**Bài 17**

**KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY**

**Mã bài: MĐ5.17**

**Chuẩn đầu ra bài học/Mục tiêu bài học:**

1. Vận dụng kiến thức về chỉ định, mục đích để giải thích được lý do thực hiện kỹ thuật đặt ống thông dạ dày trong các tình huống dạy học cụ thể (CĐRMĐ 1).
2. Thiết lập được môi trường chăm sóc người bệnh an toàn trong các tình huống dạy học cụ thể (CĐRMĐ 2).
3. Thực hiện được các kỹ thuật điều dưỡng đúng quy trình kỹ trên mô hình hoặc người đóng thế tại phòng thực hành, tôn trọng tính cá biệt của từng ca bệnh (CĐRMĐ 1,2,3,4,5).
4. Lường trước được các tai biến, biết phát hiện, dự phòng và xử trí các tai biến khi thực hiện kỹ thuật (CĐRMĐ 4).
5. Thể hiện được thái độ ân cần khi giao tiếp, tôn trọng người bệnh và người nhà trong các tình huống dạy học cụ thể tại các phòng thực hành (CĐRMĐ 5).
6. Thể hiện được tính tích cực trong học tập. Có khả năng độc lập và phối hợp tốt trong làm việc nhóm. Quản lý thời gian, tự tin phát biểu trong môi trường học tập. (CĐRMĐ 6).

**Nội dung bài học:**

1. **Đặt ống thông dạ dày và cho người bệnh ăn**
	1. **Khái niệm**

Đặt ống thông dạ dày và cho người bệnh ăn là kỹ thuật đặt ống thông (Levin) qua mũi hoặc miệng vào dạ dày nhằm mục đích đưa thức ăn nuôi dưỡng người bệnh.

* 1. **Trường hợp áp dụng**
* Trẻ đẻ non phản xạ bú mút kém
* Chấn thương vùng hàm mặt không thể nhai được
* Người bệnh lơ mơ hoặc hôn mê, co giật, uốn ván
* Người bệnh có rối loạn về nuốt
* Dị dạng đường tiêu hóa (sứt môi, hở hàm ếch...)
	1. **Trương hợp không áp dụng**
* Có tổn thương thực quản: bỏng acid, kiềm ...
* Áp xe thành họng
* U thực quản, phình tĩnh mạch thực quản
* Teo thực quản, dị dạng thực quản
* Sau phẫu thuật tạo hình thực quản chưa hồi phục
* Viêm phúc mạc sau thủng tạng rỗng
* Hẹp khít môn vị, tắc ruột.
	1. **Kỹ thuật đặt ống thông dạ dày và cho người bệnh ăn**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH** | **Ý NGHĨA – MỤC ĐÍCH** | **TIÊU CHUẨN PHẢI ĐẠT** |
| **Chuẩn bị** |
| 1 | Chuẩn bị người bệnh:Xác định đúng người bệnh. Nhận định tình trạng người bệnhThông báo và giải thích | Đúng người bệnhCó kế hoạch chăm sóc phù hợp.Người bệnh an tâm phối hợp | Đối chiếu đầy đủ thông tin.Nhận định đủ các vấn đề: tri giác, tình trạng vệ sinh, tổn thương mũi miệng, khả năng há miệng, tình trạng nuốt.Giải thích rõ ràng và đầy đủ |
| 2 | Điều dưỡng chuẩn bị: đội mũ, đeo khẩu trang và rửa tay thường quy. | Hạn chế nhiễm khuẩn, an toàn cho NB và NVYT. | Trang phục đầy đủRửa tay thường quy đúng quy trình. |
| 3 | **Chuẩn bị dụng cụ** *Dụng cụ vô khuẩn*Ống thông Levin hoặc Nelaton nếu là trẻ nhỏ, bơm cho ăn Bát kền để đựng dầu paraphin để bôi trơn đầu ống thông, đè lưỡi, gạc miếng vô khuẩn . *Dụng cụ sạch*:Khay chữ nhật, trụ cắm panh, kẹp Kocher, kéo, thức ăn, nước chín, tấm nilon, khăn mặt bông nhỏ, dầu Paraphin, tăm bông,băng dính, kéo cắt băng dính, ống nghe, hồ sơ bệnh án, khay hạt đậu, , găng tay sạch. *Dụng cụ khác* Dung dịch sát khuẩn tay nhanh*,* Ống hút, máy hút ( nếu cần)*,*túi để phân loại rác thải | Thuận lợi cho tiến hành | Dụng cụ ngăn nắp, gọn gàng.Thức ăn phải đảm bảo an toàn về chất lượng và số lượng.  |
| **Tiến hành kỹ thuật**  |
| 1 | Để NB nằm tư thế thích hợp. | Tư thế giúp việc đặt ống thông dễ dàng và cho NB dễ chịu | Để NB tư thế đầu cao 30 độ. |
| 2 | Trải nilon và khăn trước ngựcĐặt khay hạt đậu cạnh má NB. | Không rớt thức ăn ra NBPhòng tránh NB nôn ra giường.  | Trải nilon và khăn ăn đúng, kín ngực, cổ người bệnh.Đặt khay quả đậu đúng vị trí  |
| 3 | Vệ sinh mũiCắt băng dínhRót dầu nhờn ParaphinBóc vỏ bơm cho ăn, ống thông cho vào khay.Điều dưỡng đi găng sạch | Giảm bớt sự nhiễm khuẩn.Để đánh dấu và cố định ống thông, Để bôi trơn đầu ống thôngĐảm bảo an toàn cho NB và ĐD | Mũi người bệnh sạchCắt đủ 2 miếng băng dính Không rót ra ngoàiDụng cụ không bị rơi ra ngoài Đi găng đúng kỹ thuật. |
| 4 | Đo ống thông.Đánh dấu và bôi trơn ống thông | Xác định chính xác chiều dài ống thông cần phải đặt.Để đưa ống thông vào dạ dày được dễ dàng | Đo từ cánh mũi 🡪 dái tai cùng bên 🡪 mũi ức và không để ống thông chạm vào người bệnh.Đánh dấu đúng vị trí xác định.Bôi trơn đầu ống thông 7-10 cmIMG_7407 |
| 5 | Động viên NB.Đưa ống thông qua mũi hoặc đường miệng tới vạch đánh dấu | Để NB yên tâmTránh làm tổn thương niêm mạc mũi, họng. | NB hiểu, hợp tác.Đúng kỹ thuật, động tác nhẹ nhàng và đưa tới vị trí đã đánh dấu. Hướng dẫn NB phối hợp |
| 6 | Kiểm tra ống xem có cuộn trong miệng NB không.Kiểm tra ống thông bằng 1 trong 2 cách:*- Nghe hơi vùng thượng vị**- Dùng bơm hút dịch dạ dày*Cố định ống thông Nghiêng đầu sang 1 bên | Để đảm bảo ống thông không cuộn trong miệng người bệnh.Để xác định đầu ống thông nằm trong dạ dàyĐể ống thông khỏi tuột ra ngoài.Đề phòng NB hít phải chất nôn vào đường hô hấp | Bảo NB há miệng với NB tỉnh, đè lưỡi để quan sát với NB không tự há miệng.Thực hiện đúng kỹ thuật 1 trong 3 phương pháp kiểm tra ống thông.Cố định ống thông bằng băng dính chắc chắn. Đầu NB nghiêng sang một bên. |
| 7 | Kiểm tra thức ănLấy thức ăn vào bơm 50ml và đuổi khí | Để an toàn khi cho NB ănĐể hạn chế khí vào dạ dày  | Quấy đều, kiểm tra thức ăn bằng nhiệt kế.Lấy được thức ăn và đuổi hết khí. |
| 8 | Bơm thức ăn từ từ đến khi hết Theo dõi người bệnh trong suốt quá trình cho ăn. | Để đưa thức ăn vào cho NBPhát hiện tai biến có thể xảy ra | Bơm đủ lượng thức ăn theo chỉ định một cách từ từ.Hỏi cảm giác của NB và theo dõi sắc mặt NB. |
| 9 | Tráng ống thông bằng nước chín (30ml).- Lưu ống thông- Rút ống thông | Làm sạch ống thông để tránh lên men trong lòng ống gây nhiễm khuẩn đường tiêu hóa. Để tránh côn trùng xâm nhập vào ống thông | Bơm 30ml nước chín vào ống thông.Nút kín đầu ngoài ống thông bằng nắp đậy Rút ống từ từ cầm gạc lau ống, còn khoảng 20cm kẹp chặt rồi rút hết |
| 10 | Lau miệng cho NB, giúp NB về tư thế thỏa mái, đánh giá, dặn dò NB. | Làm sạch mũi, miệng NB. NB thỏa mái, đề phòng tai biến.  | Lau nhẹ nhàng tránh gây đau mũi, miệng cho NB.  |
| 11 | Thu dọn dụng cụ Rửa tay Ghi phiếu CS điều dưỡng. | Gọn gàng sạch sẽTránh nhiễm khuẩn.Để theo dõi người bệnh | Dụng cụ ngăn nắp, đúng vị tríRửa tay đúng kỹ thuậtGhi đúng và đủ thông tin vào phiếu |

* 1. **Tai biến, đề phòng và cách xử trí:**
* Đưa nhầm vào đường thở: người bệnh ho sặc sụa, mặt tím tái.
* Đề phòng: Hướng dẫn người bệnh hợp tác và đưa ống đúng kỹ thuật
* Xử trí: Rút ngay ống thông, cho NB nghỉ ngơi trước khi đặt lại.
* Tổn thương mũi họng, ống tiêu hóa do động tác thô bạo
* Đề phòng: Động tác nhẹ nhàng. Bôi dầu nhờn đầu ống
* Trào ngược thực quản gây sặc.
* Đề phòng: Tư thế đầu cao 300 , nghiêng đầu người bệnh trước khi cho ăn. Bơm thức ăn từ từ và đúng lượng thức ăn theo chỉ định.
* Xử trí: Cho NB nằm nghiêng sang một bên , hút dịch hầu họng, khí quản (nếu cần). Báo bác sĩ.
	1. **Những điểm cần lưu ý**
* Phải chắc chắn ống thông đã vào dạ dày mới được cho ăn.
* Phải theo dõi cẩn thận lần đầu tiên.
* Khi đưa ống thông vào dạ dày nếu người bệnh ho sặc sụa, tím tái thì phải dừng lại hoặc rút ống ra .
* Nếu người bệnh bị sặc, trào ngược thức ăn: nhanh chóng nghiêng đầu người bệnh sang một bên để tránh hít phải chất nôn, dùng máy hút để hút sạch chất nôn.
* Mỗi lần cho ăn không quá 250ml, mỗi bữa cách nhau 3 – 4h.
* Không lưu ống thông quá 72 giờ
* Khi cho ăn những lần sau phải kiểm tra ống thông có còn trong dạ dày không.
* Kiểm tra lượng dịch còn tồn dư trong dạ dày: hút dịch trong dạ dày.
* Nếu lượng thức ăn còn dưới 100ml thì bơm trả lại vào dạ dày,bơm lượng thức ăn mới
* Nếu lượng thức ăn còn trên 100ml thì bỏ đi và trừ đi số lượng vừa rút ra, bơm lượng thức ăn mới
* Phải tráng ống sau mỗi lần ăn để đảm bảo vệ sinh tránh vi khuẩn phát triển gây nhiễm khuẩn.
* Hàng ngày phải vệ sinh mũi, miệng, chân ống thông, đặt sonde dài ngày phải thay đổi vị trí cố định ống thông.
* Hướng dẫn người nhà người bệnh không tự ý rút ống thông, bơm thức ăn cho người bệnh.

**BẢNG KIỂM**

**KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY VÀ CHO NGƯỜI BỆNH ĂN**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH** | **THÀNH THẠO** | **CÓ LÀM** | **KHÔNG LÀM** |
| **I** | **CHUẨN BỊ TRƯỚC KỸ THUẬT** |  |  |  |
|  | **Chuẩn bị người bệnh:** |  |  |  |
|  | Xác định chính xác người bệnh - Nhận định tình trạng người bệnh |  |  |  |
|  | Thông báo, giải thích, động viên NB về kỹ thuật sẽ làm |  |  |  |
|  | **Chuẩn bị dụng cụ:** |  |  |  |
|  | ***Dụng cụ vô khuẩn:*** khay chữ nhật, ống thông dạ dày cỡ thích hợp, bơm cho ăn 50ml, gạc miếng, đè lưỡi (nếu cần) |  |  |  |
|  | ***Dụng cụ khác:*** - Găng tay sạch, tấm nilon, khăn bông, băng dính, kéo, dầu paraphin, khay hạt đậu, tăm bông hoặc dụng cụ vệ sinh mũi, ống nghe- Cốc thức ăn, nhiệt kế đo T0 thức ăn (nếu có), cốc nước chín - Hồ sơ Điều dưỡng |  |  |  |
|  | **Chuẩn bị Điều dưỡng:** |  |  |  |
|  | Trang phục y tế theo quy định |  |  |  |
|  | Vệ sinh tay  |  |  |  |
| **II** | **TIẾN HÀNH KỸ THUẬT** |  |  |  |
|  | Để NB ở tư thế thích hợp (đầu cao 300 hoặc ngồi) |  |  |  |
|  | Choàng nilon, khăn trước ngực, đặt khay hạt đậu cạnh cằm hoặc má NB |  |  |  |
|  | Vệ sinh mũi hoặc miệng, cắt băng dính, bóc vỏ ống thông ăn và bơm ăn đặt vào khay VK, đi găng |  |  |  |
|  | ***Đo ống thông:*** từ cánh mũi → dái tai cùng bên với mũi bên đo → mũi ức (hoặc từ cung răng cửa đến rốn) Dùng gạc tẩm dầu paraphin bôi đầu ống thông khoảng 7 – 10 cm |  |  |  |
|  | ***Đặt ống thông:*** Đưa ống thông nhẹ nhàng qua mũi (miệng) đến ngã ba hầu họng (bảo NB nuốt hoăc nhấc cao đầu), tiếp tục ống thông đến chỗ đánh dấu |  |  |  |
|  | ***Kiểm tra ống thông:*** Kiểm tra ống thông có cuộn trong miệng không Kiểm tra ống thông đã chắc chắn vào dạ dày chưa (bằng 2 phương pháp nghe và hút dịch dạ dày), cố định ống thông. |  |  |  |
|  | Kiểm tra dịch tồn dư trong dạ dày, nghiêng đầu người bệnh |  |  |  |
|  | Kiểm tra thức ăn, lấy thức ăn vào bơm ăn, đuổi hết khí |  |  |  |
|  | Lắp bơm vào ống thông, bơm từ từ đến khi hết. Theo dõi sắc mặt của NB trong suốt quá trình cho ăn |  |  |  |
|  | Tráng ống thông bằng nước chín (30 ml). Giơ cao ống thông để nước trong ống thông chảy hết vào dạ dày.* Nếu lưu ống thông: nút kín đầu ống thông, ghi ngày đặt ống thông.
* Nếu rút ống thông: nút kín đầu ống thông, cầm gạc vừa rút vừa lau ống, rút ống từ từ còn khoảng 20 cm kẹp hoặc gập ống rồi rút hết

Tháo găng, lau miệng cho NB. |  |  |  |
| **III** | **SAU KỸ THUẬT**  |  |  |  |
|  | * Giúp người bệnh về tư thế thoải mái
* Đánh giá NB sau khi thực hiện kỹ thuật
* Dặn dò NB những điều cần thiết.
 |  |  |  |
|  | Thu dọn dụng cụ  |  |  |  |
|  | Rửa tay  |  |  |  |
|  | Ghi hồ sơ Điều dưỡng  |  |  |  |
| Theo dõi và quan sát người bệnh trong suốt quá trình thực hiện kỹ thuật  |  |  |  |

**HƯỚNG DẪN TỰ HỌC**

**Danh sách giảng viên tham gia giảng dạy, cố vấn học tập và quản lý phòng tự học:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Họ và tên** | **Số ĐT** | **Địa chỉ Email** |
| ***Giảng tại phòng thực hành*** |  |  |
|  | Ths. Vũ Đình  | Tiến | 0912378570 | Vudinhtienybm@gmail.com |
|  | Ths. Nguyễn Quỳnh  | Châm | 0962461181 | Chamquynh881@yahoo.com |
|  | Ths. Nguyễn Hoàng  | Chính | 0902196985 | chinhnh@hotmail.com |
|  | CN. Đoàn Văn  | Chính | 0974721412 | Doanvanchinh88@gmail.com |
|  | CN. Trịnh Thị Kim  | Dung | 0983992415 | kimdungtrinhbm@gmail.com |
| ***Cố vấn học tập*** |  |  |
|  | Ths. Vũ Thị Mai  | Hoa | 0915432125 | Hoahanhtung@yahoo.com.vn |
| ***Quản lý phòng tự học*** |  |  |
|  | CN. Đinh Thị Thu  | Hương | 0912423463 | Dinhhuong.coi79@gmail.com |

**1. Chuẩn bị**

* Nghiên cứu Giải phẫu – Sinh lý phần có liên quan đến bài học đặt sonde dạ dày và cho người bệnh ăn
* Nghiên cứu tài liệu, nghiên cứu tình huống và trả lời các câu hỏi theo yêu cầu của giáo viên trong các tình huống. (Sử dụng Powerpoint, Viết tên SV trong nhóm phía sau hoặc bảng viết ra giấy A3).
* Làm việc nhóm
* Xem video các kỹ thuật điều dưỡng, nghiên cứu bảng kiểm để tìm ra bước quan trọng, bước khó.
* Tổ chức thực hiện giờ tự học và học nhóm.
* Liên hệ với giảng viên (cố vấn học tập) để được tư vấn, hỗ trợ về vấn đề tự học. Gửi sản phẩm tự học đến địa chỉ Email: SPTH\_KTDD\_MD5@gmail.com. Tiêu đề: KTDD\_MD5\_17
* Chuẩn bị các phương tiện trình bày, thảo luận nhóm khi đến lớp (bài chiếu slide hoặc bài viết ra giấy A3)
* Phân công người trình bày (luân phiên nhau).

**2. Nghiên cứu tình huống lâm sàng.**

Bệnh nhân Nguyễn Văn A, 53 tuổi. Có tiền sử tăng huyết áp nhiều năm, sau khi bị ngã ở nhà được người nhà đưa vào viện lúc 8h15 trong tình trạng lơ mơ, BN đã được khám và chẩn đoán Tai biến mạch não do tăng huyết áp.

Hiện tại 12h15: Người bệnh tỉnh, tiếp xúc chậm, nói khó. Liệt nửa người trái, có rối loạn về nuốt.

*Yêu cầu:*

1. Nhận định các vấn đề của người bệnh liên quan đến tình trạng dinh dưỡng.
2. Các phương pháp có thể áp dụng để nuôi dưỡng người bệnh trên? Phương pháp tối ưu nhất, giải thích?

**3. Yêu cầu chuẩn bị cho thực hiện kỹ thuật**

* Nhận xét, đánh giá về quy trình kỹ thuật và video
* Chỉ ra các bước quan trọng của QTKT
* Chỉ ra những thao tác khó thực hiện được sau khi xem video.
* Tự học tại phòng thực hành tự học

**4. Viết báo cáo và gửi sản phẩm tự học**

Gửi sản phẩm tự học đến địa chỉ Email: SPTH\_KTDD\_MD5@gmail.com. Tiêu đề: KTDD\_MD5\_17

**LƯỢNG GIÁ**

Bệnh nhân Nguyễn Văn An, 53 tuổi. Có tiền sử tăng huyết áp nhiều năm, sau khi bị ngã ở nhà được người nhà đưa vào viện lúc 8h15 trong tình trạng lơ mơ, BN đã được khám và chẩn đoán Tai biến mạch não do tăng huyết áp.

Hiện tại 12h15: Người bệnh tỉnh, tiếp xúc chậm, nói khó. Liệt nửa người trái, có rối loạn về nuốt.

1. Lựa chọn phương pháp nuôi dưỡng phù hợp với bệnh nhân AN:
2. Đường miệng
3. Thụt giữ
4. Đặt sonde qua da vào dạ dày
5. Đặt sonde qua mũi vào dạ dày

**Đánh dấu X vào cột phù hợp**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tình huống** | **Đặt sonde dạ dày và cho ăn** |
| **Áp dụng** | **Không áp dụng** |
| Bệnh nhân tỉnh, đau rát vùng miệng , bỏng niêm mạc miệng, thực quản do uống nhầm acid. |  |  |
| BN tỉnh, tiếp xúc được, đau bụng từng cơn, có nôn. Được bác sỹ khám, nghi ngờ tắc ruột.  |  |  |
| BN tỉnh, tiếp xúc được, chấn thương gãy xương hàm dưới đã được cố định. BN còn đau và không ăn được bằng đường miệng . |  |  |

**Tình huống 3:**

Bệnh nhân Nguyên Văn An trong khi được cho ăn qua ống thông mũi – dạ dày thì người bệnh có biểu hiện buồn nôn và sau đó nôn nhiều.

1. Chọn phương án xử trí phù hợp
2. Rút ngay sonde, cho người bệnh nằm nghỉ
3. Cho NB nằm nghiêng sang một bên , hút dịch hầu họng, khí quản (nếu cần), báo bác sỹ
4. Báo bác sỹ ngay
5. Cần lưu ý gì để đề phòng tai biến trên:
6. Đưa ống thông nhẹ nhàng
7. Nâng đầu người bệnh khi đưa sonde 10 – 15 cm
8. Cho người bệnh nằm đúng tư thế, bơm thức ăn từ từ, kiểm tra ống thông và dịch tồn dư trước khi cho ăn.
9. **Đặt ống thông hút dịch dạ dày**
	1. **Khái niệm**

Hút dịch dạ dày tá tràng là một kỹ thuật đưa ống thông vào dạ dày để hút dịch nhằm mục đích:

* Chẩn đoán: Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm tìm vi khuẩn, xác định thành phần, tính chất, số lượng dịch
* Để điều trị: làm giảm áp lực trong dạ dày bằng hút dịch để đề phòng trướng bụng (dịch hơi)
	1. **Trường hợp áp dụng**
* Các bệnh về dạ dày: loét dạ dày, K dạ dày, hẹp môn vị.
* Nghi ngờ về lao phổi: lấy đờm XN do BN nuốt
* Trướng bụng do các nguyên nhân: Phẫu thuật đường tiêu hóa, liệt ruột, tắc ruột.
	1. **Trường hợp không áp dụng**
* Bệnh lý ở thực quản: co thắt, chít hẹp, phình tĩnh mạch thực quản, u thực quản.
* Tổn thương cấp tính ở thực quản.
* Rò thực quản, bỏng thực quản do acid, bazơ
* Bệnh nhân nghi thủng dạ dày.
	1. **Quy trình kỹ thuật**

**KỸ THUẬT HÚT DỊCH DẠ DÀY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH** | **Ý NGHĨA**  | **TIÊU CHUẨN ĐẠT** |
| **I** | **CHUẨN BỊ** |  |  |
|  | **Chuẩn bị người bệnh:**Xác định đúng người bệnh - Nhận định tình trạng người bệnh | Tránh nhầm lẫnĐánh giá tình trạng người bệnh | Đúng họ tên người bệnh, số giường và số buồng, địa chỉNhận định tri giác, dấu hiệu sinh tồn, tình trạng bụng |
| Thông báo và giải thích cho NB về KT sẽ làm, tại sao phải làm. Động viên NB để NB hợp tác trong suốt quá trình. | Để người bệnh yên tâm, hiểu và cùng phối hợp  | Người bệnh hợp tác trong suốt quá trình thực hiện kỹ thuật |
|  | Chuẩn bị người điều dưỡng:Điều dưỡng phải có đầy đủ trang phục y tế Rửa tay thường quy | - Đảm bảo an toàn cho người bệnh và ĐD khi thực hiệnNgăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện | Trang phục đúng quy định, gọn gàng, sạch sẽRửa tay đúng quy trình kỹ thuật |
|  | **Chuẩn bị dụng cụ:** ***Dụng cụ vô*** ***khuẩn:*** khay chữ nhật, ống thông Levin, bơm tiêm 50ml, gạc miếng, đè lưỡi, găng tay, kẹp Kocher, ống cắm kẹp, bát kền***Dụng cụ khác:*** khăn bông, băng dính, kéo, dầu nhờn paraphin, cốc nước chín, tăm bông, ống XN, giấy xét nghiệm, giá để ống nghiệm, khay hạt đậu, bô can, nilon, hồ sơ | Để đảm bảo cho công việc chăm sóc được hiệu quả | Đầy đủ, đúng tiêu chuẩn Sắp xếp được dụng cụ theo trình tự để thuận tiện khi sử dụng |
| **II** | **TIẾN HÀNH KỸ THUẬT** |  |  |
|  | **Chuẩn bị tư thế người bệnh**:Để NB ở tư thế thích hợp | Để kỹ thuật được thuận lợi | Người bệnh nằm đúng tư thế, dễ thực hiện |
|  | **Chuẩn bị đặ ống thông**Choàng nilon, khăn trước ngực- Đặt khay hạt đậu cạnh cằm hoặc má người bệnh | Để không làm bẩn quần áo và ga giường người bệnhPhòng tránh người bệnh nôn | Nilon và khăn bông che kín ngực người bệnhKhay hạt đậu đặt đúng vị trí |
|  | **Chuẩn bị đặt ống thông:**Vệ sinh mũi hoặc miệngCắt băng dính Mở khay, rót dầu nhờn- Điều dưỡng đi găng  | Đảm bảo vệ sinh, phòng tránh nhiễm khuẩn Để đánh dấu vàcố định ống thôngLàm trơn đầu ống thông và đưa ống vào được dễ dàngĐảm bảo an toàn cho người bệnh và người điều dưỡng, tránh nhiễm dịch tiết | Mũi người bệnh được vệ sinh sạch sẽ, không kích thích làm người bệnh hắt hơiCắt 2 đoạn băng dính+ Đoạn 1 khoảng 2cm: đánh dâu ống thông+ Đoạn 2 khoảng 7 – 10cm cố định ống thôngĐủ lượng dầu nhờnĐúng kỹ thuật và găng không bị rách |
|  | **Kỹ thuật đo ống thông:**- Đo ống thông- Đánh dấu chiều dài ống thông- Bôi trơn đầu ống thông | Xác định chiều dài ống cần đặt chính xác trên từng bệnh nhânĐể đặt được chính xácĐưa ống vào được dễ dàng, giảm sự kích thích niêm mạc mũi | Đo đúng kỹ thuật,không để ống chạm vào người người bệnh. Đo từ cánh mũi tới dái tai cùng bên và từ dái tai đến mũi ức.Đánh dấu đúng vị trí đo bằng băng dínhLượng dầu nhờn vừa đủIMG_7407 |
|  | **Kỹ thuật đưa ống thông:** - Cuộn gọn ống thông trong lòng bàn tay và cầm đầu ống thông như cầm bút- Đưa ống thông nhẹ nhàng qua mũi (miệng) vào dạ dày đến chỗ đánh dấu | Để đưa ống vào dạ dày được an toàn | Đưa ống thông theo nhịp nuốt của người bệnh đến ngã ba hầu họng ( được khoảng 10 – 15 cm) thì : + Nếu NB tỉnh bảo NB nuốt, Nếu NB hôn mê thì gập đầu NB  |
|  | **Kiểm tra ống thông:**- Kiểm tra ống thông có cuộn trong miệng không (bảo người bệnh há miệng hoặc dùng đè lưỡi)- Kiểm tra ống thông đã chắc chắn vào dạ dày chưa (bằng 1 trong 2 phương pháp),+ P.P.1: Hút dịch dạ dày: nếu thấy có dịch chảy ra là ống thông đã chắc chắn vào dạ dày+ P.P.2: Bơm khí và nghe vùng thượng vị.- Cố định ống thông bằng băng dính | Để xem ống thông có bị cuộn trong miệng khôngXác định đầu ống thông đã chắc chắn vào dạ dày Để ống thông không bị tuột | Thao tác nhẹ nhàng, chính xácỐng thông được đưa vào dạ dàyỐng thông được cố định chắc chắn |
|  | **Hút dịch:** Nối ống thông vào bơm tiêm hoặc máy hút, hút nhẹ nhàng:- Nếu xét nghiệm: lấy dịch vào ống nghiệm - Nếu bụng chướng: hút đến khi hết chướng- Nếu hút liên tục hay thời gian ngắt quãng theo chỉ định | Để lấy được đủ lượng dịch cần lấyGiảm chướng bụng cho người bệnh | Lấy đủ số lượng Người bệnh thấy dễ chịu |
|  |  **Sau khi hút xong:** + Nếu lưu ống thông: nối ống thông vào túi dẫn lưu+ Nếu không lưu ống thông: - Gập ống, cầm gạc rút ống từ từ, vừa rút vừa lau ống thông, còn khoảng 20cm kẹp chặt ống rồi rút hết. | Để theo dõi số lượng dịch dạ dày Để dịch không rơi vào đường thở | Túi dẫn lưu không bị thủng,Gập và rút ống đúng kỹ thuật |
|  | Lau miệng cho NB. Giúp NB về tư thế thoải mái. Đánh giá NB sau khi thực hiện KT. | Người bệnh được sạch sẽ, thoải máiĐảm bảo tính an toàn cho NB sau khi kết thúc kỹ thuật Xem mức độ hoàn thành kỹ thuật | Nhận định sơ bộ tình trạng toàn thân: ý thức, nhiệt độ, da, niêm mạc, hô hấp Đánh giá đúng tình trạng |
| 10 | Dặn NB những điều cần thiếtThu dọn dụng cụ Rửa tay nội khoa Ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng | Để người bệnh theo dõiĐảm bảo gọn gàng, tránh thất thoát dụng cụ, Tránh lây nhiễm cho nhân viên y tế và cho người bệnh Theo dõi và quản lý NB | NB hiểuGọn gàng, đúng quy định, đúng quy trình KSNK Rửa đúng kỹ thuật, đúng quy trình KSNKGhi đúng chính xác, rõ ràng, các công việc đã làm |

* 1. **Tai biến, cách đề phòng và xử trí**
* Đưa nhầm vào đường thở: người bệnh ho sặc sụa, mặt tím tái.
* Đề phòng: Hướng dẫn người bệnh hợp tác và đưa ống đúng kỹ thuật
* Xử trí: Rút ngay ống thông, cho NB nghỉ ngơi trước khi đặt lại.
* Tổn thương mũi họng, ống tiêu hóa do động tác thô bạo
* Đề phòng: Động tác nhẹ nhàng.
* Xử trí: Bôi dầu nhờn đầu ống

 **BẢNG KIỂM**

**KỸ THUẬT HÚT DỊCH DẠ DÀY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH** | **THÀNH THẠO** | **CÓ LÀM** | **KHÔNG LÀM** |
| **I** | **CHUẨN BỊ TRƯỚC KỸ THUẬT** |  |  |  |
|  | **Chuẩn bị người bệnh:** |  |  |  |
|  | Xác định chính xác người bệnh - Nhận định tình trạng người bệnh |  |  |  |
|  | Thông báo, giải thích, động viên người bệnh về kỹ thuật sẽ làm |  |  |  |
|  | **Chuẩn bị dụng cụ:** |  |  |  |
|  | ***Dụng cụ vô khuẩn:*** khay chữ nhật, ống thông dạ dày cỡ thích hợp, bơm cho ăn 50ml, gạc miếng, đè lưỡi (nếu cần)  |  |  |  |
|  | ***Dụng cụ khác:*** - Găng tay sạch, tấm nilon, khăn bông, băng dính, kéo, dầu paraphin, khay hạt đậu, tăm bông hoặc dụng cụ vệ sinh mũi, ống nghe, cốc nước chín.- Máy hút, ống XN, giấy xét nghiệm, giá để xét nghiệm, bô can, túi dẫn lưu. - Hồ sơ Điều dưỡng |  |  |  |
|  | **Chuẩn bị Điều dưỡng:** |  |  |  |
|  | Trang phục y tế theo quy định |  |  |  |
|  | Vệ sinh tay  |  |  |  |
| **II** | **TIẾN HÀNH KỸ THUẬT** |  |  |  |
|  | Để NB ở tư thế thích hợp (đầu cao 300 hoặc ngồi) |  |  |  |
|  | Choàng nilon, khăn trước ngực, đặt khay hạt đậu cạnh cằm hoặc má NB. |  |  |  |
|  | Vệ sinh mũi hoặc miệng, cắt băng dính, bóc vỏ ống thông ăn và bơm ăn đặt vào khay VK, đi găng. |  |  |  |
|  | ***Đo ống thông:*** từ cánh mũi → dái tai cùng bên với mũi bên đo → mũi ức (hoặc từ cung răng cửa đến rốn). Dùng gạc tẩm dầu paraphin bôi đầu ống thông khoảng 7–10 cm |  |  |  |
|  | ***Đặt ống thông:*** Đưa ống thông nhẹ nhàng qua mũi (miệng) đến ngã ba hầu họng (bảo NB nuốt hoăc nhấc cao đầu), tiếp tục ống thông đến chỗ đánh dấu |  |  |  |
|  | ***Kiểm tra ống thông:*** Kiểm tra ống thông có cuộn trong miệng không Kiểm tra ống thông đã chắc chắn vào dạ dày chưa (bằng 2 phương pháp nghe và hút dịch dạ dày), cố định ống thông |  |  |  |
|  | - Nối ống thông vào bơm tiêm hoặc máy hút, hút nhẹ nhàng.- Nếu xét nghiệm: dùng bơm 50ml hút dịch vào ống nghiệm - Nếu bụng chướng: lắp máy hút đến khi hết chướng (áp lực âm 80 đến âm 120 mmHg)- Nếu lưu ống thông, nối ống thông vào túi dẫn lưu, ghi ngày đặt ống thông |  |  |  |
|  | ***Rút ống:*** tráng ống thông bằng nước chín (30 ml), gập ống, cầm gạc rút ống từ từ, vừa rút vừa lau ống thông, còn khoảng 20cm kẹp chặt ống rồi rút hết.Tháo găng, lau miệng cho người bệnh |  |  |  |
| **III** | **SAU KỸ THUẬT**  |  |  |  |
|  | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái- Đánh giá NB sau khi thực hiện kỹ thuật- Dặn dò NB những điều cần thiết |  |  |  |
|  | Thu dọn dụng cụ  |  |  |  |
|  | Rửa tay  |  |  |  |
|  | Ghi hồ sơ Điều dưỡng  |  |  |  |
| Theo dõi và quan sát người bệnh trong suốt quá trình thực hiện kỹ thuật  |  |  |  |

**HƯỚNG DẪN TỰ HỌC**

**Danh sách giảng viên tham gia giảng dạy, cố vấn học tập và quản lý phòng tự học:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Họ và tên** | **Số ĐT** | **Địa chỉ Email** |
| ***Giảng tại phòng thực hành*** |  |  |
|  | Ths. Vũ Đình  | Tiến | 0912378570 | Vudinhtienybm@gmail.com |
|  | Ths. Nguyễn Quỳnh  | Châm | 0962461181 | Chamquynh881@yahoo.com |
|  | Ths. Nguyễn Hoàng  | Chính | 0902196985 | chinhnh@hotmail.com |
|  | CN. Đoàn Văn  | Chính | 0974721412 | Doanvanchinh88@gmail.com |
|  | CN. Trịnh Thị Kim  | Dung | 0983992415 | kimdungtrinhbm@gmail.com |
| ***Cố vấn học tập*** |  |  |
|  | Ths. Vũ Thị Mai  | Hoa | 0915432125 | Hoahanhtung@yahoo.com.vn |
| ***Quản lý phòng tự học*** |  |  |
|  | CN. Đinh Thị Thu  | Hương | 0912423463 | Dinhhuong.coi79@gmail.com |

**1. Chuẩn bị**

* Nghiên cứu Giải phẫu – Sinh lý phần có liên quan đến bài học đặt sonde dạ dày và hút dịch dạ dày.
* Nghiên cứu tài liệu, nghiên cứu tình huống và trả lời các câu hỏi theo yêu cầu của giáo viên trong các tình huống. (Sử dụng Powerpoint, Viết tên SV trong nhóm phía sau hoặc bảng viết ra giấy A3).
* Làm việc nhóm
* Xem video các kỹ thuật điều dưỡng, nghiên cứu bảng kiểm để tìm ra bước quan trọng, bước khó.
* Tổ chức thực hiện giờ tự học và học nhóm.
* Liên hệ với giảng viên (cố vấn học tập) để được tư vấn, hỗ trợ về vấn đề tự học. Gửi sản phẩm tự học đến địa chỉ Email: SPTH\_KTDD\_MD5@gmail.com. Tiêu đề: KTDD\_MD5\_17
* Chuẩn bị các phương tiện trình bày, thảo luận nhóm khi đến lớp (bài chiếu slide hoặc bài viết ra giấy A3)
* Phân công người trình bày (luân phiên nhau).

**2. Nghiên cứu tình huống lâm sàng.**

Trẻ nhi: Nguyễn Hoàng An, 23 tháng tuổi. Ở nhà có biểu hiện ho, sốt cao 39oC, gia đình đã tự mua thuốc kháng sinh cho uống 5 ngàynhưng không đỡ. Sau đó được gia đình đưa vào khoa Nhi – Bệnh viện Bạch Mai trong tình trạng mệt mỏi, kém ăn, gầy sút. Bệnh nhi có ho nhiều, sốt 38,8 0C.

Chỉ định: đặt sonde dạ dày hút dịch làm xét nghiệm tìm vi khuẩn Lao.

**Yêu cầu:**

* + - 1. Giải thích lý do đặt sonde dạ dày với bệnh nhi An?
			2. Xem video hướng dẫn và tiến hành kỹ thuật đặt sonde hút dịch dạ dày với tình huống Bệnh nhân An. Quay video gửi bài cho giáo viên trước 2 ngày đến lớp.

**3. Yêu cầu chuẩn bị cho thực hiện kỹ thuật**

* Nhận xét, đánh giá về quy trình kỹ thuật và video
* Chỉ ra các bước quan trọng của QTKT
* Chỉ ra những thao tác khó thực hiện được sau khi xem video.
* Tự học tại phòng thực hành tự học

**4. Viết báo cáo và gửi sản phẩm tự học**

Gửi sản phẩm tự học đến địa chỉ Email: SPTH\_KTDD\_MD5@gmail.com. Tiêu đề: KTDD\_MD5\_17

**CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ**

1. **Câu hỏi ngỏ ngắn:**
2. Kể 2 mục đích của hút dịch dạ dày

A: …………………………………

B: ………………………………….

1. Kể đủ 3 trường khợp không áp dụng hút dịch dạ dày:

A: …………………………………………..

B: Tổn thương cấp tính ở thực quản

C: ………………………………….

1. **Câu hỏi đúng sai:**
2. Hãy đánh dấu Đ nếu cho là đúng vào cột đúng, đánh là S nếu cho là sai vào cột sai:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| STT | Nội dung câu hỏi | Đúng | Sai |
| A | Cần phải hút dịch khi người bệnh nghi bị thủng dạ dày |  | S |
| B | Hút dịch dạ dày để làm giảm áp lực trong dạ dày | Đ |  |
| C | Người bệnh bị bỏng thực quản không được hút dịch dạ dày | Đ |  |
| D | Tiến hành hút dịch dạ dày trong trường hợp người bệnh bị tổn thương thực quản |  | S |
| E | Hút dịch dạ dày khi ống thông nằm trong dạ dày | Đ |  |

1. Khi hút dịch dạ dày cần:

A. Tiếp tục hút khi thấy dịch ra có lẫn máu

B. Hút dịch vị khi ống thông đã nằm trong dạ dày

C. Hút hết dịch trong dạ dày khi người bệnh trướng bụng

D. Lưu ống thông để phòng trướng bụng

Đáp án: A: Sai B: Đúng

 C: Sai D: Đúng

1. **Chọn câu trả lời đúng nhất:**

5.Tác dụng của dầu nhờn:

A. Dầu nhờn cần phải có khi thực hiện kỹ thuật đặt sonde dạ dày

B. Dầu nhờn nên có khi thực hiện đặt ống thông dạ dày

C. Dầu nhờn có thể có khi thực hiện kỹ thuật đặt ống thông dạ dày

D. Dầu nhờn cần một ít bôi ngay đầu ống thông khi thực hiện đặt sonde dạ dày

6.. Trong trường hợp hút dịch dạ dày theo kế hoạch phải dặn người bệnh nhịn ăn trước khi làm thủ thuật:

 A 8h

 B 10h

 ***C 12h***

 D 6h

 E 14h

1. **Đặt ống thông rửa dạ dày**
	1. **Khái niệm** : Rửa dạ dày là thủ thuật đưa ống thông vào dạ dày ( bằng ống cao su hoặc nhựa ) để bơm nước vào và hút các chất trong dạ dày ra như : thức ăn, dịch vị, chất độc.
	2. **Mục đích**
* *Làm sạch dạ dày để phẫu thuật*

Trong phẫu thuật ống tiêu hóa, làm sạch dạ dày tránh thức ăn tràn ra ngoài gây nhiễm trùng nhiễm khuẩn ổ bụng. Ngoài ra, trong một số phẫu thuật ổ bụng khác thì rửa dạ dày tránh hiện tượng trào ngược thức ăn.

* *Thải trừ chất độc*

Trong trường hợp ngộ độc, rửa dạ dày là một kỹ thuật cấp cứu nếu tiến hành sớm sẽ giúp lại bỏ được một phần độc tố cho người bệnh.

* 1. **Trường hợp áp dụng**
* *Ngộ độc : thức ăn, thuốc, hóa chất trước 6h sau ăn.*

Trung bình thời gian lưu thức ăn và một số loại hóa chất trong dạ dày khoảng 6 giờ, do vậy trường hợp ngộ độc thức ăn phải tiến hành rửa dạ dày càng sớm càng tốt và phải tiến hành trước 6 giờ.

* *Trước phẫu thuật ổ bụng ( khi bệnh nhân ăn chưa quá 6h ).*
* *Người bệnh hẹp môn vị ( thức ăn, dịch vị ứ đọng trong dạ dày ).*

Trường hợp người bệnh hẹp môn vị thức ăn và dịch vị không xuống hết được ruột non do vậy sẽ ứ đọng trong dạ dày, người bệnh chướng bụng khó chịu. Tiến hành rửa dạ dày sẽ giảm chướng bụng người bệnh dễ chịu hơn.

* *Say rượu nặng.*

Người bệnh say rượu, rửa dạ dày giúp giảm nồng độ cồn cho người bệnh.

* *Người bệnh có bài tiết nhiều acid trong dạ dày.*

 Rửa để làm giảm nồng độ acid trong dạ dày.

* 1. **Trường hợp không áp dụng**
* *Người bệnh uống nhầm acid, kiềm mạnh.*

Người bệnh uống nhầm phải acid, kiềm mạnh sẽ gây bỏng niêm mạc thực quản. Do vậy việc đặt Sonde có thể gây tổ thương niêm mạc ống tiêu hóa mà cụ thể là miệng, họng, thực quản.

* *U, rò thực quản, phồng quai động mạch chủ.*

Các khối u thực quản sẽ làm cho việc đưa Sonde vào khó khăn và rất dễ gây tổn thương chảy máu thực quản. Do vậy trường hợp này cũng không tiến hành đặt Sonde để rửa dạ dày. Ngoài ra, đối với trường hợp thực quản có các lỗ rò việc đặt Sonde cũng rất khó khăn và nguy hiểm vì đầu Sonde có thể sẽ đâm ra ngoài thực quản vào trung thất gây tổn thương cơ quan trong đó có thể là tim, phổi.

Quai động mạch chủ(QĐMC) bắt ngang qua thực quản. Phồng QĐMC sẽ chèn ép lên thực quản dẫn đến khó khăn khi đưa Sonde vào dạ dày. Khi QĐMC phồng căng việc đưa Sonde thô bạo có thể gây vỡ QĐMC gây nguy hiểm cho người bệnh.

* *Người bệnh có giãn tĩnh mạch thực quản.*

Giãn tĩnh mạch thực quản là một trong những biểu hiện của hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Nguyên nhân gây giãn tĩnh mạch thực quản chính là nguyên nhân làm tăng áp tĩnh mạch cửa. Tĩnh mạch thực quản bị vỡ sẽ rất nguy hiểm, người bệnh có thể nôn ra máu, và rất khó cầm máu. Đăc biệt giãn tĩnh mạch thực quản kèm theo xơ gan, tỷ lệ tử vong lên tới 40 – 70%. Vì vậy tuyệt đối chống chỉ định trong trường hợp này.

* *Người bệnh thủng dạ dày.*

Nước rửa và thức ăn sẽ tràn ra ổ bụng gây nhiễm trùng nhiễm khuẩn ổ bụng.

* *Người bệnh ngộ độc sau 6h.*

Sau khoảng 6 giờ đồng hồ hầu hết thức ăn cũng như các loại hóa chất đều được hấp thu hoặc đẩy hết xuống ruột non. Lúc này mới tiến hành rửa dạ dày thì sẽ không có hiệu quả.

* *Người bệnh suy kiệt nặng.*

Rửa dạ dày thường kéo theo mất điện giải do vậy đối với người suy kiệt nặng sẽ có chống chỉ định rửa dạ dày.

* 1. **Kỹ thuật tiến hành**
		1. **Rửa dạ dày mở**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH** | **MỤC ĐÍCH - Ý NGHĨA** | **TIÊU CHUẨN PHẢI ĐẠT** |
| **I** | **CHUẨN BỊ** |  |  |
|  | **Chuẩn bị người bệnh:**Xác định đúng NBNhận định tình trạng NB | Tránh nhầm lẫnĐánh giá được tình trạng bệnh của NB. | Đúng họ tên, tuổi, địa chỉ, số giường.Nhận định: răng giả, ý thức, các DHST …. |
| Thông báo, giải thích, động viên người bệnh về kỹ thuật sẽ làm | Để NB hiểu và cùng phối hợp cho tốt. | NB hợp tác trong quá trình thực hiện kỹ thuật.. |
|  | **Chuẩn bị người ĐD:**Điều dưỡng mang trang phục y tế đầy đủRửa tay thường quy | Đảm bảo an toàn cho người bệnh và ĐD khi thực hiện.Ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. | Điều dưỡng phải có đầy đủ trang phục y tế, theo quy định, gọn gàng, sạch sẽ.Đúng và đủ 6 bước. |
| 3. | **Chuẩn bị dụng cụ:**Ống Faucher hoặc Levin, xô nước chín 37 – 40 0C, nhiệt kế đo nhiệt độ nước, xô đựng nước bẩn.Khay chữ nhật, gạc miếng, bát kền, dầu nhờn, kẹp Kocher, kìm mở miệng, đè lưỡi, băng dính, kéo, nilon, khăn mặt, cốc nước chín, tạp dề nilon (nếu cần), ống XN, giá để ống nghiệm, giấy XN, ống nghe, bơm cho ăn 50ml, tăm bông, thuốc theo y lệnh.Găng tay, máy hút (nếu cần), khay hạt đậu, hồ sơ . | Đảm bảo thực hiện kỹ thuật theo quy tình thuận lợi. | Đầy đủ, đúng tiêu chuẩn.Sắp xếp dụng cụ gọn gàng, ngăn nắp, đúng quy định. |
| **II** | **TIẾN HÀNH KỸ THUẬT** |  |  |
|  | **Chuẩn bị tư thế người bệnh:**Để NB ở tư thế thích hợp tháo, răng giả (nếu có).Kiểm tra nhiệt độ nước rửa. | Giúp việc đặt ống thông qua mũi hầu được dễ dàng hơn.Phòng tránh tai biến dị vật đường thở khi đưa ống qua đường miệng.Không rơi dịch bẩn ra ga giường, ra áo NB, phòng tránh NB nôn.Tránh bỏng niêm mạc thực quản dạ dày. | Hướng dẫn NB phối hợp động tác nhẹ nhàng, chính xác.NB nằm đúng tư thếKiểm tra chắc chắn NB có răng giả hay không?Nhiệt độ nước 37 – 40 0C |
|  | Trải nilon dưới đầu và lưng NB.Choàng nilon, khăn trước ngực.Đặt khay hạt đậu cạnh cằm hoặc má NB. | Không rơi dịch bẩn ra ga giường, ra áo NBPhòng tránh NB nôn. | Trải nilon đúng dưới đầu và lưng , nilon, khăn bông che kín ngực NB.Khay hạt đậu đặt đúng vị trí. |
|  | **Chuẩn bị đặt ống thông dạ dày:**Vệ sinh mũi hoặc miệng NBCắt băng dính để chờRót dầu nhờn vào bát kềnĐD đi găng | Đảm bảo vệ sinh, giảm bớt sự nhiễm khuẩn.Đánh dấu cố định ống thôngLàm trơn ống thôngĐảm bảo an toàn vệ sinh cho NB và điều dưỡng. | Mũi NB được vệ sinh sạchCắt 2 đoạn băng dính:- Đoạn 1( đánh dấu): 1-2cm- Đoạn 2 ( cố định): dài 7-10cmĐủ số lượng dầu nhờn: 2mlĐúng kỹ thuật |
|  | **Chuẩn bị ống thông dạ dày:**Đo ống thôngĐánh dấu chiều dài ốngBôi trơn đầu ống thông | Đảm bảo khoảng cách ống thông đưa vào dạ dày.Đưa ống thông dễ dàng hơn. | Đo ống đúng kỹ thuật, không để ống chạm vào áo vào mặt NB:Đầu ống thông ngang lỗ mũi NB, dây ống thông đi ngang qua tai NB và đến mỏm ức NB.Đánh dấu đúng vị trí đo được bằng băng dính (đoạn ngắn).Bôi trơn ống khoảng 5-7 cm |
| 5. | **Đưa ống thông vào dạ dày qua mũi (*miệng*)** | Đưa ống thông từ miệng (mũi) để vào dạ dày an toàn. | Đưa ống thông nhẹ nhàngĐưa ống thông khoảng 10 cm hướng dẫn NB nuốt liên tục, ĐD tiếp tục đưa ống thông đến vị trí đánh dấuKhông làm xây xát niêm mạc mũi, miệng họng NB. |
| 6. | **Kiểm tra và cố định ống thông:**Ống thông bị cuộn trong miệng (bảo người bệnh há miệng hoặc dùng đè lưỡi để quan sát)Ống thông đã vào dạ dày chắc chắn (bằng 1 trong 3 phương pháp)Cố định ống thông, cho NB nằm nghiêng trái, đầu bằng (hoặc kê gối để NB nằm nghiêng trái nếu NB hôn mê | Xem ống có cuộn trong miệng NB không?Xác định đầu ống thông đã nằm trong dạ dày NB.Để ống thông không bị tuột khi rửa dạ dày.Để NB không hít phải chất nôn, dịch rửa dạ dày trong quá trình rửa.Giúp cho dịch rửa ở trong dạ dày chảy ra ngoài dễ dàng. | Ống thông không cuộn trong miệng NB.**Thực hiện kiểm tra đúng 1 trong 3 cách:**- Nhúng đuôi ống thông vào cốc nước không thấy sủi bọt.- Nghe hơi vùng thượng vị có tiếng “ục ục”- Hút được dịch dạ dày.Ống thông được cố định chắc chắc.NB được nằm nghiêng sang bên trái. |
| 7. | Hút dịch dạ dày cho vào ống nghiệm (nếu có chỉ định).Đổ nước vào phễu mỗi lần 300 - 500 ml, khi nước còn 1/3 phễu, lật úp phễu xuống, thấp hơn mức dạ dày để nước chảy ra. | Hút dịch dạ dày cho vào ống nghiệm.Tạo áp lực thành dòng chảy liên tục giúp dịch rửa và độc chất ở trong dạ dày chảy ra ngoài | Lấy đủ lượng dịch làm xét nghiệm cho vào các ống nghiệm theo đúng chỉ định của BS.Dịch rửa chảy liên lục khi phễu được lật úp. |
| 8. | Rửa nhiều lần đến khi sạch | Làm sạch dạ dày | Rửa đến khi nước dịch rửa chảy ra trong. Số lượng dịch rửa theo y lệnh của BS. |
| 9. | Quan sát, theo dõi người bệnh | Phát hiện các dấu hiệu bất thường trong quá trình rửa. | Không để xảy ra tai biến trong quá trình rửa. |
| 10. | **Rút ống thông:**Tráng ống thông bằng nước chín (30ml)Gập ống thôngRút ống từ từ trên tay cầm gạc sạch, vừa rút vừa lau ống thông.Kẹp chặt ống rồi rút hết khi ống thông còn khoảng 20cm | Tránh chảy dịch vào mũi họng NB. | Đuôi ống nút chắc chắn (ống được kẹp chắc chắn)Rút ống nhẹ nhàng dịch không chảy vào mũi NB, không bắn ra xung quanh |
| 11. | Cho NB súc miệng (nếu tỉnh), lau miệng, bỏ nilon.Giúp NB về tư thế thoải mái. | Đảm bảo vệ sinh.Làm sạch mũi miệng cho NB.NB cảm thấy dễ chịuPhòng tránh các tai biến sau khi rửa dạ dày. | Miệng NB sạch sẽ.Lau nhẹ nhàng làm sạch mũi miệng cho NB.NB nằm nghỉ ngơi thoải mái |
| 12. | Đánh giá NB sau khi thực hiện kỹ thuật. | Đảm bảo tính an toàn cho NB, phát hiện các tai biến hoặc diễn biến bất thường của NB. | Nhận định sơ bộ tình trạng toàn thân và tại chỗ: ý thức, huyết áp, mạch, nhịp thở,.. |
| 13. | Dặn dò NB (nếu NB tỉnh) | Theo dõi sát phản ứng của NB, phát hiện sớm tai biến đảm bảo tính an toàn cho NB sau khi rửa dạ dày. | Hướng dẫn người bệnh theo dõi những dấu hiệu:……NB hiểu những lời dặn dò của điều dưỡng, hài lòng. |
| 14. | Thu dọn dụng cụ | Đảm bảo gọn gàng, tránh thất thoát dụng cụ, phòng tránh lây nhiễm. | Gọn gàng, đúng vị trí, đúng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, phân loại rác đúng. |
| 15. | Rửa tay nội khoa | Tránh lây nhiễm cho nhân viên y tế và cho NB. | Đúng quy trình 6 bước |
| 16. | Ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng | Để theo dõi NB, hoàn thiện hồ sơ bệnh án. | Ghi đúng và đầy đủ nội dung vào phiếu CS |

* + 1. **Rửa dạ dày hệ kín**
* **Dụng cụ cần thêm**:
* Dây nối chũ “ Y’’ và các van điều chỉnh đóng mở đường ra đường vào.
* 2 túi đựng dịch có vạch chia đo mỗi 50ml
* Túi trên treo cao > 1m so với mặt giường có dung tích 3000ml đựng NaCl 0,9 %.
* Túi dưới treo dưới măt giường ít nhất 30 cm.

****



* **Tiến hành rửa dạ dày**:
* Đưa dịch vào: đóng đường ra, mở khóa đường vào để dịch chày vào nhanh 200ml, sau đó khóa đường dịch vào lại.
* Dùng tay lắc và ép vùng thượng vị để cặn thuốc và thức ăn được tháo ra theo dịch.
* Mở khóa đường ra cho dịch chảy ra túi đựng đến khi hết lượng dịch đưa vào, đồng thời lắc, ép bụng để dịch chảy ra nhanh và đủ hơn. Lấy dịch làm XN nếu cần.
* Rửa dạ dày cho tới khi hết lượng nước cần rửa ( 3- 5 lít) hoặc nước rửa trong. Nb ngộ độc hóa chất, thuốc trừ sâu khi rửa pha thêm than hoạt.
	1. **Những điểm cần lưu ý khi rửa dạ dày**

- Chỉ tiến hành rửa dạ dày khi chắc chắn ống thông đã vào dạ dày.

- Trong lúc rửa phải luôn luôn quan sát tình trạng bệnh nhân.

- Hạn chế đưa không khí vào dạ dày.

- Phải ngừng rửa ngay khi bệnh nhân kêu đau bụng hay có máu chảy ra theo nước, đồng thời phải báo ngay với bác sĩ.

* 1. **Tai biến**
* Đặt nhầm vào đường hô hấp :
* Triệu chứng : người bệnh ho, ho sặc sụa, sau đó mặt tái.
* Xử trí : rút ngay ống thông ra, để bệnh nhân nghỉ ngơi 5-10p rồi làm lại.
* Đề phòng: Đặt người bệnh đúng tư thế, rửa theo đúng quy trình kỹ thuật. nếu người bệnh hôn mê hoặc rối loạn ý thức phải đặt nội khí quản trước khi tiến hành thủ thuật.
* Tổn thương đường tiêu hoá :
* Triệu chứng : người bệnh thấy đau, có thể có máu chảy ra.
* Xử trí : Ngừng ngay kỹ thuật, báo cáo bác sỹ.
* Đề phòng : Điều dưỡng làm nhẹ tay tránh thô bạo, nhận định kỹ người bệnh trước khi làm để loại bỏ những trường hợp chống chỉ định.

 Ngoài ra có thể gặp tai biến rối loạn điện giải do nồng đọ nước rửa dạ dày pha không đúng.

* Nhịp chậm do kích thích dây thần kinh X : Chuẩn bị sẵn hộp dụng cụ và thuốc chống sốc, atropine để cấp cứu kịp thời.
* Rối loạn nước điện giải thường do ngộ độc nước hoặc tăng Na máu:

Đảm bảo nước rửa đúng, đủ lượng muối cần thiết, dùng dung dịch NaCl 0,9 %.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH** | **THÀNH THẠO** | **CÓ LÀM** | **KHÔNG LÀM** |
| **I** | **CHUẨN BỊ TRƯỚC KỸ THUẬT** |  |  |  |
| 1 | **Chuẩn bị người bệnh:** |  |  |  |
|  | Xác định chính xác người bệnh - Nhận định tình trạng người bệnh |  |  |  |
|  | Thông báo, giải thích, động viên người bệnh về kỹ thuật sẽ làm |  |  |  |
| 2 | **Chuẩn bị dụng cụ:** |  |  |  |
|  | **Dụng cụ vô khuẩn:** - Bộ rửa dạ dày hệ thống kín, ống thông dạ dày kích cỡ phù hợp, khay chữ nhật, bơm ăn 50ml, gạc miếng, canyn, đèlưỡi (nếucần).  |  |  |  |
|  | **Dụng cụ khác và thuốc**:- Găng tay sạch, tấm nilon, khăn bông, băng dính, dầu paraphin- Ống cắm pank, pank có mấu, kéo, lọ đựng dịch dạ dày, chậu đựng dịch rửa, cốc, thìa.- Ống nghe, tăm bông hoặc dụng cụ vệ sinh mũi, nhiệt kế đo nước (nếu có), khay quả đậu.- Nước muối rửa hoặc nước chín có pha muối 5 – 9g/lít nước, số lượng từ 3 lít đến 5 lít- Thuốc: Than hoạt 20g, sorbitol 20g- Bộ đặt NKQ, cọc truyền- Hồ sơ điều dưỡng |  |  |  |
| 3. | **Chuẩn bị Điều dưỡng:** |  |  |  |
|  | Trang phục y tế theo quy định |  |  |  |
|  | Vệ sinh tay |  |  |  |
| **II** | **TIẾN HÀNH KỸ THUẬT** |  |  |  |
|  | Đổ nước vào túi dịch, khóa lại treo lên cọc truyền |  |  |  |
|  | Đặt NB ở tư thế thích hợp (đầu cao 30 độ ) |  |  |  |
|  | Choàng nilon, khăn trước ngực, đặt khay quả đậu cạnh cằm hoặc má NB, đặt chậu đựng nước thải (nếu NB nôn) |  |  |  |
|  | Vệ sinh mũi hoặc miệng, cắt băng dính, bóc vỏ ống thông dạ dày và bơm ăn 50 ml đặt vào khay VK, đi găng |  |  |  |
|  | ***Đo ống thông:*** từ cánh mũi → dái tai cùng bên với mũi bên đo → mũi ức (hoặc từ cung răng cửa đến rốn) Dùng gạc tẩm dầu paraphin bôi đầu ống thông khoảng 7–10 cm |  |  |  |
|  | ***Đặt ống thông:*** Đưa ống thông nhẹ nhàng qua mũi (miệng) đến ngã ba hầu họng (bảo NB nuốt hoăc nhấc cao đầu), tiếp tục ống thông đến chỗ đánh dấu |  |  |  |
|  | ***Kiểm tra ống thông:*** Kiểm tra ống thông có cuộn trong miệng không Kiểm tra ống thông đã chắc chắn vào dạ dày chưa (bằng 2 phương pháp nghe và hút dịch dạ dày), cố định ống thông. |  |  |  |
|  | Để NB nghiêng trái, đầu thấp, chân trên co, chân dưới duỗi |  |  |  |
|  | Lắp bộ rửa vào đầu ống thông dạ dày, sau đó cho dịch chảy khoảng 200ml – 300 ml, lắc bụng NB, cho dịch chảy vào lọ bệnh phẩm làm xét nghiệm. |  |  |  |
|  | - Tiếp tục cho dịch chảy vào dạ dày các lần tiếp theo (mỗi lần 200ml – 300 ml)- Khóa túi dịch vào, lắc bụng NB, mở khóa túi dịch thải cho dịch trong dạ dày chảy ra. Theo dõi tình trạng NB trong suốt quá trình rửa.- Rửa nhiều lần cho đến khi dịch dạ dày trong. |  |  |  |
|  | - Bơm thuốc theo y lệnh- Rút thông dạ dày: nút kín đầu ống thông, cầm gạc vừa rút vừa lau ống, rút ống từ từ còn khoảng 20 cm kẹp hoặc gập ống rồi rút hết( Lưu ống thông nếu NB lơ mơ cần bơm thuốc giải độc đa liều) - Tháo găng, lau miệng cho NB |  |  |  |
| **III** | **SAU KỸ THUẬT**  |  |  |  |
|  | - Giúp người bệnh về tư thế thoải mái- Đánh giá NB sau khi thực hiện kỹ thuật- Dặn dò NB những điều cần thiết |  |  |  |
|  | Thu dọn dụng cụ |  |  |  |
|  | Rửa tay |  |  |  |
|  | Ghi hồ sơ Điều dưỡng |  |  |  |
| Theo dõi, quan sát người bệnh trong suốt quá trình thực hiện kỹ thuật |  |  |  |

**HƯỚNG DẪN TỰ HỌC**

**Danh sách giảng viên tham gia giảng dạy, cố vấn học tập và quản lý phòng tự học:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Họ và tên** | **Số ĐT** | **Địa chỉ Email** |
| ***Giảng tại phòng thực hành*** |  |  |
|  | Ths. Vũ Đình  | Tiến | 0912378570 | Vudinhtienybm@gmail.com |
|  | Ths. Nguyễn Quỳnh  | Châm | 0962461181 | Chamquynh881@yahoo.com |
|  | Ths. Nguyễn Hoàng  | Chính | 0902196985 | chinhnh@hotmail.com |
|  | CN. Đoàn Văn  | Chính | 0974721412 | Doanvanchinh88@gmail.com |
|  | CN. Trịnh Thị Kim  | Dung | 0983992415 | kimdungtrinhbm@gmail.com |
| ***Cố vấn học tập*** |  |  |
|  | Ths. Vũ Thị Mai  | Hoa | 0915432125 | Hoahanhtung@yahoo.com.vn |
| ***Quản lý phòng tự học*** |  |  |
|  | CN. Đinh Thị Thu  | Hương | 0912423463 | Dinhhuong.coi79@gmail.com |

**1. Chuẩn bị**

* Nghiên cứu Giải phẫu – Sinh lý phần có liên quan đến bài học đặt sonde rửa dạ dày.
* Nghiên cứu tài liệu, nghiên cứu tình huống và trả lời các câu hỏi theo yêu cầu của giáo viên trong các tình huống. (Sử dụng Powerpoint, Viết tên SV trong nhóm phía sau hoặc bảng viết ra giấy A3).
* Làm việc nhóm
* Xem video các kỹ thuật điều dưỡng, nghiên cứu bảng kiểm để tìm ra bước quan trọng, bước khó.
* Tổ chức thực hiện giờ tự học và học nhóm.
* Liên hệ với giảng viên (cố vấn học tập) để được tư vấn, hỗ trợ về vấn đề tự học. Gửi sản phẩm tự học đến địa chỉ Email: SPTH\_KTDD\_MD5@gmail.com. Tiêu đề: KTDD\_MD5\_17
* Chuẩn bị các phương tiện trình bày, thảo luận nhóm khi đến lớp (bài chiếu slide hoặc bài viết ra giấy A3)
* Phân công người trình bày (luân phiên nhau).

**2. Nghiên cứu tình huống lâm sàng.**

Bệnh nhân Nguyễn Hoàng Nam 19 tuổi, được người thân đưa vào trung tâm chống độc trong tình trạng tỉnh, mệt mỏi, chóng mặt đau đầu. Người nhà cho biết BN vừa uống khoảng 20 viên thuốc Paracetamol loại 500mg để tự tử vì giận người yêu.

Chỉ định: rửa dạ dày cấp cứu

*Yêu cầu:*

1. *Mục đích rửa dạ dày bệnh nhân trên.*

**3. Yêu cầu chuẩn bị cho thực hiện kỹ thuật**

* Nhận xét, đánh giá về quy trình kỹ thuật và video
* Chỉ ra các bước quan trọng của QTKT
* Chỉ ra những thao tác khó thực hiện được sau khi xem video.
* Tự học tại phòng thực hành tự học

**4. Viết báo cáo và gửi sản phẩm tự học**

Gửi sản phẩm tự học đến địa chỉ Email: SPTH\_KTDD\_MD5@gmail.com. Tiêu đề: KTDD\_MD5\_17

**LƯỢNG GIÁ**

1. Phân biệt các câu sau đúng hay sai :
2. Sonde Faucher thường dùng trong trường hợp lấy dịch dạ dày làm xét nghiệm.
3. Người bệnh hôn mê khi rửa dạ dày phải để người bệnh ở tư thế Fowler.
4. Khi tổn thương ống tiêu hoá, người bệnh có biểu hiện đau, có thể có máu chảy ra theo nước rửa
5. Yêu cầu nước rửa dạ dày phải là nước cất, nhiệt độ từ 300 – 400c
6. Người bệnh uống nhầm acid, kiềm mạnh phải tiến hành rửa dạ dày để làm giảm nồng độ acid, kiềm.

**B.** Chọn ý đúng nhất

1. Mục đích rửa dạ dày :
2. Giúp NB ăn ngon miệng hơn.
3. Để thải trừ chất độc trong dạ dày.
4. Giúp dạ dày hấp thu tốt hơn
5. Phòng chống ung thư dạ dày
6. Trường hợp nào sau đây được áp dụng để rửa dạ dày:
7. Ngộ độc thức ăn.
8. NB ăn không ngon miệng.
9. NB đau bụng chưa rõ nguyên nhân.
10. NB thủng dạ dày
11. Mục đích của việc đo sonde :
12. Để cho NB yên tâm.
13. Để xác định khoảng cách từ mũi, miệng NB đến dạ dày trên sonde.
14. Để đưa sonde dễ dàng hơn
15. Xác định lượng nước cần rửa
16. Nước rửa đưa vào dạ dày (rửa dạ dày hệ mở) mỗi lần khoảng :
17. 200 – 300ml.
18. 300 – 500ml.
19. 500 – 700ml.
20. 700 – 900ml
21. Tiến hành rửa dạ dày (hệ mở) cho tới khi :
22. Rửa hết lượng nước đã chuẩn bị.
23. Khoảng 2 lít là được.
24. Khoảng 5 lít
25. Rửa tới khi nước trong hoặc hết mùi hoá chất.
26. Khi đưa Sonde NB ho, ho sặc sụa, Điều dưỡng phải :
27. Chạy ngay đi gọi bác sỹ.
28. Bảo NB chịu khó và tiếp tục đưa.
29. Ngay lập tức rút sonde ra.
30. Đỡ NB ngồi dậy