Chú ý khâu vô trùng các dụng cụ, sổ sách ghi chép đầy đủ.

- Tiếp đón ân cần, niềm nở các bà mẹ tại địa điểm tiêm.

- Tiêm vaccin đúng đối tượng, đúng kỹ thuật.

- Ân cần giải thích cho các bà mẹ sau khi tiêm và nhắc nhở bà mẹ mang con đến tiêm lần tiêm tới.

8.2 Tiến hành tiêm chủng

8.2.1 Đảm bảo vô khuẩn

- Phòng tiêm một chiều, có lối vào và lối ra riêng.

- Bơm kim tiêm tiệt khuẩn, mỗi mũi tiêm có bơm và kim tiêm riêng hoặc ít ra phải có kim tiêm riêng.

- Cán bộ tiêm phải mặc áo choàng, đeo khẩu trang, rửa tay sạch sẽ.

- Không làm nhiễm bẩn các dụng cụ tiêm chủng đã được tiệt khuẩn khi thao tác.

8.2.2 Đảm bảo hiệu lực vaccin

- Giữ lạnh liên tục vaccin khi vận chuyển đến nơi tiêm.

+ Kiểm tra xem phích lạnh có rạn nứt không, nắp phích có khít không.

+ Kiểm tra bình tích lạnh lĩnh ở huyện (thành phố) có ở nhiệt độ 0⁰ C không, có đá đã đông cứng, nếu mới lấy ở ngăn đá ra thì đợi cho tới khi có vài giọt nước xuất hiện trên mặt bình tích lạnh, mới xếp chúng vào trong phích vaccin.

- + Không để vaccin BH -HG - UV tiếp xúc với bình tích lạnh hoặc đá lạnh. có thể bọc giấy báo các lọ vaccin này.
- + Kiểm tra chỉ thị nhiệt độ trên lọ vaccin Viêm gan B, nếu hình vuông bên trong hình tròn đổi màu, cùng màu với hình tròn hoặc có màu sẫm hơn thì huỷ bỏ, không sử dụng.
- + Đi lĩnh vaccin sớm, nhất là về mùa hè để tránh ánh sáng khi vận chuyển. Đảm bảo đúng loại vaccin và đủ số liều vaccin cần, vaccin còn hạn dùng.
- + Nếu không có bình tích lạnh, thay bằng 1,5 Kg nước đá. phải bọc đá trong túi nilon để tránh làm ướt và hỏng nhãn vaccin.
- Giữ lạnh vaccin trong suốt buổi tiêm.
- + Chỉ mở phích vaccin khi cần thiết sau đó lại đậy nắp cho kín ngay.
- + Không để vaccin ngoài trời nắng hoặc cạnh bếp đun.
- + Đọc nhiệt kế ít nhất 2 lần vào lúc bắt đầu buổi tiêm và kết thúc buổi tiêm. Ghi kết quả vào sổ quản lý vaccin.
- + Để các lọ vaccin đã mở vào cốc có đá lạnh hay trên 1 bình tích lạnh.

8.2.3 Đảm bảo kỹ thuật tiêm chủng

- Tiêm BCG

Căng da vùng cánh tay trái với ngón trỏ và ngón cái, dùng một ống tiêm riêng, kim 0.45 mm. Bỏ đi vài giọt vaccin sau khi tiệt trùng bằng nhiệt độ. Tiêm 0,1ml vaccin trong da để gây một cục u ở da có đường kính 5mm.

Nốt u do tiêm BCG sẽ biến mất trong vòng nửa giờ. Khoảng 2 hoặc 3 tuần sau đó 1 khối u đỏ, nhỏ, hơi đau sẽ xuất hiện tại chỗ tiêm và tồn tại vài tuần sau đó u trở thành một abscess nhỏ, loét và đóng vảy, vảy bong đi để lại 1 cái sẹo lõm màu đỏ. Sẹo nhỏ dần, nhạt và thấp dần tồn tại như vậy trong nhiều năm. Vết sẹo đó cho ta biết trẻ đã chủng BCG và chủng đạt yêu cầu. Nếu chưa có sẹo sau 6 tuần tiêm lại mũi BCG.

- Tiêm viêm gan B

Vaccin viêm gan B được đóng lọ 1 liều, 2 liều, 6 liều hoặc 10 liều. Liều cho trẻ em 0,5ml, mỗi liều chứa từ 1,5 mg đến 10 mg HBsAg tùy nhà sản xuất. Tiêm bắp đùi, không tiêm vào mông, tiêm ngay sau sinh, tốt nhất là trong vòng 24 giờ đầu sau sinh.

- Tiêm vaccin Sởi

Cho chất dung môi vào vaccin khô. Nên tiêm da cánh tay trái, tiêm 0,5ml vaccin dưới da, không nên lưu thuốc trong ống tiêm quá 1/2 giờ.

- Cho uống vaccin Bại liệt

Vaccin bại liệt chứa cả 3 type virus dưới dạng viên hoặc nước. Chũng bằng cách nhỏ vào miệng 2 giọt thuốc hoặc uống 1 viên. Hiện nay chương trình dùng loại uống. Phải đảm bảo trẻ nuốt thuốc.

- Tiêm vaccin BH - HG - UV

Gồm vi khuẩn ho gà chết, độc tố bạch hầu và uốn ván giảm độc lực. Lắc lọ vaccin sao cho phần vaccin lắng xuống đáy được hoà trộn đều với dung dịch ở trên, Nếu bạn nghĩ rằng lọ vaccin đã bị đông băng và tan lại thì nên kiểm tra xem có bị hỏng không bằng thử nghiệm lắc, nếu lắc thuốc thấy phần trên trong phần dưới đục là thuốc hỏng, phải huỷ vaccin. Tiêm 0,5ml vaccin vào bắp đùi, không tiêm vào mông.

- Tiêm vaccin UV

Vaccin uốn ván được tiêm cho tất cả phụ nữ có thai và phụ nữ tuổi sinh đẻ, vùng có nguy cơ cao. Lắc lọ vaccin sao cho phần vaccin lắng xuống đáy được hoà trộn đều với dung dịch ở trên. Nếu bạn nghĩ lọ vaccin đã bị đông băng và tan lại thì kiểm tra xem có bị hỏng không bằng thử nghiệm lắc. Hỏi người phụ nữ muốn tiêm tay phải hay tay trái, tiêm 0,5 ml vaccin sâu vào bắp.

8.2.4. *Kết thúc buổi tiêm chủng*

- Tính số mũi tiêm chủng trong buổi tiêm chủng bằng cách đếm số mũi của từng loại vaccin đã tiêm để có số liệu báo cáo.

- Huỷ bỏ vaccin và dụng cụ tiêm chủng sau buổi tiêm : Tất cả vaccin đã được mở trong buổi tiêm chủng đều phải được huỷ bỏ cuối buổi tiêm chủng bất kể đó là loại vaccin nào. Vaccin huỷ và dụng cụ bơm kim tiêm được huỷ đúng quy trình chôn hoặc đốt.

- Hoàn thành việc sổ sách tiêm chủng.

- Đánh giá sau buổi tiêm và báo cáo kết quả tiêm chủng hàng tháng.

9. Cách theo dõi, quản lý và đánh giá tiêm chủng

- Quản lý và theo dõi tốt đối tượng trong chương trình không được bỏ sót đối tượng có chỉ định tiêm

- Quản lý thai nghén tốt để chủng ngừa uốn ván đầy đủ cho bà mẹ và kịp thời bổ sung đối tượng phải được tiêm sau khi sinh
- Có sổ theo dõi tiêm chủng tại trạm y tế, và phiếu tiêm chủng cho từng đối tượng tiêm để theo dõi các mũi tiêm theo đúng lịch tiêm chủng
- Nhắc các bà mẹ đến khám lại nếu có sốt hoặc phản ứng bất thường sau tiêm để kịp thời phát hiện và xử lý các tác dụng phụ sau tiêm chủng
- Kiểm tra sọ BCG lần tiêm tiếp theo sau khi tiêm BCG để kịp thời có chỉ định tiêm lại
- Quản lý các bệnh trong diện tiêm chủng mở rộng tại địa bàn để đánh giá kết quả
- Quản lý và phân tích được số liệu tiêm chủng, tỷ lệ tiêm chủng, tỷ lệ có sọ BCG sau lần tiêm đầu tiên, tỷ lệ tai biến sau tiêm, số trẻ em sinh trong tháng, số trẻ em dưới 1 tuổi, số phụ nữ có thai, tỷ lệ không tiêm chủng, lý do không tiêm
- Chế độ báo cáo đầy đủ, chính xác.
- Hoàn tất các yêu cầu, các biểu mẫu của chương trình để quản lý chương trình tốt

10. Tổ chức giáo dục sức khỏe tại cộng đồng

Hàng tháng trong các buổi tiêm chủng cho trẻ, đây là dịp để các bà mẹ tập trung với số lượng khá, cán bộ y tế nên tranh thủ cơ hội này để tổ chức giáo dục sức khỏe cộng đồng với nhiều chủ đề phong phú.

- Giáo dục y tế về tiêm chủng:

Nói cho bà mẹ biết ích lợi của việc tiêm chủng. Tiêm chủng cho trẻ phòng được bệnh gì đồng thời cũng cho bà mẹ biết một vài tác dụng phụ của từng loại vaccin có thể xảy ra và cách xử trí. Nhắc và hẹn bà mẹ đem con tới chủng lần tiếp theo.

- Tổ chức lồng ghép chương trình tiêm chủng mở rộng với các chương trình y tế quốc gia khác. Ví dụ: đồng thời với tiêm chủng cho trẻ uống Vitamin A, trong chương trình Vitamin A chống mù lòa, nhắc các bà mẹ có quen biết với các đối tượng có thai nên đi khám thai để quản lý thai nghén, lợi ích của khám thai định kỳ.

Nói chuyện về phòng bệnh ia chảy, ho sốt, cách nuôi con, chương trình sữa mẹ, cách theo dõi cân nặng...

- Trả lời cho bà mẹ các thắc mắc về tiêm chủng về con trẻ.
- Thông báo cho bà mẹ các vấn đề về y tế liên quan.

CTTCMR là một chương trình đã được xã hội hóa cao nhất trong các chương trình y tế, trong đó có sự chỉ đạo trực tiếp của chính quyền các cấp các ngành, sự tham gia của các đoàn thể, sự nỗ lực của toàn ngành y tế, trước hết là hệ vệ sinh phòng dịch và y tế cơ sở, sự hưởng ứng của nhân dân, các bà mẹ, sự đóng góp nhiều mặt của các tổ chức quốc tế, chính phủ một số nước.

Nhân dân bắt đầu quen và hiểu ngày càng rõ hơn CTTCMR phòng 6 bệnh phổ biến trẻ em. Một điều quan trọng khác là ngoài tác dụng bảo vệ tính mạng và sức khỏe trẻ em, thành công của chương trình đã tiết kiệm cho nhà nước và nhân dân rất nhiều về mặt kinh tế. Giảm số trẻ mắc bệnh, giảm số công dân tàn phế cho tương lai, tiết kiệm kinh phí cho điều trị cho xử lý các vụ dịch, giảm tổn kém cho gia đình trong việc chữa chạy, ma chay, tiết kiệm ngày công, tạo điều kiện cho cha mẹ yên tâm sản xuất.

Lượng giá:

1. Trình bày mục tiêu và tầm quan trọng của Chương trình tiêm chủng mở rộng.
2. Xác định và xử lý các tác dụng phụ về tai biến của tiêm chủng.
3. Tổ chức được một buổi tiêm chủng.

BÀI 11. KỸ THUẬT NHỎ MẮT, MŨI, TAI...

Mục tiêu : *Thực hiện được cho người bệnh dùng thuốc đúng quy trình kỹ thuật nhỏ mắt, mũi, tai,...*

1. Kỹ thuật rửa tai

- Choàng tấm nylon trên vai người bệnh.
- Hứng khay hạt đậu dưới tai.
- Kéo vành tai trên hoặc xuống dưới.
- Bơm thuốc từ từ vào thành ống tai.
- Lau khô ống tai và vành tai.

2. Kỹ thuật nhỏ tai

- Chuẩn bị dụng cụ và thuốc theo chỉ định, quả bóp cao su, tấm nylon, bông cầu, khay...

- Chuẩn bị người bệnh: đã được rửa tai sạch, có thể ngồi hoặc nằm nghiêng về bên tai lành.

- Tiến hành:

+ Điều dưỡng rửa tay.

+ Kéo vành tai lên trên và ra sau.

+ Nhỏ thuốc vào thành ống tai.

3. Kỹ thuật nhỏ và rửa mắt

- Chuẩn bị dụng cụ

+ Thuốc theo y lệnh: thuốc mỡ hoặc thuốc nước.

+ Bông, gạc, khay hạt đậu, dung dịch rửa: nước muối sinh lý, thuốc tím pha loãng, natri hydrocarbonat, boric.

- Chuẩn bị cho người bệnh: người bệnh nằm ngửa hoặc ngồi trên ghế tựa, đầu ngửa.

- Tiến hành nhỏ mắt.

+ Điều dưỡng rửa tay.

+ Kéo mi dưới xuống.

+ Nhỏ thuốc vào niêm mạc mi dưới hoặc góc trong mắt (nếu tra thuốc mỡ: lượng thuốc bằng hạt ngô vào cùng đồ mi dưới).

+ Thấm thuốc trào ra khỏi mắt bằng bông vô khuẩn.

4. Kỹ thuật nhỏ mũi

- Chuẩn bị dụng cụ: thuốc nước hoặc mỡ theo chỉ định.

- Chuẩn bị người bệnh: để người bệnh nằm hoặc ngồi ngửa đầu ra sau.

- Tiến hành:

+ Điều dưỡng rửa tay.

+ Tay trái đỡ đầu người bệnh.

+ Tay phải nhỏ 2 – 3 giọt vào thành mũi.

+ Thuốc mỡ mỗi bên bằng hạt gạo, yêu cầu người bệnh hít nhẹ.

Lượng giá:

Trình bày quy trình kỹ thuật nhỏ mắt, mũi, tai...?

BÀI 12. CHĂM SÓC HÀNG NGÀY VÀ VỆ SINH RĂNG MIỆNG

1. Đại cương

Khi con người bị đau ốm, sức đề kháng của cơ thể đối với ngoại cảnh cũng như đối với các loại vi khuẩn sẽ giảm đi. Nếu vệ sinh thân thể kém, vi khuẩn sẽ thâm nhập vào cơ thể qua da, niêm mạc, gây ảnh hưởng không tốt đến việc điều trị bệnh. Vì vậy cần phải giữ vệ sinh cho bệnh nhân thật tốt để góp phần vào việc phòng bệnh, tránh các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra đồng thời rút ngắn thời gian điều trị. Người điều dưỡng phải biết và giúp đỡ bệnh nhân làm vệ sinh thân thể được tốt. Công tác vệ sinh cho bệnh nhân gồm có: chải răng miệng, gội đầu, tắm rửa, vệ sinh hậu môn - sinh dục, giữ sạch sẽ chân tay.

2. Chăm sóc răng miệng

2.1. Mục đích:

- Giữ răng miệng luôn sạch để phòng nhiễm khuẩn răng miệng.
- Chống nhiễm khuẩn TRONG TRƯỜNG HỢP CÓ TỔN THƯƠNG Ở miệng.
- Giúp bệnh nhân thoải mái, dễ chịu, ăn ngon.

2.2. Chăm sóc thông thường:

Áp dụng cho những bệnh nhân tỉnh táo nhưng không đi lại được.

a) Chuẩn bị bệnh nhân:

- Làm công tác tư tưởng, giải thích cho bệnh nhân rõ.
- Đỡ BỆNH NHÂN ngồi dậy, bỏ chân xuống giường hoặc cho nằm đầu cao, mặt nghiêng về phía điều dưỡng viên.
- Choàng khăn bông qua cổ bệnh nhân.
- Đặt khay quả đậu dưới má bệnh nhân (*Để hứng nước chảy ra*)

b) Chuẩn bị dụng cụ:

- Bàn chải đánh răng (bàn chải mềm).
- Kem đánh răng.
- Khăn mặt.
- Cốc nước súc miệng.
- Khay quả đậu.

c) Tiến hành:

Trong khi sẵn sóc răng miệng nên giáo dục vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân.

- Làm ướt bàn chải và bôi kem.
- Đưa nước và bàn chải cho bệnh nhân.
- Hướng dẫn bệnh nhân tự đánh răng: Chải hàm trên. hàm dưới, mặt ngoài rồi đến mặt trong (*Hàm trên từ trên xuống, hàm dưới từ dưới lên*).
- Cho bệnh nhân súc miệng thật sạch.
- Lau miệng và cho bệnh nhân nằm lại thoải mái.
- Rửa sạch bàn chải, để bàn chải, khay quả đậu lên khay sạch.

2.3. Chăm sóc đặc biệt:

Áp dụng đối với bệnh nhân nặng, mê man, sốt CAO, TỖN THƯƠNG Ở MIỆNG: GÃY XƯƠNG HÀM, VẾT THƯƠNG Ở miệng.

Nên quan sát tình trạng răng miệng để chuẩn bị bệnh nhân và dụng cụ. Bệnh nhân có răng giả nên tháo ra và làm vệ sinh hàm răng giả riêng.

a) Chuẩn bị bệnh nhân:

- Thông tin và giải thích cho bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân.
- Đặt bệnh nhân nằm, mặt nghiêng về một bên.
- Quàng khăn qua cổ, đặt khay quả đậu một bên má bệnh nhân.

Nếu lưỡi đóng trắng, bôi glycerin và nước chanh 15 phút trước khi sẵn sóc. Môi khô nứt nẻ, xoa glycerin hoặc vaselin 15 phút trước khi làm.

b) Chuẩn bị dụng cụ

- Cốc đựng dung dịch sát khuẩn để súc miệng.

Có thể dùng: Na tri clorur 9‰, oxy già tùy nồng độ; dung dịch bicarbonat 2‰; dung dịch borate de soude 2‰.

- Cốc nước chanh và dung dịch glycerin (2 phần bằng nhau để bôi môi miệng)
- Gạc, bông cầu, tăm bông.
- Kẹp
- Đè lưỡi.
- **ỐNG BƠM HÚT NẾU BỆNH NHÂN KHÔNG HẤP ĐƯỢC NƯỚC.**
- Ống hút.
- Khăn mặt.

- Khay quả đậu hứng nước chảy ra.
- Vaseline, glycerin.
- Túi giấy đựng bông bần.

c) Tiến hành:

- Dùng kẹp gấp bông hoặc dùng tăm bông nhúng dung dịch sát khuẩn chà rửa hai hàm răng. Dùng đũa lưỡi mở rộng miệng bệnh nhân để rửa cho dễ.
- Rửa nhiều lần để miệng được sạch.
- Bệnh nhân tỉnh táo, sau khi chà rửa răng, đưa nước cho bệnh nhân xúc miệng. Bệnh nhân không xúc nhổ được, dùng ống bơm hút, bơm rửa cho sạch (bơm nước vào mặt trong má). Nếu bệnh nhân mê man không nên xúc miệng, chỉ dùng bông vừa ướt để rửa răng bệnh nhân.
- Lau khô miệng bệnh nhân..
- Dùng tăm bông thấm glycerin và nước cốt chanh bôi trơn lưỡi, phía trong má và môi.
- Đặt bệnh nhân nằm lại thoải mái.

d) Dọn dẹp và bảo quản dụng cụ:

- Rửa dụng cụ bằng xà phòng và nước sạch, lau khô, trả về chỗ cũ.
- Gửi hấp những dụng cụ cần tiệt khuẩn.

e) Ghi hồ sơ:

- Ngày giờ săn sóc răng miệng.
- Dung dịch đã dùng.
- Tình trạng răng miệng của bệnh nhân.
- Phản ứng của bệnh nhân (nếu có).
- Trường hợp có vết THƯƠNG Ở miệng nên áp dụng vô khuẩn.
- Tên điều dưỡng viên thực hiện.