

**DỰ ÁN GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO NHÂN LỰC Y TẾ  
PHỤC VỤ CẢI CÁCH HỆ THỐNG Y TẾ**



**TÀI LIỆU ĐÀO TẠO LIÊN TỤC**

**CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU THEO  
NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH DÀNH CHO  
ĐIỀU DƯỠNG LÀM VIỆC TẠI TRẠM Y TẾ XÃ**

Tháng 12 – 2019

## DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

Viết tắt	Ý nghĩa
ADR	Adverse Drug Reaction: Phản ứng có hại của thuốc
AAFP	Hiệp Hội Y Học Gia Đình Hoa Kỳ
WONCA	Hiệp hội bác sĩ gia đình thế giới
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
BMI	Chỉ số khối cơ thể
BN	Bệnh nhân
BPTNMT	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
CSSKBD	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CAT	COPD Assessment Test (Thang điểm triệu chứng COPD)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính)
CPR	Hồi sinh tim phổi
CSGN	Chăm sóc giảm nhẹ
CSSK	Chăm sóc sức khỏe
CSSKBD	Chăm sóc sức khỏe ban đầu
CTCS	Chấn thương cột sống cổ
CTM	Công thức máu
CTSN	Chấn thương sọ não
ĐM	Động mạch
PTĐMC	Phình tách động mạch chủ
DNT	Dịch não tủy
ĐTĐ	Đái tháo đường
DVCD	Dựa vào cộng đồng
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
HA	Huyết áp
Hb A1c	là loại hemoglobin đặc biệt kết hợp giữa hemoglobin và đường glucose
HbsAg	Kháng nguyên bề mặt viêm gan virus B
HGD	Hộ gia đình
HIV	human immunodeficiency virus (virus suy giảm miễn dịch ở người)
HP	Helicobacter Pylori

KST	Ký sinh trùng
NKQ	Nội khí quản
NKT	Người khuyết tật
NMCT	Nhồi máu cơ tim
NTH	Ngừng tuần hoàn
NVYT	Nhân viên y tế
ÔNKK	Ô nhiễm không khí
PHCN	Phục hồi chức năng
PKBSGD	Phòng khám bác sĩ gia đình
QĐ-BYT	Quyết định bộ y tế
SA	Siêu âm
SAT	Huyết thanh kháng độc tố uốn ván
SDD	Suy dinh dưỡng
SDTHL	Sử dụng thuốc hợp lý
STD	Bệnh về đường tình dục
TALTC	Tăng áp lực tĩnh mạch cửa
TBMMN	Tai biến mạch máu não
TCMR	Tiêm chủng mở rộng
THA	Tăng huyết áp
TLT	Tiền liệt tuyến
TM	Tĩnh mạch
TMTQ	Tĩnh mạch thực quản
YHGD	Y học gia đình
TT	Trung tâm
TT-GDSK	Truyền thông giáo dục sức khỏe
TYT	Trạm y tế
XQ	X quang
YHGD	Y học gia đình

## MỤC LỤC

CHUYÊN ĐỀ 1 .....	6
BÀI 1 .....	6
LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN, VAI TRÒ VÀ CÁC NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH... 6	6
BÀI 2 .....	23
TRẠM Y TẾ HOẠT ĐỘNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH TẠI VIỆT NAM.....	23
BÀI 3 .....	39
PHƯƠNG PHÁP LÀM VIỆC THEO ĐỘI .....	39
CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU .....	39
BÀI 4 .....	46
QUẢN LÝ TRẠM Y TẾ .....	46
HOẠT ĐỘNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH.....	46
BÀI 5 .....	55
HỒ SƠ QUẢN LÝ SỨC KHỎE THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH. ....	55
BÀI 6 .....	68
CÔNG TÁC DỰ PHÒNG TẠI TRẠM Y TẾ.....	68
BÀI 7 .....	77
KỸ THUẬT CẤP CỨU BAN ĐẦU .....	77
BÀI 8 .....	113
XỬ TRÍ MỘT SỐ TÌNH HUỐNG SƠ CẤP CỨU .....	113
THƯỜNG GẶP TẠI TRẠM Y TẾ VÀ CỘNG ĐỒNG.....	113
BÀI 9 .....	128
PHÒNG NGỪA SỰ CỐ Y KHOA TẠI TRẠM Y TẾ .....	128
BÀI 10 .....	140
PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ.....	140
BÀI 11 .....	152
PHÒNG NGỪA CHUẨN.....	152
CHUYÊN ĐỀ 2 .....	162
BÀI 1 .....	162
CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẠI TRẠM Y TẾ THEO NGUYÊN TẮC Y HỌC GIA ĐÌNH. ....	162
BÀI 2 .....	174
CHĂM SÓC TRẺ EM THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH.....	174
BÀI 3 .....	191

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH MẠN TÍNH THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH .....	191
BÀI 4 .....	209
CHĂM SÓC NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRẠM Y TẾ VÀ TẠI CỘNG ĐỒNG ....	209
BÀI 5 .....	220
CHĂM SÓC GIẢM NHẸ .....	220
BÀI 6 .....	240
CÁC KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN TẠI XÃ .....	240
BÀI 7 .....	264
ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP VÀ KỸ NĂNG GIAO TIẾP.....	264
BÀI 8 .....	280
KỸ NĂNG TƯ VẤN VÀ GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG.....	280
BÀI 9 .....	292
PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG .....	292

# CHUYÊN ĐỀ 1

## BÀI 1

### LỊCH SỬ PHÁT TRIỂN, VAI TRÒ VÀ CÁC NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH.

#### MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, vai trò của YHGD trong hệ thống y tế và công tác chăm sóc sức khỏe
2. Giải thích được các nguyên lý của YHGD để áp dụng tại trạm y tế xã
3. Thể hiện được sự đổi mới về chức trách nhiệm vụ trong công tác chăm sóc sức khỏe, hợp tác, trao đổi, học hỏi để hoàn thành công việc được giao theo nguyên lý YHGD

#### NỘI DUNG

##### 1. Tổng quan về Y học gia đình.

###### 1.1. Định nghĩa về Y học gia đình.

Năm 1963, Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa BSGĐ là “*Những thầy thuốc thực hành có vai trò cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trực tiếp, liên tục, toàn diện và phối hợp cho từng cá nhân, mọi thành viên trong hộ gia đình đang được theo dõi và quản lý... Những thầy thuốc gia đình tự chịu trách nhiệm cung cấp các chăm sóc y tế hoặc hỗ trợ cho các thành viên của từng hộ gia đình được sử dụng các dịch vụ y tế và các nguồn lực xã hội khác nếu cần*”.

Hiệp Hội Y Học Gia Đình Hoa Kỳ (AAFP): “*Y học gia đình là chuyên ngành y học cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện, liên tục cho từng cá nhân và gia đình. Đây là chuyên ngành rộng, lồng ghép sinh học, lâm sàng học và khoa học hành vi. Phạm vi hoạt động của y học gia đình bao gồm các nhóm tuổi, giới tính, cơ quan, và các bệnh lý thực thể*”.

Hiệp hội bác sĩ gia đình thế giới (WONCA): “*BSGĐ là những thầy thuốc chịu trách nhiệm chăm sóc sức khỏe toàn diện và liên tục cho các cá nhân trong bối cảnh gia đình, cho các gia đình trong bối cảnh cộng đồng, không phân biệt tuổi, giới, chủng tộc, bệnh tật cũng như điều kiện văn hóa và tầng lớp xã hội*”.

**Tóm lại:** *Y học gia đình có trách nhiệm chăm sóc người bệnh một cách toàn diện, liên tục và phối hợp nhằm mục tiêu phát hiện sớm và xử lý sớm các vấn đề bệnh tật, dự phòng và duy trì sức khỏe, cho từng cá nhân trong gia đình và cộng đồng*

###### 1.2. Lịch sử phát triển Y học gia đình trên thế giới.

Y học gia đình là một chuyên ngành Y khoa ra đời trong thập niên 60 của thế kỷ trước. Vào những năm 1960, tại Anh, Mỹ và Canada bắt đầu triển khai chương trình đào tạo thầy thuốc đa khoa thực hành, sau này là bác sĩ chuyên khoa YHGD. Năm 1964 ra đời Hội cấp chứng chỉ hành nghề y học gia đình tại Mỹ. Tháng 7 năm 1969 mới chỉ có 15 bác sĩ thực hành y học gia đình được công nhận tại Mỹ, sau đó chuyên khoa y học gia đình được chấp nhận và nhanh chóng phát triển đến năm 1979 đã có 6531 bác sĩ thực hành y học gia đình được công nhận. Y học gia đình đã góp phần thay đổi thực hành lâm sàng trong chăm sóc sức khỏe tại Mỹ từ cuối thế kỉ XX.

Năm 1972, tổ chức bác sĩ gia đình thế giới (WONCA :*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*, với tên gọi ngắn là: World Organization of Family Doctors) được thành lập với sự tham gia của 18 quốc gia. Đến năm 1995, theo WONCA có ít nhất 56 nước phát triển và áp dụng chương trình đào tạo bác sĩ gia đình. Loại hình này đã dần thay thế bác sĩ đa khoa ở nhiều nước trên thế giới như : Mỹ, Canada, Anh, Úc, Thụy Điển, Singapore, Ấn Độ, Philippine, Hồng Kông, Hàn Quốc, Nhật Bản, Đài Loan, Thái Lan, Indonexia,... Tại Mỹ, ước tính đến năm 2020 mỗi năm cần đào tạo thêm khoảng 4500 bác sĩ gia đình phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe cho người dân. Cho đến nay, đã có 120 thành viên từ 99 quốc gia và vùng lãnh thổ tham gia. Hiện nay, Y học gia đình đã phát triển mạnh với Hội bác sĩ gia đình ở các quốc gia, khu vực và thế giới, có hơn 200000 hội viên. Trang web của WONCA là [www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com).

WONCA có nhiệm vụ cải thiện chất lượng cuộc sống của người dân trên toàn thế giới thông qua định nghĩa và cổ súy cho các giá trị của nó cũng như việc nuôi dưỡng và duy trì các chuẩn mực về chăm sóc thực hành YHGD thông qua việc tăng cường chăm sóc cá nhân, liên tục, dễ tiếp cận trong khung cảnh gia đình và cộng đồng.

### ***1.3. Lịch sử phát triển y học gia đình tại Việt Nam***

#### ***1.3.1. Chủ trương của Đảng và Chính phủ đối với công tác chăm sóc sức khỏe***

Chăm sóc sức khỏe nhân dân là một trong những trọng tâm ưu tiên trong chính sách của Đảng và nhà nước ta. Năm 2005, Nghị quyết 46 của Bộ Chính trị cũng đặc biệt nhấn mạnh kiện toàn và nâng cao chất lượng hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở là một nội dung quan trọng trong định hướng chiến lược CSSK toàn dân. Năm 2015, Thủ tướng Chính phủ đã kết luận tại cuộc họp về thực hiện đề án giảm tải bệnh viện, việc phát triển thí điểm mô hình BSGĐ là một trong các giải pháp giúp giảm tải bệnh viện đã được đề cập tới ( Thông báo số 99/TB-VPCP ngày 26/3/2015)

#### ***1.3.2. Sự thay đổi của mô hình bệnh tật và nhu cầu chăm sóc sức khỏe***

Gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm cùng với sự xuất hiện và diễn biến khó lường của một số dịch bệnh mới nổi làm cho nhu cầu CSSK của người dân này càng tăng. Nhóm bệnh không lây nhiễm đã chiếm tới gần  $\frac{3}{4}$  (71%) tổng gánh nặng bệnh tật (12,3 triệu DAILYs vào năm 2008).

Số liệu từ Niên giám thống kê của Bộ y tế cho thấy sự thay đổi rõ rệt về mô hình bệnh tật trong số người bệnh đến khám chữa bệnh tại cơ sở y tế. Theo đó, tỷ trọng các bệnh không lây nhiễm tăng liên tục từ 39,0% năm 1986 lên 71,6% năm 2010. Tỷ lệ tử vong do các bệnh không lây nhiễm tăng trong số các người bệnh tử vong tại bệnh viện.

Sự già hóa dân số, gia tăng các bệnh không lây nhiễm làm cho nhu cầu CSSK tăng. Khi tuổi càng cao, sức khỏe giảm, có nguy cơ cao mắc các bệnh mạn tính và đối diện với nguy cơ tàn phế, nên nhu cầu CSSK càng lớn với chi phí điều trị ngày càng cao.

Hiện nay, nhu cầu dịch vụ y tế của người dân cũng đã có những thay đổi, không chỉ dừng lại ở việc khám, điều trị bệnh cho người bệnh tại các cơ sở y tế mà còn đòi hỏi phải được tư vấn, dự phòng và nâng cao sức khỏe cho cả người khỏe mạnh, quản lý theo dõi các bệnh mạn tính tại cộng đồng. Bên cạnh đó, tình trạng quá tải tại các cơ sở tuyến trên đòi hỏi phải có những giải pháp thích hợp để tăng cường khả năng phân loại, xử trí và điều trị cũng như dự phòng bệnh tật ngay tại tuyến y tế cơ sở.

### **1.3.3. Thực trạng của hệ thống y tế và sự cần thiết đổi mới**

Trong hơn 20 năm gần đây, hệ thống cung ứng dịch vụ y tế vốn được vận hành theo cơ chế bao cấp trong một thời gian dài, đang được từng bước đổi mới theo hướng xã hội hóa, đa dạng hóa các nguồn lực đầu vào, cũng như các hình thức cung ứng dịch vụ. Do tác động của các chính sách kinh tế, xã hội, cũng như chính sách và cơ chế mới trong lĩnh vực y tế, hệ thống cung ứng dịch vụ y tế nước ta đã đạt được nhiều thành tựu to lớn, cải thiện đáng kể tình trạng sức khỏe của người dân. Năm 2012, tuổi thọ bình quân của nam giới là 72, nữ giới là 76,9 tuổi. Việt Nam có nhiều tiến bộ trong thực hiện các Mục tiêu Thiên niên kỷ liên quan đến y tế. Bên cạnh những thành tựu to lớn trong công tác CSSK, mạng lưới cung ứng dịch vụ y tế ở nước ta cũng bộc lộ nhiều khó khăn, hạn chế và hàng loạt vấn đề cần được giải quyết, đổi mới:

- Sự mất cân đối của hệ thống cung ứng dịch vụ y tế
- + Quá tải ở tuyến trên, dưới tải ở tuyến dưới.
- + Mất cân đối giữa lĩnh vực y tế dự phòng và điều trị.
- + Mất cân đối giữa dịch vụ CSSKBD với dịch vụ bệnh viện (chăm sóc chuyên khoa).
- + Mất cân đối trong phân bổ nguồn lực giữa tuyến trên và y tế cơ sở.
- + Mất cân đối trong phân bổ nhân lực y tế giữa khu vực thành thị và nông thôn,...
- Sự phân mảnh trong tổ chức cung ứng dịch vụ, chưa thực hiện tốt chăm sóc phối hợp, lồng ghép, liên tục:
  - + Hệ thống dự phòng và điều trị gần như tách rời cả về tổ chức, nhân lực cũng như kinh phí, thiếu sự kết nối, phối hợp.
  - + Các cơ sở thực hiện CSSK hoạt động khá độc lập và tập trung nhiều vào điều trị cho các cá nhân tại cơ sở y tế hơn là chăm sóc, nâng cao sức khỏe, quản lý theo dõi tại cộng đồng.
  - + Thiếu sự chia sẻ thông tin giữa các cơ sở y tế; hệ thống chuyển tuyến còn bất cập, thiếu điều kiện cần thiết để chia sẻ thông tin về người bệnh giữa các tuyến và các cơ sở y tế.
- Hiệu suất của cả hệ thống chưa cao:
  - + Công tác CSSKBD và mạng lưới y tế cơ sở là các yếu tố mang lại hiệu quả- chi phí cao đối với cả hệ thống chưa được phát triển đúng mức
  - + CSSK ngoài cơ sở y tế (tại cộng đồng và gia đình) chưa được chú trọng.
  - + Sử dụng quá ít dịch vụ ngoại trú tại tuyến cơ sở và quá nhiều dịch vụ nội trú cũng như ngoại trú ở cơ sở y tế tuyến trên.
  - + Tình trạng chỉ định nhiều xét nghiệm không cần thiết.
  - + Tỷ lệ nhập viện cao không cần thiết, ... dẫn đến lãng phí lớn (theo ước tính của Ngân hàng Thế giới, tỷ lệ nhập viện không cần thiết của Việt Nam khoảng 20%).
  - + Hiệu suất sử dụng các nguồn lực (nhân lực, tài chính, cơ sở vật chất) còn hạn chế.
- Năng lực cung ứng của mạng lưới y tế cơ sở còn hạn chế, chất lượng dịch vụ y tế thấp và chưa được người dân tin cậy:

+ Các trạm y tế xã mới chỉ cung ứng được khoảng 52% dịch vụ khám chữa bệnh theo phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế.

+ Tỷ lệ xử trí đúng các bệnh thường gặp còn thấp ( 30-40%).

+ Nhân lực y tế ở tuyến cơ sở thiếu về số lượng và yếu về chất lượng. Còn hơn 20% số trạm y tế xã không có bác sĩ. Tình trạng khó thu hút và duy trì nhân lực y tế ở tuyến y tế cơ sở đang là vấn đề nổi cộm, nhất là ở các lĩnh vực nông thôn và miền núi.

+ Việc quản lý các bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính đang vượt quá năng lực của đội ngũ cán bộ y tế ở trạm y tế xã.

+ Chất lượng dịch vụ y tế ở tuyến cơ sở còn thấp do sự hạn chế của các yếu tố đầu vào của chất lượng dịch vụ y tế (nhân lực, trang thiết bị, cơ sở vật chất...).

+ Quản lý chất lượng và hỗ trợ chuyên môn kỹ thuật từ tuyến trên còn yếu.

- Tính công bằng trong tiếp cận dịch vụ y tế còn hạn chế:

+ Có sự chênh lệch rõ rệt về mức độ tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế giữa các nhóm mức sống.

+ Các chỉ số sức khỏe cơ bản ở nhóm nghèo thấp hơn nhóm có mức sống cao hơn.

+ Tỷ trọng chi từ tiền túi của hộ gia đình cho y tế còn cao (khoảng 49% năm 2012).

- Việc cập nhật thông tin y tế, đào tạo liên tục cho cán bộ y tế tuyến cơ sở: Hiện nay, phần lớn các bác sĩ công tác tại tuyến cơ sở đều là bác sĩ đa khoa, ít có điều kiện học tập nâng cao trình độ chuyên môn. Với nhu cầu nâng cao trình độ, buộc các bác sĩ này phải lựa chọn theo đuổi một chuyên khoa lâm sàng hẹp không phù hợp với môi trường, điều kiện và yêu cầu khám chữa bệnh đa khoa, thực hiện công tác phòng bệnh, nâng cao sức khỏe tại tuyến y tế cơ sở. Phát triển chuyên ngành YHGD sẽ góp phần bổ sung số lượng cán bộ y tế có trình độ lâm sàng đa khoa cho tuyến cơ sở, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh ở tuyến cơ sở, tăng khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế cho người dân, đặc biệt là nhóm người nghèo và góp phần làm giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên. Đây là yêu cầu cấp bách và là một giải pháp mang tính đột phá nhằm nâng cao chất lượng công tác CSSKBĐ ở tuyến y tế cơ sở theo hướng công bằng và hiệu quả.

#### ***1.3.4. Quá trình phát triển chuyên ngành YHGD tại Việt Nam***

Danh từ Y học gia đình mới xuất hiện ở nước ta khoảng hơn 15 năm trở lại đây (từ năm 1995). Năm 2000, dự án phát triển Bác sĩ gia đình ở Việt Nam được chính phủ phê duyệt với sự tham gia của 3 trường : Trường Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên, với mục tiêu chính là đào tạo bác sĩ chuyên khoa I chuyên ngành Y học gia đình và xây dựng các phòng khám ngoại trú hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình.

Tháng 3 năm 2002, chuyên khoa Y học gia đình được Bộ y tế cho phép đào tạo chuyên khoa I với mã số CK 62729801.

Trường Đại học Y Hà Nội, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh và Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên bắt đầu với việc đào tạo chuyên khoa I Y học gia đình vào năm 2002. Tiếp theo là Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Trường Đại học Y Dược Huế, Trường Đại học Y Hải Phòng cũng đã tham gia đào tạo Y học gia đình. Tính đến nay đã có 6 trường Đại học Y trong cả nước liên tục tuyển sinh đào tạo chuyên ngành Y học gia

đình với 547 bác sĩ chuyên khoa I Y học gia đình và nhiều bác sĩ tham gia các lớp định hướng Y học gia đình đã tốt nghiệp.

Năm 2005 Trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch hợp tác với Đại học Liege – Vương quốc Bỉ đã thành lập các trung tâm thí điểm thực hành Bác sĩ gia đình.

Năm 2010, Trường Đại học Y Hà Nội đã được Bộ Y tế và Bộ Giáo dục và Đào tạo phê duyệt mã số cho phép đào tạo Thạc sĩ Y học gia đình theo hệ tín chỉ 18 tháng.

Tháng 1 năm 2012, chuyên khoa Y học gia đình đã được đưa vào chương trình khung của đối tượng sinh viên y đa khoa do Bộ Giáo dục và Đào tạo phê duyệt.

Năm 2014, Trường Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh đã xây dựng chương trình đào tạo bác sĩ chuyên khoa II YHGD và được bộ y tế phê duyệt...

Việt Nam đã thành lập Hội bác sĩ gia đình bằng quyết định số 43/2005/QB-BNV của Bộ trưởng Bộ Nội vụ kí ngày 26/04/2005.

#### ***1.4. Vai trò của y học gia đình trong hệ thống y tế***

Hiện nay phần lớn các bác sĩ ở tuyến cơ sở đều là bác sĩ đa khoa, ít có điều kiện học tập nâng cao trình độ chuyên môn. Với nhu cầu nâng cao trình độ buộc các bác sĩ này phải phải lựa chọn theo đuổi một chuyên khoa lâm sàng hẹp không còn phù hợp với môi trường, điều kiện và yêu cầu làm việc của tuyến cơ sở. Phát triển chuyên khoa YHGD sẽ góp phần bổ sung số lượng cán bộ y tế có trình độ cho tuyến cơ sở, thúc đẩy và nâng cao trình độ khám chữa bệnh cho tuyến y tế cơ sở, tăng khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế cho người dân đặc biệt là nhóm đối tượng nghèo và góp phần giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên. Đây là yêu cầu cấp bách và là một giải pháp mang tính đột phá nhằm nâng cao chất lượng công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu ở tuyến y tế cơ sở theo hướng công bằng, hiệu quả và giảm tải cho các cơ sở y tế tuyến trên.

Thầy thuốc gia đình là người cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe một cách liên tục và toàn diện cho người bệnh ở mọi lứa tuổi và cho cả gia đình họ, kể cả lúc có bệnh và lúc khỏe mạnh. Bác sĩ gia đình có trách nhiệm xử lý các nhu cầu sức khỏe cũng như thiết lập mối quan hệ gần gũi, tin cậy với người bệnh. Bác sĩ gia đình có khả năng chăm sóc hầu hết các nhu cầu sức khỏe của người bệnh, nếu vấn đề vượt ngoài khả năng, họ có trách nhiệm lựa chọn bác sĩ chuyên khoa khác phù hợp, để tiếp tục chăm sóc cho người bệnh. Các thầy thuốc chuyên khoa khác sẽ phối hợp với bác sĩ gia đình cùng chăm sóc sức khỏe để đạt hiệu quả cao nhất và tiết kiệm nhất.

Chuyên khoa y học gia đình đã nhấn mạnh đến việc chăm sóc toàn bộ các vấn đề sức khỏe từ lần khám đầu tiên, tiếp tục theo dõi, đánh giá và chăm sóc các bệnh mạn tính (từ dự phòng cho tới phục hồi chức năng). Ngoài ra y học gia đình còn nhấn mạnh đến sự phối hợp và lồng ghép tất cả các dịch vụ y tế cần thiết trong công tác chăm sóc sức khỏe cho người bệnh.

Bác sĩ gia đình với sự kết hợp chức năng của bác sĩ lâm sàng với bác sĩ dự phòng và nhà tâm lý, đáp ứng khoảng 90% các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân, thích hợp làm việc tại các phòng khám thuộc hệ thống y tế công và tư nhân ở mọi tuyến từ trung ương đến cơ sở, đặc biệt là tuyến y tế cơ sở để giải quyết các vấn đề sức khỏe/bệnh của người dân trong cộng đồng thường gặp.

Chức năng của người bác sĩ gia đình:

1. Có trách nhiệm trong việc chăm sóc toàn diện, liên tục từng cá thể cũng như toàn gia đình trong suốt thời kì ốm đau, giai đoạn phục hồi, cũng như khi khỏe mạnh. Phát hiện được các vấn đề sức khỏe của người bệnh ở giai đoạn sớm nhất (kết hợp chức năng của bác sĩ lâm sàng và bác sĩ dự phòng).

2. Ham học hỏi, tìm tòi các vấn đề nảy sinh trong quá trình thực hành lâm sàng và cách giải quyết chúng.

3. Quan tâm đến nhiều lĩnh vực, chuyên khoa thuộc y học lâm sàng.

4. Có khả năng giải quyết nhiều vấn đề sức khỏe/bệnh đồng thời xảy ra trên một người bệnh. Kiến thức chuyên môn rộng và có cách nhìn toàn diện hơn, trong đó chú trọng đến việc phát hiện và xử trí các bệnh cấp cứu thông thường, ưu tiên quản lý và điều trị ngoại trú (đáp ứng khoảng 90% nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người dân trong cộng đồng).

5. Có khả năng hành động như người điều phối các nguồn lực cần thiết đáp ứng cho yêu cầu chăm sóc sức khỏe tổng thể của người bệnh.

6. Nhiệt tình trong công việc, luôn cập nhật kiến thức thông qua đào tạo liên tục.

7. Có kỹ năng điều trị và quản lý các bệnh mạn tính, đảm bảo sự phục hồi tốt nhất (ít có biến chứng) cho người bệnh.

8. Có khả năng tư vấn cho người bệnh và các gia đình về các yếu tố nguy cơ, bệnh tật và các hành vi có hại cho sức khỏe, nguyên lý dự phòng nhằm mục đích nâng cao sức khỏe.

9. Có khả năng xử lý các tình huống phức tạp về tâm lý tình cảm và các yếu tố xã hội trong chăm sóc người bệnh, kể cả trong giai đoạn người bệnh tử vong và sau tử vong.

10. Yêu thương và cảm thông sâu sắc với gia đình người bệnh. Có mong muốn duy trì sự hài lòng của người bệnh, nhận ra các nhu cầu cần thiết để tạo ra mối quan hệ tốt với người bệnh và gia đình họ.

Ngoài các kiến thức, kỹ năng và thái độ chung cho bác sĩ gia đình trên toàn thế giới, việc đào tạo bác sĩ gia đình tại các quốc gia đang phát triển có một số đặc thù riêng. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã đưa ra tiêu chuẩn “Bác sĩ năm sao”:

+ Đánh giá và cải thiện chất lượng chăm sóc sức khỏe bằng cách đáp ứng hoàn toàn với nhu cầu của người dân.

+ Sử dụng tối ưu các kỹ thuật mới trong chẩn đoán và điều trị.

+ Khuyến khích lối sống lành mạnh.

+ Điều hòa các nhu cầu sức khỏe của từng cá thể và cộng đồng.

+ Làm việc theo nhóm một cách hiệu quả.

*Bác sĩ gia đình ở các nước đang phát triển được đề nghị các vai trò sau đây:*

- Nhà lâm sàng có khả năng xử trí và chẩn đoán các bệnh và cấp cứu thường gặp tại cộng đồng.

- Quan tâm dự phòng như: tiêm chủng, kiểm soát mầm bệnh, vệ sinh và kiểm soát các bệnh nhiễm trùng, phòng và hạn chế các yếu tố nguy cơ.

- Là cầu nối giữa lĩnh vực lâm sàng và y tế công cộng. Bác sĩ gia đình sẽ cộng tác

chặt chẽ với các chuyên gia y tế dự phòng để đảm bảo nguồn nước sạch, đảm bảo hệ thống nước thải, kiểm soát tác nhân truyền bệnh, chống ô nhiễm môi trường,...

- Chỉ có khoảng 5 – 10% cuộc khám đầu tiên của người bệnh với bác sĩ gia đình cần chuyển khám chuyên khoa và chuyên viện. Trong trường hợp này bác sĩ gia đình phải đảm bảo được việc giới thiệu khám chuyên khoa và chuyên viện một cách hợp lí và hiệu quả.

## **2. Khái niệm về nguyên lý thực hành của Y học gia đình**

Phần lớn các chuyên khoa trong Y học được xác định bằng cách loại trừ hoặc giới hạn, như tuổi, giới tính, bệnh hoặc cơ quan hay một hệ thống của cơ thể. Y học gia đình không có giới hạn, đó là một chuyên khoa bao gồm nhiều lĩnh vực. Y học gia đình tập trung vào người bệnh chứ không tập trung vào bệnh. Người bệnh đến gặp bác sĩ gia đình có khi chỉ là những lý do đơn giản, không cần phải có bất cứ vấn đề sức khỏe cụ thể hoặc một bệnh đặc biệt nào. Y học gia đình được xác định không phải chỉ bằng một nguyên lý mà bằng tất cả các nguyên lý. Tất cả các nguyên lý này cùng nhau tạo nên một tác nhân chữa bệnh rất mạnh và có sức thuyết phục nên có thể sử dụng để giúp đỡ người bệnh bất kể bị bệnh gì, giới tính nào hoặc tuổi nào.

Sáu nguyên lý của y học gia đình là:

- Chăm sóc liên tục
- Chăm sóc toàn diện
- Chăm sóc phối hợp
- Quan tâm cộng đồng
- Định hướng phòng bệnh
- Định hướng gia đình

# Cây WONCA và 12 kỹ năng



Hình 1. Cây WONCA TREE.

## 2.1. Chăm sóc liên tục theo nguyên lý y học gia đình.

Đây có thể là nguyên lý quan trọng nhất trong thực hành y học gia đình và càng quan trọng hơn khi phải thực hành trong hoàn cảnh người bệnh đông và thời gian khám bệnh ngắn như ở Việt Nam.

Cần phân biệt chăm sóc liên tục và khám bệnh liên tục: Chăm sóc liên tục là việc người bệnh được khám bệnh cùng một thầy thuốc thường là BSGĐ còn việc khám bệnh liên tục là việc khám bệnh với nhiều bác sỹ khác nhau ( thường xảy ra khi người bệnh đến khám với các chuyên khoa khác y học gia đình).

BSGĐ đã sử dụng thời gian tiếp xúc là công cụ chẩn đoán và điều trị và tự nguyện hình thành cam kết chăm sóc lâu dài cho người bệnh vì lợi ích cả đôi bên. Trong hoàn cảnh Việt Nam điều này càng có ý nghĩa tích cực hơn vì thời gian khám bệnh ngắn nên chính áp dụng nguyên lý này sẽ giúp BSGĐ có thêm thời gian để tiến hành chẩn đoán và điều trị cho người bệnh ở những nơi có số lượng người bệnh khám đông.

Ngoài ra, do trong quá trình chăm sóc liên tục thầy thuốc sẽ sử dụng bản thân mình cùng mối quan hệ với người bệnh để xây dựng lòng tin cho người bệnh và gia đình là cơ sở để lôi kéo cả gia đình đến chăm sóc dự phòng và rộng hơn cả cộng đồng, kinh nghiệm này được BS Balint phát hiện ở Anh.

Việt Nam: Với khu vực tìm kiếm dịch vụ y tế khu trú vào dịch vụ y tế tư nhân thì có thể áp dụng nguyên lý này thông qua việc BSGĐ đầu tiên chỉ khám cho từng cá thể dưới danh nghĩa khám tổng quát nhưng sau đó hình thành lòng tin và chỉ ra cho bệnh thấy có vai trò của gia đình trong các biện pháp hỗ trợ người bệnh như nấu ăn đúng, giúp tuân thủ điều trị, tạo tâm lý vui vẻ... từ đó lôi kéo cả gia đình đến để chăm

sóc nhằm dự phòng các yếu tố nguy cơ cho bệnh đã xảy ra cũng như các bệnh nguy hiểm khác....

Thực hành của YHGD lấy con người làm trung tâm hơn là lấy bệnh làm trung tâm. Thực hành gia đình được dựa trên mối quan hệ con người bền vững giữa người bệnh và thầy thuốc, chăm sóc sức khỏe cá thể theo suốt cuộc đời và không bị giới hạn vào một giai đoạn ốm đặc biệt nào. Điều này đòi hỏi bác sĩ phải gặp gỡ người bệnh trong những lần ốm và trong nhiều lần thăm thân tình. Qua quá trình chăm sóc, mối quan hệ tin cậy lẫn nhau và lâu dài sẽ nảy sinh và được thiết lập. Tính liên tục được coi là nguyên lý quan trọng nhất của y học gia đình. Trong y học gia đình, đối tượng theo dõi là người bệnh, mỗi đợt ốm là một bệnh. Trong các chuyên ngành khác, đối tượng theo dõi là bệnh và mỗi đợt là một người bệnh. Bác sĩ gia đình sử dụng thời gian như là một công cụ chẩn đoán và điều trị.

Nguyên lý chăm sóc liên tục trong thực hành YHGD được thể hiện, người thầy thuốc phải:

- Biết rõ tiền sử của người bệnh trước khi có một quyết định trong chẩn đoán hay điều trị hay không.
- Giải thích cho người bệnh về tầm quan trọng của việc theo dõi bệnh.
- Bàn bạc với người bệnh về mục đích chăm sóc sức khỏe lâu dài.
- Có sự tin cậy giữa thầy thuốc và người bệnh.
- Có sổ ghi chép khi theo dõi và khám bệnh, đặc biệt là các bệnh mạn tính.

## **2.2. Chăm sóc toàn diện theo nguyên lý y học gia đình.**

Khi lập kế hoạch chẩn đoán điều trị và theo dõi thì BSGĐ thường xem xét các yếu tố gia đình, xã hội và tâm lý người bệnh ngoài bản thân người bệnh nhằm đảm bảo việc tuân thủ người bệnh tối ưu và theo đúng hướng.

Cơ sở của chăm sóc toàn diện: Bắt đầu từ nghiên cứu của Kerr White về chăm sóc người bệnh ở hoa kỳ và anh quốc cho thấy vai trò của BSGĐ cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe hơn 70% các vấn đề sức khỏe thông thường ở cộng đồng, từ nghiên cứu của Barbara Starfield cho thấy BSGĐ giúp giảm tử vong do ung thư và nhiều bệnh khác. Lấy chăm sóc người bệnh làm trung tâm là định hướng.

Thực hành YHGD đảm nhận việc tăng cường sức khỏe một cách lồng ghép, phòng bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng và hỗ trợ thể chất tâm lý và xã hội cho các cá thể. Thực hành gia đình giải quyết mối quan hệ giữa ốm và bệnh, lồng ghép nhân văn và đạo đức của mối quan hệ thầy thuốc, người bệnh, trong việc ra các quyết định trong lâm sàng.

Bác sĩ gia đình không chỉ xem xét người bệnh dưới góc độ sinh học mà còn xem xét cả về mặt tâm lý, xã hội nữa. Bác sĩ gia đình xem xét tổng thể các cá nhân trong khuôn khổ các nhu cầu tổng thể của họ, xem xét tất cả các yếu tố khi lập kế hoạch chẩn đoán hoặc điều trị. Những chuyên ngành khác cũng tham gia vào việc chăm sóc người bệnh và bác sĩ gia đình có vai trò làm cầu nối để người bệnh tiếp cận được với những chăm sóc đó. Người thầy thuốc gia đình có thể giải quyết tới 90-95% các loại bệnh tật mà người bệnh tìm đến chữa và cung ứng phần lớn sự chăm sóc và phục vụ.

*Nguyên lý chăm sóc toàn diện trong thực hành YHGD được thể hiện:*

- Danh mục các vấn đề và thuốc được liệt kê trong phác đồ điều trị.
- Sử dụng và tiếp cận thông tin y học một cách dễ dàng.
- Có thời gian biểu chăm sóc cho từng người bệnh.
- Biết khả năng chi trả của người bệnh.
- Bác sĩ gia đình có hiểu biết sâu về những vấn đề tâm lý, xã hội, trong quá trình chăm sóc người bệnh.

### **2.3. Chăm sóc phối hợp theo nguyên lý y học gia đình**

Trong mô hình chăm sóc người bệnh bệnh mạn tính thông thường người bệnh chịu sự chăm sóc nhiều nguồ khác nhau kể cả chuyên gia, thật sự thảm họa nếu hệ thống không nhất quán về quan điểm điều trị.

Bác sĩ gia đình có thể giải quyết rất nhiều vấn đề sức khỏe của các cá thể ngay từ lần đầu tiên tiếp xúc với người bệnh, nhưng khi cần thiết, bác sĩ gia đình cũng đảm bảo việc chuyển người bệnh phù hợp và đúng thời gian đến các dịch vụ chuyên khoa hoặc các chuyên ngành sức khỏe khác. Trong những cơ hội này, bác sĩ gia đình có trách nhiệm thông báo cho người bệnh về những dịch vụ có sẵn và sử dụng những dịch vụ này như thế nào. Bác sĩ gia đình nên đóng vai trò như là nhạc trưởng trong việc chăm sóc cho từng người bệnh trong mối liên quan với các nhà cung cấp sức khỏe, xã hội khác, khuyến người bệnh về những vấn đề sức khỏe.

Việc phối hợp trong chăm sóc được thể hiện, BSGĐ:

- Có bàn bạc với các chuyên gia về việc chăm sóc người bệnh.
- Đi cùng người bệnh đến các chuyên gia.
- Có kế hoạch chăm sóc người bệnh khi vắng mặt các chuyên gia.
- Huấn luyện những người trong phòng khám cùng phối hợp chăm sóc.
- Nói với người bệnh về kết quả chẩn đoán khi hội chẩn với các chuyên gia.

### **2.4. Chăm sóc sức khỏe hướng dự phòng nâng cao sức khỏe theo nguyên lý y học gia đình.**

BSGĐ không những chỉ là bác sĩ điều trị mà còn phải giúp người bệnh của mình phòng chống các nguy cơ bệnh tật. Phòng bệnh bao gồm nhiều khía cạnh, đó là nhận biết các yếu tố nguy cơ làm tăng khả năng mắc bệnh, dự phòng làm chậm lại các hậu quả của bệnh tật và khuyến khích lối sống lành mạnh. Dự phòng cũng có nghĩa là dự đoán trước các vấn đề sẽ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe, tâm lý của người bệnh và gia đình. Phòng bệnh không chỉ giới hạn vào việc tư vấn mọi người không hút thuốc lá, tích cực tập thể dục và ăn uống đúng... mà còn tìm ra các yếu tố nguy cơ đối với việc mắc bệnh nào đó, dựa vào các thông tin về tiền sử gia đình, vòng đời người, vòng đời gia đình, sử dụng phương tiện sàng lọc để phát hiện bệnh sớm ngay từ giai đoạn đầu.

Quan tâm dự phòng được thể hiện ở nhiều khía cạnh:

- Nhận ra yếu tố nguy cơ mắc bệnh như dựa vào yếu tố cộng đồng( mô hình bệnh tật), phá hệ ( bệnh lý, vấn đề tâm lý, vấn đề tâm lý xã hội) để có chương trình giáo dục sức khỏe thích hợp.
- Tiến hành khám sàng lọc, khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm các rối loạn

và điều chỉnh kịp thời như rối loạn chuyển hóa, thừa cân béo phì trước khi có diễn tiến thành bệnh tim mạch, tiểu đường.

- Khuyến khích, động viên thay đổi hành vi nhằm thực hiện lối sống lành mạnh như cai rượu, thuốc lá...

- Khi có bệnh thì chăm sóc dự phòng biến chứng giảm tử vong

- Chăm sóc dự phòng tai biến do dùng thuốc không phù hợp quá liều.

Câu hỏi đánh giá hệ thống y học gia đình có đáp ứng tính dự phòng không.

- BSGĐ có ghi nhận yếu tố nguy cơ của người bệnh theo tuổi, theo môi trường, nghề nghiệp.. vào bệnh án, sổ khám bệnh?

- Có biện pháp hỗ trợ sức khỏe, thay đổi hành vi người bệnh ghi trong bệnh án không?

- Có ghi nhận rối loạn trong vòng đời, rối loạn trong quan hệ gia đình vào bệnh án và có dự đoán rối loạn tiếp theo cho người bệnh?

## **2.5. Chăm sóc sức khỏe theo hướng cộng đồng**

Khi chăm sóc người bệnh cần chú ý đến các yếu tố cộng đồng tác động. Các vấn đề của người bệnh nên được nhìn nhận trong ngữ cảnh của cuộc sống người bệnh ở cộng đồng địa phương. Nghề nghiệp, văn hoá, môi trường là những khía cạnh của cộng đồng tác động đến việc chăm sóc người bệnh. Bác sĩ gia đình phải biết được bệnh nào hoặc vấn đề sức khỏe nào có tỷ lệ mắc cao nhất trong cộng đồng. Điều này rất quan trọng vì sẽ liên quan đến việc chẩn đoán và quyết định về giáo dục cộng đồng và cung ứng dịch vụ. Bác sĩ gia đình có thể sử dụng nhiều nguồn trong cộng đồng để cung ứng chăm sóc tối ưu nhất. Bác sĩ gia đình phải rộng về thực hành, và sâu về kiến thức. Có được như vậy thì hiệu quả của hệ thống chăm sóc sức khỏe ban đầu mới được phát huy.

Biểu hiện của nguyên lý thực hành định hướng cộng đồng là:

- Bác sĩ biết người bệnh làm nghề gì, và nơi làm việc của họ.

- Bác sĩ sử dụng nguồn lực của cộng đồng.

- Bác sĩ sử dụng hiểu biết về tần suất bệnh của cộng đồng trong chẩn đoán.

- Bác sĩ cũng là một thành viên tích cực trong cộng đồng.

- Chẩn đoán và điều trị được thực hiện trên cơ sở những điều kiện kinh tế, xã hội, tập quán, tâm lý và lối sống của người bệnh tại cộng đồng

## **2.6. Chăm sóc sức khỏe định hướng gia đình**

BSGD thừa nhận ảnh hưởng, bệnh tật lên gia đình người bệnh và ngược lại, từ đó ứng dụng nó như công cụ chẩn đoán và hỗ trợ điều trị cho người bệnh. Do đó cần khảo sát bất thường gia đình theo ngành dọc với cây phả hệ, theo hệ ngang với điểm số APGAR và vị trí của họ trong gia đình cũng tiên đoán khủng hoảng với vòng đời và công cụ SCREEM cho phép khảo sát ảnh hưởng gia đình, môi trường lên người bệnh và ngược lại, từ đó xác định nguy cơ và kế hoạch can thiệp sát hợp cho từng khách hàng và gia đình họ.

Thực hành Y học gia đình tập trung vào các vấn đề sức khỏe của cá nhân trong ngữ cảnh hoàn cảnh gia đình của người bệnh, trong hệ thống văn hoá xã hội của họ

và hoàn cảnh mà ở đó người bệnh sống và làm việc. Bác sĩ gia đình coi người bệnh như những thành viên của các hệ thống gia đình và thừa nhận sự ảnh hưởng của bệnh tật đến gia đình cũng như gia đình đến bệnh tật. Bác sĩ gia đình được đào tạo để làm việc với các gia đình. Một gia đình được định nghĩa rộng rãi như là những cá nhân mà người bệnh trông mong ở họ sự hỗ trợ.

*Biểu hiện của việc chăm sóc định hướng gia đình là:*

- Sử dụng các số liệu: bản đồ gen, sơ đồ gia đình, tình trạng gia đình.
- Sử dụng những điều kiện của gia đình hỗ trợ chăm sóc người bệnh.
- Ảnh hưởng của bệnh đến các thành viên trong gia đình và ngược lại

### **3. Áp dụng các nguyên lý cơ bản của y học gia đình vào công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng.**

Chuyên ngành YHGD với đặc trưng lấy người bệnh làm trung tâm chứ không chỉ quan tâm đến một bệnh/ vấn đề sức khỏe cụ thể nào đó. Các dịch vụ được tổ chức xoay quanh con người, chính họ là đối tác trong CSSK của bản thân.

Với đặc trưng lấy người bệnh làm trung tâm, thể hiện sự thay đổi từ việc tập trung vào chăm sóc lâm sàng dựa trên một phương pháp tiếp cận điều trị bệnh tật sang việc CSSK mang tính chất toàn diện cho người bệnh. Chuyên ngành YHGD áp dụng nguyên lý này như một động lực thúc đẩy việc cung cấp các dịch vụ CSSK và chất lượng của các dịch vụ này. Đặc tính lấy người bệnh làm trung tâm chú trọng đến các yếu tố:

Xác định vấn đề về bệnh lý của người bệnh;

Hiểu người bệnh cả chi tiết và tổng thể.

Tìm kiếm phương pháp điều trị hiệu quả đối với từng người bệnh (cá thể hóa từng người bệnh cụ thể cho phù hợp).

Chú trọng lồng ghép công tác dự phòng và nâng cao sức khỏe.

Cải thiện mối quan hệ giữa người bệnh và bác sĩ trong quá trình quản lý sức khỏe liên tục.

Về cơ bản, nguyên lý YHGD chỉ có một, song hệ thống y tế của các quốc gia lại rất khác nhau. Việc áp dụng dịch vụ BSGĐ vào hệ thống y tế của từng quốc gia sẽ có những điểm khác biệt nhất định. Tuy nhiên, điểm chung của dịch vụ BSGĐ ở tất cả các quốc gia là:

Là nơi tiếp cận đầu tiên của người dân với hệ thống y tế, gắn liền với khu vực địa lý mà người dân sinh sống.

BSGĐ là những bác sĩ thực hành lâm sàng đa khoa, đóng vai trò “*người gác cổng*” của hệ thống y tế, chịu trách nhiệm khám, điều trị, dự phòng bệnh tật, theo dõi quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục cho cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng cả về thể chất và tinh thần.

BSGĐ lập hồ sơ quản lý sức khỏe cho từng cá nhân từ lúc sinh ra đến lúc qua đời.

Dù có những sự khác biệt giữa các quốc gia, đặc trưng cơ bản và thuộc tính của BSGĐ vẫn tương tự như nhau trên toàn thế giới. Điều này cho phép các BSGĐ có thể đóng góp tối đa vào sự phát triển của hệ thống y tế. Các BSGĐ cần có những kỹ năng,

kiến thức lâm sàng nhạy bén để có thể giải quyết nhiều vấn đề khác nhau trong quá trình CSSK. Họ thường chăm sóc người bệnh với những bệnh lý chưa được phân loại, do đó phải phân biệt được những biểu hiện sinh lý bình thường với các bệnh lý ở giai đoạn sớm. Điều này đòi hỏi họ phải được đào tạo một cách đặc biệt để có chuyên môn trong việc xử lý những vấn đề thường gặp trong cộng đồng, xác định được những vấn đề mà mình không thể giải quyết được và chuyển người bệnh khi có chỉ định. Cũng như tất cả bác sĩ chuyên ngành khác, BSGĐ cần được cập nhật các kiến thức mới về y khoa, duy trì những kỹ năng chẩn đoán và điều trị. Để có thể phát triển được những kỹ năng này, vấn đề đào tạo BSGĐ tại các nước được diễn ra trong môi trường tiếp xúc đầu tiên nơi mà các kiến thức và kỹ năng của họ có thể được thực hành một cách nhuần nhuyễn. Bên cạnh đó, BSGĐ cần được đào tạo cách để cải thiện khả năng tiếp cận với nhiều nhóm đối tượng khác nhau, với các phong tục tập quán và yếu tố văn hóa khác nhau.

Mặc dù các BSGĐ trên toàn thế giới có nhiều điểm chung, phạm vi của dịch vụ thực hành của các BSGĐ có sự khác biệt đáng kể giữa các quốc gia và cộng đồng, phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Những dịch vụ được cung cấp bởi các BSGĐ phụ thuộc vào tần suất lưu hành của các bệnh lý và vấn đề sức khỏe của người dân trong cộng đồng, tổ chức của hệ thống y tế, sự sẵn có của các nguồn lực (trang thiết bị tại phòng khám, các nguồn cung cấp, khả năng chi trả,...), chương trình đào tạo, chức năng, nhiệm vụ của BSGĐ được quy định ở mỗi nước, khả năng tổ chức và tài chính cho các dịch vụ sức khỏe.

Hiện nay tại Việt Nam, có hiện tượng quá tải ở các cơ sở y tế tuyến trên (đặc biệt là tuyến trung ương). Người bệnh thường đến cơ sở khám chữa bệnh tuyến trên mà không sử dụng y tế tuyến cơ sở, dẫn đến nhiều hệ lụy xấu không đáng có. Nếu y tế tuyến cơ sở đảm bảo số lượng và chất lượng sẽ cho phép giải quyết 80 - 90% nhu cầu CSSK của người dân trong cộng đồng. Các bệnh viện tuyến trên cần dành thời gian điều trị cho các ca bệnh nặng đúng với vai trò của cơ sở y tế chuyên sâu. Một nghiên cứu tại Anh cho thấy nếu tăng thêm một BSGĐ cho cộng đồng dân cư với khoảng 10.000 người dân, sẽ làm giảm 6% tỷ lệ tử vong chung. Các chỉ số sức khỏe đều được cải thiện khi chuyên ngành YHGD phát triển như giúp làm tăng tuổi thọ và giảm tỷ lệ tử vong. Về mặt xã hội, chuyên ngành YHGD giúp tiết kiệm được nhiều công sức và tiền của của cá nhân, gia đình và xã hội do được dự phòng ngay tại hộ gia đình nên nhiều bệnh tật không phát sinh. Việc phát hiện và điều trị bệnh sớm giúp giảm gánh nặng chi phí so với việc điều trị bệnh ở giai đoạn muộn. Ở góc độ rộng hơn, chuyên ngành YHGD mang ý nghĩa nhân văn, đảm bảo cho sự phát triển kinh tế và xã hội một cách bền vững.

### **Câu hỏi lượng giá**

#### **Chọn câu trả lời đúng nhất trong các câu sau:**

1. Những nguyên lý của y học gia đình là:

A. Chăm sóc liên tục, chăm sóc toàn diện, chăm sóc phối hợp, định hướng gia đình, hướng cộng đồng, dự phòng nâng cao sức khỏe.

B. Chăm sóc chung, chăm sóc ngắt quãng, chăm sóc toàn diện, chăm sóc phối hợp, định hướng gia đình, định hướng cộng đồng.

C. Chăm sóc cá nhân, chăm sóc liên tục, chăm sóc toàn diện, chăm sóc phối hợp, định hướng gia đình, định hướng cộng đồng

D. Chăm sóc chung, chăm sóc liên tục, chăm sóc toàn diện, chăm sóc phối hợp, định hướng cá nhân, định hướng cộng đồng.

2. Chăm sóc liên tục theo nguyên lý y học gia đình được thể hiện:

A. Người thầy thuốc không biết rõ tiền sử của người bệnh.

B. Người thầy thuốc chú trọng giải thích cho người bệnh về sự quan trọng của việc theo dõi sức khỏe, mục đích chăm sóc sức khỏe lâu dài.

C. Người thầy thuốc bàn bạc với người nhà người bệnh về mục đích sức khỏe lâu dài.

D. Sự không tin cậy giữa thầy thuốc và người bệnh.

3. Chăm sóc toàn diện theo nguyên lý y học gia đình được thể hiện:

A. Sử dụng và tiếp cận thông tin y học một cách khó khăn.

B. Có thời gian biểu của người nhà người bệnh.

C. Bác sĩ có hiểu biết về khả năng chi trả của người bệnh.

D. Không đánh giá các vấn đề tâm lý, xã hội cho người bệnh.

4. Tính cộng đồng trong chăm sóc sức khỏe theo nguyên lý y học gia đình là:

A. Bác sĩ sử dụng nguồn lực của cá nhân

B. Bác sĩ không cần sử dụng sự hiểu biết về tần xuất bệnh tật của cộng đồng trong chẩn đoán.

C. Người bệnh là thành viên tích cực trong cộng đồng.

D. Các chẩn đoán và điều trị được thực hiện trên cơ sở lối sống của người bệnh ở cộng đồng.

5. Chức năng nào sau đây không phải của bác sĩ gia đình

A. Chỉ chăm sóc toàn diện, liên tục cho từng cá thể

B. Quan tâm đến nhiều lĩnh vực, chuyên khoa thuộc y học lâm sàng.

C. Có khả năng hành động như người điều phối các nguồn lực cần thiết đáp ứng cho yêu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện của người bệnh

D. Có kỹ năng điều trị và quản lý các bệnh mạn tính, đảm bảo sự hồi phục tốt nhất (dự phòng và hạn chế biến chứng) cho người bệnh.

6: Đặc điểm nào sau đây không thuộc chăm sóc phối hợp

A. Bác sĩ gia đình bàn bạc với các chuyên gia khi cần thiết về việc chăm sóc người bệnh

B. Bác sĩ gia đình đi cùng người bệnh đến các chuyên gia

C. Bác sĩ có kế hoạch chăm sóc người bệnh khi vắng mặt người bệnh

D. Bác sĩ là thành viên tích cực trong cộng đồng tại nơi hành nghề.

7. Bác sĩ gia đình như là một nhà điều phối chăm sóc sức khỏe :

- A. Không phối hợp các dịch vụ lâm sàng cho chăm sóc cá thể
  - B. Thân thiện với tất cả các tuyến của hệ thống y tế từ cấp huyện trở lên
  - C. Phối hợp các dịch vụ lâm sàng chăm sóc cho nhóm
  - D. Thân thiện với tất cả các tuyến của hệ thống y tế
8. Hiệu quả của bác sĩ gia đình phản ánh qua :
- A. Khả năng đáp ứng với nhu cầu chăm sóc sức khỏe
  - B. Bác sĩ gia đình có chuyên môn rộng nhưng không phải chuyên khoa nên thường phải chuyên tuyến
  - C. Phạm vi thực hành của bác sĩ gia đình là ở tuyến ở cơ sở
  - D. Bác sĩ gia đình chăm sóc người bệnh ở giai đoạn cuối đời.
9. Lý do ra đời của chuyên ngành y học gia đình
- A. Mô hình bệnh tật thay đổi với sự gia tăng gánh nặng của nhóm bệnh không lây nhiễm
  - B. Sự thay đổi về nhu cầu khám chữa bệnh, CSSK của người dân
  - C. Hệ thống y tế
  - D. Tất cả các đáp án trên
10. Hội Bác sĩ gia đình Việt Nam được thành lập vào ngày tháng năm nào?
- A. 24/04/2005
  - B. 25/04/2005
  - C. 26/04/2005
  - D. 27/04/2005
11. Nguyên lý nào sau đây không phải của bác sĩ gia đình
- A. Chăm sóc toàn diện
  - B. Chăm sóc nhóm
  - C. Chăm sóc liên tục
  - D. Chăm sóc phối hợp
12. Bác sĩ chủ yếu làm việc tại tuyến y tế cơ sở là
- A. Bác sĩ đa khoa
  - B. Bác sĩ chuyên khoa cấp 1
  - C. Bác sĩ chuyên khoa cấp 2
  - D. Tiến sĩ
13. Bác sĩ gia đình có thể giải quyết các vấn đề sức khỏe lên tới
- A. 70%
  - B. 80%
  - C. 90%

D. 95%

14. YHGĐ là một chuyên ngành lâm sàng đa khoa chú trọng vào công tác.

- A. Chăm sóc sức khỏe ban đầu
- B. Chăm sóc bệnh nhân nặng
- C. Chăm sóc bệnh nhân tại viện
- D. Tất cả các ý trên

15. Điều kiện cần thiết để cấp chứng chỉ hành nghề BSGĐ?

- A. Thạc sĩ YHGĐ
- B. Chuyên khoa cấp I YHGĐ
- C. Bác sĩ nội trú YHGĐ
- D. Đào tạo 3 tháng về YHGĐ

16. YHGĐ được phát triển tại những nước phát triển từ những năm nào?

- A. 1950
- B. 1960
- C. 1970
- D. 1980

17. Mô hình bệnh tật ở Việt Nam có sự thay đổi như thế nào dẫn đến sự ra đời của YHGĐ?

- A. Không thay đổi
- B. Từ không lây nhiễm sang lây nhiễm
- C. Từ lây nhiễm sang không lây nhiễm
- D. Tất cả các đáp án đều sai

18. Vai trò của bác sĩ gia đình thích hợp nhất làm việc ở

- A. Tuyến y tế cơ sở
- B. Tuyến tỉnh
- C. Tuyến trung ương
- D. Tất cả 3 ý trên đều đúng

19. Các trạm y tế cung ứng được bao nhiêu % dịch vụ khám chữa bệnh theo phân tuyến kỹ thuật của Bộ Y tế?

- A. 49%
- B. 50%
- C. 51%
- D. 52%

20. Tỷ lệ nhập viện không cần thiết ở Việt Nam là

- A. 10%

- B. 15%
- C. 20%
- D. 25%

***Tài liệu tham khảo)***

1. Bộ môn Y học gia đình. Trường Đại học Y Hà Nội: *Thực hành Y học gia đình trong chăm sóc sức khỏe ban đầu (2012)*. Nhà xuất bản Y học.
2. Trung tâm đào tạo bác sĩ gia đình. Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh: *Y học gia đình (2012)*. Nhà xuất bản Y học 2012
3. Bộ Y tế (2019): Thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình
4. Bộ Y tế (2016).Quyết định số 1568/QĐ-BYT ngày 27 tháng 4 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế về *Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020*
5. Bộ Y tế (2015).Thông tư 33/2015-TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ Y tế “*Hướng dẫn chức năng của Trạm Y tế xã , phường, thị trấn*”.
6. Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 05 tháng 12 năm 2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.

## **BÀI 2**

### **TRẠM Y TẾ HOẠT ĐỘNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH TẠI VIỆT NAM**

#### **MỤC TIÊU**

1. Phân biệt được 2 mô hình: TYT xã hoạt động theo nguyên lý YHGD và bác sĩ gia đình tại Việt Nam trong giai đoạn hiện nay.
2. Xác định được những tiêu chuẩn về nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị của một trạm y tế hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình.
3. Phân tích được nhiệm vụ của trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình.

#### **NỘI DUNG**

##### **1. Mô hình cơ sở y học gia đình hiện nay:**

Theo thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình, cơ sở y học gia đình bao gồm:

- Trạm y tế xã, phường, thị trấn; bệnh xá; trạm y tế của cơ quan, đơn vị, tổ chức;
- Phòng khám đa khoa, phòng khám chuyên khoa tư nhân;
- Phòng khám đa khoa, phòng khám đa khoa khu vực, phòng khám chuyên khoa thuộc trung tâm y tế quận, huyện, phòng khám quân dân y;
- Khoa khám bệnh thuộc bệnh viện quận, huyện hoặc trung tâm y tế quận, huyện hoặc bệnh viện của trường đại học y.

##### **2. Nhiệm vụ của cơ sở y học gia đình:**

Theo thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình, cơ sở y học gia đình là cơ sở đầu tiên tiếp nhận, quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu, tư vấn, phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh đa khoa theo nguyên lý y học gia đình cho cá nhân, hộ gia đình. Cơ sở y học gia đình là cơ sở đầu tiên tiếp nhận, quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu, tư vấn, phòng bệnh, nâng cao sức khỏe, cấp cứu, khám bệnh, chữa bệnh đa khoa theo nguyên lý y học gia đình cho cá nhân, hộ gia đình.

##### **2.1. Quản lý sức khỏe cộng đồng:**

- Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân theo Quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu;
- Quản lý, chăm sóc sức khỏe theo nguyên lý y học gia đình cho cá nhân, hộ gia đình theo phân công của Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây viết tắt là Sở Y tế).

##### **2.2. Tư vấn nâng cao sức khỏe và phòng bệnh:**

Tư vấn về dinh dưỡng, hoạt động thể lực, phòng chống tác hại của thuốc lá, rượu bia và các yếu tố nguy cơ khác đối với sức khỏe, tư vấn về khám bệnh, chữa bệnh cho cá nhân, hộ gia đình, cộng đồng;

- Truyền thông, giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức của người dân về phòng bệnh tích cực và chủ động, phòng ngừa các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe;
- Hướng dẫn vệ sinh môi trường, an toàn thực phẩm;
- Tham gia giám sát, phát hiện sớm, phòng chống dịch bệnh trong cộng đồng;
- Tiêm chủng;
- Phòng chống các bệnh không lây nhiễm: ung thư, tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

**2.3. Thực hiện các chương trình, hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng,** phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời; các chương trình mục tiêu y tế dân số, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, người cao tuổi, dân số - kế hoạch hóa gia đình, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại.

**2.4. Khám bệnh, chữa bệnh:**

- Sơ cứu, cấp cứu;
- Khám sàng lọc, phát hiện sớm bệnh tật, đặc biệt các bệnh dịch;
- Bệnh mạn tính, bệnh không lây nhiễm;
- Chăm sóc, khám bệnh, chữa bệnh tại nhà đối với người bệnh theo danh mục quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này;
- Thực hiện các dịch vụ kỹ thuật trong:
  - + Các gói dịch vụ y tế cơ bản quy định tại Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế;
  - + Danh mục kỹ thuật của tuyến 3, tuyến 4 quy định tại Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật, danh mục kỹ thuật;
  - + Các kỹ thuật chuyên môn khác, ở tuyến cao hơn khi đủ điều kiện theo quy định.

Phạm vi hoạt động chuyên môn tối đa của cơ sở y học gia đình, bác sĩ gia đình bao gồm các dịch vụ, kỹ thuật quy định tại điểm này. Căn cứ điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực thực tế (chứng chỉ hành nghề, văn bằng chuyên môn, giấy chứng nhận đào tạo về y học gia đình của người hành nghề) của từng cơ sở y học gia đình, Bộ Y tế, Sở Y tế xác định phạm vi hoạt động chuyên môn, danh mục kỹ thuật phù hợp đối với từng cơ sở y học gia đình, phạm vi hoạt động chuyên môn của bác sĩ gia đình thuộc thẩm quyền quản lý.

**2.5. Chuyển người bệnh lên tuyến trên** theo yêu cầu chuyên môn phù hợp; tiếp nhận người bệnh đã được điều trị ổn định từ tuyến trên chuyển về để tiếp tục điều trị theo quy định tại Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/04/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

**2.6. Tham gia nghiên cứu khoa học,** đào tạo, chuyển giao kỹ thuật về y học gia đình; là cơ sở thực hành trong đào tạo chuyên ngành y học gia đình theo quy định của pháp luật.

**2.7. Thực hiện các nhiệm vụ khác do cấp có thẩm quyền quy định.**

**2.8. Danh mục chuyên môn kỹ thuật thực hiện tại nhà người bệnh**

TT	Tên kỹ thuật
1	Thôi ngạt

2	Ép tim ngoài lồng ngực
3	Cấp cứu ngừng tuần hoàn, hô hấp
4	Băng ép bất động sơ cứu rấn cắn
5	Cầm máu (vết thương chảy máu)
6	Băng bó vết thương
7	Chăm sóc vết thương (1 lần)
8	Cố định tạm thời người bệnh gãy xương
9	Cố định cột sống cổ bằng nẹp cứng
10	Xoa bóp phòng chống loét
11	Dẫn lưu nước tiểu bàng quang
12	Vỗ rung lồng ngực
13	Kỹ thuật ho có điều khiển
14	Kỹ thuật tập thở cơ hoành
15	Phục hồi chức năng vận động, nói, nuốt cho người bệnh cấp cứu $\leq 8$ giờ
16	Vận động trị liệu cho người bệnh bất động tại giường $\leq 8$ giờ
17	Phòng ngừa và xử trí loét do đè ép
18	Nghiệm pháp đi bộ 6 phút
19	Đặt ống thông dạ dày
20	Thụt thuốc qua đường hậu môn
21	Thụt tháo phân
22	Giải stress cho người bệnh
23	Vật lý trị liệu phục hồi chức năng cho người đau thần kinh tọa
24	Phục hồi chức năng cho người viêm khớp dạng thấp
25	Vật lý trị liệu phục hồi chức năng cho người cao tuổi
26	Xoa bóp bấm huyệt điều trị cứng khớp chi dưới
27	Xoa bóp bấm huyệt điều trị đau đầu, đau nửa đầu
28	Xoa bóp bấm huyệt điều trị mất ngủ
29	Xoa bóp bấm huyệt điều trị stress
30	Chườm lạnh
31	Chườm ngải cứu
32	Tập vận động có trợ giúp
33	Xoa bóp tại giường bệnh cho người bệnh
34	Hướng dẫn người bệnh ra vào xe lăn

35	Sử dụng khung, nạng, gậy trong tập đi
36	Sử dụng xe lăn
37	Kỹ thuật thay đổi tư thế lăn trở khi nằm
38	Tập vận động chủ động
39	Tập vận động có kháng trở
40	Tập vận động thụ động
41	Đo tầm vận động khớp
42	Tập do cứng khớp
43	Tập với xe lăn
44	Ngâm rửa vết bỏng bằng nước mát sạch, băng ép trong sơ cấp cứu tổn thương bỏng kỳ đầu.
45	Xét nghiệm đường máu mao mạch
46	Thay băng trên người bệnh đái tháo đường
47	Hướng dẫn kỹ thuật tiêm Insulin
48	Khám bệnh
49	Lấy mẫu xét nghiệm (máu, nước tiểu, phân...)
50	Tiêm, truyền dịch trong các trường hợp cấp cứu, chống đau cho người bệnh ung thư
51	Thay băng, cắt chỉ

### 3. Tiêu chuẩn của TYT hoạt động theo nguyên lý YHGD

#### 3.1. Tiêu chuẩn nhân lực:

Bảo đảm đủ nhân lực theo quy định tại Thông tư số 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của TYT xã, phường, thị trấn.

TYT có Trưởng trạm và 01 Phó trưởng trạm;

Nhân viên TYT xã chịu trách nhiệm phụ trách lĩnh vực công tác theo sự phân công của Trưởng trạm bảo đảm thực hiện các nhiệm vụ của TYT bao gồm:

Thực hiện các các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật

- Về y tế dự phòng
- Về khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh
- Về chăm sóc sức khỏe sinh sản
- Về cung ứng thuốc thiết yếu
- Về quản lý sức khỏe cộng đồng
- Về truyền thông, giáo dục sức khỏe

Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản

Phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình; thực hiện cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân tuyến kỹ thuật và theo quy định của pháp luật

Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân

Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn

Thực hiện kết hợp quân - dân y theo tình hình thực tế ở địa phương

Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công, phân cấp và theo quy định của pháp luật

Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật

Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện và Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã giao

Cơ cấu chức danh nghề nghiệp và số lượng của từng chức danh nghề nghiệp làm việc tại TYT xã xác định trên cơ sở nhu cầu thực tế, khối lượng công việc và đặc điểm, điều kiện kinh tế xã hội của đơn vị hành chính cấp xã nơi có TYT

Ngoài ra còn có tiêu chuẩn cho YHGD:

- Bác sĩ đa khoa, bác sĩ chuyên khoa hệ lâm sàng đã được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh được khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình ngay sau khi đáp ứng một trong các trường hợp sau đây:

a) Có một trong các văn bằng bác sĩ nội trú, chuyên khoa I, chuyên khoa II, thạc sĩ, tiến sĩ về chuyên ngành y học gia đình;

b) Có giấy chứng nhận đã được đào tạo, bồi dưỡng về y học gia đình tối thiểu 03 tháng;

c) Có giấy chứng nhận theo học từng đợt học có các nội dung ghi trong giấy xác nhận hoặc tín chỉ hoặc chương trình đào tạo, bồi dưỡng về y học gia đình với tổng thời gian tối thiểu 3 tháng.

- Bác sĩ y học dự phòng đã được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh, có giấy chứng nhận đào tạo, bồi dưỡng về y học gia đình tối thiểu 03 tháng được tham gia khám bệnh, chữa bệnh y học gia đình tại trạm y tế xã, phường, thị trấn (tuyến 4).

### **3.2. Cơ sở vật chất và trang thiết bị y tế:**

Được áp dụng theo quy định tại Quyết định số 4667/QĐ-BYT ngày 07 tháng 11 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020 và quyết định số 4389/QĐ-BYT ngày 11 tháng 7 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phê duyệt Danh mục trang thiết bị cho Trạm Y tế xã mô hình điểm phục vụ triển khai Đề án Y tế cơ sở theo Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 05/12/2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án Xây dựng và Phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.

#### **Yêu cầu chung về không gian phòng chức năng:**

- Cấp công trình: Công trình chính phải từ cấp III trở lên.

- Đối với trạm y tế có nhiều hạng mục công trình, các công trình phải được liên hệ với nhau bằng nhà cầu nối (nhà cầu nối rộng tối thiểu 1,2m, có mái che, nền không ngập nước).

- Phải sơn lại tường trong và ngoài các công trình chính bằng 02 màu chủ đạo Trắng - Xanh ngọc (phù hợp với thiết bị nội thất do Dự án HPET cung cấp).

Các phòng trong công trình phải gắn biển tên phòng trước cửa chính (biển gắn trên tường và biển treo vuông góc với tường).

- Phải có các thùng đựng rác thải có màu sắc và biểu tượng phù hợp với loại chất thải phát sinh. Mỗi tầng của các tòa nhà có ít nhất một thùng đựng rác thải sinh hoạt đặt ở hành lang.

- Phải bảo đảm được cung cấp điện và chiếu sáng (nên được trang bị nguồn điện dự phòng sự cố), có nước sạch theo tiêu chuẩn.

- Bảo đảm các quy định về phòng cháy, chữa cháy.

- Đáp ứng các tiêu chí Xanh-Sạch-Đẹp theo quy định của Bộ Y tế.

Yêu cầu về tổ chức không gian và các phòng chức năng trong công trình:

### 3.2.1. Không gian đón tiếp (không gian đa năng):

- Bố trí ở tầng 1, ngay lối vào chính.

- Phải đảm bảo thích ứng với điều kiện khí hậu, môi trường. Phải có diện tích đủ rộng để bố trí ghế ngồi chờ, bàn tiếp đón, bàn kê máy đo huyết áp tự động, cân sức khỏe có thước đo chiều cao, các bảng công khai thông tin, góc truyền thông giáo dục sức khỏe, thùng đựng rác sinh hoạt. Trường hợp không gian đón tiếp không đủ diện tích cần phải bố trí đợi tại hành lang thì phải có giải pháp kiến trúc (che chắn mưa, nắng nóng, gió rét...).

- Có các bảng công khai thông tin: bảng sơ đồ các phòng chức năng; bảng sơ đồ tổ chức nhân lực trạm; bảng giá dịch vụ, kỹ thuật, danh mục thuốc được bảo hiểm y tế chi trả. (Bảng công khai thông tin do Dự án HPET cung cấp).

- Kết hợp góc truyền thông giáo dục sức khỏe: có chỗ treo tivi, bảng thông tin - truyền thông giáo dục sức khỏe, giá đựng tài liệu truyền thông (các tài liệu về truyền thông có thể bố trí tại sảnh, các không gian đợi, phòng khám, phòng tiêm, phòng lưu bệnh nhân...).

### 3.2.2. Phòng sơ cứu, cấp cứu (Vùng 1 có thể kết hợp với phòng khám tổng quát, phòng tiêm):

- Bố trí ở khu vực trung tâm, dễ tiếp cận trong tầng 1 tòa nhà chính của trạm.

- Diện tích tối thiểu 13m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê giường cấp cứu, bàn tiểu phẫu, tủ đựng thuốc và dụng cụ sơ cứu cấp cứu, xe đẩy, không gian trên tường để treo phác đồ chống phản vệ và không gian để thao tác.

- Cửa ra vào rộng tối thiểu 1,4m, có hệ thống cấp, thoát nước phục vụ rửa dạ dày.

- Có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay.

- Có thùng đựng rác thải nguy hại, thùng đựng vật sắc nhọn, thùng đựng rác thải y tế.

### 3.2.3. Phòng khám tổng quát (kết hợp siêu âm):

- Bố trí ở khu vực trung tâm, dễ tiếp cận (nên bố trí tại tầng 1 tòa nhà chính của trạm).

- Diện tích tối thiểu 12m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê bộ bàn ghế ngồi thăm bệnh, ghi chép, giường khám có rèm che hoặc vách ngăn di động, máy siêu âm, máy in, máy vi tính có phần mềm thanh toán bảo hiểm y tế, kết nối mạng, tủ đựng dụng cụ và không gian để thao tác.

- Có các tranh, ảnh hoặc ti vi phục vụ truyền thông giáo dục sức khỏe.

- Có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay.

- Có thùng đựng rác thải y tế, thùng đựng rác thải sinh hoạt.

#### 3.2.4. Phòng khám y dược cổ truyền (kết hợp để phục hồi chức năng):

- Bố trí ở nơi dễ tiếp cận tại tầng 1.

- Diện tích tối thiểu 15m<sup>2</sup>, đủ rộng để bố trí khu khám bệnh (bộ bàn ghế bắt mạch và chia thuốc theo thang, tủ chia ô đựng thuốc cổ truyền) và khu điều trị (giường châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt, có ri đô hoặc vách ngăn di động, đèn hồng ngoại điều trị, tủ đựng dụng cụ, không gian trên tường để treo tranh châm cứu và phác đồ xử lý các tai biến khi thực hiện thủ thuật). Trường hợp không đủ diện tích có thể bố trí 2 khu vực này ở 2 phòng cạnh nhau.

- Có các tranh, ảnh hoặc ti vi phục vụ truyền thông giáo dục sức khỏe

- Có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay

- Có thùng đựng rác thải y tế, thùng đựng rác thải sinh hoạt.

#### 3.2.5. Phòng tiêm (kết hợp tiêm vắc xin):

- Bố trí cùng tầng với phòng khám trước tiêm, ở khu vực dễ tiếp cận. Có 2 cửa ra vào để bảo đảm quy trình 1 chiều.

- Diện tích tối thiểu 12m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê bộ bàn ghế tiêm, tủ đựng vắc xin, tủ đựng thuốc và dụng cụ, và không gian để thao tác.

- Tường ốp gạch men cao tối thiểu 1,8m. Trên tường phải treo phác đồ chống phản vệ, lịch tiêm chủng, hướng dẫn theo dõi xử lý phản ứng sau tiêm.

- Có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay.

- Có hộp an toàn đựng bơm kim tiêm đã qua sử dụng, thùng đựng rác thải y tế, thùng đựng rác thải sinh hoạt.

#### 3.2.6. Phòng khám trước tiêm vắc xin (có thể kết hợp với phòng khám tổng quát hoặc phòng tư vấn):

- Bố trí cùng tầng gần phòng tiêm. Có 2 cửa ra vào để bảo đảm quy trình 1 chiều.

- Diện tích tối thiểu 9m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê bộ bàn ghế ngồi thăm bệnh, ghi chép và không gian để thao tác.

- Có các tranh, ảnh hoặc ti vi phục vụ truyền thông giáo dục sức khỏe.

- Có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay.

- Có thùng đựng rác thải y tế, thùng đựng rác thải sinh hoạt.

#### 3.2.7 Phòng đẻ (sinh)/ Kế hoạch hóa gia đình (không áp dụng đối với vùng 1):

- Bố trí ở khu vực dễ tiếp cận tại tầng 1 tòa nhà của trạm.
- Diện tích tối thiểu 16m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê bàn để và tủ thuốc, bàn đựng dụng cụ, tủ đựng thuốc và dụng cụ, bàn hồi sức sơ sinh, đèn khám để sàn và không gian để thao tác
- Nền không thấm nước, tường ốp gạch men cao tối thiểu 1,8m, hệ thống kín dẫn nước thải, đảm bảo kín gió.
- Có máy điều hòa nhiệt độ.
- Có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay.
- Có thùng đựng rác thải nguy hại, thùng đựng rác thải y tế, thùng đựng rác thải sinh hoạt

### 3.2.8 Phòng khám phụ khoa (không bắt buộc với vùng 1):

- Diện tích tối thiểu 12m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê bàn khám phụ khoa, bàn đựng dụng cụ, tủ đựng dụng cụ, đèn khám để sàn và không gian để thao tác.
- Nền không thấm nước, tường ốp gạch men cao tối thiểu 1,8m
- Có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay
- Có thùng đựng rác thải nguy hại, thùng đựng rác thải y tế, thùng đựng rác thải sinh hoạt.

### 3.2.9 Phòng khám răng (không bắt buộc):

- Diện tích tối thiểu 12m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê ghế răng, tủ đựng dụng cụ, bàn ghi hồ sơ và không gian để thao tác.
- Có các tranh, ảnh hoặc ti vi phục vụ truyền thông giáo dục sức khỏe.
- Có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay.
- Có thùng đựng rác thải nguy hại, thùng đựng rác thải y tế.

### 3.2.10. Phòng khám chuyên khoa (không bắt buộc):

- Diện tích tối thiểu 12m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê bộ bàn ghế khám, tủ đựng dụng cụ, bàn ghi hồ sơ và không gian để thao tác.
- Có các tranh, ảnh hoặc ti vi phục vụ truyền thông giáo dục sức khỏe.
- Có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay.
- Có thùng đựng rác thải nguy hại, thùng đựng rác thải y tế.

### 3.2.11. Phòng lưu bệnh nhân (kết hợp lưu sản phụ, phục hồi chức năng):

- Diện tích tối thiểu 12m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê ít nhất 2 giường bệnh, tủ đầu giường.
- Đảm bảo thoáng mát vào mùa hè, ấm vào mùa đông.
- Có các tranh, ảnh hoặc ti vi phục vụ truyền thông giáo dục sức khỏe.
- Nên có phòng vệ sinh riêng hoặc được bố trí gần khu vệ sinh chung. Trường hợp không có phòng vệ sinh riêng, cần có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay trong phòng.
- Có thùng đựng rác thải y tế.

### 3.2.12. Phòng xét nghiệm (vùng 2, vùng 3):

- Diện tích tối thiểu 6m<sup>2</sup>, đủ để kê bàn đựng trang thiết bị xét nghiệm, có máy điều hòa nhiệt độ hoặc máy hút ẩm, tủ đựng dụng cụ và không gian để thao tác.
- Tường ốp gạch men cao tối thiểu 1,8m hoặc sơn chống ăn mòn hóa chất.
- Có bồn rửa tay đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay.
- Có thùng đựng rác thải nguy hại, thùng đựng rác thải y tế.

### 3.2.13. Phòng tiệt trùng (có thể ghép với phòng xét nghiệm):

- Diện tích tối thiểu 4m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê bàn đựng nồi hấp tiệt trùng, tủ sấy, tủ đựng dụng cụ và không gian để thao tác.
- Tường ốp gạch men cao tối thiểu 1,8m hoặc sơn chống ăn mòn hóa chất, có bồn rửa dụng cụ. Có quy trình chống nhiễm khuẩn và tiệt trùng dụng cụ y tế được phê duyệt treo trên tường.
- Có thùng đựng rác thải y tế, thùng đựng rác thải sinh hoạt.

### 3.2.14. Phòng X quang (không bắt buộc):

- Đủ điều kiện về an toàn bức xạ theo quy định.
- Diện tích tối thiểu 20m<sup>2</sup>, đủ rộng để đặt máy chụp X.quang, phòng điều khiển, phòng rửa phim (nếu cần) và không gian để thao tác.

### 3.2.15. Phòng hành chính (có thể kết hợp với phòng họp hoặc phòng trực):

- Diện tích tối thiểu 12m<sup>2</sup>, đủ kê bàn, ghế làm việc, tủ đựng tài liệu.
- Có máy in, máy vi tính kết nối mạng có phần mềm quản lý hoạt động của trạm, có bản đồ y tế.
- Có thùng đựng rác thải sinh hoạt.

### 3.2.16. Phòng họp (có thể kết hợp theo dõi sau tiêm):

- Diện tích tối thiểu 24m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê bàn, ghế họp, lối đi.
- Có hệ thống âm thanh, màn hình ti vi.
- Có thùng đựng rác thải sinh hoạt.

### 3.2.17. Phòng trực (có thể ghép với tủ thuốc hoặc phòng hành chính):

- Bố trí ở nơi dễ tiếp cận tại tầng 1, có biển tên phòng dạng hộp treo vuông góc tường.
- Diện tích tối thiểu 9m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê bộ bàn ghế làm việc, giường trực.
- Có chuông điện, điện thoại bàn.
- Có thùng đựng rác thải sinh hoạt.

### 3.2.18. Tủ thuốc (có thể ghép với phòng trực):

- Bố trí ở nơi dễ tiếp cận tại tầng 1 (bố trí ở sảnh đón tiếp), đảm bảo các điều kiện môi trường (ánh sáng, nhiệt độ, độ ẩm), phải cách xa nguồn ô nhiễm.
- Diện tích tối thiểu 4m<sup>2</sup>, đủ rộng để kê tủ thuốc (bố trí nhiều ngăn, ngăn chứa thuốc độc phải có khóa), tủ lạnh bảo quản thuốc, bộ bàn ghế làm việc có máy in, máy

vi tính kết nối mạng có phần mềm thanh toán bảo hiểm y tế, có máy điều hòa nhiệt độ/máy hút ẩm duy trì nhiệt độ không vượt quá 30°C, độ ẩm không vượt quá 75%, có nhiệt kế, ẩm kế để theo dõi điều kiện bảo quản thuốc.

- Có thùng đựng rác thải sinh hoạt

3.2.19. *Phòng trưởng trạm, phòng nhân viên* (không bắt buộc):

- Diện tích tối thiểu 9m<sup>2</sup>

3.2.20. *Kho* (không bắt buộc):

- Diện tích tối thiểu 9m<sup>2</sup>

3.2.21. *Khu vệ sinh*:

- Nên bố trí trong công trình chính và có biển chỉ dẫn đến khu vệ sinh.
- Khu vệ sinh có mái che, nền chống trơn trượt và không đọng nước, cửa mở ra ngoài và khóa được từ bên trong, đảm bảo đủ nước sạch.
- Có nhà tắm cho nhân viên và bệnh nhân.
- Có nhà vệ sinh tự hoại, có vòi rửa vệ sinh cạnh bồn cầu, không có mùi hôi, có giấy vệ sinh, thùng đựng rác thải.
- Có bồn rửa tay, đủ nước sạch, xà phòng (xà bông)/nước rửa tay.

3.2.22. *Bếp* (không bắt buộc):

- Diện tích tối thiểu 9m<sup>2</sup>.

#### **Yêu cầu về hạ tầng ngoài nhà:**

- Phải có hệ thống kín thu gom nước thải dẫn đến nơi xử lý.
- Có khu lưu giữ chất thải bố trí tách rời các tòa nhà: Phải có mái che, nền không đọng nước, có biển tên theo mẫu, có thùng lưu giữ chất thải (có màu sắc và biểu tượng phù hợp tương ứng với phân loại chất thải của các phòng chức năng) đảm bảo khả năng lưu chứa phù hợp với khối lượng chất thải.
- Có hệ thống xử lý nước thải theo quy định.

## **4. Nhiệm vụ của trạm y tế xã khi hoạt động theo nguyên lý y học gia đình**

### **4.1. Nhiệm vụ của trạm y tế hiện nay**

Thực hiện theo thông tư 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã, phường, thị trấn và thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở.

#### **4.1.1. Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật:**

##### **a) Về y tế dự phòng:**

- Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về tiêm chủng vắc xin phòng bệnh;
- Giám sát, thực hiện các biện pháp kỹ thuật phòng, chống bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS, bệnh không lây nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân; phát hiện và báo cáo kịp thời các bệnh, dịch;
- Hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật về vệ sinh môi trường, các yếu tố nguy cơ ảnh

hướng đến sức khỏe tại cộng đồng; phòng chống tai nạn thương tích, xây dựng cộng đồng an toàn; y tế học đường; dinh dưỡng cộng đồng theo quy định của pháp luật;

- Tham gia kiểm tra, giám sát và triển khai các hoạt động về an toàn thực phẩm trên địa bàn xã theo quy định của pháp luật.

b) Về khám bệnh, chữa bệnh; kết hợp, ứng dụng y học cổ truyền trong phòng bệnh và chữa bệnh:

- Thực hiện sơ cứu, cấp cứu ban đầu;

- Tổ chức khám bệnh, chữa bệnh, phục hồi chức năng theo phân tuyến kỹ thuật và phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định của pháp luật;

- Kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại trong khám bệnh, chữa bệnh bằng các phương pháp dùng thuốc và các phương pháp không dùng thuốc; ứng dụng, kế thừa kinh nghiệm, bài thuốc, phương pháp điều trị hiệu quả, bảo tồn cây thuốc quý tại địa phương trong chăm sóc sức khỏe nhân dân;

- Tham gia khám sơ tuyến nghĩa vụ quân sự

c) Về chăm sóc sức khỏe sinh sản:

- Triển khai các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về quản lý thai; hỗ trợ đẻ và đỡ đẻ thường;

- Thực hiện các kỹ thuật chuyên môn về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em theo phân tuyến kỹ thuật và phạm vi hoạt động chuyên môn theo quy định của pháp luật.

d) Về cung ứng thuốc thiết yếu:

- Quản lý các nguồn thuốc, vắc xin được giao theo quy định;

- Hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý và hiệu quả;

- Phát triển vườn thuốc nam mẫu phù hợp với điều kiện thực tế ở địa phương.

đ) Về quản lý sức khỏe cộng đồng:

- Triển khai việc quản lý sức khỏe hộ gia đình, người cao tuổi, các trường hợp mắc bệnh truyền nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân, bệnh không lây nhiễm, bệnh mạn tính;

- Phối hợp thực hiện quản lý sức khỏe học đường.

e) Về truyền thông, giáo dục sức khỏe:

- Thực hiện cung cấp các thông tin liên quan đến bệnh, dịch; tiêm chủng; các vấn đề có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng và tuyên truyền biện pháp phòng, chống;

- Tổ chức tuyên truyền, tư vấn, vận động quần chúng cùng tham gia thực hiện công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân; công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình.

*4.1.2. Hướng dẫn về chuyên môn và hoạt động đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản:*

a) Đề xuất với Trung tâm Y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố thuộc thành phố trực thuộc Trung ương (sau đây gọi chung là Trung tâm Y tế huyện) về công tác tuyển chọn và quản lý đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản;

b) Hướng dẫn thực hiện nhiệm vụ chuyên môn kỹ thuật đối với nhân viên y tế thôn, bản làm công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và cô đỡ thôn, bản theo quy định của pháp luật;

c) Tổ chức giao ban định kỳ và tham gia các khóa đào tạo, tập huấn, bồi dưỡng về chuyên môn đối với đội ngũ nhân viên y tế thôn, bản theo phân cấp.

*4.1.3. Phối hợp với các cơ quan liên quan triển khai thực hiện công tác dân số - kế hoạch hóa gia đình; thực hiện cung cấp dịch vụ kế hoạch hóa gia đình theo phân tuyến kỹ thuật và theo quy định của pháp luật;*

*4.1.4. Tham gia kiểm tra các hoạt động hành nghề y, dược tư nhân và các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân:*

a) Tham gia, phối hợp với các cơ quan có thẩm quyền trong công tác kiểm tra, giám sát hoạt động hành nghề y, dược tư nhân, các dịch vụ có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe nhân dân trên địa bàn xã;

b) Phát hiện, báo cáo với cơ quan quản lý nhà nước về hoạt động y tế vi phạm pháp luật, các cơ sở, cá nhân cung cấp hàng hóa, dịch vụ không bảo đảm an toàn thực phẩm, môi trường y tế trên địa bàn xã.

*4.1.5. Thường trực Ban Chăm sóc sức khỏe cấp xã về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn:*

a) Xây dựng kế hoạch hoạt động chăm sóc sức khỏe, xác định vấn đề sức khỏe, lựa chọn vấn đề sức khỏe ưu tiên trên địa bàn, trình Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã phê duyệt và làm đầu mối tổ chức triển khai thực hiện sau khi kế hoạch được phê duyệt;

b) Xây dựng kế hoạch triển khai thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về Chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân trên địa bàn, trình Giám đốc Trung tâm Y tế huyện phê duyệt và tổ chức triển khai thực hiện sau khi kế hoạch được phê duyệt.

*4.1.6. Thực hiện kết hợp quân - dân y theo tình hình thực tế ở địa phương.*

*4.1.7. Chịu trách nhiệm quản lý nhân lực, tài chính, tài sản của đơn vị theo phân công, phân cấp và theo quy định của pháp luật.*

*4.1.8. Thực hiện chế độ thống kê, báo cáo theo quy định của pháp luật.*

*4.1.9. Thực hiện các nhiệm vụ khác do Giám đốc Trung tâm Y tế huyện và Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã giao.*

Căn cứ vào điều kiện, năng lực của từng Trạm Y tế, Trung tâm Y tế huyện trình Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương quy định trạm y tế trên địa bàn được thực hiện những nhiệm vụ cụ thể về khám bệnh, chữa bệnh tại Điểm b, chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Điểm c Khoản 1 và thực hiện các nhiệm vụ quy định tại Khoản 6 Điều này để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe của nhân dân theo quy định của pháp luật và của Bộ Y tế.

## **4.2. Trạm y tế khi hoạt động theo nguyên lý y học gia đình**

- Thực hiện nhiệm vụ của trạm y tế xã theo quy định tại Thông tư số 33/2015/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ y tế hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn nhưng phải theo nguyên lý toàn diện và liên tục.

- Thực hiện nhiệm vụ tại thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình

## **5. Phân biệt được nhiệm vụ của bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh và dược sĩ ở trạm y tế hoạt động theo nguyên lý y học gia đình so với nhiệm vụ theo quy định của nhà nước**

### **5.1. Nhiệm vụ của các nhân viên y tế**

Theo nhiệm vụ của trạm y tế phường xã tại thông tư 33/2015/TT-BYT và quy định về bác sĩ tại cơ sở y học gia đình theo thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình, nhiệm vụ của từng nhân viên y tế:

#### **5.1.1. Bác sĩ**

a) Quản lý sức khỏe cộng đồng:

- Lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân theo Quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11 tháng 3 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu;

- Quản lý, chăm sóc sức khỏe theo nguyên lý y học gia đình cho cá nhân, hộ gia đình theo phân công của Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương (sau đây viết tắt là Sở Y tế).

b) Tư vấn nâng cao sức khỏe và phòng bệnh:

- Tư vấn về dinh dưỡng, hoạt động thể lực, phòng chống tác hại của thuốc lá, rượu bia và các yếu tố nguy cơ khác đối với sức khỏe, tư vấn về khám bệnh, chữa bệnh cho cá nhân, hộ gia đình, cộng đồng;

- Truyền thông, giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức của người dân về phòng bệnh tích cực và chủ động, phòng ngừa các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe;

- Hướng dẫn vệ sinh môi trường, an toàn thực phẩm;

- Tham gia giám sát, phát hiện sớm, phòng chống dịch bệnh trong cộng đồng;

- Tiêm chủng;

- Phòng chống các bệnh không lây nhiễm: ung thư, tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản.

c) Thực hiện các chương trình, hoạt động chăm sóc sức khỏe cộng đồng, phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời; các chương trình mục tiêu y tế dân số, chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em, người cao tuổi, dân số - kế hoạch hóa gia đình, kết hợp Y học cổ truyền với Y học hiện đại.

d) Khám bệnh, chữa bệnh:

- Sơ cứu, cấp cứu;

- Khám sàng lọc, phát hiện sớm bệnh tật, đặc biệt các bệnh dịch;

- Bệnh mạn tính, bệnh không lây nhiễm;

- Chăm sóc, khám bệnh, chữa bệnh tại nhà đối với người bệnh theo danh mục quy định tại Phụ lục ban hành kèm theo Thông tư này;

- Thực hiện các dịch vụ kỹ thuật trong:

- + Các gói dịch vụ y tế cơ bản quy định tại Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế;

+ Danh mục kỹ thuật của tuyến 3, tuyến 4 quy định tại Thông tư của Bộ trưởng Bộ Y tế về phân tuyến chuyên môn kỹ thuật, danh mục kỹ thuật;

+ Các kỹ thuật chuyên môn khác, ở tuyến cao hơn khi đủ điều kiện theo quy định.

Phạm vi hoạt động chuyên môn tối đa của cơ sở y học gia đình, bác sĩ gia đình bao gồm các dịch vụ, kỹ thuật quy định tại điểm này. Căn cứ điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực thực tế (chứng chỉ hành nghề, văn bằng chuyên môn, giấy chứng nhận đào tạo về y học gia đình của người hành nghề) của từng cơ sở y học gia đình, Bộ Y tế, Sở Y tế xác định phạm vi hoạt động chuyên môn, danh mục kỹ thuật phù hợp đối với từng cơ sở y học gia đình, phạm vi hoạt động chuyên môn của bác sĩ gia đình thuộc thẩm quyền quản lý.

đ) Chuyển người bệnh lên tuyến trên theo yêu cầu chuyên môn phù hợp; tiếp nhận người bệnh đã được điều trị ổn định từ tuyến trên chuyển về để tiếp tục điều trị theo quy định tại Thông tư số 14/2014/TT-BYT ngày 14/04/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh;

e) Tham gia nghiên cứu khoa học, đào tạo, chuyển giao kỹ thuật về y học gia đình; là cơ sở thực hành trong đào tạo chuyên ngành y học gia đình theo quy định của pháp luật.

g) Thực hiện các nhiệm vụ khác do cấp có thẩm quyền quy định.

#### *5.1.2. Điều dưỡng:*

- Thực hiện các nhiệm vụ độc lập của điều dưỡng (lấy sinh hiệu, khai thác bệnh sử, tư vấn ...).

- Thực hiện y lệnh của y, bác sĩ và chăm sóc bệnh nhân tại trạm.

- Tham gia thường trực cấp cứu cùng với y, bác sĩ.

- Thực hiện quy trình vệ sinh, chống nhiễm khuẩn tại trạm.

- Tham gia thực hiện chương trình tiêm chủng mở rộng và các chương trình y tế quốc gia khác khi được phân công.

#### *5.1.3. Hộ sinh hoặc y sĩ sản nhi:*

- Khám chữa bệnh, thường trực cấp cứu theo phân cấp, được trạm trưởng giao

- Tham gia khám thai, theo dõi quản lý thai sản, đỡ sinh thường, làm các thủ thuật chuyên môn.

- Phát hiện và chuyển tuyến kịp thời các trường hợp sinh khó.

- Điều trị một số bệnh phụ khoa.

- Quản lý theo dõi, thực hiện chăm sóc chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em như sức khỏe sinh sản, phòng chống suy dinh dưỡng, phòng chống tiêu chảy...

- Thực hiện dịch vụ kế hoạch hóa gia đình được phân cấp.

#### *5.1.4. Dược sĩ trung học hoặc dược tá:*

- Quản lý tủ thuốc thiết yếu, bảo quản thuốc theo yêu cầu ghi trên nhãn thuốc, có tủ, ngăn thuốc gây nghiện, thuốc độc riêng theo quy chế.

- Quản lý cấp phát thuốc cho các đối tượng khám chữa bệnh và người có thẻ bảo hiểm y tế, thực hiện theo đúng quy chế dược chính, đặc biệt là thuốc gây nghiện, thuốc

hướng tâm thần, thuốc độc, quản lý thuốc rõ ràng theo từng nguồn và sử dụng theo đúng qui định.

- Tham mưu với trạm trưởng kiểm tra, hướng dẫn thực hiện tủ thuốc cấp cứu tại phòng khám, luôn có đủ thuốc cấp cứu trên địa bàn thuốc chống sốc theo qui định.
- Tham mưu với trưởng trạm y tế triển khai thực hiện các nội dung trong bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến năm 2020 trên địa bàn.
- Thực hiện chế độ thông kê báo cáo về công tác dược chính xác, kịp thời.
- Thực hiện các nhiệm vụ khác khi được phân công.

### **5.2. Làm việc theo ê-kíp chăm sóc sức khỏe**

Ngoài các nhiệm vụ độc lập nêu trên, để chăm sóc người bệnh / người khỏe toàn diện và liên tục, cần phải có sự phối hợp giữa các nhân viên y tế tại trạm và đôi khi phải phối hợp với các chuyên ngành / đoàn thể khác.

Một người bệnh đôi khi cần đến nhiều nhân viên y tế chăm sóc. Sự phối hợp chăm sóc sức khỏe tại trạm y tế thể hiện qua:

- Khám chữa bệnh; theo dõi diễn tiến, đáp ứng với điều trị (y, bác sĩ).
- Chăm sóc, theo dõi diễn tiến (điều dưỡng...)
- Quản lý các thông tin qua các lần thăm khám, mối quan tâm của người bệnh với 1 hồ sơ duy nhất (điều dưỡng, bác sĩ), hướng tới quản lý sức khỏe cho cả hộ gia đình
- Tư vấn, giáo dục sức khỏe, hướng dẫn lối sống lành mạnh (bác sĩ, điều dưỡng ...)
- Hướng dẫn dùng thuốc, theo dõi tác dụng phụ (dược sĩ, điều dưỡng, bác sĩ...)
- Hướng dẫn khám chuyên khoa sâu hoặc phục hồi chức năng ... (nếu cần) và ghi nhận kết quả khám chuyên khoa vào hồ sơ quản lý duy nhất của người bệnh mà trạm đang theo dõi.

## **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

1. TYT được công nhận là cơ sở y học gia đình khi đảm bảo:

- A. Có ít nhất 1 bác sĩ có chứng chỉ y học gia đình từ 3 tháng trở lên
- B. Có ít nhất 1 y sĩ có chứng chỉ y học gia đình từ 3 tháng trở lên
- C. Có bác sĩ được đào tạo cập nhật về y học gia đình
- D. Không có điều kiện nào.

2. Số kỹ thuật tối đa được thực hiện tại nhà người bệnh của cơ sở y học gia đình:

- A. 50
- B. 51
- C. 52
- D. 53

3. Cơ sở y học gia đình là cơ sở:

- A. Đầu tiên tiếp nhận, quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cá nhân

- B. Đầu tiên tiếp nhận, quản lý, chăm sóc sức khỏe ban đầu cho cá nhân, hộ gia đình
  - C. Tiếp nhận, theo dõi, quản lý người bệnh từ tuyến trên
  - D. Khám chữa bệnh cho người bệnh khi có nhu cầu
4. Nhiệm vụ của trạm y tế hoạt động theo nguyên lý YHGD là:
- A. Thực hiện các kỹ thuật y tế với chuyên môn thấp
  - B. Thực hiện các kỹ thuật y tế với chuyên môn cao
  - C. Khám và điều trị các bệnh theo chuyên khoa
  - D. Thực hiện các dịch vụ chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời
5. Chức năng chăm sóc người bệnh nào sau đây là chức năng của người ĐDGD:
- A. Tuyên truyền phòng chống dịch bệnh
  - B. Chăm sóc bệnh nhân và khoa phòng
  - C. Chăm sóc cá nhân và gia đình
  - D. Tuyên truyền và giáo dục sức khỏe

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ môn YHGD trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch (2012): Các nguyên lý y học gia đình
2. Bộ Y tế: Quyết định số 935/QĐ-BYT (22/3/2013), "Đề án xây dựng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình giai đoạn 2013-2020".
3. Quyết định 1568/QĐ-BYT (27/4/2016), "Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020".
4. Bộ Y tế: Thông tư 33/2015/TT-BYT (27/10/2015), "Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế phường, xã, thị trấn"
5. Bộ Y tế: Thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình
6. Bộ Y tế: Thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở.
7. Bộ Y tế: Quyết định số 4389/QĐ-BYT ngày 11 tháng 7 năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế về phê duyệt Danh mục trang thiết bị cho Trạm Y tế xã mô hình điểm phục vụ triển khai Đề án Y tế cơ sở theo Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 05/12/2016 của Thủ tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án Xây dựng và Phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.
8. Bộ Y tế: quyết định số 6070/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế Ban hành hướng dẫn bố trí không gian và các phòng chức năng cho trạm y tế mô hình điểm được phê duyệt tại Quyết định số 4543/QĐ-BYT ngày 19/7/2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế

### **BÀI 3**

## **PHƯƠNG PHÁP LÀM VIỆC THEO ĐỘI**

### **CHĂM SÓC SỨC KHOẺ BAN ĐẦU**

#### **MỤC TIÊU**

1. Xác định được vai trò của các thành viên trong đội chăm sóc sức khỏe ban đầu.
2. Thực hiện được nhiệm vụ chăm sóc điều dưỡng cộng đồng và phối hợp trong đội chăm sóc sức khỏe ban đầu tại TYT theo nguyên lý YHGD.
3. Thể hiện được kỹ năng điều khiển, đàm phán, phân công hoạt động nhóm chuyên môn tại trạm y tế để giải quyết các tình huống cụ thể.

#### **NỘI DUNG**

##### **1. Giới thiệu về nhóm chăm sóc y tế**

###### **1.1. Nhóm là gì?**

- Nhóm là tập hợp những cá nhân có các kỹ năng, chuyên ngành khác bổ sung cho nhau và cùng cam kết chịu trách nhiệm thực hiện một mục tiêu chung
- Một nhóm làm việc sẽ sinh ra hợp lực tích cực thông qua việc cùng nỗ lực. Mỗi nỗ lực cá nhân sẽ dẫn đến mức độ hiệu quả lớn hơn so với tổng các yếu tố đầu vào của các cá nhân.
- Nhóm tồn tại dưới nhiều hình thức như: nhóm có từ 2 - 3 điều dưỡng viên chịu trách nhiệm chăm sóc một số cá nhân, hộ gia đình tại cơ sở y tế.

###### **1.2. Đội là gì?**

- Đội là một tập hợp gồm ít nhất hai cá thể, cùng chuyên ngành hoạt động tương tác và phụ thuộc lẫn nhau để cùng hướng tới những mục tiêu xác định. Lấy người bệnh làm trung tâm là kim chỉ nam để tất cả mọi thành viên trong đội phải hướng tới.
- Một đội làm việc chủ yếu là tương tác để chia sẻ thông tin và ra quyết định, từ đó mỗi nhân viên sẽ làm việc theo những trách nhiệm họ đã đề ra.

##### **2. Các loại hình đội chăm sóc trong y tế**

Trong chăm sóc y tế có nhiều loại hình đội chăm sóc làm việc gồm đội chăm sóc sức khỏe ban đầu làm việc tại cộng đồng, các tổ / đội thành lập để thực hiện một nhiệm vụ cụ thể như đội đối phó tình trạng khẩn cấp, và đội đa ngành, như các đội đa ngành chăm sóc bệnh nhân ung thư, gồm các nhân viên y tế hợp lại để lập kế hoạch và phối hợp chăm sóc một bệnh nhân.

Thành viên của đội có thể cùng chuyên môn hoặc thuộc nhiều chuyên môn khác nhau, kể cả nhân viên hành chính, và bệnh nhân cũng được coi là thành phần của đội. Vai trò của những người trong một đội thay đổi theo những thời điểm khác nhau. Vai trò của các cá nhân trong đội thường linh hoạt và tùy theo tình huống. Ví dụ, vai trò lãnh đạo có thể thay đổi tùy theo yêu cầu kiến thức chuyên môn.

## **2.1. Đội nòng cốt**

Đội nòng cốt gồm các trưởng đội và thành viên trực tiếp tham gia chăm sóc điều trị cho bệnh nhân. Thành viên đội nòng cốt gồm các nhân viên y tế trực tiếp như điều dưỡng, dược sĩ, bác sĩ, nha sĩ, trợ lý và kê cả bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân. Những thành viên đội này hoạt động từ phòng khám hay buồng bệnh của các cơ sở y tế. Các thành viên đội nòng cốt cũng bao gồm những nhân viên chịu trách nhiệm chăm sóc liên tục cho bệnh nhân từ khâu khám bệnh đến xuất viện. Đội nòng cốt có thể thường xuyên thay đổi song luôn bao gồm một bác sĩ và một hộ sinh / điều dưỡng và tùy theo lĩnh vực chăm sóc cũng có thể có nhà vật lý trị liệu, nha sĩ và / hoặc dược sĩ.

## **2.2. Đội điều phối**

Là đội chịu trách nhiệm quản lý hoạt động hàng ngày, điều phối các chức năng và quản lý nguồn lực cho các đội nòng cốt. Ở trạm y tế hoặc các phòng khám gia đình đội điều phối có thể gồm cán bộ quản lý dịch vụ, điều dưỡng, bác sĩ hay các nhân viên y tế khác.

## **2.3. Đội lâm thời**

Các đội lâm thời được thành lập để giải quyết các sự kiện khẩn cấp (đội cấp cứu ngừng tim, đội ứng phó thảm họa ...). Thành viên của đội lâm thời lấy từ nhiều đội cốt lõi khác nhau.

## **2.4. Các dịch vụ hỗ trợ**

Các đội dịch vụ hỗ trợ gồm những cá nhân như nhân viên quét dọn hay người giúp việc gia đình, những người chăm sóc trực tiếp bệnh nhân hoặc thực hiện các dịch vụ hỗ trợ tạo thuận lợi cho chăm sóc bệnh nhân.

## **3. Hoạt động của đội chăm sóc tại trạm y tế**

- Mô hình làm việc theo đội y tế tại đơn vị chăm sóc ban đầu: đội gồm bác sĩ, điều dưỡng viên hoặc hộ sinh viên, kỹ thuật viên phục hồi chức năng chịu trách nhiệm điều trị, chăm sóc cho cá nhân, các thành viên trong hộ gia đình tại cơ sở y tế.

Một hoạt động thường quy của Mô hình này là hoạt động đến tận hộ gia đình chăm sóc; Thay vì ngồi tại Trạm y tế để nghe báo cáo thì cả đội đến tận gặp từng người bệnh, gia đình để thăm khám, nhận định, chăm sóc, tư vấn khi cần và thấu hiểu hoàn cảnh, phù hợp phong tục văn hóa mỗi vùng miền. Người bệnh và gia đình người bệnh được tham gia thảo luận về tình trạng bệnh, phương pháp, hướng điều trị, chăm sóc cho mình. Người nhà được hướng dẫn những công việc đã được phân công làm cho NB, việc gì được làm, không được làm việc gì...NB hài lòng vì ngày nào cũng có cả đội đến tận giường bệnh thăm hỏi, thảo luận, có bản khoản, lo lắng gì thì được động viên, giải đáp luôn nên rất yên tâm.

## **4. Mục đích của đội chăm sóc ban đầu hiệu quả tại trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình**

- Chăm sóc sức khỏe ban đầu được cải thiện tới từng người dân và người bệnh;
- Giảm bớt sai sót trong chăm sóc cá nhân, hộ gia đình;
- Theo dõi sức khỏe người bệnh liên tục và toàn diện;

- Chăm sóc sức khỏe người dân hướng tới gia đình và cộng đồng;
- Cải thiện làm việc đội ngoài việc đem lại kết quả điều trị tốt hơn, an toàn cho cá nhân, hộ gia đình trong chăm sóc còn có thể mang lại nhiều lợi ích khác như tăng mức độ hài lòng với công việc, sức khỏe tốt hơn ...

## **5. Nội dung của đội chăm sóc hiệu quả tại trạm y tế xã hoạt động theo nguyên lý Y học gia đình**

### **5.1. Đặc điểm làm việc đội hiệu quả**

- Thành viên của đội đưa ra một mục đích chung được xác định rõ ràng gồm lợi ích tập thể và thể hiện quyền sở hữu chung.
- Các đội đặt ra mục tiêu có thể đo lường được và tập trung vào nhiệm vụ của đội.
- Đội có người lãnh đạo hiệu quả, đặt ra và duy trì cơ cấu đội, quản lý xung đột, lắng nghe ý kiến của các thành viên, tin tưởng và hỗ trợ các thành viên.
- Các đội chăm sóc y tế cần có giao tiếp tốt nhanh chóng và thường xuyên chia sẻ ý tưởng và thông tin, lưu giữ hồ sơ giấy tờ và dành thời gian để đội rút kinh nghiệm.
- Các đội chăm sóc gắn bó có tinh thần đồng đội và sự tận tâm đặc biệt và rất dễ nhận thấy, tồn tại được lâu hơn vì thành viên trong đội chăm sóc muốn tiếp tục làm việc với nhau.
- Các đội chăm sóc làm việc hiệu quả có thành viên biết tôn trọng tài năng và quan điểm của nhau ngoài những đóng góp chuyên môn. Đội chăm sóc làm việc hiệu quả cũng được chấp nhận và khuyến khích ý kiến đa dạng của các thành viên.

### **5.2. Vai trò lãnh đạo**

Lãnh đạo hiệu quả là đặc điểm chủ chốt của làm việc theo đội hiệu quả. Những người lãnh đạo của đội làm việc hiệu quả tạo thuận lợi, chỉ dẫn và điều phối hoạt động của các thành viên khác trong đội bằng cách:

- Chấp nhận vai trò lãnh đạo
- Yêu cầu giúp đỡ khi cần
- Luôn kiểm soát tình huống
- Thiết lập ưu tiên và ra quyết định
- Sử dụng nguồn lực để đảm bảo kết quả làm việc tốt nhất
- Giải quyết xung đột trong đội
- Cân bằng khối lượng công việc trong đội
- Phân công nhiệm vụ cho mọi người
- Tổ chức họp, hội ý và kiểm tra
- Trao quyền cho thành viên trong đội được phát biểu thẳng thắn và nêu vấn đề
- Tổ chức hoạt động cải thiện và tập huấn cho đội chăm sóc
- Khuyến khích các thành viên khác trong đội và duy trì văn hóa làm việc tích cực
- Đảm bảo cả đội đi đúng hướng và đạt kết quả dự kiến.

## **6. Phương pháp làm việc theo đội chăm sóc hiệu quả**

## **6.1. Có mục tiêu chung**

Các thành viên trong đội rõ ràng là sẽ có những ý kiến khác nhau, dẫn đến những tình huống xung đột. Để đạt được mục tiêu chung, cần có trọng tâm rõ ràng. Vì vậy, điều quan trọng là cần nhận thức được những mục tiêu của cả tổ chức thay vì chú trọng quan điểm của từng cá nhân và cùng nhau làm việc để cùng nhau đạt được mục tiêu chung.

Cả đội cần hiểu rõ mục tiêu và cam kết phấn đấu vì mục tiêu đó. Có định hướng và thống nhất rõ ràng về sứ mệnh và mục đích là điều rất quan trọng để làm việc nhóm một cách hiệu quả. Nếu cả đội đều có kỳ vọng rõ ràng về công việc, mục tiêu, trách nhiệm và kết quả, hoạt động đội sẽ trở nên suôn sẻ hơn.

## **6.2. Giao tiếp hiệu quả**

Các thành viên trong đội nên giao tiếp thoải mái với nhau một cách trực tiếp và hướng tới mục tiêu đạt được thành công cho công việc. Việc giao tiếp giữa các thành viên với nhau và với trưởng đội nên là một quá trình hai chiều. Điều này sẽ giúp họ hiểu nhau hơn đồng thời giải quyết những vấn đề nảy sinh một cách nhanh chóng nhất.

Giao tiếp cởi mở, trung thực và tôn trọng. Các thành viên tự do bày tỏ suy nghĩ, ý kiến và các giải pháp tiềm năng để giải quyết vấn đề. Mọi người cảm thấy được lắng nghe và thấu hiểu. Các thành viên nên hỏi các câu hỏi để làm rõ ý kiến chứ không nên tìm cách phản bác đồng nghiệp của họ.

## **6.3. Lãnh đạo vững mạnh**

Tốc độ của người lãnh đạo là tốc độ của cả đội. Một người trưởng đội làm việc có hiệu quả là người có thể làm tấm gương gương mẫu cho cả đội. Một đội trưởng giỏi là người có thể đặt mục tiêu của đội trên mục tiêu cá nhân và đưa ra định hướng, đảm bảo các thành viên trong đội giữ vững sự tập trung vào việc đạt được mục tiêu đó.

Người lãnh đạo tham gia vào việc lãnh đạo trong các cuộc họp, phân công nhiệm vụ, ghi nhận những quyết định và cam kết, đánh giá tiến độ, đảm bảo trách nhiệm của các thành viên trong đội và đưa ra định hướng cho toàn đội.

## **6.4. Phân công hiệu quả**

Phân công trách nhiệm cũng quan trọng như đảm bảo hoàn thành mọi việc. Vì vậy cần phân công công việc dựa trên năng lực của các thành viên trong đội.

## **6.5. Đảm bảo phân công rõ ràng về trách nhiệm của từng cá nhân trong đội**

Đây là một trong những điều tiên quyết giúp quá trình làm việc đội trở nên công bằng và thuận lợi. Cố gắng tránh tình trạng chồng chéo thẩm quyền. Ví dụ nếu như có nguy cơ là hai thành viên trong đội sẽ phải cạnh tranh để kiểm soát trong một khoảng công việc nhất định, hãy cố gắng phân chia khu vực đó thành hai phần riêng biệt và phân công quyền kiểm soát từng khu vực cho từng thành viên dựa trên điểm mạnh và khuynh hướng cá nhân của từng người.

## **6.6. Quản lý xung đột**

Một trong những điều của kỹ năng làm việc đội cần có là phải giải quyết xung đột trong đội. Ngay cả đối với những vấn đề quan trọng, nếu biết xử lý một cách

chuyên nghiệp sẽ ít gây ra tổn hại cho người khác hơn. Không nên để những ý kiến bất đồng gây ảnh hưởng đến kết quả làm việc đội.

Đội cần thỏa thuận quy trình xem xét, phân tích, đánh giá và giải quyết các vấn đề trong đội cũng như những xung đột. Không nên ủng hộ những xung đột cá nhân hoặc chia bè kết phái khi xảy ra xung đột. Thay vào đó, các thành viên đội cần hướng đến một giải pháp chung.

### **6.7. Sự tin tưởng**

Trong bất kỳ mối quan hệ nào hoặc trong môi trường làm việc theo đội, sự tin tưởng là yếu tố rất quan trọng.

Môi trường làm việc đội hiệu quả là nơi mọi người thoải mái chấp nhận rủi ro hợp lý trong giao tiếp, ủng hộ các quan điểm và thực thi hành động. Các thành viên trong đội tin tưởng lẫn nhau và lắng nghe ý kiến của nhau.

### **6.8. Tôn trọng**

Để hợp tác hiệu quả, các thành viên trong đội cần hiểu và tôn trọng những thành viên khác. Tôn trọng năng lực, quan điểm và hành động của nhau để giảm thiểu xung đột, đảm bảo hoạt động suông sẻ và nâng cao năng suất.

### **6.9. Đề cao vai trò cá nhân**

Các thành viên trong đội được xem là những cá nhân đặc biệt với những kinh nghiệm, quan điểm, kiến thức và ý kiến đóng góp không thể thay thế. Mục đích thành lập đội chính là để tận dụng lợi thế của sự khác biệt đó.

### **6.10. Gắn kết**

Gắn kết đội trở thành một đơn vị thống nhất, đội cần làm việc dựa trên nền tảng chung. Cả đội cần có những sáng kiến và tổ chức các buổi đóng góp xây dựng ý kiến, và các buổi họp, buổi giao lưu hằng tháng để tăng cường kết nối trong đội.

### **6.11. Tránh tiêu cực**

Tránh cảm xúc tiêu cực, đố kỵ hoặc ác ý. Không nên tham gia vào những cuộc thảo luận không hiệu quả hoặc không lành mạnh.

Khuyến khích những sáng tạo, đổi mới và các quan điểm khác nhau. Không nên sử dụng những ngôn từ mang tính chỉ trích, đổ lỗi cho người khác.

### **6.12. Gương mẫu**

Mỗi thành viên trong đội, thông qua công việc của mình, nên cho thấy những chỉ dẫn hoặc ví dụ để người khác làm theo. Có thể thực hiện điều đó bằng cách đạt được mục tiêu, đề xuất ý tưởng mới về các chính sách hoặc thủ tục khi tham gia các hoạt động ở cấp độ tổ chức.

### **6.13. Tự kiểm tra và liên tục cải tiến các quy trình, hoạt động thực tiễn và sự tương tác của các thành viên trong nhóm**

Kiểm tra là một trong những mắt xích quan trọng để đảm bảo tiến độ thực hiện nhiệm vụ của đội. Cả đội cần thảo luận công khai về những chỉ tiêu trong đội và những vấn đề gây cản trở tốc độ phát triển hoặc thảo luận về tác động đến những nỗ lực, khả năng và chiến lược của đội.

## **Tình huống học tập**

Sản phụ Nguyễn Thị Mai 40 tuổi, PARA 3123, sinh con lần thứ 4 được 8 giờ, bé gái nặng 3400. Sản phụ được đưa về phòng hậu sản, hiện tại sản phụ còn mệt, chưa cho con bú.

1. Anh/ chị hãy khai thác tiền sử, bệnh sử, tìm những yếu tố nguy cơ cần phải theo dõi trên sản phụ.

2. Sau khi khai thác thông tin, được biết các lần trước chị sinh tại nhà, không biết con cân nặng bao nhiêu, các con đều là gái. Có thai lần này, chị khám tại Trạm y tế xã. 8h ngày 23/09, sản phụ thấy đau bụng từng cơn. Sản phụ đến trạm y tế xã khám trong tình trạng cổ tử cung mở 3cm, ối phòng, được chẩn đoán thai 40 tuần chuyển dạ đẻ lần 4. Sau 3 giờ theo dõi sinh tại trạm, sản phụ sinh thường được bé gái 3400 gram có cắt khâu tầng sinh môn, bánh rau, màng rau đủ, dây rốn bình thường

Sau sinh 8 giờ, sản dịch số lượng vừa, màu đỏ thẫm, chưa tự tiểu tiện. Sản phụ thấy hơi mệt, không đau bụng, chưa cho con bú.

Anh/ chị hãy xác định các yếu tố nguy cơ của thai phụ này.

3. Kết quả sau khi nhận định:

Mạch 95l/p, huyết áp 100/65mmHg

Vú bình thường, chưa tiết sữa

Khám hạ vị có cầu bàng quang

Tử cung trên khớp vệ 13cm, mềm, xoa đáy tử cung thấy máu ra đỏ tươi lẫn máu cục

Khám sơ sinh: da hồng, phản xạ tốt, đã đại tiện phân su

Anh/ chị hãy nhận định và đưa ra những chẩn đoán chăm sóc cho sản phụ và sơ sinh

Anh/ chị hãy đề xuất hướng xử trí ban đầu cho tình huống trên

Là trạm trưởng trạm y tế, anh/ chị hãy phân công nhiệm vụ cho từng thành viên trong đội chăm sóc để xử trí ban đầu cho sản phụ Mai

## **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

1. Lãnh đạo hiệu quả là tạo thuận lợi, chỉ dẫn và điều phối hoạt động của các thành viên khác trong nhóm bằng cách:

- A. Chấp nhận vai trò lãnh đạo
- B. Yêu cầu giúp đỡ khi cần
- C. Luôn kiểm soát tình huống
- D. Tất cả các ý kiến trên

2. Những quy tắc sau giúp giải quyết bất đồng và xung đột trong nhóm

- A. Nhìn nhận ra xung đột
- B. Mọi người lắng nghe nhau
- C. Cố gắng tiến dần tới sự thỏa thuận giữa hai bên

- D. Tất cả các ý kiến trên
3. Thành viên của một đội chăm sóc y tế bao gồm:
- A. Những người có cùng chuyên môn với nhau
  - B. Những người khác chuyên môn với nhau
  - C. Nhân viên hành chính, bệnh nhân
  - D. Tất cả các ý kiến trên.
4. Thông thường một đội làm việc hay đội công tác đều trải qua:
- A. 4 giai đoạn
  - B. 5 giai đoạn
  - C. 6 giai đoạn
  - D. 3 giai đoạn
5. Mục đích của kỹ thuật ISBAR:
- A. Nhằm đảm bảo thông tin và mức độ chính xác được trao đổi giữa các nhân viên y tế
  - B. Nhằm đảm bảo thông tin và mức độ chính xác được trao đổi giữa nhân viên y tế với bệnh nhân
  - C. Nhằm đảm bảo thông tin và mức độ chính xác được trao đổi giữa nhân viên y tế và người nhà bệnh nhân
  - D. Nhằm đảm bảo thông tin và mức độ chính xác được trao đổi giữa các bệnh nhân với nhau.

**Gợi ý đáp án:**

*Trắc nghiệm:* 1(D), 2(D), 3(D), 4(A), 5(A)

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Thông tư 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015, của Bộ Y tế Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn.
2. Thông tư 07/2013/TT-BYT, ngày 08 tháng 3 năm 2013, của Bộ Y tế, Quy định tiêu chuẩn, chức năng, nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn, bản.
3. Thông tư 07/2011/TT-BYT, ngày 26 tháng 01 năm 2011 của Bộ Y tế, Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện.
4. Thông tư số 07/2014/TT-BYT, ngày 25 tháng 02 năm 2014 của Bộ Y tế Quy định về Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế.
5. WHO: Hướng dẫn chương trình giảng dạy về an toàn bệnh nhân

**BÀI 4**  
**QUẢN LÝ TRẠM Y TẾ**  
**HOẠT ĐỘNG THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH**

**MỤC TIÊU**

1. Nêu được nguyên tắc quản lý trạm y tế chất lượng, hiệu quả theo mô hình TYT hoạt động theo nguyên lý Y học Gia đình.
2. Lập được kế hoạch hoạt động thường niên tại TYT theo nguyên lý YHGD.
3. Xác định được các nội dung chính trong triển khai, giám sát đánh giá công tác tại trạm y tế theo nguyên lý YHGD

**NỘI DUNG**

**1. Nguyên tắc quản lý trạm y tế**

**1.1. Tổ chức hệ thống y tế ở Việt Nam**

Theo tổ chức hành chính nhà nước:

- Tuyến y tế trung ương: Bộ y tế và các đơn vị sự nghiệp trực thuộc Bộ y tế
- Tuyến y tế địa phương: Sở y tế và các đơn vị trực thuộc Sở y tế
- Tuyến y tế cơ sở: y tế cơ sở gồm y tế quận, huyện, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, y tế xã, phường, thị trấn và y tế thôn bản (*QĐ số 2348/QĐ-TTg*)

**1.2. Tổ chức trạm y tế**

- Trạm Y tế xã có 01 trưởng trạm và 01 phó trưởng trạm
- Tổ chức biên chế trạm y tế có 3 bộ phận:
  - + Vệ sinh dự phòng
  - + Điều trị và hộ sinh
  - + Dược và quây thuốc
- Nhân lực trạm y tế: trưởng trạm (bác sĩ / cử nhân); hộ sinh / điều dưỡng sản nhi; điều dưỡng, nhân viên y tế (NVYT) công cộng; y sĩ y học cổ truyền; dược sĩ trung học / dược tá
- Mỗi trạm có từ 5 - 10 giường điều trị và hộ sinh
- Các viên chức làm việc tại trạm y tế xã chịu trách nhiệm phụ trách lĩnh vực công tác theo sự phân công của trưởng trạm, bảo đảm thực hiện các nhiệm vụ của trạm y tế
- Việc bổ nhiệm, miễn nhiệm trưởng trạm, phó trưởng trạm và luân chuyển, điều động viên chức làm việc tại trạm y tế do giám đốc trung tâm y tế huyện quyết định theo thẩm quyền và phân cấp quản lý ở địa phương.
- Trạm y tế xã có trụ sở riêng, có con dấu để giao dịch và phục vụ công tác chuyên môn nghiệp vụ.

- (1) Trạm y tế xã là đơn vị y tế thuộc Trung tâm y tế huyện, chịu sự quản lý toàn diện, điều hành trực tiếp của Giám đốc Trung tâm y tế huyện.
- (2) Trạm y tế xã chịu sự lãnh đạo, chỉ đạo của Chủ tịch Ủy ban nhân dân cấp xã trong việc thực hiện các nhiệm vụ theo quy định của pháp luật.
- (3) Trạm y tế xã có mối quan hệ phối hợp với các tổ chức chính trị xã hội ở cấp xã và Trưởng thôn, bản trong việc tổ chức triển khai thực hiện các hoạt động chăm sóc sức khỏe cho nhân dân trên địa bàn.

### **1.3. Chức năng trạm y tế**

Các trạm y tế xã phải thực hiện đầy đủ các nhiệm vụ của chăm sóc sức khỏe ban đầu; Thực hiện việc quản lý sức khỏe toàn diện, liên tục cho từng người dân trên địa bàn, tập trung vào việc theo dõi, tư vấn về sức khỏe, chăm sóc giảm nhẹ, phục hồi chức năng, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, bà mẹ, trẻ em; Phòng chống các bệnh lây nhiễm, không lây nhiễm, quản lý các bệnh mạn tính; Khám bệnh, chữa bệnh theo chức năng, nhiệm vụ và kết nối, chuyển người bệnh lên các cơ sở y tế tuyến trên. (QĐ số 2348/QĐ-TTg)

### **1.4. Nhiệm vụ của cán bộ y tế**

#### **1.4.1. Trưởng trạm:**

- Chịu trách nhiệm chung
- Đảm nhiệm mối quan hệ với cộng đồng
- Đảm nhiệm 1 trong 10 nhiệm vụ của y tế cơ sở

#### **1.4.2. Y sĩ sản nhi hay hộ sinh**

- Chăm sóc sức khỏe cá nhân, gia đình, cộng đồng: chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, kế hoạch hóa gia đình, suy dinh dưỡng, uống vitamin A, chăm sóc bệnh thấp tim, tiêu chảy

#### **1.4.3. Y tế công cộng, điều dưỡng (cộng đồng)**

- Chăm sóc sức khỏe cá nhân, gia đình, cộng đồng: vệ sinh môi trường, cung cấp nước sạch, tiêm chủng, phòng chống bệnh lưu hành, bệnh xã hội, giáo dục sức khỏe

### **1.5. Nhiệm vụ y tế xã phường**

- (1) Lập kế hoạch, thực hiện các chương trình ưu tiên
- (2) Phát hiện dịch bệnh, báo cáo, thực hiện phòng chống dịch
- (3) Tổ chức sơ cứu ban đầu
- (4) Khám chữa bệnh thông thường, khám chữa bệnh bảo hiểm y tế: đến năm 2020: ít nhất 90% số trạm y tế xã có đủ điều kiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế, thực hiện được tối thiểu 80% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến xã; Đến năm 2025: 100% số trạm y tế xã có đủ điều kiện khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế và thực hiện được đầy đủ các nội dung của chăm sóc sức khỏe ban đầu, thực hiện được tối thiểu 90% danh mục dịch vụ kỹ thuật của tuyến xã; Giảm tình trạng quá tải cho các bệnh viện tuyến trên.
- (5) Quản lý sức khỏe tại nhà theo hồ sơ sức khỏe

- (6) Giáo dục sức khỏe, tuyên truyền ý thức bảo vệ sức khỏe
- (7) Thực hiện các nội dung chăm sóc sức khỏe ban đầu và những chương trình y tế trọng điểm của địa phương
- (8) Hướng dẫn sử dụng thuốc an toàn, hợp lý
- (9) Phát triển thuốc nam và ứng dụng y học dân tộc
- (10) Phát hiện các hoạt động y tế phạm pháp
- (11) Là phòng khám vệ tinh của các bệnh viện tuyến trên
- (12) Được tiếp nhận đào tạo chuyên môn từ tuyến trên

### **1.6. Các nội dung chính trong quản lý tại trạm y tế**

- (1) Quản lý kế hoạch
- (2) Quản lý nhân lực
- (3) Quản lý thông tin
- (4) Quản lý cơ sở, vật tư trang thiết bị y tế
- (5) Thực hiện tốt các quy chế chuyên môn tại trạm và quản lý chuyên môn các đối tượng hành nghề y dược tư nhân

### **1.7. Nguyên tắc quản lý trạm y tế**

#### *1.7.1. Lòng ghép hợp lý các công việc:*

- Mỗi NVYT phụ trách một lĩnh vực riêng
- Phối hợp toàn bộ NVYT của trạm để thực hiện một số công tác
- Mỗi NVYT phải đảm nhận nhiều chương trình cùng lúc

#### *1.7.2. Làm việc khoa học, có nội dung làm việc cụ thể, hợp tác tốt công việc trạm với bên ngoài:*

- Có qui chế làm việc
- Có kế hoạch công tác cho mỗi chương trình
- Lịch công tác tuần, tháng
- Có giám sát, kiểm tra, theo dõi

#### *1.7.3. Dân chủ và công khai:*

- Mọi công việc của trạm đều được công khai
- Mọi người đều có quyền đóng góp ý kiến

#### *1.7.4. Phát huy quyền của trưởng trạm:*

- Quản lý giám sát, đánh giá nhân viên
- Quản lý chung về tài sản, tiền bạc của trạm
- Phân công công việc hợp lý cho các nhân viên tại trạm.

*Ngoài 4 nội dung trên đây, để quản lý trạm theo nguyên tắc YHGD, trưởng trạm và các nhân viên y tế trạm cần nắm:*

- Học tập, cập nhật kiến thức và nguyên tắc YHGD

- Nắm được các quy định về thí điểm cơ sở y học gia đình tại thông tư 21/2019/TT-BYT; phân tuyến kỹ thuật tại thông tư 43/2013/TT-BYT và Thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở để biết rõ phạm vi hoạt động được phép của YHGD.

- Nắm được nguyên tắc trạm y tế hoạt động theo cơ sở y học gia đình

- Lên danh sách các kỹ thuật trong 51 kỹ thuật được phép thực hiện tại nhà phù hợp với nhân lực của trạm và phổ biến cho các nhân viên trạm cùng biết. Trưởng trạm có trách nhiệm phân công nhiệm vụ và chịu trách nhiệm.

- Tiến tới quản lý sức khỏe người bệnh / người lành bằng hồ sơ duy nhất.

### **1.8. Quy chế làm việc của trạm y tế**

- Làm việc 8 giờ / ngày, đảm bảo trực 24/24 kể cả ngày lễ và chủ nhật.

+ Mọi người tuân theo sự phân công và lịch làm việc đã lên, nếu có sự thay đổi, mọi người phải sẵn sàng đổi cho nhau.

+ Mọi sự phân công hay ủy quyền của trưởng trạm đều phải công khai.

- Lập kế hoạch năm, quý, tháng, tuần:

+ Bảng A: liệt kê các công việc hàng ngày, diễn ra đều đặn trong tuần (khám bệnh ngoại trú, nội trú, khám thai, khám phụ khoa, cấp phát thuốc, tiêm chủng ...)

+ Bảng B: liệt kê các công việc diễn ra trong tháng (học tập của trạm, thăm chợ, nhà trẻ, trường học, báo cáo công tác với UBND xã và trung tâm y tế)

+ Bảng C: công việc có thể xảy ra đột xuất trong tháng của một năm (khám tuyến nghĩa vụ, điều tra dịch tễ học, tổ chức hội thi, sơ kết, tổng kết...)

- Báo cáo định kỳ lên phòng y tế và UBND xã, phường, thị xã

+ Hàng tháng: khám thai, khám chữa bệnh, sinh đẻ, khám phụ khoa, kế hoạch hóa gia đình, khám sau sanh

+ Hàng quý: 3 công trình vệ sinh (rác, hố xí, nước), theo dõi điều trị các bệnh xã hội

+ Hàng năm: kinh tế xã hội, dân số, nhân sự y tế, tài chính, trang thiết bị y tế, tổng kết năm và kế hoạch năm tới

- Các công tác chuyên đề phải có dự thảo và phải thông qua trưởng trạm

- Hội ý giao ban hàng ngày, hàng tuần, hàng tháng

+ Kiểm điểm công tác và đặt thời gian biểu tuần sau

+ Họp sơ kết sau 6 tháng và tổng kết hoạt động 1 năm

- Mỗi cán bộ phải xuống thôn (ấp), hộ gia đình 1 lần/tuần

### **1.9. Các chỉ tiêu đánh giá y tế xã**

#### **1.9.1. Hoạt động quản lý của y tế xã:**

- Tỷ lệ nhân viên y tế so với số dân

- Tỷ lệ cán bộ y tế trạm so với số dân

- Tỷ lệ hộ gia đình được cán bộ y tế xuống thăm

#### **1.9.2. Chỉ tiêu đánh giá tình trạng sức khỏe chung:**

- Tỷ suất sinh thô
- Tỷ suất chết thô
- Tỷ suất tử vong trẻ < 1 tuổi

#### *1.9.3. Chỉ tiêu đánh giá về giáo dục sức khỏe:*

- Giáo dục nước sạch
- Giáo dục về nuôi con bằng sữa mẹ

#### *1.9.4. Chỉ tiêu đánh giá về bảo vệ sức khỏe trẻ em:*

- Tỷ lệ trẻ được cân trong năm
- Tỷ lệ trẻ khi sinh có cân nặng < 2.500 gram
- Tỷ lệ trẻ < 5 tuổi bị suy dinh dưỡng
- Tỷ lệ trẻ mắc bệnh khô mắt
- Tỷ lệ trẻ được tiêm chủng mở rộng

## **2. Hoàn thiện kế hoạch hoạt động thường niên của trạm y tế**

### **2.1. Nguyên tắc**

- Thống kê được các chỉ số đạt được trong các hoạt động chăm sóc sức khỏe và các chương trình khác
- So sánh các chỉ số đã đạt được trong năm so với chỉ tiêu được giao
- Dựa vào nhân sự của trạm
- Dựa vào khảo sát thực tế về nhu cầu chăm sóc sức khỏe, bệnh mới nổi, mô hình bệnh tật địa phương
- Dựa vào các chương trình đổi mới trong chăm sóc sức khỏe (nếu có) để có hướng lập kế hoạch
- Cập nhật kiến thức về các chương trình mới để đề xuất áp dụng tại trạm

### **2.2. Các nội dung trong kế hoạch thường niên**

#### *2.2.1. Kế hoạch bồi dưỡng nhân sự:*

- Lập kế hoạch đào tạo, bồi dưỡng, nâng cao kiến thức cho cán bộ y tế theo đúng chuyên ngành chính và lĩnh vực phụ trách
- Đào tạo nhân viên y tế có kiến thức về y học gia đình và làm việc theo nguyên tắc y học gia đình
- Kế hoạch cử nhân viên y tế hỗ trợ y tế thôn bản

#### *2.2.2. Công tác chuyên môn và chương trình khác tại xã:*

- Theo nguyên tắc y học gia đình, chú trọng vai trò làm việc theo ê-kíp để chăm sóc sức khỏe cho người dân một cách toàn diện, liên tục
- Lập kế hoạch và triển khai làm việc theo ê-kíp y tế
- Đánh giá hiệu quả của làm việc theo ê-kíp y tế
- Phối hợp giữa ê-kíp y tế và các đoàn thể, tổ chức khác

- Công tác chuyên môn và chương trình tại trạm y tế:

- + Công tác khám chữa bệnh
- + Công tác phòng chống dịch bệnh
- + Chương trình tiêm chủng mở rộng
- + Chương trình phòng chống HIV/AIDS
- + Chương trình vệ sinh - an toàn thực phẩm
- + Các hoạt động y tế công cộng
- + Chương trình phòng chống sốt xuất huyết/sốt rét
- + Phòng chống thiếu hụt Iod và vi chất dinh dưỡng
- + Chương trình phòng chống đái tháo đường
- + Chương trình chăm sóc sức khỏe tâm thần cộng đồng:
- + Chương trình phòng chống các bệnh xã hội
- + Phòng chống bệnh dại
- + Hoạt động cận lâm sàng
- + Công tác truyền thông giáo dục sức khỏe
- + Công tác phòng chống bệnh phong
- + Công tác CSSKSS và KHHGD
- + Công tác điều trị Methadone
- + Công tác dược
- + Công tác tổ chức hành chính
- + Thực hiện quy chế chuyên môn
- + Công tác đào tạo, nghiên cứu khoa học
- + Công tác quản lý chỉ đạo hoạt động công tác các trạm y tế xã, thị trấn
- + Công tác kinh tế y tế

*2.2.3. Công tác tham mưu:*

- Trưởng trạm cập nhật những đổi mới trong công tác khám chữa bệnh và tham mưu cho cấp trên
- Phát hiện những bệnh tật mới nổi và tham mưu tìm cách giải quyết phù hợp
- Khảo sát mô hình bệnh tật / thay đổi mô hình bệnh tật ở xã

**2.3. Nghiên cứu khoa học**

- Lập kế hoạch sáng kiến cải tiến / nghiên cứu khoa học tại địa phương.

**3. Các nội dung chính trong triển khai, giám sát, đánh giá công tác trạm y tế**

**3.1. Nguyên tắc**

- Dựa vào kế hoạch hoạt động đã đề ra theo từng nội dung / nhiệm vụ
- Dựa vào nhân lực của trạm

- Nhờ hỗ trợ của tổ chức, đoàn thể khác (nếu có liên quan)
- Khách quan, trung thực trong giám sát và đánh giá

### **3.2. Công tác triển khai**

- Triển khai theo kế hoạch đã đề ra
- Thông báo tại trạm y tế để người dân biết và tham gia
- Tăng cường truyền thông:
  - + Truyền thông lồng ghép
  - + Truyền thông gián tiếp (loa, đài)
  - + Truyền thông trực tiếp (nói chuyện chuyên đề tại trạm, hội thi...)
  - + Tư vấn trực tiếp cho cá nhân có nhu cầu ...
  - + Truyền thông giúp thay đổi hành vi
- Các hoạt động can thiệp trên cộng đồng

### **3.3. Công tác giám sát**

Thực hiện theo quyết định số 5924/QĐ-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành bộ biểu mẫu theo dõi và giám sát hoạt động của trạm y tế xã

- Phân công nhân sự giám sát
- Nên có giám sát độc lập để đảm bảo kết quả khách quan
- Báo cáo giám sát:
  - + Báo cáo định kỳ
  - + Báo cáo ngay (dịch bệnh, các tình huống bất thường ...)
- Cấp trên trực tiếp kiểm tra và có chỉ đạo kịp thời

### **3.4. Công tác đánh giá**

- Đánh giá các chỉ tiêu đã đạt được so với đã đề ra
- Đánh giá chung và đánh giá riêng từng hoạt động
- Ghi nhận những hạn chế
- Đưa ra kiến nghị và đề xuất
- Viết báo cáo công tác đánh giá bằng văn bản

## **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

1. Ai được quyền bổ nhiệm trưởng trạm y tế?
  - A. Giám đốc bệnh viện tỉnh
  - B. Giám đốc trung tâm y tế huyện
  - C. Sở y tế tỉnh

D. Ủy ban nhân dân huyện

2. Theo QĐ số 1718/QĐ-BYT ngày 08 tháng 5 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc Phê duyệt Đề án “Tăng cường đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, nâng cao năng lực chuyên môn y tế xã, phường giai đoạn 2019 - 2025” trạm y tế có thể là:

A. Cơ sở khám chữa bệnh thuộc UBND xã

B. Phòng khám vệ tinh của các bệnh viện tuyến trên

C. Hoạt động độc lập với các bệnh viện tuyến trên

D. Thực hiện công tác dự phòng là chính

3. Theo QĐ số 1718/QĐ-BYT ngày 08 tháng 5 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ y tế, đến năm 2020, có bao nhiêu % trạm y tế đủ điều kiện khám chữa bệnh BHYT?

A. Ít nhất 80%

B. Ít nhất 90%

C. Ít nhất 70%

D. 100%

4. Theo QĐ số 1718/QĐ-BYT ngày 08 tháng 5 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ y tế, đến năm 2025, có bao nhiêu % trạm y tế đủ điều kiện khám chữa bệnh BHYT?

A. Ít nhất 80%

B. Ít nhất 90%

C. Ít nhất 70%

D. 100%

5. Theo QĐ số 1718/QĐ-BYT ngày 08 tháng 5 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ y tế, đến năm 2020, trạm y tế thực hiện được tối thiểu bao nhiêu % danh mục kỹ thuật của tuyến xã?

A. 80%

B. 90%

C. 70%

D. 60%

**Gợi ý đáp án**

1 (B); 2 (B); 3 (B); 4 (D); 5 (B)

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Chính phủ: Nghị định 117/2014/NĐ-CP (08/12/2014), "Quy định về y tế xã phường, thị trấn"

2. Bộ Y tế (2019): Thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình

3. Bộ Y tế (2015). Thông tư 33/2015/TT-BYT ngày 27 tháng 10 năm 2015 của Bộ Y tế “*Hướng dẫn chức năng của Trạm Y tế xã , phường, thị trấn*”.

4. Chính phủ: Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 05 tháng 12 năm 2016 của Thủ

tướng Chính phủ về việc phê duyệt Đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới.

5. Bộ Y tế: Thông tư số 39/2017/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở.

6. Bộ Y tế: Quyết định số 1718/QĐ-BYT ngày 08 tháng 5 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ y tế về việc Phê duyệt Đề án “Tăng cường đào tạo, chuyển giao kỹ thuật, nâng cao năng lực chuyên môn y tế xã, phường giai đoạn 2019 - 2025” :

7. Bộ Y tế: quyết định số 5924/QĐ-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành bộ biểu mẫu theo dõi và giám sát hoạt động của trạm y tế xã

## BÀI 5

### HỒ SƠ QUẢN LÝ SỨC KHỎE THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH.

#### MỤC TIÊU

1. Lập được quy trình quản lý sức khỏe cá nhân, hộ gia đình theo nguyên lý y học gia đình.
2. Lập được hồ sơ sức khỏe cá nhân, hộ gia đình và quản lý sức khỏe theo nguyên lý Y học gia đình tại trạm y tế xã.
3. Thể hiện được tính liên tục, toàn diện trong việc quản lý hồ sơ sức khỏe tại trạm theo nguyên lý y học gia đình

#### NỘI DUNG

##### 1. Khái niệm sức khỏe cá nhân và hộ gia đình

###### 1.1. Sức khỏe cá nhân

Theo Tổ chức y tế thế Giới WHO: "Sức khỏe là một tình trạng hoàn toàn sáng khoái về thể chất, tâm thần và xã hội chứ không phải chỉ là tình trạng không có bệnh hoặc khuyết tật"

Đối tượng cần ưu tiên chăm sóc tại trạm y tế là: trẻ em từ 0 - 5 tuổi; bà mẹ mang thai và người già.

###### 1.2. Sức khỏe hộ gia đình

Sức khỏe hộ gia đình được khai thác qua 2 phương diện là tiềm năng sức khỏe và tình trạng sức khỏe của hộ gia đình. Trong đó tiềm năng sức khỏe bao gồm tiềm năng sức khỏe về thể chất, tiềm năng sức khỏe về tinh thần và tiềm năng sức khỏe về xã hội. Tình trạng sức khỏe hộ gia đình được xem xét trước tiên là kiểu gia đình và sau đó là sự cấu thành sức khỏe của từng thành viên trong đó.

*Nội dung chăm sóc sức khỏe cho hộ gia đình bao gồm:*

- Giáo dục sức khỏe
- Vệ sinh hoàn cảnh: nhà ở, sân, vườn, ao, chuồng trại,...
- Dinh dưỡng và chế độ ăn đầy đủ, hợp lý, vệ sinh
- Kế hoạch hóa gia đình
- Các chăm sóc đặc biệt cho bệnh nhân cấp, mãn tính, bệnh xã hội...

##### 2. Quản lý sức khỏe cá nhân, hộ gia đình theo nguyên lý y học gia đình

###### 2.1. Lập hồ sơ theo dõi sức khỏe toàn diện và liên tục cho cá nhân và hộ gia đình theo qui định của Bộ y tế

Sử dụng các thông tin sẵn có từ cơ sở dữ liệu tại địa phương và thông qua khám sức khỏe cho người dân để xác định những thông tin cơ bản về tình trạng sức khỏe, bệnh tật trong hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân. Thực hiện cập nhật, bổ sung thông tin sức khỏe và bệnh tật của những người đã khám chữa bệnh vào hồ sơ sức khỏe cá nhân.

Đối tượng lập hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân: toàn bộ người dân tại địa phương.

Phân loại đối tượng thành các nhóm:

- Trẻ em dưới 6 tuổi.
- Học sinh: tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông.
- Sinh viên: đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp và dạy nghề.
- Cán bộ, công chức, viên chức, người lao động trong các cơ quan, đơn vị nhà nước, tổ chức xã hội, doanh nghiệp.
- Người cao tuổi, hưu trí: người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên, người nghỉ hưu, hưởng bảo hiểm xã hội hàng tháng.
- Người dân lao động tự do và đối tượng khác: nội trợ, buôn bán nhỏ, giúp việc... và các đối tượng còn lại ngoài những đối tượng nêu trên.

## **2.2. Khám sức khỏe cho cá nhân theo nguyên lý y học gia đình**

Tổ chức khám sức khỏe (khám lần đầu và khám định kỳ mỗi năm một lần) cho từng cá nhân theo 3 hình thức sau:

### **2.2.1. Khám tại Trạm y tế cho các đối tượng:**

- Trẻ em dưới 6 tuổi không đi học ở trường mầm non
- Người cao tuổi, hưu trí
- Người dân lao động tự do và các đối tượng khác

### **2.2.2. Khám tại các trường học gồm các đối tượng:**

- Trẻ em dưới 6 tuổi học ở trường mầm non
- Học sinh các trường tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông
- Sinh viên

### **2.2.3. Khám tại các cơ quan, đơn vị gồm các đối tượng: cán bộ, công chức, viên chức, người lao động.**

Những trường hợp đã khám sức khỏe trong vòng một năm thì không cần khám lại, chỉ cập nhật kết quả khám vào hồ sơ sức khỏe để quản lý tại các Trạm y tế (nếu kết quả khám sức khỏe định kỳ thiếu dữ liệu quản lý sẽ khám bổ sung). Trường hợp khi khám phát hiện có bệnh thì được tư vấn, điều trị tại Trạm y tế hoặc chuyển tuyến theo quy định.

## **2.3. Truyền thông, giáo dục sức khỏe cho cá nhân và gia đình theo nguyên lý y học gia đình**

Trên cơ sở xác định rõ tiền sử bệnh tật gia đình, tiền sử bệnh tật cá nhân hoặc yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới sức khỏe, các cơ sở y tế thực hiện:

- Tư vấn phòng bệnh (tiêm chủng mở rộng, uống vitamin A...), khám định kỳ, theo dõi, chăm sóc sức khỏe.
- Tư vấn về dinh dưỡng, chế độ sinh hoạt, luyện tập thể thao, chăm sóc sức khỏe sinh sản.
- Tư vấn điều trị tại Trạm y tế hoặc chuyển tuyến khám, điều trị đạt hiệu quả cho người dân.

## **3. Quy trình quản lý sức khỏe cá nhân, hộ gia đình theo nguyên lý y học gia đình**

### **3.1. Thu thập thông tin sức khỏe cá nhân, hộ gia đình**

#### **3.1.1. Thu thập thông tin sức khỏe cá nhân:**

- Khi tiếp xúc với cá nhân cần phải có kỹ năng giao tiếp tốt cũng như các kỹ năng khác như quan sát, phỏng vấn và khai thác bệnh sử.
- Khi quan sát cá nhân, người điều dưỡng cần phải thể hiện sự quan tâm ân cần, chú ý đến toàn trạng như: thấy người bệnh mặt đỏ phải nghĩ ngay đến người đó đang bị sốt và phải đo nhiệt độ, khai thác thêm thông tin liên quan. Sự quan sát thường xuyên liên tục, kết hợp với khám thực thể có thể phát hiện sớm bệnh tật.
- Khai thác thông tin cá nhân bằng những câu hỏi dễ hiểu, đơn giản và chú ý lắng nghe, ghi chép. Trong khi hỏi chú ý quan sát kể cả cử chỉ không lời. Đặc biệt đối với trẻ em khi khai thác thông tin qua bố, mẹ, người nuôi dưỡng cần phân tích thận trọng và khách quan.
- Khám thực thể: người điều dưỡng cũng được khám bệnh theo chức năng nhiệm vụ chăm sóc, đặc biệt là điều dưỡng làm việc độc lập tại thôn xã xa xôi.

#### **3.1.2. Thu thập thông tin sức khỏe hộ gia đình:**

- Khai thác về số lượng và mối quan hệ giữa cá thành viên trong hộ gia đình.
- Mô tả về hộ gia đình (gia đình hạt nhân, gia đình truyền thống, gia đình mở rộng ...), vai trò của các thành viên, tình trạng kinh tế của gia đình, tình trạng dinh dưỡng của gia đình.
- Thông tin về các hoạt động ngoài xã hội, phong tục, tín ngưỡng, những điều cấm kỵ có trong gia đình, gia đình sử dụng các dịch vụ y tế như thế nào.

### **3.2. Lập hồ sơ lưu giữ thông tin sức khỏe**

- Xây dựng phần mềm quản lý và hồ sơ sức khỏe điện tử để quản lý, bảo đảm liên thông, đồng bộ, gắn với hệ thống giám định thanh toán bảo hiểm y tế.
- Tích hợp dữ liệu về sức khỏe từ các chương trình mục tiêu, các hệ thống thông tin quản lý bệnh truyền nhiễm, không lây nhiễm, tai nạn thương tích, hệ thống thông tin tiêm chủng, thông tin sức khỏe từ phần mềm khám chữa bệnh tại các cơ sở khám chữa bệnh vào hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân.
- Hồ sơ sức khỏe phải đảm bảo tính bảo mật, cá nhân được cấp một mã số cá nhân (ID) để xem thông tin về sức khỏe của mình, chỉ có cá nhân mới có quyền cho bác sỹ xem thông tin về sức khỏe của mình để phục vụ cho khám và điều trị bệnh. Hồ sơ sức khỏe được chiết xuất các thông tin phục vụ công tác quản lý y tế cộng đồng.

### **3.3. Quản lý hồ sơ, theo dõi liên tục và thường xuyên theo nguyên lý y học gia đình**

- Lập hồ sơ sức khỏe cá nhân, tổ chức khám sức khỏe lần đầu, cập nhật dữ liệu đối với những người đã được khám sức khỏe, khám bệnh.
- Khám sức khỏe định kỳ cho cá nhân; cập nhật dữ liệu sức khỏe khi đi khám sức khỏe, khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế.
- Thông tin của cá nhân được quản lý bằng mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe của phòng khám gia đình theo quyết định của Bộ y tế và hồ sơ điện tử theo nguyên lý y học gia đình.

## **4. Quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử**

#### **4.1. Sự cần thiết quản lý hồ sơ sức khỏe điện tử**

- Hồ sơ sức khỏe là tài liệu y tế ghi lại quá trình chăm sóc sức khỏe của một người từ lúc sinh ra cho đến mất đi theo mẫu quy định của Bộ Y tế.

- Hồ sơ sức khỏe điện tử (EHR) là bản tin học hóa của hồ sơ sức khỏe được lập, hiển thị, cập nhật, lưu trữ và chia sẻ bằng phương tiện điện tử.

- Đối với người dân, hồ sơ sức khỏe điện tử giúp mỗi người dân biết và tự quản lý thông tin sức khỏe liên tục, suốt đời của mình. Từ đó, chủ động phòng bệnh, chủ động chăm sóc sức khỏe của mình. Khi đi khám bệnh, thông qua hồ sơ sức khỏe, người bệnh cung cấp cho thầy thuốc hồ sơ sức khỏe, tiền sử bệnh tật và quá trình khám chữa bệnh một cách nhanh chóng, chính xác, đầy đủ tạo thuận lợi cho việc chẩn đoán và điều trị của thầy thuốc.

- Đối với người thầy thuốc, hồ sơ sức khỏe điện tử cung cấp cho người thầy thuốc đầy đủ các thông tin về bệnh tật, tiền sử bệnh tật, các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe, từ đó kết hợp với thăm khám hiện tại, người thầy thuốc có nhận định về sức khỏe của người bệnh toàn diện hơn, chẩn đoán bệnh kịp thời, chính xác hơn, phát hiện bệnh sớm hơn, điều trị kịp thời khi bệnh còn ở giai đoạn sớm mang lại hiệu quả điều trị cao hơn, giảm bớt chi phí khám bệnh, chữa bệnh (KCB) của mỗi người dân. Hơn nữa, khi thông tin về sức khỏe của người bệnh được thông suốt giữa các tuyến sẽ giúp việc chẩn đoán và phối hợp điều trị tốt hơn. Hồ sơ sức khỏe điện tử giúp người thầy thuốc chăm sóc sức khỏe cho người dân liên tục, toàn diện theo nguyên lý của y học gia đình tốt hơn.

- Đối với công tác quản lý, việc triển khai hồ sơ sức khỏe điện tử giúp cho ngành y tế có được dữ liệu về sức khỏe của người dân đầy đủ, chính xác và kịp thời. Đây là cơ sở dữ liệu về sức khỏe lớn của ngành mà việc tổng hợp, phân tích dữ liệu thông tin sẽ giúp ngành y tế có các chỉ đạo rất kịp thời về phòng chống dịch bệnh nói riêng và có được các dự báo, hoạch định chính sách về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe người dân tốt hơn vì có những bằng chứng thực tiễn, có cơ sở khoa học hơn.

- Đối với bảo hiểm y tế, khi thông tin về khám chữa bệnh của người bệnh thông suốt, minh bạch, giúp cho việc quản lý chi phí khám, chữa bệnh bảo hiểm y tế dễ dàng hơn, góp phần hạn chế việc lạm dụng thuốc và xét nghiệm nếu có.

Như vậy, việc xây dựng hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử rất có ích cho người dân, rất có lợi cho ngành y tế, tạo thuận lợi cho thầy thuốc khi hành nghề, là một nội dung quan trọng có ý nghĩa thực tiễn, có tính thời sự cao trong việc xây dựng y tế điện tử, từng bước ứng dụng và phát triển y tế thông minh, chủ động tham gia cuộc cách mạng công nghiệp lần thứ 4, góp phần hiện đại hóa ngành y tế đáp ứng nhu cầu bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới theo Nghị quyết 20-NQ/TW.

#### **4.2. Mục tiêu**

##### **4.2.1. Mục tiêu chung**

Triển khai hồ sơ sức khỏe điện tử (EHR) cho toàn dân, bảo đảm mỗi người dân có một hồ sơ sức khỏe điện tử, từng bước hình thành cơ sở dữ liệu về sức khỏe người dân tại Trung tâm dữ liệu Y tế Quốc gia.

##### **4.2.2. Mục tiêu cụ thể**

a) Xây dựng, hoàn thiện hệ thống hồ sơ sức khỏe điện tử, đảm bảo quản lý đầy đủ các thông tin theo quy định tại quyết định số 831/QĐ-BYT ngày 11/03/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về ban hành mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân phục vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu, cung cấp các giao diện tương tác với Bộ Y tế, Sở Y tế, cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, chuyên gia y tế và người dân.

b) Thu thập trực tiếp thông tin sức khỏe của người dân hoặc thu thập từ cơ sở khám bệnh, chữa bệnh vào hồ sơ sức khỏe điện tử thông qua các tiêu chuẩn của ngành y tế đã ban hành bao gồm tiêu chuẩn quốc tế HL7 và chuẩn định dạng dữ liệu đầu ra sử dụng trong quản lý, giám định và thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh theo Quyết định số 4210/QĐ-BYT ngày 20/9/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

c) Đến năm 2020: Các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương triển khai hồ sơ sức khỏe điện tử, tối thiểu 80% người dân được lập hồ sơ sức khỏe điện tử. Hình thành cơ sở dữ liệu về sức khỏe người dân tại Sở Y tế và Trung tâm dữ liệu Y tế Quốc gia.

d) Năm 2025: 95% người dân trên toàn quốc có hồ sơ sức khỏe điện tử, được cập nhật thông tin sức khỏe thường xuyên và được kết nối với tất cả các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên cả nước.

## 5. Nội dung của hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân nguyên lý y học gia đình

### A. PHẦN THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Mã hộ GD:.....

Họ và tên: ..... Quan hệ với chủ hộ.....

Giới tính: Nam  Nữ   
Rh:.....

Nhóm máu: Hệ ABO: ..... Hệ

Ngày sinh: ..... Tỉnh/TP đăng ký khai sinh:.....

Dân tộc: ..... Quốc tịch: ..... Tôn giáo: ..... Nghề nghiệp:.....

Số CMND/CCCD: ..... ngày cấp: ..... nơi cấp: ...

Mã định danh BHYT/ Số thẻ BHYT:.....

Nơi đăng ký HKTT: (Thôn/xóm; số nhà, đường phố): .....

Xã/Phường: ..... Quận/Huyện: ..... Tỉnh/TP.....

Nơi ở hiện tại: Thôn/xóm; số nhà, đường phố:.....

Xã/Phường: ..... Quận/Huyện: ..... Tỉnh/TP.....

Điện thoại: Cố định ..... Di động: ..... Email:.....

Họ tên mẹ: ..... Họ tên  
bố:.....

Họ tên người chăm sóc chính (NCSC):.....Mối quan  
hệ:.....

Điện thoại (bố/ mẹ/ người NCSC): Cố định..... Di  
động: .....

## **B. NHÓM THÔNG TIN TIỀN SỬ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN SỨC KHỎE**

### **1. Tình trạng lúc sinh**

Đẻ thường  Đẻ mổ  Đẻ thiếu tháng  Bị ngạt lúc đẻ

Cân nặng lúc đẻ.....gr Chiều dài lúc đẻ:.....cm

Dị tật bẩm sinh (ghi rõ nếu  
có):.....

Vấn đề khác (ghi rõ nếu  
có):.....

### **2. Yếu tố nguy cơ đối với sức khỏe cá nhân**

Hút thuốc lá, lào	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Hút thuốc xuyên <input type="checkbox"/>	Đã bỏ	<input type="checkbox"/>
Uống rượu bia thường xuyên	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Số ly cốc uống/ngày.....	Đã bỏ	<input type="checkbox"/>
Sử dụng ma túy	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Sử dụng thường xuyên <input type="checkbox"/>	Đã bỏ	<input type="checkbox"/>
Hoạt động thể lực	Không <input type="checkbox"/>	Có <input type="checkbox"/>	Thường xuyên (tập thể dục, thể thao...)		<input type="checkbox"/>
Yếu tố tiếp xúc nghề nghiệp/ Môi trường sống (Hóa chất, bụi, ồn, virút,...) ghi rõ yếu tố tiếp xúc:..... thời gian tiếp xúc .....					
Loại hồ xí của gia đình (xả nước/ hai ngăn/hồ xí thùng/ không có hồ xí): .....					
Nguy cơ khác (ghi rõ): .....					

### **3. Tiền sử bệnh tật, dị ứng**

#### **Dị ứng:**

<b>Loại</b>	<b>Mô tả rõ</b>
Thuốc	
Hóa chất/mỹ phẩm	
Thực phẩm	
Khác	

#### **Bệnh tật:**

Bệnh tim mạch <input type="checkbox"/>	Tăng huyết áp <input type="checkbox"/>	Đái tháo đường <input type="checkbox"/>	Bệnh dạ dày <input type="checkbox"/>
Bệnh phổi mạn tính <input type="checkbox"/>	Hen suyễn <input type="checkbox"/>	Bệnh bướu cổ <input type="checkbox"/>	Viêm gan <input type="checkbox"/>
Tim bẩm sinh <input type="checkbox"/>	Tâm thần <input type="checkbox"/>	Tự kỷ <input type="checkbox"/>	Động kinh <input type="checkbox"/>
Ung thư (ghi rõ loại ung thư): .....			
Lao (ghi rõ loại lao): .....			
Khác (nêu rõ): .....			

#### 4. Khuyết tật

Bộ phận/ cơ quan	Mô tả
Thính lực	
Thị lực	
Tay	
Chân	
Cong vẹo cột sống	
Khe hở môi, vòm miệng	
Khác	

#### 5. Tiền sử phẫu thuật (ghi rõ bộ phận cơ thể đã phẫu thuật và năm phẫu thuật)

.....  
.....

#### 6. Tiền sử gia đình

##### Dị ứng:

Loại	Mô tả rõ	Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị, em...)
Thuốc		
Hóa chất/ mỹ phẩm		
Thực phẩm		
Khác		

##### Bệnh tật:

Tên bệnh	Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)	Tên bệnh	Người mắc (ghi rõ quan hệ huyết thống: ông, bà, bố, mẹ, anh, chị...)
Bệnh tim mạch <input type="checkbox"/>	.....	Hen suyễn <input type="checkbox"/>	.....

Tăng huyết áp	<input type="checkbox"/>	.....	Đái tháo đường	<input type="checkbox"/>	.....
Tâm thần	<input type="checkbox"/>	.....	Động kinh	<input type="checkbox"/>	.....
Ung thư (ghi rõ loại ung thư, người mắc, quan hệ)	.....				
Lao (ghi rõ loại lao, người mắc, quan hệ)	.....				
Khác (ghi rõ, người mắc, quan hệ)	.....				

### 7. Sức khỏe sinh sản và kế hoạch hóa gia đình

Biện pháp tránh thai đang

dùng:.....

Kỳ có thai cuối

cùng:.....

Số lần có thai: .....Số lần sảy thai:..... Số lần phá thai:.....

Số lần sinh đẻ: ..... Đẻ thường: ..... Đẻ mổ ..... Đẻ khó:....

Số lần đẻ đủ tháng:..... Số lần đẻ non:..... Số con hiện sống:.....

Bệnh phụ

khoa:.....

### 8. Vấn đề khác (ghi rõ nếu có):

.....

## C. TIÊM CHỦNG

### 1. Tiêm chủng cơ bản cho trẻ em

Loại vắc xin	Chưa chủng ngừa	Đã chủng ngừa, ghi rõ ngày	Phản ứng sau tiêm	Ngày hẹn tiêm
BCG	<input type="checkbox"/>	.../.../....		.../.../....
VGB sơ sinh	<input type="checkbox"/>	.../.../....		.../.../....
DPT -VGB-Hib 1	<input type="checkbox"/>	.../.../....		.../.../....
DPT -VGB-Hib 2	<input type="checkbox"/>	.../.../....		.../.../....
DPT -VGB-Hib 3	<input type="checkbox"/>	.../.../....		.../.../....
Bại liệt 1	<input type="checkbox"/>	.../.../....		.../.../....
Bại liệt 2	<input type="checkbox"/>	.../.../....		.../.../....

Bại liệt 3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Sởi 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Sởi 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
DPT4	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
VNNB B1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
VNNB B2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
VNNB B3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Số mũi vắc xin uốn ván mẹ đã tiêm: ..... mũi				

## 2. Tiêm chủng ngoài chương trình TCMR

Loại vắc xin	Chưa chủng ngừa	Đã chủng ngừa, ghi rõ ngày	Phản ứng sau tiêm	Ngày hẹn tiêm
Tả 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Tả 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Quai bị 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Quai bị 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Quai bị 3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Cúm 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Cúm 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Cúm 3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Thương hàn	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
HPV 1	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
HPV 2	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
HPV 3	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
Vắc xin phế cầu khuẩn	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
...	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
...	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...
...	<input type="checkbox"/>	.../.../...		.../.../...

## 3. Tiêm chủng VX uốn ván (phụ nữ có thai)

Nội dung	UV1	UV2	UV3	UV4	UV5
Chưa tiêm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Đã tiêm, ghi rõ ngày	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...	.../.../...

Tháng thai					
Phản ứng sau tiêm					
Ngày hẹn tiêm	.../.../....	.../.../....	.../.../....	.../.../....	.../.../....

#### D. KHÁM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Ngày khám ...../ ... .. / ... ..

##### 1. Bệnh

sử.....

##### 2. Thăm khám lâm sàng

###### 2.1. Dấu hiệu sinh tồn, chỉ số nhân trắc học

Mạch	Nhiệt độ	HA	Nhịp thở	Cân nặng	Cao	BMI	Vòng bụng

###### 2.2. Thị lực:

Không kính: Mắt phải: ..... Mắt trái: .....

Có kính: Mắt phải: ..... Mắt trái: .....

###### 2.3. Khám lâm sàng

###### 2.3.1. Toàn thân

- Da, niêm

mạch: .....

-

Khác: .....

....

###### 2.3.2. Cơ quan

- Tim

mạch: .....

- Hô

hấp: .....

- Tiêu

hóa: .....

- Tiết

niệu: .....

- Cơ xương

khớp: .....

- Nội

tiết: .....

- Thần

kinh: .....

- Tâm  
thần: .....
- Ngoại  
khoa: .....
- Sản phụ  
khoa: .....
- Tai mũi  
họng: .....
- Răng hàm  
mặt: .....
- Mắt: .....
- .....
- Da  
liều: .....
- Dinh  
dưỡng: .....
- Vận động: .....
- .....
- Khác: .....
- .....
- Đánh giá phát triển thể chất, tinh thần, vận  
động: .....

**3. Kết quả cận lâm sàng**

STT	Xét nghiệm	Kết quả
1	Huyết học	
2	Sinh hóa máu	
3	Sinh hóa nước tiểu	
4	Siêu âm ổ bụng	

**4. Chẩn đoán/ Kết luận** (ghi tên, mã bệnh theo ICD 10): .....

**5. Tư vấn:** .....

.....

.....

**6. Bác sĩ**

**khám:** .....

**TRẠM TRƯỞNG TRẠM Y  
TẾ XÃ.....  
(Ký tên, đóng dấu)**

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Quy trình quản lý sức khỏe cá nhân, hộ gia đình theo nguyên lý y học gia đình
  - A. Thu thập thông tin sức khỏe cá nhân, hộ gia đình
  - B. Lập hồ sơ lưu giữ thông tin sức khỏe
  - C. Quản lý hồ sơ, theo dõi liên tục và thường xuyên
  - D. Tất cả các ý kiến trên
2. Quản lý hồ sơ, theo dõi liên tục và thường xuyên theo nguyên tắc y học gia đình
  - A. Lập hồ sơ sức khỏe cá nhân
  - B. Khám sức khỏe định kỳ cho cá nhân
  - C. Quản lý thông tin của cá nhân được bằng hồ sơ
  - D. Tất cả các ý kiến trên
3. Hồ sơ sức khỏe là
  - A. Tài liệu y tế ghi lại quá trình chăm sóc sức khỏe của một người từ lúc sinh ra cho đến mất
  - B. Tài liệu y tế ghi lại quá trình chăm sóc sức khỏe của một người mỗi khi đến khám bệnh
  - C. Tài liệu y tế ghi lại quá trình chăm sóc sức khỏe của người dân khi có nhu cầu
  - D. Tài liệu y tế giúp trạm y tế quản lý được người dân
4. Đến năm 2020 tại các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương triển khai hồ sơ sức khỏe điện tử, tối thiểu bao nhiêu % người dân được lập hồ sơ sức khỏe điện tử
  - A. 60
  - B. 70
  - C. 80
  - D. 90
5. Đến năm 2025 trên toàn quốc tối thiểu bao nhiêu % người dân được lập hồ sơ sức khỏe điện tử
  - A. 85
  - B. 95
  - C. 80
  - D. 90

### **Gợi ý đáp án:**

*Trắc nghiệm:* 1(D), 2(D), 3(A), 4(C), 5(B)

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế: Quyết định 1568/QĐ-BYT, ngày 27 tháng 4 năm 2016 "Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám Bác sĩ gia đình tại Việt Nam, giai đoạn 2016-2020"
2. Bộ Y tế: Quyết Định 831/QĐ-BYT, ngày 11 tháng 3 năm 2017 phê duyệt Mẫu hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân.
3. Chính phủ: Quyết định 2348/QĐ-TTg, ngày 5 tháng 12 năm 2016 của Thủ tướng Chính phủ "Phê duyệt đề án Xây dựng và phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới".
4. Bộ Y tế: quyết định số 5349/QĐ-BYT ngày 12 tháng 11 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ y tế về phê duyệt Kế hoạch triển khai hồ sơ sức khỏe điện tử
5. Bộ Y tế: Thông tư 33/2015/TT-BYT, ngày 27 tháng 10 năm 2015 Bộ y tế "Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn".
6. Bộ Y tế (2019): Thông tư số 21/2019/TT-BYT ngày 21 tháng 8 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về hướng dẫn thí điểm về hoạt động y học gia đình

## **BÀI 6**

### **CÔNG TÁC DỰ PHÒNG TẠI TRẠM Y TẾ**

#### **Mục tiêu**

1. Thực hiện được công tác vệ sinh môi trường, phân loại rác thải, giám sát VSATTP, xử trí thảm họa tại TYT trong các bài tập tình huống cụ thể.
2. Thể hiện được tính kịp thời, hợp lý trong việc xây dựng kế hoạch dự phòng tại trạm y tế.

#### **Nội dung**

Công tác dự phòng là một trong những lĩnh vực hoạt động quan trọng của trạm y tế theo quy định tại thông tư 33/2015 của Bộ Y tế, Hướng dẫn chức năng nhiệm vụ của trạm y tế xã, phường, thị trấn. Hoạt động dự phòng tại trạm y tế bao gồm:

- Thực hiện các hoạt động chuyên môn, kỹ thuật về tiêm chủng vắc xin phòng bệnh

- Giám sát, thực hiện các biện pháp kỹ thuật phòng, chống bệnh truyền nhiễm, HIV/AIDS, bệnh không lây nhiễm, bệnh chưa rõ nguyên nhân, phát hiện và báo cáo kịp thời các bệnh, dịch.

- Hướng dẫn chuyên môn, kỹ thuật về vệ sinh môi trường, các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe tại cộng đồng; phòng chống tai nạn thương tích, xây dựng cộng đồng an toàn; y tế học đường; dinh dưỡng cộng đồng theo qui định của pháp luật.

- Tham gia kiểm tra, giám sát và triển khai các hoạt động về an toàn thực phẩm trên địa bàn xã theo qui định của pháp luật.

Hiểu biết về dự phòng và triển khai thực hiện tốt các hoạt động dự phòng sẽ góp phần nâng cao sức khỏe, giảm tỷ lệ mắc bệnh/tật, giảm tỷ lệ tử vong.

#### **1. Công tác vệ sinh môi trường**

Môi trường là toàn bộ các yếu tố bao quanh một người hay một nhóm người và có tác động trực tiếp hoặc gián tiếp đến con người.

##### ***1.1. Những ảnh hưởng của môi trường đến sức khỏe***

Môi trường trong sạch thì sức khỏe con người cũng được duy trì và phát triển. Khi môi trường có sự ô nhiễm, suy thoái hay hủy hoại thì có sự tác động xấu đến sức khỏe của con người.

##### ***1.1.1. Ảnh hưởng của ô nhiễm môi trường không khí đối với sức khỏe***

Ô nhiễm môi trường không khí là khi trong không khí có mặt một hay nhiều chất lạ, hoặc có sự biến đổi trong thành phần không khí gây ra những tác động có hại cho con người và sinh vật.

Con người tiếp xúc với môi trường không khí bị ô nhiễm, tùy theo mức độ và thời gian tiếp xúc với các yếu tố đó mà con người có thể mắc phải một số bệnh như ung thư phổi, viêm phế quản mãn tính, hen, bệnh về mắt, mũi (viêm mũi).

### *1.1.2. Ảnh hưởng của ô nhiễm môi trường nước đối với sức khỏe*

Ô nhiễm môi trường nước là sự biến đổi các thành phần trong nước khác với trạng thái ban đầu khi chưa bị ô nhiễm. Đó là sự biến đổi về hóa tính, lý tính và vi sinh vật, làm cho nước trở nên độc hại.

Nguồn nước bị ô nhiễm thường liên quan đến ô nhiễm môi trường không khí và ô nhiễm đất.

Khi con người sử dụng nguồn nước bị ô nhiễm có thể mắc một số bệnh về đường tiêu hóa như tả, lỵ, thương hàn, viêm gan, bại liệt, giun sán... Một số bệnh ngoài da và niêm mạc như ghẻ lở, chàm, đau mắt hột... do tắm ở nguồn nước bẩn.

### *1.1.3. Ảnh hưởng của ô nhiễm môi trường đất đối với sức khỏe*

Ô nhiễm đất nói chung là do những tập quán sinh hoạt mất vệ sinh ở trong cộng đồng. Ô nhiễm đất còn do các loại hóa chất từ các thuốc bảo vệ thực vật, thuốc trừ sâu, diệt cỏ xâm nhập vào, những chất gây ô nhiễm môi trường không khí lắng đọng xuống mặt đất.

Các ảnh hưởng:

- Nhiều bệnh ở đường tiêu hóa do ô nhiễm môi trường đất gây ra như tả, lỵ, thương hàn, bại liệt, viêm gan... các bệnh nhiễm ký sinh trùng như giun, sán...
- Nhiều loại côn trùng trung gian như ruồi, muỗi, gián, chuột... sinh sản và phát triển từ đất, chúng có khả năng truyền bệnh cho con người.

## **1.2. Chất thải y tế**

Căn cứ theo Thông tư 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT quy định về quản lý chất thải y tế. Chất thải y tế là chất thải phát sinh trong quá trình hoạt động của các cơ sở y tế, bao gồm chất thải y tế nguy hại, chất thải y tế thông thường và nước thải y tế.

### *1.2.1. Chất thải lây nhiễm bao gồm:*

a) Chất thải lây nhiễm sắc nhọn là chất thải lây nhiễm có thể gây ra các vết cắt hoặc xuyên thủng bao gồm: kim tiêm; bơm liềm kim tiêm; đầu sắc nhọn của dây truyền; kim chọc dò; kim châm cứu; lưỡi dao mổ; đinh, cưa dùng trong phẫu thuật và các vật sắc nhọn khác;

b) Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn bao gồm: Chất thải thấm, dính, chứa máu hoặc dịch sinh học của cơ thể; các chất thải phát sinh từ buồng bệnh cách ly;

c) Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao bao gồm: Mẫu bệnh phẩm, dụng cụ đựng, dính mẫu bệnh phẩm.

d) Chất thải giải phẫu bao gồm: Mô, bộ phận cơ thể người thải bỏ và xác động vật thí nghiệm.

### *1.2.2. Chất thải nguy hại không lây nhiễm bao gồm:*

a) Hóa chất thải bỏ bao gồm hoặc có các thành phần nguy hại;

b) Dược phẩm thải bỏ thuộc nhóm gây độc tế bào hoặc có cảnh báo nguy hại từ nhà sản xuất;

c) Thiết bị y tế bị vỡ, hỏng, đã qua sử dụng thải bỏ có chứa thủy ngân và các kim loại nặng;

d) Chất hàn răng amalgam thải bỏ;

đ) Chất thải nguy hại khác theo quy định tại Thông tư số 36/2015/TT- BTNMT ngày 30 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Tài nguyên và Môi trường về quản lý chất thải nguy hại (sau đây gọi tắt là Thông tư số 36/2015/TT-BTNMT).

#### 1.2.3. Chất thải y tế thông thường bao gồm:

a) Chất thải rắn sinh hoạt phát sinh trong sinh hoạt thường ngày của con người và chất thải ngoại cảnh trong cơ sở y tế;

b) Chất thải rắn thông thường phát sinh từ cơ sở y tế không thuộc Danh mục chất thải y tế nguy hại hoặc thuộc Danh mục chất thải y tế nguy hại quy định tại Điểm a Khoản 4 Điều này nhưng có yếu tố nguy hại dưới ngưỡng chất thải nguy hại;

c) Sản phẩm thải lỏng không nguy hại.

#### 1.2.4. Bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải y tế

- Bao bì (túi), dụng cụ (thùng, hộp, can), thiết bị lưu chứa chất thải y tế có biểu tượng theo quy định.

- Bảo đảm lưu chứa an toàn chất thải, có khả năng chống thấm và có kích thước phù hợp với lượng chất thải lưu chứa.

- Màu sắc của bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải y tế quy định như sau:

+ Màu vàng đối với bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải lây nhiễm;

+ Màu đen đối với bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải nguy hại không lây nhiễm;

+ Màu xanh đối với bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải y tế thông thường;

+ Màu trắng đối với bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải tái chế.

- Bao bì, dụng cụ đựng chất thải y tế sử dụng phương pháp đốt không làm bằng nhựa PVC.

- Thùng, hộp đựng chất thải có nắp đóng, mở thuận tiện trong quá trình sử dụng.

- Thùng, hộp đựng chất thải sắc nhọn phải có thành, đáy cứng không bị xuyên thủng.

- Thùng, hộp đựng chất thải có thể tái sử dụng theo đúng mục đích lưu chứa sau khi đã được làm sạch và để khô.

#### 1.2.5. Nguyên tắc phân loại chất thải y tế:

a) Chất thải y tế nguy hại và chất thải y tế thông thường phải phân loại để quản lý ngay tại nơi phát sinh và tại thời điểm phát sinh;

b) Từng loại chất thải y tế phải phân loại riêng vào trong bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải theo quy định. Trường hợp các chất thải y tế nguy hại không có khả năng phản ứng, tương tác với nhau và áp dụng cùng một phương pháp xử lý có thể được phân loại chung vào cùng một bao bì, dụng cụ, thiết bị lưu chứa;

c) Khi chất thải lây nhiễm để lẫn với chất thải khác hoặc ngược lại thì hỗn hợp chất thải đó phải thu gom, lưu giữ và xử lý như chất thải lây nhiễm.

#### 1.2.6. Phân loại chất thải y tế:

- a) Chất thải lây nhiễm sắc nhọn: Đựng trong thùng hoặc hộp có màu vàng;
- b) Chất thải lây nhiễm không sắc nhọn: Đựng trong túi hoặc trong thùng có lót túi và có màu vàng;
- c) Chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao: Đựng trong túi hoặc trong thùng có lót túi và có màu vàng;
- d) Chất thải giải phẫu: Đựng trong 2 lần túi hoặc trong thùng có lót túi và có màu vàng;
- đ) Chất thải nguy hại không lây nhiễm dạng rắn: Đựng trong túi hoặc trong thùng có lót túi và có màu đen;
- e) Chất thải nguy hại không lây nhiễm dạng lỏng: Đựng trong các dụng cụ có nắp đậy kín;
- g) Chất thải y tế thông thường không phục vụ mục đích tái chế: Đựng trong túi hoặc trong thùng có lót túi và có màu xanh;
- h) Chất thải y tế thông thường phục vụ mục đích tái chế: Đựng trong túi hoặc trong thùng có lót túi và có màu trắng.

**\* Túi đựng chất thải**

- Túi màu vàng và màu đen phải làm bằng nhựa PE hoặc PP, không dùng nhựa PVC
- Túi đựng chất thải y tế có thành dày tối thiểu 0,1mm, kích thước túi phù hợp với lượng chất thải phát sinh, thể tích tối đa của túi là 0,1 m<sup>3</sup>.
- Bên ngoài túi phải có đường kẻ ngang ở mức 3/4 túi và có dòng chữ "KHÔNG ĐƯỢC ĐỰNG QUÁ VẠCH NÀY".
- Các túi đựng chất thải phải tuân theo hệ thống màu theo quy định và sử dụng đúng mục đích.

**2. Giám sát công tác an toàn thực phẩm**

Vệ sinh an toàn thực phẩm hay an toàn thực phẩm hiểu theo nghĩa hẹp là môn khoa học dùng để mô tả việc xử lý, chế biến, bảo quản và lưu trữ thực phẩm bằng những phương pháp phòng ngừa, phòng chống bệnh tật do thực phẩm gây ra.

Vệ sinh an toàn thực phẩm cũng bao gồm một số thói quen, thao tác trong khâu chế biến cần được thực hiện để tránh các nguy cơ sức khoẻ tiềm năng nghiêm trọng.

Vệ sinh an toàn thực phẩm là toàn bộ những vấn đề cần xử lý liên quan đến việc đảm bảo vệ sinh đối với thực phẩm nhằm đảm bảo sức khoẻ của người tiêu dùng.

**2.1. Giám sát an toàn thực phẩm**

Giám sát an toàn thực phẩm là đảm bảo việc cung cấp thực phẩm đến người tiêu dùng không bị tiếp xúc với các thành phần trong thực phẩm như các chất ô nhiễm hoá học, các nguy hiểm phóng xạ gây nên một mối nguy cơ cho sức khoẻ.

- Tham gia cùng đoàn kiểm tra, giám sát vệ sinh an toàn thực phẩm, lấy mẫu để kiểm nghiệm khi cần thiết;

- Niêm phong thực phẩm, tạm dừng bán thực phẩm không phù hợp, tạm dừng quảng cáo thực phẩm có nội dung không phù hợp trong quá trình kiểm tra trên thị

trường và phải báo cáo cơ quan quản lý an toàn thực phẩm trong thời hạn không quá 24 giờ, kể từ khi niêm phong thực phẩm, tạm dừng bán thực phẩm không phù hợp, tạm dừng quảng cáo;

- Báo cáo kịp thời các vấn đề về vi phạm vệ sinh an toàn thực phẩm cho cơ quan quản lý an toàn thực phẩm.

## **2.2. Một số hoạt động tăng cường công tác giám sát VSATTP**

- Tiếp tục triển khai mạnh mẽ và đồng bộ các hoạt động thông tin, giáo dục và truyền thông thay đổi hành vi.

- Xây dựng và phát triển các kỹ năng truyền thông về an toàn sức khỏe.

- Phát hiện, phòng ngừa và xử lý kịp thời các vụ ngộ độc thực phẩm và bệnh truyền qua thực phẩm.

- Tăng cường truyền thông, tư vấn cho người dân về an toàn vệ sinh thực phẩm.

## **3. Nguyên tắc cơ bản xử trí thảm họa tại cơ sở**

Thảm họa là những hiện tượng biến cố bất ngờ gây tổn thất lớn về người và của cải vật chất, môi trường vượt lên khả năng tự bù đắp của địa phương nơi xảy ra thảm họa.

Theo định nghĩa của tổ chức y tế thế giới: thảm họa là các hiện tượng gây các thiệt hại, các đảo lộn về kinh tế, các tổn thất về sinh mạng, các hư hại đến sức khỏe, đến cơ sở y tế với một mức độ lớn đòi hỏi sự huy động cứu trợ đặc biệt từ ngoài đến vùng bị thảm họa.

### **3.1. Nguyên tắc cơ bản xử trí tại hiện trường**

- Nguyên tắc 3T:

+ Phân loại (triage)

+ Điều trị (treatment)

+ Vận chuyển (transport).

- 6 nhiệm vụ:

1. Phát hiện sớm

2. Báo cáo nhanh

3. Đáp ứng kịp thời

4. Chăm sóc tại hiện trường

5. Chăm sóc trên đường vận chuyển

6. Chuyển nạn nhân đến nơi cấp cứu, điều trị.

### **3.2. Phân loại mức độ thảm họa**

#### **3.2.1. Phân loại thảm họa theo số người bị tác động trực tiếp:**

- Thảm họa mức 1: 30 - 100 người bị nạn, hoặc 20 - 50 người phải nằm viện.

- Thảm họa mức 2: 101 - 500 người bị nạn, hoặc 51 - 200 người phải nằm viện

- Thảm họa mức 3: 501 - 2.000 người bị nạn, hoặc 200 - 300 người phải nằm viện.

- Thảm họa mức 4: hàng ngàn người bị nạn, trên 300 người phải nằm viện.

Ý nghĩa của phân loại mức độ: là cơ sở để đánh giá mức độ ảnh hưởng chung về các mặt, là căn cứ để huy động người, xe cứu thương và các phương tiện phục vụ công tác khắc phục hậu quả của thảm họa.

### 3.2.2. Phân loại nạn nhân tại hiện trường:

Mục đích: Xử lý nhanh, tốt nhất cho số nạn nhân lớn nhất.

Nguyên tắc:

- 1) Nhanh chóng;
- 2) Ưu tiên cứu cấp và giải thoát nạn nhân;
- 3) Phân loại và tiên lượng;
- 4) Bình tĩnh khi phân loại.

#### 3.2.2.1. Phân loại tại chỗ (phân loại đầu tiên):

- + Khẩn cấp
- + Không khẩn cấp

#### 3.2.2.2. Phân loại y tế (phân loại lần II):

Kết hợp phương pháp S.T.A.R.T (*simple triage and rapid treatment*) với phương pháp gắn ký hiệu màu cho bệnh nhân: đỏ (*immediate*) - vàng (*delayed*) - xanh (*minor injuries*) - đen (*deceased*).

#### 3.2.2.3. Phân loại vận chuyển (phân loại lần III):

- Đỏ: cần vận chuyển càng nhanh càng tốt
- Vàng: không có vấn đề đe dọa tính mạng
- Xanh: có thể đi bộ được
- Đen: tử vong (chuyển nhà xác, lực lượng pháp y)

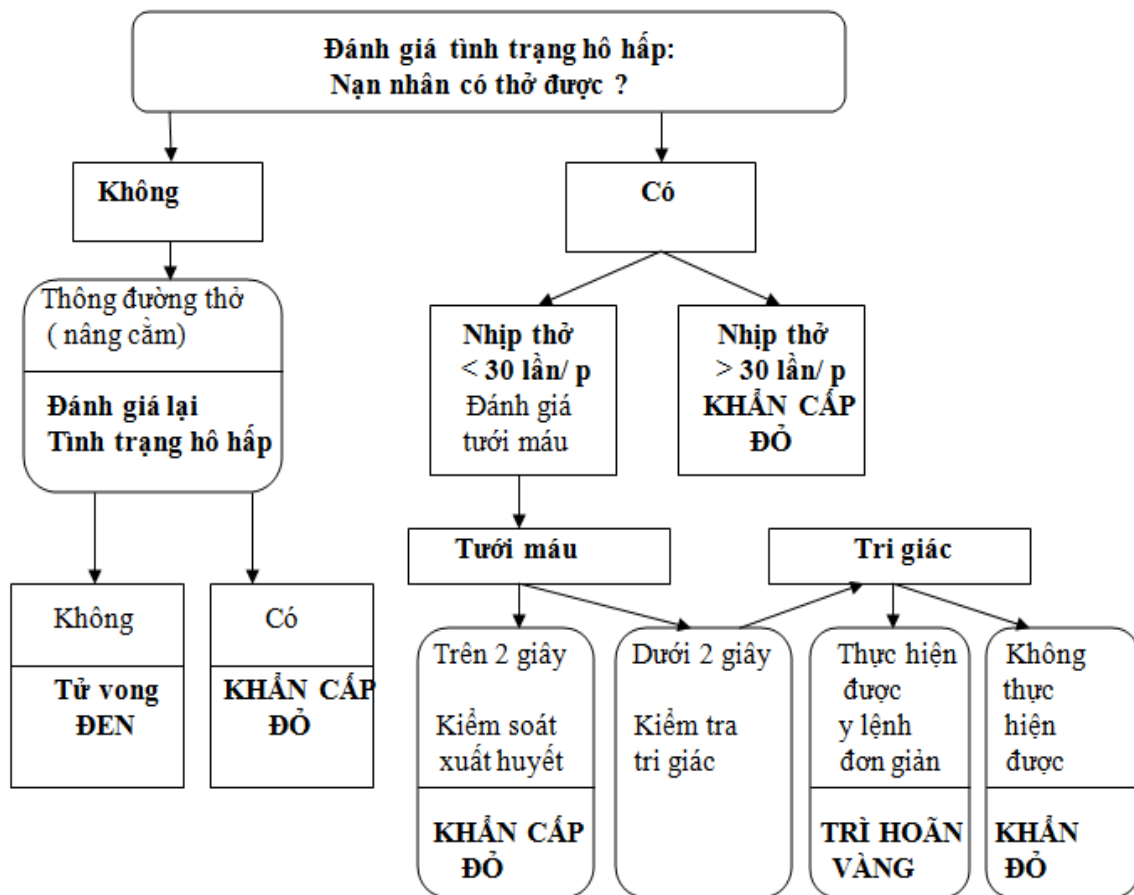


Hình 1: Các ký hiệu phân loại nạn nhân: ưu tiên 1, 2, 3, 4



Hình 2: Các nhãn phân loại nạn nhân

3.2.3. Phân loại nhanh: dựa vào lưu đồ



Lưu đồ phân loại nhanh nạn nhân tại hiện trường

3.3. Kiểm soát cấp cứu thương vong hàng loạt tại hiện trường:

- Các đội cấp cứu nhanh chóng đến hiện trường
- Tiếp cận hiện trường, đánh giá mức độ thảm họa: ước lượng số nạn nhân, đặc điểm thương tích của thảm họa (bong, ngộ độc khí, hóa chất, gãy xương, chấn thương đầu,

ngực, bụng, vùi lấp...)

- Xác định các vị trí:

+ Hướng đi cho công tác giải thoát nạn nhân từ khu vực thảm họa đến vị trí tiếp nhận

+ Vị trí tiếp nhận và phân loại nạn nhân.

+ Vị trí sơ cấp cứu, hướng di chuyển nạn nhân ra xe cứu thương

+ Vị trí tập kết xe cứu thương

+ Hướng di chuyển của xe cứu thương ra khỏi hiện trường...

- Tiếp nhận nạn nhân: tiếp nhận nạn nhân từ lực lượng cứu hộ hoặc từ các lực lượng khác, khu vực tiếp nhận phải được lực lượng công an đảm bảo trật tự cho nhân viên y tế làm việc.

- Phân loại nạn nhân

- Sơ cấp cứu: theo các mức độ phân loại nói trên, phải đảm bảo bốn nguyên tắc sơ cấp cứu (giữ thông đường thở; cầm máu; bất động, cố định; trấn an nạn nhân) và bảo đảm đúng kỹ thuật y tế.

- Vận chuyển nạn nhân

- Tiếp tế tại hiện trường: khi hoạt động cấp cứu tại hiện trường kéo dài trong thời gian dài hoặc khi số lượng thương vong lớn, cần đảm bảo công tác tiếp tế hậu cần liên tục: thuốc, dịch truyền, phương tiện phục vụ ...

- Rút quân khỏi hiện trường: lực lượng y tế chỉ được phép rút toàn bộ lực lượng hoặc một phần lực lượng rời khỏi hiện trường khi có ý kiến của người chỉ huy hiện trường nơi thảm họa.

### **Câu hỏi lượng giá**

Câu 1. Chất thải bệnh viện, trạm y tế được phân thành mấy nhóm

A. 5

B. 4

C. 3

D. 2

Câu 2. Những yếu tố ảnh hưởng của môi trường đến sức khỏe

A. Môi trường nước, môi trường không khí

B. Môi trường nước, môi trường đất

C. Môi trường đất, môi trường không khí

D. Môi trường đất, môi trường nước, môi trường không khí

Câu 3. Mã màu sắc đựng chất thải lây nhiễm là

A. Màu đen

B. Màu xanh

C. Màu trắng

D. Màu vàng

Câu 4. Mã màu sắc đựng chất thải tái chế là

A. Màu đen

B. Màu xanh

C. Màu trắng

D. Màu vàng

Câu 5. Nguyên tắc cơ bản xử trí thảm họa tại hiện trường là:

A. Tiếp cận, giải thoát, phân loại, sơ cấp cứu, vận chuyển cấp cứu về cơ sở điều trị

B. Sơ cấp cứu, tiếp cận, giải thoát, phân loại, vận chuyển cấp cứu về cơ sở điều trị

C. Giải thoát, tiếp cận, phân loại, sơ cấp cứu, vận chuyển cấp cứu về cơ sở điều trị

D. Phân loại, tiếp cận, giải thoát, sơ cấp cứu, vận chuyển cấp cứu về cơ sở điều trị

### **Tài liệu tham khảo**

1. Bộ Y tế: Thông tư 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT quy định về quản lý chất thải y tế.

2. Lê Minh Đại (1994), "Công tác chọn lọc nạn nhân trong thảm họa" - Y Tế trong thảm họa, Trung Tâm Đào tạo và Bồi dưỡng cán bộ Y tế TP. Hồ Chí Minh, lưu hành nội bộ.

3. Đỗ Công Tâm (2009), "Đáp ứng và hỗ trợ y tế trong thảm họa", NXB Đại học Huế.  
Tài liệu huấn luyện Cấp cứu ngoại viện(2009) BV Cấp cứu Trung Vương, TP.HCM.

4. Đại học Y dược TP.HCM: Sức khỏe môi trường

5. Bộ Y tế: Thông tư 33/2015/TT-BYT hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của Trạm y tế xã, phường, thị trấn.

6. Nguyễn Minh Hiếu: Thảm họa và một số vấn đề cứu chữa trong thảm họa.

## **BÀI 7**

### **KỸ THUẬT CẤP CỨU BAN ĐẦU**

#### **Mục tiêu**

1. Nhận định và xử trí cấp cứu một số tình huống thường gặp: điện giật, đuối nước, bông, gãy xương, ngừng tuần hoàn, cấp cứu dị vật đường thở, ngộ độc cấp qua đường tiêu hoá...tại TYT và cộng đồng
2. Thực hiện được một số kỹ thuật cấp cứu ban đầu tại phòng thực hành theo các tình huống giả định.
3. Thể hiện được sự khẩn trương, thận trọng khi thực hiện kỹ thuật cấp cứu ban đầu tại phòng thực hành theo tình huống giả định

#### **Nội dung**

##### **1. Cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản**

Ngừng tuần hoàn là tim ngừng hoạt động hoặc hoạt động không có hiệu quả (không đưa máu đi tới các cơ quan của cơ thể được). Nghĩ đến ngừng tuần hoàn khi bệnh nhân/nạn nhân đột nhiên có rối loạn ý thức (hôn mê), ngừng thở hoặc thở ngáp. Cấp cứu ngừng tuần hoàn phải rất nhanh, vì sau 4 phút ngừng tuần hoàn, não sẽ bị tổn thương không hồi phục. Trong cấp cứu ngừng tuần hoàn, việc tuân theo thứ tự cấp cứu là rất quan trọng.

Hồi sinh tim phổi cần được bắt đầu ngay lập tức sau khi phát hiện bệnh nhân ngừng tuần hoàn (NTH). Do khoảng thời gian từ khi gọi cấp cứu đến khi kịp cấp cứu có mặt để cấp cứu bệnh nhân thường trên 5 phút, nên khả năng cứu sống được bệnh nhân ngừng tim phụ thuộc chủ yếu vào khả năng và kỹ năng cấp cứu của ekip cấp cứu tại chỗ.

##### **1.1. Thứ tự các bước cấp cứu**

Trước hết phải đảm bảo an toàn cho nạn nhân cũng như bản thân người cấp cứu (đưa nạn nhân ra khỏi vùng nguy hiểm, ngắt nguồn điện nếu nạn nhân bị điện giật, cứu người đuối nước...)

Bước 1. Đánh giá tình trạng ý thức nạn nhân và kiểm tra thở

Lay vai nạn nhân và gọi to, đồng thời kiểm tra xem nạn nhân có thở không. Nếu không tỉnh, không thở hoặc thở ngáp, gọi cấp cứu hỗ trợ.

Bước 2. Kiểm tra mạch

- Người cấp cứu có nhiều nhất là 10 giây để kiểm tra mạch.
- Tìm vị trí khí quản bằng 2 hoặc 3 ngón tay (hình 1)
- Xác định động mạch cảnh bằng cách đặt 2 hoặc 3 ngón tay vào chỗ lõm cạnh khí quản (hình 2).
- Sờ mạch cảnh trong 10 giây, nếu không thấy mạch hoặc không chắc chắn là có mạch, bắt đầu ép tim.



Hình 1: Tìm vị trí khí quản Hình 2: Sờ mạch cảnh

### Bước 3: Ép tim - thổi ngạt

Mục đích: Ép tim ngoài lồng ngực là một thủ thuật dùng áp lực từ 2 bàn tay ấn mạnh, liên tục và nhịp nhàng, ép lên 1/3 dưới xương ức. Tim được ép giữa xương ức và xương sống nằm ở phía sau giúp cho sự lưu thông máu giữa tim, phổi, não và các tổ chức khác của cơ thể đồng thời kích thích tim đập lại khi tim ngừng đập.

- Ép tim thường có hiệu quả hơn nếu tiến hành kết hợp với hô hấp nhân tạo.

- Nếu có 2 người cấp cứu:

+ 1 chu kỳ gồm: ép tim 30 nhát, rồi thổi ngạt 2 nhát

+ Thực hiện 5 chu kỳ, rồi kiểm tra lại mạch cảnh

+ Tiếp tục bước này cho đến khi có cấp cứu đến hỗ trợ.

Nếu có 1 người cấp cứu chỉ ép tim, không thổi ngạt cho đến khi có người đến hỗ trợ.

Chú ý: Không vận chuyển nạn nhân khi đang làm cấp cứu ngừng tuần hoàn.

Kỹ thuật ép tim:

- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên mặt phẳng cứng

- Người cấp cứu quỳ bên cạnh nạn nhân

- Đặt cùi tay của một tay vào giữa ngực nạn nhân, ở nửa dưới của xương ức (hình 3)

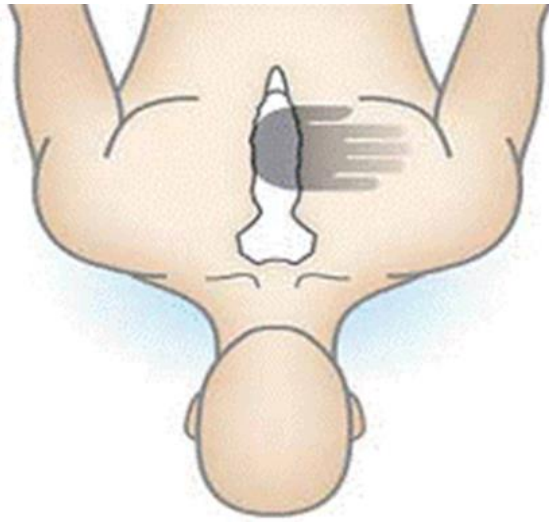
- Đặt cùi tay còn lại lên trên cùi tay đã đặt trên ngực nạn nhân

- Duỗi thẳng cánh tay và đặt vai thẳng đứng so với bàn tay (hình 4)

- Ép nhanh - ít nhất 100 lần/phút và mạnh - sâu 5 cm (cập nhật 100-120 lần, sâu 5-6 cm)

- Sau mỗi nhát ép, nhả tay để ngực phòng trở lại hoàn toàn (thời gian ấn bằng thời gian nhả, chú ý không nhấc hẳn tay khỏi ngực nạn nhân)

- Ép liên tục, tránh ngắt quãng.



Hình 3: Vị trí đặt cùi tay

Kỹ thuật thổi ngạt: Thổi ngạt là phương pháp cấp cứu nạn nhân ngừng thở đột ngột bằng cách: cấp cứu viên thổi trực tiếp hơi thở của mình qua miệng hay mũi nạn nhân



Hình 4: Tư thế ép tim

nhân để giúp hô hấp hoạt động trở lại.

- Kiểm tra xem có dị vật đường thở không. Nếu có, móc ra hoặc làm thủ thuật Heimlich

- Đặt đầu nạn nhân ở tư thế đầu ngửa, cằm cao (hình 6)

- Bóp 2 lỗ mũi nạn nhân bằng ngón trỏ và ngón cái của bàn tay đặt trên trán nạn nhân

- Thổi miệng - miệng, đủ mạnh tới mức nhìn thấy ngực nạn nhân phồng lên rõ (hình 7)

- Nếu không thấy ngực nạn nhân phồng lên, kiểm tra đường thở để đảm bảo thông đường thở, và thay đổi mức độ ngửa của cổ để luồng khí vào phổi được thuận lợi.

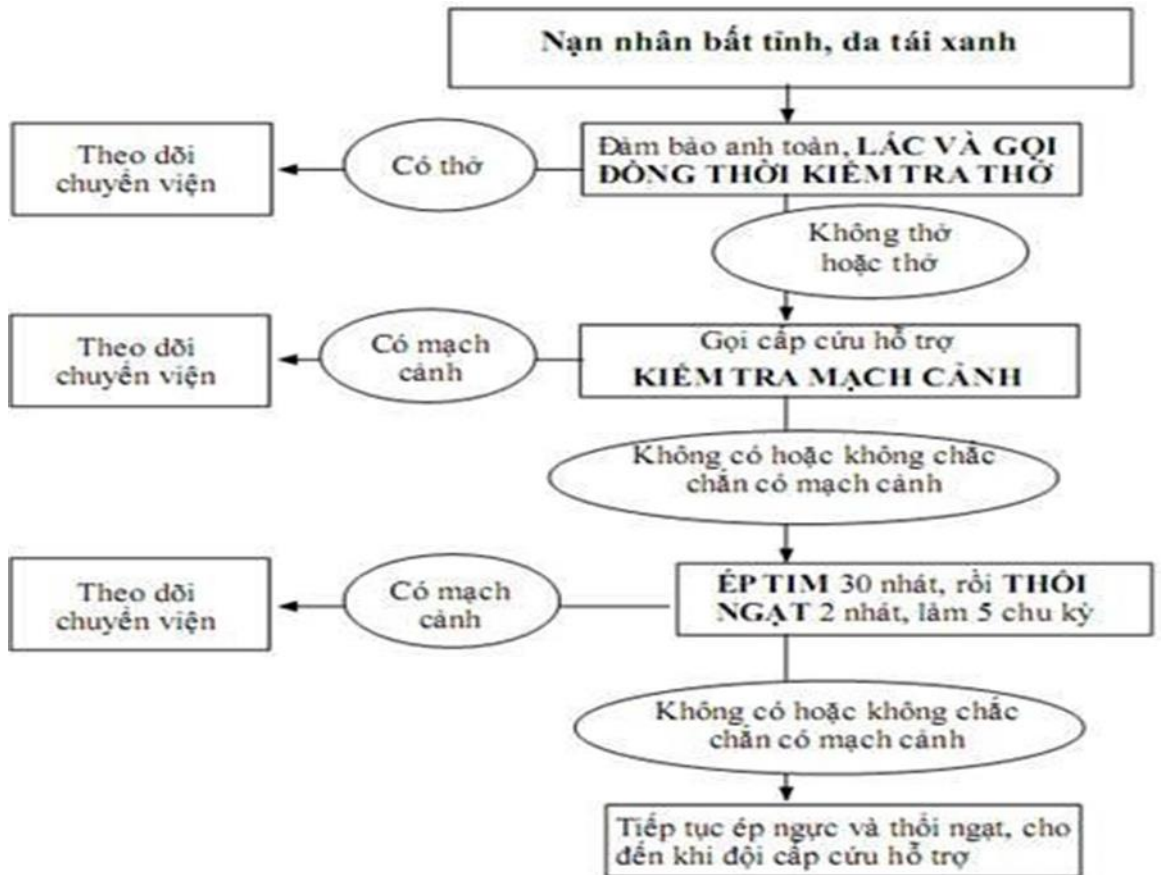


*Hình 6: Tư thế  
đầu ngửa, cằm cao*

*Hình 7: Thổi ngạt  
miệng – miệng*

Chú ý khi thực hành cấp cứu

- Nếu có 2 người cấp cứu, một người ép tim và một người thổi ngạt, làm một lúc rồi đổi vai (người ép tim chuyển sang thổi ngạt và người thổi ngạt chuyển sang ép tim).
- Nếu chỉ có 1 người cấp cứu, chỉ cần ép tim và gọi người đến hỗ trợ.
- Nếu có bóngambu, dùng bóngambu thay cho thổi ngạt.



Đối với trẻ em từ 1-12 tuổi

Thứ tự áp dụng giống như người lớn

Chỉ khác ở những điểm sau:

Tỷ lệ ép tim/thổi ngạt là 15/2

Độ sâu của ép tim: 1/3 bề dày của ngực nạn nhân (khoảng 3-4 cm)

Kỹ thuật ép tim: Có thể chỉ cần dùng 1 tay để ép tim với trẻ nhỏ, miễn là đảm bảo độ sâu của ép tim.

Đối với trẻ sơ sinh

Thứ tự áp dụng giống như người lớn và trẻ em trên 1 tuổi, chỉ khác những điểm sau:

## Sờ mạch

Sờ động mạch cánh tay: Đặt 2 ngón tay vào mặt trong cánh tay và ấn nhẹ để sờ động mạch cánh tay như hình 8:



Hình 8. Sờ mạch cánh tay

Kỹ thuật ép tim:

Dùng 2 ngón tay (hình 9), hoặc dùng 2 ngón cái của cả hai tay (hình 10).

Vị trí ép là giữa ngực trên xương ức và ngay dưới đường nối 2 núm vú

Độ sâu của ép tim là 1/3 bề dày của ngực (khoảng 4 cm)

Tỷ lệ ép tim/thổi ngạt: như với trẻ em, là 15/2



Hình 9: Ép ngực bằng 2 ngón tay



Hình 10: Ép ngực bằng hai ngón cái

Kỹ thuật thổi ngạt:

Có thể thổi ngạt miệng - miệng, nhưng tốt hơn nên dùng kỹ thuật thổi ngạt miệng - miệng và mũi, dùng miệng áp vào cả miệng và mũi nạn nhân (hình 11):

Chú ý thổi mạnh vừa phải nhưng phải đủ để ngực nạn nhân phồng lên.



Hình 11. Thổi ngạt trẻ sơ sinh

## 2. Cấp cứu đuối nước

Đuối nước là một dạng của ngạt, do nước bị hít vào phổi, hoặc tắc đường thở do co thắt thanh quản khi nạn nhân ở trong nước. Đây là một tai nạn hay gặp, xảy ra trong khi bơi, đi thuyền và trong các hoạt động dưới nước. Tuy nhiên, cũng có thể xảy ra tại nhà như trong bồn nước, chum vại, rãnh nước,... Khi bị ngạt nước, nạn nhân bị ngừng thở, tim đập chậm lại do phản xạ. Tình trạng ngừng thở tiếp tục dẫn đến thiếu ôxy máu, gây tăng nhịp tim, huyết áp. Nếu ngừng thở tiếp tục kéo dài trong khoảng từ 20 giây đến 2 - 5 phút (tùy thuộc từng nạn nhân) thì đạt đến ngưỡng và nhịp thở lại xuất hiện khiến cho nước bị hít vào gây co thắt thanh quản tức thì, xuất hiện cơn ngừng thở lần 2, sau đó là các nhịp thở bất buộc khiến cho nước, dị vật bị hít vào phổi. Hậu quả là nhịp tim chậm dần lại, rối loạn nhịp, ngừng tim và tử vong.

Mục đích cấp cứu là giải phóng đường thở và cung cấp ô xy cho nạn nhân càng sớm càng tốt.

Yếu tố tiên lượng nặng:

- Nạn nhân dưới 3 tuổi
- Chìm dưới nước >5 phút
- Thời gian hồi sức lâu (5 -10 phút)
- + Có nhịp thở từ 1-3 phút sau hồi sức: tiên lượng tốt
- + Không có nhịp thở sau 40 phút, thường tử vong
- + Hạ thân nhiệt <32 °C
- + Hôn mê sâu (Glasgow <5 điểm) và kéo dài

+ Toàn máu pH<7,2

## **2.1. Triệu chứng lâm sàng**

Chú ý khám phát hiện:

- Các chấn thương đầu, cổ, cột sống và nơi khác
- Có thể ngộ độc, do say rượu, do thuốc an thần, thuốc chống động kinh...trước đó

### **2.1.1. Dấu hiệu hô hấp**

- Ngưng thở, tím tái hoặc thở nhanh
- Ho, khó thở, khò khè, khạc đờm bọt hồng
- Cảm giác bỏng rát sau xương ức, đau ngực
- Rạn phổi

### **2.1.2. Dấu hiệu thần kinh**

- Rối loạn tri giác: li bì, hôn mê
- Co giật do thiếu oxy não
- Di chứng tâm thần có thể xảy ra nếu thiếu oxy não kéo dài.

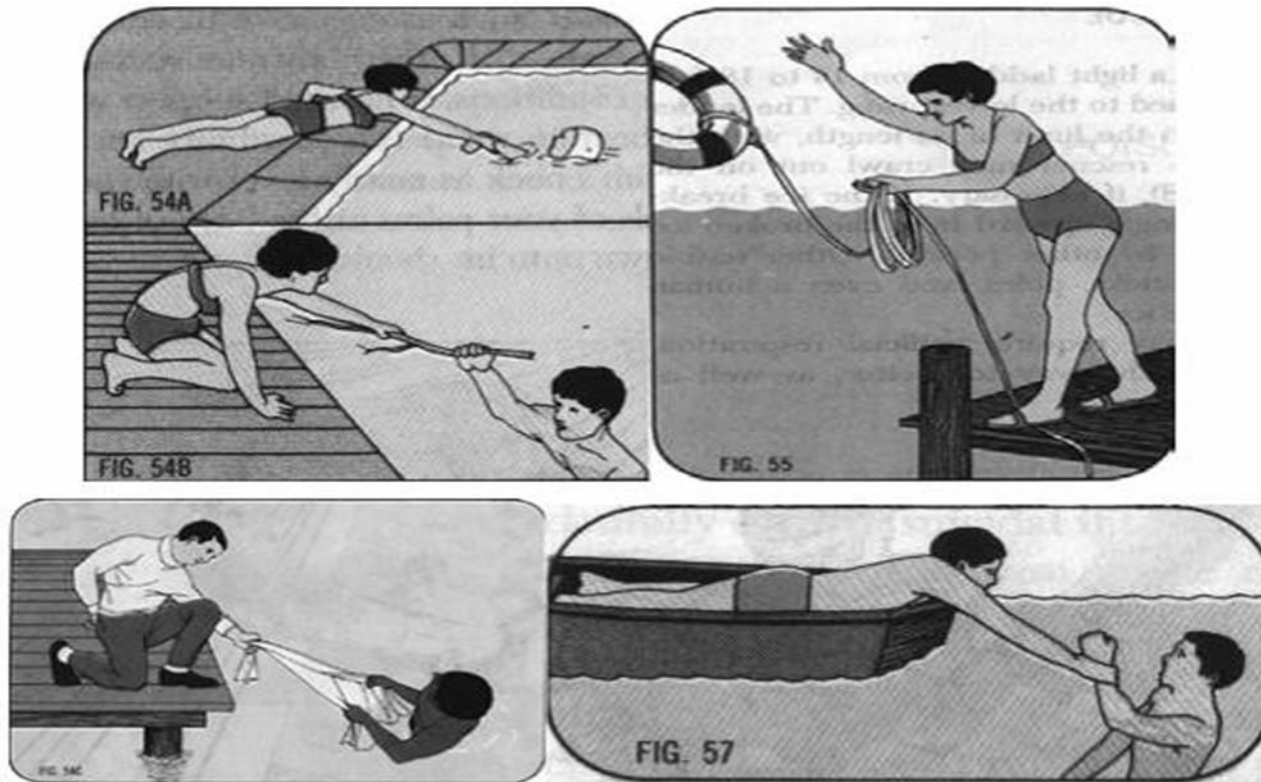
### **2.1.3. Dấu hiệu tuần hoàn: hạ huyết áp, shock**

## **2.2. Xử trí**

### **2.2.1. Đưa nạn nhân ra khỏi nước**

- Nếu nạn nhân còn tỉnh giãy giụa dưới nước, ném cho nạn nhân một cái phao, một khúc gỗ, hoặc một sợi dây để giúp họ lên bờ. Không nên nhảy xuống nước nếu không biết bơi, hoặc không được huấn luyện cách đưa người đuối nước còn tỉnh lên bờ. Vì nạn nhân lúc này trong tình trạng hoảng loạn, dễ níu chặt lấy bất cứ thứ gì với được, kể cả người cứu nạn. Khi cấp cứu nạn nhân ngay ở dưới nước cần phải nâng đầu nạn nhân nhô lên khỏi mặt nước, có động tác để giúp cho nạn nhân trấn tĩnh và thở.

- Nếu nạn nhân bất tỉnh dưới nước (chỉ xuống cứu khi người cứu biết bơi). Nếu không thì gọi người hỗ trợ hoặc dùng thuyền nếu có để ra cứu.



Phải luôn tuân thủ theo trình tự đánh giá và cấp cứu ban đầu:

+ A (Airway): đường thở + cột sống cổ

+ B (Breathing): thở

+ C (Circulation): tuần hoàn

### 2.2.2. Xử trí tại hiện trường

Khi đưa được nạn nhân lên bờ hay lên thuyền phải tiến hành hô hấp nhân tạo, hà hơi thổi ngạt ngay. Khai thông đường hô hấp bằng cách đặt nạn nhân nằm ưỡn cổ nghiêng sang một bên, dùng gạc hay khăn vải móc đờm dãi, dị vật khỏi đường thở và miệng nạn nhân, đặt một khăn mùi soa hay miếng gạc qua miệng nạn nhân, dùng hai ngón tay cái và trỏ bịt mũi nạn nhân rồi thổi hơi trực tiếp vào miệng nạn nhân.

Nếu ngừng tim (sờ mạch quay không có) phải ép tim ngoài lồng ngực. Dùng hai tay chồng lên nhau ép lên lồng ngực ngoài tim, tần số ép khoảng 100 lần/1 phút. Nếu chỉ có một người cấp cứu thì thổi ngạt 2 – 3 hơi lại ép tim ngoài lồng ngực 10 – 15 nhịp. Nếu có hai người cấp cứu thì một người thổi ngạt, một người ép tim ngoài lồng ngực, làm kiên trì cho đến khi tim đập lại và thở trở lại.

Khi tỉnh lại, nạn nhân sẽ nôn ra nước nên phải để nạn nhân ở tư thế an toàn, kê gối dưới hai vai, nới rộng quần áo, phòng cho nạn nhân không bị ngạt trở lại vì sặc chất nôn. Chỉ bỏ cuộc khi đã hô hấp nhân tạo và ép tim được 2 tiếng mà không thấy nạn nhân phục hồi.

Cấp cứu tại chỗ là quan trọng nhất, quyết định sự sống còn của nạn nhân, nếu xử trí chậm nạn nhân bị thiếu ôxy não rất khó cứu sống sau đó.



- Tất cả các trường hợp ngạt nước cần đưa đến bệnh viện vì có khả năng xảy ra suy hô hấp muộn.

### **Trên xe cấp cứu**

Tiếp tục hồi sức cơ bản

Thở oxy qua bóp bóng, mặt nạ hay đặt nội khí quản

Thiết lập đường truyền TM để bơm thuốc cấp cứu

Mắc Monitoring ( nếu có thể)

Đặt sonde dạ dày dẫn lưu nước, tránh trào ngược vào đường hô hấp

Kiểm tra sinh hiệu, SpO<sub>2</sub>

- Liên hệ với khoa cấp cứu tuyến trên chuẩn bị tiếp đón nạn nhân

### **2.2.3. Biến chứng muộn**

“Chết đuối thứ phát” do bệnh lý phổi (viêm phổi hít, viêm phổi bội nhiễm, vật lạ bằng kim loại trong phổi)

- Triệu chứng hô hấp xuất hiện trong vài giờ

- Thường xảy ra ở nạn nhân ngạt nước mặn, hoặc bản thì cần theo dõi dấu hiệu sinh tồn, khí máu, Xquang phổi tại bệnh viện trong 24 giờ

- Khi xảy ra, khả năng sống sót của nạn nhân giảm đi và cần được nhập viện để điều trị.

### **3. Cấp cứu điện giật**

Điện giật là hiện tượng dòng điện đi qua cơ thể dẫn đến cản trở chức năng của một số bộ phận, làm tổn thương chúng hoặc thậm chí dẫn đến tử vong. Điện áp càng cao, thời gian bị điện giật càng lâu thì tình trạng của người bị điện giật càng nghiêm trọng. Trên thực tế, bị sét đánh chính là bị điện giật ở mức tổn hại lớn nhất, bởi điện áp của tia sét lên đến vài nghìn kW.

Nguyên nhân bị điện giật thường gặp là do hệ thống thiết bị điện không an toàn hoặc do thiếu thận trọng trong khi làm việc.

#### **3.1. Các tổn thương do điện giật**

### 3.1.1. Tổn thương do tác động trực tiếp của dòng điện lên mô cơ thể

- Cơ cơ, đặc biệt là cơ hô hấp, cơ hoành gây ngạt thở,
- Rối loạn nhịp tim, có thể có ngừng tim đột ngột, hoặc rung thất,
- Suy thận do lắng đọng sắc tố của tế bào cơ trong ống thận (tiêu cơ vân) và do thoát dịch ra ngoài lòng mạch,
- Thần kinh: mất ý thức, yếu hoặc liệt chi, suy giảm hô hấp,

### 3.1.2. Tổn thương do chuyển đổi năng lượng điện thành năng lượng nhiệt gây bỏng nhiệt sâu và bỏng bề mặt

### 3.1.3. Tổn thương cơ học hoặc các chấn thương sau ngã do điện giật.

Các thể lâm sàng:

Thể nhẹ: co cơ bắp, co giật, gãy xương

Thể trung bình: mất ý thức ngắn

Thể nặng: rung thất (sốc điện), ngừng tim, chết ngay

## 3.2. Nguyên tắc cấp cứu ban đầu

- Nhanh chóng ngắt nguồn điện (tránh chạm vào nạn nhân khi nguồn điện chưa được cắt) và đánh giá sơ bộ:

+ Ý thức: hôn mê

+ Ngừng tim: mạch bẹn không bắt được

+ Ngừng thở

+ Chấn thương: gãy cột sống cổ, chấn thương ngực, chảy máu nhiều...

- Tiến hành ngay các biện pháp cấp cứu ngừng tuần hoàn nếu nạn nhân ngừng tim, ngừng thở.

+ Đặt nạn nhân nằm ngửa trên nền đất cứng hoặc ván cứng đầu ngửa tối đa, không làm nếu chưa loại trừ chấn thương cột sống cổ, lấy dị vật trong miệng nạn nhân

+ Đấm vào vùng trước tim nạn nhân 5 cái, nếu tim không đập lại tiến hành thổi ngạt kết hợp ép tim ngoài lồng ngực.

+ Thổi ngạt kiểu miệng – miệng hoặc miệng – mũi, 30 lần ép tim 2 lần thổi ngạt. Tiếp tục cấp cứu đến khi tim đập lại, nạn nhân tự thở được

+ Khi nạn nhân tự thở được, tim đập lại tiến hành cố định cột sống cổ nếu nghi ngờ tổn thương, cố định xương gãy, băng cầm máu, truyền dịch nếu có tụt huyết áp, chuyển bệnh nhân đến bệnh viện.

### Những điều cần ghi nhớ khi sơ cấp cứu người bị điện giật

- Khi tiến hành sơ cấp cứu, người ứng cứu phải thật bình tĩnh, không hoảng loạn, vì toàn bộ công việc cấp cứu chỉ gói gọn trong khoảng 3 phút.

- Người thực hiện sơ cứu cần chú ý đến những thương tích trên người nạn nhân, đề phòng trường hợp nạn nhân bị ngã gây chấn thương, vô tình sẽ khiến tình trạng nặng thêm.

- Đối với nạn nhân bị bỏng do điện không nên rửa nước, chườm đá, hay bôi

bất cứ thuốc gì lên vết thương mà nên đưa nạn nhân đến bệnh viện để nhân viên y tế xử lý.

- Thực hiện hô hấp nhân tạo với những trường hợp tim ngừng đập, nếu nạn nhân bị thương ở miệng, có thể thổi ngạt qua đường mũi.

chú ý đến việc giữ thân nhiệt cho nạn nhân, nếu thời tiết lạnh hoặc nạn nhân đang ở nơi có nước, hãy đưa nạn nhân ra khỏi vùng nước, ủ ấm bằng chăn màn, quần áo.

- Chuyển ngay nạn nhân đến bệnh viện khi bệnh nhân đã có thể tự thở và lấy lại được mạch. Trên đường di chuyển vẫn phải tiếp tục công việc cấp cứu và theo dõi để phát hiện và điều trị kịp thời các tai biến có thể xảy ra

## **4. Bỏng**

### **4.1. Đại cương**

Bỏng là tổn thương gây nên bởi sức nhiệt, hoá chất, điện và các tia vật lý.

Tổn thương do bỏng khác nhau về kích thước, độ sâu. Ngoài tổn thương ngoài da, có thể có tổn thương bỏng tại phổi do hít phải khí nóng, tổn thương toàn thân do hít phải khí độc.

### **4.2. Nguyên nhân**

- Bỏng do sức nhiệt: Hay gặp nhất ở nước ta. Ví dụ sức nhiệt khô (lửa, kim loại nóng chảy...), sức nhiệt ướt (nước sôi, thức ăn nóng...).

- Bỏng do luồng điện: Khi dòng điện đi qua cơ thể sẽ gây tổn thương tế bào, mô và các rối loạn bệnh lý toàn thân: Sốc điện, ngừng tim, ngừng hô hấp.

- Bỏng do hoá chất: Có nhiều loại, hay gặp nhất là:

- Axit:  $H_2SO_4$ ,  $HCl$ ,  $HN03$ ..

- Bazơ:  $KOH$ ,  $NaOH$ ,  $NH_4OH$ , vôi tôi nóng...

Mức độ tổn thương bỏng do hoá chất phụ thuộc vào loại hoá chất, nồng độ chất đó và thời gian tác dụng trên da, vị trí bỏng và sơ cứu

- Bỏng do bức xạ: Như tia hồng ngoại, tử ngoại, tia rơnghen, tia laze, tia gamma và các hạt vật lý. Mức độ tổn thương bỏng phụ thuộc vào loại tia, mật độ của chùm tia, khoảng cách từ nguồn tia tới da và thời gian tác dụng

### **4.3. Phân loại**

Việc phân loại độ sâu bỏng hiện nay trên thế giới và trong nước có nhiều các phân loại dựa vào triệu chứng lâm sàng, tổn thương giải phẫu bệnh, diễn biến tại chỗ và quá trình tái tạo phục hồi. Tuy cách gọi hoặc đặt tên cho từng mức độ tổn thương bỏng các khác nhau nhưng về hình thái tổn thương thực thể và diễn biến bệnh lý thì các nhận định đều thống nhất. Chúng tôi giới thiệu các phân loại 5 độ sâu của Lê Thế Trung được ứng dụng hiện nay ở Viện bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác.

#### **4.3.1. Bỏng độ I: (Viêm cấp da do bỏng)**

- Giải phẫu bệnh: Tổn thương tới lớp tế bào hạt.

- Lâm sàng: Da khô, đỏ nề, đau rát. hay gặp bỏng độ I khi tắm nắng hoặc ở vùng ngoại vi của bỏng nước sôi.

- Tiến triển: Sau 2-3 ngày khỏi, có thể thấy lớp nông của biểu bì khô và bong.

#### 4.3.2. *Bong độ II:* (Bong biểu bì)

- Giải phẫu bệnh: Tổn thương tới lớp tế bào Malpighi (lớp gai).

- Lâm sàng: Trên nền da đỏ nề, đau rát có các nốt phỏng nước to nhỏ khác nhau, vòm mỏng, chứa dịch trong hoặc vàng nhạt. Sự hình thành các nốt phỏng này có thể xuất hiện muộn sau 12-24 giờ. Khi trọt vỡ các nốt phỏng để lại đáy màu hồng, ánh ướt có thâm dịch xuất tiết.

- Tiến triển sau 3-4 ngày hiện tượng viêm (đỏ, phù, đau, sưng) đỡ. Tại các nốt phỏng dịch cô đọng lại. Điều trị tốt sau thời gian 2 tuần lớp biểu bì được phục hồi hoàn toàn để lại da màu hồng, không có sẹo bong.

#### 4.3.3. *Bong độ III:* (Bong trung bì). Bong trung bì chia làm 2 loại:

- Bong trung bì nông (IIIa, III nông)

+ Giải phẫu bệnh: Hoại tử toàn bộ lớp biểu bì, tổn thương phần lớn các thành phần lớp trung bì nhưng ống và gốc lông, các tuyến mồ hôi còn nguyên vẹn.

+ Lâm sàng: Trên đám da đỏ, nề có các nốt phỏng nước vòm dày, chứa dịch hồng, khi trọt vỡ đáy nốt phỏng màu tím sẫm, trắng hoặc xám.

+ Tiến triển: Điều trị tốt hiện tượng biểu mô hoá hoàn thành từ ngày thứ 15 đến 30 để lại nền da nhạt màu hơn phần da lân cận.

- Bong trung bì sâu (IIIb, III sâu)

+ Giải phẫu bệnh: Tổn thương lớp biểu bì, trung bì, chỉ còn lại phần sâu của gốc lông, tuyến mồ hôi.

+ Lâm sàng: Có đám hoại tử da mỏng, màu vàng, giảm cảm giác, không có hình mạch máu dưới da bị đông tắc, da hoại tử bong không bị răn rúm.

+ Tiến triển: Từ tuần thứ 2 trở đi hoại tử da sẽ rụng để lại nền là tổ chức hạt xen lẫn các đảo biểu mô lấm tấm trắng hồng óng ánh của các tuyến và gốc lông, tổn thương bong sẽ khỏi từ ngày 30-45 do sự lan toả của các đảo biểu mô này kết hợp với các tế bào biểu mô của phần biểu bì lành ở mép vết thương bong lan tới.

#### 4.3.4. *Bong độ IV:* (Bong toàn bộ lớp da)

- Giải phẫu bệnh: Các lớp biểu bì, trung bì, hạ bì đều bị tổn thương.

- Lâm sàng: Biểu hiện dưới 2 hình thức:

+ Đám da hoại tử khô: có màu đen, vàng thẫm, hơi lồi hơn so với da lành, nhẵn nhúm hoặc nứt nẻ. Sờ thấy chắc, thô ráp, mất cảm giác. Qua lớp hoại tử nhìn thấy hình lưới mạch máu bị đông tắc.

+ Đám da hoại tử ướt: Có màu trắng bệch hoặc đỏ xám, chỗ trắng chỗ xám như đa hoa, có khi lẫn những vùng da đỏ tím sẫm, hơi cao hơn so với da vùng lân cận, sờ thấy mịn, mất cảm giác, xung quanh là vùng xung huyết phù nề rộng.

Nguy cơ nhiễm khuẩn cao.

- Tiến triển: Từ ngày 20 trở đi hoại tử sẽ rụng để lại nền là tổ chức hạt. Nếu diện tích ít thì có khả năng tự sẹo hoá. Nếu diện tích nhiều phải ghép da.

#### 4.3.5. *Bong độ V:* Ngoài tổn thương bong toàn bộ lớp da, tổn thương còn tới gân, cơ,

xương, khớp. Loại bỏng này thường gặp ở bỏng điện, bỏng gang nóng, bỏng lửa ở những bệnh nhân động kinh, hôn mê, ngất...

Tại trạm y tế xã, cần đánh giá sơ bộ:

- Bệnh nhân có tiếp xúc với tác nhân gây bỏng loại gì.
- Toàn thân bệnh nhân có sốc không dựa vào tình trạng tinh thần, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Tại chỗ da đỏ nề có các nốt phỏng nước hoặc trợt da hoặc da bị cháy xám đen.

#### **4.4 . Sơ cứu bỏng**

##### **4.4.1. Tại nơi xảy ra tai nạn:**

Việc đầu tiên là phải loại trừ ngay tác nhân gây bỏng

- Nếu bỏng do nhiệt ướt: Phải đưa bệnh nhân khỏi nơi bị bỏng, cắt bỏ quần áo bị nước nóng ngâm vào.

- Nếu bỏng lửa: Phải bình tĩnh tìm cách dập ngay lửa, cởi bỏ quần áo đang bị cháy. Nếu ở vùng có đám cháy phải tìm cách vượt nhanh khỏi nơi cháy, chạy theo chiều ngược gió.

- Nếu bỏng điện: Phải cứu người bị nạn ra khỏi luồng điện bằng cách cắt ngay cầu dao điện, tháo bỏ cầu chì, dùng vật cách điện để gỡ dây điện đang tiếp xúc với người bị nạn. Sau đó phải hà hơi thổi ngạt, xoa bóp tim ngoài lồng ngực ngay tại chỗ, có điều kiện thì tiêm thuốc trợ tim, trợ hô hấp và cấp cứu theo dõi bệnh nhân cho đến khi tự thở.

- Nếu bỏng do acid: Phải nhanh chóng cởi bỏ quần áo, giày dép dính axit. Sau đó dùng nhiều nước lạnh dội lên vùng bỏng hoặc ngâm vùng bỏng vào nước sạch để hoà loãng nồng độ acid, rồi mới trung hoà acid bằng dung dịch Natri bicarbonat 10-20% hoặc nước vôi nhè 5%, nước xà phòng.v.v..

- Nếu bỏng do bazơ: Cũng phải dội rửa hoặc ngâm nước lạnh sạch để hoà loãng nồng độ base rồi dùng các dung dịch để trung hoà như: acid axetic 6%, NH<sub>4</sub>Cl 5%, acid boric 3%. Nếu không có các dung dịch trên thì ta dùng nước dấm, nước chanh, nước đường 20%.

Chườm lạnh hoặc ngâm nước lạnh vùng bỏng.

Đây là cách phòng sốc tốt nhất. Ngâm lạnh vùng bỏng có tác dụng làm giảm nhiệt độ, giảm đau, giảm phản ứng viêm nề thoát dịch huyết tương. Nhiệt độ của nước lạnh trong khoảng từ 10-30°C. Nhưng việc làm lạnh chỉ có tác dụng nếu như ta làm trong vòng 30 phút đầu tiên sau bỏng, (tốt nhất là trong vòng 10 phút đầu). Nếu để sau 45 phút sẽ không có tác dụng.

##### **4.5.2. Tại trạm y tế:**

- Cho bệnh nhân uống thuốc giảm đau như Paracetamon tốt nhất dạng viên sủi.

- Sau khi ngâm lạnh vùng bỏng phải băng ép chặt và đều, vừa phải vùng bỏng để hạn chế sự phát triển của nốt phỏng nước và một phần sự phù nề của chi bị bỏng. Một vết bỏng độ II có diện tích 1% nếu để nốt phỏng phát triển tự nhiên thì sẽ thoát

ra từ 25-50 ml huyết tương, còn nếu được băng ép thì chỉ thoát ra từ 3-10 ml.

Không cần băng ở vùng mặt, vùng tầng sinh môn, các vùng hoại tử khô, bồng độ I.

Cho uống dịch điện giải như Orezon, Hydrit... sớm khi không có nôn, chướng bụng hoặc có tổn thương phối hợp như chấn thương sọ não, chấn thương bụng v.v... Dịch điện giải hấp thu qua niêm mạc ống tiêu hoá tuy chậm nhưng có tác dụng tốt trong dự phòng sốc bồng. Nếu không có dịch điện giải thì pha 1 thìa muối, 6 thìa đường vào 1 lít nước đun sôi để nguội cho bệnh nhân uống hoặc nước chè đường.

- Cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi, yên tĩnh ở chỗ thoáng khí, ấm. Đặc biệt những bệnh nhân bị bồng trong các đám cháy lớn có nhiều sản phẩm của chất cháy dưới dạng các khí khói nóng, nhiều khí CO phải theo dõi sát tình trạng hô hấp.

- Nếu có điều kiện: Nên cho bệnh nhân dùng kháng sinh sớm và dùng huyết thanh chống uốn ván.

Phải tiên lượng được bệnh nhân bồng và dự kiến sự phát triển của sốc bồng. Nếu người bệnh đang có sốc hoặc đe dọa sốc phát sinh thì không được vận chuyển hoặc thay băng phức tạp cầu kỳ.

## **5. Gãy xương**

### **5.1. Phân loại gãy xương**

Có hai loại chính:

- Gãy xương kín: gãy xương nhưng không có vết thương hở ra bên ngoài cơ thể.

- Gãy xương hở: gãy xương có kèm theo vết thương hở ra ngoài da. Vết thương hở này có thể do ngoại lực tác động vào (ngoại lực gây gãy xương) hoặc do bản thân đầu xương gãy xuyên ra ngoài da. Gãy xương hở có nguy cơ nhiễm khuẩn cao.

### **5.2. Chẩn đoán**

Dựa vào 3 triệu chứng và dấu hiệu: đau, mất vận động và biến dạng

- Đau: chỗ nghi ngờ gãy xương đau, nhất là khi khám chạm vào.

- Mất vận động: phần cơ thể chỗ nghi ngờ gãy xương không vận động được.

- Biến dạng: so sánh hình dạng và chiều dài của bộ phận có xương nghi ngờ bị gãy với đối diện của cơ thể sẽ thấy có sự khác nhau. Các loại biến dạng có thể là gấp khúc, ngắn xương hoặc xoay quanh trục xương.

- Ngoài ra có thể thấy những thay đổi trên da tại chỗ nghi ngờ gãy xương như sung tím (lúc đầu có thể chưa rõ, nhưng sau đó sung lên nhanh chóng), vết thương hở (có thể nhìn thấy đầu xương lòi ra tại chỗ rách da).

- Để chẩn đoán chính xác gãy xương, cần chụp X-quang. Tuy nhiên nếu nghi ngờ gãy xương, thì cần tiến hành sơ cứu ban đầu.

### **5.3. Nguyên tắc sơ cứu ban đầu**

5.3.1 Nguyên tắc chung: Cố định các đầu xương gãy và chống sốc.

#### **5.3.2. Kỹ thuật tiến hành**

- Trước hết cấp cứu các chức năng sống cơ bản: làm thông đường thở, hồi phục

hô hấp, cầm máu, giảm đau.

- Với các xương lớn bị gãy nhất là xương đùi, cần cho thuốc giảm đau mạnh để chống sốc: morphin 10mg, một ống tiêm bắp.

- Tránh cử động chỗ xương nghi ngờ bị gãy và các khớp liền kề.

- Đặt nẹp cố định chỗ nghi ngờ gãy xương. Sau đó nâng cao chi bị gãy lên để giảm tụ máu và chảy máu.

- Nếu gãy xương hở, cắt hoặc cởi bỏ quần áo chỗ vết thương, cầm máu bằng băng ép vết thương. Không rửa vết thương, không cho ngón tay vào vết thương.

- Vận chuyển người bệnh lên tuyến trên theo phương pháp vận chuyển an toàn sau khi sơ cứu và cố định xương gãy.

#### **5.4. Dụng cụ để cố định gãy xương.**

##### **5.4.1. Nẹp.**

###### **\* Nẹp Cramer.**

Nẹp làm bằng thép. Có 2 sợi dọc và nhiều đoạn thép ngang nối với nhau như bậc thang. Nẹp có thể uốn cong theo các vị trí cần thiết. Nẹp dùng để cố định gãy xương cánh tay, cẳng tay, cẳng chân.

###### **\* Nẹp cao su.**

- Nẹp làm bằng cao su 2 lớp có van để bơm hơi. Kích thước: chi dưới dài 80 cm – 100 cm, chi trên dài 40 cm – 50 cm. Khi dùng luồn nẹp vào chi gãy rồi bơm hơi lên.

###### **\* Nẹp gỗ.**

- Thường dùng thanh gỗ bào nhẵn. Kích thước của nẹp, chi trên: Dài 40 – 50 cm, rộng 5 – 6 cm, dày 0,3 cm. Chi dưới: Dài 80 – 130 cm, rộng 8 – 10 cm, dày 0,8 cm.

###### **\* Nẹp tùy ứng.**

Có thể dùng tre, bương, gỗ hoặc các vật liệu có sẵn.

###### **\* Hộp thuốc cấp cứu, cáng, phiếu chuyển thương (nếu có).**

##### **5.4.2. Băng.**

Dùng bông để lót đầu nẹp hoặc chỗ lồi của đầu xương, tốt nhất là dùng bông mỡ (không thấm nước). Nếu không có có thể dùng bông thấm nước, vải hoặc giấy mềm.

##### **5.4.3. Băng.**

Dùng để buộc cố định nẹp, băng rộng bản dài ngắn tùy theo vị trí tổn thương. Băng phải đảm bảo chắc để khi cố định không bị đứt.

#### **5.5. Sơ cứu một số loại gãy xương**

##### **5.5.1. Cố định gãy xương cánh tay.**

Gãy xương cánh tay thường xảy ra khi nạn nhân ngã chống tay hoặc do gây đập vào... Có thể gãy kín song cũng có trường hợp gãy hở.

###### **Xử trí cố định xương gãy.**

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt nạn nhân nằm hoặc ngồi theo tư thế thuận lợi.
- Bộc lộ chi bị tổn thương.
- Quan sát và đánh giá tình trạng của chi bị tổn thương.

**\* Gãy hở.**

- + Băng ép mép vết thương vào đầu xương để cầm máu.
- + Đặt một miếng gạc hoặc một miếng vải sạch lên đầu xương chồi ra.
- + Đặt một vành khăn hình bán nguyệt bằng vải hoặc bằng bông lên trên vết thương.
- + Dùng băng, băng cố định vành khăn hình bán nguyệt lại, băng nhẹ nhàng sao cho vành khăn không ép chặt vào đầu xương.
- + Dùng nẹp cố định chi theo tư thế gãy (không kéo nắn).
- + Xử trí xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- + Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân chú ý theo dõi và phòng chống sốc.

**\* Gãy kín.**

- Khi không có nẹp:
  - + Gấp cẳng tay vuông góc với cánh tay.
  - + Đặt cẳng tay bị tổn thương lên ngực.
  - + Đặt một mảnh vải hoặc băng tam giác giữa tay bị tổn thương và ngực.
  - + Treo tay nạn nhân vào cổ, nếu không có dây treo ta có thể luồn bàn tay nạn nhân qua khe giữa 2 cúc áo ngực.
  - + Buộc tay vào ngực bằng một khăn hoặc băng to bản.
- Dùng nẹp để bất động:
  - + Nạn nhân ngồi: Có người phụ đứng ở phía trước 1 tay đỡ cánh tay sát hõm nách, 1 tay đỡ khuỷu tay.
  - + Nạn nhân nằm: Cánh tay dẹt ra và đưa về phía trước.
  - + Cẳng tay gấp vuông góc với cánh tay.
  - + Kéo nhẹ nhàng, liên tục theo trục của cánh tay.
  - + Người làm chính: Đặt 2 nẹp gỗ hoặc nẹp tre, 1 nẹp trên từ xương bả vai đến quá khuỷu tay, 1 nẹp dưới từ hõm nách đến quá khuỷu tay.
  - + Lót bông vào 2 đầu của nẹp sát với đầu xương.
  - + Dùng 2 dải băng to bản buộc cố định: 1 dải trên ổ gầy, 1 dải dưới ổ gầy.
  - + Dùng băng cuộn hoặc băng tam giác treo cẳng tay lên cổ sao cho đúng góc độ và người bệnh thoải mái.
  - + Dùng cuộn băng to bản cố định cánh tay vào thân.

+ Viết phiếu chuyển thương và chuyển nạn nhân đến bệnh viện.



Hình 9: Sơ cứu gãy xương cánh tay

### 5.5.2. Gãy xương cẳng tay

Gãy xương cẳng tay là chấn thương gặp ở mọi lứa tuổi, thường do ngã chống tay hoặc có vật khác đập vào. Xương cẳng tay có thể gãy kín, song cũng có trường hợp gãy hở. Có thể gãy 1 xương hoặc cả 2 xương.

#### **Xử trí gãy xương**

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Đặt người bệnh nằm hoặc ngồi theo mức độ tổn thương và sức chịu đựng.
- Bộc lộ chi bị tổn thương, quan sát và đánh giá tình trạng chi.

#### **\* Gãy hở:**

- + Băng ép mép vết thương vào đầu xương để cầm máu.
- + Đặt một miếng gạc hoặc một miếng vải sạch lên đầu xương chòi ra.
- + Đặt một vành khăn hình bán nguyệt bằng vải hoặc bằng bông lên trên vết thương.

+ Dùng băng, băng cố định vành khăn hình bán nguyệt lại, băng nhẹ nhàng sao cho vành khăn không ép chặt vào đầu xương.

+ Dùng nẹp cố định chi theo tư thế gãy (không kéo nắn).

+ Xử trí xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

+ Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân chú ý theo dõi và phòng chống sốc.

#### **\* Gãy kín.**

- Trường hợp không có nẹp mà nạn nhân ngồi được: Ta có thể dùng băng tam giác to treo cẳng tay trước ngực.

- Nếu nạn nhân nằm: Đặt tay nạn nhân duỗi thẳng dọc theo thân. Buộc chi bị tổn thương vào cơ thể bằng băng to bản hoặc 3 mảnh vải rộng ở 3 vị trí.

+ Cổ tay cố định vào đùi.

+ Cẳng tay cố định vào bụng.

+ Cánh tay cố định vào ngực.

#### **\* Trường hợp cố định bằng nẹp:**

- Nạn nhân gấp cẳng tay vuông góc với cánh tay.
- Người phụ đứng ở phía trước một tay đỡ khuỷu tay, một tay nắm lấy bàn tay nạn nhân kéo nhẹ theo trục của chi.
- Người làm chính đặt nẹp: 1 nẹp từ khớp khuỷu đến hết lòng bàn tay, 1 nẹp từ mỏm khuỷu đến đầu ngón tay.
- Độn bông vào các đầu nẹp.
- Dùng băng cuộn để cố định 2 nẹp lại đảm bảo đủ chắc.
- Dùng băng tam giác hoặc băng treo tay nạn nhân lên cổ.
- Viết phiếu chuyển thương và đưa nạn nhân đến bệnh viện.

### 5.5.3. Gãy xương đùi

- Xương đùi là xương dài nhất cơ thể. Nằm trong khu có nhiều cơ, mạch máu, thần kinh lớn. Mọi tai nạn do gãy xương đùi đều phải được coi là tai nạn nặng nề, nghiêm trọng. Nếu không xử trí kịp thời và đúng kỹ thuật nạn nhân sẽ bị chết do sốc.
- Gãy xương đùi gặp ở mọi lứa tuổi, song người già và trẻ em tỷ lệ cao hơn.
- Gãy xương đùi thường xảy ra do ngã, do tai nạn giao thông và bom đạn trong chiến tranh..., vì vậy có thể gãy kín hoặc gãy hở.

#### **Xử trí**

- Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.
- Chống sốc cho nạn nhân.
- Bộc lộ vùng bị thương.
- Quan sát đánh giá, xác định vị trí tổn thương.
- Băng cầm máu cho nạn nhân nếu là gãy xương hở gây chảy máu nhiều.

#### **\* Trường hợp không có nẹp:**

- Dùng 5 cuộn băng to bản hoặc 5 dải vải to.
- Cố định 2 chân vào nhau, các vị trí cố định như sau: 1 dải trên chỗ gãy, 1 dải dưới chỗ gãy, 1 dải buộc hai đầu gối, 1 dải buộc hai cẳng chân, hai bàn chân băng số 8.

#### **\* Cố định gãy xương đùi bằng nẹp tre hoặc nẹp gỗ.**

##### **Phương pháp 2 nẹp:**

Cần có 3 người, 1 người làm chính 2 người phụ (cả 3 người đều ngồi theo tư thế chân quỳ, chân chống).

- Người phụ thứ nhất ngồi phía dưới chân tổn thương của nạn nhân:
  - + Một tay đỡ gót chân nạn nhân và kéo theo trục của chi.
  - + Một tay nắm bàn chân nạn nhân hơi đẩy ngược về phía đùi sao cho bàn chân vuông góc với cẳng chân.
  - + Mắt luôn quan sát sắc mặt nạn nhân.
- Người phụ thứ hai ngồi phía bên chi lành luôn tay nâng chi hoặc người nạn

nhân và giữ nẹp.

- Người thứ ba ( người làm chính ) đặt 2 nẹp:

+ Nẹp ngoài từ hõm nách đến quá gót.

+ Nẹp trong từ bẹn đến quá gót.

+ Đệm bông, vải mềm hoặc giấy mềm vào đầu nẹp và máu lồi của xương cả phía trong và phía ngoài.

+ Luồn các dải băng để cố định:

. 1 dải trên chỗ gãy.

. 1 dải dưới chỗ gãy.

. 1 dải dưới khớp gối.

. 1 dải ở 1/3 dưới cẳng chân

. 1 dải ngang 2 mào chậu.

. 1 dải ngang ngực.

. Băng số 8 để giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.

+ 3 dải còn lại dùng để cố định 2 chi vào nhau:

. 1 dải sát 2 cổ chân.

. 1 dải chính giữa hai gối.

. 1 dải sát hai bên bẹn.

- Sau khi cố định xong kiểm tra tuần hoàn của chi, viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

- Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân chú ý theo dõi và đề phòng sốc.

### **Phương pháp ba nẹp:**

- Hai người phụ quý sát bên cạnh nạn nhân giúp nạn nhân nằm hơi nghiêng sang bên lành.

- Người làm chính:

+ Đặt nẹp thứ 1 từ sau xương bả vai đến quá gót chân (Sau khi đặt nẹp xong hai người phụ giúp người bệnh nằm lại tư thế ban đầu).

+ Đặt nẹp thứ 2 từ hõm nách đến quá gót chân.

+ Đặt nẹp thứ 3 từ bẹn đến quá gót chân.

- Nhiệm vụ của hai người phụ giống như trong phương pháp hai nẹp.

- Đệm bông hoặc giấy mềm, vải mềm vào đầu nẹp và máu lồi của xương.

- Buộc các dải băng cố định:

+ 1 dải trên ổ gãy.

+ 1 dải dưới ổ gãy.

+ 1 dải dưới khớp gối.

+ 1 dải 1/3 dưới cẳng chân.

- + 1 dải ngang hai mào chấu.
- + 1 dải ngang ngực.
- + Băng số 8 để giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.
- Sau khi cố định xong kiểm tra tuần hoàn của chi và tình trạng người bệnh, viết phiếu chuyển thương, nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- Trong quá trình xử trí và vận chuyển phải theo dõi và đề phòng sốc

#### 5.5.4. Gãy xương cẳng chân

- Cẳng chân có 2 xương: Xương chày và xương mác. Có thể gãy một trong 2 xương hoặc gãy cả hai xương. Có thể gãy kín hoặc gãy hở. Song nếu gãy một xương thì gãy xương chày diễn biến và xử trí phức tạp hơn gãy xương mác.
- Gãy xương cẳng chân thường do ngã, do tai nạn hoặc vật nặng đè vào.

#### **Xử trí**

##### **\* Trường hợp gãy xương hở:**

- + Băng ép mép vết thương vào đầu xương để cầm máu.
- + Đặt một miếng gạc hoặc một miếng vải sạch lên đầu xương chồi ra.
- + Đặt một vành khăn hình bán nguyệt bằng vải hoặc bằng bông lên trên vết thương.
- + Dùng băng, băng cố định vành khăn hình bán nguyệt lại, băng nhẹ nhàng sao cho vành khăn không ép chặt vào đầu xương.
- + Dùng nẹp cố định chi theo tư thế gãy (không kéo nắn).
- + Xử trí xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.
- + Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân chú ý theo dõi và phòng chống sốc.

##### **\* Trường hợp gãy kín:**

- Không có nẹp cố định:
- + Chuẩn bị 4 dải băng to bản, 4 mảnh vải.
- + Cố định 2 chi vào nhau, vị trí:
  - . 1 dải trên ổ gãy.
  - . 1 dải dưới ổ gãy.
  - . 1 dải cố định đùi.
  - . 1 dải cố định 2 bàn chân theo kiểu băng số 8.
- Cố định cẳng chân bằng nẹp tre hoặc nẹp gỗ. Cần có 3 người (cả 3 người đều ngồi tư thế chân quỳ, chân chống).
- + Người thứ nhất: ngồi phía bàn chân nạn nhân: Một tay đỡ gót chân và kéo theo trục của chi, một tay nắm bàn chân nạn nhân hơi đẩy về phía đùi sao cho bàn chân vuông góc với cẳng chân, mắt luôn luôn quan sát sắc mặt của nạn nhân.
- + Người thứ 2: ngồi bên nạn nhân (phía bên lành), Luôn 2 tay nâng chi nạn nhân khi luôn dây cố định.

+ Người làm chính: Đặt 2 nẹp (nẹp trong từ giữa đùi đến quá gót, nẹp ngoài từ giữa đùi đến quá gót, độn bông, vải mềm hoặc giấy mềm vào đầu nẹp và các đầu xương cả 2 phía trong và ngoài của chi. Buộc các dải băng cố định:

- . 1 dải trên ổ gầy.
- . 1 dải dưới ổ gầy.
- . 1 dải trên khớp gối khoảng 3 – 5cm.
- . Băng số 8 sát cổ chân để giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.
- . 2 dải còn lại để cố định 2 chi vào nhau: 1 dải sát cổ chân, 1 dải chính giữa gối.

- Sau khi cố định xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế.

- Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân chú ý theo dõi và đề phòng chống sốc.

#### 5.5.5. Xương sọ

- Nguyên nhân thường do vật cứng đập vào đầu hoặc do ngã cao. Thường kèm theo tổn thương da đầu gây chảy máu nhiều.

- Sơ cứu: khi có vết thương đầu:

+ Cầm máu vết thương bằng gạc sạch áp vừa phải lên vết thương

+ Tránh động tác làm gập cổ vì có thể có gãy cột sống cổ kèm theo

+ Không cố làm sạch vết thương sọ vì có thể gây nhiễm trùng hoặc chảy máu nhiều

+ Nếu có dịch chảy ra từ tai hoặc mũi nạn nhân, không nút tai hoặc mũi, không làm bất cứ gì để ngăn dịch chảy ra.

#### 5.5.6. Xương vùng mặt

- Nguyên nhân thường do vật tù đập vào mặt.

- Sơ cứu:

+ Quan trọng nhất là cầm máu và làm thông đường thở

+ Nếu nạn nhân tỉnh và không có dấu hiệu của tổn thương cột sống cổ hoặc lưng, để nạn nhân ngồi cúi người về phía trước để máu và dịch có thể chảy ra. Nếu nạn nhân bất tỉnh, để nạn nhân nằm nghiêng hoặc nằm sấp để dẫn dịch hoặc máu chảy ra.

#### 5.5.7. Cột sống cổ

- Nguyên nhân thường do ngã cao hoặc vật cứng đập vào cột sống

- Sơ cứu:

+ Nếu nghi ngờ tổn thương cột sống cổ, luôn để đầu nạn nhân thẳng, không gập ra trước hoặc ngửa ra sau hoặc chuyển động sang hai bên.

+ Không di chuyển nạn nhân cho đến khi cấp cứu hỗ trợ đến.

+ Nếu buộc phải di chuyển nạn nhân, nên tìm một miếng ván và gọi thêm người hỗ trợ, tiến hành cố định cổ như sau:



Hình 6: Cuộn một khăn nhỏ đặt sau gáy và cuộn một khăn lớn quanh đầu



Hình 7: Buộc cố định đầu vào ván cứng và cố định đầu và thân vào ván cứng

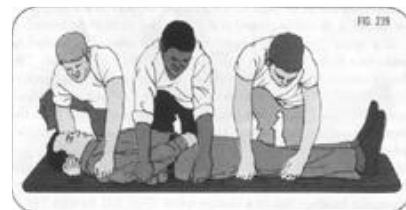
#### 5.5.8. Cột sống lưng

- Nguyên nhân thường do ngã cao hoặc chấn thương trực tiếp vào vùng lưng

- Sơ cứu:

+ Để nạn nhân nằm yên tại chỗ, hạn chế vận chuyển nạn nhân cho đến khi có người hỗ trợ.

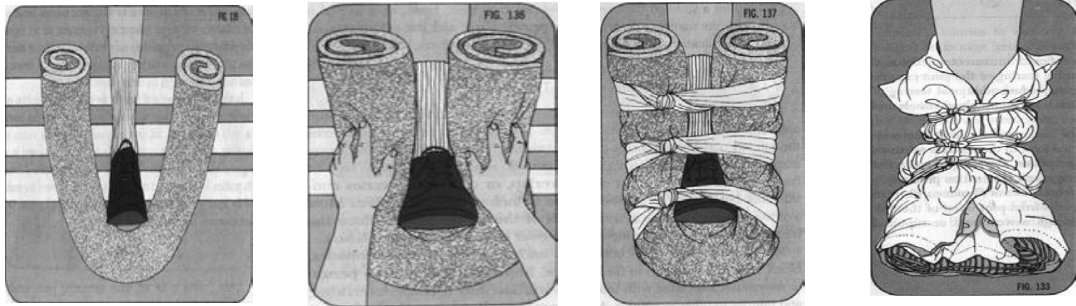
+ Nếu buộc phải vận chuyển, tìm một ván cứng (như cánh cửa) luồn vào lưng của nạn nhân và buộc nạn nhân vào để cố định lưng của nạn nhân. Phải có ít nhất 3 người để làm và theo thứ tự trong hình dưới đây:



Hình 8: Sơ cứu bệnh nhân có tổn thương cột sống lưng

### 5.5.9. Xương bàn chân

- Thường do bị đè bởi vật nặng (xe cán qua,...) hoặc bị vật cứng đập vào.
- Chẩn đoán: sưng đau biến dạng bàn chân



Hình 13: Sơ cứu gãy xương bàn chân

## 6. Cấp cứu dị vật đường thở

Dị vật đường thở là những vật mắc lại trên đường thở từ thanh quản đến phế quản phân thùy

Là cấp cứu thường gặp, nếu không được chẩn đoán sớm, xử trí đúng, nhanh chóng dễ dẫn tới các biến chứng nặng nề và có thể tử vong nhanh chóng

### 6.1. Nguyên nhân

Do bản thân người bệnh

- Thói quen ngậm đồ khi chơi, khi làm việc.
- Khóc, cười đùa trong khi ăn.
- Rối loạn phản xạ họng - thanh quản ở người già và trẻ em, đặc biệt ở trẻ dưới 4 tuổi do cơ khép thanh quản trên ba bình diện khi nuốt chưa hoàn chỉnh.
- Liệt cơ họng - thanh quản, đeo canuyn lâu.
- Do uống nước sôi gây dị vật sống vào đường thở (hay gặp con tắc te).

Do thầy thuốc

- Nhổ răng gây rơi răng, mũi khoan răng rơi vào đường thở.
- Cho uống thuốc không đúng qui cách làm thuốc rơi vào đường thở.

## **6.2. Phân loại dị vật**

- Bản chất của dị vật phụ thuộc vào thói quen sinh hoạt của từng dân tộc, địa phương, tức là theo địa dư và tập quán xã hội. Gồm hai nhóm dị vật với tỷ lệ khác nhau.

- Dị vật vô cơ: là chất khoáng trơ, kim loại đồ chơi nhựa, kim băng... Loại dị vật này ít gây viêm nhiễm trừ dị vật sắc gây tổn thương niêm mạc, đặc biệt gây đau.

- Dị vật hữu cơ: thịt, cua, cá lẫn xương, vỏ trứng... Loại dị vật này hay gây nhiễm trùng sớm và nặng do làm tổn thương, xây xát niêm mạc đường thở. Ngoài ra còn có dị vật sống (con tắc te) chui vào sống trong đường thở, thường ở khí quản. Hoặc dị vật thực vật nhiều nhất là hạt lạc, rồi đến hạt dưa, hạt na, hạt hồng xiêm. Các loại hạt có dầu hay gây viêm nhiễm hơn các loại hạt khác.

Những dị vật có nguồn gốc động vật và thực vật dễ gây viêm nhiễm, biến chứng nặng hơn dị vật vô cơ.

## **6.3. Triệu chứng lâm sàng**

Hội chứng xâm nhập:

Hội chứng này có thể khai thác được ở 93% số bệnh nhân, còn 7% không khai thác được hội chứng xâm nhập là những trường hợp dị vật sống con tắc te, bệnh nhân bị hôn mê, không có người chứng kiến mà trẻ còn nhỏ cha tự kể được hoặc do người chứng kiến cố tình dấu diếm.

Trên lâm sàng biểu hiện bằng cơn ho sặc sụa, tím tái, vã mồ hôi, trợn mắt mũi đôi khi đại tiểu tiện không tự chủ, cơn kéo dài khoảng 3 - 5 phút, sau đó có 3 khả năng có thể xảy ra:

Dị vật được tống ra ngoài nhờ phản xạ bảo vệ của thanh quản

Dị vật quá to chèn ép kín tiền đình thanh quản làm cho bệnh nhân ngạt thở, tử vong không đến được bệnh viện.

Dị vật mắc lại trên đường thở, ở thanh quản, khí quản hoặc phế quản. Tùy theo vị trí dị vật mắc lại mà trên lâm sàng có các biểu hiện khác nhau.

## **6.4. Chẩn đoán**

Chẩn đoán xác định

Trước tiên, hội chứng xâm nhập là dấu hiệu gợi ý.

Hỏi bệnh và khám thực thể: Đánh giá tình trạng và kiểu khó thở cũng có thể hướng tới chẩn đoán và định khu được dị vật: nếu có khàn tiếng và khó thở thanh quản thì dị vật ở thanh quản. Nếu khó thở cả hai thì và ho từng cơn dữ dội, thường dị vật nằm ở khí quản....

Nghe phổi cho biết được mức độ viêm nhiễm ở phổi và vị trí của dị vật:

Dị vật ở thanh quản sẽ thấy tiếng rít, ngáy lan từ trên xuống ở cả hai bên phổi, đôi khi thấy rì rào phế nang giảm ở cả hai phổi do tình trạng kém thông khí.

Dị vật ở khí quản: Nghe thấy tiếng rít ở cả hai phổi, nghe có tiếng lật phật cò

bay là điển hình dị vật ở khí quản.

Dị vật ở phế quản: Nghe thấy rì rào phế nang giảm hoặc mất một bên. cũng có thể nghe thấy rales âm, rales nổ nếu đã có tình trạng viêm nhiễm.

Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi thanh, khí, phế quản, nếu thấy dị vật ở đường thở là chẩn đoán xác định.

**Chẩn đoán phân biệt**

Viêm phổi: khi viêm phổi bệnh nhân thường ho từng cơn, nghe phổi có rales âm, trên phim phổi có hình ảnh viêm nhiễm. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi thanh khí phế quản.

Áp xe phổi: Những viêm nhiễm khu trú ở một bên phổi thường hay gợi ý nghĩ đến dị vật đường thở. Chẩn đoán xác định dựa vào nội soi.

Xẹp phổi: Các nguyên nhân gây xẹp phổi như khối u, viêm nhiễm. Cần phải chẩn đoán phân biệt bằng nội soi.

### **6.5. Xử trí**

Trong cộng đồng: Đối với trường hợp tối cấp, bệnh nhân bị ngạt thở: Cho bệnh nhân nằm dốc đầu, vỗ mạnh vào ngực bệnh nhân, kích thích cho bệnh nhân khóc, nếu dị vật tròn nhẵn sẽ rơi xuống họng hoặc vom mũi họng, đưa ngón tay trở vào họng để kéo dị vật ra.

Nguyên tắc: phải đảm bảo khai thông đường thở, lấy bỏ dị vật càng sớm càng tốt.

Trong trường hợp ngạt thở, nếu không xử trí ngay bệnh nhân sẽ tử vong.

#### **Nghiệm pháp Heimlich:**

**Mục đích:** Là thủ thuật dùng tay người cấp cứu gây một áp lực mạnh trong đường dẫn khí để đẩy một dị vật gây tắc khí quản ra khỏi đường hô hấp trên; dị vật gây tắc khí quản thường xảy ra đang lúc ăn, sau khi ăn no hoặc say rượu, sặc bột ở trẻ em.

**Chỉ định:** Sặc bột hoặc dị vật ở trẻ em nhỏ. Ngạt thở do một mảnh thức ăn lấp thanh quản, khí quản. Đặc biệt chú ý tới người bệnh yếu mới khỏi bệnh chưa tự ăn được.

**Chống chỉ định:** Không có.



Hình ảnh minh họa các bước xử trí dị vật đường thở theo nghiệm pháp Heimlich

Các bước tiến hành:

**\* Người bệnh đứng, hơi ngả đầu ra phía trước**

- Phương pháp 1: Thầy thuốc đứng sau người bệnh, vòng tay ra phía trước (vùng thượng vị) của người bệnh, bàn tay phải nắm lại và bàn tay trái cầm lấy nắm tay phải áp sát vào vùng thượng vị, giật mạnh vòng tay về phía cơ hoành từ dưới lên trên. Có thể làm lại thủ thuật nhiều lần.
- Phương pháp 2: Một tay vòng ra phía trước đỡ người bệnh, một tay đập mạnh vào lưng (vùng giữa hai xương bả) nhiều lần

**\* Người bệnh ngồi trên ghế**

- Phương pháp 1: Người cứu hộ đứng phía sau lưng ghế, vòng hai tay ra phía trước rồi thực hiện như trên.
- Phương pháp 2: Đấm lưng như trong tư thế người bệnh đứng.

**\* Người bệnh nằm ngửa:** Để đầu người bệnh nghiêng về một bên, áp một tay vào vùng thượng vị, bàn tay kia đặt bắt chéo trên bàn tay dưới rồi đẩy mạnh từ bụng lên phía ngực.

**\* Người bệnh nằm sấp:** Dùng hai bàn tay ấn mạnh (hoặc nắm tay đấm mạnh) vào vùng liên bả nhiều lần. Trẻ em về nguyên tắc cũng làm như vậy: Trẻ sơ sinh nhấc hai chân dưới lên rồi lấy bàn tay vỗ vào lưng. Trẻ nhỏ: Người lớn quỳ chân đặt úp em bé vào đùi rồi đập cườm tay vào lưng.

Ở tuyến y tế không chuyên khoa: Nếu ngạt thở trong cơ sở y tế thì mở khí quản cấp cứu là tốt nhất, cũng có thể đặt nội khí quản hoặc chọc kim 13 qua màng giáp nhân, hoặc cũng có thể soi thanh quản bằng ống Macintosh gấp dị vật hoặc đẩy dị vật xuống dưới để khai thông đường thở càng sớm càng tốt.

**Theo dõi và xử trí tai biến**

Khi người bệnh thở lại, chuyển ngay người bệnh đến bệnh viện để tiếp tục hút đờm dãi, soi đường thở (thanh quản, khí quản, phế quản) để lấy dị vật nhỏ khác còn lại.

Thở oxy mũi.

Đặt ống nội khí quản tiếp (nếu cần).

Người bệnh không thở lại, hoặc thở yếu, vẫn tím: Thôi ngạt.

Người bệnh ngừng tuần hoàn: Bóp tim ngoài lồng ngực và thổi ngạt.

## **6.6. Phòng bệnh**

Cần tuyên truyền trong cộng đồng

Không nên cười đùa trong khi ăn, không cưỡng bức trẻ em ăn khi đang khóc.

Không ngậm đồ vật khi chơi, khi làm việc.

Đề các vật, các quả hạt nhỏ có thể đưa vào miệng xa tầm tay của trẻ nhỏ.

Không nên uống nước sôi để phòng dị vật sống đường thở.

Đối với y tế tuyến cơ sở

Nên chú ý khai thác hội chứng xâm nhập khi bệnh nhân có bệnh lí về hô hấp để phát hiện dị vật đường thở.

Xử trí cấp cứu được các trường hợp có ngạt thở cấp.

Nên hội chẩn với chuyên khoa Tai Mũi Họng các trường hợp viêm phổi kéo dài, tái phát nhiều lần, viêm phổi một bên...để phát hiện sớm dị vật đường thở.

Nắm vững các biện pháp xử trí ban đầu đối với dị vật đường thở và biết cách chuyển an toàn bệnh nhân dị vật đường thở.

## **7. Chẩn đoán và xử trí chung với ngộ độc cấp**

### **7.1. Đại cương**

**Xử trí bệnh nhân ngộ độc cấp bao gồm 2 nhóm công việc:**

Nhóm 1: Các biện pháp hồi sức và điều trị các triệu chứng, bao gồm:

- Cấp cứu ban đầu
- Hỏi bệnh, khám, định hướng chẩn đoán.
- Các biện pháp điều trị hỗ trợ toàn diện

Nhóm 2: Các biện pháp chống độc đặc hiệu, bao gồm:

- Hạn chế hấp thu
- Tăng đào thải độc chất
- Thuốc giải độc đặc hiệu.

Làm gì trước: Khi bệnh nhân đã có triệu chứng, ưu tiên các biện pháp nhóm 1 và thuốc giải độc (nếu có); khi bệnh nhân đến sớm chưa có triệu chứng, ưu tiên các biện pháp nhóm 2.

### **7.2. Xử trí cụ thể**

#### **7.2.1. Cấp cứu ban đầu hay ổn định các chức năng sống của bệnh nhân (ưu tiên số 1)**

Thực hiện ở tuyến trên

#### **7.2.2. Chẩn đoán.**

Hỏi bệnh: khoảng 95% chẩn đoán nguyên nhân ngộ độc là do hỏi bệnh; cần kiên trì, hỏi người bệnh, người nhà, nhiều lần, để nắm được thông tin trung thực. Yêu cầu người nhà mang đến vật chứng nghi gây độc (đồ ăn uống, vỏ lọ, bao bì thuốc, hóa

chất...) sẽ rất hữu ích cho việc chẩn đoán độc chất.

### TÓM TẮT MỘT SỐ HỘI CHỨNG NGỘ ĐỘC

Nhóm chất độc	HA	M	Hô hấp	T <sup>o</sup>	Thần kinh	Đồng tử	Tiêu hóa	Mồ hôi	Khác
Kích thích giao cảm (amphetamin, ecstasy,...)	↑	↑	↑	↑	Kích thích, sáng	Giãn	↑ Co bóp	↑	Đỏ da
Thuốc an thần/gây ngủ, rượu	↓	↓	↓	↓	↓	Co	↓	↓	↓ phản xạ
Anticholinergic (VD atropin)	±	↑	↑	↑	Kích thích sáng	Giãn	Liệt ruột	↓	da khô, đỏ, cầu bàng quang (+)
Cholinergic (phospho hữu cơ, carbamate)	↓	↓, loạn nhịp	Co thắt, ↑ tiết PQ		Máy cơ, liệt	Co nhỏ	↑ co, nôn, ỉa chảy	↑	Tăng tiết các tuyến và co thắt các cơ
Opioids	↓	↓	↓	↓	Hôn mê	Co nhỏ	↓	↓	Có thể phù phổi cấp

Khám toàn diện phát hiện các triệu chứng, tập hợp thành các hội chứng bệnh lý ngộ độc để giúp cho việc chẩn đoán nguyên nhân; xét nghiệm độc chất và các xét nghiệm khác giúp cho chẩn đoán độc chất, chẩn đoán mức độ, chẩn đoán biến chứng.

#### 7.2.3. Áp dụng các biện pháp hạn chế hấp thu

**Chất độc qua đường hô hấp** đưa nạn nhân ra khỏi nơi nguy hiểm, vùng thoáng khí.

##### ***Da, niêm mạc:***

- Cởi bỏ quần áo bẩn lẫn hóa chất độc, tắm rửa bằng xối nước ấm và xà phòng, gội đầu. Chú ý nếu có nhiều người cùng bị ngộ độc hóa chất thì phải xối nước đồng loạt cùng một lúc, tránh để trì hoãn, đợi chờ.

- Rửa mắt khi chất độc bắn vào: cần rửa mắt liên tục 15 phút bằng dòng nước muối 0,9% chảy liên tục trước khi đưa đi khám chuyên khoa mắt.

##### ***Chất độc qua đường tiêu hóa***

- **Gây nôn:** Chỉ định: nếu mới uống, ăn phải chất độc và nạn nhân còn tỉnh táo, chưa có triệu chứng ngộ độc. Chống chỉ định: nạn nhân lơ đãng, hôn mê hay co giật, ngộ độc axit hay kiềm mạnh. Gây nôn bằng cách: cho nạn nhân uống 100 - 200 ml nước

sạch rồi ngay lập tức dùng tăm bông, hoặc ống xông ngoáy họng, cúi thấp đầu nôn, tránh sặc vào phổi. Quan sát chất nôn, giữ lại vào một lọ gửi xét nghiệm.

- *Uống than hoạt:*

- Cho than hoạt với liều 1g/kg thể trọng hòa trong 100 ml nước sạch cho nạn nhân uống. Sau 2 giờ có thể uống nhắc lại nếu thấy cần.

- Kèm theo than hoạt bao giờ cũng phải cho sorbitol với một lượng gấp 2 lần than hoạt.

- Tốt nhất uống hỗn hợp than hoạt + sorbitol (Antipois - B. Mai của Trung tâm chống độc).

- *Rửa dạ dày:*

+ Hiệu quả nhất trong 60 phút đầu bị ngộ độc cấp

+ Còn hiệu quả trong 3 giờ đầu và đã uống than hoạt

+ Còn hiệu quả trong 6 giờ đầu với ngộ độc: các thuốc gây liệt ruột, hoặc uống một số lượng lớn, bệnh nhân tụt huyết áp.

+ *Chỉ định:*

- Hầu hết các ngộ độc đường tiêu hóa

- Cho các bệnh nhân không gây nôn được

+ *Chống chỉ định:*

- Sau uống các chất ăn mòn: acid, kiềm mạnh

- Sau uống các hóa chất: dầu hỏa, ét xăng, parafin: đặt sonde nhỏ mềm và hút để phòng tránh biến chứng sặc vào phổi

- Bệnh nhân hôn mê, co giật trừ khi được đặt ống NKQ bơm bóng chèn và dùng thuốc chống co giật.

+ *Kỹ thuật:*

- Bệnh nhân nằm nghiêng trái, đầu thấp

- Xông dạ dày cỡ 37- 40F cho người lớn; 26-35F cho trẻ em, bôi trơn đưa qua miệng hay mũi vào tới dạ dày.

- Nước đưa vào mỗi lần 200ml với người lớn, 50-100ml với trẻ em, súc bụng rồi tháo ra. Không dùng máy hút điện. Nhắc lại nhiều lần cho tới khi sạch dạ dày.

- Dùng nước sạch, ấm pha với muối 5g muối/lít nước, tổng số lượng nước rửa thường 5 -10 lít với các trường hợp uống thuốc trừ sâu, 3-5 lít nước với hầu hết các trường hợp khác.

- *Nhuận tràng:*

+ Nhằm kích thích co bóp ruột tống chất độc ra ngoài. Thường dùng là sorbitol 1-4g/kg uống ngay sau dùng than hoạt, hoặc trộn vào than hoạt.

#### **7.2.4. Các biện pháp tăng thải trừ độc chất**

Thực hiện tại tuyến trên

#### **7.2.5. Sử dụng thuốc giải độc.**

Thực hiện tại tuyến trên

**7.2.6. Các biện pháp điều trị triệu chứng, hồi sức toàn diện:** thực hiện tại tuyến trên

### **QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỒI SINH TIM PHỔI**

<b>STT</b>	<b>NỘI DUNG</b>
1	Tiếp nhận và nhân định tình trạng nạn nhân
2	Chuẩn bị dụng cụ
3	Đặt tư thế nạn nhân phù hợp
4	Nới rộng quần áo.
5	Quỳ bên phải ngang vai nạn nhân.
6	Khai thông đường thở
7	Thổi ngạt miệng – miệng 2 lần
8	Ép tim ngoài lồng ngực với tần số 100 lần/phút – 30 lần
9	Theo dõi sắc mặt, mạch, đồng tử của nạn nhân.
10	Kiên trì cấp cứu cho đến khi nạn nhân tỉnh.

## QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH GÃY KÍN XƯƠNG CẢNH TAY

(1/3 giữa)

STT	NỘI DUNG
1	Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân
2	Chuẩn bị dụng cụ
3	Hướng dẫn người phụ.
4	Đặt nẹp
5	Độn bông ở đầu nẹp và chỗ sát xương.
6	Buộc 1 dây cố định trên ổ gầy.
7	Buộc 1 dây cố định dưới ổ gầy.
8	Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực. Buộc chi gãy vào thân
9	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi.
10	Viết phiếu chuyển thương. Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

## QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH GÃY KÍN XƯƠNG CẢNG TAY

(1/3 giữa)

STT	NỘI DUNG
1	Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân
2	Chuẩn bị dụng cụ
3	Hướng dẫn người phụ.
4	Đặt nẹp
5	Độn bông ở đầu nẹp và chỗ sát xương.
6	Buộc dây cố định trên ổ gầy.
7	Buộc dây cố định dưới ổ gầy.
8	Buộc dây cố định ở bàn tay.
9	Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực.
10	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi.

11	Viết phiếu chuyển thương. Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.
----	--

## QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH GÃY KÍN XƯƠNG ĐÙI

*(1/3 giữa - phương pháp 2 nẹp)*

STT	NỘI DUNG
1	Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân
2	Chuẩn bị dụng cụ
3	Hướng dẫn người phụ.
4	Đặt nẹp
5	Độn bông ở đầu nẹp và chỗ sát xương.
6	Buộc dây trên ổ gãy.
7	Buộc dây dưới ổ gãy.
8	Buộc 1 dây ngang 2 mào chậu
9	Buộc 1 dây ngang ngực
10	Buộc 1 dây dưới khớp gối.
11	Băng số 8 bàn chân vuông góc với cẳng chân.
12	Buộc chi lạnh với chi gãy ở các vị trí: đùi - khớp gối - cổ chân.
13	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi.
14	Viết phiếu chuyển thương. Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

## QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH GÃY KÍN XƯƠNG CẰNG CHÂN

*(1/3 giữa - phương pháp 2 nẹp)*

STT	NỘI DUNG
1	Tiếp nhận và nhận định tình trạng nạn nhân
2	Chuẩn bị dụng cụ
3	Hướng dẫn người phụ.
4	Đặt nẹp
5	Độn bông ở đầu nẹp và chỗ sát xương.
6	Buộc 1 dây trên ổ gãy.
7	Buộc 1 dây dưới ổ gãy.
8	Buộc 1 dây cố định trên khớp gối.
9	Buộc 1 dây đầu trên nẹp.
10	Băng số 8 bàn chân vuông góc với cẳng chân.

11	Buộc chi lạnh với chi gãy ở các vị trí: đùi - khớp gối - cổ chân.
12	Kiểm tra tuần hoàn đầu chi.
13	Viết phiếu chuyển thương. Chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

### Câu hỏi lượng giá

Chọn câu đúng nhất

- Tổn thương não có thể gây ra:
  - Ngừng thở, trụy mạch, nhịp tim chậm
  - Ngừng thở, trụy mạch, nhịp tim nhanh
  - Ngừng thở, mạch nhanh
  - Ngừng thở, nhịp tim nhanh
- Khi ngừng tim, sau 3 - 5 phút tế bào não tổn thương không hồi phục do:
  - Thiếu Oxy, thiếu Glucose.
  - Thiếu Oxy, thiếu Lipid.
  - Thiếu Glucose, thiếu Protein.
  - Thiếu Oxy, thiếu Protein.
- Việc nào sau đây không nên làm khi phát hiện nạn nhân ngưng tim ngưng thở:
  - Làm thông đường thở
  - Chờ có đầy đủ phương tiện sẽ tiến hành ép tim
  - Nới rộng quần áo
  - Ép tim càng sớm càng tốt
- Dấu hiệu nhận biết nạn nhân ngưng tim ngưng thở:
  - Bất tỉnh, mạch bẹn yếu
  - Bất tỉnh, mất mạch cảnh
  - Bất tỉnh, ngưng thở, mất mạch cảnh hay mạch bẹn
  - Bất tỉnh, ngưng thở
- Khi cấp cứu hô hấp cho nạn nhân không hiệu quả cần kiểm tra:
  - Tư thế nạn nhân đúng không
  - Đường thở có thông không
  - Còn dị vật trong đường thở không
  - Tất cả đều đúng

Tài liệu tham khảo

1. Đoàn Thị Anh Lê (2014), Quy trình kỹ thuật Điều dưỡng cơ sở dựa trên chuẩn năng lực cơ bản, Kỹ thuật Điều dưỡng cơ sở, nhà xuất bản y học Hà Nội, tr.280 - 307.
2. Nguyễn Thị Kim Tiến (2013), Kỹ năng Thực hành Điều dưỡng, nhà xuất bản y học Hà Nội, tr.380 - 422.
3. Bộ môn Điều dưỡng - Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch (2014), Điều dưỡng cơ bản, nhà xuất bản Y học TP.HCM.
4. Bộ Y tế: Quyết định số 3610/ QĐ-BYT ngày 31/08/2015 về hướng dẫn, chẩn đoán, xử trí ngộ độc
5. Pamela Lynn (2005), "Medications", A nursing process approach. Lippincott Williams & Wilkins, USA, pp.164 - 236.
6. Patricia A.Potter, et al. (2013), Fundamentals of nursing, eighth ed. Elsevier, Canada, p.565.

## **BÀI 8**

### **XỬ TRÍ MỘT SỐ TÌNH HUỐNG SƠ CẤP CỨU THƯỜNG GẶP TẠI TRẠM Y TẾ VÀ CỘNG ĐỒNG**

#### **Mục tiêu**

1. Nhận định được các tình huống sơ cứu thường gặp tại xã: chấn thương cột sống, sọ não, ngực, bụng, mắt, đột quy, sơ cứu rắn cắn, kỹ thuật thông tiểu, kỹ thuật rửa bàng quang, thụt tháo .
2. Thực hiện được đúng quy trình kỹ thuật để sơ cứu các tình huống sơ cứu thường gặp tại trạm y tế xã và cộng đồng trong tình huống học tập.
3. Thể hiện được tác phong nhanh nhẹn, kỹ năng xử lý tình huống độc lập và kỹ năng phối hợp làm việc đội hiệu quả.

#### **Nội dung**

- Sơ cấp cứu là sự hỗ trợ và can thiệp ban đầu của người cấp cứu với người bị nạn, bị thương tích, bị bệnh cấp tính

- Mục tiêu của sơ cứu: Nhằm phục hồi hoặc hỗ trợ - ngăn chặn diễn tiến nặng hơn của:

- + Các chức năng sinh tồn: Tri giác, hô hấp, tim mạch, nhiệt độ, thần kinh
- + Các dấu hiệu đe dọa chức năng sinh tồn: Chảy máu, chấn thương – gãy xương

+ Các tổn thương để lại di chứng nặng: Gãy cột sống, bong, chèn ép khoang trong gãy xương lớn – chảy máu bên trong chỗ xương gãy gây chèn ép tại chỗ ( ví dụ như gãy xương đùi, xương cẳng chân...)

- Tầm quan trọng của sơ cấp cứu
- + Quyết định sự sống chết người bị nạn
- + Phục hồi chức năng hay tàn tật vĩnh viễn
- + Thời gian là tối quan trọng trong sơ cấp cứu.
- Nguyên tắc sơ cứu
- + Khẩn trương, tự chủ, đúng trình tự và kỹ thuật: thái độ cấp cứu khẩn trương nhưng phải tự chủ giữ bình tĩnh. Lời nói, giọng nói phải nhẹ nhàng. Tự chủ cảm xúc, cử chỉ của mình. Hành động một cách tế nhị và có phương pháp, đúng trình tự và kỹ thuật.

+ Phối hợp đội/ nhóm: Ngoài hiện trường cần kêu gọi nhiều người tới giúp đỡ, một người điều phối chung, biết cách phân công từng công việc cho từng người.

+ An toàn cho cấp cứu viên: lúc nào cũng nhớ an toàn cho chính bạn, bạn mới giúp được nạn nhân, tránh trường hợp thêm nạn nhân mới chính là bạn.

+ Kiểm soát hiện trường: Cảnh báo, bảo vệ hiện trường. Quan sát hiện trường, nhận biết các nguy hiểm tại hiện trường và nguyên nhân gây tai nạn: chất cháy nổ

hay chất có nguy cơ cháy nổ, hơi độc hoá chất hay vật liệu nguy hiểm, mất an ninh trật tự, giao thông tắc nghẽn, thời tiết xấu, lũ lụt, ao hồ...

+ Bảo vệ cho nạn nhân: nhanh chóng đưa nạn nhân rời khỏi hiện trường nguy hiểm( đám cháy, nguy cơ cháy nổ...). Thông thường tránh di chuyển nạn nhân nếu như tuyệt đối không cần thiết. Che phủ cho nạn nhân. Luôn luôn ở bên cạnh nạn nhân để an ủi, trao đổi nói chuyện liên tục để giữ tình trạng tỉnh của nạn nhân. Chú ý thận trọng trong các trường hợp chấn thương vùng cổ hoặc vùng lưng. Các thương tổn cột sống có thể gây ra tình trạng liệt hoặc thậm chí xảy ra chết nếu như các thao tác cấp cứu không chính xác.

Các bước tiến hành:

- Bước 1: Gọi cho đội cấp cứu chuyên nghiệp hoặc cơ quan y tế gần nhất, 114, 113

- Bước 2: Gọi to nhiều người giúp

- Bước 3: Tìm và phát hiện các mối nguy hiểm

+ Các mối nguy hiểm từ môi trường như: sập nhà, đổ tường, mảnh kính vỡ, xe cộ đi lại qua hiện trường, các loại hoá chất, các nguy cơ cháy nổ, điện, nước...

+ Các mối nguy hiểm từ con người: phơi nhiễm với chất thải, máu của nạn nhân.

- Bước 4: thực hiện an toàn hiện trường

+ Quan sát, xác định xem hiện trường có an toàn hay không: Loại bỏ nguy cơ không an toàn, cách ly, cảnh báo... bằng các phương tiện có thể có tại hiện trường.

+ Khi hiện trường đã an toàn: tìm hiểu tình huống xảy ra là gì? Nguyên nhân? Nạn nhân nhiều hay ít?

+ Bình tĩnh, giải tán đám đông và trấn an. Yêu cầu một số người cần giúp đỡ giải quyết an toàn hiện trường. Bố trí người cảnh giới hiện trường.

+ Lưu ý một số tác nhân sau: Tai nạn giao thông, cảnh giới đoạn đường phía trước và sau tai nạn, dầu mỡ, khí gaz, dầu phanh... lau dọn vùng có mỡ, cảnh báo hoặc phòng ngừa trơn trượt...

+ Đường điện đứt, lộ trần, ngắt nguồn điện hoặc cách ly khỏi khu vực cấp cứu

+ Nguồn cháy nổ: đề phòng nguồn cháy nổ

+ Trang bị kiến thức cấp cứu cơ bản cho người cấp cứu

+Trang thiết bị tối thiểu và cơ bản trong xử trí cấp cứu

- Bước 5 Thực hiện an toàn cho nạn nhân: Nhanh chóng đưa nạn nhân rời khỏi hiện trường nguy hiểm ( cảnh giác cách di chuyển nếu nghi ngờ chấn thương cột sống)

- Bước 6 Đánh giá tình trạng nạn nhân và tiến hành chăm sóc ngay lập tức: tiếp cận phân loại nạn nhân theo thứ tự ưu tiên có thể sơ cứu được hiệu quả nhất, đảm bảo tính mạng, giảm thiểu di chứng cho nạn nhân tối đa

(1) Tri giác

(2) Sự thở, đường thở

(3) Chấn thương đầu – cổ cột sống

- (4) Vết thương chảy máu, xuyên thấu
- (5) Gãy xương khác
- (6) Dấu hiệu tụt huyết áp
- (7) Hạ thân nhiệt
- (8) Trật khớp
- (9) Bỏng

## **1. Chấn thương cột sống**

Chấn thương cột sống luôn luôn được xếp là một chấn thương nặng, nghiêm trọng và chiếm tỷ lệ 3 – 4% tổng số các loại gãy xương, chấn thương cột sống rất phức tạp về triệu chứng cũng như điều trị. Có những phần chung cho cả cột sống dù là gãy ở đoạn nào. Nhưng lại có phần riêng cho từng loại gãy, từng đoạn gãy, có liệt tủy hay không liệt tủy.

### **1.1. Nguyên nhân.**

Thường do chấn thương gây ra như: Ngã từ trên cao xuống, tai nạn ô tô, bị vùi lấp do sập hầm, sập nhà.

### **1.2. Dấu hiệu.**

Sau khi chấn thương xảy ra nạn nhân có biểu hiện:

- Đau nhói ở vị trí của điểm gãy.
- Giảm cơ năng (hạn chế các động tác cúi, ưỡn, ngửa, nghiêng cột sống sang 2 bên. Đó là trường hợp gãy cột sống không liệt tủy).
- Nạn nhân liệt cả 4 chi, đó là bị gãy cột sống có liệt tủy từ đốt sống cổ 5 trở lên.
- Nạn nhân liệt 2 chi dưới, đó là gãy cột sống có liệt tủy các đốt sống lưng hoặc lưng – thắt lưng.
- Nạn nhân có thể mất phản xạ tự động, phản xạ gân và mất cảm giác.
- Biến dạng cột sống:
  - + Sờ thấy giữa 2 mỏm gai toác rộng.
  - + Nhìn thấy mỏm gai hơi gồ hoặc gồ hẳn ra sau.

### **1.3. Xử trí nạn nhân gãy đốt sống cổ.**

Nhanh chóng và nhẹ nhàng đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên ván cứng.

Đỡ đầu nạn nhân không để đầu nghiêng sang hai bên hoặc gập cổ.

Dùng 8 cuộn băng to bản để cố định nạn nhân vào ván cứng: 1 dải ở trán, 1 dải qua hàm, 1 dải qua ngực, 1 dải qua hông, 1 dải qua đùi, 1 dải qua khớp gối, 1 dải qua cẳng chân, 1 dải qua phía dưới hai cẳng chân.

Dùng gói mềm chèn 2 bên cổ cho nạn nhân.

Xử trí xong viết phiếu chuyên thương và nhanh chóng chuyên nạn nhân đến bệnh viện.

**\* Xử trí gãy cột sống lưng.**

Nhanh chóng chuyển nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên ván cứng: Người thứ nhất luôn hai tay giữ đầu và vai nạn nhân. Người thứ hai giữ lưng và thắt lưng. Người thứ ba luôn hai tay dưới đùi và cẳng chân. Người Điều khiển hô 1,2,3 tất cả cùng nâng nạn nhân lên và đặt trên ván cứng

Kiểm tra xem nạn nhân có những tổn thương khác phối hợp không như gãy các xương khác hoặc vỡ các phủ tạng...

Một người giữ đầu nạn nhân không để đầu nghiêng sang hai bên.

Một người đỡ 2 chân sao cho bàn chân đứng và vuông góc với cẳng chân.

Dùng 8 cuộn băng to bản để băng cố định nạn nhân vào ván ở các vị trí: trán, cằm, ngực, ngang mào chậu, đùi, trên dưới đầu gối, cẳng chân).

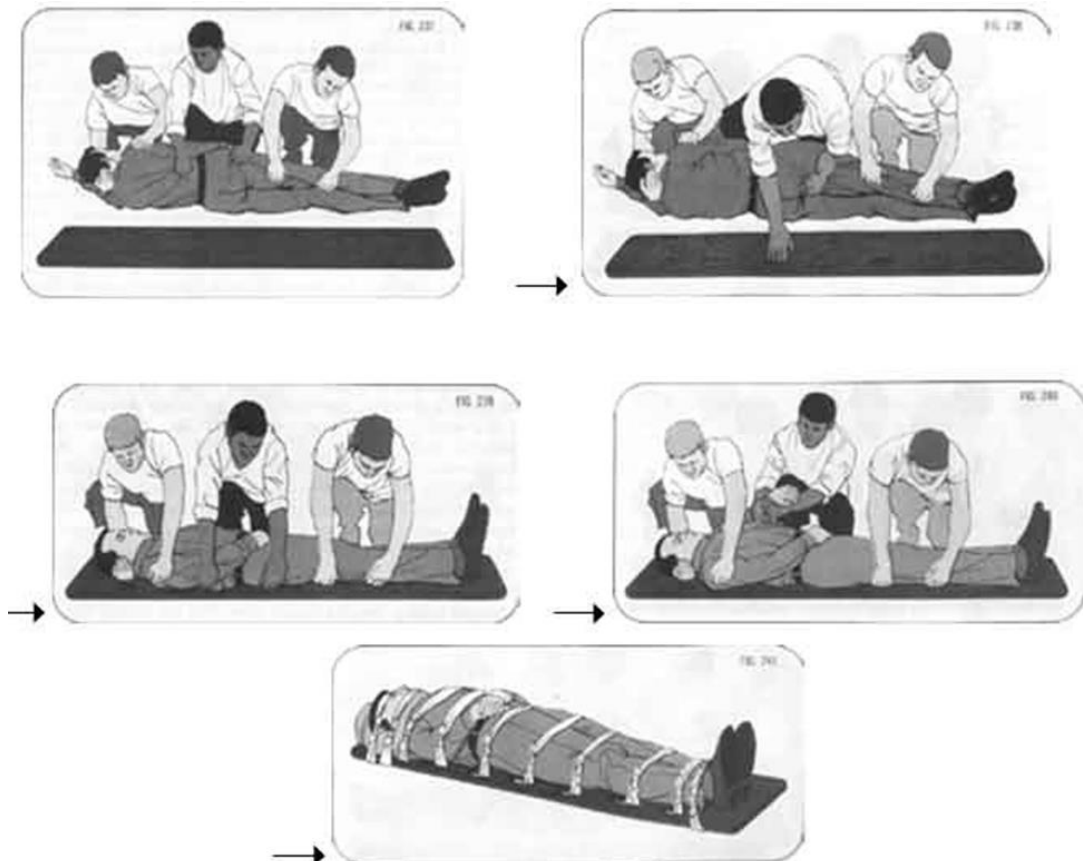
Dùng gối, màn hoặc chăn che chắn hai bên người nạn nhân.

Xử trí xong viết phiếu chuyển thương và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

Đề phòng và chống sốc cho nạn nhân.

#### **1.4. Vận chuyển người bệnh.**

Trong khi di chuyển nạn nhân nếu di chuyển mạnh, bất động không tốt sẽ gây thêm di lệch xương có thể gây thêm tổn thương ở phần mềm, mạch máu và thần kinh. Đặc biệt đối với gãy cột sống cổ nhất là ở đoạn cao nếu chuyên chở không tốt có thể gây tử vong do kích thích hành não, khi di chuyển phải thường xuyên theo dõi nạn nhân



Hình 1: Các bước di chuyển nạn nhân có tổn thương cột sống

## 2. Chấn thương sọ não

Chấn thương sọ não là những tổn thương sọ và não do tác động của vật cứng đập vào đầu hoặc đầu đập vào vật cứng

Vỡ xương sọ thường xảy ra ở 2 vị trí: Vòm sọ và nền sọ.

- Vỡ vòm sọ thường do lực trực tiếp như (ngã từ trên cao xuống, bị đánh, bị đập hoặc chém...)

- Vỡ nền sọ thường do lực gián tiếp như: Ngã...

### 2.1. Nguyên nhân

+ Tai nạn giao thông

+ Tai nạn lao động

+ Tai nạn trong sinh hoạt

+ Đánh nhau, đâm chém nhau, ....

### 2.2. Triệu chứng

Sau chấn thương ta quan sát nạn nhân thấy các dấu hiệu:

- Một vùng của vòm sọ lõm xuống (do ngã hoặc bị gậy đập).

- Mất đi một mảng xương sọ (do chém).

- Máu và dịch não tủy chảy qua lỗ tai và lỗ mũi (vỡ nền sọ).

- Có thể có tụ máu hố mắt, sau đó tím lại (dấu hiệu gọng kính).

- Đồng tử hai bên không đều nhau.

- Rối loạn hoặc mất ý thức.

### 2.3. Sơ cứu CTSN tại hiện trường

#### 2.3.1. Mục đích

- Bảo vệ não và hạn chế tiến triển của thương tổn

- Không gây thêm thương tổn ( cột sống, gãy chi...)

#### 2.3.2. Nguyên tắc:

- Tai nạn đơn lẻ: cố gắng và thận trọng đưa bệnh nhân ra khỏi hiện trường nguy hiểm

- Tai nạn hàng loạt: Phân loại ưu tiên dựa vào tiên lượng sống còn “ chỉ cứu những người có thể cứu”

#### 2.3.3. Các bước sơ cứu tại chỗ

Đưa nạn nhân ra khỏi nơi bị nạn.

Đặt nạn nhân nằm ở tư thế thuận lợi.

Băng vết thương nếu có rách da gây chảy máu.

Nếu não phòi ra ngoài hộp sọ ta dùng bát ăn cơm, gạo dừa sạch hoặc làm một vành khăn bằng vải hay bằng bông úp khoanh vào chỗ não phòi. Sao cho não không chạm vào các dụng cụ đó.

Dùng băng cuộn cố định lại.

Không dùng thuốc bôi hoặc dùng băng để ép trực tiếp lên não.

Nếu có máu, dịch não tuỷ chảy ra qua lỗ tai thì đặt nạn nhân nằm nghiêng về bên đó.

Đặt vào tai chảy máu một miếng gạc hoặc vải sạch.

Dùng băng cuộn băng lại, không dùng bông nút lỗ tai.

\* **Xử trí:** Thở oxy, giúp thở và giữ thông khí tốt

Nhanh chóng chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

Trong quá trình xử trí và vận chuyển nạn nhân phải chú ý theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

Phòng và chống sốc nếu xảy ra.

### **3. Vết thương bụng**

- Vết thương bụng nguy hiểm vì gây ra những thương tổn cho những cơ quan trong ổ bụng

- Các cơ quan tổn thương có thể là tạng đặc (gan, lách, tụy, thận); tạng rỗng (dạ dày, tá tràng, ruột non, ruột già); mạc treo ruột; mạch máu lớn).

#### **3.1. Các triệu chứng**

Đối với chấn thương và vết thương bụng, có hai hội chứng thường gặp:

##### **3.1.1. Hội chứng chảy máu trong ổ bụng (xuất huyết nội):**

- Mạch nhanh, nhỏ
- Da lạnh, rướm mồ hôi
- Niêm mạc nhợt nhạt
- Huyết áp tụt dần
- Tri giác lơ mơ (mất máu nặng)

##### **3.1.2. Hội chứng viêm phúc mạc:**

- Toàn thân có biểu hiện tình trạng nhiễm trùng: sốt, mạch nhanh, môi khô lưỡi đỏ

- Bụng gồng cứng, ít di động
- Điểm đau cố định, liên tục, tăng dần lan ra khắp bụng
- Nhu động ruột giảm hoặc mất hẳn
- Bụng chướng dần
- Sốc, thiếu niệu hoặc vô niệu.

#### **3.2. Xử trí**

- Nếu nạn nhân ngừng thở ngừng tim thì tiến hành hồi sức hô hấp tuần hoàn ngay
- Khống chế sự chảy máu bằng cách ép thận trọng các mép vết thương với nhau
- Đặt nạn nhân ở tư thế nửa nằm nửa ngồi chống 2 chân để tránh hở vết thương và giảm áp lực lên vùng bị thương
- Dùng gói đệm hoặc quần áo gấp lại để đỡ vai, đầu và dưới khoeo chân
- Đặt một miếng gạc trùm lên vết thương rồi dùng băng cuộn hoặc băng dính băng vết thương lại.

*Trong trường hợp vết thương có lòi ruột ra ngoài:*

- + Không chạm vào vết thương, tuyệt đối không được đẩy ruột vào trong
- + Đặt một miếng gạc nhỏ tẩm nước muối hoặc nước muối ăn tự pha trùm lên vết thương
- Dùng vành khăn hay một cái chén, tô đã luộc để nguội để úp lên vùng bị thương và băng cuộn lại
- Nếu thời gian vận chuyển lâu, phải tiếp tục lán ẩm ruột bằng dung dịch nói trên
- Phòng chống và xử trí sốc: ủ ấm, giảm đau, dịch truyền.

*\* Lưu ý:*

- Không cho nạn nhân ăn uống bất cứ một thứ gì
- Kiểm tra tần số hô hấp và mạch 10 phút/lần
- Phát hiện kịp thời dấu hiệu chảy máu trong
- Nếu nạn nhân ho hoặc nôn thì dùng tay áp nhẹ lên vùng vết thương để tránh ruột bị lòi ra ngoài
- Chuyển nạn nhân tới bệnh viện ngay.

#### **4. Chấn thương ngực**

*Nguyên tắc sơ cứu:*

- Đánh giá tổng thể
- Sơ cứu hô hấp, tuần hoàn
- Nhanh chóng biến vết thương ngực hở thành vết thương kín
- Cố định thành ngực nếu có "mảng sườn di động"
- Chống sốc: ủ ấm, giảm đau, truyền dịch
- Chuyển ngay đi cơ sở y tế.

##### **4.1. Tổn thương xương sườn**

*4.1.1. Gãy xương sườn đơn giản:*

- Điểm đau khu trú: có thể đau tự nhiên khi bệnh nhân thở

- Điểm biến dạng xương sườn: xác định bằng cách sờ dọc theo bờ sườn từ trước ra sau sẽ thấy ở điểm gãy xương bị gồ lên hoặc mất sự liên tục của xương sườn. \* *Sơ cứu:*

- Cố định xương sườn gãy bằng cách quấn băng thun hoặc dán băng keo cố định xương sườn gãy với các xương sườn khác.

#### 4.1.2. Màng sườn di động:

- Màng sườn di động là một thể gãy xương sườn rất đặc biệt, trong đó có ít nhất 3 sườn liền nhau bị gãy ở cả hai đầu và các điểm gãy ở mỗi đầu đều nằm gần như trên cùng một đường thẳng đi qua các điểm gãy ở phía đầu đó của các sườn gãy cạnh nó.

- Hô hấp đảo ngược: là hiện tượng đảo ngược sinh lý hô hấp bên phổi tổn thương. Khi bệnh nhân hít vào, thay vì phổi nở ra thì màng sườn di động lún vào trong lồng ngực, làm phổi bên tổn thương co xẹp lại, đẩy một phần không khí cận từ bên phổi tổn thương sang bên lành. Ngược lại, khi bệnh nhân thở ra, màng sườn di động bị đẩy quá khỏi giới hạn bình thường làm phổi bên tổn thương phình ra, một phần không khí cận từ phổi lành lại đi vào phổi tổn thương. Sự đảo ngược chiều hô hấp này sẽ dẫn đến thiếu oxy nghiêm trọng.

- Lắc lư trung thất: bình thường áp lực ở 2 bên xoang màng phổi cân bằng nhau nên trung thất đứng yên tương đối. Khi có màng sườn di động, lồng ngực có những chuyển động bất thường gây hô hấp đảo ngược, áp lực xoang màng phổi 2 bên không còn cân bằng. Sự chênh lệch này làm trung thất vừa bị hút, vừa bị đẩy liên tục khi bệnh nhân hít vào và thở ra. Chuyển động lắc lư là do các cuống mạch máu bị xoắn vặn gây nên tình trạng choáng nặng do thiếu oxy làm bệnh nhân càng thở nhanh hơn, 2 hội chứng trên càng nặng hơn, dẫn đến 1 vòng tuần hoàn và rất dễ gây tử vong.

\* *Sơ cứu:*

Nhanh chóng cố định thành ngực nạn nhân

- Áp một vật chắc như một tấm vải gấp lại (hoặc dùng một gói nhỏ) lên trên phần bị tổn thương của thành ngực rồi dùng băng cuộn băng chặt lại

- Hoặc buộc tay nạn nhân vào ngực

- Hoặc dùng băng dính to bản giữ màng sườn di động vào phần còn lại của thành ngực

- Đặt nạn nhân tư thế nửa nằm nửa ngồi, nghiêng về bên tổn thương, dùng gối để lót ở đầu và lưng

- Chuyển nạn nhân lên tuyến trên điều trị

## 5. Tổn thương mắt

- Nếu chỉ là những chấn thương đụng dập ở bên ngoài mắt như bầm máu mi mắt, sưng phù, tụ máu quanh hốc mắt thì nên sử dụng băng sạch che mắt lại rồi đưa đến cơ sở chuyên khoa mắt gần nhất để được khám và điều trị.

- Trong trường hợp mắt bị chấn thương xuyên thủng có gây rách và chảy máu bên ngoài thì phải cầm máu ngay. Không nên tự cố gắng lấy dị vật, vật đâm vào mắt vì nó có thể gây tổn hại thêm cho mắt. Tuyệt đối không được mở vành mắt ra xem, không được dụi mắt, không đắp thuốc, chườm đá hoặc các vật dụng chưa diệt khuẩn

lên mắt bị thương. Người bị nạn có thể sử dụng kháng sinh nhỏ mắt thông dụng như chloramphenicol và băng mắt lại trước khi được đưa đến bệnh viện.

- Đối với trường hợp bị dị vật kết - giác mạc (bụi, mạt sắt) thì tránh lấy tay dụi mắt vì có thể làm dị vật ghim sâu hơn. Cách làm đúng là chớp mắt vào ca nước sạch giúp dị vật trôi ra ngoài. Nếu bị vật lạ bắn vào mắt hoặc bị chọc vào mắt thì cần nhỏ ngay thuốc kháng sinh như dung dịch Cloroxit 0.04%, băng vô khuẩn rồi chuyển đến cơ sở y tế chuyên khoa mắt để được lấy ra.

- Nếu mắt bị các vết thương xuyên thủng ở bên trong lòng đen, lòng trắng, gây chảy máu và có kèm theo dịch nhầy thì người bị nạn cần được băng mắt ngay và chuyển đến cơ sở có chuyên khoa mắt gần nhất, không tự ý rửa mắt bằng nước hoặc lấy những vật lạ trong mắt ra.

- Đối với các trường hợp bỏng mắt do hóa chất, nhiệt thì cần phải rửa mắt ngay tại chỗ bằng các loại nước sạch có sẵn, có thể rửa mắt dưới vòi nước máy hoặc trong ca nước lớn trong mười phút để làm sạch và dịu mắt. Trừ trường hợp bỏng vôi sống thì tuyệt đối không rửa bằng nước, tránh để mắt bị bỏng nặng. Cần phải lấy hết vôi ra trước khi tiến hành rửa mắt, nếu không thể lấy vôi ra thì nên băng mắt lại và chuyển đến bệnh viện chuyên khoa mắt để bác sĩ xử lý.

## **6. Đột quy**

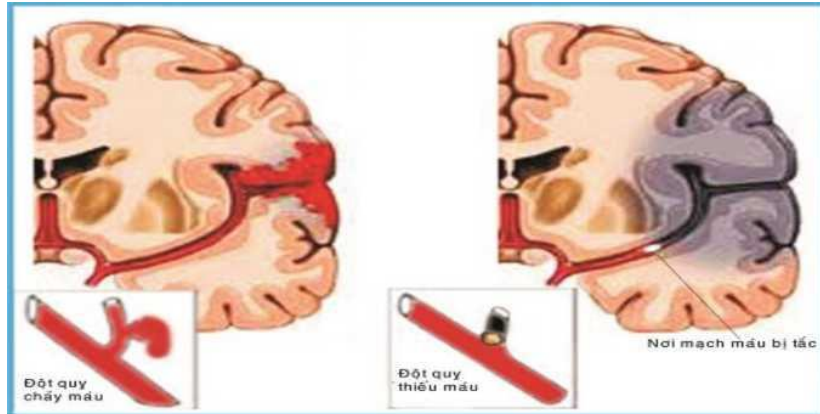
Tai biến mạch não (hay còn gọi đột quy) xảy ra khi lượng máu cung cấp cho một phần của não bộ đột ngột bị giảm do mạch máu não bị hẹp/tắc (gọi là thiếu máu não hay nhồi máu não) hoặc khi có một mạch máu trong não bị vỡ khiến máu tràn vào nhu mô não hoặc màng não (gọi là xuất huyết não). Để chẩn đoán xác định nhồi máu não (chiếm 85-90%) hay xuất huyết não (chiếm 10-15%) cần phải chụp cắt lớp sọ não.

Sau khi đột quy, một số tế bào não bị chết ngay lập tức. Những tế bào não xung quanh tiếp tục có nguy cơ bị chết (vùng tranh tối tranh sáng), do vậy phải khẩn trương cứu sống vùng này.

Cửa sổ điều trị thuốc tiêu sợi huyết < 3 giờ, có thể xem xét điều trị trong khoảng 3-4-5 giờ (là khoảng thời gian từ khi bị đột quy đến khi điều trị thuốc tiêu sợi huyết), do vậy cần khẩn trương chuyển bệnh nhân đến đơn vị đột quy để kịp thời xử trí.

Hầu hết bệnh nhân đột quy có tăng huyết áp do đáp ứng sinh lý với tổn thương não, huyết áp sẽ giảm dần sau 12-24 giờ từ khi bắt đầu đột quy, do vậy việc hạ áp ở bệnh nhân đột quy cấp cần thận trọng.

## Xuất huyết não và thiếu máu cục bộ não



### **6.1 Quan điểm 7D khi xử trí đột quỵ của Hội Tim mạch Mỹ (American Heart Association's 7D's of Stroke care)**

1. Detection: Phát hiện các dấu hiệu và triệu chứng đột quỵ
2. Dispatch: (Thông báo) gọi 115 hoặc đội vận chuyên cấp cứu
3. Delivery: vận chuyển nhanh bệnh nhân đến đơn vị đột quỵ
4. Door: Khoa cấp cứu phải sẵn sàng và đánh giá nhanh bệnh nhân trong vòng 10 phút từ khi đến khoa cấp cứu.
5. Date (thu thập dữ liệu): chụp cắt lớp, điện tâm đồ, xét nghiệm khác để chẩn đoán. Hoàn thiện cắt lớp trong vòng 25 phút và đọc xong kết quả cắt lớp trong vòng 45 phút từ khi đến khoa cấp cứu để chẩn đoán: Có xuất huyết ? Không xuất huyết (nhồi máu)
6. Decision (quyết định) điều trị, có dùng thuốc tiêu huyết khối hay không.
7. Drug: dùng thuốc tiêu huyết khối nếu nhồi máu trước 3 giờ kể từ khi bắt đầu có triệu chứng đột quỵ cùng với các điều kiện khác và tiến hành theo dõi chuyên khoa sau khi dùng thuốc

### **6.2. Phát hiện bệnh nhân đột quỵ cấp**

Phát hiện bệnh nhân đột quỵ cấp dựa vào 3 dấu hiệu chính:

Mặt méo sang 1 bên (méo tự nhiên hoặc khi cười)

Nói khó khăn hoặc nói ngọng

Yếu hoặc liệt 1 bên tay, 1 bên chân Một số dấu hiệu khác:

Mất nhìn mờ hoặc mất thị lực

Chóng mặt, té ngã không rõ nguyên nhân

Đau đầu dữ dội, buồn nôn

Đột ngột yếu hoặc tê mặt, tê chân, tay

## XÁC ĐỊNH BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ CẤP

### XÁC ĐỊNH BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ CẤP



### 6.3. Sơ cấp cứu ban đầu bệnh nhân đột quỵ:

#### 6.3.1. Sơ cứu ban đầu

Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, đặt canyn miệng Nguyên tắc ABCD

Kiểm tra đường máu mao mạch

Đặt đường truyền tĩnh mạch và lấy máu xét nghiệm

Nhanh chóng chuyển bệnh nhân đến bệnh viện điều trị chuyên sâu càng sớm càng tốt

#### 6.3.2. Xử trí tăng huyết áp

Hầu hết bệnh nhân đột quỵ có tăng huyết áp do đáp ứng sinh lý với tổn thương não, huyết áp sẽ giảm dần sau 12-24h từ khi bắt đầu đột quỵ Nếu HATT > 200 mmHg, xem xét hạ huyết áp tích cực Nếu HATT: 180 - 200mmHg, hạ huyết áp vừa phải

Chỉ nên hạ huyết áp đến mức 160/90 mmHg. Nếu điều trị tiêu sợi huyết: duy trì HA <180/110mmHg

**Dùng Aspirin** 100-300mg hoặc plavix sớm cho đột quỵ thiếu máu não

## 7. Xử trí sinh khẩn cấp (đẻ rơi)

- Đẻ rơi là tình trạng đẻ không được dự kiến trước, xảy ra ngoài ý muốn của mọi người ở những nơi không phù hợp với việc sinh đẻ như: tại nơi đang làm việc (công sở, nhà máy, cánh đồng...) hoặc trên đường, trên tàu xe... (đi làm hay đi đến cơ sở y tế).

- Xử trí đẻ rơi được thực hiện khẩn cấp, ngay tại chỗ và tùy theo tình huống cụ thể của sản phụ lúc đó.

Trước hết phải nhanh chóng giải phóng thai nhi khỏi quần hoặc váy áo của sản phụ, sau đó:

### 7.1. Nếu có sẵn túi đỡ đẻ sạch.

Xé ngay bao gói để sử dụng các vật liệu đã có sẵn trong đó:

- Trải tấm nilon ngay nơi bà mẹ đẻ rơi, đặt cháu bé nằm vào đó, ủ ấm bé bằng bất cứ hũ gì có thể có được ở bà mẹ và người xử trí (khăn, áo, giấy báo...).

- Lấy các sợi chỉ buộc rốn trong gói này buộc chặt dây rốn ở vị trí càng xa da bụng bé càng tốt.

- Không được cắt dây rốn.

- Chuyển bé cho mẹ ôm sát vào người để hạn chế bị nhiễm lạnh.

- Tìm mọi cách chuyển hai mẹ con về trạm y tế gần nhất để được chăm sóc tiếp.

- Tại cơ sở điều trị, mẹ sẽ được lấy rau, theo dõi và xử trí chảy máu, nhiễm khuẩn; con sẽ được làm rốn lại, cả hai sẽ được tiêm huyết thanh chống uốn ván.

### 7.2. Nếu không có sẵn gói đỡ đẻ sạch.

- Ngay lập tức ủ ấm cháu bé bằng mọi đồ vải có sẵn tại chỗ.

- Tìm một sợi dây nhỏ, mềm, bất cứ là dây gì (dây rút, dây xé từ vạt áo hay khăn mùi xoa, dây buộc đồ...) để buộc chặt dây rốn, càng xa nơi bám của nó ở bụng bé càng tốt.

- Không được cắt dây rốn.

- Trao bé cho mẹ ôm ấp và tìm mọi cách chuyển ngay về cơ sở y tế gần nhất để xử trí cho mẹ, cho con như phần trên.

## 8. Chẩn đoán và điều trị rắn lục đuôi đỏ cắn.

### 8.1. Đại cương.

– Rắn lục xanh đuôi đỏ thuộc họ Rắn lục (Viperidae) giống Cryptelytrops.

– Họ Rắn lục có nhiều giống và loài khác nhau nhưng có chung độc tính là gây rối loạn đông máu, chảy máu.

– Rắn *Cryptelytrops albolabris* (Tên cũ: *Trimesurus albolabris*) có tên Việt Nam là Rắn lục xanh đuôi đỏ, phân bố trên cả nước, rắn thường sống trên cây.

– Bệnh nhân bị rắn lục *C. albolabris* cắn là một cấp cứu phải được theo dõi sát tại khoa Cấp cứu hoặc khoa Hồi sức chống độc. Bệnh nhân bị *C. albolabris* cắn có rối loạn đông máu phải được điều trị ở nơi có có khả năng truyền máu (và các chế

phẩm máu) và có huyết thanh kháng nọc rắn lục. Rắn lục đuôi đỏ – Cơ chế sinh bệnh: rối loạn đông máu do nọc rắn lục xanh đuôi đỏ là do tiêu thụ hoặc ức chế các yếu tố đông máu, người bệnh rơi vào tình trạng như đông máu nội mạch rải rác (DIC), một mặt tạo ra các fibrin hoà tan, làm xuất hiện các cục huyết khối nhỏ rải rác trong lòng mạch, đồng thời quá trình tiêu fibrin dẫn đến tiêu thụ quá nhiều các yếu tố đông máu và hậu quả là xuất huyết và thiếu máu tổ chức gây thiếu ôxy tổ chức. Chảy máu trong các khối cơ lớn có thể gây hội chứng khoang.

## **8.2. Triệu chứng lâm sàng:**

Hoàn cảnh bị rắn lục cắn: đa số bệnh nhân bị cắn vào tay, chân trong quá trình lao động.

### **8.2.1. Tại chỗ**

- Vết cắn: dấu móc độc biểu hiện có 2 dấu răng cách nhau khoảng 1 cm.
- Vài phút sau khi bị cắn sưng nề nhanh, đau nhức nhiều kèm theo tại chỗ cắn máu chảy liên tục không tự cầm.
- Sau khoảng 6 giờ phần tổn thương sưng nề lan rộng từ vết cắn có thể đến gốc chi dẫn đến toàn chi sưng to, đau nhức, tím, xuất huyết dưới da, xuất huyết trong cơ.
- Có thể có bọt nước, xuất huyết trong bọt nước. Có thể nhiễm khuẩn tại chỗ, hội chứng khoang.

### **8.2.2. Toàn thân**

- Chóng mặt, lo lắng.
- Tuần hoàn: có thể xuất hiện tình trạng sốc do mất máu: tụt huyết áp, da đầu chi lạnh ẩm, lơ mơ, thiếu niệu, vô niệu. Có thể có sốc phản vệ do nọc rắn.
- Huyết học: chảy máu tự phát tại chỗ, nơi tiêm truyền, chảy máu chân răng. Chảy máu trong cơ, chảy máu tiêu hóa, tiết niệu, chảy máu âm đạo, chảy máu phổi, não.
- Có thể có suy thận cấp.

## **8.3. Cận lâm sàng**

– Xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường (theo WHO 2010): lấy máu cho vào ống nghiệm không có chống đông (không được lắc hoặc nghiêng ống) sau 20 phút máu còn ở dạng lỏng, không đông thì xét nghiệm này dương tính, đồng nghĩa với chẩn đoán xác định rắn lục cắn gây rối loạn đông máu, có chỉ định huyết thanh kháng nọc rắn.

– Công thức máu: tiểu cầu giảm, có thể thấy thiếu máu do mất máu.

– Xét nghiệm đông máu: tỷ lệ prothrombin giảm, IRN kéo dài, APTT kéo dài, fibrinogen giảm, D-dimer tăng.

– Bilan thận: urê, creatinin, điện giải, protein (máu và nước tiểu), CK tăng.

– Điện tim, khí máu để theo dõi phát hiện biến chứng nếu có.

### **3. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH**

– Hoàn cảnh bị rắn lục cắn, nhận dạng rắn.

– Vết cắn: dấu móc độc.

– Biểu hiện lâm sàng sưng nề, đau nhức, bầm tím tại chỗ và xuất huyết nhiều nơi do

rối loạn đông máu.

– Xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường và xét nghiệm đông máu toàn bộ có rối loạn.

#### **8.4. Chẩn đoán phân biệt**

– Với các rối loạn khác cũng gây rối loạn đông máu như rối loạn Chàm quạp, Khô mồm, Lục mũi hếch, Lục núi... Chủ yếu dựa vào nhận dạng rối loạn và triệu chứng lâm sàng.

#### **8.5. Nguyên tắc điều trị**

Bệnh nhân bị rối loạn xanh đười đười cần được sơ cứu thích hợp, vận chuyển nhanh chóng và an toàn tới các khoa Cấp cứu hoặc khoa Hồi sức chống độc. Các bệnh nhân có chảy máu hoặc có xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường dương tính phải được điều trị bằng huyết thanh kháng nọc rối loạn và/hoặc truyền máu và các chế phẩm máu.

##### **8.5.1. Sơ cứu rối loạn cấp**

- Trấn an và giảm lo lắng cho bệnh nhân.
- Rửa vết thương.
- Cởi bỏ đồ trang sức ở chi bị cắn tránh gây chèn ép khi chi sưng nề.
- Băng ép tại chỗ cắn trở lên gốc chi hoặc garô tĩnh mạch, không garô động mạch.
- Không để bệnh nhân tự đi lại. Bất động chi bị cắn bằng nẹp.
- Không chích rạch tại vết cắn. Ngay sau khi bệnh nhân bị cắn có thể nạn, hút máu tại vết cắn để loại trừ bớt nọc độc.
- Nếu đau nhiều: giảm đau bằng paracetamol uống.
- Nếu tụt huyết áp, đe dọa sốc do mất máu hoặc phản vệ đặt ngay một đường truyền tĩnh mạch ngoại vi (đặt ở chi khác chi bị cắn) để truyền dịch.
- Phải chuyển nạn nhân đến bệnh viện ngay không được để mất quá nhiều thời gian tìm thầy lang thuốc lá.

##### **8.5.2. Điều trị tại bệnh viện**

+ Sát trùng tại chỗ cắn, chống uốn ván (tiêm SAT), kháng sinh dự phòng.

+ Điều trị bằng huyết thanh kháng nọc (HTKN):

– HTKN được điều trị càng sớm càng tốt, nếu người bệnh đến muộn nhưng vẫn có rối loạn đông máu thì vẫn còn chỉ định HTKN. – Chỉ định: bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn cấp có 1 trong các dấu hiệu sau:

+ Rối loạn đông máu: xét nghiệm đông máu 20 phút tại giường dương tính, hoặc giảm prothrombin; INR, APTT kéo dài, giảm fibrinogen hoặc tiểu cầu giảm dưới  $100 \times 10^9/l$ .

+ Sưng đau lan rộng lên đến hơn một nửa chi bị cắn trong vòng 24 giờ.

– Liều HTKN:

+ Liều ban đầu 5-10 lọ (1000 LD50/lọ) HTKN lục tre tinh chế. Pha trong 250 ml Natriclorua 0,9% (trẻ nhỏ: 20 ml/kg) truyền trong 60-90 phút.

- + Nếu sau 2 giờ BN vẫn tiếp tục chảy máu hoặc sau 6 giờ tình trạng rối loạn đông máu chưa cải thiện thì chỉ định liều HTKN tiếp theo. Liều nhắc lại 5-10 lọ HTKN.
- Đánh giá người bệnh đáp ứng tốt với HTKN khi tình trạng lâm sàng cải thiện, đỡ đau tại vết cắn, hết chảy máu tại chỗ thì tạm ngừng HTKN; sau 6 giờ xét nghiệm đông máu trở về bình thường thì ngừng hẳn HTKN.
- + Truyền khối hồng cầu hoặc máu toàn phần nếu bệnh nhân mất máu nhiều.
- + Truyền plasma tươi đông lạnh, tua cryo, khối tiểu cầu nếu có chỉ định.
- + Truyền dịch phòng suy thận cấp.
- + Chạy thận nhân tạo khi suy thận cấp tiến triển.
- + Theo dõi sát đề phòng sốc phản vệ do huyết thanh hoặc truyền máu (nếu có phải xử trí ngay theo hướng dẫn xử trí sốc phản vệ).

### **8.6. Dự phòng**

Truyền thông giáo dục phòng chống rắn độc cắn:

- Phát quang bờ cây bụi rậm quanh nhà, không bắc giàn hoa, dây leo... ở sân trước nhà, trồng xả hoặc rắc bột lưu huỳnh quanh nhà là những biện pháp xua đuổi rắn có thể và nên áp dụng nhất là ở những vùng có nhiều rắn.
- Khi vào rừng hoặc những nơi nghi có rắn lục phải đội mũ rộng vành, mặc quần áo dài, đi giày cao cổ và nên khua gậy xua đuổi rắn.

### **Câu hỏi lượng giá**

1. Màng sườn di động là một thể gãy xương sườn rất đặc biệt, trong đó có ít nhất ... sườn liên nhau bị gãy ở cả hai đầu
  - A. 2 sườn liên nhau bị gãy
  - B. 3 sườn liên nhau bị gãy
  - C. 4 sườn liên nhau bị gãy
  - D. 5 sườn liên nhau bị gãy
2. Dùng vành khăn hay một cái chén, tô đã luộc để nguội để úp lên vùng bị thương và băng cuộn lại. Là cách sơ cứu của:
  - A. Sơ cứu bỏng
  - B. Sơ cứu đột quỵ
  - C. Sơ cứu gãy xương sườn
  - D. Sơ cứu vết thương bụng có ruột lòi ra ngoài
3. Thời gian cho dòng nước mát chảy nhẹ trực tiếp xuống vết bỏng:
  - A. Từ 15 - 20 phút
  - B. Từ 30 - 40 phút
  - C. Từ 5 - 10 phút
  - D. Từ 2 - 5 phút

4. Nhanh chóng cố định thành ngực nạn nhân. Là bước sơ cứu của:

- A. Sơ cứu bỏng
- B. Sơ cứu gãy xương sườn bình thường
- C. Sơ cứu gãy xương sườn di động
- D. Sơ cứu vết thương bụng

5. Khi bị rắn cắn

- A. Chạy ngay về cơ sở y tế gần nhất
- B. Tuyệt đối không cử động phần cơ thể bị rắn cắn
- C. Tìm ngay lá cây đắp cầm máu vết cắn
- D. Tìm con rắn để xác định loại độc tố

### **Tài liệu tham khảo**

1. Bộ y tế, Sơ cứu ban đầu.
2. Bộ y tế, Tài liệu đào tạo cấp cứu cơ bản.
3. Chăm sóc và xử trí vết thương, nhà xuất bản y học TP.HCM.
4. Chấn thương ngực - Điều trị học ngoại khoa lồng ngực - tim mạch; nhà xuất bản y học TP.HCM.
5. Chấn thương và vết thương bụng - Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, nhà xuất bản y học TP.HCM.
6. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị rắn lục xanh đuôi đỏ cắn theo quyết định số 5152/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế

## **BÀI 9**

### **PHÒNG NGỪA SỰ CỐ Y KHOA TẠI TRẠM Y TẾ**

## MỤC TIÊU

1. Phân loại các nhóm sự cố y khoa.
2. Thực hiện được báo cáo, phân tích, phản hồi, xử lý sự cố y khoa tại trạm y tế xã.
3. Giải thích được một số khuyến cáo, khắc phục để phòng ngừa sự cố y khoa
4. Thể hiện được sự thận trọng, trách nhiệm của NVYT trong thực hiện chuyên môn, quy trình kỹ thuật để phòng ngừa sự cố y khoa.

## NỘI DUNG

### Đại cương

Sai sót, sự cố là điều khó tránh trong môi trường làm việc nhiều rủi ro tại các cơ sở y tế. Việc xảy ra sai sót, sự cố có thể do vi phạm của cá nhân, lỗi hệ thống hoặc nguyên nhân khách quan khác mà không do lỗi hoặc sai sót chuyên môn. Chúng ta không thể dự phòng trước tất cả vấn đề có thể xảy ra, nhưng hiểu biết về sai sót, sự cố y khoa để nâng cao sự cảnh giác, sự thận trọng, sự tuân thủ các quy định, các quy trình nhằm giảm tối thiểu sự cố y khoa đảm bảo an toàn cho người bệnh là việc làm hết sức cần thiết.

Mặc dù trong thời gian gần đây, Bộ Y tế đã có nhiều văn bản hướng dẫn, chỉ đạo liên quan đến sự cố y khoa, nhưng nhiều sự cố y khoa nghiêm trọng vẫn xảy ra. Do vậy, nhu cầu đặt ra là phải tăng cường đào tạo, tập huấn chuyên môn về sự cố y khoa cho cán bộ y tế.

### 1. Khái niệm sự cố y khoa

- Sự cố y khoa là các tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị do các yếu tố khách quan, chủ quan mà không do diễn biến bệnh lý hoặc cơ địa người bệnh, tác động sức khỏe, tính mạng của người bệnh.

- Tình huống có nguy cơ gây ra sự cố là tình huống đã xảy ra nhưng chưa gây hậu quả hoặc gần như xảy ra nhưng được phát hiện và ngăn chặn kịp thời, chưa gây tổn thương đến sức khỏe của người bệnh.

- Nguyên nhân gốc là nguyên nhân ban đầu có mối quan hệ nhân quả trực tiếp dẫn đến việc xảy ra sự cố y khoa, nguyên nhân gốc có thể khắc phục được để phòng ngừa sự cố y khoa.

### 2. Nguyên tắc phòng ngừa sự cố y khoa

- Việc phòng ngừa sự cố y khoa trên cơ sở nhận diện, báo cáo, phân tích tìm nguyên nhân, đưa ra các khuyến cáo phòng ngừa, tránh tái diễn sự cố y khoa để nâng cao chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh, an toàn cho người bệnh và không nhằm mục đích khác.

- Việc phòng ngừa sự cố y khoa phải được khuyến khích, động viên và bảo vệ.

- Hồ sơ phòng ngừa sự cố y khoa được quản lý theo quy chế bảo mật thông tin.

- Việc phòng ngừa sự cố y khoa là trách nhiệm của lãnh đạo và nhân viên y tế làm việc trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

### 3. Phân loại sự cố y khoa

#### 3.1. Phân loại sự cố theo mức độ tổn thương đối với người bệnh

STT	Mô tả sự cố y khoa	Phân nhóm		Hình thức báo cáo
		Theo diễn biến tình huống	Theo mức độ tổn thương đến sức khỏe, tính mạng người bệnh Cấp độ nguy cơ-NC	
1	Tình huống có nguy cơ gây ra sự cố	A	Chưa xảy ra (NC0)	
2	Sự cố đã xảy ra, chưa tác động trực tiếp đến người bệnh	B	Tổn thương nhẹ (NC1)	Báo cáo tự nguyện
3	Sự cố đã xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh, chưa gây nguy hại	C		
4	Sự cố đã xảy ra tác động trực tiếp đến người bệnh, cần phải theo dõi hoặc đã can thiệp điều trị kịp thời nên không gây nguy hại	D		
5	Sự cố đã xảy ra gây nguy hại tạm thời và cần phải can thiệp điều trị	E	Tổn thương trung bình (NC2)	
6	Sự cố đã xảy ra, gây nguy hại tạm thời và cần phải can thiệp điều trị	F		
7	Sự cố đã xảy ra gây nguy hại kéo dài, để lại di chứng	G	Tổn thương nặng (NC3)	Báo cáo bắt buộc
8	Sự cố đã xảy ra gây nguy hại cần phải hồi sức tích cực	H		
9	Sự cố đã xảy ra có ảnh hưởng hoặc trực tiếp gây tử vong	I		

### 3.2. Phân loại sự cố y khoa theo nhóm sự cố

### *3.2.1. Thực hiện quy trình kỹ thuật, thủ thuật chuyên môn*

- Không có sự đồng ý của người bệnh/ người nhà( đối với những kỹ thuật, thủ thuật quy định phải cam kết
- Không thực hiện khi có chỉ định
- Thực hiện sai người bệnh
- Thực hiện sai thủ thuật/ quy định/ phương pháp điều trị
- Thực hiện sai vị trí phẫu thuật/ thủ thuật
- Bỏ sót dụng cụ, vật tư tiêu hao trong quá trình phẫu thuật
- Tử vong trong thai kỳ
- Tử vong khi sinh
- Tử vong sơ sinh

### *3.2.2. Nhiễm khuẩn bệnh viện*

- Nhiễm khuẩn huyết
- Nhiễm khuẩn vết mổ
- Viêm phổi
- Nhiễm khuẩn tiết niệu
- Các loại nhiễm khuẩn khác

### *3.2.3. Thuốc và dịch truyền*

- Cấp phát sai thuốc, dịch truyền
- Thiếu thuốc
- Sai liều, sai hàm lượng
- Sai thời gian
- Sai y lệnh
- Bỏ sót thuốc/ liều thuốc
- Sai thuốc
- Sai người bệnh
- Sai đường dùng

### *3.2.4. Máu và các chế phẩm máu*

- Phản ứng phụ, tai biến khi truyền máu
- Truyền nhầm máu, chế phẩm máu
- Truyền sai liều, sai thời điểm

### *3.2.5. Thiết bị y tế*

- Thiếu thông tin hướng dẫn sử dụng
- Lỗi thiết bị
- Thiết bị thiếu hoặc không phù hợp

### *3.2.6. Hành vi*

- Khuynh hướng tự gây hại, tự tử
- Quấy rối tình dục bởi nhân viên
- Quấy rối tình dục bởi người bệnh/ khách đến thăm
- Xâm hại cơ thể bởi người bệnh/ khách đến thăm
- Có hành động tử tự
- Trốn viện

### *3.2.7. Tai nạn đối với người bệnh*

- Té ngã

### *3.2.8. Hạ tầng cơ sở*

- Bị hư hỏng, bị lỗi
- Thiếu hoặc không phù hợp

### *3.2.9. Quản lý nguồn lực, tổ chức*

- Tính phù hợp, đầy đủ của dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh
- Tính phù hợp, đầy đủ của nguồn lực
- Tính phù hợp, đầy đủ của chính sách, quy định, quy trình, hướng dẫn chuyên môn

### *3.2.10. Hồ sơ, tài liệu, thủ tục hành chính*

- Tài liệu mất hoặc thiếu
- Tài liệu không rõ ràng, không hoàn chỉnh
- Thời gian chờ đợi kéo dài
- Cung cấp hồ sơ tài liệu chậm
- Nhầm hồ sơ tài liệu
- Thủ tục hành chính phức tạp

### *3.2.11. Khác*

Các sự cố không đề cập trong các mục từ 1 đến 10

## **3.3. Phân loại sự cố theo nhóm nguyên nhân gây ra sự cố**

### *3.3.1. Nhân viên*

- Nhận thức( kiến thức, hiểu biết, quan niệm)
- Thực hành( kỹ năng thực hành không đúng quy định, hướng dẫn chuẩn hoặc thực hành theo quy định, hướng dẫn sai...)
- Thái độ, hành vi, cảm xúc
- Giao tiếp
- Tâm sinh lý, thể chất, bệnh lý
- Các yếu tố xã hội

### *3.3.2. Người bệnh*

- Nhận thức ( kiến thức, hiểu biết, quan niệm)
- Thực hành ( kỹ năng thực hành không đúng quy định, hướng dẫn chuẩn hoặc thực hành theo quy định, hướng dẫn sai)
- Thái độ, hành vi, cảm xúc
- Giao tiếp
- Tâm sinh lý, thể chất, bệnh lý
- Các yếu tố xã hội

### 3.3.3. Môi trường làm việc

- Cơ sở vật chất, hạ tầng, trang thiết bị
- Khoảng cách đến nơi làm việc quá xa
- Đánh giá về độ an toàn, các nguy cơ rủi ro của môi trường làm việc
- Nội quy, quy định và đặc tính kỹ thuật

### 3.3.4. Tổ chức/ dịch vụ

- Các chính sách, quy trình, hướng dẫn chuyên môn
- Tuân thủ quy định thực hành chuẩn
- Văn hoá tổ chức
- Làm việc nhóm

### 3.3.5. Yếu tố bên ngoài

- Môi trường tự nhiên
- Sản phẩm, công nghệ và cơ sở hạ tầng
- Quy trình, hệ thống dịch vụ

### 3.3.6. Khác

Các yếu tố không đề cập đến trong các mục từ 1 đến 5 kể trên

## 4. Báo cáo sự cố y khoa

### 4.1. Nhận diện sự cố y khoa

Khi phát hiện sự cố y khoa, nhân viên y tế có trách nhiệm nhận diện và phân biệt sự cố y khoa theo các trường hợp mô tả, diễn biến tình huống, mức độ tổn thương.

### 4.2. Báo cáo và ghi nhận sự cố y khoa

#### 4.2.1. Báo cáo sự cố y khoa bao gồm:

- Báo cáo tự nguyện đối các sự cố y khoa từ mức độ sự cố chưa xảy ra, tổn thương nhẹ đến tổn thương trung bình.
- Báo cáo bắt buộc đối với các sự cố y khoa tổn thương nặng và các sự cố y khoa nghiêm trọng gồm: sự cố y khoa gây tử vong cho 01 người bệnh và nghi ngờ có nguy cơ tiếp tục gây tử vong cho người bệnh tiếp theo hoặc sự cố y khoa gây tử vong cho 02 người bệnh trở lên trong cùng một tình huống, hoàn cảnh hoặc do cùng một nguyên nhân.

#### 4.2.2. Hình thức báo cáo

- Báo cáo tự nguyện được thực hiện bằng văn bản hoặc báo cáo điện tử. Trường hợp cần báo cáo khẩn cấp thì có thể báo cáo trực tiếp hoặc qua điện thoại nhưng sau đó vẫn phải thực hiện ghi nhận lại bằng văn bản.

- Báo cáo bắt buộc: Báo cáo bằng văn bản hoặc báo cáo điện tử đối với sự cố y khoa gây tổn thương nghiêm trọng :

#### *4.2.3. Báo cáo và ghi nhận sự cố y khoa tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*

##### a) Báo cáo sự cố y khoa

- Báo cáo tự nguyện: Người trực tiếp gây ra sự cố y khoa hoặc người phát hiện sự cố y khoa báo cáo cho bộ phận tiếp nhận và quản lý sự cố y khoa của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Nội dung báo cáo tối thiểu cần có: Địa điểm, thời điểm xảy ra và mô tả, đánh giá sơ bộ về sự cố, tình trạng của người bị ảnh hưởng, biện pháp xử lý ban đầu.

- Báo cáo bắt buộc: Người trực tiếp gây ra sự cố y khoa hoặc người phát hiện sự cố y khoa phải báo cáo cho trưởng khoa, bộ phận tiếp nhận và quản lý sự cố y khoa. Nội dung báo cáo phải đầy đủ tất cả các thông tin .

## **5. Phân loại sự cố y khoa**

Sau khi tiếp nhận báo cáo sự cố y khoa xảy ra, bộ phận tiếp nhận và quản lý sự cố y khoa của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh phải tiến hành phân loại theo cả 3 tiêu chí dưới đây:

a) Phân loại sự cố theo mức độ tổn thương đối với người bệnh

b) Phân loại sự cố theo nhóm sự cố

c) Phân loại sự cố theo nhóm nguyên nhân gây ra sự cố

## **6. Một số khuyến cáo, khắc phục để phòng ngừa sự cố y khoa**

### **6.1. Phòng ngừa chuẩn**

Phòng ngừa chuẩn là các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho mọi người bệnh không phụ thuộc vào chẩn đoán, tình trạng nhiễm trùng và thời điểm khám, điều trị, chăm sóc dựa trên nguyên tắc coi máu, chất tiết và chất bài tiết của người bệnh đều có nguy cơ lây truyền bệnh.

Những nội dung chính của phòng ngừa chuẩn bao gồm:

- Vệ sinh tay
- Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân
- Vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho
- Sắp xếp NB
- Tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn
- Vệ sinh môi trường
- Xử lý dụng cụ
- Xử lý đồ vải
- Xử lý chất thải

### **6.2. Sự cố thường gặp khi dùng thuốc tiêm, thuốc uống, vaccine, truyền dịch, truyền máu và cách phòng tránh**

### 6.2.1. Sự cố thường gặp khi dùng thuốc và cách phòng tránh

Những tai biến xảy ra trong tiêm bắp

+ Đâm phải dây thần kinh hông to

- Do không xác định đúng vị trí tiêm mông, tiêm sai vị trí, góc độ đâm kim xiên.
- Phòng ngừa: xác định chính xác vị trí tiêm mông và góc độ tiêm đúng 90°.

+ Gây tắc mạch

- Do tiêm thuốc dạng dầu hoặc nhũ tương vào mạch máu
- Phòng ngừa: khi tiêm bao giờ cũng phải hút thử bơm tiêm xem có máu không? Sau đó mới được bơm thuốc.

+ Gây mảng mục

- Do tiêm những chất gây hoại tử mô (thuốc chống chỉ định tiêm bắp), ví dụ như calci clorua.

- Phát hiện: chỗ tiêm nóng, đỏ, đau, lúc đầu cứng sau mềm nhũn giống ổ áp xe

- Xử trí: khi phát hiện sớm tiêm phong bế Novocain

Lúc đầu: chườm nóng

Lúc hoại tử: băng mỏng giữ khỏi nhiễm khuẩn thêm, có thể phải chích nếu ổ hoại tử lớn.

+ Phản vệ

### 6.2.2. Sự cố thường gặp khi dùng vaccine và cách phòng tránh

+ Các phản ứng và biến chứng:

- Sốt
- Phản vệ
- Co giật
- Nhiễm trùng

+ Các biện pháp phòng tránh tai biến:

- Tuyên truyền cho gia đình để trẻ được tiêm phòng đầy đủ và đúng lịch
- Trẻ cần được khám cẩn thận trước khi tiêm phòng
- Đảm bảo tuyệt đối an toàn khi tiêm phòng:

Vô khuẩn

Kỹ thuật tiêm (tiêm bắp, trong da, dưới da)

Kiểm tra chất lượng vaccine trước khi tiêm, tiêm đúng liều

Bảo quản vaccin đúng kỹ thuật

- Theo dõi sát trẻ ngay sau tiêm:

Phản vệ: xử trí theo phác đồ của Bộ Y tế

Đau, sốt...

- Hướng dẫn gia đình trẻ theo dõi trẻ khi về nhà, dặn khi nào cần đưa trẻ đi khám.

### 6.2.3 Sự cố thường gặp khi truyền dịch và cách phòng tránh

#### + Dịch không chảy

- Do kim bị lệch, lỗ kim áp vào thành mạch. Cần điều chỉnh lại kim và kê lại đốc kim.
- Do mạch kẹp, dùng bàn tay vuốt nhẹ theo đường về của tĩnh mạch để dồn máu.
- Do tắc kim: tạm thời gập 1 - 2 khúc của đoạn dây truyền, rồi buông nhanh, dung dịch sẽ dồn mạnh xuống làm cho thông kim. Nếu không được phải thay kim.

#### + Phòng nơi tiêm

- Do thuốc thoát ra ngoài vì tiêm ra ngoài thành mạch hoặc mũi vát của kim chưa vào sâu trong lòng mạch (mũi vát nửa trong nửa ngoài). Phải tiêm lại hoặc tiêm chỗ khác. Nếu là dung dịch ưu trương thoát ra ngoài thì phải ngừng truyền ngay, báo cáo bác sĩ.

#### + Phản vệ

- Triệu chứng: rét run, sắc mặt tái nhợt, vã mồ hôi, khó thở, mạch nhanh
- Xử trí: ngừng truyền ngay, phải ủ ấm cho bệnh nhân, báo cáo bác sĩ (chuẩn bị thuốc xử trí). Tìm nguyên nhân gây phản vệ, do dung dịch không tinh khiết, do dây truyền bẩn, do tốc độ truyền nhanh...

#### + Phù phổi cấp

Thường xảy ra ở những bệnh nhân bị cao huyết áp, hoặc suy tim, nguyên nhân do truyền quá nhanh: khối lượng nhiều.

- Triệu chứng: đau ngực, khó thở dữ dội, sắc mặt tím tái
- Xử trí: ngừng truyền ngay, báo cáo bác sĩ, chuẩn bị phương tiện xử trí.

#### + Tắc mạch phổi

- Do không khí trong dây truyền lọt vào mạch
- Triệu chứng: đau ngực đột ngột, khó thở, có thể gây tử vong nhanh
- Xử trí: ngừng truyền ngay, báo cáo bác sĩ, đồng thời xử trí, hô hấp nhân tạo, thở oxy...

### 6.3. Kỹ năng tiêm an toàn

Tiêm an toàn là một quy trình tiêm không gây nguy hại cho người nhận mũi tiêm, không gây phơi nhiễm cho người thực hiện mũi tiêm, không tạo chất thải nguy hại cho người khác và cộng đồng.

#### 6.3.1. Các giải pháp tăng cường thực hành tiêm an toàn

- Giảm hoặc loại bỏ các mũi tiêm không cần thiết
- Bảo đảm đầy đủ các phương tiện, thuốc cho kỹ thuật tiêm
- Tiêm phòng vắc xin cho nhân viên y tế và thiết lập, thực hiện hệ thống báo cáo các trường hợp phơi nhiễm nghề nghiệp
- Tăng cường kiến thức về tiêm an toàn và kiểm soát nhiễm khuẩn
- Tăng cường công tác kiểm tra, giám sát

- Thực hành đúng quy trình kỹ thuật tiêm.

### 6.3.2. Kỹ năng tiêm an toàn: gồm 17 bước

(1) Rửa tay trước khi thực hiện kỹ thuật tiêm truyền, kể cả khi thay dây dịch truyền hoặc mỗi khi bơm thuốc cho mỗi người bệnh

(2) Tiêm thuốc đúng theo y lệnh

(3) Thực hiện:

- 3 kiểm tra (họ tên người bệnh - tên thuốc - liều dùng)

- 5 đối chiếu (số giường, số phòng bệnh - đường dùng - nhãn thuốc - chất lượng - thời gian)

- 5 đúng: đúng người bệnh - tên thuốc - liều dùng - đường tiêm - thời gian

(4) Sử dụng bơm kim tiêm mới, vô khuẩn cho mỗi lần tiêm

(5) Sát khuẩn nắp lọ thuốc trước khi lấy thuốc

(6) Không dùng kim rút thuốc lọ để tiêm

(7) Kim tiêm không bị chạm vào tay và dụng cụ bẩn trước khi tiêm, không mở nắp bảo vệ kim cho đến khi bắt đầu tiêm cho người bệnh

(8) Xác định đúng vị trí tiêm, góc kim và độ sâu của kim, tuân thủ vô khuẩn tuyệt đối khi thực hiện kỹ thuật

(9) Sát khuẩn da vùng tiêm bằng cồn iode 0.1% hay betadine 10% theo hình xoay chôn ốc, từ trong ra ngoài

(10) Không được đâm kim qua vùng sát khuẩn còn ướt còn cũng như không được dùng gòn thấm ướt quá nhiều còn che lên vị trí tiêm truyền trước khi rút kim ra

(11) Đảm bảo đúng kỹ thuật tiêm truyền (2 nhanh - 1 chậm: đâm kim nhanh, rút kim nhanh, bơm thuốc chậm)

(12) Quan sát người bệnh trong khi tiêm

(13) Băng gạc vô khuẩn nơi tiêm truyền tĩnh mạch, thay băng mỗi 24h hay thay ngay khi ẩm ướt, dơ, có dấu hiệu nhiễm trùng

(14) Dây dịch truyền, chai dịch truyền thay mỗi 24h

(15) Không đặt kim catheter quá 72h. Sát khuẩn catheter (xung quanh nơi bơm thuốc) trước khi bơm qua dây dịch truyền

(16) Thay ngay lập tức hệ thống dây truyền sau khi truyền máu hay lipid nếu tiếp tục truyền các dịch khác

(17) Mang theo hộp thuốc chống sốc khi đi tiêm truyền (thuộc phác đồ chống sốc và biết cách xử trí).



Hình 2: Xe tiêm mẫu

### CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Sự cố y khoa là các tình huống không mong muốn xảy ra trong quá trình chẩn đoán, chăm sóc và điều trị do các yếu tố:

- A. Khách quan, chủ quan
- B. Người bệnh không tuân thủ điều trị
- C. Cơ địa người bệnh
- D. Diễn biến bệnh lý của người bệnh

2. Nguyên nhân gốc gây ra sự cố y khoa:

- A. Là nguyên nhân trực tiếp dẫn đến sự cố y khoa
- B. Là hậu quả của sự cố y khoa
- C. Là nguyên nhân gián tiếp dẫn đến sự cố y khoa
- D. Là nguyên nhân có thể phát hiện được

3. Phòng ngừa chuẩn là các biện pháp phòng ngừa

- A. Cơ bản
- B. Chủ động
- C. Thụ động
- D. Áp dụng cho cán bộ tại TYT

4. Triệu chứng: đau ngực, khó thở dữ dội, sắc mặt tím tái là biểu hiện sự cố của.

- A. Sốc
- B. Phù phổi cấp
- C. Tắc mạch phổi
- D. Phồng nơi tiêm

5. Các phản ứng thường gặp khi tiêm chủng

- A. Sốt

- B. Phản vệ
- C. Nhiễm trùng
- D. Tất cả các ý trên

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ y tế, Điều dưỡng cơ bản 2, NXB Y học.
2. Bộ y tế, Tài liệu Đào tạo liên tục Kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên y tế tuyến cơ sở.
3. Bộ y tế (2018), thông tư 16/2018/TT-BYT quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh
4. Bộ y tế (2012), Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 của Bộ Y tế Hướng dẫn tiêu an toàn .
5. Bộ y tế (2012), Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế hướng dẫn phòng ngừa chuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
6. Hướng dẫn Thực hành 55, Kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, nhà xuất bản giáo dục.
7. Bộ y tế, Kỹ năng Thực hành điều dưỡng, NXB Y học.

## **BÀI 10**

### **PHÒNG, CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ PHẢN VỆ**

#### **Mục tiêu**

1. Nêu được 6 nguyên tắc dự phòng phản vệ.
2. Nhận biết sớm các dấu hiệu của phản vệ và xử trí cấp cứu ban đầu kịp thời.
3. Kể được danh mục thuốc và dụng cụ hộp thuốc cấp cứu theo quy định
4. Khai thác được tiền sử dị ứng

#### **Nội dung**

##### **1. Chẩn đoán phản vệ**

###### **1.1. Triệu chứng gợi ý**

Nghĩ đến phản vệ khi xuất hiện ít nhất một trong các triệu chứng sau:

- a) Mày đay, phù mạch nhanh.
- b) Khó thở, tức ngực, thở rít.
- c) Đau bụng hoặc nôn.
- d) Tụt huyết áp hoặc ngất.
- e) Rối loạn ý thức.

###### **1.2. Các bệnh cảnh lâm sàng:**

###### **1.2.1. Bệnh cảnh lâm sàng 1:**

Các triệu chứng xuất hiện trong vài giây đến vài giờ ở da, niêm mạc (mày đay, phù mạch, ngứa...) và có ít nhất 1 trong 2 triệu chứng sau:

- a) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- b) Tụt huyết áp (HA) hay các hậu quả của tụt HA (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).

###### **1.2.2. Bệnh cảnh lâm sàng 2:**

Ít nhất 2 trong 4 triệu chứng sau xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi người bệnh tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ:

- a) Biểu hiện ở da, niêm mạc: mày đay, phù mạch, ngứa.
- b) Các triệu chứng hô hấp (khó thở, thở rít, ran rít).
- c) Tụt huyết áp hoặc các hậu quả của tụt huyết áp (rối loạn ý thức, đại tiện, tiểu tiện không tự chủ...).
- d) Các triệu chứng tiêu hóa (nôn, đau bụng...).

###### **1.2.3. Bệnh cảnh lâm sàng 3:**

Tụt huyết áp xuất hiện trong vài giây đến vài giờ sau khi tiếp xúc với yếu tố nghi ngờ mà người bệnh đã từng bị dị ứng:

- a) Trẻ em: giảm ít nhất 30% huyết áp tâm thu (HA tối đa) hoặc tụt huyết áp tâm thu so với tuổi (huyết áp tâm thu < 70mmHg).
- b) Người lớn: Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm 30% giá trị huyết áp tâm thu nền.

## 2. Chẩn đoán phân biệt

1. Các trường hợp sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích, sốc nhiễm khuẩn.
2. Tai biến mạch máu não.
3. Các nguyên nhân đường hô hấp: COPD, cơn hen phế quản, khó thở thanh quản (do dị vật, viêm).
4. Các bệnh lý ở da: mày đay, phù mạch.
5. Các bệnh lý nội tiết: cơn bão giáp trạng, hội chứng carcinoid, hạ đường máu.
6. Các ngộ độc: rượu, opiat, histamin...

## 3. Phản vệ được phân thành 4 mức độ như sau

(Lưu ý mức độ phản vệ có thể nặng lên rất nhanh và không theo tuần tự)

**3.1. Nhẹ (độ I):** Chỉ có các triệu chứng da, tổ chức dưới da và niêm mạc như mày đay, ngứa, phù mạch.

**3.2. Nặng (độ II):** có từ 2 biểu hiện ở nhiều cơ quan:

- a) Mày đay, phù mạch xuất hiện nhanh.
- b) Khó thở nhanh nông, tức ngực, khàn tiếng, chảy nước mũi.
- c) Đau bụng, nôn, ỉa chảy.
- d) Huyết áp chưa tụt hoặc tăng, nhịp tim nhanh hoặc loạn nhịp.

**3.3. Nguy kịch (độ III):** biểu hiện ở nhiều cơ quan với mức độ nặng hơn như sau:

- a) Đường thở: tiếng rít thanh quản, phù thanh quản.
- b) Thở: thở nhanh, khô khè, tím tái, rối loạn nhịp thở.
- c) Rối loạn ý thức: vật vã, hôn mê, co giật, rối loạn cơ tròn.
- d) Tuần hoàn: sốc, mạch nhanh nhỏ, tụt huyết áp.

**3.4. Ngừng tuần hoàn (độ IV):** Biểu hiện ngừng hô hấp, ngừng tuần hoàn...

## 4. Hướng dẫn xử trí cấp cứu phản vệ

### 4.1. Nguyên tắc chung

1. Tất cả trường hợp phản vệ phải được phát hiện sớm, xử trí khẩn cấp, kịp thời ngay tại chỗ và theo dõi liên tục ít nhất trong vòng 24 giờ.

2. Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh viên, kỹ thuật viên, nhân viên y tế khác phải xử trí ban đầu cấp cứu phản vệ.

3. **Adrenalin là thuốc thiết yếu, quan trọng hàng đầu cứu sống người bệnh bị phản vệ, phải được tiêm bắp ngay khi chẩn đoán phản vệ từ độ II trở lên.**

4. Ngoài hướng dẫn này, đối với một số trường hợp đặc biệt còn phải xử trí theo hướng dẫn tại Phụ lục IV ban hành kèm theo Thông tư này.

**4.2. Xử trí phản vệ nhẹ (độ I):** dị ứng nhưng có thể chuyển thành nặng hoặc nguy kịch

1. Sử dụng thuốc methylprednisolon hoặc diphenhydramin uống hoặc tiêm tùy tình trạng người bệnh.
2. Tiếp tục theo dõi ít nhất 24 giờ để xử trí kịp thời.

**4.3. Phác đồ xử trí cấp cứu phản vệ mức nặng và nguy kịch (độ II, III)**

Phản vệ độ II có thể nhanh chóng chuyển sang độ III, độ IV. Vì vậy, phải khẩn trương, xử trí đồng thời theo diễn biến bệnh:

1. Ngừng ngay tiếp xúc với thuốc hoặc dị nguyên (nếu có).
2. Tiêm hoặc truyền adrenalin (theo mục IV dưới đây).
3. Cho người bệnh nằm tại chỗ, đầu thấp, nghiêng trái nếu có nôn.
4. Thở ô xy: người lớn 6-10 l.phút, trẻ em 2-4 l.phút qua mặt nạ hở.
5. Đánh giá tình trạng hô hấp, tuần hoàn, ý thức và các biểu hiện ở da, niêm mạc của người bệnh.
  - a) Ép tim ngoài lồng ngực và bóp bóng (nếu ngừng hô hấp, tuần hoàn).
  - b) Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu (nếu khó thở thanh quản).
6. Thiết lập đường truyền adrenalin tĩnh mạch với dây truyền thông thường nhưng kim tiêm to (cỡ 14 hoặc 16G) hoặc đặt catheter tĩnh mạch và một đường truyền tĩnh mạch thứ hai để truyền dịch nhanh (theo mục IV dưới đây).
7. Hội ý với các đồng nghiệp, tập trung xử lý, báo cáo cấp trên, hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa cấp cứu, hồi sức và/hoặc chuyên khoa dị ứng (nếu có).

**4.4. Phác đồ sử dụng adrenalin và truyền dịch**

Mục tiêu: nâng và duy trì ổn định HA tối đa của người lớn lên  $\geq 90$ mmHg, trẻ em  $\geq 70$ mmHg và không còn các dấu hiệu về hô hấp như thở rít, khó thở; dấu hiệu về tiêu hóa như nôn mửa, ỉa chảy.

1. Thuốc adrenalin 1mg = 1ml = 1 ống, tiêm bắp:
  - a) Trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 10kg: 0,2ml (tương đương 1.5 ống).
  - b) Trẻ khoảng 10 kg: 0,25ml (tương đương 1.4 ống).
  - c) Trẻ khoảng 20 kg: 0,3ml (tương đương 1.3 ống).
  - d) Trẻ > 30kg: 0,5ml (tương đương 1.2 ống).
  - e) Người lớn: 0,5-1 ml (tương đương 1.2-1 ống).
2. Theo dõi huyết áp 3-5 phút.lần.
3. Tiêm nhắc lại adrenalin liều như khoản 1 mục IV 3-5 phút.lần cho đến khi huyết áp và mạch ổn định.

4. Nếu mạch không bắt được và huyết áp không đo được, các dấu hiệu hô hấp và tiêu hóa nặng lên sau 2-3 lần tiêm bắp như khoản 1 mục IV hoặc có nguy cơ ngừng tuần hoàn phải:

a) Nếu chưa có đường truyền tĩnh mạch: Tiêm tĩnh mạch chậm dung dịch adrenalin 1.10.000 (1 ống adrenalin 1mg pha với 9ml nước cất = pha loãng 1.10). Liều adrenalin tiêm tĩnh mạch chậm trong cấp cứu phản vệ chỉ bằng 1.10 liều adrenalin tiêm tĩnh mạch trong cấp cứu ngừng tuần hoàn. Liều dùng:

- **Người lớn:** 0,5-1 ml (dung dịch pha loãng 1.10.000=50-100 $\mu$ g) tiêm trong 1-3 phút, sau 3 phút có thể tiêm tiếp lần 2 hoặc lần 3 nếu mạch và huyết áp chưa lên. Chuyển ngay sang truyền tĩnh mạch liên tục khi đã thiết lập được đường truyền.

- **Trẻ em:** Không áp dụng tiêm tĩnh mạch chậm.

b) Nếu đã có đường truyền tĩnh mạch, truyền tĩnh mạch liên tục adrenalin (pha adrenalin với dung dịch natriclorid 0,9%) cho người bệnh kém đáp ứng với adrenalin tiêm bắp và đã được truyền đủ dịch. Bắt đầu bằng liều 0,1  $\mu$ g.kg.phút, cứ 3-5 phút điều chỉnh liều adrenalin tùy theo đáp ứng của người bệnh.

c) Đồng thời với việc dùng adrenalin truyền tĩnh mạch liên tục, truyền nhanh dung dịch natriclorid 0,9% 1.000ml-2.000ml ở người lớn, 10-20ml.kg trong 10-20 phút ở trẻ em có thể nhắc lại nếu cần thiết.

5. Khi đã có đường truyền tĩnh mạch adrenalin với liều duy trì huyết áp ổn định thì có thể theo dõi mạch và huyết áp 1 giờ.lần đến 24 giờ.

#### **Bảng tham khảo cách pha loãng adrenalin với dung dịch Nacl 0,9% và tốc độ truyền tĩnh mạch chậm**

01 ống adrenalin 1mg pha với 250ml Nacl 0,9% (như vậy 1ml dung dịch pha loãng có 4 $\mu$ g adrenalin)

Cân nặng người bệnh (kg)	Liều truyền tĩnh mạch adrenalin khởi đầu (0,1 $\mu$ g.kg.phút)	Tốc độ (giọt.phút) với kim tiêm 1 ml=20 giọt
Khoảng 80	2ml	40 giọt
Khoảng 70	1,75ml	35 giọt
Khoảng 60	1,50ml	30 giọt
Khoảng 50	1,25ml	25 giọt
Khoảng 40	1ml	20 giọt
Khoảng 30	0,75ml	15 giọt
Khoảng 20	0,5ml	10 giọt
Khoảng 10	0,25ml	5 giọt

#### **4.5. Xử trí tiếp theo**

1. Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn: Tùy mức độ suy tuần hoàn, hô hấp có thể sử dụng một hoặc các biện pháp sau đây:

a) Thở oxy qua mặt nạ: 6-10 lít.phút cho người lớn, 2-4 lít.phút ở trẻ em,

b) Bóp bóng AMBU có oxy,

c) Đặt ống nội khí quản thông khí nhân tạo có ô xy nếu thở rít tăng lên không đáp ứng với adrenalin,

d) Mở khí quản nếu có phù thanh môn-hạ họng không đặt được nội khí quản,

đ) Truyền tĩnh mạch chậm: aminophyllin 1mg.kg.giờ hoặc salbutamol 0,1 µg.kg.phút hoặc terbutalin 0,1 µg.kg.phút (tốt nhất là qua bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch),

e) Có thể thay thế aminophyllin bằng salbutamol 5mg khí dung qua mặt nạ hoặc xịt họng salbutamol 100µg người lớn 2-4 nhất.lần, trẻ em 2 nhất.lần, 4-6 lần trong ngày.

2. Nếu không nâng được huyết áp theo mục tiêu sau khi đã truyền đủ dịch và adrenalin, có thể truyền thêm dung dịch keo (huyết tương, albumin hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào sẵn có).

3. Thuốc khác:

- Methylprednisolon 1-2mg.kg ở người lớn, tối đa 50mg ở trẻ em hoặc hydrocortison 200mg ở người lớn, tối đa 100mg ở trẻ em, tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở).

- Kháng histamin H1 như diphenhydramin tiêm bắp hoặc tĩnh mạch: người lớn 25-50mg và trẻ em 10-25mg.

- Kháng histamin H2 như ranitidin: ở người lớn 50mg, ở trẻ em 1mg.kg pha trong 20ml Dextrose 5% tiêm tĩnh mạch trong 5 phút.

- Glucagon: sử dụng trong các trường hợp tụt huyết áp và nhịp chậm không đáp ứng với adrenalin. Liều dùng: người lớn 1-5mg tiêm tĩnh mạch trong 5 phút, trẻ em 20-30µg.kg, tối đa 1mg, sau đó duy trì truyền tĩnh mạch 5-15µg.phút tùy theo đáp ứng lâm sàng. Bảo đảm đường thở tốt vì glucagon thường gây nôn.

- Có thể phối hợp thêm các thuốc vận mạch khác: dopamin, dobutamin, noradrenalin truyền tĩnh mạch khi người bệnh có sốc nặng đã được truyền đủ dịch và adrenalin mà huyết áp không lên.

#### **4.6. Theo dõi**

1. Trong giai đoạn cấp: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpCO<sub>2</sub> và tri giác 3-5 phút.lần cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> và tri giác mỗi 1-2 giờ trong ít nhất 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả các người bệnh phản vệ cần được theo dõi ở cơ sở khám bệnh, chữa bệnh đến ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định và đề phòng phản vệ pha 2.

4. Ngừng cấp cứu: nếu sau khi cấp cứu ngừng tuần hoàn tích cực không kết quả...

### **5. Xử trí phản vệ trong một số trường hợp đặc biệt**

#### **5.1. Phản vệ trên người đang dùng thuốc chẹn thụ thể Beta**

a) Đáp ứng của người bệnh này với adrenalin thường kém, làm tăng nguy cơ tử vong.

b) Điều trị: về cơ bản giống như phác đồ chung xử trí phản vệ, cần theo dõi sát huyết áp, truyền tĩnh mạch adrenalin và có thể truyền thêm các thuốc vận mạch khác.

c) Thuốc giãn phế quản: nếu thuốc cường beta 2 đáp ứng kém, nên dùng thêm kháng cholinergic: ipratropium (0,5mg khí dung hoặc 2 nhất đường xịt).

d) Xem xét dùng glucagon khi không có đáp ứng với adrenalin.

### 5.2. Phản vệ do gắng sức

a) Là dạng phản vệ xuất hiện sau hoạt động gắng sức.

b) Triệu chứng điển hình: bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi, kiệt sức, nóng bừng, đỏ da, ngứa, mày đay, có thể phù mạch, khò khè, tắc nghẽn đường hô hấp trên, trụy mạch. Một số bệnh nhân thường chỉ xuất hiện triệu chứng khi gắng sức có kèm thêm các yếu tố đồng kích thích khác như: thức ăn, thuốc chống viêm giảm đau không steroid, rượu, phấn hoa.

c) Người bệnh phải ngừng vận động ngay khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Người bệnh nên mang theo người hộp thuốc cấp cứu phản vệ hoặc bơm tiêm adrenalin định liều chuẩn (EpiPen, AnaPen...). Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

d) Gửi khám chuyên khoa Dị ứng-miễn dịch lâm sàng sàng lọc nguyên nhân.

### 5.3. Phản vệ vô căn

a) Phản vệ vô căn được chẩn đoán khi xuất hiện các triệu chứng phản vệ mà không xác định được nguyên nhân.

b) Điều trị theo Phụ lục III ban hành kèm theo Thông tư này.

c) Điều trị dự phòng: được chỉ định cho các bệnh nhân thường xuyên xuất hiện các đợt phản vệ (> 6 lần.năm hoặc > 2lần.2 tháng).

d) Điều trị dự phòng theo phác đồ:

- Prednisolon 60-100mg.ngày x 1 tuần, sau đó
- Prednisolon 60mg.cách ngày x 3 tuần, sau đó
- Giảm dần liều prednisolon trong vòng 2 tháng
- Kháng H1: cetirizin 10mg.ngày, loratadin 10mg.ngày.....

## 6. Hộp thuốc cấp cứu phản vệ và trang thiết bị y tế

### 6.1. Thành phần hộp thuốc cấp cứu phản vệ:

STT	Nội dung	Đơn vị	Số lượng
1	Phác đồ, sơ đồ xử trí cấp cứu phản vệ (Phụ lục III, Phụ lục X)	bản	01
2	Bơm kim tiêm vô khuẩn		
	- Loại 10ml	cái	02
	- Loại 5ml	cái	02
	- Loại 1ml	cái	02
	- Kim tiêm 14-16G	cái	02
3	Bông tiệt trùng tẩm cồn	gói.hộp	01
4	Dây garo	cái	02
5	Adrenalin 1mg.1ml	ống	05

6	Methylprednisolon 40mg	lọ	02
7	Diphenhydramin 10mg	ống	05
8	Nước cất 10ml	ống	03

**6.2. Trang thiết bị y tế và thuốc tối thiểu cấp cứu phản vệ tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.**

1. Oxy.
2. Bóng AMBU và mặt nạ người lớn và trẻ nhỏ.
3. Bơm xịt salbutamol.
4. Bộ đặt nội khí quản và. hoặc bộ mở khí quản và. hoặc mask thanh quản.
5. Nhũ dịch Lipid 20% lọ 100ml (02 lọ) đặt trong tủ thuốc cấp cứu tại nơi sử dụng thuốc gây tê, gây mê.
6. Các thuốc chống dị ứng đường uống.
7. Dịch truyền: natriclorid 0,9%...

**7. Khai thác tiền sử dị ứng**

**Lưu ý khai thác thông tin trên thẻ dị ứng của người bệnh nếu có (xem mẫu thẻ theo quy định tại Phụ lục VII ban hành kèm theo Thông tư này)**

STT	Nội dung	Tên thuốc, dị nguyên gây dị ứng	Có. số lần	Không	Biểu hiện lâm sàng-xử trí
1	Loại thuốc hoặc dị nguyên nào đã gây dị ứng?				
2	Dị ứng với loại côn trùng nào?				
3	Dị ứng với loại thực phẩm nào?				
4	Dị ứng với các tác nhân khác: phấn hoa, bụi nhà, hóa chất, mỹ phẩm...?				
5	Tiền sử cá nhân có bệnh dị ứng nào? (viêm mũi dị ứng, hen phế quản...)				
6	Tiền sử gia đình có bệnh dị ứng nào? (Bố mẹ, con, anh chị em ruột, có ai bị các bệnh dị ứng trên không).				

**8. Mẫu thẻ theo dõi dị ứng**

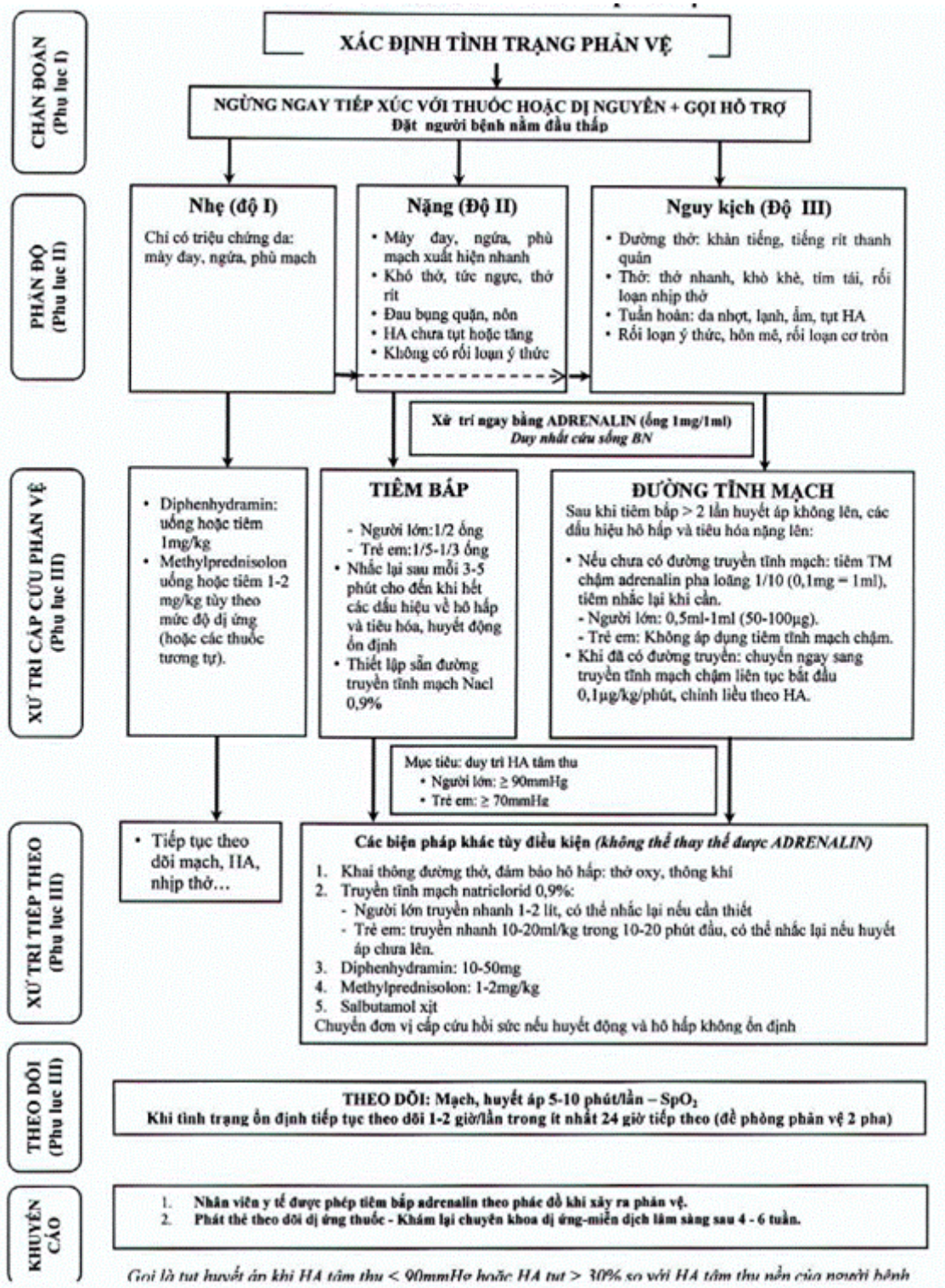
**(Mặt trước)**

Bệnh viện .....
Khoa.Trung tâm .....
<b>THẺ DỊ ỨNG</b>
Họ tên: ..... Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/>

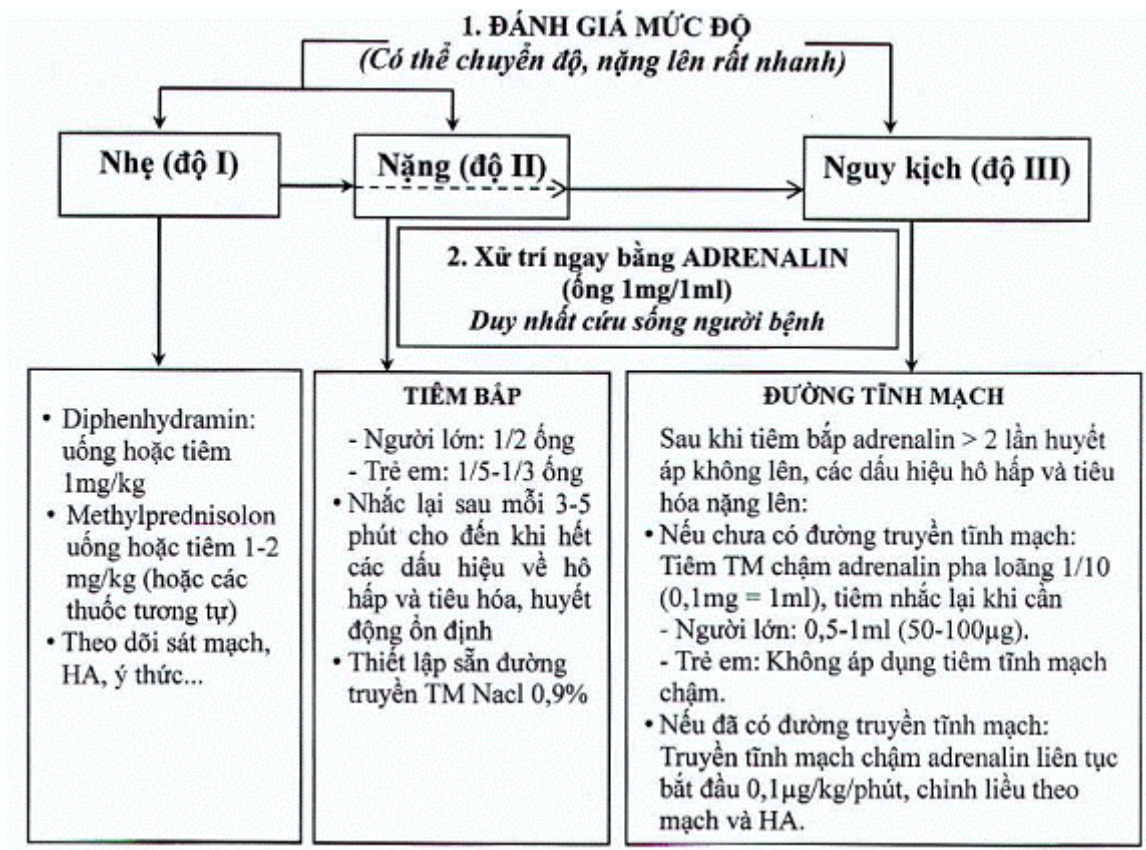
Tuổi .....			
Số CMND hoặc thẻ căn cước hoặc số định danh công dân .....			
Dị nguyên.thuốc	Nghi ngờ	Chắc chắn	Biểu hiện lâm sàng
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Bác sĩ xác nhận chẩn đoán ký:.....		ĐT .....	
Họ và tên:.....		Ngày cấp thẻ.....	

**(Mặt sau)**

<p><b>Ba điều cần nhớ</b></p> <p><b>1) Các dấu hiệu nhận biết phản vệ:</b></p> <p>Sau khi tiếp xúc với dị nguyên có một trong những triệu chứng sau đây</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Miệng, họng: Ngứa, phù môi, lưỡi, khó thở, khàn giọng.</li> <li>• Da: ngứa, phát ban, đỏ da, phù nề.</li> <li>• Tiêu hóa: nôn, tiêu chảy, đau bụng.</li> <li>• Hô hấp: khó thở, tức ngực, thở rít, ho.</li> <li>• Tim mạch: mạch yếu, choáng váng.</li> </ul> <p><b>2) Luôn mang adrenalin theo người.</b></p> <p><b>3) Khi có dấu hiệu phản vệ:</b></p> <p>“Tiêm bắp adrenalin ngay lập tức”</p> <p>“Gọi 115 hoặc đến cơ sở khám, chữa bệnh gần nhất”</p>
---



Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ



### Sơ đồ tóm tắt về chẩn đoán và xử trí phản vệ

Ghi chú: Sơ đồ chi tiết về chẩn đoán và xử trí phản vệ và Sơ đồ xử trí cấp cứu ban đầu phản vệ đề nghị in trên khổ giấy lớn A1 hoặc A2 và dán hoặc treo tại vị trí thích hợp các nơi sử dụng thuốc của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh...

## 9. Ngộ độc thuốc tê

Ngộ độc thuốc tê biểu hiện chính ở hai cơ quan quan trọng: hệ thần kinh trung ương và hệ tuần hoàn. Biểu hiện của ngộ độc thuốc tê trên hệ thần kinh trung ương có thể ở hai dạng, kích thích thần hoặc ức chế.

- Ở trạng thái kích thích: thường là các dấu hiệu sớm của ngộ độc thuốc tê. Người bệnh có cảm giác hoa mắt, chóng mặt, thay đổi vị giác, nhìn đôi, nói nhảm, co giật một cơ hay nhóm cơ (hay gặp nhất là cơ vùng đầu mặt cổ). Nặng hơn nữa sẽ có tình trạng co giật toàn thân.

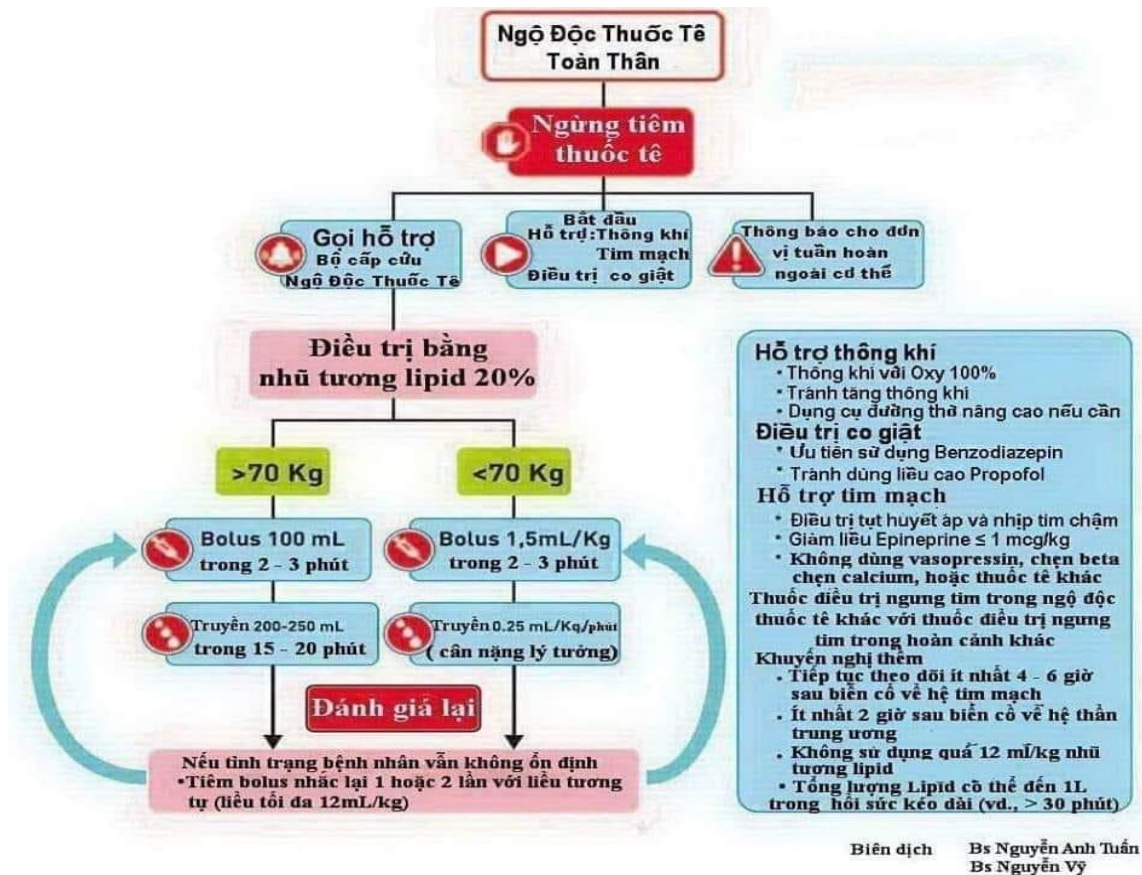
- Ở trạng thái ức chế: bệnh nhân ngủ gà, thờ ơ, nặng hơn là hôn mê và ngưng thở. Cũng như hệ thần kinh, các biểu hiện ngộ độc thuốc tê trên hệ tuần hoàn thể hiện ở hai trạng thái.

- Trạng thái kích thích: thường là xuất hiện trong giai đoạn đầu, nhịp tim nhanh, huyết áp tăng.

- Trạng thái ức chế: xuất hiện ở giai đoạn muộn. Người bệnh có các dấu hiệu rối loạn nhịp tim, nhịp tim chậm, rối loạn dẫn truyền nhĩ thất, tụt huyết áp, và nặng nhất ngưng tim.

Với các bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức được đào tạo bài bản thì, việc chẩn đoán và xử lý một trường hợp ngộ độc thuốc tê cũng như phân biệt được với các biến cố khác hiếm gặp hơn không khó.

Biểu hiện ngộ độc thuốc tê điển hình thường bắt đầu bằng các triệu chứng thần kinh, sau đó là các dấu hiệu tuần hoàn, khác hoàn toàn với các biểu hiện của phản ứng phản vệ thường bắt đầu bằng những dấu hiệu về da, cơ thắt cơ trơn và rối loạn tuần hoàn. Một số trường hợp ngộ độc thuốc tê không điển hình như, chỉ có dấu hiệu trên hệ thần kinh trung ương, hoặc dấu hiệu về tim mạch là duy nhất (và thường là các trường hợp ngộ độc thuốc tê nặng).



### Câu hỏi lượng giá

- Bước đầu tiên trong xử trí sốc phản vệ là
  - Ngừng ngay đường tiếp xúc dị nguyên
  - Cho bệnh nhân nằm tại chỗ
  - Adrenaline tiêm bắp
  - Thở oxy
- Liều Adrenaline dung dịch 1.1000, ống 1mg = 1ml tiêm bắp trong sốc phản vệ, **NGOẠI TRỪ**:
  - Người lớn: 1.2 ống
  - Mọi lứa tuổi: 1 ống
  - Trẻ em: 6 - 12 tuổi: 0,3 ml (1.3 ống)
  - Dưới 6 tuổi: 0,15 ml (1.6 ống)
- Thời gian lặp lại Adrenaline nếu lâm sàng không cải thiện:
  - 3 phút

- B. 5 phút
  - C. 10 phút
  - D. 15 phút
4. Biểu hiện ở da của phản ứng phản vệ là:
- A. Khó nuốt
  - B. Phù Quincke
  - C. Sung huyết kết mạc
  - D. Phù mi mắt
5. Biểu hiện trên đường hô hấp của phản ứng phản vệ là:
- A. Buồn nôn . nôn
  - B. Tiêu chảy
  - C. Khó nuốt
  - D. Đau bụng

**Gợi ý đáp án:**

*Trắc nghiệm:* 1(A), 2(B), 3(B), 4(B), 5(C)

**Tài liệu tham khảo**

1. Bộ y tế, Thông tư 51/2017/TT-BYT, Hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ.
2. Nguyễn Đạt Anh, Đặng Quốc Tuấn (2012), Hồi sức cấp cứu tiếp cận theo phác đồ (Biên dịch từ The Washington Manual of Critical Care 2nd), Choáng phản vệ, trang 33-38, NXB Khoa học kỹ thuật.
3. Phác đồ chẩn đoán, điều trị và dự phòng sốc phản vệ (2013), Bệnh viện Bạch Mai.
4. Anaphylaxis treatment and managment  
<https://emedicine.medscape.com/article.135065-treatment>
5. Anaphylaxis emergency treatment up to date.  
<https://www.uptodate.com.contents.anaphylaxis-emergency-treatment>

# BÀI 11

## PHÒNG NGỪA CHUẨN

### Mục tiêu

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên tắc và 9 nội dung phòng ngừa chuẩn
2. Thực hành đúng các quy định, quy trình Phòng ngừa chuẩn phù hợp với thực tế tại trạm y tế
3. Thực hiện đúng 6 bước vệ sinh tay thường quy
4. Lựa chọn và sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân phù hợp với các tình huống chăm sóc người bệnh tại trạm y tế và tại cộng đồng

### Nội dung

#### 1. Khái niệm phòng ngừa chuẩn

Phòng ngừa chuẩn là tập hợp các biện pháp phòng ngừa cơ bản áp dụng cho tất cả người bệnh (NB) trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh (KBCB) không phụ thuộc vào chẩn đoán, tình trạng nhiễm trùng và thời điểm chăm sóc của NB, dựa trên nguyên tắc coi tất cả máu, chất tiết, chất bài tiết (trừ mồ hôi) đều có nguy cơ lây truyền bệnh. Thực hiện phòng ngừa chuẩn (PNC) giúp phòng ngừa và kiểm soát lây nhiễm với máu, chất tiết, chất bài tiết (trừ mồ hôi) cho dù không nhìn thấy máu, chất tiết qua da không lành lặn và niêm mạc.

Việc tuân thủ các biện pháp của PNC đóng góp quan trọng vào việc giảm nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế, hạn chế cả sự lây truyền cho NVYT và NB cũng như từ NB sang môi trường nhằm bảo đảm an toàn và nâng cao chất lượng KBCB.

Những nội dung chính của phòng ngừa chuẩn bao gồm:

- Vệ sinh tay
- Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân
- Vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho
- Sắp xếp NB
- Tiêm an toàn và phòng ngừa tổn thương do vật sắc nhọn
- Vệ sinh môi trường
- Xử lý dụng cụ
- Xử lý đồ vải
- Xử lý chất thải...

#### 2. Tác nhân gây bệnh và phương thức lây truyền

##### 2.1. Tác nhân gây bệnh

Có khoảng trên 20 tác nhân gây phơi nhiễm qua đường máu. Các tác nhân thường gặp bao gồm: HIV, viêm gan siêu vi B, viêm gan siêu vi C, Cytomegalovirus, giang mai... Các chất tiết, bài tiết có thể truyền tác nhân gây bệnh qua đường máu bao gồm:

- Tất cả máu và sản phẩm của máu

- Tất cả các chất tiết nhìn thấy máu
- Dịch âm đạo
- Tinh dịch
- Dịch màng phổi
- Dịch màng tim
- Dịch não tủy
- Dịch màng bụng
- Dịch màng khớp
- Nước ối...

Những loại dịch tiết được xem hiểm khi là nguyên nhân lây truyền các tác nhân lây truyền qua đường máu bao gồm:

- Sữa mẹ
- Nước mắt, nước bọt mà không thấy rõ máu trong nước bọt
- Nước tiểu không có máu hoặc phân

Các tác nhân này có thể xuất phát từ môi trường, dụng cụ bị ô nhiễm với máu và chất tiết, chất bài tiết

## **2.2. Phương thức lây truyền**

Phơi nhiễm với các tác nhân gây bệnh qua đường máu xảy ra do kim hoặc do các vật sắc nhọn bị dính máu . dịch tiết của NB đâm phải hoặc do mắt, mũi, miệng, da không lành lặn tiếp xúc với máu dịch tiết của NB. Trong đó, chủ yếu qua tổn thương do kim hoặc vật sắc nhọn. Ngoài ra, máu chất tiết, chất bài tiết còn có thể xuất phát từ môi trường và dụng cụ bị nhiễm truyền qua niêm mạc, da không lành lặn vào NB và NVYT. Tuy nhiên, nguy cơ mắc bệnh sau phơi nhiễm nhiều hay ít phụ thuộc các yếu tố:

- Tác nhân gây bệnh: phơi nhiễm với HBV có nguy cơ nhiễm bệnh cao hơn HCV hoặc HIV (Bảng 1 và 2).
- Loại phơi nhiễm: phơi nhiễm với máu có nguy cơ hơn với nước bọt.
- Số lượng máu gây phơi nhiễm: kim rỗng lòng chứa nhiều máu hơn kim khâu hoặc kim chích máu.
- Đường phơi nhiễm: phơi nhiễm qua da nguy cơ hơn qua niêm mạc hay da không lành lặn.
- Tình trạng phơi nhiễm.
- Số lượng virus trong máu NB vào thời điểm phơi nhiễm.
- Điều trị dự phòng sau phơi nhiễm sẽ làm giảm nguy cơ.

Theo một nghiên cứu đa quốc gia, nguy cơ mắc bệnh khi bị kim đâm hay vết đứt từ nguồn NB có viêm gan siêu vi B có cả hai kháng nguyên bề mặt HBsAg và kháng nguyên e (HBeAg) là 22 - 31%, từ nguồn máu chỉ có HBsAg đơn thuần là 1 - 6% từ nguồn viêm gan siêu vi C là 1.8% (khoảng 0 - 7%), từ nguồn nhiễm HIV là 0.3%. (Bảng 1 và 2)

<b>Phơi nhiễm với máu</b>	<b>Tỷ lệ</b>	<b>Khoảng tin cậy 95%</b>
Qua da	0.3%	0.2 - 0.5%
Qua niêm mạc	0.09%	0.2 - 0.5%
Trên da lành	Chưa đánh giá chính xác	
Dịch tiết	Chưa đánh giá chính xác	

Bảng 1: Nguy cơ nhiễm HIV sau phơi nhiễm

<b>Nguồn kim có</b>	<b>Tỷ lệ viêm gan lâm sàng</b>	<b>Tỷ lệ nhiễm HBV về mặt huyết thanh học</b>
HbsAg + và HBeAg +	22 - 31%	37 - 62%
HbsAg +	1 - 6%	23 - 37%

Bảng 2: Nguy cơ nhiễm HBV sau khi bị kim đâm qua da từ nguồn bệnh có HBV

### **3. Khử khuẩn, tiệt khuẩn dụng cụ dùng lại**

- Dụng cụ y tế tái sử dụng đều phải được xử lý trước khi sử dụng cho NB khác.
- Làm sạch, khử khuẩn tiệt khuẩn dụng cụ theo điều 3 của Thông tư 18.2009.TT-BYT về "Hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn".
- Phương pháp xử lý:
  - + Dụng cụ tiếp xúc với da lành lặn và môi trường (nguy cơ thấp) cần khử khuẩn mức độ thấp hoặc trung bình.
  - + Dụng cụ tiếp xúc với niêm mạc (nguy cơ trung bình) cần phải khử khuẩn mức độ cao.
  - + Dụng cụ tiếp xúc với mô vô trùng, mạch máu (nguy cơ cao) cần phải được tiệt khuẩn, không ngâm khử khuẩn.
  - + Nhân viên khi xử lý dụng cụ cần mang phương tiện phòng hộ cá nhân thích hợp.

### **4. Quy trình vệ sinh môi trường và xử lý chất thải ở trạm y tế . phòng khám**

#### **4.1. Vệ sinh môi trường**

- Hàng ngày làm sạch và khử khuẩn các bề mặt dễ bị nhiễm vi sinh vật như các vật dụng xung quanh NB như thanh giường, tủ đầu giường, và các vật dụng thường xuyên sờ vào như tay nắm cửa, vật dụng trong nhà vệ sinh.
- Làm vệ sinh môi trường khoa phòng sớm trước giờ khám bệnh chữa bệnh. Không làm vệ sinh trong buồng bệnh khi bác sĩ điều dưỡng đang làm thủ thuật chuyên môn.
- Cần kiểm tra hóa chất và nồng độ hóa chất sử dụng trong vệ sinh làm sạch.
- Cần chú ý làm sạch và khử khuẩn đồ chơi của trẻ em.
- Tuân theo đúng nguyên tắc làm vệ sinh từ vùng có nguy cơ thấp đến vùng có nguy cơ cao, từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.
- + Thu gom rác trước khi lau bề mặt môi trường.
- + Làm sạch hàng ngày các bề mặt như sàn nhà, bàn ghế, lavabo vệ sinh tay...

- + Khi bề mặt môi trường bị dính hoặc đổ máu, chất tiết, chất bài tiết phải được khử khuẩn bề mặt bằng dung dịch chứa 0.5% Chlorin trước khi lau.
- + Áp dụng phương pháp lau ẩm, không được quét khô trong các khu vực chuyên môn (trừ khu ngoại cảnh).
- + Thường xuyên thay khăn lau, dung dịch khử khuẩn làm sạch và giặt, làm khô khăn lau sau khi sử dụng.
- Người làm vệ sinh phải mang phương tiện phòng hộ thích hợp.

#### **4.2. Quản lý chất thải y tế**

- Cơ sở KBCB cần phải xây dựng quy trình thu gom và quản lý chất thải theo Quy chế quản lý chất thải rắn QĐ 43.2008.QĐ-BYT phù hợp với tình hình thực tế của bệnh viện để mọi NVYT y tế có thể áp dụng trong thực hành.
- Chất thải y tế phải được thu gom, xử lý và tiêu hủy an toàn, cần đặc biệt quan tâm xử lý an toàn chất thải sắc nhọn.
- Phải phân loại chất thải ngay tại nguồn phát sinh chất thải: chất thải rắn y tế phải phân loại riêng theo từng nhóm và từng loại đúng quy định. Mỗi nhóm loại chất thải rắn phải được đựng trong các túi và thùng có mã màu và biểu tượng theo quy định không đựng quá 3.4 túi, thùng.
- Đặt thùng, hộp đựng chất thải phải gần nơi chất thải phát sinh. Thùng đựng vật sắc nhọn phải để ở xe tiêm, nơi làm thủ thuật.
- Vận chuyển rác thải từ các khoa phòng về nơi lưu giữ chất thải của cơ sở KBCB ít nhất một lần ngày và khi cần. Thời gian lưu giữ chất thải trong các cơ sở KBCB không quá 48 giờ. Lưu giữ chất thải trong nhà bảo quản lạnh hoặc thùng lạnh có thể đến 72 giờ.
- Cơ sở KBCB phải quy định đường vận chuyển và giờ vận chuyển chất thải. Tránh vận chuyển chất thải qua các khu vực chăm sóc NB và các khu vực sạch khác. Vận chuyển rác bằng xe chuyên dụng, không được làm rơi vãi chất thải nước thải và phát tán mùi hôi trong quá trình vận chuyển.
- Có nơi lưu giữ riêng chất thải y tế nguy hại và chất thải thông thường. Nơi lưu giữ chất thải cách xa nhà ăn, buồng bệnh, lối đi công cộng và khu vực tập trung đông người tối thiểu 100 mét. Nhà lưu giữ chất thải phải có mái che, có hàng rào bảo vệ, có cửa và có khóa, tốt hơn có bảo quản lạnh. Diện tích phù hợp với lượng chất thải phát sinh của cơ sở KBCB. Có phương tiện vệ sinh tay, phương tiện bảo hộ cho nhân viên, có dụng cụ hóa chất làm vệ sinh. Có hệ thống cống thoát nước tường và nền chống thấm thông khí tốt.

### **5. Quy trình rửa tay 6 bước**

Vệ sinh tay là làm sạch tay bằng nước với xà phòng có hay không có chất sát khuẩn và sát khuẩn tay với dung dịch có chứa cồn. Vệ sinh tay là nội dung cơ bản của PNC và là biện pháp hiệu quả nhất trong kiểm soát sự lây truyền tác nhân gây bệnh trong các cơ sở KBCB. Cơ sở KBCB phải đảm bảo có nước sạch có đủ các phương tiện vệ sinh tay và có sẵn các dung dịch sát khuẩn tay có chứa cồn ở những nơi thăm khám chăm sóc NB.

#### **5.1. Vệ sinh tay theo năm thời điểm vệ sinh tay khi chăm sóc NB theo khuyến cáo của Tổ chức y tế thế giới (sơ đồ 1) và quy trình vệ sinh tay của Bộ y tế**

Ngoài ra các hoạt động sau đây cũng cần vệ sinh tay:

- Khi chuyển chăm sóc từ nơi nhiễm sang nơi sạch trên cùng người bệnh.
- Sau khi tháo găng.

### **5.2. Thực hiện kỹ thuật vệ sinh tay theo quy trình vệ sinh tay của Bộ y tế**

- Thực hiện vệ sinh tay với nước và xà phòng khi tay nhìn thấy vấy bẩn bằng mắt thường hoặc sau khi tiếp xúc với máu và dịch tiết.
- Vệ sinh tay bằng dung dịch vệ sinh tay có chứa cồn khi tay không thấy bẩn bằng mắt thường.
- Phải bảo đảm tay luôn khô hoàn toàn trước khi bắt đầu hoạt động chăm sóc NB.

### **5.3. Phương tiện thiết yếu cần trang bị cho mỗi vị trí vệ sinh tay**

- Bồn vệ sinh tay sạch có vòi nước có cần gạt
- Nước sạch
- Xà phòng (dung dịch xà phòng bán nhỏ) và giá đựng xà phòng
- Khăn lau tay một lần, thùng hoặc hộp đựng khăn lau tay có nắp đậy, thùng đựng khăn bẩn

**5.4. Cơ sở KBCB phải bố trí các địa điểm vệ sinh tay** tại các khu vực chăm sóc và phục vụ NB. Các buồng khám, buồng thủ thuật, buồng bệnh, buồng xét nghiệm phải trang bị bồn vệ sinh tay

### **5.5. Các vị trí cần trang bị dung dịch vệ sinh tay có chứa cồn**

- Giường NB nặng, NB cấp cứu
- Trên các xe tiêm, thay băng
- Bàn khám bệnh, xét nghiệm
- Cửa ra vào mỗi buồng bệnh

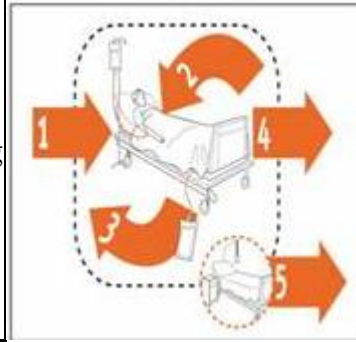
### **5.6. Một số điểm cần chú ý khác trong vệ sinh tay**

- Không được để móng tay dài, mang móng tay giả, trang sức trên tay khi chăm sóc NB.
- Trong chăm sóc NB, tránh chạm vào bề mặt các vật dụng trang thiết bị khi không cần thiết để phòng lây nhiễm từ môi trường hoặc lây nhiễm cho môi trường do tay bẩn.

**5.7. Tập huấn, kiểm tra, giám sát tuân thủ vệ sinh tay** phải được thực hiện thường xuyên và thông tin phản hồi cho NVYT

1. Trước khi tiếp xúc với NB	
2. Trước khi làm thủ thuật vô trùng	
3. Sau khi tiếp xúc với máu và dịch cơ thể	
4. Sau khi tiếp xúc NB	

5. Sau khi đụng chạm vào những vùng xung quanh NB



Sơ đồ 1: Các thời điểm vệ sinh tay khi chăm sóc người bệnh (WHO 2005)

## 6. Sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân

Phương tiện phòng hộ cá nhân bao gồm: găng tay, khẩu trang, áo choàng, tạp dề, mũ, mắt kính, mặt nạ và ủng hoặc bao giày. Mục đích sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân là để bảo vệ NVYT, NB, người nhà NB và người thăm bệnh khỏi bị nguy cơ lây nhiễm và hạn chế phát tán mầm bệnh ra môi trường bên ngoài. Nguyên tắc sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân là phải tùy thuộc vào mục đích sử dụng. Mang phương tiện phòng hộ khi dự kiến sẽ làm thao tác có bắn máu dịch tiết vào cơ thể.

Loại phương tiện và trình tự mang tùy thuộc vào mục đích và tình huống sử dụng. Trước khi rời buồng bệnh, cần tháo bỏ phương tiện phòng hộ cá nhân và vệ sinh tay. Khi tháo bỏ cần chú ý tháo phương tiện bản nhất ra trước (ví dụ găng tay). Trong quá trình mang các phương tiện phòng hộ không được sờ vào mặt ngoài và phải thay khi rách ứt.

### 6.1. Sử dụng găng

#### 6.1.1. Sử dụng găng trong các trường hợp sau:

- Mang găng vô khuẩn trong quá trình làm thủ thuật vô khuẩn, phẫu thuật
- Mang găng sạch trong các thao tác chăm sóc, điều trị không đòi hỏi vô khuẩn và dự kiến tay của NVYT có thể tiếp xúc với máu chất tiết, chất bài tiết, các màng niêm mạc và da không nguyên vẹn của NB hoặc khi da tay NVYT bị bệnh hoặc trầy xước.
- Mang găng vệ sinh khi NVYT làm vệ sinh, thu gom chất thải, đồ vải, xử lý dụng cụ y tế và các dụng cụ chăm sóc NB.

\* Lưu ý:

- Mang găng không thay thế được vệ sinh tay.
- Không mang một đôi găng để chăm sóc cho nhiều NB, kể cả sát trùng găng ngay để dùng cho NB khác.
- Không khuyến khích sử dụng lại găng tay dùng một lần. Nếu sử dụng lại phải tuân thủ đúng các nguyên tắc xử lý dụng cụ.
- Không cần mang găng trong các chăm sóc nếu việc tiếp xúc chỉ giới hạn ở vùng da lành lặn, như vận chuyển NB, đo huyết áp, phát thuốc.
- Thay găng khi:
  - + Sau mỗi thủ thuật và thao tác trên bệnh nhân.
  - + Sau khi tiếp xúc với vật dụng nguy cơ nhiễm khuẩn cao.

+ Nghi ngờ găng thủng hay rách.

+ Giữa các hoạt động chăm sóc trên cùng một NB mà có tiếp xúc các chất nguy cơ nhiễm khuẩn (ví dụ sau khi đặt sonde tiêu và trước khi hút đờm qua nội khí quản).

+ Trước khi tiếp xúc với các bề mặt sạch trong môi trường (ví dụ, đèn, máy đo huyết áp).

### 6.1.2. Quy trình mang găng

- Vệ sinh tay

- Chọn găng tay thích hợp với kích cỡ tay

- Mở hộp (bao) đựng găng

- Dùng một tay chưa mang găng để vào mặt trong của nếp gấp găng ở cổ găng để mang cho tay kia

- Dùng 4 ngón tay của tay mang găng đặt vào nếp gấp mặt ngoài cổ găng còn lại để mang găng cho tay kia

- Chỉnh lại găng cho khít bàn tay

\* Lưu ý: găng tay trùm ra ngoài cổ tay áo choàng khi chăm sóc NB

- Trong quá trình mang găng vô khuẩn không được đụng vào mặt ngoài găng

### 6.1.3 Quy trình tháo găng (Hình 1):

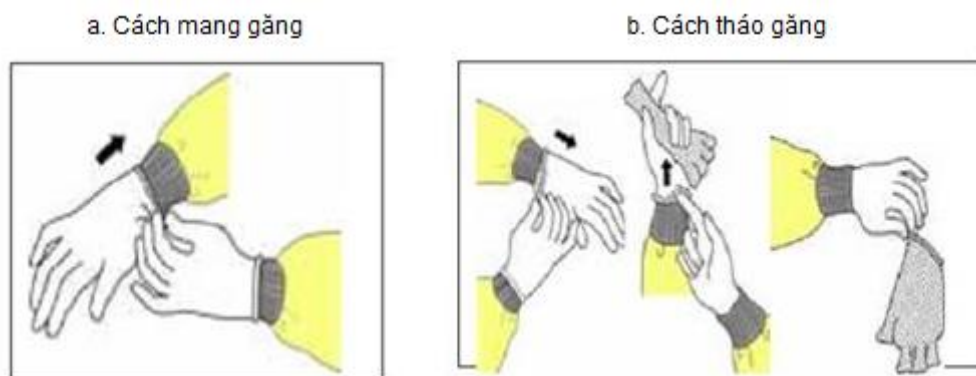
- Tay đang mang găng nắm vào mặt ngoài của găng ở phần cổ găng của tay kia kéo găng lật mặt trong ra ngoài và tháo ra.

- Găng vừa tháo ra được cầm bởi tay đang mang găng.

- Tay đã tháo găng luồn vào mặt trong của găng ở phần cổ tay găng của tay còn lại kéo găng lật mặt trong ra ngoài sao cho găng này trùm vào găng kia (hai trong một).

- Cho găng bẩn vào túi chất thải lây nhiễm.

- Vệ sinh tay thường quy ngay sau khi tháo găng.



Hình 1: Cách mang và tháo găng

## 6.2. Sử dụng khẩu trang

### 6.2.1. Mang khẩu trang y tế khi:

- Dự kiến sẽ bị bắn máu dịch tiết vào mặt mũi trong chăm sóc NB.

- Khi làm việc trong khu phẫu thuật hoặc trong các khu vực đòi hỏi vô khuẩn khác.

- Khi chăm sóc NB có nghi ngờ hoặc mắc nhiễm khuẩn đường hô hấp hoặc khi NVYT đang có bệnh đường hô hấp.

\* Lưu ý:

- Khẩu trang chỉ nên sử dụng một lần, sau khi sử dụng không bỏ túi để dùng lại hay đeo quanh cổ.

- Thay mới khi khẩu trang bị ẩm ướt rách.

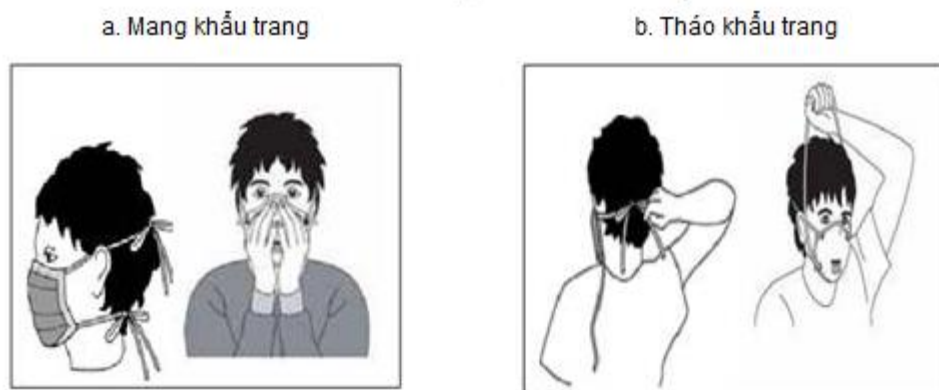
- Trong khi thực hiện thủ thuật, phẫu thuật nên dùng loại khẩu trang có dây cột.

### 6.2.2. Cách mang khẩu trang y tế:

Đặt khẩu trang theo chiều như sau: thanh kim loại nằm trên và uốn ôm khít sống mũi, nếp gấp khẩu trang theo chiều xuống, mặt thấm tiếp xúc với người đeo, mặt không thấm nằm bên ngoài. Đeo dây chun vào sau tai, nếu là dây cột thì cột một dây trên tai và một dây ở cổ. Khẩu trang phải che phủ mặt và dưới cằm (Hình 2).

### 6.2.3. Cách tháo khẩu trang y tế:

Không nên sờ vào mặt ngoài khẩu trang. Tháo dây cột khẩu trang và bỏ vào thùng chất thải lây nhiễm (Hình 2).



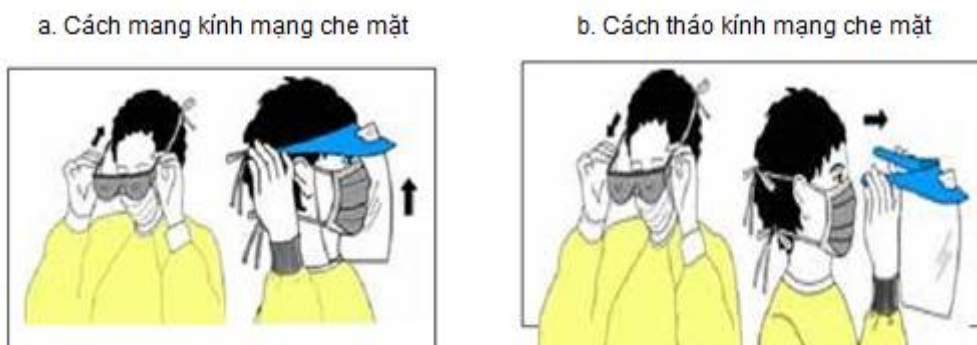
Hình 2: Cách mang và tháo khẩu trang

### 6.3. Sử dụng các phương tiện che mặt và mắt

- Mang kính bảo hộ, mạng che mặt khi làm các thủ thuật có nguy cơ bắn tóe máu và dịch vào mắt như: đỡ đẻ, phá thai, đặt nội khí quản, hút dịch, nhổ răng.

- Cách mang: Đặt kính hoặc mạng che mặt lên mặt và điều chỉnh sao cho vừa khít

- Cách tháo: Không nên sờ vào mặt ngoài của kính hoặc mạng che mặt. Dùng tay nắm vào quai kính hoặc mạng. Bỏ vào thùng rác hoặc vào thùng quy định để xử lý lại.



Hình 3: Cách mang và tháo kính . mạng che mặt

## **7. Phòng ngừa bệnh lây qua đường hô hấp**

- Cơ sở KBCB có kế hoạch quản lý tất cả các NB có các triệu chứng về đường hô hấp trong giai đoạn có dịch.
- Tại khu vực tiếp nhận bệnh cần có hệ thống cảnh báo và hướng dẫn để phân luồng NB có các triệu chứng về đường hô hấp.
- Mọi NB có các triệu chứng về đường hô hấp đều phải tuân thủ theo các quy tắc về vệ sinh hô hấp và vệ sinh khi ho.
- + Che miệng mũi bằng khăn và bỏ khăn trong thùng chất thải hoặc giặt lại nếu tái sử dụng, vệ sinh tay ngay sau đó. Dùng mặt trong khuỷu tay để che nếu không có khăn, không dùng bàn tay
- + Mang khẩu trang y tế
- + Vệ sinh tay ngay sau khi tiếp xúc với chất tiết
- + Đứng hay ngồi cách xa người khác khoảng 1 mét.

## **8. Tầm quan trọng của phòng ngừa chuẩn ở trạm y tế xã phường**

### **8.1. Vai trò của lãnh đạo khối hộ sinh**

- Đưa việc thực hiện hướng dẫn PNC vào kế hoạch hoạt động của cơ sở KBCB. Chỉ đạo và cam kết cung cấp đủ nguồn lực về cả con người và phương tiện: phương tiện vệ sinh tay, phương tiện phòng hộ cá nhân, phương tiện xử lý dụng cụ nhiễm khuẩn; phương tiện xử lý chất thải để thúc đẩy thực hiện PNC.
- Quản lý phơi nhiễm nghề nghiệp tổ chức khám và theo dõi sức khỏe định kỳ cho khối hộ sinh; tổ chức tiêm vắc-xin cho nhân viên làm việc tại các khoa có nguy cơ cao; thiết lập hệ thống quản lý và theo dõi tai nạn rủi ro nghề nghiệp cho nhân viên.
- Đào tạo cho nhân viên về hướng dẫn thực hành PNC.
- Xây dựng các quy trình và cụ thể hóa các hướng dẫn cho phù hợp với nguồn lực và điều kiện cụ thể của mỗi cơ sở KBCB; kiểm tra giám sát các nhân viên trong việc tuân thủ các nguyên tắc PNC.

### **8.2. Vai trò của hộ sinh trong phòng ngừa chuẩn**

- Tuân thủ các hướng dẫn PNC.
- Trách nhiệm của mọi nhân viên là tuân thủ thực hiện các nội dung của PNC để bảo vệ NB, bảo vệ chính mình, gia đình và cộng đồng tránh được các bệnh lây truyền qua đường máu từ các dịch vụ y tế.
- Sử dụng đúng và có hiệu quả các phương tiện phòng hộ đã được trang bị

### **8.3. Các bước triển khai cần thiết**

- Đánh giá thực trạng và năng lực triển khai
- Lập kế hoạch triển khai
- Hoàn thiện, ban hành các quy định, quy trình PNC
- Các hoạt động xây dựng và cải tạo lại cơ sở vật chất trang thiết bị
- Mua sắm, cung cấp các phương tiện hóa chất cần thiết

- Bố trí và đào tạo nhân lực
- Tổ chức và triển khai các hoạt động thông tin truyền thông
- Triển khai các biện pháp PNC
- Đánh giá kết quả

### **Nội dung thực hành**

Tiến hành quy trình rửa tay thường quy tại skillslab

### **Nội dung thảo luận**

Nhân viên Nguyễn Thị T. công tác tại khoa cấp cứu của bệnh viện X, trong đêm trực do số lượng bệnh cấp cứu đến khá đông, chị phải chăm sóc nhiều bệnh nhân thời điểm đó. Chị vừa chăm sóc cầm máu vết thương cho bệnh nhân bị chấn thương do tai nạn giao thông, sau đó chị chưa kịp tháo găng tay thì đã quay sang tiêm thuốc cho một bệnh nhân bên cạnh.

Anh . chị hãy thảo luận cho ý kiến và phương hướng giải quyết tình huống trên?

### **Câu hỏi lượng giá**

1. Phòng ngừa chuẩn được áp dụng cho nhóm người bệnh nào:
  - A. Chỉ những người bệnh vào viện để phẫu thuật
  - B. Chỉ những người bệnh HIV/AIDS hoặc viêm gan B
  - C. Mọi người bệnh, không phụ thuộc người đó mắc nhiễm trùng hay không
  - D. Tất cả các ý trên
2. Những thực hành nào dưới đây thuộc ứng dụng phòng ngừa chuẩn:
  - A. Mang găng khi dự kiến sẽ tiếp xúc với máu hoặc dịch cơ thể
  - B. Rửa tay trong chăm sóc người bệnh
  - C. Khi khuẩn hoặc tiệt khuẩn dụng cụ khi sử dụng giữa những người bệnh
  - D. Tất cả các ý trên
3. Người bệnh bị lao phổi thì phải áp dụng biện pháp cách ly gì:
  - A. Phòng ngừa chuẩn
  - B. Phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa qua đường không khí
  - C. Phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa qua đường tiếp xúc
  - D. Phòng ngừa chuẩn và phòng ngừa qua đường tiêu hóa
4. Thực hành nào dưới đây không thực sự bắt buộc
  - A. Mang găng khi thu gom đồ vải bẩn
  - B. Mang găng khi thu dọn chất thải của người bệnh
  - C. Mang găng khi tiêm truyền tĩnh mạch
  - D. Mang găng khi tiêm bắp, tiêm dưới da.
5. Các vị trí cần trang bị dung dịch vệ sinh tay có chứa cồn

- A. Giường NB nặng, NB cấp cứu
- B. Trên các xe tiêm, thay băng
- C. Bàn khám bệnh, xét nghiệm
- D. Tất cả các ý trên

### **Tài liệu tham khảo**

1. Bộ Y tế, Bộ Tài nguyên môi trường: thông tư liên tịch số 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT quy định về quản lý chất thải y tế
2. Bộ Y tế: Quyết định số: 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế về hướng dẫn phòng ngừa chuẩn
3. Bộ Y tế: thông tư 16/2018/TT-BYT quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh

## **CHUYÊN ĐỀ 2**

### **BÀI 1**

## **CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TẠI TRẠM Y TẾ THEO NGUYÊN TẮC Y HỌC GIA ĐÌNH.**

### **MỤC TIÊU**

1. Mô tả được vai trò chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên theo nguyên lý Y học Gia đình.
2. Lập được kế hoạch chăm sóc theo nguyên lý Y học Gia đình.
3. Thực hiện chăm sóc được các trường hợp chăm sóc người bệnh tại Trạm y tế xã theo nguyên lý Y học Gia đình.
4. Thể hiện được việc áp dụng nguyên lý Y học Gia đình vào công tác chăm sóc điều dưỡng tại TYT.

## **NỘI DUNG**

### **1. Chăm sóc người bệnh theo nguyên lý y học gia đình**

Phần lớn các chuyên khoa tự xác định giới hạn phạm vi, thí dụ như tuổi, giới tính hoặc các cơ quan hay hệ thống của cơ thể. Y học gia đình (YHGĐ), không có giới hạn, là một chuyên khoa tích hợp nhiều lĩnh vực, là sự tổng hòa của nhiều nguyên tắc và có mối liên hệ mật thiết với nhau. Việc chăm sóc sức khỏe gia đình không bị giới hạn bởi tuổi, giới và loại vấn đề sức khỏe; do vậy, người thầy thuốc gia đình có thể chăm sóc lâu dài cho toàn thể các thành viên trong gia đình. Hiểu biết vấn đề sức khỏe cũng như sự phát triển của từng thành viên và cả gia đình cho phép người thầy thuốc giải quyết được những vấn đề của khách hàng một cách hiệu quả nhất.

#### ***1.1. Chức năng và vai trò của người điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe gia đình***

##### *1.1.1. Chức năng của người điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe gia đình:*

Hỗ trợ gia đình chăm sóc một cách hiệu quả với các vấn đề sức khỏe bằng cách tăng cường khả năng của gia đình trong việc thực hiện các nhiệm vụ sức khỏe.

##### *1.1.2. Vai trò của người điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe gia đình:*

###### **1.1.2.1. Người theo dõi sức khỏe gia đình:**

Điều dưỡng theo dõi sức khỏe gia đình thông qua việc tiếp xúc định kỳ và duy trì các mối quan hệ với gia đình

###### **1.1.2.2. Người cung cấp sự chăm sóc cho các thành viên bị ốm:**

Việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cho các thành viên bị ốm, bị tàn tật hay thành viên phụ thuộc của gia đình là một trong những nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe gia đình của điều dưỡng. Người điều dưỡng chăm sóc thành viên trong gia đình bị ốm đồng thời phát triển khả năng tự chăm sóc sức khỏe của gia đình bằng cách đưa ra các tư vấn thực tế và hướng dẫn các thành viên cách đối phó với các tình huống.

###### **1.1.2.3. Người điều phối các dịch vụ gia đình:**

Mỗi ngành đều có chuyên môn riêng của mình, do đó điều cần thiết là sự phối hợp thích hợp tất cả các dịch vụ này để tối đa hoá mức hữu dụng của nguồn lực và tránh trùng lặp. Điều dưỡng là người thích hợp để thực hiện điều phối việc chăm sóc sức khỏe gia đình.

###### **1.1.2.4. Người thúc đẩy:**

Có những trường hợp mà rào cản mang tính xã hội hoặc văn hoá, chẳng hạn việc một số phụ nữ từ chối cho các bác sĩ nam kiểm tra, thăm khám; một số gia đình từ chối sử dụng các dịch vụ y tế do định kiến, như bệnh viện lao hay bệnh viện tâm thần. Người điều dưỡng có thể khích lệ hành vi của gia đình bằng cách cung cấp sự hỗ trợ cần thiết và tạo động lực thúc đẩy thông qua tư vấn, giáo dục sức khỏe cho gia đình.

###### **1.1.2.5. Người giáo viên:**

Giáo dục sức khỏe là một trong những biện pháp can thiệp hay được sử dụng nhất của người điều dưỡng.

###### **1.1.2.6. Người cố vấn:**

Khi gia đình đã tăng sự tin tưởng và đặt niềm tin vào người điều dưỡng thì họ sẽ

cởi mở, bộc lộ, chia sẻ các vấn đề liên quan đến sức khỏe của gia đình đối với người điều dưỡng, như tham khảo, tư vấn và hỏi ý kiến của điều dưỡng về những vấn đề cá nhân, riêng tư, khó nói của họ.

## **1.2. Chăm sóc người bệnh theo nguyên tắc y học gia đình**

Để đạt được hiệu quả tối ưu khi chăm sóc cho người bệnh tại trạm y tế, người điều dưỡng cần tuân thủ các nguyên tắc cơ bản của YHGD. Đó là phải đảm bảo tính liên tục, tính toàn diện, phối hợp trong chăm sóc cho người bệnh, hướng cộng đồng, hướng phòng bệnh, và hướng gia đình khi cung cấp dịch vụ chăm sóc điều dưỡng tại trạm y tế.

### **1.2.1. Chăm sóc liên tục:**

Trong YHGD đối tượng được chăm sóc liên tục là bệnh nhân, mỗi đợt ốm là một bệnh. Trong các chuyên khoa khác đối tượng theo dõi là bệnh và mỗi đợt là một bệnh nhân. Người bệnh và gia đình cần được chăm sóc trong thời gian dài. Việc chăm sóc liên tục đòi hỏi người điều dưỡng gặp gỡ người bệnh và gia đình trong nhiều lần ốm và trong những lần thăm hỏi thân mật. Cùng với việc liên tục chăm sóc, mối quan hệ lâu dài và tin cậy lẫn nhau sẽ nảy sinh giữa điều dưỡng và bệnh nhân. Tính liên tục có thể là nguyên tắc quan trọng nhất của YHGD.

### **1.2.2. Chăm sóc toàn diện:**

Bao gồm khả năng sử dụng mô hình tâm lý - xã hội - sinh học trong bối cảnh đa văn hóa để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho cá nhân và gia đình. Người điều dưỡng khi chăm sóc người bệnh không chỉ xem xét người bệnh dưới góc độ sinh học mà còn phải xem xét cả về mặt xã hội và tâm lý. Khi nhận định nhu cầu chăm sóc và lập kế hoạch chăm sóc, người điều dưỡng cần xem xét cá nhân trong khuôn khổ các nhu cầu tổng thể của họ.

Điều dưỡng tiếp cận chăm sóc một cách tổng thể bao gồm việc quản lý nhiều vấn đề sức khỏe của bệnh nhân cả cấp tính và mãn tính; kiến tạo sức khỏe bằng cách sử dụng chiến lược phù hợp về giáo dục sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật; quản lý và lồng ghép giáo dục nâng cao sức khỏe, dự phòng, điều trị, chăm sóc và giảm nhẹ, và phục hồi chức năng cho người bệnh.

### **1.2.3. Phối hợp trong chăm sóc:**

Chăm sóc theo hình thức "Nhóm chăm sóc đa thành phần", trong đó người bệnh là trung tâm, có sự tham gia của nhân viên y tế (bao gồm bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên y học...), người bệnh, gia đình người bệnh, tình nguyện viên, và cần có sự phối hợp của chính quyền địa phương, các tổ chức chính trị xã hội, v.v...; trong đó, người điều dưỡng đóng vai trò là cầu nối, phối hợp và thúc đẩy việc chăm sóc sức khỏe cho người bệnh đạt hiệu quả cao nhất.

### **1.2.4. Hướng cộng đồng:**

Kinh tế, văn hóa, xã hội, môi trường sống, phong tục tập quán, tín ngưỡng và niềm tin là những khía cạnh có tác động mạnh mẽ đến việc chăm sóc bệnh nhân tại cộng đồng. Sự am hiểu về đời sống kinh tế, văn hóa, tinh thần của cộng đồng cũng như mô hình bệnh tật tại địa phương giúp cho người điều dưỡng có những quyết định và kế hoạch phù hợp trong cung ứng dịch vụ chăm sóc một cách tối ưu nhất cho cá nhân và gia đình. Chăm sóc gia đình hướng cộng đồng do vậy bao gồm khả năng cân bằng giữa những nhu cầu sức khỏe của cá nhân - nhu cầu sức khỏe của cộng đồng với khả

năng và nhu cầu của chính nhân viên y tế trên cơ sở vận dụng hiệu quả các nguồn lực hiện có của địa phương.

#### *1.2.5. Hướng phòng bệnh:*

Phòng bệnh bao gồm nhiều khía cạnh, đó là nhận biết được những yếu tố nguy cơ mắc bệnh, làm chậm lại các hậu quả của bệnh tật và khuyến khích lối sống lành mạnh. Dự phòng cũng có nghĩa là dự đoán trước các vấn đề có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của cá nhân và gia đình. Phòng bệnh không chỉ giới hạn vào việc khuyến khích mọi người không hút thuốc lá, bỏ hút thuốc lá, tập thể dục và ăn uống đúng cách mà còn là việc nhận ra các yếu tố nguy cơ đối với việc mắc bệnh và sử dụng các phương tiện sàng lọc để phát hiện bệnh ngay từ các giai đoạn đầu.

#### *1.2.6. Hướng gia đình:*

YHGD thừa nhận ảnh hưởng của bệnh tật đến gia đình cũng như ảnh hưởng của gia đình đến bệnh tật. Người bệnh là một thành viên của gia đình, chịu sự ảnh hưởng từ gia đình và cũng ảnh hưởng đến sức khỏe của gia đình. Khi xem xét sức khỏe của một cá nhân, người điều dưỡng cần xem xét vấn đề sức khỏe của cá nhân đó trong mối tổng hòa của cả gia đình; ví dụ như bệnh sử của các thành viên khác trong gia đình.

## **2. Lập kế hoạch chăm sóc theo nguyên tắc y học gia đình**

Quy trình điều dưỡng là một quy trình bao gồm nhiều bước mà người điều dưỡng phải trải qua gồm hàng loạt các hoạt động theo một kế hoạch đã được định trước để hướng đến kết quả chăm sóc khách hàng mà mình mong muốn. Quy trình điều dưỡng là nền tảng của điều dưỡng gia đình, là phương pháp để xác định, lập kế hoạch, can thiệp, lượng giá kết quả của công tác chăm sóc khi áp dụng cho mỗi cá nhân, mỗi gia đình trong mỗi tổng hòa của cộng đồng và nhấn mạnh đến việc giải quyết vấn đề sức khỏe cho khách hàng ở mọi lúc, mọi nơi.

Các bước trong quy trình điều dưỡng phải đảm bảo các nguyên tắc của YHGD và nguyên tắc của chăm sóc sức khỏe ban đầu. Trọng tâm của quy trình điều dưỡng chính là bước lập kế hoạch, đây chính là lý do để áp dụng quy trình điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe cho cá nhân và gia đình.

Quy trình điều dưỡng gia đình gồm 5 bước

### **2.1. Bước 1: Nhận định người bệnh theo nguyên lý y học gia đình**

- Nhận định là bước đầu tiên của quy trình điều dưỡng. Điều dưỡng nhận định mọi thông tin liên quan đến sức khỏe của khách hàng như tình trạng sức khỏe, vấn đề bệnh tật, lịch sử gia đình, tình trạng kinh tế, môi trường sống cũng như các nhu cầu chăm sóc của cá nhân và gia đình thông qua các phương pháp như quan sát, phỏng vấn, hỏi tiền sử, thực nghiệm, xét nghiệm sàng lọc, v.v...

- Theo Tổ chức y tế Thế giới (WHO), sức khỏe là tình trạng hoàn toàn thoải mái về thể chất, tinh thần, xã hội chứ không chỉ không bệnh hay tật. Ngoài ra, các hệ thống phân loại như Phân loại quốc tế về gia đình của WHO, bao gồm Hệ thống phân loại quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe (ICF) và phân loại quốc tế về bệnh tật (ICD) cũng thường được sử dụng để định nghĩa về sức khỏe và để xác định các thành phần của sức khỏe. Có một sức khỏe tốt nhất là một trong những quyền cơ bản của con người dù người đó thuộc bất kỳ chủng tộc, tôn giáo, đảng phái chính trị, tôn giáo, điều kiện kinh tế - xã hội nào. Do vậy, khi xem xét sức khỏe gia đình, điều dưỡng cần

xem xét toàn diện bao gồm sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và sức khỏe xã hội và các nhu cầu cơ bản của khách hàng.

- Các thông tin cần nhận định (không giới hạn):

- Nhận định thực thể: Là 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, các dấu hiệu và các triệu chứng của bệnh.

- Nhận định về hành vi và lối sống (hút thuốc, ăn mặn, uống rượu, ăn nhiều mỡ, ít hoạt động thể lực.).

- Nhận định các vấn đề sức khỏe tiềm ẩn liên quan đến hành vi và lối sống mà người bệnh cần phải sàng lọc phát hiện bệnh (tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư...).

- Nhận định về các vấn đề sức khỏe tiềm ẩn liên quan tiền sử cá nhân, tiền sử gia đình.

- Nhận định về tinh 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 sự hiểu biết của người bệnh về bệnh tật và sức khỏe

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

- Sự nhận định về điều kiện sống, làm việc, xem xét sự ảnh hưởng của nó đến bệnh tật của người bệnh

- Nhận định về môi trường (nước uống, vệ sinh, rác thải...), xem xét mối liên quan với bệnh tật hiện tại của người bệnh.

- Nhận định về tiêm chủng phòng bệnh đối với trẻ em (tiêm chưa, tiêm vacxin nào rồi.)

## **2.2. Bước 2: Chẩn đoán điều dưỡng theo nguyên lý y học gia đình**

- Chẩn đoán điều dưỡng do người điều dưỡng đề ra sau bước nhận định. Đây là đánh giá về tình trạng sức khỏe của khách hàng, là kết quả của việc nhận và định đánh giá dựa trên nguồn dữ kiện thu thập được. Người điều dưỡng chẩn đoán sức khỏe, xác định tình trạng sức khỏe của cá nhân, gia đình và tìm nguyên nhân của bệnh tật và vấn đề sức khỏe từ đó xây dựng hướng can thiệp điều dưỡng và lập kế hoạch chăm sóc.

- Chẩn đoán điều dưỡng phải rõ ràng, cụ thể, chính xác, phải dựa trên các dữ kiện có thật. Đây là một cụm từ nêu lên vấn đề của khách hàng cần được đáp ứng, gồm 2 vế: vấn đề của bệnh nhân + nguyên nhân (nếu biết)

**Chẩn đoán điều dưỡng bao gồm:**

+ **Vấn đề hiện tại là vấn đề tồn tại trong thời điểm nhất định** có liên quan đến tiền sử trong quá khứ và dự báo trong thời gian tiếp theo.

+ **Vấn đề tiềm ẩn là những** yếu tố nguy cơ thúc đẩy dẫn đến bệnh lý

TT	Nội dung	Chẩn đoán điều dưỡng gia đình	Chẩn đoán điều dưỡng lâm sàng
1	Đối tượng chẩn đoán	Cá nhân, gia đình (người khỏe, người có nguy cơ, người bệnh)	Cá nhân người bệnh (người bệnh)
2	Mục đích chẩn đoán	Chọn giải pháp giải quyết	Chọn kỹ thuật chăm sóc
3	Phương pháp chẩn đoán	Dựa vào YHGD	Dựa vào y học lâm sàng
4	Phương pháp xử lý	Lập kế hoạch chăm sóc cho cá nhân, gia đình (người khỏe, người có nguy cơ, người bệnh)	Lập kế hoạch chăm sóc cho cá nhân người bệnh
5	Điểm kết thúc	Liên tục	Khỏi, đỡ, tàn tật, chết

*Bảng 1: Sự khác nhau giữa chẩn đoán điều dưỡng gia đình và chẩn đoán điều dưỡng lâm sàng*

### **2.3. Bước 3: Lập kế hoạch chăm sóc theo nguyên tắc y học gia đình**

- Kế hoạch chăm sóc là trọng tâm của quy trình điều dưỡng. Kế hoạch chăm sóc cần được lập dựa trên kết quả nhận định và những ưu tiên liên quan đến chẩn đoán điều dưỡng.

- Khi lập kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho khách hàng tại các tuyến y tế cơ sở, người điều dưỡng cần chú ý vận dụng các nguyên tắc của YHGD, bao gồm tính liên tục, tính toàn diện, tính phối hợp, hướng cộng đồng, hướng phòng bệnh, và hướng gia đình. Bên cạnh đó, người điều dưỡng cũng cần lồng ghép với các nguyên tắc của chăm sóc sức khỏe ban đầu trong lập kế hoạch và chăm sóc sức khỏe cho khách hàng. Theo đó, kế hoạch chăm sóc cần đảm bảo tính tiếp cận rộng rãi và phổ cập các nhu cầu cơ bản của cá nhân và gia đình, có sự tham gia và tự lực của các cá nhân và cộng đồng, phối hợp các ngành trong chăm sóc sức khỏe, kỹ thuật phải thích hợp, hiệu quả và chi phí tương ứng với nguồn lực hiện có của gia đình.

#### **2.3.1. Xác định vấn đề ưu tiên:**

Điều dưỡng xác định vấn đề ưu tiên dựa vào chẩn đoán điều dưỡng. Xác định các vấn đề có thể đe dọa đến tính mạng, ảnh hưởng đến sự an toàn, những nhu cầu cơ bản của khách hàng cần phải được đáp ứng trước. Xác định ưu tiên phải xuất phát từ nhu cầu của mỗi cá nhân hay mỗi gia đình.

- Xác định vấn đề trước mắt: những vấn đề xảy ra trong hiện tại, trong thời gian ngắn và cần có sự can thiệp ngay.

- Xác định vấn đề lâu dài: những vấn đề có thể xảy ra trong hiện tại và kéo dài, hoặc những vấn đề có thể xảy ra biến chứng.

### 2.3.2. Xác định mục tiêu chăm sóc:

Yêu cầu:

- Mục tiêu đặt ra để có hướng đạt được khi giải quyết vấn đề của khách hàng. Các mục tiêu nêu lên kết quả mong muốn khách hàng đạt được sau thời gian chăm sóc.
- Mục tiêu mà khách hàng cần đạt.
- Mục tiêu phải ngắn gọn, từ ngữ rõ ràng, chính xác.
- Kết quả liên quan đến khách hàng, không phải là hành động của điều dưỡng.

### 2.3.3. Lập kế hoạch chăm sóc:

- Các kế hoạch lập ra nên đi từ các việc chăm sóc đơn giản đến phức tạp, những dự trù trên khách hàng để đạt được kế hoạch chăm sóc và phải phù hợp với phương tiện của cơ sở y tế, của gia đình và cộng đồng. Người điều dưỡng xem xét những việc cần làm và xác định những vấn đề đang đặt cá nhân và gia đình vào tình trạng nguy cơ. Sau khi đã xác định được vấn đề cần chăm sóc ưu tiên và mục tiêu chăm sóc, người điều dưỡng chuyển sang lập kế hoạch.

- Khi lập kế hoạch chăm sóc cho cá nhân và gia đình, điều dưỡng cần:

- + Bàn bạc cùng gia đình, chọn những vấn đề sức khỏe cần giải quyết trước mắt
- + Giúp gia đình nhận thức được các vấn đề sức khỏe và thúc đẩy gia đình quan tâm giải quyết.
- + Đặt ra mục tiêu chăm sóc
- + Căn cứ vào các nguồn lực sẵn có của gia đình để xác định các hoạt động chăm sóc phù hợp
- + Lập bản kế hoạch chăm sóc có sự nhất trí của gia đình.
- + Khi lập kế hoạch chăm sóc, người điều dưỡng phải chứng minh được tính khả thi của kế hoạch đã đề ra.

### 2.4. Bước 4: Thực hiện kế hoạch chăm sóc theo nguyên tắc y học gia đình

- Đây là hoạt động cần thiết để hoàn thành kế hoạch chăm sóc đã đề ra. Nó mang tính liên tục và tác động qua lại với các phần cấu thành khác của quy trình chăm sóc. Khi thực hiện kế hoạch chăm sóc, người điều dưỡng phải phối hợp với các nhân viên y tế khác, với người bệnh, gia đình và cộng đồng.

- Trong quá trình thực hiện kế hoạch chăm sóc, người điều dưỡng luôn luôn phải nhận định người bệnh, kể cả việc phản hồi của việc chăm sóc.

- + Thực hiện dựa vào kế hoạch đã định
- + Vận động gia đình cùng tham gia thực hiện
- + Thực hiện đến đâu, trao đổi với gia đình đến đó
- + Huy động các nguồn lực sẵn có của địa phương trong việc hỗ trợ gia đình thực hiện kế hoạch chăm sóc
- Những can thiệp người điều dưỡng cần khởi xướng hoặc tham gia bao gồm (không giới hạn):
- + Thăm khám thực thể

- + Hướng dẫn phòng bệnh
- + Hướng dẫn tự nâng cao sức khỏe
- + Thực hiện hoạt động điều trị
- + Giảng dạy, giáo dục nâng cao sức khỏe
- + Tư vấn cho cá nhân và gia đình
- + Theo dõi, quản lý bệnh
- + Thực hiện các xét nghiệm sàng lọc chức năng
- + Nếu quá khả năng chăm sóc tại trạm y tế thì chuyển người bệnh lên tuyến trên và yêu cầu gia đình đi cùng.
- Trong quá trình thực hiện kế hoạch chăm sóc, nếu có gì bất thường phải báo cáo ngay cho bác sĩ phụ trách hoặc người có trách nhiệm để cùng phối hợp giải quyết. Người điều dưỡng phải thực hiện kế hoạch chăm sóc một cách liên tục và với tinh thần trách nhiệm cao.

### **2.5. Bước 5: Đánh giá kết quả chăm sóc**

- Quá trình đánh giá tập trung xác định xem mục tiêu đề ra của kế hoạch chăm sóc có được đáp ứng không. Đánh giá không phải là bước cuối cùng của quy trình điều dưỡng mà cần phải đánh giá xuyên suốt quá trình thực hiện can thiệp.

- Mục đích đánh giá:

- + Đánh giá sự hoàn thành các mục tiêu đề ra
- + Để nâng cao chất lượng chăm sóc
- + Để có kế hoạch thay đổi việc chăm sóc cho phù hợp hơn, tốt hơn ở những giờ sau, ngày sau
- + Cần có tiêu chuẩn đánh giá từng vấn đề, không được nói chung chung hay chỉ dựa vào hỏi khách hàng
- + Đánh giá xem việc chăm sóc đạt mức độ nào

Vì vậy, khi đánh giá cần so sánh kết quả thực hiện với mục tiêu xem có đạt không; xem kết quả đó có đem lại lợi ích về sức khỏe cho gia đình không; mức độ hoàn thành của công việc qua quá trình chăm sóc hoặc thay đổi hành vi của các đối tượng được chăm sóc; nhận định nhận thức của cá nhân và gia đình qua những hoạt động đã can thiệp.

- Các chỉ số cần đánh giá:

- + Hành vi sức khỏe của khách hàng
- + Số người và lượt người tham gia vào hoạt động sức khỏe
- + Số lần tổ chức hoạt động sức khỏe
- + Các phương pháp, phương tiện đã sử dụng...

Phương pháp đánh giá nên đa dạng, phong phú như quan sát hành vi sức khỏe của khách hàng; dùng bảng câu hỏi để khảo sát về kiến thức, thái độ, hành vi sức khỏe; phỏng vấn khách hàng, phỏng vấn lãnh đạo cộng đồng, nhân viên y tế hay các bên liên quan. Phải thực hiện việc đánh giá thường xuyên, cần có sự tham gia của cá nhân,

gia đình và các bên liên quan, và đánh giá phải mang tính xây dựng. Nếu đánh giá thấy không đạt được mục tiêu đề ra ban đầu cần phải đặt ra các câu hỏi để giải quyết, phải điều chỉnh kế hoạch hoặc đặt kế hoạch tiếp theo và tiếp tục khuyến khích, vận động cá nhân và gia đình tiếp tục thực hiện kế hoạch chăm sóc khác phù hợp hơn.

### **3. Thực hiện chăm sóc bệnh nhân tại bệnh viện . trạm y tế xã theo nguyên tắc y học gia đình**

#### ***Thảo luận tình huống lâm sàng***

*Bệnh nhân Nguyễn Thị A., 30 tuổi, nữ giới. Trong vòng 3 năm nay, chị A. đã nhập viện 6 lần điều trị do hen nặng. Trong 3 lần nhập viện gần đây nhất, bệnh của chị nặng hơn cần phải điều trị và chăm sóc tích cực trong đó có một lần gần chết. Trong 3 năm qua, chị được chỉ định dùng thuốc xông, Theophylline và steroid uống. Sau khi tìm hiểu, nhân viên y tế mới phát hiện là chị đã không dùng thuốc đúng theo chỉ định.*

Hãy lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc điều dưỡng cho chị Nguyễn Thị A theo nguyên tắc YHGD.

#### ***Gợi ý:***

Để việc can thiệp chăm sóc điều dưỡng tại bệnh viện hoặc trạm y tế xã, phường cho người bệnh theo nguyên tắc YHGD được hiệu quả, người điều dưỡng phải luôn đảm bảo tính liên tục, tính toàn diện, tính phối hợp, hướng cộng đồng, hướng phòng bệnh, và hướng gia đình trong suốt quá trình thực hiện can thiệp điều dưỡng. Ngoài ra, người điều dưỡng cũng cần lồng ghép các nguyên tắc của chăm sóc sức khỏe ban đầu trong can thiệp điều dưỡng; theo đó phải đảm bảo tính công bằng, tính tiếp cận rộng rãi và phổ cập các nhu cầu cơ bản của cá nhân và gia đình, có sự tham gia và tự lực của cá nhân, gia đình và cộng đồng, phối hợp các ngành trong chăm sóc sức khỏe, kỹ thuật phải thích hợp, hiệu quả và chi phí tương ứng với nguồn lực hiện có của gia đình.

Cần dựa vào sự khác nhau giữa điều dưỡng lâm sàng và điều dưỡng gia đình trong cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe để lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc.



Hình 1: Điều dưỡng lâm sàng



Hình 2: Điều dưỡng gia đình

**Tư duy:**

- Nếu theo nguyên tắc của y học lâm sàng, người điều dưỡng cần thực hiện chăm sóc cho bệnh nhân trên như thế nào?

- Nếu theo nguyên tắc của YHGD, người điều dưỡng cần thực hiện chăm sóc cho bệnh nhân trên như thế nào? Có gì khác với áp dụng nguyên tắc của y học lâm sàng? Cần lưu ý điều gì khi áp dụng nguyên tắc YHGD trong lập kế hoạch và thực hành chăm sóc cho bệnh nhân?

Ví dụ: khi lập và thực hiện kế hoạch theo nguyên tắc chăm sóc liên tục, cần lưu ý những điểm sau:

- Trong YHGD đối tượng được chăm sóc liên tục là bệnh nhân, mỗi đợt ốm là một bệnh. Trong khi đó, với y học lâm sàng, đối tượng chăm sóc là bệnh và mỗi đợt là một bệnh nhân.

- Người bệnh và gia đình cần được chăm sóc trong thời gian dài.

- Việc chăm sóc liên tục đòi hỏi người điều dưỡng gặp gỡ người bệnh và gia đình trong nhiều lần ốm và trong những lần thăm hỏi thân mật.

- Cần thận trọng để không lẫn lộn giữa việc liên tục chữa bệnh với việc liên tục chăm sóc bệnh nhân.

- Người điều dưỡng sử dụng thời gian như một công cụ hữu hiệu để tiếp cận, tạo dựng, duy trì mối quan hệ và cam kết chăm sóc lâu dài cho người bệnh và gia đình.

- Người điều dưỡng cần tìm hiểu, nắm rõ, kết nối bệnh sử hoặc tiền sử bệnh lý của người bệnh, gia đình với tình trạng bệnh tật hiện tại đồng thời cần nhận biết và cam

kết đối với tương lai của người bệnh.

- Người điều dưỡng đồng hành cùng người bệnh đi về tương lai của họ và gia đình.

- Để biết liệu việc chăm sóc liên tục có được thực hiện không, có thể đặt những câu hỏi sau:

+ Người điều dưỡng có biết rõ tiền sử của người bệnh và sức khỏe gia đình trước khi có một quyết định chăm sóc không?

+ Người điều dưỡng có giải thích cho người bệnh và gia đình về sự quan trọng của việc chăm sóc và theo dõi không?

+ Người điều dưỡng có bàn bạc với người bệnh và gia đình về mục đích chăm sóc sức khỏe lâu dài và điều trị một bệnh cấp tính không?

+ Có sự tin cậy giữa thầy thuốc và bệnh nhân không?

+ Hỏi người bệnh hoặc xem trong sổ sách, hồ sơ ghi chép có thấy người bệnh được điều trị và chăm sóc liên tục không? Người điều trị . chăm sóc cho người bệnh là một người . một nhóm cố định . chăm sóc nhiều lần hay mỗi lần bị bệnh được một thầy thuốc . một nhóm khác nhau điều trị và chăm sóc? Điều này rất quan trọng, đặc biệt đối với các bệnh mạn tính.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

### *Chọn câu trả lời đúng nhất*

1. **KHÔNG** phải là nguyên tắc của y học gia đình:

- A. Chăm sóc toàn diện
- B. Phối hợp chăm sóc
- C. Chăm sóc có chọn lọc
- D. Hướng phòng bệnh

2. Nguyên tắc cơ bản của chăm sóc sức khỏe ban đầu, **NGOẠI TRỪ**:

- A. Phổ cập huấn luyện kỹ năng cho cá nhân, gia đình và cộng đồng
- B. Tiếp cận rộng rãi và phổ cập các nhu cầu cơ bản
- C. Sự tham gia và tự lực của cá nhân và cộng đồng
- D. Phối hợp liên ngành

3. Người điều dưỡng thường xuyên theo dõi những biến động về sức khỏe của khách hàng qua:

- A. Thông tin sức khỏe và chỉ số sức khỏe
- B. Kế hoạch chăm sóc
- C. Can thiệp điều dưỡng tại trạm y tế

- D. Phương pháp giải quyết vấn đề sức khỏe tại trạm y tế
4. Người điều dưỡng chăm sóc sức khỏe cho khách hàng theo hướng dự phòng là nhằm:
- A. Nâng cao sức khỏe cho khách hàng
  - B. Duy trì sức khỏe cho khách hàng
  - C. Phục hồi sức khỏe cho khách hàng
  - D. Điều trị bệnh cho khách hàng
5. Người điều dưỡng hỗ trợ cho gia đình có sức khỏe tốt hơn thông qua các hoạt động,
- B. Người điều dưỡng nắm rõ bệnh sử hoặc tiền sử bệnh lý của người bệnh
  - C. Sử dụng mô hình tâm lý và xã hội trong bối cảnh đa văn hóa để cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế cho khách hàng
  - D. Người điều dưỡng gặp gỡ người bệnh và gia đình trong nhiều lần bị bệnh

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Giáo trình Y học Gia đình, Trường đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch.
2. Quyết định số 935.QĐ-BYT (22.3.2013), Đề án xây dựng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình giai đoạn 2013-2020.
3. Quyết định 1568.QĐ-BYT (27.4.2016), Phê duyệt kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sĩ gia đình tại Việt Nam giai đoạn 2016-2020.
4. Thông tư 33.2015.TT-BYT (27.10.2015), Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế phường, xã, thị trấn.
5. Thông tư 16.2014.TT-BYT, Hướng dẫn thí điểm về bác sĩ gia đình và phòng khám bác sĩ gia đình.
6. Định nghĩa Sức khỏe của Tổ chức y tế thế giới.
7. Kỹ thuật điều dưỡng cơ bản - Bộ y tế.
8. Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám chữa bệnh tại trạm y tế xã - BHYT
9. Phân loại quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe (ICF)
10. Phân loại quốc tế về bệnh tật (ICD)
11. The European definition of general practice.family medicine (WONCA 2011).

## BÀI 2

### CHĂM SÓC TRẺ EM THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH.

#### MỤC TIÊU

1. Ứng dụng được nguyên lý YHGD vào chăm sóc trẻ em của 4 bệnh phổ biến: trẻ sốt cao co giật; tiêu chảy cấp; nhiễm khuẩn hô hấp và suy dinh dưỡng.
2. Thực hiện được chăm sóc 4 bệnh trên của trẻ em tại Trạm y tế xã
3. Thể hiện được sự tận tâm vào công tác chăm sóc, quản lý sức khỏe trẻ em.

#### NỘI DUNG

##### 1. Chăm sóc trẻ em sốt và xử trí trẻ sốt cao co giật

###### 1.1. Sốt ở trẻ em

###### 1.1.1. Mở đầu:

Sốt là tình trạng tăng nhiệt độ của cơ thể do đáp ứng về mặt sinh học, qua trung gian và được kiểm soát bởi hệ thần kinh trung ương.

Thân nhiệt bình thường của trẻ được kiểm soát bởi trung tâm điều nhiệt vùng hạ đồi. Trẻ được xem là sốt khi:

- Nhiệt độ ở trực tràng > 100.4°F (38°C)
- Nhiệt độ miệng > 99.5°F (37.5°C)
- Nhiệt độ nách > 99°F (37.2°C)
- Nhiệt độ tai > 100.4° (38°C)

###### 1.1.2. Những lợi ích và bất lợi của sốt:

###### 1.1.2.1. Lợi ích của sốt:

Sốt là một đáp ứng có lợi cho cơ thể vì:

- Hoạt động đề kháng của cơ thể tăng: tăng thực bào, tăng tổng hợp kháng thể...
- Giảm lượng sắt trong huyết thanh đồng thời tăng lượng protein gắn sắt làm giảm nồng độ sắt tự do. Vì vậy, làm giảm sự sinh sản của vi khuẩn.

###### 1.1.2.2. Bất lợi của sốt:

- Rối loạn chuyển hóa: chuyển hóa năng lượng, glucid, lipid, protid và vitamin
- Rối loạn chức năng: thần kinh, tuần hoàn, hô hấp, tiêu hóa

##### 1.2. Co giật do sốt

###### 1.2.1. Mở đầu:

Co giật do sốt là cơn co giật ở trẻ nhũ nhi hay trẻ nhỏ, thường xảy ra từ 3 tháng đến 60 tháng tuổi, đi kèm với sốt mà không phải do nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương hoặc một nguyên nhân nào khác. Co giật do sốt ở trẻ dưới 5 tuổi chiếm tỉ lệ 2-5%.

###### 1.2.2. Lâm sàng:

Co giật đi kèm với sốt thường xuất hiện khi nhiệt độ ít nhất 38<sup>0</sup>C, thường là cơn co giật toàn thân, kiểu cơn co cứng - co giật. Biểu hiện lâm sàng cơn co giật do sốt có thể đơn giản hoặc phức tạp.

1.2.2.1. Đặc điểm của cơn co giật do sốt đơn giản:

- Cơn co giật toàn thể
- Thời gian cơn co giật không quá 15 phút
- Không có cơn tái phát

1.2.2.2. Đặc điểm cơn co giật do sốt phức tạp:

- Cơn co giật khu trú
- Thời gian cơn co giật từ 15 phút trở lên
- Có từ 2 cơn co giật trở lên

### **1.3. Chăm sóc trẻ sốt và xử trí trẻ sốt cao co giật**

#### **\* Chăm sóc trẻ sốt tại gia đình:**

Có nhiều nguyên nhân gây sốt ở trẻ em. Khi trẻ sốt cần xử trí tại nhà bằng các biện pháp:

- Đặt trẻ nằm ở nơi thoáng mát
- Nới rộng quần áo, tã lót.
- Thực hiện chườm ấm cho trẻ
- Khi trẻ sốt  $\geq 38$  độ 5. Sử dụng thuốc hạ sốt:
  - + Acetaminophen, liều 10 - 15mg.kg uống mỗi 4 - 6 giờ. Không sử dụng kéo dài vì có thể gây tổn thương thận và quá liều gây suy gan.
  - + Ibuprofen, 5 - 10mg.kg uống mỗi 6 - 8 giờ. Có thể gây suy gan, khó tiêu, xuất huyết tiêu hoá, giảm tưới máu thận.
  - + Thuốc hạ sốt qua đường hậu môn: nên dùng Paracetamol 10 - 20mg.kg. lần có thể lập lại 4 - 6 giờ.
- Cho trẻ uống nhiều nước, bổ sung điện giải
- Theo dõi sát trẻ, đề phòng cơn co giật.

#### **\* Xử trí trẻ co giật**

##### **1.3.1. Chăm sóc toàn diện:**

1.3.1.1. Đảm bảo an toàn cho trẻ: trong cơn co giật trẻ thường mất ý thức và dễ té ngã, do đó việc bảo đảm an toàn cho trẻ để tránh những tổn thương thêm bằng cách:

- Đặt trẻ nằm ở giường có song chắn hoặc nơi an toàn tránh té ngã và thoáng khí.
- Cho trẻ nằm ngửa, đầu nghiêng một bên hay nằm nghiêng để không bị hít chất nôn hay đàm nhớt.
- Đặt cây đè lưỡi có quân gạc giữa hai hàm răng để tránh tụt lưỡi, cắn lưỡi. Tuy nhiên, không nên cố gắng nạy hàm răng trẻ nếu trẻ đã cắn chặt răng vì sẽ làm tổn thương răng nướu trẻ.

### 1.3.1.2. Thông đường thở và hỗ trợ hô hấp:

- Lấy dị vật do thân nhân hay có thói quen vắt chanh hay củ sả... vào miệng trẻ khi co giật.
- Hút đàm nhớt, chất nôn ở mũi miệng vì trong cơn co giật có tăng tiết đàm nhớt hoặc có thể trào ngược thức ăn vào đường thở.

### 1.3.1.3. Hạ sốt tích cực cho trẻ:

#### ➤ Thực hiện y lệnh thuốc hạ sốt:

- Acetaminophen, liều 10 - 15mg.kg uống mỗi 4 - 6 giờ. Không sử dụng kéo dài vì có thể gây tổn thương thận và quá liều gây suy gan.
- Ibuprofen, 5 - 10mg.kg uống mỗi 6 - 8 giờ. Có thể gây suy gan, khó tiêu, xuất huyết tiêu hoá, giảm tưới máu thận.
- Thuốc hạ sốt qua đường hậu môn: nên dùng Paracetamol 10 - 20mg.kg. lần có thể lặp lại 4 - 6 giờ.

#### ➤ Biện pháp vật lý (không dùng thuốc): làm tăng thải nhiệt qua da.

### 1.3.2. Chăm sóc liên tục:

- Theo dõi mạch, nhiệt độ và nhịp thở (chú ý: nên đặt nhiệt ở nách hoặc hậu môn, không đo nhiệt độ ở miệng vì trong cơn co giật trẻ sẽ cắn nhiệt kế)
- Tình trạng mất nước như: khát nước và môi khô (do sốt cao, nhiễm trùng...)
- Theo dõi lượng nước xuất nhập
- Theo dõi các nguyên nhân gây kích gợi cơn co giật (điện giải đồ, đường huyết...)

### 1.3.3. Phòng ngừa tái phát sốt cao co giật tại nhà:

#### 1.3.3.1. Hạ nhiệt độ:

- Hướng dẫn thân nhân trẻ cách dùng thuốc hạ sốt
- Hướng dẫn thân nhân kỹ thuật lau mát hạ sốt.

#### 1.3.3.2. Dinh dưỡng:

- Cần chú ý trong cơn co giật không cho trẻ ăn và uống bất cứ thứ gì qua miệng kể cả uống thuốc hạ sốt.
- Sau cơn co giật:
  - + Trẻ bú và ăn được qua đường miệng: vẫn tiếp tục cho bú và ăn bình thường.
  - + Cho trẻ ăn những thức ăn lỏng nhẹ, dễ tiêu hóa và đầy đủ các nhóm dinh dưỡng: đạm, đường, béo, vitamin và khoáng chất.
- Đối với trẻ đang sốt cần bù nước vì trẻ có khả năng mất nước do sốt, khi bù nước cần lưu ý:
  - Cho trẻ uống nhiều nước trái cây (không quá ngọt), nước súp, nước lọc và uống tùy thích.
  - Riêng các thức uống có chứa gas và cafein thì không nên cho trẻ uống vì sẽ gây tình trạng đầy hơi, khó tiêu.
  - Không nên cho trẻ uống nước trà đậm vì trà sẽ kích thích dạ dày dễ bị nôn và trà

gây lợi tiêu làm mất nước thêm.

#### *1.3.4. Chăm sóc cộng đồng:*

- Không để trẻ một mình và nhờ người giúp đỡ
- Đặt trẻ nằm xuống nơi rộng rãi, an toàn, thoáng khí
- Nói lỏng áo ở quanh cổ, dây thắt lưng
- Kê gối hoặc khăn cuộn tròn dưới đầu trẻ (nếu có)
- Không cho bất cứ thứ gì vào miệng trẻ (kể cả thuốc hạ sốt)
- Không cố gắng nạy răng trẻ khi trẻ nghiến, cắn răng
- Nếu có nhiều nước bọt hoặc trẻ nôn thì cho trẻ nằm ngửa đầu nghiêng hoặc nằm nghiêng
- Hạn chế kích thích trong khi trẻ đang co giật. Không cố gắng dùng sức để kèm chế cơn co giật hay ghì đè trẻ
- Khi cơn co giật đã qua, trẻ có thể lú lẫn hoặc buồn ngủ: cần được che chở và yên tĩnh
- Nhét thuốc hạ sốt qua hậu môn (nếu co giật kèm có sốt)
- Đưa ngay trẻ đến cơ sở y tế gần nhất khám sau cơn co giật.

## **2. Chăm sóc trẻ bệnh tiêu chảy**

### **2.1. Mở đầu**

Tiêu chảy là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh và tử vong cao ở trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 5 tuổi. Nguyên nhân gây tử vong chính là do mất nước và điện giải. Ngoài ra tiêu chảy còn là một trong những nguyên nhân gây bệnh suy dinh dưỡng ở trẻ em.

### **2.2. Nguyên nhân gây bệnh**

#### *2.2.1. Tác nhân gây bệnh:*

- Virus: Rotavirus, Adenovirus, Enterovirus,...
- Vi khuẩn: E.coli đường ruột, trực trùng lỵ Shigella, phẩy khuẩn tả Vibrio cholerae 01, Salmonella không gây thương hàn,...
- Ký sinh trùng: Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Cryptosporidium,...

#### *2.2.2. Các yếu tố nguy cơ:*

- Tuổi: chỉ số mắc bệnh cao nhất là ở nhóm trẻ 6 - 11 tháng tuổi khi mới tập ăn dặm
- Trẻ bị suy dinh dưỡng.
- Bệnh nhi bị suy giảm miễn dịch
- Trẻ sinh non tháng, sinh nhẹ cân
- Tính chất theo mùa: tiêu chảy do vi khuẩn thường xảy ra cao nhất vào mùa mưa và nóng, tiêu chảy do virus lại xảy ra cao nhất vào mùa khô lạnh
- Tập quán làm tăng nguy cơ tiêu chảy cấp:
  - + Cho trẻ bú chai: chai và bình sữa khó đánh rửa dễ bị ô nhiễm bởi các vi khuẩn đường ruột

- + Ăn sam: thiết lập chế độ sam cho trẻ chưa hợp lý, chưa hợp vệ sinh, thức ăn để lâu
- + Sử dụng nguồn nước bị nhiễm bẩn
- + Không rửa tay sau khi đi ngoài, trước khi chuẩn bị thức ăn và trước khi ăn
- + Không xử lý phân một cách hợp vệ sinh.

### **2.3. Phân loại**

#### **2.3.1. Tiêu chảy cấp:**

Tiêu chảy cấp chiếm khoảng 70-80%, bao gồm các dấu hiệu sau:

- Đây là một đợt tiêu chảy cấp, thời gian kéo dài không quá 14 ngày, thường chỉ khoảng 5-7 ngày.
- Phân nhiều nước ít cái, trong phân không có đờm máu.
- Hậu quả:
  - + Mất nước và mất natri.
  - + Nhiễm toan chuyển hóa.
  - + Thiếu kali.
  - + Tình trạng suy dinh dưỡng.

#### **2.3.2. Hội chứng lỵ:**

Hội chứng này chiếm khoảng 10 - 20%, bao gồm các dấu hiệu sau:

- Bé đi cầu nhiều lần và trong phân có đờm, máu
- Thường có hai nơi tổn thương của niêm mạc ruột:
  - + Nếu tổn thương cao, tại ruột non: trong phân ngoài đờm còn rất nhiều nước.
  - + Nếu tổn thương thấp, tại đại tràng: phân ít nước kèm theo mắ rặn.
- Hậu quả:
  - + Tình trạng nhiễm độc và nhiễm trùng nổi bật, thậm chí có nhiều khả năng gây nhiễm trùng huyết và co giật.
  - + Tình trạng mất nước và điện giải đi kèm nhưng không nặng bằng tiêu chảy cấp.
  - + Tình trạng suy dinh dưỡng.

#### **2.3.3. Tiêu chảy kéo dài:**

Tiêu chảy kéo dài chiếm khoảng 3 - 10%, bao gồm các dấu hiệu sau:

- Đây là một đợt tiêu chảy kéo dài trên 14 ngày
- Phân sệt nhiều nước, nước trong phân là nước từ thức ăn và nước uống đưa vào cơ thể
- Phân sống: trẻ ăn gì đi tiêu nấy, số lần đi tiêu phụ thuộc vào số lần ăn.
- Hậu quả:
  - + Suy dinh dưỡng
  - + Rối loạn nước và điện giải nhưng không nặng bằng tiêu chảy cấp

+ Tình trạng bội nhiễm do suy dinh dưỡng.

## 2.4. Đánh giá độ mất nước

Đánh giá độ mất nước (dựa vào bảng dưới đây): nếu trẻ có 2 trong các dấu hiệu ô nào thì trẻ được phân độ mất nước theo ô đó

Mất nước nặng	Có mất nước	Không mất nước
- Ngủ li bì khó đánh thức - Mắt trũng - Không thể uống hoặc uống kém - Nếp véo da mất rất chậm $\geq 2$ giây	- Vật vã, kích thích - Mắt trũng - Uống háo hức, khát - Nếp véo da mất chậm < 2 giây	- Không đủ các dấu hiệu phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng

Bảng 1: Phân độ mất nước

## 2.5. Chăm sóc toàn diện và liên tục trẻ bị mất nước:

Cần đánh giá phân loại mức độ mất nước từ đó đưa ra các phác đồ chăm sóc phù hợp.

### 2.5.1. Chăm sóc trẻ không mất nước (phác đồ A):

Bù nước tại nhà theo 3 nguyên tắc:

#### 2.5.1.1. Nguyên tắc 1: cho trẻ uống nhiều nước để phòng chống mất nước

- Oresol là dung dịch để bù nước và điện giải trong điều trị tiêu chảy là tốt nhất.

- Thành phần 1 gói Oresol bao gồm:

+ NaCl (3,5g)

+ KCl (1,5g)

+ Trisodium citrate (2,9g)

+ Glucose khan (20g)

- **Hướng dẫn thân nhân cách pha Oresol:** 1 gói pha với 1 lít nước đun sôi để nguội sử dụng trong 24 giờ. Cần phải pha trong dụng cụ sạch có nắp đậy và đổ tất cả lượng dung dịch còn thừa sau 24 giờ.

- Nếu không có sẵn Oresol hướng dẫn thân nhân có thể pha một số dung dịch thay thế tương đương tại nhà như: nước canh, nước cháo, nước hoa quả, nước đun sôi để nguội.

- Cách chế biến các loại dịch thay thế:

+ Nước mặn ngọt: 3,5g muối (1 muỗng cà phê gạt ngang) + 40g đường (8 muỗng cà phê gạt ngang) + 1 lít nước đun sôi để nguội, sử dụng trong 24 giờ.

+ Nước cháo muối: 1 nắm gạo + 6 chén nước (200ml.chén) + 1 nhúm muối, đun sôi cho gạo nở bung hết và chắt lấy 1000ml, sử dụng trong 6 giờ.

+ Nước dừa muối: 1 lít nước dừa + 3,5g muối (1 muỗng cà phê gạt ngang), sử dụng trong 6 giờ.

- Hướng dẫn thân nhân lượng dịch cần cho trẻ uống
- + Hoặc được tính theo cân nặng 10ml Oresol cho 1kg cân nặng uống sau mỗi lần tiêu chảy.
- Cách cho trẻ uống để tránh nôn:
  - + Cho trẻ uống thường xuyên từng ngụm;
  - + Trẻ dưới 2 tuổi uống bằng muỗng cà phê, cứ 1 - 2 phút cho uống 1 muỗng
  - + Nếu trẻ nôn, ngưng 5 - 10 phút, sau đó lại tiếp tục cho trẻ uống nhưng chậm hơn.
  - + Cho trẻ uống đến khi ngừng tiêu chảy
- Cần phải cho trẻ uống Oresol tại nhà trong những trường hợp sau:
  - + Trẻ đã được điều trị theo phác đồ B hoặc C;
  - + Nếu tiêu chảy nặng hơn mà trẻ chưa thể đến khám lại.

#### 2.5.1.2. Nguyên tắc 2: cho trẻ ăn đầy đủ chất dinh dưỡng để phòng suy dinh dưỡng

- Nếu bú mẹ, khuyến mẹ cho bé bú thường xuyên và mỗi lần cho bú lâu hơn
- Đối với trẻ ăn sữa thay thế sữa mẹ, vẫn cho ăn theo lứa tuổi, nhưng cho trẻ uống thêm nước chín lượng 100 - 200 ml mỗi ngày.
- Trẻ đang ăn chế độ ăn dặm, vẫn cho trẻ ăn như bình thường không kiêng khem
- Trẻ lớn, khuyến khích cho ăn đầy đủ chất dinh dưỡng và phải kiên trì nếu trẻ biếng ăn
- Chế biến thức ăn cho trẻ phải là thức ăn dễ tiêu, nấu nhừ, giàu chất bổ dưỡng và cân đối thành phần đạm, mỡ, đường, vitamin và muối khoáng
- Chia nhiều bữa nhỏ trong ngày, ít nhất 6 lần trong ngày
- Tránh cho trẻ quá ngọt vì sẽ gây khó tiêu, đầy hơi làm cho trẻ chán ăn và còn có thể gây tiêu chảy thẩm thấu
- Vẫn cho trẻ ăn thêm rau xanh và quả để tăng thêm vitamin và muối khoáng, nhất là các loại quả có nhiều Kali như chuối, nho...
- Khi hết tiêu chảy cho trẻ ăn thêm một bữa trong ngày liên tục trong 2 tuần hoặc đến khi trẻ hồi phục cân nặng ban đầu.

#### 2.5.1.3. Nguyên tắc 3: hướng dẫn thân nhân theo dõi trẻ tại nhà. Trong 2 ngày nếu trẻ có 1 trong 6 triệu chứng sau đây phải mang trẻ đến khám ngay:

- Trẻ bị sốt cao
- Trẻ khát nước nhiều
- Trẻ ăn, bú kém
- Trong phân của trẻ có máu
- Trẻ nôn nhiều lần
- Phân trẻ nhiều nước, tiêu nhiều lần

#### 2.5.2. Chăm sóc trẻ có dấu hiệu mất nước (phác đồ B): tại tuyến y tế cơ sở

- Lượng Oresol được tính theo: 75ml. kg cân nặng liên tục trong 4 giờ

- Hướng dẫn thân nhân cách cho trẻ uống tránh nôn (giống phác đồ A)
- Người điều dưỡng cần phải theo dõi, giám sát thân nhân cho trẻ uống Oresol
- Trong giai đoạn bù dịch, vẫn cho trẻ ăn theo lứa tuổi (giống phác đồ A)
- Sau 4 giờ bù nước bằng Oresol nhân viên y tế đánh giá lại tình trạng mất nước:
  - + Nếu trẻ hết mất nước chuyển sang điều trị phác đồ A và cho trẻ về nhà
  - + Nếu còn mất nước tiếp tục lập lại điều trị phác đồ B
  - + Nếu trẻ mất nước nặng, chuyển lên tuyến trên để điều trị theo phác đồ C

## **2.6. Dự phòng và chăm sóc cộng đồng**

- Tổ chức tuyên truyền lợi ích của sữa mẹ.
- Khuyến cáo các bà mẹ cho trẻ bú sữa mẹ từ lúc mới sinh đến 18 hoặc 24 tháng tuổi.
- Tuyên truyền và hướng dẫn kỹ thuật rửa tay đúng cách và đúng thời điểm trong cộng đồng (rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh ngay từ các trường mẫu giáo).
- Quản lý và hướng dẫn cho trẻ ăn dặm đúng tuổi, đúng kỹ thuật cho những bà mẹ có con nhỏ trong cộng đồng.
- Tuyên truyền và thực hiện chủng ngừa phòng bệnh cho trẻ.
- Hướng dẫn thân nhân cách phát hiện sớm các dấu hiệu mất nước, dấu hiệu nặng và cách sử dụng dung dịch Oresol hoặc dung dịch thay thế khi trẻ bị tiêu chảy.
- Khuyến cáo bày trừ tập quán kiêng khem khi trẻ bị tiêu chảy.
- Tuyên truyền giữ gìn vệ sinh môi trường, vệ sinh nhà ở, vật dụng và đồ chơi của trẻ. Sử dụng nhà vệ sinh và xử lý phân trẻ nhỏ một cách an toàn.
- Khuyến cáo sử dụng nguồn nước sạch (thói quen ăn chín, uống sôi).
- Phát hiện sớm các ổ dịch bệnh báo cáo và xử lý kịp thời.

## **3. Chăm sóc trẻ nhiễm khuẩn hô hấp**

### **3.1. Mở đầu**

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp là một nhóm bệnh do vi khuẩn hoặc virus gây nên những tổn thương ở bất cứ phần nào của đường hô hấp như: tai, mũi, họng, thanh quản, khí quản, phế quản và phổi.

Ở Việt Nam, nhiễm khuẩn hô hấp cấp là một trong hai nguyên nhân gây tử vong ở trẻ em.

### **3.2. Nguyên nhân**

#### **3.2.1. Do vi sinh:**

- Virus: là nguyên nhân chủ yếu do khả năng lây truyền dễ dàng qua tiếp xúc trực tiếp, các giọt chất tiết lớn hoặc các hạt khí dung. Những virus thường gặp như: virus hô hấp hợp bào, cúm (Influenzae virus), á cúm (Parainfluenzae virus), Adenovirus,...
- Vi khuẩn như: Streptococci auerus, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Pseudomonas, ho gà, lao phổi ...

#### **3.2.2. Không do vi sinh:**

- Hít, sặc: thức ăn, dịch vị, dị vật, dầu hôi
- Quá mẫn
- Thuốc, chất phóng xạ

### 3.3. Yếu tố thuận lợi

- Hoàn cảnh kinh tế - xã hội thấp
- Môi trường sống đông đúc, kém vệ sinh
- Có thân nhân hút thuốc lá, khói bụi trong nhà
- Chăm sóc trẻ chưa đúng, trẻ không được bú sữa mẹ
- Sinh non tháng, sinh nhẹ cân, suy dinh dưỡng, sởi, thiếu vitamin A
- Thời tiết lạnh, giai đoạn chuyển mùa...

### 3.4. Phân loại

Các dấu hiệu	Phân loại
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bất kỳ dấu hiệu nguy hiểm toàn thân nào</li> <li>- Rút lõm lồng ngực hoặc</li> <li>- Thở rít khi nằm yên</li> </ul>	<b><i>Viêm phổi nặng hoặc bệnh rất nặng</i></b>
Thở nhanh nếu trẻ: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trẻ &lt; 2 tháng: nhịp thở <math>\geq 60</math> lần.phút</li> <li>- 2 tháng - 12 tháng <math>\geq 50</math> nhịp.phút</li> <li>- 12 tháng - 5 tuổi <math>\geq 40</math> nhịp.phút</li> </ul>	<b><i>Viêm phổi</i></b>
Không có các dấu hiệu của viêm phổi hoặc bệnh rất nặng	<b><i>Không viêm phổi: ho hoặc cảm lạnh</i></b>

Bảng 2: Phân loại viêm phổi

### 3.5. Triệu chứng lâm sàng

- Sốt từ nhẹ đến sốt cao
- Trẻ mệt mỏi, quấy khóc
- Ho: ho khan hoặc ho có đờm
- Chảy nước mũi (có khi chảy mủ tai)
- Nhịp thở nhanh:
  - + Trẻ < 2 tháng: nhịp thở  $\geq 60$  lần. phút
  - + Trẻ từ 2 tháng đến 12 tháng: nhịp thở  $\geq 50$  lần. phút
  - + Trẻ từ 12 tháng đến 5 tuổi: nhịp thở  $\geq 40$  lần. phút
- Thở khò khè hoặc thở rít
- Khó thở, rút lõm lồng ngực
- Tím tái
- Dấu hiệu nguy hiểm toàn thân:

- + Không uống được hoặc bỏ bú
- + Li bì hoặc khó đánh thức
- + Nôn tất cả mọi thứ (kể cả nước)
- + Co giật

### **3.6. Chăm sóc toàn diện và liên tục**

Không viêm phổi (cảm lạnh): hướng dẫn thân nhân chăm sóc trẻ tại nhà

#### **3.6.1. Tạo môi trường tốt cho trẻ nghỉ ngơi:**

- Giữ gìn vệ sinh nhà ở tránh khói bụi
- Thoáng mát về mùa hè, thoáng ấm về mùa đông
- Hạn chế tiếp xúc người đang bệnh nhiễm khuẩn hô hấp
- Cho trẻ mặc quần áo theo thời tiết, trẻ dưới 2 tháng cần giữ ấm cho trẻ

#### **3.6.2. Thực hiện nuôi dưỡng giúp cơ thể đề kháng bệnh và phòng suy dinh dưỡng:**

- Tiếp tục cho trẻ ăn theo lứa tuổi và theo ô vuông thức ăn.
- Trẻ bú mẹ vẫn tiếp tục cho bú mẹ, trẻ ăn dặm vẫn tiếp tục cho ăn không kiêng cử. Cho trẻ ăn rau xanh, trái cây đối với trẻ lớn, trẻ nhỏ cho uống nước quả ép.
- Cho trẻ uống đủ nước vì trẻ dễ bị mất nước do thở nhanh và sốt, ngoài ra nước còn làm loãng đàm và dịu họng.

#### **3.6.3. Điều trị triệu chứng:**

- Thông thoáng mũi bằng giấy thấm quấn sâu kèn hoặc vải mềm hay quả bóp hút mũi để trẻ dễ thở.
- Nhỏ mũi bằng nước muối sinh lý 0.9% mỗi bên mũi 1 giọt, 3 - 4 lần. ngày
- Giảm ho và đau họng bằng thuốc nam như: quất hấp đường, lá hẹ, tần dãi lá, mật ong...
- Không nên dùng các loại thuốc tây y có chứa codein hoặc kháng Histamine vì làm quánh đàm, giảm ho nên không tổng được các chất tiết ra ngoài và làm trẻ chán ăn.
- Chăm sóc trẻ sốt.

#### **3.6.4. Hướng dẫn thân nhân trẻ cách theo dõi các dấu hiệu nặng:**

Đưa trẻ đến cơ sở y tế khi trẻ có một trong các dấu hiệu sau:

- Không uống được hoặc bỏ bú
- Bệnh nặng hơn
- Trẻ sốt cao
- Thở nhanh
- Khó thở.

### **3.7. Dự phòng và chăm sóc trong cộng đồng**

- Tổ chức tuyên truyền lợi ích của sữa mẹ
- Khuyến cáo các bà mẹ cho trẻ bú sữa mẹ từ lúc mới sinh đến 18 hoặc 24 tháng tuổi

- Hướng dẫn thói quen che tay khi ho trong cộng đồng (đặc biệt bắt đầu từ các trẻ mẫu giáo)
- Tuyên truyền và hướng dẫn kỹ thuật rửa tay đúng cách và đúng thời điểm trong cộng đồng (rửa tay trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh ngay từ các trường mẫu giáo)
- Quản lý và hướng dẫn cho trẻ ăn dặm đúng tuổi, đúng kỹ thuật cho những bà mẹ có con nhỏ trong cộng đồng
- Tập bé tư thế đi, đứng, ngồi đúng giúp lồng ngực phát triển tốt
- Tổ chức kiểm tra phát hiện sớm vẹo cột sống ở trẻ
- Khuyến cáo tập thở, tập vận động, thể dục để các cơ hô hấp phát triển tốt
- Hướng dẫn cách giữ gìn vệ sinh răng miệng và vệ sinh cá nhân của bé
- Hướng dẫn chăm sóc đúng cách khi trẻ bị cảm lạnh
- Hướng dẫn cách phát hiện sớm các dấu hiệu nặng và các ổ dịch bệnh
- Tuyên truyền và thực hiện chủng ngừa phòng bệnh cho trẻ
- Khuyến cáo bày trừ tập quán kiêng khem khi trẻ bị nhiễm khuẩn hô hấp
- Tuyên truyền giữ gìn vệ sinh môi trường, vệ sinh nhà ở, vật dụng và đồ chơi của trẻ
- Phát hiện sớm các ổ dịch bệnh báo cáo và xử lý kịp thời.

#### **4. Chăm sóc trẻ suy dinh dưỡng**

##### **4.1. Định nghĩa**

Suy dinh dưỡng là một tình trạng bệnh lý thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi do thiếu các chất dinh dưỡng đặc biệt là chất đạm và chất béo, làm ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, vận động, tâm thần và trí thông minh của trẻ.

##### **4.2. Nguyên nhân**

###### **4.2.1. Nhiễm trùng và ký sinh trùng:**

- Cấp: viêm phổi, tiêu chảy, sỏi...
- Mãn: viêm tai giữa, lao...
- Nhiễm ký sinh trùng: giun, sán...

###### **4.2.2. Các dị tật bẩm sinh:**

- Hệ tiêu hoá: sứt môi, chẻ vòm hầu, hẹp phì đại môn vị, phình đại tràng bẩm sinh...
- Hệ tim mạch: tim bẩm sinh
- Hệ thần kinh: tật đầu nhỏ, não úng thủy, bại não
- Bệnh nhiễm sắc thể: hội chứng Down

###### **4.2.3. Thiếu kiến thức nuôi con theo khoa học:**

- Trẻ không được bú sữa mẹ, cai sữa sớm
- Nuôi sữa nhân tạo không đúng
- Cho trẻ ăn dặm sớm trước 4 tháng, hoặc quá trễ
- Cho trẻ ăn bổ sung không đủ, cho ăn quà vặt

- Kiên khem khi trẻ bị mắc bệnh...

### **4.3. Triệu chứng lâm sàng**

#### **4.3.1. Suy dinh dưỡng bào thai:**

- Trẻ sinh đủ tháng, cân nặng < 2.500g;
- Nguyên nhân: mẹ tăng cân ít trong thời gian mang thai hay mắc bệnh mãn tính.
- Có 3 mức độ:
  - + Nhẹ: cân nặng < 2.500g, chiều cao và vòng đầu bình thường
  - + Vừa: cân nặng giảm, chiều cao giảm và vòng đầu bình thường
  - + Nặng: giảm cả 3 chỉ số
- Hậu quả trẻ suy dinh dưỡng dễ bị đe dọa:
  - + Hạ đường huyết gây co giật, rối loạn nhịp thở
  - + Hạ nhiệt độ sẽ dẫn đến tử vong
  - + Hạ can-xi máu gây co giật và cơn ngưng thở

#### **4.3.2. Suy dinh dưỡng sau sinh:**

##### **4.3.2.1. Thở phù (Kwashiorkor):**

- Thường phát hiện trẻ do trẻ không sụt cân mà còn tăng cân
- Nguyên nhân: trẻ bị suy dinh dưỡng do ăn quá nhiều bột "no giả tạo" và mất cân bằng về các chất: thừa chất đường, thiếu béo và đạm
- Lâm sàng:
  - + Phù trắng mềm, ấn lõm
  - + Tràn dịch màng bụng, màng tinh hoàn
  - + Rối loạn sắc tố da: thường gặp ở nếp gấp cổ, nách, háng, khuỷu tay, khuỷu chân, móng. Thay đổi màu sắc đỏ → nâu → đen
  - + Tóc thưa, bạc màu, dễ rụng, răng mọc chậm so với tuổi, mất bóng
  - + Gan: to và chắc do thoái mỡ, nếu nặng có thể tử vong do suy gan
  - + Dễ suy tim do thiếu đạm, thiếu máu, thiếu B<sub>1</sub>.
  - + Nếu suy dinh dưỡng sớm trước 3 tuổi sẽ tác hại đến sự trưởng thành của não và giảm trí thông minh

##### **4.3.2.2. Thở teo đét (Marasmus):**

- Ở thể này trẻ bị suy dinh dưỡng thấy được rõ do mất hết lớp mỡ dưới da ở toàn thân. Ở Việt Nam, thường gọi thể teo đét này là ban khi vì trẻ có vẻ mặt gầy, mắt trũng hốc hác, người teo nhỏ như con khi.
- Nguyên nhân: thiếu chất dinh dưỡng của tất cả các nhóm
- Lâm sàng:
  - + Các triệu chứng của thiếu vitamin A, B<sub>1</sub>, B<sub>12</sub>, D, K.
  - + Có các triệu chứng bệnh gan, tim giống thể phù.

+ Tiên lượng tốt hơn thể phù.

#### 4.3.2.3. Thể hỗn hợp:

- Đây là thể phù đã được điều trị khi trẻ hết phù trở thành teo đét nhưng gan vẫn còn to do thoái mỡ.

- Da bọc xương nhưng lại kèm rối loạn sắc tố da.

#### 4.4. Chăm sóc tại nhà

Đối với suy dinh dưỡng nhẹ và vừa không có biến chứng: trẻ cần được điều trị và chăm sóc tại nhà.

- Tùy nguyên nhân gây suy dinh dưỡng để lập kế hoạch chăm sóc cụ thể:

+ Nếu trẻ suy dinh dưỡng do bệnh nhiễm trùng hay ký sinh trùng cần điều trị tích cực bệnh theo y lệnh đồng thời phục hồi dinh dưỡng cho trẻ

+ Nếu trẻ suy dinh dưỡng do mẹ thiếu kiến thức nuôi con theo khoa học nên tham vấn thân nhân về vấn đề nuôi dưỡng

- Chăm sóc trẻ bằng chính tình thương của cha mẹ

- Thực hiện chăm sóc dựa trên tiêu chuẩn chăm sóc toàn diện và phối hợp giữa cơ sở y tế và gia đình

##### 4.4.1. Hướng dẫn thân nhân trẻ biện pháp phục hồi dinh dưỡng tại nhà cụ thể:

- Đối với trẻ dưới 4 tháng tuổi:

+ Điều chỉnh lại chế độ ăn cho hợp lý, phù hợp với lứa tuổi và theo nhu cầu của trẻ

+ Tăng cường cho trẻ bú mẹ nhiều hơn, bú lâu hơn, bú cả ngày lẫn đêm và không nên cai sữa khi trẻ đang suy dinh dưỡng

+ Nếu đã cai sữa nên cho trẻ ăn thêm sữa công thức phù hợp lứa tuổi của trẻ. Pha sữa đúng cách, hợp vệ sinh và chỉ dùng sữa pha trong vòng một giờ. Cho trẻ bú từ 8 - 12 lần mỗi ngày hoặc theo nhu cầu nhiều hơn của trẻ

+ Trẻ bú sữa nhân tạo, ngoài cử bú cho trẻ uống thêm 100 - 200 ml nước chín.

- Đối với trẻ từ 4 tháng trở lên:

+ Tăng dần lượng thức ăn: 1 - 2 tuần đầu nên ăn sữa. Từ tuần thứ ba cho ăn thêm những loại thức ăn theo lứa tuổi

+ Số lượng thức ăn phải tăng dần theo khả năng tiêu hoá của trẻ, ăn từ loãng đến đặc dần tùy theo độ tuổi

+ Chế biến thức ăn phải nấu nhừ, thức ăn dễ tiêu, giàu chất dinh dưỡng, các nhóm vitamin và muối khoáng

+ Nếu trẻ biếng ăn, kiên trì cho trẻ ăn (bằng tình thương của cha mẹ trẻ). Chia nhiều bữa trong ngày 6 - 12 bữa/ngày

+ Lượng đạm tăng dần từ 2g.kg.ngày đến 5g.kg.ngày, khi trẻ ổn định giảm dần

+ Cho thêm dầu ăn vào thức ăn trẻ để tăng năng lượng và giúp dễ hấp thu các vitamin.

- Tăng cường vitamin: cho trẻ uống nước quả ép (nếu trẻ nhỏ), ăn quả tươi (nếu trẻ lớn).

- Bù nước và các chất điện giải bằng dung dịch Oresol hoặc dung dịch thay thế.

#### 4.4.2. An toàn trong bữa ăn:

##### 4.4.2.1. Những việc nên làm:

- Cho trẻ ăn chậm từ ít đến nhiều, từ loãng đến đặc.
- Cần để trẻ quen dần với thức ăn ở những trẻ mới tập ăn dặm: thức ăn mới chỉ nên thay đổi từng loại một, mỗi loại dùng trong vài ngày để phòng dị ứng thức ăn.
- Có thể cho trẻ uống nước giữa các bữa ăn.
- Thức ăn cho trẻ cần có nắp đậy kín và lưu giữ trong ngăn mát tủ lạnh không quá 24 giờ.
- Sữa bột pha xong lưu giữ trong ngăn mát tủ lạnh không quá 2 giờ.
- Dụng cụ chứa đựng thức ăn cần vệ sinh sạch sẽ. Bình sữa cần được luộc nước sôi mỗi ngày sau khi rửa sạch.

##### 4.4.2.2. Những việc không nên làm:

- Không cho trẻ vừa nằm chơi vừa tự bú bình (sữa hoặc nước) vì dễ gây hít sặc.
- Không pha sữa đặc, không thêm đường, thêm bột hoặc thức ăn đặc vào sữa
- Không nên cho trẻ ăn thức ăn đặc quá sớm.
- Thức ăn ngọt và nước ngọt cũng là một trong những nguyên nhân gây chán ăn ở trẻ đồng thời ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng.

##### 4.4.2.3. Thực hiện thuốc cho trẻ:

- Cho trẻ uống vitamin A liều tấn công theo y lệnh:

+ Trẻ > 1 tuổi:

- Ngày thứ 1: uống 200.000 đv
- Ngày thứ 2: uống 200.000 đv
- Sau 2 tuần: uống 200.000 đv

+ Trẻ < 1 tuổi: liều vitamin A bằng nửa liều trên

- Nếu có thiếu máu: acid Folic 5 mg.ngày x 7 ngày.

- Uống:

+ KCl 1gram.ngày x 7 ngày.

+ Mg 0,5gr.ngày x 7 ngày.

- Uống đa sinh tố

- Thuốc kháng sinh phòng nhiễm trùng

- Trường hợp trẻ không ăn được nuôi ăn bằng đường truyền tĩnh mạch glucose ưu trương, đậm và cần theo dõi:

+ Tình trạng trẻ trước, trong và sau truyền

+ Thường xuyên quan sát nơi tiêm truyền vì glucose ưu trương và đậm nếu thoát ra khỏi lòng mạch có thể gây hoại tử.

- Bồi hoàn nước điện giải bằng uống dung dịch Oresol hoặc truyền Lactat Ringer.

#### 4.4.3. Hướng dẫn chăm sóc da và mắt:

##### 4.4.3.1. Chăm sóc da:

- Chăm sóc da cẩn thận và lau tắm trẻ mỗi ngày. Quần áo và vải trải giường phải sạch sẽ khô ráo để tránh mắc bệnh ngoài da.
- Nếu có vết loét trên da chấm xanh Methylen hoặc tím Gentian hoặc bôi dầu mù u 1 - 2 lần/ngày.
- Nếp gấp nách, bẹn, kheo cần chú ý giữ sạch và khô

##### 4.4.3.2. Chăm sóc răng miệng:

- Sau mỗi lần ăn uống xong

##### 4.4.3.3. Chăm sóc mắt mũi để phòng biến chứng:

- Nhỏ mắt bằng Chloramphenicol 0.4% và vitamin A tan trong nước

#### 4.4.5 Dự phòng

- Hướng dẫn thân nhân khoảng cách các bữa ăn không được quá 4 giờ nhằm hạn chế tình trạng hạ đường huyết (thường xảy ra trong thời gian 4 - 6 giờ sau khi trẻ không ăn uống) đặc biệt vào ban đêm.
- Theo dõi hạ thân nhiệt thường đi kèm với hạ đường huyết và hay xảy ra vào ban đêm khi trẻ ngủ.
- Theo dõi và đánh giá các bữa ăn của trẻ
- Theo dõi các dấu hiệu rối loạn tiêu hoá: đầy hơi, chướng bụng, nôn...
- Theo dõi cân nặng của trẻ tuần.lần

#### 4.4.6. Chăm sóc trong cộng đồng

- Chăm sóc trẻ ngay từ trong bụng mẹ, hướng dẫn các bà mẹ khi mang thai phải ăn uống đầy đủ, hợp lý, lao động vừa sức, phòng tránh các bệnh nhiễm khuẩn và thường xuyên theo dõi cân nặng định kỳ
- Cần hướng dẫn bà mẹ:
  - + Cách nuôi con theo phương pháp khoa học
  - + Cách phát hiện sớm bệnh suy dinh dưỡng bằng cách theo dõi cân nặng của trẻ
  - + Cách phục hồi dinh dưỡng tại nhà khi trẻ bị bệnh.
- Hướng dẫn cách theo dõi biểu đồ cân nặng nhằm phát hiện sớm tình trạng suy dinh dưỡng. Cần đưa trẻ đến cơ sở y tế để cân đo và ghi vào biểu đồ tăng trưởng để phát hiện sớm suy dinh dưỡng.
- + Trẻ < 1 tuổi 1 tháng cân 1 lần
- + Trẻ >1 tuổi đến 5 tuổi 2 - 3 tháng cân 1 lần
- Hướng dẫn các kiến thức nuôi con theo khoa học như nuôi con bằng sữa mẹ, ăn dặm... Khuyến khích giữ gìn vệ sinh môi trường và vệ sinh khi chế biến thức ăn.
- Hướng dẫn thân nhân cách theo dõi và đưa trẻ đến tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch.

- Phát hiện, điều trị sớm và đúng các bệnh thông thường.
- Thực hiện sinh đẻ có kế hoạch.
- Sờ giun định kỳ 3 - 6 tháng.lần theo hướng dẫn của thầy thuốc.

### CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Hậu quả của tiêu chảy mất nước cấp là
  - A. Suy dinh dưỡng
  - B. Rối loạn nước và điện giải nhưng không nặng bằng tiêu chảy cấp
  - C. Tình trạng bội nhiễm do suy dinh dưỡng
  - D. Nhiễm toan chuyển hóa
2. Bé N, 59 ngày tuổi đến khám vì ho, sốt. Nhân viên y tế đếm nhịp thở được 60 lần/phút, nhiệt độ 39<sup>0</sup>C. Vậy bé N. được phân loại:
  - A. Cảm lạnh.
  - B. Viêm phổi.
  - C. Viêm phổi nặng.
  - D. Bệnh rất nặng.
3. Chăm sóc trẻ cảm lạnh cần hướng dẫn thân nhân những vấn đề sau, **NGOẠI TRỪ**:
  - A. Cho trẻ uống đủ nước để làm loãng đàm và dịu họng.
  - B. Nhỏ mũi bằng nước muối sinh lý 0.9% mỗi bên mũi 1 giọt, 3 - 4 lần ngày.
  - C. Có thể cho trẻ dùng 1 số thuốc giảm ho như Terpin codein.
  - D. Hướng dẫn thân nhân trẻ cách theo dõi các dấu hiệu nặng.
4. Phần lớn trẻ bị suy dinh dưỡng là do:
  - A. Tiêu chảy cấp.
  - B. Sút môi, chẻ vòm hầu.
  - C. Hội chứng Down.
  - D. Kiêng khem khi trẻ mắc các bệnh.
5. Hậu quả của suy dinh dưỡng bào thai:
  - A. Dễ bị hạ đường huyết gây co giật.
  - B. Ảnh hưởng đến sự phát triển chiều cao trẻ.
  - C. Ảnh hưởng đến sự phát triển trí não trẻ.
  - D. Dễ mắc các bệnh nhiễm trùng.
6. Theo dõi cân nặng của trẻ dưới 1 tuổi, cần cân trẻ:
  - A. Mỗi tháng. lần
  - B. 2 - 3 tháng. lần
  - C. Cân mỗi tuần. lần

D. Cân trẻ mỗi ngày

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh viện Nhi Đồng 1 (2009), *Kỹ thuật ĐD nhi khoa*, nhà xuất bản y học.
2. Vụ khoa học và đào tạo - Bộ y tế (2012), *Điều Dưỡng nhi khoa*, nhà xuất bản Y học.
3. Bộ y tế (2008), *Hoạt động lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh, quyển 2*.
4. Bộ y tế (2008), *Hoạt động lồng ghép chăm sóc trẻ bệnh, quyển 4*.
5. Trường Đại Học Y Dược TP.HCM (2007), *Nhi khoa chương trình đại học tập I, II*, nhà xuất bản y học.
6. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (2013), *Điều dưỡng Nhi - Nhiễm*, nhà xuất bản y học.
7. Illustrated Textbook of Paediatrics (2007), Tom Lissauer, Graham Clayden.
8. Terri Kyle (2008), *Essentials of pediatric nursing*, Lippincott Williams & Wilkins.

### BÀI 3

## CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH CÓ BỆNH MẠN TÍNH THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH

### MỤC TIÊU

1. Nhận định được tình trạng của người bệnh mắc 4 bệnh mãn tính thường gặp: tăng huyết áp, tiểu đường, COPD, hen phế quản.
2. Thực hiện được chăm sóc 4 bệnh mãn tính trên tại Trạm y tế xã.
3. Thể hiện được việc áp dụng nguyên lý Y học Gia đình vào công tác chăm sóc, quản lý sức khỏe người bệnh.

### NỘI DUNG

#### 1. Chăm sóc bệnh nhân tăng huyết áp

##### 1.1. Mở đầu

- Huyết áp (HA) là áp suất động mạch được tạo bởi sức đẩy của tim và sức ép của thành động mạch.

- HA có 2 chỉ số:

+ HA tâm thu là số đo biểu hiện lực đẩy của tim khi tim co bóp đẩy máu đi.

+ HA tâm trương là biểu hiện trương lực của thành mạch.

##### 1.2. Phân độ tăng huyết áp theo JNC 8 (Liên ủy ban quốc gia về tăng huyết áp Hoa Kỳ)

Loại	HA tâm thu (mmHg)	HA tâm trương (mmHg)
Bình thường	< 120	< 80
Tiền tăng huyết áp (THA)	120 - 139	80 - 89
THA giai đoạn 1	140 - 159	90 - 99
THA giai đoạn 2	> 160	> 100
THA tâm thu đơn thuần	> 140	< 90

Bảng 1: Phân độ tăng huyết áp theo JNC 8

##### 1.3. Chăm sóc liên tục và toàn diện

###### 1.3.1. Phát hiện sớm và theo dõi bệnh THA trong cộng đồng:

- Thực hiện đúng kỹ thuật đo sinh hiệu mỗi khi kiểm tra sức khỏe cho người dân nhằm phát hiện sớm bệnh THA

- Hướng dẫn bệnh nhân thường xuyên theo dõi HA tại cơ sở y tế hoặc tại nhà

- Lập danh sách những bệnh nhân THA để theo dõi và hỗ trợ

- Hướng dẫn các triệu chứng THA và cách xử trí tại nhà:

+ Nằm nghỉ ngơi tại giường, phòng yên tĩnh và tránh thay đổi nhiệt độ đột ngột

- + Dùng thuốc hạ huyết áp theo hướng dẫn của nhân viên y tế
- + Hạn chế đi lại khi HA đang tăng cao
- + Không tự ý dùng thuốc nhỏ dưới lưỡi khi chưa có chỉ định của bác sĩ
- + Tránh thay đổi tư thế đột ngột
- + Hướng dẫn biện pháp thư giãn
- + Đến cơ sở y tế gần nhất.

### *1.3.2. Hướng dẫn bệnh nhân chế độ dinh dưỡng phù hợp:*

- Tìm hiểu sở thích ăn uống hàng ngày của bệnh nhân
- Khuyến khích và hướng dẫn chế độ ăn giảm muối
- Hướng dẫn giảm ăn mỡ động vật nên thay bằng dầu thực vật
- Hạn chế các thức ăn chuyển hóa thành cholesterol trong máu
- Khuyến cáo bệnh nhân tránh dùng nhiều thức ăn ngọt
- Khuyến cáo tăng cường rau xanh và trái cây
- Chế độ ăn hợp lý để duy trì cân nặng lý tưởng và giảm cung cấp năng lượng nếu bệnh nhân thừa cân.

### *1.3.3. Hướng dẫn an toàn khi sử dụng thuốc điều trị THA:*

- Hướng dẫn bệnh nhân dùng thuốc đúng liều, đúng thời điểm
- Thuốc hạ HA cần khuyến bệnh nhân nằm nghỉ sau khi uống thuốc 30 phút
- Hướng dẫn bệnh nhân các tác dụng phụ của thuốc: chán ăn, mệt mỏi, buồn nôn, nổi mẩn
- Tránh ngưng thuốc đột ngột hoặc tự ý uống thuốc hạ áp hay các thuốc khác khi chưa có chỉ định của bác sĩ
- Hướng dẫn bệnh nhân theo dõi huyết áp tại nhà mỗi ngày và ghi vào sổ theo dõi HA.

### *1.3.4. Tham vấn thay đổi lối sống:*

- Khuyến khích bệnh nhân hạn chế rượu, bia và chất kích thích
- Động viên bệnh nhân bỏ hút thuốc lá
- Tư vấn cho bệnh nhân về các tác hại của stress đối với cơ thể và hướng dẫn các biện pháp khắc phục
- Thay đổi thói quen ăn uống
- Khuyến khích bệnh nhân tập thể dục mỗi ngày
- Động viên bệnh nhân tuân thủ điều trị của bác sĩ
- Thường xuyên theo dõi huyết áp và quản lý cân nặng.

## **1.4. Chăm sóc gia đình và cộng đồng**

Điều dưỡng cần lưu ý quan tâm đến những vấn đề tâm lý của người bệnh THA như sau:

- Ảnh hưởng của bệnh THA đối với đời sống hằng ngày của bệnh nhân
- Có hay không sự thay đổi hành vi từ khi bị bệnh
- Thuốc điều trị hạ HA có ảnh hưởng đến khả năng tâm sinh lý của người bệnh
- Khả năng kinh tế của gia đình trong điều trị lâu dài
- Mức độ ảnh hưởng của bệnh đối với công việc hiện tại
- Tìm hiểu sự hỗ trợ về mặt tinh thần và vật chất từ phía gia đình người bệnh
- Khả năng tiếp nhận và quản lý stress của người bệnh
- Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân và gia đình.

### **1.5. Chăm sóc cụ thể**

#### **1.5.1. Nhận định chăm sóc:**

- Nhận định chi tiết về thực thể, tinh thần, kinh tế, văn hoá, xã hội, môi trường sống và văn hoá tín ngưỡng ...
- Trọng tâm của nhận định thực thể là đo huyết áp đúng kỹ thuật (đo nhiều lần ở những thời điểm khác nhau, đo ở nhiều tư thế, đo ở cả 4 chi).
- Việc nhận định phải chỉ ra được:

+ Người bệnh là tăng huyết áp nguyên phát hay thứ phát: Nếu là tăng huyết áp nguyên phát thì có yếu tố nguy cơ nào? Nếu là tăng huyết áp thứ phát thì do nguyên nhân nào?

+ Đã có những biến chứng gì: Suy tim, tai biến mạch máu não ...?

- Nhận định hiểu biết của bệnh nhân và người nhà về bệnh tăng huyết áp?
- Người nhà bệnh nhân có nguy cơ bị tăng huyết áp do cùng chế độ ăn và tập luyện không?

#### **1.5.2. Chẩn đoán chăm sóc:**

Dựa vào các dữ liệu thu thập được qua nhận định người bệnh tăng huyết áp có thể đưa ra các chẩn đoán chăm sóc sau:

- Nguy cơ bị biến chứng do chưa kiểm soát được huyết áp tăng.
- Người bệnh khó chịu do tác dụng phụ của thuốc điều trị tăng huyết áp đã được sử dụng (đau đầu, chóng mặt, tụt huyết áp tư thế, rối loạn tiêu hoá...)
- Người bệnh và người nhà thiếu kiến thức về:
  - + Bệnh tăng huyết áp và các biến chứng của nó.
  - + Các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp.
  - + Phương pháp điều trị tăng huyết áp.
- Người bệnh chưa có chế độ ăn, tập luyện phù hợp

#### **1.5.3. Lập kế hoạch chăm sóc:**

Các mục tiêu cần đạt được là:

- Người bệnh sẽ không bị biến chứng.
- Người bệnh sẽ bớt khó chịu do tác dụng phụ của thuốc và biết cách hạn chế được

các tác dụng phụ đó.

- Người bệnh và người nhà sẽ hiểu về bệnh, loại bỏ được các yếu tố nguy cơ, tuân thủ chế độ điều trị tăng huyết áp lâu dài theo chỉ dẫn của thầy thuốc.

- Người nhà được sàng lọc kiểm tra nguy cơ tăng huyết áp

#### 1.5.4. Thực hiện chăm sóc:

*\* Ngăn ngừa các biến chứng của tăng huyết áp:*

Đặc biệt với người bệnh tăng huyết áp nặng phải chủ động ngăn ngừa các biến chứng bằng cách:

- Thực hiện nghiêm túc các mệnh lệnh điều trị, theo dõi huyết áp trước và sau khi dùng thuốc, kịp thời báo cáo thầy thuốc nếu người bệnh không đáp ứng với thuốc.

- Theo dõi liên tục và chặt chẽ để phát hiện kịp thời các biến chứng có thể xảy ra.

- Thực hiện đầy đủ các xét nghiệm để đánh giá các biến chứng như: ghi điện tâm đồ, chụp X- quang, siêu âm tim, soi đáy mắt, xét nghiệm sinh hoá máu và nước tiểu.

*\* Hạn chế các khó chịu do tác dụng phụ của thuốc:*

- Một vài loại thuốc gây hạ huyết áp khi đứng làm bệnh nhân cảm thấy hoa mắt, chóng mặt. Để hạn chế tác dụng phụ này khuyên người bệnh thay đổi tư thế từ từ, muốn ra khỏi giường nên từ từ ngồi dậy chờ một lúc rồi hãy đứng lên, nếu vẫn choáng váng thì nên ngồi lại để tránh ngã.

- Với những thuốc điều trị tăng huyết áp gây nên táo bón hàng ngày phải hỏi người bệnh và báo cáo thầy thuốc nếu có. Đồng thời khuyên người bệnh ăn nhiều rau quả, uống đủ nước, xoa day bụng dọc khung đại tràng, luyện tập thể dục. Thực hiện y lệnh thuốc nhuận tràng nếu có chỉ định....

- Nếu người bệnh bị ỉa chảy do thuốc phải báo ngay cho thầy thuốc đồng thời theo dõi số lượng, màu sắc và tính chất phân.

*\* Giáo dục sức khoẻ:*

- Trước hết người điều dưỡng cần làm cho người bệnh và người nhà hiểu được tăng huyết áp là gì? Biểu hiện như thế nào? Gây ra những biến chứng gì? Làm thế nào để kiểm soát được huyết áp?

- Cần nhấn mạnh việc điều trị tăng huyết áp là phải thường xuyên, liên tục, lâu dài và vì sao phải điều trị lâu dài? Người bệnh có vai trò quan trọng trong điều trị tăng huyết áp. Ngoài ra cần cung cấp cho họ một số thông tin về thuốc điều trị tăng huyết áp.

- Hướng dẫn chi tiết cho người bệnh về chế độ ăn trong tăng huyết áp: Hạn chế muối, hạn chế Lipit và Cholesterol, hạn chế Calo nếu quá béo, không dùng các chất kích thích tim mạch. Cần cho người bệnh biết thứ gì nên ăn - uống, thứ gì không nên ăn - uống và làm thế nào để thích nghi với chế độ ăn đó.

- Chỉ cho người bệnh biết về các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp trên cơ sở đó thuyết phục họ loại bỏ hoặc hạn chế đến mức tối đa các yếu tố nguy cơ đó nếu có.

- Người nhà được khám sàng lọc bệnh tăng huyết áp

#### 1.5.5. Đánh giá chăm sóc:

Người bệnh đạt được các kết quả:

- Không bị hoặc hạn chế đến mức tối đa các biến chứng.
- Biết cách hạn chế và bớt được các khó chịu do tác dụng phụ của thuốc.
- Hiểu về bệnh tăng huyết áp.
- Tôn trọng chế độ điều trị và biết cách tự chăm sóc.

Người nhà bệnh nhân đạt được các kết quả:

- Hiểu về bệnh tăng huyết áp.
- Động viên bệnh nhân và cùng giúp đỡ bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn, chế độ tập luyện
- Được khám sàng lọc bệnh tăng huyết áp

## 2. Chăm sóc bệnh nhân hen phế quản

### 2.1. Tổng quát

Hen là tình trạng viêm mạn tính của đường hô hấp trong đó có sự tham gia của nhiều tế bào và nhiều thành phần tế bào làm tăng tính nhạy cảm của đường hô hấp với các dị nguyên bên ngoài.

### 2.2. Nguyên nhân

#### 2.2.1. Hen phế quản dị ứng:

##### (1) Hen phế quản dị ứng không nhiễm khuẩn:

- Dị ứng nguyên hô hấp: thường là bụi nhà, các loại bọ nhà như *Dermatophagoides pteronyssimus*, bụi chăn đệm, các lông móng các loài gia súc như chó, mèo, chuột, thỏ ...; phấn hoa, cây cỏ, hay nghề nghiệp trong các xưởng dệt.
- Dị ứng nguyên là thuốc Aspirine, kháng viêm không steroide, Pennicilline; trứng, một số phẩm nhuộm màu và chất bảo quản thực phẩm.

##### (2) Hen phế quản dị ứng nhiễm khuẩn:

- Vi khuẩn thường gặp là *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*...
- Virus: thường gặp là virus hợp bào hô hấp, Para-influenza, cúm.
- Nấm: nấm *Cladosporium* hay *Alternaria*, các nấm mốc khác...

#### 2.2.2. Hen phế quản không do dị ứng:

- Di truyền: tiền sử gia đình, liên quan đến kháng nguyên hòa hợp tổ chức HLA.
- Gắng sức: khi gắng sức và nhất là khi ngưng gắng sức.
- Thời tiết: không khí lạnh.
- Rối loạn nội tiết: trong thời kỳ trưởng thành, thời kỳ trước kinh nguyệt, lúc mang thai, thời kỳ mãn kinh.
- Yếu tố tâm lý: tâm trạng lo âu, mâu thuẫn cảm xúc, chấn thương tình cảm.

### 2.3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng cơn hen phế quản điển hình

- Trước khi cơn hen xảy ra: hắt hơi, sổ mũi, ngứa mắt, buồn ngủ, ho,...

- Con khó thở: khó thở ra, chậm, khò khè, tiếng rít, mức độ khó thở tăng dần, có thể kèm theo vã mồ hôi, nói khó.

- Thoái lui:

+ Con có thể ngắn từ 5 - 15 phút, có thể kéo dài hàng giờ hoặc dài hơn

+ Con hen có thể tự hồi phục, kết thúc bằng khó thở giảm dần, ho và khạc đờm trong, quánh dính.

## **2.4. Chăm sóc toàn diện**

### **2.4.1. Tạo sự thoải mái cho bệnh nhân:**

- Kê đỡ cho bệnh nhân ngồi thở

- Giữ cho môi trường chung quanh bệnh nhân được yên tĩnh.

### **2.4.2. Làm giảm bớt sự tác nghẽn phế quản:**

- Trong cơn hen cấp thường dùng thuốc cắt cơn nhanh bằng thuốc dạng khí dung với liều định chuẩn.

- Phun khí dung với liều định chuẩn có ưu điểm là nhỏ, gọn, dễ mang theo bên mình.

- Người sử dụng bình hít định liều phải biết cách phối hợp nhuần nhuyễn các động tác để đưa thuốc vào phổi.

- Chỉ định:

+ Dùng để cắt cơn hen tại nhà Ventoline, Bricanyl

+ Dùng phòng ngừa cơn hen: Corticoides, Bécotide, Pulmicort, Fluticasone, Seretide.

### **2.4.3. Hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng bình xịt định liều:**

Kỹ thuật phun không có buồng đệm (áp dụng cho trẻ từ 8 tuổi trở lên)

- Lắc kỹ chai thuốc trước khi xịt

- Mở nắp bình xịt định liều

- Thở ra chậm

- Cầm dụng cụ phun với 4 ngón tay sau cho phần đáy chai thuốc hướng lên và ngón trỏ (hoặc ngón cái) để trên đáy chai

- Hướng dẫn bệnh nhân thở ra hết

- Hướng dẫn bệnh nhân hơi ngửa đầu ra sau

- Đặt phần miệng của dụng cụ phun vào miệng giữa 2 môi ngậm kín miệng chai thuốc

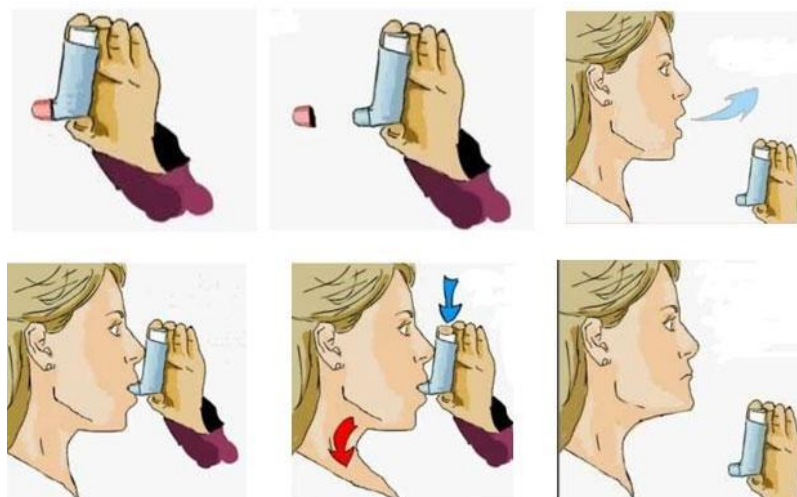
- Tay vừa ấn vào chai thuốc đồng thời vừa hít vào sâu bằng miệng ở đầu chai thuốc (khoảng 6 giây)

- Nín thở ít nhất 10 giây rồi thở ra

- Nếu muốn phun tiếp lần hai, hãy đợi 1 phút và lặp lại các trình tự như trên

- Sau khi phun xong phải lau khô vùng miệng của chai thuốc và đậy nắp lại

- Súc miệng sau khi phun thuốc để tránh nhiễm nấm Candida.



Hình 1: Kỹ thuật phun không có buồng đệm

### 2.5. Chăm sóc liên tục

- Theo dõi tần số thở và kiểu thở, mạch, HA
- Theo dõi tình trạng của ho và đờm
- Đánh giá đáp ứng thuốc phun khí dung.

### 2.6. Chăm sóc gia đình và cộng đồng

- Giáo dục y tế cho bệnh nhân chủ yếu dựa vào những yếu tố được xem là nguồn gốc phát sinh cơn hen:

+ Dự ứng: tránh các tác nhân gây dị ứng (bụi, khói, lông thú, phấn hoa, hóa chất, một số thức ăn và dược chất,...)

+ Phòng ngừa và phát hiện, điều trị sớm những bệnh nhiễm trùng đường hô hấp

+ Tránh các rối loạn về cảm xúc vì chấn thương tâm lý dù nhẹ cũng là một trong những nguyên nhân gây cơn hen

+ Tránh xa những người đang bệnh cảm cúm

+ Ngưng thuốc lá, rượu, bia

+ Tránh thức ăn quá cay

+ Hạn chế ăn mặn

+ Café là yếu tố có lợi giúp làm ngăn ngừa cơn hen (khuyến cáo nên dùng nếu có thể)

- Duy trì sức khỏe tổng quát tốt cũng là một biện pháp quan trọng để làm giảm tần số xuất hiện cơn hen

- Thể dục hô hấp để tăng cường sự thông khí phổi bằng các động tác thở sử dụng cơ bụng và cơ hoành để đẩy không khí ứ đọng ra

- Khuyến khích bệnh nhân thay đổi môi trường sống và làm việc (nếu có thể) hoặc hướng dẫn bệnh nhân tìm giải pháp khắc phục

- Hỗ trợ bệnh nhân và gia đình về tâm lý, tìm giải pháp kinh tế và thời gian trong luyện tập để duy trì chất lượng cuộc sống.

### 3. Chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường

#### 3.1. Mở đầu

Theo Hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2018: "Đái tháo đường là một nhóm các bệnh lý chuyển hóa đặc trưng bởi tăng glucose máu do khiếm khuyết tiết insulin, khiếm khuyết hoạt động insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose máu mạn tính trong đái tháo đường sẽ gây tổn thương, rối loạn chức năng hay suy nhiều cơ quan, đặc biệt là mắt, thận, thần kinh, tim và mạch máu".

#### 3.2. Phân loại

- Đái tháo đường type 1: tiểu đường phụ thuộc Insulin, thường xảy ra ở người trẻ tuổi, thường có liên quan đến yếu tố bẩm sinh di truyền hoặc một số do yếu tố môi trường
- Đái tháo đường type 2: tiểu đường không phụ thuộc Insulin, thường xảy ra ở người lớn trên 40 tuổi
- Đái tháo đường trong thai kỳ
- 0 Một số type đặc biệt khác liên quan đến bệnh tuyến tụy, cường giáp, hội chứng Cushing, hội chứng Down,...

#### 3.3. Chăm sóc toàn diện

##### 3.3.1. Dinh dưỡng:

- Điều chỉnh tình trạng tăng đường huyết. Đưa đường huyết về gần bình thường nhất.
- Duy trì thể trọng hợp lý thường thấp hơn cân nặng lý tưởng 5%. Ngoài ra, đường huyết ở mức bình thường còn giúp đưa lipid máu về bình thường, làm chậm tiến trình xơ vữa động mạch, cung cấp đủ năng lượng cho nhu cầu chuyển hóa phòng ngừa những cơn hạ đường huyết trên bệnh nhân dùng thuốc.
- Nguyên tắc tiến hành thiết lập chế độ ăn:
  - + Khảo sát các bữa ăn hàng ngày của người bệnh để đánh giá khẩu phần và tìm hiểu một số vấn đề về tập quán ăn uống, sở thích...
  - + Tính nhu cầu năng lượng dựa vào các yếu tố như: tuổi, cân nặng, hoạt động thể chất hàng ngày.
  - + Chế độ ăn tham khảo của người bệnh cân nặng 50 kg (tổng số năng lượng hàng ngày theo quy ước):
    - Làm việc nhẹ:  $30 \text{ kcalo.kg cân nặng} \times 50 \text{ kg} = 1500 \text{ kcalo}$
    - Làm việc vừa:  $35 \text{ kcalo.kg cân nặng} \times 50 \text{ kg} = 1750 \text{ kcalo}$
    - Làm việc nặng:  $40 \text{ kcalo.kg cân nặng} \times 50 \text{ kg} = 2000 \text{ kcalo}$
  - Tỷ lệ calo: tỷ lệ calo cung cấp từ nguồn glucid, lipid, protid trong tổng số toàn năng lượng mỗi ngày nên vào khoảng:
    - Glucid: 40 - 60%
    - Protid: 10 - 20%
    - Lipid: 30 - 38%
- Lưu ý một số thực phẩm sau:
  - + Nhóm thực phẩm cần kiêng cử: kiêng ăn các loại đường hấp thu nhanh: đường,

bánh ngọt, kẹo, mứt, nước ngọt, trái cây khô, trái cây đóng hộp với nước đường, chè, sữa đặc có đường

+ Nhóm thực phẩm cần hạn chế: nhưng vẫn là nền tảng của năng lượng: cơm, cháo, hủ tiếu, phở, mì bún, khoai lang, khoai mì

+ Tăng cường các loại rau xanh, cung cấp chất xơ: gồm rau, củ cải, hạt

+ Bảo đảm đủ lượng vitamine và vi chất dinh dưỡng cần thiết

+ Kiên rượu, bia do dễ làm hạ đường huyết đặc biệt khi dùng thuốc insulin hoặc thuốc hạ đường huyết mà uống rượu lúc bụng đói

### 3.3.2. Hướng dẫn cách dùng thuốc:

- Nhóm Sulfonylurea (Diamicron, Amaryl, Daonil): tăng tiết insulin bởi tế bào  $\beta$ , hấp thu tốt qua đường tiêu hóa, uống 15 - 30 phút trước ăn, thường gặp nhất là hạ đường huyết, thuốc có thể tăng cân.

- Nhóm Biguanid (Metformin): giảm sự tân sinh đường trong gan, tăng sự nhạy cảm với insulin ở ngoại vi, không làm tăng tiết insulin và tăng cân, tác dụng phụ hay gặp là rối loạn tiêu hóa nhất là tiêu chảy, uống khi ăn.

- Nhóm ức chế men Alphaglucosidase (Glucobay): làm chậm hấp thu carbohydrate dạng phức từ ống tiêu hóa, uống thuốc 3 lần/ngày vào đầu bữa ăn, tác dụng phụ tiêu hóa: sinh bụng, đau bụng, phân mềm, tiêu chảy.

- Insulin:

Loại Insulin theo thời gian	Màu sắc	Tên chế phẩm	Tác dụng (giờ)		
			Bắt đầu	Đỉnh cao	Thời gian
Tác dụng nhanh	trong	Regular	TM 5 phút	1 - 3	6 - 8
			TDD 30 phút	0,5 - 1,5	4 - 8
Tác dụng trung bình	đục	NPH Lent	2 - 2 giờ 30	4 - 12	24
Tác dụng dài	đục	Ultra Lent	4 giờ	8 - 24	28 - 36
Hỗn hợp	đục	M1 (30.70)	30 - 60 phút	7 - 8	24

*Bảng 2: Đặc điểm của một số chế phẩm Insulin thường dùng*

+ Cách sử dụng cần chú ý:

- Loại insulin: nguồn gốc động vật, thực vật, tổng hợp bằng công nghệ di truyền (human insulin)

- Đường tiêm insulin: tiêm dưới da (TDD), tiêm tĩnh mạch (TTM)

- Thời gian tác dụng của insulin thường tiêm trước mỗi bữa ăn.

+ Vị trí tiêm insulin:

- Mỗi mũi tiêm insulin nên cách nhau 1,25 - 2,5cm

- Tiêm insulin vào mô dưới da (giữa da và lớp cơ)

- Khi tiêm insulin dưới da cần phải luôn thay đổi vùng tiêm
- Lưu ý trước khi tiêm insulin: kiểm tra loại insulin trước mỗi lần tiêm
- Các biến chứng do dùng insulin: hạ đường huyết: thường xảy ra một thời gian sau tiêm insulin: do quên ăn; nôn sau bữa ăn, sau vận động mạnh
- Triệu chứng: thỉnh thoảng thấy mệt, chóng mặt, vã mồ hôi, dễ kích động, nhức đầu hoa mắt, tim đập nhanh, huyết áp kẹt.

• Xử trí:

Nếu bệnh nhân còn tỉnh cần lập tức uống nước đường (20g đường) hoặc một ly nước trái cây, sữa có pha thêm đường, nước ngọt, ăn kẹo mềm, bánh ngọt... và nằm nghỉ ngơi tại giường

Bệnh nhân mất ý thức (bất tỉnh): hướng dẫn bỏ đường cát vào miệng bệnh nhân và đưa đến cơ sở y tế gần nhất để xử trí tiếp

Truyền TTM: SGH 10 - 30% hoặc Glucagon 1 đơn vị (1mg) tiêm bắp hoặc TDD khi đánh giá bệnh nhân mất ý thức do hạ đường huyết sau tiêm insulin.

+ Hướng dẫn bệnh nhân phòng tránh hạ đường huyết:

- Ăn ngay sau tiêm insulin không quá 30 phút
- Khi bệnh nhân bị nôn ói, tiêu chảy cần đến cơ sở y tế gần nhất để nhân viên y tế theo dõi
- Hướng dẫn thân nhân kiểm tra các bữa ăn của bệnh nhân.

### **3.4. Phòng ngừa biến chứng**

#### *3.4.1. Các biến chứng cấp trên bệnh nhân đái tháo đường:*

- Hôn mê do tăng đường huyết nhiễm acid ceton
- Hôn mê tăng đường huyết tăng áp lực thẩm thấu
- Hôn mê do hạ đường huyết: hôn mê do điều trị thuốc Insulin hoặc hạ đường huyết bằng đường uống.

#### *3.4.2. Các biến chứng mãn tính:*

- Biến chứng mắt: bệnh võng mạc đái tháo đường và đục thủy tinh thể (cườm mắt), hai biến chứng này của mắt có thể gây giảm thị lực và có thể gây mù cho người bệnh. Cần khám mắt định kỳ hàng năm
- Biến chứng thận: dẫn đến suy thận mạn. Thường xuyên theo dõi chức năng thận, tránh nhiễm trùng tiểu
- Biến chứng thần kinh: bệnh lý thần kinh đái tháo đường, chiếm tỷ lệ 40%, một trong những bệnh thường gặp nhất là rối loạn cảm giác đối xứng ở cuối chi, với các triệu chứng tê, cảm giác kiến bò và loạn cảm giác ở các chi
- Biến chứng tim mạch: thường xuyên theo dõi huyết áp, kiểm tra tim mạch, hạn chế rượu, bia, thuốc lá
- Biến chứng da: giữ vệ sinh da sạch sẽ
- Biến chứng xương khớp: tập thể dục thường xuyên, đều đặn
- Biến chứng nhiễm trùng

- Nhiễm trùng bàn chân:

+ Nguyên nhân:

- Loét do tổn thương thần kinh
- Loét do thiếu máu cục bộ
- Loét do tổn thương thần kinh và thiếu máu cục bộ

+ Các loại bàn chân tiểu đường

• Biến dạng chân: khi ngón chân cái nghiêng về hướng các ngón chân khác làm cho phần xương bàn chân, dưới ngón chân cái sẽ nhô ra. Vùng này rất dễ bị cọ sát, chấn thương và nhiễm trùng

• Mụn cóc ở bàn chân: do virus gây ra, thường ở lòng bàn chân

• Ngón chân hình búa: tổn thương sợi thần kinh ngoại biên làm cho cơ ở bàn chân yếu đi và gây co kéo làm ngón chân bị rút lên. Ở vị trí co lên và nhô lên của ngón chân làm cho vị trí này dễ bị cọ sát gây loét đồng thời khó khăn trong việc chọn lựa giày

• Da khô và nứt: thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường và các vết nứt dễ nhiễm trùng.

+ Phòng ngừa các biến chứng loét bàn chân:

- Kiểm tra bàn chân mỗi ngày: nhìn toàn bộ bàn chân và giữa các kẽ ngón
- Móng chân: đục, mọc vào trong hoặc bị nhiễm trùng, nhiễm nấm, cắt móng có bị trầy hay phạm vào da không?
- Màu sắc da, độ dày của da, các nốt chai sần, phỏng rộp, nứt nẻ
- Cấu trúc bàn chân biến dạng hay sưng phồng
- Những dấu vết da bị tê bì
- Tấy đỏ

+ Quan sát giày có vừa vặn với chân không, có bao bọc được chân không và có vật sắc nhọn phía trong không?

+ Quan sát kẽ ngón

+ Giữ da sạch và khô, chú ý các

+ Kiểm tra cảm giác bàn chân, nhiệt độ của bàn chân, mạch, khoảng hoạt động của các khớp bàn chân, ngón chân.

#### **4. Chăm sóc bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính**

Phương pháp thông khí và thông đàm gồm hai kỹ thuật thông khí cơ bản:

- Thở chúm môi
- Thở cơ hoành.

##### **4.1. Thở chúm môi**

Thở chúm môi là phương pháp giúp cho đường thở không bị xẹp lại khi thở ra nên khí thoát ra ngoài dễ dàng hơn.

- Bước 1: tư thế ngồi thoải mái. Thả lỏng cổ và vai. Hít vào chậm qua mũi.

- Bước 2: môi chúm lại như đang huýt sáo, thở ra bằng miệng chậm sao cho thời gian thở ra gấp đôi thời gian hít vào.

#### **4.2. Thở cơ hoành**

Giúp tăng cường hiệu quả của động tác hô hấp và tiết kiệm năng lượng:

- Ngồi ở tư thế thoải mái, thả lỏng cổ và vai.
- Đặt một bàn tay lên bụng và đặt bàn tay còn lại lên ngực.
- Hít vào chậm qua mũi sao cho bàn tay trên bụng có cảm giác bụng phình lên. Lồng ngực không di chuyển.
- Hóp bụng lại và thở ra chậm qua miệng với thời gian thở ra gấp đôi thời gian hít vào và bàn tay trên bụng có cảm giác bụng lõm xuống.
- Nên tập thở cơ hoành nhiều lần trong ngày cho đến khi trở thành thói quen. Sau khi đã nhuần nhuyễn kỹ thuật thở cơ hoành ở tư thế nằm hoặc ngồi, nên tập thở cơ hoành khi đứng, khi đi bộ và cả khi làm việc nhà.

#### **4.3. Các kỹ thuật thông đàm**

- Ngồi trên ghế thoải mái (hít vào chậm và sâu).
- Nín thở trong vài giây.
- Ho mạnh hai lần (lần đầu long đàm, lần sau tống đàm ra ngoài, dùng khăn giấy che miệng khi ho)
- Thở chúm môi (hít vào chậm và nhẹ nhàng), thực hiện vài lần trước khi lập lại động tác.

### **5. Chăm sóc lão khoa.**

Đối với người cao tuổi, việc chăm sóc sức khỏe không chỉ là chữa bệnh mà còn phải giảm thiểu những thiệt thòi, hạn chế, phục hồi chức năng và đảm bảo sự ổn định về tinh thần, duy trì trạng thái dễ chịu, thoải mái và đảm bảo phẩm giá con người. Điều này cũng phù hợp với 6 nguyên tắc và định hướng của mô hình bác sĩ gia đình. Ngoài việc thăm khám và điều trị bệnh tật như đối với các lứa tuổi khác, việc chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi có những vấn đề đặc biệt cần được quan tâm nhiều hơn nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống trong những năm cuối đời.

#### **5.1. Sức khỏe và ăn uống**

Đánh giá dinh dưỡng là một phần không thể thiếu của việc đánh giá lão khoa. Loại thực phẩm, số lượng và mức độ sử dụng nên được xác định. Tình trạng suy dinh dưỡng và thiếu dinh dưỡng cũng có thể dẫn đến vấn đề sức khỏe, như chậm lành vết thương, chậm hồi phục và thời gian nằm viện lâu hơn. Mặt khác do chức năng tiêu hóa và hấp thu của người cao tuổi đã bị suy giảm cộng thêm với nhiều loại bệnh tật có liên quan đến chế độ ăn uống nên cần phải quan tâm đầy đủ đến chế độ ăn uống. Nhiều loại bệnh tật hay gặp ở người cao tuổi đòi hỏi phải có chế độ ăn kiêng hợp lý như tăng huyết áp, tiểu đường. Các bệnh này nhiều khi chưa cần phải dùng thuốc mà chỉ cần điều chỉnh chế độ ăn phù hợp. Các thói quen của người cao tuổi về ăn kiêng, uống rượu và hút thuốc lá cũng cần được quan tâm thu thập để có tư vấn, hướng dẫn và điều chỉnh hợp lý. Bên cạnh đó, các điều dưỡng viên cũng nên đánh giá thêm về khả năng nhai và nuốt của bệnh nhân. Việc sử dụng thuốc ở người cao tuổi cũng cần

phải có sự quan tâm đặc biệt, rà soát các loại thuốc đang sử dụng, loại bỏ những loại thuốc không cần thiết hoặc có hại cho sức khỏe của người cao tuổi.

### **5.2. Dự phòng và nâng cao sức khỏe**

Đối với người cao tuổi, việc luyện tập thể dục có những lợi ích cho huyết áp, hệ tim mạch, hằng định nội mô về Glucose, tỉ trọng xương, có tác dụng tốt với toàn thân, chống mất ngủ, táo bón. Tuy nhiên, khi luyện tập cần loại bỏ những động tác quá mạnh với cột sống nhất là với nhữn người loãng xương. Tùy theo từng trường hợp cụ thể, người thầy thuốc gia đình cần tư vấn hướng dẫn cho người cao tuổi có các hoạt động tập luyện phù hợp. Việc tập luyện phục hồi chức năng nên có sự hướng dẫn của nhân viên vật lý trị liệu và cần chú ý biện pháp phòng tránh ngã gây tai nạn, chấn thương. Có thể tại miễn dịch chủ động với 1 số bệnh như cúm, viêm phổi do phế cầu khuẩn, uốn ván,...Ngoài ra, cần hạn chế việc sử dụng các chất kích thích như rượu, thuốc lá.

Bên cạnh các nguy cơ sức khỏe liên quan đến chế độ sinh hoạt, dinh dưỡng, phòng tránh té ngã ở người cao tuổi là một nội dung mà các điều dưỡng viên cần đặc biệt lưu tâm đến. Té ngã được xem là một trong những nguyên nhân có tỉ lệ mắc và tử vong cao ở người cao tuổi. Mỗi năm có khoảng 30% người trên 65 tuổi té ngã ít nhất 1 lần, và tỉ lệ này tăng dần theo độ tuổi. Do đó, người điều dưỡng viên gia đình cần đánh giá các yếu tố nguy cơ té ngã và sự an toàn ở nơi sinh sống của người cao tuổi khi chăm sóc sức khỏe cho đối tượng này. Bên cạnh đó, cần can thiệp vào nhiều yếu tố, cách tiếp cận khác nhau để dự phòng té ngã cho người cao tuổi, chẳng hạn như các chương trình luyện tập thể dục, giảm liều hay số lượng thuốc, điều trị hạ huyết áp tư thế và các rối loạn tim mạch, điều trị rối loạn thị giác. Tư vấn, giáo dục cho bệnh nhân và người chăm sóc về việc phòng ngừa té ngã, đảm bảo môi trường an toàn, phù hợp cho người già.

### **5.3. Quản lý bệnh tật**

Một trong những biện pháp có giá trị nhất trong đề phòng bệnh tật, tránh tai biến cho người cao tuổi là nắm vững tình hình sức khỏe, tiền sử, bệnh sử của họ. Thầy thuốc và người nhà phải chú ý tới vấn đề bệnh nhân than phiền, cả những điều tưởng nhỏ nhất như hay quên, lú lẫn, rối loạn tình dục, tiểu tiện không tự chủ. Chú ý những nguy cơ có thể để tìm cách ngăn chặn, như đối với những người giảm nhận thức, hay hút thuốc lá có thể gây hỏa hoạn do vô ý, hoặc người dùng nhiều thuốc ngủ có nguy cơ tắc ruột do ứ phân, mê sảng, lú lẫn. Khi bệnh nhân có dấu hiệu bệnh lý cần phải can thiệp sớm và kịp thời bởi các triệu chứng có thể không rõ ràng, rầm rộ như ở người trẻ.

### **5.4. Hỗ trợ xã hội**

Chăm sóc toàn diện cho người cao tuổi còn cần phải quan tâm đến các vấn đề công ăn việc làm phù hợp, nhà ở và môi trường, xây dựng các chương trình giáo dục, sự hỗ trợ từ các thành viên trong gia đình và mạng lưới cộng đồng. Điều kiện sinh sống, hỗ trợ gia đình và xã hội có thể giúp đánh giá được các nguy cơ tiềm tàng, đặc biệt đối với các bệnh nhân được xác định có nguy cơ té ngã. Ngoài ra, điều dưỡng viên cần đánh giá xã hội của người cao tuổi về tình hình tài chính và mối quan tâm của người chăm sóc người cao tuổi. Việc lập kế hoạch hỗ trợ là một thành tố chính trong việc đánh giá hỗ trợ xã hội, làm rõ vai trò của bệnh nhân và thiết lập mục tiêu chăm sóc cho trường hợp “ mất chức năng xã hội” có thể xảy ra trong tương lai.

Bên cạnh đó, người cao tuổi cần phải được tạo điều kiện để có thể tham gia hòa nhập với cộng đồng, cần được tôn trọng và tạo điều kiện để có những đóng góp phù hợp cho xã hội. Làm tốt công tác an ninh xã hội và phấn đấu để người cao tuổi có thể được chăm sóc tại nhà là một trọng những mục tiêu phấn đấu của hệ thống y tế và cần được sự quan tâm đầu tư của Nhà nước, gia đình và cộng đồng.

## **5.5. Chăm sóc cụ thể**

### **5.5.1. Nhận định chăm sóc**

#### **\* Hỏi bệnh:**

- Hỏi các triệu chứng:

+ Khó thở: Mức độ, tính chất ?

+ Ho và khạc đờm: Số lượng, màu sắc đờm, tính chất ?

+ Có sốt không?

+ Có phù không? Có đái ít không ?

- Hỏi người bệnh để tìm nguyên nhân gây bệnh:

+ Có hút thuốc lá không?

+ Nghề nghiệp?

+ Môi trường sống?

+ Di truyền?

+ Bị những bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp mạn?

- Hỏi những vấn đề khó khăn mà người bệnh cảm thấy (lo lắng bệnh tật, mệt, chán ăn...)

#### **\* Thăm khám:**

- Khám toàn thân:

+ Thể trạng chung? Xem có dấu hiệu nhiễm trùng không ?

+ Có phù không?

+ Có biểu hiện thiếu oxy không? (tím môi, tím đầu chi).

- Khám hô hấp:

+ Xem hình thể lồng ngực có biến dạng?

+ Đếm tần số thở? Tính chất thở?

+ Xem số lượng màu sắc của đờm?

- Khám tuần hoàn: Đếm mạch, đếm nhịp tim, đo huyết áp, xác định vị trí của mỏm tim, xác định diện đục của tim.

- Khám tinh thần: Xem người bệnh có mệt không? có ngủ gà không? kích thích vật vã không? hay quên không, có mất định hướng không? (đó là triệu chứng thiếu oxy não).

- Xem xét cần làm thêm xét nghiệm bổ sung không?

### 5.5.2. Chăm đoán chăm sóc:

- Giảm lưu thông đường thở do:
  - + Co thắt cơ trơn phế quản.
  - + Tăng tiết dịch phế quản.
  - + Phù nề niêm mạc phế quản.
- Khả năng làm sạch đường thở không hiệu quả do:
  - + Tăng tiết dịch phế quản.
  - + Đờm quánh đặc.
  - + Người bệnh không biết cách ho có hiệu quả.
- Nguy cơ thiếu oxy máu do giảm trao đổi khí ở phổi.
- Nguy cơ nhiễm khuẩn đường thở do tăng tiết dịch phế quản.
- Dinh dưỡng không đáp ứng nhu cầu cơ thể do:
  - + Người bệnh nuốt phải không khí vào dạ dày khi khó thở.
- + Ho và khạc đờm nhiều nên mệt, ăn kém.
  - + Uống các thuốc làm mất cảm giác ngon miệng, người bệnh ăn kém sút cân.
- Lo lắng do thay đổi tình trạng sức khỏe.
- Người bệnh và người nhà thiếu kiến thức tự chăm sóc.
- Nguy cơ mắc các bệnh hô hấp khác như: tâm phế mạn, K phổi...
- Người nhà có nguy cơ mắc các bệnh hô hấp do hút thuốc lá thụ động (nếu có)

### 5.5.3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Giúp người bệnh làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản.
- Tăng cường lưu thông đường thở (tăng khả năng thông khí cho người bệnh).
- Khống chế nhiễm khuẩn.
- Làm giảm nguy cơ thiếu oxy máu.
- Cải thiện về dinh dưỡng, chăm sóc về tinh thần cho người bệnh.
- Giáo dục sức khỏe cho người bệnh và người nhà
- Tư vấn người bệnh và người nhà làm thêm các xét nghiệm chuyên sâu (nếu cần) như X quang phổi, sinh thiết phổi, XN đờm, phân tích khí máu... nhằm sàng lọc các bệnh khác

### 5.5.4. Thực hiện chăm sóc

#### 5.5.4.1. Tăng cường lưu thông đường thở:

( Tăng khả năng thông khí cho người bệnh )

- Cho người bệnh nằm tư thế đầu cao (Fowler).
- Thực hiện thuốc giãn phế quản và Corticoit theo y lệnh của bác sĩ, phải đánh giá xem sau khi dùng thuốc người bệnh có đỡ khó thở không và theo dõi xem tác dụng phụ của thuốc.

- Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản.
- Nếu có triệu chứng thiếu oxy phải cho thở oxy theo y lệnh của bác sĩ.

#### 5.5.4.2. Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản:

- Cho người bệnh nằm tư thế dẫn lưu (nằm đầu thấp) nghiêng về một bên.
- Cho người bệnh uống nhiều nước (2-3 lít.24h) để đờm loãng người bệnh dễ khạc ( lập bảng cân bằng dịch để theo dõi lượng nước vào ra ).
- Làm động tác vỗ rung lồng ngực cho người bệnh để đờm long ra.
- Hướng dẫn người bệnh tập thở hoành, thở chúm môi, thở sâu (bảo người bệnh hít vào sâu qua mũi, thở ra qua miệng với môi mím) và ho có hiệu quả (trong khi thở ra, ho thành 2 tiếng, tiếng thứ nhất khẽ, tiếng thứ hai mạnh và dài). Làm như vậy có tác dụng đẩy đờm lên phía trên đường hô hấp rồi khạc ra ngoài.
- Thực hiện thuốc long đờm, loãng đờm theo y lệnh của bác sĩ.
- Nếu đờm nhiều mà người bệnh khạc đờm kém phải hút đờm rãi cho người bệnh.

#### 5.5.4.3. Khống chế nhiễm khuẩn:

- Làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản.
- Phát hiện sớm các dấu hiệu nhiễm khuẩn đường thở để báo bác sĩ (khó thở tăng, mệt, sốt, thay đổi màu sắc đờm như: đờm đục, tăng số lượng bạch cầu trong máu).
- Lấy đờm để làm xét nghiệm tìm vi khuẩn.
- Tăng cường vệ sinh buồng bệnh, vệ sinh răng miệng cho người bệnh.
- Thực hiện thuốc kháng sinh theo y lệnh của bác sĩ khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

#### 5.5.4.4. Làm giảm sự thiếu oxy máu:

- Phải thường xuyên theo dõi các dấu hiệu: Khó thở, tím tái, PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub> máu động mạch, các triệu chứng về thần kinh như ngủ gà, kích thích vật vã (dấu hiệu thiếu oxy não) để kịp thời báo cáo bác sĩ.
- Nếu có triệu chứng thiếu oxy cho thở oxy theo y lệnh của bác sĩ.

#### 5.5.4.5. Cải thiện về dinh dưỡng, chăm sóc về tinh thần:

- Động viên, an ủi người bệnh để người bệnh an tâm điều trị.
- Cho người bệnh ăn đủ Calo, tăng đạm, tăng Vitamin, chế biến thức ăn hợp khẩu vị của người bệnh, tránh thức ăn khó tiêu, thức ăn gây dị ứng, ăn hạn chế muối khi có suy tim. Nếu khó thở cho ăn nhiều bữa nhỏ vì ăn nhiều một bữa dạ dày căng gây chèn ép cơ hoành người bệnh thêm khó thở.

#### 5.5.4.6. Giáo dục sức khỏe:

- Khuyến người bệnh khi về nhà tiếp tục tập thở sâu, thở ra chúm môi (ngày tập thở 4 lần mỗi lần 5-10 phút).
- Hướng dẫn người bệnh về nhà tự làm sạch dịch ứ đọng ở phế quản bằng cách

uống nhiều nước nếu chưa có suy tim, ho có hiệu quả, nằm tư thế dẫn lưu.

- Hướng dẫn người bệnh điều trị triệt để ổ nhiễm khuẩn đường hô hấp trên.

- Tránh những yếu tố gây kích thích niêm mạc hô hấp như bỏ thuốc lá, thuốc láo, tránh thời tiết quá nóng, quá lạnh, không khí ô nhiễm.

- Khuyến người bệnh ăn uống bồi dưỡng, tập luyện đúng mức để nâng cao sức khỏe.

- GDSK cho người nhà hiểu về bệnh, hướng dẫn người nhà theo dõi chế độ sinh hoạt, tập luyện của BN, cố vũ động viên BN (nếu cần)

- Hướng dẫn BN và người nhà khám sàng lọc các bệnh K phổi, tâm phế mạn (với người nhà tùy triệu chứng, thời gian tiếp xúc với BN nhiều hay ít và yếu tố môi trường...)

#### 5.5.5. Đánh giá chăm sóc

Kết quả tốt nếu:

- Người bệnh càng ngày càng dễ thở.

- Người bệnh ho khạc đờm ít dần.

- Không bị các biến chứng, cải thiện được dinh dưỡng.

- Người bệnh thực hiện luyện tập thở, ho đúng kỹ thuật.

- Người bệnh thực hiện tốt nội dung giáo dục sức khỏe.

- Người nhà hiểu về bệnh và biết kết hợp theo dõi, động viên người bệnh

- Người bệnh và người nhà được khám sàng lọc các bệnh liên quan

### CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Huyết áp tâm thu đơn thuần là khi huyết áp:

A. Huyết áp tâm thu > 160 mmHg và huyết áp tâm trương < 90 mmHg

B. Huyết áp tâm thu > 140 mmHg và huyết áp tâm trương < 90 mmHg

C. Huyết áp tâm thu > 160 mmHg và huyết áp tâm trương > 100 mmHg

D. Huyết áp tâm thu > 160 mmHg và huyết áp tâm trương > 100 mmHg

2. Nguyên nhân nào dưới đây được xếp vào dị ứng nguyên hô hấp của hen phế quản:

A. Một số phẩm nhuộm màu

B. Vi nấm

C. Thời tiết

D. Phấn hoa

3. Phân loại đái tháo đường, type nào sau đây là type đặc biệt gây đái tháo đường

A. Hội chứng Cushing

B. Đái tháo đường type 1

C. Đái tháo đường type 1

D. Đái tháo đường thai kỳ

4. Cần hướng dẫn bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tập thở giúp dẫn lồng ngực và tăng thông khí cho bệnh nhân, phương pháp nào sau đây là đúng nhất:

A. Thổi bong bóng

B. Thổi nến

C. Thở ngực

D. Thở cơ hoành

### ***Gợi ý đáp án***

1 (B); 2 (A); 3 (B); 4 (D)

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh học nội khoa (2012), Đại học Y Dược Tp. HCM, nhà xuất bản y học.
2. Bệnh học nội khoa (2015), Trường Đại học Y Hà Nội, tập I, II, nhà xuất bản Y học.
3. Điều dưỡng nội (2013), Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, nhà xuất bản Y học.
4. Kỹ năng y khoa cơ bản (2012), Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
5. Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng, tài liệu số 19 "Phục hồi chức năng bệnh phổi mãn tính" (2008), nhà xuất bản y học Hà Nội.
6. Standards of medical care in diabetes (2018), American diabetes association.

## BÀI 4

### CHĂM SÓC NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRẠM Y TẾ VÀ TẠI CỘNG ĐỒNG

#### MỤC TIÊU:

1. Nhận định được tình trạng sức khỏe của người cao tuổi.
2. Thực hiện được chăm sóc, quản lý, hỗ trợ sức khỏe cho người cao tuổi tại cộng đồng.
3. Thể hiện được sự kính trọng, ân cần trong chăm sóc người cao tuổi tại trạm y tế và tại nhà.

#### NỘI DUNG:

##### **1. Một số khái niệm về lão khoa**

Cùng với sự tăng nhanh dân số già, mối quan tâm chung của tất cả các nước trên thế giới, Lão khoa (Gerontology) và Chuyên khoa lão (Geriatrics) cũng ngày càng phát triển. Lão khoa, ngành khoa học liên quan đến các khía cạnh về thể chất, tâm thần và xã hội và những hàm ý về người cao tuổi người cao tuổi, phát triển theo nhiều lĩnh vực khác nhau.

*Lão khoa cơ bản:* Bản chất là sinh học, còn gọi là lão khoa thực nghiệm, có nhiệm vụ nghiên cứu nguồn gốc, đặc điểm và qui luật của sự hóa già.

*Lão khoa xã hội:* Bản chất là xã hội học, có nhiệm vụ nghiên cứu mối quan hệ qua lại giữa xã hội và người già, trách nhiệm của xã hội với người già và vai trò của người già trong xã hội.

*Lão khoa lâm sàng:* Bản chất là y học, có nhiệm vụ nghiên cứu những biểu hiện của tuổi già, bệnh tật ở người già và những biện pháp nhằm hạn chế tác hại của sự lão hóa, góp phần nâng cao tuổi thọ khỏe mạnh cho người già. Chuyên khoa lão (Geriatrics), một chuyên khoa thuộc ngành y, trọng tâm là điều trị và chăm sóc người cao tuổi.

*Điều dưỡng lão khoa:* Chuyên khoa thuộc ngành điều dưỡng, gắn liền với người cao tuổi mà ở đó người điều dưỡng chuyên khoa lão làm việc chủ yếu với người cao tuổi, (gia đình & cộng đồng), cung cấp các chăm sóc điều dưỡng nhằm hỗ trợ tuổi già khỏe mạnh, tối đa hóa các chức năng và chất lượng cuộc sống người cao tuổi.

##### **2. Những vấn đề đặt ra với chăm sóc người cao tuổi**

Các nghiên cứu đã cho thấy dân số già hóa tác động mạnh đến mối quan hệ gia đình, lối sống, hệ thống an sinh xã hội, đặc biệt là hệ thống hưu trí quốc gia. Vì thế các vấn đề liên quan đến già hóa dân số và người cao tuổi luôn được coi trọng trong Chiến lược phát triển kinh tế xã hội của mỗi quốc gia.

Theo quy luật chung, tuổi càng cao, sức khỏe càng giảm và dù không mong muốn người cao tuổi vẫn đối mặt với tình trạng sức khỏe giảm sút và ốm đau trong vòng “*Sinh - Lão - Bệnh - Tử*”. Khi tuổi cao, quá trình đồng hóa giảm đi, quá trình dị hóa tăng lên, quá trình lão hóa diễn ra với tốc độ ngày càng nhanh, dẫn đến giảm sút hiệu lực các chức năng của cơ thể đồng thời tạo điều kiện thuận lợi cho sự phát sinh những bệnh tật đặc trưng của tuổi già.

Cơ cấu bệnh tật chung và của người cao tuổi nước ta hiện nay đang chuyển dần từ các bệnh nhiễm trùng sang các bệnh mạn tính không lây như tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, đột quy, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa... Kết quả khảo sát của Viện chiến lược và Chính sách Y tế khảo sát tại 7 tỉnh, thành về mô hình bệnh tật và chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cho thấy, khoảng 70% người cao tuổi được hỏi có bệnh hoặc triệu chứng của bệnh mạn tính và cũng 70% người cao tuổi mắc từ 2 bệnh trở lên. Như vậy, cùng với tuổi cao, cơ cấu chi tiêu của người cao tuổi cũng thay đổi, chi phí cho khám, chữa bệnh có xu hướng tăng lên với những loại bệnh đòi hỏi chi phí y tế cao, là một thách thức lớn đối với xã hội và gia đình.

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ngày càng tăng, chi phí cho chăm sóc sức khỏe người cao tuổi nhiều hơn gấp 7 đến 8 lần so con số này cho trẻ em. Chi phí này hoặc là gia đình phải tự chi hoặc là hệ thống Bảo hiểm Y tế chi trả đối với những người có tham gia Bảo hiểm Xã hội hoặc người được thụ hưởng BHYT, BHXH. Đây cũng là vấn đề của hệ thống An sinh Xã hội. Một mặt, nhà nước và xã hội phải tăng các chi phí cho hệ thống y tế (gia tăng số giường bệnh, bệnh viện lão khoa, nhà dưỡng lão, chi phí khám, chữa bệnh...). Mặt khác, phải mở rộng, phát triển các dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi với những nguồn lực nhất định.

Thực tế cho thấy, do điều kiện kinh tế - xã hội ở nước ta còn thấp, người cao tuổi ở Việt Nam có sức khỏe kém hơn so với những người cùng độ tuổi ở các nước phát triển. Nói cách khác, tuổi thọ khỏe mạnh của người cao tuổi Việt Nam thấp hơn so với nhiều nước, sống lâu nhưng không sống khỏe. Theo một số kết quả thống kê, tuổi thọ bình quân của người Việt Nam là 73 thì đã mất 12 năm ốm đau. Về cơ bản, cho đến hiện nay nước ta vẫn là nước nông nghiệp với trên 70% số dân và cũng khoảng 70% số lao động đang sinh sống và lao động ở nông thôn, trong đó khoảng 50% làm các nghề nông nghiệp. Tuy nhiên, số lao động tham gia hệ thống bảo hiểm xã hội chỉ chiếm khoảng 10% - 20% tổng lực lượng lao động và chủ yếu ở khu vực thành thị. Như vậy, đa số người lao động ở nông thôn khi trở thành người cao tuổi sẽ không được hưởng lương hưu từ hệ thống BHXH. Để tiếp tục cuộc sống, những người cao tuổi này buộc phải tự lao động kiếm sống hoặc nhờ sự hỗ trợ của con cháu hoặc của cộng đồng.

Theo chính sách chăm sóc người cao tuổi của Đảng và Nhà nước ta, người cao tuổi cần được chăm sóc và do vậy cần phải huy động những nguồn lực khác ngoài những nguồn lực của hệ thống an sinh xã hội để đảm bảo cuộc sống và sức khỏe cho người cao tuổi ở nông thôn. Đây là một trong những khó khăn khi các nguồn lực còn hạn chế và đối với người cao tuổi ở nông thôn, việc làm, thu nhập và chăm sóc sức khỏe luôn là những vấn đề trước mắt và lâu dài khi xu hướng dân số đang già hóa.

Xã hội càng phát triển hiện đại, các kiểu gia đình nhiều thế hệ ngày càng giảm đi, quy mô gia đình ngày càng nhỏ đi, con cháu hoặc không muốn sống chung với ông bà, bố mẹ hoặc vì điều kiện làm việc, không thể sống cùng hoặc sống gần ông bà, bố mẹ. Người cao tuổi khi đó rất dễ rơi vào tình trạng sống cô đơn hoặc sống chỉ có hai vợ chồng già. Trong khi hiện nay ở nước ta các dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi cũng như các dịch vụ khác đối với người cao tuổi còn rất hạn chế, đặt ra những thách thức lớn cho hệ thống chăm sóc sức khỏe cũng như cho chính sách an sinh xã hội.

Trải qua nhiều cuộc chiến tranh kéo dài với rất nhiều thế hệ người Việt Nam phải sống và chiến đấu ở những vùng ác liệt, nhiều nơi bị nhiễm chất độc da cam...

hiện nay đa phần những người lính còn sống sau các cuộc chiến đã thuộc nhóm người cao tuổi. Ngoài những vấn đề sức khỏe của người già nói chung, nhiều người trong số họ phải gánh chịu vấn đề sức khỏe và bệnh tật hậu quả của chiến tranh. Không ít những cựu binh cao tuổi này khi về quê sinh sống không có lương hưu, đòi hỏi có những chính sách ASXH đặc thù. Thu nhập của người lao động Việt Nam nhìn chung còn thấp, nhiều trường hợp chỉ đủ trang trải thậm chí không đủ cho những chi tiêu trước mắt, không có và không thể có thu nhập cho tích lũy trong tương lai. Đây là nguy cơ tiềm tàng khi người lao động về già không làm việc được nữa, họ sẽ không có khoản tích lũy để chi dùng cho cuộc sống tiếp theo. Nói cách khác, theo một số nhà phân tích, người lao động Việt Nam “già khi chưa giàu”. Và “già khi chưa giàu” sẽ là áp lực cho con cháu, cộng đồng và xã hội. Theo tính toán của các chuyên gia Ngân hàng Thế giới, đến năm 2030 dân số Việt Nam sẽ già trước khi giàu vì chi phí y tế cho người cao tuổi sẽ tăng cao gấp bảy đến mười lần cho người trẻ, và người cao tuổi sẽ sử dụng đến 50% tổng lượng thuốc và xu hướng tử vong trong các cơ sở y tế tăng lên cũng làm gia tăng chi phí y tế.

Theo Thông tư số 35.2011.TT-BYT ngày 15 tháng 10 năm 2011 của Bộ Y tế Việt Nam về hướng dẫn thực hiện chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, bước đầu ngành y tế xây dựng mạng lưới chăm sóc sức khỏe (CSSK) cho người cao tuổi, bao gồm: Bệnh viện Lão khoa Trung ương, các khoa lão tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, các nhà dưỡng lão của nhà nước và tư nhân, tổ chức chăm sóc sức khỏe người cao tuổi tại cộng đồng. Tuy nhiên, hiện việc thực thi các chính sách liên quan đến chăm sóc sức khỏe (CSSK) người cao tuổi ở nước ta còn gặp nhiều khó khăn do nhận thức về già hóa dân số và CSSK người cao tuổi còn chưa đầy đủ, chưa có kế hoạch tổng thể về CSSK cho người cao tuổi.

Thiếu các giải pháp về tài chính để đối phó với già hóa dân số, khả năng đáp ứng của hệ thống y tế và hệ thống an sinh xã hội chưa theo kịp với nhu cầu chăm sóc sức khỏe người cao tuổi; những mô hình CSSK người cao tuổi tại cộng đồng chưa được triển khai nhiều, khả năng tiếp cận các dịch vụ chăm sóc của người cao tuổi còn hạn chế. Mặt khác, nhu cầu đào tạo nhân lực cho chăm sóc sức khỏe người cao tuổi rất lớn nhưng năng lực của các cơ sở đào tạo cho lĩnh vực này hiện còn hạn chế.

### **3. Nhận định sức khỏe và bệnh tật ở người cao tuổi**

Cùng với việc sử dụng các kỹ thuật nhận định như với người trưởng thành, đối với người cao tuổi, để có thể thu được dữ liệu về sức khỏe và bệnh tật một cách đầy đủ và chính xác cần có một số quan tâm cụ thể.

#### **3.1. Khi phỏng vấn (hỏi bệnh) người cao tuổi**

Những ảnh hưởng của tuổi tác có thể có thể ảnh hưởng đến khả năng có được thông tin và mức độ chính xác của thông tin, thí dụ: khả năng nhớ, khả năng tập trung, thính lực... Do sự khác biệt về tuổi tác giữa người điều dưỡng và người cao tuổi, việc thiết lập được mối quan hệ phù hợp khi giao tiếp với người cao tuổi đóng vai trò quan trọng. Cần đảm bảo những sự tôn trọng cần thiết và tạo niềm tin tưởng vào người điều dưỡng từ phía người cao tuổi. Người cao tuổi thường mất nhiều thời gian hơn để xử lý câu hỏi và trả lời các câu hỏi, đặc biệt ở những người giảm sức nghe nhìn, giảm trí nhớ và độ tập trung, đòi hỏi người điều dưỡng phải kiên nhẫn và sử dụng những câu hỏi phù hợp để khai thác thông tin. Luôn chú ý các thông tin về cảm giác đau, rối loạn về nuốt, khó khăn trong giao tiếp, thái độ chống đối, rối loạn giấc ngủ,

thói quen hút thuốc, uống rượu v.v... Các vấn đề lớn về sức khỏe trong tiền sử như đột quỵ, ho, sa sút trí tuệ, gãy xương v.v..., các bệnh đã mắc, thuốc đang sử dụng gồm cả thuốc từ đơn của bác sỹ hoặc tự mua, hoặc tự chế v.v... cũng cần được khai thác và ghi nhận một cách phù hợp.

### 3.2. Khi khám thực thể cho người cao tuổi

Cần có sự hiểu biết đầy đủ để phân biệt được những thay đổi hiện có ở người cao tuổi là do tuổi tác hay là những biểu hiện của bệnh lý thực sự. Luôn thận trọng và áp dụng nhiều biện pháp thăm khám khách quan để tránh hiện tượng hoặc là kết luận vội vã hoặc chủ quan bỏ sót. Luôn đảm bảo môi trường thăm khám yên tĩnh và đủ ấm khi trời lạnh, tránh những những thăm khám không cần thiết hoặc thăm khám quá lâu để hạn chế sự mất nhiệt của cơ thể vào thời tiết lạnh. Việc phát hiện đúng các biểu hiện bệnh ở người cao tuổi không dễ vì những thay đổi liên quan đến tuổi già làm cho các dấu hiệu không rõ ràng. Luôn chú ý nhận định các chức năng cho các hoạt động sống hàng ngày như ngủ, mặc quần áo, tắm v.v..., khả năng phối hợp của cơ, thần kinh, các cơ quan khác và khả năng nhận thức. Áp dụng những công cụ nhận định phù hợp để có kết quả khách quan. Chú ý phát hiện các vấn đề thực thể cơ bản ở người cao tuổi như: nguy cơ bị tổn thương (chóng mặt, mệt, ngã, bong...), các đau cấp tính (đau đầu, đau xương, khớp...), không dung nạp được các hoạt động do thiếu ô xy tổ chức, do cơ thể quá yếu, nguy cơ bị nhiễm trùng liên quan đến tình trạng thiếu dinh dưỡng, suy yếu miễn dịch v.v...

### 4. Những bệnh thường gặp ở người cao tuổi

Như đã đề cập, tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ gây bệnh do những thay đổi của cơ thể theo chiều hướng suy giảm đi tăng lên theo tuổi. Theo hệ thống cơ thể, có thể tóm tắt một số bệnh thường gặp ở người cao tuổi như sau.

**Tim mạch:** Tăng huyết áp và huyết áp thấp. Vữa xơ động mạch (vữa xơ động mạch vành, đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch não). Bệnh van tim (hẹp van động mạch chủ, phì đại dưới van động mạch chủ, vôi hóa vòng van hai lá, hở van hai lá). Rối loạn nhịp tim và rối loạn dẫn truyền thần kinh tim. Suy tim ở người cao tuổi.

**Hô hấp:** Bệnh đường hô hấp trên (cảm cúm, viêm mũi họng). Bệnh phế quản phổi (viêm tiểu phế quản, viêm phế quản phổi, bệnh phổi kẽ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, ung thư biểu mô phế quản).

**Tiêu hóa:** Bệnh của thực quản (trào ngược thực quản, rối loạn vận động thực quản, ung thư thực quản, thoát vị ruột qua cơ hoành). Bệnh của dạ dày tá tràng (loét hoặc viêm teo niêm mạc dạ dày mạn tính, ung thư dạ dày, xuất huyết tiêu hóa cao). Bệnh của ruột non (kém hấp thu, tăng sinh vi khuẩn, ỉa chảy mỡ). Bệnh của đại tràng (rối loạn đại tiện, viêm đại tràng, trĩ, ung thư đại tràng). Bệnh của tụy (viêm tụy cấp hoặc mạn). Bệnh của gan (viêm gan không đặc hiệu, xơ gan, ung thư gan). Bệnh của đường mật (rối loạn vận động đường mật, sỏi túi mật, ung thư đường mật).

**Tiết niệu:** Nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Viêm mao mạch cầu thận. Xơ tiêu động mạch thận. Suy thận cấp và mạn.

**Cơ-xương-khớp:** Nhẽo cơ, giảm trương lực cơ, yếu cơ. Thừa xương, loãng xương, nhuyễn xương. Hư khớp, giả viêm đa khớp gốc chi.

**Nội tiết và chuyển hóa:** Suy tuyến yên trước. Rối loạn giáp trạng (suy giáp, bướu độc giáp, ung thư tuyến giáp). Rối loạn thượng thận (suy hoặc cường tuyến thượng thận). Sinh dục (bệnh buồng trứng mạn kinh ở nữ, phì đại tiền liệt tuyến ở nam, ung thư vú, ung thư tuyến tiền liệt). Rối loạn chuyển hóa (đái tháo đường týp 2, béo phì).

**Huyết học:** Thiếu máu do dinh dưỡng. Bệnh máu ác tính (tăng sinh tế bào Lympho, suy tủy xương, bệnh Hodgkin).

**Tâm thần-Thần kinh:** Rối loạn tuần hoàn não. Thiếu máu cục bộ não. Xuất huyết não. Bệnh Parkinson. Bệnh ở tiểu não. Bệnh ở tủy sống. Bệnh ở thần kinh ngoại biên. Trầm cảm, rối loạn trí nhớ, sa sút trí tuệ.

**Một số cơ quan khác:** Mắt (đục thủy tinh thể, glôcom, thoái hoá võng mạc). Tai Mũi-Họng (giảm thính lực, viêm thị, rối loạn thăng bằng do tiền đình ốc tai, ung thư Amidal, ung thư vòm họng, ung thư thanh quản). Răng miệng (sâu răng, viêm quanh cuống răng, viêm miệng áp-tơ). Da (kích thích ngứa, dày sừng, u mạch, xuất huyết dưới da), sa sút trí tuệ...

## 5. Biện pháp chăm sóc và phòng bệnh cơ bản cho người cao tuổi

**Kiểm tra sức khỏe định kỳ:** Xây dựng kế hoạch kiểm tra sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi cho dù đã hay chưa mắc bệnh. Thuyết phục người cao tuổi định kỳ kiểm tra sức khỏe toàn diện, không nên tự cho mình là người khỏe mạnh, hoặc coi thường bệnh tật bởi nhiều bệnh tiềm ẩn trong cơ thể có thể có vẻ ngoài khỏe mạnh đặc biệt là các bệnh về tim mạch.

**Từ bỏ những thói quen có hại:** Cần tăng cường nhận thức cho người cao tuổi về tác hại của thuốc lá và rượu, thói quen hút thuốc và uống rượu có tác dụng xấu đến sức khỏe như làm tim đập nhanh, làm tăng mức tiêu thụ ô xy của cơ tim, huyết áp tăng, động mạch co nhỏ, giảm sức đề kháng của cơ thể, giảm khả năng làm sạch đường thở, giảm sự thèm ăn và làm chậm sự tiêu hóa thức ăn v.v... Khi có bệnh những thói quen xấu này là những nhân tố nguy hiểm làm cho tình trạng bệnh nặng thêm, nguy cơ tử vong cao hơn.

**Ăn uống hợp lý:** Cần giúp cho người cao tuổi nhận thức được ăn uống giữ vai trò vô cùng quan trọng trong việc cung cấp chất dinh dưỡng cho cơ thể. Khi ăn uống không đủ chất dinh dưỡng sẽ dẫn tới cơ thể mệt mỏi, bắp thịt teo, tinh thần sa sút, giảm khả năng miễn dịch và sức chịu đựng. Tuy nhiên ăn, uống thái quá hoặc thành phần dinh dưỡng không phù hợp khi tuổi cao lại là một trong những tác nhân gây nên bệnh tật. Cần tư vấn cho người cao tuổi nhận thấy việc ăn uống hợp lý khi ở tuổi già có ý nghĩa rất quan trọng trong việc phòng mắc bệnh. Những nội dung cần tư vấn cho người cao tuổi đảm bảo ăn uống hợp lý bao gồm: Hạn chế ăn các thực phẩm có nhiều mỡ động vật, thịt béo, phủ tạng động vật, bơ, trứng vì thường xuyên ăn những thức ăn này có thể gây tăng cholesterol máu từ đó gây ra vữa xơ động mạch. Khi cần chế biến, nên sử dụng dầu thực vật như dầu làm từ hạt cải, đậu nành, ngô, hạt hướng dương... Việc ăn nhiều đồ ngọt như kẹo ngọt, bánh ngọt cũng không có lợi vì khi quá nhiều đường trong cơ thể sẽ chuyển hóa thành mỡ và dễ gây tăng đường máu.

Không nên ăn quá mặn vì ăn quá mặn dễ gây tích nước trong tổ chức cơ thể làm tăng gánh nặng cho tim, ăn một ngày không quá 3 đến 5 gam muối có tác dụng dự phòng tăng huyết áp.

Bổ sung trong chế độ ăn các thực phẩm có nhiều vitamin và yếu tố vi lượng tự

nhiên từ rau xanh, trái cây để làm tăng sức đề kháng đồng thời thúc đẩy nhu động ruột và tăng sự đào thải cholesterol. Nên chia khẩu phần ăn làm nhiều bữa nhỏ, thay đổi cách chế biến, bài trí món ăn hấp dẫn, ăn chậm, nhai kỹ.

**Tránh rơi vào trạng thái căng thẳng tinh thần:** Trạng thái tinh thần có liên quan mật thiết với bệnh tật. Cần làm cho người cao tuổi cũng như những người sống cùng người cao tuổi nhận thức rõ tác hại khi tinh thần quá căng thẳng để tự kiểm chế. Một số tác hại của trạng thái căng thẳng tinh thần thường xuyên đã được chứng minh, bao gồm: tăng huyết áp, tăng cholesterol và tăng gánh nặng làm việc cho tim, rối loạn nhịp tim. Y học cổ truyền cho rằng những trạng thái tinh thần như quá hưng phấn, quá lo lắng buồn phiền, quá sợ hãi, giận dữ đều có thể tổn thương ngũ tạng và kinh mạch từ đó dẫn đến bệnh tật. Thường xuyên sử dụng bộ não thông qua các hoạt động trí não phù hợp sẽ cải thiện được sức khỏe tinh thần, hạn chế các bệnh trầm cảm, sa sút trí tuệ.

**Tạo lập và duy trì nề nếp trong sinh hoạt:** Cần tư vấn cho người cao tuổi nhận thức được giá trị của việc sinh hoạt có nề nếp khi tuổi già. Tạo lập và duy trì các thói quen sinh hoạt phù hợp với tuổi tác có tác dụng tốt cho sức khỏe và dự phòng mắc bệnh, bao gồm: Làm việc, nghỉ ngơi và đi ngủ đúng giờ, kết hợp làm việc với nghỉ ngơi thư giãn một cách hợp lý. Ăn uống đúng giờ kết hợp với vận động hợp phù hợp với lứa tuổi, vệ sinh răng miệng, cơ thể và bộ phận sinh dục đúng cách. Tạo lập thói quen uống đủ nước, chủ động đi tiêu tiện đại tiện vào những giờ nhất định trong ngày, luyện tập các cơ vùng đáy chậu để kiểm soát việc bài tiết một cách chủ động.

Vận động thể lực phù hợp với tuổi tác đóng vai trò vô cùng quan trọng trong dự phòng nhiều bệnh lý ở người cao tuổi. Trong các biện pháp tập luyện, đi bộ là một trong những biện pháp đơn giản và an toàn nhất. Cần làm cho người cao tuổi nhận thức rõ giá trị của việc đi bộ đều đặn mỗi ngày. Đi bộ làm cho cơ bắp co giãn, làm cho tim co bóp tốt hơn, lưu thông máu trong động mạch vành tốt hơn, đi bộ còn giảm nguy cơ loãng xương và nhiều lợi ích khác.

## **6. Phục hồi sức khỏe cho người cao tuổi**

### **6.1. Mục đích của phục hồi sức khỏe cho người cao tuổi**

Mục đích phục hồi sức khỏe cho người cao tuổi là áp dụng các biện pháp tổng hợp, tận dụng mọi khả năng nhằm làm mất đi hoặc giảm nhẹ các rối loạn chức năng như: đi lại khó khăn, bại liệt nửa người, tai điếc, trí lực suy giảm, sa sút trí tuệ... làm cho người già có thể tự lo liệu hoặc cơ bản tự lo liệu được việc sinh hoạt của mình, nâng cao chất lượng cuộc sống, đạt tới hiệu quả hồi phục sức khỏe và điều trị có kết quả. Phục hồi sức khỏe dự phòng là áp dụng các biện pháp hồi phục sức khỏe cho người cao tuổi trong giai đoạn mắc bệnh để rút ngắn thời gian mang bệnh, đề phòng hoặc giảm nhẹ các rối loạn về chức năng có thể xảy ra, làm cho người già khi khỏi bệnh hoặc bệnh thuyên giảm vẫn có thể giữ nguyên năng lực hoạt động bình thường. Phục hồi sức khỏe nhằm đối phó với những rối loạn về chức năng do bệnh tật hoặc bị thương gây ra, thông qua điều trị nhằm hồi phục sức khỏe để phát huy đầy đủ chức năng còn lại của cơ quan hệ thống bị bệnh hoặc tổn thương, làm cho người già trong phạm vi có thể, cố gắng bảo lưu đến mức cao nhất năng lực tự lo liệu sinh hoạt, giảm tình trạng nằm liệt giường và xuất hiện sự sa sút trí tuệ của tuổi già, từ đó giảm áp lực của người bệnh già đối với gia đình và xã hội. Phục hồi sức khỏe cho người cao tuổi tại nhà sau khi ra viện ngoài giải quyết tình trạng thiếu giường bệnh hiện nay, còn có một số lợi ích quan trọng như:

- Thói quen sinh hoạt thông thường trong thời kì phục hồi sức khỏe ở gia đình gần giống như thói quen sinh hoạt trước khi bị bệnh của người già, tình cảm giữa người trong gia đình với người già cũng tương đối hòa hợp, chăm sóc được chu đáo, người già an tâm điều trị, giảm bớt cảm giác lo sợ của người già đối với bệnh viện, đối với bệnh tật, giảm bớt gánh nặng tư tưởng của người già, và thường có ảnh hưởng tương đối tốt cho việc phục hồi sức khỏe của người bệnh già.

- Nhiều bệnh ở người cao tuổi là mạn tính, chẳng hạn những di chứng sau tai biến mạch não không thể nào khỏi trong một thời gian ngắn, người già không thể nằm viện lâu ngày. Vì vậy đối với rất nhiều người bệnh cao tuổi, cần được hồi phục sức khỏe tại nhà.

- Phục hồi sức khỏe cho người cao tuổi tại nhà còn giúp tránh được sự truyền nhiễm giao thoa của buồng bệnh ở bệnh viện. Ngoài ra, buồng bệnh của bệnh viện thường chật hẹp không đủ không gian và không có lợi cho việc tập luyện và hồi phục sức khỏe.

- Chăm sóc về ăn uống là một phần quan trọng của hồi phục sức khỏe. Đối với người già, ăn uống ở gia đình hợp khẩu vị và tạo cảm giác thoải mái hơn ở bệnh viện.

- Truyền thống tốt đẹp của người Việt nam là kính trọng người già, điều đó tạo ra một môi trường cũng như điều kiện tốt cho việc điều trị, hồi phục sức khỏe cho người cao tuổi ở gia đình.

## **6.2. Các phương pháp phục hồi sức khỏe cho người cao tuổi**

Phương pháp điều trị hồi phục sức khỏe cho người cao tuổi sau khi ra viện về cơ bản giống như điều trị ở bệnh viện. Căn cứ vào tình hình cụ thể ở gia đình mà định ra những việc thực sự dễ làm, chủ yếu bao gồm mấy mặt sau đây:

**Vật lý trị liệu:** Phương pháp thường dùng có chườm lạnh, chườm nóng, dùng từ tính tác dụng vào huyết, thủy liệu pháp...

**Thể dục chữa bệnh:** Thể dục chữa bệnh, tập luyện với khí tài thô sơ như thể thao, khí công, thái cực quyền, đi bộ, đánh cầu, lắc vòng, tập tạ tay... Bài tập thông thường có thể chia làm hai phần:

- Phần thứ nhất tập luyện các động tác sinh hoạt hàng ngày như tập mặc quần áo, ăn uống, ở đi.

- Phần thứ hai là luyện tập công việc nội trợ như trồng hoa, nuôi cá, đan lát, rửa rau, nấu cơm... Thông qua việc tập các bài tập trên người già có thể thích ứng với nhu cầu sinh hoạt cá nhân, sinh hoạt gia đình, sinh hoạt xã hội.

**Uốn nắn ngôn ngữ:** Đối với những người mất tiếng, nói lắp, nghe nói khó khăn phải huấn luyện, tận dụng khả năng hồi phục chức năng nghe nói.

**Hồi phục sự lành mạnh về tâm lý:** Trắc định tâm lý, hỏi ý kiến và trị liệu tâm lý.

**Sử dụng thiết bị:** Có một số bệnh ở người già có thể dựa vào một số công cụ trợ giúp hồi phục sức khỏe để bù đắp những khiếm khuyết của chức năng hoặc năng lực sinh hoạt và cảm quan như máy trợ thính, máy chỉnh hình, gậy chống, xe lăn. Những thiết bị hồi phục sức khỏe này có thể mua ở thị trường, có thể được tự tạo.

**Chăm sóc ăn uống:** Căn cứ vào tình trạng sức khỏe của người già để định bữa ăn hàng ngày và thực đơn dinh dưỡng hợp lý.

**Vui chơi giải trí:** Căn cứ vào sở thích khác nhau của từng người mà sắp xếp các hoạt động vui chơi giải trí phù hợp nhằm giúp hồi phục sức khỏe cho người già như xem biểu diễn văn nghệ, truyền hình, nghe nhạc, chơi cờ, chơi bài, câu cá, trồng hoa, nuôi chim...

**Kiểm tra sức khỏe định kỳ:** Thông qua việc định kỳ đến phòng khám theo dõi hoặc thầy thuốc tại giường bệnh gia đình, dùng thuốc và chăm sóc, xử lý lâm sàng cần thiết đối với người già, giảm nhẹ triệu chứng, đề phòng bội nhiễm và thúc đẩy hồi phục chức năng.

### **6.3. Phục hồi sức khỏe cho người cao tuổi sau mắc một số bệnh nội khoa**

#### **6.3.1. Phục hồi sau đột quy não**

Đột quy não hay Tai biến mạch não có thể để lại di chứng gây trở ngại đến các loại chức năng như tê liệt, không nhận biết được, nuốt khó, sa sút trí tuệ... Hồi phục sớm có ý nghĩa vô cùng quan trọng với việc hạ thấp tỷ lệ tàn phế và tỷ lệ tử vong.

- Ở giai đoạn cấp tính, kiểm tra thường xuyên vị trí của các khớp, tứ chi, thường xuyên phải thay đổi tư thế và giúp đỡ để các chi hoạt động. Ngày thứ hai của bệnh khi tình trạng bệnh ổn định phải làm vận động thụ động các khớp cho người bệnh, mỗi khớp vận động 5 – 6 cái một lần, mỗi ngày thực hiện 3 - 4 lần. Cứ mỗi 2 giờ lại trở mình cho người bệnh một lần, đề phòng hoại tử. Làm nhiều động tác: xoa day, vỗ, nắn ở tứ chi người bệnh.

- Sau tai biến mạch não ba tuần, người bệnh có thể bắt đầu luyện tập chức năng. Bắt đầu có thể do người trong gia đình xoa bóp và vận động thụ động từ nhẹ đến nặng, từ yếu đến mạnh, tuần tự từ các khớp vai, khuỷu tay, ngón tay, cổ tay, hông, đầu gối, mắt cá chân, ngón chân... từ duỗi thẳng hoàn toàn đến co lại ở mức tối đa, mỗi khớp xương vận động 20-30 lần.

- Sau một thời gian, khi các chi ở cạnh chỗ đau có thể hoạt động được một chút: bắt đầu tập vận động chủ động hoặc luyện tập kết hợp giữa chủ động và thụ động. Thông thường hồi phục hoạt động của các chi dưới thường nhanh hơn chi trên, nhưng luyện tập của chi dưới lại thúc đẩy hoạt động của chi trên. Khi luyện tập nên xét đến tình trạng cụ thể của từng người để đặt ra khối lượng vận động và thời gian thích hợp. Người già thể lực yếu, tinh thần dễ xáo động càng nên tránh luyện tập quá căng gây ra mệt mỏi quá sức dễ phát sinh sự cố. Phục khả năng tự lo liệu sinh hoạt của người già: phải huấn luyện các động tác sinh hoạt thường ngày như uống nước, ăn cơm, mặc quần áo, đại tiểu tiện... mà loại hoạt động chủ yếu này là do sự vận động chi trên của người bệnh. Khi huấn luyện, có thể tăng thêm sự hoạt động của chi trên khỏe, dùng tay khỏe giúp đỡ cho tay yếu hoạt động thụ động và phải kiên trì luyện tập và ôn tập.

- Người tai biến mạch não sau khi luyện tập chức năng từ nằm giường đến tập ngồi dậy, tiếp tục làm công tác chuẩn bị cho việc tập luyện đi bộ. Điều này có thể tiến hành từ tập đứng lên đi từng bước, đi bằng hai nạng. Trọng điểm của tập luyện đi bộ là đảm bảo tư thế chính xác, không đòi hỏi tập đi nhanh.

- Người bệnh tai biến mạch não có thể xuất hiện triệu chứng mất tiếng ở mức độ khác nhau. Một số người bệnh khi bắt đầu nói không rõ, người khác nghe không hiểu, vì vậy dễ nảy sinh tâm lý sợ hãi, xấu hổ, như vậy dễ bỏ lỡ huấn luyện. Lúc này phải luôn cổ vũ người bệnh, chịu khó uốn nắn những phát âm sai. Khi huấn luyện cần nắm vững hình dạng của miệng khi phát âm, sau đó luyện tập từng tiếng một, chỉ cần

người bệnh chủ động luyện nghe nhiều, nhìn nhiều, đọc nhiều, viết nhiều, nói chung phần lớn có thể phục hồi nói bình thường.

### 6.3.2. Phục hồi sau nhồi máu cơ tim

Mục tiêu hồi phục sức khỏe người bị nhồi máu cơ tim là thông qua hoạt động và rèn luyện sớm để đạt được sự hồi phục về thể lực và khả năng tự lo liệu sinh hoạt. Sau khi người bệnh xuất viện, ngoài việc dùng thuốc đúng và theo dõi chuyên khoa đúng thời hạn, việc luyện tập hồi phục sức khỏe ở gia đình được khuyến khích chủ yếu là liệu pháp đi bộ vì đơn giản tiện và dễ thực hiện, theo trình tự tăng dần cự ly như sau:

*Tuần thứ nhất sau khi ra viện:* Mỗi ngày đi chậm một lần trong 5 phút, cự ly là 400m.

*Tuần thứ hai sau khi ra viện:* Mỗi ngày đi chậm một lần trong 5 phút, cự ly là 400m.

*Tuần thứ ba và thứ tư sau khi ra viện:* Mỗi ngày đi chậm trong 10 phút, cự ly là 800m.

*Tuần thứ năm và thứ sáu sau khi ra viện:* Mỗi ngày đi chậm một lần trong 10 phút, cự ly là 1.200m.

*Tuần thứ bảy sau khi ra viện:* Mỗi ngày đi chậm một lần trong 20 phút, cự ly là 1.600m.

*Tuần thứ tám và thứ chín sau khi ra viện:* Mỗi ngày đi chậm một lần trong 20 phút, cự ly là 2.150m.

*Tuần thứ mười sau khi ra viện:* Mỗi ngày đi chậm một lần trong 30 phút, cự ly là 3.200m.

Phương án cự ly và thời gian đi chậm có thể căn cứ vào tình hình cụ thể của từng người để điều chỉnh. Đối với người già, thể lực yếu vẫn lấy lượng vận động ở mức độ thấp làm chuẩn như cự ly đi bộ mỗi ngày có thể chia làm mấy đoạn để tiến hành. Hướng dẫn sinh hoạt của người già bị nhồi máu cơ tim, nên tuân theo nguyên tắc “*đi nhiều, ăn ít, ngủ nhiều một chút*”, ngủ tối thiểu phải 7-8 tiếng, nếu có tình trạng không ngủ được thì ít nhất phải nằm giường nghỉ ngơi 10-12 tiếng. Bữa ăn hàng ngày phải không chế, nguyên tắc là ăn uống giảm calo, ít muối, ít mỡ, giàu protein, giàu vitamin, dễ tiêu hóa. Lối sống ít vận động, nằm ngòai nghỉ ngơi quá nhiều dễ dẫn đến béo phì. Phải cai hút thuốc, hàm lượng cafein trong đồ uống phải ít. Sau 3 tháng xuất viện cho phép uống một ít rượu nhỏ. Khi tắm nên dùng nước ấm, nhiệt độ nước vào khoảng 40°C và thời gian tắm nên ngắn.

### 6.3.3. Phục hồi sau mắc bệnh phổi mạn tính

Ở thời kì thuyên giảm của người viêm phế quản mạn, bệnh tâm phế mạn việc điều trị hồi phục sức khỏe cho người bệnh cao tuổi ở gia đình có thể cải thiện chức năng phổi, tăng cường thể chất, nâng cao sức chịu đựng của người bệnh trong hoạt động hàng ngày. Các biện pháp hồi phục sức khỏe ở gia đình thường là:

**Tập thở bằng bụng (thở bằng cơ hoành)** Bài tập thở bụng có tác dụng tăng cường phạm vi hoạt động của cơ hoành, tăng thêm dung tích sống của phổi là phương pháp hồi phục sức khỏe có hiệu quả, tiết kiệm sức nhất của bệnh nhân viêm phế quản mạn. Hoạt động của cơ hoành cứ mỗi lần tăng thêm 1 cm thì dung tích sống của phổi có thể tăng thêm 250-350 ml. Người cao tuổi có thể ở tư thế nửa nằm nửa ngồi, hoặc

ngồi thoải mái, hai tay đặt trên bụng. Khi thở ra, bụng lõm xuống đồng thời dùng tay ép nhẹ lên phần bụng làm cho khí trong phổi được đẩy hết ra. Khi hít vào, phần bụng trên từ từ phồng lên, áp lực 2 tay cũng giảm đi nhưng hơi chống lại với lực gò lên ở phần bụng trên.

### **Tập thở để phục hồi sức khỏe**

Tập thở có hiệu quả phòng trừ bít tắc quá sớm các nhánh khí quản, cách làm như sau: hướng dẫn người cao tuổi chúm môi lại như thổi sáo, từ từ thở ra qua vị trí hai môi thu hẹp đến khi cảm thấy hết khí, có thể thở ra cố thêm 1 – 2 hơi nữa trước khi hít vào (nếu đủ sức) để tăng đào thải khí cặn, khi hít khí vào để không khí đi qua mũi (không hít vào bằng miệng) giúp cho không khí đi qua khoang mũi được lọc, làm ẩm và ấm lên để giảm bớt những kích thích có hại cho khí quản.

### **Tăng cường rèn luyện thể lực**

Các hoạt động như tập thể dục theo đài tiếng nói, tập khí công, chơi thể thao chữa bệnh, đi bộ chữa bệnh đều có thể nâng cao khả năng hít oxy vào cho người cao tuổi. Cách làm như sau: trước tiên đi chậm, sau 1-2 tuần thay bằng chạy chậm, 1-2 tuần tiếp theo lại đi chậm, không ngừng tăng thêm thời gian luyện tập, cuối cùng mỗi lần chạy chậm khoảng 20-30 phút.

### **Tự xoa bóp**

Xoa bóp các huyết có liên quan ở mặt, ngực, bàn chân có thể cải thiện được chứng tức ngực, thở dốc đồng thời có thể đề phòng cảm cúm.

### **Tập thải đờm**

Tập thải đờm có thể giảm bớt tắc nghẽn đường hô hấp, cách làm: hít vào sâu và dài bằng bụng, khi thở ra dùng tay vỗ nhẹ vào phía sau ngực giúp đờm dễ long và khạc ra được. Những người đờm đặc biệt nhiều, có thể áp dụng phương pháp dẫn lưu tư thế để thải đờm, có thể làm cho lượng đờm thải ra tăng gấp đôi. Khi tập cần cúi thấp đầu kể cả khi nằm nghiêng, ngửa, sấp, Thời gian dẫn lưu mỗi lần 5-10 phút, mỗi ngày 2-4 lần, thực hiện xa bữa ăn ít nhất 1 giờ. Người trong gia đình cũng có thể phối hợp tiến hành vỗ phần ngực giúp tăng khả năng thải đờm cho người cao tuổi.

### **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

1. “Tập thải đờm” là biện pháp phục hồi sức khỏe hữu hiệu cho những người cao tuổi mắc các bệnh lý:

- A. Bệnh hệ thống tim mạch
- B. Bệnh hệ thống miễn dịch
- C. Bệnh phổi mạn tính
- D. Bệnh chuyển hóa, nội tiết

2. Biện pháp chăm sóc và phòng bệnh cơ bản cho người cao tuổi (**LOẠI TRỪ**)

- A. Từ bỏ những thói quen có hại
- B. Kiểm tra sức khỏe định kỳ
- C. Dùng thuốc
- D. Ăn uống hợp lý.

3. Phục hồi sức khỏe cho người cao tuổi nhằm mục đích:

- A. *Làm mất đi hoặc giảm nhẹ các rối loạn chức năng*
- B. Điều trị các bệnh mạn tính
- C. Tăng cường sức đề kháng
- D. Giảm các biến chứng

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Giáo trình Y học Gia đình, Trường đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch.
2. Thông tư 33.2015.TT-BYT (27.10.2015), Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ của trạm y tế phường, xã, thị trấn.
3. Thông tư 16.2014.TT-BYT, Hướng dẫn thí điểm về bác sĩ gia đình và phòng khám bác sĩ gia đình.
4. Định nghĩa Sức khỏe của Tổ chức y tế thế giới.
5. Giáo trình Điều dưỡng lão khoa, Trường cao đẳng y tế Thái Bình, năm 2018.
6. Tài liệu chuyên môn hướng dẫn khám chữa bệnh tại trạm y tế xã - BHYT
7. Phân loại quốc tế về chức năng, khuyết tật và sức khỏe (ICF)
8. Thông tư số 35.2011.TT-BYT ngày 15 tháng 10 năm 2011 của Bộ Y tế Việt Nam về hướng dẫn thực hiện chăm sóc sức khỏe người cao tuổi.

## **BÀI 5**

### **CHĂM SÓC GIẢM NHẸ**

#### **MỤC TIÊU**

1. Nêu được khái niệm và tầm quan trọng của chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc giai đoạn cuối đời của người bệnh.
2. Thực hiện được việc chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời tại nhà và cộng đồng phù hợp với văn hóa của địa phương.
3. Thể hiện được sự cảm thông, chia sẻ với người bệnh qua chăm sóc giảm nhẹ, chăm sóc cuối đời..

#### **NỘI DUNG**

##### **1. Khái niệm**

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO): “Chăm sóc giảm nhẹ là phương pháp giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh và các gia đình đang phải đối mặt với các bệnh tật đe dọa đến tính mạng, thông qua việc dự phòng và giảm đau bằng cách phát hiện sớm, đánh giá toàn diện và điều trị giảm đau, các vấn đề về thể chất, tâm lý, xã hội và tinh thần”.

Theo Bộ Y Tế Việt Nam (2006): “Chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh mắc bệnh đe dọa tính mạng là sự kết hợp nhiều biện pháp nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh thông qua việc phòng ngừa, phát hiện sớm, điều trị đau, các vấn đề tâm lý và thực thể khác thông qua việc tư vấn hỗ trợ nhằm giải quyết các vấn đề tâm lý – xã hội, tâm linh mà người bệnh và gia đình họ phải chịu đựng.

Những điểm chính trong chăm sóc giảm nhẹ từ hai định nghĩa trên:

- Theo nguyên lý chăm sóc toàn diện, bao gồm các mặt thể chất, tinh thần và xã hội
- Việc chăm sóc giảm nhẹ bao gồm cả gia đình người bệnh, những người có liên quan trực tiếp tới chất lượng cuộc sống của người bệnh
- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận biết sớm, đánh giá toàn diện và chăm sóc hiệu quả
- Mục tiêu trung tâm của chăm sóc giảm nhẹ là nâng cao tối đa chất lượng cuộc sống của người bệnh và gia đình.

##### **2. Nguyên tắc chung trong thực hành chăm sóc giảm nhẹ**

###### **2.1. Đối tượng cần được chăm sóc giảm nhẹ**

Theo dữ liệu được lấy từ Ước tính Sức khỏe Toàn cầu (Global Health Estimates) của WHO năm 2011. Các bệnh của người lớn (từ 15 tuổi trở lên) và trẻ em (dưới 15 tuổi) cần được chăm sóc giảm nhẹ là:

Bệnh cần chăm sóc giảm nhẹ cho người lớn: Alzheimer, và các chứng mất trí khác, ung thư, bệnh tim mạch (trừ tử vong đột ngột), xơ gan, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, tiểu đường, HIV/AIDS, suy thận, đa xơ cứng, bệnh Parkinson, viêm khớp dạng thấp,

bệnh lao kháng thuốc.

Bệnh cần chăm sóc giảm nhẹ cho trẻ em: ung thư, bệnh tim mạch, xơ gan, dị tật bẩm sinh (không kể bất thường về tim), rối loạn miễn dịch và máu, HIV/AIDS, viêm màng não, bệnh thận, rối loạn thần kinh và trẻ sơ sinh [36]

## **2.2. Nguyên tắc của chăm sóc giảm nhẹ**

- Dành cho tất cả những người mắc các bệnh đe dọa đến tính mạng.
- Tiến hành ngay khi phát hiện bệnh và duy trì suốt quá trình diễn biến bệnh.
- Phối hợp với các biện pháp điều trị đặc hiệu.
- Tăng cường việc tuân thủ các phương pháp điều trị đặc hiệu và giảm bớt các tác dụng không mong muốn của các phương pháp điều trị đó.
- Coi cuộc sống và cái chết là một tiến trình bình thường của cuộc sống, không có đẩy nhanh hoặc trì hoãn cái chết. Hỗ trợ người bệnh sống tích cực đến cuối đời.
- Chăm sóc về tâm lý xã hội là yếu tố quan trọng trong chăm sóc giảm nhẹ.
- Xây dựng mô hình chăm sóc giảm nhẹ theo hình thức “Nhóm chăm sóc đa thành phần” trong đó NB là trung tâm, có sự tham gia của nhân viên y tế, gia đình người bệnh, nhân viên xã hội, người tình nguyện...
- Thực hiện tại các cơ sở y tế, tại gia đình và cộng đồng.

## **2.3. Lý do và nội dung chăm sóc giảm nhẹ**

- Theo dõi và quản lý bệnh
- Làm dịu sự đau đớn và chịu đựng của người bệnh về cả thể xác, tinh thần và xã hội trên cơ sở:
  - + Chẩn đoán phân biệt triệu chứng.
  - + Lựa chọn điều trị cho nguyên nhân và mức độ của triệu chứng đặc hiệu.
- Chăm sóc về tâm lý – xã hội là yếu tố quan trọng trong chăm sóc giảm nhẹ
  - + Giúp người bệnh sống càng tích cực càng tốt và chuẩn bị cho cái chết + Giúp người bệnh tiếp cận các dịch vụ lâm sàng và tiếp tục tuân thủ các chế độ điều trị đặc hiệu
  - + Giúp người bệnh sắp chết chuẩn bị cho cái chết
  - + Giúp gia đình người bệnh đương đầu với tình trạng bệnh tật của người thân và khi người thân chết
    - Nâng cao chất lượng cuộc sống và phẩm giá của người bệnh
    - Hỗ trợ người bệnh sống tích cực đến cuối đời
    - Coi cuộc sống và cái chết là một quy luật tự nhiên, là một tiến trình bình thường, không cố ý đẩy nhanh hoặc trì hoãn cái chết
    - Hỗ trợ gia đình người bệnh vượt qua khó khăn trong thời gian người bệnh đau ốm và khi qua đời
- Phối hợp với các biện pháp điều trị đặc hiệu
- Thúc đẩy việc tuân thủ các phương pháp điều trị đặc hiệu và giảm bớt tác dụng

không mong muốn của các phương pháp điều trị đó

Tiên đoán và lập kế hoạch giải quyết những triệu chứng tiềm tàng và những vấn đề tâm lý xã hội có thể xảy ra trong tương lai

Bảo vệ người bệnh khỏi những can thiệp y tế không thích hợp hoặc không mong muốn như những điều trị duy trì sự sống một cách quá mức.

- Điều trị duy trì sự sống như thở máy, hỗ trợ thông khí không xâm nhập và lọc máu đang trở nên phổ biến hơn ở Việt Nam.

+ Những điều trị này có thể bảo tồn sự sống nhưng cũng gây đau và khó chịu.

+ Khi những biện pháp điều trị này phổ biến hơn, trước khi quyết định phải cân nhắc nhiều hơn về mối tương quan giữa lợi ích và gánh nặng của những biện pháp điều trị duy trì sự sống đặc biệt cho từng bệnh nhân.

#### **2.4. Thời điểm áp dụng chăm sóc giảm nhẹ**

- Tiến hành ngay khi phát hiện bệnh, áp dụng chăm sóc giảm nhẹ càng sớm càng tốt và duy trì liên tục chăm sóc giảm nhẹ trong suốt quá trình diễn biến của bệnh (Hình 1)

- Cung cấp sự động viên, hỗ trợ cho gia đình sau khi người thân qua đời

#### **2.5. Địa điểm áp dụng chăm sóc giảm nhẹ**

- Việc chăm sóc giảm nhẹ có thể được thực hiện ở bất cứ đâu

- Tại nhà người bệnh

- Tại cộng đồng nơi người bệnh sinh sống

- Tại trạm y tế xã, phường

- Tại phòng khám bác sĩ gia đình

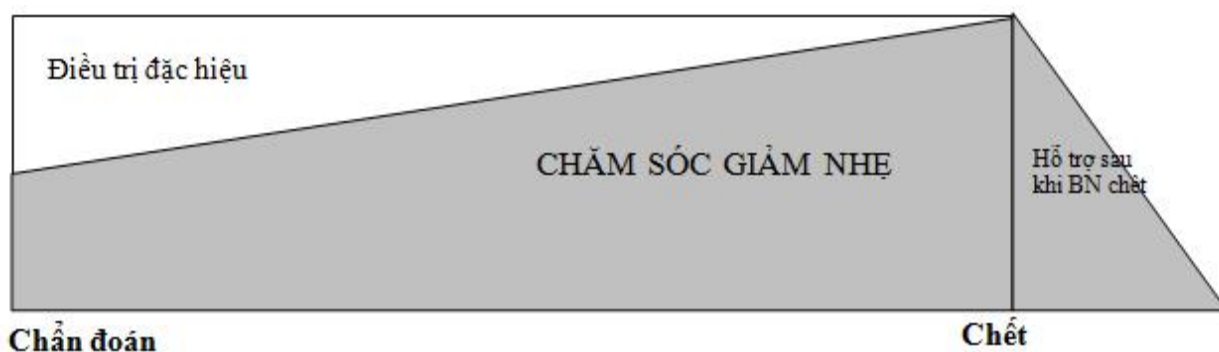
- Viện dưỡng lão

- Cô nhi viện

- Chùa

- Nhà tù

- Tại bệnh viện và các cơ sở y tế khác...



Hình 1: Chăm sóc giảm nhẹ trong tiến trình bệnh

### **3. Mục tiêu của chăm sóc giảm nhẹ**

Với tiến bộ của y học, ngày càng có nhiều phương pháp điều trị căn nguyên cũng

nghĩa như điều trị duy trì sự sống. Vì vậy, người bệnh có thể sống lâu hơn với những tàn tật nặng như đau mạn tính, tê liệt, mù lòa và có thể phải chịu đựng các tác dụng phụ nghiêm trọng khác của các phương pháp điều trị. Việc xác định mục tiêu chăm sóc là rất cần thiết.

Bộ Y tế Việt Nam nhấn mạnh nguyên tắc "Hệ quả kép" trong chăm sóc giảm nhẹ. Theo đó, mọi phương pháp điều trị đều có thể gây ra những tác dụng phụ không mong muốn. Người bệnh ở giai đoạn cuối bị đau và có các triệu chứng khó chịu, nếu có nguyện vọng thì có thể sử dụng thuốc điều trị với mục đích đơn thuần là giúp người bệnh dễ chịu hơn mặc dù có thể xảy ra các tác dụng không mong muốn của thuốc. Phương pháp này thường được áp dụng trong chăm sóc giai đoạn cuối để cân nhắc các biện pháp điều trị tốt nhất khi mà các biện pháp đều có nguy cơ gây ra các tác dụng phụ không mong muốn. Ví dụ, người bệnh ung thư giai đoạn cuối có đau nặng kèm khó thở vẫn có thể dùng opioid liều cao mặc dù việc điều trị có thể có nguy cơ gây ngủ, giảm huyết áp, rối loạn hô hấp.

Việc quyết định có nên áp dụng các phương pháp điều trị mà có thể đưa đến nguy cơ cao có tác dụng phụ nghiêm trọng cần được cân nhắc thận trọng.

### ***Điều kiện áp dụng nguyên tắc "Hệ quả kép"***

- Quyết định biện pháp điều trị phải đảm bảo tính đạo đức
- Mục đích duy nhất của điều trị là nhằm mang lại tác dụng như giảm đau và giảm khó chịu cho người bệnh đang hấp hối
- Không được coi tác dụng không mong muốn của thuốc (có thể gây tử vong) là cách để đạt được tác dụng tốt (giúp người bệnh dễ chịu)
- Các lợi ích tích cực do thuốc đem lại phải vượt trội so với tác dụng xấu không mong muốn có thể xảy ra.

Mục tiêu của chăm sóc giảm nhẹ là nhằm duy trì hiện trạng sức khỏe hoặc tình trạng sức khỏe tốt nhất có thể cho người bệnh; duy trì cuộc sống cho người bệnh thông qua các biện pháp điều trị, chăm sóc duy trì cuộc sống như thông khí nhân tạo, hồi sức tuần hoàn, hô hấp, lọc máu; an ủi và cung cấp chất lượng cuộc sống tốt nhất có thể.

### ***Vai trò của điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ***

Điều dưỡng là một phần của nhóm làm việc bao gồm bác sĩ, nhân viên chăm sóc sức khỏe khác và người bệnh, gia đình.

Điều dưỡng hiểu rõ về quá trình tiến triển của bệnh ở người bệnh mắc phải các bệnh mạn tính hoặc các bệnh đe dọa tính mạng.

Điều dưỡng có hiểu biết tốt về các vấn đề thực thể, tâm lý, tâm linh và xã hội của người bệnh và gia đình khi phải đối mặt với các bệnh đe dọa tính mạng.

Có khả năng xây dựng kế hoạch chăm sóc điều dưỡng hiệu quả và năng động với sự hỗ trợ của bác sĩ nhằm đảm bảo cho các kết quả lâm sàng tốt ở người bệnh.

Giao tiếp tốt với người bệnh và gia đình để giúp họ hiểu rõ về bệnh và biết cách tiếp cận dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ ngay tại bệnh viện và cả cộng đồng.

Đảm bảo việc đánh giá các nhu cầu của người bệnh và gia đình đồng thời cung cấp các dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ đáp ứng được các nhu cầu cơ bản của họ.

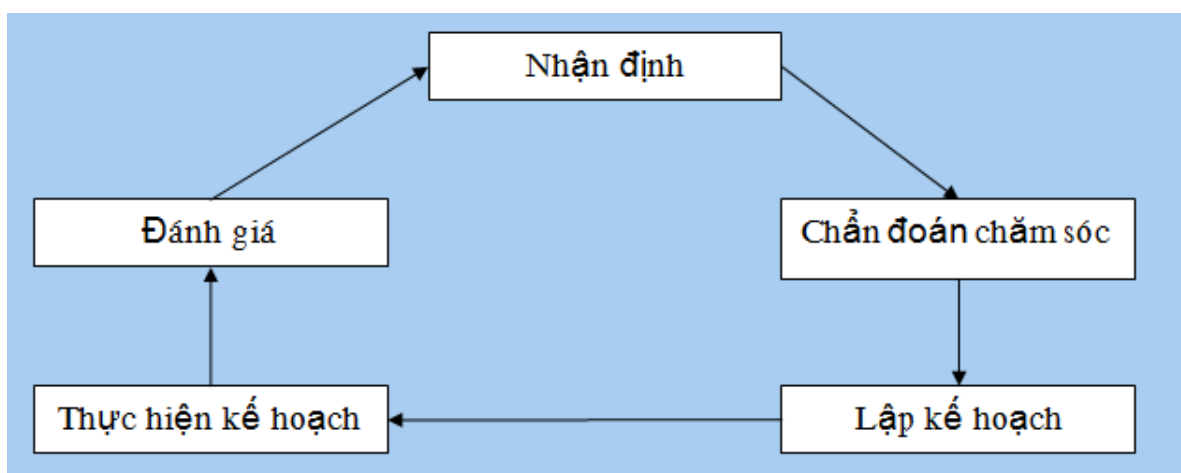
Cung cấp hoặc tạo điều kiện cho chăm sóc điều dưỡng tốt nhất tại tất cả các cơ sở bao gồm điều trị tại bệnh viện và tại cộng đồng.

#### 4. Quy trình chăm sóc giảm nhẹ

Áp dụng quy trình điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ theo nguyên tắc y học gia đình

##### 4.1. Nhận định điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ

Nhận định điều dưỡng cần thực hiện toàn diện, liên tục và tỉ mỉ nhằm xác định chính xác các vấn đề của người bệnh cũng như những nhu cầu cần chăm sóc giảm nhẹ cho người bệnh và gia đình người bệnh.



Hình 2: Quy trình điều dưỡng

Điều dưỡng nhận định người bệnh thông qua việc thu thập thông tin, qua các phương pháp quan sát, giao tiếp, hỏi tiền sử, thực nghiệm, xét nghiệm sàng lọc, hồ sơ bệnh án...

Người bệnh cần được nhận định đầy đủ các khía cạnh thể chất, tâm lý, xã hội, tinh thần.

Đau (phụ lục thang đánh giá mức độ đau)

Các triệu chứng lâm sàng khác

Các triệu chứng hoặc vấn đề tâm lý

Các vấn đề xã hội

Các vấn đề tinh thần

Các thành phần cơ bản của đánh giá chăm sóc giảm nhẹ

Bệnh sử hiện tại

+ Hiểu biết của bệnh nhân về bệnh và tiên lượng bệnh.

+ Ngày chẩn đoán.

+ Các điều trị trước đây.

+ Tình trạng hoạt động

Tiền sử bệnh

+ Bệnh tật

+ Các phương thức điều trị

Xem xét các triệu chứng

+ Các triệu chứng cơ bản:

Đau

Khó thở

Buồn nôn.nôn

Tiêu chảy

Táo bón

Chán ăn

Sự lo lắng

Tâm trạng buồn chán

Tình trạng mê sảng

Sự mất ngủ

Các triệu chứng khác mà thường gây ra bởi loại bệnh của bệnh nhân

+ Trình tự sắp xếp theo thời gian: ngày bắt đầu, tần suất

+ Vị trí (nếu có liên quan)

+ Mức độ nặng

+ Đặc điểm của các triệu chứng hoặc loại triệu chứng (ví dụ: cơn đau âm ỉ liên tục hay đau nhói thành từng cơn)

+ Các yếu tố làm cho triệu chứng xấu đi hoặc tốt lên

+ Ảnh hưởng đến chức năng (các hoạt động hàng ngày)

+ Ảnh hưởng đến các triệu chứng khác (ví dụ: cơn đau nặng có thể gây ra nôn, mất ngủ và mệt mỏi)

+ Nhận thức của bệnh nhân về nguyên nhân

+ Các điều trị trước đó và hiệu quả của chúng

Dị ứng thuốc

Các thuốc đang dùng hiện tại

Khám lâm sàng

Xem xét các dữ kiện xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh

Tiền sử bệnh

Xem xét các triệu chứng

Bệnh sử xã hội

+ Các thành viên của gia đình gần gũi + Hoàn cảnh sống + Ảnh hưởng của bệnh

tật đến:

Bệnh nhân

Gia đình (bao gồm cả tình trạng tài chính)

+ Ảnh hưởng của các triệu chứng đến chất lượng cuộc sống

+ Hỗ trợ xã hội

+ Học vấn

+ Tiền sử công việc

+ Niềm tin tôn giáo

+ Tiền sử dùng các chất gây nghiện

+ Những căng thẳng khác:

Những người bị ốm khác trong gia đình

Những cái chết trước đó trong gia đình

Tóm tắt đánh giá

+ Các vấn đề y học chính + Tiên lượng có thể xảy ra + Những mục đích của chăm sóc + Các vấn đề chăm sóc giảm nhẹ

+ Chẩn đoán phân biệt của từng triệu chứng hoặc vấn đề khi nguyên nhân không rõ ràng

#### **4.2. Chẩn đoán điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ**

Chẩn đoán điều dưỡng do người điều dưỡng đề ra sau khi phân tích các số liệu đã thu thập được. Để xác định được nhu cầu chăm sóc theo thứ tự ưu tiên, người điều dưỡng cần phải cân nhắc và quan tâm đến sự lựa chọn và mong muốn của người bệnh và gia đình. Khi xác định nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho người bệnh, người bệnh cần được đặt trong bối cảnh cụ thể liên quan đến khả năng ứng phó và các nguồn lực hỗ trợ sẵn có của người bệnh.

#### **4.3. Lập kế hoạch chăm sóc giảm nhẹ**

Kế hoạch chăm sóc là trọng tâm của quy trình điều dưỡng. Kế hoạch chăm sóc giảm nhẹ cần được lập dựa trên kết quả nhận định và những ưu tiên liên quan đến chẩn đoán điều dưỡng. Xác định vấn đề ưu tiên phải xuất phát từ nhu cầu của mỗi cá nhân hay mỗi gia đình. Kế hoạch chăm sóc giảm nhẹ cần được cụ thể hóa cho từng người bệnh và có thể thay đổi tùy theo giai đoạn và quá trình diễn tiến của bệnh.

Kế hoạch chăm sóc giảm nhẹ phải mang tính toàn diện, liên tục và phù hợp với mục tiêu chăm sóc. Một điểm lưu ý, cần có sự tham gia của người bệnh và gia đình trong việc lập kế hoạch chăm sóc, khi một hay nhiều mục tiêu của chăm sóc không được xác định rõ ràng, cần xác định những mục tiêu này cũng như các hoạt động thực hiện thông qua thảo luận với người bệnh và gia đình. Kế hoạch chăm sóc được xây dựng phải phù hợp với niềm tin, tín ngưỡng, tập quán, truyền thống văn hóa của người bệnh và gia đình. Cần tôn trọng quyền tự quyết của khách hàng.

+ Những can thiệp ngay lập tức để làm giảm sự đau đớn

+ Lập kế hoạch để ngăn ngừa hoặc giảm nhẹ sự đau đớn trong tương lai

#### **4.4. Thực hiện kế hoạch chăm sóc giảm nhẹ**

Cần tập trung vào các can thiệp nhằm đạt được các mục tiêu đã đề ra.

Các can thiệp chăm sóc giảm nhẹ bao gồm giảm đau và làm dịu các triệu chứng mà người bệnh phải chịu đựng; hỗ trợ tâm lý, tinh thần cho người bệnh và gia đình như khuyến khích người bệnh sống càng tích cực càng tốt; bình thản và sẵn sàng chuẩn bị cho cái chết; tạo điều kiện và hỗ trợ người bệnh tiếp cận dễ dàng với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe và tiếp tục tuân thủ chế độ chăm sóc và điều trị đặc hiệu; thảo luận với người bệnh và gia đình về mong muốn chăm sóc giai đoạn cuối đời; ngăn ngừa những can thiệp không cần thiết hoặc người bệnh không mong muốn giúp người bệnh chuẩn bị cho cái chết thanh thản, nhẹ nhàng.

Trong quá trình thực hiện chăm sóc giảm nhẹ, người điều dưỡng cần tiên lượng những triệu chứng tiềm tàng và những vấn đề tâm lý - xã hội mà người bệnh và gia đình phải đối mặt trong tương lai; ngăn ngừa những can thiệp y học không thích hợp, như cân nhắc về lợi ích tích cực và gánh nặng của những biện pháp điều trị. Người điều dưỡng cần có quan niệm tích cực về sự sống và cái chết; xem sự sống và cái chết như một tiến trình tự nhiên. Chăm sóc giảm nhẹ không được đẩy người bệnh nhanh đến cái chết, nhưng cũng không cố kéo dài sự hấp hối một cách quá mức.

Hỗ trợ gia đình đương đầu với tình trạng bệnh tật của người bệnh và sau khi người bệnh tử vong. Tích cực khuyến khích người bệnh, gia đình người bệnh, người thân, cộng đồng cùng tham gia vào việc chăm sóc giảm nhẹ.

#### **4.5. Đánh giá chăm sóc giảm nhẹ**

Quá trình đánh giá tập trung xác định xem mục tiêu đề ra của kế hoạch chăm sóc giảm nhẹ có được đáp ứng không. Việc thực hiện đánh giá kết quả chăm sóc giảm nhẹ cần được thực hiện thường xuyên nhằm đảm bảo quá trình thực hiện chăm sóc giảm nhẹ đáp ứng được nhu cầu cụ thể của cá nhân người bệnh và gia đình nhằm có sự điều chỉnh cần thiết khi diễn tiến bệnh phức tạp hoặc khi mục tiêu và kế hoạch chăm sóc thay đổi.

Đánh giá hiệu quả chăm sóc giảm nhẹ dựa trên các mức độ kiểm soát hiệu quả các triệu chứng thực thể, mức độ thoải mái về mặt tinh thần, xã hội, chất lượng cuộc sống đáp ứng các nhu cầu chăm sóc của người bệnh và gia đình.

### **5. Những nguyên tắc đặc biệt trong CSGN cho bệnh nhân HIV/AIDS**

#### **5.1. Chăm sóc toàn diện bệnh nhân HIV/AIDS nên kết hợp**

Tư vấn phòng ngừa HIV

Phòng và điều trị nhiễm trùng cơ hội

Điều trị kháng vi rút ARV

Chăm sóc giảm nhẹ

Không có sự mâu thuẫn giữa điều trị kháng vi rút ARV và chăm sóc giảm nhẹ.

Sự cân bằng luôn luôn nên được theo đuổi giữa điều trị đặc hiệu ARV, điều trị các biến chứng cấp tính như là các nhiễm trùng cơ hội, và chăm sóc giảm nhẹ.

Nên làm mọi nỗ lực để điều trị bệnh nhân AIDS bằng ARV.

Đau và các triệu chứng khó chịu khác, do bệnh hoặc do tác dụng phụ của thuốc

nên được điều trị tại bất kỳ giai đoạn nhiễm HIV nào.

Trong những giai đoạn sau của nhiễm HIV, nhiều bệnh nhân cần tăng cường chăm sóc giảm nhẹ bao gồm kiểm soát triệu chứng toàn diện và hỗ trợ tâm lý xã hội.

### **5.2. Những người sống chung với HIV/AIDS chịu đau khổ từ sự kỳ thị và phân biệt đối xử**

- Nhiều người sống chung với HIV/AIDS bị nhiều sự kỳ thị từ:
  - + Nhiễm HIV + Nhiễm lao + Nghiện ma túy + Mại dâm + Tình dục đồng giới.
- Việc kỳ thị dẫn đến:
  - + Phân biệt đối xử của nhiều người:
    - Người chủ sử dụng lao động
    - Chủ cho thuê nhà
    - Nhà trường
    - Các công ty bảo hiểm
  - + Sự xa lánh của bạn bè, gia đình, khách hàng, và những người khác.
  - + Xấu hổ + Cô lập về xã hội + Nghèo đói
  - + Tình trạng không gia đình + Không tự nguyện xét nghiệm HIV + Những vấn đề tâm thần dẫn đến tạo ra những vấn đề gia đình phức tạp:
    - Lo lắng
    - Trầm cảm
    - Tự tử
- Người lao động chính có thể ốm, gây ra những khó khăn tài chính nặng nề.
- Cả hai bố mẹ có thể ốm, tạo ra những khó khăn cả về tài chính và chăm sóc con cái, hoặc những đứa trẻ có thể cần chăm sóc cho cha mẹ chúng đang bệnh.
- Có thể có sự giận dữ, sợ hãi, mặc cảm tội lỗi liên quan đến khả năng lây nhiễm hoặc thực tế đã lây nhiễm HIV cho các thành viên trong gia đình.
- Nhiều người sống chung với HIV/AIDS sẽ trải qua nhiều sự mất mát của những thành viên trong gia đình hoặc bạn bè do AIDS.

Giống như kỳ thị, sự mất mát có thể gây ra hoặc làm nặng thêm những vấn đề tâm thần như lo lắng và trầm cảm.

### **5.3. Sự căng thẳng của người làm chăm sóc giảm nhẹ**

- Cung cấp chăm sóc giảm nhẹ cho những người sống chung với HIV/AIDS, hoặc điều trị bệnh nhân AIDS ở những nơi mà điều trị kháng vi rút không phổ biến cho tất cả bệnh nhân, có thể là rất căng thẳng cho người chăm sóc: Nhân viên y tế + Thành viên trong gia đình
- Tất cả những người thực hiện chăm sóc có thể giảm bớt sức ép nhờ:
- + Điều đặn nghỉ khỏi công việc chăm sóc

- + Thảo luận những gánh nặng và phần thưởng của công việc với đồng nghiệp
- Lên lịch đều đặn cho những hoạt động giải trí

## **6. Chăm sóc giảm nhẹ giai đoạn cuối đời**

Theo Hội đồng y học của Anh, người bệnh được xem là những người có thời gian sống còn lại không quá 12 tháng; bao gồm những cá nhân có thể tử vong trong vài giờ hoặc vài ngày mà không có các dấu hiệu báo trước như người bệnh có bệnh lý tiến triển, không thể điều trị khỏi, suy kiệt hoặc có những cơn cấp tính bùng phát gây đe dọa tính mạng.

Theo Bộ y tế Việt Nam, khi các biện pháp y học không còn hữu hiệu để giúp người bệnh tránh khỏi cái chết thì việc chăm sóc sẽ hướng tới việc hỗ trợ người bệnh chết một cách tự nhiên, thanh thản và yên tĩnh.

### **6.1. Các nguyên lý chung trong chăm sóc giảm nhẹ giai đoạn cuối đời**

- Những nội dung chính của chăm sóc người bệnh giai đoạn cuối đời bao gồm hỗ trợ về thể chất, cảm xúc, tình cảm, tâm lý và tâm linh đáp ứng các nhu cầu chăm sóc cho người bệnh, gia đình và người thân.
- Người điều dưỡng cần phát hiện và xác định mức độ nặng và nhu cầu chăm sóc của người bệnh thông qua việc đánh giá tỉ mỉ, cẩn thận các khía cạnh trên.

### **6.2. Mục tiêu của chăm sóc cuối đời**

- Xác định được những mong muốn cuối đời của người bệnh, gia đình; tiên lượng các vấn đề, triệu chứng, diễn tiến có thể xảy ra để có kế hoạch xử trí.
- Thảo luận, chia sẻ với người bệnh và gia đình để có thể đáp ứng tốt nguyện vọng của họ.
- Cung cấp kiến thức kiểm soát đau và các triệu chứng khác trong khả năng của điều dưỡng.
- Hỗ trợ người bệnh và gia đình một cách hiệu quả nhất về thể chất, cảm xúc, tình cảm, tâm lý và tâm linh.

### **6.3. Hỗ trợ tinh thần trong chăm sóc cuối đời**

- Điều dưỡng thường xuyên có mặt để động viên người bệnh, làm cho người bệnh hiểu rằng họ được chăm sóc và không bị bỏ rơi đơn độc một mình.
- Tạo điều kiện cho người bệnh nói ra những cảm xúc, mong muốn của họ và hỗ trợ người bệnh những công việc còn dang dở.
- Thông cảm với người bệnh vì một số người bệnh bị HIV/AIDS có thể trải nghiệm những cảm xúc tội lỗi, hối hận và tìm kiếm sự tha thứ. Người chăm sóc do vậy cần đồng viên và thể hiện sự thông cảm với người bệnh.
- Tôn trọng quyền tự quyết của người bệnh về nơi chăm sóc giai đoạn cuối, có thể là cơ sở y tế hoặc tại nhà.
- Không nên tạo hy vọng giả tạo cho người bệnh, mà người điều dưỡng chỉ đặt ra những mục đích nhỏ về tương lai của gia đình người bệnh.
- Hỗ trợ về tín ngưỡng: người điều dưỡng cần nhận ra những nhu cầu về tín ngưỡng, niềm tin, giá trị cá nhân của người bệnh, hiểu được mong muốn của người bệnh về cách tổ chức tang lễ khi người bệnh qua đời.

- Nếu người bệnh có thái độ phản ứng, người điều dưỡng cần bình tĩnh và cố gắng chấp nhận.

#### **6.4. Giảm bớt sự đau đớn cho người bệnh**

- Tôn trọng những than phiền của người bệnh về sự đau đớn của họ, không nên chỉ dựa vào đánh giá chủ quan của nhân viên y tế hoặc người chăm sóc.
- Áp dụng các biện pháp chăm sóc không đau như xoa bóp ở vị trí thích hợp, chườm nóng để giảm đau đớn và động viên người bệnh không nên sợ hãi.
- Dùng thuốc giảm đau đều đặn và hữu hiệu cả ngày và đêm
- Đưa thuốc vào cơ thể người bệnh bằng đường đơn giản nhất để hạn chế tối đa đau đớn
- Nếu người bệnh về nhà, người điều dưỡng cần hướng dẫn gia đình cách chăm sóc, cách sử dụng thuốc giảm đau.

#### **6.5. Quy trình chăm sóc giảm nhẹ người bệnh cuối đời**

Áp dụng quy trình điều dưỡng trong chăm sóc giảm nhẹ trong giai đoạn cuối đời cho người bệnh



##### **6.5.1. Dinh dưỡng:**

- Cho người bệnh ăn thức ăn lỏng như cháo, súp
- Chia thức ăn thành nhiều bữa nhỏ
- Không nên ép người bệnh ăn
- Khuyến khích uống nước trái cây
- Cho người bệnh ăn những thức ăn mà họ thích
- Nếu cần có thể đặt sonde hoặc truyền dịch hỗ trợ dinh dưỡng

##### **6.5.2. Vệ sinh thân thể:**

- Tắm hoặc lau người cho người bệnh thường xuyên, chú ý giữ vệ sinh và giữ khô vùng hậu môn sinh dục
- Vệ sinh răng miệng, mắt

##### **6.5.3. Chăm sóc da và niêm mạc:**

- Giữ da và niêm mạc sạch và khô
- Chăm sóc vết thương và băng nếu có viêm, loét da
- Giữ môi, miệng, mắt ẩm và không bị khô nứt

##### **6.5.4. Thay đổi tư thế:**

- Giúp người bệnh ngồi dậy hoặc ngồi trên ghế nếu được
- Thay đổi tư thế thường xuyên tránh loét tì đè và người bệnh được thoải mái
- Người bệnh giai đoạn cuối thích nằm kê gối vùng khoeo chân

#### 6.5.5. Chăm sóc hô hấp:

- Cho người bệnh ngồi nếu khó thở
- Cho thở oxy nếu cần
- Làm thông thoáng đường thở cho người bệnh (hút đờm dãi nếu cần)

#### 6.5.6. Chăm sóc người bệnh khi tinh thần lú lẫn:

Khi người bệnh mất trí nhớ, nói không rõ ràng, không nhận ra được những gì diễn ra chung quanh, người điều dưỡng cần thường xuyên có mặt bên cạnh để theo dõi và hỗ trợ người bệnh tránh được nguy hiểm.

Về thị giác: người bệnh có thể sợ ánh sáng cần điều chỉnh ánh sáng phù hợp, đảm bảo thoáng khí

#### 6.5.7. Phối hợp với gia đình người bệnh:

- Duy trì thông tin cho gia đình về tình trạng của người bệnh
- Tạo điều kiện để gia đình vào thăm người bệnh khi người bệnh sắp qua đời.

### 6.6. Chăm sóc người bệnh lúc qua đời

#### 6.6.1. Các dấu hiệu khi cái chết sắp xảy ra:

- Ngủ nhiều hoặc hôn mê
- Động tác lú lẫn
- Giảm ăn và uống
- Tiêu, tiểu giảm dần
- Thay đổi về hô hấp (thở nhanh và không đều)
- Thay đổi về tuần hoàn (giảm nhịp tim, huyết áp, chân tay lạnh)

#### 6.6.2. Các dấu hiệu khi người bệnh chết hẳn:

- Ngừng thở hoàn toàn
- Ngừng tim và không còn mạch
- Hoàn toàn không đáp ứng với kích thích
- Mở mắt theo một hướng hoặc nhắm nghiền
- Thay đổi sắc thái của da

#### 6.6.3. Chăm sóc khi người bệnh tử vong:

- Điều dưỡng mang găng tay sạch; xoa mắt và giữ nguyên trong vài giây để mắt nhắm lại; đỡ cho miệng ngậm lại; tháo bỏ dây truyền dịch, băng cùng các y dụng cụ trên thân thể tử thi nếu có; vệ sinh thân thể; thu dọn dụng cụ ra khỏi giường bệnh đúng cách; thay quần áo cho tử thi; đặt thi hài nằm ngửa ngay ngắn, hai tay để duỗi cạnh thân người; đặt gối nhỏ dưới đầu tử thi.

- Động viên và chia buồn với gia đình. Nếu người bệnh tử vong tại cơ sở y tế, xử lý tử

thi theo quy định. Nếu người bệnh tử vong tại nhà, chú ý không để máu, dịch tiết của tử thi tiếp xúc với da của người làm công tác khám liệm, nhập quan.

- Hỗ trợ mai táng hoặc hỏa táng theo truyền thống, tập quán của địa phương và nguyện vọng của gia đình.



### **Kết luận**

Chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc người bệnh giai đoạn cuối đời được xem là hiệu quả khi mong muốn, hy vọng và nhu cầu của người bệnh và gia đình được mọi thành viên của nhóm chăm sóc tôn trọng, nỗ lực và cố gắng đáp ứng tốt nhất có thể. Điều dưỡng chăm sóc giảm nhẹ đem đến cho người bệnh và gia đình người bệnh không chỉ kiến thức, mà cả kỹ năng chuyên môn, tình thương yêu và lòng trắc ẩn nhằm xoa dịu phần nào nỗi đau thể chất, cảm xúc, tâm lý và mang đậm tính nhân văn.

**Tình huống:** Bệnh nhân Trần Thị B - 40 tuổi, nữ giới, đang sinh sống tại địa phương cùng hai con gái (20 tuổi và 15 tuổi). Chồng chị chết cách đây 3 năm với chẩn đoán sóc nhiễm trùng nặng trên nền bệnh nhân AIDS giai đoạn cuối. Bản thân chị B hiện được chẩn đoán AIDS giai đoạn cuối. Hãy thảo luận về trách nhiệm và vai trò của điều dưỡng đang công tác tại trạm y tế, địa phương chị B đang sinh sống, trong trường hợp này dựa trên nguyên lý chăm sóc giảm nhẹ và chăm sóc cuối đời.

### **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ ( chọn câu trả lời đúng nhất)**

1. Mục đích cơ bản của chăm sóc giảm nhẹ:
  - A. Trì hoãn cái chết cho người bệnh
  - B. Kéo dài cuộc sống cho người bệnh
  - C. Nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh
  - D. Điều trị khỏi bệnh
2. Thời điểm áp dụng chăm sóc giảm nhẹ là:
  - A. Tiến hành ngay khi phát hiện bệnh.
  - B. Ngay khi phát hiện bệnh và duy trì liên tục trong suốt quá trình diễn biến của bệnh.
  - C. Áp dụng chăm sóc giảm nhẹ càng sớm càng tốt
  - D. Hỗ trợ cho gia đình sau khi người thân qua đời
3. Địa điểm áp dụng chăm sóc giảm nhẹ là

- A. Việc chăm sóc giảm nhẹ có thể được thực hiện ở bất cứ đâu
  - B. Tại nhà người bệnh
  - C. Tại cộng đồng nơi người bệnh sinh sống
  - D. Tại trạm y tế xã, phường
4. Đối tượng cần được chăm sóc giảm nhẹ:
- A. Gia đình người bệnh thuộc đối tượng được chăm sóc giảm nhẹ
  - B. Tất cả người bệnh ung thư và AIDS.
- C. Người bệnh phải chịu đựng sự đau đớn về thể chất, tinh thần và xã hội kéo dài mức độ vừa đến nặng thì cần áp dụng chăm sóc giảm nhẹ
- D. Người bệnh và các gia đình người bệnh đang phải đối mặt với các bệnh tật đe dọa đến tính mạng
5. Nhóm chăm sóc đa thành phần bao gồm:
- A. Người bệnh, nhân viên y tế, gia đình người bệnh, nhân viên xã hội, người tình nguyện.
  - B. Nhân viên y tế, gia đình người bệnh, nhân viên xã hội, người tình nguyện.
  - C. Bác sĩ gia đình, người bệnh, trạm y tế, cộng đồng nơi người bệnh sinh sống.
  - D. Người bệnh, gia đình, cán bộ trạm y tế xã, phường nơi người bệnh sinh sống.

**Gợi ý đáp án:** 1(C); 2(B); 3(A); 4 (D); 5A

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế (2006), Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS, nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (2017), Chăm sóc giảm nhẹ, tài liệu Đào tạo liên tục.
3. African Palliative Care Association (2010). *Palliative Care*, Kampala, 6-7.
4. WHO (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*. *Worldwide palliative care Alliance*, The Worldwide Palliative Care Alliance, London.

### **TÀI LIỆU ĐỌC THÊM**

#### **PHỤ LỤC 1: THANG ĐIỂM CƯỜNG ĐỘ ĐAU**



**PHỤ LỤC 3: CÁC THUỐC CƠ BẢN THƯỜNG DÙNG CHO NGƯỜI BỆNH NHỮNG NGÀY CUỐI ĐỜI**

Triệu chứng	Thuốc
- Đau	- Chất dạng thuốc phiện
- Khó thở	- Chất dạng thuốc phiện
- Xuất tiết	- Hyoscine
- Bồn chồn, lo lắng	- Thuốc an thần (Haloperidol, Benzodiazepam)

**PHỤ LỤC 4: BẢNG HỎI TÓM TẮT ĐÁNH GIÁ ĐAU**

Ngày tháng: .....

Họ tên bệnh nhân: .....

Mã số: .....

***Bảng hỏi tóm tắt đánh giá đau***

1. Hôm nay anh.chị có bị đau nào khác ngoài các kiểu đau thường ngày như vậy không?

.....

2. Anh. chị bị đau ở vị trí nào?

.....

3. Hãy đánh giá mức độ đau của anh.chị bằng cách đánh dấu vào ô mô tả đúng nhất mức độ đau nhiều nhất trong 24 giờ qua

0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10  
 Không đau Đau ở mức khủng khiếp nhất

4. Hãy đánh giá mức độ đau của anh.chị bằng cách đánh dấu vào ô mô tả đúng nhất mức độ đau ít nhất trong 24 giờ qua

0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10  
 Không đau Đau ở mức khủng khiếp nhất

5. Hãy đánh giá mức độ đau của anh.chị bằng cách đánh dấu vào ô mô tả đúng nhất mức độ đau trung bình

0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10  
 Không đau Đau ở mức khủng khiếp nhất

6. Hãy đánh giá mức độ đau của anh.chị bằng cách đánh dấu vào ô mô tả đúng nhất mức độ đau hiện nay

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 Không đau Đau ở mức khủng khiếp nhất

7. Anh.chị đã được điều trị hay dùng thuốc gì để xử trí đau?

.....  
 .....

8. Trong 24 giờ qua, phương pháp điều trị hay thuốc làm giảm đau được bao nhiêu phần? Hãy đánh dấu vào ô chỉ mức độ % đau đã giảm đi.

9. Đánh dấu vào ô mô tả đúng nhất mức độ gây trở ngại với cuộc sống của anh.chị trong 24 giờ qua

A. Hoạt động nói chung

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 Không trở ngại Bị trở ngại hoàn toàn

B. Tâm trạng

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 Không trở ngại Bị trở ngại hoàn toàn

C. Khả năng đi lại

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 Không trở ngại Bị trở ngại hoàn toàn

D. Công việc bình thường (bao gồm cả công việc bên ngoài và việc nhà)

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 Không trở ngại Bị trở ngại hoàn toàn

E. Quan hệ với những người khác

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 Không trở ngại Bị trở ngại hoàn toàn

F. Ngủ

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 Không trở ngại Bị trở ngại hoàn toàn

G. Niềm vui với cuộc sống

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10  
 Không trở ngại Bị trở ngại hoàn toàn

## PHỤ LỤC 5: ĐÁNH GIÁ TÂM LÝ

1. Sức khỏe tâm thần

Nhu cầu của người bệnh . nhận xét:

Có nhập viện lần nào vì lý do liên quan đến sức khỏe tâm thần không?

*Đánh giá nguy cơ:*

Anh.chị đã bao giờ có ý nghĩ tự làm hại bản thân hoặc người khác chưa? (Nếu có

xin nêu chi tiết)

*Sử dụng rượu . chất gây nghiện:*

Hiện tại anh.chị có sử dụng thường xuyên một chất gây nghiện nào không?

Nếu có nêu rõ loại chất sử dụng: .....

Trước đây anh.chị có bao giờ sử dụng thường xuyên một chất gây nghiện nào không?.....

Nếu có nêu rõ loại chất đã sử dụng:.....

Lần cuối sử dụng là bao giờ?.....

Anh.chị đã bao giờ dùng quá liều chưa?.....

Nếu có thì khi nào?.....

2. Ngủ:

Các giấc ngủ trong ngày:.....Số giờ ngủ:.....

Có sử dụng thuốc ngủ?.....

Biện pháp khác để dễ ngủ? (Nói rõ).....

Nhu cầu của người bệnh.nhận xét:

3. Điều trị bổ sung . Thuốc thay thế:

Hiện đang được điều trị bổ sung . Thuốc thay thế.....

Nhu cầu của người bệnh . nhận xét:.....

4. Đánh giá về tinh thần:

Anh.chị hiện có đang theo tôn giáo.tín ngưỡng nào mà chúng tôi nên biết không?.....

Anh.chị có đang theo phong tục.tập quán nào mà chúng tôi nên biết không?.....

Nhu cầu của người bệnh.nhận xét.....

Anh.chị tìm đến ai để được hỗ trợ về mặt tinh thần.....

Nhu cầu của người bệnh.nhận xét.....

(Nếu người bệnh có nhu cầu hỗ trợ về mặt tinh thần, hãy giới thiệu đến nơi phù hợp)

5. Hệ thống hỗ trợ giúp đương đầu với bệnh tật

Anh.chị làm gì để có thể đương đầu với bệnh tật và giải quyết các vấn đề liên quan?.....

Trước đây, anh.chị đã làm như thế nào?.....

Nhu cầu tư vấn.....

Khi cần được hỗ trợ, anh.chị trông cậy vào ai?.....

Anh.chị đã kể cho gia đình . bạn tình . bạn bè (người thân) về bệnh tật, việc điều trị của mình chưa?

Nhận xét.....

Gia đình bạn tình của anh.chị hiểu như thế nào về căn bệnh của anh.chị? .....

Anh.chị có cần được giúp đỡ để thông báo về bệnh tật cho người thân không? .....

6. Những quan tâm chính của người bệnh và người thân:

Nhu cầu được hỗ trợ cho người chăm sóc (Ví dụ: được chăm sóc tại nhà, được nghỉ ngơi...)?.....

Có nhu cầu được hỗ trợ bởi đội chăm sóc tại nhà.tình nguyện viên?.....

Có con nhỏ cần được hỗ trợ trong quá trình bệnh không?.....

7. Sự thân tình

Bệnh tật có làm ảnh hưởng đến cảm giác thân tình của anh.chị với người khác không? .....

Nhu cầu của người bệnh.nhận xét.....

Anh.chị có lo lắng về các mối quan hệ của mình không?.....

Nhu cầu của người bệnh . nhận xét.....

Các nhu cầu khác của người bệnh. nhận xét.....

#### **PHỤ LỤC 6: BẢNG KIỂM THỰC HÀNH KỸ NĂNG CHUỒM NÓNG**

<b>TT</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
1	Báo và giải thích cho bệnh nhân		
2	Đặt bệnh nhân tư thế thuận tiện		
3	Bộc lộ vùng chườm nóng và quan sát vùng da		
4	Đặt túi chườm lên vị trí cần chườm, lưu ý miệng túi quay lên trên		
5	Quan sát và hỏi thăm BN, cố định vị trí túi chườm		
6	Thay đổi vị trí và quan sát BN trong thời gian chườm		
7	Thời gian chườm phù hợp		
8	Quan sát vị trí chườm và trả BN được tiện nghi		
9	Thu dọn dụng cụ và rửa tay		
10	Đánh giá kết quả, tình trạng BN, ghi hồ sơ		

#### **PHỤ LỤC 7: BẢNG KIỂM THỰC HÀNH KỸ NĂNG CHUỒM LẠNH**

<b>TT</b>	<b>Nội dung</b>	<b>Có</b>	<b>Không</b>
1	Báo và giải thích cho bệnh nhân		
2	Đặt bệnh nhân tư thế thuận tiện		
3	Bộc lộ vùng chườm lạnh và quan sát vùng da		

4	Đặt túi chườm lên vị trí cần chườm, lưu ý miệng túi quay lên trên		
5	Quan sát và hỏi thăm BN, cố định vị trí túi chườm		
6	Thay đổi vị trí và quan sát BN trong thời gian chườm		
7	Thời gian chườm phù hợp từ 2 - 3 giờ		
8	Lau khô da, quan sát vị trí chườm		
9	Xoa bóp		
10	Trả BN được tiện nghi		
11	Thu dọn dụng cụ và rửa tay		
12	Đánh giá kết quả, tình trạng BN, ghi hồ sơ		

## **BÀI 6**

### **CÁC KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG CƠ BẢN TẠI XÃ**

#### **MỤC TIÊU**

1. Nêu được các bước của quy trình của kỹ thuật điều dưỡng: thay băng, cắt chỉ, lấy máu, thông tiểu, rửa bàng quang, thụt tháo, khí dung, tiêm và truyền dịch.
2. Thực hiện được thành thạo các kỹ thuật nói trên tại cộng đồng
3. Thể hiện được sự thận trọng, an toàn, vô khuẩn khi thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng.

#### **NỘI DUNG**

##### **1. Kỹ thuật thay băng vết thương vô khuẩn.**

###### **1.1. Định nghĩa vết thương vô khuẩn**

Vết thương vô khuẩn là vết thương được tạo nên trong môi trường vô khuẩn, da và những tổ chức dưới da không bị nhiễm khuẩn (da đã được sát khuẩn, vết thương do dao mổ vô khuẩn tạo ra, được khâu lại và băng kín trên bàn mổ).

###### **1.2. Mục đích**

- Che chở ngăn ngừa sự nhiễm khuẩn.
- Giữ vết thương sạch mau lành.
- Thấm hút các dịch tiết.
- Đắp thuốc vào vết thương.
- Cầm máu nơi vết thương

###### **1.3. Nguyên tắc**

- Không thay băng hàng ngày
- Không nên rửa với dung dịch chậm bốc hơi
- Không cần bôi, thoa thuốc sát khuẩn lên vết thương (thuốc đỏ, pomade...)
- Che vết thương đủ kín (không quá dày)
- Khi cắt chỉ phân nửa thì mới cắt mỗi chừa, mỗi chỉ ở hai đầu vết thương không cắt
- Thời gian qui định cắt chỉ từ 7 - 12 ngày, ở mặt có thể cắt sớm hơn vào ngày thứ 5 để tránh sẹo
- Trước thời gian cắt chỉ đôi khi phải thay băng trong trường hợp:
  - + Tróc băng keo
  - + Băng bị dơ hay ướt
  - + Nghi vết thương bị nhiễm khuẩn.
- Dấu hiệu nghi vết thương nhiễm khuẩn:
  - + Cảm giác đau nơi vết thương tăng
  - + Thân nhiệt tăng

- + Chung quanh vết thương viêm tấy đỏ.
- Đúng ngày qui định cắt chỉ, cắt hết hay cắt 1.2 chỉ tùy theo:
  - + Vết thương dài hay ngắn
  - + Vết thương lành tốt hay không (do thể trạng bệnh nhân)
- Cắt chỉ ở bụng xong, khi băng nên quấn thêm băng cuộn bên ngoài hoặc băng thun để hạn chế bớt cử động ở bụng

#### 1.4. Quy trình kỹ thuật

##### QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG RỬA VẾT THƯƠNG SẠCH

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Bộc lộ vết thương. Trải nilon dưới vết thương.
4.	Mở hộp dụng cụ thay băng, mang găng tay sạch.
5.	Tháo bỏ băng cũ. Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương.
6.	Tháo găng. Mở sẵn vô khuẩn, đổ các dung dịch ra cốc.
7.	Mang găng tay vô khuẩn.
8.	Rửa vết thương. Thấm khô vết thương. Sát khuẩn vết thương, băng vết thương
9.	Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay. Dặn dò người bệnh.
10.	Ghi hồ sơ bệnh án

#### 2. Cắt chỉ vết thương

##### 2.1. Mục đích

- Tránh xẹo xấu
- Thoát lưu dịch, mũ

##### 2.2. Chỉ định

- Vết thương lành tốt đến ngày cắt chỉ
- Vết thương nhiễm trùng

##### 2.3. Một số yêu cầu khi cắt chỉ vết thương.

- Sát khuẩn vết thương sạch sẽ.
- Vô khuẩn triệt để dụng cụ, vật liệu và tay kỹ thuật viên.
- Đủ bông gạc thấm hút dịch trong 24 giờ.
- Nhẹ nhàng, nhanh chóng không làm tổn thương thêm các tổ chức, rút ngắn thời gian đau đớn cho người bệnh.
- Che kín vết thương ngăn ngừa nhiễm khuẩn.
- Vết thương nhiễm trùng: cắt sớm khi phát hiện các dấu hiệu nhiễm trùng
- Thời gian cắt chỉ:

- + Vết thương đầu, mặt, cổ thâm mỹ 3-5 ngày
- + Vết thương bình thường 7 ngày
- + Vết thương dài trên 10 cm, gần khuỷu, xương, thời gian cắt chỉ lâu hơn.
- + Vết thương ở người già yếu, suy dinh dưỡng, thành bụng nhiều mỡ: từ 10 ngày trở lên mới cắt chỉ
- + Vết thương nhiễm trùng: cắt sớm thường vào ngày thứ 2 hoặc 3, cắt chỉ ngắt quãng (cắt một mũi bỏ một mũi) cho dịch và máu thoát ra nhằm hạn chế viêm nhiễm
  - Khi cắt chỉ không được để chỉ nằm trên da chui xuống dưới da
  - Vết khâu có thể khâu theo nhiều kiểu khác nhau cần quan sát kỹ mỗi chỉ trước khi cắt.
  - Tránh làm tổn thương da khi cắt chỉ, hạn chế sự đau đớn cho người bệnh
  - Kiểm tra sự nguyên vẹn của mỗi chỉ sau khi cắt

## 2.4. Quy trình kỹ thuật cắt chỉ

*Các bước 1- 8 làm như quy trình thay băng rửa vết thương sạch.*

<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Vết khâu rời:</b></li> <li>+ Đặt miếng gạc vô khuẩn cạnh vết khâu.</li> <li>+ Dùng kẹp phẫu tích nhấc mỗi chỉ lên khỏi mặt da.</li> <li>+ Luồn 1 bên mũi kéo vào chân chỉ sát mặt da.</li> <li>+ Cắt đứt chỉ, tay cầm kẹp rút chỉ ra khỏi vết khâu đặt lên gạc</li> <li>+ Tiếp tục cắt hết chỉ theo chỉ định của thầy thuốc</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Vết mổ khâu bằng móc bấm kim loại.</b></li> <li>+ Tháo móc bấm như sau: luồn 1 bên mũi kèm sát vào da, dưới móc bấm. Bóp mạnh phía tay cầm kim, 2 đầu của móc bấm sẽ bật ra khỏi da.</li> <li>+ Nhanh chóng kẹp móc kim loại ra khỏi người bệnh.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cắt chỉ khâu liên tục hay khâu vát</li> <li>+ Đặt miếng gạc vô khuẩn cạnh vết khâu.</li> <li>+ Kẹp và cắt mỗi chỉ sát da ở đầu vết khâu</li> <li>+ Cắt mỗi chỉ thứ 2 cùng phía với mỗi chỉ thứ nhất.</li> <li>+ Nhẹ nhàng gấp đoạn chỉ đã cắt khỏi da. Đặt lên gạc. Tiếp tục cho đến khi hết chỉ.</li> </ul>

*Tiếp tục thực hiện bước 9,10 như quy trình thay băng rửa vết thương sạch.*

## 3. Kỹ thuật chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn cắt chỉ

### 3.1. Định nghĩa

Vết thương nhiễm khuẩn là vết thương được tạo ra trong trường hợp như tai nạn giao thông, tai nạn nghề nghiệp, tai nạn chiến tranh tức là trong điều kiện không vô khuẩn. Do đó nếu vết thương không được chăm sóc ngay từ đầu cẩn thận thì vi khuẩn sẽ sinh sản nhanh chóng, làm vết thương có mủ, chất dịch và có mùi hôi.

### 3.2. Nguyên tắc

- Nếu nhiều dịch tiết, phải đắp nhiều gòn bao thấm hút.
- Băng bị ướt nên thay ngay, vì băng ướt vết thương sẽ nhiễm khuẩn thêm, da chung quanh sớm bị rôm đỏ, vết thương lan rộng thêm, làm bệnh nhân ngứa ngáy khó chịu.
- Có thể bảo vệ da xung quanh bằng cách bôi chất trơn nếu vết thương tiết nhiều chất dịch.
- Hàng ngày thay băng quan sát xem vết thương tiến triển tốt hay xấu để thay đổi dung dịch sát khuẩn cho thích hợp.
- Đối với vết thương rịn máu có thể rửa bằng oxy già, sau đó đắp vải thưa và băng nén chặt.
- Nếu chất bài tiết ở vết thương quá đặc, mặt vết thương đóng một lớp mũ khó chùi hoặc vết thương có nhiều chất nhầy không tróc ra được, có thể đắp ướt với Eau Dakin,... để chất nhầy mềm ra, để dễ rửa hoặc cắt lọc.

### 3.3. Kỹ thuật chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn

Thường phải cắt chỉ sớm hơn dự kiến để làm sạch vết mổ.

### 3.4. Quy trình kỹ thuật

#### QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG RỬA VẾT THƯƠNG NHIỄM KHUẨN CẮT CHỈ

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Bộc lộ vết thương. Trải nilon dưới vết thương.
4.	Mở hộp dụng cụ thay băng, mang găng tay sạch.
5.	Tháo bỏ băng cũ. Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương.
6.	Tháo găng. Mở nắp vô khuẩn, đổ các dung dịch ra cốc.
7.	Mang găng tay vô khuẩn. Ấn cho dịch ở trong vết thương chảy ra hết (nếu dịch nhiều, cắt chỉ cách hoặc cắt toàn bộ chỉ tháo mũ. Nếu có tổ chức hoại tử cắt lọc tổ chức hoại tử). Bơm oxy già vào chính giữa vết thương, rửa lại bằng nước muối sinh lý
8.	Thấm khô vết thương. Sát khuẩn vết thương, băng vết thương
9.	Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay. Dặn dò người bệnh.
10.	Ghi hồ sơ bệnh án

## 4. Lấy máu xét nghiệm

### 4.1. Mục đích

- Lấy máu làm xét nghiệm giúp cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh có kết quả
- Theo dõi diễn biến của bệnh.

### 4.2. Chỉ định

- Người bệnh mới vào viện
- Đang nằm viện để theo dõi kết quả điều trị
- Khám sức khoẻ định kỳ.

#### 4.3. Quy trình kỹ thuật.

#### QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY MÁU TĨNH MẠCH LÀM XÉT NGHIỆM

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Thử bơm kim tiêm.
4.	Bộc lộ, xác định vị trí lấy máu, đặt gối kê tay, dây garo.
5.	Mang găng tay sạch, thắt dây garo. Sát khuẩn vị trí lấy máu.
6.	Lấy đủ lượng máu cần thiết.
7.	Bơm máu vào ống nghiệm. Đặt ống nghiệm vào giá đựng.
8.	Dẫn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay.
9.	Ghi hồ sơ, gửi bệnh phẩm.

#### 5. Thông tiểu

**5.1. Mục đích:** Thông tiểu là một phương pháp đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang để lấy nước tiểu ra ngoài nhằm mục đích

- Chẩn đoán: Làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào, cấy nước tiểu tìm vi khuẩn gây bệnh
- Điều trị: lấy nước tiểu ra ngoài khi người bệnh bí tiểu hoặc bơm rửa bàng quang.
- Trong trường hợp cần phải thông tiểu nhiều lần, có thể lưu ống thông tiểu trong nhiều giờ, nhiều ngày gọi là dẫn lưu nước tiểu.

#### 5.2. Áp dụng

- Người bệnh bí tiểu.
- Thông tiểu trước khi mổ (mở sỏi hệ tiết niệu, mổ đẻ...).
- Người bệnh hôn mê.
- Lấy mẫu nước tiểu vô khuẩn để làm các xét nghiệm chẩn đoán các bệnh lý của bàng quang và hệ tiết niệu.

#### 5.3. Không áp dụng

- Nhiễm khuẩn niệu đạo
- Giập rách niệu đạo
- Chấn thương tiền liệt tuyến (nếu thông tiểu có thể gây tổn thương thêm niệu đạo).

#### 5.4. Những điểm cần lưu ý khi thông tiểu

- Dụng cụ phải tuyệt đối vô khuẩn để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.

- Kỹ thuật thực hiện phải đúng quy trình và vô khuẩn. Động tác nhẹ nhàng nếu vướng mắc phải làm lại hoặc bảo người bệnh há miệng thở đều để giảm co thắt niệu đạo.
- Phải chắc chắn ống thông nằm trong đúng bàng quang mới được bơm bóng
- Phải lấy nước tiểu giữa bãi (nếu xét nghiệm tìm vi khuẩn) và đưa trực tiếp vào ống nghiệm vô khuẩn.
- Thường không lưu ống thông quá 48 giờ. Tuy nhiên, nếu đảm bảo vô khuẩn tốt hoặc những trường hợp người bệnh khó đặt thông tiểu thì có thể lưu ống thông lâu hơn hoặc theo chỉ định của bác sỹ.
- Nếu người bệnh bí tiểu phải rút nước tiểu chậm và không rút quá 750ml nước tiểu trong bàng quang sẽ làm giảm áp lực đột ngột và gây chảy máu.
- Theo dõi người bệnh trong và sau khi thông tiểu để phát hiện những dấu hiệu bất thường và xử lý kịp thời.
- Phải theo dõi và quan sát hàng ngày:
  - + Sự lưu thông của nước tiểu và vị trí ống thông.
  - + Tình trạng da, niêm mạc bộ phận sinh dục và lỗ tiểu của người bệnh.
  - + Số lượng, tính chất của nước tiểu.
  - Luôn giữ cho hệ thống ống dẫn kín, 1 chiều và vô khuẩn.

**\* Đối với thông tiểu liên tục**

- Bơm nước cất vào một nhánh của ống thông để làm căng bóng chèn. Cố định ống thông vào đùi. Nhắc người bệnh, người nhà người bệnh không được rút ống thông ra.
- Theo dõi và chăm sóc ống thông hàng ngày và ghi kết quả vào bảng theo dõi: tình trạng người bệnh, số lượng, màu sắc nước tiểu, ...
- Lưu ý khi lưu ống thông trong thông tiểu liên tục:
  - + Bơm bóp khi đảm bảo ống thông nằm trong bàng quang.
  - + Kẹp ống thông; mở cho nước tiểu chảy ra 2-3h.lần.
  - + Luôn giữ cho hệ thống ống dẫn kín, 1 chiều và vô khuẩn.
  - + Vệ sinh ống thông hàng ngày.
  - Đảm bảo vô khuẩn hệ thống dây dẫn nước tiểu.

**5.5. Nguy cơ tai biến, dự phòng và cách xử trí**

**\*Chảy máu bàng quang.**

- Đề phòng: Nếu người bệnh bí tiểu phải rút nước tiểu chậm và không rút quá 750ml nước tiểu trong bàng quang sẽ làm giảm áp lực đột ngột và gây chảy máu.

- Đặt nằm vào âm đạo (ở nữ giới)

- Đề phòng: xác định chính xác lỗ niệu đạo trước khi đưa ống thông

**\*Nhiễm khuẩn ngược dòng.**

- Đề phòng:

- + Đảm bảo vô khuẩn hệ thống dây dẫn nước tiểu.
- + Dụng cụ phải tuyệt đối vô khuẩn để tránh nhiễm khuẩn ngược dòng.
- + Kỹ thuật thực hiện phải đúng quy trình và vô khuẩn.

\**Sốc (ít gặp).*

- Đề phòng: Giải thích, động viên và hướng dẫn người bệnh cách phối hợp.

\* *Thủng trực tràng, niệu đạo hoặc bàng quang do kỹ thuật thô bạo hoặc nhầm chỗ.*

- Đề phòng:

- + Bôi trơn đầu ống thông để dễ thao tác
- + Thao tác nhẹ nhàng, hướng dẫn người bệnh hít sâu thở đều và phối hợp
- + Hạn chế sử dụng ống thông có nòng kim loại khi thực hiện nong niệu đạo (nếu sử dụng phải có thao tác nhẹ nhàng đúng kỹ thuật)

### 5.6. Theo dõi và chăm sóc ống thông (dẫn lưu liên tục)

- Hướng dẫn người bệnh vận động đi lại khi có lưu ống thông (người bệnh có thể đi lại).
- Chăm sóc vệ sinh ống thông sạch sẽ hàng ngày; đánh giá tình trạng lỗ niệu.
- Túi đựng nước tiểu phải luôn luôn để thấp hơn bàng quang; không để nước tiểu chảy ngược từ túi nước tiểu vào bàng quang
- Kiểm tra sự lưu thông của hệ thống; kẹp ống thông và mở theo giờ (2-3h.lần)
- Cố định ống thông đúng cách; giảm đau tức và khó chịu cho người bệnh. Báo bác sĩ ngay khi có các dấu hiệu bất thường
- Lưu ý khi lưu ống thông thì không để nước tiểu chảy ra liên tục mà phải để cho nước tiểu chảy cách quãng; phải kẹp đường ống dẫn nước tiểu chảy ra, cứ sau khoảng 3h thì mở một lần hoặc mở theo chỉ định của bác sĩ để tránh hội chứng bàng quang bé ở người bệnh thông tiểu lâu ngày.

### 5.7. Quy trình kỹ thuật

#### QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG TIỂU

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Trải nilon, phủ vải đắp, giúp người bệnh tư thế thích hợp.
4.	Đặt khay dụng cụ vô khuẩn giữa hai đùi người bệnh, đặt khay quả đậu sạch, rót các dung dịch. Bộc lộ bộ phận sinh dục.
5.	Điều dưỡng mang găng tay. Trải sẵn có lỗ. Sát khuẩn.
6.	Đặt khay quả đậu vô khuẩn giữa hai đùi người bệnh.
7.	Đưa ống thông vào niệu đạo, mở kẹp để nước tiểu chảy ra.
8.	Lấy nước tiểu xét nghiệm nếu có, bơm bóng chèn, lắp túi đựng nước tiểu.
9.	Dặn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay.
10.	Ghi hồ sơ, gửi bệnh phẩm.

### 6. Rửa bàng quang

#### 6.1. Đại cương

- Dung tích bàng quang: bình thường khi bàng quang có khoảng 300ml nước tiểu thì kích thích buồn tiểu. Khi bí tiểu, bàng quang có thể chứa tối đa khoảng 700 - 800ml.
- Dung dịch rửa thường dùng là NaCl 0.9%. Ngoài ra còn tùy vào một số trường hợp cụ thể mà bác sĩ chỉ định dùng các dung dịch khác như: thuốc tím (KMnO<sub>4</sub>) 1.5000, protargol, nitrat bạc (AgNO<sub>3</sub>) 1.8000 hoặc Betadine.
- Cân bằng dịch vào ra.

## 6.2. Mục đích

Rửa bàng quang là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang nhằm mục đích làm sạch và điều trị.

## 6.3. Áp dụng

- Đặt thông tiểu liên tục lâu ngày.
- Bàng quang bị nhiễm khuẩn.
- Chảy máu bàng quang (sau khi mổ bàng quang, cắt tuyến tiền liệt)
- Sau mổ cắt u xơ tiền liệt tuyến.
- Trước khi tiến hành bơm thuốc để điều trị các bệnh ở bàng quang

## 6.4. Không áp dụng: Giồng thông tiểu

## 6.5. Những điểm lưu ý khi rửa bàng quang

- Dụng cụ tuyệt đối vô khuẩn
- Kỹ thuật thực hiện đúng quy trình và vô khuẩn
- Hệ thống dẫn dịch ra kín, một chiều và vô khuẩn
- Tránh bơm rửa với áp lực mạnh, nhất là khi bàng quang bị chảy máu.
- Trong khi rửa nếu thấy người bệnh bị mệt hoặc nước rửa chảy ra có máu thì phải ngừng ngay và báo với bác sĩ.
- Phải dùng ống thông Foley 3 chạc.
- Thông thường rửa theo y lệnh của bác sĩ là 2 lần/ngày vào giờ nhất định, mỗi lần 200- 250ml dung dịch.
- + Dung dịch rửa bàng quang thường là huyết thanh mặn đẳng trương hoặc nước cất pha Betadine hoặc không. Thường rửa với tốc độ 40-60 giọt/phút ( từ 5000ml đến 10000ml. 24h)
- + Tốc độ rửa tùy thuộc vào màu sắc dịch chảy ra. Nếu dịch đỏ sẫm cần cho tốc độ chảy nhanh. Nếu dịch hồng nhạt hoặc trong thì rửa tốc độ chậm.
- + Trong trường hợp dịch rửa đỏ sẫm hoặc tắc ống thông niệu đạo do máu cục, biểu hiện dịch không chảy, người bệnh tức bụng, mót rặn, khám thấy cầu bàng quang thì phải bơm rửa bàng quang nếu không có kết quả thì báo bác sĩ xử trí.
- + Rửa bàng quang liên tục cho đến khi dịch rửa ra trong hoàn toàn, thông thường sau 2-3 ngày.

## 6.6. Quy trình kỹ thuật

### QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG

#### (Dùng bơm tiêm để bơm rửa)

<b>TT</b>	<b>NỘI DUNG</b>
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân.
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Cho dung dịch rửa vào cốc đựng dung dịch rửa vô khuẩn.
4.	Đi găng vô khuẩn.
5.	Hút dung dịch rửa vào bơm tiêm vô khuẩn với số lượng theo chỉ định (100-200 ml. 1 lần rửa đối với người lớn)
6.	Kẹp đầu của dây dẫn nước tiểu, sát khuẩn đầu ống thông tiểu.
7.	Bơm khoảng 200ml nước rửa vào bàng quang.
8.	Bơm từ từ để dịch chảy vào bàng quang.
9.	Sau 5- 10 phút, mở kẹp cho dịch chảy ra túi chứa
10.	Tiếp tục làm lại nhiều lần cho đến khi nước chảy ra trong thì dừng lại (hoặc theo chỉ định).
11.	Dặn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay.
12.	Ghi hồ sơ.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG**  
(Hệ thống dẫn lưu liên tục)

<b>TT</b>	<b>NỘI DUNG</b>
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Treo chai dịch, cắm dây truyền. Đo lượng nước tiểu cũ và đổ đi
4.	Kẹp đầu của dây dẫn nước tiểu, sát khuẩn đầu ống thông tiểu.
5.	Nối dây truyền của chai đựng dung dịch rửa vào một chạc của ống thông.
6.	Mở khoá dây truyền dịch cho dung dịch rửa chảy từ từ vào bàng quang khoảng 250ml hoặc theo y lệnh với tốc độ 40 – 60 giọt. phút sau đó khoá lại.
7.	Sau 30 phút hoặc theo y lệnh, mở khoá cho dịch chảy vào túi đựng nước tiểu.
8.	Rút ống thông theo chỉ định của bác sĩ. Trước khi rút cho dịch chảy nhanh vào bàng quang khoảng 200-300ml đến khi người bệnh có cảm giác mót đi tiểu thì dùng bơm tiêm rút hết nước trong bóng chèn của ống thông rồi rút ống thông
9.	Dặn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay.
10.	Ghi hồ sơ.

## 7. Thụt tháo.

### 7.1. Mục đích

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng, làm cho thành ruột nở rộng, kích thích và đẩy phân ra ngoài trong trường

hợp người bệnh không đại tiện được, để nhằm mục đích làm sạch khung đại tràng.

## 7.2. Áp dụng

- Người bệnh táo bón lâu ngày
- Trước khi phẫu thuật đường tiêu hóa.
- Trước khi thụt chất cản quang vào ruột.
- Trước khi nội soi: ổ bụng, trực tràng, đại tràng.
- Trước khi đẻ.
- Trước khi thụt giữ.
- Làm trung hòa  $\text{NH}_3$  bằng acid lactic trong điều trị hôn mê gan.

## 7.3. Không áp dụng

- Tổn thương niêm mạc ruột.
- Thương hàn, viêm ruột thừa cấp, tắc ruột, lồng ruột.
- Đau bụng chưa rõ nguyên nhân.
- Nhiễm trùng tiêu hóa
- Phẫu thuật trực tràng, hậu môn thời gian gần đây.

## 7.4. Những điểm cần lưu ý

- Kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi thụt để tránh bỏng cho người bệnh.
- Đưa canuyn nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật tránh gây tổn thương niêm mạc trực tràng – hậu môn của người bệnh.
- Trong khi thụt nếu người bệnh kêu đau bụng, khó chịu, mót rặn muốn đi đại tiện thì khóa canuyn lại để người bệnh nghỉ vài phút.
- Theo dõi tình trạng chung (Mạch - Huyết áp - Nhịp thở - Nhiệt độ) để phát hiện thay đổi bất thường.
- Không thụt vào giờ người bệnh ăn hoặc giờ thăm người bệnh.

## 7.5. Giáo dục sức khỏe

- Khuyến người bệnh nên vận động thể lực bình thường, xoa vùng bụng dọc theo khung đại tràng khoảng 10 đến 15 phút trước khi đại tiện.
- Hướng dẫn cách tập luyện thói quen đại tiện: nên đại tiện vào một giờ nhất định trong ngày phù hợp với giờ giấc sinh hoạt, làm việc của từng người (cứ đến thời điểm đó thì nên đi đại tiện dù không có cảm giác đại tiện. Khoảng 1 tuần sẽ thiết lập được thói quen đại tiện).
- Hướng dẫn cho người bệnh, người nhà chế độ ăn uống chống táo bón: ăn nhiều chất xơ, uống nhiều nước.

## 7.6. Quy trình kỹ thuật

### QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân

2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Đắp vải khoác. Giúp người bệnh nằm nghiêng, đặt gối kê dưới mông.
4.	Kiểm tra nhiệt độ của nước, khoá vòi thật lại, đổ nước vào bồn, treo bồn cách mặt giường từ 60 - 80 cm.
5.	Điều dưỡng mang găng.
6.	Mở hộp vô khuẩn, dùng kẹp kose lấp canuyn, mở khoá kiểm tra canuyn. Bôi trơn đầu canuyn.
7.	Đưa canuyn vào hậu môn.
8.	Mở khoá, kiểm tra nước có vào trong khung đại tràng
9.	Giữ cho nước chảy từ từ vào trực tràng, khi nước trong bồn hết, khoá canuyn lại, nhẹ nhàng rút canuyn ra, tháo canuyn.
10.	Bỏ gối, giúp người bệnh mặc quần, nằm ngửa vắt chéo hai chân. Dẫn người bệnh nhìn đi ngoài 10 - 15 phút.
11.	Dẫn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay.
12.	Ghi hồ sơ.

## 8. Khí dung

### 8.1. Nguyên tắc

Tạo thành những hạt nước nhỏ có đường kính 3 - 6  $\mu\text{m}$  (dạng sương mù) để vào đường hô hấp và cho tác dụng tại chỗ. Tùy theo vị trí sương rơi mà ta có tác dụng mong muốn.

Trước khi tiến hành các kỹ thuật phun khí dung đều phải giải thích cho người nhà (nếu trẻ nhỏ) hay cho trẻ (nếu trẻ lớn).

### 8.2. Chỉ định

- Viêm thanh quản cấp và phù thanh quản sau đặt nội khí quản
- Suyễn, viêm tiểu phế quản
- Loãng đờm

### 8.3. Những vấn đề cần lưu ý khi sử dụng máy khí dung:

- Mỗi máy phun khí dung đều có kèm theo mặt nạ hoặc ống ngậm. Tùy theo thói quen, ta có thể dùng một trong hai loại dụng cụ trên, nhưng cần biết rằng dùng ống ngậm thì lượng thuốc đến phổi sẽ nhiều hơn khi dùng mặt nạ. Tuy nhiên, việc sử dụng ống ngậm đòi hỏi phải có sự hợp tác tốt do đó không nên dùng cho trẻ em dưới 5 tuổi.
- Khi sử dụng mặt nạ, thuốc có thể đọng lại trên mặt hoặc thoát ra ngoài nếu mặt nạ không áp sát vào mặt, do đó làm giảm lượng thuốc vào phổi.
- Việc bảo quản các dụng cụ sau khi sử dụng cũng là điều rất cần thiết, nhằm tránh hư hỏng cho dụng cụ và hạn chế được vấn đề nhiễm vi khuẩn vào phổi do máy móc, dụng cụ kém vệ sinh. Vì vậy, sau khi dùng xong, cần vệ sinh máy như sau:
  - + Tháo mặt nạ hay ống thở miệng và cốc đựng thuốc ra khỏi ống dẫn nhựa. Rửa mặt nạ hay ống thở miệng, cốc đựng thuốc, ống nhỏ giọt hay ống tiêm dưới vòi nước rồi

đặt lên khăn sạch để cho khô. Lắp trở lại vào ống dẫn rồi mở công tắc cho máy chạy khoảng 10 - 20 giây để làm khô phía trong.

#### 8.4. Quy trình kỹ thuật

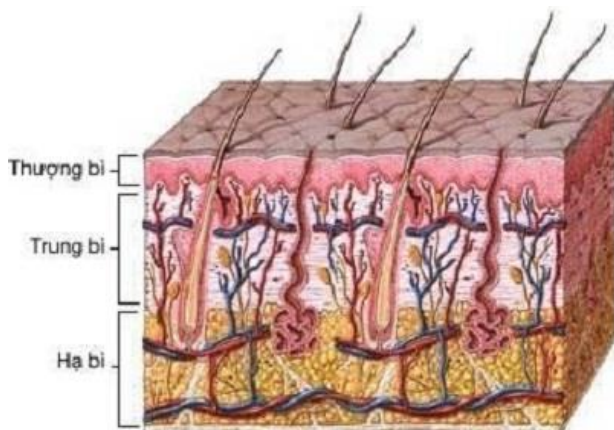
##### QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ KHÍ DUNG

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Người bệnh nằm tư thế Fowler hoặc ngò
4.	Điều dưỡng cho thuốc vào Maks khí dung.
5.	Bật máy kiểm tra thuốc có bay ra dưới dạng sương
6.	Úp mặt nạ khí dung cho người bệnh
7.	Hướng dẫn người bệnh cách hít thở
8.	Dẫn dò người bệnh súc miệng bằng nước lọc sau mỗi lần thở khí dung.
9.	Dặn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay.
10.	Ghi hồ sơ.

#### 9. Tiêm thuốc – Truyền dịch

##### 9.1. Kỹ thuật tiêm trong da

9.1.1. Định nghĩa: Tiêm trong da là tiêm một lượng thuốc rất nhỏ 1.10ml vào dưới lớp thượng bì, thuốc được hấp thu rất chậm.



Hình 40: Mặt cắt đứng dọc của da

##### 9.1.2. Áp dụng

\* Tiêm một số vắc xin phòng bệnh

##### 9.1.3. Vị trí tiêm:

Thường chọn vùng da mỏng, trắng, không sọc, không có lông, không bị thâm tím, không nhiễm trùng hay phù nề:

- 1.3 trên mặt trước trong cẳng tay (đường nối từ nếp gấp cổ tay đến nếp gấp khuỷu tay)
- 1.3 trên mặt ngoài cánh tay (đường nối từ móm vai đến móm khuỷu).

- 2 bên bả vai, 2 bên cơ ngực lớn

#### 9.1.4. Tai biến có thể xảy ra

\* *Phản vệ*

- Nguyên nhân: phản ứng của cơ thể với thuốc.
- Đề phòng: thực hiện 5 đúng, khi tiêm phải có hộp chống sốc
- Xử trí: Theo phác đồ phát hiện và xử trí phản vệ ( Thông tư 51.2017. TT-BYT)

\* *Tiêm vaccin quá sâu hoặc quá liều quy định có thể gây nguy hiểm cho người bệnh.*

#### 9.1.5. Quy trình kỹ thuật

### QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Kiểm tra lại thuốc. Rút thuốc vào bơm tiêm.
4.	Sát khuẩn vùng tiêm. Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh.
5.	Cầm bơm tiêm, đâm kim 1 góc 10°-15° so với mặt da. Bơm thuốc.
6.	Hết thuốc, rút kim nhanh, cho ngay bơm kim tiêm vào hộp an toàn.
7.	Dùng bông gạc khô đè lên vết kim tiêm.
8.	Dặn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay. Ghi hồ sơ.

## 9.2. Kỹ thuật tiêm dưới da

### 9.2.1. Định nghĩa.

- Tiêm dưới da là hình thức đưa thuốc vào mô liên kết dưới da.
- Mô liên kết dưới da không nhiều mạch máu như ở mô cơ nên hấp thu thuốc chậm hơn là tiêm vào mô bắp cơ. Tất cả những yếu tố như hoạt động thể chất, vùng tiêm quá nóng hay quá lạnh đều ảnh hưởng đến tốc độ hấp thu thuốc do tác động đến tuần hoàn máu

- Tại mô liên kết dưới da có các cảm nhận đau (Pain receptors) nên liều lượng thuốc dùng để tiêm dưới da thường từ 0,5 – 1ml và các dạng thuốc áp dụng tiêm dưới da là thuốc bột, thuốc không gây kích ứng, thuốc nước, .... Ví dụ thuốc Heparin, Insulin...

### 9.2.2. Áp dụng

- Khá rộng rãi.
- Chủ yếu là cho một số thuốc với mong muốn thâm dần vào cơ thể để phát huy tác dụng.

### 9.2.3. Không áp dụng: những thuốc gây hoại tử mô và tổ chức

### 9.2.4. Vị trí tiêm:

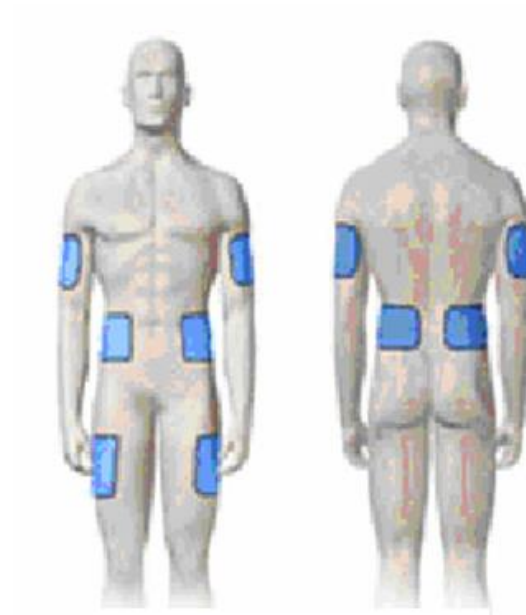
- Tất cả những chỗ trên cơ thể không nhạy cảm quá có nhiều cơ đều tiêm được.

- Thường tiêm:

+ 1.3 giữa mặt trước ngoài cánh tay (đường nối từ mỏm cùng vai đến lồi cầu ngoài. mỏm khuỷu).

+ 1.3 giữa mặt trước ngoài đùi (đường nối từ gai chậu trước trên đến bờ ngoài xương bánh chè).

+ Dưới da bụng (xung quanh rốn, cách rốn 5cm)



Vị trí tiêm dưới da

#### 9.2.5. Tai biến có thể xảy ra

\* *Quần kim, gãy kim.*

- Nguyên nhân: người bệnh giãy dụa mạnh hoặc do tiêm không đúng kỹ thuật.

- Đề phòng:

+ Giải thích động viên người bệnh trước khi tiêm

+ Tiêm đúng kỹ thuật (không bao giờ tiêm ngập đốc kim)

- Xử trí: dùng panh rút phần kim bị gãy, động viên giải thích cho người bệnh. Báo bác sỹ thực hiện y lệnh.

\* *Phản vệ*

- Nguyên nhân: phản ứng của cơ thể với thuốc.

- Đề phòng: thực hiện 5 đúng, khi tiêm phải có hộp chống sốc

- Xử trí: Theo phác đồ phát hiện và xử trí phản vệ ( Thông tư 51.2017.TT-BYT)

\* *Áp xe tại chỗ:*

- Chỗ tiêm tấy đỏ, sưng nóng, có thể sốt

- Nguyên nhân: Không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.

- Đề phòng: đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trước, trong và sau khi tiêm.

- Xử trí: chườm nóng, báo bác sỹ, thực hiện y lệnh.

#### 9.2.6. Quy trình kỹ thuật

### QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.

3.	Kiểm tra lại thuốc. Rút thuốc vào bơm tiêm.
4.	Sát khuẩn vùng tiêm. Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh.
5.	Cầm bơm tiêm, đâm kim nhanh 1 góc 30°- 45°so với mặt da. Bơm thuốc.
6.	Hết thuốc, rút kim nhanh, cho ngay bơm kim tiêm vào hộp an toàn.
7.	Dùng bông gạc khô đè lên vết kim tiêm.
8.	Dặn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay. Ghi hồ sơ.

### 9.3. Kỹ thuật tiêm bắp

#### 9.3.1. Định nghĩa

Tiêm bắp là hình thức đưa thuốc vào khối cơ bắp. Đây là cơ sâu nên có nhiều mạch máu đến nuôi dưỡng giúp cho thuốc thấm nhanh hơn là tiêm dưới da.

#### 9.3.2. Áp dụng

- Thuốc dầu, thuốc sữa...
- Thuốc chậm tan: Kháng sinh, keo, hormon...

9.3.3. Không áp dụng: Thuốc gây hoại tử tổ chức: Canxiclorid...

#### 9.3.4. Vị trí tiêm

- Cánh tay:

+ Cơ Denta: 1.3 trên mặt trước ngoài cánh tay, đường nối từ mỏm cùng vai đến lồi cầu ngoài ( hạn chế tiêm ở trẻ em)

+ Cơ tam giác mặt ngoài cánh tay: 1.3 giữa mặt trước ngoài cánh tay (hạn chế tiêm ở trẻ em)

- Vùng đùi: Cơ tứ đầu đùi, 1.3 giữa mặt trước ngoài đùi (điểm nối từ gai chậu trước trên đến bờ ngoài xương bánh chè)

- Vùng mông: Có 3 cách xác định vị trí tiêm mông:

+ Đặt góc bàn tay lên đốt chuyển của xương chậu, cổ tay vuông góc với xương đùi. Sử dụng bàn tay phải cho mông bên trái và ngược lại. Đặt ngón tay cái hướng tới háng của người bệnh, ngón tay trỏ, ngón tay giữa và mào chậu tạo thành hình tam giác. Vị trí tiêm là ở giữa của tam giác đó.

+ Hoặc kẻ đường thẳng nối từ gai chậu trước trên đến mỏm xương cụt, chia làm ba phần bằng nhau, tiêm vào 1.3 ngoài (điểm 1.3 là điểm tiêm tốt nhất)

+ Hoặc chia 1 bên mông thành 4 phần bằng nhau, tiêm 1.4 trên ngoài

#### 9.2.5. Tai biến có thể xảy ra

\* Gãy kim

- Nguyên nhân: Do người bệnh giãy giụa
- Đề phòng: Giữ người bệnh tốt, động viên giải thích, không tiêm ngập hết thân kim.
- Xử trí: dùng panh rút phần kim bị gãy, động viên giải thích cho người bệnh. Báo cáo bác sỹ, thực hiện y lệnh.

\* Đâm vào dây thần kinh hông to (thần kinh toạ)

- Nguyên nhân
- + Xác định vị trí tiêm sai
- + Đâm kim không đúng kỹ thuật
- + Người bệnh nằm ngòì không đúng tư thế
- Đề phòng:
- + Xác định chính xác vị trí tiêm , góc độ tiêm đúng.
- Xử trí: ngừng tiêm, động viên người bệnh, báo bác sỹ thực hiện y lệnh.
- \* *Tắc mạch*
- Nguyên nhân: Do tiêm thuốc dầu hoặc thuốc sữa vào mạch máu.
- Đề phòng: Khi tiêm phải rút thử nòng bơm tiêm xem có máu không? rồi mới được bơm thuốc.
- Xử trí: Báo cáo bác sỹ, thực hiện y lệnh.
- \* *Áp xe nhiễm khuẩn*
- Nguyên nhân: Không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn, do thuốc không tan như tiêm quinin...
- Đề phòng: Thực hiện đúng nguyên tắc vô khuẩn
- Xử trí: Chườm nóng, chích áp xe nếu cần thiết.
- \* *Mảng mục*
- Nguyên nhân: Do tiêm những chất gây hoại tử mô
- Xử trí:
- + Phát hiện sớm tiêm phong bế novocain
- + Lúc đầu chườm nóng
- + Lúc hoại tử: Có thể phải chích nếu ổ hoại tử lớn
- \* *Phản vệ*
- Nguyên nhân: phản ứng của cơ thể với thuốc.
- Đề phòng: thực hiện 5 đúng, khi tiêm phải có hộp chống sốc
- Xử trí: Theo phác đồ phát hiện và xử trí phản vệ ( Thông tư 51.2017. TT-BYT)
- \* *Trường hợp tiêm bắp ở cơ delta cho trẻ em có thể gây xơ hoá cơ delta.*
- Nguyên nhân: + Do tiêm không đúng kỹ thuật
- + Do thuốc
- Đề phòng: tiêm đúng kỹ thuật, hạn chế tiêm bắp ở trẻ em

### 9.3.6. Quy trình kỹ thuật

#### QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM BẮP

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân

2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Kiểm tra lại thuốc. Rút thuốc vào bơm tiêm.
4.	Sát khuẩn vùng tiêm. Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh.
5.	Cầm bơm tiêm, đâm kim nhanh 1 góc 60° - 90° so với mặt da. Bơm thuốc.
6.	Hết thuốc, rút kim nhanh, cho ngay bơm kim tiêm vào hộp an toàn.
7.	Dùng bông gạc khô đè lên vết kim tiêm.
8.	Dẫn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay. Ghi hồ sơ.

#### 9.4. Tiêm tĩnh mạch

##### 9.4.1. Định nghĩa

Tiêm tĩnh mạch là hình thức đưa một lượng thuốc vào cơ thể bằng đường tĩnh mạch.

Đây là liệu pháp dùng thuốc đặc biệt vì thuốc vào cơ thể được cơ thể hấp thu nhanh và trực tiếp. Thuốc đưa vào tĩnh mạch thường được tiêm chậm hoặc truyền dưới dạng nhỏ giọt để dễ dàng kiểm soát được tốc độ thuốc đưa vào và phòng ngừa nguy cơ đưa khí vào lòng mạch.

So với các đường tiêm khác, đường tiêm tĩnh mạch là cách nhanh nhất để cung cấp thuốc khắp cơ thể. Một số loại thuốc chỉ có thể được tiêm tĩnh mạch.

##### 9.4.2. Áp dụng

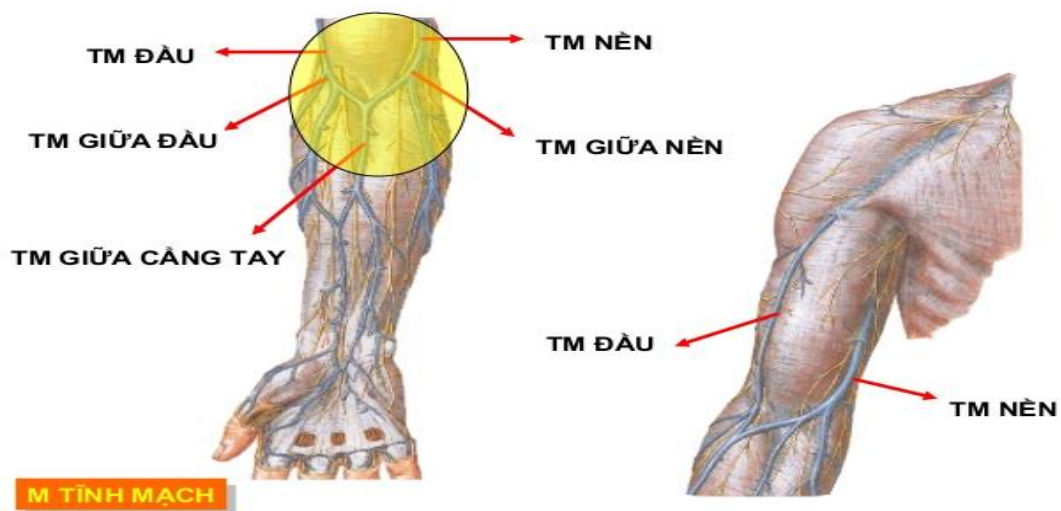
- Thuốc có tác dụng nhanh, thuốc có tác dụng toàn thân: thuốc gây tê, gây mê, chống xuất huyết
- Thuốc ăn mòn các mô gây đau, gây bỏng nếu tiêm vào dưới da hoặc bắp thịt: Calciclorid....
- Dung dịch đẳng trương, ưu trương.

##### 9.4.3. Không áp dụng

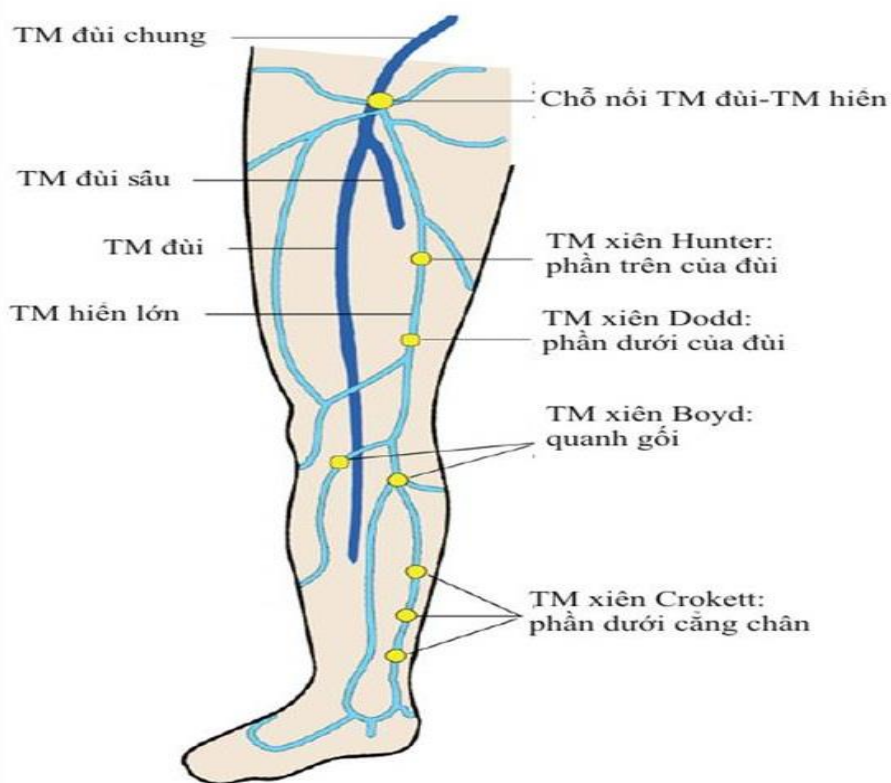
- Thuốc gây kích thích mạnh trên hệ tim mạch: Adrenalin (chỉ tiêm trong trường hợp cấp cứu dị ứng kháng sinh khi không bắt được mạch, huyết áp tụt...)
- Thuốc dậu: Testosteron...

9.4.4. Vị trí tiêm: Tất cả các tĩnh mạch nhưng thường tiêm vào hai tĩnh mạch ở mặt trước khuỷu tay chụm lại hình chữ V

Tĩnh mạch mu tay, mu bàn chân, tĩnh mạch bẹn, tĩnh mạch ở vùng đầu (trẻ em)



**Hình 45: Hệ thống tĩnh mạch nông chi trên**



**Hình 46: Hệ thống tĩnh mạch nông chi dưới**

#### 9.4.5. Tai biến có thể xảy ra

##### \* Tắc mạch

Nguyên nhân: Do không khí lọt vào tĩnh mạch.

Đề phòng: Đuổi hết không khí trong bơm tiêm trước khi tiêm.

Xử trí: Cho người bệnh nằm đầu dốc, báo cáo bác sĩ, thực hiện y lệnh.

##### \* Nhiễm khuẩn

Nguyên nhân: Do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.

Đề phòng: Thực hiện đúng nguyên tắc vô khuẩn.

Xử trí : Báo cáo bác sĩ, thực hiện y lệnh.

*\*Tắc kim*

Nguyên nhân: Khi đâm kim đúng vào tĩnh mạch máu chảy vào trong bơm tiêm nhưng bị đông lại ngay ở đầu mũi kim.

Đề phòng: Bơm thuốc ngay sau khi kim tiêm vào đúng tĩnh mạch.

Xử trí: Rút kim ra, thay kim khác, tiêm lại.

*\* Phòng nơi tiêm*

Nguyên nhân: Do mũi vát nửa trong nửa ngoài

Đề phòng: Tiêm đúng kỹ thuật.

Xử trí: điều chỉnh lại mũi kim, nếu phòng nơi tiêm thì rút kim, tiêm vị trí khác

*\* Phản vệ*

- Nguyên nhân: phản ứng của cơ thể với thuốc.

- Đề phòng: thực hiện 5 đúng, khi tiêm phải có hộp chống sốc

- Xử trí: Theo phác đồ phát hiện và xử trí phản vệ ( Thông tư 51.2017. TT-BYT)

*\* Tiêm nhầm động mạch*

- Dấu hiệu: Cảm giác đẩy thuốc vào nặng hơn tiêm tĩnh mạch hoặc máu đẩy pittông ngược lại mạnh hơn bình thường. Bơm thuốc người bệnh kêu nóng ở bàn tay hoặc bàn chân. Ở trẻ nhỏ hoặc trẻ sơ sinh có thể thấy vùng da tại vị trí tiêm chuyển sang màu trắng nhạt.

- Nguyên nhân: Chưa xác định được đúng tĩnh mạch.

- Đề phòng: Xác định đúng tĩnh mạch trước khi tiêm.

- Xử trí: Ngừng tiêm, rút kim, tiêm vị trí khác.

*9.4.6. Quy trình kỹ thuật*

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH**

<b>TT</b>	<b>NỘI DUNG</b>
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Kiểm tra lại thuốc. Rút thuốc vào bơm tiêm.
4.	Đặt gối kê tay dưới vùng tiêm (nếu cần), đặt và thắt dây garô.
5.	Sát khuẩn vùng tiêm. Mang găng tay sạch.
6.	Cầm bơm tiêm, đâm kim nhanh 1 góc 15°-30° so với mặt da. Tháo dây garô.
7.	Bơm thuốc. Hết thuốc rút kim nhanh, kéo chệch da nơi tiêm.
8.	Cho bơm kim tiêm vào hộp an toàn; dùng bông gạc khô đè lên vết kim tiêm.
9.	Tháo găng, dặn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay. Ghi hồ sơ.

**9.6. Kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch**

**9.6.1. Định nghĩa**

Truyền dịch tĩnh mạch là hình thức đưa một lượng nhiều thuốc hoặc dung dịch vào cơ thể bằng đường tĩnh mạch.

#### 9.6.2. Mục đích

- Hồi phục lại khối lượng tuần hoàn.
- Duy trì một nồng độ dịch hằng định trong máu.
- Nuôi bệnh nhân khi bệnh nhân không ăn uống được.
- Cung cấp máu cho bệnh nhân trong trường hợp bệnh nhân thiếu máu.
- Ngoài ra còn có các tác dụng khác như: giải độc, lợi tiểu...

#### 9.6.3. Áp dụng

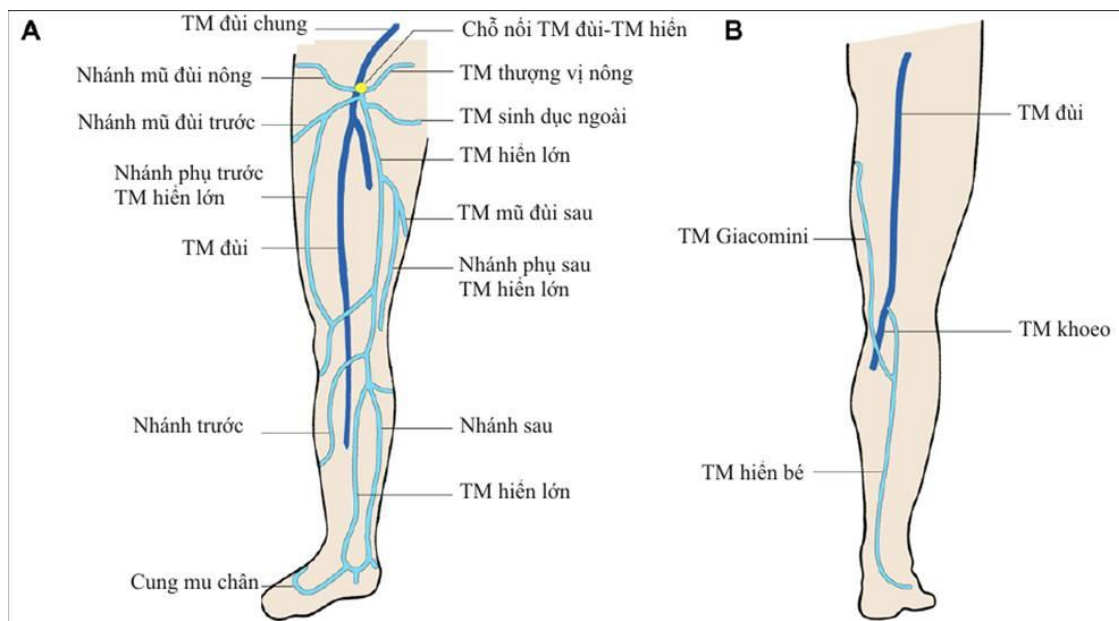
- Người bệnh bị mất nước: tiêu chảy, bồng...
- Người bệnh bị mất máu cấp: tai nạn, xuất huyết tiêu hoá.
- Người bệnh bị suy dinh dưỡng.
- Người bệnh cần dùng số lượng lớn thuốc hoặc duy trì đều trong cơ thể.
- Người bệnh bị ngộ độc.

#### 9.6.4. Không áp dụng

- Người bệnh suy tim
- Người bệnh tăng huyết áp
- Phù phổi cấp

#### 9.6.5. Vị trí truyền dịch

- Tĩnh mạch ở mặt trước khuỷu tay, tĩnh mạch cẳng tay, mu bàn tay, mu bàn chân, mắt cá trong, tĩnh mạch bẹn, tĩnh mạch đầu (ở trẻ em)... tuy nhiên nên tránh những vị trí tĩnh mạch gần các nếp gấp tự nhiên.



#### 9.6.6. Các loại dung dịch thường dùng

##### **Dung dịch đẳng trương:**

- + Dung dịch Natriclorua 0,9%.
- + Dung dịch Glucoza 5%.
- + Dung dịch Natrihydrocacbonat 0.14% (NaHCO<sub>3</sub>).

**Dung dịch ưu trương:**

- + Dung dịch Natriclorua 10%, 20%.
- + Dung dịch Glucoza 20%, 30%, 50%.
- + Dung dịch Natrihydrocacbonat 5%.

**Dung dịch có phân tử lượng lớn:**

- + Dextran.
- + Subtosan.

**Máu và chế phẩm của máu.**

9.6.7. Cách tính thời gian truyền dịch.

$$\text{Tổng số thời gian (phút)} = \frac{\text{Tổng số dịch truyền } \times \text{ số giọt.ml}}{\text{Số giọt.phút}}$$

**Ví dụ:** Chỉ định của Bác sỹ truyền tĩnh mạch cho người bệnh một loại dung dịch với số lượng 500 ml, tốc độ truyền L (50) giọt.phút. Nếu theo qui định 1ml dung dịch tương ứng 20 giọt, thì thời gian truyền hết số lượng dịch trên sẽ là.

$$\text{Thời gian truyền} = \frac{500 \text{ ml} \times 20 \text{ giọt.ml}}{50 \text{ giọt .phút}} = 200 \text{ phút} = 3 \text{ giờ } 20 \text{ phút}$$

9.6.8. Tai biến

*\*Dịch không chảy:*

- Nguyên nhân: +Do mũi vít của kim áp sát vào thành mạch.
  - + Do mạch xẹp.
  - + Do tắc kim (thường do cục máu đông trong kim).

- Xử trí: Xác định chính xác nguyên nhân và điều chỉnh lại mũi vít hoặc rút kim truyền vị trí khác.

*\*Phòng nơi truyền:*

- Nguyên nhân: do kim truyền bị chệch ra khỏi lòng mạch, dịch thoát ra ngoài gây phồng nơi truyền làm cho người bệnh đau, gây hoại tử tổ chức nếu dịch truyền là ưu trương, hóa chất...
- Xử trí: Rút kim ra truyền vị trí khác. Báo cáo bác sỹ, thực hiện y lệnh

*\*Phản vệ*

- Nguyên nhân: phản ứng của cơ thể với dịch truyền, hoặc do truyền dịch quá nhanh.
- Đề phòng: thực hiện 5 đúng, khi tiêm phải có hộp chống sốc
- Xử trí: Theo phác đồ phát hiện và xử trí phản vệ ( Thông tư 51.2017. TT-BYT )

**\*Phù phổi cấp:**

- Nguyên nhân: Khi truyền dịch với số lượng lớn tốc độ nhanh (đặc biệt trong trường hợp người bệnh bị bệnh tim, phổi) có thể dẫn đến phù phổi cấp nguy hiểm tính mạng người bệnh.
- Đề phòng: Nắm rõ chỉ định, chống chỉ định khi truyền dịch và đảm bảo đúng tốc độ khi truyền
- Xử trí : Báo cáo bác sĩ, thực hiện y lệnh.

**\*Tắc mạch phổi:**

- Nguyên nhân: Truyền dung dịch tĩnh mạch cho người bệnh nếu không đúng quy trình kỹ thuật, không khí lọt vào trong lòng mạch gây tắc ở những vùng mạch nhỏ mạch não, phổi...
- Đề phòng: Thực hiện đúng kỹ thuật.
- Xử trí : Báo cáo bác sĩ, thực hiện y lệnh

**\*Nhiễm khuẩn:**

- Nguyên nhân: Do không đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.
- Đề phòng: Thực hiện đúng nguyên tắc vô khuẩn.
- Xử trí : Báo cáo bác sĩ, thực hiện y lệnh.

**9.6.9. Quy trình kỹ thuật**

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN DUNG DỊCH ĐƯỜNG TĨNH MẠCH**

TT	NỘI DUNG
1.	Báo và giải thích cho bệnh nhân
2.	Chuẩn bị người điều dưỡng, dụng cụ.
3.	Cắt băng dính; kiểm tra dịch truyền.
4.	Cắm dây truyền vào chai dịch. Treo chai dịch lên cộc truyền.
5.	Đặt gối kê tay, thắt dây garô.
6.	Sát khuẩn vị trí truyền. Mang găng tay sạch.
7.	Đâm kim chéch 15° - 30° so với mặt da, tháo dây garô.
8.	Mở khóa dây truyền; cố định chắc kim truyền và dây truyền.
9.	Tháo găng. Thu gối kê tay và dây garô. Cố định tay người bệnh (nếu cần).
10.	Điều chỉnh tốc độ dịch chảy theo y lệnh.
11.	Cho người bệnh nằm ở tư thế thích hợp. Dặn dò người bệnh.
12.	Tháo găng, dặn người bệnh. Thu dọn xử lý dụng cụ, rửa tay. Ghi hồ sơ.

## CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ CUỐI BÀI

1. Người bệnh nữ, sau mổ bướu giáp ngày thứ 3. Y lệnh: Thay băng rửa vết mổ cho người bệnh. Mục đích của thay băng rửa vết thương nhằm:

- A. Sát khuẩn vết thương theo chỉ định của thầy thuốc
- B. Làm sạch vết thương tránh nhiễm khuẩn, đánh giá tình trạng người bệnh.
- C. Băng kín vết thương.
- D. Đánh giá tình trạng người bệnh

2. Không áp dụng thụt tháo cho trường hợp người bệnh:

- A. Táo bón
- B. Phẫu thuật ổ bụng
- C. Chụp X - Quang đại tràng
- D. Tắc xoắn ruột.

3. Rửa bàng quang liên tục với tốc độ.

- A. 10 - 20 giọt.phút
- B. 20 - 40 giọt.phút
- C. 40 - 60 giọt.phút
- D. 60 - 80 giọt.phút

4. Khi thông tiểu nữ cần đưa ống thông vào khoảng.

- A. 1 - 2 cm
- B. 4 - 5 cm
- C. 8 - 10 cm
- D. 15 - 20 cm

5. Khi tiêm mông góc độ tiêm là:

- A. 30 độ
- B. 45 độ
- C. 60 độ
- D. 90 độ

6. Tai biến tắc mạch đề phòng bằng cách nào:

- A. Khi tiêm phải rút thử nòng bơm tiêm
- B. Khi tiêm phải đảm bảo vô khuẩn
- C. Khi tiêm phải kiểm tra kỹ thuốc
- D. Khi tiêm phải tiêm chậm

7. Góc độ đâm kim khi tiêm tĩnh mạch là

- A. 10 – 15 độ
- B. 15 – 30 độ
- C. 30 – 45 độ
- D. 45 – 60 độ

8. Tai biến nào sau đây không phải là tai biến của tiêm tĩnh mạch:

- A. Tắc mạch
- B. Shock
- C. Nhiễm khuẩn

D. Áp xe

9. Tai biến tắc mạch xảy ra khi tiêm tĩnh mạch do nguyên nhân là

- A. Không đảm bảo vô khuẩn
- B. Đâm kim ra khỏi lòng mạch
- C. Máu đông lại trong mũi kim
- D. Bơm thuốc quá nhanh

10. Bệnh nhân đang truyền dịch có dấu hiệu sung phồng tại vị trí truyền dịch, trong trường hợp này điều dưỡng cần làm gì?

- A. Chườm ấm vùng truyền
- B. Khóa dịch truyền và đâm kim ở vị trí khác
- C. Đuổi hết không khí trong bộ dây truyền
- D. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và báo bác sĩ

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Andrew H. Travers, et al. (2010), *American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency*, 122: pp.676 - 684.
2. The American National Red Cross (2014), *American Red Cross – Advanced First Aid and Emergency Care*, 116 - 133
3. Đoàn Thị Anh Lê (2014), *Quy trình kỹ thuật Điều dưỡng cơ sở dựa trên chuẩn năng lực cơ bản*, Kỹ thuật điều dưỡng cơ sở, nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.280 - 307.
4. Nguyễn Thị Kim Tiến (2013), *Kỹ năng Thực hành Điều dưỡng*, nhà xuất bản y học, Hà Nội, tr.380 - 422.
5. Bộ môn Điều dưỡng - Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch (2014), *Điều dưỡng cơ bản*, nhà xuất bản Y học, TP.HCM.

## **BÀI 7**

### **ĐẠO ĐỨC NGHỀ NGHIỆP VÀ KỸ NĂNG GIAO TIẾP**

#### **MỤC TIÊU**

1. Trình bày được 8 chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên và liên hệ thực tế.
2. Thực hiện được 5 kỹ năng giao tiếp cơ bản với người bệnh, người nhà người bệnh, cấp trên và đồng nghiệp tại trạm y tế (kỹ năng lắng nghe, kỹ năng gây thiện cảm với người bệnh, kỹ năng nghe điện thoại, kỹ năng chào hỏi và cảm ơn),
3. Thể hiện được cách cư xử tôn trọng, đúng mực trong giao tiếp

#### **NỘI DUNG**

##### **1. Tám chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên**

###### ***1.1. Bảo đảm an toàn cho người bệnh***

1. Duy trì chuẩn mực thực hành tốt nhất có thể ở nơi làm việc.
2. Chịu trách nhiệm cá nhân về mọi quyết định và hành vi chuyên môn trong chăm sóc người bệnh.
3. Can thiệp kịp thời và báo cáo cho người phụ trách khi phát hiện các hành vi thực hành của người hành nghề không bảo đảm an toàn cho người bệnh.

###### ***1.2. Tôn trọng người bệnh và người nhà người bệnh***

1. Tôn trọng tuổi, giới tính, dân tộc, tín ngưỡng của người bệnh.
2. Tôn trọng quyền tự quyết của người bệnh trong khi thực hành chăm sóc.
3. Tôn trọng danh dự, nhân phẩm và bảo đảm kín đáo tốt nhất có thể cho người bệnh khi chăm sóc và làm thủ thuật.
4. Cung cấp đầy đủ các thông tin liên quan đến các giải pháp và hoạt động chăm sóc cho người bệnh.
5. Giữ gìn những bí mật liên quan đến bệnh tật và cuộc sống riêng tư của người bệnh.
6. Đối xử công bằng với mọi người bệnh.

###### ***1.3. Thân thiện với người bệnh và người nhà người bệnh***

1. Giới thiệu tên và chào hỏi người bệnh, người nhà người bệnh một cách thân thiện.
2. Lắng nghe người bệnh, người nhà người bệnh và đáp lại bằng câu nói ân cần với cử chỉ lịch sự.
3. Cung cấp dịch vụ chăm sóc kèm theo nụ cười thân thiện.
4. Giúp người bệnh giảm nhẹ đau đớn do bệnh tật và do phẫu thuật, thủ thuật.

#### **1.4. Trung thực trong khi hành nghề**

1. Trung thực trong việc quản lý, sử dụng thuốc và vật tư tiêu hao cho người bệnh.
2. Trung thực trong việc thực hiện các hoạt động chuyên môn chăm sóc người bệnh và thực hiện các chỉ định điều trị.
3. Trung thực trong việc ghi các thông tin trong hồ sơ bệnh án của người bệnh.

#### **1.5. Duy trì và nâng cao năng lực nghề nghiệp**

1. Thực hiện đầy đủ chức năng nghề nghiệp của điều dưỡng viên.
2. Tuân thủ các quy trình kỹ thuật, các hướng dẫn chuyên môn khi chăm sóc người bệnh.
3. Học tập liên tục để cập nhật kiến thức và kỹ năng nghề nghiệp.
4. Tham gia nghiên cứu và thực hành dựa vào bằng chứng.

#### **1.6. Tự tôn nghề nghiệp**

1. Giữ gìn và bảo vệ uy tín nghề nghiệp khi người khác làm tổn hại đến các giá trị và danh dự của nghề.
2. Tận tụy với công việc chăm sóc người bệnh và tự giác chấp hành các quy định ở nơi làm việc.
3. Từ chối nhận tiền hoặc lợi ích khác của người bệnh, người nhà người bệnh vì mục đích được ưu tiên trong khám bệnh, chữa bệnh.
4. Tôn trọng Điều lệ Hội và tự nguyện tham gia các hoạt động của Hội Điều dưỡng ở các cấp.

#### **1.7. Thật thà, đoàn kết với đồng nghiệp**

1. Hợp tác và giúp đỡ đồng nghiệp hoàn thành nhiệm vụ.
2. Tôn trọng và bảo vệ danh dự, uy tín của đồng nghiệp.
3. Truyền thụ và chia sẻ kinh nghiệm nghề nghiệp với đồng nghiệp.

#### **1.8. Cam kết với cộng đồng và xã hội**

1. Nói và làm theo các quy định của Pháp luật.
2. Gương mẫu tại cộng đồng và nơi sinh sống.
3. Tham gia các hoạt động từ thiện và bảo vệ môi trường.

### **2. Khái niệm và vai trò của giao tiếp**

#### **2.1. Khái niệm giao tiếp**

Giao tiếp ngày càng đóng một vai trò quan trọng trong cuộc sống. Trong các cơ sở y tế, giao tiếp trở thành một trong những thước đo chất lượng về chăm sóc sức khỏe toàn diện và được thể hiện trong các mối quan hệ đa chiều giữa cán bộ y tế - bệnh nhân - gia đình bệnh nhân, giữa cán bộ y tế với nhau và với lãnh đạo. Cán bộ y tế cần được trang bị các kỹ năng giao tiếp tốt để có thể áp dụng nhuần nhuyễn trong công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

Có rất nhiều khái niệm về giao tiếp:

- Giao tiếp là công cụ phân biệt xã hội loài người với các cộng đồng xã hội khác (Scharm).
- Giao tiếp là sự chuyển tải thông tin, ý tưởng, cảm xúc, kỹ năng thông qua việc sử dụng các biểu tượng, từ ngữ, hình ảnh, số liệu và biểu đồ (Bereson, Steiner).
- Giao tiếp là quá trình chuyển tải ý tưởng, thông tin, và thái độ từ nguồn cung cấp đến người nhận với mục tiêu gây ảnh hưởng có chủ định (Rogers).
- Giao tiếp là hoạt động giao lưu, tiếp xúc giữa con người với con người. Trong quá trình đó, các bên tham gia tạo ra hoặc chia sẻ thông tin, cảm xúc với nhau nhằm đạt được mục đích giao tiếp.

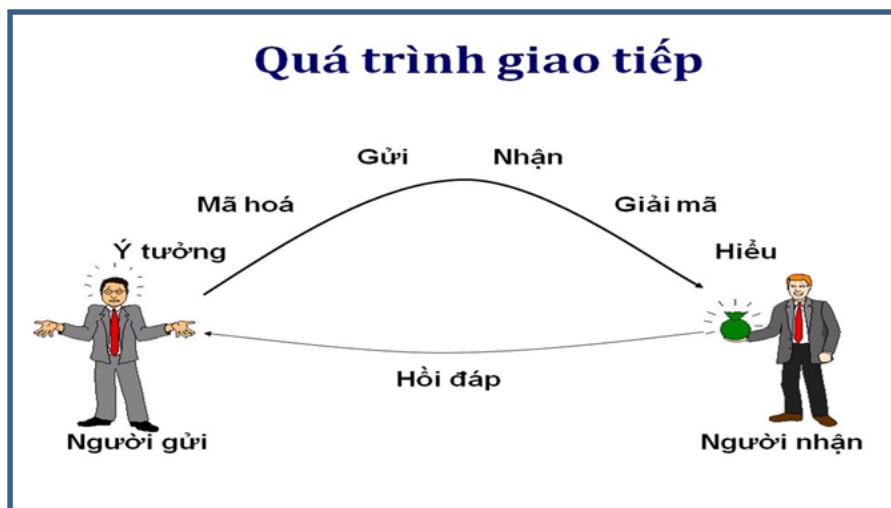
Ví dụ: Hàng ngày, tại các cơ sở y tế, cán bộ, nhân viên y tế thường xuyên giao tiếp với nhau và giao tiếp với bệnh nhân, người nhà bệnh nhân. Trong quá trình giao tiếp đó, hai bên không chỉ chia sẻ thông tin mà qua đó, họ còn chia sẻ với nhau cảm xúc để hướng tới mục đích chung là chăm sóc sức khỏe và chữa bệnh cứu người.

Giao tiếp khác ứng xử. Ứng xử là cách thức con người lựa chọn để đối xử với nhau trong giao tiếp sao cho phù hợp và hiệu quả; là phản ứng của con người khi nhận được cách đối xử của người khác, trong những tình huống cụ thể.

## 2.2. Quá trình giao tiếp

Quá trình truyền nhận một thông điệp từ một người gửi đến người nhận. Quá trình giao tiếp không đơn thuần là một hệ thống phát và thu, truyền và nhận thông tin một cách máy móc, mà là sự trao đổi công việc giữa hai chủ thể tích cực, hai con người, hai nhân cách. Muốn giao tiếp, muốn thực hiện được quá trình trao đổi thông tin giữa hai chủ thể thì phải sử dụng chung một hệ thống tín hiệu, được mã hoá bởi người gửi và giải mã bởi người nhận.

Tính chất của thông tin không chỉ là thông báo thuần túy mà trong giao tiếp thông tin phải tác động đến tâm lý người nhận, làm thế nào để thay đổi hành vi. Điều đó nói lên hiệu quả của giao tiếp.



Hình 1: Quá trình giao tiếp

## 2.3. Kỹ năng giao tiếp

Theo Từ điển Tiếng Việt "Kỹ năng là khả năng vận dụng những kiến thức thu được trong một lĩnh vực nào đó vào thực tế". Kỹ năng giao tiếp là quá trình sử dụng các phương tiện ngôn ngữ và phi ngôn ngữ để định hướng, điều chỉnh và điều khiển

quá trình giao tiếp đạt tới mục đích nhất định.

Kỹ năng của con người thường được đánh giá qua các thao tác, các hoạt động cụ thể và hiệu quả thực tiễn. Nhưng để có kỹ năng tốt, con người cần có hiểu biết đúng về những gì mình đang làm, đang thực hiện.

#### **2.4. Các hình thức giao tiếp**

Có thể phân lại hoạt động giao tiếp thành nhiều hình thức khác nhau:

- Theo tính chất tiếp xúc: có giao tiếp trực tiếp và giao tiếp gián tiếp.
- Theo vị thế trong giao tiếp: có giao tiếp ở thế mạnh, thế yếu và thế cân bằng.
- Theo ngôn ngữ: có giao tiếp bằng ngôn từ và phi ngôn từ.
- Theo mục đích giao tiếp: có giao tiếp để **biết** (lấy thông tin để hoặc thỏa mãn nhu cầu biết, hoặc biết để thực thi, biết để giám sát, kiểm tra; biết để truyền tin); giao tiếp để **hiểu** (đặc biệt để thực thi, để đánh giá, để thay đổi quan niệm, cách nhìn nhận về con người, sự vật, hiện tượng,..); giao tiếp hướng tới **hành động** và giao tiếp để hướng tới sự **cộng tác**.
- Theo phạm vi của giao tiếp: có giao tiếp nội bộ và giao tiếp với bên ngoài.

### **3. Vai trò của giao tiếp**

#### **3.1. Vai trò của giao tiếp trong đời sống xã hội**

Giao tiếp là điều kiện tồn tại của cá nhân và xã hội. Nếu không có giao tiếp với người khác thì con người không thể phát triển, cảm thấy cô đơn và có khi trở thành bệnh hoạn. Nếu không có giao tiếp thì không có sự tồn tại xã hội, vì xã hội luôn là một cộng đồng người có sự ràng buộc, liên kết với nhau. Bên cạnh đó, giao tiếp còn là nhu cầu sớm nhất của con người.

Từ khi con người mới sinh ra đã có nhu cầu giao tiếp, nhằm thỏa mãn những nhu cầu của bản thân. Ở đâu có sự tồn tại của con người thì ở đó có sự giao tiếp giữa con người với con người, giao tiếp là cơ chế bên trong của sự tồn tại và phát triển con người. Thông qua giao tiếp con người gia nhập vào các mối quan hệ xã hội, lĩnh hội nền văn hóa xã hội, đạo đức, chuẩn mực xã hội. Trong quá trình giao tiếp thì cá nhân điều chỉnh, điều khiển hành vi của mình cho phù hợp với các chuẩn mực xã hội, quan hệ xã hội, phát huy những mặt tích cực và hạn chế những mặt tiêu cực. Thông qua giao tiếp con người hình thành năng lực tự ý thức. Trong quá trình giao tiếp, con người nhận thức đánh giá bản thân mình trên cơ sở nhận thức đánh giá người khác. Theo cách này họ có xu hướng tìm kiếm ở người khác để xem ý kiến của mình có đúng không, thừa nhận không. Trên cơ sở đó họ có sự tự điều chỉnh, điều khiển hành vi của mình theo hướng tăng cường hoặc giảm bớt sự thích ứng lẫn nhau.

#### **3.2. Vai trò của kỹ năng giao tiếp trong chăm sóc y tế**

Kỹ năng giao tiếp của mỗi cá nhân đều có tác động tích cực hoặc tiêu cực đến hiệu quả hoạt động của một tập thể. Nếu mỗi thành viên có kỹ năng giao tiếp, ứng xử tốt sẽ góp phần tạo nên sự thống nhất, đoàn kết, tạo nên sức mạnh nội lực để hoàn thành các mục tiêu, kế hoạch đặt ra; tạo ấn tượng tốt với khách, khẳng định thương hiệu và uy tín của ngành. Ngược lại, nếu kỹ năng giao tiếp của một số hoặc nhiều thành viên không phù hợp sẽ đưa đến những tác động tiêu cực như: mất đoàn kết, các thành viên không gắn bó, không hết lòng vì tập thể, hiệu quả hoạt động của toàn cơ quan vì thế bị giảm sút.

Kỹ năng giao tiếp, ứng xử tốt của mỗi thành viên trong cơ quan cũng sẽ góp phần tạo cảm tình, ấn tượng tốt đẹp, tạo sự tin tưởng đối với khách hàng. Nhân viên y tế giao tiếp tốt sẽ góp phần tạo mối quan hệ tốt đẹp giữa mọi người và với khách hàng; tạo môi trường thân thiện giữa nhân viên y tế với khách hàng; giúp khách hàng tin tưởng vào công tác chăm sóc và điều trị; nâng cao thương hiệu và uy tín của ngành; xây dựng hình ảnh đẹp của nhân viên y tế, từ đó tôn vinh nghề nghiệp; và đặc biệt hướng đến sự hài lòng của khách hàng, nâng cao chất lượng chăm sóc, phục vụ khách hàng.

#### **4. Những quy định về đạo đức của điều dưỡng**

##### **4.1. Các phẩm đạo đức của người người điều dưỡng**

Người điều dưỡng đòi hỏi:

- Có ý thức trách nhiệm cao
- Lòng trung thực
- Sự ân cần và cảm thông sâu sắc
- Tính mềm mỏng và có nguyên tắc
- Tính khản trương và tự tin
- Yêu nghề

##### **4.2. Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên**

Được ban hành theo Quyết định 20.QĐ-HDD, ngày 10 tháng 09 năm 2012 của Hội điều dưỡng Việt Nam, chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên là những nguyên tắc, những giá trị nghề nghiệp, những khuôn mẫu để hướng dẫn điều dưỡng viên đưa ra các quyết định có đạo đức trong quá trình hành nghề.

Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng gồm 8 nội dung:

- (1) Bảo đảm an toàn cho người bệnh
- (2) Tôn trọng người bệnh và người nhà người bệnh
- (3) Thân thiện với người bệnh và người nhà người bệnh
- (4) Trung thực trong khi hành nghề
- (5) Duy trì và nâng cao năng lực hành nghề
- (6) Tự tôn nghề nghiệp
- (7) Thật thà đoàn kết với đồng nghiệp
- (8) Cam kết với cộng đồng và xã hội.

##### **4.3. Quy tắc ứng xử, giao tiếp của người điều dưỡng**

Thông tư số 07.2014.TT-BYT ngày 25 tháng 02 năm 2014 của Bộ y tế Quy định về Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế. Theo đó, quy định liên quan đến các tiêu chí ứng xử mà người điều dưỡng cần tuân thủ và tôn trọng.

Ứng xử của công chức, viên chức y tế khi thi hành công vụ, nhiệm vụ được giao; ứng xử của công chức, viên chức y tế đối với cơ quan, tổ chức, cá nhân; ứng xử của công chức, viên chức y tế đối với đồng nghiệp: phải trung thực, chân thành, đoàn kết,

có tinh thần hợp tác, chia sẻ trách nhiệm, giúp đỡ lẫn nhau; tự phê bình và phê bình khách quan, nghiêm túc, thẳng thắn, mang tính xây dựng; tôn trọng và lắng nghe ý kiến của đồng nghiệp; phối hợp, trao đổi kinh nghiệm, học hỏi lẫn nhau trong thi hành công vụ, nhiệm vụ được giao.

Thông tư cũng quy định về ứng xử của công chức, viên chức y tế trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Theo đó, cần thực hiện nghiêm túc 12 điều y đức ban hành kèm theo Quyết định số 2088/QĐ-BYT ngày 06 tháng 11 năm 1996 của Bộ trưởng Bộ y tế quy định về những việc người điều dưỡng phải làm đối với người đến khám bệnh, bao gồm niềm nở đón tiếp, tận tình hướng dẫn các thủ tục cần thiết; bảo đảm kín đáo, tôn trọng người bệnh khi khám bệnh; thông báo và giải thích tình hình sức khỏe hay tình trạng bệnh cho người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh biết; tư vấn giáo dục sức khỏe và hướng dẫn người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh thực hiện chế độ điều trị và chăm sóc; giải quyết khẩn trương các yêu cầu chuyên môn; có mặt kịp thời khi người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh yêu cầu; và những quy định khác.

## **5. Kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng**

### **5.1. Giao tiếp với đồng nghiệp**

- Giao tiếp giữa điều dưỡng với đồng nghiệp thực chất là giao tiếp điều dưỡng với các nhân viên y tế khác trong cùng một cơ quan, tổ chức, cơ sở y tế. Nếu quan hệ giao tiếp với đồng nghiệp trong cơ quan, tổ chức tốt, sẽ góp phần giải quyết mục đích công việc chung, củng cố tinh thần và thúc đẩy việc thực hiện các công việc của cơ quan, tổ chức lần mục đích duy trì hoạt động nhóm.

- Để việc giao tiếp, ứng xử với đồng nghiệp được tốt, mỗi điều dưỡng viên cần nỗ lực để xây dựng mối quan hệ thân thiết, bình đẳng, cởi mở, thông cảm, hiểu biết lẫn nhau. Quan hệ đồng nghiệp tốt không phải hình thành một cách tự nhiên mà nó đòi hỏi chúng ta phải có những hiểu biết nhất định và từ đó biến thành nghệ thuật giao tiếp.

- Khi giao tiếp với đồng nghiệp, người điều dưỡng cần hợp tác và giúp đỡ đồng nghiệp hoàn thành nhiệm vụ; tôn trọng và bảo vệ danh dự, uy tín của đồng nghiệp; có ý thức học hỏi những đồng nghiệp giỏi và có nhiều kinh nghiệm trong chuyên môn, nghiệp vụ, có đạo đức, lối sống tốt đẹp; hiểu biết chức trách, nhiệm vụ và mối quan hệ với các đồng nghiệp để cùng nhau hoàn thành nhiệm vụ; chỉ đề nghị đồng nghiệp giúp đỡ và hỗ trợ khi bản thân đã nỗ lực và cố gắng; biết cảm ơn khi được đồng nghiệp giúp đỡ, biết xin lỗi khi sai sót hoặc vô tình làm đồng nghiệp tổn thương; truyền thụ và chia sẻ kinh nghiệm nghề nghiệp với đồng nghiệp.

- Bên cạnh đó, người điều dưỡng cũng cần chân thành khen ngợi những ưu điểm của đồng nghiệp một cách tự nhiên, không tăng bốc, xu nịnh; góp ý những hạn chế bằng thiện chí; thi đua với đồng nghiệp một cách lành mạnh vì mục đích chung của bộ phận, đơn vị; tránh đố kỵ, ganh tỵ, hoặc gây khó khăn cho đồng nghiệp; phân biệt rõ công tư trong quan hệ với đồng nghiệp.

- Cần tránh những hành vi như tò mò về đời tư của người khác, bình luận xấu sau lưng, can thiệp sâu vào chuyện gia đình, dựng chuyện để gây ảnh hưởng xấu cho đồng nghiệp, quan hệ nam nữ không lành mạnh.

### **5.2. Giao tiếp với bệnh nhân và thân nhân**

- Tất cả bệnh nhân, thân nhân bệnh nhân hoặc khách đến thăm khám bệnh, sử dụng

các dịch vụ chăm sóc y tế tại trạm y tế hay bệnh viện đều là khách quý, cần được tôn trọng. Việc đón, tiếp, đãi, trao đổi, giáo dục, tư vấn cho khách hàng... cần được thực hiện theo đúng quy định và cần linh động ứng xử cho phù hợp với từng hoàn cảnh cụ thể.

- Khi giao tiếp với khách hàng, người điều dưỡng cần có thái độ thân tình, cởi mở; biết làm chủ cảm xúc khi gặp khách có tâm trạng bức xúc, lời nói hoặc hành vi nóng nảy, khiếm nhã; biết giữ giới hạn trong quan hệ với khách để không làm ảnh hưởng đến hình ảnh và uy tín cơ quan và của ngành.

- Khi tiếp xúc, điều dưỡng giới thiệu tên và chào hỏi người bệnh, người nhà người bệnh một cách thân thiện; lắng nghe người bệnh, người nhà người bệnh và đáp lại bằng câu nói ân cần với cử chỉ lịch sự; cung cấp dịch vụ chăm sóc kèm theo nụ cười thân thiện, đúng nơi, đúng lúc; giúp người bệnh giảm nhẹ đau đớn do bệnh tật và do phẫu thuật, thủ thuật.



Hình 2: Kỹ năng giao tiếp

- Giao tiếp tốt với khách hàng chính là nền tảng của chăm sóc có chất lượng. Theo đó, người điều dưỡng cần tế nhị trong giao tiếp với khách hàng; tiếp cận với khách hàng bằng cách trò chuyện; không vội vã vì thời gian sẽ giúp xây dựng niềm tin; tế nhị khám phá ý người bệnh muốn thể hiện; thấu cảm với người bệnh, thể hiện qua giọng nói, cử chỉ, thái độ, biểu hiện của điều dưỡng; chủ động lắng nghe người bệnh và gia đình chia sẻ, lắng nghe một cách tích cực. Khi tư vấn, người điều dưỡng cần cung cấp thông tin và biểu hiện sự ủng hộ người bệnh và gia đình một cách toàn diện.

### **5.3. Giao tiếp với bệnh nhân và gia đình giai đoạn cuối đời**

#### **5.3.1. Giao tiếp với bệnh nhân chăm sóc giảm nhẹ và giai đoạn cuối đời:**

- Người bệnh mắc bệnh nặng, đe dọa tính mạng sẽ có rất nhiều cảm xúc lẫn lộn như sợ hãi, hốt hoảng, giận dữ, hối hận, hoang mang, chán nản. Bên cạnh đó, gia đình người bệnh cũng thường mang tâm trạng bồn chồn, lo lắng, mặc cảm, buồn rầu. Người điều dưỡng cần nhạy bén, tìm hiểu xem người bệnh và gia đình cần gì, họ muốn biết những gì, muốn chia sẻ điều gì, với ai, và họ cần được hỗ trợ những gì để giải quyết, giúp đỡ hay tạo ra thay đổi lớn cho người bệnh và gia đình thông qua cách giao tiếp. Vì thế, để giao tiếp có hiệu quả, người điều dưỡng cần cảm thông, thấu hiểu và tôn trọng khách hàng.

- Thông qua giao tiếp, điều dưỡng xác định được những vấn đề mà người bệnh và người nhà đang đối mặt để có hướng hỗ trợ về thể chất, tinh thần, tâm lý, xã hội.

### 5.3.2. Kỹ năng trò chuyện với người bị mất người thân:

- Bắt đầu cuộc nói chuyện hoặc thảo luận từ vị thế của một người ngoài tò mò về câu chuyện của họ hơn là một chuyên gia
- Sử dụng cách tiếp cận trò chuyện thân tình và cảm thông
- Tập trung lắng nghe, hãy dành thời gian để xây dựng thêm lòng tin
- Duy trì sự thấu cảm, cử chỉ, giọng nói, thái độ, biểu hiện
- Đừng cố gắng thay đổi tình hình tốt hơn. Hãy chỉ ngồi xuống với họ, chia sẻ với nỗi đau của họ.
- Hãy để họ thể hiện nỗi buồn theo cách riêng của họ
- Cung cấp thông tin, gợi ý chuyển đến chuyên gia y tế khác

### 5.3.3. Giao tiếp với đối tượng gặp khó khăn trong giao tiếp:

#### 5.3.3.1. Giao tiếp với người câm, người khiếm thính:

- Xét trên góc độ văn hóa, không nên coi những người câm điếc là những người khuyết tật. Nhóm người này gặp khó khăn trong giao tiếp, giống như khi ta thực hiện việc giao tiếp với nhóm người có sự khác biệt ngôn ngữ. Ví dụ như giao tiếp với người dân tộc thiểu số không biết nói tiếng quốc ngữ, hay giao tiếp với người Lào mà ta không biết nói tiếng Lào và người Lào cũng không biết tiếng Việt. Cộng đồng người câm điếc có ngôn ngữ của riêng mình. Khi giao tiếp với đối tượng này, điều dưỡng cần thấu hiểu, nhạy bén và cảm thông với họ.



Hình 3: Ngôn ngữ không lời

- Ngôn ngữ không lời sẽ phát huy vai trò trong giao tiếp với đối tượng không nói được hay đối tượng khiếm thính. Do vậy, khi giao tiếp, người điều dưỡng cần đối xử với họ bằng sự tôn trọng, nghiêm túc và lịch sự; hướng sự chú ý của người khiếm thính vào mình khi giao tiếp bằng cách vẫy tay; giữ liên lạc bằng mắt, thể hiện sự lắng nghe tích cực; ra dấu hiệu, ký hiệu, nói chậm, to, rõ ràng; dùng câu ngắn và đơn giản; diễn đạt lại bằng nhiều cách nếu người đối thoại chưa hiểu; biểu cảm qua nét mặt; không chuyển chủ đề quá nhanh, cần thông báo ngắn gọn cho người đối thoại biết; đánh vần bằng tay hoặc viết nếu cần thiết; kiên nhẫn khi giao tiếp; tránh giao tiếp trong môi trường ồn ào với người có dùng máy trợ thính; và duy trì khoảng cách phù hợp khi giao tiếp.

- Có thể viết chữ hoặc sử dụng công nghệ thông tin trong giao tiếp với người câm và người khiếm thính như tin nhắn SMS, gõ chữ trên các thiết bị điện tử, gửi thư ...

#### 5.3.3.2 Giao tiếp với người khiếm thị:

- Hướng cuộc nói chuyện vào cá nhân người nghe
- Giới thiệu bản thân rõ ràng
- Giới thiệu từng thành viên trong nhóm khi nói chuyện (nếu có)
- Nói với tốc độ và ngữ điệu vừa phải
- Không cố gắng để dẫn đường cho người khiếm thị bằng cách lôi kéo hoặc họ không đề nghị được giúp đỡ trước đó
- Nếu dẫn đường, có thể để người khiếm thị nắm giữ cánh tay của mình và để họ tự đi
- Mô tả phương hướng rõ ràng bằng lời nói

#### ***Kết luận***

Giao tiếp là khoa học, là nghệ thuật. Giao tiếp khó đặt ra khuôn mẫu, nó đòi hỏi tính thích ứng và sáng tạo cao. Sự đa dạng văn hóa ngày càng tăng, những giá trị và niềm tin của người điều dưỡng và khách hàng có tác động lẫn nhau trong giao tiếp. Phát triển tính nhạy cảm văn hóa có thể giúp người điều dưỡng tự khu biệt những giá trị của riêng mình để chiều theo những giá trị của khách hàng. Người điều dưỡng do đó cần chấp nhận và tôn trọng sự khác biệt, không thách thức các giá trị của khách hàng.

Giao tiếp tốt giữa nhân viên y tế với người bệnh và gia đình người bệnh là nền tảng của chăm sóc điều dưỡng. Điều dưỡng cần trau dồi, nâng cao kỹ năng giao tiếp để nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc điều dưỡng.

## **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

### ***Chọn câu trả lời đúng nhất***

- Lợi ích của việc lắng nghe, **NGOẠI TRỪ**:
  - Thỏa mãn nhu cầu của người nghe
  - Người nghe thu thập được nhiều thông tin
  - Hạn chế được những sai lầm trong giao tiếp
  - Giúp giải quyết được những mâu thuẫn
- Để tạo được thiện cảm tốt khi giao tiếp với người bệnh, những việc sau đây người điều dưỡng nhân viên y tế nên làm, **NGOẠI TRỪ**:
  - Thể hiện nụ cười cảm thông, chia sẻ để tạo mối quan hệ mật thiết đối với người bệnh
  - Chuẩn bị kỹ nội dung giao tiếp trước khi tiếp xúc người bệnh
  - Chú ý hỏi họ tên, tuổi, chức vụ, nghề nghiệp của người bệnh mỗi lần tiếp xúc để người bệnh có cảm giác mình được quan tâm
  - Chuẩn bị ngôn ngữ phù hợp với nội dung giao tiếp

3. Cách nào sau đây có thể tác động tiêu cực đến việc tạo thiện cảm khi giao tiếp với người bệnh:
- Luôn tươi cười khi giao tiếp với người bệnh
  - Luôn lắng nghe người bệnh nói chuyện
  - Giải thích rõ ràng, nhẹ nhàng khi người bệnh không hiểu
  - Khen người bệnh khi họ thực hiện đúng những yêu cầu của nhân viên y tế
4. Khi giao tiếp với người bệnh, nhân viên y tế nên:
- Nói thật nhanh, nói to, rõ ràng trong tình huống cấp cứu để người bệnh nghe và tuân thủ điều trị kịp thời
  - Sử dụng từ ngữ chuyên môn của ngành y để giải thích cho người bệnh hiểu sâu về bệnh của họ
  - Sử dụng từ ngữ đơn giản, phù hợp với từng đối tượng người bệnh
  - Nói rõ ràng, ra lệnh trong tình huống người bệnh không tuân thủ điều trị
5. Phát biểu nào sau đây **KHÔNG** đúng:
- Giao tiếp và kỹ năng ứng xử có thể cải thiện thông qua tự rèn luyện của mỗi cá nhân và sự giáo dục của tập thể
  - Trong giao tiếp, cần đặt ra một khuôn mẫu nhất định để mọi người cùng thực hiện
  - Kỹ năng giao tiếp là yếu tố rất cơ bản để nhân viên y tế chăm sóc thành công cho một người bệnh
  - Giao tiếp là nghệ thuật
6. Để tạo được thói quen lắng nghe tốt, chúng ta cần:
- Thỉnh thoảng ngắt lời người đang nói và phát biểu ý kiến để cho thấy rằng mình đang quan tâm đến vấn đề đó
  - Nhìn hướng về người đang nói với sự tập trung và gật đầu tán thưởng
  - Thể hiện nét mặt vui, tập trung và gật đầu tán thưởng liên tục
  - Nên phát biểu ý kiến của mình khi người nói đang dừng lại để suy nghĩ
7. Vai trò của giao tiếp trong các cơ sở y tế, **NGOẠI TRỪ**:
- Để phát hiện những nhu cầu của người bệnh
  - Để tìm hiểu hoàn cảnh, đặc điểm nhân cách người bệnh
  - Để thiết lập mối quan hệ tốt giữa nhân viên y tế với người bệnh
  - Để làm tăng uy lực của nhân viên y tế trước người bệnh từ đó người bệnh sẽ tuân thủ điều trị tốt hơn

**Gợi ý đáp án**

1 (A); 2 (C); 3 (A); 4 (C); 5(B); 6 (B); 7 (D)

**Bài tập tình huống:**

Vợ chồng chị Nguyễn thị A có 2 con, cháu gái lớn 6 tuổi hoàn toàn khỏe mạnh, phát triển thể chất và tinh thần bình thường.

Cháu thứ 2 là cháu trai Phạm văn B được 9 tháng tuổi bị sốt cao, ho ở nhà 4 hôm tự nhiên hôm nay xuất hiện cơn co giật khi sốt cao. Gia đình nhà nội chỉ có một con trai nối dõi tông đường qua nhiều thế hệ, vì vậy bố mẹ cháu B hết sức lo lắng.

Cháu B vào viện được chẩn đoán là sốt cao co giật nghi do viêm não virus. Nghe tin này, gia đình cháu B thấy quá sốc và hoảng hốt đề nghị các thầy thuốc trong khoa tận tình cứu chữa. Sau một tiếng, cháu B hết sốt, hết co giật, mệt lờ đờ nhưng bố mẹ thấy tinh thần và vận động cháu vẫn bình thường.

Cháu đến từ vùng có dịch viêm não Nhật bản B và có một số dấu hiệu chưa loại trừ khả năng não viêm. Bác sỹ H đã giải thích và đề nghị gia đình đồng ý chọc dịch não tủy cho cháu B để có chẩn đoán sớm, kết quả điều trị sẽ tốt hơn.

Bố cháu B hỏi lại bác sỹ là “Bác sỹ có chắc chắn con tôi bị viêm não nhật bản B không”?

Bác sỹ H trả lời “Chúng tôi chưa loại trừ bệnh này vì vậy chúng tôi cần chọc dịch não tủy con anh để có chẩn đoán xác định”.

Bố cháu B nói “Tôi nghe nói sau chọc dịch não tủy cháu s bị ngớ ngẩn, có khi đang lành thành què”.

Bác sỹ H trả lời “Nếu gia đình không đồng ý, ký giấy vào đây”.

Bố cháu H không tin tưởng trình độ chuyên môn của bệnh viện X này và đề nghị cho cháu chuyển lên tuyến trên điều trị.

Bác sỹ H trả lời “Quyết định là do anh chị, anh chị thích chuyển viện thì tôi ký giấy để gia đình tự túc đi, còn nếu đồng ý chọc dịch não tủy thì đến gặp tôi”. Nói xong, bác sỹ H bỏ đi thẳng.

Câu hỏi:

1. Anh.chị nhận xét gì về giao tiếp giữa bác sỹ với người nhà bệnh nhân trong tình huống trên?
2. Anh chị có đồng ý với cách giải quyết của bác sỹ H không? Theo anh.chị có cách nào giải quyết tốt hơn không?

**Tình huống đóng vai :**

Một bà mẹ 20 tuổi bé 1 cháu bé 6 tháng tuổi đến phòng khám với tình trạng:

- Sốt cao, t: 39 C
- Môi khô, mắt trũng
- Li bì

Qua thăm, khám và hỏi bệnh được biết: cách đây 3 ngày trẻ xuất hiện đi ỉa phân lỏng, tóe nước ngày 3 - 4 lần, sờ trán thấy nóng, trẻ quấy khóc. Bà mẹ có ý định đưa trẻ đi khám ngay, nhưng mẹ chồng nhất định không đồng ý và cho rằng trẻ con bị đi ỉa là chuyện bình thường, b như thế này cho đi viện hơi tí là uống thuốc rồi nó còi không lớn được và yêu cầu cô con dâu cứ để trẻ ở nhà chỉ cho uống nước cháo. Nhưng từ lúc bị đi ỉa đến nay tình trạng cháu càng nặng hơn. Từ tối hôm qua đến

giờ cháu mệt nhiều không quấy khóc

nhiều nữa nhưng cứ li bì, đi ỉa 7 - 8 lần, phân lỏng tóe nước và có lẫn máu, sốt cao.

Câu hỏi: Là Điều dưỡng tại phòng khám bạn sử dụng những kỹ năng gì trong giao tiếp với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân? Nhận xét những điểm đạt và chưa đạt trong quá trình thầy thuốc giao tiếp với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh viện phụ sản Trung ương (2010): Thông tin - giáo dục - tư vấn trong chăm sóc sức khỏe, nhà xuất bản Y học.
2. Bộ y tế (2014): Thông tư số 07.2014.TT-BYT Quy định về Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế Hà Nội.
3. Hội điều dưỡng Việt Nam (2012): Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên Việt Nam. Ban hành kèm theo quyết định 20.QĐ-HDD, Hà Nội.
4. Khoa học hành vi và giáo dục sức khỏe 92005), nhà xuất bản Y học.
5. Trường Đại học Y Hà Nội (2014): Bài giảng Kỹ năng Y khoa, NXB Y học Hà Nội.
6. Trường Đại học Y Hà Nội (2014): Tâm lý học y học, NXB Y học Hà Nội.

**PHỤ LỤC 1:****BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ VỀ KỸ NĂNG NÓI VÀ LẮNG NGHE**

T T	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm			
				0	1	2	3
1	Chào và hỏi.	Tạo quan hệ tốt với người bệnh, thể hiện tôn trọng người bệnh.	Câu nói có chủ ngữ, đúng ngữ pháp. Phong cách nói chuyện lịch sự thân thiện.				
2	Cách xưng hô thích hợp.	Tạo cảm giác an toàn, thân thiện.	Xưng hô phù hợp với độ tuổi, quan hệ xã hội của người bệnh				
3	Nói chính xác, rõ ràng.	Người bệnh dễ hiểu được thông tin.	Thông tin phải đúng, đủ, rõ ràng, đủ nghe				
4	Tốc độ nói phù hợp.	Người bệnh hiểu rõ thông tin.	Tốc độ, âm lượng rõ ràng, đủ nghe				
5	Nói đúng vấn đề chính.	Người bệnh hiểu đúng những thông tin chính. Người bệnh nhớ và thực hiện đúng những việc cần làm.	Các nội dung chính, cốt lõi được cung cấp. Các thông tin quan trọng được nhấn mạnh.				
6	Từ ngữ phù hợp.	Giúp người bệnh dễ hiểu.	Dùng từ ngữ phù hợp, đúng ngữ pháp.				
7	Thể hiện sự lắng nghe.	Khuyến khích người nói tiếp tục nói.	Sử dụng ngôn ngữ không lời.				
8	Tập trung lắng nghe.	Thể hiện sự tôn trọng người bệnh.	Yên lặng để nghe người bệnh nói.				
9	Không ngắt lời người bệnh.	Thể hiện sự tôn trọng người bệnh.	Người bệnh nói được hết ý họ cần nói.				
10	Chào và cảm ơn người bệnh.	Thông tin được thể hiện nhất quán bằng ngôn ngữ có lời và không lời.	Ngôn ngữ không lời phù hợp với ngôn ngữ có lời.				

**PHỤ LỤC 2:****BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG CUNG CẤP THÔNG TIN**

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm			
				0	1	2	3
1	Chào và hỏi.	Tạo sự thoải mái, tin tưởng cho người bệnh (NB) và gia đình (GD)	Ân cần, thân thiện				
2	Giải thích lý do của cuộc tiếp xúc .	Để NB yên tâm, hợp tác	Giải thích ngắn gọn, dễ hiểu				
3	Quan sát thái độ, phản ứng của NB	Để nhận biết ngôn ngữ không lời của NB	Quan sát NB lịch sự, đúng yêu cầu				
4	Cung cấp thông tin chính xác.	Để NB hiểu đúng thông tin	Thông tin theo cách mà NB có thể hiểu được				
5	Tóm tắt thông tin vừa cung cấp .	Để NB dễ hiểu, dễ nhớ	Tóm tắt ngắn gọn dễ hiểu				
6	Khuyến khích NB đặt câu hỏi	Tìm hiểu những băn khoăn, lo lắng của NB	NB thoải mái đặt câu hỏi cho bác sĩ				
7	Trả lời câu hỏi của NB	Giúp NB hài lòng	Câu trả lời ngắn gọn, chính xác, dễ hiểu				
8	Dành thời gian cho người bệnh nói .	Tạo tâm lý thoải mái cho NB	Đủ thời gian cho NB nói. NB cảm thấy hài lòng				
9	Kiểm tra lại thông tin vừa cung cấp.	Đảm bảo NB hiểu đúng, đủ thông tin đã cung cấp	Kiểm tra lại toàn bộ thông tin				
10	Cảm ơn NB, chào tạm biệt	Kết thúc cuộc giao tiếp	NB hài lòng				

### PHỤ LỤC 3:

#### BẢNG KIỂM LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG GIAO TIẾP KHÔNG LỜI

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm			
				0	1	2	3
1	Môi trường giao tiếp phù hợp	Tạo sự thoải mái cho NB	Địa điểm giao tiếp và môi trường giao tiếp xung quanh đúng tiêu chuẩn				

TT	Các bước thực hiện	Ý nghĩa	Tiêu chuẩn phải đạt	Điểm			
				0	1	2	3
2	Quần áo, trang phục phù hợp	Thể hiện sự nghiêm túc, lịch sự và tôn trọng NB	Quần áo trang phục phải gọn gàng, lịch sự theo đúng quy định				
3	Các phụ kiện đi kèm phù hợp	Thể hiện sự nghiêm túc, lịch sự	Các phụ kiện đi kèm trang phục phải đơn giản, lịch sự				
4	Cử chỉ tiếp xúc với NB phù hợp	Thể hiện sự quan tâm tới NB	Sử dụng ngôn ngữ không lời phù hợp với ngôn ngữ có lời				
5	Sử dụng từ phù hợp với hoàn cảnh giao tiếp	Giúp tăng cường hiệu quả giao tiếp	Sử dụng tốt từ tượng thanh nếu cần				
6	Tiếp xúc về mặt thể chất giữa bác sĩ và NB phù hợp	Giúp chăm sóc NB được tốt	NB yên tâm hợp tác				
7	Giữ khoảng cách phù hợp với NB	Thể hiện sự tôn trọng NB	NB yên tâm hợp tác				
8	Tư thế thăm khám phù hợp	Thể hiện sự tôn trọng NB, tạo hình ảnh đẹp của người ĐD	NB yên tâm hợp tác				
9	Kết hợp hài hòa ngôn ngữ không lời	Tăng hiệu quả giao tiếp	Sử dụng tốt ngôn ngữ không lời				
10	Kết hợp hài hòa ngôn ngữ không lời và có lời	Tăng hiệu quả giao tiếp	Sử dụng tốt ngôn ngữ có lời và không lời				

**Tổng điểm tối đa của mỗi bảng kiểm: 30**

**Quy định:**

Không làm (0 điểm)  
(1 điểm)

Làm sai, làm không đầy đủ

Làm được nhưng chưa thành thạo (2 điểm)

Làm tốt, thành thạo (3 điểm)

**Quy đổi sang thang điểm 10**

0 - 3 đ = 1	4 - 6 đ = 2	7 - 9 đ = 3	10 - 12 đ = 4	13 - 15 đ = 5
16 - 18 đ = 6	19 - 21 đ = 7	22 - 24 đ = 8	25 - 27 đ = 9	28 - 30 đ = 10

**Điểm kỹ năng của học viên: ..... .10**

**Ghi chú:** Cách tính điểm như trên áp dụng cho bảng kiểm 1, 2, 3



## BÀI 8

### KỸ NĂNG TƯ VẤN VÀ GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA ĐIỀU DƯỠNG.

#### MỤC TIÊU

1. Áp dụng được kiến thức chăm sóc vào tư vấn giáo dục sức khỏe cho người bệnh, và người dân.
2. Thực hiện được việc tư vấn, giáo dục sức khỏe của điều dưỡng tại trạm y tế và cộng đồng.
3. Thể hiện kỹ năng tư vấn phù hợp, đơn giản, dễ hiểu có tính thuyết phục để người bệnh tuân thủ chăm sóc hoặc điều trị.

#### NỘI DUNG

##### 1. Kỹ năng tư vấn và giáo dục sức khỏe trong chăm sóc điều dưỡng

###### 1.1. Khái niệm

1.1.1. *Thông tin*: là quá trình nhằm mục tiêu truyền đạt một thông điệp hay kiến thức từ người gửi đến người tiếp nhận.

- Quá trình: giao tiếp một chiều
- Mục tiêu: truyền đạt kiến thức.

Ví dụ: tờ rơi thông tin về chăm sóc thai nghén; phóng sự truyền hình về chế độ dinh dưỡng cho trẻ từ 1 - 3 tuổi; phòng chống bệnh tay chân miệng ở trẻ em...

1.1.2. *Giáo dục*: là quá trình trao đổi thông tin qua lại giữa 2 hay nhiều người nhằm tạo thành một diễn đàn, hay một cuộc thảo luận

- Quá trình: giao tiếp đa diện
- Mục tiêu: đưa ra quyết định

Ví dụ: lớp tập huấn về hồi sức sơ sinh, hội thảo chăm sóc người bệnh ung thư tại cộng đồng; ...



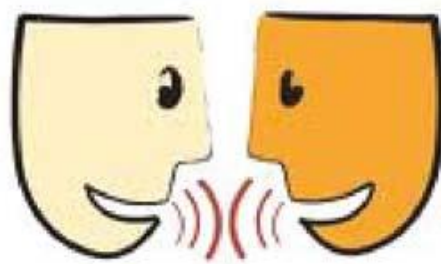
1.1.3. *Tư vấn*: là quá trình trao đổi thông tin giữa người cung cấp và khách hàng nhằm hỗ trợ khách hàng, khẳng định thông tin giúp khách hàng tự đưa ra và thực hiện những quyết định của họ.

- Quá trình: giao tiếp 2 chiều
- Mục tiêu: hỗ trợ việc đưa ra và thực hiện quyết định

Ví dụ: tư vấn trực tiếp cho cặp vợ chồng về phòng tránh các bệnh lây qua đường tình dục, tư vấn cho nhóm bà mẹ mang thai về cách chăm sóc con tuần đầu sau sinh;....

Khi cung cấp dịch vụ tư vấn, cán bộ y tế có nhiệm vụ:

- Giúp khách hàng đánh giá nhu cầu của chính họ về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, thông tin và hỗ trợ tinh thần
- Cung cấp thông tin phù hợp cho khách hàng để phát hiện những vấn đề và nhu cầu của họ
- Hỗ trợ khách hàng trong việc tự đưa ra những quyết định
- Giúp khách hàng xây dựng những kỹ năng họ sẽ cần để đưa ra quyết định



- Như vậy, tư vấn là quá trình trao đổi, tương tác giúp một người tự khám phá ra những vấn đề của mình và nâng cao năng lực cho họ để giúp họ tự giải quyết vấn đề của mình. Điều dưỡng tư vấn là quá trình người điều dưỡng tương tác để giúp đỡ người bệnh và gia đình tìm ra giải pháp phù hợp nhất.

- Tư vấn hiệu quả giúp người bệnh cảm thấy họ được lắng nghe và được hỗ trợ; giúp họ hiểu rõ hơn về tình trạng, về những vấn đề mà họ đang gặp phải; xác định được các vấn đề cần giải quyết; lựa chọn được các giải pháp phù hợp nhất với nhu cầu và nguồn lực của bản thân và gia đình. Tư vấn hiệu quả còn giúp người bệnh đưa ra được quyết định của riêng mình và tự tin hành động theo quyết định đó.

## **2. Nguyên tắc của tư vấn**

Bất kỳ một cuộc tư vấn nào cũng đều phải tuân thủ 6 quy tắc cơ bản, đó là:

- Lấy lợi ích của khách hàng làm trọng tâm
- Khuyến khích tính chủ động tham gia tối đa của khách hàng
- Đảm bảo nguyên tắc kín đáo, bí mật
- Tôn trọng khách hàng
- Không áp đặt
- Gần gũi, thân thiện

### **2.1. Lợi ích của khách hàng là trọng tâm**

- Lợi ích là điều khách hàng mong muốn nhất khi đến với người làm tư vấn.
- Khi gợi ý phương án giải quyết vấn đề, cần lựa chọn phương án nào đem lại quyền lợi cao nhất cho khách hàng.

### **2.2. Khuyến khích tính chủ động tham gia tối đa của khách hàng**

- Khi khách hàng đến với người làm tư vấn họ thường hoang mang, thất vọng hoặc mặc cảm. Vì vậy, người điều dưỡng cần động viên, an ủi để giải tỏa sự căng thẳng của khách hàng.

- Phải biết cách, tạo điều kiện và khuyến khích để khách hàng chủ động tham gia trong suốt quá trình tư vấn và chủ động tham gia vào việc lựa chọn các giải pháp.

### **2.3. Kín đáo và bí mật**

Đây là những vấn đề tế nhị, riêng tư, vì vậy khi tư vấn, người dưỡng cần chú đảm bảo tính bí mật, riêng tư cho khách hàng. Đôi khi vấn đề của khách hàng có liên quan đến uy tín, danh dự của cá nhân và dư luận của cộng đồng, vì vậy cần phải tôn trọng và giữ bí mật cho họ.

### **2.4. Tôn trọng nhân phẩm của khách hàng**

- Khách hàng là một nhân cách độc lập, họ có quyền được bảo vệ và tôn trọng.

- Khách hàng đến với người tư vấn là họ bộc lộ sự tin tưởng và cần được giúp đỡ, vì vậy họ cần phải được tôn trọng.

- Hiến pháp của nước Việt Nam năm 2013 cũng đã quy định rất rõ về quyền con người; theo đó, điều dưỡng phải luôn tuân thủ đúng và đảm bảo quyền con người trong suốt quá trình thực hiện tư vấn cho khách hàng.

### **2.5. Không áp đặt, phải tôn trọng sự lựa chọn của khách hàng**

Nhiệm vụ của người tư vấn là giúp đỡ, khuyến khích khách hàng giải quyết những vấn đề của họ. Khi khách hàng đã quyết định lựa chọn, người tư vấn phải tôn trọng sự lựa chọn đó cho dù nó không phù hợp theo ý mình.

### **2.6. Gần gũi, thân thiện, đồng cảm với khách hàng**

Khách hàng đang có vấn đề bức xúc, họ cần được người tư vấn hiểu, đồng cảm và giúp đỡ. Người tư vấn cần có thái độ cởi mở, thân thiện gần gũi với khách hàng để họ dễ giải bày những bức xúc về tâm lý và sức khỏe.

## **3. Quy trình của một cuộc tư vấn**

### **3.1. Các bước chung trong tư vấn và giải quyết vấn đề**

- Xây dựng mối quan hệ tốt đẹp và cảm giác đáng tin cậy với người bệnh và gia đình

- Cùng với người bệnh và gia đình tìm hiểu về tình huống của họ bằng cách lắng nghe và hỏi những câu hỏi mở, không dẫn dắt cuộc trò chuyện

- Chỉ ra vấn đề cũng như điểm mạnh của người bệnh và gia đình

- Hỗ trợ người bệnh và gia đình lập kế hoạch và xác định mục tiêu chăm sóc sức khỏe

- Hỗ trợ người bệnh và gia đình triển khai và thực hiện kế hoạch

- Theo dõi và điều chỉnh kế hoạch khi cần

- Lưu ý rằng, lắng nghe rất quan trọng. Chỉ bằng lắng nghe và ủng hộ cũng đã giúp ích được người bệnh và gia đình rất nhiều. Điều dưỡng không cần phải đưa ra câu trả lời cho tất cả các câu hỏi vì thông thường người bệnh và gia đình đã có câu trả lời của chính họ. Người điều dưỡng cần giúp đỡ người bệnh và gia đình quyết định họ cần làm gì cho chính mình bằng cách ủng hộ và cung cấp cho họ nhưng thông tin giá trị và thực tế.

## 3.2. Nguyên tắc tư vấn

### 3.2.1. Nguyên tắc GATHER

<b>G</b>	= Greet	Gặp gỡ, chào hỏi
<b>A</b>	= Assess	Đánh giá, soi hỏi
<b>T</b>	= Tell	Trình bày, nói
<b>H</b>	= Help	Giúp đỡ, nâng đỡ
<b>E</b>	= Explain	Giải thích
<b>R</b>	= Return	Hen gặp lại

Bảng 1: Nguyên tắc GATHER

#### Bước 1: gặp gỡ hay chào hỏi (*Greet*)

Người tư vấn cần xây dựng được mối quan hệ tốt với khách hàng ngay từ bước đầu tiên này. Cụ thể là:

- Thái độ tiếp xúc ban đầu cần hết sức thân mật, cởi mở để tạo niềm tin, xoá bỏ ngăn cách, e ngại giữa khách hàng và người tư vấn.
- Chào hỏi khách hàng, tỏ thái độ thân mật và bình đẳng.
- Tự giới thiệu tên và chức danh của người tư vấn với khách hàng.
- Xin được hỏi tên của khách hàng (nếu cần để thống kê thì cả tuổi, địa chỉ, tình trạng hôn nhân, có hay chưa có gia đình). Tuy nhiên nếu khách hàng không muốn trả lời thì không ép buộc.
- Mở đầu: không bao giờ đặt câu hỏi một cách sỗ sàng "Chị cần hỏi cái gì?" mà nên nhẹ nhàng hỏi: "Tôi có thể giúp anh chị điều gì?" hay "Nào, ta bắt đầu, xin anh chị cho biết chúng ta có thể trao đổi với nhau vấn đề gì?"

#### Bước 2: gọi hỏi hay đánh giá (*Assess*)

- Hỏi khách hàng các thông tin liên quan đến sức khoẻ và nhu cầu tránh thai để lượng giá xem khách hàng đã hiểu biết các vấn đề đó thế nào. Nên sử dụng các câu hỏi mở, không dùng các câu để khách hàng chỉ có thể trả lời "có", "không".
- Chăm chú lắng nghe, không bao giờ tỏ ra sốt ruột, ngắt lời khách hàng.
- Dùng ngôn ngữ hình thể biểu hiện sự tán đồng (mỉm cười, gật đầu), sự thông cảm (lắng nghe, chăm chú, nét mặt), có khi chọn từ ngữ thích hợp giúp cho khách hàng diễn tả điều mà họ đang lúng túng, chưa biết nói như thế nào.
- Khi nghe có thể hỏi thêm để biết rõ nhận thức của khách hàng nhưng không nói nhiều, đặc biệt không phê phán những nhận thức chưa đúng của khách hàng đã nêu ra.

#### Bước 3: giới thiệu hay nói (*Tell*)

- Giới thiệu những dịch vụ y tế hiện đang thông dụng và có tại cơ sở y tế.
- Cung cấp các thông tin về cả ưu điểm lẫn nhược điểm, các tác dụng phụ và biến chứng của từng dịch vụ y tế; với những điểm qua gọi hỏi đã biết khách hàng hiểu đúng thì không nói nhiều và nên nhấn mạnh "Như anh chị đã biết ...".
- Với những điều khách hàng chưa rõ thì giải thích kỹ; với những điều khách hàng hiểu chưa đúng nên lựa lời nói để khách hàng có nhận thức lại nhưng không bao giờ

nói khách hàng đã nhận thức sai.



#### Bước 4: giúp đỡ (Help)

- Giúp khách hàng tự lựa chọn một dịch vụ y tế thích hợp nhất với họ.
- Trường hợp khách hàng lựa chọn một dịch vụ y tế nhưng thấy không đúng chỉ định thì giải thích lý do chưa áp dụng được vào thời điểm đó để khách hàng chọn một dịch vụ khác. Tuy nhiên, không nên áp đặt dịch vụ y tế mà người tư vấn cho là tốt nhất.

#### Bước 5: giải thích (Explain)

- Khi khách hàng đã chấp nhận một dịch vụ y tế, cần giải thích đầy đủ về cách sử dụng dịch vụ y tế đó.
- Chỉ dẫn rõ ràng cách thức thực hiện và quy trình tiên hành.
- Giải thích những nguyên nhân có thể, các tai biến và cách phòng tránh.
- Trình bày rõ các tác dụng phụ có thể gặp và cách xử trí tại nhà và khi nào cần đi khám lại.
- Giải thích tại sao phải đến kiểm tra định kỳ và khuyến khích khách hàng thực hiện đầy đủ.
- Giải thích mọi thắc mắc hoặc hiểu chưa đúng của khách hàng.
- Sau khi giải thích nên đặt câu hỏi lại để thu nhận thông tin phản hồi.

#### Bước 6: gặp lại (Return):

- Trước khi chào tạm biệt, dặn dò khách hàng những điểm quan trọng nhất, hẹn khám kiểm tra định kỳ và cho khách hàng biết sẵn sàng đón tiếp họ khám lại.
- Cung cấp cho khách hàng các tài liệu truyền thông có sẵn tại cơ sở.

#### 3.2.2. Nguyên tắc 6G:

Trong nguyên tắc 6G, có thể thấy có 3 bước mà trật tự không được thay đổi, đó là bước 1 (gặp gỡ); bước 2 (gọi mở) và bước 6 (gặp lại). Các bước còn lại người tư vấn có thể ứng dụng một cách linh hoạt. Ví dụ, nếu thấy khách hàng đang rất bối rối và thể hiện cảm xúc mạnh thì cán bộ tư vấn cần giúp đỡ họ bình tâm, vượt qua được cảm xúc của họ trước khi giới thiệu và giải thích. Trong trường hợp khách hàng khá vững vàng về mặt tâm lý, sẵn sàng tiếp thu tư vấn thì cán bộ tư vấn có thể bắt đầu giới thiệu ngay về nội dung tư vấn.

G	= Gặp gỡ
	= Gọi mở

	= Giới thiệu (giúp đỡ, giải thích)
	= Giúp đỡ (giới thiệu, giải thích)
	= Giải thích (giới thiệu, giúp đỡ)
	= Gặp lại

Bảng 2: Nguyên tắc 3G

### 3.2.3. Nguyên tắc thân ái:

Có 6 yếu tố cơ bản của một cuộc tư vấn hoàn chỉnh với nguyên tắc: **THÂN ÁI** là viết tắt của: **T**iếp đón, **H**ỏi thăm, **Â**n cần, **N**hẫn nại, **A**n tâm, **I**ch lợi.

- Tiếp đón: tiếp đón khách niềm nở.
- Hỏi thăm: giúp khách nói nhu cầu, mong muốn, điều họ chưa rõ, điều họ quan tâm hoặc đặt các câu hỏi về hoàn cảnh của họ.
- Ân cần: cung cấp cho khách thông tin về vấn đề họ quan tâm.
- Nhẫn nại: giúp khách hiểu và đạt tới một quyết định.
- An tâm: làm yên tâm họ sau khi quyết định.
- Ích lợi: nói cho họ những lợi ích của theo dõi và quay trở lại khám.

<b>T</b>	= Tiếp đón
<b>H</b>	= Hỏi thăm
<b>Â</b>	= Ân Cần
<b>N</b>	= Nhẫn nại
<b>Á</b>	= An tâm
<b>I</b>	= Ích lợi

Bảng 3: Nguyên tắc thân ái

### 3.2.4. Nguyên tắc SPIKES:

Nguyên tắc này áp dụng trong tư vấn các trường hợp nhạy cảm hoặc phải báo tin dữ cho người bệnh và gia đình.

<b>S</b>	= Setting	Địa điểm tư vấn
<b>P</b>	= Percention	Đánh giá
<b>I</b>	= Invitation	Gợi hỏi
<b>K</b>	= Knowledge	Kiến thức
<b>E</b>	= Empathy	Cảm thông
<b>S</b>	= Strategy	Chiến lược

Bảng 4: Nguyên tắc SPIKES

**S- Setting:** địa điểm nói chuyện

- Sắp xếp một nơi thuận tiện, yên tĩnh và riêng biệt
- Không giao tiếp với nhiều người một lúc
- Mời ngồi: nếu tư vấn bao gồm cả phần thăm khám, hãy đợi bệnh nhân chỉnh đốn

trang phục và ngồi vào ghế rồi mới tư vấn. Cán bộ y tế và bệnh nhân nên ngồi hai ghế cạnh nhau.

- Tô ra ân cần và điềm tĩnh
- Lắng nghe, thấu hiểu: Không nói quá nhiều trong trường hợp này. Nên giữ khoảng lặng để bệnh nhân bày tỏ cảm xúc, lo lắng, băn khoăn của họ về tin dữ.
- Tính sẵn sàng: trước khi tư vấn nên thiết lập các buổi hẹn gặp để tư vấn.

**P- Perception:** đánh giá

- Bước này tuân theo nguyên tắc: "trước khi nói, xin hãy hỏi".
- Khi khách hàng trả lời, tư vấn viên cần chú ý đến những từ ngữ mà khách hàng sử dụng để nói về tình trạng bệnh, cách gọi tên bệnh, nhận thức và xu hướng hành vi của khách hàng để điều chỉnh buổi tư vấn.

**I- Invitation:** gợi hỏi

Đối với những khách hàng có khuynh hướng ngại ngùng bày tỏ mong muốn được biết thêm nhiều thông tin về chẩn đoán và tình trạng bệnh của mình, cán bộ tư vấn cần biết động viên, gợi mở.

**K- Knowledge:** tri thức

- Khi báo tin dữ cho bệnh nhân, cần có những câu dẫn.

*Tư vấn viên cần chú ý:*

- Hãy bắt đầu từ hiểu biết của bệnh nhân về tình trạng bệnh
- Nói với khách hàng bằng ngôn ngữ của khách hàng, tránh dùng từ kỹ thuật chuyên sâu
- Tránh dùng các mệnh đề có cấu trúc nhân quả
- Thông báo dần dần từng mức độ và luôn kiểm tra xem bệnh nhân có hiểu đúng ý của tư vấn viên hay không.
- Nếu chưa có nhiều yếu tố tiên lượng bệnh, không bao giờ nói: "Bây giờ chúng tôi chưa thể làm gì hơn cho anh".

**E- Empathic, Emotion:** cảm thông

Phản ứng với cảm xúc của bệnh nhân là một trong những thách thức lớn nhất trong khi chuyển tải các tin xấu. Các cảm xúc của bệnh nhân có thể biến hóa khôn lường từ im lặng, nghi ngờ, khóc lóc, chối bỏ hay tức giận.

Tư vấn viên cần hỗ trợ và gắn kết, cảm thông với bệnh nhân. Có 4 bước duy trì sự cảm thông, bao gồm:

- Quan sát các biểu hiện xúc cảm của bệnh nhân như: khóc, buồn rầu, im lặng hay sốc.
- Xác định các biểu hiện cảm xúc của bệnh nhân.
- Tìm nguyên căn của cảm xúc xem có phải do tin xấu mà cán bộ y tế vừa cung cấp hay không.
- Sau khi để bệnh nhân có thời gian để bày tỏ cảm xúc hãy cho họ biết rằng mình thấu hiểu căn nguyên cảm xúc của họ.

**S- Strategy:** chiến lược

- Tìm hiểu kiến thức, thái độ của bệnh nhân (từ bước thứ 2 của SPIKES) cho phép cán bộ y tế hiểu được nên bắt đầu thảo luận với bệnh nhân từ đâu.
- Trước khi kết thúc buổi nói chuyện, hãy tóm tắt lại các thông tin vừa thảo luận và cho bệnh nhân có cơ hội được hỏi về những băn khoăn của họ.
- Nếu như không có đủ thời gian để trả lời hết tất cả các câu hỏi của bệnh nhân hãy ghi lại và xin hẹn họ vào buổi tư vấn lần sau.
- Cán bộ y tế giúp bệnh nhân xác định rõ xem họ nên làm gì trong thời gian sắp tới.

**4. Kỹ năng tư vấn cần có của điều dưỡng**

Người điều dưỡng cần chủ động lắng nghe; phản hồi cảm xúc và tóm tắt lại lời nói của người bệnh và gia đình theo ý kiến của mình; cần có kỹ năng đặt câu hỏi và sử dụng các câu hỏi; và biết giữ khoảng lặng trong giao tiếp và tư vấn.

***Những phẩm chất của một tư vấn viên giỏi***

- Chân thành và tốt bụng
- Có kỹ năng lắng nghe tốt
- Tin tưởng người bệnh và gia đình và không đưa ra phán xét
- Hướng người bệnh và gia đình nghĩ về các lựa chọn khác nhau để tìm ra giải pháp tối ưu nhất
- Hỗ trợ bệnh nhân và gia đình triển khai kế hoạch thực hiện
- Theo dõi sát và hỗ trợ người bệnh và gia đình điều chỉnh kế hoạch khi cần

**4.1. Chủ động lắng nghe**

Để tạo được thói quen lắng nghe tốt, người điều dưỡng cần làm những việc sau đây:

- Nghe xong hãy nói
- Không vội vàng tranh cãi hay phán xét
- Gác tất cả các việc khác lại
- Hỏi để hiểu rõ vấn đề
- Nhắc lại nội dung
- Kiểm soát cảm xúc bản thân
- Diễn giải nội dung
- Hỏi đáp để ủng hộ
- Nỗ lực và tập trung người nói
- Tìm ra ý chính
- Nhìn vào người nói
- Không võ đoán
- Không ngắt lời khi chưa thật cần
- Ghi chép thông tin cơ bản

- Đừng đổi sang chủ đề khác quá nhanh
- Đừng khuyên nhủ hay đưa ra những giải pháp của bản thân.

#### **4.2. Diễn đạt lại ý người bệnh, gia đình và phản hồi cảm xúc**

- Giúp người bệnh và gia đình cảm thấy bạn thực sự lắng nghe những giải bày của họ
- Người bệnh và gia đình cảm thấy được đồng viên, hỗ trợ
- Diễn đạt lại ý của người bệnh và gia đình, bao gồm việc diễn giải theo hiểu biết của mình
- Phản hồi cảm xúc, tập trung vào cảm xúc mà người bệnh và gia đình mới thể hiện
- Tránh nói "tôi biết", "tôi hiểu" vì nó không mang tính phản hồi những cảm xúc mà người bệnh và gia đình đang có.

#### **4.3. Đặt câu hỏi**

- Câu hỏi đóng hạn chế phản hồi của người bệnh và gia đình, dẫn tới trả lời ngắn gọn. Nó không buộc người bệnh và gia đình phải suy nghĩ về những thông tin mà mình đang nói. Điều dưỡng do vậy thường phải hỏi thêm rất nhiều câu hỏi khác.
- Đặt câu hỏi mở nhiều hơn vì câu hỏi mở thường đòi hỏi nhiều hơn một câu trả lời và không gói gọn trong một từ
- Câu hỏi mở thường có cấu trúc "cái gì", "như thế nào"... sẽ tiếp tục gợi mở cho người bệnh và gia đình trò chuyện, bàn bạc và để họ quyết định hướng trò chuyện
- Câu hỏi "tại sao" có thể tạo cảm giác như người bệnh và gia đình đang bị phán xét. Do vậy, người điều dưỡng cần thận trọng khi sử dụng dạng câu hỏi này.

#### **4.4. Khoảng lặng**

- Để cho người bệnh và gia đình khoảng lặng thời gian để họ nghĩ xem họ cần nói những gì.
- Để cho người bệnh và gia đình một khoảng không gian riêng để trải nghiệm cảm giác của chính họ
- Để người bệnh và gia đình chủ động tiếp câu chuyện với nhịp độ mà họ muốn
- Cho người bệnh và gia đình một khoảng thời gian để giải quyết những nội tâm quyết định chia sẻ thông tin
- Để người bệnh và gia đình tự do quyết định có tiếp tục chia sẻ, trao đổi hay không
- Để người bệnh và gia đình cảm giác họ đang được quan tâm và được tôn trọng
- Do vậy, người điều dưỡng phải luôn lắng nghe, là chính mình, chân thành, dịu dàng, gợi mở cho các câu hỏi, đừng ép buộc mà hãy đề nghị trò chuyện, và thừa nhận những hạn chế của bản thân.

#### **Kết luận**

Chức năng và vai trò của điều dưỡng là giúp người bệnh và gia đình trong chăm sóc sức khỏe, chia sẻ những lo lắng, khó khăn của họ, người điều dưỡng cần trang bị cho mình kỹ năng giao tiếp và kỹ năng tư vấn tốt để hỗ trợ khách hàng một cách hiệu quả nhất.

## **Thực hành kỹ năng tư vấn**

**Tình huống 1:** Vợ chồng anh Trần Văn T. và chị Nguyễn Thị Th. mới sinh con lần đầu. Anh chị không hiểu về việc tiêm chủng phòng bệnh cho con và giữa hai vợ chồng có ý kiến trái chiều về vấn đề tiêm chủng phòng bệnh cho bé. Anh T. và chị Th. gặp nhân viên y tế để được tư vấn.

Anh chị hãy thực hiện tư vấn cho vợ chồng anh T. với vai trò của một điều dưỡng viên đang công tác tại trạm y tế.

**Tình huống 2:** Em Nguyễn Thị M., 16 tuổi, đang học lớp 10, có thai ngoài ý muốn 8 tuần. Em M. đang trong tình trạng rất hoang mang, lo lắng và tìm đến nhân viên y tế nhờ được tư vấn.

Anh chị hãy thực hiện tư vấn cho em M. với vai trò của một điều dưỡng viên đang công tác tại trạm y tế xã nơi em M. và gia đình em sinh sống.

## **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

### **Chọn câu trả lời đúng nhất**

1. Bất kỳ một cuộc tư vấn nào cũng đều phải tuân thủ số quy tắc cơ bản là:  
A. 4 nguyên tắc.  
B. 5 nguyên tắc.  
**C. 6 nguyên tắc.**  
D. 7 nguyên tắc.
2. Trong nguyên tắc 6G, có thể thấy có 3 bước mà trật tự không được thay đổi, đó là  
**A. Bước 1 ,bước 2 và bước 6.**  
B. Bước 1 ,bước 2 và bước 4.  
C. Bước 1 ,bước 2 và bước 5.  
D. Bước 1 ,bước 2 và bước 3.
3. Bước đánh giá tuân theo nguyên tắc:  
**A. "trước khi nói, xin hãy hỏi".**  
B. "trước khi nói, xin hãy chào".  
C. "trước khi nói, xin hãy lắng nghe".  
D. "trước khi nói, xin hãy trả lời".
4. Có mấy bước duy trì sự cảm thông:  
A. 3 Bước.  
**B. 4 Bước.**  
C. 5 Bước.  
D. 6 Bước.
5. Nguyên tắc *GATHER* được thực hiện qua bao nhiêu bước:

- A. 3
- B. 4.
- C. 5.
- D. 6.

**Gợi ý đáp án**

1 (C); 2 (A); 3 (A); 4 (B); 5(D).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bệnh viện phụ sản Trung ương (2010): Thông tin - giáo dục - tư vấn trong chăm sóc sức khỏe, nhà xuất bản Y học.
2. Bộ y tế (2006), Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ đối với người bệnh ung thư và AIDS, nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. Bộ y tế (2005), Vụ khoa học đào tạo, Kỹ năng giao tiếp và giáo dục sức khỏe, nhà xuất bản Y học.
4. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh (2017): Chăm sóc giảm nhẹ. Tài liệu đào tạo liên tục.
5. Hội điều dưỡng Việt Nam (2012): Chuẩn đạo đức nghề nghiệp của điều dưỡng viên Việt Nam, ban hành kèm theo quyết định 20.QĐ-HDD, Hà Nội.
6. Khoa học hành vi và giáo dục sức khỏe (2005), nhà xuất bản Y học.
7. Trường Đại học Y Hà Nội (2014): Bài giảng kỹ năng y khoa, NXB Y học Hà Nội.
8. Trường Đại học Y Hà Nội (2014): Tâm lý học y học, NXB Y học Hà Nội.
9. Berry, D. (2007) Healthcare Communication: Theory and Practice. London: Open University Press.

**PHỤ LỤC: BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ KỸ NĂNG TƯ VẤN**

Hoàn thành một tình huống giao tiếp theo bảng kiểm đánh giá trên:

- Đạt được ít nhất 20 điểm trong bảng kiểm
- Chú ý phần đánh giá không đạt ghi rõ lý do.

Tên người quan sát: .....

Tên của học viên: .....

TT	Nội dung	Có (1 đ)	Không (0 đ)
<b>Môi trường làm việc</b>			
1	Môi trường riêng biệt		
2	Yên tĩnh		
<b>Chào hỏi</b>			
3	Cử chỉ gây thiện cảm: mời ngồi, mời nước, đưa khăn giấy		

4	Giới thiệu tên, chức vụ, và hỏi các thông tin		
<b>Các kỹ năng giao tiếp</b>			
5	Lắng nghe tích cực		
6	Kiên nhẫn		
7	Tóm tắt, nhắc lại		
8	Kỹ năng đặt câu hỏi gợi mở cho bệnh nhân		
9	Sử dụng các phương tiện hỗ trợ cho quá trình giao tiếp		
10	Thể hiện thái độ quan tâm, gần gũi, đồng cảm, không phân biệt đối xử		
12	Tân trung, không sao lãng		
13	Đưa ra các phương hướng giải quyết vấn đề		
14	Hẹn gặp lần sau		
<b>Ngôn ngữ</b>			
15	Đễ hiểu		
16	Xưng hô một cách thích hợp		
17	Giọng điệu thích hợp		
<b>Giao tiếp không lời</b>			
18	Giao tiếp bằng mắt		
19	Gật đầu		
20	Mỉm cười		
21	Ngồi gần khách hàng		
<b>Kết quả tư vấn</b>			
22	Có giải quyết được vấn đề của khách hàng		
23	Khách hàng hài lòng với buổi tư vấn		
<b>Tổng điểm</b>			

*Tổng điểm: nếu chấm được 20.23 điểm coi như đạt yêu cầu*

## BÀI 9

### PHỤC HỒI CHỨC NĂNG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

#### MỤC TIÊU

1. Nêu được một cách khái quát về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng.
2. Thực hiện được một số kỹ thuật phục hồi chức năng chính tại cộng đồng (chọn 3 tôn thương phổ biến tại địa phương để thực hành kỹ thuật)
3. Thể hiện tầm quan trọng của phục hồi chức năng kịp thời trong chăm sóc sức khỏe toàn diện ở cộng đồng.

#### NỘI DUNG

##### 1. Khái quát về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

###### 1.1. Khái niệm phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng (PHCNDVCD)

- PHCNDVCD là một trong những biện pháp *hỗ trợ sự phát triển của cộng đồng* nhằm giúp cho người lớn và trẻ em khuyết tật tiếp cận được các dịch vụ về PHCN, bình đẳng về cơ hội và hoà nhập xã hội.

- PHCNDVCD được thực hiện nhờ vào những nỗ lực tổng hợp của *bản thân người khuyết tật (NKT), gia đình NKT, cộng đồng*, và các dịch vụ thích hợp về y tế, giáo dục, việc làm và xã hội.

###### 1.2. Một số quan điểm của PHCNDVCD

- PHCNDVCD nhằm *hoà nhập và hỗ trợ* những ai bị hạn chế tham gia hoạt động xã hội do tình trạng giảm chức năng với tất cả các dạng khuyết tật khác nhau với các nhóm tuổi khác nhau, từ trẻ khuyết tật (TKT), cho tới người lớn và người cao tuổi khuyết tật.

- Mục tiêu chính của PHCNDVCD là nhằm đảm bảo NKT *có thể phát huy được tối đa* khả năng thể chất và tâm thần, tiếp cận được các cơ hội và dịch vụ thông thường và trở thành những thành viên năng động, có ích cho cộng đồng và xã hội.

- PHCNDVCD cũng là tăng cường quyền của người khuyết tật thông qua những thay đổi nhận thức và thực hành trong cộng đồng. PHCNDVCD nhấn mạnh việc trẻ em trai và gái khuyết tật đều có quyền bình đẳng tới trường, phụ nữ và nam giới *bình đẳng về cơ hội* việc làm và tham gia các hoạt động của cộng đồng.

- PHCNDVCD *đem lại lợi ích không chỉ cho riêng NKT mà cho tất cả mọi người trong cộng đồng*. Muốn thực hiện được PHCNDVCD, trước hết phải tạo ra được một "*cộng đồng hoà nhập*". Cộng đồng cần thực hiện trách nhiệm tháo bỏ các rào cản đang gây trở ngại cho sự hoà nhập của NKT. Có thể có những trở ngại về mặt hạ tầng cơ sở, chẳng hạn như bên cạnh cầu thang bộ vẫn chưa có những đường đi cho xe lăn, hay vẫn còn thiếu những điều kiện để NKT có thể tiếp cận được giao thông công cộng, hay sự tham gia các hoạt động cộng đồng của NKT còn hạn chế, trong đó bao gồm cả việc tạo công ăn việc làm.

- PHCNDVCD là tổng hợp các hoạt động *hỗ trợ mang tính toàn diện* bởi nhiều thành phần: y tế, giáo dục, việc làm, vui chơi, pháp luật, huấn luyện kỹ năng sống.

### **1.3. Nguyên tắc của PHCNDVCD**

- **Tham gia:** PHCNDVCD phải có sự tham gia của NKT, nghĩa là NKT cùng thực hiện PHCNDVCD như là một nhân tố đóng góp cho chương trình từ việc tham gia xây dựng các kế hoạch hoạt động tới thực hiện, giám sát và đánh giá hoạt động. Vì chính NKT mới hiểu cụ thể nhất về những nhu cầu họ cần.

- **Hòa nhập:** hoà nhập có nghĩa là gỡ bỏ tất cả những trở ngại mà NKT gặp phải khi tiếp cận các dịch vụ và hoạt động cộng đồng... Hoà nhập cũng có nghĩa là đưa vấn đề khuyết tật và NKT vào những hoạt động chủ yếu của cộng đồng.

- **Bền vững:** tính bền vững của chương trình PHCNDVCD thể hiện ở chỗ những hiệu quả, tác động của chương trình phải được duy trì lâu dài. Điều này cũng có nghĩa là phải có những thành phần tham gia chương trình có thể chủ động nguồn lực và thực hiện được các can thiệp. Hỗ trợ NKT một cách độc lập, không phụ thuộc vào sự hỗ trợ từ bên ngoài. Để đảm bảo được tính bền vững của chương trình thì các cơ quan, ban ngành trong bộ máy nhà nước cần có mối liên kết chặt chẽ với các tổ chức phát triển, các tổ chức phi chính phủ và các tổ chức của NKT tại cộng đồng.

- **Nâng cao quyền cho NKT:** NKT và gia đình họ được tham gia vào việc ra quyết định và kiểm soát các nguồn lực. Nâng cao quyền cho NKT cũng có nghĩa là NKT tham gia vào vai trò lãnh đạo trong chương trình. Nếu được đào tạo và hỗ trợ tốt, một số NKT không chỉ là người thụ động hưởng lợi mà còn là nhân viên PHCNDVCD, vừa là người hướng dẫn và cũng là người cung cấp các hoạt động hỗ trợ cho NKT khác.

### **1.4. Các thành phần tham gia chương trình PHCNDVCD**

#### **- Người khuyết tật:**

NKT là trung tâm của chương trình, tất cả các hoạt động đều xoay quanh NKT. NKT tham gia PHCNDVCD với tư cách là đối tượng hưởng lợi nhưng cũng là người đóng góp tích cực cho chương trình từ việc xây dựng chính sách cho tới thực hiện, giám sát và đánh giá các hoạt động của chương trình.

#### **- Gia đình người khuyết tật:**

Gia đình NKT đóng vai trò quan trọng trong việc tạo ra môi trường hỗ trợ giúp cho NKT có thể phát triển được hết tiềm năng của mình.

#### **- Các ban ngành liên quan, tổ chức:**

Ngành y tế, ngành giáo dục, ngành thương binh xã hội, uỷ ban dân số gia đình và trẻ em. Các tổ chức xã hội: chữ thập đỏ, hội Phụ nữ... Các tổ chức phi chính phủ trong nước và ngoài nước. Các tổ chức của NKT

### **1.5. Các hoạt động của PHCNDVCD**

Để đạt được những mục tiêu đề ra, chương trình PHCNDVCD phải thực hiện cùng lúc rất nhiều hoạt động. Những hoạt động chính của chương trình có thể liệt kê như sau:

#### **1.5.1. PHCN tại nhà:**

Các nội dung PHCN, hỗ trợ tại gia đình gồm có:

- Phát hiện và can thiệp sớm các khuyết tật
- Tập các bài tập vận động di chuyển, giao tiếp

- Các bài tập trong sinh hoạt hàng ngày. Chăm sóc sức khoẻ và dinh dưỡng
- Hướng dẫn các công việc nội trợ
- Hướng dẫn học hành
- Hướng dẫn tham gia các công việc gia đình và xã hội.

#### *1.5.2. Phát triển mạng lưới tuyến:*

- Các tuyến trên giúp đỡ tuyến dưới về kiến thức, kỹ năng, các kỹ thuật chuyên khoa.
- Các tuyến dưới tìm nhu cầu của NKT khi gặp khó khăn quá khả năng giải quyết thì gửi NKT lên tuyến trên hoặc đề nghị tham vấn.

#### *1.5.3. Sản xuất các dụng cụ PHCN thích nghi:*

- Hướng dẫn cho cộng tác viên (CTV) PHCN tại cộng đồng và gia đình làm các dụng cụ PHCN theo kỹ thuật thích nghi. Có thể sử dụng các nguyên liệu sẵn có tại địa phương để chế tạo các dụng cụ PHCN vừa dễ làm, giá thành lại vừa rẻ.

#### *1.5.4. Nâng cao nhận thức về khuyết tật:*

- Nâng cao nhận thức về khuyết tật cho những người tham gia trong chương trình PHCNDVCD để họ góp phần tạo ra một môi trường hỗ trợ cho NKT và tham gia tích cực vào tất cả các hoạt động của chương trình cũng như phòng ngừa khuyết tật.

#### *1.5.5. Hợp tác đa ngành và huy động nguồn lực:*

- PHCN dựa vào cộng đồng phải được xã hội hoá, do đó cần thiết có sự hợp tác giữa các ban ngành đặc biệt là y tế, giáo dục, thương binh xã hội và các tổ chức phi chính phủ.

#### *1.5.6. Nâng cao năng lực NKT, gia đình, cộng tác viên phục hồi chức năng, cán bộ phục hồi chức năng cộng đồng và cán bộ quản lý ở các tuyến:*

- Tất cả những người tham gia vào chương trình cần được đào tạo, tập huấn để có đủ năng lực thực hiện các vai trò của mình.

#### *1.5.7. Giúp đỡ NKT trong giáo dục . học hành:*

- Cải thiện điều kiện tiếp cận trường học cho TKT. Tăng cường sự tham gia của cha mẹ học sinh trong các nỗ lực đưa TKT tới trường. TKT đến trường học được nhà trường chấp nhận, thầy cô giáo và bạn bè giúp đỡ. Các trợ giúp học hành tùy theo từng loại khuyết tật.

#### *1.5.8. Trợ giúp hướng nghiệp, dạy nghề, tạo thu nhập cho NKT và gia đình:*

- Tư vấn hướng nghiệp. Kinh phí dạy nghề. Tiếp cận những cơ hội về nguồn vốn để phát triển các hoạt động tăng thu nhập. Tìm việc làm phù hợp và có thu nhập.

#### *1.5.9. Tạo môi trường thích nghi tại nhà và tại cộng đồng:*

- Sửa chữa nhà cửa, đường sá phù hợp điều kiện, khả năng đi lại và sinh hoạt của NKT.
- Môi trường nơi làm việc và trường học cũng cần được điều chỉnh cho phù hợp với NKT.

#### *1.5.10. Trợ giúp về pháp lý cho NKT:*

Vận động và thuyết phục cộng đồng nhằm đảm bảo quyền của NKT được thực

hiện một cách bình đẳng.

**1.5.11. Thành lập và giúp đỡ các nhóm tự lực của NKT:**

- Các nhóm tự lực của NKT ra đời sẽ tăng cường sự tham gia của NKT trong quá trình phát triển PHCNĐVCĐ. Các nhóm tự lực của NKT đóng vai trò quan trọng trong việc tạo ra sự tự tin cho người khuyết tật và làm cho cộng đồng quý trọng họ. Ngoài ra, nhóm tự lực của NKT còn giữ vai trò chủ đạo trong các hoạt động vận động và thuyết phục cũng như cung cấp nguồn nhân lực thực hiện PHCNĐVCĐ.

**1.6. Vai trò của cán bộ . cộng tác viên PHCNĐVCĐ**

- Cán bộ PHCN cộng đồng có thể là nhân viên y tế thôn bản, y tế xã, giáo viên, hoặc thành viên của các tổ chức xã hội (hội chữ thập đỏ, hội phụ nữ, Ủy ban dân số gia đình và trẻ em...) hoặc NKT . gia đình, những người khác trong cộng đồng như hàng xóm của NKT...

- CTV là người trực tiếp tham gia triển khai chương trình PHCN cộng đồng tại tuyến cơ sở. Họ là những người đầu tiên tiếp xúc với NKT . gia đình và cộng đồng. Họ thường là nhân viên y tế thôn bản, CTV dân số. Khuyến khích việc đào tạo và bồi dưỡng cho bản thân NKT hoặc thành viên gia đình trở thành những cộng tác viên PHCNĐVCĐ.

**1.7. Nhiệm vụ và các hoạt động liên quan của cán bộ . CTV**

Nhiệm vụ	Các hoạt động
Phát hiện NKT và đánh giá nhu cầu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Điều tra từng nhà.</li> <li>- Phát hiện các trường hợp mới.</li> <li>- Tổ chức đánh giá và chẩn đoán nhờ trợ giúp của các chuyên gia.</li> <li>- Điền vào phiếu phát hiện và đánh giá nhu cầu.</li> </ul>
Can thiệp PHCN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cùng với gia đình và sự trợ giúp của chuyên gia, xây dựng kế hoạch hỗ trợ cho từng cá thể NKT khi cần.</li> <li>- Giới thiệu tuyến và theo dõi.</li> <li>- Tiến hành đến thăm từng nhà, ít nhất 1 lần.tháng, ở những nơi cần có thể thường xuyên hơn.</li> <li>- PHCN tại nhà: hướng dẫn gia đình, tư vấn, huy động, theo dõi, có vấn về môi trường thích nghi.</li> <li>- Điền sự tiến bộ vào hồ sơ</li> </ul>
Huy động sự tham gia của cộng đồng và sự hợp tác đa ngành	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Huy động tài chính và các trợ giúp khác từ cộng đồng theo những nhu cầu của NKT.</li> <li>- Tư vấn cho Ban điều hành xã để: <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Có chính sách khuyến khích TKT đi học</li> <li>+ Có chính sách về việc làm . hướng nghiệp cho NKT</li> </ul> </li> <li>- Giới thiệu NKT đến các tổ chức cho vay vốn.</li> <li>- Tăng cường điều kiện tiếp cận nơi công cộng của NKT</li> </ul>
Tạo thuận lợi cho các tổ chức NKT và các tổ chức tự lực hoạt động	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đưa thông tin về các thủ tục hành chính để thành lập tổ chức của NKT.</li> <li>- Tạo nên mối liên kết với các NKT . gia đình khác ở trong làng hoặc với làng khác.</li> <li>- Tạo nên mối liên kết để tăng cường năng lực cho hội NKT.</li> </ul>

	- Tạo nên mối liên kết cho các nguồn kinh phí hỗ trợ Hội NKT.
Nâng cao nhận thức tại cộng đồng	- Nâng cao vai trò của PHCN cộng đồng tại các cuộc họp - Phát thanh các bài tuyên truyền tại địa phương. - Thảo luận không chính thức về PHCN cộng đồng, quyền và khả năng tham gia các hoạt động cộng đồng của NKT.
Làm kế hoạch và báo cáo đến Trạm Y tế	- Tham dự các buổi giao ban trong tuần về kế hoạch và tổng kết. - Báo cáo sự tiến bộ, khó khăn, nhu cầu cần trợ giúp. - Báo cáo số liệu về khuyết tật tại địa bàn phụ trách Ban điều hành xã.

*Bảng 1: Nhiệm vụ và các hoạt động liên quan của cán bộ . CTV trong PHVNDVCD*

## **2. Một số kỹ thuật phục hồi chức năng chính tại cộng đồng**

### **2.1. Bài tập thụ động theo tâm vận động khớp**

#### *2.1.1. Nguyên tắc chung khi tập luyện:*

- Tư thế người bệnh: người bệnh phải được đặt trong tư thế thoải mái.
- Tư thế kỹ thuật viên: tư thế tốt, bên cạnh bệnh nhân và bên phía cần tập.
- Các khớp gần phải được giữ vững, các khớp xa phải được nâng đỡ.
- Mọi cử động phải được thực hiện một cách dịu dàng qua suốt tầm hoạt động.
- Tập luyện mỗi ngày nhiều lần với thời gian ngắn có hiệu quả hơn là tập luyện một lần mỗi ngày với thời gian dài.
- Người bệnh phải được giải thích để hiểu rõ mục đích tập cũng như cách tiến hành bài tập.

#### *2.1.2. Các mẫu cử động:*

##### *2.1.2.1. Chi trên:*

- Khớp vai: gập - duỗi, dang - áp, xoay trong - xoay ngoài, dang - áp ngang.
- Khớp khuỷu: gập - duỗi, quay sấp - quay ngửa.
- Khớp cổ tay: gập - duỗi, nghiêng trụ - nghiêng quay.
- Khớp bàn ngón tay: gập - duỗi, dang - áp, đối ngón cái.

##### *2.1.2.2. Chi dưới:*

- Khớp hông: gập - duỗi, dang - áp, xoay trong - xoay ngoài.
- Khớp gối: gập - duỗi.
- Khớp cổ chân: gập - duỗi, nghiêng trong - nghiêng ngoài.
- Khớp bàn ngón chân; gập - duỗi, dang- áp.

### **2.2. Bài tập mạnh cơ**

Đây là những bài tập giúp duy trì hoặc làm tăng sức mạnh của cơ, giữ cho cơ không teo, duy trì hoạt động chức năng của người bệnh. Bài tập này được sử dụng cho người bị yếu hoặc bị liệt đang hồi phục. Các trường hợp: trẻ bại não, người bị tai biến mạch máu não, liệt tuỷ sống hoặc bị chấn thương dây, đám rối thần kinh... đều

có thể áp dụng những bài tập này. Để cơ bị teo trở nên mạnh hơn cần cử động kết hợp mang vật nặng, tạ, bao cát... Có thể khâu bao cát nặng từ 0,5 - 2kg tùy theo khớp nhỏ hay lớn, tùy theo sức mạnh của cơ hoặc đeo quanh khớp khi cử động

#### *2.2.1. Bài tập số 1: tập mạnh các cơ bàn và ngón tay*

- Nắm chắc một vật rồi thả ra
- Làm như vậy 15 - 20 lần
- Ngày làm hai lần trở lên

#### *2.2.2. Bài tập số 2: tập mạnh cơ ở cổ tay*

- Bệnh nhân cầm tạ tay cử động gập và duỗi cổ tay
- Làm từ 10 - 20 lần

#### *2.2.3. Bài tập số 3: tập mạnh cơ ở cẳng tay và cánh tay*

- *Làm mạnh cơ ở cẳng tay:* người bệnh ngồi trên ghế
- + Cầm tạ nhỏ, gập và duỗi khuỷu tay. Làm 10 - 20 lần
- *Làm mạnh cơ ở vai - cánh tay:* người bệnh ngồi trên ghế, cầm tạ nhỏ ở tay.
- + Đưa về phía trước lên ngang đầu, khuỷu tay duỗi. Làm 10 - 20 lần.
- + Làm lần khác, tay đưa ngang sang bên rồi lên trên đầu. Làm 10 - 20 lần.

#### *2.2.4. Bài tập 4: tập mạnh cơ vùng hông:*

- Người bệnh ngồi trên ghế, buộc bao cát trên gối.
- Luân phiên nhấc từng bên đùi lên khỏi mặt ghế, giữ 30 giây. Làm lại 10 - 20 lần.

#### *2.2.5. Bài tập 5: tập mạnh cơ đùi*

- Người bệnh ngồi trên ghế, buộc bao cát ở cổ chân.
- Duỗi thẳng gối, giữ 30 giây. Làm lại 10 - 20 lần.

#### *2.2.6. Bài tập 7: tập mạnh cơ ở cổ chân*

- Người bệnh ngồi duỗi chân trên giường. Buộc bao cát nhỏ ở mũi bàn chân.
- Gập và duỗi cổ chân, giữ 30 giây. Làm lại 10 - 20 lần

### **2.3. Hướng dẫn người khuyết tật di chuyển với dụng cụ**

#### *2.3.1. Lựa chọn các loại dụng cụ trợ giúp di chuyển:*

- Khung đi: cho bệnh nhân tập đi với khoảng cách xa hơn, ít phụ thuộc vào thanh song song, người già, yếu.
- Nạng: dành cho bệnh nhân chấn thương chi dưới, liệt không hoàn toàn hai chi dưới, đoạn chi dưới chưa có chân giả...
- Gậy: khi muốn trọng lượng dồn ít hơn lên chân đau, hoặc để bệnh nhân đi an toàn hơn, bệnh nhân bị thoái hóa khớp gối, khớp hông, liệt nửa người đã hồi phục...

#### *2.3.2. Cách đo dụng cụ trợ giúp:*

- Nạng nách: cho bệnh nhân đứng thẳng, chiều cao của nạng đo từ mặt đất đến điểm cách hố nách hai khoát ngón tay, chiều cao tay nắm đo từ mặt đất đến cổ tay bệnh nhân.

- Gậy: cho bệnh nhân đứng, chiều cao gậy đo từ mặt đất đến cổ tay bệnh nhân.
- Khung đi: chiều cao khung đi đo từ mặt đất đến ngang thắt lưng bệnh nhân.

#### 2.3.3. Cách đi bốn điểm:

- Từ vị trí khởi đầu, đưa một nạng lên trước; tiếp theo đưa chân đối bên lên gần mức với nạng; bước tiếp theo là chuyển nạng cùng bên lên phía trước; rồi bước chân đối bên lên gần mức với nạng.
- Chu kỳ tiếp tục với nạng đối bên.
- Cách đi này chậm và vững vì lúc nào người bệnh cũng có 3 điểm chống đỡ trên sàn nhà.

#### 2.3.4. Cách đi hai điểm:

- Là cách đi tăng tiến của cách đi bốn điểm. Cách đi này nhanh hơn cách đi bốn điểm và đòi hỏi người bệnh phải có nhiều thăng bằng hơn.
- Từ vị trí khởi đầu, đưa nạng và chân đối bên lên cùng một lần; tiếp đến đưa nạng và chân đối bên lên trước. Chu kỳ tiếp tục.

#### 2.3.5. Cách đi ba điểm:

- Từ vị trí khởi đầu, đưa hai nạng ra trước; tiếp đến bước chân tổn thương ra trước ngang mức với nạng; tiếp tục bước chân lành tới trước quá mức (hoặc ngang mức) với hai nạng và chân đau.

#### 2.3.6. Cách đi lệch:

- Từ vị trí khởi đầu, người bệnh đưa hai gậy ra trước; tiếp theo chịu sức nặng trên hai tay để lệch chân ra trước nhưng chưa đến ngang mức của hai nạng; tiếp theo đưa nạng ra trước và chu kỳ tiếp tục.

#### 2.3.7. Cách đi đu:

- Đây là cách đi tăng tiến của cách đi lệch. Cách đi này khó nhưng nhanh hơn. Người bệnh cần có đủ sức mạnh và sự nhẹn nhàng.

### **3. Thể hiện tầm quan trọng của phục hồi chức năng kịp thời trong chăm sóc sức khỏe toàn diện ở cộng đồng.**

Tình hình khuyết tật và thực trạng người khuyết tật Việt Nam là một trong những Quốc gia có tỷ lệ khuyết tật cao. Có nhiều yếu tố tác động tới tình hình khuyết tật ở nước ta, nhưng chủ yếu vẫn là ảnh hưởng bởi thương tật, chất độc da cam sau chiến tranh; hậu quả của các vấn đề sức khỏe công cộng trong giai đoạn phát triển như tai nạn thương tích, các bệnh không truyền nhiễm, sức khỏe tâm thần v.v.v. Chưa có một điều tra nào trên quy mô toàn quốc về khuyết tật, nên chưa có một số liệu thống kê chính thức về tỷ lệ khuyết tật trên cả nước. Tuy nhiên, qua một vài số liệu từ các nghiên cứu nhỏ lẻ của các tổ chức, các bộ ban ngành liên quan thì tỷ lệ khuyết tật trong cộng đồng vào khoảng 4% đến 6%. Theo ước tính của Bộ LĐ-TBXH năm 2005 thì trên cả nước hiện có khoảng 5,3 triệu người khuyết tật. Các dạng khuyết tật thường gặp ở Việt Nam theo tần suất từ cao xuống thấp là: khuyết tật cơ quan vận động, nghe, nói, nhìn, nhận thức, tâm thần – hành vi, mất cảm giác, và các dạng khuyết tật khác. Một người có thể bị nhiều dạng khuyết tật, gọi là đa tật. Khuyết tật nếu không được phục hồi chức năng và có các can thiệp kinh tế, xã hội kịp thời sẽ tác động tới tình trạng sức khỏe của cơ thể, các chức năng sinh hoạt cần thiết trong đời sống hàng ngày,

khả năng tham gia các hoạt động xã hội của cá nhân người khuyết tật, kéo theo các tác động tới gia đình và xã hội. Ảnh hưởng đối với cá nhân người khuyết tật như:

- Sức khoẻ bị hạn chế, giảm tuổi thọ
- Bị cộng đồng phân biệt đối xử do những người xung quanh có quan niệm sai lệch về khuyết tật và không nhận thức, đánh giá đúng năng lực của NKT
- Ít được giáo dục và ít có cơ hội bình đẳng tiếp cận các dịch vụ xã hội
- Không có việc làm, thu nhập và trở thành đối nghèo
- Ảnh hưởng lớn nhất là các quyền cơ bản và sự tham gia xã hội của NKT bị hạn chế.
- Tâm lý cực đoan và sự mặc cảm của gia đình
- Khó khăn về tài chính
- Chi phí nhiều thời gian để chăm sóc NKT

Ảnh hưởng đối với xã hội chủ yếu là giảm sức lao động và sản xuất của cải vật chất cho xã hội. Liên quan tới thực trạng cuộc sống của người khuyết tật hiện nay, đang có rất nhiều vấn đề nan giải và cần phải được giải quyết cấp bách. Thực tế, NKT trong cộng đồng đang phải đối mặt với những tác động tiêu cực sau:

**Ngay trong cuộc sống gia đình**, NKT thường phải đón nhận thái độ thiếu tích cực của các thành viên khác trong gia đình, họ bị xem thường và không được tôn trọng đúng mức. Thêm vào đó, chính các thành viên trong gia đình NKT cũng bị thiếu thông tin về khuyết tật, hạn chế về kiến thức chăm sóc sức khoẻ, PHCN cho NKT. Do đó, NKT thiếu hoặc không nhận được sự hỗ trợ cần thiết của gia đình. Đôi khi, có một số gia đình, ngược lại với tình trạng này là thái độ và ý thức chăm sóc NKT một cách thái quá, mà không biết cách giúp đỡ và tạo điều kiện để NKT tự thực hiện các hoạt động đơn giản hàng ngày, dẫn tới NKT ngày càng lệ thuộc vào cộng đồng.

**Trong môi quan hệ với đời sống xã hội**, NKT là đối tượng yếu thế và phải đối mặt với những khó khăn và rào cản không dễ dàng vượt qua như:

- Thiếu tiếp cận các dịch vụ xã hội như y tế, giáo dục, lao động và việc làm, vui chơi giải trí và thông tin. Đặc biệt là sự tiếp cận hệ thống giao thông, các công trình xây dựng và điểm văn hoá, vui chơi công cộng. Ngay trong gia đình, NKT cũng không có được sự thuận lợi khi di chuyển, sinh hoạt hàng ngày
- Thái độ nhìn nhận NKT của cộng đồng còn chưa đúng đắn. Không ít người cho rằng người khuyết tật là gánh nặng, nhiều bà mẹ không muốn cho con mình chơi hoặc học với trẻ khuyết tật. Nhiều công ty, nhà máy, xí nghiệp vẫn có ý nghĩ thù ghét đóng góp cho phúc lợi xã hội chứ không nhận người khuyết tật vào làm việc vì họ không có khả năng làm được gì. Cá biệt, còn một số cộng đồng cho rằng người khuyết tật bị sinh ra là do bị trừng phạt của số phận và cách đối xử tốt nhất đối với người khuyết tật là hãy để tự đào thải để đỡ gánh nặng cho xã hội.
- Hướng nghiệp và dạy nghề cho NKT còn hạn chế. Mặc dù đã có rất nhiều người khuyết tật khẳng định được năng lực của bản thân và có khả năng tự kiếm sống tốt, nhưng đại đa số người khuyết tật không được hướng nghiệp, khả năng tiếp cận với các dịch vụ vay vốn rất hạn chế. Nhiều người có khả năng tự sản xuất nhưng không tìm được đầu ra. Nguồn Hướng dẫn thực hiện Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng 11 việc làm hạn chế và có sự cạnh tranh gay gắt với người không khuyết tật. Vị trí việc làm thường thấp và mức lương rất khiêm tốn so với những người cùng làm không

bị khuyết tật. Bên cạnh đó, việc nhận một người khuyết tật vào làm trong cơ quan xí nghiệp đòi hỏi phải có những thay đổi phù hợp, sự chấp nhận của toàn thể cán bộ của cơ quan đó và những người này cũng phải biết cách giao tiếp với người khuyết tật, ví dụ người bị câm điếc bẩm sinh.

– Nhiều cơ sở giáo dục (phổ thông và chuyên nghiệp) từ chối NKT – Các dịch vụ sức khỏe và PHCN còn ít tới được với NKT. Người khuyết tật thường cần các dịch vụ chăm sóc đặc biệt. Chế độ bảo hiểm còn chưa tính đến người khuyết tật. Kể cả khi người khuyết tật được chi trả cho các dịch vụ PHCN thì những khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ, những chi phí phụ liên quan đến giai đoạn PHCN tại viện khó có khả năng chi trả.

– Ít quan hệ xã hội, khả năng tạo dựng cuộc sống gia đình thấp. Người khuyết tật thường ít hoặc khó có quan hệ rộng rãi. Họ thường có mặc cảm tự ty và ít khi chủ động trong giao tiếp. Bên cạnh đó, những hạn chế về thể chất và thiếu giáo dục càng làm cho họ trở nên rụt rè và thu mình hơn. Chính vì vậy, cơ hội lập gia đình hạn chế hơn rất nhiều so với người bình thường, đặc biệt là phụ nữ khuyết tật.

## **CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

### **Chọn đáp án đúng cho các câu sau:**

1. Mục tiêu chính của phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng là:

- A. Người khuyết tật có thể phát huy tối đa khả năng thể chất và tâm thần
- B. Tăng cường quyền của người khuyết tật
- C. Phát triển cộng đồng
- D. Hỗ trợ gia đình người khuyết tật

2. Nguyên tắc của PHCNDVCD:

- A. Tham gia – hòa nhập – bền vững
- B. Tham gia – hòa nhập – công bằng
- C. Tham gia – hòa nhập – toàn diện
- D. Tham gia – hòa nhập – bền vững – nâng cao quyền cho NKT

3. Thành phần trung tâm của chương trình PHCNDVCD:

- A. Cộng đồng
- B. Người khuyết tật
- C. Gia đình người khuyết tật
- D. Nhân viên y tế địa phương

4. Nội dung quan trọng trong phục hồi chức năng tại nhà:

- A. Hướng dẫn các công việc nội trợ
- B. Tập các bài tập vận động di chuyển, giao tiếp
- C. Chăm sóc sức khỏe dinh dưỡng
- D. Phát hiện và can thiệp sớm các khuyết tật

5. Cán bộ . cộng tác viên PHCNDVCD:

- A. Là nhân viên y tế thôn bản, y tế xã, giáo viên...
- B. Là người đầu tiên tiếp xúc với NKT và gia đình
- C. Khuyến khích NTK và gia đình NKT trở thành cộng tác viên
- D. Tất cả đều đúng

6. Các hoạt động của nhiệm vụ phát hiện NKT và đánh giá nhu cầu, **NGOẠI TRÚ**:

- A. Điều tra từng nhà
- B. Phát hiện các trường hợp mới
- C. Tổ chức đánh giá và chẩn đoán nhờ trợ giúp của các chuyên gia
- D. Tư vấn cho ban điều hành xã

7. Nguyên tắc chung khi tập luyện:

- A. Người bệnh phải được đặt trong tư thế thoải mái.
- B. Các khớp gần phải được giữ vững, các khớp xa phải được nâng đỡ
- C. Mọi cử động phải được thực hiện một cách dịu dàng qua suốt tầm hoạt động
- D. Tất cả đều đúng

8. Đi với nạng phù hợp với bệnh nhân:

- A. Già yếu
- B. Liệt nửa người
- C. Chấn thương chi dưới
- D. Thoái hóa khớp hông

## **DANH MỤC VIẾT TẮT**

**PHCNDVCD** Phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng

**NKT** Người khuyết tật

**TKT** Trẻ khuyết tật

**CTV** Cộng tác viên

**PHCN** Phục hồi chức năng

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Giáo trình Vật lý trị liệu Phục hồi chức năng (2000), NXB Y học.
2. Nguyễn Thị Xuyên (2008), "Hướng dẫn cán bộ phục hồi chức năng và cộng tác viên về phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng", NXB Y học.
3. Nguyễn Thị Xuyên (2008), "Dụng cụ phục hồi chức năng tự làm tại cộng đồng", NXB Y học.
4. Nguyễn Thị Xuyên (2008), "Phòng ngừa thương tật thứ cấp", NXB Y học.
5. Trần Trọng Hải (2012) "Phục hồi chức năng nạn nhân chất độc hóa học.dioxin", NXB Y học.
6. WHO (2010), "Community – based rehabilitation: CBR guidelines"

