

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức cấp cứu
tại Trung tâm Y tế Phú Thiện

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ PHÚ THIỆN

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh số 15/2023/QH15 ban hành ngày 09/01/2023;

Căn cứ Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30/05/2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc”;

Căn cứ Quyết định số 563/QĐ-UBND ngày 07 tháng 02 năm 2026 của UBND tỉnh Gia Lai về việc quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế Phú Thiện;

Theo đề nghị của Hội đồng khoa học và Trưởng phòng Kế hoạch Nghiệp vụ.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức cấp cứu tại Trung tâm Y tế Phú Thiện (*Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức cấp cứu kèm theo*).

Điều 2. Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức cấp cứu được áp dụng tại Trung tâm Y tế Phú Thiện.

Điều 3. Trưởng phòng Kế hoạch nghiệp vụ, Trưởng/Phó các khoa lâm sàng và cá nhân có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký./.

Nơi nhận:

- Như Điều 3;
- Lãnh đạo TTYT;
- Lưu: VT, KHN.

KT. GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC



Bùi Phi Sang

SỞ Y TẾ GIA LAI
TRUNG TÂM Y TẾ PHÚ THIÊN



QUY TRÌNH KỸ THUẬT
CHUYÊN NGÀNH HỒI SỨC CẤP CỨU
QT.03.HSCC

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-TTYT ngày tháng năm 2026
của Trung tâm Y tế Phú Thiên)

	Người viết	Người kiểm duyệt	Người phê duyệt
Họ và tên	BSCKI. Siu H' Miên	BSCKI. Mã Thị Thu Huyền	BSCKI. Bùi Phi Sang
Ký			
Chức danh	Phụ trách khoa HSCC	Trưởng Phòng KHNV	Phó giám đốc

PHỤ LỤC

CHƯƠNG 1:

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI CẤP CỨU

II. CÁC CHỈ ĐỊNH CHÍNH.....	21
III. CHUẨN BỊ TRƯỚC DẪN LƯU.....	21
1. Người bệnh.....	21
2. Dụng cụ.....	21
3. Người thực hiện.....	21
4. Hồ sơ bệnh án.....	21
IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	22
1. Chọn điểm chọc.....	22
2. Tiến hành thủ thuật.....	22
V. THEO DÕI.....	22
VI. TAI BIẾN.....	22

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DẪN LƯU KHÍ MÀNG PHỔI CẤP CỨU

II. CHỈ ĐỊNH.....	23
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	23
VI. CHUẨN BỊ.....	23
1. Người bệnh.....	23
2. Dụng cụ.....	23
1. Hồ sơ bệnh án.....	24
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	24
VI. TAI BIẾN – BIẾN CHỨNG.....	24

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DẪN LƯU MÀNG PHỔI

II. CHỈ ĐỊNH.....	24
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	25
IV. CHUẨN BỊ.....	25
1. Người bệnh.....	25
2. Dụng cụ.....	25
1. Người thực hiện.....	26
2. Hồ sơ bệnh án.....	26
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	26
1. Chọn điểm chọc.....	26
2. Đặt ống dẫn lưu.....	26
3. Dẫn lưu.....	27
VI. THEO DÕI.....	27
VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG.....	27

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT KHÍ MÀNG PHỔI CẤP CỨU

II. CHỈ ĐỊNH.....	28
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	29
IV. CHUẨN BỊ.....	29
1. Người làm thủ thuật.....	29
2. Dụng cụ.....	29
3. Người bệnh.....	29
4. Hồ sơ bệnh án.....	29
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	30
1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.....	30
2. Kiểm tra Người bệnh.....	30
3. Thực hiện kỹ thuật.....	30
VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG.....	30

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

II. CHỈ ĐỊNH.....	31
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	31
1. Chống chỉ định đặt NKQ đường miệng.....	31

2.	Chống chỉ định đặt NKQ đường mũi.....	31
IV.	CHUẨN BỊ.....	31
1.	Người thực hiện.....	31
2.	Dụng cụ.....	31
3.	Người bệnh.....	32
4.	Hồ sơ bệnh án.....	32
V.	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	32
1.	Đặt NKQ đường miệng.....	32
-	Thuốc gây bloc thần kinh cơ (thuốc dẫn cơ): Có thể chỉ định trong một số trường hợp cần thiết.....	33
2.	Kỹ thuật đặt NKQ đường mũi.....	34
V.	TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG TRONG KHI ĐẶT NKQ	
QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHAI THÔNG ĐƯỜNG THỞ		
II.	CHỈ ĐỊNH.....	36
III.	CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	36
IV.	CHUẨN BỊ.....	36
4.	Hồ sơ bệnh án:.....	36
V.	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	36
3.	Thực hiện kỹ thuật.....	36
	Tư thế nằm sấp:.....	38
	Tư thế nằm ngửa:.....	38
3.7.	Kỹ thuật đặt canuyn hầu miệng.....	39
3.8.	Kỹ thuật đặt canuyn hầu mũi.....	39
VI.	THEO DÕI.....	39
QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY MÁU XÉT NGHIỆM KHÍ MÁU QUA CATHETER ĐỘNG MẠCH		
II.	CHỈ ĐỊNH.....	40
III.	CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	40
IV.	Chuẩn bị.....	40
3.	Dụng cụ.....	40
V.	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	40
1.	Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.....	40
2.	Kiểm tra lại Người bệnh.....	41
3.	Thực hiện thủ thuật.....	41
VI.	CÁC TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG	
QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI SOI KHÍ PHẾ QUẢN CẤP CỨU		
II.	CHỈ ĐỊNH.....	42
1.	Chỉ định chẩn đoán.....	42
2.	Chỉ định điều trị.....	43
III.	CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	44
IV.	CHUẨN BỊ.....	44
2.	Người bệnh.....	44
3.	Dụng cụ.....	45
4.	Hồ sơ bệnh án.....	45
V.	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	45
3.	Thực hiện kỹ thuật 45	
VI.	THEO DÕI SAU NỘI SOI PHẾ QUẢN.....	46
VII.	BIẾN CHỨNG VÀ TAI BIẾN.....	46
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ NGẠT		
II.	CHỈ ĐỊNH.....	47
III.	CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	47
VII.	CHUẨN BỊ.....	47
1.	Người thực hiện.....	47
3.	Người bệnh.....	47
IV.	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	47
V.	THEO DÕI.....	48
QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN CẤP CỨU		
IV.	CHUẨN BỊ.....	50

1. Người thực hiện.....	50
2. Người bệnh.....	50
3. Dụng cụ.....	50
4. Hồ sơ bệnh án.....	50
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	50
1. Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.....	50
2. Kiểm tra lại Người bệnh.....	51
3. Thực hiện kỹ thuật.....	51
VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG.....	51
1. Tai biến và biến chứng sớm.....	51
2. Tai biến và biến chứng muộn.....	52
QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỔ MÀNG PHỔI CẤP CỨU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	53
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	53
IV. CHUẨN BỊ.....	53
2. Người bệnh.....	53
3. Phương tiện, dụng cụ.....	54
4. Hồ sơ bệnh án.....	54
VIII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	54
1. Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án.....	54
2. Kiểm tra lại Người bệnh.....	54
3. Thực hiện kỹ thuật.....	54
Kiểm tra vị trí ống dẫn lưu.....	55
V. CÁC TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG.....	55
VI. RÚT DẪN LƯU.....	55
1) Lựa chọn thời điểm rút dẫn lưu.....	55
2) Kỹ thuật rút dẫn lưu.....	55
II. ĐÁNH GIÁ NHANH NKQ KHÓ.....	56
1. Đặc điểm giải phẫu.....	56
2. Tiêu chuẩn lâm sàng theo Mallampati.....	56
3. Hội gây mê của Mỹ đã đưa các yếu tố tiên lượng sau:.....	56
III. CHUẨN BỊ.....	57
2. Dụng cụ.....	57
IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	57
V. CÁC KỸ THUẬT HỖ TRỢ NKQ KHÓ.....	58
VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG TRONG ĐẶT KHÍ NKQ.....	58
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY ỐNG NỘI KHÍ QUẢN	
HÌNH ẢNH.....	61
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	61
IV. CHUẨN BỊ.....	62
1. Người bệnh.....	62
2. Dụng cụ.....	62
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	62
V. BIẾN CHỨNG VÀ TAI BIẾN.....	64
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH	
II. DỤNG CỤ THỞ OXY.....	66
III. CHỈ ĐỊNH.....	66
IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	67
V. CHUẨN BỊ.....	67
2. Phương tiện.....	67
3. Người bệnh.....	67
VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	67
VII. THEO DÕI.....	67
VIII. BIẾN CHỨNG.....	67
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY QUA MẶT NẠ CÓ TÚI	
II. DỤNG CỤ THỞ OXY.....	68

2. Mặt nạ không hít lại (hình 2).....	68
III. CHỈ ĐỊNH	68
IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	68
V. CHUẨN BỊ	68
2. Phương tiện.....	69
3. Người bệnh.....	69
VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	69
VII. THEO DÕI	69
VI. BIẾN CHỨNG	69
QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT CANUYN MỞ KHÍ QUẢN	
II. CHỈ ĐỊNH	71
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	71
IV. CHUẨN BỊ	71
1. Người thực hiện.....	71
2. Phương tiện.....	71
3. Người bệnh.....	71
2. Hồ sơ bệnh án.....	72
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	72
2. Thực hiện kỹ thuật.....	72
VI. THEO DÕI	72
VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ	72
QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT NỘI KHÍ QUẢN	
II. CHỈ ĐỊNH	73
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	73
IV. CHUẨN BỊ	73
1. Người thực hiện.....	73
2. Phương tiện.....	73
3. Người bệnh.....	73
4. Hồ sơ bệnh án.....	74
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:	74
2. Thực hiện kỹ thuật.....	74
VI. THEO DÕI	74
VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ	74
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG NỘI KHÍ QUẢN	
II. CHỈ ĐỊNH	76
IV. CHUẨN BỊ	76
1. Người thực hiện.....	76
2. Dụng cụ.....	76
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	76
VI. THEO DÕI	77
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN	77
2. Ống nội khí quản vào sâu quá gây xẹp phổi cho Người bệnh:.....	77
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CANUYN MỞ KHÍ QUẢN	
II. CHỈ ĐỊNH	78
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	78
IV. CHUẨN BỊ	78
1. Người thực hiện.....	78
2. Phương tiện.....	78
4. Phiếu theo dõi Người bệnh V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	78
VI. THEO DÕI	79
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN	79
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CANUYN MAYO	80
I. ĐẠI CƯƠNG	80
II. CHỈ ĐỊNH	80
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	80
IV. CHUẨN BỊ	80

1. Người thực hiện.....	80
2. Phương tiện.....	80
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	80
VI. THEO DÕI.....	81
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	81
QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỖ RUNG LÒNG NGỰC Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH.....	83
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	83
IV. CHUẨN BỊ.....	83
1. Người thực hiện.....	83
2. Dụng cụ.....	83
3. Người bệnh.....	84
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	84
VI. THEO DÕI.....	85
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.....	85
* Một số chú ý khi vỗ, rung.....	85
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP VỚI HAI MỨC ÁP LỰC DƯƠNG (BiPAP)	
I. ĐỊNH NGHĨA/ĐẠI CƯƠNG.....	86
II. CHỈ ĐỊNH.....	86
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	86
IV. CHUẨN BỊ.....	86
2. Phương tiện.....	86
3. Người bệnh.....	87
4. Hồ sơ bệnh án.....	87
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	87
3. Thực hiện kỹ thuật.....	87
VI. THEO DÕI.....	88
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG.....	88
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP VỚI ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP)	
II. CHỈ ĐỊNH.....	89
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	89
IV. CHUẨN BỊ.....	89
2.3. Các chi phí khác.....	90
3. Người bệnh.....	90
4. Hồ sơ bệnh án.....	90
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	90
3. Thực hiện kỹ thuật.....	90
3.2. Đặt các mức giới hạn báo động.....	90
3.3. Tiến hành cho Người bệnh thở máy.....	90
VI. THEO DÕI.....	90
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG.....	91
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG KHÍ NHÂN TẠO XÂM NHẬP ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP)	
II. CHỈ ĐỊNH.....	95
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	95
IV. CHUẨN BỊ.....	95
3. Người bệnh.....	96
4. Hồ sơ bệnh án.....	96
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	96
3. Thực hiện kỹ thuật.....	96
VI. THEO DÕI.....	97
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG.....	98
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG KHÍ NHÂN TẠO TRONG HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP	

TIẾN TRIỂN (ARDS)	
II. CHỈ ĐỊNH	104
IV. CHUẨN BỊ	104
1. Người thực hiện	104
2.3. Các chi phí khác	104
3. Người bệnh	104
4. Hồ sơ bệnh án	104
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	105
1. Kiểm tra hồ sơ	105
3. Kiểm tra Người bệnh	105
3. Thực hiện kỹ thuật	105
-PaO ₂ 55-80mmHg hoặc SpO ₂ 88-95%	105
-pH 7,25-7,45	105
-I/E = 1/1 đến 1/3	105
VI. THEO DÕI	106
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG	106
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CAI THỞ MÁY	
II. CHỈ ĐỊNH	107
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	107
IV. CHUẨN BỊ	107
1. Người thực hiện	107
2. Phương tiện	107
3. Người bệnh	107
4. Hồ sơ bệnh án	108
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	108
3. Thực hiện kỹ thuật	108
3.4. Nếu Người bệnh cai máy thất bại: cần đánh giá thêm	109
VI. THEO DÕI	110
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG	110
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY	
II. CHỈ ĐỊNH	118
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	118
VI. CHUẨN BỊ	118
3. Người bệnh	119
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	119
1. Chăm sóc ống nội khí quản hoặc mở khí quản	119
1.2. Thực hiện các kỹ thuật	120
2. Chăm sóc Người bệnh thở không xâm nhập qua mặt nạ mũi miệng	120
3. Chăm sóc theo dõi hoạt động máy thở	120
3.2. Hệ thống ống dẫn khí	120
3.3. Hệ thống làm ẩm đường dẫn khí	121
3.4. Theo dõi các thông số trên máy thở, hệ thống báo động của máy thở	121
VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH	121
VII. BIẾN CHỨNG- XỬ TRÍ	121
1. Đề tránh trào ngược dịch dạ dày, dịch hầu họng vào phổi	121
2. Tràn khí màng phổi	121
3. Viêm phổi liên quan đến thở máy	122
5. Dự phòng và chăm sóc vết loét do tỳ đè	122
6. Dự phòng tắc mạch sâu do nằm lâu	122
QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÍ DUNG CHO NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY	
II. CHỈ ĐỊNH	123
IV. CHUẨN BỊ	123
3. Người bệnh	123
4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án	123
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	124
VI. THEO DÕI	124

VII. TAI BIẾN TRONG KHÍ DUNG:	124
QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỆ SINH VÀ KHỬ KHUẨN MÁY THỞ	
II. CHỈ ĐỊNH	127
IV. CHUẨN BỊ	127
2. Chuẩn bị phương tiện	127
V. TIẾN HÀNH	127
QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN	
II. CHỈ ĐỊNH	129
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	129
VI. CHUẨN BỊ	129
1. Người thực hiện	129
2. Dụng cụ vật tư tiêu hao	129
4. Hồ sơ bệnh án	130
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	130
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ	131
QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN CẤP CỨU	
IV. CHUẨN BỊ	133
1. Người thực hiện	133
2. Phương tiện, dụng cụ	133
4. Hồ sơ bệnh án	135
V. TIẾN HÀNH	135
3. Tiến hành thủ thuật	135
VI. THEO DÕI	136
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG	136
1. Trong khi mở khí quản	136
2. Trong thời gian lưu ống	137
3. Sau khi rút ống	137
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TÍNH MẠCH TRUNG TÂM MỘT NÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM	
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	139
IV. CHUẨN BỊ	139
1. Người thực hiện	139
2. Phương tiện	140
3. Người bệnh	140
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	140
VI. THEO DÕI	143
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN	143
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TÍNH MẠCH TRUNG TÂM BẰNG CATHETER HAI NÔNG DƯỚI SIÊU ÂM	
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	144
IV. CHUẨN BỊ	144
1. Người thực hiện	144
2. Phương tiện	144
3. Người bệnh	145
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	145
VI. THEO DÕI	148
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN	148
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TÍNH MẠCH TRUNG TÂM BẰNG CATHETER BA NÔNG DƯỚI SIÊU ÂM	
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	149
IV. CHUẨN BỊ	149
1. Người thực hiện	149
2. Phương tiện	150
3. Người bệnh	150
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	150
VI. THEO DÕI	153

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	153
QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM	
II. CHỈ ĐỊNH.....	153
IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	153
IV. CHUẨN BỊ.....	153
1. Người thực hiện.....	154
2. Phương tiện.....	154
3. Người bệnh.....	154
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	154
VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	155
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO ÁP LỰC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM BẰNG CỘT NƯỚC (THUỐC ĐO ÁP LỰC)	
II. CHỈ ĐỊNH.....	155
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	155
IV. CHUẨN BỊ.....	155
1. Người thực hiện.....	155
2. Phương tiện.....	155
3. Người bệnh.....	156
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	157
VI. THEO DÕI.....	158
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	158
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC.....	159
II. CHỈ ĐỊNH.....	159
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	159
IX. CHUẨN BỊ.....	159
1. Người thực hiện.....	159
3. Phương tiện, dụng cụ.....	159
3. Người bệnh.....	159
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT:.....	159
2. Trẻ nhũ nhi (dưới 1 tuổi).....	160
3. Trẻ nhỏ (trẻ > 1 tuổi đến thiếu niên)......	160
4. Người lớn và trẻ từ 8 tuổi trở lên.....	161
VI. BIẾN CHỨNG:.....	161
QUI TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER NGOẠI VI	
II. CHỈ ĐỊNH.....	163
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	163
IV. CHUẨN BỊ.....	163
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	164
VI. THEO DÕI.....	164
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	164
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM	
II. CHỈ ĐỊNH.....	165
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	165
IV. CHUẨN BỊ.....	165
2. Dụng cụ.....	165
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	165
VI. THEO DÕI.....	166
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	166
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC DỊCH – MÁU MÀNG TIM TRONG HỘI SỨC CẤP CỨU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	167
IV. CHUẨN BỊ.....	167
1. Người thực hiện.....	167
2. Phương tiện, dụng cụ.....	167
4. Hồ sơ bệnh án.....	168
V. TIẾN HÀNH.....	168
3.5. Bước 5: Dẫn lưu dịch.....	169

VI. THEO DÕI.....	170
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	170
QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM ĐÁNH GIÁ TIỀN GÁNH TẠI GIƯỜNG Ở NGƯỜI BỆNH SỐC TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU	
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :.....	171
IV. CHUẨN BỊ.....	171
1. Người thực hiện.....	171
2. Phương tiện dụng cụ.....	171
V. TIẾN HÀNH.....	172
3. Thực hiện Kỹ thuật.....	172
3.3. Siêu âm động mạch chủ bụng.....	175
VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN.....	176
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM	
II. CHỈ ĐỊNH.....	181
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	181
IV. CHUẨN BỊ.....	181
1. Người thực hiện.....	181
4. Hồ sơ bệnh án.....	182
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	183
3. Tiến hành kỹ thuật.....	183
VI. THEO DÕI.....	184
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG.....	184
QUY TRÌNH KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM TẠI GIƯỜNG	
II. CHỈ ĐỊNH.....	187
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	187
IV. 12 CHUYỂN ĐẠO CƠ BẢN.....	187
V. CHUẨN BỊ.....	187
1. Phương tiện, dụng cụ.....	187
2. Người bệnh.....	188
3. Hồ sơ bệnh án.....	188
II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	188
III. CÁCH ĐỌC ĐIỆN TIM CƠ BẢN.....	189
IV. THEO DÕI.....	189
QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỒI SINH TIM PHỔI NÂNG CAO	
II. CHỈ ĐỊNH.....	190
III. CHUẨN BỊ.....	190
1. Người bệnh.....	190
2. Chuẩn bị ekip cấp cứu NTH.....	190
3. Phương tiện, dụng cụ.....	190
IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	190
1. Các bước làm ngay.....	190
2. Đánh giá khả năng sốc điện.....	191
3. Tìm và xử trí nguyên nhân.....	191
4. Một số điểm lưu ý trong khi tiến hành HSTP.....	191
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN	
II. CHỈ ĐỊNH.....	192
III. DẤU HIỆU SỚM NHẤT NGỪNG TUẦN HOÀN.....	192
IV. XỬ TRÍ CẤP CỨU TẠI CHỖ.....	192
V. PHÒNG BỆNH.....	193
QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỐC ĐIỆN NGOÀI LÒNG NGỰC	
II. CHỈ ĐỊNH.....	195
1. Sốc điện cấp cứu.....	195
2. Sốc điện có chuẩn bị.....	195
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	195
IV. CHUẨN BỊ.....	195

1. Thuốc.....	195
2. Dụng cụ.....	195
3. Hồ sơ bệnh án.....	196
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	196
VI. THEO DÕI.....	196
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	196

CHƯƠNG 3: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG CẤP CỨU HỒI SỨC BỆNH LÝ THẬN TIẾT NIỆU VÀ LỌC MÁU

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TRÊN KHỚP VỆ TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	200
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	200
IV. CHUẨN BỊ.....	200
1. Người thực hiện.....	200
2. Người bệnh.....	200
2.2. Dụng cụ cấp cứu.....	201
2.3. Các chi phí khác.....	201
3. Người bệnh.....	201
4. Hồ sơ bệnh án.....	201
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	201
3. Thực hiện kỹ thuật.....	201
VI. THEO DÕI.....	202
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	202
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG BÀNG QUANG DẪN LƯU NƯỚC TIỂU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	203
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	203
IV. CHUẨN BỊ.....	203
3. Người bệnh.....	204
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	205
1. Kiểm tra dụng cụ, đưa tới giường bệnh.....	205
2. Sát khuẩn vệ sinh vùng sinh dục niệu đạo.....	205
3. Đặt ống thông tiểu vô trùng.....	205
VI. THEO DÕI.....	206
1. Trong khi làm thủ thuật.....	206
2. Sau tiến hành thủ thuật.....	206
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:.....	206
1. Tai biến trong khi tiến hành thủ thuật.....	206
2. Tai biến sau khi tiến hành thủ thuật.....	206
QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU LÀM XÉT NGHIỆM NGƯỜI BỆNH CÓ ỐNG THÔNG TIỂU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	208
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	208
IV. CHUẨN BỊ.....	208
2. Người bệnh: Vật tư tiêu hao.....	208
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	208
VI. THEO DÕI.....	209
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.....	209
QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH.....	210
IV. CHUẨN BỊ.....	210
3. Người bệnh.....	211
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:.....	211
VI. THEO DÕI.....	212
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:.....	212

CHƯƠNG 4: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG CẤP CỨU HỒI SỨC

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC MẮT Ở NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ (Một lần)

I. ĐẠI CƯƠNG	218
II. CHỈ ĐỊNH	218
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	218
IV. CHUẨN BỊ	218
2. Phương tiện	218
III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	218
3.1 Điều dưỡng 1	218
3.2. Điều dưỡng 2	218
V. THEO DÕI	219
VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN	219

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ AN THẦN GIẢN CƠ < 8 GIỜ TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

II. CHỈ ĐỊNH	220
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	220
IV. CHUẨN BỊ	220
1. Người thực hiện	220
4. Hồ sơ bệnh án	221
V. CÁCH THỨC TIẾN HÀNH	221
3. Thực hiện kỹ thuật	222
VI. THEO DÕI	223
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN	223

CHƯƠNG 6: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG CẤP CỨU HỒI SỨC

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY

II. CHỈ ĐỊNH	226
2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	226
III. CHUẨN BỊ	226
IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	227
VI. THEO DÕI	228
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN	228
I. XỬ TRÍ TAI BIẾN	229
1. Những biến chứng chung	229
2. Những biến chứng liên quan đến thủ thuật can thiệp	229

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM Ổ BỤNG CẤP CỨU

II. CHỈ ĐỊNH	230
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	230
IV. CHUẨN BỊ	230
1. Người thực hiện	230
2. Phương tiện, dụng cụ	230
3. Người bệnh	231
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	231
2. Kiểm tra Người bệnh	231
3. Thực hiện kỹ thuật	231
VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN	234

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC DỊCH THÁO Ổ BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU

II. CHỈ ĐỊNH	236
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối)	236
IV. CHUẨN BỊ	236
4. Hồ sơ bệnh án	237
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	238
3. Thực hiện kỹ thuật	238
VI. THEO DÕI	239

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG.....	239
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO ĂN QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY	
I. ĐẠI CƯƠNG.....	240
II. CHỈ ĐỊNH.....	240
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	240
IV. CHUẨN BỊ.....	240
IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	241
1. Các bước trước khi cho ăn qua ống thông.....	241
2. Đánh giá dịch tồn dư dạ dày.....	241
3.1. Quy trình với bữa đầu sau đặt ống thông dạ dày hoặc với các Người bệnh cho ăn lại (viêm tụy cấp sau thời gian nhịn ăn).....	241
3.2. Quy trình đối với Người bệnh ăn ống thông dạ dày thường quy.....	241
V. THEO DÕI.....	242
VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG.....	242
1. Ống thông dạ dày tụt hoặc cuộn trong miệng, thực quản.....	242
2. Cho ăn qua ống thông dạ dày.....	242
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	244
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	244
IV. CHUẨN BỊ.....	244
2. Người bệnh.....	244
3. Người bệnh.....	245
V. TIẾN HÀNH.....	245
1. Ước lượng chiều dài của ống thông.....	245
2. Kiểm tra lỗ mũi.....	245
3. Tiến hành.....	245
VI. THEO DÕI.....	246
VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG.....	246
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG HẠU MÔN Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH.....	247
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	247
IV. CHUẨN BỊ.....	247
2. Phương tiện, dụng cụ, Vật tư tiêu hao.....	247
4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.....	248
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	248
VI. THEO DÕI.....	248
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.....	248
1. Chảy máu:.....	248
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO CHO NGƯỜI BỆNH Ở KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH.....	249
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	249
IV. CHUẨN BỊ.....	249
2. Phương tiện, dụng cụ.....	249
3. Người bệnh.....	250
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	250
VI. THEO DÕI.....	250
VII. TAI BIẾN.....	251
 CHƯƠNG 8: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC	
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CHO NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH.....	254
IV. CHUẨN BỊ.....	254
1. Người thực hiện.....	254

2. Phương tiện.....	254
3. Người bệnh.....	254
4. Nơi thực hiện.....	254
IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	254
1. Xác định ngừng tuần hoàn.....	254
2. Khởi động hệ thống cấp cứu ngừng tuần hoàn.....	255
3. Kiểm tra mạch trong vòng 10 giây.....	255
4. Khởi đầu với 30 lần ép tim và 2 lần hỗ trợ hô hấp.....	255
5. Sử dụng máy sốc điện.....	255
6. Một số lưu ý.....	255
* Các thuốc sử dụng.....	256
VI. THEO DÕI.....	256
VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG.....	257
Hình – Gián đồ cấp cứu ngừng tuần hoàn.....	257
QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY NÔN CHO NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA	
II. CHỈ ĐỊNH.....	258
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	258
IV. CHUẨN BỊ.....	258
1. Người thực hiện.....	258
2. Phương tiện.....	258
3. Người bệnh.....	258
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	258
1. Gây nôn bằng cơ học.....	258
VI. THEO DÕI.....	259
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	259
QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY LOẠI BỎ CHẤT ĐỘC QUA HỆ THỐNG KÍN	
II. CHỈ ĐỊNH.....	260
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	260
IV. CHUẨN BỊ.....	260
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	261
VI. THEO DÕI.....	262
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	262
2. Viêm phổi do sặc.....	262
3. Chấn thương thanh môn.....	262
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ GIẢM NỒNG ĐỘ CANXI MÁU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	265
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	265
IV. CHUẨN BỊ.....	265
1. Người thực hiện.....	265
2. Phương tiện.....	265
3. Người bệnh.....	265
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	265
1. Bác sĩ.....	265
(1) Hạ canxi máu rất nặng, ngừng tuần hoàn:.....	266
(3) Hạ canxi máu trung bình:.....	266
2. Điều dưỡng.....	266
VI. THEO DÕI.....	266
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	266
1. Tiêm canxi ra ngoài tĩnh mạch.....	266
2. Các tai biến khác.....	266
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ TĂNG KALI MÁU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	268
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	268
IV. CHUẨN BỊ.....	268
1. Người thực hiện.....	268
2. Phương tiện.....	268

3. Người bệnh.....	268
4. Hồ sơ bệnh án.....	269
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	269
1. Tăng kali máu có rối loạn điện tim.....	269
2. Tăng kali máu nhưng không có rối loạn trên điện tim.....	269
VI. THEO DÕI.....	269
VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ.....	270
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ GIẢM KALI MÁU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	271
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	271
IV. CHUẨN BỊ.....	271
1. Người thực hiện.....	271
2. Phương tiện.....	271
3. Người bệnh.....	272
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	272
2. Kali máu dưới 2,5 mmol/l:.....	272
VI. THEO DÕI.....	272
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	273
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ GIẢM KALI MÁU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	274
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	274
IV. CHUẨN BỊ.....	274
1. Người thực hiện.....	274
2. Phương tiện.....	274
3. Người bệnh.....	275
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	275
2. Kali máu dưới 2,5 mmol/l:.....	275
VI. THEO DÕI.....	275
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	276
QUI TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ TĂNG NATRI MÁU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	277
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	277
IV. CHUẨN BỊ.....	277
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	278
Bác sĩ thực hiện:.....	278
VI. THEO DÕI.....	279
VII. TAI BIẾN BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ.....	279
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ GIẢM NATRI MÁU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	281
IV. CHUẨN BỊ.....	281
1. Người thực hiện.....	281
2. Phương tiện.....	281
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	282
Điều dưỡng thực hiện.....	283
VI. THEO DÕI.....	283
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	283
QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG THAN HOẠT ĐA LIỀU TRONG CẤP CỨU NGỘ ĐỘC QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA	
II. CHỈ ĐỊNH.....	285
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	285
IV. CHUẨN BỊ.....	285
1. Người thực hiện.....	285
2. Phương tiện.....	285
3. Người bệnh.....	285
4. Hồ sơ bệnh án:.....	286
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	286

1. Tính liều than hoạt và quặng liều.....	286
2. Pha thuốc.....	286
3. Cho người bệnh uống:.....	286
VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	287
1. Theo dõi.....	287
2. Xử trí tai biến.....	287
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ THẢI ĐỘC BẰNG PHƯƠNG PHÁP TĂNG CƯỜNG BÀI NIỆU (BÀI NIỆU TÍCH CỰC)	
II. CHỈ ĐỊNH.....	289
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	289
IV. CHUẨN BỊ.....	289
2. Thuốc và dụng cụ:.....	289
♣ Dụng cụ:.....	290
4. Hồ sơ bệnh án:.....	290
V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN.....	290
1. Bác sĩ thực hiện.....	290
2. Điều dưỡng thực hiện.....	291
VI. THEO DÕI.....	291
VII. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG.....	292
1. Quá tải dịch:.....	292
2. Rối loạn điện giải:.....	292
II. CHỈ ĐỊNH.....	293
Các biến chứng có thể gặp:.....	293
Xét nghiệm:.....	293
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	293
IV. CHUẨN BỊ.....	294
1. Người thực hiện.....	294
2. Phương tiện.....	294
3. Người bệnh.....	294
2. Hồ sơ bệnh án.....	294
I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	294
1. Kiểm tra.....	294
2. Thực hiện kỹ thuật.....	295
II. THEO DÕI.....	295
III. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG.....	296
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ THẢI ĐỘC CHỈ	
II. CHỈ ĐỊNH DÙNG THUỐC GẤP CHÌ:.....	297
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	297
IV. CHUẨN BỊ.....	297
1. Người thực hiện.....	297
2. Phương tiện.....	297
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	298
3. Thuốc gấp chì.....	298
3.2. Trẻ em.....	299
VI. THEO DÕI DÙNG THUỐC.....	300
VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG.....	300
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC CẤP MA TÚY NHÓM OPI	
II. CHỈ ĐỊNH.....	302
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	302
IV. CHUẨN BỊ.....	302
1. Người thực hiện.....	302
2. Phương tiện.....	302
3. Người bệnh.....	302
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	302
VI. THEO DÕI.....	303
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	303

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TƯ VẤN CHO NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH	305
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	305
IV. CHUẨN BỊ	305
1. Người thực hiện	305
2. Phương tiện	305
3. Người bệnh	305
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	
Tùy theo nguyên nhân ngộ độc để có các tư vấn hợp lý, ví dụ:	306
- Ngộ độc do ăn phải chất độc có sẵn trong thức ăn:	306
VI. THEO DÕI	307
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN	307
QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA MẮT TẮY ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH	308
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	308
IV. CHUẨN BỊ	308
2. Dụng cụ	308
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	308
Điều dưỡng 1	308
Điều dưỡng 2	308
VI. THEO DÕI	309
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN	310
QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỆ SINH RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT Ở NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC, HÔN MÊ THỞ MÁY (Một lần)	
I. MỤC ĐÍCH	311
II. CHỈ ĐỊNH	311
IV. CHUẨN BỊ	311
1. Người thực hiện	311
2. Phương tiện	311
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	312
VI. THEO DÕI	312
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN	312
QUY TRÌNH KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM ĐỊNH TÍNH MỘT CHỈ TIÊU MA TÚY TRONG NƯỚC TIỂU	
Giới thiệu chung	315
Nguyên lý đo	315
II. CHỈ ĐỊNH	315
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	315
IV. CHUẨN BỊ	315
1. Người thực hiện	315
2. Phương tiện	315
3. Hồ sơ	316
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	316
1. Kiểm tra bệnh phẩm	316
2. Thực hiện kỹ thuật	316
2.2. Xây dựng giới hạn phát hiện	316
3. Đánh giá kết quả	317
QUY TRÌNH KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM SÀNG LỌC VÀ ĐỊNH TÍNH 5 LOẠI MA TÚY	
II. CHỈ ĐỊNH	318
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	318
IV. CHUẨN BỊ	318
1. Người thực hiện	318
2. Phương tiện	318
3. Hồ sơ	319
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	319
1. Kiểm tra bệnh phẩm	319

2. Thực hiện kỹ thuật.....	319
2.2. Thực hiện kỹ thuật.....	320
- Phương pháp sắc ký lớp mỏng:.....	320
3. Đánh giá kết quả.....	320
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐỊNH TÍNH PBG TRONG NƯỚC TIỂU	
II. CHỈ ĐỊNH	321
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	321
IV. CHUẨN BỊ	321
1. Người thực hiện.....	321
2. Phương tiện.....	321
3. Hồ sơ.....	322
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	322
1. Kiểm tra bệnh phẩm.....	322
2. Thực hiện kỹ thuật.....	322
3. Đánh giá kết quả.....	322
QUY TRÌNH KỸ THUẬT	
I. ĐẠI CƯƠNG	324
II. CHỈ ĐỊNH	324
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	324
1. Dụng cụ, vật tư.....	324
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	325
1. Kiểm tra thuốc và người bệnh.....	325
2. Thực hiện thuốc.....	325
I. THEO DÕI	326
II. XỬ TRÍ TAI BIẾN	326
Phụ lục: Phiếu theo dõi dùng thuốc giải độc BỆNH VIỆN.....	327
PHIẾU THEO DÕI DÙNG THUỐC GIẢI ĐỘC	
♣ Thông tin chung:.....	327
♣ Thông tin về thuốc giải độc đã dùng:.....	327
♣ Kết luận tác dụng của thuốc:.....	327
Người thực hiện (ký và ghi rõ họ tên):.....	327
II. CHỈ ĐỊNH	328
1. Người bệnh được chẩn đoán bị các loại rắn sau cắn:.....	328
3. Thời gian tính từ khi bị rắn cắn:.....	328
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH DÙNG HTKNR:	328
IV. CHUẨN BỊ	329
1. Người thực hiện.....	329
2. Phương tiện.....	329
3. Người bệnh.....	329
4. Hồ sơ bệnh án.....	329
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	330
1. Kiểm tra HTKNR.....	330
2. Dự tính và dự phòng các phản ứng dị ứng trước khi dùng HTKNR.....	330
3. Cách sử dụng HTKNR.....	330
3.4. Ngừng dùng HTKNR khi.....	331
VI. THEO DÕI	331
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ	331
1. Sốc phản vệ:.....	331
2. Các biểu hiện dị ứng khác:.....	331
3. Tăng thân nhiệt:.....	332
4. Bệnh huyết thanh mủn:.....	332
II. CHỈ ĐỊNH	332
1. Ngộ độc methanol có:.....	332
2. Ngộ độc ethylen glycol: Người bệnh uống ethylene glycol có:.....	333
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH, THẬN TRỌNG:	333
2. Thận trọng, với dùng ethanol:.....	333

IV. CHUẨN BỊ	334
1. Người thực hiện	334
2. Phương tiện	334
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	335
1. Dùng ethanol	335
♣ Cách dùng ethanol dạng tĩnh mạch	335
♣ Theo dõi	335
♣ Ngừng ethanol khi đạt các tiêu chuẩn sau	335
2. Dùng fomepizole	335
♣ Liều trong khi lọc máu thẩm tách	336
3. Thuốc hỗ trợ	336
♣ Chỉ định với ngộ độc methanol	336
♣ Chỉ định với ngộ độc ethylene glycol	336
VI. THEO DÕI	337
1. Lâm sàng	337
2. Xét nghiệm, thăm dò	337
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN	337
1. Các tai biến do dùng ethanol	337
♣ Hạ đường huyết	337
♣ Rối loạn ý thức	338
2. Các tai biến do dùng fomepizole	338
II. CHỈ ĐỊNH	339
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	339
IV. CHUẨN BỊ	339
2. Phương tiện	339
3. Người bệnh	339
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	340
♦ Khi nào tháo băng ép	341
VI. THEO DÕI	341
VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG	341

CHƯƠNG 9: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CÀM MÁU VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI NGƯỜI BỆNH GẤY XƯƠNG

I. CHỈ ĐỊNH	346
II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	346
III. CHUẨN BỊ	346
2. Dụng cụ	346
IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	347
1. Gãy xương sườn và xương ức	347
3. Gãy xương cánh tay	347
4. Gãy xương cẳng tay	347
5. Gãy xương cột sống	348
7. Gãy xương cẳng chân	349
V. THEO DÕI	349
VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ	349

CHƯƠNG 10: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

QUY TRÌNH KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU

II. CHỈ ĐỊNH VẬN CHUYỂN	352
III. CHUẨN BỊ	352
1. Người thực hiện	352
2. Phương tiện, dụng cụ	352
3. Người bệnh	353
4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án	353
IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH	353

3. Thực hiện kỹ thuật.....	353
V. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG KHI VẬN CHUYỂN.....	358
II. CHỈ ĐỊNH.....	359
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	359
IV. CHUẨN BỊ.....	359
2. Phương tiện dụng cụ.....	359
4. Phiếu theo dõi điều dưỡng. IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	359
V. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH.....	360
VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	360
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẮM TẮY ĐỘC CHO NGƯỜI BỆNH NẶNG NHIỄM ĐỘC HÓA CHẤT NGOÀI DA TẠI GIƯỜNG	
II. CHỈ ĐỊNH.....	362
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	362
IV. CHUẨN BỊ.....	362
2. Phương tiện dụng cụ.....	362
4. Phiếu theo dõi điều dưỡng. IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	363
V. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH.....	364
VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	364
QUY TRÌNH KỸ THUẬT XOA BÓP PHÒNG CHỐNG LOÉT	
I. ĐẠI CƯƠNG.....	365
II. CHỈ ĐỊNH.....	365
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	365
IV. CHUẨN BỊ.....	365
1. Người bệnh.....	365
2. Người thực hiện.....	366
3. Dụng cụ.....	366
1. Kỹ thuật vuốt về.....	366
2. Kỹ thuật nhào bóp.....	366
VI. THEO DÕI.....	367
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	367
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG RẮN CẢN HOẠI TỬ RỘNG, BỎNG RỘNG	
II. CHỈ ĐỊNH.....	368
IV. CHUẨN BỊ.....	368
V. TIẾN HÀNH.....	368
VI. THEO DÕI.....	369
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	369
QUY TRÌNH KỸ THUẬT BỌC DẪN LƯU NƯỚC TIỂU	
II. CHỈ ĐỊNH.....	370
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	370
IV. CHUẨN BỊ.....	370
1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng.....	370
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	370
VI. THEO DÕI.....	371
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG RẮN CẢN HOẠI TỬ	
II. CHỈ ĐỊNH.....	372
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	372
IV. CHUẨN BỊ.....	372
2. Dụng cụ.....	372
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	372
VI. THEO DÕI.....	373
VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	373
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CÂN NGƯỜI BỆNH NẶNG TẠI GIƯỜNG	
II. CHỈ ĐỊNH.....	374
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	374
IV. CHUẨN BỊ.....	374
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	375

VI. THEO DÕI.....	375
VII. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG TRONG KHI CÂN.....	375
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC MẮT CHO NGƯỜI BỆNH NHUỘC CƠ	
II. CHỈ ĐỊNH.....	375
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	375
IV. CHUẨN BỊ.....	376
2. Phương tiện, dụng cụ, vật tư tiêu hao.....	376
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	377
VI. THEO DÕI.....	377
VII. TAI BIẾN.....	377
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẮM TẠI GIƯỜNG CHO NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH.....	378
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	378
IV. CHUẨN BỊ.....	378
2. Dụng cụ, vật tư tiêu hao.....	378
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	379
VI. THEO DÕI.....	380
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.....	381
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT	
II. CHỈ ĐỊNH.....	382
IV. CHUẨN BỊ.....	382
3. Người bệnh.....	383
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	383
VI. THEO DÕI.....	384
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.....	384
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH.....	385
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	385
IV. CHUẨN BỊ.....	385
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	386
VI. THEO DÕI.....	386
VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ.....	387
QUY TRÌNH KỸ THUẬT GỘI ĐẦU Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH.....	388
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	388
IV. CHUẨN BỊ.....	388
2. Phương tiện, dụng cụ: Vật tư tiêu hao.....	388
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.....	389
VI. THEO DÕI.....	390
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.....	390
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỬ ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH	
II. CHỈ ĐỊNH.....	391
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	391
IV. CHUẨN BỊ.....	391
2. Phương tiện, dụng cụ: vật tư tiêu hao.....	391
4. Hồ sơ bệnh án.....	391
V. TIẾN HÀNH.....	391
VI. THEO DÕI.....	392
Chú ý:.....	392
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ.....	392
QUY TRÌNH KỸ THUẬT DỰ PHÒNG LOÉT Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH.....	393
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH.....	393

IV. CHUẨN BỊ	393
2. Phương tiện, dụng cụ.....	393
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	394
VI. THEO DÕI	394
* GHI CHÚ	394
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC VẾT LOÉT Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	
IV. CHUẨN BỊ	397
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	398
VI. THEO DÕI	399
Chú ý:.....	399
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ	400
QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT MỒ Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC	
II. CHỈ ĐỊNH	401
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	401
IV. CHUẨN BỊ	401
2- Phương tiện, dụng cụ.....	401
1. Người bệnh.....	402
V. TIẾN HÀNH	402
VI. THEO DÕI	403
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ	403
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN THUỐC BẰNG BƠM TIÊM ĐIỆN	
2. Phương tiện, dụng cụ.....	403
3. Người bệnh.....	404
VII. XỬ TRÍ	407
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH BẰNG MÁY TRUYỀN DỊCH	
II. CHỈ ĐỊNH	408
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	408
IV. CHUẨN BỊ	408
2. Phương tiện, dụng cụ.....	408
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	409
VI. THEO DÕI	409
VII. CÁC BÁC ĐỘNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ	409
II. CHỈ ĐỊNH	411
III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH	411
IV. CHUẨN BỊ	411
2. Thảo luận trước khi chuyển.....	411
3. Phương tiện, dụng cụ.....	412
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	412
VI. THEO DÕI	414
VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ	414

CHƯƠNG 1:

BỆNH LÝ HÔ HẤP

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. CÁC CHỈ ĐỊNH CHÍNH

1. TKMP trên một tổn thương phổi: giãn phế nang, xơ phổi, lao phổi, tụ cầu phổi,...
2. Tràn máu màng phổi.
3. Tràn mủ màng phổi.
4. 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 giờ cao lên phía đầu.
- + Ngồi: người bệnh ngồi trên ghế tựa, mặt quay về phía vai ghế, 2 tay khoanh trước mặt đặt lên vai ghế, ngực tỳ vào vai ghế (có đệm một gối 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 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 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 20 cmH₂O.

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 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

1. Tràn khí màng phổi tự nhiên tiên phát.
2. Tràn khí màng phổi áp lực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không có chống chỉ định tuyệt đối.
2. 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.
3. 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).

VI. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

1. Giải thích cho Người bệnh yên tâm, vì khi hút khí ra, Người bệnh sẽ đỡ khó thở.
2. Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO₂).
3. Kiểm tra phim XQ phổi, xác định chính xác bên bị tràn khí.

2. Dụng cụ

1. Dung dịch sát trùng da: cồn, iod.
2. Dụng cụ gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, kim 25G, xylanh 5ml.
3. Găng, mũ, áo, khẩu trang vô trùng.
4. Toan vô trùng.
5. Dụng cụ theo dõi SpO₂.
6. 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).

7. Dây dẫn gắn với khóa chạc 3.
8. Bơm tiêm hút khí loại 50-100ml hoặc máy hút các bình dẫn lưu.
9. Bỏ mở màng phổi, nếu khi cần sẽ mở dẫn lưu màng phổi.

1. 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 luồn vỏ ngoài vào.
- Lắp chuôi catheter vào dây dẫn có gắn khóa chạc 3 hoặc ống cao su có kẹp kim 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 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 khấp 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 %

1. 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
- Đeo găng vô trùng

2. 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

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 mũ 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

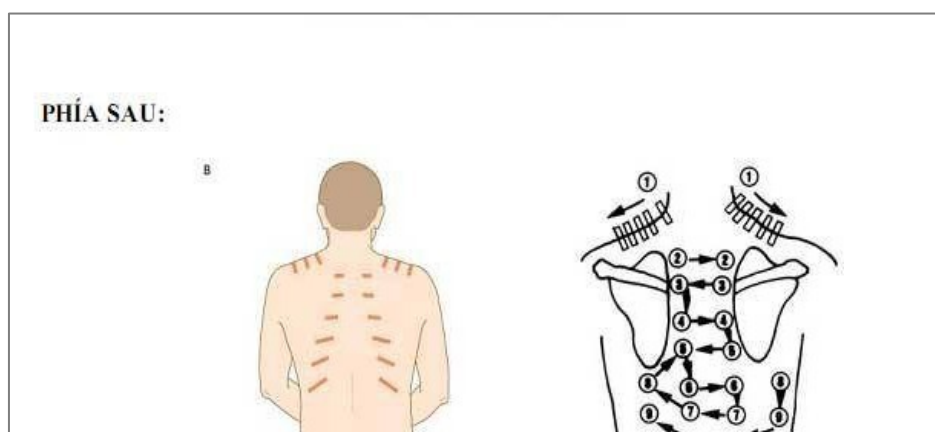
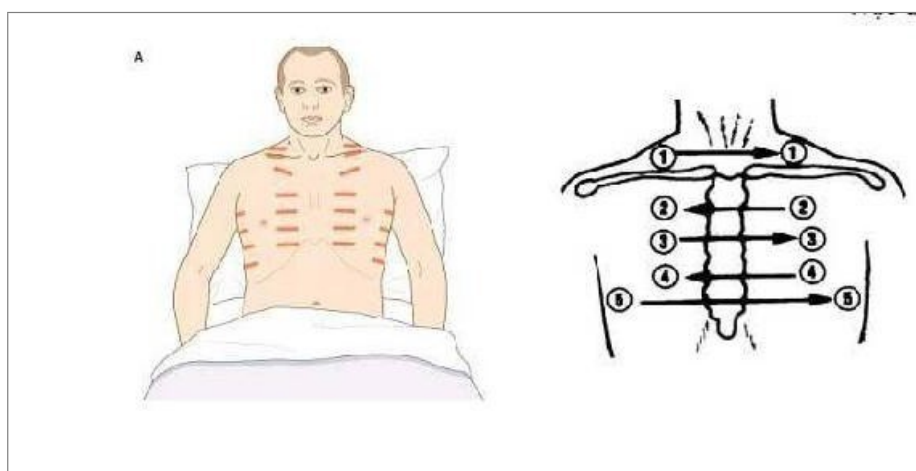
- Chảy máu: hay gặp với dẫn lưu Joly hoặc chọc phải mạch máu, cầm máu bằng khâu hoặc thắt động mạch liên sườn.
- Phù phổi: thường do hút quá nhanh và quá nhiều, cần giảm áp lực hút và điều trị phù phổi cấp.
- Tràn khí dưới da: thường do tắc dẫn lưu, cần kiểm tra và thông ống dẫn lưu
- Nhiễm khuẩn: nhiễm trùng tại chỗ đặt dẫn lưu, viêm mũ 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 gấp 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

Mốc 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



Tràn khí màng phổi phải



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 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 (cân 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, xylanh 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. 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 chuỗi catheter vào dây dẫn có gắn khóa chạc 3 hoặc ống cao su có kẹp kim 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 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

- Ngừng 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 tủy 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 10	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 oxy 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

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

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

1.3. Thực hiện kỹ thuật

1.3.1. Cho Người bệnh thở oxy hoặc bóp bóng qua mặt nạ

1.3.2. Dùng an thần, tiền mê

+ Midazolam 0.1-0.4 mg/kg

+ Hoặc Fentanyl 5-7µg/kg

- + Hoặc Ketamine 1.5mg/kg
- + Hoặc Thiopental 3-5 mg/kg
- + Hoặc Propofol 1-2 mg/kg

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

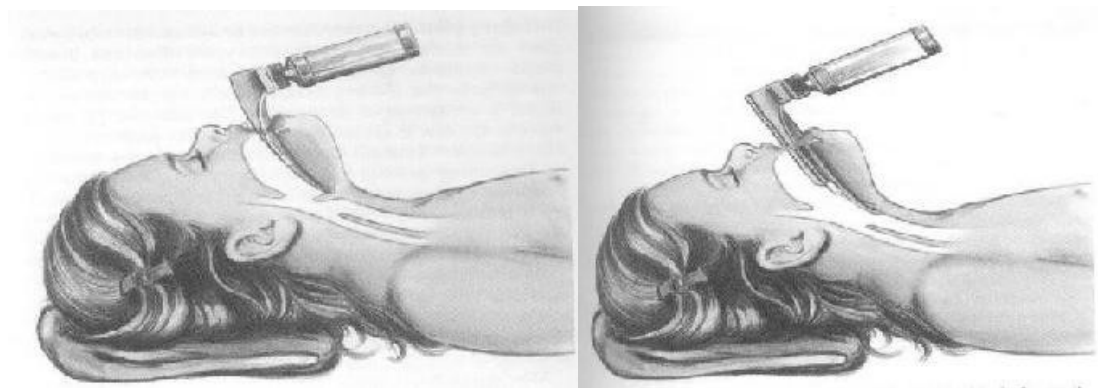
- + Succinylcholine 1.5 mg/kg không dùng khi Người bệnh tăng kali máu
- + Hoặc thay thế bằng Rocuronium 0.6-1mg/kg

1.3.3. *Làm nghiêm pháp Sellick, bảo vệ tránh trào ngược*

1.3.4. *Bộc lộ thanh môn*

Tay trái:

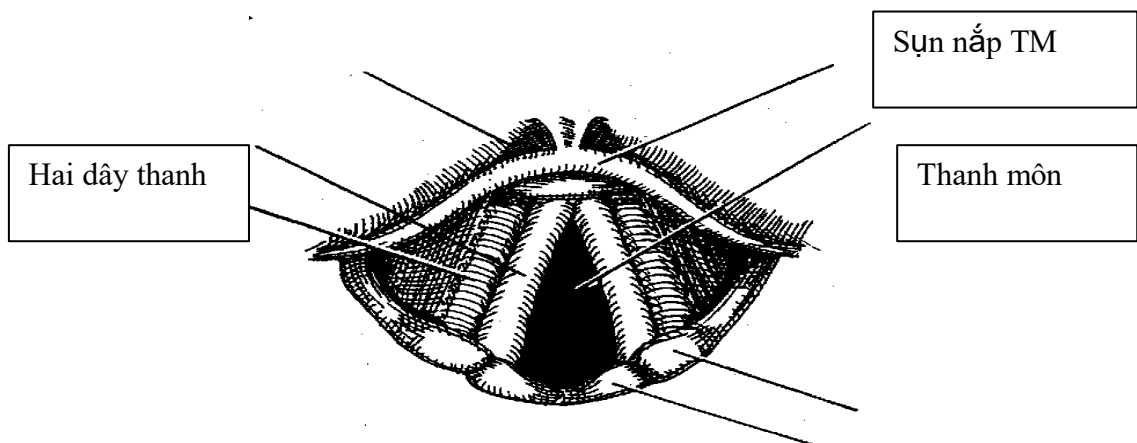
- Cầm đèn soi thanh quản, luồn lưỡi đèn vào miệng gạt từ P qua T
- Nâng đèn bộc lộ thanh môn và nắp thanh môn
- Đưa đầu lưỡi đèn sát gốc nắp thanh môn đèn lưỡi cong (H2)
- Hoặc đè lên nắp thanh môn đối với đèn lưỡi thẳng (H1)



Hinh 1

Hinh 2

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



1.3.5. *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, panh Magill, dây dẫn...
 - + Qua thanh môn đẩy ống vào sâu thêm 3- 5 cm

1.3.6. 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 ...

1.3.7. Cố định ống

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

2. Kỹ thuật đặt NKQ đường mũi

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

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

2.3. Thực hiện kỹ thuật

2.3.1. Cho Người bệnh thở oxi hoặc bóp bóng qua mặt nạ

2.3.2. 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**

2.3.3. Luồn 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

2.3.4. Luồn ống vào khí quản

Dùng đèn:

- Tay trái đặt đèn vào miệng NGƯỜI BỆNH và bộc lộ thanh môn
- Tay phải luồn 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 thở 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

2.3.5. Kiểm tra vị trí ống:

- Tương tự đặt đường miệng
- Đặt ống vào sâu hơn đường miệng 3 - 4 cm

2.3.6. Cố định ống:

Tương tự đặt đường miệng

V. 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**

3.1. Kỹ thuật ngửa 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



3.2. *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



3.3. *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



3.4. *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



3.5. 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



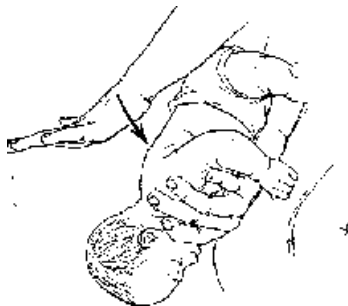
3.6. Kỹ thuật vỗ lưng/ép ngực cho trẻ nhỏ

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 dứt khoát vào vùng thượng vị của trẻ

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

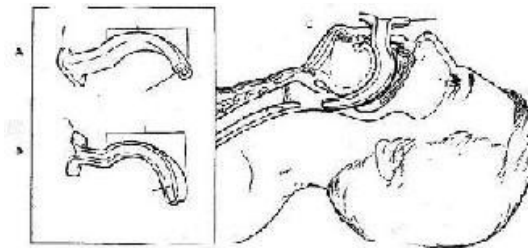


3.7. Kỹ thuật đặt canuyn hầu miệng

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



3.8. 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 LẤY MÁU XÉT NGHIỆM KHÍ MÁU QUA CATHETER ĐỘNG MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Đo pH và khí máu là xét nghiệm rất quan trọng để theo dõi và điều chỉnh các thông số cho Người bệnh nặng, Người bệnh suy hô hấp, Người bệnh thở máy. Xét nghiệm khí máu cho phép đánh giá tình trạng oxi hóa máu, tình trạng thông khí và thăng bằng kiềm toan. Khí máu là một xét nghiệm thường quy rất quan trọng, được thực hiện tại giường cho các Người bệnh hồi sức cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

Lấy khí máu nhiều lần ở các Người bệnh suy hô hấp, sốc, Người bệnh thở máy do tổn thương phải theo dõi thường xuyên khí máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu, bệnh ưa chảy máu (hemophilia), tổn thương mạch máu, da mô mềm vùng định đặt catheter.

IV. Chuẩn bị

1. **Người làm thủ thuật:** Bác sĩ được đào tạo kỹ thuật đặt catheter động mạch
2. **Người bệnh:** Người bệnh phải được giải thích đầy đủ trước khi tiến hành lấy máu làm xét nghiệm. Nếu catheter động mạch được đặt ở chi trên, nên để tay ở tư thế trung gian sao cho tay ở ngang mức với tim. Lấy đầy đủ thông tin cần thiết: mạch, huyết áp, nhiệt độ, SpO₂, các thông số máy thở (nếu thở máy), thông số nồng độ ô xy và dụng cụ thở ô xy (nếu Người bệnh thở ô xy).
3. **Dụng cụ**
 - Một catheter động mạch đã được đặt sẵn đảm bảo thông tốt. Đầu catheter nên được nối với một chạc ba
 - Bộ dụng cụ lấy máu động mạch: xy lanh đã tráng sẵn Heparin, lắp bịt đầu xy lanh, bông sát trùng bằng cồn, gạc vô khuẩn
 - Xy lanh 5 mL hoặc 10 mL dùng để đuổi khoảng chết
 - Găng tay vô khuẩn
 - Form chỉ định với các thông tin cần thiết khi xét nghiệm khí máu động mạch.
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 lại 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 lại Người bệnh

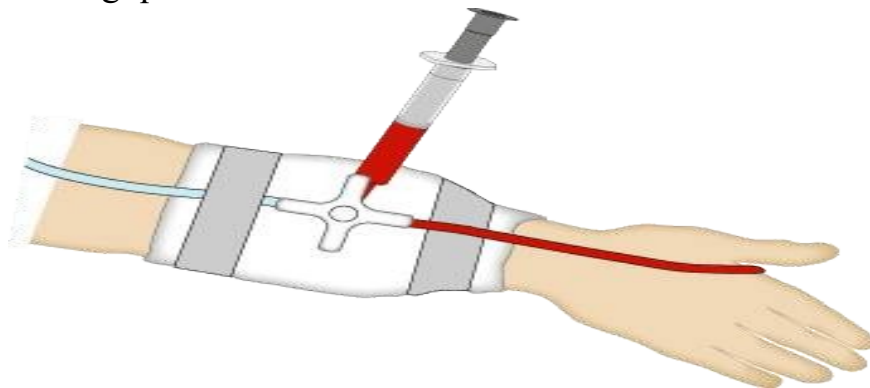
Đánh giá lại các chức năng sống của Người bệnh có an toàn cho thực hiện thủ thuật.

3. Thực hiện thủ thuật

- Bộc lộ đầu catheter động mạch, và chạc ba
- Sát trùng phần chạc ba cần lấy máu
- Dùng xy lanh 5 hoặc 10 lấy toàn bộ lượng dịch và máu trong catheter. Thử tích cần lấy được khuyến cáo là 3 đến 5 lần thử tích khoảng chết của catheter (tùy theo nhà sản xuất quy định)
- Khóa chạc ba và tháo xy lanh đuôi khoảng chết
- Kết nối với xy lanh lấy máu, mở chạc ba và lấy 0,5-1 mL máu
- Khóa chạc ba và tháo xy lanh máu xét nghiệm. Đóng lại chạc ba.
- Đuổi phần không khí đầu xy lanh vào gạc vô khuẩn.
- Vê nhẹ xy lanh để trộn đều với Heparin
- Gửi đến phòng xét nghiệm và làm xét nghiệm ngay. Thời gian từ khi lấy máu đến khi làm xét nghiệm không được quá 15 phút.
- Kết nối lại hệ thống theo dõi huyết áp liên tục.

VI. CÁC TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Tắc mạch
- Tắc catheter
- Chảy máu
- Nhiễm trùng qua catheter



Hình 1: Lấy toàn bộ lượng máu ở khoảng chết của catheter

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NỘI SOI KHÍ PHẾ QUẢN CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nội soi khí phế quản là biện pháp thăm khám trong lòng phế quản bằng ống nội soi
- Nội soi phế quản có thể thực hiện bằng ống nội soi cứng hoặc ống nội soi mềm
- So với ống nội soi phế quản cứng, ống nội soi phế quản mềm dễ thực hiện hơn và an toàn hơn cho Người bệnh, có thể quan sát thấy được toàn bộ cây phế quản và không cần gây mê toàn thân hoặc thực hiện trong phòng mổ

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định chẩn đoán

1.1. Ho ra máu

- Xác định vị trí chảy máu và chẩn đoán nguyên nhân
- Với chảy máu đang tiếp diễn, vị trí và căn nguyên được phát hiện vào khoảng 90%. Tỷ lệ này giảm xuống 50% sau khi đã cầm máu

1.2. Xẹp phổi

Ngoài tắc nghẽn phế quản do khối u ác tính hoặc dị vật thì bít tắc do dịch nhầy là phổ biến nhất. Bít tắc do dịch nhầy thường mở rộng ra ngoài vì vượt khỏi tầm quan sát của ống nội soi phế quản

1.3. Bệnh nhu mô lan tỏa

- Sinh thiết phổi qua phế quản (transbronchial lung biopsy) và rửa phế quản phế nang (BAL - bronchoalveolar lavage) có thể cung cấp thông tin về các khối u nhu mô
- BAL là biện pháp giúp chẩn đoán các nhiễm trùng cơ hội ở Người bệnh có suy giảm miễn dịch
- Sinh thiết phổi bằng ống nội soi huỳnh quang (fluoroscopy) có thể cải thiện được việc xác định vị trí và hạn chế tràn khí màng phổi

1.4. Tổn thương do hít cấp tính

- Xác định vị trí giải phẫu và mức độ nặng của tổn thương sau khi hít phải khói
- Tắc nghẽn đường hô hấp trên có thể xuất hiện trong vòng 24 giờ của tổn thương do hít
- Suy hô hấp cấp tính khả năng là do thay đổi niêm mạc tại các phế quản thùy hoặc đường hô hấp dưới

1.5. Chấn thương ngực do vật tù

- Ngoài đứt đường dẫn khí sau chấn thương vật tù thì ho ra máu, xẹp thùy phổi, tràn khí trung thất hoặc tràn khí màng phổi cũng có thể gặp

1.6. Đánh giá tổn thương sau đặt ống nội khí quản

- Đánh giá tổn thương thanh quản hoặc khí quản sau đặt ống nội khí quản

1.7. Nuôi cấy vi khuẩn

- Để xác định vi sinh vật định cư tại đường hô hấp khi Người bệnh không thể khạc đờm

- Nuôi cấy định lượng bệnh phẩm được lấy bằng bàn chải có bảo vệ cải thiện được mức độ chính xác của mẫu cấy lấy qua nội soi phế quản thường quy

- Ở Người bệnh không đặt ống nội khí quản, mẫu bệnh phẩm được lấy qua nội soi phế quản không chính xác hơn mẫu bệnh phẩm được Người bệnh khạc nhỏ. Cả hai mẫu này đều có độ dương tính giả và âm tính giả cao

1.8. Chẩn đoán viêm phổi liên quan tới máy thở (VAP)

- Cung cấp mẫu nuôi cấy vi khuẩn

- Bài tiết mủ từ các phế quản ngoại vi trong thì thở ra có thể dự đoán có viêm phổi liên quan tới máy thở

- Các số liệu gần đây cho thấy nuôi cấy định lượng dịch rửa phế quản phế nang có thể không chính xác hơn nuôi cấy không định lượng mẫu bệnh phẩm lấy qua nội khí quản

2. Chỉ định điều trị

2.1. Tăng tiết đờm quá mức/xẹp phổi

- Xẹp thùy phổi không đáp ứng với vật lý trị liệu lồng ngực và ho

- Nhỏ giọt thuốc N-acetylcysteine (NAC), surfactant và DNase tái tổng hợp đã được sử dụng để giúp hóa lỏng chất nhầy cô đặc. Không có thử nghiệm lâm sàng nào ủng hộ cho mục đích sử dụng này

2.2. Dị vật

- Nội soi phế quản ống cứng là thủ thuật được lựa chọn để lấy bỏ các dị vật hít phải

- Các dụng cụ đi kèm có sẵn giúp lấy bỏ dị vật bằng ống soi mềm

2.3. Đặt ống nội khí quản

- Ống soi phế quản, được sử dụng như dụng cụ trám bít (obturator) được luồn qua bởi ống nội khí quản, có thể giúp đặt ống nội khí quản qua đường mũi hoặc đường miệng ở Người bệnh có đường dẫn khí khó

2.4. Ho ra máu

- Ép lòng phế quản có thể làm Người bệnh ổn định để tiếp tục tiến hành các biện pháp điều trị triệt để hơn

+ Ép lòng phế quản có thể thực hiện được bởi ống thông có bóng ở đầu để chèn vào các lỗ phế quản thùy

- Ho ra máu ồ ạt có thể được kiểm soát bằng rửa nước muối sinh lý đá

2.5. Tổn thương tắc nghẽn đường hô hấp trung tâm

- Xem xét cắt bằng la-de (laser photoresection) hoặc đặt giá đỡ (stent) qua tổn thương gây tắc nghẽn thanh quản, khí quản và phế quản lớn

2.6. Đóng lỗ rò khí quản màng phổi

- Để quan sát đầu gần hoặc định khu đầu xa hơn của lỗ rò
- Vật liệu được tiêm qua ống nội soi phế quản có thể đóng được lỗ rò

2.7. Mở khí quản qua da tại giường

- Khi sử dụng thường quy, việc quan sát qua ống nội soi phế quản trong khi làm thủ thuật làm giảm đáng kể biến chứng của thủ thuật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bác sĩ chưa được đào tạo về kỹ thuật, không có kinh nghiệm
- Người bệnh không hợp tác
- Không thể duy trì độ bão hòa oxy đầy đủ
- Rối loạn đông máu ở Người bệnh cần nội soi phế quản để sinh thiết (dùng bàn chải hoặc kẹp fooc-xép)
- Người bệnh có tình trạng huyết động không ổn định
- Người bệnh hen phế quản có triệu chứng mà chưa được điều trị (nội soi phế quản ống mềm ít khi được sử dụng để làm giảm tắc nghẽn do nút nhầy cho Người bệnh đã đặt ống nội khí quản có trạng thái hen phế quản)
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nặng có kết hợp tăng CO₂ máu (tiền mê, an thần, và hỗ trợ oxy phải được sử dụng một cách thận trọng)
- Tăng áp lực nội sọ (sử dụng phối hợp các thuốc gây mê để bảo vệ não, thuốc giãn cơ để tránh ho, và theo dõi sát để đảm bảo áp lực tưới máu não đầy đủ)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người làm thủ thuật: Là bác sĩ, được đào tạo về kỹ thuật nội soi phế quản, thành thạo kỹ thuật, luôn luôn dành thời gian để kiểm tra Người bệnh trước khi tiến hành kỹ thuật nội soi phế quản

2. Người bệnh

- Thăm khám phát hiện các bệnh lý nền như hen, bệnh tim mạch, suy thận, rối loạn đông máu
- Khai thác tiền sử dị ứng, thuốc đang dùng có ảnh hưởng tới chức năng đông máu
- Kiểm tra xem Người bệnh đã chụp XQ phổi và làm điện tâm đồ chưa? Độ bão hòa oxy của Người bệnh như thế nào?
- Người bệnh phải nhịn ăn trước khi làm thủ thuật
- Người bệnh và/hoặc người thân phải ghi bản cam kết làm thủ thuật
- Đặt đường truyền tĩnh mạch

3. Dụng cụ

- Máy nội soi phế quản, máy theo dõi Người bệnh, SpO₂, thuốc tiền mê, ống xét nghiệm.
- Dịch truyền, bơm tiêm, dây truyền,..

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.

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

- Gây tê cục bộ bằng lidocaine khí dung và thạch lidocaine tại chỗ.
- + Sau khi sử dụng để gây tê tại chỗ, lidocaine hấp thu qua niêm mạc và đạt được nồng độ trong máu rất nhanh, thậm chí có thể gây độc.
- + Nồng độ trong phạm vi điều trị thấp đạt được nếu tổng liều sử dụng < 200 mg
- + Đột ngột thay đổi tình trạng ý thức, xuất hiện ảo giác, co giật, tăng nhu cầu thuốc an thần hoặc tụt huyết áp thì phải nghĩ tới ngộ độc lidocaine.
- + Methemoglobin máu cũng đã được mô tả khi sử dụng các thuốc gây tê dạng ester tại chỗ.
- Người bệnh không có nội khí quản: nội soi phế quản qua mũi hoặc miệng
- Người bệnh có ống nội khí quản:
 - + Ống nội khí quản được đưa qua một chạc nối xoay (swivel adapter) có màng cao su để tránh mất thể tích khí lưu thông (Vt). Sử dụng khuôn bít (bite block) để tránh hư hại ống nội soi phế quản.
 - + Cần nhắc các điều sau trước khi và trong khi nội soi phế quản.
- Ống nội khí quản có đường kính trong ≥ 8 mm cho phép đảm bảo được thể tích khí lưu thông (Vt) và di chuyển an toàn ống nội soi phế quản kích cỡ người lớn.
- Nội soi phế quản có thể tạo ra một áp lực dương cuối thì thở ra (PEEP) vào khoảng 20 cmH₂O do đó có nguy cơ gây ra chấn thương do áp lực
 - PEEP cài đặt sẵn cần được bỏ
 - Nồng độ oxy thở vào (FiO₂) phải được tăng lên 100%
 - Thể tích khí thở ra (Vte) phải được theo dõi liên tục; thể tích khí lưu thông (Vt) thường phải được tăng thêm tới 40% - 50%
 - Hút đờm/dịch tiết sẽ làm giảm khí lưu thông (Vt) do đó cần phải được hạn chế
- + Trong quá trình nội soi phế quản, liệu pháp oxy liên tục, theo dõi nồng độ oxy máu, điện tâm đồ và huyết áp là rất cần thiết

VI. THEO DÕI SAU NỘI SOI PHẾ QUẢN

- Chụp XQ phổi để loại trừ tràn khí màng phổi
- + Sau khi sinh thiết qua phế quản (transbronchial biopsy) ở Người bệnh không có ống nội khí quản
- + Sau khi nội soi phế quản thường quy ở Người bệnh có ống nội khí quản, thông khí nhân tạo
 - Trả lại cho Người bệnh thông khí nhân tạo các thông số cài đặt máy thở như trước khi tiến nội soi phế quản
 - Ở Người bệnh không có ống nội khí quản, thở oxy liên tục trong 4 giờ
 - Theo dõi các dấu hiệu sống cho tới khi Người bệnh ổn định trong ít nhất 2 giờ
 - Người bệnh không được ăn và/hoặc uống cho tới khi thuốc gây tê cục bộ hết tác dụng (khoảng 1 – 2 giờ)
 - Sốt sau nội soi phế quản thường gặp là do giải phóng các cytokin; sốt có kèm rét run và xuất hiện muộn > 24 giờ thì có khả năng do nặng viêm phổi sau nội soi phế quản

VII. BIẾN CHỨNG VÀ TAI BIẾN

- Khi được thực hiện bởi bác sĩ được đào tạo thì nội soi phế quản bằng ống mềm thường quy rất an toàn
- Tỷ lệ tử vong không vượt quá 0,1%
- Tử vong do tiền mê quá mức hoặc gây tê tại chỗ, ngừng thở do chảy máu, co thắt thanh quản, co thắt phế quản và ngừng tim do nhồi máu cơ tim
- Tỷ lệ biến chứng chung < 8%
- Biến chứng không gây tử vong: sốt, viêm phổi, các phản ứng của thần kinh giao cảm, co thắt thanh quản và co thắt phế quản, tụt huyết áp, rối loạn nhịp tim, tràn khí màng phổi, các vấn đề liên quan tới gây tê, và mất tiếng

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...

VII. 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

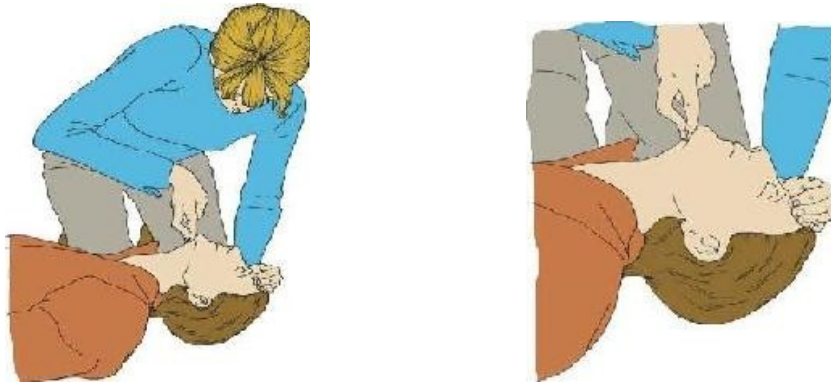
- Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi Người bệnh có điện tim, bơm tiêm 5ml, găng, mũ, khẩu trang,..
- Máy sốc điện, oxi,
- Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên,.

3. Người bệnh

Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa

IV. 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).

V. THEO DÕI

Nếu thời 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.

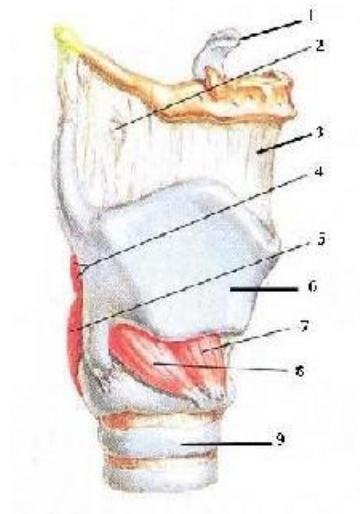
QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Mở khí quản cấp cứu là tạo một đường thở nhân tạo qua màng nhĩn giáp
- Là một kỹ thuật khai thông đường thở nhanh chóng, đặc biệt trong cấp cứu ngạt thở cấp.
- Màng nhĩn giáp có móc giải phẫu tương đối rõ và dễ đi vào đường thở nhất
- Có 2 loại kỹ thuật: chọc màng nhĩn giáp và mở màng nhĩn giáp

Móc giải phẫu:

Màng nhĩn giáp nằm giữa sụn giáp và sụn nhĩn, có cơ nhĩn giáp che phủ



- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. Sụn nắp thanh môn | 5. Cơ phễu sau |
| 2. Lỗ nhánh trong TK thanh quản | 6. Sụn giáp |
| 3. Màng giáp móng | 7. Phần đứng cơ nhĩn giáp |
| 4. Các cơ phễu chéo và ngang | 8. Phần chéch cơ nhĩn giáp |
| | 9. Khí quản |

II. CHỈ ĐỊNH các trường hợp khai thông đường thở cấp cứu:

- Suy hô hấp cấp, ngạt thở cấp đặt nội khí quản thất bại hoặc có chống chỉ định
- Người bệnh bị chấn thương hàm mặt, chấn thương cột sống cổ, hoặc đa chấn thương

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh có các bệnh lý ở thanh quản như ung thư, viêm sụn nắp thanh quản
- Thận trọng Người bệnh có bệnh về máu
- Trẻ em dưới 10 tuổi do thanh quản nhỏ có hình phễu mà phần nhỏ nhất là ở sụn nhĩn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ : 02 người, được đào tạo, thành thạo kỹ thuật.
- Điều dưỡng: 02 điều dưỡng phụ giúp bác sĩ, được đào tạo về phụ giúp

bác sĩ mở khí quản.

2. Người bệnh

- Người bệnh nằm ngửa
- Kê một gối dưới cổ hoặc vai, nếu có chấn thương cột sống cổ không kê gối và phải bất động đầu và cổ Người bệnh
- Sát trùng tại chỗ
- Gây tê tại chỗ bằng xylocain 2%

3. Dụng cụ

2.1. Chọc màng nhĩ bằng kim chọc trực tiếp:

- Bơm tiêm, trong bơm tiêm hút sẵn 2-3ml Natriclorua 0.9%
- Kim to:
 - o kim số 14 (14-gauge) với người lớn
 - o Kim số 18 (18-gauge) với trẻ em
- Các dụng cụ khác: găng, sát trùng, gây tê

2.2. Mở màng nhĩ có rạch da với bộ dụng cụ MINITRACH :

- Dao mổ
- Canuyn có đường kính trong 4mm
- Nòng dẫn
- Khớp nối nội khí quản

2.3. Mở màng nhĩ bằng kim có rạch da với bộ dụng cụ MELKER:

- Bơm tiêm hút sẵn 2-3ml Natriclorua 0.9%
- Kim số 18 hoặc catheter
- Dao mổ
- Dây dẫn (guidewire)
- Que nong da (Curved dilator)
- Canuyn

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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra lại 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 lại 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

3.1. Chọc màng nhĩn giáp bằng kim chọc trực tiếp

- Sát trùng
- Xác định vị trí màng nhĩn giáp, gây tê qua màng nhĩn giáp
- Chọc kim vào màng nhĩn giáp theo đường giữa, chệch một góc 45 độ so với thân người và hướng mũi kim xuống phía dưới
- Vừa chọc vừa dùng bơm tiêm hút thăm dò đến khi hút ra khí
- Tháo bơm tiêm khỏi đốc kim
- Người bệnh có thể thở tự nhiên qua kim
- Hoặc bóp bóng bằng cách lấp khớp nội của nội khí quản số 3-3.5 vào đốc kim

3.2. Mở màng nhĩn có rạch da với bộ dụng cụ MINITRACH

- Sát trùng
- Xác định vị trí màng nhĩn giáp, gây tê da và gây tê khí quản qua màng nhĩn giáp
- Dùng dao mổ rạch da
- Chọc nòng dẫn (mang theo canuyn) qua đường rạch da. Khi vào đến lòng khí quản thì luồn nòng dẫn thêm vài cm sau đó đẩy canuyn trượt theo nòng dẫn vào trong khí quản rồi rút nòng dẫn ra.
- Cố định canuyn

3.3. Mở màng nhĩn giáp có rạch da với bộ dụng cụ MELKER

- Xác định vị trí màng nhĩn giáp, gây tê da và gây tê khí quản qua màng nhĩn giáp
- Rạch da thành một đường thẳng theo đường giữa dài 1-1.5 cm
- Chọc kim có lắp bơm tiêm qua màng nhĩn giáp qua vết rạch da theo một góc 45 độ so với thân người (hướng kim về phía chân Người bệnh) tại đường giữa, vừa chọc vừa hút đến khi ra khí
- Tháo bơm tiêm, để lại kim, luồn dây dẫn qua catheter vào đường thở
- Rút kim, để lại dây dẫn
- Luồn canuyn
- Rút que nong và dây dẫn
- Cố định

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tai biến và biến chứng sớm

- Ngạt thở hoặc tắc nghẽn đường thở
- Chảy máu tại điểm chọc, rạch da
- Tổn thương thanh khí quản, mạch máu

- Thủng khí quản, thực quản hoặc chọc vào trung thất
- Tràn khí dưới da, tràn khí màng phổi, trung thất
- Luồn cauyn, kim không vào đúng khí quản
- Chấn thương dây thanh âm

2. Tai biến và biến chứng muộn

- Hẹp dưới sụn giáp và hẹp khí quản
- Tắc canuyn
- Mất chức năng nuốt
- Thay đổi giọng nói
- Nhiễm trùng
- Chảy máu muộn
- Dò khí quản – thực quản
- Lâu liền chỗ mổ

QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỞ MÀNG PHỔI CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở màng phổi cấp cứu là một thủ thuật đặt một ống vô khuẩn vào khoang màng phổi, kết nối với một hệ thống kín nhằm hút khí hoặc dịch xuất hiện trong khoang màng phổi. Mục đích:

- Khôi phục lại áp lực âm trong khoang màng phổi, độ giãn nở phổi
- Ngăn chặn các nguy cơ rối loạn về huyết động do nên tràn khí, tràn máu màng phổi kiểu áp lực
- Mục đích điều trị và theo dõi trong tràn mủ tràn máu màng phổi

II. CHỈ ĐỊNH

Tràn khí màng phổi mà có một trong các tình trạng sau: Trên các Người bệnh đang thở máy. Tràn khí màng phổi số lượng lớn. Các Người bệnh đang trong tình trạng nặng. Tràn khí màng phổi áp lực mà sau khi đã chọc kim giải áp trước đó. Tràn khí màng phổi thứ phát sau chấn thương ngực kín. Tràn khí màng phổi sau thủ thuật chọc dẫn lưu khí hoặc dịch tối thiểu, tràn khí này có số lượng lớn và có các biểu hiện lâm sàng nặng. Tràn khí- tràn máu màng phổi do chấn thương. Thùng thực quản có dịch dạ dày dò vào khoang màng phổi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối cho mở màng phổi, ngoại trừ trường hợp Người bệnh có bệnh lý làm phổi dính hoàn toàn vào thành ngực
- Chống chỉ định tương đối trong các trường hợp Người bệnh có nguy cơ chảy máu do rối loạn đông máu và dùng thuốc chống đông, Các trường hợp này có thể tiến hành thủ thuật khi đã truyền đủ các yếu tố đông máu và tiểu cầu để đảm bảo ở mức nguy cơ chảy máu thấp trở lên (Tiểu cầu $> 60G/L$ và APTT bệnh/chứng < 1.5)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện thủ thuật: 01 bác sĩ được đào tạo thành thạo kỹ thuật, 01 điều dưỡng thành thạo phụ giúp bác sĩ mở màng phổi.

2. Người bệnh

Giải thích thủ thuật cho Người bệnh hoặc người nhà Người bệnh. Trong trường hợp khẩn cấp có thể không kịp giải thích. Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa đầu cao, tay bên tiến hành thủ thuật đặt dưới đầu Người bệnh, sao cho bộc lộ rõ vùng tam giác an toàn

Vị trí mở dẫn lưu là tam giác an toàn: bờ trước là cơ ngực lớn, bờ sau là cơ lưng rộng, bờ dưới là khang liên sườn 5

3. Phương tiện, dụng cụ

Một bộ mở màng phổi có đủ các dụng cụ cần thiết được đóng trong một hộp vô khuẩn, bao gồm các dụng cụ sau: 01 dao mổ và cán dao cỡ 11, một số dụng cụ phẫu thuật: Pinch, kẹp phẫu tích, đặc biệt phải có 1 Pinch cong đầu tù để bóc tách các lớp cơ khoang màng phổi. 01 khăn vô khuẩn có lỗ đường kính 10cm. 01 xylanh 10ml và 01 xylanh 20ml. Thuốc gây tê, ống dẫn lưu chất liệu Silicon chống dính do cục máu đông hình thành có kích thước theo chỉ định dẫn lưu. Hệ thống hút dẫn lưu kín áp lực âm liên tục

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.

VIII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra lại 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 lại 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

- Rửa tay, mặc áo đi găng
- Sát khuẩn vị trí dẫn lưu bằng Betadin, cồn
- Trải khăn vô khuẩn
- Gây tê từng lớp: da, cơ màng phổi, khoang màng phổi, nguyên tắc gây tê là bắt đầu từ ngang xương sườn ngay dưới khoang liên sườn định dẫn lưu tiến dần lên và đi sâu vào khoang liên sườn đó
- Dùng dao mổ rạch da vị trí ngang xương sườn 5 nách giữa, chiều dài rạch 1.5 đến 2cm, rạch qua lớp da vào đến lớp cơ
- Dùng Pinch cong có đầu tù (Kelly) bóc tách từng lớp cơ theo hướng từ ngang xương sườn lên khoang liên sườn và đi sâu vào khoang màng phổi
- Khi đến khoang màng phổi sẽ có cảm giác "Hẫng" tay và có khí hoặc dịch trào ra ngoài
- Dùng ngón 1 bàn tay đưa vào khoang màng phổi để thăm dò và kiểm tra đường dẫn lưu đã vào khoang màng phổi đồng thời có thể bóc tách một phần khoang màng phổi nếu có dính tại chỗ dẫn lưu
- Sau khi đã chắc chắn vào khoang màng phổi, tiến hành luồn ống Sonde dẫn lưu: dùng Pinch cong kẹp đầu ống dẫn lưu đưa theo đường mở trên, khi vào

khoang màng phổi sẽ có dịch hoặc khí qua ống dẫn lưu. Nếu dẫn lưu khí, cho đầu ống hướng lên trên. Nếu dẫn lưu dịch cho đầu ống hướng xuống dưới

- Khâu cố định ống dẫn lưu

Nối ống dẫn lưu với hệ thống hút liên tục

Kiểm tra vị trí ống dẫn lưu

Chụp XQ phổi kiểm tra ống dẫn lưu

V. CÁC TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu khó cầm tại vị trí dẫn lưu: liên quan đến rối loạn đông máu, hoặc trong quá trình mở dẫn lưu có cắt xuyên qua mạch máu
- Thủ thuật thô bạo làm tổn thương các tạng bên trong lồng ngực : tim phổi, mạch máu thậm chí gây tổn thương gan lách trong trường hợp xác định vị trí không tốt
- Làm tổn thương các mạch máu lớn: động mạch chủ, động mạch liên sườn, tràn khí dưới da,
- Do hiện tượng tái tuần hoàn trở về khi tháo dịch màng phổi quá nhanh gây phù phổi cấp
- Nhiễm trùng tại vị trí dẫn lưu, viêm mủ màng phổi
- Tắc ống dẫn lưu do cục máu đông hoặc vị trí đầu ống dẫn lưu không đúng

VI. RÚT DẪN LƯU

1) Lựa chọn thời điểm rút dẫn lưu

Nếu dẫn lưu khí: sau kẹp dẫn lưu 12-24h chụp lại XQ phổi không có tràn khí.

Nếu dẫn lưu dịch màng phổi: khi dịch màng phổi còn ra <200ml/24h , tình trạng Người bệnh cải thiện, chụp XQ phổi nở hoàn toàn

Trong trường hợp tràn máu màng phổi hoặc dày dính màng phổi. nếu sau dẫn lưu màng phổi mà tình trạng không cải thiện có thể đặt ra phải mở màng phổi rộng để bóc tách màng phổi

2) Kỹ thuật rút dẫn lưu

Rút dẫn lưu vào thời điểm khi Người bệnh hít vào tối đa tại thời điểm cuối thì hít vào và bắt đầu thở ra. Điều này tránh gây đau cho Người bệnh và tránh tràn khí trở lại qua lỗ dẫn lưu

Băng kín vết thương hoặc khâu kín vết thương tùy thói quen từng người.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ TRONG CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống nội khí quản (NKQ) là một thủ thuật rất thường gặp trong xử trí cấp cứu để ngăn chặn hiện tượng giảm thông khí, giảm ô xy và bảo vệ đường thở ở những Người bệnh suy hô hấp, tuần hoàn, thần kinh.

Đặt ống NKQ khó được định nghĩa: thời gian đặt NKQ nhiều hơn 10 phút và /hoặc nhiều hơn hai lần dùng đèn soi thanh quản có hoặc không dùng các thủ thuật khác (Sellick, BURP...) và được thực hiện bởi những người có kinh nghiệm. (trường hợp giả khó khi người làm thủ thuật ít kinh nghiệm)

II. ĐÁNH GIÁ NHANH NKQ KHÓ

1. Đặc điểm giải phẫu

- Khoảng cách cằm - giáp: là khoảng cách từ bờ trên sụn giáp đến phần giữa cằm. Nếu khoảng cách này < 6 cm (3 khoát ngón tay) là đặt ống NKQ khó.
- Khoảng cách giữa 2 cung răng đo ở vị trí há miệng tối đa nếu < 3 cm là đặt ống NKQ khó.

2. Tiêu chuẩn lâm sàng theo Mallampati

Người bệnh ở tư thế ngồi, cổ ngửa thẳng, há miệng thè lưỡi, phát âm "A":

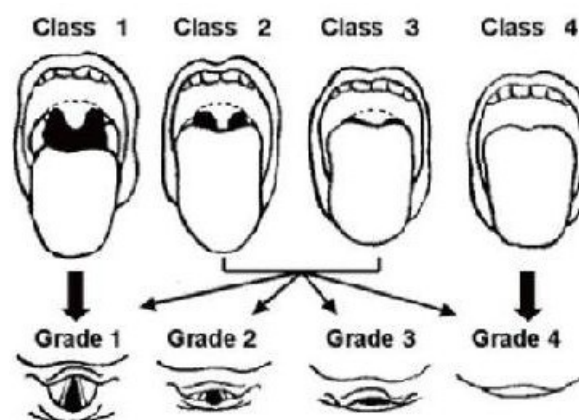
I: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, lưỡi gà, thành sau họng, trụ trước và trụ sau Amydan.

II: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm, một phần lưỡi gà và thành sau họng

III: Thấy khẩu cái cứng, khẩu cái mềm và nền của lưỡi gà

IV: Chỉ thấy khẩu cái cứng

Nếu là mức độ III, IV là đặt NKQ khó.



Hình 1: Tiêu chuẩn lâm sàng theo Mallampati

3. Hội gây mê của Mỹ đã đưa các yếu tố tiên lượng sau:

- Các khối u vùng miệng họng, u máu, máu tụ

- Nhiễm khuẩn: viêm vùng hàm dưới, áp xe quanh họng, viêm nắp thanh quản
- Bất thường cấu trúc bẩm sinh
- Dị vật
- Chấn thương vùng mặt: thanh quản, vỡ hàm trên, dưới, chấn thương cột sống cổ
- Bỏng hô hấp
- Béo phì
- Hạn chế ngửa cổ: viêm cột sống dính khớp, viêm cột sống cổ do thấp
- Thay đổi về giải phẫu răng cửa nhô, cổ ngắn, lưỡi to, hàm nhô...

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sỹ đã được huấn luyện để đặt NKQ, 2 điều dưỡng.

2. Dụng cụ

- Đèn soi thanh quản lưỡi thẳng và cong với nhiều cỡ lưỡi khác nhau
- Kẹp Magill, nòng dẫn
- Thuốc tiền mê: midazolam, propofol, fentanyl
- Ống nội khí quản các cỡ: 7.0 , 7.5, 8.0
- Oxy, bóng mask, cannulyn miệng - miệng
- Các dụng cụ khác: máy hút ống hút, găng tay, gạc, băng dính, ống nghe, máy theo dõi
- Các dụng cụ hỗ trợ đặt NKQ khó (tùy trang bị của cơ sở) có thể:
 - + Bộ đặt ống NKQ ngược dòng
 - + Bộ đặt NKQ bằng ống soi mềm
 - + Mask thanh quản
 - + Ống NKQ combitube
 - + Đèn Trachlight
 - + Bộ mở khí quản cấp cứu

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Người bệnh

- Bệnh nằm ngửa kê gối dưới cằm nếu không có CTCS cổ, nếu có CTCS cổ không kê gối hoặc chọn phương pháp đặt NKQ khác
- Mặc máy theo dõi, hút đờm, hút dịch dạ dày
- Thở ôxy 100% trước 2 - 5 phút, bóp bóng mask oxy 100% khi SpO2 < 90% hoặc Người bệnh ngừng thở.

Bước 2: Dùng an thần, giãn cơ (nếu cần)

Bước 3: Làm nghiệp pháp bảo vệ Sellick

Bước 4: Bộc lộ thanh môn

Bước 5: Luồn ống NKQ

Bước 6: Kiểm tra ống

Bước 7: Cố định ống

V. CÁC KỸ THUẬT HỖ TRỢ NKQ KHÓ

- Trợ giúp bằng tay:
 - + Chỉnh lại tư thế Người bệnh, để đầu ở tư thế Jackson kê gối dày 6 cm dưới đầu cho phép trục thanh quản và hầu miệng thẳng hàng
 - + Nghiệm pháp BURP ấn thanh quản sang phải, ra trước và lên trên
- Đặt NKQ mò đường miệng khi mở miệng hạn chế, lưỡi to, ngửa cổ hạn chế
- Đặt NKQ mò qua đường mũi dùng nòng dẫn sáng
- Đặt NKQ ngược dòng
- Đặt ống NKQ bằng ống soi mềm
- Đặt ống NKQ combitube
- Mask thanh quản
- Đặt NKQ dùng đèn Trachlight
- Mở khí quản qua da
- Mở màng nhĩ giáp

Chú ý: Người bệnh sẽ không chết vì đặt NKQ thất bại mà chết vì thông khí thất bại.

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG TRONG ĐẶT KHI NKQ

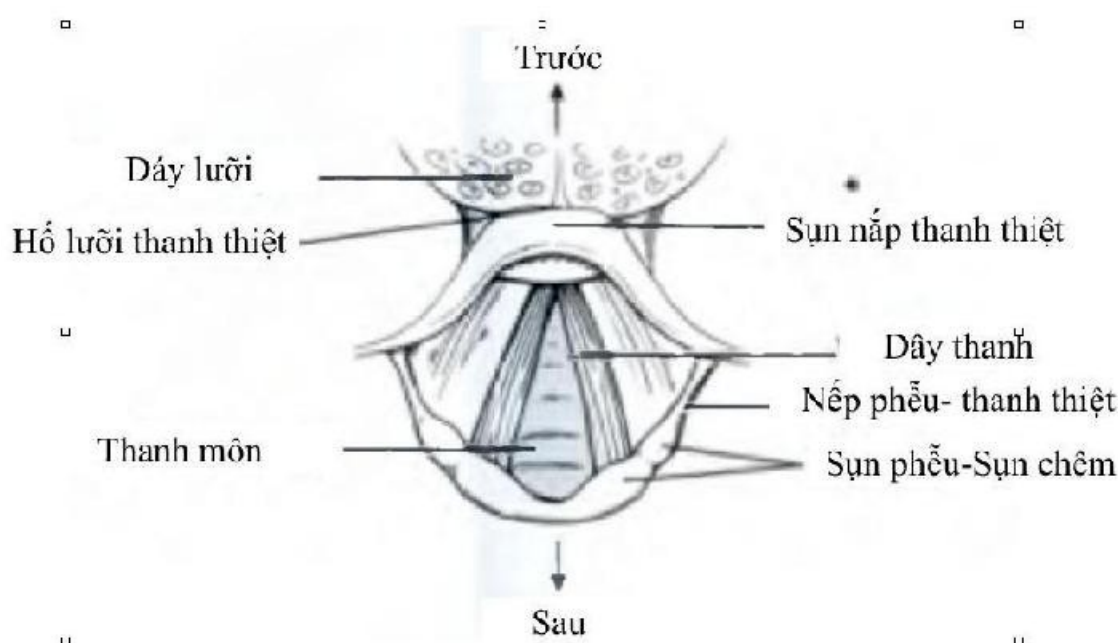
- Các chấn thương chảy máu: Môi, lưỡi, răng... rách cuốn mũi, tổn thương các xoang gây chảy máu nhiều
- Chấn thương thanh môn, dây thanh
- Chấn thương khí quản
- Làm nặng thêm chấn thương tủy sống nếu có
- Hít phải: dịch dạ dày, răng, chất tiết hầu.
- Thiếu oxy.
- Các biến chứng về tim mạch: nhịp chậm hoặc ngừng tim do phản xạ và thiếu oxy, tim nhanh thất hoặc trên thất.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Đảm bảo thông khí qua nội khí quản cho Người bệnh là vấn đề cơ bản trong hồi sức cấp cứu. Tuy nhiên trong một số tình huống, ống nội khí quản không thể đáp ứng được yêu cầu về chất lượng hoặc quá bé, quá to so với khí quản Người bệnh. Tiếp tục sử dụng ống nội khí quản này có thể làm ảnh hưởng đến chất lượng điều trị, thậm chí đe dọa tử vong cho Người bệnh. Khi đó chỉ định thay nội khí quản thường được đặt ra, tiến hành thay nội khí quản càng sớm càng tốt. Nội khí quản hiện nay chủ yếu được đặt qua kỹ thuật đường miệng, vì vậy chúng tôi xin giới thiệu về kỹ thuật thay ống nội khí quản ở Người bệnh đang có ống nội khí quản đường miệng.

HÌNH ẢNH



II. CHỈ ĐỊNH

Khi Người bệnh vẫn còn chỉ định duy trì nội khí quản kèm một trong các dấu hiệu sau:

- Ống nội khí quản bị rách bóng chèn (cuff)
- Ống nội khí quản quá bé, quá to so với khí quản Người bệnh
- Ống nội khí quản bị tắc hoàn toàn không thể cải thiện bằng hút đờm
- Chấn thương cột sống cổ: Có thể phải đặt đường mũi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Lâm sàng không còn chỉ định nội khí quản
- Chấn thương vùng hàm mặt, khoang miệng không thể tiếp cận được đường thở

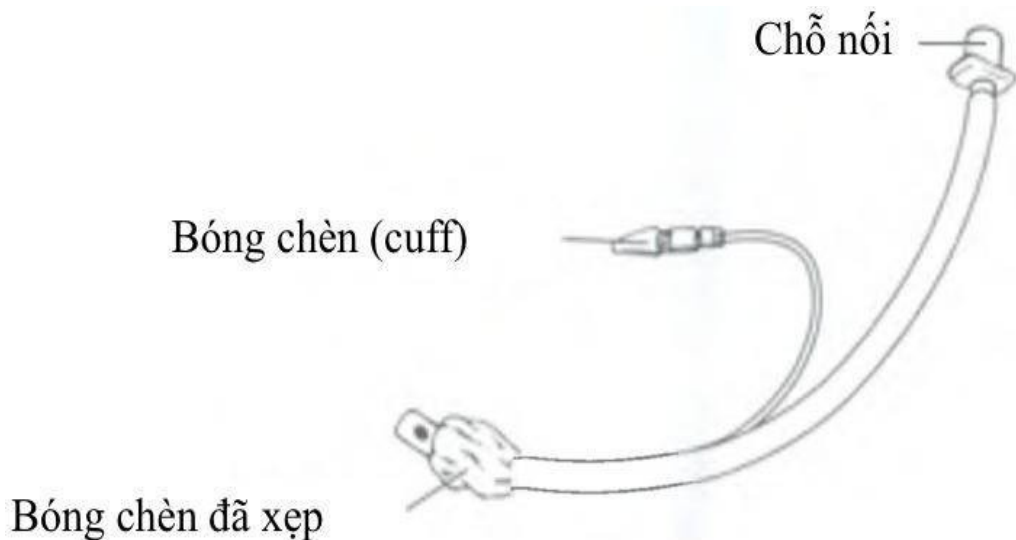
IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Được giải thích về thủ thuật thay nội khí quản
- Nhịn ăn trước 6 giờ nếu có chuẩn bị
- Nằm ngửa
- Được hút sạch đờm dãi ở đường thở và miệng họng

2. Dụng cụ

- Oxy
- Bóng Ambu mask có túi
- Ống hút, máy hút
- Đèn đặt nội khí quản hai cỡ đèn khác nhau dài và trung bình
- Ống nội khí quản 3 cỡ khác nhau: 1 ống cỡ hiện tại, 1 ống có đường kính nhỏ hơn và 1 ống có đường kính lớn hơn 0,5 cm



- Guide có thể uốn
- Syringe 10 ml bơm cuff
- Kìm Magil
- Gel vô trùng hoặc gel xylocain 2%
- Dụng cụ cố định nội khí quản: băng dính, dây
- Monitor theo dõi nhịp thở, nhịp tim, huyết áp

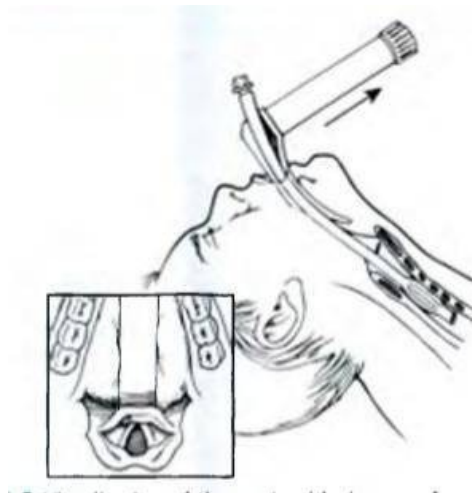
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Xác nhận lần cuối cùng tất cả dụng cụ đã sẵn sàng
2. Bóp bóng qua NKQ cũ với oxy > 10 lít/phút, đạt SpO₂ 100%
3. Hút miệng họng
4. Thay ống hút riêng, để hút đờm dãi và chất tiết qua nội khí quản
5. Tháo cuff nội khí quản cũ nếu cuff còn căng

6. Rút nội khí quản cũ: giữ nguyên xông hút trong lòng nội khí quản và cùng kéo cả ống nội khí quản, dừng lại ở hầu họng để hút dịch còn đọng trên khoang miệng trong một vài lần hút.
7. Làm nghiệm pháp Sellick, hoặc nghiệp pháp BURP (Backward, Upward, Rightward Pressure: ấn sụn nhĩ về phía sau, lên trên và sang bên phải).



8. Đặt nội khí quản mới



9. Bơm cuff
10. Cố định nội khí quản vị trí đầu dưới nội khí quản cách carina phù hợp là 4cm (với nam vị trí khoảng 22 cm cung răng trước, với nữ khoảng 21 cm cung răng trước).
11. Kiểm tra vị trí nội khí quản
 - Sau khi đặt ống Người bệnh không còn khò khè nữa
 - Ống nội khí quản bị mờ đi vì hơi thở của Người bệnh
 - Nghe vị trí dạ dày không thấy tiếng lọc xọc
 - Nghe 2 bên phổi thông khí đều
12. Chụp X.quang phổi thẳng sau cố định nội khí quản: vị trí đầu dưới của nội khí quản cách carina 4 cm

V. BIẾN CHỨNG VÀ TAI BIẾN

1. Không thấy dây thanh: Cần ngửa cổ tối đa và hút sạch đờm dãi
2. Đặt nội khí quản vào dạ dày: Cần kiểm tra kỹ để đặt lại nội khí quản, bỏ sót biến chứng này Người bệnh có thể tử vong.
3. Đặt nội khí quản quá sâu: Thường bên phải vì giải phẫu của khí quản bên phải, cần rút bớt ra 1-2 cm qua kiểm tra lâm sàng, sau đó kiểm tra bằng X.quang thẳng.
4. Viêm phổi do hít phải: Cần hút sạch dạ dày và đờm dãi, làm nghiệm pháp Sellick, Burp để hạn chế hít phải
5. Gãy răng: Với các Người bệnh răng vầu, răng đái tháo đường rất dễ gãy... khi đặt nội khí quản tránh tì đèn vào hàm dưới. Nếu phát hiện gãy răng cần lấy răng ra ngoài tránh đẩy vào đường thở.
6. Tràn khí màng phổi: Có thể gặp đặc biệt ở các Người bệnh COPD, cần bóp bóng vừa phải để tránh biến chứng này.
7. Tụt huyết áp: Dùng thuốc an thần, tăng áp lực dương trong đường thở khi đặt nội khí quản có thể gây tụt huyết áp, cần truyền dịch bổ sung.

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 hàm 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

II. 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 V_t 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

III. 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:

1. Giảm oxy hóa máu mức độ nhẹ / trung bình
 $PaO_2 < 60\text{mmHg}$, $SaO_2 < 90\%$ (thở oxy phòng).
2. Tăng công hô hấp
3. Tăng công cơ tim
4. Tăng áp động mạch phổi

IV. 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.

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện thủ thuật : Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Oxy gọng kính
- Bình làm ẩm nối với hệ thống oxy trung tâm

3. Người bệnh

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

- Đảm bảo đường thở thông thoáng

4. Hồ sơ bệnh án

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bật oxy nguồn xem có hoạt động không.
- Kiểm tra bình làm ẩm 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.

VII. THEO DÕI

1. 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.....
2. Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy.
3. Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

VIII. BIẾN CHỨNG

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

1. Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở Người bệnh COPD
2. Khô niêm mạc đường thở
3. 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

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

- Lưu lượng oxy thông thường 6 – 10 l/phút
- FiO₂ đạt được 50% - 70%



Hình 1. Mặt nạ hít lại một phần



Hình 2. Mặt nạ không hít lại

2. 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 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

5. Giảm oxy hóa máu: PaO₂<60mmHg, SaO₂<90% (thở oxy phòng).
6. Tăng công hô hấp
7. Tăng công cơ tim
8. Tăng áp động mạch phổi

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Không có chống chỉ định tuyệt đối.
2. 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 ẩm 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

5. Hồ sơ bệnh án

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn mặt nạ phù hợp với Người bệnh
2. Bật oxy nguồn xem có hoạt động không
3. Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước
4. Điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp với từng Người bệnh (đảm bảo oxy hóa máu), thường đặt 6 – 10 lít/phút.
5. Điều chỉnh lưu lượng oxy sao cho túi không bị xẹp khi Người bệnh hít vào
6. Điều chỉnh mặt nạ đảm bảo khít với mũi, miệng Người bệnh.

VII. THEO DÕI

1. Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu
2. Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh
3. Khí máu: các chỉ số PaO₂, SaO₂, Pa CO₂.....
4. Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy, đảm bảo sự dễ chịu của Người bệnh với mặt nạ.
5. Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

VI. BIẾN CHỨNG

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

1. Viêm phổi do sặc: khi Người bệnh nôn có thể hít phải chất nôn gây viêm phổi.
2. Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở Người bệnh COPD
3. 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).
4. Khô niêm mạc đường thở
5. Ngộ độc ôxy.
6. Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT CANUYN MỞ KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở khí quản (MKQ) là một thủ thuật mở một đường thở qua khí quản, thay vì không khí từ ngoài phổi qua đường hô hấp trên vào phổi thì không khí vào phổi qua lỗ mở khí quản. Mục đích thường là khai thông đường thở, làm giảm khoảng chết giải phẫu, tạo điều kiện chăm sóc dễ dàng, tăng hiệu quả hút đờm và chỉ định trong các trường hợp cần thở máy dài ngày.

Một số Người bệnh có thể phải mang canuyn MKQ thời gian dài sau khi ra viện, tuy nhiên đa phần Người bệnh MKQ được rút canuyn MKQ khi hết chỉ định, phản xạ ho tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ho khạc tốt.
- Người bệnh tự thở tốt, không còn suy hô hấp, không có dấu hiệu nhiễm trùng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Các biến chứng gây khó thở thanh quản: sùi, sập sụn khí quản, gây hẹp thanh khí quản, liệt dây thanh, phù nề thanh quản gây mở hẹp đóng không kín thanh quản

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ chuyên ngành hồi sức, chống độc: ra chỉ định, thực hiện kỹ thuật và theo dõi phát hiện và xử trí biến chứng. Một số biến chứng cần thêm 1 bác sỹ chuyên ngành hồi sức, chống độc phụ giúp xử trí.
- 01 – 2 điều dưỡng phụ giúp bác sỹ.

2. Phương tiện

- Dụng cụ đặt nội khí quản và bộ mở khí quản, máy hút, hệ thống thở ôxy, máy theo dõi SpO₂, nhịp tim, huyết áp (monitor), xe dụng cụ cấp cứu
- Bộ dụng cụ thay băng
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân

3. Người bệnh

- Giải thích lý do và quy trình tiến hành cho người nhà Người bệnh hoặc trực tiếp cho Người bệnh nếu Người bệnh còn tỉnh táo
- Đặt đường truyền tĩnh mạch
- Hút sạch đờm trong họng, miệng, mũi
- Hút đờm trong khí quản – phế quản
- Tháo bóng ống canuyn MKQ, tháo dây buộc cố định.

2. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép hồ sơ lý do và chỉ định rút canuyn MKQ
- Ghi chép đầy đủ trong hồ sơ quá trình tiến hành rút canuyn MKQ, theo dõi và biến chứng-xử trí nếu có

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra: hồ sơ, Người bệnh và các xét nghiệm.

Chỉ tiến hành khi đã chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và Người bệnh đồng ý

2. Thực hiện kỹ thuật

- Vệ sinh, sát trùng da quanh lỗ mở khí quản.
- Rút ống canuyn MKQ.
- Băng gạc mỏng trên lỗ MKQ.
- Quan sát Người bệnh: sắc mặt, nhịp tim, nhịp thở (trên máy theo dõi), tiếng rít thanh quản.

VI. THEO DÕI

- Cho bệnh thở oxy qua mũi hoặc qua mặt nạ mặt
- Theo dõi:
 - + Mạch, huyết áp, nhịp thở, ý thức, SpO₂ 15 phút/ lần trong 2 giờ đầu
 - + Sau đó theo dõi 2-3 giờ/lần trong 24 giờ
- Khí dung nếu có chỉ định

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Khó thở thanh quản có thể xảy ra ngay sau khi rút ống do phù nề thanh quản và thanh môn.
 - + Xử trí: . Khí dung Adrenalin,
. Nếu không kết quả: đặt nội khí quản hoặc mở khí quản lại
- Nói không rõ và nói khó do rò khí ở lỗ mở khí quản.
- Vết mở khí quản lâu liền hoặc sẹo liền xấu.
- Khó thở do hẹp khí quản.
- Hẹp hoặc polyp khí-phế quản: soi khí-phế quản điều trị

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đặt nội khí quản (NKQ) cho tới nay đây vẫn còn là một phương pháp kiểm soát đường thở tốt nhất và hiệu quả nhất. Tuy nhiên, rút nội khí quản khi Người bệnh đã hồi phục có thể có những biến chứng nguy hiểm tính mạng như co thắt thanh quản, vì vậy cần có quy trình kỹ thuật và theo dõi chặt chẽ.
- Các yếu tố nguy cơ chính làm tăng tỷ lệ co thắt thanh quản sau rút NKQ: Người bệnh không tỉnh, đặt NKQ dài ngày.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ho khạc tốt.
- Người bệnh tự thở tốt, không còn suy hô hấp, không sốt.
- Người bệnh ngộ độc thuốc ngủ: tỉnh, Glasgow ≥ 13 điểm
- Người bệnh liệt cơ do rần cần: nâng được cổ khỏi mặt giường mà không cần gồng người, chống tay.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Suy dinh dưỡng hạ albumin máu, phù thành ngực
- Nhiễm khuẩn nặng, đặc biệt viêm phổi bệnh viện (dù chưa suy hô hấp)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 1 bác sỹ chuyên ngành hồi sức, chống độc: ra chỉ định, thực hiện kỹ thuật và theo dõi phát hiện và xử trí biến chứng
- 1 – 2 điều dưỡng phụ giúp bác sỹ.

2. Phương tiện

- Dụng cụ: như đặt nội khí quản và thêm bộ mở khí quản, ống nội khí quản với cỡ nhỏ hơn ống cũ.
- Bộ dụng cụ thay băng
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ, máy theo dõi
- Thuốc:
 - + Methylprednisolon 40 mg.
 - + Atropin.

3. Người bệnh

- Giải thích lý do và quy trình tiến hành cho người nhà Người bệnh hoặc trực tiếp cho Người bệnh nếu Người bệnh còn tỉnh táo
- Đặt đường truyền tĩnh mạch
- Hút sạch đờm trong họng, miệng, mũi
- Hút đờm trong khí quản – phế quản
- Tháo bóng ống nội khí quản, tháo dây và băng dính cố định.

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép chỉ định rút nội khí quản
- Ghi chép đầy đủ quá trình tiến hành rút nội khí quản, theo dõi và biến chứng và xử trí nếu có

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Kiểm tra: hồ sơ, Người bệnh và các xét nghiệm.

- Chỉ tiến hành khi đã chuẩn bị đầy đủ dụng cụ và giải thích cho Người bệnh

2. Thực hiện kỹ thuật

- Thuốc:

+ Methylprednisolon 40 mg tiêm TM 1 giờ trước khi rút ống.

+ Atropin 0,5- 1mg tdd hoặc TM 10 phút trước khi rút ống.

Cân nhắc: bổ sung calci ở các Người bệnh hạ calci máu, Người bệnh > 40 tuổi, ốm lâu: Calci clorua 0,5g (hoặc Calci gluconat) 1 ống tiêm TM chậm.

- Vỗ rung, hút đờm sạch
- Cho Người bệnh nghỉ 10 phút trước khi rút ống
- Luồn sâu xông hút đờm vào qua nội khí quản, đảm bảo đầu xông hút đi sau đầu ống nội khí quản.
- Bật máy hút và từ từ rút ống nội khí quản ra cùng xông hút.
- Quan sát Người bệnh: sắc mặt, nhịp tim, nhịp thở (trên máy theo dõi), tiếng rít thanh quản.
- Hút sạch đờm mũi miệng sau khi đã rút ống.

VI. THEO DÕI

- Cho bệnh thở oxy qua mũi hoặc qua mặt nạ mặt
- Theo dõi:
 - + Mạch, huyết áp, nhịp thở, ý thức, SpO₂ 15 phút/ lần trong 2 giờ đầu
 - + Sau đó theo dõi 2-3 giờ/lần trong 24 giờ
- Khí dung nếu có chỉ định: hydrocortisol, adrenalin

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Co thắt thanh quản :

- + Khó thở thanh quản và tím ngay sau rút ống.
- + Xử trí: . Khí dung Adrenalin,
- . Nếu không kết quả: đặt nội khí quản hoặc mở khí quản cấp cứu
- Phù nề thanh quản :
 - + Khó thở thanh quản xuất hiện từ từ, nhiều phút hoặc nhiều giờ sau.
- + Xử trí: . Khí dung Adrenalin + hydrocortisone.
 - . Nếu không kết quả: đặt nội khí quản hoặc mở khí quản
- Hẹp hoặc polyp khí-phế quản: soi khí-phế quản điều trị

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì khai thông đường dẫn khí, hạn chế nhiễm trùng đường hô hấp
- Đảm bảo đúng vị trí cố định của ống nội khí quản (NKQ)

II. CHỈ ĐỊNH

- Áp dụng cho tất cả Người bệnh có ống NKQ
- Thời gian thực hiện: buổi sáng, khi băng bản hoặc có dấu hiệu lỏng vị trí cố định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 điều dưỡng: 01 điều dưỡng phụ giúp, 01 điều dưỡng thực hiện
- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

2. Dụng cụ

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	100
7	Glycerin bonat	lọ	01
8	Khăn bông hoặc khăn giấy	cái	01
9	Bộ dụng cụ hút đờm	bộ	01
10	Dụng cụ, máy theo dõi (nếu cần)	bộ	01
11	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh (nếu Người bệnh tỉnh)
- Người bệnh được hút đờm sạch trước khi tiến hành
- Đặt Người bệnh ở tư thế thích hợp : ngửa thẳng, đầu cao 30 độ.

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát kê.
2. Đi găng sạch
3. Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp
4. Kiểm tra áp lực cuff ống NKQ, nếu áp lực cuff từ 20 mmHg - 25 mmHg (24-30 cm H₂O) là bình thường, trường hợp cuff xẹp cần bơm thêm.
5. Cắt dây buộc cố định cũ
6. Tháo bỏ băng cũ

7. Đánh giá vị trí của ống NKQ, bình thường mức cố định từ cung răng nam từ 21- 23 cm, nữ từ 22cm - 24 cm cung răng
8. Vệ sinh quanh ống NKQ, bằng nước muối sinh lý 0,9%, vệ sinh miệng, mũi, vết băng dính
9. Đưa ống NKQ sang bên đối diện, vệ sinh răng miệng bên còn lại.
10. Cố định ống nội khí quản đúng vị trí đánh dấu bằng băng dính.
11. Tháo bỏ găng bẩn
12. Đặt Người bệnh về tư thế thoải mái
13. Thu dọn dụng cụ
14. Rửa tay
15. Ghi bảng theo dõi điều dưỡng: tình trạng ống NKQ, mức đánh dấu từ cung răng ở mức bao nhiêu nhiều cm, thời gian thực hiện, người thực hiện.

VI. THEO DÕI

-Theo dõi áp lực cuff thường xuyên: áp lực cuff từ 20 - 25 mmHg(24-30 cm H₂O) là bình thường, trường hợp cuff xẹp cần bơm thêm

-Theo dõi vị trí cố định ống NKQ, độ sâu của ống, băng dính lỏng hay chặt, cần để thay lại băng ngay.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tuột ống NKQ: do áp lực cuff xẹp, dây buộc cố định lỏng, Người bệnh dựa dựa nhiều.

+ Theo dõi áp lực cuff thường xuyên

+ Cố định lại nếu dây cố định bị lỏng hoặc ống NKQ không đúng vị trí

2. Ống nội khí quản vào sâu quá gây xẹp phổi cho Người bệnh:

+ Cố định lại ống NKQ đúng vị trí

+ Báo bác sĩ cho Người bệnh chụp XQ phổi để đánh giá.

3. Người bệnh giãy dụa, co giật hoặc lấy tay giật ống ra ngoài: báo bác sĩ, không tự tiện đẩy ống vào. Bóp bóng ambu với oxy 100% trong khi chờ đợi đặt ống lại.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CANUYN MỎ KHÍ QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

Duy trì đường dẫn khí, hạn chế nhiễm trùng đường hô hấp, nhiễm khuẩn vết mổ, duy trì canuyn mỏ khí quản (MKQ) đúng vị trí.

II. CHỈ ĐỊNH

- Áp dụng cho tất cả Người bệnh có canuyn MKQ
- Thời gian thực hiện: buổi sáng hoặc khi băng thấm dịch, máu .

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 điều dưỡng: 01 điều dưỡng phụ giúp, 01 điều dưỡng thực hiện
- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

2. Phương tiện

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	100
7	Khăn bông hoặc khăn giấy	cái	01
8	Bộ dụng cụ hút đờm	bộ	01
9	Dụng cụ, máy theo dõi (nếu cần)	bộ	01
10	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho Người bệnh (nếu Người bệnh tỉnh), cố định 2 tay Người bệnh vào thành giường khi chăm sóc.

- Người bệnh được hút đờm sạch trước khi tiến hành
- Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa

4. Phiếu theo dõi Người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát kê.
2. Đi găng sạch
3. Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp
4. Kiểm tra áp lực cuff, nếu áp lực cuff xẹp cần bơm thêm cuff (áp lực

cuff trung bình từ 20 đến 25 mm Hg)

5. Cắt dây buộc cố định cũ
6. Tháo bỏ băng cũ
7. Đánh giá vết mổ khí quản, vị trí của canuyn MKQ (nếu vết mổ nhiễm khuẩn cần báo bác sĩ thay canuyn MKQ mới)
8. Đi găng vô khuẩn
9. Vệ sinh chân canuyn bằng oxy già nếu vết MKQ nhiễm khuẩn, sau đó rửa bằng nước muối sinh lý (vệ sinh bán kính 5 cm, từ trong ra ngoài), thấm khô.
10. Sát trùng vết mổ canuyn MKQ, bằng PVP iodine 10% bán kính 5cm, sát trùng 1 vòng quanh chân canuyn)
11. Sát trùng tại canuyn MKQ
12. Cắt gạc hình chữ Y, đặt gạc vào chân canuyn MKQ, buộc dây cố định.
13. Tháo bỏ găng bẩn
14. Đặt Người bệnh về tư thế thoải mái
14. Thu dọn dụng cụ
15. Rửa tay
16. Ghi bảng theo dõi điều dưỡng: tình trạng vết MKQ, thời gian thực hiện, người thực hiện.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi chân canuyn MKQ có thấm dịch , máu nhiều thì cần thay băng ngay.
- Theo dõi đánh giá vết mổ khí quản mức độ sạch, thấm dịch, nhiễm khuẩn.
- Theo dõi áp lực cuff thường xuyên.
- Theo dõi vị trí cố định canuyn: dây buộc lỏng, chặt.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tuột Canuyn MKQ: do cuff xẹp, dây buộc cố định lỏng, Người bệnh dẩy dựa nhiều.
 - + Theo dõi áp lực cuff thường xuyên
 - + Cố định lại nếu dây cố định bị lỏng
 - + Thay canuyn MKQ mới
- Nhiễm khuẩn vết mổ khí quản: sát trùng vết mổ khí quản bằng Betadine 10% (loại xanh), thay băng nhiều lần trong ngày khi vết mổ khí quản thấm dịch, máu:
 - + Báo bác sĩ cho kháng sinh, thay canuyn MKQ mới .
 - + Áp dụng quy trình thay băng đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn cho Người bệnh
- Người bệnh đột nhiên lấy tay giật canuyn : báo bác sĩ kiểm tra đặt lại không tự ý luồn canuyn vào lỗ mổ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CANUYN MAYO (Một lần)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đặt canuyn Mayo là một thủ thuật phòng cho Người bệnh hôn mê có nguy cơ tụt lưỡi chèn vào đường thở gây ngừng thở, Người bệnh cắn lưỡi.
- Đề phòng Người bệnh cắn ống nội khí quản

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh rối loạn ý thức, Người bệnh hôn mê, Người bệnh co giật.
- Người bệnh có đặt nội khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị chấn thương khoang miệng, xương hàm dưới hoặc phần hợp sọ thuộc xương hàm trên

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 điều dưỡng

2. Phương tiện

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	gói	01
5	Đề lưỡi	cái	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	100
7	Canuyn mayo	cái	01
8	Khăn bông hoặc khăn giấy	cái	01
9	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

3. Người bệnh

- Người bệnh tỉnh: giải thích, động viên để Người bệnh yên tâm hợp tác
- Người bệnh hôn mê: giải thích cho người nhà Người bệnh, hỏi Người bệnh có răng giả thì tháo ra

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang
2. Tư thế Người bệnh: để Người bệnh nằm mặt quay về phía điều dưỡng.
3. Quấn khăn quanh cổ Người bệnh
4. Vệ sinh sạch miệng Người bệnh

5. Người bệnh tỉnh: bảo Người bệnh há miệng, đưa canuyn vào trên lưỡi mở miệng Người bệnh. Khi đầu canuyn chạm hàm ếch theo xoay trở lại 180 độ làm cho bề cong của canuyn xếp theo khoang miệng
6. Người bệnh hôn mê: dùng đè lưỡi để ấn lưỡi, canuyn được trượt trên lưỡi theo độ cong của vòm miệng
7. Cố định canuyn Mayo bằng băng dính hoặc dải băng
8. Để Người bệnh về tư thế thích hợp, lau sạch miệng Người bệnh
9. Thu dọn dụng cụ
10. Rửa tay
11. Ghi phiếu chăm sóc

VI. THEO DÕI

- Chảy máu, gãy răng
- Tuột canuyn
- Loét họng miệng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Đưa nhẹ nhàng tránh gây tổn thương vùng miệng cho Người bệnh, đưa canuyn Mayo đúng vị trí.
- Chăm sóc hàng ngày tránh ứ đọng, nhiễm khuẩn, loét họng miệng
- Rút canuyn sớm nhất có thể.

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, trụy 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

02 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...

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay bằng dung dịch savondoux, đeo khẩu trang.
2. Thông báo, giải thích, động viên Người bệnh cùng hợp tác
3. Đặt Người bệnh ở tư thế thích hợp, tiến hành vỗ trước, rung sau.

3.1. 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 rãi 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.

3.2. 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 cơ 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.

4. Sau khi thực hiện song kỹ thuật giúp Người bệnh trở về tư thế thoải mái.
5. Điều dưỡng thu dọn dụng cụ. tháo găng (nếu đi găng), rửa tay bằng dung dịch savondoux dưới vòi nước.
6. 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

1. Suy hô hấp: spo2 tụt, sắc mặt tím tái, thở nhanh hoặc chậm...→ Ngừng vỗ rung, cho Người bệnh về tư thế thích hợp, tăng oxy và hút đờm (nếu cần).
2. 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 THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP VỚI HAI MỨC ÁP LỰC DƯƠNG (BiPAP)

I. ĐỊNH NGHĨA/ĐẠI CƯƠNG

BiPAP (Bi-level Positive Airway Pressure ventilaton - BiPAP) là phương thức thông khí hỗ trợ 2 mức áp lực dương. Có thể thông khí xâm nhập hoặc không xâm nhập.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sau phẫu thuật tim phổi
- Sau gây mê phẫu thuật
- Mức độ nhẹ của đợt cấp COPD, tổn thương phổi cấp, phù phổi cấp
- Suy hô hấp cấp tiến triển mức độ nhẹ và trung bình
- Suy tim
- Hội chứng ngừng thở khi ngủ
- Sau rút nội khí quản có phù nề và hẹp nhẹ thanh quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ngừng thở , ngừng tim
- Hôn mê < 10 điểm, chảy máu tiêu hóa trên nặng,
- huyết áp không ổn định và rối loạn nhịp tim .
- Biến dạng, phẫu thuật hoặc chấn thương đầu, hàm mặt.
- Tắc nghẽn đường thở: dị vật, đờm
- Người bệnh không hợp tác với thở không xâm nhập
- Không có khả năng bảo vệ đường thở, ho khạc kém.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 Bác sỹ và 01 điều dưỡng chuyên khoa Hồi sức cấp cứu hoặc đã được đào tạo về thở máy.

2. Phương tiện

2.1. Vật tư tiêu hao

- | | |
|--|------------------------------------|
| - Oxy thở máy (ngày chạy 24 giờ) | - Mũ phẫu thuật: 03 chiếc |
| - Filter lọc khuẩn ở dây máy thở: 01 cái | - MDI adapter: 01 chiếc |
| - Dây truyền huyết thanh: 01 cái | - Bộ dây máy thở: 01 bộ |
| - Găng tay vô khuẩn: 03 đôi | - Khí nén (ngày chạy 24 giờ) |
| - Găng tay sạch: 05 đôi | - Bộ làm ẩm nhiệt: 01 chiếc |
| - Gạc tiểu phẫu N2: 05 túi | - Filter lọc bụi máy thở: 01 chiếc |
| - Khẩu trang phẫu thuật: 03 chiếc | - Xà phòng Savondoux rửa tay |
| -Mặt nạ mũi miệng hoặc mặt nạ mũi | |

2.2. Dụng cụ cấp cứu: 01 bộ mở màng phổi dẫn lưu khí và máy hút áp lực âm

liên tục

2.3. Các chi phí khác

- Tiêu hao điện, nước
- Phí hấp, rửa dụng cụ
- Xử trí rác thải y tế và rác thải sinh hoạt

3. Người bệnh

3.1. Giải thích cho Người bệnh (nếu người bệnh còn tỉnh táo) và gia đình/người đại diện hợp pháp của người bệnh về sự cần thiết và các nguy cơ của thở máy. Người bệnh/đại diện của Người bệnh ký cam kết thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tư thế Người bệnh: người bệnh nằm đầu cao 30 độ (nếu không có tụt huyết áp), nằm đầu bằng nếu tụt huyết áp

3.3. Thở máy tại giường bệnh

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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật

2. Kiểm tra người bệnh: các chức năng sống, xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Đặt các thông số máy thở ban đầu:

- FiO_2 100% sau đó giảm dần để duy trì $\text{FiO}_2 \geq 92\%$
- IPAP 8-12 cmH₂O
- EPAP 0-5 cmH₂O
- Áp lực hỗ trợ (PS) = IPAP-EPAP
- Áp lực chênh lệch giữa IPAP và EPAP nên duy trì khoảng 5cmH₂O, BiPAP thường bắt đầu IPAP/EPAP là 8/3 hoặc 10/5 cmH₂O.

3.2. Đặt các mức giới hạn báo động

Đặt các giới hạn báo động, mức đặt tùy theo tình trạng bệnh lý cụ thể của mỗi Người bệnh.

3.3. Tiến hành cho Người bệnh thở máy

Giải thích cho Người bệnh hiểu và hợp tác, sau đó úp mặt nạ mũi hoặc miệng-mũi cho người bệnh, tay Người thực hiện giữ mặt nạ sao cho vừa khít, kiểm tra hướng dẫn Người bệnh thở theo máy, khi Người bệnh thở theo máy, hợp tác tốt thì mới dùng dây cố định

3.4. Điều chỉnh thông số máy thở:

3.4.1 PaO₂ giảm

- Tăng FiO₂ mỗi 10% để đạt SpO₂ > 92%.
- Tăng IPAP và EPAP mỗi lần 2cmH₂O, có thể tăng IPAP đến 20cmH₂O và EPAP tăng đến 10-12cmH₂O.

3.4.2 PaO₂ tăng: Giảm FiO₂ mỗi 10% để đạt SpO₂ > 92%

3.4.3 PaCO₂ tăng (pH <7,3): Tăng IPAP và EPAP mỗi lần 2cmH₂O, có thể tăng IPAP đến 20cmH₂O và EPAP tăng đến 10-12cmH₂O.

3.4.4 PaCO₂ giảm (pH >7,45): Giảm IPAP và EPAP mỗi lần 2cmH₂O.

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, điện tim (trên máy theo dõi), SpO₂: thường xuyên.
- Xét nghiệm khí trong máu: làm định kỳ (12 - 24 giờ/lần) tùy theo tình trạng Người bệnh, làm cấp cứu khi có diễn biến bất thường.
- Hoạt động của máy thở, các áp lực đường thở, báo động.
- X quang phổi: chụp 1- 2 ngày/lần, chụp cấp cứu khi có diễn biến bất thường.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tụt huyết áp

Xử trí: truyền dịch, dùng vận mạch nếu cần.

2. Chấn thương áp lực (tràn khí màng phổi):

Xử trí: đặt dẫn lưu màng phổi cấp cứu, hút dẫn lưu liên tục.

3. Tồn thương phổi do thở máy: cai thở máy sớm

4. Nhiễm khuẩn liên quan thở máy: tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn bệnh viện. Điều trị kháng sinh sớm và theo nguyên tắc xuống thang khi xuất có nhiễm khuẩn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG KHÍ KHÔNG XÂM NHẬP VỚI ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP)

I. ĐỊNH NGHĨA/ĐẠI CƯƠNG

- CPAP (continuous positive airway pressure - CAP) là phương thức thở tự nhiên duy trì 1 áp lực đường thở dương liên tục ở cả thì hít vào và thở ra.
- Trong thở CPAP tần số thở, thời gian thở vào, thở ra do Người bệnh quyết định

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có
 - + Khó thở trung bình đến nặng, có sử dụng cơ hô hấp phụ và có di động bụng nghịch thường.
 - + Toan hô hấp vừa đến nặng ($\text{pH} < 7,3-7,35$) và ưu thán (tăng PaCO_2 45-60 mmHg).
 - + Thở > 25 lần/phút.
- Hội chứng ngừng thở khi ngủ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn ý thức không hợp tác
- Ngừng thở, liệt cơ hô hấp
- Hôn mê < 10 điểm, chảy máu tiêu hóa trên nặng,
- Huyết áp không ổn định và rối loạn nhịp tim không ổn định.
- Biến dạng, phẫu thuật hoặc chấn thương đầu, hàm mặt.
- Tắc nghẽn đường thở: dị vật, đờm
- Không hợp tác với thở không xâm nhập,
- Không có khả năng bảo vệ đường thở; ho khạc kém.
- Nhịp thở > 40 lần/phút

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 Bác sỹ và 01 điều dưỡng chuyên khoa Hồi sức cấp cứu hoặc đã được đào tạo về thở máy.

2. Phương tiện

2.1. Vật tư tiêu hao

- | | |
|--|------------------------------------|
| - Oxy thở máy (ngày chạy 24 giờ) | - Mũ phẫu thuật: 03 chiếc |
| - Filter lọc khuẩn ở dây máy thở: 01 cái | - MDI adapter: 01 chiếc |
| - Dây truyền huyết thanh: 01 cái | - Bộ dây máy thở: 01 bộ |
| - Găng tay vô khuẩn: 03 đôi | - Khí nén (ngày chạy 24 giờ) |
| - Găng tay sạch: 05 đôi | - Bộ làm ẩm nhiệt: 01 chiếc |
| - Gạc tiểu phẫu N2: 05 túi | - Filter lọc bụi máy thở: 01 chiếc |
| - Khẩu trang phẫu thuật: 03 chiếc | - Xà phòng Savondoux rửa tay |
| - Mặt nạ mũi miệng hoặc mặt nạ mũi | |

2.2. Dụng cụ cấp cứu

01 bộ mở màng phổi dẫn lưu khí

2.3. Các chi phí khác

- Tiêu hao điện, nước
- Phí hấp, rửa dụng cụ
- Xử trí rác thải y tế và rác thải sinh hoạt

3. Người bệnh

3.1. Giải thích cho Người bệnh (nếu Người bệnh còn tỉnh táo) và gia đình/người đại diện hợp pháp của Người bệnh về sự cần thiết và các nguy cơ của thở máy. Người bệnh/đại diện của Người bệnh ký cam kết thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tư thế Người bệnh: Người bệnh nằm đầu cao 30 – 45 độ (nếu không có tụt huyết áp), nằm đầu bằng nếu tụt huyết áp.

3.3. Thở máy tại giường bệnh

4. Hồ sơ bệnh án:

Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh và ký cam kết đồng ý 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 giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật

2. Kiểm tra lại Người bệnh: các chức năng sống, xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Đặt các thông số máy thở ban đầu:

- FiO_2 100% sau đó giảm dần để duy trì $\text{FiO}_2 \geq 92\%$
- CPAP 5cmH₂O

3.2. Đặt các mức giới hạn báo động

Đặt các giới hạn báo động, mức đặt tùy theo tình trạng bệnh lý cụ thể của mỗi Người bệnh.

3.3. Tiến hành cho Người bệnh thở máy

3.4. Điều chỉnh thông số máy thở

- Tăng dần mức CPAP ban đầu mỗi 1cmH₂O sao cho NGƯỜI BỆNH dễ chịu nhất

- Có thể tăng mức CPAP tối đa 10cmH₂O

- Tìm CPAP tối ưu với $\text{FiO}_2 < 50\%$ mà $\text{SpO}_2 > 92\%$, huyết áp ổn định

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, điện tim (trên máy theo dõi), SpO₂: thường xuyên.
- Xét nghiệm khí trong máu: làm định kỳ (12 – 24 giờ/lần) tùy theo tình trạng Người bệnh, làm cấp cứu khi có diễn biến bất thường.
- Hoạt động của máy thở, các áp lực đường thở, báo động.
- X quang phổi: chụp 1 – 2 ngày/lần, chụp cấp cứu khi có diễn biến bất thường.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tụt huyết áp.

Xử trí: truyền dịch, dùng vận mạch nếu cần.

2. Chấn thương áp lực (tràn khí màng phổi)

Xử trí: đặt dẫn lưu màng phổi cấp cứu, hút dẫn lưu liên tục.

3. Tổn thương phổi do thở máy: cai thở máy sớm

4. Nhiễm khuẩn liên quan thở máy: tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn bệnh viện. Điều trị kháng sinh sớm và theo nguyên tắc xuống thang khi xuất có nhiễm khuẩn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG KHÍ NHÂN TẠO XÂM NHẬP ÁP LỰC DƯƠNG LIÊN TỤC (CPAP)

I. ĐỊNH NGHĨA/ĐẠI CƯƠNG

- CPAP (Continuous Positive Airway Pressure – CPAP) là phương thức thở tự nhiên duy trì 1 áp lực đường thở dương liên tục ở cả thì hít vào và thở ra.

- Trong kiểu thở CPAP tần số thở, thời gian thở vào, thở ra , thể tích lưu thông do Người bệnh quyết định

- CPAP được dùng nhiều trong suy hô hấp cấp ở trẻ em, và cả ở người lớn trong trường hợp suy hô hấp cấp mức độ nhẹ và trung bình, với ưu điểm là rất dễ dùng, ít biến chứng, giá thành rẻ nên CPAP còn được dùng để cấp cứu tại nhà, hay trên đường vận chuyển.

CPAP cũng là 1 phương thức cai thở máy, những Người bệnh khó cai thở máy, đã được cai máy bằng PSV và SIMV và giảm dần hỗ trợ nhưng chưa bỏ được máy lúc đó ta sẽ cho Người bệnh thở CPAP để giảm tiếp mức hỗ trợ cho Người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- suy hô hấp cấp mức độ nhẹ và trung bình (viêm phế quản phổi ở trẻ em, đợt cấp của COPD, hen phế quản nhẹ, phù phổi cấp huyết động...)

-Người bệnh cai thở máy bằng PSV và SIMV và đã giảm dần hỗ trợ tuy nhiên không bỏ được máy.

- Thử nghiệm CPAP còn dùng để đánh giá khả năng thôi thở máy

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn ý thức không hợp tác

- Ngừng thở, liệt cơ hô hấp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 Bác sỹ và 01 điều dưỡng chuyên khoa Hồi sức cấp cứu hoặc đã được đào tạo về thở máy.

2. Phương tiện: máy tạo CPAP hoặc van CPAP Boussignac

2.1. Vật tư tiêu hao

- Oxy thở máy (ngày chạy 24 giờ) hoặc bình oxy kèm đồng hồ nếu dùng van Boussignac khi cấp cứu ngoại viện

- Filter lọc khuẩn ở dây máy thở: 01 cái

- Dây truyền huyết thanh: 01 cái

- Găng tay vô khuẩn: 03 đôi

- Găng tay sạch: 05 đôi

- Gạc tiểu phẫu N2: 05 túi

- Khẩu trang phẫu thuật: 03 chiếc

- Mũ phẫu thuật: 03 chiếc

- MDI adapter: 01 chiếc

- Bộ dây máy thở: 01 bộ

- Khí nén (ngày chạy 24 giờ)

- Bộ làm ẩm nhiệt: 01 chiếc

- Filter lọc bụi máy thở: 01 chiếc

- Xà phòng rửa tay

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- 01 bộ mở màng phổi dẫn lưu khí

2.3. Các chi phí khác

- Tiêu hao điện, nước
- Phí hấp, rửa dụng cụ
- Xử trí rác thải y tế và rác thải sinh hoạt

3. Người bệnh:

3.1. Giải thích cho Người bệnh (nếu Người bệnh còn tỉnh táo) và gia đình/người đại diện hợp pháp của Người bệnh về sự cần thiết và các nguy cơ của thở máy. Người bệnh/đại diện của Người bệnh ký cam kết thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tư thế Người bệnh: Người bệnh nằm đầu cao 30 độ (nếu không có tụt huyết áp), nằm đầu bằng nếu tụt huyết áp

3.3. Thở máy tại giường bệnh

4. Hồ sơ bệnh án:

Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh và ký cam kết đồng ý 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 giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật

2. Kiểm tra Người bệnh: các chức năng sống, xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Đặt các thông số máy thở ban đầu

Ghi lại đầy đủ các thông số của phương thức thở máy đang được thực hiện trước khi chuyển sang phương thức thở CPAP.

- FiO_2 đặt bằng với FiO_2 thở trước đó của NGƯỜI BỆNH
- Đặt CPAP 5 ($PS = 0$ và $PEEP = 5cmH_2O$)

3.2. Tiến hành cho Người bệnh thở máy

Theo dõi SpO_2 , mạch, huyết áp, nhịp thở, vte. Làm xét nghiệm khí trong máu

3.3. Điều chỉnh thông số máy thở

3.3.1 PaO_2 giảm

- Tăng FiO_2 mỗi 10% để đạt $SpO_2 > 92\%$.
- Tăng CPAP mỗi lần $1cmH_2O$.

3.3.2 PaO_2 tăng

Giảm FiO_2 mỗi 10% để đạt $SpO_2 > 92\%$

3.3.3 $PaCO_2$ tăng ($pH < 7,3$)

Tăng CPAP mỗi lần $1cmH_2O$.

3.3.4 $PaCO_2$ giảm ($pH > 7,45$)

Giảm CPAP mỗi lần 1cmH₂O.

3.3.5 *Nhịp thở > 30 lần/phút* (loại trừ nguyên nhân tắc đờm, co thắt...) tăng CPAP mỗi lần 1cmH₂O.

3.3.6 *Nếu Người bệnh ổn định giảm CPAP* mỗi 1cmH₂O mỗi 12 giờ. Khi CPAP = 0 cmH₂O thì bỏ máy cho Người bệnh.

3.4. *Nếu Người bệnh cai máy thất bại: cần đánh giá thêm*

3.4.1 Ống NKQ

Xem xét ống NKQ có nhỏ không?, Có tắc NKQ không?

3.4.2 Khí máu

- Tránh kiềm chuyển hóa
- NGƯỜI BỆNH có tăng PaCO₂, giữ PaCO₂ trên mức giá trị nền của NGƯỜI BỆNH

3.4.3 Dinh dưỡng

- Hỗ trợ đủ năng lượng
- Tránh rối loạn điện giải
- Tránh thừa năng lượng

3.4.4 Đờm

- Hút sạch đờm
- Tránh mất nước nặng

3.4.5 Vấn đề thần kinh cơ

- Tránh sử dụng các thuốc làm yếu cơ (thuốc giãn cơ, nhóm aminoglycosid, clindamycin) ở NGƯỜI BỆNH yếu cơ
- Tránh sử dụng corticoid nếu không cần thiết.

3.4.6 Tắc nghẽn đường thở

- Loại trừ dị vật đường thở
- Sử dụng thuốc giãn phế quản nếu cần

3.4.7 Ý thức NGƯỜI BỆNH

Tránh dùng quá liều thuốc an thần

3.4.8 Cai thở máy vào buổi sáng

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, điện tim (trên máy theo dõi), SpO₂: thường xuyên.
- Xét nghiệm khí trong máu: làm định kỳ (12 – 24 giờ/lần) tùy theo tình trạng Người bệnh, làm cấp cứu khi có diễn biến bất thường.
- Hoạt động của máy thở, các áp lực đường thở, báo động.
- X quang phổi: chụp 1 – 2 ngày/lần, chụp cấp cứu khi có diễn biến bất thường.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tụt huyết áp.

Xử trí: truyền dịch, dùng vận mạch nếu cần.

2. Chấn thương áp lực (tràn khí màng phổi):

Xử trí: đặt dẫn lưu màng phổi cấp cứu, hút dẫn lưu liên tục.

3. Tổn thương phổi do thở máy: cai thở máy sớm

4. Nhiễm khuẩn liên quan thở máy: tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn bệnh viện.

Điều trị kháng sinh sớm và theo nguyên tắc xuống thang khi xuất có nhiễm khuẩn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG KHÍ NHÂN TẠO TRONG HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN (ARDS)

I. ĐỊNH NGHĨA/ĐẠI CƯƠNG

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (Acute Respiratory Distress Syndrome - ARDS) là một hội chứng thường gặp trong các khoa hồi sức cấp cứu, diễn biến nặng và tỷ lệ tử vong cao. Ban đầu thông khí nhân tạo trong ARDS sử dụng Vt cao, tuy nhiên chiến lược thông khí bảo vệ phổi (Vt thấp) ra đời đã chứng minh giảm được tỷ lệ tử vong so với thông khí nhân tạo truyền thống. Từ đó đến nay chiến lược thông khí nhân tạo sử dụng Vt thấp theo ARDS network được ưu tiên lựa chọn trong điều trị Người bệnh ARDS

II. CHỈ ĐỊNH

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có chống chỉ định tuyệt đối. Cần nhắc ở Người bệnh tràn khí màng phổi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Bác sỹ và **01** điều dưỡng chuyên khoa Hồi sức cấp cứu hoặc đã được đào tạo về thở máy.

2. Phương tiện

2.1. Vật tư tiêu hao

- | | |
|--|------------------------------------|
| - Oxy thở máy (ngày chạy 24 giờ) | - Mũ phẫu thuật: 03 chiếc |
| - Filter lọc khuẩn ở dây máy thở: 01 cái | - MDI adapter: 01 chiếc |
| - Dây truyền huyết thanh: 01 cái | - Bộ dây máy thở: 01 bộ |
| - Găng tay vô khuẩn: 03 đôi | - Khí nén (ngày chạy 24 giờ) |
| - Găng tay sạch: 05 đôi | - Bộ làm ấm nhiệt: 01 chiếc |
| - Gạc tiêu phẫu N2: 05 túi | - Filter lọc bụi máy thở: 01 chiếc |
| - Khẩu trang phẫu thuật: 03 chiếc | - Xà phòng Savondoux rửa tay |

2.2. Dụng cụ cấp cứu

01 bộ mở màng phổi dẫn lưu khí

2.3. Các chi phí khác

- Tiêu hao điện, nước
- Phí hấp, rửa dụng cụ
- Xử trí rác thải y tế và rác thải sinh hoạt

3. Người bệnh

3.1. Giải thích cho Người bệnh (nếu Người bệnh còn tỉnh táo) và gia đình/người đại diện hợp pháp của Người bệnh về sự cần thiết và các nguy cơ của thở máy. Người bệnh/đại diện của Người bệnh ký cam kết thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tư thế Người bệnh Người bệnh nằm đầu cao 30 độ (nếu không có tụt huyết áp), nằm đầu bằng nếu tụt huyết áp

3.3. Thở máy tại giường bệnh

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.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật

3. Kiểm tra Người bệnh

Các chức năng sống, xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Cài đặt ban đầu

3.1.1 Thở VCV

- Vt 8ml/kg
- FiO₂ 100% trong giờ đầu
- PEEP điều chỉnh theo bảng
- Tần số < 35 l/ph

3.1.2 Thở PCV

- PC 30-32 cmH₂O
- FiO₂ 100% trong giờ đầu
- PEEP điều chỉnh theo bảng

Cách 1: tăng FiO ₂ nhanh hơn tăng PEEP														
FiO ₂	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	1
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12	14	14	14	16	16	16

Cách 2: tăng PEEP nhanh hơn tăng FiO ₂														
FiO ₂	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	1.0	1.0
PEEP	5	8	10	12	14	14	16	16	18	20	22	22	22	24

3.2. Đặt các mức giới hạn báo động

Đặt các giới hạn báo động, mức đặt tùy theo tình trạng bệnh lý cụ thể của mỗi Người bệnh.

3.3. Tiến hành cho Người bệnh thở máy

3.4. Điều chỉnh thông số máy thở (theo mục tiêu)

-PaO₂ 55-80mmHg hoặc SpO₂ 88-95%

-P-Plateau <30cm H₂O

+ Nếu P-plateau >30 giảm mỗi lần Vt 1ml/kg (thấp nhất 4ml/kg)

+ Nếu P-plateau <25, Vt <6ml/kg, tăng mỗi lần Vt 1ml/kg (tối đa 8ml/kg)

-pH 7,25-7,45

+ Nếu pH 7,15-7,25 tăng tần số duy trì pH > 7,25 hoặc PaCO₂ < 25mmHg (tối đa 35l/ph)

+ Nếu tần số = 35 mà pH < 7,15 tăng mỗi lần Vt 1ml/kg, cho thêm NaHCO₃

+ Nếu pH > 7,45 giảm tần số hoặc Vt mỗi lần 1ml/kg

-I/E = 1/1 đến 1/3

-Chú ý: có thể dùng công thức sau để điều chỉnh $p\text{CO}_2$ qua MV (thông khí phút)

$$MV_c = MV \cdot Pa\text{CO}_2 / Pa\text{CO}_{2c}$$

Trong đó

+ MV_c , $Pa\text{CO}_{2c}$: là thông khí phút, $Pa\text{CO}_2$ mong muốn

+ MV , $Pa\text{CO}_2$: là thông khí phút, $Pa\text{CO}_2$ hiện tại của Người bệnh

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, điện tim (trên máy theo dõi), SpO_2 : thường xuyên.
- Xét nghiệm khí trong máu: làm định kỳ (12 – 24 giờ/lần) tùy theo tình trạng Người bệnh, làm cấp cứu khi có diễn biến bất thường.
- Hoạt động của máy thở, các áp lực đường thở, báo động.
- X quang phổi: chụp 1 – 2 ngày/lần, chụp cấp cứu khi có diễn biến bất thường.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tụt huyết áp

- Xử trí: truyền dịch, dùng vận mạch nếu cần.

2. Chấn thương áp lực (tràn khí màng phổi):

- Xử trí: đặt dẫn lưu màng phổi cấp cứu, hút dẫn lưu liên tục, giảm Vt, giảm PEEP về 0.
- Dự phòng: điều chỉnh Vt để giữ $P_{plat} < 30 \text{ cmH}_2\text{O}$.

3. Tổn thương phổi do thở máy:

- Dự phòng: đặt Vt thấp ($P_{plat} < 30 \text{ cmH}_2\text{O}$).

4. Nhiễm khuẩn liên quan thở máy: tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn bệnh viện. Điều trị kháng sinh sớm và theo nguyên tắc xuống thang khi xuất có nhiễm khuẩn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CAI THỞ MÁY

I. ĐỊNH NGHĨA/ĐẠI CƯƠNG

Thở máy kéo dài sẽ dẫn đến nhiễm trùng bệnh viện, tổn thương phổi do thở máy, chi phí điều trị tốn kém dẫn đến khó bỏ máy và NGƯỜI BỆNH có nguy cơ tử vong. Do vậy mỗi khi NGƯỜI BỆNH phải thở máy, người thực hiện cần phải nhanh chóng đánh giá cai thở máy của NGƯỜI BỆNH để xem xét bỏ máy thở càng sớm càng tốt.

Có nhiều phương thức cai thở máy như PSV, SIMV, cai thở máy qua ống chữ T.

Tuy nhiên dù có cai thở máy bằng phương thức nào thì người thực hiện cũng phải tuân theo các tiêu chuẩn cai thở máy chung

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có đủ tiêu chuẩn cai thở máy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ngừng thở , ngừng tim
- Người bệnh không có khả năng tự thở (như bệnh lý thần kinh cơ nặng...)
- Chưa đủ tiêu chuẩn cai thở máy

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Bác sỹ và 01 điều dưỡng chuyên khoa Hồi sức cấp cứu hoặc đã được đào tạo về thở máy.

2. Phương tiện

2.1. Vật tư tiêu hao

- | | |
|--|------------------------------------|
| - Oxy thở máy (ngày chạy 24 giờ) | - Mũ phẫu thuật: 03 chiếc |
| - Filter lọc khuẩn ở dây máy thở: 01 cái | - MDI adapter: 01 chiếc |
| - Dây truyền huyết thanh: 01 cái | - Bộ dây máy thở: 01 bộ |
| - Găng tay vô khuẩn: 03 đôi | - Khí nén (ngày chạy 24 giờ) |
| - Găng tay sạch: 05 đôi | - Bộ làm ẩm nhiệt: 01 chiếc |
| - Gạc tiêu phẫu N2: 05 túi | - Filter lọc bụi máy thở: 01 chiếc |
| - Khẩu trang phẫu thuật: 03 chiếc | - Xà phòng Savondoux rửa tay |
| - Mặt nạ mũi miệng hoặc mặt nạ mũi | |

2.2. Dụng cụ cấp cứu

01 bộ mở màng phổi dẫn lưu khí

2.3. Các chi phí khác

- Tiêu hao điện, nước
- Phí hấp, rửa dụng cụ
- Xử trí rác thải y tế và rác thải sinh hoạt

3. Người bệnh

3.1. *Giải thích cho Người bệnh* (nếu Người bệnh còn tỉnh táo) và gia

đình/người đại diện hợp pháp của Người bệnh về sự cần thiết và các nguy cơ của thở máy. Người bệnh/đại diện của Người bệnh ký cam kết thực hiện kỹ thuật.

3.2. Tư thế Người bệnh: Người bệnh nằm đầu cao 30 độ (nếu không có tụt huyết áp), nằm đầu bằng nếu tụt huyết áp

3.3. Thở máy tại giường bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình Người bệnh và ký cam kết đồng ý 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 giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật

2. Kiểm tra lại Người bệnh: các chức năng sống, xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

3. Thực hiện kỹ thuật

Ghi lại đầy đủ các thông số của phương thức thở máy đang được thực hiện trước khi chuyển sang phương thức cai thở máy.

3.1. Tiêu chuẩn cai thở máy

- Giải quyết được nguyên nhân phải thở máy
 - Oxy hóa máu cải thiện: $PEEP \leq 5\text{cmH}_2\text{O}$, $PaO_2 > 60\text{mmHg}$, với $FiO_2 < 0,5$
 - HA ổn định: không dùng hoặc dùng liều nhỏ thuốc co mạch, trợ tim.
 - Nhịp tim < 140 chu kỳ/phút
 - Nhiệt độ < 38 độ C
 - pH và $PaCO_2$ phù hợp với bệnh lý hô hấp nền của Người bệnh
- Khi Người bệnh có đủ tiêu chuẩn cai thở máy. Tiến hành cai thở*

máy

3.2. Tiến hành cai thở máy: sử dụng 1 trong các phương pháp cai thở máy sau:

- PSV (xem quy trình thở máy PSV)
- SIMV (xem quy trình thở máy SIMV)
- Ống chữ T (T tube)
 - + Chuẩn bị ống chữ T, dây oxy, bình làm ẩm oxy
 - + Kết nối cho Người bệnh thở ống chữ T

3.3. Đánh giá và điều chỉnh máy thở

- Cai máy bằng PSV (xem quy trình thở máy PSV)

- Cai máy bằng SIMV (xem quy trình thở máy SIMV)
- Cai máy bằng ống chữ T (trong vòng 60 phút): xem Người bệnh có đáp ứng không
- + Chỉ số thở nhanh nông (RSBI) < 100 chu kỳ/phút/lít
- + Oxy hóa máu: SaO₂ ≥ 90%, PaO₂ ≥ 60mmHg, pH ≥ 7,32, PaCO₂ tăng dưới 10mmHg so với trước khi cai máy.
- + Tần số thở ≤ 30 chu kỳ/phút hoặc thay đổi dưới 50% so với trước.
- + Nhịp tim < 140 chu kỳ/phút, hoặc thay đổi < 20%, HA
- + Ý thức không thay đổi, không kích thích.
- + Không gắng sức (sử dụng cơ hô hấp phụ, thở nghịch thường)
- + *Nếu Người bệnh không đáp ứng cai thở máy ống chữ T, chuyển lại phương thức thở trước khi cai thở máy. Đánh giá và cai thở máy hàng ngày.*
- + *Nếu Người bệnh đáp ứng cai thở máy ống chữ T, bỏ máy thở và xem xét rút nội khí quản (đánh giá ho khạc đờm, ý thức).*

3.4. Nếu Người bệnh cai máy thất bại: cần đánh giá thêm

3.4.1. Ống NKQ

- Xem xét ống NKQ có nhỏ không?, Có tắc NKQ không?

3.4.2. Khí máu

- Tránh kiềm chuyển hóa
- NGƯỜI BỆNH có tăng PaCO₂, giữ PaCO₂ trên mức giá trị nền của NGƯỜI BỆNH

3.4.3. Dinh dưỡng

- Hỗ trợ đủ năng lượng
- Tránh rối loạn điện giải
- Tránh thừa năng lượng

3.4.4. Đờm

- Hút sạch đờm
- Tránh mất nước nặng

3.4.5. Vấn đề thần kinh cơ

- Tránh sử dụng các thuốc làm yếu cơ (thuốc giãn cơ, nhóm aminoglycosid, clindamycin) ở NGƯỜI BỆNH yếu cơ
- Tránh sử dụng corticoid nếu không cần thiết.

3.4.6. Tắc nghẽn đường thở

- Loại trừ dị vật đường thở
- Sử dụng thuốc giãn phế quản nếu cần

3.4.7. Ý thức NGƯỜI BỆNH

- Tránh dùng quá liều thuốc an thần

3.4.8 Cai thở máy vào buổi sáng

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, điện tim (trên máy theo dõi), SpO₂: thường xuyên.
- Xét nghiệm khí trong máu: làm định kỳ (12 – 24 giờ/lần) tùy theo tình trạng Người bệnh, làm cấp cứu khi có diễn biến bất thường.
- Hoạt động của máy thở, các áp lực đường thở, báo động.
- X quang phổi: chụp 1 - 2 ngày/lần, chụp cấp cứu khi có diễn biến bất thường.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Tụt huyết áp.

Xử trí: truyền dịch, dùng vận mạch nếu cần.

2. Chấn thương áp lực (tràn khí màng phổi):

Xử trí: đặt dẫn lưu màng phổi cấp cứu, hút dẫn lưu liên tục.

3. Tổn thương phổi do thở máy: cai thở máy sớm

4. Nhiễm khuẩn liên quan thở máy: tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn bệnh viện. Điều trị kháng sinh sớm và theo nguyên tắc xuống thang khi xuất có nhiễm khuẩn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁÝ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Người bệnh thở máy là những Người bệnh cần được hỗ trợ hô hấp hoàn toàn hoặc một phần. Có hai phương pháp thông khí nhân tạo (TKNT):
 - + Thở máy xâm nhập: TKNT qua nội khí quản hoặc canun mở khí quản.
 - + Thở máy không xâm nhập: TKNT qua mặt nạ mũi hoặc mặt nạ mũi và miệng.
- Người bệnh thở máy thường là nặng, đặc biệt Người bệnh suy hô hấp cấp tiến triển nếu để tuột máy thở có thể dẫn đến tử vong nhanh chóng.
- Người bệnh nặng này cần có nhiều máy truyền dịch, bơm tiêm điện, ống thông dạ dày...do vậy công việc chăm sóc khó khăn và cần phải có người hỗ trợ.
- Các kỹ thuật chăm sóc Người bệnh thở máy bao gồm:
 - + Chăm sóc nội khí quản hoặc mở khí quản.
 - + Chăm sóc mặt nạ thở máy.
 - + Chăm sóc máy thở.
 - + Phát hiện các biến chứng của thở máy

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh thở máy xâm nhập
- Người bệnh thở máy không xâm nhập

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện : bác sỹ và điều dưỡng được đào tạo chuyên khoa về hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1 Vật tư tiêu hao

- Găng sạch
- Gạc củ ấu vô khuẩn
- Gạc miếng vô khuẩn
- Bơm tiêm 10ml
- Bơm tiêm 20ml
- Kim lấy thuốc
- Dây truyền
- Ống hút đờm kích cỡ phù hợp
- Khay quả đậu vô khuẩn
- Panh vô khuẩn
- Kẹp phẫu tích
- Bát kền

- Kéo vô khuẩn
- Ống cắm panh
- Mũ
- Khẩu trang
- Nước cất máy thở
- Natriclorua 0,9%
- Povidin 10%
- Máy theo dõi (khâu hao 5 năm)
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp
- Ống nghe
- Máy hút áp lực âm
- Dây hút silicon
- Bình làm ẩm máy thở
- Máy thở
- Dây máy thở dùng 1 lần
- Ống nối ruột gà
- Phin lọc máy thở
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Dung dịch vệ sinh bề mặt

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, mặt nạ bóp bóng.
- Bộ dụng cụ đặt nội khí quản, mở khí quản cấp cứu.
- Bộ xe cấp cứu đầy đủ các phương tiện cấp cứu ngừng tuần hoàn tại giường.

3. Người bệnh

- Đặt Người bệnh tư thế thích hợp, đối với các Người bệnh huyết động ổn định phải đặt Người bệnh tư thế đầu cao 30 độ, Người bệnh đang trong tình trạng sốc phải để đầu thấp.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chăm sóc ống nội khí quản hoặc mở khí quản

1.1. Mục tiêu

- Nội khí quản hoặc mở khí quản phải thông thoáng
- Đảm bảo vị trí nội khí quản hoặc mở khí quản ở đúng vị trí.
- Tránh nhiễm khuẩn

1.2. Thực hiện các kỹ thuật

- Làm thông thoáng đường hô hấp bằng kỹ thuật vỗ dung, kỹ thuật hút đờm (xem quy trình kỹ thuật vỗ rung chăm sóc hô hấp).
- Thực hiện kỹ thuật thay băng ống mở khí quản, mở khí quản đúng quy trình đảm bảo đúng vị trí sạch tránh nhiễm khuẩn.
- Kiểm tra áp lực bóng chèn (cuff) của nội khí quản, mở khí quản (xem bài chăm sóc nội khí quản, mở khí quản).

2. Chăm sóc Người bệnh thở không xâm nhập qua mặt nạ mũi miệng

- Kích cỡ mặt nạ phải vừa với mặt Người bệnh.
- Khi cố định mặt nạ không được chặt quá dễ gây loét chỗ tiếp xúc (sống mũi) hoặc lỏng quá gây dò khí ra ngoài làm giảm áp lực đường thở.
- Cố định mặt nạ: phía trên vòng qua đầu ở trên tai, phía dưới vòng qua sau gáy.
- Có thể bỏ máy khi Người bệnh ho khạc đờm.
- Bỏ máy thở không xâm nhập khi Người bệnh ăn, uống nước (nếu không sẽ gây sặc thức ăn, nước vào phổi), hoặc ăn và uống qua ống thông dạ dày.
- Phải giải thích để Người bệnh hợp tác, và những tác dụng không mong muốn (chướng bụng, cảm giác ngạt thở...).

3. Chăm sóc theo dõi hoạt động máy thở

3.1. Các nguồn cung cấp cho máy thở

- Nguồn điện: luôn luôn được cắm vào hệ thống điện lưới. Khi có điện, đèn báo AC sẽ sáng lên. Có tác dụng vừa chạy máy thở, vừa nạp điện cho ắc quy của máy để phòng khi mất điện lưới máy sẽ tự động chuyển sang chạy điện ắc quy (thời gian chạy điện ắc quy kéo dài tùy theo từng loại máy thở).

- Nguồn oxy: được nối với hệ thống cung cấp oxy, khi bật máy sẽ không có báo động áp lực oxy (O2 Pressure)

- Nguồn khí nén: được nối với hệ thống cung cấp khí nén, khi bật máy sẽ không có báo động áp lực khí nén (compressor).

3.2. Hệ thống ống dẫn khí

- Các ống dẫn khí vào Người bệnh và từ Người bệnh ra luôn phải để thấp hơn nội khí quản (mở khí quản) để tránh nước đọng ở thành ống vào nội khí quản (mở khí quản) gây sặc phổi.

- Thay đoạn ống dẫn khí (dây máy thở, dây chữ T) khi nhiều đờm hoặc máu của Người bệnh trong ống dẫn khí.

- Trên đường ống dẫn khí vào và ra luôn phải có bể nước (nước đọng ở thành ống sẽ chảy vào bể nước này, vì vậy bể nước được để ở vị trí thấp nhất). Chú ý phải đổ nước đọng ở trong cốc bể nước, nếu để đầy sẽ gây ra cản trở đường thở và có nguy cơ nước chảy vào phổi Người bệnh nếu nâng đường ống thở lên cao hơn nội khí quản (mở khí quản)

3.3. Hệ thống làm ẩm đường dẫn khí

- Hệ thống này nằm ở đường thở vào, trước khi khí được đưa vào Người bệnh.

- Bình làm ẩm xử dụng nước cất, phải đảm bảo cho mực nước trong bình luôn luôn ở trong giới hạn cho phép.

- Bình đốt của hệ thống làm ẩm: 30 - 37°C. Có tác dụng làm tăng độ ẩm khí thở vào, vì vậy tránh được hiện tượng khô đờm gây tắc.

- Nhiệt độ đốt càng cao thì tốc độ bay hơi của nước trong bình làm ẩm càng nhanh, do vậy phải thường xuyên đổ thêm nước vào bình làm ẩm. Với nhiệt độ 35°C hết 2000ml/ngày.

- Một số máy thở có thêm hệ thống dây đốt nằm trong đường ống thở vào và bình đốt của hệ thống làm ẩm. Do vậy dây dùng cho máy thở loại này cũng phải có tác dụng chịu nhiệt.

3.4. Theo dõi các thông số trên máy thở, hệ thống báo động của máy thở.

(xem bài theo dõi hoạt động của máy thở)

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH

- Nhịp tim
- Huyết áp
- SpO₂
- Nhiệt độ
- Khí máu động mạch
- Tính chất đờm: nhiều, đục (có tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp)
- Dịch dạ dày.
- Nước tiểu (màu sắc, số lượng).
- Các dẫn lưu khác: dẫn lưu màng phổi, màng tim, não thất....

VII. BIẾN CHỨNG- XỬ TRÍ

1. Để tránh trào ngược dịch dạ dày, dịch hầu họng vào phổi

- Kiểm tra áp lực bóng chèn hàng ngày
- Để Người bệnh nằm đầu cao 30° (nếu không có chống chỉ định)
- Cho Người bệnh ăn nhỏ giọt dạ dày, không quá 300 ml/bữa ăn. (theo quy trình cho ăn qua ống thông dạ dày)
- Khi có trào ngược dịch vào phổi: dẫn lưu tư thế hoặc soi hút phế quản bằng ống soi mềm.

2. Tràn khí màng phổi

- Biểu hiện: Người bệnh tím, SpO₂ giảm nhanh, mạch chậm, lồng ngực bên tràn khí căng, gõ vang, tràn khí dưới da...

- Phải tiến hành dẫn lưu khí ngay, nếu không mở thông phổi kịp thời sẽ làm cho áp lực trong lồng ngực tăng lên rất nhanh dẫn đến suy hô hấp và ép tim cấp, Người bệnh nhanh chóng dẫn đến tử vong.
- Tiến hành mở màng phổi tối thiểu cấp cứu với ống dẫn lưu đủ lớn
- Nối với máy hút liên tục với áp lực 15 - 20cm H₂O.
- Phải kiểm tra ống dẫn lưu hàng ngày phát hiện ống có bị gập hay tắc không.
- Hệ thống máy hút phải đảm bảo đủ kín, hoạt động tốt, nước trong bình dẫn lưu từ Người bệnh ra phải được phải được theo dõi sát và đổ hàng ngày. Nước trong bình để phát hiện có khí ra phải luôn luôn sạch
- Để ống dẫn lưu đến khi hết khí, và sau 24 giờ thì kẹp lại rồi chụp XQ phổi kiểm tra, nếu đạt yêu cầu phổi nở hết -> rút ống dẫn lưu ra.

3. Viêm phổi liên quan đến thở máy

- Biểu hiện: đờm đục, nhiều nói xuất hiện; nhịp tim nhanh; sốt hắc hạ nhiệt độ; bạch cầu tăng; Xquang phổi có hình ảnh tổn thương mới.
- Xét nghiệm dịch phế quản (soi tươi, cấy): để xác định vi khuẩn gây bệnh. Cấy máu khi nghi ngờ có nhiễm khuẩn huyết.
- Đánh giá lại các quá trình hút đờm, vệ sinh hệ thống dây, máy thở xem có đảm bảo vô khuẩn không.
- Dùng kháng sinh mạnh phổ rộng, kết hợp kháng sinh theo protocol.

4. Dự phòng loét tiêu hoá: dùng thuốc giảm tiết dịch dạ dày: ức chế bơm proton, thuốc bọc dạ dày..

5. Dự phòng và chăm sóc vết loét do tỳ đè

- Thay đổi tư thế 3 giờ/lần: thẳng, nghiêng phải, nghiêng trái (nếu không có chống chỉ định) để tránh tỳ đè một chỗ lâu ngày. Ngoài tác dụng chống loét, còn có tác dụng dự phòng xẹp phổi.
- Nếu tiên lượng Người bệnh nằm lâu dài: cho Người bệnh nằm đệm nước, đệm hơi có thay đổi vị trí bơm hơi tự động.
- Khi có biểu hiện đỏ da chỗ tỳ đè: dùng synaren xoa lên chỗ tỳ đè
- Khi đã có loét: vệ sinh, cắt lọc và thay băng vết loét hàng ngày.

6. Dự phòng tắc mạch sâu do nằm lâu

- Thay đổi tư thế, tập vận động thụ động cho Người bệnh: tránh ứ trệ tuần hoàn.
- Kiểm tra mạch một cách hệ thống: phát hiện có tắc mạch hay không, tắc tĩnh mạch hay động mạch
- Dùng thuốc chống đông: Heparin có trọng lượng phân tử thấp: Lovenox, Fraxiparin...

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÍ DUNG CHO NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY

I. ĐẠI CƯƠNG

Khí dung thuốc nhằm đưa một lượng thuốc dưới dạng sương mù để điều trị chống viêm tại chỗ cũng như để điều trị co thắt phế quản, tắc nghẽn đường thở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tiền sử hen phế quản, COPD.
- Con hen phế quản cấp.
- Co thắt phế quản do nhiễm khuẩn phổi.
- Người bệnh có đờm đặc khô.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có.

IV. CHUẨN BỊ:

1. Người thực hiện: Điều dưỡng đã được đào tạo

2. Dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Máy khí dung
- Bộ dây khí dung dùng riêng cho từng Người bệnh
- Ống khí dung chữ T
- Găng vô khuẩn : 01 đôi
- Bơm tiêm 5ml : 01 cái
- Kim lấy thuốc : 01 cái
- Mũ : 01 cái
- Gạc vô khuẩn
- Cồn 90 độ
- Khẩu trang : 01 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch vệ sinh bề mặt
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp
- Thuốc khí dung theo chỉ định

2.2. Dụng cụ cấp cứu:

Bóng Ambu, mặt nạ cấp cứu

3. Người bệnh

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

4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án:

- Kiểm tra y lệnh thuốc về liều lượng, thời gian thực hiện.
- Kiểm tra 5 đúng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Mang hồ sơ đến giường bệnh, thực hiện 5 đúng
2. Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn. SpO₂ cho Người bệnh.
3. Thông báo, động viên Người bệnh hợp tác thực hiện kỹ thuật.
4. Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang.
5. Mang dụng cụ, thuốc đến giường bệnh.
6. Đặt Người bệnh ở tư thế thích hợp.
7. Cắm điện và kiểm tra hoạt động của máy khí dung.
8. Cắm bộ dây khí dung vào máy khí dung.
9. Sát khuẩn tay nhanh.
10. Pha thuốc theo y lệnh.
11. Bơm thuốc vào bình khí dung.
12. Sát khuẩn tay, đi găng vô khuẩn.
13. Sát trùng chỗ nối dây máy thở (đường khí thở vào).
14. Lắp ống chữ T vào đường dây máy thở, lắp hệ thống khí dung vào ống chữ T.
15. Tháo bỏ găng, sát khuẩn tay.
16. Bật máy khí dung (trong quá trình khí dung theo dõi mạch, SpO₂, sự đáp ứng của thuốc với Người bệnh).
17. Hết thuốc, tắt máy khí dung.
18. Rửa tay, đi găng vô khuẩn.
19. Tháo bỏ hệ thống chữ T.
20. Thu dọn dụng cụ, vệ sinh máy khí dung, để đúng nơi quy định.
21. Rửa tay
22. Ghi phiếu chăm sóc.

VI. THEO DÕI:

- Mạch, khó thở, SpO₂, tím, huyết áp, đờm trong khí phế quản.
- Theo dõi và phát hiện các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN TRONG KHÍ DUNG:

- Khó thở, suy hô hấp cấp
- Sặc vào đường hô hấp
- Trào ngược từ đường tiêu hóa vào đường thở
- Tụt dây máy thở, tụt ống nội khí quản/ mở khí quản..

QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỆ SINH VÀ KHỬ KHUẨN MÁY THỞ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nhiễm khuẩn bệnh viện làm tăng chi phí điều trị và làm tăng tỉ lệ tử vong, tỉ lệ tử vong do nhiễm khuẩn bệnh viện 10 -50%.
- Viêm phổi liên quan đến thở máy là nhiễm khuẩn bệnh viện chủ yếu ở các NGƯỜI BỆNH nặng nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, Người bệnh thường đông và cường độ sử dụng máy thở rất cao, do vậy công việc khử khuẩn máy thở đóng một vai trò quan trọng trong công việc giảm nhiễm khuẩn chéo trong bệnh viện.
- Tại các nước phát triển, dây máy thở, bình đốt và các phin lọc máy thở chỉ sử dụng 1 lần, để giảm chi phí chúng ta tái sử dụng các dây máy thở và các phụ kiện đi kèm vì vậy vấn đề khử khuẩn đóng vai trò hết sức quan trọng trong quá trình hạn chế nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Một số khái niệm về khử khuẩn và tiệt khuẩn dụng cụ y tế

Khử khuẩn

- + Khử khuẩn nhằm diệt hoặc ức chế sự phát triển và loại bỏ các vi sinh vật để phòng ngừa sự lan truyền các tác nhân gây bệnh giữa các Người bệnh
- + Có 3 mức độ khử khuẩn: Cao, trung bình và thấp
- + *Khử khuẩn mức độ cao*: Diệt mọi vi sinh vật gây bệnh trừ ô nhiễm nhiều nha bào.
- + *Khử khuẩn mức độ trung bình*: ức chế trực khuẩn lao, các vi khuẩn dạng sinh dưỡng, hầu hết các vi rút, nấm nhưng không giết được nha bào.
- + *Khử khuẩn mức độ thấp*: Có thể diệt được hầu hết các vi khuẩn, một số vi rút và nấm nhưng không diệt được vi khuẩn có sức đề kháng cao như trực khuẩn lao hoặc vi khuẩn dạng nha bào.

Tiệt khuẩn

Tiệt khuẩn là tiêu diệt mọi vi sinh vật. Về mặt hiệu lực, tiệt khuẩn được xác định khi lượng vi khuẩn chỉ còn một phần triệu. Có 2 phương pháp tiệt khuẩn: Lý học và hoá học

- Tiệt khuẩn được áp dụng đối với mọi dụng cụ xâm nhập vào các tổ chức sống của cơ thể cũng như mọi loại thuốc và dịch truyền.
- Các dụng cụ được xử trí để sử dụng lại phải được làm sạch trước khi tiệt khuẩn.
- Mọi dụng cụ cần được đóng gói trước khi tiệt khuẩn. Các dụng cụ đã được tiệt khuẩn chỉ được coi là vô khuẩn khi được để trong một gói kín, nguyên vẹn.
- **Cấu tạo máy thở liên quan đến khử khuẩn**: Máy thở gồm 3 phần chính:
 - + Phần thân máy
 - + Phần đường thở nối máy với Người bệnh.
 - + Giữa 2 hệ thống này có các filter lọc khuẩn ngăn cách.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các máy thở đã qua sử dụng cho Người bệnh
- Hoặc tất cả các máy thở chuẩn bị đưa vào sử dụng cho Người bệnh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: một kỹ thuật viên được đào tạo về kỹ thuật khử khuẩn máy thở

2. Chuẩn bị phương tiện

2.1 Các phòng Dụng cụ

- Phòng chứa máy: tốt nhất có 2 phòng, một chứa máy bẩn và một phòng chứa máy sạch và có cửa ra vào riêng biệt và có cửa thông giữa hai phòng.
- Phòng máy bẩn là nơi tiến hành tháo đường thở để đưa đi hấp, làm sạch máy bẩn trước khi đưa sang phòng máy sạch.
- Phòng máy sạch là nơi lắp ráp đường thở đã được khử khuẩn vào máy thở, chứa các máy sẵn sàng hoạt động. Do vậy phòng này cần có các hệ thống tủ đựng các thiết bị máy thở đã được khử khuẩn, hệ thống đèn cực tím để khử khuẩn toàn bộ phòng, và hệ thống điện và khí nén để tiến hành thử máy, chuẩn bị máy.

2.2 Vật tư tiêu hao

- Găng sạch :02 đôi
- Khăn lau máy
- Nước cất
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái
- Dung dịch khử khuẩn bề mặt
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ

V. TIẾN HÀNH

Ngay sau khi không còn sử dụng máy thở nữa, các bác sỹ hoặc Điều dưỡng/trách phải đưa máy về ngay phòng máy bẩn để tiến hành khử khuẩn đường thở và làm sạch máy thở.

- Bước 1: Tại phòng máy bẩn, đường thở được tháo ra khỏi máy thở (bao gồm cả —filter lọc khuẩn). Toàn bộ hệ thống này (trừ bộ phận cảm ứng nhiệt dùng cho bình làm ẩm được để riêng) được gói lại và chuyển xuống khoa —Chống nhiễm khuẩn để tiến hành khử khuẩn.
- Bước 2: Tại khoa chống nhiễm khuẩn

- + Hệ thống đường thở có thể được khử khuẩn bằng hoá chất (thường là cidezime và cidex 2%) để khử khuẩn dây đường thở.
- + Ngày nay người ta còn dùng khí ethylen oxid để tiến hành khử khuẩn các filter lọc khuẩn. Sau khi khử khuẩn xong, các thiết bị này lại được đóng gói lại và chuyển về phòng máy sạch.
- Trong điều kiện chưa có khoa —Chống nhiễm khuẩnll, có thể tiến hành khử khuẩn các thiết bị của hệ thống dây thở ngay tại khoa.
- + Trường hợp này chủ yếu ta dùng cidezime và cidex2% để ngâm các thiết bị này.
- + Cidezime có hoạt tính khử protein, do đó làm tan và long các mảng protein chủ yếu là đờm, máu, mủ của Người bệnh trong đường thở
- + Cidex có tác dụng khử khuẩn rất tốt. Phải ngâm tối thiểu là 30 phút với Cidex 2%
- + Quy trình: Ngâm dây thở, đầu nối chữ Y, cốc ngưng vào dung dịch Cidezime trong vòng khoảng 30 phút, sau đó vớt dụng cụ và rửa sạch dưới dòng nước máy. Ngâm tiếp dụng cụ vào dung dịch Cidex trong vòng khoảng 30 phút sau đó vớt dụng cụ rửa với nước cất và để khô tự nhiên trong phòng và đóng gói.
- Thân máy:
 - + Sau khi đã được tháo hệ thống dây thở ra sẽ được làm sạch bằng các dung dịch sát khuẩn thông thường, thường dùng nhất là cồn 70 độ.
 - + Chúng ta tiến hành lau toàn bộ máy bao gồm vỏ máy, tay cầm, bàn điều khiển, màn hình, dây ôxy dây khí nén, dây điện, buồng đốt bình làm ẩm, bộ phân cảm ứng nhiệt của bình làm ẩm...Sau khi lau sạch máy, chuyển máy sang phòng máy sạch.
- Bước 3: Tại phòng máy sạch
 - + Hệ thống dây thở đã được khử khuẩn sẽ được lắp ráp và thân máy đã được làm sạch theo nguyên tắc vô khuẩn.
 - + Sau khi đã lắp máy xong ta tiến hành kiểm tra hoạt động của máy thở. Nếu máy thở hoạt động tốt, sẽ xếp vào một chỗ, chuẩn bị sẵn sàng cho hoạt động.
 - + Khi không có người trong phòng máy sạch (ban đêm), nên bật đèn cực tím lên để đảm bảo duy trì môi trường sạch khuẩn cho phòng máy sạch.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT ỐNG 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.

VI. 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
- Găng tay sạch : 02 đôi
- Bộ dụng cụ đặt ống nội khí quản
- Bình làm ẩm
- Nước cất làm ẩm
- 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
- Kéo
- Ống cầm phanh
- Túi nilon

- Ống nghe
- Huyết áp
- Natrichlorua 0,9% chai 250ml
- Mũ
- Khẩu trang
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp theo dõi SpO₂
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp
- 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 giải 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

1. Thông báo và hướng dẫn Người bệnh cùng phối hợp.
2. Bác sỹ, điều dưỡng rửa tay xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước. đội mũ, đeo khẩu trang.
3. Đánh giá lại các thông số: ý thức, mạch, SpO₂, huyết áp, nhịp thở ghi vào phiếu theo dõi.
4. Đặt Người bệnh tư thế 45 - 90 độ.
5. 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.
6. Điều dưỡng 1 Tháo dây cố định ống nội khí quản. Tháo cuff hoàn toàn.
7. 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.
8. Hút lại mũi họng cho Người bệnh.
9. Điều dưỡng 1 cho Người bệnh thở oxy
10. Khí dung thuốc theo y lệnh.

11. 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.
12. Thu dọn dụng cụ, bác sỹ và điều dưỡng tháo găng, rửa tay bằng savondoux dưới vòi nước.
13. 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 ngắng 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.
14. 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 khi dùng thuốc giãn phế quản, thuốc chống phù nề hoặc thở máy không xâm nhập
- Trào ngược dịch dạ dày vào phổi gây viêm phổi tắc, dự phòng bằng tuân thủ nhịn ăn và hút dịch dạ dày trước rút ống.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG/ ĐỊNH NGHĨA

1. Định nghĩa : Mở khí quản là một thủ thuật mở một đường thở qua khí quản, thay vì không khí từ ngoài phổi qua đường hô hấp trên vào phổi thì không khí vào phổi qua lỗ mở khí quản.
2. Mục đích :
 - Khai thông đường thở, làm giảm khoảng chết giải phẫu (50%)
 - Tạo điều kiện chăm sóc dễ dàng, tăng hiệu quả hút đờm

II. CHỈ ĐỊNH Mở khí quản cấp cứu:

- Ngạt thở do tắc nghẽn đường hô hấp trên do chấn thương, dị vật, polip,
- Phù nề co thắt thanh quản (uốn ván, bạch hầu...)
- Hẹp khí quản do u...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Người thực hiện thực hiện thủ thuật do các bác sỹ chuyên khoa HSCC đã
- 01 người phụ là bác sỹ chuyên khoa HSCC, bác sỹ cao học, nội trú đã được đào tạo
- 01 người phụ dụng cụ: Điều dưỡng đã được đào tạo
- Phẫu thuật viên đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay và sát khuẩn tay, đi găng vô trùng, sát khuẩn vùng mổ, trái sáng, gây tê tại chỗ từ sụn giáp đến hố trên ức.
- Phẫu thuật viên đứng bên trái, bác sĩ phụ đứng bên phải

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

	Đơn vị	Số lượng
☐ Canula mở khí quản	cái	01
☐ Ống nội khí quản	cái	01
☐ ống thông hút đờm vô khuẩn	cái	03
☐ Găng vô trùng	đôi	6
☐ Găng khám	đôi	10
☐ Kim lấy thuốc	Cái	5
☐ Lưỡi dao mổ	cái	01
☐ Bơm tiêm 5ml	Cái	5
☐ Bơm tiêm 10ml	Cái	5
☐ Dây truyền	Cái	2
☐ Gạc N2	Gói	5

☐ Iodine 10% (lọ 90 ml)	Lọ	1
☐ Thuốc giảm đau fentanyl 0,1mg	Lọ	2
☐ Xylocain 2% (loại 2ml)	Lọ	03
☐ Natriclorua 0,9% (loại chai 500 ml)	Chai	2
☐ Hesteril 6% hoặc tetraspan 6%	chai	01
☐ Midazolam 5mg	ống	2
☐ Anepol 200mg	ống	01
☐ Mũ phẫu thuật	Cái	4
☐ Khẩu trang phẫu thuật	Cái	4

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- ☐ Bóng ambu
- ☐ Hệ thống oxy
- ☐ Dụng cụ chống sốc phản vệ

2.3. Các chi phí khác

Bộ dụng cụ mở khí quản bao gồm:

- ☐ Panh có máu, không máu
- ☐ Kéo thẳng
- ☐ Kéo cong
- ☐ Kẹp phẫu tích không máu
- ☐ Kẹp phẫu tích có máu
- ☐ Kẹp cầm máu
- ☐ Kẹp răng chuột
- ☐ Kẹp banh Laborde
- ☐ Sông lòng máng
- ☐ Banh Farabeuf
- ☐ Kim cong
- ☐ Chỉ khâu không tiêu

Các dụng cụ khác:

- ☐ Hộp bông còn
- ☐ Bát kê to
- ☐ ống cắm panh inox
- ☐ Săng lổ vô trùng kích thước 60 x 80 cm
- ☐ Áo mổ
- ☐ Dung dịch Anois rửa tay nhanh
- ☐ Xà phòng rửa tay

- ☐ Cồn trắng 90°
- ☐ Băng dính y tế
- ☐ Bóng ambu
- ☐ Máy hút đờm
- ☐ Hộp bông còn

3. Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh (nếu tỉnh) hoặc người nhà Người bệnh lợi ích và nguy cơ của thủ thuật, cho Người bệnh hoặc người nhà Người bệnh kí cam kết thủ thuật
- Kiểm tra lại các chống chỉ định
- B Nhịn ăn trước 3h
- Hút sạch đờm, dãi họng miệng
- Hút hết dịch dạ dày.
- Mặc máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, SpO2.
- Điều chỉnh máy thở, giảm PEEP. Thở máy qua ống NKQ với FiO2 100% trong thời gian MKQ
- Người bệnh nằm đầu bằng và kê gối cứng để ưỡn cổ để bộc lộ khí quản

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chỉ định, có dán cam kết thủ thuật của Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp
- Ghi chép đầy đủ thông tin cách tiến hành thủ thuật, diễn biến và biến chứng (nếu có).

V. TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án: kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật

2. Kiểm tra Người bệnh: các chức năng sống xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

3. Tiến hành thủ thuật

3.1. Thì 1: PTV dùng tay trái cố định khí quản ở giữa, tay phải rạch đường rạch da ở giữa cổ. Đường rạch cách xương ức 1 cm lên đến gần sụn giáp. Đường rạch dài khoảng 3 cm. Người phụ lấy 2 banh Farabeuf vén mép sang hai bên sao cho cân bằng để khí quản cố định ở giữa.

3.2.Thì 2: phẫu thuật viên dùng dao rạch một nhát trên da sao cho tới tận khí quản (không bóc tách), nếu gặp phải tuyến giáp thì kẹp tuyến giáp và cắt.

3.3.Thì 3: PTV dùng dao rạch một đường dọc dài khoảng 2 vòng sụn khí quản kích thước tùy theo cỡ canuyn đảm bảo sao cho vừa khít canuyn (có thể rạch vào khí quản theo hình chữ T, hoặc tạo một cửa sổ trên sụn khí quản bằng

cách lấy đi một nửa sụn khí quản, hoặc không lấy đi sụn khí quản mà chỉ tạo một cửa sổ bằng cách cắt đi ba cạnh của cửa sổ một cạnh được giữ lại làm bản lề). Đường rạch phải gọn sắc, không rạch sâu quá 1 cm, tránh rạch vào thành sau khí quản. Khi rạch vào khí quản, Điều dưỡng rút nội khí quản trong trường hợp Người bệnh đã được đặt nội khí quản, tránh rạch vào ống nội khí quản.

- Sau khi rạch vào khí quản, khí và dịch phun ra, Điều dưỡng dùng ống thông hút sạch đờm dãi, PTV dùng banh Laborde luồn qua vết mổ banh rộng để đưa canulyn vào khí quản bơm bóng chèn (đảm bảo áp lực bóng chèn thấp nhất chèn kín đường thở) và cố định ống MKQ vào cổ Người bệnh, băng vô trùng vết mổ.

VI. THEO DÕI

1. Trong khi làm thủ thuật

Mắc máy theo dõi: nhịp tim, SPO_2 , huyết áp, tần số thở

2. Theo dõi sau khi làm thủ thuật

- Hút đờm: Số lần hút phụ thuộc vào lượng dịch tiết khí phế quản. Có thể làm sạch và loãng đờm bằng cách nhỏ dung dịch NaHCO_3 1,4% hoặc NaCl 0,0% vào khí quản qua NKQ hoặc MKQ. Mỗi lần nhỏ 3-5 ml.
- Thay băng: phụ thuộc vào mức độ chảy máu và dịch tiết, đảm bảo băng tại chỗ luôn khô sạch.
- Thay ống MKQ: tối thiểu sau 48 giờ với thay ống lần đầu (thời gian tối thiểu tạo đường hầm ổn định sau MKQ), khi ống MKQ có dấu hiệu bán tắc hay bị tắc.
- Chăm sóc bóng chèn cuff: đo áp lực bóng chèn (cuff) mỗi 8 giờ/ lần và duy trì áp lực bóng mức 20 cmH_2O .

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Trong khi mở khí quản

- Chảy máu: do đám rối tĩnh mạch giáp hoặc giáp. Nếu có chảy máu cần cầm máu bằng dao điện hoặc khâu mũi chỉ chữ X, băng ép. Trong trường hợp chảy máu nhiều cần dùng ống thông vô khuẩn hút để tìm điểm chảy máu và khâu cố định
- Ngừng tim: do tắc mạch, loạn nhịp tim, đặt sai vị trí ống MKQ gây tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất không phát hiện kịp thời.
- Tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất: mở màng phổi hút dẫn lưu khí liên tục
- Rạch thủng thực quản, tổn thương thần kinh quặt ngược
- Đặt sai vị trí ống MKQ: đặt vào thực quản hoặc đặt ra ngoài khí quản. Xử trí biến chứng: nhanh chóng rút canul ra, bóp bóng oxy 100%, đặt lại cannul hoặc ống nội khí quản.

2. Trong thời gian lưu ống

- Chảy máu, tràn khí dưới da , tuột ống, nhiễm khuẩn, tắc ống, ứ đọng đờm ở sâu.
- Trường hợp lưu ống MKQ lâu ngày có thể gây rối loạn chức năng nuốt.
- Rối loạn đóng mở thanh môn trong chu kỳ hô hấp trong trường hợp lưu ống NKQ lâu.
- Hẹp khí quản, rò khí quản - thực quản.

3. Sau khi rút ống

- Phù nề thanh quản và thanh môn. Rò khí ở lỗ mở khí quản.
- Vết mở khí quản lâu liền hoặc sẹo liền xấu. Khó thở do hẹp khí quản.

**CHƯƠNG 2: QUY TRÌNH KỸ
THUẬT TRONG CẤP CỨU HỒI SỨC
BỆNH LÝ TUẦN HOÀN**

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM MỘT NỒNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là một thủ thuật cơ bản trong hồi sức cấp cứu bằng cách đưa ống thông một nồng qua da vào tĩnh mạch cảnh trong hoặc tĩnh mạch dưới đòn. Tuy nhiên kỹ thuật này phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của bác sỹ thực hiện thủ thuật và vào các mốc giải phẫu của Người bệnh nhiều khi rất khó thực hiện hoặc không thành công nếu đặt mò. Việc sử dụng đặt catheter dưới hướng dẫn của siêu âm đã làm tăng tỉ lệ thành công, rút ngắn thời gian làm thủ thuật, giảm biến chứng.

- Siêu âm là an toàn cho cả phụ nữ có thai và trẻ nhỏ.

II. CHỈ ĐỊNH: khi có một trong các chỉ định sau

1. Theo dõi huyết động: đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm, theo dõi độ bão hòa oxyhemoglobin, theo dõi các thông số của tim (qua catheter động mạch phổi)
2. Dùng các thuốc vận mạch, thuốc hóa trị liệu, truyền các loại dịch có áp lực thẩm thấu cao, nuôi dưỡng Người bệnh.
3. Truyền dịch, máu trong suy tuần hoàn cấp.
4. Là đường cần thiết để đặt thiết bị can thiệp qua tĩnh mạch cảnh trong như đặt máy tạo nhịp tim, đặt phin lọc huyết khối tĩnh mạch, dùng thuốc tiêu sợi huyết.
5. Lọc máu trong ngộ độc

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có huyết khối tĩnh mạch trung tâm
- Nhiễm trùng tại vị trí đặt ống thông.
- Thận trọng với những trường hợp mà mốc giải phẫu bị biến dạng do chấn thương hoặc dị dạng từ trước.
- Không có các chống chỉ định tuyệt đối trong các trường hợp rối loạn đông máu hoặc các Người bệnh có giảm tiểu cầu. Khi tiểu cầu $< 50.000/mm^3$ phải truyền tiểu cầu $>$ hoặc bằng $50.000/mm^3$ mới đặt catheter. Nếu tỉ lệ prothrombin $< 50\%$ cần truyền plasma tươi đông lạnh nâng tỉ lệ prothrombin $> 50\%$ mới đặt catheter.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sỹ được đào tạo về thủ thuật này
- 01 bác sỹ phụ cầm đầu dò siêu âm
- 01 điều dưỡng
- Khử khuẩn tay, đeo găng, mũ, áo choàng, khẩu trang vô khuẩn
- Đứng ở đầu hay ở bên trái Người bệnh

2. Phương tiện

- Bộ catheter 1 nòng: 01 chiếc
- Máy siêu âm với đầu dò linear: 7,5-10Hz
- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật
- Bộ dụng cụ đặt catheter vô khuẩn
- Gói dụng cụ , máy theo dõi

3. Người bệnh

Người bệnh tỉnh, bác sỹ giải thích kỹ về thủ thuật để Người bệnh hiểu tránh sợ hãi và cùng hợp tác. Ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật

4. **Nơi tiến hành:** tại phòng hồi sức cấp cứu đảm bảo tiêu chuẩn vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật.

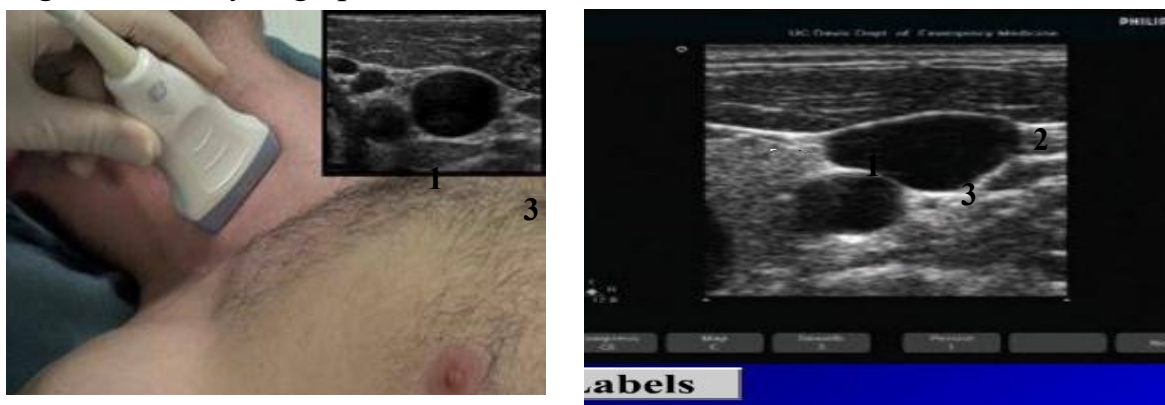
5. **Hồ sơ bệnh án:** ghi theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

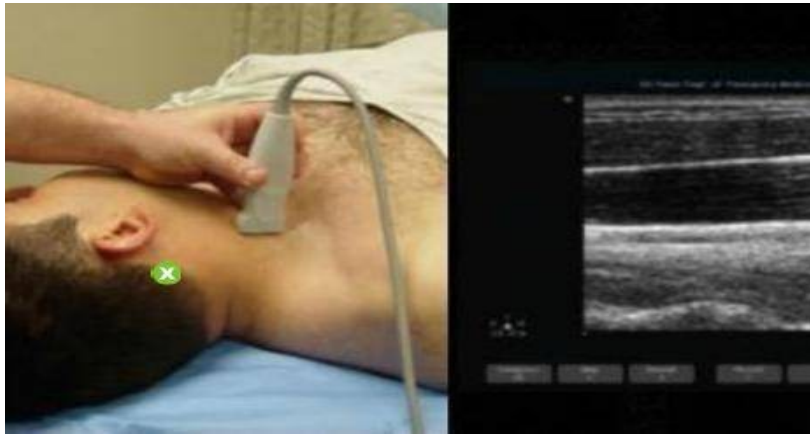
1. Người bệnh đặt nằm ngửa, đầu thấp 10 độ so với chân, kê gối mỏng dưới vai, đầu nghiêng sang phía đối diện với bên chọc kim.

Để mặt Người bệnh quay sang trái, dùng đầu dò siêu âm chưa vô khuẩn xác định vị trí tĩnh mạch cảnh trong (TMC). Có thể để đầu dò theo mặt cắt ngang (hình 1) hoặc mặt cắt dọc (hình 2). Mặt cắt ngang thường được ưa dùng hơn vì dễ xác định vị trí của tĩnh mạch, đặt ngang so với chiều của kim. Trên mặt cắt ngang sẽ thấy hình tĩnh mạch cảnh trong, động mạch cảnh và tuyến giáp.

Đánh giá tình trạng của tĩnh mạch cảnh trong, đường kính khoảng 7 mm. Không được để hình ảnh tĩnh mạch và động mạch trùng lên nhau. Tránh để đầu nghiêng quá 30 độ vì dễ cắt ngang động mạch cảnh. Không ấn đầu dò quá mạnh sẽ làm xẹp tĩnh mạch. Không được chọc kim khi chưa thấy rõ cả tĩnh mạch, động mạch và tuyến giáp.

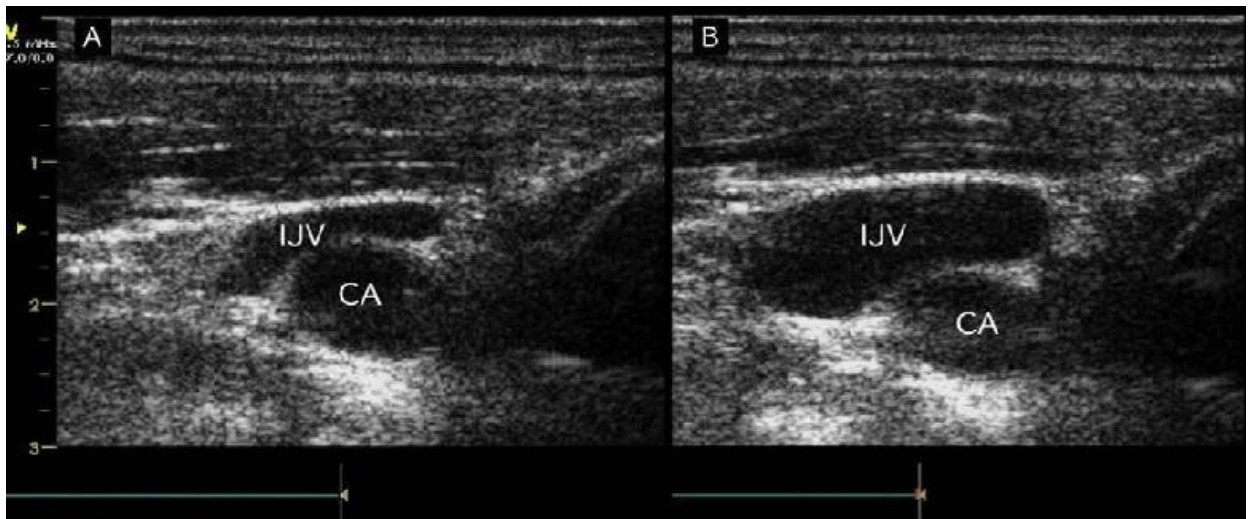


Hình 1: Mặt cắt ngang: 1. Tuyến giáp. 2. TMC trong. 3. ĐM cảnh



Hình 2: Mặt cắt dọc

Nếu không xác định được tĩnh mạch cảnh trong, động mạch và tuyến giáp thì đặt Người bệnh ở tư thế đầu thấp chân cao hoặc làm nghiệm pháp Valsava để bộc lộ rõ tĩnh mạch cảnh trong (hình 3).



Hình 3: Hình A: tĩnh mạch cảnh (IJV), động mạch cảnh (CA). Hình B: Tăng kích thước tĩnh mạch cảnh trong khi làm nghiệm pháp Valsava.

2. Khử khuẩn rộng vùng cổ bên đặt catheter

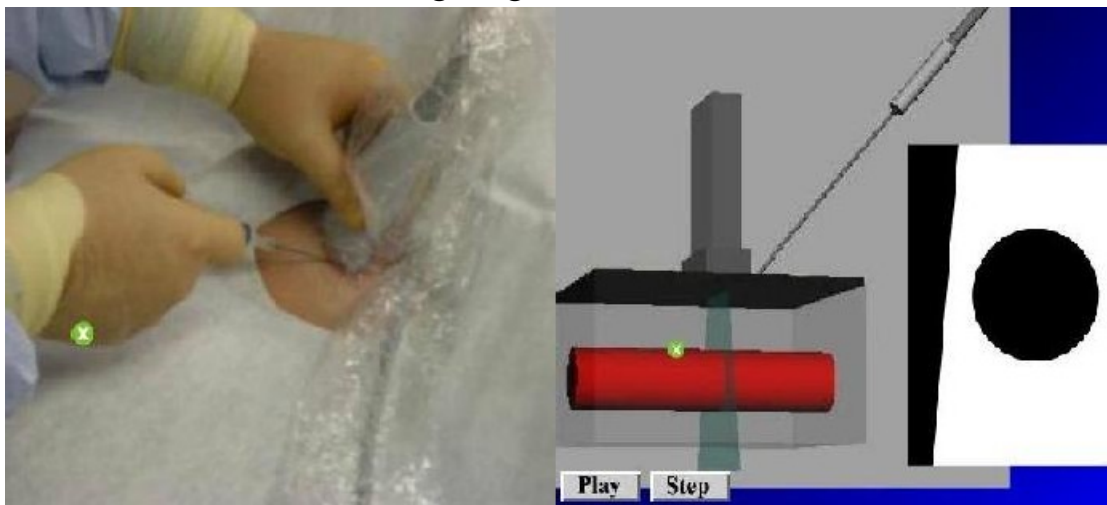
- Đặt săng có lỗ lên vị trí chọc catheter

Chuẩn bị đầu dò vô khuẩn trước hoặc sau khi vô khuẩn Người bệnh. Bôi gel vào đầu dò sau đó dùng túi ni lon vô khuẩn có sẵn trong bộ đặt catheter hoặc dùng găng vô khuẩn bọc ra ngoài đầu dò, không để có không khí ở giữa đầu dò và găng (hình 4).



Hình 4: chuẩn bị đầu dò vô khuẩn

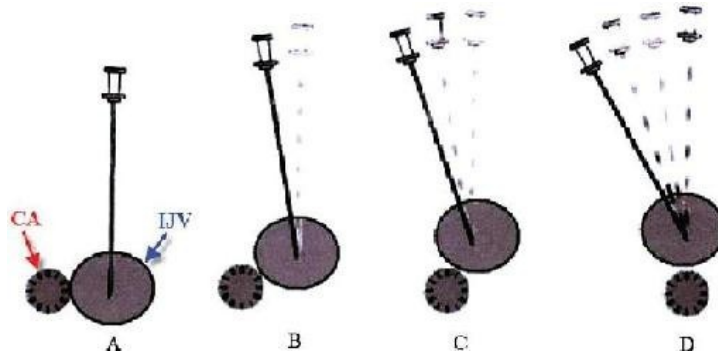
- Chọc kim cách đầu dò siêu âm 1 cm, nên để đầu kim ở giữa đầu dò và chếch với góc 30-45 độ (hình 5). Khi kim xuyên qua da bạn nhìn thấy kim trên siêu âm. Nếu không nhìn thấy kim thì không nên tiếp tục đẩy kim vào sâu, mà điều chỉnh đầu dò hoặc nhẹ nhàng đưa đẩy đầu kim để nhìn thấy kim. Khi nhìn thấy đầu kim tiếp tục đẩy kim theo tín hiệu trên siêu âm, đảm bảo kim đã nằm trong lòng mạch.



Hình 5: Vị trí chọc kim

- Tháo bơm tiêm, luồn dây dẫn inox cho vào kim rồi mới luồn catheter theo dây dẫn (phương pháp Seldinger). Tay phải đưa catheter vào sâu chừng 10- 12 cm tính từ đầu catheter đến đốc kim là được, tay trái rút dây dẫn ra (cần tiến hành đồng thời, tay phải luồn catheter vào khoảng 1-1,5 cm tay trái rút dây dẫn ra cũng tương đương chiều dài đẩy vào của catheter, nếu đẩy catheter vào dài >1,5cm dễ gây gập catheter). Chú ý để dây dẫn ra ngoài nòng của catheter từ 3-4 cm (để tránh tuột dây dẫn vào trong). Luồn catheter vào sâu chừng 10- 12 cm tính từ đầu catheter đến đốc kim là được. Nối catheter với một chai dịch đẳng trương, mở khóa cho dịch chảy nhanh cho đến khi hết máu trong catheter. Sau đó hạ chai dịch kiểm tra lại xem thấy máu trào ngược lại catheter là được. Nhấc cao chai để dịch

truyền chảy nhanh đẩy hết máu ở dây truyền rồi điều chỉnh dịch chảy theo tốc độ được chỉ định trong bệnh án. Khâu cố định chân catheter bằng 3 mũi chỉ qua da theo hình túi. Băng kín chân catheter bằng opside vô khuẩn.



Hình 6: Dưới hướng dẫn của siêu âm kim catheter chọc đúng vào tĩnh mạch ở các vị trí khác nhau [1].

CA: là động mạch cảnh trong. IJV: là tĩnh mạch cảnh trong

VI. THEO DÕI

- Thay băng sau 24 giờ sau đặt catheter hoặc khi thấy băng thấm máu, dịch, hoặc băng opside bị bong ra.

- Theo dõi tình trạng chảy máu chỗ chọc, tràn khí màng phổi, nhiễm trùng tại chân catheter.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng chân catheter, nhiễm khuẩn huyết, rút catheter và cấy đầu catheter
- Tràn khí, tràn dịch, tràn máu màng phổi: rút catheter, chọc hút dẫn lưu màng phổi nếu không đáp ứng phải mở màng phổi.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM BẰNG CATHETER HAI NÒNG DƯỚI SIÊU ÂM

I. ĐỊNH NGHĨA

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là thủ thuật cơ bản trong hồi sức cấp cứu bằng cách đưa ống thông có 2 nòng qua da vào tĩnh mạch cảnh trong hoặc tĩnh mạch dưới đòn. Tuy nhiên kỹ thuật này phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sỹ thực hiện thủ thuật và vào các mốc giải phẫu của Người bệnh nên thủ thuật này nhiều khi rất khó thực hiện hoặc không thành công nếu đặt mò. Tại châu Âu trong nhiều thập kỷ qua tăng sử dụng đặt catheter 2 nòng dưới hướng dẫn của siêu âm đã làm tăng tỉ lệ thành công, rút ngắn thời gian làm thủ thuật và giảm tai biến.

II. CHỈ ĐỊNH: khi có ≥ 2 trong số các chỉ định sau:

1. Dùng các thuốc vận mạch
2. Bồi phụ dịch, điện giải, máu số lượng lớn, tốc độ nhanh, trong suy tuần hoàn cấp, truyền các loại dịch có áp lực thẩm thấu cao.
3. Đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm
4. Kích thích tim bằng một catheter điện cực khi có nhịp chậm
5. Lọc máu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có huyết khối tĩnh mạch trung tâm
- Nhiễm trùng tại vị trí cần đặt ống thông.
- Thận trọng với những trường hợp mà mốc giải phẫu bị biến dạng do chấn thương hoặc dị dạng từ trước.
- Không có các chống chỉ định tuyệt đối trong các trường hợp rối loạn đông máu hoặc các Người bệnh có giảm tiểu cầu, mặc dù thường được sử dụng các kim nhỏ để đặt và/hoặc truyền các huyết tương tươi đông lạnh và/hoặc tiểu cầu cho các Người bệnh này trước khi làm thủ thuật.
- Siêu âm là an toàn cho cả phụ nữ có thai và trẻ nhỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sỹ được đào tạo về thủ thuật này
- 01 bác sỹ phụ cầm đầu dò siêu âm
- 01 điều dưỡng
- Khử khuẩn tay, đeo găng, mũ, áo choàng, khẩu trang vô khuẩn
- Đứng ở đầu hay ở bên trái Người bệnh

2. Phương tiện

- Bộ catheter 2 nòng: 01 chiếc

- Máy siêu âm với đầu dò linear: 7,5-10Hz
- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật
- Bộ dụng cụ đặt catheter vô khuẩn
- Gói dụng cụ, máy theo dõi

3. Người bệnh

Nếu Người bệnh tỉnh: giải thích để Người bệnh hiểu tránh sợ hãi và cùng hợp tác.

Nếu Người bệnh hôn mê giải thích cho gia đình Người bệnh về lợi ích và nguy cơ của thủ thuật. Ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

4. Nơi tiến hành: tại phòng hồi sức cấp cứu đảm bảo tiêu chuẩn vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật.

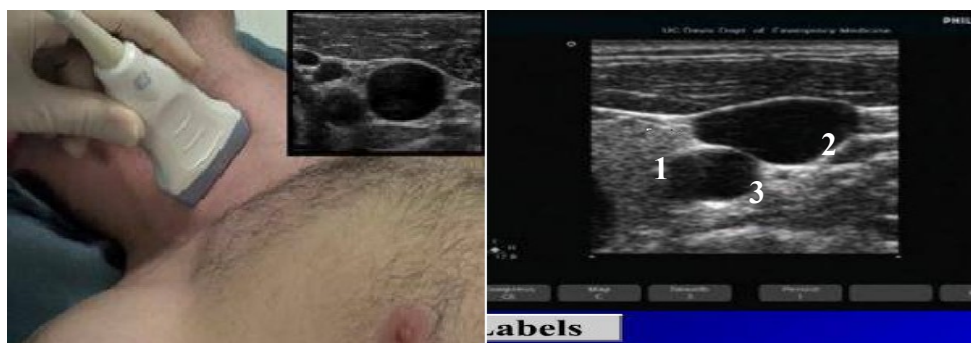
5. Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định đặt catheter 2 nòng, tình trạng Người bệnh trước và sau thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến, biến chứng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

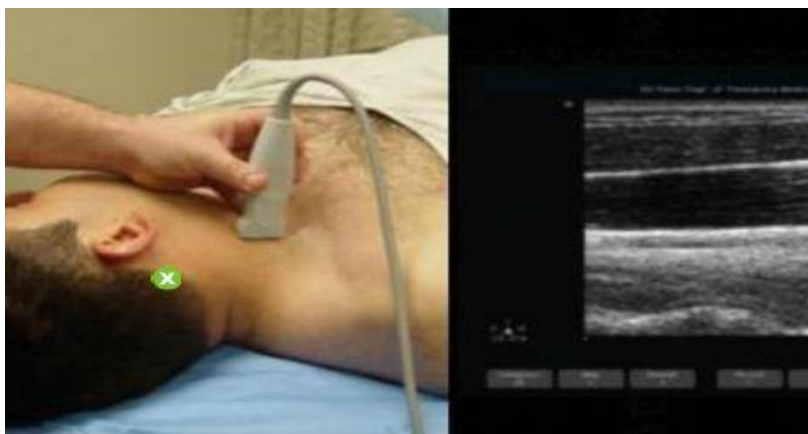
1. Người bệnh đặt nằm ngửa, đầu thấp 10 độ so với chân, kê gối mỏng dưới vai, đầu nghiêng sang phía đối diện với bên chọc kim.

Đề mặt Người bệnh quay sang trái, dùng đầu dò siêu âm chưa vô khuẩn xác định vị trí tĩnh mạch cảnh trong (TMC). Có thể để đầu dò theo mặt cắt ngang (hình 1) hoặc mặt cắt dọc (hình 2). Mặt cắt ngang thường được ưa dùng hơn vì dễ xác định vị trí của tĩnh mạch, đặt ngang so với chiều của kim. Trên mặt cắt ngang sẽ thấy hình tĩnh mạch cảnh trong, động mạch cảnh và tuyến giáp.

Đánh giá tình trạng của tĩnh mạch cảnh trong, đường kính khoảng 7 mm. Không được để hình ảnh tĩnh mạch và động mạch trùng lên nhau. Tránh để đầu nghiêng quá 30 độ vì dễ cắt ngang động mạch cảnh. Không ấn đầu dò quá mạnh sẽ làm xẹp tĩnh mạch. Không được chọc kim khi chưa thấy rõ cả tĩnh mạch, động mạch và tuyến giáp.

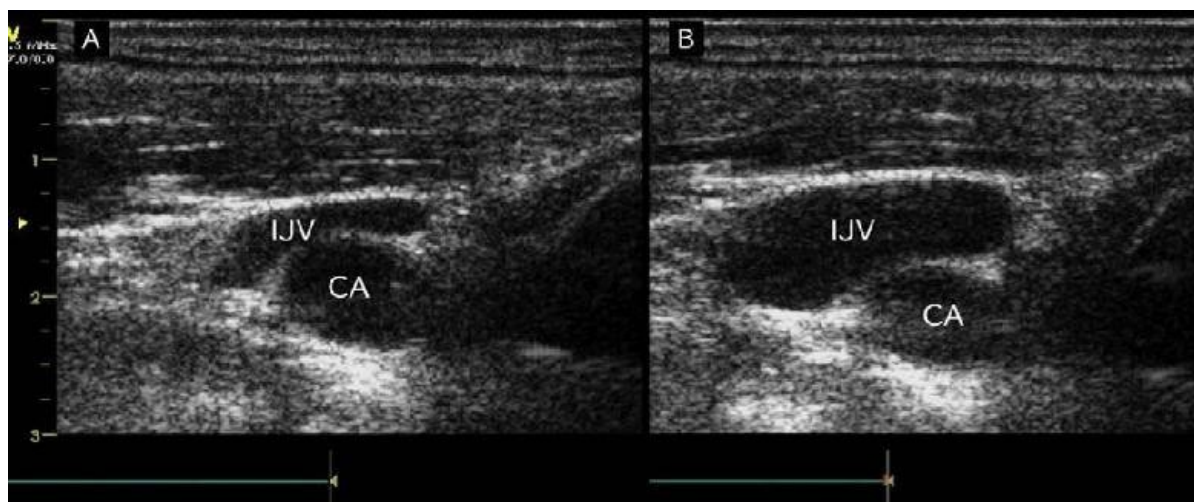


Hình 1: Mặt cắt ngang: 1. Tuyến giáp. 2. TM cảnh trong. 3. ĐM cảnh



Hình 2: Mặt cắt dọc

Nếu không xác định được tĩnh mạch cảnh trong, động mạch và tuyến giáp thì đặt Người bệnh ở tư thế đầu thấp chân cao hoặc làm nghiệm pháp Valsava để bộc lộ rõ tĩnh mạch cảnh trong (hình 3).



Hình 3: Hình A: tĩnh mạch cảnh (IJV), động mạch cảnh (CA). Hình B: Tăng kích thước tĩnh mạch cảnh trong trong khi làm nghiệm pháp Valsava.

2. Khử khuẩn rộng vùng cổ bên đặt catheter

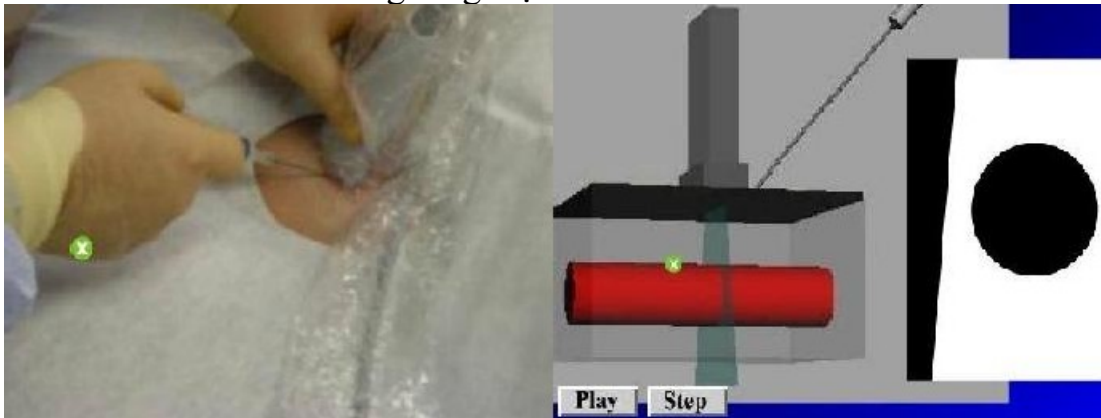
- Đặt băng có lỗ lên vị trí chọc catheter

Chuẩn bị đầu dò vô khuẩn trước hoặc sau khi vô khuẩn Người bệnh. Bôi gen vào đầu dò sau đó dùng túi ni lon vô khuẩn có sẵn trong bộ đặt catheter hoặc dùng găng vô khuẩn bọc ra ngoài đầu dò, không để có không khí ở giữa đầu dò và găng (hình 4).



Hình 4: chuẩn bị đầu dò vô khuẩn

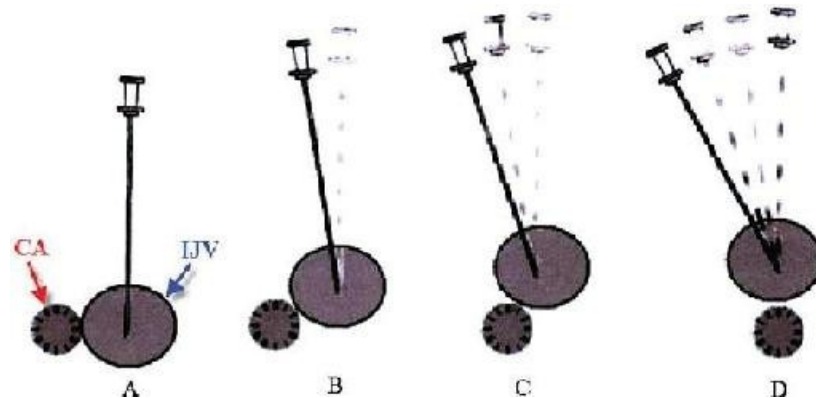
- Chọc kim cách đầu dò siêu âm 1 cm, nên để đầu kim ở giữa đầu dò và chéch với góc 30-45 độ (hình 5). Khi kim xuyên qua da bạn nhìn thấy kim trên siêu âm. Nếu không nhìn thấy kim thì không nên tiếp tục đẩy kim vào sâu, mà điều chỉnh đầu dò hoặc nhẹ nhàng đưa đẩy đầu kim để nhìn thấy kim. Khi nhìn thấy đầu kim tiếp tục đẩy kim theo tín hiệu trên siêu âm, đảm bảo kim đã nằm trong lòng mạch.



Hình 5: Vị trí chọc kim

- Tháo bơm tiêm, luồn dây dẫn inox cho vào kim rồi mới luồn catheter theo dây dẫn (phương pháp Seldinger). Tay phải đưa catheter vào sâu chừng 10- 12 cm tính từ đầu catheter đến đốc kim là được, tay trái rút dây dẫn ra (cần tiến hành đồng thời, tay phải luồn catheter vào khoảng 1-1,5 cm tay trái rút dây dẫn ra cũng tương đương chiều dài đẩy vào của catheter, nếu đẩy catheter vào dài >1,5cm dễ gây gập catheter). Chú ý để dây dẫn ra ngoài nòng của catheter từ 3-4 cm (để tránh tuột dây dẫn vào trong). Luồn catheter vào sâu chừng 10- 12 cm tính từ đầu catheter đến đốc kim là được. Có 2 nòng, một nòng gần (proximal) và một nòng xa (distal). Mỗi

nòng có một khóa, kiểm tra nòng nào thì mở khóa của nòng đó, dùng bơm tiêm hút máu của từng nòng một. Nối catheter với một chai dịch đẳng trương, mở khóa cho dịch chảy nhanh cho đến khi hết máu trong catheter. Sau đó hạ chai dịch kiểm tra lại xem thấy máu trào ngược lại catheter là được. Nhấc cao chai để dịch truyền chảy nhanh đẩy hết máu ở dây truyền rồi điều chỉnh dịch chảy theo tốc độ được chỉ định trong bệnh án. Nòng thứ hai dùng bơm tiêm hút máu ra kiểm tra, sau đó bơm lấp đầy nòng bằng nước muối sinh lý và khóa lại nếu chưa sử dụng. Khâu cố định chân catheter bằng 3 mũi chỉ qua da theo hình túi. Băng kín chân catheter bằng opside vô khuẩn.



Hình 6: Dưới hướng dẫn của siêu âm kim catheter chọc đúng vào tĩnh mạch ở các vị trí khác nhau [1].

CA: là động mạch cảnh trong. IJV: là tĩnh mạch cảnh trong

VI. THEO DÕI

- Theo dõi: thay băng sau 24 giờ sau đặt catheter hoặc khi thấy băng thấm máu, dịch, hoặc băng opside bị bong ra.
- Theo dõi tình trạng chảy máu chỗ chọc, tràn khí màng phổi, nhiễm trùng tại chân catheter.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chọc vào động mạch: rút kim ra và băng ép 5 phút
- Tràn khí, tràn dịch, tràn máu màng phổi: rút catheter, chọc hút dẫn lưu màng phổi nếu không đáp ứng phải mở màng phổi.
- Nhiễm trùng chân catheter, nhiễm khuẩn huyết, rút catheter và cấy đầu catheter

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM BẰNG CATHETER BA NÒNG DƯỚI SIÊU ÂM

I. ĐỊNH NGHĨA

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là thủ thuật cơ bản trong hồi sức cấp cứu bằng cách đưa ống thông có 3 nòng qua da vào tĩnh mạch cảnh trong hoặc tĩnh mạch dưới đòn. Tuy nhiên kỹ thuật này phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sỹ thực hiện thủ thuật và vào các mốc giải phẫu của người bệnh nên thủ thuật này nhiều khi rất khó thực hiện hoặc không thành công nếu đặt mò. Tại châu Âu trong nhiều thập kỷ qua tăng sử dụng đặt catheter 3 nòng dưới hướng dẫn của siêu âm đã làm tăng tỉ lệ thành công, rút ngắn thời gian làm thủ thuật và giảm tai biến.

II. CHỈ ĐỊNH: khi có ≥ 2 chỉ định sau:

1. Dùng các thuốc vận mạch trong điều trị sốc
2. Truyền dịch, máu trong suy tuần hoàn cấp, truyền các loại dịch có áp lực thẩm thấu cao.
3. Đo và theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm
4. Nuôi dưỡng người bệnh
5. Kích thích tim bằng một catheter điện cực khi có nhịp chậm
6. Lọc máu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có huyết khối tĩnh mạch trung tâm
- Nhiễm trùng tại vị trí cần đặt ống thông.
- Thận trọng với những trường hợp mà mốc giải phẫu bị biến dạng do chấn thương hoặc dị dạng từ trước.
- Không có chống chỉ định tuyệt đối, trong các trường hợp rối loạn đông máu hoặc Người bệnh có giảm tiểu cầu. Người bệnh được truyền huyết tương tươi đông lạnh và/hoặc tiểu cầu để bảo tỉ lệ prothrombin $\geq 50\%$ và tiểu cầu ≥ 50 T/L trước khi làm thủ thuật.
- Siêm âm dùng an toàn cho cả phụ nữ có thai và trẻ nhỏ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sỹ được đào tạo về thủ thuật này
- 01 bác sỹ phụ cầm đầu dò siêu âm
- 01 điều dưỡng
- Khử khuẩn tay, đeo găng, mũ, áo choàng, khẩu trang vô khuẩn

- Đứng ở đầu hay ở bên trái người bệnh

2. Phương tiện:

- Bộ catheter 3 nòng: 01 chiếc
- Máy siêu âm với đầu dò linear: 7,5-10Hz
- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật
- Bộ dụng cụ đặt catheter vô khuẩn
- Gói dụng cụ, máy theo dõi

3. Người bệnh

Nếu Người bệnh tỉnh: giải thích để Người bệnh hiểu tránh sợ hãi và cùng hợp tác. Nếu Người bệnh hôn mê giải thích cho gia đình Người bệnh về lợi ích và nguy cơ của thủ thuật. Ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

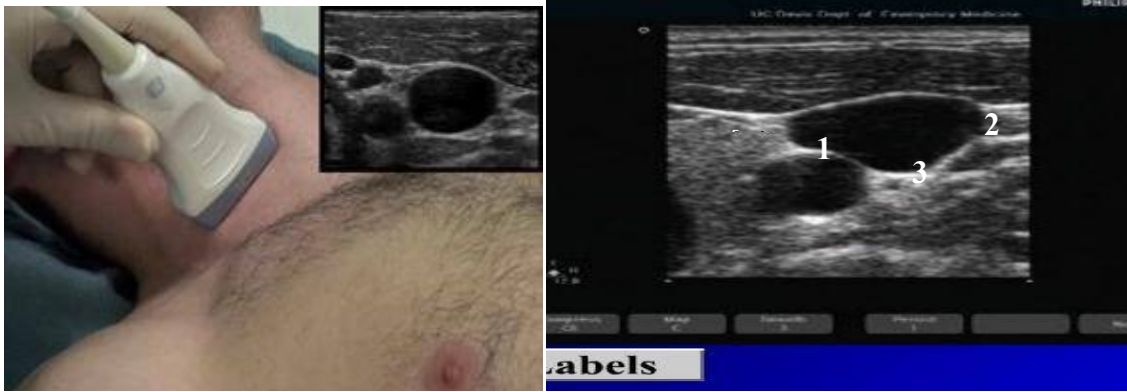
4. Nơi tiến hành: tại phòng hồi sức cấp cứu đảm bảo tiêu chuẩn vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật.
5. Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định đặt catheter 3 nòng, tình trạng Người bệnh trước và sau thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến, biến chứng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

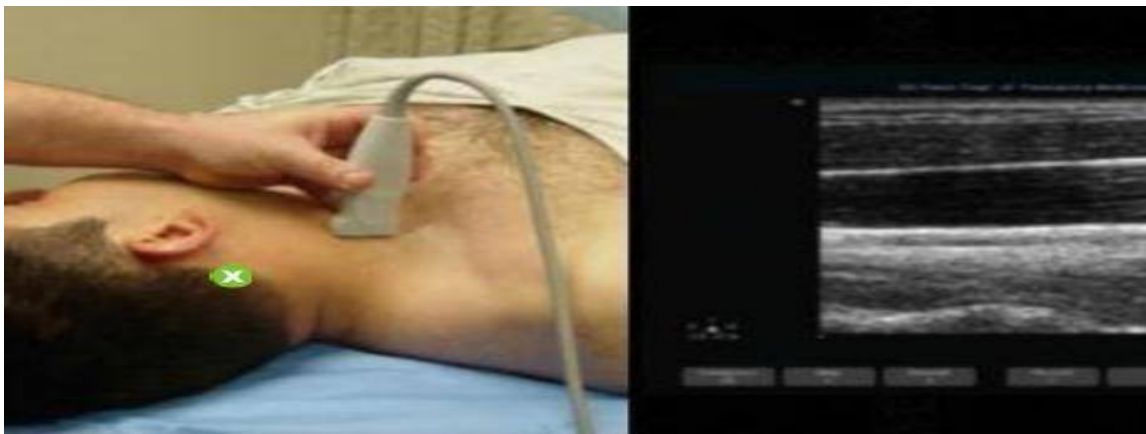
1. Người bệnh đặt nằm ngửa, đầu thấp 10^0 so với chân, kê gối mỏng dưới vai, đầu nghiêng sang phía đối diện với bên chọc kim.

Đề mặt Người bệnh quay sang trái, dùng đầu dò siêu âm chưa vô khuẩn xác định vị trí tĩnh mạch cảnh trong (TMC). Có thể để đầu dò theo mặt cắt ngang (hình 1) hoặc mặt cắt dọc (hình 2). Mặt cắt ngang được dùng nhiều hơn vì dễ xác định vị trí của tĩnh mạch (đặt ngang so với chiều của kim). Trên mặt cắt ngang sẽ thấy hình tĩnh mạch cảnh trong, động mạch cảnh và tuyến giáp.

Đánh giá tình trạng của tĩnh mạch cảnh trong, đường kính khoảng 7 mm. Không được để hình ảnh tĩnh mạch và động mạch trùng lên nhau. Tránh để đầu nghiêng quá 30 độ vì dễ cắt ngang động mạch cảnh. Không ấn đầu dò quá mạnh sẽ làm xẹp tĩnh mạch. Không được chọc kim khi chưa thấy rõ cả tĩnh mạch, động mạch và tuyến giáp.

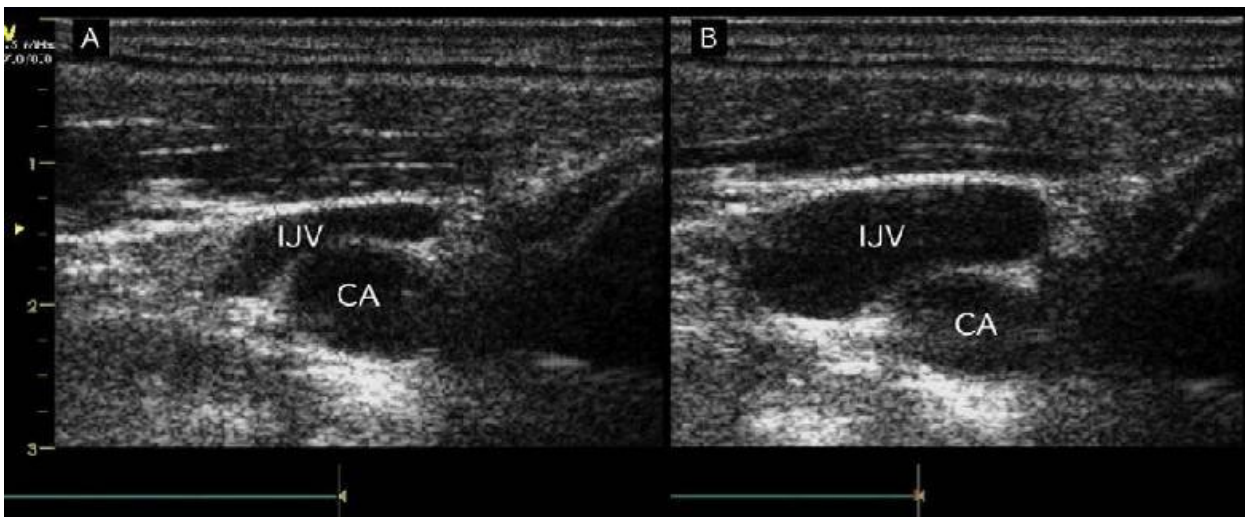


Hình 1: Mặt cắt ngang: 1. Tuyến giáp. 2. TMC trong. 3. ĐM cảnh



Hình 2: Mặt cắt dọc

Nếu không xác định được tĩnh mạch cảnh trong, động mạch và tuyến giáp thì đặt Người bệnh tư thế đầu thấp chân cao hoặc làm nghiệm pháp Valsava để bộc lộ rõ tĩnh mạch cảnh trong (hình 3).



Hình 3: Hình A: tĩnh mạch cảnh (IJV), động mạch cảnh (CA). Hình B: Tăng kích thước tĩnh mạch cảnh trong trong khi làm nghiệm pháp Valsava.

2. Khử khuẩn rộng vùng cổ bên đặt catheter

- Đặt băng có lỗ lên vị trí chọc catheter

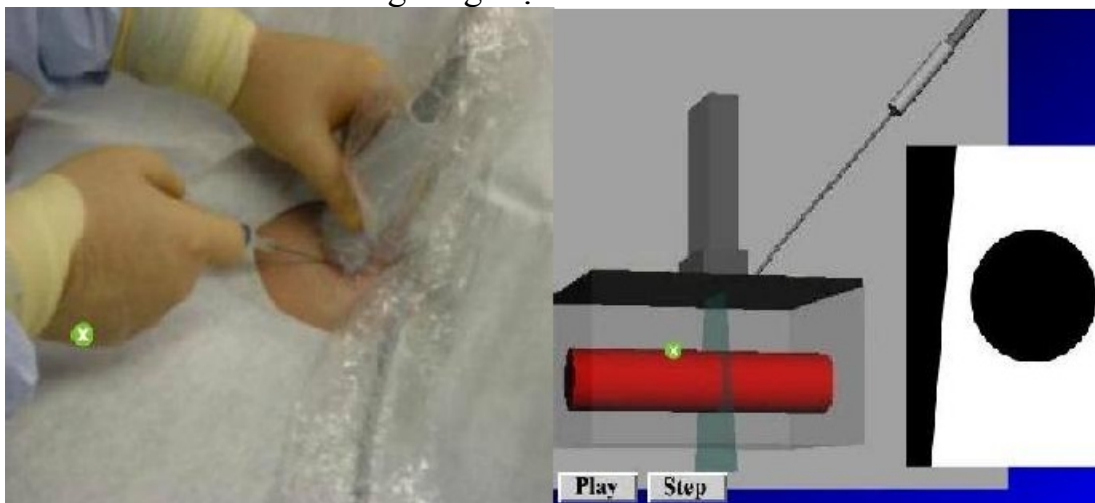
Chuẩn bị đầu dò vô khuẩn trước hoặc sau khi vô khuẩn người bệnh. Bôi gen vào đầu dò sau đó dùng túi ni lon vô khuẩn có sẵn trong bộ đặt catheter hoặc

dùng găng vô khuẩn bọc ra ngoài đầu dò, không để có không khí ở giữa đầu dò và găng (hình 4).



Hình 4: chuẩn bị đầu dò vô khuẩn

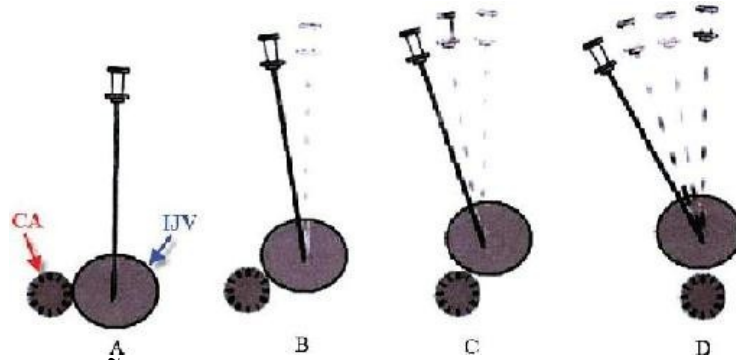
- Chọc kim cách đầu dò siêu âm 1 cm, nên để đầu kim ở giữa đầu dò và chéch với góc 30-45 độ (hình 5). Khi kim xuyên qua da bạn nhìn thấy kim trên siêu âm. Nếu không nhìn thấy kim thì không nên tiếp tục đẩy kim vào sâu, mà điều chỉnh đầu dò hoặc nhẹ nhàng đưa đẩy đầu kim để nhìn thấy kim. Khi nhìn thấy đầu kim tiếp tục đẩy kim theo tín hiệu trên siêu âm, đảm bảo kim đã nằm trong lòng mạch.



Hình 5: Vị trí chọc kim

- Tháo bơm tiêm, luồn dây dẫn inox cho vào kim rồi mới luồn catheter theo dây dẫn (phương pháp Seldinger). Tay phải đưa catheter vào sâu chừng 10- 12 cm tính từ đầu catheter đến đốc kim là được, tay trái rút dây dẫn ra (cần tiến hành đồng thời, tay phải luồn catheter vào khoảng 1-1,5 cm tay trái rút dây dẫn ra cũng tương đương chiều dài đẩy vào của catheter, nếu đẩy catheter vào dài >1,5cm dễ gây gập catheter). Chú ý để dây dẫn ra ngoài nòng của catheter từ 3-4 cm (để tránh tuột dây dẫn vào trong). Có 3 nòng, một nòng gần (proximal) một nòng ở giữa (middle) và một nòng xa (distal). Mỗi nòng có một khóa. Kiểm tra nòng nào thì mở khóa của nòng đó, dùng bơm tiêm hút máu của từng nòng một. Nối catheter với một chai dịch đẳng trương, mở khóa cho dịch chảy nhanh cho đến khi hết máu

trong catheter. Sau đó hạ chai dịch kiểm tra lại xem thấy máu trào ngược lại catheter là được. Nhấc cao chai để dịch truyền chảy nhanh đẩy hết máu ở dây truyền rồi điều chỉnh dịch chảy theo tốc độ được chỉ định trong bệnh án. Hai nòng còn lại cũng kiểm tra lần lượt từng nòng bằng cách lấy bơm tiêm hút máu ra, sau đó bơm đầy nòng bằng nước muối sinh lý. Nếu nòng nào chưa sử dụng thì tạm thời dùng khóa khóa lại. Khâu cố định chân catheter bằng 3 mũi chỉ qua da theo hình túi. Băng kín chân catheter bằng opside vô khuẩn.



Hình 6: Dưới hướng dẫn của siêu âm kim catheter chọc đúng vào tĩnh mạch ở các vị trí khác nhau [1].

CA: là động mạch cảnh trong. IJV: là tĩnh mạch cảnh trong

VI. THEO DÕI

- Theo dõi: thay băng sau 24 giờ sau đặt catheter hoặc khi thấy băng thấm máu, dịch, hoặc băng opside bị bong ra.
- Theo dõi tình trạng chảy máu chỗ chọc, tràn khí màng phổi, nhiễm trùng tại chân catheter.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chọc vào động mạch: rút kim ra và băng ép 5 phút
- Tràn khí, tràn dịch, tràn máu màng phổi: rút catheter, chọc hút dẫn lưu màng phổi nếu không đáp ứng phải mở màng phổi.
- Nhiễm trùng chân catheter, nhiễm khuẩn huyết, rút catheter và cấy đầu catheter

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Rút catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT) là một thủ thuật cơ bản trong hồi sức cấp cứu bằng cách rút ống thông ra khỏi tĩnh mạch mạch cảnh trong hoặc tĩnh mạch dưới đòn.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Sau khi đã hồi sức cho người bệnh ổn định
2. Biến chứng nhiễm trùng, tràn khí, tràn máu màng phổi, nguyên nhân TMTT gây ra
3. Để lâu ngày

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ được đào tạo về thủ thuật này
- 01 điều dưỡng
- Khử khuẩn tay, đeo găng, mũ, áo choàng, khẩu trang vô khuẩn
- Đứng ở đầu hay ở bên trái người bệnh

2. Phương tiện

- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật
- Bộ dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn
- Bộ dụng cụ đặt catheter vô khuẩn

3. Người bệnh

Nếu người bệnh tỉnh được giải thích kỹ để người bệnh hiểu tránh sợ hãi và cùng hợp tác.

1. Nơi tiến hành: tại phòng hồi sức cấp cứu đảm bảo tiêu chuẩn vô khuẩn hoặc phòng thủ thuật.
2. Hồ sơ bệnh án: ghi theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Khử khuẩn rộng vùng cổ bên đặt catheter
2. Đặt săng có lỗ lên vị trí chọc catheter
 - Người bệnh đặt nằm ngửa, đầu quay về phía bên đối diện với bên đặt catheter
 - Cắt chỉ chân catheter chỗ khâu hình túi, đồng thời rút catheter ra.
 - Cấy đầu catheter
 - Sát khuẩn cồn iode lại
 - Băng gạc vô khuẩn

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

Theo dõi tình trạng chảy máu sau rút, cắt đứt catheter chui vào tĩnh mạch.

2. Xử trí

- Nếu chảy máu thì băng ép trong 5 phút, kiểm tra lại tình trạng đông máu của người bệnh nếu sau 5 phút máu không cầm.
- Nếu catheter bị đứt chui vào tĩnh mạch cảnh trong: phẫu thuật để lấy ra.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO ÁP LỰC TĨNH MẠCH TRUNG TÂM BẰNG CỘT NƯỚC (THƯỚC ĐO ÁP LỰC)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm – Central Venous Pressure- viết tắt là CVP.
- Giá trị bình thường của CVP là 5 – 7 cmH₂O.
- Đo CVP thường được áp dụng ở những Người bệnh nặng cần theo dõi huyết động, hồi sức tích cực, khi sử dụng thuốc vận mạch...

II. CHỈ ĐỊNH

- Đo áp lực tĩnh mạch trung tâm để đánh giá khối lượng tuần hoàn trong lòng mạch.
- Đánh giá và quyết định sử dụng thuốc vận mạch

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 người: Bác sĩ hoặc điều dưỡng; đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay vô khuẩn

2. Phương tiện

- Thước đo áp lực tĩnh mạch trung tâm bằng nhựa, có chia vạch cm
- Dây truyền dịch
- Chai dịch đẳng trương
- Bơm tiêm 20ml
- Khóa ba chạc (chạc ba)
- Găng tay sạch, găng tay vô khuẩn
- Khay tiêm truyền, bông cồn sát trùng
- Dây có đầu nối đo áp lực tĩnh mạch
- Gạc N2
- Khẩu trang phẫu thuật
- Mũ phẫu thuật
- Betadin 1%

3. Người bệnh

- Người bệnh đã được đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (đường tĩnh mạch cánh tay trong hoặc dưới đòn)
- Giải thích cho Người bệnh hợp tác nếu Người bệnh tỉnh. Nếu Người bệnh có rối loạn ý thức, gây dựa kích thích thì phải dùng thuốc an thần. Giải thích cho người nhà Người bệnh (trong một số trường hợp).

4. Hồ sơ bệnh án: Ghi rõ chẩn đoán, chỉ định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đo bằng thước đo áp lực

- Người bệnh nằm đầu bằng, bỏ máy thở.
 - Gắn thước đo áp lực vào cọc truyền dịch, đặt mức —0|| của thước ngang đường nách giữa, liên sườn IV (ngang với tâm nhĩ (P) của người bệnh).
 - Lắp khóa 3 chạc vào đường truyền dịch: trên đường truyền dịch (thường là đầu ngoài của catheter, nếu là loại catheter >1 nòng thì sẽ có đầu đo CVP riêng) lắp khóa 3 chạc: 1 đầu thông với đường truyền NGƯỜI BỆNH, 1 đầu thông với chai truyền, 1 đầu thông với thước đo áp lực.
 - Lắp thước đo áp lực tĩnh mạch trung tâm vào một nhánh của khóa 3 chạc. Kiểm tra hệ thống lắp dụng cụ đo vào hệ thống tĩnh mạch trung tâm, đảm bảo vô khuẩn, thông suốt.
 - Chai truyền được dùng khi đo CVP là dung dịch đẳng trương: natriclorua 0,9%, ringer lactat ... Không dùng dung dịch ưu trương, dung dịch cao phân tử, chất béo, chai dịch đang pha vận mạch để đo CVP.
 - Khi chưa đo thì xoay van cho dịch chảy vào Người bệnh (chiều mũi tên quay về hướng người bệnh). Khi cần đo, khoá đường vào người bệnh, cho dịch chảy vào cột nước làm đầy cột nước. Sau đó xoay van đóng trở lại chai dịch, lúc này có sự lưu thông giữa thước đo áp lực với người bệnh, đầu tiên mức nước tụt nhanh, sau đó dừng lại và dao động nhẹ theo nhịp thở: giảm khi hít vào, tăng khi thở ra (nếu thấy không dao động thường do tắc catheter, dao động theo nhịp tim do catheter sâu vào buồng tim, cần rút bớt catheter đến khi cột nước di động theo nhịp thở). Độ cao của mức nước trong thước là áp lực tĩnh mạch trung tâm (tính theo cm). Sau khi đo xong, xoay van khóa đường nối với cột đo CVP, chỉ còn đường dịch nối với người bệnh. Lấy một nắp vô khuẩn đặt đầu trên của dây nối với cột đo.
 - Chú ý: Trong một số trường hợp đặc biệt không bỏ được thở máy, ví dụ Người bệnh đang thở PEEP, cần ước lượng bằng cách trừ đi mức PEEP đang đặt.
- #### **2. Đo khi không có thước đo áp lực :**
- Rút dây truyền ra khỏi chai dịch để cho chảy hết tới khi không còn chảy nữa. Đo chiều cao của cột nước từ ngang mức đường nách giữa, bằng khoang liên sườn IV. Đo chiều cao của cột nước (cm) chính là CVP.
 - Hạn chế sử dụng phương pháp này vì phải tháo dây truyền nhiều lần dễ nhiễm khuẩn và tắc catheter.

3. Đo bằng máy và theo dõi liên tục (có bài riêng)

VI. THEO DÕI

- Vị trí chọc catheter đảm bảo sạch vô trùng, thay băng hàng ngày hoặc khi bong băng dính, nhiễm bẩn.
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng tại chân catheter
- Đảm bảo đường truyền thông, tránh gây tắc và lọt khí vào catheter

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nếu có dấu hiệu nhiễm trùng tại chân catheter: rút và cấy đầu catheter
- Tắc catheter: khi thông tắc thì dùng bơm tiêm hút ra, không được bơm vào. Nếu không được thì cần đặt lại catheter tĩnh mạch trung tâm.

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

IX. 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

3. 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, oxi,
- 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.

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

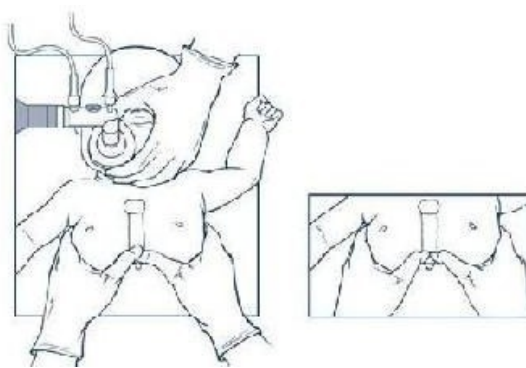
1.2. Tiến hành ép tim ngoài lồng ngực: thông khí nhân tạo 30:2 nếu Người bệnh là người lớn, trẻ nhỏ và nữ nhi khi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ 15:2 nếu Người bệnh là trẻ nhỏ hoặc nữ nhi khi có trên 2 người cấp cứu. Ép tại $\frac{1}{2}$ dưới xương ức, lún từ $\frac{1}{3}$ đến $\frac{1}{2}$ bề dày lồng ngực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



Kỹ thuật ép tim bằng 2 ngón tay
(Khi chỉ có 1 người cấp cứu)



Kỹ thuật ép tim bằng 2 ngón cái và bàn tay ôm ngực
(Khi có nhiều người cấp cứu)

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 $\frac{1}{3}$ đến $\frac{1}{2}$ 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



Bước 1



Bước 2



Bước 3

- 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

VI. 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 ĐẶT CATHETER NGOẠI VI

I. ĐẠI CƯƠNG

Catheter ngoại vi là một kim nhựa có nòng, được dùng để đặt vào tĩnh mạch ngoại vi nhằm các mục đích sau:

- Duy trì đường truyền tĩnh mạch
- Chuẩn bị sẵn đường truyền để lấy máu xét nghiệm, truyền dịch và thực hiện thuốc.
- Tránh tuột đường truyền khi vận chuyển người bệnh.
- Đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi là thủ thuật cơ bản của điều dưỡng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi cần truyền dịch, lấy máu xét nghiệm và thực hiện tiêm, truyền thuốc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu (chống chỉ định tương đối)
- Huyết khối tĩnh mạch
- Giãn tĩnh mạch ngoại vi
- Sốt xuất huyết

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 điều dưỡng
- Giải thích cho Người bệnh và người nhà trước khi làm thủ thuật.
- Trang bị mũ, khẩu trang.
- Vệ sinh bàn tay, đi găng tay vô trùng.

2. Người bệnh

- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở.
- Tư thế Người bệnh nằm ngửa, đầu nghiêng sang bên đối diện, kê một gối mỏng dưới khuỷu tay (nếu đặt ở tay), cố định tay, chân NGƯỜI BỆNH.
- Vị trí đặt: tĩnh mạch khuỷu hoặc tĩnh mạch cổ tay

3. Phương tiện, dụng cụ

- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
- Dụng cụ , máy theo dõi
- Máy truyền dịch
- Catheter ngoại vi các cỡ, bộ dây truyền, dịch truyền dung dịch natri chlorua 0,9%, khoá ba chạc, băng dính, opside.

- Gối kê tay, bàn thủ thuật, xăng vô khuẩn có lỗ và không lỗ.

4. Hồ sơ, bệnh án:

- Có chỉ định đặt catheter tĩnh mạch ngoại vi để truyền dịch.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra chai dịch natrichlorua 0,9%, cắm dây truyền vào chai, khoá lại. Bộc lộ vùng cần đặt catheter, chọn tĩnh mạch.
- Đi găng tay, buộc dây cao su trên vùng cần đặt 3 – 5 cm.
- Sát khuẩn vị trí cần đặt từ trong ra ngoài theo hình xoáy ốc 2 lần, Điều dưỡng sát khuẩn tay.
- Lắp kim có catheter vào bơm tiêm. Một tay căng da, một tay cầm bơm tiêm có để sẵn catheter đâm kim chéch 30 độ so với mặt da vào tĩnh mạch thấy máu trào ra. Rút từ từ nòng kim ra khỏi catheter, lắp dây truyền đã chuẩn bị trước vào đốc catheter. Tháo dây cao su, mở khoá cho dịch chảy.
- Cố định catheter và dây truyền, che catheter bằng gạc vô khuẩn, cố định tay vào nẹp (nếu cần).
- Điều chỉnh tốc độ truyền theo y lệnh. Ghi phiếu truyền dịch.
- Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, theo dõi và phát hiện tai biến, dặn người bệnh những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay.
- Ghi bệnh án quá trình thủ thuật và phiếu theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng Người bệnh trong quá trình tiến hành thủ thuật (sắc mặt, mạch, SpO₂) để phát hiện tai biến. Sau khi đặt theo dõi mạch, huyết áp 3 phút/lần, 1 giờ/lần.
- Theo dõi nơi đặt catheter hàng ngày, theo dõi chảy máu, nhiễm khuẩn, thay băng.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn nơi đặt, nhiễm khuẩn huyết: rút catheter, cấy đầu catheter.
- Tắc catheter: thông truyền, nếu tắc quá lâu không thông được phải rút catheter ra.
- Đứt catheter (hiếm gặp), tuột catheter: đặt lại.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

I. MỤC ĐÍCH

- Duy trì sự lưu thông catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT)
- Đánh giá thường xuyên vị trí của catheter TMTT
- Hạn chế nhiễm trùng chân catheter, nhiễm trùng huyết cho người bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

- Áp dụng cho tất cả người bệnh có đặt catheter TMTT
- Thời gian thực hiện: khi băng thấm dịch, máu, hoặc qua opside thấy viêm đỏ, chảy máu quanh chân catheter

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không thay băng nếu băng opside còn kín, không có hiện tượng viêm nhiễm, chảy máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 điều dưỡng: rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

2. Dụng cụ

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	100
7	Opisde	miếng	01
8	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

3. Người bệnh:

- Thông báo, giải thích cho người bệnh (nếu người bệnh tỉnh)
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp: đầu cao 30 độ, nghiêng mặt về bên

đối diện đặt catheter

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát ken.
2. Rửa tay sạch
3. Đặt khay quả đậu ở vị trí thích hợp
4. Vệ sinh vùng da xung quanh chân cathette bằng nước muối 0,9% trong ra ngoài, thấm khô. Sát trùng xung quanh chân catheter bằng PVP iodine 10%

5. Tháo bỏ băng cũ
6. Đánh giá chân catheter TMTT, mức độ viêm chân catheter hay không
7. Đi găng vô khuẩn
8. Sát trùng chân catheter bằng PVP iodine 10% bán kính 5cm, sát trùng 1 vòng quanh chân catheter, sát trùng 2 lần
9. Đặt gạc hoặc opside vào chân catheter, băng lại bằng băng dính.
10. Tháo bỏ găng bẩn
11. Đặt người bệnh về tư thế thoải mái
12. Thu dọn dụng cụ
13. Rửa tay
14. Ghi bảng theo dõi điều dưỡng: tình trạng chân catheter, thời gian thực hiện, người thực hiện

VI. THEO DÕI

- Theo dõi chân catheter có thấm dịch, máu hoặc opside bị bong thì thay ngay
- Theo dõi đánh giá chảy máu chỗ chọc, nhiễm trùng tại chân catheter.
- Theo dõi vị trí cố định: mức độ lỏng, tuột của catheter, gấp gãy catheter

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tuột catheter do cố định lỏng, người bệnh có nhiều mồ hôi người bệnh dầy dụa nhiều.

- + Theo dõi thường xuyên vị trí cố định, băng thấm dịch, mồ hôi
- + Cố định lại catheter đúng vị trí, rút catheter nếu nghi tuột hẳn ra ngoài
- Nhiễm trùng chân catheter , nhiễm khuẩn huyết: do thay băng không đảm bảo vô khuẩn, để lưu catheter quá lâu: thực hiện quy trình thay băng đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn cho người bệnh .
- Tắc catheter: Dùng bơm tiêm hút máu ra, tuyệt đối không bơm cục máu đông vào trong.
- Báo bác sĩ biết khi có viêm chân catheter, phụ bác sĩ rút catheter .

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC DỊCH – MÁU MÀNG TIM TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG/ ĐỊNH NGHĨA

Tràn dịch màng tim là một bệnh lý khá thường gặp trên lâm sàng. Số lượng dịch màng ngoài tim gây ép tim thay đổi rất khác nhau. Chỉ cần 200 ml dịch màng ngoài tim xuất hiện nhanh trong vài phút đến vài giờ như sau chấn thương, máu màng ngoài tim có thể gây ép tim, nhưng nếu dịch màng ngoài tim xuất hiện từ từ trong vài ngày tới vài tuần thì số lượng dịch có thể tới 2000ml mới gây ép tim.

Chọc dịch màng ngoài tim là một thủ thuật rút dịch ở khoang màng ngoài tim, và nó có thể cứu sống Người bệnh bị ép tim cấp

II. CHỈ ĐỊNH

- Tràn dịch, máu màng tim có ép tim cấp
- Lấy dịch xét nghiệm chẩn đoán (ung thư, nhiễm khuẩn, nhiễm nấm...)
- Tràn dịch màng tim số lượng nhiều mặc dù chưa có triệu chứng lâm sàng điển hình vẫn có thể được chỉ định chọc dẫn lưu dịch màng tim

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối)

- Tăng áp lực động mạch phổi nhiều
- Rối loạn đông máu hoặc chảy máu các cơ quan chưa được điều chỉnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Người thực hiện thực hiện thủ thuật do các bác sỹ chuyên khoa tim mạch hoặc hồi sức cấp cứu : 01
- Người phụ là bác sỹ chuyên khoa tim mạch hoặc hồi sức cấp cứu, bác sỹ cao học, nội trú: 01
- Người phụ dụng cụ: 01 Điều dưỡng đã được đào tạo
- Người thực hiện làm thủ thuật đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1 Vật tư tiêu hao

- Găng vô trùng : 05 đôi

2.2 Dụng cụ cấp cứu

- Bộ dụng cụ cấp cứu hô hấp : bóng

- Găng khám: 06 đôi
- Kim lấy thuốc : 05 cái
- Kim lồn 16 G : 04 chiếc
- Lưỡi dao mổ : 01 cái
- Chỉ khâu không tiêu : 02 sợi
- Bơm tiêm 5ml : 05 cái
- Bơm tiêm 10ml : 05 cái
- Bơm tiêm 50ml : 02 cái
- Dây truyền : 02 cái
- Gạc N2 : 02 gói
- Lidocain 2% loại 2ml/ống : 04 ống
- Iodine 10% lọ 60ml : 0,5 lọ
- Fentanyl 0,1mg : 01 ống
- Mũ phẫu thuật : 04 cái
- Khẩu trang phẫu thuật : 04 cái

ambu, mask, ống nội khí quản
- Dụng cụ cấp cứu ngừng tuần hoàn

2.3 Các chi phí khác

- Panh có máu, không máu
- Hộp bông còn
- Săng lổ vô trùng
- Áo mổ
- Chi phí khấu hao máy siêu âm (5000 ca/5 năm)
- Khay quả đậu inox nhỏ

3. Người bệnh

- Giải thích cho bệnh (nếu tỉnh) và gia đình về lợi ích và tai biến có thể xảy ra khi chọc dịch màng tim, ghi cam kết phẫu thuật
- Thở oxy, thở máy và hút đờm hút hàu họng nếu đã đặt ống nội khí quản
- Đo huyết áp, đo mạch đảo
- Mặc máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, SpO2.
- Người bệnh nằm đầu cao 30 – 45 độ để dịch tập trung xuống dưới

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chỉ định, có dán cam kết thủ thuật của Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp
- Ghi chép đầy đủ thông tin cách tiến hành thủ thuật, diễn biến và biến chứng (nếu có).

V. TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án
2. Kiểm tra người bệnh
3. Thực hiện Kỹ thuật:

3.1. Bước 1: Sát khuẩn vùng mổ, trái xăng, gây tê tại chỗ .

Xác định vị trí chọc. Vị trí chọc dưới mũi ức 0,5 – 1 cm, lệch sang trái 0,5 cm đối với Người bệnh gầy và 1,5 cm đối với Người bệnh béo.

3.2. Bước 2: Rạch da nhỏ tại vị trí chọc giúp đưa kim vào dễ hơn.

3.3. Bước 3: chọc qua da : có 2 lựa chọn cho kim chọc dịch màng tim

- Kim luồn 16G với nòng bên trong hoặc kim lấy thuốc 18 gauge nối với bơm tiêm 20 ml (thích hợp hơn với Người bệnh tràn dịch màng tim có ngừng tim)
- Kim với nòng bên trong thì đưa kim chậm hơn và khi rút nòng trong ra có dịch chảy ra là đổ vào tới dịch màng ngoài tim. Nòng bên trong kim có tác dụng tránh tắc kim.
- Khi chọc với kim nối với bơm tiêm thì có thể đưa kim nhanh hơn, vừa đưa kim vào vừa hút, khi nào có dịch vào bơm tiêm là đổ vào tới màng ngoài tim. Nhưng kim nối với bơm tiêm thích hợp hơn cho chọc dịch màng tim có ngừng tim. Kim với nòng bên trong có thể nối với bơm tiêm khi rút nòng trong ra.
- Nếu chọc dịch màng tim với kim nối bơm tiêm, lấy 10 ml lidocain vào trong bơm tiêm, đuổi khí và nối với kim chọc.
- Lidocain được sử dụng giúp Người bệnh dễ chịu hơn nhưng có thể bỏ qua trong trường hợp chọc dịch màng tim cấp cứu có ngừng tim.
- Gây tê từng lớp, vừa đưa kim vừa hút cho đến khi vào tới khoang màng ngoài tim
- Nếu chọc dịch màng tim với kim có nòng bên trong, đưa kim đi từ từ và rút nòng bên trong ra 2 – 5 giây mỗi khi kim chọc vào sâu thêm 0,5 – 1 cm để kiểm tra có dịch chảy ra chưa.
- Tay không thuận cầm kim và để đầu kim vào vị trí da đã rách, tay còn lại cầm bơm tiêm hoặc nòng trong kim tự vào phương pháp lựa chọn.
- Đưa kim một góc 45° với mặt da và hướng lên vai trái (khớp cùng vai)
- Đưa kim từ từ cho đến khi đầu kim đi qua xương sườn.

3.4. Bước 4: Khi đi qua xương sườn, hạ kim 15° so với mặt da, đưa kim từ từ vào khoang màng ngoài tim. Khi kim vào tới màng ngoài tim sẽ thấy cảm giác —hẫng tay—, nhưng để chắc chắn đã chọc vào khoang màng ngoài tim khi thấy dịch chảy ra qua kim.

- Để đặt dẫn lưu màng ngoài tim thì một nòng dẫn có thể đưa qua kim vào trong màng ngoài tim.
- Rút bỏ kim ra khỏi guidewire, nong đường vào bằng nong 6 – 8 French.
- Rút bỏ nong, đưa catheter dẫn lưu qua nòng dẫn vào trong màng ngoài tim.
Rút bỏ nòng dẫn
- Nối đầu catheter với đầu ba chạc
- Khâu catheter vào da và phủ gạc vô khuẩn

3.5. Bước 5: Dẫn lưu dịch

- Có thể thay bơm tiêm 20 ml bằng 50 ml để hút dịch, cung lượng tim sẽ được cải thiện khi hút ra 50 ml.

- Nối với hệ thống dẫn lưu, dẫn lưu dịch màng tim
- Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm: vi sinh vật, sinh hóa, tế bào...

VI. THEO DÕI

- *Lưu ý khi làm thủ thuật:*
- + Lắp monitoring theo dõi điện tim trong suốt quá trình làm thủ thuật, khi kim vào tới màng ngoài tim trên điện tim xuất hiện ST chênh lên hoặc xuất hiện ngoại tâm thu.
- + Khi thực hiện thủ thuật dưới hướng dẫn của siêu âm, dung dịch muối trong xylanh được dùng như là chất cản quang để xác định chắc chắn vị trí kim đó vào màng ngoài tim.
- + Trong hầu hết các trường hợp, cho phép lưu ống dẫn lưu màng ngoài tim khoảng 24 tới 48 giờ.
- Theo dõi số lượng và màu sắc dịch ra: tùy thuộc vào tình trạng dịch ban đầu, theo dõi để phát hiện sớm biến chứng tắc dẫn lưu, tràn máu khoang màng ngoài tim
- Siêu âm hàng ngày để đánh giá số lượng dịch màng tim

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chọc thủng buồng tim, nhịp nhanh thất hoặc nhịp chậm, rách mạch máu cần phải phẫu thuật, chảy máu khoang màng ngoài tim, rách động mạch vành, phù phổi cấp, ngừng tim
- Tràn khí màng phổi cần phải đặt dẫn lưu khoang màng phổi
- Tắc dẫn lưu: Khi dẫn lưu lâu hơn, catheter có thể được giữ tránh tắc bằng 3 cách sau:
- + Hút dẫn lưu liên tục
- + Bơm rửa catheter mỗi 1 – 2 giờ.
- + Bơm vào nòng catheter urokinase và mở catheter mỗi 2 – 4 giờ và mở trong 1 giờ.
- Nhiễm khuẩn: bổ sung thêm thuốc kháng sinh
- Tổn thương các tạng trong ổ bụng: nếu chảy máu trong ổ bụng do tổn thương các tạng ngay lập tức mời phẫu thuật viên hội chẩn để mổ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM ĐÁNH GIÁ TIỀN GÁNH TẠI GIƯỜNG Ở NGƯỜI BỆNH SỐC TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốc là một trong những cấp cứu thường gặp trong khoa Hồi sức cấp cứu. Đây là một tình trạng nặng, có nhiều nguyên nhân phức tạp như ép tim cấp, chảy máu trong ổ bụng... Siêu âm là một biện pháp đơn giản, dễ thực hiện để loại trừ tim và loại trừ các nguyên nhân sốc giúp cho người thực hiện lâm sàng định hướng tối hơn trong vấn đề xử trí sốc. Siêu âm không có biến chứng, có thể tiến hành ngay, làm được nhiều lần.

Trong thực hành cấp cứu, siêu âm là một phương tiện không thể thiếu và làm được siêu âm là một kỹ năng của người người thực hiện hồi sức cấp cứu .

II. CHỈ ĐỊNH: Tất cả các trường hợp sốc chưa rõ nguyên nhân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH :

Không có chống chỉ định siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Người thực hiện thực hiện thủ thuật do các bác sỹ chuyên khoa hồi sức cấp cứu được đào tạo về siêu âm tổng quát
- Người phụ dụng cụ: Điều dưỡng khoa hồi sức cấp cứu

2. Phương tiện dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Mũ y tế
- Khẩu trang y tế
- Găng tay sạch

Số lượng

2 cái
2 cái
2 đôi

1.2. Dụng cụ cấp cứu: không cần

1.3. Các chi phí khác (khấu hao máy, nhà xưởng...)

- Dung dịch rửa tay nhanh
- Máy siêu âm màu có đầu do đa tần (siêu âm tại giường)
- Phiếu ghi kết quả siêu âm
- Gel siêu âm

3. Người bệnh:

- Giải thích cho bệnh (nếu tỉnh) và gia đình về lợi ích và tai biến có thể xảy ra khi làm thủ thuật dưới hướng dẫn siêu âm
- Người bệnh nằm ngửa, bộ lộ vùng thăm khám
- Mắc máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, SpO₂.

4. Hồ sơ bệnh án. Ghi chép đầy đủ thông tin vào hồ sơ bệnh án

V. TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: kiểm tra chỉ định, chống chỉ định, cam kết thực hiện Kỹ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: mặc monitoring theo dõi các chỉ số sinh tồn

3. Thực hiện Kỹ thuật:

3.1. Bước 1: đảm bảo an toàn cho người bệnh.

- Kiểm tra hệ thống máy thở, các dây truyền thuốc như thuốc vận mạch.
- Đảm bảo hô hấp, tăng oxy 100% nếu Người bệnh nặng phải thở máy
- Điều dưỡng phụ giữ người bệnh, để Người bệnh nằm nghiêng khi cần thiết

3.2. Bước 2: Quy trình siêu âm cho Người bệnh sốc – tụt huyết áp bao gồm.

(Viết tắt **HI MAP**)

Siêu âm tim mạch (**HEART**): dịch màng tim, co bóp thành tim, sơ bộ chức năng tim

Siêu âm đánh giá tĩnh mạch chủ (**IVC**): tình trạng thể tích

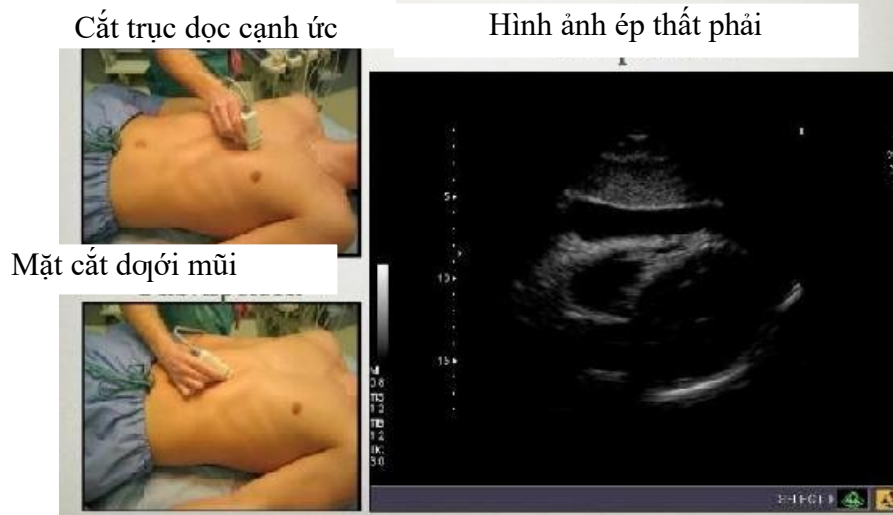
Siêu âm khoang Morrison (**Morrison**): máu màng phổi, dịch ổ bụng

Siêu âm động mạch chủ (**Aorta**): vỡ phình động mạch chủ

Siêu âm khí màng phổi (**Pneumothorax**)

3.2.1. Siêu âm tim (HEART)

a. Mặt cắt cạnh ức trực dài và dưới mũi ức để đánh giá dịch màng tim, ép tim cấp

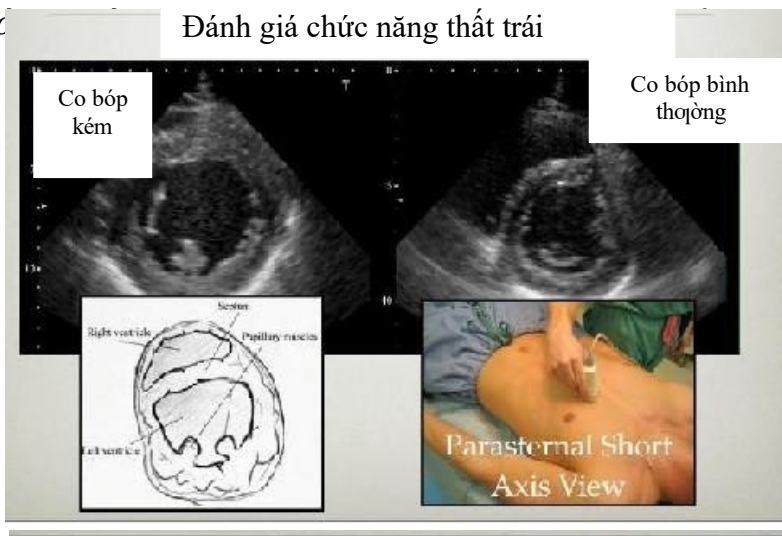


b. Mặt cắt bên (Đánh giá kích thước thất phải)



c. Mặt cắt cạnh ỨC (trục ngắn): đánh giá chức năng thất trái

d. Mặt cắt dọc ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG THẤT TRÁI



3.2.2. Siêu âm tĩnh mạch chủ dưới: đánh giá tình trạng dịch



Sử dụng mặt cắt dưới mũi ức, cắt dọc tĩnh mạch chủ dưới để đánh giá tình trạng đủ dịch, thiếu dịch trong cơ thể và chẩn đoán, đánh giá tràn dịch màng tim.

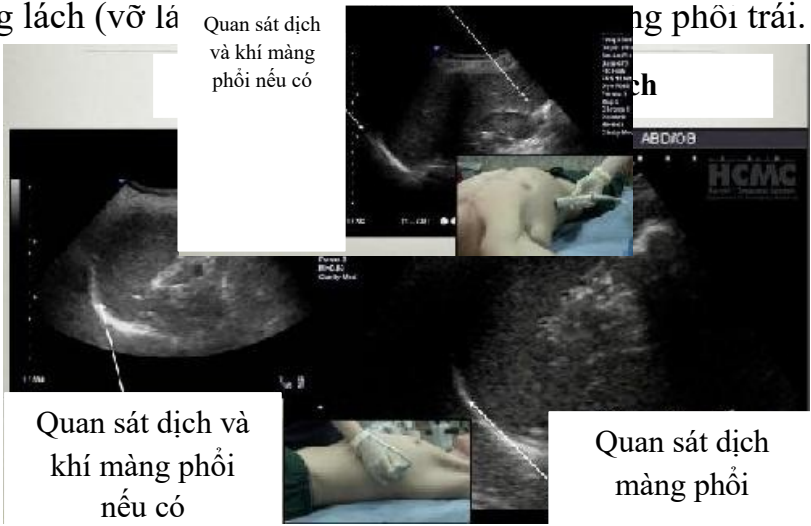
Ước tính áp lực tĩnh mạch trung tâm dựa vào kích thước tĩnh mạch chủ dưới và thay đổi khi hít vào trong siêu âm.

Kích thước IVC (cm)	Thay đổi theo nhịp thở	Áp lực nhĩ phải (cm)
< 1.5	Xẹp hoàn toàn	0 – 5
1.5 – 2.5	> 50%	5 – 10
1.5 – 2.5	< 50%	11 – 15
>2.5	< 50%	16 – 20
>2.5	Không thay đổi	>20

3.2.3. Siêu âm đánh giá dịch khoang Morrison, Douglas để đánh giá dịch ổ bụng và màng phổi

Sử dụng mặt cắt kẽ sườn phải để đánh giá khoang Morrison có dịch hay không, khoang màng phổi phải có dịch, máu hay không.

Tương tự, sử dụng **KHOANG MORISON** để đánh giá dịch quanh lách, tổn thương lách (vỡ lách) và màng phổi trái.



Sử dụng mặt cắt dọc bàng quang để đánh giá tình trạng dịch Douglas, chảy máu bàng quang, nhiễm trùng bàng quang...



3.3. Siêu âm động mạch chủ bụng

- Dùng đầu dò rẽ quạt tần số thấp (3,5MHz), nếu có siêu âm Doppler và nhất là Doppler màu thì thăm khám dễ dàng hơn, và còn đánh giá được dòng chảy bên trong.
- Trong số cần siêu âm động mạch chủ để phát hiện các trường hợp phình tách, vỡ phình động mạch chủ bụng...

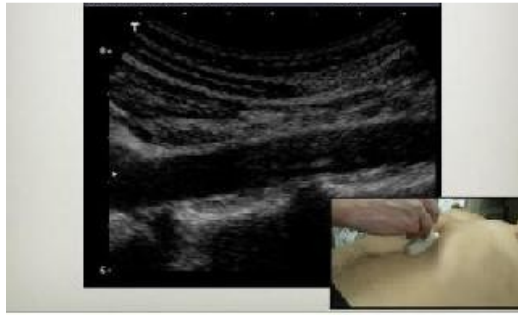
3.3.1. Mặt cắt ngang động mạch chủ bụng

ĐỘNG MẠCH CHỦ



Mặt cắt dọc động mạch chủ bụng

MẶT CẮT DỌC ĐỘNG MẠCH CHỦ

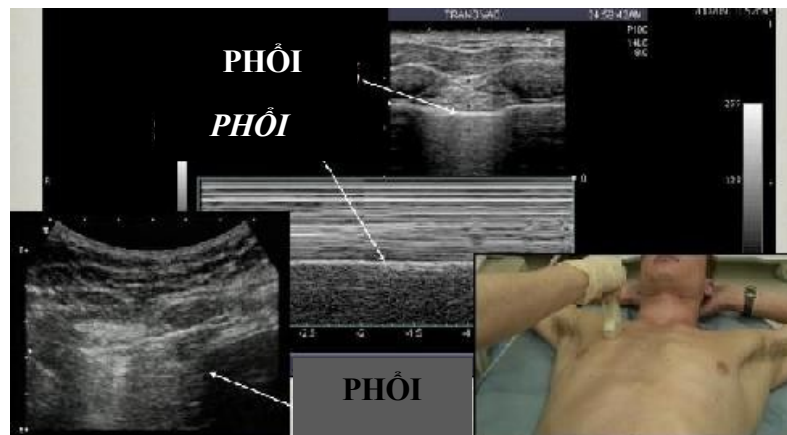


3.3.2. Hình ảnh phình tách động mạch chủ bụng

PHÌNH TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ



3.4. Siêu âm tìm dấu hiệu khí màng phổi



VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

Siêu âm là biện pháp không xâm lấn, có thể được tiến hành nhiều lần.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG/ ĐỊNH NGHĨA

Trong các khoa Hồi sức cấp cứu có những Người bệnh suy gan cấp, suy đa tạng cần phải lọc máu, nhưng thường có rối loạn đông máu nặng. Khi tiến hành thủ thuật cho những Người bệnh này thường gặp các biến chứng như chảy máu, máu tụ gây chèn ép, khó đặt catheter, mất nhiều thời gian thậm chí không thể tiến hành thủ thuật

Trong thập kỉ vừa qua, đặt catheter dưới hướng dẫn siêu âm được sử dụng phổ biến làm tăng tỉ lệ thành công, giảm thời gian làm thủ thuật và giảm các biến chứng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các chỉ định như các chỉ định của đặt catheter tĩnh mạch trung tâm thường quy (đặt catheter —mù).
- Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm —mù thất bại.
- Xác định vị trí của kim xuyên xương chày (intraosseous) để truyền dịch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vị trí chọc.
- Các tổn thương tĩnh mạch đích (huyết khối tĩnh mạch, hoặc trường hợp tĩnh mạch rất nhỏ).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Người thực hiện thực hiện thủ thuật: 01 bác sĩ cấp cứu đã được đào tạo.
- Người phụ dụng cụ: 01 bác sĩ (chuyên khoa, cao học hoặc bác sĩ nội trú đã được đào tạo... để cố định đầu dò siêu âm), 01 Điều dưỡng đã được đào tạo.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

	Đơn vị	Số lượng
☐ Catheter tĩnh mạch đùi 2 nòng 12 F hoặc catheter tĩnh mạch cảnh/ dưới đòn loại 3 nòng	cái	01
☐ Găng vô trùng	đôi	5
☐ Găng khám	đôi	6
☐ Kim lấy thuốc	Cái	5
☐ Kim luồn 16 G	cái	02
☐ Lưỡi dao mổ	cái	01
☐ Bơm tiêm 5ml	Cái	5

☐ Bơm tiêm 10ml	Cái	5
☐ Bơm tiêm 20ml	Cái	5
☐ Bơm tiêm 50ml	Cái	2
☐ Dây truyền	Cái	2
☐ Gạc N2	Gói	5
☐ Iodine 10%	Lọ	1
☐ Thuốc giảm đau fentanyl 0,1mg	Lọ	1
☐ Mũ phẫu thuật	Cái	4
☐ Khẩu trang phẫu thuật	Cái	4

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bộ chống sốc
- Bóngambu

2.3. Các chi phí khác

- ☐ Panh có máu, không máu
- ☐ Hộp bông còn
- ☐ Bát kê to
- ☐ Khay quả đậu inox nhỡ
- ☐ ống cắm panh inox
- ☐ Săng lổ vô trùng
- ☐ Áo mổ
- ☐ Dung dịch Anois rửa tay nhanh
- ☐ Xà phòng rửa tay
- ☐ Cồn trắng 90⁰
- ☐ Máy siêu âm

3. Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh(nếu tỉnh) hoặc người nhà Người bệnh lợi ích và nguy cơ của thủ thuật, cho Người bệnh hoặc người nhà Người bệnh ký cam kết thủ thuật
- Kiểm tra lại các chống chỉ định
- Người bệnh nên được nằm ngửa, đầu cao hơn chân.

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chỉ định, có dán cam kết thủ thuật của Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp
- Ghi chép đầy đủ thông tin cách tiến hành thủ thuật, diễn biến và biến chứng (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật

2. Kiểm tra lại người bệnh: các chức năng sống xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

3. Tiến hành kỹ thuật

3.1. Bước chuẩn bị các dụng cụ và sát khuẩn vị trí chọc catheter: để đối diện với người thực hiện, khởi động máy, chuyển đầu sang đầu dò line tần số cao.

- Siêu âm đánh giá tình trạng mạch máu : giải phẫu bình thường, bất thường và đánh giá tình trạng huyết khối tĩnh mạch, nếu có huyết khối thì chuyển vị trí khác để đặt catheter.
- Người phụ Phương tiện, dụng cụ :
 - + Bóc, kiểm tra catheter. Bơm nước vào các nòng của catheter để tránh tắc
 - + Lấy thuốc gây tê vào bơm tiêm, NaCl 0.9% pha thành lidocain 1%.
- Sát khuẩn: lau sạch da bằng xà phòng, sát khuẩn bằng dung dịch cồn và betadin rộng toàn bộ vị trí tĩnh mạch đích, trải ga vô khuẩn.
- Dùng găng tay vô khuẩn, băng hoặc 01 túi nilon chuyên dụng để bọc đầu dò máy siêu âm

3.2. Bước 1: Sử dụng kim 22 hoặc 25 gauge, gây tê tại chỗ với lidocain 1%. Gây tê từ nông đến sâu. Vừa gây tê vừa hút trong suốt quá trình gây tê, gây tê từ từ từng lớp một.

3.3. Bước 2: Tay trái người thực hiện làm thủ thuật siêu âm cố định vị trí sau đó chuyển người phụ cầm đầu dò máy siêu âm xác định vị trí tĩnh mạch (kích thước lớn hơn động mạch và ấn xẹp khi ép đầu dò), tĩnh mạch có đường kính lớn hơn động mạch và ấn xẹp hoàn toàn khi không có huyết khối, tĩnh mạch cảnh trong nằm ngoài động mạch và sơ bộ đánh giá tổn thương tĩnh mạch như huyết khối trước khi làm thủ thuật. Tay phải cầm kim dẫn lưu chọc dưới hướng dẫn đầu dò siêu âm, đưa kim một góc 60° so với mặt da. Quan sát vị trí đầu kim trên màn hình máy siêu âm. Vừa đưa kim vào vừa hút chân không trong tay và quan sát đầu kim trên màn hình siêu âm cho tới khi đầu kim qua thành tĩnh mạch hút ra máu. Quét đầu dò để tạo mặt cắt dọc tĩnh mạch, xác định lại vị trí chính xác của đầu kim. Lưu ý không đưa kim mạnh để tránh làm xẹp tĩnh mạch dẫn đến chọc xuyên thành sau.

3.4. Bước 3: Người phụ cầm giữ nguyên đầu dò máy siêu âm. Người thực hiện làm thủ thuật đưa chuyển kim từ tay phải sang tay trái. Tay phải cầm dây dẫn của catheter luồn vào kim theo phương pháp Seldinger như đặt catheter thường

quy. Siêu âm mặt cắt dọc tĩnh mạch để xác định lại vị trí dây dẫn trong tĩnh mạch.

3.5. Bước 4: (giống như đặt catheter thường quy), rút kim ra vẫn giữ nguyên catheter trong lòng mạch. Luồn dụng cụ nong qua da vào dây dẫn để nong khoảng 3 cm rồi rút nong ra và luồn catheter theo dây dẫn vào tĩnh mạch, đồng thời rút dần dây dẫn ra khỏi lòng mạch qua đầu xa của catheter.

3.6. Bước 5: khâu cố định và đo áp lực tĩnh mạch trung tâm

VI. THEO DÕI

- Theo dõi: cách chỉ số sinh tồn trong và sau khi làm thủ thuật, tình trạng chảy máu và các biến chứng khác hằng ngày
- Thay băng, sát khuẩn hằng ngày bằng dung dịch betadin 10%
- Kiểm tra các nòng catheter tránh tắc
- Lấy 0.5 lọ heparin để chống đông cho catheter tĩnh mạch nòng lọc máu

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Nhiễm khuẩn tại chỗ hoặc nhiễm khuẩn huyết. Xử trí: rút và cấy đầu catheter định danh vi khuẩn
- Tắc mạch hơi
- Máu tụ dưới da. Xử trí: băng ép tại chỗ, truyền các chế phẩm máu nếu có chỉ định
- Chọc vào động mạch. Xử trí: ép tay vào động mạch 5 – 10 phút sau chọc tiếp.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Điện tim đồ là một đường cong, đồ thị tuần hoàn, ghi lại các biến thiên của các điện lực do tim phát ra trong một hoạt động co bóp.

Điện tim có thể coi là một đồ thị có hoành độ là thời gian và tung độ là điện thế của dòng điện tim.

II. CHỈ ĐỊNH

Tùy theo bệnh cảnh Người bệnh mà chỉ định làm điện tim một chuyển đạo hay 12 chuyển đạo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định làm điện tim

IV. 12 CHUYỂN ĐẠO CƠ BẢN

- Chuyển đạo mẫu
 - + Chuyển đạo D1: điện cực âm ở tay phải, điện cực dương ở tay trái.
 - + Chuyển đạo D2: điện cực âm ở tay phải, điện cực dương ở chân trái.
 - + Chuyển đạo D3: điện cực âm ở tay trái, điện cực ở chân trái.
- Chuyển đạo đơn cực các chi
 - + Chuyển đạo AVR: điện cực ở cổ tay phải, thu điện thế ở mé phải và đáy tim.
 - + Chuyển đạo AVL: điện cực ở cổ tay trái, thu điện thế ở phía thất trái
 - + Chuyển đạo AVF: điện cực ở cổ chân trái, chuyển đạo duy nhất —nhìn thấy được thành sau dưới đáy tim..
- Chuyển đạo trước tim.
 - + V1: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên phải, sát xương ức.
 - + V2: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên trái, sát xương ức
 - + V3: Cực thăm dò ở điểm giữa đường thẳng nối V2 với V4.
 - + V4: Giao điểm của đường thẳng đi qua điểm giữa xương đòn trái và khoang liên sườn 5.
 - + V5: cực thăm dò ở giao điểm của đường nách trước bên trái với đường đi ngang qua V4
 - + V6: Cực thăm dò ở giao điểm của đường nách giữa và đường ngang qua V4, V5.

V. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện, dụng cụ

- Máy điện tim: Có đủ dây dẫn, dây đất bản cực.
- Kem dẫn điện hoặc nước muối 9‰
- Vải miếng gạc sạch để lau chát dẫn điện, sau khi làm xong.

2. Người bệnh

- Nếu là trẻ nhỏ, không hiểu biết, khó điều khiển: cần cho uống thuốc an thần để Người bệnh nằm yên rồi mới làm.
- Người bệnh tỉnh táo: giải thích kỹ thuật không gây đau, không ảnh hưởng đến cơ thể cần thiết phải làm để giúp cho quá trình điều trị. Người bệnh phải bỏ các vật dụng kim khí trong người ra: đồng hồ, chìa khóa... Nghỉ ngơi trước khi ghi điện tim ít nhất 15 phút.
- Để Người bệnh nằm ngửa thoải mái trên giường.
- Nhiệt độ phòng không được quá lạnh.

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.

II. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nối dây đất ở máy vào vị trí nào đó: vòi nước, chỗ rửa có phần kim loại tiếp xúc với mặt đất.
- Nối nguồn điện vào máy, bật máy thấy chắc chắn điện đã vào máy. Bộc lộ phần cổ tay, cổ chân người bệnh, bôi chất dẫn điện vào các bản cực nối các bản cực vào cổ tay cổ chân (mặt trong cổ tay cổ chân). Lắp các dây chuyển đạo ngoại vi vào các bản cực sao cho dây có màu đỏ nối với bản cực ở cổ tay phải.
- Dây có màu vàng nối với bản cực ở cổ tay trái
- Dây có màu đen nối với bản cực ở cổ chân phải.
- Dây có màu xanh nối với bản cực ở cổ chân trái.
- Bộc lộ phần ngực người bệnh, bôi chất dẫn điện vào các vị trí da nơi gắn điện cực, sau đó gắn với điện cực lên vị trí tương ứng.
- Bảo Người bệnh thở đều, có thể nhắm mắt lại.
- Bật máy, định chuẩn điện thế, thời gian: làm test thời gian và biên độ. Yêu cầu của test là phải vuông góc. Làm test nào thì ghi điện tim theo test đó (thời gian và điện thế).
- Chú ý tốc độ chạy giấy có những tốc độ sau: 10mm/s, 25mm/s, 50mm/s, 100mm/s.

Điện tâm đồ bình thường chạy tốc độ 25mm/s.

Nếu chạy 10mm/s khoảng cách các phức bộ ngắn.

Nếu chạy 50mm/s, 100mm/s: các phức bộ chậm và giãn ra.

Ghi các chuyển đạo: mỗi chuyển đạo nên ghi khoảng cách từ 3 đến 5 ô.

Nhưng nếu nhịp tim không đều có thể ghi dài hơn theo yêu cầu. Trong quá trình ghi, kim ghi có thể lên xuống phải điều chỉnh kim sao cho vị trí kim ghi luôn ở giữa giấy.

Ghi xong các chuyển đạo, cho giấy chạy quá vài ô rồi tắt máy.

Tắt máy tháo các điện cực trên cơ thể người bệnh, lau chất dẫn điện trên

người Người bệnh và trên các bản cực.

Ghi lên đoạn giấy: tên họ người bệnh, tuổi ngày giờ ghi. Ghi tên các chuyển đạo tương ứng lên giấy.

Thu dọn máy móc, cắt dán đoạn điện tim vừa ghi vào phiếu theo dõi điện tim.

III. CÁCH ĐỌC ĐIỆN TIM CƠ BẢN

1. Điện tâm đồ bình thường

Được biểu diễn trên giấy, chiều dọc biểu thị biên độ (độ cao của sóng) và chiều ngang biểu hiện thời gian.

- Sóng P: ứng với thời gian xung động từ nút xoang ra nhĩ (hiện tượng khử cực của nhĩ) trung bình biểu đồ 1 - 3mm. Thời gian 0,008 giây.

- Khoảng PQ: biểu hiện của cả thời gian khử cực nhĩ với việc truyền xung động từ nhĩ xuống thất, trên điện tâm đồ là bắt đầu từ sóng P đến đầu sóng Q. Trung bình dài từ 0,12 đến 0,18 giây.

- Phức bộ QRS: là hoạt động của 2 thất. Thời gian trung bình là 0,08 giây. Biên độ QRS thay đổi khi cao khi thấp tùy theo tư thế tim.

- Đoạn ST ứng với thời kỳ tâm thất được kích thích đồng nhất, thời kỳ hoàn toàn khử cực của thất.

- Sóng T: ứng với thời kỳ tái cực thất, bình thường dài 0,2 giây.

- Đoạn QT: thời gian tâm thu điện học của thất. Trung bình 0,35 đến 0,40 giây. Đo từ đầu sóng Q đến cuối sóng T.

2. Các sự cố gây nhiễu khi ghi điện tim

- Các sóng nhiễu xuất hiện không có quy luật, hình dạng rất khác nhau, chỉ thêm vào điện tâm đồ mà không thay thế một sóng nào cả. Nguyên do có thể do sức cản của da (da bẩn) hoặc khô chất dẫn điện.

- Nhiễu: trên hình ảnh điện tâm đồ thấy các đoạn gấp khúc hay rung động từng chỗ, có thể chênh hẫng hoặc uốn lượn có các sóng nhỏ lẫn lẫn.

Khi gặp nên xem lại: Người bệnh có cử động nhẹ không (không được cử động), nhịp thở rối loạn Người bệnh run vì rét hoặc sợ (ủ ấm, giải thích hoặc uống thuốc an thần trước khi ghi). Có thể 1 trong các bản cực bị tuột (xem các bản cực).

IV. THEO DÕI

Điều dưỡng nhận định sơ bộ điện tim bất thường hay bình thường. Nếu bất thường báo ngay cho bác sĩ để xử trí kịp thời.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT HỒI SINH TIM PHỔI NÂNG CAO

I. ĐẠI CƯƠNG

Hồi sinh tim phổi nâng cao bao gồm hồi sinh tim phổi cơ bản (ép tim hiệu quả, sốc điện đúng chỉ định sớm), đặt đường truyền tĩnh mạch, dùng thuốc như adrenalin, thuốc chống loạn nhịp tim (lidocain, amiodaron, magnesulphat), hô hấp nâng cao qua mặt nạ thanh quản, qua nội khí quản... hỗ trợ Người bệnh để duy trì được tưới máu não, tưới máu vành, sớm thiết lập và duy trì được tuần hoàn tự nhiên, tránh di chứng thần kinh nặng nề.

Trước đây, hồi sinh tim phổi cơ bản (HSTPCB) thường bị gián đoạn để đặt nội khí quản, để đặt đường truyền tĩnh mạch... Từ năm 2010, hiệp hội tim mạch Mỹ khuyến cáo không nên gián đoạn HSTPCB vì bất cứ lý do gì, ngay cả sốc điện cũng nên được thực hiện sau 2 phút HSTPCB. Theo một số nghiên cứu: hầu hết các trường hợp HSTPCB trước và trong bệnh viện đều không phù hợp vì thời gian gián đoạn ép tim quá nhiều, ép tim quá nông hoặc quá chậm.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán ngừng tuần hoàn, dựa vào 3 dấu hiệu: mất ý thức đột ngột, ngừng thở và mất mạch cảnh.

III. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Nằm ngửa trên nền cứng
- Monitor theo dõi
- Hút đờm dãi
- Gọi người hỗ trợ

2. Chuẩn bị kịp cấp cứu NTH

- 1 bác sĩ có kinh nghiệm chỉ huy chung
- 2 bác sĩ thực hành
- 3 điều dưỡng: 1 Phương tiện, dụng cụ, 1 thực hiện y lệnh, 1 chạy ngoài

3. Phương tiện, dụng cụ

- Tủ cấp cứu NTH lưu động có đầy đủ trang bị cần thiết
- Máy sốc điện: Monophasic hoặc Biphasic để chế độ monitor theo dõi
- Thuốc thiết yếu: Adrenaline, Amiodarone, Magne sulfate, Lidocaine
- Monitor theo dõi

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các bước làm ngay

- Ép tim ngoài lồng ngực 100 lần/phút
- Bóp bóng qua mask oxy liều cao 6-8 l/ph

- Tốc độ 30 lần ép tim/ 2 lần bóp bóng

2. Đánh giá khả năng sốc điện

2.1. Không có chỉ định sốc điện: Vô tâm thu hoặc vô mạch

- Adrenaline 1mg tĩnh mạch mỗi 3 đến 5 phút
- Đặt mặt nạ thanh quản hoặc đặt nội khí quản

2.2. Có chỉ định sốc điện: Rung thất, nhịp nhanh thất

- Sốc điện (Monophasic: 360 J, Biphasic: 150-200 J)
- Ép tim ngoài lồng ngực trong vòng 2 phút, trước khi đánh giá lại nhịp tim
- Đặt đường truyền tĩnh mạch: Natriclorua 0,9%
- Adrenaline 1 mg tĩnh mạch mỗi 3 – 5 phút trước khi sốc điện lần 3
- Nếu nhịp nhanh thất hoặc rung thất bền bỉ, trước khi sốc lần 3: **Amiodarone (Cordarone)** 300 mg tĩnh mạch chậm trong 20 ml Natriclorua 0,9%, có thể nhắc lại liều 150 mg. Hoặc **Lidocain** (1-1,5 mg/kg với liều đầu tiên, sau đó 0,5 mg-0,75 mg/kg TM, tối đa là 3 liều hay đã đạt tới tổng liều 3 mg/kg).
- Magnesulphat 2 g tiêm tĩnh mạch nếu xoắn đỉnh
- Đặt mặt nạ thanh quản hoặc nội khí quản

3. Tìm và xử trí nguyên nhân

- Tràn khí màng phổi dưới áp lực: Mở màng phổi
- Mất thể tích: Truyền dịch nhiều
- Hạ nhiệt độ: Sưởi ấm và tiếp tục hồi sức
- Tắc động mạch phổi cấp: Tiêu sợi huyết hoặc lấy huyết khối
- Nhồi máu cơ tim: Tái tưới máu mạch vành
- Ngộ độc: Thuốc kháng độc

4. Một số điểm lưu ý trong khi tiến hành HSTP

- Ép tim mạnh và nhanh (100 lần/phút)
- Bảo đảm lồng ngực nở lại hoàn toàn giữa các lần ép tim
- Giảm thiểu tới mức tối đa việc gián đoạn ép tim ngoài lồng ngực
- Một —chu kỳ hồi sinh tim phổi cơ bản bao gồm: 30 lần ép tim sau đó 2 lần thông khí . 5 chu kỳ hồi sinh tim phổi $\approx$ 2 phút
- Tránh tăng thông khí khi tiến hành cấp cứu, bóp bóng 6-8 lần/phút
- Xác định đúng vị trí và cố định tốt mặt nạ thanh quản hoặc ống nội khí quản
- Thay đổi người ép tim 2 phút/lần cùng lúc khi tiến hành kiểm tra lại mạch
- Tìm kiếm và xử trí các yếu tố có thể điều trị được tham gia gây ngừng tuần hoàn.

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 cần 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 đàm 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 nữ nhi.

- + Nối 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) đủ 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, nữ nhi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ có thể là 15/2 đối với trẻ nhỏ hoặc nữ 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.

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN

Bệnh nhân bất tỉnh

Kiểm tra an toàn. Phòng tránh truyền nhiễm

Xác định bệnh nhân bất tỉnh

(Anh tên gì? Anh làm sao không?)

Có người đột ngột mất ý thức

Gọi hỗ trợ (gọi người, máy sốc điện và các dụng cụ cấp cứu)

Khai thông đường thở (airway) Ngửa đầu – Nâng cằm
(Chú ý chấn thương cột sống cổ)



Kiểm tra nhịp thở

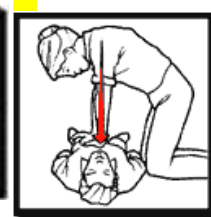
(Nghe – nhìn – cảm nhận)

Nếu không có nhịp thở -> thổi ngạt 2 lần



Kiểm tra mạch cảnh 2 bên

Nếu không có mạch -> Ép tim ngoài lồng ngực 30/2



Kiểm tra không quá 10 giây

Thay người sau mỗi 5 chu kỳ chu kỳ 30/2 hoặc sau 2 phút ép tim

Chú ý: tiến hành ép tim và bóp bóng liên tục (không dừng ép tim quá 30 giây cho các thủ thuật khác)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỐC ĐIỆN NGOÀI LÒNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Dùng 1 xung điện có điện thế lớn (7000-8000 volt) trong thời gian rất ngắn (0,03-0,10 s) phóng qua tim làm khử cực toàn bộ cơ tim, tạo điều kiện cho nút xoang trở lại nắm quyền chỉ huy toàn bộ tim. Có hai loại: sốc điện không đồng bộ và sốc điện đồng bộ (xung được phóng ra vào thời điểm lựa chọn là sườn sau sóng R). Sốc điện có thể tiến hành trực tiếp trên tim khi mở lồng ngực (sốc điện trong lồng ngực) hoặc qua thành ngực (sốc điện ngoài lồng ngực).

II. CHỈ ĐỊNH

1. Sốc điện cấp cứu

- Rung thất/nhanh thất vô mạch: sốc điện không đồng bộ, mức năng lượng: 360J
- Loạn nhịp nhanh (trừ nhanh xoang) có rối loạn huyết động: sốc điện đồng bộ
- Cần thực hiện nhanh chóng, không cần gây mê, chống đông.

2. Sốc điện có chuẩn bị

- Các loạn nhịp nhanh (trừ nhanh xoang) chưa có rối loạn huyết động không đáp ứng với các biện pháp điều trị khác như thủ thuật cường phế vị, thuốc chống loạn nhịp. Cần gây mê ngắn khi sốc điện.
- Phương thức: Sốc điện đồng bộ, mức năng lượng thường thấp 25-200J.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tim nhanh nhĩ đa ổ
- Người bệnh còn tỉnh
- Có sự tiếp xúc trực tiếp của Người bệnh với người khác.
- Bề mặt da vị trí đặt điện cực bị ẩm ướt.
- Người bệnh đang mang các thiết bị tạo nhịp hay phá rung trong người.

IV. CHUẨN BỊ

1. Thuốc

- Thuốc gây mê tác dụng ngắn: Propofol là thuốc được lựa chọn hàng đầu hiện nay.
- Các thuốc vận mạch

2. Dụng cụ

Dụng cụ cấp cứu: Bóng ambu, nguồn oxy, bộ dụng cụ đặt nội khí quản.

Máy sốc điện bao gồm:

- Bộ phận tạo xung điện là 1 tụ điện tích điện từ nguồn điện xoay chiều có khả năng phóng ra được dòng điện với các tính chất mong muốn theo yêu cầu sốc điện.
- Bản sốc điện có kích cỡ thay đổi tùy sốc trong hay ngoài lồng ngực, người lớn hay trẻ em. Đối với người lớn sốc điện qua thành ngực thường có đường kính 80mm.

- Dây điện cực với 3-5 điện cực
- Màn huỳnh quang (monitor) hiển thị sóng điện tim thu từ các điện cực hoặc bản sóng điện, các thông số kỹ thuật.
- Nút/phím chọn phương thức sốc điện đồng bộ (SYN=synchronization).
- Nút hoặc phím lựa chọn mức năng lượng (tính bằng joules hoặc watts). Các mức 5-50 J chủ yếu dùng cho sốc điện trực tiếp trên tim khi phẫu thuật mở lồng ngực; các mức cao hơn thường dùng cho sốc điện ngoài lồng ngực.
- Nút/phím nạp điện (CHARGE)
- Nút phóng điện

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

- Đặt các bản điện cực trên thành ngực người bệnh, kết nối dây dẫn các điện cực với monitoring. Lựa chọn phương thức sốc điện và năng lượng sốc.
- Thoa kem dẫn điện đầy đủ, lực ép trên thành ngực phải đủ đảm bảo tiếp xúc tốt với da Người bệnh tránh sinh nhiệt quá mức gây phỏng da.
- Tránh nổi tắt do kem dẫn điện giữa 2 bản điện cực, không để phần da trần của Người bệnh tiếp xúc với các vật kim loại xung quanh như thành giường để đảm bảo hiệu quả của sốc điện.
- Gây mê ngắn cho Người bệnh bằng propofol liều 1mg/ kg cân nặng.
- Người phụ bóp bóng hỗ trợ hô hấp cho người bệnh, theo dõi liên tục SpO₂
- Thủ thuật viên đặt các bản điện cực sốc vào đúng vị trí. Thông thường vị trí đặt bản điện cực là đáy-đỉnh, bản điện cực —STERNUM ở vùng dưới xương đòn bên phải, —APEX ở hơi phía ngoài mỏm tim.
- Ấn phím nạp điện, khi thanh chỉ dẫn nạp điện ở mức đủ, ấn phím phóng điện.
- Sau khi sốc điện, người phụ duy trì bóp bóng qua mặt nạ có oxy cho đến khi Người bệnh hồi tỉnh hoàn toàn.
- Cách ly tốt Người bệnh để tránh gây điện giật cho những người xung quanh.

VI. THEO DÕI

- Lâm sàng: ý thức người bệnh, nhịp thở, nhịp tim, huyết áp. Nếu Người bệnh ngừng thở thì cố gắng kích thích bằng cách gây đau và gọi to cho Người bệnh tỉnh. Nếu Người bệnh vẫn ngừng thở và SaO₂ <90%: bóp bóng có oxy hỗ trợ. Nếu tăng tiết đờm rãi: hút đờm rãi qua mũi miệng, đặt NKQ nếu cần.
- Theo dõi điện tâm đồ và xử trí những rối loạn nhịp nếu có.
- Theo dõi các tổn thương do sốc điện gây ra: bỏng, tiêu cơ vân, hoại tử cơ tim

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Rung thất do lựa chọn sai phương thức sốc điện, mức năng lượng quá cao: ép

tim, và lựa chọn lại mức năng lượng.

- Ngừng tim: cấp cứu theo qui trình cấp cứu ngừng tuần hoàn ABC
- Tắc mạch: Hay gặp ở Người bệnh rung nhĩ không được điều trị chống đông hiệu quả. Can thiệp mạch hoặc phẫu thuật và dùng chống đông tùy từng trường hợp.
- Hoại tử cơ tim do năng lượng sốc quá cao
- Phù phổi cấp do suy giảm chức năng tâm thu thất trái hoặc do nhĩ ngừng co bóp thoáng qua: điều trị theo phác đồ xử trí phù phổi cấp.
- Bỏng da

CHƯƠNG 3: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG CẤP CỨU HỒI SỨC BỆNH LÝ THẬN TIẾT NIỆU VÀ LỌC MÁU

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TRÊN KHỚP VỆ TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

Đặt catheter trên khớp vệ để dẫn lưu nước tiểu trong trường hợp nước tiểu không thể dẫn lưu được qua đường niệu đạo thông thường do có chống chỉ định.

Thủ thuật này được tiến hành tại các khoa hồi sức cấp cứu với đặc điểm: tiến hành tại giường và cần nhiều Người thực hiện để làm thủ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Không đặt được sonde bàng quang trong hoàn cảnh:
 - + Phì đại tuyến tiền liệt, ung thư tuyến hoặc trước phẫu thuật tuyến tiền liệt.
 - + Hẹp bao quy đầu
 - + Tổn thương ở cổ bàng quang.
 - + Vỡ niệu đạo do vỡ khung chậu.
 - + Hẹp niệu đạo: tuyến tiền liệt phì đại, co thắt niệu đạo, sẹo xơ niệu đạo, dị vật niệu đạo.
- Nhiễm trùng niệu đạo mạn tính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu: tiểu cầu dưới $50000/\text{mm}^3$; $\text{INR} > 3$; $\text{APTTs} > 50\text{s}$. Cần truyền tiểu cầu hoặc huyết tương tươi đông lạnh trước khi làm thủ thuật.
- Nhiễm trùng ở vị trí dự định đặt catheter.
- Bệnh lý trong khoang ổ bụng (viêm phúc mạc, chảy máu ổ bụng, hoặc xơ phúc mạc,...)
- U bàng quang
- Không sờ thấy bàng quang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng đã được đào tạo

2. Người bệnh

2.1. Vật tư tiêu hao

- Bộ dụng cụ đặt catheter qua da
 - + 01 catheter trên khớp vệ, cỡ 12 – 16 F.
 - + 01 bơm tiêm 50ml gắn vào đầu catheter, 03 bơm tiêm 10ml.
 - + 01 kim dẫn đường để luồn guide wire: dài khoảng 7 – 8 cm, cỡ 24 – 25 G.
 - + 01 dao phẫu thuật, 01 bộ kim chỉ khâu da
- Dung dịch sát khuẩn: povidin, thuốc gây tê: lidocain 1%

- Hệ thống dẫn nước tiểu vô trùng: dây dẫn nối với catheter và túi đựng nước tiểu.

- Găng phẫu thuật, gạc vô trùng, xăng vô khuẩn cỡ 4 x 4cm, băng dán vô khuẩn.

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bộ cấp cứu sốc phản vệ

- Các chế phẩm máu sẵn sàng lĩnh về truyền khi xuất hiện chảy máu gây mất máu.

2.3. Các chi phí khác

- Máy siêu âm

- Máy chụp xquang tại giường.

3. Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh (nếu Người bệnh còn tỉnh táo) và gia đình/người đại diện hợp pháp của Người bệnh về sự cần thiết và các nguy cơ của thủ thuật. Người bệnh/đại diện của Người bệnh ký cam kết thực hiện kỹ thuật.

- Người bệnh nằm ngửa, đầu cao 30° và được chuẩn bị sạch vùng tiểu khung: cạo sạch lông, sát khuẩn rộng.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật

2. Kiểm tra Người bệnh: các chức năng sống (mạch, huyết áp, SPO2 và ý thức) xem có thể tiến hành thủ thuật được không.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Thăm khám, sờ nắn bàng quang hoặc siêu âm xác định vị trí chọc ở trên đường trắng giữa, cách trên khớp vệ 2cm.

- Gây tê tại chỗ.

- Lắp kim dẫn đường đã chuẩn bị vào bơm tiêm có chứa dung dịch lidocain, hướng kim về vị trí chọc tạo một góc 70 - 80° so với bề mặt thành bụng (mũi kim hướng về phía đầu Người bệnh và thân kim vẫn theo hướng đường trắng giữa).

- Chọc kim, bơm khoảng 5ml thuốc gây tê khi đang tiến về phía bàng quang, trong khi từng lúc bơm thuốc gây tê xen kẽ với hút nước tiểu. Ngừng tiến thêm khi đã hút thấy nước tiểu.

- Giữ nguyên vị trí kim, rút bơm tiêm, luồn dây dẫn qua kim vào trong bàng quang.

- Giữ nguyên vị trí dây dẫn, rút kim. Dùng dao rạch một vết rạch nhỏ ở vết chọc.

- Luồn dụng cụ nong và vỏ qua dây dẫn và đưa vào trong bàng quang. Giữ nguyên vị trí vỏ nhựa, rút dụng cụ nong và rút dây dẫn.
- Đưa catheter trên khớp vệ qua vỏ nhựa vào trong bàng quang, xác định vị trí chính xác khi thấy nước tiểu chảy ra. Bơm bóng chèn của catheter và nối với hệ thống dẫn nước tiểu.
- Rút vỏ nhựa, vừa rút vừa vê nhẹ, rút đến khi thấy bóng chèn chạm thành bàng quang, rút hết vỏ nhựa ra ngoài.
- Băng vùng chọc bằng gạc vô trùng.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi các thông số: mạch, huyết áp, SPO₂ và ý thức trong và sau khi làm thủ thuật.
- Theo dõi diễn biến và kết quả của kỹ thuật
 - + Dấu hiệu nhiễm trùng tại chỗ, trong ổ bụng và chảy máu trong ổ bụng.
 - + Dấu hiệu nước tiểu: số lượng, màu sắc
- Theo dõi tai biến và biến chứng của kỹ thuật:
 - + Dấu hiệu chảy máu bàng quang: màu sắc nước tiểu, tổng phân tích nước tiểu.
 - + Dấu hiệu viêm phúc mạc do thủng ruột
 - + Kỹ thuật thất bại

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Co thắt bàng quang: Thường gặp, phòng bằng cách để đầu trong của catheter cách thành bàng quang 2cm. Khi co thắt mạnh dùng oxybutynin 5mg, 2 – 4 viên/ngày.
- Đái máu: Rách mạch máu hoặc bàng quang được giải phóng áp lực nhanh: bằng cách tháo nước tiểu ra từ từ.
- Thủng ruột: Dùng biện pháp siêu âm đánh giá trước khi cần. Phẫu thuật rửa ổ bụng.
- Tắc catheter: đầu catheter tỳ đè hoặc cục máu.
- Đái nhiều do hội chứng sau giải phóng tắc nghẽn. Xử trí: theo dõi cân bằng dịch và rối loạn điện giải.
- Tổn thương niệu quản, nhiễm trùng hoặc áp xe, tuột catheter, chảy máu và dịch quanh catheter.
- Thủ thuật thất bại: hội chẩn chuyên khoa ngoại mở thông bàng quang.
- Các biến chứng khác: xuyên qua thành tiếp theo của bàng quang, rơi một đoạn của đầu catheter trong bàng quang.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG BÀNG QUANG DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đặt thông tiểu là phương pháp đưa ống thông qua đường niệu đạo vào bàng quang lấy nước tiểu ra ngoài nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị.
- Làm giảm sự khó chịu và căng quá mức do ứ đọng nước tiểu trong bàng quang.
- Đo lường khối lượng và tính chất nước tiểu lưu trữ trong bàng quang.
- Lấy mẫu nước tiểu để xét nghiệm.
- Làm sạch bàng quang trong những trường hợp cần thiết như trước và sau phẫu thuật
- Theo dõi lượng nước tiểu liên tục ở người bệnh nặng nằm tại các khoa Hồi sức tích cực: suy thận cấp, sốc, ngộ độc, bỏng nặng...

II. CHỈ ĐỊNH

- Trường hợp Người bệnh bí tiểu do nhiều nguyên nhân (bệnh lý liệt cơ vòng cổ bàng quang, do dùng thuốc an thần, dẫn cơ..)
- Rối loạn tiểu kéo dài: tiểu không tự chủ
- Vết thương loét, nhiễm trùng nặng vùng hậu môn trực tràng, âm đạo.
- Trước và sau các phẫu thuật.
- Lấy nước tiểu làm xét nghiệm giúp chẩn đoán và điều trị.
- Theo dõi số lượng nước tiểu trong các trường hợp sốc, suy thận cấp, Người bệnh dùng an thần giãn cơ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chấn thương niệu đạo như dập, rách, đứt niệu đạo, nhiễm khuẩn niệu đạo mủ.
U xơ tiền liệt tuyến gây bí tiểu hoàn toàn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sỹ, điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.

- Rửa tay bằng dung dịch cồn sát khuẩn tay nhanh
- Đội mũ, đeo khẩu trang.
- Đi găng sạch để vệ sinh, làm sạch lông bộ sinh dục, kê bô dẹt, vệ sinh nước xà phòng bộ phận sinh dục cho Người bệnh.
- Rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.

2. Phương tiện, Dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Ống thông bàng quang kích cỡ phù hợp : 01 cái
- Găng sạch : 01 đôi
- Găng vô khuẩn : 01 cái
- Khay quả đậu vô khuẩn

- Panh vô khuẩn
- Ống cắm panh
- Khay quả đậu sạch
- Bát kê
- Panh
- Kéo
- Xăng có lỗ : 01 cái
- Túi dẫn lưu nước tiểu : 01 cái
- Gạc củ ấu vô khuẩn
- Gạc miếng vô khuẩn
- Natriclorua 0,9%
- Dung dịch sát khuẩn iode (Povidin) 10%
- Bơm tiêm 20ml : 01 cái
- Dầu parafin
- Xà phòng diệt khuẩn
- Lưỡi dao cạo
- Bình phong
- Ống xét nghiệm (nếu cần)
- Bô dẹt
- Tấm nilon 40 x 60 cm
- Mũ : 02 cái
- Khẩu trang : 02 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn tay
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp

2.2. Dụng cụ cấp cứu

Bộ dụng cụ chống sốc.

3. Người bệnh

- Thông báo giải thích cho Người bệnh và gia đình về mục đích của việc đặt ống thông bàng quang và yêu cầu sự hợp tác của gia đình người bệnh.
- Che bình phong
- Người bệnh nằm ngửa, cởi quần, bộc lộ vùng lỗ niệu đạo, đắp ga.
- Trải nilon dưới mông, được vệ sinh bộ phận sinh dục (như trên)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra dụng cụ, đưa tới giường bệnh

- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang.
- Đưa dụng cụ đến giường để ở nơi thuận tiện.
- Mở bộ dụng cụ, đổ dung dịch sát khuẩn iode 10% vào bát ken
- Tư thế và Người bệnh đã được chuẩn bị sẵn, mở ga đắp để lộ bộ phận sinh dục.

2. Sát khuẩn vệ sinh vùng sinh dục niệu đạo

- Điều dưỡng sát khuẩn tay nhanh, đi găng sạch.
- Dùng kim kẹp gạc củ ấu sát khuẩn bộ phận sinh dục và lỗ tiểu từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài cho đến khi sạch bằng dung dịch Povidin.
- Điều dưỡng tháo bỏ găng sạch, sát khuẩn tay bằng cồn rửa tay nhanh

3. Đặt ống thông tiểu vô trùng

- Đi găng vô trùng
- Trải sẵn có lỗ.
- Lấy bơm tiêm 20 ml hút nước muối 0,9%
- Đặt khay quả đậu đã hấp diệt khuẩn vào giữa 2 đùi người bệnh để đựng nước tiểu.
- Nối ống thông tiểu với túi dẫn lưu.
- Bôi paraffin vào đầu ống thông tiểu 5-6cm
- Một tay trái bộc lộ lỗ niệu đạo
- Sát trùng lại lỗ niệu đạo bằng Povidin 10%.
- Tay phải cầm ống thông và nhẹ nhàng đưa ống thông qua niệu đạo vào bàng quang:
 - + Đối với Người bệnh nam: Tay phải cầm ống thông, tay trái nâng dương vật thẳng góc với thành bụng, đưa vào lỗ niệu đạo khoảng 10 cm, thấy vương hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục đưa vào khoảng 10-15 cm thấy nước tiểu ra đầy sâu thêm khoảng 3-5cm.
 - + Đối với Người bệnh nữ: Tay trái bộc lộ lỗ niệu đạo, tay phải cầm ống thông đưa nhẹ nhàng vào niệu đạo 4-5 cm thấy nước tiểu ra đầy thêm vào 3-5 cm.
- Khi ống thông đã vào sâu trong bàng quang mới được bơm bóng chèn bằng NaCl 0,9% theo thẻ tích ghi trên ống thông, kéo nhẹ ra đến khi thấy vương.
- Dùng gạc lau khô bộ phận sinh dục và đầu lỗ niệu đạo.
- Bỏ sẵn
- Dùng gạc thấm Povidin quấn kín vị trí nối giữa ống thông với túi nước tiểu(đối với Người bệnh nam quấn thêm gạc thấm Povidin quanh đầu dương vật)

- Dùng băng dính cố định ống thông vào đùi Người bệnh, túi đựng nước tiểu luôn đặt ở vị trí thấp hơn giường của Người bệnh
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
- Đặt Người bệnh tư thế thích hợp, đắp ga, mặc lại quần áo cho Người bệnh (nếu cần), ghi ngày đặt thông.
- Ghi bảng theo dõi.
- Trường hợp chỉ định rút thông bàng quang ngay: khi nước tiểu ra hết, rút hết nước ở bóng chèn, gấp đuôi ống thông và vừa rút ra vừa cuộn gọn bỏ vào khay quả đậu hoặc túi đựng
- Nếu lấy nước tiểu để xét nghiệm: bỏ nước tiểu đầu khi mới chảy ra, lấy nước tiểu giữa dòng.

VI. THEO DÕI

1. Trong khi làm thủ thuật

- Khi đưa ống thông vào niệu đạo thấy vương chú ý không cố đưa vào, báo bác sĩ.
- Chảy máu niệu đạo trong khi làm thủ thuật
- Ống thông không đi vào bàng quang: dừng thủ thuật báo bác sĩ.
- Bàng quang căng quá to không nên tháo ra một lần mà phải tháo ra từ từ tránh gây xuất huyết.
- Thùng bóng chèn, kiểm tra bằng cách kéo ống thông bớt ra tới khi mắc sau bơm bóng

2. Sau tiến hành thủ thuật

- Không nên thông tiểu nhiều lần trong ngày
- Sau 7 ngày đặt thông bàng quang nếu còn chỉ định lưu thông báo bác sĩ để thay ống thông hoặc thay khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn như cặn mủ, chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:

1. Tai biến trong khi tiến hành thủ thuật

- Chảy máu, chấn thương niệu đạo bàng quang: dừng thủ thuật, báo bác sĩ, đánh giá tổn thương, theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và cầu bàng quang, tình trạng chảy máu.

2. Tai biến sau khi tiến hành thủ thuật

- Nhiễm khuẩn bệnh viện ngược dòng.
- Tắc ống thông do chảy máu và cục máu đông
- Chấn thương, rách niệu đạo, tổn thương bàng quang.
- Đứt rách đầu bàng quang do Người bệnh giật rách ống thông

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU LÀM XÉT NGHIỆM NGƯỜI BỆNH CÓ ỐNG THÔNG TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG

Lấy nước tiểu làm xét nghiệm trên Người bệnh đã đặt ống thông tiểu là kỹ thuật lấy nước tiểu qua ống thông tiểu, nước tiểu lấy ra đảm bảo vô khuẩn, đúng nước tiểu trong bàng quang của Người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đã đặt sonde tiểu có chỉ định lấy nước tiểu làm xét nghiệm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: : điều dưỡng.

2. Người bệnh: Vật tư tiêu hao

- Găng sạch : 01 đôi
- Găng vô khuẩn : 01 đôi
- Bơm tiêm 10ml : 01 cái
- Kim lấy thuốc : 01 cái
- Gạc vô trùng
- Panh vô trùng
- Ống cắm panh
- Lọ đựng bệnh phẩm
- Cồn 90 độ
- Povidin 10%
- Túi nilon
- Mũ :01 cái
- Khẩu trang : 01 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ

3. Người bệnh: Thông báo giải thích cho Người bệnh hoặc gia đình Người bệnh về việc sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án: phiếu chỉ định xét nghiệm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Đặt Người bệnh tư thế thích hợp bộc lộ thông bàng quang.

3. Kẹp đường dẫn tiểu phía dưới thông tiểu (sát đoạn nối ống thông với túi dẫn lưu nước tiểu) thời gian từ 30- 60 phút.
4. Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn
5. Đi găng sạch. Dùng panh gấp gạc tẩm Povidin sát khuẩn quanh đoạn ống thông tiểu (chú ý sát khuẩn trên vị trí kẹp thông) sát khuẩn ít nhất 2 lần. rồi đặt thông trên một miếng gạc vô khuẩn.
6. Điều dưỡng 1 tháo găng tay sạch sát khuẩn tay bằng aniosgel thay găng vô khuẩn.
7. Điều dưỡng 2 bóc bơm tiêm đưa cho điều dưỡng 1. chuẩn bị lọ đựng bệnh phẩm.
8. Điều dưỡng 1 dùng bơm tiêm đâm qua phần cao su tại vị trí đã sát khuẩn (tránh đường cuff). Hút nước tiểu vào bơm số lượng đủ làm xét nghiệm và bơm ngay vào lọ đựng bệnh phẩm. bỏ bơm tiêm vào túi rác.
9. Dùng panh gấp gạc tẩm betadin sát khuẩn lại đoạn ống thông tiểu vừa chọc.
10. Điều dưỡng 2 gửi bệnh phẩm tới phòng xét nghiệm.
11. Điều dưỡng 1 thu dọn dụng cụ. Rửa tay và ghi phiếu theo dõi. Loại xét nghiệm.

VI. THEO DÕI

- Màu sắc nước tiểu,
- Tình trạng chảy máu (nếu có)
- Theo dõi và phát hiện các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thủng ống thông tiểu do đâm kim quá sâu hoặc kim quá to.
- Nhiễm khuẩn do kỹ thuật không đảm bảo đúng quy trình kỹ thuật.
- Chọc thủng dây cuff do đưa kim nhầm vào đường bơm cuff.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA BÀNG QUANG Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Rửa qua bàng quang là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để làm sạch và điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đặt thông tiểu liên tục dài ngày.
- Người bệnh có nhiễm khuẩn ở bàng quang.
- Chảy máu bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Nghi ngờ thủng bàng quang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, thuốc

2.1 Vật tư tiêu hao

- Ống thông bàng quang 3 chạc: 01 cái.
- Găng sạch: 01 đôi
- Găng vô khuẩn: 01 đôi.
- Khay quả đậu vô khuẩn
- Panh vô khuẩn
- Dây truyền: 01 cái.
- Bơm tiêm 50ml đầu to: 01 cái.,
- Gạc vô khuẩn
- Bát kê
- Săng vô khuẩn
- Tấm nilon
- Natriclorua 0,9% 500ml
- Povidin xanh
- Bơm tiêm 20ml: 02 cái
- Bình phong
- Cọc truyền
- Túi dẫn lưu: 01 cái.
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn.
- Mũ: 01 cái.
- Khẩu trang: 01 cái.
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ.

2.2. Thuốc theo chỉ định (nếu có).

2.3. Dụng cụ cấp cứu

- Hộp chống sốc theo quy định.
- Bóng Ambu, mask. Bộ đặt nội khí quản (nếu cần)

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích động viên Người bệnh và gia đình Người bệnh việc sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án: phiếu chăm sóc, bảng theo dõi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đeo khẩu trang.
2. Mang dụng cụ đã chuẩn bị đến giường bệnh. Che bình phong.
3. Chuẩn bị dịch rửa: pha thuốc vào chai dịch, treo chai dịch lên cọc truyền
4. Đắp ga, cởi quần Người bệnh, đặt Người bệnh tư thế thích hợp. trải nilon dưới vùng rửa. Mở bộ dụng cụ đặt giữa 2 chân của Người bệnh.
5. Sát khuẩn tay nhanh.
6. Đi găng vô khuẩn.
7. Dùng gạc thấm povidine sát khuẩn ống thông bàng quang và đoạn nối với túi dẫn lưu, trải sẵn dưới đoạn nối.
8. Kẹp thông tiểu tháo túi dẫn lưu nước tiểu để đuôi ống thông vào khay quả đậu (nếu ống thông bàng quang một nòng) dùng gạc tẩm povidine bọc quanh đầu túi dẫn lưu và đặt trên sẵn vô khuẩn. Mở nắp nhánh ống thông ba chạc sát khuẩn lại lắp dây dẫn dịch rửa vào ống thông tiểu, dùng panh kẹp nhánh nối với túi dẫn lưu.
9. Tháo găng sát khuẩn tay nhanh. Mở khoá cho dịch chảy vào bàng quang khoảng 250ml hoặc theo chỉ định, rồi khoá lại. Dùng tay xoa vùng bàng quang.
10. Điều dưỡng sát khuẩn tay đi găng vô khuẩn tháo dây dẫn dịch nối túi dẫn lưu (nếu sonde bàng quang một nòng) mở kẹp nhánh nối với túi dẫn lưu (nếu sonde bàng quang ba chạc) cho dịch chảy ra hết. Và tiếp tục chu kỳ rửa tiếp theo.
11. Kết thúc quá trình rửa: điều dưỡng khóa đường dịch lại sát khuẩn tay đi găng vô khuẩn dùng panh kẹp sonde bàng quang.
 - với sonde bàng quang 1 nòng: Tháo dây dẫn dịch ra dùng gạc tẩm betadine sát khuẩn lại đầu sonde và đầu túi dẫn lưu rồi nối lại túi dẫn lưu với sonde và mở kẹp sonde bàng quang ra.
 - Với ống thông bàng quang ba nòng: tháo dây dẫn dịch ra dùng gạc tẩm povidine sát khuẩn lại đầu ống thông rồi dùng nắp đóng lại và mở kẹp ống thông bàng quang ra.

12. Thu dọn dụng cụ, điều dưỡng tháo găng sát khuẩn tay. đặt Người bệnh về tư thế thoải mái.
13. Rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước.
14. Ghi phiếu theo dõi (tính chất màu sắc số lượng dịch vào, số lượng dịch ra).

VI. THEO DÕI

- Màu sắc dịch rửa bằng quang
- Số lượng dịch vào và dịch ra khỏi bằng quang.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:

- 1.1 Chảy máu bàng quang báo bác sỹ.
- 2.2 Nhiễm khuẩn do kỹ thuật rửa không đảm bảo vô khuẩn.phải đảm bảo vô khuẩn trong suốt quá trình rửa.
- 2.3 Tắc ống thông bàng quang do cục máu đông : thông hoặc thay ống thông.

**CHƯƠNG 4: QUY TRÌNH KỸ THUẬT
TRONG CẤP CỨU HỒI SỨC
BỆNH LÝ THẦN KINH**

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC MẮT Ở NGƯỜI BỆNH HÔN MÊ (Một lần)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chăm sóc mắt giúp mắt phục hồi hạn chế tổn thương như phù nề kết mạc, loét giác mạc, dẫn tới thủng giác mạc hay mù.
- Công tác chăm sóc mắt không thể thiếu đối với Người bệnh hôn mê, liệt (mắt không tự chớp hoặc nhắm được kín)

II. CHỈ ĐỊNH

- Đối với tất cả các Người bệnh bị hôn mê, liệt
- Người bệnh thở máy

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 Điều dưỡng

2. Phương tiện

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
5	Thuốc nhỏ mắt theo chỉ định	lọ	01
6	Natriclorua 0,9%	ml	200
7	Tăm ni lông	cái	01
8	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

3 Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh biết hoặc gia đình Người bệnh về việc chăm sóc mắt sắp được tiến hành để họ cùng hợp tác.
- Giải thích việc phải tra thuốc mắt nhiều lần/ngày theo giờ và theo từng loại thuốc.

1. Phiếu theo dõi Người bệnh

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

3.1 Điều dưỡng 1

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, xem chỉ định và các thuốc được dùng
- Kiểm tra đối chiếu với người bệnh (tên, tuổi, số giường)
- Đặt tư thế người bệnh thích hợp:
 - + Nằm ngửa đầu cao 30 - 45 độ (đối với Người bệnh bình thường)
 - + Nằm ngửa đầu bằng (đối với Người bệnh tụt huyết áp)

3.2. Điều dưỡng 2

- Thực hiện kỹ thuật: (thời gian khoảng từ 15-30phút)
 - + Rửa tay đội mũ đeo khẩu trang

- + Lau rửa mắt: dùng gạc củ ấu thấm ẩm (vắt kiệt) nước muối sinh lý lau dọc hai bờ mi, từ góc ngoài vào góc trong cho tới khi sạch. Sau đó lau dọc vùng da quanh mi mắt, tiếp theo dùng bông khô làm tương tự.
- + Đồng thời đánh giá mức độ tổn thương, hay tiến triển của mắt :
- + Xem có phù nề
- + Viêm kết mạc
- + Có loét không...
- Nhỏ thuốc vào góc trong của mắt, sao cho thuốc dàn đều khắp mắt (tránh để chạm đầu ống thuốc vào mắt)
- Trong trường hợp phải tra nhiều loại thuốc: mỗi loại cần cách nhau 5-10 phút (thuốc dạng nước tra trước, tiếp theo là dạng dầu, ví dụ: dầu vitamin A, hay dạng mỡ).
- Băng mắt: đặt miếng gạc bông vô khuẩn lên mắt và băng bằng 1 dải băng dính (băng chéo).
- Nếu mắt sạch không viêm, không nhiễm khuẩn, không phải nhỏ thuốc theo giờ thì có thể dùng băng dính kéo mí mắt xuống để khép kín mắt mà không cần băng gạc.
- Thuốc tra mắt : lập bảng tra mắt theo giờ.
- Rửa tay thu dọn dụng cụ , ghi phiếu theo dõi điều dưỡng
- Hướng dẫn: (điều dưỡng 1)
 - + Giữ vệ sinh giường nằm, chăn gối đệm và khu vực quanh giường nằm Người bệnh để tránh yếu tố nặng thêm.
 - + Không tự ý tháo băng khi không được phép
 - + Rửa tay bằng xà phòng trước khi tra thuốc nhỏ mắt cho Người bệnh
 - + Dinh dưỡng đầy đủ cho Người bệnh

V. THEO DÕI

- Tình trạng tại mắt phát hiện những biến chứng bất thường:
 - + Viêm giác mạc
 - + Loét giác mạc
 - + Phù nề giác mạc
 - + Hay chảy máu...
 - + Tuột băng, băng ướt , bẩn...để có biện pháp xử trí kịp thời.

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nhiễm khuẩn mắt: cần báo ngay cho bác sĩ điều trị hoặc bác sĩ chuyên khoa mắt (để có hướng điều trị kịp thời)

Tổn thương giác mạc.

Viêm giác mạc do chăm sóc không đảm bảo vô khuẩn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ AN THẦN GIÃN CƠ < 8 GIỜ TRONG HỘI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG/ ĐỊNH NGHĨA

Những Người bệnh thở máy thường bị kích thích, lo lắng, mất ngủ, hoảng loạn, đau đớn và khó chịu (do ống nội khí quản, thở máy áp lực dương liên tục, tư thế nằm, rối loạn thăng bằng kiểm soát ...), ngoài ra còn do đặc thù tại khoa hồi sức cấp cứu với các trang thiết bị máy hoạt động liên tục, các thủ thuật xâm lấn, ánh sáng và tiếng ồn là các yếu tố góp phần không nhỏ ảnh hưởng tới Người bệnh. Từ đó dẫn đến các hậu quả không có lợi cho Người bệnh như thở chống máy ảnh hưởng đến quá trình trao đổi khí, chấn thương do thở máy, xuất huyết tiêu hóa do stress, mệt mỏi, ảnh hưởng không tốt tới kết quả điều trị và làm kéo dài thời gian nằm viện. Sử dụng thuốc an thần là cần thiết đối với Người bệnh thở máy nhằm giúp cho Người bệnh đáp ứng tốt hơn với điều trị và làm giảm các biến chứng do thông khí nhân tạo gây ra. Các thuốc an thần giãn cơ được sử dụng bao gồm: nhóm benzodiazepine, các thuốc họ morphin, gây mê: propofol, giãn cơ: tracrium.

II. CHỈ ĐỊNH

Các Người bệnh được thông khí nhân tạo xâm nhập tại khoa Hồi sức cấp cứu và chống độc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tiền sử dị ứng thuốc an thần giãn cơ.
- Phụ nữ có thai và cho con bú
- Người bệnh tụt huyết áp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên ngành Hồi sức cấp cứu

01 điều dưỡng chuyên ngành Hồi sức cấp cứu

2. Người bệnh

2.1. Vật tư tiêu hao

1.	Bơm tiêm 50ml	Cái
2.	Dây nối bơm tiêm điện	Cái
3.	Cọc truyền	cái
4.	Ba chạc	Cái
5.	Panh vô khuẩn	Cái
6.	Găng sạch	Đôi
7.	Khay quả đậu	Cái

8.	Khay chữ nhật	Cái
9.	Kéo	cái
10.	Ống cắm phanh	Cái
11.	Bông	Kg
12.	Cồn 90 độ	Ml
13.	Anios Gel sát khuẩn tay nhanh	Ml
14.	Xà phòng rửa tay Savondoux	Ml
15.	Mũ	Cái
16.	Khẩu trang	Cái
17.	Bảng điểm Ramsay	Cái
18.	Bảng điểm đau FACE	Cái
19.	Máy theo dõi (khấu hao 5 năm)	Cái
20.	Cáp điện tim	Cái
21.	Cáp đo SpO2	Cái
22.	Bộ đo huyết áp	Cái
23.	Midazolam 5mg/ml	Ống
24.	Fentanyl 0,5mg/10ml	Ống
25.	Propofol, ống 20ml (200mg),	Ống
26.	Tracrium 10mg/ml ống 2.5ml	Ống

2.2. Dụng cụ cấp cứu

1	Hộp chống sốc	Cái
2	Bộ cấp cứu hô hấp, tuần hoàn	Bộ

2.3. Các chi phí khác

1.	Máy theo dõi (khấu hao 5 năm)	Cái
2.	Bơm tiêm điện	cái

3. Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh và người nhà Người bệnh.
- Cân nặng của Người bệnh.
- Đo huyết áp, mạch, kiểm tra đường thở của Người bệnh
- Tư thế Người bệnh: theo protocol thở máy
- Nơi thực hiện: khoa Hồi sức cấp cứu và Chống độc

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 Người bệnh.

V. CÁCH THỨC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật

2. Kiểm tra lại Người bệnh: Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và các chức năng sống xem có thể tiến hành thủ thuật được không

3. Thực hiện kỹ thuật

- Khám kỹ để loại bỏ tất cả nguyên nhân gây kích thích: tắc đờm, bí tiểu, táo bón, cài đặt thông số máy thở chưa hợp lý, tràn khí màng phổi...
- Người bệnh có thể được sử dụng Propofol hoặc midazolam+ Fentanyl. Nếu như không đạt được mục đích an thần giãn cơ, phối hợp với thuốc giãn cơ:

3.1. Nếu sử dụng propofol

- Liều khởi đầu = 5 µg/kg/phút (0,3 mg/kg/giờ)
- Sau mỗi 5 phút đánh giá mức độ an thần theo thang điểm Ramsay
- Điều chỉnh tăng hoặc giảm liều, mỗi lần điều chỉnh = 5 µg/kg/phút (0,3 mg/kg/giờ)
- Đánh giá tại thời điểm Ramsay = 3:
- + Người bệnh thở theo máy: duy trì liều thuốc
- + Người bệnh thở chống máy: tăng liều thuốc theo phác đồ, tối đa 80 µg/kg/phút. Nếu Người bệnh vẫn thở chống máy khi dùng propofol đến liều tối đa, phải phối hợp thêm các thuốc an thần khác hoặc thuốc giãn cơ.

3.2. Nếu sử dụng midazolam và fentanyl

- Khám kỹ để loại bỏ tất cả nguyên nhân gây kích thích: đờm, bí tiểu, táo bón, cài đặt thông số máy thở không hợp lý, tràn khí màng phổi...

Bước 1:

- Xác định nguyên nhân gây đau và đánh giá mức độ đau theo bảng FACES (6 mức độ)
- Fentanyl: khởi đầu 50 µg tĩnh mạch, có thể nhắc lại mỗi 5 phút cho đến khi hết đau. Sau đó chuyển liều duy trì bắt đầu bằng 25µg/h.

Bước 2: Dùng midazolam:

- Đánh giá mức độ kích thích vật vã theo bảng điểm Ramsay.
- + Ramsay 1: liều khởi đầu 5 mg tĩnh mạch.
- + Ramsay 2: liều khởi đầu 2,5 mg tĩnh mạch.
- Nhắc lại nếu cần để đạt Ramsay 3-4 (tổng liều khởi đầu không quá 20mg) sau đó chuyển liều duy trì bắt đầu bằng 1mg/h.

Bước 3: Theo dõi điều chỉnh liều midazolam và fentanyl

- Nếu Ramsay ≥ 5 (5,6) giảm 50% liều midazolam truyền hoặc tạm dừng.
- Nếu Ramsay ≤ 2
- + Đánh giá lại nếu còn đau thì tiêm lại liều fentanyl ban đầu và tăng tốc độ truyền lên 50%. Sau đó có thể tăng midazolam gấp đôi liều truyền ban đầu.

- + Nếu Người bệnh không còn đau thì tiêm lại liều midazolam ban đầu và tăng 50% liều truyền.

Bước 4: Theo dõi giảm và cắt midazolam, fentanyl trước khi bỏ máy thở.

3.3. Thuốc giãn cơ

Nếu Người bệnh vẫn thở chống máy khi đã được dùng midazolam + fentanyl hoặc propofol đến liều tối đa, phải phối hợp thêm thuốc giãn cơ tracrיום.

Liều khởi đầu của tracrיום: tiêm tĩnh mạch 0.3- 0,6 mg/kg.

Liều duy trì 0,3mg/kg/giờ. Có thể tăng đến 0,6mg/kg/giờ.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi các chỉ số sinh tồn trong khi sử dụng thuốc an thần, giãn cơ.
2. Theo dõi diễn biến và điểm Ramsay.
3. Theo dõi tai biến và biến chứng khi sử dụng thuốc an thần giãn cơ

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN.

1. Sốc phản vệ: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ của Bộ y tế
2. Tụt huyết áp: tạm ngừng thuốc an thần, truyền dịch, dùng thuốc vận mạch.
3. Co thắt phế quản: ngừng thuốc, dùng thuốc giãn phế quản
4. Suy gan, suy thận: cần theo dõi chức năng gan, thận hàng ngày.
5. Bí tiểu tiện: dự phòng tất cả Người bệnh thở máy được dùng an thần giãn cơ, cần được đặt ống thông tiểu.

**CHƯƠNG 6: QUY TRÌNH KỸ
THUẬT TRONG CẤP CỨU HỒI SỨC
BỆNH LÝ TIÊU HÓA**

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống thông dạ dày là luôn một ống thông vào trong dạ dày qua đường mũi, hoặc đường miệng, để theo dõi, hút dịch, rửa dạ dày hoặc nuôi dưỡng Người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rửa dạ dày cho Người bệnh ngộ độc qua đường tiêu hóa đến sớm
- Theo dõi tình trạng chảy máu trong xuất huyết dạ dày.
- Hút dịch, hơi dạ dày
- Nuôi dưỡng Người bệnh nặng không tự ăn được

2. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Uống các chất gây ăn mòn: a xít, kiềm mạnh gây tổn thương mũi, miệng, hầu họng.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Điều dưỡng, phải là người đã được đào tạo kỹ thuật đặt ống thông dạ dày, cần phải đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay sạch.
- Khi Người bệnh cần phải bóp bóng thì thêm Điều dưỡng thứ hai.

2. Phương tiện

- Ống thông Faucher bằng chất dẻo, đầu tù, có nhiều lỗ ở cạnh, dùng để đặt đường miệng, rửa dạ dày trong trường hợp dạ dày có nhiều thức ăn, có các cỡ sau:
 - + Số 10 đường kính trong 4 mm.
 - + Số 12 đường kính trong 5 mm.
 - + Số 14 đường kính trong 6 mm.
- Ống thông cho ăn được làm từ nhựa PVC (Stomach Tube) không độc hại, đã được khử khuẩn, thường dùng đặt qua đường mũi cho Người bệnh có các kích thước sau:

* Ở người lớn:

- Ống số 18 (đường kính trong 6 mm) dài 125cm
- Ống số 16 (đường kính trong 5 mm) dài 125 cm

Có 4 vạch chuẩn:

- Vạch 1 cách đầu ống thông 45 cm
- Vạch 2 cách đầu ống thông 55 cm
- Vạch 3 cách đầu ống thông 65 cm
- Vạch 4 cách đầu ống thông 75 cm

*Ở trẻ em:

Ống số	Đường kính trong ống thông
12	3 mm
10	2,5 mm
8	2 mm
6	1,5 mm
4	1 mm

- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ , thuốc thủ thuật:
- Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật

3. *Người bệnh:*

- Nếu Người bệnh tỉnh: giải thích để Người bệnh hợp tác
- Tư thế Người bệnh: nằm ngửa, đầu thấp. trên ngực đặt một tấm nhỏ sạch
- Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định đặt ống thông dạ dày, tình trạng Người bệnh trước và sau khi làm thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến và biến chứng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn lựa ống thông: tùy theo mục đích, Người bệnh (người lớn, trẻ em), đặt đường miệng dùng ống thông to, đặt đường mũi dùng ống thông nhỏ (loại ống thông dùng một lần)
 - 1.1. Đặt mào:
 - Bôi trơn đầu ống thông bằng gạc thấm parafin vô khuẩn.
 - Đặt đường mũi:
 - + Đưa ống thông vào mũi Người bệnh một cách từ từ, đẩy ống thẳng góc với mặt, khi vào đến họng, gấp đầu Người bệnh vào ngực, tiếp tục đẩy ống thông đến vạch thứ nhất (45 cm) vừa đẩy vào vừa bảo Người bệnh nuốt. Khi đầu ống thông vào đến dạ dày thấy có dịch và thức ăn chảy ra trong lòng ống thông.
 - + Chiều sâu của ống thông: 45 cm nếu để cho Người bệnh ăn; 55cm nếu để theo dõi chảy máu
 - Đặt đường miệng:
 - + Chỉ định cho Người bệnh chảy máu mũi do bệnh máu, rối loạn đông máu, viêm mũi ,

- + Bảo Người bệnh há miệng nếu Người bệnh tỉnh, hợp tác. Nếu cần thiết dùng dụng cụ mở miệng, sau đó luồn canun Guedel vào rồi rút dụng cụ mở miệng ra.
- + Đưa ống thông vào miệng Người bệnh một cách từ từ, khi đến họng thì bảo Người bệnh nuốt đồng thời đẩy ống thông vào. Các thao tác tiếp theo cũng giống như đặt đường mũi.

1.2. Đặt ống thông bằng đèn đặt nội khí quản:

- + Khi không đặt được ống thông bằng đường mò
- + Luồn ống thông vào mũi, qua lỗ mũi sau, đến họng, dùng đèn đặt nội khí quản xác định vị trí thực quản, sau đó dùng kẹp Magill gấp đầu ống thông đưa vào lỗ thực quản đồng thời một người khác đẩy phần ngoài ống thông vào dạ dày Người bệnh.
- + Khi có nội khí quản cần tháo bóng chèn trước khi đặt ống thông, sau đó bơm bóng chèn trước khi rửa dạ dày.

2. Kiểm tra:

- Dịch vị và thức ăn có thể chảy ra ống thông.
- Đặt ống nghe ở vùng thượng vị của Người bệnh, dùng bơm 50ml bơm vào ống thông sẽ nghe thấy tiếng lọc sọc ở thượng vị.

3. Cố định:

- + Mục đích để ống thông khỏi tuột,
- + Dán băng dính trên môi ngoài lỗ mũi, hoặc cố định vào ống nội khí quản

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, nhiệt độ.
- Theo dõi các tai biến sau làm thủ thuật: nôn, chảy máu, chấn thương phù nề thanh môn, tổn thương niêm mạc thực quản, dạ dày, rối loạn nước điện giải (Natri, kali)

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. **Nôn:** do phản xạ nhất là trẻ em, nguyên nhân đầu ống thông kích thích họng làm Người bệnh lo sợ. Vì vậy cần phải giải thích để Người bệnh hợp tác.
2. **Chấn thương vùng thanh môn** gây phù nề thanh môn, hoặc phản xạ gây co thắt thanh môn do đầu ống thông đi vào đường khí quản, đặt thô bạo.
 - + Biểu hiện: Người bệnh có cảm giác đau vùng họng, nói khó, khàn tiếng. Nặng có khó thở thanh quản có thể gây ngạt thở cấp. Nếu không xử trí kịp thời Người bệnh có thể tử vong.
 - + Điều trị:
 - Nhẹ: Cho Người bệnh khí dung corticoid.

- Nặng: Đặt nội khí quản, nếu không được phải mở khí quản một thì

I. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Những biến chứng chung

Nhiễm trùng, thủng đường tiêu hóa, chảy máu đường tiêu hóa. Xử trí theo từng tình huống cụ thể

2. Những biến chứng liên quan đến thủ thuật can thiệp

- Biến chứng liên quan đến cầm máu do ổ loét
- + Hoại tử mô hoặc loét, nhưng không thủng, liên quan đến tiêm epinephrine.
- + Thủng sau cầm máu bằng điện
- + Chảy máu sau cầm máu bằng điện cực
- + Sai vị trí kẹp clip dẫn đến các lần kẹp clip cầm máu sau sẽ khó khăn.
- + Những biến chứng khác: thủng, viêm trung thất, tràn dịch màng phổi và huyết khối tĩnh mạch cửa.
- Trào ngược vào phổi: soi hút phế quản.
- Thủng dạ dày, không cầm được máu chảy: phẫu thuật.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SIÊU ÂM Ổ BỤNG CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm ngày càng phổ biến, dễ áp dụng, có độ chính xác tương đối cao khi được tiến hành bởi một bác sĩ được đào tạo đầy đủ. Trong thực hành cấp cứu, siêu âm là một phương tiện không thể thiếu và làm được siêu âm là một kỹ năng của người Người thực hiện hồi sức cấp cứu.

Siêu âm có thể áp dụng để chẩn đoán nhanh các bất thường về màng phổi, màng tim, tim, ổ bụng và các tổn thương khác. Đồng thời cũng có thể dùng để làm các thủ thuật (chọc dịch màng phổi, màng tim, ổ bụng, đặt catheter tĩnh mạch ...) dưới hướng dẫn siêu âm để tăng độ chính xác, giảm tai biến.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương bụng
- Tình trạng sốc: sốc tim, sốc mất máu ...
- Nghi ngờ các bất thường trong ổ bụng: dịch, máu, vỡ phình động mạch chủ bụng, sỏi mật, ứ nước – mũ đài bể thận ...
- Nghi ngờ có bất thường trong cấp cứu sản khoa: chữa ngoài tử cung vỡ
- Nghi ngờ dịch màng phổi, khí màng phổi
- Tìm các huyết khối tĩnh mạch sâu
- Siêu âm đánh giá lượng dịch ổ bụng cho Người bệnh viêm tụy cấp và sau mổ
- Hướng dẫn làm các thủ thuật: đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, chọc hút – chọc dẫn lưu dịch màng phổi, đặt dẫn lưu ổ dịch trong ổ bụng ...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ: 01 bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu được đào tạo về siêu âm tổng quát
- Điều dưỡng: 01 Điều dưỡng khoa hồi sức cấp cứu

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Mũ y tế : 02 cái
- Khẩu trang y tế : 02 cái
- Găng tay sạch : 02 đôi
- Phiếu ghi kết quả : 01 tờ
- Gel siêu âm lọ 100ml : 0,1 lọ

2.2. Dụng cụ cấp cứu : không cần chuẩn bị

2.3. Các chi phí khác (khấu hao máy móc, nhà cửa, xử trí rác thải...)

Máy siêu âm màu có đầu do đa tần (siêu âm tại giường).

3. Người bệnh

- Giải thích cho bệnh (nếu tỉnh) và gia đình về lợi ích và tai biến có thể xảy ra khi làm thủ thuật dưới hướng dẫn siêu âm
- Người bệnh nằm ngửa, bộ lộ vùng khám
- Mặc máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, SpO₂.

4. Hồ sơ bệnh án. Ghi chép đầy đủ kết quả siêu âm vào hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án: kiểm tra chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

2. Kiểm tra Người bệnh

- Kiểm tra hệ thống máy thở, các dây truyền thuốc như thuốc vận mạch.
- Đảm bảo hô hấp
- Điều dưỡng phụ giữ Người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Siêu âm gan mật

3.1.1. Cắt dọc qua động mạch chủ: Để đo kích thước gan trái. Bình thường < 8 cm

3.1.2. Cắt dọc qua tĩnh mạch chủ dưới: để đánh giá tình trạng huyết khối tĩnh mạch (nếu có)

3.1.3. Cắt dọc qua đường giữa đòn phải: Đo kích thước gan phải (bình thường $10,5 \pm 1,5\text{cm}$) và cũng có thể thấy khoang Morisson khi có dịch trong khoang phúc mạc.

3.1.4. Các lát cắt dọc qua đường nách: Theo mặt phẳng chính diện cho thấy rõ vòm hoành, phân thủy sau gan phải, liên quan thận phải-gan và khoang Morisson.

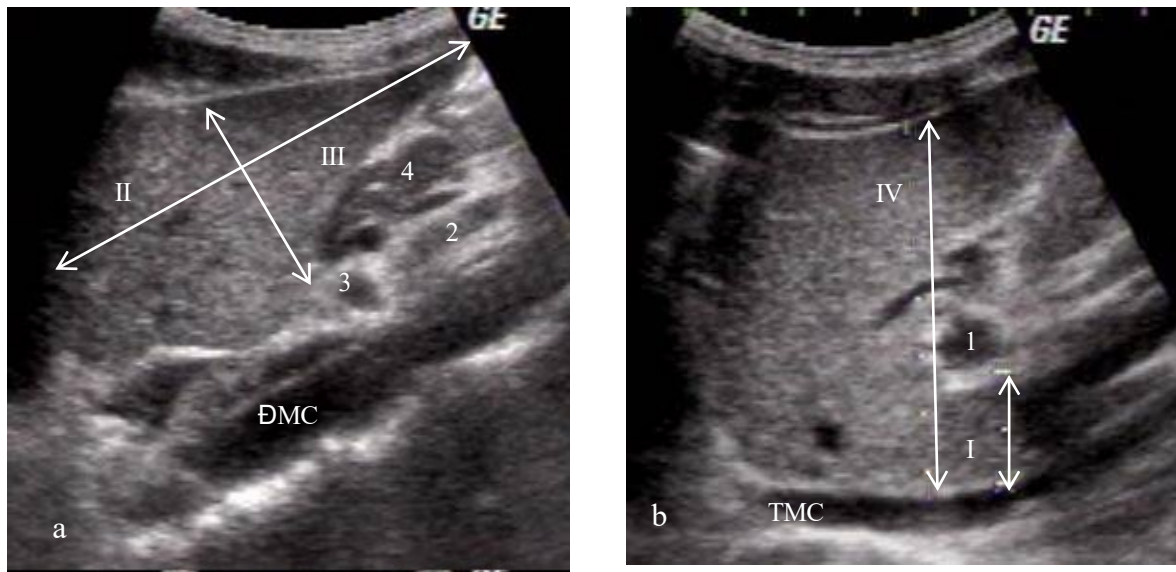
3.1.5. Cắt ngang gan trái: theo trục của nhánh tĩnh mạch trái tĩnh mạch cửa và cắt ngược từ dưới bờ sườn phải qua nhánh phải tĩnh mạch cửa để nghiên cứu nhu mô, đường mật gan trái và phải

3.1.6. Cắt ngược từ dưới bờ sườn phải trong mặt phẳng của các tĩnh mạch gan: lát cắt này cho thấy rõ 3 tĩnh mạch gan và hợp lưu của chúng với tĩnh mạch chủ dưới.

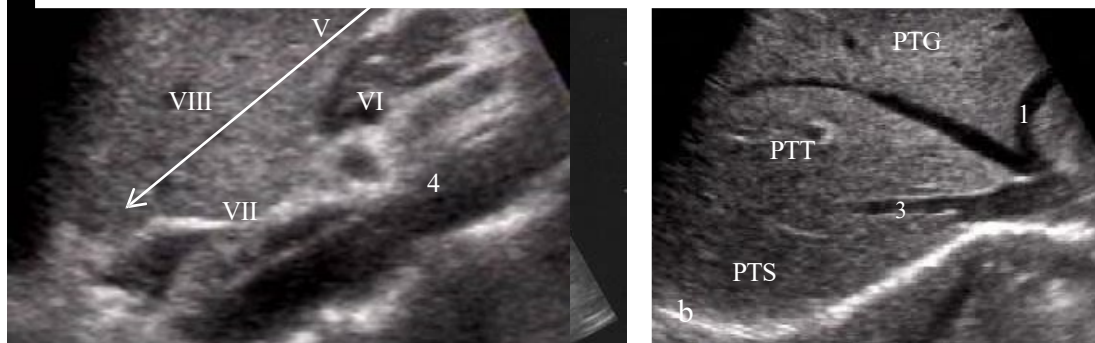
3.1.7. Các lát cắt qua rốn gan: Để khảo sát cuống gan người ta thường hay để Người bệnh nằm nghiêng trái để vùng này gần với đầu dò hơn.

3.1.8. Các lát cắt vuông góc tĩnh mạch cửa : Nhằm mục đích khảo sát cuống gan theo bình diện ngang của nó. Đánh giá tình trạng giãn đường mật, sỏi mật (trong trường hợp tìm, định khu ổ nhiễm khuẩn)

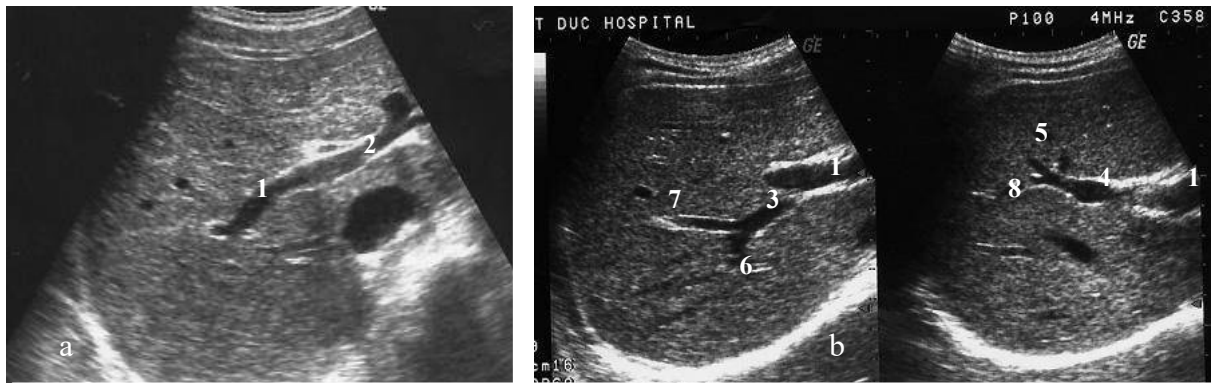
3.1.9. *Lát cắt dọc và cắt ngang túi mật* : Nhằm mục đích khảo sát túi mật. Tuy nhiên, túi mật nhiều khi được thấy rõ hơn qua các lát cắt trên sườn chéo xuống phía dưới tới vị trí túi mật.



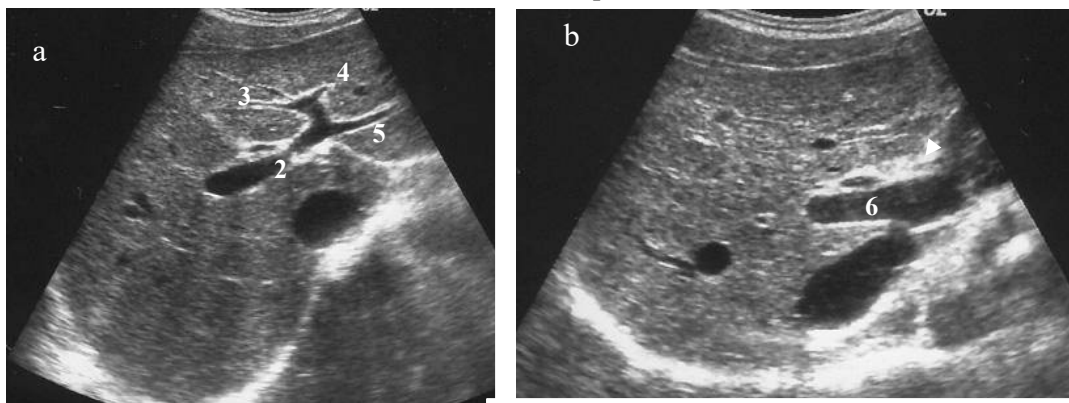
Hình 1: a. Cắt dọc qua động mạch chủ (ĐMC), b. Cắt dọc qua tĩnh mạch chủ (TMC) : I, II, III, IV. Hạ phân thủy gan ; 1. Nhánh trái tĩnh mạch cửa, 2. Động mạch mạc treo tràng trên, 3. Động mạch thân tạng, 4. Thân tụy ; các mũi tên chỉ cách đo gan trái và tỷ lệ phân thủy-gan T



Hình 2. a. Cắt đứng dọc qua động mạch a đòn; b. Cắt dọc sườn phải quặt ngoặt: giữa V,VI,VII,VIII. Các hạ phân thủy gan: Các tĩnh mạch gan trái, giữa và phải; 4 thận phải; PTS, PTT,PTG. Phân thủy sau, phân thủy trước và phân thủy giữa;

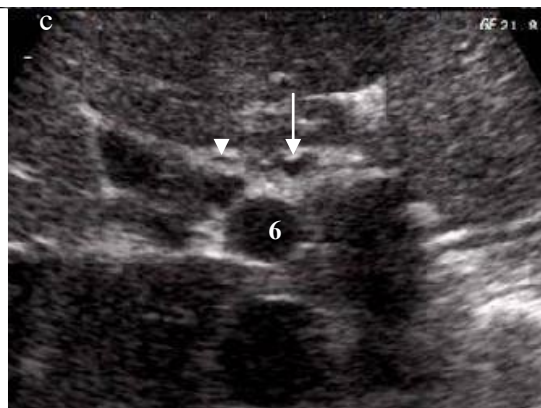


Hình. a.Cắt ngang qua hợp lưu nhánh tái và phải TMC; b. Lát cắt qua khoang liên sườn qua nhánh phân thủy trước và phân thủy sau TMC: 1. Nhánh phải TMC, 2. Nhánh tái TMC; 3. Nhánh phân



Hình 3.. a, Cắt qua nhánh trái TMC; b. Cắt dọc qua rốn gan; c. Cắt ngang qua rốn gan: I. Phân thủy I; 2. Nhánh trái TMC; 3, 4, 5. Nhánh phân thủy IV, hạ phân thủy III và hạ phân thủy II; 6. Thân TMC; (▶) . Ống mật chủ;

(—▶) Động mạch gan ,



3.2. Siêu âm hệ tiết niệu

- Mục đích đánh giá các bệnh lý thuộc hệ tiết niệu bao gồm thận, niệu quản, bàng quang, tiền liệt tuyến trong một số trường hợp đặc biệt bao gồm cả niệu đạo.
- Trong hồi sức cấp cứu, siêu âm hệ tiết niệu có ý nghĩa trong việc tìm nguồn nhiễm trùng (sỏi niệu quản, sỏi thận, ứ nước, ứ mủ thận, giãn đài bể thận...), hình ảnh chảy máu, dịch quanh thận
- Mặt cắt dọc thận để đo kích thước, đánh giá giãn đài bể thận, sỏi
- Mặt cắt ngang:
- Mô tả, đo kích thước dịch quanh thận, khoang cạnh thận và rãnh đại tràng hai bên

3.3. Siêu âm tụy : đánh giá kích thước, nhu mô, ống tụy giãn hay không, có sỏi kèm theo hay không. Đánh giá dịch quanh tụy, thâm nhiễm mỡ

- Mặt cắt dọc: thấy hình ảnh đầu tụy nằm giữa động mạch mạc treo tràng trên và động mạch thân tạng
- Mặt cắt ngang: đo các kích thước của tụy, đánh giá ống tụy giãn hay không, các tổn thương quanh tụy: thâm nhiễm mỡ, ổ dịch quanh tụy...

3.4. Siêu âm lách: đánh giá kích thước, nhu mô, huyết khối tĩnh mạch lách nếu có. Đánh giá dịch quanh lách

3.5. Siêu âm tử cung phần phụ

- Đo các kích thước tử cung, siêu âm xác định dịch, máu trong buồng tử cung
- Đánh giá sơ bộ các tổn thương hai phần phụ nếu có
- Chẩn đoán nguyên nhân gây sốc như sốc mất máu do chửa ngoài tử cung vỡ, vỡ nang buồng trứng...

3.6. Siêu âm bàng quang và tiền liệt tuyến

- Đánh giá thành bàng quang, nước tiểu, máu cục, sỏi nếu có
- Mô tả, đo kích thước tiền liệt tuyến
- Siêu âm xác định dịch màng phổi: dịch màng phổi, tình trạng xẹp phổi hoặc đông đặc phổi, định hướng để chọc dịch màng phổi dưới hướng dẫn siêu âm

VI. THEO DÕI VÀ TAI BIẾN

Siêu âm là một kỹ thuật không xâm nhập, an toàn, không có các biến chứng.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC DỊCH THÁO Ổ BỤNG DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch màng bụng là một kỹ thuật thường xuyên được thực hiện trong các đơn vị hồi sức tích cực với mục đích chẩn đoán và điều trị. Các Người bệnh trong khoa Hồi sức thường rất nặng, có nhiều bệnh lý kèm theo đặc biệt là rối loạn đông máu, liệt ruột cơ năng do nằm bất động hay do sử dụng thuốc an thần, giảm đau để thở máy. Vì vậy, khi chọc dịch màng bụng có thể gặp các biến chứng chảy máu từ vị trí chọc, rò dịch, chọc vào ruột và nhiễm khuẩn. Chọc – dẫn lưu dịch màng bụng dưới hướng dẫn siêu âm có nhiều thuận tiện, hạn chế các biến chứng chọc vào ruột.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chọc hút dịch để chẩn đoán viêm phúc mạc tiên phát và thứ phát (nhiễm trùng báng, thủng tạng rỗng ...)
- Chọc rửa ổ bụng chỉ định cho các trường hợp nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng sau chấn thương, sốc mất máu có dịch cổ trướng
- Chọc tháo dịch để điều trị các trường hợp dịch cổ trướng nhiều gây khó chịu, khó thở

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (tương đối)

- Rối loạn đông máu hoặc giảm tiểu cầu nặng.
- Tắc ruột non. Khi Người bệnh bị tắc ruột non thì nên đặt sonde dạ dày trước khi tiến hành thủ thuật.
- Nhiễm trùng hoặc máu tụ vị trí chọc
- Lưu ý : khi Người bệnh bí dái thì nên đặt sonde bang quang trước khi làm thủ thuật. Những Người bệnh mà đã phẫu thuật ổ bụng nhiều lần mà không có nhiều dịch ổ bụng, các tạng phì đại hoặc chọc màng bụng thất bại nhiều lần thì nên chọc màng bụng dưới siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện 01 bác sĩ chuyên khoa đã được đào tạo, 01 bác sĩ phụ (có thể là cao học, nội trú, chuyên khoa 1...đã được đào tạo), 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

	Số lượng	Đơn vị
- Găng vô trùng	5	đôi
- Găng khám	6	đôi
- Kim lấy thuốc	5	Cái
- Kim luồn 16 G	02	cái
- Lưỡi dao mổ	01	cái

- Chỉ khâu không tiêu liền kim	02	Sợi
- Bơm tiêm 5ml	5	Cái
- Bơm tiêm 10ml	5	Cái
- Bơm tiêm 20ml	5	Cái
- Bơm tiêm 50ml	2	Cái
- Dây truyền	2	Cái
- Gạc N2	5	Gói
- Iodine 10%	1	Lọ
- Thuốc giảm đau fentanyl 0,1mg	1	Lọ
- Mũ phẫu thuật	4	Cái
- Khẩu trang phẫu thuật	4	Cái

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Hộp chống sốc
- Bóng ambu, mặt nạ bóp bóng

2.3. Các chi phí khác (khấu hao máy móc, nhà cửa, xử trí rác thải...)

- Panh có máu, không máu
- Hộp bông còn
- Bát kê to
- Khay quả đậu inox nhỏ
- ống cắm panh inox
- Săng lổ vô trùng
- Áo mổ
- Dung dịch Anois rửa tay nhanh
- Xà phòng rửa tay
- Cồn trắng 90⁰
- Chi phí khấu hao máy siêu âm(5000 ca/5 năm)
- Ống để bệnh phẩm xét nghiệm

3. Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh (nếu tỉnh) hoặc người nhà Người bệnh lợi ích và nguy cơ của thủ thuật, cho Người bệnh hoặc người nhà Người bệnh kí cam kết thủ thuật
- Kiểm tra lại các chống chỉ định
- Người bệnh nên được nằm ngửa, đầu cao hơn chân.

4. Hồ sơ bệnh án

- Giải thích về kỹ thuật cho Người bệnh, gia đình hoặc người đại diện hợp pháp của Người bệnh.
- Ghi chỉ định, có dán cam kết thủ thuật của Người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp

- Ghi chép đầy đủ thông tin cách tiến hành thủ thuật, diễn biến và biến chứng (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ :** kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và đã có giấy cam đồng ý tham gia kỹ thuật.
- Kiểm tra lại người bệnh :** xem các chức năng sống để xác định Người bệnh có đảm bảo khi tiến hành thủ thuật.
- Thực hiện kỹ thuật**
 - Chuẩn bị máy siêu âm :** để bên đối diện với vị trí chọc và Người thực hiện, được bật sẵn. Siêu âm xác định lại vị trí dịch ổ bụng cần dẫn lưu
 - Sát khuẩn vị trí chọc với dung dịch sát khuẩn bằng cồn iod 10%(betadin)...., trải ga vô khuẩn.
 - Dùng găng tay vô khuẩn, sẵn để bọc đầu dò máy siêu âm
 - Bước 1 – gây tê:** Sử dụng kim 22 hoặc 25 gauge, gây tê tại chỗ với lidocain 1%. Gây tê từ nông đến sâu. Vừa gây tê vừa hút trong suốt quá trình gây tê, gây tê từ từ từng lớp một.



- Bước 2:** Tay trái Người thực hiện làm thủ thuật hoặc người phụ cầm đầu dò máy siêu âm. Tay phải cầm kim dẫn lưu chọc dưới hướng dẫn đầu dò siêu âm, đưa kim vuông góc với thành bụng. Quan sát vị trí đầu kim trên màn hình máy siêu âm. Vừa đưa kim vào vừa hút chân không trong tay cho đến khi thấy đầu kim qua thành bụng, lớp phúc mạc và hút ra dịch.



- Bước 3:** rút nòng sắt của kim luôn, có dịch chảy ra. Dùng bơm tiêm hút lấy dịch làm xét nghiệm.

3.5. Bước 4: nối đốc kim với dây dẫn lưu vô khuẩn, cố định lại trong trường hợp cần dẫn lưu

VI. THEO DÕI

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn trong và sau khi làm thủ thuật
- Thay băng, chăm sóc chân dẫn lưu hằng ngày
- Theo dõi màu sắc (dịch máu, dịch đục ...) để phát hiện sớm các biến chứng như chảy máu, chọc vào ruột.
- Số lượng dịch tháo ra không nên quá 1500 ml / ngày

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Chảy máu: do chọc vào động mạch từ thành bụng, rối loạn đông máu. Điều chỉnh rối loạn đông máu bằng truyền plasma, khối tiểu cầu trước khi truyền (nếu có chỉ định). Khi chọc vào động mạch gây chảy máu ít chỉ cần theo dõi tình trạng mất máu, nếu chảy máu nhiều thì phải hội chẩn chuyên khoa ngoại để phẫu thuật cầm máu

- Chọc vào ruột: biểu hiện bằng đau bụng, sốt, chọc ra dịch tiêu hóa... xử trí bằng: mời chuyên khoa ngoại hội chẩn để phẫu thuật

- Tắc dẫn lưu: biểu hiện bằng không có dịch ra. Xử trí: lấy bơm tiêm 20 ml hoặc 50 ml hút thông dẫn lưu

- Nhiễm trùng: khi thấy chân ống dẫn lưu nề đỏ, sốt... rút ngay ống dẫn lưu. Khi hết chỉ định cần rút dẫn lưu sớm để tránh nhiễm trùng.

- Rò dịch ổ bụng: dịch ổ bụng chảy ra sau khi rút kim dẫn lưu. Xử trí: sát khuẩn lại, băng bằng gạc N2 và thay băng hằng ngày.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO ĂN QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY

(Có kiểm tra thể tích dịch tồn dư)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cho ăn qua ống thông dạ dày là một kỹ thuật nhằm mục đích đưa một lượng thức ăn (sữa, súp, các chất với mục đích dinh dưỡng) qua 1 ống thông được đặt từ mũi (hoặc miệng) qua thực quản vào dạ dày.
- Có thể bơm nước hoặc các thuốc cần điều trị bệnh qua ống thông dạ dày.
- Cũng có thể để dẫn lưu dịch từ dạ dày khi có chỉ định.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh không thể ăn được:
 - Người bệnh sau đặt nội khí quản, mở khí quản, Người bệnh đang thở máy.
 - Người bệnh mất hoặc giảm khả năng bảo vệ đường thở, rối loạn nuốt, liệt thần kinh hầu họng do mọi nguyên nhân, hôn mê, co giật, tai biến mạch não...
 - Người bệnh có bệnh lý đường tiêu hóa : liệt dạ dày, u thực quản chưa gây tắc nghẽn toàn bộ, tổn thương miệng...
2. Người bệnh tự ăn ít, cần được cung cấp thêm dinh dưỡng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tiêu hóa cấp nặng.
- Các tổn thương loét ăn mòn thực quản dạ dày chưa kiểm soát được.
- Tắc ruột, liệt ruột dạ dày.
- Thể tích dịch tồn dư quá lớn (tuân thủ đánh giá thể tích dịch tồn dư).
- Các chỉ định trước, sau tiểu phẫu phẫu thuật, nội soi....

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** : điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu.

2. **Phương tiện, dụng cụ**

- 2.1. **Vật tư tiêu hao**

- Bơm tiêm 50 ml: 01 cái
- Băng dính
- Gạc vô trùng
- Găng sạch : 01 đôi
- Ống nghe
- Cốc sạch đựng thức ăn chia độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ : 01 cái

- Khẩu trang : 01 cái
- Thức ăn cho Người bệnh theo chỉ định (chế độ bệnh lý hoặc sữa).

2.2. Dụng cụ

Máy theo dõi nối với cáp điện tim, cáp đo SpO₂, cáp đo huyết áp

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho Người bệnh hoặc gia đình về kỹ thuật sắp làm.
- Đặt Người bệnh tư thế thích hợp (đầu cao 15-30 độ).

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các bước trước khi cho ăn qua ống thông

- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đưa dụng cụ đến giường Người bệnh.
- Đặt Người bệnh ở tư thế đầu cao nghiêng sang một bên, trái khăn trước ngực.
- Chuẩn bị thức ăn theo chỉ định của bác sĩ (sữa, súp bơm qua ống thông..)

2. Đánh giá dịch tồn dư dạ dày

- Áp dụng đối với tất cả các Người bệnh có chỉ định nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày- tá tràng nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.
- Thời điểm đánh giá: trước tất cả các bữa ăn đối với phương pháp cho ăn ngắt quãng và mỗi 4 giờ đối với Người bệnh cho ăn liên tục.

3. Các phương pháp cho ăn qua ống thông dạ dày: 2 phương pháp cơ bản

- Cho ăn qua ống thông dạ dày liên tục: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt trong 3 giờ sau đó nghỉ 1 giờ, hoặc truyền liên tục 24 giờ.
- Cho ăn qua ống thông dạ dày ngắt quãng: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt/30-60 phút/1 lần.

3.1. Quy trình với bữa đầu sau đặt ống thông dạ dày hoặc với các Người bệnh cho ăn lại (viêm tụy cấp sau thời gian nhịn ăn)

- Kiểm tra vị trí ống thông dạ dày trước khi cho ăn.
- Nâng đầu lên 30° khi cho người bệnh ăn.
- Số lượng thức ăn: 120 ml/ 3giờ. Cho ăn với tốc độ 40ml/giờ. Sau đó hút dịch tồn dư vào giờ thứ 4, nếu dịch hút > 100ml ⇒ bỏ bớt 80 ml dịch tồn dư, còn lại bơm trả và duy trì tiếp thức ăn 40ml/giờ, sau đó 4h kiểm tra lại dịch tồn dư lần 2, nếu vẫn > 100ml ⇒ báo Bs để nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu < 100ml ⇒ bơm trả lại dịch tồn dư và duy trì tốc độ truyền theo y lệnh (60 – 80ml/giờ)

3.2. Quy trình đối với Người bệnh ăn ống thông dạ dày thường quy

- Kiểm tra vị trí ống thông dạ dày trước khi cho ăn.
- Nâng đầu lên 30° khi cho người bệnh ăn.

- Số lượng thức ăn: 240ml/ 3 giờ. Cho ăn với tốc độ 80ml /giờ. Sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 4 đối với nuôi dưỡng liên tục hoặc 3 giờ đối với ăn ngắt quãng.
- Cho Người bệnh ăn 80ml/ giờ, sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 3 nếu:
- + Số lượng dịch > 200ml: cho NGƯỜI BỆNH nhịn ăn và kiểm tra lại sau 2 giờ nếu vẫn >200ml $\Rightarrow$ báo bác sĩ nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu <200 ml; Bơm trả lại dịch vào dạ dày và duy trì tốc độ 80 ml/giờ.
- + Số lượng dịch < 200 ml: bơm trả lại dịch vào dạ dày và duy trì tốc độ 80 ml/giờ và tiếp tục quy trình đánh giá nuôi dưỡng theo giờ.

V. THEO DÕI

- Trong lúc đặt ống thông dạ dày: ống thông vào đường hô hấp, ống thông bị cuộn, hoặc nằm trong thực quản.
- Ống thông khó hoặc không qua được thực quản do co thắt, có khối chít hẹp thực quản tâm vị dạ dày.
- Người bệnh sợ, hốt hoảng, mạch chậm do cường phế vị.
- Trong khi cho ăn qua ống thông: bụng chướng, đầy hơi, khó tiêu, rối loạn tiêu hóa, trào ngược, nôn, xuất huyết tiêu hóa.
- Lưu ống thông dạ dày lâu ngày gây viêm loét dạ dày thực quản.

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Ống thông dạ dày tụt hoặc cuộn trong miệng, thực quản

- Ống thông vào thanh quản và khí quản gây co thắt thanh môn, khó thở cấp.
- Chảy máu vùng mũi hầu họng do loét tì đè của ống thông dạ dày.
- Nôn trào ngược

2. Cho ăn qua ống thông dạ dày

- Trào ngược do thể tích dịch tồn dư quá lớn, đưa vào dạ dày một thể tích quá lớn, do liệt dạ dày ruột chức năng.
- Tụt ống thông dạ dày hoặc bị cuộn trong miệng thực quản khi cho ăn gây trào ngược và sặc vào đường hô hấp.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đưa ống thông dạ dày qua mũi hoặc miệng vào dạ dày để truyền hoặc bơm thức ăn cho Người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nặng không thể tự nhai nuốt được.
- Người bệnh có đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.
- Người bệnh ăn bằng miệng có nguy cơ suy hô hấp, ngạt.
- Trước, sau một số phẫu thuật đường tiêu hóa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khô u thực quản hoặc tâm vị gây tắc thức quản.
- Đang loét cấp tiến triển thực quản do các chất ăn mòn hoặc vết thương thủng, áp xe thực quản, dò thực quản khí quản hoặc dò vào trung thất.
- Dị vật thực quản chưa kiểm soát được

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: : bác sỹ CK I, điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu

2. Người bệnh

2.1 Vật tư tiêu hao

- Ống thông dạ dày kích cỡ phù hợp : 01 cái
- Dầu Parafin
- Găng sạch : 01 đôi
- Găng vô khuẩn : 01 đôi
- Gạc vô khuẩn
- Bơm tiêm 50ml : 01 cái
- Chậu đựng chất nôn
- ống nghe
- Panh
- Kéo
- Ống cắm panh
- Giấy thử pH (nếu cần)
- Băng giấy
- Băng dính
- Natrichlorua 0,9% chai 250 ml
- Tăm bông

- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp

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

3. Người bệnh

- Giải thích cho Người bệnh hoặc gia đình Người bệnh biết về việc sắp làm.
- Đặt Người bệnh tư thế Fowler hoặc nghiêng trái.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc

V. TIẾN HÀNH

1. Ước lượng chiều dài của ống thông

- Đo chiều dài ống thông từ đầu mũi tới dải tai đến mũi ứ hoặc từ khoe miệng đến dải tai và đánh dấu.
- Mục đích: xác định chiều dài đoạn ống được đưa vào dạ dày.

2. Kiểm tra lỗ mũi.

- Bịt một bên lỗ mũi, kiểm tra bằng thở qua mũi.
- Chọn bên lỗ mũi khí lưu thông tốt.
- Mục đích: giúp đặt dễ dàng hơn và Người bệnh dung nạp với ống tốt hơn.

3. Tiến hành

- Rửa tay.
- Đeo găng tay vô trùng.
- Nhúng đầu ống thông dạ dày khoảng 6 – 10 cm vào dung dịch bôi trơn.
- Đưa ống thông vào bên lỗ mũi đã lựa chọn.
- Hướng phần cong của ống xuống dưới, đưa ống vào dọc theo nền mũi.
- Ống thông vào tới thành sau mũi hầu, gập cổ người bệnh về phía trước.
- Đề nghị Người bệnh nuốt một chút nước (nếu có thể), ống thông dễ dàng xuống.
- Tiếp tục đưa ống vào cho tới vị trí được đánh dấu.
- Kiểm tra vị trí ống thông vào dạ dày: 1 trong hai cách sau
 - + Dùng xilanh 50 ml hút thử, có dịch dạ dày ra là ống thông đã vào dạ dày.

- + Bơm 15 – 20 ml khí vào dạ dày, dùng ống nghe nghe vùng thượng vị, có tiếng ùng ục, ống đã vào tới dạ dày.
- Cố định ống thông: dùng băng dính cố định ống thông vào mũi hoặc má.
- Có thể tiến hành rửa dạ dày, cho ăn, dẫn lưu dạ dày qua ống thông hoặc kẹp đầu ống thông tránh dịch trong dạ dày chảy ra.
- Kiểm tra vị trí ống thông thường xuyên trước khi: cho uống thuốc qua ống thông, rửa dạ dày, cho ăn ...
- Rửa ống thông thường xuyên sau mỗi lần cho ăn bằng nước uống (10–20 ml)
- Rửa tay theo quy trình bằng xà phòng sát khuẩn.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi dịch qua ống thông mỗi giờ hoặc theo chỉ định, tính cân bằng dịch vào - ra.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong và sau khi tiến hành kỹ thuật.
- Theo dõi vị trí, tình trạng ống thông hàng ngày, đặt ngày thứ mấy?
- Theo dõi những khó chịu của người bệnh: chảy máu, xâm nhập đường thở, loạn nhịp tim, đau tức thượng vị...
- Theo dõi các tai biến và biến chứng của kỹ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

- Ống thông vào khí, phế quản, chưa vào tới dạ dày, cuộn trong miệng.
- Chảy máu trong hoặc sau khi đặt: động tác thô bạo, tổn thương niêm mạc mũi, giãn tĩnh mạch thực quản.
- Nhịp tim chậm trong khi đặt ống thông dạ dày.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG HẬU MÔN Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống thông hậu môn là một kỹ thuật đưa ống thông qua hậu môn vào trực tràng để dẫn lưu khí và phân Người bệnh ra ngoài .

II. CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh chướng bụng, đầy hơi: viêm tụy cấp, ăn không tiêu, liệt ruột ...
2. Người bệnh tiêu chảy ,đi ngoài phân lỏng số lượng nhiều, Người bệnh đang cần bất động (chạy thận liên tục, chạy tim phổi nhân tạo ECMO.
3. Các thời điểm tiến hành : khi có chỉ định của bác sĩ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh k trực tràng, polip trực tràng,...
2. Người bệnh xuất huyết đường tiêu hóa dưới, tổn thương vùng hậu môn, trực tràng, bệnh trĩ...
3. Viêm ruột, tắc xoắn ruột...
4. Bệnh thương hàn.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** Điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ, Vật tư tiêu hao

- Ống thông hậu môn bằng silicon: 01 cái.
- Găng sạch; 01 đôi.
- Túi dẫn lưu nước tiểu: 01 cái
- Khay chữ nhật
- Gạc miếng vô khuẩn
- Băng dính
- Kéo cắt băng dính
- Dầu Parafin
- Bình phong
- Tấm lót
- Tấm nilon 40 x 60 cm
- Mũ: 01 cái.
- Khẩu trang: 02 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho người bệnh (nếu tỉnh) hoặc gia đình việc sắp làm.
- Vệ sinh sạch sẽ vùng hậu môn và sinh dục của người bệnh bằng xà phòng hoặc dung dịch tắm khô.

- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp tùy theo tình trạng Người bệnh:

4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án : y lệnh bác sĩ
- Phiếu theo dõi (Bảng theo dõi).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay bằng Savondoux dưới vòi nước, đeo khẩu trang.
2. Mang dụng cụ đến giường bệnh, che bình phong.
3. Đặt Người bệnh tư thế thích hợp: đầu cao nằm ngửa thẳng, chân rạn sang 2 bên.
4. Trải nilon dưới mông Người bệnh, mở hộp dụng cụ, đặt khay quả đậu.
5. Bóc ống thông hậu môn, túi dẫn lưu, gác vào khay chữ nhật, đổ dầu parafin, cắt băng dính.
6. Đi găng tay
7. Cầm ống thông kết nối với túi dẫn lưu, bôi trơn đầu ống thông hậu môn.
8. Bộc lộ mông, một tay nhẹ nhàng đưa ống thông hậu môn qua lỗ hậu môn theo hướng hậu môn_rốn vào khoảng 2-3cm sau đó đưa hướng về phía cột sống được 2/3 ống thông thì dừng lại.
9. Cố định ống thông bằng băng dính lên mặt sau đùi Người bệnh, treo túi dẫn lưu
10. Thu dọn dụng cụ, ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn. điều dưỡng tháo găng tay sát khuẩn tay nhanh
11. Đặt Người bệnh về tư thế thoải mái.
12. Rửa tay bằng Savondoux dưới vòi nước. ghi bảng theo dõi ngày giờ làm thủ thuật, kết quả, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI

- Sản phẩm qua ống thông hậu môn: phân, máu ...
- Các dấu hiệu hô hấp và tuần hoàn và dấu hiệu đau...
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu:

- Do kỹ thuật thô bạo hoặc tổn thương sẵn có ở vùng hậu môn.
- Xử trí: Báo bác sĩ

2. Nhiễm khuẩn do không đảm bảo vô khuẩn.

- Xử trí: vệ sinh sạch sẽ trước khi tiến hành và đảm bảo vô khuẩn trong các thao tác.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO CHO NGƯỜI BỆNH Ở KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng ra thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân ra ngoài. Trong trường hợp người bệnh không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi làm phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang.
- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh thương hàn.
- Viêm ruột.
- Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức tích cực.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1 Vật tư tiêu hao

- Ống thông hậu môn bằng silicon phù hợp với Người bệnh hoặc 1 ống hút đờm cỡ 18, 16 : 01 cái.
- Nhiệt kế đo nhiệt độ của nước
- Cọc truyền
- Dây truyền: 01 cái.
- Nước chín 30 độ
- Găng sạch: 03 đôi.
- Khay quả đậu
- Khay chữ nhật
- Gạc miếng vô khuẩn
- Băng dính
- Kéo cắt băng dính
- Dầu Parafin
- Bình phong
- Tấm lót
- Tấm nilon 40 x 60 cm
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn.
- Mũ: 01 cái.

- Khẩu trang: 01 cái.
- Nước thụt: dùng nước chín 30⁰ hoặc Glucose 20%, 10%. Số lượng nước tùy theo chỉ định 500ml-1 lít, không được vượt quá 1,5 lít đối với người lớn. Thuốc theo chỉ định.

2.2. Dụng cụ cấp cứu:

- Hộp chống sốc theo quy định.

3. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho Người bệnh và gia đình việc sắp làm.
- Động viên Người bệnh an tâm và hợp tác trong khi làm thủ thuật
- Hướng dẫn căn dặn Người bệnh những điều cần thiết.

4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều Dưỡng đội mũ, rửa tay, đeo khẩu trang.
2. Mang dụng cụ đã chuẩn bị đến giường bệnh, che bình phong .
3. Nối dây truyền với chai dịch thụt treo lên cọc. nối dây truyền với ống hút đờm hoặc ống thông hậu môn đuổi khí và khóa lại.
4. Điều dưỡng đi găng tay sạch trái nilon dưới mông Người bệnh. Cho Người bệnh nằm đầu cao 2 chân rạng hai bên, đặt bô dưới mông Người bệnh.
5. Điều dưỡng tháo găng tay
6. Sát khuẩn tay nhanh
7. Rót dầu nhờn
8. Đi găng sạch
9. Lấy sonde hút bôi dầu nhờn vào đầu sonde hút.
10. Điều dưỡng đứng ngang hông Người bệnh, vành mông để lộ hậu môn, bảo người bệnh há miệng thở đều.
11. Đưa thông dẫn lưu hoặc sonde hút đờm vào hậu môn theo hướng rón 2 -3 cm, rồi đưa song song với cột sống
12. Mở khóa cho nước chảy từ từ vào trực tràng, giữ ống thông. Theo dõi nước chảy vào, nếu người bệnh tỉnh hỏi người bệnh có cảm giác tức bụng không.
13. Khi nước trong chai gần hết khóa lại, rút canuyn nhẹ nhàng xả hết nước. Tháo ống thông bỏ vào khay hạt đậu.
14. Dặn NGƯỜI BỆNH cố nhịn, giúp NGƯỜI BỆNH xoa bụng theo chiều kim đồng hồ, giúp Người bệnh đi vệ sinh (nếu cần),
15. Thu dọn dụng cụ: bỏ nilon, bô, giúp NGƯỜI BỆNH mặc quần trở về tư thế thoải mái.
16. Rửa tay, Ghi phiếu theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Sắc mặt, mạch, nhịp thở, SpO₂
- Tính chất, màu sắc phân
- Đau.
- Theo dõi tại biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN

- Chảy máu trực tràng
- Thủng, loét trực tràng do làm các động tác thô bạo.
- Nhâm đường âm đạo
- Đau gây tăng huyết áp

CHƯƠNG 8: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CHO NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngừng tuần hoàn là trạng thái tim ngừng cung cấp máu cho cơ thể, đặc biệt là các cơ quan quan trọng của cơ thể là não, tuần hoàn mạch vành và phổi. Có 3 trạng thái ngừng tuần hoàn cơ bản là: vô tâm thu, rung thất và phân ly điện cơ.

Cấp cứu ngừng tuần hoàn là thiết lập lại tuần hoàn trong cơ thể bằng ép tim ngoài lồng ngực, hỗ trợ hô hấp, dùng máy sốc điện và các biện pháp hồi sức khác.

Cấp cứu ngừng tuần hoàn ở người bệnh ngộ độc hóa chất trừ sâu loại phospho hữu cơ, carbamat hoặc các chất ức chế cholinesterase có hội chứng muscarin ưu tiên dùng atropin trước khi dùng adrenalin.

II. CHỈ ĐỊNH

Ngừng tuần hoàn gây chết lâm sàng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, điều dưỡng, Người thực hiện được đào tạo về cấp cứu ngừng tuần hoàn.

2. Phương tiện

- + Gói dụng cụ tiêu hao
- + Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- + Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật
- + Bộ dụng cụ, máy theo dõi
- + Máy sốc điện: 1 cái (nếu có khả năng)
- + Máy hút đờm: 1 cái.
- + Dây máy hút: 3 cái.
- + Bơm tiêm điện: 03 cái.
- + Máy truyền dịch: 03 cái.

3. Người bệnh

Nằm ngửa ưỡn cổ trên một mặt phẳng cứng.

4. Nơi thực hiện

Tại nơi xảy ra tai nạn đến khi tim đập lại và sau đó là tại buồng hồi sức cấp cứu có đầy đủ trang thiết bị.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Xác định ngừng tuần hoàn

- Mất ý thức.

- Ngừng thở.
- Mất mạch bẹn hoặc mạch cảnh.

2. Khởi động hệ thống cấp cứu ngừng tuần hoàn

- Hô to —Người bệnh ngừng tuần hoàn
- Gọi thêm người hỗ trợ. Chuẩn bị máy sốc điện.

3. Kiểm tra mạch trong vòng 10 giây

- Nếu không có mạch, tiến hành ép tim và hỗ trợ hô hấp.

4. Khởi đầu với 30 lần ép tim và 2 lần hỗ trợ hô hấp

- Ưu tiên ép tim trước khi hỗ trợ hô hấp (bóp bóng ambu hoặc thổi ngạt).
- Các bước ép tim:
 - + Vị trí: 1/3 dưới xương ức.
 - + Tiến hành: dùng bàn tay trái áp vào 1/3 dưới xương ức, bàn tay kia đặt lên trên và lồng các ngón vào nhau, hai cánh tay duỗi thẳng ép thẳng góc với lồng ngực. (Trẻ em 1-8 tuổi: lấy 1/3 trên lồng bàn tay ép; sơ sinh và 1-12 tháng tuổi: dùng 2 ngón tay cái để ép).
 - + Tần số: ≥ 100 lần/phút (hạn chế gián đoạn ép tim).
 - + Biên độ: $\geq 4-5$ cm ở người lớn; $\geq 1/3$ đường kính trước sau ở trẻ em (để thành ngực đàn hồi lại vị trí ban đầu sau mỗi lần ép tim).
 - + Khi đã đặt được nội khí quản: ép tim liên tục >100 lần/phút và bóp bóng 8-10 lần/phút qua nội khí quản. Thay đổi người ép tim mỗi 2 phút nếu có thể để đảm bảo ép tim hiệu quả.

5. Sử dụng máy sốc điện

- Năng lượng:
 - + Sóng 2 pha: 100-120J.
 - + Nếu sóng 1 pha: 360J.
- Chỉ định: rung thất, nhịp nhanh thất.
- Nếu nhịp tim có chỉ định sốc điện:
 - + Sốc điện 1 lần.
 - + Tiếp tục ép tim ngoài lồng ngực và hỗ trợ hô hấp trong vòng 2 phút.
- Nếu không có chỉ định sốc điện:
 - + Tiếp tục ép tim ngoài lồng ngực và hỗ trợ hô hấp trong vòng 2 phút.
 - + Đánh giá điện tim liên tục bằng monitoring mỗi 2 phút xem có chỉ định sốc điện tiếp theo hay không.

6. Một số lưu ý

- Nếu chỉ có 1 Người thực hiện cấp cứu:

- + Gọi người đến hỗ trợ.
- + Tiến hành ngay 30 lần ép tim và 2 lần hỗ trợ hô hấp.

- + Đảm bảo lực ép tim có hiệu quả và tránh tối đa ngắt quãng trong cấp cứu.
- ***Nếu chỉ có 2 Người thực hiện cấp cứu:***
 - + Người 1: Gọi đội cấp cứu đến hỗ trợ.
 - + Người 2: Tiến hành ngay 30 lần ép tim và 2 lần hỗ trợ hô hấp. Thay đổi người ép tim mỗi 2 phút để đảm bảo ép tim có hiệu quả cao. Tránh tối đa ngắt quãng trong cấp cứu.
- ***Nếu có 3 Người thực hiện cấp cứu:***
 - + Người 1: Gọi đội cấp cứu đến hỗ trợ.
 - + Người 2: Tiến hành ngay 30 lần ép tim và 2 lần hỗ trợ hô hấp. Thay đổi người ép tim mỗi 2 phút để đảm bảo ép tim có hiệu quả cao. Tránh tối đa ngắt quãng trong cấp cứu.
 - + Người 3: Chuẩn bị máy sốc điện. Dán điện cực và tạm ngừng ép tim trong thời gian rất ngắn phân tích nhịp tim xem có chỉ định sốc điện hay không.

Tiếp tục cấp cứu cho tới khi người bệnh có dấu hiệu sống hoặc đội cấp cứu đến hỗ trợ.

- + Nếu có Người thực hiện hỗ trợ cần đặt đường truyền, chuẩn bị các thuốc cần được sử dụng như adrenalin, amiodarone, lidocain...

*** Các thuốc sử dụng**

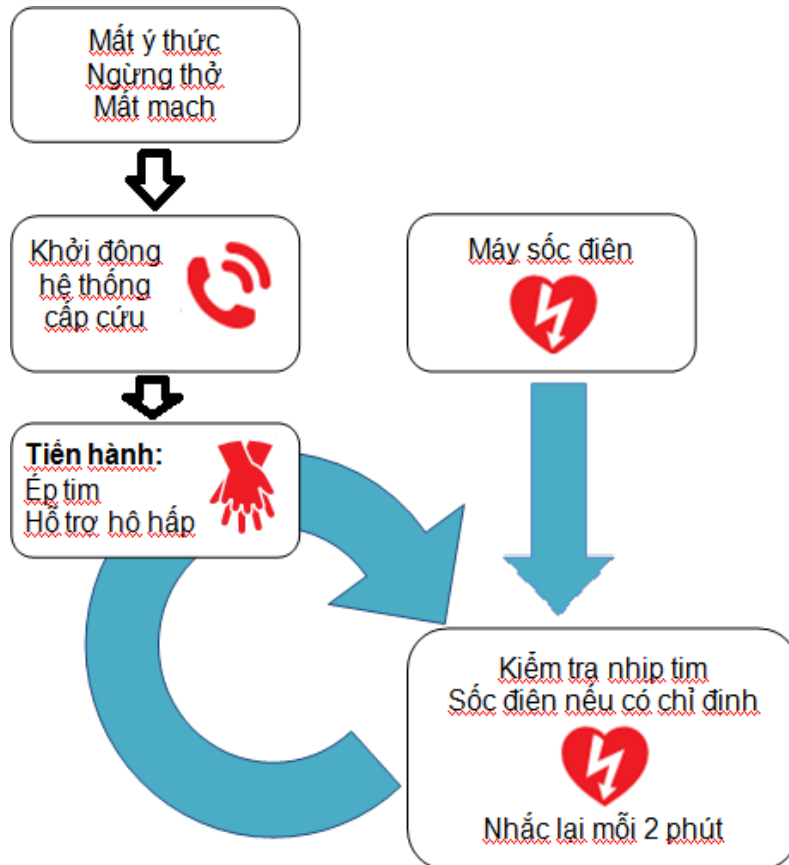
- + Xác định ngừng tuần hoàn do hội chứng muscarin trong ngộ độc cần sử dụng atropin, liều đầu tiên 2 - 5 mg, sau đó tiêm nhắc lại trong vòng 10 phút tùy đáp ứng.
- + Adrenalin 1 mg: Tiêm tĩnh mạch mỗi 3-5 phút.
- + Vasopressin: Tiêm 40 UI thay adrenaline liều đầu hoặc liều thứ hai.
- + Amiodarone: Nếu có rung thất hoặc nhịp nhanh thất tiêm tĩnh mạch liều đầu 300 mg, nhắc lại 150 mg.
- + Bicarbonate: Truyền tĩnh mạch 50 mmol muối bicarbonat nếu ngừng tuần hoàn có nguyên nhân tăng kali máu hoặc ngộ độc thuốc chống trầm cảm ba vòng, nhắc lại liều tùy thuộc đáp ứng lâm sàng và xét nghiệm khí máu.

VI. THEO DÕI

- Đồng tử.
- Mạch.
- Huyết áp.
- Nhịp thở.
- SpO2.
- Tìm nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- + Gãy xương sườn; gãy sụn sườn do ấn quá mạnh: băng cố định bằng băng dính to bản, thở máy nếu có hô hấp đảo ngược.
- + Tràn khí màng phổi: hút dẫn lưu khí màng phổi.
- + Chướng bụng do hơi vào dạ dày: đặt ống thông dạ dày.



Hình – Giải đồ cấp cứu ngừng tuần hoàn
(Theo Hội Tim mạch Hoa Kỳ - 2010)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY NÔN CHO NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gây nôn là dùng kích thích cơ học vào vùng hầu họng hoặc dùng hóa chất để người bệnh nôn hết các chất trong dạ dày, cả thức ăn, đồ uống và chất độc.
- Gây nôn là một biện pháp loại bỏ chất độc hữu hiệu, làm càng sớm càng tốt sau khi ăn, uống phải chất độc (1-30 phút). Cần gây nôn ngay tại địa điểm ăn uống phải chất độc hoặc tại cơ sở y tế ban đầu.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ăn, uống phải chất độc trong vòng 1-2 giờ mà không tự nôn được, hoàn toàn tỉnh táo và hợp tác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có rối loạn ý thức
- Biết chắc chất độc ấy sẽ gây co giật hoặc đã có co giật, chất ăn mòn
- Trẻ nhỏ dưới 1 tuổi, người già lẫn lộn, người bệnh không hợp tác
- Người bệnh đang khó thở, đang có cơn tăng huyết áp hoặc bệnh lý nặng
- Người bệnh có tổn thương hầu họng, miệng, mặt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nếu thực hiện tại bệnh viện: 1 bác sĩ, 1 điều dưỡng; đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.

2. Phương tiện

- Ống thông nhựa mềm (ống thông dạ dày, ống thông hút đờm)
- Chậu nhựa hoặc xô để hứng chất nôn
- Khăn lau mặt
- Gạc
- Găng tay sạch
- Khẩu trang phẫu thuật
- Mũ phẫu thuật
- Đèn soi (đèn gù, đèn pin hoặc đèn khám tai mũi họng)

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích để hợp tác
- Hồ sơ bệnh án: Ghi rõ tình trạng người bệnh, chỉ định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây nôn bằng cơ học

- Người bệnh ngồi đầu cúi về phía trước hoặc nằm nghiêng.
- Bảo người bệnh há miệng, tháo răng giả (nếu có)

- Dùng ống thông nhựa mềm ngoáy vào thành sau họng để kích thích người bệnh nôn vào chậu hoặc xô.
- Cho người bệnh uống nước 100 - 200ml/lần, sau đó lại kích thích thành sau họng cho người bệnh nôn. Có thể lặp lại 3 – 5 lần.
- Sau khi gây nôn, lau miệng mũi cho người bệnh
- Sau khi gây nôn, cho người bệnh uống than hoạt hoặc rửa dạ dày tùy từng trường hợp ngộ độc. Nếu gây nôn tại nơi xảy ra ngộ độc thì sau đó nhanh chóng đưa người bệnh tới cơ sở y tế gần nhất để cấp cứu.

2. Gây nôn bằng thuốc: Siro Ipeca hiện nay không còn dùng.

VI. THEO DÕI

- Màu, mùi vị, số lượng của chất nôn. Cần mang mẫu chất nôn tới bệnh viện để xét nghiệm nếu gây nôn ngoài bệnh viện.
- Ý thức và toàn trạng của người bệnh: mạch, huyết áp, thở...
- Theo dõi dấu hiệu sặc vào phổi, khó thở ở người bệnh có tiền sử hen phế quản, bệnh tim mạch...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Sặc vào phổi: đưa ngay tới bệnh viện để được khám, chụp Xquang tim phổi để đánh giá mức độ và điều trị.
- Tổn thương thành sau họng: chảy máu, đau họng... cho tới cơ sở y tế để khám đánh giá và điều trị.
- Phòng tránh:
 - Không cố kích thích nếu thấy người bệnh có dấu hiệu sặc hoặc ho nhiều, co giật hoặc ý thức xấu đi.
 - Không ngoáy ống thông quá mạnh gây tổn thương thành sau họng.
 - Không đứng, ngồi đối diện với người bệnh để tránh bị nôn vào người

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY LOẠI BỎ CHẤT ĐỘC QUA HỆ THỐNG KÍN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Rửa dạ dày (RDD) là thủ thuật làm sạch dạ dày có sử dụng hệ thống ống thông và nhiều nước với muối 0,9%
- Là biện pháp quan trọng hạn chế hấp thu, loại bỏ độc chất qua đường tiêu hóa trong cấp cứu ngộ độc cấp qua đường tiêu hóa
- Hiệu quả: Nếu thực hiện trong vòng 1 giờ sau khi uống độc chất có thể loại 80% lượng độc chất đã uống vào, muộn loại trừ được ít hơn nhưng vẫn có tác dụng giảm nhẹ mức độ ngộ độc
- Rửa dạ dày không đúng chỉ định, sai kỹ thuật sẽ dẫn đến các biến chứng nặng nề, thậm chí tử vong.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh (NGƯỜI BỆNH) ngộ độc cấp qua đường tiêu hóa đến trước 3 giờ.

Chú ý:

- NGƯỜI BỆNH đến muộn hơn có thể vẫn RDD nếu uống nhiều, NGƯỜI BỆNH hôn mê, giảm nhu động đường tiêu hóa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối:

- Uống các chất gây ăn mòn: a xít, kiềm mạnh.
- Các chất khi gặp nước tạo ra các phản ứng làm tăng tác dụng độc.
- Xăng, dầu hỏa, các chất tạo bọt (xà phòng, dầu gội đầu ...), Phosphua kẽm, Phosphua nhôm.
- Có tổn thương niêm mạc đường tiêu hóa.

2. Chống chỉ định tương đối:

- Tổn thương niêm mạc miệng: đặt ống thông nhỏ đường mũi.
- Người bệnh rối loạn ý thức, có nguy cơ co giật hoặc co giật cần được đặt ống nội khí quản trước khi rửa
- Trường hợp lợi ích của RDD không rõ ràng mà nguy cơ biến chứng cao thì cho NGƯỜI BỆNH uống than hoạt:
 - + NGƯỜI BỆNH uống quá liều thuốc loại ít nguy hiểm, không có dấu hiệu ngộ độc.
 - + Phụ nữ có thai, trẻ nhỏ và người già không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay sạch

- Bác sĩ ra chỉ định, theo dõi phát hiện và xử trí biến chứng

- 1-2 Điều dưỡng đã được đào tạo kỹ thuật RDD: Thao tác đặt ống thông dạ dày, đóng mở khóa điều chỉnh nước rửa và dịch thải, lắc và ép bụng trong quá trình rửa, khi cần bóp hỗ trợ hô hấp.

2. **Phương tiện**

- Bộ dụng cụ rửa dạ dày hệ thống kín: 1 bộ
- Ống thông dạ dày: 1 cái
- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ , thuốc thủ thuật

3. **Người bệnh**

- Nếu NGƯỜI BỆNH tỉnh: giải thích để NGƯỜI BỆNH hợp tác
- Nếu rối loạn ý thức: Đặt ống nội khí quản (NKQ) có bóng chèn trước.
- NGƯỜI BỆNH uống thuốc gây co giật: Dùng diazepam tiêm bắp hoặc tĩnh mạch, đặt NKQ trước khi rửa
- NGƯỜI BỆNH có suy hô hấp, trụy mạch: Hồi sức trước, NGƯỜI BỆNH ổn định mới RDD.
- Tư thế NGƯỜI BỆNH: Nằm nghiêng trái, đầu thấp.
- Trải một tấm nilông ở đầu giường.
- Hồ sơ bệnh án: Ghi chỉ định RDD, đặt ống thông dạ dày, tình trạng người bệnh trước và sau khi làm thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến và biến chứng

V. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Bước 1: Chuẩn bị hệ thống rửa dạ dày:

- **Chuẩn bị 3 lít** nước muối 0,5-0,9%: Sử dụng nước uống tinh đóng chai, nước cất 1 lần hoặc nước RO, cho vào túi 3000ml (mùa đông phải pha nước ấm) cùng với 2 gói muối (20g). Treo túi dịch cao các mặt giường 1m (túi trên). Treo túi 3500ml dưới mặt giường để chờ chứa dịch thải (túi dưới)
- **Đặt ống thông dạ dày (có qui trình riêng)**
- Nối hệ thống túi dịch vào ống thông dạ dày vừa đặt

Bước 2: Tiến hành rửa dạ dày

- Đưa dịch vào: Đóng khóa đường dịch ra lại, mở khoá đường dịch vào để cho dịch chảy vào dạ dày đạt 200 ml rồi khoá đường dịch vào lại. Dùng tay lắc vùng thượng vị - dạ dày để căn thuốc và thức ăn được hòa tan vào dịch
- Mở khoá đường dịch ra để cho dịch chảy ra túi dưới đồng thời ép vùng thượng vị để dịch ra nhanh và đủ (~ 200 ml)
- Sau đó lấy 200ml dịch rửa đầu tiên cho vào lọ gửi làm xét nghiệm độc chất .

- Lắp lại qui trình cho dịch vào – ra như trên, mỗi lần 200 ml dịch cho đến khi hết số lượng 3000ml dịch. Nếu dịch dạ dày đã trong không còn vẩn thuốc và thức ăn thì ngừng cuộc rửa. Nếu vẫn còn đục thì pha thêm 3000ml dịch vào túi trên tiếp tục qui trình rửa cho đến khi nước trong.

Chú ý:

- Theo dõi cân bằng lượng dịch vào - ra. Nếu lượng dịch chảy ra < 150ml nghi ngờ tắc ống thông, kiểm tra lại đầu ống thông, điều chỉnh độ nông sâu của đầu ống thông.
- Thời tiết lạnh nên dùng nước ấm 37°C.
- NGƯỜI BỆNH ngộ độc thuốc trừ sâu, dịch rửa dạ dày pha thêm than hoạt: 20g – 40g mỗi 5 lít dịch
- Sau khi rửa xong, bơm than hoạt 20g và sorbitol 40g hoặc 1 tuýp antipois Bmai vào dạ dày (trẻ em nửa liều)

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, nhiệt độ.
- Theo dõi các tai biến sau làm thủ thuật: nôn, Viêm phổi do sặc, chảy máu, chấn thương phù nề thanh môn, tổn thương niêm mạc thực quản, dạ dày, rối loạn nước điện giải (Natri, kali),...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Nôn: do phản xạ, nhất là trẻ em: primperan 10mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống; trẻ em ½ ống . có thể nhắc lại nếu cần.

2. Viêm phổi do sặc

- Điều trị: soi hút và bơm rửa phế quản nếu mới sặc, đặt NKQ, thở máy với PEEP; kháng sinh phù hợp, dùng corticoid sớm, liều cao trong 2 đến 3 ngày nếu không có chống chỉ định.

3. Chấn thương thanh môn

- Điều trị:
 - + Nhẹ: khí dung corticoid.
 - + Nặng: Đặt NKQ, nếu không được phải mở màng nhĩ gấp

4. Chảy máu đường tiêu hóa trên (mũi, họng, thực quản, dạ dày)

- Phòng: Điều dưỡng giải thích cho người bệnh hợp tác, làm đúng động tác, nhẹ nhàng đầu ống thông không vát cạnh và cứng.
- Điều trị:
 - + Nhẹ: thường tự cầm nếu NGƯỜI BỆNH không có rối loạn đông máu.
 - + Nặng: adrrenalin 1/10.000 nhỏ vào chỗ chảy máu khi không có chống chỉ định. Không đỡ: nút lỗ mũi sau, mời chuyên khoa Tai Mũi Họng để cầm máu. Chảy máu dạ dày nặng phải soi dạ dày để cầm máu, truyền máu khi có tình trạng mất máu nặng.

5. Hạ thân nhiệt: không gặp nếu làm đúng qui trình

- Phòng: Thời tiết lạnh phải RDD bằng nước ấm, nơi kín gió, dùng máy sưởi trong quá trình rửa
- Điều trị: lau khô, ủ ấm cho người bệnh, dùng máy sưởi, uống nước đường hoặc sữa ấm.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ GIẢM NỒNG ĐỘ CANXI MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

- + Nồng độ canxi máu bình thường trong khoảng 2,15-2,55 mmol/L. Giảm nồng độ canxi máu là khi nồng độ canxi trong máu < 2,15 mmol/L.
- + Hạ canxi máu có biểu hiện lâm sàng đa dạng, triệu chứng nhẹ và vừa khi hạ canxi máu nhẹ, diễn biến từ từ và thường được điều chỉnh bằng cách dùng canxi đường uống; hạ canxi máu nặng hoặc đe dọa tính mạng khi hạ canxi cấp, nặng (dưới 1,88 mmol/L) và được điều trị bằng cách tiêm canxi đường tĩnh mạch.
- + Hạ canxi máu gặp trong nhiều ngộ độc như: phốt-pho trắng, fluoride, ethylene glycol...

II. CHỈ ĐỊNH

- + Canxi máu dưới 1,88 mmol/dL.
- + Hạ canxi máu có triệu chứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- + Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 01 Bác sỹ chuyên khoa nội hoặc chuyên khoa hồi sức.
- + 01 Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- + Gói dụng cụ tiêu hao
- + Gói dụng cụ rửa tay sát khuẩn
- + Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
- + Dụng cụ, máy theo dõi
- + Máy truyền dịch hoặc bơm tiêm điện: 1 cái;
- + Búa gõ phản xạ: 1 cái.
- + Thuốc: Calci clorid 500mg/5mL: 10 lọ; Calcium gluconate 1g/10 mL: 10 ống.

3. Người bệnh

- + Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về tác dụng, các lưu ý trong lúc tiêm thuốc.
- + Kiểm tra mạch, huyết áp, điện tim trước khi điều trị.
- + Nếu có loạn nhịp cần có monitor theo dõi trước, trong và sau khi điều trị.
- + Hồ sơ bệnh án: Ghi rõ chẩn đoán, chỉ định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bác sĩ

- + Kiểm tra xét nghiệm mới nhất.

+ Cân nhắc liều lượng thuốc.

+ Ghi chỉ định và hồ sơ bệnh án:

(1) Hạ canxi máu rất nặng, ngừng tuần hoàn:

* Tiêm tĩnh mạch 1g calci clorid (10 mL dung dịch 10%). Có thể tiêm nhắc lại.

(2) Hạ canxi máu nặng: rối loạn nhịp, tụt huyết áp, co quắp và co giật hoặc nồng độ canxi máu hiệu chỉnh $< 1,88$ mmol/L.

* Tiêm tĩnh mạch 0,5-1g calci clorid (5-10mL dung dịch 10%) trong vòng 5-10 phút, tốc độ không quá 1 mL/phút.

* Hoặc tiêm tĩnh mạch 1-3g calcium gluconate (10 – 30 mL) trong vòng 5-10 phút.

* Kiểm tra lại canxi máu sau 2 giờ tiêm, có thể tiêm nhắc lại với liều như trên trong vòng 1-3 ngày.

(3) Hạ canxi máu trung bình:

+ Biểu hiện triệu chứng co quắp, co giật nhưng không có rối loạn nhịp, không có tụt huyết áp; nồng độ canxi máu hiệu chỉnh từ $1,88 - 2$ mmol/L:

* Tiêm tĩnh mạch calcium gluconate 1-2 g (10-20 mL) trong vòng 5-10 phút.

+ Không có triệu chứng; nồng độ canxi máu hiệu chỉnh từ $1,88 - 2$ mmol/L:

* Dùng thuốc calcium carbonate đường uống.

2. Điều dưỡng

+ Đặt đường truyền tĩnh mạch.

+ Tiêm truyền, tĩnh mạch loại dung dịch canxi theo tốc độ được chỉ định.

+ Trong lúc tiêm, truyền đảm bảo không chệch ven, không tắc kim.

VI. THEO DÕI

+ Theo dõi toàn trạng: ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, dấu hiệu Chvostek, phản xạ gân xương trước và sau khi tiêm canxi tĩnh mạch.

+ Theo dõi điện tim đồ: trước, trong và sau khi tiêm canxi tĩnh mạch với hạ canxi máu nặng, có triệu chứng rối loạn nhịp.

+ Điện giải đồ, canxi toàn phần và canxi ion hóa 6 giờ 1 lần cho đến khi về bình thường.

+ Theo dõi canxi niệu sau tiêm, đảm bảo tỷ số canxi/creatinin niệu $< 0,3$.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Tiêm canxi ra ngoài tĩnh mạch

+ Phát hiện: Chỗ tiêm nóng, đỏ, đau, lúc đầu cứng sau mềm nhũn giống ổ áp xe.

+ Xử trí: Ban đầu, chườm ấm để chỗ máu tụ thuốc tan nhanh. Về sau, băng mỏng giữ khỏi nhiễm khuẩn thêm, chích nếu ổ hoại tử lớn.

2. Các tai biến khác

+ Hạ kali máu: Điều trị theo phác đồ điều trị hạ kali máu .

+ Cảm giác nóng toàn thân: theo dõi và trấn an.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ TĂNG KALI MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bình thường kali máu 3,5 – 4,5 mmol/l. Tăng nồng độ kali máu khi kali máu > 5,0 mmol/l.
- Hậu quả của tăng kali máu gây rối loạn nhịp thất như ngoại tâm thu thất, nhanh thất xoắn đỉnh, rung thất. Điện tim có sóng T cao nhọn, sóng P dẹt, PR kéo dài, QRS giãn rộng, sóng S sâu nhập với sóng T. Tăng kali máu nặng có thể có yếu liệt cơ.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi có tăng kali máu > 5,0 mmol/l

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không dùng calci cho người bệnh đang ngộ độc digitalis.
- Không dùng natri polystyrene sulfonat (resonium, kayexalate) cho người bệnh sau mổ, người bệnh hoại tử ruột.
- Không dùng lợi tiểu ở người bệnh đang thiếu hụt thể tích tuần hoàn tới khi phục hồi tuần hoàn bình thường.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Một bác sĩ khám, chẩn đoán, ra y lệnh điều trị và tho dõi kết quả.
- Một điều dưỡng thực hiện y lệnh pha thuốc tiêm truyền, cấp cứu người bệnh. Những trường hợp tăng kali máu nặng cần được theo dõi tại đơn vị hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện

- Gói dụng cụ tiêu hao: 01
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn: 01
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân: 01
- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn: 01
- Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật
- Dụng cụ, máy theo dõi.
- Máy xét nghiệm khí máu nhanh có điện giải.
- Máy truyền dịch 01, bơm tiêm điện 01.

3. Người bệnh

- Giải thích động viên tinh thần người bệnh.
- Tình trạng nặng có biến chứng loạn nhịp do tăng kali giải thích gia đình người bệnh biết.

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép tỉ mỉ diễn biến lâm sàng, kết quả cận lâm sàng, bàn giao các tua trực đầy đủ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiến hành đặt đường truyền, tốt nhất có đường truyền qua catheter tĩnh mạch trung tâm.
- Lắp đặt điện cực theo dõi liên tục điện tim trên monitor.
- Lấy máu xét nghiệm theo dõi kali máu 2 giờ một lần nếu trên điện tim không rối loạn, theo dõi đến khi kali máu về bình thường.
- *Tham khảo lựa chọn các thuốc, điều trị thích hợp trên từng người bệnh*
- Điều trị tăng kali máu + kết hợp điều trị nguyên nhân tăng kali máu.

1. Tăng kali máu có rối loạn điện tim

- + Đặt đường truyền cấp cứu chắc chắn, hoặc đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, tiêm ngay tĩnh mạch calci clorua 1 g trong 2-3 phút, nếu sóng T không thay đổi có thể lặp lại liều sau 5 phút.
- + Tiêm tĩnh mạch furosemid 40 – 80 mg, thời gian tác dụng sau 30 – 60 phút, tiêm tăng liều furosemid theo đáp ứng của chức năng thận.
- + Pha truyền natri bicarbonat 2 – 4 mmol/phút khi có toan chuyển hóa pH < 7,1 (mức độ làm giảm kali máu 0,5 – 0,75 mmol/l).
- + Insulin nhanh 10 UI pha 125 ml glucose 20% truyền trong 30 phút, có thể lặp lại sau 15 phút để đạt hiệu quả (mức độ hạ kali máu 1 mmol/l).
- + Albuterol 10 – 20 mg khí dung trong vòng 15 phút, hoặc 0,5 mg pha trong 100ml glucose 5% truyền trong 15 phút, (tùy đáp ứng mức độ làm giảm kali 1 – 1,5 mmol/l).
- + Kayexalat uống 15- 30 g với 50 g sorbitol, mức độ giảm kali 0,5 – 1mmol/l.
- + Lọc máu cấp cứu khi không đáp ứng lợi tiểu.

2. Tăng kali máu nhưng không có rối loạn trên điện tim

- + Tiêm thuốc lợi tiểu: furosemid 40 – 80mg, tiêm tĩnh mạch.
- + Pha uống kayexalat 15 – 30g với sorbitol 50g uống.
- + Tiến hành lọc máu nếu có suy thận đáp ứng không tốt với lợi tiểu.

VI. THEO DÕI

- + Theo dõi monitor liên tục với người bệnh có biến đổi trên điện tim, theo dõi điện giải 02 giờ/lần.
- + Làm xét nghiệm điện giải niệu 24 giờ.

- + Bệnh có thể có các rối loạn điện giải khác như tăng giảm natri máu, calci máu..., rối loạn thăng bằng kiềm toan cần điều trị.
- + Chế độ ăn cho người bệnh nguy cơ tăng kali máu
- + Tránh các thuốc nặng thêm tình trạng tăng kali, suy thận
- + Người bệnh suy thận tuân thủ chế độ ăn, chạy thận đúng chu kỳ, theo dõi điện giải thường xuyên mỗi lần lọc.
- + Điều trị tốt bệnh nền gây tăng kali máu.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Giảm kali máu: ngừng các thuốc đang điều trị hạ kali như natri bicarbonat, Insulin, furosemid, kayexalat. Bù kali nếu hạ kali nặng, biểu hiện trên điện tim.
- Thiếu dịch và rối loạn điện giải: Dừng furosemid, bù dịch, điều chỉnh điện giải khác như natri, calci, clo...
- Kiểm máu: Dừng natri bicarbonate, furosemid.
- Tiêm calci nguy cơ hoại tử mô da nếu để thoát mạch. Tốt nhất tiêm qua tĩnh mạch trung tâm. Điều trị chống hoại tử bội nhiễm, cắt lọc.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ GIẢM KALI MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Kali trong cơ thể có 98% nằm trong nội bào, là ion chính của nội bào. Nồng độ bình thường trong huyết thanh từ 3,5 – 5,0 mmol/l
- Chẩn đoán giảm nồng độ kali máu khi kali máu < 3,5 mmol/l, còn gọi là hạ kali máu, giảm kali máu hay kali máu giảm.
- Hạ kali máu nặng : Kali máu < 2,5mmol/l, hoặc có biểu hiện liệt cơ, rối loạn nhịp tim có sóng U, sóng T dẹt, ST chênh xuống, QT kéo dài, nặng nhanh thất, rung thất, xoắn đỉnh có thể gây tử vong nếu không được xử trí ngay.
- 1g KCl = 13,5 mmol kali
- Các nguyên nhân hạ kali :
 - + Mất kali qua đường tiêu hóa : nôn, ỉa lỏng, hút dịch vị..
 - + Mất kali qua thận : suy thận cấp giai đoạn hồi phục, tăng aldosteron thứ phát, dùng lợi tiểu, corticoid....
 - + Kali chạy vào trong tế bào do thuốc: điều trị bằng insulin, truyền glucose, bicarbonat...
 - + Thiếu kali đưa vào cơ thể : nuôi dưỡng người bệnh bằng glucose ưu trương

II. CHỈ ĐỊNH

- a. Kali máu dưới 3,5 mmol/l

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi bù kali cho người bệnh suy thận (vô niệu hoặc thiếu niệu).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ theo dõi ra y lệnh, xử trí đặc biệt người bệnh có liệt cơ, biến đổi trên điện tim.
- Một điều dưỡng thực hiện y lệnh pha, tiêm truyền, làm điện tim, lắp monitor theo dõi.

2. Phương tiện

- Gói dụng cụ tiêu hao: 01
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn: 01
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân: 01
- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn: 01
- Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật

- Dụng cụ, máy theo dõi.
- Máy xét nghiệm có khí máu nhanh có điện giải.
- Dịch truyền: natriclorua 0,9%, glucose 5%
- Thuốc: kaliclorua ống 0,5g – 1g; gói 2g
- Máy truyền dịch, bơm tiêm điện

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hợp tác nếu người bệnh tỉnh.
- Giải thích cho người nhà người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án: Ghi rõ chẩn đoán, chỉ định, bàn giao giữa các tua trực.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiến hành cài đặt monitor theo dõi điện tim liên tục.
- Đặt đường truyền ngoại vi chắc chắn, hoặc đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.
- Khi truyền tĩnh mạch ngoại biên nồng độ pha kali tối đa 60 mmol/1 lít dịch truyền, tốc độ tối đa 10 mmol/giờ. Người bệnh nặng cần đặt Catheter tĩnh mạch trung tâm.
- Shock điện nếu có nhanh thất, rung thất.

1. Kali máu từ 2,5 – 3,5 mmol/l và không có triệu chứng (hệ cơ, tim mạch)

- Truyền tĩnh mạch kaliclorua 5 – 10 mmol/giờ.
- Hoặc bằng đường uống: kali clorua 3 – 6 g / 24 giờ, chia từ 2-4 lần sau ăn.

2. Kali máu dưới 2,5 mmol/l:

- ***Kali máu < 2,5 mmol/l có biểu hiện liệt cơ hoặc triệu chứng nặng trên điện tim:*** Bù bằng đường truyền tĩnh mạch trung tâm Kaliclorua 20 – 30 mmol/giờ. Không bù quá 40 mmol/giờ.
- ***Kali máu < 2,5 mmol/l không biểu hiện liệt cơ hoặc triệu chứng nặng trên điện tim:*** Truyền tĩnh mạch kali 10 mmol/giờ.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh hạ kali máu theo dõi điện tim bằng máy monitoring, hoặc điện tâm đồ cho đến khi ngừng truyền kali.
- Xét nghiệm kali máu: Người bệnh nặng có loạn nhịp tim, liệt cơ xét nghiệm 2 – 3 giờ một lần, người bệnh có kali máu không có biến đổi điện tim, không liệt cơ xét nghiệm 06 giờ/lần.
- Theo dõi toàn trạng: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, nhiệt độ, số lượng nước tiểu
- Các trường hợp cần bù kali với số lượng nhiều phải được theo dõi cận thận ở khoa Hồi sức, Cấp cứu và Chống độc

- Người bệnh thiếu niệu, suy thận cần thận trọng khi bù kali.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tăng kali máu do bù quá nhanh, biểu hiện sớm trên điện tim bằng sóng T nhọn, cân đối: Tạm ngừng truyền kali, xét nghiệm kali máu cấp (truyền lại kali nếu có chỉ định với tốc độ chậm hơn).
- Nếu kali máu tăng quá 5,5mmol/L:
 - + Canxiclorua 1 g tiêm tĩnh mạch chậm...
 - + Theo dõi và điều trị theo phác đồ tăng kali
- Viêm mô tế bào do chệch đường truyền
 - + Ngừng bù kali
 - + Đắp gạc tẩm cồn 70 độ lên vùng mô viêm đỏ

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ GIẢM KALI MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Kali trong cơ thể có 98% nằm trong nội bào, là ion chính của nội bào. Nồng độ bình thường trong huyết thanh từ 3,5 – 5,0 mmol/l
- Chẩn đoán giảm nồng độ kali máu khi kali máu < 3,5 mmol/l, còn gọi là hạ kali máu, giảm kali máu hay kali máu giảm.
- Hạ kali máu nặng : Kali máu < 2,5mmol/l, hoặc có biểu hiện liệt cơ, rối loạn nhịp tim có sóng U, sóng T dẹt, ST chênh xuống, QT kéo dài, nặng nhanh thất, rung thất, xoắn đỉnh có thể gây tử vong nếu không được xử trí ngay.
- 1g KCl = 13,5 mmol kali
- Các nguyên nhân hạ kali :
 - + Mất kali qua đường tiêu hóa : nôn, ỉa lỏng, hút dịch vị..
 - + Mất kali qua thận : suy thận cấp giai đoạn hồi phục, tăng aldosteron thứ phát, dùng lợi tiểu, corticoid....
 - + Kali chạy vào trong tế bào do thuốc: điều trị bằng insulin, truyền glucose, bicarbonat...
 - + Thiếu kali đưa vào cơ thể : nuôi dưỡng người bệnh bằng glucose ưu trương

II. CHỈ ĐỊNH

Kali máu dưới 3,5 mmol/l

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng khi bù kali cho người bệnh suy thận (vô niệu hoặc thiếu niệu).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ theo dõi ra y lệnh, xử trí đặc biệt người bệnh có liệt cơ, biến đổi trên điện tim.
- Một điều dưỡng thực hiện y lệnh pha, tiêm truyền, làm điện tim, lắp monitor theo dõi.

2. Phương tiện

- Gói dụng cụ tiêu hao: 01
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn: 01
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân: 01
- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn: 01
- Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật

- Dụng cụ, máy theo dõi.
- Máy xét nghiệm có khí máu nhanh có điện giải.
- Dịch truyền: natriclorua 0,9%, glucose 5%
- Thuốc: kaliclorua ống 0,5g – 1g; gói 2g
- Máy truyền dịch, bơm tiêm điện

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh hợp tác nếu người bệnh tỉnh.
- Giải thích cho người nhà người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án: Ghi rõ chẩn đoán, chỉ định, bàn giao giữa các tua trực.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Tiến hành cài đặt monitor theo dõi điện tim liên tục.
- Đặt đường truyền ngoại vi chắc chắn, hoặc đặt catheter tĩnh mạch trung tâm.
- Khi truyền tĩnh mạch ngoại biên nồng độ pha kali tối đa 60 mmol/1 lít dịch truyền, tốc độ tối đa 10 mmol/giờ. Người bệnh nặng cần đặt Catheter tĩnh mạch trung tâm.
- Shock điện nếu có nhanh thất, rung thất.

1. Kali máu từ 2,5 – 3,5 mmol/l và không có triệu chứng (hệ cơ, tim mạch)

- Truyền tĩnh mạch kaliclorua 5 – 10 mmol/giờ.
- Hoặc bằng đường uống: kali clorua 3 – 6 g / 24 giờ, chia từ 2-4 lần sau ăn.

2. Kali máu dưới 2,5 mmol/l:

- ***Kali máu < 2,5 mmol/l có biểu hiện liệt cơ hoặc triệu chứng nặng trên điện tim:*** Bù bằng đường truyền tĩnh mạch trung tâm Kaliclorua 20 – 30 mmol/giờ. Không bù quá 40 mmol/giờ.
- ***Kali máu < 2,5 mmol/l không biểu hiện liệt cơ hoặc triệu chứng nặng trên điện tim:*** Truyền tĩnh mạch kali 10 mmol/giờ.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh hạ kali máu theo dõi điện tim bằng máy monitoring, hoặc điện tâm đồ cho đến khi ngừng truyền kali.
- Xét nghiệm kali máu: Người bệnh nặng có loạn nhịp tim, liệt cơ xét nghiệm 2 – 3 giờ một lần, người bệnh có kali máu không có biến đổi điện tim, không liệt cơ xét nghiệm 06 giờ/lần.
- Theo dõi toàn trạng: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2, nhiệt độ, số lượng nước tiểu
- Các trường hợp cần bù kali với số lượng nhiều phải được theo dõi cẩn thận ở khoa Hồi sức, Cấp cứu và Chống độc

- Người bệnh thiếu niệu, suy thận cần thận trọng khi bù kali.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tăng kali máu do bù quá nhanh, biểu hiện sớm trên điện tim bằng sóng T nhọn, cân đối: Tạm ngừng truyền kali, xét nghiệm kali máu cấp (truyền lại kali nếu có chỉ định với tốc độ chậm hơn).
- Nếu kali máu tăng quá 5,5mmol/L:
 - + Canxiclorua 1 g tiêm tĩnh mạch chậm...
 - + Theo dõi và điều trị theo phác đồ tăng kali
- Viêm mô tế bào do chệch đường truyền
 - + Ngừng bù kali
 - + Đắp gạc tẩm cồn 70 độ lên vùng mô viêm đỏ

QUI TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ TĂNG NATRI MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chẩn đoán tăng nồng độ natri máu khi natri máu > 145 mmol/L (còn gọi là natri máu cao, natri máu tăng, tăng natri máu).

Hầu hết tăng natri máu đều là hậu quả của tình trạng thiếu nước tương đối.

Có 3 cơ chế chính dẫn đến tăng natri máu: 1) *giảm lượng nước uống vào*: do mất cảm giác khát hoặc do thiếu nước uống. 2) *mất nước không được nhận biết*: mất qua mồ hôi, qua khí thở ra, lượng mất này tăng lên khi trời nắng nóng, khi sốt, khi thở máy, khi bị bỏng nặng) và 3) Đái nhạt (do thiếu ADH hay do thận)

Ngoài ra người bệnh còn có thể tăng natri máu khi: mất nước do tăng bài niệu do tăng thẩm thấu (đái tháo đường, truyền maniton, truyền muối ưu trương). Tăng natri máu sẽ dẫn đến trước hết là các biểu hiện rối loạn thần kinh: rối loạn ý thức, dễ bị kích thích. Tăng natri máu cấp tính với natri máu > 158 mmol/L có thể dẫn đến tổn thương chức năng thần kinh nặng nề cần được điều chỉnh kịp thời.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp tăng natri máu có giảm thể tích máu (da, niêm mạc khô, khát nước, giảm CVP, giảm cân nặng, tăng hematocrit...)
- Tăng natri máu có thể tích máu bình thường, áp lực thẩm thấu niệu tăng > 800 mOsm/kg

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tăng natri máu có kèm tăng thể tích máu: tăng gánh muối ưu trương do truyền quá nhiều

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 1 bác sĩ, 1 y tá, trang bị mũ, khẩu trang, găng tay vô trùng
2. Phương tiện
 - Gói dụng cụ tiêu hao
 - Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
 - Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
 - Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
 - Dụng cụ, máy theo dõi
 - Máy truyền dịch
 - Dịch truyền natriclorua 0,9% hoặc 0,45%; glucose 5%: theo thực tế

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

Bác sĩ thực hiện:

1. Khám lâm sàng, xem xét hồ sơ, ra chỉ định điều trị.

2. Tính lượng nước thiếu hụt của người bệnh:

$$\text{Lượng nước thiếu hụt} = \text{Lượng nước cơ thể} \times \left(\frac{\text{Natri máu}}{140} - 1 \right)$$

Lượng nước cơ thể : Nam +0,6x cân nặng (kg), Nữ = 0,5 x cân nặng (kg)

3. Tính lượng dịch cần bù = lượng nước đã mất + lượng nước đang mất (do nôn, tiêu chảy, nước tiểu) + 0,5 lít ở người bình thường và 1 lít cho người sốt, khó thở.

4. Lựa chọn dịch bù cho người bệnh:

- Tăng natri máu kèm tụt huyết áp, giảm thể tích: truyền dung dịch natriclorua 0,9% đến khi huyết áp bình thường
- Tăng natri máu có thể tích bình thường: Natriclorua 0,45% hoặc dung dịch glucose 5% (nếu không có tăng đường máu), hoặc nước tự do không có chất điện giải đường uống

5. Lựa chọn đường bồi phụ: đường uống, đường tĩnh mạch hoặc cả 2 tùy theo lượng dịch cần bù, tốc độ hạn natri cần đạt

6. Lựa chọn tốc độ :

- Mục tiêu là hạ natri xuống 145 mmol/L, tốc độ tùy thuộc :
- *Tăng natri máu trong ít nhất 24 giờ hoặc hơn* được coi là tăng natri mạn tính : Tốc độ giảm 0,5 mmol/L/giờ và không quá 10mmol/L/ 24 giờ
- *Nếu tăng natri tối cấp* xuất hiện nhanh trong vài giờ và có triệu chứng lâm sàng: hạ với tốc độ 1 mmol/L/giờ trong vài giờ rồi về tốc độ 0,5 mmol/L/giờ

Tính lượng dịch và tốc độ truyền theo phương trình Adrogue-Madias như

sau:

Điều dưỡng Thực hiện :

1. Chuẩn bị hệ thống dịch truyền: chai dịch, dây truyền, máy truyền dịch
2. Nối đường truyền với catheter ngoại vi hoặc trung tâm
3. Đặt tốc độ máy truyền dịch theo chỉ định
4. Theo dõi đáp ứng của người bệnh, mạch, huyết áp, rét run... trong 15 phút đầu và mỗi 1-3 giờ sau đó
5. Ghi chép hồ sơ thực hiện y lệnh.

VI. THEO DÕI

- Chức năng sống: mạch, huyết áp, tri giác người bệnh
- Cân bằng nước: lượng dịch vào (truyền, ăn uống), lượng nước ra theo đường tiểu, nôn , tiêu chảy
- Xét nghiệm natri máu và kali máu mỗi 6 giờ, nếu tốc độ giảm đúng kế hoạch thì giãn thành mỗi 8 -12 giờ 1 lần
- Natri niệu 24 giờ

VII. TAI BIẾN BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Quá tải dịch: ngừng truyền hoặc giảm tốc độ truyền, lợi tiểu.
- Hôn mê tăng lên do phù não: xảy ra khi tốc độ truyền dịch giảm natri máu nhanh quá: manitol, lợi tiểu
- Giảm natri máu qua nhanh: ví dụ 8 giờ đầu đã giảm 6 mmol/L, vậy 16 giờ tiếp theo chỉ cần giảm 4 mmol/L nên cần điều chỉnh giảm tốc độ truyền hoặc thay đổi loại dịch truyền

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ GIẢM NATRI MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

Chẩn đoán là giảm nồng độ natri máu khi natri máu < 135 mEq/l, còn gọi là hạ natri máu, giảm natri máu, natri máu giảm.

Khi có hạ natri máu cần đánh giá áp lực thẩm thấu (ALTT): 3 tình huống

1. ALTT bình thường 280-290 mOsm/kg: giả giảm natri máu do
 - Tăng lipid máu, tăng protid máu
2. ALTT máu tăng (> 290 mOsmol/kg) là giảm natri máu tăng độ thẩm thấu huyết tương. Gặp trong tăng đường huyết, truyền dịch ưu trương: manitol, glycerol.
3. ALTT máu thấp (< 280 mOsmol/kg): cần đánh giá tình trạng thể tích. Có 3 khả năng
 - 3.1. Tăng thể tích máu: do suy tim ứ huyết, xơ gan mất bù, hội chứng thận hư.
 - 3.2. Thể tích máu bình thường:

Cuồng uống (ALTT niệu < 100 mOsm/kg, SIADH: ALTT niệu > 100 mOsm/kg, suy giáp, giảm cortisol

- 3.3. Giảm thể tích máu: đo natri niệu

Natri niệu < 15 mEq/l là mất natri ngoài thận do: nôn, ỉa chảy, lở dò, bỏng, mất mồ hôi, viêm tụy, viêm phúc mạc

Natri niệu > 20 mEq/l là mất natri qua thận do: dùng thiazide, suy thượng thận, bệnh thận gây mất muối/ hội chứng mất muối do não.

Natri máu hạ gây buồn nôn, đau đầu, ngủ gà, hôn mê, co giật, ngừng thở.

Điều trị hạ natri máu cần được tiến hành khẩn trương dựa theo mức độ, tốc độ mất natri cấp hay mạn, và có kèm theo triệu chứng lâm sàng hay không?

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp hạ natri máu có thể tích máu giảm hoặc bình thường < 135 mEq/l.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH dùng natriclorua ưu trương

Các trường hợp hạ natri máu có tăng thể tích

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng; đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay trước khi khám và làm thủ thuật

2. Phương tiện

- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn

- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
- Dụng cụ , máy theo dõi
- Máy truyền dịch: 01 chiếc
- Bơm tiêm điện: 01 chiếc

3. Hồ sơ bệnh án: Ghi rõ chẩn đoán, chỉ định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bác sĩ thực hiện

- Khám lâm sàng, xem hồ sơ, ra chỉ định điều trị
- Ghi chỉ định vào hồ sơ bệnh án
- Natri máu 130-135mEq/l: bù bằng natriclorua uống: Liều lượng Natriclorua 10 gam chia vào các bữa ăn.

- Natri máu < 130 mEq/l

Điều trị dựa theo mức độ, tốc độ và có triệu chứng thần kinh tiền triễn

Có 2 khả năng:

1. Có triệu chứng hoặc xảy ra cấp tính < 2 ngày

- Điều trị bằng dung dịch muối ưu trương 3%. với tốc độ 1-2 mEq/l cho mỗi giờ cho đến khi hết triệu chứng (thường từ 3-4 giờ),
- Tính toán tốc độ điều chỉnh và thành phần dịch truyền bằng phương trình Adrogue- Madias (thay đổi nồng độ natri huyết thanh khi truyền 1 lít dịch);

$$\frac{(\text{Na} + \text{K trong dịch truyền}) - (\text{Natri huyết thanh NGƯỜI BỆNH})}{\text{-----}}$$

$$(\text{Tổng lượng nước trong cơ thể [TBW]} + 1$$

(Trong đó tổng lượng nước trong cơ thể được ước tính ở nam là 60%, ở nữ là 50%).

- Sau khi triệu chứng cải thiện, điều chỉnh nồng độ natri huyết thanh với tốc độ không vượt quá 0,5 mEq/l mỗi giờ hoặc 12 mEq/l mỗi ngày hoặc 18 mEq/l sau 48 giờ.

Nồng độ natri trong dịch truyền đối với từng loại dịch truyền dùng cho người bệnh là:

- + Dịch muối ưu trương 3%: 513 mEq/l
- + Dịch muối ưu trương 2%: 340 mEq/l
- + Dịch muối đẳng trương NaCl 0,9%: 154 mEq/l

- Điều trị nguyên nhân nền

- Hạn chế nước
- Nếu người bệnh không đáp ứng với các biện pháp điều trị trên xem xét phối hợp Tolvaptan uống 15 mg mỗi 24 giờ hoặc Conivaptan đường tĩnh mạch liều 20 mg pha trong 100 ml glucose 5% truyền trong 30 phút hoặc Demeclocyclin uống 300-600 mg x 2 lần/ ngày.

2. Không có triệu chứng và hoặc xảy ra > 2 ngày

- Không cần điều chỉnh ngay nếu giảm natri máu nhẹ
- Điều trị nguyên nhân nền
- Hạn chế nước
- Điều chỉnh với tốc độ không vượt quá 0,5 mEq/l mỗi giờ hoặc không vượt quá 12 mEq/l mỗi ngày.

Điều dưỡng thực hiện

- Chuẩn bị hệ thống dịch truyền: chai dịch, dây truyền, máy truyền dịch
- Nối đường truyền với catheter ngoại vi hoặc trung tâm
- Đặt tốc độ máy truyền dịch theo chỉ định
- Theo dõi đáp ứng của người bệnh, mạch, huyết áp... trong 15 phút đầu và mỗi 1-3 giờ sau đó
- Ghi chép hồ sơ thực hiện y lệnh

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng: ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, nhiệt độ, số lượng nước tiểu
- Theo dõi điện tim liên tục bằng máy monitoring, hoặc điện tâm đồ
- Kiểm tra định kỳ natri máu mỗi 4-6 giờ để điều chỉnh
- Khí máu mỗi 12 giờ
- Theo dõi và điều trị các nguyên nhân hạ natri máu (ỉa lỏng, ngừng thiazide...), hạn chế nước

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Hội chứng mất myelin ở cầu não, biểu hiện liệt tứ chi xuất hiện muộn sau bù natri từ 2-6 ngày.

Xử trí:

- chụp MRI sọ não, nếu khẳng định thì xem xét điều trị bằng thay huyết tương
- dùng lợi tiểu Furosemid tĩnh mạch

2. Viêm mô tế bào do chệch đường truyền hoặc để đường truyền lâu ngày

Xử trí:

- Tạm ngừng bù natri
- Chuyển vị trí truyền mới

- Đắp gạch tằm còn 70 độ lên vùng mô viêm đỏ

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG THAN HOẠT ĐA LIỀU TRONG CẤP CỨU NGỘ ĐỘC QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Than hoạt tính, là loại bột nhỏ có màu đen, không mùi, không độc có tác dụng hấp phụ hiệu quả với nhiều chất khác nhau được gọi là than hoạt tính.
- Than hoạt không hấp phụ được những chất có kích thước quá nhỏ, có độ ion hoá cao như là các loại acid, kiềm, điện giải (ví dụ kali) và kém hấp phụ các muối dễ phân ly như arsenic, bromide, cyanide, fluoride, iron, lithium, acid boric, sulfat sắt, ethanol và methanol.

II. CHỈ ĐỊNH

- 1) Ngăn cản hấp thu các chất độc với lượng lớn trong lòng ruột, có giảm nhu động ruột; 2) Ngăn cản tái hấp thu các độc chất có chu trình gan – ruột; 3) Tăng đào thải chất đó ra khỏi máu qua màng niêm mạc ruột
- Các trường hợp đã được chứng minh hiệu quả bằng các thử nghiệm lâm sàng: carbamazepine, dapsone, phenobarbital (gardenal), quinin, theophylline, ngộ độc nấm độc có độc tố là amatoxin (amanitin)
- Các trường hợp có khuyến cáo sử dụng trên lý thuyết: phenytoin, salicylate, meprobamate, phenylbutazone, digoxin, digitoxin và sotalol, phosphor hữu cơ, carbamat, paraquate,...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán hoặc nghi ngờ tắc ruột hoặc bán tắc ruột

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ: quyết định và ra y lệnh thực hiện cũng như phương thức tiến hành
- Điều dưỡng: thực hiện theo y lệnh của bác sỹ

2. Phương tiện

- Than hoạt bột gói hàm lượng 20g, hoặc Antipois BMai (thành phần 25 g than hoạt và 48g sorbitol)
- Sorbitol gói hàm lượng 5g
- Thuốc an thần: Diazepam 10mg (ống tiêm) dùng cho người bệnh kích thích vật vã nhiều, ngộ độc chất gây co giật
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn

3. Người bệnh

- Nếu người bệnh tỉnh: Giải thích để người bệnh hợp tác.

- Nếu người bệnh rối loạn ý thức (kích thích, hôn mê): đặt nội khí quản, cho thuốc chống co giật trước khi tiến hành thủ thuật để phòng sặc phổi than hoạt.

4. Hồ sơ bệnh án:

- Ghi chỉ định: sử dụng than hoạt đa liều, tình trạng người bệnh trước và sau khi làm thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến và biến chứng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tính liều than hoạt và quãng liều

- **Người lớn:** liều 2g/kg cân nặng, 20g than hoạt mỗi 2 giờ, đối với ngộ độc nấm độc có amatoxin có thể cho tới 3 ngày để cắt chu trình gan-ruột.
- **Trẻ em:** Liều đầu tiên 1 g/kg cân nặng, trung bình 10g than hoạt, dùng càng sớm càng tốt sau ngộ độc, (50% liều của người lớn).
- Với than hoạt bột, luôn cho cùng sorbitol liều gấp đôi liều than hoạt
- Lựa chọn quãng liều 2 hay 4 giờ tùy thuộc vào lượng độc chất trong lòng ruột và khả năng dung nạp than hoạt của người bệnh. Nếu NGƯỜI BỆNH uống thuốc trừ sâu phospho hữu cơ liều lớn thì nên cho quãng liều là 2 giờ trong 6 liều đầu. Nếu có giảm nhu động ruột thì nên lưu ống thông dạ dày và hút sạch dạ dày (cả than hoạt của liều trước đọng lại) trước khi cho liều than hoạt sau. Các trường hợp khác nên cho quãng liều 4-6 giờ.

2. Pha thuốc

- Nếu có Antipois.BMai, có thể cho người bệnh uống trực tiếp không phải pha. Thành phần 1 tuýp Antipois BMai có 25g than hoạt + 48 g sorbitol + tá dược thành 120 ml
- Không có Antipois.BMai: pha than hoạt và sorbitol
 - + Một gói than hoạt có 20g cho vào cốc thủy tinh trộn đều với sorbitol liều gấp đôi than hoạt, sau đó cho khoảng 100ml nước lọc rồi khuấy đều cho đến khi tan tạo thành một hỗn dịch đồng nhất ta được hỗn dịch có 20g than hoạt.
 - + Tùy theo cân nặng người bệnh và thời điểm cho than hoạt lần đầu hay các lần sau mà dùng liều phù hợp như đã tính.

3. Cho người bệnh uống:

- Điều dưỡng giải thích trước và giúp cho NGƯỜI BỆNH uống. Uống từ từ trong 10 phút. Nếu người bệnh có rửa dạ dày, sau khi rửa: bơm than hoạt qua bộ rửa dạ dày hoặc xông nuôi dưỡng vào dạ dày bằng bơm cho ăn.
- NGƯỜI BỆNH hôn mê hoặc có rối loạn ý thức, Bác sĩ đặt nội khí quản, bơm bóng chèn, sau đó bơm than hoạt bằng bơm cho ăn qua xông nuôi dưỡng vào dạ dày người bệnh.

- Trước khi cho uống lần sau hút sạch than hoạt còn trong dạ dày của liều trước.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Ý thức và toàn trạng của người bệnh: mạch, huyết áp, nhịp thở...
- Theo dõi dấu hiệu sặc than hoạt vào phổi: xảy ra ở người bệnh rối loạn ý thức, co giật không được bảo vệ đường thở trước khi cho than hoạt. Biểu hiện; suy hô hấp đột ngột, ho khạc ra than hoạt màu đen hoặc hút đờm qua ống nội khí quản có than hoạt
- Theo dõi người bệnh đi ngoài than hoạt: số lần và tính chất phân
- Đánh giá khả năng dung nạp than hoạt của người bệnh: buồn nôn và nôn sau khi uống 1 giờ, bụng chướng, không đi ngoài được.
- Rối loạn nước và điện giải: có thể xảy ra nếu ỉa chảy nhiều do quá liều sorbitol.

2. Xử trí tai biến

Nếu người bệnh được đánh giá đầy đủ, kỹ càng trước và tiến hành đúng quy trình kỹ thuật thì hiếm khi xảy ra các biến chứng trên lâm sàng. Ngược lại có thể xảy ra các biến chứng sau đây:

- + Táo bón do than hoạt: không cho sorbitol hoặc ít hơn so với khuyến cáo. Nếu trong vòng 24 giờ sau khi uống than hoạt mà NGƯỜI BỆNH chưa đại tiện ra than hoạt, phải cho thêm liều sorbitol 1g/kg
- + Tắc ruột do than hoạt: có thể xảy ra. Theo dõi và xử trí như một tắc ruột cơ học.
- + Ỉa chảy do sorbitol: giảm liều hoặc dừng sorbitol, chú ý bù điện giải
- + Viêm phổi do sặc than hoạt: Xử trí đặt nội khí quản, dùng ống thông hút đờm, hút dịch phế quản, nội soi phế quản để bơm rửa phế quản. Thở máy với PEEP nếu suy hô hấp và tổn thương phổi cấp.
- + Rối loạn nước và điện giải: Xử trí bù lại nước và điện giải qua đường uống hoặc đường tĩnh mạch theo các phác đồ điều chỉnh nước và điện giải hiện có.
- + **Chú ý:** Trường hợp người bệnh co giật hoặc có nguy cơ bị co giật, trước khi rửa dạ dày và bơm than hoạt phải chống co giật bằng diazepam hoặc phenobarbital (tiêm tĩnh mạch hoặc tiêm bắp), bác sỹ đặt Ống nội khí quản có bơm bóng chèn để đề phòng người bệnh nôn trào ngược dịch dạ dày vào phổi trước khi bơm than hoạt

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ THẢI ĐỘC BẰNG PHƯƠNG PHÁP TĂNG CƯỜNG BÀI NIỆU (BÀI NIỆU TÍCH CỰC)

I. ĐỊNH NGHĨA

- Điều trị thải độc bằng phương pháp tăng cường bài niệu (còn gọi là —điều trị thải độc bằng bài niệu tích cực) là truyền nhiều dịch và dùng lợi tiểu mạnh nếu cần làm tăng thể tích nước tiểu được bài xuất, giúp nhanh chóng đào thải chất độc khỏi cơ thể, góp phần giảm bớt mức độ nặng, rút ngắn thời gian bị ngộ độc và nằm viện của người bệnh.
- Liệu pháp bài niệu tích cực cũng giúp phòng tránh suy thận, giảm bớt tình trạng nhiễm toan, tăng kali máu của người bệnh.
- Đây là kỹ thuật đơn giản, ít tốn kém và có thể áp dụng tại tất cả các bệnh viện.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc hoặc quá liều các chất có thải trừ qua nước tiểu (ví dụ phenobarbital, nọc ong, hemoglobin, lithium,... Đặc biệt hiệu quả trong ong đốt, ngộ độc mật cá trắm).
- Sử dụng các thuốc hoặc các chất được thải trừ qua thận nhưng có nguy cơ gây tổn thương thận, tiết niệu nếu lưu lượng nước tiểu thấp: ví dụ sử dụng các thuốc cản quang, điều trị gấp kim loại nặng bằng các chất gấp dạng truyền tĩnh mạch (như dùng EDTA truyền tĩnh mạch để gấp chì), truyền cyclophosphamide,...
- Các NGƯỜI BỆNH có hội chứng tiêu cơ vân (CK > 1000)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Suy thận không đáp ứng với lợi tiểu
- Sỏi niệu quản gây tắc nghẽn
- Suy tim (tương đối)
- Phù não (tương đối)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 bác sĩ chuyên ngành hồi sức, 02 điều dưỡng, 02 hộ lý (ít nhất có 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng).

2. Thuốc và dụng cụ:

▪ Thuốc:

- Natriclorua 0,9%: 3000-4000ml.
- Glucose 5%: 1000-2000ml.
- Kaliclorua (ống 0,5g hoặc 1 g): 10 ống (loại 1g/ống), hoặc 20 ống (loại 0,5g/ống).

- Furosemide ống 20mg: 50 ống
- Canxi clorua hoặc canxi gluconate (ống tiêm truyền tĩnh mạch)
- Thuốc khác.
- **Dụng cụ:**
- Máy truyền dịch
- Bơm tiêm điện
- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ , thuốc thủ thuật
- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
- Các dụng cụ theo dõi chất thải: cân, bọc tiểu, túi dẫn lưu nước tiểu,...
- Dụng cụ, máy theo dõi monitor
- Các dụng cụ cấp cứu, điều trị khác.

3. **Người bệnh:** được giải thích trước về kỹ thuật và việc có thể tiểu tiện nhiều, thông báo các biểu hiện bất thường khi thực hiện.

4. **Hồ sơ bệnh án:**

- Ghi đầy đủ tình trạng người bệnh, các triệu chứng mất nước hoặc thừa nước.
- Bảng liệt kê cụ thể số lượng từng loại dịch vào – ra của người bệnh ít nhất 24 giờ/lần: dịch vào (dịch ăn, nước uống thuốc, nước tráng ống thông dạ dày, nước tráng miệng, từng loại dịch truyền tĩnh mạch, dịch pha thuốc, máu và chế phẩm máu, dịch trong thuốc,...), dịch ra (nôn, dịch dẫn lưu, nước tiểu, phân, thể tích nước rút bằng máy lọc máu,...).
- Cân nặng của người bệnh: ít nhất 24 giờ/lần.
- Các thuốc, các biện pháp tăng cường bài niệu đã thực hiện.

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Bác sĩ thực hiện

- Khám, đánh giá tình trạng nước-điện giải người bệnh: Da, niêm mạc, khát nước, mạch, huyết áp, lưu lượng nước tiểu, cân nặng của người bệnh.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi bằng catheter ngoại vi. Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm nếu có chỉ định.
- Tính toán lượng dịch truyền cho người bệnh (ml): $V = 100 \times P - V \text{ uống}$
 Trong đó **P** là trọng lượng cơ thể (kg), **V uống** là lượng nước uống trong ngày (ml)
V là thể tích dịch truyền trong 24 giờ (ml), tối đa không quá 6000ml với người Việt Nam.

- + Trường hợp có dinh dưỡng đường tĩnh mạch: cần trừ đi thể tích dịch truyền dinh dưỡng (huyết tương, đạm, máu, đường ưu trương, lipid).
- Tính tốc độ truyền dịch: $V_t = V / 24$ (khoảng 4-5ml/kg/giờ cho người lớn).
- Chọn loại dịch truyền: căn cứ vào loại độc chất, nhu cầu dinh dưỡng và điều chỉnh nước, điện giải, bệnh kèm theo.
- Ghi chỉ định truyền.
- Bổ sung kali: mỗi lít dịch không có kali cần bổ sung 1 gam kali clorua, trừ trường hợp người bệnh có kali máu trên 4,5 mEq/L.
- Nếu sau 3 giờ mà lượng nước tiểu nhỏ hơn lượng dịch truyền vào ($< V_t \times 3$) cân nhắc cho thuốc lợi tiểu: furosemide ống 20 mg tiêm tĩnh mạch 1 ống
- Nếu NGƯỜI BỆNH lượng nước tiểu không tăng. NGƯỜI BỆNH rơi vào tình trạng thiếu niệu hoặc vô niệu, cần làm test lợi tiểu: tăng liều furosemide (sau mỗi 30 phút) theo tiến trình: 1-2-5-10 ống. Nếu đáp ứng ở liều nào dùng liều đó duy trì nước tiểu.
- Liều furosemid tối đa với người lớn có thể lên tới 2000mg/24 giờ.
- Tuy nhiên nếu tiêm 10 ống furosemid 1 lần mà không có nước tiểu thì **ngừng liệu pháp** bài niệu tích cực.
- Nếu có đáp ứng thì, tiếp tục cho lợi tiểu và truyền đuổi để đạt và duy trì lưu lượng nước tiểu như trên cho tới khi:
 - + Người bệnh hết tình trạng ngộ độc, hết nguy cơ suy thận.
 - + Hoặc: Không đáp ứng với lợi tiểu, có quá tải dịch.

2. Điều dưỡng thực hiện

- Kiểm tra mạch huyết áp, nhiệt độ trước khi truyền dịch
- Đặt catheter ngoại biên hoặc phụ giúp bác sĩ đặt catheter TM trung tâm
- Nói hệ thống dịch truyền với người bệnh, cài đặt máy truyền dịch và truyền dịch theo y lệnh, bắt đầu nên chọn natriclorua 0,9%.
- Theo dõi lượng nước tiểu theo giờ (đong hoặc cân), báo bác sĩ nếu lượng nước tiểu không đạt yêu cầu.
- Lấy máu xét nghiệm theo chỉ định, lấy kết quả xét nghiệm, báo với bác sĩ.
- Khi ngừng thủ thuật: khóa đường truyền hoặc rút bỏ đường truyền theo y lệnh.

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, CVP, nhịp thở, SpO_2 , lưu lượng nước tiểu, tốc độ truyền dịch, dùng lợi tiểu: 3 giờ/lần. Theo dõi cân nặng lúc vào và hàng ngày.
- Xét nghiệm máu:
 - + Ure, creatinin, natri, kali, clo, canxi: làm ngày 1- 2 lần tùy theo tình trạng người bệnh và diễn biến.

- + Công thức máu, protit máu, albumin: làm lúc đầu, sau đó tùy theo tình trạng người bệnh.
- Xét nghiệm độc chất: tùy theo điều kiện.
- Điện tim, xquang phổi.

VII. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG

1.Quá tải dịch:

Do truyền quá nhiều, suy thận, đáp ứng kém với lợi tiểu, lưu lượng nước tiểu thấp so với lượng truyền vào.

- Phù dưới da, niêm mạc, thừa cân, tăng huyết áp:
 - Giảm tốc độ truyền hoặc tạm ngừng.
 - Tăng liều thuốc lợi tiểu tĩnh mạch.
 - Nếu huyết áp vẫn tăng, dùng thuốc hạ huyết áp loại có tác dụng ngắn (như nifedipin).
- Phù phổi cấp:
 - Nguy cơ cao ở người suy tim, tăng huyết áp.
 - Ngừng truyền ngay lập tức
 - Tăng liều thuốc lợi tiểu tĩnh mạch, nếu không đáp ứng hoặc đáp ứng kém thì lọc máu để rút nước.
 - Thuốc trợ tim nếu cần

2.Rối loạn điện giải:

- Hạ kali máu:
 - Do đái nhiều, không pha đủ kali trong dịch truyền. Truyền nhiều bicarbonate.
 - Bù kali tùy theo mức độ hạ kali và mức độ kali dự kiến mất.
- Hạ natri:
 - Do dùng nhiều dịch nhược trương hoặc các dung dịch không có natri, lợi tiểu nhiều.
 - Điều trị: Bù natri theo phác đồ

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢI ĐỘC NGỘ ĐỘC RƯỢU ETHANOL

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngộ độc rượu ethanol nặng có thể gây hôn mê sâu, tụt huyết áp, suy hô hấp do ức chế hô hấp hoặc viêm phổi sặc, biến chứng hạ đường huyết, rối loạn điện giải nặng. Hầu hết triệu chứng do tính chất tác động của rượu ethanol và tình trạng tăng áp lực thẩm thấu gây ra. Biến chứng của ngộ độc rượu nặng có thể dẫn đến tử vong.

Điều trị giải độc rượu cấp nhằm giúp giảm nhanh triệu chứng của ngộ độc rượu, phòng và điều trị các biến chứng đã hoặc có thể xảy ra. Trước khi điều trị ngộ độc rượu cần loại trừ hôn mê do các nguyên nhân khác như chấn thương, nhiễm trùng thần kinh, bệnh chuyển hóa hay ngộ độc khác.

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị giải độc rượu ethanol khi đã có chẩn đoán xác định ngộ độc ethanol. Chẩn đoán ngộ độc ethanol dựa vào hỏi bệnh, khám lâm sàng và xét nghiệm.

Hỏi bệnh: có uống rượu.

Triệu chứng lâm sàng:

- + Hơi thở có mùi rượu
- + Rối loạn ý thức: ngủ gà đến hôn mê, hoặc kích thích rối loạn hành vi cảm xúc
- + Thở chậm, thở yếu hoặc ngừng thở. Có thể viêm phổi do sặc

Các biến chứng có thể gặp:

- + Chuyển hóa: toan chuyển hóa (ceton, lactic) mức độ nhẹ đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, tăng áp lực thẩm thấu, hạ đường huyết, hạ thân nhiệt
- + Chấn thương kèm theo, cần đặc biệt chú ý chấn thương sọ não và chấn thương cột sống cổ.

Xét nghiệm:

- + Tăng ALTT và khoảng trống ALTT
- + Định lượng nồng độ ethanol trong máu hoặc hơi thở.
- + Có thể ngộ độc phối hợp rượu độc như methanol, ethylen glycol tuy nhiên sẽ xử trí theo quy trình khác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối cho điều trị giải ngộ độc rượu ethanol
- Thận trọng trong các trường hợp sau đây:
 - + Ngộ độc kèm theo các loại rượu độc: methanol, ethylenglycol

- + Rối loạn điện giải: hạ kali máu nặng
- + Hạ đường huyết
- + Chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ
- + Viêm gan, xơ gan, suy gan.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- + 1 Bác sỹ: đánh giá người bệnh, lựa chọn xét nghiệm, ra chỉ định và đặt mục tiêu điều trị và theo dõi trong quá trình giải ngộ độc rượu.
- + 1 Điều dưỡng thực hiện y lệnh thuốc.

2. Phương tiện

- Dung dịch glucose 10% x 1000ml hoặc glucose 20% x 500ml, natriclorid 0,9% x 2000 ml.
- Vitamin B1 chế phẩm tiêm, hàm lượng 100 mg
- Các gói dụng cụ cần dùng (chi tiết từng gói xin xem thêm trong phần phụ lục):
 - + Gói dụng cụ tiêu hao
 - + Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
 - + Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
 - + Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
 - + Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật: 1 xe cấp cứu gồm
 - + Dụng cụ , máy theo dõi

3. Người bệnh

- Đặt người bệnh ở tư thế an toàn: nằm nghiêng hoặc đầu cao nếu huyết áp người bệnh ổn định.
- Giải thích tình trạng bệnh của người bệnh và kế hoạch điều trị cho gia đình người bệnh.

2. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép nhận xét tình trạng người bệnh vào bệnh án, ghi rõ lý do chỉ định giải độc rượu và phương pháp tiến hành giải độc rượu.
- Khai thác và ghi chép đầy đủ vào hồ sơ bệnh án tiền sử bệnh, các bệnh lý kèm theo.

I. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra

- + Hồ sơ: ghi chép đầy đủ: Chỉ định, phương thức tiến hành. Riêng chỉ định cần đánh giá lại và ra chỉ định lại mỗi 24 giờ

- + Người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng chỉ định và cân nhắc các thận trọng

2. Thực hiện kỹ thuật

- + Kiểm soát đường thở: tư thế nằm nghiêng an toàn hoặc đầu cao nếu huyết áp ổn định. Chống tụt lưỡi bằng canuyn, hút sạch đờm rãi miệng họng nếu có.
- + Đảm bảo hô hấp: thở oxy qua kính mũi nếu người bệnh còn tự thở được, bóp bóng, đặt nội khí quản nếu người bệnh hôn mê sâu mất phản xạ bảo vệ đường thở. Đặt ống nội khí quản bảo vệ đường thở nếu hôn mê sâu glasgow <6 điểm.
- + Đảm bảo tuần hoàn: nếu có tụt huyết áp, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, bù đủ dịch, thuốc vận mạch nếu cần
- + Tăng thải độc bằng truyền dịch với máy truyền dịch natriclorid 0,9% tốc độ 150 – 200 ml/giờ.
- + Chống hạ đường máu: cho ăn qua ống thông dạ dày, truyền glucose ưu trương 10%, 20% bằng máy truyền dịch tốc độ 40-80ml/giờ tùy theo tình trạng đường huyết của người bệnh. Truyền tĩnh mạch vitamin B1 200mg/ngày ngay hoặc trước khi truyền glucose
- + Khám kỹ để phát hiện các chấn thương kết hợp: chấn thương hàm mặt, sọ não, chấn thương ngực bụng kín..vv
- + Điều trị các biến chứng: tiêu cơ vân, suy thận, nhiễm trùng, rối loạn nước điện giải, hạ đường máu, hạ thân nhiệt, toan chuyển hóa tăng acid lactic, viêm phổi sặc, tăng áp lực thẩm thấu
- + Nếu lâm sàng cải thiện, khoảng trống thẩm thấu và khí máu bình thường thì người bệnh hồi phục.
- + Nếu xét nghiệm có dấu hiệu nhiễm toan chuyển hóa, tăng acid lactic > 10 mmol/L kết hợp lâm sàng có nhìn mờ, tổn thương đa tạng thì cần nghĩ tới ngộ độc cồn công nghiệp như methanol và ethylen glycol. Cần làm xét nghiệm định lượng và chỉ định lọc máu sớm.

II. THEO DÕI

- + Theo dõi tình trạng lâm sàng kịp thời xử trí đặt nội khí quản nếu người bệnh hôn mê sâu, không bảo vệ đường thở, phòng và điều trị viêm phổi sặc nếu có
- + Theo dõi sát huyết áp và đường máu, điện giải đồ
- + Lắp monitor theo dõi điện tim và độ bão hòa oxy máu (SpO2) đến khi tình trạng bệnh cải thiện
- + Theo dõi sát và phát hiện kịp thời các biến chứng khác có thể xảy ra.

- + Các xét nghiệm cần theo dõi: khí máu động mạch, xét nghiệm ceton máu, niêu, lactat máu, điện tâm đồ, công thức máu, đông máu cơ bản.
- + Chụp CT scan sọ não nếu người bệnh hôn mê kéo dài không tương xứng với mức độ nặng của ngộ độc
- + Siêu âm gan mật nếu người bệnh nghiện rượu mạn tính hoặc có các vấn đề kèm theo.

III. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- + Tăng đường máu nếu truyền đường 20% nhiều và nhanh: dừng truyền glucose.
- + Hạ đường máu có thể gặp nếu người bệnh không ăn và truyền glucose không đủ, không liên tục. Ngoài ra có thể gặp sốc phản vệ do vitamin B1
- + Rối loạn điện giải (natri, kali, canxi): bù theo phác đồ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ THẢI ĐỘC CHÌ

I. ĐẠI CƯƠNG

- Chì không có lợi cho cơ thể.
- Chì có màu trắng xanh, khi tiếp xúc không khí chuyển màu xám. Khi ở dạng PbO (chì oxit) màu đỏ và vàng cam.
- Nồng độ chì máu toàn phần bình thường < 10 µg /dL (Mỹ), nồng độ lý tưởng là 0 µg /dL.

II. CHỈ ĐỊNH DÙNG THUỐC GẮP CHÌ:

- Trẻ em:
 - + Chì máu >45 µg /dL dùng thuốc gấp chì.
 - + Chì máu 20 – 44 µg /dL: Không chỉ định dùng thuốc gấp chì thường quy. Dùng thuốc gấp nếu trẻ < 2 tuổi, gợi ý có triệu chứng kín đáo. Chì máu 20 - 44 µg/dL, chì máu vẫn không giảm sau ngừng phơi nhiễm 2 tháng.
- Người lớn: Chì máu > 70 µg /dL.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với các thành phần của thuốc..

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Một bác sĩ: Đặt nội khí quản nếu người bệnh hôn mê, co giật, xử trí các biến chứng trong quá trình thủ thuật.
- Một điều dưỡng bóp bóng, đặt ống thông dạ dày, thực hiện y lệnh pha tiêm truyền thuốc.

2. Phương tiện

- Gói dụng cụ tiêu hao: 01
 - Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn: 01
 - Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân: 01
 - Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn: 01
 - Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật
 - Dụng cụ, máy theo dõi.
 - Máy truyền dịch.
 - Thuốc gấp: BAL, Succimer viên 200mg, CaNa₂EDTA ống 500mg, D – penicillamin viên 300mg...
 - Dịch truyền, điện giải, các vi chất (sắt, kẽm, calci...).
- #### **3. Người bệnh**

- Người bệnh tỉnh giải thích động viên hợp tác, người bệnh là trẻ nhỏ giải thích gia đình.
- 4. Hồ sơ bệnh án
 - Ghi chỉ định dùng thuốc gấp chì.
 - Ghi chép theo dõi chỉ số sinh tồn mạch nhiệt độ huyết áp, spO_2 , các biến chứng có thể có.
 - Kết quả lâm sàng và cận lâm sàng: Công thức máu, chức năng gan thận, định lượng chì trong máu, nước tiểu trước và sau điều trị, protein, Albumin niệu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều trị triệu chứng, điều trị hỗ trợ: Đảm bảo chức năng sống theo phác đồ ABC...

2. Hạn chế hấp thu: Các biện pháp thải độc, hạn chế hấp thu như rửa dạ dày, gấp độc chất, rửa ruột toàn bộ...

3. Thuốc gấp chì

3.1. Người lớn

- **Bệnh não do chì:**
 - + BAL: liều 24 mg/kg /24 giờ, chia liều nhỏ làm 06 lần x 4 giờ/lần (4mg/kg/lần). Sát khuẩn vô trùng, tiêm bắp sâu vùng đùi hoặc mông $\frac{1}{4}$ trên ngoài, dùng 5 ngày/1 đợt.
 - + Kết hợp thuốc $CaNa_2EDTA$: liều thuốc 50-75mg/kg/24 giờ, tối đa 2 - 3 gam/24h. Tiến hành pha $CaNa_2EDTA$ với dung dịch natriclorua 9‰ nồng độ pha < 5%. Truyền sau khi dùng BAL được 04 giờ. Truyền tĩnh mạch liên tục trong 24 giờ hoặc chia làm 2- 4 lần để truyền ngắt quãng. Dùng 1 đợt 5 ngày, nghỉ ít nhất 2 ngày trước khi dùng thuốc đợt tiếp theo.
- **Người bệnh có triệu chứng gợi ý bệnh não (Pb máu >100 μg /dL):**
 - + Thuốc BAL liều 18 – 24 mg/kg/24 giờ. Tiến hành sát khuẩn, tiêm bắp sâu vùng mông, đùi chia thuốc ralam 6 lần, tiêm bắp mỗi lần 3 – 4 mg/kg/lần x 4 giờ/lần, dùng 3- 5 ngày/1 đợt.
 - + Kết hợp thuốc EDTA liều 25 – 75 mg/kg/ngày, thuốc pha truyền với dung dịch natriclorua 9‰ (nồng độ thuốc <5%), bắt đầu truyền sau khi dùng BAL được 4 giờ. Truyền liên tục trong ngày hoặc chia ra làm 2 – 4 lần trong ngày truyền ngắt quãng. Dùng 1 đợt 5 ngày.
- **Triệu chứng nhẹ hoặc chì máu 70 – 100 μg /dL**

- + Thuốc Succimer liều uống 20 – 30 mg/kg/24h, chia ra 3 lần/ ngày x mỗi lần 10 mg/kg trong 5 ngày. Sau đó duy trì uống 2 lần/ngày x mỗi lần 10mg/kg cân nặng trong 14 ngày. Nghỉ 2 tuần trước khi gặp đợt tiếp theo.
- + Hoặc dùng thuốc D – penicillamin liều uống 15 mg/kg/ngày, sau 2 tuần tăng về liều trung bình 25 – 35 mg/kg cân nặng. Chọn liều thấp nhất mà vẫn có hiệu quả vì thuốc có thể có tác dụng phụ không mong muốn.

3.2. Trẻ em

– **Bệnh não do ngộ độc chì:**

- + Thuốc BAL liều 24 mg/kg/ngày. Liều thuốc chia làm 6 lần, tiêm bắp mỗi lần 4mg/kg/lần, 4 giờ/lần. Dùng 5 ngày/1 đợt. Sát khuẩn vô trùng, tiêm bắp sâu vùng đùi hoặc mông ¼ trên ngoài. Có thể thay BAL bằng Succimer liều uống 20 – 30 mg/kg/ngày, uống chia làm 3 lần trong ngày x 5 ngày, sau đó chia làm 2 lần/ngày trong 14 ngày tiếp theo.
- + Kết hợp thuốc CaNa_2EDTA liều 50-75mg/kg/24h. Truyền sau khi dùng BAL được 04h. Pha truyền tĩnh mạch liên tục trong 24 giờ hoặc chia làm 2- 4 lần để truyền ngắt quãng. Dùng 5 ngày/đợt, nghỉ ít nhất 2 ngày trước khi dùng thuốc đợt tiếp theo.

– **Chì máu > 70 μg /dL hoặc có triệu chứng:**

- + Thuốc BAL liều 18 - 24 mg/kg/ngày. Liều thuốc chia làm 6 lần, tiêm bắp mỗi lần 4mg/kg/lần, 4 giờ/lần. Dùng 5 ngày/1 đợt. Sát khuẩn vô trùng, tiêm bắp sâu vùng đùi hoặc mông ¼ trên ngoài. Có thể thay BAL bằng Succimer liều uống 20 – 30 mg/kg/ngày, uống chia làm 3 lần trong ngày x 5 ngày, sau đó chia làm 2 lần/ngày trong 14 ngày tiếp theo.
- + Kết hợp thuốc CaNa_2EDTA liều 25 -75mg/kg/24h. Truyền sau khi dùng BAL được 04h. Pha truyền tĩnh mạch liên tục trong 24 giờ hoặc chia làm 2- 4 lần để truyền ngắt quãng. Dùng 5 ngày/đợt, nghỉ ít nhất 2 ngày trước khi dùng thuốc đợt tiếp theo.

– **Chì máu 45 – 70 μg /dL:**

- + Dùng CaNa_2EDTA : 25 – 50 mg/kg/ngày, pha truyền tĩnh mạch liên tục hoặc chia truyền 2 - 4 lần trong ngày, mỗi đợt truyền 5 ngày.
- + Hoặc Succimer liều uống 20 – 30 mg/kg/ngày, uống chia làm 3 lần trong ngày x 5 ngày, sau đó chia làm 2 lần/ngày trong 14 ngày tiếp theo.
- + Hoặc D – penicilamin uống liều 15 mg/kg/ngày, sau 2 tuần tăng về liều trung bình 25 - 35 mg/kg/ngày. Liều trong ngày chia thành các liều nhỏ, uống xa bữa ăn. Chỉ nên dùng trong 1 tháng, sau đó tạm nghỉ

ít nhất 2 tuần trước khi dùng thuốc đợt tiếp theo. Các đợt nghỉ sau có thể 2 tuần hoặc kéo dài hơn. Chọn liều thấp nhất mà vẫn có hiệu quả vì thuốc có thể có tác dụng phụ không mong muốn.

- **Chì máu 20 – 44 $\mu\text{g}/\text{dL}$:** Sử dụng liều Succimer hoặc D – penicilamin như trên nếu trẻ em < 2 tuổi hoặc ngừng phơi nhiễm 2 tháng chì máu không giảm.

Bổ xung các thuốc vi lượng như sắt, kẽm, calci trong quá trình điều trị, các thuốc vi lượng bổ xung dùng xa thời gian dùng thuốc gấp chì.

VI. THEO DÕI DÙNG THUỐC

- Triệu chứng lâm sàng, tác dụng không mong muốn của thuốc như dị ứng, phản vệ, loạn nhịp tim, viêm mạch ngoại vi...
- Định lượng chì trong máu và nước tiểu: trước, trong và sau mỗi đợt gấp.
- Xét nghiệm cận lâm sàng khác trước, trong, sau đợt điều trị:
 - + Công thức máu
 - + Chức năng thận, gan, đường máu, điện giải
 - + Canxi, sắt, ferritin.
 - + Tổng phân tích nước tiểu, microalbumin niệu.
 - + Theo dõi điện tim
- Truyền dịch hoặc uống nước, thuốc lợi tiểu nếu cần để tăng lưu lượng nước tiểu.
- Bổ sung các khoáng chất: canxi, kẽm, sắt,...
- Xác định nguồn ngộ độc kim loại nặng và ngừng phơi nhiễm.
- Ngừng điều trị gấp chì khi chì máu < 20 $\mu\text{g}/\text{dL}$ và **kiểm tra lại chì máu sau 03 tháng ngừng điều trị chì máu vẫn < 20 $\mu\text{g}/\text{dL}$. Giải thích nếu gia đình hợp tác điều trị nên đưa chì máu về mức < 10 $\mu\text{g}/\text{dL}$.**

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

- Giảm bạch cầu, tiểu cầu: Các thuốc BAL, CaNa_2EDTA , Succimer, D – penicillamin có thể gây giảm bạch cầu, tiểu cầu. Nghỉ thuốc gấp cho đến khi bạch cầu trở về giới hạn bình thường, cần chú ý đề phòng nhiễm trùng cơ hội.
- Suy thận: tổn thương thận, theo dõi protein, albumin niệu, chức năng thận ure, creatin, dùng các biện pháp thay thế thận nếu cần thiết như lọc máu, duy trì huyết áp và điện giải ổn định.
- Riêng khi truyền EDTA nồng độ > 5% có thể hoại tử mạch, loạn nhịp tim. Theo dõi ngừng thuốc khi có biến chứng.
- Dị ứng thuốc: dừng thuốc, lựa chọn thuốc khác thay thế, giải mẫn cảm.

- Apxe vùng tiêm chọc (khi dùng thuốc BAL, CaNa_2EDTA): sát khuẩn, chích mủ, kháng sinh.
- Tác dụng phụ: Mất vi chất (sắt, calci, kẽm...), theo dõi, bù các vi chất trong quá trình điều trị, không phải dùng thuốc gấp.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC CẤP MA TÚY NHÓM OPI

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ngộ độc cấp ma túy nhóm opiate có thể gây tử vong nhanh chóng do ngừng thở gây suy hô hấp, tụt huyết áp.
- Điều trị ngộ độc cấp opiate chủ yếu là sử dụng naloxone giải độc. Naloxone cũng có những biến chứng của quá liều rất nguy kịch, đe dọa tính mạng, vì vậy cần tuân thủ nghiêm ngặt qui trình điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ngộ độc ma túy nhóm opiate do nghiện chích – hít.
- Lạm dụng thuốc phiện chữa tiêu chảy, chữa ho.
- Ngộ độc do nuốt ma túy với mục đích vận chuyển

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Bác sĩ, 2 điều dưỡng; đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay trước khi khám và làm thủ thuật

2. Phương tiện

(tính cho 24 giờ)

- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Gói dụng cụ rửa tay sát khuẩn
- Dụng cụ và thuốc hỗ trợ (tính theo thực tế)

Nội khí quản, bóng Ambu, máy thở, oxy, monitor theo dõi và đo SpO2

Dịch truyền: natriclorua 0,9%, glucose 5%

Naloxone

3. Người bệnh

- Giải thích cho người nhà người bệnh
- Hồ sơ bệnh án: Ghi chỉ định, tình trạng người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh nằm trên giường hoặc cáng, cố định tay chân (nếu người bệnh kích thích).
- Đánh giá ý thức, điểm Glasgow, nhịp thở, mạch, huyết áp, đồng tử
- Lấy máu xét nghiệm, đặt đường truyền tĩnh mạch, lấy nước tiểu làm xét nghiệm

- Thực hiện các bước cấp cứu theo tình trạng người bệnh: tuân thủ qui tắc ABC để đảm bảo hô hấp, tuần hoàn.
- Tiêm naloxone 0,4mg tĩnh mạch. Nhắc lại nếu cần cho tới khi người bệnh có nhịp tự thở ≥ 8 lần/phút. Nếu người bệnh đáp ứng một phần thì bóp bóng qua mask và tiêm naloxone.
- Thở oxy mũi và đảm bảo hô hấp. Nếu không đáp ứng phải đặt NKQ, thở máy. Truyền dịch natriclorua 0,9%, glucose 5% đảm bảo huyết áp.
+ Nếu người bệnh ngộ độc opioid liều cao hoặc loại giải phóng chậm, tác dụng kéo dài thì các triệu chứng ngộ độc sẽ xuất hiện trở lại, cần theo dõi thêm ít nhất 3-4 giờ sau dùng naloxon liều cuối.
- Điều trị các biến chứng đi kèm khác.
- Trường hợp nhiễm độc nặng do nuốt các gói Heroin để vận chuyển (body packers) nhưng bị vỡ thì có thể cần truyền liên tục Naloxone (Liều tối đa đã được dùng là 7mg/giờ trong vài ngày), dùng than hoạt, rửa ruột toàn bộ.
- Quá liều opiate dùng theo đường uống điều trị than hoạt đơn liều.
- Các xét nghiệm để chẩn đoán và theo dõi điều trị: công thức máu, chức năng gan, thận, viêm gan virus, HIV, điện tâm đồ, xquang tim phổi. Trong một số trường hợp nghi ngờ có chấn thương sọ não kèm theo cần chụp CT scan sọ.
- Khi người bệnh ổn định, giải thích cho người bệnh và người nhà cho người bệnh đi cai nghiện.

VI. THEO DÕI

- Quá liều Naloxone có thể gây hội chứng thiếu heroin cấp: co giật, co cứng, tăng trương lực cơ, phù phổi cấp. Người bệnh có thai có thể xuất hiện cơn co tử cung và chuyển dạ khi dùng Naloxone
- Theo dõi diễn biến và phát hiện các biến chứng: rối loạn nhịp tim, tụt huyết áp, phù phổi cấp, hạ đường máu, hạ thân nhiệt, tiêu cơ vân, suy thận cấp, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn ở người bệnh đã tiêm chích nhiều năm...hoặc ngộ độc kèm theo với các thuốc khác: rượu, ma túy tổng hợp, thuốc ngủ...
- Hiếm gặp co giật do quá liều opioid tinh chế ngoại trừ ở trẻ em.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tùy theo biến chứng của người bệnh.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TƯ VẤN CHO NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tư vấn là phần rất quan trọng trong khi chẩn đoán và điều trị người bệnh nói chung và đặc biệt là trong ngộ độc. Người thực hiện tốt nhất của người bệnh chính là bản thân họ. Nhiệm vụ của người bác sĩ là giải thích để người bệnh hiểu điều đó và phối hợp trong điều trị bệnh.
- Đối với người bệnh ngộ độc, tùy theo nguyên nhân ngộ độc để có cách tư vấn hợp lý. Người bệnh tự tử thường có vấn đề về tâm thần, cần khai thác và hội chẩn thêm chuyên khoa Tâm thần.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ngộ độc (tỉnh táo, nói chuyện tiếp xúc được)
- Một số thành viên trong gia đình người bệnh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

1 Bác sĩ, 1 điều dưỡng: quần áo blu, đội mũ, đeo biển tên, đeo khẩu trang (trong một số trường hợp người bệnh có nguy cơ bệnh lây nhiễm).

2. Phương tiện

- Giường bệnh, cáng nếu người bệnh đang nằm viện.
- Phòng Tư vấn riêng (nếu người bệnh tới khám tư vấn): không gian yên tĩnh, có điều hòa nhiệt độ hoặc mát mẻ về mùa Hè, ấm về mùa Đông.
- Bàn ghế cho bác sĩ, ghế cho người bệnh và người nhà người bệnh, có một số tờ rơi, poster, có thể có băng đĩa hình, đầu quay video về phòng tránh ngộ độc chung và một số ngộ độc thông thường, một số thông tin về bảo vệ sức khỏe, theo dõi sức khỏe định kỳ.
- Khẩu trang phẫu thuật: 2 cái
- Mũ phẫu thuật: 2 cái
- Găng tay: 2 đôi
- Cồn rửa tay
- Chi phí khác: tiêu hao điện, nước, xử trí rác thải, vệ sinh buồng bệnh-môi trường, chăn ga, khấu hao điều hòa- nhà cửa

3. Người bệnh

Người bệnh đã tỉnh táo, tiếp xúc tốt nằm trên giường bệnh hoặc ngồi ghế để nghe và nói chuyện cùng người thực hiện.

4. Hồ sơ bệnh án: ghi rõ chẩn đoán, nguyên nhân ngộ độc và đánh giá tổn thương

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Đề nghị người bệnh hoặc người nhà nêu vấn đề cần hỏi. Bác sĩ trả lời, giải thích các câu hỏi của người bệnh. Mở rộng các vấn đề liên quan tới câu hỏi của người bệnh để hướng dẫn phòng tránh và điều trị hợp lý.

Cuối buổi tư vấn cần có câu tóm tắt, kết luận về vấn đề tư vấn.

Tùy theo nguyên nhân ngộ độc để có các tư vấn hợp lý, ví dụ:

- **Nguyên nhân ngộ độc do ăn uống nhầm phải chất độc** (thường gặp ở trẻ em, người già bị lẫn lộn, người bệnh tâm thần, say rượu): cần giải thích cho bệnh nhân và người nhà:
 - + Không để các hóa chất trong gia đình (chất tẩy rửa, vệ sinh, khử mùi, xăng dầu...), các hóa chất bảo vệ thực vật (hóa chất trừ sâu, trừ cỏ, hóa chất kích thích tăng trưởng...) vào các chai lọ đựng đồ ăn, uống (chai đựng nước ngọt, nước lọc).
 - + Có nơi quản lý riêng với các hóa chất, đặc biệt là các hóa chất bảo vệ thực vật cần có thùng hoặc kho đựng riêng, có khóa. Chỉ những người được đào tạo, được hướng dẫn đầy đủ mới được sử dụng các hóa chất đó.
 - + Để xa tầm với của trẻ em tất cả các thuốc, hóa chất, cặp nhiệt độ...
 - + Không đánh bả chuột ở những nơi trẻ em hay chơi đùa hoặc dễ nhìn thấy.
 - + Bảo quản và chế biến thực phẩm đúng cách
- **Ngộ độc do ăn phải chất độc có sẵn trong thức ăn:**
 - + Không ăn nấm tự hái ở rừng vì không thể phân biệt được giữa nấm lành và nấm độc. Không ăn hoa quả không rõ loại
 - + Thu hái rau quả sau khi phun hóa chất bảo vệ thực vật đủ thời gian an toàn.
 - + Không sử dụng phẩm màu công nghiệp trong chế biến thực phẩm.
- **Ngộ độc do nguyên nhân tự tử:** đây là nhóm người bệnh cần được tư vấn kỹ nhất và khó nhất. Tìm hiểu nguyên nhân thực sự làm người bệnh tự tử mới có thể tháo gỡ được: buồn vì bệnh tật, bị bạo hành, cưỡng bức, vì thua cờ bạc, nợ nần, mâu thuẫn trong gia đình hoặc bạn bè, đồng nghiệp, nghiện ngập...
Người người thực hiện cần có sự tôn trọng, thông cảm, chia sẻ với người bệnh. Mục đích cuối cùng là làm người bệnh có thêm nghị lực, giải tỏa được stress và có kế hoạch sống tốt hơn, cởi mở hơn khi về với cuộc sống bình thường. Khám tư vấn thêm chuyên khoa Tâm thần để cùng giúp đỡ cho người bệnh không tự tử lại, phát hiện những rối loạn tâm thần sớm để điều trị cho người bệnh (thường là mắc trầm cảm).

- **Ngộ độc vì lạm dụng ma túy, rượu...** đây là vấn đề không dễ giải quyết. Giải thích và phối hợp cùng gia đình, tư vấn và gợi ý một số địa chỉ các Trung tâm cai nghiện giúp người bệnh và gia đình.
- **Ngộ độc do bị đầu độc:** khám và đánh giá các triệu chứng khách quan, xét nghiệm độc chất, tư vấn cho gia đình và người bệnh cùng phối hợp điều trị, thông báo cho cơ quan thực thi Pháp luật.
- Sau khi tư vấn, cần hỏi lại người bệnh và người nhà người bệnh trước khi kết thúc xem người bệnh đã đồng ý với các câu trả lời chưa, đã hiểu rõ vấn đề chưa, cần thêm thông tin về ngộ độc không.
- Trong khi tư vấn cần tăng cường giáo dục về phòng tránh ngộ độc.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi các diễn biến tâm lý của người bệnh để điều chỉnh tư vấn cho hợp lý.
- Cần tư vấn nhiều lần.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tránh giải thích quá sâu chuyên môn dẫn đến lo lắng (ví dụ ít nguy cơ lại giải thích nhiều về các biến chứng nặng nề, ung thư hóa...)
- Nếu kết thúc tư vấn người bệnh vẫn chưa hết thắc mắc thì cần mời hội chẩn tư vấn tiếp.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA MẮT TẮY ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Rửa mắt tẩy độc nhằm mục đích loại bỏ các chất độc bị bắn vào mắt hoặc các chất độc dính vào mắt, góp phần phục hồi mắt.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị nọc độc phun vào mắt
- Bỏng kiềm, bỏng axit, bỏng vôi...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 điều dưỡng

2. Dụng cụ:

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
6	Thuốc nhỏ mắt vitamin A	lọ	01
7	Natriclorua 0,9%	ml	500
8	Túi đựng đồ bẩn	cái	01
9	Tấm ni lông	cái	01

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh biết việc họ sắp được rửa mắt tẩy bớt chất độc, để NGƯỜI BỆNH cùng hợp tác.
- Lập hồ sơ và giải thích việc rửa mắt có thể phải rửa nhiều lần/ngày.

4. Phiếu theo dõi người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Rửa tay, đội mũ đeo khẩu trang

Điều dưỡng 1

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, xem chỉ định và các thuốc được dùng.
- Kiểm tra đối chiếu với người bệnh (tên tuổi, số giường).
- Để người bệnh tư thế thích hợp: nghiêng mặt về phía bên rửa
+ Nằm ngửa, đầu thấp, nghiêng về bên mắt bị tổn thương cần rửa

Điều dưỡng 2

- Lau rửa mắt: cần phải thực hiện nhanh chóng, dùng gạc củ ấu thấm ẩm(vắt kiệt) nước muối sinh lý lau dọc hai bờ mi, từ góc ngoài vào góc trong cho tới khi sạch.Sau đó lau dọc vùng da quanh mi mắt, tiếp theo dùng bông khô làm tương tự.đồng thời đánh giá mức độ tổn thương, hay tiến triển của mắt.
- Dùng chai nước muối natriclorua 0,9%, cắm dây truyền treo lên xả rửa mắt. Khi xả rửa cho người bệnh, để nghiêng mặt về phía bên rửa và hứng khay hạt đậu phía dưới đuôi mắt (ví dụ: rửa mắt bên trái thì nghiêng mặt về phía bên trái và hứng khay hạt đậu dưới đuôi mắt bên trái).Rửa 1 lít nước muối Natriclorua 0.9%.
- Tiếp tục xả rửa như vậy đối với mắt bên còn lại
- Khi thay băng rửa mắt đồng thời hỏi xem người bệnh có đau không.
- Đánh giá tình trạng của mắt:
 - + Xem mắt có loét giác mạc không, nếu thấy có tổn thương giác mạc nhiều, phù nề , báo bác sĩ gửi người bệnh khám chuyên khoa mắt ngay.
 - + Phù nề
 - + Viêm kết mạc
 - + Có chảy máu hay không...
 - + Tra thuốc vào góc trong mắt. Tránh đụng chạm đầu ống thuốc vào mắt
 - + Trong trường hợp phải tra nhiều loại thuốc, mỗi loại nên tra cách nhau 5-10 phút (thuốc dạng nước tra trước, tiếp theo là dạng dầu, ví dụ: dầu vitamin A, hay dạng mỡ).
 - + Băng mắt: Đặt miếng gạc lên mắt và băng bằng một dải băng dính băng chéo.
 - + Lặp lại quy trình rửa mắt trên liên tục/ngày.
 - + Rửa tay, thu dọn dụng cụ.
 - + Ghi phiếu theo dõi người bệnh
- Hướng dẫn: (điều dưỡng 1)
 - + Giữ vệ sinh giường nằm, chăn gối đệm và khu vực quanh giường nằm NGƯỜI BỆNH để tránh yếu tố nặng thêm.
 - + Không tự ý tháo băng khi không được phép
 - + Rửa tay bằng xà phòng trước khi tra thuốc nhỏ mắt cho người bệnh
 - + Dinh dưỡng đầy đủ cho người bệnh

VI. THEO DÕI

- Phát hiện sớm những dấu hiệu bất thường
- Tình trạng tại mắt phát hiện những biến chứng bất thường, tuột băng, băng ướt, bẩn...để có biện pháp xử trí kịp thời.

- Dặn người bệnh hoặc người nhà phải báo ngay cho bác sĩ hoặc Điều dưỡng những dấu hiệu bất thường của người bệnh.
- Giữ gìn vệ sinh giường nằm, chăn, gối, đệm và khu vực quanh giường bệnh để tránh yếu tố nặng thêm.
- Dặn người bệnh và gia đình người bệnh:
 - + Không tự ý tháo băng hoặc sờ tay lên mắt khi không được phép.
 - + Người bệnh cần được ăn uống đầy đủ dinh dưỡng

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Người bệnh cảm thấy lạnh: cần phải làm ấm dịch trước khi xả, rửa mắt.
- Tổn thương giác mạc: Hội chẩn chuyên khoa mắt càng sớm càng tốt.
- Viêm giác mạc do chăm sóc không đảm bảo vô khuẩn: khám hội chẩn chuyên khoa mắt

QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỆ SINH RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT Ở NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC, HÔN MÊ THỞ MÁY (Một lần)

I. MỤC ĐÍCH

- Giữ răng miệng luôn sạch sẽ giúp cho người bệnh thoải mái, dễ chịu, ăn ngon.
- Phòng chống viêm răng lợi, dẫn đến nhiễm khuẩn khác nhất là viêm phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không tự vệ sinh răng miệng được.
- Người bệnh hôn mê, thở máy.
- Người bệnh bị tổn thương khoang miệng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Điều dưỡng: rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

2. Phương tiện

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	gói	01
4	Bơm cho ăn 50 ml	cái	01
5	Dụng cụ , thuốc thủ thuật	bộ	01
6	Canuyn mayo	cái	01
7	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	100
8	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
9	Oxy già 12 thể tích	ml	20
10	Glycerin bonat	lọ	01
11	Khăn bông hoặc khăn giấy	cái	01
12	Bộ dụng cụ hút đờm	bộ	01
13	Ống hút dịch	cái	02
14	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

3. Người bệnh:

- Thông báo, giải thích cho người bệnh (nếu người bệnh tỉnh)
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp: ngửa thẳng, hoặc nằm mặt nghiêng sang một bên.
- Người bệnh có răng giả nên tháo và làm vệ sinh hàm giả riêng.

4. Phiếu theo dõi người bệnh

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH:

1. Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch nước muối 0,9% vào bát kê.
2. Đãi găng sạch
3. Đặt khay quả đậu ở dưới cằm người bệnh
4. Choàng khăn bông quanh cổ người bệnh
5. Nghiêng đầu người bệnh sang bên người thực hiện.
6. Dùng kẹp gấp gạc củ ấu thấm vào dung dịch nước muối dinh lý 0,9% lau sạch răng cho người bệnh, lau hàm trên, hàm dưới, mặt trong, mặt ngoài, thay gạc củ ấu lau vòm miệng mặt trên, mặt dưới lưỡi, trên lưỡi. (Nếu miệng có vết loét trợt thì dùng dung dịch oxy già để rửa).
7. Bơm nước muối sinh lý 0,9% rửa miệng cho đến khi sạch miệng, mỗi lần bơm 30 ml nước muối rửa, vừa bơm vừa hút cho đến khi sạch miệng.
8. Bôi glycerinborat mỏng vào niêm mạc môi lưỡi cho người bệnh
9. Đặt người bệnh về tư thế thoải mái
11. Thu dọn dụng cụ
12. Rửa tay
13. Ghi bảng theo dõi điều dưỡng: tình trạng răng miệng , thời gian thực hiện, người thực hiện

VI. THEO DÕI

- Theo dõi người bệnh xem có sặc không

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tránh sặc: bơm rửa miệng phải đặt người bệnh nghiêng đầu sang một bên, vừa bơm vừa hút sạch .Nếu người bệnh có ống nội khí quản hoặc canuyn mở khí quản phải kiểm tra cuff không để xẹp cuff.
- Tránh gây tổn thương miệng: làm nhẹ nhàng, tránh thô bạo

QUY TRÌNH KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM ĐỊNH TÍNH MỘT CHỈ TIÊU MA TÚY TRONG NƯỚC TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG

Giới thiệu chung:

Opiates cũng như heroin, morphine được chiết xuất từ nhựa thông của cây thuốc phiện. Morphine và morphine glucuronide đều được tìm thấy ở trong mẫu nước tiểu của một người mà sử dụng morphine. Heroin và Codeine được chuyển hóa nhanh chóng thành morphine trong cơ thể. Sự hiện diện của morphine hoặc chất chuyển hóa morphine glucuronide trong nước tiểu cho thấy việc sử dụng của heroin, morphine và/hoặc codeine.

Nguyên lý đo:

Opiate được đo trên máy sinh hoá tự động dựa trên nguyên lý đo hấp thụ quang học ở bước sóng cố định.

II. CHỈ ĐỊNH

Xét nghiệm được chỉ định cho người bệnh sử dụng hoặc nghi sử dụng ma túy, loại trừ nguyên nhân gây hôn mê.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định cho xét nghiệm opiate trong nước tiểu.

Cần nhắc xét nghiệm có thể âm tính nếu xét nghiệm sau khi đối tượng phơi nhiễm với các loại ma túy quá 5-7 ngày

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên xét nghiệm

2. Phương tiện

Gồm các hóa chất và thiết bị kỹ thuật trong danh sách sau đây:

1	Kit	2.0 ml
2	Chất chuẩn, hoá chất	1 ml
3	Sample cup	3 chiếc
4	Ống nghiệm	1 chiếc
5	Cuvette	8 chiếc
6	Đèn halogen	0.001 chiếc
7	Dây bơm	0.004 chiếc
8	Máy xét nghiệm sinh hoá	1 máy
9	Nước cất	80 ml
10	Đầu côn xanh	2 cái

11	Pipet tự động	0.004 cái
12	Giấy xét nghiệm, mực in, barcode	
13	Còn nhanh	4 ml
14	Xà phòng rửa tay	2 ml
15	Găng tay sạch	2 đôi
16	Khẩu trang	0.5 chiếc
17	Mũ phẫu thuật	0.5 chiếc

3. Hồ sơ

- Tiếp nhận giấy chỉ định kèm theo chữ ký của bác sỹ
- Lưu lại thông tin về người bệnh và bệnh phẩm cũng như phân kết quả vào hồ sơ xét nghiệm để hồi cứu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh phẩm

- Đối chiếu thông tin người bệnh (họ tên, tuổi, giới, ngày làm xét nghiệm) ghi trên hộp, lọ đựng bệnh phẩm) trùng với tên người bệnh trên phiếu chỉ định xét nghiệm và trong hồ sơ lưu
- Kiểm tra số lượng và chất lượng bệnh phẩm có thể làm xét nghiệm hay không trước khi tiến hành xử trí mẫu
- Kiểm tra cách lấy bệnh phẩm đề phòng người bệnh đối phó (trong trường hợp kiểm tra sức khoẻ định kỳ,...)

2. Thực hiện kỹ thuật

2.1. Lấy bệnh phẩm và chuẩn bị mẫu bệnh phẩm

- Kỹ thuật lấy mẫu nước tiểu: Mẫu nước tiểu phải được để trong lọ chứa khô và sạch. Có thể lấy nước tiểu vào bất kỳ thời điểm nào trong ngày, khi cần phải áp dụng các biện pháp để chống lấy mẫu giả. Mẫu nước tiểu có cần cần phải được quay ly tâm, lọc và để lắng, lấy phần nước tiểu trong để xét nghiệm.
- Lưu trữ mẫu: Mẫu nước tiểu có thể lưu trữ ở 2 – 8°C trong 48 giờ trước khi xét nghiệm. Nếu lưu trữ lâu hơn, mẫu nước tiểu có thể làm đông và lưu trữ ở nhiệt độ dưới -20°C. Mẫu nước tiểu đông phải được làm tan ra và trộn đều trước khi xét nghiệm.

2.2. Xây dựng giới hạn phát hiện

Sử dụng các dung dịch hoá chất, chất chuẩn sau để xây dựng khoảng phát hiện của phương pháp đo.

- Đo mẫu Blank
- Đo mẫu Chuẩn (Calibration)
- Đo kiểm tra điểm chuẩn thấp (Standard Low)
- Đo kiểm tra điểm chuẩn cao (Standard high)

- Đo mẫu nước cất
- Đo mẫu opiate chuẩn

Khi đã đạt tất cả các bước trên, tiến hành đo mẫu

3. Đánh giá kết quả

Mẫu xét nghiệm dương tính: mẫu nước tiểu có chất gây nghiện nhóm opiat.

Mẫu xét nghiệm âm tính: mẫu nước tiểu không có nhóm opiat.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM SÀNG LỌC VÀ ĐỊNH TÍNH 5 LOẠI MA TÚY

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngày càng có nhiều người sử dụng trái phép các loại ma túy, đặc biệt là giới trẻ. Xu hướng hiện nay chuyển từ sử dụng các loại ma túy như heroin, morphin sang các loại thuốc kích thích như: amphetamin, metamphetamin, cần sa...với số lượng người sử dụng rất nhiều. Do vậy rất cần thiết để có một Kit thử nhanh 5 loại ma túy phổ biến để giúp người xử trí có thái độ kịp thời.

Kit thử phát hiện đối tượng có sử dụng chất gây nghiện trong nước tiểu là kit thử phát hiện nhanh, không cần dùng thiết bị phức tạp. Dựa trên nguyên lý dùng kháng thể đơn dòng phát hiện chất gây nghiện trong nước tiểu. Kết quả dương tính khi nồng độ chất gây nghiện trong nước tiểu đạt ngưỡng 300 ng/ml

Kỹ thuật này chỉ cung cấp kết quả phân tích ban đầu. Cần phải làm thêm các phương pháp hóa học khác, đặc hiệu hơn để khẳng định kết quả (phương pháp sắc ký khí, sắc ký khối phổ GC/MS).

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi nghi ngờ đối tượng có sử dụng một hoặc nhiều loại ma túy thường gặp
- Xét nghiệm loại trừ trong một số trường hợp như ngộ độc các thuốc gây cường giao cảm khác: theophylin, cafein, salbutamol..vv

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối của phương pháp
- Cần nhắc xét nghiệm có thể âm tính nếu xét nghiệm sau khi đối tượng phơi nhiễm với các loại ma túy quá 5-7 ngày

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên xét nghiệm: 1 người

2. Phương tiện

Gồm các hóa chất và thiết bị kỹ thuật trong danh sách sau đây:

1	Đầu côn xanh	4 cái
2	Côn nhanh	10 ml
3	Ống nghiệm	1 cái
4	Pipet	0.016 cái
5	Test ketamine	1 cái
6	Test MDMA	1 cái
7	Test amphetamine	1 cái
8	Test cần sa	1 cái

9	Test metamphetamine	1 cái
10	Mẫu chuẩn	0.06g
11	Silicagel bản mỏng	5 bản (20x20cm)
12	Toluen	50 ml
13	Aceton	50 ml
14	NH ₄ OH	6 ml
15	Ethanol tuyệt đối	15 ml
16	n - Hexan	50 ml
17	Chloroform	50 ml
18	Thuốc thử	10 ml
19	Đầu côn vàng	7 cái
20	Cột chiết pha rắn	1 cái
21	Giấy xét nghiệm, mực in, barcode	
22	Găng tay	3 đôi
23	Khẩu trang	1 cái
24	Mũ phẫu thuật	1 cái
25	Lọ đựng bệnh phẩm	1 cái
26	Tủ hood	1 cái
27	Buồng soi tử ngoại	1 cái
28	Đèn tử ngoại	1 cái

3. Hồ sơ

- Tiếp nhận giấy chỉ định kèm theo chữ ký của bác sỹ
- Lưu lại thông tin về người bệnh và bệnh phẩm cũng như phân kết quả vào hồ sơ xét nghiệm để hồi cứu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh phẩm

- Đối chiếu thông tin người bệnh (họ tên, tuổi, giới, ngày làm xét nghiệm) ghi trên hộp, lọ đựng bệnh phẩm) trùng với tên người bệnh trên phiếu chỉ định xét nghiệm và trong hồ sơ lưu
- Kiểm tra số lượng và chất lượng bệnh phẩm có thể làm xét nghiệm hay không trước khi tiến hành xử trí mẫu

2. Thực hiện kỹ thuật

2.1. Lấy bệnh phẩm và chuẩn bị mẫu bệnh phẩm

- Kỹ thuật lấy mẫu nước tiểu: Mẫu nước tiểu phải được để trong lọ chứa khô và sạch. Có thể lấy nước tiểu vào bất kỳ thời điểm nào trong ngày. Mẫu nước tiểu có cặn cần phải được quay ly tâm, lọc và để lắng, lấy phần nước tiểu trong để xét nghiệm.

- Lưu trữ mẫu: Mẫu nước tiểu có thể lưu trữ ở 2 – 8°C trong 48 giờ trước khi xét nghiệm. Nếu lưu trữ lâu hơn, mẫu nước tiểu có thể làm đông và lưu trữ ở nhiệt độ dưới -20°C. Mẫu nước tiểu đông phải được làm tan ra và trộn đều trước khi xét nghiệm.

2.2. Thực hiện kỹ thuật

- Phương pháp kit thử:

Bóc bao bảo quản, đặt kit thử lên khay.

Dùng pipet lấy mẫu bệnh phẩm, nhỏ vào vị trí cho mẫu bệnh phẩm trên kit thử. Đợi 10 – 15 phút cho phản ứng xảy ra hoàn toàn khi đã xuất hiện các vạch màu trên kit thử

Đọc kết quả, không sử dụng kết quả khi quá thời gian quy định để đọc kết quả theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

- Phương pháp sắc ký lớp mỏng:

Thực hiện theo:

QTKT xử trí mẫu xét nghiệm độc chất và

QTKT định tính một chỉ tiêu độc chất bằng sắc ký lớp mỏng.

3. Đánh giá kết quả

Mẫu dương tính phải đáp ứng đầy đủ các yêu cầu thử nghiệm: dương tính với tất cả các phương pháp thử.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐỊNH TÍNH PBG TRONG NƯỚC TIỂU

I. ĐẠI CƯƠNG

Porphobilinogen (PBG) một sản phẩm trung gian trong quá trình sinh tổng hợp của heme, nó được sản xuất dư thừa và bài tiết qua nước tiểu trong rối loạn chuyển hóa porphyrin giai đoạn cấp tính.

Nó được tạo ra bởi aminolevulinate (ALA) và enzyme ALA dehydratase. PBG sau đó được chuyển đổi thành bilane hydroxymetyl do enzyme deaminase porphobilinogen, cũng được gọi là synthase hydroxymethylbilane.

Rối loạn chuyển hóa porphyrin giai đoạn cấp tính gây ra sự gia tăng porphobilinogen niệu.

II. CHỈ ĐỊNH

Nghi ngờ cơn porphyrin niệu cấp bao gồm: cơn porphyrin cấp từng đợt, bệnh rối loạn chuyển hóa coproporphyrin có yếu tố di truyền và bệnh porphyrin hỗn hợp (kèm theo tổn thương da, variegata porphyria)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định của phương pháp xét nghiệm này

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên xét nghiệm: 1 người

2. Phương tiện

Danh mục các thuốc thử và trang thiết bị cần thiết trong như sau:

1	Thuốc thử Erlich	4 ml
2	CH ₃ COONa	8 gam
3	n - Butanol	16 ml
4	Ống nghiệm	2 cái
5	Pipet tự động	1 cái
6	Đầu côn trắng	4 cái
7	Nước cất	0.5 lít
8	Giấy xét nghiệm, mực in, barcode	
9	Cồn nhanh	4 ml
10	Xà phòng rửa tay	2 ml
11	Găng tay sạch	2 đôi
12	Khẩu trang	1 cái
13	Mũ phẫu thuật	1 cái
14	Tủ hood	1 Cái

3. Hồ sơ

- Tiếp nhận giấy chỉ định kèm theo chữ ký của bác sỹ
- Lưu lại thông tin về người bệnh và bệnh phẩm cũng như phản kết quả vào hồ sơ xét nghiệm để hồi cứu

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh phẩm

- Đối chiếu thông tin người bệnh (họ tên, tuổi, giới, ngày làm xét nghiệm) ghi trên hộp, lọ đựng bệnh phẩm) trùng với tên người bệnh trên phiếu chỉ định xét nghiệm và trong hồ sơ lưu
- Kiểm tra số lượng và chất lượng bệnh phẩm có thể làm xét nghiệm hay không trước khi tiến hành xử trí mẫu

2. Thực hiện kỹ thuật

- Nước tiểu 4ml, thuốc thử Erlich 4ml trộn đều
- Thêm 8ml dung dịch bão hoà CH_3COONa
- 16ml n-butanol
- Lắc nhanh trong vài giây. Đọc kết quả.

3. Đánh giá kết quả

- Bình thường: lớp nước không màu.
- Dương tính: lớp nước có màu hồng hoặc đỏ tươi. Trong nước tiểu có porphobilinogen

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG THUỐC GIẢI ĐỘC TRONG NGỘ ĐỘC CẤP (Chưa kể tiền thuốc)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thuốc giải độc (antidote) nói chung bằng các cơ chế khác nhau có tác dụng đặc hiệu đối kháng, làm mất tác dụng, giảm nhẹ độc tính hoặc rút ngắn thời gian gây độc của chất độc đối với cơ thể người nhiễm độc.
- Tuy với số lượng trên thực tế còn rất ít so với số lượng chất độc nhưng thuốc giải độc là một biện pháp điều trị đặc hiệu có hiệu quả đặc biệt cao trong chẩn đoán và điều trị ngộ độc.
- Một số thuốc giải độc đã có quy trình sử dụng riêng. Quy trình sau đây có tính chất hướng dẫn chung cho phần lớn các thuốc còn lại, tuy nhiên không thể cung cấp thông tin chi tiết cho tất cả các thuốc giải độc được nêu.

II. CHỈ ĐỊNH

Mỗi loại ngộ độc có một hoặc một số thuốc giải độc riêng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định chung: dị ứng với loại thuốc giải độc dự kiến dùng.
- Chi tiết về chống chỉ định với từng thuốc, xin xem ở phần phụ lục 1.

IV. CHUẨN BỊ: chuẩn bị cụ thể tùy theo từng thuốc khác nhau

1. Dụng cụ, vật tư

- Thuốc giải độc: loại thuốc, số lượng tùy theo loại ngộ độc và tình trạng người bệnh.
- Các thuốc dùng hỗ trợ: tùy theo thuốc giải độc cụ thể, ví dụ: natriclorua 0,9%, glucose 5%, glucose ưu trương, natribicarbonate, thuốc chống nôn, thuốc lợi tiểu,...
- Các trang thiết bị, dụng cụ, cụ thể tùy theo từng loại ngộ độc:
 - Máy truyền dịch
 - Bơm tiêm điện
 - Bộ dụng cụ uống thuốc
 - Bộ dụng cụ khí dung
 - Gói dụng cụ tiêu hao

- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ , thuốc thủ thuật
- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
- Dụng cụ, máy theo dõi monitor
- Các dụng cụ điều trị hỗ trợ, triệu chứng khác

2. Người bệnh hoặc người nhà: được giải thích trước về kỹ thuật.

3. Người thực hiện: 01 bác sỹ, 01 y tá.

4. Hồ sơ bệnh án: bệnh án, bảng theo dõi chăm sóc và thực hiện thuốc của điều dưỡng, phiếu theo dõi quá trình giải độc (phụ lục).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra thuốc và người bệnh

- Thực hiện kiểm tra thuốc: theo quy chế bệnh viện.
- Kiểm tra các đặc điểm cảm quan của thuốc: màu sắc, độ trong, đục của thuốc để xem thay đổi màu sắc, đục, có kết tủa của thuốc, hạn sử dụng.
- Kiểm tra lại việc đánh giá các tình trạng nhiễm độc: mức độ nặng, nồng độ độc chất, biến chứng,...

2. Thực hiện thuốc

- Pha chế thuốc hoặc nạp thuốc: hút thuốc, pha thuốc (với các thuốc dạng bột hoặc cần pha loãng trước khi thực hiện).
- Thông báo cho người bệnh (hoặc người đại diện cho người bệnh) về việc dùng thuốc.
- Lắp đặt các dụng cụ theo dõi (VD monitor theo dõi), sẵn sàng các dụng cụ cấp cứu.
- Theo dõi sát diễn biến trong và sau thực hiện thuốc:
 - Mắc máy truyền dịch hoặc bơm tiêm điện (đặt tốc độ đưa thuốc).
 - Báo bác sỹ để chứng kiến việc dùng thuốc và cùng theo dõi người bệnh tại giường.
 - Thực hiện thuốc theo y lệnh.
 - Quan sát, đánh giá người bệnh trong và sau khi thực hiện thuốc.
 - Bác sỹ căn cứ tác dụng, đáp ứng với thuốc và diễn biến của người bệnh để xét dùng liều thuốc giải độc tiếp theo hoặc điều chỉnh phác đồ.

- Ghi chép lại: tên thuốc, liều thuốc, đường dùng, tốc độ dùng, lượng thuốc thực tế đưa vào người bệnh, thời gian dùng và tình trạng người bệnh trong và ngay sau dùng thuốc.

I. THEO DÕI

- Điều dưỡng: theo dõi diễn biến của người bệnh trong và sau khi dùng thuốc. Các thông số cụ thể theo chỉ định của bác sỹ.
- Bác sỹ: đánh giá tác dụng, đáp ứng với thuốc và diễn biến của người bệnh.
- Các thông số theo dõi:
 - + Với các tác dụng phụ, tai biến của thuốc: cụ thể tùy theo từng thuốc. Với thuốc dạng tiêm truyền cần theo dõi các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh trước, trong và sau khi dùng.
 - + Về hiệu quả, đáp ứng và diễn biến của người bệnh: cụ thể tùy theo từng thuốc.

II. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Các phản ứng dị ứng, bao gồm sốc phản vệ: chẩn đoán và xử trí theo phác đồ của Bộ Y Tế.
- Các tác dụng phụ, tai biến khác: cụ thể khác nhau với từng thuốc.

Phụ lục: Phiếu theo dõi dùng thuốc giải độc

BỆNH VIỆN.....

VIỆN/TRUNG TÂM/KHOA/ĐƠN VỊ.....

.....Ngày.....tháng.....năm 20.....

PHIẾU THEO DÕI DÙNG THUỐC GIẢI ĐỘC

▪ Thông tin chung:

- Họ tên người bệnh.....Tuổi.....Giới: Nam/Nữ
- Ngày vào viện:.....bệnh án số:.....
- Chẩn đoán:.....
- Thuốc giải độc được chỉ định dùng:.....

▪ Thông tin về thuốc giải độc đã dùng:

- Tên biệt dược:.....Tên hoạt chất:.....
- Lô thuốc, nhà sản xuất, phân phối (chỉ điền nếu có tai biến, tác dụng phụ):
- Đường dùng, cách dùng:.....
- Thời gian bắt đầu dùng:.....Thời gian kết thúc:.....
- Số lượng dùng thực tế: ☞ dùng hết ☞ không hết, cụ thể (nếu không hết):.....

▪ Tình trạng người bệnh: ghi tóm tắt

- Tình trạng nhiễm độc trước dùng:.....
- Tình trạng nhiễm độc sau dùng:.....
- Tai biến, tác dụng phụ sớm (điền trong vòng 24 giờ sau dùng thuốc: có/không
Cụ thể (nếu có):.....
- Tai biến, tác dụng phụ muộn (từ ngày thứ 2 trở đi): có/không. Cụ thể (nếu có):.....
- Xử trí tai biến (cụ thể):.....
- Kết quả xử trí (cụ thể):.....

▪ Kết luận tác dụng của thuốc:

☞ Không rõ ☞ Không có tác dụng ☞ Đáp ứng không hoàn toàn ☞
Đáp ứng tạm thời ☞ Đáp ứng tốt/hoàn toàn

Người thực hiện (ký và ghi rõ họ tên):

Điều dưỡng

Bác sĩ

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỬ DỤNG HUYẾT THANH KHÁNG NỘC RẮN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Rắn độc cắn là một loại nhiễm nọc độc thường gặp nhất.
- huyết thanh kháng nọc rắn (HTKNR) là thuốc giải độc đặc hiệu duy nhất với rắn độc cắn. Thuốc có tác dụng trung hòa các nọc rắn còn trong cơ thể người bệnh, giảm mức độ nặng và tử vong của người bệnh.
- Để dùng HTKNR có hiệu quả và an toàn cao nhất đòi hỏi không chỉ dùng đúng loại, dùng sớm mà còn đúng cách và theo dõi sát người bệnh.
- Có thể dùng HTKNR đơn giá hoặc đa giá. Tuy nhiên HTKNR đơn giá đặc hiệu cho loại rắn tương ứng, đã được chứng minh là có hiệu quả cao và tốt nhất.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định dùng HTKNR khi người bệnh đáp ứng các tiêu chuẩn về chẩn đoán xác định loại rắn độc, triệu chứng và thời gian tính từ khi bị rắn cắn như sau:

1. Người bệnh được chẩn đoán bị các loại rắn sau cắn:

- Các chủng rắn hổ mang (*Naja spp.*)
- Rắn hổ chúa (*Ophiophagus hannah*)
- Rắn cạp nia (*Bungarus candidus*, *Bungarus multicinctus*, *Bungarus slowinskii*).
- Rắn cạp nong (*Bungarus fasciatus*)
- Rắn chàm quạp (*Calloselasma rhodostoma*)
- Rắn lục tre (*Cryptelytrops alborabris*), rắn lục xanh (*Viridovipera stejnegeri*), rắn lục xanh miền Nam (**Popeia popeiorum**).
- Các loại rắn độc khác khi có huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu.

2. Có triệu chứng nhiễm độc: các triệu chứng nhiễm độc đang tiến triển.

3. Thời gian tính từ khi bị rắn cắn:

- HTKNR cần được chỉ định càng sớm càng tốt, đặc biệt khi các triệu chứng nhiễm độc nọc rắn đang tiến triển nặng lên
- Tùy loại rắn, HTKNR có thể được chỉ định trong vòng 1-2 tuần sau khi bị cắn.
- Nếu có xét nghiệm nọc rắn trong máu, chỉ định HTKNR khi còn nọc rắn trong máu dương tính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH DÙNG HTKNR:

- Không có chống chỉ định tuyệt đối đối với HTKNR.
- Cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ ở các người bệnh sau:
 - + Có tiền sử dị ứng với các động vật (như ngựa, cừu) được dùng để sản xuất HTKNR hoặc các chế phẩm huyết thanh từ các động vật này (ví dụ huyết thanh giải độc tổ uôn ván).

- + Người có cơ địa dị ứng: đã từng bị dị ứng hoặc các bệnh dị ứng như chàm, viêm mũi dị ứng, sẩn ngứa, đặc biệt dị ứng mạnh (như hen phế quản, từng bị phản vệ).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ và 01 y tá. Trường hợp người bệnh nặng, các dấu hiệu sống không ổn định thì cần có thêm ít nhất một người nữa (tùy theo mức độ cấp cứu, hồi sức và số lượng công việc).
- Trang phục công tác thường quy.

2. Phương tiện

- Huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu: Thuốc được bảo quản lạnh 5-8°C nên cần làm tan giá đến 37°C trước khi sử dụng.
- Các thuốc hỗ trợ: dịch truyền tĩnh mạch natriclorua 0,9%, Ringer lactate, glucose 5%, methylprednisolon (lọ), kháng histamine H1 (VD diphenhydramin, promethazine), kháng histamine H1 (ranitidine), thuốc giãn phế quản dạng tĩnh mạch và khí dung (salbutamol, terbutaline, aminophylline, iprapropium,...),...
- Các dụng cụ, trang thiết bị:
 - + Máy truyền dịch
 - + Bơm tiêm điện
 - + Gói dụng cụ tiêu hao
 - + Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
 - + Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
 - + Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật
 - + Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
 - + Dụng cụ, máy theo dõi monitor
 - + Các dụng cụ điều trị hỗ trợ, triệu chứng khác
 - + Các dụng cụ đánh giá tổn thương tại chỗ do rắn cắn: ví dụ thước dây, bút đánh dấu, màng nhựa mỏng trong suốt đo diện tích tổn thương hoại tử,...
 - + Dụng cụ đo thể tích khí lưu thông tự thở, áp lực âm tính đường thở tối đa (với rắn độc cắn gây liệt cơ hô hấp như rắn cạp nia, cạp nong, hổ chúa).

3. Người bệnh

- Được giải thích trước về sự vai trò, sự cần thiết của HTKNR, thông báo các biểu hiện bất thường khi thực hiện.
- Kiểm tra tiền sử dị ứng của người bệnh: các thuốc, các chất đã gây dị ứng, cơ địa dị ứng (hen phế quản, chàm,...).
- Đánh giá lại mức độ nhiễm độc của người bệnh ngay trước khi dùng HTKNR (kể cả xét nghiệm lại nếu thấy cần thiết).

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép tình trạng nhiễm độc, mô tả cụ thể các triệu chứng và mức độ nhiễm độc.

- Chỉ định, liều lượng, phương pháp dùng HTKNR, số lượng HTKNR thực tế đã dùng
- Diễn biến trong quá trình dùng HTKNR.
- Sử dụng Phiếu theo dõi dùng thuốc giải độc.

V. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

1. Kiểm tra HTKNR

- Thực hiện kiểm tra thuốc: theo quy định chung trước khi dùng thuốc (theo Bảng kiểm đánh giá an toàn trong sử dụng thuốc dành cho người bệnh nội trú, Tổ chức Y tế thế giới).
- Kiểm tra màu sắc, độ trong, đục của HTKNR: nếu HTKNR thay đổi màu sắc, đục, có kết tủa (bình thường màu vàng nhạt, trong suốt và không có tủa).
- Làm ấm HTKNR bằng nước ấm 37°C.

2. Dự tính và dự phòng các phản ứng dị ứng trước khi dùng HTKNR

- Cân nhắc dùng thuốc dự phòng các phản ứng dị ứng ở các người bệnh có nguy cơ cao:
- Corticoid tĩnh mạch: Methylprednisolon: người lớn 40-80mg, tiêm tĩnh mạch chậm, trẻ em 1mg/kg cân nặng tiêm tĩnh mạch chậm.
- Kháng histamine: diphenhydramin người lớn và thiếu niên 10-20mg tiêm bắp, trẻ em 1,25mg/kg cân nặng. Hoặc promethazin: người lớn tiêm bắp 25mg, trẻ em (không dùng cho trẻ dưới 2 tuổi): 0,25mg/kg tiêm bắp.

3. Cách sử dụng HTKNR

3.1. Liều HTKNR:

- Liều ban đầu: từ 5-10 lọ. Lọ đầu tiên pha truyền tĩnh mạch hoặc tiêm tĩnh mạch chậm trong 10 phút, sau đó nếu không có dị ứng pha truyền tĩnh mạch nốt số còn lại.
- Theo dõi tác dụng và tiến triển của triệu chứng trong và sau khi dùng HTKNR.
- Các liều nhắc lại:
 - Nếu thấy triệu chứng vẫn tiến triển nặng lên hoặc không cải thiện, nhắc lại trong vòng 3 giờ sau khi ngừng liều trước (càng sớm càng tốt), với liều bằng hoặc một nửa liều ban đầu.
 - Sau khi nhắc lại tối đa 3 lần nếu triệu chứng vẫn không cải thiện cần xem lại, chẩn đoán xác định và chẩn đoán mức độ, liều lượng thuốc và các tình trạng khác của người bệnh để quyết định dùng tiếp hay ngừng HTKNR.
 - Với rần hồ mang cần có hoại tử cần phải đánh giá ngay sau khi ngừng HTKNR liều trước và xét dùng ngay liều kế tiếp.

3.2. Dùng đường tĩnh mạch: Đường dùng bắt buộc. Có 2 cách dùng:

- ☐ Tiêm tĩnh mạch ngắt quãng.

- Truyền tĩnh mạch: pha loãng 5-10 lọ HTKNR trong 100-200ml natriclorua 0,9% hoặc glucose 5%, truyền tĩnh mạch chậm với tốc độ đều đặn trong khoảng 30 phút đến 1 giờ.

3.3. Tiêm dưới da:

- Tiêm dưới da quanh vết cắn hoặc ranh giới tổn thương, ngăn chặn lan rộng của tổn thương.
- Cách tiêm: chia dung dịch pha làm nhiều phần và tiêm ở nhiều vị trí ở vùng xung quanh vết cắn hoặc vùng tổn thương da, phần mềm độ nọc độc rắn. Mỗi vị trí tiêm không quá 1-2ml.

3.4. Ngừng dùng HTKNR khi

- Các triệu chứng nhiễm độc hồi phục tốt, hoặc:
- Các triệu chứng nhiễm độc hồi phục rõ và có xu hướng chắc chắn sắp trở về bình thường, hoặc:
- Triệu chứng nhiễm độc dừng lại, không tiến triển nữa (với triệu chứng khó có thể thay đổi ngay như hoại tử, bầm máu, máu đã chảy vào trong cơ,...), hoặc:
- Người bệnh có tai biến, biến chứng (cân nhắc lợi và hại sau khi đã xử trí ổn định tai biến, biến chứng).

VI. THEO DÕI

- Theo dõi sát các triệu chứng của người bệnh (lâm sàng và cận lâm sàng), lượng giá mức độ các triệu chứng (ví dụ người bệnh đau 3/10, há miệng 3cm tính từ hai cung răng, cơ lực bàn tay 4/5, thể tích khí lưu thông tự thở của người bệnh là 200ml,...), đo chu vi vòng chi bị sưng nề và so sánh với bên đối diện, đo mức độ lan xa của sưng nề, diện tích hoại tử (dùng bút khoanh vùng để dễ theo dõi),... để biết được diễn biến của người bệnh.
- Đánh giá mức độ nhiễm độc của người bệnh ngay trước, trong khi, ngay sau mỗi lần dùng HTKNR, sau đó 1-3 giờ/lần trong quá trình dùng HTKNR.
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhịp thở, thân nhiệt, ý thức), các biểu hiện dị ứng, liên tục trước, trong, ngay sau và nhiều giờ sau khi dùng HTKNR. Mặc máy theo dõi liên tục cho người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khi có tai biến do HTKNR, tạm ngừng HTKNR và xử trí. Sau khi xử trí người bệnh ổn định, xét dùng tiếp HTKNR sau khi đã cân nhắc giữa lợi và hại. Nếu dùng tiếp thì dùng các liều nhỏ hơn và truyền tĩnh mạch chậm hơn, theo dõi sát hơn.

1. Sốc phản vệ:

- Thường xuất hiện trong vòng 3 giờ đầu sau khi dùng HTKNR.
- Theo dõi, chẩn đoán và xử trí ngay theo phác đồ của Bộ Y Tế.

2. Các biểu hiện dị ứng khác:

- Mày đay, đau bụng, nôn, ỉa chảy, co thắt phế quản.
- Điều trị triệu chứng:

- Corticoid tĩnh mạch: VD Methylprednisolon: người lớn 40-160mg/ngày, dùng 1 lần hoặc chia 2 lần, tiêm tĩnh mạch chậm, trẻ em 1-2mg/kg/ngày cân nặng, chia 2 lần, tiêm tĩnh mạch chậm.
- Kháng histamine: ví dụ diphenhydramin (Dimedrol) người lớn và thiếu niên 10-20mg tiêm bắp, trẻ em 1,25mg/kg cân nặng, có thể tới 4 lần/ngày.
- Giãn phế quản: với co thắt phế quản, dùng thuốc giãn phế quản khí dung (VD salbutamol, terbutaline, ipraproppium), nếu không đỡ kết hợp truyền tĩnh mạch (VD salbutamol, terbutaline hoặc diaphylline).

3. Tăng thân nhiệt:

- + Do HTKNR nhiễm các chí nhiệt tố trong quá trình sản xuất.
- + Người bệnh biểu hiện rét run, thân nhiệt tăng, giãn mạch, có thể huyết áp có thể tụt.
- + Xử trí bằng corticoid tĩnh mạch, kháng histamin như nêu ở mục —các biểu hiện dị ứng khác, dùng paracetamol và chườm mát.

4. Bệnh huyết thanh muện:

- + Thường xuất hiện sau từ 1-12 ngày sau khi dùng HTKNR (trung bình 7 ngày).
- + Biểu hiện: sốt, nôn, ỉa chảy, ngứa, đau khớp, đau cơ, nổi hạch, sưng quanh khớp, viêm dây thần kinh, protein niệu với viêm thận do phức hợp miễn dịch, bệnh lý não (hiếm gặp). Người bệnh có phản ứng dị ứng sớm và được điều trị bằng kháng histamin và corticoid ít bị bệnh huyết thanh muện.
- + Điều trị: thuốc kháng histamin và corticoid (prednisolon: 20mg/ngày với người lớn, 0,7mg/kg/ngày với trẻ em), thường người bệnh đáp ứng tốt khi dùng các thuốc này khoảng 5 ngày.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GIẢI ĐỘC NGỘ ĐỘC RƯỢU METHANOL VÀ ETHYLENE GLYCOL

I. ĐẠI CƯƠNG

- Methanol và ethylene glycol ether rất độc, đặc biệt gây nhiễm toan chuyển hóa, tụt huyết áp, suy thận, mù, tổn thương thần kinh và dễ tử vong.
- Ngộ độc các chất này cần được chẩn đoán và điều trị giải độc kịp thời, đặc biệt là lọc máu kết hợp với sử dụng ethanol hoặc fomepizole (4-methylpyrazole hay 4-MP).

II. CHỈ ĐỊNH

1. Ngộ độc methanol có:

- Nồng độ methanol > 20mg/dL, hoặc:
- Bệnh sử nghi ngờ ngộ độc methanol (nghiện rượu >100ml/ngày, nay say rượu nặng, hôn mê, nhìn mờ, thở nhanh sâu, tụt huyết áp sau uống rượu) và có ít nhất 2 trong các tiêu chuẩn sau: pH <7,3;

$\text{HCO}_3^- < 20 \text{ mmHg}$; khoảng trống ALTT $> 10 \text{ mOsm/kg}$, khoảng trống anion $> 12 \text{ mEq/L}$ hoặc:

- Nhiễm toan chuyển hóa không giải thích được nguyên nhân và có khoảng trống ALTT $> 10 \text{ mOsm/kg}$.
- Bệnh sử có uống methanol (loại rượu uống được xác định có methanol hoặc có người khác cùng vụ ngộ độc được chẩn đoán methanol) và có khoảng trống ALTT $> 10 \text{ mOsm/kg}$ (hay uống methanol trong vòng 24-48 giờ nếu không có xét nghiệm ALTT máu), khi chưa có kết quả xét nghiệm nồng độ, hoặc:

2. Ngộ độc ethylen glycol: Người bệnh uống ethylene glycol có:

- Nồng độ ethylene glycol $> 20 \text{ mg/dL}$, hoặc:
- Khoảng trống ALTT $> 10 \text{ mOsm/kg}$, hoặc:
- Có hai trong các tiêu chuẩn sau: pH $< 7,3$; $\text{HCO}_3^- < 20 \text{ mmHg}$, có tinh thể oxalate trong nước tiểu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH, THẬN TRỌNG:

1. Chống chỉ định: không có

2. Thận trọng, với dùng ethanol:

Người bệnh đang hoặc đã dùng các thuốc kháng sinh nhóm nitroimidazole (như metronidazole, tinidazole) và disulfiram trong vòng vài ngày (nếu dùng ethanol sẽ gây hội chứng disulfiram, xin xem phần sau). Phải chuẩn bị theo dõi sát và xử trí phản ứng này.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sỹ, 01 y tá

2. Phương tiện

- Thuốc:
 - Thuốc giải độc đặc hiệu: dùng một trong các dạng sau:
 - + Ethanol tĩnh mạch: nếu có chế phẩm này.
 - + Ethanol dạng uống (rượu thực phẩm, thuộc loại sản phẩm đảm bảo an toàn và có ghi rõ độ cồn (%)) của các nhà máy rượu có đăng ký chất lượng sản phẩm. Không dùng rượu tự nấu hoặc dân gian nấu)
 - + Fomepizole: nếu có
 - Thuốc chống nôn: primperan ống 10mg: 02 ống. Hoặc thuốc khác thay thế.
 - Vitamin B1 dạng tiêm, ống 0,1g: 5 ống.
 - Thuốc giảm tiết axit dịch vị: omeprazole ống 40mg, 2 ống. Hoặc thuốc khác thay thế.
 - Thuốc bọc niêm mạc dạ dày: gastropulgit, 3 gói. Hoặc thuốc khác thay thế.
 - Axit folic dạng tiêm hoặc uống: nếu có
 - Dịch truyền các loại: natriclorua 0,9%, glucose 5%, glucose ưu trương, natribicarbonate.
 - Furosemide ống 20mg
 - Kaliclorua ống 0,5-1g.
 - Thuốc vận mạch, trợ tim: dopamine, dobutamin, noradrenalin, adrenalin.
 - Các thuốc khác tùy theo tình trạng người bệnh.
- Các dụng cụ, thiết bị, cụ thể khác nhau tùy theo trường hợp:
 - Gói dụng cụ tiêu hao
 - Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
 - Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
 - Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
 - Dụng cụ , máy theo dõi
 - Máy truyền dịch, bơm tiêm điện.
 - Các dụng cụ, thiết bị khác tùy theo tình trạng người bệnh

3. Người bệnh và người nhà: được giải thích trước về kỹ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án: bệnh án, bảng theo dõi chăm sóc và thực hiện thuốc của điều dưỡng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Dùng một trong hai thuốc, ethanol hoặc fomepizole.

1. Dùng ethanol:

▪ Cách dùng ethanol đường uống:

- Loại ethanol dùng: loại rượu uống (như nêu trên)
- Cách pha: pha thành rượu nồng độ 20% (1ml chứa 0,16 gram ethanol), loại nồng độ trên 20% cần được pha.
- Liều ban đầu: 800 mg/kg (4ml/kg), uống (có thể pha thêm đường hoặc nước quả) hoặc nhỏ giọt qua sonde dạ dày.
- Liều duy trì: Người không nghiện rượu: 80 - 150 mg/kg/giờ (0.4 đến 0.7ml/kg/giờ), ở người nghiện rượu: 150 mg/kg/giờ (0.8 mL/kg/giờ), uống hoặc qua sonde dạ dày.
- Liều dùng duy trì trong và sau khi lọc máu: 250 đến 350 mg/kg/giờ (1.3 đến 1.8 mL/kg/giờ), uống hoặc qua sonde dạ dày.

▪ Cách dùng ethanol dạng tĩnh mạch:

- Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (có quy trình riêng).
- Dùng ethanol 5-10%, truyền tĩnh mạch qua catheter tĩnh mạch trung tâm, khởi đầu 0,8g/kg cân nặng (8ml/kg dung dịch ethanol 10%) truyền trong 20-60 phút để người bệnh dung nạp được, sau đó truyền với tốc độ 80-150mg/kg/giờ (0,9 – 1,3ml/kg/cân nặng dung dịch 10%, với người không nghiện rượu, 1,5ml/kg/giờ với người nghiện rượu).
- Khi lọc máu thẩm tách, cho ethanol vào dịch lọc để đạt nồng độ trong dịch lọc 100mg/dL hoặc tăng tốc độ truyền tĩnh mạch (2,5 – 3,5ml/kg/giờ với dung dịch 10%).

▪ Theo dõi:

- Nồng độ ethanol máu (nếu có điều kiện), duy trì 100-150mg/dL.
- Theo dõi tri giác, nôn, uống thuốc, tình trạng hô hấp, mạch, huyết áp, đường máu, điện giải máu.

▪ Ngừng ethanol khi đạt các tiêu chuẩn sau:

- Khoảng trống thẩm thấu máu về bình thường hoặc nồng độ methanol máu <10mg/dL.

2. Dùng fomepizole:

- **Liều dùng (pha truyền tĩnh mạch):** Liều ban đầu 15mg/kg, sau đó 10mg/kg/lần, 12 giờ/lần, dùng 4 lần. Các liều tiếp theo 15mg/kg/lần, 12 giờ/lần tới khi xét nghiệm không còn methanol trong máu hoặc nồng độ methanol hoặc ethylene glycol máu dưới 20mg/dL.

▪ **Liều trong khi lọc máu thẩm tách:**

- *Trong khi đang lọc máu thẩm tách:* bắt đầu một liều 15mg/kg, sau đó 10mg/kg/lần, 4 giờ/lần, dùng 4 lần, sau đó 15mg/kg/lần, 4 giờ/lần tới khi nồng độ methanol hoặc ethylene glycol trong máu dưới 20mg/dL và người bệnh không còn triệu chứng.
- *Lúc kết thúc lọc máu thẩm tách:* nếu thời gian từ liều fomepizole cuối cùng đến thời điểm kết thúc thận nhân tạo dưới 1 giờ, không cần dùng. Nếu thời gian này 1-3 giờ, dùng 7,5mg/kg. Nếu thời gian này trên 3 giờ thì dùng một liều 15mg/kg.

▪ **Cách pha truyền fomepizole:** thuốc được bảo quản ở nhiệt độ lạnh, đông cứng ở nhiệt độ dưới 25°C, nên làm ấm thuốc nhẹ (ví giữ trong lòng bàn tay) để thuốc trở thành lỏng, pha mỗi liều thuốc trong 100ml natri clorua 0,9% hoặc glucose 5% và truyền tĩnh mạch chậm trong 30 phút.

3. Thuốc hỗ trợ:

- Ngộ độc methanol: axit folic, viên 5mg, 2 viên/ngày (người trên 1 tuổi), hoặc 0,5mg/kg với trẻ dưới 1 tuổi.
- Ngộ độc ethylene glycol: vitamin B6 100mg/ngày, tiêm bắp; vitamin B1 100mg/ngày, tiêm bắp.
- Natri bicarbonate: cho khi nhiễm toan chuyển hóa, liều 1-2mEq/kg cho cả trẻ em và người lớn, điều chỉnh để pH bình thường.
- Truyền dịch, lợi tiểu để tăng lượng nước tiểu.

4. Lọc máu: lưu ý trong hoặc sau khi dùng ethanol hoặc fomepizole, kết hợp lọc máu thẩm tách như sau:

▪ **Chỉ định với ngộ độc methanol:**

- Nồng độ methanol máu >20mg/dL hoặc khoảng trống ALTT > 10mOsm/kg.
- Toan chuyển hóa rõ (ví dụ pH < 7,3; HCO₃ <20 mEq) bất kể nồng độ methanol là bao nhiêu.
- Người bệnh có rối loạn về nhìn: ví dụ mờ mắt, giảm thị lực,...
- Suy thận không đáp ứng với điều trị thường quy.
- Ngộ độc methanol ở người nghiện rượu bất kể nồng độ methanol máu.

▪ **Chỉ định với ngộ độc ethylene glycol:**

- Nhiễm toan chuyển hóa pH <7,2) không đáp ứng với điều trị.
- Suy thận
- Nồng độ ethylene glycol bằng 20mg/dL hoặc hơn (trừ khi người bệnh đang dùng fomepizole và không triệu chứng và pH bình thường)

- Các dấu hiệu sinh tồn nặng lên mặc dù đã được cấp cứu hồi sức
- Rối loạn điện giải không đáp ứng với các biện pháp điều trị thường quy

VI. THEO DÕI

1. Lâm sàng

- Mạch, huyết áp, CVP, nhịp thở, SpO₂, lưu lượng nước tiểu, ít nhất 3 giờ/lần. Theo dõi cân nặng lúc vào và hàng ngày.
- Triệu chứng các cơ quan, đặc biệt thần kinh (tri giác, đồng tử, các rối loạn về nhìn, liệt).

2. Xét nghiệm, thăm dò

- Theo dõi khoảng trống ALTT và mức độ nhiễm toan: Xét nghiệm đồng thời urê, glucose, điện giải, ALTT và khí máu động mạch để đánh giá khoảng trống ALTT và tình trạng nhiễm toan 3-6 giờ/lần khi người bệnh mới vào viện, chưa nhiễm toan hoặc trong và sau khi lọc máu. Xét nghiệm ít hơn khi người bệnh ổn định (bác sỹ điều trị quyết định).
- Định lượng methanol hoặc ethylene glycol máu khi vào viện, trước, trong và sau khi lọc máu.
- Định lượng ethanol máu lúc mới vào viện, khi vẫn còn ethanol trong máu hoặc đang dùng ethanol để điều trị.
- Công thức máu, creatinin, AST, ALT, đường máu, protit máu, albumin, đông máu: làm lúc đầu, sau đó tùy theo tình trạng người bệnh.
- Nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu, soi tìm cặn oxalate (ngộ độc ethylene glycol).
- Điện tim, soi đáy mắt, xquang phổi, siêu âm bụng, chụp cắt lớp não, chụp cộng hưởng từ não: tùy theo tình trạng người bệnh và quyết định của bác sỹ điều trị.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Các tai biến do dùng ethanol

- **Nôn:**
 - Phòng tránh, xử trí: dùng qua đường tiêu hóa chỉ với nồng độ 20%, chống nôn (VD metoclopramide tĩnh mạch), bọc niêm mạc dạ dày (VD gastropulgit), truyền qua sonde dạ dày hoặc uống chậm. Lưu ý nằm đầu và vai cao, áp dụng các biện pháp chống hít phải dịch dạ dày khi người bệnh nôn. Nên dùng ethanol qua đường tĩnh mạch nếu có chế phẩm này.
- **Hạ đường huyết**
 - Do dùng ethanol (có cả vai trò của ngộ độc methanol và ethylene glycol), người bệnh ăn kém, không được truyền glucose, trẻ em, người gầy yếu.

- Phòng, xử trí: cho người bệnh ăn đủ, truyền glucose tĩnh mạch liên tục khi dùng ethanol cho người bệnh.
- **Rối loạn ý thức**
 - Hưng cảm, kích thích, vật vã.
 - Chỉ dùng đủ liều ethanol đạt nồng độ yêu cầu, giải thích động viên người bệnh và gia đình, không để người bệnh ngã, quây phá ảnh hưởng điều trị. Không được dùng thuốc an thần cho người bệnh (nếu dùng người bệnh sẽ rối loạn ý thức nặng lên).
- **Rối loạn nước, điện giải:** thường gặp
 - Hạ kali máu:
 - + Do nôn, do truyền nhiều bicarbonate, lợi tiểu và không bù đủ kali.
 - + Xử trí: chống nôn, bù kali theo phác đồ.
 - Hạ natri máu:
 - + Do nôn, do dùng ethanol (chỉ có nước và ethanol), do truyền dịch thiếu natri.
 - + Xử trí, phòng: chống nôn, bù natri theo phác đồ.

2. Các tai biến do dùng fomepizole

- Nói chung các tai biến, biến chứng ít gặp và nhẹ và thoáng qua, bao gồm: đau đầu, buồn nôn, chóng mặt, thay đổi vị giác, tăng huyết áp, tăng men gan, tăng bạch cầu ưa axit, viêm hạch bạch huyết, sốt.
- Xử trí: điều trị triệu chứng thường quy.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BĂNG ÉP BẤT ĐỘNG SƠ CỨU RẮN ĐỘC CÁN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Rắn độc cắn là một loại nhiễm độc do động vật thường gặp nhất.
- Rắn độc cắn có thể gây tử vong trên đường vận chuyển đến viện.
- Nọc độc của rắn từ vị trí cắn về tuần hoàn hệ thống chủ yếu theo con đường bạch huyết.
- Băng ép bất động chi bị cắn tạo ra lực ép làm chậm quá trình nọc đi theo đường bạch huyết về tuần hoàn hệ thống, đồng thời bất động chi bị cắn làm hạn chế co cơ qua đó cũng góp phần làm giảm vai trò —bơm máu— của cơ với tuần hoàn trở về của chi. Các tác dụng này làm triệu chứng nhiễm độc xuất hiện chậm hơn, đặc biệt là liệt, có thể đủ giúp cho người bệnh tới được cơ sở y tế gần nhất một cách an toàn.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp bị rắn cắn nong, rắn cắn nia, rắn hổ chúa, rắn hổ mang cắn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các loại rắn lục cắn.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** có thể là bất kỳ bác sỹ, y tá, kỹ thuật viên hoặc người đã được hướng dẫn và thực hành.
2. **Phương tiện**
 - Băng:
 - + Dùng băng chun giãn bản rộng 7-10cm: 03 cuộn.
 - + Nếu không có băng chun giãn, có thể thay bằng ga rô tĩnh mạch (chú ý không ga rô động mạch vì gây thiếu máu, nguy cơ tổn thương đoạn chi)
 - Nẹp: nẹp loại dành cho cổ định gãy xương đùi, nẹp cổ định cẳng bàn tay. Nếu không có thể dùng que dài, gậy hoặc miếng bìa cứng to.
 - Băng tam giác hoặc dây treo cẳng bàn tay.
 - Băng cuộn thông thường: 03 cuộn (để buộc nẹp).
 - Các dụng cụ, phương tiện khác: thuốc và dụng cụ sát trùng, rửa vết cắn, các dụng cụ cấp cứu hô hấp (hút đờm rãi, bong ambu, đặt nội khí quản, máy thở, oxy), tuần hoàn (bộ đặt đường truyền tĩnh mạch, dịch truyền, thuốc vận mạch), dụng cụ vận chuyển người bệnh (cáng, xe cứu thương).
3. **Người bệnh**
 - Động viên người bệnh yên tâm, đỡ lo lắng, không để người bệnh tự đi lại nếu vết cắn ở chân (vì vận động vùng bị cắn làm nọc độc vào cơ thể nhanh hơn).
 - Cởi các đồ trang sức (nhẫn, vòng) ở vùng bị cắn (để gây chèn ép khi bị sưng nề). Không cố cởi quần áo vì dễ làm vùng bị cắn cử động, có thể băng đè lên quần áo.

- Không để người bệnh tự đi lại. Bất động chân, tay bị cắn (có thể bằng nẹp). Để vết cắn ở vị trí ngang bằng hoặc thấp hơn vị trí của tim.
 - Giải thích về sự cần thiết của kỹ thuật, hạn chế vận động vùng bị cắn.
4. **Hồ sơ, bệnh án:** có thể dùng hồ sơ bệnh án hoặc một tờ giấy ghi chép theo dõi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kỹ thuật băng ép bất động: Vết cắn ở chân, tay, thực hiện theo các bước sau (theo thứ tự từ trên xuống dưới).



- 1) Đặt băng ở vùng quanh ngón tay, chân. Băng tương đối chặt nhưng không quá mức (vẫn còn sờ thấy mạch đập, đủ để luồn một ngón tay qua giữa các nếp băng một cách khó khăn).
- 2) Bắt đầu băng từ ngón tay hoặc chân tới bẹn hoặc nách (để hở móng tay, chân).
- 3) Dùng nẹp cứng (miếng gỗ, que, miếng bìa cứng,...) để cố định chân, tay.
 - ♦ Vết cắn ở bàn, ngón tay, cẳng tay:
 - + Băng ép bàn, ngón tay, cẳng tay.
 - + Dùng nẹp cố định cẳng bàn tay.
 - + Dùng khăn hoặc dây treo lên cổ người bệnh.

- ◆ **Vết cắn ở thân mình, đầu, mặt cổ:** dùng gạc, vải hoặc giấy gấp tạo thành miếng có kích thước khoảng 5cm², dày 2-3cm đặt trực tiếp lên vết cắn và ấn giữ liên tục lên vùng bị cắn nhưng không làm hạn chế cử động thành ngực hay hít thở của người bệnh.
- ◆ **Kết hợp các biện pháp khác trên đường vận chuyển người bệnh đến bệnh viện:** Nếu người bệnh khó thở: hỗ trợ hô hấp theo điều kiện tại chỗ, hà hơi thổi ngạt, bóp bóngambu qua mask hoặc đặt nội khí quản sau đó bóp bóng hoặc thở máy.
- ◆ **Khi nào tháo băng ép:**
 - Duy trì băng ép bất động tới khi người bệnh đến được cơ sở y tế có khả năng cấp cứu hồi sức (có thể đặt nội khí quản bóp bóng hoặc thở máy).
 - Chuẩn bị trước khi tháo băng ép:
 - + Đặt đường truyền tĩnh mạch.
 - + Thuốc: dịch natriclorua 0,9% hoặc Ringer lactate truyền tĩnh mạch duy trì đường truyền và bộ chống sốc phản vệ.
 - + Các dụng cụ cấp cứu hô hấp: ôxy, bóngambu, bộ đặt nội khí quản, máy thở.
 - Cách tháo băng: tháo chậm, tháo từ từ từng phần.
 - Theo dõi sát mạch, huyết áp, màu da, hô hấp và tình trạng liệt của người bệnh trong và sau khi tháo.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, mạch, huyết áp, nhịp thở.
- Tình trạng liệt của người bệnh: người bệnh bị liệt do rắn hổ cắn thường bị liệt ở các dây thần kinh sọ trước (đau họng, sụp mi, mờ mắt, nói khó, nuốt khó), sau đó liệt cơ kiên sườn, cơ hoành và cuối cùng liệt các chi.
- Cảm giác đau, căng tức, tê vùng chi bị cắn được băng ép.
- Màu sắc da đầu ngón, móng của chi được băng ép. Tư thế, vị trí và cử động của vùng bị cắn
- Độ chặt của băng.

VII. XỬ TRÍ BIẾN CHỨNG

Nói chung kỹ thuật băng ép bất động an toàn. Thường có xu hướng băng ép không đủ chặt dẫn tới hiệu quả hạn chế.

- Chèn ép gây thiếu máu ngón chi:
 - + Không gặp nếu làm đúng kỹ thuật, thường do băng chặt quá, duy trì kéo dài nhiều giờ và sưng nề tiên triển.
 - + Biểu hiện: đau, tê, mất cảm giác đầu ngón chân, ngón tay, màu sắc đầu ngón, móng chân, móng tay màu tím.
 - + Xử trí: nới bớt băng nhưng vẫn phải đảm bảo lực ép.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỀU TRỊ GIẢM NỒNG ĐỘ NATRI MÁU Ở NGƯỜI BỆNH BỊ RẮN CẠP NIA CẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Giảm nồng độ natri máu khi Natri máu < 135 mmol/l (còn gọi là hạ natri máu, giảm natri máu, natri máu giảm, natri máu hạ).
- Giảm nồng độ natri máu ở NGƯỜI BỆNH bị rắn cạp nia cản có tỉ lệ mắc cao (tới 82% NGƯỜI BỆNH bị rắn cạp nia cản có giảm natri máu. Trong nọc rắn một số loại rắn hổ (trong đó có rắn cạp nia) ngoài độc tố thần kinh gây liệt cơ, còn có các thành phần Natriuretic peptide gây tăng thải natri qua nước tiểu. Do đó giảm Natri máu ở đây là do mất natri qua đường niệu, nồng độ natri niệu cao tới 500 -900 mmol/L, hiện tượng này kéo dài hàng tuần.
- Natri được bù vào vì thế vẫn tiếp tục bị mất đi qua nước tiểu nên **điều trị giảm nồng độ natri máu ở NGƯỜI BỆNH bị rắn cạp nia cản không giống các người bệnh giảm nồng độ Natri khác**.
- Mặt khác, truyền nhiều dịch cho Người bệnh bị rắn cạp nia cản sẽ dẫn đến đa niệu kéo theo mất natri nhiều hơn và giảm natri máu nặng hơn. Vì vậy trong khi bù natri cho NGƯỜI BỆNH bị rắn cạp nia cản cần hạn chế dịch truyền vào.

CHƯƠNG 9: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU CHẤN THƯƠNG

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẦM MÁU VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tất cả các vết thương đều ít nhiều có chảy máu.
- Mục đích của cầm máu vết thương là:
 - + Nhanh chóng làm ngừng chảy máu để hạn chế mất máu (vì mất nhiều máu sẽ gây sốc nặng cho người bị thương).
 - + Làm ngừng chảy máu nhưng phải thực hiện đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật thì mới bảo tồn được chi thể, bảo tồn được tính mạng người bị thương.
- Căn cứ vào mạch máu bị tổn thương mà phân chia thành 3 loại:
 - + Chảy máu mao mạch
 - + Chảy máu tĩnh mạch
 - + Chảy máu động mạch

II. CHỈ ĐỊNH

- Các loại vết thương còn đang tiếp tục chảy máu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối khi cầm máu các vết thương đang chảy máu. Tuy nhiên cần hạn chế sử dụng garo cầm máu với các vết thương chảy máu nhẹ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa chấn thương hoặc bác sỹ đa khoa hoặc điều dưỡng đã được tập huấn các kỹ thuật cầm máu.
- Rửa tay bằng xà phòng vô khuẩn, khử khuẩn tay, đi găng, đội mũ và mặc áo vô khuẩn.

2. Dụng cụ

- Bông vô khuẩn
- Các loại gạc vô khuẩn
- Dây garo
- Băng cuộn
- Kẹp Kocher
- Kim và chỉ khâu da
- Thuốc gây tê tại chỗ Xylocain 2%
- Cồn sát trùng
- Dây oxy và bình oxy
- Dịch truyền và dây truyền dịch
- Huyết thanh uốn ván.

3. Người bệnh

- Được giải thích về kỹ thuật cầm máu sắp tiến hành.
- Nằm đầu thấp, thở oxy và đặt đường truyền tĩnh mạch nếu chảy máu nặng.

4. Nơi thực hiện

- Tại phòng thủ thuật vô khuẩn hoặc phòng mổ nếu chảy máu nặng.

5. Hồ sơ bệnh án theo quy định, người bệnh cần làm đầy đủ các xét nghiệm về công thức máu, đông máu cơ bản... Nếu trường hợp chảy máu cấp thì cần tiến hành cầm máu ngay sau đó tiến hành làm xét nghiệm và điều trị các rối loạn đông máu nếu có sau.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh
- Khám và đánh giá lại tình trạng vết thương và mức độ chảy máu
- Gây tê tại chỗ vết thương nếu người bệnh đau nhiều hoặc vết thương phải khâu.

1. Vết thương chảy máu từ tĩnh mạch hoặc mao mạch:

- Bước 1: Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu, kiểm tra tới đáy của vết thương.
- Bước 2: Nếu vết thương từ tĩnh mạch có thể kẹp và buộc thắt tĩnh mạch để cầm máu.
- Bước 3: Khâu vết thương tới đáy của vết thương bằng các mũi chỉ rời nếu vết thương rộng
- Bước 4: Sát khuẩn lại và băng ép bằng gạc và băng cuộn.
Với các vết thương chảy máu từ mao mạch hoặc vết thương nhỏ chỉ cần băng ép cầm máu là đủ.

2. Vết thương chảy máu từ động mạch

- Bước 1: Sát khuẩn vết thương. Xác định vị trí chảy máu hoặc động mạch bị tổn thương.
- Bước 2: Ấn động mạch
Dùng ngón tay ấn đè chặt vào động mạch trên đường đi của nó từ tim đến vết thương. Tùy theo mức độ tổn thương và vị trí ấn mà dùng ngón tay hoặc cả nắm tay để ấn động mạch. Thời gian ấn trung bình từ 15- 30 phút sau khi kiểm tra máu đã cầm tạm thời.
- Bước 3 Sử dụng băng chèn
Là băng ép được buộc chặt tạo thành con chèn đặt lên các vị trí ấn động mạch sau khi đã ấn cầm máu tạm thời, sau đó băng cố định con chèn bằng nhiều vòng băng xiết.

3. Các vết thương động mạch ở sâu, giữa các kẽ xương, vết thương vùng cổ, vùng chậu không thể băng ép được ta dùng cách nhét gạc (Mècher) vào vết

thương rồi khâu vết thương tạm thời để cầm máu sau đó chuyển đến cơ sở chuyên khoa xét phẫu thuật cầm máu.

4. Garo trong vết thương chảy máu nặng

- Chỉ định đặt garô:
 - + Vết thương bị cụt chi hoặc chi bị đứt gần lìa.
 - + Chi bị giập nát quá nhiều biết chắc không thể bảo tồn được.
 - + Vết thương tổn thương mạch máu đã áp dụng những biện pháp cầm máu tạm thời trên mà không có kết quả.
- Cách đặt garô:
 - Bước 1: Ấn động mạch ở phía trên vết thương để tạm thời cầm máu.
 - Bước 2: Lót vải hoặc gạc ở chỗ định đặt garô hoặc dùng ngay ống quần, ống tay áo để lót.
 - Bước 3: Đặt garô và xoắn dần (nếu là dây vải), bỏ tay ấn động mạch rồi vừa xoắn vừa theo dõi mạch ở dưới hoặc theo dõi máu chảy ở vết thương. Nếu mạch ngừng đập hoặc máu ngừng chảy là được. Khi đã xoắn vừa đủ chặt thì cố định que xoắn. Nếu là dây cao su thì chỉ cần cuốn nhiều vòng tương đối chặt rồi buộc cố định.
 - Bước 4: Băng ép vết thương và làm các thủ tục hành chính cần thiết chuyển người bệnh đến cơ sở có khả năng phẫu thuật cầm máu.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng chảy máu của vết thương, mức độ thấm máu vào băng, gạc.
- Mạch, huyết áp, nhiệt độ phát hiện tình trạng chảy máu tiếp diễn, điều chỉnh rồi loạn đông máu nếu có.
- Đánh giá tình trạng tưới máu ở đầu chi băng ép
- Với các vết thương garô cần theo dõi thời gian garô, thời gian vận chuyển và thời gian nới garô.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Vết thương vẫn tiếp tục chảy máu: Cần tháo bỏ băng ép, kiểm tra lại vị trí chảy máu và cầm máu lại vết thương.
2. Thiếu máu đầu chi băng ép: Người bệnh đau tức, đầu chi băng ép tím. Cần nới bớt băng ép hoặc nới garô mỗi 30 phút.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI NGƯỜI BỆNH GỠ XƯƠNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Gãy xương là một tình trạng mất tính liên tục của xương, nó có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức từ một vết rạn cho đến gãy hoàn toàn của xương.

Nguyên tắc cố định xương gãy:

- Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân phải có đệm lót ở đầu nẹp, đầu xương (không cởi quần áo, cần thiết rạch theo đường chỉ).
- Cố định trên và dưới ổ gãy, khớp trên và dưới ổ gãy, riêng xương đùi bất động 3 khớp.
- Bất động chi gãy ở tư thế cơ năng: Chi trên treo tay vuông góc, chi dưới duỗi thẳng 180° .
- Trường hợp gãy kín phải kéo chi liên tục bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.
- Trường hợp gãy hở: Không được kéo nắn ấn đầu xương gãy vào trong, xử trí vết thương để nguyên tư thế gãy mà cố định.

I. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp gãy xương do bệnh lý hoặc do chấn thương nhằm giảm đau, hạn chế di lệch, hạn chế các tổn thương thứ phát.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối trong việc cố định chi gãy. Tuy nhiên không kéo nắn đầu xương gãy với gãy xương hở.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sỹ chấn thương hoặc bác sỹ đa khoa, điều dưỡng đã được đào tạo về chấn thương.

- Khử khuẩn tay, đeo găng, đội mũ, khẩu trang vô khuẩn.

2. Dụng cụ

- Nẹp: nẹp phải đảm bảo đủ độ dài, rộng và dày. Một số loại nẹp: nẹp gỗ các cỡ, nẹp Cramer, nẹp máng Beckel, nẹp hơi, nẹp plastic...
- Băng: Dùng để đệm lót vào đầu nẹp hoặc nơi ụ xương cọ xát vào nẹp
- Băng cuộn: Dùng để buộc cố định nẹp. Băng phải đảm bảo: Rộng bản, dài vừa phải, bền chắc.
- Băng dính to bản.
- Thuốc giảm đau toàn thân hoặc giảm đau tại chỗ Xylocain 2%

3. Người bệnh: Được giải thích về kỹ thuật sắp làm.

- Được giảm đau bằng thuốc giảm đau toàn thân hoặc phong bế thần kinh vùng chi bị gãy.

4. Hồ sơ bệnh án: Được làm hồ sơ cẩn thận, chụp XQ xác định tổn thương xương tuy nhiên các trường hợp cấp cứu cần cố định xương gãy trước khi cho người bệnh đi chụp XQ.

5. Nơi thực hiện: khoa cấp cứu hoặc phòng thủ thuật sạch với các gãy xương hở

IV. CÁC BƯỚC TIỀN HÀNH

- Kiểm tra lại hồ sơ người bệnh
- Khám và đánh giá lại người bệnh, xác định vị trí gãy xương.
Có nhiều cách cố định xương gãy phụ thuộc vào vị trí xương gãy

1. Gãy xương sườn và xương ức

- Dùng băng dính to bản cố định xương sườn gãy bằng cách dán nửa ngực phía bị gãy cả phía trước lẫn phía sau.

2. Gãy xương đòn: Dùng băng số 8: cần 2 người tiến hành.

Người 1: Nắm 2 cánh tay nạn nhân nhẹ nhàng kéo ra phía sau bằng một lực vừa phải, không đổi trong suốt thời gian cố định.

Người 2: Dùng băng băng kiểu số 8 để cố định xương đòn.

Chú ý: Phải đệm lót tốt ở hai hố nách để tránh gây cọ sát làm nạn nhân đau khi băng.

3. Gãy xương cánh tay

- Để cánh tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay (tư thế co).
- Đặt 2 nẹp, nẹp trong từ hố nách tới quá khuỷu tay, nẹp ngoài từ quá bả vai đến quá khớp khuỷu. (Hình 1a)
- Dùng 2 dây rộng bản buộc cố định nẹp: một ở trên và một ở dưới ổ gãy. (Hình 1b)
- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay, bàn tay để ngửa.
- Dùng băng rộng bản băng ép cánh tay vào thân mình. Thắt nút phía trước nách bên lành. (Hình 1c)

Hình 1: Kỹ thuật cố định trong gãy xương cánh tay.

4. Gãy xương cẳng tay

- Để cẳng tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc cánh tay. Lòng bàn tay ngửa.

- Dùng hai nẹp: Nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay, nẹp ngoài từ đầu các ngón tay đến quá khuỷu. (Hình 2A a) hoặc dùng nẹp Cramer tạo góc 90° đỡ cả xương cẳng tay và cánh tay (Hình 2B)
- Dùng 3 dây rộng bản buộc cố định nẹp bàn tay, thân cẳng tay (trên, dưới ổ gãy) (Hình 2A b)
- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực. (Hình 2Ac)



Hình 2: Kỹ thuật cố định trong gãy xương cẳng tay với nẹp gô(A) và nẹp Cramer (B).

5. Gãy xương cột sống

- Đặt người bệnh nằm thẳng trên ván cứng.
- Tùy thuộc người bệnh nghi ngờ tổn thương vùng cột sống nào mà lựa chọn đặt nẹp cột sống cổ, ngực hoặc thắt lưng cho người bệnh rồi chuyển đến cơ sở chuyên khoa.

6. Gãy xương đùi : Cần 3 người làm.

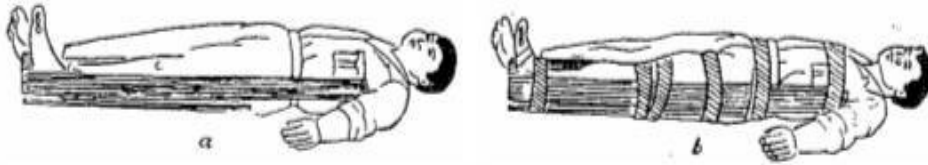
Người thứ nhất: luôn tay đỡ đùi ở phía trên và phía dưới ổ gãy.

Người thứ hai: đỡ gót chân và giữ bàn chân ở tư thế luôn vuông góc với cẳng chân.

Người thứ ba: đặt nẹp. Cần đặt 3 nẹp. (Hình 3 a)

- + Nẹp ngoài từ hố nách đến quá gót chân
- + Nẹp dưới từ vai đến quá gót chân
- + Nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân

Dùng dải dây rộng bản để buộc cố định nẹp ở các vị trí: trên ổ gãy, dưới ổ gãy, cổ chân, ngang ngực, ngang hông, dưới gối (Hình 3b)



Hình 3: Kỹ thuật cố định trong gãy xương đùi.

7. Gãy xương cẳng chân.

Cần 2 nẹp dài bằng nhau và 3 người làm:

Người thứ nhất: đỡ nẹp và cẳng chân phía trên và dưới ổ gãy.

Người thứ hai: Đỡ gót chân, cổ chân và kéo nhẹ theo trục của chi, kéo liên tục bằng một lực không đổi.

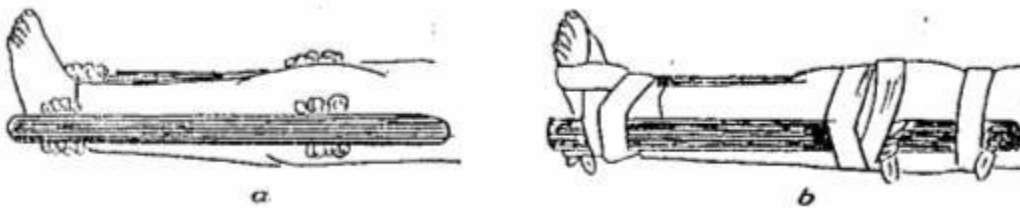
Người thứ ba: Đặt 2 nẹp (Hình 4 a)

Nẹp trong từ giữa đùi đến quá gót.

Nẹp ngoài từ giữa đùi đến quá gót.

Hoặc đặt nẹp Cramer tạo góc 90° đỡ bàn chân và cẳng chân (Hình 5 a)

- Buộc dây cố định nẹp ở các vị trí: Trên ổ gãy và dưới ổ gãy, đầu trên nẹp và băng số 8 giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.(Hình 4 b)



Hình 4: Kỹ thuật cố định trong gãy xương cẳng chân bằng nẹp gỗ.



Hình 5: Kỹ thuật cố định trong gãy xương cẳng chân bằng nẹp Cramer.

V. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, tình trạng đau của người bệnh.
- Kiểm tra tưới máu vùng ngón chi bị gãy và cố định
- Các tổn thương khác đi kèm nếu có.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Di lệch xương gãy:** Do cố định xương chưa tốt hoặc kéo nắn xương chưa thẳng trục. Cần chụp XQ kiểm tra và nẹp cố định lại xương gãy tránh di lệch.

CHƯƠNG 10: QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH

QUY TRÌNH KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Vận chuyển người bệnh cấp cứu là việc di chuyển người bệnh cấp cứu từ nơi này đến nơi khác để thực hiện các biện pháp cấp cứu, chẩn đoán hoặc điều trị cho người bệnh, đây một công việc rất khó khăn, phức tạp, bản thân người bệnh luôn có nguy cơ diễn biến nặng lên hoặc xuất hiện các biến chứng trong quá trình vận chuyển do diễn biến của bệnh hoặc do chính kỹ thuật vận chuyển không đúng. do đó, công tác vận chuyển người bệnh cấp cứu cần đảm bảo đúng các kỹ thuật vận chuyển nhằm hạn chế các biến cố nguy hiểm do vận chuyển cho người bệnh và đảm bảo an toàn cho người thực hiện làm công tác vận chuyển.

II. CHỈ ĐỊNH VẬN CHUYỂN

- Chuyển người bệnh ra khỏi nơi nguy hiểm như cháy, nổ, sập nhà, hiện trường tai nạn, thảm họa,..
- Vận chuyển người bệnh từ gia đình, ngoài cộng đồng, nơi công cộng, nơi lao động sản xuất,. đến các cơ sở y tế.
- Vận chuyển người bệnh từ cơ sở y tế này đến cơ sở y tế khác, chuyển người bệnh giữa các khoa phòng, chuyển người bệnh đi làm thăm dò, xét nghiệm, can thiệp,..

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên cấp cứu, người hỗ trợ,.. số lượng tùy thuộc vào số lượng người bệnh cần vận chuyển.
- Số lượng Người thực hiện tham gia vận chuyển tùy thuộc vào tình hình thực tế nhưng phải đảm bảo tối thiểu là hai Người thực hiện để vận chuyển người bệnh, nếu trường hợp người bệnh nặng có nguy cơ rối loạn nặng chức năng sống hoặc có nguy cơ phải can thiệp nên có bác sĩ tham gia vận chuyển, Người thực hiện vận chuyển phải chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án và các tài liệu liên quan, ghi chỉ định vận chuyển và ghi diễn biến trong quá trình vận chuyển. lựa chọn tư thế và kỹ thuật vận chuyển phù hợp cho người bệnh. Người thực hiện vận chuyển phải xác định rõ ràng lộ trình vận chuyển và nơi sẽ chuyển người bệnh tới.

2. Phương tiện, dụng cụ

- 2.1. Vật tư tiêu hao, dụng cụ: Dây truyền dịch, găng sạch, bơm kim tiêm, catheter ngoại biên, ống nghe, huyết áp, ống nội khí quản, oxy, bóng mask, cáng, ô tô vận chuyển,...

2.2. Dụng cụ cấp cứu trong khi vận chuyển: Tùy theo tình trạng người bệnh và khả năng trang thiết bị và thuốc để chuẩn bị cho quá trình vận chuyển. thông thường các phương tiện và thuốc cơ bản cần thiết gồm máy theo dõi người bệnh monitoring, máy phá rung, oxi, bóngambu mặt nạ, ống nội khí quản, bình oxy,..thuốc tối thiểu cấp cứu: adrenalin, atropin, lidocain, thuốc duy trì salbutamol, vận mạch, máy truyền dịch, bơm tiêm điện. nếu người bệnh cần thở máy các máy thở khi vận chuyển phải đảm bảo các chức năng cơ bản và an toàn cho người bệnh

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và/hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh về việc cần thiết và mục đích của việc vận chuyển người bệnh và các lợi ích, các rủi ro, nguy cơ và các biến chứng nguy hiểm có thể gặp trong khi vận chuyển.
- Đánh giá tình trạng người bệnh, thảo luận giữa các Người thực hiện vận chuyển về tình trạng người bệnh, các chú ý về theo dõi, chăm sóc và điều trị của người bệnh, giải thích cho người bệnh (nếu người bệnh tỉnh) hoặc người nhà người bệnh về việc vận chuyển người bệnh và dự kiến những khó khăn trong quá trình vận chuyển.
- Đặt người bệnh nằm tư thế thuận lợi để dễ tiếp cận, dễ vận chuyển. cho thở oxy, mắc máy monitoring theo dõi, đặt đường truyền tĩnh mạch,..nếu vận chuyển người bệnh di xa.
- Kỹ thuật vận chuyển được thực hiện khi cần vận chuyển người bệnh trong các tình huống như: Vận chuyển người bệnh ra khỏi nơi bị nạn, từ gia đình nạn nhân đến bệnh viện, từ cộng đồng đến cơ sở y tế, từ phòng cấp cứu vào các khoa trong bệnh viện, từ Khoa cấp cứu đến các phòng thăm dò chức năng trong bệnh viện, ngoài bệnh viện,...

4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án

- Ghi chép chỉ định thực hiện kỹ thuật vận chuyển vào bệnh án.
- Kiểm tra lại các xét nghiệm
- Phiếu ghi chép về kỹ thuật vận chuyển và quá trình thực hiện kỹ thuật.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH

1. **Kiểm tra hồ sơ:** Kiểm tra lại hồ sơ về chỉ định chống chỉ định của việc vận chuyển người bệnh,...
2. **Kiểm tra lại người bệnh:** Khám lại, đánh giá lại chức năng sống của người bệnh
3. **Thực hiện kỹ thuật**

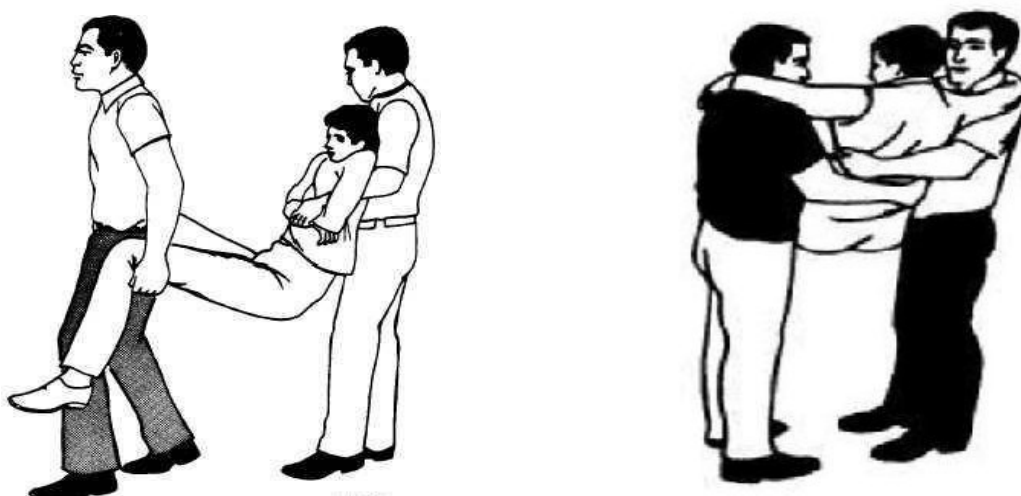
3.1. Kỹ thuật nâng và chuyển người bệnh:

Các kỹ thuật này nhằm đưa người bệnh ra khỏi khu vực nguy hiểm như cháy, nổ, nước, điện,.. kỹ thuật nâng người bệnh phải dựa hoàn toàn vào sức lực của người thực hiện kỹ thuật, do đó trước khi nâng và chuyển người bệnh cần đánh giá nhanh tình trạng người bệnh và khả năng có thể đủ sức nâng được NGƯỜI BỆNH lên hay cần sự hỗ trợ để đưa NGƯỜI BỆNH vượt qua được khoảng cách đến vị trí định trước (hình 1).



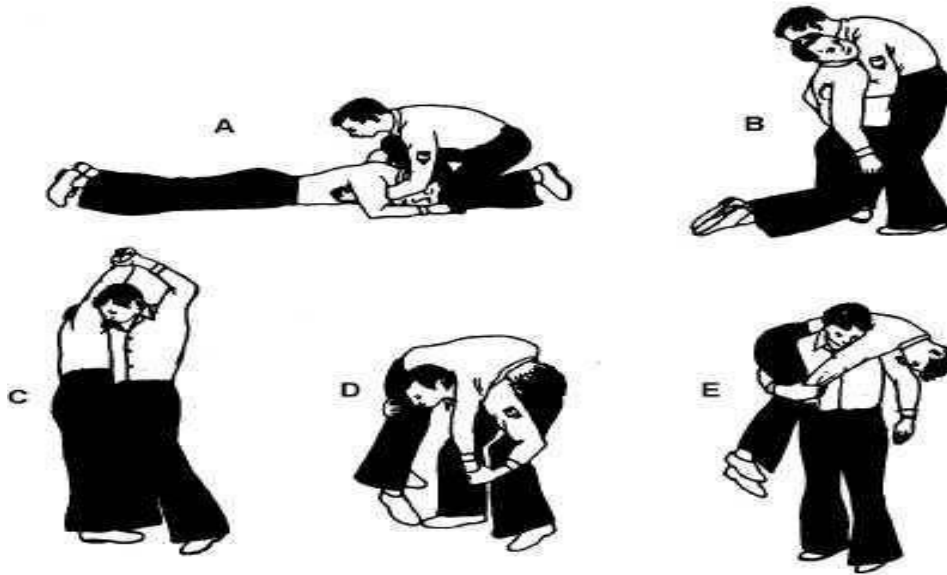
Hình 1: một số kỹ thuật nâng người bệnh

Cố gắng tận dụng các phương tiện sẵn có một cách hiệu quả. khi di chuyển người bệnh nên đi chậm, Người thực hiện vận chuyển cần sử dụng các động tác phối hợp để tận dụng cơ lực của mình một cách hiệu quả để chuyển người bệnh đến nơi an toàn gần nhất hoặc chuyển được người bệnh lên cáng hoặc các phương tiện vận chuyển khác. nếu có nhiều người tham gia cần phối hợp chặt chẽ và thường xuyên giữa các Người thực hiện trong suốt quá trình vận chuyển để đảm bảo an toàn cho người bệnh và hỗ trợ lẫn nhau (hình 2).



Hình 2: một số kỹ thuật chuyển và di dời người bệnh đơn giản

Một số kỹ thuật chuyên và di dời người bệnh có thể vận dụng trong những tình huống đặc biệt như kéo người bệnh bằng cách nắm lấy cổ áo người bệnh hay đặt người bệnh lên một tấm chăn rồi kéo người bệnh về phía trước, nhưng phải tôn trọng trục thẳng của cơ thể, hoặc người thực hiện kỹ thuật luôn hai tay qua nách người bệnh từ phía sau và kéo người bệnh về phía trước (hình

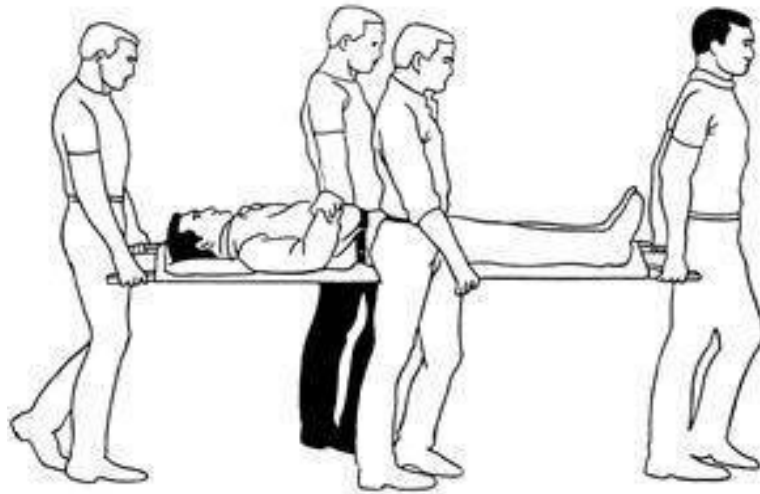


3).

Hình 3: một số kỹ thuật chuyên và di dời khẩn cấp

3.2. Kỹ thuật khiêng an toàn

Khi đã chuyển được người bệnh lên cáng hoặc các phương tiện vận dụng phù hợp (ván,..) chỉ thực hiện động tác khiêng khi đã nắm chắc tay vào cáng, cáng phải sát vào thân mình, trong khi khiêng lưng phải thẳng, không nên bước dài, đầu giữ thẳng, di chuyển nhẹ nhàng tránh các động tác đột ngột, xóc nảy làm các cơ của người khiêng cáng hoạt động quá sức dẫn đến nhanh mỏi cơ và tổn thương cơ. phối hợp nhịp nhàng với đồng nghiệp, khi khiêng cáng ở những địa hình đặc biệt cần chú ý nguyên tắc khi đi xuống dốc (hoặc xuống cầu thang) phía chân người bệnh đi trước, khi lên dốc (hoặc lên cầu thang) phía đầu NGƯỜI BỆNH đi trước (hình 4).



Hình 4: một số kỹ thuật khiêng cáng an toàn

3.3. Kỹ thuật chuyển người bệnh từ cáng vào giường bệnh và ngược lại

3.3.1. Kỹ thuật kéo sang ngang:

Thường cần có 3 nhân viên, nếu người bệnh chấn thương, nghi có tổn thương cột sống cổ, cần có thêm 1 Người thực hiện để giữ đầu người bệnh luôn thẳng trục với thân mình. Đặt cáng sát cạnh vào giường, mặt cáng và mặt giường ngang nhau, trong trường hợp có các phương tiện chuyên dụng như tấm lăn đặt dưới lưng người bệnh việc chuyển sẽ thuận lợi hơn, nếu NGƯỜI BỆNH không nằm trên ga trải, các Người thực hiện vận chuyển có thể đứng cùng một bên giường hay cáng luôn tay dưới đầu, lưng hông, đùi và chân NGƯỜI BỆNH nâng nhẹ và kéo người bệnh sang ngang.

3.3.2. Kỹ thuật —múc thìa:

Thường cần có 3 nhân viên, nếu người bệnh chấn thương, nghi có tổn thương cột sống cổ, cần có thêm 1 Người thực hiện để giữ đầu người bệnh luôn thẳng trục với thân mình. các Người thực hiện vận chuyển quỳ một chân ở cùng một bên của người bệnh, luôn tay dưới đầu, lưng hông, đùi chân người bệnh, nâng lên và cùng di chuyển giữ cho cơ thể người bệnh luôn được giữ thẳng trục (hình 5). kỹ thuật này thường áp dụng khi chuyển người bệnh lên cáng hoặc chuyển người bệnh từ cáng lên giường và ngược lại. trong kỹ thuật chuyển người bệnh từ cáng lên giường hoặc ngược lại, vị trí của cáng so với giường có thể đặt tùy theo điều kiện cụ thể để thuận lợi cho chuyển người bệnh như đặt cáng song song gần, cáng song song xa và cáng vuông góc với giường.



Hình 5: Kỹ thuật —mức thi

3.3.3. Cố định người bệnh trong khi vận chuyển:

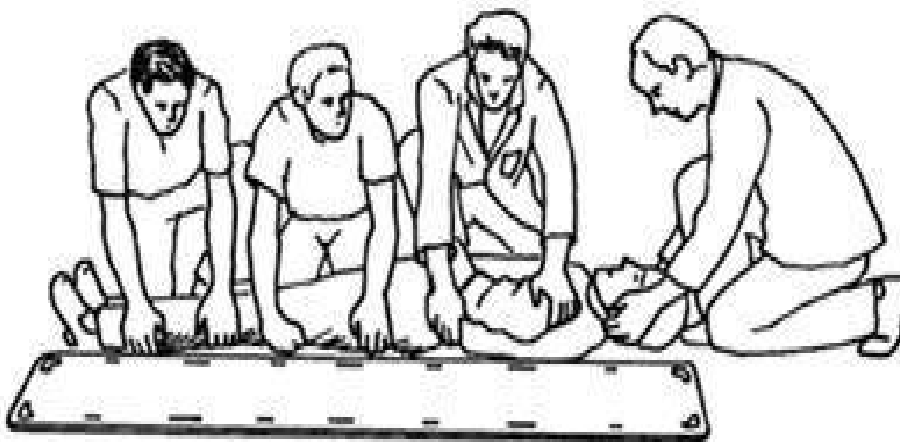
Cần chú ý đặt người bệnh ở tư thế phù hợp và đảm bảo chắc chắn trước khi chuyển người bệnh tránh nguy cơ bị ngã, rơi,...trong khi vận chuyển. nếu chuyển bằng cáng sau khi đặt người bệnh nằm trên cáng, dùng dây cố định người bệnh vào cáng, thường dùng cố định ở 3 vị trí là ngang ngực, ngang bụng, ngang chân người bệnh, có thể nâng cao đầu cáng lên nếu không có chống chỉ định. nếu không dùng cáng, cũng cần đảm bảo người bệnh đã được cố định chắc chắn trước và trong khi vận chuyển (hình 6).



Hình 6: kỹ thuật cố định người bệnh vào cáng

Đối với các người bệnh chấn thương, phải chú ý đến chấn thương cột sống, đặc biệt là chấn thương cột sống cổ. nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ cần đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa đầu bằng trên ván cứng hoặc cáng cứng, luôn giữ thẳng trục đầu, cổ và thân mình và đặt nẹp cổ cho người

bệnh, nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cũng đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, đầu bằng trên ván cứng hoặc cang cứng, cố định toàn bộ người bệnh trên cang trước khi tiến hành vận chuyển (hình 7)



Hình 7: kỹ thuật cố định người bệnh chấn thương cột sống vào cang

3.3.4. Tư thế người bệnh trong khi vận chuyển:

Trong khi vận chuyển, người bệnh có nguy cơ diễn biến nặng thêm do tiến triển của bệnh hoặc do tác động của quá trình vận chuyển, cần đặt người bệnh ở tư thế phù hợp, theo dõi diễn biến và đặt lại tư thế cho phù hợp với tình trạng mới của người bệnh, đối với NGƯỜI BỆNH bị chấn thương phải chú ý đến chấn thương cột sống, đặc biệt là chấn thương cột sống cổ, nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cổ cần đặt nẹp cổ cho NGƯỜI BỆNH và đảm bảo trục đầu, cổ và thân mình trong quá trình VC. Nếu có gãy chi phải cố định tạm thời trước khi vận chuyển và chú ý giữ bất động trong quá trình vận chuyển.

V. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG KHI VẬN CHUYỂN

Người bệnh phải đảm bảo được theo dõi chặt chẽ các chức năng sống theo dõi liên tục và ghi định kỳ điện tim, nồng độ oxy máu (spo2), theo dõi và ghi chép định kỳ huyết áp, mạch, nhịp thở, khi phát hiện người bệnh có những diễn biến bất thường trong trường hợp cần thiết có thể tạm dừng việc vận chuyển để xử trí người bệnh, phối hợp chặt chẽ giữa các Người thực hiện vận chuyển. cần lưu ý 2 thời điểm khi chuyển người bệnh từ giường lên cang và chuyển người bệnh từ cang lên giường rất dễ xảy ra các biến cố nguy hiểm hoặc bị tuột đường truyền thuốc, tuột các phương tiện theo dõi. bàn giao đầy đủ tình trạng người bệnh và diễn biến trong quá trình vận chuyển, các biện pháp điều trị đang thực hiện cho bộ phận tiếp nhận người bệnh.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GỘI ĐẦU TẮY ĐỘC CHO NGƯỜI BỆNH NẶNG NGỘ ĐỘC CẤP TẠI GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Loại bỏ chất độc qua da đầu của người bệnh.
- Dem lại sự thoải mái cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Gội đầu tẩy độc áp dụng trong trường hợp người bệnh nhiễm độc hóa chất như thuốc trừ sâu: phosphor hữu cơ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang truy mạch, sốt cao....

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện dụng cụ

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Thùng đựng nước ấm	cái	01
2	Bông không thấm nước	miếng	02
4	Chậu đựng nước bẩn	cái	01
5	Ca mức nước	cái	01
6	Dung dịch dầu gội	gói	01
7	Máy sấy tóc	cái	01
8	Lược	cái	01
9	Khăn bông to	cái	02
10	Khăn bông nhỏ	cái	01
11	Túi đựng đồ bẩn	cái	01
12	Dụng cụ thủ thuật	gói	0
13	Tấm ni lông	cái	01
14	Máng gội	cái	01
15	Dụng cụ rửa tay	gói	01

3. Người bệnh.

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp ổn định.
- Báo trước, cho người bệnh và gia đình để có thể phối hợp với điều dưỡng trong khi gội.

4. Phiếu theo dõi điều dưỡng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Dem dụng cụ tới giường bệnh
2. Phủ nilon lên gối, giường người bệnh.

3. Cho người bệnh nằm chéo trên giường đầu thấp hơn vai..
4. Choàng một khăn bông ở cổ, ngực và một khăn che vai và lưng người bệnh.
5. Nhét bông vào hai lỗ tai người bệnh.
6. Chải tóc: chải từng nắm tóc nhỏ một và chải từ ngọn tóc đến chân tóc để tránh co kéo tóc quá nhiều gây đau đớn cho người bệnh.
7. Nếu tóc rối nên xoa cồn 50 độ cho dễ chải.
8. Đặt máng gội dưới đầu người bệnh, đầu dưới của máng đặt gọn vào thùng đựng nước bẩn.
9. Đổ nước ấm ướt đều tóc.
10. Xoa dầu gội đầu lên tóc.
11. Chà sát khắp da đầu và tóc bằng những đầu ngón tay, tránh làm sây sát da đầu người bệnh.
12. Dội nước lên tóc nhiều lần cho sạch.
13. Lấy khăn nhỏ lau mặt, bỏ bông ở 2 lỗ tai người bệnh ra.
14. Kéo khăn quàng ở lưng, vai lau tóc. Sau đó dùng máy sấy, sấy cho tóc khô.
15. Chải tóc cho người bệnh.
16. Tháo máng gội cho vào thùng
17. Cho người bệnh nằm thoải mái.
18. Sắp xếp lại ghế, tủ đầu giường gọn gàng, sạch sẽ.
19. Thu dọn dụng cụ.
20. Rửa tay
21. Ghi phiếu điều dưỡng

V. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH

- Mạch.
- Nhiệt độ.
- Huyết áp.
- Nhịp thở.
- Theo dõi SpO₂ (nếu người bệnh thở máy)
- Tai biến có thể xảy ra:
 - + Lạnh, chảy máu (xây xát da đầu)
 - + Tụt catheter (người bệnh thở máy).
 - + Tụt ống nội khí quản (người bệnh thở máy).
 - + Tụt máy thở.
 - + SpO₂ giảm <90%.
- Tình trạng nhiễm độc: Da lạnh vã mồ hôi.

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Lạnh: đắp chăn hoặc tắm sưởi (nếu có).
- Tụt catheter: báo bác sĩ kiểm tra lại xem đúng vị trí chưa.

- Tụt nội khí quản: báo bác sĩ xử trí, bóp bóng oxy 100%. Chuẩn bị sẵn bộ cấp cứu đặt lại ống nội khí quản.
- Tụt máy thở: kiểm tra lại dây nối máy, lắp máy thở vào cho người bệnh.
- SpO₂ giảm: bóp bóng oxy 100% đồng thời báo bác sĩ kiểm tra người bệnh.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẮM TẮY ĐỘC CHO NGƯỜI BỆNH NẶNG NHIỄM ĐỘC HÓA CHẤT NGOÀI DA TẠI GIƯỜNG

I. MỤC ĐÍCH

- Loại bỏ chất độc qua đường da.
- Giúp sự bài tiết qua da được dễ dàng.
- Đem lại sự thoải mái cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Tắm tẩy độc áp dụng trong trường hợp người bệnh nhiễm độc hóa chất như thuốc trừ sâu phospho hữu cơ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Thận trọng khi người bệnh đang trụy mạch, shock....

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 điều dưỡng hoặc (điều dưỡng - hộ lý).

2. Phương tiện dụng cụ

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Thùng đựng nước ấm	cái	01
2	Bấm móng tay	cái	01
3	Dụng cụ thủ thuật	gói	01
4	Chậu đựng nước bẩn	cái	01
5	Ca múc nước	cái	01
6	Dung dịch xà phòng tắm	ml	20
7	Ga sạch	cái	02
8	Dụng cụ thủ thuật	gói	01
9	Bô dẹt	cái	01
10	Khăn bông to	cái	03
11	Khăn bông nhỏ	cái	02
12	Túi đựng đồ bẩn	cái	01
13	Dụng cụ bảo hộ	gói	01
14	Tắm ni lông	cái	01
15	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
16	Máy theo dõi SpO ₂ (nếu có)	cái	01
17	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
18	Quần áo người bệnh	bộ	01

3. Người bệnh.

- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp ổn định.

- Báo trước, giải thích cho người bệnh và gia đình để có thể phối hợp với điều dưỡng trong khi tắm.

4. Phiếu theo dõi điều dưỡng.

IV.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Dem dụng cụ tới giường bệnh
2. Che bình phong kín giường người bệnh.
 Phủ khăn đắp lên người bệnh.
3. Cởi quần áo dưới khăn đắp
4. Dùng khăn rửa mặt cho người bệnh.
5. Lau tai, cổ, gáy...
6. Kéo khăn đắp để lộ phần tay.
7. Trải khăn bông to từ cẳng tay đến nách, lau nhiều lần bằng xà phòng và nước đến khi sạch, lau khô. Tắm 2 tay như nhau.
 Lót nylon đặt chậu nước lên sát người bệnh rửa sạch 2 bàn tay, lau khô.
 Nếu móng tay dài, cắt móng tay cho người bệnh.
8. Chú ý thay nước mỗi khi bẩn (02 chậu nước/chu kỳ tắm)
9. Kéo khăn đắp để lộ phần ngực, bụng và hõm nách
10. Tắm ngực, bụng lau hõm nách cho người bệnh bằng xà phòng, nước sạch, rồi lau khô. Người bệnh nữ cần phải chú ý lau kỹ nếp dưới vú, lau từng bên cho người bệnh.
11. Lót nylon và khăn bông dọc theo lưng, mông, nghiêng người bệnh về một bên tắm lưng từ thắt lưng trở lên, tắm mông từ thắt lưng trở xuống, tắm sạch, lau khô.
12. Đặt nylon và khăn từ cẳng chân đến bẹn, tắm cẳng chân, đùi, bẹn, lau khô, tắm 2 chân như nhau.
13. Lót tấm nylon đặt chậu lên giường rửa sạch 2 bàn chân, lau khô. Nếu móng chân dài cắt móng chân cho người bệnh.
14. Lót nylon, đặt xô dẹt dưới mông người bệnh, rửa vùng hậu môn, sinh dục cho người bệnh.
15. Cho người bệnh nằm thoải mái, mặc quần áo cho người bệnh.
16. Thay ga trải giường, khăn đắp cho người bệnh.
17. Sắp xếp lại ghế, tủ đầu giường gọn gàng, sạch sẽ.
18. Thu dọn dụng cụ: đồ vải gửi đi giặt, các dụng cụ khác rửa bằng xà phòng nước sạch, lau khô cất vào nơi quy định.
19. Rửa tay
20. Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng

V. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH

- Mạch.
- Huyết áp.
- Nhịp thở.
- Nhiệt độ.
- Theo dõi SpO₂ (nếu người bệnh thở máy).
- Tai biến có thể xảy ra:
 - + Rét run.
 - + Tụt catheter (người bệnh nặng thở máy).
 - + Tụt ống nội khí quản (người bệnh nặng thở
 - + Tụt máy thở
 - + SpO₂ giảm <90% (người bệnh thở máy).
- Tình trạng nhiễm độc: Da lạnh, vã mồ hôi...

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Rét run: đắp chăn hoặc tắm sưởi (nếu có).
- Tụt catheter: báo bác sĩ kiểm tra lại xem đúng vị trí chưa.
- Tụt nội khí quản: báo bác sĩ xử trí, bóp bóng oxy 100%. Chuẩn bị sẵn bộ cấp cứu đặt lại ống nội khí quản.
- Tụt máy thở: kiểm tra lắp máy thở cho người bệnh.
- SpO₂ giảm: bóp bóng oxy 100% đồng thời báo bác sĩ kiểm tra người bệnh.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT XOA BÓP PHÒNG CHỐNG LOÉT

(Một ngày)

I. ĐẠI CƯƠNG

- + Xoa bóp có hiệu quả rất hữu ích làm giảm đau, giảm phù nề và di động các lớp mô co thắt
- + Tăng tuần hoàn dinh dưỡng tại chỗ
- + Tăng cường phục hồi các cơ liệt
- + Ngăn cản quá trình teo cơ khi thương tổn thần kinh trung ương
- + Làm mềm gân cơ dây chằng co rút

II. CHỈ ĐỊNH

- + Liệt hoàn toàn
- + Liệt nửa người
- + Liệt chi
- + Hạn chế vận động
- + Người bệnh nằm lâu
- + Người bệnh hôn mê

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- + Tình trạng nhiễm trùng bởi vì xoa bóp có thể phá vỡ hàng rào ngăn chặn ổ nhiễm trùng không cho lan rộng
- + Ung thư vì các mô ung thư hay các di căn có thể lan rộng đi xa do tác dụng cơ học của xoa bóp
- + Chống chỉ định một số bệnh ngoài da vì xoa bóp có thể gây nhiễm cho người bệnh hoặc gây tình trạng da bị kích thích hoặc bị tổn thương. Đối với người bệnh suy yếu phải thận trọng không xoa bóp trên các vùng mới mọc da non
- + Đối với trường hợp viêm tĩnh mạch huyết khối xoa bóp rất nguy hiểm vì có thể làm vỡ các cục huyết khối di chuyển theo đường tuần hoàn và gây tình trạng nghẽn mạch.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh(nếu người bệnh tỉnh) mục đích và lợi ích của xoa bóp
- Người bệnh phải được thư giãn thoải mái, áo quần không quá chật đặc biệt là nơi gần điều trị. Chỉ cần để hở vùng điều trị xoa bóp chứ không

nên bắt người bệnh phải trần trụi một cách không cần thiết có thể gây nhiễm lạnh và cả sự lúng túng ngượng ngùng cho người bệnh

2. Người thực hiện

- Người điều trị cần phải thư giãn và ở một tư thế thoải mái sao cho các thao tác thực hiện dễ dàng và không phải thay đổi vị trí đứng hoặc phải có những động tác không cần thiết.
- Đội mũ, đeo khẩu trang

3. Dụng cụ

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Găng sạch	đôi	01
2	Khăn bông to	Cái	01
3	Khăn trải giường	Cái	01
4	Gối	Cái	01
5	Dầu xoa , Sanyren	ml	15
6	Máy hút đờm (nếu cần)	bộ	01
7	Dụng cụ bảo hộ	Cái	01
8	Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V.CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Sử dụng dầu thoa thuốc mỡ hoặc bột tan trước khi thực hiện xoa bóp.

1. Kỹ thuật vuốt về

- Bước 1: xoa ở phần bị liệt, bị yếu cơ và hạn chế vận động trước.
- + Xoa bóp vuốt về được thực hiện bằng cách vuốt về trên mặt da. Lực vuốt khởi đầu từ xa tiến tới phần gần để tạo thuận lợi cho sự lưu thông máu.
- + Hai bàn tay có thể rời phần cuối của động tác và trở lại điểm khởi đầu, cử động cần có nhịp điệu, sự tiếp xúc cũng như giải tỏa đều được thực hiện một cách dịu dàng và không đột ngột sự vuốt về có thể thực hiện nông hoặc sâu trong vuốt về sâu hướng của lực rất quan trọng vì mục tiêu chính là tạo thuận cho sự lưu thông tuần hoàn và chuyển di các chất dịch tích đọng hay phù nề.
- + Thực hiện kỹ thuật vuốt mỗi 5 – 10 lần một vị trí
- Bước 2: xoa chi trên, chi dưới , toàn thân vùng lành.
- + Thực hiện kỹ thuật vuốt mỗi 5 – 10 lần một vị trí

2. Kỹ thuật nhào bóp

Kỹ thuật nhào bóp bao gồm xoa ép và trà xát. Có thể xem như một cử động theo đó các mô mềm được nhấc lên giữa các ngón tay và thực hiện một cách luân phiên tạo cử động trong giới hạn của chính cơ đó. Kỹ thuật này không

theo một hướng đặc biệt nào do được sử dụng di chuyển các chất dịch trong mô và tạo nên cử động trong cơ nhằm kéo giãn các kết dính.

- Ưu tiên xoa bóp cho phần bị liệt, bị yếu và hạn chế vận động
- Thực hiện kỹ thuật nhào mỗi vị trí 5-10 lần.
- Kết hợp xoa bóp với lăn trở và vỗ rung cho người bệnh thì khả năng phòng chống loét sẽ tốt hơn.
- Khi xoa bóp chi thì xoa bóp từ phía đầu chi hướng dần về phía gốc chi. Khi vỗ rung phổi thì vỗ từ đáy phổi dần lên trên, từ ngoài vào trong để dần dần đẩy về phía rốn phổi giúp người bệnh ho khạc và hút đờm dễ dàng hơn
- Người bệnh cần được vệ sinh sạch sẽ, khô thoáng kết hợp với bôi Saryren để làm tăng sức khỏe cho da.
- Trong khi làm thủ thuật cần nhẹ nhàng nói chuyện và động viên người bệnh, nhằm giúp cho người bệnh có cảm giác thoải mái và yên tâm vào động tác của kỹ thuật viên.

Chú ý: Sự khéo léo là cần thiết trong kỹ thuật xoa bóp, tránh gây đau và sự sợ hãi cho người bệnh. Một cơ giãn nghỉ có những tính chất vật lý giống như một chất lỏng được bọc trong một lớp màng, do đó áp suất đè trên bất cứ phần nào của cơ cũng đều dẫn truyền tỏa ra theo mọi hướng. Như vậy áp xuất cũng được truyền xuống dưới các cơ ở dưới sâu hơn. Ngược lại, cơ căng cơ co thắt sẽ mang tính chất vật lý của một vật cứng và không truyền lực như cơ thư giãn.

Đánh giá hiệu quả: sau khi hoàn thành xoa bóp, người bệnh sẽ được cải thiện về cơ lực và cảm giác của người bệnh sẽ dễ chịu, thoải mái và hạnh phúc.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh rối loạn ý thức, giãy dụa, có thể bị nôn sặc trong khi xoa bóp nếu không xoa bóp đúng kỹ thuật.
- Người bệnh có thể hít phải dịch vị.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Báo bác sĩ
- Hút đờm, dịch đọng ở miệng

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG RẮN CẮN HOẠI TỬ RỘNG, BỎNG RỘNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thay băng rắn cắn hoại tử rộng, bông rộng hàng ngày nhằm mục đích :

- Đánh giá tình trạng vết thương
- Hạn chế nhiễm khuẩn cho người bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương do rắn độc cắn
- Vết bông nhiễm trùng hoại tử.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện : 02 điều dưỡng

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

2. Dụng cụ:

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	Ml	500
7	Oxy già (nếu cần)	Ml	20
8	Tấm ni lông	Cái	01
9	Túi đựng đồ bẩn	Cái	01

3. Người bệnh: giải thích, động viên người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án.

V. TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ xem lại y lệnh của bác sỹ, kiểm tra người bệnh
2. Trải nilon dưới vết thương.
3. Mở hộp chăm sóc, rót dung dịch nước muối sinh lý 0,9% ra bát kê.
4. Điều dưỡng đi găng sạch bọc lộ vết thương.
5. Tháo bỏ băng cũ, đánh giá tình trạng vết thương về mức độ viêm, hoại tử.
6. Thay găng vô khuẩn, dùng kẹp phẫu tích gấp gạc củ ấu đã tẩm nước muối sinh lý 0,9% rửa vết thương theo thứ tự:
Rửa từ mép vết thương ra xung quanh theo hình xoáy tròn ốc.

Thay gạc củ ầu rửa bên trong vết thương bằng dung dịch nước muối sinh lý 0,9% đến khi sạch.

7. Thấm khô vết thương bằng bông gạc, sát khuẩn vết thương lần 2 bằng gạc củ ầu thấm PVP 10%. Nếu vết thương tổn thương rộng có thể đắp gạc tẩm PVP 10%.
8. Đắp gạc che kín vết thương và băng lại.
9. Tháo bỏ găng bảo
10. Để người bệnh về tư thế thoải mái
11. Thu dọn dụng cụ.
12. Điều dưỡng rửa tay, ghi phiếu chăm sóc.

VI. THEO DÕI

Hằng ngày theo dõi tình trạng vết thương, xem dịch thấm băng nhiều hay ít để có kế hoạch thay băng trong ngày. Nếu dịch thấm ướt lớp gạc ngoài cùng cần thay băng ngay.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Nhiễm trùng bệnh viện: do lây nhiễm các vi khuẩn bệnh viện, thường là kháng thuốc, điều trị rất khó khăn. Vì vậy khi thay băng cần tuân thủ nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BỌC DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

I. MỤC ĐÍCH

- Dẫn lưu nước tiểu nhằm theo dõi lượng nước tiểu cho người bệnh nam giới.
- Giữ vệ sinh cho người bệnh

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh hôn mê tiểu tiện không tự chủ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương bộ phận sinh dục

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng

Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

2. Người bệnh: Giải thích, động viên người bệnh

3. Phương tiện

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	100
7	Bao cao su bọc tiểu	cái	01
8	Túi dẫn lưu nước tiểu	cái	01

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Rửa sạch bộ phận sinh dục
2. Vệ sinh đầu dương vật bằng nước muối sinh lý 0,9%
3. Sát khuẩn PVP iodine 10% đầu dương vật
4. Bọc bao cao su vào dương vật của người bệnh, dùng băng dính cố định (không quá chặt hoặc quá lỏng).
5. Nối bao cao su với túi dẫn lưu nước tiểu.
6. Cố định hệ thống dẫn lưu vào giường bệnh
7. Tháo bỏ găng
8. Để người bệnh ở tư thế thoải mái.
9. Thu dọn dụng cụ.
10. Điều dưỡng rửa tay, ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng

VI. THEO DÕI

Số lượng, tính chất nước tiểu, cầu bàng quang

VI. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tắc niệu đạo do băng chặt dẫn đến cầu bàng quang: nới lỏng băng
- Phù nề dương vật, viêm niệu đạo dẫn đến nhiễm trùng: thay bọc dẫn lưu thường xuyên, rửa và sát khuẩn dương vật 1-2 lần/ ngày.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG RẮN CẢN HOẠI TỬ

I. ĐẠI CƯƠNG

Rắn cản gây hoại tử vết thương có thể gây sốc nhiễm khuẩn dẫn đến tử vong vì vậy việc thay băng rắn cản hoại tử hàng ngày nhằm mục đích:

- Đánh giá tình trạng hoại tử vết thương.
- Xử trí hạn chế nhiễm khuẩn

II. CHỈ ĐỊNH

Vết thương do rắn cản hoại tử.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 điều dưỡng

Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

2. Dụng cụ:

STT	Dụng cụ	Đơn vị	Số lượng
1	Dụng cụ tiêu hao	gói	01
2	Dụng cụ rửa tay, sát khuẩn	gói	01
3	Dụng cụ bảo hộ	bộ	01
4	Dụng cụ thủ thuật	bộ	01
5	Dụng cụ chăm sóc, thay băng vô khuẩn	bộ	01
6	Nước muối Natriclorua 0,9%	ml	500
7	Oxy già (nếu cần)	ml	20
8	Tấm ni lông	cái	01
9	Túi đựng đồ bẩn	cái	01

3. Người bệnh: giải thích, động viên người bệnh

4. Phiếu theo dõi chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ xem lại y lệnh của bác sĩ, kiểm tra người bệnh
2. Trải nilon dưới vết thương.
3. Mở hộp chăm sóc, rót dung dịch nước muối nước muối sinh lý 0,9%, ra bát kê.
4. Điều dưỡng đi găng sạch bọc lộ vết thương.
5. Tháo bỏ băng cũ, đánh giá tình trạng vết thương về mức độ viêm, hoại tử
6. Thay găng vô khuẩn, dùng kẹp phẫu tích gấp gạc củ ấu đã tẩm oxy già và rửa vết thương cho người bệnh, sau đó rửa vết thương bằng nước muối sinh lý 0,9%, rửa vết thương theo thứ tự:
Rửa từ mép vết thương ra xung quanh theo hình xoáy tròn ốc.

Thay gạc củ ấu rửa bên trong vết thương bằng dung dịch nước muối sinh lý 0,9% đến khi sạch.

7. Thấm khô vết thương bằng bông gạc, sát khuẩn vết thương lần 2 bằng gạc củ ấu thấm PVP 10%. Nếu vết thương tổn thương rộng có thể đắp gạc tấm PVP 10%.
8. Cắt lọc phần hoại tử
9. Sát khuẩn sạch bằng PVP 10%
10. Đắp đường, băng gạc che kín vết thương và băng lại.
9. Thao bỏ găng
10. Để người bệnh tư thế thoải mái
11. Thu dọn dụng cụ.
12. Ghi phiếu theo dõi chăm sóc

VI. THEO DÕI

Hàng ngày theo dõi tình trạng vết thương, xem dịch thấm băng nhiều hay ít để có kế hoạch thay băng trong ngày.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chảy máu nếu cắt lọc sâu vào mạch máu hoặc tổ chức tân tạo: rửa sạch vết thương, đánh giá tổn thương, khâu cầm máu nếu cần.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CÂN NGƯỜI BỆNH NẶNG TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Cân người bệnh là công việc cần thiết. Đặc biệt đối với người bệnh tình trạng nặng hay đối với người bệnh nằm điều trị tại các khoa Hồi sức cấp cứu.

Cân người bệnh định kỳ giúp cho bác sỹ điều chỉnh liều lượng thuốc điều trị chính xác cho từng bệnh.

Cân người bệnh hàng ngày phát hiện mức độ thừa cân, giữ nước đối với các trường hợp: người bệnh suy thận, suy tim, có phù. Hay các người bệnh lọc máu liên tục, chạy thận nhân tạo ngắt quãng.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các người bệnh không thể cân nặng ở tư thế đứng, như: hôn mê, người bệnh thở máy, bị liệt $\frac{1}{2}$ người hoặc liệt tủy, người bệnh có chấn thương tủy cổ...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.
- Không cân ngay khi người bệnh vừa nhập viện trong tình trạng sốc, suy hô hấp, loạn nhịp tim, co giật mà chưa kiểm soát được.
- Tình trạng chấn thương cột sống, xương gãy chưa cố định
- Nếu người bệnh cần đặt ở tư thế fowler (đang phù phổi cấp nặng)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 điều dưỡng được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ: Kiểm tra cân hoạt động tốt. (Cân SCALETRONIX)

- Cáng cân
- Cân SCALETRONIX
- Găng sạch
- Dung dịch khử khuẩn bề mặt
- Khăn lau cân
- Mũ : 02 cái
- Khẩu trang : 02 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ

3. Người bệnh: đặt người bệnh tư thế nằm ngửa thẳng, đầu thấp.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa cân đến giường người bệnh.
- Test cân chỉnh lại cân trước khi cân.
- Trải cang cân lên giường người bệnh.
- Đặt người bệnh lên cang cân.
- Đặt các móc cân và tiến hành cân cho người bệnh.
- Cân xong đặt người bệnh tư thế phù hợp.
- Vệ sinh cang cân bằng dung dịch khử khuẩn, lau khô cang cân.
- Ghi vào hồ sơ bệnh án hoặc bảng theo dõi: cân nặng và ngày, giờ cân.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi sát dấu hiệu hô hấp, tuần hoàn trong suốt quá trình cân
- Theo dõi sát ống dẫn lưu (nếu có) trong quá trình cân: dẫn lưu khí màng phổi, dẫn lưu máu dịch màng ngoài tim

VII. TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG TRONG KHI CÂN

- Tụt ống nội khí quản, tụt ống nối của máy thở gây suy hô hấp.
- Tụt đường truyền tĩnh mạch đặc biệt NGƯỜI BỆNH đang truyền các thuốc vận mạch
- Chấn thương cột sống, xương gãy nặng hơn nếu chưa được cố định

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC MẮT CHO NGƯỜI BỆNH NHƯỢC CƠ

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh nhược cơ làm cho hệ cơ của người bệnh kém hoặc không có khả năng hoạt động. trong đó có nhóm cơ nâng mi mắt nên người bị bệnh nhược cơ thì mắt nhắm không kín. Những người bị nặng thì mi mắt không nhắm, không chớp được nên giác mạc mắt không được làm ướt không được bảo vệ dẫn đến khô, loét giác mạc lâu ngày gây bong giác mạc và mù lòa cho người bệnh, vì vậy phải chăm sóc mắt cho những người bệnh có liệt cơ nâng mi mắt để tránh biến chứng mù lòa cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chăm sóc mắt cho người bệnh không chớp mắt hoặc mắt không nhắm được.
- Người bệnh nhược cơ có nguy cơ tổn thương mắt.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không cần thiết phải chăm sóc mắt cho người bệnh nhược cơ còn khả năng nhắm hoặc chớp mắt.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện, dụng cụ, vật tư tiêu hao

- Găng sạch : 01 đôi
- Khay quả đậu vô khuẩn
- Bát kê
- Kẹp phẫu tích
- Kéo
- Ống cầm phanh
- Gạc củ ấu vô khuẩn
- Gạc miếng vô khuẩn
- Băng dính
- Natriclorua 0,9% - chai 250 ml
- Bơm tiêm 20ml : 01 cái
- Kim lấy thuốc : 01 cái
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ

- Thuốc theo chỉ định của bác sỹ

3. Người bệnh: Thông báo giải thích động viên cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh về việc sắp làm

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Mang dụng cụ đến giường bệnh: bóc bộ chăm sóc đồ dung dịch natriclorua 0,9% vào bát kê.
3. Đặt người bệnh nằm đầu cao 30° hoặc 45°.
4. Điều dưỡng đi găng tay sạch bóc bỏ băng cũ (nếu có).
5. Thay găng tay mới.
6. Dùng kẹp thấm nước muối natriclorua 0,9% lau mắt cho người bệnh từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới (vệ sinh đến khi sạch). Thấm khô.
7. Tra thuốc theo y lệnh.
8. Băng mắt (nếu cần): dùng băng dính băng kéo khép mi mắt xuống(chú ý kéo mi mắt che kín giác mạc không để giác mạc tiếp xúc với không khí.)
9. Thu dọn dụng cụ. Điều dưỡng tháo găng rửa tay.
10. Giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái.
11. Ghi phiếu theo chăm sóc.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi tình trạng mắt trước và sau khi chăm sóc.
- Theo dõi tình trạng liệt của mắt để có kế hoạch chăm sóc tiếp.

VII. TAI BIẾN

- Kỹ thuật không đúng, thô bạo gây tổn thương mắt, loét giác mạc.
- Nhiễm khuẩn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TẮM TẠI GIƯỜNG CHO NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắm cho người bệnh tại giường là kỹ thuật đảm bảo vệ sinh cho người bệnh, giữ da luôn sạch sẽ đem lại sự thoải mái cho người bệnh, giúp cho sự bài tiết qua da được dễ dàng, phòng tránh được lở loét và nhiễm khuẩn da.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắm tại giường cho người bệnh nặng cần chăm sóc cấp 1.
- Người bệnh phải nằm trên giường không đi lại được như: người bệnh bị gãy xương, bị liệt.
- Nên tắm cho người bệnh trước bữa ăn. Nếu tắm sau bữa ăn thì cần cách xa 1h để khỏi ảnh hưởng đến tiêu hóa.
- Người bệnh ở hồi sức tích cực được tắm hàng ngày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị bệnh quá nặng, huyết động không ổn định, có nguy cơ ngừng tuần hoàn, đang trụy mạch, shock.
- Người bệnh đa vết thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu, Người thực hiện phụ chăm sóc đã được đào tạo

2. Dụng cụ, vật tư tiêu hao

- Găng sạch
- Dụng cụ đo nhiệt độ nước
- Nước ấm
- Thùng đựng nước sạch
- Thùng đựng nước bẩn
- Chậu đựng nước
- Cốc mức nước
- Bấm móng tay
- Bột tal
- Bô dẹt
- Tấm ni lông
- Bình phong
- Quần áo
- Ga

- Giấy ướt
- Khăn bông to
- Khăn bông nhỏ
- Gạc củ ấu
- Kim Kocher
- Khay chữ nhật
- Túi đựng đồ bẩn
- Thuốc chống loét
- Natriclorua 0,9% - chai 250 ml
- Cồn 90°
- Povidin 105
- Dung dịch tắm khô
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ
- Khẩu trang
- Anios Gel sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay Savondoux
- Dung dịch khử khuẩn Hexanios
- Máy theo dõi (khẩu hao 5 năm)
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp

3. Người bệnh

- Nếu người bệnh tỉnh động viên, giải thích trước.
- Giúp người bệnh đi đại tiện hoặc tiểu tiện trước (nếu người bệnh tỉnh)

4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án: phiếu chăm sóc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng savondoux dưới vòi nước, độ mũ, đeo khẩu trang.
2. Mang dụng cụ đã chuẩn bị đến bên người bệnh.
3. Che bình phong, cho người bệnh nằm ngay ngắn trên giường.
4. Điều dưỡng và hộ lý đi găng, trải nilon, cắt móng tay, móng chân (nếu có).
5. Dùng cốc mức nước sạch ra chậu nhỏ.
6. Lau mặt: lót khăn dưới đầu, dùng 01 khăn mặt nhỏ làm ướt khăn bằng nước ấm lau mặt, tai, cổ, gáy. Chú ý lau kỹ vùng cổ.

7. Tắm tay: Trải khăn bông to dưới cẳng tay đến nách., lau từ cổ tay tới nách (chú ý lau kỹ vùng hõm nách) Tắm xà phòng rồi đến nước sạch, lau khô. tắm tay phía xa trước, tay phía gần sau. Cho từng bàn tay người bệnh vào chậu nước, rửa sạch, lau khô. (thay nước mỗi khi nước bẩn).
8. Tắm ngực và bụng: Lấy rốn chia làm ranh giới, lau từ rốn lên, tắm ngực trước, lau từ rốn xuống, tắm bụng sau. Tắm xà phòng trước rồi đến nước sạch, lau khô.
9. Tắm chân: Trải khăn bông to từ gót đến bẹn, tắm từ cổ chân tới bẹn, Tắm xong 1 chân rồi sang chân đối diện. Cho từng bàn chân vào chậu nước, rửa sạch, lau khô. Bỏ khăn bông ra.
10. Rửa vùng sinh dục:
 - Trải khăn dưới mông và đặt người bệnh nằm ngửa, đặt xô dưới mông, đặt khay hạt đậu giữa 2 đùi.
 - Rửa vùng sinh dục với người bệnh là nam giới: lấy một miếng gạc lót tay nâng nhẹ dương vật lên, rửa quanh lỗ tiểu dọc theo dương vật từ trên xuống, chú ý rửa các nếp bao quanh quy đầu. Cuối cùng rửa hậu môn vùng mông, thấm khô.
 - Người bệnh là nữ: dùng cốc múc nước dội, dùng kẹp kocher gấp gạc củ ấu rửa vùng sinh dục chú ý rửa kỹ các nếp, rửa từ trên xuống dưới, Mỗi lần rửa phải thay gạc mới. Cuối cùng rửa phần hậu môn cũng rửa từ trên xuống, và thấm khô.
11. Tắm lưng 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.
 - Xoa bóp vùng lưng mông: Dùng gạc thấm cồn xoa vào lưng và mông, để khô. Xoa dung dịch sanyren phòng chống loét vào các vùng tỳ đè. Chú ý các ụ xương.
12. Bỏ nilon, mặc quần áo, giúp người bệnh trở lại tư thế thoải mái.
13. Thu dọn dụng cụ, rửa bằng xà phòng, nước sạch, lau khô cất về đúng nơi quy định. Tháo găng tay, rửa tay bằng xà phòng Savondoux.
14. Ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng.

Chú ý:

Thay nước mỗi khi nước bẩn, và thay nước mới khi tắm sang vùng khác của cơ thể. Khăn lau từng vùng cơ thể phải riêng. Tắm bằng xà phòng trước rồi lau lại bằng nước sạch sau.

VI. THEO DÕI

Trong suốt quá trình chăm sóc trên người bệnh, phải chú ý theo dõi sát sắc mặt, mạch, SPO₂, nhịp thở của người bệnh, phát hiện kịp thời diễn biến bất thường của người bệnh để xử trí kịp thời.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Kỹ thuật tắm đảm bảo nhanh, sạch, tránh để người bệnh bị nhiễm lạnh, tránh để nước vào tai, mắt người bệnh, hạn chế nước rỏ xuống giường. Mùa đông cần giữ ấm cho người bệnh trong quá trình tắm và sau khi tắm xong.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG ĐẶC BIỆT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Giữ răng miệng luôn sạch để phòng nhiễm khuẩn răng miệng.
- Chống nhiễm trùng trong trường hợp có tổn thương ở miệng.
- Giảm nguy cơ viêm phổi ở người bệnh có đặt nội khí quản (mở khí quản).
- Giúp người bệnh thoải mái dễ chịu ăn ngon.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đối với người bệnh có chỉ định chăm sóc hộ lý cấp I.
- Người bệnh hôn mê, người bệnh có đặt ống nội khí quản- mở khí quản.
- Người bệnh không thể tự vệ sinh răng miệng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Găng sạch
- Khay quả đậu
- Que đũa lưỡi
- Ống hút đờm
- Bơm tiêm 20ml : 01 cái
- Bơm tiêm 10ml : 01 cái
- Kim lấy thuốc : 01 cái
- Dây hút silicon
- Bàn chải đánh răng loại nhỏ
- Cốc đựng nước
- Túi nilon đựng đồ bẩn
- Canuyn mở miệng
- Kem đánh răng
- Dung dịch súc miệng
- Khăn bông nhỏ
- Gạc củ ấu
- Kìm Kocher không máu
- Khay chữ nhật
- Natriclorua 0,9% - chai 250 ml
- Mũ : 01 cái

- Khẩu trang : 01 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, mặt nạ bóp bóng.
- Bộ dụng cụ đặt ống nội khí quản, mở khí quản cấp cứu.

3. Người bệnh

- NGƯỜI BỆNH nằm ngửa đầu cao 30⁰, đầu nghiêng một bên đối với người bệnh hôn mê.
- Giải thích động viên người bệnh hặc gia đình người bệnh về việc sắp làm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Thông báo giải thích cho người bệnh hoặc người nhà về mục đích của việc vệ sinh răng miệng.
- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
- Làm ướt bàn chải đánh răng, lấy kem đánh răng.
- Đổ dung dịch NaCl 0,9%, hoặc dung dịch súc miệng.
- Kiểm tra áp lực cuff nội khí quản (mở khí quản) nếu có.
- Trải khăn bông dưới cằm, má.
- Đặt người bệnh quay mặt về phía điều dưỡng.
- Đặt khay quả đậu cạnh má.
- Mở miệng người bệnh, tháo răng giả nếu có.
- Đánh răng cho người bệnh lần lượt các mặt răng: ngoài, trong, nhai.
- Dùng xilanh hút dung dịch súc miệng. Bơm rửa lại cho sạch miệng người bệnh.
- Với người bệnh không có răng hoặc có chấn thương vùng miệng, xương hàm. Vệ sinh miệng cho người bệnh bằng gạc củ ấu với dung dịch súc miệng.
- Lau khô miệng cho người bệnh
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

- Ghi hồ sơ bệnh án hoặc bảng theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ trong và sau khi tiến hành.
- Theo dõi tình trạng miệng của người bệnh xem có biểu hiện viêm miệng.
- Theo dõi ống nội khí quản hoặc mở khí quản có đúng vị trí không?
- Theo dõi và phát hiện sớm các tai biến và biến chứng của kỹ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Người bệnh bị sặc dung dịch súc miệng. Xử trí hút sạch dung dịch trong miệng NGƯỜI BỆNH.
- Dị vật đường thở do gãy răng hoặc tụt răng giả. Xử trí kiểm tra răng yếu, tháo răng giả trước khi tiến hành kỹ thuật.
- Chảy máu chân răng hoặc tổn thương niêm mạc miệng. Xử trí theo dõi mức độ chảy máu, nếu chảy máu nhiều báo bác sỹ điều trị để có xử trí kịp thời.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỐNG DẪN LƯU Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Ống dẫn lưu là một hệ thống ống đặt từ một vùng, một khoang của cơ thể để dẫn lưu khí, dịch, máu hoặc chất tiết ra ngoài hoặc từ cơ quan này sang cơ quan khác của cơ thể. Nên việc chăm sóc ống dẫn lưu để duy trì sự lưu thông của ống dẫn lưu. Phát hiện các biến chứng tụt ống, nhiễm khuẩn, tắc ống...

II. CHỈ ĐỊNH

Chăm sóc ống dẫn lưu cho các người bệnh có ống dẫn lưu màng phổi, màng tim, ổ bụng, vết mổ, ổ áp xe, não thất, bể thận, mật...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

- 1. Người thực hiện:** điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu
- 2. Phương tiện, dụng cụ**

2.1 Vật tư tiêu hao

- Povidin
- Găng sạch : 03 đôi
- Găng vô khuẩn : 02 đôi
- Gạc vô khuẩn
- Gạc củ ấu
- Túi dẫn lưu, bình dẫn lưu : 01 cái
- Panh
- Kéo vô khuẩn
- Kéo cắt băng dính
- Khay hạt đậu
- Bát kê
- Kẹp phẫu tích
- Băng dính
- Dây dẫn
- Tấm nilon 40 x 60 cm
- Natrichlorua 0,9% chai 250 ml
- Băng 3M
- Oxy già, etc
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái

- Dung dịch cồn sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy theo dõi: cáp điện tim, cáp đo SpO₂, cáp và bao đo huyết áp liên tục

2.2 Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, mặt nạ bóp bóng
- Bộ dụng cụ đặt nội khí quản, mở khí quản cấp cứu.

3. Người bệnh: thông báo giải thích cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh biết việc sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án: phiếu chăm sóc, bảng theo dõi dịch dẫn lưu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng đội mũ, rửa tay dưới vòi nước và dung dịch sát khuẩn, đeo khẩu trang.
2. Bộc lộ vùng có ống dẫn lưu, trải tấm nilon dưới ống dẫn lưu (nếu cần) đặt túi nilon vị trí thích hợp.
3. Điều dưỡng đi găng tay sạch tháo bỏ băng cũ nếu băng quá dính dùng ete để bóc băng dính. quan sát đánh giá chân ống dẫn lưu. đánh giá sự lưu thông của ống dẫn lưu.
4. Điều dưỡng tháo găng cũ sát khuẩn tay nhanh, mở hộp chăm sóc, đổ dung dịch vào bát kê, đi găng mới.
5. Dùng kẹp phẫu tích gấp gạc củ ấu thấm nước muối 0,9% rửa chân ống (đường kính vệ sinh > 10cm), thân ống dẫn lưu và các điểm nối của hệ thống dẫn. Vệ sinh cho đến khi sạch. Nếu chân dẫn lưu có mủ thì dùng Oxy già vệ sinh.
6. Dùng kẹp phẫu tích gấp gạc củ ấu tẩm betadin sát khuẩn chân (đường kính sát khuẩn > 10cm) và thân ống dẫn lưu, các điểm nối của hệ thống dây dẫn.
7. Dùng kẹp phẫu tích gấp gạc thấm Betadin quấn kín chân ống dẫn lưu.
8. Đặt gạc che kín chân ống dẫn lưu bằng khăn lại, dùng gạc thấm betadine quấn quanh điểm nối và băng lại.
9. Thu dọn dụng cụ ngâm dụng cụ vào dung dịch khử khuẩn sơ bộ thời gian 15 phút, Điều dưỡng tháo găng rửa tay nhanh
10. Đặt NGƯỜI BỆNH về tư thế thoải mái.
11. Rửa tay dưới vòi nước với xà phòng khử khuẩn, Ghi phiếu theo dõi.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn trong và sau khi tiến hành kỹ thuật.
- Đảm bảo quy trình chăm sóc ống dẫn lưu vô trùng
- Ống dẫn lưu luôn thông.

- Các điểm nối luôn khít tạo thành hệ thống kín.
- Đường dây truyền, dây nối luôn để trùng.
- Phát hiện chân ống có biểu hiện nhiễm trùng, dò dịch.
- Không để tụt, gập, gãy thân ống dẫn lưu.
- Theo dõi và phát hiện các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ

- Tụt dẫn lưu, chân dẫn lưu có dò dịch → báo bác sĩ.
- Gập, tắc do kỹ thuật băng không đúng → sau khi thay băng phải kiểm tra sự thông thoáng của ống.
- Nhiễm khuẩn → khi chăm sóc phải đảm bảo kỹ thuật, và nguyên tắc vô khuẩn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GỘI ĐẦU Ở NGƯỜI BỆNH HỘI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Làm sạch tóc và da đầu cho người bệnh. Giúp người bệnh thoải mái, dễ chịu.
- Phòng chống các bệnh về tóc và da đầu, đồng thời kích thích tuần hoàn cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nằm lâu không gội đầu.
- Người bệnh mắc một số bệnh về tóc và da đầu.
- Người bệnh bị dính chất độc trên đầu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không gội đầu cho người bệnh đang trong tình trạng nặng, người bệnh sốt cao.
- Người bị vết thương sọ não, vết thương cột sống cổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu hoặc Người thực hiện phụ chăm sóc đã được đào tạo.

2. Phương tiện, dụng cụ: Vật tư tiêu hao

- Găng sạch : 01 đôi
- Nhiệt kế đo nhiệt độ nước (nếu có)
- Thùng đựng nước sạch
- Máng gội đầu
- Thùng đựng nước bẩn
- Cốc mức nước
- Khăn bông to
- Khăn bông nhỏ
- Lược chải đầu
- Máy sấy tóc
- Bông không thấm nước
- Dầu gội đầu
- Ga đắp
- Quần áo
- Cồn 90 độ

- Nước ấm 30-37 độ
- Dung dịch khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái

3. Người bệnh

- Kiểm tra ý thức người bệnh, đo dấu hiệu sinh tồn cho người bệnh.
- Thông báo , giải thích cho người bệnh hoặc người nhà về việc chuẩn bị làm.

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Động viên người bệnh hợp tác cùng làm việc (nếu người bệnh tỉnh).
2. Người thực hiện rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước , đội mũ, đeo khẩu trang.
3. Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp cho người bệnh.
4. Mang dụng cụ đã chuẩn bị đến giường bệnh .
5. Đặt tư thế người bệnh trên giường thích hợp. chú ý hệ thống dây của máy thở và các dây máy theo dõi.
6. Trải khăn bông to ở dưới vai, gáy.
7. Đặt máng gội đầu.
8. Đặt đầu người bệnh vào máng
9. Choàng khăn bông lên ngực người bệnh hoặc đắp ga kín ngực
10. Chải tóc người bệnh nhẹ nhàng từ ngọn tóc đến chân tóc
11. Đặt bông không thấm nước vào tai người bệnh
12. Đi gang sạch(nếu cần)
13. Đội nước làm ướt tóc, xoa dầu gội, chà xát da đầu bằng các đầu ngón tay (1 tay đỡ đầu, 1 tay chà đầu, tránh làm xây xát da đầu, lắc đầu người bệnh).
14. Đội nước cho đến khi sạch dầu gội đầu (chú ý không để nước vào tai,mắt người bệnh)
15. Bỏ bông tai, lấy khăn bông nhỏ lau mặt, tai, cổ cho người bệnh.
16. Kéo khăn choàng lau tóc, bỏ máng gội đầu
17. Cho NGƯỜI BỆNH nằm tư thế thoải mái, lau khô tóc, sấy tóc, chải tóc, buộc tóc gọn gàng.
18. Thay ga trải giường (nếu cần)
19. Thu dọn dụng cụ, cất dụng cụ đúng nơi quy định

20. Người thực hiện rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước.

21. Ghi bảng theo dõi.

VI. THEO DÕI

Trong khi gọi đầu cho người bệnh phải theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂, ý thức, khó thở.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hạ thân nhiệt: hạn chế bằng sử dụng nước ấm
- Xử trí các tai biến chung khác theo quy trình

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỬ ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH

I. ĐẠI CƯƠNG

Theo dõi diễn biến lượng đường trong máu của người bệnh bằng máy thử và que thử. Gúp bác sỹ kiểm soát và điều trị đạt kết quả tốt cho người bệnh, nhất là những người bệnh bị tiểu đường và rối loạn điện giải.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị tiểu đường, viêm tụy cấp... theo chỉ định của bác sỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh không bị tiểu đường, hoặc người bệnh có lượng đường trong máu ổn định trong giới hạn bình thường. không có chỉ định của bác sỹ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ: vật tư tiêu hao

- Máy thử
- Que thử
- Kim thử đường máu : 01 cái
- Bông vô khuẩn
- Panh
- Găng sạch : 01 đôi
- Ống cắm panh
- Cồn 90 độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

Bảng theo dõi đường máu cá nhân, bảng chỉnh liều Insulin (nếu có).

V. TIẾN HÀNH

1. Thông báo giải thích động viên người bệnh và gia đình người bệnh mục đích của việc theo dõi đường máu.
2. Điều dưỡng rửa tay dưới vòi nước bằng xà phòng diệt khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang.
3. Bộc lộ bàn tay của người bệnh. Chọn vị trí lấy (đầu ngón tay).
4. Sát khuẩn tay nhanh

5. Điều dưỡng đi găng tay sạch, dùng kẹp phẫu tích gấp bông có tấm cồn 90 độ sát khuẩn đầu ngón tay đã chọn (sát khuẩn 2-3 lần) để khô.
6. Dùng kim tiêm vô khuẩn chích nhẹ vào ngón tay người bệnh sao cho đi qua lớp da mỏng bóp nhẹ đầu ngón tay thấy dỏm máu thì dừng lại.
7. Cho que thử vào máu. Khi trên màn hình máy có biểu tượng giọt máu thì đưa đầu kia của que thử vào giọt máu vừa nặn. khi que thử hút đủ máu thì bỏ máy và que thử ra khỏi giọt máu.
8. Chờ trong 10 giây máy hiện kết quả lượng đường trong máu của người bệnh.
9. Điều dưỡng tháo bỏ que thử khỏi máy. Thu dọn dụng cụ, tháo găng tay.
10. Rửa tay và ghi kết quả làm được vào bảng theo dõi. Báo kết quả lượng đường trong máu của người bệnh mà máy đã đo được cho bác sỹ.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu không cầm (nếu người bệnh có rối loạn đông máu).
- Kỹ thuật làm không đúng cho kết quả sai...

Chú ý:

- Khi sát khuẩn xong phải để khô mới được chọc kim lấy máu.
- Phải lấy đủ máu thì kết quả mới chính xác.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: băng ép, dự phòng bằng lấy cữ kim vừa phải
- Nhiễm khuẩn: cần tuân thủ quy trình vô khuẩn

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DỰ PHÒNG LOÉT Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. KHÁI NIỆM

- Loét là một loại tổn thương hoại tử tổ chức giữa vùng xương và vật có nền cứng. Nguyên nhân của hiện tượng này là do thiếu máu trong quá trình tì đè kéo dài ở những người bệnh bị bất động do các nguyên nhân khác nhau: tổn thương cột sống, hôn mê kéo dài, tai biến mạch máu não.....
- Dự phòng loét là chống làm tổn thương da do mất thương bì và phần trên lớp nhú của lớp bì.
- Nguyên nhân chính do tì đè thường gặp ở người bệnh hôn mê, tai biến mạch máu não, liệt tứ chi nằm lâu không được nghiêng trở.
- Các yếu tố như: ra mồ hôi nhiều, đệm cứng, ga trải giường không phẳng, đại tiểu tiện không được vệ sinh ngay cũng tạo điều kiện dễ dàng gây ra vết loét .
- Người bệnh thiếu dinh dưỡng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nằm lâu, người bệnh hạn chế vận động chân thương cột sống, gãy xương đùi...
- Người bệnh hôn mê kéo dài.
- Người bệnh tai biến mạch máu não.
- Người bệnh liệt tứ chi: guilan bare, viêm đa rễ thần kinh...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không bôi dung dịch sanyre chống loét cho các vùng đã bị loét, hay tổn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng 02 người được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1 vật tư tiêu hao:

- Găng sạch: 02 đôi.
- Ga trải giường: 02 cái
- Quần áo người bệnh: 01 cái
- Dung dịch tắm khô
- Giấy ướt
- Đệm nước
- Gối nghiêng trở người bệnh

- Túi nilon: 01 cái
- Dung dịch chống loét
- Túi đựng ga bẩn
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ: 02 cái.
- Khẩu trang: 02 cái.

3. Người bệnh: Thông báo giải thích cho người bệnh và gia đình việc sắp làm.

4. Phiếu chăm sóc điều dưỡng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Kiểm tra, thông báo, giải thích, động viên người bệnh.
3. Điều dưỡng đi găng tay sạch. Thực hiện kỹ thuật tắm cho người bệnh (nếu cần).
4. Đặt đệm nước (nếu có). Trải ga mới. Cho quần áo và ga vừa thay vào túi đựng ga bẩn.
5. Điều dưỡng bỏ găng tay vào túi nilon, sát khuẩn tay, đi găng tay mới.
6. Xịt dung dịch chống loét sanyre vào các vùng: phần ở trên xương cụt, vùng chằm, khuỷu tay, gót chân, hông tai, mắt cá chân, cổ chân. Xịt vùng nào dùng 3 ngón tay xoa tròn vùng đó đường kính 10-15 cm từ 1-2 phút.
7. Đặt người bệnh nằm nghiêng, dùng 1 gối nghiêng kê lưng cho người bệnh, 1 gối kê giữa hai chân.
8. Giúp người bệnh cảm thấy thoải mái, đắp ga cho người bệnh, dặn người bệnh những điều cần thiết.
9. Điều dưỡng thu dọn dụng cụ, rửa tay bằng xà phòng.
10. Ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi, xử trí hoặc báo bác sỹ kịp thời những diễn biến bất thường của người bệnh trong suốt quá trình làm vệ sinh và thay đổi tư thế.
- Thay đổi bên nghiêng cho người bệnh sau mỗi 2 giờ.
- Khi người bệnh nằm thẳng, kê gối nghiêng dưới gối và cẳng chân để kê cao gót, bàn chân ở tư thế cơ năng.
- Ghi vào bảng theo dõi điều dưỡng sau mỗi lần tắm, thay đổi tư thế và xoa dung dịch chống loét cho người bệnh.

*** GHI CHÚ**

- Tắm cho người bệnh 2 lần/ngày
- Xoa dung dịch chống loét 3 lần/ngày
- Thay ga khi ga bị ẩm ướt.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh đủ 1500-1800kcal/ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ: Không

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC VẾT LOÉT Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Loét là tổn thương da do mất thượng bì và phần trên lớp nhú của lớp bì, nó có thể mở rộng vào lớp dưới da, lớp cân cơ.
- Nguyên nhân gây ra loét:
 - + Do tì đè thường gặp ở người bệnh hôn mê, tai biến mạch máu não, liệt tứ chi nằm lâu không được nghiêng trở.
 - + Các yếu tố như: ra mồ hôi nhiều, đệm cứng, ga trải giường không phẳng, đại tiểu tiện không được vệ sinh ngay cũng tạo điều kiện dễ dàng gây ra vết loét .
 - + Người bệnh thiếu dinh dưỡng.
- Vị trí hay gặp:
 - + Loét vùng xương cùng cụt: Là loại tổn thương hay gặp nhất, khó phòng ngừa và điều trị nhất.
 - + Loét vùng gót chân, mắt cá chân: Cũng hay gặp, nhất là ở các người bệnh hôn mê, thở máy kéo dài, chấn thương cột sống, tổn thương mạch máu (tắc mạch, suy tĩnh mạch).
 - + Loét vùng đầu: Thường gặp ở vùng cằm, vành tai hay gặp ở các người bệnh hôn mê, bệnh lý thần kinh, thở máy kéo dài.
 - + Loét vùng mấu chuyển lớn: Ít gặp hơn, liên sọ tự nhiên với tổn thương nhỏ
 - + Loét hỗn hợp nhiều vùng.
 - + Ngoài ra còn có một số các vị trí khác ít gặp như bả vai, gáy, mũi...
- Các giai đoạn của loét:
 - + Giai đoạn 1: Chỗ da bị tì đè bị thay đổi: Da đỏ, phù nề, đôi khi xuất huyết, da ấm hơn vùng xung quanh. Tổn thương khu trú chủ yếu vùng thượng bì.
 - + Giai đoạn 2: Đỏ da và phù nề tăng lên, các bọt nước vỡ, xuất hiện vùng da đỏ xung quanh tổn thương cùng với hiện tượng viêm da tại chỗ. Da bị tổn thương dễ bị bội nhiễm hay nhiễm trùng thứ phát.
 - + Giai đoạn 3: Mất hoàn toàn phần da che phủ, các thành phần phía dưới sẽ bị lộ ra. Trong 3-5 ngày trung tâm hoại tử xuất hiện, đó là tổ chức màu đỏ xám xung quanh là vùng da đỏ phù nề, vết loét màu vàng ngay vùng trung tâm tổn thương cùng với chất mủ. Quầng đỏ và phù nề lan rộng xung quanh vùng loét. Có thể xuất hiện chảy máu ở bờ vết loét.

- + Giai đoạn 4: Tổn thương lan rộng phía dưới, đến phần cơ xương, tổn thương vùng da không tương ứng với phần tổ chức phía dưới, thông thường tổn thương theo hình côn.

II. CHỈ ĐỊNH: Những người bệnh có dấu hiệu bị loét và bị loét.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 02 điều dưỡng hoặc 1 điều dưỡng và 1 bác sỹ được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1 Vật tư tiêu hao

- Povidin
- Găng sạch: 02 đôi.
- Găng vô khuẩn: 091 đôi.
- Gạc vô khuẩn
- Gạc củ ấu
- Khay chữ nhật
- Panh vô khuẩn
- Kéo vô khuẩn
- Kéo cắt băng dính
- Khay hạt đậu vô khuẩn
- Bát kê vô khuẩn
- Kẹp phẫu tích vô khuẩn
- Hộp đựng dụng cụ khử khuẩn
- Túi nilon: 01 cái.
- Gối nghiêng: 02 cái.
- Đệm nước
- Gối nước
- Tấm nilon
- Băng dính
- Băng miếng Urgosorb
- Natri Chlorua 0,9% (200ml)
- Dung dịch chống loét Sanyren
- Dung dịch Castelan
- Oxy già
- Etc
- Bơm tiêm 10ml: 01 cái.
- Kim lấy thuốc: 01 cái.

- Mũ: 02 cái.
- Khẩu trang: 02 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ

2.3. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, mask
- Hộp chống sốc theo quy định.

3. Người bệnh

- Thông báo giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh việc sắp làm.
- Người bệnh đã được tắm rửa, thay quần áo, thay ga sạch sẽ.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu theo dõi điều dưỡng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Kiểm tra, thông báo, giải thích, động viên người bệnh, đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.
3. Bộc lộ vùng có vết loét.
4. Với người bệnh bị loét giai đoạn 1:
 - a) Dùng dung dịch Sanyren xịt và chỗ da bị tì đè, dùng 3 ngón tay xoa tròn vùng đó đường kính khoảng 10-15 cm trong 1-2 phút. Xoa dung dịch chống loét 3 lần/ ngày.
 - b) Giảm áp lực vùng tì đè:
 - Loét vùng xương cùng cụt, vùng đầu, vùng mấu chuyễn lớn, bả vai: Đặt người bệnh nằm nghiêng, dùng gối nghiêng kê cho người bệnh (1 chiếc ở lưng, 1 chiếc ở giữa hai chân), dùng gối nước kê cao gót chân, mắt cá chân. Thay đổi bên nghiêng cho người bệnh sau 2 - 3 giờ.
 - Loét vùng gót chân, mắt cá chân: Đặt người bệnh nằm thẳng, kê cao gối dưới gối và cẳng chân để gót chân và mắt cá chân không bị tì đè.

Chú ý: Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng mỗi lần xoa dung dịch chống loét và thay đổi tư thế cho người bệnh.

5. Với người bệnh bị loét giai đoạn 2 – 3 - 4:
 - a) Trải tấm nilon dưới vết loét, đặt túi nilon nơi thích hợp.
 - b) Điều dưỡng sát trùng tay bằng Aniosgel, mở bộ chăm sóc, rót dung dịch NaCl 0,9% vào bát kền, đi găng sạch.

- c) Dùng kẹp tháo bỏ băng cũ cho vào túi nilon, dùng ete bóc băng dính (nếu cần), dùng NaCl 0,9% bóc băng(nếu băng bị dính vào vết loét). Bỏ kẹp bản vào hộp đựng dung dịch khử khuẩn.
- d) Quan sát, đánh giá tình trạng vết loét.
- e) Dùng kẹp rửa vết loét bằng NaCl 0,9% từ mép vết loét→vết loét→xung quanh vết loét rộng ra khoảng 5-7 cm cho đến khi sạch.

*Loét giai đoạn 2:

- + Dùng gạc thấm khô vết loét và xung quanh vết loét.
- + Dùng betadin sát trùng xung quanh vết loét rộng khoảng 5-7 cm.
- + Dùng dung dịch Castelani bôi lên bề mặt vết loét.
- + Khi castelani và betadin đã khô, dùng gạc che kín vết loét và băng lại.

*Loét giai đoạn 3:

- + Đồ oxy già ra bát kền, dùng gạc thấm oxy già rửa sạch tổ chức mũ.
- + Dùng gạc thấm khô vết loét và xung quanh vết loét.
- + Dùng betadin sát trùng xung quanh vết loét rộng khoảng 5-7 cm.
- + Dùng miếng băng urgisorb đặt lên vết loét, dùng gạc che kín vết loét và băng lại.

*Loét giai đoạn 4:

- + Vết loét có tổ chức hoại tử: báo bác sỹ để tiến hành cắt lọc (nếu cần)
- + Dùng gạc thấm khô vết loét và xung quanh vết loét.
- + Dùng betadin sát trùng xung quanh vết loét rộng khoảng 5-7 cm.
- + Đắp thuốc theo chỉ định (có thể dùng NaCl 10% hay đường kính).
- + Dùng gạc che kín vết loét và băng lại.

6. Đặt đệm nước dưới ga cho người bệnh.

7. Đặt bệnh ở tư thế thoải mái, thích hợp và không bị tì đè lên vết loét.

8. Điều dưỡng thu dọn dụng cụ, rửa tay bằng xà phòng dưới vòi nước.

9. Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng. ghi rõ vị trí loét, giai đoạn loét, tình trạng loét ngày hôm nay so với hôm trước.

VI. THEO DÕI

Theo dõi, xử trí hoặc báo bác sỹ kịp thời những diễn biến bất thường của người bệnh trong suốt quá trình thay băng cho người bệnh.

Chú ý:

- Giảm áp lực các vùng bị tì đè.
- Thay băng lại khi băng bị dịch thấm ướt.
- Thay đổi tư thế người bệnh 2 - giờ/lần, tránh để người bệnh nằm đè lên vết loét.
- Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh đủ 1500-1800kcal/ngày.
- Ghi phiếu theo dõi điều dưỡng sau mỗi lần xoa Sanyren, thay băng, thay đổi tư thế cũng như mỗi lần cho người bệnh ăn.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu
- Nhiễm khuẩn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THAY BĂNG VẾT MỔ Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. ĐẠI CƯƠNG

Sự thành công của cuộc mổ tùy thuộc vào phần lớn sự chăm sóc người bệnh sau mổ. Giai đoạn sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý bao gồm các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, hạ nhiệt độ, nhiễm trùng vết mổ...gây ra do mê hoặc do phẫu thuật. Để phát hiện sớm các biến chứng này cần phải có Người thực hiện giàu kinh nghiệm theo dõi, chăm sóc và cần có các phương tiện theo dõi liên tục cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Những người bệnh sau mổ được thay băng theo chỉ định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

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

2- **Phương tiện, dụng cụ**

2.1 *Vật tư tiêu hao:*

- Povidin
- Găng sạch: 01 đôi.
- Găng vô khuẩn: 01 đôi.
- Gạc vô khuẩn
- Gạc củ ấu
- Panh vô khuẩn
- Kéo vô khuẩn
- Kéo cắt băng dính
- Khay hạt đậu
- Bát kê
- Kẹp phẫu tích vô khuẩn
- Băng dính
- Bơm tiêm 10ml: 01 cái.
- Kim lấy thuốc: 01 cái.
- Natri chlorua 0,9% chai 250ml
- Băng 3M
- Oxy già
- Ete
- Túi nilon: 01 cái.

- Tấm nilon
- Khay chữ nhật
- Hộp đựng dụng cụ bẩn
- Mũ: 01 cái.
- Khẩu trang: 01 cái.
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ

2.1. Thuốc điều trị (nếu có):

1. Người bệnh

- Thông báo giải thích động viên người bệnh và gia đình người bệnh việc sắp làm.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp, bộc lộ vùng có vết thương.

2. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. TIẾN HÀNH

- 1- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đội mũ, đeo khẩu trang.
- 2- Đối chiếu, giải thích, động viên người bệnh công việc chuẩn bị làm, đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp.
- 3- Bộc lộ vết thương, trải tấm nilon dưới vết thương, đặt túi nilon vị trí thích hợp.
- 4- Điều dưỡng sát trùng tay nhanh, đi găng sạch, dùng kẹp phẫu tích tháo bỏ băng bẩn (nếu băng bị dính vào vết mổ có thể thấm NaCl 0,9% vào băng) cho vào túi nilon, có thể dùng ete bóc và rửa sạch băng dính trên da, bỏ kẹp phẫu tích vào hộp đựng dụng cụ bẩn có dung dịch khử khuẩn sơ bộ .
- 5- Quan sát và đánh giá tình trạng vết mổ, người bệnh mổ ngay thứ mấy.
- 6- Điều dưỡng bỏ găng, sát khuẩn tay, mở bộ chăm sóc, rót dung dịch NaCl 0,9% vào bát kê, đi găng tay vô khuẩn.
- 7- Dùng một kẹp vô khuẩn gấp gạc củ ấu nhúng vào dung dịch NaCl 0,9%, chuyển gạc sang kẹp thứ hai, rửa vết mổ từ trong ra ngoài , sau đó rửa ra xung quanh đường kính rộng khoảng 20 cm. Dùng miếng gạc khác rửa lại cho đến khi sạch. Bỏ kẹp bẩn vào hộp đựng dụng cụ bẩn
- 8- Dùng gạc miếng quấn vào panh vô khuẩn lăn cách mép mổ 5 cm lại gần vết mổ kiểm tra xem dịch ở vết mổ có còn không, màu sắc dịch như thế nào.
- 9- Với vết mổ sạch: dùng gạc thấm khô vết mổ, sát khuẩn vết mổ bằng povidin từ trong ra ngoài 2 lần, chờ khô, bỏ kẹp vào hộp dung dịch khử khuẩn.

- 10- Với vết mổ nhiễm khuẩn: Dùng gạc thấm oxy già rửa cho đến khi sạch, rửa bằng NaCl 0,9% , thấm khô vết mổ, sát khuẩn vết mổ bằng povidin từ trong ra ngoài 2 lần, chờ khô, bỏ kẹp vào hộp dung dịch khử khuẩn.
- 11- Đắp thuốc nếu có chỉ định
- 12- Đặt gạc che kín vết mổ, dùng băng dính băng lại.
- 13- Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết.
- 14- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi phiếu theo dõi điều dưỡng.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi ý thức, cảm giác đau của người bệnh trong suốt quá trình thay băng.
- Theo dõi màu sắc, số lượng dịch vết mổ thấm qua gạc.
- Hàng ngày kiểm tra, đánh giá vết mổ tiến triển theo chiều hướng tốt hay xấu.
- Khi gạc che vết mổ bị thấm dịch ướt cần phải thay băng ngay.
- Ghi bảng theo dõi điều dưỡng màu sắc, số lượng dịch mỗi lần thay băng.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN THUỐC BẰNG BƠM TIÊM ĐIỆN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là quy trình thường xuyên áp dụng trong khoa hồi sức cấp cứu
- Áp dụng cho các thuốc cần đưa liều một cách chính xác và liên tục.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những loại thuốc cần duy trì liên tục.
- Nồng độ thuốc nhỏ và rất nhỏ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. **Phương tiện, dụng cụ**

2.1 **Vật tư tiêu hao:**

- Bơm tiêm điện
- Bơm tiêm 50ml: 01 cái
- Dây nối bơm tiêm điện: 01 cái
- Cọc truyền
- Ba chạc: 01 cái
- Panh vô khuẩn

- Găng sạch
- Khay quả đậu
- Khay chữ nhật
- Kéo
- Ống cắm panh
- Hộp chống sốc
- Bông
- Cồn 90 độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ: 01 cái
- Khẩu trang: 01 cái.

2.2 **Dụng cụ chống sốc:**

Hộp chống sốc gồm đầy đủ thuốc theo quy định

3. **Người bệnh**

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về việc sắp làm.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc, phiếu tiêm truyền.

V. TIẾN HÀNH

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
- Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
- Giải thích động viên, thông báo cho người bệnh.
- Giúp người bệnh nằm ở tư thế thích hợp, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Pha thuốc theo chỉ định, nắp dây nối và chạc ba, đuổi khí.
- Đặt cọc truyền ở vị trí thích hợp, gắn bơm tiêm điện vào cọc truyền, nối nguồn điện vào máy bơm tiêm điện (đèn BATTERY sáng).
- Ấn và giữ nút — POWER — máy tự động kiểm tra.
- Nắp bơm tiêm.
- Nâng chốt hãm và xoay 90 độ.
- Kéo bộ phận đẩy pittong ra phía ngoài.
- Đặt bơm tiêm sao cho tai bơm tiêm khớp với rãnh giữ, mặt số quay lên trên.
- Xoay chốt hãm ngược lại, cài chốt đẩy pittong khớp với đít pittong (cỡ bơm tiêm được hiển thị).
- Đặt tốc độ (ml/ giờ): xoay volum chỉnh tốc độ theo mong muốn.
- Sát khuẩn và kết nối dây dẫn bơm tiêm điện với đường truyền người bệnh.
- Ấn phím Start để bắt đầu tiêm (Đèn xanh sáng và xoay vòng).
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi phiếu theo dõi.

*** CHÚ Ý:**

1. Tiêm nhanh (bolus):
 - Ấn phím Stop, sau đó ấn giữ phím Purge.
2. Tạm dừng và tắt chuông:
 - Khi bơm đang chạy ấn phím Stop, bơm sẽ tạm dừng hoạt động.
 - Khi có chuông báo động ấn phím Stop để tắt chuông tạm thời và xử trí báo động.
3. Hoàn thành quy trình tiêm:
 - Ấn phím Stop.
 - Ấn phím POWER 3 giây để tắt nguồn.
 - Tháo bỏ bơm điện.
 - Rút điện nguồn, tháo máy, vệ sinh, cất đúng nơi quy định.
4. Cài đặt giới hạn áp lực:
 - Nếu truyền ngoại vi áp lực được cài ở mức I (300mmHg).
 - Nếu truyền qua Catheter áp lực được cài ở mức II (500mmHg).

VI. THEO DÕI

- Theo dõi hoạt động của bơm tiêm điện.

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Theo dõi vị trí truyền đảm bảo thuốc đến người bệnh hiệu quả.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VII.XỬ TRÍ

- Đèn Syringe đỏ, chuông kêu: nắp lại xy lanh.
- Đèn Nearlyembty đỏ, chuông kêu: chuẩn bị hết thuốc.
- Đèn OCCLUSION đỏ, chuông kêu: khóa hoặc tắt đường truyền.
- Đèn OCCLUSION và NEARLYEMBTY cùng đỏ, chuông kêu: hết thuốc trong xy lanh.
- Đèn LOWBATTERY đỏ, chuông kêu: pin yếu, chưa có điện nguồn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN DỊCH BẰNG MÁY TRUYỀN DỊCH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Đây là quy trình thường xuyên áp dụng trong khoa hồi sức cấp cứu
- Áp dụng cho các người bệnh cần đưa một lượng dịch lớn nhanh hoặc những người bệnh cần kiểm soát chính xác lượng dịch đưa vào cơ thể

II. CHỈ ĐỊNH

- Kiểm soát lượng dịch truyền vào cơ thể người bệnh.
- Duy trì đường truyền với tốc độ thấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

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

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1 *Vật tư tiêu hao:*

- Máy truyền dịch
- Dây truyền máy: 01 cái
- Cọc truyền
- Ba chạc: 01 cái.
- Panh vô khuẩn
- Găng sạch: 01 đôi.
- Khay quả đậu
- Khay chữ nhật
- Kéo
- Ống cắm panh
- Hộp chống sốc
- Bông
- Cồn 90 độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn.
- Mũ: 01 cái
- Khẩu trang: 01 cái

2.2. ***Dụng cụ cấp cứu:*** Hộp chống sốc gồm đầy đủ thuốc theo quy định.

3. Người bệnh: thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình việc sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
3. Giải thích, động viên, thông báo cho người bệnh.
4. Giúp người bệnh nằm ở tư thế thích hợp, đo mạch- nhiệt độ- huyết áp.
5. Pha thuốc vào chai dịch theo chỉ định và treo lên cộc truyền.
6. Gắn máy truyền dịch lên cộc truyền, cắm nguồn điện vào máy, cắm dây truyền vào chai dịch, đuổi khí.
7. Ấn giữ nút —POWER‖ (Máy tự kiểm tra).
8. Nấp dây truyền vào máy, đóng cửa.
9. Đặt tốc độ truyền (ml/ giờ), đặt thể tích dịch truyền (ml) bằng phím (<<> <>) nhấn phím SELECT để chọn.
10. Sát khuẩn và kết nối với đường truyền đến người bệnh, nhấn phím START để bắt đầu truyền dịch.
11. Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay, ghi phiếu theo dõi truyền dịch.
12. Hoàn tất truyền dịch:
 - Khi đèn COMPLETION nhấp kèm chuông báo: ấn phím START/ STOP/SILENCE để tắt chuông cảnh báo.
 - Ấn START/STOP/SILENCE 1 lần nữa để kết thúc quá trình truyền dịch.
 - Ấn phím POWER để tắt máy, mở cửa máy, tháo bỏ đường truyền, vệ sinh máy và cất vào nơi quy định.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi các báo động của máy
- Theo dõi vị trí truyền
- Theo dõi người bệnh theo quy trình theo dõi chung.
- Theo dõi tai biến và biến chứng.

VII. CÁC BÁO ĐỘNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

1. Đèn AIR nhấp đỏ, chuông báo:
 - Đuổi khí trong dây truyền.
 - Lắp lại dây truyền vào máy cho đúng hoặc thay loại dây truyền khác.
 - Mở máy và vệ sinh bên trong.
2. Đèn OCCLUSION nhấp kèm chuông cảnh báo:
 - Tắt máy và xử trí nơi bị tắc trên dây truyền.
 - Mở khóa của dây truyền.
3. Đèn FLOW ERR nhấp đỏ kèm chuông cảnh báo:

- Tắt chuông, đặt lại số giọt/ml thích hợp với dây truyền.
 - Kiểm tra lại cách lắp bộ phận đếm giọt vào khoang đếm giọt.
 - Thay dây truyền mới.
4. Đèn EMPTY nhấp đỏ kèm chuông cảnh báo:
- Thay chai dịch mới.
 - Xử trí nơi tắc nghẽn.
 - Kiểm tra, lau bộ phận đếm giọt.
5. Đèn COMPLETION nhấp vàng kèm chuông cảnh báo:
- Xóa tổng dịch nếu muốn truyền tiếp.
 - Tắt máy nếu muốn kết thúc truyền.
6. Đèn DOOR nhấp đỏ kèm chuông cảnh báo: đóng cửa bơm lại.
7. Đèn BATTERY nhấp kèm chuông cảnh báo: cắm điện, nạp đầy ắc quy.

QUY TRÌNH VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH ĐI LÀM CÁC THỦ THUẬT CAN THIỆP VÀ CHỤP CHIẾU Ở NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC

I. ĐẠI CƯƠNG

- Để vận chuyển người bệnh từ nơi này sang nơi khác, Người thực hiện y tế cần có một kế hoạch rõ ràng. Cần tính trước trong đầu chiến lược vận chuyển người bệnh, bảo vệ an toàn cho người bệnh. Trong kế hoạch Người thực hiện y tế cần phải biết những hạn chế của mình cũng như những nguồn có thể huy động khác và cách tiếp cận được những nguồn đó. Sử dụng các trang thiết bị sẵn có bất cứ khi nào có thể.
- Vận chuyển người bệnh nặng luôn có nguy cơ nhất định do vận chuyển cho người bệnh và Người thực hiện vận chuyển.
- Mục tiêu của vận chuyển cấp cứu:
 - + Cố gắng hạn chế các nguy cơ xấu do vận chuyển cho người bệnh
 - + Tránh chấn thương, nguy hiểm cho nhân viên

II. CHỈ ĐỊNH

- Chuyển đến các khoa thăm dò chức năng, chẩn đoán hình ảnh.
- Các phòng can thiệp.
- Phòng mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh quá nặng (huyết áp không đo được, suy hô hấp nặng).
- Chưa đảm bảo đủ các phương tiện, trang thiết bị cần thiết đảm bảo an toàn cho người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** 01 bác sĩ đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu, 01 điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.
2. **Thảo luận trước khi chuyển.**
 - Thảo luận giữa các bác sĩ, bác sĩ với điều dưỡng, giữa điều dưỡng với điều dưỡng về tình trạng người bệnh và cần duy trì liên tục sự chăm sóc và điều trị.
 - Xác định nơi nhận đã sẵn sàng đón người bệnh, hoặc đã sẵn sàng làm các xét nghiệm.
 - Thông báo cho bác sĩ chính: người bệnh sẽ chuyển đi, ai sẽ chuyển người bệnh, các nguy cơ có thể khi rời khỏi khoa.
 - Ít nhất phải có 2 Người thực hiện y tế vận chuyển người bệnh.
 - Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định vận chuyển, ghi diễn biến trong quá trình vận chuyển.

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người nhà biết để chuẩn bị và cùng trợ giúp.

3. Phương tiện, dụng cụ

3.1 Vật tư tiêu hao

- Máy theo dõi
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO2
- Bóng Ambu (dùng 50 lần)
- Mask oxy
- Bình oxy (dùng 1 năm)
- Lưu lượng kế (dùng 3 tháng)
- Oxy đã được nạp đầy đủ. Nếu vận chuyển bằng máy thở khí vận chuyển phải đảm bảo máy hoạt động tốt.
- Bông
- Cồn 90 độ
- Xà phòng rửa tay diệt khuẩn
- Mũ: 02 cái.
- Khẩu trang: 02 cái.
- Thuốc cấp cứu: adrenalin, atropin, lidocain.

3.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, Mask.
- Hộp chống sốc theo quy định.

3. Người bệnh: thông báo giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh biết việc sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chỉ định .

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đưa người bệnh từ giường lên cang:
 - Đặt xe, cang đầu cang sát giường chân giường người bệnh, chốt khóa bánh xe cang lại.
 - Một người luôn một tay dưới gáy người bệnh, một tay dưới thắt lưng.
 - Người thứ hai, một tay luôn dưới mông, một tay luôn dưới khoeo chân NGƯỜI BỆNH.
 - Theo nhịp hô 1,2,3 cùng nâng NGƯỜI BỆNH lên quay 180 độ đặt nhẹ nhàng lên cang.
 - Đặt người bệnh nằm tư thế thích hợp, che chắn, đắp chăn ga cho người bệnh
- Đảm bảo đường thở cho người bệnh: cho ệnh nhân thở oxy hoặc bóp bóng ambu theo nhịp thở của người bệnh hoặc cho người bệnh thở máy theo y lệnh.

3. Lắp máy monitor theo dõi cho người bệnh

4. Đưa người bệnh tới nơi chỉ định.

VI. THEO DÕI

- Trong quá trình vận chuyển theo dõi sát các thông số của người bệnh: mạch, SpO₂, nhịp thở. Sắc mặt của người bệnh.
- Theo dõi hoạt động của máy thở
- Theo dõi các đường truyền, các đường dẫn lưu.
- Cần đặc biệt lưu ý 2 thời điểm:
 - + Khi rời khoa chuyển: chuyển người bệnh từ giường lên cáng
 - + Khi đến khoa tiếp nhận: chuyển người bệnh từ cáng lên giường
- Trong lúc vận chuyển người bệnh khi đi lên dốc, đầu người bệnh lên trước. khi xuống dốc chân người bệnh xuống trước.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rơi ngã là nguy cơ thường gặp: cần buộc dây cố định chân tay người bệnh hoặc kéo thanh chắn của giường, cáng lên.
- Di lệch, tuột hệ thống dây truyền và dẫn lưu: cần chú ý khi vận chuyển người bệnh để tránh di lệch, tuột đường truyền, ống dẫn lưu.
- Người bệnh tụt huyết áp đảm bảo cho người bệnh nằm đầu bằng.
- Trong quá trình đưa người bệnh đi nếu tình trạng người bệnh xấu đi huyết áp không đo được, ngừng tim phải cấp cứu người bệnh và nhanh chóng đưa ngay người bệnh về khoa hồi sức cấp cứu để đảm bảo cho người bệnh những phương tiện cấp cứu tốt nhất.