

SỞ Y TẾ AN GIANG
TRUNG TÂM Y TẾ HÀ TIÊN



**QUY TRÌNH VÀ BẢNG KIỂM
ĐIỀU DƯỠNG SẢN PHỤ KHOA**

QT.SKSS.01

Người soạn	Kiểm duyệt	Phê duyệt

Mục lục**QUY TRÌNH VÀ BẢNG KIỂM ĐIỀU DƯỠNG SẢN PHỤ KHOA**

STT	Tên QTKT
	Chương 1. Dấu hiệu sinh tồn
1	Quy trình kỹ thuật theo dõi dấu hiệu sinh tồn
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật theo dõi dấu hiệu sinh tồn
2	Chương 2. Cận lâm sàng
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật lấy máu xét nghiệm
	Chương 3: Quản lý người bệnh dùng thuốc
3	Quy trình kỹ thuật tiêm thuốc
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật tiêm trong da
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật tiêm dưới da
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật tiêm bắp
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch.
4	Quy trình kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật tiêm truyền dịch
5	Chương 4: Quy trình sản phụ khoa
6	Quy trình kỹ thuật theo dõi tim thai, gò TC bằng monitor
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật theo dõi tim thai, gò TC bằng monitor
7	Quy trình theo dõi chuyển dạ
8	Quy trình kỹ thuật đỡ đẻ thường ngôi chòm
	Bảng kiểm chuẩn bị trước sinh
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật đỡ đẻ thường ngôi chòm
	Bảng kiểm quy trình chăm sóc thuốc thiết yếu
9	Quy trình kỹ thuật xử trí tích cự giai đoạn III chuyển dạ
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật xử trí tích cự giai đoạn III
10	Quy trình kỹ thuật cắt khâu tầng sinh môn
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật cắt khâu tầng sinh môn
11	Quy trình kỹ thuật đặt DCTC
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật đặt DCTC
12	Quy trình kỹ thuật hồi sức ngạt sơ sinh
	Bảng kiểm quy trình hồi sức ngạt sơ sinh
13	Chương 5. Chăm sóc vết thương
14	Quy trình kỹ thuật thay băng vết thương thường quy
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật thay băng vết thương thường
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật thay băng vết thương thường nhiễm
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật thay băng và cắt chỉ vết thương
15	Chương 6. Quy trình kỹ thuật thở oxy
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật thở oxy
16	Chương 7. Thận tiết niệu
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật đặt thông tiểu
17	Chương 8. Quy trình kỹ thuật tiêm vắc xin VGB, BCG
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật tiêm vắc xin VGB, BCG
18	Quy trình kỹ thuật tiêm ngừa uốn ván cho bà mẹ mang thai
	Bảng kiểm quy trình kỹ thuật tiêm ngừa uốn ván cho bà mẹ mang thai
19	Chương 9. Quy trình bảo quản thuốc, VTYT tại khoa

QUY TRÌNH BẢNG KIỂM ĐIỀU DƯỠNG SẢN PHỤ KHOA

CHƯƠNG 1: DẤU HIỆU SINH TỒN

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DÕI DẤU HIỆU SINH TỒN

I. MỤC ĐÍCH

Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở nhằm phát hiện những dấu hiệu bất thường giúp cho chẩn đoán bệnh và xử trí kịp thời những tai biến có thể xảy ra.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh điều trị ngoại trú, nội trú.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Thông báo cho người bệnh biết trước.
- Hướng dẫn người bệnh nghỉ ngơi 15 phút trước khi đo.

2. Dụng cụ

- Nhiệt kế tùy theo vị trí đo mà chuẩn bị loại phù hợp.
- Đồng hồ có kim giây.
- Huyết áp kế
- Gối kê tay
- Bông khô
- Khay quả đậu.
- Bảng theo dõi.
- Bút xanh, bút đỏ, thước kẻ.

3. Địa điểm

Tiến hành tại phòng khám, tại phòng cấp cứu, tại buồng bệnh

4. Chuẩn bị người điều dưỡng:

Trang phục theo qui định

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Báo trước cho người bệnh biết.
- Điều dưỡng kiểm tra lại dụng cụ và mang tới giường bệnh.
- Giải thích, động viên để người bệnh phối hợp với điều dưỡng khi tiến hành thủ thuật.
- Lau khô, vẩy nhiệt kế xuống dưới 35°.
- Có thể đo nhiệt độ ở những vị trí sau:

+ Đặt bầu thủy ngân vào hõm nách, chéch theo hướng vú, khép cánh tay vào thân, đặt cẳng tay lên bụng.

+ Đo nhiệt độ ở miệng: đặt bầu thủy ngân của nhiệt kế dưới lưỡi hoặc cạnh mép, bảo

+ Đo ở hậu môn: đưa nhiệt kế vào sâu 2-3 cm trong thời gian 3-5 phút.

- Kê gối dưới cẳng tay người bệnh (nếu bất động mạch quay), đặt 3 đầu ngón tay lên động mạch.

- Đếm mạch trong 1 phút.

- Đặt tay như đếm mạch, quan sát cánh tay đặt trên bụng và đếm nhịp thở trong 1 phút.

- Kéo tay áo tới nách, đặt máy đo huyết áp ngang ngực người bệnh.

- Quấn băng HA vào cánh tay người bệnh, cách nếp gấp khuỷu tay từ 3-5 cm.

- Tìm động mạch, đặt ống nghe, bơm hơi khi mạch hết đập bơm thêm 20 mmHg

- Xả hơi từ từ, xác định huyết áp tối đa , tối thiểu.

- Xả hết hơi, tháo băng xếp vào hộp.

- Lấy nhiệt kế ra, đọc kết quả, lau sạch và vẩy nhiệt kế xuống 35°C.

- Thu dọn và xử lý dụng cụ theo đúng quy định.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ghi kết quả vào bảng theo dõi.

- Nếu có bất thường báo bác sĩ.

- Ngày giờ thực hiện thủ thuật.

- Tên người thực hiện

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

Hướng dẫn người bệnh và gia đình nếu có bất thường về thân nhiệt phải báo cho NVYT.

Tài liệu tham khảo:

- *Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện*

- *Bệnh viện Từ Dũ (2021), Kỹ thuật Điều Dưỡng. Tr 25*

- *Quy trình kỹ thuật điều dưỡng và bảng kiểm Trung tâm Y tế Hà Tiên (Ban hành kèm theo quyết định số 169/QĐ-TTYT ngày 14 tháng 07 năm 2025 quyết định về việc ban hành các quy trình kỹ thuật và bảng kiểm .)*

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DẤU DẤU HIỆU SINH TỒN

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:.....Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
	Thông báo cho người bệnh biết trước, để người bệnh nghỉ ngơi 15 phút(nếu là đo HA và đếm mạch)			
	Giải thích, động viên để người bệnh phối hợp với điều dưỡng khi tiến hành thủ thuật.			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
	Nhiệt kế tùy theo vị trí đo mà chuẩn bị loại phù hợp.			
	Đồng hồ có kim giây.			
	Huyết áp kế			
	Gối kê tay			
	Bông khô			
	Khay quả đậu.			
	Bảng theo dõi.			
	Bút xanh, bút đỏ, thước kẻ.			
3	Chuẩn bị người điều dưỡng			
	Trang phục theo quy định, rửa tay thường quy hoặc sát khuẩn tay nhanh			
4	Các bước tiến hành			
	Điều dưỡng kiểm tra lại dụng cụ và mang tới giường bệnh.			
	Lau khô, vẩy nhiệt kế xuống dưới 35°. <ul style="list-style-type: none"> - Có thể đo nhiệt độ ở những vị trí sau: <ul style="list-style-type: none"> + Đặt bầu thủy ngân vào hõm nách, chéch theo hướng vú, khép cánh tay vào thân, đặt cẳng tay lên bụng. + Đo nhiệt độ ở miệng: đặt bầu thủy ngân của nhiệt kế dưới lưỡi hoặc cạnh mép, bảo + Đo ở hậu môn: đưa nhiệt kế vào sâu 2-3 cm trong thời gian 3-5 phút. 			

	Kê gôì dưới cẳng tay người bệnh (nếu bắt động mạch quay), đặt 3 đầu ngón tay lên động mạch.			
	Đếm mạch trong 1 phút.			
	Đặt tay như đếm mạch, quan sát cánh tay đặt trên bụng và đếm nhịp thở trong 1 phút.			
	Kéo tay áo tới nách, đặt máy đo huyết áp ngang ngực người bệnh.			
	Quấn băng HA vào cánh tay người bệnh, cách nếp gấp khuỷu tay từ 3-5 cm.			
	Tìm động mạch, đặt ống nghe, bơm hơi khi mạch hết đập bơm thêm 20 mmHg			
	Xả hơi từ từ, xác định huyết áp tối đa, tối thiểu.			
	Xả hết hơi, tháo băng xếp vào hộp.			
	Lấy nhiệt kế ra, đọc kết quả, lau sạch và vẩy nhiệt kế xuống 35°C.			
	Thu dọn và xử lý dụng cụ theo đúng quy định.			
5.	Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo			
	Ghi kết quả vào bảng theo dõi.			
	Nếu có bất thường báo bác sĩ.			
	Ngày giờ thực hiện thủ thuật.			
	Tên người thực hiện			

Nhận xét:

.....

.....

.....

.....

CHƯƠNG 2: CẬN LÂM SÀNG

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY MÁU XÉT NGHIỆM

I. MỤC ĐÍCH

Lấy máu làm xét nghiệm để phục vụ cho việc chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

Được chỉ định trong việc chẩn đoán, theo dõi bệnh như : tìm vi khuẩn, ký sinh trùng, định lượng, xác định tỷ lệ thành phần các chất trong máu ...

2. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định.
- Thận trọng trong các trường hợp người bệnh bị bệnh chảy máu kéo dài.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (điều dưỡng, nữ hộ sinh, hoặc kỹ thuật viên xét nghiệm):

- Phải đầy đủ trang phục theo qui định, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay (khi cần).

- Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ

2. Người bệnh

- Được thông báo giải thích những điều cần thiết, cho người bệnh nhìn ăn trước khi lấy máu theo yêu cầu của xét nghiệm.

- Động viên người bệnh.

3. Dụng cụ

****Trường hợp lấy máu tĩnh mạch làm xét nghiệm***

- khay chữ nhật (khay sạch, khay vô khuẩn).
- Bơm, kim tiêm vô trùng (cỡ số phù hợp).
- Găng tay vô khuẩn.
- Kềm Kocher, ống cầm kềm kocher (bình kềm)
- Ống nghiệm theo yêu cầu xét nghiệm, giá cầm ống nghiệm.
- Phiếu chỉ định xét nghiệm.
- Hộp đựng bông cồn 70°
- Băng dính, kéo.
- Dây garô, đệm kê tay.
- Thùng, túi đựng rác.

****Trường hợp lấy máu mao mạch làm xét nghiệm***

- Kim chích máu (lancet) vô trùng.

- Lam kính.
- Hộp bông cồn 70°, bông khô vô khuẩn.
- Găng tay vô khuẩn.
- Phiếu xét nghiệm, bút viết lam kính.
- khay chữ nhật đựng dụng cụ.
- Thùng, túi đựng rác theo qui định

Tất cả dụng cụ được sắp xếp đúng vị trí trên xe hoặc bàn làm xét nghiệm

4. Địa điểm

Tại giường bệnh hoặc tại phòng xét nghiệm.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng (KTV) tiếp xúc, thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.

2. Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.

3. Để người bệnh ở tư thế thích hợp.

****Trường hợp lấy máu tĩnh mạch:***

- Ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào ống nghiệm.
- Rửa tay lần 2, mang găng vô khuẩn.
- Chọn vị trí lấy máu thích hợp, buộc dây garô trên chỗ lấy máu 3-5cm.
- Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng bông cồn.
- Chọc kim qua da vào tĩnh mạch, kéo nhẹ pítông cho máu tự chảy, lấy đủ lượng máu để làm xét nghiệm.
- Tháo dây garô, rút kim nhanh, đặt bông, gạc vô khuẩn để cầm máu.
- Tháo kim khỏi bơm tiêm, bơm máu từ từ vào thành ống nghiệm để tránh vỡ hồng cầu (nếu lấy máu có chất chống đông thì lắc nhẹ nhàng trong 30 giây).

****Trường hợp lấy máu mao mạch:***

- Ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào lam kính.
- Điều dưỡng, KTV mang găng vô khuẩn.
- Chọn nơi lấy máu thường là ngón nhẫn của bàn tay trái (nếu là trẻ sơ sinh thì lấy ở đầu ngón chân cái hoặc gót chân).
- Chà sát da tại vị trí lấy máu.
- Ngửa bàn tay lấy máu, sát trùng ngón tay bằng bông cồn và chờ khô tự nhiên.
- Dùng kim chích nhanh, dứt điểm đủ độ sâu cần thiết (chùng 1,5- 2mm). Vuốt nhẹ ngón tay cách xa chỗ chích để lấy đủ lượng máu cần thiết.
- Dùng bông khô vô khuẩn đặt lên chỗ chích để cầm máu.
- Thu dọn, vệ sinh dụng cụ về nơi quy định.
- Điều dưỡng (KTV) rửa tay.

- Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.

V. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Ngày, giờ lấy máu
- Tình trạng người bệnh
- Khi có kết quả xét nghiệm phải báo ngay cho bác sĩ để có hướng xử trí.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH

Giải thích, động viên người bệnh yên tâm, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết.

Tài liệu tham khảo:

- *Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện*
- *Thông tư 49/2018/TT-BYT hướng dẫn hoạt động xét nghiệm y tế tại cơ sở khám chữa bệnh bao gồm lấy mẫu, bảo quản, vận chuyển máu*
- *Quy trình lấy máu xét nghiệm Bệnh viện Từ Dũ trang 173*
- *Quy trình kỹ thuật điều dưỡng và bảng kiểm Trung tâm Y tế Hà Tiên (Ban hành kèm theo quyết định số 169/QĐ-TTYT ngày 14 tháng 07 năm 2025 quyết định về việc ban hành các quy trình kỹ thuật và bảng kiểm .)*

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY MÁU XÉT NGHIỆM

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
	Thông báo giải thích những điều cần thiết với người bệnh và người thân, cho người bệnh nhịn ăn trước khi lấy máu theo yêu cầu của xét nghiệm.			
	Động viên người bệnh.			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
2.1	Trường hợp lấy máu tĩnh mạch làm xét nghiệm:			
	Khay chữ nhật (khay sạch, khay vô khuẩn).			
	Bơm, kim tiêm vô trùng (cỡ số phù hợp).			
	Găng tay vô khuẩn			
	Kềm Kocher, ống cầm kềm kocher(bình kềm)			
	Ống nghiệm theo yêu cầu xét nghiệm, giá cầm ống nghiệm.			
	Phiếu chỉ định xét nghiệm.			
	Hộp đựng bông cồn 70°			
	Băng dính, kéo.			
	Dây garô, đệm kê tay, chai cồn 70 ⁰ sát khuẩn tay			
	Thùng, túi đựng rác theo qui định			
2.2	* Trường hợp lấy máu mao mạch:			
	Kim chích máu (lancet) vô trùng.			
	Lam kính.			
	Hộp bông cồn 70°, bông khô vô khuẩn.			
	Găng tay vô khuẩn			
	Phiếu chỉ định xét nghiệm, bút viết lam kính.			
	Khay chữ nhật đựng dụng cụ.			
	Thùng, túi đựng rác theo qui định			
3	Chuẩn bị của điều dưỡng, kỹ thuật viên			
	Phải đầy đủ trang phục theo qui định, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay (khi cần).			
	Rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ			
4	Các bước tiến hành			

	Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên tiếp xúc, thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.			
	Kiểm tra đối chiếu với y lệnh.			
	Đề người bệnh ở tư thế thích hợp.			
4.1	* Trường hợp lấy máu tĩnh mạch:			
	Ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào ống nghiệm.			
	Rửa tay lần 2, mang găng vô khuẩn.			
	Chọn vị trí lấy máu thích hợp, buộc dây garô trên chỗ lấy máu 3-5cm.			
	Sát khuẩn vị trí lấy máu bằng bông cồn.			
	Đâm kim qua da vào tĩnh mạch, kéo nhẹ pítông cho máu tự chảy, lấy đủ lượng máu để làm xét nghiệm.			
	Tháo dây garô, rút kim nhanh, đặt bông, gạc vô khuẩn để cầm máu.			
	Tháo kim khỏi bơm tiêm, bơm máu từ từ vào thành ống nghiệm để tránh vỡ hồng cầu (nếu lấy máu có chất chống đông thì lắc nhẹ nhàng trong 30 giây).			
4.2	* Trường hợp lấy máu mao mạch:			
	Ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào lam kính.			
	Điều dưỡng, KTV mang găng vô khuẩn			
	Chọn nơi lấy máu thường là ngón nhẫn của bàn tay trái (nếu là trẻ sơ sinh thì lấy ở đầu ngón chân cái hoặc gót chân).			
	Chà sát da tại vị trí lấy máu.			
	Ngửa bàn tay lấy máu, sát trùng ngón tay bằng bông cồn và chờ khô tự nhiên.			
	Dùng kim chích nhanh, dứt điểm đủ độ sâu cần thiết (chùng 1,5- 2mm). Vuốt nhẹ ngón tay cách xa chỗ chích để lấy đủ lượng máu cần thiết.			
	Dùng bông khô vô khuẩn đặt lên chỗ chích để cầm máu.			
	Thu dọn, vệ sinh dụng cụ để về nơi quy định.			
	Điều dưỡng (KTV) rửa tay.			
	Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.			
5	Ghi hồ sơ và báo cáo			
	Ngày, giờ lấy máu			
	Tình trạng người bệnh			
	Khi có kết quả xét nghiệm phải báo ngay cho bác sĩ để có hướng xử trí.			

CHƯƠNG 3: QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH DÙNG THUỐC

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM THUỐC

I. MỤC ĐÍCH

Tiêm thuốc cho người bệnh là đưa những thuốc dưới dạng hoà tan trong nước hay trong dầu hoặc dưới dạng hỗn hợp vào trong da, dưới da, bắp thịt và tĩnh mạch(loại trừ dầu) nhằm mục đích:

- + Điều trị bệnh
- + Chẩn đoán bệnh
- + Phòng bệnh

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định:

- Cấp cứu cần có hiệu quả nhanh
- Không uống được hoặc không nuốt được
- Thuốc dễ bị phá huỷ và biến chất bởi men tiêu hoá.

2. Chống chỉ định:

- Phụ thuộc vào tình trạng người bệnh và y lệnh của bác sĩ.

III. CHUẨN BỊ

1. Dụng cụ - thuốc

a. Dụng cụ vô khuẩn:

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

b. Dụng cụ sạch và thuốc:

- Cồn 70°, cồn iốt 1%
- Thuốc theo y lệnh: thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu hoặc 5 đúng
- Hộp thuốc cấp cứu
- Khay quả đậu (túi nylon)
- Sổ thuốc (phiếu thuốc)
- Găng tay, dây garo, gối kê tay (tiêm TM)

c. Dụng cụ khác:

- Hộp đựng vật sắc nhọn
- Xô đựng rác thải

2. Người bệnh:

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

- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp

3. Người điều dưỡng(nữ hộ sinh, y sĩ, kỹ thuật viên):

- Trang phục theo quy định, rửa tay thường quy sát khuẩn tay nhanh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. TIÊM TRONG DA, DƯỚI DA, TIÊM BẮP:

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang

2. Thực hiện **5 đúng**:

- Đúng người bệnh

- Đúng thuốc

- Đúng liều

- Đúng đường dùng

- Đúng thời gian

3. Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc (hoặc nước cất) dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc.

4. Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bao và thay kim lấy thuốc.

5. Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm

6. Thay kim tiêm, đây không khí ra khỏi bơm tiêm, đặt vào khay vô khuẩn.

7. Mang thuốc đến giường người bệnh

8. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm:

8.1. *Tiêm trong da*: 1/3 trên mặt trước - trong cẳng tay hoặc 1/3 trên mặt trước - ngoài cánh tay(tiêm phòng).

8.2. *Tiêm dưới da*: - 1/3 giữa mặt trước ngoài cánh tay

- 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi

- Dưới da bụng.

8.2. *Tiêm bắp*: - Cánh tay: cơ Denta (1/3 giữa)

- Cơ tam đầu: 1/3 trên mặt trước ngoài.

- Đùi (cơ tứ đầu đùi) 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi.

- Mông: nối gai chậu đến mỏm xương cụt, chia làm 3 phần bằng nhau, tiêm vào 1/3 trên trước ngoài hoặc chia 1 bên mông làm 4 phần bằng nhau, tiêm vào 1/4 trên ngoài.

9. Sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài (2 lần)

10. Điều dưỡng sát khuẩn đầu ngón tay

11. Tiến hành tiêm thuốc cho người bệnh:

***Tiêm trong da:**

- Một tay căng da nơi tiêm, một tay cầm bơm tiêm đưa kim vào biểu bì chệch **1 góc 15°** so với mặt da ngấp mũi vát.

- Bơm thuốc (1/10ml) khi bơm có cảm giác nặng tay, tại chỗ tiêm nổi phồng màu da cam to bằng hạt ngô.

- Căng da rút kim.

***Tiêm dưới da:**

- Một tay véo da nơi tiêm, một tay cầm bơm tiêm đâm kim chệch **1 góc 45°** so với mặt da hoặc đâm kim vuông góc với đáy da véo lên vào mô liên kết.

- Rút nhẹ nòng bơm tiêm kiểm tra xem có máu theo ra không.

- Bơm hết thuốc, căng da rút kim, tại chỗ tiêm phồng to lên là đúng kỹ thuật.

- Sát khuẩn nơi tiêm.

***Tiêm bắp:**

- Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm đưa kim **1 góc 60° hoặc 90°**

- Rút nhẹ nòng bơm tiêm kiểm tra xem có máu theo ra không.

- Bơm hết thuốc, căng da, rút kim nhanh.

- Sát khuẩn lại nơi tiêm.

12. Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn những điều cần thiết.

13. Thu dọn dụng cụ và ghi hồ sơ.

B. TIÊM TĨNH MẠCH.

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang

2. Thực hiện **5 đúng:**

- Đúng người bệnh

- Đúng thuốc

- Đúng liều

- Đúng đường dùng

- Đúng thời gian

3. Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc (hoặc nước cất) dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc.

4. Chọn bơm kim tiêm thích hợp, xé vỏ bao và thay kim lấy thuốc.

5. Pha thuốc và hút thuốc vào bơm tiêm

6. Thay kim tiêm, đây không khí ra khỏi bơm tiêm, đặt vào khay vô khuẩn.

7. Mang thuốc đến giường người bệnh

8. Bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm (tĩnh mạch nếp gấp khuỷu tay, mu tay, cẳng tay, mu bàn chân...)

9. Đặt gối dưới vùng tiêm, đặt dây ga rô.

10. Mang găng tay vô khuẩn.

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

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

Tài liệu tham khảo:

- *Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện*

- *Thông tư 23/2011/TT-BYT hướng dẫn sử dụng thuốc tại cơ sở Y tế có giường bệnh*

- *Tài liệu hướng dẫn tiêm an toàn (QĐ 3671/ QĐ-BYT, ngày 27/09/2012: hướng dẫn chi tiết các bước tiêm, kiểm tra thuốc, xử lý kim, theo dõi người bệnh sau tiêm*

- *Quy trình kỹ thuật điều dưỡng và bảng kiểm Trung tâm Y tế Hà Tiên (Ban hành kèm theo quyết định số 169/QĐ-TTYT ngày 14 tháng 07 năm 2025 quyết định về việc ban hành các quy trình kỹ thuật và bảng kiểm .)*

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:.....Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh:			
	Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng			
	Báo và giải thích, căn dặn người bệnh những điều cần thiết giúp người bệnh an tâm và hợp tác trong quá trình tiêm.			
	Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.			
2	Chuẩn bị của người điều dưỡng:			
	Điều dưỡng trang phục đúng quy định, rửa tay.			
3	Chuẩn bị dụng cụ, thuốc theo y lệnh:			
	Dụng cụ vô khuẩn:			
	Khay tiêm, bơm tiêm 1ml, (bơm 10 nếu pha thử Test), kim rút thuốc, bông, gạc miếng, hộp đựng bông còn.			
	Dụng cụ sạch			
	Găng tay, kéo, băng dính, kềm.			
	Hộp chống shock.			
	Hộp đựng vật sắc nhọn, Túi đựng rác thải theo qui định			
	Dụng cụ khác			
	Dung dịch sát trùng, thuốc theo y lệnh			
	Nước cất (thử phản ứng thuốc),Dung dịch sát khuẩn: Còn 70 ⁰			
	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh			
	Thuốc theo Y lệnh			
4	Tiến hành:			
	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang			
	Thực hiện 5 đúng (<i>đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian</i>)			

	Kiểm tra lại thuốc			
	Mang thuốc đến giường người bệnh.			
	Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm			
	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5cm Sát khuẩn lại tay			
	Đuổi khí			
	Căng da, để mặt vát kim lên trên, đâm một góc 15 độ so với mặt da			
	Bơm 1/10ml thuốc (nội phòng da cam)			
	Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào, kéo lệch da nơi tiêm			
	Cố định kim an toàn			
	Khoanh tròn nơi tiêm, giờ, phút nếu là thử phản ứng thuốc			
	Dặn người bệnh, người nhà không được chạm vào vùng tiêm			
	Thu dọn dụng cụ			
	Báo giải thích cho người bệnh việc đã xong, giúp NB trở về tư thế thoải mái			
	Thu dọn dụng cụ.			
	Ghi hồ sơ và báo cáo: đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tiêm, theo dõi phát hiện sốc và các dấu hiệu bất thường, nếu có, báo cáo bác sỹ và xử trí kịp thời đúng phác đồ.			

Nhận xét:

.....

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh:			
	Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng			
	Báo và giải thích, căn dặn người bệnh những điều cần thiết giúp người bệnh an tâm và hợp tác trong quá trình tiêm.			
	Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.			
2	Chuẩn bị của người điều dưỡng:			
	Điều dưỡng trang phục đúng quy định, rửa tay.			
3	Chuẩn bị dụng cụ, thuốc theo y lệnh:			
	Dụng cụ vô khuẩn:			
	Khay tiêm, bơm tiêm, kim rút thuốc, bông gòn, gạc miếng, hộp đựng bông cotton.			
	Dụng cụ sạch			
	Găng tay, kéo, băng dính, kềm.			
	Hộp chống shock.			
	Hộp đựng vật sắc nhọn, Túi đựng rác thải theo qui định			
	Dụng cụ khác			
	Dung dịch sát trùng, thuốc theo y lệnh			
	Dung dịch sát khuẩn: Cồn 70 ⁰			
	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh			
	Thuốc theo Y lệnh			
4	Tiến hành:			
	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang			
	Thực hiện 5 đúng (<i>đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian</i>)			
	Kiểm tra lại thuốc			

	Mang thuốc đến giường người bệnh.			
	Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm: đầu dưới cơ delta; hai bên rốn cách rốn 5cm; 1/3 giữa mặt ngoài, trước của đùi; hai bên bả vai.			
	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5cm Sát khuẩn lại tay			
	Đuổi khí			
	Véo da, đâm một góc 45 độ so với mặt da, hoặc đâm kim vuông góc với đáy da véo lên vào mô liên kết , rút lòng kiểm tra xem có máu không.			
	Bơm thuốc chậm hết lượng thuốc theo y lệnh			
	Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào, kéo lệch da nơi tiêm			
	Sát khuẩn lại vị trí tiêm			
	Cố định kim an toàn			
	Sát khuẩn lại tay			
	Báo giải thích cho người bệnh việc đã xong, giúp NB trở về tư thế thoải mái			
	Thu dọn dụng cụ.			
	Ghi hồ sơ và báo cáo: đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tiêm, theo dõi phát hiện sốc và các dấu hiệu bất thường, nếu có, báo cáo bác sỹ và xử trí kịp thời đúng phác đồ.			

Nhận xét:

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM BẮP

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:.....Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh:			
	Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu, 5 đúng			
	Báo và giải thích, căn dặn người bệnh những điều cần thiết giúp người bệnh an tâm và hợp tác trong quá trình tiêm.			
	Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.			
2	Chuẩn bị của người điều dưỡng:			
	Điều dưỡng trang phục đúng quy định, rửa tay.			
3	Chuẩn bị dụng cụ, thuốc theo y lệnh:			
	Dụng cụ vô khuẩn:			
	Khay tiêm, bơm tiêm, kim rút thuốc, bông gòn, gạc miếng, hộp đựng bông còn.			
	Dụng cụ sạch			
	Găng tay, kéo, băng dính, kềm.			
	Hộp chống shock.			
	Hộp đựng vật sắc nhọn, Túi đựng rác thải theo qui định			
	Dụng cụ khác			
	Dung dịch sát trùng, thuốc theo y lệnh			
	Dung dịch sát khuẩn: Cồn 70 ⁰			
	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh			
	Thuốc theo Y lệnh			
4	Tiến hành:			
	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang			
	Thực hiện 5 đúng (<i>đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian</i>)			
	Kiểm tra lại thuốc			

	Mang thuốc đến giường người bệnh.			
	<p>Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm:</p> <p>+ Tiêm bắp nông: cơ delta, Cơ tam đầu: 1/3 trên mặt trước ngoài.</p> <p style="padding-left: 40px;">Đùi (cơ tứ đầu đùi) 1/3 giữa mặt trước ngoài đùi.</p> <p>+ Tiêm bắp sâu: Đùi(1/3 mặt ngoài đùi); Mông(1/3 trên ngoài đường nối giữa gai chậu trước trên với xương cùng cụt)</p>			
	Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5cm Sát khuẩn lại tay			
	Đuổi khí			
	Căng da, đâm kim một góc 90 độ so với mặt da, rút lòng kiểm tra xem có máu không.			
	Bơm thuốc chậm hết lượng thuốc theo y lệnh			
	Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào, kéo lệch da nơi tiêm			
	Sát khuẩn lại vị trí tiêm			
	Cố định kim an toàn			
	Sát khuẩn lại tay			
	Báo giải thích cho người bệnh việc đã xong, giúp NB trở về tư thế thoải mái			
	Thu dọn dụng cụ.			
	Ghi hồ sơ và báo cáo: đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tiêm, theo dõi phát hiện sốc và các dấu hiệu bất thường, nếu có, báo cáo bác sỹ và xử trí kịp thời đúng phác đồ.			

Nhận xét:

.....

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh:			
	Xem hồ sơ bệnh án, thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu hoặc 5 đúng			
	Báo và giải thích, căn dặn người bệnh những điều cần thiết giúp người bệnh an tâm và hợp tác trong quá trình tiêm.			
	Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.			
2	Chuẩn bị của người điều dưỡng:			
	Điều dưỡng trang phục đúng quy định, rửa tay.			
3	Chuẩn bị dụng cụ, thuốc theo y lệnh:			
	Dụng cụ vô khuẩn:			
	Khay tiêm, bơm tiêm, kim rút thuốc, bông gòn, gạc miếng, hộp đựng bông còn.			
	Dụng cụ sạch			
	Găng tay, kéo, băng dính, kềm, dây garrot, gói kê tay nếu cần			
	Hộp chống shock.			
	Hộp đựng vật sắc nhọn, Túi đựng rác thải theo qui định			
	Dụng cụ khác			
	Dung dịch sát trùng, thuốc theo y lệnh			
	Dung dịch sát khuẩn: Cồn 70 ⁰			
	Dung dịch sát khuẩn tay nhanh			
	Thuốc theo Y lệnh			
4	Tiến hành:			
	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ và mang khẩu trang			
	Thực hiện 5 đúng (<i>đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian</i>)			
	Kiểm tra lại thuốc			

	Mang thuốc đến giường người bệnh.			
	Đặt người bệnh ở tư thế thuận lợi, bộc lộ vùng tiêm, xác định vị trí tiêm: chọn Tĩnh mạch to ít di động			
	Mang găng tay sạch Buộc dây garô phía trên vị trí tiêm 10-15cm Sát khuẩn vùng tiêm rộng từ trong ra ngoài 5 cm (hoặc từ dưới lên dọc theo tĩnh mạch)			
	Sát khuẩn lại tay			
	Đuổi khí			
	Đề mặt vát lên trên, căng da, đâm kim một góc 30-40 độ qua da vào tĩnh mạch.			
	Rút nòng kiểm tra có máu, tháo garrot			
	Bơm thuốc chậm hết lượng thuốc theo y lệnh, vừa bơm thuốc vừa quan sát NB.			
	Rút kim nhanh theo hướng đâm kim vào, kéo lệch da nơi tiêm			
	Sát khuẩn lại vị trí tiêm			
	Cố định kim an toàn			
	Báo giải thích cho người bệnh việc đã xong, giúp NB trở về tư thế thoải mái			
	Thu dọn dụng cụ.			
	Ghi hồ sơ và báo cáo: đánh giá tình trạng người bệnh sau khi tiêm, theo dõi phát hiện sốc và các dấu hiệu bất thường, nếu có, báo cáo bác sỹ và xử trí kịp thời đúng phác đồ.			

Nhận xét:

.....

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH TĨNH MẠCH

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định:

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

2. Chống chỉ định:

- Phù phổi cấp.
- Bệnh tim nặng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Dụng cụ:

- Dịch truyền theo y lệnh.
- Thuốc (nếu có)
- Khay vô khuẩn.
- Kìm Kocher.
- Bơm, kim tiêm 5ml, 10ml vô khuẩn.
- Gạc miếng vô khuẩn.
- Bộ dây truyền.
- Bát kền (đuôi không khí)
- Hộp đựng bông cồn vô khuẩn.
- Cồn 70° hoặc Cồn iốt 1%.

* Các dụng cụ khác:

- Cọc truyền.

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

IV. CÁC BƯỚC TIÊN HÀNH

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

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi truyền dịch.
- Ghi hồ sơ tình trạng người bệnh và các thông số cần theo dõi 15 phút/1 lần trong 1 giờ đầu, sau 30 phút /1 lần đến khi hết dịch truyền.
- Theo dõi và phát hiện kịp thời tai biến có thể xảy ra trong khi truyền dịch (dịch không chảy hoặc chảy quá nhanh, sốc, phù phổi cấp...) báo cáo với bác sĩ để xử trí kịp thời.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

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

Tài liệu tham khảo:

- *Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện*
- *Thông tư 23/2011/TT-BYT hướng dẫn sử dụng thuốc tại cơ sở Y tế có giường bệnh*
- *Tài liệu hướng dẫn tiêm an toàn (QĐ 3671/ QĐ-BYT, ngày 27/09/2012: hướng dẫn chi tiết các bước tiêm, kiểm tra thuốc, xử lý kim, theo dõi người bệnh sau tiêm*
- *Quy trình kỹ thuật điều dưỡng và bảng kiểm Trung tâm Y tế Hà Tiên (Ban hành kèm theo quyết định số 169/QĐ-TTYT ngày 14 tháng 07 năm 2025 quyết định về việc ban hành các quy trình kỹ thuật và bảng kiểm .)*

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
	- Giải thích và thông báo cho người bệnh và gia đình biết công việc sắp làm giúp người bệnh yên tâm .			
	- Cho người bệnh đi đại tiện, tiểu tiện trước khi truyền dịch. Đo dấu hiệu sinh tồn (M - T° - NT - HA).			
2	Chuẩn bị dụng cụ, dịch truyền			
2.1	Thuốc, dịch truyền			
	-Theo y lệnh			
2.2	Dụng cụ vô khuẩn			
	- Khay vô khuẩn.			
	- Kim Kocher.			
	- Bơm, kim tiêm 5ml, 10ml vô khuẩn.			
	- Gạc miếng vô khuẩn.			
	- Bộ dây truyền dịch, kim luồn hoặc kim cánh bướm.			
	- Hộp đựng bông gòn vô khuẩn.			
	- Cồn 70° hoặc Cồn iốt 1%.			
2.3	Dụng cụ sạch			
	- Cọc truyền.			
	- Khay quả đậu			
	- Kéo, băng dính, băng cuộn(nếu cần)			
	- Gói kê tay có bọc nylon, dây cao su. nẹp gỗ.			
	- Phiếu truyền dịch.			
	- Hộp thuốc chống sốc.			
	- Máy đo huyết áp, nhiệt kế, đồng hồ,...			
	- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải y tế, xô đựng rác thải sinh hoạt.			
3	Chuẩn bị của người điều dưỡng			
	- Điều dưỡng trang phục theo quy định, rửa tay mang khẩu trang.			
4	Các bước tiến hành:			

	- Thực hiện 5 đúng: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian , giải thích cho người bệnh và gia đình, thông báo thuốc truyền, động viên người bệnh.			
	- Kiểm tra dịch truyền, đặt quang treo vào chai dịch, sát khuẩn nút chai, pha thuốc (nếu có).			
	- Cắm dây truyền vào chai khoá lại, cắt băng dính.			
	- Chọn tĩnh mạch, đặt gối kê tay dưới vùng truyền (động viên người bệnh).			
	- Treo chai dịch, đuổi khí qua dây, khoá lại.			
	- Đeo găng, buộc dây garo trên vùng truyền 3 - 5cm. - Sát khuẩn vùng truyền từ trong ra ngoài 2 lần, sát khuẩn tay điều dưỡng.			
	- Căng da, cầm kim ngừa mũi vát chéch 30° đưa kim vào tĩnh mạch thấy máu trào ra, tháo dây garo.			
	- Mở khoá cho dịch chảy, cố định kim và dây truyền, che kim bằng gạc vô khuẩn cố định vào nếp (nếu cần).			
	- Điều chỉnh tốc độ theo y lệnh, ghi phiếu theo dõi truyền dịch.			
	- Theo dõi và phát hiện tai biến.			
	- Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.			
	- Truyền xong, còn 10ml rút kim - đặt bông cotton - dán băng (nếu cần)			
	- Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, ghi phiếu theo dõi - chăm sóc.			
5	Đánh giá, ghi hồ sơ và báo cáo			
	- Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi truyền dịch.			
	- Ghi hồ sơ tình trạng người bệnh và các thông số cần theo dõi 15 phút/1 lần trong 1 giờ đầu, sau 30 phút /1 lần đến khi hết dịch truyền.			
	- Theo dõi và phát hiện kịp thời tai biến có thể xảy ra trong khi truyền dịch (dịch không chảy hoặc chảy quá nhanh, sốt, phù phổi cấp...) báo cáo với bác sĩ để xử trí kịp thời.			
6	Hướng dẫn người bệnh và gia đình			
	- Hướng dẫn người bệnh không được tự ý thay đổi tốc độ dịch truyền.			
	- Nếu phát hiện thấy các dấu hiệu bất thường (rét run, sốt, khó thở...) báo ngay với nhân viên y tế.			

Nhận xét:

CHƯƠNG 4: QUY TRÌNH SẢN PHỤ KHOA
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DÕI TIM THAI – CON GÒ TỬ CUNG
BẢNG MONITORING SẢN KHOA

I. MỤC ĐÍCH

- Đánh giá sức khỏe thai nhi
- Phát hiện tình trạng suy thai sớm
- Phát hiện sớm các bất thường về con gò → Giúp thầy thuốc có hướng xử trí kịp thời, đúng đắn, bảo đảm an toàn cho mẹ và con

II. CHỈ ĐỊNH SỬ DỤNG MONITORING SẢN KHOA

- Non stresstest – Stresstest
- Thai kỳ nguy cơ cao
- Theo chỉ định của bác sĩ
- Khởi phát chuyển dạ hoặc tăng co trong chuyển dạ.

III. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện:

- Monitor sản khoa
- Dây đặt máy, gel.

2. Sản phụ:

- Giải thích cho thai phụ về mục đích theo dõi thai bằng máy monitor sản khoa và cách thức tiến hành.
- Hướng dẫn thai phụ đi tiểu trước khi đặt máy monitor sản khoa.
- Sản phụ nằm ngửa, hoặc tư thế Fowler đầu cao 45 độ.
- Bộc lộ vùng bụng, đảm bảo sản phụ được kín đáo.

3. Nhân viên y tế:

- Đồng phục đúng theo quy định, vệ sinh tay.
- Được tập huấn cách đọc biểu đồ tim thai.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra thông tin trên monitor sản khoa: Ngày giờ trên máy, tốc độ ghi của máy 1 cm/phút.
2. Nắn bụng xác định vị trí tim thai
3. Đặt đầu dò tim thai ngay mồm vai, dùng gel để tăng khả năng dẫn âm.
4. Đặt đầu dò con gò ở đáy tử cung, không sử dụng gel, không siết dây quá chặt hoặc quá lỏng làm ảnh hưởng đến cường độ thực sự của con gò.
5. Ghi tên, tuổi, số nhập viện ở đầu biểu đồ.

6. Bấm nút chỉnh cường độ cơn gò về trương lực cơ bản
7. Bấm nút in giấy.
8. Theo dõi đánh giá biểu đồ tim thai, cơn gò

III. CÁCH ĐỌC KẾT QUẢ BIỂU ĐỒ

1. Tim thai:

1.1. tần số trung bình mà nhịp tim thai dao động quanh đó.

- Nhịp tim thai cơ bản (TTCB): 110 – 160 nhịp/phút
- Nhịp TTCB nhanh: > 160 lần/phút
- Nhịp TTCB chậm: < 110 lần/phút

1.2. Dao động nội tại (ĐĐNT)

- Sự biến đổi tần số trong nhịp tim thai.
- Xác định ngoài cơn gò, không kể nhịp tăng, nhịp giảm.
- + ĐĐNT trung bình: 6-25 nhịp/phút.
- + ĐĐNT tăng: >25 nhịp/phút
- + ĐĐNT giảm: 3-5 nhịp/phút
- + ĐĐNT mất: < 3 nhịp/phút.

1.3. Nhịp tăng

- Tăng > 15 nhịp trong \geq 15 giây tính từ lúc bắt đầu giảm đến lúc trở về nhịp cơ bản.

1.4. Nhịp giảm

- Giảm > 15 nhịp trong \geq 15 giây tính từ lúc bắt đầu giảm đến lúc trở về nhịp cơ bản.
- Đánh giá nhịp giảm cần quan tâm đến các yếu tố: độ sâu, độ dài (thời gian bắt đầu giảm đến khi phục hồi), tương quan với cơn gò, hình dạng, tần suất xảy ra, ĐĐNT.

+ Nhịp giảm sớm:

- Khởi đầu và phục hồi cùng lúc với cơn gò.
- Cự tiểu trùng với cơn gò
- Hậu quả của việc chèn ép thai nhi.

+ Nhịp giảm muộn

- * Thường bắt đầu sau cơn gò và điểm cực tiểu sau cơn gò.
- * Tim thai không trở về nhịp cơ bản sau khi hết cơn gò.
- * Hậu quả của việc thiếu tuần hoàn tử cung nhau.

+ Nhịp giảm bất định

- * Nhịp giảm đột ngột từ lúc bắt đầu đến cực tiểu < 30 giây
- * Không liên quan đến cơn gò

- *Hình dạng thay đổi không đều.
- *Có thể xuất hiện đơn độc, lặp lại, ngắt quãng.
- * Liên quan chèn ép dây rốn , chèn ép đầu thai ở giai đoạn 2 chuyển dạ.
- *Nhịp giảm bất định kiểu tăng trương lực.
- *Nhịp giảm bất định kiểu chèn ép
- + Nhịp giảm kéo dài
- *Giảm ≥ 15 nhịp, từ 2-10 phút.
- * Nguyên nhân:
 - Sa dây rốn
 - Con gò nhiều
 - Mẹ tụt huyết áp.

2. Con gò:

Nội dung	Cách đọc kết quả
Tần số	- Là số cơn gò TC trong khoảng thời gian 10 phút. - Tần số cơn gò phụ thuộc vào giai đoạn chuyển dạ (xem bài quy trình chuyển dạ)
Tương quan cơn nghỉ	Trong điều kiện bình thường thời gian cơn phải ngắn hơn thời gian nghỉ
Trương lực cơ bản	- Áp lực của Tc ở trạng thái nghỉ. - Chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố như độ dày thành bụng, độ siết của dây, hoạt động của cơ thẳng bụng khi sản phụ rặn, gồng.
Cách tính đơn vị Montevideo (MU)	- Cường độ cơn gò: là áp lực ghi nhận trên đỉnh cơn gò. - Biên độ cơn gò: hiệu số giữa cường độ và trương lực cơ bản. - Cách tính đơn vị Montevideo (MU): biên độ cơn gò trung bình nhân với tần số cơn gò trong 10 phút. + Giai đoạn tiềm thời: MU trung bình 100-150mmHg + Giai đoạn hoạt động: MU trung bình 150-200mmHg + Giá trị MU > 200mmHg cho biết tình trạng Tcquas hoạt động hoặc quá kích thích.

3. Phân loại CTG theo AGOG 2009

3.1. Nhóm I:

- Bao gồm các đặc điểm sau:
 - + Tim thai cơ bản: 110-160 lần/phút
 - + DDNT: trung bình.
 - + Không có nhịp giảm sớm hay nhịp giảm bất định.
 - + Có hoặc không có nhịp giảm sớm.

+ Có hoặc không có nhịp tăng.

- Ý nghĩa:

+ Biểu đồ nhóm I dự báo tình trạng toan kiềm thai nhi bình thường ở thời điểm quan sát.

+ Biểu đồ nhóm I theo dõi bình thường, không cần can thiệp.

3.2. Nhóm II

- Biểu đồ nhóm II bao gồm tất cả các đặc điểm không được phân loại ở nhóm I và nhóm III và có thể chiếm một phần số đáng kể trên lâm sàng.

- Ý nghĩa

+ Chưa có dự báo tình trạng toan kiềm bất thường

+ Có ý nghĩa ở thời điểm hiện tại dữ kiện không rõ để có thể xếp theo biểu đồ loại I, loại III

+ Đòi hỏi phải được đánh giá cũng như theo dõi liên tục.

+ Trong một số trường hợp cần phải thực hiện thêm .

+ Test bảo đảm thai nhi đang an toàn.

+ Biện pháp hồi sức thai.

3.3. Nhóm III

- Bao gồm một trong các đặc điểm:

+ Không có ĐĐNT kèm theo bất kỳ đặc điểm sau:

* nhịp giảm muộn lặp lại.

* Nhịp giảm bất định lặp lại.

*Tim thai cơ bản chậm

+ Biểu đồ hình sin.

+ Biểu đồ bất thường kèm theo một tình trạng toan kiềm thai nhi bất thường ở thời điểm quan sát.

- Ý nghĩa:

+ Phải lượng giá và giải quyết các vấn đề về lâm sàng.

+ Cần xem xét nguyên nhân có thể dẫn đến.

+ **Gợi ý:**

* Cung cấp oxy cho mẹ.

* Thay đổi tư thế.

* Ngưng kích thích chuyên dạ.

* Can thiệp lâm sàng.

* Nếu không điều chỉnh Biểu đồ nhóm III bằng các hành động gợi ý trên nên chấm dứt cuộc chuyển dạ.

4. Xử trí khi có biểu đồ tim thai bất thường:

- Thay đổi tư thế nằm của sản phụ tránh sự đè ép cuống rốn (nghiêng hoặc theo chỉ định của BS).
- Cho sản phụ thở oxy để tăng lượng oxy đến thai trung bình 5\$ lít/phút (theo chỉ định của BS).
- Tạm ngưng truyền Oxytocin (nếu có).
- Báo BS.
- Ghi HSBA.
- Thực hiện y lệnh BS, hồi sức tim thai.
- Đánh giá lại sau 30 - 40 phút hồi sức tim thai hoặc ngay khi có diễn biến bất thường nặng thêm hoặc theo chỉ định của BS.
- Chuẩn bị sẵn các xét nghiệm tiền phẫu.

VI. AN TOÀN NGƯỜI BỆNH

NGUY CƠ	PHÒNG NGỪA
Không phát hiện thai suy	- Tập huấn NVYT kỹ năng đọc và phân tích biểu đồ CTG sản khoa.
	- Kiểm tra vận hành máy trước khi thực hiện kỹ thuật.
	- Bảo trì máy theo định kỳ.
	- Thường xuyên theo dõi nhịp tim thai con gò trong suốt quá trình đặt monitor sản khoa.
Kết quả CTG không chính xác	- Chuẩn bị đầy đủ phương tiện HSSS.
	- Đặt đầu dò tim thai, con gò không đúng vị trí.
	- Kiểm tra dây thun cố định đầu dò con gò.
	- Hướng dẫn sản phụ nằm tư thế thích hợp.
	- Kiểm tra thông tin trên monitor sản khoa: ngày giờ, tốc độ ghi 1 cm/phút.

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*. Tr.56 - 58; Tr.53 - 55.
2. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa theo Quyết định số 315/QĐ ngày 29/01/2015*.
3. ACOG (2009), *Diễn giải biểu đồ tim thai trong khi sinh và nguyên tắc xử trí*;
4. Bộ Y tế - Vụ sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em (2015), *Tài liệu đào tạo Người đỡ đẻ có kỹ năng*. Tr.101 - 103;
5. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh - Khoa Y - Bộ môn Phụ sản (2011), *Sản phụ khoa - Tập 1*. Tr.416 - 423.
6. Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh - Khoa Y - Bộ môn Phụ sản (2014), *Sản khoa*. Tr.50 - 52.

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DÕI CƠN GÒ BẰNG MONITOR

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:.....Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị			
	Giải thích cho sản phụ về việc theo dõi monitor			
	Kiểm tra tình trạng máy monitor (nguồn, pin, giấy)			
	Chuẩn bị đai, đầu dò cơn gò, đầu dò tim thai và đầu theo dõi cử động thai.			
	Hỗ trợ sản phụ vào tư thế thoải mái (nằm nghiêng trái tùy trường hợp)			
2	Đặt minitor			
	Đặt đầu dò (FHR) tim thai vào vị trí tim thai rõ nhất			
	Đặt đầu dò (TOCO) cơn gò lên đáy tử cung			
	Kiểm tra tín hiệu lên ổn định (đường tim thai, cơn gò chạy đều)			
3	Theo dõi cơn gò trên monitor			
	Tần suất cơn gò (số cơn/10 phút)			
	Biên độ cơn gò (tương đối qua TOCO)			
	Thời gian mỗi cơn gò (giây)			
	Trương lực cơ bản			
	Mức độ đều hay không đều			
	Cường độ cơn gò theo đánh giá lâm sàng (nhẹ, trung bình, mạnh)			
4	Theo dõi nhịp tim thai			
	Nhịp tim thai cơ bản			
	Dao động nội tại			
	Có nhịp tăng			
	Có nhịp giảm			
	Mối liên quan cơn gò – nhịp tim thai			
5	Đánh giá tình trạng chuyển dạ dựa trên monitor			

	Tần suất cơn gò phù hợp giai đoạn chuyển dạ			
	Cơn gò quá mau (>5 cơn/10 phút)			
	Cơn gò cường tính (đau liên tục, trương lực cơ bản tăng)			
	Có dấu hiệu suy thai trên CTG			
	Đã báo bác sỹ khi có bất thường			
6	Sau theo dõi			
	Ghi nhận đầy đủ kết quả theo dõi vào hồ sơ			
	Đánh giá lại snar phụ: đau, khó chịu, cử động thai			
	Làm sạch gel trên da thai phụ, tháo dây đai monitor			
	Báo cáo bác sỹ kết quả			

Nhận xét:

.....

QUY TRÌNH THEO DÕI CHUYÊN DẠ

I. MỤC ĐÍCH: Đảm bảo an toàn cho mẹ và bé.

II. CHỈ ĐỊNH: Thai phụ bắt đầu chuyển dạ.

III. CHUẨN BỊ

1. Nhân viên y tế: BS, HS, Y tá.

- Trang phục chỉnh tề, gọn gàng.
- Vệ sinh tay.

2. Dụng cụ:

- Máy đo huyết áp, nhiệt kế.
- Máy nghe tim thai.
- Monitor sản khoa theo dõi tim thai, cơn gò.
- Thước dây.
- Dung dịch rửa tay.
- Khăn lau tay.
- Găng tay vô khuẩn.
- Dung dịch bôi trơn.
- Giấy quỳ.
- Dụng cụ tiêm, truyền.

3. Sản phụ:

- Thay trang phục, dép của bệnh viện.
- Được trang bị vật dụng cần thiết như: quần lót giấy, BVS, khăn giấy.

IV. CÁC NỘI DUNG CẦN THEO DÕI

1. Theo dõi tổng trạng - sinh hiệu:

- Tri giác: tỉnh táo, tiếp xúc tốt; bất thường: lơ mơ, tiếp xúc chậm.
- Dấu hiệu thần kinh bất thường: hoa mắt, chóng mặt, nhức đầu...
- Dấu sinh hiệu 4 giờ/lần, một số lưu ý khi theo dõi:
 - + Mạch nhanh ≥ 100 lần/phút, mạch chậm ≤ 60 lần/phút.
 - + Huyết áp bất thường $\geq 140/90$ mmHg hoặc $\leq 90/60$ mmHg.
 - + Nhiệt độ: hạ thân nhiệt $\leq 35^\circ\text{C}$, sốt $\geq 38^\circ\text{C}$.
 - + Nhịp thở bình thường từ 16 - 20 lần/phút, nhịp đều, biên độ trung bình.
- Quan sát diễn biến tổng trạng nếu sản phụ có những bất thường mệt mỏi, kiệt sức, vật vã, khó thở cần có xử trí thích hợp, tìm nguyên nhân xử trí.

2. Theo dõi con gò TC:

- Giai đoạn tiềm thời: 1 giờ/lần trong 10 phút.
- Giai đoạn hoạt động: 30 phút/lần, nếu đủ điều kiện theo dõi liên tục trên monitor sản khoa.
- Phát hiện những trường hợp con gò có cường độ và tần số không phù hợp với giai đoạn chuyển dạ cần báo BS đánh giá.
- Bảng tần số, cường độ trung bình của con gò theo giai đoạn chuyển dạ:

Giai đoạn	Con gò trên monitor		Bắt con gò bằng tay	
	Tần số trong 10 phút	Cường độ	Thời gian co	Thời gian nghỉ
Tiềm thời	3 con	40 mmHg	20 giây	3-4 phút
Hoạt động				
CTC mở 4-8 cm	3-4 con	60-100 mmHg	30-40 giây	2-3 phút
CTC mở gần trọn	4-5 con	80-100 mmHg	40-50 giây	1-1 phút 30 giây

3. Theo dõi tim thai:

- Giai đoạn tiềm thời: 1 giờ/lần.
- Giai đoạn hoạt động: 30 phút/lần, nếu đủ điều kiện theo dõi liên tục trên monitor sản khoa.
- Thời điểm nghe tim thai là sau khi hết con gò, trong giai đoạn rặn sinh nghe tim thai sau mỗi con rặn.
- Nghe tim thai ngay sau ối vỡ, hoặc trước và sau khi bấm ối.
- Bình thường: 120 - 160 lần/phút hoặc CTG nhóm I.
- Bất thường: ≤ 120 lần/phút, ≥ 160 lần/phút, hoặc CTG nhóm II, nhóm III.

4. Khám âm đạo:

- Đánh giá độ xóa mở CTC, tình trạng ối, tiến triển ngôi thai.
 - + Giai đoạn tiềm thời: mỗi 4 giờ/lần hoặc khi sản phụ đau nhiều. Lưu ý khám ÂĐ lại ngay khi có ối vỡ hoặc ra huyết.
 - + Giai đoạn hoạt động: mỗi 1 giờ/lần hoặc khi sản phụ mắc rặn.
- Tình trạng ối:
 - + ối còn mô tả túi ối phồng, dẹt, quả lê.
 - + ối vỡ: tự nhiên hay bấm ối ghi nhận giờ ối vỡ, số lượng, màu sắc, mùi, bất thường nếu có (sẽ chạm dây rốn).
- * Bình thường: ối vỡ nước ối màu trắng đục (thai đủ tháng), trắng trong (thai non tháng); có mùi tanh không hôi.
- * Nước ối bất thường: có màu đỏ (nhau bong non), xanh (có dấu hiệu suy thai), nâu đen (thai lưu); có mùi hôi (nhiễm trùng).
- * Trường hợp ối vỡ non - ối vỡ sớm: cần theo dõi các dấu hiệu nhiễm trùng như sốt, nước

ôi hôi... làm xét nghiệm máu theo y lệnh, thực hiện y lệnh kháng sinh dự phòng nhiễm trùng.

+ Trình BS đánh giá lại các trường hợp: nước ối đổi màu, có dấu hiệu nhiễm trùng ối, hoặc ối vỡ lâu ≥ 12 giờ).

- Xóa mở CTC: bình thường CTC mềm, mỏng, không phù nề; đường biểu diễn CTC trên BĐCD luôn ở bên trái đường báo động.

- Tiến triển ngôi thai:

+ Có 4 mức: cao lỏng, đầu chúc, đầu chặt và đầu lọt.

+ Khi lọt có 3 mức: lọt cao, lọt trung bình, lọt thấp.

+ Ghi nhận độ lọt vào BĐCD, phát hiện sớm chuyển dạ đình trệ.

+ Cách đánh giá độ lọt xem bài "Kỹ thuật khám âm đạo trong sản khoa".

5. Thời gian chuyển dạ:

- Giai đoạn tiềm thời: trung bình 8 giờ.

- Giai đoạn hoạt động: kéo dài tối đa 7 giờ.

- Giai đoạn sổ thai: thời gian rặn tối đa của con so là 60 phút, con rạ 30 phút.

- Giai đoạn sổ nhau: nếu 30 phút nhau chưa bong hoặc chảy máu nhiều thì tiến hành bóc nhau bằng tay.

Bảng tóm tắt các yếu tố cần theo dõi

Yếu tố	Giai đoạn tiềm thời	Giai đoạn hoạt động
Dấu sinh hiệu	4 giờ/lần	4 giờ/lần
Tim thai	1 giờ/lần	30 phút/lần
Cơn gò TC	1 giờ/lần	1 giờ/lần
Tình trạng ối	4 giờ/lần	1 giờ/lần
Độ lọt của ngôi thai	4 giờ/lần	1 giờ/lần
Độ xóa mở CTC	4 giờ/lần	1 giờ/lần

V. CHĂM SÓC SẢN PHỤ TRONG CHUYỂN DẠ

1. Cấp độ chăm sóc:

- Giai đoạn tiềm thời: cấp III.

- Giai đoạn hoạt động: cấp II.

2. Dinh dưỡng:

- Khuyến khích sản phụ ăn, uống theo nhu cầu kể cả giai đoạn cuối chuyển dạ đảm bảo sản phụ không bị đói hay khát trong suốt quá trình chuyển dạ.

3. Vệ sinh cá nhân:

- Khuyến khích sản phụ:

+ Tắm khi bắt đầu chuyển dạ.

- + Đi tiểu thường xuyên 2 giờ/lần.
- Hạn chế thụt tháo theo qui trình trong chuyển dạ.
- Thay BVS thường xuyên, quan sát sát màu sắc nước ối.
- Giai đoạn tiềm thời: hướng dẫn sản phụ vệ sinh cá nhân, hỗ trợ khi cần.
- Giai đoạn hoạt động: vệ sinh âm hộ trước khi thăm khám, làm thủ thuật, thông tiểu nếu sản phụ không tự tiểu được.

4. Vận động:

- Khuyến khích sản phụ đi lại tự do trong khu vực cho phép.
- Khuyến khích sản phụ chọn tư thế thích hợp trong quá trình chuyển dạ và sinh, tránh ép buộc sản phụ chọn tư thế nằm ngửa.

5. Giáo dục sức khỏe:

- Cung cấp thông tin về tình trạng chuyển dạ cho sản phụ.
- Giai đoạn tiềm thời:
 - + Báo cho NVYT khi có dấu hiệu bất thường: ra nước, ra huyết.
 - + Hướng dẫn sản phụ hít thở, nghỉ ngơi, động tác lăn bóng thư giãn.
- Giai đoạn hoạt động: hướng dẫn sản phụ hít thở để kiểm soát cơn đau, tư vấn chăm sóc thiết yếu sơ sinh sớm.
 - Đối với sản phụ lo lắng, sợ:
 - + Trấn an, động viên, khuyến khích, tạo sự tin tưởng cho sản phụ.
 - + Lắng nghe thấu hiểu cảm giác của sản phụ.
 - Đối với sản phụ đau nhiều:
 - + Khuyến khích sản phụ vận động.
 - + Cho sản phụ thay đổi tư thế nếu được.
 - + Hướng dẫn sản phụ thở đúng cách.
 - + Nếu trường hợp có người đồng hành, khuyến khích người đồng hành mát-xa lưng, cầm tay, lau mặt cho sản phụ giữa các cơn gò TC.

Tài liệu tham khảo

Bộ Y tế (2017), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản. Tr.56 - 58; Tr.53 - 55.

ACOG (2009), Diễn giải biểu đồ tim thai trong khi sinh và nguyên tắc xử trí;

Bộ Y tế - Vụ sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em (2015), Tài liệu đào tạo Người đỡ đẻ có kỹ năng. Tr.101 - 103;

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh - Khoa Y - Bộ môn Phụ sản (2011), Sản phụ khoa - Tập 1. Tr.416 - 423.

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh - Khoa Y - Bộ môn Phụ sản (2014), Sản khoa. Tr.50 - 52.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐỠ ĐẼ THƯỜNG NGÔI CHỖM

1. Định nghĩa:

Đỡ đẻ thường ngôi chồm là thủ thuật tác động vào thì số thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt tầng sinh môn).

2. Chỉ định:

Thai ngôi chồm, đầu đã lọt thấp, thập thò ở âm hộ và chuẩn bị số.

3. Chống chỉ định:

- Thai không có khả năng đẻ được theo đường dưới.
- Ngôi chồm chưa lọt.

4. Chuẩn bị :

4.1. Phương tiện

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khăn vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ cắt, khâu tầng sinh môn.
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu, kẹp rốn vô khuẩn.
- Thuốc oxyocin 10 đơn vị lấy sẵn trong bơm tiêm.
- Dụng cụ để hút nhót và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống hút, bóng và mặt nạ sơ sinh).
- Thông đài.

4.2. Sản phụ

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn.
- Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự đài được thì thông tiểu.
- Rửa vùng sinh dục ngoài bằng nước chín.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi.
- Trải 1 khăn vô khuẩn lên bụng sản phụ để đón bé.

4.3. Tư thế sản phụ

- Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang rộng, mông sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

5. Các bước tiến hành:

5.1. Nguyên tắc

- Người đỡ đẻ phải tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn trong khi đỡ đẻ, phải kiên nhẫn chờ đợi, hướng dẫn sản phụ rặn khi cổ tử cung mở hết và có cơn co tử cung, không được nong cổ tử cung và âm đạo, không đợc đẩy bụng sản phụ.

- Ổ thì lọt, xuống và xoay không can thiệp, chỉ theo dõi cơn co tử cung, tim thai,

độ xóa mờ cổ tử cung, độ lọt, khi cổ tử cung mở hết đầu lọt thấp mới cho sản phụ rặn.

- Thời gian rặn tối đa ở người con so là 60 phút, ở người con ọ là 30 phút. Nếu quá thời gian này cần can thiệp để lấy thai ra bằng forceps hoặc bằng giác kéo.
- Trong thời gian sản phụ rặn để vẫn phải theo dõi tim thai thường xuyên, sau mỗi cơn rặn.

5.2. Người đỡ đẻ chỉ bắt đầu đỡ khi có đủ các điều kiện sau:

- Cổ tử cung mở hết.
- Ổi đã vỡ (chọa vỡ thì bấm ổi)
- Ngôi thai đã lọt và thập thò ở âm môn làm tầng sinh môn căng giãn, hậu môn loe rộng.
- Hướng dẫn cho sản phụ chỉ rặn khi có cảm giác mót rặn cùng với sự xuất hiện của cơn co tử cung.

5.3. Các thao tác đỡ đẻ gồm có

5.3.1. Đỡ đầu SỔ kiểu chằm vệt

- Giúp đầu cúi tốt: Ấn nhẹ nhàng vào vùng chằm trong mỗi cơn co tử cung.
- Nếu cần thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc tầng sinh môn giãn căng.
- Khi hạ chằm tì dưới khớp vệt: Sản phụ ngừng rặn, một tay giữ tầng sinh môn, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài. Sổ kiểu chằm cùng
- Khi đỡ đầu vì ngôi chòm sổ kiểu chằm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên.
- Khi hạ chằm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm.
- Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang).

5.3.2. Đỡ vai.

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chằm quay về bên đó (chằm trái-ngang hoặc chằm phải-ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chăt không gỡ được).
- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn-cụt để vai trước sổ trước.

Khi bờ dưới cơ delta tì dưới khớp vệt thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ tầng sinh môn, nhắc thai lên phía trên và cho sổ vai sau.

Ổ thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.

5.3.3. Đỡ thân, hông và chi

- Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân,

5.4. Tiếp xúc da kề da ngay sau đẻ

Sau khi thai sổ, đánh giá nhanh tình trạng trẻ. Nếu trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt thì đặt trẻ lên bụng mẹ.

- Nhanh chóng, vừa lau khô trẻ theo trình tự (lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, mông...) vừa đánh giá nhanh toàn trạng chung của trẻ theo thường qui.

- Bỏ khăn đã lau khô cho trẻ

- Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên bụng mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai bầu vú, ngực áp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên.

Dùng 1 khăn khô, sạch để che lưng cho trẻ.

Đội mũ cho trẻ.

Nếu trời lạnh có thể dùng thêm áo ấm của mẹ hoặc khăn bông ấm đắp bên ngoài cho cả mẹ và con.

- Hướng dẫn và hỗ trợ người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ.

Chú ý: Chỉ kẹp cắt rốn ngay nếu trẻ cần phải hồi sức

5.5. Tiêm Oxytocin.

- Sau khi đặt trẻ lên bụng mẹ, cho mẹ ôm lấy trẻ, sờ nắn tử cung qua thành bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.

- Tiến hành tiêm 10đv oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

5.6. Kẹp dây rốn muộn, một thì

- Chờ đến khi dây rốn ngừng đập thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn.

- Kẹp thứ nhất cách chân rốn 2cm, kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm, cắt dây rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.

5.7. Kéo dây rốn có kiểm soát

- Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ để đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co tốt mới thực hiện các bước tiếp theo.

- Một tay cầm kẹp và dây rốn, giữ căng dây rốn, bàn tay còn lại đặt lên trên khớp vệ giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên trên về phía xương ức trong khi tay cầm kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang rồi kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn đáy tử cung.

- Khi bánh rau đã ra đến âm hộ thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh rau kéo màng rau bong ra theo. Nếu màng rau không bong ra thì 2 tay người đỡ giữ bánh rau xoay theo 1 chiều để màng rau sổ ra ngoài.

- Nếu kéo dây rốn trong 30-40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.

- Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến khi tử cung co bóp trở lại.

- Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải kết hợp với ấn ngược tử cung về phía xương ức khi có cơn co tử cung.

5.8. Xoa đáy tử cung

- Sau khi rau sổ ra ngoài phải xoa đáy tử cung qua thành bụng cho đến khi tử cung co chặt lại.

- Cứ 15 phút xoa đáy tử cung 1 lần trong 2 giờ đầu (có thể hướng dẫn cho sản phụ hoặc gia đình hỗ trợ).

- Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

• *Chú ý*

- Kiểm tra rau để tránh sót rau. Nếu sót rau hay có chảy máu phải tiến hành kiểm soát tử cung, tìm nguyên nhân chảy máu sau để kịp thời xử trí theo đúng phác đồ.

- Nếu sau 30 phút mà bánh rau chưa bong hoặc chảy máu nhiều thì cần tiến hành bóc rau nhân tạo ngay.

5.9. Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn

- Quan sát các dấu hiệu đòi bú của trẻ: Trẻ mở miệng, chảy dãi, mút ngón tay, trườn tìm vú mẹ.

- Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm ngay trên bụng mẹ, cho em bé nằm trên bụng mẹ 60-90 phút nếu tình trạng của mẹ và bé cho phép.

- Sau khi trẻ bú xong bữa bú đầu tiên mới tiến hành chăm sóc thường quy như cân, đo chiều cao, vòng đầu, tiêm vacxin, vitamin K1 theo quy định.

Tài liệu tham khảo:

- Bộ Y tế (2016). *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*

- Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa theo Quyết định số 315/QĐ ngày 29/01/2015.*

- *Kỹ thuật Điều dưỡng sản phụ khoa (2000) Bộ Y tế.*

**BẢNG KIỂM
CHUẨN BỊ TRƯỚC SINH**

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:.....Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Kiểm tra nhiệt độ phòng; tắt quạt, bật đèn sưởi (nếu cần)			
2	Rửa tay (lần thứ nhất)			
3	Đặt lên bụng mẹ tấm vải khô.			
4	Chuẩn bị khu hồi sức sơ sinh			
5	Kiểm tra bóng và mặt nạ có hoạt động không			
6	Kiểm tra máy hút			
7	Rửa tay (lần thứ hai)			
8	Đeo 2 đôi găng tay vô khuẩn			
9	Sắp xếp kềm, kẹp rôn, kéo... theo thứ tự dễ sử dụng			
10	Kiểm tra đủ điều kiện (TSM phòng căng, ngói thập thò âm hộ) thì tiến hành đỡ đẻ.			

Nhận xét:

.....

.....

.....

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐỠ ĐẼ THƯỜNG NGÔI CHỖM

- Bác sĩ, hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:.....Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	CÁC BƯỚC CHUẨN BỊ	Đạt	Không	Ghi chú
1	Dụng cụ: Bộ dụng cụ đỡ đẻ có cắt may TSM Dụng cụ hút nhót, hồi sức sơ sinh Thuốc: Oxytocine 5UI, Lidocaine 2 %, bơm tiêm Săng lót mông, khăn 2 cái			
2	NVYT: Áo mũ, tạp dề, khẩu trang, rửa tay ngoại khoa.			
3	Bà mẹ: Nằm tư thế sản khoa, động viên và giải thích việc sắp làm, hướng dẫn cách rặn trong cơn co.			
	THỰC HIỆN			
4	NVYT mang găng vô khuẩn.			
5	Sát khuẩn TSM, trải săng lót mông, trải khăn lên bụng sản phụ.			
	Đỡ đầu			
6	Khi TSM đã căng phồng, nếu có cắt thì gây tê rồi cắt TSM.			
7	Dùng một tay giữ TSM qua săng vô khuẩn			
8	Thì cúi: dùng các ngón tay của tay còn lại đặt lên cằm để giúp đầu cúi thêm cho tới khi hạ cằm tỳ vào bờ dưới khớp vệ.			
9	Thì ngửa: dùng bàn tay ôm lấy cằm hướng lên trên để các phần trán, mũi, cằm và cằm thai nhi chui ra, tay kia vẫn giữ TSM Khi đầu sổ hoàn toàn, để đầu quay tự nhiên sau đó hỗ trợ tiếp để đầu quay về tư thế ngang, dùng gạc lau nhót ở miệng và mũi trẻ.			
10	Kiểm tra xem có dây rốn quấn cổ trẻ.			
	Đỡ vai			

11	Vai trước: hai tay ôm lấy đầu thai nhi ở 2 bên tai và đỉnh thái dương kéo xuống dưới khi bờ dưới cơ Delta tỳ dưới khớp vệ.			
12	Vai sau: NVYT một tay giữ đầu (cổ của thai nhi nằm giữa ngón cái và trỏ) kéo thai nhi lên trên, tay kia giữ TSM giúp vai sau sỏ hoàn toàn.			
	Đỡ thân, mông và chi			
13	Khi hai vai đã sỏ, tay đỡ TSM chuyển đỡ lưng, mông và cầm hai cổ chân thai nhi giữa 3 ngón tay, tay kia đỡ gáy thai nhi ở tư thế ngang.			
14	Đặt trẻ nằm sấp trên khăn trải bụng mẹ lau khô, tiếp xúc da kề da, phủ khăn khô để giữ ấm. (nếu trẻ cần hồi sức thì kẹp và cắt rốn ngay)			
15	Tiêm bắp 10 UI Oxytocine (kiểm tra còn thai nào hay không trước khi tiêm oxytocine)			
16	Chờ dây rốn ngừng đập mới tiến hành kẹp dây rốn cách chân rốn 2 cm và cắt dây rốn một thì.			
17	Thay găng vô khuẩn			
18	Xoa đáy tử cung trong 2 giờ đầu sau đẻ, 15 phút/lần tại phòng sinh.			
19	Cho trẻ bú sớm và hoàn toàn trong giờ đầu sau đẻ.			
20	Kiểm tra đường sinh dục xem có tổn thương hay không.			
21	Vệ sinh đường sinh dục, đóng khô, thu dọn dụng cụ.			
22	Cho các dụng cụ bẩn vào thùng chứa dung dịch khử khuẩn			
23	Động viên sản phụ, hướng dẫn cho con bú, hướng dẫn xoa đáy tử cung và phát hiện chảy máu sau đẻ.			
24	Dọn dụng cụ, rửa tay			
25	Ghi hồ sơ			

Nhận xét:

.....

.....

.....

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ VÀ TRẺ SƠ SINH
NGAY SAU SINH (ĐỐI VỚI TRẺ THỞ ĐƯỢC)

- Bác sĩ, hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Đọc to thời điểm sinh (giờ, phút) , giới tính trẻ			
2	Lau khô trẻ bắt đầu trong vòng 5 giây sau khi đẻ?			
3	Lau khô trẻ theo trình tự (mắt, mặt, đầu, ngực, tay, chân, lưng, mông...)			
4	Bỏ khăn ướt			
5	Trẻ được tiếp xúc da kề da với mẹ			
6	Phủ người trẻ bằng khăn khô, đội mũ cho trẻ			
7	Kiểm tra xem có còn thai thứ hai trong tử cung không			
8	Tiêm bắp oxytocin cho mẹ			
9	Tháo găng tay đầu			
10	Kiểm tra dây rốn trước khi kẹp, kẹp khi dây rốn ngừng đập (thông thường là 1 – 3 phút)			
11	Kẹp dây rốn cách chân rốn 2 cm, vuốt máu dây rốn về phía mẹ.			
12	Kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3 cm (cách chân rốn 5cm). Cắt sát kẹp 1 bằng kéo vô khuẩn.			
13	Một tay cầm kẹp dây rốn. Một tay đặt lên bụng vùng trên khớp vệ, chờ tử cung co chặt thì giữ và đẩy tử cung về phía xương ức.			
14	Kéo dây rốn có kiểm soát, nhẹ nhàng theo hướng của cơ chế đẻ trong khi tay để trên bụng sản phụ đẩy TC theo chiều ngược lại			
15	Khi bánh nhau đã ra đến âm hộ, hạ thấp dây rốn để sức nặng bánh nhau kéo nốt màng nhau ra. Nếu màng nhau không bong ra thì cầm bánh nhau bằng hai tay đồng thời xoắn lại theo một chiều cho màng nhau bong nốt.			
16	Xoa đáy tử cung qua thành bụng sản phụ đến khi tử cung co hồi tốt và 15 phút 1 lần trong 2 giờ đầu sau đẻ			
17	Kiểm tra nhau: khi tử cung co hồi tốt và không có dấu hiệu chảy máu mới tiến hành kiểm tra nhau theo thường lệ			
18	Tư vấn cho mẹ về những dấu hiệu đòi bú của trẻ (chảy nước dãi, mở miệng, lè lưỡi/liếm, gặm tay, bò trườn)			

Nhận xét:

QUY TRÌNH KỸ THUẬT XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN ĐẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Xử trí tích cực giai đoạn 3 của chuyển dạ là các thao tác chủ động của người đỡ đẻ tác động giai đoạn sau khi sổ thai để giúp rau bong và sổ ra ngoài nhanh hơn, nhằm phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

Cho mọi trường hợp đẻ đường dưới, khi thai vừa mới sổ ra ngoài và chắc chắn không còn thai nào trong tử cung.

III. CHUẨN BỊ

Người bệnh.

Giải thích công việc sẽ tiến hành để lấy rau sau khi thai ra ngoài cho sản phụ yên tâm và hợp tác với nhân viên y tế.

2. Phương tiện, dụng cụ.

- Dụng cụ, thuốc men, đồ vải và các vật liệu vô khuẩn cần thiết cho đỡ đẻ và kiểm tra rau.
- Oxytocin 10 đv, chuẩn bị trong bơm tiêm để sẵn trên bàn dụng cụ đỡ đẻ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Sử dụng ngay Oxytocin:

Sau khi sổ thai, trẻ khóc tốt đặt trẻ lên bụng người mẹ đã được trải sẵn sàng và hai tay người mẹ ôm lấy trẻ.

Người phụ đỡ đẻ sờ nắn bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.

Người phụ đỡ đẻ tiến hành tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

Chỉ sau khi đã tiêm Oxytocin, người đỡ đẻ tiến hành cặp dây rốn và cắt rốn cho trẻ. Khi cặp dây rốn chú ý cặp sát vào âm hộ sản phụ.

Người phụ đỡ đẻ đưa trẻ ra bàn làm rốn và chăm sóc trẻ, nhanh chóng lau khô, hút nhót, làm rốn, quấn tã lót và đưa trẻ cho sản phụ để cho bú sớm nếu thích hợp.

Thì 2. Kéo dây rốn có kiểm soát để gây sổ rau:

Người đỡ đẻ đứng bên cạnh hoặc ở giữa hai chân sản phụ thực hiện các công việc sau:

+ Đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung. Chỉ khi tử cung đã co lại tốt (chắc như trái bưởi) mới thực hiện các bước tiếp theo.

+ Một tay cầm panh và dây rốn. Giữ căng dây rốn. Bàn tay còn lại đặt lên bụng sản phụ ngay vùng trên xương vè, giữ và ấn tử cung theo hướng ngược lên về phía xương ức trong khi tay cầm panh kẹp dây rốn kéo với lực vừa phải và kéo theo hướng của cơ chế đẻ (lúc đầu kéo xuống, tiếp đến kéo ngang và cuối cùng kéo lên). Động tác này nhằm đề phòng lộn tử cung và đẻ rau sổ theo hướng độ cong của khung chậu.

+ Khi bánh rau đã ra đến lỗ ngoài âm đạo thì tay giữ dây rốn hạ thấp xuống cho trọng lượng bánh ra kéo màng ra theo. Nếu màng không ra thì hai tay người đỡ giữ bánh rau xoắn theo 1

chiều để màng rau thoát ra ngoài.

+ Nếu kéo dây rốn trong 30 - 40 giây mà bánh rau không tụt xuống thấp (nghĩa là không có dấu hiệu bong rau) thì dừng lại không tiếp tục kéo dây rốn nữa.

+ Lúc này chỉ giữ dây rốn và chờ đến lúc tử cung co bóp trở lại.

+ Tiếp tục lặp lại động tác kéo dây rốn vừa phải cùng với ấn ngược tử cung khi có cơn co.

+ Khi kéo, nếu thấy dây rốn dài ra, khó thao tác có thể cuộn dây rốn vào panh (kẹp dây rốn) cho ngắn lại, nếu cần thiết thì dùng panh cặp lại dây rốn sát vào âm hộ.

Chú ý:

Động tác kéo dây rốn, không được làm quá thô bạo.

Không được kéo dây rốn mà không dùng bàn tay thứ hai đẩy tử cung theo chiều ngược lên về phía xương ức

Thì 3. Xoa tử cung:

Ngay lập tức sau khi rau sỏ phải xoa tử cung cho đến khi tử cung co chặt.

Cứ 15 phút xoa tử cung một lần trong vòng 2 giờ đầu

Bảo đảm tử cung vẫn co tốt sau khi kết thúc xoa tử cung.

V. THEO DÕI

Các bước tiếp theo thực hiện như trước, tức là phải kiểm tra bánh rau, màng rau để đảm bảo không sót rau hay sót màng. Nếu tiếp tục chảy máu, phải tìm các nguyên nhân khác gây băng huyết sau đẻ (rách đường sinh dục, sót rau) và thực hiện xử trí phù hợp với từng nguyên nhân.

Nếu chỉ có 1 bác sỹ/nữ hộ sinh tham gia đỡ đẻ thì các bước thực hiện đến khi thai sỏ, người đỡ đẻ giao bé cho mẹ ôm trong khi chuẩn bị tiến hành lấy rau. Các bước lấy rau tiếp tục tiến hành như hướng dẫn cho đến khi rau và màng rau đã ra. Lúc này, người đỡ đẻ hướng dẫn và giám sát sản phụ tự xoa tử cung 15 phút/lần qua thành bụng cho đến khi tử cung co tốt. Người đỡ đẻ tiến hành làm rốn và mặc áo cho trẻ sơ sinh và đặt trẻ lên bụng mẹ để mẹ cho bú sớm.

Tài liệu tham khảo:

- Bộ Y tế (2016). *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*

- Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015.*

- *Kỹ thuật Điều dưỡng sản phụ khoa (2000) Bộ Y tế.*

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH XỬ TRÍ TÍCH CỰC GIAI ĐOẠN III CUỘC CHUYỂN ĐẠ

- Bác sĩ, hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
	SỬ DỤNG OXYTOCIN			
1	Sau sỏ thai, kiểm tra còn thai bên trong tử cung không			
2	Người phụ tiêm 10 đơn vị Oxytocin vào mắt trước đùi bệnh nhân			
3	Sau tiêm, người đỡ đẻ chờ dây rốn ngưng đập, kẹp rốn và cắt rốn			
4	Người phụ đưa bé ra bàn chăm sóc, lau khô và cho da kề da mẹ, hướng dẫn bú mẹ sớm			
	KÉO DÂY RÓN CÓ KIỂM TRA			
1	Người đỡ đẻ đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung.			
2	Tử cung đã co hồi chắc, kiểm tra dây rốn không còn di chuyển			
3	Người đỡ đẻ đặt bàn tay lên bụng dưới sản phụ đánh giá co hồi tử cung.			
4	Tử cung đã co hồi chắc, kiểm tra dây rốn không còn di chuyển			
5	Khi dây rốn không còn di chuyển, người đỡ vừa kéo dây rốn theo trọng lực vừa ấn đáy tử cung ngược về phía xương ức của mẹ			
6	Bánh nhau ra đến lỗ ngoài âm đạo, người đỡ giữ bánh rau xoắn theo 1 chiều để màng rau thoát ra ngoài			
	XOA TỬ CUNG			
1	Sau sỏ nhau, xoa đáy tử cung ngay đến khi tử cung co hồi chắc			
2	Hướng dẫn sản phụ xoa đáy tử cung mỗi 15 phút 1 lần trong 2 giờ đầu sau sanh			

Nhận xét:

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT KHÂU TẦNG SINH MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Mục đích cắt chủ động tầng sinh môn để thai sổ ra dễ dàng, không làm rách tầng sinh môn và vết khâu liền tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Cắt tầng sinh môn vì lý do người mẹ

- Tầng sinh môn cứng, dày, hẹp, âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều.

- Trong các bệnh lý của mẹ cần cho thai phải sổ nhanh để đảm bảo sức khỏe cho người mẹ: như suy tim, tiền sản giật, cao huyết áp.

2. Cắt tầng sinh môn vì lý do thai nhi

- Thai to toàn bộ hoặc đầu to.

- Các kiểu sổ bất thường như sổ chậm cùng, ngôi mặt, ngôi mông.

- Thai non tháng, thai có nguy cơ bị ngạt.

3. Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật như Forceps, giác hút, đỡ đẻ ngôi mông...(xem chỉ định sanh Forceps, giác hút, đỡ đẻ ngôi mông)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định cắt tầng sinh môn khi không lấy thai được đường dưới.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Nữ hộ sinh

- Bác sĩ sản khoa

2. Phương tiện, vật tư, thuốc

- Bộ cắt khâu tầng sinh môn bao gồm: 1 kéo thẳng đầu tù, 1 kim cặp kim, 1 panh đỡ kim, 1 panh sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng.

- Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ cat gut, lanh,...).

- 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặc polyvidin...

- 1 bơm tiêm 5ml

- 1 ống Lidocain 2%

3. Người bệnh

Kiểm tra toàn trạng, mạch, huyết áp, máu âm đạo. Phải chắc chắn không còn sót rau, tử cung co tốt, không rách âm đạo mới tiến hành khâu tầng sinh môn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thì 1. Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn

Thì 2. Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt bằng Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất.

Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ nữa.

Thì 3. Cắt tầng sinh môn:

- Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chéo 45 độ tại vị trí 7 giờ. Sản phẩm tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 45 độ từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 2 – 4 cm tùy mức độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng sinh môn.

- Không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn.

- Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến Bartholin, các tổ chức xốp vùng âm hộ và cũng không cắt theo đường giữa để tránh nút thớ trung tâm vùng sinh môn, cơ thắt hậu môn và trực tràng.

- Thường cắt 1 bên là đủ, nếu cần thiết thì cắt cả 2 bên.

Thì 4. Khâu tầng sinh môn:

- Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn rau thai đã sỏ, không sót rau, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục.

- Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3 mũi khâu vắt bằng chỉ vicryl rapid:

+ Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5cm ra tới góc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo góc của màng trinh sát vào nhau.

+ Mũi khâu vắt thứ hai: bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới góc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến góc của màng trinh phía trong.

+ Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại. (Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày).

Nếu vết rách sau ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời. Khâu da nên khâu luôn trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại.

V. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Giữ vết khâu sạch và khô. Cắt chỉ vào ngày thứ 5 nếu khâu da bằng chỉ không tiêu.

- Nếu vết khâu không liền do nhiễm khuẩn phải xử trí tại chỗ, không khâu lại ngay.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền và ép vào nhau.

- Nhiễm khuẩn:

+ Cắt chỉ tầng sinh môn cách quăng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

+ Vệ sinh, rửa bằng dung dịch sát trùng, sử dụng kháng sinh điều trị.

Tài liệu tham khảo:

- Bộ Y tế (2016). *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*

- Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015.*

- *Kỹ thuật Điều dưỡng sản phụ khoa (2000) Bộ Y tế.*

- *Điều dưỡng sản phụ khoa (2021) bệnh viện Từ Dũ tr.270-278*

BẢNG KIỂM QUI TRÌNH KỸ THUẬT CẮT KHÂU TÀNG SINH MÔN

- Bác sĩ, hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	CÁC BƯỚC CHUẨN BỊ	Đạt	Không	Ghi chú
I	Trước thủ thuật			
	Đánh giá chỉ định cắt tầng sinh môn			
	Giải thích cho sản phụ về thủ thuật sắp làm để sản phụ hợp tác			
	Đảm bảo bàng quang trống (thông tiểu)			
	Sát khuẩn TSM và trải khăn vô khuẩn			
	Kiểm tra dụng cụ cắt khâu TSM			
	Chuẩn bị thuốc tê Lidocain 2%			
	Kiểm tra tim thai trong lúc làm thủ thuật			
II	Cắt tầng sinh môn			
	Gây tê đúng vị trí (góc 45 độ hoặc đường giữa)			
	Kiểm soát chảy máu ngay sau khi cắt			
III	Khâu phục hồi TSM			
1	Kiểm tra tổn thương			
	Đánh giá mức độ rách (độ 1-4)			
	KT âm đạo, cơ nâng hậu môn liên tục, hay rách? ống hậu môn			
2	Khâu theo lớp			
	Khâu niêm mạc âm đạo từ trên xuống, từ trong ra ngoài			
	Khâu cơ TSM mũi rời hoặc liên tục			
	Khâu da da bằng mũi rời hoặc vắt (tùy kỹ thuật)			
	Kiểm tra các vết rách, vết khâu xem có còn chảy máu hay không? (kiểm tra toàn bộ vết khâu)			
	Kiểm tra kim may, gòn, gạc, tăm bông, dụng cụ trước khi kết thúc			
IV	Sau thủ thuật			
	Sát khuẩn, vệ sinh sạch sẽ vết khâu TSM			
	Hướng dẫn sản phụ vệ sinh và chăm sóc vết khâu			
	Hướng dẫn sản phụ theo dõi dấu hiệu bất thường tại vết may TSM: đau nhiều, chảy máu, sốt hoặc có mùi hôi			
	Ghi hồ sơ bệnh án về thủ thuật			

Nhận xét:

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG

1. KHÁI NIỆM:

Dụng cụ tử cung (DCTC) là phương pháp tránh thai đơn giản, rẻ tiền, hiệu quả cao và dễ hồi phục. Ngày nay, các DCTC thường được cho thêm Đồng để gia tăng hiệu quả ngừa thai.

Hiện tại khoa chỉ có 1 loại DCTC Tcu 380A

2. HIỆU QUẢ, ƯU - KHUYẾT ĐIỂM:

2.1. Hiệu quả: Đây là phương pháp ngừa thai có hiệu quả cao và ít phụ thuộc vào người sử dụng. Tỷ lệ tránh thai cao 95 - 97%.

2.2. Ưu điểm:

- Các DCTC hiện đại là biện pháp ngừa thai an toàn, hiệu quả, phục hồi nhanh và ít tác dụng phụ.

- Ít ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân.

- Rẻ tiền, tiện dụng, đặt một lần có thể sử dụng ngừa thai được nhiều năm.

- Người phụ nữ có thể chủ động yêu cầu đặt DCTC để tránh thai

2.3. Khuyết điểm:

- Tụt DCTC xảy ra, thường xảy ra trong những tháng đầu sau đặt. Nếu không phát hiện được dễ bị mang thai ngoài ý muốn.

- Thay đổi về chảy máu thường gặp: ra máu thường nhiều và kéo dài hơn, kèm đau bụng, đặc biệt là trong 3-6 tháng đầu sau đặt.

- Thường ra nhiều khí hư âm đạo do phản ứng tăng tiết dịch của niêm mạc tử cung.

- Có thể gây triệu chứng đau trần nặng hạ vị, co thắt TC, đau lưng.

- Có thể gây các biến chứng nặng khi đặt như thủng tử cung, nhiễm trùng, vòng xuyên cơ, tổn thương các tạng lân cận...

- Có thể có thai trong hoặc ngoài tử cung khi đang mang DCTC

- Người phụ nữ phải đến các cơ sở chuyên môn để đặt DCTC chứ không tự đặt được

- Mỗi loại DCTC có thời hạn sử dụng, cần đến các cơ sở chuyên khoa để thay khi đến hạn.

3. CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đã sinh con, muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn, hiệu quả cao và không có chống chỉ định.

- Tránh thai khẩn cấp (chỉ đối với DCTC chứa đồng).

4. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

4.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có thai.

- Nhiễm khuẩn hậu sản.
- Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn.
- Ra máu âm đạo chưa được chẩn đoán nguyên nhân.
- Bệnh nguyên bào nuôi ác tính hoặc có tình trạng pHCG vẫn gia tăng.
- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung.
- U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung.
- Đang viêm tiểu khung.
- Đang viêm mũ cổ tử cung hoặc nhiễm Chlamydia, lậu cầu.
- Lao vùng chậu.

4.2. Chống chỉ định tương đối:

- Trong thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần đầu sau sinh (kể cả sinh bằng phẫu thuật).
- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có tình trạng tình trạng pHCG giảm dần.
- Có nguy cơ bị nhiễm khuẩn lây truyền đường tình dục cao.
- Bệnh AIDS có tình trạng lâm sàng không ổn định.

5. THỜI ĐIỂM ĐẶT DCTC:

- Nên đặt trong 12 ngày đầu chu kỳ kinh.
- Có thể đặt ở bất cứ thời điểm nào nếu biết chắc là không có thai.
- Sau sinh : đặt trong vòng 48 giờ hoặc sau 4 tuần
- Sau phá thai/sảy thai : có thể đặt ngay nếu không sót nhau, không nhiễm trùng. Nếu đặt sau 12 ngày cần phải chắc chắn là không có thai.
- Ngừa thai khẩn cấp: đặt trong vòng 5 ngày sau khi giao hợp không được bảo vệ.

6. KỸ THUẬT ĐẶT DCTC

- Tư vấn kỹ và khám cẩn thận trước đặt.
- Đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn và đúng kỹ thuật. Đặt DCTC loại TCu 380-A.

Chuẩn bị đặt

- Kiểm tra dụng cụ và bao đựng DCTC (thời hạn sử dụng, bao còn nguyên vẹn).
- Cho khách hàng đi tiểu.
- Khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa.
- Giải thích cho khách hàng các thủ thuật chuẩn bị tiến hành.
- Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung và phân phụ.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1).
- Trải khăn vô khuẩn.
- Tư thế thầy thuốc: ngồi trên ghế, khoảng giữa 2 đùi của khách hàng.

- Các thao tác đặt DCTC

- Bộc lộ cổ tử cung.
- + Mở âm đạo bằng van.
- + Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2).
- + Cặp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi và kéo nhẹ xuống.
- Đo buồng tử cung. (nên đo bằng ống hút số 4 để tránh gây tổn thương tử cung)
- + Xác định độ sâu buồng tử cung.
- Lắp DCTC vào ống đặt
- + Lắp DCTC trong bao.
- + Điều chỉnh nắp hãm trên ống đặt đúng hướng và đúng độ sâu buồng tử cung.
- Đưa DCTC vào trong tử cung
- + Cầm ống đặt đúng tư thế, đúng hướng, tay kia cầm kẹp Pozzi kéo cổ tử cung về phía âm môn rồi nhẹ nhàng đưa ống đặt (có DCTC) qua cổ tử cung vào trong đến khi nắp hãm chạm vào lỗ ngoài CTC.
- + Giữ nguyên cần đẩy, kéo ống đặt xuống để giải phóng cành ngang chữ T.
- + Giữ nguyên ống đặt, rút cần đẩy ra ngoài.
- + Đẩy nhẹ ống đặt lên để đảm bảo bộ phận hãm tới sát cổ tử cung.
- + Rút ống đặt.
- + Cắt dây DCTC để lại từ 2 - 3 cm và gấp vào túi cùng sau âm đạo.
- Tháo dụng cụ
- + Tháo kẹp Pozzi.
- + Kiểm tra chảy máu và cầm máu nếu cần.
- + Tháo van hay mở vệt.
- Thông báo cho khách hàng biết công việc đã xong.

7. CHỈ ĐỊNH THÁO DCTC

- Vì lý do y tế:
- + Có thai (nếu thấy dây DCTC mới được tháo).
- + Ra nhiều máu.
- + Đau bụng dưới nhiều.
- + Nhiễm khuẩn tử cung hoặc tiểu khung.
- + Phát hiện tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính ở tử cung, cổ tử cung.
- + DCTC bị tụt thấp.
- + Đã mãn kinh (sau khi mất kinh 12 tháng trở lên)
- + DCTC đã hết hạn. sau khi tháo có thể đặt ngay DCTC khác (nếu khách hàng muốn)

- Vì lý do cá nhân:
- + Muốn có thai trở lại.
- + Muốn dùng một BPTT (biện pháp tránh thai) khác.
- + Thấy không cần dùng BPTT nào nữa.

Tài liệu tham khảo:

- Bộ Y tế (2016). *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*
- Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015.*
- *Kỹ thuật Điều dưỡng sản phụ khoa (2000) Bộ Y tế.*

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG

- Bác sĩ, hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	CÁC BƯỚC CHUẨN BỊ	Đạt	Không	Ghi chú
1	Trước thủ thuật			
	Giải thích cho khách hàng			
	Khai thác tiền sử, chống chỉ định			
	Loại trừ mang thai			
	Khám phụ khoa, loại trừ nhiễm trùng			
	Chọn loại vòng tránh thai phù hợp			
	Người bệnh đã tiểu tiện			
	Dụng cụ, vật tư vô khuẩn đầy đủ			
2	Trong thủ thuật			
	Sát khuẩn, đặt mỡ vịt			
	Cố định cổ tử cung			
	Đo buồng tử cung			
	Chuẩn bị vòng tránh thai đúng kỹ thuật			
	Đưa ống đặt đúng vị trí			
	Thả vòng tránh thai, cắt dây 2-3cm			
	Rút dụng cụ an toàn			
3	Sau thủ thuật			
	Kiểm tra tình trạng người bệnh			
	Tư vấn dấu hiệu nguy hiểm			
	Hướng dẫn chăm sóc sau đặt			
	Hẹn tái khám sau 4-6 tuần hoặc khi có bất thường			
	Dọn dụng cụ, rửa tay			
	Ghi hồ sơ			

Nhận xét:

QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỒI SỨC NGẠT SƠ SINH

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngạt là tình trạng trẻ đẻ ra không thở, không khóc làm cho trẻ bị thiếu oxy, thừa CO₂. Để đánh giá mức độ ngạt, người ta dựa vào 2 chỉ số APGAR và SIGTUNA ở phút thứ 1, 5 và 10 sau đẻ. Trẻ bị ngạt khi có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4.

Hồi sức sơ sinh bị ngạt đòi hỏi sự khẩn trương, đúng kỹ thuật để giảm tử vong và di chứng cho trẻ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trước tất cả các cuộc đẻ đều phải sẵn sàng cho việc hồi sức sơ sinh
- Sơ sinh có điểm APGAR<8 và SIGTUNA<4
- Sơ sinh có khả năng sống cao (có tuổi thai>25 tuần)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không hồi sức hoặc ngừng hồi sức với thai <23 tuần hoặc <400gr
- Trẻ sinh ra không có nhịp tim, sau hồi sức 10 phút vẫn không có nhịp tim, nên cân nhắc ngừng hồi sức

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, nữ hộ sinh

2. Phương tiện

- Trang bị hút:
 - + Máy hút
 - + Ống hút số 6, 8, 10
- Trang bị bóng và mặt nạ:
 - + Bóng hồi sức sơ sinh có van giảm áp
 - + Mặt nạ sơ sinh các cỡ
 - + Oxy và ống dẫn
- Trang bị đặt nội khí quản:
 - + Đèn soi thanh quản với lưỡi thẳng số 0 (non tháng), số 1 (đủ tháng)
 - + Ống nội khí quản các cỡ: 2,5- 3,0- 3,5- 4,0
- Thuốc:
 - + Adrenalin 1‰
 - + Dung dịch NaCl 9‰, Ringer lactat
- Dụng cụ khác:
 - + Bàn sưởi ấm

- + Ống nghe
- + Catheter rốn
- + Băng côn, băng dính

3. Người bệnh

- Sơ sinh được đặt lên bàn đã sưởi ấm từ trước
- Sau mỗi bước hồi sức đều được đánh giá về hô hấp, nhịp tim và màu da để quyết định bước tiếp theo

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi điểm APGAR, tình trạng của trẻ khi ra đời
- Ghi cụ thể các việc hồi sức đã làm cho trẻ, tình trạng của trẻ sau khi hồi sức
- Đánh giá tuổi thai, cân nặng, tình trạng nước ối và các nguy cơ khác (tình trạng bệnh lý và thai nghén của người mẹ)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Nguyên tắc

- Khai thông đường thở
- Khởi động thở
- Đảm bảo tuần hoàn
- Sử dụng thuốc

2. Các bước hồi sức

- Tất cả trẻ sơ sinh đẻ ra đều được lau khô và đánh giá tình trạng để quyết định việc hồi sức khỏe

Bước 1: Đặt trẻ đúng tư thế

- Đặt trẻ nằm trên một mặt phẳng
- Kê dưới vai một cuộn khăn nhỏ để giữ đầu hơi ngửa
- Bước 2: Làm thông đường thở:

- Lau sạch mũi, miệng. Hút dịch khi có dấu hiệu tắc nghẽn hoặc nước ối bắn ở trẻ không

- Hút miệng trước (ống hút không sâu quá 5cm), mũi sau (ống hút không quá 3cm)
- Bước 3: Hỗ trợ hô hấp:

- Khi 1 trong 3 dấu hiệu được đánh giá là không tốt. Áp dụng các phương pháp sau:

* Kích thích xúc giác:

- Vỗ, búng vào gan bàn chân hoặc cọ sát mạnh và nhanh vào lưng trẻ (không quá 2 lần)
- Cung cấp oxy cho trẻ qua mặt nạ

- Hô hấp nhân tạo bằng bóng và mặt nạ: khi kích thích xúc giác không thành công
- Mặt nạ che kín mũi và miệng trẻ
- Một tay giữ mặt nạ, một tay bóp bóng với tần số 40-60 lần/phút
- Đảm bảo lồng ngực của trẻ phồng lên theo nhịp bóp bóng
- Đặt ống nội khí quản (xem bài đặt nội khí quản) khi:
 - + Thông khí bằng bóng không hiệu quả
 - + Cần hút dịch khí quản
 - + Thông khí áp lực dương kéo dài
 - + Thoát vị cơ hoành
- **Bước 4** : Ép tim ngoài lồng ngực
 - Chỉ định: sau 30 giây thông khí áp lực dương đúng kỹ thuật với oxy 100% mà nhịp tim:
 - + Dưới 60 lần/phút
 - + Từ 60-80 lần/phút và không tăng lên
 - + Vị trí ép tim: 1/3 dưới xương ức hoặc điểm xương ức dưới đường nối 2 núm vú
 - Kỹ thuật: 2 phương pháp
 - + Phương pháp ngón tay cái: 2 ngón cái đặt lên vị trí ép tim, 2 bàn tay ôm lấy thân trên của trẻ, các ngón khác đỡ sau lưng trẻ
 - + Phương pháp 2 ngón tay: ngón trỏ và ngón giữa đặt lên xương ức, bàn tay kia đỡ lưng trẻ
 - + Áp lực ép: ấn sâu 1/3 chiều dày lồng ngực
 - + Tần số ép: 120-140 lần/phút
 - + Luôn phối hợp cùng với bóp bóng theo tỷ số 3/1 (3lần ép tim, 1 lần bóp bóng)
 - + Sau 30 giây nếu nhịp tim >80 lần/phút: ngừng ép tim, tiếp tục thông khí đến khi nhịp tim >100 lần/phút hoặc trẻ tự thở.
 - + Nếu nhịp tim vẫn <80 lần/phút: tiếp tục ép tim, bóp bóng và dùng thuốc
- **Bước 5**: Thuốc
 - Adrenalin 1/10.000: cho 0,1-0,2ml/kg nhỏ vào nội khí quản hoặc đường tĩnh mạch. Có thể nhắc lại sau 3-5 phút. Chỉ định: nhịp tim là 0 hoặc <80 lần/phút dù đã được thông khí và ép tim 30 giây
 - Bù dịch: khi nghi ngờ có giảm thể tích tuần hoàn: dung dịch NaCl 0,9% hoặc Ringer Lactat 10ml/kg cho đường tĩnh mạch tốc độ 5-10 phút

3. Theo dõi

Nếu có dấu hiệu khó thở hoặc da tím tái: dùng các phương pháp hô hấp hỗ trợ (CPAP, máy thở, Oxy)

Nếu tình trạng xấu: chuyển tuyến lên cơ sở y tế cao hơn, đảm bảo chuyển tuyến an toàn.

Nếu tình trạng trẻ ổn định, không khó thở: cho tiếp xúc da kề da với mẹ và theo dõi sát các dấu hiệu sinh tồn

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tràn khí màng phổi: do thông khí không đúng kỹ thuật: cần đảm bảo bóp bóng đúng áp lực, bóng có van an toàn
- Chấn thương hầu họng do đặt nội khí quản: người làm hồi sức phải thành thạo, động tác nhẹ nhàng. Nếu chưa đặt vào được cần rút đèn ra, thông khí bằng bóng- mặt nạ cho trẻ rồi mới đặt lại
- Gãy xương sườn do ép tim không đúng vị trí và kỹ thuật: cần xác định đúng vị trí trên xương ức, không nhắc ngón tay khỏi vị trí trong suốt quá trình ép tim.

Tài liệu tham khảo:

- **Bộ Y tế (2016).** *Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*
- **Bộ Y tế (2015).** *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015.*

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỒI SỨC SƠ SINH

- Bác sĩ, hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Có	Không	Ghi chú
I	Chuẩn bị trước sinh			
	Dự đoán nguy cơ cần hồi sức (mẹ, thai, chuyển dạ)			
	Nhân lực đầy đủ (ít nhất 1 người thành thạo hồi sức)			
	Kiểm tra nhiệt độ phòng > 26 độC			
	Bàn sưởi, đèn sưởi hoạt động tốt			
	Khăn lau khô, nón, tã			
	Máy hút nhớt, bóp bóng, mặt nạ			
	Oxy, máy đo SPO2, dây nối			
	Ống nội khí quản, lưỡi đèn, dụng cụ đặt NKQ			
	Thuốc và vật tư: trong cơ số hộp thuốc chống sốc			
II	Đánh giá ban đầu sau sinh (0-30 giây)			
	Bé có khóc, có thở không?			
	Trương lực cơ tốt			
	Bé có đủ tháng ?			
	Nếu không đủ điều kiện thực hiện lại 3 bước ban đầu			
III	Ba bước can thiệp ban đầu			
	Lau khô – bỏ khăn ướt - ủ ấm			
	Đặt bé đầu trung gian – làm thông thoáng đường thở			
	Kích thích thở			
	Đánh giá nhịp tim sau 30 giây > 100 lần/phút, < 100 lần/phút, không có nhịp tim)			
IV	Thông khí áp lực dương nếu nhịp tim < 100 hoặc bé ngưng thở			
	Áp mặt nạ đúng – kín			
	Bóp bóng 40-60 lần/phút			
	Quan sát lồng ngực nâng lên			

	Điều chỉnh MRSOPA nếu lồng ngực không nâng lên			
	Theo dõi SPO2 -điều chỉnh FIO2 theo phút tuổi			
	Đánh giá nhịp tim sau 30 giây PPV			
V	Hồi sức nâng cao			
1	Ép tim ngoài lồng ngực – nếu nhịp tim < 60 dù thông khí hiệu quả			
	Tư thế 2 ngón cái hoặc 2 ngón trỏ - tỷ lệ 3:1			
	Duy trì 90 ép + 30 bóp bóng/phút			
	Đánh giá sau 30 giây			
2	Thuốc			
	Adrenaline 1:10.000 qua TM rốn/NKQ			
VI	Sau hồi sức			
	Đánh giá lại toàn trạng: nhịp tim – thở - SPO2			
	Giữ ấm – da kê da nếu ổn định			
	Theo dõi tiếp nếu nhịp tim – thở - SPO2 ổn định, nếu không ổn định chuyển tuyến			
	Ghi hồ sơ hồi sức đầy đủ			

Nhận xét:

.....
.....
.....

CHƯƠNG 5 CHĂM SÓC VẾT THƯƠNG

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG THƯỜNG QUY

I. MỤC ĐÍCH

- Điều dưỡng tôn trọng nguyên tắc vô khuẩn khi thay băng cho người bệnh.
- Đảm bảo an toàn cho người bệnh.
- Tránh nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện.
- Tạo điều kiện để quá trình liền sẹo của vết thương diễn biến tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những vết thương ít chất bài tiết
- Những vết thương nhỏ vô trùng sau khi phẫu thuật
- Thực hiện y lệnh của bác sĩ

III. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

- Báo, giải thích cho người bệnh biết mục đích công việc mình sắp tiến hành để người bệnh yên tâm và phối hợp (Nếu người bệnh tỉnh)
- Đặt tư thế người bệnh thuận tiện cho công việc thay băng.

2. Chuẩn bị dụng cụ

- Điều dưỡng mang khẩu trang, rửa tay, lau khô tay bằng khăn sạch.
- Chuẩn bị xe thay băng sạch, lau xe bằng dung dịch khử khuẩn.

* **Dụng cụ vô khuẩn:** 01 khay vô khuẩn:

- + 2 kềm kelly
- + 01 chén chung (bát kê) đựng dung dịch rửa vết thương
- + 01 chén chung (bát kê) đựng dung dịch sát trùng da
- + Bông (gòn) viên
- + Gạc miếng

* **Dụng cụ sạch:**

- + Găng tay sạch
- + Kềm gấp băng dơ(bẩn)
- + Giấy lót
- + Túi đựng rác Y tế
- + Băng Keo
- + Thau(thùng) đựng dung dịch khử khuẩn

+ Chai dung dịch rửa tay nhanh

*** Dung dịch thay băng rửa vết thương:**

+ 01 lọ povidine

+ 01 lọ cồn 70°

+ 01 lọ oxy già

+ 01 chai nước muối rửa vô khuẩn .

Điều dưỡng rửa tay lại, lau khô tay bằng khăn sạch và đưa xe ra buồng bệnh.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Sát khuẩn tay bằng cồn bằng cồn 70°

Sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng vào khay vô khuẩn

2. Bộc lộ vùng vết thương (người bệnh được kín đáo và thoải mái)

3. Trải tấm lót dưới vùng thay băng, cắt băng keo

4. Mang găng tay sạch

5. Dùng tay hoặc kèm nhẹ nhàng bóc băng bản (Điều dưỡng nhận định tùy theo vết thương sạch bản nhiễm trùng mà đi găng hoặc dùng kèm. Sau khi dùng xong bỏ kèm vào thùng hoặc chậu có dung dịch khử khuẩn).

6. Sát khuẩn lại tay bằng cồn 70°

7. Lấy kèm vô khuẩn an toàn

8. Rửa bên trong vết thương: từ trong ra ngoài rìa (từ cao xuống thấp, bên xa đến bên gần) với dung dịch rửa vết thương.

9. Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra 5cm bằng dung dịch rửa vết thương

*** Chú ý:** Nếu vết thương bản phải dùng đến oxy già thì sau khi rửa vết thương bằng oxy già thì phải rửa lại bằng nước muối sinh lý theo kỹ thuật như trên.

1. Dùng gạc chậm khô bên trong vết thương

2. Lau vùng da xung quanh vết thương và sát khuẩn bằng dung dịch sát khuẩn.

3. Đắp thuốc lên vết thương nếu có y lệnh

4. Đặt miếng gạc vô khuẩn che vết thương (rộng 3-5cm), cố định bằng băng dính.

5. Tháo găng tay, báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh trở về tư thế tiện nghi

6. Thu dọn dụng cụ:

+ Để dụng cụ nhiễm vào thùng(chậu) chứa dung dịch khử khuẩn.

+ Phân loại rác theo quy định

7. Rửa tay và ghi hồ sơ

*** Chú ý:**

- Nếu trên người bệnh có nhiều vết thương thì vẫn có thể dùng một hộp dụng cụ nhưng phải bắt đầu thay băng từ vết thương sạch đến vết thương bản, từ vết thương vùng

đầu mặt cổ ngực rồi đến rồi đến bụng và chân...

- Sau mỗi lần thay băng để lại một miếng gạc và lau khay lại bằng cồn 70° trước khi thay băng cho người bệnh tiếp theo.

V. THEO DÕI, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

- Theo dõi diễn biến của người bệnh sau khi thay băng, chú ý đến các dấu hiệu đau, chảy máu.

- Một giờ sau khi thay băng phải xem lại vết thương, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp, số lượng dịch dẫn lưu, màu sắc nếu có.

- Nếu có dấu hiệu bất thường phải báo cho bác sĩ biết.

- Theo dõi quá trình liền sẹo vết thương.

- Ghi vào phiếu chăm sóc ngày, giờ thay băng, tình trạng vết thương và cách xử lý.

- Báo cáo bác sĩ diễn biến bất thường và quá trình liền sẹo vết thương.

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh chế độ dinh dưỡng, tập luyện (Nếu tỉnh)

- Nếu người bệnh có dẫn lưu giải thích cho người bệnh hiểu để giữ chai dẫn lưu đúng vị trí, không nhấc cao quá vị trí vết thương hoặc đặt chai dẫn lưu xuống đất.

Tài liệu tham khảo:

- Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện

- Thông tư 23/2011/TT-BYT hướng dẫn sử dụng thuốc tại cơ sở Y tế có giường bệnh

- Tài liệu hướng dẫn tiêm an toàn (QĐ 3671/ QĐ-BYT, ngày 27/09/2012: hướng dẫn chi tiết các bước tiêm, kiểm tra thuốc, xử lý kim, theo dõi người bệnh sau tiêm; hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT THƯƠNG THƯỜNG

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
	- ĐD mang khẩu trang đến kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi người bệnh. - Báo, giải thích cho người bệnh biết mục đích công việc mình sắp tiến hành để người bệnh yên tâm và phối hợp (Nếu người bệnh tỉnh).			
	- Đặt tư thế người bệnh thuận tiện cho công việc thay băng.			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
	- Chuẩn bị xe thay băng sạch, lau xe bằng dung dịch khử khuẩn.			
	* Dụng cụ vô khuẩn: 01 khay vô khuẩn: + 2 kềm kelly + 01 chén chung(bát kê) đựng dung dịch rửa vết thương + 01 chén chung(bát kê) đựng dung dịch sát trùng da + Bông (gòn) viên + Gạc miếng			
	* Dụng cụ sạch: + Găng tay sạch + Kềm gấp băng dơ(bản) + Giấy lót + Túi đựng rác Y tế + Băng Keo + Thau(thùng) đựng dung dịch khử khuẩn + Chai dung dịch rửa tay nhanh			
	* Dung dịch thay băng rửa vết thương: + 01 lọ povidine + 01 lọ cồn 70° + 01 lọ oxy già + 01 chai nước muối rửa vô khuẩn .			
3	Chuẩn bị người điều dưỡng			
	ĐD mang khẩu trang, rửa tay, lau khô tay bằng khăn sạch.			

4	Các bước tiến hành			
	Báo, giải thích cho người bệnh			
	Sát khuẩn tay bằng cồn bằng cồn 70 ⁰			
	Sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng vào khay vô khuẩn			
	Bộc lộ vùng vết thương (người bệnh được kín đáo và thoải mái)			
	Đặt tấm lót dưới vết thương, cắt băng keo			
	Mang găng tay sạch			
	Dùng tay hoặc kèm nhẹ nhàng bóc băng bẩn (Điều dưỡng nhận định tùy theo vết thương sạch bẩn nhiễm trùng mà đi găng hoặc dùng kèm. Sau khi dùng xong bỏ kèm vào thùng hoặc chậu có dung dịch khử khuẩn).			
	Sát khuẩn lại tay bằng cồn 70 ⁰			
	Mở khay dụng cụ vô khuẩn			
	Lấy kèm vô khuẩn an toàn, dùng 2 kèm vô khuẩn, tay thuận cầm kèm rửa vết thương, tay không thuận cầm kèm gấp gọn nhúng vào dung dịch sát khuẩn chuyển sang tay thuận để rửa vết thương.			
	Rửa bên trong vết thương: từ trong ra ngoài rìa (từ cao xuống thấp, bên xa đến bên gần) với dung dịch rửa vết thương.			
	Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra 5cm bằng dung dịch rửa vết thương			
	Dùng gạc chạm khô bên trong vết thương			
	Lau vùng da xung quanh vết thương và sát khuẩn bằng dung dịch sát khuẩn.			
	Đắp thuốc lên vết thương nếu có y lệnh			
	Đặt miếng gạc vô khuẩn che vết thương (rộng 3-5cm), cố định bằng băng keo(băng dính).			
	Tháo găng tay, báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh trở về tư thế tiện nghi			
	Thu dọn dụng cụ: + Để dụng cụ nhiễm vào thùng chứa dung dịch khử khuẩn + Phân loại rác theo quy định + Xử lý chất thải lây nhiễm và đồ vải đúng cách.			
	Rửa tay và ghi hồ sơ + Ghi vào phiếu chăm sóc ngày, giờ thay băng, tình trạng vết thương và cách xử lý. + Báo cáo bác sĩ diễn biến bất thường và quá trình liền sẹo vết thương.			

Nhận xét:

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG VÀ RỬA VẾT THƯƠNG NHIỄM

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
	- Báo, giải thích cho người bệnh biết mục đích công việc mình sắp tiến hành để người bệnh yên tâm và phối hợp (Nếu người bệnh tỉnh)			
	- Đặt tư thế người bệnh thuận tiện cho công việc thay băng.			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
	- Chuẩn bị xe thay băng sạch, lau xe bằng dung dịch khử khuẩn.			
	* Dụng cụ vô khuẩn: 01 khay vô khuẩn: + 2 kềm kelly + 01 Kéo + 01 chén chung đựng dung dịch rửa vết thương + 01 chén chung đựng dung dịch sát trùng da + Bông (gòn) viên + Gạc miếng			
	* Dụng cụ sạch: + Găng tay sạch + Kềm gấp băng dơ (bản) + Giấy lót + Túi đựng rác Y tế + Băng Keo + Thau(thùng) đựng dung dịch khử khuẩn + Chai dung dịch rửa tay nhanh			
	* Dung dịch thay băng rửa vết thương: + 01 lọ povidine + 01 lọ cồn 70° + 01 lọ oxy già + 01 chai nước muối rửa vô khuẩn .			
3	Chuẩn bị người điều dưỡng			
	ĐD mang khẩu trang, rửa tay, lau khô tay bằng khăn sạch.			

4	Các bước tiến hành			
	Báo, giải thích cho người bệnh			
	Sát khuẩn tay bằng cồn bằng cồn 70 ⁰			
	Sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng vào khay vô khuẩn			
	Bộc lộ vùng vết thương (BN được kín đáo và thoải mái)			
	Đặt tấm lót dưới vết thương, cắt băng keo			
	Mang găng tay sạch			
	Dùng tay hoặc kèm nhẹ nhàng bóc băng bẩn. Quan sát và đánh giá vết thương.			
	Sát khuẩn lại tay bằng cồn 70 ⁰			
	Mở khay dụng cụ vô khuẩn			
	Lấy kèm vô khuẩn an toàn, dùng 2 kèm vô khuẩn: tay thuận cầm kèm rửa vết thương, tay không thuận cầm kèm gấp gòn nhúng vào dung dịch sát khuẩn chuyển sang tay thuận để rửa vết thương.			
	Rửa bên trong vết thương: từ trong ra ngoài rìa (từ cao xuống thấp, bên xa đến bên gần) với dung dịch rửa vết thương cho đến khi thật sạch. Cắt lọc các tổ chức hoại tử.			
	Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra 5cm bằng dung dịch rửa vết thương			
	Dùng gạc chậm khô bên trong vết thương			
	Lau vùng da xung quanh vết thương và sát khuẩn bằng dung dịch sát khuẩn.			
	Đắp thuốc lên vết thương nếu có y lệnh			
	Đặt miếng gạc vô khuẩn che vết thương (rộng 3-5cm), cố định bằng băng keo(băng dính).			
	Tháo găng tay, báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh trở về tư thế tiện nghi			
	Thu dọn dụng cụ: + Để dụng cụ nhiễm vào thùng chứa dung dịch khử khuẩn + Phân loại rác theo quy định + Xử lý chất thải lây nhiễm và đồ vải đúng cách.			
	Rửa tay và ghi hồ sơ + Ghi vào phiếu chăm sóc ngày, giờ thay băng, tình trạng vết thương và cách xử lý. + Báo cáo bác sĩ diễn biến bất thường và quá trình liền sẹo vết thương.			

Nhận xét:

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG VÀ CẮT CHỈ VẾT THƯƠNG

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Có	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
	- Báo, giải thích cho NB biết mục đích công việc mình sắp tiến hành để NB yên tâm và phối hợp (Nếu người bệnh tỉnh)			
	- Đặt tư thế BN thuận tiện cho công việc thay băng cắt chỉ			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
	- Chuẩn bị xe thay băng sạch, lau xe bằng dung dịch khử khuẩn.			
	* Dụng cụ vô khuẩn: 01 khay vô khuẩn: + 2 kềm kelly, nhíp + 01 Kéo cắt chỉ + 01 chén chung đựng dung dịch rửa vết thương + 01 chén chung đựng dung dịch sát trùng da + Băng (gòn) viên + Gạc miếng			
	* Dụng cụ sạch: + Găng tay sạch + Kềm gấp băng dơ (bản) + Giấy lót + Túi đựng rác Y tế + Băng Keo + Thau(thùng) đựng dung dịch khử khuẩn + Chai dung dịch rửa tay nhanh			
	* Dung dịch thay băng rửa vết thương: + 01 lọ povidine + 01 lọ cồn 70° + 01 lọ oxy già + 01 chai nước muối rửa vô khuẩn .			
3	Chuẩn bị người điều dưỡng			
	ĐD mang khẩu trang, rửa tay, lau khô tay bằng khăn sạch.			
4	Các bước tiến hành			

	Báo, giải thích cho người bệnh			
	Sát khuẩn tay bằng cồn bằng cồn 70 ⁰			
	Sắp xếp dụng cụ thuận tiện cho việc thay băng vào khay vô khuẩn			
	Bộc lộ vùng vết thương (người bệnh được kín đáo và thoải mái)			
	Đặt tấm lót dưới vết thương			
	Mang găng tay sạch			
	Dùng tay hoặc kèm nhẹ nhàng bóc băng bẩn. Rửa tay, dùng kèm sạch gấp gác đơ bỏ vào bọc rác y tế.			
	Quan sát đánh giá vết thương			
	Sát khuẩn tay nhanh. Mở khay dụng cụ vô khuẩn, rót dung dịch vào chung đựng dung dịch. Mang găng vô khuẩn			
	Lấy kèm vô khuẩn an toàn, dùng 2 kèm vô khuẩn: tay thuận cầm kèm rửa vết thương, tay không thuận cầm kèm gấp gòn nhúng vào dung dịch sát khuẩn chuyển sang tay thuận để rửa vết thương.			
	Rửa bên trong vết thương: từ trong ra ngoài rìa (từ cao xuống thấp, bên xa đến bên gần) với dung dịch rửa vết thương cho đến khi thật sạch. Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra 5cm bằng dung dịch rửa vết thương			
	Lau khô vết thương và xung quanh			
	Dùng kèm gấp một miếng gạc để cạnh vết thương			
	Tay không thuận dùng kèm giữ mỗi chỉ có nút chỉ kéo nhẹ lên, tay thuận dùng kéo cắt 1 bên sợi chỉ dưới nút chỉ sát mặt d, rút chỉ đặt lên miếng gạc			
	Tiếp tục cắt đến hết hoặc cắt cách quãng (theo chỉ định của Bác sĩ). Đếm mỗi chỉ đã cắt, sát khuẩn lại vết thương và xung quanh rộng ra 5 cm			
	Đắp gạc phủ kín vết nay và băng lại			
	Báo cho người bệnh biết việc đã xong, giúp người bệnh trở về tư thế tiện nghi. Dặn người bệnh những điều cần thiết			
	Thu dọn dụng cụ: + Đẻ dụng cụ nhiễm vào thùng chứa dung dịch khử khuẩn + Phân loại rác theo quy định + Xử lý chất thải lây nhiễm và đồ vải đúng cách.			
	Rửa tay và ghi hồ sơ + Ghi vào phiếu chăm sóc ngày, giờ thay băng, cắt chỉ, tình trạng vết thương và cách xử lý. + Báo cáo bác sĩ diễn biến bất thường và quá trình liền sẹo vết thương.			

CHƯƠNG 6: QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY

I. MỤC ĐÍCH:

- Cung cấp một lượng dưỡng khí đầy đủ có nồng độ cao để điều trị tình trạng thiếu dưỡng khí

II. CHỈ ĐỊNH:

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

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

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

2. Dụng cụ

* Hệ thống oxy:

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

* Dụng cụ vô khuẩn

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

* Dụng cụ khác.

- Cốc nước sạch.
- Tấm bông, khăn bông nhỏ.
- Kéo cắt băng, băng dính.

- Khay chữ nhật
- Khay quả đậu.
- Máy hút đờm (nếu cần)
- Găng tay (nếu có hút đờm dãi)

3. Địa điểm:

Phòng sanh hoặc buồng cấp cứu có hệ thống oxy.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. PHƯƠNG PHÁP THỞ OXY MŨI HẦU

- Rửa tay, đội mũ mang khẩu trang, mang dụng cụ đến giường bệnh.
- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình..- Vệ sinh mũi miệng
- Mang găng tay - hút đờm dãi (nếu có).
- Nối ống thông vào hệ thống oxy, mở khoá oxy và kiểm tra bằng cách thử: trên mu tay hoặc đưa đầu ống thông vào cốc nước chín nếu thấy nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy.
- Khoá hệ thống oxy và tháo rời ống thông khỏi dây dẫn oxy
- Đo ống thông từ cánh mũi đến dái tai, đánh dấu bằng băng dính và làm trơn ống thông bằng nước chín hoặc nước cất.
- Từ từ đưa ống thông vào một bên mũi người bệnh đến vạch đánh dấu
- Dùng đèn lưôi mở miệng và đèn soi kiểm tra vị trí đầu ống thông.
- Cố định ống thông vào mũi - má bằng băng dính.
- Điều chỉnh oxy theo y lệnh - nối đầu ống thông với hệ thống dây dẫn oxy.
- Giúp người bệnh nằm tư thế tiện nghi.
- Theo dõi tình trạng người bệnh.
- Thu dọn dụng cụ - rửa tay.
- Ghi phiếu theo dõi chăm sóc.

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

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

V. ĐÁNH GIÁ, GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

VI. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Hướng dẫn người bệnh, gia đình và khách đến thăm không được sử dụng: bật lửa, diêm, nến, hút thuốc... để phòng chống cháy nổ.
- Hướng dẫn người bệnh (gia đình người bệnh) đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp, đảm bảo lưu thông hô hấp, vệ sinh răng miệng cho người bệnh 3-4 giờ/lần.
- Động viên người bệnh uống nước (nếu tỉnh) để phòng tránh khô đường hô hấp.

Tài liệu tham khảo:

- *Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện*

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
	Thông báo và giải thích cho người bệnh và người nhà về thủ thuật sắp làm, động viên người bệnh.			
	Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp, đảm bảo đường hô hấp phải thông thoáng			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
	Khay chữ nhật, bình làm ấm oxy, hệ thống dây dẫn oxy			
	Dây thở oxy vô khuẩn cỡ số phù hợp, bông gạc, tăm bông			
	Cốc nước sạch			
	Găng tay, kéo, băng dính, túi đựng rác sinh hoạt, túi đựng rác y tế			
	Máy hút đờm, ống hút đờm (nếu cần)			
3	Chuẩn bị người điều dưỡng			
	Trang phục theo quy định, mang khẩu trang, rửa tay thường quy			
4	Các bước tiến hành			
	Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, mang khẩu trang, mang dụng cụ đến giường bệnh.			
	Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình..			
	Vệ sinh mũi miệng cho người bệnh			
	Mang găng tay - hút đờm dãi (nếu có).			
	Nối ống thông vào hệ thống oxy, mở khoá oxy và kiểm tra bằng cách thử: trên mu tay hoặc đưa đầu ống thông vào cốc nước chín nếu thấy nổi bóng lên là đảm bảo sự thông suốt của hệ thống oxy.			
	Điều chỉnh lưu lượng oxy theo y lệnh			
	Cố định ống thông bằng cách: vòng qua tai lên đỉnh đầu hoặc xuống dưới cằm người bệnh.			

	Giúp người bệnh nằm tư thế thích hợp			
	Theo dõi tình trạng người bệnh.			
	Thu dọn dụng cụ - rửa tay.			
	Ghi phiếu theo dõi chăm sóc: + Đánh giá tình trạng người bệnh trước khi thở oxy và sau khi thở oxy + Theo dõi và ghi, hồ sơ tình trạng người bệnh: M - T° - HA - NT, lưu lượng oxy/phút, nồng độ oxy trong máu + Theo dõi và phát hiện những dấu hiệu bất thường, báo cáo bác sĩ để xử trí kịp thời.			
5	Hướng dẫn người bệnh và gia đình người bệnh			
	Hướng dẫn người bệnh, gia đình và khách đến thăm không được sử dụng: bật lửa, diêm, nến, hút thuốc... để phòng chống cháy nổ.			
	Hướng dẫn người bệnh (gia đình người bệnh) đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp, đảm bảo lưu thông hô hấp, vệ sinh răng miệng cho người bệnh 3-4 giờ/lần.			
	Động viên người bệnh uống nước (nếu tỉnh) để phòng tránh khô đường hô hấp.			

Nhận xét:

.....

CHƯƠNG 7: THẬN TIẾT NIỆU

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG TIỂU, DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

I. MỤC ĐÍCH

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi người bệnh bí tiểu đã áp dụng các biện pháp kích thích tiểu tiện không hiệu quả.
- Theo dõi khối lượng nước tiểu trong một số trường hợp.
- Lấy mẫu nước tiểu vô khuẩn làm xét nghiệm chẩn đoán.
- Chuẩn bị người bệnh phẫu thuật: trong các cuộc đại phẫu, ở đường tiết niệu,...
- Trước khi sinh
- Dẫn lưu nước tiểu gián đoạn hoặc liên tục trong trường hợp người bệnh hôn mê, liệt giường có tiểu tiện không tự chủ (để giữ vùng sinh dục và vùng xung quanh sinh dục, hậu môn sạch sẽ, khô ráo, để phòng loét mủ), sau phẫu thuật vùng đáy chậu (phòng nước tiểu tiếp xúc với vết mổ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Địa điểm

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

2. Người bệnh

- Được thông báo trước về thời gian tiến hành thủ thuật và giải thích lý do, mục đích, sự cần thiết và cảm giác khó chịu khi ống thông đưa vào.

- Trải vải nylon dưới mông người bệnh.

- Người bệnh nằm ngửa, sát mép giường đúng tư thế để điều dưỡng viên thuận tiện khi tiến hành thủ thuật:

+ Nam: nằm ngửa, kê gối dưới đầu gối cho thoải mái, bỏ quần hoặc quần ké xuống quá gối.

+ Nữ: bỏ quần, nằm ngửa chống chân, bàn chân đặt lên giường, đùi hơi giạng.

3. Dụng cụ

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

*** Ngăn trên sắp xếp dụng cụ vô khuẩn:**

- Ống thông vô khuẩn với loại hoặc cỡ số thích hợp với mục đích hoặc người bệnh (thông tiêu: thông netalon hoặc Foley).

- Một khăn có lỗ vô khuẩn đủ rộng để che phủ vùng sinh dục, hậu môn.

- Dung dịch sát khuẩn ngoài da.

- Bông cầu, gạc miếng chữ nhật vô khuẩn.

- Kẹp Kocher và kẹp phẫu tích vô khuẩn.

- Dầu nhờn vô khuẩn để bôi trơn thông tiêu.

- Bơm tiêm vô khuẩn và nước bơm bóng (để bơm bóng cố định trong trường hợp sử dụng Foley để đặt dẫn lưu nước tiểu).

- Găng tay vô khuẩn.

*** Ngăn dưới gồm:**

- khay quả đậu, túi và dây dẫn lưu nước tiểu vô khuẩn (phục vụ cho mục đích của thủ thuật).

- Ông nghiệm (nếu cần)

- Túi hoặc vật dụng đựng chất thải.

- Băng dính, kéo.

- Tấm nylon.

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

4. Nhân viên y tế

- Mang áo choàng, mũ, khẩu trang

- Trường hợp nếu người bệnh không tự chống chân được hoặc không tự duy trì được tư thế trong thời gian tiến hành thủ thuật thì cần chuẩn bị một người trợ giúp.

- Rửa tay sạch trước khi chuẩn bị người bệnh và dụng cụ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Giải thích, động viên người bệnh hiểu mục đích, lý do thông tiêu và hiểu rằng đây là thủ thuật cần thiết cho điều trị và chẩn đoán, thủ thuật này sẽ được tiến hành thuận tiện, không gây đau đớn mà chỉ khó chịu một chút khi đưa thông vào, bệnh nhân nên hợp tác, thở đều, mềm bụng và làm theo hướng dẫn của điều dưỡng viên.

2. Kiểm tra lại dụng cụ, đẩy xe dụng cụ đến bên người bệnh, thu xếp tất cả các dụng cụ trong phạm vi dễ lấy cho người thực hiện thủ thuật.

3. Kéo rèm hoặc che bình phong cho người bệnh, đặt tư thế cho người bệnh thích hợp.

4. Rửa tay.

5. Mang găng.

6. Rửa sạch vùng sinh dục (từ lỗ niệu đạo ra) bằng nước và xà phòng, thấm khô, sát khuẩn lỗ niệu đạo và vùng lân cận niệu đạo bằng dung dịch sát khuẩn.

7. Trải khăn có lỗ che 2 bên đùi sát với phần xương mu, đặt lỗ khăn vào đúng âm hộ, khăn kéo dài bao phủ xuống phía hậu môn để che khuất hậu môn.

8. Cầm ống thông tiểu, khoá hoặc kẹp đầu dưới thông tiểu, bôi trơn thông tiểu bằng dầu nhờn.

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

Tùy mục đích đặt thông mà:

- Thông tiểu: mở ống cho nước tiểu dẫn lưu hết khối bàng quang. Khi kết thúc, gập đầu dưới của ống và rút ống, để vào khay quả đậu .

- Xét nghiệm: bỏ nước tiểu chảy ban đầu và lấy nước tiểu giữa dòng vào ống nghiệm để làm xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ.

- Dẫn lưu: phải dùng ống thông Foley, dùng bơm tiêm để hút một lượng dung dịch bằng thể tích của bóng (được ghi ở đầu dưới ống thông) bơm bóng phồng lên, bơm hết tháo bơm tiêm ra, rút nhẹ thông, thấy đầu thông bị mắc, không trôi ra là được, nối đầu dưới ống thông với dây dẫn nước tiểu, mở khoá hoặc kẹp ống thông để dẫn lưu nước tiểu vào túi hoặc vật chứa được treo ở thành giường (thấp hơn người bệnh để nước tiểu chảy tự do mà không trào ngược nước tiểu ở ống vào bàng quang). Cố định ống thông vào cạnh đùi, và ống dẫn lưu vào đùi của người bệnh bằng băng dính.

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

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

VI. GHI HỒ SƠ VÀ BÁO CÁO

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

VII. HƯỚNG DẪN NGƯỜI BỆNH VÀ GIA ĐÌNH

- Cần giải thích cho người bệnh và gia đình họ hiểu rõ lý do, mục đích của thủ thuật và một vài nguyên tắc của thủ thuật để họ hợp tác trong quá trình điều trị.

- Không tự ý mở hệ thống dẫn lưu, di chuyển ống dẫn lưu, túi hoặc vật chứa nước

tiêu, không được đẩy ống dẫn lưu nước tiểu sâu vào bàng quang trong trường hợp nghi ngờ thông tuột để đề phòng nhiễm khuẩn.

- Vệ sinh vùng sinh dục, hậu môn ngày 3 lần hoặc sau mỗi lần đại tiện.

- Thường xuyên quan sát ống dẫn lưu, nếu có dấu hiệu khác thường báo ngay cho điều dưỡng hoặc bác sĩ biết.

- Nên lưu ý không để dây dẫn lưu xoắn, vặn cản trở lưu thông nước tiểu.

Tài liệu tham khảo:

- *Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2021 hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện*

- *Thông tư 23/2011/TT-BYT hướng dẫn sử dụng thuốc tại cơ sở Y tế có giường bệnh*

- *Tài liệu hướng dẫn tiêm an toàn (QĐ 3671/ QĐ-BYT, ngày 27/09/2012: hướng dẫn chi tiết các bước tiêm, kiểm tra thuốc, xử lý kim, thông tiểu, theo dõi người bệnh sau tiêm*

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT THÔNG TIỂU

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Chuẩn bị người bệnh			
	Tại phòng thủ thuật hoặc tại giường nếu giường bệnh đảm bảo vệ sinh, có bình phong hoặc màn che giường, đảm bảo sự kín đáo, riêng tư khi tiến hành thủ thuật.			
	Được thông báo trước về thời gian tiến hành thủ thuật và giải thích lý do, mục đích, sự cần thiết và cảm giác khó chịu khi ống thông đưa vào.			
	Trải vải nylon dưới mông người bệnh.			
	Người bệnh nằm ngửa, sát mép giường đúng tư thế để nữ hộ sinh thuận tiện khi tiến hành thủ thuật: Cởi quần, nằm ngửa chống chân, bàn chân đặt lên giường, đùi hơi giạng (tư thế sản khoa).			
2	Chuẩn bị dụng cụ			
2.1	Xe thủ thuật 2 ngăn: chứa dụng cụ và các vật sử dụng cho thủ thuật, trật tự sắp xếp dụng cụ phải để trong phạm vi thuận tiện tầm tay cho người thực hiện thủ thuật sử dụng			
	Ngăn trên sắp xếp dụng cụ vô khuẩn:			
	Ống thông vô khuẩn với loại hoặc cỡ số thích hợp với mục đích hoặc người bệnh (thông tiểu: thông netalon hoặc Foley).			
	Một khăn có lỗ vô khuẩn đủ rộng để che phủ vùng sinh dục, hậu môn.			
	Dung dịch sát khuẩn ngoài da.			
	Bông cầu, gạc miếng chữ nhật vô khuẩn.			
	Bông cầu, gạc miếng chữ nhật vô khuẩn.			
	Kẹp Kocher và kẹp phẫu tích vô khuẩn.			
	Dầu nhờn vô khuẩn để bôi trơn thông tiểu.			
	Gang tay vô khuẩn			
	Bơm tiêm vô khuẩn và nước bơm bóng (để bơm bóng cố định trong trường hợp sử dụng Foley để đặt dẫn lưu nước tiểu).			
	* Ngăn dưới gồm:			
	Khay quả đậu, túi và dây dẫn lưu nước tiểu vô khuẩn (phục vụ			

	cho mục đích của thủ thuật).			
	Ông nghiệm (nếu cần)			
	Túi hoặc vật dụng đựng chất thải.			
	Băng dính, kéo.			
	Tấm nylon.			
2.2	Dụng cụ khác:			
	Đèn di động để chiếu sáng lỗ niệu đạo (nếu cần), bình phong hoặc màn che.			
3	Chuẩn bị người nữ hộ sinh			
	Trang phục theo qui định, mang khẩu trang			
	Trường hợp nếu người bệnh không tự chống chân được hoặc không tự duy trì được tư thế trong thời gian tiến hành thủ thuật thì cần chuẩn bị một người trợ giúp.			
	Rửa tay sạch trước khi chuẩn bị người bệnh và dụng cụ.			
4	Các bước tiến hành			
4.1	Giải thích, động viên người bệnh hiểu mục đích, lý do thông tiểu và hiểu rằng đây là thủ thuật cần thiết cho điều trị và chẩn đoán, thủ thuật này sẽ được tiến hành thuận tiện, không gây đau đớn mà chỉ khó chịu một chút khi đưa thông vào, bệnh nhân nên hợp tác, thở đều, mềm bụng và làm theo hướng dẫn của NHS.			
4.2	Kiểm tra lại dụng cụ, đẩy xe dụng cụ đến bên người bệnh, thu xếp tất cả các dụng cụ trong phạm vi dễ lấy cho người thực hiện thủ thuật.			
4.3	Kéo rèm hoặc che bình phong cho người bệnh, đặt tư thế cho người bệnh thích hợp.			
4.4	Rửa tay			
4.5	Mang găng			
4.6	Rửa sạch vùng sinh dục (từ lỗ niệu đạo ra) bằng nước và xà phòng, thấm khô, sát khuẩn lỗ niệu đạo và vùng lân cận niệu đạo bằng dung dịch sát khuẩn.			
4.7	Trải khăn có lỗ che 2 bên đùi sát với phần xương mu, đặt lỗ khăn vào đúng âm hộ			
4.8	Cầm ống thông tiểu, khoá hoặc kẹp đầu dưới thông tiểu, bôi trơn thông tiểu bằng dầu nhờn.			
4.9	Đứng bên cạnh hông người bệnh, một tay vành 2 môi nhỏ để nhìn rõ lỗ niệu đạo, một tay còn lại cầm ống thông tiểu như kiểu cầm bút, từ từ đưa thông vào qua lỗ niệu đạo sâu 4 - 5 cm sẽ có nước tiểu chảy ra.			
4.10	Tùy theo chỉ định của bác sỹ mà:			
	<i>Thông tiểu:</i> mở ống cho nước tiểu dẫn lưu hết khối bàng quang. Khi kết thúc, gập đầu dưới của ống và rút ống, để vào khay quả			

	đầu.			
	<i>Xét nghiệm:</i> bỏ nước tiểu chảy ban đầu và lấy nước tiểu giữa dòng vào ống nghiệm để làm xét nghiệm theo chỉ định của bác sĩ.			
	<i>Dẫn lưu:</i> phải dùng ống thông Foley, dùng bơm tiêm để hút một lượng dung dịch bằng thể tích của bóng (được ghi ở đầu dưới ống thông) bơm bóng phồng lên, bơm hết tháo bơm tiêm ra, rút nhẹ thông, thấy đầu thông bị mắc, không trôi ra là được, nối đầu dưới ống thông với dây dẫn nước tiểu, mở khoá hoặc kẹp ống thông để dẫn lưu nước tiểu vào túi hoặc vật chứa được treo ở thành giường (thấp hơn người bệnh để nước tiểu chảy tự do mà không trào ngược nước tiểu ở ống vào bàng quang). Cố định ống thông và ống dẫn lưu vào đùi của người bệnh bằng băng dính.			
4.11	Lau khô vùng đáy chậu của người bệnh và giúp người bệnh mặc quần, nằm lại tư thế thoải mái.			
4.12	Thu dọn dụng cụ: kéo màn che hoặc cất bình phong, tắt đèn chiếu sáng và tiến hành quy trình khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ theo quy định, gửi nước tiểu tới nơi xét nghiệm (tùy mục đích đặt thông).			
5	Ghi hồ sơ và báo cáo			
	Ngày giờ tiến hành thủ thuật, diễn biến trước, trong và sau khi tiến hành thủ thuật, kết quả thủ thuật, tình trạng nước tiểu (khối lượng, độ đậm đặc), người tiến hành thủ thuật (ký tên, ghi rõ tên).			
6	Hướng dẫn người bệnh và thân nhân người bệnh			
	Cần giải thích cho người bệnh và gia đình họ hiểu rõ lý do, mục đích của thủ thuật và một vài nguyên tắc của thủ thuật để họ hợp tác trong quá trình điều trị.			
	Không tự ý mở hệ thống dẫn lưu, di chuyển ống dẫn lưu, túi hoặc vật chứa nước tiểu, không được đẩy ống dẫn lưu nước tiểu sâu vào bàng quang trong trường hợp nghi ngờ thông tuột để đề phòng nhiễm khuẩn.			
	Vệ sinh vùng sinh dục, hậu môn ngày 3 lần hoặc sau mỗi lần đại tiện.			
	Thường xuyên quan sát ống dẫn lưu, nếu có dấu hiệu khác thường báo ngay cho điều dưỡng hoặc bác sĩ biết.			
	Nên lưu ý không để dây dẫn lưu xoắn, vặn cản trở lưu thông nước tiểu.			

CHƯƠNG 8: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM VẮC XIN QUY TRÌNH TIÊM VGB, LAO

I. Mục đích:

- Đảm bảo tiêm chủng an toàn, đúng chỉ định
- Phòng ngừa tai biến sau tiêm
- Theo dõi ghi nhận đầy đủ hồ sơ, sổ tiêm chủng.

II. Phạm vi – Đối tượng:

- Áp dụng: cho hộ sinh, cán bộ tiêm chủng đang làm việc tại khoa Dân số và Phát triển – Khoa CSSKSS và Phụ sản.
- Đối tượng: Trẻ sơ sinh đủ điều kiện tiêm BCG và VGB theo lịch chủng ngừa Quốc gia.

III. Quy trình tiêm Vắc xin:

1. Trước tiêm:

1.1. Tiếp nhận và khám sàng lọc:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án ghi nhận con của Sản phụ nào? Sinh thường hay sinh mổ? Sinh đủ tháng hay sinh non?
- Hỏi Sản phụ về tiền sử dị ứng, các bệnh lý kèm theo cháu bé hiện tại.
- Đo nhiệt độ, đánh giá dấu hiệu bất thường.
- Giải thích, tư vấn cho bà mẹ về loại vắc xin.

1.2. Chuẩn bị vắc xin:

- Tên vắc xin
 - Kiểm tra hạn sử dụng
 - Điều kiện bảo quản từ 2-8 độ C
 - Kiểm tra nhãn, màu sắc lọ, các nhãn mác còn nguyên vẹn hay không?
- Nếu vắc xin đủ điều kiện an toàn theo đúng quy định tiến hành chuẩn bị tiêm
- Chuẩn bị dụng cụ: khay quả đậu, pen sát trùng, cồn sát khuẩn, gòn sát khuẩn.
 - Lấy lọ thuốc BCG, VGB theo chỉ định hồ sơ bệnh án.

2. Trong khi tiêm.

- Kiểm tra quy trình 5 đúng:
 - + Đúng trẻ
 - + Đúng vắc xin
 - + Đúng liều
 - + Đúng đường dùng
 - + Đúng thời điểm

- Giữ trẻ đúng tư thế
- Thực hiện thủ thuật tiêm theo đúng quy trình kỹ thuật tiêm chủng của Bộ Y tế.
- Ghi lại loại Vắc xin, số lô, ngày tiêm vô HSBA

3. Sau khi tiêm:

- Theo dõi trẻ ít nhất 30 phút tại thời điểm tiêm.
- Dẫn dò cha mẹ và người nhà theo dõi bé khi có dấu hiệu: Sốt, sung đỏ, khó thở, quấy khóc, bỏ bú....báo lại cho NVYT.
- Ghi chép HSBA
- Nhập dữ liệu thông tin của cha mẹ, bé theo yêu cầu trên cổng thông tin Tiêm chủng Quốc gia.
- Ghi sổ tiêm chủng giao cho cha mẹ và hẹn lịch tiêm chủng mũi tiếp theo.

Tài liệu tham khảo:

- *Bộ Y tế. Hướng dẫn tiêm chủng an toàn.*
- *Hệ thống tiêm chủng mở rộng QĐ 1730/ QĐ-BYT*
- *Quy trình tiêm chủng an toàn Trung tâm Y tế*

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM VẮC XIN BCG VÀ VIÊM GAN B

- Hộ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Trước tiêm			
	Kiểm tra HSBA con của sản phụ			
	Khám sàng lọc an toàn tiêm chủng			
	Tư vấn cho cha, mẹ, người nhà			
	Kiểm tra tình trạng vắc xin(HSD, nhiệt độ bảo quản, nhãn lọ)			
	Kiểm tra số lô - liều loại vắc xin đúng			
	Chuẩn bị đầy đủ vật tư tiêm chủng			
2	Trong khi tiêm			
	Thực hiện 5 đúng			
	Giữ đúng tư thế trẻ			
	Tiêm theo đúng quy trình kỹ thuật của Bộ y tế			
	Ghi chép sổ, HSBS sau khi tiêm			
3	Sau tiêm			
	Theo dõi 30 sau khi tiêm			
	Hướng dẫn bà mẹ và gia đình chăm sóc và theo dõi dấu hiệu của bé: sốt, sưng đỏ tại chỗ tiêm, nổi mẩn đỏ toàn thân, bú kém hoặc bỏ bú báo bác sỹ ngay			
	Ghi sổ tiêm chủng trẻ			
	Ghi HSBA			
	Báo cáo tiêm chủng trên phần mềm			

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM NGỪA UỐN VÁN CHO BÀ MẸ MANG THAI

1. Mục đích:

- Đảm bảo tiêm chủng an toàn và đúng lịch tiêm
- Phòng ngừa uốn ván sơ sinh và uốn ván cho thai phụ
- Ghi chép, theo dõi và báo cáo đúng quy định

2. Đối tượng – Phạm vi áp dụng

- Phụ nữ mang thai được khám sàng lọc đủ điều kiện tiêm.
- Hộ sinh thực hiện công tác tiêm chủng tại phòng khám thai trung tâm Y tế Hà tiên.

3. Quy trình tiêm:

3.1. Tiếp nhận và khám sàng lọc

- Kiểm tra danh tính của thai phụ và khám thai đúng quy trình khám thai (9 bước khám thai).
- Khai thác tiền sử nội, ngoại khoa, bệnh lý nền, phản ứng sau tiêm trước đó.
- Thăm khám sàng lọc cơ bản (theo mẫu Bộ Y tế).
- Tư vấn cho thai phụ những lợi ích và rủi ro có thể xảy ra sau khi tiêm ngừa, lịch tiêm lần sau.

2. Chuẩn bị:

- Kiểm tra quy trình 5 đúng:
 - + Đúng trẻ
 - + Đúng vắc xin
 - + Đúng liều
 - + Đúng đường dùng
 - + Đúng thời điểm
- Cho thai phụ nằm hoặc ngồi tư thế phù hợp
- Thực hiện thủ thuật tiêm theo đúng quy trình kỹ thuật tiêm chủng của Bộ Y tế.
- Ghi lại loại Vắc xin, số lô, HSD, liều, vị trí tiêm, ngày tiêm vô HSBA

3. Sau khi tiêm:

- Theo dõi tại TTYT ít nhất 30 phút tại thời điểm tiêm.
- Hướng dẫn thai phụ:
 - + Theo dõi 24-48 giờ tại nhà
 - + Dấu hiệu cần quay lại khám ngay như: Sốt cao, sưng đỏ lan rộng, khó thở...
- Hẹn lịch tiêm mũi tiếp theo theo TCMR

- Ghi chép HSBA, sổ khám thai.
- Nhập dữ liệu thông tin tiêm chủng trên phần mềm.

Tài liệu tham khảo:

- **Bộ Y tế.** Hướng dẫn tiêm chủng an toàn.
- **Bộ Y tế (2016).** Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ CSSKSS(Phần tiêm phòng uốn ván cho bà mẹ mang thai).
- Nghị định 104/2016/NĐ-CP ngày 01/07/2016 của chính phủ qyt định về hoạt động tiêm chủng

BẢNG KIỂM
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM VẮC XIN UỐN VÁN CHO BÀ MẸ MANG THAI

- Họ sinh thực hiện:.....
- Họ và tên người bệnh:..... Tuổi.....
- Số bệnh án:....., ngày thực hiện thủ thuật:.....

STT	QUY TRÌNH	Đạt	Không	Ghi chú
1	Trước tiêm			
	Kiểm tra danh tính của thai phụ			
	Khám sàng lọc theo mẫu BHYT			
	Xác định tuổi thai và chỉ định đúng lịch			
	Kiểm tra tiền sử tiêm uốn ván			
	Kiểm tra loại vắc xin số lô, HSD, - liều loại vắc xin đúng			
	Tư vấn đầy đủ cho thai phụ về lợi ích và các tác dụng phụ của thuốc			
	Chuẩn bị đầy đủ vật tư tiêm chủng, hộp thuốc chống sốc			
2	Trong khi tiêm			
	Thực hiện 5 đúng			
	Duy trì tư thế người bệnh an toàn			
	Thực hiện tiêm theo đúng theo quy trình kỹ thuật của Bộ y tế			
	Ghi số, HSBA sau khi tiêm, đường dùng, số lô, loại vắc xin			
3	Sau tiêm			
	Theo dõi 30 sau khi tiêm			
	Hướng dẫn theo dõi tại nhà khi có dấu hiệu: sốt cao, sưng đỏ lan rộng tại chỗ tiêm, nổi mẩn đỏ toàn thân... lại khám ngay			
	Ghi số tiêm chủng			
	Ghi số tiêm uốn ván			
	Báo cáo tiêm chủng trên phần mềm			

CHƯƠNG 9: QUY TRÌNH BẢO QUẢN THUỐC, DỊCH TRUYỀN VÀ VẬT TƯ Y TẾ TẠI KHOA

1. Mục đích:

- Đảm bảo thuốc, dịch truyền và vật tư y tế được bảo quản đúng quy định, giữ nguyên chất lượng và an toàn.
- Ngăn ngừa hư hỏng, thất thoát
- Đáp ứng tiêu chuẩn GSP và quy định Bộ Y tế

2. Đối tượng – Phạm vi áp dụng

- Đối tượng: tất cả Nhân viên khoa Dân số và Phát triển – Khoa CSSKSS và Phụ sản tại Trung tâm Y tế Hà Tiên.
- Áp dụng tại Khoa Dân số và Phát triển – Khoa CSSKSS và Phụ sản.

3. Định nghĩa:

- Thuốc: bao gồm thuốc tiêm, thuốc uống, thuốc cấp cứu, thuốc độc A-B

4. Quy trình chi tiết:

4.1. Tiếp nhận thuốc – vật tư

4.1.1. Nhận từ khoa Dược theo phiếu lĩnh.

4.1.2. Đối chiếu:

- Tên thuốc – VTYT
- Nồng độ, hàm lượng, quy cách
- Số lượng
- Số lô – hạn dùng
- Tình trạng bao bì, nhãn mác

4.1.3. Ký nhận và giao số nhập khoa.

4.1.4. Chất thuốc và VTYT vô tử theo quy định

- Thuốc mới nhận về kiểm tra HSD nếu HSD xa thì chất vô khu vực phía trong của từng loại thuốc, dịch truyền, VTYT.

4.2. Bảo quản chung tại khoa

4.2.1. Yêu cầu khu vực

- Khô ráo, sạch sẽ, thoáng mát
- Tránh ánh sáng trực tiếp, ẩm mốc
- Tủ đựng phân loại từng nhóm thuốc, VTYT như thuốc thường, thuốc cấp cứu, thuốc độc A-B, bơm kim tiêm, dây truyền dịch... phải để đúng theo quy định và phân loại trong phòng .

4.2.2. Nguyên tắc sắp xếp

- FIFO (nhập trước – xuất trước)

- FEFO (hạn dùng trước – dùng trước)
- Thuốc cấp cứu để tủ riêng, dễ thấy, niêm yết danh mục
- Hóa chất, VTYT, dung dịch sát khuẩn, găng tay phân loại theo tính chất và mức độ sử dụng.

4.3. Bảo quản theo điều kiện:

- Thuốc cần lạnh nhiệt độ từ 2-8 độ C để trong tủ lạnh chuyên dụng, có nhiệt kế theo dõi nhiệt độ sáng chiều (Nhs trực cột 1).
- Không để thực phẩm, thức ăn, nước uống vô tủ lạnh đựng thuốc.
- Tủ để chỗ có nguồn điện ổn định phòng cúp điện.

4.4. Thuốc hướng thân- gây nghiện.

- Theo dõi sổ riêng có ký nhận của tua trực được phân công
- Tủ khóa 2 lớp, giao Nhs cột I quản lý.

4.5. Theo dõi kiểm tra

- Kiểm tra hàng ngày trước khi giao ca:
 - + Nhiệt độ - độ ẩm
 - + Hạn dùng
 - + Số lượng
 - + Hư hỏng
 - + Kiểm tra định kỳ hàng tháng, quý
 - + ghi chép đầy đủ vào sổ theo dõi và ký nhận hàng ngày.

5. Cấp phát và sử dụng

- Cấp phát theo y lệnh của bác sỹ
- Trước khi cấp phát phải tuân thủ 5 đúng: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời điểm.
- Thuốc thừa sau khi mở lọ ghi ngày, giờ mở, bảo quản đúng HSD sau mở theo hướng dẫn trong tờ rơi của nhà SX.

6. Xử lý thuốc hỏng – cận đất – quá hạn.

- Báo ngay điều dưỡng trưởng và khoa Dược
- Cách ly khỏi tủ thuốc
- Lập biên bản theo mẫu BYT và giao Khoa Dược xử lý.

Tài liệu tham khảo:

- *Thông tư 07/2013/TT-BYT- Quy định về sử dụng thuốc trong cơ sở y tế.*
- *Quy định quản lý – cấp phát – bảo quản thuốc và VTYT của Trung tâm Y tế.*