# DANH SÁCH 36 QUY TRÌNH KỸ THUẬT KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH QUY TRÌNH NỘI KHOA

*Ban hành kèm theo QUYẾT ĐỊNH số 333/QĐ-TTYT ngày 17 tháng 9 năm 2019 của Giám đốc Trung tâm Y tế huyện Tân Phú Đông*

|  |  |
| --- | --- |
| **STT** | **Tên quy trình** |
| 1 | Khám bệnh |
| 2 | Bóp bóng Ambu qua mặt nạ |
| 3 | Chăm sóc lỗ mở khí quản (một lần) |
| 4 | Chọc dò dịch màng phổi |
| 5 | Chọc tháo dịch màng phổi |
| 6 | Kỹ thuật ho có điều khiển |
| 7 | Kỹ thuật tập thở cơ hoành |
| 8 | Kỹ thuật ho khạc đờm bằng khí dung nước muối ưu trương |
| 9 | Kỹ thuật vỗ rung dẫn lưu tư thế |
| 10 | Khí dung thuốc giãn phế quản |
| 11 | Rút ống dẫn lưu màng phổi, ống dẫn lưu ổ áp xe |
| 12 | Siêu âm màng phổi cấp cứu |
| 13 | Thay canuyn mở khí quản |
| 14 | Vận động trị liệu hô hấp |
| 15 | Điện tim thường |
| 16 | Hồi phục nhịp xoang cho người bệnh loạn nhịp bằng thuốc |
| 17 | Nghiệm pháp atropine |
| 18 | Chăm sóc mắt ở người bệnh liệt VII ngoại biên (một lần) |
| 19 | Hút đờm hầu họng |
| 20 | Thay băng các vết loét hoại tử rộng sau TBMMN |
| 21 | Theo dõi SPO2 liên tục tại giường |
| 22 | Đặt sonde bàng quang |
| 23 | Đo lượng nước tiểu 24 giờ |
| 24 | Rửa bàng quang lấy máu cục |
| 25 | Rửa bàng quang |
| 26 | Chọc tháo dịch ổ bụng điều trị |
| 27 | Đặt ống thông dạ dày |
| 28 | Đặt ống thông hậu môn |
| 29 | Rửa dạ dày cấp cứu |
| 30 | Siêu âm ổ bụng |
| 31 | Test nhanh tìm hồng cầu ẩn trong phân |
| 32 | Thụt thuốc qua đường hậu môn |
| 33 | Thụt tháo chuẩn bị sạch đại tràng |
| 34 | Thụt tháo phân |
| 35 | Hút dịch khớp gối |
| 36 | Hút ổ viêm/ áp xe phần mềm |

**2. BÓP BÓNG AMBU 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…).

NGUỒN: <http://www.benhviendktinhquangninh.vn/quy-trinh-ho-hap/ky-thuat-bop-bong-qua-mat-na.106.html>

**3. CHĂM SÓC LỖ MỞ KHÍ QUẢN (MỘT LẦN)**

**4. CHỌC DÒ DỊCH MÀNG PHỔI**

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch màng phổi là kỹ thuật sử dụng kim nhỏ chọc hút dịch từ khoang màng phổi. Việc chọc dịch màng phổi giúp lấy xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch.

II. CHỈ ĐỊNH

* Người bệnh có hội chứng 3 giảm trên lâm sàng.
* Hình ảnh tràn dịch màng phổi trên X quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

* Không có chống chỉ định tuyệt đối.
* Một số trường hợp cần lưu ý khi chọc dịch màng phổi:
* Có rối loạn đông máu, cầm máu.
* Rối loạn huyết động.
* Tổn thương da thành ngực vùng định chọc kim qua.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

* 01 Bác sĩ đã làm thành thạo kỹ thuật chọc dịch màng phổi.
* 01 Điều dưỡng đã được đào tạo phụ giúp kỹ thuật chọc dịch màng phổi.

2. Người bệnh

* Giải thích cho người bệnh mục đích của thủ thuật và các tai biến có thể xảy ra.
* Hướng dẫn người bệnh hít thở theo yêu cầu.
* Tiêm dưới da một ống Atropin 1/4mg trước khi chọc dịch 15 phút.
* Tư thế người bệnh: tốt nhất ngồi tư thế cưỡi ngựa, trường hợp nặng có thể nằm đầu cao.
* Cam kết đồng ý chọc dịch màng phổi.

3. Phương tiện

* Thuốc: Atropin 1/4mg: 2 ống, Lidocain 2% (ống 2ml): 3 ống.
* Dụng cụ: bơm tiêm 20ml: 2 chiếc, 1 bộ dây truyền, 2 gói gạc N2, 1 chạc ba, 1 kim 20G, 5 ống đựng dịch, 2 đôi găng tay vô trùng, săng vô trùng, cồn sát trùng.
* Thuốc và dụng cụ cấp cứu: Adrenalin 1mg, Methylprednisolon 40mg, bộ đặt nội khí quản, bóng Ambu, máy hút đờm, hệ thống thở oxy.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ các xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, AST, ALT, creatinin.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Xem lại chỉ định chọc dịch, các xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, sinh hóa máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Tư thế người bệnh khi chọc dịch.

3. Thực hiện kỹ thuật

* Sát trùng vùng định chọc dịch (2 lần với cồn iod 1%, 1 lần với cồn 70o).
* Trải săng có lỗ.
* Gây tê: chọc kim ở vị trí sát bờ trên xương sườn, góc kim 45o so với mặt da, bơm 0,3-0,5ml Lidocain vào trong da, sau đó dựng kim vuông góc với thành ngực, gây tê từng lớp (trước khi bơm Lidocain phải kéo piston của bơm tiêm để đảm bảo không có máu), tiếp tục gây tê sâu dần cho tới khi hút được dịch màng phổi là chắc chắn kim đã chọc vào khoang màng phổi, bơm nốt thuốc tê vào khoang màng phổi rồi rút bơm và kim tiêm ra.
* Lắp bơm 20ml vào kim 18-20G (nếu chọc tháo dịch lắp thêm ba chạc và dây truyền, một đầu dây truyền nối với bình đựng dịch).
* Chọc kim ở vị trí đã gây tê.
* Đưa dần kim qua các lớp thành ngực với chân không trong tay đến khi hút ra dịch.
* Hút đủ dịch làm xét nghiệm thì rút kim ra và bơm dịch vào ống xét nghiệm.
* Nhận xét màu sắc, số lượng dịch chọc và ghi vào sổ theo dõi chọc dịch màng phổi, ghi vào bệnh án.

VI. THEO DÕI

* Các dấu hiệu cường phế vị: sắc mặt thay đổi, mặt tái, vã mồ hôi, hoa mắt chóng mặt, có thể nôn, mạch chậm.
* Khó thở, ho nhiều.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

* Choáng do lo sợ: uống 200ml nước đường nóng.
* Cường phế vị: đặt người bệnh nằm đầu thấp, gác chân lên cao, tiêm 1 ống Atropin 1/4 mg pha loãng 2ml Natriclorua 0,9% tĩnh mạch hoặc 1 ống tiêm dưới da.
* Khó thở, ho nhiều: cho người bệnh nằm đầu cao, thở oxy, khám để phát hiện dấu hiệu tràn khí màng phổi, hoặc phù phổi cấp.
* Nếu tràn khí màng phổi: thở oxy, dùng catheter hút khí màng phổi.
* Nếu phù phổi cấp: cấp cứu như phù phổi cấp.
* Tràn máu màng phổi: mở màng phổi dẫn lưu, nếu nặng truyền máu, chuyển ngoại khoa can thiệp phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

**5. CHỌC THÁO DỊCH MÀNG PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM**

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc tháo dịch màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm là một kỹ thuật nhằm giải phóng sự chèn ép của dịch màng phổi trong khoang màng phổi bằng cách chọc kim qua thành ngực người bệnh dưới hướng dẫn của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

* Tràn dịch màng phổi vách hóa, nhiều ổ khu trú hoặc số lượng dịch ít: chọc tháo hết dịch màng phổi để giảm biến chứng dày dính khoang màng phổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

* Không có chống chỉ định tuyệt đối.
* Một số trường hợp cần lưu ý khi chọc tháo dịch màng phổi:
* Có rối loạn đông máu, cầm máu.
* Rối loạn huyết động.
* Tổn thương da thành ngực vùng định chọc kim qua.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

* 01 Bác sĩ đã làm thành thạo kỹ thuật chọc tháo dịch màng phổi dưới siêu âm.
* 01 Điều dưỡng đã được đào tạo phụ giúp chọc tháo dịch màng phổi.

2. Người bệnh

* Giải thích cho người bệnh mục đích của thủ thuật.
* Hướng dẫn người bệnh hít thở theo yêu cầu.
* Tiêm dưới da một ống Atropin 1/4mg trước khi chọc dịch 15 phút.
* Tư thế người bệnh: tốt nhất ngồi tư thế cưỡi ngựa, trường hợp nặng có thể nằm đầu cao.
* Cam kết đồng ý chọc tháo dịch màng phổi.

3. Phương tiện

* Thuốc: Atropin 1/4mg: 2 ống, Lidocain 2% (ống 2ml): 3 ống.
* Dụng cụ: bơm tiêm 20ml: 2 chiếc, 1 bộ dây truyền, 2 gói gạc N2, 1 chạc ba, 1 kim 20G, 5 ống đựng dịch, bình đựng dịch, 2 đôi găng tay vô trùng, săng vô trùng, cồn sát trùng.
* Thuốc và dụng cụ cấp cứu: Adrenalin 1mg, Methylprednisolon 40mg, bộ đặt nội khí quản, bóng Ambu, máy hút đờm, hệ thống thở oxy.
* Máy siêu âm với đầu dò 3,5MHz.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ các xét nghiệm máu, phim X quang tim phổi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Xem lại chỉ định chọc tháo dịch màng phổi.

2. Thăm khám người bệnh

Toàn trạng, mạch, huyết áp…

3. Thực hiện kỹ thuật

* Siêu âm màng phổi, đánh dấu vùng có dịch màng phổi lên thành ngực người bệnh.
* Sát trùng vùng định chọc dịch: 2 lần bằng cồn iod 1% và 1 lần cồn 70o.
* Trải săng lỗ.
* Gây tê: chọc kim ở vị trí bờ trên xương sườn, góc kim so với mặt da 45o, gây tê từng lớp, bơm 0,3-0,5ml Lidocain vào trong da. Sau đó dựng kim vuông góc với thành ngực, gây tê thành ngực từng lớp (trước khi bơm Lidocain phải kéo piston của bơm tiêm nếu không thấy có máu trong đốc kim tiêm mới bơm thuốc), tiếp tục gây tê sâu dần đến khi rút được dịch màng phổi là kim tiêm đã vào đến khoang màng phổi, bơm nốt lượng thuốc tê còn lại vào khoang màng phổi rồi rút bơm và kim gây tê ra.
* Lắp bơm tiêm 20ml vào đốc kim 20G và hệ thống 3 chạc, dây truyền.
* Nối đầu kia dây truyền với bình đựng dịch.
* Chọc kim qua da ở vị trí đã gây tê từ trước.
* Đẩy kim vào qua các lớp thành ngực với chân không trong tay (trong bơmtiêm luôn có áp lực âm bằng cách kéo giữ piston) cho đến khi hút ra dịch.
* Muốn đẩy dịch vào dây truyền thì xoay chạc ba sao cho thông giữa bơm tiêm và dây truyền và khóa đầu ra kim.
* Chú ý cố định tốt kim chọc dịch để hạn chế tai biến.

VI. THEO DÕI

* Mạch, huyết áp, tình trạng hô hấp, đau ngực, khó thở.
* Số lượng dịch màng phổi tháo ra.
* Các dấu hiệu cần ngừng chọc tháo dịch màng phổi:
* Đã tháo trên 1000ml dịch.
* Ho nhiều, khó thở.
* Các dấu hiệu cường phế vị: sắc mặt thay đổi, mặt tái, vã mồ hôi, hoa mắt chóng mặt, mạch chậm, nôn…

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.
* Khó thở, ho nhiều: thở oxy, khám lâm sàng phát hiện biến chứng tràn khí màng phổi, phù phổi cấp.
* Phù phổi cấp: thở oxy mask, đặt nội khí quản thở máy nếu cần...
* Tràn khí màng phổi: thở oxy, chọc hút khí hoặc dẫn lưu màng phổi.
* Tràn máu màng phổi: mở màng phổi dẫn lưu, nếu nặng truyền máu, chuyển ngoại khoa can thiệp phẫu thuật.

VIII. GHI CHÚ

Không rút quá 1lít/1lần tháo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abouzgheib W, Bartter T, Dagher H, et al. A prospective study of the volume of pleural fluid required for accurate diagnosis of malignant pleural effusion. Chest 2009; 135:999.

**6. KỸ THUẬT HO CÓ ĐIỀU KHIỂN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ho thông thường: là một phản xạ bảo vệ của cơ thể nhằm tống những vật “lạ” ra ngoài.

Để thay thế những cơn ho thông thường dễ gây mệt, khó thở, cần hướng dẫn người bệnh sử dụng kỹ thuật ho có điều khiển:

Ho có điều khiển là động tác ho hữu ích giúp tống đờm ra ngoài, làm sạch đường thở và không làm cho người bệnh mệt, khó thở…

Mục đích của ho có điều khiển không phải để tránh ho mà là dùng động tác ho để làm sạch đường thở.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh có nhiều đờm gây cản trở hô hấp hoặc gặp khó khăn khi khạc đờm.

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

*Bước 1:* Người bệnh ngồi trên giường hoặc ghế với hai chân chạm đất, người hơi ngả về phía trước, thư giãn, thoải mái.

*Bước 2:* Hít thở sâu bằng cơ hoành 3-4 lần.

*Bước 3:* Khoanh hai tay trước bụng và hít vào chậm và thật sâu bằng mũi, nín thở trong 3 giây.

*Bước 4:* Để thở ra: ngả người về phía trước, hai tay ép vào bụng. Ho mạnh 2 lần với miệng hơi mở, lần đầu để long đờm, lần sau để đẩy đờm ra ngoài.

*Bước 5*: Hít vào chậm và nhẹ nhàng bằng mũi. Động tác này sẽ giúp ngăn ngừa đờm di chuyển ngược lại vào đường hô hấp.

Nghỉ ngơi vài phút và thực hiện lại các bước trên nếu cần.

* **Lưu ý:**

Khạc đờm vào lọ để xét nghiệm hoặc khạc vào khăn giấy, sau đó bỏ vào thùng rác tránh lây nhiễm.

Khi có cảm giác muốn ho, đừng cố gắng nín ho mà nên thực hiện kỹ thuật ho có điều khiển để giúp tống đờm ra ngoài.

Tùy lực ho và sự thành thạo kỹ thuật của mỗi người, có khi phải lặp lại vài lần mới đẩy được đờm ra ngoài.

Một số người bệnh có lực ho yếu có thể thay thế bằng kỹ thuật thở ra mạnh.

**7. 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.



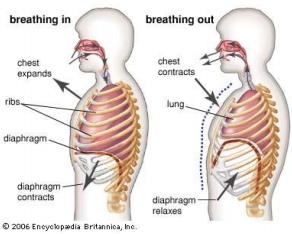
**2.** **Kỹ thuật tập thở cơ hoành khi ngồi**

**- 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.



**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.

NGUỒN: Tài liệu tham khảo “Quy trình kỹ thuật của bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

8. **KỸ THUẬT KÍCH THÍCH HO KHẠC ĐỜM BẰNG KHÍ DUNG NƯỚC MUỐI ƯU TRƯƠNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khí dung nước muối ưu trương là kỹ thuật giúp loãng đờm, kích thích ho và người bệnh dễ dàng khạc đờm ra ngoài.

Khí dung nước muối ưu trương có nguy cơ lây nhiễm, đòi hỏi có biện pháp phòng ngừa nghiêm ngặt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh mắc bệnh đường hô hấp cần lấy đờm làm xét nghiệm chẩn đoán nhưng không khạc đờm được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ THẬN TRỌNG**

- Người bệnh hen phế quản hoặc nghi ngờ hen phế quản hoặc người bệnh có thông khí phổi giảm nặng (với chỉ số FEV1 <1 lít): kỹ thuật chỉ được thực hiện sau khi dùng các thuốc giãn phế quản vì nước muối ưu trương gây co thắt phế quản.

- Cân nhắc chỉ định ở những người bệnh phải hạn chế động tác ho. Bao gồm các người bệnh:

+ Ho ra máu chưa rõ nguyên nhân.

+ Suy hô hấp cấp.

+ Tình trạng tim mạch không ổn định (loạn nhịp tim, đau thắt ngực).

+ Giảm oxy máu (SpO2 dưới 90% khi thở khí trời).

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tắc mạch phổi.

+ Gãy xương sườn hoặc chấn thương ngực khác.

+ Có phẫu thuật mắt gần đây.

- Người bệnh không thể làm theo hướng dẫn.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

**- Bác sỹ:**

+ Xem xét chỉ định khí dung nước muối ưu trương.

+ Nếu người bệnh mắc hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính phải dùng thuốc giãn phế quản trước khi tiến hành khí dung.

+ Cân nhắc chỉ định khí dung nước muối ưu trương các trường hợp bệnh lý phải hạn chế động tác ho (trong mục chống chỉ định và thận trọng ở trên).

- 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. Chuẩn bị người bệnh**

Người bệnh phải được giải thích những điểm sau:

+ Mục đích và sự cần thiết phải thực hiện thủ thuật.

+ Các tác dụng phụ người bệnh có thể gặp: ho, khô miệng, tức ngực, buồn nôn và tăng tiết nước bọt.

+ Người bệnh phải vệ sinh răng miệng (đánh răng, súc miệng...) trước khi thực hiện khí dung.

+ Hướng dẫn cách thở và ho trong quá trình khí dung:

· Người bệnh thở bằng miệng.

· Người bệnh phải hít sâu sau đó gắng sức ho.

· Người bệnh cần ho, khạc đờm có điều khiển để lấy được mẫu đờm ở sâu.

+ Người bệnh ở trong phòng cách ly cho đến khi hết ho.

+ Người bệnh nên đeo khẩu trang khi rời khỏi phòng cách ly.

**3. Phương tiện**

- Máy khí dung: 01 chiếc.

- Mặt nạ phù hợp với miệng mũi người bệnh: 01 chiếc.

- 01 lọ 10 ml dung dịch muối ưu trương với nồng độ 3% hoặc 5% hoặc 7% hoặc 10% (tùy chỉ định).

- Lọ đựng bệnh phẩm đờm (số lượng lọ tùy theo yêu cầu): ghi đầy đủ các thông tin của người bệnh theo quy định.

- Phòng riêng, thông thoáng và đảm bảo các nguyên tắc phòng tránh lây nhiễm.

**V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN**

**Thực hiện kỹ thuật**

- Người bệnh ở tư thế thoải mái (nằm hoặc ngồi).

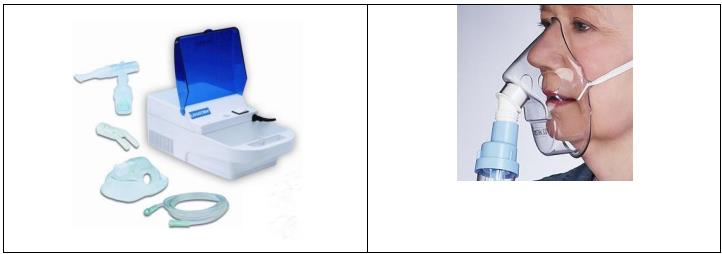
- Cho nước muối ưu trương dùng để khí dung vào bầu.

- Bật máy khí dung:

- Thấy hơi thoát ra, tiến hành đeo mặt nạ cho người bệnh

- Người bệnh khí dung khoảng 5 phút, 10 phút sẽ dừng khí dung, rồi hướng dẫn người bệnh thực hiện thở sâu vài lần, nếu người bệnh không ho được tự nhiên, yêu cầu người bệnh ho có điều khiển (xin xem phần quy trình ho có điều khiển).

- Điều dưỡng thực hiện các động tác vật lý trị liệu nhẹ nhàng ở ngực: vỗ rung lồng ngực giúp người bệnh khạc đờm dễ dàng.



- Kỹ thuật khí dung sẽ dừng lại khi:

· Người bệnh đã khạc được 1-2 ml đờm cho mỗi mẫu yêu cầu.

· Sau 15 phút khí dung.

· Người bệnh xuất hiện các triệu chứng: khó thở, tức ngực hoặc khò khè.

· Người bệnh có dấu hiệu suy hô hấp, đau đầu hoặc cảm thấy buồn nôn.

- Kết thúc khí dung:

· Lấy mặt nạ khỏi mặt người bệnh.

· Làm sạch/khử trùng các bộ phận máy siêu âm và khu vực xung quanh.

**VI. THEO DÕI**

Người bệnh phải được theo dõi chặt chẽ trong suốt thời gian khí dung: diễn biến lâm sàng, thay đổi các chỉ số trên máy theo dõi (SpO2, nhịp thở, mạch, huyết áp…), phát hiện kịp thời nếu người bệnh có các dấu hiệu suy hô hấp.

**VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Suy hô hấp do co thắt phế quản:

- Dự phòng: dùng thuốc giãn phế quản trước khi thực hiện kỹ thuật khí dung ở những bệnh hen phế quản và nghi ngờ hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính…

- Xử trí:

· Thở oxy.

· Khí dung thuốc giãn phế quản.

· Chỉ định thuốc corticoid và thông khí nhân tạo hỗ trợ (nếu cần).

NGUỒN: Tài liệu tham khảo “Quy trình kỹ thuật của bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

**9. KỸ THUẬT VỖ RUNG DẪN LƯU TƯ THẾ**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vỗ rung, dẫn lưu tư thế 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 thế 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

- Ứ 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 tỷ mỉ, xem kỹ phim chụp Xquang 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 Xquang và cắt lớp vi tính ngực

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Đặt người bệnh ở tư thế dẫn lưu (phụ lục kèm theo)

- 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 dội 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 (KTV 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.

NGUỒN: Tài liệu tham khảo “Quy trình kỹ thuật của bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

10. **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 sỹ:** Xem xét chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.

**- Điều dưỡng:**

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

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

**2. Phương tiện**

- Máy khí dung: 1 chiếc.

- Mặt nạ khí dung phù hợp với miệng mũi người bệnh: 1 chiếc.

- Thuốc giãn phế quản theo y lệnh.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

**V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN**

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

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

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

- Cho thuốc khí dung vào bầu.

- Bật máy khí dung, khi máy hoạt động thấy hơi thuốc phun ra.

- Đeo mặt nạ khí dung cho người bệnh.

- Quan sát đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình khí dung. Nếu người bệnh khó thở hơn khi khí dung cần báo bác sỹ.

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

- Ghi lại diễn biến trong quá trình khí dung

**VI. THEO DÕI**

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

NGUỒN: Tài liệu tham khảo “Quy trình kỹ thuật của bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

11. **RÚT ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI, DẪN LƯU Ổ ÁP XE**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Rút ống dẫn lưu màng phổi, ống dẫn lưu ổ áp xe là thủ thuật lấy ống dẫn lưu ra khỏi khoang màng phổi hoặc ổ áp xe phổi.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Tràn khí màng phổi: dẫn lưu không ra khí và Xquang phổi sau 24 giờ kẹp dẫn lưu không còn tràn khí màng phổi.

- Tràn mủ màng phổi: dẫn lưu và bơm rửa không ra mủ.

- Tràn dịch màng phổi: lượng dịch dẫn lưu < 50ml/ngày.

- Tắc ống dẫn lưu.

- Dẫn lưu mủ có dò thành ngực.

- Dẫn lưu màng phổi quá 2 tuần.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Giải thích cho người bệnh và gia đình mục đích của thủ thuật.

- Bác sỹ, điều dưỡng: thực hiện quy trình vô khuẩn khi làm thủ thuật.

**2. Thuốc và dụng cụ**

- Atropin 1/4mg: 2 ống, lidocain 2% 2ml: 2 ống

- Hộp chống shock

- Bộ thay băng, cắt chỉ.

- Bơm tiêm 5ml: 2 cái

- Gạc N2: 1 gói

- Găng vô trùng: 1 đôi, găng sạch: 2 đôi

- Săng vô trùng.

**3. Người bệnh**

Hướng dẫn người bệnh phối hợp hít vào, thở ra và nín thở khi làm thủ thuật.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Đặt người bệnh ở tư thế ngồi hoặc nằm đầu cao.

- Sát trùng rộng xung quanh vị trí đặt dẫn lưu.

- Trải săng lỗ

- Khâu chỉ chờ.

- Cắt chỉ khâu cố định ống dẫn lưu.

- Yêu cầu người bệnh thử hít vào, thở ra hết và nín thở vài lần.

- Phối hợp đồng thời điều dưỡng rút nhanh ống dẫn lưu ra khỏi khoang màng phổi hoặc ổ áp xe, bác sỹ thắt chỉ chờ sau khi người bệnh thở ra hết và nín thở.

- Sát trùng lại và băng ép.

**VI. THEO DÕI**

Các triệu chứng lâm sàng: mệt, vã mồ hôi, đau ngực…

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

**1. Triệu chứng cường phế vị**

- Triệu chứng: mệt, choáng, mạch chậm, huyết áp hạ.

- Xử trí: ngừng thủ thuật, cho người bệnh nằm đầu thấp, tiêm bắp 2 ống Atropin 1/4mg, theo dõi monitor mạch, huyết áp, độ bão hòa oxy máu, đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi khi huyết áp < 90/60mmHg.

**2. Tràn khí màng phổi**

- Do khí vào khoang màng phổi khi rút ống dẫn lưu.

- Cần chụp lại Xquang phổi sau khi rút ống dẫn lưu. Trường hợp tràn khí ít cho thở oxy và theo dõi. Tràn khí nhiều chỉ định chọc hút khí.

**VIII. GHI CHÚ:quy trình chuẩn kẹp và rút dẫn lưu màng phổi**

**1. Đối với dẫn lưu dịch màng phổi:**Dựa vào kết quả thăm khám lâm sàng và hình ảnh Xquang phổi của người bệnh, chỉ định rút ống dẫn lưu khi lượng dịch dẫn lưu <50 ml/24h và màu sắc dịch dẫn lưu trong.

**2. Đối với dẫn lưu khí màng phổi:**Cần kẹp và rút dẫn lưu theo đúng quy trình như sau:

+ Sau khi mở màng phổi và nối ống dẫn lưu với hệ thống bình hút, cần theo dõi thời điểm chính xác không còn sủi bọt khí trong bình dẫn lưu.

+ Sau 24 giờ tính từ thời điểm không còn sủi bọt khí trong bình: Khám lâm sàng và chụp Xquang phổi xét kẹp ống dẫn lưu. Sẽ có các tình huống sau:

·Còn tràn khí màng phổi: kiểm tra lại hệ thống dẫn lưu có bị tắc không; Đầu sonde dẫn lưu có đúng vị trí; Sonde dẫn lưu quá sâu hoặc bị gấp khúc gây cản trở dẫn lưu khí.

·Hết tràn khí màng phổi: tiến hành kẹp dẫn lưu khí và ghi bảng theo dõi trong vòng 24 giờ.

+ Sau 24 giờ tính từ thời điểm kẹp ống dẫn lưu: Khám lâm sàng và chụp lại Xquang phổi kiểm tra. Sẽ có các tình huống sau:

·Nếu không tái phát tràn khí: tiến hành rút ống dẫn lưu màng phổi.

·Nếu tái phát tràn khí màng phổi: mở kẹp và tiếp tục hút dẫn lưu.

Đồng thời phải kiểm tra xem hệ thống dẫn lưu có bị hở không? Xem xét áp dụng phương pháp điều trị khác (gây dính, nội soi lồng ngực…) nếu phương pháp hút dẫn lưu đơn thuần không có kết quả.

**Kỹ thuật rút ống**

- Khi rút, dẫn lưu phải được hút liên tục cho đến khi rút hoàn toàn ống ra khỏi khoang màng phổi để loại bỏ nốt phần khí và dịch còn sót lại trong ống cũng như trong khoang màng phổi.

- Thắt chỉ chờ ngay sau khi ống được rút, sát khuẩn bằng betadin, băng lại cẩn thận. Hẹn người bệnh sau 1 tuần đến cơ sở y tế gần nhất để cắt chỉ chờ.

NGUỒN: Tài liệu tham khảo “Quy trình kỹ thuật của bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh

12. **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 kĩ 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. Alfred P. Fishman, Jack A. Elias, Jay A. Fishman,"Pulmonary diseases and disorders", 4th Mc Graw Hill company, 2008.

4. Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony S. Fauci et al "Harrison’s principle of internal medicine" 18th edition Mc Graw Hill company, 2011.

5. Jonh F. Murray, Jay A. Nadel "Textbook of respiratory medicine 5th edition",

W.B Saunders company, 2010.

**13. THAY CANUYN MỞ KHÍ QUẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

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

**HÌNH ẢNH**



**II. CHỈ ĐỊNH**

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

Ống nội khí quản bị rách bóng chèn (cuff)

Ống nội khí quản quá bé, quá to so với khí quản Người bệnh

Ống nội khí quản bị tắc hoàn toàn không thể cải thiện bằng hút đờm

Chấn thương cột sống cổ: Có thể phải đặt đường mũi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Lâm sàng không còn chỉ định nội khí quản

Chấn thương vùng hàm mặt, khoang miệng không thể tiếp cận được đường thở

**IV. CHUẨN BỊ**

Người bệnh được giải thích về thủ thuật thay nội khí quản

Nhịn ăn trước 6 giờ nếu có chuẩn bị

Nằm ngửa

Được hút sạch đờm dãi ở đường thở và miệng họng

**Dụng cụ**

Oxy

Bóng Ambu mask có túi

Ống hút, máy hút

Đèn đặt nội khí quản hai cỡ đèn khác nhau dài và trung bình

Ống nội khí quản 3 cỡ khác nhau: 1 ống cỡ hiện tại , 01 ống có đường kính nhỏ hơn và 1 ống có đường kính lớn hơn 0,5 cm 

Guide có thể uốn

Syringe 10 ml bơm cuff

Gel vô trùng hoặc gel xylocain 2%

Dụng cụ cố định nội khí quản: băng dính, dây

Monitor theo dõi nhịp thở, nhịp tim, huyết áp

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

Xác nhận lần cuối cùng tất cả dụng cụ đã sẵn sàng

Bóp bóng qua NKQ cũ với oxy > 10 lít/phút, đạt SpO2 100%

Hút miệng họng

Thay ống hút riêng, để hút đờm dãi và chất tiết qua nội khí quản

Tháo cuff nội khí quản cũ nếu cuff còn căng

Rút nội khí quản cũ: giữ nguyên xông hút trong lòng nội khí quản và cùng kéo cả ống nội khí quản, dừng lại ở hầu họng để hút dịch còn đọng trên khoang miệng trong một vài lần hút.

Làm nghiệm pháp Sellick, hoặc nghiệp pháp BURP (Backward, Upward, Rightward Pressure: ấn sụn nhẫn về phía sau, lên trên và sang bên phải).



Đặt nội khí quản mới



Bơm cuff

Cố định nội khí quản vị trí đầu dưới nội khí quản cách carina phù hợp là 4cm (với nam vị trí khoảng 22 cm cung răng trước, với nữ khoảng 21 cm cung răng trước).

Kiểm tra vị trí nội khí quản

Sau khi đặt ống Người bệnh không còn khò khè nữa

Ống nội khí quản bị mờ đi vì hơi thở của Người bệnh

Nghe vị trí dạ dày không thấy tiếng lọc xọc

Nghe 2 bên phổi thông khí đều

Chụp X.quang phổi thẳng sau cố định nội khí quản: vị trí đầu dưới của nội khí quản cách carina 4 cm

**BIẾN CHỨNG VÀ TAI BIẾN**

Không thấy dây thanh: Cần ngửa cổ tối đa và hút sạch đờm dãi

Đặt nội khí quản vào dạ dày: Cần kiểm tra kỹ để đặt lại nội khí quản, bỏ sót biến chứng này Người bệnh có thể tử vong.

Đặt nội khí quản quá sâu: Thường bên phải vì giải phẫu của khí quản bên phải, cần rút bớt ra 1-2 cm qua kiểm tra lâm sàng, sau đó kiểm tra bằng X.quang thẳng.

Viêm phổi do hít phải: Cần hút sạch dạ dày và đờm dãi, làm nghiệm pháp Sellick, Burp để hạn chế hít phải

Gãy răng: Với các Người bệnh răng vẩu, răng đái tháo đường rất dễ gãy… khi đặt nội khí quản tránh tì đèn vào hàm dưới. Nếu phát hiện gãy răng cần lấy răng ra ngoài tránh đẩy vào đường thở.

Tràn khí màng phổi: Có thể gặp đặc biệt ở các Người bệnh COPD, cần bóp bóng vừa phải để tránh biến chứng này.

Tụt huyết áp: Dùng thuốc an thần, tăng áp lực dương trong đường thở khi đặt nội khí quản có thể gây tụt huyết áp, cần truyền dịch bổ sung.

**THAY CANUL MỞ KHÍ QUẢN CÓ CỬA SỔ CHO NGƯỜI BỆNH NẶNG TRONG HỒI SỨC CẤP CỨU – CHỐNG ĐỘC**

1. **ĐẠI CƯƠNG/ ĐỊNH NGHĨA**

Các Người bệnh tai biến mạch não bị di chứng nặng nề, cần chăm sóc lâu dài cần phải đặt canul có cửa sổ để thuận tiện cho việc chăm sóc, tránh các biến chứng tắc và có thể áp dụng để tập nói khi tình trạng bệnh hồi phục.

1. **CHỈ ĐỊNH** thay canul có nòng trong được chỉ định trong các trường hợp sau

* Người bệnh đã được mở khí quản, tiên lượng lưu canul lâu dài
* Người bệnh mở khí quản có hồi phục chức năng phát âm, thay để tập nói

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH** (tương đối)

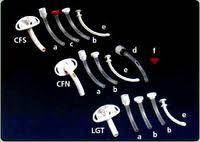
* Rối loạn đông máu nặng ( INR > 1.5, tiểu cầu máu < 50 G/l) chưa được điều chỉnh, đang có viêm tấy mô mềm vùng cổ

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**

* Người thực hiện thực hiện thủ thuật do các bác sỹ chuyên khoa hồi sức cấp cứu.
* Người phụ là bác sỹ chuyên khoa hồi sức cấp cứu, bác sỹ cao học, nội trú
* Người phụ dụng cụ: Điều dưỡng đã được đào tạo

1. **Phương tiện dụng cụ**

Hình ảnh ống mở khí quản (canuyn) : 01 canuyn 2 nòng Shiley số 6.



* 1. **Vật tư tiêu hao Đơn vị Số lượng**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Canula mở khí quản 2 nòng có cửa sổ | Cái | 01 |
| * ống thông hút đờm vô khuẩn | Cái | 03 |
| * Găng vô trùng | Đôi | 6 |
| * Găng khám | Đôi | 10 |
| * Kim lấy thuốc | Cái | 5 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Bơm tiêm 5ml | Cái | 5 |
| * Bơm tiêm 10ml | Cái | 5 |
| * Dây truyền | Cái | 2 |
| * Gạc N2 | Gói | 5 |
| * Iodine 10% ( lọ 90 ml) | Lọ | 1 |
| * Thuốc giảm đau fentanyl 0,1mg | Lọ | 2 |
| * Xylocain 2% ( loại 2ml) | Lọ | 03 |
| * Mũ phẫu thuật | Cái | 4 |
| * Khẩu trang phẫu thuật | Cái | 4 |
| **2.2. Dụng cụ cấp cứu**  Bóng ambu |  |  |
| Máy hút đờm  2.3 **Các chi phí khác** |  |  |
| * Panh có mấu, không mấu |  |  |
| * Kéo thẳng |  |  |
| * Kéo cong |  |  |
| * Kẹp phẫu tích không mấu |  |  |
| * Kẹp phẫu tích có mấu |  |  |
| * Kẹp cầm máu |  |  |
| * Kẹp răng chuột |  |  |
| * Kẹp banh Laborde |  |  |
| * Sông lòng máng |  |  |
| * Banh Farabeuf |  |  |
| * Kim cong |  |  |
| * Chỉ khâu không tiêu |  |  |
| * Hộp bông còn |  |  |
| * Bát kền to |  |  |
| * ống cắm panh inox |  |  |
| * Săng lỗ vô trùng kích thước 60 x 80 cm |  |  |
| * Áo mổ |  |  |
| * Dung dịch Anois rửa tay nhanh |  |  |
| * Xà phòng rửa tay. |  |  |

1. **Người bệnh**

Giải thích cho Người bệnh (nếu tỉnh) hoặc người nhà Người bệnh lợi ích và nguy cơ của thủ thuật, cho Người bệnh hoặc người nhà Người bệnh kí Cam kết thủ thuật

* Kiểm tra lại các chống chỉ định
* B Nhịn ăn trước 3h
* Hút sạch đờm, dãi họng miệng
* Hút hết dịch dạ dày.
* Mắc máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, nhịp thở, SpO2.
* Điều chỉnh máy thở, giảm PEEP. Thở máy qua ống NKQ với FiO2 100% trong thời gian MKQ
* Người bệnh nằm đầu bằng và kê gối cứng để ưỡn cổ để bộc lộ khí quản

1. **Hồ sơ bệnh án**

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

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
   1. **Kiểm tra hồ sơ**: kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và giấy cam kết đồng ý tham gia kỹ thuật
   2. **Kiểm tra lại người bệnh:** các chức năng sống xem có thể tiến hành thủ thuật được không
   3. **Tiến hành kỹ thuật**

Phẫu thuật viên đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay và sát khuẩn tay, đi găng vô trùng, sát khuẩn vùng mổ, trải săng, gây tê tại chỗ từ sụn giáp đến hố trên ức. Phẫu thuật viên đứng bên trái, ngƣời phụ đứng bên phải

**+** Điều dưỡng hút sạch dịch dạ dày, hút đờm qua mở khí quản cũ

**+** Kê gối gỗ cứng dưới vai để ưỡn cổ Người bệnh

**+** Cắt dây buộc vệ sinh vùng cổ bằng dung dịch natriclorua 0.9%, sát khuẩn vùng xunh quanh chân canyun bằng betadin 10%

**+** Người thực hiện kiểm tra canyun mới, bôi dầu parafin phía đầu canuyn.

**+** Rút canuyn cũ, kiểm tra các dấu hiệu tắc canuyn, chảy máu nếu có

**+** Đặt canuyn Shiley số 6, 2 nòng với nòng trong có thể thở máy được. nếu Người bệnh đang thở máy thì kết nối với máy thở

**+** Sát khuẩn lại và cố định canuyn

1. **THEO DÕI**

1. Theo dõi các chỉ số sinh tồn trong và sau thủ thuật

2. Hút đờm: Số lần hút phụ thuộc vào lượng dịch tiết khí phế quản. Có thể làm sạch và loãng đờm bằng cách nhỏ dung dịch NaHCO3 1,4% hoặc NaCl 0,0% vào khí quản qua NKQ hoặc MKQ. Mỗi lần nhỏ 3-5 ml.

3. Thay băng: phụ thuộc vào mức độ chảy máu và dịch tiết, đảm bảo băng tại chỗ luôn khô sạch.

4. Thay ống MKQ: tối thiểu sau 48 giờ với thay ống lần đầu (thời gian tối thiểu tạo đường hầm ổn định sau MKQ), khi ống MKQ có dấu hiệu bán tắc hay bị tắc.

Theo dõi áp lực bóng chèn (cuff): đo áp lực cuff 3 lần / ngày duy trì áp lực bóng mức 30 cmH2O tránh tổn thương gây sẹo hẹp khí quản

1. **XỬ TRÍ TAI BIẾN**

**1. Trong khi thay mở khí quản**

Chảy máu:do đám rối tĩnh mạch giáp hoặc giáp

Ngừng tim: do tắc mạch, loạn nhịp tim, đặt sai vị trí ống MKQ gây tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất không phát hiện kịp thời.

Tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất

Đặt sai vị trí ống MKQ.

Trào ngược.

**2. Trong thời gian lưu ống**

Chảy máu, tràn khí dưới da , tuột ống, nhiễm khuẩn, tắc ống, ứ đọng đờm ở sâu, xẹp phổi.

Trường hợp lưu ống MKQ lâu ngày có thể gây rối loạn chức năng nuốt.

Rối loạn đóng mở thanh môn trong chu kỳ hô hấp trong trường hợp lưu ống NKQ lâu.

Hẹp khí quản, rò khí quản - thực quản.

**3. Sau khi rút ống**

Phù nề thanh quản và thanh môn. Rò khí ở lỗ mở khí quản.

Vết mở khí quản lâu liền hoặc sẹo liền xấu. Khó thở do hẹp khí quản.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Vũ Văn Đính (2009). *Mở khí quản*. Hồi sức cấp cứu toàn tập. Nxb y học

2. Chen A.C,(2012): *Percutanous Tracheostomy*. In: The Washington manual of critical care. (Editors: Kollef M and Isakow W.), Lippincott Wiliams  Wilkins.

3. Head J.M, (1961): *Tracheostomy in the Management of Respiratory Problems.* N Engl J Med 264:587-591.

**14. VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU HÔ HẤP**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Vận động trị liệu hô hấp là một phương pháp giúp tăng cường sức khỏe và tuổi thọ cho người bệnh mắc bệnh hô hấp mạn tính.

Trong bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các bệnh lý phổi mạn tính khác, vận động liệu pháp giúp người bệnh kiểm soát bệnh tật tốt hơn, dễ thích nghi với bệnh tật và mang lại niềm vui sống cho người bệnh.

Có hai cách tập vận động:

+ Vận động tăng sức bền (Endurance training): đi bộ, thảm lăn, xe đạp lực kế, xe đạp, bơi lội…

+ Vận động tăng sức cơ (Strength training): giữ thăng bằng, kháng lực, nâng tạ…

Tăng sức bền là trọng tâm của chương trình vận động nhưng phối hợp cả hai cách tập có tác dụng tối ưu.

Vận động chi dưới giúp cải thiện khả năng gắng sức nhưng không tác động đến chức năng hô hấp.

Vận động chi trên giúp cải thiện sức cơ, giảm nhu cầu thông khí nhờ tăng hoạt động cơ hô hấp phụ.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định.

Các bệnh lý phổi mạn tính khác giai đoạn ổn định.

**III. CHƯƠNG TRÌNH VẬN ĐỘNG TRỊ LIỆU HÔ HẤP**

**1. Vận động tăng sức bền**

Vận động tăng sức bền liên tục

Tần suất: 3-4 ngày/tuần.

Hình thức tập: liên tục.

Cường độ: khởi đầu tập với cường độ 60-70% cường độ vận động tối đa, tăng dần cường độ tập luyện lên 5-10% tùy theo khả năng dung nạp của người bệnh đến khi đạt 80-90% cường độ vận động tối đa

Mục tiêu: mức độ khó thở theo thang điểm Borg 10 điểm đạt 4-6 điểm.

Thời gian tập luyện: khởi đầu 10-15 phút trong 3-4 lần ngày tập đầu tiên, tăng dần thời gian tập luyện tới 30-40 phút/lần.

***Vận động tăng sức bền ngắt quãng*** (cho người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn ở giai đoạn rất nặng: FEV1 < 40%, SpO2 lúc nghỉ < 85%)

Tần suất: 3 - 4 ngày/tuần.

Hình thức tập: ngắt quãng (tập luyện 30 giây xen kẽ nghỉ 30 giây hoặc tập luyện 20 giây xen kẽ nghỉ 40 giây tùy theo khả năng dung nạp của người bệnh).

Cường độ: khởi đầu tập với cường độ đạt 80 - 100% cường độ vận động tối đa trong 3 - 4 buổi tập đầu tiên, tăng dần cường độ tập luyện lên 5 - 10% tùy theo khả năng dung nạp của người bệnh đến khi đạt 150% cường độ vận động tối đa.

Mục tiêu: mức độ khó thở theo thang điểm Borg 10 điểm đạt 4 - 6 điểm.

Thời gian tập luyện: khởi đầu 15 - 20 phút trong 3 - 4 ngày tập đầu tiên, tăng dần thời gian tập luyện tới 45 - 60 phút/ngày (bao gồm cả thời gian nghỉ).

**2. Vận động tăng sức cơ**

Tần suất: 2 - 3 ngày/tuần.

Mục đích: tập luyện các nhóm cơ chính của chi trên và chi dưới với các động tác lặp lại đến khi mệt cơ.

Hình thức: 2 - 4 lần tập với các số lần lặp lại của vận động từ 6-12 động tác.

Cường độ: khởi đầu 50 - 80% 1RM (one repetitive maximum: trọng lượng tối đa có thể nâng được 1 lần). Tăng dần cường độ lên 2-10% sau mỗi 2 ngày nếu người bệnh dung nạp được.

**Lưu ý:**

Loại hình các bài tập nên đa dạng, phong phú. Ưu tiên các hình thức tập đơn giản không đòi hỏi trang thiết bị đắt tiền.

Nên tập tối thiểu 20 buổi hay 6 - 8 tuần, phân bố khoảng 3 buổi tập mỗi tuần. Có thể sắp xếp 2 buổi tập có giám sát và 1 buổi tập tại nhà không có giám sát.

Mỗi buổi tập > 30 phút, nếu mệt nên bố trí những khoảng nghỉ ngắn xen kẽ.

Thời gian tập càng lâu, hiệu quả đạt được càng kéo dài. Sau khi ngưng tập, hiệu quả giảm dần sau 12 - 18 tháng.

Để đạt được cường độ vận động mong muốn nên phối hợp với thuốc giãn phế quản và oxy trong buổi tập.

Trong khi tập vận động nên phối hợp với kỹ thuật thở mím môi.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bartolome R. Celli (2011), “Pulmonary rehabilitation in COPD”, UpToDate version 19.1.

2. Bolton CE, Bevan Smith EF, Blakey JF, et al. (2013), “Bristish Thoracic Society guideline on pulmonary rehabilitation in adults", Thorax; 68: ii1-ii30.

3. Francisco Ortega, Javier Toral, Pilar Cejudo, et al. (2002), “Comparison of effects of strength and endurance training in patients with chronic obstructive pulmonary disease", Am J Respir Crit Care Med; 166: 669-674.

4. Gregory Reychler, Jean Roeseler, Pierre Delguste "Kinésithérapie respiratoire", Elsevier Masson, 2007.

5. Nici L., Donner C., Wouters E., et al. (2006), “American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation", Am J Respir Crit Care Med; 173:1390.

6. Troosters T., Casaburi R., Gosselink R., et al. (2005), “Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease", Am J Respir Crit Care Med; 172:19.

15. ĐIỆN TIM THƯỜNG

## 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.

## 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.

## CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

## CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện**
   * 01 kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng nội khoa.
   * 01 bác sĩ đọc kết quả điện tâm đồ.

## 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: 25 mm/s; 50 mm/s; 100 ms/s.
  + Giấy dán kết quả điện tâm đồ.

## 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.

## Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện theo quy định của Bộ Y tế.

## 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 mV = 10 mm.
3. Thông thường ghi ở tốc độ giấy 25 mm/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.

## TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn đọc điện tâm đồ - Nhà xuất bản Y học năm 2007 (tái bản lần thứ 8).

**16. HỒI PHỤC NHỊP XOANG CHO NGƯỜI BỆNH LOẠN NHỊP TIM**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Loạn nhịp là tình trạng rối loạn nhịp tim, có thể ảnh hưởng tới huyết áp ngươi bệnh; Cần được chẩn đoán sớm và điều trị sớm, tránh suy tuần hoàn.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Ngươi bệnh loạn nhịp tim do các nguyên nhân khác nhau

**III**. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định

**IV. CHUẨN BỊ**

1. **Người thực hiện**
2. bác sĩ, 2 điều đưỡng

**2. Phương tiện**

Monitor theo dõi điện tim và các dấu hiệu chức năng sống, máy sốc điện, thuốc (adrenalin, amiodaron, propranolol, atropin, an thần, giảm đau… , các phương tiện hồi sức hô hấp, tuần hoàn khác.

**3. Người bệnh**

**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**

***3.1. Đánh giá***

Tình trạng đườ ng thở, thở, tuần hoàn (tần số tim, mạch, huyết áp, thờ i gian đổ đầy mao mạch, nhiệt độ da), thần kinh.

***3.2. Hồi sức***

- Làm thông thoáng đường thở

- Thở oxy mask, bóp bóng qua mask, đặt NKQ (nội khí quản) nếu cần

- Lắp monitor theo dõi SpO2, nhịp tim

- Xử trí sốc nếu có

+ Ngươi bệnh sốc và nhịp tim < 60 lần/phút: ép tim ngoài lồng ngực

+ Ngươi bệnh sốc và có nhịp nhanh thất: sốc điện đồng thì 1-2 J/kg.

+ Đặt đương truyền tĩnh mạch hoặc trong xương

+ Ngươi bệnh nhịp nhanh trên thất có sốc: Tiêm TM tĩnh mạch) adenosin 0,1 – 0,5 mg/kg nếu chưa có máy sốc điện.

- Lấy xét nghiệm: CTM (công thức máu), chức năng thận, đương máu.

- Truyền nhanh 20ml/kg dịch tinh thể nếu ngươi bệnh nhịp chậm và có

sốc.

- Đánh giá loạn nhịp trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo: nhịp tim nhanh hay chậm, đều hay kh ng đều, QRS rộng hay hẹp

* Xử trí cấp cứu loạn nhịp chậm
  + Điều trị thiếu oxy và sốc nếu có
  + Nếu có cương phó giao cảm
  + Đảm bảo đủ thông khí
  + Tiêm TM atropine 20 mcg/kg (100 – 600 mcg). Có thể nhắc lại sau 5 phút (tổng liều 1mg ở tr nhỏ, 2 mg ở tr lớn). Có thể nhỏ qua NKQ 0,04 mg/kg.
  + Nếu có ngộ độc, hội chẩn chuyên gia chống độc.
* Xử trí cấp cứu nhịp nhanh trên thất
* Thực hiện thủ thuật kích thích phó giao cảm đồng th i theo dõi điện tim trên monitor, không áp dụng ấn nhãn cầu ở tr nhỏ.
* Nếu không có hiệu quả, tiêm adenosine hoặc sử dụng 1 trong các thuốc: amiodarone, flecainide, digoxin, verapamil, propranolol

- Xử trí cấp cứu nhịp nhanh thất

+ Nhịp nhanh thất vô mạch: xử trí theo phác đồ rung thất

+ Nếu huyết động ổn định, hội chẩn ngay với chuyên khoa tim mạch, có thể sử dụng các thuốc amiodarone (tiêm TM 5 mcg/kg trong 20 phút, tr sơ sinh tiêm trong 30 phút) hoặc procainamide (tiêm TM 15 mg/kg trong 30-60 phút).

+ Nếu có sốc: sốc điện đồng thì 1 J/kg, nếu không hiệu quả tăng lên 2 J/kg và chuyển sang sốc điện kh ng đồng thì; Có thể tiêm amiodarone 5mg/kg nếu có sốc nặng.

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi liên tục điện tim và các dấu hiệu sống trên monitor cho tới khi ổn định.

17. NGHIỆM PHÁP ATROPIN

## ĐẠI CƯƠNG

Nghiệm pháp atropin thường được sử dụng để đánh giá ảnh hưởng của hệ thần kinh thực vật (chủ yếu là hệ thần kinh phó giao cảm) lên nút xoang và dẫn truyền nhĩ-thất.

## CHỈ ĐỊNH

* + Thăm dò chức năng nút xoang.
  + Thăm dò chức năng nút nhĩ-thất.

## CHỐNG CHỈ ĐỊNH

* + Dị ứng với atropin.
  + Glocom góc hẹp.
  + Chống chỉ định tương đối khi tần số tim trên 90 chu kỳ/phút.

## CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện**
   * 01 bác sĩ chuyên khoa nội tim mạch.
   * 01 kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng nội khoa.

## Phương tiện

* + Thuốc: atropin sunfat 1 mg.
  + Bơm tiêm dùng 1 lần: 5 ml, 10 ml.
  + Máy ghi điện tâm đồ.
  + Máy theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO2 (Monitor).
  + Giường bệnh: 01 chiếc.

## Người bệnh

* + Giải thích cho người bệnh mục đích của nghiệm pháp và người bệnh đồng ý thực hiện nghiệm pháp.Nếu có thể, ngừng các thuốc tim mạch trước khi làm nghiệm pháp với thời gian bằng 5 lần thời gian bán hủy của thuốc.

## Hồ sơ bệnh án

Hoàn thiện theo quy định của Bộ Y tế.

## CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

* + Kiểm tra thủ tục hành chính như phiếu yêu cầu nghiệm pháp.
  + Kiểm tra đúng người bệnh.
  + Tiêm chậm 1 mg atropin sunfat vào tĩnh mạch hiển trong thời gian 2 phút.
  + Ghi điện tâm đồ trước khi tiêm atropin, trong khi tiêm, ngay sau khi tiêm và sau tiêm 2 phút, 5 phút, 10 phút, 15 phút, 20 phút, 25 phút, 30 phút.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ

* + Nếu nhịp tim tăng trên 90 chu kỳ/phút thì kết luận nghiệm pháp atropin dương tính
  + Nếu nhịp tim tăng lên dưới 90 chu kỳ/phút hoặc không tăng thì kết luận

nghiệm pháp atropin âm tính.

## TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Trong quá trình làm nghiệm pháp có thể gây nhịp tim đập nhanh, dãn đồng tử, khô miệng, đỏ da,... nhưng những tác dụng phụ này thường nhẹ và hết đi nhanh chóng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật bệnh viện 2002.

18. CHĂM SÓC MẮT Ở NGƯỜI BỆNH LIỆT VII NGOẠI BIÊN (1 LẦN)

I. ĐẠI CƯƠNG

- Liệt VII ngoại biên là bệnh lý thần kinh thường gặp, nguyên nhân có thể:

* Do virus, do lạnh, u nền sọ, u cầu não, u góc cầu tiểu não.
* Do chấn thương: đụng giập, rạn, nứt xương đá.
* Do viêm nhiễm: viêm màng não, lao màng não, viêm xương đá, viêm tai cấp hoặc mạn tính, viêm đa rễ dây thần kinh, viêm tủy lan lên, tổn thương thân não.
  + Dấu hiệu lâm sàng bao gồm:
* Mắt nhắm không kín bên liệt (dấu hiệu Charles Bell).



* Mất hoặc mờ nếp nhăn trán bên liệt.
* Nhân trung lệch về bên lành.
* Mờ rãnh mũi, má bên liệt.
* Mép bên tổn thương xệ xuống.
* Không chúm miệng thổi hơi được.
* Nhe răng miệng lệch về bên lành.
* Mất phản xạ mũi - mi bên liệt.
* Có thể có rối loạn vị giác ở 2/3 trước lưỡi.
* Chăm sóc người bệnh để dự phòng và tránh các các biến chứng có thể: loét giác mạc, di chứng co thắt cơ mặt.
* Hầu hết người bệnh hồi phục trong vòng 3 - 5 tuần. Việc chăm sóc mắt cho người bệnh là hết sức quan trọng đối với điều dưỡng.

### CHỈ ĐỊNH

* + Liệt VII ngoại biên 1 bên hoặc 2 bên.
  + Các trường hợp tổn thương mắt khác có liên quan.

### CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

### CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện**

01 điều dưỡng.

### Phương tiện, dụng cụ, thuốc

#### *Dụng cụ vô khuẩn*

* + - Gói chăm sóc (1 khay hạt đậu, 1 bát kền, gạc củ ấu, kìm Kocher, kẹp phẫu tích).
    - Gạc miếng (dùng để băng mắt), bông cầu.

#### *Dụng cụ khác*

* + - Khay chữ nhật, băng dính, kéo.
    - Khăn bông nhỏ.
    - Găng tay.
    - Túi nilon đựng gạc bẩn.

#### *Thuốc và các dung dịch*

* + - Thuốc tra (nhỏ) mắt theo chỉ định.
    - Dung dịch Natriclorua 0,9%.
    - Dung dịch sát khuẩn tay nhanh.

### 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.

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

### 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.
     + Nhận định tình trạng mắt của người bệnh.

### Thực hiện kỹ thuật

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

* Mang dụng cụ đến bên giường người bệnh.
* Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu cao 300.
* Điều dưỡng sát khuẩn tay, mở gói dụng cụ, rót nước muối ra bát kền, đi găng.
* Dùng kẹp cặp bông cầu nhúng nước muối sinh lý vệ sinh mắt cho người bệnh, thấm khô bằng gạc củ ấu.
* Dùng khăn bông lau mặt cho người bệnh.
* Tra thuốc mắt cho người bệnh theo chỉ định.
* Dùng gạc miếng che mắt cho người bệnh rồi băng lại.
* Đặt người bệnh về tư thế thoải mái.
* Hướng dẫn người bệnh dùng ngón tay sạch để nhắm, mở mắt hàng ngày.

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

#### - Ghi phiếu theo dõi và chăm sóc*:* (ngày giờ chăm sóc, tình trạng mắt của người bệnh, các dung dịch đã dùng, tên điều dưỡng chăm sóc).

### THEO DÕI

* Theo dõi tình trạng mắt, diễn biến của người bệnh thường xuyên sau mỗi lần chăm sóc mắt và tra thuốc mắt.
* Tình trạng loét giác mạc hoặc giảm thị lực do khô mắt.

**Lưu ý:** Khuyên người bệnh:

* Yên tâm điều trị, nên nghỉ ngơi và ăn uống đủ chất, chú ý sinh tố, trái cây.
* Để tránh khô mắt nên:
* Sử dụng nước mắt nhân tạo vào ban ngày và tra thuốc mỡ vào ban đêm.
* Tránh ngồi gần cửa sổ hoặc nằm phòng có điều hòa nhiệt độ.
* Đeo kính bảo vệ mắt thường xuyên.
* Tránh nơi có nhiều bụi bẩn

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

* 1. Bộ môn Nội - Trường Đại học Y Hà Nội (1993). *Nội khoa cơ sở. Triệu chứng học thần kinh.* Nhà xuất bản Y học. 76-96.
  2. Nguyễn văn Huy (2005). *Giải phẫu học. Các dây thần kinh sọ*. 357-370.
  3. Rebecca M. McCaskey RN,C; Med/Margaret E. Barnes RN, MSN (2004). “*Eye, Ear, and Nose Care*”. Nursing Procedures, 4th Edition, p 694 - 697.
  4. “Professional Nursing Skills”. Fundamentals of nursing: concepts, process, and practice, p 418 - 419. Jul 1, 1999.
  5. John YS Kim, MD “Facial Nerve Paralysis”. eMedicine World Medical Library - Medscape. 2012.

19. HÚT ĐỜM HẦU HỌNG

### ĐẠI CƯƠNG

* + Ðường 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.

### 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.

### 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.

### CHUẨN BỊ

1. **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, đè 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.

### 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.

### Thực hiện kỹ thuật

* + 1. - Kiểm tra các dụng cụ cấp cứu trước khi tiến hành để đề phòng những diễn biến bất thường. Ðưa dụng cụ đến bên giường bệnh.

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

* + 1. - 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.

* + 1. - 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.
    2. - Mở túi đựng ống thông, sát khuẩn tay nhanh, đi găng, nối ống thông với hệ thống hút.
    3. - 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.
    4. - Đưa ống thông vào miệng,hút sạch dịch trong khoang miệng.
    5. - Lặp lại động tác hút đến khi sạch.Mỗi lần hút không quá 15 giây.
    6. - Hút nước tráng ống thông, tháo ống thông ngâm vào dung dịch khử khuẩn.
    7. ***-*** 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.

* + 1. - Thu dọn dụng cụ, rửa tay.
    2. - 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.

### 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).

### 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.

### 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 xủ 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 xủ 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.

20. THAY BĂNG CÁC VẾT LOÉT HOẠI TỬ RỘNG SAU TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO

### I. ĐẠI CƯƠNG

Loét hoại tử rộng là một loại tổn thương thường gặp ở người bệnh tai biến mạch máu não do hậu quả của quá trình bị tỳ đè kéo dài gây thiếu máu nuôi tổ chức làm chết tế bào gây hoại tử da và tổ chức giữa vùng xương với vật có nền cứng. Loét hay gặp tại những vị trí nơi cơ thể tiếp xúc liên tục với giường, đệm khi nằm như hai gót chân, vùng cùng cụt, bả vai, phần đỉnh chẩm. Là một tổn thương có thể dự phòng và điều trị được. Tuy nhiên, để cho một vết loét lành hoàn toàn và duy trì bền lâu thì cần có chế độ chăm sóc tích cực và phù hợp.

### II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả người bệnh có loét.

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

### IV. CHUẨN BỊ

**1. Người thực hiện**

01 Bác sĩ, 01 điều dưỡng.

### 2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

#### *a. Dụng cụ VK*

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

#### *b. Dụng cụ khác*

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

#### *c . Thuốc, các dung dịch*

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

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

### d. Người bệnh

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

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

### 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

#### - Điều dưỡng rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

* + 1. - Đưa dụng cụ đến bên giường người bệnh
    2. - Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp. Động viên người bệnh.

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

* + 1. - Tháo bỏ băng cũ bằng găng sạch hoặc kẹp. Nếu dịch, máu thấm vào gạc gây khó bóc thì dùng dung dịch nước muối sinh lý tưới ẩm gạc.

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

* + 1. - Điều dưỡng sát khuẩn tay, mở gói chăm sóc, rót dung dịch vào bát kền, đi găng vô khuẩn
    2. - Dùng kẹp rửa vết loét bằng nước muối sinh lý (ôxy già nếu cần) từ trên xuống dưới, nếu:

+ Vết loét sạch: rửa từ mép vết loét (bên xa trước, bên gần sau)

rộng ra xung quanh.

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

#### - Sát khuẩn rộng xung quanh vết loét bằng betadine

* + 1. - Đắp thuốc (nếu có chỉ định)/hoặc Urgosorb/hoặc đường ưu trương vào ổ loét đã được cắt lọc để thấm hút dịch.
    2. - Đặt gạc vô khuẩn che kín vết loét, băng kín bằng băng dính (tốt nhất là dùng băng dính băng kín bốn mép gạc che vết loét

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

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

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

* + 1. - Thu dọn dụng cụ, rửa tay
    2. - Ghi phiếu theo dõi và chăm sóc

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

### VI. THEO DÕI

* + Theo dõi diễn biến của người bệnh trong và sau khi thay băng, chú ý các dấu hiệu đau, chảy máu.
  + Kiểm tra, đánh giá tình trạng vết loét hàng ngày và sau mỗi lần thay băng.

### VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

**1. Tai biến**

Cắt vào vùng tổ chức lành gây chảy máu.

### 2. Xử trí

* + Cầm máu bằng cách ấn giữ gạc vào chỗ chảy máu trong 3-5 phút.
  + Báo bác sĩ để có hướng xử trí phù hợp.

### Ghi chú:

* + Trong trường hợp loét sâu và gây viêm xương cần cắt bỏ phần xương nhô thì sẽ do bác sĩ thực hiện.
  + Cần cân nhắc khi dùng oxy già để rửa vết loét (chỉ sử dụng khi thực sự cần thiết).
  + Đối với chỉ định cắt lọc chỉ thực hiện khi thực sự cần thiết.
  + Không cắt lọc với những vết thương sạch/có nguy cơ nhiễm khuẩn mô tế bào.
  + Nếu vết loét ở vùng cùng cụt khi người bệnh đại, tiểu tiện cần vệ sinh cẩn thận, tránh để nước tiểu và phân dính vào. Nếu dính phải thay băng ngay.
  + Luôn giữ cho người bệnh được sạch sẽ và khô ráo.
  + Thay đổi tư thế cho người bệnh 2 giờ/1 lần, tránh tỳ đè vào vết loét.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “*Dự phòng, chăm sóc và điều trị mảng mục*”. *Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh*, tập II, trang 36 - 38. Nhà xuất bản Y học 2004.
2. “*Prevention of pressure ulcers*”. *Stroke Northumbria: Stroke care guide- Professional version*, p 75-79. May 2003.
3. Jane Bridel - Nixon (1009). “*Pressure sores*”. *Nursing Managment of Chronic Wounds – Second Edition,* p 153-172. 1998
4. Mills, Elizabeth Jacqueline (2004). “*Skin Care: Pressure Ulcers”. Nursing Procedures*, 4th Editi

21. 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 peripherical 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**

1. iều 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).



### 3. 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

#### - Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang

* 1. - Kiểm tra lại dụng cụ và mang đến bên giường người bệnh
  2. - Đặt máy theo dõi (monitoring) vào vị trí thuận lợi, dễ nhìn, chắc chắn
  3. - Để người bệnh ở tư thế thích hợp, an toàn
  4. - Giải thích, động viên người bệnh phối hợp khi tiến hành kỹ thuật
  5. - 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
  6. - Thông báo kết quả cho người bệnh hoặc người nhà người bệnh biết
  7. - Dặn người bệnh hoặc gia đình những điều cần thiết
  8. - 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 báo 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 đề phòng bộ phận này bị tuột hoặc lỏng hoặc dây cáp bị đứt dẫn đến chỉ số sai và cần phối hợp với thăm khám tình trạng lâm sàng của người bệnh để xử trí kịp thời.

***Lưu ý:*** hạn chế của đo 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. Robert E.St.John. *“Airway and Ventilatory Management”. AACN Essentials of critical Care Nursing*, p116-117. Published July 29th 2005 by McGraw-Hill Medical Publishing.
2. Mills, Elizabeth Jacqueline (2004*). “Respiratory Care: Monitoring”. Nursing Procedures*, 4th Edition, p 413-426.
3. Holmes S, and SJ Peffers (2009). *PCRS-UK Opinion Sheet No. 28*: Pulse Oximetry in Primary Care.[www.pcrs-uk.org.](http://www.pcrs-uk.org/)
4. Valdez-Lowe (2009). *Pulse Oximetry in Adults AJN* 109(6): 52-59.

22. ĐẶT SONDE BÀNG QUANG

#### ĐẠI CƯƠNG

Đặt sonde niệu đạo-bàng quang là thủ thuật dùng để chẩn đoán và điều trị trong một số bệnh tiết niệu. Đây là kỹ thuật sử dụng một ống thông đặt từ lỗ niệu đạo vào đến bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài.

#### CHỈ ĐỊNH

* + Bí tiểu.
  + Để làm trống bàng quang trước khi phẫu thuật.
  + Để bơm thuốc vào bàng quang trong điều trị chảy máu bàng quang hoặc nhiễm trùng bàng quang.
  + Xác định khối lượng nước tiểu tồn dư khi không xác định được chính xác khi siêu âm.
  + Chụp phát hiện trào ngược bàng quang niệu quản ngược dòng.
  + Rửa bàng quang.
  + Chuẩn bị cho nghiên cứu can thiệp đường tiết niệu dưới.
  + Tiểu tiện không tự chủ.
  + Chờ hồi phục tổn thương đường tiết niệu dưới sau phẫu thuật.

#### CHỐNG CHỈ ĐỊNH

* + Viêm niệu đạo cấp.
  + Hẹp niệu đạo.
  + Chấn thương vỡ niệu đạo, đứt niệu đạo.

#### CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện**
   * Bác sĩ: 01 bác sĩ thực hiện thủ thuật.
   * Điều dưỡng: 01 người.

#### Phương tiện

* + Giường thực hiện thủ thuật: 01 chiếc
  + Sonde bàng quang: các loại kích cỡ tùy thuộc người bệnh.
  + Gel bôi trơn hoặc dầu paraphin.
  + Dung dịch betadin sát trùng: 01 lọ
  + Săng vô khuẩn loại có lỗ: 01 chiếc
  + Săng vô khuẩn không có lỗ: 01 chiếc
  + Mảnh vải nhựa đặt dưới mông người bệnh.
  + Nước muối sinh lý 0,9%: 100ml
  + Kim tiêm, bơm tiêm 5ml: 01 chiếc
  + Bông băng, gạc vô trùng: 04 gói
  + Găng tay vô trùng: 02 đôi
  + Ống nghiệm: 04 ống

#### Người bệnh

Người bệnh và người nhà người bệnh được nghe bác sĩ giải thích kỹ về tác dụng và tai biến của thủ thuật và ký vào giấy cam kết đồng ý làm thủ thuật.

#### Hồ sơ bệnh án

Bệnh án được hoàn thiện với các thủ tục dành cho người bệnh tiến hành làm thủ thuật.

#### CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Kiểm tra hồ sơ**

Kiểm tra các xét nghiệm đã được làm.

#### Kiểm tra người bệnh

Đối chiếu tên, tuổi, chẩn đoán bệnh.

#### Thực hiện kỹ thuật

* + Người bệnh được kiểm tra mạch, huyết áp trước khi tiến hành thủ thuật
  + Bác sĩ rửa tay, đi găng vô trùng, mặc áo thủ thuật.
  + Người bệnh nằm ngửa, co chân, đầu gối chống lên khoảng 600, bàn chân đặt thoải mái.
  + Trải mảnh vải nhựa dưới mông người bệnh sau đó trải săng vô khuẩn không lỗ.
  + Sát trùng rộng toàn bộ bộ phận sinh dục và bàng quang.
  + Trải 01 săng vô khuẩn có lỗ bộc lộ vùng lỗ niệu đạo.
  + Dùng tay trái để tách hai mép âm hộ hoặc miệng sáo, tay này đã được coi như nhiễm khuẩn nên không dùng để cầm sonde.
  + Đẩy sonde vào khoảng 6-8 cm sau đó xem nước tiểu đã chảy theo sonde ra ngoài chưa. Nếu đã thấy nước tiểu ra ngoài, điều chỉnh sonde và bơm cuff 10ml natriclorua 9% cố định sonde tiểu.
  + Dùng bơm 20ml lấy nước tiểu vào các ống xét nghiệm.
  + Nối sonde tiểu với túi đựng nước tiểu.
  + Cho người bệnh về giường bệnh.

#### THEO DÕI

* + Các thông số sinh tồn: toàn trạng, mạch, huyết áp, nhịp thở.
  + Kiểm soát đau.
  + Theo dõi số lượng, màu sắc, tính chất nước tiểu trong 24 giờ.

#### TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

* + Chảy máu niệu đạo do sang chấn.
  + Tổn thương niệu đạo do bơm cuff cố định khi sonde chưa được đặt đứng vị trí vào trong bàng quang. Xử trí: rút bơm cuff để chỉnh sonde lại đúng vị trí. Dùng thuốc giảm đau, chống viêm và theo dõi sự hồi phục.
  + Nhiễm trùng: kháng sinh thích hợp như cephalosphorine hoặc quinolon.
  + Phù nề niệu đạo do quá trình đặt sonde hoặc bơm bóng khi sonde vào chưa đúng vị trí. Xử trí: dùng thuốc giảm đau, chống viêm và theo dõi sự hồi phục.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gardam MA, Amihod B, Orenstein P, et al. 1998. Overutilization of indwelling urinary catheters and the development of nosocomial urinary tract infections. *Clin Perform Qual Health Care.* 6:99.
2. Cravens DD, Zweig S. 2000. Urinary catheter management. *Am Fam Physician.* 61:369.
3. Holroyd-Leduc JM, Sands LP, Counsell SR, et al. 2005. Risk factors for indwelling urinary catheterization among older hospitalized patients without a specific medical indication for catheterization. *J Patient Saf.* 1:201.
4. Jain P, Parada JP, David A et al. 1995. Overuse of the indwelling urinary tract catheter in hospitalized medical patients. *Arch Intern Med.* 155:1425.
5. Givens CD, Wenzel RP. 1980. Catheter-associated urinary tract infections in surgical patients: a controlled study on the excess morbidity and costs. *J Urol.* 124:64Wilkins; pp 714-729.

6. Ruth F. Craven; Constance J. Hirnle; (2007); Urinary Elimination; *Fundamentals of Nursing*, Fifth Edition; Lippincott Williams  Wilkins; pp 1076-1113.

23. ĐO LƯỢNG NƯỚC TIỂU 24 GIỜ

#### ĐẠI CƯƠNG

Là đo lượng nước tiểu của người bệnh trong thời gian 24 giờ.

#### CHỈ ĐỊNH

* + Định lượng protein niệu, ure niệu, creatinin niệu, điện giải niệu… 24 giờ.
  + Tính bilan dịch vào ra.
  + Theo dõi số lượng và tính chất của nước tiểu.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH** Không có.

#### CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện**

Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên.

#### Phương tiện

* + Một bình nhựa có thể tích khoảng 3-5 lít.
  + Bình thủy tinh có vạch chia thể tích.
  + Hóa chất bảo quản: acid HCl 1%.
  + Gạc vô trùng.
  + Dung dịch vô khuẩn.
  + Găng tay không vô khuẩn loại dùng 1 lần.

#### Người bệnh

Giải thích cho người bệnh lý do và qui trình đo nước tiểu 24 giờ.

#### Hồ sơ bệnh án

1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Kiểm tra hồ sơ**
3. **Kiểm tra người bệnh**
4. **Thực hiện kỹ thuật**

##### *Đối với người bệnh tiểu tự chủ*

* + - Giải thích cho người bệnh mục đích cần đo nước tiểu 24 giờ.
    - Buổi sáng sớm thức dậy đi tiểu bỏ hết (ví dụ thức dậy lúc 6 giờ sáng thì lấy nước tiểu đến 6 giờ sáng hôm sau).
    - Kể từ lần đi tiểu kế tiếp, tất cả nước tiểu được gom vào bình chứa (kể cả nước tiểu hứng được lúc đi đại tiện).
    - Sáng hôm sau thức dậy đi tiểu lần cuối vào bình chứa.
    - Đo thể tích nước tiểu trong 24 giờ.
    - Khuấy đều nước tiểu trong bình, lấy một mẫu nước tiểu cho các xét nghiệm cần thiết.

##### *Đối với người bệnh đặt sonde tiểu*

* + - Giải thích cho người bệnh và người nhà về thủ thuật.
    - Rửa tay bằng dung dịch sát khuẩn.
    - Đeo găng tay thường loại dùng 1 lần để đề phòng nước tiểu bị nhiễm bẩn.
    - Sát trùng đầu túi đựng nước tiểu bằng gạc có dung dịch sát khuẩn để tránh làm nhiễm bẩn nước tiểu.
    - Tháo nước tiểu từ túi đựng nước tiểu vào bình chứa, có thể lặp lại nhiều lần trong ngày nếu túi nước tiểu quá đầy.
    - Đo lượng nước tiểu và quan sát tính chất của nước tiểu.
    - Khuấy đều nước tiểu trong bình, lấy một mẫu nước tiểu cho các xét nghiệm cần thiết.

#### Ghi hồ sơ

* Số lượng nước tiểu 24 giờ.
* Tên người tiến hành hướng dẫn người bệnh.

#### THEO DÕI

Số lượng nước tiểu và tính chất nước tiểu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

* 1. Iwata, A., T. Okada, et al. (2013). Is it necessary to collect and store 24-h urine samples at 4 degrees C?. *Clin Exp Nephrol* 17(1): 144-146.
  2. Giddens, J. and G. Robinson (1998). How accurately do parents collect urine samples from their children? A pilot study in general practice. *Br J Gen Pract* 48(427): 987-988.
  3. Hu, Y., J. Beach, et al. (2004). Disposable diaper to collect urine samples from young children for pyrethroid pesticide studies. *J Expo Anal Environ Epidemiol* 14(5)

24. RỬA BÀNG QUANG LẤY MÁU CỤC

#### ĐẠI CƯƠNG

Rửa bàng quang lấy máu cục là kỹ thuật đưa một lượng dịch vô trùng vào bàng quang và sau đó dẫn lưu ra qua sonde bàng quang nhằm làm sạch máu cục trong bàng quang.

#### CHỈ ĐỊNH

Có máu cục trong bàng quang.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

#### CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện** Điều dưỡng.

#### Phương tiện

Bộ dụng cụ để đặt sonde tiểu:

* + Bơm vô trùng 50 ml
  + Nước muối sinh lý 0,9%: 1000 ml
  + Cọc treo.
  + Gạc sạch và gạc thấm dung dịch sát khuẩn để sát khuẩn đầu sonde.
  + Dung dịch sát khuẩn.
  + Găng vô trùng.
  + Kẹp Kocher.
  + Khay quả đậu vô trùng.
  + Săng vô trùng.
  + Băng dính.
  + Dụng cụ để sát khuẩn tay.
  + Giấy thấm bảo vệ dùng 1 lần.

#### Người bệnh

* + Giải thích cho người bệnh lí do rửa bàng quang, quy trình rửa diễn ra như thế nào và biến chứng có thể xảy ra.

1. Đặt người bệnh nằm ngửa, có giấy thấm phía dưới người bệnh. Hồ sơ bệnh án
2. **CÁCH TIẾN HÀNH**
   1. **Kiểm tra hồ sơ**
   2. **Kiểm tra người bệnh**
   3. **Thực hiện kỹ thuật**
      * Điều dưỡng đeo khẩu trang, đội mũ, rửa sạch tay.
      * Mở dụng cụ vô trùng.
      * Đặt dụng cụ lên khu vực đã được khử trùng trước đó.
      * Mở các túi gạc sạch và gạc được thấm dung dịch sát khuẩn.
      * Chuẩn bị dung dịch trong các cốc vô trùng: nước muối sinh lý hoặc nước muối sinh lý với thuốc được chỉ định.
      * Đặt săng vô trùng giữa hai chân.
      * Rửa tay bằng cồn.
      * Đeo găng vô trùng.
      * Đặt sonde tiểu nếu người bệnh chưa có sonde bàng quang.
      * Nếu người bệnh đã có sonde bàng quang: kẹp sonde phía trên vị trí đầu sonde nối với túi nước tiểu (không kẹp trực tiếp vào sonde mà quấn gạc vào sonde rồi kẹp để tránh làm hỏng sonde).
      * Dùng gạc thấm dung dịch sát khuẩn để tháo sonde ra khỏi túi đựng nước tiểu và sát khuẩn đầu sonde.
      * Đặt đầu sonde lên khay quả đậu vô trùng, dùng băng dính cố định đầu sonde vào khay quả đậu.
      * Che đầu túi đựng nước tiểu bằng 1 miếng gạc sạch thấm dung dịch sát khuẩn
      * Cắm bơm tiêm nước muối vào đầu sonde.
      * Tháo kẹp ở sonde.
      * Bơm từ từ 50ml nước muối sinh lý vào bàng quang rồi hút ra hoặc kết nối đầu sonde với chai nước muối sinh lý 1000 ml (chai này được treo trên cọc truyền). Nòng còn lại của sonde bàng quang được nối với bộ dây truyền huyết thanh thứ 2 rồi thả vào túi đựng nước tiểu. Làm như vậy nhiều lần cho đến khi nước ra trong
      * Kẹp sonde lại và rút bơm tiêm ra.
      * Nối lại sonde vào túi nước tiểu.
      * Tháo kẹp sonde, kiểm tra xem có nước tiểu chảy ra không.
      * Đưa người bệnh trở lại vị trí và tư thế ban đầu.
      * Ghi vào phiếu theo dõi: màu sắc dịch rửa bàng quang, có cục máu đông không, thể tích dịch rửa.

#### Ghi hồ sơ

* + - Ngày giờ rửa bàng quang.
    - Dung dịch rửa, số lượng dịch.
    - Tính chất, màu sắc nước chảy ra.
    - Tình trạng của người bệnh trong và sau khi rửa.
    - Tên người tiến hành.

#### THEO DÕI

* Nhiệt độ, huyết áp, mạch người bệnh.
* Dịch chảy ra: số lượng, màu sắc.

#### TAI BIẾN

* Người bệnh đau khi lượng dịch rửa đưa vào quá nhiều.
* Tắc sonde.

#### XỬ TRÍ TAI BIẾN

* Thay sonde bàng quang khi có tắc sonde.
* Giảm đau nếu cần thiết.
* Truyền máu nếu mất máu quá nhiều.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

* 1. Choong SK, Walkden M, and Kirby R (2000). The management of intractable haematuria. *BJU Int,* 86 (9), pp. 951-9.
  2. Steve Scholtes (2002). Management of clot retention following urological surgery. *Nursing Times.net*, 98 (28), pp48.
  3. Hosking DH et al (1999). Is stening following ureteroscopy for removal of distal ureteral calculi necessary?. *Journal of urol*, 161, pp48-50.

25. RỬA BÀNG QUANG

#### ĐẠI CƯƠNG

Rửa bàng quang là kỹ thuật nhằm làm sạch bàng quang bằng cách đưa một lượng dịch vô trùng vào bàng quang và sau đó dẫn lưu ra qua sonde bàng quang.

#### CHỈ ĐỊNH

* + Viêm mủ bàng quang.
  + Máu cục trong bàng quang.
  + Loại bỏ cục máu đông, những mảnh niêm mạc và tế bào nội mô trong bàng quang sau can thiệp ngoại khoa vùng bàng quang, niệu đạo, tiền liệt tuyến.

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định.

#### CHUẨN BỊ

1. **Người thực hiện**

Điều dưỡng.

#### Phương tiện

* + Nước muối sinh lý 0,9%: 1000ml
  + Bộ dụng cụ để đặt sonde tiểu.
  + Bơm vô trùng 50 ml.
  + Cọc treo.
  + Gạc sạch và gạc thấm dung dịch sát khuẩn để sát khuẩn đầu sonde.
  + Dung dịch sát khuẩn.
  + Găng vô trùng.
  + Kẹp Kocher.
  + Khay quả đậu vô trùng.
  + Săng vô trùng.
  + Băng dính.
  + Dụng cụ để sát khuẩn tay.
* Giấy thấm bảo vệ dùng 1 lần.

1. **Người bệnh**
   * Giải thích cho người bệnh lý do rửa bàng quang, quy trình rửa diễn ra như thế nào và biến chứng có thể xảy ra.
   * Đặt người bệnh nằm ngửa, có giấy thấm phía dưới người bệnh.

#### Hồ sơ bệnh án

Ghi hồ sơ.

#### CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Kiểm tra hồ sơ**
2. **Kiểm tra người bệnh**
3. **Thực hiện kỹ thuật**
   * Điều dưỡng đeo khẩu trang, đội mũ, rửa sạch tay.
   * Mở dụng cụ vô trùng.
   * Đặt dụng cụ lên khu vực đã được khử trùng trước đó.
   * Mở các túi gạc sạch và gạc được thấm dung dịch sát khuẩn.
   * Chuẩn bị dung dịch trong các cốc vô trùng: nước muối sinh lý hoặc nước muối sinh lý với thuốc được chỉ định.
   * Đặt săng vô trùng giữa hai chân.
   * Rửa tay bằng cồn.
   * Đeo găng vô trùng.
   * Đặt sonde tiểu nếu người bệnh chưa có sonde bàng quang.
   * Nếu người bệnh đã có sonde bàng quang: kẹp sonde phía trên vị trí đầu sonde nối với túi nước tiểu (không kẹp trực tiếp vào sonde mà quấn gạc vào sonde rồi kẹp để tránh làm hỏng sonde).
   * Dùng gạc thấm dung dịch sát khuẩn để tháo sonde ra khỏi túi đựng nước tiểu và sát khuẩn đầu sonde.
   * Đặt đầu sonde lên khay quả đậu vô trùng, dùng băng dính cố định đầu sonde vào khay quả đậu.
   * Che đầu túi đựng nước tiểu bằng 1 miếng gạc sạch thấm dung dịch sát khuẩn.
   * Cắm xi lanh nước muối vào đầu sonde.
   * Tháo kẹp ở sonde.
   * Bơm từ từ 50ml nước muối sinh lý vào bàng quang rồi hút ra hoặc kết nối đầu sonde với chai nước muối sinh lý 1000ml (chai này được treo trên cọc truyền). Nòng còn lại của sonde bàng quang được nối với bộ dây truyền huyết thanh thứ 2 rồi thả vào túi đựng nước tiểu. Làm như vậy nhiều lần cho đến khi nước ra trong.
   * Kẹp sonde lại và rút bơm tiêm ra.
   * Nối lại sonde vào túi nước tiểu.
   * Tháo kẹp sonde, kiểm tra xem có nước tiểu chảy ra không.
   * Đưa người bệnh trở lại vị trí và tư thế ban đầu.
   * Ghi vào phiếu theo dõi: màu sắc dịch rửa bàng quang, có cục máu đông không, thể tích dịch rửa.

#### Ghi hồ sơ

* + Ngày giờ rửa bàng quang.
  + Dung dịch rửa, số lượng dịch.
  + Tính chất, màu sắc nước chảy ra.
  + Tình trạng của người bệnh trong và sau khi rửa.
  + Tên người tiến hành.

#### THEO DÕI

* + Nhiệt độ, mạch, huyết áp người bệnh.
  + Nước tiểu chảy ra qua sonde: số lượng, tính chất.

#### TAI BIẾN

* + Người bệnh đau khi lượng dịch rửa đưa vào quá nhiều.
  + Tắc sonde.
  + Nhiễm trùng tiết niệu.

#### XỬ TRÍ TAI BIẾN

* + Thay sonde bàng quang khi có tắc sonde.
  + Giảm đau nếu cần thiết.
  + Kháng sinh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Castledine G (2001). Case 42: bladder washout. Staff nurse who carried out a bladder washout using Diet Coke, *Br J Nurs,* 10 (3), pp. 144.
2. Hess J, Tschirdewahn S, Szarvas T, et al. (2011). Urothelial carcinoma of the bladder: evaluation by combined endoscopy and urine cytology: is incontrovertible assessment possible?. *Urologe A,* 50 (6), pp. 702-5.

Steve Scholtes B (2002). Management of clot retention following urological surgery, *Nursing times*, Volume 48.

26. CHỌC THÁO DỊCH Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ

1. 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.

1. 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.

1. 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 chướng nhiều hơi.

1. CHUẨN BỊ
2. **Người thực hiện**: 1 bác sĩ, 1 điều đưỡng phụ. Bác sỹ rửa tay, đi găng vô khuẩn.
3. **Phương tiện**

Dụng cụ chọc dò:

+ Kim chọc dài 5 - 6 cm, đường kýnh 10/10 cm.

+ Bơm tiêm 10 hoặc 20ml vô khuẩn, ống dẫn dài 1m để nối vào kim.

+ Thuốc sát khuẩn, cồn 70 độ, 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.

1. **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.

1. **Hồ sơ bệnh án**

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

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

1. 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 nối rốn với gai chậu trước trên, chia đường này thành 3 phần, sát khuẩn điểm nối 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.
  + 1. **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 đễ dẫn dịch chảy vào xô.
* Băng phủ kýn đầu kim và lấy băng dính cố định đầu kim.
* Theo dõi sắc mặt của người bệnh.
  + 1. **Sau khi chọc**
* Thầy 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).

1. THEO DÕI

* Sắc mặt.
* Mạch, huyết áp.
* Số lượng và tính chất dịch

1. 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 bẩn, bác sỹ phải rút kim ra ngay, băng kýn. 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.

1. TÀI LIỆU THAM KHẢO
2. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện (2001): 295-298

27. ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY

1. 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.

1. CHỈ ĐỊNH
2. 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.
3. Để rửa dạ dày: trong trường hợp ngộ độc cấp hoặc chảy máu
4. 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.
5. Theo dõi tình trạng chảy máu dạ dày, sự tái phát của chảy máu dạ dày.
6. Lấy dịch dạ dày làm xét nghiệm.
7. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

* Tổn thương ở thực quản: u, dò, bỏng thực quản dạ dày do acid 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.

1. CHUẨN BỊ
2. **Người thực hiện:** một điều dưỡng (điều dưỡng)
3. **Phương tiện**

* Ống Faucher cỡ to 14-22 (đường kýnh 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

1. **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.
2. **Hồ sơ bệnh án**
3. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
4. **Kiểm tra hồ sơ**
5. **Kiểm tra người bệnh**
6. **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 dái 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 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 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, kých cỡ, sự hợp tác của người bệnh trong quá trình làm thủ thuật và phương pháp kiểm tra vị trí của ống thông.
7. 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.

1. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

* Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: máy hút, đặt nội khí quản
* Nhịp tim chậm, ngất do kých 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.

28. ĐẶT ỐNG THÔNG HẬU MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG/ĐỊNH NGHĨA

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

1. CHỈ ĐỊNH

* Trong trường hợp chướng 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

1. III CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương ở hậu môn, trực tràng.

1. CHUẨN BỊ
2. **Người thực hiện**: điều dưỡng, kỹ thuật viên
3. **Phương tiện**
   * Ống thông hậu môn: 1 chiếc
   * Găng tay sạch: 2 đôi
   * Băng dính
   * K - Y hoặc parafin
   * Gạc sạch: 1 gói
   * 1 tấm nilon.
4. **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.

1. **Hồ sơ bệnh án**
2. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
3. **Kiểm tra hồ sơ**
4. **Kiểm tra người bệnh**
5. **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 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 banh 2 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.

1. THEO DÕI

* Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở
* Tình trạng bụng: có đỡ chướng 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.

1. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

29. RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU

* 1. **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.

* 1. **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.
  2. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**
* Ngộ độc acid hoặc base mạnh hoặc ngộ độc sau 6 tiếng.
* Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bỏng, u, dò thực quản.
* Người bệnh suy kiệt nặng…
* Thủng dạ dày
* Hôn mê (nếu rửa phải đặt nội khí quản)
  1. **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 bốc có ngấn.
   * Nước sôi để nguội có pha 5g muối ăn cho 1 lít. Chuẩn bị 5 lít.
   * Nước ấm 370 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.

1. **Hồ sơ bệnh án**
   1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Kiểm tra hồ sơ**
3. **Kiểm tra người bệnh**
4. **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 bốc, 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.
  1. **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.
  1. **TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**
* Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: nội khí quản có bóng chèn, rót nước một lần dưới 500ml.
* Nhịp tim chậm, ngất do kých 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.

30. SIÊU ÂM Ổ BỤNG

1. **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 lí thuộc gan, mật, lách, tụy, hệ tiết niệu, hệ sinh dục, viêm ruột thừa, khối u lớn ở ruột, dịch ổ bung, dịch màng phổi và dịch màng ngoài tim…

1. **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 k (không có triệu chứng gì).

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Không có chống chỉ định tuyệt đối với siêu âm

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Người thực hiện**: một bác sỹ siêu âm và một điều dưỡng ghi kết quả.
3. **Phương tiện**

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

1. **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 mót 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.

1. **Hồ sơ bệnh án**

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

1. **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**

Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện.Nguyễn Phước Bảo Quân (2006). Siêu âm bụng tổng quát.

31. TEST NHANH TÌM HỒNG CẦU ẨN TRONG PHÂN

1. **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

1. **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 đai trực tràng.

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

1. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đi đại tiện phân máu đại thể

1. **CHUẨN BỊ**
2. **Chuẩn bị người bệnh**

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

1. **Chuẩn bị dụng cụ**

Một lọ xét nghiệm để tiến hành làm test

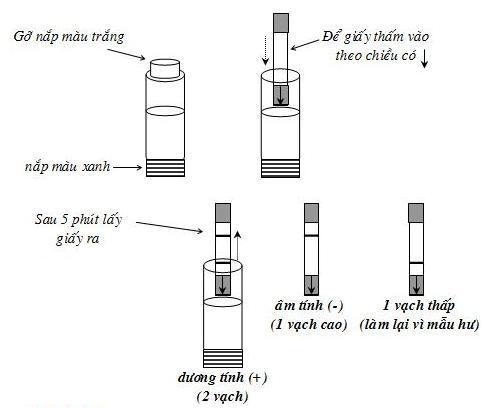
1. **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**
2. **Hướng dẫn thực hiện**

***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.

1. **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



1. **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 huớng dẫn như trên.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế. Quy trình kỹ thuật bệnh viện.
2. James E. Alliston. The role of fecal occult blood testing in screening for colorectal cancer. *Practical Gastroenterology*, June 2007; 20- 32.

32. 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 cǎn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ǎn, hoặc giờ thǎm 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 chǎn.
* 01 bô dẹt
* Giấy vệ sinh

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Đối chiếu tên tuổi ngƣời 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 bô 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 thụt, thuốc thụt - số lượng, kết quả thụt, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.

**VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỤT THÁO**

* Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thụt (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. "Giving a Medicated Enema." In *Nurse's Clinical Guide to Medication Administration.* Springhouse, PA: Springhouse Corporation, 2000.

33. 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 cǎn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ǎn, hoặc giờ thǎm 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 bốc thụt có gắn ống cao su, trụ treo bốc 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 chǎn.
* 01 bô dẹt

**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 bốc thụt. Kẹp ống lại.
* Đổ nước vào bốc thụt.
* Treo bốc 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 rốn 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 bốc 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 bô 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, chat 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 thụt, dung dịch thụt - số lượng.
* Kết quả thụt, tính chất phân.
* Tên người làm thủ thuật.

**VI. THEO DÕI NGƢỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỤT 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 thụt (đau bụng).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

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

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

34. THỤT THÁO PHÂN

* 1. **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 tiên được hoặc làm sạch lòng đại tràng.

* 1. **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
  1. **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
  1. **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 cǎn dặn người bệnh những điều cần thiết. Không thụt vào giờ người bệnh ǎn, hoặc giờ thǎm người bệnh. Nhắc người bệnh đi tiểu trước khi thụt.

1. **Dụng cụ**

* Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang trước khi chuẩn bị dụng cụ.
* Vài miếng gạc.
* Dầu nhờn
* 1 tấm nylon
* 1 vải đắp hoặc chǎn.
* 1 bô dẹt
* Giấy vệ sinh
  1. **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 bô 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 thụt, thuốc thụt, số lượng, kết quả thụt, tính chất phân, tên người làm thủ thuật.
  1. **THEO DÕI NGƯỜI BỆNH TRONG VÀ SAU KHI THỤT THÁO**
* Theo dõi tình trạng chung (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ) để phát hiện những thay đổi bất thường sau thụt (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.

**35. QUY TRÌNH HÚT DỊCH KHỚP GỐI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khớp gối được tạo nên bởi đầu dưới xương đùi, đầu trên xương chày và xương bánh chè. Màng hoạt dịch khớp gối rất rộng, bao phủ toàn bộ khớp gối và tạo nên túi cùng màng hoạt dịch lót trong khớp gối vị trí trên xương đùi và dưới xương bánh chè. Khi khớp gối bị tràn dịch, dịch khớp thường tập trung tại túi cùng màng hoạt dịch Tràn dịch khớp gối có thể gặp trong một số bệnh lý: thoái hóa khớp gối có phản ứng viêm, các bệnh viêm khớp tự miễn (viêm khớp dạng thấp, lupus..), gút, bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính, hay nhiễm khuẩn khớp, chấn thương khớp, bệnh lý rối loạn đông máu...

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Hút dịch làm xét nghiệm dịch để chẩn đoán nguyên nhân

- Hút tháo dịch để điều trị

- Hút dịch sau đó tiêm khớp điều trị

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Các bệnh lý rối loạn đông máu.

- Nhiễm khuẩn ngoài da tại vị trí khớp định chọc hút.

**IV. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện (chuyên khoa)

- 01 Bác sỹ: là các bác sỹ chuyên khoa cơ xương khớp được đào tạo và cấp chứng chỉ chuyên ngành cơ xương khớp và chứng chỉ tiêm khớp.

- 01 Điều dưỡng phụ: là điều dưỡng đã được đào tạo. 2. Phƣơng tiện

- Kim chọc hút (18Gauche, 20Gauche, 23 Gauche, dài 4-8cm, bơm tiêm 10ml, 20 ml.

- Bông, cồn iod sát trùng, panh, băng dính vô khuẩn.

- Thuốc gây tê Lidocain 2%.

- Lam kính, ống nghiệm vô khuẩn, ống nghiệm có Heparin chống đông

- Hộp dụng cụ chống sốc 64

- Gối kê khoeo chân để chân gấp nhẹ 150

3. Chuẩn bị ngƣời bệnh

- Người bệnh được giải thích trước về thủ thuật nhằm hợp tác với bác sỹ.

- Bệnh án hoặc các tài liệu (đơn, xét nghiệm, X quang,…) để thầy thuốc kiểm tra (nếu cần thiết) trước khi thực hiện thủ thuật (chú ý xét nghiệm đông máu cơ bản, chỉ định, bệnh kết hợp,…).

- Bác sỹ thăm khám lại người bệnh trước khi tiến hành chọc dịch.

4. Hồ sơ bệnh án, đơn

- Theo mẫu quy định

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH CHỌC HÚT DỊCH KHỚP**

Thực hiện tại phòng thủ thuật vô trùng

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án, đơn hoặc phiếu chỉ định thủ thuật về chỉ định, chống chỉ định

- Hướng dẫn tư thế người bệnh và xác định các mốc giải phẫu:

+ Hút dịch khớp gối vị trí túi cùng trên ngoài: Người bệnh nằm ngửa, gối hơi gấp 15 độ bằng gối kê dưới khoeo chân. Xác định điểm đặt kim là vị trí trên ngoài, chỗ hõm giữa bờ trên ngoài xương bánh chè và bờ ngoài gân cơ tứ đầu đùi, hướng kim chếch vào trong và xuống dưới gầm xương bánh chè hoặc vị trí cạnh bên khe khớp giữa xương bánh chè và đầu dưới xương đùi (Hình hút dịch gối)

- Sát trùng tay, đi găng vô khuẩn

- Sát khuẩn rộng vùng có chỉ định chọc hút dịch - Gây tê dưới da vị trí đặt kim

- Đưa kim vào vị trí đã xác định, hướng kim vuông góc với mặt da vừa đưa kim vừa hút chân không cho tới khi thấy dịch, hút nhẹ nhàng và từ từ.

- Khi lấy được dịch khớp: cần đánh giá đại thể dịch khớp (số lượng, màu sắc, độ nhớt, độ trong ), hoặc cần làm xét nghiệm nếu có chỉ định.

- Sau khi đã hút hết dịch, tiến hành tiêm thuốc nếu có chỉ định

- 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, không để ướt vị trí chọc hút trong vòng 24 h sau tiêm, sau 24h bỏ băng và có thể rửa nước bình thường vào chỗ tiêm, tái khám nếu thấy chảy dịch hoặc viêm tấy tại vị trí chọc dò, hoặc có sốt,…

**VI. THEO DÕI**

- Tình trạng đau; chảy máu tại chỗ; tình trạng nhiễm trùng thứ phát nếu có

**VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Nhiễm khuẩn khớp, phần mềm quanh khớp: do thủ thuật chọc dịch không đảm bảo vô khuẩn. Người bệnh thường có biểu hiện sốt, sưng đau tại chỗ, tràn dịch tái phát nhanh: cần điều trị kháng sinh.

- Chảy máu kéo dài tại chỗ chọc dò: 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.

- Biến chứng hiếm gặp: tai biến do người bệnh quá sợ hãi, có các biểu hiện kích thích hệ phó giao cảm: Người bệnh choáng váng, vã mồ hôi, ho khan, có cảm giác tức ngực khó thở, rối loạn cơ tròn,... 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.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế (2001). Hƣớng dẫn Quy trình kỹ thuật bệnh viện, tập II. Nhà xuất bản Y học, trang 406-407.

2. W Neal Roberts, Jr, MD (2011) Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.

3. Wise, CM (2009), Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009. p.721

**Hình ảnh minh họa hút dịch khớp gối**



******

***Hình minh họa: hút dịch khớp gối***

*Nguồn: W Neal Roberts (2011), Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011*

36. **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 70o, 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 săng 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. Konermann W, Wuisman P, Hillmann A, Rössner A, Blasius S. “Ultrasound guided needle biopsy for histological diagnosis of benign and malignant soft-tissue and bone tumours”. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1995;133:411-21.

**3. W Neal Roberts, Jr, MD (2011)** Joint aspiration or injection in adults: Technique and indications, UpToDate 2011, Last literature review version 19.3.

**4. Wise, CM (2009),** Aspiration and injection of joints in soft tissue. In: Textbook of Rheumatology, 8th Edition, Firestein, G, Budd, R, Harris, T, et al. (Eds), WB Saunders, Philadelphia 2009.