

**SỞ Y TẾ AN GIANG  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA  
TRUNG TÂM AN GIANG**  
Ký hiệu :ISO9001-KN

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**  
**Độc lập–Tự do–Hạnh phúc**

---



**ISO 9001 : 2008**  
**KHOA NHI**

Biên soạn

Phê duyệt

Trưởng Khoa

Giám đốc

**Bs. Trương Thị Mỹ Tiến**

**TS.BS Nguyễn Văn Sách**

# MỤC LỤC

	<b>Trang</b>
<input type="checkbox"/> Trang bìa	1
<input type="checkbox"/> Mục lục	2 - 3
<b><u>Phần I:</u></b>	
<input type="checkbox"/> Sơ đồ tổ chức khoa	4
<b><u>Phần II:</u></b>	
<input type="checkbox"/> Qui chế công tác khoa	5 - 6
<input type="checkbox"/> Qui định hoạt động khoa	7
<input type="checkbox"/> Qui định đối với nhân viên	8
<b><u>Phần III:</u></b>	
<input type="checkbox"/> Mô tả công việc	9 – 18
<b><u>Phần IV:</u></b>	
<input type="checkbox"/> Qui chế sử dụng thuốc	19 – 21
<input type="checkbox"/> Qui chế chống nhiễm khuẩn	22 – 23
<input type="checkbox"/> Qui chế hội chẩn	24 – 25
<input type="checkbox"/> Qui chế xử lý chất thải	26
<input type="checkbox"/> Phác đồ sóc phản vệ	27 – 28
<input type="checkbox"/> Phác đồ điều trị bệnh viêm phổi	29 – 30
<input type="checkbox"/> Phác đồ điều trị bệnh vàng da SS	31 – 33
<input type="checkbox"/> Phác đồ điều trị bệnh nhiễm trùng huyết SS	34 – 36
<input type="checkbox"/> Phác đồ điều trị bệnh XHN-MN	37 – 39
<input type="checkbox"/> Phác đồ điều trị bệnh VMNM	40 – 43
<input type="checkbox"/> Phác đồ điều trị bệnh uốn ván	44 – 46
<input type="checkbox"/> Phác đồ điều trị bệnh thương hàn	47 – 48
<input type="checkbox"/> Phác đồ điều trị bệnh tiêu chảy	49 – 51
<input type="checkbox"/> Phác đồ điều trị bệnh SXH	52 – 55
<input type="checkbox"/> Quy trình chăm sóc bệnh SXH	56 – 57
<input type="checkbox"/> Quy trình chăm sóc bệnh viêm phổi	58
<input type="checkbox"/> Quy trình chăm sóc bệnh tiêu chảy	59
<input type="checkbox"/> Quy trình chăm sóc bệnh VN-MN	60
<input type="checkbox"/> Quy trình chăm sóc bệnh sởi	61
<input type="checkbox"/> Quy trình chăm sóc bệnh thương hàn	62
<input type="checkbox"/> Quy trình chăm sóc bệnh thở CPAP	63 – 64

<input type="checkbox"/>	Kỹ năng tiếp xúc	65
<input type="checkbox"/>	Quy trình tiếp nhận bệnh tại phòng khám	66 – 67
<input type="checkbox"/>	Quy trình điều trị ngoại trú	68
<input type="checkbox"/>	Quy trình điều trị nội trú	69
<input type="checkbox"/>	Quy trình thực hiện thủ thuật	70 – 71
<input type="checkbox"/>	Quy trình cấp thuốc điều trị nội , ngoại trú	72
<input type="checkbox"/>	Quy trình bệnh chuyên trị, chuyên khoa	73

Phần V:

<input type="checkbox"/>	Mục tiêu chất lượng	74 – 76
<input type="checkbox"/>	Đánh giá mục tiêu chất lượng (Kế hoạch hành động)	77
<input type="checkbox"/>	Danh mục hồ sơ chất lượng	78 – 79

Phần VI:

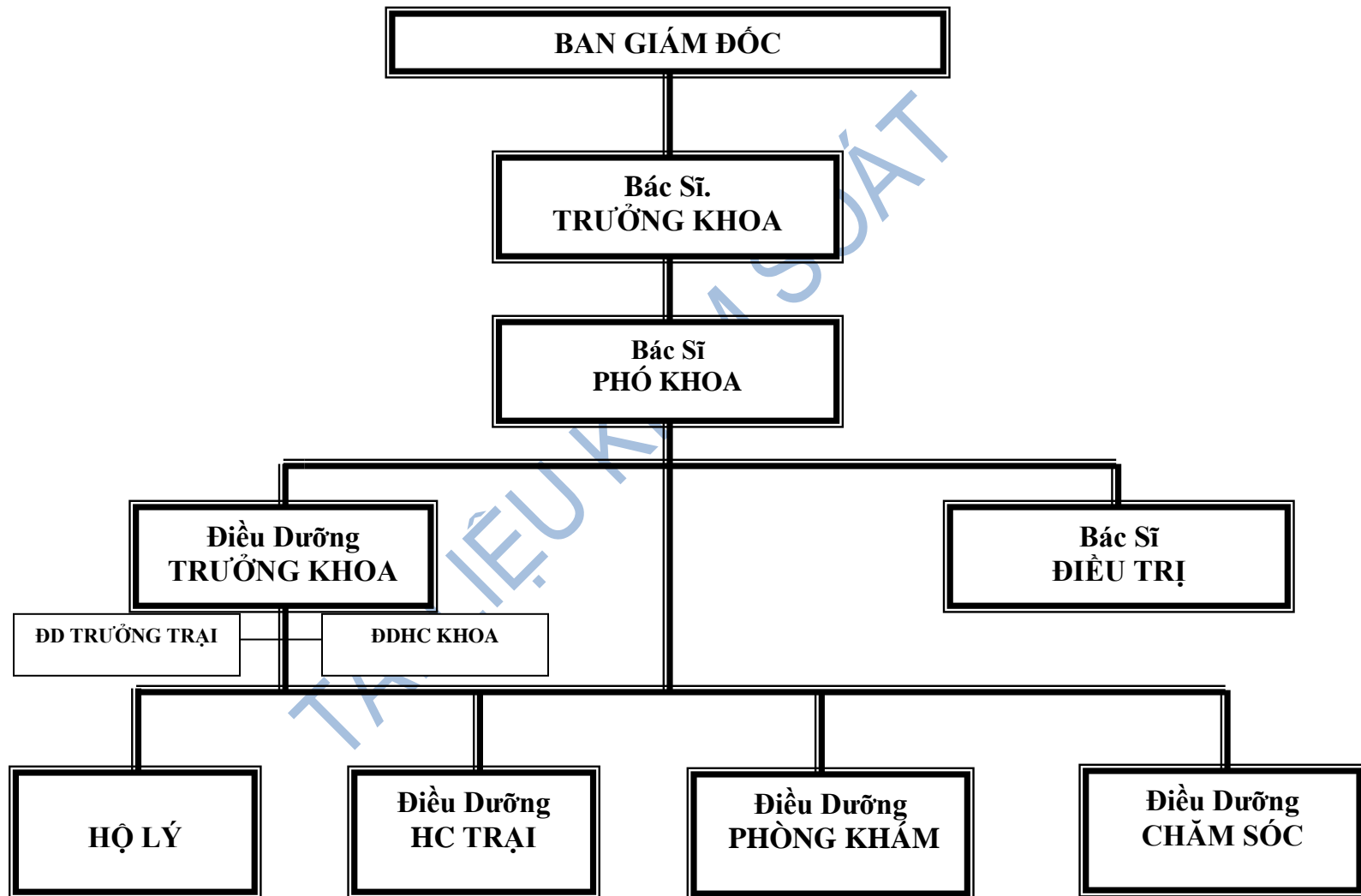
<input type="checkbox"/>	Danh mục tài liệu nội bộ	80 – 82
--------------------------	--------------------------	---------

Phần VII:

<input type="checkbox"/>	Danh mục tài liệu bên ngoài	83
--------------------------	-----------------------------	----

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

# SƠ ĐỒ TỔ CHỨC KHOA NHI



# QUY CHẾ CÔNG TÁC KHOANHI

*(Theo Quy chế Bệnh Viện - Ban hành theo quyết định của Bộ Trưởng Bộ Y Tế số 1895/1997/BYT-QĐ, ngày 19/09/1997)*

## A) Qui định chung:

1. Thực hiện quy chế công tác Khoa Nhi.

2. Một số công tác đặc thù của Khoa Nhi:

a) Khoa Nhi là khoa lâm sàng điều trị các bệnh cho trẻ em dưới 15 tuổi.

b) Khoa được bố trí theo đơn nguyên, thiết kế riêng cho phù hợp với sinh lý bệnh và tâm sinh lý của từng lứa tuổi.

c) Có chế độ ăn thích hợp với bệnh lý và lứa tuổi của trẻ.

## B) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

### 1/ Tại buồng khám bệnh chuyên khoa Nhi :

a) Các thành viên của buồng khám bệnh phải đặc biệt chú ý thực hiện đầy đủ quy chế công tác khoa Nhi.

b) Một số công tác đặc thù khi khám chuyên khoa Nhi :

#### **Bác sĩ Trưởng khoa có trách nhiệm:**

-Đảm bảo các điều kiện, phương tiện, phục vụ khám bệnh: dụng cụ khám bệnh phù hợp với lứa tuổi bệnh nhi, có tranh ảnh, đồ chơi cho trẻ ngồi chờ

-Có đầy đủ dụng cụ vệ sinh sẵn sàng phục vụ bệnh nhi tại chỗ.

-Cơ sở thoáng mát, đủ điện, nước, môi trường sạch sẽ không có mùi hôi khai.

#### **Bác sĩ khám bệnh có trách nhiệm:**

-Khi khám bệnh phải dựa vào cha mẹ, người nuôi dưỡng bệnh nhi, khai thật kĩ bệnh sử.

-Sử dụng dụng cụ khám phải phù hợp với lứa tuổi bệnh nhi.

-Kết hợp khám chuyên khoa có liên quan với các phương tiện xét nghiệm, chẩn đoán cận lâm sàng.

### 2/ Tại Khoa Điều Trị :

a) Các thành viên của khoa phải đặc biệt chú ý thực hiện quy chế công tác khoa nhi ; khi mắc các bệnh truyền nhiễm đường hô hấp dù nhẹ cũng phải tự giác không tiếp xúc với bệnh nhi.

b) Một số công tác đặc thù của khoa Nhi

#### **Trưởng khoa Nhi có trách nhiệm:**

-Sắp xếp bệnh nhi vào từng buồng bệnh theo loại bệnh, nếu có điều kiện theo nhóm tuổi: trẻ sơ sinh, trẻ dưới 3 tuổi và trẻ trên 3 tuổi.

-Bố trí buồng cách ly cho trẻ mắc bệnh truyền nhiễm.

- Buồng cấp cứu riêng, dụng cụ cấp cứu phù hợp với lứa tuổi.
- Có phác đồ cấp cứu và bảng chỉ số tổng hợp theo dõi chỉ số sinh tồn, các diễn biến lâm sàng và cận lâm sàng cụ thể cho từng bệnh.
- Bố trí nơi pha sữa, pha nước cho bệnh nhi.

□ **Bác sĩ điều trị có trách nhiệm:**

- Theo dõi sát các diễn biến lâm sàng, ghi đầy đủ các triệu chứng điển hình.
- Xử trí kịp thời các diễn biến nặng như: sốt co giật, mất nước rối loạn điện giải, ngạt thở tím tái,...
- Tiến hành thủ thuật tại buồng riêng, tránh gây cho trẻ sợ hãi.
- Đảm bảo buồng điều trị có tranh ảnh, đồ chơi cho bệnh nhi.

□ **Y tá (điều dưỡng) có trách nhiệm:**

- Thực hiện đúng y lệnh.
- Cho bệnh nhi theo bệnh lý và lứa tuổi.
- Dành thời gian hàng ngày tuyên truyền, giáo dục cho bà mẹ, người nuôi dưỡng trẻ, cách chăm sóc bảo vệ sức khỏe trẻ em và đề phòng bệnh tật.
- theo dõi sát các diễn biến lâm sàng, ghi đầy đủ các triệu chứng điển hình.

□ **Hộ lý có trách nhiệm:**

- Lau chùi buồng bệnh hàng ngày, đảm bảo sạch sẽ, hàng tuần phải được khử khuẩn..
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ vệ sinh: xô, khăn thấm ; đảm bảo môi trường sạch sẽ không mùi hôi khai.
- Chuẩn bị đầy đủ nước sinh hoạt, nước nóng cho bệnh nhi.
- Giải thích nhắc nhở người nhà ở lại chăm sóc bệnh nhi phải mặc quần áo của bệnh viện và thực hiện đúng nội quy của khoa.

## **NỘI QUY HOẠT ĐỘNG KHOA NHI**

- Người bệnh vào khoa phải thông qua khoa Khám bệnh.
- Giờ làm việc mỗi người bệnh một người nuôi.
- Không làm ồn và gây mất trật tự, nhất là giờ bác sĩ khám bệnh.
- Giữ vệ sinh chung: không đổ nước, vứt rác bừa bãi, không vẽ trên tường, tiêu tiểu đúng nơi quy định.
- Không đun nấu và ăn cơm tại buồng bệnh.
- Bảo quản tốt tài sản khoa, trại ; hư, mất phải bồi thường.
- Khi ra viện trả lại tất cả những vật dụng đã mượn của khoa.
- Thân ái, đoàn kết giữa người bệnh với người bệnh, cũng như đối với nhân viên trong khoa.
- Sẵn sàng góp ý xây dựng khoa về mọi mặt.
- An tâm điều trị và tuyệt đối tin tưởng vào sự chỉ dẫn của nhân viên khoa.

## **QUY ĐỊNH ĐỐI VỚI NHÂN VIÊN KHOA NHI**

- Chấp hành nghiêm chủ trương, chính sách, pháp luật của Đảng và của Nhà nước, nội quy, quy chế của bệnh viện.
- Rèn luyện tác phong, kỹ năng giao tiếp ; giữ gìn y đức.
- Không ngừng học tập, trao dồi năng lực chuyên môn.
- Đoàn kết, tương trợ và trung thực trong công tác.
- Mạnh dạn đấu tranh với các biểu hiện trì trệ, sai trái, tiêu cực.
- Sống lành mạnh xứng đáng là gương sáng giáo dục cho người bệnh và gia đình người bệnh.



## BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. BỘ PHẬN: Khoa Nhi
2. CHỨC DANH: Bác sĩ
3. CHỨC VỤ: Trưởng khoa
4. CẤP BÁO CÁO: Ban giám đốc bệnh viện
5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa Nhi
6. TRÁCH NHIỆM :

6.1 Xây dựng kế hoạch khoa dựa vào kế hoạch bệnh viện và chỉ đạo thực hiện sau khi đã được ban giám đốc bệnh viện thông qua.

6.2 Tổ chức lãnh đạo công tác chẩn đoán, điều trị trong khoa để phục vụ cho người bệnh chu đáo.

-Trực tiếp tham gia công tác điều trị, giải quyết những bệnh nặng, bệnh khó hay bệnh cấp cứu.

-Hàng ngày khám lại các bệnh nặng, bệnh mới vào khoa nếu cần.

-Trong tuần khám lại tất cả bệnh nhân trong khoa một lần để xác định việc chẩn đoán, điều trị của các bác sĩ cho hướng điều trị nếu cần.

-Sẵn sàng thăm khám những tình trạng bệnh nhân nguy kịch, khó khăn hay những trường hợp cần thiết do bác sĩ thường trực mời.

6.3 Đóng góp ý kiến đối với những trường hợp bệnh điều trị ngoại trú như những bệnh khó hay bệnh đang theo dõi để cho hướng điều trị thích hợp. Thẩm tra và quyết định các trường hợp bệnh tiến hành các thủ thuật chuyên khoa.

6.4 Thẩm tra các bệnh án ra vào viện, xét duyệt hay quyết định cho bệnh nhân ra hoặc chuyển viện.

6.5 Quyết định hội chẩn trong khoa hay đề nghị hội chẩn toàn bệnh viện.

-Tự mình hoặc chỉ định bác sĩ trong khoa đi hội chẩn ở các khoa khác trong bệnh viện hoặc ngoại viện.

-Khi có trường hợp tử vong phải phân tích nguyên nhân, cho ý kiến, hướng dẫn việc kiểm thảo tử vong, nếu cần triệu tập kiểm thảo tử vong toàn khoa để rút kinh nghiệm học tập.

6.6 Thường xuyên nhận xét về hoạt động của khoa để có hướng chấn chỉnh trong công tác, cải tiến tổ chức, cải tiến kĩ thuật.

-Đôn đốc, theo dõi, kiểm tra việc sử dụng các thuốc độc, thuốc gây nghiện, đồ dùng trong cấp cứu và trong điều trị cho người bệnh.

6.7 Tổ chức thực hiện công tác chỉ đạo chuyên môn, chỉ đạo kĩ thuật cho các tuyến dưới và có kế hoạch định kỳ xuống thăm các tuyến dưới để góp ý kiến về việc phòng bệnh và chữa bệnh.

-Tổ chức công tác huấn luyện, đào tạo nhân viên khoa để thành thạo công việc của khoa.

6.8 Đôn đốc nhân viên thực hiện đúng chức trách, quy tắc chuyên môn.

6.9 Thường xuyên giáo dục thái độ tinh thần phục vụ người bệnh cho tất cả nhân viên.

- Thường xuyên tìm hiểu tình hình tư tưởng, tinh thần, thái độ công tác, năng lực nghiệp vụ của nhân viên để kịp thời biểu dương và phê bình hay nêu ra ý kiến nhận xét để bạt khen thưởng.

6.10 Nắm được tình hình tư tưởng của bệnh nhân và lắng nghe ý kiến của bệnh nhân để cải tiến công tác, chấn chỉnh tổ chức trong khoa.

6.11 Định kỳ phải báo cáo công tác hoạt động của khoa với ban giám đốc bệnh viện, khi có những trường hợp bất thường hay quan trọng phải kịp thời báo cáo ngay để có chủ trương giải quyết.

6.12 Lập mục tiêu chất lượng và triển khai thực hiện cho bộ phận của mình.

6.13 Phân tích dữ liệu theo định kỳ; Đôn đốc các nhân viên của mình thực hiện theo hệ thống ISO

6.14 Giám sát, đôn đốc toàn thể nhân viên trong khoa thực hiện hệ thống quản lý chất lượng theo ISO 9001:2008 đã ban hành ; xác định các hành động chưa phù hợp để đưa ra các cơ hội cải tiến, đáp ứng ổn định các yêu cầu của dịch vụ khám chữa bệnh và nâng cao sự thỏa mãn của bệnh nhân / khách hàng.

6.15 Thực hiện các nhiệm vụ khác do Ban Giám Đốc giao.

#### 7. QUYỀN HẠN:

- Điều hành quản lý công việc trong khoa.
- Tham mưu cho ban giám đốc bệnh viện chỉ đạo các hoạt động trong khoa và tuyển dưới.
- Ủy quyền cho phó khoa giải quyết công việc khi vắng mặt.

#### 8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

- a) Học vấn:
  - Tốt nghiệp đại học y dược.
  - Ngoại ngữ: chứng chỉ A
  - Tin học: thực hành được tin học văn phòng.
  - Quản lý: tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước.
  - Chính trị: tốt nghiệp trung cấp chính trị
- b) Kinh nghiệm: 03 năm thực hành lâm sàng.
- c) Kỹ năng:
  - Truyền đạt, thuyết minh, thuyết phục.
  - Lắng nghe, phân tích, ra quyết định.
  - Điều hành, phân công công việc.

### **BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC**

- |               |                 |
|---------------|-----------------|
| 1. BỘ PHẬN:   | Khoa Nhi        |
| 2. CHỨC DANH: | Bác sĩ          |
| 3. CHỨC VỤ:   | Phó Trưởng khoa |

4. CẤP BÁO CÁO: Trưởng khoa  
5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa Nhi  
6. TRÁCH NHIỆM :

6.1 Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý quy chế: chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị.

6.2 Tham gia điều trị người bệnh: chỉ định điều trị đúng phác đồ, thực hiện các thủ thuật do Trưởng khoa phân công hoặc hướng dẫn điều dưỡng thực hiện các kỹ thuật khó (nếu có).

6.3 Tham gia trực theo lịch phân công.

6.4 Tham gia dự hội nghị khoa học, hội chẩn, kiểm thảo tử vong khi được yêu cầu.

6.5 Tham gia công tác chỉ tuyến.

6.6 Hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của Trưởng khoa

6.7 Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học.

6.8 Thực hiện nhiệm vụ do trưởng khoa ủy quyền và báo cáo đầy đủ công việc được giao.

#### 7. QUYỀN HẠN :

. Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo quy chế.

. Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc

. Quản lý điều hành công việc của khoa, theo sự phân công của Ban Giám đốc, Trưởng khoa.

#### 8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

a. Học vấn: Tốt nghiệp đại học Y- Dược.

b. Kinh nghiệm: 02 năm hoạt động trong ngành.

c. Kỹ năng khác:

. Ngoại ngữ: chứng chỉ A

. Tin học: thực hành được tin học văn phòng.

. Quản lý: tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước.

. Chính trị: tốt nghiệp trung cấp chính trị

. Kỹ năng lãnh đạo: truyền đạt.

## BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. BỘ PHẬN: Khoa Nhi
2. CHỨC DANH: Bác sĩ
3. CHỨC VỤ:
4. CẤP BÁO CÁO: Trưởng khoa
5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa Nhi
6. TRÁCH NHIỆM: Điều trị tại khoa.

6.1 Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý quy chế. Chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị.

6.2 Đối với người bệnh vào viện thì phải khám ngay xác định chẩn đoán, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, các xét nghiệm cần thiết trong 24 giờ phải hoàn thành HSBA, trường hợp cấp cứu nặng phải hoàn thành HSBA ngay.

6.3 Khi bác sĩ Trưởng khoa khám bệnh, bác sĩ có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến bệnh, quá trình điều trị, xin ý kiến hướng dẫn.

6.4 Hàng ngày mỗi buổi sáng phải khám từng người bệnh được phụ trách, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, theo dõi hành vi. Buổi chiều khám lại những bệnh có diễn biến bất thường và cho y lệnh bổ sung.

6.5 Thực hiện chế độ hội chẩn khoa, liên khoa theo chỉ định của bác sĩ Trưởng khoa (giờ hành chính), theo chỉ định của bác sĩ Trưởng trực (giờ trực).

6.6 Đối với các trường hợp: bệnh nặng nguy kịch, người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhưng thuyên giảm chậm hoặc không thuyên giảm. Bác sĩ trực tiếp điều trị có trách nhiệm báo cáo Trưởng khoa đề nghị hội chẩn.

6.7 Thực hiện các thủ thuật do Trưởng khoa phân công, trước khi thực hiện phải khám lại bệnh nhân 1 lần nữa, ra y lệnh chuẩn bị thủ thuật.

6.8 Hàng ngày phải kiểm tra lại các chỉ định về thuốc, chế độ chăm sóc, xem các y lệnh về thuốc có còn phù hợp không. Kiểm tra vệ sinh cá nhân của từng người bệnh, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc

6.9 Hàng ngày cuối giờ làm việc ghi sổ bàn giao cho bác sĩ trực những bệnh nặng cần theo dõi, y lệnh còn lại trong ngày (ghi nhận vào sổ bệnh nặng).

6.10 Tham gia trực, tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong, tổng kết bệnh án ra viện, chuyển khoa, chuyển viện theo quy chế bệnh viện.

6.11 Thực hiện tốt quy định về y đức, không ngừng học tập, trao dồi năng lực chuyên môn, làm công tác nghiên cứu khoa học và hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của Trưởng khoa.

7. QUYỀN HẠN: Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo quy chế. Ký đơn thuốc và phiếu lĩnh thuốc.

8. NĂNG LỰC TỐI THIỂU: Có kỹ năng giao tiếp, thực hiện một số thủ thuật cần thiết, lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc người bệnh.

## MÔ TẢ CÔNG VIỆC

1. BỘ PHẬN: Khoa Nhi
2. CHỨC DANH: Bác sĩ
3. CHỨC VỤ:
4. CẤP BÁO CÁO: Trưởng khoa
5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa Nhi
6. TRÁCH NHIỆM: Điều trị tại phòng khám

6.1 Trách nhiệm của bác sĩ điều trị.

6.2 Tổ chức chu đáo việc tiếp đón người bệnh đến khám và điều trị ngoại trú, tổ chức đưa người bệnh vào tận khoa điều trị khi người bệnh được nhập viện. Không được gây phiền hà cho người bệnh, điều hành công việc không để người bệnh đợi lâu.

6.3 Tổ chức tốt công tác cấp cứu, kịp thời cấp cứu những bệnh nhân đến tại phòng khám, trường hợp bệnh có nguy kịch phải báo ngay đến bác sĩ Trưởng khoa xin ý kiến.

6.4 Nếu phát hiện những sai sót do tuyến dưới chuyển đến phải báo cáo đến phòng Kế Hoạch Tổng Hợp để thông báo rút kinh nghiệm tới cơ sở chuyển người bệnh đến.

6.5 Đảm bảo ghi chép, cập nhật chính xác số liệu người bệnh đến khám tại khoa, lưu giữ đầy đủ hồ sơ tài liệu theo quy định.

6.6 Tuyên truyền, giáo dục sức khỏe cho mọi người đến khám bệnh tại khoa.

6.7 Nắm tình hình giường bệnh tại khoa nội trú để bố trí người bệnh vào viện.

6.8 Theo dõi quản lý người bệnh theo quy chế điều trị ngoại trú.

## 7. QUYỀN HẠN :

. Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo quy chế.

. Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc

.Quyết định cho người bệnh điều trị nội trú, ngoại trú, hoặc giới thiệu lên tuyến trên

. Được cho người bệnh nghỉ ốm hoặc làm việc theo chế độ phù hợp với sức khỏe.

## 8. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

. Có kỹ năng giao tiếp . Thực hiện một số thủ thuật cần thiết

. Khám bệnh, chẩn đoán và điều trị các bệnh nhi khoa thông thường

. Lập kế hoạch và thực hiện chăm sóc người bệnh.

## BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

- 1/- BỘ PHẬN : Khoa Nhi
- 2/. CHỨC DANH : YTTH.
- 3/. CHỨC VỤ : Điều dưỡng Trưởng khoa.
- 4/. CẤP BÁO CÁO : Trưởng khoa.
- 5/. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG : Khoa nhi.
- 6/. NHIỆM VỤ :

### 6.1 Chăm sóc người bệnh :

. Tiếp nhận người bệnh mới vào khoa, kiểm tra các thủ tục hành chánh, giới thiệu nội qui khoa, trại và của bệnh viện. (có giấy uỷ quyền cho điều dưỡng hành chánh và điều dưỡng trực)

. Quan sát người bệnh về tình trạng bệnh để có kế hoạch phân công điều dưỡng, hộ lý theo dõi và chăm sóc.

. Thường xuyên đi buồng thăm bệnh đánh giá sự tiến triển của người bệnh, đồng thời tìm hiểu những nhu cầu, nguyện vọng của người bệnh để giải quyết và đáp ứng kịp thời.

. Đi buồng thăm bệnh cùng với bác sĩ để nhận định nhu cầu về điều trị và phân công điều dưỡng thực hiện cho phù hợp.

. Chuẩn bị mọi phương tiện để sẵn sàng cấp cứu người bệnh khi cần. Hướng dẫn cho các điều dưỡng viên về các kỹ thuật chăm sóc hay các kỹ thuật khó cấp cứu đối với các trường hợp bệnh nặng.

. Hàng ngày kiểm tra kiểm tra, đôn đốc các điều dưỡng và hộ lý giữ gìn buồng bệnh được sạch sẽ, trật tự trong khoa.

. Đóng góp ý kiến khi bác sĩ cho y lệnh không phù hợp với bệnh lý để xử lý kịp thời.

### 6.2 Công tác quản lý và điều hành nhân sự :

. Phân công và điều phối công việc hợp lý cho nhân viên phù hợp với năng lực của từng người nhằm đảm bảo các vị trí công tác chăm sóc người bệnh liên tục.

. Lập bảng trực hàng tháng cho nhân viên.

. Lập kế hoạch nghỉ phép năm và kế hoạch nghỉ bù hợp lý cho nhân viên.

. Hàng tháng tổng hợp bảng chấm công trực, ngày công nộp về phòng tổ chức

. Kiểm tra sự hoàn thành nhiệm vụ, kỷ luật lao động đối với nhân viên khoa để biểu dương, đề bạt hay nhắc nhở.

### 6.3 Công tác quản lý hành chánh :

. Có trách nhiệm chung về mọi mặt công tác, giấy tờ, sổ sách, báo cáo, thống kê và lưu trữ trong khoa.

. Kiểm tra thủ tục cho người bệnh mới vào viện, chuyển viện, ra viện, bệnh tử vong, và hướng dẫn thân nhân người bệnh hoặc người bệnh các thủ tục hành chánh cần thiết.

- . Phổ biến cho nhân viên các thông báo, chỉ thị của các cấp lãnh đạo.
- . Thường xuyên liên lạc hay tham gia họp do phòng điều dưỡng tổ chức để trao đổi những công việc cần thiết cho việc chăm sóc, phục vụ người bệnh.

#### **6.4 Công tác quản lý tài sản, vật tư trong khoa :**

- . Có trách nhiệm tất cả các vật dụng, tài sản trong khoa.
- . Lập những yêu cầu về trang thiết bị y tế, văn phòng phẩm,... phục vụ công tác chăm sóc người bệnh.
- . Lập những yêu cầu sửa chữa và bảo quản các trang thiết bị trong khoa.
- . Giám sát việc sử dụng, bảo quản, giữ gìn các trang thiết bị y tế và phương tiện, dụng cụ trong khoa.
- . Lập bảng theo dõi tài sản hàng năm và báo cáo phòng vật tư để xử lý những vật dụng hay trang thiết bị y tế hỏng hoặc không còn yêu cầu sử dụng.
- . Kiểm soát việc sử dụng tiết kiệm các hàng tiêu dùng, điện, nước.

#### **6.5 Công tác huấn luyện :**

- . Hướng dẫn và huấn luyện công điều dưỡng, hộ lý thành thạo và biết được các kỹ thuật chăm sóc người bệnh trong khoa.
- . Hướng dẫn cho nhân viên thực hiện các kỹ thuật chăm sóc phức tạp, những cải tiến mới trong lĩnh vực điều trị và chăm sóc người bệnh.

#### **7/. QUYỀN HẠN :**

- . Phân công điều dưỡng, hộ lý đáp ứng yêu cầu các công việc của khoa.
- . Kiểm tra điều dưỡng, hộ lý và nhân viên phục vụ thực hiện đúng những quy trình, quy chế của bệnh viện trong phục vụ và chăm sóc người bệnh.

#### **8/. NĂNG LỰC TỐI THIỂU :**

- a)- Học vấn: Tốt nghiệp trung học Y tế.
- b)- Kỹ năng khác:
  - . Hoàn thành tập huấn lớp điều dưỡng trưởng.
  - . Nắm vững quy chế bệnh viện.
  - . Quy trình tiếp xúc tâm lý người bệnh.
  - . Thành thạo các thủ thuật chuyên khoa.

## **BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC**

- 1/. BỘ PHẬN : Khoa Nhi  
2/. CHỨC DANH : YTTH hoặc Y sĩ.  
3/. CHỨC VỤ : Điều dưỡng hành chánh.  
4/. CẤP BÁO CÁO : Điều dưỡng Trưởng khoa.  
5/. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG : Khoa Nhi.  
6/. NHIỆM VỤ :

a)- **Nhiệm vụ chính:**

- . Ghi nhận và cập nhật sổ đăng ký bệnh vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện tử vong.
- . Bảo quản thuốc dùng hàng ngày cho người bệnh trong khoa.
- . Lãnh và bảo quản dụng cụ y tế và văn phòng phẩm.
- . Lập sổ theo dõi và cấp phát sử dụng theo kế hoạch.
- . Báo cáo tình hình bệnh hàng ngày, hàng tháng, hàng quý và cả năm hoặc theo yêu cầu chuyên môn.
- . Chuyển bệnh án đến Phòng KHTH để lưu trữ khi đã được Trưởng khoa phê duyệt.
- . Bảo quản bệnh án, sổ, ấn chỉ và tài liệu trong khoa.
- . Thay thế khi điều dưỡng trưởng khoa vắng mặt. (có uỷ quyền)

b)- **Nhiệm vụ về Dược chính:**

- . Tổng hợp lượng thuốc dùng trong ngày theo y lệnh qua hệ thống vi tính hoặc viết phiếu lãnh đề trình Trưởng khoa duyệt.
- . Lãnh thuốc và bàn giao thuốc hàng ngày cho điều dưỡng chăm sóc thực hiện cho từng người bệnh theo y lệnh.
- . Kiểm tra thuốc hàng ngày và bổ sung thuốc trực theo cơ số.
- . Thu hồi thuốc thừa trả lại khoa Dược theo qui chế sử dụng thuốc
- . Tổng hợp thuốc đã dùng cho mỗi người bệnh trước khi ra viện.

c)- **Nhiệm vụ khác:**

- . Kết hợp với bác sĩ trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa lập kế hoạch sử dụng dụng cụ y tế và văn phòng phẩm.
- . Tham gia thường trực và chăm sóc người bệnh khi cần .

7/. NĂNG LỰC TỐI THIỂU :

- . Như điều dưỡng chăm sóc.
- . Biết sử dụng vi tính.





2. CHỨC DANH: Hộ Lý
3. CHỨC VỤ:
4. CẤP BÁO CÁO: ĐD Trưởng khoa
5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa Nhi
6. TRÁCH NHIỆM : Thực hiện công việc vệ sinh

6.1 Thực hiện vệ sinh sạch, đẹp, ngăn nắp, trật tự trong các buồng bệnh, buồng thủ thuật, buồng tắm, buồng vệ sinh, hành lang, cầu thang, buồng làm việc của khoa theo quy chế quản lí buồng bệnh và buồng thủ thuật và quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

6.2 Phục vụ người bệnh :

- Thay, đổi đồ vải của người bệnh theo quy định.
- Đồ chất thải của người bệnh.
- Cọ rửa và tiệt khuẩn dụng cụ đựng chất thải của người bệnh, đảm bảo luôn khô, sạch.

6.3 Phụ điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh toàn diện :

- Hỗ trợ người bệnh thực hiện vệ sinh thân thể.
- Vận chuyển người bệnh.
- Vận chuyển phương tiện và trang thiết bị phục vụ người bệnh và mang sửa chữa thiết bị hỏng.

6.4 Thu gom, quản lí chất thải trong khoa :

- Đặt các thùng rác tại các vị trí quy định của khoa (có lót túi nylon ở trong).
- Tập trung, phân loại rác từ các buồng bệnh, buồng thủ thuật vào thùng rác chung của khoa.
- Thu gom và bỏ rác vào thùng không để rác rơi ra ngoài.
- Cọ rửa thùng rác hàng ngày.

6.5 Bảo quản tài sản trong phạm vi được phân công.

6.6 Thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn khác theo sự phân công của điều dưỡng Trưởng khoa.

7. NĂNG LỰC TỐI THIỂU :

- Nắm vững các quy trình xử lý chất thải.
- Nắm vững quy trình chống nhiễm khuẩn.

# QUY CHẾ SỬ DỤNG THUỐC

## I) QUY ĐỊNH CHUNG :

- 1) Sử dụng thuốc cho người bệnh phải bảo đảm an toàn, hợp lí, hiệu quả và kinh tế.
- 2) Thuốc phải được bảo đảm đến cơ thể người bệnh.
- 3) Phải thực hiện đúng các quy định về bảo quản, cấp phát, sử dụng và thanh toán tài chính.

## II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

### 1) Chỉ định sử dụng và đường dùng thuốc cho người bệnh :

Bác sĩ được quyền và có trách nhiệm ra y lệnh sử dụng thuốc và phải thực hiện các quy định sau :

1.1 Y lệnh dùng thuốc phải ghi đầy đủ, rõ ràng vào hồ sơ bệnh án gồm: tên thuốc, hàm lượng, liều dùng, đường dùng và thời gian dùng.

1.2 Thuốc được sử dụng phải :

- Phù hợp với chẩn đoán bệnh, kết quả lâm sàng.
- Phù hợp với độ tuổi, cân nặng, tình trạng và cơ địa người bệnh.
- Dựa vào hướng dẫn thực hành điều trị, bảo đảm liệu trình điều trị.
- Chỉ sử dụng thuốc khi thật sự cần thiết, đúng mục đích, có kết quả nhất và ít tốn kém.

1.3 Khi thay đổi thuốc phải phù hợp với diễn biến của bệnh. Không sử dụng đồng thời các thuốc tương kỵ, các loại thuốc tương tác bất lợi và các thuốc có cùng tác dụng trong một thời điểm.

1.4 Chỉ định sử dụng thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện phải theo đúng quy chế thuốc độc.

1.5 Nghiêm cấm chỉ định sử dụng những thuốc có hại đến sức khỏe đã được thông báo hoặc khuyến cáo.

1.6 Bác sĩ điều trị căn cứ vào tình trạng người bệnh, mức độ bệnh lí và tính chất dược lí của thuốc mà ra y lệnh đường dùng thuốc thích hợp:

- Đường dưới lưỡi, với những thuốc cần tác dụng nhanh.
- Đường uống, với những thuốc không bị dịch vị và men tiêu hóa phá hủy.
- Đường da, niêm mạc với những thuốc thấm qua da, niêm mạc, thuốc nhỏ mắt, nhỏ mũi.
- Đường trực tràng, âm đạo, với những thuốc đặt, đạn, trứng.
- Đường tiêm với những thuốc tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm bắp thịt, tiêm mạch máu, truyền tĩnh mạch.

1.7 Chỉ dùng đường tiêm khi:

- Người bệnh không uống được.

- Cần tác dụng nhanh của thuốc.
- Thuốc dùng đường tiêm.

1.8 Khi tiêm vào mạch máu phải có mặt của bác sĩ điều trị. Truyền máu phải do bác sĩ, điều dưỡng có kinh nghiệm thực hiện và bác sĩ điều trị có trách nhiệm về an toàn truyền máu.

1.9 Dung môi pha chế thuốc đã chọc kim, chỉ được dùng trong ngày, nước cất làm dung môi phải có loại chai riêng, không dùng dung dịch mặn, ngọt đẳng trương làm dung môi pha thuốc.

1.10 Nghiêm cấm việc ra y lệnh tiêm mạch máu các thuốc chứa dung môi dầu, nhũ tương và các chất làm tan máu.

## 2) Lĩnh thuốc và phát thuốc :

Điều dưỡng hành chính phụ trách quản lí thuốc có nhiệm vụ tổng hợp thuốc và thực hiện các quy định sau :

- Tổng hợp thuốc phải đúng y lệnh.
- Phiếu lĩnh thuốc phải viết rõ ràng, không viết tắt và phải được trưởng khoa kí duyệt.
- Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện phải có phiếu lĩnh thuốc, đơn thuốc riêng theo quy chế thuốc độc.
- Phải có phiếu lĩnh thuốc đúng theo mẫu quy định.
- Nhận thuốc phải kiểm tra chất lượng, hàm lượng, số lượng, đối chiếu với phiếu lĩnh thuốc và kí xác nhận đủ vào phiếu lĩnh.
- Lĩnh xong phải mang thuốc về ngay khoa điều trị và bàn giao cho điều dưỡng chăm sóc, để thực hiện theo y lệnh.

## 3) Bảo quản thuốc :

### 3.1 Thuốc lĩnh về khoa phải :

- Sử dụng hết trong ngày theo y lệnh, trừ ngày thứ bảy, chủ nhật và ngày nghỉ.
- Bảo quản thuốc tại khoa, trong tủ thường trực theo đúng quy định.
- Trong tuần trả lại khoa dược những thuốc dư ra do thay đổi y lệnh, người bệnh ra viện, chuyển viện, hoặc tử vong ; phiếu trả thuốc phải có xác nhận của trưởng khoa điều trị.

### 3.2 Nghiêm cấm việc cho cá nhân vay mượn và đổi thuốc.

3.3 Mất thuốc, hỏng thuốc do bất cứ nguyên nhân nào đều phải lập biên bản, vào sổ theo dõi chất lượng thuốc, quy trách nhiệm và xử lí theo chế độ bồi thường vật chất, do giám đốc bệnh viện quyết định.

## 4) Theo dõi người bệnh sau khi dùng thuốc :

4.1 Bác sĩ điều trị có trách nhiệm theo dõi tác dụng và xử lí kịp thời các tai biến sớm và muộn do dùng thuốc.

4.2 Điều dưỡng chăm sóc có trách nhiệm ghi chép đầy đủ các diễn biến lâm sàng của người bệnh vào hồ sơ bệnh án, phát hiện kịp thời các tai biến và khẩn cấp báo cáo bác sĩ điều trị

4.3 Phải đặc biệt chú ý các phản ứng quá mẫn, choáng phản vệ do thuốc diễn biến xấu, hoặc tử vong.

### 5) Chống nhầm lẫn thuốc :

5.1 Bác sĩ điều trị kê đơn, ra y lệnh điều trị và thực hiện.

.Phải viết đầy đủ và rõ ràng tên thuốc, dùng chữ Việt nam, chữ la tinh hoặc tên biệt dược.

.Phải ghi y lệnh dùng thuốc theo trình tự thuốc tiêm, thuốc viên, thuốc nước tiếp đến các phương pháp điều trị khác.

.Dùng thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải đánh số theo dõi ngày dùng, liều dùng, tổng liều.

5.2 Điều dưỡng chăm sóc phải đảm bảo thuốc đến cơ thể người bệnh an toàn và thực hiện các quy định sau :

.Phải công khai thuốc được dùng hàng ngày cho từng người bệnh.

.Phải có sổ thuốc điều trị, mỗi khi đã thực hiện xong phải đánh dấu vào sổ

.Phải có vĩ phân liều đựng thuốc uống sáng, chiều và tối cho từng người bệnh.

.Khi gặp thuốc mới hoặc y lệnh sử dụng thuốc quá liều quy định phải thận trọng, hỏi lại bác sĩ điều trị.

.Trước khi tiêm thuốc, cho người bệnh uống thuốc phải thực hiện 5 đúng:

+ Đúng người bệnh.

+ Đúng thuốc.

+ Đúng liều.

+ Đúng thời gian.

+ Đúng đường dùng.

.Phải bàn giao thuốc còn lại của người bệnh cho kíp thường trực sau.

.Khoa điều trị phải có sổ theo dõi tai biến do thuốc.

.Nghiêm cấm việc tự ý thay đổi thuốc và việc tự ý trộn lẫn các thuốc để tiêm.

# QUY CHẾ

## KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN

### **I) QUY ĐỊNH CHUNG :**

1/ Công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện là việc thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về vô khuẩn, khử khuẩn, tiệt khuẩn; bao gồm các dụng cụ y tế, vệ sinh ngoại cảnh, vệ sinh khoa, phòng, vệ sinh cá nhân và vệ sinh an toàn thực phẩm.

2/ Các điều kiện để thực hiện công tác chống nhiễm khuẩn bao gồm : nước sạch, dụng cụ, phương tiện, hóa chất khử khuẩn...

### **II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :**

#### 1/ Kỹ thuật vô khuẩn :

a- Dụng cụ, bông, gạc thuốc sử dụng trong những kỹ thuật vô khuẩn phải được tiệt khuẩn.

b- Dụng cụ y tế nhiễm khuẩn sau khi dùng xong phải được ngâm vào dung dịch tẩy uế trước khi loại bỏ hoặc xử lý để dùng lại. Dụng cụ, dây truyền dịch, dây truyền máu, kim lòn mạch máu, ống thông mạch máu, bơm tiêm nhựa được sử dụng một lần. Những dụng cụ được phép dùng lại phải cọ rửa đúng quy định trước khi khử khuẩn, tiệt khuẩn.

c- Dụng cụ, vật dụng sau khi khử khuẩn, tiệt khuẩn phải được bảo quản trong hộp kín, có niêm phong ghi rõ hạn dùng, cất giữ trong tủ kín.

d- Trước khi tiến hành các phẫu thuật, thủ thuật vô khuẩn, người thực hiện kỹ thuật phải thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về vô khuẩn.

e- Kỹ thuật vô khuẩn phải được tiến hành trong điều kiện vô khuẩn và đúng quy định kỹ thuật bệnh viện.

#### 2/ Trật tự vệ sinh khoa và buồng bệnh :

##### a- Vệ sinh buồng bệnh và các buồng khác :

- Có đủ thùng rác có nắp đậy, để trên hành lang, nơi thuận tiện, đủ để sử dụng cho người bệnh và các thành viên trong khoa.

- Trần, tường, bệ cửa, cánh cửa các khoa, buồng bệnh phải luôn sạch, không có mạng nhện.

- Nền các buồng bệnh được lát gạch men hoặc vật liệu tương đương bảo đảm nhẵn, khô, không thấm nước, luôn sạch.

- Thực hiện lau bằng dung dịch xà phòng, dung dịch khử khuẩn theo quy định kỹ thuật bệnh viện : nền nhà, tường nhà, bàn ghế, giường tủ, cộc truyền, xe tiêm, xe đẩy, cang đẩy, thiết bị y tế và thiết bị thông thường có trong các buồng bệnh.

- Buồng bệnh, buồng thủ thuật phải được tổng vệ sinh một tuần một lần.

- Gởi giặt tại khoa Kiểm Soát Nhiễm Khuẩn:
  - + Quần áo chuyên môn các thành viên trong khoa
  - + Quần áo người bệnh
- Buồng vệ sinh, buồng tắm bảo đảm sạch, không tắc, không mùi hôi, không có ruồi nhặng và các côn trùng khác.

b- Vệ sinh người bệnh :

- Người bệnh phải được mặc quần áo bệnh viện.
- Thân nhân trực tiếp vệ sinh người bệnh dưới sự hướng dẫn của nhân viên trong khoa.

c- Vệ sinh cá nhân :

- Các thành viên trong bệnh viện phải bảo đảm vệ sinh cá nhân, móng tay cắt ngắn, mặc quần áo công tác, đội mũ y tế theo quy chế trang phục y tế.
- Gương mẫu vệ sinh cá nhân và vệ sinh chung, nơi làm việc vệ sinh ngăn nắp.

# QUY CHẾ HỘI CHẨN

## 1/ Khi Cần Hội Chẩn :

- a) Các trường hợp khó chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh.
- b) Các trường hợp người bệnh cấp cứu.
- c) Các trường hợp người bệnh có chỉ định làm các thủ thuật.
- d) Các trường hợp người bệnh đã được chẩn đoán xác định, sau 3 ngày điều trị trong khoa không biến chuyển bác sĩ điều trị có trách nhiệm mời bác sĩ trưởng khoa thăm khám lại người bệnh và cho ý kiến hướng dẫn điều tiếp.

## 2/ Hình Thức Hội Chẩn :

**a) Hội chẩn khoa** : Khi việc chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh chưa được rõ ràng, tiên lượng còn dè dặt.

- Người đề xuất: bác sĩ điều trị người bệnh.
- Người chủ trì: bác sĩ Trưởng khoa.
- Thành phần tham dự: các bác sĩ điều trị trong khoa, điều dưỡng Trưởng khoa.

- Thư ký : do Trưởng khoa chỉ định.

**b) Hội chẩn liên khoa** : Khi người bệnh mắc thêm bệnh thuộc chuyên khoa khác.

- Người đề xuất: bác sĩ điều trị người bệnh đề nghị và trưởng khoa đồng ý
- Người chủ trì: bác sĩ Trưởng khoa có người bệnh
- Thành phần tham dự : các bác sĩ điều trị và điều dưỡng Trưởng khoa, bác sĩ Trưởng khoa có liên quan và các chuyên gia.

- Thư ký do Trưởng khoa có người bệnh chỉ định.

**c) Hội Chẩn Toàn Bệnh Viện** : Khi người bệnh mắc bệnh nặng liên quan đến nhiều chuyên khoa khó chẩn đoán và điều trị chưa có hiệu quả.

- Người đề xuất : bác sĩ Trưởng khoa có người bệnh.
- Người chủ trì : Giám đốc bệnh viện.
- Thành phần tham dự: các bác sĩ Trưởng khoa, phó khoa, Trưởng phòng điều dưỡng, điều dưỡng Trưởng khoa có liên quan và các chuyên gia.

- Thư ký: Trưởng phòng Kế Hoạch Tổng Hợp.

## 3/ Trình tự và nội dung hội chẩn :

### 3.1 Bác sĩ điều trị có trách nhiệm :

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, các kết quả cận lâm sàng, các phương tiện thăm khám người bệnh.

- Chuẩn bị người bệnh, thông báo thời gian và nội dung hội chẩn. Tùy tình trạng người bệnh mà tổ chức hội chẩn tại giường hoặc tại buồng riêng cho phù hợp.

3.2 Người được mời tham gia hội chẩn phải có trình độ chuyên môn tốt, có tinh thần trách nhiệm, trường hợp mời đích danh mà không tham gia được phải cử người có trình độ tương đương đi thay ; phải được nghiên cứu hồ sơ bệnh án và thăm khám người bệnh trước.



### 3.3 Người chủ trì hội chẩn có trách nhiệm :

- Giới thiệu thành phần người tham dự, báo cáo tóm tắt quá trình điều trị, chăm sóc và yêu cầu hội chẩn
- Kết luận rõ ràng từng vấn đề để ghi biên bản. Khi kết thúc phải đọc lại thông qua biên bản hội chẩn và từng thành viên kí, ghi rõ họ tên và chức danh.

### 3.4 Thư ký có trách nhiệm :

- Ghi chép đầy đủ các ý kiến của từng người vào sổ biên bản.
- Căn cứ vào kết luận ghi trong sổ biên bản hội chẩn, trích lập phiếu "*biên bản hội chẩn*" đính vào hồ sơ bệnh án ; phiếu biên bản hội chẩn này do thư ký và người chủ trì ký, ghi rõ họ tên và chức danh.

3.5 Trường hợp có ý kiến chưa thống nhất thư ký phải ghi lại và báo cáo giám đốc bệnh viện giải quyết.

3.6 Hội chẩn cấp cứu phải được thực hiện ngay trong giờ hành chính cũng như trong phiên thường trực, tùy tình trạng bệnh mà có hình thức hội chẩn thích hợp.

3.7 Khi người bệnh có chỉ định phẫu thuật phải được hội chẩn để xác định. Hội chẩn phải có đầy các phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ điều trị khoa ngoại và điều dưỡng trưởng khoa ngoại và điều dưỡng trưởng khoa phẫu thuật-gây mê hồi sức.

3.8 Nghiêm cấm các trường hợp tiến hành phẫu thuật mà không hội chẩn.

# QUY CHẾ

## CÔNG TÁC XỬ LÝ CHẤT THẢI

### **I) QUY ĐỊNH CHUNG :**

1) Chất thải bệnh viện bao gồm chất thải rắn, lỏng và khí là những chất thải được thải ra trong quá trình điều trị, chẩn đoán, chăm sóc và sinh hoạt.

Chất thải bệnh viện có đặc tính lí học, hóa học và sinh học vừa là nguồn gây ô nhiễm môi trường vừa là nguồn lây bệnh, vì vậy xử lí và kiểm soát nghiêm ngặt chất thải là nhiệm vụ quan trọng của bệnh viện.

2) Khoa có trách nhiệm tổ chức thực hiện và giám sát việc xử lí chất thải trong khoa.

3) Nơi tập trung thùng chứa chất thải của khoa phải tiện cho việc thu chất thải

### **II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :**

#### **1) Xử lí chất thải rắn :**

a/ Mọi người làm phát sinh ra chất thải phải tự thu gom, phân loại bỏ vào đúng nơi quy định.

b/ Chất thải rắn được phân làm 3 loại và đựng trong túi nilon hoặc hộp cứng theo quy định.

- Túi nilon màu xanh đựng chất thải chung không độc.
- Túi nilon màu vàng đựng chất thải nhiễm khuẩn.
- Hộp cứng màu vàng đựng các vật sắc nhọn.

c/ Tập trung chất thải tại nơi quy định để tiện cho mỗi buổi sáng Khoa Chống Nhiễm khuẩn thu gom.

#### **2) Xử lí chất thải lỏng, nước thải sinh hoạt :**

Nước thải cọ rửa dụng cụ, nước thải sinh hoạt được thải theo hệ thống công chung tại bệnh viện

# PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SỐC PHẢN ỨNG

Sốc phản ứng là phản ứng quá mẫn tức thì đe dọa tính mạng người bệnh. Do histamine và các hóa chất trung gian khác tác động lên mạch máu, cơ trơn.

## **I. Chẩn đoán:**

- Tiếp xúc với chất gây dị ứng.
- Triệu chứng thường xuất hiện 15 – 30 phút sau, đôi khi vài giờ sau tiếp xúc với chất gây dị ứng.
  - + Ngoài da: nổi mề đay, đỏ da.
  - + Tiêu hóa: ói mửa, tiêu chảy, đau bụng.
  - + Phù Quincke gây khó thở, tím tái.
  - + Sốc: choáng váng, vật vã, mạch nhanh nhỏ, HA kẹt, có khi không đo được.

## **II. Xử trí:**

1. Cho người bệnh nằm đầu thấp, ngưng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên.
2. Trợ hô hấp:
  - + Thở O<sub>2</sub>, thông đường thở.
  - + Nếu bệnh nhân ngưng thở bóp bóng qua mask và đặt nội khí quản giúp thở.
  - + Nếu có ngưng tim phải ấn tim ngoài lồng ngực.
3. Epinephrine 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> 0,01ml/kg (tối đa 0,3ml) TDD hoặc TB.
4. Thiết lập đường truyền TM ngay:
  - + Nếu còn sốc Epinephrine 1<sup>0</sup>/<sub>1000</sub> TMC mỗi 15 phút.
    - Liều: 0,01mg/kg/lần (0,1ml/kg/lần).
    - Tối đa: 0,5mg/lần (5ml/lần).
  - + Nếu còn sốc sau Epinephrine 1<sup>0</sup>/<sub>1000</sub> TMC lần đầu:
    - . Truyền dịch điện giải (Lactate Ringer hoặc Nacl 0,9% 20ml/kg/giờ).
  - + Nếu còn sốc kéo dài đo CVP và điều chỉnh tốc độ truyền theo CVP.
5. Gáo phía trên nơi tiêm thuốc (nếu được).
6. Khi có khó thở thanh quản dùng Epinephrine 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> khí dung:
  - Liều 2 - 3 ml khí dung.
  - Nếu thất bại đặt nội khí quản giúp thở.
7. Nếu có khó khè: Khí dung Salbutamol 0,1 - 0,15mg/kg/lần.
8. Methyl Prednisolone 1 - 2mg/kg/ TMC.
  - Hoặc Hydrocortisone 5mg/kg/ lần mỗi 4 – 6 giờ.
9. Kháng Histamine: Pipolphone 0,5 - 1mg/kg TB mỗi 6 - 8 giờ.

## **III.Theo dõi:**

1. Trong giai đoạn sốc: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tím tái, tri giác mỗi 15 phút cho đến khi ổn định.

2. Trong giai đoạn huyết động học ổn định: theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, tím tái, tri giác, SaO<sub>2</sub> mỗi 1 - 2 giờ trong 24 giờ tiếp theo.

3. Tất cả bệnh nhân phản ứng hoặc sốc phản vệ đó cần được theo dõi tại bệnh viện ít nhất 24 - 48 giờ vì nguy cơ tái sốc.

4. Đối với bệnh nhân chỉ biểu hiện dị ứng da: không xử trí Adrenalin, chỉ cho kháng histamin và theo dõi.

Chú ý:

- Trước khi sử dụng 1 loại thuốc phải hỏi tiền sử và có sẵn hộp chống chói.
- Điều dưỡng có thể sử dụng Epinephrine theo phác đồ khi không có mặt bác sĩ.

Tài liệu tham khảo:

- 1/ Phác đồ chống sốc của BHYT (ngày 04/5/1999)
- 2/ Phác đồ điều trị BV Nhi Đồng 1 TPHCM, 2009.

## **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỔI**

**I/-CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:**

- Lâm sàng: sốt, ho, thở nhanh, khó thở
- X-quang: là tiêu chuẩn chẩn đoán chính

## **II/-CHẨN ĐOÁN CÓ THỂ:**

- Lâm sàng: bệnh nhân có sốt, ho, thở nhanh nhưng x quang chưa thấy tổn thương nhu mô phổi hoặc nghi ngờ có tổn thương nhu mô.

## **III/- CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:**

- Suyễn.
- Dị vật đường thở bị bỏ quên.
- Bệnh lý phổi bẩm sinh.
- Nguyên nhân gây suy hô hấp khác: bệnh lý tim mạch.

## **IV/- ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH:**

TUỔI	ĐIỀU TRỊ
< 2 th	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cefotaxim:100-150mg/kg/ngày + Amikacin:15mg/kg/ngày</li> <li>- Ampicilline:100-150mg/kg/ngày + Cefotaxim:100-150mg/kg/ngày</li> <li>- Ampicilline:100-150mg/kg/ngày + Amikacin:15mg/kg/ngày + Cefotaxim:100-150mg/kg/ngày</li> <li>- Nghi ngờ stap.aureus: oxacillin:100-150mg/kg/ngày hoặc Vancomycin: 40-60mg/kg/ngày TTM</li> <li>- Nghi ngờ vi trng gram(-) kháng thuốc:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Cefepim 100mg/kg/ngày</li> <li>o Ciprofloxacin 20mg/kg/ngày TTM</li> <li>o Imipenem 60-100mg/kg/ngày TTM</li> </ul> </li> </ul>
2 th - 5 tuổi	<p>1.Viêm phổi nặng:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cefuroxim:60-100mg/kg/ngày ± Amikacin:15mg/kg/ngày</li> <li>- cefotaxim:100-150mg/kg/ngày ± Amikacin:15mg/kg/ngày</li> <li>- ceftriaxone: 75-100mg/kg/ngày ± Amikacin:15mg/kg/ngày</li> <li>- Nghi ngờ vi trùng gram(-) không thuốc:               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Cefepim 100mg/kg/ngày</li> <li>o Ciprofloxacin 20mg/kg/ngày TTM</li> <li>o Imepenem 60-100mg/kg/ngày TTM</li> </ul> </li> <li>- Nghi ngờ Stap.aureus: oxacillin:150-200mg/kg/ngày hoặc Vancomycin 40-60mg/kg/ngày+ Amikacin:15mg/kg/ngày</li> </ul> <p>2.Viêm phổi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amoxicillin+clavulanate:50mg/kg/ngày uống</li> <li>- Cefaclor/Cefuroxim:20-30mg/kg/ngày uống</li> <li>- Cefdinir:14mg/kg/ngày uống (trẻ&gt;6 thng)</li> <li>- Cefixim:8mg/kg/ngày uống (trẻ&gt;6 thng)</li> </ul> <p>→ nếu không hiệu quả chuyển sang thuốc tiêm.</p>

> 5 tuổi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Điều trị như trẻ 2-5 tuổi.</li> <li>- Nghi vi khuẩn không điển hình: azithromycin uống <ul style="list-style-type: none"> <li>+ N1: 10mg/kg/ ngày</li> <li>+ N2-N5: 5mg/kg/ ngày</li> </ul> </li> </ul>
----------	--

**\* Đổi kháng sinh:**

- Sau 48h điều trị lâm sàng không cải thiện → đổi nhóm kháng sinh hoặc đổi sang thuốc tiêm.

- Sau 3 ngày điều trị thuốc lâm sàng cải thiện → chuyển sang kháng sinh hoặc đổi uống.

.Cefixim (TM) → Cefuroxim uống

.Cefixim /ceftriaxone (TM) → Cefixim hoặc Cefdinir uống

**\* Thời gian điều trị:**

- Viêm phổi nặng / viêm phổi rất nặng: 7 → 10 ngày.

- Viêm phổi : 5 ngày.

- Viêm phổi nghi tụ cầu 3 → 6 tuần.

**V/- ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ:**

- Hỗ trợ hô hấp.

- Hạ sốt.

- Khò khè với dẫn phế quản tác dụng nhanh.

- Thông thoáng đường thở.

- Cung cấp nước, điện giải, dinh dưỡng đầy đủ.

**Tài liệu tham khảo:**

1/ Phác đồ điều trị BV Nhi Đồng 1 TPHCM, 2009.

2/ Nelson Textbook of Pediatric medicine 18<sup>th</sup>, Kliegman Behrman Jenson Stanton, 2007.

## PHÁC ĐỒ

### ĐIỀU TRỊ VÀNG DA TĂNG BILIRUBIN GIÁN TIẾP SƠ SINH

**I. CHẨN ĐOÁN:**

**Mức độ vàng da:** theo Nguyên tắc Kramer.

Vùng 1  
 # 6mg% (85-119 mmol/l)



Vùng 2  
# 9mg% ( 130-170 mmol/l)

Vùng 3  
# 12mg% (187-221 mmol/l)

Vùng 4  
# 15mg% (221-225mmol/l)

Vùng 5  
> 15 mg%(>255mmol/l)

□ **Độ nặng vàng da :**

- Vàng da nhẹ: từ ngày 3 -10, bú tốt, không kèm các yếu tố nguy cơ, mức Bilirubin máu không đến ngưỡng can thiệp.

- Vàng da bệnh lý: vàng da sớm, mức độ vàng da nặng, kèm các yếu tố nguy cơ, mức Bilirubin vượt ngưỡng phải can thiệp.

- Vàng da nhân:

+ Vàng da sậm + Bilirubin gián tiếp cao > 20mg% và

+ Biểu hiện dấu hiệu thần kinh

□ **Chẩn đoán nguyên nhân** (thường gặp):

- Bất đồng nhóm máu ABO

+ Nghĩ đến khi: mẹ nhóm máu O, con nhóm máu A hoặc B.

+ Chẩn đoán xác định: mẹ O, con A hoặc B + test Coombs trực tiếp (+).

- Nhiễm trùng: Vàng da + ổ nhiễm trùng /biểu hiện nhiễm trùng LS + xét nghiệm.

- Máu tụ: Vàng da + bứu huyết thanh/ bứu xương sọ/ máu tụ nơi khác.

## **II/ ĐIỀU TRỊ :**

### **1/ Nguyên tắc điều trị:**

- Đặc hiệu: chiếu đèn, thay máu

- Điều trị hỗ trợ

### **2/ Chiếu đèn:**

*a. Chỉ định:*

- Lâm sàng: Vàng da sớm, vàng da lan rộng đến tay- chân (vùng 3-4-5). Hoặc
- Mức Bilirubin máu:

Cân nặng (g)	Bilirubin gián tiếp (mg%)					
	5-6	7-9	10-12	12-15	15-20	> 20
< 1000	Chiếu đèn		Thay máu			
1000-1500		Chiếu đèn		Thay máu		
1000-2000			Chiếu đèn		Thay máu	
> 2000			Chiếu đèn			Thay máu

*b. Nguyên tắc:*

- Chiếu đèn liên tục, chỉ ngưng khi cho con bú, thay đổi tư thế trẻ.
- Vàng da nặng: nên sử dụng ánh sáng xanh, nếu không có ánh sáng xanh thì sử dụng ánh sáng trắng với hệ thống đèn hai mặt.
- Tăng lượng dịch nhập 10-20% nhu cầu.

**2/ Thay máu:**

*a. Chỉ định:*

- LS: Vàng da sậm đến lòng bàn tay, bàn chân (<1 tuần) + bắt đầu có mức biểu hiện thần kinh, hoặc
- Mức Bilirubin gián tiếp máu cao >20mg% + bắt đầu có biểu hiện thần kinh (li bì, bú kém).

*b. Nếu không thể thay máu vì:*

- Quá chỉ định : đang suy hô hấp hoặc sốc
- Không đặt được catheter tĩnh mạch rốn
- Không có máu thích hợp và máu tươi ( <7 ngày)

→ Biện pháp điều trị thay thế: chiếu đèn hai mặt liên tục.



#### **4. Điều trị hỗ trợ:**

- a. Cung cấp đủ dịch (tăng 10-20% nhu cầu)
- b. Chống co giật bằng Phenobarbital
- c. Cho bú mẹ hoặc cho ăn qua ống thông dạ dày sớm.
- d. Trẻ non thng có chậm tiêu phn su: thụt tho nhẹ bằng NaCl 0,9%
- e. Nếu do nguyên nhân nhiễm trùng : KS thích hợp
- f. Vật lý trị liệu nếu vàng da nhân qua giai đoạn nguy hiểm.

#### **5. Theo dõi:**

- Mức độ vàng da, biểu hiện thần kinh mỗi 6 giờ, nếu vàng da nặng mỗi 24 giờ trong trường hợp vàng da nhẹ.
- Không nhất thiết phải đo Bilirubin/máu mỗi ngày trừ trường hợp vàng da kém đáp ứng với điều trị (mức độ vàng da không giảm, có biểu hiện thần kinh).

#### ***Tài liệu tham khảo:***

1. Vàng da sơ sinh. Phác đồ điều trị nhi khoa 2009 – Bệnh viện Nhi Đồng I TP Hồ Chí Minh.
2. American.J.Dis.Child EBM - Royal Princes Alfred Hospital.

# PHÁC ĐỒ

## ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG HUYẾT SƠ SINH.

### I/ CHẨN ĐOÁN:

1/ Chẩn đoán có thể: (khi chưa có kết quả cấy máu)

LS (triệu chứng nhiều cơ quan) + ổ nhiễm trùng + CIS gợi ý NTH:

BC  $\geq 20.000/\text{mm}^3$  hoặc  $\leq 5000/\text{mm}^3$

Tiểu cầu đếm  $< 150.000 / \text{mm}^3$

CRP (+)

2/ Chẩn đoán xác định:

LS (gợi ý nhiễm trùng) v Cấy máu (+)

3/ Chẩn đoán phân biệt:

Do các dấu hiệu LS đa dạng, không điển hình, không đặc hiệu nên phân biệt với các bệnh lý suy hô hấp, tim mạch, hệ tiêu hóa, máu, thần kinh.

4/ Chẩn đoán loại trừ NTH:

- Triệu chứng LS không nguy kịch và có thể giải thích do nguyên nhân khác.
- Không có yếu tố nguy cơ NTH.
- Kết quả CLS không đặc hiệu hoặc âm tính.

### II/ ĐIỀU TRỊ:

A. Nguyên tắc điều trị:

- + Điều trị kháng sinh
- + Phát hiện và điều trị biến chứng: Suy hô hấp, sốc.
- + Phối hợp điều trị nâng đỡ.

B. Điều trị Kháng sinh: (dùng KS ngay khi nghi ngờ nhiễm trùng huyết)

1/ Đặc điểm KS: phổ rộng, diệt khuẩn, phối hợp KS, ít độc, qua được màng não cao, đủ liều, đủ thời gian.

## 2/ Lựa chọn KS:

### ☞ **Kháng Sinh ban đầu** ( BN chưa được điều trị KS):

- Ampicillin+ Cefotaxim
- Hoặc Ampicillin + Cefotaxim + Amikacin. Khi có 1 trong các dấu hiệu sau:
  - Nhiễm trùng huyết trước 7 ngày tuổi
  - Bệnh có dấu hiệu nặng, nguy kịch từ đầu
  - Nhiễm trùng huyết + Viêm màng não mủ.
- Nếu nghi ngờ Tụ Cầu (NT da hoặc rốn ) : Oxacillin + Amikacincin ± Cefotaxim

### ☞ **KS tiếp theo** Khi không đáp ứng với KS ban đầu hay nghi ngờ có NT Bệnh Viện

- Nếu có kết quả KS đồ, đổi KS theo KS đồ.
- Nếu chưa có kết quả KS đồ:
  - + Ciprofloxacin/ Pefloxacin /Cefepim ± Amikacin (nếu nghi ngờ NTH Gr (-))
  - . Nếu thất bại với các KS trên, dùng Imipenem
  - + Vancomycin ± Amikacin nếu nghi NTH tụ cầu
  - + Phối hợp thêm Metronidazol (TM) nếu nghi ngờ VK kỵ khí ( viêm phúc mạc)

## 3/ Thời gian điều trị KS:

- Trung bình : 10-14 ngày
- Kéo dài : 21-28 ngày khi có Viêm màng não mủ đi kèm.
- Aminoglycoside : không quá 7 ngày.

## 4/ Liều kháng sinh:

- Ampicillin, Ceftazidime, Cefotaxime: 150-200mg/kg/ngày chia 2-3 lần (TM)
- Cefepime : 100-150 mg/kg/ngày chia 2-3 l/ngày (TM)
- Imipenem ( Tienam) : 40-60 mg/kg/ngày 2-3 lần/ngày (TTM/30ph)
- Vancomycin : 40-60 mg/kg/lần chia 3-4 lần/ngày (TTM / 1 giờ)

- Ciprofloxacin / pefloxacin : 20-30mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày (TTM / 30ph)
- Metronidazol : 15mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày (TTM/ 30 ph)

**C. Điều trị nâng đỡ và Điều trị các biến chứng:**

1. Suy hô hấp
2. Sốc nhiễm trùng: Normal salin TTM 10ml/kg trong 30ph, lặp lại nếu cần.  
Không đáp ứng dùng Dopamin 5-20 mg/kg/ph. Lưu ý không dùng dung dịch CPT chống sốc sơ sinh.
3. Điều chỉnh Toan Kiềm, Rối loạn đông máu (nếu có)
4. Dinh dưỡng.

**Ti liệu tham khảo:**

1. Phác đồ điều trị Nhi khoa , BV Nhi Đồng 1, 2009
2. “Kỹ năng xử trí sơ sinh” dành cho Bác sĩ – phần căn bản, BV Nhi Đồng 1, 15/9 – 10/10/2008
3. Bacterial Infections, Manual of Neonatal Care 6<sup>th</sup> , Lippincott Williams & Wilkins, 2008 : pp 274-300
4. Neonatal Infection, Neonatology 5<sup>th</sup> , Tricia Lacy Gomella, 2004

## **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT NÃO – MÀNG NÃO**

**I. ĐỊNH NGHĨA:**

Xuất huyết não màng não là xuất huyết quanh não thất và trong não thất hoặc xuất huyết nội sọ.

## **II. PHÂN LOẠI:**

### **A. Xuất huyết não – màng não:**

- Xảy ra ở trẻ < 15 ngày tuổi.
- Yếu tố nguy cơ:
  - a/. Sang chấn sản khoa.
  - b/. Sinh ngạt.
  - c/. Sinh non.
  - d/. Trẻ nhẹ cân < 1500g.

### **B. Xuất huyết não – màng não muộn:** do thiếu vitamin K

- . Xảy ra ở trẻ > 15 ngày tuổi đến < 6 tháng tuổi, nhiều nhất từ 1 – 2 tháng tuổi.
- . Thường xảy ra ở trẻ không chích ngừa vitamin K lúc sanh
- . Đa số bú sữa mẹ hoàn toàn.

## **III. CHẨN ĐOÁN :**

### **A. Lâm sàng:**

- Li bì, lơ mơ, hôn mê.
- Bú kém hoặc bỏ bú.
- Khóc thét.
- Co giật.
- Xanh xao, chảy máu chỗ chích, chảy máu rốn.
- Suy hô hấp.
- Thóp phồng căng.
- Dấu thần kinh khu trú: sụp mi mắt.
- Xuất huyết não màng não sớm:
  - . Giảm trương lực cơ.
  - . Mất phản xạ nguyên phát.

### **B. Cận lâm sàng:**

- Hct.
- TQ, TCK.
- Siêu âm não.
- Chọc dò tủy sống: chỉ thực hiện khi cần phân biệt giữa viêm màng não và xuất huyết não màng não.

### **C. Chẩn đoán xác định:**

Lâm sàng + siêu âm não có dấu hiệu xuất huyết (hoặc chọc dò dịch não tủy ra máu không đông) + TQ - TCK kéo dài.

## **III. ĐIỀU TRỊ :**

### **1. Nguyên tắc điều trị:**

- . Điều trị đặc hiệu.
- . Nâng đỡ tổng trạng.

. Hạn chế sự lan rộng nơi xuất huyết.

## **2. Điều trị đặc hiệu:**

Vitamin K<sub>1</sub> 5mg TB.

## **3. Điều trị triệu chứng:**

- Truyền máu tươi cùng nhóm 10ml-20ml/kg nếu Hct thấp <30% theo công thức

$$V = CN(\text{kg}) \times 80 \times (\text{Hct}_{\text{muốn đạt}} - \text{Hct}_{\text{đo được}}) : \text{Hct}_{\text{bịt máu}}$$

- Truyền huyết tương tươi đông lạnh: 10-20 ml/kg khi xuất huyết não nhưng Hct không giảm.

- Nếu co giật : Phenobarbital :

. Tấn công 20mg/kg/TMC.

. Nửa giờ sau còn co giật 10mg/kg/TM.

. Có thể lặp lại khi còn co giật.

. Tổng liều 30 - 40mg/kg/ngày.

. Thời gian dùng tối đa 1 tuần.

- Nếu không co giật: Phenobarbital 5mg/kg/TM.

- Vitamin E: 50 đv/ngày/uống đến khi xuất viện (ít nhất 7 ngày).

- Thở oxy, đặt nội khí quản nếu có suy hô hấp.

- Hạn chế dịch:

. Trong 2 ngày đầu: 50 - 70% nhu cầu/ngày.

. Ngày thứ 3 lượng nước trở về bình thường.

- Chống phù não: Manitol 20% 0,5 - 1g/kg/TTM 60ph có thể lặp lại sau 8 giờ.

## **4. Điều trị hỗ trợ:**

- Nằm đầu cao 30°.

- Hạn chế xoay trở .

- Ăn qua sonde dạ dày.

- Điều chỉnh rối loạn điện giải, thăng bằng kiềm toan.

- Kháng sinh khi có ổ nhiễm trùng kèm theo.

- Vật lý trị liệu khi xuất huyết đã ổn.

## **V. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:**

### **1. Theo dõi:**

- Đo vùng đầu mỗi ngày.

- Sự phát triển tâm thần vận động.

- Siêu âm não.

### **2. Tái khám:**

Mỗi 3 tháng đến 2 năm để phát hiện các di chứng não: teo não, não úng thủy, bại não, chậm phát triển tâm thần vận động.

## **Tài liệu tham khảo:**

1. Xuất huyết não màng não, Phác đồ điều trị nhi khoa 2009, bệnh viện Nhi Đồng I
2. Hemorrhagic Disease of Newborn

**Dharmendra J Nimavat, MD, FAAP**, Assistant Professor of Clinical Pediatrics, Department of Pediatrics, Division of Neonatology, Southern Illinois University School of Medicine

**Michael P Sherman, MD**, Professor, Department of Child Health, University of Missouri-Columbia School of Medicine; Director, Fellowship Training Program in Neonatal-Perinatal Medicine, NICU, Columbia Regional Hospital; Professor Emeritus, Department of Pediatrics, University of California, Davis, School of Medicine  
[Contributor Information and Disclosures](#) Updated: Sep 14, 2009

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM MÀNG NÃO MỦ

### **I. CHẨN ĐOÁN**

#### **1. Lâm sàng:**

- Sốt cao, nhức đầu, ói vọt.
- Co giật, lơ mơ.
- Dấu màng não( $\pm$ ).
- Thóp phồng (sơ sinh, nhũ nhi).
- Tử ban đặc hiệu não mô cầu.
- Tiền sử chảy mủ tai.

#### **2. Cận lâm sàng:**

- Dịch não tủy:
  - . Đục, áp lực tăng.
  - . Đường giảm  $\leq 40\text{mg}\%$  ( $< 1/2$  đường huyết).
  - . Albumine tăng ( $> 30 \text{ mg}\%$ ).
  - . Tế bào tăng cao ( $500 - 5.000/ \text{mm}^3$ ).
- CTM: BC tăng, đa số đa nhân trung tính.
- CRP (+).

## **II. ĐIỀU TRỊ**

### **1. Điều trị đặc hiệu:** kháng sinh

#### **a. Chọn lựa kháng sinh ban đầu :**

##### **- Theo lứa tuổi:**

##### **. Sơ sinh - 3 tháng tuổi:**

Phối hợp 3 kháng sinh Cefotaxime + Ampicilline + Amikacine.

##### **. Trẻ > 3 tháng - 10 tuổi:**

Dùng Cefotaxime hoặc Chloramphenicol (khi dị ứng với Cefotaxime).

##### **. > 10 tuổi:**

Penicilline (khi biểu hiện lâm sàng không nặng) hay Cefotaxime

\* Một số kháng sinh có thể điều trị viêm màng não mủ: ceftriaxon; ceftazidim; cefepim; oxacilline; vancomycin; pefloxacin.

#### **□ Trường hợp đã dùng kháng sinh ở tuyến trước:**

- Nếu lâm sàng và DNT (dịch não tủy) cải thiện: tiếp tục kháng sinh đã dùng.
- Nếu lâm sàng, DNT chưa cải thiện và kháng sinh không giống phác đồ: đổi kháng sinh theo phác đồ.

#### **b. Xử trí tiếp theo:**

- Nếu nhuộm Gram và/hoặc kháng nguyên hòa tan trong dịch não tủy dương tính và lâm sàng không cải thiện:

. H. Influenzae B: Cefotaxime, Ceftriaxone.

. N. Meningitidis: Penicilline, Ampicilline hay Cefotaxime.

. Streptococcus pneumoniae: Cefotaxime liều cao đơn thuần (300mg/kg/ngày)

. E. coli: Cephalosporine III.

#### **□ Theo kinh nghiệm của một số tác giả:**

- Tử ban đặc hiệu nghĩ đến não mô cầu.
- Nhiễm trùng da: nghĩ đến tụ cầu.
- Viêm phổi thùy: nghĩ đến phế cầu.

#### **c. Đổi kháng sinh:**

- Đổi kháng sinh khi lâm sàng và DNT sau 48 giờ không cải thiện.
- Khi đổi kháng sinh dựa vào:
  - . Cây DNT (dịch não tủy) dương tính: dựa kháng sinh đồ.



. Cây DNT(-), nhuộm Gr(-): dựa vào lứa tuổi, dự đoán sự kháng thuốc của vi trùng.

. Streptococcus pneumoniae: phối hợp hoặc đổi sang Vancomycine.

. H. Influenzae: phối hợp thêm Pefloxacin.

#### **d. Liều lượng kháng sinh:**

- Ampicilline : 200mg/kg/ngày TM chia 4 lần.

-Cefotaxime: 200mg/kg/ngày TM chia 4 lần (nếu S.pneumoniae 300mg/kg/ngày)

- Ceftriaxone: 100mg/kg/ngày TM chia 2 lần.

- Ceftazidime: 200mg/kg/ngày TM chia 4 lần.

- Oxacilline: 200mg/kg/ngày TM chia 4 lần.

- Vancomycine: 60mg/kg/ngày chia 3 - 4 lần TTM trong 30' – 1 giờ.

- Pefloxacin: 20 - 30mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần pha trong Glucose 5% TTM trong 30'.

#### **e. Thời gian sử dụng kháng sinh:**

- N. meningitidis: 5 - 7 ngày.

- H. Influenza B: 7 – 10 ngày.

- Phế cầu: 10 – 14 ngày.

- Trẻ < 3 tháng hay do S. aureus: 14 – 21 ngày.

- Các trường hợp khác ít nhất 10 ngày.

## **2. Điều trị hỗ trợ:**

### **a. Điều chỉnh nước điện giải:**

. Nếu không có rối loạn tri giác thì cung cấp dịch và điện giải bằng nhu cầu cơ bản.

. Nếu có rối loạn tri giác và không có dấu thiếu nước, thì hạn chế dịch nhập còn 1/2 → 2/3 nhu cầu cơ bản( hội chứng tăng tiết ADH không tương thích).

. Các trường hợp khác theo ion đồ.

### **b. Chống co giật:**

. Seduxen: 0,2 – 0,3mg/kg/lần pha loãng TM chậm trong 5 phút, có thể lập lại, tổng liều ≤ 1mg/kg/ngày.

. Phenobarbital: 10mg/kg pha loãng TTM trong 30 phút, duy trì 5mg/kg mỗi 12 giờ (sau liều tấn công 12 giờ). *Chỉ định*: phòng cơn giật tái phát trên bệnh nhân co giật liên tục, co giật khó cắt cơn.

\* Điều chỉnh các rối loạn phối hợp: hạ đường máu, hạ Ca<sup>+</sup> máu, tăng áp lực nội sọ.

### **c. Chống phù não:**

- Nằm đầu cao 30<sup>0</sup>, cổ thẳng.

- Thở oxy hoặc giúp thở.

- Hạn chế nước: 1/2 - 2/3 nhu cầu, hạn chế dung dịch không chứa điện giải.

- Mannitol: 0,5 – 1g/kg TTM , trong 30 - 60phút. Có thể truyền nhắc lại sau 8 giờ nếu còn dấu hiệu phù não nhưng không quá 3 lần trong 24 giờ và không quá 3 ngày. Không dùng Manito trong trường hợp sốc, phù phổi.mỗi 6 – 8 giờ.

- Dexamethasone: 0,15mg/kg TM mỗi 6 giờ.

d. Dinh dưỡng:

- Bệnh tỉnh, ăn uống bằng đường miệng theo nhu cầu.

- Bệnh mê: nuôi ăn qua sonde, chú ý năng lượng và lượng dịch nhập, chia đều ít nhất 6 cử trong ngày, mỗi cử kéo dài 30 - 60 phút.

- Bệnh co giật liên tục hoặc xuất huyết tiêu hóa nặng: nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch, chú ý nước và điện giải.

**3. Săn sóc và theo dõi:**

- Săn sóc bệnh nhân mê.

- Vật lý trị liệu.

- Theo dõi lâm sàng: sinh hiệu, tri giác, dấu thần kinh định vị.

- Đối với nhũ nhi: theo dõi vòng đầu, cân nặng mỗi ngày.

- Theo dõi cận lâm sàng:

. Dịch não tủy sau 48 giờ đối với bệnh nhân không cải thiện về lâm sàng.

. Ion đồ: mỗi ngày khi bệnh mê.

**4. Tái khám:**

- Lần đầu sau khi xuất viện 2 tuần để phát hiện tái phát và di chứng.

- Nếu có di chứng: cần tái khám mỗi tháng, 3 tháng, 6 tháng.

Chú ý:

+ Chọc dò tủy sống: ngay khi nhập viện, khi đối kháng sinh.

+ Nếu dịch não tủy trong, tế bào  $\geq 60/mm^3$ , bạch cầu máu tăng cao (bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao), dấu màng não (+) ... vẫn sử dụng kháng sinh.

**Tài liệu tham khảo:**

1. Viêm màng não do vi trùng. Phác đồ điều trị nhi khoa 2009 – Bệnh viện Nhi Đồng I TP.Hồ Chí Minh.

2. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí Bệnh viêm não cấp ở trẻ em (Ban hành theo quyết định số 1905 /2003/QĐ-BYT ngày 4 / 6 /2003 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

## **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH UỐN VÁN**

### **A. UỐN VÁN TRẺ EM**

#### **I. Lâm sàng**

- Biểu hiện cứng càm, co giật.
- Thời gian ủ bệnh, khởi phát, tình trạng ngõ vào là yếu tố tiên lượng.

#### **II. Điều trị**

##### **2.1. Sử dụng SAT:**

- Liều 500 - 1000đv/kg (1/2 liều tiêm bắp và 1/2 liều tiêm dưới da).
- SAT được ưu tiên sử dụng trong những trường hợp:
  - . Ngõ vào xấu, vết thương nhiễm trùng và những trường hợp nặng.
- Những trường hợp có thể không sử dụng SAT:
  - . Không tìm thấy ngõ vào, ngõ vào tốt không nhiễm trùng hay đã lành và những trường hợp nhẹ.

##### **2.2. Chống co giật:**

###### **\* Nguyên tắc sử dụng:**

- . Rãi đều trong ngày.
- . Cho thuốc chặn cơn trước.
- . Liều chỉ không chế cơn giật nhưng không gây mê sâu.

###### **\* Thuốc thường sử dụng:**

1. Seduxen:

- Cắt cơn giật: 0,3 - 0,5mg/kg/liều TM (tổng liều 3 - 5mg/kg/24giờ).
- Uống: 3 - 8mg/kg/24 giờ.

2. Phenobarbital:

- Cắt cơn giật: 5mg/kg/liều (TB), không quá 3 liều/ 24 giờ.
- Được dùng phối hợp trong những trường hợp nặng (sử dụng sau Seduxen 30 phút).
- Uống: 5 - 10mg/kg/ 24 giờ.

\* Trong những trường hợp nặng có thể phối hợp Seduxen với Aminazine liều từ 1 - 2mg/kg/1 - 2 lần (TB) hoặc dùng hỗn hợp dung dịch liệt hạch (Cocktailytic) gồm:

Aminazin 1mg/kg + Dolargan 1mg + Phenergan 1mg/kg (TB)

Sulfat Magnesie 15% 5 - 10ml/kg TTM, 2 - 3lần trong ngày.

\* Giải quyết nguyên nhân khác có thể gây giật:

- . Dị vật còn trong vết thương.
- . Kích thích, tiếng động, ánh sáng, táo bón.
- . Tình trạng hạ đường huyết, thiếu nước và điện giải.
- . Tai biến huyết thanh kháng độc tố uốn ván.
- . Tắc nghẽn đường hô hấp.

3. Kháng sinh:

- Penicillin G 100.000đv/kg/24giờ.
- (Nếu ngộ vào nhiễm trùng có thể kết hợp kháng sinh).

4. Xử trí tại chỗ:

- Cắt lọc, mở rộng, lấy dị vật và rửa vết thương bằng oxy già.
- (các động tác thực hiện phải nhẹ nhàng).

5. Trợ hô hấp:

- Hút đàm, thở oxy.
- Mở khí quản khi:
  - . Co giật, tím tái, an thần liều cao không đáp ứng, đã có cơn ngưng thở.
  - . Trường hợp ứ đọng nhiều đàm dãi có thể đưa đến co thắt thanh quản và suy hô hấp.

6. Trợ lực:

- Dinh dưỡng (có thể cho ăn qua thông dạ dày).
- Bù nước và điện giải.

7. Điều dưỡng:

- Buồng bệnh phải cách ly, yên tĩnh, ánh sáng dịu.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu thần kinh.
- Chú ý vệ sinh cá nhân hằng ngày cho người bệnh.

## B. UỐN VÁN SƠ SINH

### I. Lâm sàng:

- Co giật, bỏ bú, cứng hàm.
- Thời gian ủ bệnh, khởi phát, tình trạng ngõ vào là yếu tố tiên lượng.

### II. Điều trị:

#### 2.1. Sử dụng SAT:

- Liều 500 - 1000đv/kg (test), 1/2 liều tiêm bắp và 1/2 liều tiêm dưới da.

#### 2.2. Chống co giật:

1. Seduxen:
  - Liều 0,3 - 1mg/kg/liều (TMC), tổng liều từ 3 - 5mg/kg/24 giờ.
2. Phenobarbital:
  - Liều 5mg/kg/liều (TB), không quá 3 liều/24 giờ.
3. Kháng sinh:
  - Penicillin G 100.000đv/kg/24 giờ và vitamin B6 50 - 100mg/ngày (TB), nếu rôn nhiễm trùng có thể kết hợp kháng sinh.
4. Xử trí tại chỗ:
  - Rửa rôn bằng oxy già.
5. Trợ hô hấp:
  - Thở oxy.
  - Đặt nội khí quản: co thắt thanh quản; co giật có ảnh hưởng đến hô hấp.
  - Thở máy sau khi đặt nội khí quản: Mode Pressure Control
    - \* Tần số 30 -40 lần/phút,  $T_i$  0,4 - 0,5s , I/E = 1/2
    - \* IP = 10 - 15cmH<sub>2</sub>O. PEEP = 4cmH<sub>2</sub>O
    - \* Chỉnh các thông số máy thở theo kết quả cụ thể của khí máu động mạch hoặc có thể theo SpO<sub>2</sub> .
6. Trợ lực:
  - Nuôi ăn sữa qua sonde dạ dày.
  - Bù nước và điện giải theo kết quả ion đồ.
7. Điều dưỡng:
  - Buồng bệnh phải: cách ly, yên tĩnh, ánh sáng dịu.
  - Theo dõi dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu thần kinh.
  - Chú ý vệ sinh cá nhân hằng ngày cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo:

1. Uốn ván, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh nhiễm trùng thường gặp. Bệnh viện Nhiệt Đới TP Hồ Chí Minh năm 2006.

2. Thở máy sơ sinh, phác đồ điều trị nhi khoa 2009. Bệnh viện NĐ 1 TP Hồ Chí Minh.

## **PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỆNH THƯƠNG HÀN**

### **I. CHẨN ĐOÁN:**

#### **1. Dịch tễ:**

- Vùng bệnh thương hàn lưu hành, tập quán uống nước sông.

#### **2. Lâm sàng:**

- Sốt: sốt liên tục, hình cao nguyên, sáng thấp hơn chiều, sốt và ớn lạnh không thành cơn, sốt không điển hình ở trẻ em.

- Vẽ mặt nhiễm độc: lơ mơ, li bì, u ám, thờ ơ ngoại cảnh, mê sảng, nhưc đầu, vật vã, mất ngủ.

- Rối loạn tiêu hóa: lưỡi khô, rìa đỏ, mất gai, không có ăn, bụng chướng, tiêu lỏng, gan to, lách to (không chắc).

#### **3. Cận lâm sàng:**

- CTM: BC không tăng.
- Cây máu (+) tuần I: 80 - 90%.
- Cây phân (+) tuần II, III: 75%.
- Widal (+) khi hiệu giá > 1/100 (tuần II).

#### **Tóm lại:**

- Chẩn đoán xác định dựa vào: dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng.
- Bệnh cảnh gợi ý: (thường gặp nhất)
  - . Sốt > 1 tuần chưa tìm được nguyên nhân.
  - . Rối loạn tiêu hóa, gan to, lách to.
  - . Bạch cầu máu không tăng.
  - . Widal (±).
  - . Cây máu (±).

- Chẩn đoán phân biệt: sốt rét, lao, nhiễm khuẩn huyết . . .

## **II. ĐIỀU TRỊ:**

### **A. Kháng sinh:**

1. Ceftriazone 80 - 100mg/kg/ngày/1 - 2 lần TB, TM.
2. Fluoro quinolone:
  - a. Gatifloxacin (Tequin): 10mg/kg/ngày uống 1 lần X 7 ngày
  - b. Ofloxacin 15 - 20mg/kg/ngày chia 2 lần uống.
  - c. Peflacin 15 - 20mg/kg/ngày chia 2 lần uống (trường hợp nặng truyền TM).
  - d. Ciprofloxacin 20 - 30mg/kg/ngày chia 2 lần uống hoặc truyền TM.
3. Azithromycin 20mg/kg/ngày uống một lần X 7 ngày

### **B. Corticoide:**

- a. Prednisone: 1 - 2mg/kg/ngày, dùng trong 3 ngày.
  - Dùng trong - Thương hàn nặng.
  - Rối loạn tri giác.
  - Viêm cơ tim.
  - Sốc nặng, hạ huyết áp.
- b. Dexamethaxone: 3mg/kg/liều đầu, sau đó 1mg/kg/mỗi 8 giờ.

### **C. Nâng đỡ:**

- Chế độ ăn bình thường.
- Bù nước và điện giải.

### **D. Theo dõi và điều trị biến chứng:**

- Xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột, viêm cơ tim.

Tài liệu tham khảo:

1. Thương Hàn, Phác đồ điều trị Nhi khoa 2009. Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP Hồ Chí Minh.

2. A multi-center randomised controlled trial of gatifloxacin versus azithromycin for the treatment of uncomplicated typhoid fever in children and adults in Vietnam.

Dolecek C, Tran TP, Nguyen NR, Le TP, Ha V, Phung QT, Doan CD, Nguyen TB, Duong TL, Luong BH, Nguyen TB, Nguyen TA, Pham ND, Mai NL, Phan VB, Vo AH, Nguyen VM, Tran TT, Tran TC, Schultsz C, Dunstan SJ, Stepniewska K, Campbell JI, To SD, Basnyat B, Nguyen VV, Nguyen VS, Nguyen TC, Tran TH, Farrar J.

## PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TIÊU CHẢY CẤP

### **I. ĐỊNH NGHĨA:**

Tiêu chảy là tiêu phân lỏng nhiều nước hơn bình thường hay có máu trong phân trên 3 lần trong 24 giờ .

Tiêu chảy cấp : tiêu chảy < 14 ngày

### **II. CHẨN ĐOÁN:**

#### 1. Mức độ mất nước.

Mất nước nặng (C) (có hai trong các dấu hiệu sau)	Có mất nước (B) (có hai trong các dấu hiệu sau)	Không mất nước (A)
<input type="checkbox"/> Libi hoặc khó đánh thức <input type="checkbox"/> Mắt trũng <input type="checkbox"/> Không uống được hoặc uống kém <input type="checkbox"/> Nếp véo da mắt rất chậm	<input type="checkbox"/> Vật vã, kích thích <input type="checkbox"/> Mắt trũng <input type="checkbox"/> Uống háo hức, khát <input type="checkbox"/> Nếp véo da mắt chậm	Không đủ các dấu hiệu để phân loại có mất nước hoặc mất nước nặng.

#### 2. Khám tìm các biến chứng nếu có:

- Rối loạn điện giải .
- Rối loạn toan kiềm .
- Hạ đường huyết.
- Suy thận cấp.

### **III. ĐIỀU TRỊ:** có 04 nguyên tắc:

**A/ Nguyên tắc 1:** bù dịch theo phác đồ (A hoặc B hoặc C)

**1 Không mất nước:** bù dịch theo phác đồ A

Cho trẻ uống nhiều nước hơn bình thường để phòng mất nước, **tránh** uống những loại nước uống có đường chúng có thể gây tiêu chảy thẩm thấu, **nên** cho uống ORS áp suất thẩm thấu thấp (hydrite) theo thể tích sau:



Tuổi	Lượng ORS uống sau mỗi lần đi tiêu	Lượng ORS uống trong 24 giờ
2 – 10 tuổi	100 – 200ml	1000ml
> 10 tuổi	Theo nhu cầu	2000ml

**2. Có mất nước: bù dịch theo phác đồ B.**

-Lượng dịch ORS áp suất thẩm thấu thấp cần cho uống trong 4 giờ: **75ml X cân nặng**

-Nếu có bụng chướng, nôn ói nhiều, tiêu > 5 lần/ 4giờ truyền LR 75ml/kg/4 giờ.

Đánh giá, phân loại sau 4 giờ bù dịch và tiếp tục chọn phác đồ điều trị thích hợp.

**3.Mất nước nặng: bù dịch theo phác đồ C.**

Bắt đầu truyền dịch tĩnh mạch ngay. Truyền 100ml/kg dung dịch Ringer latate chia ra như sau:		
Tuổi	Bắt đầu truyền	Sau đó truyền
Trẻ<12 thng	30ml/kg/giờ	70ml/kg/5 giờ
Trẻ 12 th-5tuổi	30ml/kg/30pht	70ml/kg/2giờ 30 pht

Khi trẻ có thể uống được cho uống ORS áp suất thẩm thấu thấp (5ml/kg/giờ).

Sau 6 giờ ( trẻ< 12 tháng) hoặc 3 giờ (trẻ≥ 12 tháng) đánh giá và phân loại mất nước. Sau đó tiếp tục chọn phác đồ điều trị thích hợp.

**B/Nguyên tắc 2:** Cho trẻ uống bổ sung kẽm (10-20mg)hng ngày trong 10-14 ngày.

+ Trẻ < 6 tháng tuổi: 10mg kẽm nguyên tố/1 lần/ ngày, trong vòng 10-14 ngày.
+ Trẻ ≥ 6 tháng tuổi: 20mg kẽm nguyên tố/1 lần/ ngày, trong vòng 10-14 ngày.

\* **Điều trị biến chứng** :( nếu có )

\* **Chỉ định kháng sinh khi:**

**1) Tiêu chảy phân máu (ly):**

- Bactrim (cotrimoxazol) 480mg/1v, 1v/10kg/ngày chia làm 2 lần/ngày (không sử dụng cho trẻ em < 1 tháng tuổi có vàng da và sanh thiếu tháng)
- Negram (acid Nalidicide) 15mg/kg/lần x 4 lần/ngày ( không sử dụng cho trẻ em < 2 tháng tuổi)
- Ciprofloxacin : 30mg/kg/ngày chia lm 2 lần/ngày x 5 ngày

**2) Tả :** Azithromycin: 10mg/kg/ngày X 5 ngày

Erythromycin : 40mg/kg ngày chia lm 3lần/ngày X 5ngày

Doxycillin : 50mg/kg/ngày chia 4 lần/ngày X 5 ngày\* **Mất nước ưu trương:** mất nước nhiều hơn mất muối, Na<sup>+</sup> máu > 150 mmol/l, nồng độ thẩm thấu huyết tương > 295 mmol/l

**Điều trị:**

*Bệnh nhân có sốc mất nước:* Natrichlorua 0.9% hay LR 20 ml/kg/giờ TTM cho đến khi ổn định huyết động học, sau đó truyền Dextrose 5% in saline 0,45% (dung dịch mặn ngọt). Nếu nước tiểu tốt có thể truyền Dextrose 5% in saline 0,2%. Tốc độ giảm natri máu không quá 0.5- 1 mEq/L/giờ.

*Bệnh nhân không sốc:* tránh hạ natri máu quá nhanh có nguy cơ phù não dung dịch được chọn là Dextrose 5% in saline 0,2%.

**Lượng dịch truyền trong 24 giờ đầu::**

$\text{Lượng dịch (lít)} = 0.6 \times \text{cân nặng (kg)} \times [(\text{Na}^+ \text{ đo được}) - 1]$
--

**D/** Dịch được chọn: Dextrose 5% in saline 0,2% (30ml NaCl + 470ml glucose 5%)

\* **Mất nước nhược trương:** mất muối nhiều hơn mất nước, Na<sup>+</sup> máu < 130 mmol/l, nồng độ thẩm thấu huyết tương < 275 mmol/l

*Bệnh nhân không sốc:*

- Hạ natri máu nặng có biểu hiện thần kinh:

Truyền natrichlorua 3% 6-10ml/kg trong 1 giờ, sau đó kiểm tra ion đồ, nếu natri máu còn thấp thì lập lại liều thứ 2 cho đến khi natri máu > 125mEq/l.

- Hạ natri mu không biểu hiện thần kinh:

**Lượng natri cần bù:**

$\text{Na}^+ \text{ thiếu} = 0.6 \times \text{cân nặng (kg)} \times (135 - \text{Na}^+ \text{ đo được})$
--

$$\text{Na}^+ \text{ cho 24 giờ} = \text{Natri thiếu} + \text{nhu cầu natri ( 3mEq/100ml dịch)}$$

Cách truyền : 1/2 TTM trong 8 giờ đầu, 1/2 TTM trong 16 giờ kế tiếp.

**IV. CHỈ ĐỊNH NHẬP VIỆN:**

- Mất nước nặng
- Có mất nước
- Mất nước nhẹ có biến chứng

*Tài liệu tham khảo:*

1. Tài liệu bộ y tế ( bệnh tiêu chảy)
2. Phát đồ điều trị Nhi khoa BV Nhi Đồng 1
3. Phát đồ điều trị Nhi khoa BV Nhi Đồng 2
4. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em BV Nhi TW
5. Tài liệu tập huấn Điều trị bệnh tiêu chảy trẻ em năm 2008

( dự án chăm sóc sức khỏe và dinh dưỡng lồng ghép tiểu dự án vì sự sống cịn trẻ em)

6. Bài giảng nhi khoa ( đại học y dược Tp.Hồ Chí Minh).

# **PHÁC ĐỒ**

## **ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT**

### **I. CHẨN ĐOÁN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE**

#### **A1. Lâm Sàng:**

- Sốt cao: đột ngột, liên tục 2 - 7 ngày.
- Xuất huyết :
  - .Dấu dây thắt (+).
  - .Chấm xuất huyết, đốm xuất huyết, bầm chỗ chích.
  - .Chảy máu mũi, chảy máu nướu răng.
  - .Ói ra máu, tiêu ra máu.
- Gan to.
- Sốc: thường xảy ra vào ngày 3 đến ngày 6 với biểu hiện: bứt rứt, da lạnh ẩm mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹt hoặc tụt.

#### **A2. Cận Lâm Sàng:**

1. Cô đặc máu: dung tích hồng cầu tăng  $\geq 20\%$  trị số bình thường
2. Tiểu cầu giảm  $\leq 100.000/\text{mm}^3$ .

#### **A3. Chẩn Đoán**

1. Sốt xuất huyết Dengue: sốt, xuất huyết, cô đặc máu và tiểu cầu giảm.
2. Sốc SXH-D: tất cả tiêu chuẩn trên + sốc.

### **B. CHẨN ĐOÁN CẬN LÂM SÀNG**

. Huyết thanh chẩn đoán: Mac-Elisa.

### **C. PHÂN ĐỘ LÂM SÀNG:** Theo TCYTĐG, phân 4 độ:

- . Độ I : sốt + dấu dây thắt (+), cô đặc máu, tiểu cầu giảm.
- . Độ II : Độ I + xuất huyết tự nhiên.
- . Độ III: sốc (chi lạnh, bứt rứt, mạch nhanh nhẹ, huyết áp tụt hoặc kẹt)
- . Độ IV: sốc sâu: mạch, huyết áp không bắt được.

### **II. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ:**

Mục đích điều trị SXH-D phát hiện sớm và điều trị kịp thời sốc để giảm tỷ lệ tử vong

#### **A. Điều Trị SXH không Sốc: (Độ I,II)**

Hầu hết các trường hợp được điều trị ngoại trú, chủ yếu điều trị triệu chứng, tái khám và theo dõi phát hiện chuyển độ.

##### **1. Điều trị triệu chứng:**

- Hạ sốt: . Paracetamol 10 -15mg/kg/lần x 4 lần/ngày.
  - . Lau mát bằng nước ấm nếu sốt cao  $\geq 39^\circ\text{C}$ .
- Cho trẻ ăn lỏng, khuyến khích uống nhiều nước chín (nước cam, chanh, Oresol).

- Dẫn dò bà mẹ cách theo dõi, phát hiện dấu hiệu chuyển độ để mang trẻ đến bệnh viện ngay.

## 2. Chỉ định truyền dịch:(sơ đồ 1)

Một số trường hợp SXH độ I, II có dấu hiệu báo hiệu chuyển độ.

- Trẻ ói mửa nhiều lần.
- Đau bụng nhiều, gan to nhanh.
- Ói máu, tiêu máu, chảy máu chân răng.
- Dung tích hồng cầu tăng nhanh.
- Đừ, tay chân mát, vã mồ hôi.

\* Khi trẻ có một trong các dấu hiệu trên, dù HA còn tốt cũng nên truyền dịch sớm, trung bình 100 - 120ml/kg/24g.

\* Khi trẻ có dấu hiệu chuyển độ như trên và hiệu áp = 25mmHg thì được điều trị như SXH độ III.

## B. Điều trị sốt xuất huyết có sốc

### 1. SXH độ III: (sơ đồ 2)

- Mạch nhanh nhẹ, huyết áp kẹp

### 2. SXH độ IV: (sơ đồ 3)

- M = 0, HA = 0
- Nằm đầu thấp, thở Oxy.

## C. Theo Dõi :

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu 15-30phút/lần cho đến khi bệnh nhân ra khỏi sốc, sau đó mỗi 1-2g/lần đến khi bệnh nhân ổn.

- Theo dõi dung tích hồng cầu/ mỗi 4-6g cho đến khi ổn định.

- Tổng kết dịch truyền mỗi 24 giờ: số lượng, loại dịch, số lượng dịch/kg/24g, lượng dịch xuất (nước tiểu, ói).

## D. Các điều trị khác:

- Truyền máu:

. Xuất huyết tiêu hoá có Hct < 35%

. Xuất huyết tiêu hoá ở ạt dù Hct > 35%

. Sốc kéo dài Hct < 35% hoặc giảm nhanh trên 20% so với ban đầu(liều 10-20ml/kg/lần), tốc độ tùy tình trạng lâm sàng

- Tiểu cầu đậm đặc khi TC < 50000/mm<sup>3</sup> có XHTH không kiểm soát được bằng máu tươi toàn phần, liều 10-20ml/kg/lần, truyền nhanh trong 2 giờ

- Truyền huyết tương tươi đông lạnh:

Có ĐMNMLT nặng gây XHTH ở ạt, liều 10-20ml/kg/lần

- Chống toan bicarbonate Ph < 7,2 ; HCO<sub>3</sub> < 12mmol/l; liều 1-2meq/kg/liều

- Dopamin và dobutamin khi bù đủ dịch mà vẫn còn sốc

## □ SƠ ĐỒ ĐIỀU TRỊ SXH ĐỘ I-II

LR 6- 7ml/kg/giờ trong 1- 3 giờ





2. Nguyen Thanh Hung, Pham Ngoc Thanh (2001). Guidelines on Management and Reporting Dengue/Dengue hemorrhagic fever for hospitals and health centers in the World Health Organization (WHO) Western Pacific Region. (Compiled for WHO Western Pacific Region).

3. World Health Organization (1997). Dengue haemorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control. 2 nd edition. Geneva: WHO.

4. World Health Organization and UNICEF (1995). Integrated management of childhood illness - chart book. Geneva: WHO and UNICEF.

## **QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT**

I/- MỤC TIÊU:

- Giúp điều dưỡng theo dõi, chăm sóc tốt và phát hiện kịp thời các biến chuyển nặng của bệnh theo từng mức độ.
- Tránh được các tai biến cho người bệnh.
- Tạo sự an tâm cho người bệnh và gia đình người bệnh.

## II. ĐẠI CƯƠNG:

- Sốt xuất huyết là bệnh nhiễm virus Dengue do muỗi Aedes aegypti truyền, cao điểm vào mùa mưa thường xảy ra thành dịch, không phát hiện sớm, điều trị đúng và kịp thời bệnh dễ dẫn đến tử vong.

- Phân độ lâm sàng:
  - . SXH không sốt
  - . SXH có sốt

## III/- NỘI DUNG:

### A). Chăm sóc người bệnh SXH không sốt (độ I và II):

Tất cả bệnh nhập viện đều được cân, đếm nhịp thở, mạch và đo huyết áp.

#### Thực hiện y lệnh:

- Thực hiện đủ và chính xác các chỉ định: thuốc, dịch truyền, cận lâm sàng.
- Giúp người bệnh về buồng bệnh, giường bệnh.

#### Theo dõi và chăm sóc:

- . Tuần hoàn: Nhiệt độ, Mạch, Huyết áp, tay chân lạnh, vã mồ hôi,... ngày 2 lần hoặc theo chỉ định của bác sĩ.
- . Thần kinh: lẫn lộn, lừ đừ, li bì.
- . Dấu xuất huyết: ói máu, tiêu phân đen, chảy máu cam, máu chân răng.
- . Tình trạng bụng: đau bụng, chướng bụng.
- . Lượng nước xuất, nhập trong ngày
- . Khi nhiệt độ trên 39<sup>0</sup>C, cho uống thuốc Paracetamon theo y lệnh (tránh dùng Aspirine), lau mát tích cực. Khi nhiệt độ người bệnh dưới 38<sup>0</sup>C, lau khô mặc quần áo mỏng.

#### Giáo dục y tế:

- Cách phòng bệnh tại nhà: ngủ màn, diệt muỗi, diệt lăng quăng...
- Hướng dẫn người nuôi bệnh cách chăm sóc, cách ăn, uống và biết các dấu hiệu trở nặng để phát hiện sớm (tránh thức ăn, nước uống có màu đỏ đen).
- Giải thích tình trạng bệnh để gia đình an tâm hợp tác điều trị.

### B). Chăm sóc người bệnh SXH có sốt (độ III và IV):

#### Thực hiện y lệnh:

- Hỗ trợ hô hấp (nếu cần).
- Thiết lập ngay đường truyền TM:
  - . Nhanh, chính xác, kỹ thuật đảm bảo vô trùng
  - . Chọn TM lớn ở chi, chọn kim luông thích hợp đủ tốc độ theo y lệnh.
- Thực hiện chính xác tốc độ dịch truyền, nên dùng bơm tiêm tự động.

- Thực hiện các y lệnh điều trị khác: thuốc, cận lâm sàng, đăng ký máu,...

**Chú ý:** Không lấy máu tĩnh mạch đùi, tĩnh mạch cổ có thể tạo khối máu tụ to khó băng ép.

□ Theo dõi và chăm sóc:

- Theo dõi:

. M, HA mỗi 15' -> 30' trong khi sóc và 2h/lần trong 6h đầu, sau khi ra sóc

. Đo Hct mỗi 4 -> 6 giờ hoặc khi cần thiết.

. Tri giác: tỉnh táo, li bì, vật vã, hôn mê.

. Tình trạng xuất huyết (chảy máu cam, máu chân răng, ói máu, tiêu máu)

. Độ ẩm, lạnh tứ chi .

. Lượng nước tiểu trong 24 giờ.

. Áp lực tĩnh mạch trung tâm mỗi 30' hoặc tùy tình trạng bệnh.

. Kiểm soát tốc độ truyền và phát hiện sớm tai biến của truyền dịch.

- Chăm sóc SXH phải đảm bảo yêu cầu:

. Theo dõi sát SXH độ I & II để phát hiện sớm chuyển độ.

. Bù dịch nhanh chóng, chính xác.

. Theo dõi sát diễn biến, xử trí kịp thời.

. Hạn chế các thủ thuật có thể gây chảy máu.

. Cung cấp oxy khi người bệnh sóc nặng, khó thở, tím tái. (nên thở oxy qua cannula sẽ không gây chấn thương mũi, không gây khó có)

. Tư thế nằm:

+ Nằm đầu thấp khi đang sóc, nằm đầu cao khi quá tải.

+ Nằm đầu bằng, mặt nghiêng sang bên khi bệnh hôn mê, XHTH.

## **QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH VIÊM PHỔI**

### I/- MỤC ĐÍCH:

- Giúp theo dõi và chăm sóc tốt hơn.

- Phát hiện kịp thời hoặc ngăn ngừa các biến chứng và hỗ trợ điều trị.

### II- NỘI DUNG:

A). Trong thời gian điều trị:



Tất cả bệnh nhập viện đều được: cân, lấy dấu hiệu sinh tồn.

- Thực hiện y lệnh:
  - Thực hiện đủ và chính xác các chỉ định: hỗ trợ hô hấp (nếu có tím tái), thuốc, cận lâm sàng (XN, X quang,...).
  - Giúp bệnh nhi về buồng bệnh, giường bệnh.
- Theo dõi và chăm sóc:
  - + Theo dõi:
    - . Nhịp thở (số lần, tình trạng khó thở, mức độ khó thở, SpO2...).
    - . Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
    - . Trạng thái tinh thần.
    - . Lượng nước xuất, nhập trong ngày (nước tiểu ít có thể bị nhiễm độc).
    - . Số lần, tính chất cơn ho, quan sát da.
    - . Tình trạng tiêu hoá: nôn, bụng chướng, tiêu chảy.
  - + Chăm sóc:
    - . Đặt bệnh nhi tư thế thoải mái để lưu thông đường thở.
    - . Lau ẩm, dùng thuốc hạ nhiệt trường hợp sốt cao.
    - . Dùng thuốc giảm đau khi trẻ kêu nhức đầu (theo y lệnh), đắp khăn ẩm lên ngực nếu trẻ than đau ngực.
    - . Cho trẻ ăn thức ăn giàu dinh dưỡng, nhiều sinh tố và hợp khẩu vị. Uống nhiều nước như sữa, nước cháo, nước hoa quả.
    - . Săn sóc mũi, miệng, da và vệ sinh cá nhân hàng ngày.
    - . Hướng dẫn ho có hiệu quả (trẻ lớn), thổi kèn, thổi bong bóng,...
- B). Xuất viện:
  - . Giáo dục y tế (cách phòng bệnh).
  - . Hẹn tái khám (nếu cần).

## **QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH TIÊU CHẢY CẤP**

### I/- MỤC ĐÍCH:

- Giúp bệnh nhi mau lành bệnh.
- Giảm tỉ lệ tử vong.

### II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Tiêu chảy cấp là đi tiêu phân lỏng, nhiều nước trên 3 lần trong ngày và đi không kéo dài quá 15 ngày.

### III/- NỘI DUNG:

#### A). Trong thời gian điều trị:

- Thực hiện y lệnh:
  - Thực hiện đủ và chính xác các chỉ định: thuốc, dịch truyền, cận lâm sàng.
  - Hướng dẫn người nuôi bệnh cách pha ORS.
  - Giúp bệnh nhi về buồng bệnh, giường bệnh.
- Theo dõi và chăm sóc:
  - + Theo dõi:
    - . Cân nặng lúc nhập viện, trong thời gian điều trị và khi ra viện.
    - . Dấu sinh tồn: 2lần/ngày hoặc theo y lệnh.
    - . Đánh giá mức độ dựa vào: tổng trạng, mắt, nước mắt, khát, miệng lưỡi, dấu véo da,...
    - . Số lần đi tiêu ; số lượng, tính chất, màu sắc phân.
    - . Số lần ói ; số lượng, màu sắc chất nôn.
    - . Lượng nước xuất, nhập trong ngày
    - . Tình trạng bụng, dấu hiệu phù mi.
  - + Chăm sóc:
    - . Tiếp tục bú mẹ (nếu trẻ còn bú mẹ)
    - . Ăn nhiều lần trong ngày, thức ăn giàu dinh dưỡng và hợp vệ sinh.
    - . Vệ sinh cá nhân hàng ngày, nhất là sau mỗi lần đi tiêu tránh ẩm ướt ngứa hăm và lở loét.
- B). Hướng dẫn khi ra viện:
  - Cách phòng bệnh tiêu chảy tại nhà.
  - Điều trị sớm tiêu chảy tại nhà.
  - Cách nấu nước cháo muối.

## **QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH VIÊM NÃO – MÀNG NÃO**

### I/- MỤC TIÊU:

- Giúp theo dõi và chăm sóc tốt hơn.
- Phát hiện kịp thời hoặc ngăn ngừa các biến chứng .

### II. ĐAI CƯƠNG:

Bệnh viêm não – màng não là bệnh xảy ra quanh năm có tỉ lệ di chứng và tử vong rất cao. Bệnh ảnh hưởng trực tiếp đến đời sống kinh tế cho từng gia đình và xã hội.

### III/- NỘI DUNG:

A). Trong thời gian điều trị: tất cả bệnh nhập viện đều được: cân, lấy dấu hiệu sinh tồn và chuẩn bị dụng cụ, phụ tá bác sĩ chọc dò tủy sống nếu cần thiết.

- Thực hiện y lệnh:

- Thực hiện đủ và chính xác các chỉ định: hỗ trợ hô hấp (nếu cần), thuốc, dịch truyền, cận lâm sàng. Đặc biệt thuốc phải đúng liều, đúng đường, đúng giờ.

- Giúp bệnh nhi về buồng bệnh, giường bệnh.

□ Theo dõi và chăm sóc:

+ Theo dõi:

. Dấu hiệu màng não, tình trạng tri giác để đánh giá đáp ứng điều trị.

. Dấu sinh tồn, rối loạn nhịp thở, cơn ngưng thở.

. Cơ co giật: số lần, tính chất, khoảng cách giữa các cơn co giật.

. Lượng nước xuất, nhập trong ngày

. Tình trạng bội nhiễm phổi, nhiễm trùng tiểu, loét da, teo cơ cứng khớp... đối với những trường hợp bệnh nằm lâu tại giường.

+ Chăm sóc:

. Chống suy hô hấp: nằm đầu nghiêng, hút đàm nhớt, thở oxy (nếu cần).

. Chống co giật: dùng cây đè lưỡi quấn vải thưa đặt vào miệng tránh bệnh nhi cắn vào lưỡi, thuốc theo y lệnh và cố định tránh để bệnh nhi bị té.

. Lau ấm, dùng thuốc hạ nhiệt trường hợp sốt cao.

. Chườm lạnh vùng trán, dùng thuốc giảm đau khi trẻ kêu nhức đầu.

. Nằm đầu nghiêng và đặt bông hạt đậu dưới cằm khi trẻ bị ói

. Cho trẻ ăn thức ăn giàu dinh dưỡng và sinh tố. Nếu bệnh nhi hôn mê hoặc không có ăn cho ăn qua sond dạ dày.

. Vệ sinh cá nhân hàng ngày, sẵn sóc răng miệng, sẵn sóc tai,... nhất là sau mỗi lần trẻ đi tiêu, tiểu tránh ẩm ướt ngứa hăm và lở loét.

B). Xuất viện:

+ Giáo dục y tế, hẹn tái khám hoặc giới thiệu tập VLTL (nếu cần)

## **QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH SỞI**

I/- MỤC ĐÍCH:

- Giúp theo dõi và chăm sóc tốt hơn.

- Phát hiện các dấu hiệu bất thường có nguy cơ biến chứng và hỗ trợ điều trị.

II/- TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

- Sốt, viêm long, dấu KOPLIK trong niêm mạc má, phát ban theo trình tự.

III- NỘI DUNG:

A). Chăm sóc bệnh sỏi không biến chứng:

□ Thực hiện y lệnh:

- Thực hiện đủ và chính xác các chỉ định: thuốc, cận lâm sàng,...

- Giúp bệnh nhi về giường bệnh (buồng cách ly).

□ Theo dõi và chăm sóc:

- + Theo dõi:
  - . Mạch, nhiệt độ, nhịp thở 2 lần/ngày.
  - . Trạng thái tinh thần, tình trạng hô hấp, tình trạng tiêu hoá phát hiện sớm các biến chứng: viêm phổi, viêm ruột, viêm tai giữa, viêm não,...
- + Chăm sóc:
  - . Lau ấm, dùng thuốc hạ nhiệt trường hợp sốt cao.
  - . Săn sóc kỹ mắt, mũi, miệng, tai, da và vệ sinh cá nhân hàng ngày.
  - . Cho trẻ ăn thức ăn giàu dinh dưỡng, nhiều sinh tố và hợp khẩu vị. Uống nhiều nước như sữa, nước cháo, nước hoa quả.

B). Chăm sóc bệnh sỏi có biến chứng:

Viêm phổi:

Giữ ấm phổi và theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, đặc biệt là tình trạng hô hấp.

Viêm ruột:

Theo dõi tình trạng bụng ; lượng nước xuất, nhập trong ngày ; số lượng, số lần, tính chất, màu sắc phân. Dấu thiếu máu (khi tiêu phân đàm máu)

Viêm não:

Theo dõi sát tình trạng hô hấp, tri giác, số lần, khoảng cách, tính chất của từng cơn giật ; thay đổi tư thế nằm ngứa lở loét ; nuôi ăn qua thông dạ dày (trường hợp hôn mê) ; đặt thông tiểu (nếu cần).

C). Giáo dục sức khoẻ:

Hướng dẫn chế độ dinh dưỡng trước, trong và sau thời gian điều trị ; động viên thực hiện đúng lịch tiêm chủng.

## QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH THƯƠNG HÀN

### I/- ĐẠI CƯƠNG:

Thương hàn là bệnh nhiễm trùng toàn thân do Salmonella typhi hoặc Salmonella paratyphi A,B,C,... gây ra. Bệnh lây qua đường tiêu hoá với biểu hiện lâm sàng là sốt kéo dài; bệnh có thể gây ra biến chứng XHTH, thủng ruột, viêm túi mật, viêm cơ tim,...

### II/- TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

- Sốt từ từ tăng dần (thời kỳ toàn phát 39<sup>0</sup> - 40<sup>0</sup>C)
- Đau bụng, ói mửa, táo bón,...
- Lưỡi dơ, mất gai
- Gan, lách to (30 → 50%)
- Mạch nhiệt phân ly (30%)
- Hồng ban: bụng, ngực, hông

### III- NỘI DUNG:

A). Chăm sóc bệnh sỏi không biến chứng:

- Thực hiện y lệnh:
  - Thực hiện đủ và chính xác các chỉ định: thuốc, cận lâm sàng,...
  - Giúp bệnh nhi về buồng bệnh, giường bệnh.
- Theo dõi và chăm sóc:
  - + Thở nhẹ: . Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn 6 giờ/lần.
    - . Sốt cao: lau ấm, dùng thuốc hạ nhiệt (không dùng nhóm Salicylate).
    - . Chườm lạnh vùng bụng và theo dõi sát tình trạng bụng khi có biểu hiện đau bụng (không dùng thuốc xổ hoặc thụt tháo).
    - . Tiêu hoá: nôn, bụng trướng, tiêu chảy.
    - . Cho bệnh nhi ăn bất cứ thức ăn gì tùy thích.
    - . Săn sóc kỹ mắt, mũi, miệng, tai, da và vệ sinh cá nhân hàng ngày.
  - + Thở nặng:
    - . Thở o xy, truyền dịch, truyền máu, thuốc theo y lệnh (nếu có).
    - . Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, dấu thiếu máu, tri giác, tình trạng xuất huyết, bụng 1 giờ/lần đến khi ổn.
    - . Theo dõi nhịp tim, lượng nước tiểu 3 giờ/lần đến khi ổn.
    - . Cho trẻ ăn thức ăn lỏng, dễ tiêu. Nếu bệnh nhi ói, tiêu chảy nhiều cần báo ngay bác sĩ để xin hướng xử trí.
    - . Vệ sinh cá nhân, săn sóc răng miệng hàng ngày, xoay trở chống loét.

## QUY TRÌNH CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ CPAP

### I- MỤC ĐÍCH:

Cải thiện tình trạng hô hấp cho người bệnh.

### II- PHẠM VI ÁP DỤNG: Khoa Nhi.

### III- NỘI DUNG:

#### a). Chuẩn bị:

□ Người bệnh

□ Dụng cụ:

- Bộ thở CPAP      - Nhiệt kế              - Cannula  
- Băng keo              - Dây truyền              - Nước cất

#### b). Lắp ráp:

- Lắp giấy lọc vào ống kim loại.
- Đặt buồng tạo ấm vào bộ phận nung của máy làm ấm, ấm và cho nước cất vào bình làm ấm, ấm.
- Gắn chui điện, bật công tắc.
- Gắn dây CPAP từ lưu lượng kế và bình làm ấm, ấm.
- Lắp hệ thống ống ( **Chú ý:** bẫy nước đặt vị trí thấp nhất).
- Gắn van BENVENISTE.
- Điều chỉnh lưu lượng o-xy và Air trên lưu lượng kế, đồng thời kiểm tra áp lực bằng thước đo cột nước.

- Lắp cannula → gắn vào mũi người bệnh và cố định.
- Chỉnh nhiệt độ khí vào.

c). Theo dõi đáp ứng và điều chỉnh áp lực:

- Các dấu hiệu cần cho đánh giá hiệu quả:
  - .Hô hấp: Nhịp thở, màu da – niêm , SpO<sub>2</sub>.
  - .Tuần hoàn: M, HA, nhịp tim, tình trạng tưới máu da.
  - .Tri giác: tỉnh táo, bức rức, vật vã.

Các dấu hiệu trên được đánh giá sau 5’-15’, 30’-1h và mỗi 2h - 3h nếu b/n ổn

Đáp ứng tốt	Không đáp ứng
-Nhịp thở↓, bót co kéo, da niêm hồng, SaO <sub>2</sub> = 95 – 98% ; Mạch, HA ổn định. -Người bệnh tỉnh táo. => điều chỉnh FiO <sub>2</sub> giảm dần < 40% áp lực CPAP giảm dần đến 3 – 4cm H <sub>2</sub> O.	- Các dấu hiệu không cải thiện: tăng dần FiO <sub>2</sub> từ 10 – 20% /lần, điều chỉnh áp lực CPAP tăng dần 1 – 2cm nước /lần, mỗi 15 - 30’ đến khi có đáp ứng. Chú ý: Áp lực tối đa không > 10 cm H <sub>2</sub> O và FiO <sub>2</sub> không > 60% tránh ngộ độc O <sub>2</sub>

c/ Theo dõi và kiểm tra hệ thống CPAP:

- Chỉ số trên lưu lượng kế phải đúng chỉ định, không nước đọng.
- Kiểm tra hệ thống CPAP mỗi 8h hay khi có chỉ định thay đổi áp lực CPAP hay FiO<sub>2</sub>.
- Nhiệt độ khí vào giữ mức 33 + 1<sup>0</sup>C.
- Mức nước trong bình làm ấm, ấm phải ngang vạch ghi sẵn.
- Bẫy nước luôn đặt vị trí thấp nhất và có nước đọng không quá ½ bầu.
- Canunla luôn cố định mức vừa phải trong 2 mũi.
- Mỗi khi có chỉ định thay đổi FiO<sub>2</sub>:
  - .Giảm FiO<sub>2</sub>: ↓lưu lượng o-xy trước, ↑lưu lượng air sau.
  - .Tăng FiO<sub>2</sub>: ↓lưu lượng air trước, ↑lưu lượng o-xy sau.

Cần:

- .Xả nước máy khí nén mỗi 24h.
- .Thay toàn bộ hệ thống sau mỗi 48h - 72h.

d/ Các điều trị hỗ trợ khác:

- Tư thế:
  - . Nằm đầu hơi cao.
  - . Xoay trở thường xuyên (trẻ nhỏ có thể bông).
  - . Tránh há miệng to → áp lực CPAP ↓ (có thể cho trẻ ngâm vú cao su)
- Tập vật lý trị liệu để dẫn lưu đàm.
- Chế độ dinh dưỡng:
  - . Giai đoạn đầu tạm thời nuôi ăn qua đường tĩnh mạch và dẫn lưu dạ dày tránh chướng bụng.
  - . Về sau tốt nhất nuôi ăn bằng nhỏ giọt chậm qua sonde.
  - . Khi ổn cho trẻ bú mẹ và thở o-xy qua cannula.
- Cần phát hiện các biến chứng:
  - .Chướng hơi dạ dày.

.Phù mặt do cố định cannula quá chặt.

# KỸ NĂNG TIẾP XÚC NGƯỜI NUÔI BỆNH

## I. ĐẠI CƯƠNG:

Tiếp xúc tốt sẽ tạo quan hệ tốt với bệnh nhi, các thông tin chính xác, đầy đủ giúp đánh giá và hiểu được bệnh nhi ; đồng thời người nuôi bệnh hiểu được phương thức, mục đích và lợi ích của cách điều trị qua đó góp phần đảm bảo kết quả trị liệu tốt nhất.

## II. CÁCH TIẾP CẬN:

### \* **Giới thiệu:**

- . Chức danh, nhiệm vụ, công việc, gắn với chào hỏi thông thường.
- . Chào mời, xưng hô đúng với tuổi tác.
- . Càng ân cần càng tốt.

### \* **Cần làm:**

- . Trước khi thực hiện thủ thuật gì trên người bệnh cần giải thích lợi ích mà thủ thuật mang lại cho người bệnh, để người nuôi bệnh hiểu và hợp tác.
- . Khi người nuôi bệnh có vấn đề chưa biết, chưa hiểu, chưa rõ hoặc còn thắc mắc gì liên quan đến quyền và lợi ích của người bệnh cần giải thích thỏa đáng để người bệnh và người nuôi bệnh an tâm điều trị.

**Tóm lại:** Trong quá trình nằm viện đảm bảo người bệnh và người nuôi bệnh luôn an tâm, hợp tác điều trị và hài lòng khi ra viện.

### \* **Cần có:**

- . Cử chỉ thân thiện đối với bệnh nhi như: xoa đầu, vỗ vai...
- . Thái độ, cử chỉ tôn trọng người nuôi bệnh.

### \* **Không nên:**

- . Thái độ thờ ơ, cười giỡn trước người bệnh và người nuôi bệnh.
- . Cử chỉ, hành động chạm tự ái như: quát nạt, la rầy, lớn tiếng với người bệnh và người nuôi bệnh.



# QUY TRÌNH

## TIẾP NHẬN NGƯỜI BỆNH TẠI PHÒNG KHÁM NHI

### I) MỤC ĐÍCH :

Tiếp nhận khám, điều trị ngoại trú và giải quyết các thủ tục hành chính có liên quan đến bệnh lý nhi.

### II) NHÂN SỰ :

- 1/ 02 bác sĩ.
- 2/ 03 điều dưỡng hoặc y sĩ.

### III) GIỜ LÀM VIỆC :

- Sáng từ 6 giờ 30 phút đến 10 giờ 30 phút.
- Chiều từ 12 giờ 30 phút đến 16 giờ 30 pht.
- Thứ bảy, chủ nhật, ngày lễ và ngày tết nghỉ theo chế độ.
- Các trường hợp đến khám bệnh sau giờ nghỉ, do phòng khám dịch vụ Nhi giải quyết.

### IV) NHIỆM VỤ CHUNG :

- Tiếp nhận các trường hợp bệnh lý và các thủ tục hành chính liên quan .

#### A/ Về bệnh lý:

- Tiếp nhận các trường hợp dưới 15 tuổi.
- Ưu tiên bệnh nặng, bệnh chuyển viện, trẻ em dưới 2 tháng tuổi.

#### \* NHẬP VIỆN :

- Tình trạng bệnh nặng cần cấp cứu ngay.
- Các trường hợp bệnh tuyến trước chuyển đến & bệnh cần điều trị nội trú
- Lập hồ sơ bệnh án, khai thác ghi phần hành chính, làm các xét nghiệm cần thiết hướng chẩn đoán, cho thuốc, chuyển vào nội trú.

#### \* KHÔNG NHẬP VIỆN :

- Cấp toa hoặc lập sổ điều trị ngoại trú.
- Chuyển tuyến trên.
- Chuyển tuyến dưới.
- Giới thiệu khám chuyên khoa khác.

#### B/ Thủ tục hành chính như sau :

- Hướng dẫn các thủ tục nhập viện, chuyển viện.
- Hướng dẫn các chế độ hưởng miễn phí, bảo hiểm y tế.

### V) PHÂN CÔNG CU THỂ :

- Bác sĩ số 1 và 2:

- Khám người bệnh, chẩn đoán, kê toa thuốc.
- Đánh giá điều phối cách điều trị: nội trú, ngoại trú, giới thiệu khám chuyên khoa khác, chuyên tuyến trên và chuyên tuyến dưới.
- Cho làm các xét nghiệm cần thiết.
- Trường hợp bệnh lý phức tạp, bệnh đặc biệt, trình bác sĩ Trưởng khoa xin ý kiến giải quyết.

□ Điều dưỡng số 1:

- . Nhập liệu vi tính
- . Phân loại bệnh theo thứ tự ưu tiên.

□ Điều dưỡng số 2 và 3:

- . Đo dấu sinh hiệu.
- . Hướng dẫn làm các yêu cầu cận lâm sàng khi có chỉ định.
- . Cho sổ sổ điều trị ngoại trú (nếu có), cấp toa thuốc, dặn cách uống, giờ uống thuốc và ngày tái khám.

## **QUY TRÌNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ**

### **I) QUI ĐỊNH CHUNG :**

Khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú được thực hiện đối với những người bệnh không nằm điều trị nội trú.

-Một số bệnh mãn tính ngoài đợt tiến triển cấp.

-Một số bệnh thông thường.

## **II) QUI ĐỊNH CỤ THỂ :**

### Bác sĩ có trách nhiệm::

a- Quyết định cho người bệnh được điều trị ngoại trú sau khi khám lâm sàng và xét nghiệm, có chẩn đoán xác định bệnh rõ ràng.

b- Làm hồ sơ bệnh án đầy đủ như người bệnh nội trú và theo dõi quản lý tại khoa.

c- Có sổ hoặc hồ sơ bệnh án theo dõi điều trị ngoại trú ghi rõ chẩn đoán, kê đơn điều trị, hướng dẫn sử dụng thuốc và hẹn khám lại.

d- Khi kê đơn phải thực hiện đúng quy chế chẩn đoán bệnh làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị.

e- Hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ ăn uống, nghỉ ngơi và dùng thuốc.

g- Người bệnh đang điều trị ngoại trú, nếu tình trạng diễn biến xấu phải đưa vào điều trị nội trú.

h- Người bệnh điều trị nội trú, sau khi ra viện nếu cần được điều trị tiếp tục thì phải đăng kí điều trị ngoại trú. Chuyển điều trị ngoại trú theo bệnh lý và đáp ứng điều trị.

### Điều dưỡng có trách nhiệm::

. Nhập liệu vi tính

. Phân loại bệnh theo thứ tự ưu tiên.

. Đo dấu sinh hiệu.

. Hướng dẫn làm các yêu cầu cận lâm sàng khi có chỉ định.

. Cho sổ sổ điều trị ngoại trú (nếu có), cấp toa thuốc, dặn cách uống, giờ uống thuốc và ngày tái khám.

# QUY TRÌNH HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

## I) MỤC ĐÍCH :

- Theo dõi và xác định chẩn đoán.
- Đủ điều kiện điều trị và chuyển đúng tuyến.

## II) NHÂN SỰ :

- Bác Sĩ, điều dưỡng trực, điều dưỡng hành chánh và bộ phận vi tính.

## III) NỘI DUNG THỰC HIỆN:

### 1/ Tại phòng Khám Nhi:

+ Bác sĩ có trách nhiệm:

a- Quyết định cho người bệnh được điều trị nội trú sau khi khám lâm sàng và xét nghiệm, có chẩn đoán xác định bệnh rõ ràng.

b- Làm hồ sơ bệnh án đầy đủ hướng dẫn người bệnh đăng ký số vào viện và theo dõi quản lý tại khoa.

### 2/ Tại Khoa Nhi:

+ **Bác sĩ có trách nhiệm:**

- Khám người bệnh, chỉ định làm các cận lâm sàng cần thiết, chẩn đoán và cho y lệnh thuốc điều trị hàng ngày (ngày nghỉ trình bác sĩ trực).

- Giới thiệu khám chuyên khoa khác, chuyển tuyến trên và cho ra viện.

- Trường hợp bệnh nặng, phức tạp trình bác sĩ Trưởng khoa xin ý kiến.

+ **Điều dưỡng trực:**

- Tiếp nhận bệnh và thực hiện các y lệnh từ phòng khám, sau đó đưa đến buồng bệnh, giường bệnh quy định và thông báo người nuôi bệnh đóng tạm ứng.

- Căn cứ vào y lệnh của bác sĩ và quy trình chăm sóc, lập kế hoạch chăm sóc và ghi cụ thể vào phiếu chăm sóc cho từng người bệnh.

- Trường hợp bệnh có diễn biến bất thường điều dưỡng nhận định, kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn ghi vào phiếu ghi chú và có hướng giải quyết. Nếu vượt chức năng được giao phải báo cáo ngay bác sĩ phụ trách hoặc bác sĩ trực.

- Khi người bệnh xuất viện:

.Điều dưỡng trực nhận y lệnh khoá tất cả kế hoạch chăm sóc và dặn dò điều cần thiết cho thân nhân người bệnh.

.Điều dưỡng hành chánh lập phiếu thanh toán viện phí theo mẫu và hướng dẫn người nuôi bệnh thanh toán viện phí tại phòng thu viện phí.

.Bộ phận vi tính nhập liệu tổng hợp các thông tin thanh toán viện phí, cấp giấy ra viện, cấp toa thuốc, dặn cách uống, giờ uống thuốc và ngày tái khám (nếu có).

# QUY TRÌNH

## THỰC HIỆN THỦ THUẬT TRÊN NGƯỜI BỆNH

### **I. MỤC ĐÍCH:**

Tạo sự an tâm, hợp tác tốt từ người bệnh và người nuôi bệnh đồng thời phát hiện báo cáo kịp thời tai biến hoặc tác dụng không mong muốn xảy ra cho bác sĩ điều trị để xử lý.

### **II. PHẠM VI ÁP DỤNG:** Khoa Nhi.

### **III. NỘI DUNG:**

#### **1- Thực hiện thuốc tiêm, thuốc uống và làm thủ thuật:**

##### **1.1. Nguyên tắc chung :**

- Thực hiện đầy đủ và chính xác y lệnh của thầy thuốc
- Dùng đúng thuốc, đủ liều lượng và đúng thời gian
- Trước khi cho bệnh nhi dùng thuốc phải thực hiện :
  - . 5 đúng.
  - . Tuân thủ tuyệt đối các quy chế sử dụng thuốc.
  - . Đảm bảo quy tắc vô khuẩn tuyệt đối.
- Nếu phát hiện thấy điều gì bất thường hoặc sau khi sử dụng thuốc phải báo cáo ngay cho bác sĩ biết để điều chỉnh và xử lý kịp thời.

##### **1.2. Tiêm thuốc cho bệnh nhi:**

- Tiêm thuốc thường được thực hiện trong giai đoạn cấp cứu, bệnh nặng, bệnh không uống được thuốc.
- Trước khi tiêm cần phải giải thích, động viên để người bệnh yên tâm và hợp tác.
- Khi tiêm phải chọn ở tư thế thuận lợi, thoải mái, dễ tiêm. Đề phòng tình trạng bệnh nhi giãy giụa làm gãy kim.
- Vị trí tiêm : thường tiêm ở mông hoặc mặt trước ngoài của đùi, là nơi có nhiều cơ nên thuốc dễ tan.
- Khi tiêm xong phải để bệnh nhi nằm tại giường theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp và toàn trạng của bệnh nhi, phát hiện kịp thời các tai biến để báo cáo cho bác sĩ xử trí.
- Khi tiêm phải đảm bảo nguyên tắc vô trùng trong khi tiêm để tránh áp xe.

##### **1.3. Thực hiện thủ thuật cho bệnh nhi:**

- Thủ thuật được thực hiện phục vụ cho chẩn đoán và điều trị trong hầu hết các trường hợp nhập viện.
- Trước khi thực hiện thủ thuật cần phải giải thích, động viên để người bệnh và người nuôi bệnh yên tâm hợp tác.
- Khi tiến hành thủ thuật phải chọn ở tư thế thuận lợi, thoải mái, dễ thực hiện và đảm bảo nguyên tắc vô trùng trong khi tiêm để tránh áp xe. Đề phòng bệnh nhi giãy giụa gây tai biến.

- Khi thực hiện thủ thuật xong phải để bệnh nhi nằm tại giường theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng của bệnh nhân, phát hiện kịp thời các biến chứng để báo cáo cho bác sĩ xử trí.

#### **1.4. Cho bệnh nhi uống thuốc :**

- Thuốc uống được cấp một lần trong ngày qua vĩ phân liều.
- Phần lớn công việc cho uống thuốc được người nuôi bệnh thực hiện, đến thời gian quy định người điều dưỡng sẽ trực tiếp đến giường bệnh nhắc với người nuôi bệnh là đã đến lần uống thuốc tiếp theo.

#### **1.5. Hướng dẫn sử dụng thuốc cho bệnh nhi điều trị ngoại trú :**

- Sau khi ra viện hoặc bệnh cần phải được điều trị ngoại trú tại nhà, thông thường phải dặn người nuôi bệnh quản lý thuốc chặt chẽ và hàng ngày cho bệnh nhi uống thuốc đều đặn theo chỉ định của bác sĩ.

- Hướng dẫn cho người nuôi bệnh biết các tác dụng phụ, các tai biến có thể xảy ra và cách phát hiện để có biện pháp theo dõi và báo cáo bác sĩ xử trí kịp thời.

### **2- Các tai biến có thể xảy ra khi thực hiện:**

#### **2.1 Xuất hiện tác dụng không mong muốn của thuốc :**

- Xuất hiện mạch nhanh, huyết áp hạ, rối loạn thần kinh thực vật, bồn chồn, tăng tiết nước bọt, tăng trương lực cơ...
- Biểu hiện dị ứng thuốc như mẩn đỏ, ngứa, mày đay.
- Khó thở, đau đầu chóng mặt, đôi khi hôn mê, choáng váng, vật vã, giãy giụa, co giật.
- Có thể ngộ độc cấp.

#### **2.2. Khi đã phát hiện được các biến chứng do dùng thuốc**

Phải kịp thời báo cáo cho bác sĩ biết để xử trí.

#### **2.3. Phòng các tai biến có thể xảy ra :**

- Dặn người nuôi bệnh cho bệnh nhi nên nằm nghỉ tại giường sau khi dùng thuốc hoặc sau thực hiện thủ thuật.
- Cần kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp thường xuyên. Nếu phát hiện bất thường phải báo cáo kịp thời cho bác sĩ xử trí .

# QUY TRÌNH

## CẤP THUỐC ĐIỀU TRỊ NỘI VÀ NGOẠI TRÚ

### I) MỤC ĐÍCH :

Đảm bảo người bệnh được cấp thuốc đủ, đúng và nhanh chóng.

### II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

Khoa Nhi.

### II) NHÂN SỰ:

- Bác sĩ phụ trách điều trị ngoại trú và nội trú.
- Điều dưỡng trực, điều dưỡng hành chánh, nhân viên bộ phận vi tính.

### III) NỘI DUNG THỰC HIỆN:

#### 1/ Tại phòng khám Nhi:

- Điều dưỡng hành chánh tiếp nhận người bệnh và hoàn chỉnh các thủ tục.
- Bác sĩ có trách nhiệm khám và cho y lệnh điều trị.
- Bộ phận vi tính nhập liệu và hướng dẫn người nuôi bệnh nhận thuốc tại quầy cấp thuốc ngoại trú.

#### 2/ Tại khoa Nhi:

- + Bệnh còn tiếp tục điều trị:
  - Bác sĩ có trách nhiệm khám và cho y lệnh điều trị.
  - Điều dưỡng trực sao y lệnh chuyển bộ phận vi tính nhập liệu.
  - Điều dưỡng hành chánh nhận thuốc từ khoa Dược về bàn giao cho điều dưỡng trực.
  - Điều dưỡng trực bàn giao thuốc đến tay người nuôi bệnh được thể hiện qua ký nhận trên phiếu sao y lệnh.
- + Khi người bệnh xuất viện:
  - Bác sĩ có trách nhiệm khám và cho y lệnh điều trị.
  - Điều dưỡng trực sao y lệnh chuyển bộ phận vi tính nhập liệu.
  - Bộ phận vi tính nhập liệu và hướng dẫn người nuôi bệnh nhận thuốc tại kho lễ khoa Dược sau đó nhận giấy ra viện lúc 16 giờ tại buồng hành chánh.

## QUY TRÌNH

# BỆNH CHUYỂN TRẠI, CHUYỂN KHOA

## **I) QUY ĐỊNH CHUNG :**

1) Người bệnh được thực hiện y lệnh điều trị trước khi chuyển (trừ trường hợp đặc biệt có chỉ định riêng).

2) Điều dưỡng trực có trách nhiệm hộ tống và bàn giao người bệnh theo yêu cầu điều trị.

## **II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ:**

### **1) Bệnh chuyển khoa:**

- Điều dưỡng trực: ghi nhận thời gian và tình trạng người bệnh vào phiếu ghi chú điều dưỡng trước khi chuyển.

- Nội dung gồm:

.Bàn giao người bệnh

.Hồ sơ bệnh án và những thông tin khác liên quan đến người bệnh (đồ trang sức, tiền viện phí,..)

.Thuốc và dịch truyền (căn cứ y lệnh ngày điều trị).

### **2) Bệnh chuyển trại:**

#### **a/ Bệnh từ trại đất, lều chuyển vào khu cấp cứu:**

- Điều dưỡng trực: ghi nhận thời gian và tình trạng người bệnh vào phiếu ghi chú điều dưỡng trước khi chuyển.

- Nội dung gồm:

.Bàn giao người bệnh

.Hồ sơ bệnh án và những thông tin khác liên quan đến người bệnh.

.Thuốc và dịch truyền (căn cứ y lệnh ngày điều trị).

#### **b/ Bệnh từ khu cấp cứu chuyển ra trại đất, lều:**

- Điều dưỡng trực: ghi nhận thời gian và tình trạng người bệnh vào phiếu ghi chú điều dưỡng trước khi chuyển.

- Nội dung gồm:

.Bàn giao người bệnh

.Hồ sơ bệnh án và những thông tin khác liên quan đến người bệnh.

.Thuốc và dịch truyền (căn cứ y lệnh ngày điều trị. Đối với bệnh mới đến và chuyển trong giờ trực, y lệnh điều trị được giao trọn ngày).



## MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG KHOA NHI NĂM 2010

□ **Mục tiêu I:**

TÊN MỤC TIÊU	Giảm tỉ lệ tử vong bệnh “Sốt xuất huyết”
MỤC ĐÍCH	- Giảm tỉ lệ tử vong bệnh. - Nâng cao chất lượng điều trị.
CÔNG THỨC ĐO	Tỉ lệ $\frac{\text{Số ca SXH tử vong}}{\text{Số ca SXH xuất viện}}$ (năm) Dựa vào hồ sơ bệnh án
NGUỒN DỮ LIỆU	- Số liệu thống kê từ phòng Kế Hoạch Tổng Hợp bệnh viện
TẦN SUẤT ĐO	- Mỗi quý.
KẾT QUẢ PHẢI ĐẠT	- Tỉ lệ tử vong SXH chung < 0.5% - Tỉ lệ tử vong SXH độ III-IV < 2.0%
NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM CHUNG	- Bác sĩ Trưởng khoa.
NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM HÀNH ĐỘNG	- Bác sĩ Phó trưởng khoa phụ trách chuyên môn.
KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG	- Xem bảng kế hoạch.

## MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG KHOA NHI NĂM 2010

□ **Mục tiêu II:**

TÊN MỤC TIÊU	Giảm thời gian sử dụng kháng sinh đường tiêm trong bệnh viêm phổi
MỤC ĐÍCH	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Giảm áp lực công việc cho điều dưỡng.</li> <li>- Giảm đau cho bệnh nhi.</li> <li>- Giảm nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện.</li> </ul>
CÔNG THỨC ĐO	$\text{Ti lệ} \frac{\text{Số ca viêm phổi điều trị tiếp nối}}{\text{Số ca viêm phổi xuất viện}} \text{ (năm) Dựa vào hồ sơ bệnh án}$
NGUỒN DỮ LIỆU	- Số liệu thống kê từ phòng Kế Hoạch Tổng Hợp bệnh viện
TẦN SUẤT ĐO	- Mỗi quý.
KẾT QUẢ PHẢI ĐẠT	- Ít nhất 40% số ca viêm phổi được điều trị tiếp nối kháng sinh đường tiêm bằng kháng sinh đường uống.
NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM CHUNG	- Bác sĩ Trưởng khoa.
NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM HÀNH ĐỘNG	- Bác sĩ Phó trưởng khoa phụ trách chuyên môn.
KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG	- Xem bảng kế hoạch.

## MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG KHOA NHI NĂM 2010

□ **Mục tiêu III:**

TÊN MỤC TIÊU	Giảm tỉ lệ tử vong và nặng xin về của bệnh “Sốt xuất huyết”
MỤC ĐÍCH	- Giảm tỉ lệ tử vong. - Nâng cao chất lượng điều trị.
CÔNG THỨC ĐO	Tỉ lệ $\frac{\text{Số ca tử vong + nặng xin về}}{\text{Số ca sơ sinh xuất viện}}$ (năm) Dựa vào hồ sơ bệnh án
NGUỒN DỮ LIỆU	- Số liệu thống kê từ phòng Kế Hoạch Tổng Hợp bệnh viện
TẦN SUẤT ĐO	- Mỗi quý.
KẾT QUẢ PHẢI ĐẠT	- Ít nhất 40% số ca viêm phổi được điều trị tiếp nối kháng sinh đường tiêm bằng kháng sinh đường uống.
NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM CHUNG	- Bác sĩ Trưởng khoa.
NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM HÀNH ĐỘNG	- Bác sĩ Phó trưởng khoa phụ trách chuyên môn.
KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG	- Xem bảng kế hoạch.

## KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG

Số TT	HÀNH ĐỘNG	TRÁCH NHIỆM	THỜI GIAN
1	- Thống kê số liệu tử vong nặng xin về hàng tháng tại khoa Nhi.	-Điều dưỡng phụ trách báo cáo thống kê bệnh ra vào viện.	Cuối mỗi tháng
2	- Sơ kết báo cáo mỗi quý/lần.	-Trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa.	Cuối mỗi quý
3	- Phân tích số liệu mỗi quý/lần.	-Trưởng khoa điều dưỡng phụ trách báo cáo thống kê.	Cuối mỗi quý

## DANH MỤC HỒ SƠ CHẤT LƯỢNG

TT	Tên hồ sơ	Mã số	Nơi lưu trữ	NV lưu trữ	Phương pháp lưu trữ	Người được phép xem hồ sơ	Thời gian lưu	Phương pháp hủy bỏ
1	Sổ khám bệnh PK	1	Tủ Hs	ĐD.HC	Lưu mạng VT	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
2	SỔ VV-RV-CV	2	Tủ Hs	ĐD.HC	Lưu mạng VT	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
3	Sổ báo cáo bệnh (tháng PK)	3	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
4	Sổ bàn giao bệnh chuyên khoa	4	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
5	Sổ bàn giao bệnh chuyển viện	5	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
6	Sổ mời hội chẩn	6	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
7	Sổ biên bản hội chẩn	7	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
8	Sổ thường trực	8	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
9	Sổ bàn giao bệnh nặng	9	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
10	Sổ họp khoa	10	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
11	Sổ họp công đoàn	11	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng CĐ
12	Sổ bình bệnh án	12	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
13	Sổ bình hồ sơ CS & sinh hoạt CM	13	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
14	Sổ mô tả công việc	14	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
15	Sổ chỉ đạo tuyến	15	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH

16	Sổ đào tạo bồi dưỡng chuyên môn	16	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
17	Sổ góp ý của người bệnh	17	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
18	Sổ đi buồng	18	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
19	Sổ chấm công	19	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	01 tháng	Trả phòng TCCB
20	Sổ sinh hoạt hội đồng người bệnh	20	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
21	Sổ họp ĐDTK	21	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
22	Sổ mượn thuốc trực	22	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả khoa Dược
23	Sổ lãnh thuốc hướng tâm thần	23	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả khoa Dược
24	Sổ lãnh máu	24	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả khoa XN
25	Sổ bàn giao mẫu CLS	25	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	01 năm	Tự hủy
26	Sổ sao y lệnh trực	26	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	01 năm	Tự hủy
27	Sổ giao thuốc chích giờ	27	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	01 năm	Tự hủy
28	Sổ bàn giao thuốc tử trực “1”	28	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	01 năm	Tự hủy
29	Sổ bàn giao thuốc tử trực “2”	29	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	01 năm	Tự hủy
30	Sổ bàn giao y dụng cụ	30	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	01 năm	Tự hủy
31	Sổ trả hồ sơ ra viện (BHYT)	31	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
32	Sổ trả hồ sơ ra viện (BHYT <6t)	32	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
33	Sổ trả hồ sơ ra viện (MP)	33	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
34	Sổ in phiếu thanh toán chênh lệch	34	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
35	Sổ in phiếu thanh toán BHYT	35	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
36	Sổ đăng ký miễn phí	36	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy

37	Sổ chuyển đổi tượng	<b>37</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
38	Sổ trả phiếu BHYT	<b>38</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
39	Sổ theo dõi thủ thuật	<b>39</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
40	Sổ theo dõi rủi ro vật sắc nhọn	<b>40</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
41	Sổ theo dõi nhầm lẫn thuốc	<b>41</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
42	Sổ ARD	<b>42</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
43	Sổ cấp giấy báo tử	<b>43</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
44	Sổ biên bản tử vong	<b>44</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
45	Sổ kiểm tra	<b>45</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
46	Sổ phân công nhân sự	<b>46</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
47	Sổ lãnh giấy in ấn	<b>47</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
48	Sổ báo sửa chữa	<b>48</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
49	Sổ tài sản khoa	<b>49</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng TCKT
50	Sổ theo dõi khám bệnh nhân viên	<b>50</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa		Đổi phòng TCCB
51	Sổ lưu công văn đến	<b>51</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
52	Sổ lưu công văn đi	<b>52</b>	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
53	Sổ tuyên truyền phòng bệnh	53	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
54	Sổ sai sót chuyên môn	54	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
55	Sổ báo cáo tuần	55	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy

## DANH MỤC TÀI LIỆU NỘI BỘ HIỆN HÀNH

TT	Tên tài liệu	Mã Số	Lần ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Lần sửa đổi				
					Máy tính	Tủ tài liệu	01	02	03	04	05
1	Quy chế chống nhiễm khuẩn.		01	18/03/2009	X	X					
2	Quy chế công tác khoa Nhi		01	19/09/1997	X	X					
3	Nội qui bệnh viện		01	01/8/2008		X					
4	Nội qui định hoạt động khoa Nhi		01	2008	X	X					
5	Quy định quyền & nghĩa vụ TNBN....		01	01/8/2008		X					
6	Quy định đối với nhân viên khoa Nhi		01	2008	X	X					
7	Quy định thời gian sử dụng d/cụ vô khuẩn		01	2007		X					
8	Quy chế sử dụng thuốc		01	18/03/2009	X	X					
9	Quy chế kê đơn thuốc điều trị ngoại trú		01	01/02/2008		X					
10	Quy chế quản lý chất thải y tế		01	30/11/2007	X	X					
11	Quy chế xử lý chất thải y tế		01	18/03/2009	X	X					
12	Quy chế hội chẩn		01	18/03/2009	X	X					
13	Quy trình bệnh chuyên trại, chuyên khoa		01	3/2010	X	X					
14	Qui trình chăm sóc		01	18/03/2009	X	X					
15	Quy trình điều trị ngoại trú		01	18/03/2009	X	X					
16	Quy trình hướng dẫn điều trị nội trú		01	18/03/2009	X	X					



17	Quy trình chuyển viện		01	05/02/2009		X					
18	Quy trình tiếp nhận bệnh tại PK nhi		01	18/03/2009	X	X					
19	Quy trình rửa tay thường quy		01	12/10/2007		X					
20	Quy trình rửa tay bằng dd có cồn		01	12/10/2007		X					
21	Quy trình xử lý d/cụ k/loại tại khoa LS		01	10/2009		X					
22	Quy trình xử lý d/cụ không chịu nhiệt		01	10/2009		X					
23	Quy trình sử dụng găng tay		01	2007		X					
24	Quy trình tiệt khuẩn dây máy thở		01	2007		X					
25	Quy trình sử dụng dây, bình làm ẩm o xy		01	2007		X					
26	Quy chế chống nhiễm khuẩn buồng SS		01	2007		X					
27	Quy chế chi tiêu nội bộ 2009		01	27/3/2009		X					
28	Phác đồ điều trị khoa Nhi		01	18/03/2009	X	X					
29	Mục tiêu chất lượng 2010-KN		01	18/03/2009	X	X					
30	Chính sách chất lượng BVĐKTT-AG		01	25/03/2009		X					
31	Sổ tay chất lượng		01	25/03/2009		X					

## DANH MỤC TÀI LIỆU BÊN NGOÀI HIỆN HÀNH

TT	Tên tài liệu	Mã số	Tác giả/Nơi ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Ghi chú
					Máy tính	Tủ ti liệu	
1	Qui chế bệnh viện		Bộ Y Tế	19/09/1997		X	
2	Phác đồ điều trị Nhi khoa		Bệnh viện Nhi Đồng 1	2009		X	
3	Hướng dẫn qui trình chăm sóc người bệnh (I, II)		Bộ Y Tế	29/3/2004		X	
4	Điều dưỡng cơ bản		Vụ khoa học- đào tạo	1995		X	
5	Principles of internal medicins		Harrison	1998		X	
6	Textbook of Pediatrics		Nelson	2007		X	