

Số: 106/QĐ-TTYT

Than Uyên, ngày 08 tháng 5 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa”

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN THAN UYÊN

Căn cứ Quyết định số 1981/QĐ- BYT, ngày 05/6/2014 của Bộ Y tế Về việc ban hành “Quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Hô hấp”;

Căn cứ Quyết định số 3592/QĐ- BYT, ngày 11/9/2014 của Bộ Y tế Về việc ban hành “Quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Thận - tiết niệu”;

Căn cứ Quyết định số 3805/QĐ- BYT, ngày 25/9/2014 của Bộ Y tế Về việc ban hành “Quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Tiêu hóa”;

Căn cứ Quyết định số 1985/QĐ-SYT, ngày 28/12/2018 của Sở Y tế Lai Châu về việc Ban hành quy định về phân cấp quản lý công tác tổ chức bộ máy, biên chế và công chức, viên chức cho các đơn vị thuộc Sở Y tế;

Căn cứ Biên bản họp ngày 15/3/2019 của Hội đồng chuyên môn V/v xây dựng Quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này 55 Quy trình kỹ thuật Nội khoa.

(Có quy trình kỹ thuật chi tiết kèm theo)

Điều 2. Các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than Uyên có nhiệm vụ:

- Triển khai áp dụng hiệu quả các quy trình được phê duyệt.
- Kịp thời tham mưu, đề xuất các điều kiện để phát huy hiệu quả các quy trình.
- Tiếp tục tham mưu, đề xuất các quy trình kỹ thuật mới thuộc chuyên ngành Nội khoa để áp dụng tại đơn vị.
- Các dịch vụ kỹ thuật khác đã được Sở Y tế phê duyệt nhưng đơn vị chưa ban hành quy trình kỹ thuật để thực hiện thì thực hiện áp dụng theo các quyết định hướng dẫn quy trình kỹ thuật do Bộ Y tế đã ban hành.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực từ ngày ký ban hành. Trưởng phó các đơn vị trực thuộc Trung tâm Y tế Than Uyên căn cứ Quyết định thi hành./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Sở Y tế Lai Châu;
- Lưu: KH-NV.

GIÁM ĐỐC

DANH MỤC
HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI KHOA
(Kèm theo Quyết định số 106 /QĐ-TTYT, ngày 08/05/2019 của TTYT Than Uyên)

TT	QUY TRÌNH KỸ THUẬT
1	Quy trình kỹ thuật chọc hút dịch màng phổi cấp cứu
2	Quy trình kỹ thuật chọc dò dịch màng phổi
3	Quy trình kỹ thuật dẫn lưu khí màng phổi cấp cứu
4	Quy trình kỹ thuật dẫn lưu màng phổi
5	Quy trình kỹ thuật chọc hút khí màng phổi cấp cứu
6	Quy trình kỹ thuật rút ống dẫn lưu màng phổi, dẫn lưu ổ áp xe
7	Quy trình kỹ thuật đặt nội khí quản
8	Quy trình kỹ thuật khai thông đường thở
9	Quy trình kỹ thuật thổi ngạt
10	Quy trình kỹ thuật bóp bóng qua mặt nạ
11	Quy trình kỹ thuật thở oxy qua gọng kính
12	Quy trình kỹ thuật thở oxy qua mặt nạ có túi
13	Quy trình kỹ thuật vỗ rung lồng ngực
14	Kỹ thuật rút nội khí quản
15	Quy trình kỹ thuật hút đờm cho người bệnh có đặt NKQ, mở khí quản
16	Quy trình kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực
17	Quy trình kỹ thuật cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản
18	Quy trình kỹ thuật chọc tháo dịch ổ bụng
19	Quy trình kỹ thuật đặt ống thông dạ dày
20	Quy trình kỹ thuật đặt ống thông hậu môn
21	Quy trình kỹ thuật ho có điều khiển
22	Chọc dịch tủy sống
23	Kỹ thuật tiêm trong da
24	Kỹ thuật tiêm dưới da
25	Kỹ thuật tiêm bắp
26	Kỹ thuật truyền máu và các chế phẩm máu

27	Mở màng phổi tối thiểu dẫn lưu khí – dịch màng phổi
28	Dẫn lưu màng phổi, ổ áp xe dưới hướng dẫn của siêu âm
29	Chăm sóc lỗ mở khí quản
30	Chọc hút nước tiểu trên xương mu
31	Chụp bàng quang chẩn đoán trào ngược bàng quang – niệu quản
32	Dẫn lưu bề thận qua da cấp cứu
33	Đặt sonde bàng quang
34	Đo lượng nước tiểu 24 giờ
35	Rửa bàng quang lấy máu cục
36	Nội soi bàng quang
37	Rút sonde dẫn lưu bề thận qua da
38	Rửa dạ dày cấp cứu
39	Thụt thuốc qua đường hậu môn
40	Thụt tháo chuẩn bị sạch đại tràng
41	Thụt tháo phân
42	Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng cấp cứu
43	Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng có dùng thuốc tiền mê
44	Chọc tháo dịch ổ bụng điều trị
45	Cho ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc hồng tràng (một lần)
46	Kỹ thuật khí dung thuốc gián phế quản
47	Điện tim thường
48	Hướng dẫn kỹ thuật tiêm Insulin
49	Điều trị trạng thái động kinh
50	Nghiệm pháp đánh giá rối loạn nuốt tại giường cho người bệnh TBMM não
51	Tắm cho người bệnh trong các bệnh thần kinh tại giường
52	Thay băng các vết loét hoại tử rộng sau TBMM não
53	Theo dõi SpO2 liên tục tại giường
54	Vệ sinh răng miệng cho người bệnh thần kinh tại giường
55	Xoa bóp phòng chống loét trong các bệnh thần kinh (một ngày)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút dịch màng phổi nhằm mục đích hút dịch, máu, mủ, khí có nhiều trong khoang màng phổi gây suy hô hấp cấp nhằm hạn chế nguyên nhân gây tử vong.

II. CHỈ ĐỊNH CHÍNH

TKMP trên một tổn thương phổi: giãn phế nang, xơ phổi, lao phổi, tụ cầu phổi,..

Tràn máu màng phổi.

Tràn mủ màng phổi.

Tràn dịch hoặc tràn máu màng phổi tái phát nhanh (nhằm gây dính).

III. CHUẨN BỊ TRƯỚC DẪN LƯU

1. Người bệnh

XQ phổi mới (cùng ngày chọc).

MC -MĐ.

Giải thích cho người bệnh và động viên người bệnh hợp tác với người thực hiện.

Tiêm atropin 0,5mg.

Tiêm an thần nếu người bệnh lo lắng hoặc có nguy cơ đẩy dựa nhiều.

Tư thế người bệnh: có tư thế nằm và ngồi.

+ Nằm: người bệnh nằm ngửa, thẳng người, đầu cao, thân người nghiêng về phía phổi lành, tay phía bên đặt dẫn lưu giơ cao lên phía đầu.

+ Ngồi: người bệnh ngồi trên ghế tựa, mặt quay về phía vai ghe, 2 tay khoanh trước mặt đặt lên vai ghe, ngực tỳ vào vai ghe (có đệm một gói mềm).

2. Dụng cụ

Kim kích thước lớn 25G hoặc kim có kèm theo catheter dẫn lưu

3. Người thực hiện

Chuẩn bị như làm phẫu thuật:

Đội mũ, đeo khẩu trang.

Rửa tay xà phòng.

Sát trung tay bằng cồn.

Mặc áo mổ.

Đi găng vô trùng.

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho người bệnh, gia đình người bệnh và kí cam kết đồng ý kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn điểm chọc

- Phải khám thực thể xác định vùng tràn dịch màng phổi, xem phim Xq ngực thẳng nghiêng, và đặc biệt nếu có siêu âm nên sử dụng để xác định vị trí chính xác nhất.

2. Tiến hành thủ thuật

Giải thích cho Người bệnh, ký giấy làm thủ thuật

Sát khuẩn vùng da định làm thủ thuật.

Gây tê bằng Xylocain lần lượt từng lớp thành ngực, dùng kim gây tê chọc thăm dò màng phổi.

Vị trí chọc kim được ưu tiên lựa chọn là điểm nối giữa cột sống tới đường nách sau. Gõ từ trên xuống cho tới khi phát hiện vùng gõ đục và dịch xuống thêm một khoang liên sườn nữa. Không nên chọc vào vùng cạnh cột sống hoặc sâu quá liên sườn 9. Sử dụng kim 25G trong có chứa lidocain tạo một nốt phỏng nhỏ trên da. Sau đó chọc qua nốt phỏng gây tê tại chỗ từng lớp từng lớp sâu hơn. Phải giữ kim vuông góc với mặt da trong suốt quá trình làm thủ thuật. Tạo chân không trong bơm tiêm cho tới khi hút ra dịch, tiếp tục đẩy sâu vào 2-3 mao mạch sau đó rút nòng ra đẩy kim sâu vào khoang màng phổi. Cố định catheter chắc chắn.

Lấy dịch để làm xét nghiệm tế bào, sinh hóa, cấy, nhuộm và các phản ứng PCR tìm lao.

Nếu mục tiêu chọc hút dịch để điều trị nên nối kim với hệ thống túi gom. Nên rút không quá 1500 ml dịch để tránh gây phù phổi do tái nở phổi nhanh. Một biện pháp khác là hút liên tục duy trì áp lực âm 20cmH₂O.

Nên chụp phim ngực sau chọc hút.

V. THEO DÕI

Theo dõi M, HA, SpO₂ 15 phút/lần trong 3 giờ sau làm thủ thuật

VI. TAI BIẾN

Chọc không ra dịch

Tràn khí màng phổi

Phản xạ phế vị

Chảy máu màng phổi

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: CHỌC DÒ DỊCH MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch màng phổi là kỹ thuật sử dụng kim nhỏ chọc hút dịch từ khoang màng phổi. Việc chọc dịch màng phổi giúp lấy xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có hội chứng 3 giảm trên lâm sàng
- Hình ảnh tràn dịch màng phổi trên Xquang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Một số trường hợp cần lưu ý khi chọc dịch màng phổi:
 - + Có rối loạn đông máu, cầm máu
 - + Rối loạn huyết động.
 - + Tổn thương da thành ngực vùng định chọc kim qua

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sỹ đã làm thành thạo kỹ thuật chọc dịch màng phổi.
- 01 Điều dưỡng đã được đào tạo phụ giúp kỹ thuật chọc dịch màng phổi.

2. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh mục đích của thủ thuật và các tai biến có thể xảy ra.
- Hướng dẫn người bệnh hít thở theo yêu cầu.
- Tiêm dưới da một ống atropin 1/4mg trước khi chọc dịch 15 phút.
- Tư thế người bệnh: tốt nhất ngồi tư thế cưỡi ngựa, trường hợp nặng có thể nằm đầu cao.
- Cam kết đồng ý chọc dịch màng phổi.

3. Phương tiện

- Thuốc: Atropin 1/4mg: 2 ống, lidocain 2% (ống 2ml): 3 ống.
- Dụng cụ: bơm tiêm 20ml: 2 chiếc, 1 bộ dây truyền, 2 gói gạc N2, 1 chạc ba, 1 kim 20G, 5 ống đựng dịch, 2 đôi găng tay vô trùng, băng vô trùng, cồn sát trùng.
- Thuốc và dụng cụ cấp cứu: Adrenalin 1mg, Methylprednisolon 40mg, bộ

đặt nội khí quản, bóng Ambu, máy hút đờm, hệ thống thở oxy.

4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ các xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, AST, ALT, creatinin.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: xem lại chỉ định chọc dịch, các xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hóa máu.

2. Kiểm tra người bệnh: tư thế người bệnh khi chọc dịch.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát trùng vùng định chọc dịch (2 lần với cồn iod 1%, 1 lần với cồn 70 độ).

- Trải săng có lỗ.

- Gây tê: Chọc kim ở vị trí sát bờ trên xương sườn, góc kim 45 độ so với mặt da, bơm 0,3- 0,5ml Lidocain vào trong da, sau đó dựng kim vuông góc với thành ngực, gây tê từng lớp (trước khi bơm Lidocain phải kéo piston của bơm tiêm để đảm bảo không có máu), tiếp tục gây tê sâu dần cho tới khi hút được dịch màng phổi là chắc chắn kim đã chọc vào khoang MP, bơm nốt thuốc tê vào khoang MP rồi rút bơm và kim tiêm ra.

- Lắp bơm 20ml vào kim 18- 20G (nếu chọc tháo dịch lắp thêm ba chạc và dây truyền, một đầu dây truyền nối với bình đựng dịch).

- Chọc kim ở vị trí đã gây tê.

- Đưa dần kim qua các lớp thành ngực với chân không trong tay đến khi hút ra dịch.

- Hút đủ dịch làm xét nghiệm thì rút kim ra và bơm dịch vào ống xét nghiệm.

- Nhận xét màu sắc, số lượng dịch chọc và ghi vào sổ theo dõi chọc dịch màng phổi, ghi vào bệnh án

VI. THEO DÕI

- Các dấu hiệu cường phế vị: sắc mặt thay đổi, mặt tái, vã mồ hôi, hoa mắt chóng mặt, có thể nôn, mạch chậm.

- Khó thở, ho nhiều

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Choáng do lo sợ: Uống 200ml nước đường nóng.

- Cường phế vị: đặt người bệnh nằm đầu thấp, gác chân lên cao, tiêm 1 ống Atropin ¼ mg pha loãng 2ml Natriclorua 0,9% tĩnh mạch hoặc 1 ống tiêm dưới da.

- Khó thở, ho nhiều: cho người bệnh nằm đầu cao, thở oxy, khám để phát

hiện dấu hiệu tràn khí màng phổi, hoặc phù phổi cấp.

- Nếu tràn khí màng phổi: thở oxy, dùng catheter hút khí màng phổi.
- Nếu phù phổi cấp: Cấp cứu như phù phổi cấp.
- Tràn máu màng phổi: mở màng phổi dẫn lưu, nếu nặng truyền máu, chuyên ngoại khoa can thiệp phẫu thuật./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: DẪN LƯU KHÍ MÀNG PHỔI CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút, dẫn lưu khí màng phổi là 1 kỹ thuật cấp cứu.

Thường thực hiện ở các khoa cấp cứu để điều trị các người bệnh bị tràn khí màng phổi.

Là kỹ thuật quan trọng nhưng không phải khó thực hiện, là yêu cầu bắt buộc phải nắm rõ đối với các bác sĩ cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tràn khí màng phổi tự nhiên tiên phát.

- Tràn khí màng phổi áp lực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

Chống chỉ định tương đối:

Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát (thường mở dẫn lưu màng phổi).

Tràn khí màng phổi do chấn thương không áp lực.

Chú ý khi có:

Rối loạn đông máu: những bất thường như giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu nên được điều chỉnh sớm nếu cần thiết.

Nhiễm trùng da tại vị trí dự định chọc hút khí, (nên chọn vị trí da không bị nhiễm trùng).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh yên tâm vì khi hút khí ra người bệnh sẽ đỡ khó thở.

Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO₂).

Kiểm tra phim XQ phổi, xác định chính xác bên bị tràn khí.

2. Dụng cụ

Dụng dịch sát trùng da: cồn, iod.

Dụng cụ gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, kim 25G, xy lanh 5ml.

Găng, mũ, áo, khẩu trang vô trùng.

Toan vô trùng.

Dụng cụ theo dõi SpO₂.

Kim chọc hút khí màng phổi, thường dùng loại 16-18G hoặc lớn hơn nếu cần, không nên dùng các loại kim có mũi vát quá nhọn dễ gây thủng và vỡ các bóng khí ở nhu mô phổi (tốt nhất dùng catheter chọc màng phổi chuyên biệt).

Dây dẫn gắn với khóa chạc 3.

Bơm tiêm hút khí loại 50-100ml hoặc máy hút các bình dẫn lưu.

Bộ mở màng phổi, nếu khi cần sẽ mở dẫn lưu màng phổi.

3. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh và kí cam kết đồng ý kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Người bệnh ngồi tựa lưng vào ghế tựa hoặc nằm tư thế Fowler.

Khám và xác định vị trí tràn khí màng phổi, đối chiếu với phim XQ.

Sát trùng vị trí chọc.

Gây tê tại vị trí chọc ở chỗ giao nhau giữa khoang liên sườn II (hay III) và đường giữa xương đòn, hoặc khoang liên sườn IV (hay V) đường nách giữa.

Lắp kim vào xyranh 5ml, đâm kim thẳng góc với mặt da ngay bờ trên xương sườn dưới (để tránh bó mạch thần kinh liên sườn).

Vừa đâm kim vừa hút chân không đến khi vào đến khoang màng phổi (lực hút trên xyranh giảm đột ngột, Người bệnh ho do bị kích thích màng phổi), rút nòng trong, tiếp tục luôn vỏ ngoài vào.

Lắp chuôi catheter vào dây dẫn có gắn khóa chạc 3 hoặc ống cao su có kẹp kìm Kocher thay chovan.

Hút khí bằng bơm tiêm cho đến khi hút không ra gì (ngưng hút khi gặp kháng lực, Người bệnh ho). Đóng chạc 3 và cố định catheter.

Theo dõi 6-8 giờ, chụp lại phim XQ phổi, nếu hết khí, Người bệnh hết khó thở có thể cho về nhà theo dõi.

Nếu hút không hết khí, lắp vào máy hút liên tục.

VI. TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG

Chảy máu và đau do chọc vào bó mạch thần kinh liên sườn.

Nhiễm trùng: do thủ thuật thiếu vô trùng.

Tràn khí dưới da./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DẪN LƯU MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Dẫn lưu khoang màng phổi là một can thiệp ngoại khoa tối thiểu, đặt một ống dẫn lưu vào khoang màng phổi nhằm:

Dẫn lưu sạch máu, dịch và khí trong khoang màng phổi

Giúp phổi nở tốt

Tái tạo áp lực âm trong khoang màng phổi

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp tràn khí màng phổi :

+ Có van (xupap)

+ ở Người bệnh đang dùng máy thở

+ Có áp lực sau khi chọc kim ban đầu để giảm áp

+ Dai dẳng hoặc tái phát sau khi đã chọc hút đơn thuần

+ Thở phát ở Người bệnh trên 50 tuổi

+ Trên một tổn thương phổi: giãn phế nang, xơ phổi, tụ cầu phổi, lao phổi

Tràn máu màng phổi

Tràn mủ màng phổi

Tràn máu hoặc tràn dịch màng phổi tái phát nhanh (nhằm gây dính)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Phổi đông đặc dính vào thành ngực khắp một nửa phổi

Tràn dịch màng phổi do suy tim, suy thận, nếu khó thở chỉ chọc hút, không dẫn lưu.

Rối loạn đông máu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

Chụp Xquang phổi mới (cùng ngày dẫn lưu)

Giải thích cho Người bệnh hiểu và hợp tác với người thực hiện

Tiêm 0,5mg atropin dưới da

Tiêm an thần nếu Người bệnh lo lắng hoặc có nguy cơ kích thích nhiều

Tư thế Người bệnh: Có thể nằm hoặc ngồi tùy trường hợp cụ thể

+ Ngồi: Người bệnh ngồi trên ghế tựa, mặt quay về phía vai ghế, hai tay khoanh trước mặt đặt lên vai ghế, ngực tỳ vào vai ghế.

+ Nằm: Người bệnh nằm ngửa, thẳng người, thân người nghiêng về bên phổi lành, tay phía dẫn lưu nâng cao lên phía đầu.

2. Dụng cụ

Dẫn lưu:

+ Dẫn lưu Monod: ống dẫn lưu bằng cao su và trocar, dẫn lưu to và cứng nên thường dùng cho trường hợp tràn máu, mũ màng phổi.

+ Dẫn lưu Joly: ống dẫn lưu có mandrin bên trong, ít dùng vì nòng sắt bên trong có thể gây biến chứng như: chấn thương phổi, mạch máu, tim.

+ Dẫn lưu Monaldi

Máy hút và hệ thống ống nối

Bộ mở màng phổi

Bơm tiêm, kim tiêm

Săng vô khuẩn, bông gạc, cồn 70⁰, cồn iod, găng vô khuẩn

Xylocain 2 %

3. Người thực hiện

Như chuẩn bị làm phẫu thuật:

Đội mũ, đeo khẩu trang

Rửa tay xà phòng

Sát trùng tay bằng cồn

Mặc áo mổ

Đi găng vô trùng

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh và kí kết đồng ý kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn điểm chọc

Tràn khí màng phổi: khoang liên sườn 2, 3 đường giữa đòn bên có tràn khí

Tràn dịch màng phổi, tràn máu màng phổi: khoang liên sườn 7, 8 đường nách giữa (nách trước) bên có tổn thương

Tràn dịch, tràn khí màng phổi: Dùng cả 2 đường hoặc khoang liên sườn 4,5 đường nách giữa

Dịch mủ nhiều: Dùng cả 2 đường, 1 để dẫn lưu, 1 để bơm rửa

2. Đặt ống dẫn lưu

Sát khuẩn vùng da định làm thủ thuật

Gây tê bằng xylocain từng lớp thành ngực đồng thời chọc thăm dò màng phổi

Rạch da từ 0,5 - 1cm dọc theo bờ trên xương sườn dưới

Dùng panh kocher không máu tách dần các thớ cơ thành ngực

Đặt dẫn lưu vào khoang màng phổi:

+ Dẫn lưu Monod: Chọc trocar vuông góc với thành ngực vào khoang màng phổi, rút lòng trocar. Kẹp đầu ngoài ống dẫn lưu, luồn ống dẫn lưu vào trocar rồi đẩy vào khoang màng phổi đến vị trí đã định (luồn sâu 6-10 cm) rút trocar ra.

+ Dẫn lưu Joly: Chọc dẫn lưu vuông góc với thành ngực rút nòng dẫn lưu ra 1 cm rồi đẩy dẫn lưu vào khoang màng phổi đến vị trí đã định, rút nòng dẫn lưu ra.

Nối dẫn lưu với máy hút hoặc bình dẫn lưu

Cố định dẫn lưu vào da bằng chỉ khâu. Đặt một đường khâu túi hoặc khâu chữ U quanh ống dẫn lưu để thắt lại khi rút ống.

Kiểm tra lại dẫn lưu

3. Dẫn lưu

Dẫn lưu 1 bình: áp dụng cho Người bệnh tràn khí màng phổi đơn thuần

Dẫn lưu 2 bình: áp dụng trong dẫn lưu dịch và khí

VI. THEO DÕI

Tình trạng Người bệnh: SpO₂, nhịp thở, ran phổi, tình trạng tràn khí bằng phim chụp phổi hàng ngày.

Tình trạng nhiễm trùng chân ống dẫn lưu, theo dõi và điều chỉnh áp lực hút (không quá 40 cmH₂O).

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

Chảy máu: hay gặp với dẫn lưu Joly hoặc chọc phải mạch máu, cầm máu bằng khâu hoặc thắt động mạch liên sườn.

Phù phổi: thường do hút quá nhanh và quá nhiều, cần giảm áp lực hút và điều trị phù phổi cấp.

Tràn khí dưới da: thường do tắc dẫn lưu, cần kiểm tra và thông ống dẫn lưu

Nhiễm khuẩn: nhiễm trùng tại chỗ đặt dẫn lưu, viêm mủ màng phổi, nhiễm trùng huyết. Sử dụng kháng sinh kinh nghiệm và theo kháng sinh đồ.

Tắc ống dẫn lưu: do cục máu đông, mủ đặc, do gập dẫn lưu, do đặt dẫn lưu không đúng vị trí. Cần thay ống dẫn lưu mới./.

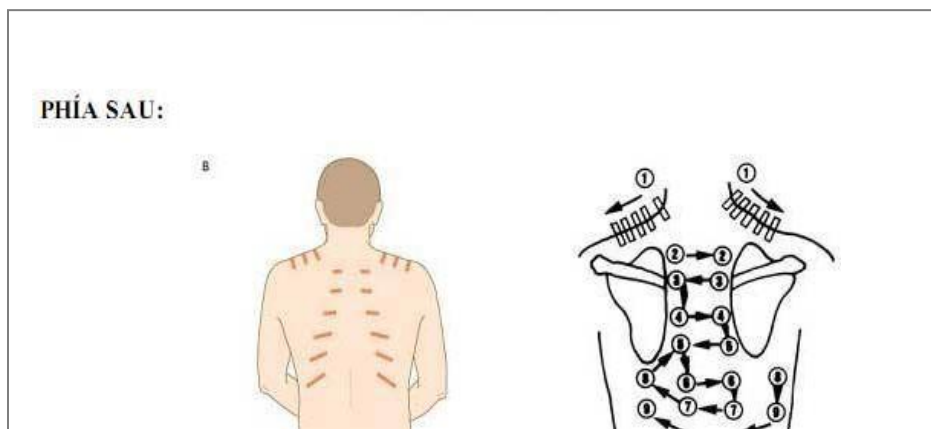
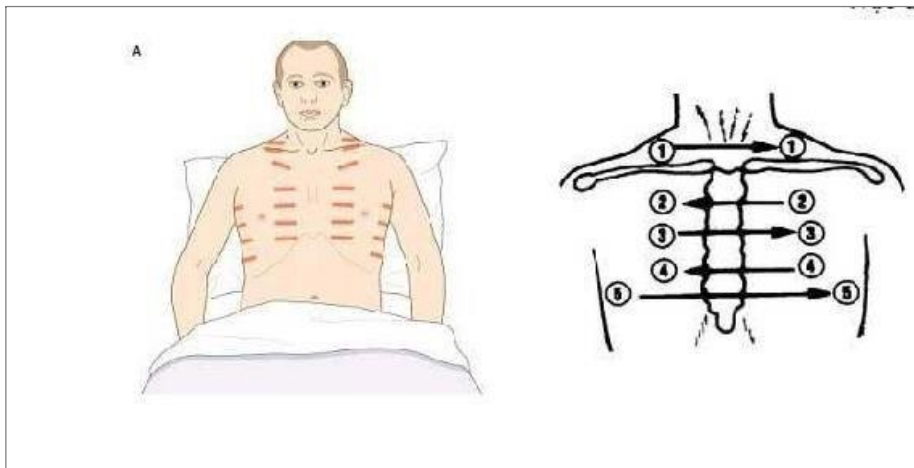
QUY TRÌNH KỸ THUẬT: CHỌC HÚT KHÍ MÀNG PHỔI CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút khí màng phổi là 1 kỹ thuật cấp cứu, thường thực hiện ở các khoa cấp cứu để xử trí ban đầu các Người bệnh bị tràn khí màng phổi

Là kỹ thuật quan trọng nhưng không phải khó thực hiện, là yêu cầu bắt buộc phải nắm rõ đối với các bác sĩ cấp cứu


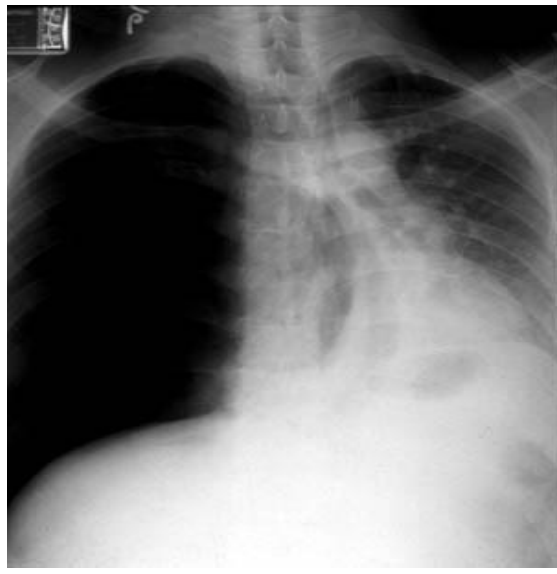
Môc giải phẫu: vị trí các khoang liên sườn



II. CHỈ ĐỊNH

Tràn khí màng phổi tự nhiên tiên phát

Tràn khí màng phổi áp lực

	
<p>Tràn khí màng phổi phải</p>	<p>Tràn khí màng phổi áp lực</p>

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Chống chỉ định tương đối:

- +Tràn khí màng phổi thứ phát (thường mở dẫn lưu màng phổi)
- + Tràn khí màng phổi do chấn thương không tăng áp lực
- + Chú ý khi có: những bất thường như giảm tiểu cầu, rối loạn đông máu (cần nhắc lợi ích và nguy cơ). Nhiễm trùng da tại vị trí dự định chọc hút khí, (nên chọn vị trí da không bị nhiễm trùng)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người làm thủ thuật

Bác sĩ: 01 người, được đào tạo và nắm vững kỹ thuật chọc hút khí màng phổi

Điều dưỡng: 02, được đào tạo về phụ giúp bác sĩ chọc hút khí màng phổi

2. Dụng cụ

Dung dịch sát trùng da: cồn, iod

Dụng cụ gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, kim 25G, xy lanh 5ml

Găng, mũ, áo, khẩu trang vô trùng

Toan vô trùng

Dụng cụ theo dõi SpO2

Kim chọc hút khí màng phổi, thường dùng loại 16-18G hoặc lớn hơn nếu cần, không nên dùng các loại kim có mũi vát quá nhọn để gây thủng và vỡ các bóng khí ở nhu mô phổi (tốt nhất dùng catheter chọc màng phổi chuyên biệt)

Dây dẫn gắn với khóa chạc 3

Bơm tiêm hút khí loại 50-100ml hoặc máy hút các bình dẫn lưu

Bộ mở màng phổi, nếu khi cần sẽ mở dẫn lưu màng phổi

3. Người bệnh

Giải thích cho về kỹ thuật để người bệnh yên tâm, hợp tác

Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2)

Kiểm tra phim XQ phổi, xác định chính xác bên bị tràn khí

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của người bệnh, gia đình người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của Người bệnh, gia đình Người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

2. Kiểm tra Người bệnh

Đánh giá lại các chức năng sống của Người bệnh có an toàn cho thực hiện thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

Người bệnh ngồi tựa lưng vào ghế tựa hoặc nằm tư thế Fowler

Khám và xác định vị trí tràn khí màng phổi, đối chiếu với phim XQ

Sát trùng vị trí chọc

Gây tê tại vị trí chọc ở chỗ giao nhau giữa khoang liên sườn II (hay III) và đường giữa xương đòn, hoặc khoang liên sườn IV (hay V) đường nách giữa.

Lắp kim vào xyranh 5ml, đâm kim thẳng góc với mặt da ngay bờ trên xương sườn dưới (để tránh bó mạch thần kinh liên sườn)

Vừa đâm kim vừa hút chân không đến khi vào đến khoang màng phổi (lực hút trên xyranh giảm đột ngột, Người bệnh ho do bị kích thích màng phổi), rút nòng trong, tiếp tục luôn vỏ ngoài vào

Lắp chuôi catheter vào dây dẫn có gắn khóa chạc 3 hoặc ống cao su có kẹp kìm Kocher thay cho van

Hút khí bằng bơm tiêm cho đến khi hút không ra gì (ngưng hút khi gặp kháng lực, Người bệnh ho). Đóng chạc 3 và cố định catheter

Theo dõi Người bệnh 6-8 giờ, chụp lại phim XQ phổi, nếu hết khí, Người bệnh hết khó thở có thể cho về nhà theo dõi.

Nếu hút không hết khí, lắp vào máy hút liên tục

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Chảy máu và đau do chọc vào bó mạch thần kinh liên sườn

Nhiễm trùng: do thủ thuật thiếu vô trùng

Tràn khí dưới da./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: RÚT ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI, DẪN LƯU Ồ ÁP XE

I. ĐẠI CƯƠNG

Rút ống dẫn lưu màng phổi, ống dẫn lưu ổ áp xe là thủ thuật lấy ống dẫn lưu ra khỏi khoang màng phổi hoặc ổ áp xe phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trần khí màng phổi: dẫn lưu không ra khí và Xquang phổi sau 24 giờ kẹp dẫn lưu không còn tràn khí màng phổi.
- Tràn mủ màng phổi: dẫn lưu và bơm rửa không ra mủ.
- Tràn dịch màng phổi: lượng dịch dẫn lưu < 50ml/ngày.
- Tắc ống dẫn lưu.
- Dẫn lưu mủ có dò thành ngực.
- Dẫn lưu màng phổi quá 2 tuần.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Giải thích cho người bệnh và gia đình mục đích của thủ thuật.
- Bác sỹ, điều dưỡng: thực hiện quy trình vô khuẩn khi làm thủ thuật.

2. Thuốc và dụng cụ

- Atropin 1/4mg: 2 ống, lidocain 2% 2ml: 2 ống
- Hộp chống shock
- Bộ thay băng, cắt chỉ.
- Bơm tiêm 5ml: 2 cái
- Gạc N2: 1 gói
- Găng vô trùng: 1 đôi, găng sạch: 2 đôi
- Săng vô trùng.

3. Người bệnh

Hướng dẫn người bệnh phối hợp hít vào, thở ra và nín thở khi làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nằm đầu cao.

- Sát trùng rộng xung quanh vị trí đặt dẫn lưu.
- Trải săng lổ
- Khâu chỉ chờ.
- Cắt chỉ khâu cố định ống dẫn lưu.
- Yêu cầu người bệnh thử hít vào, thở ra hết và nín thở vài lần.
- Phối hợp đồng thời điều dưỡng rút nhanh ống dẫn lưu ra khỏi khoang màng phổi hoặc ổ áp xe, bác sỹ thắt chỉ chờ sau khi người bệnh thở ra hết và nín thở.
- Sát trùng lại và băng ép.

VI. THEO DÕI

Các triệu chứng lâm sàng: mệt, vã mồ hôi, đau ngực...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Triệu chứng cường phế vị

- Triệu chứng: mệt, choáng, mạch chậm, huyết áp hạ.
- Xử trí: ngừng thủ thuật, cho người bệnh nằm đầu thấp, tiêm bắp 2 ống Atropin 1/4mg, theo dõi monitor mạch, huyết áp, độ bão hòa oxy máu, đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi khi huyết áp < 90/60mmHg.

2. Tràn khí màng phổi

- Do khí vào khoang màng phổi khi rút ống dẫn lưu.
- Cần chụp lại Xquang phổi sau khi rút ống dẫn lưu. Trường hợp tràn khí ít cho thở oxy và theo dõi. Tràn khí nhiều chỉ định chọc hút khí.

VIII. GHI CHÚ: quy trình chuẩn kẹp và rút dẫn lưu màng phổi

1. Đối với dẫn lưu dịch màng phổi: Dựa vào kết quả thăm khám lâm sàng và hình ảnh Xquang phổi của người bệnh, chỉ định rút ống dẫn lưu khi lượng dịch dẫn lưu < 50 ml/24h và màu sắc dịch dẫn lưu trong.

2. Đối với dẫn lưu khí màng phổi: Cần kẹp và rút dẫn lưu theo đúng quy trình như sau:

+ Sau khi mở màng phổi và nối ống dẫn lưu với hệ thống bình hút, cần theo dõi thời điểm chính xác không còn sủi bọt khí trong bình dẫn lưu.

+ Sau 24 giờ tính từ thời điểm không còn sủi bọt khí trong bình: Khám lâm sàng và chụp Xquang phổi xét kẹp ống dẫn lưu. Sẽ có các tình huống sau:

Còn tràn khí màng phổi: kiểm tra lại hệ thống dẫn lưu có bị tắc không; Đầu sonde dẫn lưu có đúng vị trí; Sonde dẫn lưu quá sâu hoặc bị gấp khúc gây cản trở dẫn lưu khí.

Hết tràn khí màng phổi: tiến hành kẹp dẫn lưu khí và ghi bảng theo dõi trong vòng 24 giờ.

+ Sau 24 giờ tính từ thời điểm kẹp ống dẫn lưu: Khám lâm sàng và chụp lại Xquang phổi kiểm tra. Sẽ có các tình huống sau:

Nếu không tái phát tràn khí: tiến hành rút ống dẫn lưu màng phổi.

Nếu tái phát tràn khí màng phổi: mở kẹp và tiếp tục hút dẫn lưu.

Đồng thời phải kiểm tra xem hệ thống dẫn lưu có bị hở không? Xem xét áp dụng phương pháp điều trị khác (gây dính, nội soi lồng ngực...) nếu phương pháp hút dẫn lưu đơn thuần không có kết quả.

Kỹ thuật rút ống

- Khi rút, dẫn lưu phải được hút liên tục cho đến khi rút hoàn toàn ống ra khỏi khoang màng phổi để loại bỏ nốt phần khí và dịch còn sót lại trong ống cũng như trong khoang màng phổi.

- Thất chỉ chờ ngay sau khi ống được rút, sát khuẩn bằng betadin, băng lại cẩn thận. Hẹn người bệnh sau 1 tuần đến cơ sở y tế gần nhất để cắt chỉ chờ./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt nội khí quản là việc luồn ống nội khí quản qua đường mũi hoặc đường miệng vào trong khí quản. Cho tới nay đây vẫn còn là một phương pháp kiểm soát đường thở tốt nhất và hiệu quả nhất. Yêu cầu đối với người bác sỹ trong thực hành phải thuần thục kỹ thuật đặt nội khí quản. Có nhiều phương pháp đặt nội khí quản trong đó đặt nội khí quản bằng đèn soi thanh quản được coi là phương pháp thường quy.

II. CHỈ ĐỊNH

Tắc đường thở cấp tính: chấn thương, hít phải, nhiễm khuẩn...

Hút chất tiết

Bảo vệ đường thở

Suy hô hấp: ARDS, hen PQ, COPD

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định đặt NKQ đường miệng

Chấn thương thanh khí quản

Chấn thương biến dạng hàm mặt

Phẫu thuật hàm họng

Cứng, sai khớp hàm

2. Chống chỉ định đặt NKQ đường mũi

Ngưng thở

Chấn thương, biến dạng mũi hàm mặt

Tắc nghẽn cơ học đường hô hấp do: chấn thương, u, dị vật

Chấn thương thanh khí phế quản

Rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, đang điều trị chống đông

Chảy dịch não tuỷ qua xương sàng

Viêm xoang, phì đại cuốn mũi, polyp mũi

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ: 01 người, được đào tạo và nắm vững kỹ thuật đặt nội khí quản

Điều dưỡng: 02, được đào tạo về phụ giúp bác sỹ đặt nội khí quản

2. Dụng cụ

Dụng cụ, thuốc gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, bơm tiêm 5ml

Găng, mũ, khẩu trang

Máy theo dõi SpO₂

Đèn soi thanh quản lưỡi thẳng và cong

Kẹp Magill

Thuốc tiền mê: midazolam, propofol

Ống nội khí quản các cỡ, cách chọn nội khí quản:

+ Tương đương ngón nhẫn của Người bệnh.

+ Nữ 7,5 - 8, nam 8 - 9; trẻ em = 4 + tuổi (năm)/ 4.

+ Ống NKQ đặt đường mũi < đường miệng 1mm.

+ Bảng cỡ NKQ với tuổi:

Tuổi	Đường kính trong của ống (mm)
Người lớn, trẻ > 14 t	8 – 9
Trẻ 10t	6,5
Trẻ 6 t	5,5
trẻ 4t	5
trẻ 1 t	4
trẻ 3 tháng	3,5
trẻ sơ sinh	3

3. Người bệnh

Giải thích cho về kỹ thuật để gia đình người bệnh yên tâm, hợp tác

Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO₂)

Đặt Người bệnh ở tư thế thích hợp, nằm ngửa, cho thở oxi hoặc bóp bóng qua mặt nạ tùy tình trạng Người bệnh. Nếu có chấn thương cột sống cổ phải chọn phương pháp đặt NKQ cho Người bệnh chấn thương cổ.

Mắc máy theo dõi, hút đờm, dịch dạ dày

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của Người bệnh hoặc gia đình Người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt NKQ đường miệng

Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

Kiểm tra lại Người bệnh: Kiểm tra lại các chức năng sống của Người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật

Thực hiện kỹ thuật

Cho Người bệnh thở oxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ

Dùng an thần, tiền mê

+ Midazolam 0.1-0.4 mg/kg

+ Hoặc Fentanyl 5-7 mg/kg

+ Hoặc Ketamine 1.5mg/kg

+ Hoặc Thiopental 3-5 mg/kg

+ Hoặc Propofol 1-2 mg/kg

2. Thuốc gây bloc thần kinh cơ (thuốc dẫn cơ): Có thể chỉ định trong một số trường hợp cần thiết

+ Succinylcholine 1.5 mg/kg không dùng khi Người bệnh tăng kali máu

+ Hoặc thay thế bằng Rocuronium 0.6-1mg/kg

Làm nghiêm pháp Sellick, bảo vệ tránh trào ngược

Bộc lộ thanh môn

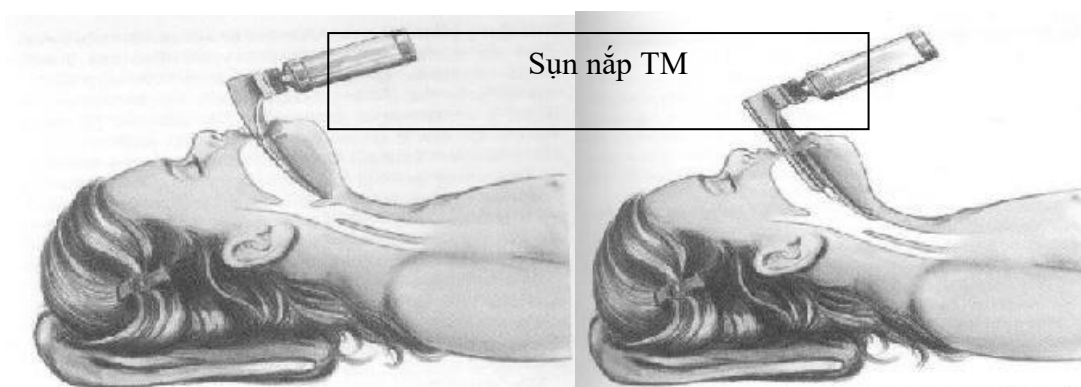
Tay trái:

Cầm đèn soi thanh quản, luồn lưỡi đèn vào miệng gạt từ P qua T

Nâng đèn bộc lộ thanh môn và nắp thanh môn

Đưa đầu lưỡi đèn sát gốc nắp thanh môn đèn lưỡi cong (H2)

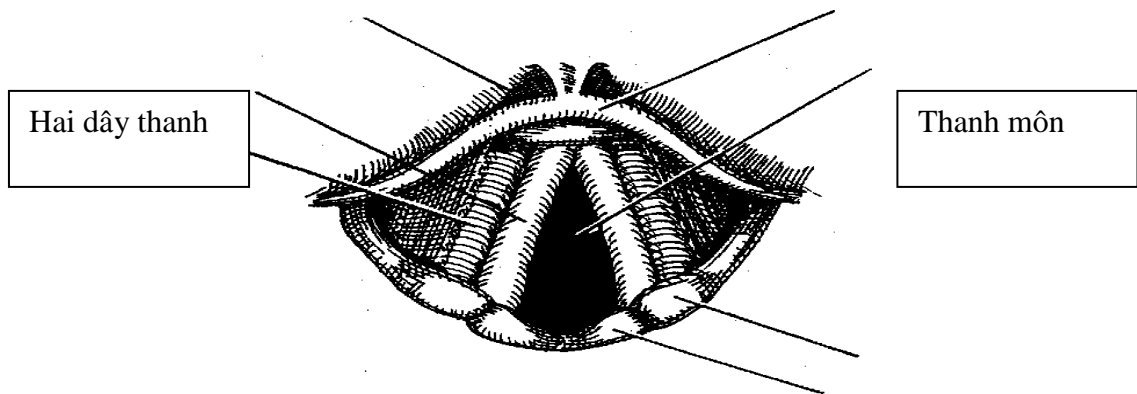
Hoặc đè lên nắp thanh môn đối với đèn lưỡi thẳng (H1)



Hình 1

Hình 2

Nâng đèn bộc lộ rõ thanh môn không lấy cung răng hàm trên để làm điểm tựa



Luồn ống NKQ

Tay trái vẫn giữ đèn ở tư thế bộc lộ thanh môn

Tay phải cầm đầu ngoài ống NKQ:

- + Luồn ống vào để đầu trong của ống sát vào thanh môn
- + Nếu khó khăn: thủ thuật Sellick, phanh Magill, dây dẫn...
- + Qua thanh môn đẩy ống vào sâu thêm 3- 5 cm

Kiểm tra ống

Đầu NKQ nằm ở 1/3 giữa của khí quản TB nữ: 20- 21 cm và nam: 22- 23cm

Có nhiều cách để xác định vị trí NKQ:

- + Nghe phổi , nghe vùng thượng vị
- + Xem hơi thở có phụt ngược ra không?
- + Sờ vị trí bóng chèn
- + Đo ET CO₂ khí thở ra
- + Xquang ngực ...

Cố định ống

- + Bơm bóng (cuff) của NKQ khoảng 20 mmHg
- + Cố định bằng dính hoặc băng dây băng có ngáng miệng

3. Kỹ thuật đặt NKQ đường mũi

Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

Kiểm tra lại Người bệnh: Kiểm tra lại các chức năng sống của Người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật

Thực hiện kỹ thuật

Cho Người bệnh thở oxi hoặc bóp bóng qua mặt nạ

Dùng an thần, tiền mê

Có thể áp dụng phương pháp gây tê (GT) tại chỗ:

GT đường mũi: khí dung, phun mù...

GT phần trên hai dây thanh âm, gốc lưỡi

GT phần dưới hai dây thanh âm

Không dùng thuốc gây bloc thần kinh cơ

Luôn ống qua mũi

Đưa đầu ống vào lỗ mũi trước, mặt vát quay về phía cuốn mũi.

Đẩy ống vuông góc với mặt người bệnh, vừa đẩy vừa xoay nhẹ.

Khi đầu ống NKQ đi qua lỗ mũi sau có cảm giác nhẹ hẫng tay

Luôn ống vào khí quản

Dùng đèn:

Tay trái đặt đèn vào miệng người bệnh và bộc lộ thanh môn

Tay phải luôn ống qua thanh môn vào khí quản tương tự như khi đặt đường miệng.

Đặt NKQ không dùng đèn (đặt mò):

Tay trái: lòng bàn tay đặt vào cằm phối hợp với tay phải điều chỉnh đầu trong của ống NKQ

Tay phải: cầm đầu ngoài ống NKQ:

+ Dò tìm vị trí có luồng hơi thổi ra mạnh nhất.

+ Đợi đến đầu thì hít vào, đẩy ống vào sâu thêm khoảng 5 cm.

+ Ống đi vào qua thanh môn có cảm giác nhẹ tay, có hội chứng xâm nhập
Người bệnh ho sặc sụa và có hơi thở phụt qua miệng ống

+ Ống vào dạ dày người bệnh không ho sặc, không hơi thở phụt ra miệng ống

+ Ống vào các xoang hai bên thanh môn có cảm giác đầy nặng, vướng ống và không đi sâu được nữa lúc này nên rút ra vài cm chỉnh lại hướng ống

Kiểm tra vị trí ống:

Tương tự đặt đường miệng

Đặt ống vào sâu hơn đường miệng 3 - 4 cm

Có định ống:

Tương tự đặt đường miệng

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG TRONG KHI ĐẶT NKQ

Tổn thương cột sống, tăng áp lực nội sọ.

Hít phải: dịch dạ dày, răng, chất tiết hầu.

Tổn thương răng, hầu, thanh quản, khí quản.

Đặt nhầm vào thực quản.

Đặt NKQ vào phế quản gốc phải.

Chảy máu.

Thiếu ôxy.

Rối loạn về tim mạch thường gặp hơn ở những người thiếu máu cơ tim./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: KHAI THÔNG ĐƯỜNG THỞ

I. ĐẠI CƯƠNG

Khai thông đường thở là một kỹ thuật cấp cứu rất quan trọng đối với các người thực hiện cấp cứu nhằm đảm bảo ô xy và thông khí đầy đủ cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Tắc nghẽn đường thở do tụt lưỡi

Tắc nghẽn đường thở do dịch tiết

Tắc nghẽn đường thở do dị vật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

Lưu ý: nếu nghi có chấn thương cột sống cổ thì phải cố định cột sống cổ trước khi tiến hành bất kể kỹ thuật nào làm thay đổi tư thế cổ Người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên thành thạo kỹ thuật.

2. Phương tiện: Forcep lấy dị vật, canuyn hầu miệng, canuyn hầu mũi, sonde hút đờm và máy hút đờm

3. Người bệnh: nếu Người bệnh tỉnh cần giải thích rõ thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh trong trường hợp cần thiết yêu cầu gia đình Người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: Kiểm tra lại các chức năng sống của Người bệnh trước khi tiến hành thủ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật

Kỹ thuật giữa đầu/nâng cằm: Người bệnh nằm ngửa.

Bước 1: Người thực hiện đứng một bên của Người bệnh

Bước 2: Một tay đặt dưới cằm và nâng cằm lên trên, tay còn lại đặt trên trán, ép xuống dưới và về phía thân

Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có



Kỹ thuật ấn giữ hàm

Bước 1: Người thực hiện đứng phía đầu Người bệnh

Bước 2: Ngón tay trỏ và ngón giữa của hai tay móc vào góc hàm, ngón cái tì vào cằm. Dùng lực của cẳng tay kéo cằm Người bệnh lên trên và về phía đầu

Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có



Kỹ thuật Heimlich: khi Người bệnh tỉnh và hợp tác

Bước 1: Người thực hiện đứng phía sau Người bệnh

Bước 2: Một bàn tay nắm lại, tay còn lại cầm cổ tay của tay nắm. Dùng lực kéo của cánh tay giật mạnh và dứt khoát đồng thời với thì thở ra của Người bệnh



Bước 3: Kiểm tra đường thở và dị vật đã bật ra ngoài chưa

Kỹ thuật Heimlich: khi Người bệnh bất tỉnh

Bước 1: Người thực hiện ngồi lên đùi Người bệnh

Bước 2: Một bàn tay nắm lại, tay còn lại đan chéo với bàn tay nắm. Cùi tay đặt trên vùng thượng vị của Người bệnh. Dùng trọng lực của nửa thân mình,

đẩy thẳng cánh tay với cẳng tay với động tác mạnh và dứt khoát đồng thời với thì thở ra của Người bệnh

Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật nếu có



Kỹ thuật lấy bỏ dị vật bằng tay

Bước 1: Người thực hiện đứng 1 bên của Người bệnh

Bước 2: Mở miệng Người bệnh. Ngón tay cái của một tay móc vào hàm dưới và đẩy xuống dưới. Ngón tay trỏ của tay còn lại móc vào khoang miệng để lấy dị vật.



Bước 3: Kiểm tra đường thở

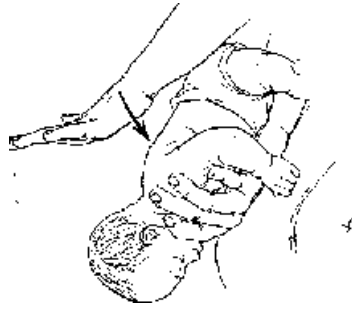
Kỹ thuật vỗ lưng/ép ngực cho trẻ nhỏ

Tư thế nằm sấp:

Bước 1: Người thực hiện đặt trẻ úp lên mặt trong của một cẳng tay, bàn tay giữ cho cổ thẳng

Bước 2: Để đầu trẻ thấp và hướng mặt trẻ xuống dưới. Người thực hiện dùng tay còn lại vỗ nhẹ nhưng dứt khoát vào vùng lưng trẻ

Bước 3: Lật ngửa trẻ để kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật



Tư thế nằm ngửa:

Bước 1: Người thực hiện đặt trẻ nằm ngửa lên mặt trong của một cẳng tay, bàn tay giữ cho cổ thẳng

Bước 2: Để đầu trẻ thấp. Người thực hiện dùng ngón trỏ và ngón giữa của tay còn lại ép nhẹ nhưng đúng khoát vào vùng thượng vị của trẻ

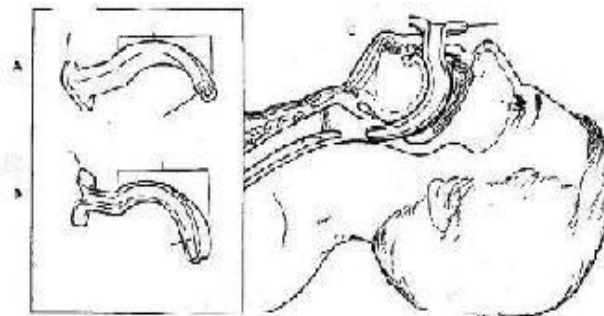
Bước 3: Kiểm tra đường thở và lấy bỏ dị vật



Kỹ thuật đặt canuyn hầu miệng

Bước 1: Đặt Người bệnh nằm ngửa. Người thực hiện đứng bên phải của Người bệnh

Bước 2: Mở miệng Người bệnh. Đưa đầu trong canuyn vào giữa hai hàm răng để phần cong của canuyn hướng lên trên. Tiếp tục đẩy vào trong cho đến khi có cảm giác vướng thì từ từ xoay ngược lại để đầu trong đi theo chiều cong giải phẫu của màn hầu. Đẩy vào đến khi đầu ngoài vào sát cung răng



Bước 3: Kiểm tra đường thở

Kỹ thuật đặt canuyn hầu mũi

Bước 1: Đặt Người bệnh nằm ngửa đầu ngửa tối đa. Có thể kê một gối mềm dưới cổ. Người thực hiện đứng bên phải của Người bệnh

Bước 2: Bôi trơn phía ngoài của canuyn bằng dầu parafin. Luồn canuyn

vào một bên mũi và đẩy từ từ đến khi đầu ngoài vào sát cánh mũi.

Bước 3: Kiểm tra đường thở



VI. THEO DÕI

Theo dõi các dấu hiệu chức năng sống của Người bệnh

Theo dõi tình trạng đường thở. Một kỹ thuật hiệu quả khi Người bệnh dễ chịu hơn. Hết các triệu chứng của tắc nghẽn.

VII. TAI BIẾN

Ít tai biến nếu tiến hành đúng kỹ thuật./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: THỞ NGẠT

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở ngạt là phương pháp cấp cứu nạn nhân ngừng thở đột ngột do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên (sập hầm, đuối nước, điện giật, ngộ độc...) nhưng chưa có ngừng tuần hoàn hoặc có ngừng tuần hoàn.

Thở ngạt được tiến hành bằng cách người cấp cứu thổi trực tiếp hơi của mình qua mồm nạn nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

Ngừng tuần hoàn

Ngừng thở đột ngột nhưng chưa có ngừng tuần hoàn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

Tuy nhiên không thổi ngạt trực tiếp với những nạn nhân nghi có nhiều khả năng mắc bệnh truyền nhiễm: HIV...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật

2. Dụng cụ: hộp dụng cụ cấp cứu ngừng thở ngừng tim, được chuẩn bị sẵn

Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi Người bệnh có điện tim, bơm tiêm 5ml, găng, mũ, khẩu trang,..

Máy sốc điện, oxi,

Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên,.

3. Người bệnh

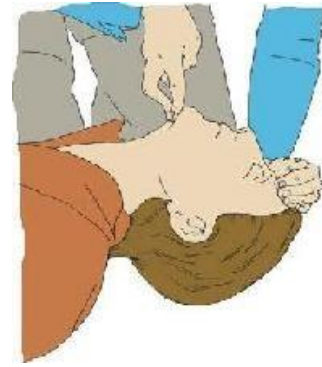
Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Nạn nhân nằm ngửa, **mở đường dẫn khí** bằng cách ngửa đầu và nâng cằm

+ Đặt một bàn tay (thường là tay không thuận) lên trán nạn nhân và đẩy ngửa đầu nạn nhân ra sau một cách nhẹ nhàng trong khi vẫn thả các ngón tay cái và trở tự do để bóp bịt mũi nạn nhân nếu cần thổi ngạt

+ Đặt các đầu ngón tay của bàn tay còn lại (thường là tay thuận) dưới cằm nạn nhân, nâng cằm lên để mở đường dẫn khí.



Hình 1 và 2: Tư thế ngửa đầu và nâng cằm

(Không được đẩy mạnh hàm nạn nhân vì động tác này có thể làm cột sống cổ bị tổn thương nặng hơn nếu có kèm chấn thương. Vì vậy, nên mở đường dẫn khí (ngửa đầu và nâng cằm) một cách thận trọng cho cả nạn nhân có hoặc không có tổn thương cột sống cổ).

Giữ mở đường dẫn khí, **kiểm tra hô hấp** (quan sát, nghe ngóng và cảm nhận nhịp thở).

VI. THEO DÕI

Nếu thổi ngạt có kết quả:

Chú ý tư thế Người bệnh, sắc mặt, đồng tử, nhịp thở, mạch, huyết áp...

Vận chuyển Người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất nếu Người bệnh tái lập được tự thở./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: KỸ THUẬT BÓP BÓNG QUA MẶT NẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Bóp bóng qua mặt nạ là kỹ thuật thực hiện ở những người bệnh ngừng thở hoặc ngừng tuần hoàn với mục đích tạo nhịp thở cho người bệnh để cung cấp oxy cho não và các cơ quan trong cơ thể. Kỹ thuật được thực hiện bằng cách áp mặt nạ vào mặt người bệnh rồi bóp bóng với oxy lưu lượng cao và thường thực hiện phối hợp với các kỹ thuật hồi sinh tim phổi khác.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngừng hô hấp, tuần hoàn.
- Suy hô hấp nặng không đáp ứng với thở máy không xâm nhập, cần đặt NKQ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ:
 - + Ngay khi thấy người bệnh suy hô hấp nặng, thở ngáp hoặc ngừng thở cần tiến hành bóp bóng ngay.
 - + Gọi các bác sỹ, điều dưỡng hỗ trợ.
 - + Giải thích cho người nhà người bệnh về tình trạng bệnh và mục đích của thủ thuật khi có những người khác đến hỗ trợ cấp cứu.
- Điều dưỡng:
 - + Chuẩn bị oxy.
 - + Dụng cụ: Bóng Ambu, mặt nạ phù hợp với mặt người bệnh và các dụng cụ cấp cứu khác dùng trong hồi sinh tim phổi.

2. Phương tiện

- Bóng Ambu: 1 chiếc.



- Mặt nạ phù hợp với mặt người bệnh: 1 chiếc.

- Dây dẫn oxy từ hệ thống oxy tới bóng Ambu.
- Hai đôi găng sạch.

3. Người bệnh: đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, cổ ngửa tối đa để đường thở thẳng (có thể kê gối mỏng dưới vai).

4. Hồ sơ bệnh án: có đầy đủ các xét nghiệm: công thức máu, đông máu cơ bản, AST, ALT, creatinin, điện giải đồ, điện tim, Xquang phổi.

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Kiểm tra hồ sơ

Đánh giá lâm sàng và kết quả các xét nghiệm, SpO₂ qua máy theo dõi hoặc khí máu (nếu có).

2. Kiểm tra người bệnh: Tư thế người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Điều dưỡng

- Kiểm tra tình trạng bóng và mặt nạ.
- Nối bóng Ambu với mặt nạ.
- Điều chỉnh oxy 8 - 10 lít.

Trường hợp 1 người bóp bóng:

- Tay trái: ngón 4, 5 nâng cằm người bệnh đảm bảo đường thở thẳng, các ngón còn lại cố định mặt nạ vào miệng mũi người bệnh.
- Tay phải bóp bóng.

Trường hợp 2 người bóp bóng:

- Một người dùng ngón 3,4,5 của 2 tay nâng cằm đảm bảo đường thở thẳng. Các ngón còn lại cố định mặt nạ vào miệng mũi người bệnh.
- Người còn lại bóp bóng tương ứng với ép tim theo tỷ lệ tương ứng đối với trường hợp ngừng tuần hoàn hoặc theo nhịp thở (nếu người bệnh còn thở).

3.2. Bác sỹ

- Đánh giá đáp ứng của người bệnh thông qua lâm sàng, SpO₂ qua máy theo dõi. Nếu đáp ứng tốt, kết thúc bóp bóng:
- Điều dưỡng: Tháo mặt nạ khỏi mặt người bệnh.
- Bác sỹ: Đánh giá lại tình trạng người bệnh, làm các xét nghiệm cần thiết (khí máu động mạch...). Ghi diễn biến quá trình cấp cứu vào hồ sơ bệnh án.

VI. THEO DÕI

Diễn biến lâm sàng, thay đổi các chỉ số trên máy theo dõi (SpO₂, nhịp thở, mạch, huyết áp, điện tâm đồ...).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Đánh giá hiệu quả của bóp bóng Ambu, xem xét chỉ định hô hấp hỗ trợ khác (thở máy không xâm nhập, đặt nội khí quản...).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy là một thủ thuật thường được thực hiện cho Người bệnh đặc biệt Người bệnh ở phòng cấp cứu. Mục đích cung cấp lượng khí thở vào có lượng oxy cao hơn so với khí phòng (FiO_2).

Thở oxy qua gọng kính là thủ thuật đơn giản, thường được lựa chọn ban đầu cho các Người bệnh cần thở oxy.

Thủ thuật này thường được thực hiện bởi điều dưỡng

DỤNG CỤ THỞ OXY

Oxy gọng kính là dụng cụ tương đối đơn giản, được gài ở môi trên của Người bệnh, có hai châu hơi cong được đặt vào hai lỗ mũi (hình 1).

Lưu lượng oxy từ 1-6Lít/phút

FiO_2 sẽ thay đổi phụ thuộc vào tần số thở và Vt của Người bệnh. FiO_2 được tính gần đúng bằng quy tắc số 4. Coi nồng độ Oxy khí trời là 20% cứ cho Người bệnh thở thêm 1l/phút thì FiO_2 tăng thêm 4%.

FiO_2 đạt được 24% - 44%



Hình 1. Oxy gọng kính

II. CHỈ ĐỊNH

Thở oxy qua gọng kính thường là thủ thuật được lựa chọn ban đầu cho các Người bệnh có chỉ định thở oxy bao gồm:

Giảm oxy hóa máu mức độ nhẹ / trung bình $PaO_2 < 60\text{mmHg}$, $SaO_2 < 90\%$ (thở oxy phòng).

Tăng công hô hấp

Tăng công cơ tim

Tăng áp động mạch phổi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Chống chỉ định tương đối:

Hẹp hoặc tắc mũi do chất nhầy

Polype trong mũi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện thủ thuật : Điều dưỡng.

2. Phương tiện

Oxy gọng kính

Bình làm ấm nối với hệ thống oxy trung tâm

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật. Động viên người bệnh hợp tác thở.

Đảm bảo đường thở thông thoáng

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bật oxy nguồn xem có hoạt động không.

Kiểm tra bình làm ấm đủ nước

Điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp với từng người bệnh (đảm bảo oxy hóa máu), thường đặt 1 - 6 lít/phút

Nối hệ thống dây oxy gọng kính vào Người bệnh.

VI. THEO DÕI

Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu

Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh.

Khí máu: các chỉ số PaO₂, SaO₂, Pa CO₂.....

Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy.

Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

VII. BIẾN CHỨNG

Thường không có biến chứng gì nghiêm trọng. Có thể gặp:

Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở Người bệnh COPD

Khô niêm mạc đường thở

Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: THỞ OXY QUA MẶT NẠ CÓ TÚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy qua mặt nạ có túi là thủ thuật giúp cung cấp lượng khí thở vào có hàm lượng oxy cao có thể lên tới 100%.

II. DỤNG CỤ THỞ OXY

Mặt nạ hít lại một phần và mặt nạ không hít lại

Mặt nạ hít lại một phần (hình 1): mặt nạ nối thẳng với túi

Lưu lượng oxy thông thường 6 – 10l/phút



FiO₂ đạt được 50% - 70%

Hình 1. Mặt nạ hít lại một phần



Hình 2. Mặt nạ không hít lại

Mặt nạ không hít lại (hình 2)

Mặt nạ có thêm các van một chiều ở cổng thở ra (một hoặc hai bên), và giữa mặt nạ và túi khí.

Lưu lượng oxy thông thường 6 – 10 lít/phút

FiO₂ đạt được 70% - 100%

III. CHỈ ĐỊNH

Thở oxy qua mặt nạ có túi thường được áp dụng cho các Người bệnh đã được dùng các phương thức thở oxy khác thất bại

Giảm oxy hóa máu: PaO₂<60mmHg, SaO₂<90% (thở oxy phòng).

Tăng công hô hấp

Tăng công cơ tim

Tăng áp động mạch phổi

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

Chống chỉ định tương đối:

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)

Người bệnh nôn nhiều: nguy cơ sặc vào phổi gây viêm phổi.

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng.

2. Phương tiện

Mặt nạ hít lại một phần

Mặt nạ không hít lại

Bình làm ấm nối với hệ thống oxy trung tâm

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật. Động viên người bệnh hợp tác thở.

Đảm bảo đường thở thông thoáng

4. Hồ sơ bệnh án

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Chọn mặt nạ phù hợp với Người bệnh

Bật oxy nguồn xem có hoạt động không

Kiểm tra bình làm ấm đủ nước

Điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp với từng người bệnh (đảm bảo oxy hóa máu), thường đặt 6 – 10 lít/phút.

Điều chỉnh lưu lượng oxy sao cho túi không bị xẹp khi Người bệnh hít vào

Điều chỉnh mặt nạ đảm bảo khít với mũi, miệng Người bệnh.

VII. THEO DÕI

Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu

Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh

Khí máu: các chỉ số PaO₂, SaO₂, Pa CO₂.....

Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy, đảm bảo sự dễ chịu của người bệnh với mặt nạ.

Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

VIII. BIẾN CHỨNG

Thường liên quan đến nồng độ oxy cao khi thở bằng mặt nạ có túi

Viêm phổi do sặc: khi Người bệnh nôn có thể hít phải chất nôn gây viêm phổi.

Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở Người bệnh COPD

Xẹp phổi: khi thở oxy ở nồng độ cao (thường > 60%), khí nitơ trong phế nang sẽ bị đuổi ra hết và có thể gây xẹp phế nang (xẹp phổi).

Khô niêm mạc đường thở

Ngộ độc ôxy.

Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: VỖ RUNG LÒNG NGỰC Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Vỗ rung là phương pháp điều trị nhằm giải phóng đờm dịch ra khỏi phổi nhờ chủ động tác dụng một lực cơ học qua thành ngực truyền vào phổi, làm các cục đờm ứ đọng dính vào phế quản nhỏ bị bong ra rồi đờm được dẫn lưu vào phế quản lớn và ho tống ra ngoài hoặc được hút bằng sonde hút đờm

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đặt ống nội khí quản, Mở khí quản..

Các bệnh về phổi: Viêm phế quản, viêm phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), áp xe phổi, hen phế quản...

Người bệnh nằm lâu ngày ít cử động: Người bệnh hôn mê, liệt, guilan bare....

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang trong tình trạng nặng: suy hô hấp cấp, phù phổi cấp, sốc, truy tim mạch...

Người bệnh sau mổ dẫn lưu nội sọ, tăng áp lực nội sọ, xuất huyết não những ngày đầu.

Bệnh tim mạch : Nhồi máu cơ tim cấp, suy tim nặng..

Chấn thương phổi, xuất huyết phổi,

Người bệnh gãy xương sườn chưa cố định.

Người bệnh có dẫn lưu màng phổi (chống chỉ định tương đối).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng hoặc 01 điều dưỡng và 01 kỹ thuật viên.được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Dụng cụ

2.1 Vật tư tiêu hao

- Găng sạch: 01 đôi.
- Khăn bông to: 01 cái.
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn

- Mũ: 02 cái.
- Khẩu trang: 02 cái.

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng, Mask.

3. Người bệnh

Thông báo ,giải thích cho Người bệnh (nếu tỉnh) hoặc người nhà lợi ích của việc vỗ rung lồng ngực, động viên họ cùng hợp tác.

Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp tùy theo vị trí tổn thương ở phổi: nằm ngửa thẳng, nằm nghiêng phải hoặc nghiêng trái. Đầu cao hoặc chân cao, hoặc cho Người bệnh ngồi...

4. Hồ sơ bệnh án: Phiếu chăm sóc (bảng theo dõi).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Điều dưỡng đội mũ, rửa tay bằng dung dịch savondoux, đeo khẩu trang.

Thông báo, giải thích, động viên Người bệnh cùng hợp tác

Đặt Người bệnh ở tư thế thích hợp, tiến hành vỗ trước, rung sau.

Kỹ thuật vỗ:

Điều dưỡng dùng hai bàn tay chụm các ngón tay, khum lòng bàn tay vỗ đều lên thành ngực hoặc vùng lưng, sao cho các cạnh của bàn tay tiếp xúc với thành ngực hoặc vùng lưng (nếu vỗ lưng) chỉ sử dụng lực của bàn tay, hoạt động khớp cổ tay. Vỗ nhẹ nhàng đều đặn dịch chuyển trên lồng ngực hoặc vùng lưng. Việc vỗ rung tạo ra áp lực dương tác dụng lên thành ngực và vào phổi làm cho đờm dãi và mủ long ra và dồn từ các nhánh với phế quản nhỏ về nhánh phế quản lớn hơn. Vỗ liên tục 10_15 phút /1 bên rồi chuyển sang rung.

Lưu ý: Khi vỗ rung chỉ tập trung vỗ lên bề mặt khung sườn, tránh vỗ lên cột sống, xương ức, dạ dày và phần dưới khung sườn vì có thể gây chấn thương cho lách, gan, thận và các tạng ở thấp.

Kỹ thuật rung:

Điều dưỡng duỗi bàn tay đặt bàn tay lên thành ngực, vùng lưng (nếu rung ở lưng) tương ứng với phân thủy phổi cần dẫn lưu, sử dụng lực rung của cánh tay và vai tác động tới bàn tay truyền lực rung lên thành ngực và các phân thủy phổi tương ứng.

Chú ý: động tác rung được thực hiện trong thời kỳ thở ra, yêu cầu Người bệnh thở ra từ từ để dễ thực hiện nếu có thể. Khuyến khích Người bệnh ho tống đờm ra ngoài, tiến hành hút đờm ngay sau đó.

Sau khi thực hiện song kỹ thuật giúp Người bệnh trở về tư thế thoải mái.

Điều dưỡng thu dọn dụng cụ, tháo găng (nếu đi găng), rửa tay bằng dung dịch savondoux dưới vòi nước.

Ghi phiếu chăm sóc.

VI. THEO DÕI

Theo dõi sát mạch, spo₂, nhịp thở của Người bệnh trước, trong và sau khi tiến hành vỗ rung.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Suy hô hấp: spo₂ tụt, sắc mặt tím ngừng vỗ rung, tím tái, thở nhanh hoặc chậm... cho người bệnh về tư thế thích hợp, tăng oxy và hút đờm (nếu cần).

Chấn thương lồng ngực do kỹ thuật thô bạo. Khi vỗ phải đảm bảo đúng kỹ thuật.

Một số chú ý khi vỗ, rung

Tổng thời gian vỗ và rung không quá 30- 40 phút

Khi tiến hành phải luôn theo dõi sát mạch, nhịp thở, SPO₂, sắc mặt Người bệnh.

Khi vỗ ,rung nhắc Người bệnh nhin ho (Nếu Người bệnh tỉnh) đến khi buồn ho nhiều thì gắng sức ho khạc cho đờm, mủ tống ra được nhiều.

Vỗ rung xong nên hút đờm ngay bên vừa vỗ rung rồi mới sang bên kia./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: RÚT ỚNG NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Là quy trình thường xuyên áp dụng trong khoa hồi sức cấp cứu

Giúp giảm nguy cơ viêm phổi bệnh viện đặc biệt viêm phổi liên quan đến thở máy

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh hết chỉ định thông khí nhân tạo xâm nhập.

Người bệnh tự thở tốt, không còn tình trạng suy hô hấp.

Người bệnh có chỉ định mở khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không có khả năng bảo vệ đường thở, ho khạc kém.

Người bệnh chưa tự thở tốt, còn nguy cơ suy hô hấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.

01 bác sỹ đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.

2. Dụng cụ vật tư tiêu hao

- Máy hút áp lực âm; Dây hút silicon; Máy thở không xâm nhập nếu cần
- Ống hút kích cỡ phù hợp: 1-2 cái; Găng vô khuẩn: 1-2 đôi
- Bộ dụng cụ đặt ống nội khí quản
- Dây oxy kính: 01 cái; Chụp mặt nạ thở oxy : 01 cái
- Máy khí dung; Bộ mặt nạ khí dung (dùng cho từng người bệnh); Bóng Ambu (dùng 50 lần).
- Mặt nạ oxy: 01 cái; Bơm tiêm 5ml : 01 cái; Kim tiêm nhựa : 1- 2 cái
- Thuốc khí dung theo chỉ định.

3. Người bệnh

Thông báo, giải thích cho Người bệnh hoặc gia đình người bệnh về việc sắp làm.

Cho người bệnh nhịn ăn trước 4 giờ.

Hút sạch đờm gỉai trong ống nội khí quản và vùng mũi, miệng họng.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu theo dõi người bệnh sau rút ống nội khí quản, phiếu chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thông báo và hướng dẫn Người bệnh cùng phối hợp.

Bác sỹ, điều dưỡng rửa tay xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước. đội mũ, đeo khẩu trang.

Đánh giá lại các thông số: ý thức, mạch, SpO₂, huyết áp, nhịp thở ghi vào phiếu theo dõi.

Đặt Người bệnh tư thế 45 - 90 độ.

Điều dưỡng 1 sát khuẩn tay nhanh, đi găng tay sạch, điều dưỡng (bác sỹ) đi găng vô trùng lấy ống thông hút nối với máy hút.

Điều dưỡng 1 Tháo dây cố định ống nội khí quản. Tháo cuff hoàn toàn.

Điều dưỡng 2 luồn ống thông hút vào ống nội khí quản, bảo Người bệnh hít sâu vừa bịt van hút vừa từ từ rút ống nội khí quản ra.

Hút lại mũi họng cho Người bệnh.

Điều dưỡng 1 cho Người bệnh thở oxy

Khí dung thuốc theo y lệnh.

Hướng dẫn Người bệnh ho khạc khi có đờm hoặc vỗ rung cho Người bệnh và hút đờm họng miệng nếu Người bệnh ho khạc kém.

Thu dọn dụng cụ, bác sỹ và điều dưỡng tháo găng, rửa tay bằng savondoux dưới vòi nước.

Theo dõi sát tình trạng người bệnh: Ý thức, mạch, huyết áp, SpO₂, nhịp thở trong 1 giờ đầu 15 phút/1 lần. theo dõi dấu hiệu co thắt thanh quản (khó thở có tiếng rít, khó thở vào, thở chậm..) tình trạng thở (thở gắng sức, co kéo cơ hô hấp, mệt cơ), sự ho khạc của người bệnh. 1 giờ tiếp theo 30 phút một lần theo dõi nhịp thở, SpO₂, mạch, huyết áp, tình trạng thở. Các giờ sau theo dõi 1 giờ/ 1 lần trong 3 giờ tiếp.

Sau rút ống nội khí quản 6 giờ đánh giá lại tình trạng và cho người bệnh ăn.

VI. THEO DÕI: tất cả các thông số theo dõi phải được ghi đầy đủ vào bảng theo dõi

Rối loạn ý thức hoặc Người bệnh không hợp tác.

Nhịp thở > 24 lần/ phút.

Nhịp thở <10 lần/ phút.

SpO₂ <90%.

Mạch nhanh > 10% so với lúc trước khi rút.

Huyết áp tăng hoặc giảm so với huyết áp nền.

Ứ đọng đờm dãi, ho khạc kém.

Tăng co kéo cơ hô hấp, Người bệnh mệt cơ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Khó thở do co thắt phế quản, thanh quản và phù nề thanh môn, xử trí khí dung thuốc giãn phế quản, thuốc chống phù nề hoặc thở máy không xâm nhập

Trào ngược dịch dạ dày vào phổi gây viêm phổi sặc, dự phòng bằng tuân thủ nhịn ăn và hút dịch dạ dày trước rút ống./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: HÚT ĐỜM CHO NGƯỜI BỆNH CÓ ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN, MỞ KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Hút đờm là một kỹ thuật đưa ống thông qua ống nội khí quản, mở khí quản hút sạch đờm trong ống nội khí quản, mở khí quản và trong khí quản của Người bệnh.

Là một kỹ thuật rất cơ bản trong hồi sức cấp cứu nhằm khai thông và kiểm soát đường thở người bệnh đã đặt ống nội khí quản, mở khí quản.

Mục đích hút đờm:

- + Làm sạch dịch tiết để khai thông đường thở, duy trì sự thông thoáng.
- + Lấy dịch tiết phục vụ cho các mục đích chuẩn đoán.
- + Phòng nhiễm khuẩn và xẹp phổi do ứ đọng đờm.
- + Kích thích phản xạ ho.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có nhiều đờm dãi, mất khả năng khạc đờm như liệt hầu họng liệt cơ hô hấp

Trẻ nhỏ bị sặc bột, người bệnh hít phải chất nôn

Trẻ sơ sinh mới đẻ

Cho người bệnh có đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản

Lấy bệnh phẩm để xét nghiệm.

Trước khi rút nội khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

Những chống chỉ định tương đối liên quan đến các nguy cơ trong hút đờm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 2 điều dưỡng được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu

2. Dụng cụ

3. Vật tư tiêu hao

- Dây hút silicon; Ống hút đờm kích cỡ phù hợp theo tuổi.

- Găng vô khuẩn 01 đôi; Gạc vô khuẩn: 01 gói; Bơm tiêm 10ml : 02 cái

- Kim tiêm nhựa : 01 cái
- Găng sạch : 01 đôi
- Natrichlorua 0,9% (200ml) hoặc NaHCO₃ 1,4% hoặc thuốc theo chỉ định.
- Máy hút áp lực âm có thể điều chỉnh mức áp lực.
- Cáp điện tim; Cáp đo SPO₂; Cáp đo huyết áp liên tục; Bao đo huyết áp;
Ống nghe

4. Dụng cụ cấp cứu Bóng Ambu, mặt nạ bóp bóng.

Bộ dụng cụ đặt nội khí quản cấp cứu

5. Người bệnh

Thông báo giải thích động viên, vỗ rung cho người bệnh (nếu cần).

Đặt người bệnh tư thế thích hợp.

6. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.

Mang dụng cụ đến giường Người bệnh. Sắp xếp dụng cụ vị trí thích hợp.

Vỗ rung cho Người bệnh (nếu cần). Đặt Người bệnh tư thế thích hợp.

Tăng oxy cho Người bệnh, Bật máy hút điều chỉnh áp lực, bóc ống hút,

Điều dưỡng đi găng tay vô khuẩn lấy ống hút nối với máy hút (chú ý đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn).

Trải khăn hoặc giấy găng vô khuẩn dưới khu vực hút.

Thực hiện kỹ thuật hút đờm: (tay thuận là tay vô khuẩn, tay không thuận là tay sạch).

Tay không thuận mở đoạn ống thở nối với nội khí quản để vào giấy vô khuẩn. Sau đó cầm dây hút chỗ điều khiển van hút.

Tay thuận cầm ống thông hút vô khuẩn luôn nhẹ nhàng vào nội khí quản hoặc mở khí quản đưa ống thông đến khi có cảm giác vướng không đưa được nữa hoặc ngập ống thông, phải rút ống ra 1 cm. Và tay sạch bấm van điều khiển máy hút đồng thời tay vô khuẩn cầm ống thông nhẹ nhàng về ống và rút ra từ từ, vừa rút vừa hút hết đờm dãi. Giữ ống lâu hơn ở những vị trí nhiều đờm. Không đẩy đi đẩy lại ống thông nhiều lần trong phế quản (chú ý: khi đưa ống thông vào không được bấm van điều khiển máy hút).

Thời gian lưu ống thông trong phế quản không quá 20 giây tính từ khi đưa ống thông vào đến khi rút ra.

Thời gian bấm van điều khiển máy hút không quá 15 giây tính từ khi bấm van điều khiển máy hút đến khi rút ống thông ra.

Sau một chu kỳ hút lắp lại dây nối máy thở với ống nội khí quản, cho Người bệnh thở máy hoặc cho Người bệnh thở oxy.

Sau khi rút ống thông ra cho Người bệnh thở oxy hoặc thở máy lại, tiếp tục hút lần tiếp theo, hút ở tư thế khác nếu Người bệnh hồng hào, SpO₂ ổn định trên 90%. Lần lượt hút ở 3 tư thế: nằm thẳng, nằm nghiêng sang phải, nằm nghiêng sang trái,

Nếu đờm dính quánh, kết hợp bơm Natriclorua 0,9% hoặc NaHCO₃ làm loãng đờm, mỗi lần bơm không quá 3ml.

Theo dõi trong khi hút đờm: nhịp tim, SpO₂, sắc mặt, huyết áp, ý thức, số lượng, màu sắc và tính chất đờm.

Tiến hành hút sạch đờm dịch trong khí quản và trong ống nội khí quản hoặc mở khí quản

Hút nước tráng ống và tháo ống hút ngâm vào dung dịch khử khuẩn.

Thu dọn dụng cụ, tháo găng sát khuẩn tay nhanh bằng cồn.

Tăng oxy cho Người bệnh khoảng 2 – 3 phút sau khi hút. Sau đó đặt lại oxy như y lệnh cũ. Tắt máy hút, để Người bệnh về tư thế thoải mái.

Rửa tay, ghi phiếu theo dõi: tính chất, màu sắc, số lượng đờm dịch

Chú ý:

Tần số hút tùy theo lượng đờm, 1 lần hút không quá 20||, bấm van hút không quá 15||, giữa các lần hút cho người bệnh thở máy lại 30||- 1phút, 1 đợt hút ≤ 5 phút

Thực hiện kỹ thuật phải tuyệt đối vô khuẩn tránh bội nhiễm phổi.

Không dùng chung ống hút đờm cho cả đường hô hấp trên và dưới.

Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, nếu mạch chậm <40 l/phút phải ngừng hút, tăng oxy máy thở lên 100%.

VII. THEO DÕI: trước, trong và sau hút.

Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ trong và sau khi làm kỹ thuật.

Tiếng thở: còn lọc sọc đờm dãi.

Tình trạng oxy: màu sắc da, tím ? hồng?

Nhịp thở: chậm hoặc thở nhanh, thở chống máy?

Tình trạng máy thở trước, sau hút đờm: báo động trên máy thở, áp lực đường thở.

Khí máu: làm nếu có chỉ định.

Theo dõi tai biến và biến chứng của kỹ thuật.

VIII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

Giảm oxy máu

Tổn thương niêm mạc khí phế quản.

Loạn nhịp tim, ngừng tim ngừng thở.,

Xẹp phổi

Cơ thắt thanh quản, nôn hít vào phổi.

Nhiễm khuẩn: thường gặp nếu không đảm bảo quy trình chống nhiễm khuẩn

+ Tuân thủ tuyệt đối các quy tắc vô khuẩn, quy tắc một bàn tay sạch.

+ Chú ý rửa tay trước và sau hút đờm

+ Thao tác cầm xông hút đảm bảo quy trình vô khuẩn.

Chảy máu khí phế quản

Tăng áp lực nội sọ

Tăng huyết áp, hạ huyết áp

Ảnh hưởng đến máy thở./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LÒNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngừng tuần hoàn có thể xảy ở bất kỳ đâu và bất kỳ lúc nào, đây là trường hợp cấp cứu khẩn cấp. Ngay khi phát hiện Người bệnh ngừng tuần phải tiến hành ngay cấp cứu cơ bản hồi sinh tim phổi để giúp duy trì dòng tuần hoàn cho não và tim. Trong hồi sinh tim phổi kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực giữ vai trò rất quan trọng.

Ép tim ngoài lồng ngực là một kỹ thuật dùng áp lực mạnh, liên tục và nhịp nhàng nhờ lực của phần thân trên người, vai và 2 tay ép lên 1/2 dưới của xương ức người bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị ngừng thở, ngừng tim

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Chống chỉ định tương đối:

- + Có tràn khí màng phổi áp lực
- + Chấn thương ngực nặng, dập nát vùng ngực trước.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực

2. Phương tiện, dụng cụ

Bộ, hộp cấp cứu ngừng tuần hoàn được chuẩn bị sẵn

Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi Người bệnh có điện tim, bơm tiêm 5ml, găng, mũ, khẩu trang,..

Máy sốc điện, oxy,

Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên,..

3. Người bệnh

Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa, trên nền cứng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

1. Ngay khi phát hiện người bệnh đột ngột bất tỉnh có nghi ngờ ngừng tuần hoàn cần nhanh chóng tiếp cận người bệnh và gọi người hỗ trợ. Đặt người bệnh nằm ngửa trên một mặt phẳng cứng, có thể để chân cao hơn đầu. Nếu nằm

trên giường đệm thì lót tấm ván dưới lưng.

Nhanh chóng khai thông đường thở và xác định ngừng hô hấp và mất mạch cảnh.

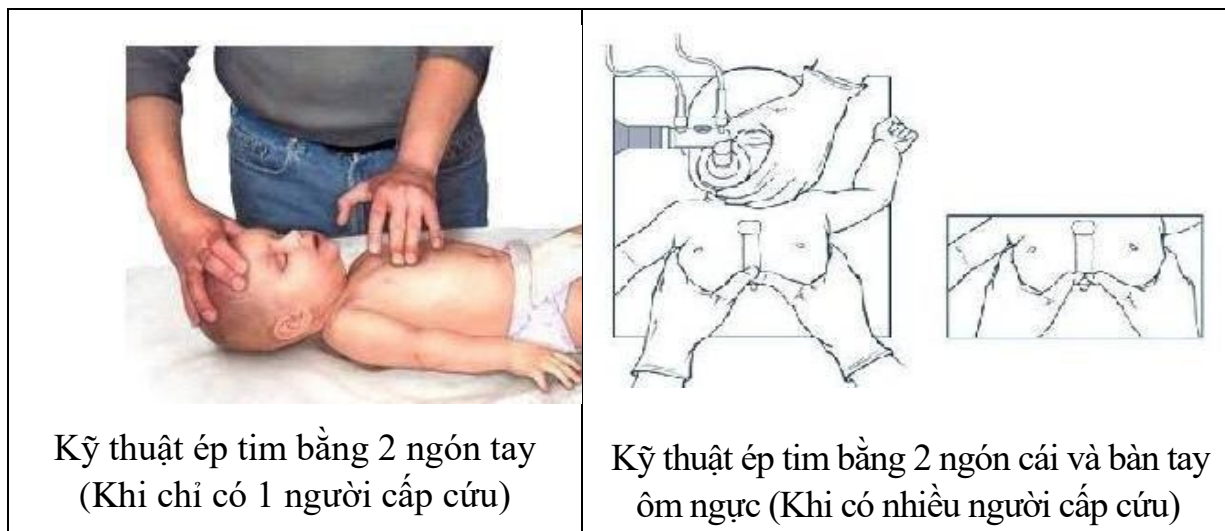
Tiến hành ép tim ngoài lồng ngực: thông khí nhân tạo 30:2 nếu Người bệnh là người lớn, trẻ nhỏ và nữ nhi khi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ 15:2 nếu Người bệnh là trẻ nhỏ hoặc nữ nhi khi có trên 2 người cấp cứu. Ép tại 1/2 dưới xương ức, lún từ 1/3 đến 1/2 bề dày lồng ngực và tần số 100 lần/phút

2. Trẻ nữ nhi (dưới 1 tuổi)

Ép tim ngay phía dưới đường ngang hai núm vú (nửa dưới xương ức)

Có thể dùng 2 ngón tay để ép tim (nếu là người cấp cứu không chuyên hoặc chỉ có 1 Người thực hiện cấp cứu) với tỷ lệ ép tim/thông khí là 30/2

Nếu có từ 2 Người thực hiện cấp cứu trở lên có thể áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 15/2 đến khi đặt được đường thở hỗ trợ. Nên áp dụng kỹ thuật ép tim dùng 2 ngón tay cái và 2 bàn tay ôm ngực



3. Trẻ nhỏ (trẻ > 1 tuổi đến thiếu niên)

Ép tim ở nửa dưới xương ức, trên đường ngang qua 2 núm vú, ép lún sâu 1/3 đến 1/2 độ dày lồng ngực. Người cấp cứu không chuyên có thể dùng 1 hay 2 tay để ép tim

Áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 30/2 nếu là người cấp cứu không chuyên hoặc chỉ có 1 người thực hiện cấp cứu

Nếu có 2 Người thực hiện cấp cứu (hoặc là người đã hoàn thành khóa đào tạo về cấp cứu ngừng tuần hoàn) có thể áp dụng tỷ lệ ép tim/thông khí 15/2 đến khi đặt được đường thở hỗ trợ



4. Người lớn và trẻ từ 8 tuổi trở lên

Ép tim ở giữa ngực ngang 2 núm vú

Ép lún sâu khoảng 4 đến 5 cm, dùng lòng bàn tay của cả 2 tay

Kỹ thuật có 3 bước cơ bản

+ Bước 1: Xác định vị trí mũi ức

+ Bước 2: Đặt lòng bàn tay thứ nhất lên trên xương ức sát ngay vị trí mũi ức

+ Bước 3: Đặt bàn tay thứ 2 lên trên bàn tay thứ nhất, các ngón tay đan vào nhau và nắm chặt

Hướng ép vuông góc với mặt phẳng người bệnh đang nằm. Luôn giữ khớp vai – khuỷu tay – cổ tay thành 1 đường thẳng



Phương châm chung của ép tim ngoài lồng ngực trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản là — ép tim nhanh, mạnh, để lồng ngực phồng hết trở lại sau mỗi lần ép tim và hạn chế tối đa khoảng thời gian tạm ngừng ép tim||

VII. BIẾN CHỨNG

Khi ép tim sai vị trí, sai kỹ thuật hay làm quá thô bạo có thể gặp 1 số biến chứng sau:

Gãy xương sườn

Gãy xương ức

Tràn khí màng phổi

Đụng dập phổi./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngừng tuần hoàn là tim đột ngột ngừng hoạt động hoặc còn hoạt động điện học nhưng không co bóp. Ngừng tuần hoàn là 1 tối cấp cứu vì có thể xảy ra đột ngột bất kỳ lúc nào với bất kỳ ai và ở bất kỳ đâu.

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

Trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cần tiết kiệm tối đa thời gian do vậy cần nhanh chóng tiếp cận Người bệnh nghi ngờ ngừng tuần hoàn, gọi hỗ trợ sớm và nhanh chóng tiến hành cấp cứu tại chỗ.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngừng tuần hoàn

III. DẤU HIỆU SỚM NHẤT NGỪNG TUẦN HOÀN

Dấu hiệu sớm nhất và cũng dễ nhận biết nhất khi ngừng tuần hoàn là mất ý thức đột ngột.

Ngay khi nhìn thấy hoặc được thông báo có người mất ý thức đột ngột chúng ta cần nhanh chóng tiếp cận người bệnh. Gọi hỏi Người bệnh thật to bằng 2 câu hỏi — Anh tên là gì?|| và — Anh làm sao thế?|| đồng thời dùng tay đập mạnh lên vùng ngực Người bệnh hoặc dùng tay day ấn mạnh vào vùng xương ức (vùng giữa ngực)

Ngay lập tức sau đó chúng ta cần gọi hỗ trợ. Gọi ngắn gọn, đủ lớn và đủ thông tin theo thứ tự như sau: Người bệnh ở đâu (ví dụ: trong bếp, ngoài vườn...), bị bất tỉnh đột ngột, cần hỗ trợ cấp cứu khẩn cấp||

IV. XỬ TRÍ CẤP CỨU TẠI CHỖ

Xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ ngừng tuần hoàn. Người cấp cứu vừa tiến hành tiếp cận người bệnh, gọi người hỗ trợ vừa bắt đầu các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản ngay.

Khi có nhiều người cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.

Cần ghi nhớ thời điểm tiếp cận Người bệnh và bắt đầu cấp cứu.

Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa những người không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu.

Nhanh chóng đặt Người bệnh nằm trên 1 mặt phẳng cứng để có thể tiến hành làm hồi sinh tim phổi cơ bản.

- Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (ABC) *Kiểm soát đường thở:*
- + Đặt ngửa đầu, cổ uốn, thủ thuật kéo hàm dưới/nâng cằm.
 - + Chú ý trường hợp nghi ngờ hoặc có chấn thương cột sống cổ không làm thủ thuật kéo hàm/nâng cằm.
 - + Móc sạch đờm dãi hay dị vật trong miệng nếu có. Làm nghiệm pháp Heimlich nếu có nghi ngờ dị vật đường thở.
- Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp:* thổi ngạt hoặc bóp bóng
- Nếu Người bệnh không thở: thổi ngạt hoặc bóp bóng 2 lần liên tiếp. Sau đó kiểm tra mạch:
- + Nếu có mạch: tiếp tục thổi ngạt hoặc bóp bóng.
 - + Nếu không có mạch: thực hiện chu kỳ ép tim/thổi ngạt (hoặc bóp bóng) theo tỷ lệ 30/2.
 - + Nhịp thở nhân tạo (thổi ngạt, bóp bóng) thổi vào trong 1 giây, đủ làm lồng ngực phồng lên nhìn thấy được với tần số nhịp là 10-12 lần/phút đối với người lớn, 12-20 lần/phút đối với trẻ nhỏ và nhũ nhi.
 - + Nói ô xy với bóng ngay khi có ô xy.
- Kiểm soát và hỗ trợ tuần hoàn:* ép tim ngoài lồng ngực
- + Kiểm tra mạch cảnh trong vòng 10 giây. Nếu không thấy mạch: tiến hành ép tim ngoài lồng ngực ngay.
 - + Ép tim ở 1/2 dưới xương ức, lún 1/3-1/2 ngực (4-5 cm với người lớn) để sờ thấy mạch khi ép; tần số 100 lần/phút. Phương châm là —ép nhanh, ép mạnh, không gián đoạn và để ngực phồng lên hết sau mỗi lần ép//.
 - + Tỷ lệ ép tim/thông khí là 30/2 nếu là Người bệnh người lớn hoặc Người bệnh trẻ nhỏ, nhũ nhi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ có thể là 15/2 đối với trẻ nhỏ hoặc nhũ nhi có 2 người cấp cứu.
 - + Kiểm tra mạch trong vòng 10 giây sau mỗi 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt hoặc sau mỗi 2 phút (1 chu kỳ ép tim/thổi ngạt là 30 lần ép tim/2 lần thổi ngạt).

V. PHÒNG BỆNH

Ngừng tuần hoàn thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được. Tất cả mọi người, các người thực hiện cấp cứu, người thực hiện cứu hộ phải được tập luyện và chuẩn bị sẵn sàng cấp cứu. Các cơ sở cấp cứu tại chỗ cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu ngừng tuần hoàn.

Túi thuốc cấp cứu cần có mặt nạ giấy hoặc mặt nạ có ống dài để thổi ngạt, bóng ambu và mặt nạ bóp bóng, bình oxy, bộ đặt nội khí quản và ống nội khí quản số 7 số 8, thuốc adrenalin ống 1mg./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: CHỌC THÁO DỊCH Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chọc tháo dịch ổ bụng điều trị là thủ thuật đưa kim qua thành bụng vào khoang ổ bụng để hút dịch ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dịch ổ bụng quá nhiều làm cho người bệnh khó thở.
- Dịch nhiều chèn ép lên các tạng làm người bệnh khó chịu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tiền hôn mê gan: chống chỉ định tương đối.
- Tình trạng tụt huyết áp.
- Có rối loạn đông máu và cầm máu.
- Bụng trướng nhiều hơi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng phụ.
- Bác sĩ rửa tay, đi găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Dụng cụ chọc dò:
 - +Kim chọc dài 5 - 6 cm, đường kính 10/10 cm.
 - +Bơm tiêm 10 hoặc 20ml vô khuẩn, ống dẫn dài 1m để nối vào kim.
 - +Thuốc sát khuẩn, cồn 70°, cồn Iốt hoặc Betadin, kẹp, bông, gạc, băng dính.
 - +Khăn mổ có lỗ đã tiệt khuẩn, găng, một tấm nilon.
 - +Xô chia vạch để đựng dịch.
 - +Thuốc gây tê xylocain.
 - +Thuốc cấp cứu.
 - +Khay men hình chữ nhật để đựng dụng cụ và một khay quả đậu.

3. Người bệnh

- Được giải thích trước về kỹ thuật.
- Bảo người bệnh đi vệ sinh trước khi tiến hành thủ thuật.
- Chuẩn bị chọc ở buồng riêng (phòng tiểu phẫu thuật) để đảm bảo vô

khuẩn cho người bệnh. Nếu không có buồng riêng, có thể tiến hành ngay tại giường bệnh, nhưng phải có bình phong che bên ngoài.

- Chuẩn bị giường: trải nilon lên giường, che bình phong.
- Để người bệnh nằm ngửa, đầu cao, bên chọc sát bờ giường.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra tên, tuổi người bệnh, các xét nghiệm đông máu, cầm máu.

Sau khi chọc bác sĩ ghi vào bệnh án số lượng dịch lấy ra, tính chất dịch, tình trạng người bệnh, mạch, huyết áp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước khi chọc

- Khám lại người bệnh để xác định mức độ cổ trướng, đo mạch và huyết áp.
- vén áo và kéo cạp quần xuống để lộ bụng.
- Sát khuẩn vùng chọc: vạch một đường nổi rốn với gai chậu trước trên, chia đường này thành ba phần, sát khuẩn điểm nổi 1/3 ngoài và giữa, thường chọc ở bên trái để tránh chọc vào góc hồi manh tràng. Đôi khi chọc ở vị trí khác theo vị trí và lượng dịch.

- Sát khuẩn tay bằng cồn và đi găng vô khuẩn.
- Gây tê vùng chọc.

2. Trong khi chọc

- Chọc kim vuông góc với thành bụng, đi từ nông đến sâu cho đến khi hút ra dịch.
- Nối ống dẫn vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào xô.
- Băng phủ kín đầu kim và lấy băng dính cố định đầu kim.
- Theo dõi sắc mặt của người bệnh.

3. Sau khi chọc

- Thây thuốc rút kim, cần đảm bảo vô khuẩn, sát khuẩn da bụng.
- Dùng gạc vô khuẩn băng lại.
- Đo lại mạch, huyết áp và ghi nhận xét về tình trạng người bệnh, tính chất dịch (số lượng, màu sắc).

VI. THEO DÕI

- Sắc mặt.
- Mạch, huyết áp.
- Số lượng và tính chất dịch.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Quai ruột bít vào đầu kim. Lúc đầu dịch chảy nhanh sau đó chảy yếu dần và ngừng chảy, thay đổi tư thế người bệnh, đổi hướng kim cho đến khi dịch chảy ra tiếp.

- Choáng do lấy dịch ra quá nhiều và nhanh gây giảm áp lực đột ngột biểu hiện: mạch nhanh, huyết áp tụt, choáng váng. Phải ngừng chọc, truyền dịch, chống sốc. Tốc độ dịch chảy ra khoảng 2l trong 30- 40 phút.

- Chọc vào ruột: ít khi gặp. Nếu chọc vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bần, bác sĩ phải rút kim ra ngay, băng kín. Theo dõi tình trạng đau, nhiệt độ và phản ứng thành bụng. Hội chẩn chuyên khoa ngoại.

- Chọc vào mạch máu: ít gặp, nếu gặp phải rút kim ra ngay.

- Nhiễm khuẩn thứ phát chọc do công tác vô khuẩn không tốt. Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, mức độ đau, thành bụng, nếu cần thiết phải cho kháng sinh, hội chẩn khoa ngoại.

- Chọc nhầm vào tạng hoặc khối u trong bụng./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Đặt ống thông dạ dày là kỹ thuật đưa ống thông qua đường miệng hoặc đường mũi vào dạ dày người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Để nuôi dưỡng: đối với những người bệnh hôn mê, co giật, trẻ đẻ non (phản xạ mút, nuốt kém), dị dạng đường tiêu hóa nặng hoặc ăn bằng đường miệng có nguy cơ suy hô hấp hoặc ngạt.

2. Để rửa dạ dày: trong trường hợp ngộ độc cấp hoặc chảy máu.

3. Để dẫn lưu dịch dạ dày, giúp giảm áp lực trong ống tiêu hóa: trong các trường hợp tắc ruột, liệt ruột cơ năng (viêm tụy cấp...) hoặc sau phẫu thuật đường tiêu hóa.

4. Theo dõi tình trạng chảy máu dạ dày, sự tái phát của chảy máu dạ dày.

5. Lấy dịch dạ dày làm xét nghiệm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tồn thương ở thực quản: u, rò, bóng thực quản dạ dày do axit hoặc kiềm mạnh, teo thực quản.

- Nghi thủng dạ dày.

- Áp xe thành họng.

- Tồn thương vùng hàm mặt.

- Bệnh ở thực quản: co thắt, chít hẹp, phình tĩnh mạch, động mạch thực quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Một điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Ống Faucher cỡ to 14- 22 (đường kính trong từ 6- 10mm).

- Găng tay sạch: 2 đôi.

- Dầu nhờn: K - Y hoặc parafin.

- Gạc vô trùng.

- Băng dính.

- Túi dẫn lưu ống thông dạ dày.

- Ống nghe. Bộ đo huyết áp.
- Bơm tiêm 50 ml, máy hút (nếu có).
- Ống nghiệm, giá đựng ống nghiệm, giấy xét nghiệm (nếu có).
- Hộp thuốc chống sốc.
- Bát kê.

3. Người bệnh

- Động viên, giải thích cho người bệnh thủ thuật sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà.
- Tháo răng giả (nếu có).
- Nếu hôn mê có nguy cơ sặc: đặt nội khí quản có bóng chèn, bơm căng bóng.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi (người bệnh tỉnh) hoặc nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái (người bệnh hôn mê).
- Đo độ dài của ống thông (đo từ cánh mũi tới dái tai vòng xuống mũi ức, khoảng 45- 50 cm là ngang phần đáy dạ dày hoặc từ răng cho đến rốn).
- Bôi trơn đầu ống thông (khoảng 5 cm, không để dầu đọng trong ống làm người bệnh sặc).
- Bảo người bệnh há miệng hoặc dùng dụng cụ mở miệng hoặc canun Guedel (người bệnh không tỉnh), luồn ống thông qua miệng. Nếu khó khăn có thể luồn qua mũi theo đường đi của lỗ mũi.
- Nhẹ nhàng đưa ống vào miệng, sát má, tránh vom họng và lưỡi gà, động viên người bệnh nuốt mặc dầu rất khó chịu, trong khi đó người điều dưỡng từ từ đẩy ống và đến khi vạch đánh dấu chạm tới cung răng thì dừng lại. Nếu người bệnh có sặc, ho dữ dội, tái mặt, tím môi thì rút ra và đưa lại.
- Kiểm tra xem ống thông đã vào đúng dạ dày chưa bằng ba cách: bơm khí khoảng ml và nghe vùng thượng vị thấy tiếng sục của khí qua nước hoặc dùng bơm tiêm hút dịch vị hoặc nhúng đầu ngoài của ống thông vào cốc nước sạch không thấy sủi khí.
- Cố định ống thông dạ dày bằng băng dính.

- Lắp túi dẫn lưu vào đầu ống thông dạ dày.
- Ghi hồ sơ bệnh án: loại ống thông, kích cỡ, sự hợp tác của người bệnh trong quá trình làm thủ thuật và phương pháp kiểm tra vị trí của ống thông.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ. Phản xạ ho sắc tránh hít phải dịch.
- Trường hợp lưu ống thông, thì sau 3 – 7 ngày (tùy điều kiện) thay ống thông và đổi lỗ mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: máy hút, đặt nội khí quản.
- Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: hồi sức cấp cứu.
- Đặt nhầm vào khí quản: khi thấy người bệnh ho, sặc, tím môi phải rút ống thông ngay.
- Tôn thương vùng mặt ./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: ĐẶT ống THÔNG HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật đặt ống thông vào hậu môn giúp làm giảm áp lực trong ống tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trong trường hợp trướng bụng, tăng áp lực trong ống tiêu hóa (sau soi đại tràng không hút hơi hết, ...)

- Để chuẩn bị tháo lồng ruột ở trẻ em.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương ở hậu môn, trực tràng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng, kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Ống thông hậu môn: 01 chiếc

- Găng tay sạch: 02 đôi

- Băng dính

- K - Y hoặc parafin

- Gạc sạch: 01 gói

- Tấm nilon: 01 cái

3. Người bệnh

Động viên, giải thích cho người bệnh mọi việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà. Nếu người bệnh là trẻ em cần phải giải thích với bố mẹ của trẻ.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh nằm nghiêng trái, chân trên co vào bụng, chân dưới duỗi

thẳng.

- Lót tấm nilon dưới mông người bệnh.
- Bôi trơn đầu ống thông bằng K - Y hoặc Parafin (1 đoạn khoảng 5 cm)
- Thăm hậu môn trực tràng bằng tay trước khi đặt ống thông hậu môn để phát hiện các bất thường: khối u, lỗ dò hậu môn...
- Dùng ngón tay trỏ và ngón tay cái ban hai bên hậu môn, đồng thời bảo người bệnh rặn nhẹ, tay kia cầm ống thông nhẹ nhàng đưa vào hậu môn theo hướng hậu môn - rốn sau đó theo hướng hậu môn - cột sống.
- Cố định ống thông hậu môn bằng băng dính.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng bụng: có đờ trương không.
- Tổn thương niêm mạc trực tràng hậu môn: người bệnh đau hậu môn, chảy máu. Khi đưa ống thông hậu môn vào mà thấy vướng, có sự cản trở thì phải dừng lại và rút ống thông ra ngay.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Khi thấy người bệnh đau hậu môn hoặc chảy máu thì rút ống thông ra ngay./.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT: KỸ THUẬT HO CÓ ĐIỀU KHIỂN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ho thông thường: là một phản xạ bảo vệ của cơ thể nhằm tống những vật “lạ” ra ngoài.

- Để thay thế những cơn ho thông thường dễ gây mệt, khó thở, cần hướng dẫn người bệnh sử dụng kỹ thuật ho có điều khiển:

+Ho có điều khiển là động tác ho hữu ích giúp tống đờm ra ngoài, làm sạch đường thở và không làm cho người bệnh mệt, khó thở...

+Mục đích của ho có điều khiển không phải để tránh ho mà là dùng động tác ho để làm sạch đường thở.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có nhiều đờm gây cản trở hô hấp hoặc gặp khó khăn khi khạc đờm.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Người bệnh ngồi trên giường hoặc ghé với hai chân chạm đất, người hơi ngả về phía trước, thư giãn, thoải mái.

Bước 2: Hít thở sâu bằng cơ hoành 3- 4 lần.

Bước 3: Khoanh hai tay trước bụng và hít vào chậm và thật sâu bằng mũi, nín thở trong 3 giây.

Bước 4: Để thở ra: ngả người về phía trước, hai tay ép vào bụng. Ho mạnh 2 lần với miệng hơi mở, lần đầu để long đờm, lần sau để đẩy đờm ra ngoài.

Bước 5: Hít vào chậm và nhẹ nhàng bằng mũi. Động tác này sẽ giúp ngăn ngừa đờm di chuyển ngược lại vào đường hô hấp.

Nghỉ ngơi vài phút và thực hiện lại các bước trên nếu cần.

Lưu ý:

Khạc đờm vào lọ để xét nghiệm hoặc khạc vào khăn giấy, sau đó bỏ vào thùng rác tránh lây nhiễm.

Khi có cảm giác muốn ho, đừng cố gắng nín ho mà nên thực hiện kỹ thuật ho có điều khiển để giúp tống đờm ra ngoài.

Tùy lực ho và sự thành thạo kỹ thuật của mỗi người, có khi phải lặp lại vài lần mới đẩy được đờm ra ngoài.

Một số người bệnh có lực ho yếu có thể thay thế bằng kỹ thuật thở ra mạnh./.

CHỌC DỊCH TỦY SỐNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch não tủy là một thủ thuật được thực hiện với mục đích chẩn đoán và điều trị. Việc chọc dò tủy sống thắt lưng chỉ nên được thực hiện sau khi khám lâm sàng người bệnh và xét đến những lợi ích, nguy cơ của thủ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chẩn đoán các bệnh thần kinh

- Bệnh lý nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương: viêm màng não, viêm não, viêm tủy, viêm não tủy...
- Bệnh lý ác tính màng não: ung thư màng não, di căn màng não.
- Bệnh lý viêm hệ thống: viêm đa rễ dây thần kinh, xơ cứng rải rác
- Tai biến mạch não: nghi ngờ xuất huyết dưới nhện có chụp cắt lớp vi tính bình thường.
- Một số bệnh rối loạn chuyển hóa.

2. Điều trị

- Đưa thuốc vào khoang dưới nhện như kháng sinh, kháng nấm, thuốc chống ung thư.
- Gây tê tủy sống.

3. Theo dõi điều trị

Theo dõi kết quả điều trị trong viêm màng não.

4. Tiến hành các thủ thuật

- Đo áp lực nội sọ.
- Chụp tủy cản quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng da hoặc mô mềm vùng chọc dò.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Nguy cơ chảy máu: các trường hợp rối loạn đông máu, đang dùng thuốc chống đông..., cần xem xét cụ thể trên từng người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ 01, điều dưỡng 02

2. Phương tiện

- Băng, cồn iod, cồn trắng, gạc vô khuẩn, băng dính, khăn có lỗ vô khuẩn, găng tay vô khuẩn...
- Thuốc gây tê tại chỗ dạng bôi hoặc dạng xịt.

- Kim chọc dò các cỡ có thông nòng (trong một số trường hợp ở trẻ nhỏ có thể dùng kim không có thông nòng, có thể sử dụng kim tiêm hoặc kim pha thuốc nhỏ mặt vát kim hướng lên trần nhà).

- Áp kế để đo áp lực dịch não tủy.

- Ống nghiệm để chứa dịch não tủy (2-5 ống tùy theo yêu cầu xét nghiệm).

3. Người bệnh và gia đình

- Phải giải thích kỹ, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ phải giải thích với cha mẹ người bệnh.

- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng với thuốc gây tê.

- Chuyển người bệnh sang phòng thủ thuật, nếu làm tại giường phải có bình phong.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Chỉ định chọc dò tủy sống, các yêu cầu xét nghiệm

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân, các chỉ số sinh tồn ổn định, không có hội chứng tăng áp lực nội sọ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Nơi thực hiện: phòng thủ thuật

- Bác sỹ phải đảm bảo vô khuẩn: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng vô khuẩn.

- Người phụ 1: đặt người bệnh nằm nghiêng, lưng sát m p giường quay ra phía bác sỹ, bộc lộ vùng chọc dò. Giữ người bệnh ở tư thế nằm bằng cách 1 tay đặt ở gáy người bệnh, 1 tay đặt ở khoeo chân, luôn có xu thế kéo vào để lưng người bệnh cong tối đa và phải đảm bảo vai và hông vuông góc với mặt giường, lưng song song với thành giường.

- Người phụ 2: rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, sát trùng vùng da định chọc dò bằng cồn iod hoặc betadin sau đó bằng cồn trắng đảm bảo lau hết cồn iod, xịt thuốc tê tại chỗ.

- Bác sỹ trải khăn có lỗ vô khuẩn xung quanh vùng chọc dò, xác định vị trí chọc dò: người lớn thường chọc ở khe liên đốt L3-L4, L4-L5, L5-S1 (do tủy sống tận cùng ở L2, đối với trẻ em tủy sống có thể kéo dài đến L3-L4 nên vị trí chọc thường thấp hơn).

- Kim chọc dịch não tủy (trong một số trường hợp trẻ nhỏ có thể dùng kim không nòng được đưa vào đường giữa và vuông góc với mặt phẳng lưng, nên

đưa vuông góc với trục cơ thể để giảm thiểu rách màng cứng và đau đầu sau chọc dịch não tủy.

- Khi đưa kim vào sâu khoảng 3 - 4cm hoặc thấy hẫng tay rút nòng thông ra xem dịch não tủy có chảy qua kim không, nếu không có dịch não tủy đưa kim vào thêm 2 - 3mm sau đó rút nòng thông ra kiểm tra lại. Khi kim đi chệch hướng rút kim ra tới tổ chức dưới da, đưa kim lên phía đầu tạo góc 150° hoặc ít hơn và đi đúng đường giữa sau đó đưa kim vào lại.

- Khi đặt kim vào khoang dịch não tủy có thể đo áp lực dịch não tủy và lấy dịch vào các ống xét nghiệm. Sau đó lắp lại nòng thông trước khi rút bỏ kim.

- Sau khi lấy được bệnh phẩm ghi hồ sơ: ngày giờ làm thủ thuật, áp lực dịch não tủy, tính chất, màu sắc, chỉ định các xét nghiệm, tình trạng người bệnh.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh nằm tại chỗ với đầu thấp tối thiểu 30 phút
- Người bệnh nằm tại chỗ với đầu bằng tối thiểu 30 phút
- Các chỉ số sinh tồn
- Tình trạng tri giác
- Tại vị trí chọc dò tủy sống

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Đau đầu sau khi chọc dịch

Là biến chứng thường gặp nhất do áp lực nội sọ giảm hoặc thoát dịch não tủy qua lỗ chọc ở màng cứng, có thể liên quan đến cỡ kim chọc dò và số lượng dịch não tủy lấy ra nhiều hoặc người bệnh ngồi dậy sớm. Hạn chế bằng cách cho người bệnh nằm tại giường không gối đầu cao khoảng 3- 4 giờ, đảm bảo đủ lượng dịch cho người bệnh, dùng thuốc giảm đau.

2. Tụt não

Là biến chứng nguy hiểm nhất có thể gây tử vong do tụt hạnh nhân tiểu não vào lỗ chẩm hoặc tụt kẹt hồi hải mã thùy thái dương qua lều tiểu não. Biến chứng này có thể xảy ra ngay lập tức hoặc trong vòng 12h sau khi chọc dịch não tủy.

3. Nhiễm khuẩn

Thường do không đảm bảo vô khuẩn trong khi làm thủ thuật, có thể gây viêm màng não mủ, áp xe dưới màng cứng hay viêm nhiễm khoang đĩa đệm.

4. Tụ máu dưới màng cứng

Đây là biến chứng hiếm, có thể gặp ở những người bệnh lớn tuổi có teo não.

5. Chảy máu

Có thể gặp các biến chứng chảy máu dưới màng cứng, ngoài màng cứng, chảy máu dưới nhện nhất là trong những trường hợp có rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.

KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm trong da là tiêm một lượng thuốc rất nhỏ (1/10 ml) vào lớp thượng bì, chủ yếu để tạo phản ứng da cho tiêm thử phản ứng kháng sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thử phản ứng.
- + Thuốc kháng sinh: penicilin, streptomycin.
- + Huyết thanh: kháng uốn ván, kháng nọc rắn.
- Phòng bệnh: tiêm vacxin BCG phòng lao cho trẻ sơ sinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không thử phản ứng khi người bệnh đang có cơn dị ứng cấp tính: viêm mũi, nổi mề đay, hen phế quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn: Khay tiêm, bơm tiêm 1ml, (bơm 10 nếu pha thử Test), kim rút thuốc, bông, gạc miếng, hộp đựng bông cồn.

2.2. Dụng cụ sạch

- Găng tay, kéo, băng dính, panh.
- Hộp chống shock.

2.3. Dụng cụ khác

- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định.
- Bút ghi (trong trường hợp thử phản ứng).

2.4. Thuốc, dung dịch sát trùng.

- Thuốc theo y lệnh.
- Nước cất (trong trường hợp thử phản ứng), dung dịch sát trùng: cồn 700.
- Dung dịch sát trùng tay nhanh.

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhân

- Nhận định tình trạng bệnh nhân, hỏi về tiền sử liên quan đến kỹ thuật.
- Giải thích về kỹ thuật sắp làm, gia đình bệnh nhân cam kết đồng ý kỹ thuật.
- Bôi kem EMLA giảm đau (nếu có), bôi trước 20-30 phút.
- Hướng dẫn những điều cần thiết (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án: Phiếu chăm sóc, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật

2. Kiểm tra người bệnh: Tình trạng bệnh nhân.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay.
- Thực hiện 5 đúng (kiểm tra thuốc lần 1).
- Pha và lấy thuốc đúng kỹ thuật, kiểm tra thuốc lần 2 trước khi bỏ vỏ ống thuốc.
- Xác định đúng vị trí tiêm, sát khuẩn vị trí tiêm.
- Sát khuẩn tay nhanh/mang găng tay.
- Thực hiện tiêm đúng kỹ thuật.
- Rút kim, giúp bệnh nhi trở về tư thế thoải mái và hướng dẫn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong quá trình tiêm: Quan sát nét mặt, toàn trạng người bệnh, nếu có bất thường (dấu hiệu sốc phản vệ) báo bác sỹ.

2. Theo dõi sau tiêm: Nghỉ ngơi tại chỗ 15 phút, theo dõi chảy máu nơi tiêm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc phản vệ, dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ cấp cứu chống sốc phản vệ. - Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: cần vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn khô băng ép lại.

- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: cần vệ sinh sạch nơi tổn thương, trích rạch nếu có ổ áp xe.

- Gãy kim: Rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngập sâu, nếu kim ngập sâu gửi ngoại khoa.

KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm dưới da là kỹ thuật đưa thuốc dưới dạng hoà tan trong nước vào tổ chức dưới da cho thuốc hấp thu chậm vào cơ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cho tất cả các loại thuốc tiêm được vào dưới da.
- Tiêm Insulin trong điều trị bệnh tiểu đường.
- Tiêm Atropin trong điều trị giảm đau.
- Tiêm vaccin phòng bệnh: bệnh dại, sởi, quai bị,...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Một số thuốc dầu khó tan, ví dụ: Testosteron...
- Da có vấn đề không thuận lợi để tiêm như nứt nẻ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn: Khay tiêm, bơm tiêm 1ml, (bơm 10 nếu pha thử Test), kim rút thuốc, bông, gạc miếng, hộp đựng bông cồn.

2.2. Dụng cụ sạch

- Găng tay, kéo, băng dính, panh.
- Hộp chống shock

2.3. Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định.

2.4. Thuốc, dung dịch sát trùng

- Thuốc theo y lệnh
- Nước cất, dung dịch sát trùng: còn 70⁰.
- Dung dịch sát trùng tay nhanh

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhân

- Nhận định tình trạng bệnh nhân, hỏi về tiền sử liên quan đến kỹ thuật.
- Giải thích về kỹ thuật sắp làm, gia đình bệnh nhân cam kết đồng ý kỹ thuật.
- Bôi kem EMLA giảm đau (nếu có), bôi trước 20-30 phút.

4. Hồ sơ bệnh án: Phiếu chăm sóc, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: Tình trạng bệnh nhân.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay.

- Thực hiện 5 đúng (kiểm tra thuốc lần 1).
- Pha và lấy thuốc đúng kỹ thuật.
- Kiểm tra thuốc lần 2 trước khi bỏ vỏ ống thuốc.
- Xác định đúng vị trí tiêm, sát khuẩn vị trí tiêm.
- Sát khuẩn tay nhanh/mang găng tay (nếu cần thiết).
- Thực hiện tiêm đúng kỹ thuật.
- Rút kim, giúp bệnh nhi trở về tư thế thoải mái và hướng dẫn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong quá trình tiêm: Quan sát nét mặt, toàn trạng người bệnh, nếu có bất thường (dấu hiệu sốc phản vệ), báo bác sỹ.

2. Theo dõi sau tiêm : Nghỉ ngơi tại chỗ 15 phút, theo dõi chảy máu nơi tiêm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc phản vệ, dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ cấp cứu chống sốc phản vệ.

- Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: cần vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn khô băng ép lại.

- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: cần vệ sinh sạch nơi tổn thương, trích rạch nếu có ổ áp xe.

- Gãy kim: Rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngập sâu, nếu kim ngập sâu gửi ngoại khoa.

KỸ THUẬT TIÊM BẮP THỊT

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm bắp là tiêm một lượng thuốc vào trong bắp thịt (trong cơ), giúp thuốc hấp thu vào cơ thể nhanh hơn tiêm dưới da.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cho tất cả các loại thuốc tiêm được vào mô liên kết dưới da đều có thể tiêm bắp thịt được trừ cafein.

- Một số thuốc không nên hay không được tiêm vào tĩnh mạch mà muốn có hiệu quả nhanh hơn dưới da.

- Thuốc dầu: Thuốc chậm tan và gây đau.

- Da nứt nẻ tiêm dưới da không thích hợp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những thuốc gây hoại tử tổ chức: Canxi Clorua, đường ưu trương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện Điều dưỡng: Có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn : Khay tiêm, bơm tiêm 1ml, (bơm 10 nếu pha thử Test), kim rút thuốc, bông, gạc miếng, hộp đựng bông còn.

2.2. Dụng cụ sạch : Găng tay, kéo, băng dính, panh, hộp chống shock.

2.3. Dụng cụ khác Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định.

2.4. Thuốc, dung dịch sát trùng

- Thuốc theo y lệnh.

- Nước cất, dung dịch sát trùng: còn 70⁰.

- Dung dịch sát trùng tay nhanh.

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhân

- Nhận định tình trạng bệnh nhân, hỏi về tiền sử liên quan đến kỹ thuật.

- Giải thích về kỹ thuật sắp làm, gia đình bệnh nhân cam kết đồng ý kỹ thuật.

- Bôi kem EMLA giảm đau (nếu có), bôi trước 20-30 phút.

- Hướng dẫn những điều cần thiết (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án: Phiếu chăm sóc, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: Tình trạng bệnh nhân.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay.

- Thực hiện 5 đúng (kiểm tra thuốc lần 1).
- Pha và lấy thuốc đúng kỹ thuật.
- Kiểm tra thuốc lần 2 trước khi bỏ vỏ ống thuốc.
- Xác định đúng vị trí tiêm, sát khuẩn vị trí tiêm.
- Sát khuẩn tay nhanh/ mang găng tay (nếu cần thiết).
- Thực hiện tiêm đúng kỹ thuật.
- Rút kim, giúp bệnh nhi trở về tư thế thoải mái và hướng dẫn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong quá trình tiêm: Quan sát nét mặt, toàn trạng người bệnh, nếu có bất thường (dấu hiệu sốc phản vệ), báo bác sỹ và xử trí theo phác đồ cấp cứu chống shock.

2. Theo dõi sau tiêm: Nghỉ ngơi tại chỗ 15-30 phút, theo dõi chảy máu nơi tiêm, ban sản dị ứng tại chỗ hoặc toàn thân.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Phản vệ, dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ cấp cứu chống sốc phản vệ.
- Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: cần vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn khô băng ép lại.
- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: cần vệ sinh sạch nơi tổn thương, trích rạch nếu có ổ áp xe.
- Gãy kim: Rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngập sâu, nếu kim ngập sâu gửi ngoại khoa
- Tắc mạch do tiêm thuốc dầu vào mạch máu hoặc liệt do tiêm vào dây thần kinh hông to.
- Phòng tránh: Tiêm vào đúng vị trí, thử trước khi tiêm.
- Xơ hoá cơ vùng tiêm đặc biệt xơ hóa cơ delta ở trẻ em và trẻ nhỏ khi tiêm bắp vào cánh tay.

KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU VÀ CÁC CHẾ PHẨM MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Máu toàn phần có đầy đủ các thành phần: Hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và các thành phần của huyết tương. Từ máu toàn phần có thể sản xuất ra các chế phẩm máu: Khối hồng cầu, khối Tiểu cầu, huyết tương...

- Truyền máu toàn phần: Tăng khối lượng tuần hoàn, bồi phụ lại lượng máu đã mất khi người bệnh bị mất máu cấp do chấn thương, phẫu thuật hoặc chảy máu ồ ạt.

- Truyền khối hồng cầu: Tăng khả năng cung cấp oxy khi thiếu máu không hồi phục hoặc thiếu máu nặng mất bù, như trong bệnh: Thalasemia, suy tủy.

- Truyền tiểu cầu và huyết tương: Tăng khả năng đông máu và cầm máu.

- Truyền bạch cầu, gamma globulin, albumin: Tăng khả năng đề kháng và chống nhiễm khuẩn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất máu ảnh hưởng đến huyết động: chảy máu nội tạng, chấn thương.

- Các tình trạng giảm tiểu cầu, giảm yếu tố đông máu gây chảy máu.

- Các bệnh về máu: Suy tủy, rối loạn tạo máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Suy tim do tăng khối lượng tuần hoàn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- khay vô khuẩn: 01 khay.

- Bơm, kim tiêm, dây truyền máu.

- Bông, hộp đựng bông, gạc/opside.

2.2. Dụng cụ sạch

- Hộp chống sốc.

- Cồn 70⁰, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, găng tay.

- Thẻ định nhóm máu hoặc lam kính.

- Phiếu truyền máu.

- Dây garô, băng dính, băng cuộn, nẹp cố định, gối kê tay, cọc truyền.

- Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ bấm dây, nhiệt kế.

2.3. Dụng cụ khác: Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định.

2.4. Máu/chế phẩm từ máu và thuốc

- Dịch truyền NaCl 9‰: 01 chai.

- Túi máu/chế phẩm từ máu theo y lệnh: Kiểm tra chất lượng, hạn sử dụng của túi máu.

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhân

- Giải thích và gia đình bệnh nhân cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật, cho trẻ ăn trước truyền ít nhất 30 phút.

- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Hỏi về tiền sử dị ứng với máu.

4. Hồ sơ bệnh án: Phiếu truyền máu, Phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: Tình trạng bệnh nhân.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Truyền cùng nhóm máu: Người bệnh nhóm máu nào thì truyền nhóm máu đó và truyền theo chỉ định của Bác sỹ.

- Truyền khác nhóm máu: Trong trường hợp cấp cứu không có máu cùng nhóm có thể truyền khác nhóm (không quá 250ml) theo quy tắc truyền máu tối thiểu và theo chỉ định của Bác sỹ.

- Điều dưỡng rửa tay

- Thực hiện 5 đúng.

- Làm phản ứng định lại nhóm máu tại giường.

- Cắm dây truyền máu và đuôi khí.

- Xác định vị trí truyền, đưa kim vào tĩnh mạch, cố định kim.

- Làm phản ứng sinh vật.

- Điều chỉnh tốc độ truyền theo y lệnh.

- Giúp bệnh nhi ở tư thế thoải mái.

- Dẫn dò bệnh nhi và gia đình bệnh nhi những điều cần thiết: Hạn chế ăn trong suốt quá trình truyền, theo dõi các dấu hiệu bất thường: sốt, rét run, mẩn ngứa...Nếu có gì bất thường, báo ngay cho nhân viên y tế.

- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án và phiếu theo dõi truyền máu.

VI. THEO DÕI

Theo dõi người bệnh trong suốt quá trình truyền máu, đặc biệt trong 30 phút đầu về Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp ... và các biểu hiện như buồn nôn, đau bụng, nhức đầu ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến sớm

1.1. Tan máu cấp: Là tai biến nguy hiểm

- Nguyên nhân: do bất đồng nhóm máu ABO.

- Biểu hiện: Bồn chồn, kích thích, đau đầu, đau bụng, đái máu, shock.
- Xử trí:
 - + Ngừng truyền máu, giữ nguyên hiện trạng để xác định nguyên nhân.
 - + Đánh giá nhanh chức năng sống: Đường thở, thở, tuần hoàn, thần kinh để xử trí kịp thời.
 - + Thực hiện y lệnh truyền dịch, thuốc lợi tiểu, chống shock, kháng histamin, steroid ...

1.2. Khó thở

- Nguyên nhân: do quá tải về tuần hoàn hay tổn thương phổi cấp liên quan tới truyền máu.
- Xử trí:
 - + Ngừng truyền máu.
 - + Làm thông đường thở, cho người bệnh thở oxy + Báo ngay với Bác sĩ để tìm nguyên nhân.
 - + Thực hiện y lệnh thuốc của Bác sĩ.

1.3. Sốt, rét run

- Nguyên nhân: do nhiễm bản hoặc do có kháng thể kháng bạch cầu, kháng tiểu cầu ở máu người nhận.
- Biểu hiện: Sốt (nhiệt độ cơ thể $\geq 37,50$ C), rét run.
- Xử trí:
 - + Tạm ngừng truyền máu, điều trị hạ sốt cho bệnh nhi rồi truyền lại theo y lệnh.
 - + Ủ ấm (nếu bệnh nhi rét run).

1.4. Dị ứng

- Biểu hiện: ngứa, mẩn đỏ.
- Xử trí:
 - + Tạm ngừng truyền máu, điều trị triệu chứng.
 - + Thực hiện y lệnh thuốc của Bác sĩ.

2. Các tai biến muộn: Tan máu muộn, xuất huyết giảm tiểu cầu, nhiễm khuẩn, nhiễm virus ... xảy ra chậm, sau nhiều ngày hoặc hàng tuần, hàng tháng sau truyền máu.

MỞ MÀNG PHỔI TỐI THIỂU DẪN LƯU KHÍ - DỊCH MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở màng phổi tối thiểu là kỹ thuật nhằm giải phóng khoang màng phổi do sự chèn ép của dịch hoặc khí trong khoang màng phổi bằng cách đặt ống dẫn lưu qua thành ngực. Quy trình phải đảm bảo bốn nguyên tắc: kín, vô khuẩn, một chiều và hút liên tục với áp lực điều khiển $> -20\text{cm H}_2\text{O}$ và $< -30\text{ cm H}_2\text{O}$.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp tràn dịch màng phổi mạn tính ảnh hưởng đến hô hấp. Tràn mủ màng phổi cần dẫn lưu và rửa khoang màng phổi.

- Tràn máu màng phổi do chấn thương hoặc tai biến sau thủ thuật.

- Tràn dịch màng phổi, tràn máu do bệnh lý ác tính có chỉ định gây dính màng phổi qua dẫn lưu màng phổi.

- Tất cả các trường hợp tràn khí màng phổi do chấn thương. Sau thông khí nhân tạo.

- Tràn khí màng phổi mạn tính, tràn khí màng phổi hở hoặc có van, tràn khí màng phổi thất bại với các biện pháp chọc hút khí, đặt catheter dẫn lưu khí.

- Tràn khí - tràn dịch màng phổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Một số trường hợp cần lưu ý khi dẫn lưu màng phổi:

- Rối loạn đông máu, cầm máu: tỷ lệ prothrombin $< 50\%$ và/hoặc số lượng tiểu cầu $< 50\text{G/l}$.

- Rối loạn huyết động.

- Tổn thương da thành ngực vùng định mở màng phổi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa hô hấp làm thành thạo kỹ thuật mở màng phổi. - Điều dưỡng đã được đào tạo về phụ kỹ thuật mở màng phổi.

2. Phương tiện

- Bộ mở màng phổi: 1 kẹp phẫu tích cong, kim kẹp kim, 2 kẹp phẫu tích cầm máu, 1 phẫu tích có máu, 1 không máu, kéo cắt chỉ, kim kẹp sãng.

- Săng vô khuẩn và 02 găng tay (vô khuẩn).

- Dung dịch sát khuẩn: cồn iod 1,5%, cồn trắng 70 .

- Thuốc tê: Xylocain 2%. Atropin 1/4mg x 2 ống.

- Thuốc và dụng cụ cấp cứu: Adrenalin 1mg, Methylprednisolon 40mg, bộ đặt nội khí quản, bóng Ambu, máy hút đờm, hệ thống thở oxy.

- 1 Bơm tiêm 20ml, 5 gói gạc N₂, một lưỡi dao mổ, 1 kim 20G, 2 bộ kim

chỉ khâu.

- Bộ hút dẫn lưu khí hoặc dịch kín một chiều.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh (và người nhà) mục đích của làm thủ thuật.

Cho người bệnh ký cam kết đồng ý làm thủ thuật.

- Động viên người bệnh yên tâm và không để người bệnh quá đói khi làm thủ thuật. Cho người bệnh đi vệ sinh trước khi làm thủ thuật.

- Thử phản ứng Xylocaine.

- Tiêm bắp Atropin 1/4mg 15-30 phút trước khi làm thủ thuật. Tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành kỹ thuật 15 phút.

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, thẳng người, đầu cao, tay bên phổi bị tràn dịch giơ cao lên đầu. Tùy từng trường hợp, người bệnh nặng có thể nằm đầu cao, ngồi, hoặc nằm sấp.

- Hồ sơ bệnh án

- Đủ kết quả thăm dò cận lâm sàng: phim X quang phổi, phim cắt lớp vi tính (CLVT), công thức máu, đông máu cơ bản, ure, creatinin, AST, ALT, điện giải đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đã có đủ các kết quả thăm dò cận lâm sàng như trong phần IV mục 4, cam kết của người bệnh (người nhà người bệnh).

2. Kiểm tra người bệnh

Khám lại người bệnh; đánh giá tình trạng huyết động, hô hấp, các rối loạn nhịp tim, khả năng hợp tác khi tiến hành mở màng phổi

3. Thực hiện kỹ thuật

- Xác định vị trí dẫn lưu

- Dựa trên phim chụp CLVT, hoặc phim chụp X quang ngực để lựa chọn tư thế của người bệnh khi tiến hành thủ thuật.

- Tiến hành mở màng phổi:

+ Sát trùng vùng định dẫn lưu màng phổi. Trải săng lỗ.

+ Gây tê tại vùng định mở màng phổi. Gây tê thành ngực theo từng lớp, từ da vào đến lá thành màng phổi. Tránh bơm Lidocain vào trong lòng mạch. Dùng kim gây tê thăm dò khoang màng phổi.

+ Rạch da và cân dọc theo khoang liên sườn, đi theo bờ trên xương sườn để tránh bó mạch thần kinh liên sườn. Không rạch quá rộng, chỉ cần bằng đường kính của ống dẫn lưu thêm 0.5cm.

+ Dùng kẹp phẫu tích không máu tách từng lớp cơ thành ngực dọc theo sợi cơ, tránh làm đứt cơ, tách đến tận lá thành màng phổi. Dùng mũi kẹp phẫu

tích chọc thủng khoang màng phổi.

+ Đưa ống dẫn lưu vào khoang màng phổi qua lỗ vừa mở, rút nòng sắt của ống dẫn lưu ra đối với những ống thông chuyên dụng. Đối với tràn khí màng phổi thì hướng của ống dẫn lưu ra trước và lên trên đỉnh, còn đối với tràn dịch màng phổi thì hướng của ống dẫn lưu ra sau và xuống dưới.

+ Cố định dẫn lưu ở mức 8-10cm (cách lỗ bên cuối cùng của dẫn lưu 5cm).

+ Nối đầu còn lại của ống dẫn lưu được nối với máy hút với áp lực hút - 20cm H₂O.

+ Đối với tràn khí màng phổi có thể khâu chỉ chờ chữ U xung quanh ống dẫn lưu để khâu lỗ thủng thành ngực khi rút ống.

VI. THEO DÕI CÁC DIỄN BIẾN TRONG VÀ SAU DẪN LƯU

1. Tình trạng toàn thân người bệnh:

- Trong khi làm thủ thuật: đo mạch, huyết áp, tần số thở, theo dõi vẻ mặt và xem người bệnh có dễ thở không, có đau ngực không.

- Sau khi làm thủ thuật cũng kiểm tra mạch, huyết áp, tần số thở và chụp lại X quang phổi đánh giá kết quả thủ thuật.

2. Theo dõi dẫn lưu:

- Sau khi ống dẫn lưu nối với hệ thống hút với áp lực phù hợp, hút hết lượng dịch và tính lượng dịch ra theo giờ.

- Nếu dẫn lưu không có dịch ra, kiểm tra dẫn lưu có thông không.

- Nếu cột dịch trong ống dẫn lưu dao động theo nhịp thở người bệnh chứng tỏ ống dẫn lưu vẫn thông và dịch đã hết.

- Kiểm tra phổi có nở ra không sau khi dẫn lưu bằng cách: khám lâm sàng, chụp phổi kiểm tra.

3. Rút dẫn lưu:

- Đối với dẫn lưu dịch màng phổi: dựa vào kết quả thăm khám lâm sàng và hình ảnh X quang phổi của người bệnh, chỉ định rút ống dẫn lưu khi lượng dịch dẫn lưu 50ml/24giờ và màu sắc dịch dẫn lưu trong.

- Đối với dẫn lưu khí màng phổi: cần kẹp và rút dẫn lưu theo đúng quy trình như sau:

+ Sau khi mở màng phổi và nối ống dẫn lưu với hệ thống bình hút, cần theo dõi thời điểm chính xác không còn sủi bọt khí trong bình dẫn lưu.

+ Sau 24 giờ tính từ thời điểm không còn sủi bọt khí trong bình: khám lâm sàng và chụp X quang phổi xét kẹp ống dẫn lưu. Sẽ có các tình huống sau:

+ Còn tràn khí màng phổi: kiểm tra lại hệ thống dẫn lưu có bị tắc không. Đầu sonde dẫn lưu có đúng vị trí không. Sonde dẫn lưu quá sâu hoặc bị gấp khúc gây cản trở dẫn lưu khí.

+ Hết tràn khí màng phổi: tiến hành kẹp dẫn lưu khí và ghi bảng theo dõi trong vòng 24 giờ.

+ Sau 24 giờ tính từ thời điểm kẹp ống dẫn lưu: khám lâm sàng và chụp lại X quang phổi kiểm tra. Sẽ có các tình huống sau:

Nếu không tái phát tràn khí: tiến hành rút ống dẫn lưu màng phổi.

Nếu tái phát tràn khí màng phổi: mở kẹp và tiếp tục hút dẫn lưu.

Đồng thời phải kiểm tra xem hệ thống dẫn lưu có bị hở không. Xem xét áp dụng phương pháp điều trị khác (gây dính, nội soi lồng ngực...) nếu phương pháp hút dẫn lưu đơn thuần không có kết quả.

- Kỹ thuật rút ống:

+ Khi rút, dẫn lưu phải được hút liên tục cho đến khi rút hoàn toàn ống ra khỏi khoang màng phổi để loại bỏ nốt phần khí và dịch còn sót lại trong ống cũng như trong khoang màng phổi.

+ Thất chỉ chờ ngay sau khi ống được rút, sát khuẩn bằng Betadin, băng lại cẩn thận. Hẹn người bệnh sau 1 tuần đến cơ sở y tế gần nhất để cắt chỉ chờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Choáng ngất do lo sợ: đây là tai biến thường gặp. Cần giải thích rõ cho người bệnh trước khi làm thủ thuật để người bệnh phối hợp tốt, cho ăn nhẹ trước khi làm thủ thuật.

- Phù phổi cấp: có thể xảy ra khi hút áp lực cao, dịch ra quá nhanh và nhiều. Nhiễm trùng do không tuân thủ đúng quy tắc vô trùng trong thủ thuật.

VIII. GHI CHÚ

Không hút với áp lực cao và số lượng quá 1lít/1lần tháo.

DẪN LƯU MÀNG PHỔI, Ồ ÁP XE DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

- Dẫn lưu màng phổi, ổ áp xe phổi là một thủ thuật nhằm giải phóng màng phổi khỏi sự chèn ép do dịch, dẫn lưu mủ từ ổ áp xe, bằng cách đặt một ống dẫn lưu vào màng phổi hoặc ổ áp xe để dịch (mủ) chảy tự nhiên hoặc hút liên tục bằng máy hút áp lực âm.

- Dẫn lưu màng phổi, ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm để định vị chính xác vị trí mở màng phổi ở những trường hợp tràn dịch màng phổi khu trú và áp xe phổi sát thành ngực có chỉ định dẫn lưu dịch (mủ).

II. CHỈ ĐỊNH

Tràn dịch màng phổi khu trú có chỉ định dẫn lưu dịch ra ngoài. Áp xe phổi sát màng phổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Một số trường hợp cần lưu ý khi dẫn lưu màng phổi:
 - + Rối loạn đông máu, cầm máu: tỷ lệ prothrombin < 50% và/hoặc số lượng tiểu cầu < 50G/l.
 - + Rối loạn huyết động.
 - + Tổn thương da thành ngực vùng dự định mở màng phổi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa được đào tạo và thực hiện được kỹ thuật mở màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Điều dưỡng được đào tạo và thực hiện được phụ kỹ thuật mở màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm.

2. Phương tiện

- Ống dẫn lưu màng phổi cỡ 28 - 31G.
- Bộ mở màng phổi: 1 kẹp phẫu tích cong, kim kẹp kim, 2 kẹp phẫu tích cầm máu, 1 phẫu tích có máu, 1 không máu, kéo cắt chỉ, kim kẹp sãng.
- Sãng vô khuẩn và 02 găng tay (vô khuẩn).
- Dung dịch sát khuẩn: cồn iod 1,5%, cồn 70⁰
- Thuốc tê: Xylocain (Lidocain) 2% x 4 ống. Atropin 1/4mg x 2 ống.
- Thuốc và dụng cụ cấp cứu: Adrenalin 1mg, Methylprednisolon 40mg, bộ đặt nội khí quản, bóng Ambu, máy hút đờm, hệ thống thở oxy.
- 01 Bơm tiêm 20ml, 5 gói gạc N₂, một lưỡi dao mổ, 1 kim 20G, 2 bộ kim chỉ khâu. Bộ hút dẫn lưu khí hoặc dịch kín một chiều.
- Máy siêu âm với đầu dò 3,5MHz.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh (và người nhà) mục đích, quá trình làm và các tai biến có thể xảy ra khi mở màng phổi.
- Người bệnh ký cam kết đồng ý làm kỹ thuật.
- Động viên người bệnh yên tâm và không để người bệnh quá đói khi làm kỹ thuật. Cho người bệnh đi vệ sinh trước khi làm kỹ thuật.
- Thử phản ứng Xylocain.
- Tiêm bắp Atropin 1/4mg x 2 ống 15-30 phút trước khi làm kỹ thuật. - -
Tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành kỹ thuật 15 phút.
- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, thẳng người, đầu cao, tay bên phổi bị tràn dịch giơ cao lên đầu. Tùy từng trường hợp, người bệnh nặng có thể nằm đầu cao, người bệnh có thể ngồi hoặc nằm sấp.

4. Hồ sơ bệnh án

Bệnh án nội trú, với đủ kết quả thăm dò cận lâm sàng: phim X quang phổi, phim chụp cắt lớp vi tính, kết quả công thức máu, đông máu cơ bản, ure, creatinin, AST, ALT, điện giải đồ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đã có đủ các kết quả thăm dò cận lâm sàng như trong phần IV mục 4, cam kết của người bệnh (người nhà người bệnh).

2. Kiểm tra người bệnh

Khám lại người bệnh; đánh giá tình trạng huyết động, hô hấp, các rối loạn nhịp tim, khả năng hợp tác khi tiến hành mở màng phổi.

3. Thực hiện kỹ thuật

** Xác định vị trí dẫn lưu*

- Dựa trên phim chụp cắt lớp vi tính ngực, hoặc phim chụp X quang phổi để lựa chọn tư thế của người bệnh khi tiến hành thủ thuật.

- Dùng máy siêu âm xác định vị trí mở màng phổi.

** Tiến hành mở màng phổi:*

- Sát trùng vị trí dẫn lưu: sát trùng rộng (50cm) vùng mở màng phổi hai lần với cồn iode 1,5% và 1 lần với cồn trắng 700.

- Trải sẵn có lỗ vô khuẩn, bộc lộ vị trí mở màng phổi.

- Gây tê tại chỗ từng lớp từ da đến lá thành màng phổi với Xylocain 2%.

Đặt và cố định dẫn lưu:

+ Rạch da và cân dọc theo bờ trên xương sườn dưới, đường rạch bằng đường kính ngoài của ống dẫn lưu và thêm 0,5cm.

+ Dùng kẹp phẫu tích cong, không máu tách dần qua các lớp: dưới da, cân, cơ liên sườn. Đầu kẹp phẫu tích luôn đi sát bờ trên xương sườn dưới để

tránh làm tổn thương bó mạch - thần kinh liên sườn. Dùng mũi kẹp phẫu tích chọc thủng khoang màng phổi.

+ Đưa ống dẫn lưu vào khoang màng phổi qua lỗ vừa mở, rút nòng sắt của ống dẫn lưu ra.

+ Cố định ống dẫn lưu màng phổi vào da bằng mũi khâu chữ U và khâu chỉ chờ để thắt lại sau khi rút ống dẫn lưu.

- Nối ống dẫn lưu màng phổi với bộ hút dẫn lưu kín một chiều.

- Hút dẫn lưu dịch trong khoang màng phổi với áp lực -20cm H₂O. Theo dõi tình trạng đau ngực, khó thở, lượng dịch ra qua sonde dẫn lưu để điều chỉnh áp lực hút cho phù hợp, sao cho nhu mô phổi giãn nở tốt.

- Nếu không có máy hút thì có thể thực hiện một trong hai cách sau đây:

+ Đặt ống thông vào một chai bằng thủy tinh trong có chứa dung dịch natri clorua 0,9% hoặc dung dịch sát khuẩn với chiều cao của dịch là 10cm. Đầu ống thông có nối 1 van heimlich hoặc 1 ngón tay găng mổ được xẻ dọc đường ở bên. Để đầu ống thông có ngón tay găng ngập trong nước bảo đảm không cho dịch trào ngược về phía người bệnh. Chai dịch để dẫn lưu ra luôn để ở vị trí thấp hơn so với vị trí chọc để tránh trào ngược dịch ở trong chai vào khoang màng phổi.

+ Hút bằng bơm tiêm 50ml: dùng khoá 3 chạc để ngăn khí không vào phổi hoặc dùng kẹp mỗi lần tháo bơm tiêm. Đếm số lần bơm tiêm đã hút để biết thể tích dịch hút được.

VI. THEO DÕI CÁC DIỄN BIẾN TRONG VÀ SAU DẪN LƯU

- Tình trạng toàn thân người bệnh

- Trong khi làm thủ thuật: đo mạch, huyết áp, tần số thở, theo dõi vẻ mặt và xem người bệnh có khó thở không.

- Sau khi làm thủ thuật cũng kiểm tra mạch, huyết áp, tần số thở và chụp lại X quang phổi đánh giá kết quả thủ thuật.

- Theo dõi dẫn lưu

- Sau khi ống dẫn lưu nối với hệ thống hút với áp lực phù hợp, hút hết lượng dịch và tính lượng dịch ra theo giờ.

Nếu dẫn lưu không có dịch ra, kiểm tra dẫn lưu có thông không. Nếu cột dịch trong ống dẫn lưu dao động theo nhịp thở người bệnh, ống dẫn lưu vẫn thông và dịch đã hết.

- Kiểm tra phổi có nở ra không sau khi dẫn lưu bằng cách: khám lâm sàng, chụp X quang phổi kiểm tra, để đánh giá kết quả của thủ thuật.

- Rút dẫn lưu

- Chỉ định rút dẫn lưu khi lượng dịch hút ra < 50ml/24giờ và dịch dẫn lưu trong. Khi rút dẫn lưu cần theo đúng quy trình dựa trên kết quả triệu chứng lâm

sàng và hình ảnh X quang.

- Kỹ thuật rút ống:

- Khi rút bỏ dẫn lưu phải được hút liên tục cho đến khi rút hoàn toàn ống để loại bỏ nốt phần khí và dịch còn sót lại trong ống cũng như trong khoang màng phổi.

- Thất chỉ chờ ngay sau khi ống được rút bỏ, sát khuẩn bằng Betadin, băng lại cẩn thận.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu và đau tại chỗ do chọc phải bó mạch thần kinh liên sườn: theo dõi sát, can thiệp ngoại khoa (nếu cần).

- Chọc nhầm vào các tạng lân cận (phổi, gan, lách, dạ dày...), để tránh cần phải nắm vững vị trí giải phẫu, xác định chính xác vị trí mở màng phổi dựa vào phim chụp X quang phổi, cắt lớp vi tính lồng ngực, siêu âm khoang màng phổi.

- Choáng ngất: là tai biến thường gặp, do người bệnh quá sợ hoặc làm thủ thuật lúc người bệnh đang đói. Cần giải thích rõ cho người bệnh trước khi làm thủ thuật để người bệnh phối hợp tốt, và cho ăn nhẹ trước khi làm thủ thuật. Khi xảy ra choáng ngất cần.

- Ngừng ngay thủ thuật, cho người bệnh nằm nghỉ. Theo dõi mạch, huyết áp.

- Truyền dịch.

- Thở oxy nếu cần.

- Phù phổi cấp: có thể xảy ra khi hút áp lực cao, dịch hoặc khí ra quá nhanh và nhiều. Điều trị: lợi tiểu, thở oxy, thở CIPAP....

- Nhiễm trùng do không tuân thủ đúng qui tắc vô trùng trong thủ thuật, có thể gây ra mũ màng phổi. Điều trị bằng kháng sinh toàn thân kết hợp với chọc rửa, dẫn lưu màng phổi.

VIII. GHI CHÚ

Không hút với áp lực cao và số lượng quá 1lít/1lần tháo.

CHĂM SÓC LỖ MỞ KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở khí quản là tạo một đường thông khí tạm thời hoặc vĩnh viễn để đưa không khí vào thẳng khí quản mà không qua đường mũi họng. Chăm sóc lỗ mở khí quản bao gồm hút đờm, thay băng, rửa lỗ mở khí quản, thay canuyn (hoặc vệ sinh canuyn) và khí dung chống bội nhiễm tại chỗ.

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Thay băng, rửa lỗ mở khí quản, khí dung: điều dưỡng, kỹ thuật viên.
- Thay hoặc vệ sinh canuyn: bác sỹ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ hút đờm.
- Bộ dụng cụ thay băng.
- Bộ dụng cụ thay canuyn mở khí quản.
- Máy và mặt nạ khí dung.

3. Người bệnh: được giải thích trước để yên tâm hợp tác.

4. Hồ sơ bệnh án: ghi đầy đủ chỉ định, ngày giờ làm thủ thuật.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: chỉ định thực hiện chăm sóc lỗ mở khí quản

2. Người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Hút đờm: Hút sạch đờm ngay trước khi chăm sóc lỗ mở khí quản.
- Thay băng, rửa vết mổ.
- Thay băng, rửa vết mổ mở khí quản 2-3 lần trong ngày đầu, sau đó 1 ngày/lần.

- Tháo bỏ băng, gạc cũ.

- Sát trùng lỗ mở khí quản bằng cồn iod, sau đó sát trùng bằng cồn 70.

- Vệ sinh hết chất tiết, nhày, mủ ở lỗ mở khí quản.

- Sát trùng lại trước khi thay băng, gạc mới.

- Dùng gạc mới phủ kín xung quanh lỗ ống mở khí quản.

- Dùng dây gạc buộc cố định canuyn khí quản. Thay canuyn: Thực hiện kỹ thuật: 279

- + Rửa tay.

- + Sau khi cố định ống ngoài, mở khóa của ống trong, rồi rút nhẹ nòng trong của canuyn ra.

- + Ngâm nòng ống vào cốc nước oxy già vài phút để tan dịch đờm, máu, sau đó dùng bàn chải nhỏ chà cho sạch. Nếu là canuyn nhựa thì đem ngâm vào dung dịch dakin hoặc benzalkonium 1/750 trong ít nhất 2 giờ, sau đó tráng bằng

nước cất. Nếu là canuyn bạc Krishaber có thể đem hấp, sấy khô hoặc đun sôi.

+ Lau canuyn bằng gạc, rồi đặt ống trở lại vụn khóa để cố định nòng trong của canuyn.

+ Lấy ra gạc hình chữ Y bằng ống thông lần trước.

+ Dùng que bông tẩm thuốc sát khuẩn, nhẹ tay lau sạch vết mở lỗ khí quản sau 30 giây, dùng que bông tẩm nước muối sinh lý lau lại vết mở lỗ khí quản.

+ Băng vải gạc hình chữ Y sạch cho ống thông.

+ Khi dây cột ống bị lỏng, bị bẩn, tháo ra buộc lại cho vừa chặt hoặc đổi lại dây khác.

+ Các thao tác khác xin xem thêm bài thay canuyn mở khí quản.

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụt canuyn: xem bài thay canuyn mở khí quản

- Nhiễm khuẩn khí phế quản phổi: lấy dịch phế quản làm kháng sinh đồ sau đó cho kháng sinh phổ rộng, điều chỉnh sau khi có kết quả kháng sinh đồ.

- Tắc đờm: đờm quánh do không khí khô và người bệnh bị mất nước.

Xử trí: bồi phụ đủ nước cho **người** bệnh, làm ẩm không khí thở vào bằng cách làm ẩm miếng gạc phủ trên canuyn hoặc nếu người bệnh thở máy phải luôn kiểm tra lượng nước trong bình làm ẩm.

CHỌC HÚT NƯỚC TIỂU TRÊN XƯƠNG MU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc hút nước tiểu trên xương mu là kỹ thuật lấy nước tiểu chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh tiết niệu. Đây là một kỹ thuật đặc biệt vì vậy không nên chỉ định rộng rãi và chỉ áp dụng khi thực sự cần thiết.

II. CHỈ ĐỊNH

Cấy tìm vi khuẩn niệu làm kháng sinh đồ trong những trường hợp khó điều trị, đặc biệt ở trẻ em. Không đặt được sonde tiểu khi người bệnh có bí tiểu và cầu bàng quan.

III. NGƯỜI BỆNH

- Người bệnh đã **được** làm các xét nghiệm về đông máu cơ bản và các xét nghiệm cơ bản khác.

- Người bệnh được siêu âm thận tiết niệu và các xét nghiệm khác tùy theo nguyên nhân và chẩn đoán bệnh.

- Người bệnh có chỉ định chọc hút nước tiểu trên xương mu.

- Người bệnh và gia đình được nghe bác sĩ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của thủ thuật và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật.

IV. HỒ SƠ BỆNH ÁN: Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh: Đối chiếu tên, tuổi.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật.

- Bác sĩ khám và có thể siêu âm để chắc chắn người bệnh có cầu bàng quang ở thời điểm tiến hành thủ thuật.

- Bác sĩ rửa tay, mặc áo thủ thuật, đi găng vô trùng

- Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối co lên khoảng 60o , bàn chân đặt thoải mái.

- Trải mảnh vải nhựa dưới mông người bệnh sau đó trải sẵn vô khuẩn không lỗ.

- Sát trùng rộng toàn bộ vùng chuẩn bị làm thủ thuật.

- Trải 01 sẵn vô khuẩn có lỗ.

- Vị trí chọc: đường trắng giữa, trên khớp mu 1cm.

- Gây tê da và tổ chức dưới da vùng chọc hút nước tiểu.

- Chọc kim thẳng đứng qua da và tổ chức dưới da. Khi kim đã qua thành

bàng quang thì hút nước tiểu, bỏ đi 5ml nước tiểu đầu để loại bỏ hồng cầu khi đầu kim đi qua thành bàng quang, tổ chức dưới da sau đó hút nước tiểu cho vào các ống nghiệm.

- Trong trường hợp người bệnh bí đái thì có thể tiến hành hút bớt nước tiểu trong bàng quang ra ngoài để làm giảm áp lực trong bàng quang cho người bệnh.

- Cho người bệnh về giường bệnh.

VI. THEO DÕI

- Các thông số sinh tồn: toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Kiểm soát đau.

- Theo dõi chảy máu vùng chọc hút.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nhiễm trùng, rò nước tiểu.

- Chảy máu: rất ít gặp. Nếu có chảy máu, ép chặt vị trí khoảng 15-30 phút sau đó băng cầm máu.

- Chọc vào ruột và đại tràng: rất ít gặp, cho người bệnh nhịn ăn và chờ hồi phục.

CHỤP BÀNG QUANG CHẨN ĐOÁN TRÀO NGƯỢC BÀNG QUANG - NIỆU QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Chụp bàng quang chẩn đoán trào ngược bàng quang niệu quản là kỹ thuật bơm thuốc cản quang vào trong lòng bàng quang rồi chụp Xquang vùng tiểu khung ở các tư thế và các thì khác nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

Nghi ngờ có trào ngược bàng quang - niệu quản...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định tuyệt đối: không có
- Chống chỉ định tương đối: viêm nhiễm nặng vùng bàng quang, niệu đạo, hẹp khít niệu đạo.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng, 01 kỹ thuật viên khoa chẩn đoán hình ảnh.

2. **Phương tiện, dụng cụ:** Máy chụp X quang, nếu có máy tăng sáng truyền hình là tốt nhất.

3. **Hồ sơ bệnh án:** Mang theo đầy đủ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Kiểm tra hồ sơ.**

2. **Kiểm tra người bệnh.**

3. **Thực hiện kỹ thuật.**

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa.
- Chụp 01 phim hệ tiết niệu không chuẩn bị.
- Đặt sonde tiểu cho người bệnh để tháo hết nước tiểu trong bàng quang ra rồi từ từ bơm dung dịch thuốc cản quang 20- 30% (pha thuốc cản quang iốt với nước muối sinh lý) đến khi đầy bàng quang (khoảng 300ml) hoặc đến khi người bệnh buồn tiểu.

- Rút hoặc kẹp sonde, chụp bàng quang ở các tư thế khác nhau các thì không rặn đái (Phát hiện trào ngược bàng quang niệu quản chủ động, đánh giá thành bàng quang, túi thừa bàng quang...), rặn đái (phát hiện trào ngược bàng quang niệu quản thụ động), trong tiểu (phát hiện hẹp niệu đạo), sau tiểu (phát hiện lượng nước tiểu tồn dư), nghiêng trái, nghiêng phải tùy theo từng trường hợp.

VI. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

1. **Bình thường:** Dung tích bàng quang 200-300 ml, thành bàng quang mềm mại, nhẵn, ranh giới rõ ràng trên xương mu.

2. **Bệnh lý**

- Thể tích bàng quang quá nhỏ < 50 - 100ml.
- Hình ảnh trào ngược thành bàng quang niệu quản.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

Nhiễm trùng ngược dòng: uống nhiều nước và dùng kháng sinh.

DẪN LƯU BỂ THẬN QUA DA CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Dẫn lưu bể thận qua da cấp cứu là thiết lập một đường dẫn lưu nước tiểu từ bể thận ra ngoài qua da, qua đó giải quyết tình trạng ứ nước, ứ mủ bể thận nhằm giải quyết được tình trạng nhiễm trùng tại chỗ, hạn chế khả năng nhiễm trùng lan rộng hơn như nhiễm trùng máu, kéo dài thời gian nâng thể trạng cho người bệnh để tạo điều kiện cho việc giải quyết nguyên nhân gây tắc nghẽn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tắc nghẽn đường bài xuất trên có thể do một trong các nguyên nhân:

- Bệnh ác tính: ung thư tử cung, tuyến tiền liệt, xương chậu di căn, ung thư của hệ tiết niệu...

- Sỏi thận, sỏi niệu quản, viêm xơ hóa co thắt niệu quản.

- Chít hẹp niệu quản sau phẫu thuật.

- Viêm ứ mủ bể thận.

- Tắc nghẽn đường bài xuất trong thai kỳ và chưa thể xử trí triệt để được.

- Bộ sonde dẫn lưu 6 -8F: 01 bộ.

- Bộ dây truyền huyết thanh: 01 bộ.

- Túi đựng nước tiểu: 01 chiếc.

- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ.

- Săng vô khuẩn loại có lỗ: 01 chiếc.

- Săng vô khuẩn không có lỗ: 01 chiếc.

- Thuốc gây tê lidocain 2%: 04 ống.

- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml.

- Kim tiêm, bơm tiêm 5ml: 01 chiếc.

- Bơm tiêm 20ml: 02 chiếc.

- Băng băng, gạc vô trùng: 04 gói.

- Găng tay vô trùng: 03 đôi.

- Ống nghiệm: 04 ống

- Bộ dụng cụ và thuốc chống choáng, chống sốc phản vệ

III. NGƯỜI BỆNH

- Người bệnh đã được làm các xét nghiệm về đông máu cơ bản và các xét nghiệm cơ bản khác.

- Người bệnh được siêu âm thận tiết niệu.

- Người bệnh có thể được chụp X quang hệ tiết niệu trong trường hợp sỏi đường tiết niệu.

- Người bệnh có biểu hiện nhiễm trùng, thận ứ mủ được dùng kháng sinh trước khi làm thủ thuật, thời gian và liều lượng tùy thuộc vào mức độ nhiễm

trùng.

- Người bệnh và người nhà được nghe bác sĩ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của thủ thuật và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật dẫn lưu bể thận qua da.

IV. HỒ SƠ BỆNH ÁN

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật: hồ sơ đã duyệt can thiệp thủ thuật, giấy cam đoan có ký xác nhận của người bệnh hoặc người nhà.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra các xét nghiệm đã được làm.

2. Kiểm tra người bệnh: Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được thử phản ứng với thuốc gây tê lidocain.
- Người bệnh được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật.
- Người bệnh được nằm nghiêng bộc lộ bên thận cần dẫn lưu.
- Bác sĩ rửa tay, đi găng vô trùng.
- Sát trùng da vùng định dẫn lưu.
- Trải sẵn vô trùng loại có lỗ.
- Định vị bằng siêu âm để tìm điểm đưa dẫn lưu vào bể thận.
- Gây tê vùng dẫn lưu.
- Đưa sonde chuyên dụng vào bể thận dưới sự hướng dẫn của siêu âm.
- Dùng bơm 20ml rút dịch trong bể thận ra ngoài.
- Lấy mẫu xét nghiệm dịch: sinh hóa, tế bào, cấy định danh vi khuẩn, PCR lao.
- Luồn ống dẫn lưu vào trong bể thận, rút nòng sonde và luồn sonde vào bể thận.

- Khi sonde dẫn lưu đã đặt đúng vị trí trong bể thận thì tiến hành nối sonde dẫn lưu với bộ dây truyền và túi đựng nước tiểu.

- Khâu cố định sonde dẫn lưu.
- Siêu âm kiểm tra lại vị trí sonde dẫn lưu trong bể thận.
- Băng vùng chân dẫn lưu.
- Cho người bệnh về giường bệnh.

VI. THEO DÕI

- Các thông số sinh tồn: toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Kiểm soát đau.
- Theo dõi dịch số lượng, tính chất, màu sắc qua sonde dẫn lưu
- Siêu âm lại thận - tiết niệu sau 24 giờ.
- Kháng sinh theo tình trạng bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau

- Chảy máu:

+ Có thể chảy máu từ nhu mô hoặc từ mạch máu liên sườn. Chảy máu thông thường tự cầm và không ảnh hưởng đến huyết động.

+ Trường hợp chảy máu nghiêm trọng từ các nhánh của động mạch thận. Cần truyền máu để giúp ổn định tình trạng của người bệnh. Nên tiến hành chụp mạch để xác định nguồn chảy máu và nút mạch nếu cần.

- Nhiễm khuẩn.

- Tổn thương cơ quan lân cận hiếm gặp ví dụ như đại tràng, trong hầu hết các trường hợp điều trị bảo tồn với kháng sinh và nhịn ăn.

ĐẶT SONDE BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt sonde niệu đạo - bàng quang là thủ thuật dùng để chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh tiết niệu. Đây là kỹ thuật sử dụng một ống thông đặt từ lỗ niệu đạo vào đến bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bí tiểu.
- Để làm trống bàng quang trước khi phẫu thuật.
- Để bơm thuốc vào bàng quang trong điều trị chảy máu bàng quang hoặc nhiễm trùng bàng quang. Xác định khối lượng nước tiểu tồn dư khi không xác định được chính xác khi siêu âm. Chụp phát hiện trào ngược bàng quang niệu quản ngược dòng.

- Rửa bàng quang.
- Chuẩn bị cho nghiên cứu can thiệp đường tiết niệu dưới.
- Tiểu tiện không tự chủ.
- Chờ hồi phục tổn thương đường tiết niệu dưới sau phẫu thuật.–

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm niệu đạo cấp.
- Hẹp niệu đạo.
- Chấn thương vỡ niệu đạo, đứt niệu đạo.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sĩ: 01 bác sĩ thực hiện thủ thuật. Điều dưỡng: 01 người.

2. Phương tiện:

- Giường thực hiện thủ thuật: 01 chiếc
- Sonde bàng quang: các loại kích cỡ tùy thuộc người bệnh.
- Gel bôi trơn hoặc dầu paraffin.
- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ.
- Săng vô khuẩn loại có lỗ: 01 chiếc.
- Săng vô khuẩn không có lỗ: 01 chiếc.
- Mảnh vải nhựa đặt dưới mông người bệnh.
- Nước muối sinh lý 0,9%: 100ml.
- Kim tiêm, bơm tiêm 5ml: 01 chiếc.
- Bông băng, gạc vô trùng: 04 gói.
- Găng tay vô trùng: 02 đôi.
- Ống nghiệm: 04 ống.

3. Người bệnh: Người bệnh và người nhà người bệnh được nghe bác sĩ

giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của thủ thuật và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra các xét nghiệm đã được làm.

2. Kiểm tra người bệnh: Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật: Người bệnh được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật

- Bác sĩ rửa tay, đi găng vô trùng, mặc áo thủ thuật.

- Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối chống lên khoảng 60° , bàn chân đặt thoải mái. Trải mảnh vải nhựa dưới mông người bệnh sau đó trải săng vô khuẩn không lỗ.

- Sát trùng rộng toàn bộ bộ phận sinh dục và bàng quang.

- Trải 01 săng vô khuẩn có lỗ bộc lộ vùng lỗ niệu đạo.

- Dùng tay trái để tách hai mép âm hộ hoặc miệng sáo, tay này đã được coi như nhiễm khuẩn nên không dùng để cầm sonde. Đẩy sonde vào khoảng 6-8 cm sau đó xem nước tiểu đã chảy theo sonde ra ngoài chưa. Nếu đã thấy nước tiểu ra ngoài, điều chỉnh sonde và bơm cuff 10ml natriclorua 9% cố định sonde tiểu.

- Dùng bơm 20ml lấy nước tiểu vào các ống xét nghiệm.

- Nối sonde tiểu với túi đựng nước tiểu.

- Cho người bệnh về giường bệnh.

VI. THEO DÕI

- Các thông số sinh tồn: toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở.

- Kiểm soát đau.

- Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu trong 24 giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu niệu đạo do sang chấn.

- Tổn thương niệu đạo do bơm cuff cố định khi sonde chưa được đặt đúng vị trí vào trong bàng quang. Xử trí: rút bơm cuff để chỉnh sonde lại đúng vị trí. Dùng thuốc giảm đau, chống viêm và theo dõi sự hồi phục. Nhiễm trùng: kháng sinh thích hợp như cephalosporine hoặc quinolon.

- Phù nề niệu đạo do quá trình đặt sonde hoặc bơm bóng khi sonde vào chưa đúng vị trí. Xử trí: dùng thuốc giảm đau, chống viêm và theo dõi sự hồi phục.

ĐO LƯỢNG NƯỚC TIỂU 24 GIỜ

I. ĐẠI CƯƠNG

Là đo lượng nước tiểu của người bệnh trong thời gian 24 giờ.

II. CHỈ ĐỊNH

- Định lượng protein niệu, ure niệu, creatinin niệu, điện giải niệu... 24 giờ.
- Tính bilan dịch vào ra.
- Theo dõi số lượng và tính chất của nước tiểu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện:

- Một bình nhựa có thể tích khoảng 3-5 lít.
- Bình thủy tinh có vạch chia thể tích.
- Hóa chất bảo quản: acid HCl 1%.
- Gạc vô trùng.
- Dung dịch vô khuẩn.
- Găng tay không vô khuẩn loại dùng 1 lần.

3. Người bệnh: Giải thích cho người bệnh lý do và qui trình đo nước tiểu 24 giờ.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Đối với người bệnh tiểu tự chủ

- Giải thích cho người bệnh mục đích cần đo nước tiểu 24 giờ. Buổi sáng thức dậy đi tiểu bỏ hết (ví dụ thức dậy lúc 6 giờ sáng thì lấy nước tiểu đến 6 giờ sáng hôm sau). Kể từ lần đi tiểu kế tiếp, tất cả nước tiểu được gom vào bình chứa (kể cả nước tiểu hứng được lúc đi đại tiện). Sáng hôm sau thức dậy đi tiểu lần cuối vào bình chứa.

- Đo thể tích nước tiểu trong 24 giờ.

- Khuấy đều nước tiểu trong bình, lấy một mẫu nước tiểu cho các xét nghiệm cần thiết.

3.2. Đối với người bệnh đặt sonde tiểu

- Giải thích cho người bệnh và người nhà về thủ thuật.

- Rửa tay bằng dung dịch sát khuẩn.

- Đeo găng tay thường loại dùng 1 lần để đề phòng nước tiểu bị nhiễm bẩn.

- Sát trùng đầu túi đựng nước tiểu bằng gạc có dung dịch sát khuẩn để tránh làm nhiễm bẩn nước tiểu.
- Tháo nước tiểu từ túi đựng nước tiểu vào bình chứa, có thể lặp lại nhiều lần trong ngày nếu túi nước tiểu quá đầy.
- Đo lượng nước tiểu và quan sát tính chất của nước tiểu.
- Khuấy đều nước tiểu trong bình, lấy một mẫu nước tiểu cho các xét nghiệm cần thiết.

4. Ghi hồ sơ:

- Số lượng nước tiểu 24 giờ.
- Tên người tiến hành hướng dẫn người bệnh.

VI. THEO DÕI

Số lượng nước tiểu và tính chất nước tiểu.

RỬA BÀN QUANG LẤY MÁU CỤC

I. ĐẠI CƯƠNG

Rửa bàn quang lấy máu cục là kỹ thuật đưa một lượng dịch vô trùng vào bàn quang và sau đó dẫn lưu ra qua sonde bàn quang nhằm làm sạch máu cục trong bàn quang.

II. CHỈ ĐỊNH: Có máu cục trong bàn quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng.

2. Phương tiện: Bộ dụng cụ để đặt sonde tiêu:

- Bơm vô trùng 50 ml.
- Nước muối sinh lý 0,9%: 1000 ml.
- Cọc treo.
- Gạc sạch và gạc thấm dung dịch sát khuẩn để sát khuẩn đầu sonde.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Găng vô trùng.
- Kẹp Kocher.
- Khay quả đậu vô trùng.
- Săng vô trùng.
- Băng dính.
- Dụng cụ để sát khuẩn tay.
- Giấy thấm bảo vệ dùng 1 lần.

3. Người bệnh: Giải thích cho người bệnh lí do rửa bàn quang, quy trình rửa diễn ra như thế nào và biến chứng có thể xảy ra. Đặt người bệnh nằm ngửa, có giấy thấm phía dưới người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁCH TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Điều dưỡng đeo khẩu trang, đội mũ, rửa sạch tay.
- Mở dụng cụ vô trùng.
- Đặt dụng cụ lên khu vực đã được khử trùng trước đó.
- Mở các túi gạc sạch và gạc được thấm dung dịch sát khuẩn.
- Chuẩn bị dung dịch trong các cốc vô trùng: nước muối sinh lý hoặc nước muối sinh lý với thuốc được chỉ định.
- Đặt săng vô trùng giữa hai chân.
- Rửa tay bằng cồn.

- Đeo găng vô trùng.
- Đặt sonde tiểu nếu người bệnh chưa có sonde bàng quang.
- Nếu người bệnh đã có sonde bàng quang: kẹp sonde phía trên vị trí đầu sonde nối với túi nước tiểu (không kẹp trực tiếp vào sonde mà quấn gạc vào sonde rồi kẹp để tránh làm hỏng sonde).
- Dùng gạc thấm dung dịch sát khuẩn để tháo sonde ra khỏi túi đựng nước tiểu và sát khuẩn đầu sonde.
- Đặt đầu sonde lên khay quả đậu vô trùng, dùng băng dính cố định đầu sonde vào khay quả đậu.
- Che đầu túi đựng nước tiểu bằng 1 miếng gạc sạch thấm dung dịch sát khuẩn.
- Cắm bơm tiêm nước muối vào đầu sonde.
- Tháo kẹp ở sonde.
- Bơm từ từ 50ml nước muối sinh lý vào bàng quang rồi hút ra hoặc kết nối đầu sonde với chai nước muối sinh lý 1000 ml (chai này được treo trên cọc truyền). Nòng còn lại của sonde bàng quang được nối với bộ dây truyền huyết thanh thứ 2 rồi thả vào túi đựng nước tiểu. Làm như vậy nhiều lần cho đến khi nước ra trong. Kẹp sonde lại và rút bơm tiêm ra.
- Nối lại sonde vào túi nước tiểu.
- Tháo kẹp sonde, kiểm tra xem có nước tiểu chảy ra không.
- Đưa người bệnh trở lại vị trí và tư thế ban đầu.
- Ghi vào phiếu theo dõi: màu sắc dịch rửa bàng quang, có cục máu đông không, thể tích dịch rửa.

4. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ rửa bàng quang.
- Dung dịch rửa, số lượng dịch.
- Tính chất, màu sắc nước chảy ra.
- Tình trạng của người bệnh trong và sau khi rửa.
- Tên người tiến hành.

VI. THEO DÕI

- Nhiệt độ, huyết áp, mạch người bệnh.
- Dịch chảy ra: số lượng, màu sắc.

VII. TAI BIẾN

- Người bệnh đau khi lượng dịch rửa đưa vào quá nhiều.
- Tắc sonde.

VIII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Thay sonde bàng quang khi có tắc sonde.
- Giảm đau nếu cần thiết.
- Truyền máu nếu mất máu quá nhiều.

NỘI SOI BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi bàng quang là một thủ thuật được sử dụng để quan sát bên trong bàng quang, niệu đạo.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đái máu.
- Đái mủ.
- Hội chứng bàng quang.
- Viêm bàng quang mạn.
- U bàng quang.
- Sỏi, dị vật bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương đứt niệu đạo.
- Nhiễm trùng đường niệu thấp đang tiến triển.
- Phì đại lành tính tuyến tiền liệt có kích thước to.
- Lao bàng quang.
- U vùng tiểu khung có chèn ép tắc nghẽn đường niệu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ

- Máy soi bàng quang cứng (kim loại) hoặc mềm(sợi).
- Bộ cáp quang dẫn truyền hình ảnh và màn hình video
- Nguồn ánh sáng lạnh.
- Nguồn nước vô trùng và hệ thống dẫn nước vào máy.
- Catheter các cỡ để chụp thận ngược dòng.
- Bộ phận sinh thiết: 01 kim sinh thiết bàng quang.
- Giường kiểu khám phụ khoa có thể điều chỉnh lên xuống tự động: 01 chiếc.

3. Người bệnh: Cần được giải thích kỹ trước khi làm thủ thuật, tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật (Felden, mobic...) và cần được gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại gel) bơm qua đường niệu đạo.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Giảm đau cho người bệnh: tiêm thuốc giảm đau trước khi tiến hành thủ thuật (Felden, mobic..), gây tê tại chỗ bằng xylocain (thường dùng loại cream) bơm qua đường niệu đạo. Tư thế người bệnh: nằm theo tư thế sản khoa.

- Soi kiểm tra: đặt máy soi bàng quang, cho nước và bàng quang kiểm tra tình trạng bàng quang, niệu đạo, hai lỗ niệu quản.

- Sinh thiết bàng quang vị trí nghi ngờ, hoặc bơm rửa bàng quang nếu có máu cục.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Thủng bàng quang: Rất ít xảy ra, xử trí ngoại khoa.

2. Chảy máu: Theo dõi, dùng thuốc cầm máu, truyền máu trong trường hợp mất quá nhiều máu.

3. Nhiễm khuẩn: Do có nhiễm khuẩn cũ hoặc nhiễm khuẩn do làm thủ tục kéo dài và không vô khuẩn tuyệt đối: điều trị kháng sinh và theo dõi.

RÚT SONDẸ DẪN LƯU BỂ THẬN QUA DA

I. ĐẠI CƯƠNG

Rút dẫn lưu được thực hiện khi không còn mục đích quá trình dẫn lưu đã hoàn thành hoặc tắc dẫn lưu.

II. CHỈ ĐỊNH: Người bệnh có đặt dẫn lưu bể thận qua da.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ thực hiện rút dẫn lưu ra khỏi bể thận. 01 điều dưỡng: phụ giúp các bác sĩ tiến hành thủ thuật.

2. Phương tiện:

- Giường thủ thuật: 01 chiếc
- Máy siêu âm với đầu dò Convex 3,5 MHz đã được sát khuẩn.
- Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ.
- Săng vô khuẩn loại có lỗ: 01 chiếc.
- Săng vô khuẩn không có lỗ: 01 chiếc.
- Nước muối sinh lý 0,9%: 500ml.
- Bơm tiêm 20ml: 02 chiếc.
- Băng băng, gạc vô trùng: 04 gói.
- Găng tay vô trùng: 02 đôi.
- Bộ dụng cụ và thuốc chống choáng, chống sốc phản vệ.

3. Người bệnh: Người bệnh và người nhà được nghe bác sĩ giải thích kỹ về thủ thuật và đồng ý phối hợp cùng với bác sĩ.

4. Hồ sơ bệnh án: Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Kiểm tra các xét nghiệm đã được làm.

2. Kiểm tra người bệnh: Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật:

- Người bệnh được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật.
- Người bệnh được nằm nghiêng bệc lộ bên thận đang đặt dẫn lưu.
- Bác sĩ rửa tay, đi găng vô trùng.
- Sát trùng da vùng dẫn lưu.
- Trải săng vô trùng loại có lỗ.
- Cắt chỉ cố định chân sonde dẫn lưu.
- Rút sonde dẫn lưu.
- Băng vùng chân dẫn lưu vừa được rút.
- Cho người bệnh về giường bệnh.

VI. THEO DÕI

- Các thông số sinh tồn: toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở
- Theo dõi tình trạng chảy máu và nhiễm trùng chân sonde sau khi rút dẫn lưu.
- Siêu âm lại thận - tiết niệu sau 24 giờ.
- Kháng sinh theo tình trạng bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu tại chỗ dẫn lưu: băng ép hoặc khâu lại vị trí dẫn lưu nếu cần thiết.

RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Rửa dạ dày là kỹ thuật luồn ống thông vào dạ dày người bệnh để tháo rửa các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị, chất độc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trước phẫu thuật đường tiêu hóa (khi người bệnh ăn chưa quá 6 giờ).
- Các trường hợp ngộ độc cấp (thức ăn, thuốc, hóa chất) trong vòng 6 giờ sau khi uống độc chất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc acid hoặc base mạnh hoặc ngộ độc sau 6 tiếng.
- Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bóng, u, dò thực quản.
- Người bệnh suy kiệt nặng...
- Thủng dạ dày.
- Hôn mê (nếu rửa phải đặt nội khí quản).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng và 01 bác sĩ đeo yếm nylon, găng tay nếu người bệnh ngộ độc phospho hữu cơ.

2. Phương tiện

- Ống Faucher cỡ to 14 - 22 (đường kính trong từ 6-10mm) hoặc ống thông Levin với trẻ nhỏ. Phễu to hay béc có ngăn.
- Nước sôi để nguội có pha 5g muối ăn cho 1 lít. Chuẩn bị 5 lít.
- Nước ấm 37^oC hay lạnh tùy chỉ định.
- Canun Guedel.
- Chậu đựng nước thải.
- Máy hút.
- Lọ lấy độc chất (100ml).
- Ống nghe và bộ đo huyết áp.
- Ống nội khí quản và dụng cụ nội khí quản: đèn soi.
- Băng dính.
- Bơm tiêm 50 ml.

3. Người bệnh

- Động viên, giải thích cho người bệnh mọi việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà.
- Tháo răng giả (nếu có).
- Nếu hôn mê có nguy cơ sặc: đặt nội khí quản có bóng chèn, bơm căng bóng.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái.
- Trải 1 tấm nilon lên phía đầu giường và quàng 1 tấm quanh cổ người bệnh.

- Đặt thùng hứng nước bẩn.

- Đặt ống thông vào dạ dày theo đúng quy trình đặt ống thông dạ dày.

Kiểm tra xem ống đã vào đúng dạ dày chưa.

- Cố định ống thông.

- Trước khi rửa nên hạ thấp đầu phễu dưới mức dạ dày để nước ứ đọng trong dạ dày chảy ra hoặc dùng bơm tiêm để hút dịch dạ dày ra. Lưu mẫu dịch dạ dày làm xét nghiệm.

- Cắm phễu hoặc bóc, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.

- Đổ nước khoảng 300-500ml/lần đối với người lớn, hạ thấp đầu ống vào trong chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút hút ra.

- Lặp lại cho đến khi nước chảy ra trong, không còn thức ăn, không còn mùi.

- Trong khi rửa cần hạn chế đưa không khí vào dạ dày.

- Lượng nước rửa:

- + Với lân (P) hữu cơ phải pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng+ 10 lít lần đầu, khoảng 5 lít với lần hai.

- + Với thuốc ngủ: 5-10 lít và chỉ rửa một lần đến khi nước trong.

- Kết thúc rửa: hút hết dịch trong dạ dày, bơm vào dạ dày 20g than hoạt uống cùng 20g sorbitol, nhắc lại sau 2 giờ cho đến khi đạt 120g than hoạt.

- Rút ống thông, tháo băng dính cố định. Thu dọn dụng cụ.

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.

- Phản xạ ho sặc tránh hít phải dịch.

- Kết quả của than hoạt và tủy: đi ngoài ra than hoạt.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: nội khí quản có bóng chèn, rót nước một lần– dưới 500ml.

- Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: hồi sức cấp cứu.

- Rối loạn nước, điện giải do ngộ độc nước nếu không pha muối và rửa quá nhiều (trên 20 lít): phải dùng lợi tiểu mạnh (Lasix) kết hợp truyền dung dịch NaCl ưu trương.

- Tăng natri máu và mất nước nếu pha muối trên 9g/lít: truyền bù dịch rồi cho lasix, theo dõi và điều chỉnh điện giải theo kết quả xét nghiệm. Hạ thân nhiệt do trời lạnh: khi thời tiết lạnh, pha nước ấm để rửa dạ dày sưởi ấm cho người bệnh.

THỤT THUỐC QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt thuốc qua đường hậu môn là thủ thuật đưa thuốc vào đại tràng qua đường hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh não gan.
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu có tổn thương nhiều vùng trực tràng, đại tràng sigma.
- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.

- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn cảm với hoạt chất hay thành phần nào của thuốc.
- Viêm ruột thừa.
- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.
- Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng viên.

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.

- Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Vải miếng gạc.
- Dầu nhờn
- 01 tấm nylon
- 01 vải đắp hoặc chăn.
- 01 xô đựng
- Giấy vệ sinh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu: Tên tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.
- Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.
- Ấn chai xuống, bỏ nắp niêm phong. Vòi được bôi trơn, nhét vòi vào ống hậu môn, tránh làm xây xước thành hậu môn, bóp nhẹ ống thuốc và bóp liên tục cho đến khi có được khối lượng thuốc yêu cầu, rút vòi ra. Sẽ tốt hơn nếu người bệnh giữ nguyên tư thế cho đến khi cảm thấy buồn đi cầu.
- Đưa xô cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.
- Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ thụt, thuốc thụt, số lượng, kết quả thụt, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỤT THÁO

- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thụt (đau bụng).
- Nếu có chảy máu hậu môn sau khi dùng thuốc, xin ý kiến bác sĩ chỉ định.

THỤT THÁO CHUẨN BỊ SẠCH ĐẠI TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng qua hậu môn nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng. Thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.

- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.

- Trước khi sinh đẻ.

- Chống táo bón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm ruột thừa.

- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.

- Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng viên.

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.

- Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.

- 01 béc thụt có gắn ống cao su, trụ treo béc thụt.

- 01 kẹp.

- 01 canun thụt hoặc ống thông hậu môn phù hợp với người bệnh.

- 01 bình đựng nước ấm thụt: số lượng nước thụt tùy theo chỉ định, thông thường đối với người lớn: 500 - 1.000 ml, không được quá 1.500ml.

- 01 khay quả đậu.

- Vải miếng gạc, dầu nhờn, giấy vệ sinh.

- 01 tấm nylon, 1 vải đắp hoặc chăn.

- 01 xô dẹt.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu: Tên tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.
- Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.
- Lắp canun hoặc ống thông vào ống cao su của béc thụt. Kẹp ống lại.
- Đổ nước vào béc thụt.
- Treo béc thụt lên trụ cách mặt giường 60 - 80 cm.
- Bôi trơn canun hoặc đầu ống thông.
- Mở kẹp cho nước chảy vào khay quả đậu nhằm đuổi không khí và phần nước lạnh trong ống ra ngoài, đồng thời kiểm tra sự thông thoát của ống cao su, canun hoặc ống thông. Sau đó lại kẹp ống lại. Có thể kiểm tra lại nhiệt độ của nước thụt bằng cách cho vài giọt chảy vào mu bàn tay. Nếu thấy nóng quá hoặc lạnh quá thì phải điều chỉnh lại.

- Bỏ vải đắp để lộ mông người bệnh, một tay vạch mông người bệnh để lộ hậu môn, một tay nhẹ nhàng đưa canun hoặc ống thông vào hậu môn cho tới khi được 2/3 canun hoặc ống vào sâu từ 12 - 15cm là được.

+ Trong khi đưa canun hoặc ống thông vào bảo người bệnh há miệng thở đều.

+ Nếu dùng canun thì lúc đầu phải hướng canun theo chiều hậu môn rốn tới khoảng 2 - 3cm sau đó đưa canun hướng về phía cột sống. Theo vị trí giải phẫu của ruột thẳng (trực tràng).

- Mở kẹp để cho nước chảy vào từ từ. Một tay phải luôn giữ canun hoặc ống thông để đề phòng canun hoặc ống thông bị bật ra ngoài.

- Khi nước trong béc đã chảy gần hết thì kẹp ống lại, nhẹ nhàng rút canun hoặc ống thông ra, dùng giấy vệ sinh bọc canun rồi để vào khay quả đậu hoặc lau qua rồi bỏ vào thùng đựng dung dịch sát khuẩn.

- Treo ống cao su lên trụ.

- Cho người bệnh nằm ngửa, dặn người bệnh cố gắng kiềm chế để giữ nước ở trong ruột từ 10 - 15 phút.

- Đưa bê cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.

- Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.

- Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.

- Đưa dụng cụ bản về phòng cọ rửa để xử trí theo quy định.

- Trả các dụng cụ khác về chỗ cũ.

3. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thụt, dung dịch thụt - số lượng.

- Kết quả thụt, tính chất phân.
- Tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỤT THÁO

- Trong lúc nước vào đại tràng, nếu người bệnh kêu đau bụng hoặc muốn đi đại tiện, phải ngừng ngay không cho nước chảy vào và báo bác sĩ.
- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thụt (đau bụng).

THỤT THÁO PHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật thụt tháo phân là kỹ thuật đưa thuốc nhuận tràng qua đường hậu môn nhằm mục đích đẩy phân ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện được hoặc làm sạch lòng đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.
- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.
- Trước khi sinh đẻ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn cảm với hoạt chất hay thành phần nào của thuốc.
- Viêm ruột thừa.
- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.
- Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng viên.

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật.

- Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Vải miếng gạc.
- Dầu nhờn.
- 01 tấm nylon.
- 01 vải đắp hoặc chăn.
- 01 xô dẹt.
- Giấy vệ sinh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu: Tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.

- Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.
- Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.
- Ấn chai xuống, bỏ nắp niêm phong. Vòi được bôi trơn, nhét vòi vào ống hậu môn, tránh làm xây xước thành hậu môn, bóp nhẹ ống thuốc và bóp liên tục cho đến khi có được khối lượng thuốc yêu cầu, rút vòi ra. Sẽ tốt hơn nếu người bệnh giữ nguyên tư thế cho đến khi cảm thấy buồn đi cầu.
- Đưa bô cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.
- Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ thụt, thuốc thụt, số lượng, kết quả thụt, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỤT THÁO

- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thụt (đau bụng).
- Nếu có chảy máu hậu môn sau khi dùng thuốc, xin ý kiến bác sĩ chỉ định.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY - TÁ TRÀNG CẤP CỨU

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng cấp cứu là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng trong tình trạng cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nôn ra máu, đi ngoài phân đen.
- Hóc dị vật.
- Giun chui ống mật.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng huyết động không ổn định, huyết áp tâm thu < 80 mmHg mà chưa có sẵn đường truyền máu.
- Chưa có sẵn đường truyền máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi.
- Nguồn sáng
- Máy hút
- Kim tiêm cầm máu qua nội soi, kẹp Clip cầm máu.
- Snare điện, nguồn đốt.
- Kim gấp dị vật hoặc rọ.
- Súng thắt vòng cao su đối với thắt giãn tĩnh mạch thực quản.
- Ống ngậm miệng.
- Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi.
- Chất bôi trơn đầu máy soi: K - Y.
- Thuốc gây tê vùng họng: Xylocain 2% hoặc Lidocain 10%.
- Thuốc Adrenalin 1/1000, Natriclorua 0,9% hoặc 5 %.
- Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml.
- Hệ thống Oxy, máy Monitor theo dõi.

3. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi. Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa người bệnh cần phải đặt trước đường truyền tĩnh mạch.

- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.
- Người nhà người bệnh viết cam đoan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án: Nếu người soi là người bệnh nội trú. Kiểm tra các xét nghiệm về đông, cầm máu.

2. Kiểm tra người bệnh: Đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Người bệnh được mặc Monitor theo dõi nhịp tim, SpO₂, đo huyết áp, đặt đường truyền tĩnh mạch nếu đang có xuất huyết tiêu hóa. Người bệnh nằm nghiêng trái, chân phải co, chân trái duỗi.

3.2. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.

3.3. Đặt ống ngậm miệng vào giữa hai cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.

3.4. Đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát. Có thể dùng bơm tiêm bơm nước cất vào cho sạch chất bẩn ở những vùng cần quan sát kỹ.

3.5. Có thể can thiệp điều trị qua nội soi như:

- Tiêm cầm máu tại ổ loét dạ dày - tá tràng, vết rách tâm vị.
- Kẹp Clip cầm máu đối với loét dạ dày, tá tràng, chảy máu điểm mạch.
- Thắt giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su, tiêm xơ tĩnh mạch phình vị.
- Cắt polyp khi polyp đang chảy máu và các xét nghiệm đông cầm máu trong giới hạn bình thường.

- Gấp giun đang chui lên đường mật tại papilla.

- Gấp dị vật như xương (hóc xương), đồng xu... 3.6. Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định như đối với soi thực quản dạ dày, tá tràng thông thường.

- Tình trạng chung của người bệnh, mạch, huyết áp.

- Tình trạng chảy máu, thủng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Các tai biến và xử trí giống như các tai biến của nội soi dạ dày thông thường.

- Ngoài ra có các tai biến của cầm máu qua nội soi như chảy máu do cắt polyp; có thể cầm máu lại bằng nguồn đốt hoặc kẹp Clip.

NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY- TÁ TRÀNG CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng tiền mê là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng khi người bệnh trong tình trạng tiền mê.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược.
- Thiếu máu, gầy sút cân.
- Nôn máu, đi ngoài phân đen.
- Giun chui ống mật.
- Đau ngực sau khi đã kiểm tra tim mạch bình thường.
- Nuốt nghẹn.
- Hội chứng kém hấp thu.
- Tiền sử dùng thuốc chống viêm, giảm đau.
- Cắt 2/3 dạ dày sau 10 năm.
- Xơ gan.
- Bệnh polyp gia đình.
- Bệnh Crohn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhược cơ.
- Ú đọng đờm, suy hô hấp.
- Nhiễm độc rượu cấp.
- Glaucom góc đóng.
- Các trường hợp chống chỉ định của nội soi thực quản.
- Nhịp tim chậm.
- Trầm cảm.
- Có thai.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi.
- Nguồn sáng.
- Máy hút.
- Máy monitor theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO2.

- Hệ thống thở oxy kính, mặt nạ oxy, bóng Ambu.
- Dịch truyền Natriclorua 0,9%, Glucose 5%.
- Thuốc: + Midazolam, ống 5mg/ 1ml + Fentanyl, ống 100 mcg/2ml + Naloxon, Atropin ống 0,25mg.

3. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi.
- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án: nếu người soi là người bệnh nội trú.

2. Kiểm tra người bệnh: đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ.

3. Thực hiện kỹ thuật.

3.1. Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.

3.2. Người bệnh được đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên bằng Natriclorua 0,9% hoặc Glucose 5%, thở oxy kính 3l/ phút, mắc monitor theo dõi.

3.3. Người bệnh nằm nghiêng trái. Đặt ống ngậm miệng vào giữa hai cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.

3.4. Tiêm thuốc cho người bệnh 3 - 4 phút trước khi nội soi.

- Midazolam: tiêm tĩnh mạch chậm trong vòng 30 giây với liều 0,05 - 0,1mg/kg. Liều có thể tới 0,15 - 0,2 mg/kg. Nếu không đạt kết quả có thể lặp lại sau 2 phút.

- Fentanyl: 50 - 100 mcg trong 1 - 2 phút. Liều tối đa là 8 ml.

- Tiếp tục cho dịch truyền tĩnh mạch chảy với tốc độ LX giọt/ phút.

3.5. Khi người bệnh đã nhắm mắt, mất phản xạ mắt - mi, đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát.

3.6. Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định sau:

- Rửa máy: Dùng 500 ml dung dịch xà phòng trung tính 0,5 %, van bơm tăng cường để rửa sạch phần ngoài của máy và các đường bên trong máy.

- Thử hơi: Dùng dụng cụ thử hơi kèm máy soi để xem vỏ cao su của máy có bị rách không, nếu rách không được ngâm máy vào dung dịch tẩy uế mà phải gửi máy đi sửa ngay.

- Tẩy uế: chỉ tiến hành khi máy soi không bị rách.

+ Dùng 5 lít xà phòng trung tính 0,5%, bàn chải, van ba chiều để tẩy uế.

+ Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch tẩy uế, dùng bàn chải, van ba chiều để rửa sạch phần ngoài và các đường bên trong của máy.

- Sát khuẩn:

+ Dùng 5 lít dung dịch sát khuẩn Glutaraldehyd 2%, van ba chiều để sát

khuẩn máy.

+ Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch sát khuẩn để rửa sạch các đường bên trong của máy.

- Sấy khô máy: dùng van bơm tăng cường, bộ phận bơm khí của nguồn sáng, máy hút để làm khô các đường bên trong của máy trước khi cất máy

3.7. Tháo dây oxy, máy theo dõi. Chuyển người bệnh ra phòng hồi tỉnh nằm theo dõi tiếp đến khi người bệnh tỉnh hoàn toàn.

VI. THEO DÕI

- Nhịp tim chậm

- Suy hô hấp

- Người bệnh không được vận hành máy móc, lái xe trong vòng ít nhất 12 giờ sau khi dùng thuốc.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Các tai biến do dùng thuốc tiền mê:

+ Nhịp tim chậm dưới 50 lần/ phút. Tiêm Atropin 0,25 mg 1 ống dưới da hoặc tĩnh mạch chậm.

+ Suy hô hấp: tiến hành bóp bóng oxy qua ambu và tiêm Naloxon 0,5 mcg/ kg.

- Các tai biến khác và xử trí giống nội soi dạ dày thông thường.

CHỌC THÁO DỊCH Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc tháo dịch ổ bụng điều trị là thủ thuật đưa kim qua thành bụng vào khoang ổ bụng để hút dịch ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dịch ổ bụng quá nhiều làm cho người bệnh khó thở.
- Dịch nhiều chèn ép lên các tạng làm người bệnh khó chịu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tiền hôn mê gan: chống chỉ định tương đối.
- Tình trạng tụt huyết áp.
- Có rối loạn đông máu và cầm máu.
- Bụng trướng nhiều hơi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ, 01 điều dưỡng phụ.
- Bác sĩ rửa tay, đi găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Dụng cụ chọc dò:
 - + Kim chọc dài 5 - 6 cm, đường kính 10/10 cm.
 - + Bơm tiêm 10 hoặc 20ml vô khuẩn, ống dẫn dài 1m để nối vào kim.
 - + Thuốc sát khuẩn, cồn 70o , cồn Iốt hoặc Betadin, kẹp, bông, gạc, băng dính.
 - + Khăn mổ có lỗ đã tiệt khuẩn, găng, một tấm nilon. + Xô chia vạch để đựng dịch.
 - + Thuốc gây tê xylocain.
 - + Thuốc cấp cứu.
 - + khay men hình chữ nhật để đựng dụng cụ và một khay quả đậu.

3. Người bệnh:

- Được giải thích trước về kỹ thuật.
- Bảo người bệnh đi vệ sinh trước khi tiến hành thủ thuật.
- Chuẩn bị chọc ở buồng riêng (phòng tiêu phẫu thuật) để đảm bảo vô khuẩn cho người bệnh. Nếu không có buồng riêng, có thể tiến hành ngay tại giường bệnh, nhưng phải có bình phong che bên ngoài.
 - Chuẩn bị giường: trải nilon lên giường, che bình phong.
 - Để người bệnh nằm ngửa, đầu cao, bên chọc sát bờ giường.

4. Hồ sơ bệnh án: Kiểm tra tên, tuổi người bệnh, các xét nghiệm đông máu, cầm máu. Sau khi chọc bác sĩ ghi vào bệnh án số lượng dịch lấy ra, tính

chất dịch, tình trạng người bệnh, mạch, huyết áp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước khi chọc

- Khám lại người bệnh để xác định mức độ cổ trướng, đo mạch và huyết áp.

- vén áo và kéo cạp quần xuống để lộ bụng.

- Sát khuẩn vùng chọc: vạch một đường nổi rốn với gai chậu trước trên, chia đường này thành ba phần, sát khuẩn điểm nổi 1/3 ngoài và giữa, thường chọc ở bên trái để tránh chọc vào góc hồi manh tràng. Đôi khi chọc ở vị trí khác theo vị trí và lượng dịch.

- Sát khuẩn tay bằng cồn và đi găng vô khuẩn.

- Gây tê vùng chọc.

2. Trong khi chọc

- Chọc kim vuông góc với thành bụng, đi từ nông đến sâu cho đến khi hút ra dịch.

- Nối ống dẫn vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào xô.

- Băng phủ kín đầu kim và lấy băng dính cố định đầu kim.

- Theo dõi sắc mặt của người bệnh.

3. Sau khi chọc

- Thây thuốc rút kim, cần đảm bảo vô khuẩn, sát khuẩn da bụng.

- Dùng gạc vô khuẩn băng lại.

- Đo lại mạch, huyết áp và ghi nhận xét về tình trạng người bệnh, tính chất dịch (số lượng, màu sắc).

VI. THEO DÕI

- Sắc mặt.

- Mạch, huyết áp.

- Số lượng và tính chất dịch.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Quai ruột bít vào đầu kim. Lúc đầu dịch chảy nhanh sau đó chảy yếu dần và ngừng chảy, thay đổi tư thế người bệnh, đổi hướng kim cho đến khi dịch chảy ra tiếp.

- Choáng do lấy dịch ra quá nhiều và nhanh gây giảm áp lực đột ngột biểu hiện: mạch nhanh, huyết áp tụt, choáng váng. Phải ngừng chọc, truyền dịch, chống sốc. Tốc độ dịch chảy ra khoảng 2l trong 30-40 phút.

- Chọc vào ruột: ít khi gặp. Nếu chọc vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bần, bác sĩ phải rút kim ra ngay, băng kín. Theo dõi tình trạng đau, nhiệt độ và phản ứng thành bụng. Hội chẩn chuyên khoa ngoại.

- Chọc vào mạch máu: ít gặp, nếu gặp phải rút kim ra ngay.

- Nhiễm khuẩn thứ phát chọc do công tác vô khuẩn không tốt. Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, mức độ đau, thành bụng, nếu cần thiết phải cho kháng sinh, hội chẩn khoa ngoại.
- Chọc nhầm vào tạng hoặc khối u trong bụng.

CHO ĂN QUA ỚNG MỞ THÔNG DẠ DÀY HOẶC HỔNG TRÀNG (MỘT LẦN)

I. ĐẠI CƯƠNG / ĐỊNH NGHĨA

Đưa thức ăn qua ống mở thông dạ dày hoặc hồng tràng cho người bệnh không tự nuốt được.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không thể tự mình nhai nuốt được phải mở thông dạ dày hoặc hồng tràng để cho ăn (người bệnh tai biến mạch máu não, chấn thương đầu mặt cổ, tắc nghẽn cơ học đường tiêu hóa trên như ung thư thực quản, ung thư vùng hầu họng, miệng...)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp thành trước dạ dày không áp sát vào thành bụng: cổ trướng mức độ vừa và nặng, gan to đặc biệt là gan trái, lách to, người bệnh đã cắt dạ dày.

- Các bệnh lý thâm nhiễm dạ dày.

- Tắc ruột (trừ trường hợp mở dạ dày ra da để giải áp), bán tắc ruột, hẹp khí môn vị.

- Tiêu chảy sau viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng.

- Người bệnh thâm phân phúc mạc, bệnh lý dạ dày do tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Thức ăn lỏng được pha chế sẵn: sữa ensure, cháo lỏng...

- Quang truyền dịch và ống dẫn dịch.

- Túi hoặc bình đựng thức ăn.

- Bơm tiêm cho ăn 50ml.

3. Người bệnh: Trước khi cho ăn, thông báo cho người bệnh nếu người bệnh tỉnh táo, nếu người bệnh không tỉnh thì thông báo cho người nhà người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kiểm tra xem ống mở thông dạ dày còn ở đúng vị trí trong dạ dày hay không (bơm khí và nghe vùng thượng vị hoặc dùng bơm hút thử thấy ra dịch vị).

- Nối túi đựng thức ăn lỏng với ống thông, điều chỉnh giọt sao cho phù

hợp với lượng calo.

- Thời gian mỗi lần cho ăn cách nhau khoảng 3 - 6 tiếng. Sau mỗi lần cho ăn, bơm nước sôi để nguội hoặc nước vô khuẩn rửa ống thông. Chú ý khi bơm nước và thức ăn vào dạ dày tránh đưa không khí vào dạ dày.

- Bắt đầu nuôi ăn từ 8-24 giờ sau thủ thuật. Số lượng dịch nuôi ăn bắt đầu với 40ml/4giờ, sau đó tăng dần 25ml/ mỗi 12 giờ để đạt 250ml/4 giờ.

- Ống nuôi ăn có thể sử dụng từ 6-12 tháng, nếu có chỉ định tiếp tục nuôi ăn thì thay ống nuôi ăn mới.

- Liều lượng calo cần thiết tùy theo từng bệnh lý: Tiêu hóa bình thường: 30 - 50 calo/kg Ngày đầu: 1000 - 1400 calo. Ngày thứ hai: 2000 - 2500 calo. Nhiễm khuẩn: 50 calo/kg Cắt đoạn ruột lớn: ngày đầu 250 calo, chủ yếu là glucid, tăng dần mỗi ngày 250 calo.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng tiêu hóa: ỉa chảy (hay gập nhất), nôn.

- Cân nặng, ure máu, ure niệu, protid máu, công thức máu...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Ỉa chảy: giảm bớt chế độ ăn, giảm bớt tốc độ truyền dịch, kiểm tra tình trạng ô nhiễm môi trường, kiểm tra các thao tác của điều dưỡng.

- Nôn: đôi khi xảy ra do ăn quá nhanh, quá nhiều trong một lần do chỉ định không đúng: để người bệnh nằm đầu nghiêng hoặc tư thế an toàn. Hút dịch ở họng và phế quản.

- Sụt cân, tăng cân: điều chỉnh lượng thức ăn.

- Viêm phổi hít: do bơm quá nhiều trong mỗi lần, hoặc do hiện tượng không dung nạp ống nuôi ăn. Xử trí bằng cách giảm lượng dịch bơm nuôi ăn cho mỗi lần bơm, nằm đầu cao khi bơm qua ống cho đến 1 giờ sau bơm thức ăn.

KỸ THUẬT KHÍ DUNG THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Khí dung thuốc giãn phế quản là đưa thuốc giãn phế quản dưới dạng sương mù, các hạt thuốc có kích thước 1-5 micromet vào khí phế quản để điều trị co thắt phế quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị bệnh hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Sau rút ống nội khí quản có co thắt thanh khí quản.

Các bệnh lý hô hấp khác có biểu hiện co thắt phế quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với thuốc giãn phế quản.

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện:

+ Bác sĩ: xem xét chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.

+ Điều dưỡng: Giải thích cho người bệnh và người nhà mục đích của kỹ thuật. Kiểm tra tên, tuổi, số giường, chẩn đoán của người bệnh.

- Phương tiện:

+ Máy khí dung: 1 chiếc.

+ Mặt nạ khí dung phù hợp với miệng mũi người bệnh: 1 chiếc.

- Thuốc giãn phế quản theo y lệnh.

- Người bệnh: Người bệnh tư thế thoải mái (tốt nhất ở tư thế ngồi).

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Kiểm tra hồ sơ

Chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.

2. Kiểm tra người bệnh: tư thế thoải mái.

3. Thực hiện kỹ thuật: Điều dưỡng chăm sóc.

- Cho thuốc khí dung vào bầu.

- Bật máy khí dung, khi máy hoạt động thấy hơi thuốc phun ra.

- Đeo mặt nạ khí dung cho người bệnh.

- Quan sát đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình khí dung. Nếu người bệnh khó thở hơn khi khí dung cần báo bác sĩ.

- Kết thúc khí dung, lấy mặt nạ khỏi mặt người bệnh.

- Ghi lại diễn biến trong quá trình khí dung.

VI. THEO DÕI

Tình trạng người bệnh trong quá trình khí dung để kịp thời phát hiện các bất thường. Những người bệnh nặng cần theo dõi các chỉ số trên máy theo dõi (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂)...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Người bệnh thấy khó chịu: ngừng khí dung, đánh giá tình trạng người bệnh.
- Dị ứng: khó thở, nổi mề đay, shock phản vệ , xử trí phác đồ dị ứng thuốc.

ĐIỆN TIM THƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Điện tâm đồ là hình ảnh hoạt động điện học của tim được ghi lại dưới dạng đồ thị qua các điện cực tiếp nhận ngoài da.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chẩn đoán rối loạn nhịp tim.
- Chẩn đoán phì đại cơ nhĩ, cơ thất.
- Chẩn đoán rối loạn dẫn truyền.
- Chẩn đoán các giai đoạn nhồi máu cơ tim.
- Chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ.
- Chẩn đoán các rối loạn điện giải.
- Chẩn đoán các tổn thương ở cơ tim, màng ngoài tim.
- Theo dõi máy tạo nhịp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng nội khoa.
- 01 Bác sĩ đọc kết quả điện tâm đồ.

2. Phương tiện

- Máy điện tâm đồ có đủ dây dẫn và bản điện cực.
- Có hệ thống chống nhiễu tốt.
- Các chất dẫn điện (gel) hoặc nước muối sinh lý 0,9%.
- Giường bệnh: 01 chiếc.
- Bông gạc để lau bản trên da người bệnh trước khi gắn điện cực và lau chất dẫn điện sau khi ghi điện tâm đồ.
- Giấy ghi điện tâm đồ tiêu chuẩn: 25mm/s; 50mm/s; 100ms/s.
- Giấy dán kết quả điện tâm đồ.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh về cách tiến hành kỹ thuật.
- Nằm yên tĩnh, không cử động.
- Nếu người bệnh kích thích vật vã thì phải dùng thuốc an thần.

4. Hồ sơ bệnh án: hoàn thiện theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người bệnh: Nằm nghỉ yên tĩnh trên giường bệnh được lắp các điện cực theo tiêu chuẩn bao gồm 12 chuyển đạo.

2. Thử test trước khi ghi điện tâm đồ: $1\text{mV}=10\text{mm}$.

3. Thông thường ghi ở tốc độ giấy 25mm/s ở cả 12 chuyển đạo thông thường, cũng có thể ghi lại ở các tốc độ giấy khác nhau tùy theo từng loại bệnh.

4. In và đọc kết quả điện tâm đồ trước khi đưa cho người bệnh.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ: Không có.

HƯỚNG DẪN KỸ THUẬT TIÊM INSULIN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Insulin là một hormon được tiết ra liên tục 24h bởi tế bào beta tuyến tụy, được tiết nhiều nhất vào sau bữa ăn.

- Insulin là một Protein nên bị phá hủy ở đường tiêu hóa, do vậy insulin không được sử dụng bằng đường uống

- Tác dụng chính của Insulin là thúc đẩy sự vận chuyển Glucose qua màng tế bào.

- Hiện nay trên thị trường có nhiều loại Insulin với thời gian tác dụng khác nhau: Nhanh, thường, trung bình, kéo dài.

- Liều lượng và đường dùng do bác sỹ điều trị quyết định

II. CHỈ ĐỊNH

- Đái tháo đường typ 1, đái tháo đường thứ phát.

- Đái tháo đường typ 2 khi:

+ ĐH lúc đói > 15 mmol hoặc có Ceton niệu (+), ceton máu tăng.

+ Chấn thương, stress, nhiễm trùng, phẫu thuật, dùng corticoid.

+ Suy gan, suy thận.

+ Dùng thuốc uống không kiểm soát được đường máu.

- Đái tháo đường có thai không kiểm soát được bằng chế độ ăn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng, mẫn cảm với Insulin.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 nhân viên y tế hoặc bản thân người bệnh đã được hướng dẫn tiêm Insulin.

2. Phương tiện

- Xylanh 1ml hoặc bút tiêm Insulin.

- Insulin.

- Bông cotton.

3. Cách lấy Insulin

3.1. Cách lấy Insulin không trộn: (Gồm 10 bước)

Bước 1: Rửa tay bằng xà phòng.

Bước 2: Trộn đều Insulin bằng cách lăn tròn lọ thuốc trong lòng bàn tay hoặc lắc nhẹ.

Bước 3: Bật nắp nhựa bảo vệ phía trên nắp lọ bằng cao su.

Bước 4: Vệ sinh trên nút lọ (Phía phần nút cao su) bằng cotton.

Bước 5: Tháo bỏ nắp bảo vệ trên kim tiêm insulin; hút vào bơm tiêm một lượng khí đúng bằng lượng Insulin cần lấy.

Bước 6: Đâm kim qua nút cao su theo chiều thẳng đứng; đẩy lượng khí vào lọ Insulin.

Bước 7: Lộn ngược lọ thuốc; một tay giữ lọ Insulin; tay kia kéo nhẹ Piston. Lúc này Insulin sẽ được kéo vào bơm tiêm; lấy đủ lượng insulin là X đơn vị.

Bước 8: Kiểm tra insulin trong lọ xem có không khí không? Nếu có, nhẹ nhàng đẩy piston đưa một phần insulin trở lại lọ; sau đó nhẹ nhàng kéo piston ra, lượng Insulin lại được lấy bù vào đủ.

Bước 9: Rút kim ra khỏi lọ; kiểm tra xem đã đủ liều insulin chưa?

Bước 10: Đậy nắp kim, chuẩn bị tiêm.

3.2. Cách lấy Insulin có trộn

- Nguyên tắc trộn insulin:

Nguyên tắc 1: Hai loại Insulin phải do cùng một hãng sản xuất.

Nguyên tắc 2: Insulin nhanh lấy trước, bán chậm hoặc chậm lấy sau

Nguyên tắc 3: Không nên trộn Insulin người và động vật với nhau.

Nguyên tắc 4: Nồng độ của 2 loại insulin phải giống nhau.

- Năm bước trộn insulin:

Bước 1: Sát trùng cả hai lọ bằng cồn

Bước 2: Chọc kim với Y đơn vị khí vào lọ insulin có tác dụng dài hơn; bơm khí vào nhưng không lấy Insulin vào bơm tiêm; rút kim ra khỏi lọ.

Bước 3: Chọc kim với X đơn vị khí vào lọ insulin có tác dụng nhanh; bơm khí vào lọ; đảo ngược lọ và lấy đủ X đơn vị Insulin vào bơm tiêm; bảo đảm không có không khí trong bơm tiêm.

Bước 4: Trộn insulin nhẹ nhàng ở lọ có tác dụng bán chậm cho đến khi chắc chắn insulin trong lọ đã được trộn đều.

Bước 5: Đảo ngược lọ; nhẹ nhàng kéo piston và lấy đủ Y đơn vị insulin ở lọ insulin có tác dụng bán chậm hoặc chậm; không để insulin tràn vào lọ; lượng insulin lúc này là: $T = X + Y$

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh: Nằm hoặc ngồi.

2. Kỹ thuật tiêm

2.1. Đường vào

- Tiêm tĩnh mạch hoặc pha truyền tĩnh mạch:

+ Chỉ được sử dụng trong bệnh viện và được thực hiện bởi nhân viên y tế.

+ Chỉ được dùng cho insulin regular.

- Tiêm bắp hoặc tiêm dưới da: Tiêm bắp giúp insulin được hấp thu và có tác dụng nhanh hơn nhưng không phải là đường dùng phổ biến mà thường dùng đường dưới da.

2.2. Chọn vị trí tiêm: Các vị trí khác nhau sẽ làm cho insulin vào máu với tốc độ nhanh chậm khác nhau:

- Vùng bụng: Insulin vào máu nhanh nhất
- Vùng mặt ngoài cánh tay: Insulin vào máu chậm hơn so với vùng bụng
- Vùng mông và mặt ngoài đùi

2.3. Các nguyên tắc cần nhớ khi tiêm

Nguyên tắc 1: Ở mỗi vị trí tiêm, da phải được giữ sạch, cơ bắp và lớp mỡ dưới da vùng này phải hoàn toàn bình thường. Đây là điều kiện để Insulin được hấp thu tốt.

Nguyên tắc 2: Các vị trí đều phải được sử dụng luân chuyển.

Nguyên tắc 3: Nếu sử dụng từ 2 mũi tiêm trở lên trong một ngày, phải tiêm vào các vị trí ở các vùng khác nhau. Khi tất cả các vị trí trong vùng đã sử dụng hết mới chuyển sang vùng khác.

2.4. Các bước tiến hành tiêm Insulin

Bước 1: Chọn vị trí tiêm và sát trùng nơi tiêm bằng bông cồn 70° C.

Bước 2: Làm căng bề mặt da vùng sát trùng; đâm nhanh kim thẳng đứng vuông góc với mặt da (90°).

Bước 3: Đẩy piston để thuốc vào cơ thể

Bước 4: Rút kim theo chiều thẳng đứng như khi đâm vào, không chà xát lại nơi đã tiêm.

Người ta còn một cách tiêm khác, đó là phương pháp kéo da. Trong phương pháp này, sau khi sát trùng, dùng một tay kéo nhẹ vùng da, nhanh chóng đẩy kim tiêm một góc từ 45° - 90° so với mặt da.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Hạ đường huyết:** Tùy mức độ hạ đường huyết cho người bệnh ăn hoặc uống một lượng khoảng 15 g carbohydrat hoặc truyền glucose ưu trương tĩnh mạch.

- **Nhiễm trùng nơi tiêm:** Kháng sinh

- **Loạn dưỡng mỡ dưới da tại điểm tiêm:** hoặc lớp mỡ dưới da bị teo lại hoặc tại nơi tiêm tạo thành cục. Để phòng tránh cần phải tuân thủ chặt chẽ các nguyên tắc cần nhớ khi tiêm insulin đã được nói ở trên. Lọ insulin đang dùng không nên để trong tủ lạnh.

ĐIỀU TRỊ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

1. Đại cương

- Trạng thái động kinh là một tình trạng cấp cứu trong thần kinh, nó phản ánh mức độ nặng nhất của động kinh vì có nhiều biến chứng nguy hiểm tới tính mạng của người bệnh, do vậy cần được xử trí kịp thời nhằm:

+ Cắt cơn động kinh bằng mọi cách.

+ Chống các rối loạn thần kinh thực vật.

+ Về mặt lý thuyết triệu chứng các trạng thái động kinh cũng phong phú như cơn động kinh.

2. Định nghĩa

Trạng thái động kinh là hiện tượng lặp lại các cơn động kinh trong khoảng thời gian ngắn (cơn này chưa kết thúc, cơn khác lại bắt đầu) hoặc cơn động kinh tồn tại kéo dài (từ 10 - 30 phút) hay ít nhất có hai cơn động kinh trở lên kèm theo rối loạn ý thức hoặc có dấu hiệu thần kinh khu trú giữa các cơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Với tất cả các trạng thái động kinh có co giật

- Còn các trạng thái động kinh cơn cục bộ thì tùy thuộc vào tình trạng cụ thể.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Cơn động kinh đơn độc

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Hai bác sĩ và hai điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Phương tiện, dụng cụ

Ngoài các dụng cụ thông thường như ống nghe huyết áp thì:

- Đèn soi thanh quản lưỡi cong hoặc đèn soi thanh quản lưỡi thẳng: 01 bộ.

- Ống nội khí quản các cỡ: mỗi loại 02 chiếc.

- Nòng nội khí quản: 02 chiếc.

- Kẹp: 01 chiếc.

- Canun Mayo: 01 chiếc.

- Máy thở: 01 chiếc.

- Bộ hút đờm rãi với ống hút cứng: 01 bộ.

- Bộ thông khí bằng tay: 01 bộ.

- Bóp bóng + Mask: 01 bộ.

- Gel bôi trơn tan trong nước: 01 tuýp.

- Nguồn Oxy.

- Găng tay vô trùng: 05 đôi.

- Mũ phẫu thuật: 04 chiếc.
- Băng cố định.
- Bơm tiêm 5ml: 05 cái.

2.2. Thuốc

Midazolam, Fentanyl, Adrenalin, Atropin, Diazepam, Thuốc xịt gây tê.

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người nhà người bệnh biết về tình trạng của người bệnh và hướng xử trí.

- Đặt người bệnh ở tư thế an toàn, thuận tiện.

4. Hồ sơ bệnh án

- Họ tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp
- Chẩn đoán bệnh
- Tiền sử liên quan đến bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đối chiếu hồ sơ người bệnh xem lại quá trình điều trị trước đó.

2. Kiểm tra người bệnh

Xem lại các thông số về hô hấp, tuần hoàn, tình trạng con động kinh

3. Thực hiện kỹ thuật

Các bước và thứ tự ưu tiên các thuốc kiểm soát trạng thái động kinh:

Bước 1: Bước đầu tiên (0-10/30 phút), dùng một trong các thuốc sau theo thứ tự ưu tiên:

- **Lorazepam** 4mg ở người lớn hoặc 0.1mg/kg ở trẻ em tiêm tĩnh mạch chậm liều bolus ko quá 2mg/phút Hoặc

- **Diazepam** 10 - 20mg ở người lớn hoặc 0,25 - 0.5mg/kg ở trẻ em nhưng ko quá 5mg/ph Hoặc

- **Midazolam** 0.1 - 0.25mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm nhưng ko quá 0.15mg/kg/ph hoặc 4mg/ph Hoặc

- **Clonazepam** 1-2mg ở người lớn, hoặc 0.01 - 0.03mg/kg ở trẻ em nhưng ko quá 1mg/ph.

Nếu sau 10 phút dùng các thuốc kháng động kinh liều đầu tiên, cơn giật vẫn tiếp tục thì có thể nhắc lại lần 2

- **Paraldehyde** 0.4ml/kg đặt hậu môn có thể sử dụng ở trẻ nhỏ nếu benzodiazepine thất bại hoặc việc tiêm tĩnh mạch không được kiểm soát tốt, hoặc bệnh nhân có những rối loạn hô hấp.

Nếu cơn giật vẫn tiếp tục sau 30 phút thì chuyển bước 2

Bước 2: Bước kiểm soát trạng thái động kinh (10/30 - 60/0 phút)

- **Fosphenytoin:** Truyền tĩnh mạch 15 - 20mg/kg với tốc độ tối đa là 150mg/phút Hoặc

- **Phenytoin:** Bolus tĩnh mạch 1g ở người lớn hoặc 15 - 20mg/kg ở trẻ nhỏ với tốc độ tối đa là 50mg/phút (1mg/kg/phút) Hoặc

- **Phenobarbital:** Truyền tĩnh mạch 10 - 20mg/kg ở người lớn hoặc 15 - 20mg/kg ở trẻ em với tốc độ tối đa 100mg/phút.

- Valproate: Truyền tĩnh mạch 25mg/kg (3-6mg/kg/phút)

Nếu bệnh nhân tiếp tục co giật sau 30 - 90 phút thì chuyển sang bước 3

Bước 3: Bước của trạng thái động kinh kh trị (trên 60 - 0 phút)

- **Profol:** Bolus tĩnh mạch 2mg/kg, nhắc lại nếu cần thiết, và sau đó tiếp tục duy trì truyền tĩnh mạch với liều 5 - 10mg/kg/giờ là chủ yếu, giảm liều tới liều vừa đủ có khả năng tạo được sự xuất hiện đột ngột của burst suppression pattern (1 dạng sóng trong đó có các hoạt động điện thế cao và bị gián đoạn bởi các hoạt động điện thế thấp. Xuất hiện thành từng đợt) trên điện não đồ. Thường là 1-3 mg/kg/phút).

- **Midazolam:** Bolus tĩnh mạch 0,1 - 0,3mg/kg với tốc độ không quá 4mg/phút là chủ yếu. Sau đó duy trì truyền tĩnh mạch ở liều đủ để tạo nên sự xuất hiện của “burst suppression”. Thường là 0,05mg - 0,4mg/kg/giờ.

+ Khi cơn giật được kiểm soát trong 12 giờ, liều dùng thuốc nên giảm đi từ khoảng 12 giờ 1 lần. Nếu cơn giật xuất hiện trở lại, thuốc truyền tĩnh mạch nên được dùng lại trong 12 giờ tiếp theo và sau đó cai thuốc lần nữa. Vòng xoắn này có thể lặp lại mỗi 24 giờ cho đến khi cơn giật được kiểm soát hoàn toàn. Khẳng định chắc chắn rằng cơn giật đã chấm dứt bằng điện não đồ và lâm sàng bởi vì nếu có phân ly điện não đồ.

+ Lâm sàng thì đó là 1 tiên lượng xấu của trạng thái động kinh.

VI. THEO DÕI

Theo dõi Mạch, Huyết áp, nhịp thở, tri giác, SpO₂, khí máu động mạch, điện tim.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Suy hô hấp

Xử trí: bóp bóng hỗ trợ, đặt nội khí quản, thở máy nếu có chỉ định

2. Ngừng tuần hoàn

Xử trí: cấp cứu ngừng tuần hoàn, ép tim ngoài lồng ngực, Adrenalin tiêm tĩnh mạch.

3. Tụt huyết áp

Xử trí: truyền dịch, Adrenalin,...

NGHIỆM PHÁP ĐÁNH GIÁ RỐI LOẠN NUỐT TẠI GIƯỜNG CHO NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn nuốt thường đi kèm các rối loạn thần kinh, nguyên nhân rối loạn nuốt hay gặp nhất là đột quỵ não (25% - 40% trường hợp). Hít phải dị vật vào phổi là biến chứng nặng nề nhất của những trường hợp không kiểm soát được rối loạn nuốt, làm tăng nguy cơ viêm phổi do hít gấp 3,17 lần. Phát hiện sớm rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não không những làm giảm nguy cơ gây viêm phổi do hít mà còn giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị và giảm tỉ lệ tử vong. Sàng lọc rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não cấp là một trong những nhiệm vụ quan trọng nhất để phát hiện và kiểm soát các rối loạn nuốt tại đơn vị đột quỵ não.

II. CHỈ ĐỊNH

Tầm soát chức năng nuốt thực hiện cho tất cả người bệnh thiếu máu não hay xuất huyết não trước khi cho ăn, uống nước hay thuốc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có Glasgow \leq 11 điểm.
- Tiền sử có bệnh lý gây rối loạn nuốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Một bác sỹ và một điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- 01 máy theo dõi (monitoring) có gắn thiết bị đầu đo SpO₂.
- Bút xanh, đỏ, thước kẻ.
- Huyết áp kế, ống nghe.
- Khay chữ nhật, túi nilon.
- 2 cốc nước chín, bột ăn liền, bánh mì.
- Bát, thìa sạch.
- 1 khăn bông nhỏ, giấy lau miệng, gạc miếng, găng sạch.
- Các dung dịch: dung dịch sát khuẩn tay nhanh, xà phòng rửa tay.
- Phiếu ghi kết quả.

3. Người bệnh

- Điều dưỡng thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
- Thông báo, giải thích cho người bệnh những điều cần thiết.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Vệ sinh sạch sẽ rồi lau khô vị trí lắp bộ phận nhận cảm SpO₂ (nếu cần thiết).

4. Hồ sơ bệnh án: có kèm theo phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. **Kiểm tra người bệnh:** đối chiếu với hồ sơ bệnh án.

3. Thực hiện kỹ thuật

- 3.1. Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
- 3.2. Kiểm tra lại dụng cụ và mang đến bên giường người bệnh.
- 3.3. Đặt máy theo dõi (monitoring) vào vị trí thuận lợi, dễ nhìn, chắc chắn.
- 3.4. Để người bệnh ở tư thế thích hợp, an toàn.
- 3.5. Giải thích, động viên người bệnh phối hợp khi tiến hành kỹ thuật.
- 3.6. Kẹp hoặc dán bộ phận nhận cảm (sensor) ở đầu ngón tay, ngón chân, da tai hoặc bất cứ tổ chức nào được tưới máu mà có thể gắn được.
- 3.7. Quàng khăn bông quanh cổ người, đặt túi nilon nơi thích hợp.
- 3.8. Điều dưỡng sát khuẩn tay, pha bột ăn liền đủ độ sánh, đi găng sạch.
- 3.9. Điều dưỡng tiến hành nghiệm pháp: đánh giá tình trạng nuốt của người bệnh theo thang điểm GUSS (có sự giám sát của bác sỹ).
- 3.10. Bác sỹ và điều dưỡng tổng hợp kết quả vào phiếu đánh giá.
- 3.11. Thu dọn dụng cụ, giúp người bệnh về tư thế thoải mái, rửa tay.
- 3.12. Ghi phiếu theo dõi và chăm sóc: Ngày giờ thực hiện nghiệm pháp, kết quả đánh giá và chế độ ăn phù hợp cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

Theo dõi sát đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình đánh giá. Dừng ngay việc đánh giá nếu người bệnh có một trong bốn dấu hiệu của rối loạn nuốt.

Ghi chú:

1. Thang điểm GUSS (Gugging Swallowing Screen)

Lần 1: ánh giá gián tiếp:

Cho người bệnh tự làm sạch họng bằng cách nuốt nước bọt thành công hoặc tự nuốt trôi 1ml nước lọc, nếu thành công chuyển tiếp sang lần 2

TT	ĐÁNH GIÁ	Có	Không
1	Người bệnh tỉnh táo	1	0
2	Ho và khạc bình thường (BT)	1	0
3	Nuốt nước bọt bình thường	1	0
4	Nuốt nước bọt khó - chảy dãi	0	1
5	Thay đổi giọng nói, nói khan sau nuốt nước bọt	0	1
	TỔNG SỐ ĐIỂM	5 điểm	

Lần 2: Đánh giá trực tiếp theo bảng

TT	CÁC NỘI DUNG ĐÁNH GIÁ		THỨC ĂN		
			Đặc	Lỏng	Rắn
1	NUỐT	<i>Không</i>	0	0	0
		<i>hậm</i>	1	1	1
		<i>Bình thường</i>	2	2	2
2	HO	<i>Có</i>	0	0	0
		<i>Không</i>	1	1	1
3	CHẢY DÃI	<i>Có</i>	0	0	0
		<i>Không</i>	1	1	1
4	THAY ĐỔI GIỌNG	<i>Có</i>	0	0	0
		<i>Không</i>	1	1	1
CHO ĐIỂM			1-4 <i>điểm: dừng</i>	1-4 <i>điểm: dừng</i>	1-4 điểm: dừng
			5 điểm: <i>tiếp bước 2</i>	5 điểm: <i>tiếp bước 3</i>	5 điểm: <i>bình thường</i>
TỔNG SỐ ĐIỂM			15 điểm		

Tổng điểm sau 2 lần đánh giá: 20 điểm

0-9: khó nuốt nặng. 10-14: khó nuốt trung bình.

15-19: khó nuốt nhẹ. 20: nuốt bình thường

BỐN DẤU HIỆU CỦA RỐI LOẠN NUỐT

1. Ho và/hoặc giảm hoặc mất khả năng làm sạch khoang miệng (chủ động).

2. Nuốt nước bọt khó khăn hoặc không thể thực hiện được.

3. Chảy nước dãi bên khòe miệng hoặc chảy dãi liên tục.

4. Thay đổi giọng nói sau khi nuốt nước bọt hoặc giọng nói bất thường liên tục.

TẮM CHO NGƯỜI BỆNH TRONG CÁC BỆNH THẦN KINH TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắm cho người bệnh tại giường nhằm mục đích:

- Giữ da luôn sạch sẽ và giúp sự bài tiết qua da được dễ dàng
- Đem lại sự thoải mái cho người bệnh
- Phòng tránh nhiễm khuẩn qua da và các bệnh ngoài da

II. CHỈ ĐỊNH

Tắm tại giường được áp dụng trong trường hợp:

- Người bệnh nằm lâu tại chỗ không tự làm được (người bệnh hôn mê, liệt).
- Người bệnh sau phẫu thuật thần kinh tình trạng bệnh đã ổn định

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tắm tại giường được chống chỉ định đối với người bệnh có các bệnh lý thần kinh đang trong tình trạng:

- Sốc, trụy mạch, sốt cao, suy hô hấp...
- Đa vết thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Hai điều dưỡng viên

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bấm móng tay, gạc củ ấu sản khoa, kẹp Kocher dài 25cm.
- Thùng đựng nước ấm 37° – 40°C, nhiệt kế đo nhiệt độ nước.
- 2 chậu đựng nước, ca mức nước, găng tay.
- Xà phòng tắm hoặc dung dịch tắm Povidine 4%.
- 3 khăn bông to, 2 khăn bông nhỏ, tấm nilon to phủ kín giường.
- Khăn đắp để phủ lên cơ thể người bệnh tránh lạnh và đảm bảo sự kín đáo cho người bệnh trong khi tắm.

- Quần áo sạch, ga trải giường, chăn, gối sạch.
- Túi đựng đồ bẩn, xô đựng, bình phong.

3. Người bệnh

- Điều dưỡng: thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về kỹ thuật sắp làm.
- Cho người bệnh đi đại tiểu tiện.

4. Hồ sơ bệnh án: có kèm theo phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

- Đối chiếu với hồ sơ bệnh án.

- Nhận định toàn trạng người bệnh.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

3.2. Mang dụng cụ đến bên giường người bệnh.

3.3. Tắt quạt, đóng cửa, che bình phong.

3.4. Đi găng, trải nilon, phủ khăn đắp cho người bệnh.

3.5. Cởi quần áo người bệnh cho vào túi đựng đồ bẩn.

3.6. Lót khăn dưới đầu, lau mặt cho người bệnh.

3.7. Kéo khăn đắp, để lộ tay. Trải khăn bông to dưới cẳng tay đến nách, dùng khăn lau từ cổ tay đến nách theo thứ tự:

- Tay phía xa trước tay phía gần sau

- Nước → xà phòng (hoặc dung dịch tắm Povidine 4% pha loãng theo chỉ dẫn) → nước sạch, rồi lau khô.

Sau đó, cho từng bàn tay của người bệnh vào chậu nước rửa sạch rồi lau khô. Có thể thay nước mỗi khi nước bẩn.

3.8. Kéo khăn đắp để lộ ngực, bụng. Tắm ngực và bụng bằng xà phòng hoặc dung dịch tắm Povidine 4% trước rồi đến nước sạch. Lau khô, phủ khăn đắp lên che kín.

3.9. Đặt khăn bông từ gót chân đến bẹn. Tắm từ cổ chân đến bẹn như tắm tay. Sau đó cho từng bàn chân vào chậu nước, rửa sạch, lau khô. Thay nước sạch.

3.10. Rửa vùng sinh dục: trải khăn dưới mông và đặt người bệnh nằm ngửa, đặt xô dẹt dưới mông, đặt túi nilon cạnh giữa 2 đùi: dùng kẹp Kocher cặp gạc củ ấu rửa sạch vùng sinh dục, hậu môn rồi thấm khô.

3.11. Tắm lưng và mông: cho người bệnh nằm nghiêng, lót khăn dọc theo lưng, mông:

- Tắm lưng: tắm từ thắt lưng trở lên cổ, lau khô.

- Tắm mông: tắm từ thắt lưng trở xuống mông, lau khô.

3.12. Thu gọn tấm nilon, cho người bệnh nằm ngửa lại, mặc quần áo, thay ga trải giường 3.13. Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái, đắp chăn cho người bệnh.

3.14. Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

3.15. Ghi phiếu theo dõi và chăm sóc:

- Ngày, giờ thực hiện, tình trạng người bệnh trong và sau khi tắm.

- Tên điều dưỡng thực hiện.

VI. THEO DÕI

Theo dõi sắc mặt và diễn biến của người bệnh trong suốt quá trình tắm và sau khi tắm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến

Người bệnh bị nhiễm lạnh: do tắm quá lâu hoặc dùng nước lạnh để tắm.

2. Xử trí

- Ủ ấm cho người bệnh. Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh.

Lưu ý: Động tác tắm phải dứt khoát, hạn chế nước nhỏ xuống giường.

THAY BĂNG CÁC VẾT LOÉT HOẠI TỬ RỘNG SAU TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

I. ĐẠI CƯƠNG

Loét hoại tử rộng là một loại tổn thương thường gặp ở người bệnh tai biến mạch máu não do hậu quả của quá trình bị tỳ đè kéo dài gây thiếu máu nuôi tổ chức làm chết tế bào gây hoại tử da và tổ chức giữa vùng xương với vật có nền cứng. Loét hay gặp tại những vị trí nơi cơ thể tiếp xúc liên tục với giường, đệm khi nằm như hai gót chân, vùng cùi chỏ, bả vai, phần đỉnh chẩm. Là một tổn thương có thể dự phòng và điều trị được. Tuy nhiên, để cho một vết loét lành hoàn toàn và duy trì bền lâu thì cần có chế độ chăm sóc tích cực và phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh có loét.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Một bác sỹ, một điều dưỡng

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Dụng cụ VK

Gói chăm sóc (kẹp phẫu tích, kẹp Kose, kéo, bát kền, gạc củ ấu, gạc miếng), ống cắm kẹp, dao mổ, găng vô khuẩn

2.2. Dụng cụ khác: găng sạch, khay hạt đậu hoặc túi nilon, khay chữ nhật, băng dính, kéo cắt băng dính, tấm nilon (tấm lót), chậu đựng dung dịch khử khuẩn.

2.3. Thuốc, các dung dịch: Betadine 10%, Natriclorua 0,9%, oxy già, thuốc điều trị (nếu có), Sanyrène, dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

Urgosorb hoặc đường ưu trương...(theo chỉ định).

3. Người bệnh

Kiểm tra, thông báo, giải thích cho người bệnh biết công việc mình sắp tiến hành để người bệnh yên tâm và phối hợp (nếu người bệnh tỉnh).

4. Hồ sơ bệnh án: có kèm theo phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh: đối chiếu với hồ sơ bệnh án

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

3.2. Đưa dụng cụ đến bên giường người bệnh.

3.3. Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp. Động viên người bệnh.

3.4. Trải nilon (tấm lót) dưới vết loét, đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon nơi thích hợp.

3.5. Tháo bỏ băng cũ bằng găng sạch hoặc kẹp. Nếu dịch, máu thấm vào gạc gây khó bóc thì dùng dung dịch nước muối sinh lý tươi ẩm gạc.

3.6. Quan sát, đánh giá tình trạng vết loét, mức độ loét.

3.7. Điều dưỡng sát khuẩn tay, mở gói chăm sóc, rót dung dịch vào bát kê, đi găng vô khuẩn.

3.8. Dùng kẹp rửa vết loét bằng nước muối sinh lý (ôxy già nếu cần) từ trên xuống dưới, nếu:

- Vết loét sạch: rửa từ mép vết loét (bên xa trước, bên gần sau) ® vết loét ® rộng ra xung quanh.

- Với vết loét có nhiễm khuẩn: dùng gạc củ ấu thấm ôxy già để rửa vết loét từ trong ra ngoài, thấm khô vết loét, cắt lọc tổ chức hoại tử theo chỉ định (*lưu ý*: xác định giới hạn của khoang tổn thương để loại bỏ tổ chức hoại tử đến tận ranh giới tổ chức lành), rửa lại vết loét bằng nước muối sinh lý, thấm khô vết loét theo kỹ thuật như trên.

3.9. Sát khuẩn rộng xung quanh vết loét bằng betadine.

3.10. Đắp thuốc (nếu có chỉ định)/hoặc Urgosorb/hoặc đường ưu trương vào ổ loét đã được cắt lọc để thấm hút dịch.

3.11. Đặt gạc vô khuẩn che kín vết loét, băng kín bằng băng dính (tốt nhất là dùng băng dính băng kín bốn mép gạc che vết loét).

3.12. Xịt Sanyrène vào vùng xung quanh vết loét, xoa bóp để kích thích tuần hoàn.

3.13. Thu dọn tấm lót, thay ga trải giường cho người bệnh nếu ướt.

3.14. Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết.

3.15. Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

3.16. Ghi phiếu theo dõi và chăm sóc:

- Ngày giờ thay băng, tình trạng vết loét và cách xử trí.

VI. THEO DÕI

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

- Kiểm tra, đánh giá tình trạng vết loét hàng ngày và sau mỗi lần thay băng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến: Cắt vào vùng tổ chức lành gây chảy máu.

2. Xử trí:

- Cầm máu bằng cách ấn giữ gạc vào chỗ chảy máu trong 3-5 phút.

- Báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp

Ghi chú:

- Trong trường hợp loét sâu và gây viêm xương cần cắt bỏ phần xương nhô thì sẽ do bác sĩ thực hiện.
- Cần cân nhắc khi dùng oxy già để rửa vết loét (chỉ sử dụng khi thực sự cần thiết).
- Đối với chỉ định cắt lọc chỉ thực hiện khi thực sự cần thiết.
- Không cắt lọc với những vết thương sạch/có nguy cơ nhiễm khuẩn mô tế bào.
- Nếu vết loét ở vùng cùng cụt khi người bệnh đại, tiểu tiện cần vệ sinh cẩn thận, tránh để nước tiểu và phân dính vào. Nếu dính phải thay băng ngay.
- Luôn giữ cho người bệnh được sạch sẽ và khô ráo.
- Thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ/1 lần, tránh tỳ đè vào vết loét.

THEO DÕI SpO₂ LIÊN TỤC TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- SpO₂ là tỉ lệ (%) mức bão hòa oxy gắn vào hemoglobin (Hb) máu động mạch ngoại vi (saturation of peripheral oxygen).

- Theo dõi SpO₂ liên tục tại giường là một kỹ thuật không xâm lấn, đơn giản có độ chính xác cao nhằm phát hiện sớm tình trạng thiếu oxy máu của người bệnh, giúp cho công tác điều trị được nhanh chóng, kịp thời, hiệu quả đồng thời có thể giảm thiểu số lần chọc khí máu động mạch.

II. CHỈ ĐỊNH

Theo dõi SpO₂ được tiến hành trong các trường hợp:

- Tất cả các cuộc mổ
- Người bệnh nặng cần hồi sức, đột quỵ não, nhược cơ, tổn thương (ép, viêm và chấn thương) tủy cổ có liệt cơ hô hấp, Guillain Barré....
- Người có bệnh phổi, suy hô hấp, suy tim, cấp cứu ngừng tuần hoàn, rối loạn nhịp tim, sốc, trụy mạch, tụt huyết áp...
- Trẻ sơ sinh đẻ non, trẻ suy hô hấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

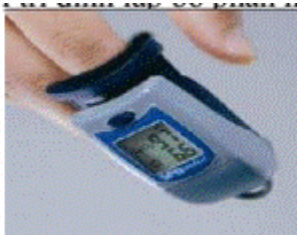
1. Người thực hiện: Một điều dưỡng viên

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- 01 máy theo dõi (monitoring) có gắn thiết bị đầu đo SpO₂
- Bút xanh, đỏ, thước kẻ
- Huyết áp kế
- Ống nghe

3. Người bệnh

- Điều dưỡng thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh những điều cần thiết.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Vệ sinh sạch sẽ rồi lau khô vị trí định lắp bộ phận nhận cảm (nếu cần thiết).



4. Hồ sơ bệnh án: có kèm theo phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. **Kiểm tra người bệnh:** đối chiếu với hồ sơ bệnh án

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

3.2. Kiểm tra lại dụng cụ và mang đến bên giường người bệnh.

3.3. Đặt máy theo dõi (monitoring) vào vị trí thuận lợi, dễ nhìn, chắc chắn.

3.4. Để người bệnh ở tư thế thích hợp, an toàn.

3.5. Giải thích, động viên người bệnh phối hợp khi tiến hành kỹ thuật.

3.6. Kẹp hoặc dán bộ phận nhận cảm (sensor) ở đầu ngón tay, ngón chân, da tai hoặc bất cứ tổ chức nào được tưới máu mà có thể gắn được.

3.7. Thông báo kết quả cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết.

3.8. Dặn người bệnh hoặc gia đình những điều cần thiết.

3.9. Rửa tay, ghi phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh.

VI. THEO DÕI

Theo dõi liên tục chỉ số SpO_2 được thay đổi và hiện liên tục trên màn hình theo dõi (monitoring). Tùy từng trường hợp cụ thể để báo bác sỹ có quyết định xử trí kịp thời và hiệu quả. (SpO_2 ở người bình thường dao động từ 92 - 98%).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Cần kiểm tra máy và bộ phận cảm nhận kẹp hoặc dán thường xuyên để phòng bộ phận này bị tuột hoặc lỏng hoặc dây cáp bị đứt dẫn đến chỉ số sai và cần phối hợp với thăm khám tình trạng lâm sàng của người bệnh để xử trí kịp thời.

Lưu ý: Hạn chế của đo SpO_2 :

- Bão hòa oxy máu quá thấp sẽ không phát hiện được bằng SpO_2 .
- SpO_2 phản ánh bão hòa oxy máu chậm hơn SaO_2 .
- Tụt huyết áp hoặc co mạch làm giảm dòng máu và độ nảy ở tiểu động mạch nên giá trị SpO_2 không còn chính xác.
- Hạ nhiệt độ, cử động, tiêm chất màu vào mạch máu, sắc tố da, sơn màu móng tay, ... làm giá trị SpO_2 không chính xác.
- Trong ngộ độc CO: theo dõi SpO_2 không chính xác, cần làm khí máu động mạch để đo SaO_2 và COHb.

VỆ SINH RĂNG MIỆNG NGƯỜI BỆNH THẦN KINH TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Khi bị bệnh sức đề kháng của cơ thể giảm, việc vệ sinh răng miệng cho người bệnh nhằm mục đích:

- Giữ cho răng miệng luôn sạch sẽ để phòng nhiễm khuẩn răng miệng
- Tránh nhiễm khuẩn khi có tổn thương ở miệng
- Giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh tỉnh táo nhưng không tự làm được.
- Người bệnh nặng, hôn mê, sốt cao, tổn thương ở miệng như gãy xương hàm, vết thương ở miệng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Một điều dưỡng viên

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Gói chăm sóc (1 khay hạt đậu, 1 bát kền, gạc củ ấu, gạc miếng, kẹp Kose, kẹp phẫu tích).
- Gạc, bông cầu, canun mayo hoặc đũa lược (nếu cần).

2.2. Dụng cụ khác

- Khay chữ nhật, kem đánh răng, bàn chải đánh răng (loại dùng cho trẻ em).
- Cốc sạch 02 chiếc
- Ống thông hút, máy hút, găng tay sạch
- Khăn bông nhỏ, tấm nilon nhỏ
- Túi nilon đựng gạc bẩn

2.3. Thuốc và các dung dịch

- Dung dịch Natriclorua 0,9%
- Dung dịch để súc miệng hoặc bơm rửa (có thể dùng có thể dùng Natriclorua 0,9%)
- Glycerin (nếu cần)

3. Chuẩn bị người bệnh

- Điều dưỡng: tiếp xúc, thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.

- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về kỹ thuật sắp làm

4. Hồ sơ bệnh án: có kèm theo phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh: đối chiếu với hồ sơ bệnh án

Nhận định người bệnh:

- Nếu người bệnh có răng giả nên tháo ra và vệ sinh hàm giả riêng.
- Nếu môi khô nứt nẻ, lưỡi trắng thì bôi glycerin 15 phút trước khi chăm sóc.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

3.2. Mang dụng cụ đến bên giường người bệnh.

3.3. Đặt người bệnh nằm, mặt nghiêng về một bên (quay về phía Điều dưỡng).

Choàng nilon và khăn qua cổ người bệnh.

3.4. Điều dưỡng sát khuẩn tay, mở gói dụng cụ, rót nước muối ra bát kê. Đặt khay quả đậu dưới má người bệnh, đi gang, bôi glycerin nếu lưỡi trắng và môi khô nứt, tháo răng giả (nếu có).

3.5. Lấy kem đánh răng ra bàn chải, làm ướt bàn chải. Mở miệng người bệnh.

3.6. Tiến hành đánh răng cho người bệnh theo thứ tự: mặt ngoài → mặt trong → mặt nhai (chải hàm trên trước, hàm dưới sau), mỗi vị trí chải từ 6 đến 10 lần.

3.7. Dùng kẹp cặp gạc củ ấu thấm và lau hết bọt kem đánh răng. Sau đó, cặp gạc củ ấu nhúng nước muối sinh lý rửa hàm răng nhiều lần theo thứ tự như trên (bước 3.6) cho đến khi sạch.

3.8. Rửa sạch lưỡi người bệnh, vòm họng, 2 góc hàm phía trong má lợi, môi. Cho người bệnh súc miệng (nếu người bệnh tỉnh), dùng máy hút sạch (nếu người bệnh hôn mê).

3.9. Lau khô miệng bằng gạc, bôi glycerin vào lưỡi, lợi, môi (nếu cần)

3.10. Bỏ khay hạt đậu, tháo bỏ khăn, tấm nilon trước ngực người bệnh

3.11. Đặt người bệnh về tư thế thoải mái.

3.12. Thu dọn dụng cụ.

3.13. Ghi phiếu chăm sóc và theo dõi: ngày giờ chăm sóc, tình trạng răng miệng của người bệnh, các dụng dịch đã dùng, tên điều dưỡng chăm sóc.

VI. THEO DÕI

Theo dõi sắc mặt, diễn biến của người bệnh trong và sau khi tiến hành kỹ thuật

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Xây xước, chảy máu niêm mạc miệng: do kỹ thuật thô bạo

Xử trí: Điều chỉnh lại kỹ thuật. Dùng bông, gạc khô cầm máu cho người bệnh

2. Người bệnh bị sặc: do gạc dùng để vệ sinh răng miệng thấm nhiều dung dịch nước muối sinh lý hoặc bơm rửa nhiều nhưng hút không hết.

Xử trí:

- Dùng máy hút để hút sạch dịch. Cho người bệnh nằm đầu cao 30 - 45 độ.
- Theo dõi SpO₂ và toàn trạng của người bệnh để có hướng xử trí phù hợp, kịp thời.

Lưu ý: Để chải răng đúng kỹ thuật cần:

- Luôn giữ lông bàn chải tiếp xúc với mặt răng.
- Khi chải mặt ngoài: để nghiêng bàn chải một góc 30 - 45 độ so với mặt ngoài của răng, ép nhẹ lông bàn chải một phần lên nướu, một phần lên cổ răng sao cho lông bàn chải chui vào rãnh nướu và kẽ răng. Sau đó làm động tác rung nhẹ tại chỗ, để lông bàn chải vừa xoa nắn nướu vừa làm sạch mảng bám, lấy sạch thức ăn giắt ở cổ răng và kẽ răng.

XOA BÓP PHÒNG CHỐNG LOÉT TRONG CÁC BỆNH THẦN KINH (1 NGÀY)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phòng chống loét là công việc quan trọng nhất trong chăm sóc người bệnh.
- Loét có thể được hình thành rất nhanh trong vòng 2 - 4 giờ đầu ở những vùng bị tì đè liên tục.

- Hoại tử da và dưới da do da bị chèn ép trong thời gian dài dẫn đến da không được nuôi dưỡng dẫn đến loét. Nếu để lâu dẫn đến nhiễm khuẩn, tổn thương sâu.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh hôn mê, tai biến mạch máu não, liệt tứ chi.
2. Chấn thương sọ não, sau phẫu thuật thần kinh.
3. Liệt hai chân do tổn thương tủy sống (viêm tủy, ép tủy, chấn thương gây đứt ngang tủy...).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Một điều dưỡng viên

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- 02 chậu nước ấm 37° – 40°C
- Xà phòng tắm hoặc dung dịch tắm Povidine 4%, Sanyrène, găng tay
- Khăn bông to 01 chiếc, khăn bông nhỏ 02 chiếc
- Khăn đắp để phủ lên cơ thể người bệnh tránh lạnh và đảm bảo sự kín đáo cho người bệnh trong khi lau rửa
- Tấm lót loại to bản (lót dưới mông người bệnh), tấm nilon to
- Ga trải giường, gối kê
- Đệm nước hoặc đệm hơi, bình phong

3. Người bệnh

- Điều dưỡng: thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về kỹ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án: có kèm theo phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh: đối chiếu với hồ sơ bệnh án.

3. Thực hiện kỹ thuật

- 3.1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
- 3.2. Mang dụng cụ đến bên giường người bệnh.
- 3.3. Tắt quạt, đóng cửa, che bình phong.

- 3.4. Pha loãng xà phòng hoặc dung dịch Povidine với nước ấm theo chỉ dẫn
- 3.5. Đi găng, trái nilon, đặt người bệnh ở tư thế thích hợp, phủ khăn đắp cho người bệnh.
- 3.6. Bộc lộ vùng cần xoa bóp để phòng loét (vùng mông, xương cụt, cột sống, đầu gối, mắt cá, gót chân, khuỷu tay, bả vai)
- Lau rửa sạch theo thứ tự: Nước → xà phòng (hoặc dung dịch Povidine) đã pha loãng → nước sạch → lau khô → tháo bỏ găng.
- 3.7. Xoa bóp nhẹ nhàng những vùng dễ bị loét với Sanyrene để kích thích tuần hoàn.
- 3.8. Đặt tấm lót dưới mông người bệnh.
- 3.9. Thay ga trải giường và quần áo cho người bệnh (nếu cần), giữ ga giường luôn khô, sạch và phẳng, tránh làm cộm lưng người bệnh.
- 3.10. Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái, lót gối ở vai nếu người bệnh nằm nghiêng, đắp chăn cho người bệnh.
- 3.11. Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
- 3.12. Ghi phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh: Ngày, giờ thực hiện, tình trạng da người bệnh, tên điều dưỡng thực hiện

VI. THEO DÕI

- Luôn kiểm tra và theo dõi vùng bị đè ép sau mỗi lần lăn trở và sau mỗi ngày để phát hiện sớm các dấu hiệu cảnh báo loét.
- Khi người bệnh đã có vết loét thì phải tiến hành chăm sóc vết loét sớm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- 1. Tai biến:** Tồn thương da do xoa bóp mạnh, không đúng kỹ thuật.
- 2. Xử trí:** Điều chỉnh lại thao tác kỹ thuật của điều dưỡng, tránh xoa bóp vào những vùng da đã bị tổn thương.

Lưu ý:

- 1. Để làm giảm hoặc loại bỏ lực đè ép, kích thích tuần hoàn**
 - Xoa bóp đúng kỹ thuật và thay đổi tư thế thường xuyên (2 giờ/lần) là biện pháp cơ bản nhất để phòng tránh loét, loại bỏ trọng lực giúp tái lập tuần hoàn cho các mô phục hồi tốt hơn.
 - Người bệnh nên được đặt nằm cả ở 4 tư thế (nghiêng 2 phía, sấp, ngửa), trừ khi có chống chỉ định.
 - Cho người bệnh nằm đệm nước hoặc đệm hơi ngay từ những giờ đầu có thể.
 - Tập vận động chủ động và thụ động 2-3 lần/ngày cho người bệnh (nếu tình trạng bệnh cho phép) để tăng cường lực cơ, da và mạch máu.
- 2. Chăm sóc và vệ sinh da**
 - Thường xuyên vệ sinh da cẩn thận để giữ da luôn khô và sạch.

- Nên vệ sinh da bằng xà phòng trung tính và lau khô bằng khăn mềm:
+ Với trường hợp da luôn ẩm sau khi lau khô bằng khăn mềm ta xoa bột tal hoặc phấn rôm.

+ Trường hợp da khô: sau khi lau khô nên dùng kem dưỡng da để duy trì độ ẩm cần thiết cho da (sử dụng loại kem dưỡng không gây kích ứng da người bệnh).

3. Dinh dưỡng đúng và đủ: Cũng rất quan trọng giúp phòng ngừa loét hiệu quả.