KM.007793

BỘ Y TẾ

CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG

ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN

SÁCH ĐÀO TẠO CAO ĐẲNG ĐIỀU DƯỠNG

TẬP I

Chủ biên: TS. Đỗ Đình Xuân

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

BỘ Y TẾ

ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN

TẬP I

SÁCH ĐÀO TẠO ĐIỀU DƯỠNG CAO ĐẲNG

Mã số: C.34.Z.01

Chủ biên: TS. ĐỖ ĐÌNH XUÂN

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC

HÀ NỘI - 2007

CHỈ ĐẠO BIÊN SOẠN:

Vụ Khoa học & Đào tạo – Bộ Y tế

CHỦ BIÊN:

TS. Đỗ Đình Xuân

NHỮNG NGƯỜI BIÊN SOẠN:

ThS. Nguyễn Mạnh Dũng

BS. CKI. Tạ Khánh Huệ

BS. CKI. Vũ Thị Thục Anh

CNĐD. Tống Vĩnh Phú

THƯ KÝ BIÊN SOẠN:

ThS. Nguyễn Mạnh Dũng

THAM GIA TỔ CHỨC BẢN THẢO:

ThS. Phí Văn Thâm

ThS. Lê Thị Bình

© Bản quyền thuộc Bộ Y tế (Vụ Khoa học và Đào tạo)

LỜI GIỚI THIỆU

Thực hiện một số điều của Luật Giáo dục, Bộ Giáo dục & Đào tạo và Bộ Y tế đã ban hành chương trình khung đào tạo Điều dưỡng cơ bản. Bộ Y tế tổ chức biên soạn tài liệu dạy - học các môn cơ sở, chuyên môn và cơ bản chuyên ngành theo chương trình trên nhằm từng bước xây dựng bộ sách chuẩn trong công tác đào tạo nhân lực y tế.

Sách Điều dưỡng cơ bản được biên soạn dựa trên chương trình giáo dục của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định trên cơ sở chương trình khung đã được phê duyệt. Sách được các nhà giáo giàu kinh nghiệm và tâm huyết với công tác đào tạo biên soạn theo phương châm: Kiến thức cơ bản, hệ thống, nội dung chính xác, khoa học; cập nhật các tiến bộ khoa học, kỹ thuật hiện đại và thực tiễn Việt Nam.

Sách Điều dưỡng cơ bản đã được Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy - học chuyên ngành cử nhân điều dưỡng và cao đẳng điều dưỡng của Bộ Y tế thẩm định vào năm 2005. Bộ Y tế ban hành là tài liệu dạy - học đạt chuẩn chuyên môn của ngành Y tế trong giai đoạn 2006 - 2010. Trong quá trình sử dụng sách phải được chỉnh lý, bổ sung và cập nhật.

Bộ Y tế xin chân thành cảm ơn các Nhà giáo, các chuyên gia của trường Đại học điều dưỡng Nam Định đã dành nhiều công sức hoàn thành cuốn sách này, cảm ơn ThS. Trần Thị Thuận, ThS. Lê Thị Bình đã đọc, phản biện để cuốn sách được hoàn chỉnh kịp thời phục vụ cho công tác đào tạo nhân lực y tế.

Lần đầu xuất bản, chúng tôi mong nhận được ý kiến đóng góp của đồng nghiệp, các bạn sinh viên và các độc giả để lần xuất bản sau được hoàn thiện hơn.

VỤ KHOA HỌC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

LỜI NÓI ĐẦU

Cuốn sách Điều dưỡng cơ bản được biên soạn căn cứ theo chương trình khung đã được Bộ Y tế phê duyệt dành cho đối tượng là Cao đẳng điều dưỡng nhằm giải quyết nhu cầu về sách và tài liệu dạy - học điều dưỡng hiện nay. Cuốn sách cung cấp cho các bạn sinh viên kiến thức lý luận chung về khoa học điều dưỡng và các kỹ thuật điều dưỡng cơ bản trong thực hành chăm sóc người bệnh. Một số chủ đề được mở rộng thêm về nội dung để bạn đọc tham khảo.

Tham gia biên soạn gồm tập thể giảng viên có trình độ tiến sĩ, thạc sĩ, bác sĩ chuyên khoa cấp I, cử nhân điều dưỡng, có kinh nghiệm đã tham gia giảng dạy điều dưỡng nhiều năm, có tham khảo các tài liệu trong nước và nước ngoài. Những người biên soạn đã dành nhiều công sức, trí tuệ, thời gian để cho ra mắt cuốn sách đáp ứng lòng mong mỏi của bạn đọc. Song do hạn chế về thời gian, trong quá trình biên soạn không thể tránh khỏi những thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp nhiệt thành từ bạn bè đồng nghiệp và bạn đọc để lần tái bản sau cuốn sách sẽ được hoàn thiện hơn.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Hội đồng chuyên môn thẩm định sách và tài liệu dạy - học chuyên ngành Cử nhân điều dưỡng và Cao đẳng điều dưỡng Bộ Y tế, các chuyên gia, Hội đồng Khoa học - Đào tạo và tập thể giáo viên bộ môn điều dưỡng Trường đại học Điều dưỡng Nam Định đã đóng góp ý kiến, tạo điều kiện để cuốn sách được ra mắt bạn đọc.

Chủ biên

NGƯT - Tiến sĩ Đỗ Đình Xuân

HIỆU TRƯỞNG

TRƯỜNG ĐẠI HỌC ĐIỀU DƯỠNG NAM ĐỊNH

MỤC LỤC

		Trang
	Lời giới thiệu	3
	Lời nói đầu	5
1	Giới thiệu lịch sử phát triển Ngành Điều dưỡng	9
2	Chức năng điều dưỡng	17
3	Định hướng phát triển Ngành Điều dưỡng	24
4	Các yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe	36
5	Luật bảo vệ sức khỏe nhân dân	45
6	Đạo đức điều dưỡng	54
7	Nhu cầu cơ bản của con người	62
8	Nhận định thực thể	67
9	Quy trình điều dưỡng	95
10	Hồ sơ người bệnh và cách ghi chép	108
11	Bảo quản dụng cụ y tế thông thường	121
12	Vô khuẩn, tiệt khuẩn	127
13	Nhiễm khuẩn bệnh viện	142
14	Theo dõi mạch	152
15	Theo dõi nhiệt độ cơ thể	158
16	Theo dõi nhịp thở	167
17	Theo dõi huyết áp động mạch	173
18	Kỹ thuật băng	181

19	Tiêm truyền dung dịch tĩnh mạch	203
20	Kỹ thuật truyền máu	211
21	Phụ giúp thầy thuốc chọc dịch màng phổi	223
22	Phụ giúp thầy thuốc chọc dịch màng bụng	231
23	Phụ giúp thầy thuốc chọc dịch màng não tuỷ	238
24	Phụ giúp thầy thuốc chọc dịch màng tim	246
25	Sơ cứu chảy máu	253
26	Sơ cứu gẫy xương	268
27	Hồi sinh tim- phổi	286
28	Thông tiểu, dẫn lưu nước tiểu, rửa bàng quang	294
29	Đáp án	307
30	Tài liệu tham khảo	310

GIỚI THIỆU LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được sơ lược lịch sử phát triển Ngành Điều dưỡng ở Việt Nam và trên thế giới.*

1. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG THẾ GIỚI

- Điều dưỡng (Nursing) có nghĩa là chăm sóc, nuôi dưỡng. Nguồn gốc của sự chăm sóc là từ những hành động của bà mẹ đối với con kể từ khi chúng mới lọt lòng.
- Từ thời xa xưa do kém hiểu biết, con người tin vào thần linh. Họ cho rằng "Thần linh là đấng thiêng liêng có quyền uy", "Thượng đế ban sự sống cho muôn loài... " Khi có bệnh họ mời các pháp sư đến cầu kinh để chữa bệnh, khi chết họ cho rằng đó là tại số, tại Thượng đế không cho sống. Từ đó hình thành nên các miếu, đền thờ, từ đó tự phát hình thành các trung tâm chăm sóc, nuôi dưỡng người ốm tại đây. Các Pháp sư lo cầu kinh chữa bệnh, các nhóm người (phụ nữ) chuyên lo việc chăm sóc bệnh nhân. Hình thành mối liên kết giữa: Y khoa - Điều dưỡng - Tôn giáo.
- Năm 60 bà Phoebe (Hy Lạp) đã chủ động đến từng nhà có người ốm để chăm sóc. Sau này bà được suy tôn là người điều dưỡng tại gia đầu tiên trên thế giới.
- Thế kỷ IV bà Phabiola (La mã) đã dành căn nhà sang trọng của mình làm nơi chăm sóc nuôi dưỡng người ốm do chính bà tự đảm nhiệm.
- Thời kỳ chiến tranh (viễn chinh) ở châu Âu, có nhiều bệnh viện được thành lập. Nhiều người tham gia công tác chăm sóc người ốm, nghề điều dưỡng đã tự phát hình thành và được nhiều người tôn kính.
- Đến thế kỷ thứ XVI, chế độ nhà thờ ở Anh bị bãi bỏ, các tổ chức tôn giáo bị giải tán, thiếu hụt trầm trọng người chăm sóc những người ốm. Những người phụ nữ bị phạm tội thay vì đi tù họ đã được lựa chọn là những người chăm sóc người ốm. Những quan niệm xấu về nghề điều dưỡng đã hình thành từ đây.
- Giữa thế kỷ XVIII đầu thế kỷ XIX, bà Floren Nightingale (1820) là phụ nữ Anh. Bà sinh ra và lớn lên trong gia đình giàu có, được học hành, biết

ngoại ngữ, xong bà có hoài bão và mơ ước được giúp đỡ những người nghèo. Vượt qua mọi trở ngại, phản kháng của gia đình, bà đã học và làm việc tại Bệnh viện Kaiser Weth (Đức) 1847 rồi ở Pháp 1853.

+ 1854-1855 chiến tranh Crime nổ ra, bà được phái sang Thổ Nhĩ Kỳ cùng 38 phụ nữ khác tham gia chăm sóc thương bệnh binh của quân đội Hoàng Gia Anh. Tại đây bà đã đưa ra lý thuyết về khoa học vệ sinh tại các cơ sở y tế. Sau 2 năm thực hiện bà đã làm giảm tỷ lệ chết do nhiễm trùng từ 42% xuống còn 2%. Bà đã làm việc cần cù, đêm đêm cầm ngọn đèn đi tua chăm sóc thương bệnh binh. Bà đã để lại ấn tượng tốt đẹp trong họ thời đó. Sau này trở về nước Bà đã được tặng thưởng 50.000 bảng Anh.

+ Bà Florence Nightingale đã dành toàn bộ số tiền trên để thành lập Trường điều dưỡng đầu tiên trên thế giới (1860). Trường Floren Nightingale với chương trình đào tạo 1 năm, đã tạo nền móng cho hệ thống đào tạo điều dưỡng ở Anh và nhiều nước trên thế giới.

Hình1. Bà Florence Nightingale (1820-1910)

Hình 2. Hình ảnh chiếc đèn cầy

- Sau này Hội điều dưỡng thế giới đã quyết định lấy ngày sinh của Bà (12/5) làm ngày điều dưỡng thế giới hàng năm.
- Ngọn đèn dầu trở thành biểu tượng của Ngành Điều dưỡng (hình 2).
- Bà Florence Nightingale đã trở thành người mẹ tinh thần của Ngành Điều dưỡng trên toàn thế giới.

Hiện nay Ngành Điều dưỡng trên thế giới đã lớn mạnh, được coi trọng như các ngành khoa học khác, có nhiều trình độ và chức danh khác nhau, đạt được nhiều thành tích đáng ghi nhận.

Hình 3. Tượng bà Florence Nightingale tại Bảo tàng Hội Điều dưỡng Thái Lan

Hình 4. Bảo tàng Florence Nightingale tại thủ đô LonĐon

Các nước trên thế giới đã hình thành hai lĩnh vực: *lĩnh vực khám chữa bệnh* do y, bác sĩ đảm nhiệm và *lĩnh vực chăm sóc phục vụ* do điều dưỡng viên đảm nhiệm. Mỗi lĩnh vực đều đòi hỏi cán bộ có trình độ ở bậc trung học, đại học, sau đại học. Ở các nước tiên tiến như Hoa Kỳ, Anh, Pháp, Úc... và một số nước phát triển trong khu vực như: Thái Lan, Hàn Quốc, Malaysia... việc đào tạo điều dưỡng đã đi vào nề nếp và có hệ thống, ổn định về quy mô đào tạo, ổn định về đội ngũ cán bộ giảng dạy đảm bảo đạt chuẩn. Ở Philipin có hơn 100 trường điều dưỡng. Ở Thái Lan có 55 trường điều dưỡng, đối tượng đào tạo từ sơ cấp đến trên đại học: trợ lý điều dưỡng đào tạo 6 tháng (Nurses aide), điều dưỡng đào tạo 1 năm (practical Nurses), điều dưỡng đào tạo 2 năm (technical Nurses), đại học (Bachelor of Nursing Science) đào tạo 4 năm, Thạc sĩ điều dưỡng khoa học (master of Nursing Science) đào tạo 2 năm và Tiến sĩ điều dưỡng Khoa học (PhD of Nursing Science) đào tạo 3 năm. Hội đồng quốc gia (Nursing Council) cấp chứng chỉ hành nghề (lisence) và điều dưỡng viên chỉ được làm việc khi có chứng chỉ hành nghề (Regitered Nurses). Ví dụ cụ thể tại một bệnh viện thực hành của Trường đại học Điều dưỡng ChiangMai Thái Lan có 1673 giường bệnh thì có: 1309 có Regitered Nurses trình độ cử nhân trở lên (gồm 2 TS, 91 ThS, 1216 cử nhân điều dưỡng), 828 điều dưỡng (practical nurses) và 365 hộ lý (nurse aide), như vậy tổng có 2514 điều dưỡng viên trên tổng số 500 bác sĩ.

Trường Sydney và Trường Đại học Flinder của nam Úc đào tạo cử nhân điều dưỡng và thạc sĩ chuyên khoa điều dưỡng về Hồi sức, Sức khỏe tâm thần, Nhi...

Ở Hà Lan đào tạo 5 trình độ điều dưỡng và đào tạo trên đại học:

+ Trình độ 4 và 5 (Level 4, 5- Nurse): đào tạo 4 năm
+ Trình độ 3 (Level 3 - Care- worker): đào tạo 3 năm

+ Trình độ 2 (Level 2 - Care helper): đào tạo 2 năm

+ Trình độ 1 (Level 1 - Care assistant): đào tạo 1 năm

Trong các bệnh viện của Hà Lan sử dụng cả 5 loại hình đối tượng đào tạo trên và các điều dưỡng viên có trình độ trên đại học. Ở Anh còn có cả hệ thống điều dưỡng viên làm cố vấn điều dưỡng (consultant) thậm chí được quyền khám bệnh và kê đơn thuốc....

Số lượng điều dưỡng trên bác sĩ của các nước đạt tỷ lệ cao theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) tỷ lệ này là từ 1:4 đến 1:8. (xem bảng 1)

Bảng 1: So sánh tỷ lệ bác sĩ và điều dưỡng của một số nước khác

Tên nước	Số bác sĩ	Số điều dưỡng	Tỷ lệ
Thái Lan	12,713	153,296	1 : 12,0
Thuỵ Điển	21,700	228,800	1 : 10,5
Canada	52,863	333,675	1 : 6,3
Malaysia	7,012	32.889	1 : 4,7
Hồng Kông	6,544	29,062	1 : 4,4
Nhật	203,797	745,291	1 : 3,7
Indonesia	33,522	115,428	1 : 3,5

2. SƠ LƯỢC LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG VIỆT NAM

2.1. Giai đoạn trước năm 1954

- Thời kỳ Pháp thuộc đã xây nhiều bệnh viện, trước năm 1900 ban hành chế độ học việc cho những người muốn làm việc tại các bệnh viện. Việc đào tạo là không chính quy, chỉ là cầm tay chỉ việc, họ là những người giúp việc, thạo kỹ thuật vững tay nghề, phụ giúp cho bác sĩ.
- Năm 1901 mở lớp nam y tá đầu tiên ở Bệnh viện Trợ Quán.
- Năm 1923 mở trường đào tạo y tá tại bản xứ, chế độ chính sách không coi trọng người bản xứ, coi y tá như là người giúp việc, lương thấp.
- Năm 1924 hội y tá ái hữu và nữ Hộ sinh Đông dương thành lập do ông Lâm Quang Thiêm phụ trách.
- Ở miền Bắc, sau cách mạng tháng 8 năm 1945 lớp y tá đầu tiên được mở, với thời gian học 6 tháng, do GS Đỗ Xuân Hợp làm hiệu trưởng, ở quân khu X Việt Bắc sau đó đến liên khu III.
- Trong những năm 50, do nhu cầu của cuộc chiến tranh, cục quân y mở lớp đào tạo y tá cấp tốc 3 tháng. Trong giai đoạn này, cơ sở vật chất rất nghèo nàn, thiếu thuốc men, phương tiện thô sơ, lạc hậu. Việc điều trị cho thương bệnh binh chủ yếu dựa vào chăm sóc.

2.2. Giai đoạn 1954 - 1975

2.2.1. Ở miền Nam

- Năm 1956, có trường điều dưỡng riêng với chương trình đào tạo 3 năm.
- Năm 1968 mở lớp đào tạo y tá 12 tháng (sơ cấp).
- Năm 1970, Hội điều dưỡng miền Nam Việt Nam thành lập.
- Năm 1973 mở lớp đào tạo điều dưỡng công cộng 3 năm.

2.2.2. Ở miền Bắc

- Năm 1954, Bộ Y tế đã xây dựng chương trình đào tạo y tá sơ cấp.
- Năm 1960, một số bệnh viện và trường trung học y tế trung ương mở lớp đào tạo y tá trưởng.
- Năm 1968, xây dựng chương trình đào tạo y tá trung cấp 2 năm 6 tháng cho đối tượng tốt nghiệp lớp 7 phổ thông, tại Bệnh viện Bạch Mai và các trường trung học y tế khác.

2.3. Giai đoạn từ 1975 đến nay

Sau 1975 Bộ Y tế đã thống nhất chỉ đạo công tác chăm sóc và điều trị bệnh nhân trong cả nước, nghề điều dưỡng cũng có tiếng nói chung cho cả hai miền.

2.3.1. Công tác tổ chức

- Năm 1982, Bộ Y tế ban hành chức danh y tá trưởng bệnh viện, trưởng khoa.
- Năm 1990, Bộ Y tế ban hành quyết định thành lập phòng điều dưỡng trong các bệnh viện có từ 150 giường bệnh trở lên.
- Năm 1992 thành lập phòng điều dưỡng của Bộ Y tế nằm trong vụ điều trị.
- Tháng 4/2002 Bộ trưởng Bộ Y tế đã ký quyết định phê duyệt kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng - hộ sinh, giai đoạn 2002-2010.

  Theo nội dung kế hoạch cho đến 2010 về mặt kiện toàn tổ chức:

  + Phấn đấu có 1 phó vụ trưởng là điều dưỡng có trình độ trên đại học phụ trách công tác điều dưỡng- hộ sinh.
  + Mỗi sở y tế có 1 điều dưỡng trưởng là phó trưởng phòng nghiệp vụ y phụ trách công tác điều dưỡng - hộ sinh.
  + Bệnh viện trung ương, bệnh viện tỉnh, bệnh viện bộ ngành có phòng điều dưỡng, có một phó giám đốc bệnh viện là điều dưỡng - hộ sinh phụ trách công tác chăm sóc, mỗi khoa có 1 phó trưởng khoa là điều dưỡng phụ trách công tác chăm sóc.

+ Trung tâm y tế quận, huyện, thành phố trực thuộc tỉnh có phòng điều dưỡng - hộ sinh, có một phó giám đốc trung tâm là điều dưỡng - hộ sinh phụ trách công tác chăm sóc.

+ Đảm bảo tỷ lệ 1 bác sĩ có 2,5 - 3 điều dưỡng - hộ sinh hoặc 1 điều dưỡng - hộ sinh cho 2 giường bệnh.

2.3.2. Công tác đào tạo, phát triển nhân lực điều dưỡng

- Năm 1985, mở khóa đào tạo đại học điều dưỡng tại chức đầu tiên tại Trường ĐHY Hà Nội và Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
- Năm 1993, chuyển đổi mô hình đào tạo y tá trung học thành cao đẳng điều dưỡng (tại Trường Cao đẳng Y tế Nam Định).
- Năm 1994 mở lớp đào tạo cao đẳng điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên tại chức tại Trường Cao đẳng Y tế Nam Định, Trường ĐHY Hà Nội, ĐHY - Dược thành phố Hồ Chí Minh.
- Năm 1995 tại Trường Đại học Y Hà Nội, Y- Dược thành phố HCM đã mở hệ đào tạo cử nhân điều dưỡng chính quy.
- Năm 1998 tại Trường Cao đẳng Y tế Nam Định mở hệ đào tạo cao đẳng điều dưỡng chính quy.
- Năm 2002 đào tạo cử nhân điều dưỡng tại chức tại Trường Đại học Y Hà Nội, Đại học Y Huế và Đại học Y- Dược thành phố HCM.
- Ngày 26-2-2004 Trường cao đẳng Y tế Nam Định được Thủ tướng Chính phủ ký quyết định nâng cấp lên Trường Đại học, đây là Trường đại học chuyên Ngành Điều dưỡng đầu tiên ở Việt Nam.

Hiện nay, điều dưỡng tại Việt Nam đang được đào tạo ở 4 trình độ: sơ cấp, trung học, cao đẳng và đại học. Có 76 cơ sở đào tạo điều dưỡng, bao gồm:

- 9 cơ sở đào tạo điều dưỡng trình độ đại học (4 năm);
- 3 cơ sở đào tạo điều dưỡng trình độ cao đẳng (3 năm) trong đó một cơ sở mới được tách ra từ trường đại học;
- 60 cơ sở đào tạo điều dưỡng trình độ trung học;
- 4 cơ sở đào tạo điều dưỡng trình độ sơ cấp.

Điều đáng lưu ý là chưa có một cơ sở nào đào tạo điều dưỡng ở trình độ trên đại học.

2.3.3. Công tác phát triển hội nghề nghiệp

- 1986 Hội điều dưỡng thành phố HCM thành lập, 1989 ở Hà Nội, Quảng Ninh, cho đến năm 2003 trong cả nước đã có 56/61 tỉnh thành hội, 01 ngành hội, (chiếm 87% tổng số tỉnh thành) với tổng số 45.000 hội viên.

- Ngày 26/10/1990 Hội Y tá điều dưỡng Việt Nam thành lập, cho đến nay hội đã hoạt động được 3 nhiệm kỳ với 4 lần đại hội.
  + Đại hội 1 là đại hội thành lập hội được tiến hành vào ngày 26/10/1990 tại Hà Nội.
  + Đại hội 2 được mở ra vào ngày 26/3/1993 tại Hà Nội.
  + Đại hội 3 được tiến hành vào ngày 17/5/1997 tại thành phố HCM.
  + Đại hội lần thứ 4 hội điều dưỡng Việt Nam đã được long trọng tiến hành tại thủ đô Hà Nội vào ngày 11/5/2002.
- Chủ tịch hội điều dưỡng Việt Nam qua 4 lần đại hội là Bà Vi Nguyệt Hồ. Sự ra đời và hoạt động thường xuyên của hội đã góp phần động viên đội ngũ y tá - điều dưỡng trong cả nước thêm yêu nghề và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh.

2.3.4. Quan hệ và hợp tác quốc tế

Trong quá trình phát triển Ngành Điều dưỡng Việt Nam đã nhận được sự giúp đỡ của các tổ chức và cá nhân trên toàn thế giới: Hội điều dưỡng của Thụy Điển, Canada, Mỹ, Nhật Bản, Thái Lan....

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Vào năm 60 bà .....A..... đã chủ động đến từng nhà có người ốm để chăm sóc.

2. Vào thế kỷ IV bà ....A.... đã dành căn nhà sang trọng của mình làm nơi chăm sóc người ốm.

3. Nhờ có lý luận về khoa học vệ sinh trong chăm sóc bà Floren Nightingale đã làm giảm tỷ lệ tử vong từ .....A.....xuống còn 2%.

4. Lớp điều dưỡng trưởng đầu tiên được đào tạo vào năm.....A.....

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

5. Những quan niệm xấu về nghề điều dưỡng được hình thành vào thế kỷ thứ:

A. XIV

B. XV

C. XVI

D. XVII

6. Trường điều dưỡng đầu tiên trên thế giới được thành lập ở nước Anh vào năm:

A. 1858

B. 1859

C. 1860

D. 1861

7. Hội điều dưỡng Việt Nam được thành lập vào ngày 26 tháng 10 năm:

A. 1990

B. 1991

C. 1992

D. 1993

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
8	Đến năm 2003 cả nước đã có 58 tỉnh thành lập hội điều dưỡng.		
9	Mô hình điều dưỡng trung học được đào tạo khóa đầu tiên vào năm 1993.		
10	Ngày 13 tháng 5 hàng năm là ngày điều dưỡng thế giới.		

CHỨC NĂNG ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa, các định hướng của nghề điều dưỡng.*
2. *Trình bày được chức năng, của người điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Con người là tài sản vô giá của xã hội, của toàn nhân loại. Con người tồn tại và phát triển được cần có những nhu cầu cơ bản: thể chất, tinh thần, xã hội. Bình thường con người tự đáp ứng được các nhu cầu đó cho bản thân mình.

Sức khỏe là sự thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội. Nó không chỉ bao hàm là tình trạng không có bệnh, tật (theo Tổ chức Y tế Thế giới). Sức khỏe không chỉ là nhu cầu mà còn là quyền cơ bản của mỗi con người. Sức khỏe chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố: di truyền, môi trường (tự nhiên, xã hội) hành vi cá nhân, và sự chăm sóc y tế.

Khi con người không khỏe (ốm đau bệnh tật...) không tự đáp ứng được nhu cầu cho bản thân, họ cần có sự chăm sóc y tế. Chăm sóc y tế thực chất là sự chăm sóc, nuôi dưỡng, điều trị bệnh của người thầy thuốc, người điều dưỡng và sự cung cấp đầy đủ, tiện lợi các dịch vụ y tế cho cộng đồng, trong đó nghề điều dưỡng có vai trò hết sức quan trọng.

2. ĐIỀU DƯỠNG VÀ NGHỀ ĐIỀU DƯỠNG

2.1. Định nghĩa điều dưỡng

Do vị trí xã hội, trình độ và sự phát triển của Ngành Điều dưỡng ở các nước rất khác nhau, cho đến nay chưa có sự thống nhất về một định nghĩa chung cho Ngành Điều dưỡng. Dưới đây là một số định nghĩa đã được đa số các nước công nhận:

- ***Theo Quan điểm của Florence Nightingale 1860:*** *điều dưỡng là một nghệ thuật sử dụng môi trường của người bệnh để hỗ trợ sự phục hồi của họ.*

Định nghĩa của Florence Nightingale về điều dưỡng phản ánh mối quan tâm của thời đại mà bà đang sống. Bà đặt vai trò trọng tâm của người điều dưỡng là giải quyết các yếu tố môi trường xung quanh nơi người bệnh để người

TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ PHÚ THỌ

bệnh được phục hồi một cách tự nhiên. Bà đã xây dựng chương trình đào tạo và mở trường điều dưỡng đầu tiên trên thế giới tại Bệnh viện Thomas Anh quốc và từ đó đặt nền tảng cho đào tạo điều dưỡng sau này.

- ***Theo quan điểm của Viginia Handerson 1960:*** *chức năng nghề nghiệp cơ bản của người điều dưỡng là hỗ trợ các hoạt động nâng cao hoặc phục hồi sức khỏe của người bệnh hoặc người khỏe hoặc cho cái chết được thanh thản mà mỗi cá nhân có thể thực hiện nếu như họ có đủ sức khỏe, ý chí và kiến thức. Giúp đỡ các cá thể sao cho họ đạt được sự độc lập càng sớm càng tốt...*

Định nghĩa của Viginia Handerson đã được Hội điều dưỡng Quốc tế chấp nhận vào năm 1973 và đa số các nhà học thuyết điều dưỡng cũng có sự thống nhất. Theo Handerson chức năng nghề nghiệp của người điều dưỡng là chăm sóc và hỗ trợ người bệnh thực hiện các hoạt động hàng ngày.

- ***Theo quan điểm của Hội Điều dưỡng Mỹ (Năm 1965): điều dưỡng là một nghề hỗ trợ cung cấp các dịch vụ chăm sóc đóng góp vào việc hồi phục và nâng cao sức khỏe.***

Năm 1980, định nghĩa về điều dưỡng của Mỹ đã được sửa đổi để phản ánh rõ bản chất nghề nghiệp, các khía cạnh luật pháp về phạm vi thực hành của người điều dưỡng và thể hiện xu hướng của Ngành điều dưỡng trong lĩnh vức chăm sóc sức khỏe: ***điều dưỡng là chẩn đoán (Diagnosis) và Điều trị (treatment) những phản ứng của con người đối với bệnh hiện tại hoặc bệnh có tiềm năng xảy ra.***

Định nghĩa trên là cơ sở để đưa ra quy trình điều dưỡng mà hiện nay được áp dụng tại rất nhiều nước trên thế giới. Tuy nhiên cũng có một số ý kiến cho rằng, định nghĩa trên thiên về kỹ thuật và giảm đi thiên chức của nghề đó là chăm sóc.

- ***Theo quan điểm của các nhà khoa học Việt Nam.***

Mãi tới cuối thế kỷ XIX, khi các bệnh viện đầu tiên của Việt Nam được người Pháp thành lập thì điều dưỡng Việt Nam mới chính thức được hình thành. Lúc đầu những người điều dưỡng được đào tạo tại các bệnh viện theo cách cầm tay chỉ việc để làm công tác phục vụ trong các bệnh viện và cứu thương. Đến năm 1946 các khóa đào tạo y tá, hộ sinh nông thôn được mở ra và sau đó tăng lên trình độ trung học vào cuối những năm 1960 và đào tạo cao đẳng và đại học điều dưỡng được bắt đầu vào cuối của thế kỷ XX. Mặc dù trình độ đào tạo và phạm vi thực hành của điều dưỡng Việt Nam hiện nay đã có nhiều thay đổi song trong nhận thức chung về vai trò của người điều dưỡng chưa được cập nhật cho phù hợp thực tế.

Từ điển tiếng Việt, Nhà xuất bản Khoa học xã hội 1999 định nghĩa: ***Y tá (điều dưỡng) là người có trình độ trung cấp trở xuống và chăm sóc người bệnh theo y lệnh bác sĩ.*** Chúng ta cần có định nghĩa mới về điều dưỡng và nghề điều dưỡng trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe hiện nay.

2.2. Định hướng nghề điều dưỡng

Điều dưỡng là một nghề dịch vụ sức khỏe cộng đồng (public health service). Tổ chức Y tế Thế giới đánh giá dịch vụ chăm sóc sức khỏe do điều dưỡng - hộ sinh cung cấp là một trong những trụ cột của hệ thống dịch vụ y tế nên đã đưa ra nhiều nghị quyết về củng cố và tăng cường dịch vụ điều dưỡng - hộ sinh toàn cầu phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng có trình độ được coi là một chiến lược quan trọng để tăng cường sự tiếp cận của người nghèo với các dịch vụ y tế, cũng như đảm bảo công bằng xã hội trong y tế. Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo các nước xây dựng và củng cố Ngành Điều dưỡng theo các định hướng cơ bản sau đây.

Điều dưỡng là một nghề chuyên nghiệp (Nursing profession).

- Y học ngày càng phát triển đòi hỏi phải nâng cao kiến thức và trình độ chuyên nghiệp của điều dưỡng. Việc nâng cao trình độ chuyên nghiệp của điều dưỡng ở bậc đại học và sau đại học đã tạo ra sự thay đổi về mối quan hệ giữa người thầy thuốc và người điều dưỡng (Doctor-Nurse relationship), người điều dưỡng trở thành người cộng sự của thầy thuốc, một thành viên của nhóm chăm sóc thay vì chỉ là người thực hiện y lệnh.
- Nghề điều dưỡng với bản chất nghề nghiệp là chăm sóc, nuôi dưỡng, đáp ứng nhu cầu cơ bản cho người bệnh, giúp họ nhanh chóng trở về trạng thái bình thường, khỏe mạnh.
- Đối tượng phục vụ của người điều dưỡng là con người. Đối tượng phục vụ này đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức, kỹ năng, thái độ thích hợp để đảm đương công việc hết sức nặng nề và vinh quang mà Đảng, Nhà nước giao phó: duy trì, bảo vệ và nâng cao tình trạng sức khỏe cho nhân dân.

Điều dưỡng là một khoa học về chăm sóc người bệnh (Nursing is a caring scinces).

- Người điều dưỡng không phải là bác sĩ thu nhỏ về phương diện kiến thức và kỹ năng, nói một cách khác kiến thức và kỹ năng của thầy thuốc sẽ vừa thừa và vừa thiếu đối với người điều dưỡng. Do bởi hai nghề có định hướng khác nhau về vai trò nghiệp vụ. Vai trò chính của bác sĩ là chẩn đoán và điều trị, vai trò chính của người điều dưỡng là chăm sóc và đáp ứng những nhu cầu cơ bản của người bệnh về thể chất và tinh thần. Do đó, đào tạo một đội ngũ giảng viên là điều dưỡng để giảng dạy điều dưỡng trong tương lai là một trong những chính sách thiết yếu để phát triển nghề điều dưỡng ở Việt Nam.
- Người làm công tác điều dưỡng phải trải qua một quá trình đào tạo thích đáng về nghề nghiệp, trong các trường đào tạo tin cậy để được trang bị các kiến thức khoa học y học và điều dưỡng.

Điều dưỡng là một ngành học (Nursing is a discipline)

- Do đặc thù của nghề điều dưỡng là làm các công việc chăm sóc từ đơn giản nhất đến những công việc phức tạp. Từ việc thay ga trải giường tới các công việc nghiên cứu, quản lý, đào tạo và trở thành những chuyên gia điều dưỡng lâm sàng có trình độ (Nursing expert) nên các nước đã đào tạo điều dưỡng ở các trình độ từ sơ học, đến trung học, đại học và sau đại học để đáp ứng nhu cầu hành nghề. Ngày nay, điều dưỡng không chỉ là một ngành học có nhiều chuyên khoa như điều dưỡng nhi, điều dưỡng phòng mổ, điều dưỡng cộng đồng, điều dưỡng tâm thần và nhiều nước còn áp dụng đào tạo hộ sinh là một chuyên khoa của điều dưỡng.

Phạm vi hành nghề của điều dưỡng được pháp luật quy định

- Bao gồm luật về phạm vi hành nghề (Scope of Nursing Practices) và đạo đức nghề điều dưỡng (Nursing ethics). Những quy định này là rất cần thiết để người điều dưỡng thực hiện đúng nghĩa vụ nghề nghiệp của mình đối với xã hội, đồng thời người điều dưỡng cũng được pháp luật bảo vệ trong quá trình hành nghề.
- Nước ta, trước đây do hoàn cảnh chiến tranh kéo dài nên mãi tới những năm 1900 Ngành Điều dưỡng mới có cơ hội để tiếp cận với Ngành Điều dưỡng thế giới và khu vực. Trong thập kỷ vừa qua, Chính phủ và Bộ Y tế đã quan tâm xây dựng Ngành Điều dưỡng và đã tạo điều kiện cho Ngành Điều dưỡng rút ngắn được sự tụt hậu so với các nước khu vực như:
  + Đã hình thành mạng lưới quản lý và chỉ đạo điều dưỡng từ Bộ đến các Sở y tế, các bệnh viện và các khoa.
  + Đã có hệ thống trường đào tạo ở các bậc. Quyết định mới đây của Chính Phủ về việc thành lập trường Đại học Điều dưỡng Nam Định là một chính sách rất quan trọng đặt nền móng cho Ngành Điều dưỡng Việt Nam phát triển và hội nhập.
  + Hội điều dưỡng Việt Nam đã được Nhà nước cho phép thành lập từ năm 1990. Đã tập hợp được những người cùng nghề và là một trong những hội chuyên ngành được đánh giá là hoạt động có hiệu quả trong các hội nghề nghiệp của Ngành Y tế.
  + Các mô hình chăm sóc toàn diện đang được thực hiện đã góp phần làm tăng chất lượng dịch vụ điều dưỡng và qua đó động viên toàn xã hội có sự nhìn nhận về vai trò của người điều dưỡng và Ngành Điều dưỡng ngày càng rõ nét.
  + Kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng - hộ sinh đến 2010 đã được Bộ Y tế phê duyệt (5/2002) sẽ là cơ sở cho việc xây dựng những chính sách phát triển nguồn nhân lực điều dưỡng cũng như đầu tư phát triển Ngành Điều dưỡng.

3. CHỨC NĂNG CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

Theo Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo điều dưỡng có hai chức năng: chức năng chủ động và chức năng phối hợp.

3.1. Chức năng chủ động (Chức năng độc lập)

Chức năng chủ động của người điều dưỡng bao gồm những nhiệm vụ chăm sóc cơ bản thuộc phạm vi kiến thức mà người điều dưỡng đã được học và họ có thể thực hiện được một cách chủ động.

Thực hiện chức năng chủ động là nhằm đáp ứng các nhu cầu cơ bản cho người bệnh. Các nhu cầu cơ bản đó bao gồm các nhu cầu của người bệnh về: hô hấp, ăn uống, bài tiết, vận động, duy trì thân nhiệt, vệ sinh cá nhân, thay mặc quần áo, ngủ và nghỉ, an toàn, giao tiếp, tín ngưỡng, lao động, học tập, hỗ trợ tinh thần.

3.2. Chức năng phối hợp

Chức năng này liên quan tới việc thực hiện các y lệnh của thầy thuốc và việc báo cáo tình trạng người bệnh cho thầy thuốc. Trong khi thực hiện chức năng này người điều dưỡng phải hiểu được mình là người cộng tác với thầy thuốc (Co- ordinator), chứ không phải là người trợ giúp cho thầy thuốc như quan điểm trước đây. Chức năng phối hợp của người điều dưỡng bao hàm cả việc người điều dưỡng cần có sự phối hợp với bạn bè đồng nghiệp (điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên khác) để hoàn thành công việc của mình.

4. CHỨC NĂNG CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG CHĂM SÓC (Theo quy chế bệnh viện Nhà Xuất bản Y học 1997).

- Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt chú ý thực hiện quy chế chăm sóc người bệnh toàn diện, quy chế quản lý buồng bệnh, buồng thủ thuật.
- Nghiêm chỉnh thực hiện đầy đủ y lệnh của thầy thuốc.
- Thực hiện chăm sóc người bệnh theo đúng quy định kỹ thuật bệnh viện:
  + Điều dưỡng trung cấp (điều dưỡng chính) thực hiện được các kỹ thuật cơ bản như: lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh, uống thuốc, kỹ thuật tiêm thuốc, truyền dịch, thay băng, đặt ống thông, kỹ thuật cấp cứu theo quy định và vận hành bảo quản các thiết bị y tế trong khoa theo sự phân công.
  + Điều dưỡng cao cấp (Cử nhân điều dưỡng) ngoài việc thực hiện như điều dưỡng chính còn phải thực hiện các kỹ thuật chăm sóc phức tạp khi điều dưỡng chính không thực hiện được, tham gia đào tạo, quản lý và sử dụng thành thạo các thiết bị y tế trong khoa.

- Đối với người bệnh nặng nguy kịch phải chăm sóc theo y lệnh và báo cáo kịp thời những diễn biến bất thường cho bác sĩ điều trị xử trí kịp thời.
- Ghi những thông số dấu hiệu, triệu chứng bất thường của người bệnh và cách xử trí vào phiếu theo dõi, chăm sóc theo quy định.
- Hàng ngày cuối giờ làm việc phải bàn giao đầy đủ tình hình người bệnh cho điều dưỡng trực và ghi vào sổ những y lệnh còn lại trong ngày, những yêu cầu theo dõi, chăm sóc đối với từng người bệnh đặc biệt là người bệnh nặng.
- Bảo quản tài sản, thuốc, dụng cụ y tế, trật tự và vệ sinh buồng bệnh, buồng thủ thuật trong phạm vi được phân công.
- Tham gia nghiên cứu điều dưỡng và hướng dẫn thực hành về công tác chăm sóc người bệnh cho học sinh - sinh viên khi được điều dưỡng trưởng phân công.
- Tham gia thường trực theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.
- Động viên người bệnh an tâm điều trị. Phải thực hiện tốt quy định y đức
- Thường xuyên học tập, cập nhật kiến thức.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Theo quan điểm của Hội điều dưỡng Mỹ (1965): điều dưỡng là....A.... hỗ trợ cung cấp các dịch vụ .....B..... đóng góp vào việc hồi phục và nâng cao sức khỏe.

2. Theo quan điểm của Hội điều dưỡng Mỹ (1980): điều dưỡng là chẩn đoán và điều trị những ....A....của con người đối với bệnh.....B.....hoặc bệnh có tiềm năng xảy ra.

3. Liệt kê 2 chức năng của người điều dưỡng.

A.....

B.....

4. Chức năng chủ động của người điều dưỡng là nhằm đáp ứng các....A..... cơ bản cho người bệnh.

5. Nghề điều dưỡng phát triển theo 4 định hướng:

.....

Khoa học về chăm sóc người bệnh

.....

Pháp luật bảo vệ

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau:

6. Chức năng phối hợp của người điều dưỡng là sự phối hợp công tác giữa người điều dưỡng với.

Bác sĩ.

Điều dưỡng.

Nhân viên y tế khác.

Hộ sinh.

7. Nhiệm vụ cơ bản nhất của điều dưỡng trung cấp là.

Chăm sóc người bệnh.

Quản lý tài sản trong khoa.

Quản lý buồng bệnh.

Tham gia đào tạo.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
8	Thực hiện y lệnh thuốc là thể hiện chức năng chủ động của người điều dưỡng.		
9	Hàng ngày hết giờ làm việc điều dưỡng phải bàn giao đầy đủ tình hình người bệnh cho bác sĩ trực.		
10	Ngoài các nhiệm vụ chăm sóc người bệnh, người điều dưỡng còn phải tham gia công tác đào tạo.		

ĐỊNH HƯỚNG PHÁT TRIỂN NGÀNH ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được những thành tựu, những tồn tại cơ bản của Ngành Điều dưỡng trong thời gian qua.*
2. *Trình bày được những định hướng cơ bản phát triển của Ngành Điều dưỡng trong giai đoạn từ năm 2002 đến năm 2010.*

1. NHỮNG THÀNH TỰU CƠ BẢN

1.1. Thay đổi quan niệm về chức năng điều dưỡng

Quan niệm về chức năng hoàn toàn phụ thuộc trước đây của điều dưỡng nay đã được thay đổi thành chức năng chủ động chăm sóc và chịu trách nhiệm về chăm sóc, chức năng phụ thuộc thực hiện y lệnh và chức năng phối hợp cùng thầy thuốc và các nhân viên khác, chăm sóc người bệnh trong bệnh viện và sức khỏe cộng đồng.

Sự thay đổi chức năng đã tăng thêm nhiệm vụ, trách nhiệm cho điều dưỡng, hộ sinh và tăng thêm vai trò, vị trí của người điều dưỡng trong xã hội và trong ngành y tế. Bệnh viện đã giao phần trách nhiệm và dịch vụ chăm sóc cho điều dưỡng và các cơ sở Y tế khác giao cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

1.2. Tổ chức mạng lưới

- Tổ chức điều dưỡng đã hình thành một hệ thống từ Trung ương đến địa phương.
  - + Tại Bộ Y tế có phòng điều dưỡng trong vụ điều trị.
  - + Tại sở y tế, thành phố trực thuộc trung ương có phòng điều dưỡng trong phòng nghiệp vụ y.
  - + Tại các bệnh viện, các trung tâm y tế có phòng điều dưỡng.

1.3. Thành lập Hội điều dưỡng Việt Nam

Hội Y tá- điều dưỡng trước đây và hội điều dưỡng Việt Nam ngày nay đã được thành lập, tổ chức theo 3 cấp (trung ương hội, tỉnh hội, chi hội), tập hợp

đông đảo hội viên, kết hợp công tác với Bộ Y tế thúc đẩy phát triển hệ thống điều dưỡng và thực hành chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

Hội đã tranh thủ được nhiều sự giúp đỡ vật chất và kỹ thuật của các tổ chức trong nước và Quốc tế, được đánh giá là một trong những hội hoạt động có hiệu quả.

1.4. Đổi mới phân công chăm sóc và lập kế hoạch chăm sóc

Phương thức phân công thực hành chăm sóc người bệnh trước đây là theo dịch vụ tiêm, băng, uống thuốc, xét nghiệm nay đã khác hẳn là phân công theo người bệnh và nhóm người bệnh hay cộng đồng.

Sự chăm sóc không bị xé lẻ thành dịch vụ và người điều dưỡng chịu trách nhiệm toàn bộ công tác chăm sóc cho một người hay một nhóm người, do đó chất lượng thực hành được nâng cao và người bệnh hay cộng đồng biết rõ ai là người chăm sóc đem lại lợi ích cho mình.

Lập kế hoạch chăm sóc vắ chủ động thực hành chăm sóc là công việc bắt buộc hàng ngày của điều dưỡng trong các bệnh viện. Kế hoạch chăm sóc thiết lập từ hỏi bệnh, quan sát, đo lường và đánh giá các dấu hiệu đã giúp người điều dưỡng thực hiện công tác chăm sóc một cách khoa học và hiệu quả hơn, đáp ứng nhu cầu vật chất, tinh thần của người bệnh và giúp được nhiều hơn cho công tác chẩn đoán và điều trị của thầy thuốc.

1.5. Đóng góp và thực hiện kế hoạch y tế quốc gia

Các thống kê hiện nay không cho phép tính toán được số lượng, chất lượng dịch vụ mà người điều dưỡng đã thực hiện. Song tất cả đều thừa nhận sự đóng góp to lớn của lực lượng đông đảo điều dưỡng về khối lượng, các dịch vụ chăm sóc cơ bản và kỹ thuật, đặc biệt là trong những năm gần đây có sự phát triển của các dịch vụ kỹ thuật chăm sóc và điều trị phức tạp.

Thực hành của điều dưỡng đã đóng góp có hiệu quả vào các lĩnh vực chủ yếu sau.

+ Hộ sinh: thăm khám thai, sinh đẻ an toàn, chăm sóc trẻ đẻ non, phòng uốn ván rốn, kế hoạch hóa gia đình.
+ Điều dưỡng: trong cộng đồng: tiêm chủng mở rộng, phòng chống dịch, chăm sóc bà mẹ trẻ em, lao, phong, tâm thần, phục hồi chức năng, vệ sinh môi trường và giáo dục sức khỏe. Trong bệnh viện các dịch vụ chăm sóc cơ bản và kỹ thuật cho người bệnh, các dịch vụ chuyên khoa và phức tạp, các dịch vụ hỗ trợ chẩn đoán điều trị của thầy thuốc.

1.6. Những cải tiến về đào tạo

Các tỉnh, thành trong cả nước đều có các trường đào tạo điều dưỡng. Số lượng điều dưỡng tốt nghiệp hàng năm 400 cao đẳng, 5.715 điều dưỡng trung học, 2.498 điều dưỡng sơ học.

Bậc học đã có nhiều thay đổi, ngoài đào tạo nhân viên y tế điều dưỡng sơ học và trung học, đã có đào tạo các bậc cao đẳng và đại học trong nước, đào tạo trên đại học ở nước ngoài.

Chương trình đào tạo đã được biên soạn lại chuẩn hóa theo quy trình của Bộ Giáo dục và Bộ Y tế. Giáo trình các cấp đã được in ấn, phát hành. Công tác đào tạo lại và tập huấn, cơ sở vật chất và thực hành đào tạo đã có nhiều đầu tư, nâng cấp. Chất lượng đào tạo được nâng cao một bước, đáp ứng nhu cầu sử dụng hiện tại. Một số điều dưỡng, hộ sinh có kinh nghiệm đã tham gia giảng dạy đào tạo về phần chăm sóc trong các trường.

1.7. Nghiên cứu khoa học (NCKH)

Từ năm 1990 phương pháp NCKH đã được đưa vào các lớp tập huấn, đào tạo lại nên đã có một số công trình nghiên cứu nhỏ, bằng phương pháp điều tra về một số lĩnh vực quản lý, nhân lực, kỹ thuật chăm sóc, chống nhiễm khuẩn và vật tư tiêu hao. Một số kết quả nghiên cứu đã được sử dụng vào trong thực tiễn.

1.8. Những thay đổi về chính sách điều dưỡng

Những chính sách về viện phí, bảo hiểm y tế đã có tác động đến toàn xã hội và tác động tăng thu nhập cho cán bộ Ngành Y tế trong đó có điều dưỡng.

Chính sách hành nghề y dược tư nhân đã cho phép điều dưỡng, hộ sinh mở các phòng dịch vụ y tế tư nhân, nhà hộ sinh tư nhân và dịch vụ KHHGĐ.

Chính sách về đào tạo đã thúc đẩy điều dưỡng, hộ sinh tích cực học tập nâng cao nghiệp vụ quản lý và thực hành chăm sóc, tham gia nhiều hơn vào công tác giảng dạy tại các trường, có cơ hội phấn đấu chức danh, học hàm, học vị như các bác sĩ và cán bộ các ngành khác.

Chính sách về lương và xếp ngạch công chức điều dưỡng đã tạo điều kiện cho Ngành Điều dưỡng phát triển.

2. NHỮNG TỒN TẠI VÀ THÁCH THỨC

2.1. Sự thiếu hụt về số lượng và yếu kém về chất lượng

Theo *Niên giám thống kê năm 2003* do Bộ Y tế xuất bản, Việt Nam có 47.587 bác sĩ; 64.397 điều dưỡng và hộ sinh trong đó có 2128 điều dưỡng đại học, cao đẳng (chiếm 3,3 %), 45762 điều dưỡng trung học (71,0%) và 16.535 điều dưỡng sơ cấp (25,69%); tỷ lệ điều dưỡng trên 10.000 dân là 5,95, tỷ lệ hộ sinh trên 10.000 dân là 2,0, tỷ lệ bác sĩ trên 10.000 dân là 5,88, tỷ lệ bác sĩ/điều dưỡng là 1/1,3. So sánh với các nước trên thế giới và trong khu vực, tỷ lệ này ở Việt Nam là rất thấp. WHO khuyến cáo tỷ lệ này là từ 1:4 đến 1:8. Như vậy, đến năm 2010, Việt Nam cần thêm khoảng 78.000 điều dưỡng, trong đó nhân lực điều dưỡng chuyên nghiệp được đào tạo tại các trường đại học và cao đẳng là trên 31.000 (khoảng 40%).

Thêm vào đó, đội ngũ điều dưỡng cũng cần phải được nâng cao kiến thức, kỹ năng và kỹ thuật để đáp ứng được những thay đổi đang diễn ra trong thực tế. Đội ngũ này cũng cần phải phát triển các kỹ năng chăm sóc dựa vào cộng đồng, đặc biệt là việc chăm sóc sức khỏe tại các vùng chưa phát triển, chăm sóc sức khỏe cho người nghèo và những người cần có sự quan tâm đặc biệt của xã hội, góp phần làm giảm tỷ lệ người mắc bệnh, tỷ lệ chết, tỷ lệ người tàn tật và đảm bảo sự công bằng trong chăm sóc sức khỏe ngày càng tăng. Tuy nhiên, hiện cũng có nhiều rào chắn ngăn cản và giới hạn mức độ đóng góp của điều dưỡng vào các mục tiêu chăm sóc sức khỏe nhân dân. Dự án này sẽ tác động vào lĩnh vực đào tạo điều dưỡng, qua đó góp phần loại trừ các rào cản này.

Hiện nay 90% nhân lực điều dưỡng là nữ. Thúc đẩy nghề điều dưỡng phát triển dựa trên nền tảng kiến thức và khoa học sẽ tạo ra những tiến bộ về công bằng giới tính trong lĩnh vực y tế. Cần có những chính sách và biện pháp thúc đẩy vai trò kinh tế - xã hội của nữ điều dưỡng trong Ngành Y tế cũng như trong xã hội. Đối với việc ngăn ngừa sự phát triển, phổ biến của HIV/AIDS và sự thiếu hụt của công tác chăm sóc sức khỏe tại gia đình, công tác chăm sóc điều dưỡng đang ngày càng trở thành mẫu hình thích hợp cho việc phòng ngừa căn bệnh này, cũng như việc chăm sóc có hiệu quả đầy tinh thần trách nhiệm đối với những người và cộng đồng sống chung, chịu ảnh hưởng của HIV/AIDS.

- Chất lượng điều dưỡng còn nhiều tồn tại:
  + Các kỹ thuật thực hành chăm sóc chưa được chuẩn hóa thành những quy trình thực hiện cho người điều dưỡng và hộ sinh.
  + Chăm sóc toàn diện mới bắt đầu còn ở mức thấp, các chăm sóc cơ bản như vệ sinh, ăn uống, thay đổi tư thế còn giao phó nhiều cho người nhà. Quy trình thực hiện một số dịch vụ kỹ thuật bị cắt xén, sự phân công nhiệm vụ theo người bệnh tại một số bệnh viện bị sao nhãng và một số kế hoạch chăm sóc không được thực hiện và chức năng độc lập bị bỏ quên. Tinh thần, thái độ, trách nhiệm, y đức yếu kém và biểu hiện tiêu cực của một số điều dưỡng và hộ sinh đã làm mất uy tín của Ngành y tế và nghề điều dưỡng. Kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng còn hạn chế: 41% giải thích qua loa với người bệnh, 36% không giải thích hoặc còn quát mắng người bệnh là kết quả phỏng vấn 202 người bệnh của hội điều dưỡng Việt Nam năm 1997 tại các bệnh viện.
- Công tác điều dưỡng, hộ sinh nông thôn và thăm gia đình chưa được quan tâm, thống kê đánh giá năm 1995 của vụ điều trị cho biết phân bố nhân lực tại bệnh viện là 63,5% tại cộng đồng là 36,5%.

2.2. Năng lực điều hành của hệ thống điều dưỡng trưởng còn nhiều hạn chế

Hiện nay cả nước có khoảng 6.800 điều dưỡng và hộ sinh trưởng trong đó có trình độ đại học là 8,4%, trình độ trung học 88,4% nhưng chỉ có 30% được tập huấn về quản lý đã tạo những khó khăn nhất định cho việc điều hành công

tác điều dưỡng hàng ngày tại khoa phòng, đặc biệt là quan hệ với các phòng chức năng chủ chốt của bệnh viện.

2.3. Chưa có một hệ thống pháp quy về điều dưỡng

- Điều dưỡng là một nghề và phải được đăng ký hành nghề nhằm đảm bảo an toàn người bệnh và cộng đồng, kiểm tra được chất lượng chăm sóc.
- Trong nước ta Bác Hồ đã nói: " Y tá là một nghề" nhưng đến nay chưa triển khai đăng ký.
- Chưa có quy định về tài chính cho các hoạt động về điều dưỡng và hộ sinh là những động lực phát triển điều dưỡng.

2.4. Đào tạo chưa đáp ứng nhu cầu

- Số lượng chiêu sinh điều dưỡng cộng đồng hàng năm thấp không đáp ứng nhu cầu sử dụng của các cơ sở y tế và cộng đồng.
- Không có đào tạo chuyên khoa mà chỉ có điều dưỡng đa khoa trong khi các bệnh viện lại sử dụng vào chuyên khoa.
- Đào tạo các cấp bậc điều dưỡng, hộ sinh chưa kết hợp với nhu cầu sử dụng và chưa có một tỷ lệ cấp bậc hợp lý mong muốn giữa đào tạo và sử dụng các nhân viên y tế sơ học, trung học, cao đẳng, đại học và trên đại học.
- Các giáo viên về bộ môn chăm sóc và thực hành là các điều dưỡng và hộ sinh có trình độ và kiến thức còn khan hiếm, giáo trình chưa theo kịp các kiến thức mới.
- Đầu tư các trường đào tạo điều dưỡng không nhiều, đặc biệt là cơ sở thực hành.

2.5. Những thách thức

- Sự phát triển kinh tế, xã hội làm tăng nhu cầu chăm sóc trong bệnh viện và cộng đồng.
- Sự chuyển dịch mô hình bệnh tật hiện nay từ nhiễm trùng, suy dinh dưỡng sang không nhiễm trùng và người già như tim mạch, ung thư đòi hỏi mở rộng các loại hình dịch vụ chăm sóc đột quỵ, tai nạn giao thông.
- Sự phát triển khoa học kỹ thuật y học và thông tin trên thế giới, sự mở rộng các trung tâm y học chuyên sâu và chuyên khoa sâu trong bệnh viện đòi hỏi người điều dưỡng, hộ sinh phải nâng cao trình độ, kỹ năng, kỹ xảo.
- Phát triển các dịch vụ chăm sóc hướng về cộng đồng, đặc biệt là chăm sóc tại nhà, tại các vùng khó khăn với người nghèo và diện chính sách xã hội góp phần làm giảm tỷ lệ mắc, chết, tàn tật và làm tăng công bằng y tế.

3. MỤC TIÊU CỦNG CỐ VÀ PHÁT TRIỂN ĐIỀU DƯỠNG NĂM 2010

- Mục tiêu tổng quát.
  - + Mục tiêu năm 2010 là phát triển số lượng điều dưỡng, nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh và cộng đồng, đáp ứng nhu cầu sức khỏe nhân dân, đóng góp nhiều hơn vào hoàn thành mục tiêu y tế Quốc gia và hội nhập với phát triển điều dưỡng thế giới.
  - + Xây dựng, ban hành và tổ chức thực hiện các tiêu chuẩn Quốc gia về chất lượng chăm sóc người bệnh và cộng đồng, làm cơ sở cho đánh giá, kiểm tra giám sát.
  - + Xác định nhiệm vụ và chức năng của điều dưỡng các cấp làm cơ sở cho đào tạo và sử dụng.

4. GIẢI PHÁP VÀ CHÍNH SÁCH CHỦ YẾU

4.1. Phát triển số lượng điều dưỡng và hộ sinh đáp ứng nhu cầu chăm sóc tại bệnh viện và cộng đồng

Thực hiện các mục tiêu cụ thể theo Nghị quyết số 46-NQ/TW ngày 23-02-2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới:

- Tuổi thọ trung bình tăng lên trên 72 tuổi.
- Tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi giảm xuống dới 16 %o trẻ đẻ sống.
- Tỷ lệ chết trẻ em dới 5 tuổi giảm xuống dới 25 %o trẻ đẻ sống.
- Tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị suy dinh dưỡng giảm xuống dưới 20‰.
- Tỷ lệ bác sĩ: 7, dược sỹ: 01 trên 10.000 dân.
- Đảm bảo cơ cấu 3,5 điều dưỡng trên 01 bác sĩ.
- Đạt chỉ tiêu 20,5 giường bệnh/10 000 dân (trong đó 10 % là giường bệnh tư nhân).
- Đảm bảo 80 % số xã có bác sĩ.
- Đảm bảo 60 % thuốc chữa bệnh sản xuất trong nước.

Bảng 1. Kế hoạch hành động quốc gia về tăng cường công tác điều dưỡng, hộ sinh giai đoạn 2002 - 2010
(Quyết định số 1613/2002/QD - BYT ngày 3/5/2002 của Bộ trưởng Bộ Y tế)
Các chỉ số về đào tạo

Các chỉ số	2002 - 2005	2010
1. Thành lập trường Đại học điều dưỡng	01	02
2. Thành lập khoa đào tạo điều dưỡng trong các trường đại học	07	07
3. Nâng cấp các trường trung học lên trường cao đẳng	50% trường TW và 10% trường địa phương	100% trường TW và 20% trường địa phương
4. Đào tạo thạc sĩ chuyên Ngành Điều dưỡng	50	150
5. Đào tạo tiến sĩ chuyên Ngành Điều dưỡng	10	30
6. Đào tạo giáo viên điều dưỡng, hộ sinh	50% trình độ cao đẳng và 50% trình độ đại học	50% trình độ đại học và 30% cao học
7. Đào tạo điều dưỡng trưởng	50% trình độ cao đẳng và 50% trình độ đại học	100% trình độ đại học 15% cao học 90% hoàn thành khóa học quản lý
8. Đào tạo chuyên khoa	5% nhân lực được đào tạo điều dưỡng chuyên khoa	10% nhân lực được đào tạo điều dưỡng chuyên khoa

4.2. Xây dựng và ban hành hệ thống pháp quy về hành nghề điều dưỡng

- Điều dưỡng là một nghề quan trọng ảnh hưởng trực tiếp đến sự an toàn của người bệnh và cộng đồng, cần phải xây dựng và ban hành tiêu chuẩn quốc gia về chăm sóc.
- Các giải pháp chủ yếu:
  + Đăng ký hành nghề bắt buộc cho tất cả những ai là điều dưỡng, hộ sinh hiện đang công tác trong các cơ sở y tế công, tư và cộng đồng, các điều dưỡng, hộ sinh tốt nghiệp các trường lớp có nguyện vọng hành nghề điều dưỡng, hộ sinh.
  + Bộ Y tế là cơ quan pháp nhân chịu trách nhiệm đăng ký hành nghề điều dưỡng, xây dựng và ban hành tiêu chuẩn đăng ký, tổ chức thực hiện và cấp chứng chỉ hành nghề cho điều dưỡng và hộ sinh.
  + Hội điều dưỡng Việt Nam với tư cách là hội nghề nghiệp tư vấn cho Bộ Y tế về việc đăng ký, cấp phép và rút phép đăng ký hành nghề của điều dưỡng và hộ sinh.

+ Thành lập ban điều hành quốc gia về điều dưỡng nghiên cứu, xây dựng và ban hành "Tiêu chuẩn quốc gia về chăm sóc". Có sự giúp đỡ của chuyên gia tư vấn Quốc tế làm cơ sở cho thực hành đánh giá, kiểm tra, khen thưởng, đào tạo và sử dụng điều dưỡng. Các tiêu chuẩn về y đức và đạo đức nghề nghiệp được sử dụng và hướng dẫn hoạt động nghiệp vụ và hành vi nghề nghiệp của điều dưỡng làm tôn vinh vị trí, vai trò của điều dưỡng.

4.3. Tăng cường công tác đào tạo điều dưỡng và nghiên cứu khoa học

Nhu cầu chăm sóc rất lớn của 10 năm tới đòi hỏi phải tăng cường công tác đào tạo bảo đảm về số lượng, chất lượng và cơ cấu cho các lĩnh vực phòng, chữa bệnh, đào tạo và quản lý.

- Các giải pháp chủ yếu là:
  + Thành lập tổ nghiên cứu quốc gia về đào tạo điều dưỡng giúp ban điều hành quốc gia về điều dưỡng nghiên cứu, xem xét, đánh giá và lập kế hoạch đào tạo dài hạn năm 2010. Tham quan học tập kinh nghiệm nước ngoài về đào tạo điều dưỡng.
  + Thực hiện chỉ đạo của Bộ Y tế về xây dựng các chương trình đào tạo điều dưỡng các bậc học, thời gian đào tạo, chuyên khoa đào tạo theo luật giáo dục.
  + Quy hoạch lại mạng lưới đào tạo điều dưỡng, từng bước đưa mặt bằng trình độ của điều dưỡng viên lên chủ yếu là cao đẳng và đại học, nâng cấp một số trường trung học y tế lên cao đẳng. Tiến hành đào tạo đại học chuyên ngành về điều dưỡng tiến tới đào tạo trên đại học về điều dưỡng ở trong nước.
  + Gửi các cán bộ, giáo viên có đủ tiêu chuẩn ra nước ngoài đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ điều dưỡng.
  + Tăng cường công tác nghiên cứu khoa học về điều dưỡng: quản lý điều dưỡng, mô hình chăm sóc người bệnh, phát huy sáng kiến cải tiến, áp dụng các tiến bộ khoa học kỹ thuật trong điều dưỡng....

4.4. Nâng cao năng lực quản lý công tác điều dưỡng

- Số lượng điều dưỡng và hộ sinh rất lớn, công tác tại nhiều vị trí lại có trách nhiệm nặng nề bảo đảm chăm sóc an toàn cho người bệnh và cộng đồng nên cần phải có năng lực quản lý phù hợp với yêu cầu nhiệm vụ được giao.
- Các giải pháp chủ yếu là:
  + Mở các lớp tập huấn về đào tạo cán bộ quản lý các cấp về kiến thức tổ chức và quản lý y tế nói chung và điều dưỡng nói riêng, chủ yếu là các trưởng phòng điều dưỡng các bệnh viện, điều dưỡng trưởng các sở y tế tỉnh thành.

+ Điều hành quản lý công tác điều dưỡng bằng pháp luật và các văn bản pháp quy về điều dưỡng đi đôi với giám sát, kiểm tra, thanh tra việc thực hiện các tiêu chuẩn chăm sóc.

+ Nâng cao năng lực lập kế hoạch ngắn và dài hạn phát triển công tác điều dưỡng tại cấp quốc gia, địa phương và cơ sở đơn vị, bao gồm cả năng lực triển khai, tổ chức thực hiện và đánh giá hoàn thành.

+ Tham gia nhiều hơn nữa vào việc xây dựng chính sách y tế quốc gia và chính sách liên quan đến điều dưỡng, động viên lực lượng điều dưỡng tham gia và phát huy cơ chế dân chủ cơ sở.

4.5. Kiện toàn hệ thống tổ chức và phát triển nhân lực

- Thành lập hội đồng tư vấn điều dưỡng- hộ sinh quốc gia để tư vấn cho Bộ Y tế về chính sách và tiêu chuẩn hành nghề điều dưỡng- hộ sinh làm cơ sở cho việc đào tạo giám sát kiểm tra, đánh giá, khen thưởng và sử dụng.
- Tăng cường thêm nhân lực và nhiệm vụ để phòng điều dưỡng Bộ Y tế quản lý, điều hành và giám sát điều dưỡng toàn quốc.
  + Trong vụ điều trị phấn đấu có 1 vụ phó phụ trách công tác điều dưỡng - hộ sinh.
  + Sở Y tế tỉnh có phòng điều dưỡng – Trưởng phòng điều dưỡng là phó phòng nghiệp vụ y phụ trách về công tác điều dưỡng.
  + Bệnh viện Trung ương, bệnh viện tỉnh, bệnh viện các bộ, ngành có phòng điều dưỡng. Có 1 phó giám đốc bệnh viện là điều dưỡng phụ trách về điều dưỡng- hộ sinh.
  + Trung tâm y tế quận huyện thành phố thuộc tỉnh có phòng điều dưỡng có 1 phó giám đốc trung tâm là điều dưỡng phụ trách công tác chăm sóc.
  + Đảm bảo tỷ lệ 1 bác sĩ/ 2,5 – 3 điều dưỡng – hộ sinh.

4.6. Nâng cao chất lượng thực hành

- Xây dựng và tổ chức thực hiện các tiêu chuẩn chất lượng về chăm sóc người bệnh và cộng đồng.
- Các giải pháp cụ thể là:
  + Xây dựng tiêu chuẩn chất lượng cho mỗi dịch vụ kỹ thuật chăm sóc bao gồm chăm sóc cơ bản, chăm sóc kỹ thuật và chăm sóc chuyên biệt, các bước thực hiện quy trình kỹ thuật .
  + Xây dựng tiêu chuẩn phân loại và thống kê các dịch vụ chăm sóc theo hồ sơ bệnh án và theo người thực hiện. Tổ chức cập nhật và theo dõi liên tục các số liệu và chất lượng dịch vụ nhập vào hệ thống thông tin, lưu trữ vi tính của bệnh viện và trung tâm y tế quận, huyện, báo cáo lên các cấp.

+ Đầu tư cơ sở vật chất y dụng cụ và điều kiện làm việc cho hoạt động điều dưỡng.

4.7. Tham gia của điều dưỡng vào thực hiện mục tiêu y tế quốc gia

- Hoạt động của điều dưỡng về chăm sóc người bệnh và cộng đồng góp phần quan trọng vào phòng và chữa bệnh cho cá thể và cộng đồng, thực hiện mục tiêu làm giảm tỷ lệ mắc, chết và tăng tuổi thọ.
- Các giải pháp cụ thể là:
  + Tăng cường công tác chăm sóc tại nhà, là những dịch vụ điều dưỡng đóng góp vào giảm tỷ lệ mắc, chết và tàn tật trong cộng đồng, đặc biệt là các chương trình y tế quốc gia.
  + Tăng cường công tác chăm sóc người bệnh trong bệnh viện, thực hiện các dịch vụ chăm sóc và phối hợp dịch vụ điều trị với thầy thuốc, góp phần rút ngắn ngày điều trị và giảm tỷ lệ biến chứng, tàn tật và chết.
  + Tăng cường công tác hộ sinh trong bệnh viện và cộng đồng góp phần giảm tỷ lệ chết mẹ, chết chu sinh.

4.8. Nâng cao y đức và đạo đức nghề nghiệp

- Người điều dưỡng và hộ sinh phải tự rèn luyện, nâng cao y đức và đạo đức nghề nghiệp, thể hiện cụ thể y đức và đạo đức nghề nghiệp vào trong các hoạt động hàng ngày.
- Các giải pháp cụ thể là:
  + Hội điều dưỡng Việt Nam phát động một phong trào vận động trong hội về nâng cao y đức và đạo đức nghề nghiệp, trên cơ sở đánh giá những tồn tại chủ quan và đưa ra những phương hướng hoàn thiện.
  + Điều chỉnh hành vi và thay đổi hành vi chăm sóc và thực hành của điều dưỡng, hộ sinh, thực hiện được những tiêu chuẩn quốc gia về chăm sóc, thực hiện thực hành trong bệnh viện và cộng đồng, loại trừ hiện tượng tiêu cực.
  + Kết hợp vận động với kiểm tra, giám sát của các cấp, các ngành đặc biệt là thông tin đại chúng.

4.9. Chuẩn hóa quy trình thực hành chăm sóc

- Hoàn thiện và tiến tới xây dựng chuẩn hóa quốc gia về "Quy trình kỹ thuật".
- Hoàn thiện và tiến tới xây dựng chuẩn hóa quốc gia về "Quy trình thực hành chống nhiễm khuẩn tại bệnh viện và cộng đồng".

- Xây dựng các mô hình - các dự án minh họa về chăm sóc toàn diện để nghiên cứu áp dụng rộng rãi tại bệnh viện và thí điểm mô hình chăm sóc của điều dưỡng- hộ sinh tại cộng đồng và tại nhà.

4.10. Mở rộng hợp tác quốc tế trong lĩnh vực điều dưỡng - hộ sinh

- Tranh thủ sự giúp đỡ của các tổ chức quốc tế về kỹ thuật, phương tiện và kinh phí cho công tác điều dưỡng- hộ sinh.
- Hợp tác trao đổi với các nước trong các lĩnh vực nghiên cứu khoa học, học tập, thăm quan, hội nghị hội thảo về công tác điều dưỡng- hộ sinh.
- Tham gia vào các tổ chức quốc tế về chuyên Ngành Điều dưỡng- hộ sinh ở khu vực và thế giới.

4.11. Đảm bảo đời sống, vật chất và tinh thần cho điều dưỡng- hộ sinh

- Sử dụng đa dạng và hiệu quả các phương tiện, truyền thông và tăng cường nhận thức và vai trò của điều dưỡng- hộ sinh.
- Đề nghị Chính phủ bổ sung ngạch công chức và thang bảng lương cho điều dưỡng- hộ sinh tương đương với thang bảng lương của các chuyên ngành khác có cùng bậc đào tạo và thời gian đào tạo.
- Bổ sung tiêu chuẩn danh hiệu cao quý cho điều dưỡng- hộ sinh trong các danh hiệu chung của Ngành Y tế.
- Bổ sung các chế độ phụ cấp cho điều dưỡng - hộ sinh.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Quan niệm chức năng điều dưỡng trước đây là phụ thuộc nay đã thay đổi thành chức năng ....A.....

2. Tổ chức mạng lưới điều dưỡng đã hình thành một hệ thống từ ....A...đến ....B...

3. Hội điều dưỡng Việt Nam đã có tổ chức theo 3 cấp Trung ương hội, tỉnh hội và ....A.....

4. điều dưỡng Việt Nam đã đổi mới mô hình phân công chăm sóc trước đây phân công theo công việc nay là phân công chăm sóc .....A.....

5. Chính sách hành nghề y dược tư nhân cho phép điều dưỡng mở...A....y tế tư nhân.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
6	Dự kiến phát triển nhân lực từ 2002 – 2010 đảm bảo tỷ lệ 1 bác sĩ/ 4 điều dưỡng.		
7	Mục tiêu từ 2002 – 2010 Bộ Y tế xây dựng và ban hành hệ thống pháp quy về hành nghề điều dưỡng.		
8	Mục tiêu phấn đấu từ 2002 – 2010 trong vụ điều trị Bộ Y tế có 1 vụ trưởng phụ trách công tác điều dưỡng.		
9	Để nâng cao chất lượng thực hành Bộ Y tế chọn lọc một số kỹ thuật để xây dựng tiêu chuẩn.		
10	Thực hiện tốt mục tiêu y tế quốc gia là tăng cường dịch vụ điều dưỡng chăm sóc tại nhà.		
11	Mục tiêu về công tác đào tạo từ 2002 – 2010 là ưu tiên đào tạo đội ngũ giáo viên điều dưỡng.		

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được định nghĩa về sức khỏe và các cơ sở chính trị, pháp lý về sức khỏe.*
2. *Nêu được cách phân loại các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.*
3. *Trình bày được các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.*
4. *Nêu được một cách khái quát cách giải quyết các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe.*

1. ĐỊNH NGHĨA VỀ SỨC KHỎE

Sức khỏe là một trạng thái thoải mái toàn diện về thể chất, tâm thần, xã hội và không phải chỉ bao gồm tình trạng không có bệnh hay thương tật (YXHH 1982 Giáo sư Hoàng Đình Cầu, theo WHO)

Theo hiến chương của WHO: "Việc có một sức khỏe tốt nhất mà mình có khả năng đạt được là một trong các quyền cơ bản của mỗi con người, mặc dù thuộc bất cứ chủng tộc, tôn giáo, các chính kiến chính trị, điều kiện kinh tế hay xã hội nào cũng vậy".

Nghị quyết hội nghị lần thứ tư BCH Trung ương Đảng khóa VII có nêu: "Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội, là nhân tố quan trọng trong sự nghiệp xây dựng và bảo vệ tổ quốc. Vì vậy chúng ta phai phấn đấu để mọi người đều được quan tâm chăm sóc sức khỏe".

Sức khỏe là một lĩnh vực hết sức nhậy bén của cuộc sống. Có thể nói rằng tất cả mọi khía cạnh của cuộc sống đều tác động đến sức khỏe hoặc chịu tác động của sức khỏe. Các nguy cơ đối với sức khỏe xuất phát từ nhiều nguồn khác nhau. Một số nguy cơ có nguồn gốc sinh học, trong đó có những cái mang tính chất di truyền. Có những nguy cơ là hậu quả của hành vi cá nhân của con người. Lại có những nguy cơ nảy sinh từ môi trường sống của từng cá nhân, bao gồm những tác động tự nhiên và những điều kiện kinh tế xã hội.. Tuy nhiên việc phân loại các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe thành các nhóm lớn đã được một số người thực hiện.

2. PHÂN LOẠI CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SỨC KHỎE

2.1. Theo giáo sư Hoàng Đình Cầu Nhà xuất bản Y học năm 1982

2.1.1. Yếu tố địa lý

- Tài nguyên thiên nhiên của đất nước.
- Khí hậu.
- Giao thông vận tải.

2.1.2. Yếu tố dân số

- Cơ cấu dân số, tỷ trọng các thành phần nhân dân sắp xếp theo lứa tuổi (tuổi đời, tuổi lao động).
- Sự phát triển dân số, chương trình bảo vệ bà mẹ và trẻ em.
- Sự tập trung dân số thành các điểm dân cư.
- Sự di chuyển dân số.

2.1.3. Yếu tố văn hóa - tâm lý xã hội

- Trình độ văn hóa thực tế của nhân dân.
- Tâm lý tập quán phong tục, tín ngưỡng đạo đức.

2.1.4. Yếu tố kinh tế xã hội

- Sự phát triển kinh tế.
- Tình hình kiến thiết đô thị và nông thôn.
- Nhà ở.
- Tình hình phân bố và tổ chức lao động.

2.1.5. Yếu tố chính trị

- Chế độ xã hội và quan điểm của chính quyền đối với của sức khỏe nhân dân.
- Trật tự an ninh, quản lý xã hội, pháp chế.

2.1.6. Tình hình tổ chức y tế và phát triển công tác y tế

- Vị trí của công tác y tế trong nền kinh tế quốc dân.
- Tổ chức hoạt động các dịch vụ y tế.

Sơ đồ mô tả khái quát các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe:

3. PHÂN LOẠI THEO TÁC GIẢ WALLACE (1991)

Theo sự phân loại này các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe được xếp thành 4 nhóm chính:

* ***Các yếu tố di truyền.***

* ***Các yếu tố môi trường gồm*** môi trường tự nhiên (nhiệt độ, độ ẩm, độ ồn ào, các chất ô nhiễm, phóng xạ...) và môi trường xã hội (tập quán, luật pháp, đạo đức).

* ***Các yếu tố thuộc về chăm sóc sức khỏe*** (chất lượng chăm sóc, khả năng sẵn có và việc sử dụng các dịch vụ y tế.... đều có ảnh hưởng lớn).

* ***Hành vi cá nhân*** (sự lựa chọn của cá nhân về dinh dưỡng, nghỉ ngơi, rèn luyện thân thể, nghiện hút, hành vi tình dục...) đều tác động mạnh đến sức khỏe.

3.1. Các yếu tố di truyền

Chúng ta biết rằng mỗi tế bào trong số hàng triệu tế bào trong cơ thể con người chứa gần 100.000 gen riêng biệt, mỗi gen chứa thông tin về việc tạo ra những chất hóa học đặc hiệu để tạo nên cấu trúc của tế bào và điều chỉnh hoạt động của tế bào hoặc có thể hoà nhập vào mạch máu. Do đó nó có thể tác động vào mọi nơi của cơ thể. Các khía cạnh của chức năng sinh lý đều do hoạt động của gen kiểm soát hoặc chịu ảnh hưởng lớn của nó. Người ta chia các bệnh thành 2 nhóm lớn là:

- Các bệnh sinh ra do tác động của nhiều yếu tố có sự tham gia của 2 hoặc nhiều gen và có thể cùng với một số yếu tố môi trường.
- Các bệnh chỉ do 1 gen gây ra, loại này dễ kiểm soát hơn.

Đối với các bệnh mà yếu tố di truyền là một nguyên nhân, nhưng không quyết định tất cả như các bệnh: tim, ung thư, đái đường, béo phì,...thì mỗi cá nhân cần xem xét tiền sử bệnh của gia đình và tìm kiếm những lời khuyên về những việc cần làm để giảm nhẹ nguy cơ. Những người này có thể phải thay đổi nếp sống (ví dụ: thói quen ăn uống) hoặc cần được kiểm tra sức khỏe thường xuyên. Trong những trường hợp này vai trò của những người làm công tác giáo dục sức khỏe rất quan trọng.

Mặt khác sự phát triển của cơ thể sống phụ thuộc vào sự sắp xếp tự nhiên của các gen trong quá trình sinh sản bình thường và những biến đổi ngẫu nhiên do một số nguyên nhân gây ra (ví dụ: các hóa chất có trong môi trường).

Quá trình này sẽ sinh ra những cơ thể khuyết tật và hoàn hảo, kết quả của sự chọn lọc tự nhiên để đấu tranh sinh tồn. Vai trò của con người ở đây là phải tiếp tục nâng cao sự hiểu biết về những yếu tố đột biến đã biết hoặc còn nghi ngờ trong môi trường. Mặt khác cũng nên khuyến khích những người có nguy cơ cao, quan tâm và tìm những tư vấn liên quan đến di truyền giúp họ có quyết định phù hợp với hoàn cảnh riêng của họ.

3.2. Môi trường

3.2.1. Môi trường tự nhiên

Khi con người bắt đầu có khái niệm về sức khỏe thì cũng nhận ra rằng sức khỏe liên quan mật thiết với một số yếu tố nhất định của môi trường xung quanh. Từ xa xưa mối quan tâm lớn và hàng đầu của con người đã là không khí, nước và thức ăn. Việc bảo vệ môi trường trở thành mối quan tâm lớn và hàng đầu của các cơ quan pháp luật và thông tin đại chúng.

**** Thực phẩm và nước:***

Nước và thực phẩm là nguồn truyền các bệnh như: tả, thương hàn, các loại tiêu chảy, viêm ruột... Những bệnh này đã là nguyên nhân lớn gây tử vong. Bệnh lao thường được truyền qua nhiều con đường trong đó có sữa bán ở các cửa hàng thực phẩm, khi những người bán hàng có nguy cơ nhiễm bệnh này. Rất nhiều trường hợp ngộ độc thức ăn hoặc đồ uống kể cả đồ hộp đã từng xảy ra ở nước ta và nhiều nước trên thế giới. Ở nhiều nơi người ta đã phải giết hàng loạt gia súc có khả năng gây bệnh, cấm xuất nhập khẩu hoặc lưu hành những lô hàng lớn trong những thời kỳ nhất định. Những bệnh nhiễm khuẩn và bệnh do ký sinh trùng gây ra vẫn còn phổ biến ở các nước đang phát triển. Đây chính là hậu quả của việc dùng nước không an toàn và việc quản lý rác thải chưa tốt.

Ngày nay việc đảm bảo an toàn cho thực phẩm và nước đang gặp những thử thách lớn đó là nguy cơ do các chất hóa học dùng làm gia vị, chất nhuộm màu, thức ăn và các ô nhiễm hóa học khác gây ra. Trong số những chất này có chất có khả năng gây ra ung thư ở một chừng mực nào đó như: Chlorofom, một số hợp chất đa nhân thơm, một số kim loại nặng như chì, thuỷ ngân, Cátmi, Asen...Các chất nói trên thường gặp trong nước từ các nguồn như:

- Nước thải công nghiệp.
- Các chất thải lâm nghiệp, nông nghiệp bao gồm cả thuốc trừ sâu, diệt cỏ, phân bón hóa học.
- Rác thải từ các gia đình.

Ví dụ: chì có trong xăng dầu, dùng để hàn kim loại, mạ tôn trong đó không khí và thức ăn dễ bị nhiễm chì.

Ngoài ra còn nhiều nguồn ô nhiễm chì khác như ác quy ở ô tô, dây cáp điện, một số loại sơn...

Xung quanh chúng ta là cả một thế giới các chất hóa học tự nhiên và tổng hợp trong đó có nhiều chất chưa được nghiên cứu kỹ về độc tính. Do vậy tác động của chúng đến sức khỏe còn là một vấn đề chưa rõ cần phải được tiếp tục nghiên cứu. Đến nay vẫn chưa có số liệu chính xác về tỷ lệ ung thư do bị nhiễm các chất độc hóa học gây ra. Người ta chỉ nêu ra những con số ước lượng khác nhau vì từ khi nhiễm độc đến khi phát hiện ra bệnh là cả một thời gian dài.

** Không khí:*

Ô nhiễm không khí là một vấn đề môi trường được nghiên cứu rộng rãi và gây được sự chú ý lớn. Việc kiểm soát ô nhiễm không khí còn khó khăn và phức tạp hơn cả việc kiểm soát ô nhiễm nước, nó đang gặp thách thức quan trọng từ những vấn đề sau: mưa acid, sự loãng tầng ôzôn, trái đất ấm lên.

Nguyên nhân của mưa acid là do khí Sulfua dioxit (SO_2) thoát ra từ các nhà máy nhiệt điện và từ ô tô (ở mức thấp hơn). Tác hại của hiện tượng này là phá huỷ cây cối và các sinh vật sống ở các hồ nước ngọt. Có thể hạn chế vấn đề này bằng cách thay các trang thiết bị của các nhà máy nhiệt điện, nhưng gặp trở ngại về giá cả, giá điện tăng lên.

Sự loãng tầng ôzôn còn gây những hậu quả tai hại hơn. Chúng ta đều rõ sự có mặt của ôzôn (O_3) ở tầng bình lưu rất có lợi nó đóng vai trò lá chắn lọc phần lớn các sóng có hại của tia cực tím. Hiện nay có một loại hợp chất hóa học là chloroflocarbon (CFC) được dùng trong các máy điều hoà nhiệt độ, tủ lạnh, các nhà máy sản xuất chất dẻo... cùng với các ôxit nitơ thoát ra từ ô tô, máy bay, khuyếch tán vào khí quyển rồi chuyển vào tầng bình lưu phá huỷ các phân tử 0_3 làm loãng tầng ôzôn này. Hậu quả làm tăng tỷ lệ ung thư da và có nguy cơ làm tăng tỷ lệ chết và bệnh hắc tố.

Ảnh hưởng của việc trái đất ấm lên chưa được xác định rõ ràng lắm. Tuy nhiên có những bằng chứng cho thấy là việc thải một lượng lớn CO_2, Mêtan, CFC... vào khí quyển đang gây ra "Hiệu ứng nhà kính". Thường là nhiệt toả ra sẽ toả vào không gian vào ban đêm nhưng bây giờ bị lớp khí nói trên giữ lại làm cho nhiệt độ trung bình của trái đất tăng lên gây ra sự rối loạn hoặc thay đổi về khí hậu, ví dụ việc ấm lên có thể làm cho lớp băng dày ở 2 cực của trái đất tan ra nhiều hơn và gây lên xói mòn bờ biển.

Sự phát triển dân số và công nghiệp đang đặt ra những vấn đề lớn cho môi trường. Phát triển nhanh dân số dẫn đến sự suy giảm các điều kiện kinh tế, xã hội làm cho việc phát triển kinh tế bị hạn chế. Mặt khác gây ra gánh nặng cho các nguồn thiên nhiên.

** Tai nạn:*

Tai nạn thương vong là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Trong số những tai nạn này thường phần lớn do xe cộ gây ra. Những tai nạn gây ra tổn thất về người và gây ra gánh nặng về kinh tế cho xã hội.

Phần lớn tai nạn có thể phòng ngừa được nếu các yếu tố sau được cải thiện:

Hành vi cá nhân, phương tiện giao thông và máy móc, môi trường.

3.2.2. Môi trường xã hội

Người ta đã kiểm tra để xác định ảnh hưởng của các yếu tố xã hội như thu nhập, học vấn, nghề nghiệp, giới, chủng tộc...đến sức khỏe. Việc nghiên cứu này cho thấy là các biến số xã hội đóng vai trò dự báo về tình trạng chung

của sức khỏe hoặc những vấn đề sức khỏe cụ thể. Nhưng hiện nay tác động đến sức khỏe của các yếu tố xã hội chưa được đánh giá đầy đủ như đối với những yếu tố sinh học và tự nhiên.

Trong số những yếu tố xã hội quan trọng nhất tác động đến sức khỏe có những yếu tố tác động đến thu nhập và tình trạng chiến tranh, những biến số được nghiên cứu nhiều là nghề nghiệp, tôn giáo, giới, chủng tộc.

**** Tình trạng kinh tế xã hội:***

Sự phân bố của cải trong xã hội luôn là trọng tâm của mọi bàn cãi về ảnh hưởng xã hội đến sức khỏe. Tình trạng kinh tế xã hội liên quan chặt chẽ đến tình trạng sức khỏe trong bất cứ giai đoạn lịch sử nào hoặc nền văn hóa nào.

Người ta đã phát hiện qua các cuộc nghiên cứu rằng điều kiện kinh tế xã hội càng cao thì tỷ lệ tử vong càng thấp. Mối quan hệ giữa tình trạng kinh tế xã hội (qua thu nhập) và sức khỏe có thể biểu thị qua 4 cách sau:

- Sự khác nhau lớn về tỷ lệ chết và các chỉ số sức khỏe giữa các nước giầu và các nước nghèo cho thấy sự liên quan chặt chẽ giữa tình trạng sức khỏe tốt với tình trạng kinh tế xã hội tốt.

Ví dụ: tuổi thọ trung bình là một chỉ số tốt để đo tình trạng chung của sức khỏe. Theo số liệu 1990 tuổi thọ trung bình ở Angola một trong các nước nghèo nhất là 45,5năm, ở Ecuador một nước phát triển hơn là 66 năm, ở Mỹ là một nước phát triển nhất tuổi thọ trung bình là 75,9 năm.

- Khi các nước phát triển hơn thì việc cải thiện tình trạng sức khỏe gắn liền với sự tăng trưởng GDP. Sự tăng mức sống của người nghèo đóng góp nhiều nhất cho việc nâng cao sức khỏe của đất nước vì những người này nhạy cảm hơn đối với bệnh tật.
- Việc phân phối thu nhập trong một quốc gia gắn liền với những khác biệt về thống kê y tế của nước đó. Những tầng lớp xã hội nghèo nhất có những vấn đề xã hội tồi tệ nhất.

  Ví dụ: tỷ lệ trẻ em chết cao nhất, tuổi thọ trung bình thấp nhất.
- Có những bằng chứng cho thấy trong một quốc gia thì tình trạng sức khỏe kém trong các giai đoạn kinh tế suy sụp hoặc biến động.

Trình độ học vấn cũng liên quan chặt chẽ với tình trạng sức khỏe. Mặt khác học vấn lại liên quan chặt chẽ với mức thu nhập. Khó phân biệt tác động của từng yếu tố.

Ở một số quốc gia mức thu nhập liên quan đến chủng tộc. Người da màu có thu nhập thấp hơn so với người da trắng, các chỉ số sức khỏe của họ cũng thấp hơn.

**** Tôn giáo***

Các thành viên của một tôn giáo thường có một số đặc điểm văn hóa chung, có một số thói quen sức khỏe giống nhau, thí dụ như việc ăn chay,

không hút thuốc lá, kiêng rượu, bia.... những người này thường có tỷ lệ bệnh tim mạch và ung thư thấp hơn.

** Vấn đề giới*

Thống kê y tế cho thấy những khác nhau quan trọng liên quan đến giới. Phụ nữ có tỷ lệ tử vong thấp hơn do đó có tuổi thọ cao hơn. Các dịch vụ y tế liên quan đến phụ nữ nhiều hơn (chăm sóc sức khỏe bà mẹ tốt hơn → tỷ lệ tử vong thấp hơn).

3.2.3. Các yếu tố liên quan đến việc chăm sóc sức khỏe

Ngành Y tế có những thành tựu lớn trong thế kỷ này.

Ví dụ: tuổi thọ đã nâng lên từ 47 tuổi đến 75 năm ở Mỹ.

Nguyên nhân lớn nhất để nâng tuổi thọ là sự giảm tỷ lệ tử vong do các bệnh nhiễm khuẩn. Người ta thấy có 3 yếu tố tác động mạnh đến việc nâng cao sức khỏe là:

- Chăm sóc y tế tốt hơn, thuốc tốt hơn.
- Dinh dưỡng được cải thiện đây là yếu tố quan trọng nhất.
- Điều kiện lao động tốt hơn, an toàn hơn.

Hiện nay vẫn còn khoảng cách lớn về sức khỏe giữa những người giầu và người nghèo kể cả các nước phát triển nhất do có sự mâu thuẫn giữa giá dịch vụ y tế với thu nhập.

3.2.4. Hành vi cá nhân

Mặc dù đã có nhiều thành tựu lớn trong việc cải thiện dinh dưỡng, môi trường vệ sinh và điều kiện lao động nhờ vào những nỗ lực của các cơ quan, tổ chức nhưng phần lớn người dân vẫn còn thụ động trong quá trình cải thiện này.

Ngày nay mô hình bệnh tật đã thay đổi nhiều, vai trò của cá nhân ngày càng trở nên quan trọng hơn trong việc nâng cao và bảo vệ sức khỏe. Những vấn đề sức khỏe của ngày nay là bệnh tim mạch, ung thư, nghiện hút.... Ở các nước đang phát triển suy dinh dưỡng và bệnh nhiễm khuẩn còn là những vấn đề lớn.

Hút thuốc lá là hành vi có hại nhiều đối với sức khỏe, nó là nguyên nhân gây ung thư phổi có liên quan đến bệnh tim mạch, viêm phế quản và làm tăng nguy cơ mắc các bệnh cảm lạnh, cúm, ung thư họng.

Thói quen ăn uống cũng có tác động đến sức khỏe. Ăn quá nhiều mỡ làm tăng lượng cholesterol, một nguyên nhân gây bệnh tim, béo phì, cao huyết áp... Có những thức ăn chứa các chất độc hóa học có thể gây ung thư.

Nghiện rượu, tiêm chích ma tuý là một vấn đề được y tế rất quan tâm vì có nhiều người có thói quen này. Nghiện rượu là nguyên nhân trầm trọng gây tai

nạn giao thông và có thể dẫn đến tử vong. Nạn chích ma tuý cũng đang phát triển ở nhiều nước trong đó có Việt Nam gây một nỗi lo ngại cho toàn xã hội.

Tai nạn và thương tích đang xảy ra với chiều hướng tăng ở nước ta. Đặc biệt là tai nạn giao thông lý do chủ yếu là không tuân thủ luật lệ giao thông và an toàn lao động. Tai nạn còn xảy ra do sự sử dụng các vật dụng như đồ điện máy móc, thuốc.... Vấn đề sức khỏe liên quan nhiều đến hành vi cá nhân là AIDS. Việc nhiễm HIV/AIDS và chết vì nguyên nhân này đang tăng lên ở mọi nơi. Sự căng thẳng là một nguyên nhân làm giảm sức đề kháng của cơ thể tăng nguy cơ bị tai nạn.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Sức khỏe là ....về thể lực, tâm thần xã hội và không phải chỉ bao gồm tình trạng không có bệnh hay thương tật.

2. Theo giáo sư Hoàng Đình Cầu các yếu tố địa lý gồm:

   A. Tài nguyên thiên nhiên của đất nước.

   B. .....

   C. Giao thông vận tải.

3. Các yếu tố kinh tế là:

   A.....

   B. Tình hình kiến thiết đô thị và nông thôn.

   C. Nhà ở.

4. Các yếu tố ảnh hưởng đến sức khỏe theo tác giả Wallace 1991 gồm:

   A. Các yếu tố di truyền.

   B. .....

   C. Các yếu tố thuộc về chăm sóc sức khỏe.

   D. .....

5. Các yếu tố môi trường tự nhiên ảnh hưởng đến sức khỏe là:

   A. Thực phẩm và nước.

   B. Không khí.

   C. .....

6. Ba yếu tố quan trọng gây ô nhiễm không khí là:

A. Mưa acid.

B. .....

C. .....

7. Những yếu tố cần được cải thiện để phòng ngừa tai nạn là:

A. Hành vi cá nhân.

B. .....

C. .....

8. Ba yếu tố tác động mạnh nhất đến việc nâng cao sức khỏe là:

A. .....

B. Dinh dưỡng được cải thiện.

C. .....

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (√) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
9	Những yếu tố xã hội ảnh hưởng đến sức khỏe là thu nhập, học vấn, nghề nghiệp, giới, chủng tộc.		
10	Tác hại của mưa acid là phá huỷ cây cối và các sinh vật sống ở hồ nước ngọt.		

LUẬT BẢO VỆ SỨC KHỎE NHÂN DÂN

(Trích nội dung chương I, II, IV)

MỤC TIÊU

1. *Nêu được nội dung chương 1 những quy định chung trong luật bảo vệ sức khỏe nhân dân.*
2. *Trình bày được những nội dung chương 2 về công tác vệ sinh trong sinh hoạt và lao động, vệ sinh công cộng và phòng chống dịch.*
3. *Trình bày được nội dung chương 4 về công tác khám và chữa bệnh.*

Sức khỏe là vốn quý nhất của con người, là một trong những điều kiện cơ bản để con người sống, hạnh phúc, là mục tiêu và là nhân tố quan trọng trong việc phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội và bảo vệ tổ quốc.

Để bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân:

Căn cứ vào Điều 47, Điều 61 và Điều 83 của Hiến pháp nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.

Luật này quy định việc bảo vệ sức khỏe nhân dân.

Chương I

NHỮNG QUY ĐỊNH CHUNG

ĐIỀU 1: Quyền và nghĩa vụ của công dân trong bảo vệ sức khỏe

1. Công dân có quyền được bảo vệ sức khỏe, nghỉ ngơi, giải trí, rèn luyện thân thể, được bảo đảm vệ sinh trong lao động, vệ sinh dinh dưỡng, vệ sinh môi trường sống, và được phục vụ về chuyên môn y tế.
2. Bảo vệ sức khỏe là sự nghiệp của toàn dân. Tất cả công dân có nghĩa vụ thực hiện nghiêm chỉnh những quy định của pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân để giữ gìn sức khỏe cho mình và mọi người.

ĐIỀU 2: Nguyên tắc chỉ đạo công tác bảo vệ sức khỏe

1. Đẩy mạnh tuyên truyền, giáo dục vệ sinh trong nhân dân, tiến hành các biện pháp dự phòng, cải tạo và làm sạch môi trường sống, bảo đảm tiêu chuẩn vệ sinh lao động, vệ sinh lương thực, thực phẩm và nước uống theo quy định của Hội đồng Bộ trưởng.
2. Mở rộng mạng lưới nhà nghỉ, nhà điều dưỡng, cơ sở tập luyện thể dục, thể thao, kết hợp lao động, học tập với nghỉ ngơi và giải trí, phát triển thể dục thể thao quần chúng để duy trì và phục hồi khả năng lao động.
3. Hoàn thiện, nâng cao chất lượng và phát triển mạng lưới phòng, chống dịch, khám bệnh, chữa bệnh, kết hợp phát triển hệ thống y tế Nhà nước với y tế tập thể và y tế tư nhân.
4. Xây dựng nền y học Việt Nam kế thừa và phát huy nền y học, dược học cổ truyền dân tộc, kết hợp y học, dược học hiện đại với y học, dược học cổ truyền dân tộc, nghiên cứu và ứng dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật của y học thế giới vào thực tiễn Việt Nam, xây dựng các mũi nhọn khoa học y học, dược học Việt Nam.

ĐIỀU 3: Trách nhiệm của Nhà nước

1. Nhà nước chăm lo bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân, đưa công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân vào kế hoạch phát triển kinh tế – xã hội và ngân sách Nhà nước, quyết định những chế độ, chính sách, biện pháp để bảo vệ và tăng cường sức khỏe nhân dân.
2. Bộ Y tế có trách nhiệm quản lý, hoàn thiện nâng cao chất lượng và phát triển hệ thống phòng bệnh, chống dịch, khám bệnh, chữa bệnh, sản xuất, lưu thông thuốc và thiết bị y tế, kiểm tra việc thực hiện các quy định về chuyên môn nghiệp vụ y, dược.
3. Hội đồng nhân dân các cấp dành tỷ lệ ngân sách thích đáng cho công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân ở địa phương, thường xuyên giám sát, kiểm tra việc tuân theo Pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân của Ủy ban nhân dân cùng cấp, của các cơ quan, các tổ chức xã hội, cơ sở sản xuất, kinh doanh của Nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân trong địa phương. Ủy ban nhân dân các cấp có trách nhiệm thực hiện các biện pháp để đảm bảo vệ sinh ăn, ở, sinh hoạt, vệ sinh công cộng cho nhân dân trong địa phương, lãnh đạo các cơ quan y tế trực thuộc, chỉ đạo sự phối hợp giữa các ngành, các tổ chức xã hội trong địa phương để thực hiện những quy định của pháp luật để bảo vệ sức khỏe nhân dân.

ĐIỀU 4: Trách nhiệm của các cơ quan Nhà nước, các cơ sở sản xuất, kinh doanh, các đơn vị vũ trang nhân dân

Các cơ quan Nhà nước, các cơ sở sản xuất, kinh doanh của Nhà nước, các

đơn vị vũ trang nhân dân (gọi chung là các tổ chức Nhà nước), các cơ sở sản xuất, kinh doanh của tập thể và tư nhân có trách nhiệm trực tiếp chăm lo, bảo vệ, tăng cường sức khỏe của những thành viên trong cơ quan đơn vị mình và đóng góp tiền của, công sức theo khả năng cho công tác bảo vệ sức khỏe nhân dân.

ĐIỀU 5: Trách nhiệm của các tổ chức xã hội

1. Mặt trận tổ quốc Việt Nam, tổng liên đoàn Lao động Việt Nam, Đoàn Thanh niên Cộng sản Hồ Chí Minh, Hội liên hiệp phụ nữ Việt Nam, Hội nông dân Việt Nam, Tổng hội Y Dược học Việt Nam, Hội y học cổ truyền dân tộc Việt Nam và các tổ chức xã hội khác động viên, giáo dục các thành viên trong tổ chức thực hiện những quy định của Pháp luật về bảo vệ sức khỏe nhân dân và tham gia tích cực vào sự nghiệp bảo vệ sức khỏe nhân dân trong phạm vi điều lệ của tổ chức mình.
2. Hội Chữ thập đỏ Việt Nam tuyên truyền, phổ biến những kiến thức y học thường thức cho hội viên và nhân dân, vận động nhân dân thực hiện các biện pháp giữ gìn sức khỏe cho bản thân và cho mọi người, hiến máu cứu người, tổ chức cứu trợ nhân dân khi có tai nạn, dịch bệnh và chiến tranh xảy ra.

Chương II

VỆ SINH TRONG SINH HOẠT VÀ LAO ĐỘNG VỆ SINH CÔNG CỘNG PHÒNG VÀ CHỐNG DỊCH BỆNH

ĐIỀU 6: Giáo dục vệ sinh

1. Các cơ quan y tế, văn hóa, giáo dục, thể dục thể thao, thông tin đại chúng và các tổ chức xã hội có trách nhiệm tuyên truyền, giáo dục cho nhân dân kiến thức về y học và vệ sinh thường thức, vệ sinh môi trường, vệ sinh phụ nữ, vệ sinh thai nghén và nuôi dạy con.
2. Bộ giáo dục xây dựng chương trình giáo dục vệ sinh cho học sinh phổ thông, mẫu giáo, nhà trẻ tạo thói quen giữ gìn vệ sinh chung, vệ sinh trong sinh hoạt và học tập.

ĐIỀU 7: Vệ sinh lương thực, thực phẩm, các loại nước uống và rượu

1. Các tổ chức Nhà nước, tập thể, tư nhân khi sản xuất, chế biến, bao bì đóng gói, bảo quản, vận chuyển lương thực, thực phẩm, các loại nước uống và rượu phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh. Khi đưa các hóa chất mới, nguyên liệu mới hoặc các chất phụ gia mới vào chế biến, bảo quản lương

thực, thực phẩm, các loại nước uống, rượu và sản xuất các loại bao bì đóng gói phải được phép của sở y tế.

2. Nghiêm cấm sản xuất, lưu thông, xuất khẩu, nhập khẩu những mặt hàng lương thực, thực phẩm, các loại nước uống và rượu không đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh.
3. Người đang mắc bệnh truyền nhiễm không được làm những công việc có liên quan trực tiếp đến thực phẩm, các loại nước uống và rượu.

ĐIỀU 8: Vệ sinh nước và các nguồn nước dùng trong sinh hoạt nhân dân

1. Các cơ quan, xí nghiệp cấp nước phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân.
2. Nghiêm cấm các tổ chức Nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân làm ô nhiễm các nguồn nước dùng trong sinh hoạt của nhân dân.

ĐIỀU 9: Vệ sinh trong sản xuất, bảo quản, vận chuyển và sử dụng hóa chất

1. Các tổ chức Nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân khi sản xuất, bảo quản, vận chuyển, sử dụng phân bón, thuốc trừ sâu, diệt cỏ, diệt chuột, hóa chất kích thích sinh trưởng vật nuôi, cây trồng và các loại hóa chất khác phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh, không gây nguy hại đến sức khỏe con người.
2. Các cơ sở sản xuất mỹ phẩm, đồ chơi trẻ em, đồ dùng vệ sinh cá nhân bằng hóa chất phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh.

ĐIỀU 10: Vệ sinh các chất thải trong công nghiệp và trong sinh hoạt

1. Các xí nghiệp, các cơ sở sản xuất của Nhà nước, tập thể, tư nhân phải thực hiện biện pháp xử lý chất thải trong công nghiệp để phòng chống ô nhiễm không khí, đất và nước theo quy định của Hội đồng Bộ trưởng.
2. Các tổ chức Nhà nước, tổ chức xã hội, tập thể tư nhân và mọi công dân không được để các chất phế thải trong sinh hoạt làm ô nhiễm môi trường sống ở các khu dân cư.

ĐIỀU 11: Vệ sinh trong chăn nuôi gia súc, gia cầm

1. Việc chăn nuôi gia súc, gia cầm phải đảm bảo vệ sinh chung. Không được giết mổ, mua, bán, ăn thịt gia súc, gia cầm bị bệnh truyền nhiễm gây nguy hại cho sức khỏe con người.
2. Nghiêm cấm việc thả rông chó ở thành phố, thị xã và thị trấn, chó nuôi phải được tiêm phòng theo quy định của cơ quan thú y.

ĐIỀU 12: Vệ sinh trong xây dựng

Việc quy hoạch xây dựng và cải tạo các khu dân cư, các công trình công nghiệp và các công trình dân dụng đều phải tuân theo tiêu chuẩn vệ sinh.

ĐIỀU 13: Vệ sinh trong trường học và nhà trẻ

1. Hội đồng nhân dân, Ủy ban nhân dân các cấp, ngành giáo dục và các ngành có liên quan phải từng bước bảo đảm cơ sở vật chất, trang thiết bị, ánh sáng, đồ dùng giảng dạy, học tập ở trường học và nhà trẻ không làm ảnh hưởng đến sức khỏe của học sinh và giáo viên.
2. Hiệu trưởng các trường học và chủ nhiệm các nhà trẻ phải đảm bảo thực hiện chương trình học tập, rèn luyện đã được quy định, bảo đảm vệ sinh trường lớp và nhà trẻ.

ĐIỀU 14: Vệ sinh trong lao động

1. Các tổ chức Nhà nước, tập thể tư nhân phải thực hiện các biện pháp bảo đảm an toàn lao động, bảo đảm tiêu chuẩn vệ sinh về độ nóng, ẩm, khói, bụi, tiếng ồn, rung chuyển và về các yếu tố độc hại khác trong kinh doanh sản xuất để bảo vệ sức khỏe, phòng chống bệnh nghề nghiệp cho người lao động, không gây ảnh hưởng xấu đến môi trường xung quanh.
2. Đơn vị và cá nhân sử dụng lao động phải tổ chức việc khám sức khỏe định kỳ cho người lao động và phải đảm bảo trang thiết bị bảo hộ lao đông cần thiết cho người lao động.

ĐIỀU 15: Vệ sinh nơi công cộng

1. Mọi người phải có trách nhiệm thực hiện những quy định về vệ sinh nơi công cộng.
2. Cấm phóng uế, vứt rác và các chất phế thải khác trên đường phố, vườn hoa, công viên và những nơi công cộng khác.
3. Cấm hút thuốc trong phòng họp, ở rạp chiếu bóng, rạp hát và những nơi quy định khác.

ĐIỀU 16: Vệ sinh trong việc quàn, ướp, chôn, hỏa táng, di chuyển thi hài, hài cốt

1. Việc quàn, ướp, chôn, hoả táng, di chuyển thi hài, hài cốt, phải tuân theo các quy định về vệ sinh phòng dịch. Nhà nước khuyến khích việc hỏa táng thi hài và hài cốt.
2. Khi di chuyển thi hài, hài cốt qua biên giới Việt Nam phải có giấy phép theo quy định của Hội đồng Bộ trưởng nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam.

ĐIỀU 17: Phòng và chống các bệnh nhiễm khuẩn bệnh dịch

1. Y tế cơ sở phải tổ chức tiêm chủng các loại vacxin phòng bệnh cho nhân dân.
2. Các tổ chức Nhà nước, tập thể, tư nhân và mọi công dân phải thực hiện các biện pháp phòng, chống các bệnh nhiễm khuẩn, bệnh dịch. Khi phát hiện có bệnh dịch hoặc nghi ngờ có bệnh dịch trong đơn vị, địa phương, cơ quan y tế phải báo cáo kịp thời với Ủy ban nhân dân cùng cấp và cơ quan y tế cấp trên.
3. Ủy ban nhân dân các cấp phải đảm bảo công tác phòng dịch, chống dịch tại địa phương.
4. Căn cứ vào tính chất nguy hiểm, mức độ lây lan của từng vụ dịch, chủ tịch Hội đồng Bộ trưởng, Bộ trưởng Bộ Y tế, Chủ tịch UBND Tỉnh, Thành phố, đặc khu trực thuộc Trung Ương có quyền áp dụng những biện pháp đặc biệt để nhanh chóng dập tắt dịch.

ĐIỀU 18: Kiểm dịch

1. Động vật, thực vật, phương tiện vận chuyển, hàng hóa ra vào biên giới và quá cảnh nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam đều phải được kiểm dịch.
2. Động vật, thực vật, phương tiện vận chuyển hàng hoá và bưu phẩm từ vùng có dịch chuyển ra vùng không có dịch đều phải được kiểm dịch tại các đầu mối giao thông bưu điện.

Chương IV

KHÁM BỆNH VÀ CHỮA BỆNH

ĐIỀU 23: Quyền được khám bệnh và chữa bệnh

1. Mọi người khi ốm đau, bệnh tật, bị tai nạn được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ở nơi công dân cư trú, lao động, học tập.
2. Người bệnh còn được chọn thầy thuốc hoặc lương y chọn cơ sở khám bệnh, chữa bệnh theo quy định của Hội đồng Bộ trưởng.
3. Trong trường hợp cấp cứu, người bệnh được cấp cứu tại bất kỳ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh nào. Các cơ sở khám bệnh chữa bệnh phải tiếp nhận và xử trí mọi trường hợp cấp cứu.

ĐIỀU 24: Điều kiện hành nghề của thầy thuốc

Người có bằng tốt nghiệp y khoa ở các trường đại học hoặc trung học có

giấy phép hành nghề do Bộ Y tế hoặc Sở Y tế cấp được khám bệnh, chữa bệnh tại các cơ sở y tế nhà nước, tập thể, tư nhân.

ĐIỀU 25: Trách nhiệm của thầy thuốc

1. Thầy thuốc có nghĩa vụ khám bệnh, chữa bệnh, kê đơn và hướng dẫn cách phòng bệnh, tự chữa bệnh cho người bệnh, phải giữ gìn bí mật về những điều có liên quan đến bệnh tật hoặc đời tư mà mình được biết về người bệnh.
2. Thầy thuốc phải có y đức, có tinh thần trách nhiệm, tận tình cứu chữa người bệnh, chấp hành nghiêm chỉnh các quy định chuyên môn nghiệp vụ, kỹ thuật y tế, chỉ sử dụng những phương pháp, phương tiện, dược phẩm được Bộ Y tế cho phép.
3. Nghiêm cấm hành vi vô trách nhiệm trong cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh làm tổn hại đến sức khỏe tính mạng, danh dự, nhân phẩm của người bệnh.

ĐIỀU 26: Giúp đỡ bảo vệ thầy thuốc và nhân viên y tế

1. Mọi tổ chức và công dân có trách nhiệm giúp đỡ, bảo vệ thầy thuốc và nhân viên y tế được quyền sử dụng các phương tiện vận chuyển có mặt tại chỗ. Người điều khiển phương tiện phải thực hiện yêu cầu của thầy thuốc và nhân viên y tế.
2. Nghiêm cấm hành vi làm tổn hại đến sức khỏe, tính mạng, danh dự nhân phẩm của thầy thuốc và nhân viên y tế trong khi đang làm nhiệm vụ.

ĐIỀU 27: Trách nhiệm của người bệnh

1. Người bệnh có trách nhiệm tôn trọng thầy thuốc và nhân viên y tế, chấp hành những quy định trong khám bệnh, chữa bệnh.
2. Người bệnh phải trả một phần chi phí y tế. Hội đồng Bộ trưởng quy định chế độ thu phí y tế.

ĐIỀU 28: Chữa bệnh bằng phẫu thuật

Thầy thuốc chỉ tiến hành phẫu thuật sau khi được sự đồng ý của người bệnh. Đối với người bệnh chưa thành niên, người bệnh đang bị hôn mê hay mắc bệnh tâm thần thì phải được sự đồng ý của thân nhân hoặc người giám hộ của người bệnh. Trong trường hợp mà thân nhân hay người giám hộ của người bệnh không đồng ý, hoặc thân nhân hay người giám hộ vắng mặt, nếu không kịp thời phẫu thuật có thể bị nguy hại đến tính mạng người bệnh thì thầy thuốc được quyền quyết định nhưng phải có sự phê chuẩn của người phụ trách hay người được ủy quyền của cơ sở y tế đó.

ĐIỀU 29: Bắt buộc chữa bệnh

1. Các cơ sở y tế phải tiến hành các biện pháp bắt buộc, chữa bệnh đối với người mắc bệnh tâm thần thể nặng, bệnh lao, phong đang thời kỳ lây truyền, bệnh lây truyền qua đường sinh dục, bệnh nghiện ma tuý, bệnh SIDA và một số bệnh truyền nhiễm khác có thể gây nguy hại cho xã hội.
2. Việc bắt buộc chữa bệnh tại các cơ sở y tế phải được thực hiện theo quy định của pháp luật.

ĐIỀU 30: Lấy và ghép mô hoặc một bộ phận của cơ thể con người

1. Thầy thuốc chỉ tiến hành lấy mô hoặc bộ phận của cơ thể người sống hay người chết dùng vào mục đích y tế sau khi đã được sự đồng ý của người cho, của thân nhân người chết hoặc người chết đó có di chúc để lại.
2. Việc ghép mô hoặc một bộ phận cho cơ thể người bệnh phải được sự đồng ý của người bệnh hoặc thân nhân hay người giám hộ của người bệnh chưa thành niên.
3. Bộ Y tế quy định chế độ chăm sóc sức khỏe cho mô hoặc một bộ phận của cơ thể.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu sau:

1. Tổ chức nào phải đảm bảo tiêu chuẩn vệ sinh nước trong sinh hoạt cho nhân dân:

A. Sở Y tế.

B. Xí nghiệp cấp nước.

C. Ủy ban nhân dân các cấp.

D. Trung tâm y tế dự phòng.

2. Đối tượng nào không phải trả một phần viện phí khi khám, chữa bệnh:

A. Bác sĩ.

B. Điều dưỡng.

C. Giáo viên.

D. Người nghỉ hưu.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (√) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
3	Bảo vệ sức khỏe là sự nghiệp của toàn dân.		
4	Bộ Y tế phải xây dựng chương trình giáo dục vệ sinh cho học sinh.		
5	Thầy thuốc và điều dưỡng có nghĩa vụ khám bệnh kê đơn và hướng dẫn mọi người chữa bệnh.		
6	Các bệnh viện Trung ương phải tổ chức tiêm chủng các loại vắc xin phòng bệnh cho nhân dân.		
7	Người bệnh được chọn thầy thuốc, chọn cơ sở khám chữa bệnh cho mình.		

ĐẠO ĐỨC ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. *Trình bày được khái niệm đạo đức điều dưỡng.*
2. *Trình bày được những quan điểm đạo đức ứng dụng trong chăm sóc điều dưỡng.*
3. *Nêu được những phẩm chất về đạo đức.*
4. *Nêu được nghĩa vụ nghề nghiệp của người điều dưỡng.*

1. KHÁI NIỆM

Từ thời đại của Florence Nigtingale, năm 1858, bà đã viết mục đích thật sự của điều dưỡng là "đặt người bệnh vào điều kiện tốt nhất để thiên nhiên tác động vào họ", Bà cho là người điều dưỡng phải biết cách giúp người bệnh để họ được sống, biết cách chăm sóc sức khỏe và giữ gìn sức khỏe của trẻ em cũng như người đã trưởng thành để tất cả mọi người lúc nào cũng ở trong tình trạng khỏe mạnh. Bên cạnh đó các nhà điều dưỡng cho rằng điều dưỡng vừa là một nghệ thuật, vừa là một khoa học. Điều dưỡng không chỉ hướng vào chăm sóc người bệnh mà còn quan tâm đến vấn đề bảo vệ, nâng cao sức khỏe cũng như việc dự phòng bệnh tật. Qua nhiều năm, bằng các phương pháp khoa học để mô tả, giải thích, nghề điều dưỡng ngày càng trở nên tinh xảo hơn.

Ngày nay điều dưỡng được coi là chẩn đoán và điều trị các đáp ứng của con người đối với vấn đề sức khỏe đang xảy ra và sẽ xảy ra. Để làm được các vấn đề trên người điều dưỡng không những phải không ngừng học tập nâng cao trình độ mà còn phải có đạo đức trong công việc chăm sóc. Chăm sóc được coi là hoạt động của con người, mang tính truyền cảm về nhân bản, thực tế. Chăm sóc còn là một khoa học, nghệ thuật có tình người, đòi hỏi người điều dưỡng phải có đạo đức. Đạo đức điều dưỡng là kim chỉ nam của người điều dưỡng, giúp người điều dưỡng không bị lạc hướng trong khi thực hiện nhiệm vụ cao cả của mình.

Đạo đức điều dưỡng quy định những chuẩn mực chi phối quyết định và hành vi điều dưỡng. Đạo đức điều dưỡng phải phù hợp với tính đa dạng của công tác điều dưỡng một cách xác đáng. Phạm vi điều dưỡng bao gồm mọi khía cạnh của công tác chăm sóc con người chứ không chỉ việc chăm sóc người bệnh. Vì vậy vai trò người điều dưỡng trong công tác điều dưỡng ngày càng lớn, đòi hỏi các điều dưỡng viên phải đối mặt với những vấn đề phức tạp hơn về đạo đức.

Các quy định về đạo đức tạo điều kiện cho điều dưỡng viên có sự lựa chọn đúng đắn. Mọi tiền đề lý luận cơ bản về điều dưỡng giúp cho người điều dưỡng đưa ra được quyết định đúng trong chăm sóc. Lý luận cơ bản bao gồm 4 nguyên tắc chính sau: quyền tự quyết, không được làm điều xấu có hại, mọi hành vi, suy nghĩ mang tính thiện và bình đẳng, vô tư.

Những nguyên tắc này dẫn dắt các hành vi đạo đức. Những vấn đề nảy sinh trong công tác chăm sóc sức khỏe đã thử thách năng lực của điều dưỡng trong việc tuân thủ các nguyên tắc trên.

Ví dụ: 1 người bệnh có thể từ chối dùng thuốc, điều dưỡng viên phải tìm cách thuyết phục họ dùng thuốc. Vì vậy điều dưỡng viên phải chuẩn bị tốt về kiến thức, kỹ năng để phục vụ, thuyết phục họ.

- Quyền tự quyết: là quyền tự do hành động của người bệnh (ví dụ: quyền của người bệnh trong việc viết giấy cam đoan). Thái độ của điều dưỡng viên là ủng hộ người bệnh, khuyến khích họ đưa ra quyết định.
- Không được làm điều xấu có hại cho người bệnh: cân nhắc, thận trọng, tránh gây nguy cơ có hại hoặc tai biến trong khi chăm sóc người bệnh. Sử dụng các tiến bộ kỹ thuật để giảm nguy cơ có hại cho người bệnh.
- Làm mọi việc có lợi cho sức khỏe người bệnh. Tìm mọi cách giúp đỡ người bệnh tốt nhất.
- Đảm bảo chăm sóc công bằng cho mọi người bệnh.
- Đạo đức là một hệ thống với các tiêu chuẩn nghề nghiệp mà mọi người điều dưỡng phải hiểu biết một cách cặn kẽ để hướng dẫn tất cả hành vi của mình quy về một mục tiêu chung trong suốt quá trình hành nghề.

Đạo đức còn là một ngành khoa học (Khoa học về hành vi), bản thân đạo đức luôn luôn tồn tại do những quy luật để dẫn con người hướng đến điều tốt đẹp.

2. NHỮNG QUAN NIỆM VỀ ĐẠO ĐỨC ỨNG DỤNG TRONG CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

- Bốn trách nhiệm cơ bản:
  + Nâng cao sức khỏe.
  + Phòng bệnh.
  + Phục hồi sức khỏe.
  + Làm giảm đau đớn cho người bệnh.
- Đặc tính của chăm sóc điều dưỡng:

Để việc chăm sóc được thực hiện, đạo đức người điều dưỡng phải có tính đặc biệt và thái độ nghề nghiệp:

+ Tôn trọng nhân phẩm và quyền con người.
+ Không bị ràng buộc bởi quy định tín ngưỡng, màu da, địa vị xã hội...
+ Người điều dưỡng cùng kết hợp với cán bộ y tế khác chăm sóc sức khỏe cho từng cá nhân và cộng đồng.

3. QUY TẮC VỀ ĐẠO ĐỨC

- Gồm những chuẩn mực về ứng xử, những trách nhiệm đặc biệt cho người làm công tác chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.
- Gồm những quy định đạo đức được mọi người trong nghề chấp thuận. Những quy định này chỉ ra những điều mà điều dưỡng viên phải cân nhắc trước khi hành động.
- Điều dưỡng viên phải có trách nhiệm và bổn phận với ca chăm sóc được giao.
- Trách nhiệm nghề nghiệp được thể hiện:
  + Đánh giá việc thực hiện chuyên môn.
  + Duy trì chuẩn mực về chăm sóc.
  + Tạo thuận lợi cho các phản ánh cá nhân và sự phát triển của cá nhân trong tập thể y tế.

4. PHẨM CHẤT VỀ ĐẠO ĐỨC

Phẩm chất về đạo đức là điều kiện cần thiết để thực hiện nghĩa vụ nghề nghiệp của người điều dưỡng, bao gồm:

4.1. Ý thức trách nhiệm cao

Tránh cẩu thả làm tổn hại đến tính mạng người bệnh, người điều dưỡng cần phải thấu hiểu sâu sắc với người bệnh và không ngừng nâng cao ý thức trách nhiệm của mình.

4.2. Trung thực

Là một trong những nét cơ bản của người điều dưỡng, tính trung thực được dựa trên cơ sở gây dựng lòng tin trong mối quan hệ giữa người điều dưỡng với người bệnh và giữa điều dưỡng với đồng nghiệp.

4.3. Khẩn trương và tự tin

" Cứu bệnh như cứu hoả" câu nói từ xưa đã chỉ rõ việc đấu tranh với bệnh tật giành sự sống cho con người đòi hỏi từng dây từng phút, sự chậm trễ có thể làm mất cơ hội cứu sống người bệnh. Bên cạnh sự khẩn trương người điều dưỡng không thể thiếu sự bình tĩnh, tự tin nếu vội vàng, hấp tấp sẽ dẫn đến hậu quả xấu cho người bệnh.

4.4. Yêu nghề

Là yếu tố thúc đẩy để người điều dưỡng không ngừng vươn lên trong học tập và công tác. Học tập nâng cao trình độ, trang bị nắm bắt kịp thời sự phát triển của y học để chăm sóc người bệnh ngày một tốt hơn.

5. NGHĨA VỤ NGHỀ NGHIỆP CỦA NGƯỜI ĐIỀU DƯỠNG

5.1. Đối với người bệnh

- Không được từ chối giúp đỡ họ: trong bất cứ hoàn cảnh nào cũng đòi hỏi người điều dưỡng phải luôn sẵn sàng giúp đỡ người bệnh. Từ chối giúp đỡ người bệnh là vi phạm nghĩa vụ xã hội, phải chịu sự lên án về đạo đức.
- Quan tâm đến nỗi đau của họ: khi người bệnh đau đớn người điều dưỡng phải quan tâm đến nỗi đau của họ, coi nỗi đau của họ như nỗi đau của chính mình, phải cảm thông với họ. Khi tiến hành các kỹ thuật chăm sóc phải hết sức nhẹ nhàng để hạn chế sự đau đớn cho người bệnh.
- Không bỏ mặc người bệnh: người điều dưỡng luôn có mặt bên cạnh người bệnh, tuyệt đối không được để người bệnh một mình hoặc phó mặc người bệnh cho người nhà của họ. Tận tụy với người bệnh, giành giật sự sống cho người bệnh với tinh thần "còn nước còn tát".
- Hỗ trợ về tinh thần cho người bệnh: khi nằm viện, người bệnh luôn lo lắng bệnh tật cộng với sự thiếu hụt về tình cảm vì phải cách ly với người thân, điều đó phần nào làm ảnh hưởng đến việc chữa bệnh. Vì vậy người điều dưỡng cần phải tạo được niềm tin của người bệnh, giúp họ tin vào hiệu quả điều trị, tránh gây chấn thương về tinh thần cho người bệnh.
- Tôn trọng nhân cách của mỗi cá nhân: người điều dưỡng khi tiếp xúc với người bệnh phải tôn trọng mọi phong tục tập quán và tự do tín ngưỡng của mỗi cá nhân, không được cáu gắt, quát mắng và sử dụng từ ngữ thô thiển.
- Giữ bí mật những điều riêng tư của người bệnh: khi người bệnh tin tưởng người điều dưỡng, họ có những điều riêng tư muốn tâm sự, người điều dưỡng phải tuyệt đối giữ kín, không được để lộ làm mất niềm tin gây sang chấn tinh thần cho người bệnh.

5.2. Đối với đồng nghiệp

- Cộng tác giúp đỡ lẫn nhau: người điều dưỡng độc lập trong hành động chăm sóc, nhưng toàn bộ quá trình chăm sóc người bệnh một người không thể làm được. Vì vậy sự hợp tác giúp đỡ lẫn nhau là điều vô cùng cần thiết.
- Tôn trọng lẫn nhau: khi chăm sóc người bệnh sự vui vẻ, hoà nhã, cởi mở của người điều dưỡng là liều thuốc vô cùng cần thiết giúp người bệnh giảm bớt những nỗi lo âu, đau đớn về bệnh tật. Người điều dưỡng phải luôn tạo không khí vui vẻ, không nên tranh luận, xúc phạm nhau trước mặt người bệnh.

- Phê bình có thiện chí: phê bình là điều cần thiết trong công tác. Một người muốn tiến bộ luôn cần sự góp ý của đồng nghiệp. Phê bình góp ý như thế nào? đó là một nghệ thuật. Góp ý, phê bình để đồng nghiệp nhận ra được những thiếu sót mà sửa chữa, khắc phục. Không nên biến phê bình góp ý thành các cuộc cải vã, sát phạt nhau. Có như vậy mới tạo ra được bầu không khí làm việc vui vẻ, mọi công tác chăm sóc người bệnh được tốt hơn.
- Truyền thụ kinh nghiệm: kinh nghiệm làm việc là điều rất cần trong mọi ngành, đặc biệt là chăm sóc người bệnh. Người trẻ mới ra trường còn chưa có kinh nghiệm cần phải khiêm tốn học hỏi. Người điều dưỡng lâu năm trong nghề có nhiều kinh nghiệm trong chăm sóc người bệnh nên thường xuyên trao đổi, truyền thụ kinh nghiệm cho đồng nghiệp để cùng chăm sóc người bệnh đạt kết quả tốt hơn.

5.3. Với sự hành nghề

- Tôn trọng quy định của pháp luật: không được hành nghề khi chưa được pháp luật cho phép. Người điều dưỡng không được tự ý hành nghề vượt quá những điều quy định của pháp luật.
- Luôn giữ vững tư cách đạo đức, giữ uy tín nghề nghiệp: khi hành nghề người điều dưỡng không được vì lợi ích trước mắt, vì tiền mà làm mất phẩm cách của mình. Làm mất uy tín là người điều dưỡng đã đánh mất chính mình.
- Liên tục học tập nâng cao trình độ: cùng với sự phát triển của khoa học, nền y học thế giới cũng phát triển không ngừng vì vậy đòi hỏi người điều dưỡng không được bằng lòng với mình mà phải luôn phấn đấu học hỏi, nâng cao trình độ cho kịp thời đại để phục vụ người bệnh ngày một tốt hơn.
- Duy trì tiêu chuẩn chăm sóc nâng cao trong điều kiện thực tế cho phép: trong điều kiện chăm sóc tuỳ từng nơi, từng vùng với điều kiện kinh tế khác nhau, người điều dưỡng phải biết vận dụng chăm sóc cho người bệnh, phải luôn duy trì được tiêu chuẩn chăm sóc nâng cao trong điều kiện cho phép.

5.4. Với xã hội

- Hoà nhập với cộng đồng: dù ở đâu người điều dưỡng cũng luôn hoà nhập với cộng đồng để phát huy được vai trò điều dưỡng của mình.
- Tại cộng đồng người điều dưỡng phải hiểu được hoàn cảnh xã hội, phong tục tập quán, thói quen để có biện pháp gần gũi, chăm sóc người bệnh.
- Người điều dưỡng cần hỗ trợ các hoạt động nhằm đáp ứng mọi nhu cầu về sức khỏe và xã hội của nhân dân.

QUY ĐỊNH VỀ Y ĐỨC

(Tiêu chuẩn đạo đức của người làm công tác y tế, ban hành kèm theo quyết định số: 2088/BYT – QĐ ngày 6 tháng 11 năm 1996 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Y đức là phẩm chất tốt đẹp của người làm công tác y tế, được biểu hiện ở tinh thần trách nhiệm cao, tận tụy phục vụ, hết lòng thương yêu chăm sóc người bệnh, coi họ đau đớn như mình đau đớn, như lời Chủ tịch Hồ Chí Minh đã dạy: "Lương y phải như từ mẫu". Phải thật thà, đoàn kết, khắc phục khó khăn, học tập vươn lên để hoàn thành nhiệm vụ, toàn tâm toàn ý xây dựng nền Y học Việt Nam. Y đức phải thể hiện qua những tiêu chuẩn, nguyên tắc được thừa nhận:

1. Chăm sóc sức khỏe cho mọi người là nghề cao quý nhất. Khi đã tự nguyện đứng trong hàng ngũ y tế phải nghiêm túc thực hiện lời dạy của Bác Hồ. Phải có lương tâm trách nhiệm và trách nhiệm cao, hết lòng yêu nghề, luôn luôn rèn luyện nâng cao phẩm chất đạo đức của người thầy thuốc. Không ngừng học tập và tích cực nghiên cứu khoa học để nâng cao trình độ chuyên môn, sẵn sàng vượt qua mọi khó khăn gian khổ vì sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân.

2. Tôn trọng pháp luật và thực hiện nghiêm túc các quy chế chuyên môn không được sử dụng người bệnh làm thực nghiệm cho những phương pháp chẩn đoán, điều trị, nghiên cứu khoa học khi chưa được phép của Bộ Y tế và sự chấp nhận của người bệnh.

3. Tôn trọng quyền được khám bệnh, chữa bệnh của nhân dân. Tôn trọng những bí mật riêng tư của người bệnh, khi thăm khám, chăm sóc cần đảm bảo kín đáo và lịch sự. Quan tâm đến người bệnh trong diện chính sách ưu đãi xã hội. Không được phân biệt đối xử với người bệnh. Không được có thái độ ban ơn, lạm dụng nghề nghiệp và gây phiền hà cho người bệnh. Phải trung thực khi thanh toán các chi phí khám bệnh, chữa bệnh.

4. Khi tiếp xúc với người bệnh và gia đình họ luôn có thái độ niềm nở, tận tình, trang phục phải chỉnh tề, sạch sẽ để tạo niềm tin cho người bệnh. Phải giải thích tình hình bệnh tật cho người bệnh và gia đình họ hiểu để cùng cộng tác điều trị. Phổ biến cho họ về chế độ, chính sách, quyền lợi và nghĩa vụ của người bệnh, động viên an ủi, khuyến khích người bệnh điều trị, tập luyện để chóng hồi phục. Trong trường hợp người bệnh nặng hoặc tiên lượng xấu cũng phải hết lòng cứu chữa và chăm sóc đến cùng, đồng thời thông báo cho gia đình người bệnh biết.

5. Khi cấp cứu phải khẩn trương chẩn đoán, xử trí kịp thời không được đùn đẩy người bệnh.

6. Kê đơn phải phù hợp với chẩn đoán và đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn. Không vì lợi ích cá nhân mà giao cho người bệnh thuốc kém phẩm chất, thuốc không đúng với yêu cầu và mức độ bệnh.

7. Không được rời bỏ vị trí trong khi làm nhiệm vụ, theo dõi và xử trí kịp thời các diễn biến của người bệnh.

8. Khi người bệnh ra viện phải dặn dò chu đáo, hướng dẫn họ tiếp tục điều trị tự chăm sóc và giữ gìn sức khỏe.

9. Khi người bệnh tử vong, phải thông cảm sâu sắc, chia buồn và hướng dẫn giúp đỡ gia đình họ làm các thủ tục cần thiết.

10. Thật thà đoàn kết, tôn trọng đồng nghiệp, kính trọng các bậc thầy, sẵn sàng truyền thụ kiến thức, học hỏi kinh nghiệm giúp đỡ lẫn nhau.

11. Khi bản thân có thiếu sót phải tự giác nhận trách nhiệm về mình không đổ lỗi cho đồng nghiệp, cho tuyến trước.

12. Hăng hái tham gia công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe, phong trào chống dịch bệnh, cứu chữa người bị nạn, ốm đau tại cộng đồng. Gương mẫu thực hiện nếp sống vệ sinh, giữ gìn môi trường trong sạch.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu sau bằng cách khoanh tròn vào chữ cái ở đầu câu

1. Phẩm chất đạo đức điều dưỡng được thể hiện:

   A. Ý thức trách nhiệm cao

   B. Trung thực, yêu nghề.

   C. Khẩn trương, tự tin

   D. Cả 3 ý trên đều đúng.

2. Người điều dưỡng khi chăm sóc người bệnh phải:

   A. Giúp đỡ họ khi có điều kiện.

   B. Tạo điều kiện để gia đình chăm sóc người bệnh

   C. Để người nhà của người bệnh luôn được ở bên cạnh họ.

   D. Không được từ chối giúp đỡ người bệnh.

3. Khi chăm sóc người bệnh, điều dưỡng cần phải chú trọng đến:

   A. Màu sắc da.

B. Các tín đồ tôn giáo.

C. Những người là quan chức chính trị.

D. Xóa bỏ mọi quy định.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
4	Đạo đức điều dưỡng phải phù hợp với tính đa dạng của công tác điều dưỡng.		
5	Người bệnh có quyền đưa ra quyết định của họ.		
6	Người điều dưỡng có trách nhiệm nâng cao sức khỏe cho người bệnh.		
7	Chăm sóc điều dưỡng phải chú ý đến người có địa vị trong xã hội.		
8	Người điều dưỡng phải tự lập trong công tác chăm sóc.		
9	Người điều dưỡng có thể từ chối yêu cầu cần giúp đỡ của người bệnh.		
10	Quy tắc đạo đức điều dưỡng chỉ bao gồm những chuẩn mực về ứng xử.		

NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI

MỤC TIÊU

1. *Mô tả được nhu cầu cơ bản của con người theo phân cấp của Maslow.*
2. *Giải thích được sự liên quan giữa nhu cầu và điều dưỡng.*
3. *Kể được 14 nội dung chăm sóc cơ bản đáp ứng nhu cầu của người bệnh.*

1. KHÁI NIỆM

Có một số nhu cầu cơ bản phổ biến đối với tất cả mọi người. Những nhu cầu này được phân loại theo thứ tự ưu tiên. Tuy nhiên khi một số nhu cầu cần thiết (thiết yếu) được thỏa mãn con người sẽ chuyển đến nhu cầu khác ở mức cao hơn. Những nhu cầu cơ bản của con người được Maslow phân cấp như sau:

2. NHU CẦU CƠ BẢN CỦA CON NGƯỜI PHÂN CẤP THEO MASLOW

2.1. Nhu cầu về thể chất

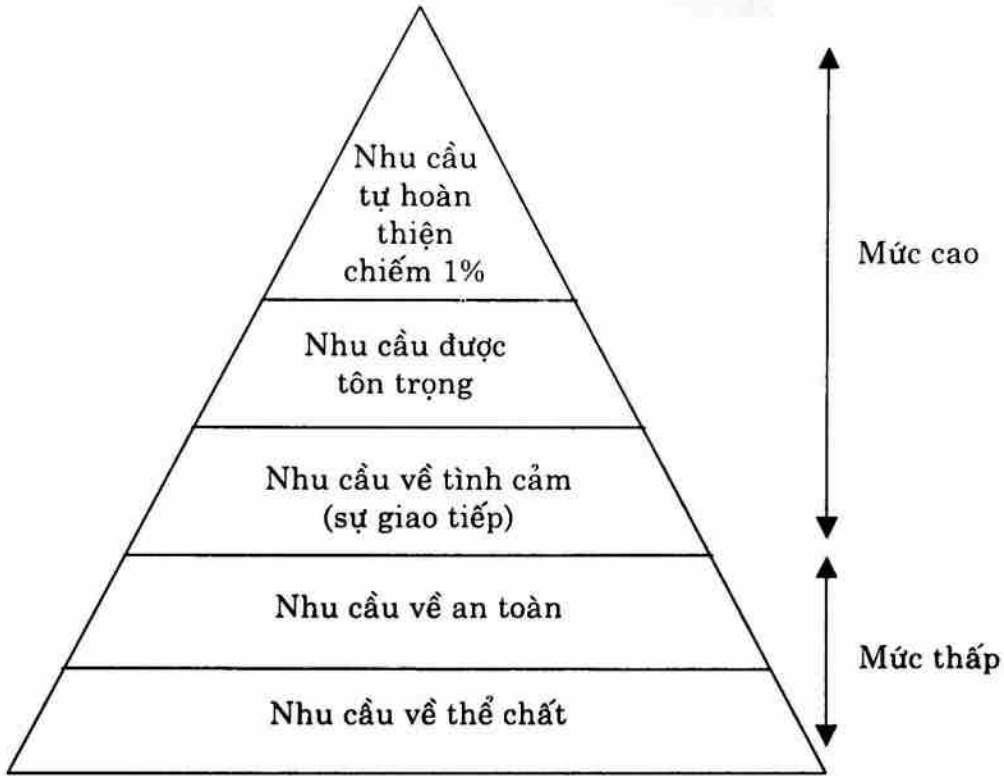
Là nền tảng của hệ thống phân cấp nhu cầu và được ưu tiên hàng đầu. Nhu cầu về thể chất bao gồm: oxy, thức ăn, nước uống, bài tiết, vận động, ngủ, nghỉ ngơi... Các nhu cầu này cần được đáp ứng tối thiểu để duy trì sự sống.

2.2. Nhu cầu an toàn và được bảo vệ

Nội dung nhu cầu an toàn và được bảo vệ bao gồm an toàn cả về tính mạng và tinh thần.

- An toàn về tính mạng là bảo vệ cho người ta tránh được các nguy cơ đe dọa cuộc sống.
- An toàn về tinh thần là tránh được mọi sự lo lắng, sợ hãi.

Để giúp người bệnh khỏi bị nguy hiểm, người điều dưỡng phải biết rõ tính chất đặc điểm của người bệnh. Nhận biết được những tai biến có thể xảy ra cho người bệnh trong quá trình điều trị, chăm sóc. Nếu có tai biến xảy ra người điều dưỡng có thể xử trí một cách thông minh, nhanh nhẹn kịp thời.



2.3. Nhu cầu về tình cảm và quan hệ (nhu cầu về sự giao tiếp)

Khi hai nhu cầu trên của con người đã được thoả mãn thì nhu cầu quyền sở hữu và sự yêu thương sẽ trở nên rõ ràng hơn.

Mỗi cá nhân dù khỏe mạnh hay bệnh tật đều mong mỏi tình cảm của bạn bè, làng xóm, gia đình... do đó người điều dưỡng luôn biểu lộ thái độ thân thiện đúng mức với người bệnh, quan tâm đáp ứng thoả mãn nhu cầu tình cảm cho người bệnh.

2.4. Nhu cầu được tôn trọng

Sự tôn trọng tạo cho con người lòng tự tin và tính độc lập. Khi sự tôn trọng không được đáp ứng thì họ có cảm giác cô độc tự ti.

Điều dưỡng đáp ứng nhu cầu này của người bệnh bằng cách biết được tâm tư, nguyện vọng của người bệnh, chăm sóc ân cần và thân mật, niềm nở, chú ý lắng nghe ý kiến của người bệnh.

2.5. Nhu cầu tự hoàn thiện (tự khẳng định)

Là mức cao nhất trong hệ thống phân loại nhu cầu của Maslow. Maslow đánh giá chỉ 1% dân số đạt đến mức tự hoạt động, tự khẳng định bản thân. Nhu cầu tự hoàn thiện diễn ra trong suốt cuộc đời, nó chỉ xuất hiện khi các nhu cầu dưới nó được đáp ứng trong một chừng mực nhất định.

Các nhu cầu cơ bản càng được đáp ứng thì càng tạo ra động lực sáng tạo và tự hoàn thiện ở mỗi cá thể. Người điều dưỡng phải đánh giá đúng những nhu cầu của người bệnh để từ đó có sự chăm sóc thích hợp.

3. SỰ LIÊN QUAN GIỮA NHU CẦU VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU DƯỠNG

- Nguyên tắc điều dưỡng xuất phát từ việc đáp ứng nhu cầu cho người bệnh. Khi bị bệnh tật, ốm yếu người bệnh không tự đáp ứng được các nhu cầu hàng ngày cho chính mình nên cần sự hỗ trợ của người điều dưỡng.
- Nhu cầu của con người vừa có tính đồng nhất, vừa có tính duy nhất nên người điều dưỡng cần có kế hoạch chăm sóc riêng biệt cho từng người bệnh.
  - + Nhu cầu của con người tuy cơ bản giống nhau nhưng mức độ và tầm quan trọng đối với từng nhu cầu ở từng người có khác nhau. Hơn nữa trong cùng một con người cũng có khác nhau nhu cầu này có thể mạnh hơn nhu cầu khác và thay đổi mức độ ưu tiên theo từng giai đoạn của cuộc sống.
  - + Điều dưỡng cần nhận biết được các nhu cầu ưu tiên của người bệnh để lập kế hoạch chăm sóc (KHCS) cho người bệnh thích hợp.
- Sự tham gia của người bệnh vào kế hoạch chăm sóc:
  - + Chăm sóc xuất phát từ nhu cầu của người bệnh, người bệnh hiểu rõ nhu cầu của họ trừ trường hợp hôn mê, tâm thần...
  - + Khi lập KHCS người điều dưỡng cần tham khảo ý kiến người bệnh và gia đình họ để tạo cho họ có cơ hội tham gia tích cực vào quá trình điều trị, chăm sóc, phục hồi sức khỏe.
- Điều dưỡng cần tạo ra môi trường chăm sóc thích hợp để người bệnh được thoải mái mau chóng lành bệnh.

4. NHU CẦU CƠ BẢN VÀ CHĂM SÓC

Theo Virginia Henderson có 14 nội dung chăm sóc cơ bản:

1. Đáp ứng các nhu cầu về hô hấp.
2. Giúp đỡ người bệnh về ăn uống, dinh dưỡng.
3. Giúp đỡ người bệnh trong sự bài tiết.
4. Giúp đỡ người bệnh về tư thế vận động và luyện tập.
5. Đáp ứng nhu cầu ngủ và nghỉ ngơi.
6. Giúp người bệnh mặc và thay quần áo.
7. Giúp người bệnh duy trì thân nhiệt.
8. Giúp người bệnh vệ sinh cá nhân hàng ngày.

9. Giúp người bệnh tránh được mọi nguy hiểm trong khi nằm viện.

10. Giúp người bệnh trong sự giao tiếp.

11. Giúp người bệnh thoải mái về tinh thần và tự do tín ngưỡng.

12. Giúp người bệnh lao động, để tránh mặc cảm là người vô dụng.

13. Giúp người bệnh trong các hoạt động vui chơi giải trí.

14. Giúp người bệnh có kiến thức về y học.

5. KẾT LUẬN

Nhu cầu cơ bản của con người và các nguyên tắc của việc chăm sóc thì cơ bản giống nhau nhưng không bao giờ giống nhau hoàn toàn. Vì vậy kế hoạch chăm sóc phải được xây dựng riêng biệt tuỳ theo tuổi, giới tính, hoàn cảnh văn hóa, xã hội và khả năng thể chất tinh thần của người bệnh. Ngoài ra kế hoạch này còn bị ảnh hưởng bởi tình trạng bệnh lý.

Kế hoạch chăm sóc phải đem lại sự chăm sóc đồng nhất, liên tục nhưng nó cần thay đổi theo sự thích ứng với nhu cầu của người bệnh. Điều quan trọng là người điều dưỡng phải tham khảo ý kiến của người bệnh và gia đình họ để nhận định nhu cầu của người bệnh, xây dựng kế hoạch chăm sóc người bệnh một cách hữu hiệu nhất.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Nhu cầu về thể chất là nền tảng của hệ thống .....A.....nhu cầu và được .....B..... hàng đầu.

2. Nhu cầu an toàn về tính mạng là.....A.....cho con người tránh được các nguy cơ....B.... cuộc sống.

3. Theo Maslow nhu cầu tự hoàn thiện chỉ chiếm khoảng .....A..... dân số.

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu sau

4. Theo Maslow nhu cầu cơ bản của con người được phân cấp thành:

A. 3 cấp.

B. 4 cấp.

C. 5 cấp.

D. 6 cấp.

5. Theo Virginia Henderson công tác chăm sóc người bệnh cơ bản gồm có:

A. 11 nội dung.

B. 12 nội dung.

C. 13 nội dung.

D. 14 nội dung.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
6	Nhu cầu của con người tăng dần theo xu thế từ thấp tới cao.		
7	Nhu cầu về thể chất giúp cho con người tồn tại được.		
8	Các nguyên tắc của điều dưỡng được xây dựng trên cơ sở đáp ứng nhu cầu cho người bệnh.		
9	Nhu cầu của con người không mang tính thống nhất.		
10	Nhu cầu của con người không thay đổi trong quá trình sống.		
11	Người điều dưỡng có thể xác định được đúng các nhu cầu của người bệnh không cần tham khảo ý kiến của họ.		
12	Khi nhu cầu của người bệnh thay đổi thì phải thay đổi kế hoạch chăm sóc.		
13	Nhu cầu an toàn và được bảo vệ bao gồm cả sự an toàn về tính mạng và tinh thần.		
14	Trong quá trình chăm sóc cần phải tổ chức cho người bệnh được vui chơi, giải trí.		
15	Giúp người bệnh nâng cao nhận thức về bệnh tật là một công việc của người điều dưỡng.		

NHẬN ĐỊNH THỰC THỂ

MỤC TIÊU

1. *Nêu được các yêu cầu của việc nhận định thực thể người bệnh.*
2. *Mô tả được các công việc cần phải làm khi thực hiện quy trình kỹ thuật nhận định thực thể người bệnh.*

1. CÁC YÊU CẦU NHẬN ĐỊNH THỰC THỂ NGƯỜI BỆNH

Khái niệm: nhận định thực thể là quy trình tổng quát bao gồm các nội dung: khai thác tiền sử, bệnh sử và khám thực thể người bệnh. Qua đó người điều dưỡng lượng giá các dữ liệu thu thập được từ một cá thể và đưa ra chẩn đoán chăm sóc có giá trị về sức khỏe để lập kế hoạch chăm sóc.

Nhận định thực thể người bệnh là một công việc không thể thiếu trong quá trình chăm sóc người bệnh của người điều dưỡng. Nhận định thực thể người bệnh tốt phải đạt được các yêu cầu sau.

- Khoa học: ngoài kiến thức y học mà tất nhiên mỗi điều dưỡng bắt buộc phải có đầy đủ, còn cần phải có một quan niệm biện chứng con người là một khối thống nhất trong đó mỗi bộ phận đều có liên quan hữu cơ với nhau, do đó không chỉ nhận định thực thể đơn độc một bộ phận có bệnh mà luôn luôn phải nhận định thực thể toàn bộ cơ thể.
- Kỹ thuật: khi tiến hành nhận định thực thể người bệnh phải theo đúng quy tắc và kỹ thuật nhận định chung riêng mới phát hiện được đúng các vấn đề đang tồn tại ở người bệnh hay các nhu cầu mà người bệnh đang hoặc sẽ cần có sự hỗ trợ của người điều dưỡng để giải quyết, ví dụ: khi nghe các tiếng không bình thường ở tim, ở phổi; khi sờ thấy gan mấp mé bờ sườn, hoặc khi gõ phản xạ gân thấy giảm....
- Tâm lý: thông qua cách nhận định người bệnh kỹ lưỡng, tỷ mỉ ngoài việc giúp điều dưỡng phát hiện đúng các nhu cầu của người bệnh còn củng cố lòng tin của người bệnh, ổn định tư tưởng, giảm đi sự bi quan lo sợ của họ, giúp họ tin tưởng vào việc điều trị, chăm sóc của điều dưỡng và nhân viên y tế, vào sự khỏi bệnh sau này.

2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT NHẬN ĐỊNH THỰC THỂ NGƯỜI BỆNH

2.1. Chuẩn bị phòng khám bệnh và dụng cụ

*** Phòng khám bệnh.**

- Sạch sẽ, thoáng khí nhưng tránh gió lùa.

  Ấm về mùa rét.
- Có đủ ánh sáng.
- Kín đáo, nhất là những nơi dùng để khám bệnh phụ nữ.

*** Phương tiện, dụng cụ.**

Ngoài các bàn ghế cần thiết và giường để người bệnh nằm khám, nơi khám bệnh cần được trang bị một số phương tiện tối thiểu là:

- Ống nghe, cân, đồng hồ có kim giây, nhiệt kế, thước dây.
- Máy đo huyết áp.
- Dụng cụ đè lưỡi: để khám lưỡi người bệnh, loa soi mũi, soi tai.
- Búa phản xạ và kim.
- Găng tay hoặc bao ngón tay cao su, bông, dầu nhờn (để thăm khám trực tràng hoặc âm đạo khi cần thiết).
- Đèn pin để kiểm tra phản xạ đồng tử.

2.2. Điều dưỡng

- Cần lưu ý đến cách ăn mặc: áo quần không sạch (cổ áo đen, móng tay dài, đầu tóc rối bù...) sẽ làm giảm sự tin tưởng của người bệnh đối với người điều dưỡng.
- Thái độ cần phải thân mật, niềm nở để người bệnh dễ tiếp xúc, dễ thổ lộ những vấn đề kín đáo của mình. Cần tránh những thái độ có thể làm người bệnh hiểu lầm là người điều dưỡng " ban ơn" cho họ.
- Khi thực hiện động tác, cần phải có tác phong nhẹ nhàng, tỷ mỉ, tránh thô bạo, tránh dạy trở người bệnh nhiều mà không cần thiết nhất là đối với các người bệnh nặng. Người điều dưỡng, nhất là điều dưỡng nam giới, cần chú ý tới bản chất e thẹn của người phụ nữ để tránh những cách hỏi và nhất là cách thao tác quá sỗ sàng lộ liễu, làm tổn thương đến sự tự trọng của người bệnh là phụ nữ, như vậy họ sẽ không nói ra những điều cần thiết cho chẩn đoán điều dưỡng.
- Khi nhận định các vấn đề của người bệnh, cần khách quan và thận trọng: không nên có định kiến trước, nhất là đối với người bệnh cũ. Cần phải đánh giá đúng mức các triệu chứng, nhất là các triệu chứng chủ quan của người bệnh: việc nhận định, phân tích, đánh giá các triệu chứng đó phải dựa trên một cơ sở khoa học.

- Phải thận trọng khi nói với người bệnh về tình trạng bệnh của họ: nói chung, phải suy nghĩ trước khi nói để không nói những vấn đề gì có thể làm cho họ lo sợ, hoang mang hoặc bi quan với bệnh của mình; phải giải thích để nâng đỡ tinh thần, ổn định tư tưởng cho họ yên tâm điều trị, tin ở sự khỏi bệnh. Đối với gia đình người bệnh, chúng ta có thể nói thật trong một phạm vi nhất định, nghĩa là tuỳ theo vấn đề, tuỳ theo quan hệ của người đó với người bệnh.

2.3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh cần được khám ở một tư thế thoải mái, nếu tình trạng sức khỏe cho của họ cho phép.
- Phải bộc lộ các vùng cần phải nhận định.
  + Người bệnh nam giới chỉ nên mặc một quần lót, nếu nơi khám bệnh đảm bảo được ấm áp đầy đủ.
  + Người bệnh nữ giới nên bộc lộ từng phần: ngực, bụng rồi các chi...
- Về mùa rét, cần chú ý nhắc người bệnh tháo bỏ khăn quàng cổ vì khăn đó có thể che dấu một số vấn đề rất quan trọng ở cổ: bướu giáp, các tĩnh mạch cổ nổi, các sẹo hạch cổ...

2.4. Kỹ thuật tiến hành

2.4.1. Khai thác tiền sử, bệnh sử (lịch sử bệnh)

- **Phỏng vấn: khi hỏi bệnh, cần dùng những từ dễ hiểu, tránh dùng những** danh từ y học mà người bệnh khó biết (hoàng đảm, huyết niệu...). Cần nhẫn nại khai thác các triệu chứng chủ quan của người bệnh, nếu cần thì không nên ngần ngại hỏi đi hỏi lại hoặc thay đổi cách hỏi để có thể nắm hết ý của người bệnh.
- Xác định vấn đề chính của bệnh: là lý do đã buộc người bệnh tìm đến cơ sở y tế (thường là một triệu chứng hoặc một điều gì đó người bệnh cảm thấy). Vì vậy người điều dưỡng phải biết khai thác.
  + Khởi đầu: vấn đề đó bắt đầu từ khi nào?
  + Thời gian: vấn đề đó có trong thời gian bao lâu?
  + Vị trí: vấn đề sức khỏe có ở đâu?
  + Mức độ nghiêm trọng?
  + Yếu tố làm tăng (khi thay đổi tư thế đau tăng- ăn no bị đau....)
  + Yếu tố làm giảm: các biện pháp gì làm thuyên giảm bệnh (dùng thuốc, nghỉ ngơi, nhịn ăn...)
  + Điều trị trước đây: người bệnh đã được điều trị như thế nào?

- Xác định các vấn đề ngoài bệnh.
  + Dị ứng thuốc hoặc thức ăn?
  + Tiêm phòng?
  + Các bệnh mạn tính?
  + Tiền sử sản khoa (nếu là phụ nữ)?
  + Phẫu thuật hoặc các tai nạn trước đây?
- Tiền sử gia đình:

Ông - bà, Bố - mẹ, anh chị em ruột có ai mắc bệnh như người bệnh không? Vấn đề này rất quan trọng liên quan đến một số bệnh di truyền qua các thế hệ (tiểu đường, đục thuỷ tinh thể....)

- Nhận thức xã hội:

Giúp người khám hiểu được hoàn cảnh gia đình, hoàn cảnh kinh tế, trình độ học vấn, tôn giáo, các thói quen (hút thuốc, uống rượu, uống chè, tập thể dục, ăn kiêng một số loại thức ăn...).

- Môi trường dân cư người bệnh sinh sống.

Điều này rất cần thiết vì nó liên quan đến vấn đề dịch tễ (sốt xuất huyết, cúm, viêm đường hô hấp cấp....).

2.4.2. Khám thực thể

Khi tiến hành khám thực thể người bệnh, người điều dưỡng sử dụng các kỹ năng:

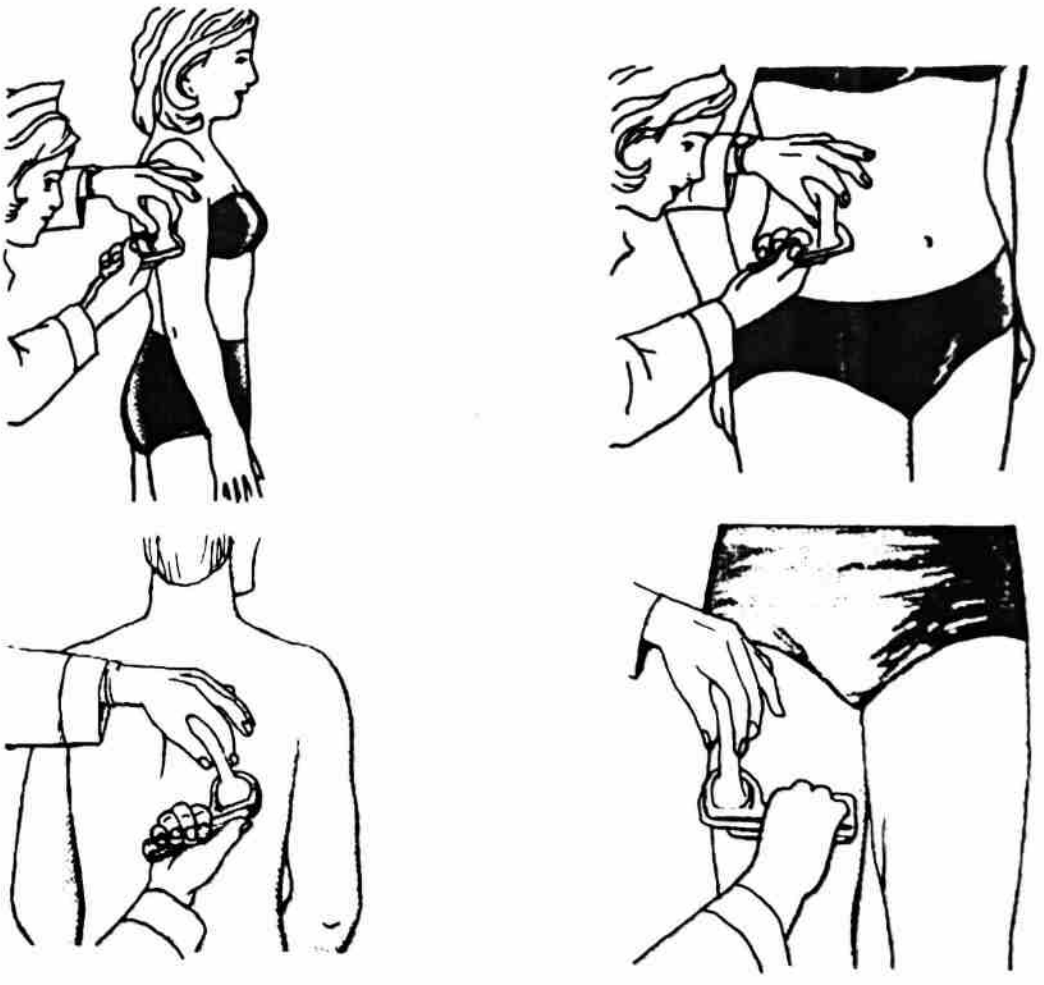
- Nhìn: quan sát người bệnh được tiến hành từ phía trước ra phía sau, từ đầu đến chân, sự cân xứng giữa các bộ phận của cơ thể....cụ thể.
- Sờ: sờ là những kỹ thuật liên quan đến việc sử dụng hai bàn tay để ấn, nắn, sờ lên các bộ phận của cơ thể người bệnh. Sờ đánh giá được: nhiệt độ (nóng, lạnh), độ ẩm của da, mức độ đàn hồi của da, mạch, phản ứng đau của bộ phận cơ thể người bệnh, rung thanh, hạch, và khối u.
- Gõ: là sử dụng các ngón tay hoặc hai bàn tay để gõ làm phát ra các âm thanh trên bề mặt da để xác định vị trí, kích thước, độ đặc, độ rỗng của các tổ chức dưới nơi gõ: xác định vùng đục của tim, gan, xác định âm vang của phổi, dạ dày... Có 5 loại âm vang khác nhau khi gõ:
  + Âm vang: âm cao giống như tiếng trống, âm này thường nghe khi gõ trên vùng dạ dày.
  + Âm đục: âm này thường nghe trên vùng tim, vùng gan.
  + Âm trầm: âm này thường nghe được khi gõ lên các khối u
  + Âm cộng hưởng trung bình: tiếng như gõ ống âm vang thường nghe khi gõ trên vùng phổi ở trạng thái bình thường.
  + Âm cộng hưởng to: nghe được khi gõ lên vùng phổi có tràn khí.

- Nghe: là dùng ống nghe để nghe các âm do các cơ quan trong cơ thể phát ra(nghe các ổ van tim, nghe phổi, dạ dày, ruột, các mạch máu lớn...).

2.4.2.1. Khám toàn thân

- Nhận định dáng đi, cách nằm của người bệnh.
- Ngay khi tiếp xúc với người bệnh, cần phải chú ý đến một vài cách nằm, đứng và cách đi đặc biệt của người bệnh giúp gợi ý cho chúng ta hướng tới một số nhu cầu đặc biệt của người bệnh cần phải chú ý giải quyết để giúp họ được thoải mái.
  + Tư thế nằm "cò súng": quay mặt vào phía tối của những người bệnh màng não, đang muốn né tránh những kích thích về ánh sáng.
  + Tư thế nằm cao đầu hoặc nửa nằm nửa ngồi (tư thế Fowler) của những người bệnh đang gặp khó khăn về thở.
  + Cách đi cứng đờ, toàn thân như một khúc gỗ của người bệnh đang có những trở ngại về vận động.
  + Dáng đi vừa đi vừa ôm hạ sườn phải của những người bệnh đang có những đau đớn vùng bụng.
- Tình trạng tinh thần của người bệnh: cần để ý xem người bệnh ở trong tình trạng nào sau đây:
  + ***Tỉnh táo:*** người bệnh có thể tự khai thác bệnh được, nhận định và trả lời được rõ ràng các câu hỏi của thầy thuốc.
  + ***Mê sảng:*** người bệnh không nhận định được và không trả lời được đúng các câu hỏi. Không những thế người bệnh còn ở trong tình trạng hốt hoảng, nói lảm nhảm, thậm chí có khi chạy hoặc đập phá lung tung.
- Hôn mê: người bệnh không có khả năng tự nhận định được và cũng không trả lời được câu hỏi của điều dưỡng. Người bệnh không hốt hoảng, không nói lảm nhảm, trái lại mất liên hệ nhiều hay ít với ngoại cảnh, thậm chí trong trường hợp hôn mê sâu:
  + Người bệnh không biết đau khi cấu véo.
  + Không nuốt được khi ta đổ nước vào mồm.
  + Mất phản xạ giác mạc.
- Hôn mê là do một trạng thái bệnh nặng, hậu quả của rất nhiều bệnh nhiễm khuẩn, nhiễm độc và của rất nhiều bộ phận, cần khám và hỏi kỹ mới phát hiện được nguyên nhân của nó.
- Hình dáng nói chung:
  + *Gầy (suy dinh dưỡng)*: mặt hốc hác, má hóp lại, xương mặt lồi, nhất là xương gò má, xương sườn, xương bả vai nổi rõ, bụng lép, da bụng nhăn nheo, số cân nặng dưới số cân trung bình 20%. Người bệnh gầy hay gặp trong các trường hợp:

- *Thiếu hụt dinh dưỡng do:* ăn uống thiếu về chất hoặc về lượng. Ăn uống đủ nhưng bộ phận tiêu hóa không tiêu hóa và hấp thu được (hẹp thực quản, hẹp môn vị, bệnh đường ruột mạn tính, viêm tụy mạn tính...)
- Ăn uống đủ tương đối nhưng không đáp ứng được nhu cầu của cơ thể tăng lên do lao động quá sức hoặc do bệnh tật.
  + *Béo (tăng cân)*: mặt tròn, má phính, cằm xệ, cổ thường bị rụt không nhìn thấy, chân tay to tròn và có ngấn, da bụng có một lớp mỡ dày làm bụng to và xệ xuống, số cân cao hơn số cân trung bình trên 15%. Người bệnh béo hay thừa cân hay gặp trong các nguyên nhân sau:



Hình 5: Kỹ thuật đo lớp mỡ dưới da

- *Nguyên nhân dinh dưỡng*: thông thường nhất, nhất là khi ăn nhiều mà không hoạt động.
- *Nguyên nhân nội tiết:* phụ nữ lúc đến tuổi mạn kinh, nam giới sau khi mất tinh hoàn. Bệnh Cushing do tuyến yên hay do cường tuyến thượng thận.

- *Nguyên nhân tâm thần*: đôi khi xảy ra sau chấn thương nặng về tâm thần.

+ Cao hay thấp: cần chú ý đến hai trường hợp bệnh lý:

Người vừa cao quá khổ vừa to, đơn thuần hoặc kết hợp thêm với hiện tượng to đầu và chi: đấy là bệnh khổng lồ (gigantisme), một bệnh của tuyến yên.

Người vừa thấp vừa quá nhỏ: cũng là một trường hợp bệnh lý tuyến yên, bệnh nhi tính (infantilisme).

+ Sự cân đối giữa các bộ phận: thường có một sự cân đối nhất định giữa các bộ phận của thân, đầu và chi. Trong một số trường hợp bệnh lý, ta thấy mất sự cân đối đó.

- *Trường hợp to đầu* (hydrocéphalie): đầu rất to không tương xứng với toàn bộ cơ thể.
- *Người bệnh to cực* (acromégalie): đầu và nhất là hai bàn tay, bàn chân đều to quá khổ, không tương xứng với phần chi và cơ thể còn lại.
- *Teo một đoạn chi, cả một chi hay cả hai chi đối xứng*: thường gặp trong các bệnh thần kinh như xơ cột bên teo cơ (sclerose lalerale), bệnh ống sáo tuỷ (syringomyelie) và thông thường nhất là di chứng của bệnh liệt trẻ em (P.A.A). Nhưng cũng có khi là bệnh của cơ.
- *Hai bên lồng ngực không cân đối* do một bên bị tràn dịch hay tràn khí màng phổi làm căng ra hoặc ngược lại do viêm màng phổi dày và dính co kéo làm xẹp xuống.

2.4.2.2. Da và niêm mạc

Khi nhận định về da và niêm mạc cần chú ý phát hiện một số các trường hợp như:

*** Màu sắc:**

- Da và niêm mạc xanh tím: thể hiện tình trạng người bệnh đang có nhu cầu ôxy hay gặp ở những người bệnh đang có những bất thường về tim mạch, hô hấp gây rối loạn quá trình thông khí, trao đổi hoặc vận chuyển khí trong cơ thể...
- Tình trạng xanh tím thường chỉ xuất hiện ở môi, ở mặt người bệnh, nặng lắm mới xanh tím đến các nơi khác, thậm chí có khi toàn thân. Cũng có một số trường hợp người bệnh biểu hiện tình trạng xanh tím chỉ khu trú ở một vùng, ví dụ trong: viêm tắc động mạch: xanh tím ở các ngón chân, ngón tay, có khi cả bàn chân, bàn tay hoặc cả một đoạn của chi do động mạch đó chi phối. Rối loạn vận mạch mao quản: xanh tím tất cả các đầu chi, nhất là các đầu ngón tay.
- Da và niêm mạc xanh xao nhợt nhạt: tình trạng xanh xao có khi thể hiện trên sắc mặt của người bệnh, có khi kín đáo, phải tìm ở niêm mạc mắt,

niêm mạc miệng, lưỡi hoặc lòng bàn tay, bàn chân. Đó là những dấu hiệu thể hiện người bệnh đang có nhu cầu về số lượng hoặc chất lượng hồng cầu cấp hoặc mạn tính do rất nhiều nguyên nhân.

- Da và niêm mạc vàng: da của người bệnh có thể có nhiều hình thức vàng: vàng rơm, vàng bủng, vàng tươi nhiều hay ít. Vị trí vàng da có thể chỉ ở lòng bàn tay, bàn chân hoặc xuất hiện cả ở các niêm mạc mắt, mồm, lưỡi...Dấu hiệu vàng da thể hiện người bệnh đang gặp trở ngại về hệ thống gan mật hoặc rối loạn chuyển hóa khác.
- Da và niêm mạc sạm đen (mélandermie): đây không phải là trường hợp sạm nắng bình thường của những người lao động ngoài trời mà là một trường hợp bệnh lý gặp ở những người bệnh có những rối loạn ở hệ thống nội tiết: suy tuyến thượng thận (bệnh Addison), ứ đọng hắc tố.

*** Các tổn thương ngoài da:** ngoài mục đích phát hiện các nhu cầu của người bệnh về da, việc nhận định này còn giúp điều dưỡng chú ý đến các sẹo di chứng của bệnh nào đó trong tiền sử và các sẹo phẫu thuật, vì các bệnh tích này có khi liên quan đến các nguyên nhân của những nhu cầu hiện tại của người bệnh

Sẹo tràng nhạc **làm nghĩ đến người bệnh đã mắc bệnh lao.**

Sẹo "dời leo" (zona) ở ngực**: có thể là nguyên nhân của vấn đề đau dây thần kinh gian sườn của người bệnh hiện tại.**

Vết sẹo do đạn ở ngực **hướng cho ta nghĩ đến nguyên nhân của chứng ho ra máu hiện nay.**

Sẹo vết mổ trên cơ thể.

*** Các nốt chảy máu:** thường là biểu hiện của các trường hợp rối loạn về máu và thể hiện dưới nhiều hình thái:

- Mảng bầm máu (ecchymose).
- Ban chảy máu (purpura).
- Chấm chảy máu (pétéchie).

*** Tình trạng kiệt nước** (Mất nước):

- Da khô, nhăn nheo, thậm chí có cả những mảng vẩy.
- Sự tồn tại các nếp nhăn sau khi véo da (nếp véo da mất chậm)

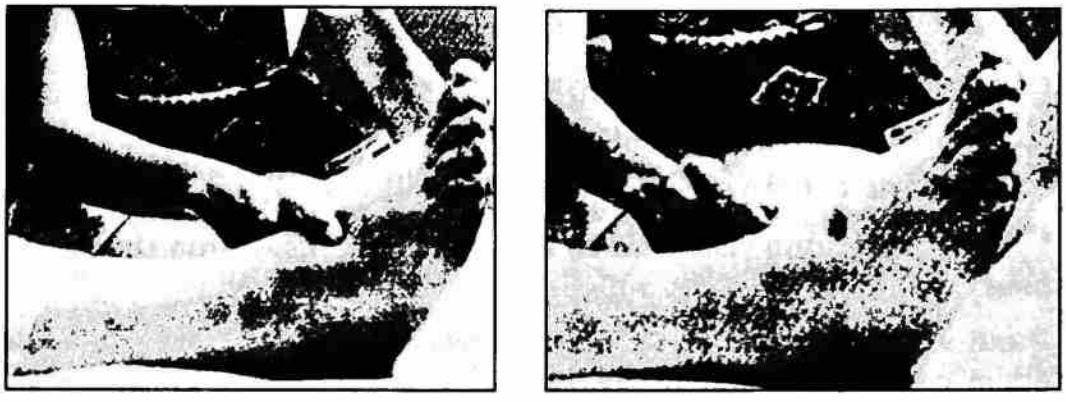
Thể hiện nhu cầu về nước của người bệnh, thường thấy trong các trường hợp người bệnh bị mất nước do các nguyên nhân hay gặp sau:

+ Ỉa chảy cấp mất nước.
+ Nôn nhiều.
+ Sốt cao, nhiễm khuẩn kéo dài.

*** Tình trạng ứ nước** (phù).

Biểu hiện bằng: phù có ấn lõm (phù mềm) hoặc không có ấn lõm (phù cứng), cần phát hiện ở mặt (nhất là mi mắt), ở cẳng chân, cổ chân (tìm dấu hiệu ấn lõm ở mặt trong xương chày và ở mắt cá).

Tình trạng ứ nước hay phù thể hiện người bệnh đang có dấu hiệu thừa nước thường thấy trong các trường hợp:



Hình 6: Khám dấu hiệu phù

Người bệnh đang có tổn thương ở thận (Viêm cầu thận cấp hoặc mạn, bệnh thận hư nhiễm mỡ).

Người bệnh có những trở ngại về tuần hoàn (Suy tim).

Người bệnh có những rối loạn về chức năng gan (xơ gan).

Người bệnh có vấn đề về dinh dưỡng (suy dinh dưỡng).

Người bệnh có những rối loạn về hệ thống bạch mạch hoặc tĩnh mạch.

2.4.2.3. Hệ thống lông và tóc

Có thể phát hiện được các dấu hiệu bất thường ở người bệnh như:

- Quá nhiều lông ở nam giới, hoặc mọc lông ở những nơi phụ nữ bình thường không có (râu). Đó là những dấu hiệu của rối loạn chức năng tuyến thượng thận (Bệnh Cushing).
- Không mọc lông hoặc rụng lông, rụng tóc, biểu hiện của:
  + Tình trạng cơ thể suy nhược do một bệnh nhiễm khuẩn hay nhiễm độc.
  + Một bệnh tại chỗ của da hoặc da đầu.
  + Một rối loạn nội tiết: rối loạn buồng trứng, suy tuyến giáp trạng.

2.4.2.4. Đầu, mặt cổ

- Đầu: ngoài việc nhận xét da, niêm mạc và hộp sọ, tóc, đã nói ở trên cần nhận định về sự hoạt động của 12 dây thần kinh sọ não, nhất là khi người bệnh lại có những rối loạn về tinh thần kinh.

- Mặt: chú ý khám mắt, mũi, miệng, tai, răng, lưỡi, họng.
- Cổ: cần chú ý đến:
  + Tuyến giáp trạng.
  + Các hạch ở cổ hoặc các sẹo tràng nhạc cũ.
  + Tĩnh mạch cổ: tĩnh mạch cổ nổi to là một biểu hiện của suy tim phải.

2.4.2.5. Ngực

Cần nhận xét hình thái và sự hoạt động của lồng ngực theo nhịp thở, nhận định tim và phổi, hai vú và các hạch ở nách.

Khám thực thể phổi.

*** Nhìn**: nhìn hình thái toàn bộ lồng ngực, quan sát nhịp thở nếu cần, đo vòng lồng ngực. Chú ý kết hợp với quan sát toàn thân.

- Quan sát phần mềm: chú ý nhìn hố trên đòn, các khoảng gian sườn, các nhóm cơ ở ngực: ở người gầy, các hố trên đòn và các khoang gian sườn lõm xuống. Một số người ít luyện tập hoặc gầy mòn, các cơ gian sườn, cơ ngực trên và dưới gai xương bả, cơ vùng lưng bị teo lại nên có dáng khom khom, vai so ra phía trước, ngực lép, lưng cong, xương bả vai nhô ra.
- Quan sát khung xương: chú ý hình thể chung và sự cân xứng của lồng ngực:
  + Lồng ngực còi xương có chuỗi hạt sườn, là những nốt to ở chỗ tiếp xúc giữa xương và sụn sườn, xương ức nhô ra phía trước, tạo nên hình mũi thuyền, hoặc ngược lại, lõm vào trong như hình phễu.
  + Lưng gù bẩm sinh hay hậu phát (tai nạn, lao cột sống).
  + Lưng vẹo: cột sống cong sang chiều ngang, gây ra tình trạng mất cân xứng của lồng ngực và vai: vai cao, vai thấp.
  + Lồng ngực giãn phế nang nặng: giãn to về mọi phía, các khoảng gian sườn giãn, phồng làm lồng ngực có hình thùng.
  + Lồng ngực mất cân xứng do tổn thương các tạng ở trong:

  Giãn một bên: tràn dịch tràn khí màng phổi.

  Xẹp một bên: di chứng viêm màng phổi gây dày dính, xẹp phổi.
  + Lồng ngực phồng ở dưới do gan, lách to, cổ trướng.
  + Viêm cơ, u xương ức, xương sườn, cột sống: gây ra khối u ở một vùng trên lồng ngực.
- Quan sát nhịp thở: bình thường người lớn thở 16-20 lần trong một phút, nhịp đều, biên độ trung bình. Khi hít vào, cường độ hô hấp mạnh hơn thời gian ngắn hơn khi thở ra. Những thay đổi bất thường về nhịp thở: tần số, biên độ, nhịp, trên lâm sàng gọi là khó thở. Người ta chia ra ba loại kiểu thở:

+ Kiểu trên (kiểu ngực): gặp ở phụ nữ, do phần trên của lồng ngực hoạt động mạnh hơn. Hiện tượng này rõ rệt nếu đeo nịt vú chặt, hạn chế cử động của cơ hoành.

+ Kiểu hoành (kiểu bụng): gặp ở trẻ em và nam giới đã trưởng thành, cơ hoành đóng vai trò chủ yếu trong hô hấp, xương sườn là thứ yếu.

+ Kiểu hỗn hợp (kiểu sườn): gặp ở trẻ em, do xương sườn mềm, dễ co giãn, lồng ngực giãn nở theo chiều ngang rất rõ khi thở.

Các kiểu thở trên thay đổi trong một số trường hợp bệnh lý:

+ Đau thần kinh gian sườn trên làm cho phụ nữ phải thở chủ yếu bằng cơ hoành; trong tràn dịch màng phổi trên cơ hoành, nam giới lại thở chủ yếu bằng cơ gian sườn hoặc chỉ thở bằng phổi bên lành.

+ Khoảng gian sườn kém di động ở toàn bộ lồng ngực trong giãn phế nang hoặc ở một bên ngực trong tổn thương khu trú: xẹp phổi, có nước, hơi ở màng phổi.

+ Nếu tắc ở đường hô hấp trên (thanh, khí quản), thở có tiếng khò khè và khi nhìn sẽ thấy co kéo trên và dưới ức: cơ chế của hiện tượng này là vì có chèn ép, trong thì hít vào, áp lực trong lồng ngực dưới tác dụng cơ hô hấp càng trở nên âm tính, các phần mềm của thành ngực bị hút tạo nên những khoảng lõm, co kéo lên xuống trong các thì hô hấp.

+ Một khoảng vồng to lên khi thở ra là dấu hiệu của tràn mủ màng phổi thoát ra ngoài, hoặc hiếm gặp hơn của thoát vị phổi.

*** Đo.**

- Đo lồng ngực giúp ta đánh giá được chu vi, sự co giãn và tình trạng cân xứng hay không của lồng ngực. Trên thực tế người ta hay dùng thước dây đo vòng ngực, theo Hirtz có 3 mốc:

  + Ngay dưới hố nách.

  + Trên đường ngang qua núm vú.

  + Trên đường ngang đi giữa đỉnh góc bờ sườn, nền mũi ức và bờ dưới xương sườn 10.

Đo ở thì hít vào và thở ra cố gắng. Đối với phụ nữ, nên đo ở đường qua hai hố nách.

- Người ta coi là bình thường, hiệu số giữa chu vi lồng ngực, khi hít vào và thở ra là 6-7 cm (chỉ số hô hấp).

- Có thể đo riêng rẽ hai bên lồng ngực bằng hai thước đo, lấy mỏm gai các đốt sống và đường giữa ngực làm mốc.

- Chỉ số hô hấp thấp trong các trường hợp hạn chế hô hấp: tràn dịch, tràn khí màng phổi, giãn phế nang, ...

*** Sờ.**

Nhằm thăm dò hình thái và động tác hô hấp, chủ yếu là sự dẫn truyền của rung thanh qua xúc giác và các tiếng phụ bất thường (tiếng rên, co...).

- Thăm dò hình thái lồng ngực và động tác hô hấp: bàn tay áp hẳn vào thành ngực, lần lượt thăm dò toàn bộ lồng ngực: khung xương, các nhóm cơ, độ giãn nở các khoảng gian sườn trong khi thở. Có thể bổ sung thêm tài liệu cho giai đoạn nhìn:
  - Thay đổi của khung xương, các nhóm cơ.
  - Các khoảng liên sườn kém hoặc không giãn nở trong tràn dịch, tràn khí ở màng phổi, xẹp phổi.
  - Các điểm đau dây thần kinh gian sườn.
  - Lạo sạo của xương sườn gẫy, đi cùng với điểm đau khu trú.
- Thăm dò rung thanh: rung thanh xuất phát từ dây thanh âm, truyền qua thành ngực và cổ, rõ nhất ở thanh – khí quản, vùng trên gai trong rồi tới hố dưới đòn, khoảng liên bả - cột sống, vùng sau và bên của lồng ngực, xương ức và hố trên gai. Cường độ rung thanh phụ thuộc vào cường độ rung của dây thanh âm và độ dày của thành ngực. Ở người già yếu, phụ nữ và trẻ con rung thanh kém hơn ở thanh niên khỏe mạnh. Người béo có rung thanh nhỏ hơn người gầy.
- Cách tìm rung thanh: áp lòng bàn tay lên thành ngực ở các vị trí đối xứng và bảo người bệnh đếm: "một, hai, ba". Nếu tiếng rung mạnh và nếu muốn phân tích tỷ mỉ rung thanh ở một vùng thì dùng cạnh bàn tay hoặc đầu các ngón tay, nhưng cũng đặt ở vị trí đối xứng. Khám lồng ngực ta cần phải so sánh các vùng đối xứng mới có thể nhận xét được những thay đổi bệnh lý vì do những khác nhau về giải phẫu và sinh lý, người ta không thể quy định những tiêu chuẩn cụ thể về mặt âm học đối với hô hấp chung cho tất cả mọi người được.
- Những thay đổi bệnh lý:
  - Rung thanh mất: nếu dây thanh âm không hoạt động được (suy nhược, liệt dây thanh âm...). Ngoài ra, ta có thể thấy những thay đổi sau đây: tăng, giảm, mất, trong các bệnh đường hô hấp.
  - Rung thanh tăng: trong các trường hợp đông đặc nhu mô phổi, viêm phổi, nhồi máu động mạnh phổi, v.v...

Nhưng cũng có trường hợp rung thanh tăng do nhu mô phổi hoạt động bù, khi đó rì rào phế nang mạnh lên và gõ cũng trong hơn. Hiện tượng này có thể gặp ở phía trên ranh giới vùng có nước ở màng phổi. Người ta còn thấy rung thanh tăng ở vùng phổi lành hoạt động bù, lan sang vùng bệnh, có thể lan ở một bên phổi, hoặc sang bên phổi đối diện. Cho nên trong một số trường hợp tràn dịch hoặc tràn khí ở màng phổi, lại có rung thanh ở bên bệnh.

- Rung thanh giảm: trong các trường hợp không có khí ở phổi do chèn ép hoặc kém thông khí do nhu mô phổi kém co giãn như giãn phế nang, và trong tất cả các trường hợp có trướng ngại vật ngăn cách nhu mô phổi với thành ngực: tràn dịch, tràn khí màng phổi.
- Rung thanh không thay đổi: nếu tổn thương ở phổi không rộng lớn và ít ảnh hưởng tới tính chất dẫn truyền của nhu mô, thì không thấy rõ sự thay đổi của rung thanh: viêm phổi không điển hình, tràn dịch nhẹ ở màng phổi. Do đó, chúng ta cần phải kết hợp nhiều phương pháp trên lâm sàng để có chẩn đoán đúng.

*** Gõ**

Nhằm đánh giá độ vang của phổi, một tổ chức rỗng, để biết những thay đổi của nó trong các trường hợp bệnh lý.

- **Phương pháp gõ trực tiếp: dùng các ngón tay gấp khum lại, hoặc lòng bàn tay mở rộng. Phương pháp này cho biết một cách khái quát độ trong, đục của toàn bộ lồng ngực, nhưng làm cho người bệnh đau và cũng không xác định được kỹ những vùng tổn thương.**
- **Phương pháp gõ gián tiếp: gõ qua trung gian một vật khác; trước kia người ta dùng một miếng gỗ, kim loại, ngà, hoặc thuỷ tinh; hiện nay thì dùng các ngón bàn tay bên kia làm trung gian.**
  + **Bàn tay trái, nhất là ngón giữa, áp chặt vào lồng ngực, và trên các khoảng liên sườn. Ngón gõ của bàn tay phải, gập cong lại, sao cho đốt thứ ba gõ thẳng góc với đốt giữa ngón tay trái.**
  + Chú ý khi gõ chỉ chuyển động cổ tay hoặc khớp bàn tay với ngón tay. Gõ nhẹ khi muốn thăm dò phần nông ở phổi, gõ mạnh nếu tìm những thay đổi ở sâu. Phải gõ đều tay, nghĩa là với cùng một cường độ, và phải so sánh các vùng đối xứng.
  + Kết quả: tính chất gõ trong hay đục phụ thuộc vào cấu trúc của lồng ngực, chiều dày của thành ngực, khả năng co giãn của nhu mô phổi và thể tích khí trong phế nang.
- Tiếng gõ gồm có 3 thành phần: cường độ, âm độ, âm sắc. Cường độ phụ thuộc vào biên độ dao động do gõ gây nên, và thay đổi theo:
  + Chiều dày của cơ và lớp da: cường độ lớn nhất ở vùng dưới đòn và nách, nhỏ nhất ở hố trên gai, trung bình ở đáy.
  + Thể tích và áp lực không khí trong phế nang. Hít vào gõ vang hơn thở ra.
  + Âm độ phụ thuộc vào tần số dao động do gõ gây nên: những tiếng cao có âm độ cao đều, khô, gọn. Những tiếng trầm có âm độ thấp đều êm và kéo dài.
  + **Âm sắc: chỉ thấy biểu lộ trong các trường hợp bệnh lý, ví dụ: hang to, tràn khí màng phổi, gây nên những hoà âm đặc biệt.**

- Thay đổi bệnh lý: có thể làm thay đổi riêng rẽ từng phần của tiếng gõ, nhưng trong đa số trường hợp, cường độ, âm độ và âm sắc đều thay đổi.

  + Thay đổi cường độ: cường độ tăng, gõ vang, cường độ giảm, gõ đục, đục ít hay hoàn toàn.

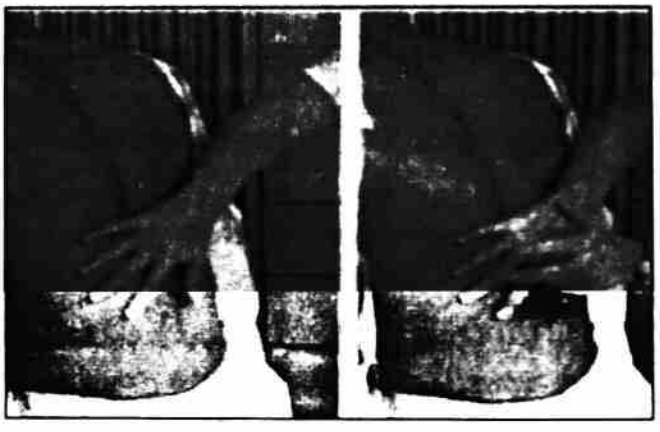
Cường độ tăng: trong các trường hợp tăng thể tích không khí trong phế nang: giãn phế nang, tràn khí màng phổi, hang phổi lớn ở nông, phổi hoạt động bù...

Cường độ giảm: bình thường nếu thành ngực dày quá, gõ cũng đục. Trong trường hợp bệnh lý, tiếng gõ đục khi nhu mô phổi hoặc túi màng phổi tăng mật độ: viêm phổi, tràn dịch màng phổi.

+ Thay đổi âm sắc:

Tiếng gõ vang hay vang kim loại: nghe giống tiếng gõ lên vật bằng kim khí, gặp trong hang lớn, đường kính trên 6 cm, vách nhẵn, và trong tràn khí màng phổi.

Tiếng gõ bình nứt: nghe rè rè như tiếng gõ vào bình sứ bị nứt, gặp trong hang lớn ở nông, chỉ thông với khí quản bởi một khe nhỏ. Tiếng rè rè này chỉ thấy ở vùng dưới đòn, sau khi người bệnh hít mạnh vào vài cái. Vì nếu ta gõ nhiều, không khí còn đọng lại trong hang sẽ qua khe phế quản ra hết và mất tiếng rè, nên chỉ sau khi hít lại, hang mới đủ căng để tiếp tục gây ra hiện tượng trên.



Hình 7. Gõ phổi

- Giá trị của gõ: gõ có thể phát hiện được vùng tổn thương tương đối rộng, ở nông, và xác định được tương đối chính xác vị trí của tổn thương. Nhiều khi bằng cách gõ có thể phát hiện được một khoảng đục nhẹ, do một lớp nước mỏng ở màng phổi, mà X quang lại không thấy.

* **Nghe:** là phương pháp cho ta nhiều tư liệu nhất trong khi khám thực thể về phổi, có nhiều tổn thương mà chỉ có nghe mới phát hiện được: tiếng cọ màng phổi trong viêm phổi khô, tiếng rên phế quản trong viêm phế quản, mà không một phương pháp lâm sàng nào khác và cả X quang nữa, có thể thấy được. Có hai phương pháp: nghe trực tiếp bằng tai áp trên lồng ngực, và nghe gián tiếp bằng ống nghe:

- Ống nghe: có nhiều loại ống nghe, phần lớn đều làm cho một người nghe và có hai càng nhưng cũng có loại có 4 càng, cho hai hoặc 4 người nghe.

- Nghe tất cả các vùng đối xứng, không quên hai hố nách. Chú ý nghe
  + Tính chất tiếng thở ở hai thì hô hấp
  + Các tiếng bất thường: tiếng rên, thổi, cọ....
  + Sự thay đổi các tiếng sau khi ho và nói
- Hô hấp bình thường: trong động tác thở khi hít vào, không khí qua thanh quản, khí quản, phế quản gốc, rồi tới các phế quản nhỏ, phân phối vào các phế nang. Không khí thoát ra ngoài theo trình tự ngược lại ở thì thở ra.
  + Không khí đi qua thanh quản và các phế quản lớn gây ra tiếng thở thanh khí quản, có cường độ mạnh, âm độ cao, nghe thấy rõ ở vùng thanh quản, khí quản, vùng xương ức, cạnh ức và khoảng liên bả cột sống. Tiếng thở thanh khí quản bắt nguồn từ thanh môn, một khoảng hẹp trên đường đi của không khí.
  + Không khí đi qua phế quản cuối, vùng có cơ Reisessen, rồi đi vào phế nang, tức là qua vùng tương đối hẹp rồi tới vùng rộng hơn, gây ra tiếng rì rào phế nang. Tiếng rì rào phế nang nghe êm dịu, âm độ cao, âm sắc như tiếng gió thổi nhẹ qua lá cây và liên tục trong toàn bộ thì hô hấp. Trên lâm sàng, vì áp lực không khí vào phế nang trong thì hít vào lớn hơn thì thở ra nên ta nghe thì hít vào dài hơn thì thở ra. Thực tế phân tích trên phế đồ ta thấy thì thở ra dài hơn hít vào 2- 3 lần.
- **Hô hấp bệnh lý:**
  + ***Thay đổi về cường độ:***

Trừ trường hợp người gầy, trẻ em, thành ngực mỏng, hoặc người vừa hoạt động mạnh, hồi hộp, tiếng thở mạnh, ta thấy cường độ thở lớn ở vùng phổi lành, hoạt động bù phổi tổn thương. Hiện tượng này kèm theo tăng rung thanh và gõ trong.

Tiếng thở yếu hoặc mất gặp trong các trường hợp có ngăn trở hô hấp: vật lạ, nước, hơi ở màng phổi, viêm phổi, xơ phổi...Kết hợp với những thay đổi khác về lâm sàng.

+ *Thay đổi về nhịp thở:* có thể do sinh lý hoặc bệnh lý.

Thay đổi về tần số: thở nhanh, hồi hộp, hoạt động mạnh, viêm phổi đốm, lao kê, tràn dịch nhiều ở màng phổi.

Thở chậm, thở không đều: gặp trong các trường hợp có rối loạn hành tuỷ như hôn mê do ure huyết cao, do đái đường.

Nhịp thở Kussmaul: người bệnh thở chậm: hít vào, nghỉ, thở hít ra, nghỉ, rồi tiếp tục như trên

Nhịp thở Cheyne – Stockes: thở tăng dần biên độ, nhịp đều rồi thở giảm dần cường độ, sau đó nghỉ ít hoặc nhiều rồi lại tiếp tục như trên.

+ ***Thay đổi tỷ lệ hít vào và thở ra:*** thở ra dài hơn hít vào: hiện tượng "đảo ngược nhịp hô hấp" này gặp trong hen phế quản, giãn phế nang...

Tiếng thở không liên tục, ngắt quãng: thường xảy ra ở thì hít vào, do nhiều nguyên nhân: thần kinh, xúc cảm. Viêm dính màng phổi gây co kéo phổi trong khi hô hấp. Viêm phế quản gây tắc không hoàn toàn các nhánh phế quản.

+ *Thay đổi về âm độ:* thường đi kèm với thay đổi về âm sắc.

Âm độ thấp: tiếng thở trầm, thô, ráp.

Âm độ cao: gặp trong viêm phổi nhưng nhu mô chưa đủ đông đặc để gây ra tiếng thổi ở đây, cường độ thở cao, âm độ cao và rì rào phế nang cũng mạnh.

+ *Thay đổi về âm sắc:* tiếng thở thô ráp gặp trong viêm phế quản hoặc các tổn thương khác ở nhu mô phổi: viêm, lao...

Trong khi nghe các tiếng thở ta có thể phát hiện được những tiếng bất thường do những thay đổi cơ thể bệnh ở bộ máy hô hấp: tiếng rên, tiếng cọ, tiếng thổi..

+ *Thay đổi tiếng ho và tiếng nói*: cường độ, âm độ, âm sắc của tiếng ho và tiếng nói thay đổi theo các tổn thương ở đường hô hấp. Tiếng ho và tiếng nói còn giúp cho chẩn đoán phân biệt một số bệnh lý ở phổi. Khi khám toàn thân, đã có thể sơ bộ nhận xét các thay đổi bệnh lý ảnh hưởng đến tiếng ho và tiếng nói.

+ *Tiếng nói:* người bệnh phải nói khá to, phát những âm vang như: một, hai, ba khi điều dưỡng đặt ống nghe lên thành ngực.

Khám thực thể tim.

*** Nhìn.**

- *Tư thế người bệnh*: người bệnh nằm, đầu và lưng gối hơi cao, hai chân co cởi khuy áo để bộc lộ cả ngực trước. điều dưỡng ngồi bên trái người bệnh (cũng có khi ngồi bên phải).
- *Quan sát*: trước hết xem người bệnh có khó thở không? có phù không? tình trạng tinh thần thế nào? có lo lắng hoảng hốt không?
- *Nhận xét màu sắc da và niêm mạc người bệnh*: môi tím trong các bệnh tim bẩm sinh, trong suy tim. Ngón tay và ngón chân dùi trống gặp trong các bệnh tim bẩm sinh và một số bệnh phổi mạn tính hoặc u phổi...
- *Nhận xét tình trạng lồng ngực*: lồng ngực nhô ra trước ở những người bị bệnh tim từ bé vì lúc đó sự cốt hóa chưa hoàn toàn nên lồng ngực dễ biến dạng. Ở trẻ em bị tràn dịch màng ngoài tim, lồng ngực cũng hơi phồng.
- *Nhịp đập của tim:* ở người bình thường ta có thể thấy mỏm tim đập dưới núm vú trên đường giữa xương đòn vào khoảng gian sườn 4 - 5. Mỏm tim đập mạnh trong trường hợp thất trái to hoặc tim to toàn bộ, mỏm tim đập yếu trong trường hợp tràn dịch màng ngoài tim hoặc ở những người béo có thành ngực dày.
- *Ở những người bị túi phình động mạch chủ*: ta có thể nhìn thấy một khối u đập ở khoảng gian sườn 2 sát bên xương ức, khối u đập theo nhịp tim.

- *Vùng cổ:*

  + Tĩnh mạch cổ nổi trong suy tim phải, động mạch cổ đập mạnh trong bệnh hở van động mạch chủ.

  + Cần khám xem tuyến giáp trạng có to không? Vì có một số người bị cường tuyến giáp có biến chứng tim.

  + Vùng thượng vị và vùng hạ sườn phải: có thể thấy vùng thượng vị đập theo nhịp tim khi tim phải to, khi suy tim phải hoặc suy tim toàn bộ: gan thường to ra, ta nhìn thấy vùng hạ sườn phải dày hơn bên kia.

*** Sờ.**

- Tìm mỏm tim: phải sờ mỏm tim ở hai tư thế nằm ngửa và nghiêng sang bên trái. Muốn sờ mỏm tim, ta dùng lòng bàn tay áp sát vào lồng ngực chỗ mỏm tim. Mỏm tim có thể thay đổi về:

  + Vị trí:

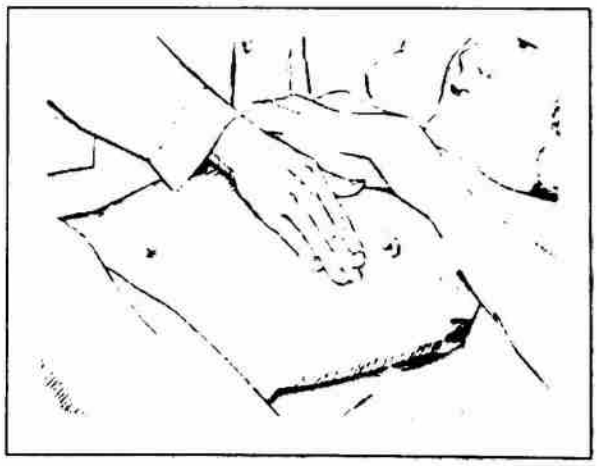
Thay đổi sinh lý: nằm nghiêng sang trái mỏm tim sẽ lệch sang trái khoảng hai khoát ngón tay, ở tư thế này sờ thấy mỏm tim dễ nhất. Khi nằm nghiêng sang phải: mỏm tim lệch sang trái rất ít.

Thay đổi bệnh lý: trong trường hợp bệnh lý tim to ra mỏm tim thấp xuống hoặc ra ngoài đường giữa xương đòn trái.

Trong các trường hợp tràn dịch và tràn khí nhiều ở màng phổi một bên, tim bị đẩy sang bên kia. Trường hợp dày dính màng phổi và màng tim, tim sẽ bị co kéo về phía bên dày dính. Nếu chỉ có các màng tim dính vào nhau và dính với màng phổi tiếp cận thì diện tim nhỏ lại, mỏm tim không thay đổi vị trí mặc dù người bệnh thay đổi tư thế.

Trường hợp có tràn dịch màng bụng nhiều hoặc có khối u to trong ổ bụng,cơ hoành bị đẩy cao lên và mỏm tim cũng thay đổi vị trí: tim ở tư thế nằm ngang.

+ Cường độ: mỏm tim đập không rõ ở người béo quá, trong bệnh viêm màng ngoài tim có tràn dịch hoặc dày dính màng tim. Mỏm tim đập mạnh trong trường hợp tim trái to, trong bệnh hở van động mạch chủ hoặc trường hợp cảm động.



Hình 8. Sờ mỏm tim

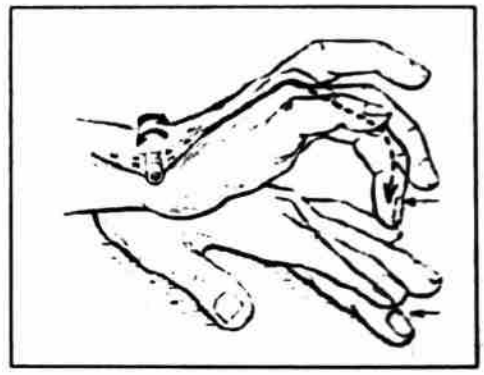
- Sờ các tiếng rung miu: trong các bệnh tim, có thể gặp các trường hợp dòng máu phải xoáy mạnh qua một chỗ hẹp (ví dụ hẹp van động mạch

chủ, hẹp van hai lá...) do tốc độ máu đi qua nhanh, xoáy qua chỗ hẹp làm rung các tổ chức van, thành tim, thành mạch lớn cho nên khi đặt tay vào thành ngực ở gần chỗ luồng máu qua chỗ hẹp ta sẽ thấy một cảm giác rung rung giống như khi đặt tay lên lưng mèo lúc nó rên. Cảm giác đó gọi là rung miu. Tuỳ theo rung miu, ở thì tim bóp hay tim giãn mà ta gọi là rung miu tâm thu hay rung miu tâm trương.

*** Gõ.**

Mục đích để xác định vị trí, kích thước tim và động mạch chủ có trường hợp gõ đóng vai trò rất quan trọng trong nhận định các triệu chứng của bệnh, ví dụ: trong bệnh tràn dịch màng ngoài tim, ta cần gõ xem diện tim to ra đến đâu (diện đục của tim bình thường đối chiếu lên thành ngực là một hình bốn cạnh gần giống hình thang).

- *Tìm mỏm tim:* dùng phương pháp nhìn và sờ đã trình bày ở trên để tìm mỏm tim, nếu gặp trường hợp nhìn và sờ vẫn chưa xác định được thì gõ chéo từ dưới lên trên, từ trái sang phải đến chỗ bắt đầu đục, đó là vị trí mỏm tim.
- *Tìm bờ trên gan*: đặt ngón tay giữa dọc theo kẽ liên sườn bắt đầu từ bờ dưới xương đòn, gõ từ trên xuống dưới cho đến lúc vừa tới vùng đục của gan, đó là bờ trên gan, bình thường giới hạn đục của bờ trên gan ở mức gian sườn 5.



Hình 9. Vị trí hai bàn tay khi gõ

- *Tìm bờ phải tim:* tay trái đặt ngón giữa song song với xương ức, đầu ngón để trong rãnh gian sườn, dùng tay phải gõ vào ngón giữa trái, gõ từ nách trước trở ra theo khoảng gian sườn cho đến khi thấy vùng đục của bờ phải tim, cứ như thế gõ từ trên xuống dưới ghi lấy điểm gặp nhau của bờ phải tim và bờ trên gan. Bình thường vùng đục của bờ phải tim không vượt quá bờ phải xương ức, từ chỗ sát bờ trên gan thì đục ra bên phải xương ức từ 1cm đến 1,5 cm. Bờ phải tim ứng với tâm nhĩ phải, chiều cao của bờ này thường không quá 9 cm.
- *Tìm bờ dưới tim*: nối mỏm tim vào giao điểm của bờ phải tim và bờ trên gan, ta được bờ dưới tim, bờ này ứng với tâm thất phải, thông thường bờ này không dài quá 12cm.
- *Tìm bờ trái tim*: gõ chếch từ hõm nách trái về phía mũi ức từ ngoài vào trong, từ trên xuống dưới, song song theo hướng thông thường của bờ trái tim cho đến khi tìm được một đường giới hạn diện đục của bờ trái tim. Bình thường giới hạn này đi từ sát bờ trái xương ức chỗ xương sườn 2 đi

xuống cắt ngang đường cạnh ức rồi phình ra thành một đường cong cho tới gian sườn 4 – 5 ở phía trong đường giữa xương đòn từ 1-2 cm. bờ trái chủ yếu ứng với tâm thất trái.

- *Tìm bờ trên tim*: gõ từ trên xuống sát hai bên cạnh ức để xác định bờ trên tim, thường bờ trên này ít có giá trị chẩn đoán trên thực tế, giới hạn đục của bờ trên thường từ xương sườn 2.

Các giới hạn nói trên là giới hạn vùng đục tương đối của tim, tức là khoảng chiếu của tim lên lồng ngực ở nơi có phổi xen kẽ giữa tim và thành ngực. Các vùng đục tương đối sẽ thay đổi trong các trường hợp tim thay đổi vị trí và tim to ra.

*** Nghe.**

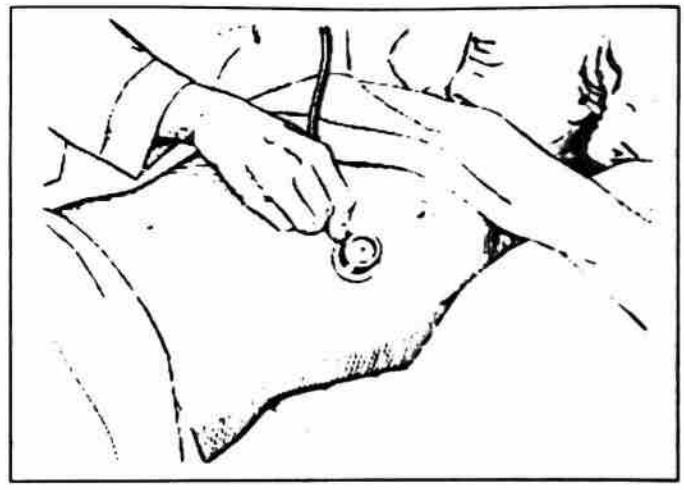
- Nhắc lại sinh lý.
  + Chu chuyển tim: trong một phút tim co bóp khoảng 70 – 80 lần. Trong thời kỳ tiền tâm thu, hai tâm nhĩ co lại, tống nốt máu vào tâm thất. Khi hai tâm nhĩ vừa co bóp xong thì hai tâm thất co bóp tiếp ngay và tạo nên thời kỳ tâm thu của tâm thất. Trong thời kỳ này van nhĩ thất đóng lại, những van tổ chim (sigma) mở ra, tống máu vào động mạch chủ và động mạch phổi. Đến thời kỳ tâm trương, tâm thất giãn ra, van tổ chim đóng lại, van nhĩ thất mở ra, máu từ tâm nhĩ dồn vào tâm thất do trọng lượng máu và sức hút của tâm thất.
  + Tiếng tim: tiếng thứ nhất chủ yếu do tâm thất co bóp phối hợp với tiếng đóng của van nhĩ thất. Tiếng thứ hai chủ yếu do tiếng đóng của van sigma của động mạch chủ với động mạch phổi.
- Nghe tim. Có hai phương pháp nghe tim: nghe trực tiếp và nghe bằng ống nghe.
  + Nghe trực tiếp: nghe bằng tai phải, áp tai vào một khăn mỏng giải trên ngực người bệnh. Hiện nay không dùng phương pháp này nữa vì bất tiện khi nghe vùng nách, nhất là đối với người bệnh nữ.
  + Nghe gián tiếp: bằng ống nghe vào hai lỗ tai, phương pháp này dùng phổ biến, nên nghe ở nhiều tư thế: nằm ngửa, nằm nghiêng sang trái, ngồi và nghe năm ổ van tim:

Ổ van hai lá: ở mỏm tim vào khoảng gian sườn 4 hoặc xương sườn 5 trên đường vú trái. Khi bị bệnh, mỏm tim có thể sa xuống thấp hoặc sang trái thì phải nghe ở vị trí mới của mỏm tim.

Ổ van ba lá: ở trên sụn sườn 6 bên phải.

Ổ van động mạch chủ: một ổ ở khoảng gian sườn hai bên bờ phải xương ức và một ổ nữa ở liên sườn 3 sát bờ trái xương ức gọi là Eck- Botkin

Đôi khi muốn nghe để xác định rõ hơn những tiếng không bình thường của tim thì bảo người bệnh làm vài động tác rồi nghe, hoặc hít vào mạnh, rồi nín thở (làm như vậy phế nang phình ra lấp kín các xoang tim phổi, tiếng thổi ngoài tim sẽ mất đi hoặc giảm cường độ xuống, còn tiếng thổi thực thể trong tim thì không thay đổi).



Hình 10: cách nghe tim

- Tiếng tim:

  + Tiếng tim bình thường: **trong mỗi chu chuyển tim ta nghe được hai tiếng: tiếng thứ nhất nghe trầm, dài. Tiếng thứ hai nghe thanh và gọn hơn. Tiếng thứ nhất cách tiếng thứ hai bởi một khoảng nghỉ ngắn, tiếng thứ hai cách tiếng thứ nhất của chu chuyển sau bằng một khoảng nghỉ dài. Tiếng thứ nhất xem như đồng thời với lúc mạch đập, tức là mở đầu thì tâm thu. Tiếng thứ hai tương ứng với lúc mạch chìm, mở đầu thì tâm trương. Tiếng thứ nhất nghe rõ ở mỏm tim, tiếng thứ hai nghe rõ hơn ở đáy tim.**

  + **Sự thay đổi tiếng tim.**

***Thay đổi cường độ*: thay đổi cường độ của hai tiếng tim phụ thuộc vào các** yếu tố sau: thành ngực, môi trường giữa tim và ngực, máu, cơ tim và van tim.

Cường độ tăng: hai tiếng tim đều mạnh hơn khi tim bị kích thích như khi bị cảm động, sau khi tập thể thao, khi sốt, trong bệnh cường tuyến giáp. Ở người gầy, do thành ngực mỏng tiếng tim nghe rõ hơn nhưng không phải bệnh lý.

Cường độ giảm: cơ tim yếu nên tim cũng đập yếu; mặt khác van được bao phủ bởi lớp màng. Bình thường màng trong tim nhẵn nhụi, khi bị viêm, bị phù van thì tiếng van đập không mạnh nữa.

2.4.2.6. Khám thực thể bụng

Khi khám thực thể bụng cần chú ý:

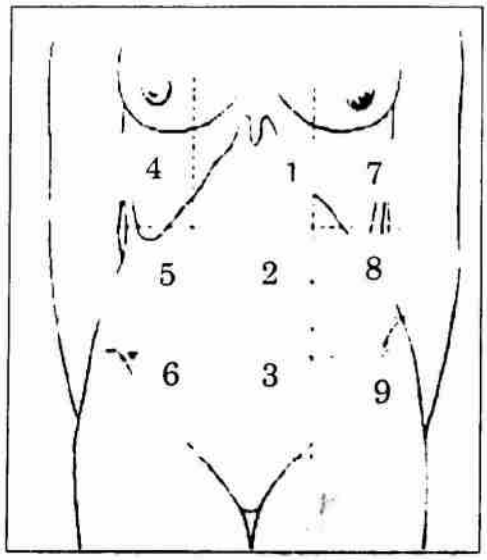
+ Hình thái và sự hoạt động của thành bụng theo nhịp thở.

+ Nhận định bụng nói chung rồi các phủ tạng trong ổ bụng.

Cần chú ý nhận định trực tràng và âm đạo là **một động tác bắt buộc phải làm cho tất cả người bệnh có sự phàn nàn về những vấn đề bệnh lý ở bụng, nhất là ở bụng dưới. Nam giới, không nên quên nhận định dương vật, bìu sinh dục, thừng tinh và các lỗ thoát vị.**

*** Phân khu ổ bụng.**

- Giới hạn của ổ bụng: phía trên là cơ hoành, phía dưới là hai cánh chậu, phía sau là cột sống và cơ lưng, hai bên là cơ và cân thành bụng.
- Phân khu bụng:
  + *Phía trước:* kẻ 2 đường ngang: đường trên qua hai bờ dưới sườn (điểm thấp nhất), đường dưới qua hai gai chậu trước trên. Kẻ hai đường thẳng đứng qua giữa cung đùi phải và trái. Kết quả chia bụng làm ba tầng, 9 vùng, mỗi tầng có 3 vùng. Tầng trên: ở giữa là vùng thượng vị, hai bên là vùng hạ sườn phải và hạ sườn trái. Tầng giữa: ở giữa là vùng rốn, hai bên là vùng mạn sườn phải và trái tầng dưới: ở giữa là vùng hạ vị, hai bên là vùng hố chậu phải, và trái.
  + *Phía sau*: là hố thắt lưng giới hạn bởi cột sống ở giữa, xương sườn 12 ở trên, mào chậu ở dưới.
- Hình chiếu của các cơ quan trong ổ bụng lên từng vùng.
  + Vùng thượng vị: thuỳ gan trái, một phần mặt trước dạ dày, tâm vị, môn vị, mạc nối gan - dạ dày, trong mạc nối có mạch máu và ống mật, tá tràng, tụy tạng, đám rối thái dương, động mạch chủ bụng (đoạn đầu), tĩnh mạch chủ bụng (đoạn đầu).
  + Vùng hạ sườn phải: thuỳ gan phải, túi mật, góc đại tràng phải, tuyến thượng thận phải và cực trên thận phải.
  + Vùng hạ sườn trái: lách, dạ dày, góc đại tràng trái, đuôi tụy, tuyến thượng thận trái và cực trên thận trái.
  + Vùng rốn: mạc nối lớn, đại tràng ngang, ruột non, mạc treo ruột và hạch mạc treo ruột, hai niệu quản dọc hai bên cột sống, động mạch chủ bụng và tĩnh mạch chủ bụng.
  + Vùng mạng sườn phải: đại tràng lên và ruột non, thận phải.



1. Vùng thượng vị
2. Vùng rốn
3. Vùng hạ vị
4. Vùng hạ sườn phải
5. Vùng mạng sườn phải
6. Vùng hố chậu phải
7. Vùng hạ sườn trái
8. Vùng mạng sườn trái
9. Vùng hố chậu trái

Hình 11: Phân khu ổ bụng

+ Vùng mạng sườn trái: đại tràng xuống và ruột non, thận trái.

+ Vùng hạ vị: mạc nối lớn, ruột non, bàng quang, đoạn cuối của niệu quản. ở phụ nữ có thêm: hai vòi trứng, dây chằng rộng, dây chằng tròn, động, tĩnh mạch tử cung.

+ Vùng hố chậu phải: manh tràng, ruột non, ruột thừa, buồng trứng phải.

+ Vùng hố chậu trái: đại tràng sigma, ruột non, buồng trứng trái.

+ Vùng hố thắt lưng phía sau có: thận và niệu quản.

Hình 12: Cách sờ ổ bụng

*** Nguyên tắc khám.**

- Khám thật nhẹ nhàng, từ nông tới sâu, chỗ lành trước chỗ đau sau.
- Đặt sát hai tay vào thành bụng, không nên chỉ dùng năm đầu ngón tay.
- Khám nơi có đủ ánh sáng, trời lạnh phải khám trong buồng ấm, xoa tay trước khi khám, phải giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Tư thế của người bệnh và thầy thuốc:

+ Người bệnh nằm ngửa, hai tay duỗi thẳng, chân co, miệng há thở đều và sâu để thành bụng được mềm, cởi áo hoặc vén áo lên ngực, nới bớt rút quần.

+ Thầy thuốc ngồi bên phải, phía dưới người bệnh.

*** Nhìn**

- *Bình thường:* bụng thon tròn đều, thành bụng ngang với xương ức, cử động nhịp nhàng theo nhịp thở, rốn lõm. Người béo hay phụ nữ đẻ nhiều bụng bè ra, ở phụ nữ đã đẻ trên da bụng có vết rạn da.
- *Những thay đổi hình thái:* bụng lõm hình lòng thuyền do suy mòn, lao màng bụng. Bụng căng phình: do có hơi trong ruột, dạ dày gây chướng hơi. Do có khối u: u thận, u buồng trứng, u gan, lách to...Do có nước: khi nằm bụng bè ra, lúc đứng bụng sệ xuống. Rốn lồi: do thoát vị rốn hay trong bụng có nước. Thoát vị đường trắng làm ruột ở trong thoát ra ngoài cơ thẳng to qua đường trắng dưới lớp da bụng.
- *Những thay đổi về cử động của thành bụng:* thành bụng co cứng không cử động theo nhịp thở, các cơ nổi rõ gặp trong co cứng thành bụng do viêm phúc mạc, thủng dạ dày.

- Những dấu hiệu bất thường ở bụng: sẹo mổ, sẹo vết thương cũ ở bụng có giá trị gợi ý: vết mổ cũ ở đường mật, mổ dạ dày, mổ ruột thừa, mổ tử cung
- Những nhu động kiểu rắn bò: ở vùng thượng vị do tắc môn vị dạ dày, vùng rốn do tắc ruột non, dọc theo khung đại tràng do tắc đoạn cuối đại tràng.
- Những tĩnh mạch nổi rõ gọi là tuần hoàn bàng hệ gặp trong tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tắc tĩnh mạch cửa hoặc tĩnh mạch chủ.

*** Sờ**

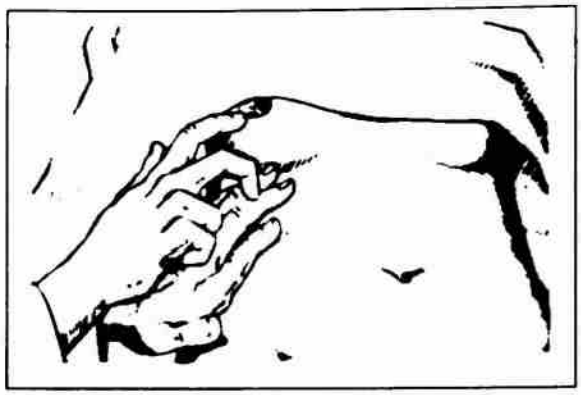
Cần giải thích trước để người bệnh yên tâm, không sợ đau, không sợ buồn, không chú ý đến động tác khám của người điều dưỡng (có thể vừa khám vừa hỏi để đánh lạc sự chú ý của người bệnh).

- Phát hiện điểm đau: dùng một hay hai ngón tay ấn vào bụng để tìm vị trí chính xác của điểm đau và vùng đau.
- Dùng hai bàn tay áp sát vào thành bụng day day theo một hình tròn ngược chiều kim đồng hồ. Sờ theo nhịp thở người bệnh, nếu thấy thành bụng dày, cứng dùng hai bàn tay chồng lên nhau để khám.
- Dùng hai bàn tay móc vào vùng hạ sườn phải hoặc trái người bệnh, thường dùng để khám bờ dưới gan và lách.
- Đẩy lắc: một bàn tay luồn xuống dưới mạn sườn hất lên, bàn tay trên bụng ấn xuống đón lấy, thường dùng để khám gan và thận.
- Chạm thắt lưng: một bàn tay luồn xuống dưới hố thắt lưng, một bàn tay ở trên ấn xuống để khối u chạm vào tay dưới, dùng để phát hiện thận to.
- Tìm dấu hiệu sóng vỗ và dấu hiệu cục đá.
- *Bình thường:* khi khám ta thấy thành bụng mềm mại, không đau, không sờ thấy lách, thận, bờ dưới gan (trừ một phần của thuỳ trái dưới mũi ức), không sờ thấy u hoặc cục bất thường ở bụng, ấn vào các điểm đặc biệt không đau.
- Bệnh lý:
  + Thành bụng phù nề: khám thấy dày và ấn vào có vết lõm.
  + Thành bụng căng: có nước hoặc có hơi.
  + Thành bụng lồi lõm, chỗ rắn chỗ mềm: viêm dính màng bụng nhiều chỗ do lao....
  + Thành bụng co cứng và có phản ứng: khi ấn vào thì thành bụng co lại, đồng thời người bệnh kêu đau, gạt tay ta ra không cho khám. Gặp trong viêm màng bụng do bất cứ nguyên nhân gì (thủng dạ dày, thủng ruột thừa...).

- Những điểm đau cần chú ý trong khi khám
  + *Điểm đau túi mật*: chỗ bờ ngoài cơ thẳng to phải gặp bờ sườn bên phải. Đau khi viêm túi mật, đối với điểm túi mật ta còn làm nghiệm pháp Murphy: ấn nhẹ ngón tay vào điểm túi mật rồi bảo người bệnh hít vào sâu, nếu đau người bệnh phải dừng thở lại đột ngột: nghiệm pháp dương tính gặp trong viêm túi mật.
  + *Điểm đau Mac.Burney*: điểm chia 1/3 ngoài và 2/3 trong của đường giữa rốn và gai chậu trước trên bên phải. Đau khi viêm ruột thừa.
  + Điểm cạnh mũi ức bên phải đau trong bệnh giun chui ống mật.
  + Vùng đau đại tràng họp thành một đường dọc theo đại tràng gặp trong viêm đại tràng.
  + Vùng đầu tụy và ống dẫn túi mật chủ: ở trong góc một cạnh là đường giữa bụng, một cạnh là đường phân giác của góc đường giữa và đường ngang rốn bên phải. Vùng này đau trong viêm tụy, sỏi mật.
  + Điểm sườn lưng: góc giữa xương sườn thứ 12 và khối cơ chung thắt lưng. Đau trong viêm tụy, viêm quanh thận...
- *Phát hiện một khối u ở bụng:* trong khi thăm khám ta có thể sờ thấy khối u ở trong bụng, muốn biết khối u đó thuộc bộ phận nào? Tổn thương ra sao? Cần biết hình chiếu của nó lên thành bụng và tìm lần lượt các đặc tính sau đây:
  + Vị trí: vùng trên rốn, hạ sườn, hố chậu, dưới rốn...
  + Hình thể và kích thước: ví dụ khối u hình quả đậu dài gần 10cm, ngang 5 - 6cm... nghĩ đến thận, cần vẽ lại khối u trên giấy để tiện theo dõi.
  + Bờ tròn đều hay nham nhở: những khối u ác tính bờ thường gồ ghề nham nhở.
  + Mặt nhẵn hay gồ ghề: mặt lồi lõm cũng thường biểu hiện tính chất ác tính của khối u.
  + Mật độ cứng rắn, chắc hay mềm: lách to thường có mật độ chắc, ung thư gan thường rắn, gan ứ máu thường mềm.
  + Đau hay không? Đau thường biểu hiện viêm nhiễm.
  + Di động hoặc cố định: những khối u của lách, gan có thể di động theo nhịp thở.
  + Ở nông hay sâu: khối u của gan, mạc treo thường nông, khối u thận ở sâu..
  + Có đập theo nhịp tim không? Khối u mạch máu đập theo nhịp tim.
  + Đồng thời kết hợp gõ để xác định độ đục, trong.

* Gõ

Gõ bụng phối hợp với sờ nắn mang lại nhiều giá trị khi khám. Bình thường gõ bụng giúp xác định được: vùng đục của gan, vùng vang trống của túi hơi dạ dày,vùng đục của lách. Một số trường hợp bệnh lý: gõ vang toàn bộ, bụng chướng hơi, gõ trong vùng trước gan: thủng dạ dày, thủng ruột, trong ở đây do hơi tách gan khỏi thành bụng. Gõ đục toàn bộ hoặc đục ở vùng thấp: bụng có nước. Gõ đục một phần: khối u có nước cục bộ.



Hình 13: Cách gõ ổ bụng

***Nghe: ít giá trị nên chỉ dùng trong một số trường hợp đặc biệt.**

- **Tắc môn vị ứ nước dạ dày: lắc người bệnh vào sáng sớm lúc đói nghe thấy tiếng óc ách của dạ dày.**
- **Tắc ruột có ứ hơi và nước, sờ nắn ta có thể thấy tiếng hơi chuyển ùng ục trong ruột.**
- **Dùng ống nghe nghe dọc theo đường đi của động mạch, tĩnh mạch trong bụng: nghe thấy tiếng thổi trong trường hợp hẹp hoặc viêm tắc động mạch chủ, động mạch thận...(nghe cả phía trước và sau).**

2.4.2.7. Bộ phận sinh dục ngoài

- **Nam: khám thừng tinh, lỗ bẹn, dương vật, tuyến tiền liệt.**
- Nữ: khám âm hộ, âm đạo, cổ tử cung (thai nếu có).

2.4.2.8. Khám chi và cột sống

- Dị dạng hoặc biến dạng của chi và cột sống.
- Các khớp: nhận định phát hiện tình trạng một hoặc nhiều khớp bị sưng to, đau khi vận động.
- Các đầu ngón tay và móng tay: móng tay "mặt kim đồng hồ" nghĩa là móng tay khum tròn như mặt kính đồng hồ, là một biểu hiện cần chú ý.
- Phản xạ gân xương: phản xạ gân cơ tứ đầu, tam đầu (chi dưới), gân cơ nhị đầu, tam đầu (chi trên).

2.4.2.9. Khám các dây thần kinh sọ não

Nhận định chức năng của 12 đôi dây thần kinh sọ.

2.4.3. Nhận định các chất thải tiết và một số dịch cơ thể

Đây chỉ là nhận xét thô đại thể trên lâm sàng, sự nhận định này cần được bổ sung thêm bởi các kết quả xét nghiệm cận lâm sàng các chất đó. Tuy vậy, sự nhận định này có khi rất có ích vì nó cung cấp cho chúng ta ngay ở giường bệnh những yếu tố cần thiết cho việc xây dựng các chẩn đoán điều dưỡng.

- Nước tiểu: nhận định về màu sắc và độ đục.
  - + Màu vàng giúp xác định cho chúng ta một dấu hiệu về sự chuyển hóa và lưu thông của hệ thống dẫn mật không bình thường.
  - + Màu đỏ: giúp người điều dưỡng xác định sự bất thường của nước tiểu người bệnh hoặc trong nước tiểu có hồng cầu hoặc có huyết sắc tố.
  - + Đục: có thể là một bằng chứng về sự nhiễm khuẩn đường tiểu.
- Phân: nhận định về sự thay đổi tính chất và số lượng.
  - + Phân có lẫn nhầy mũi, máu: giúp xác định có sự tổn thương niêm mạc đường ruột.
  - + Phân có màu đen như bã cà phê, mùi thối khẳn: gợi ý cho người điều dưỡng nghĩ đến một vấn đề bất thường trong bộ máy tiêu hóa của người bệnh (trong phân có máu) chảy máu đường tiêu hóa.
- Đờm: nhận định về sự thay đổi màu sắc, tính chất của đờm mà người bệnh khạc ra mỗi ngày.
  - + Trong đờm có lẫn máu đỏ tươi, màu thẫm hoặc máu cục chứng tỏ có tổn thương gây chảy máu.
  - + Đờm có mủ xác định có sự tổn thương nhu mô phổi.
- Chất nôn.
  - + Cần nhận định kỹ số lượng, thành phần và tính chất của chất nôn, trên cơ sở như nhận định đối với các chất thải tiết đã trình bày ở phần trên.
  - + Trong trường hợp đặc biệt sự nhận định các dịch cơ thể còn được tiến hành ngay khi chúng ta làm các thủ thuật thăm dò tùy theo bệnh cảnh lâm sàng. Cũng như các chất thải tiết, những dịch cơ thể này phải được nhận định ngay tại giường bệnh và phải được chứng minh bằng kết quả của các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết.
  - + Chọc dò màng phổi thấy có mủ, nghĩ đến có sự nhiễm khuẩn màng phổi.
  - + Chọc dò ống sống thấy nước não tuỷ đục, giúp xác định một sự nhiễm khuẩn hệ thống màng não, tủy sống. Dịch não tủy có màu đỏ chứng tỏ có tổn thương mạch máu ở não, màng não.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Nhận định thực thể là một quy trình tổng quát gồm hai phần chính là:

A. Khai thác lịch sử bệnh.

B. .....

2. Ba yêu cầu khoa học của người điều dưỡng khi nhận định thực thể:

A. Khoa học.

B. .....

C. Tâm lý.

3. Khi khai thác bệnh sử, tiền sử người bệnh, điều dưỡng phải khai thác 6 vấn đề sau:

A. .....

B. Xác định vấn đề chính của bệnh.

C. Xác định vấn đề ngoài bệnh.

D. .....

E. .....

F. Môi trường dân cư người bệnh sinh sống.

4. Bốn khâu chính trong khám thực thể cho người bệnh là:

A. Nhìn.

B. .....

C. Gõ.

D. .....

5. Năm loại âm khi gõ ta nghe được:

A. Vang.

B. .....

C. Trầm.

D. Cộng hưởng trung bình.

E. .....

6. Nghe tim ta nghe ở 4 ổ van:

A. Động mạch chủ.

B. .....

C. Ba lá.

D. .....

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
7	Nhận định thực thể là xác định các nhu cầu của người bệnh.		
8	Thái độ ân cần, niềm nở của người điều dưỡng rất cần thiết khi nhận định sức khỏe cho người bệnh.		
9	Khi khai thác tiền sử điều dưỡng phải sử dụng những từ y học để phỏng vấn người bệnh.		
10	Khi khám thực thể (gõ) giúp ta xác định được kích thước các tạng trong cơ thể.		
11	Theo phân khu ổ bụng hai bên của tầng dưới gọi là vùng hố chậu.		
12	Vấn đề chính của bệnh là lý do đã buộc người bệnh đến cơ sở y tế.		
13	Một trong những nguyên nhân thiếu hụt dinh dưỡng của người bệnh là do nhu cầu của cơ thể tăng lên do bệnh.		
14	Nếu tắc ở đường hô hấp dưới, thở có tiếng khò khè và nhìn thấy co kéo trên và dưới ức.		
15	Chỉ số hô hấp tăng trong tràn dịch, tràn khí màng phổi.		
16	Cường độ gõ sẽ tăng trong trường hợp viêm phổi.		
17	Người bình thường có thể nhìn thấy mỏm tim đập ở khoang liên sườn 3- 4 trên đường giữa xương đòn trái.		
18	Nước tiểu có màu đỏ kết luận người bệnh đái máu đại thể.		
19	Quan sát phân thấy có nhầy mũi kết luận người bệnh có tổn thương niêm mạc đường ruột.		

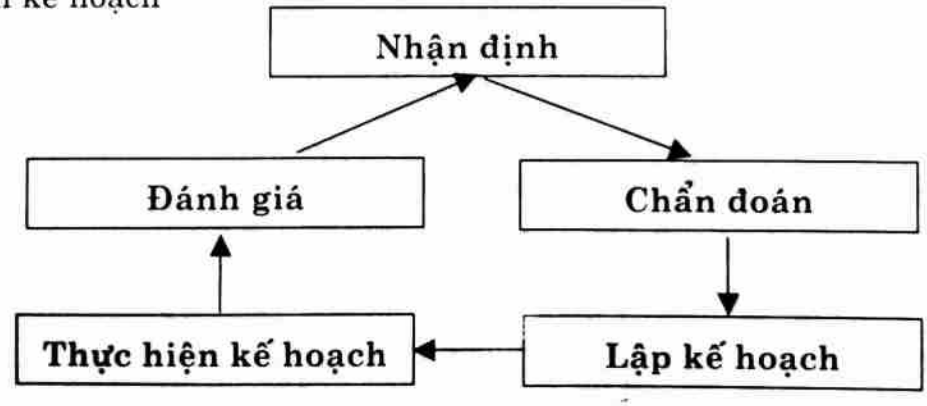
QUY TRÌNH ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa - mục đích của quy trình điều dưỡng.*
2. *Trình bày được nội dung các bước của quy trình điều dưỡng.*
3. *Lập được bảng kế hoạch chăm sóc cho người bệnh.*

1. ĐẠI CƯƠNG

- Quy trình điều dưỡng là một loạt các hoạt động theo một kế hoạch đã được định trước, trực tiếp hướng tới một kết quả chăm sóc riêng biệt.
- Quy trình điều dưỡng là một loạt các hệ thống và phương pháp tổ chức của kế hoạch chăm sóc.
- Quy trình điều dưỡng được ứng dụng để:
  + Nhận biết tình trạng thực tế và những vấn đề chăm sóc sức khỏe cho mỗi cá nhân.
  + Thiết lập những kế hoạch đúng với những khó khăn của người bệnh và đáp ứng các nhu cầu cần thiết cho người bệnh.
- Quy trình điều dưỡng có 5 bước:
  + Nhận định
  + Chẩn đoán
  + Lập kế hoạch
  + Thực hiện kế hoạch
  + Đánh giá



2. NHẬN ĐỊNH

2.1. Định nghĩa

- Định nghĩa: nhận định điều dưỡng là một quá trình thu thập thông tin có tổ chức và hệ thống được sử dụng để đánh giá tình trạng sức khỏe của mỗi cá nhân.
- Nhận định là sự thu lượm, đánh giá, thẩm định, và ghi chép chính xác các thông tin thích hợp với tình trạng bệnh hiện tại của người bệnh.
- Nhận định điều dưỡng là nền tảng trên cơ sở đó xây dựng công tác chăm sóc cho từng cá nhân có chất lượng.

2.2. Nội dung nhận định

Nội dung nhận định phải bao gồm: nhận định thực thể, tâm thần/cảm xúc, tình trạng kinh tế-xã hội, nhận định về tinh thần-văn hóa và môi trường. Các thông tin đã thu nhận được từ phần nhận định nên mô tả ngắn gọn, đầy đủ và không nên diễn giải.

- Nhận định thực thể:

Là sự nhận định thực tế về hô hấp, tuần hoàn, nhiệt độ, da, tình trạng dinh dưỡng, bài tiết, dịch, chất điện giải, vận động, nghe, nhìn, miệng, vệ sinh nói chung, các bệnh mắc phải trước kia, bệnh hiện tại, các yếu tố nguy cơ, xem xét lại các dấu hiệu và các triệu chứng của bệnh.

- Nhận định về tâm thần cảm xúc:

Là sự đáp ứng bằng lời, tâm tính, hành vi, chức năng tri thức, tư duy, khoảng thời gian, sự chú ý, trí nhớ (lâu hay kém), lo sợ, hiểu biết về bệnh tật, ngôn ngữ, cử chỉ.

- Nhận định về xã hội / kinh tế:
  + Trình độ văn hóa, sự hiểu biết xã hội, những ảnh hưởng văn hóa đối với người bệnh như thế nào?
  + Cơ cấu gia đình, tình trạng làm việc, tình trạng tài chính?
- Nhận định về tinh thần/ văn hóa:

Là sự cân nhắc, xem xét đặc biệt về mối quan hệ giữa tín ngưỡng tôn giáo và trình độ văn hóa của người bệnh.

- Nhận định về môi trường:

Sự nhận định về điều kiện sống, làm việc có ảnh hưởng đến nguyên nhân của bệnh tật? có khả năng phòng ngừa được bệnh không?

2.3. Phân loại thông tin nhận định

Thông tin thu thập được từ phần nhận định có thể được chia thành 2 loại: thông tin khách quan và thông tin chủ quan.

- Thông tin khách quan.
  - + Thông tin khách quan là loại thông tin mà người khác có thể nhận thấy được ở người bệnh.
  - + Thông tin khách quan thu thập được qua việc khám thực thể người bệnh ví dụ: nhiệt độ tăng lên, mạch tăng, tình trạng da, lượng nước tiểu, hạn chế cử động. Đây là các dấu hiệu của bệnh tật hoặc sự thay đổi tình trạng của người bệnh.
- Thông tin chủ quan.

Thông tin chủ quan: là thông tin người bệnh nhận thấy được, người khác không nhận thấy được.

- + **Những than phiền của người bệnh về đau, những điều cảm nhận được của người bệnh về bệnh tật, nhữı g lo lắng...đó là những đáp ứng chủ quan của người bệnh, nó cũng đóng vai trò quan trọng trong việc nhận định đúng về một vấn đề cụ thể, ví dụ: một người bệnh kêu đau tăng lên sau 3 ngày hậu phẫu muốn chỉ ra có vấn đề có thể xảy ra.**
- + **Khi mô tả thông tin chủ quan cần phải mô tả cụ thể, rõ ràng, chính xác. Người bệnh kêu đau: cần mô tả về cường độ, thời gian, vị trí, và những vấn đề khác có liên quan tới đau.**
- + Trong trường hợp cần thiết có thể trích dẫn những lời nói của người bệnh mà không được diễn giải những lời nói đó theo cách hiểu chủ quan của người điều dưỡng.

2.4. Nguồn thông tin

- Người bệnh.
  - + Ở hầu hết các tình huống, người bệnh là nguồn thông tin tốt nhất.
  - + Người bệnh có thể cung cấp thông tin chính xác nhất dựa vào tình trạng sức khỏe của bản thân họ.
  - + Chỉ sử dụng thông tin từ nguồn khác mang tính chất chủ quan nếu người bệnh không có khả năng nhận biết để trả lời các câu hỏi: trường hợp người bệnh bị lẫn lộn không định hướng được, không có khả năng để truyền đạt các thông tin cần thiết.
- Gia đình và những người thân.

Gia đình và những người thân của người bệnh có thể cung cấp các thông tin về những vấn đề hiện tại, các thuốc đã dùng, tiền sử dị ứng, bệnh mới mắc, hoặc các bệnh mắc phải trước kia của người bệnh.

- Nhân viên y tế khác.

Bác sĩ, nhà vật lý trị liệu có thể cho biết những thông tin khách quan rất thích hợp, cần thiết và có ích trong một số trường hợp.

- Hồ sơ người bệnh.

Hồ sơ người bệnh không những cung cấp những thông tin về hiện tại và trước kia, mà còn giúp xác minh những thông tin do người bệnh cung cấp và chỉ ra cho chúng ta thấy hướng điều trị đã sử dụng có hiệu quả hay không.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin

2.5.1. Phỏng vấn (hỏi bệnh, khai thác bệnh sử, tiền sử bệnh) ban đầu

- Phỏng vấn đặc biệt là phỏng vấn ban đầu của điều dưỡng với người bệnh là yếu tố rất quan trọng trong việc thiết lập mối quan hệ trong điều trị. Trong quá trình phỏng vấn người bệnh để thu thập thông tin, người điều dưỡng phải chú trọng những thông tin mà người bệnh đưa ra, và phải giữ kín cho họ. Sự đảm bảo bí mật thông tin cho người bệnh sẽ khuyến khích người bệnh cung cấp thông tin nhiều hơn cho cán bộ y tế. Càng nhiều thông tin càng có giá trị cho người điều dưỡng, bởi trên cơ sở những thông tin đó sẽ giúp cho việc đưa ra chẩn đoán điều dưỡng được chính xác.
- Phỏng vấn ban đầu có ý nghĩa tầm quan trọng:
  + **Cho phép người bệnh / điều dưỡng viên thiết lập mối quan hệ.**
  + **Thu thập được các thông tin về người bệnh.**
  + Cho phép điều dưỡng viên quan sát người bệnh.
  + Cho phép người bệnh đưa ra các câu hỏi.
  + Giúp người điều dưỡng xác định được người bệnh có những vấn đề gì.
  + Đưa ra các thông tin được sử dụng để lập KHCS đạt yêu cầu.
- Mối quan hệ tốt giữa người bệnh và điều dưỡng có giá trị cao trong điều trị. Sự tác động qua lại của họ được dựa trên cơ sở niềm tin mà trong đó người điều dưỡng thể hiện khả năng nghề nghiệp của mình trong chăm sóc và biểu lộ sự cảm thông đối với hoàn cảnh của người bệnh. Người điều dưỡng cần phải làm cho người bệnh hiểu rõ trách nhiệm của mình trong việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh.

2.5.2. Khám thực thể

- Thăm khám người bệnh thường được tiến hành ngay sau khi phỏng vấn. Các thông tin thu được khi phỏng vấn có thể được xác minh qua thăm khám thực thể.
- Khám thực thể được tiến hành một cách hệ thống, các thông tin cơ bản thu

thập như dấu hiệu sinh tồn, cân nặng, chiều cao, tiếp đến khám xét từ đầu đến chân, dựa theo cấu trúc, chức năng các bộ máy của cơ thể để khám.

- Khi thăm khám thực thể sử dụng các kỹ thuật.
  + Quan sát.
  + Sờ, nắn: sử dụng đôi bàn tay để sờ, nắn và thu thập thông tin: như đếm mạch, đo nhiệt độ, véo da để đánh giá mức độ đàn hồi của nó.
  + Gõ: gõ các cơ quan của cơ thể để tạo ra các rung động và âm thanh để thu nhận thông tin.
  + Nghe: là quá trình nghe các âm thanh của cơ thể trong bộ máy hô hấp, tuần hoàn, và tiêu hóa, ống nghe là dụng cụ được sử dụng rất thông dụng.
- Những điểm cần lưu ý khi thăm khám thực thể người bệnh.
  + Phải giải thích rõ ràng cho người bệnh hiểu, người điều dưỡng sẽ làm gì trong khi thăm khám, và chỉ được khám người bệnh khi họ cho phép.
  + Có đủ ánh sáng tốt nhất là ánh sáng tự nhiên.
  + Đảm bảo sự kín đáo trong khi tiến hành khám, chỉ được để lộ ra phần cơ thể sẽ được thăm khám và chỉ kéo dài đủ thời gian cần thiết để hoàn thành việc thăm khám.
  + Trong suốt quá trình thăm khám, cần phải so sánh thông tin thu thập được với "những giá trị bình thường".
  + Các thông tin thu được nên ghi chép lại trong quá trình khám, vì chờ đến khi khám xong mới ghi lại có thể một số thông tin sẽ mất chính xác.
  + Kết thúc quá trình thăm khám phải xác định được những điểm bất thường mà từ đó có thể chỉ ra các vấn đề sức khỏe trước kia, hiện tại và tương lai của người bệnh.
  + Khi khám xong để người bệnh ở tư thế thoải mái.

2.5.3. Kết quả xét nghiệm

- Các xét nghiệm được chọn lọc dựa theo các triệu chứng và bệnh tật của người bệnh. Các xét nghiệm là do bác sĩ yêu cầu, tuy nhiên các kết quả xét nghiệm cần được sử dụng để bổ sung cho nhận định điều dưỡng được chính xác.
- Các xét nghiệm có thể xác minh các thông tin thu thập được và giúp hình thành kế hoạch chăm sóc người bệnh đúng.

3. CHẨN ĐOÁN ĐIỀU DƯỠNG

- Kết thúc phần nhận định người bệnh, người điều dưỡng phải đưa ra được các chẩn đoán điều dưỡng " Chẩn đoán điều dưỡng là nêu lên vấn đề hiện

tại hay tiềm tàng của người bệnh mà yêu cầu sự can thiệp của điều dưỡng để giải quyết cùng với nguyên nhân của nó nếu biết được".

+ Vấn đề hiện tại là vấn đề tồn tại thời điểm nhận định.

+ Vấn đề tiềm tàng là một tình huống có thể gây nên vấn đề trong tương lai.

- Công thức chẩn đoán điều dưỡng:

Chẩn đoán điều dưỡng = Vấn đề của người bệnh + Nguyên nhân (nếu biết)

- Chẩn đoán điều dưỡng cần phải chính xác dựa trên sự việc có thật liên quan tới vấn đề của người bệnh, ngắn gọn và cụ thể dựa trên các thông tin của người bệnh.
- Chẩn đoán điều dưỡng không phải là chẩn đoán y khoa.

Ví dụ:

- Ung thư vú	Không	Chẩn đoán y khoa
- Nhìn kém do cận thị	Đúng	Vấn đề: nhìn kém Nguyên nhân: cận thị
- Đi lại khó khăn do sau mổ còn yếu	Đúng	Vấn đề: đi lại khó Nguyên nhân: yếu do mổ
- Có xu hướng nhiễm khuẩn do vết rạch dẫn lưu hở	Đúng	Vấn đề: có xu hướng nhiễm khuẩn Nguyên nhân: vết thương hở

- Sự khác nhau giữa chẩn đoán y khoa và chẩn đoán điều dưỡng

Chẩn đoán y khoa *(Chẩn đoán điều trị)*	**Chẩn đoán điều dưỡng** *(Chẩn đoán chăm sóc)*
- Mô tả một quá trình bệnh tật riêng biệt, nó giống nhau với tất cả mọi người bệnh.	- Mô tả sự phản ứng đối với bệnh tật của người bệnh, nó khác nhau đối với mỗi người bệnh.
- Hướng tới xác định bệnh.	- Hướng tới nhu cầu cá nhân của người bệnh.
- Duy trì không thay đổi trong suốt thời gian ốm.	- Thay đổi khi phản ứng của người bệnh thay đổi.
- Bổ sung cho chăm sóc.	- Bổ sung cho điều trị.

- Để đánh giá việc đưa ra chẩn đoán chăm sóc đúng hay không căn cứ vào các tiêu chuẩn sau.

+ Việc đưa ra chẩn đoán chăm sóc có rõ ràng không?

+ Thuật ngữ có chính xác không?

+ Phần thứ 2 của việc nêu lên chẩn đoán chăm sóc có đúng không? có phản ánh được các yếu tố cụ thể tham gia vào các vấn đề không?

+ Chẩn đoán điều dưỡng có phản ánh được tình huống mà người điều dưỡng có thể đưa ra những can thiệp chính, cần thiết không?

+ Các chẩn đoán điều dưỡng có phản ánh chính xác, đầy đủ các vấn đề hiện tại, tiềm tàng phù hợp với các triệu chứng lâm sàng của người bệnh không?

4. LẬP KẾ HOẠCH

- Lập kế hoạch chăm sóc là rất cần thiết để tạo khả năng cho điều dưỡng tổ chức thực hiện chăm sóc người bệnh được thích ứng.
- Để việc lập kế hoạch chăm sóc người bệnh đạt hiệu quả:
  + Chẩn đoán điều dưỡng phải rõ ràng và cụ thể.
  + Các vấn đề đưa ra theo thứ tự ưu tiên.
  + Mục tiêu phải đạt được trong khuôn khổ thời gian cụ thể.
  + Các mục tiêu đưa ra phải hiện thực và có thể thực hiện được.
  + Cộng tác được với người bệnh.
  + Sự thuận lợi để đánh giá kế hoạch thường xuyên.
  + Các mục tiêu đưa ra phải hiện thực và có thể thực hiện được.
- Có 3 bước phát triển kế hoạch chăm sóc: thiết lập các vấn đề ưu tiên, viết ra các mục tiêu, viết kế hoạch chăm sóc.

4.1. Thiết lập các vấn đề ưu tiên

Khi thiết lập các vấn đề ưu tiên cần phải xét đến các khía cạnh sau.

- Xác định chẩn đoán điều dưỡng nào đưa ra có nguy cơ đe dọa đến tính mạng của người bệnh, những tình huống đó phải được chú trọng nhất.
- Bắt đầu với những nhu cầu cơ bản của người bệnh cần phải được đáp ứng trước.
- Tham khảo ý kiến người bệnh để tìm ra vấn đề gì cần ưu tiên hơn để có thể thực hiện theo yêu cầu của họ, nếu điều đó không cản trở đến kế hoạch điều trị.

4.2. Viết mục tiêu

- Mục tiêu đưa ra bằng các thuật ngữ có thể thực hiện được, đo lường được. Các mục tiêu nêu lên các vấn đề của người bệnh chứ không phải các hành động của điều dưỡng.

+ Mục tiêu phải được viết rõ ràng, cụ thể.
+ Mỗi mục tiêu cho một chẩn đoán chăm sóc.
+ Mỗi mục tiêu có một thời gian nhất định để hoàn thành.

- Xây dựng mục tiêu phải có đủ 4 thành phần chính.
  + Chủ đề: người bệnh
  + Hành động: nêu lên hành động mà người bệnh sẽ thực hiện.
  + Tiêu chuẩn thực hiện: bao lâu, bao xa, bao nhiêu? nó biểu thị thời gian hoặc ngày được chỉ định để hoàn thành ví dụ: đến lúc ra viện, tại cuối ca trực, vào lúc 2 giờ chiều nay.
  + Điều kiện: ở những hoàn cảnh cụ thể, hành vi có thể được thực hiện ví dụ: với sự hỗ trợ của nạng (tập đi, với sự giúp đỡ của gia đình).

Chủ thể + Hành động + Tiêu chuẩn + Điều kiện = Nêu mục tiêu

Chủ thể	Hành động	Tiêu chuẩn	Điều kiện
Người bệnh	Sẽ tập đi	Đi lên và xuống cầu thang, khi ra viện	Với sự hỗ trợ của nạng
Người bệnh	Sẽ bài tiết	Ít nhất 100 ml vào 6h chiều nay	Sau khi rút ống thông thông tiểu

4.3. Viết kế hoạch chăm sóc

- Các kế hoạch chăm sóc nêu được cá tính hóa theo những nhu cầu của một người bệnh cụ thể. Khi cần thiết người bệnh nên tham gia vào việc lập kế hoạch chăm sóc của họ.
- Ngôn ngữ sử dụng trong kế hoạch chăm sóc phải rõ ràng để tất cả những ai sử dụng nó đều hiểu được, viết rõ ràng.
- Kế hoạch chăm sóc phải thực tế, hiện thời, nên sẵn có và được dùng để bàn giao.

5. THỰC HIỆN KẾ HOẠCH CHĂM SÓC

- Thực hiện kế hoạch là hành động cần thiết để hoàn thành sự can thiệp điều dưỡng đã vạch ra, nó mang tính liên tục và tác động qua lại với các phần cấu thành khác của quy trình điều dưỡng.
- Trên lý thuyết việc thực hiện kế hoạch chăm sóc tuân thủ theo các phần cấu thành của quy trình điều dưỡng, tuy nhiên trong trường hợp cấp cứu nó thực hiện ngay từ phần nhận định.
- Trong quá trình thực hiện kế hoạch, người điều dưỡng nhận định lại người bệnh, thay đổi kế hoạch chăm sóc.

- Thực hiện kế hoạch chăm sóc trở thành hành động do sự can thiệp điều dưỡng tạo nên. Có 3 kiểu can thiệp điều dưỡng: phụ thuộc, độc lập, phụ thuộc lẫn nhau.

- **Can thiệp phụ thuộc**

  + Can thiệp phụ thuộc là những can thiệp được xây dựng dựa trên bảng hướng dẫn hay những mệnh lệnh của các nhân viên y tế khác viết ra, thường là của bác sĩ. Ví dụ: thực hiện thuốc, đặt ống thông, cắt chỉ....

  + Can thiệp phụ thuộc, người điều dưỡng thực hiện theo mệnh lệnh hay sự hướng dẫn. Tuy nhiên người điều dưỡng phải sử dụng khả năng phán đoán nghề nghiệp trong khi thi hành nhiệm vụ, phải có khả năng nhận định y lệnh có thích hợp và đúng không trước khi thực hiện. Ví dụ: kiểm tra liều lượng thuốc theo y lệnh, không được thực hiện y lệnh đó một cách thụ động, đơn giản bởi vì bác sĩ viết y lệnh.

  + Người điều dưỡng phải hiểu được các tác dụng mong chờ và tác dụng phụ của tất cả các thuốc sử dụng cho người bệnh và yêu cầu có các hành động chăm sóc, theo dõi để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

  + Nếu mệnh lệnh điều trị hay thuốc hình như không thích hợp hay không đúng, người điều dưỡng phải kiểm tra y lệnh đó cùng với người đã viết ra y lệnh đó trước khi tiến hành các hành động điều dưỡng theo yêu cầu.

  + Thực hiện tất cả các y lệnh một cách đơn giản mà không kiểm tra tính hợp lệ của nó là hết sức cẩu thả. Tính cẩu thả có thể dẫn đến hậu quả người điều dưỡng gây nên tổn hại trầm trọng cho người bệnh.

- **Can thiệp chủ động**

Can thiệp chủ động bao trùm những khía cạnh cụ thể của thực hành điều dưỡng được pháp luật cho phép và yêu cầu không cần sự giám sát hay chỉ dẫn của nhân viên y tế khác ví dụ: chăm sóc da để phòng tránh viêm da, thay băng vết thương, giáo dục sức khỏe.

- **Can thiệp phụ thuộc lẫn nhau**

  + Can thiệp phụ thuộc lẫn nhau là những can thiệp điều dưỡng nhằm đáp lại kế hoạch điều trị của bác sĩ trong một số hoàn cảnh đặc biệt.

  + Can thiệp này khi cần thiết được tiến hành ngay không cần tham khảo với người đã viết ra mệnh lệnh đó. Kiểu can thiệp này thường phổ biến trong một số cơ sở cấp cứu, ví dụ: thực hiện thuốc với liều cụ thể đối với người bệnh có rối loạn nhịp tim, sốt cao co giật....

- Trong quá trình thực hiện kế hoạch người điều dưỡng cần phải qua các bước sau: nhận định lại người bệnh, xem xét lại và thay đổi kế hoạch chăm sóc, nhận biết các điểm cần sự hỗ trợ, truyền đạt kế hoạch chăm sóc với các điều dưỡng khác với người bệnh và gia đình họ.

*** Nhận định lại người bệnh**

+ Trong quá trình chăm sóc điều dưỡng có quá trình nhận định và nhận định lại người bệnh. Những nhu cầu về vật chất, tri thức, xúc cảm, xã hội và tinh thần của người bệnh, cũng như các hoạt động của họ thường trở thành điểm chú trọng của điều dưỡng.
+ Quá trình nhận định lại người bệnh là kiểm tra sự đúng đắn của việc nhận định ban đầu, để xác định sự thay đổi về tình trạng người bệnh. Ví dụ: có một vấn đề đặc biệt hay tình huống người bệnh đã thay đổi thì cần có phải thay đổi kế hoạch không?
+ Một chẩn đoán điều dưỡng mới có thể là cần thiết để đảm bảo việc chăm sóc được tiến hành thích hợp và đúng. Bất cứ sự sửa đổi, bổ sung hoặc huỷ bỏ của bản kế hoạch chăm sóc phải được ghi lại trong hồ sơ người bệnh.

*** Sự xem xét và sửa đổi kế hoạch chăm sóc**

+ Sự xem xét và sửa đổi kế hoạch chăm sóc nên được làm ít nhất mỗi ngày một lần khi có thể, trong trường hợp đặc biệt có thể được thay đổi ngay khi có sự diễn biến của tình trạng sức khỏe người bệnh để bảo đảm kế hoạch chăm sóc mang tính hiện thời.

*** Truyền đạt các kế hoạch chăm sóc**

+ Truyền đạt các kế hoạch chăm sóc đã lập ra cho các điều dưỡng khác, cho gia đình và người bệnh sẽ nâng cao sự chấp hành kế hoạch chăm sóc đã đề ra.
+ Trong quá trình truyền đạt các kế hoạch chăm sóc cần giải thích với người bệnh và gia đình của họ về kế hoạch chăm sóc sẽ là cơ hội tốt để cho người điều dưỡng và người bệnh hiểu biết nhau hơn.

6. ĐÁNH GIÁ

- Phần đánh giá của quy trình điều dưỡng được sử dụng để đo lường sự đáp ứng của người bệnh đối với việc chăm sóc của người điều dưỡng mà họ đã tiếp nhận.
- Đánh giá là nhận định những tiến triển của bệnh hướng tới việc đáp ứng các mục tiêu của kế hoạch chăm sóc.
  + Sự đáp ứng của người bệnh so với kế hoạch đã vạch ra được đánh giá dựa trên những mục tiêu đã đề ra.
  + Những tiến bộ hay thất bại gì đã xảy ra so với kết quả mong chờ của mục tiêu.
- Cách đánh giá này sử dụng để đánh giá cả mục tiêu trước mắt và lâu dài và cũng để xác định rõ nếu người bệnh có các vấn đề về sức khỏe mới phát sinh. Quá trình xem xét và đánh giá sẽ xác định có thể cần phải có những thay đổi bản kế hoạch chăm sóc.

- Quá trình đánh giá gồm 4 bước:
  + Thiết lập tiêu chuẩn đánh giá.
  + So sánh sự đáp ứng của người bệnh với tiêu chuẩn đánh giá.
  + Kiểm tra xem có sự khác nhau nào trong việc hoàn thành mục tiêu đề ra mà làm ảnh hưởng tới kết quả mong chờ.
  + Thay đổi kế hoạch chăm sóc.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện câu sau bằng cách chọn những từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Quy trình điều dưỡng là một loạt các.....A.... theo một kế hoạch đã định trước, trực tiếp hướng tới một kết quả.....B..... riêng biệt.

2. Quy trình điều dưỡng gồm 5 bước:

A.....

B. Chẩn đoán điều dưỡng.

C. Lập kế hoạch.

D. Thực hiện kế hoạch.

E.....

3. Nhân định điều dưỡng là một quá trình thu thập .....A..... có tổ chức và hệ thống được sử dụng để .....B.....tình trạng sức khỏe của mỗi cá nhân.

4. Thông tin khách quan là loại thông tin mà người khác có thể.....A.....được ở người bệnh.

5. Chẩn đoán điều dưỡng là nêu lên .....A.....hiện tại hay tiềm tàng của người bệnh mà yêu cầu sự.....B..... của điều dưỡng để giải quyết cùng với nguyên nhân của nó nếu biết được.

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

6. Quy trình điều dưỡng được ứng dụng để nhận biết:

A. Tình trạng thực tế của người bệnh.

B. Vấn đề sức khỏe của mỗi cá nhân.

C. Nhu cầu của người bệnh.

D. Vấn đề cần chăm sóc.

7. Nhận định điều dưỡng là quá trình:

A. Thu thập thông tin.

B. Đánh giá thông tin.

C. Thẩm định thông tin.

D. Ghi chép thông tin.

8. Thông tin có giá trị nhất cho nhận định điều dưỡng là những thông tin thu thập được từ:

A. Người bệnh.

B. Người nhà.

C. Nhân viên y tế.

D. Hồ sơ người bệnh.

9. Phỏng vấn ban đầu người bệnh giúp người điều dưỡng:

A. Thu thập thông tin.

B. Thiết lập quan hệ.

C. Quan sát người bệnh.

D. Cả 3 ý trên.

10. Xây dựng mục tiêu cho mỗi chẩn đoán chăm sóc cần phải:

A. Rõ ràng.

B. Cụ thể.

C. Có giới hạn thời gian.

D. Cả 3 ý trên.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
11	Nhận định điều dưỡng là nền tảng để xây dựng KHCS cho người bệnh.		
12	Thông tin khách quan thu thập được qua phỏng vấn người bệnh.		
13	Khám thực thể là khám từ đầu đến chân dựa theo cấu trúc chức năng của cơ thể.		
14	Vấn đề của người bệnh là nhu cầu của người bệnh.		
15	Khi viết kế hoạch chăm sóc các vấn đề của người bệnh không cần phải sắp xếp theo trật tự ưu tiên.		
16	Đánh giá trong quy trình điều dưỡng là đo lường sự đáp ứng của người bệnh với bệnh của họ.		
17	Can thiệp chủ động là hành động thực hiện thuốc theo y lệnh của người điều dưỡng.		
18	Chẩn đoán điều dưỡng không thay đổi khi phản ứng của người bệnh thay đổi.		

HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH VÀ CÁCH GHI CHÉP

MỤC TIÊU

1. *Nêu được tầm quan trọng của hồ sơ người bệnh.*
2. *Trình bày được những quy định về lập, ghi và bảo quản hồ sơ người bệnh.*

1. TẦM QUAN TRỌNG CỦA HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH

- Hồ sơ người bệnh cho chúng ta biết chẩn đoán bệnh và nguyên nhân gây bệnh.
- Trong thời gian người bệnh nằm viện, hồ sơ người bệnh còn là phương tiện để ghi chép diễn biến bệnh, quá trình điều trị, chăm sóc người bệnh.
- Hồ sơ người bệnh cung cấp các thông tin cho người điều dưỡng trong lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh.
- Giúp cho công tác đào tạo huấn luyện và nghiên cứu khoa học.
- Thông qua hồ sơ người bệnh đánh giá được chất lượng điều trị, chăm sóc, tinh thần trách nhiệm và trình độ chuyên môn của cán bộ y tế.
- Hồ sơ người bệnh là bằng chứng pháp lý, chứng từ tài chính trong điều trị và chăm sóc người bệnh.

2. LẬP HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH

2.1. Các giấy tờ chính thuộc hồ sơ người bệnh

- Tờ bệnh án.
- Các giấy tờ thuộc lâm sàng.
  + Phiếu theo dõi dấu hiệu sống của người bệnh hàng ngày.
  + Bảng kế hoạch chăm sóc.
  + Phiếu tiêm truyền dung dịch.
  + Phiếu thử phản ứng thuốc.
  + Biên bản hội chẩn, giấy duyệt mổ.
  + Giấy chuyển viện.

+ Biên bản nhận xét tử vong.
+ Phiếu xin máu.

- Các giấy tờ thuộc cận lâm sàng.
  + Giấy xét nghiệm các loại.
  + Giấy X quang, siêu âm, điện tim...

2.2. Quy định về sắp xếp và dán hồ sơ người bệnh

Điều dưỡng hành chính khoa có trách nhiệm sắp xếp, hoàn chỉnh hồ sơ người bệnh theo trình tự.

- Các giấy tờ hành chính.
- Các tài liệu của tuyến dưới (nếu có).
- Các kết quả xét nghiệm xếp lệch nhau từng lớp: huyết học, sinh hóa, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh... theo trật tự trước dưới, sau trên.
- Phiếu theo dõi.
- Phiếu chăm sóc.
- Biên bản hội chẩn, sơ kết điều trị, giấy cam đoan... (nếu có).
- Các tờ điều trị có đánh số trang dán theo thứ tự thời gian.
- Các giấy tờ trên phải đóng dấu giáp lai để quản lý hồ sơ.

2.3. Quy định về lập và ghi hồ sơ người bệnh

- Hồ sơ người bệnh cần phải được lập ngay sau khi có quyết định của bác sĩ cho người bệnh vào viện điều trị.
  + Đối với người bệnh cấp cứu phải được làm hồ sơ, bệnh án hoàn chỉnh trước 24giờ và có đủ các xét nghiệm cần thiết.
  + Người bệnh không thuộc diện cấp cứu phải hoàn tất hồ sơ bệnh án trước 36giờ.
- Chữ viết trong hồ sơ phải rõ ràng, không tẩy xóa, dễ đọc, dễ hiểu, ngôn ngữ chọn lọc và diễn đạt đầy đủ các thông tin cần thiết thu thập được
- Tiêu đề về hành chính phải ghi chính xác, đầy đủ đúng quy định (họ tên người bệnh, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ....).
- Chỉ được phép dùng các ký hiệu, chữ viết tắt phổ thông khi thật cần thiết và đúng quy định: họ tên người bệnh viết chữ in hoa có đánh dấu, tên thuốc ghi rõ ràng đúng danh pháp quy định.
- Chỉ được ghi vào hồ sơ người bệnh những công việc (điều trị, chăm sóc) do chính mình thực hiện.

- Các thông số, chỉ số theo dõi người bệnh cũng như các kết quả xét nghiệm... cần phải được ghi cụ thể rõ ràng vào hồ sơ người bệnh theo quy định.
- Người bệnh mổ, làm các thủ thuật có nguy cơ đe dọa đến tính mạng phải có giấy cam đoan có chữ ký của người bệnh hoặc thân nhân người bệnh để lưu hồ sơ người bệnh.
- Trường hợp người bệnh từ chối điều trị, chăm sóc phải ghi rõ lý do và có chữ ký của người bệnh hoặc thân nhân người bệnh (khi cần thiết).

3. BẢO QUẢN HỒ SƠ NGƯỜI BỆNH

3.1. Quy định chung

- Hồ sơ bệnh án là tài liệu quan trọng phải được giữ gìn bảo quản tốt theo quy định của pháp luật về lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án nội, ngoại trú, xuất viện, chuyển viện, tử vong phải được hoàn chỉnh các thủ tục hành chính theo quy chế vào viện, chuyển viện, chuyển khoa, ra viện sau đó chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp lưu trữ theo quy định.
- Việc khai thác sử dụng hồ sơ bệnh án phải đúng quy định.

3.2. Quy định cụ thể

3.2.1. Quản lý hồ sơ

Điều dưỡng hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ:

- Giữ gìn quản lý mọi hồ sơ bệnh án trong khoa.
- Hồ sơ bệnh án được để vào giá hoặc tủ theo quy định, dễ thấy, dễ lấy
- Hết giờ làm việc phải kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và bàn giao cho điều dưỡng thường trực.
- Không để người bệnh và gia đình người bệnh xem hồ sơ bệnh án.
- Học viên thực tập muốn xem hồ sơ bệnh án phải được sự đồng ý của trưởng khoa, ký sổ giao nhận, xem tại chỗ, xem xong bàn giao lại ngay cho điều dưỡng hành chính.

3.2.2. Lưu trữ hồ sơ

*** Đăng ký lưu trữ**

- Người bệnh ra viện trong 24 giờ, khoa phải hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ theo quy chế và chuyển đến phòng kế hoạch tổng hợp.
- Phòng kế hoạch tổng hợp kiểm tra việc thực hiện quy chế hồ sơ bệnh án của các khoa, trình giám đốc ký duyệt và chuyển lưu trữ.

- Hồ sơ bệnh án nội, ngoại trú lưu trữ ít nhất 10 năm.
- Hồ sơ bệnh án tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt lưu trữ ít nhất 15 năm.
- Hồ sơ bệnh án tử vong lưu trữ ít nhất 20 năm.

*** Bảo quản hồ sơ lưu trữ**

- Trưởng phòng kế hoạch tổng hợp phân công cụ thể viên chức chuyên trách giữ gìn bảo quản hồ sơ bệnh án.
- Ghi đầy đủ thông tin quy định vào sổ lưu trữ.
- Hồ sơ bệnh án được để vào tủ trên giá có biện pháp chống ẩm, phòng cháy, chống dán, chuột, mối và các côn trùng khác.
- Các hồ sơ bệnh án được đánh số thứ tự theo đúng chuyên khoa hoặc theo danh mục bệnh tật quốc tế nhằm đảm bảo lưu trữ và cung cấp tài liệu nhanh chóng, thuận tiện.
- Hồ sơ người bệnh tử vong phải được bảo quản chặt chẽ lưu trữ theo thứ tự hàng năm.
- Tủ lưu trữ hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong phải luôn luôn khóa bảo vệ.

3.2.3. Sử dụng hồ sơ bệnh án đã lưu trữ

- Bác sĩ trong bệnh viện cần mượn hồ sơ bệnh án để giảng dạy học tập và nghiên cứu phải có giấy đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng, thông qua trưởng phòng kế hoạch tổng hợp và chỉ được đọc tại chỗ. Đối với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong ngoài thủ tục trên cần phải được giám đốc ký duyệt.
- Phòng kế hoạch tổng hợp phải có sổ theo dõi người đến mượn hồ sơ và lưu trữ giấy đề nghị.
- Người mượn hồ sơ bệnh án không được tiết lộ các chi tiết chuyên môn trong bệnh án.

3.2.4. Cơ quan bảo vệ pháp luật và thanh tra cần sử dụng hồ sơ bệnh án

- Phải có giấy giới thiệu hoặc công văn đề nghị ghi rõ mục đích sử dụng hồ sơ bệnh án, trưởng phòng kế hoạch tổng hợp báo cáo giám đốc ký duyệt mới được đưa hồ sơ bệnh án cho mượn đọc hay sao chép tại chỗ.
- Đối với hồ sơ bệnh án người bệnh tử vong, giám đốc bệnh viện phải báo cáo lên cấp trên quản lý trực tiếp, sau khi được sự đồng ý của cấp trên giám đốc bệnh viện mới được phép cho mượn đọc hay sao chép tại chỗ.
- Đối với hồ sơ bệnh án của cán bộ diện quản lý sức khỏe trung ương phải được phép của Chủ tịch hội đồng quản lý sức khỏe cao cấp của Đảng và Nhà nước mới được phép cho mượn đọc hoặc sao chép tại chỗ.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách điền thêm từ, cụm từ thích hợp vào chỗ trống.

1. Hồ sơ người bệnh cho chúng ta biết .....A..... bệnh và nguyên nhân gây bệnh.

2. Hồ sơ người bệnh cung cấp các....A...cho người điều dưỡng trong lập kế hoạch chăm sóc cho người bệnh.

3. Hồ sơ người bệnh có 3 loại giấy tờ chính thuộc:

A. Tờ bệnh án.

B. Lâm sàng.

C.....

Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu sau.

4. Hồ sơ người bệnh là tài liệu quan trọng hay được sử dụng trong công tác:

A. Đào tạo.

B. Đánh giá chất lượng điều trị.

C. Pháp lý.

D. Nghiên cứu khoa học.

5. Người bệnh cấp cứu hồ sơ phải được lập và hoàn chỉnh ngay trong vòng:

A. 24 giờ.

B. 48 giờ.

C. 72 giờ.

D. 96 giờ.

6. Hồ sơ người bệnh ra viện cần phải được hoàn chỉnh thủ tục hành chính theo quy chế và chuyển về phòng kế hoạch tổng hợp trong vòng:

A. 12 giờ.

B. 24giờ.

C. 36 giờ.

D. 48 giờ.

7. Hồ sơ người bệnh nội, ngoại trú cần phải được lưu trữ ít nhất:

A. 1 năm.

B. 5 năm.

C. 10 năm.

D. 15 năm.

8. Hồ sơ người bệnh bị tai nạn lao động, sinh hoạt phải được lưu trữ ít nhất:

A. 5 năm.

B. 10 năm.

C. 15 năm.

D. 20 năm.

9. Hồ sơ người bệnh tử vong phải được lưu trữ ít nhất:

A. 10 năm.

B. 15 năm.

C. 20 năm.

D. 25 năm.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
10	Hết giờ làm việc hồ sơ người bệnh phải được bàn giao cho điều dưỡng trưởng khoa.		
11	Trong một số trường hợp có thể cho người bệnh, người nhà xem hồ sơ bệnh án của họ.		
12	Hồ sơ người bệnh tử vong đã lưu trữ khi cần mượn phải được sự đồng ý của giám đốc bệnh viện.		
13	Chỉ được phép ghi vào hồ sơ người bệnh những công việc (điều trị, chăm sóc) do chính bản thân mình thực hiện.		

SỞ Y TẾ.....

BỆNH VIỆN.....

Khoa: .....

PHIẾU THEO DÕI TRUYỀN DỊCH

MS: 17/BV- 01

Số vào viện:.....

- Họ tên người bệnh: .....Tuổi:..... Nam/Nữ.
- Số giường: .....Buồng: .....
- Chẩn đoán: .....

Ngày tháng	tên dịch truyền/ hàm lượng	Số lượng	Lô/ Số sản xuất	Tốc độ giọt/ph	Thời gian		BS chỉ định	YT (DD) thực hiện
					Bắt đầu	Kết thúc		

SỞ Y TẾ .....

BỆNH VIỆN .....

viện:...

PHIẾU CHĂM SÓC

MS: 09/BV- 01

Phiếu số....Số vào

Khoa:.....

Họ tên người bệnh:.....

Tuổi:.....Nam/Nữ

Số giường:.....Buồng:.....Chẩn đoán bệnh.....

Ngày	Giờ phút	Theo dõi diễn biến	Thực hiện y lệnh/chăm sóc	Ký tên

SỞ Y TẾ ..... PHIẾU THEO DÕI CHỨC NĂNG SỐNG MS: 17/BV- 01

BỆNH VIỆN ..... Số vào viện:...

Khoa: .....

- Họ tên người bệnh:.....Tuổi:..... Giới.....
- Số giường:.....Buồng:.....
- Chẩn đoán:.....

Ngày, tháng														
Mạch L/ph	Nhiệt độ C													
160	41													
140	40													
120	39													
100	38													
80	37													
60	36													
40	35													
1. Huyết áp (mmHg)														
2. Cân nặng (Kg)														
3. Nhịp thở (lần/phút)														
4.														
5.														
ĐD thực hiện (ký và ghi tên)														

Sở Y tế: ..... **PHIẾU XÉT NGHIỆM HÓA SINH MÁU** MS: 33/ BV – 01

Đ.V..... Số.....

Thường: ☐ Cấp cứu: ☐

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: .....Nam/ Nữ.
- Địa chỉ:.....Số thẻ BHYT:.....
- Khoa:.....Buồng:.....Gường: .....
- Chẩn đoán: .....

Tên xét nghiệm	Trị số bình thường	Kết quả	Tên xét nghiệm	Trị số bình thường	Kết quả
Urê	2,5 – 7,5 mmol/L		Sắt	Nam: 11- 27 mmo/L Nữ: 7- 26 mmo/L	
Glucose	3,9 - 6,4 mmol/L		Magiê	0,8 - 1,00 mmol/L	
Creatinin	Nam: 62 -120 mmo/L Nữ: 53 - 100 mmo/L		AST (GOT)	≤ 37 U/L - 37°C	
Acid uric	Nam:180 - 420 mmo/L Nữ: 150 - 360 mmo/L		ALT (GPT)	≤ 40 U/L - 37°C	
Bilirubin TP	≤ 17 mmo/L		Amylase		
Bilirubin TT	≤ 4,3mmo/L		CK	Nam: 24 - 190 U/L -37°C Nữ: 24 - 167 U/L - 37°C	
Bilirubin GT	≤ 12,7mmo/L		CK – MB	≤ 24 U/L - 37°C	
Protein TP	65 - 82 g/L		LDH	230 - 460 U/L - 37°C	
Albumin	35 - 50 g/L		GGT	Nam: 11 - 50 U/L - 37°C Nữ: 7 - 32 U/L - 37°C	
Globulin	24 - 38 g/L		Cholinesterase	5300 - 12900 U/L - 37°C	
Tỷ lệ A/G	1,3 - 1,8		Phosphatase kiềm		
Fibrinogen	2 - 4 g/L		Các xét nghiệm khí máu		
Cholesterol	3,9 - 5,2 mmol/L		pH động mạch	7,37 - 7,45	
Triglycerid	0,46 - 1,88 mmol/L		pCO_2	Nam: 35 - 46 mmHg Nữ: 32 - 43 mmHg	
HDL – cho.	≥ 0,9 mmol/L		pO_2 động mạch	71 - 104 mmHg	
LDl – cho.	≤ 3,4 mmol/L		HCO_3 chuẩn	21 - 26 mmol/L	
Na^+	135 - 145 mmol/L		Kiềm dư	-2 đến +3 mmol/L	
K^+	3,5 - 5 mmol/L		Các xét nghiệm khác		
Cl^-	98 - 106 mmol/L		-		
Calci	2,15 - 2,6 mmol/L		-		
Calci ion hóa	2,17 - 1,29 mmol/L		-		
Phospho	TE: 1,3 - 2,2 mmol/L NL: 0,9 - 1,5 mmol/L		-		

...Giờ.....ngày.....tháng.....năm 200.....

BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ TRƯỞNG KHOA XÉT NGHIỆM

Sở Y tế: .....
Đ.V.....

PHIẾU XÉT NGHIỆM HUYẾT HỌC

MS: 33/ BV – 01
Số.....

Thường: ☐ Cấp cứu: ☐

- Họ tên người bệnh: ..... Tuổi: .....Nam/ Nữ.
- Địa chỉ: .....Số thẻ BHYT:.....
- Khoa: .....Buồng: .....Gường: .....
- Chẩn đoán: .....

1.Tế bào máu ngoại vi:

Chỉ số	Kết quả	Chỉ số	Kết quả
- Số lượng hồng cầu: nam: (4,0 – 5,8 * 10^{12}/l) nữ: (3,9 – 5,4 * 10^{12}/l)		- Số lượng BC (4 – 10* 10^9/l)	
- Huyết sắc tố: nam (140 – 160g/l) nữ (125 –145 g/l)		- Thành phần bạch cầu (%):	
- Hematocrit: nam (0,38 – 0,50 l/l) nữ (0,35 – 0,47 l/l)		- Đoạn trung tính	
		- Đoạn ưa acid	
- MCV (83 – 92 fl)		- Đoạn ưa ba zơ	
- MCH (27 – 32 l/l)		- Mono	
- MCHC (320 – 356g/l)		- Lympho	
- Hồng cầu có nhân (0* 10^9/l)		- Tế bào bất thường	
- Hồng cầu lưới (0,1 – 0,5%)			
- Số lượng tiểu cầu (150 – 400 * 10^9/l)			
		- Máu lắng: giờ 1 (< 15mm) giờ 2 (< 20mm)	
- KST sốt rét:			

2. Đông máu:

- Thời gian máu chảy: .....phút.....
- Thời gian máu đông: .....phút.....

3. Nhóm máu: - Hệ ABO:
- Hệ Rh:

...Giờ... ngày...tháng...năm 200...
BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

...Giờ... ngày...tháng...năm 200....
TRƯỞNG KHOA XÉT NGHIỆM

Bảng kiểm 1: Chuẩn bị, ghi chép hồ sơ người bệnh

TT	NỘI DUNG	CÓ	KHÔNG
1	*** Chuẩn bị hồ sơ.** Các loại bệnh án: giới thiệu một số loại bệnh án.		
2	Các loại giấy tờ khác.		
2.1	Phiếu vào viện, thanh toán viện phí, ra viện, chuyển viện, giấy khám chữa bệnh theo yêu cầu.		
2.2	Giấy chứng sinh, chứng tử.		
2.3	Giấy cam đoan phẫu thuật, giấy chứng nhận thương tích.		
2.4	Phiếu chăm sóc người bệnh.		
2.5	Tờ điều trị, biên bản hội chẩn, biên bản kiểm thảo tử vong.		
2.6	Phiếu theo dõi: chức năng sống, chuyển dạ, chuyên khoa, gây mê hồi sức.		
2.7	Phiếu phẫu thuật, giấy thử phản ứng thuốc.		
2.8	Phiếu lĩnh máu, các chế phẩm của máu, phiếu theo dõi truyền máu, truyền dịch.		
2.9	Phiếu chụp X quang, phiếu làm các xét nghiệm.		
3	Dán hồ sơ.		
3.1	Gáy 1: giấy tờ hành chính, phiếu khám bệnh vào viện, giấy chuyển viện.		
3.2	Gáy 2: phiếu xét nghiệm:		
	+ Xét nghiệm máu dán ở trên.		
	+ Các xét nghiệm khác dán ở giữa.		
	+ Xét nghiệm phân, nước tiểu dán ở cuối.		
3.3	Gáy 3: phiếu thec dõi truyền dịch, truyền máu, giấy thử phản ứng thuốc.		
3.4	Gáy 4: phiếu theo dõi chức năng sống của người bệnh.		
3.5	Gáy 5: phiếu chăm sóc người bệnh.		
3.6	Gáy 6: biên bản hội chẩn, bảng gây mê hồi sức, phiếu sơ kết 15 ngày điều trị, giấy cam đoan phẫu thuật.		
3.7	Gáy 7: tờ điều trị.		
3.8	Gáy 8: phiếu công khai thuốc, phiếu thanh toán ra viện.		
	*** Cách ghi hồ sơ.**		
1	Ghi phải chính xác, trung thực, khách quan, không tẩy xóa, không viết tắt tuỳ tiện, không viết từ địa phương, không viết tiếng nước ngoài...		

2	Họ tên người bệnh bằng chữ in hoa có dấu.		
3	Ngày sinh: hai ô đầu ghi ngày, hai ô giữa ghi tháng, hai ô cuối ghi năm (nếu ngày dưới 10, tháng dưới 3 thì phải thêm số "0" ở phía trước).		
4	Giới: nữ 1, nam 2.		
5	Nghề nghiệp: ghi đúng mã quy định, ví dụ: học sinh, sinh viên (mã 06)...		
6	Dân tộc: ghi theo thứ tự A,B,C theo tài liệu của Ủy ban dân tộc và miền núi, ví dụ: dân tộc Bana (mã 01), dân tộc Kinh (mã 25)...		
7	Ngoại kiều: ghi mã tên nước theo thứ tự A,B,C.		
8	Địa chỉ: ghi số nhà, thôn, xã, phường, huyện, tỉnh.		
9	Nơi làm việc: dành cho cán bộ công chức, viên chức.		
10	Đối tượng: bảo hiểm y tế, thu phí, miễn phí...		
11	Họ tên, địa chỉ người nhà: ghi đầy đủ họ tên, địa chỉ, số điện thoại (nếu có).		
12	Vào viện: ghi rõ giờ, phút, ngày, tháng, năm.		
13	Tiếp nhận tại (khoa khám bệnh, buồng trực cấp cứu...).		
14	Nơi giới thiệu: ghi rõ đơn vị hoặc họ tên, địa chỉ.		
15	Vào khoa: ghi rõ giờ, phút, ngày, tháng, năm.		
16	Chuyển viện, ra viện: ghi rõ ngày, tháng, năm.		
17	**Chẩn đoán của tuyến dưới,của khoa khám bệnh, khoa điều trị, khi ra viện: ghi rõ mã bệnh quy định.**		
18	**Khám nghiệm tử thi (có hay không).**		
19	**Kết quả điều trị ghi rõ khỏi, đỡ, nặng lên, tử vong.**		
20	**Bệnh nhân tử vong ghi rõ lý do ngày, tháng, năm.**		
21	Đặc điểm liên quan đến bệnh tật: nghiện thuốc lá, nghiện rượu, bia, ma tuý (có hay không).		
22	Các xét nghiệm: ghi theo thứ tự (bệnh lý, bình thường).		
23	Chế độ dinh dưỡng: viết theo chế độ ăn bệnh lý.		
24	Chế độ chăm sóc (viết theo chế độ cấp 2, cấp 3).		
25	Tổng kết ra viện.		
26	Hồ sơ bệnh án phải được bàn giao cho phòng lưu trữ và phải được ký nhận.		

BẢO QUẢN DỤNG CỤ Y TẾ THÔNG THƯỜNG

MỤC TIÊU

Nêu được cách bảo quản từng nhóm các loại dụng cụ y tế thông thường.

1. DỤNG CỤ KIM LOẠI

Các dụng cụ y tế bằng kim loại sau khi sử dụng xong cần phải được khử khuẩn sơ bộ, sau đó chuyển xuống khoa chống nhiễm khuẩn để cọ rửa, tiệt khuẩn. Quá trình cọ rửa, khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ kim loại được tiến hành như sau.

1.1. Cọ rửa

- Phương tiện:
  + Buồng rửa dụng cụ (nếu không có buồng rửa riêng) thì phải ngăn cách để tạo ra một khu vực rửa tương đối riêng biệt với các khu vực sạch khác.
  + Bồn rửa dụng cụ bằng Inox hoặc ốp gạch men.
  + Bàn chải cọ rửa dụng cụ.
  + Bồn (chậu) ngâm dụng cụ.
  + Hóa chất khử khuẩn sơ bộ.
  + Dung dịch xà phòng rửa tay.
  + Găng tay hộ lý, tạp dề, mũ khẩu trang.
  + Khăn lau tay.
- Nhân viên rửa dụng cụ phải đi găng tay, đeo tạp dề, khẩu trang và kính bảo vệ mắt.
- Dụng cụ phải được tháo rời, xả nước cho sạch máu, dịch và các chất bẩn bám vào dụng cụ.
- Ngâm ngập dụng cụ trong bồn (chậu) dung dịch khử khuẩn với thời gian nhất định tuỳ theo loại dung dịch khử khuẩn.
- Cọ rửa dụng cụ bằng bàn chải, nước xà phòng, nước sạch (chú ý các khe, kẽ) hoặc bằng máy rửa.

1.2. Đóng gói, tiệt khuẩn dụng cụ

- Dụng cụ sau khi cọ rửa sạch được làm khô bằng tủ sấy, hoặc dùng súng phụt khí.
- Đóng gói dụng cụ theo từng bộ đã được thống nhất với các khoa phòng để cho tiện việc sử dụng sau tiệt khuẩn.
- Các gói dụng cụ đều phải có nhãn ghi rõ số lô, ngày hấp và thời hạn sử dụng.
- Tiệt khuẩn dụng cụ bằng nhiệt ướt (nồi hấp autoclave) ở nhiệt độ 121°C và áp suất 1,036 at trong thời gian 15 phút.

2. DỤNG CỤ BẰNG NHỰA, CAO SU

2.1. Cọ rửa

- Phương tiện:
  + Buồng rửa dụng cụ (nếu không có buồng rửa riêng thì phải ngăn cách để tạo ra một khu vực rửa tương đối riêng biệt với các khu vực sạch khác.
  + Bồn rửa dụng cụ bằng I nox hoặc ốp gạch men.
  + Bàn chải cọ rửa dụng cụ.
  + Bồn (chậu) ngâm dụng cụ.
  + Hóa chất khử khuẩn sơ bộ.
  + Dung dịch xà phòng rửa tay.
  + Găng tay hộ lý, tạp dề, mũ khẩu trang.
  + Khăn lau tay.
- Nhân viên rửa dụng cụ phải đi găng tay, đeo tạp dề, khẩu trang và kính bảo vệ mắt.
- Dụng cụ phải được tháo rời, xả nước cho sạch máu, dịch và các chất bẩn bám vào dụng cụ.
- Ngâm ngập dụng cụ trong bồn (chậu) dung dịch khử khuẩn với thời gian nhất định tuỳ theo loại dung dịch khử khuẩn.
- Cọ rửa dụng cụ bằng bàn chải, nước xà phòng, nước sạch (chú ý các khe, kẽ) hoặc bằng máy rửa

2.2. Đóng gói, tiệt khuẩn

- Sau khi rửa xong dụng cụ được làm khô, hoặc dùng súng phụt khí.
- Các dụng cụ hỏng, không còn khả năng sử dụng lại được nữa loại bỏ thay thế bổ sung.

- Đóng gói dụng cụ theo từng bộ đã được thống nhất với các khoa phòng theo quy định để tiện cho việc sử dụng sau tiệt khuẩn.
- Các gói dụng cụ đều phải có nhãn ghi rõ số lô, ngày hấp và thời hạn sử dụng.
- Tiệt khuẩn dụng cụ bằng nhiệt ướt (nồi hấp autoclave) ở nhiệt độ 121^{0}C và áp suất 1,036 at trong thời gian 15 phút.

2.3. Xử lý- bảo quản găng tay cao su (tái sử dụng)

*** Xử lý.**

- Găng sau khi sử dụng xong cần được rửa sạch dưới vòi nước, rồi tháo ra và cho vào túi (thùng) dành riêng đựng găng bẩn.
- Ngâm khử khuẩn găng trong dung dịch cloraminB 0,5%, hoặc dung dịch khử khuẩn khác.
- Giặt sạch găng bằng xà phòng (lộn giặt cả hai mặt).
- Kiểm tra chất lượng từng chiếc găng nếu rách thủng loại bỏ, bổ sung.
- Lau hoặc sấy khô găng tay.
- Trộn bột tan, sắp xếp găng thành từng đôi, cho vào túi nilon chịu nhiệt, dán nhãn ghi rõ cỡ, số lượng găng, ngày hấp, thời hạn sử dụng.
- Hấp ướt ở nhiệt độ 121^{0}C và áp suất 1,036 at trong thời gian 15 phút.

*** Bảo quản:** găng phải được bảo quản trong kho vô khuẩn tối thiểu 24 giờ trước khi phát cho các khoa phòng sử dụng để tránh găng bị dính. Găng đã hấp để trong kho quá 1 tháng, phải đóng gói và hấp lại mới sử dụng được.

3. DỤNG CỤ THUỶ TINH (KHỬ KHUẨN NHIỆT KẾ)

- **Chuẩn bị dụng cụ để cọ rửa.**
  - + Xà phòng.
  - + Các dung dịch khử khuẩn (cồn 70^0 hoặc 90^0, dung dịch phenol 3%, hoặc dung dịch Cidex 2%).
  - + Khăn, gạc sạch.
  - + Các phương tiện bảo hộ cá nhân (găng hộ lý, tạp dề, mũ khẩu trang).
  - + Bảo quản đối với nhiệt kế sau khi sử dụng cho người bệnh không bị nhiễm khuẩn.
  - + Lấy nhiệt kế ra khỏi khay đựng nhiệt kế bẩn.
  - + Rửa sạch nhiệt kế bằng xà phòng: dùng miếng gạc tẩm dung dịch xà phòng vừa xoay vừa vuốt từ đầu đến cuối nhiệt kế, rồi rửa sạch dưới vòi nước.

+ Lau khô nhiệt kế bằng khăn hoặc gạc sạch rồi cho nhiệt kế vào hộp đựng.

- Bảo quản nhiệt kế sau khi sử dụng cho những người bệnh nhiễm khuẩn (trong những buồng cách ly).
  + Lấy nhiệt kế ra khỏi hộp (khay) đựng nhiệt kế bẩn.
  + Rửa sạch nhiệt kế bằng xà phòng: dùng miếng gạc tẩm dung dịch xà phòng vừa xoay vừa vuốt từ đầu đến cuối nhiệt kế, rồi rửa sạch dưới vòi nước.
  + Lau khô nhiệt kế bằng khăn hoặc giấy sạch.
  + Ngâm ngập nhiệt kế trong dung dịch khử khuẩn hoặc cồn 700 trong thời gian 30 phút.
  + Lấy nhiệt kế ra khỏi khay ngâm dung dịch khử khuẩn, rồi rửa lại dưới vòi nước sạch.
  + Lau khô nhiệt kế bằng khăn sạch.
  + Để nhiệt kế vào hộp đựng nhiệt kế (đã được khử khuẩn) rồi đậy kín.

4. BẢO QUẢN ĐỒ VẢI

- Đồ vải bẩn sau khi thu gom cần được phân loại thành các loại: bẩn, rất bẩn, có máu, đồ vải của khoa truyền nhiễm.
- Các đồ vải của khoa truyền nhiễm, da liễu được giặt bằng máy riêng, sử dụng xà phòng, hóa chất tẩy rửa.
- Quần áo nhân viên và đồ vải của người bệnh được giặt bằng máy riêng, tuỳ theo loại vải và mục đích sử dụng mà lựa chọn chương trình giặt cho phù hợp.
- Sấy khô và là: toàn bộ đồ vải sau khi giặt xong được chuyển sang máy sấy khô và là.
- Những đồ vải không đảm bảo chất lượng (rách, quá cũ...) phải được thay thế, bổ sung.
- Đóng gói đồ vải theo cơ số đã được thống nhất với các khoa, phòng.
- Dùng túi vải, hoặc hộp kền để đóng gói đồ vải.
- Các gói, hộp đồ vải có băng dính vạch ghi rõ số lô, ngày hấp, và thời hạn sử dụng.
- Đồ vải được tiệt khuẩn bằng nồi hấp nhiệt độ 121^{0}C và áp suất 1,036 at trong thời gian 15 phút.

5. BẢO QUẢN ĐỒ SẮT TRÁNG MEN (BÔ, BÔ VỊT)

Bô vịt cần được trang bị riêng cho mỗi người bệnh có nhu cầu. Sau khi sử dụng xong bô, bô vịt cần phải được khử khuẩn, cọ rửa sạch sẽ, để khô.

5.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Dung dịch khử khuẩn (gốc phenol).
- Nước xà phòng.
- Bàn chải.
- Trang bị phòng hộ cá nhân: găng hộ lý, tạp dề, khẩu trang...

5.2. Cọ rửa, khử khuẩn

- Đổ chất thải có trong bô, bô vịt vào nơi quy định (bồn xí, hoặc cống).
- Xả sạch bô, vịt dưới vòi nước.
- Xịt dung dịch khử khuẩn lên miệng, thành trong và ngoài của bô, vịt.
- Xả nước lại cho sạch.
- Cọ rửa bô, bô vịt bằng bàn chải xà phòng, rửa lại bằng nước sạch.
- Úp lên giá cho dụng cụ khô tự nhiên hoặc lau khô bằng vải.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Dụng cụ y tế được chia thành 5 loại:

A.....

B. Thuỷ tinh.

C. Cao su, nhựa.

D.....

E. Sắt tráng men.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
2	Đối với một số dụng cụ kim loại trước khi cọ rửa cần phải được tháo rời.		
3	Dụng cụ sau khi cọ rửa, lau khô, phải được đóng gói theo quy định trước khi mang đi tiệt khuẩn.		
4	Nhiệt kế nhiễm khuẩn sau khi xử lý, phải được tiệt khuẩn bằng nồi hấp.		
5	Đồ vải thu gom từ khoa truyền nhiễm cần phải được xử lý riêng.		
6	Đồ vải sau khi xử lý, cần phải được đóng gói theo mẫu đã quy định theo từng khoa.		
7	Đồ sắt tráng men sau khi xử lý cần phải được tiệt khuẩn bằng tủ sấy.		

VÔ KHUẨN - TIỆT KHUẨN

MỤC TIÊU

1. *Nêu được định nghĩa khử khuẩn, tiệt khuẩn và các khái niệm về nguy cơ nhiễm khuẩn.*
2. *Trình bày được các phương pháp khử khuẩn.*
3. *Trình bày được các đặc điểm cơ bản của một số dung dịch khử khuẩn hay dùng.*
4. *Trình bày được các phương pháp tiệt khuẩn.*

1. ĐẠI CƯƠNG

Tiệt khuẩn và khử khuẩn nhằm bảo đảm an toàn cho môi trường bệnh viện, bệnh nhân và nhân viên y tế (khi xử lý dụng cụ và sử dụng dụng cụ). Có nhiều phương pháp tiệt khuẩn và khử khuẩn khác nhau do vậy trong thực tế cần chọn lựa mức độ khử khuẩn thích hợp tuỳ thuộc một số yếu tố: chất liệu làm dụng cụ, loại và lượng vi khuẩn bám trên dụng cụ, nguy cơ nhiễm khuẩn cho bệnh nhân và nhân viên y tế và cả vấn đề kinh phí nữa.

2. ĐỊNH NGHĨA

* Khử khuẩn: là quá trình làm giảm tối thiểu số lượng vi sinh vật gây bệnh trên dụng cụ hoặc trên da tới mức không gây nguy hiểm tới sức khỏe, quá trình khử khuẩn không diệt được hoàn toàn bào tử của vi khuẩn.

* Tiệt khuẩn: là quá trình tiêu diệt tất cả các vi sinh vật kể cả nha bào của vi khuẩn.

3. NGUY CƠ NHIỄM KHUẨN

* *Nguy cơ nhiễm khuẩn thấp:* những dụng cụ tiếp xúc với da nguyên vẹn hoặc da bình thường, hoặc các môi trường ít tiếp xúc với bệnh nhân (tường nhà, trần nhà, sàn nhà, đồ gỗ).

* *Nguy cơ nhiễm khuẩn trung bình:* những dụng cụ này không xuyên qua da hoặc đi vào những nơi vô khuẩn của cơ thể, chúng chỉ tiếp xúc với niêm mạc và da không nguyên vẹn (dụng cụ hô hấp, nội soi tiêu hóa,...).

* *Nguy cơ nhiễm khuẩn cao:* những dụng cụ đi vào các mô cơ thể vô

khuẩn như các hốc trong cơ thể và hệ thống mạch máu (dụng cụ ngoại khoa, catheter mạch máu, dụng cụ đặt trong tử cung...), các dụng cụ này phải được làm sạch sau đó tiệt khuẩn. Với những dụng cụ không thể tiệt khuẩn phải được khử khuẩn mức độ cao.

4. CÁC PHƯƠNG PHÁP KHỬ KHUẨN

4.1. Làm sạch

Là quá trình đào thải các vật lạ (đất, chất hữu cơ, vi sinh vật) khỏi một đồ vật.

- Làm sạch toàn diện và để khô sẽ đào thải một phần lớn vi sinh vật trên bề mặt dụng cụ, động tác này luôn luôn phải đi trước việc khử khuẩn hoặc tiệt khuẩn.
- Làm sạch được thực hiện nhờ nước, chất tẩy rửa và các động tác cọ rửa, có thể dùng tay hoặc máy móc cho việc cọ rửa.

4.1.1. Làm sạch dụng cụ

*** Cọ rửa bằng tay.**

- Tất cả các dụng cụ phải được tháo rời trước khi cọ rửa.
- Nước máy rất thích hợp bởi nó đào thải hầu hết các chất hữu cơ (máu, đờm...).
- Phương pháp đơn giản và hiệu quả nhất là dùng bàn chải chà khắp bề mặt dụng cụ dưới mặt nước.
- Xúc rửa dụng cụ với nước sạch, ấm và để khô.

Chú ý: khi cọ rửa dụng cụ nhân viên phải mang găng tốt khi thực hiện.

Bàn chải phải được khử khuẩn và phơi khô sau khi sử dụng.

*** Cọ rửa bằng máy.**

- Nguyên tắc hoạt động của máy:
  + Nước sử dụng ban đầu là nước lạnh: cho phép loại trừ những sản phẩm khử nhiễm và tránh những yếu tố không tương hợp.
  + Rửa lại với nước nóng từ 65°C - 95°C trong vòng từ 15 - 20 phút (chọn nhiệt độ là tuỳ thuộc vào loại dụng cụ xử lý).
  + Trung hòa những sản phẩm acid nhằm loại trừ những vết bẩn do tác nhân tẩy rửa.
  + Rửa lại sau cùng với nước nóng với mục đích khử khuẩn (95°C đối với những dụng cụ không chịu nhiệt) và sau đó làm khô.

+ Bôi trơn thường được áp dụng riêng cho các loại dụng cụ kim loại (lau bằng dầu theo chỉ dẫn của từng loại dụng cụ).

+ Làm khô (nếu không có chu trình làm khô, thì việc làm khô được thực hiện bằng khăn sạch, đối với những phần rỗng thì làm khô bằng khí nén sử dụng trong y tế).

– Các điểm cần lưu ý khi sử dụng.

+ Xác định chức năng hoạt động của máy.

+ Xác định vị trí đặt các rổ dụng cụ xem có sự quá tải không?

+ Lựa chọn chương trình hoạt động của máy và nhiệt độ phù hợp với các dụng cụ được xử lý.

+ Kiểm tra sự hoạt động của chu trình làm việc.

+ Kiểm tra giai đoạn làm khô của máy.

– Những điều nên làm:

+ Sắp xếp những dụng cụ sao cho phù hợp đồng chất với nhau (kim loại đi với kim loại, thuỷ tinh đi với thuỷ tinh, nhựa với nhựa).

+ Chọn lựa chất sản phẩm tẩy rửa thích hợp với loại máy cũng như loại dụng cụ xử lý.

+ Mở các khớp nối của các dụng cụ.

+ Chai lọ phải mở nắp và úp xuống.

+ Luôn luôn bắt đầu chu trình bằng rửa nước lạnh nhằm loại bỏ các sản phẩm khử khuẩn và tránh sự cố định của các chất bẩn là protein.

+ Kiểm tra chất lượng của nước, nước mềm là tối cần thiết. Giai đoạn rửa sau cùng thường bằng nước đã được làm mất muối khoáng tránh lắng đọng muối trên dụng cụ.

+ Thường xuyên lau chùi máy móc (phin lọc và ống nối).

– Các điều không nên làm.

+ Không nên trộn dụng cụ đã bị ăn mòn trên bề mặt với những dụng cụ còn tốt.

+ Không nên kết hợp trong một lần những dụng cụ bằng Crome và Inox.

+ Không nên đặt quá nhiều dụng cụ trong máy tạo ra những "vùng tối" ảnh hưởng tới sự cọ rửa của máy.

4.1.2. Làm sạch môi trường

– Sàn nhà, các bề mặt, bồn nước, ống dẫn nước nên được cọ rửa với nước và xà phòng.

- Việc sử dụng thường xuyên các chất khử khuẩn là không cần thiết.
  + Nếu có vương vãi các dịch cơ thể (chất tiết, máu, mủ,...) phải được khử khuẩn trước khi cọ rửa nhất là ở các khoa phòng có nguy cơ cao.
  + Lau ngay nơi vương vãi các chất tiết của người bệnh với sodium hypochlorit 0,5 - 1%, hoặc dung dịch presept 1%.
  + Lau khô với nước sạch.
  + Phải mang găng tay (thận trọng khi dùng chlorine bởi vì hơi chlorine có thể gây độc).
  + Nếu dịch cơ thể vương vãi phải được giải quyết ngay không cần thiết phải khử khuẩn buồng bệnh, chỉ cọ rửa khắp phòng là đủ.

4.2. Khử khuẩn bằng nhiệt

- Sử dụng máy Autoclave hoặc nồi áp suất là một hình thức khử khuẩn tốt nhất. Hấp ướt (moist heat) ở 70°C - 100°C.
- Đun sôi ở 100°C trong ít nhất 5 phút kể từ lúc bắt đầu sôi là biện pháp đơn giản và đáng tin cậy nhất trong việc bất hoạt các vi sinh vật bao gồm virus viêm gan B, HIV và vi khuẩn lao, miễn là nó được thực hiện một cách tỷ mỉ (khử khuẩn bậc cao - đun sôi 20 - 30 phút). Nồi luộc phải được để khô và thay nước mỗi khi dùng.
- Đun sôi ở nhiệt độ thấp 80°C trong vòng 5 phút đối với các dụng cụ dễ bị hư hại.
- Khử khuẩn bằng máy cũng được thực hiện với các dụng cụ (vải vóc, vải giường, bô, chén bát, các ống máy thở, kính đeo mắt trong phòng xét nghiệm và các dụng cụ phẫu thuật trước khi hấp). Ở các máy này, các bước làm sạch, khử khuẩn nước nóng, làm khô được phối hợp, hoà hợp với nhau, giúp cung cấp nhanh các dụng cụ (dây máy thở), hoặc đảm bảo an toàn trong việc sử dụng (dụng cụ phẫu thuật) và việc súc rửa kỹ càng trước khi dùng máy có thể làm cho thời gian khử khuẩn của máy ngắn hơn (70°C trong vòng 3 phút và 80°C trong vòng 1 phút).

Chú ý: cần phải kiểm tra máy thường xuyên và mức độ khử khuẩn cao hay thấp đạt được tuỳ loại máy và tính phức tạp của dụng cụ được khử khuẩn.

4.3. Khử khuẩn bằng hóa học

4.3.1. Phân loại mức độ khử khuẩn

- *Khử khuẩn mức độ cao*: là quá trình khử khuẩn đòi hỏi phải diệt được hầu hết các loại vi khuẩn, nấm, virus, trực khuẩn lao, kể cả bào tử vi khuẩn. Sản phẩm hóa học đáp ứng được nhu cầu này là các loại hóa chất glutaraldehyde ở nồng độ 2%, hypochlorite, acide Pevicetic.

+ Một số dụng cụ đòi hỏi khử khuẩn mức độ cao (ống nội soi hô hấp, tiêu hóa trên) ta có thể dùng glutaraldehyde 2% (Cidex) trong 20 phút. Nếu cần tiệt khuẩn (diệt cả bào tử vi khuẩn) có thể ngâm ngập dụng cụ vào glutaraldehyde 2% trong ít nhất 3 giờ (Nếu ngâm trong 10 giờ thì sẽ đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối).

+ Dụng cụ sau khi khử khuẩn ở mức độ cao phải được tráng rửa bằng nước tiệt khuẩn hoặc nước chín, sau đó phải được làm khô và đóng gói hoặc bảo quản trong môi trường khô, sạch để khỏi tái nhiễm....

- *Khử khuẩn mức độ trung bình:* là quá trình khử khuẩn đòi hỏi phải diệt được các loại vi khuẩn, nấm, virus và trực khuẩn lao, nhưng không diệt bào tử. Các loại hóa chất thường được sử dụng nhóm Iodine, formol, phenolic, cồn.
- *Khử khuẩn mức độ thấp:* là quá trình khử khuẩn đòi hỏi phải diệt được các loại vi khuẩn sinh dưỡng, một số virus có kích thước trung bình và có vỏ lipid. Các loại hóa chất thường được sử dụng: amoni bậc 4, amphoteres, aminoacide, chlorhexidine.

4.3.2. Nguyên tắc lựa chọn hóa chất dùng trong khử khuẩn bệnh viện

Hóa chất khử khuẩn phải đảm bảo một số tiêu chuẩn sau:

- Phổ kháng khuẩn rộng.
- Tác dụng nhanh.
- Không bị ảnh hưởng bởi các chất như chất hữu cơ, xà phòng, chất tẩy rửa hoặc các hóa chất khác.
- Không gây độc cho bệnh nhân, nhân viên y tế và môi trường.
- Không ảnh hưởng lên các dụng cụ y khoa bằng kim loại cũng như các vật dụng bằng vải, cao su, chất dẻo khác.
- Phải có hiệu quả lâu dài trên bề mặt được xử lý: để lại một lớp màng tráng chống vi khuẩn (antimicrobial film) trên bề mặt dụng cụ sau khi xử lý.
- Dễ sử dụng, mùi vị phải dễ chịu, hoặc không mùi.
- Rẻ tiền.
- Phải hoà tan dễ dàng trong nước và ổn định khi pha loãng.
- Phải có tác dụng làm sạch.

4.3.3. Một số hóa chất khử khuẩn hay được sử dụng

* MICROSHIELD.

- Thành phần và các dạng trình bày:

+ Thành phần: chlorhexidine gluconat ở các nồng độ 4%, 2% và 0,5% trong ethanol 70%.

+ Dạng trình bày: dung dịch rửa tay phẫu thuật Microshield* 4% (màu hồng đậm). Dung dịch rửa tay thủ thuật, thăm khám Microshield* 2% (màu xanh lá cây). Dung dịch rửa tay nhanh Microshield* handrub (màu hồng nhạt).

- Cơ chế tác dụng:

Phá hủy màng tế bào và làm kết tủa các thành phần của bào tương, dẫn đến diệt tế bào vi khuẩn.

- Phổ tác dụng.

+ Diệt khuẩn nhanh mạnh, phổ rộng: Gr (+), Gr (-) nấm, virus.

+ Có tác dụng tích luỹ sau các lần rửa tay.

+ Duy trì tác dụng diệt khuẩn trong 6h sau, tránh vi khuẩn mọc lại.

- Chỉ định.

+ Rửa tay trước phẫu thuật (Microshield 4%).

+ Rửa tay trước khi tiến hành thủ thuật, xét nghiệm, thăm khám (Microshield 2%).

+ Rửa tay nhanh giữa các lần khám, chăm sóc người bệnh.

- Hướng dẫn sử dụng.

Rửa tay phẫu thuật với dung dịch Microshield*4% chỉ cần hai lần rửa tay với thời gian từ 3- 5 phút, mỗi lần rửa ấn vào cần bơm dung dịch một lượng từ 3-5 ml dung dịch vào lòng bàn tay (lần 1) và bàn chải (lần 2), sau đó thực hiện kỹ thuật rửa tay nhanh đã hướng dẫn của Bộ Y tế.

- Chú ý:

+ Các dung dịch rửa tay sát khuẩn Microshield đều có thêm chất làm mềm, làm ẩm, dưỡng da, tạo cảm giác mềm mại và dễ chịu khi rửa và tránh làm khô da tay.

+ Ngoài ra còn có dung dịch Microshield PVP – S (Povidon Iodin 10%) dùng để sát khuẩn da và niêm mạc trước và sau khi mổ, sát khuẩn phụ khoa, chăm sóc vết thương, vết bỏng rất hiệu quả mà không gây sót.

* CIDEX

- Thành phần và trình bày.

+ Thành phần: glutaral dehyde 2%, đã được kiềm hóa.

+ Trình bày dưới dạng dung dịch có hạn sử dụng 14ngày, 28ngày.

- Cơ chế tác dụng

Alkyl hóa những gốc sulfhydryl, hydroxyl, carboxy, amino của vi khuẩn, làm thay đổi tổng hợp acid ribonucleic (ARN), acid deoxyribonucleic (AND), protein.

- Phổ tác dụng
  + Diệt tất cả các loại vi khuẩn, virus HIV, HBV, nấm, 99.8% vi khuẩn lao trong vòng 10 phút.
  + Diệt 100% vi khuẩn lao trong vòng 1 giờ.
  + Diệt tất cả các loại vi khuẩn kể cả bào tử trong vòng 10 giờ.
- Chỉ định
  + Là dung dịch tiệt khuẩn cho các dụng cụ được sử dụng nhiều lần.
  + Cidex 14 ngày: khử khuẩn, tiệt khuẩn máy nội soi, lăng kính máy nội soi, tăng tuổi thọ dụng cụ nội soi, đã được hầu hết các hãng sản xuất dụng cụ nội soi chọn là dung dịch lý tưởng cho sản phẩm của mình như: Olyompus, Stryker, Karl Storzs, Pentax, Fujinon.
  + Cidex 28 ngày: khử khuẩn/tiệt khuẩn các dụng cụ không hấp sấy được như: nhựa, thuỷ tinh, cao su và các dụng cụ ngoại khoa thông thường bằng thép, nhôm, đồng, thau.
- Hướng dẫn sử dụng.
  + Đổ lọ đựng chất hoạt hóa vào can dung dịch Cidex và lắc kỹ, màu sắc sẽ thay đổi.
  + Dung dịch Cidex 145 (14 ngày) có màu xanh lá cây sau khi được hoạt hóa.
  + Dung dịch Cidex 285 (28 ngày) có màu xanh dương sau khi được hoạt hóa. Đổ dung dịch vào khay có nắp đậy để ngâm dụng cụ.
  + Dung dịch Cidex dùng nguyên chất không pha loãng.
  + Dung dịch được đổ bỏ sau ngày thứ 14 (đối với Cidex 14 ngày) và sau ngày thứ 28 (đối với Cidex 28 ngày).
- Chú ý.
  + Đã được Cục Bảo vệ môi trường Mỹ (EPA) chấp thuận là dung dịch tiệt khuẩn cho các dụng cụ được sử dụng nhiều lần.
  + Không bị bất hoạt bởi chất hữu cơ.
  + Không ăn mòn, an toàn cho mọi loại dụng cụ: cao su, nhựa, thuỷ tinh, dụng cụ bằng kim loại (nicken, inox, đồng...)

*** CIDEZYME**

- **Thành phần: hỗn hợp enzym phân huỷ chất hữu cơ (đặc biệt là Protease) cùng chất tẩy rửa lành tính.**

- Cơ chế tác dụng: chất tẩy rửa dựa trên hoạt tính của enzym: phá huỷ các liên kết hữu cơ, làm phân huỷ chất hữu cơ (máu, mủ, đờm...).
- Phổ tác dụng: kìm khuẩn
- Chỉ định:
  + Làm sạch và khử nhiễm dụng cụ.
  + Cidezym là chất tẩy rửa lành tính dựa trên hoạt tính enzym cho phép làm sạch các chất hữu cơ như: máu, mủ, đờm... bám trên những nơi khó rửa hoặc bị khô chết trên dụng cụ. Ngoài ra còn dùng để thông tắc cho ống nội soi.
- Hướng dẫn sử dụng.
  + Pha 8 ml Cidezym với 1 lít nước sạch rồi ngâm dung dịch bẩn vào.
  + Thời gian ngâm tối thiểu là khoảng 2 phút. Đối với những dụng cụ bị kết máu, vết máu khô để lâu thì cần ngâm lâu hơn đến khi những chất hữu cơ bám dính được làm sạch.
  + Rửa lại dụng cụ bằng nước sạch.
  + Lau khô dụng cụ: lúc này dụng cụ đã sẵn sàng đưa đi khử khuẩn, tiệt khuẩn bằng nhiệt hoặc bằng hóa chất (dung dịch Cidex*).
  + Dung dịch được thải bỏ sau mỗi lần sử dụng hoặc khi nhìn thấy dung dịch bị bẩn rõ. Thời gian sử dụng tối đa là 24 giờ.
- Chú ý:
  + Cơ chế tác dụng chủ yếu của Cidezym: cho phép dung dịch đi sâu vào các khe kẽ dụng cụ, phá huỷ các liên kết hữu cơ do vậy làm sạch dụng cụ.
  + Dung dịch Cidezym là loại dung dịch tẩy ôn hoà có chất làm sạch rất an toàn cho dụng cụ.
  + Tác dụng của Cidezym phát huy trong khoảng 2 phút do vậy làm giảm thời gian tiếp xúc của nhân viên y tế với dụng cụ bẩn, do đó tiết kiệm được thời gian, làm giảm đáng kể nguy cơ lây nhiễm của nhân viên y tế.
  + Dung dịch rửa sạch dễ dàng và không để lại lớp phim trên dụng cụ, tạo điều kiện cho Cidex tiếp xúc với bề mặt cần tiệt khuẩn.
  + Gây kích thích nếu tiếp xúc với da và mắt, do đó nên đeo găng tay khi thao tác.
  + Không được uống.
  + Nếu kết hợp dùng Cidezym trước khi dùng Cidex thì hiệu quả đem lại thật lý tưởng, do dụng cụ được sạch sẽ trước khi ngâm vào Cidex sẽ làm tăng diện tích bề mặt tiếp xúc của Cidex với dụng cụ cần tiệt khuẩn.

* PRESEPT.

- Thành phần: muối dung dịch Dichloroisocyanurate.
- Tác dụng:
  + Diệt vi khuẩn Gr (+), Gr (-), HIV, HBV, Herpes, vi khuẩn lao, nấm, bào tử.
  + Tác dụng diệt khuẩn ổn định cho tới khi sử dụng.
  + Không bị giảm tác dụng bởi các chất hữu cơ.
  + Không gây hại cho đồ dùng nhựa, cao su.
  + Dễ bảo quản, dễ pha.
  + Thuận tiện và dễ sử dụng, ngay cả với những người chưa có kinh nghiệm.
- Chú ý:
  + Tránh tiếp xúc với mắt, nếu bị bắn vào mắt phải rửa thật nhiều nước.
  + Không được uống.
  + Tránh cầm viên Presept khi tay ướt.
  + Tránh tiếp xúc với các chất liệu bằng tơ, lụa, len.
  + Không trộn với bất kỳ hóa chất nào khác.

5. CÁC PHƯƠNG PHÁP TIỆT KHUẨN

5.1. Hấp ướt (steam sterilisation)

Đây là phương pháp thông thường và thích hợp nhất để tiệt khuẩn cho tất cả các dụng cụ dùng cho các thủ thuật xâm lấn chịu được nhiệt và độ ẩm. Phương pháp này đáng tin, không độc, rẻ tiền, diệt được bào tử, ít tốn thời gian vì hơi nước có thể xuyên qua vải bọc dụng cụ.

- Ưu điểm:
  + Là phương pháp tiệt khuẩn được sử dụng rộng rãi và đáng tin cậy nhất.
  + Không gây độc, ít tốn kém.
  + Hấp thụ nhiệt nhanh và có khả năng thâm nhập qua các lớp vải.
- Nhược điểm:
  + Không tiệt khuẩn được các loại dụng cụ có dầu mỡ.
  + Không tiệt khuẩn được các vật liệu ở dạng bột.
- Phương tiện và nguyên lý cơ bản của việc tiệt khuẩn.

+ Phương tiện tiệt khuẩn: nồi hấp (autoclave).

+ Nguyên lý: dụng cụ bị tràn ngập trong hơi nước ở áp suất và nhiệt độ dự kiến trong một khoảng thời gian nhất định làm phá huỷ hết các loại vi sinh vật.

– Các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả việc tiệt khuẩn.

+ Nhiệt độ, thời gian tiệt khuẩn: thời gian cần thiết để tiệt khuẩn là 15 phút ở nhiệt độ 121°C và áp suất 1,036 Atmosphere, với nhiệt độ 134°C và áp suất 2,026 Atmosphere thì thời gian hấp trong 3 - 4 phút, hoặc có thể dùng nồi áp suất với thời gian tối thiểu là 30 phút.

+ Nhiệt độ hằng định thì thời gian tiệt khuẩn còn phụ thuộc vào kích cỡ và loại dụng cụ cũng như loại máy tiệt khuẩn.

Thời gian tiệt khuẩn dụng cụ tuỳ thuộc vào nhiệt độ và áp suất của quy trình hấp sấy, ví dụ:

+ Với nhiệt độ 1210C và ở áp suất 1,036 Atmosphere thì hấp trong 15 phút.

+ Với nhiệt độ 1340C và ở áp suất 2,026 Atmosphere thì hấp trong 3-4phút.

+ Có thể dùng nồi áp suất với thời gian tối thiểu là 30 phút.

5.2. Sấy khô (Dry heat)

– Ưu, nhược điểm.

+ Có thể được áp dụng để tiệt khuẩn cho các loại dụng cụ bị phá hủy bởi nhiệt ướt (các chất dạng bột, các dụng cụ sắc nhọn) hoặc không cho hơi nước thâm nhập.

+ Không làm mòn các dụng cụ sắc bằng kim loại.

+ Thời gian tiệt khuẩn dài.

– Phương tiện và nguyên lý cơ bản của việc tiệt khuẩn.

+ Sử dụng tủ sấy.

+ Nhiệt khô diệt vi sinh vật bằng cách ô xy hóa thành tế bào (đốt cháy).

– Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tiệt khuẩn.

+ Nhiệt độ và thời gian tiệt khuẩn.

+ Thời gian và nhiệt độ tiệt khuẩn được thực hiện bằng tủ sấy:

Nhiệt độ 180°C trong thời gian 60 phút.

Nhiệt độ 170°C trong thời gian 120 phút.

– Hiện nay người ta ít khuyến cáo việc sử dụng nồi hấp khô do khả năng diệt khuẩn không bằng hấp ướt và dễ làm hư hỏng các dụng cụ.

5.3. Quy trình tiệt khuẩn bằng hấp ướt và sấy khô

- Dụng cụ phải được cọ rửa sạch sẽ, lau khô trước.
- Tháo rời, đóng gói dụng cụ theo quy định.
- Sắp xếp các gói dụng cụ vào tủ sấy, nồi hấp theo quy định.
- Vận hành máy theo đúng quy trình kỹ thuật.

5.4. Tiệt khuẩn bằng hóa chất

- Hóa chất: Ethylene oxide (ETO), là chất khí không màu, dễ cháy nổ.
- Dùng để tiệt khuẩn các loại dụng cụ bị phá hủy bởi nhiệt.
- Thời gian tiệt khuẩn dài, giá thành cao.
- Thời gian tiệt khuẩn 2-5 giờ ở nhiệt độ 29°C - 65°C (nồng độ khí, nhiệt độ càng cao thì thời gian tiệt khuẩn ngắn).

5.5. Các biện pháp kiểm tra việc tiệt khuẩn

- Giám sát cơ học: giám sát cơ học là đánh giá các thông số kỹ thuật tại thời điểm bắt đầu mỗi chu trình tiệt khuẩn nhằm phát hiện sớm tình trạng bất thường của máy tiệt khuẩn.
- Dùng các chất chỉ thị hóa học.
  + Có thể là các băng dính vạch, hoặc hỗn hợp hóa chất.
  + Băng dính vạch được dán ở bên ngoài của tất cả các hộp, gói hấp.
  + Băng dính chuyển màu sau khi hấp chứng tỏ các dụng cụ hấp đã được tiếp xúc với các điều kiện vật lý thích hợp của quá trình tiệt khuẩn.
  + Băng dính vạch không chuyển màu hoặc chuyển màu không rõ ràng chứng tỏ hộp hấp đó chưa tiếp cận được đầy đủ các điều kiện của quá trình tiệt khuẩn đã đề ra và phải được hấp lại.
- Giám sát sinh học: sử dụng các chỉ thị sinh học để khẳng định hiệu lực tiệt khuẩn bằng cách cho vào trong bao hấp một lọ chứa một số lượng lớn các nha bào vi khuẩn.

  Cách đánh giá kết quả:
  + Kiểm tra chỉ thị hóa học trên nhãn của chỉ thị sinh học. Nếu thay đổi màu chứng tỏ chất chỉ thị sinh học đã tiếp xúc với các điều kiện của quá trình tiệt khuẩn.
  + Chỉ thị sinh học bị bất hoạt sau khi hấp gọi là âm tính, ngược lại, nếu không bị bất hoạt sau khi hấp gọi là dương tính.
  + Các chỉ thị sinh học cho kết quả dương tính (sau hấp) phải báo cáo kết quả cho người phụ trách và có biện pháp xử lý thích hợp.

Bảng kiểm 2: Quy trình chuẩn bị và tiệt khuẩn dụng cụ

TT	Nội dung	Có	Không
	* Chuẩn bị dụng cụ.		
	ĐỒ DÙNG BẰNG BÔNG, GẠC, ĐỒ VẢI		
	* *Bông cầu.*		
1	Lấy bông hút nước viên thành những viên tròn kích thước tuỳ theo yêu cầu, không lỏng, không quá chặt, xếp vào hộp.		
	* *Gạc củ ấu.*		
1	Cắt gạc vuông khoảng 10 x 10 cm, gấp đôi miếng gạc theo đường chéo.		
2	Đặt miếng gạc vào 1 hoặc 2 ngón tay mình.		
3	Quấn 1 vòng, gấp phần đuôi miếng gạc lên.		
4	Rút ngón tay ra lộn gạc từ trong ra ngoài, xếp vào hộp.		
	* *Gạc có bông.*		
1	Trải lớp gạc thứ nhất, trải một lớp bông mỏng lên trên, trải tiếp lớp gạc thứ 2 đè lên lớp bông.		
2	Cắt thành miếng kích thước khác nhau, xếp từng lớp vào hộp		
	* *Gạc không có bông.*		
2	Cắt gạc to nhỏ theo yêu cầu, gấp 4 cạnh miếng gạc vào trong.		
3	Gấp đôi hoặc gấp 4, xếp vào hộp.		
	* *Mèche (mét).*		
1	Cắt gạc khoảng 40 x 20 cm, gấp 2 cạnh chiều dài vào giữa, gấp đôi lại.		
2	Cuộn thành cuộn tròn hoặc gấp đèn xếp và buộc lại.		
3	Xếp 10 cái lấy mảnh gạc khác gói lại, xếp vào hộp.		
	* *Gạc chèn hoặc thấm máu trong phẫu thuật vùng bụng.*		
1	Cắt gạc vuông 40 x 40 cm, khâu vắt 4 cạnh.		
2	Xếp 10 cái, lấy mảnh gạc khác gói lại, xếp vào hộp.		
	* *Săng.*		
1	Có nhiều kích cỡ, cắt vải khâu vắt 4 cạnh.		
2	Giặt sạch, phơi khô gấp vừa đủ để đặt vào hộp.		
3	Xếp 10 cái rồi lấy mảnh gạc khác gói lại, xếp vào hộp.		
	* *Áo mổ.*		
1	Giặt sạch, phơi khô, kiểm tra các dây buộc.		
2	Lộn trái thân áo (không lộn tay), gấp áo 2 bên theo chiều dọc		

TT	Nội dung	Có	Không
3	Gấp ngang theo hình đèn xếp, cổ áo, cầu vai lên trên, xếp vào hộp		
	ĐỒ DÙNG BẰNG CAO SU, NHỰA		
	* *Găng tay.*		
1	Giặt sạch phơi khô, kiểm tra găng tay, phân loại theo cỡ số, phải trái.		
2	Cho bột tan vào mặt trong găng, lộn cổ găng xuống.		
3	Xếp 2 găng vào 1 tờ giấy, gấp lại, xếp vào hộp.		
	* *Ống thông.*		
1	Ống thông Nelaton, Foley, Levin, Eno, Kerh, Faucher ... bơm rửa sạch treo ráo nước.		
2	Quấn gạc hoặc khăn riêng từng loại xếp vào hộp.		
	ĐỒ DÙNG BẰNG THUỶ TINH		
1	Bơm, rửa sạch, lau khô mở nắp, xếp vào hộp		
	ĐỒ DÙNG BẰNG KIM LOẠI		
1	Ngâm trong dung dịch khử khuẩn.		
2	Kiểm tra dụng cụ, rửa sạch, luộc, lau khô xếp vào hộp.		
3	Dán nhãn, dùng dây buộc chắc các hộp.		
4	Ghi ngày, giờ gửi đi hấp sấy, chuyển đến nơi tiệt khuẩn.		
	* Kỹ thuật tiệt khuẩn.		
	Tiệt khuẩn bằng hơi nóng ẩm (nồi hấp)		
	* *Kiểm tra nồi hấp.*		
1	Kiểm tra thân nồi có rạn nứt, rò...		
2	Kiểm tra ốc, van đồng hồ, nhiệt kế, hệ thống điện, đèn báo.		
	* *Vận hành.*		
1	Vặn các ốc vít, mở nắp nồi ra, đổ nước đúng quy định, mở nắp hộp hấp.		
2	Xếp hộp dụng cụ vào nồi hấp, đậy nắp nồi.		
3	Vặn chặt các ốc, cắm điện, bật công tắc điện.		
4	Mở van đuổi khí, khi nhiệt độ đạt tiêu chuẩn đã định đóng van, tính thời gian nhiệt độ hấp.		
5	Mở van xả khí khi đủ thời gian và nhiệt độ hấp, vặn ốc mở nắp nồi hấp, xả nước.		
6	Lấy dụng cụ ra và đóng nắp hộp.		
	Tiệt khuẩn bằng sức nóng khô (tủ sấy)		
1	Kiểm tra thân tủ, các cánh tủ, nhiệt kế, hệ thống điện, đèn báo.		

TT	Nội dung	Có	Không
2	Xếp dụng cụ vào các ngăn, cắm điện, bật công tắc điện.		
3	Tính thời gian khi nhiệt độ sấy đạt mức quy định.		
4	Ngắt điện khi nhiệt độ về 0°C, lấy dụng cụ.		

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Khử khuẩn là giảm tối thiểu số lượng.....A.....gây bệnh trên dụng cụ hoặc trên da tới mức không gây nguy hiểm đến sức khỏe.

2. Nêu 3 mức độ nguy cơ nhiễm khuẩn.

A. .....

B. .....

C. Nguy cơ nhiễm khuẩn cao.

3. Nêu 2 phương pháp làm sạch dụng cụ.

A. .....

B. Cọ rửa bằng máy.

4. Nêu 3 mức độ khử khuẩn.

A. .....

B. Mức độ khử khuẩn trung bình.

C. .....

5. Nêu 3 phương pháp tiệt khuẩn

A. Phương pháp hấp ướt.

B. .....

C. .....

6. Dung dịch Cidex diệt 100% vi khuẩn lao trong thời gian:

A. 20 phút.

B. 30 phút.

C. 40 phút.

D. 60 phút.

7. Dùng Ethylene oxide để tiệt khuẩn dụng cụ, thời gian tiệt khuẩn từ 2 - 5 giờ ở nhiệt độ thích hợp nhất là:

A. 10°C.

B. 20°C.

C. 25°C.

D. 29°C.

8. Nhiệt độ và thời gian để tiệt khuẩn dụng cụ bằng phương pháp sấy khô có hiệu quả là:

A. 100°C trong 60 phút.

B. 120°C trong 120 phút.

C. 150°C trong 120 phút.

D. 180°C trong 60 phút.

9. Tiệt khuẩn dụng cụ bằng phương pháp hấp ướt có hiệu quả ở 121°C, áp suất 1,036 atmospher trong thời gian:

A. 5 phút.

B. 10 phút.

C. 15 phút.

D. 20 phút.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
10	Tiệt khuẩn là sự tiêu diệt hoàn toàn các vi sinh vật.		
11	Đun sôi nước trong 10 phút là làm chết tất cả các loại vi sinh vật.		
12	Nguyên tắc lựa chọn hóa chất dùng trong khử khuẩn là phải có tác dụng nhanh.		
13	Ưu điểm của tiệt khuẩn bằng phương pháp hấp ướt là không gây độc.		
14	Dụng cụ sau khi đánh rửa phải được lau sạch, đóng gói và để ở nơi cao ráo.		

NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

MỤC TIÊU

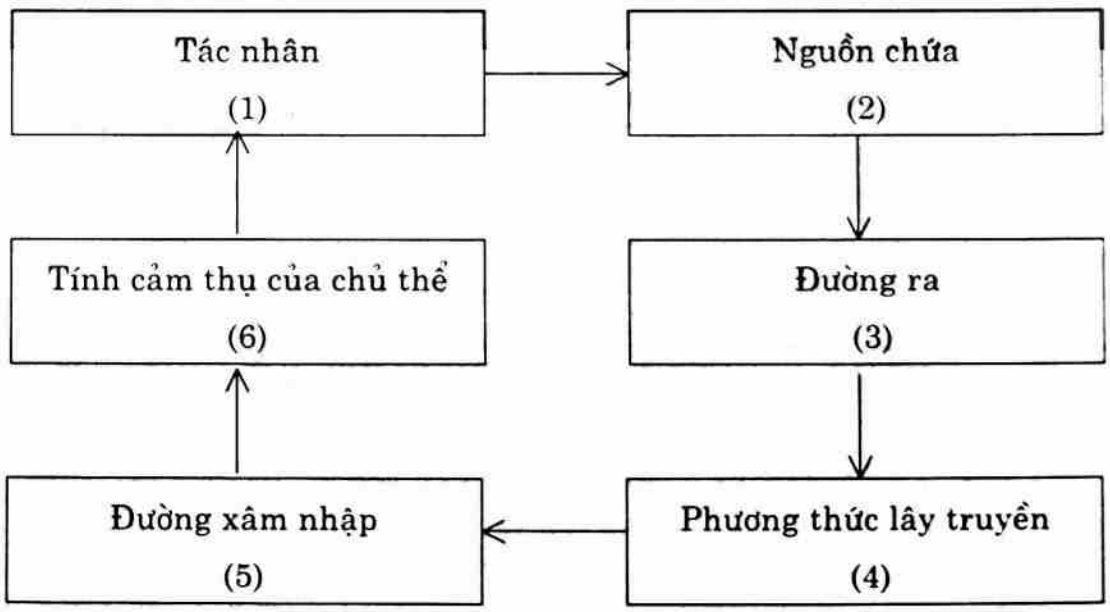
1. *Nêu được định nghĩa và kể những nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp.*
2. *Trình bày được những đặc điểm chính của chu trình nhiễm khuẩn và các loại vi khuẩn hay gặp gây nhiễm khuẩn bệnh viện.*
3. *Nêu được các tiêu chuẩn giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện.*
4. *Trình bày được các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện.*

1. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn bệnh viện là những nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian nằm viện (thường sau 48 giờ). Nhiễm khuẩn này không hiển diện cũng như không ở trong giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện.

2. CHU TRÌNH NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

Đối với những người bệnh đang mắc hoặc nghi ngờ mắc các bệnh truyền nhiễm, quan trọng về mặt dịch tễ học cần áp dụng các biện pháp dự phòng nhằm cắt đứt quá trình lan truyền bệnh trong phạm vi bệnh viện và ra cộng đồng. Chu trình nhiễm khuẩn có thể tóm tắt theo sơ đồ sau:



- Tác nhân (1): là vi sinh vật có khả năng gây bệnh. Tác nhân gây bệnh phụ thuộc vào: số lượng, độc tính, khả năng thích ứng của vi sinh vật, môi trường và sức đề kháng của cơ thể con người.
- Nguồn chứa (2) vật chủ: là môi trường sống và sinh sản của vi sinh vật.

Nguồn chứa có thể là người (người bệnh hoặc người lành mang vi khuẩn), có thể là động vật (chó, chuột...), có thể là các đồ vật (đất, nước, không khí, thức ăn...).

- Đường ra (3): là nơi vi sinh vật rời khỏi nguồn chứa: đường hô hấp, tiêu hóa, tiết niệu.
  + Phương thức lây truyền (4):
  + Lây truyền trực tiếp: sờ mó, tiêm chích...
  + Lây truyền gián tiếp: qua vật chủ trung gian như ruồi, muỗi, chuột...
- Đường xâm nhập (5): là đường vi sinh vật rời vật chủ cũ xâm nhập vào vật chủ mới. Ví dụ: vi rus HIV lây bằng đường máu, quan hệ tình dục, trực khuẩn lao lây bằng đường hô hấp, phẩy khuẩn tả lây theo đường tiêu hóa...
- Tính cảm thụ của chủ thể (6): tính cảm thụ của chủ thể hay còn gọi vật chủ nó phụ thuộc vào:
  + Tuổi, giới.
  + Tình trạng sức khỏe hiện tại: trẻ em, người già, người gầy yếu, suy dinh dưỡng, mắc các bệnh mạn tính.....
  + Khả năng miễn dịch.

3. VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN HAY GẶP

3.1. Tụ cầu

Đặc biệt là tụ cầu vàng (Staphylococcus Aureus) kháng với Methiccilin).

- Là loại cầu khuẩn gram dương, không có dạng bào tử, sống được trong môi trường kỵ khí và ưa khí.
- Nguồn nhiễm.
  + Môi trường: tụ cầu vàng lan truyền rộng rãi, có thể gặp trong không khí, nước, có thể tồn tại cả ở trong môi trường khô.
  + Người: chủ yếu ở vùng mũi họng, da, đường ruột....
- Phương thức lan truyền: vi khuẩn có thể lan truyền bằng cách.
  + Trực tiếp: đường mũi họng.
  + Gián tiếp: bàn tay, dụng cụ, nước, không khí, thực phẩm bị nhiễm.

- Biểu hiện lâm sàng.
  + Nhiễm khuẩn da niêm mạc: mụn nhọt, chốc lở...
  + Áp xe trung thất, nhiễm khuẩn máu, nhiễm khuẩn đường tiểu. hô hấp, tiêu hóa.

3.2. Vi khuẩn đường ruột

*** Escherichia Coli.**

- Trực khuẩn gram âm, kỵ khí và ưa khí không có dạng bào tử.
- Nguồn nhiễm.
  + Môi trường: rau, nước sông, đất... Sự có mặt của E. Coli trong nước là một bằng chứng về sự nhiễm khuẩn từ phân.
  + Bệnh viện: nơi nhà tắm, nhà vệ sinh....
  + Người: vi khuẩn có mặt chủ yếu ở đường tiêu hóa.
- Phương thức lây truyền: trực tiếp: qua dụng cụ, chất liệu, dụng cụ bẩn không được xử lý đúng, qua bàn tay nhân viên y tế người bệnh, người nhà trong quá trình chăm sóc...
- Biểu hiện lâm sàng: gây nhiễm khuẩn đường tiểu, đường ruột, máu.

*** Kebshiella.**

- Là trực khuẩn gram âm, ưa khí và kỵ khí, không tồn tại dạng bào tử.
- Nguồn nhiễm.
  + Môi trường: vi khuẩn có nhiều trong nước, đất, rau...
  + Bệnh viện: vi khuẩn có thể tồn tại trong các dung dịch khử khuẩn bảo vệ không tốt, các loại mỡ bôi, xà phòng, mặt nạ khí dung, bình làm ẩm ôxy... không được khử khuẩn đúng quy định.
- Phương thức lây truyền.
  + Trực tiếp: dịch tiết mũi, họng.
  + Gián tiếp qua bàn tay, dụng cụ và các loại dung dịch dùng trong bệnh viện bị nhiễm khuẩn.

3.3. Trực khuẩn mủ xanh (Pseudomonas Aeruginosas) đa kháng thuốc kháng sinh.

- Là loại trực khuẩn gram âm, ưa khí, không tạo bào tử, có khả năng sinh trưởng trong nhiều môi trường của bệnh viện hoặc môi trường nuôi cấy nghèo chất dinh dưỡng.
- Nguồn nhiễm.
  + Môi trường: nước, đất, rau, quả...

+ Bệnh viện: dụng cụ, dung dịch khử khuẩn, mỡ bôi... bảo quản không đúng.

+ Người: thường phân lập được vi khuẩn từ người bệnh mắc bệnh mạn tính, thời gian nằm viện lâu.

- Biểu hiện lâm sàng: thường gây các nhiễm khuẩn da, viêm phổi, tiết niệu, nhiễm khuẩn máu, tiêu hóa.

3.4. Trực khuẩn lao

- Là loại vi khuẩn không tạo bào tử, không có vỏ, bắt màu khi nhuộm, khó nuôi cấy phân lập vi khuẩn. Nhậy cảm với nhiệt độ và tia cực tím.
- Nguồn nhiễm.
  + Môi trường: không khí, bụi, dụng cụ khử khuẩn không đảm bảo đúng quy trình.
  + Người: tồn tại ở người bệnh có hoặc không có triệu chứng.
- Phương thức lây truyền.
  + Trực tiếp: bằng đường hô hấp thông qua các hạt nước bọt khi tiếp xúc nói, ho, khạc, hắt hơi....
  + Gián tiếp: không khí có vai trò quan trọng trong việc lây truyền bệnh. Các giọt nước bọt bắn ra từ miệng người bệnh, tạo nên những hạt bụi cực nhỏ chứa vi khuẩn lơ lửng trong không khí, mọi người có thể hít phải. Trường hợp đặc biệt có thể lây truyền qua đường tiêu hóa do ăn phải sữa bị nhiễm trực khuẩn lao bò.

3.5. Các vi khuẩn khác

- Legionella.
- Acinetobacter Baumanni.
- Cầu khuẩn đường ruột kháng Vancomycine.

4. NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN HAY GẶP

4.1. Nhiễm khuẩn tiết niệu

- Nhiễm khuẩn tiết niệu bệnh viện có triệu chứng.
- Nhiễm khuẩn tiết niệu không triệu chứng xong có vi khuẩn trong nước tiểu.
- Các nhiễm khuẩn bệnh viện khác của đường tiết niệu: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo...

4.2. Nhiễm khuẩn đường máu

- Nhiễm khuẩn huyết lâm sàng.

- Nhiễm khuẩn huyết có kết quả phân lập vi sinh.
- Nhiễm khuẩn động mạch hoặc tĩnh mạch.

4.3. Nhiễm khuẩn vết mổ

- Nhiễm khuẩn vết mổ nông.
- Nhiễm khuẩn vết mổ sâu.
- Nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan hoặc khoang cơ thể.

4.4. Nhiễm khuẩn vết bỏng

4.5. Nhiễm khuẩn bệnh viện đường hô hấp

- Nhiễm khuẩn hô hấp trên.
- Viêm phế quản, viêm khí phế quản, viêm tiểu phế quản.
- Viêm phổi.

4.6. Nhiễm khuẩn tai mũi họng

- Viêm tai.
- Viêm xương chũm.
- Nhiễm khuẩn hốc miệng.
- Viêm xoang.

4.7. Nhiễm khuẩn bệnh viện đường tiêu hóa

- Viêm dạ dày ruột.
- Nhiễm khuẩn đường tiêu hóa (trừ viêm dạ dày ruột và viêm ruột thừa).
- Viêm gan.
- Nhiễm khuẩn trong ổ bụng.
- Viêm ruột non, ruột già hoại tử.

4.8. Nhiễm khuẩn da và mô mềm

- Nhiễm khuẩn da.
- Nhiễm khuẩn mô mềm.
- Nhiễm khuẩn viết loét do nằm (nông và sâu).

4.9. Nhiễm khuẩn sơ sinh

- Viêm rốn.

- Mụn mủ trẻ em.
- Nhiễm khuẩn da nơi cắt quy đầu trẻ sơ sinh.
- Nhiễm khuẩn lan tỏa.

4.10. Nhiễm khuẩn xương khớp

- Viêm xương tuỷ.
- Nhiễm khuẩn khớp và màng khớp.
- Nhiễm khuẩn đĩa đệm.

4.11. Nhiễm khuẩn thần kinh

- Nhiễm khuẩn nội sọ.
- Viêm màng não hoặc viêm não thất.
- Áp xe tuỷ sống.

4.12. Nhiễm khuẩn tim mạch

- Viêm nội tâm mạc ở van tim bình thường hoặc van tim nhân tạo.
- Viêm cơ tim hoặc viêm màng ngoài tim.
- Viêm trung thất.

4.13. Nhiễm khuẩn bệnh viện sản khoa

- Áp xe vú hoặc viêm vú.
- Viêm nội mạc tử cung.
- Nhiễm khuẩn mép hoặc gờ tử cung.
- Nhiễm khuẩn khác ở đường sinh dục nam hoặc nữ.

4.14. Nhiễm khuẩn mắt

- Viêm kết mạc.
- Nhiễm khuẩn khác ở mắt (trừ viêm kết mạc).

5. TIÊU CHUẨN VỀ GIÁM SÁT NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

- Hệ thống chống nhiễm khuẩn phải hoạt động phối hợp với các khoa phòng liên quan để làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh và nhân viên y tế. Phải có nhân viên có năng lực đảm nhiệm công việc chống nhiễm khuẩn.
- Bệnh viện phải thông báo về nhiễm khuẩn cho toàn bệnh viện cũng như cho các cơ quan y tế có liên quan.

- Bệnh viện phải có các hoạt động để ngăn ngừa hoặc làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện cho người bệnh, nhân viên và khách đến thăm.
- Khi có dịch bệnh viện phải có biện pháp phòng chống.
- Hoạt động chống nhiễm khuẩn bệnh viện nhằm mục đích giảm nguy cơ mắc phải và giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện.
  + Hoạt động chống nhiễm khuẩn bệnh viện được hỗ trợ bởi các khoa, phòng, bộ phận về quản lý.
  + Tiến trình chống nhiễm khuẩn ít nhất phải có một hoạt động nhằm ngăn ngừa sự lây lan những nhiễm khuẩn có tầm quan trọng về dịch tễ giữa người bệnh và nhân viên y tế.

6. BIỆN PHÁP PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN

6.1. Giám sát môi trường bệnh viện

6.1.1. Môi trường khoa phòng: môi trường khoa phòng trong bệnh viện phải đạt các tiêu chuẩn sau.

- Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện.
  + Tránh lây nhiễm trong quá trình tiếp xúc.
  + Tránh lây nhiễm từ đường không khí (trong đơn vị chăm sóc người bệnh suy giảm miễn dịch hoặc trong khu vực phẫu thuật).
- Tổ chức: cung cấp tất cả những trang thiết bị cần thiết cho hoạt động chăm sóc cũng như vệ sinh.
  + Đơn vị vận chuyển người bệnh và dụng cụ (giường nằm, băng ca vận chuyển người bệnh, xe để dụng cụ....) tiện lợi bởi những cánh cửa rộng và đóng mở tự động.
  + Đơn vị tiếp nhận và trao đổi thông tin: phải có hệ thống loa truyền thanh, điện thoại liên hệ và hoạt động tốt.
  + Đơn vị chăm sóc, phải được trang bị thích hợp (mặt bằng làm việc, khu vực vệ sinh, hệ thống chiếu sáng).
- Thiết kế: phải làm giảm các yếu tố nguy hại có thể xảy ra khi vận chuyển, những biến động về âm, những chỉ số kỹ thuật của hệ thống điện nước, thông khí....

6.1.2. Không khí

- Các tiêu chuẩn giám sát môi trường không khí.
  + Kiểm soát hiệu quả nhiệt độ (trung bình 20°C) và độ ẩm (trung bình 50%).

+ Tỷ lệ đổi mới không khí (thay đổi các luồng không khí mới và chu trình tái phục hồi hoà lẫn với nhau), không có đường ống dẫn, cũng không đưa vào quá nhanh.

+ Mức độ báo động luôn dưới mức chuẩn cho phép.

- Các biện pháp ngăn ngừa nhiễm vi khuẩn lây truyền qua đường không khí: nhân viên phải tuân thủ những nguyên tắc vệ sinh nhằm giới hạn những khí thải từ những nơi có nguy cơ nhiễm cao.

6.1.3. Nước

*** Phân loại nước dùng trong bệnh viện**

- Mức 1: nước sạch là loại nước được sử dụng trong các khoa lâm sàng: rửa tay phẫu thuật viên, rửa dụng cụ nội soi...
- Mức 2: nước siêu sạch là loại nước được sử dụng trong các khoa bỏng, đơn vị ghép gan, rửa dụng cụ soi phế quản.
- Mức 3: nước tiệt khuẩn được sử dụng trong rửa dụng cụ soi khớp, đường mật, bình làm ẩm ô xy, và dùng trong tạo khí dung.

*** Các yêu cầu về giám sát nước**

- Giám sát chất lượng vi sinh của nước là không thể thiếu được nhằm đảm bảo thường xuyên tiêu chuẩn chất lượng của nước ở mức 1 và 2.
- Ngay lập tức thông báo cho mọi người biết tiêu chuẩn về nước đang được áp dụng dựa trên sự hiểu biết rõ ràng về yếu tố nguy cơ nhiễm và nguồn nước.

6.2. Hướng dẫn vệ sinh khoa phòng

*** Phân loại các khu vực vệ sinh**

- Khu sạch: là những phòng không có người bệnh nằm: phòng hành chính, giao ban, phòng nghỉ nhân viên...
- Khu kém sạch: là những nơi (phòng) trực tiếp liên quan đến các hoạt động chăm sóc người bệnh: phòng khám bệnh, phòng thay băng, phòng chuẩn bị dụng cụ, phòng bệnh...
- Khu nhiễm khuẩn: là khu vực có nguy cơ nhiễm khuẩn cao: nhà vệ sinh, phòng thụt, phòng để đồ bẩn...

*** Mục đích vệ sinh khoa phòng trong bệnh viện**

- Hạn chế được nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Đề phòng được bệnh tật cho nhân viên y tế và cộng đồng.
- Tạo môi trường thoải mái cho người bệnh, cán bộ y tế và mọi người.

*** Nguyên tắc vệ sinh khoa phòng**

- Phải mang đầy đủ các phương tiện bảo hộ cá nhân khi tiến hành vệ sinh khoa phòng.
- Làm vệ sinh từ khu sạch nhất đến khu bẩn nhất, từ trên xuống dưới và từ trong ra ngoài.
- Hạn chế sự lây nhiễm khi vệ sinh khoa phòng bằng làm ẩm, không quét khô.
- Sử dụng các dụng cụ riêng để vệ sinh cho từng khu vực.
- Phải vệ sinh ngay những nơi có nguy cơ lây nhiễm cao: nơi có dịch tiết, máu.
- Không làm vệ sinh ở buồng bệnh khi có nhân viên y tế đang thực hiện các kỹ thuật chăm sóc, điều trị.
- Sử dụng đúng loại dung dịch khử khuẩn đã quy định.

TỰ LƯỢNG GIÁ

Hoàn thiện các câu sau bằng cách chọn từ, cụm từ thích hợp điền vào chỗ trống.

1. Nhiễm khuẩn bệnh viện là những nhiễm khuẩn ....A.... trong thời gian nằm viện (thường sau 48 giờ). Nhiễm khuẩn này không .....B.... cũng như không ở trong giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện.

2. Kể đủ tên 3 loại nước được sử dụng trong bệnh viện:

   A. Nước sạch

   B. .....

   C. .....

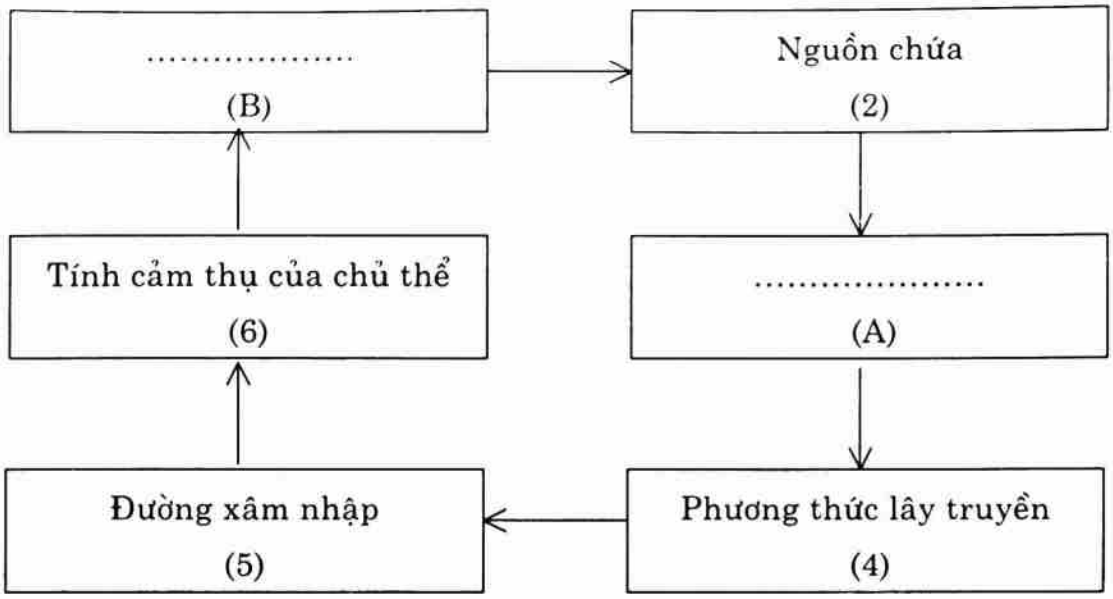
3. Bệnh viện được phân làm 3 khu vực vệ sinh là:

   A. .....

   B. Kém sạch.

   C.....

4. Nhiễm khuẩn bệnh viện thường xảy ra theo chu trình sau:



Chọn ý đúng nhất để trả lời cho các câu hỏi sau.

5. Mục đích quan trọng nhất của vệ sinh khoa phòng là:

A. Đề phòng bệnh cho nhân viên.

B. Đề phòng bệnh cho cộng đồng.

C. Hạn chế nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện.

D. Tạo môi trường thoải mái.

6. Tính cảm thụ của chủ thể trong chu trình nhiễm khuẩn phụ thuộc chủ yếu vào:

A. Tuổi.

B. Giới.

C. Tình trạng sức khỏe hiện tại.

D. Khả năng miễn dịch.

Phân biệt đúng, sai các câu sau bằng cách điền dấu (V) vào cột A cho câu đúng, cột B cho câu sai.

TT	Nội dung	A	B
7	Trực khuẩn Lao chỉ truyền bệnh bằng phương thức trực tiếp.		
8	Tụ cầu vàng là loại vi khuẩn Gram dương có dạng nha bào.		
9	Khi có dịch, máu đổ tràn xuống (dụng cụ, nền nhà...) môi trường khoa phòng phải được vệ sinh ngay.		
10	Khi xác định có nguy cơ nhiễm khuẩn nguồn nước cần phải thông báo ngay cho mọi người biết.		