

**SỞ Y TẾ QUẢNG NGÃI
TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN TRÀ BÔNG**



Phụ lục: 02


QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH: NỘI KHOA

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 1192/QĐ-TTYT-TB ngày 31/12/2022
của Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Trà Bông)*

Mã số: QT.02.NK

Ngày ban hành: 31/12/2022

Lần ban hành: 01

	<p align="center">Phụ lục: 02 QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH: NỘI KHOA</p> <p align="center"><i>(Ban hành kèm theo Quyết định số 1192/QĐ-TTYYT-TB ngày 31/12/2022 của Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Trà Bồng)</i></p>	<p>Mã số: QT.02.TTYYT.NK Lần ban hành: 01 Ngày ban hành : 31/12/2022</p>
--	---	--

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

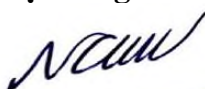
PHÂN PHỐI TÀI LIỆU			
1. Ban giám đốc	1	9. Khoa xét nghiệm và CDHA	1
2. Phòng Kế hoạch – Nghiệp vụ	1	10. Khoa truyền nhiễm	1
3. Phòng Tổ chức – Hành chính	1	11. Khoa Dược – TTB Y tế	1
4. Phòng Điều dưỡng	1	12. Khoa Khám bệnh – Cấp cứu đa khoa (Cơ sở 2)	1
5. Khoa Khám – Cấp cứu	1	13. Khoa Dược – Cận lâm 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 khỏe sinh sản	1	16. Khoa Lâm sàng 1 (Cơ sở 2)	1

NHÓM BIÊN SOẠN

Bs Trần Văn Thảo
Bs Đinh Thị Thanh Hằng
Bs Dương Thị Minh Phúc
Bs Phan Duy Tùng
Bs Hồ Kiên Trung
Bs Đinh Thị Chiêu

THẨM ĐỊNH

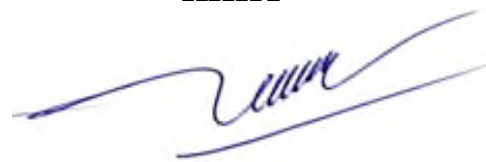
Phó Giám đốc - Phó Chủ tịch
Hội đồng KHKT



Bs Đặng Văn Nam

PHÊ DUYỆT

Giám đốc - Chủ tịch Hội đồng
KHKT



Bs Hồ Văn Toàn

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 – BHYT, 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*”

- Quyết định số: 3983/QĐ-BYT ngày 03 tháng 10 năm 2014 của Sở tay điều dưỡng tiêu hóa Quyết định số: 1981/QĐ-BYT ngày 05 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành hô hấp

- Quyết định số: 3805/QĐ-BYT ngày 25 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa

- Quyết định số: 654/QĐ-BYT ngày 24 tháng 02 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành cơ xương khớp

- Quyết định số: 3592/QĐ-BYT ngày 11 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành thận tiết niệu

- “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập 1*”. Nhà Xuất bản Y học (1999), “*Hướng dẫn điều trị tập 1*”, Nhà xuất bản Y học (2005); Bộ Y tế “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập 1*”. Nhà Xuất bản Y học (2007); “*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; Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*” Nhà xuất bản y học (2011); Vũ Văn Đình. *Chuyên môn kỹ thuật hồi sức cấp cứu; Sổ tay điều dưỡng tiêu hóa Khoa Tiêu Hóa BV Bạch Mai.*

IV. MỤC LỤC

STT	TÊN QUY TRÌNH KỸ THUẬT	TRANG
1	Quy trình chọc hút ổ viêm / áp xe phần mềm dưới hướng dẫn của siêu âm	5
2	Quy trình chọc hút ổ viêm/áp xe phần mềm	9
3	Quy trình siêu âm khớp	12
4	Quy trình siêu âm phần mềm	14
5	Quy trình kỹ thuật bóp bóng qua mặt nạ	16
6	Quy trình kỹ thuật chăm sóc ống nội khí quản	19
7	Quy trình kỹ thuật chọc hút khí màng phổi cấp cứu	22
8	Quy trình kỹ thuật đo chức năng hô hấp	26
9	Quy trình kỹ thuật khí dung thuốc giãn phế quản	29
10	Quy trình kỹ thuật siêu âm chẩn đoán màng phổi cấp cứu	31
11	Quy trình kỹ thuật chọc hút khí màng phổi	33
12	Quy trình kỹ thuật chăm sóc lỗ mở khí quản	36
13	Quy trình kỹ thuật đo điện tim	38
14	Quy trình kỹ thuật sốc điện điều trị các rối loạn nhịp nhanh	40
15	Quy trình kỹ thuật hồi phục nhịp xoang cho người bệnh loạn nhịp bằng thuốc	44
16	Quy trình kỹ thuật hút đờm hầu họng	49
17	Quy trình kỹ thuật theo dõi spo2 liên tục tại giường	51
18	Quy trình kỹ thuật chọc hút nước tiểu trên xương mu	54
19	Quy trình kỹ thuật đặt sonde bàng quang	56
20	Quy trình kỹ thuật đặt ống thông dạ dày	58
21	Quy trình kỹ thuật rửa dạ dày cấp cứu	61
22	Quy trình kỹ thuật siêu âm ổ bụng	64
23	Quy trình kỹ thuật test nhanh tìm hồng cầu ẩn trong phân	66
24	Quy trình kỹ thuật thụt thuốc qua đường hậu môn	68
25	Quy trình kỹ thuật thụt tháo phân	73

1. QUY TRÌNH CHỌC HÚT Ổ VIÊM / ÁP XE PHẦN MỀM DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm hoặc áp xe phần mềm là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp trong bệnh lý cơ xương khớp. Chọc hút ổ viêm hoặc ổ áp xe nhằm cung cấp thông tin giúp cho chẩn đoán và điều trị bệnh. Chọc hút dịch làm xét nghiệm vi khuẩn học giúp xác định nguyên nhân gây ra ổ áp xe, từ đó giúp lựa chọn kháng sinh điều trị cho phù hợp và hiệu quả. Ngoài ra, chọc hút ổ viêm/ áp xe giúp giải phóng ổ mủ làm cho quá trình điều trị hiệu quả hơn, tránh vỡ ổ viêm/áp xe. Trong các trường hợp ổ viêm/ áp xe phần mềm ở sâu, việc chọc hút ổ tổn thương dưới siêu âm giúp cho thủ thuật an toàn và dễ dàng thực hiện hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hút dịch ổ viêm / áp xe phần mềm nhằm mục đích chẩn đoán
- Hút dịch khớp ổ viêm / áp xe phần mềm nhằm mục đích điều trị

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.
- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút
- Thận trọng với người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường cần được kiểm soát tốt trước và sau khi tiến hành thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: là bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp đã được đào tạo về thủ thuật chọc hút dịch khớp
- 01 bác sỹ siêu âm: là bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh/ cơ xương khớp đã được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành siêu âm.
- 01 điều dưỡng phụ.

2. Phương tiện

- Phòng tiêm khớp đạt tiêu chuẩn chuyên môn
- 01 máy siêu âm, đầu dò Linear có tần số tối thiểu 5 - 9 MHz
- Bộ dụng cụ tiêm khớp vô khuẩn (săng có lỗ, kẹp có máu, bông, gạc,...)
- Túi vô trùng bọc đầu dò siêu âm (hoặc có thể dùng găng vô khuẩn bọc đầu dò siêu âm)
- Găng vô khuẩn
- Kim chọc hút (18Gauge, 20Gauge), bơm tiêm 10 ml, 20 ml.
- Cồn 70°, cồn Iốt sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.

- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông
- Thuốc gây tê Lidocain 2%.
- Hộp dụng cụ chống sốc

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.
- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn thuốc, xét nghiệm, X quang,...) của người bệnh để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật
- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.
- Chuẩn bị tư thế người bệnh: tùy theo vị trí ổ viêm / ổ áp xe

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án hoặc đơn thuốc về chỉ định, chống chỉ định
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Kiểm tra ổ viêm/ áp xe phần mềm dưới siêu âm: chọn vị trí đặt đầu dò thích hợp
- Điều dưỡng sát khuẩn rộng vị trí chọc hút bằng dung dịch Betadin.
- Bác sỹ thực hiện thủ thuật sát trùng tay bằng cồn 70°, đi găng vô khuẩn, , trải sẵn vô khuẩn có lỗ.
- Bác sỹ siêu âm bọc đầu dò siêu âm bằng túi bọc đầu dò hoặc bằng găng vô khuẩn, đặt đầu dò đã được bọc găng vô khuẩn tại vị trí cần hút dịch
- Đưa kim qua da, mũi kim song song với đầu dò siêu âm, đồng thời quan sát trên màn hình siêu âm, chọc kim vào ổ viêm/ ổ áp xe và tiến hành hút dịch.
- Khi lấy được dịch ổ viêm / ổ áp xe phần mềm:
 - + Đánh giá đại thể dịch
 - + Làm các xét nghiệm: đếm số lượng tế bào, tế bào học, nuôi cấy định danh vi khuẩn, PCR lao dịch khớp tùy từng trường hợp cụ thể. Ngoài ra có thể làm: soi tươi tìm tinh thể urat, tìm BK, MGIT.
- Kết thúc thủ thuật: rút kim, sát trùng lại và băng vị trí chọc dịch bằng băng dính y tế.
- Dặn dò người bệnh giữ sạch và không để ướt vị trí chọc hút trong 24h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, sốt,...

V. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, huyết áp, tình trạng đau, chảy máu tại chỗ, tình trạng viêm trong vòng 24 giờ

- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (mục VI) sau 24 giờ

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tại chỗ chọc dịch: Paracetamol.

- Biện chứng do kích thích phó giao cảm (hiếm gặp) do người bệnh quá sợ hãi. Xử trí: đặt người bệnh nằm đầu thấp, giơ cao chân, theo dõi mạch, huyết áp để có các biện pháp xử trí cấp cứu khi cần thiết.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc hút dịch: cầm máu tại chỗ và kiểm tra lại tình trạng bệnh lý rối loạn đông máu của người bệnh để xử trí tùy theo trường hợp

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Cần chọc hút dịch khớp làm xét nghiệm tế bào, nuôi cấy vi khuẩn và điều trị kháng sinh đường toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Quyết định số: 654/QĐ-BYT ngày 24 tháng 02 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành cơ xương khớp*

2. QUY TRÌNH CHỌC HÚT Ổ VIÊM/ÁP XE PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Viêm hoặc áp xe phần mềm là một bệnh lý nhiễm khuẩn thường gặp trong bệnh lý cơ xương khớp. Chọc hút ổ viêm hoặc ổ áp xe có giá trị chẩn đoán và điều trị bệnh. Chọc hút dịch làm xét nghiệm vi khuẩn học giúp xác định nguyên nhân gây ổ áp xe, từ đó giúp lựa chọn kháng sinh điều trị cho phù hợp và hiệu quả.

Chọc hút ổ viêm/ áp xe giúp giải phóng ổ mủ làm cho quá trình điều trị hiệu quả hơn, tránh vỡ ổ áp xe.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định:

- Các ổ viêm/ áp xe phần mềm ở nông xác định được rõ vị trí bằng thăm khám lâm sàng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý rối loạn đông máu, người bệnh đang dùng thuốc chống đông.

- Các tổn thương nằm sát các vị trí có nguy cơ cao bị biến chứng khi chọc như sát mạch máu, thần kinh, tim phổi...

- Các ổ viêm/ áp xe ở vị trí sâu không xác định được trên lâm sàng.

+ *Thận trọng với người bệnh có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết áp, Chỉ thực hiện thủ thuật khi các bệnh lý trên đã được kiểm soát tốt.*

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ thực hiện thủ thuật: tại các bệnh viện tuyến Trung ương/ Tỉnh/ Thành phố đã được đào tạo và cấp chứng chỉ.

- 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Phòng Thủ thuật đạt tiêu chuẩn chuyên môn.

- Hộp thuốc chống sốc theo quy định.

- Hộp đựng dụng cụ vô trùng (xăng có lỗ, kẹp có mấu, bông băng gạc...).

- Bông, cồn 70°, dung dịch Betadin hoặc cồn iốt, băng dính y tế/ băng dính Urgo.

- Thuốc: gây tê xylocain 2%

- Kim tiêm: 18 G, bơm tiêm: 10ml, 20 ml

- Ống đựng bệnh phẩm, lam kính, nhãn dán, bút viết trực tiếp trên lam kính, ống nuôi cấy vi khuẩn/ nấm, ống xét nghiệm PCR lao...

3. Người bệnh

- Cần được kiểm tra các chỉ định, chống chỉ định.
- Giải thích BN: mục đích, tai biến của thủ thuật; ký giấy cam đoan làm thủ thuật
- Làm các xét nghiệm cơ bản như đông máu cơ bản, nhóm máu, HIV, HbsAg, các xét nghiệm huyết học, sinh hóa cơ bản.

4. Hồ sơ bệnh án

- Theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng thủ thuật theo quy định

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án , chỉ định, chống chỉ định
 2. Xác định vị trí ổ viêm/ ổ áp xe trên lâm sàng
 3. Xác định đường dự định chọc hút.
 4. Sát trùng da ở vị trí đường vào bằng dung dịch Betadin, trải sẵn vô khuẩn có lỗ.
 5. Gây tê tại chỗ bằng xylocain.
 6. Chọc hút ổ viêm/ ổ áp xe theo hướng đã xác định trước
 8. Hút dịch tại ổ viêm/ áp xe
 9. Vừa hút, vừa kết hợp với quan sát, thăm khám lâm sàng. Hút đến khi nào ổ áp xe hết hoặc không thể hút được nữa.
 9. Rút kim ra khỏi ổ viêm/ áp xe
 10. Sát khuẩn, dán urgo tại vị trí chọc hút
 11. Chăm sóc người bệnh sau chọc hút
- Theo dõi tình trạng chảy máu tại chỗ ngay sau chọc hút, nếu có cần băng ép chặt.
 - Theo dõi lượng mủ, dịch chảy ra tại vị trí chọc.
 - Dặn người bệnh không để ướt tại vị trí tiêm trong vòng 24 giờ.

VI. THEO DÕI

- Chỉ số theo dõi: mạch, HA, tình trạng chảy máu, chảy dịch tại chỗ.
- Theo dõi các tai biến và tác dụng phụ có thể xảy ra (bên dưới) sau 24giờ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đau tăng sau khi chọc hút, có thể bổ sung các thuốc giảm đau nếu cần.
- Chảy máu sau chọc hút, cần băng ép chặt.
- Chảy dịch hoặc mủ tại vị trí chọc hút cần làm khô cho tới hết. Băng lại vết chọc. Thay băng hàng ngày.

- Phản ứng thần kinh thực vật: đôi khi người bệnh cảm thấy hơi nhức đầu hoặc sây sẩm trong hoặc sau khi làm thủ thuật, rất hiếm khi bị ngất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế, quy trình kỹ thuật bệnh viện*
- 2. Quyết định số: 654/QĐ-BYT ngày 24 tháng 02 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành cơ xương khớp*

3. QUY TRÌNH SIÊU ÂM KHỚP

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm khớp có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý cơ xương khớp. Siêu âm quan sát được cấu trúc màng hoạt dịch, dịch khớp một cách rõ ràng, đặc biệt là trong các trường hợp viêm màng hoạt dịch, hoặc tràn dịch khớp mức độ ít mà lâm sàng không phát hiện được. Siêu âm khớp còn cho phép phát hiện các tổn thương ở sụn khớp trong trường hợp thoái hóa khớp; canxi hóa sụn khớp; dấu hiệu đường đôi trong bệnh gút. Những tổn thương bào mòn xương, tổn thương gân, dây chằng và các điểm bám tận cũng được chẩn đoán bằng siêu âm.

Ngày nay với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, siêu âm Doppler năng lượng còn giúp phát hiện các mức độ tăng sinh mạch máu màng hoạt dịch giúp chẩn đoán, theo dõi tiến triển của các bệnh lý khớp.

Hiện nay, siêu âm khớp là một thăm dò động, có giá trị, an toàn và kinh tế, trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh cơ xương khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp khớp sưng, đau do viêm, do thoái hóa hoặc do chấn thương.
- Trong trường hợp khám lâm sàng nghi ngờ có tổn thương gân: viêm gân, canxi hóa gân, viêm bao gân, đứt gân, viêm túi thanh dịch.
- Viêm các điểm bám tận; tổn thương dây chằng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Thận trọng khi có tổn thương da hở vùng khớp có chỉ định siêu âm, cần bọc đầu dò siêu âm bằng dụng cụ vô khuẩn; dùng gel vô khuẩn hoặc nước muối sinh lý khi thực hiện kỹ thuật siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và có chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ siêu âm.
- 01 điều dưỡng giúp chuẩn bị người bệnh và ghi chép kết quả siêu âm.

2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm đen trắng hoặc tốt nhất là máy siêu âm màu có doppler năng lượng.
- Có ít nhất hai đầu dò siêu âm: 01 đầu dò linear tần số ≥ 7.5 MHz khảo sát các khớp nhỏ, nhỏ và 01 đầu dò convec 3.5-5 MHz để khảo sát các khớp ở sâu như khớp háng.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm siêu âm
- Tư thế người bệnh phù hợp với khớp siêu âm
- Có chỉ định của bác sỹ

4. Hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định

Hồ sơ bệnh án, đơn thuốc hoặc phiếu chỉ định siêu âm theo mẫu quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng siêu âm theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định siêu âm
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Đặt tư thế người bệnh phù hợp với vị trí khớp cần siêu âm
- Cho gel vào đầu dò siêu âm
- Siêu âm khớp được thực hiện theo các mặt cắt quy định tùy thuộc vị trí khớp cần khảo sát.
- Bác sỹ đọc kết quả siêu âm và kiểm tra lại kết quả sau khi điều dưỡng đã ghi chép.
- Điều dưỡng trả kết quả siêu âm cho người bệnh, dặn dò người bệnh chuyển kết quả tới bác sỹ chỉ định.
- Vệ sinh đầu dò siêu âm bằng gạc mềm.

VI. THEO DÕI

Siêu âm khớp là một thăm dò không can thiệp nên an toàn, không cần theo dõi người bệnh sau siêu âm.

VII. TAI BIẾN

An toàn hầu như không có tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện
2. Quyết định số: 654/QĐ-BYT ngày 24 tháng 02 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành cơ xương khớp

4. QUY TRÌNH SIÊU ÂM PHẦN MỀM

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý cơ xương khớp, đặc biệt là bệnh lý phần mềm. Siêu âm giúp quan sát các tổn thương ở da, tổ chức dưới da, cơ và dây thần kinh. Từ đó giúp phát hiện các tổn thương bệnh lý: viêm áp xe, các khối u phần mềm, các khối tụ máu, tụ dịch mà trên lâm sàng khó phát hiện được.

Hiện nay, siêu âm cơ xương khớp trong đó bao gồm cả siêu âm phần mềm là xét nghiệm có giá trị, an toàn và kinh tế trong chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý cơ xương khớp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các tổn thương viêm, chấn thương phần mềm
- Các khối u phần mềm không rõ vị trí, bản chất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Thận trọng khi có tổn thương da hở vùng phần mềm có chỉ định siêu âm, cần bọc đầu dò siêu âm bằng dụng cụ vô khuẩn; dùng gel vô khuẩn hoặc nước muối sinh lý khi thực hiện kỹ thuật siêu âm.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 bác sỹ đã được đào tạo và có chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ siêu âm.
- 01 điều dưỡng điều hành người bệnh và ghi chép kết quả.

4.2. Phương tiện

- 01 máy siêu âm đen trắng hoặc tốt nhất là máy siêu âm màu có doppler năng lượng.
- Có ít nhất hai đầu dò siêu âm: 01 đầu dò linear tần số ≥ 7.5 MHz khảo sát các tổn thương ở nông và 01 đầu dò convec 3.5-5 MHz để khảo sát các tổn thương ở sâu như cơ thắt lưng chậu, cơ mông, cơ đùi...

4.3. Chuẩn bị người bệnh

- Người bệnh được giải thích trước khi làm siêu âm
- Tư thế người bệnh phù hợp với vị trí siêu âm
- Có chỉ định của bác sỹ

4. Hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định

Hồ sơ bệnh án, phiếu chỉ định siêu âm theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Thực hiện tại phòng siêu âm theo quy định

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, giấy chỉ định siêu âm
- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò
- Cho gel vào đầu dò siêu âm
- Siêu âm phần mềm được thực theo các mặt cắt quy định tùy thuộc vào vị trí giải phẫu cần thăm khám.
- Bác sỹ đọc kết quả siêu âm và kiểm tra lại kết quả sau khi điều dưỡng đã ghi chép.
- Điều dưỡng trả kết quả siêu âm cho người bệnh, dặn dò người bệnh chuyển kết quả tới bác sỹ chỉ định.
- Vệ sinh đầu dò siêu âm bằng gạc mềm.

VI. THEO DÕI

Siêu âm phần mềm là một thăm dò không can thiệp nên an toàn, không cần theo dõi sau siêu âm

VII. TAI BIẾN

An toàn, không có tai biến

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện

Quyết định số: 654/QĐ-BYT ngày 24 tháng 02 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành cơ xương khớp

5. 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.

IV. 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.

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

Kiểm tra hồ sơ

Đánh giá lâm sàng và kết quả các xét nghiệm, SpO₂ 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, SpO₂ 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.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập 1*”. Nhà Xuất bản Y học (1999).
2. Bộ Y tế, “*Hướng dẫn điều trị tập 1*”, Nhà xuất bản Y học (2005).
3. Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Phạm Quang Vinh, Nguyễn Đạt Anh “*Bài giảng bệnh học nội khoa tập 1*” Nhà Xuất bản Y học (2012).
4. Nguyễn Quốc Anh, Ngô Quý Châu “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*” Nhà xuất bản Y học (2011).

6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ỚNG NỘI KHÍ QUẢN

I. MỤC ĐÍCH

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Dụng cụ

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

3. Người bệnh

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

4. Phiếu theo dõi chăm sóc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

VI. THEO DÕI

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

- Theo dõi vị trí cố định ống NKQ, độ sâu của ống, băng dính lỏng hay chặt, bản 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 dẫy dựa nhiều.

+ Theo dõi áp lực cuff thường xuyên

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

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

+ Cố định lại ống NKQ đúng vị trí

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

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

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 ”

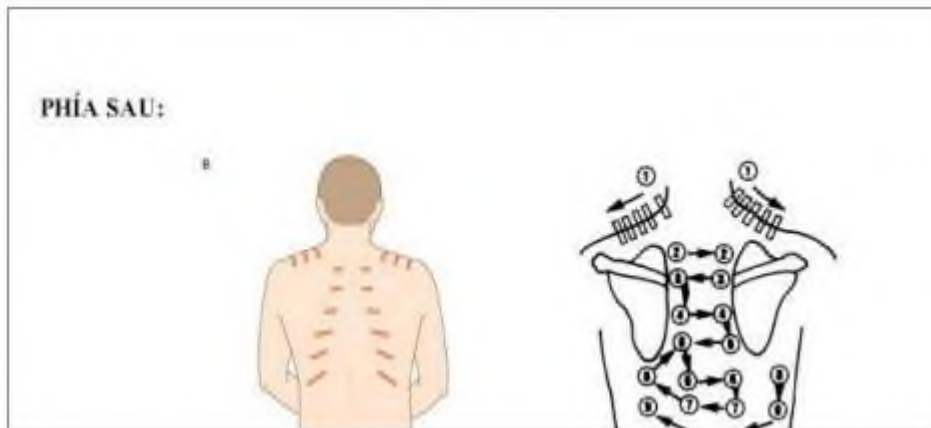
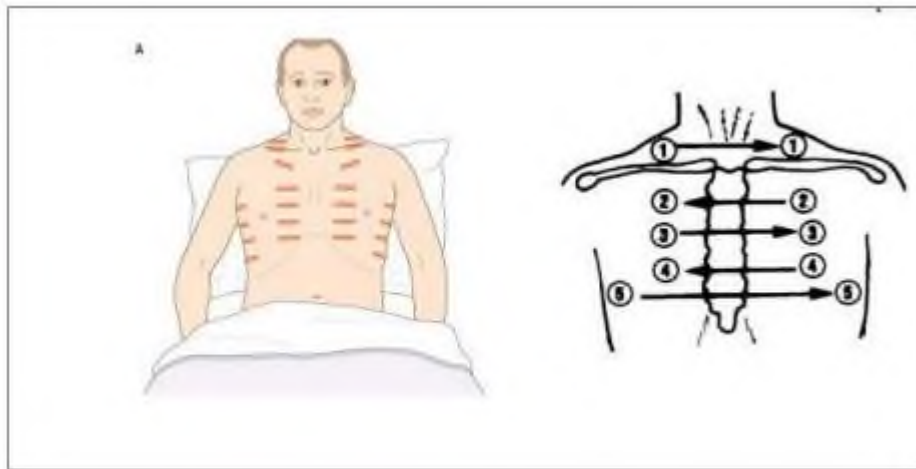
7. QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT KHÍ MÀNG PHỔI CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

Mốc giải phẫu: vị trí các khoang liên sườn



II. CHỈ ĐỊNH

- Tràn khí màng phổi tự nhiên tiên phát
- Tràn khí màng phổi áp lực



Tràn khí màng phổi phải



Tràn khí màng phổi áp lực

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người làm thủ thuật

- Bác sĩ: 01 người, được đào tạo và nắm vững kỹ thuật chọc hút khí màng phổi
- Điều dưỡng: 02, được đào tạo về phụ giúp bác sĩ chọc hút khí màng phổi

2. Dụng cụ

- Dung dịch sát trùng da: cồn, iod
- Dụng cụ gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, kim 25G, xy lanh 5 ml
- Găng, mũ, áo, khẩu trang vô trùng
- Toan vô trùng
- Dụng cụ theo dõi SpO₂

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

- Dây dẫn gắn với khóa chạc 3

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

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

3. Người bệnh

- Giải thích cho về kỹ thuật để NGƯỜI BỆNH yên tâm, hợp tác

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

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

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

2. Kiểm tra Người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

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

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

- Sát trùng vị trí chọc

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

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

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

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

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

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

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

VI. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

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

- Nhiễm trùng: do thủ thuật thiếu vô trùng

- Tràn khí dưới da

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Đình. Chuyên môn kỹ thuật hồi sức cấp cứu

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 ”

8. ĐO CHỨC NĂNG HÔ HẤP

I. ĐẠI CƯƠNG

Đo chức năng hô hấp là kỹ thuật thường được dùng trong chẩn đoán và theo dõi đánh giá mức độ nặng nhẹ của các bệnh lý hô hấp. Kỹ thuật giúp ghi lại những thông số liên quan đến hoạt động của phổi, từ đó giúp đánh giá hai hội chứng rối loạn thông khí: tắc nghẽn và hạn chế.

Đo chức năng hô hấp cho ta biết thông tin chính xác về lưu lượng không khí lưu thông trong phế quản và phổi, đồng thời cho phép đánh giá mức độ tắc nghẽn phế quản và mức độ trầm trọng của giãn phế nang.

Kết quả đo chức năng hô hấp được thể hiện bằng số cụ thể và bằng phần trăm so với giá trị của một người bình thường. Các trị số đo được của chức năng hô hấp sau đó được biểu diễn dưới dạng một đường cong trong đó một trục thể hiện các số đo về lưu lượng khí lưu thông, còn trục còn lại thể hiện các số đo của các thể tích khí có trong phổi, do vậy đường cong này còn được gọi là đường cong lưu lượng thể tích.

Đo chức năng hô hấp là thăm dò khá đơn giản và không gây đau cho bệnh nhân, hầu như không gây khó chịu hay tai biến.

Độ chính xác của kết quả phụ thuộc vào sự hợp tác của bệnh nhân.

II. CHỈ ĐỊNH

a. Chẩn đoán các bệnh lý hô hấp, khi có các triệu chứng lâm sàng và kết quả xét nghiệm khác bất thường

- Triệu chứng lâm sàng: khó thở, khò khè, ngòì thở, thở ra khó khăn, ho đờm kéo dài, ho khan kéo dài, dị dạng lồng ngực

- Xét nghiệm cận lâm sàng: giảm Oxy máu, tăng CO₂ máu, đa hồng cầu, X-quang lồng ngực bất

b. Theo dõi, lượng giá, đáp ứng điều trị, diễn tiến bệnh như hen phế quản, **bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính**, bệnh phổi hạn chế.

c. Tầm soát bệnh trên đối tượng có nguy cơ cao:

- Người hút thuốc lá

- Người làm việc nơi có khói và hóa chất độc hại

d. Lượng giá sức khỏe trước khi luyện tập



III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Nhiễm trùng đường hô hấp cấp
- Ho ra máu không rõ nguyên nhân
- Phình động mạch chủ ngực, chủ bụng
- Vừa mới qua đợt cấp **bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)**, hen dưới 6 tuần
- **Nhồi máu cơ tim**, phẫu thuật mắt, bụng, ngực dưới 3-6 tháng
- Đau ngực không rõ chẩn đoán
- Đau thắt ngực không ổn định trong 24 giờ
- Lao phổi tiến triển

IV. CHUẨN BỊ TRƯỚC KHI ĐO CHỨC NĂNG HÔ HẤP

- Mặc quần áo rộng rãi
- Không hút thuốc 1 giờ trước khi đo
- Không uống rượu 4 giờ trước khi đo
- Không vận động nặng 30 phút trước khi đo
- Không ăn no trong vòng 2 giờ trước khi đo

- Đối với trường hợp đo hô hấp ký để chẩn đoán bệnh lần đầu tiên: Không sử dụng thuốc giãn phế quản trước khi đo: 6 giờ nếu là loại tác dụng ngắn; 12 giờ nếu là loại tác dụng kéo dài; 24 giờ nếu là loại uống như theophyllin.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

Thông thường bệnh nhân được yêu cầu làm 2 động tác chính:

- Động tác thứ nhất: hít vào thở ra bình thường, sau đó được yêu cầu hít vào sâu thật hết sức, rồi thở ra thật hết sức.

- Động tác thứ hai: hít vào thở ra bình thường, rồi sau đó được yêu cầu hít vào thật hết sức và thổi ra thật nhanh, thật mạnh, hết sức có thể, và tiếp tục thở ra cho đến khi ít nhất 6 giây.

Lưu ý:

Trong khi thực hiện bất cứ động tác nào cũng phải làm liên tục, không được dừng. Việc dừng đột ngột, hoặc thực hiện không chính xác những gì mà kỹ thuật viên đo chức năng hô hấp yêu cầu sẽ gây sai lệch kết quả đo chức năng hô hấp, và do vậy dẫn đến nhận định sai kết quả thực mà chức năng thông khí phổi của người bệnh hiện có, từ đó có thể dẫn đến chẩn đoán và điều trị không phù hợp.

Nếu bệnh nhân hút thuốc lá, tuy nhiên kết quả đo chức năng hô hấp bình thường điều đó không có nghĩa là bạn không có nguy cơ mắc **bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính**.

Nếu **bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính** của bạn tiến triển thì FEV1 (thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên) sẽ giảm dần. Khi FEV1 đo được dưới 40% trị số bình thường thì phổi của bệnh nhân không còn khả năng duy trì chức năng bình thường của nó và lượng oxy trong máu sẽ giảm sút. Thiếu oxy sẽ được phát hiện và đánh giá bằng một xét nghiệm gọi là khí máu.

9. QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÍ DUNG THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Điều trị bệnh hen phế quản và **bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính**.

Sau rút **ống nội khí quản** có co thắt thanh khí quản.

Các bệnh lý hô hấp khác có biểu hiện co thắt phế quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với thuốc giãn phế quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ:

Xem xét chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.

Điều dưỡng:

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

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

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 sĩ.

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

Ghi lại diễn biến trong quá trình khí dung.

VI. THEO DÕI

Tình trạng người bệnh trong quá trình khí dung để kịp thời phát hiện các bất thường. Những người bệnh nặng cần theo dõi các chỉ số trên máy theo dõi (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂)...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

10. SIÊU ÂM CHẨN ĐOÁN MÀNG PHỔI CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm màng phổi (SÂMP) là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh nhằm mục đích phát hiện và đánh giá tính chất dịch màng phổi, ước lượng số lượng dịch, đánh giá tổn thương dạng khối hay nốt thuộc màng phổi.

SÂMP cũng được dùng để chẩn đoán sớm tràn khí màng phổi trong khi chưa chụp được XQ phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tràn dịch màng phổi (TDMP), đặc biệt trong trường hợp nghi ngờ tràn máu, tràn mủ màng phổi do bệnh lý hoặc sau thủ thuật có nguy cơ.

- Theo dõi tai biến và tiến triển của tràn khí màng phổi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** bác sỹ

2. **Phương tiện:** Máy siêu âm 2D có đầu dò 3.5 MHz và gel dẫn âm.

3. **Người bệnh:** tư thế và bộc lộ vùng định siêu âm.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Xem tiền sử, bệnh sử, các thủ thuật xâm lấn đã được làm cho người bệnh để có định hướng trước về bên định siêu âm và nguyên nhân gây bệnh.

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt đầu dò SÂMP và di chuyển dọc theo khoang liên sườn từ trên đỉnh phổi xuống dưới vòm hoành.

- Khi nghi ngờ có tổn thương thì quan sát sự thay đổi trong các thì của hô hấp và so sánh với bên đối diện.

- Nhận định trong trường hợp TDMP:

+ TDMP điển hình khi siêu âm là hình ảnh khoảng trống âm đồng nhất nằm giữa lá thành và lá tạng

+ 4 mức độ của cản âm: tùy theo nguyên nhân TMMP mà khi SÂMP có thể thấy các hình ảnh sau đơn lẻ hoặc kết hợp với nhau.

+ Trống âm.

+ Hỗn hợp âm nhưng không có vách hóa.

+ Hỗn hợp âm có vách hóa.

+ Tăng âm đồng nhất.

- Ước lượng mức độ TDMP trên siêu âm khi dùng đầu dò 3,5 MHz:

+ TDMP số lượng rất ít: khoảng trống âm chỉ khu trú ở góc sườn hoành

+ TDMP số lượng ít: khoảng trống âm ở góc sườn hoành nhưng nằm trong tầm quét của đầu dò siêu âm

+ TDMP số lượng vừa: khoảng trống âm lớn hơn 1 tầm nhưng chưa vượt quá 2 tầm quét của đầu dò SÂ.

+ TDMP số lượng nhiều: khoảng trống âm vượt quá 2 tầm quét của đầu dò SÂ

- Nhận định trong trường hợp TKMP: các dấu hiệu gợi ý TKMP gồm:

+ Không thấy hình ảnh phổi trượt

+ Không thấy hình ảnh đuôi sao chổi

+ Đường màng phổi rộng ra

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

3. Quyết định số: 1981/QĐ-BYT ngày 05 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành hô hấp

11. CHỌC HÚT KHÍ MÀNG PHỔI

I. ĐẠI CƯƠNG

Tràn khí màng phổi (TKMP) là hiện tượng có khí trong khoang màng phổi.

Chọc hút khí màng phổi là một trong các phương pháp điều trị TKMP nhằm hút hết khí trong khoang màng phổi, lập lại áp lực âm trong khoang màng phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

Tràn khí màng phổi kín

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Cần chú ý khi chọc hút khí trong những trường hợp sau:
 - + Tổn thương da tại chỗ định chọc
 - + Có rối loạn đông - cầm máu nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ sát khuẩn (khay vô khuẩn, bát đựng cồn, panh...)
- Găng tay vô khuẩn: 01 đôi
- Bơm tiêm 20ml, 50ml
- Kim lòn 16G
- Chạc ba
- Thuốc gây tê tại chỗ lidocain 2%: 02 ống, atropin 0,25 mg: 2 ống

3. Người bệnh

Kí vào giấy chấp nhận thủ thuật sau khi nghe bác sỹ giải thích.

4. Hồ sơ bệnh án

Bác sĩ tiến hành thủ thuật ghi đầy đủ về chẩn đoán, chỉ định và cách thức chọc hút khí màng phổi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Chỉ định làm thủ thuật của bác sĩ: vị trí chọc, xét nghiệm đông cầm máu của người bệnh.

- Giấy chấp nhận thủ thuật của người bệnh hoặc người nhà.

2. Kiểm tra người bệnh

Bác sĩ thực hiện thủ thuật khám lại người bệnh để xác định bên tràn khí, vị trí định chọc hút.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Cần đo áp lực màng phổi để có chỉ định chọc hút, dẫn lưu hay soi màng phổi.

- Người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nằm ngửa, kê gối để nửa thân trên cao 30⁰

- Người thực hiện rửa tay, đi găng vô khuẩn.

- Điều dưỡng sát khuẩn vùng định chọc: Khoang liên sườn 2 đường giữa đòn, hoặc vị trí nhiều khí nhất.

- Người thực hiện tiến hành gây tê từng lớp bằng lidocain 2% cho tới khoang màng phổi bằng kim 24G.

- Sau khi thăm dò ra khí, thay kim gây tê bằng kim luồn 16G vào khoang màng phổi. Khi hút ra khí một tay đẩy vỏ kim vào sâu trong khoang màng phổi, một tay rút nòng sát ra khỏi vỏ kim. Sau đó lắp lại bơm tiêm vào đốc kim, hút thử nếu ra khí, lắp chạc ba vào đầu kim luồn.

- Dùng chạc ba và bơm 50ml để hút khí ra khỏi khoang màng phổi cho đến không hút thêm được nữa. Nếu hút được 4 lít không khí mà vẫn dễ dàng hút tiếp được thì nên đánh giá lại xét mở màng phổi dẫn lưu liên tục.

VI. THEO DÕI

Theo dõi toàn trạng và mức độ suy hô hấp của người bệnh trong quá trình làm thủ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Cường phế vị: đặt người bệnh nằm đầu thấp, gác chân lên cao, tiêm một ống Atropin 1/4mg pha loãng với 2 ml Natriclorua 0,9% tĩnh mạch hoặc 01 ống tiêm dưới da.

- Tràn khí màng phổi tăng lên: thở oxy, mở màng phổi dẫn lưu khí.

- Tràn máu màng phổi: mở màng phổi dẫn lưu, nếu nặng truyền máu, chuyên ngoại khoa can thiệp phẫu thuật.

- Nhiễm trùng vị trí chọc, tràn mủ màng phổi: lấy bệnh phẩm nhuộm soi, nuôi cấy tìm căn nguyên vi khuẩn, dùng thuốc kháng sinh, mở màng phổi dẫn lưu mủ, bơm rửa khoang màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

2. Quyết định số: 1981/QĐ-BYT ngày 05 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành hô hấp

12. CHĂM SÓC LỖ MỞ KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở khí quản là tạo một đường thông khí tạm thời hoặc vĩnh viễn để đưa không khí vào thẳng khí quản mà không qua đường mũi họng.

Chăm sóc lỗ mở khí quản bao gồm hút đờm, thay băng, rửa lỗ mở khí quản, thay canuyn (hoặc vệ sinh canuyn) và khí dung chống bội nhiễm tại chỗ.

II. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

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

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

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Hút đờm: Hút sạch đờm ngay trước khi chăm sóc lỗ mở khí quản.
- Thay băng, rửa vết mổ.
- Thay băng, rửa vết mổ mở khí quản 2-3 lần trong ngày đầu, sau đó 1 ngày/lần.
- Tháo bỏ băng, gạc cũ.
- Sát trùng lỗ mở khí quản bằng cồn iod, sau đó sát trùng bằng cồn 700.
- Vệ sinh hết chất tiết, nhầy, mủ ở lỗ mở khí quản.
- Sát trùng lại trước khi thay băng, gạc mới.
- Dùng gạc mới phủ kín xung quanh lỗ ống mở khí quản.
- Dùng dây gạc buộc cố định canuyn khí quản.

Thay canuyn:

Thực hiện kỹ thuật:

+ Rửa tay.

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụt canuyn: xem bài thay canuyn mở khí quản

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

- Tắc đờm: đờm quánh do không khí khô và người bệnh bị mất nước. Xử trí: bồi phụ đủ nước cho người bệnh, làm ẩm không khí thở vào bằng cách làm ẩm miếng gạc phủ trên canuyn hoặc nếu người bệnh thở máy phải luôn kiểm tra lượng nước trong bình làm ẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế “*Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập 1*”. Nhà Xuất bản Y học (2007).

2. *Quyết định số: 1981/QĐ-BYT ngày 05 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành hô hấp*

13. QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO ĐIỆN TIM

I. ĐẠI CƯƠNG

Điện tâm đồ là hình ảnh hoạt động điện học của tim được ghi lại dưới dạng đồ thị qua các điện cực tiếp nhận ngoài da.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chẩn đoán rối loạn nhịp tim.
- Chẩn đoán phì đại cơ nhĩ, cơ thất.
- Chẩn đoán rối loạn dẫn truyền.
- Chẩn đoán các giai đoạn nhồi máu cơ tim.
- Chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ.
- Chẩn đoán các rối loạn điện giải.
- Chẩn đoán các tổn thương ở cơ tim, màng ngoài tim.
- Theo dõi máy tạo nhịp.
- Theo dõi sự tiến triển của một bệnh lý sau một thời gian điều trị.
- Đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị đang thực hiện

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng nội khoa.
- 01 Bác sĩ đọc kết quả điện tâm đồ.

2. Phương tiện

- Máy điện tâm đồ có đủ dây dẫn và bản điện cực.
- Có hệ thống chống nhiễu tốt.
- Các chất dẫn điện (gel) hoặc nước muối sinh lý 0,9%.
- Giường bệnh: 01 chiếc.

- Bông gạc để lau bẩn trên da người bệnh trước khi gắn điện cực và lau chất dẫn điện sau khi ghi điện tâm đồ.

- Giấy ghi điện tâm đồ tiêu chuẩn: 25mm/s; 50mm/s; 100ms/s.

- Giấy dán kết quả điện tâm đồ.

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh về cách tiến hành kỹ thuật.

- Nằm yên tĩnh, không cử động.

- Nếu người bệnh kích thích vật vã thì phải dùng thuốc an thần.

4. Hồ sơ bệnh án: Hoàn thiện theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Người bệnh nằm nghỉ yên tĩnh trên giường bệnh được lắp các điện cực theo tiêu chuẩn bao gồm 12 chuyển đạo.

2. Thử test trước khi ghi điện tâm đồ: $1\text{mV}=10\text{mm}$.

3. Thông thường ghi ở tốc độ giấy 25mm/s ở cả 12 chuyển đạo thông thường, cũng có thể ghi lại ở các tốc độ giấy khác nhau tùy theo từng loại bệnh.

4. In và đọc kết quả điện tâm đồ trước khi đưa cho người bệnh.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số: 3983/QĐ-BYT ngày 03 tháng 10 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tim mạch

14. SỐC ĐIỆN ĐIỀU TRỊ CÁC RỐI LOẠN NHỊP NHANH

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốc điện ngoài lồng ngực (thường được gọi tắt là sốc điện) là một phương pháp điều trị cho phép dập tắt, bình ổn nhanh chóng phần lớn các rối loạn nhịp tim.

Sốc điện gây ra sự khử cực đối với tất cả các tế bào cơ tim đang bị kích thích, cắt đứt các vòng vào lại hoặc bất hoạt các ổ hoạt động ngoại vị bằng cách tái đồng bộ hoạt động điện học trong tế bào cơ tim. Nhịp xoang thường được thiết lập sau một khoảng ngừng điện học ngắn xuất hiện ngay sau khi sốc điện. Hiệu quả của sốc điện phụ thuộc vào điện thế khi sốc điện và sức kháng trở của tổ chức. Một số yếu tố có ảnh hưởng mang tính quyết định đối với sức kháng trở nói trên đó là hình thái người bệnh, tình trạng phổi, lồng ngực của người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định sốc điện cấp cứu

Tất cả những rối loạn nhịp nhanh gây ngừng tuần hoàn, mất ý thức hoặc suy giảm huyết động nghiêm trọng đều được chỉ định sốc điện ngoài lồng ngực cấp cứu. Sốc điện ngoài lồng ngực được thực hiện càng nhanh càng tốt nếu có thể ngay khi những hình ảnh rối loạn nhịp nhanh sau được ghi nhận trên giấy hoặc trên màn hình theo dõi điện tâm đồ:

- Rung thất: là nguyên nhân thường gặp gây ngừng tuần hoàn. Sốc điện càng sớm càng có nhiều cơ may mang lại đối với người bệnh. Mức năng lượng sốc tối đa là 360 J nếu lần 1 sốc 200 J, lần 2 sốc 300 J không có kết quả. Nếu sốc điện không thành công thì ngay sau đó phải tiến hành hồi sức cấp cứu tiếp tục: ép tim ngoài lồng ngực, thông khí nhân tạo, điều chỉnh thăng bằng toan kiềm và những rối loạn điện giải nếu có. Theo dõi liên tục điện tâm đồ trên màn hình, nếu rung thất sóng lớn thì lại tiếp tục tiến hành sốc điện ở mức năng lượng tối đa.

- Nhịp nhanh thất: là nguyên nhân chính gây suy giảm huyết động. Khi dấu hiệu suy giảm huyết động xảy ra, cần nhanh chóng tiến hành sốc điện với mức năng lượng cho lần sốc đầu tiên là 100 J. Nếu không thành công thì có thể nâng mức năng lượng lên 150 J, tiếp đến là 200 J. Cần lưu ý là nhịp nhanh thất do ngộ độc digital, chỉ định sốc điện nên ở mức năng lượng thấp.

- Những rối loạn nhịp nhanh trên thất như flutter nhĩ, tim nhanh nhĩ trừ rung nhĩ (xin xem bài riêng), mức năng lượng sốc thường từ 100J.

- Hội chứng Wolf-Parkinson-White khi rối loạn nhịp nhĩ nhanh (thường nhất là rung nhĩ) dẫn truyền xuống tâm thất theo đường dẫn truyền phụ, có nguy cơ gây rung thất.

2. Sốc điện theo chương trình

- Các rối loạn nhịp nhanh trên thất, chủ yếu là rung nhĩ.

- Các rối loạn nhịp thất: thường chỉ định sốc điện cấp cứu (xin xem phần trên). Một số trường hợp nhịp nhanh thất, nhất là những người bệnh đang được điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp, chưa ảnh hưởng nhiều đến huyết động thì nên được tiếp tục điều trị tăng cường bằng thuốc (đường tĩnh mạch hoặc đường uống). Nếu vẫn không có kết quả hoặc có nguy cơ gây suy tim, rối loạn huyết động thì cần lập chương trình, chuẩn bị tiến hành sốc điện ngoài lồng ngực, thiết lập nhịp xoang cho người bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định trong các trường hợp sốc điện cấp cứu

- Chống chỉ định sốc điện có chuẩn bị: huyết khối trong các buồng tim

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sỹ được đào tạo về cấp cứu tim mạch, 01 điều dưỡng hỗ trợ.

2. Phương tiện

Những dụng cụ chuẩn bị cho sốc điện ngoài lồng ngực sau đây cần phải luôn sẵn sàng, có thể sử dụng được ngay trong trường hợp cấp cứu:

- Máy sốc điện phải trong tình trạng hoạt động tốt, bộ phận đồng bộ hoạt động chuẩn.

- Hai cần sốc phải sạch, tiếp xúc tốt với da ngực người bệnh và phải phóng điện đúng công suất cài đặt.

- Máy theo dõi điện tâm đồ, huyết áp động mạch, nhịp thở, SaO₂.

- Dụng cụ và thuốc gây mê

- Dụng cụ để người bệnh thở oxy qua mũi hoặc qua mặt nạ.

- Canule Malot

- Bóng>About

- Dụng cụ đặt nội khí quản, máy hút

- Xe đựng dụng cụ cấp cứu có thuốc và dụng cụ cấp cứu ngừng tuần hoàn theo quy định.

3. Người bệnh

- Trong trường hợp sốc điện cấp cứu: tiến hành sốc điện ngay lập tức
- Trường hợp sốc điện có chuẩn bị: người bệnh được giải thích rõ về thủ thuật, đồng ý làm thủ thuật và ký vào bản cam kết

4. Hồ sơ bệnh án: được hoàn thiện theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Sốc điện ngoài lồng ngực ngay lập tức cho những người bệnh ngừng tuần hoàn do rung thất hay nhịp nhanh thất làm người bệnh mất huyết động, mất ý thức ngay khi xác định những hình ảnh rối loạn nhịp nói trên trên điện tâm đồ. Hình ảnh điện tâm đồ này được ghi nhận thông qua thiết bị theo dõi điện tâm đồ (life scope) hay từ 2 bản cực sốc của máy sốc điện đặt trên lồng ngực của người bệnh. Lưu ý lúc này không nên mất thời gian làm điện tâm đồ 12 chuyển đạo cho người bệnh.

+ Nhanh chóng bôi gel dẫn điện lên 2 bản cực sốc, đặt mức năng lượng của máy sốc cho lần sốc đầu tiên là 200J. Nếu là nhịp nhanh thất, cần điều chỉnh nút đồng bộ trên máy sốc.

+ Đặt bản sốc lên lồng ngực của người bệnh, 1 bản cực sốc bên bờ phải xương ức, cách xương ức 1 cm và các xương đòn 3 cm, bản cực sốc thứ 2 đặt ở vùng mỏm tim. Người đánh sốc quan sát người bệnh và xung quanh, khi đã thấy an toàn cho mọi người thì tiến hành phóng điện.

+ Bộ phận cấp cứu ngừng tuần hoàn vẫn duy trì hô hấp của người bệnh. Nếu nhịp xoang được thiết lập thì tiếp tục bóp bóng và cấp cứu ngừng tuần hoàn nâng cao.

+ Nếu điện tâm đồ vẫn là rung thất sóng lớn hoặc nhịp nhanh thất, tiến hành sốc điện ở mức năng lượng 300 J. Nếu không kết quả, nâng mức năng lượng sốc lên 360J và tiếp tục cho đến khi nhịp xoang được thiết lập.

+ Nếu điện tâm đồ là rung thất sóng nhỏ: tiếp tục ép tim, bóp bóng, cấp cứu ngừng tuần hoàn nâng cao, tiêm adrenalin qua tĩnh mạch trung tâm, qua nội khí quản hoặc tiêm thẳng vào tim, điều chỉnh điện giải... Khi điện tâm đồ có hình ảnh rung thất sóng lớn thì lại tiếp tục sốc điện. Mức năng lượng cao nhất quy ước cho từ lần sốc thứ 3 trở đi là 360J.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ SAU SỐC ĐIỆN

- Lâm sàng: nhịp tim, nhịp thở, huyết áp, độ bão hòa oxy máu động mạch trên monitor theo dõi liên tục.

- Điện tâm đồ: nếu xuất hiện các rối loạn nhịp thì sẽ phải xử trí bằng các thuốc chống loạn nhịp. Lưu ý nếu ngoại tâm thu thất xuất hiện ở người bệnh vừa được sốc điện

do rung thất, nhịp nhanh thất thì cần xử lý ngay bằng xylocain tiêm truyền tĩnh mạch, nếu ngoại tâm thu nhĩ xuất hiện ở những người bệnh rung nhĩ hay hội chứng Wolf-Parkinson-White vừa được sốc điện thì cần xử trí bằng amiodaron truyền tĩnh mạch.

- Điều chỉnh điện giải và thăng bằng kiềm toan.

- Cần lưu ý là người bệnh có thể rung thất hoặc tái phát các rối loạn nhịp như trước khi sốc điện nên trong 24h đầu phải theo dõi sát người bệnh và tìm hiểu và điều trị các nguyên nhân gây nên những rối loạn nhịp nói trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số: 3983/QĐ-BYT ngày 03 tháng 10 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tim mạch”

15. HỒI PHỤC NHỊP XOANG CHO NGƯỜI BỆNH LOẠN NHỊP BẰNG THUỐC

I. ĐỊNH NGHĨA

- Rối loạn nhịp tim là sự rối loạn hoạt động điện sinh học của tim về ba mặt:
 - + Sự tạo thành xung động.
 - + Sự dẫn truyền xung động.
 - + Phối hợp cả hai mặt trên.

II. PHÂN LOẠI

Thuốc chống loạn nhịp tim được chia làm 4 nhóm theo phân loại của Vaughan-William.

- Nhóm I: Có tác dụng ổn định màng tế bào nghĩa là ức chế dòng Natri nhanh qua màng tế bào vào lúc khử cực. Trong nhóm này chia làm 3 phân nhóm:

- Nhóm Ia: Đứng đầu là quinidine, có tác dụng gây tê màng, làm kéo dài thời kỳ trơ hiệu quả và điện thế động. Thuốc có tác dụng ức chế co bóp tim.

- Nhóm Ib: Có tác dụng gây tê màng nhẹ hơn. Ngược lại, có tác dụng rút ngắn thời kỳ trơ hiệu quả và điện thế động. Ít ức chế sự co bóp tim. Đại diện là Xylocaine.

- Nhóm Ic: Có cả 2 tác dụng trên nhưng không thay đổi thời kỳ trơ và điện thế động. Đại diện là flecaine.

- **Nhóm II:** Là thuốc ức chế các thụ thể giao cảm beta, giảm nồng độ catecholamine. Có tác dụng ức chế co bóp tim. Đứng đầu là propranolol. Nhóm này có 2 tiểu nhóm: nhóm chọn lọc lên tim và nhóm không chọn lọc lên tim, trong đó có thuốc có tác dụng giao cảm nội tại và thuốc không có tác dụng giao cảm nội tại.

- **Nhóm III:** Đứng đầu là amiodarone. Có tác dụng kéo dài thời kỳ trơ và điện thế động thông qua tác dụng ức chế kênh kali ra khỏi tế bào. Ít làm giảm sự co bóp tim.

- **Nhóm IV:** Nhóm ức chế kênh canxi chậm vào trong tế bào. Ức chế cả sự dẫn truyền lẫn tự động. Làm giảm sự co bóp tim. Đứng đầu nhóm là verapamil.

- Ngoài ra còn có một số thuốc có tác dụng chống rối loạn nhịp tim nhưng chưa phân loại chính thức vào nhóm của Vaughan-Williams. Đó là digital và ATP.

III. NHỮNG THUỐC CHỐNG LOẠN NHỊP CHÍNH

1. Quinidine

- Nhóm Ia của Vaughan-Williams, hiện nay ít dùng vì
- Nhóm Ia của Vaughan-Williams, hiện nay ít dùng vì tác dụng phụ nhiều.

1.1. Liều lượng: quinidine sulfate trẻ em 30-60mg/kg/ngày chia làm 4 lần; người lớn: 300-600mg/ngày chia làm 4 lần. Loại tác dụng chậm có liều tổng cộng tương tự.

1.2. Bài tiết: Qua gan.

1.3. Tương tác thuốc:

Amiodarone, cimetidine, verapamil làm tăng nồng độ quinidine trong máu. Phenyltoine, phenobarbital, rifampicine làm giảm nồng độ quinidine trong máu. Quinidine còn làm tăng nồng độ digital khoảng 50%, cũng như tăng tác dụng của warfarine.

1.4. Độc tính:

Chán ăn, nôn, buồn nôn. Gây loạn nhịp khoảng 15% ở người lớn trong đó có xoắn đỉnh và ngất.

2. Disopyramide (Rythmodan):

- Nhóm Ia của Vaughan-Williams

2.1. Liều lượng:

người lớn 300-1000mg/kg/ngày, chia làm 4 lần. Bài tiết: 50% qua thận và 50% qua gan.

2.2. Tương tác thuốc:

atenolol, erythromycine làm tăng nồng độ disopyramide. Tăng tác dụng của warfarine và tăng độc tính của lidocaine.

2.3. Tác dụng phụ:

Khô miệng, bí tiểu, nhìn mờ, táo bón, làm suy tim nặng do giảm co bóp tim, gây loạn nhịp.

3. Lidocaine (Xylocaine)

- Nhóm Ib của Vaughan-Williams.

3.1. Liều lượng:

- Liều tấn công bằng đường tĩnh mạch 0.5-1.0 mg/kg/lần. Có thể lập lại sau 5- 10 phút khi có kết quả, liều tối đa là 5mg/kg.

- Liều duy trì: 20-50microg/kg/phút, giảm liều nếu dùng thuốc trên 24 giờ. - Bài tiết: Qua gan.

3.2. Tương tác thuốc:

Thuốc ức chế beta, cimetidine làm tăng nồng độ lidocaine. Phenyltoine, phenobarbital, rifampycine và isoproterenol làm giảm nồng độ. Tăng độc tính lidocaine khi dùng phối hợp disopyramid.

3.4. Tác dụng phụ:

Chủ yếu lên hệ thần kinh như co giật, dị cảm, mất cảm giác và ngừng hô hấp.

4. Flecaine

- Thuộc nhóm Ic.

4.1. Liều lượng:

Người lớn uống 200-400mg/ngày. Bài tiết: 50% ở gan và 50% ở thận.

4.2. Tương tác thuốc:

Amiodarone, cimetidine làm tăng nồng độ thuốc trong máu. Propranolol làm tăng nồng độ cả hai trong máu. Tăng nồng độ digital khoảng 50%.

4.3. Tác dụng phụ:

Các biểu hiện thần kinh như run, đau đầu, dị cảm, giảm đi khi giảm liều. Làm giảm co bóp tim nên không dùng khi có suy tim. Có tác dụng gây loạn nhịp tim nếu dùng ở bệnh nhân có tổn thương cơ tim.

5. Propranolol

- Nhóm II của Vaughan-Williams.

5.1. Liều lượng:

- Uống 2-5mg/kg/ngày chia làm 4 lần.

- Đường tĩnh mạch 0.1-0.2mg/kg/liều trong 5 phút. Có thể lập lại sau mỗi 6 giờ.

5.2. Bài tiết: Qua gan.

5.3. Tương tác thuốc:

- Cimetidine, furosemide, quinidine làm tăng nồng độ thuốc.

- Phenyltoine, phenobarbital, rifampicine làm giảm nồng độ trong máu.

5.4. Tác dụng phụ:

Làm chậm nhịp tim, tăng bloc tim, tăng suy tim, co thắt phế quản, làm tăng đường máu, có thể trầm cảm, liệt dương.

6. Amiodarone

- Nhóm III của Vaughan-Williams.

6.1. Liều lượng:

Uống tấn công ở người lớn 10mg/kg chia 2 lần / ngày trong 10 ngày sau đó giảm liều duy trì 5 mg/kg/ ngày trong 2 tháng rồi giảm lại nửa liều.

6.2. Tương tác thuốc: amiodaron làm tăng tác dụng của warfarine khoảng 100%, digoxine 70%, quinidine 33% và procainamid 50%. Thuốc làm tăng nồng độ của flecaine, phenyltoine. Có tác dụng hợp đồng với thuốc ức chế beta, chẹn canxi nên không dùng phối hợp các loại này khi có suy tim.

6.3. Tác dụng phụ: rất ít. Có thể gây viêm phổi, lắng đọng kết mạc mắt, rối loạn chức năng tại gan, tuyến giáp, xạm da nếu điều trị lâu dài.

7. Adenosine

- Thuốc không nằm trong phân nhóm Vaughan-Williams nhưng có tác dụng chống loạn nhịp tim tốt nên có tác giả đề xuất ở nhóm VI. (Digital được đề xuất ở nhóm V).

7.1. Liều lượng: chích tĩnh mạch nhanh liều 50-250microg/kg. Có thể nhắc lại sau 5-15 phút. - Bài tiết: Tác dụng cực ngắn, chỉ dưới 10 giây.

7.2. Tương tác thuốc: Dipyridamol, diazepam làm tăng nồng độ adenosine. Theophylline và quinidine làm giảm nồng độ thuốc. Adenosine có thể có tác dụng hợp đồng với verapamil.

7.3. Tác dụng phụ: Khó thở, đau ngực, nôn nhưng giảm nhanh.

IV. ĐIỀU TRỊ

1. Thuốc chống loạn nhịp Ia: Thường dùng điều trị loạn nhịp trên thất.
2. Thuốc nhóm Ib: Chỉ sử dụng cho loạn nhịp thất.
3. Thuốc nhóm Ic: Chỉ dùng điều trị các loạn nhịp trên thất.
4. Thuốc nhóm II: Chủ yếu dùng cho loạn nhịp trên thất ở bệnh nhân có hội chứng tiền kích thích và đôi khi được dùng phối hợp ở thuốc nhóm Ia để điều trị bệnh nhân rung nhĩ hay cuồng nhĩ. Tác dụng kém đối với loạn nhịp thất.
5. Thuốc nhóm III: Tác dụng tốt cả trên thất và thất. Thường dùng khi dùng nhóm I đơn độc hoặc phối hợp nhưng thất bại.
6. Adenosine: Có tác dụng cắt cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số: 3983/QĐ-BYT ngày 03 tháng 10 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu “hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tim mạch”

16. HÚT ĐỜM HẦU HỌNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đường hô hấp được chia thành 2 phần: đường hô hấp trên bao gồm mũi và họng, đường hô hấp dưới được tính từ thanh quản trở xuống.

Hút mũi họng hoặc miệng họng để làm sạch đường hô hấp trên nhằm mục đích:

Khai thông đường hô hấp, tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.

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

Phòng tránh nhiễm khuẩn do sự tích tụ, ứ đọng đờm dãi.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có nhiều đờm dãi không tự khạc ra được.

Người bệnh [hôn mê](#), [co giật](#), liệt hầu họng có xuất tiết nhiều đờm dãi.

Người bệnh hít phải chất nôn, trẻ em bị sặc bột, trẻ sơ sinh sặc nước ối ngạt.

Người bệnh mở khí quản, đặt [ống nội khí quản](#), thở máy.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

Thận trọng với bệnh lý thần kinh cơ có rối loạn thần kinh thực vật.

IV. CHUẨN BỊ

Người thực hiện

01 điều dưỡng viên.

Phương tiện, dụng cụ, thuốc

Dụng cụ vô khuẩn

Ống thông hút đờm dãi vô trùng dùng 1 lần, kích cỡ phù hợp.

Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ (< 12 tháng): cỡ số 5-8 ; trẻ dưới 5 tuổi: cỡ số 8-10.

Từ 5 tuổi trở lên: ống thông số 12-18.

Gạc miếng, cốc dùng 1 lần, đèn lưỡi hoặc canun Mayo (nếu cần).

Dụng cụ khác

Máy hút hoặc nguồn hút áp lực âm.

01 chai Natriclorua 0,9%, dung dịch cồn sát khuẩn tay nhanh.

Găng tay sạch, khăn bông nhỏ, ống nghe, kính bảo hộ.

Xô đựng dung dịch khử khuẩn, túi đựng rác thải.

Người bệnh

Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh về thủ thuật sắp làm, động viên người bệnh yên tâm và hợp tác trong khi làm thủ thuật.

Hướng dẫn người bệnh tập ho, tập thở sâu kết hợp làm [vật lý trị liệu](#): vỗ, rung vùng phổi (nếu tình trạng bệnh cho phép).

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.

Nhận định người bệnh: nghe phổi, kiểm tra nhịp thở, kiểu thở, SpO₂.

Thực hiện kỹ thuật

Kiểm tra các dụng cụ cấp cứu trước khi tiến hành để đề phòng những diễn biến bất thường. Đưa dụng cụ đến bên giường bệnh.

Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo [khẩu trang](#), đeo kính bảo hộ.

Che bình phong, cho người bệnh nằm tư thế thích hợp, đầu nghiêng sang một bên (tránh hít phải chất nôn nếu có). Trải khăn trước ngực người bệnh.

Đổ dung dịch Natriclorua 0,9% vào cốc vô khuẩn.

Bật máy, kiểm tra sự hoạt động của máy hút và điều chỉnh áp lực hút.

Trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ (< 12 tháng): - 60 đến - 80mmHg.

Trẻ dưới 5 tuổi: - 80 đến - 100mmHg; từ 5 tuổi trở lên: -100 đến - 120mmHg.

Mở túi đựng ống thông, sát khuẩn tay nhanh, đi găng, nối ống thông với hệ thống hút.

Mở cửa sổ van hút, nhẹ nhàng đưa ống thông vào lỗ mũi người bệnh (khoảng cách từ cánh mũi đến dái tai). Tiến hành hút: đóng cửa sổ hút, kéo ống thông ra từ từ, đồng thời xoay nhẹ ống thông.

Đưa ống thông vào miệng, hút sạch dịch trong khoang miệng.

Lặp lại động tác hút đến khi sạch. Mỗi lần hút không quá 15 giây.

Hút nước tráng ống thông, tháo ống thông ngâm vào dung dịch khử khuẩn.

Tháo bỏ găng, giúp người bệnh về tư thế thoải mái, lau miệng cho người bệnh.

Nghe phổi, đánh giá tình trạng hô hấp sau hút đờm.

Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

Ghi phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh: thời gian hút, tính chất, màu sắc, số lượng dịch hút ra. Tình trạng người bệnh trong và sau khi hút, tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI

Theo dõi trước, trong và sau khi hút: tình trạng ứ đọng, tiếng thổi, nhịp thổi, SpO₂, sắc mặt, ý thức, nhịp tim, mạch, huyết áp, tình trạng máy thổi, khí máu (nếu có chỉ định).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tổn thương niêm mạc mũi, họng

Do kỹ thuật hút thô bạo, áp lực máy hút cao.

Xử trí: điều chỉnh lại áp lực máy hút và thao tác kỹ thuật của điều dưỡng.

Kích thích, gây nôn, nguy cơ sặc vào phổi

Xử trí: ngừng hút, nghiêng đầu người bệnh, lau sạch mũi, miệng người bệnh. Cho người bệnh nằm đầu cao 30 - 45⁰.

Co thắt thanh quản, nhịp chậm phản xạ, loạn nhịp tim

Xử trí: ngừng hút, cho thở oxy theo chỉ định, báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp và kịp thời.

Thiếu oxy, giảm oxy máu, tăng áp lực nội sọ, tăng huyết áp

Xử trí: ngừng hút, cho thở oxy theo chỉ định, báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp và kịp thời.

Ngừng tim, ngừng thở

Xử trí: ngừng hút, phối hợp với bác sĩ để xử trí cấp cứu hồi sinh tim phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số: 1981/QĐ-BYT ngày 05 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành hô hấp

17. THEO DÕI SpO_2 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 peripheral 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 quy não**, nhược cơ, tổn thương (ép, viêm và chấn thương) tủy cổ có liệt cơ hô hấp, Guillain Barré...

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

Trẻ sơ sinh đẻ non, trẻ suy hô hấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

Người thực hiện

01 điều dưỡng viên.

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.

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

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.

Đề 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 SpO₂ được thay đổi và hiện liên tục trên màn hình theo dõi (monitoring). Tùy từng trường hợp cụ thể để bác sĩ có quyết định xử trí kịp thời và hiệu quả. (SpO₂ ở người bình thường dao động từ 92 - 98%).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

Lưu ý: hạn chế của đo SpO₂:

Bão hoà oxy máu quá thấp sẽ không phát hiện được bằng SpO₂.

SpO₂ phản ánh bão hoà oxy máu chậm hơn SaO₂.

Tụt huyết áp hoặc co mạch làm giảm dòng máu và độ nảy ở tiểu động mạch nên giá trị SpO₂ 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 SpO₂ không chính xác.

Trong ngộ độc CO: theo dõi SpO₂ không chính xác, cần làm khí máu động mạch để đo SaO₂ và COHb

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Quyết định số: 1981/QĐ-BYT ngày 05 tháng 6 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành hô hấp*

18. CHỌC HÚT NƯỚC TIỂU TRÊN XƯƠNG MU

I. ĐẠI CƯƠNG

Là 1 thủ thuật nhằm lấy mẫu nước tiểu để cấy tìm vi khuẩn khi lâm sàng nghi ngờ có nhiễm trùng tiết niệu, đặc biệt trẻ nhỏ dưới 6 tháng tuổi, hoặc dẫn lưu nước tiểu khi ứ nước tiểu mà phương pháp thông đái không thực hiện được do có dị tật bẩm sinh ở niệu đạo, do phimosis khép chặt, do sỏi hoặc có khối u chèn ép vào niệu đạo.

II. CHỈ ĐỊNH

Bí tiểu mà không đặt được sonde bàng quang

Lấy nước tiểu xét nghiệm khi nghi ngờ nhiễm trùng tiết niệu, Sốt không rõ nguyên nhân mà không thực hiện lấy nước tiểu được

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trên 2 tuổi (trừ khi sờ hoặc gõ được cầu bàng quang)

Bệnh rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ thực hiện, điều dưỡng phụ

2. Phương tiện

Bơm kim tiêm

Ống nghiệm các loại

3. Bệnh nhi

Giải thích cho gia đình bệnh nhi

Bệnh nhi chưa tiểu ít nhất 30 phút, nếu cần cho uống nước hoặc bú mẹ

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra bệnh nhi

3. Thực hiện kỹ thuật

Tư thế bệnh nhi: nằm ngửa, chân duỗi thẳng hoặc gập (tư thế chân ếch). Xác định vị trí sẽ chọc dò: đường trắng giữa, trên nếp lằn da ngay sát xương mu

Điều dưỡng phụ sát trùng vị trí chọc (da bụng từ khớp vệ đến giữa rốn) xịt xylocaine.

Ngón trở và ngón cái căng da, chọc kim vuông góc với thành bụng, chọc ngập chiều dài

Hút thử trong khi từ từ kéo kim ra

Nếu chưa có nước tiểu thì không rút hết kim ra, thay đổi góc kim hướng lên trên, xuống dưới hoặc chọc lại lần nữa

VI. THEO DÕI

Chảy máu chỗ chọc

Dò nước tiểu qua chỗ chọc

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Chảy máu chỗ chọc: băng ép vị trí chảy máu, theo dõi sát.

Chọc quá sâu xuyên qua thành sau bàng quang vào trực tràng có nguy cơ nhiễm trùng (viêm tấy hoặc abscess douglas): điều trị kháng sinh.

19. QUY TRÌNH ĐẶT SONDE BÀNG QUANG

I. ĐẠI CƯƠNG

Sonde bàng quang là thủ thuật quan trọng trong niệu khoa, được thực hiện cho chẩn đoán và điều trị các bệnh nội khoa.

Các ống sonde được lưu trong bàng quang bằng bóng bên trong hoặc tự cố định.

II. CHỈ ĐỊNH

Về mặt chẩn đoán ng sonde bàng quang được thực hiện:

Lấy nước tiểu ở phụ nữ để cấy nước tiểu tránh thâm nhiễm vi khuẩn chí ở da.

Đo lượng nước tiểu tồn dư khi không thực hiện qua siêu âm.

Bơm thuốc cản quang vào niệu đạo, bàng quang (chụp UCP...).

Khảo sát niệu động học đánh giá chức năng niệu đạo, bàng quang.

Về mặt điều trị:

Dẫn lưu nước tiểu tạm thời trong bí tiểu: do nguyên nhân bế tắc từ niệu đạo, tiền liệt tuyến, bàng quang như cục máu đông, những chít hẹp sau phẫu thuật, quá trình viêm nhiễm, soi bàng quang, soi niệu đạo...

Dẫn lưu bàng quang sau phẫu thuật liên quan đến đường tiểu dưới.

Đặt thông tiểu sạch ngất quãng cho các bệnh nhân có hội chứng bàng quang thần kinh.

Được đặt như stent sau thủ thuật cho phép lành chỗ khâu nối hay đường mổ ở niệu đạo và cổ bàng quang.

Một số chỉ định khác: thông bàng quang trước sinh, lấy nước tiểu trực tiếp từ bàng quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Hẹp niệu đạo.

Viêm niệu đạo, viêm tiền liệt tuyến, viêm tinh hoàn.

Chấn thương niệu đạo.

IV. CHUẨN BỊ

Chuẩn bị bệnh nhân:

Giải thích cho bệnh nhân và người nhà về mục đích và những khó chịu có thể xảy ra trong quá trình đặt sonde bàng quang.

Sát khuẩn và trải khăn vô trùng vùng niệu ạo xung quanh.

Đi với nam: bơm vào niệu ạo 10 – 15 ml thuốc tê dạng gel (như lidocain 2% dạng gel) và giữ trong 5 – 10 phút nhằm tê niêm mạc niệu đạo trước khi đặt sonde.

Đi với nữ: có thể thoa gel trực tiếp lên ống sonde, hoặc vào niệu ạo một miếng gạc tẩm thuốc tê trước khi đặt sonde hoặc bơm vào niệu ạo 2 ml thuốc tê.

Chuẩn bị dụng cụ:

Sonde: có nhiều loại ng sonde: loại được lưu trong bàng quang bằng bóng bên trong(Foley) hoặc tự cố định, loại không cố định bằng bóng thường dùng trong các thủ thuật vào rồi ra.

Chú ý: nên chọn ng sonde nhỏ nhất có thể thông tiêu vì dịch tiết niệu đạo chảy quanh ống sonde dễ dàng tránh viêm nhiễm niệu đạo, thường người lớn chọn ống sonde 16 – 18 F, trẻ em thường dùng sonde ăn 3 – 5 F.

Săng có lỗ: 1 cái.

Dầu Parapin: để bôi trơn, gel lidocain 2% để gây tê.

Dung dịch Betadin để sát khuẩn.

Găng sạch: 01 đôi.

VI CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Nam giới:

Dương vật nên để đặt hướng về phía rốn để giảm góc nhọn khi ng sonde đi qua niệu đạo hành, đưa ng sonde vào nhẹ nhàng cũng gây khó chịu và có thể cảm thấy sự đề kháng tự nhiên khi ống sonde đi qua cơ thắt niệu đạo, khi đến niệu đạo màng (ngoài cơ thắt vân) bảo bệnh nhân hít thở sâu chậm sẽ giúp thả lỏng và cho phép ống sonde đi qua dễ dàng, nếu gặp kháng lực thì không nên đẩy mạnh ống vào mà nên duy trì áp lực nhẹ nhàng, liên tục và đến một mức độ nào đó sẽ đưa ống sonde vào được.

Với ống sonde Foley vì có bóng nên nên đẩy bóng vào hết hoặc đến khi thấy nước tiểu chảy ra thì mới bơm bóng.

Nữ giới:

Sau khi vén 2 môi nhỏ ta có thể dễ dàng xác định miệng niệu đạo và nhẹ nhàng đưa sonde và bàng quang.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ SỐC

Theo dõi:

Lượng nước tiểu, màu sắc.

Tình trạng xuất tiết của dịch niệu đạo ở đầu ống sonde.

Giữ vệ sinh, lau rửa bộ phận sinh dục ngoài mỗi ngày, xả bớt nước tiểu khi bịch chứa đầy, giữ bịch thông tiểu luôn là một hệ thống kín và thấp hơn mặt giường ít nhất 80cm.

Tai biến và biến chứng:

Ống sonde lạc đường nhất là khi dùng sonde sắt gây thủng niệu đạo, trực tràng.

Chấn thương niệu đạo do ống sonde làm trầy xước niêm mạc niệu đạo hoặc do bơm bóng khi bóng còn nằm trong niệu đạo.

Nhiễm trùng ngược dòng do kỹ thuật không đảm bảo vô trùng.

Viêm niệu đạo cấp, viêm tinh hoàn cấp nếu ống sonde để lâu và không được chăm sóc đúng quy cách.

Hẹp toàn bộ niệu đạo do di chứng viêm niệu đạo sau đặt ống sonde.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ y tế - “thủ thuật đặt thông tiểu” – quy trình thủ thuật nội khoa – Nhà xuất bản y học năm 2014.

Điều dưỡng nội khoa – tập đi – Nhà xuất bản y học năm 2014.

Kỹ thuật đặt sonde tiểu BV quân Y 115.

20. ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

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

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

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

5. Lấy dịch dạ dày làm xét nghiệm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

- Nghi thủng dạ dày

- Áp xe thành họng

- Tồn thương vùng hàm mặt

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

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện:** một điều dưỡng (điều dưỡng)

2. **Phương tiện**

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

- Găng tay sạch: 2 đôi.

- Dầu nhờn: K - Y hoặc parafin.

- Gạc vô trùng

- Băng dính.

- Túi dẫn lưu ống thông dạ dày.

- Ống nghe. Bộ đo huyết áp

- Bơm tiêm 50 ml, máy hút (nếu có)

- Ống nghiệm, giá đựng ống nghiệm, giấy xét nghiệm (nếu có)
- Hộp thuốc chống shock
- Bát kền

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi (người bệnh tỉnh) hoặc nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái (người bệnh hôn mê).
- Đo độ dài của ống thông (đo từ cánh mũi tới dải tai vòng xuống mũi ức, khoảng 45- 50 cm là ngang phần đáy dạ dày hoặc từ răng cho đến rốn).
- Bôi trơn đầu ống thông (khoảng 5 cm, không để dầu đọng trong ống làm người bệnh sặc)
- Bảo người bệnh há miệng hoặc dùng dụng cụ mở miệng hoặc canun Guedel (người bệnh không tỉnh), luồn ống thông qua miệng. Nếu khó khăn có thể luồn qua mũi theo đường đi của lỗ mũi.
- Nhẹ nhàng đưa ống vào miệng, sát má, tránh vom họng và lưỡi gà, động viên người bệnh nuốt mặc dầu rất khó chịu, trong khi đó người điều dưỡng từ từ đẩy ống và đến khi vạch đánh dấu chạm tới cung răng thì dừng lại. Nếu người bệnh có sặc, ho dữ dội, tái mặt, tím môi thì rút ra và đưa lại.
- Kiểm tra xem ống thông đã vào đúng dạ dày chưa bằng 3 cách: bơm khí khoảng 30 ml và nghe vùng thượng vị thấy tiếng sục của khí qua nước hoặc dùng bơm tiêm hút dịch vị hoặc nhúng đầu ngoài của ống thông vào cốc nước sạch không thấy sủi khí.
- Cố định ống thông dạ dày bằng băng dính.
- Lắp túi dẫn lưu vào đầu ống thông dạ dày
- Ghi hồ sơ bệnh án: loại ống thông, kích cỡ, sự hợp tác của người bệnh trong quá trình làm thủ thuật và phương pháp kiểm tra vị trí của ống thông.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số: 3805/QĐ-BYT ngày 25 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa

21. RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

Rửa dạ dày là kỹ thuật luồn ống thông vào dạ dày người bệnh để tháo rửa các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị, chất độc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trước phẫu thuật đường tiêu hóa (khi người bệnh ăn chưa quá 6 giờ)
- Các trường hợp ngộ độc cấp (thức ăn, thuốc, hóa chất) trong vòng 6 giờ sau khi uống độc chất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc acid hoặc base mạnh hoặc ngộ độc sau 6 tiếng.
- Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bóng, u, dò thực quản.
- Người bệnh suy kiệt nặng...
- Thủng dạ dày
- Hôn mê (nếu rửa phải đặt nội khí quản)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: một điều dưỡng (điều dưỡng) và một bác sĩ đeo yếm nylon, găng tay nếu người bệnh ngộ độc phospho hữu cơ.

2. Phương tiện:

- Ống Faucher cỡ to 14-22 (đường kính trong từ 6-10mm) hoặc ống thông Levin với trẻ nhỏ.
- Phễu to hay bóc có ngăn.
- Nước sôi để nguội có pha 5g muối ăn cho 1 lít. Chuẩn bị 5 lít.
- Nước ấm 37 °C hay lạnh tùy chỉ định.
- Canun Guedel.
- Chậu đựng nước thải.
- Máy hút.
- Lọ lấy độc chất (100ml).
- Ống nghe và bộ đo huyết áp
- Ống nội khí quản và dụng cụ nội khí quản: đèn soi.
- Băng dính

- Bơm tiêm 50 ml

3. Người bệnh

- Động viên, giải thích cho người bệnh mọi việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà.

- Tháo răng giả (nếu có)
- Nếu hôn mê có nguy cơ sặc: đặt nội khí quản có bóng chèn, bơm căng bóng.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái.
- Trải 1 tấm nilon lên phía đầu giường và quàng 1 tấm quanh cổ người bệnh.
- Đặt thùng hứng nước bẩn.
- Đặt ống thông vào dạ dày theo đúng quy trình đặt ống thông dạ dày. Kiểm tra xem ống đã vào đúng dạ dày chưa. Cố định ống thông.
- Trước khi rửa nên hạ thấp đầu phễu dưới mức dạ dày để nước ứ đọng trong dạ dày chảy ra hoặc dùng bơm tiêm để hút dịch dạ dày ra. Lưu mẫu dịch dạ dày làm xét nghiệm.
- Cắm phễu hoặc bóc, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.
- Đổ nước khoảng 300-500ml/lần đối với người lớn, hạ thấp đầu ống vào trong chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút hút ra.
- Lặp lại cho đến khi nước chảy ra trong, không còn thức ăn, không còn mùi.
- Trong khi rửa cần hạn chế đưa không khí vào dạ dày.
- Lượng nước rửa:
 - + Với lân (P) hữu cơ phải pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng 10 lít lần đầu, khoảng 5 lít với lần hai.
 - + Với thuốc ngủ: 5-10 lít và chỉ rửa một lần đến khi nước trong.
- Kết thúc rửa: hút hết dịch trong dạ dày, bơm vào dạ dày 20g than hoạt uống cùng 20g sorbitol, nhắc lại sau 2 giờ cho đến khi đạt 120g than hoạt.
- Rút ống thông, tháo băng dính cố định. Thu dọn dụng cụ.

VI. THEO DÕI

- Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
- Phản xạ ho sặc tránh hít phải dịch.
- Kết quả của than hoạt và tẩy: đi ngoài ra than hoạt.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: nội khí quản có bóng chèn, rút nước một lần dưới 500ml.
- Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: hồi sức cấp cứu.
- Rối loạn nước, điện giải do ngộ độc nước nếu không pha muối và rửa quá nhiều (trên 20 lít): phải dùng lợi tiểu mạnh (Lasix) kết hợp truyền dung dịch NaCl ưu trương.
- Tăng natri máu và mất nước nếu pha muối trên 9g/lít: truyền bù dịch rồi cho lasix, theo dõi và điều chỉnh điện giải theo kết quả xét nghiệm.
- Hạ thân nhiệt do trời lạnh: khi thời tiết lạnh, pha nước ấm để rửa dạ dày, sưởi ấm cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số: 3805/QĐ-BYT ngày 25 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa

22. SIÊU ÂM Ổ BỤNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Siêu âm là một trong những phương pháp thăm khám hình ảnh phổ biến nhất được áp dụng đánh giá tình trạng ổ bụng nói chung (các tạng đặc), có độ chính xác và tin cậy cao. Có thể áp dụng được với mọi đối tượng, không ảnh hưởng đến sức khỏe. Đây là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh nhằm đánh giá các tổn thương, bệnh lý thuộc gan, mật, lách, tụy, hệ tiết niệu, hệ sinh dục, viêm ruột thừa, khối u lớn ở ruột, dịch ổ bụng, dịch màng phổi và dịch màng ngoài tim...

II. CHỈ ĐỊNH

- Đau bụng
- Sờ thấy hoặc nghi ngờ có khối trong ổ bụng
- Sụt cân, mệt mỏi không rõ nguyên nhân
- Rối loạn tiêu hóa kéo dài
- Chấn thương bụng
- Kiểm tra sức khỏe định kỳ (không có triệu chứng gì).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối với siêu âm

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: một bác sỹ siêu âm và một điều dưỡng ghi kết quả.

2. Phương tiện

- 01t máy siêu âm có đầu dò siêu âm ổ bụng
- Gel
- Giấy vệ sinh

3. Người bệnh

- Nhịn ăn trước 6 giờ (để đánh giá túi mật, đường mật).
- Nhịn tiểu căng (để đánh giá bàng quang, tử cung, buồng trứng, tiền liệt tuyến): có cảm giác rất mát tiểu.
- Trong điều kiện siêu âm cấp cứu, có thể không cần nhịn ăn hoặc nhịn tiểu. Khi

đó sẽ hạn chế đánh giá một số bộ phận.

4. Hồ sơ bệnh án

Mang theo để cung cấp mọi hồ sơ, tư liệu đã thăm khám trước đó cho bác sỹ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật:

- Tư thế người bệnh: nằm ngửa, hai tay đưa cao lên đầu, hai chân duỗi thẳng.
- Hỏi bệnh và tiền sử bệnh.
- Chọn đầu dò và chỉnh máy sang chương trình siêu âm ổ bụng.
- Thoa gel lên vùng bụng.
- Thực hiện kỹ thuật siêu âm theo thứ tự để tránh bỏ sót các tạng trong ổ bụng, có thể chuyển tư thế người bệnh sang tư thế nằm nghiêng phải, nghiêng trái hoặc nằm sấp để khảo sát tốt hơn gan, lách, thận.
- Đọc kết quả
- Dừng máy ở chế độ nghỉ
- Lau đầu dò
- Đặt đầu dò lên giá đỡ
- Lau sạch gen ở vùng siêu âm
- In ảnh và đọc kết quả
- Mời người bệnh ngồi dậy và ra ngoài phòng siêu âm chờ kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Nguyễn Phước Bảo Quân (2006). Siêu âm bụng tổng quát.
3. *Quyết định số: 3805/QĐ-BYT ngày 25 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế* hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa

23. TEST NHANH TÌM HỒNG CẦU ẨN TRONG PHÂN

I. ĐỊNH NGHĨA

Test nhanh tìm hồng cầu ẩn trong phân là xét nghiệm tìm máu người dạng vi thể trong phân không bị dương tính giả với máu động vật khác. Hiện nay người ta hay sử dụng phương pháp xét nghiệm miễn dịch sắc ký cho sàng lọc máu ẩn trong phân

II. CHỈ ĐỊNH

Mục đích để sàng lọc, phát hiện sớm người bệnh bị polyp, ung thư đại trực tràng, viêm loét đại trực tràng:

+ Những người tuổi trên 50, không có tiền sử bị bệnh polyp đại trực tràng, ung thư đại trực tràng, viêm đại tràng mạn tính, không có tiền sử gia đình bị bệnh Ung thư đại trực tràng.

+ Những người bị rối loạn tiêu hóa, đau bụng chưa rõ nguyên nhân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đi đại tiện phân máu đại thể

IV. CHUẨN BỊ

1. Chuẩn bị người bệnh

Hướng dẫn và giải thích cho người bệnh những bước tiến hành cụ thể.

2. Chuẩn bị dụng cụ

Một lọ xét nghiệm để tiến hành làm test

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Hướng dẫn thực hiện

Bước 1: Người bệnh đi đại tiện xong, lấy một ít phân quệt vào phần đầu màu trắng có mũi tên chỉ xuống của giấy thấm.

Bước 2: gỡ nắp màu trắng của Test Kit, cầm que giấy thấm đã lấy phân rồi cho vào Test Kit theo chiều mũi tên chỉ xuống. Sau đó đậy nắp lại ghi họ tên lên nhãn của Test Kit.

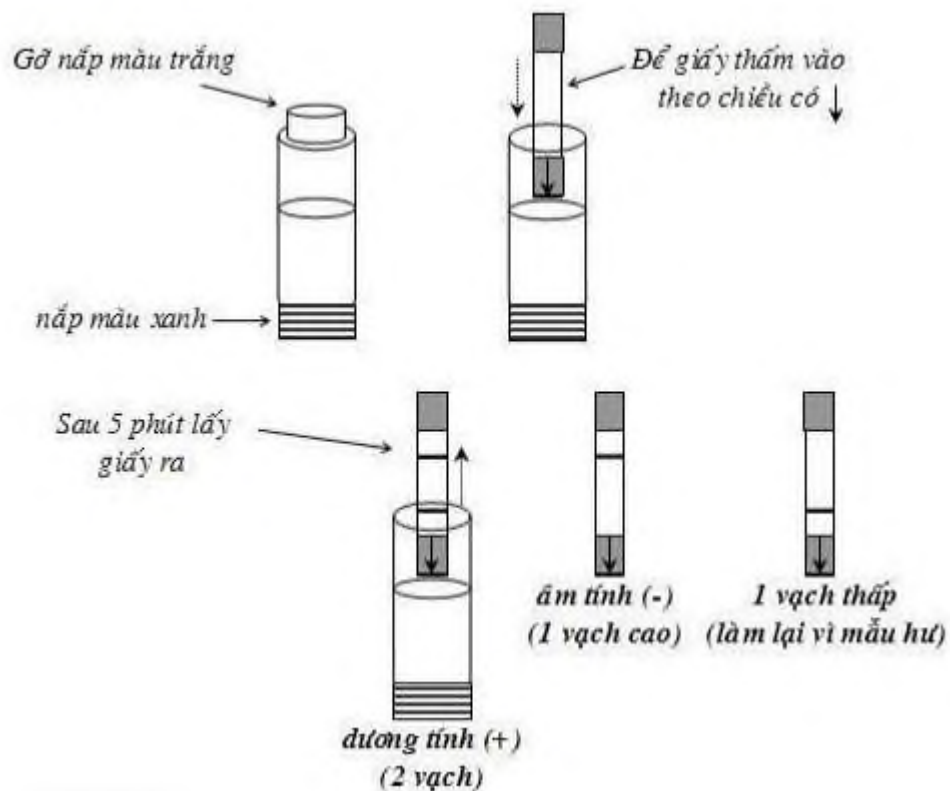
Bước 3: Đọc kết quả sau năm phút.

2. Cách đọc kết quả

- Xét nghiệm dương tính: có HC trong phân, khi có hai vạch màu xanh ở đầu trên và đầu dưới của que giấy thấm

- Xét nghiệm âm tính: không có HC trong phân, khi có một vạch màu xanh ở đầu trên của que giấy thấm

- Xét nghiệm bị hỏng: khi không có vạch màu xanh nào hoặc có một vạch màu xanh ở đầu dưới của giấy thấm



3. Biện luận

- Khi test FOBT dương tính nghĩa là trong phân có máu, có thể do khối u ác (ung thư), u nhú (polip), có thể do ký sinh trùng, viêm ruột, trĩ...

- Khi test FOBT bị hỏng, làm lại mẫu phân này theo quy trình đã hướng dẫn như trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Quyết định số: 3805/QĐ-BYT ngày 25 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa

24. THỤT THUỐC QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt thuốc qua đường hậu môn là thủ thuật đưa thuốc vào đại tràng qua đường hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh não gan.
- Viêm loét đại trực tràng chảy máu có tổn thương nhiều vùng trực tràng, đại tràng sigma
- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.
- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn cảm với hoạt chất hay thành phần nào của thuốc.
- Viêm ruột thừa.
- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.
- Tắc xoắn ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng viên

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật,
- Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Vài miếng gạc.
- Dầu nhờn
- 01 tấm nylon
- 01 vải đắp hoặc chăn.

- 01 xô đựng
- Giấy vệ sinh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu tên tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

2. Thực hiện kỹ thuật

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.
- Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.
- Ấn chai xuống, bỏ nắp niêm phong. Vòi được bôi trơn, nhét vòi vào ống hậu môn, tránh làm xây xước thành hậu môn, bóp nhẹ ống thuốc và bóp liên tục cho đến khi có được khối lượng thuốc yêu cầu, rút vòi ra. Sẽ tốt hơn nếu người bệnh giữ nguyên tư thế cho đến khi cảm thấy buồn đi cầu.
- Đưa xô cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.
- Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ thực, thuốc thực - số lượng, kết quả thực, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỰC THÁO

- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thực (đau bụng).
- Nếu có chảy máu hậu môn sau khi dùng thuốc, xin ý kiến bác sỹ chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. Quyết định số: 3805/QĐ-BYT ngày 25 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa

25. THỤT THÁO CHUẨN BỊ SẠCH ĐẠI TRÀNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng qua hậu môn nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng. Thành ruột được kích thích sẽ co lại đẩy phân ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.
- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng.
- Trước khi sinh đẻ
- Chống táo bón.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm ruột thừa.
- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.
- Tắc xoắn ruột

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng viên

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật,
- Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Chuẩn bị dụng cụ

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- 01 béc thụt có gắn ống cao su, trụ treo béc thụt.
- 01 kẹp.
- 01 canun thụt hoặc ống thông hậu môn phù hợp với người bệnh.
- 01 bình đựng nước ấm thụt: số lượng nước thụt tùy theo chỉ định, thông thường đối với người lớn: 500 1.000 ml, không được quá 1.500ml.

- 01 khay quả đậu
- Vài miếng gạc, dầu nhờn, giấy vệ sinh
- 01 tấm nylon, 1 vải đắp hoặc chăn.
- 01 xô đựng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu: tên tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án.

2. Thực hiện kỹ thuật

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.
- Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.
- Lắp canul hoặc ống thông vào ống cao su của béc thụt. Kẹp ống lại.
- Đổ nước vào béc thụt.
- Treo béc thụt lên trụ cách mặt giường 60- 80 cm.
- Bôi trơn canul hoặc đầu ống thông.
- Mở kẹp cho nước chảy vào khay quả đậu nhằm đuổi không khí và phần nước lạnh trong ống ra ngoài, đồng thời kiểm tra sự thông thoát của ống cao su, canul hoặc ống thông. Sau đó lại kẹp ống lại. Có thể kiểm tra lại nhiệt độ của nước thụt bằng cách cho vài giọt chảy vào mu bàn tay. Nếu thấy nóng quá hoặc lạnh quá thì phải điều chỉnh lại.
- Bỏ vải đắp để lộ mông người bệnh, một tay vạch mông người bệnh để lộ hậu môn, một tay nhẹ nhàng đưa canul hoặc ống thông vào hậu môn cho tới khi được 2/3 canul hoặc ống vào sâu từ 12 - 15cm là được.
- + Trong khi đưa canul hoặc ống thông vào bảo người bệnh há miệng thở đều.
- + Nếu dùng canul thì lúc đầu phải hướng canul theo chiều hậu môn rôn tới khoảng 2 - 3cm sau đó đưa canul hướng về phía cột sống. Theo vị trí giải phẫu của ruột thẳng (trực tràng).
- Mở kẹp để cho nước chảy vào từ từ. Một tay phải luôn giữ canul hoặc ống thông để đề phòng canul hoặc ống thông bị bật ra ngoài.
- Khi nước trong béc đã chảy gần hết thì kẹp ống lại, nhẹ nhàng rút canul hoặc ống thông ra, dùng giấy vệ sinh bọc canul rồi để vào khay quả đậu hoặc lau qua rồi bỏ vào thùng đựng dung dịch sát khuẩn.
- Treo ống cao su lên trụ.
- Cho người bệnh nằm ngửa, dặn người bệnh cố gắng kiềm chế để giữ nước ở

trong ruột từ 10 - 15 phút.

- Đưa bệnh nhân cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.
- Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu
- Đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa để xử trí theo quy định.
- Trả các dụng cụ khác về chỗ cũ.

3. Ghi hồ sơ

- Ngày giờ thực, dung dịch thực - số lượng.
- Kết quả thực, tính chất phân.
- Tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỰC THÁO

- Trong lúc nước vào đại tràng, nếu người bệnh kêu đau bụng hoặc muốn đi đại tiện, phải ngừng ngay không cho nước chảy vào và báo bác sĩ.

- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thực (đau bụng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số: 3805/QĐ-BYT ngày 25 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa

2. Bộ Y tế. Quy trình kỹ thuật bệnh viện.

3. Khoa Tiêu Hóa BV Bạch Mai. Sổ tay điều dưỡng tiêu hóa.

25. THỤT THÁO PHÂN

I. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật thụt tháo phân là kỹ thuật đưa thuốc nhuận tràng qua đường hậu môn nhằm mục đích đẩy phân ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện được hoặc làm sạch lòng đại tràng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh táo bón lâu ngày.
- Trước khi phẫu thuật ổ bụng, đặc biệt là phẫu thuật đại tràng.
- Trước khi chụp X quang đại tràng có bơm thuốc cản quang chụp ổ bụng có chuẩn bị.
- Trước khi nội soi: soi ổ bụng, trực tràng, đại tràng
- Trước khi sinh đẻ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Quá mẫn cảm với hoạt chất hay thành phần nào của thuốc.
- Viêm ruột thừa.
- Viêm ruột có nguy cơ bị thủng ruột như: thương hàn, viêm hoại tử ruột.
- Tắc xoắn ruột

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng viên

2. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và người thân của họ biết về thủ thuật sắp làm; động viên người bệnh yên tâm và cộng tác trong khi làm thủ thuật,
- Hướng dẫn căn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ăn, hoặc giờ thăm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

3. Dụng cụ

- Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.
- Vải miếng gạc.
- Dầu nhờn
- 1 tấm nylon
- 1 vải đắp hoặc chăn.
- 1 xô dẹt

- Giấy vệ sinh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đối chiếu: tên, tuổi người bệnh với phiếu chỉ định, hồ sơ bệnh án

2. Thực hiện kỹ thuật

- Đưa dụng cụ đến nơi làm thủ thuật.
- Lót tấm nylon dưới mông người bệnh.
- Cho người bệnh nằm nghiêng trái, chân dưới ruỗi, chân trên co.
- Ấn chai xuống, bỏ nắp niêm phong. Vòi được bôi trơn, nhét vòi vào ống hậu môn, tránh làm xây xước thành hậu môn, bóp nhẹ ống thuốc và bóp liên tục cho đến khi có được khối lượng thuốc yêu cầu, rút vòi ra. Sẽ tốt hơn nếu người bệnh giữ nguyên tư thế cho đến khi cảm thấy buồn đi cầu.
- Đưa xô cho người bệnh hoặc giúp người bệnh đi ra nhà vệ sinh.
- Khi người bệnh đi đại tiện xong giúp người bệnh lau chùi sạch sẽ.
- Quan sát chất thải sau đại tiện: tính chất phân, chất nhày, máu.
- Ghi hồ sơ: ngày giờ thực, thuốc thực, số lượng, kết quả thực, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỰC THÁO

- Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thực (đau bụng).
- Nếu có chảy máu hậu môn sau khi dùng thuốc, xin ý kiến bác sỹ chỉ định

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Quyết định số: 3805/QĐ-BYT ngày 25 tháng 9 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế* hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa, chuyên ngành tiêu hóa