

Tuyên Hóa, ngày 30 tháng 11 năm 2023

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành hồi sức - cấp cứu và chống độc”

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TUYÊN HÓA

- Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 23 tháng 11 năm 2009;
- Căn cứ Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30 tháng 5 năm 2014 của Bộ Y tế về việc ban hành Về việc ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành hồi sức – cấp cứu và chống độc”;
- Căn cứ Thông tư 19/2013/TT-BYT ngày 12/7/2013 của Bộ Y tế về hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện.
- Căn cứ Quyết định số 291/QĐ-UBND ngày 12/ 01/2006 của UBND tỉnh Quảng Bình về việc thành lập Bệnh viện Đa khoa huyện Tuyên Hóa;
- Căn cứ chức năng, quyền hạn của Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Tuyên Hóa;
- Xét Biên bản của Hội đồng khoa học- kỹ thuật về nghiệm thu các tài liệu hướng dẫn chẩn đoán điều trị và các quy trình kỹ thuật
- Theo đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch – Tổng hợp.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1.Ban hành kèm theo Quyết định này là tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành hồi sức – cấp cứu và chống độc”.

Điều 2.Tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành hồi sức – cấp cứu và chống độc” được áp dụng tại khoa cấp cứu – hồi sức tích cực và chống độc bệnh viện đa khoa huyện Tuyên Hóa. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký./.

Điều 3.Khoa cấp cứu – hồi sức tích cực và chống độc và các khoa phòng liên quan chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

Nơi nhận:

- Ban Giám đốc;
- Các khoa, phòng
- Lưu

GIÁM ĐỐC

Lâm Tuấn Phương

MỤC LỤC

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỔI NGẠT	3
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN.....	5
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI CẤP CỨU	11
CHỌC HÚT KHÍ MÀNG PHỔI	13
KỸ THUẬT TẬP THỞ CƠ HOÀNH	16
KỸ THUẬT VỖ RUNG DẪN LƯU TU THỂ	18
KỸ THUẬT KHÍ DUNG THUỐC GIẢI PHẾ QUẢN.....	21
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LÒNG NGỰC.....	23
QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER NGOẠI VI.....	26
QUY TRÌNH KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM TẠI GIƯỜNG	28
QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN THUỐC BẰNG BƠM TIÊM ĐIỆN.....	32
CHỌC DÒ DỊCH Ổ BỤNG XÉT NGHIỆM	35
CHỌC THÁO DỊCH Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ.....	37
ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY	41
QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO ĂN QUA ống THÔNG DẠ DÀY	44
ĐẶT ống THÔNG HẬU MÔN.....	47
QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY NÔN CHO NGƯỜI BỆNH	49
NGỘ ĐỘC QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA.....	49
QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY LOẠI BỎ CHẤT ĐỘC	51
QUA HỆ THỐNG KÍN.....	51
QUY TRÌNH KỸ THUẬT DỰ PHÒNG LOÉT Ở NGƯỜI BỆNH	55
HỒI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC.....	55
CHỌC DÒ DỊCH NÃO TỦY	58
HÚT ĐÒM HẬU HỌNG	61
LẤY MÁU TĨNH MẠCH BỆN.....	65
THEO DÕI SpO ₂ LIÊN TỤC TẠI GIƯỜNG	69
KỸ THUẬT BÓP BÓNG QUA MẶT NẠ	72

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỔI NGẠT

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

-Ngừng tuần hoàn

-Ngừng thở đột ngột nhưng chưa có ngừng tuần hoàn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

-Không có chống chỉ định.

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

VII. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

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

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

- Máy sốc điện, oxi,

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

3. Người bệnh

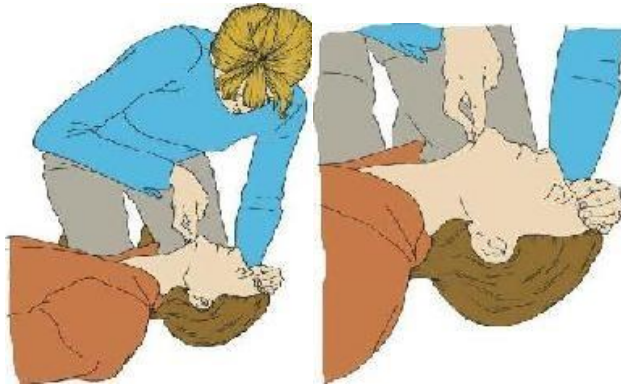
Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

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

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



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

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

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

V. THEO DÕI

Nếu thổi ngạt có kết quả:

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

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

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắc đường thở cấp tính: chấn thương, hít phải, nhiễm khuẩn...
- Hút chất tiết
- Bảo vệ đường thở
- Suy hô hấp: ARDS, hen PQ, COPD

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định đặt NKQ đường miệng

- Chấn thương thanh khí quản
- Chấn thương biến dạng hàm mặt
- Phẫu thuật hàm họng
- Cứng, sai khớp hàm

2. Chống chỉ định đặt NKQ đường mũi

- Ngưng thở
- Chấn thương, biến dạng mũi hàm mặt
- Tắc nghẽn cơ học đường hô hấp do: chấn thương, u, dị vật
- Chấn thương thanh khí phế quản
- Rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu, đang điều trị chống đông
- Chảy dịch não tuỷ qua xương sàng
- Viêm xoang, phì đại cuốn mũi, polyp mũi

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Dụng cụ

- Dụng cụ, thuốc gây tê tại chỗ: Lidocain 2%, bơm tiêm 5ml
- Găng, mũ, khẩu trang
- Máy theo dõi SpO2
- Đèn soi thanh quản lưỡi thẳng và cong
- Kẹp Magill
- Thuốc tiền mê: midazolam, propofol
- Ống nội khí quản các cỡ, cách chọn nội khí quản:

+ Tương đương ngón nhẫn của Người bệnh.

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

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

Bảng cỡ NKQ với tuổi:

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

3. Người bệnh

- Giải thích cho về kỹ thuật để gia đình NGƯỜI BỆNH yên tâm, hợp tác
- Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2)
- Đặt Người bệnh ở tư thế thích hợp, nằm ngửa, cho thở oxi hoặc bóp bóng qua mặt nạ tùy tình trạng Người bệnh. Nếu có chấn thương cột sống cổ phải chọn phương pháp đặt NKQ cho Người bệnh chấn thương cổ.
- Mặc máy theo dõi, hút đờm, dịch dạ dày

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Đặt NKQ đường miệng

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

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

1.3. Thực hiện kỹ thuật

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

1.3.2. Dùng an thần, tiền mê

- + Midazolam 0.1-0.4 mg/kg
- + Hoặc Fentanyl 5-7mcg/kg
- + Hoặc Ketamine 1.5mg/kg
- + Hoặc Thiopental 3-5 mg/kg
- + Hoặc Propofol 1-2 mg/kg

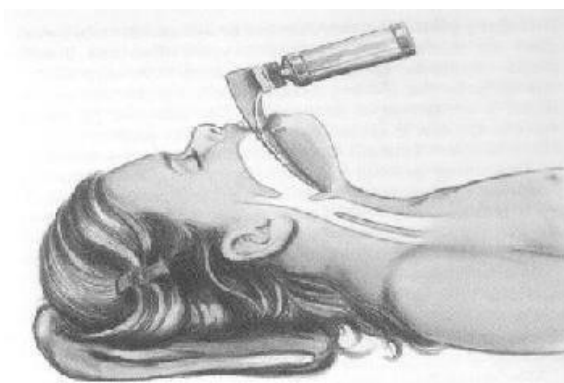
- **Thuốc gây bloc thần kinh cơ (thuốc dẫn cơ): Có thể chỉ định trong một số trường hợp cần thiết**

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

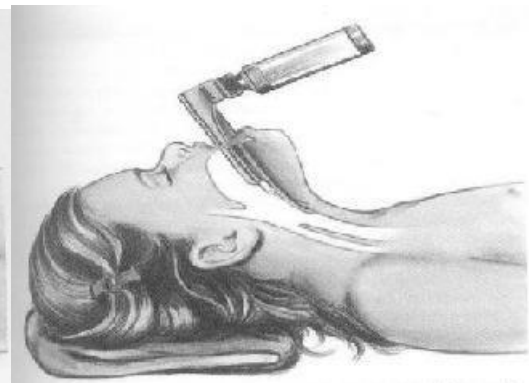
1.3.3. Làm nghiêm pháp Sellick, bảo vệ tránh trào ngược

1.3.4. Bộc lộ thanh môn **Tay trái:**

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

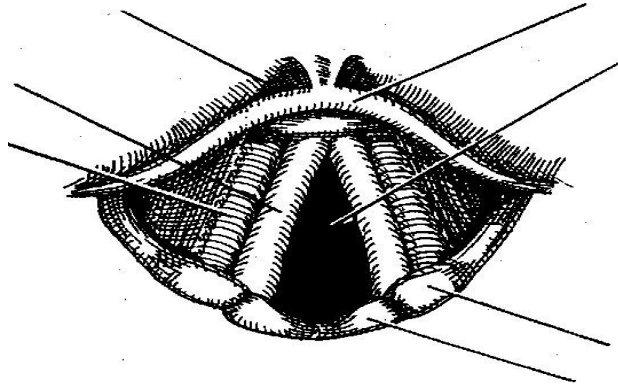


Hình 1



Hình 2

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



1.3.5. Luồn ống NKQ

- Tay trái vẫn giữ đèn ở tư thế bộc lộ thanh môn
- Tay phải cầm đầu ngoài ống NKQ:
- + Luồn ống vào để đầu trong của ống sát vào thanh môn
- + Nếu khó khăn: thủ thuật Sellick, phanh Magill, dây dẫn...
- + Qua thanh môn đẩy ống vào sâu thêm 3- 5 cm

1.3.6. Kiểm tra ống

- Đầu NKQ nằm ở 1/3 giữa của khí quản TB nữ: 20- 21 cm và nam: 22- 23cm
- Có nhiều cách để xác định vị trí NKQ: + Nghe phổi , nghe vùng thượng vị
- + Xem hơi thở có phụt ngược ra không?
- + Sờ vị trí bóng chèn
- + Đo ET CO₂ khí thở ra +
- Xquang ngực ...

1.3.7. Cố định ống

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

2. Kỹ thuật đặt NKQ đường mũi

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

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

2.3. Thực hiện kỹ thuật

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

2.3.2. Dùng an thần, tiền mê

- Có thể áp dụng phương pháp gây tê (GT) tại chỗ:
- GT đường mũi: khí dung, phun mù...
- GT phần trên hai dây thanh âm, gốc lưỡi
- GT phần dưới hai dây thanh âm
- ***Không dùng thuốc gây bloc thần kinh cơ***

2.3.3. Luồn ống qua mũi

- Đưa đầu ống vào lỗ mũi trước, mặt vát quay về phía cuốn mũi.
- Đẩy ống vuông góc với mặt NGƯỜI BỆNH, vừa đẩy vừa xoay nhẹ.
- Khi đầu ống NKQ đi qua lỗ mũi sau có cảm giác nhẹ hẫng tay

2.3.4. Luồn ống vào khí quản

Dùng đèn:

- Tay trái đặt đèn vào miệng NGƯỜI BỆNH và bộc lộ thanh môn
- Tay phải luồn ống qua thanh môn vào khí quản tương tự như khi đặt đường miệng.

Đặt NKQ không dùng đèn (đặt mò):

- Tay trái: lòng bàn tay đặt vào cằm phối hợp với tay phải điều chỉnh đầu trong của ống NKQ
- Tay phải: cầm đầu ngoài ống NKQ:
 - + Dò tìm vị trí có luồng hơi thở ra mạnh nhất.
 - + Đợi đến đầu thì hít vào, đẩy ống vào sâu thêm khoảng 5 cm.
 - + Ống đi vào qua thanh môn có cảm giác nhẹ tay, có hội chứng xâm nhập Người bệnh ho sặc sụa và có hơi thở phụt qua miệng ống
 - + Ống vào dạ dày người bệnh không ho sặc, không hơi thở phụt ra miệng ống
 - + Ống vào các xoang hai bên thanh môn có cảm giác đầy nặng, vướng ống và không đi sâu được nữa lúc này nên rút ra vài cm chỉnh lại hướng ống

2.3.5. Kiểm tra vị trí ống:

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

2.3.6. Cố định ống:

Tương tự đặt đường miệng

V. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG TRONG KHI ĐẶT NKQ

- Tổn thương cột sống, tăng áp lực nội sọ.
- Hít phải: dịch dạ dày, răng, chất tiết hầu.
- Tổn thương răng, hầu, thanh quản, khí quản.
- Đặt nhầm vào thực quản.
- Đặt NKQ vào phế quản gốc phải.
- Chảy máu. -Thiếu ôxy.
- Rối loạn về tim mạch thường gặp hơn ở những người thiếu máu cơ tim

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC HÚT DỊCH MÀNG PHỔI CẤP CỨU

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CÁC CHỈ ĐỊNH CHÍNH

1. TKMP trên một tổn thương phổi: giãn phế nang, xơ phổi, lao phổi, tụ cầu phổi,...
2. Tràn máu màng phổi.
3. Tràn mủ màng phổi.
4. Tràn dịch hoặc tràn máu màng phổi tái phát nhanh (nhằm gây dính).

III. CHUẨN BỊ TRƯỚC DẪN LƯU

1. Người bệnh

- XQ phổi mới(cùng ngày chọc).
- MC - MĐ.
- Giải thích cho người bệnh và động viên người bệnh hợp tác với người thực hiện.
- Tiêm atropin 0,5mg.
- Tiêm an thần nếu người bệnh lo lắng hoặc có nguy cơ đẩy dũa nhiều.
- Tư thế người bệnh: có tư thế nằm và ngồi.
- + Nằm: người bệnh nằm ngửa, thẳng người, đầu cao, thân người nghiêng về phía phổi lành, tay phía bên đặt dẫn lưu giờ cao lên phía đầu.
- + Ngồi: người bệnh ngồi trên ghế tựa, mặt quay về phía vai ghế, 2 tay khoanh trước mặt đặt lên vai ghế, ngực tỳ vào vai ghế (có đệm một gối mềm).

2. Dụng cụ

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

3. Người thực hiện

Chuẩn bị làm phẫu thuật:

- Đội mũ, đeo khẩu trang.
- Rửa tay xà phòng.
- Sát trùng tay bằng cồn.
- Mặc áo mổ.

- Đi gắng vô trùng .

4. Hồ sơ bệnh án

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

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Chọn điểm chọc

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

2. Tiến hành thủ thuật:

- Giải thích cho Người bệnh, ký giấy làm thủ thuật
- Sát khuẩn vùng da định làm thủ thuật.
- Gây tê bằng Xylocain lần lượt từng lớp thành ngực, dùng kim gây tê chọc thăm dò màng phổi.

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

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

Nếu mục tiêu chọc hút dịch để điều trị nên nối kim với hệ thống túi gom. Nên rút không quá 1500 ml dịch để tránh gây phù phổi do tái nở phổi nhanh.

Một biện pháp khác là hút liên tục duy trì áp lực âm 20 cmH₂O. Nên

Chụp phim ngực sau chọc hút.

V. THEO DÕI

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

VI. TAI BIẾN

- Chọc không ra dịch
- Tràn khí màng phổi
- Phản xạ phế vị

- Chảy máu màng phổi

QUY TRÌNH KỸ THUẬT 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:
 - + Tồn thương da tại chỗ định chọc.
 - + Có rối loạn đông - cầm máu nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ 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 lùn 16G.
- Chạc ba.
- Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 2%: 02 ống, Atropin 0,25mg: 2 ống.

3. Người bệnh

Kí vào giấy chấp nhận thủ thuật sau khi nghe bác sĩ 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

- Cẩn 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 30°.
- 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 2ml 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, chuyển 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.

KỸ THUẬT TẬP THỞ CƠ HOÀNH

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cơ hoành là cơ hô hấp chính, nếu hoạt động kém sẽ làm thông khí ở phổi kém và các cơ hô hấp phụ phải tăng cường hoạt động.
- Ở người bệnh có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính do tình trạng ứ khí trong phổi nên lồng ngực bị căng phồng làm hạn chế hoạt động của cơ hoành.
- Tập thở cơ hoành sẽ giúp tăng cường hiệu quả của động tác hô hấp và tiết kiệm năng lượng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Các bệnh lý phổi mạn tính khác gây tình trạng ứ khí ở phổi.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Người bệnh có thể thực hiện kỹ thuật ở tư thế nằm hoặc ngồi.

1. Kỹ thuật tập thở cơ hoành khi nằm

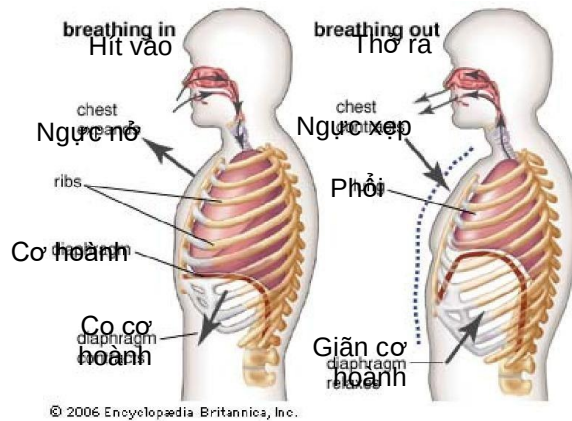
- Bước 1: người bệnh nằm trên một bề mặt phẳng hoặc trên giường với hai chân hơi co và có gối đầu. Có thể sử dụng một chiếc gối đặt dưới khoeo để đỡ hai chân ở tư thế hơi co gối.
- Bước 2: đặt tay phải lên ngực, tay trái đặt trên bụng ngay dưới bờ sườn để giúp cảm nhận được sự di chuyển của cơ hoành khi hít thở.
- Bước 3: hít vào chậm qua mũi sao cho bàn tay trên bụng có cảm giác bụng phình lên, lồng ngực không di chuyển.
- Bước 4: hóp bụng lại và thở ra chậm qua miệng bằng kỹ thuật thở mím môi với thời gian thở ra gấp đôi thời gian hít vào và bàn tay trên bụng có cảm giác bụng lõm xuống.



© Healthwise, Incorporated

2. Kỹ thuật tập thở cơ hoành khi ngồi

- Bước 1: ngồi ở tư thế thoải mái, thả lỏng cổ và vai.
- Bước 2: đặt tay phải lên ngực, tay trái đặt trên bụng ngay dưới bờ sườn để giúp cảm nhận được sự di chuyển của cơ hoành khi hít thở.
- Bước 3: hít vào chậm qua mũi sao cho bàn tay trên bụng có cảm giác bụng phình lên, lồng ngực không di chuyển.
- Bước 4: hóp bụng lại và thở ra chậm qua miệng bằng kỹ thuật thở mím môi với thời gian thở ra gấp đôi thời gian hít vào và bàn tay trên bụng có cảm giác bụng lõm xuống.



Xương sườn

Lưu ý:

- Nên tập thở cơ hoành nhiều lần trong ngày cho đến khi trở thành thói quen. Khởi đầu có thể tập 5-10 phút mỗi lần, 3-4 lần mỗi ngày, sau đó tăng dần thời gian tập thở.
- Sau khi đã nhuần nhuyễn kỹ thuật thở cơ hoành ở tư thế nằm hoặc ngồi, nên tập thở cơ hoành khi đứng, khi đi bộ và cả khi làm việc nhà.

KỸ THUẬT VỖ RUNG DẪN LƯU TƯ THỂ

I. ĐẠI CƯƠNG

Vỗ rung, dẫn lưu tư thể là phương pháp điều trị nhằm giải phóng đờm dịch ra khỏi phổi nhờ chủ động tác động một lực cơ học và các kỹ thuật trị liệu hô hấp.

Kỹ thuật vỗ rung, dẫn lưu tư thể sử dụng trọng lực và vỗ rung để làm long các dịch tiết quánh, dính ở phổi vào đường thở lớn để người bệnh ho ra ngoài giúp tăng hiệu quả điều trị, giảm biến chứng, giảm số ngày nằm viện và cải thiện chức năng phổi cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Các tình trạng bệnh lý của nhóm bệnh nung mủ phổi phế quản:

- Áp xe phổi.
- Viêm phế quản mạn.
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
- Giãn phế quản.
- Lao phổi.
- Tình trạng viêm nhiễm sau phẫu thuật phổi.
- Ú đọng đờm dãi do nằm lâu: tai biến mạch máu não, liệt tủy...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ho máu nặng.
- Các tình trạng bệnh lý cấp tính chưa kiểm soát được: phù phổi cấp, suy tim xung huyết, tràn dịch màng phổi số lượng nhiều, nhồi máu phổi, tràn khí màng phổi.
- Các bệnh lý tim mạch không ổn định: rối loạn nhịp tim, tăng huyết áp nặng hoặc tụt huyết áp, nhồi máu cơ tim mới.
- Mới phẫu thuật thần kinh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên vỗ rung:

- Cởi bỏ nhẫn và các trang sức khác như đồng hồ, vòng đeo tay.

- Khám lâm sàng tử mĩ, xem kỹ phim chụp X quang phổi và phim chụp cắt lớp vi tính ngực của người bệnh để xác định chính xác tư thế cần thiết cho việc dẫn lưu tư thế.

2. Phương tiện

- Bàn dẫn lưu tư thế.
- Cốc để khạc đờm.

3. Người bệnh

- Người bệnh cởi bỏ bớt quần áo chật, trang sức, cúc áo và khóa quanh vùng cổ, ngực và thắt lưng; mặc quần áo mỏng, nhẹ, có thể dùng thêm một khăn đặt lên vùng vỗ rung để giảm đau khi vỗ rung, không vỗ rung trực tiếp lên da trần.
- Để người bệnh ở tư thế thích hợp cho dẫn lưu tư thế tùy theo vị trí tổn thương phổi trên phim chụp X quang và cắt lớp vi tính ngực.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Đặt người bệnh ở tư thế dẫn lưu.
- Vỗ: kỹ thuật viên khum bàn tay vỗ đều trên thành ngực sao cho các cạnh của bàn tay tiếp xúc với thành ngực. Việc vỗ được tiến hành liên tục, nhịp nhàng tạo ra áp lực dương đều vào lồng ngực người bệnh gây long đờm mà không gây đau cho người bệnh.



- Rung: kỹ thuật viên đặt lòng bàn tay phẳng áp vào thành ngực người bệnh tương ứng với thùy phổi bị tổn thương, căng các cơ vùng cánh tay và vai để tạo ra sự rung và ấn nhẹ lên vùng được rung (kỹ thuật viên có thể đặt tay còn lại lên bàn tay áp vào thành ngực người bệnh và đẩy tay để tạo ra sự rung).
- Yêu cầu người bệnh thở ra từ từ thật hết sau đó hít sâu và ho khạc đờm vào chậu đựng đờm. Vệ sinh mũi miệng sạch sau ho.

- Mỗi lần vỗ rung kéo dài khoảng 15 - 30 phút, với những người bệnh có thể trạng yếu hoặc sức chịu đựng kém, ban đầu thời gian vỗ rung có thể ngắn, nhưng sau đó kéo dài dần. Mỗi ngày nên làm 3 lần (sáng, chiều và tối).
- Thời gian đầu, việc vỗ rung cho người bệnh thường được đảm trách bởi các nhân viên y tế, sau đó cần hướng dẫn tỷ mỉ cho người nhà người bệnh kỹ thuật vỗ rung để có thể thực hiện thường xuyên khi người bệnh ra viện đặc biệt những người bệnh mắc bệnh giãn phế quản.

VI.CHÚ Ý

- Kỹ thuật vỗ rung dẫn lưu tư thế tốt nhất nên tiến hành trước bữa ăn hoặc sau bữa ăn 1-2 giờ để hạn chế nguy cơ người bệnh bị nôn (thường vào buổi sáng sớm hoặc trước khi đi ngủ).
- Việc vỗ rung chỉ nên thực hiện trên vùng ngực có khung xương sườn, tránh vùng cột sống, vú, dạ dày và vùng bờ sườn để hạn chế nguy cơ chấn thương lách, gan, và thận.

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)

4. **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.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LÒNG NGỰC

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh bị ngừng thở, ngừng tim

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối:
 - + Có tràn khí màng phổi áp lực
 - + Chấn thương ngực nặng, dập nát vùng ngực trước.

BẢNG KIỂM QUY TRÌNH KỸ THUẬT ÉP TIM NGOÀI LÒNG NGỰC

STT	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH	CÓ	KHÔNG
I.	CHUẨN BỊ		
1	Người thực hiện		
	- Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực		
2	Phương tiện, dụng cụ		
	- Bộ, hộp cấp cứu ngừng tuần hoàn được chuẩn bị sẵn		
	- Bóng, mặt nạ, ống NKQ, máy theo dõi Người bệnh có điện tim, bơm tiêm 5ml, găng, mũ, khẩu trang,..		
	- Máy sốc điện, oxi,		
	- Thuốc Adrenalin, dịch truyền, catheter ngoại biên,.		
3	Người bệnh		
	- Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa, trên nền cứng		
II	CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH KỸ THUẬT:		
1	Ngay khi phát hiện người bệnh đột ngột bất tỉnh có nghi ngờ ngừng tuần hoàn cần nhanh chóng tiếp cận Người bệnh và gọi người hỗ trợ. Đặt Người bệnh nằm ngửa trên một mặt phẳng		

	cứng, có thể để chân cao hơn đầu. Nếu nằm trên giường đệm thì lót tấm ván dưới lưng.		
1.1	Nhanh chóng khai thông đường thở và xác định ngừng hô hấp và mất mạch cảnh.		
1.2	Tiến hành ép tim ngoài lồng ngực: - Thông khí nhân tạo 30:2 nếu Người bệnh là người lớn, trẻ nhỏ và nữ nhi khi có 1 người cấp cứu. - Tỷ lệ 15:2 nếu Người bệnh là trẻ nhỏ hoặc nữ nhi khi có trên 2 người cấp cứu.		
1.3	Vị trí ép tim ngoài lồng ngực - Ép tim tại vị trí dưới xương ức, lún từ 1/3 đến 1/4 bề dày lồng ngực và tần số 100 lần/phút. - Trẻ nữ nhi (dưới 1 tuổi): Ép tim ngay phía dưới đường ngang hai núm vú (nửa dưới xương ức).		
	Kỹ thuật ép tim bằng 2 ngón tay (Khi chỉ có 1 người cấp cứu)		
	Kỹ thuật ép tim bằng 2 ngón cái và bàn tay ôm ngực (Khi có nhiều người cấp cứu)		
	Người lớn và trẻ từ 8 tuổi trở lên		
	- Ép tim ở giữa ngực ngang 2 núm vú		
	- Ép lún sâu khoảng 4 đến 5 cm, dùng lòng bàn tay của cả 2 tay		
2	Kỹ thuật có 3 bước cơ bản		
2.1	+ Bước 1: Xác định vị trí mũi ức		
2.2	+ Bước 2: Đặt lòng bàn tay thứ nhất lên trên xương ức sát ngay vị trí mũi ức		
2.3	+ Bước 3: Đặt bàn tay thứ 2 lên trên bàn tay thứ nhất, các ngón tay đan vào nhau và nắm chặt		
	- Hướng ép vuông góc với mặt phẳng Người bệnh đang nằm. Luôn giữ khớp vai - khuỷu tay - cổ tay thành 1 đường thẳng		
	- Phương châm chung của ép tim ngoài lồng ngực trong cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản là — ép tim nhanh, mạnh, để lồng ngực phồng hết trở lại sau mỗi lần ép tim và hạn chế tối		

	đa khoảng thời gian tạm ngừng ép tim”		
III	BIẾN CHỨNG:		
	Khi ép tim sai vị trí, sai kỹ thuật hay làm quá thô bạo có thể gặp 1 số biến chứng sau:		
	• Gãy xương sườn		
	• Gãy xương ức		
	• Tràn khí màng phổi		
	• Đụng dập phổi		

\

QUI TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER NGOẠI VI

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Người bệnh

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

3. Phương tiện, dụng cụ

- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn

- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ tiêm truyền vô khuẩn
- Dụng cụ , máy theo dõi
- Máy truyền dịch
- Catheter ngoại vi các cỡ, bộ dây truyền, dịch truyền dung dịch natri chlorua 0,9%, khoá ba chạc, băng dính, opside.
- Gối kê tay, bàn thủ thuật, xăng vô khuẩn có lỗ và không lỗ.

4.Hồ sơ, bệnh án:

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra chai dịch natrichlorua 0,9%, cắm dây truyền vào chai, khoá lại.

Bộc lộ vùng cần đặt catheter, chọn tĩnh mạch.

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

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng Người bệnh trong quá trình tiến hành thủ thuật (sắc mặt, mạch, SpO₂)để phát hiện tai biến. Sau khi đặt theo dõi mạch, huyết áp 30 phút/lần, 1 giờ/lần.
- Theo dõi nơi đặt catheter hàng ngày, theo dõi chảy máu, nhiễm khuẩn, thay băng.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn nơi đặt, nhiễm khuẩn huyết: rút catheter, cấy đầu catheter.

- Tắc catheter: thông truyền, nếu tắc quá lâu không thông được phải rút catheter ra.
- Đứt catheter (hiêm gặp), tuột catheter: đặt lại.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

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

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định làm điện tim

IV. 12 CHUYỂN ĐẠO CƠ BẢN -Chuyển đạo mẫu

- Chuyển đạo D1: điện cực âm ở tay phải, điện cực dương ở tay trái.
- Chuyển đạo D2: điện cực âm ở tay phải, điện cực dương ở chân trái.
- Chuyển đạo D3: điện cực âm ở tay trái, điện cực ở chân trái.

Chuyển đạo đơn cực các chi

- Chuyển đạo AVR: điện cực ở cổ tay phải, thu điện thế ở mé phải và đáy tim.
- Chuyển đạo AVL: điện cực ở cổ tay trái, thu điện thế ở phía thất trái
- Chuyển đạo AVF: điện cực ở cổ chân trái, chuyển đạo duy nhất nhìn thấy được thành sau dưới đáy tim..

- Chuyển đạo trước tim.

+ V1: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên phải, sát xương ức.

+ V2: Cực thăm dò ở khoảng gian sườn 4 bên trái, sát xương ức + V3:

Cực thăm dò ở điểm giữa đường thẳng nối V2 với V4.

+ V4: Giao điểm của đường thẳng đi qua điểm giữa xương đòn trái và khoang liên sườn 5.

+ V5: cực thăm dò ở giao điểm của đường nách trước bên trái với đường đi ngang qua V4

+ V6: Cực thăm dò ở giao điểm của đường nách giữa và đường ngang qua V4, V5.

V. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện, dụng cụ

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

2. Người bệnh

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

3. Hồ sơ bệnh án

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

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Nối dây đất ở máy vào vị trí nào đó: vòi nước, chỗ rửa có phần kim loại tiếp xúc với mặt đất.
- Nối nguồn điện vào máy, bật máy thấy chắc chắn điện đã vào máy Bộc lộ phần cổ tay, cổ chân người bệnh, bôi chất dẫn điện vào các bản cực nối các bản cực vào cổ tay cổ chân (mặt trong cổ tay cổ chân). Lắp các dây chuyển đạo ngoại vi vào các bản cực sao cho dây có màu đỏ nối với bản cực ở cổ tay phải.
- Dây có màu vàng nối với bản cực ở cổ tay trái - Dây có màu đen nối với bản cực ở cổ chân phải.
- Dây có màu xanh nối với bản cực ở cổ chân trái.
- Bộc lộ phần ngực người bệnh, bôi chất dẫn điện vào các vị trí da nơi gắn điện cực, sau đó gắn với điện cực lên vị trí tương ứng.
- Bảo Người bệnh thở đều, có thể nhắm mắt lại.

- Bật máy, định chuẩn điện thế, thời gian: làm test thời gian và biên độ. Yêu cầu của test là phải vuông góc. Làm test nào thì ghi điện tim theo test đó (thời gian và điện thế).

- Chú ý tốc độ chạy giấy có những tốc độ sau: 10mm/s, 25mm/s, 50mm/s, 100mm/s.

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

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

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

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

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

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

Tắt máy tháo các điện cực trên cơ thể người bệnh, lau chùi dây điện trên người Người bệnh và trên các bản cực.

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

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

VII.CÁCH ĐỌC ĐIỆN TIM CƠ BẢN

1. Điện tâm đồ bình thường

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

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

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

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

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

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

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

2. Các sự cố gây nhiễu khi ghi điện tim

- Các sóng nhiễu xuất hiện không có quy luật, hình dạng rất khác nhau, chỉ thêm vào điện tâm đồ mà không thay thế một sóng nào cả. Nguyên do có thể do sức cản của da (da bẩn) hoặc khô chất dẫn điện.
- Nhiễu: trên hình ảnh điện tâm đồ thấy các đoạn gấp khúc hay rung động từng chỗ, có thể chênh hẫng hoặc uốn lượn có các sóng nhỏ lẫn lẫn.

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

VIII. THEO DÕI

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

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN THUỐC BẰNG BƠM TIÊM ĐIỆN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là quy trình thường xuyên áp dụng trong khoa hồi sức cấp cứu
- Áp dụng cho các thuốc cần đưa liều một cách chính xác và liên tục.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những loại thuốc cần duy trì liên tục.
- Nồng độ thuốc nhỏ và rất nhỏ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

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

2. **Phương tiện, dụng cụ**

2.1 **Vật tư tiêu hao:**

- Bơm tiêm điện - Bơm tiêm 50ml: 01 cái
- Dây nối bơm tiêm điện: 01 cái
- Cọc truyền
- Ba chạc: 01 cái
- Panh vô khuẩn
- Găng sạch
- Khay quả đậu
- Khay chữ nhật
- Kéo
- Ống cắm panh
- Hộp chống sốc
- Bông
- Cồn 90 độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh

- Xà phòng diệt khuẩn

- Mũ: 01 cái Khẩu trang: 01 cái.

2.2 Dụng cụ chống sốc:

Hộp chống sốc gồm đầy đủ thuốc theo quy định

3. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh về việc sắp làm.

- Đặt người bệnh tư thế thích hợp.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc, phiếu tiêm truyền.

V. TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Thực hiện 3 kiểm tra, 5 đối chiếu.
3. Giải thích động viên, thông báo cho người bệnh.
4. Giúp người bệnh nằm ở tư thế thích hợp, đo mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
5. Pha thuốc theo chỉ định, nắp dây nối và chạc ba, đuổi khí.
6. Đặt cọc truyền ở vị trí thích hợp, gắn bơm tiêm điện vào cọc truyền, nối nguồn điện vào máy bơm tiêm điện (đèn BATTERY sáng).
7. Ấn và giữ nút — POWER — máy tự động kiểm tra.
8. Nắp bơm tiêm.
 - Nâng chốt hãm và xoay 90 độ.
 - Kéo bộ phận đẩy pittong ra phía ngoài.
 - Đặt bơm tiêm sao cho tai bơm tiêm khớp với rãnh giữ, mặt số quay lên trên.
 - Xoay chốt hãm ngược lại, cài chốt đẩy pittong khớp với đít pittong (cỡ bơm tiêm được hiển thị).
9. Đặt tốc độ (ml/ giờ): xoay volum chỉnh tốc độ theo mong muốn.
10. Sát khuẩn và kết nối dây dẫn bơm tiêm điện với đường truyền người bệnh.
11. Ấn phím Start để bắt đầu tiêm (Đèn xanh sáng và xoay vòng).
12. Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi phiếu theo dõi.

*** CHÚ Ý:**

1. Tiêm nhanh (bolus):

- Ấn phím Stop, sau đó ấn giữ phím Purge.

2. Tạm dừng và tắt chuông:

- Khi bơm đang chạy ấn phím Stop, bơm sẽ tạm dừng hoạt động.
- Khi có chuông báo động ấn phím Stop để tắt chuông tạm thời và xử trí báo động.

3. Hoàn thành quy trình tiêm: -Ấn phím Stop.

- Ấn phím POWER 3 giây để tắt nguồn.
- Tháo bỏ bơm điện.
- Rút điện nguồn, tháo máy, vệ sinh, cất đúng nơi quy định.

4. Cài đặt giới hạn áp lực:

- Nếu truyền ngoại vi áp lực được cài ở mức I (300mmHg).
- Nếu truyền qua Catheter áp lực được cài ở mức II (500mmHg).

VI. THEO DÕI

- Theo dõi hoạt động của bơm tiêm điện.
- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Theo dõi vị trí truyền đảm bảo thuốc đến người bệnh hiệu quả.
- Theo dõi các tai biến và biến chứng.

VII. XỬ TRÍ

- Đèn Syringe đỏ, chuông kêu: nắp lại xylanh.
- Đèn Nearlyempty đỏ, chuông kêu: chuẩn bị hết thuốc.
- Đèn OCCLUSION đỏ, chuông kêu: khóa hoặc tắt đường truyền.
- Đèn OCCLUSION và NEARLYEMPTY cùng đỏ, chuông kêu: hết thuốc trong xylanh.
- Đèn LOWBATTERY đỏ, chuông kêu: pin yếu, chưa có điện nguồn.

CHỌC DÒ DỊCH Ổ BỤNG XÉT NGHIỆM

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dò dịch ổ bụng xét nghiệm là thủ thuật đưa kim qua thành bụng vào khoang ổ bụng để hút dịch làm xét nghiệm.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp có dịch ổ bụng cần lấy dịch làm xét nghiệm tế bào, vi khuẩn, hóa sinh.

- Cổ trướng khu trú: nên chọc dịch dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Thận trọng khi lách quá to.
- Có rối loạn đông máu và cầm máu.
- Bụng trướng nhiều hơi.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ, 01 điều dưỡng phụ.

Bác sĩ rửa tay, đi găng vô khuẩn.

2. Phương tiện

- Dụng cụ chọc dò:
- Kim chọc dài 5 - 6 cm, đường kính 10/10 cm.
- Bơm tiêm 10 hoặc 20ml, vô khuẩn.
- Thuốc sát khuẩn, cồn 70°, cồn Iốt hoặc Betadin, kẹp, bông, gạc, băng dính.
- Khăn mổ có lỗ đã tiệt khuẩn, găng, một tấm nilon.
- 3 ống nghiệm có dán sẵn, giấy xét nghiệm.
- Thuốc gây tê xylocain.
- Thuốc cấp cứu.
- khay men hình chữ nhật để đựng dụng cụ và một khay quả đậu.

3. Người bệnh

- Được giải thích trước về kỹ thuật.
- Chuẩn bị chọc ở buồng riêng (phòng tiểu phẫu thuật) để đảm bảo vô khuẩn cho người bệnh. Nếu không có buồng riêng, có thể tiến hành ngay tại giường bệnh, nhưng phải có bình phong che bên ngoài.

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

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước khi chọc

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

2. Trong khi chọc

- Chọc kim vuông góc với thành bụng, đi từ nông đến sâu cho đến khi hút ra dịch.
- Hút vào bơm và bơm vào 3 ống để xét nghiệm (tế bào, vi khuẩn và sinh hóa).
- Theo dõi sắc mặt của người bệnh.

3. Sau khi chọc

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

VI. THEO DÕI

- Sắc mặt
- Mạch, huyết áp.
- Tình trạng thành bụng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Quai ruột bít vào đầu kim. Lúc đầu dịch chảy nhanh sau đó chảy yếu dần và ngừng chảy, thay đổi tư thế người bệnh, đổi hướng kim cho đến khi dịch chảy ra tiếp.
- Chọc vào ruột: ít khi gặp. Nếu chọc vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bắn, bác sĩ phải rút kim ra ngay, băng kín. Theo dõi tình trạng đau, nhiệt độ và phản ứng thành bụng. Hội chẩn chuyên khoa ngoại.
- Chọc vào mạch máu: ít gặp, nếu gặp phải rút kim ra ngay.
- Nhiễm khuẩn thứ phát chọc do công tác vô khuẩn không tốt. Theo dõi, mạch, nhiệt độ, huyết áp trạng thái đau thành bụng, nếu cần thiết phải cho kháng sinh, hội chẩn khoa ngoại.
- Chọc nhầm vào tạng hoạt khối u trong bụng.

CHỌC THÁO DỊCH Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

- Được giải thích trước về kỹ thuật.
- Bảo người bệnh đi vệ sinh trước khi tiến hành thủ thuật.

- Chuẩn bị chọc ở buồng riêng (phòng tiểu phẫu thuật) để đảm bảo vô khuẩn cho người bệnh. Nếu không có buồng riêng, có thể tiến hành ngay tại giường bệnh, nhưng phải có bình phong che bên ngoài.
- Chuẩn bị giường: trải nilon lên giường, che bình phong.
- Để người bệnh nằm ngửa, đầu cao, bên chọc sát bờ giường.

4. Hồ sơ bệnh án

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

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Trước khi chọc

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

2. Trong khi chọc

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

3. Sau khi chọc

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

VI. THEO DÕI

- Sắc mặt.

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Quai ruột bít vào đầu kim. Lúc đầu dịch chảy nhanh sau đó chảy yếu dần và ngừng chảy, thay đổi tư thế người bệnh, đổi hướng kim cho đến khi dịch chảy ra tiếp.
- Choáng do lấy dịch ra quá nhiều và nhanh gây giảm áp lực đột ngột biểu hiện: mạch nhanh, huyết áp tụt, choáng váng. Phải ngừng chọc, truyền dịch, chống sốc. Tốc độ dịch chảy ra khoảng 2l trong 30-40 phút.
- Chọc vào ruột: ít khi gặp. Nếu chọc vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bắn, bác sĩ phải rút kim ra ngay, băng kín. Theo dõi tình trạng đau, nhiệt độ và phản ứng thành bụng. Hội chẩn chuyên khoa ngoại.
- Chọc vào mạch máu: ít gặp, nếu gặp phải rút kim ra ngay.
- Nhiễm khuẩn thứ phát chọc do công tác vô khuẩn không tốt. Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, mức độ đau, thành bụng, nếu cần thiết phải cho kháng sinh, hội chẩn khoa ngoại.
- Chọc nhầm vào tạng hoặc khối u trong bụng.

ĐẶT ống THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

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

- Tổn thương ở thực quản: u, rò, bóng thực quản dạ dày do axit hoặc kiềm mạnh, teo thực quản.
- Nghi thủng dạ dày.
- Áp xe thành họng.
- Tổn thương vùng hàm mặt.
- Bệnh ở thực quản: co thắt, chít hẹp, phình tĩnh mạch, động mạch thực quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Một điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Ống Faucher cỡ to 14-22 (đường kính trong từ 6-10mm).
- Găng tay sạch: 2 đôi.
- Dầu nhờn: K - Y hoặc parafin.
- Gạc vô trùng.
- Băng dính.
- Túi dẫn lưu ống thông dạ dày.

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

- 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 ứ, 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 vòm họng và lưỡi gà, động viên người bệnh nuốt mặc dầu rất khó chịu, trong khi đó người điều dưỡng từ từ đẩy ống và đến khi vạch đánh dấu chạm tới cung răng thì dừng lại. Nếu người bệnh có sặc, ho dữ dội, tái mặt, tím môi thì rút ra và đưa lại.
- Kiểm tra xem ống thông đã vào đúng dạ dày chưa bằng ba cách: bơm khí khoảng 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 sắc tránh hít phải dịch.
- Trường hợp lưu ống thông, thì sau 3 – 7 ngày (tùy điều kiện) thay ống thông và đổi lỗ mũi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO ĂN QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cho ăn qua ống thông dạ dày là một kỹ thuật nhằm mục đích đưa một lượng thức ăn (sữa, súp, các chất với mục đích dinh dưỡng) qua 1 ống thông được đặt từ mũi (hoặc miệng) qua thực quản vào dạ dày.
- Có thể bơm nước hoặc các thuốc cần điều trị bệnh qua ống thông dạ dày.
- Cũng có thể để dẫn lưu dịch từ dạ dày khi có chỉ định.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh không thể ăn được:

- Người bệnh sau đặt nội khí quản, mở khí quản, Người bệnh đang thở máy.
- Người bệnh mất hoặc giảm khả năng bảo vệ đường thở, rối loạn nuốt, liệt thần kinh hầu họng do mọi nguyên nhân, hôn mê, co giật, tai biến mạch não...
- Người bệnh có bệnh lý đường tiêu hóa : liệt dạ dày, u thực quản chưa gây tắc nghẽn toàn bộ, tổn thương miệng...

2. Người bệnh tự ăn ít, cần được cung cấp thêm dinh dưỡng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xuất huyết tiêu hóa cấp nặng.
- Các tổn thương loét ăn mòn thực quản dạ dày chưa kiểm soát được.
- Tắc ruột, liệt ruột dạ dày.
- Thể tích dịch tồn dư quá lớn (tuân thủ đánh giá thể tích dịch tồn dư).
- Các chỉ định trước, sau tiểu phẫu phẫu thuật, nội soi....

IV. CHUẨN BỊ

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

2. **Phương tiện, dụng cụ**

2. 1. **Vật tư tiêu hao**

- Bơm tiêm 50 ml: 01 cái
- Băng dính
- Gạc vô trùng
- Găng sạch : 01 đôi
- Ống nghe
- Cốc sạch đựng thức ăn chia độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh

- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ : 01 cái
- Khẩu trang : 01 cái
- Thức ăn cho Người bệnh theo chỉ định (chế độ bệnh lý hoặc sữa).

2.2. Dụng cụ

Máy theo dõi nối với cáp điện tim, cáp đo SpO₂, cáp đo huyết áp

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho Người bệnh hoặc gia đình về kỹ thuật sắp làm.
- Đặt Người bệnh tư thế thích hợp (đầu cao 15-30 độ).

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các bước trước khi cho ăn qua ống thông

- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đưa dụng cụ đến giường Người bệnh.
- Đặt Người bệnh ở tư thế đầu cao nghiêng sang một bên, trải khăn trước ngực.
- Chuẩn bị thức ăn theo chỉ định của bác sĩ (sữa, súp bơm qua ống thông..)

2. Đánh giá dịch tồn dư dạ dày

- Áp dụng đối với tất cả các Người bệnh có chỉ định nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày- tá tràng nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.
- Thời điểm đánh giá: trước tất cả các bữa ăn đối với phương pháp cho ăn ngắt quãng và mỗi 4 giờ đối với Người bệnh cho ăn liên tục.

3. Các phương pháp cho ăn qua ống thông dạ dày: 2 phương pháp cơ bản

- Cho ăn qua ống thông dạ dày liên tục: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt trong 3 giờ sau đó nghỉ 1 giờ, hoặc truyền liên tục 24 giờ.
- Cho ăn qua ống thông dạ dày ngắt quãng: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt/30-60 phút/1 lần.

3.1. Quy trình với bữa đầu sau đặt ống thông dạ dày hoặc với các Người bệnh cho ăn lại (viêm tụy cấp sau thời gian nhịn ăn)

- Kiểm tra vị trí ống thông dạ dày trước khi cho ăn.
- Nâng đầu lên 30⁰ khi cho người bệnh ăn.
- Số lượng thức ăn: 120 ml/ 3giờ. Cho ăn với tốc độ 40ml/giờ. Sau đó hút dịch tồn dư vào giờ thứ 4, nếu dịch hút > 100ml: bỏ bớt 80 ml dịch tồn dư, còn lại bơm trả và

duy trì tiếp thức ăn 40ml/giờ, sau đó 4h kiểm tra lại dịch tồn dư lần 2, nếu vẫn > 100ml: báo Bác sĩ để nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu < 100ml : bơm trả lại dịch tồn dư và duy trì tốc độ truyền theo y lệnh (60 – 80ml/giờ)

3.2. Quy trình đối với Người bệnh ăn ống thông dạ dày thường quy -

Kiểm tra vị trí ống thông dạ dày trước khi cho ăn.

- Nâng đầu lên 30⁰ khi cho người bệnh ăn.
- Số lượng thức ăn: 240ml/ 3 giờ. Cho ăn với tốc độ 80ml /giờ. Sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 4 đối với nuôi dưỡng liên tục hoặc 3 giờ đối với ăn ngắt quãng.
- Cho Người bệnh ăn 80ml/ giờ, sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 3 nếu:
- + Số lượng dịch > 200ml: cho NGƯỜI BỆNH nhin ăn và kiểm tra lại sau 2 giờ nếu vẫn >200ml: báo bác sĩ nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch. Nếu <200 ml: Bơm trả lại dịch vào dạ dày và duy trì tốc độ 80 ml/giờ.
- + Số lượng dịch < 200 ml: bơm trả lại dịch vào dạ dày và duy trì tốc độ 80 ml/giờ và tiếp tục quy trình đánh giá nuôi dưỡng theo giờ.

V. THEO DÕI

- Trong lúc đặt ống thông dạ dày: ống thông vào đường hô hấp, ống thông bị cuộn, hoặc nằm trong thực quản.
- Ống thông khó hoặc không qua được thực quản do co thắt, có khối chít hẹp thực quản tâm vị dạ dày.
- Người bệnh sợ, hốt hoảng, mạch chậm do cường phế vị.
- Trong khi cho ăn qua ống thông: bụng chướng, đầy hơi, khó tiêu, rối loạn tiêu hóa, trào ngược, nôn, xuất huyết tiêu hóa.
- Lưu ống thông dạ dày lâu ngày gây viêm loét dạ dày thực quản.

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

1. Ống thông dạ dày tụt hoặc cuộn trong miệng, thực quản

- Ống thông vào thanh quản và khí quản gây co thắt thanh môn, khó thở cấp.
- Chảy máu vùng mũi hầu họng do loét tì đè của ống thông dạ dày.
- Nôn trào ngược

2. Cho ăn qua ống thông dạ dày

- Trào ngược do thể tích dịch tồn dư quá lớn, đưa vào dạ dày một thể tích quá lớn, do liệt dạ dày ruột chức năng.
- Tụt ống thông dạ dày hoặc bị cuộn trong miệng thực quản khi cho ăn gây trào ngược và sặc vào đường hô hấp.

ĐẶT ống THÔNG HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Trong trường hợp trướng bụng, tăng áp lực trong ống tiêu hóa (sau soi đại tràng không hút hơi hết, ...)
- Để chuẩn bị tháo lồng ruột ở trẻ em.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương ở hậu môn, trực tràng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng, kỹ thuật viên.

- Ống thông hậu môn: 01 chiếc
- Găng tay sạch: 02 đôi
- Băng dính
- K - Y hoặc parafin
- Gạc sạch: 01 gói
- Tấm nilon: 01 cái

2. Người bệnh

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

3. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

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

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY NÔN CHO NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC QUA ĐƯỜNG TIÊU HÓA

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gây nôn là dùng kích thích cơ học vào vùng hầu họng hoặc dùng hóa chất để người bệnh nôn hết các chất trong dạ dày, cả thức ăn, đồ uống và chất độc.
- Gây nôn là một biện pháp loại bỏ chất độc hữu hiệu, làm càng sớm càng tốt sau khi ăn, uống phải chất độc (1-30 phút). Cần gây nôn ngay tại địa điểm ăn uống phải chất độc hoặc tại cơ sở y tế ban đầu.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ăn, uống phải chất độc trong vòng 1-2 giờ mà không tự nôn được, hoàn toàn tỉnh táo và hợp tác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có rối loạn ý thức
- Biết chắc chất độc ấy sẽ gây co giật hoặc đã có co giật, chất ăn mòn
- Trẻ nhỏ dưới 1 tuổi, người già lẫn lộn, người bệnh không hợp tác - Người bệnh đang khó thở, đang có cơn tăng huyết áp hoặc bệnh lý nặng - Người bệnh có tổn thương hầu họng, miệng, mặt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nếu thực hiện tại bệnh viện: 1 bác sĩ, 1 điều dưỡng; đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay.

2. Phương tiện

- Ống thông nhựa mềm (ống thông dạ dày, ống thông hút đờm)
- Chậu nhựa hoặc xô để hứng chất nôn
- Khăn lau mặt -Gạc
- Găng tay sạch
- Khẩu trang phẫu thuật
- Mũ phẫu thuật
- Đèn soi (đèn gù, đèn pin hoặc đèn khám tai mũi họng)

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích để hợp tác
- Hồ sơ bệnh án: Ghi rõ tình trạng người bệnh, chỉ định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Gây nôn bằng cơ học

- Người bệnh ngồi đầu cúi về phía trước hoặc nằm nghiêng.
- Bảo người bệnh há miệng, tháo răng giả (nếu có)
- Dùng ống thông nhựa mềm ngoáy vào thành sau họng để kích thích người bệnh nôn vào chậu hoặc xô.
- Cho người bệnh uống nước 100 - 200ml/lần, sau đó lại kích thích thành sau họng cho người bệnh nôn. Có thể lặp lại 3 – 5 lần.
- Sau khi gây nôn, lau miệng mũi cho người bệnh
- Sau khi gây nôn, cho người bệnh uống than hoạt hoặc rửa dạ dày tùy từng trường hợp ngộ độc. Nếu gây nôn tại nơi xảy ra ngộ độc thì sau đó nhanh chóng đưa người bệnh tới cơ sở y tế gần nhất để cấp cứu.

2. Gây nôn bằng thuốc: Siro Ipeca hiện nay không còn dùng.

VI. THEO DÕI

- Màu, mùi vị, số lượng của chất nôn. Cần mang mẫu chất nôn tới bệnh viện để xét nghiệm nếu gây nôn ngoài bệnh viện.
- Ý thức và toàn trạng của người bệnh: mạch, huyết áp, thở...
- Theo dõi dấu hiệu sặc vào phổi, khó thở ở người bệnh có tiền sử hen phế quản, bệnh tim mạch...

VII. XỬ TRÍ TẠI BIÊN

- Sặc vào phổi: đưa ngay tới bệnh viện để được khám, chụp Xquang tim phổi để đánh giá mức độ và điều trị.
- Tổn thương thành sau họng: chảy máu, đau họng.... cho tới cơ sở y tế để khám đánh giá và điều trị. -Phòng tránh:
 - o Không cố kích thích nếu thấy người bệnh có dấu hiệu sặc hoặc ho nhiều, co giật hoặc ý thức xấu đi.
 - o Không ngoáy ống thông quá mạnh gây tổn thương thành sau họng.

o Không đứng, ngồi đối diện với người bệnh để tránh bị nôn vào người

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA DẠ DÀY LOẠI BỎ CHẤT ĐỘC QUA HỆ THỐNG KÍN

I. ĐẠI CƯƠNG

- Định nghĩa: Rửa dạ dày (RDD) là thủ thuật làm sạch dạ dày có sử dụng hệ thống ống thông và nhiều nước với muối 0,9%
- Là biện pháp quan trọng hạn chế hấp thu, loại bỏ độc chất qua đường tiêu hóa trong cấp cứu ngộ độc cấp qua đường tiêu hóa
- Hiệu quả: Nếu thực hiện trong vòng 1 giờ sau khi uống độc chất có thể loại 80% lượng độc chất đã uống vào, muộn loại trừ được ít hơn nhưng vẫn có tác dụng giảm nhẹ mức độ ngộ độc
- Rửa dạ dày không đúng chỉ định, sai kỹ thuật sẽ dẫn đến các biến chứng nặng nề, thậm chí tử vong.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh (NGƯỜI BỆNH) ngộ độc cấp qua đường tiêu hóa **đến trước 3 giờ**.

Chú ý:

-NGƯỜI BỆNH đến muộn hơn có thể vẫn RDD nếu uống nhiều, NGƯỜI BỆNH hôn mê, giảm nhu động đường tiêu hoá.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối:

- Uống các chất gây ăn mòn: a xít, kiềm mạnh
 - Các chất khi gặp nước tạo ra các phản ứng làm tăng tác dụng độc.
 - Xăng, dầu hỏa, các chất tạo bọt (xà phòng, dầu gội đầu ...), Phosphua kẽm, Phosphua nhôm.
 - Có tổn thương niêm mạc đường tiêu hoá.

2. Chống chỉ định tương đối:

- Tổn thương niêm mạc miệng: đặt ống thông nhỏ đường mũi.
- Người bệnh rối loạn ý thức, có nguy cơ co giật hoặc co giật cần được đặt ống nội khí quản trước khi rửa
- Trường hợp lợi ích của RDD không rõ ràng mà nguy cơ biến chứng cao thì cho NGƯỜI BỆNH uống than hoạt:
 - +NGƯỜI BỆNH uống quá liều thuốc loại ít nguy hiểm, không có dấu hiệu ngộ độc.
 - +Phụ nữ có thai, trẻ nhỏ và người già không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. *Người thực hiện:* Đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay sạch

- Bác sĩ ra chỉ định, theo dõi phát hiện và xử trí biến chứng
- 1-2 Điều dưỡng đã được đào tạo kỹ thuật RDD: Thao tác đặt ống thông dạ dày, đóng mở khóa điều chỉnh nước rửa và dịch thải, lắc và ép bụng trong quá trình rửa, khi cần bóp hỗ trợ hô hấp.

2. *Phương tiện*

- Bộ dụng cụ rửa dạ dày hệ thống kín: 1 bộ
- Ống thông dạ dày: 1 cái
- Gói dụng cụ tiêu hao
- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân
- Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật

3. *Người bệnh*

- Nếu NGƯỜI BỆNH tỉnh: giải thích để NGƯỜI BỆNH hợp tác
- Nếu rối loạn ý thức: Đặt ống nội khí quản (NKQ) có bóng chèn trước.
- NGƯỜI BỆNH uống thuốc gây co giật: Dùng diazepam tiêm bắp hoặc tĩnh mạch, đặt NKQ trước khi rửa
- NGƯỜI BỆNH có suy hô hấp, truy mạch: Hồi sức trước, NGƯỜI BỆNH ổn định mới RDD.
- Tư thế NGƯỜI BỆNH: Nằm nghiêng trái, đầu thấp.
- Trải một tấm nilông ở đầu giường.
- Hồ sơ bệnh án: Ghi chỉ định RDD, đặt ống thông dạ dày, tình trạng người bệnh trước và sau khi làm thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến và biến chứng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Chuẩn bị hệ thống rửa dạ dày:

- **Chuẩn bị 3 lít** nước muối 0,5-0,9%: Sử dụng nước uống tinh đóng chai, nước cất 1 lần hoặc nước RO, cho vào túi 3000ml (mùa đông phải pha nước ấm) cùng với 2 gói muối (20g). Treo túi dịch cao các mặt giường 1m (túi trên). Treo túi 3500ml dưới mặt giường để chờ chứa dịch thải (túi dưới)
- **Đặt ống thông dạ dày (có qui trình riêng)**
- Nối hệ thống túi dịch vào ống thông dạ dày vừa đặt

Bước 2: Tiến hành rửa dạ dày

- Đưa dịch vào: Đóng khoá đường dịch ra lại, mở khoá đường dịch vào để cho dịch chảy vào dạ dày đạt 200 ml rồi khoá đường dịch vào lại. Dùng tay lắc vùng thượng vị - dạ dày để căn thuốc và thức ăn được hòa tan vào dịch
- Mở khoá đường dịch ra để cho dịch chảy ra túi dưới đồng thời ép vùng thượng vị để dịch ra nhanh và đủ (~ 200 ml)
- Sau đó lấy 200ml dịch rửa đầu tiên cho vào lọ gửi làm xét nghiệm độc chất .
- Lặp lại qui trình cho dịch vào – ra như trên, mỗi lần 200 ml dịch cho đến khi hết số lượng 3000ml dịch. Nếu dịch dạ dày đã trong không còn vẩn thuốc và thức ăn thì ngừng cuộc rửa. Nếu vẫn còn đục thì pha thêm 3000ml dịch vào túi trên tiếp tục qui trình rửa cho đến khi nước trong. *Chú ý:*
- Theo dõi cân bằng lượng dịch vào - ra. Nếu lượng dịch chảy ra < 150ml nghi ngờ tắc ống thông, kiểm tra lại đầu ống thông, điều chỉnh độ nông sâu của đầu ống thông.
- Thời tiết lạnh nên dùng nước ấm 37⁰C.
- NGƯỜI BỆNH ngộ độc thuốc trừ sâu, dịch rửa dạ dày pha thêm than hoạt: 20g – 40g mỗi 5 lít dịch
- Sau khi rửa xong, bơm than hoạt 20g và sorbitol 40g hoặc 1 tuýp antipois Bmai vào dạ dày (trẻ em nửa liều)

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, nhiệt độ.
- Theo dõi các tai biến sau làm thủ thuật: nôn, Viêm phổi do sặc, chảy máu, chấn thương phù nề thanh môn, tổn thương niêm mạc thực quản, dạ dày, rối loạn nước điện giải (Natri, kali),...

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Nôn: do phản xạ, nhất là trẻ em: primperan 10mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch 1 ống; trẻ em ½ ống . có thể nhắc lại nếu cần.

2. Viêm phổi do sặc

- Điều trị: soi hút và bơm rửa phế quản nếu mới sặc, đặt NKQ, thở máy với PEEP; kháng sinh phù hợp, dùng corticoid sớm, liều cao trong 2 đến 3 ngày nếu không có chống chỉ định.

3. Chấn thương thanh môn

Điều trị:

+Nhẹ: khí dung corticoid.

+Nặng: Đặt NKQ, nếu không được phải mở màng nhĩ gấp

4. Chảy máu đường tiêu hóa trên (mũi, họng, thực quản, dạ dày)

- Phòng: Điều dưỡng giải thích cho người bệnh hợp tác, làm đúng động tác, nhẹ nhàng đầu ống thông không vát cạnh và cứng.

- Điều trị:

+Nhẹ: thường tự cầm nếu NGƯỜI BỆNH không có rối loạn đông máu.

+Nặng: adrrenalin 1/10.000 nhỏ vào chỗ chảy máu khi không có chống chỉ định. Không đỡ: nút lỗ mũi sau, mời chuyên khoa Tai Mũi Họng để cầm máu. Chảy máu dạ dày nặng phải soi dạ dày để cầm máu, truyền máu khi có tình trạng mất máu nặng.

5. Hạ thân nhiệt: không gặp nếu làm đúng qui trình

- Phòng: Thời tiết lạnh phải RDD bằng nước ấm, nơi kín gió, dùng máy sưởi trong quá trình rửa

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DỰ PHÒNG LOÉT Ở NGƯỜI BỆNH HỘI SỨC CẤP CỨU VÀ CHỐNG ĐỘC

I. KHÁI NIỆM

- Loét là một loại tổn thương hoại tử tổ chức giữa vùng xương và vật có nền cứng. Nguyên nhân của hiện tượng này là do thiếu máu trong quá trình tì đè kéo dài ở những người bệnh bị bất động do các nguyên nhân khác nhau: tổn thương cột sống, hôn mê kéo dài, tai biến mạch máu não.....
- Dự phòng loét là chống làm tổn thương da do mất thượng bì và phần trên lớp nhú của lớp bì.
- Nguyên nhân chính do tì đè thường gặp ở người bệnh hôn mê, tai biến mạch máu não, liệt tứ chi nằm lâu không được nghiêng trở.
- Các yếu tố như: ra mồ hôi nhiều, đệm cứng, ga trải giường không phẳng, đại tiểu tiện không được vệ sinh ngay cũng tạo điều kiện dễ dàng gây ra vết loét .
- Người bệnh thiếu dinh dưỡng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh nằm lâu, người bệnh hạn chế vận động chấn thương cột sống, gãy xương đùi...
- Người bệnh hôn mê kéo dài.
- Người bệnh tai biến mạch máu não.
- Người bệnh liệt tứ chi: guilan bare, viêm đa rễ thần kinh...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không bôi dung dịch sanyre chống loét cho các vùng đã bị loét, hay tổn thương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Điều dưỡng 02 người được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu.

2. Phương tiện, dụng cụ 2.1 vật tư tiêu hao:

- Găng sạch: 02 đôi.
- Ga trải giường: 02 cái
- Quần áo người bệnh: 01 cái
- Dung dịch tắm khô
- Giấy ướt
- Đệm nước

- Gối nghiêng trở người bệnh
- Túi nilon: 01 cái
- Dung dịch chống loét
- Túi đựng ga bẩn
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ: 02 cái.
- Khẩu trang: 02 cái.

3. Người bệnh: Thông báo giải thích cho người bệnh và gia đình việc sắp làm.

4. Phiếu chăm sóc điều dưỡng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn dưới vòi nước, đội mũ, đeo khẩu trang.
2. Kiểm tra, thông báo, giải thích, động viên người bệnh.
3. Điều dưỡng đi găng tay sạch. Thực hiện kỹ thuật tắm cho người bệnh (nếu cần).
4. Đặt đệm nước (nếu có). Trải ga mới. Cho quần áo và ga vừa thay vào túi đựng ga bẩn.
5. Điều dưỡng bỏ găng tay vào túi nilon, sát khuẩn tay, đi găng tay mới.
6. Xịt dung dịch chống loét sanyre vào các vùng: phần ở trên xương cụt, vùng chằm, khuỷu tay, gót chân, hông tai, mắt cá chân, cổ chân. Xịt vùng nào dùng 3 ngón tay xoa tròn vùng đó đường kính 10-15 cm từ 1-2 phút.
7. Đặt người bệnh nằm nghiêng, dùng 1 gối nghiêng kê lưng cho người bệnh, 1 gối kê giữa hai chân.
8. Giúp người bệnh cảm thấy thoải mái, đắp ga cho người bệnh, dặn người bệnh những điều cần thiết.
9. Điều dưỡng thu dọn dụng cụ, rửa tay bằng xà phòng.
10. Ghi phiếu chăm sóc điều dưỡng.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi, xử trí hoặc báo bác sỹ kịp thời những diễn biến bất thường của người bệnh trong suốt quá trình làm vệ sinh và thay đổi tư thế.
3. Thay đổi bên nghiêng cho người bệnh sau mỗi 2 giờ.

4. Khi người bệnh nằm thẳng, kê gối nghiêng dưới gối và cẳng chân để kê cao gót, bàn chân ở tư thế cơ năng.
 5. Ghi vào bảng theo dõi điều dưỡng sau mỗi lần tắm, thay đổi tư thế và xoa dung dịch chống loét cho người bệnh. * **GHI CHÚ**
 6. Tắm cho người bệnh 2 lần/ngày -Xoa dung dịch chống loét 3 lần/ngày -Thay ga khi ga bị ẩm ướt.
 7. Đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh đủ 1500-1800kcal/ngày
- VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ:** Không

CHỌC DÒ DỊCH NÃO TỦY

I. ĐẠI CƯƠNG

Dịch não tủy được tiết ra từ các đám rối mạch mạc ở các não thất và từ khoang ngoài tế bào của hệ thần kinh trung ương. Dịch não tủy lưu thông từ hai não thất bên qua lỗ Monro sang não thất III, theo kênh Sylvius đến não thất IV, qua lỗ Luschka tới khoang dưới nhện ở sàn não, qua lỗ Magendie đến bể chứa ở tiểu não và tủy sống. Từ các bể đáy dịch não tủy được hấp thụ qua các hạt Paccioni vào các xoang tĩnh mạch.

Người lớn bình thường có khoảng 150 - 180 ml dịch não tủy.

Dịch não tủy có ba chức năng chính:

- Bảo vệ hệ thần kinh trung ương trước các sang chấn cơ học.
- Đảm bảo sự tuần hoàn của các dịch thần kinh, các hormon, các kháng thể và các bạch cầu.
- Tham gia điều chỉnh độ pH và cân bằng điện giải của hệ thần kinh trung ương.

Khi hệ thần kinh trung ương bị tổn thương dịch não tủy sẽ có những thay đổi tương ứng, xét nghiệm dịch não tủy để phát hiện những thay đổi đó.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Trong chẩn đoán các bệnh thần kinh

- Viêm màng não, viêm não, viêm tủy, viêm não - tủy, viêm đa rễ thần kinh, xơ cứng rải rác...
- Hội chứng ép tủy, hội chứng tăng áp lực nội sọ lạnh tính.
- Nghi ngờ chảy máu dưới nhện có kết quả chụp cắt lớp vi tính bình thường.
- Các tình trạng bệnh lý thần kinh chưa xác định nguyên nhân: co giật, trạng thái động kinh, rối loạn ý thức...

2. Trong điều trị (đưa thuốc vào khoang dưới nhện tủy sống)

- Các thuốc gây tê cục bộ phục vụ mục đích phẫu thuật.
- Các thuốc kháng sinh, các thuốc chống ung thư, corticoid... để điều trị các bệnh của hệ thần kinh trung ương hoặc các bệnh dây - rễ thần kinh.

1. Theo dõi kết quả điều trị (trong các bệnh viêm màng não, nấm...).
2. Trong thủ thuật chụp tủy, chụp bao rễ thần kinh có bơm thuốc cản quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tăng áp lực trong sọ.
- Nhiễm khuẩn da hoặc mô mềm vùng chọc kim lấy dịch não tủy.
- Nguy cơ chảy máu: bệnh lý của máu dễ gây chảy máu, đang dùng thuốc chống đông ...
- Tình trạng bệnh nặng hoặc đã có chẩn đoán xác định qua chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ... như u não, chảy máu não...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ và 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Phương tiện, dụng cụ

- Buồng tiêm vô khuẩn, giường thủ thuật, ghế cho thủ thuật viên.
- Săng có lỗ, gạc, bông cotton, băng tay, kim chuyên dùng, các ống nghiệm đựng dịch não tủy...).

2.2. Thuốc

Thuốc chống sốc và gây tê.

3. Người bệnh

- Cho người bệnh soi đáy mắt, ghi điện tim, xét nghiệm máu đông, máu chảy, thử phản ứng thuốc gây tê.
- Chuẩn bị tư tưởng (giải thích mục đích thủ thuật, động viên).
- Tư thế người bệnh nằm nghiêng, lưng quay ra sát thành giường, co hai đầu gối sát bụng, căng chân sát đùi, hai tay ôm đầu gối, đầu gấp vào ngực, lưng cong tối đa (có nhân viên giữ khi người bệnh không phối hợp).

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi nhận xét tình trạng người bệnh và chỉ định chọc dịch não tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. *Xác định vị trí và đường chọc*

- Vị trí: thường chọc qua các khe gian đốt sống $L_3 - L_4$, $L_4 - L_5$, $L_5 - S_1$.
- Đường chọc thường được chọn là đường giữa (đường nối các móm gai). Trong trường hợp không thể sử dụng được đường giữa (các trường hợp người bệnh bị thoái hoá cột sống nặng nề hoặc người bệnh không thể nằm co được...) có thể chọc theo đường bên.

3.2. *Sát trùng*

- Bộc lộ vùng thắt lưng, sát trùng rộng vùng chọc kim, lần đầu bằng cồn iốt, sau đó sát trùng lại bằng cồn trắng 2 lần.
- Phủ băng có lỗ, để hở vùng chọc. Người làm thủ thuật ngồi phía sau lưng người bệnh, tay thuận cùng chiều với chân người bệnh.

3.3. *Gây tê*

Gây tê điểm chọc kim (điểm giữa các khoang gian đốt kể trên) theo 2 thì: thì đầu gây tê trong da, sau đó gây tê theo đường chọc kim, có thể bơm thuốc liên tục trong khi đưa kim gây tê vào và khi rút kim ra.

3.4. *Tiến hành chọc dò*

Dùng kim chuyên dụng thực hiện thao tác chọc dò dịch não tủy. Thao tác chọc được tiến hành theo 2 thì:

- Thì qua da: đặt chuôi kim trong lòng bàn tay phải, ngón cái và ngón trỏ giữ chặt thân kim, mặt vát của kim hướng lên trên song song với trục cột sống, mu bàn tay phải tựa trên da lưng người bệnh để giữ mức chọc kim cho chuẩn. Tay trái xác định lại mốc chọc kim và căng da lưng lúc chọc kim qua da. Để kim vuông góc với mặt da và chọc nhanh qua da.
- Thì đưa kim vào khoang dưới nhện: hướng mũi kim chệch về phía đầu người bệnh khoảng 15° , đẩy kim thấy rất dễ dàng (do tổ chức lỏng lẻo), chỉ gặp một sức cản rất nhỏ khi chọc qua dây chằng liên gai sau, trong một số trường hợp, nhất là ở người già dây chằng này bị xơ hoá có thể nhầm với dây chằng vàng. Khi chọc kim qua dây chằng vàng cảm nhận một sức cản lại, tiếp tục từ từ đẩy kim khi chọc qua màng cứng cảm nhận một sức cản lại thì dừng lại.

Khi đầu kim đã nằm trong khoang dưới nhện thì rút từ từ thông nòng của kim, dịch não tủy sẽ chảy thành giọt, tiến hành lấy dịch não tủy làm xét nghiệm.

Sau khi lấy dịch não tủy xong đóng nòng kim lại và rút kim ra, băng vô khuẩn chỗ chọc kim. Cho người bệnh nằm tại giường, đầu không gối cao khoảng 3-4 giờ.

Ghi nhận xét vào bệnh án vị trí chọc dịch, màu sắc và tốc độ chảy của dịch não tủy, tai biến trong quá trình chọc và xử trí.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Đau đầu sau chọc dò dịch não tủy

Thường mất đi trong vòng hai đến tám ngày có thể kèm chóng mặt, ù tai, buồn nôn, nôn... do áp lực giảm vì lấy nhiều hoặc bị dò qua lỗ chọc kim, do đi lại sớm.

Xử trí: dùng thuốc giảm đau.

2. Đau lưng do kim to, chạm xương, chạm rễ thần kinh Xử trí: dùng thuốc giảm đau.

3. Tụt kẹt não

Gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh, đặc biệt ở người bệnh có hội chứng tăng áp lực nội sọ.

Xử trí: chống phù não, hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn.

4. Nhiễm khuẩn (áp xe vị trí chọc, viêm màng não mủ...).

Xử trí: kháng sinh, kháng viêm.

5. Chảy máu (gây ổ máu tụ ngoài màng cứng hoặc chảy máu dưới nhện)...

Xử trí: như trong bệnh lý chảy máu não.

Tai biến thường gặp là đau đầu, đau lưng. Các tai biến khác hiếm gặp vì đã loại trừ các người bệnh có nguy cơ tai biến (nêu trong phần chống chỉ định).

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

1. Người thực hiện

01 điều dưỡng viên.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. 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).

2.2. 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.

3. 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).

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Đối chiếu với hồ sơ bệnh án.

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

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. **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.

3.2. **Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, đeo kính bảo hộ**

3.3. **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.

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

3.5. **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.

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

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

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

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

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

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

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

3.13. **Thu dọn dụng cụ, rửa tay**

3.14. 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 thở, nhịp thở, SpO₂, sắc mặt, ý thức, nhịp tim, mạch, huyết áp, tình trạng máy thở, khí máu (nếu có chỉ định).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. 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.

2. 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 - 45°.

3. 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.

4. 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.

5. Ngừng tim, ngừng thở

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

LẤY MÁU TĨNH MẠCH BỆN

I. ĐẠI CƯƠNG – GIẢI PHẪU

1. Đại cương

Lấy máu tĩnh mạch bệnh thường được dùng trong các khoa lâm sàng. Tuy nhiên thủ thuật này cũng có nguy cơ đặc biệt là nhiễm khuẩn. Có thể lấy máu tĩnh mạch bệnh để làm xét nghiệm máu. Nếu bắt buộc phải truyền máu hay dịch qua tĩnh mạch bệnh thì nhất thiết phải đặt catheter, không dùng kim vì dễ truyền dịch ra ngoài.

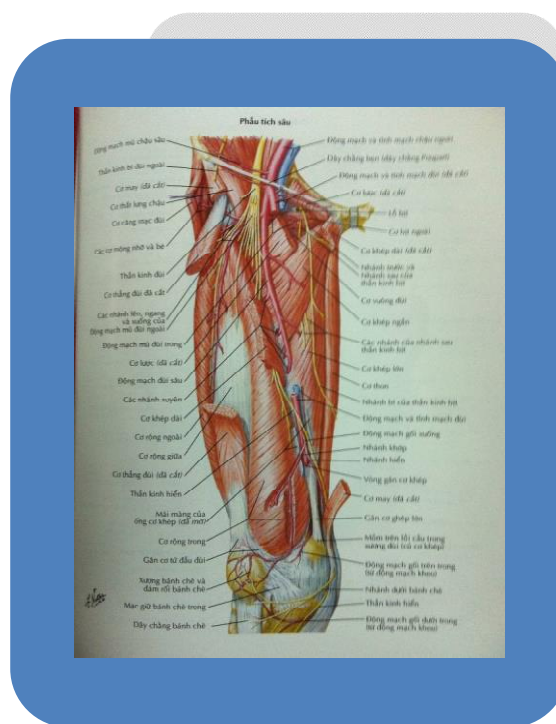
2. Giải phẫu

2.1. Tĩnh mạch bệnh trong tam giác scarpa, đi động mạch đùi, được giới bởi

Dây chằng bệnh - Cơ may - Cơ đùi

2.2. Trong tam giác liên quan có

- Đỉnh tam giác: dây thần kinh - mạch - Tĩnh mạch.
- Đáy tam giác: cơ thắt lưng đáy Cơ lược - Cơ may.



nằm trong hạn

khép

scarpa

Động

chậu -

II. CHỈ ĐỊNH

Lấy máu để làm xét nghiệm, đặc biệt là các xét nghiệm khí máu, điện giải ở người bệnh truy mạch, phù to toàn thân, quá béo, tĩnh mạch dễ vỡ, khó dùng các tĩnh mạch ngoại vi khác do tĩnh mạch bị tổn thương hoặc da vùng lấy máu bị bỏng, loét.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Vùng tĩnh mạch bệnh bị tổn thương, bầm tím, bỏng
- Thận trọng trong các trường hợp người bệnh bị bệnh rối loạn đông máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

02 điều dưỡng viên.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Khay chữ nhật, khay hạt đậu, kìm kocher, ống cầm kìm kocher, hộp đựng bông cotton, bông khô vô khuẩn, gạc vô khuẩn, găng tay vô khuẩn.
- Bơm, kim tiêm vô trùng dùng một lần (cỡ số phù hợp).

2.2. Dụng cụ khác

- Cồn 70°, cồn iốt, cồn sát khuẩn tay nhanh, kéo, băng dính, băng ép, băng cuộn, gối kê mông, ống nghiệm, giá để ống nghiệm, bút ghi ống nghiệm, phiếu xét nghiệm. Hộp kháng khuẩn đựng vật sắc nhọn, xô hoặc túi đựng rác thải.

3. Người bệnh

- Điều dưỡng: thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà biết về kỹ thuật sắp làm.
- Cho người bệnh nhìn ăn trước khi lấy máu theo yêu cầu của xét nghiệm.

4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Đối chiếu với hồ sơ bệnh án.

Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.

3. Thực hiện kỹ thuật

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

3.2. Mang dụng cụ đến bên giường người bệnh, động viên người bệnh

3.3. Ghi tên, tuổi, số giường, khoa phòng của người bệnh vào ống nghiệm

3.4. **Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp:** nằm ngửa, đầu hơi cao, chân thấp, quay ra ngoài và duỗi thẳng (30^0 so với trục giữa thân), đặt gối kê mông để bộc lộ đường đi của tĩnh mạch bẹn.

3.5. **Sát khuẩn tay nhanh, đi găng vô khuẩn**

3.6. **Sát khuẩn vùng làm thủ thuật bằng bông cồn theo hình xoay tròn 2 lần** (cồn iốt trước, cồn 70^0 sau).

3.7. **Xác định động mạch đùi** (Chỗ động mạch nảy mạnh nhất trên đường nếp lằn bẹn), dùng ngón trỏ và giữa cố định động mạch đùi.

3.8. **Chọc kim chéo 45^0 so với bề mặt da** tại vị trí dưới cung đùi 2cm, phía trong động mạch đùi 1cm, vừa chọc vừa hút chân không tới khi có dòng máu đỏ thẫm trào vào bơm tiêm thì dừng lại hút nhẹ nhàng đủ số lượng máu làm xét nghiệm.

3.9. **Rút kim nhanh, ấn giữ bông khô vô khuẩn tại nơi vừa lấy máu trong 3-5 phút** để cầm máu, đồng thời đặt bơm kim vào khay vô khuẩn.

3.10. **Dùng băng dính băng ép điểm chọc kim.**

3.11. **Bơm máu nhẹ nhàng vào ống nghiệm, tránh để vỡ hồng cầu.** Bỏ bơm kim tiêm vào nơi quy định, lắc nhẹ ống máu (nếu có chất chống đông).

3.12. **Giúp người bệnh về tư thế thoải mái.** Dặn người bệnh những điều cần thiết.

3.13. **Thu gọn dụng cụ, tháo bỏ găng tay, rửa tay.**

3.14. **Ghi phiếu theo dõi và chăm sóc.** Gửi bệnh phẩm đi làm xét nghiệm.

Chú ý: Nên có người phụ để giúp: giữ và cố định người bệnh khi tiến hành lấy máu, đồng thời ấn giữ bông cầm máu tại điểm chọc kim sau khi lấy máu.

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. **Chọc nhầm vào động mạch** hoặc vào dây thần kinh thì rút ngay kim và băng ép tại điểm chọc, báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp và kịp thời.

2. **Chảy máu tại điểm chọc:** do giữ bông không chặt và không đủ thời gian sau lấy máu hoặc người bệnh bị rối loạn đông máu thì băng ép tại điểm chọc.
3. **Tụ máu vùng bẹn** do chảy máu tại điểm chọc thì băng ép bằng gạc lạnh quanh nơi tụ máu.
4. **Một số tai biến ít gặp hơn:** nhiễm trùng tại điểm chọc, viêm tĩnh mạch, huyết khối tĩnh mạch chủ, tắc mạch phổi, chảy máu vào ổ bụng, thiếu máu cục bộ do tắc động mạch chi, cần theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn và toàn trạng, báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp và kịp thời.

THEO DÕI SpO₂ LIÊN TỤC TẠI GIƯỜNG

I. ĐẠI CƯƠNG

- SpO₂ là tỷ lệ (%) mức bão hòa oxy gắn vào hemoglobin (Hb) máu động mạch ngoại vi (saturation of peripheral oxygen).
- Theo dõi SpO₂ liên tục tại giường là một kỹ thuật không xâm lấn, đơn giản có độ chính xác cao nhằm phát hiện sớm tình trạng thiếu oxy máu của người bệnh, giúp cho công tác điều trị được nhanh chóng, kịp thời, hiệu quả đồng thời có thể giảm thiểu số lần chọc khí máu động mạch.

II. CHỈ ĐỊNH

Theo dõi SpO₂ được tiến hành trong các trường hợp:

- Tất cả các cuộc mổ.
- Người bệnh nặng cần hồi sức, đột quỵ não, nhược cơ, tổn thương (ép, viêm và chấn thương) tủy cổ có liệt cơ hô hấp, Guillain Barré...
- Người có bệnh phổi, suy hô hấp, suy tim, cấp cứu ngừng tuần hoàn, rối loạn nhịp tim, sốc, trụy mạch, tụt huyết áp...
- Trẻ sơ sinh đẻ non, trẻ suy hô hấp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 điều dưỡng viên.

2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- 01 máy theo dõi (monitoring) có gắn thiết bị đầu đo SpO₂.
- Bút xanh, đỏ, thước kẻ.
- Huyết áp kế.
- Ống nghe.

3. Người bệnh

- Điều dưỡng thăm hỏi người bệnh, giới thiệu tên, chức danh của mình.
- Thông báo, giải thích cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh những điều cần thiết.
- Kiểm tra mạch, nhiệt độ, huyết áp.

- Vệ sinh sạch sẽ rồi lau khô vị trí định lắp bộ phận nhận cảm (nếu cần thiết).



4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Đối chiếu với hồ sơ bệnh án.

3. Thực hiện kỹ thuật

- 3.1. *Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang*
- 3.2. *Kiểm tra lại dụng cụ và mang đến bên giường người bệnh*
- 3.3. *Đặt máy theo dõi (monitoring) vào vị trí thuận lợi, dễ nhìn, chắc chắn*
- 3.4. *Đỡ người bệnh ở tư thế thích hợp, an toàn*
- 3.5. *Giải thích, động viên người bệnh phối hợp khi tiến hành kỹ thuật*
- 3.6. *Kẹp hoặc dán bộ phận nhận cảm (sensor) ở đầu ngón tay, ngón chân, dái tai hoặc bất cứ tổ chức nào được tưới máu mà có thể gắn được*
- 3.7. *Thông báo kết quả cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết*
- 3.8. *Dặn người bệnh hoặc gia đình những điều cần thiết*
- 3.9. *Rửa tay, ghi phiếu theo dõi và chăm sóc người bệnh*

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

Lưu ý: hạn chế của đo SpO_2 :

- Bão hoà oxy máu quá thấp sẽ không phát hiện được bằng SpO_2 .
- SpO_2 phản ánh bão hoà oxy máu chậm hơn SaO_2 .
- Tụt huyết áp hoặc co mạch làm giảm dòng máu và độ nảy ở tiểu động mạch nên giá trị SpO_2 không còn chính xác.
- Hạ nhiệt độ, cử động, tiêm chất màu vào mạch máu, sắc tố da, sơn màu móng tay, ... làm giá trị SpO_2 không chính xác.
- Trong ngộ độc CO: theo dõi SpO_2 không chính xác, cần làm khí máu động mạch để đo SaO_2 và COHb.

KỸ THUẬT BÓP BÓNG QUA MẶT NẠ

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Bóng Ambu: 1 chiếc.
- Mặt nạ phù hợp với mặt người bệnh: 1 chiếc.
- Dây dẫn oxy từ hệ thống oxy tới bóng Ambu.
- Hai đôi găng sạch.

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

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

V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh: Tư thế người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Điều dưỡng

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

Trường hợp 1 người bóp bóng:

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

Trường hợp 2 người bóp bóng:

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

3.2. Bác sỹ

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

