	Phụ lục: 01 **QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH: HỒI SỨC CẤP CỨU – CHỐNG ĐỘC** *(Ban hành kèm theo Quyết định số 1192/QĐ-TTYT-TB ngày 31/12/2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Trà Bồng)*	Mã số: QT.01.TTYT. HSCC-CĐ Lần ban hành: 01 Ngày ban hành : 31/12/2022

QUÁ TRÌNH BAN HÀNH

Ngày, tháng, năm ban hành	Nội dung thay đổi	Lần ban hành
31/12/2022	Ban hành lần đầu	01

PHÂN PHỐI TÀI LIỆU

1. Ban giám đốc	1	9. Khoa xét nghiệm và CĐHA	1
2. Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ	1	10. Khoa truyền nhiễm	1
3. Phòng Tổ chức – Hành chính	1	11. Khoa Dược – TTB Y tế	1
4. Phòng Điều dưỡng	1	12. Khoa Khám bệnh – Cấp cứu đa khoa (Cơ sở 2)	1
5. Khoa Khám – Cấp cứu	1	13. Khoa Dược – Cận lâm sàng (Cơ sở 2)	1
6. Khoa Nội Tổng hợp - Nhi	1	14. Khoa lâm sàng 2 (Cơ sở 2)	1
7. Khoa Ngoại LCK	1	15. Phòng Hành chính Tổng hợp – Cơ sở 2	1
8. Khoa Chăm sóc sức khoẻ sinh sản	1	16. Khoa Lâm sàng 1 (Cơ sở 2)	1

NGƯỜI VIẾT	THẨM ĐỊNH Phó Giám đốc - Phó Chủ tịch Hội đồng KHKT	PHÊ DUYỆT Giám đốc - Chủ tịch Hội đồng KHKT
Bs Trần Văn Thảo	**Bs Đặng Văn Nam**	**Bs Hồ Văn Toàn**

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BỆNH VIỆN
CHUYÊN NGÀNH: HỒI SỨC CẤP CỨU – CHỐNG ĐỘC

MỤC LỤC

STT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT	TRANG
1	Quy trình kỹ thuật ghi điện tim tại giường	4
2	Quy trình kỹ thuật cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản	7
3	Quy trình kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực	10
4	Quy trình kỹ thuật sốc điện ngoài lồng ngực	13
5	Quy trình kỹ thuật theo dõi spo2 liên tục tại giường	16
6	Quy trình kỹ thuật đặt ống thông dạ dày	18
7	Quy trình kỹ thuật rửa dạ dày	22
8	Quy trình kỹ thuật rửa dạ dày loại bỏ chất độc qua hệ thống kín	25
9	Quy trình kỹ thuật thụt tháo	29
10	Quy trình kỹ thuật thụt giữ	32
11	Quy trình kỹ thuật đặt ống thông hậu môn	35
12	Quy trình kỹ thuật siêu âm ổ bụng cấp cứu	38
13	Quy trình kỹ thuật thay băng vết thương/vết loét hoại tử rộng	42
14	Quy trình kỹ thuật thay băng vết thương	45
15	Quy trình kỹ thuật xét nghiệm đường máu mao mạch tại giường	48
16	Quy trình đặt canuyn mũi hầu, miệng hầu và các kỹ thuật bảo vệ đường thở	51
17	Quy trình kỹ thuật hút đờm cho bệnh nhân sau đặt nội khí quản/ canuyn mở khí quản bằng sonde	53
18	Quy trình kỹ thuật thuật bóp bóng qua mặt nạ	57
19	Quy trình kỹ thuật đặt nội khí quản	60
20	Quy trình kỹ thuật mở khí quản cấp cứu	66
21	Quy trình kỹ thuật thay ống nội khí quản	70
22	Quy trình kỹ thuật chăm sóc ống nội khí quản	74
23	Quy trình kỹ thuật rút nội khí quản	77
24	Quy trình kỹ thuật đặt catheter tĩnh mạch ngoại biên	80
25	Quy trình kỹ thuật khí dung thuốc cấp cứu	85
26	Quy trình kỹ thuật khí dung ở bệnh nhân thở máy	87
27	Quy trình kỹ thuật cầm máu vết thương chảy máu	89

28	Quy trình kỹ thuật đặt ống thông dẫn lưu bàng quang bằng ống thông tiểu	92
29	Quy trình kỹ thuật vận chuyển người bệnh cấp cứu	96
30	Quy trình kỹ thuật thay băng vết mổ ở người bệnh hồi sức cấp cứu và chống độc	102
31	Quy trình kỹ thuật cố định tạm thời bệnh nhân gãy xương	105

TỔNG QUAN

I. MỤC ĐÍCH:

Thực hiện các thao tác kỹ thuật đúng theo yêu cầu chuyên môn/chỉ định, thống nhất cách thức tiếp nhận người bệnh, bảo đảm an toàn cho người bệnh, đáp ứng các yêu cầu kỹ thuật chuyên môn theo đúng chuyên ngành tại Trung tâm Y tế huyện Trà Bồng.

II. PHẠM VI ÁP DỤNG:

Áp dụng nội bộ tại Cơ sở 1 và Cơ sở 2 trực thuộc Trung tâm Y tế huyện Trà Bồng đối với tất cả các trường hợp người bệnh đến khám, điều trị nội trú/ngoại trú.

III. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Quy chế bệnh viện ban hành kèm theo quyết định: 1895/1997/QĐ – BYT, ngày 19/09/1997 của Bộ Y tế ban hành.

- Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

- "Hướng dẫn quy trình kĩ thuật bệnh viện tập 1". Nhà Xuất bản Y học (1999),"Hướng dẫn điều trị tập 1", Nhà xuất bản Y học (2005); "Bài giảng bệnh học nội khoa tập 1" Nhà Xuất bản Y học (2012); "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa" Nhà xuất bản Y học (2011). Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng cơ bản – 2 tập – Bộ y tế xuất bản: 2010

1. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Điện tim đồ là một đường cong, đồ thi 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 đò thị có hoành độ là thời gian và tung độ là điện thế của dòng điện tim.

II. CHỈ ĐỊNH

Tủy 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 dạo 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‰

- Vài miếng gạc sạch để lau chất dẫn diện, 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 gáy 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.

VI. 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: l0mm/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.

VII. 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 hẳn hoặc uốn lượn có các sóng nhỏ lăn tăn.

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).

VIII. 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.

2. 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 kíp 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 không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu.

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

Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (ABC)

Kiểm soát đường thở:

+ Đặt ngửa đầu, cổ ưỡn, thủ thuật kéo hàm dưới/nâng cằm.

+ Chú ý trường hợp nghi ngờ hoặc có chấn thương cột sống cổ không làm thủ thuật kéo hàm/nâng cằm.

+ Móc sạch đờm dãi hay dị vật trong miệng nếu có. Làm nghiệm pháp Heimlich nếu có nghi ngờ dị vật đường thở.

Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp: thổi ngạt hoặc bóp bóng

Nếu Người bệnh không thở: thổi ngạt hoặc bóp bóng 2 lần liên tiếp. Sau đó kiểm tra mạch:

+ Nếu có mạch: tiếp tục thổi ngạt hoặc bóp bóng.

+ Nếu không có mạch: thực hiện chu kỳ ép tim/thổi ngạt (hoặc bóp bóng) theo tỷ lệ 30/2.

+ Nhịp thở nhân tạo (thổi ngạt, bóp bóng) thổi vào trong 1 giây, đủ làm lồng ngực phồng lên nhìn thấy được với tần số nhịp là 10 - 12 lần/phút đối với người lớn, 12-20 lần/phút đối với trẻ nhỏ và nhũ nhi.

+ Nối ôxy với bóng ngay khi có ôxy.

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, nhũ nhi có 1 người cấp cứu. Tỷ lệ có thể là 15/2 đối với trẻ nhỏ hoặc nhũ nhi có 2 người cấp cứu.

+ Kiểm tra mạch trong vòng 10 giây sau mỗi 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt hoặc sau mỗi 2 phút (*1 chu kỳ ép tim/thổi ngạt là 30 lần ép tim/2 lần thổi ngạt*).

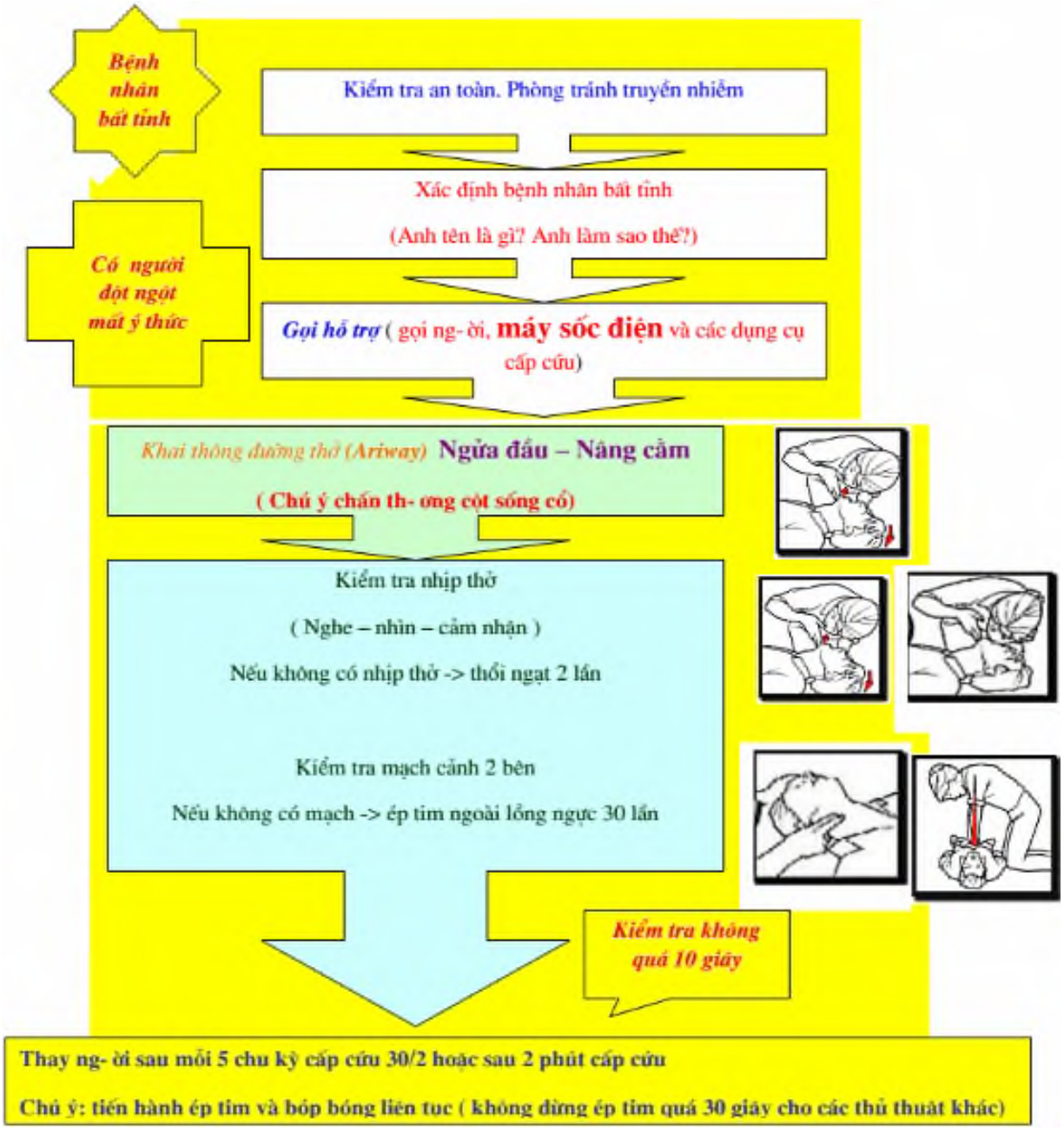
V. PHÒNG BỆNH

Ngừng tuần hoàn thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được. Tất cả mọi người, các Người thực hiện cấp cứu, người thực hiện cứu hộ phải được tập luyện và chẩn 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 ô xy, bộ đặt nội khí quản và ống nội khí quản số 7 số 8, thuốc adrenalin ống 1mg.

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN

Basic life support



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngừng tuần hoàn có thể xẩy 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

2. Phương tiện, dụng cụ

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

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

- Máy sốc điện, ô xy,

- 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 nhũ nhi khi có 1 người cấp cứu.

Tỷ lệ 15: 2 nếu Người bệnh là trẻ nhỏ hoặc nhũ nhi khi có trên 2 người cấp cứu. Ép tại 1/2 dưới xương ức, lún từ 1/3 đến 1/2 bề dày lồng ngực và tần số 100 lần/phút

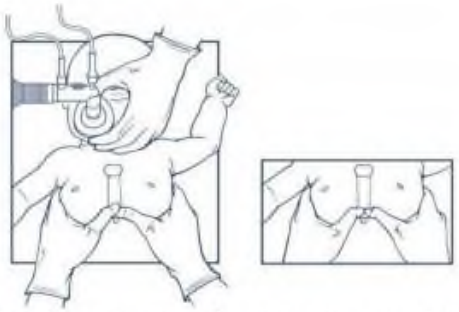
2. Trẻ nhũ nhi (dưới 1 tuổi)

- 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 1/3 đến 1/2 độ dày lồng ngực. Người cấp cứu không chuyên có thể dùng 1 hay 2 tay để ép tim

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

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

4. Người lớn và trẻ từ 8 tuổi trở lên

- Ép tim ở giữa ngực ngang 2 núm vú

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

- Kỹ thuật có 3 bước cơ bản

+ Bước 1: Xác định vị trí mũi ức

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

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

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT SỐC ĐIỆN NGOÀI LỒNG 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 ô xy, 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 sốc 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 nối 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 1 mg/kg cân nặng.

- Người phụ bóp bóng hỗ trợ hô hấp cho người bệnh, theo dõi liên tục SpO_2

- 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 ôxy 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 SaO_2 <90%: bóp bóng có ôxy 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 quy 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

TÀI LIÊU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 ”

5. THEO DÕI SPO2 LIÊN TỤC TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

SpO_2 là tỷ lệ (%) mức bão hòa oxy gắn vào hemoglobin (Hb) máu động mạch ngoại vi (saturation of peripherical oxygen).

Theo dõi SpO_2 liên tục tại giường là một kỹ thuật không xâm lấn, đơn giản có độ chính xác cao nhằm phát hiện sớm tình trạng thiếu oxy máu của người bệnh, giúp cho công tác điều trị được nhanh chóng, kịp thời, hiệu quả đồng thời có thể giảm thiểu số lần chọc khí máu động mạch.

II. CHỈ ĐỊNH

Theo dõi SpO_2 được tiến hành trong các trường hợp:

Tất cả các cuộc mổ.

Người bệnh nặng cần hồi sức, đột quỵ , nhược cơ, tổn thương (ép, viêm và chấn thương) tủy cổ có liệt cơ hô hấp, Guillain Barré…

Người có bệnh phổi, suy hô hấp, suy tim, cấp cứu ngừng tuần hoàn, rối loạn nhịp tim, sốc, trụy mạch, tụt huyết áp…

Trẻ sơ sinh đẻ non, trẻ suy hô hấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 điều dưỡng viên.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

01 máy theo dõi (monitoring) có gắn thiết bị đầu đo SpO_2.

Bút xanh, đỏ, thước kẻ.

Huyết áp kế.

Ống nghe.

3. Người bệnh

Điều dưỡng thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.

Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh những điều cần thiết.

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.

Vệ sinh sạch sẽ rồi lau khô vị trí định lắp bộ phận nhận cảm

4. Hồ sơ bệnh án

Có kèm theo phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Đối chiếu với hồ sơ bệnh án.

Thực hiện kỹ thuật

Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

Kiểm tra lại dụng cụ và mang đến bên giường người bệnh.

Đặt máy theo dõi (monitoring) vào vị trí thuận lợi, dễ nhìn, chắc chắn.

Để người bệnh ở tư thế thích hợp, an toàn.

Giải thích, động viên người bệnh phối hợp khi tiến hành kỹ thuật.

Kẹp hoặc dán bộ phận nhận cảm (sensor) ở đầu ngón tay, ngón chân, dái tai hoặc bất cứ tổ chức nào được tưới máu mà có thể gắn được.

Thông báo kết quả cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết.

Dặn người bệnh hoặc gia đình những điều cần thiết.

Rửa tay, ghi phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh.

VI. THEO DÕI

Theo dõi liên tục chỉ số SpO_2 được thay đổi và hiện liên tục trên màn hình theo dõi (monitoring). Tùy từng trường hợp cụ thể để báo bác sĩ có quyết định xử trí kịp thời và hiệu quả. (SpO_2 ở người bình thường dao động từ 92 - 98%).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Cần kiểm tra máy và bộ phận cảm nhận kẹp hoặc dán thường xuyên đề phòng bộ phận này bị tuột hoặc lỏng hoặc dây cáp bị đứt dẫn đến chỉ số sai và cần phối hợp với thăm khám tình trạng lâm sàng của người bệnh để xử trí kịp thời.

Lưu ý: hạn chế của đo SpO_2:

Bão hoà oxy máu quá thấp sẽ không phát hiện được bằng SpO_2.

SpO_2 phản ánh bão hoà oxy máu chậm hơn SaO_2.

Tụt huyết áp hoặc co mạch làm giảm dòng máu và độ nảy ở tiểu động mạch nên giá trị SpO_2 không còn chính xác.

Hạ nhiệt độ, cử động, tiêm chất màu vào mạch máu, sắc tố da, sơn màu móng tay, … làm giá trị SpO_2 không chính xác.

Trong ngộ độc CO: theo dõi SpO_2 không chính xác, cần làm khí máu động mạch để đo SaO_2 và COHb

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống thông dạ dày là luồn 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 băng 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 125 cm

- 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 săng 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 mò:

- 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, gập 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; 55 cm 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 gắp 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 50 ml 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, SpO_2, 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

3. **Chảy máu**

+ Hay gặp chảy máu mũi khi đặt ống thông đường mũi do niêm mạc mũi nhiều mạch máu nông, ống thông to, không bôi trơn dầu parafin, đặt thô bạo. Chảy máu miệng ít gặp hơn chủ yếu chảy máu chân răng khi khó mở miệng Người bệnh, Người bệnh dãy giụa khi đặt ống thông. Chảy máu thực quản dạ dày gặp khi dùng ống thông có đầu cứng, đưa vào quá sâu.

+ Phòng: Phải giải thích để Người bệnh hợp tác, làm đúng động tác, nhẹ nhàng đầu ống thông không vát cạnh và cứng.

+ Điều trị: Chảy máu nhẹ thường tự cầm nếu Người bệnh không có rối loạn đông máu. Nặng có thể dùng adrenalin pha nồng độ 1/10.000 rồi nhỏ vào chỗ chảy máu khi Người bệnh không có chống chỉ định dùng adrenalin. Nếu không đỡ có thể phải đặt nút gạc lỗ mũi. Tốt nhất nên mời chuyên khoa Tai Mũi Họng để cầm máu. Trong trường hợp chảy máu dạ dày nặng phải soi dạ dày để cầm máu, có khi phải truyền máu khi có tình trạng mất máu nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Đính (1989).** "Đặt ống thông dạ dày", Quy tắc chuyên môn kỹ thuật Hồi sức cấp cứu, NXB Y học, tr. 177-182

2. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

7. QUY TRINH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY

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 hoá.

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 hoả, các chất tạo bọt (xà phòng, dầu gội đầu...), Phosphua kẽm, Phosphua nhôm.

- Có tổn thương niêm mạc đường tiêu hoá.

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

- Ống faucher hoặc tube levine

- Dung dịch:

- Nước muối sinh lý 0,9% , Số lượng khoảng 4000 ml hoặc có thể nhiều hơn, nhiệt độ: 37-40 độ C (Có thể sử dụng nước lọc RO, nước uống đóng chai hoặc nước có thể uống được)

- Natri bicarbonat, than hoạt

Mỡ bôi trơn ống thông (Vaselin hoặc mỡ Tetracylin…)

- 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, truỵ 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

Treo túi dịch cao các mặt giường 1m (túi trên). Treo túi 3500 ml dưới mặt giường để chờ chứa dịch thải (túi dưới)

- Cho người bệnh nằm đầu thấp khoảng 15 độ, mặt nghiêng một bên.

- ***Đặt ống thống dạ dày (có quy trình riêng)***

- Nối hệ thống túi dịch vào ống thông dạ dày vừa đặt

- Đưa dịch vào: Đóng khóa đường dịch ra lại, mở khóa đường dịch vào để cho dịch chảy vào dạ dày đạt 200 ml rồi khóa đường dịch vào lại. Dùng tay lắc vùng thượng vị - dạ dày để cặn thuốc và thức ăn được hào tan vào dịch

- Mở khóa 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 200 ml dịch rửa đầu tiên cho vào lọ gửi làm xét nghiệm độc chất.

- Lặp lại quy trình cho dịch vào - ra như trên, mỗi lần 200 ml dịch cho đến khi hết số lượng 3000 ml 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 3000 ml dịch vào túi trên tiếp tục quy trình rửa cho đên khi nước trong.

Chú ý:

- Theo dõi cân bằng lượng dịch vào - ra. Nếu lượng dịch chảy ra < 150 ml 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^{o}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 10 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống; trẻ em 1/2 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 nhẫn giáp

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 quy 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

8. 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 hoá.

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 hoả, các chất tạo bọt (xà phòng, dầu gội đầu...), Phosphua kẽm, Phosphua nhôm.

- Có tổn thương niêm mạc đường tiêu hoá.

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, truỵ 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 3000 ml (mùa đông phải pha nước ấm) cùng với 2 gói muối (20g). Treo túi dịch cao các mặt giường 1m (túi trên). Treo túi 3500 ml dưới mặt giường để chờ chứa dịch thải (túi dưới)

- ***Đặt ống thống dạ dày (có quy 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 khóa đường dịch vào để cho dịch chảy vào dạ dày đạt 200 ml rồi khóa đường dịch vào lại. Dùng tay lắc vùng thượng vị - dạ dày để cặn thuốc và thức ăn được hào tan vào dịch

- Mở khóa 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 200 ml dịch rửa đầu tiên cho vào lọ gửi làm xét nghiệm độc chất.

- Lặp lại quy trình cho dịch vào - ra như trên, mỗi lần 200 ml dịch cho đến khi hết số lượng 3000 ml 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 3000 ml dịch vào túi trên tiếp tục quy trình rửa cho đên khi nước trong.

Chú ý:

- Theo dõi cân bằng lượng dịch vào - ra. Nếu lượng dịch chảy ra < 150 ml 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^{o}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 10 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống; trẻ em 1/2 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 nhẫn giáp

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 quy 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

9. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO

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 500 ml-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, rủa 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 trải 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 rốn 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, SpO_2
- Tính chất, mầu 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.
- Nhầm đường âm đạo
- Đau gây tăng huyết áp

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

10. QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT GIỮ

Thụt giữ là phương pháp đưa dung dịch, thức ăn hoặc thuốc với một số lượn nhỏ qua hậu môn vào kết tràng.

3.1. Mục đích:

- Để điều trị một số bệnh tại chỗ ở đại tràng, thụt để hạ sốt.
- Để nuôi dưỡng bệnh nhân trong trường hợp bệnh nhân không ăn uống được, không thể truyền vào tĩnh mạch được.

3.2 Áp dụng:

- Sốt cao.
- Viêm đại tràng, bệnh nhân mắc kiết lỵ.
- Chướng hơi sau mổ.
- Bệnh nhân tổn thương đường tiêu hóa trên không ăn uống được, không truyền được.

3.3. Không áp dụng:

- Bệnh thương hàn.
- Viêm ruột.
- Tắc ruột, xoắn ruột.
- Tổn thương hậu môn , trực tràng.

3.4 Kỹ thuật tiến hành:

3.4.1. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Động viên , giải thích cho bệnh nhân về việc sắp làm. Nói cho bệnh nhân biết về cảm giác khi thụt.
- Dặn bệnh nhân cố nhịn sau khi thụt 10 phút.
- Lưu ý: phải thụt tháo 1-2 giờ rồi mới thụt giữ.

3.4.2. Chuẩn bị điều dưỡng

ĐD rửa tay và mang trang phục theo qui định.

3.4.3. Chuẩn bị dụng cụ:

- Bốc thụt có khăn phủ.
- Ống cao su có bầu đếm giọt có khóa hãm để điều chỉnh tốc độ, ống thông cao su dài từ 1-1,2m.
- Canuyl thụt hoặc ống thông hậu môn.
- Khay chữ nhật, khay hạt đậu.

- Dầu nhờn, cốc đựng dung dịch thụt số lượng theo chỉ định của bác sĩ không quá 200ml.

- Nhiệt kế đo nước.

- Nilon, vải đắp, cột treo bốc, bình phong.

- Bô, giấy vệ sinh.

3.4.4. Kỹ thuật tiến hành:

- Các bước từ đầu đến đua canuyl giông thụt tháo.

- Mở khóa cho dịch chảy từ từ duy trì tốc độ 40-50 giọt/phút vì cho chảy nhanh sẽ gây kích thích ruột mạnh.

- Khi dung dịch trong bốc hết khóa ống lại.

- Nhẹ nhàng rút canuyl hoặc ống thông ra.

- Dùng giấy lót tay tháo canuyl hoặc ống thông bỏ vào khay hạt đậu hoặc ngâm vào dung dịch thuốc sát khuẩn.

- Lau sạch mông cho bệnh nhân

- Mặc quần lại cho bệnh nhân.

- Để bệnh nhân nằm nghiêng khép mông lại hoặc dùng giấy vệ sinh ấn nhẹ vào hậu môn để giữ nước ở lại trong ruột.

- Giúp bệnh nhân về tư thế thoải mái.

3.4.5. Thu dọn dụng cụ, ghi chép hồ sơ (như bài thụt tháo)

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, SpO_2

- Tính chất, mầu sắc phân

- Đau.

- Theo dõi tại biến và biến chứng.

VII. TAI BIẾN

- Chảy máu trực tràng: Bệnh nhân kêu đau vùng hậu môn. Nước ra có máu tươi hay hồng.

- Thủng, loét trực tràng do làm các động tác thô bạo.

- Nhầm đường âm đạo

- Đau gây tăng huyết áp

bệnh nhân lỵ amíp có tổn thương sâu đến lớp có đại tràng. Bệnh nhân thương hàn có nguy cơ thủng ruột khi thụt tháo. Đau bụng dữ dội, mạch tăng, nhịp thở tăng. Bụng chướng.

- Bệnh nhân hạ thân nhiệt: môi tái, chân tay lạnh run do dùng dung dịch thụt không đúng nhiệt độ và bệnh nhân bị ướt.

- Bệnh nhân bị tuột ống thông vào lòng đại tràng do đặt ống thông quá sâu và không theo dõi sát khi thao tác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

11. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ỐNG THÔNG HẬU MÔN

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 rạng 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, gạc 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 hâu môn theo hướng hậu môn_rốn vào khoảng 2 - 3 cm 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 mãi.

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 bao 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

12. 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 kĩ 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 - mủ đài bể thận...

- Nghi ngờ có bất thường trong cấp cứu sản khoa: chửa 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 sỹ 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 100 ml: 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, bộc lộ vùng thăm khám

- Mắc máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, SpO_2.

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 ± 1,5 cm) và cũng có thể thấy khoang Morrisson 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 thuỳ sau gan phải, liên quan thận phải - gan và khoang Morrisson.

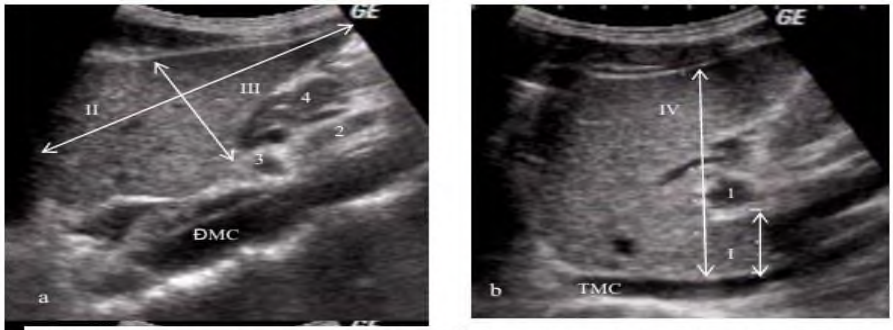
3.1.5. Cắt ngang gan trái: theo trục của nhánh tĩnh mạch trái tĩnh mạch cửa và cắt quặt ngược từ dưới bờ sườn phải qua nhánh phải tĩnh mạch cửa để nghiên cứu nhu mô, đường mật gan trái và phải

3.1.6. Cắt quặt 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.

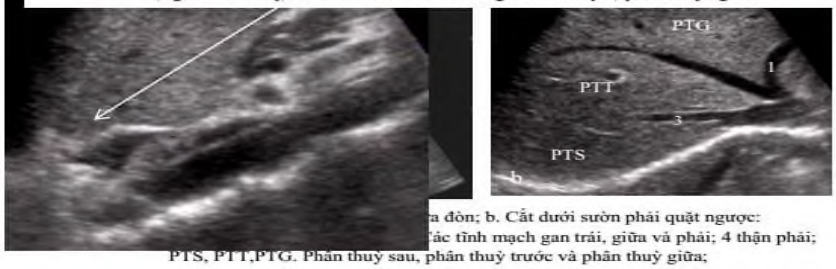
3.1.7. Các lát cắt qua rốn gan: Để khảo sát cuống gan người ta thường hay để Người bệnh nằm nghiêng trái để vùng này gần với đầu dò hơn.

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)

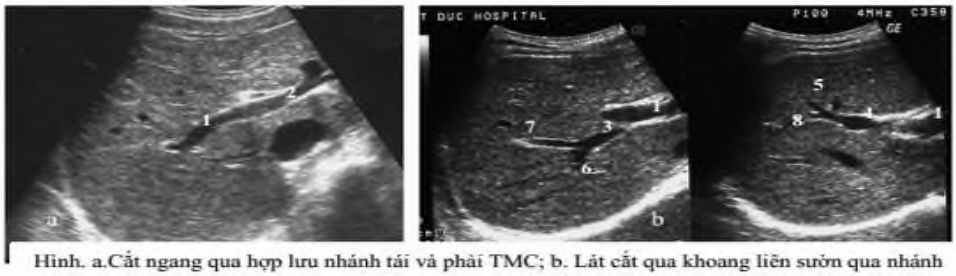
3.1.9. Lát cắt dọc và cắt ngang túi mật: Nhằm mục đích khảo sát túi mật. Tuy nhiên, túi mật nhiều khi được thấy rõ hơn qua các lát cắt trên sườn chếch xuống phía dưới tới vị trí túi mật.



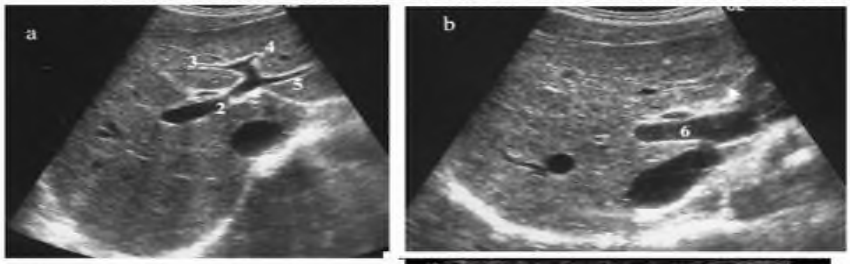
Hình 1: a. Cắt dọc qua động mạch chủ (ĐMC), b. Cắt dọc qua tĩnh mạch chủ (TMC) : I, II, III, IV. Hạ phân thuỳ gan ; 1. Nhánh trái tĩnh mạch cửa, 2. Động mạch mạc treo tràng trên, 3, Động mạch thân tạng, 4. Thân tuy : các mũi tên chỉ cách đo gan trái và tỷ lệ phân thuyI-gan T



a đòn; b. Cắt dưới sườn phải quặt ngược:
các tĩnh mạch gan trái, giữa và phải; 4 thận phải;
PTS, PTT,PTG. Phân thuỳ sau, phân thuỳ trước và phân thuỳ giữa;



Hình. a.Cắt ngang qua hợp lưu nhánh tái và phải TMC; b. Lát cắt qua khoang liên sườn qua nhánh phân thuỳ trước và phân thuỳ sau TMC: 1. Nhánh phải TMC, 2. Nhánh tái TMC; 3. Nhánh phân thuỳ sau; 4. Nhánh phân thuỳ trước; 5, 6, 7, 8. Các nhánh tĩnh mạch cửa hạ phân thuỳ



Hình 3.. a, Cắt qua nhánh trái TMC; b. Cắt dọc qua rốn gan; c. Cắt ngang qua rốn gan: I. Phân thuỳ I; 2. Nhánh trái TMC; 3, 4, 5. Nhánh phân thuỳ IV, hạ phân thuỳ III và hạ phân thuỳ II; 6. Thân TMC; (►). Ống mật chủ;

(⟶►) Động mạch gan ,

3.2. Siêu âm hệ tiết niệu

- Mục đích đánh giá các bệnh lí 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 mạch 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

13. QUY TRÌNH THAY BĂNG VẾT THƯƠNG/VẾT LOÉT HOẠI TỬ RỘNG

ĐẠI CƯƠNG

Vêt thương / vết loét hoại tử rộng là một loại tổn thương thường gặp ở người bệnh có bệnh nền kèm theo như: Đái Tháo đường, tai biến mạch máu não ….. Là một tổn thương có thể dự phòng và điều trị được. Tuy nhiên, để cho một vết loét lành hoàn toàn và duy trì bền lâu thì cần có chế độ chăm sóc tích cực và phù hợp.

CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh có vết thương/ vết loét.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

01 bác sĩ, 01 điều dưỡng.

Phương tiện, dụng cụ, thuốc

Dụng cụ vô khuẩn

Gói chăm sóc (kẹp phẫu tích, kẹp Kose, kéo, bát kền, gạc củ ấu, gạc miếng), ống cắm kẹp, dao mổ, găng vô khuẩn.

Dụng cụ khác

Găng sạch, khay hạt đậu hoặc túi nilon, khay chữ nhật, băng dính, kéo cắt băng dính, tấm nilon (tấm lót), chậu đựng dung dịch khử khuẩn.

Thuốc, các dung dịch

Betadine 10%, Natriclorua 0,9%, oxy già, thuốc điều trị (nếu có), Sanyrène, dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

Urgosorb hoặc đường ưu trương... (theo chỉ định).

Người bệnh

Kiểm tra, thông báo, giải thích cho người bệnh biết công việc mình sắp tiến hành để người bệnh yên tâm và phối hợp (nếu người bệnh tỉnh).

Hồ sơ bệnh án

Có kèm theo phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh

CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra người bệnh

Đối chiếu với hồ sơ bệnh án.

Thực hiện kỹ thuật

Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

Đưa dụng cụ đến bên giường người bệnh

Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp. Động viên người bệnh.

Trải nilon (tấm lót) dưới vết loét, đặt khay hạt đậu hoặc túi nilon nơi thích hợp

Tháo bỏ băng cũ bằng găng sạch hoặc kẹp. Nếu dịch, máu thấm vào gạc gây khó bóc thì dùng dung dịch nước muối sinh lý tưới ẩm gạc.

Quan sát, đánh giá tình trạng vết loét, mức độ loét

Điều dưỡng sát khuẩn tay, mở gói chăm sóc, rót dung dịch vào bát kền, đi găng vô khuẩn

Dùng kẹp rửa vết loét bằng nước muối sinh lý (ôxy già nếu cần) từ trên xuống dưới, nếu:

Vết loét sạch: rửa từ mép vết loét (bên xa trước, bên gần sau) ◊ vết loét ◊ rộng ra xung quanh.

Với vết loét có nhiễm khuẩn: dùng gạc củ ấu thấm oxy già để rửa vết loét từ trong ra ngoài, thấm khô vết loét, cắt lọc tổ chức hoại tử theo chỉ định (lưu ý: xác định giới hạn của khoang tổn thương để loại bỏ tổ chức hoại tử đến tận ranh giới tổ chức lành), rửa lại vết loét bằng nước muối sinh lý, thấm khô vết loét theo kỹ thuật như trên.

Sát khuẩn rộng xung quanh vết loét bằng betadine

Đắp thuốc (nếu có chỉ định)/hoặc Urgosorb/hoặc đường ưu trương vào ổ loét đã được cắt lọc để thấm hút dịch

Đặt gạc vô khuẩn che kín vết loét, băng kín bằng băng dính (tốt nhất là dùng băng dính băng kín bốn mép gạc che vết loét

Xịt Sanyrène vào vùng xung quanh vết loét, xoa bóp để kích thích tuần hoàn

Thu dọn tấm lót, thay ga trải giường cho người bệnh nếu ướt

Giúp người bệnh về tư thế thoải mái, dặn người bệnh những điều cần thiết

Thu dọn dụng cụ, rửa tay

Ghi phiếu theo dõi và chăm sóc

Ngày giờ thay băng, tình trạng vết loét và cách xử trí.

THEO DÕI

Theo dõi diễn biến của người bệnh trong và sau khi thay băng, chú ý các dấu hiệu đau, chảy máu.

Kiểm tra, đánh giá tình trạng vết loét hàng ngày và sau mỗi lần thay băng.

TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tai biến

Cắt vào vùng tổ chức lành gây chảy máu.

Xử trí

Cầm máu bằng cách ấn giữ gạc vào chỗ chảy máu trong 3-5 phút.

Báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp.

Ghi chú:

Trong trường hợp loét sâu và gây viêm xương cần cắt bỏ phần xương nhô thì sẽ do bác sĩ thực hiện.

Cần cân nhắc khi dùng oxy già để rửa vết loét (chỉ sử dụng khi thực sự cần thiết).

Đối với chỉ định cắt lọc chỉ thực hiện khi thực sự cần thiết.

Không cắt lọc với những vết thương sạch/có nguy cơ nhiễm khuẩn mô tế bào.

Nếu vết loét ở vùng cùng cụt khi người bệnh đại, tiểu tiện cần vệ sinh cẩn thận, tránh để nước tiểu và phân dính vào. Nếu dính phải thay băng ngay.

Luôn giữ cho người bệnh được sạch sẽ và khô ráo.

Thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ/1 lần, tránh tỳ đè vào vết loét.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

14. QUY TRINH THAY BĂNG VẾT THƯƠNG

I. MỤC ĐÍCH

- Ngăn ngừa sự xâm nhập của các vi khuẩn từ môi trường.
- Loại bỏ mô chết, chất tiết từ vết thương.
- Che chở hạn chế sự tổn thương thêm cho vết thương.
- Thấm hút các dịch tiết, giữ vết thương sạch, ẩm giúp vết thương mau lành.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương bị sưng tấy, đỏ và dính dịch tiết.
- Vết thương được tạo ra trong điều kiện không vô khuẩn như: tai nạn giao thông, tai nạn nghề nghiệp,…

III. CÁC BƯỚC CÔNG VIỆC

1. Chuẩn bị NB:

- ĐD mang khẩu trang đến kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.
- Báo và giải thích cho NB biết việc sắp làm.
- Quan sát và đánh giá tình trạng vết thương.
- Về phòng rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh, soạn dụng cụ.

2. Chuẩn bị dụng cụ

*** Dụng cụ vô khuẩn**

- 2 kềm kelly
- 1 chén chum đựng dung dịch rửa vết thương.
- 1 chén chum đựng dung dịch sát khuẩn da.
- Gòn viên.
- Gạc miếng.
- Gòn bao dày mỏng tùy theo tình trạng vết thương (nếu cần).
- Dụng cụ băng vết thương tùy theo từng loại vết thương (nếu có).
- Chất trơn (nếu da xung quanh có rơm lở).

*** Dụng cụ sạch:**

- Mâm.
- Băng keo.
- Băng cuộn (nếu cần).
- Túi rác y tế.
- 1 đôi găng sạch.

- 1 kềm sạch gắp băng dơ.

- Tấm lót không thấm.

- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

3. Tiến hành kỹ thuật:

- ĐD mang dụng cụ đến giường bệnh kiểm tra số phòng, số giường, họ tên, tuổi NB.

- Báo và giải thích lại cho NB biết việc sắp làm.

- Để mâm nơi thuận tiện, gần vết thương.

- Bộc lộ vùng vết thương (giữ cho NB được kín đáo và thoải mái).

- Đặt tấm lót không thấm phía dưới nơi vị trí vết thương.

- Rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh, mang găng tay sạch.

- Tháo băng dơ (bằng kềm sạch hoặc găng tay sạch), rửa lại tay (rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh nếu cần).

- Mở khăn mâm dụng cụ vô khuẩn.

- Lấy kềm vô khuẩn an toàn.

- Dùng kềm gắp gòn viên rửa bên trong vết thương: từ trong ra ngoài rìa (từ vùng trên cao xuống thấp, từ bên xa đến bên gần) với dung dịch rửa vết thương (tiếp liệu gòn khi rửa).

- Rửa vùng da xung quanh vết thương rộng ra ngoài 5 cm bằng dung dịch rửa vết thương.

- Dùng gạc miếng chậm khô bên trong vết thương (nếu cần).

- Lau khô vùng da xung quanh vết thương (nếu da bị rơm lở dùng gạc).

- Sát khuẩn vùng da xung quanh vết thương bằng dung dịch sát khuẩn da (nếu da không rơm lở). Trường hợp da xung quanh vết thương bị rơm lở, thoa chất trơn lên vùng da xung quanh.

- Đắp thuốc lên vết thương nếu có y lệnh.

- Đặt gạc, gòn bao hoặc băng sinh học che kín vết thương (rộng ra 3 - 5cm).

- Rút tấm lót ra.

- Tháo găng tay.

- Cố định băng bằng băng keo hoặc băng cuộn (nếu cần).

- Báo cho NB biết việc đã xong, cho người bệnh nằm lại tư thế tiện nghi.

4. Dọn dụng cụ:

- Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải lây nhiễm và đồ vải đúng cách.

- Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh

5. Ghi hồ sơ:

- Ngày, giờ thay băng.
- Tình trạng vết thương.
- Dung dịch sử dụng để rửa vết thương đã dùng, thuốc đắp lên vết thương (nếu có).
- Loại băng dùng trên vết thương (nếu có).
- Các can thiệp trên vết thương nếu có: cắt lọc mô chết,....
- Phản ứng của NB (nếu có).
- Tên ĐD thực hiện.

15. XÉT NGHIỆM ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH TẠI GIƯỜNG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hoá đang có tốc độ phát triển nhanh chóng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Việc theo dõi điều trị bệnh hiện có nhiều phương pháp khác nhau, trong đó xét nghiệm đường máu mao mạch (ĐMMM) là một kĩ thuật rất đơn giản dễ làm dễ áp dụng. Tuy vậy, nó cũng cần đòi hỏi phải tuân thủ một số quy trình kĩ thuật cơ bản. Nếu không làm đúng quy trình thì kết quả ĐMMM sẽ không chính xác ảnh hưởng rất lớn tới kết quả điều trị. Xuất phát từ thực tế trên, cùng với mong muốn góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh và để thống nhất một quy trình chuẩn áp dụng cho tất cả các đơn vị lâm sàng trong bệnh viện. Được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện, phòng Điều dưỡng phối hợp với tiểu ban Đào tạo và điều dưỡng trưởng các đơn vị xây dựng "Quy trình đo đường máu mao mạch cho người bệnh".

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định

- Số lần đo ĐMMM trong ngày, trong tuần cũng như các thời điểm đo được bác sỹ điều trị ra chỉ định dựa trên tình trạng bệnh và nhu cầu bệnh lý của người bệnh.

+ Các trường hợp NB đang điều trị với Insulin, đang điều chỉnh liều thuốc hạ đường máu, phụ nữ mang thai có chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ có thể thử một đến nhiều lần trong ngày (thường trước các bữa ăn và sau các bữa ăn 1 hoặc 2 giờ).

+ Nếu các trường hợp đang dùng ổn định các thuốc viên hạ đường máu có thể thử đường máu 2 đến 3 lần trong tuần vào trước, sau các giờ ăn và trước giờ đi ngủ.

- Các thời điểm khác: Người bệnh đái tháo đường có thể thử bất kể khi nào có các triệu chứng bất thường như: khát nhiều, tiểu nhiều, đói, bủn rủn tay chân, vã mồ hôi hoặc trước và sau khi luyện tập thể lực.

2 Chống chỉ định

Không có chống chỉ định tuyệt đối với việc thử đường máu.

III. CHUẨN BỊ .

1. Chuẩn bị người bệnh.

- Kiểm tra họ tên NB, số giường, giờ chỉ định thử đường máu.

- Thông báo, hướng dẫn, giải thích để NB hợp tác.

- Đề nghị NB rửa sạch và lau khô tay hoặc sát trùng bằng bông cồn rồi để khô.

- Để NB ở tư thế thích hợp (ngồi hoặc nằm).

2 Chuẩn bị dụng cụ.

- Máy thử đường máu, que thử đường máu, kim chích máu, bút chích máu, bảng theo dõi đường máu.

- Kiểm tra que thử đường máu (Hạn dùng, thời gian sử dụng kể từ khi mở hộp que thử), kiểm tra máy thử (Tình trạng máy, pin)

. - Hộp đựng bông cồn 700 , bông khô.

- Hộp đựng que thử, kim chích máu đã sử dụng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

Bước 2: Lắp kim vào bút chích máu, chỉnh độ sâu tùy thuộc vào độ dày của da người bệnh.

Bước 3: Lấy que thử ra khỏi hộp (đậy nắp hộp lại ngay).

Bước 4: Đưa que thử vào máy để máy tự khởi động hoặc và bật máy thử đường máu, đối chiếu code hiện trên máy có trùng với code của que thử không (nếu không trùng phải chỉnh lại cho đúng).

Bước 5: Điều dưỡng cầm tay người bệnh vuốt nhẹ dồn máu từ gốc ngón tay lên đầu ngón tay (một trong bốn ngón, ngón 2, 3, 4, 5), đưa đầu bút chích máu vào mép ngoài cạnh đầu ngón và bấm bút chích máu, nặn nhẹ để lấy đủ giọt máu (tùy theo từng loại máy mà lấy ít hay nhiều máu)

Bước 6: Thấm máu vào giấy thử rồi cắm vào máy, hoặc để cạnh để que thử hút máu (tùy từng loại máy lấy máu ở ngoài hay loại mao dẫn).

Bước 7: Lau sạch máu trên tay người bệnh bằng bông khô.

Bước 8: Đợi máy hiện kết quả (từ 5- 45 giây), đọc kết quả, thông báo kết quả cho NB, dặn dò NB những điều cần thiết (như ăn ngay nếu đường máu thấp…).

Bước 9: Bỏ ngay kim và que thử đã sử dụng vào hộp đựng rác thải y tế phù hợp.

Bước 10: Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

Lưu ý: Một số lỗi có thể gặp

- Ngón tay bị ướt (do cồn, nước) làm loãng và không tạo được giọt máu dẫn đến làm sai kết quả đường máu.

- Không chỉnh code máy cho phù hợp với que thử.

- Que thử bị ẩm hoặc hết hạn sử dụng.

- Lấy máu, giọt máu không đủ dẫn đến hỏng que thử hoặc cho kết quả không chính xác.

V. ĐÁNH GIÁ, GHI PHIẾU THEO DÕI-CHĂM SÓC

1. Đánh giá kết quả

- Mục tiêu của kết quả ĐMMM còn tùy thuộc vào từng bệnh nhân cụ thể.

Theo khuyến cáo của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) năm 2015 ĐMMM trước ăn từ 4,4 - 7,2 mmol/l và ĐMMM sau ăn 2 giờ < 10 mmol/l là đạt mục tiêu.

- Đối với phụ nữ mang thai có chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ thì mục tiêu đường máu đòi hỏi phải kiểm soát chặt chẽ hơn. + Trước ăn: < 5,3 mmol/L. + Sau ăn 1h: < 7,8 mmol/L. + Sau ăn 2h: < 6,7 mmol/L. - Báo bác sỹ và kịp thời xử trí khi kết quả đường máu bất thường quá cao (HI) hoặc quá thấp (LO). 5.2 Ghi phiếu điều dưỡng

- Ngày, giờ đo đường máu - Ghi kết quả vào sổ theo dõi đường máu hoặc phiếu theo dõi- chăm sóc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Cường (2002), "Bệnh nội tiết, chuyển hóa, đái tháo đường", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 172 - 175.

2. Thái Hồng Quang (2001), "Bệnh đái tháo đường", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 257 - 361. 3. Đỗ Trung Quân (2001), "Bệnh đái tháo đường", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 72 - 179. 4. American Diabetes Association (2015), "Diabetes:

16. QUY TRÌNH ĐẶT CANUYN MŨI HẦU, MIỆNG HẦU VÀ CÁC KỸ THUẬT BẢO VỆ ĐƯỜNG THỞ

Đặt Canuyn hầu

Mục đích:

Giúp duy trì sự thông thoáng của đường thở và thông khí đầy đủ, đặt biệt khi dùng bóng Ambu và mask. Canuyn đặt đúng cũng giúp hút đờm dãi dễ dàng hơn.

Chỉ nên được thực hiện khi các biện pháp cơ bản hỗ trợ các chức năng sống đã được thực hiện.

Dụng cụ này làm thông thoáng đường thở bằng cách tách lưỡi ra khỏi thành họng.

Dụng cụ:

Canuyn: có 2 loại : canuyn miệng hầu và canuyn mũi hầu.

Đè lưỡi.

Chất bôi trơn canuyn.

Canuyn miệng hầu: có loại Guedel và Berman với các cỡ khác nhau.

Chọn cỡ thích hợp bằng cách đặt đầu ngoài của canuyn ở ngang góc miệng bệnh nhân, nếu đầu trong canuyn tới góc hàm là phù hợp.

Canuyn đặt đúng khi: Đầu trong nằm ở góc lưỡi và trên nắp thanh môn, mép ở đầu ngoài của canun ở bên ngoài cung răng. Có 2 kỹ thuật đặt:

Nhấc hàm để làm tách lưỡi ra khỏi thành sau họng, xoay canuyn 180^0 trước khi đặt, khi đầu canuyn chạm hàm ếch cứng thì xoay trở lại 180^0 làm cho bề cong của canun xếp theo khoang miệng.

Dùng đè lưỡi để ấn lưỡi, canuyn được trượt trên lưỡi theo độ cong của vòm miệng.

Nếu đặt canuyn sai vị trí làm đẩy lưỡi ra sau gây tắc nghẽn thêm do đó người đặt cần được huấn luyện trước.

Chống chỉ định : Bệnh nhân tỉnh hoặc bán mê (có thể gây khạc, nôn, co thắt thanh quản), chấn thương khoang miệng, chấn thương xương hàm dưới hoặc phần hộp sọ thuộc xương hàm trên, tổn thương choán chỗ hoặc dị vật ở miệng họng.

Canuyn mũi hầu

Giống Canuyn miệng họng ở chỗ tách lưỡi ra khỏi thành sau họng nhưng khác là canuyn này được đặt qua mũi tạo một con đường từ lỗ mũi ngoài đến gốc lưỡi.

Chỉ định khi không đặt được canuyn miệng hầu, chống chỉ định khi có chấn thương hoặc tổn thương choán chỗ, dị vật ở vùng mũi, trẻ nhỏ (do lỗ mũi nhỏ).

Có nhiều cỡ khác nhau nhưng quan trọng là chiều dài của canuyn. Chiều dài thích hợp tương xứng với khoảng cách từ dái tai tới chân cánh mũi. Cách đặt: Ngửa nhẹ đầu về phía sau, bôi trơn canuyn, đưa canuyn thẳng góc với bình diện của mặt bệnh nhân, từ

từ tiến canuyn qua cửa mũi, đảm bảo mặt vát của canuyn hướng về phía vách mũi, nếu thấy đưa vào khó có thể xoay nhẹ, nếu vẫn khó rất có thể do vẹo vách mũi thì đặt lỗ mũi bên kia hoặc dùng canun cỡ nhỏ hơn. Đặt xong có thể kiểm tra vị trí bằng cách dùng đè lưỡi để nhìn. không cần cố định canuyn thêm.

Mặt nạ thanh quản

Mặt nạ thanh quản là một loại đường thở cố định vừng chắc hơn so với mặt nạ mũi miệng nhưng kém hơn so với nội khí quản.

Mặt nạ thanh quản thường được sản xuất dưới dạng ống silicon (hoặc nhựa). Phần cuff (mặt nạ thanh quản) được nối với bóng cuff. Nếu đặt đúng vị trí thì 3 lỗ mở sẽ hướng thẳng vào thanh quản. Đôiư với người lớn thường dùng cỡ số 4, số 1 cho trẻ sơ sinh hoặc trẻ < 6,5 kg; số 2 cho trẻ từ 6,5-20 kg; số 3 cho trẻ > 30 kg.

Nên dùng mặt nạ thanh quản cho các bệnh nhân hôn mê. Tư thế đầu ngửa. Cho bệnh nhân há miệng và đầu của cuff ép sát vào vòm họng. Đẩy mặt nạ vào sâu cho đến khi thấy cảm giác vướng. Mặt nạ được đặt đúng khi sau khi bơm cuff thấy luồng hơi thở của bệnh nhân phụt lên.

Chống chỉ định: chấn thương cột sống cổ nên bệnh nhân không ưỡn được cổ, bệnh nhân không há được miệng, chấn thương hầu họng, những bệnh nhân có nguy cơ sặc cao, và khi cần phải duy trì đường thở kéo dài.

Các biện pháp khác:

Đặt nội khí quản, mở khí quản, chọc, mở màng nhẫn giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 ”

17. QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT ĐỜM CHO BỆNH NHÂN SAU ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN/ CANUYN MỞ KHÍ QUẢN BẰNG SONDE

I. ĐỊNH NGHĨA

Hút đờm kín là một kĩ thuật đưa ống sông kín qua ống NKQ,MKQ hút sạch đờm trong ống NKQ, MKQ và trong khí quản của bệnh nhân. Đây là một kỹ thuật rất cơ bản trong hồi sức cấp cứu nhằm khai thông và kiểm soát đường thở người bệnh đã đặt ống NKQ,MKQ.

II. MỤC ĐÍCH

Làm sạch dịch tiết để khai thông đường thở. Duy trì sự thông thoáng đường hô hấp.

Lấy dịch tiết phục vụ cho các mục đích chẩn đoán.

Phòng nhiễm khuẩn cho bệnh nhân.

Phòng lây nhiễm một số bệnh đường hô hấp cho nhân viên cho người tiếp xúc, cho các Bệnh nhân xung quanh.

Luôn đảm bảo oxy cho bệnh nhân.

Phòng xẹp phổi do ứ đọng.

Làm giảm sự mất áp lực đường thở.

III. CHỈ ĐỊNH

Nên dùng sonde hút đờm kín cho tất cả các Bệnh nhân có đặt ống nội khí quản, mở khí quản thở máy. đặc biệt dùng sonde hút kín cho các nhóm Bệnh nhân sau.

Bệnh nhân bị mắc các bệnh lây nhiễm qua đường hô hấp như SARS, cúm H_5N_1….

Bệnh nhân thở máy có áp lực peep cao > 10cm như Bệnh nhân ARDS…

Bệnh nhân giảm bạch cầu.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

không nên dùng sonde hút kín đối với các trường hợp Bệnh nhân thở oxy hoặc tự thở qua ống NKQ, MKQ,

Bệnh nhân không bị mắc các bệnh lây nhiễm qua đường hô hấp mà đờm đặc khó hút.

V. CHUẨN BỊ

Nhân viên

1 điều dưỡng.

Dụng cụ

Sonde hút đờm kín; chọn sonde hút cỡ phù hợp.

Người lớn cỡ sonde từ 12 – 18.

Trẻ lớn cỡ sonde từ 8 – 10.

Trẻ nhỏ cỡ sonde từ 5 – 8.

Máy hút hoặc nguồn áp lực âm có thể điều chỉnh mức áp lực.

Người lớn áp lực âm từ 80 – 120mmHg.

Trẻ lớn áp lực âm từ 60 – 80mmHg.

Trẻ sơ sinh áp lực âm từ 40 – 60mmHg.

Ống nối sonde hút với máy hút, găng tay sạch, bơm tiêm, dụng cụ mở miệng (nếu cần)…

Nước muối NaCL0,9% hoặc Bicacbonat 1,4%...

Người bệnh

Thông báo giải thích động viên.

Vỗ rung cho bệnh nhân (nếu cần).

Hồ sơ bệnh án: Phiếu chăm sóc.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Điều dưỡng đội mũ rửa tay đeo khẩu trang.

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

Vỗ rung cho Bệnh nhân (nếu cần). đặt bệnh nhân tư thế thích hợp.

Tăng oxy cho BỆNH NHÂN, Bật máy hút điều chỉnh áp lực phù hợp. ĐD đi găng tay hút nước muối vào bơm tiêm.

Mở nắp sonde hút kín nối với dây hút.

Mở khoá của sonde hút đờm kín.

Kỹ thuật hút đờm: Tay không thuận cầm dây hút chỗ điều khiển van hút.

Tay thuận cầm sonde hút luồn nhẹ nhàng vào NKQ hoặcMKQ đưa sonde đến khi có cảm giác vướng không đưa được nữa hoặc ngập sonde hút, phải rút ống ra 1 cm. Và tay sạch bấm van điều khiển máy hút đồng thời tay thuận cầm sonde hút nhẹ nhàng vê sonde và rút ra từ từ, vừa rút vừa hút hết đờm dãi. Rút sonde ra qua chạc ba của sonde. Không rút hết sonde ra.Giữ ống lâu hơn ở những vị trí nhiều đờm. Không đẩy đi đẩy lại sonde hút nhiều lần trong phế quản (chú ý: khi đưa sonde hút vào không được bấm van điều khiển máy hút,).

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

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

Sau khi rút sonde ra cho bệnh nhân thở máy cho SpO2 về như trước, tiếp tục hút lần tiếp theo, ở tư thế khác nếu bệnh nhân hồng, SpO_2 ổn định. Lần lượt hút ở 3 tư thế: nằm thẳng, nằm nghiêng sang phải, nằm nghiêng sang trái,

Nếu đờm dính quánh, kết hợp bơm NaCl 0,9% hoặc $NaHCO_3$ làm loãng đờm, mỗi lần bơm không quá 3ml.

Theo dõi trong khi hút đờm: nhịp tim, SpO_2, sắc mặt, HA, ý thức, số lượng, màu sắc và tính chất đờm.

Tiến hành hút sạch đờm dịch trong khí quản và trong ống NKQ hoặc MKQ.

Bơm nước tráng ống sonde: để đầu sonde hút gần chỗ chạc ba đồng thời vừa dùng bơm tiêm bơm nước NaCL0,9%vừa bấm van hút nước tráng ống sonde. Bơm tráng sạch sonde không để dịch đờm bám vào làm tắc sonde và dây dẫn.

Khoá van hút lại. tháo sông hút với dây của máy hút.

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

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

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

Chú ý:

Tần số hút tuỳ theo lượng đờm, 1 lần hút không quá 20", bịt van hút không quá 15", giữa các lần hút cho BỆNH NHÂN thở máy lại 30"- 1phút, 1 đợt hút ≤ 5 phút

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

Không dùng ống hút đờm kín để hút đờm ở đường hô hấp trên

Theo dõi sát DHST, nếu mạch chậm <40 l/phút phải ngừng hút tăng thông khí nhân tạo oxy 100%.

VII. BIẾN CHỨNG

Thiếu oxy, giảm oxy máu.

Tổn thương niêm mạc khí phế quản.

Loạn nhịp tim, ngừng tim ngừng thở.

Xẹp phổi.

Co thắt thanh quản.

Nhiễm khuẩn.

Chảy máu khí phế quản.

Tăng áp lực nội sọ.

Tăng huyết áp, hạ huyết áp.

Ảnh hưởng đến áp lực máy thở.

VIII. THEO DÕI TRƯỚC, TRONG VÀ SAU HÚT

Tiếng thở: còn lọc sọc đờm dãi.

Tình trạng oxy: màu sắc da, tím ? hồng? SpO_2.

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

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

Huyết động:nhịp tim trên máy theo dõi, mạch, HA.

Khí máu: nếu có chỉ định làm.

18. QUY TRÌNH KỸ THUẬT BÓP BÓNG QUA MẶT NẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Ngừng hô hấp, tuần hoàn.

Suy hô hấp nặng không đáp ứng với thở máy không xâm nhập, cần đặt nội khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

CHUẨN BỊ

Người thực hiện

Bác sĩ

Ngay khi thấy người bệnh suy hô hấp nặng, thở ngáp hoặc ngừng thở cần tiến hành bóp bóng ngay.

Gọi các bác sĩ, điều dưỡng hỗ trợ.

Giải thích cho người nhà người bệnh về tình trạng bệnh và mục đích của thủ thuật khi có những người khác đến hỗ trợ cấp cứu.

Điều dưỡng

Chuẩn bị oxy.

Dụng cụ: Bóng Ambu, mặt nạ phù hợp với mặt người bệnh và các dụng cụ cấp cứu khác dùng trong hồi sinh tim phổi.

Phương tiện

Bóng Ambu: 1 chiếc

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

Dây dẫn oxy từ hệ thống oxy tới bóng Ambu.

Hai đôi găng sạch.

Người bệnh

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

Hồ sơ bệnh án

Có đầy đủ các xét nghiệm: công thức máu, đông máu cơ bản, AST, ALT, creatinin, điện giải đồ, điện tim, X quang phổi.

IV. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

Kiểm tra hồ sơ

Đánh giá lâm sàng và kết quả các xét nghiệm, SpO_2 qua máy theo dõi hoặc khí máu (nếu có).

Kiểm tra người bệnh

Tư thế người bệnh.

Thực hiện kỹ thuật

Điều dưỡng

Kiểm tra tình trạng bóng và mặt nạ.

Nối bóng Ambu với mặt nạ.

Điều chỉnh oxy 8 - 10 lít.

Trường hợp 1 người bóp bóng:

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

Tay phải bóp bóng.

Trường hợp 2 người bóp bóng:

Một người dùng ngón 3, 4, 5 của 2 tay nâng cằm đảm bảo đường thở thẳng. Các ngón còn lại cố định mặt nạ vào miệng mũi người bệnh.

Người còn lại bóp bóng tương ứng với ép tim theo tỷ lệ tương ứng đối với trường hợp ngừng tuần hoàn hoặc theo nhịp thở (nếu người bệnh còn thở).

Bác sĩ

Đánh giá đáp ứng của người bệnh thông qua lâm sàng, SpO_2 qua máy theo dõi.

Nếu đáp ứng tốt, kết thúc bóp bóng.

Điều dưỡng: Tháo mặt nạ khỏi mặt người bệnh.

Bác sĩ: Đánh giá lại tình trạng người bệnh, làm các xét nghiệm cần thiết (khí máu động mạch...). Ghi diễn biến quá trình cấp cứu vào hồ sơ bệnh án.

V. THEO DÕI

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

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kĩ thuật bệnh viện tập 1”. Nhà Xuất bản Y học (1999).

Bộ Y tế,"Hướng dẫn điều trị tập 1", Nhà xuất bản Y học (2005).

Ngô Quý Châu, Nguyễn Lân Việt, Phạm Quang Vinh, Nguyễn Đạt Anh “Bài giảng bệnh học nội khoa tập 1” Nhà Xuất bản Y học (2012).

Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa” Nhà xuất bản Y học (2011).

19. 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 sĩ: 01 người, được đào tạo và nắm vững kỹ thuật đặt nội khí quản
- Điều dưỡng: 02, được đào tạo về phụ giúp bác sĩ đặt nội khí quản

2. Dụng cụ

- Dụng cụ, thuốc gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, bơm tiêm 5 ml
- Găng, mũ, khẩu trang

- Máy theo dõi SpO_2

- 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 > 14t	8 - 9
Trẻ 10t	6,5
Trẻ 6t	5,5
Trẻ 4t	5
Trẻ 1t	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, SpO_2)

- Đặt Người bệnh ở tư thế thích hợp, nằm ngửa, cho thở ôxy 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 ôxy 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 1.5 mg/kg

+ Hoặc Thiopental 3 - 5 mg/kg

+ Hoặc Propofol 1 - 2 mg/kg

- Thuốc gây bloc thần kinh cơ (thuốc dãn 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 0.6-1 mg/kg

1.3.3. Làm nghiệm pháp Sellick, bảo vệ tránh trào ngược

1.3.4. Bộc lộ thanh môn

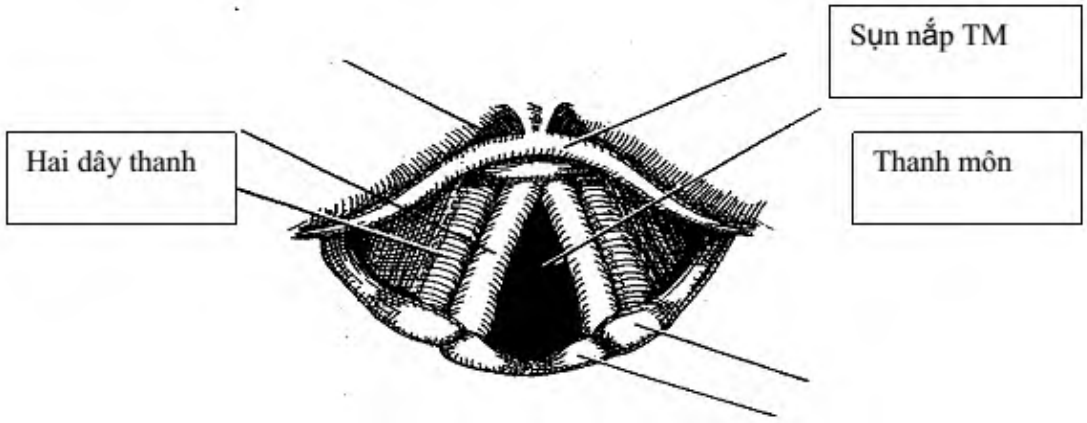
Tay trái:

- 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)

Hình 1

Hình 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: 22-23 cm

- 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 CO_2 khí thở ra

+ Xquang ngực...

1.3.7. Cố định ống

+ Bơm bóng (cuff) của NKQ khoảng 20 mmHg

+ Cố định băng 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 ôxy 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 chẩm 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 đẩy nặng, vướng ống và không đi sâu được nữa lúc này nên rút ra vài cm chỉnh lai 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

20. 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 nhẫn giáp

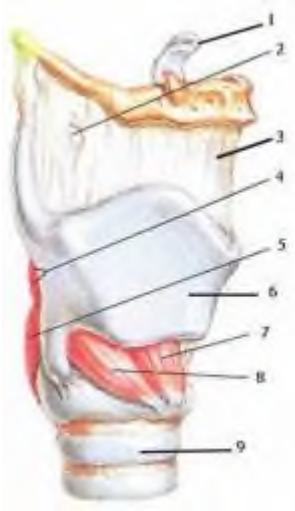
- Là một kỹ thuật khai thông đường thở nhanh chóng, đặc biệt trong cấp cứu ngạt thở cấp.

- Màng nhẫn giáp có mốc giải phẫu tương đối rõ và dễ đi vào đường thở nhất

- Có 2 loại kỹ thuật: chọc màng nhẫn giáp và mở màng nhẫn giáp

Mốc giải phẫu:

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



1. Sụn nắp thanh môn
2. Lỗ nhánh trong TK thanh quản
3. Màng giáp móng
4. Các cơ phễu chéo và ngang
5. Cơ phễu sau
6. Sụn giáp
7. Phần đứng cơ nhẫn giáp
8. Phần chếch cơ nhẫn 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 nhẫn

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 nhẫn giáp 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 nhẫn 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. ở màng nhẫn giáp 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 nhẫn giáp bằng kim chọc trực tiếp

- Sát trùng

- Xác định vị trí màng nhẫn giáp, gây tê qua màng nhẫn giáp

- Chọc kim vào màng nhẫn giáp theo đường giữa, chếch 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 lắp khớp nội của nội khí quản số 3-3.5 vào đốc kim

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

- Sát trùng

- Xác định vị trí màng nhẫn giáp, gây tê da và gây tê khí quản qua màng nhẫn 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 nhẫn giáp có rạch da với bộ dụng cụ MELKER

- Xác định vị trí màng nhẫn giáp, gây tê da và gây tê khí quản qua màng nhẫn giáp

- Rạch da thành một đường thẳng theo đường giữa dải 1 - 1.5 cm

- Chọc kim có lắp bơm tiêm qua màng nhẫn giáp qua vết rạch da theo một góc 45 độ so với thân người (hường 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 trúng
- Chảy máu muộn
- Dò khí quản - thực quản
- Lâu liền chỗ mở

TÀI LIỆU THAM KHẢO

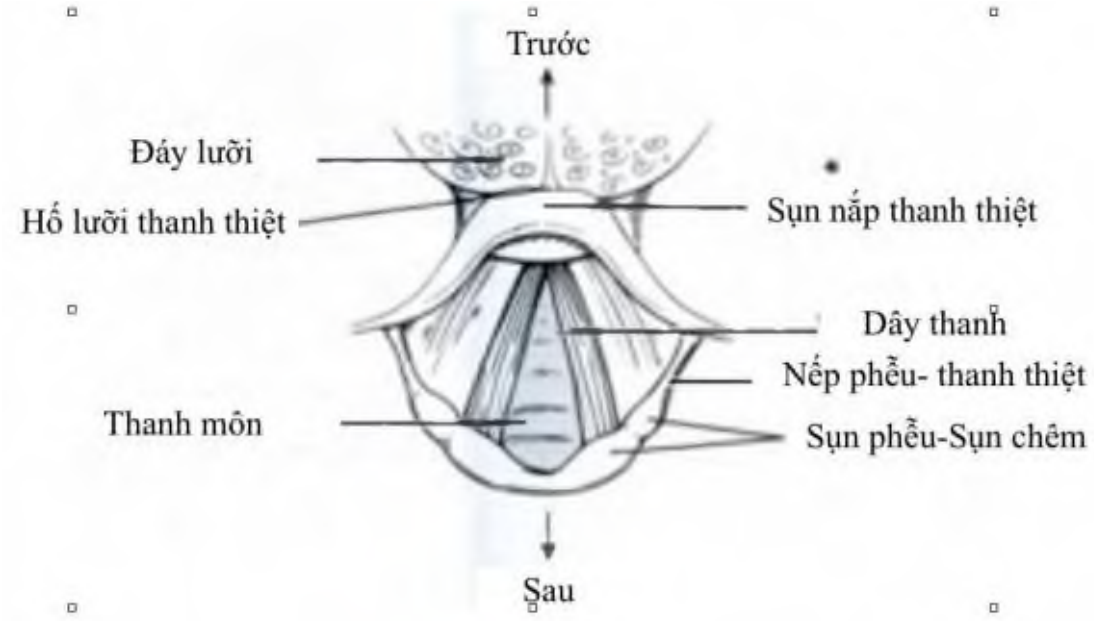
Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 2014 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức- Cấp cứu và Chống độc "

21. 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

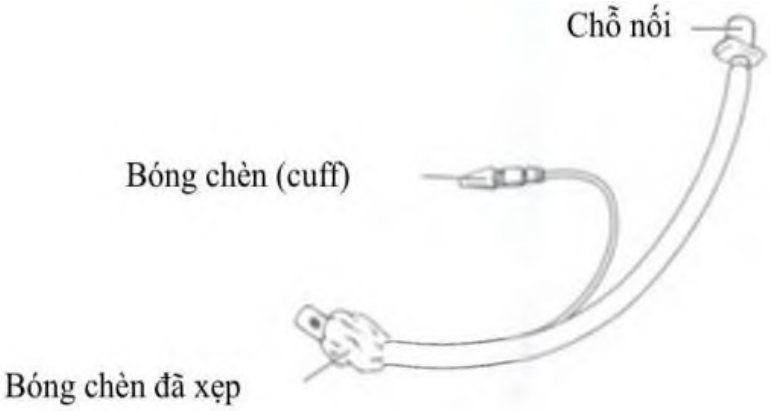
IV. CHUẨN BỊ

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

- Ô xy
- 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 ôxy > 10 lít/phút, đạt SpO_2 100%
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 nhẫn 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 4 cm (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 vẩu, 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 ”

22. 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 bẩn 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 kền.

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 H_2O)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 22 cm - 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 nhiêu 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 H_2O) 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, bẩn 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 dãy dụa 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 ôxy 100% trong khi chờ đợi đặt ống lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

23. 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 rắn cắn: 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:

3. **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

4. 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 ôxy qua mũi hoặc qua mặt nạ mặt

- Theo dõi:

+ Mạch, huyết áp, nhịp thở, ý thức, SpO_2 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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đạt Anh, Đặng Quốc Tuấn (2012), "Đặt nội khí quản", *Hồi sức cấp cứu*, Nxb Khoa học kỹ thuật.

2. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "

24. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH NGOẠI BIÊN

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật tiêm truyền tĩnh mạch được thực hiện bằng kim catheter tĩnh mạch ngoại vi là phương pháp tiêm, truyền tĩnh mạch sử dụng loại kim làm bằng ống nhựa mềm luồn vào trong lòng tĩnh mạch.

Kim catheter có thể luồn sâu và cố định chắc chắn vào trong lòng tĩnh mạch, đầu kim không sắc nhọn nên không có khả năng đâm xuyên qua thành mạch, đặc biệt trong trường hợp người bệnh giãy giụa.

Kim catheter tĩnh mạch ngoại vi được sử dụng trong những trường hợp người bệnh có chỉ định cần phải tiêm, truyền nhiều lần trong ngày hoặc phải duy trì tiêm, truyền nhiều ngày. Sử dụng kim catheter tĩnh mạch ngoại vi khắc phục được nhược điểm của kim sắt (gây chệch ven, xuyên mạch, đau trong quá trình tiêm truyền…).

Hiện tại kỹ thuật đặt kim catheter tĩnh mạch ngoại vi được sử dụng rỗng rãi trong các cơ sở điều trị, mang lại nhiều tiện ích và hiệu quả cho cả người bệnh và điều dưỡng.

2. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

2.1. Chỉ định:

- Các trường hợp người bệnh cần hồi sức cấp cứu: sốc, trụy mạch, suy hô hấp, hôn mê, ngừng tuần hoàn…

- Tiêm, truyền thuốc qua đường tĩnh mạch

- Truyền dịch liên tục

- Truyền dịch ngắt quãng

- Truyền máu và các chế phẩm của máu

- Trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật, các thuốc cản quang…

- Các trường hợp cần nuôi dưỡng tĩnh mạch ngắn ngày

2.2. Chống chỉ định:

- Vùng tĩnh mạch bị tổn thương, bị nhiễm khuẩn, bầm tím , bỏng …..

3. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ VÀ NGƯỜI BỆNH

3.1. Cán bộ thực hiện quy trình kỹ thuật: điều dưỡng viên

3.2. Phương tiện

- Dụng cụ vô khuẩn:

+ Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn (2 khay chữ nhật, 2 khay hạt đậu, 1 ống cắm pank, 2 pank, 1 kéo, 1hộp bông)

+Bơm tiêm, kim catheter (cỡ phù hợp với người bệnh), kim lấy thuốc, dây nối, ba chạc, dây truyền (nếu cần)

- Dụng cụ khác:

+ Gối kê tay, kéo, băng dính, dây garo, găng tay vô khuẩn;

+ Dung dịch sát trùng: Cồn 700 , Betadin 10%, dung dịch khác (Chlorhexidine 4% - không sử dụng với trẻ đẻ non dưới 28 tuần), dung dịch sát khuẩn tay nhanh, nẹp cố định (nếu cần);

+ Hộp chống sốc, thuốc hoặc dịch truyền theo y lệnh (nếu có), nước cất, dung dịch Natriclorid 9%o;

+ Hộp kháng thủng đựng vật sắc nhọn, xô đựng chất thải y tế.

3.3.Chuẩn bị người bệnh:

- Điều dưỡng: thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình;

- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về kỹ thuật sắp làm;

- Nhận định người bệnh; - Đo dấu hiệu sinh tồn;

- Tư thế người bệnh thích hợp, thuận tiện cho kỹ thuật.

3.4. Hồ sơ bệnh án: có kèm theo phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Kiểm tra hồ sơ

4.2. Kiểm tra người bệnh: đối chiếu với hồ sơ bệnh.

4.3. Thực hiện kỹ thuật:

- Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang;

- Mang dụng cụ đến bên giường người bệnh, động viên người bệnh;

- Lựa chọn tĩnh mạch phù hợp, tĩnh mạch nổi ít di động (có thể chọn tay không thuận của người bệnh) ; Đặt gối kê tay, buộc Garo trên vị trí định đặt kim 5-7cm (3- 5cm đối với trẻ nhi)

- Sát khuẩn tay nhanh, đi găng vô khuẩn, nối bơm tiêm dung dịch Natriclorid 9‰ và ba chạc, hoặc dây nối và đẩy một lượng dịch qua.

- Sát khuẩn vị trí đặt kim 2 lần theo hình xoáy ốc bằng Betadin 10% (Cồn Iod 1%) trước, cồn 70^0 sau.

- Tiến hành kỹ thuật sau 30 giây (đợi vị trí sát khuẩn khô):

+ Dùng ngón trỏ và ngón cái tay thuận cầm đốc kim

+ Ngón trỏ và ngón cái tay còn lại căng bề mặt của da tại vị trí đâm kim.

+ Cầm ngửa mũi vát, đưa kim vào tĩnh mạch chếch 30^0 so với bề mặt da cho đến khi thấy máu trào ra.

+ Hạ thấp kim song song với mặt da, đẩy kim vào sâu thêm khoảng 0.3cm, đẩy catheter vào lòng tĩnh mạch. Tháo dây garo.

+ Đặt ngón tay giữa lên đầu mũi catheter. Giữ đốc kim bằng ngón trỏ.

+ Rút thông nòng ra bằng cách vừa xoay vừa rút ra theo đường song song với mặt da.

+ Bỏ ngay thông nòng vào hộp kháng thủng.

- Nối ba chạc hoặc (dây nối) vào đốc kim catheter, bơm một lượng nhỏ dung dịch Natriclorid 9%o (1ml) để xác định chắc chắn kim vào đúng vị trí. (Nếu người bệnh có truyền dịch hoặc tiêm thuốc thì nối dây truyền hoặc bơm thuốc qua ba chạc). Khóa ba chạc (hoặc đầu dây nối) lại.

-Cố định đốc kim catheter chắc chắn bằng băng dính.

- Giúp người bệnh về tư thế thích hợp, dặn người bệnh những điều cần thiết.

- Thu dọn dụng cụ, tháo bỏ găng, rửa tay

- Ghi phiếu theo dõi

4.4. Chăm sóc.

- Ghi rõ: ngày, giờ, tên điều dưỡng thực hiện kỹ thuật.

- Động viên người bệnh trong khi thao tác kỹ thuật.

- Chăm sóc kim catheter hàng ngày

+ Điều dưỡng rửa tay (sát khuẩn tay), đi găng trước khi chăm sóc kim catheter

+ Sát khuẩn đầu nút kim Catheter bằng cồn 70 0 , để khô trong 30 giây

+ Dùng gạc vô khuẩn lót để tháo đầu nút kim.

+ Tháo đầu nút kim và lắp bơm tiêm có 2 -3ml Natriclorid 9%o vào đốc kim.

+ Mở khóa, hút ngược lại nhẹ nhàng và kiểm tra xem máu có trào ngược lại không. (Nếu có cục máu đông trào ra thì bỏ bơm tiêm đi); nếu máu trào ra thì tiếp tục:

+ Bơm dung dịch Natriclorid 9%o chậm vào tĩnh mạch

+ Quan sát vị trí mũi kim và người bệnh trong quá trình bơm

+ Khóa ba chạc (dây nối) lại và tháo bỏ bơm tiêm

+ Nút lại đầu ba chạc bằng nút kim mới.

5. THEO DÕI:

- Theo dõi sắc mặt và diễn biến của người bệnh trong và sau khi thực hiện kỹ thuật

- Chăm sóc kim catheter mỗi 8 giờ - 12h/ lần hoặc tùy theo tình trạng thực tế

- Kiểm tra vùng đặt kim hàng ngày và sờ qua băng để xem người bệnh có bị đau hay cảm ứng bất thường ở vị trí đặt kim không?

- Không cần thiết phải thay kim catheter thường quy trước 72 giờ và không nên để quá 3 ngày.

- Khi có các dấu hiệu: tắc kim, sưng, nề đỏ, đau dọc theo tĩnh mạch, nhiễm khuẩn hoặc chảy máu tại chỗ phải rút kim và đặt kim sang vị trí khác.

6. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ:

6.1. Tai biến sớm

- Đâm nhầm vào động mạch.

+Xử trí: Rút ngay kim, băng ép tại điểm đâm kim, theo dõi dấu hiệu chảy máu tại chỗ. - - Thoát mạch: do chệch kim, vỡ tĩnh mạch

+ Xử trí: Rút kim truyền, chuyển vị trí truyền sang chi khác, thường xuyên kiểm tra bằng bắt mạch và làm dấu hiệu làm đầy mao mạch. Báo bác sĩ.

- Tụ máu: Do chảy máu vào tổ chức xung quanh hoặc kim xuyên qua mạch máu

+ Xử trí: Rút kim truyền, Băng ép quanh nơi tụ máu bằng gạc lạnh

- Tuột Catheter: Do cố định không chắc hoặc do người bệnh tự rút truyền

+ Xử trí: Rút kim truyền

6.2. Tai biến muộn

- Viêm tĩnh mạch: Do cục máu đông ở đầu kim Catheter; lưu kim Catheter quá lâu; dịch truyền có độ pH quá cao hoặc quá thấp hoặc dịch ưu trương.

+ Xử trí: Rút kim truyền, chườm ấm, báo bác sĩ, ghi chép tình trạng và những xử trí.

- Nhiễm khuẩn tại chỗ

+ Xử trí: Rút kim truyền, chuyển vị trí truyền sang chi khác, báo bác sĩ, theo dõi chăm sóc vị trí nhiễm khuẩn.

- Nhiễm khuẩn toàn thân: do không tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện kỹ thuật/chăm sóc vùng truyền kém/người bệnh suy giảm miễn dịch/lưu kim catheter quá lâu/viêm tĩnh mạch kéo dài.

+ Xử trí:

+ Báo bác sĩ, dùng thuốc theo chỉ định, nuôi cấy vùng truyền và đầu catheter

+ Theo dõi dấu hiệu sinh tồn và toàn trạng người bệnh

6.3. Một số tai biến khác

- Co thắt tĩnh mạch, kích ứng tại nơi truyền: do truyền dịch/máu lạnh; Kích ứng tĩnh mạch do thuốc hoặc dịch; Tốc độ truyền quá nhanh.

+ Xử trí: Áp miếng gạc ấm lên vùng truyền (Có thể sử dụng máy làm ấm dịch truyền). Giảm tốc độ truyền.

- Quá tải tuần hoàn: do tốc độ truyền quá nhanh

+ Xử trí:

Cho người bệnh nằm đầu cao 30-45 độ

Thở oxy nếu cần + Báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp.

- Dị ứng thuốc: Ngừng truyền, Phối hợp với bác sĩ xử trí sốc phản vệ theo phác đồ nếu có.

6.4. Một số tai biến ít gặp hơn:

- Tổn thương dây chằng, dây thần kinh: do kỹ thuật chọc không đúng hoặc cố định chặt quá.

+Xử trí: Ngừng truyền, báo bác sĩ

- Tắc mạch do khí

+ Xử trí: Ngừng truyền: Đặt người bệnh ở tư thế Trendelenburg, Báo bác sĩ, Cho người bệnh thở oxy theo chỉ định, Ghi chép các xử trí và can thiệp đã làm

LƯU Ý:

- Sử dụng gạc vô khuẩn, hay băng vô khuẩn, để che vị trí đặt catheter.

- Thay gạc, băng thường quy 24 – 48 giờ/lần. Thay ngay khi gạc, băng bán thấm hoặc không còn đảm bảo tính nguyên vẹn.

- Cần luân chuyển vị trí đặt kim truyền 48-72 giờ/lần. - Nếu không thể thay đổi vị trí đặt kim truyền thì phải báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp. - Nên rút ngay kim catheter nếu không cần sử dụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế Việt Nam Quyết định số 3671/QĐ-BYT Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh đặt Catheter trong lòng mạch năm 2012

2. Bộ Y tế Việt Nam Quyết định số 3671/QĐ-BYT Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở 6 khám bệnh, chữa bệnh ngày 27 tháng 9 năm 2012.

3. Bộ Y tế Việt Nam Vụ Điều trị công văn số 7517/BYT-ĐTr Hướng dẫn rửa tay thường quy, 2007.

25. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÍ DUNG THUỐC CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Khí dung thuốc giãn phế quản là đưa thuốc giãn phế quản dưới dạng sương mù, các hạt thuốc có kích thước 1-5 micromet vào khí phế quản để điều trị co thắt phế quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Điều trị bệnh Hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Sau rút ống nội khí quản có co thắt thanh khí quản.
- Các bệnh lý hô hấp khác có biểu hiện co thắt phế quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với thuốc giãn phế quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ: Xem xét chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.

- Điều dưỡng:

+ Giải thích cho người bệnh và người nhà mục đích của kỹ thuật.

+ Kiểm tra tên, tuổi, số giường, chẩn đoán của người bệnh.

2. Phương tiện

- Máy khí dung: 1 chiếc.
- Mặt nạ khí dung phù hợp với miệng mũi người bệnh: 1 chiếc.
- Thuốc giãn phế quản theo y lệnh.

3. Người bệnh

Người bệnh tư thế thoải mái (tốt nhất ở tư thế ngồi).

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Kiểm tra hồ sơ: Chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.

2. Kiểm tra người bệnh: ở tư thế thoải mái.

3. Thực hiện kỹ thuật (điều dưỡng chăm sóc):

- Cho thuốc khí dung vào bầu.
- Bật máy khí dung, khi máy hoạt động thấy hơi thuốc phun ra.
- Đeo mặt nạ khí dung cho người bệnh.
- Quan sát đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình khí dung. Nếu người bệnh khó thở hơn khi khí dung cần báo bác sỹ.

- Kết thúc khí dung, lấy mặt nạ khỏi mặt người bệnh.

- Ghi lại diễn biến trong quá trình khí dung

VI. THEO DÕI

Tình trạng người bệnh trong quá trình khí dung để kịp thời phát hiện các bất thường. Những người bệnh nặng cần theo dõi các chỉ số trên máy theo dõi (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2)…

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Người bệnh thấy khó chịu: ngừng khí dung, đánh giá tình trạng người bệnh.

- Dị ứng: khó thở, nổi mề đay, shock phản vệ , xử trí phác đồ dị ứng thuốc.

26. QUY TRÌNH KHÍ DUNG Ở BỆNH NHÂN 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.

Cơn hen phế quản cấp.

Co thắt phế quản do nhiễm khuẩn phổi.

Bệnh nhân có đờm đặc khô.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có.

IV. CHUẨN BỊ

Cán bộ thực hiện kỹ thuật:

01 Điều dưỡng

Phương tiện:

Máy khí dung, Bộ dây khí dung, Ống khí dung chữ T.

Bơm tiêm 5ml, Kim lấy thuốc, Gạc.

Găng tay vô khuẩn.

Cồn 90^0, dung dịch sát khuẩn tay nhanh Aniosgel, dung dịch rửa tay savondoux.

Thuốc khí dung (theo y lệnh), Natriclorua 0.9%.

Chuẩn bị bệnh nhân:

Thông báo giải thích cho bệnh nhân hoặc người nhà về việc sắp làm.

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

Mang hồ sơ đến giường bệnh,thực hiện 5đúng

Kiểm tra DHST.SpO_2 cho bệnh nhân.

Thông báo ,động viên bệnh nhân hợp tác thực hiện kỹ thuật.

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

Mang dụng cụ, thuốc đến giường bệnh.

Đặt bệnh nhân ở tư thế thích hợp.

Cắm điện và kiểm tra hoạt động của máy khí dung.

Cắm bộ dây khí dung vào máy khí dung.

Sát khuẩn tay nhanh bằng Aniosgel.

Pha thuốc theo y lệnh.

Bơm thuốc vào bình khí dung.

Sát khuẩn tay bằng Aniosgel, đi găng vô khuẩn.

Sát trùng chỗ nối dây máy thở (đường khí thở vào).

Lắp ống chữ T vào đường dây máy thở,lắp hệ thống khí dung vào ống chữ T.

Tháo bỏ găng, sát khuẩn tay bằng Aniosgel.

Bật máy khí dung (trong quá trình khí dung theo dõi mạch,SpO_2,sự đáp ứng của thuốc với bệnh nhân).

Hết thuốc,tắt máy khí dung .

Rửa tay, đi găng vô khuẩn.

Tháo bỏ hệ thống chữ T.

Thu dọn dụng cụ,vệ sinh máy khí dung,để đúng nơi quy định.

Rửa tay

Ghi phiếu chăm sóc.

VI. THEO DÕI

Tình trạng người bệnh trong quá trình khí dung để kịp thời phát hiện các bất thường. Những người bệnh nặng cần theo dõi các chỉ số trên máy theo dõi (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO_2)…

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Người bệnh thấy khó chịu: ngừng khí dung, đánh giá tình trạng người bệnh.
- Dị ứng: khó thở, nổi mề đay, shock phản vệ , xử trí phác đồ dị ứng thuốc.

27. 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 ôxy và bình ô xy

- 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 ôxy 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:

Bước1: 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 rối loạn đông máu nếu có.

- Đánh giá tình trạng tưới máu ở đầu chi băng ép

- Với các vết thương garo cần theo dõi thời gian garo, thời gian vận chuyển và thời gian nới garo.

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 garo mỗi 30 phút.

28. QUY TRÌNH ĐẶT ỐNG THÔNG DẪN LƯU BÀNG QUANG BẰNG ỐNG THÔNG 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 trú 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 bệnh nhân bí tiểu do nhiều nguyên nhân (bệnh lý liệt cơ vòng cổ bàng quang, do dùng thuốc an thần, dãn 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, bệnh nhân 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:

1 (hoặc bác sĩ) làm thủ thuật, 1 điều dưỡng phụ dụng cụ.

Rửa tay bằng dung dịch cồn rửa tay nhanh.

Đội mũ, đeo khẩu trang.

Đi găng sạch để cạo lông bộ sinh dục, kê bô dẹt, vệ sinh nước xà phòng bộ phận sinh dục cho bệnh nhân.

Rửa tay bằng xà phòng tiệt trùng (Savondoux) đúng quy trình kỹ thuật.

2. Dụng cụ:

Ống thông Foley 14F, 16F (loại cỡ phù hợp với bệnh nhân và mục đích của đặt ống thông).

Bộ dụng cụ thủ thuật vô khuẩn.

1 khay quả đậu.

1 bát kền.

1 fanh.

Bộ dụng cụ tiêm truyền.

Săng có lỗ.

Găng vô khuẩn 1 đôi, găng sạch 2 đôi.

Túi dẫn lưu nước tiểu.

Gạc củ ấu vô khuẩn, gạc miếng vô khuẩn.

Nước muối NaCl 0,9% 100 ml x 1 chai.

Povidin 10% .

Bơm tiêm 20 ml 2 chiếc.

Dầu Paraphin vô trùng lọ nhỏ 5 ml.

Khay hạt đậu sạch đựng dụng cụ bẩn trong khi làm thủ thuật.

Dung dịch sát khuẩn tay nhanh (Anios Gel 86 NPC).

Xà phòng rửa tay savondoux.

Xà phòng diệt trùng.

Lưỡi dao cạo, bình phong, ống xét nghiệm (nếu cần), bô dẹt, 1 tấm nylon 40 x 60 cm.

3. Chuẩn bị bệnh nhân

Thông báo giải thích cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân về mục đích của việc đặt ống thông bàng quang và yêu cầu sự hợp tác của gia đình người bệnh.

Che bình phong.

Bệnh nhân nằm ngửa, cởi quần, bộc lộ vùng lỗ niệu đạo, đắp ga cho bệnh nhân.

Trải nilon dưới mông bệnh nhân, được vệ sinh bộ phận sinh dục (như trên).

V. TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra dụng cụ, đưa tới giường bệnh

Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng tiệt 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 Povidin vào bát kền.

Tư thế và bệnh nhân 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 kìm 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 săng có lỗ.

Lấy bơm tiêm 20 ml hút nước muối 0,9%.

Đặt khay quả đậu đã hấp tiệt khuẩn vào giữa 2 đùi người bệnh để đựng nước tiểu.

Nối ống thông tiểu với túi dẫn lưu.

Bôi Paraphin 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 bệnh nhân 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 vướng hạ dương vật xuống song song với thành bụng, tiếp tục đưa vào khoảng 10-15 cm thấy nước tiểu ra đẩy sâu thêm khoảng 3-5cm.

Đối với bệnh nhân 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 đẩy thêm vào 3-5 cm.

Khi ống thông đã vào sâu trong bàng quang mới được bơm bóng chèn bằng NaCl 0,9% theo thể tích ghi trên ống thông, kéo nhẹ ra đến khi thấy vướng.

Dùng gạc lau khô bộ phận sinh dục và đầu lỗ niệu đạo.

Bỏ săng.

Dùng gạc tẩm Povidin quấn kín vị trí nối giữa ống thông với túi nước tiểu(đối với bệnh nhân nam quấn thêm gạc tẩm Povidin quanh đầu dương vật).

Dùng băng dính cố định ống thông vào đùi bệnh nhân, túi đựng nước tiểu luôn đặt ở vị trí thấp hơn giường của bệnh nhân.

4. Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

Đặt bệnh nhân tư thế thích hợp, đắp ga, mặc lại quần áo cho bệnh nhân (nếu cần), ghi ngày đặt thông.

5. Ghi bảng theo dõi.

Trường hợp chỉ định rút thông bàng quang ngay: khi nước tiểu ra hết, rút hết.

nước ở bóng chèn, gập 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 vướng 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 baó bác sĩ.

Bàng quang căng quá to không nên tháo ra một lần mà phải tháo ra từ từ tránh gây xuất huyết.

Thủng 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 bác 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 hiện 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 bệnh nhân giật rách ống thông

TÀI LIÊU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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

29. 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 sỹ 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 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, ô xy, 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, ô xy, bóng ambu mặt nạ, ống nội khí quản, bình ô xy, ...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 ô xy, mắc máy monitoring theo dõi, dặt 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:

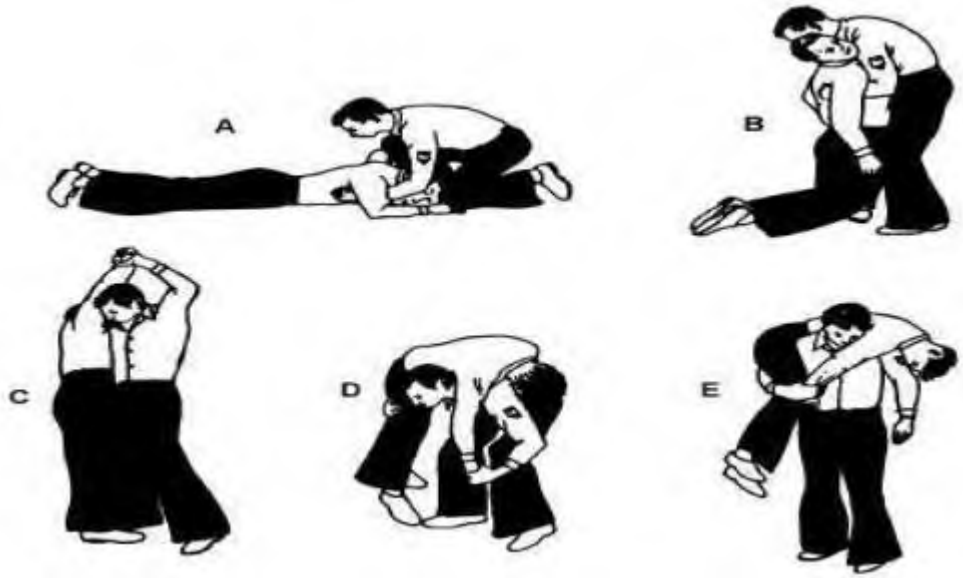
Các kỹ thuật này nhằm đưa người bệnh ra khỏi khu vực nguy hiểm như cháy, nổ, nước, điện, ...kỹ thuật nâng người bệnh phải dựa hoàn toàn vào sức lực của người thực hiện kỹ thuật, do đó trước khi nâng và chuyển người bệnh cần đánh giá nhanh tình trạng người bệnh và khả năng có thể đủ sức nâng được NGƯỜI 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 chuyển 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 luồn hai tay qua nách người bệnh từ phía sau và kéo người bệnh về phía trước (hình 3).



Hình 3: một số kỹ thuật chuyển và di dời khẩn cấp

3.2. Kỹ thuật khiêng an toàn

Khi đã chuyển được người bệnh lên cáng hoặc các phương tiện tận 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 thảm 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 luồn 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, luồn 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 "múc thìa"

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 cáng cứng, cố định toàn bộ người bệnh trên cáng trước khi tiến hành vận chuyển (hình 7)

Hình 7: kỹ thuật cố định người bệnh chấn thương cột sống vào cáng

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 ôxy máu (SpO_2), 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 cáng và chuyển người bệnh từ cáng 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.

30. 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 hiệngiàu 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 kền
- Kẹp phẫu tích vô khuẩn
- Băng dính
- Bơm tiêm 10 ml: 01 cái.
- Kim lấy thuốc: 01 cái.
- Natrichlorua 0,9% chai 250 ml
- Băng 3M
- Ôxy 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

2.2. Thuốc điều trị (nếu có):

3. 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.

4. 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 kền, đi găng tay vô khuẩn.

7- Dùng một kẹp vô khuẩn gắp 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 ôxy 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.

31. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH TẠM THỜI BỆNH NHÂN GÃY XƯƠNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy xương là một tình trạng mất tính liên tục của xương, có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức từ một vết rạn cho đến gãy hoàn toàn của xương và bao gồm gãy xương kín và gãy xương hở. Trong những trư ng h p nặng nế u không xử trí đúng cách ngư i bệnh có thể sốc do đau, mất máu hoặc tổn thương nặng lên và để lại di chứng nặng nề.

Trong các xương bị gãy thì gãy xương cột sống, vỡ xương chậu và gãy xương đùi là nặng nề và nguy hiểm nhất, có thể dẫn đến tử vong ngay lập tức.

Gãy xương nếu được sơ cứu tốt sẽ giảm được tai biến, giảm đau, và giảm chi phí điều trị.

- Gãy xương do chấn thương chia làm hai loại

Chấn thương trực tiếp: xương bị gãy ở ngay nơi lực gây chấn thương tác động, thường gặp trong tai nạn giao thông do bánh xe ô tô, xe máy,

Chấn thương gián tiếp: gãy xương ở xa nơi tác động của lực gây chấn thương.

- Gãy xương bệnh lý có hai loại chính

Do xương bị bệnh rồi gãy như u nang xương, viêm xương, loạn sản xương. Người bệnh bị ung thư ở các tổ chức khác nhưng di căn vào xương làm cho

xương yếu đi và có thể gãy khi có động chạm nhẹ.

- Phân loại gãy xương

Gãy xương kín: là gãy xương mà ổ gãy không thông với bên ngoài**.**

Gãy xương hở: là gãy xương mà ổ gãy thông với bên ngoài. Gãy hở nguy hiểm hơn gãy kín vì nguy cơ nhiễm trùng cao.

Cho dù là gãy xương kín hay gãy xương hở thì công tác sơ cứu gãy xương cũng phải được tiến hành nhanh chóng chính xác tại nơi xảy ra tai nạn nhằm mục đích:

Giúp người bệnh đỡ đau, phòng ngừa sốc do chấn thương.

Giảm bớt nguy cơ gây tổn thương thêm mạch máu, thần kinh, cơ, da do gãy xương gây nên.

Phòng ngừa gãy xương kín biến thành gãy xương hở di lệch.

Trong trường hợp gãy xương hở, cố định gãy xương kết hợp với xử lý vết thương phần mềm tốt còn có tác dụng phòng ngừa nhiễm khuẩn.

Gãy cột sống luôn được xếp là một chấn thương nặng. Trong khi khám và sơ cứu tuyệt đối không cho di chuyển mạnh nạn nhân, không cho nạn nhân ngồi dậy. Sơ cứu gãy xương cột sống phải luôn có người chỉ huy, người này luôn đứng ở phía trên đầu nạn nhân để giữ thẳng đầu và cổ nạn nhân cho đến khi bất động xong. Trong gãy cột sống cổ, nhất là đoạn cao, nếu sơ cứu không tốt sẽ gây tử vong ngay vì bị kích thích hành não.

Xương đùi là xương dài nhất cơ thể, nằm trong khu có nhiều cơ, mạch máu, thần kinh lớn, vì vậy nếu không xử trí kịp thời và đúng kỹ thuật, nạn nhân có thể chết do sốc do chảy máu hoặc do đau.

- Nguyên tắc khi bất động gãy xương

Khi sơ cứu nạn nhân bị gãy xương người điều dưỡng cần phải tiến hành cố định xương gãy. Để việc cố định xương gãy hiệu quả cần phải tuân thủ một số nguyên tắc sau:

Nhanh chóng đưa nạn nhân ra khỏi nguy hiểm.

Nẹp được sử dụng để cố định xương gãy phải đủ dài để đủ bất động chắc khớp trên và dưới ổ gãy.

Buộc dây cố định nẹp phải trên chỗ gãy, dưới chỗ gãy, khớp trên và khớp dưới chỗ gãy.

Không nên cố cởi quần áo nạn nhân, nếu cần phải bộc lộ vết thương thì cắt quần áo theo đường chỉ (nếu phải cởi thì cởi bên lành trước).

Không đặt trực tiếp nẹp vào da nạn nhân. Các mấu lồi đầu xương, vùng tỳ đè phải có lót bông rồi mới đặt nẹp.

- Trường hợp gãy xương kín

Bất động xương gãy (chi) theo tư thế cơ năng (đối với chi dưới duỗi gối ở tư thế 170° - 180°, đối với chi trên gấp khuỷu 90°).

Cố định nhẹ nhàng, cẩn thận, phải có người phụ kéo nắn chi liên tục cho tới khi cố định xong.

- Trường hợp gãy hở, gãy nội khớp

Phải bất động theo tư thê gãy, không kéo nắn. Kết hợp xử trí vết thương phần mềm. Nếu có tổn thương mạch máu phải cầm máu trước khi bất động..

Sau khi cố định xong: đối vối chi trên dùng băng tam giác treo đỡ tay lên cổ. Đối vối chi dưới buộc hai chi vào nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

Các loại gẫy xương kín hoặc hở do chấn thương, bệnh lý

III.CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối khi băng bó cố định chi gãy. Tuy nhiên không kéo nắn đầu xương gãy đói với trườn hợp gãy xương hở.

1. Gãy xương sườn và xương ức

1.1. Đánh giá tình trạng toàn thân:

Lấy dấu hiệu sinh tồn, xác định vị trí gãy xương.

1.2. Chuẩn bị nạn nhân:

Để nạn nhân nằm hay ngồi theo tư thế thuận lợi.

Giải thích nạn nhân về kỹ thuật sẽ tiến hành.

Bộc lộ chi tổn thương.

1.3. Chuẩn bị dụng cụ:

Hai nẹp gỗ: nẹp ngoài dài từ quá khuỷu tay đến đầu ngón tay, nẹp trong từ nếp gấp khuỷu tay đến lòng bàn tay, dày 0,5 -1 cm.

Bông, gạc tốt nhat la bông mỡ.

Băng cuộn, một băng tam giác.

Hộp thuốc chống sốc.

1.4. Các bước tiến hành kỹ thuật

- 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. Quy trình kỹ thuật cố định gãy xương cẳng tay

2.1. Đánh giá tình trạng toàn thân:

Lấy dấu hiệu sinh tồn, xác định vị trí gãy xương.

2.2.Chuẩn bị nạn nhân:

Để nạn nhân nằm hay ngồi theo tư thế thuận lợi.

Giải thích nạn nhân về kỹ thuật sẽ tiến hành.

Bộc lộ chi tổn thương.

2.3.Chuẩn bị dụng cụ:

Hai nẹp gỗ: nẹp ngoài dài từ quá khuỷu tay đến đầu ngón tay, nẹp trong từ nếp gấp khuỷu tay đến lòng bàn tay, dày 0,5 -1 cm.

Bông, gạc tốt nhat la bông mỡ.

Băng cuộn, một băng tam giác.

Hộp thuốc chống sốc.

2.4. Các bước tiến hành kỹ thuật

- *Người phụ đứng phía trước nạn nhân đỡ trên và dưới ổ gãy:*

Một tay đỡ khuỷu, một tay nắm lấy bàn tay của nạn nhân kéo nhẹ theo trục của chi.

- *Người chính đặt nep:*

Nẹp thứ nhất ở mặt trước cẳng tay từ khuỷu đến khớp ngón bàn.

Nẹp thứ hai đặt ở mặt sau căng tay, đối xứng với nẹp thứ nhất.

- *Độn bông:*

Độn bông vào các đầu nẹp và vùng tỳ đè.

- *Cố định nẹp:*

Dùng băng cuộn cố định hai nẹp vối nhau theo thứ tự: trên chỗ gãy, dưới chỗ gãy, bàn tay, khuỷu(nếu cần).

- *Đỡ tay nạn nhân:*

Để cẳng tay nhân nạn nhân gấp 90° so với cánh tay, dùng băng cuộn đỡ cẳng tay nạn nhân vòng qua co nạn nhân.

- *Đánh giá:*

Kiểm tra nhiệt độ bàn tay, màu sắc ngón tay.

- *Ghi phiếu chuyển thương và vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện:*

Ghi họ tên nạn nhân, tổn thương, các xử trí đã làm, ngày giờ, tên người xử trí.

3. Quy trình kỹ thuậy cố định gãy hai xương cánh tay

3.1. Đánh giá tổn thương và tình trạng toàn thân:

Lấy dấu hiệu sinh tồn, khám thực thể, xác định vị tri xương gãy.

3.2. Chuẩn bị nạn nhân:

Để Nạn nhân nằm hay ngồi theo tư thế thuận lợi.

Giải thích nạn nhân về kỹ thuật sẽ tiến hành. Bộc lộ chi tổn thương.

Quan sát và đánh giá tình trạng chi tổn thương.

3.3.Chuẩn bị dụng cụ:

Hai nẹp dài từ quá vai đến khuỷu tay và dải từ dưới hố nách đến quá nếp gấp khuỷu tay.

Bông, gạc tốt nhất là bông mỡ, băng cuộn.

Hộp thuốc chống sốc.

Phiếu chuyển thương.

3.4. Các bước tiến hành kỹ thuật

- *Người phụ:*

Đứng đối diện với nạn nhân một tay đỡ khuỷu, một tay đỡ cánh tay sát hõm nách và kéo nhẹ nhàng theo trục của cánh tay. Đỡ cẳng tay vuông góc với cánh tay.

- *Người chính đặt hai nẹp ở hai mặt trước và sau cánh tay:*

Một nẹp ngoài đi từ quá vai đến quá khuỷu tay, một nẹp trong đi từ hõm nách đến quá khuỷu tay.

- *Độn bông:*

Độn bông vào các đầu nẹp và vùng tỳ đè.

- *Cố định nẹp:*

Dùng băng cuộn để cố định hai nẹp với nhau và đảm bảo đủ chắc, vị trí: một dây trên ổ gãy, một dây dưới ổ gãy.

- *Đỡ tay nạn nhân:*

Dùng băng cuộn hoặc băng treo vòng qua cổ nạn nhân để treo tay nạn nhân ở tư thế cẳng tay gấp 90°, bàn tay cao hơn khuỷu tay và ủp vào thân mình.

- *Đánh giá:*

Kiểm tra tuần hoàn đầu bàn tay và đầu chì.

- *Ghi phiếu theo dõi và chuyển nạn nhân đến bệnh viện:*

Ghi phiếu chuyển thương và vận chuyển nạn nhân đến bệnh viện.

Ghi họ tên nạn nhân, tổn thương, các xử tri đã làm, ngày giờ .

4. Quy trình kỹ thuật cố định gãy hai xương cẳng chân

4.1 Đánh giá tổn thương và tình trạng toàn thân:

Khám thực thể; lấy dấu hiệu sinh tồn; xác định vị tri xương gãy.

4.2. Chuẩn bị dụng cụ:

Haí nẹp kích thước 80 - 130 cm, rộng 8 - 10cm, dày 1cm.

Bông, gạc tốt nhất là bông mỡ, gạc sạch.

Băng cuộn.

4.3.Chuẩn bị nạn nhân:

Để nạn nhân nằm.

Giải thích nạn nhân về kỹ thuật sẽ tiến hành. Bộc lộ chi tổn thương..

Quan sát và đánh giá tình trạng chí tổn thương

4.4. Các bước tiến hành kỹ thuật .

- *Người phụ thứ nhất:*

Ngồi bên nạn nhân {phía bên lành), luồn hai tay nâng đỡ chi nạn nhân (phía trên và dưới chỗ gãy).

- *Người phụ thứ hai:*

Ngồi ở phía bàn chân của nạn nhân. Một tay đỡ gót chân gãy của nạn nhân và kéo nhẹ nhàng theo trục của chi, tay kia nắm bàn chân nạn nhân hơi đẩy về phía đùi để bàn chân vuông góc vối cẳng chân, mắt luôn theo dõi sắc mặt nạn nhân.

- *Người chính:*

Đặt hai nẹp ở mặt trong và mặt ngoài chi gãy.

Nẹp ngoài từ mào chậu đến quá gót.

Nẹp trong từ bẹn đến quá gót.

- *Độn bông:*

Độn bông vào hai đầu nẹp và các đầu xương cả phía trong và ngoài của chi.

- *Cố định:*

Cố định hai nẹp với nhau ỏ các vị trí và đảm bào đủ chắc theo thứ tự:

Trên ổ gãy.

Dưới ổ gãy.

Trên khớp gối khoảng 3-5 cm.

Băng số 8 sát cổ chân.

Cố định hai chi với nhau bằng một dải ở cổ chân, một dải ỏ chính khớp gối.

- *Kiểm tra tuần hoàn:*

Kiểm tra nhiệt độ, cảm giác bàn chân và màu sắc ngón chân .

- *Ghi phiếu chuyển thương và chuyển nạn nhân đến bệnh viện:*

Ghi họ tên nạn nhân, tổn thương, các xử trí đã làm, ngày giờ .

5. Quy trình kỹ thuật cố định gãy xương đùi

5.1 Đánh giá tổn thương và tình trạng toàn thân:

Lấy dấu hiệu sinh tồn.

Khám thực thể, tìm các tổn thương phối hợp.

5.2. Chuẩn bị dụng cụ:

Ba nẹp kích thước 8 - 30 cm, rộng 8 - 10cm, dày 1cm.

Bông, gạc tốt nhất là bông mỡ, gạc sạch.

Băng cuộn hoặc băng vải.

5.3. Chuẩn bị nạn nhân:

Để nạn nhân nằm.

Giải thích nạn nhân về kỹ thuật sẽ tiến hành. Bộc lộ chi tổn thương.

Quan sát và đánh giá tình trạng chi tổn thương

5.4. Các bước tiến hành kỹ thuật

- *Người phụ thứ nhất ngồi phía dưới chân nạn nhân:*

Một tay đỡ gót chân nạn nhân và kéo theo tư thế thẳng trục. Một tay nắm bàn chân nạn nhân hơi đẩy ngược về đùi sao cho bàn chân vuông góc với cẳng chân. Mắt tuôn quan sát sắc mặt nạn nhân.

- *Người phụ thứ hai ngồi phía bên chi lành:*

Luồn hai tay nâng đỡ chi nạn nhân (phía trẽn và dưới chỗ gãy) và đỡ nẹp.

- *Người chính đặt hai nẹp phía mặt trong và mặt ngoài của đùi:*

Nẹp trong từ bẹn đến quá gót.

Nẹp ngoài tử hố nách đến quá gót.

- *Độn bông:*

Độn bông vào hai đầu nẹp và mấu lồi của xương cả phía trong và phía ngoài.

- *Cố định:*

Dùng băng cuộn hoặc dây vài để cố định hai nẹp với nhau theo thứ tự:

Trên ổ gãy.

Dưới ổ gãy.

Dưới khớp gối -1/3 dưới cẳng chân.

Ngang mào chậu, ngang ngực.

Băng số 8 để giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.

3 dây để cố định hai chân vào với nhau ở các vị trí: cổ chân, gối, sát bẹn.

- *Trường hợp ba nẹp:*

Hai người phụ:

Quỳ sát bên cạnh nạn nhân giúp nạn nhân nằm hơi nghiêng sang bên lành và nằm lại tư thế ban đầu sau khi đã đặt nẹp xong. Sau đó, mỗi người về vị trí và làm nhiệm vụ như trường hợp đặt hai nẹp.

Người chính đặt nẹp:

Đặt nẹp thứ nhất từ sau xương bả vai đến quá gót chân.

Nẹp thứ hai từ hõm nách đến quá gót chân.

Nẹp thứ ba từ bẹn đến quá gót chân.

Độn bông:

Độn bông vào hai đầu nẹp và mấu lồi của xương cả phía trong và phía ngoài và phía sau (xương bả vai).

Cố định:

Dùng băng cuộn hoặc dây vải để cố định hai nẹp với nhau theo thứ tự:

Trên ổ gãy.

Dưới ổ gãy.

Dưới khớp gối.

1/3 dưới cẳng chân.

Ngang mào chậu, ngang ngực.

Băng số 8 để' giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân .

Kiểm tra tuần hoàn:

Kiểm tra nhiệt độ, cảm giác và màu sắc ngón chân.

Ghi phiếu theo dõi:

Ghi họ tên nạn nhân, tổn thương.

Các xử trí đã làm.

Ngày giờ, tên người xử trí.

Chuyển nạn nhân tới bệnh viện:

Nhanh chóng, nhẹ nhàng.

6. Quy trình kỹ thuật cố định gãy cột sống cổ

6.1. Chuẩn bị:

Ván cứng.

Tám cuộn băng to bản.

Gối, màn.

Bộ chống sốc.

6.2. Chuẩn bị nạn nhân:

Giải thích cho nạn nhân kỹ thuật sẽ tiến hành.

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên ván cứng:

Người thứ nhất quỳ phía trên đầu nạn nhân luồn hai tay giữ đầu và vai nạn nhân.

Người thứ hai luồn hai tay dưới lưng và thắt lưng.

Người thứ ba Ịuồn hai tay dưới đùi và cẳng chân.

Người điều khiển hô 1, 2, 3 tất cả cùng nâng nạn nhân lên và đặt trên ván cứng.

6.3. Đánh giá nạn nhân:

Lấy dấu hiệu sinh tồn.

Khám thực thể đánh giá các tổn thương phối hợp.

6.4. Các bước tiến hành kỹ thuật

Người chính:

Giữ đầu nạn nhân.

Người phụ cố định nạn nhân vào cáng:

Dùng 8 cuộn băng đề cố định nạn nhân vào ván cứng ở các vị trí: trán; qua hàm trên, qua ngực, qua hông, qua đùi, qua khốp gối, qua cẳng chân, băng hai bàn chân.

Chèn người:

Dùng gối mềm chèn hai bên cổ nạn nhân.

Viết phiếu chuyển thương:

Ghi họ tên nạn nhân, tổn thương, các xử tri đã làm, ngày giò, tên người xử trí.

Chuyển nạn nhân đến bệnh viện:

Nhanh chóng, nhẹ nhàng bằng các phương tiện sẵn có.

7. Quy trình kỹ thuật cố định gãy cột sống lưng - thắt lưng

7.1. Chuẩn bị:

Ván cứng.

5 cuộn băng to bản.

Gối, màn hay chăn mỏng.

Bộ chống sốc.

7.2. Chuẩn bị nạn nhân:

Giải thích cho nạn nhân kỹ thuật sẽ tiến hành .

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên ván cứng.

Người thứ nhất luồn hai tay giữ đầu và vai nạn nhân.

Người thứ hai giữ lưng và thắt tưng.

Người thứ ba luồn hai tay dưới đùi và cẳng chân.

Người điểu khiển hô 1,2,3 tất cả cùng nâng nạn nhân lên và đạt trên ván cứng.

7.3. Đánh giá nạn nhân:

Lấy dấu hiệu sinh tồn.

Khám thực thể đánh giá các tổn thương phối hợp.

7.4. Các bước tiến hành kỹ thuật

Người phụ thứ nhất:

Giữ đầu nạn nhân.

Người phụ thứ hai:

Đỡ hai chân sao cho bàn chân đứng và vuông góc với cẳng chân.

Người chính cố định nạn nhân vào cáng:

Dùng năm cuộn băng để cố định nạn nhân vào cáng hoặc cố định hai chi của nạn nhân vào nhau ở các vị trí: hông, đùi, đầu gối, cẳng chân và bàn chân .

Chèn người:

Dùng gối mềm hoặc chăn chèn hai bên hông nạn nhân.

Viết phiếu chuyền thương:

Ghi họ tên nạn nhân, tổn thương, các xử tri đã làm, ngày giờ.

Chuyển nạn nhân đến bệnh viện:

Nhanh chỏng, nhẹ nhàng bằng các phương tiện sẵn có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định Số: 1904 /QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 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 "