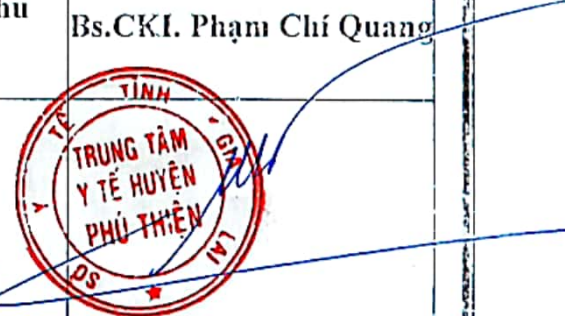


SỞ Y TẾ TỈNH GIA LAI
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN PHÚ THIÊN



**QUY TRÌNH
PHÒNG MÔ**

QT.01- GMHS

	Người viết	Người kiểm duyệt	Người phê duyệt
Họ và tên	Bs.CKI. Phạm Văn Điệp	Bs.CKI. Mã Thị Thu Huyện	Bs.CKI. Phạm Chí Quang
Ký			
Chức danh	Khoa Ngoại TH	Phụ trách Phòng KHNV	Giám đốc



[illegible]

QUY TRÌNH THĂM KHÁM BỆNH NHÂN TRƯỚC MỔ

I. HỎI BỆNH

1. Tiền sử bệnh tật:

- Tiền sử gia đình và bản thân.
- Có bệnh kèm?
- Giai đoạn bệnh?
- Đang điều trị hay đã ngừng?

a. Bệnh tim mạch:

Cao huyết áp, Bệnh mạch vành, Bệnh van tim, dấu hiện suy tim. Nhồi máu cơ tim < 6 tháng: tỷ lệ tử vong cao trong mổ

b. Bệnh hô hấp:

Hen phế quản, tâm phế mãn, lao phổi...

c. Bệnh tiêu hoá, gan mật, tiết niệu, thần kinh, nội tiết, Bệnh hệ thống, Bệnh nhiễm trùng ký sinh trùng...

2. Tiền sử dị ứng:

- a. Dị ứng do cơ địa: dị ứng thức ăn, thay đổi thời tiết gây hen phế quản.
- b. Dị ứng thuốc: Kháng sinh, thuốc tê...

3. Các thói quen:

- a. Hút thuốc lá: Nguy cơ bệnh phổi mạn tính, bệnh tim mạch
- b. BN nghiện hoặc sử dụng thuốc phiện: biến chứng vật vã, kích thích sau mổ
- c. Thói quen uống rượu bia: nguy cơ xơ gan, viêm tụy mạn

4. Hỏi BN về thuốc đã và đang điều trị:

- BN cao huyết áp dùng thuốc chẹn beta cần tiếp tục điều trị để tránh biến chứng tăng huyết áp, nhồi máu cơ tim
- Thuốc ức chế men chuyển nên ngừng trước mổ 24 giờ để tránh tụt huyết áp và mạch chậm lúc khởi mê.
- Thuốc ức chế canxi cần duy trì trước mổ do tác dụng giảm hậu gánh
- Thuốc lợi tiểu nên ngừng trước mổ 24 giờ để tránh giảm khối lượng tuần hoàn và hạ kali máu.

- Thuốc điều trị đái đường loại uống nên ngừng trước mổ 1 ngày. Nếu dùng insuline nên duy trì trước trong sau mổ
- Thuốc chống đông antivitamin K, aspegic nên ngừng trước mổ
- Thuốc corticoide cần duy trì
- Thuốc benzodiazepine nên giảm liều để tránh tương tác với thuốc mê

II. THĂM KHÁM LÂM SÀNG

1. Khám toàn thân: Thở trạng, sốt, phù, tinh thần...
2. Khám tim mạch: Tìm các biểu hiện bệnh tim mạch nếu có. Đo huyết áp. Test de Allen.
3. Khám hô hấp: Nhìn, sờ, gõ, nghe lồng ngực. Có khó thở ?
4. Khám tiết niệu
5. Khám gan mật, dạ dày
6. Khám đầu mặt cổ, răng miệng: Đánh giá mức độ đặt nội khí quản khó theo Mallampati, lưỡi to? cổ ngắn? mức độ ngửa cổ. Răng lung lay?

III. KIỂM TRA CÁC XÉT NGHIỆM LIÊN QUAN ĐẾN CUỘC MỔ

1. Xét nghiệm cơ bản theo tính chất cuộc mổ:

- Huyết học: CTM, Hct, Hb, Nhóm máu, máu chảy, máu đông
- Sinh hoá: Ure, Creatinin, điện giải, protid, nước tiểu...
- X quang phổi
- Điện tim: BN có tiền sử bệnh tim mạch, đái đường, rối loạn điện giải. BN > 60 tuổi.

2. Xét nghiệm bổ sung theo bệnh:

- Bệnh tim mạch: ECG, Siêu âm tim, SGOT, SGPT, CPK, LDH nếu nghi có nhồi máu cơ tim.
- Bệnh phổi: Chụp phổi, thăm dò chức năng phổi, chụp cắt lớp
- Bệnh tiêu hoá: Bilirubin, SGOT, SGPT, HbsAg, Protid máu, siêu âm ổ bụng, đường mật, soi chụp dạ dày, chụp đại tràng... tùy bệnh lý.
- Bệnh nội tiết: Đường máu, đường niệu, chức năng gan thận, chuyển hoá cơ bản, độ tập trung iode 131... theo bệnh lý nội tiết
- XN HIV nếu nghi ngờ.

IV. XẾP LOẠI SỨC KHOẺ BỆNH NHÂN THEO ASA

ASA1: Tình trạng sức khỏe tốt.

ASA2: Có một bệnh nhưng không ảnh hưởng đến sức khỏe và sinh hoạt hằng ngày của bệnh nhân.

ASA3: Có một bệnh có ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân.

ASA4: Bệnh nhân có bệnh nặng đe dọa đến tính mạng.

ASA5: Tình trạng bệnh nhân quá nặng, hấp hối không có khả năng sống được 24 giờ dù có mổ hoặc không mổ.

V. ĐÁNH GIÁ THEO BỆNH HIỆN TẠI CÓ HOẶC KHÔNG CÓ BỆNH KẾT HỢP

- BN không có bệnh kèm: đánh giá theo thể trạng hiện tại
- BN có bệnh kèm: đánh giá cụ thể theo từng bệnh để có hướng xử trí trước, trong, sau mổ thích hợp.

VI. ĐỀ XUẤT ĐIỀU CHỈNH CÁC RỐI LOẠN

1. Nếu thiếu máu, suy kiệt: Truyền máu, đạm...
2. Rối loạn điện giải: cần điều chỉnh về bình thường nhất là kali
3. Kháng sinh dự phòng: theo chuyên khoa

VII. TIỀN MÊ (NẾU CẦN THIẾT)

1. Mục đích:

- Giúp BN giảm lo lắng, sợ hãi, gây quên, giảm đau
- Làm giảm tiết dịch, đề phòng hội chứng Mendelson, đề phòng nhịp tim chậm

2. Các thuốc tiền mê

- Thuốc giảm đau trung ương: Morphin: 0,1- 0,2mg/kg TB hoặc Pethidine: 1 – 1,5 mg/kg TB
 - Các thuốc làm dịu: Phenobarbital: 1 – 4 mg/kg TB. Benzodiazepine: Diazepam 10mg uống
 - Thuốc kháng histamin tổng hợp: Pipolphen, phenergan, dimedron
 - Thuốc anticholinergic: Atropin: 0,02 mg/kg hoặc @Scopolamin
 - Thuốc đề phòng H.C Mendelson:
- + Cimetidin: 200 – 400 mg hoặc Ranitidin: 50 – 100mg

+ Antiacid: DD citrate natri

+ Primperan: 10mg TM

VII. DỰ KIẾN GÂY MÊ, GÂY TÊ:

Sau khi khám, phân loại bệnh nhân, tùy theo tình trạng bệnh lý và yêu cầu mổ xẻ, Người gây mê sẽ dự kiến trước kế hoạch gây mê hồi sức phù hợp cho từng bệnh nhân.

QUY TRÌNH

TIẾP NHẬN BỆNH NHÂN TẠI HỒI TỈNH VÀ ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHI RỜI HỒI TỈNH

1. MỤC ĐÍCH

- Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật.

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân và theo dõi bệnh nhân về phương diện gây mê hồi sức, đồng thời đánh giá bệnh nhân trước khi rời phòng hồi tỉnh

2. PHẠM VI

- Bác sỹ, Điều dưỡng gây mê hồi sức.
- Người bệnh sau phẫu thuật.

3. TRÁCH NHIỆM

- Nhân viên được giao nhiệm vụ thực hiện nhiệm vụ chăm sóc người bệnh tuân thủ đúng quy trình.
- Lãnh đạo khoa, Điều dưỡng trưởng khoa, trưởng nhóm GMHS chịu trách nhiệm giám sát việc tuân thủ quy trình.

4. ĐẠI CƯƠNG VÀ TỪ VIẾT TẮT

4.1. Đại cương

Trong thực hành gây mê hiện đại, bệnh nhân được theo dõi và chăm sóc kỹ, liên tục từ khi khởi mê trong suốt quá trình phẫu thuật đến khi chuyển vào phòng hồi sức sau mổ. Các biến chứng liên quan đến gây mê và phẫu thuật thường xảy ra tức thì ở giai đoạn sau mổ vì vậy cần có một đội ngũ nhân viên được huấn luyện và có kinh nghiệm để tiếp tục theo dõi trong giai đoạn hồi tỉnh. Tuy nhiên, các biến chứng của gây mê và phẫu thuật có thể xảy ra bất cứ lúc nào trong những ngày đầu sau mổ.

4.2. Từ viết tắt

- NB: Người bệnh.

5. NỘI DUNG:

5.1. Tiếp nhận và theo dõi tại hồi tỉnh:

- Điều dưỡng tiếp nhận bệnh nhân từ phòng phẫu thuật.
- Tiến hành kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn và theo dõi sát các vấn đề sau phẫu thuật:

5.1.1. Theo dõi các thông số hô hấp:

- Bệnh nhân đã được rút nội khí quản hay chưa.

- Các thông số cần theo dõi: Tần số thở, biên độ hô hấp, độ bão hoà oxy (SpO₂), màu sắc da, niêm mạc..
- Tiêu chuẩn cho phép rút nội khí quản: Nhiệt độ bình thường, hết tác dụng của thuốc giãn cơ, bệnh nhân tỉnh, gọi hỏi biết, làm được các động tác như nắm chặt tay, há mồm, thè lưỡi, hít sâu, phục hồi các phản xạ bảo vệ đường thở, nhấc đầu lên khỏi mặt giường và giữ trong vòng 10 giây... Sau rút nội khí quản bệnh nhân được cho thở oxy 2 -4 lít/phút trong những giờ đầu. Riêng trẻ em, có thể rút nội khí quản khi trẻ còn ngủ sâu.
- Trong một số trường hợp lưu nội khí quản các thông số cần theo dõi: tần số thở, độ di động của lồng ngực, SpO₂, màu da, niêm mạc, áp lực đường thở...

5.1.2. Hệ tim mạch:

- Đo huyết áp động mạch
- Đếm tần số mạch
- Đo áp lực tĩnh mạch trung ương
- Đo huyết áp động mạch xâm nhập nếu có
- Đánh giá tình trạng da, niêm mạc
- Đánh giá lượng nước tiêu
- Tổng lượng dịch vào ra (bilan)
- Theo dõi điện tim trên máy theo dõi
- Làm các xét nghiệm: hồng cầu, hematocrite, hemoglobin.

5.1.3. Theo dõi thần kinh

- Dùng thang điểm Glasgow để theo dõi.

THANG ĐIỂM GLASGOW

	Mức độ	Điểm
<u>Mắt</u>	<u>Mở mắt tự nhiên</u>	4
	<u>Mở mắt khi ra lệnh</u>	3
	<u>Mở mắt khi gây đau</u>	2
	<u>Không mở</u>	1
<u>Lời nói</u>	<u>Nói trả lời đúng</u>	5
	<u>Trả lời hạn chế</u>	4
	<u>Trả lời lộn xộn</u>	3
	<u>Không rõ nói gì</u>	2
	<u>Không nói</u>	1
<u>Vận động</u>	<u>Đáp ứng đúng khi ra lệnh</u>	6
	<u>Đáp ứng đúng chỉ khi gây đau</u>	5
	<u>Co chi lại, cử động không tự chủ</u>	4
	<u>Co cứng mắt vò</u>	3
	<u>Duỗi cứng mắt nào</u>	2
	<u>Nằm yên không đáp ứng</u>	1

- Nhiều bệnh nhân chưa tỉnh khi đến phòng hồi tỉnh do còn tác dụng của thuốc mê.

5.1.4. Theo dõi suy gan, thận sau mổ

5.1.5. Các biến chứng mạch máu

- Viêm tắc tĩnh mạch sâu
- Viêm tĩnh mạch chỗ tiêm truyền.

5.1.6. Các biến chứng khác

- Nôn buồn nôn sau mổ
- Đau đầu đặc biệt sau gây tê tuỷ sống,
- Đau họng sau đặt nội khí quản, gãy răng, giập môi,
- Tổn thương ở mắt.

5.1.7. Điều chỉnh thăng bằng nước điện giải sau mổ.

5.2. CÁC VẤN ĐỀ CẦN THEO DÕI VÀ ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC:

5.2.1. Oxy liệu pháp

- Sử dụng oxy sau phẫu thuật một cách hệ thống.
- Có ba cách cho thở oxy chính:

- + Dùng mặt nạ cho bệnh nhân chưa tỉnh hoặc bệnh nhân chỉ thở bằng miệng.
- + Dùng xông mũi hay xông mũi hai nòng cho những bệnh nhân khác vì bệnh nhân dễ chịu, có thể nói chuyện được.
- Liều lượng cần 3 -10 lít/phút.

5.2.2. Giảm đau sau mổ

- Dựa theo phác đồ giảm đau sau phẫu thuật

5.2.3. Truyền dịch sau mổ và nuôi dưỡng bệnh nhân

5.2.4. Điều hoà thân nhiệt.

5.2.5. Làm các xét nghiệm bổ sung.

5.2.6. Phát hiện và điều trị nhiễm khuẩn sau mổ.

5.3. TIÊU CHUẨN RỜI PHÒNG HỒI TỈNH:

TIÊU CHUẨN RA KHỎI PHÒNG HẬU PHẪU (THANG ĐIỂM ALDRETE CẢI TIẾN)

Stt	VẤN ĐỀ ĐÁNH GIÁ		SỐ ĐIỂM
1	Vận động tự nhiên	Cử động được tứ chi	2
		Cử động 2 chi	1
		Không cử động	0
2	Hô hấp	Có thể hít thở sâu và ho được	2
		Khó thở hoặc thở nông	1
		Không thở	0
3	Huyết áp động mạch tâm thu (Độ sai biệt so với giá trị trước mổ)	20 mmHg	2
		20 – 50 mmHg	1
		> 50 mmHg	0

4	Tri giác	Tỉnh hoàn toàn	2
		Thức tỉnh khi yêu cầu	1
		Không đáp ứng với những mệnh lệnh đơn giản	0
5	Độ bão hoà O2	> 92% với khí trời	2
		Cần O2 để đạt SaO2 > 90%	1
		SaO2 < 90% khi có oxy qua mặt nạ hay sonde mũi (5 lít/ phút)	0
- Tiêu chuẩn ra khỏi phòng hậu phẫu: 10 điểm - Tiêu chuẩn này chỉ áp dụng cho NB phẫu thuật thông thường, không có tổn thương thần kinh.			

QUY TRÌNH

PHÒNG NGỪA CHÁY NỔ, ĐIỆN GIẬT, BỎNG, NGÃ, KHÔ GIÁC MẠC, LIỆT CHI TRONG QUÁ TRÌNH PHẪU THUẬT

1. MỤC ĐÍCH

- Để phòng tránh nguy cơ cháy nổ, điện giật, bỏng, ngã, khô giác mạc, liệt chi trong quá trình phẫu thuật.
- Phát hiện sớm các nguy cơ và xử trí kịp thời nếu có sự cố xảy ra.

2. PHẠM VI

- Tất cả nhân viên y tế và người bệnh trong quá trình phẫu thuật.

3. TRÁCH NHIỆM

- Nhân viên được giao nhiệm vụ thực hiện nhiệm vụ chăm sóc người bệnh tuân thủ đúng quy trình.
- Lãnh đạo khoa, Điều dưỡng trưởng khoa, trưởng nhóm GMHS chịu trách nhiệm giám sát việc tuân thủ quy trình.

4. ĐẠI CƯƠNG VÀ TỪ VIẾT TẮT

4.1. Đại cương

Cháy nổ, điện giật, bỏng, ngã, khô giác mạc, liệt chi là một trong những tai biến trong quá trình phẫu thuật. Để hạn chế đến mức tối đa cần có các biện pháp phòng ngừa và xử trí kịp thời.

4.2. Từ viết tắt

- NB: Người bệnh.

5. NỘI DUNG

5.1. Phòng nguy cơ cháy nổ, giật điện

- Tắt các thiết bị điện khi không sử dụng.
- Tắt nguồn oxy vào máy mê hoặc máy kèm thở khi không sử dụng.
- Định kì kiểm tra nguồn điện, ổ cắm điện 1 tuần/ lần.

5.2. Phòng nguy cơ bỏng

- Dán bản điện cực và kiểm tra độ tiếp xúc khi sử dụng dao đốt điện.
- Dán bản điện cực vị trí có nhiều cơ và mạch máu.
- Dán vùng gần phẫu thuật (tránh dán vị trí gần tim).
- Dán vùng da khô sạch.

- Cài đặt cường độ cắt đốt phù hợp với từng ca phẫu thuật.

5.3. Phòng nguy cơ ngã

- Khi chuyển bệnh nhân cần kéo thanh chắn ngang.
- Khi sàn nhà ướt, trơn trượt phải có biển cảnh báo.
- Khi chuyển người bệnh qua cáng hoặc bàn mổ cần có đủ 4 nhân viên.
- Phải cố định người bệnh tốt ở một số tư thế phẫu thuật đặc biệt.

5.4. Nguy cơ loét giác mạc

- Dán kín mắt cho bệnh nhân gây mê.
- Bôi thuốc mỡ tra mắt trong phẫu thuật.

5.5. Nguy cơ liệt chi

- Kiểm tra tay, chân người bệnh trong phẫu thuật được đặt đúng tư thế tránh tổn thương thần kinh và mạch máu.
- Vùng tỳ đè có dây thần kinh đi qua phải được bảo vệ bằng gối đệm

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

Theo dõi sát người bệnh trước, trong và sau phẫu thuật. phát hiện sớm để có hướng xử trí phù hợp.

QUY TRÌNH

KIỂM TRA MÁY GÂY Mê KÈM THỞ ĐANG HOẠT ĐỘNG LIÊN QUAN

ĐẾN QUÁ TRÌNH PHẪU THUẬT

1. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo máy gây mê đang hoạt động tốt để phục vụ cho quá trình phẫu thuật.
- Đảm bảo an toàn cho phẫu thuật và gây mê hồi sức.

2. PHẠM VI

- Bác sỹ, Điều dưỡng gây mê hồi sức.
- Người bệnh sau phẫu thuật.

3. TRÁCH NHIỆM

- Nhân viên được giao nhiệm vụ thực hiện nhiệm vụ chăm sóc người bệnh tuân thủ đúng quy trình.
- Lãnh đạo khoa, Điều dưỡng trưởng khoa, trưởng nhóm GMHS chịu trách nhiệm giám sát việc tuân thủ quy trình.

4. ĐẠI CƯƠNG VÀ TỪ VIẾT TẮT

4.1. Đại cương

Máy gây mê kèm thở có liên quan chặt chẽ trong quá trình phẫu thuật có gây mê kèm theo. Việc kiểm tra máy gây mê đang hoạt động là trách nhiệm và nhiệm vụ cần thiết để đảm bảo an toàn cho quá trình phẫu thuật

4.2. Từ viết tắt

- NB: Người bệnh.

5. NỘI DUNG:

Kiểm tra máy gây mê kèm thở theo các vấn đề sau:

1. Tình trạng hoạt động của máy

Kiểm tra máy còn hoạt động tốt hay không, có vấn đề gì hỏng hay không?

2. Kiểm tra bình thuốc mê bốc hơi, bình hấp thu CO₂, hệ thống thu hồi khí thải đảm bảo tiêu chuẩn

3. Màn hình theo dõi có tối thiểu 5 thông số theo dõi bao gồm: Vt, MV, f, Pmax, FiO₂

4. Máy được cài đặt chế độ báo động phù hợp với người bệnh đang gây mê

5. Kiểm tra hệ thống báo động và acquy dự phòng còn hoạt động tốt không khi mất điện

6. Test máy mê trước khi sử dụng vào mỗi phiên làm việc đầu tiên trong ngày, ghi chép lại vào sổ theo dõi.
 7. Kiểm tra cách vận hành máy gây mê có tốt không?
 8. Kiểm tra trước mỗi ca phẫu thuật có được thay dây nối giữa máy mê tới NB và phin lọc mới.
- Nếu có bất kì vấn đề nào cần thông báo lại cho Bác sỹ phụ trách phòng mổ để có hướng xử trí tiếp theo.

QUY TRÌNH GÂY Mê NỘI KHÍ QUẢN

1. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1.1. Chỉ định:

- Phẫu thuật ở khoang lồng ngực.
- Gây mê phối hợp với thuốc giãn cơ trong các phẫu thuật cần mềm cơ.
- Phẫu thuật vùng hàm mặt, tai mũi họng.
- Phẫu thuật sọ não.
- Phẫu thuật ở các bệnh nhân có nguy cơ cao.

1.2. Chống chỉ định:

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối:
 - + Viêm cấp tính đường khí đạo trên.
 - + Lao thanh quản nặng, ung thư thanh quản.

2. KỸ THUẬT GÂY Mê NỘI KHÍ QUẢN TRÊN BỆNH NHÂN NGƯỜI LỚN

Trong thực tế, có một số phương pháp đặt ống nội khí quản để tiến hành gây mê nội khí quản như sau:

- Đặt ống nội khí quản qua đường miệng dưới gây tê.
- Đặt ống nội khí quản qua đường mũi dưới gây tê (có sử dụng hoặc không sử dụng đèn soi thanh quản).
- Đặt ống nội khí quản qua đường miệng dưới gây mê.
- Đặt ống nội khí quản qua đường mũi dưới gây mê.
- Đặt ống nội khí quản có sử dụng ống nội soi khí phế quản sợi mềm

Tuy nhiên, phương pháp đặt ống nội khí quản qua đường miệng dưới gây mê và giãn cơ là phương pháp phổ biến hơn cả.

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Bệnh nhân được giải thích về phương pháp gây mê nội khí quản.
- Tháo bỏ răng giả (nếu có).
- Dự kiến, tiên lượng đặt ống nội khí quản khó hay dễ căn cứ vào tiêu chuẩn lâm sàng của Mallampati.
- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa.

- Tiền mê: Seduxen ống 10mg, liều lượng 0,1mg/kg và atropin ống 0,25mg, liều lượng 0,01mg/kg, tiêm tĩnh mạch 15 phút trước khi khởi mê.

2.2. Chuẩn bị phương tiện, dụng cụ, thuốc:

- Đèn soi thanh quản lưỡi cong (kiểu Macintosh).
- Ống nội khí quản: Loại có bóng chèn (cuff), cỡ ống căn cứ vào đường kính bên trong, nên chuẩn bị sẵn 3 cỡ (một cỡ thích hợp nhất với bệnh nhân dựa vào kích thước đốt hai ngón tay thứ năm của bệnh nhân, một cỡ lớn hơn và một cỡ nhỏ hơn so với cỡ thích hợp nhất).
- Nòng bằng kim loại mềm.
- Canuyn Mayo.
- Kim Magill.
- Dung dịch xylocain 10%, mỡ xylocain 2%.
- Bóng bóp.
- Nguồn oxy, máy gây mê.
- Dây hút, máy hút.
- Ống nghe.
- Băng dính và băng vải.
- Thuốc mê: Propofol ống 200mg, Thiopental, Ketamine..
- Thuốc giãn cơ: Suxamethonium, Rocuronium....
- Thuốc giảm đau: Fentanyl ống 0,5mg.
- Thuốc giải giãn cơ: Prostigmin ống 0,5mg.
- Thuốc đối kháng với nhóm thuốc giảm đau opioid: Naloxon ống 0,4mg.

2.3. Kỹ thuật tiến hành:

2.3.1. Khởi mê:

- Người phụ tiêm tĩnh mạch thuốc mê propofol liều lượng 2 - 3mg/kg, thuốc giãn cơ esmeron liều lượng 0,6 – 1mg/kg, giảm đau Fentanyl 2-3mcg/ kg.
- Thủ thuật viên úp mặt nạ thông khí 100% oxy cho bệnh nhân.
- Khi đủ độ mê và đủ giãn cơ tiến hành đặt ống nội khí quản.
- Tay phải của thủ thuật viên mở mồm bệnh nhân bằng đẩy các răng của xương hàm dưới với ngón một và đẩy các răng của xương hàm trên với ngón hai. Đồng

thời tay trái của thủ thuật viên cầm đèn soi thanh quản, đưa từ từ lưỡi đèn theo bờ trên bên phải của lưỡi, gạt lưỡi sang trái và tiến dần lưỡi đèn vào chính giữa, xuống dưới hướng về gốc lưỡi để tìm nắp thanh môn. Nâng lưỡi đèn 450 sẽ thấy nắp thanh môn, nâng nắp thanh môn lên trên để bộc lộ hai dây thanh âm và khe thanh môn, lưu ý không tỳ lưỡi đèn soi thanh quản vào răng cửa để bầy lưỡi ra.

- Tay phải nhẹ nhàng đưa ống nội khí quản theo rãnh của lưỡi đèn qua hai dây thanh âm vào trong khí quản. Sau đó rút lưỡi đèn ra rồi bơm căng bóng chèn của ống NKQ với 5ml không khí. Lắp bóng bóp vào ống NKQ bóp bóng, nghe phổi và nghe vùng thượng vị để kiểm tra xem ống đã đặt đúng trong khí quản chưa. Nếu rì rào phế nang đều hai phổi thì cố định ống NKQ bằng băng dính và băng vải. Nối ống NKQ với máy gây mê.

2.3.2. Duy trì mê:

Duy trì mê bằng thuốc mê hô hấp với sevofluran, isofluran, theo dõi nồng độ khí mê qua MAC, tiêm tĩnh mạch fentanyl + esmeron nhắc lại liều lượng $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{3}$ liều đầu mỗi 45 phút – 1h.

2.3.3. Kết thúc mê:

- Giải giãn cơ: Prostigmin ống 0,5mg liều lượng 0,04 – 0,08mg/kg, pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.
- Thuốc đối kháng với nhóm thuốc giảm đau opioid: Naloxon ống 0,4mg liều lượng 1 – 2mcg/kg, tiêm tĩnh mạch (nếu cần).
- Khi bệnh nhân tỉnh, tự thở tốt qua ống NKQ, da niêm mạc hồng, $SpO_2 \geq 96\%$, mạch huyết áp thân nhiệt ổn định thì rút ống NKQ.

3. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Rụng răng: Gắp răng ra, nhét gạc cầm máu.
- Đặt ống NKQ nhầm vào thực quản: Không nghe thấy rì rào phế nang, vùng thượng vị phồng, nghe thấy tiếng thổi ở vùng thượng vị khi bóp bóng. Xử trí: Rút ống NKQ ra, bóp bóng đến khi da niêm mạc bệnh nhân hồng trở lại thì đặt lại ống NKQ.
- Đặt ống NKQ vào một bên phổi: Rì rào phế nang chỉ có ở một bên phổi. Xử trí: Rút ống NKQ ra 1 – 2cm và nghe phổi kiểm tra lại.

- Ngừng tim do phản xạ: Điện tim là đường đẳng điện, Xử trí: Đấm vùng trước tim 3 – 5 cái, nếu tim không đập lại tiến hành cấp cứu ngừng tim phổi.
- Co thắt thanh khí phế quản: Bệnh nhân tím tái, tiếng thở rít. Xử trí: Tiêm tĩnh mạch aminophyllin 5mg/kg và solumedron 40mg.
- Bít tắc ống do gập ống hoặc đầu vát ống chạm vào thành khí quản hoặc đờm dãi, máu ... để phát hiện cần dựa vào áp lực đường khí đạo, máy gây mê sẽ báo động. Xử trí: Chỉnh lại tư thế đầu bệnh nhân nếu gập ống, hút lòng ống NKQ nếu ứn tắc đờm rãi, máu.
- Viêm phổi hít: Bệnh nhân hít phải dịch vị, hút trong đường hô hấp có dịch dạ dày. Bệnh nhân suy hô hấp, chụp XQ phổi có hình ảnh thâm nhiễm lan tỏa hai phế trường. Xử trí: Bơm rửa đường hô hấp bằng dung dịch natribicarbonat 1%, kháng sinh, solumedron 40mg. thở máy.

QUY TRÌNH GÂY TÊ TỦY SỐNG

I. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Chỉ định:

- Phẫu thuật vùng bụng dưới, phụ khoa, chỉnh hình chi dưới
- Phẫu trường cần ít chảy máu.

- Phẫu thuật sản khoa vì nó không làm hại cho bé và tránh nguy cơ hít chất ối của mẹ.
- Phẫu thuật những bệnh nhân đang bị những bệnh thuộc hô hấp viêm phổi, hen suyễn, khí phế thũng, lao.
- Phẫu thuật ở những bệnh nhân có chức năng gan thận suy kém.
- Phẫu thuật ở những bệnh nhân bị bệnh tiểu đường.

2. Chống chỉ định:

- Bệnh nhân bị tăng áp lực nội sọ.
- Bệnh nhân bị nhiễm trùng cột sống nơi sẽ chọc dò.
- Bệnh nhân có rối loạn đông máu hay đang dùng thuốc chống đông như héparine, aspirine.
- Bệnh nhân có dị tật, bất thường cột sống, vẹo, gù xẹp đốt sống đã mổ cắt bản sống.
- Bệnh nhân bị sốc mất máu chưa hồi phục hay chưa bù đủ khối lượng tuần hoàn, huyết áp thấp.
- Bệnh nhân bị cao áp huyết, thiếu năng vành, mới bị nhồi máu cơ tim.
- Bệnh nhân bị viêm phúc mạc, thủng tạng rỗng.
- Bệnh nhân không đồng ý hay người làm thiếu kinh nghiệm hoặc thiếu những phương tiện để hồi sức cấp cứu.

II. TÊ TUỠ SỐNG

1. Dụng cụ và thuốc men:

- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, phương tiện tê tuỷ sống
- Chuẩn bị dụng cụ, thuốc men phương tiện gây mê, đặt nội khí quản, hồi sức
- Chuẩn bị sẵn 1 bơm tiêm có Ephedrin 10mg * 2 ống

2. Chuẩn bị bệnh nhân.

- Làm đường truyền bằng kim nylon 18G
- Chuyển trước 500 – 1000ml dd Natriclorua 0,9% hoặc dd Ringer Lactat
- Theo dõi mạch, huyết áp (điện tim, SpO2 nếu có)
- Đặt tư thế, cho thở oxy nếu cần

3. Thực hiện:

- Đặt BN ở tư thế ngồi hoặc nghiêng để chọc dò tủy sống
- Sát trùng vùng chọc dò kỹ lưỡng
- Người làm thủ thuật tuân thủ tuyệt đối nguyên tắc vô trùng: mũ, khẩu trang, găng tay vô trùng sau khi đã rửa tay kỹ
- Đánh dấu vùng chọc dò, chọc dò bằng kim tủy sống 29 G
- Bơm thuốc vào tủy sống: Marcaine hyperbare 0.5%, liều: 0,06 – 0,08mg/cm chiều cao. Có thể phối hợp : Fentanyl 25 mcg
- Đặt lại tư thế BN nằm ngang trở lại
- Vô trùng vùng mổ, sonde tiêu
- Theo dõi sự thiết lập tê (4- 6 phút) phải đảm bảo mức bloc cảm giác đạt được đến vùng mổ, ra hiệu cho Phẫu thuật viên bắt đầu mổ.

III. CÁC BIẾN CHỨNG CỦA TÊ TỦY SỐNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

3.1 Biến chứng khi chọc tủy sống

3.1.1. Thất bại không chọc được: Do vôi hóa, cột sống, gù, vẹo.

Xử trí: Chọc đường bên hoặc chuyển phương pháp vô cảm.

3.1.2. Chọc vào các rễ thần kinh: BN thấy đau chói,

Xử trí: rút kim ra và chọc chỗ khác.

3.1.3. Chọc vào mạch máu.

3.2 Sau khi chọc tủy sống.

3.2.1. Tụt huyết áp và mạch chậm:

Đề phòng: Truyền trước chọc tủy sống khoảng 500 - 100ml HTM 9% hoặc Ringerlactat.

Điều trị: Ephedrin 5 - 10mg TMC hoặc truyền Ephedrin 30mg/20' - 30'. Bù dịch tinh thể 500 - 1000ml theo huyết áp hoặc dịch keo (Gélafondin, HAES 6% - 10%).

Nếu huyết áp chưa lên có thể dùng Adrenalin và Atropin (0,5 - 1mg) nếu mạch chậm.

3.2.2 Buồn nôn và nôn:

Thường do tụt huyết áp hoặc do thay đổi áp lực nội sọ hoặc tác dụng của thuốc (họ Morphine). Xử trí bằng thuốc an thần (Séduxen, Loxmin) hoặc thuốc chống nôn (Primperan, atropin ...)

3.2.3 Nhức đầu:

Đau đầu xuất hiện sau 24 - 48 giờ, kèm theo buồn nôn và nôn. Nguyên nhân do tăng hoặc giảm áp lực nội sọ, kích thích màng não

Đề phòng:

- + Dùng kim càng nhỏ càng tốt.
- + Khi chọc phải để vát kim không cắt đứt dây chằng vàng để tránh rò rỉ nước não tủy.

Điều trị:

- + Truyền dịch trước để bảo đảm khối lượng tuần hoàn.
- + Nằm bất động tại giường, tránh kích thích.
- + Dùng thuốc giảm đau
- + Dùng phương pháp “Blood - Patch” Bằng cách lấy khoảng 10ml - 20ml máu của bệnh nhân rồi bơm vào khoảng ngoài màng cứng để bị lỗ thủng không cho dịch não tủy thoát ra ngoài.

3.2.4 Bí đái:

3.2.5. Đau chỗ chọc vùng lưng:

Do tổn thương dây chằng hoặc tổ chức da, dưới da.

Đề phòng: Chọc kim nhỏ, tránh chọc nhiều lần

Điều trị: Dùng thuốc giảm đau và an thần như trên.

3.2.6. Các biến chứng thần kinh.

- Tổn thương 1 hay nhiều rễ thần kinh gây hiện tượng loạn cảm hoặc tăng cảm giác đau.
- Hội chứng đuôi ngựa.
- Viêm màng não - não do nhiễm trùng.
- Có thể bị liệt do tổn thương tủy hay do thuốc tê hoặc cho tủy máu chèn ép vào thần kinh.

Điều trị:

- + Dùng thuốc giảm đau và an thần nếu nhẹ.
- + Có hội chứng nhiễm trùng phải dùng kháng sinh.
- + Nếu bị liệt do chèn ép phải mổ để giải phóng thần kinh.

QUI TRÌNH ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ

I. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG ĐẶT NKQ KHÓ

1. Bệnh sử đặt nội khí quản khó, chấn thương hoặc bỏng vùng mặt - cổ.

2. Lâm sàng:

2.1. Theo Mallampati.

- Độ I : Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, lưỡi gà, thành sau họng, trụ trước và trụ sau Amygdales.
- Độ II : Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, một phần lưỡi gà và thành sau họng.
- Độ III : Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm và nền của lưỡi gà.

- Độ IV : Chỉ thấy khẩu cái cứng.

Nếu ở mức độ III và IV là đặt nội khí quản khó.

2.2. Khoảng cằm - giáp: là khoảng cách từ bờ trên sụn giáp đến phần giữa cằm.

Đo ở tư thế ngồi, cổ ngửa thẳng, hít vào. Nếu khoảng cách này < 6 cm (3 khoát ngón tay) là đặt nội khí quản khó.

2.3. Khoảng giữa 2 cung răng: đo ở vị trí há miệng tối đa, nếu < 3 cm là đặt nội khí quản khó.

2.4. Test cắn môi trên (upper lip bite test):

- Độ I = hàm dưới có thể cắn qua đường kẻ son môi trên;

- Độ II = hàm dưới có thể cắn môi trên, không tới được đường kẻ son;

- Độ III = hàm dưới không thể cắn môi trên.

2.5. Các dấu hiệu khác:

- Béo phì, Ngực, vú quá to .

- Cổ ngắn.

- Hàm dưới nhỏ, hót ra sau (cằm lẹm).

- Vòm miệng cao, răng hàm trên nhô ra trước (răng hô).

- Khoang miệng hẹp, lưỡi to.

- Răng cửa to, sún răng, răng cửa rụng lõm chồm.

- Giới hạn vận động khớp thái dương - hàm, đầu và cột sống cổ: thoái hóa khớp, vẹo cột sống ...

- U vùng vòm miệng, họng, cổ, tiêu thiệt, thanh quản, trung thất.

- Bướu cổ to.

- Sẹo bỏng co rút vùng mặt - cổ .

- Sẹo mở khí quản cũ.

- Thoái hóa - cứng cột sống cổ.

- Chấn thương vùng đầu mặt cổ.

- Đường thở tắc nghẽn bán phần hoặc toàn phần: không do chấn thương (phù nề hầu họng, co thắt thanh quản, ung thư, u, polyp ...) hay do chấn thương (phù nề hầu họng, dị vật làm tắc nghẽn, co thắt thanh quản, tắc nghẽn thứ phát do khối chèn ép hoặc dịch chuyển mốc giải phẫu, chít hẹp.).

2.6. Đánh giá nhanh

- Tiêu chuẩn tiên lượng đặt NKQ khó:
 - + Có tiền sử đặt NKQ khó.
 - + Mallampati > 3.
 - + Khoảng cằm - giáp < 6 cm.
 - + Há miệng < 35 mm.
 - + Khả năng di động xương hàm dưới (test cắn môi trên).
 - + Di động cột sống cổ (khi gấp cổ và ngửa đầu tối đa > 90°).
 - + BMI > 35 kg/m².
 - + Hội chứng ngừng thở khi ngủ với vòng cổ > 45,6 cm.
 - + Bệnh lý vùng cổ - mặt, tình trạng tiền sản giật.
- Với nhi, đặt NKQ khó: biến dạng mặt, khoảng cằm - giáp < 15 mm với trẻ sơ sinh - 25 mm, nữ nhi - 35 mm dưới 10 tuổi; há miệng < 3 khoát ngón tay của trẻ và thở ngáy ban đêm (có / không hội chứng ngừng thở khi ngủ).
- Tiên lượng đặt NKQ khó: quy tắc LEMON.

Look externally (quan sát bề ngoài)

Evaluate 3-3-2 (nguyên tắc 3-3-2)

Mallampati

Obstruction/Obesity (tắc nghẽn/béo phì)

Neck mobility (khả năng cơ động của cổ)

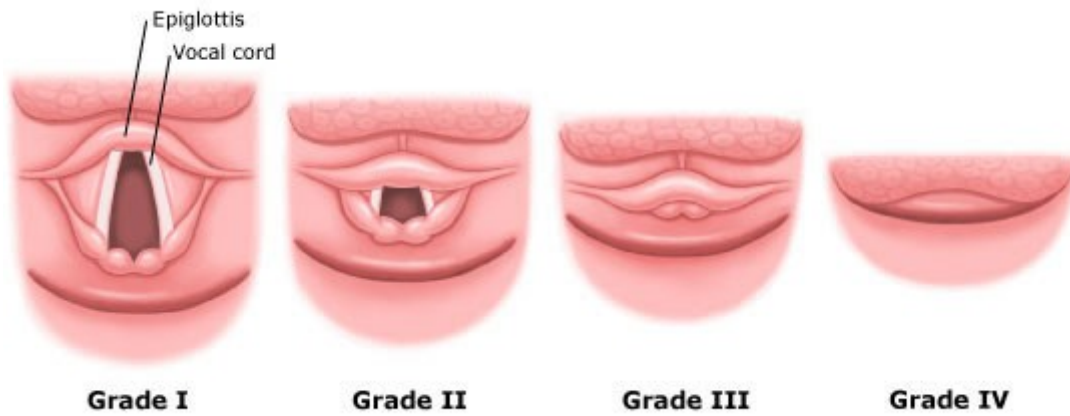
- Tiêu chuẩn tiên lượng đặt NKQ khó trong cấp cứu: cảnh giác trong các tình huống chấn thương cổ - mặt – cột sống cổ ngực, bệnh lý tai – mũi – họng, bỏng cổ-mặt.

Tiên lượng đặt dụng cụ chụp tiêu thiết khó: quy tắc RODS.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Xác định:

- Theo Cormack — Lehane: độ III và IV.



2. Phân loại:

- Đặt được NKQ.
- Không thể đặt NKQ:
 - + Vẫn thông khí được với các dụng cụ khác: mask thanh quản, COPA...
 - + Khó hoặc không thể thông khí được: cân nhắc mở khí quản.

Tiêu lượng mở khí quản khó: quy tắc SHORT và SMART

* **SHORT:**

- Surgery or other airway obstruction (Tiền sử phẫu thuật / đường thở tắc nghẽn)
- Hematoma (Khối máu tụ, gồm cả nhiễm trùng / abscess)
- Obesity (Béo phì)
- Radiation distortion (and other deformity)(Biến dạng do chiếu xạ và các nguyên nhân khác)
- Tumor (U)

* **SMART:**

- Surgery :Có tiền sử phẫu thuật gần đây hoặc đã lâu.
- Mass :Khối chèn ép do máu, abscess hoặc nguyên nhân khác.
- Access or Anatomy :béo phì, các điểm mốc hoặc đường vào khó xác định
- Radiation (Bị chiếu xạ hoặc biến dạng mô hoặc sẹo)
- Tumor (U, bao gồm u hẹp đường thở)

Không có bất cứ chống chỉ định tuyệt đối nào trong thực hiện mở khí quản cấp cứu.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Mục đích:

Bảo đảm kiểm soát được đường thở, thông khí tốt, cung cấp đủ oxy cho bệnh nhân để có thể tiến hành các thủ thuật điều trị cho bệnh nhân (hồi sức tích cực, phẫu thuật ...).

2. Nguyên tắc:

- Trước khi tiến hành đặt NKQ: luôn tuân thủ các nguyên tắc sau:
 - + Chuẩn bị đầy đủ nhất, trong khả năng cho phép, các phương tiện đặt NKQ khó (mask các cỡ, fastrach các cỡ, mandrin / guide đặc hoặc rỗng các loại, soi phế quản ống mềm, lưỡi đèn thẳng Miller, lưỡi đèn Macintosh các loại, kẹp Magill, NKQ các cỡ, catheter cung cấp oxy, ống soi mềm, dụng cụ đặt NKQ ngược dòng, dụng cụ mở khí quản).
 - + Thăm khám kỹ và chuẩn bị các phương án có thể xảy ra, thử cho bệnh nhân thở qua mask kín (nếu có thể). Đánh giá tổng trạng của bệnh nhân và các bệnh lý kèm theo.
 - + Nắm vững kỹ năng, các phương tiện (phù hợp tuổi, chiều cao, cân nặng) và nguồn nhân lực (luôn luôn ít nhất là 1 người) hỗ trợ.
 - + Có hệ thống theo dõi liên tục: SpO₂, mạch, huyết áp, ECG, nhịp thở, EtCO₂...
- Khi tiến hành đặt NKQ:
 - + Phòng ngừa tụt oxy: nâng hàm (nếu cần, dùng cả 2 tay), thông khí tốt (nhanh, FiO₂ 100%). Những trường hợp dễ có nguy cơ tụt SpO₂ mặc dù đã được thở oxy đúng cách trước đó, bao gồm người béo phì, sản phụ, trẻ nhũ nhi và sơ sinh, trẻ có ASA III và IV, trẻ thở ngáy và trẻ bị nhiễm trùng đường hô hấp trên, người già, bệnh phế quản mạn tính. Do giảm dung tích cặn chức năng, quá trình khử nito nhanh hơn nhưng thời gian chịu đựng ngừng thở ngắn hơn.
 - + Phòng ngừa hít sặc: thông khí nhẹ nhàng, đặt sonde hút rỗng dạ dày và mũi - miệng trước thủ thuật.
 - + Chỉ nên sử dụng các kỹ thuật đã thành thạo, nếu chưa đủ kỹ năng thao tác thành thạo thì nên nhường cho các chuyên viên thực hiện. Không nên cố gắng thực hiện những kỹ thuật chưa quen khiến cho cơ hội đặt NKQ thành công sẽ giảm đi vì hậu họng - thanh môn bị tổn thương, phù nề ...

- + Chuẩn bị tốt bệnh nhân: tỉnh táo và tự thở, dự trữ oxy 100% trong vài phút trước khi gây mê, tư thế nằm,
- + Nếu phải sử dụng giãn cơ, chỉ dùng loại giãn cơ khử cực, với điều kiện kiểm soát được thông khí qua mask.

3. Cụ thể:

3.1. Các kỹ thuật:

- Thay đổi tư thế bệnh nhân: để đầu cao hơn mặt phẳng ngang 8 - 100 (kê gối để trực khoang miệng và thanh quản thành đường thẳng), ngửa cổ, ấn vào sụn thanh quản ra sau - lên trên, vạch môi trên ra sau để quan sát thanh quản rõ hơn. Với bệnh nhân béo phì, cho bệnh nhân nằm tư thế RAMP.
- Dùng mandrin / stylet làm nòng để cố định cứng đáng NKQ theo ý muốn hoặc dùng guide mềm luôn trước vào khí quản rồi mới làm nòng dẫn NKQ vào.
- Đặt NKQ mù qua đường mũi: đưa NKQ qua mũi xuống đến hầu họng, dò theo hơi thở bệnh nhân thoát ra qua đầu ống mà chỉnh tư thế đầu để luôn NKQ vào khí quản, khi đầu ống đi qua thanh môn sẽ gây phản xạ ho làm hơi thoát mạnh ra đầu ống giúp cho biết đã đặt ống vào khí quản. Dùng ống nghe kiểm tra thông khí 2 phế trường rồi cố định ống.
- Các kỹ thuật khác: dùng mask thanh quản, dùng Fastrach, dùng ống soi mềm soi trực tiếp hoặc qua màn hình (video), đặt NKQ ngược dòng, chọc kim qua màng nhĩ - giáp thông khí cấp cứu, mở khí quản cấp cứu.

3.2. Dụng cụ:

Tùy theo kỹ năng, nhân lực và phương tiện sẵn có để quyết định chiến lược các bước đặt NKQ.

Quy tắc ghi nhớ cho chuẩn bị đặt NKQ

S: Suction (Hệ thống hút cho đường hô hấp và miệng)

T: Tools for intubation as laryngoscope blades, handle, other devices such as video laryngoscope ... (Dụng cụ đặt NKQ: đèn soi thanh quản, mandrin, nội soi khí quản.)

O: Oxygen source for preoxygenation and ongoing ventilation (Nguồn oxy cho bệnh nhân thở trước khi gây mê và trong thở máy)

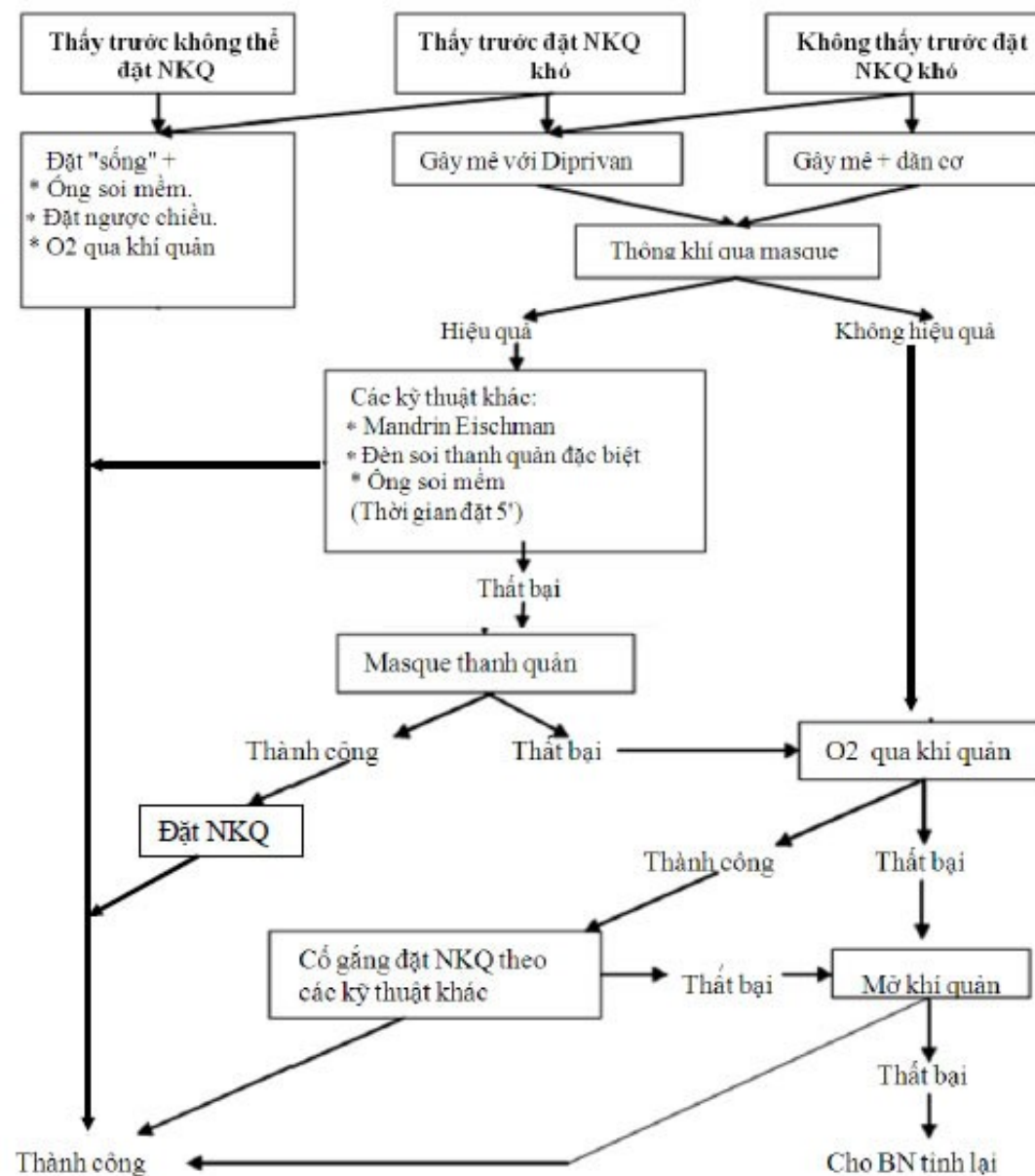
P: Positioning (Đặt tư thế bệnh nhân)

M: Monitors, including ECG, pulse oximetry, blood pressure, EtCO₂, and esophageal detectors (Theo dõi tự động: ECG, SpO₂, mạch, huyết áp, ECG, nhịp thở, EtCO₂ ..

A: Assistant; Ambu® bag with face mask; Airway devices (endotracheal tubes, syringe, stylets, LMA); Airway assessment (Người hỗ trợ, bóng ambu, mask, ống NKQ, mask thanh quản, stylet, bơm tiêm .)

I: Intravenous access (Đường truyền tĩnh mạch)

D: Drugs, including induction agent, neuromuscular blocking agent, and desired adjuncts (Thuốc khởi mê, dẫn mê và duy trì mê)



QUY TRÌNH GÂY MÊ DẠ DÀY ĐẦY

I. CÁC GIAI ĐOẠN CÓ NGUY CƠ HÍT SẠC:

- Dẫn mê: thời gian sau khi bệnh nhân mất ý thức đến trước khi bệnh nhân được bơm bóng trên ống nội khí quản.
- Trong lúc mổ: do trào ngược thụ động, thường ở bệnh nhân lớn tuổi hay trẻ nhỏ.
- Sau mổ: do bất thường của hầu và thanh quản nếu rút ống quá sớm.

II. YẾU TỐ NGUY CƠ:

- * Bình thường: dạ dày trống sau 2 giờ khi uống nước trong và 6 giờ sau khi ăn. Trẻ nhũ nhi 4 giờ sau khi bú sữa mẹ.
- * Sự làm trống dạ dày chậm hơn ở:
 - Bệnh nhân chấn thương.
 - Tiểu đường, béo phì.
 - Dùng thuốc Morphin tổng hợp.
 - Viêm phúc mạc do các nguyên nhân.
 - Liệt ruột (sau mổ. Do các rối loạn chuyển hóa : tăng kali, tăng ure máu, toan chuyển hóa do tăng ceton máu trên bệnh nhân đái tháo đường . Do các thuốc kháng choline).
 - Tắc ruột.
 - K dạ dày gây hẹp môn vị.
 - Sốc do các nguyên nhân.
 - Lo lắng.
 - Phụ nữ có thai 3 tháng cuối.
 - Đau chuyển dạ.
 - Thoát vị cơ hoành .
 - Mới ăn, uống.
- * Thủ thuật Sellick: Dùng ngón cái và ngón giữa giữ sụn nhẫn, ngón trỏ đè lên sụn nhẫn với một lực khoảng 30N, ngay khi bệnh nhân mất tri giác và liên tục đến khi bơm cuff, đặc biệt trong thời gian này không được bóp bóng giúp thở. Nếu bệnh

nhân nôn thì ngưng thủ thuật Sellick. Chống chỉ định: Bệnh nhân chấn thương cột sống cổ.

III. CÁC THUỐC NGỪA HÍT SẠC:

- Antacid.

- Thuốc đối kháng các thụ cảm thể H₂:

- + Cimetidine 200 mg hay ranitidine 300 mg uống với 30 ml nước, uống vào đêm trước mổ và sáng ngày mổ; thời gian bắt đầu tác dụng 45-60 phút; kéo dài 10 giờ.

- + Có thể kết hợp cimetidine 400 mg và thuốc kháng acide; thời gian bắt đầu tác dụng nhanh hơn.

- Thuốc làm trống dạ dày:

- + Erythromycin 100 mg, thời gian bắt đầu hoạt động khoảng 30 phút, có thể gây đau bụng và nôn mửa, mất ý thức hoặc ức chế hô hấp sau mổ (nếu kết hợp với midazolam và Alfentanil).

IV. PHÁC ĐỒ GÂY Mê DẠ DÀY ĐẦY:

Gồm 4 bước: Chuẩn bị, Khởi mê, Duy trì mê và Hồi tỉnh.

1. Chuẩn bị

- Nhận định bệnh nhân có nguy cơ trào ngược dịch vị và tiên lượng đặt nội khí quản khó.

- Đảm bảo đường truyền tĩnh mạch.

- Có thể cho bệnh nhân nằm tư thế Trendelenbourg.

- Đặt sonde dạ dày và hút dịch dạ dày (sau đó có thể rút hoặc lưu sonde dạ dày).

- Kiểm tra máy hút hoạt động tốt và sẵn sàng bên cạnh bệnh nhân.

- Không bóp bóng bằng tay.

- Thở oxy 100% qua mask 8-10L/p(4 nhịp hít thở trong trường hợp tối khẩn cấp, hoặc tối thiểu 3 phút trước khởi mê).

2. Khởi mê

Dẫn Mê: 1 trong 3 thuốc sau và Thủ thuật Sellick

- Thiopental: 5 mg/kg hoặc

- Propofol: 1-2mg/kg hoặc

- Etomidate: 0.2-0.5mg/kg.

Dẫn Cơ: dùng các thuốc có thời gian tiềm phục ngắn, có thể sử dụng 1 trong 2 thuốc sau:

- Succinylcholine: 1 mg/kg 30-60 giây sau có thể đặt nội khí quản (là thuốc dẫn cơ thích hợp nhất).
- Rocuronium: 1mg/kg dùng cho bệnh nhân chống chỉ định với Succinylcholine và không có yếu tố đặt nội khí quản khó.

* Một số cách dùng khác:

- Liều môi: tiêm 1 liều nhỏ dẫn cơ không khử cực ngay trước khi tiêm thuốc mê, sau 60 giây tiêm hết số thuốc dẫn cơ còn lại. Rút ngắn thời gian tiềm phục của thuốc dẫn cơ không khử cực.
- Trường hợp đặt nội khí quản khó: Có thể đặt nội khí quản với ống nội soi mềm (xem bài đặt nội khí quản khó).

3. Duy trì mê:

Giống như gây mê cho các loại phẫu thuật khác.

4. Hồi tỉnh:

- Hút sạch chất tiết trong nội khí quản.
- Hút và lưu sonde dạ dày.
- Cho bệnh nhân thở oxy qua nội khí quản.
- Rút nội khí quản khi bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn, có phản xạ đường thở, thuốc dẫn cơ hết tác dụng và đạt tiêu chuẩn rút nội khí quản.
- 2 giờ sau khi rút nội khí quản có thể chuyển bệnh nhân về khoa nếu bệnh nhân không có dấu hiệu suy hô hấp.

5. Một số điều cần lưu ý:

- Nên rút NKQ khi BN hoàn toàn tỉnh táo.
- Hút dạ dày trước và trong mổ không đảm bảo làm trống dạ dày sau mổ.
- Sử dụng thuốc kháng tiết dịch vị trước mổ là cần thiết.
- 2 giờ sau khi rút NKQ, BN có thể được chuyển khoa nếu:
 - + Không có biểu hiện lâm sàng (không ho, không khó thở)
 - + SpO₂ > 90% với khí trời và không có dấu hiệu đặc biệt trên X quang.

V. TIÊU CHUẨN RÚT NỘI KHÍ QUẢN:

1. Các tiêu chuẩn lâm sàng nói chung:

- Vấn đề phẫu thuật đã được giải quyết.
- Bệnh nhân tỉnh, thực hiện theo yêu cầu các động tác đơn giản.
- Ổn định các chức năng sống.
- Có phản xạ nuốt.
- Có phản xạ ho khi hút đàm.
- Nâng đầu lên và giữ được ≥ 5 giây.

2. Các tiêu chuẩn về hô hấp:

- Không khó thở, không rối loạn hô hấp, nghe phổi bình thường, đối xứng.
- Tần số hô hấp 12 - 25 lần/ phút.
- Thông khí phút (V_m) > 100 ml/kg.
- $PaCO_2 > 60$ mmHg (với $FiO_2 = 0,4$).
- pH từ 7,35-7,45.
- Dung tích sống $> 10 - 15$ ml/kg.
- Lực hô hấp > 25 cmH₂O.