

NỘI SOI ĐẶT STENT KHÍ PHẾ QUẢN BẰNG ỚNG CỨNG

Mã số: III-1015

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt stent khí - phế quản là kỹ thuật đặt một giá đỡ vào khí, phế quản làm rộng và duy trì khẩu kính đường thở để điều trị một số trường hợp hẹp khí, phế quản bẩm sinh hoặc mắc phải. Đặt stent có thể thực hiện bằng ống soi khí phế quản mềm hoặc cứng. Stent có thể bằng nhựa hoặc bằng kim loại ở trẻ em ưu tiên dùng stent kim loại tự giãn nở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp khí, phế quản do sẹo sau can thiệp (thở máy, tạo hình khí, phế quản, ...) đã nong nhưng không thành công.
- Mềm khí, phế quản bẩm sinh hoặc mắc phải không đáp ứng với can thiệp khác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu chưa ổn định.
- Hẹp khí, phế quản do vòng sụn khép kín chưa nong phá vòng sụn hoặc chưa tạo hình.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, kỹ thuật viên, kíp gây mê, kỹ thuật viên x-quang, điều dưỡng êkip nội soi.

2. Phương tiện

- Stent đúng kích cỡ yêu cầu còn niêm phong và hạn sử dụng.
- Phòng nội soi: được trang bị hệ thống oxy, máy gây mê, đầy đủ các phương tiện cấp cứu theo cơ sở.
- Dàn máy nội soi phế quản ống mềm, ống soi mềm phù hợp lứa tuổi.
- Dàn nội soi ống cứng, ống cứng đủ kích cỡ, optique, camera.
- Máy chiếu x-quang di động.

3. Bệnh nhi hoặc người bệnh

- Giải thích cho gia đình người bệnh về lý do đặt stent, các tai biến có thể xảy ra khi gây mê, khi đặt.
- Gia đình người bệnh viết giấy cam đoan đồng ý gây mê và làm thủ thuật.

- Người bệnh đã có đủ các xét nghiệm cơ bản: Công thức máu, X-quang phổi, đông máu cơ bản. CT scan cổ ngực cản quang trước đặt.
- Khai thác tiền sử các bệnh lý khác: bệnh tim mạch, dị ứng, v.v...
- Người bệnh nhịn ăn hoàn toàn trước khi nội soi phế quản 4- 8 giờ.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của BHYT

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Thời gian nhịn ăn
- Kiểm tra lại vị trí, kích thích đoạn hẹp, các xét nghiệm cơ bản.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Nội soi khí, phế quản bằng ống mềm xác định vị trí, bản chất đoạn hẹp (mức độ, chiều dài) → chọn stent.

- Nội soi khí, phế quản bằng ống cứng có optique và camera để đo chính xác kích thước đoạn hẹp. Có thể tiến hành nong hẹp trước đặt stent bằng ống cứng hoặc bóng.

- Chọn stent phù hợp: kích thích, loại stent. Trên thực tế, stent phải được lựa chọn và đặt hàng sau khi đo xác định kích thước đoạn hẹp và phải chờ đợi một thời gian.

- Nội soi khí, phế quản bằng ống cứng, xác định vị trí phía trên đoạn hẹp. Đưa dụng cụ đặt stent qua lòng ống cứng. Mở stent dưới kiểm soát của máy chiếu x-quang.

- Điều chỉnh vị trí stent bằng kim chuyên dụng.
- Kiểm tra lại kết quả đặt bằng nội soi ống mềm.

Chú ý: các bước trên có thể tiến hành không cùng một thời điểm. Ví dụ: nong và đo kích thước đoạn hẹp có thể tiến hành trước đặt stent một thời gian.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi liên tục khó thở suy hô hấp, SpO₂, mạch, tinh thần tri giác đến khi trẻ tỉnh hẳn.

- Ghi nhận xét diễn biến quá trình soi, ghi kết quả nội soi phế quản.
- Bàn giao người bệnh và tiếp tục theo dõi sát người bệnh tại bệnh phòng.

VII. CÁC TAI BIẾN

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Thủng khí, phế quản do nông hoặc do đầu của dụng cụ đặt stent
- Stent không đúng vị trí hoặc không mở gây bít tắc đường thở
- Stent bị rách, gãy khi đặt
- Rách khí quản máu
- Tràn khí trung thất
- Bít tắc lòng stent /sau vị trí stent
- Chảy máu hoặc sùi loét ở 2 đầu của stent
- Stent bị di chuyển khỏi vị trí hẹp.

VIII. XỬ TRÍ CÁC TAI BIẾN

- Chọn stent phải đúng kích thước và chủng loại.
- Kỹ thuật đặt stent phải thành thạo, nhẹ nhàng, kiểm soát tốt các bước.
- Kiểm tra lại định kỳ sau khi đặt. Đôi khi cần phải rút bỏ stent nếu có các tai biến nặng: chảy máu, sùi, di lệch lớn, tràn khí tràn máu trung thất.

THỞ OXY QUA MẶT NẠ CÓ TÚI DỰ TRỮ

Mã số: III-110

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy qua mặt nạ (mask) có túi dự trữ: là kỹ thuật làm tăng thêm nồng độ oxy khí thở vào (FiO_2) bằng mask có túi dự trữ oxy nhằm cung cấp đủ oxy cho nhu cầu chuyển hóa của cơ thể. Phương pháp này có thể cung cấp FiO_2 tới 65 - 100% tùy vào loại mask có túi dự trữ kèm van một chiều hay không.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ tự thở và nhu cầu oxy khí thở vào cao (FiO_2) > 60%, mask không có túi dự trữ không đáp ứng được.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương nặng vùng mặt không cho phép tỳ đè.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng chăm sóc người bệnh hoặc kỹ thuật viên đã được đào tạo.

2. Phương tiện

(Mỗi loại 1 chiếc cho 1 người bệnh)

- Cột đo lưu lượng oxy.
- Bình làm ẩm oxy chứa nước cất (nếu thở oxy mask kéo dài)
- Dây dẫn oxy.
- Mask có túi dự trữ phù hợp với nhu cầu oxy và lứa tuổi.

3. Người bệnh

- Trẻ được nằm trên giường cấp cứu cạnh nguồn oxy.
- Làm thông thoáng đường thở trên.
- Kiểm tra các dấu hiệu, chỉ số lâm sàng: nhịp thở, dấu hiệu gắng sức, tình trạng da niêm mạc, đo SpO_2 , mạch, tinh thần và các dấu hiệu nặng khác.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng trẻ trước thở oxy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, người bệnh

Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định thở oxy.

2. Thực hiện kỹ thuật

- Lắp cột đo lưu lượng vào nguồn oxy.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Lắp bình làm ẩm vào cột lưu lượng, nếu cần.
- Lắp dây dẫn oxy vào đầu ra (cột lưu lượng hoặc bình làm ẩm).
- Lắp mask vào dây dẫn oxy.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy cần thiết để túi dự trữ phồng tốt, các van hoạt động bình thường (nếu có).
- Kiểm tra oxy các mối nối đảm bảo không hở.
- Cho mask kín mũi và miệng trẻ.
- Cố định mask: vòng dây cao su có sẵn ra sau gáy trẻ, thít chặt vừa phải để mask ôm kín mũi, miệng trẻ nhưng trẻ không khó chịu.

VI. THEO DÕI

- Trong 30 phút đầu thở oxy, phải theo dõi trẻ liên tục bằng máy đo SpO₂ và nhịp tim. Đánh giá nhịp thở, mức độ gắng sức, da niêm mạc và tinh thần để điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp.
- Khi trẻ thở oxy ổn định, theo dõi mỗi 3 giờ: các mối nối dẫn oxy, tình trạng đáp ứng của trẻ, SpO₂.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy đảm bảo SpO₂ trong giới hạn cho phép.
- Thay mask, dây dẫn, bình làm ẩm hàng ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khô niêm mạc đường thở: làm ẩm khí thở vào
- Ngộ độc oxy: điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp, thay bằng phương pháp phù hợp khác (mask không túi, gọng mũi).
- Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy: dùng mask, dây dẫn 1 lần, thay dụng cụ (mask, dây dẫn, bình làm ẩm) hàng ngày.

THỞ OXY QUA MẶT NẠ KHÔNG TÚI DỰ TRỮ

Mã số: III-109

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy qua mặt nạ (mask) không có túi dự trữ: là kỹ thuật làm tăng thêm nồng độ oxy khí thở vào (FiO_2) bằng mask không có túi dự trữ oxy nhằm cung cấp đủ oxy cho nhu cầu chuyển hóa của cơ thể. Phương pháp này cung cấp FiO_2 khoảng 40 - 60%.

II. CHỈ ĐỊNH

Ở trẻ có nhu cầu thở oxy, chỉ định thở oxy mask khi:

- Trẻ tự thở và nhu cầu oxy khí thở vào cao (FiO_2) > 40%.
- Có chống chỉ định hoặc tai biến khi thở oxy gọng mũi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương nặng vùng mặt không cho phép tỳ đè.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng chăm sóc người bệnh hoặc kỹ thuật viên đã được đào tạo.

2. Phương tiện

(Mỗi loại 1 chiếc cho 1 người bệnh)

- Cột đo lưu lượng oxy.
- Bình làm ẩm oxy chứa nước cất (nếu thở oxy mask kéo dài).
- Dây dẫn oxy.
- Mask không có túi dự trữ phù hợp theo lứa tuổi.

3. Người bệnh

- Trẻ được nằm trên giường cấp cứu cạnh nguồn oxy.
- Làm thông thoáng đường thở trên.
- Kiểm tra các dấu hiệu, chỉ số lâm sàng: nhịp thở, dấu hiệu gắng sức, tình trạng da niêm mạc, đo SpO_2 , mạch, tinh thần và các dấu hiệu nặng khác.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng trẻ trước thở oxy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, người bệnh

Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định thở oxy.

2. Thực hiện kỹ thuật

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Lắp cột đo lưu lượng vào nguồn oxy.
- Lắp bình làm ẩm vào cột lưu lượng, nếu cần.
- Lắp dây dẫn oxy vào đầu ra (cột lưu lượng hoặc bình làm ẩm).
- Lắp mask vào dây dẫn oxy.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy cần thiết.
- Kiểm tra oxy các mối nối đảm bảo không hở
- Cho mask kín mũi và miệng trẻ.
- Cố định mask: vòng dây cao su có sẵn ra sau gáy trẻ, thắt chặt vừa phải để mask ôm kín mũi, miệng trẻ nhưng trẻ không khó chịu.

VI. THEO DÕI

- Trong 30 phút đầu thở oxy, phải theo dõi trẻ liên tục bằng máy đo SpO₂ và nhịp tim. Đánh giá nhịp thở, mức độ gắng sức, da niêm mạc và tinh thần để điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp.
- Khi trẻ thở oxy ổn định, theo dõi mỗi 3 giờ: các mối nối dẫn oxy, tình trạng đáp ứng của trẻ, SpO₂.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy đảm bảo SpO₂ trong giới hạn cho phép.
- Thay mask, dây dẫn, bình làm ẩm hàng ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khô niêm mạc đường thở: làm ẩm khí thở vào
- Ngộ độc oxy: điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp
- Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy: dùng mask, dây dẫn 1 lần, thay dụng cụ (mask, dây dẫn, bình làm ẩm) hàng ngày.

KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

Mã số: III-2387

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm trong da là tiêm một lượng thuốc rất nhỏ (1/10 ml) vào lớp thượng bì, chủ yếu để tạo phản ứng da cho tiêm thử phản ứng kháng sinh, tiêm vac xin BCG.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thử phản ứng
- + Thuốc kháng sinh: penicilin, streptomycin.
- + Huyết thanh: kháng uốn ván, kháng nọc rắn.
- Phòng bệnh: tiêm vacxin BCG phòng lao cho trẻ sơ sinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không thử phản ứng khi người bệnh đang có cơn dị ứng cấp tính: viêm mũi, nổi mề đay, hen phế quản.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Khay tiêm, bơm tiêm 1ml, (bơm 10 nếu pha thử Test), kim rút thuốc, bông, gạc miếng, hộp đựng bông cồn.

2.2. Dụng cụ sạch

- Găng tay, kéo, băng dính, panh.
- Hộp chống shock.

2.3. Dụng cụ khác

- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định
- Bút ghi (trong trường hợp thử phản ứng)

2.4. Thuốc, dung dịch sát trùng

- Thuốc theo y lệnh
- Nước cất (trong trường hợp thử phản ứng), dung dịch sát trùng: cồn 70000o00o O
- Dung dịch sát trùng tay nhanh

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhi

- Nhận định tình trạng bệnh nhi, hỏi về tiền sử liên quan đến kỹ thuật.
- Giải thích về kỹ thuật sắp làm, gia đình bệnh nhi cam kết đồng ý kỹ thuật.
- Bôi kem EMLA giảm đau (nếu có), bôi trước 20-30 phút.
- Hướng dẫn những điều cần thiết (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chăm sóc, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật

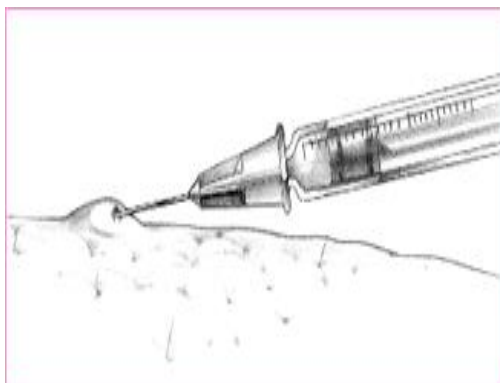
2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng bệnh nhi

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay
- Thực hiện 5 đúng (kiểm tra thuốc lần 1)
- Pha và lấy thuốc đúng kỹ thuật, kiểm tra thuốc lần 2 trước khi bỏ vỏ ống thuốc.
- Xác định đúng vị trí tiêm, sát khuẩn vị trí tiêm
- Sát khuẩn tay nhanh/mang găng tay
- Thực hiện tiêm đúng kỹ thuật
- Rút kim, giúp bệnh nhi trở về tư thế thoải mái và hướng dẫn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

Hình 1: Nốt sần tiêm trong da



Bảng 1: Đối chiếu kết quả thử phản ứng thuốc kháng sinh

Thuốc	Nước cất	Kết quả
Đỏ	Không đỏ	Phản ứng (+): không tiêm được
Đỏ ít	Đỏ ít	(±): Tiêm được
Không đỏ	Không đỏ	(-): Tiêm được

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong quá trình tiêm

Quan sát nét mặt, toàn trạng người bệnh, nếu có bất thường (dấu hiệu sốc phản vệ) báo bác sỹ.

2. Theo dõi sau tiêm

Nghỉ ngơi tại chỗ 15 phút, theo dõi chảy máu nơi tiêm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc phản vệ, dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ cấp cứu chống sốc phản vệ.

- Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: cần vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn khô băng ép lại.

- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: cần vệ sinh sạch nơi tổn thương, trích rạch nếu có ổ áp xe.

- Gãy kim: Rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngập sâu, nếu kim ngập sâu gửi ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004). Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh tập II: Kỹ thuật tiêm thuốc. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Trang 60-66.

2. Bộ Y Tế. Vụ khoa học và đào tạo (2006). Điều dưỡng cơ bản: Tiêm tĩnh mạch. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Trang 185-194.

3. World Health Organization 2005: POCKET BOOK OF Hospital care for children: Appendix Index: Procedures: pp 306 - 310

4. Organisation Mondiale de la Sante: Soins hospitaliers pediatriques (2007), Gestes pratiques: 347 - 366.

KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

Mã số: III-2388

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm dưới da là kỹ thuật đưa thuốc dưới dạng hoà tan trong nước vào tổ chức dưới da cho thuốc hấp thu chậm vào cơ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cho tất cả các loại thuốc tiêm được vào dưới da
- Tiêm Insulin trong điều trị bệnh tiểu đường.
- Tiêm Atropin trong điều trị giảm đau.
- Tiêm vaccin phòng bệnh: bệnh dại, sởi, quai bị,...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Một số thuốc dầu khó tan, ví dụ: Testosteron...
- Da có vấn đề không thuận lợi để tiêm như nứt nẻ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Khay tiêm, bơm tiêm 1ml, (bơm 10 nếu pha thử Test), kim rút thuốc, bông, gạc miếng, hộp đựng bông cồn.

2.2. Dụng cụ sạch

- Găng tay, kéo, băng dính, panh.
- Hộp chống shock

2.3. Dụng cụ khác

Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định

2.4. Thuốc, dung dịch sát trùng

- Thuốc theo y lệnh
- Nước cất, dung dịch sát trùng: cồn 70000o00o O
- Dung dịch sát trùng tay nhanh

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhi

- Nhận định tình trạng bệnh nhi, hỏi về tiền sử liên quan đến kỹ thuật.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Giải thích về kỹ thuật sắp làm, gia đình bệnh nhi cam kết đồng ý kỹ thuật.

- Bôi kem EMLA giảm đau (nếu có), bôi trước 20-30 phút.
- Hướng dẫn những điều cần thiết (nếu cần)

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chăm sóc, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

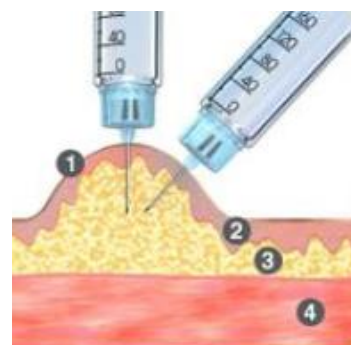
2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng bệnh nhi

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay.
- Thực hiện 5 đúng (kiểm tra thuốc lần 1).
- Pha và lấy thuốc đúng kỹ thuật.
- Kiểm tra thuốc lần 2 trước khi bỏ vỏ ống thuốc.
- Xác định đúng vị trí tiêm, sát khuẩn vị trí tiêm.
- Sát khuẩn tay nhanh/mang găng tay (nếu cần thiết).
- Thực hiện tiêm đúng kỹ thuật.
- Rút kim, giúp bệnh nhi trở về tư thế thoải mái và hướng dẫn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

Hình 2: Vị trí tiêm dưới da



VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong quá trình tiêm

Quan sát nét mặt, toàn trạng người bệnh, nếu có bất thường (dấu hiệu sốc phản vệ), báo bác sỹ.

2. Theo dõi sau tiêm

Nghỉ ngơi tại chỗ 15 phút, theo dõi chảy máu nơi tiêm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc phản vệ, dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ cấp cứu chống sốc phản vệ.

- Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: cần vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn khô bằng ép lại.

- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: cần vệ sinh sạch nơi tổn thương, trích rạch nếu có ổ áp xe.

- Gãy kim: Rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngập sâu, nếu kim ngập sâu gửi ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004). Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh tập II: Kỹ thuật tiêm thuốc. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Trang 60-66.

1. Bộ Y Tế. Vụ khoa học và đào tạo (2006). Điều dưỡng cơ bản: Tiêm tĩnh mạch. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Trang 185-194.

3. World Health Organization 2005: POCKET BOOK OF Hospital care for children: Appendix Index: Procedures: pp 306 – 310.

4. Organisation Mondiale de la Sante: Soins hospitaliers pediatriques (2007), Gestes pratiques: 347 – 366.

KỸ THUẬT TIÊM BẮP THỊT

Mã số: III-2389

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm bắp là tiêm một lượng thuốc vào trong bắp thịt (trong cơ), giúp thuốc hấp thu vào cơ thể nhanh hơn tiêm dưới da.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cho tất cả các loại thuốc tiêm được vào mô liên kết dưới da đều có thể tiêm bắp thịt được trừ cafein.
- Một số thuốc không nên hay không được tiêm vào tĩnh mạch mà muốn có hiệu quả nhanh hơn dưới da.
- Thuốc dầu: Thuốc chậm tan và gây đau.
- Da nứt nẻ tiêm dưới da không thích hợp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những thuốc gây hoại tử tổ chức: Canxi Clorua, đường ưu trương.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

Khay tiêm, bơm tiêm 1ml, (bơm 10 nếu pha thử Test), kim rút thuốc, bông, gạc miếng, hộp đựng bông cồn.

2.2. Dụng cụ sạch

- Găng tay, kéo, băng dính, panh.
- Hộp chống shock

2.3. Dụng cụ khác

Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định

2.4. Thuốc, dung dịch sát trùng

- Thuốc theo y lệnh
- Nước cất, dung dịch sát trùng: cồn 70000o00o 0
- Dung dịch sát trùng tay nhanh

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhi

- Nhận định tình trạng bệnh nhi, hỏi về tiền sử liên quan đến kỹ thuật.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Giải thích về kỹ thuật sắp làm, gia đình bệnh nhi cam kết đồng ý kỹ thuật.

- Bôi kem EMLA giảm đau (nếu có), bôi trước 20-30 phút.
- Hướng dẫn những điều cần thiết (nếu cần).

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chăm sóc, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng bệnh nhi.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay.
- Thực hiện 5 đúng (kiểm tra thuốc lần 1).
- Pha và lấy thuốc đúng kỹ thuật.
- Kiểm tra thuốc lần 2 trước khi bỏ vỏ ống thuốc.
- Xác định đúng vị trí tiêm, sát khuẩn vị trí tiêm.
- Sát khuẩn tay nhanh/ mang găng tay (nếu cần thiết).
- Thực hiện tiêm đúng kỹ thuật.
- Rút kim, giúp bệnh nhi trở về tư thế thoải mái và hướng dẫn những điều cần thiết.
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án.

Hình 3: Vị trí tiêm bắp thịt



Vị trí tiêm bắp ở đùi

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi trong quá trình tiêm

Quan sát nét mặt, toàn trạng người bệnh, nếu có bất thường (dấu hiệu sốc phản vệ), báo bác sỹ và xử trí theo phác đồ cấp cứu chống shock.

2. Theo dõi sau tiêm

Nghỉ ngơi tại chỗ 15-30 phút, theo dõi chảy máu nơi tiêm, ban sẵn dị ứng tại chỗ hoặc toàn thân.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Phản vệ, dị ứng thuốc: xử trí theo phác đồ cấp cứu chống sốc phản vệ.
- Chảy máu, tụ máu nơi tiêm: cần vệ sinh tại chỗ, dùng bông vô khuẩn khô băng ép lại.
- Nhiễm trùng nơi tiêm, áp xe: cần vệ sinh sạch nơi tổn thương, trích rạch nếu có ổ áp xe.
- Gãy kim: Rút kim bằng panh vô khuẩn nếu kim chưa ngập sâu, nếu kim ngập sâu gửi ngoại khoa
- Tắc mạch do tiêm thuốc dầu vào mạch máu hoặc liệt do tiêm vào dây thần kinh hông to.
- Phòng tránh: Tiêm vào đúng vị trí, thử trước khi tiêm.
- Xơ hoá cơ vùng tiêm đặc biệt xơ hóa cơ delta ở trẻ em và trẻ nhỏ khi tiêm bắp vào cánh tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004). Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh tập II: Kỹ thuật tiêm thuốc. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Trang 60-66.
2. Bộ Y Tế. Vụ khoa học và đào tạo (2006). Điều dưỡng cơ bản: Tiêm tĩnh mạch. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Trang 185-194.
3. World Health Organization 2005: POCKET BOOK OF Hospital care for children: Appendix Index: Procedures: pp 306-310
4. Organisation Mondiale de la Sante: Soins hospitaliers pediatriques (2007), Gestes pratiques: 347-366.

KỸ THUẬT TRUYỀN MÁU VÀ CÁC CHẾ PHẨM MÁU

Mã số: III-193

I. ĐẠI CƯƠNG

Máu toàn phần có đầy đủ các thành phần: Hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và các thành phần của huyết tương. Từ máu toàn phần có thể sản xuất ra các chế phẩm máu : Khối hồng cầu, khối Tiểu cầu, huyết tương, tua VIII...

- Truyền máu toàn phần: Tăng khối lượng tuần hoàn, bồi phụ lại lượng máu đã mất khi người bệnh bị mất máu cấp do chấn thương, phẫu thuật hoặc chảy máu ồ ạt.

- Truyền khối hồng cầu: Tăng khả năng cung cấp oxy khi thiếu máu không hồi phục hoặc thiếu máu nặng mất bù, như trong bệnh: Thalasemia, suy tủy.

- Truyền tiểu cầu và huyết tương: Tăng khả năng đông máu và cầm máu.

- Truyền bạch cầu, gamma globulin, albumin: Tăng khả năng đề kháng và chống nhiễm khuẩn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Mất máu ảnh hưởng đến huyết động: chảy máu nội tạng, chấn thương ...

- Các tình trạng giảm tiểu cầu, giảm yếu tố đông máu gây chảy máu.

- Các bệnh về máu: Suy tủy, rối loạn tạo máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Suy tim do tăng khối lượng tuần hoàn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng: có kiến thức, kỹ năng, tâm lý vững vàng và trang phục đầy đủ theo qui định.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- khay vô khuẩn: 01 khay

- Bơm, kim tiêm, dây truyền máu

- Bông, hộp đựng bông, gạc/opside

2.2. Dụng cụ sạch

- Hộp chống sốc

- Cồn 70O, dung dịch sát khuẩn tay nhanh, găng tay

- Thẻ định nhóm máu hoặc lam kính

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Phiếu truyền máu
- Dây garô, băng dính, băng cuộn, nẹp cố định, gối kê tay, cộc truyền
- Máy đo huyết áp, ống nghe, đồng hồ bấm dây, nhiệt kế

2.3. Dụng cụ khác

Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải theo qui định

2.4. Máu/chế phẩm từ máu và thuốc

- Dịch truyền NaCl 9‰: 01 chai
- Túi máu/chế phẩm từ máu theo y lệnh: Kiểm tra chất lượng, hạn sử dụng của túi máu.

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhi

- Giải thích và gia đình bệnh nhi cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật, cho trẻ ăn trước truyền ít nhất 30 phút.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Hỏi về tiền sử dị ứng với máu.

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu truyền máu, Phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

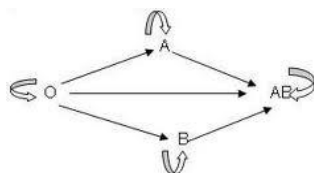
Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng bệnh nhi.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Truyền cùng nhóm máu: Người bệnh nhóm máu nào thì truyền nhóm máu đó và truyền theo chỉ định của Bác sĩ.
- Truyền khác nhóm máu: Trong trường hợp cấp cứu không có máu cùng nhóm có thể truyền khác nhóm (không quá 250ml) theo quy tắc truyền máu tối thiểu và theo chỉ định của Bác sĩ.



- Điều dưỡng rửa tay
- Thực hiện 5 đúng
- Làm phản ứng định lại nhóm máu tại giường

- Cắm dây truyền máu và đuôi khí
- Xác định vị trí truyền, đưa kim vào tĩnh mạch, cố định kim
- Làm phản ứng sinh vật.
- Điều chỉnh tốc độ truyền theo y lệnh
- Giúp bệnh nhi ở tư thế thoải mái.
- Dẫn dò bệnh nhi và gia đình bệnh nhi những điều cần thiết: Hạn chế ăn trong suốt quá trình truyền, theo dõi các dấu hiệu bất thường: sốt, rét run, mẩn ngứa... Nếu có gì bất thường, báo ngay cho nhân viên y tế
- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ bệnh án và phiếu theo dõi truyền máu.

VI. THEO DÕI

Theo dõi người bệnh trong suốt quá trình truyền máu, đặc biệt trong 30 phút đầu về Toàn trạng, mạch, nhiệt độ, huyết áp ... và các biểu hiện như buồn nôn, đau bụng, nhức đầu ...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến sớm

1.1. Tan máu cấp

Là tai biến nguy hiểm

- Nguyên nhân: do bất đồng nhóm máu ABO
- Biểu hiện: Bồn chồn, kích thích, đau đầu, đau bụng, đái máu, shock.
- Xử trí:
 - + Ngừng truyền máu, giữ nguyên hiện trạng để xác định nguyên nhân.
 - + Đánh giá nhanh chức năng sống: Đường thở, thở, tuần hoàn, thần kinh để xử trí kịp thời.
 - + Thực hiện y lệnh truyền dịch, thuốc lợi tiểu, chống shock, kháng histamin, steroid ...

1.2. Khó thở

- Nguyên nhân: do quá tải về tuần hoàn hay tổn thương phổi cấp liên quan tới truyền máu.
- Xử trí:
 - + Ngừng truyền máu
 - + Làm thông đường thở, cho người bệnh thở oxy
 - + Báo ngay với Bác sĩ để tìm nguyên nhân
 - + Thực hiện y lệnh thuốc của Bác sĩ

1.3. Sốt, rét run

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Nguyên nhân: do nhiễm bản hoặc do có kháng thể kháng bạch cầu, kháng tiểu cầu ở máu người nhận.

- Biểu hiện: Sốt (nhiệt độ cơ thể $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), rét run.

- Xử trí:

+ Tạm ngừng truyền máu, điều trị hạ sốt cho bệnh nhi rồi truyền lại theo y lệnh.

+ Ủ ấm (nếu bệnh nhi rét run)

1.4. Dự ứng

- Biểu hiện: ngứa, mẩn đỏ

- Xử trí:

+ Tạm ngừng truyền máu, điều trị triệu chứng

+ Thực hiện y lệnh thuốc của Bác sĩ

2. Các tai biến muộn

Tan máu muộn, xuất huyết giảm tiểu cầu, nhiễm khuẩn, nhiễm virus ... xảy ra chậm, sau nhiều ngày hoặc hàng tuần, hàng tháng sau truyền máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Điều dưỡng cơ bản: trang 211-222. NXB Y học, 2007.

2. Nguyễn Công Khanh. Huyết học lâm sàng nhi khoa, chương 11: Truyền máu, trang: 454 - 499. NXB Y học, 2004.

3. Đỗ Thị Minh Cẩm. Thông tin Điều dưỡng - BV Nhi TW, số 44: trang 22 - 25

4. Sổ tay truyền máu lâm sàng. BV Nhi TW 2009.

PHỤC HỒI CỔ RĂNG BẰNG COMPOSITE

Mã số: III-1931

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi lại tổn thương mô cứng ở cổ răng bằng Composite.
- Composite là vật liệu được ưa chuộng trong điều trị phục hồi nha khoa do có nhiều ưu điểm nổi trội.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu cổ răng (lỗ sâu loại V).
- Tổn thương mô cứng ở cổ răng không do sâu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có dị ứng với Composite.
- Răng có tổn thương sâu cổ răng sát tủy.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Đèn quang trùng hợp.
- Bộ dụng cụ hàn composite.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Chỉ co lợi.
- Composite và vật liệu kèm theo.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn.

- Đặt chỉ co lợi.

- Sửa soạn xoang hàn:

Dùng mũi khoan kim cương hình trụ mở rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.

Dùng mũi khoan kim cương chóp ngược để tạo xoang lưu chất hàn.

- Hàn lớp bảo vệ tủy:

Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy như GIC, MTA... 1 lớp dưới 1mm.

Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.

- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:

So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp

Etching men và ngà răng bằng axit phosphoric 37% từ 10-20 giây.

Rửa sạch xoang hàn.

Làm khô xoang hàn.

Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10-20 giây

Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng khớp tối đa và khắc phục được co ngót trùng khớp.

Chiếu đèn quang trùng khớp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.

- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau quá trình điều trị

- Viêm tủy: điều trị tủy

- Tủy hoại tử: điều trị tủy.

- Viêm quanh cuống: điều trị viêm quanh cuống răng.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG

Mã số: III-1818

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tạo hình xương ổ răng là kỹ thuật sửa chữa và tạo hình lại sống hàm sau nhổ răng, mất răng hoặc các bất thường bẩm sinh của sống hàm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sống hàm vùng răng trước sau khi mất răng phát triển ra trước quá mức.
- Sống hàm biến dạng hình thể làm trở mọc răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiêu phẫu thuật trong miệng.

2.2. Thuốc

- Thuốc tê.
- Thuốc sát khuẩn.
- Dung dịch bơm rửa.
- Vật liệu cầm máu.
- Băng, gạc vô khuẩn.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và vùng xương ổ răng cần phẫu thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Rạch niêm mạc màng xương:
 - Dùng dao rạch niêm mạc màng xương dọc theo sống hàm sao cho thuận nếp niêm mạc để bộc lộ phần sống hàm cần điều chỉnh.
 - Bóc tách và bộc lộ sống hàm.
 - Sửa chữa và tạo hình sống hàm.
 - Khâu đóng niêm mạc màng xương.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh và chống viêm.
- Chảy máu: cầm máu

PHẪU THUẬT NẠO TÚI QUANH RĂNG

Mã số: III-1821

I. ĐẠI CƯƠNG

Nạo túi lợi là thủ thuật thường dùng trong điều trị bệnh viêm quanh răng nhằm làm sạch phần mô mềm bị viêm ở thành ngoài túi lợi bệnh lý, cao răng bám ở thành trong và các thành phần nằm trong túi lợi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi cần giảm viêm ở túi lợi có độ sâu trung bình với tổ chức lợi xơ dày.
- Áp xe quanh răng
- Làm giảm viêm trước khi tiến hành các phẫu thuật quanh răng khác hay ở người có chống chỉ định phẫu thuật.
- Túi lợi viêm sau một thời gian đã tiến hành một phương pháp phẫu thuật quanh răng khác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Túi lợi có thành bên lợi rất mỏng
- Khi có biểu hiện viêm cấp tính
- Lợi phì đại do phenytoin
- Những túi quá sâu, đi hết phần lợi dính, đặc biệt ở vùng răng hàm

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim XQuang tình trạng xương hàm.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh.

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn niêm mạc quanh vùng chuẩn bị nạo.
- Tiêm tê tại chỗ
- Dùng cây nạo, nạo tổ chức viêm ở thành ngoài túi lợi, lấy ngón tay giữ phía ngoài của thành ngoài túi lợi, làm sạch cao răng, mảng bám ở thành chân răng và các thành phần nằm trong túi lợi.
- Bơm rửa túi lợi bằng nước Ôxy già 3V và nước muối 0,9%.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu sau khi nạo 1 hoặc vài ngày: Bơm rửa sạch túi lợi, đắp băng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng: Dùng kháng sinh, chống viêm qua đường toàn thân kết hợp tại chỗ.

PHẪU THUẬT GHÉP VẬT NIÊM MẠC LÀM TĂNG CHIỀU CAO LỢI DÍNH

Mã số: III-1823

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị làm tăng chiều cao lợi dính bằng phẫu thuật chuyên vạt niêm mạc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu lợi dính gây co lợi hở chân răng.
- Thiếu lợi sừng hóa gây trở ngại phục hình răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co lợi loại IV theo phân loại Miller.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật....

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim X quang xác định tình trạng xương ổ răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sát khuẩn

Vô cảm: gây tê tại chỗ

Tạo vạt

Tạo vạt niêm mạc chuyển về phía cuống răng bằng 3 đường rạch:

Đường rạch ngang: dùng dao số 15 rạch đường rạch đi trong khe lợi, độ dày bán phần, không đến màng xương.

Hai đường rạch giảm căng: dùng dao số 15 rạch đường rạch đi từ 2 đầu của đường rạch ngang đi về phía cuống răng.

Dùng dao tạo vạt bán phần đi từ đường rạch ngang đến ranh giới lợi-niêm.

Dịch chuyển vạt:

- Dịch chuyển vạt về phía cuống răng.
- Cố định vạt bằng các mũi khâu đệm dọc dính vào màng xương.

Phủ xi măng phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau khi phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT GHÉP TỔ CHỨC LIÊN KẾT DƯỚI BIỂU MÔ LÀM TĂNG CHIỀU CAO LỢI DÍNH

Mã số: III-1824

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị làm tăng chiều cao lợi dính bằng ghép biểu mô và mô liên kết lấy từ niêm mạc vòm miệng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Thiếu lợi dính gây co lợi hở chân răng.
- Thiếu lợi sừng hóa gây trở ngại phục hình răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co lợi loại IV theo phân loại Miller.
- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật....

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim X quang xác định tình trạng xương ổ răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sát khuẩn

Vô cảm: gây tê tại chỗ

Sửa soạn lợi nơi nhận mảnh ghép.

- Tạo vạt lợi:

Dùng dao số 15 tạo vạt hình thang độ dày bán phần, đáy lớn về phía cuống răng bằng 3 đường rạch:

Đường rạch ngang: dùng dao số 15 rạch đường rạch bán phần, ngang mức đường ranh giới lợi - niêm mạc ở vùng răng cần điều trị, rộng sang hai bên 3mm.

2 đường rạch dọc: bắt đầu từ 2 đầu đường rạch ngang chạy về phía cuống răng.

Tách vạt lợi: Dùng dao tách vạt bán phần.

- Lấy bỏ biểu mô vùng nhận:

Dùng dao số 15 lấy bỏ tổ chức biểu mô của phần lợi dính phía thân răng theo đường vạt ngoài, để lộ tổ chức liên kết.

- Trượt vạt bán phần về phía cuống răng.

- Khâu cố định vạt vào màng xương bằng mũi khâu đệm.

Lấy mảnh ghép:

Mảnh ghép biểu mô với mô liên kết được lấy từ niêm mạc vòm miệng cứng, tương ứng chân răng 4,5. Kích thước mảnh ghép tương ứng với vùng cần ghép, nếu không đủ có thể lấy cả hai bên vòm miệng.

Mảnh ghép được tạo ra bằng các đường rạch:

Dùng dao số 15 rạch đường rạch giới hạn chu vi miếng ghép, đường rạch vuông góc với bề mặt niêm mạc vòm miệng, sâu sát xương.

Dùng dao số 15 rạch đường rạch song song với bề mặt biểu mô, sâu khoảng 1mm để tách mảnh ghép biểu mô liên kết ra khỏi niêm mạc vòm miệng.

Dùng gạc tẩm dung dịch nước muối sinh lý bảo quản mảnh ghép.

Cố định mảnh ghép:

- Đặt mảnh ghép vào vùng nhận đã sửa soạn và chỉnh sửa cho phù hợp.
- Khâu cố định mảnh ghép:

Phủ xi măng phẫu thuật

- Phủ xi măng phẫu thuật vùng cho ở vòm miệng.
- Phủ xi măng phẫu thuật ở vùng nhận.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT CẮT LỢI ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG

Mã số: III-1826

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị tạo hình lợi, loại bỏ hoặc làm giảm túi quanh răng, tạo lại hình thể giải phẫu của lợi.

II. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng sâu trên 5 mm sau khi điều trị khởi đầu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật
- Người bệnh đang có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Xi măng phẫu thuật....

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng tiêu xương ổ răng vùng phẫu thuật.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sát khuẩn

Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.

Tạo hình lợi và loại bỏ túi quanh răng

- Dùng dao số 15 rạch đường rạch có mép vát trong, từ vị trí cách mào xương ổ răng 3 mm về phía thân răng. Đường rạch có độ dày toàn phần, theo hình vỏ sò quanh cổ răng.

- Dùng cây nạo Gracey lấy bỏ phần mô lợi tách ra, các tổ chức hoại tử, tổ chức hạt và biểu mô bệnh lý ở mặt trong túi lợi.

- Làm sạch mặt chân răng lộ ra bằng đầu siêu âm hoặc mũi khoan tròn nhỏ tốc độ chậm.

- Bơm rửa: bằng nước Oxy già 3V hoặc nước muối sinh lý

Phủ xi măng phẫu thuật vào vùng phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT VẬT ĐIỀU TRỊ TÚI QUANH RĂNG

Mã số: III-1827

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị giảm hoặc loại bỏ túi quanh răng bằng phẫu thuật vật.
- Hiện nay có 3 kỹ thuật phẫu thuật vật là vật Widman cải tiến, vật không đặt lại vị trí, và vật chuyển lại vị trí về phía cuống răng.
- Trong bài này, giới thiệu kỹ thuật vật Widman cải tiến.

II. CHỈ ĐỊNH

Túi quanh răng sâu trên 5 mm sau điều trị khởi đầu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Người bệnh đang có viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật....

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim X quang xác định tình trạng quanh răng.

- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sát khuẩn

Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng.

Tạo vạt niêm mạc.

- Rạch tạo vạt niêm mạc lợi theo phương pháp Widman cải tiến.
- Dùng cây bóc tách thích hợp bóc tách vạt niêm mạc màng xương bộc lộ xương ổ răng vùng phẫu thuật.

Loại bỏ tổ chức viêm trong túi quanh răng:

- Dùng cây nạo Gracey lấy bỏ các mô hoại tử, mô hạt phía thành trong của vạt và xương ổ răng.
- Làm nhẵn mặt chân răng lộ ra bằng mũi khoan tròn nhỏ, tốc độ chậm hoặc bằng đầu lấy cao siêu âm.

- Dùng mũi khoan thích hợp sửa chữa tạo hình bờ xương ổ răng.

- Bơm rửa vùng phẫu thuật bằng nước muối sinh lý.

Khâu phục hồi.

- Đặt vạt lợi về vị trí thích hợp.

- Khâu đóng vạt.

Phủ xi măng phẫu thuật vào vùng phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Cầm máu.

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

PHẪU THUẬT CHE PHỦ CHÂN RĂNG BẰNG VẬT TRƯỢT ĐÃY SANG BÊN

Mã số: III-1831

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật sử dụng vật niêm mạc lợi trượt sang bên để che phủ phần chân răng bị hở ra do tụt lợi.

II. CHỈ ĐỊNH

Co lợi loại I, II theo phân loại của Miller.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Co lợi từ hai răng liên tiếp trở lên.
- Co lợi nặng (loại III, IV theo phân loại của Miller).
- Người bệnh có các bệnh toàn thân đang tiến triển: tim mạch, tiểu đường,...
- Người bệnh đang có ổ nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.
- Vùng kế cận có mô lợi sừng hóa không đủ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ răng hàm mặt đã được đào tạo về phẫu thuật nha chu.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

Bộ dụng cụ phẫu thuật nha chu.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Cồn, Oxy già, nước muối sinh lý.
- Kháng sinh.
- Kim, chỉ khâu.
- Xi măng phẫu thuật.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Các xét nghiệm cơ bản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sát khuẩn

Vô cảm

Gây tê tại chỗ và/ hoặc gây tê vùng

Sửa soạn bề mặt chân răng bị hở:

- Dùng đầu siêu âm nha khoa hoặc mũi khoan tròn nhỏ tốc độ chậm làm sạch bề mặt chân răng bị hở.

- Dùng cây nạo làm nhẵn bề mặt chân răng.

Sửa soạn bờ lợi:

Dùng dao mổ số 15 cắt bỏ lớp biểu mô ở bờ lợi theo đường vát ngoài, để lộ mô liên kết.

Tạo vạt lợi với ba đường rạch:

Đường rạch thứ nhất: Dùng dao số 15 rạch đường rạch đi trong rãnh lợi ở vùng cho và đi ngang ở đáy các nhú lợi. Đường rạch phải đủ rộng, gấp 1,5 lần vùng co lợi.

Đường rạch thứ hai: Rạch đường rạch giảm căng chạy dọc, bắt đầu từ điểm cuối của đường rạch trong rãnh lợi chạy về phía cuống răng, đường rạch chạy thẳng cho đến đường nối lợi - niêm.

Đường rạch thứ ba: từ điểm cuối của đường rạch thứ hai chạy chéo về phía cuống răng vùng tổn thương.

- Tách vạt:

Dùng dao tách vạt bán phần, để lại màng xương.

- Di chuyển vạt sang bên:

Đặt vạt lợi che kín vùng chân răng bị lộ. Chú ý không để vạt bị căng.

- Khâu đóng vạt:

+ Khâu mép vạt bằng mũi khâu rời

+ Khâu giữ vạt bằng mũi khâu treo vào nhú lợi và răng.

- Phủ xi măng phẫu thuật:

Dùng xi măng phẫu thuật phủ kín vùng phẫu thuật.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: Cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: Xi măng phẫu thuật, cầm máu và đặt lại xi măng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và chăm sóc tại chỗ.

LIÊN KẾT CỐ ĐỊNH RĂNG LUNG LAY BẰNG NỆP KIM LOẠI

Mã số: III-1833

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị cố định các răng lung lay do các nguyên nhân khác nhau bằng nẹp kim loại liên kết các răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các răng lung lay do các bệnh quanh răng.
- Các răng lung lay do chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có tình trạng viêm nhiễm cấp tính trong khoang miệng.
- Răng lung lay xen kẽ giữa các vùng mất răng.
- Răng lung lay đơn lẻ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ khám: gương gấp, thám châm.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Cồn
- Thuốc tê
- Thìa lấy dấu
- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu
- Vật liệu gắn....

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo qui định.

- Phim Xquang đánh giá tình trạng răng và quanh răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Sửa soạn trên miệng.

- Xác định các răng cần liên kết.
- Sửa soạn các vị trí đặt nẹp trên các răng nếu cần.
- Lấy dấu bằng vật liệu thích hợp.
- Đổ mẫu bằng thạch cao.
- Thiết kế nẹp trên mẫu thạch cao.

3.2. Đúc nẹp

Thực hiện tại Labo.

Đặt nẹp và cố định nẹp.

- Đặt nẹp vào các vị trí đã thiết kế ban đầu.
- Kiểm tra độ sát khít, độ ổn định và khớp cắn.
- Chỉnh sửa nẹp cho phù hợp.
- Cố định nẹp trên các răng đã sửa soạn bằng cement.
- Hướng dẫn người bệnh kiểm soát mảng bám răng.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình thực hiện kỹ thuật

2. Sau khi điều trị

- Viêm lợi và viêm quanh răng:
 - + Điều trị viêm lợi và viêm quanh răng.
 - + Hướng dẫn người bệnh cách kiểm soát mảng bám răng.

ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG AMALGAM CÓ SỬ DỤNG LASER

Mã số: III-1835

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Amalgam

- Amalgam là vật liệu phục hồi răng bao gồm thủy ngân trộn với bạc và một số kim loại khác như đồng, kẽm...

- Kỹ thuật sử dụng Laser để sửa soạn xoang hàn là ít gây đau, không gây ồn, nhanh và giảm lo lắng cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu ngà răng sữa.
- Sâu ngà răng vĩnh viễn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Xoang hàn không có khả năng lưu giữ chất hàn Amalgam.
- Dị ứng với Amalgam.
- Sâu răng ở các răng trước có yêu cầu thẩm mỹ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Hệ thống Laser nha khoa.
- Dụng cụ trộn Amalgam.
- Bộ dụng cụ hàn Amalgam.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu hàn lót.
- Amalgam.

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị điều trị.
- Được đeo kính bảo vệ mắt trong thời gian sử dụng Laser.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:
 - + Dùng đầu Laser mở rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.
 - + Dùng đầu Laser để làm sạch mô ngà hoại tử.
 - + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
 - + Làm khô.
- Hàn lót bảo vệ tủy:
 - + Sử dụng vật liệu hàn lót như GIC, Dycal... phủ lớp mỏng ở đáy xoang hàn.
 - + Sửa đáy xoang hàn sau khi hàn lót.
- Hàn Amalgam:
 - + Đưa Amalgam vào xoang hàn.
 - + Lèn Amalgam từng lớp mỏng 1-2 mm bằng cây lèn Amalgam.
 - + Tạo hình bề mặt bằng cây điều khắc Amalgam.
 - + Kiểm tra khớp cắn.
 - + Đánh bóng sau 24h bằng mũi hoàn thiện.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau quá trình điều trị

Viêm tủy: Điều trị tủy.

ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG GLASS IONOMER CEMENT (GIC) KẾT HỢP COMPOSITE

Mã số: III-1836

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Glass Ionomer Cement (GIC) kết hợp Composite.

- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa gây ra bệnh lý ở tủy răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Sâu ngà răng vĩnh viễn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dị ứng với Composite và GIC

- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại.

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn Composite: đèn quang trùng hợp, các loại cây hàn, bộ mũi khoan hoàn thiện...

- Bộ dụng cụ hàn GIC.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Glass Ionomer Cement.

- Composite và vật liệu kèm theo.

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàm:

+ Dùng mũi khoan thích hợp mở rộng bờ men bộc lộ xoang sâu.

+ Dùng mũi khoan thích hợp làm sạch mô ngà hoại tử.

+ Làm sạch xoang hàm bằng nước muối sinh lý.

- Hàn lớp GIC:

+ Phủ đáy xoang hàm bằng vật liệu GIC

+ Sửa lại các thành của xoang hàm để tạo sự lưu giữ tối đa.

- Phục hồi xoang hàm bằng Composite:

+ So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp

+ Etching men và ngà răng bằng axit phosphoric 37% từ 10-20 giây.

+ Rửa sạch xoang hàm.

+ Làm khô xoang hàm.

+ Phủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây

+ Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.

+ Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.

- Kiểm tra khớp cắn.

- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phân phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau quá trình điều trị

- Viêm tủy: Điều trị tủy.

- Tủy hoại tử: Điều trị tủy.

- Viêm quanh cuống: Điều trị viêm quanh cuống răng.

ĐIỀU TRỊ SÂU NGÀ RĂNG PHỤC HỒI BẰNG COMPOSITE

Mã số: III-1929

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật phục hồi tổn thương mô cứng của răng do sâu bằng Composite.

- Sâu ngà răng là tổn thương mất mô cứng của răng, chưa ảnh hưởng đến tủy. Điều trị sâu ngà răng phải phục hồi lại mô cứng và bảo vệ tủy răng.

- Composite là vật liệu được ưa chuộng trong điều trị phục hồi nha khoa do có nhiều ưu điểm nổi trội.

II. CHỈ ĐỊNH

- Sâu ngà răng sữa.
- Sâu ngà răng vĩnh viễn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh dị ứng với Composite.
- Tổn thương sâu ngà mất nhiều mô cứng khó lưu giữ khối phục hồi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ

2. Phương tiện

2.1 Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại.
- Phương tiện cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn Composite: đèn quang trùng hợp, các loại cây hàn, bộ mũi khoan hoàn thiện...

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Thuốc và vật liệu bảo vệ tủy
- Composite và vật liệu kèm theo
- Chỉ co sợi,...

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn xoang hàn:
 - + Dùng mũi khoan kim cương hình trụ mở rộng bờ men để bộc lộ rõ xoang sâu.
 - + Dùng mũi khoan thích hợp để làm sạch mô ngà hoại tử.
 - + Làm sạch xoang hàn bằng nước muối sinh lý.
- Hàn lớp bảo vệ tủy:
 - + Phủ đáy xoang hàn bằng vật liệu bảo vệ tủy như GIC, MTA... 1 lớp dưới 1mm.
 - + Sửa lại các thành của xoang hàn để tạo sự lưu giữ tối đa.
- Phục hồi xoang hàn bằng Composite:
 - + So màu răng để chọn Composite có màu sắc phù hợp
 - + Etching men và ngà răng bằng axit phosphoric 37% từ 10-20 giây.
 - + Rửa sạch xoang hàn.
 - + Làm khô xoang hàn.
 - + hủ keo dán dính và chiếu đèn 10 -20 giây
 - + Đặt Composite theo từng lớp dưới 2mm sao cho Composite được trùng hợp tối đa và khắc phục được co ngót trùng hợp.
 - + Chiếu đèn quang trùng hợp theo từng lớp Composite với thời gian từ 20-40 giây.
- Kiểm tra khớp cắn.
- Hoàn thiện: Dùng bộ hoàn thiện để làm nhẵn và tạo hình phần phục hồi.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị:

Tổn thương hở tủy: Chụp tủy bằng vật liệu thích hợp.

2. Sau quá trình điều trị:

- Viêm tủy: điều trị tủy
- Tủy hoại tử: điều trị tủy.
- Viêm quanh cuống: điều trị viêm quanh cuống răng.

PHỤC HỒI THÂN RĂNG BẰNG INLAY/ONLAY COMPOSITE

Mã số: III-1842

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật sử dụng các vật liệu như ceramic, hợp kim, composite... đúc theo hình dạng xoang đã sửa soạn và dán vào đó để phục hồi lại thân răng.
- Inlay là phần phục hồi nằm trong lòng một hay nhiều mặt của thân răng.
- Onlay có bản chất là một inlay loại II (mặt gần, mặt xa, mặt nhai) bao phủ một phần hoặc toàn bộ mặt nhai.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng có các tổn thương mất mô cứng ở thân răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có các thành xoang còn lại dưới 2mm.
- Răng có lỗ sâu dưới lợi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng
- Mũi khoan kim cương các loại
- Bộ mũi khoan hoàn thiện, dụng cụ đánh bóng.
- Chỉ tơ nha khoa
- Đèn quang trùng hợp.
- Bộ dụng cụ cách ly cô lập răng.
- Cây hàn các loại.
- Bộ dụng cụ lấy dấu

2.2. Thuốc và vật liệu

- Vật liệu lấy dấu
- Các vật liệu gắn, dán: Tùy theo vật liệu làm inlay, onlay

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

3. Các bước thực hiện kỹ thuật

- Làm sạch xoang: Dùng mũi khoan tròn và cây nạo ngà lấy bỏ hết ngà mủn.

- Tạo hình xoang inlay, onlay:

+ Tạo xoang mặt nhai: Chiều cao của xoang > 1,5mm. Chiều rộng của xoang phải đạt tối thiểu 1,5- 2mm đối với răng hàm nhỏ và 2,5- 3mm đối với răng hàm lớn.

+ Dùng mũi khoan chóp ngược cắt men răng ở rãnh giữa rồi mở rộng theo rãnh của răng theo hướng gần xa.

+ Dùng mũi trụ tạo xoang hình đuôi én theo hướng song song với trục của răng.

+ Đáy xoang được mài phẳng, nếu có những khoảng lẹm thì dùng vật liệu thích hợp (cement phosphat hoặc GIC...) để bù lẹm.

+ Tạo xoang mặt bên.

+ Dùng mũi khoan trụ mài sâu xuống ngà răng, xoang mặt bên gồm 4 thành:

+ Thành ngoài trong sâu về phía buồng tủy khoảng 2mm.

+ Thành tủy (thành trục) được mài cong theo hình dạng thân răng.

+ Thành phía lợi: ở sát đỉnh nướu lợi và hợp với vách tủy một góc 45 độ.

- So màu răng.

- Lấy dấu, đổ mẫu thạch cao.

- Gửi labo đúc inlay, onlay

- Đặt inlay, onlay đã đúc vào xoang

- Kiểm tra độ kín khít và khớp cắn.

- Tiến hành gắn Inlay, Onlay bằng chất gắn phù hợp.

- Hoàn thiện Inlay/Onlay.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Viêm tủy không hồi phục: Điều trị tủy

- Mẻ, vỡ inlay, onlay, màu sắc không phù hợp: tiến hành thực hiện lại Quy trình trên.

ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA NÓNG CHẢY

Mã số: III-1846

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị tủy để bảo tồn răng mà tủy răng được thay thế bằng một loại vật liệu hàn ống tủy đặc biệt để phòng ngừa hiện tượng tái nhiễm trùng tủy răng..

- Guttapercha nóng chảy là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian được đã được làm nóng chảy bởi hệ thống bơm gutta percha ở nhiệt độ cao.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng viêm quanh cuống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.
- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống
- Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm...
- Bộ dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D...
- Máy làm nóng chảy Gutta percha (Obturra) cùng vật liệu và dụng cụ kèm theo.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị nội nha...

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Nếu tuỷ răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tuỷ

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy:
 - + Dùng thám trâm nội nha để tìm miệng ống tủy,
 - + Trường hợp không thể phát hiện miệng ống tủy, dùng siêu âm tạo rãnh ở sàn tủy và thám trâm nội nha để tìm.
 - + Dựa vào miệng ống tủy và các rãnh ở sàn ống tủy để xác định số lượng ống tủy.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy: Thăm dò ống tủy bằng thăm số 10.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:

+ Sử dụng các file cầm tay hoặc/ và máy để tạo hình hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypoclorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc oxy già 3 thể tích...

- Dùng đầu siêu âm phối hợp xen kẽ với các file và dung dịch bơm rửa để làm sạch hệ thống ống tủy, dùng chất bôi trơn và làm mềm thành ống tủy.

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy bằng Gutta percha nóng chảy

- Chọn kim để bơm Gutta percha, kim đi trong lòng ống tủy và phải tới được vị trí cách cuống răng 3mm-5mm.

- Dùng côn giấy đưa chất dán dính vào thành ống tủy.

- Đưa kim bơm gutta-percha vào trong ống tủy và bơm Gutta percha nóng chảy để hàn kín ống tủy. Lưu ý thời gian mỗi lần bơm dưới 20 giây

- Rút kim ra khỏi ống tủy sao cho không để gutta-percha ra theo.

- Lèn nhẹ Gutta percha vừa bơm bằng cây lèn.

- Kiểm tra chất hàn ở 1/3 ống tủy về phía chóp răng trên Xquang. Nếu chưa đạt yêu cầu thì tiếp tục lèn bằng cây lèn nhỏ hơn cho đến khi ống tủy ở chóp được hàn kín.

- Tiếp tục bơm Gutta percha nóng chảy và lèn kín phần ống tủy còn lại.

- Kiểm tra kết quả sau hàn tủy bằng Xquang.

3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA hoặc Canxi hydroxide, GIC.

- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA hoặc Canxi hydroxide, GIC.

- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau điều trị

- Tủy hoại tử: điều trị tủy

- Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống răng.

LẤY TỦY BUỒNG RĂNG VĨNH VIỄN

Mã số: III-1847

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật lấy bỏ phần tủy buồng bị tổn thương và bảo tồn phần tủy chân.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tai biến thủng trần tủy trong quá trình sửa soạn lỗ sâu.
- Viêm tủy ở răng vĩnh viễn chưa đóng kín cuống.
- Răng hở tủy do chấn thương.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng có chỉ định nhổ.
- Răng có chỉ định điều trị nội nha.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm...
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ lấy tủy buồng.

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Vô cảm bằng gây tê tại chỗ bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy.
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Lấy tủy buồng

- Dùng nạo ngà sắc cắt lấy toàn bộ phần tủy buồng.
- Cầm máu.

3.5. Bảo vệ tủy chân và hàn phục hồi

- Đặt Canxi hydroxit sát miệng ống tủy, phủ kín toàn bộ sàn tủy.
- Hàn kín buồng tủy bằng vật liệu thích hợp.
- Hàn phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Tổn thương tủy chân: điều trị nội nha.
- Chảy máu mặt cắt tủy: cầm máu.

2. Sau điều trị

Viêm tủy không hồi phục: Điều trị tủy

ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA PERCHA CÓ SỬ DỤNG TRÂM XOAY MÁY

Mã số: III-1848

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay máy để tạo hình hệ thống ống tủy.
- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng viêm tủy không hồi phục.
- Răng tủy hoại tử.
- Răng viêm quanh cuống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh lý tủy ở các răng sữa.
- Các bệnh lý tủy ở các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống.
- Răng có chỉ định nhổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.2. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm...
- Tay khoan nội nha
- Bộ trâm xoay máy điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D...

2.3. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn

- Dung dịch bơm rửa ống tủy
- Vật liệu điều trị nội nha...

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Nếu tuỷ răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tuỷ

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng các trâm xoay máy với tay khoan nội nha (tốc độ 300 vòng/ phút):

Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.

Sử dụng các trâm xoay máy để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.

Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypochlorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:
Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:
 - + Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng.
 - + Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
 - + Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
 - Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:
 - + Đưa chất dán dính vào thành ống tủy ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.
 - + Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
 - + Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
 - + Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
 - + Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.
 - + Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
 - + Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơi nóng.
 - Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:
Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.
- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.

3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau điều trị

- Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống.

ĐIỀU TRỊ TỬY RĂNG NGOÀI MIỆNG (RĂNG BỊ BẬT, NHỎ)

Mã số: III-1852

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật điều trị nội nha ở ngoài miệng để giữ bảo tồn răng trong các trường hợp răng bị bật nhỏ ra khỏi ổ răng.
- Thời gian răng nằm ngoài huyết ổ răng là yếu tố quan trọng nhất quyết định thành công của việc điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng bị bật khỏi ổ răng sau chấn thương
- Răng được chủ động nhổ do thầy thuốc để điều trị các bệnh lý liên quan.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng bị bật nhỏ ra khỏi ổ răng trong thời gian quá lâu mà không được bảo quản.
- Xương ổ răng vùng răng bị bật nhỏ không đảm bảo cho việc cấy lại răng sau khi điều trị nội nha.
- Răng mới bật ra khỏi ổ răng có thể cấy lại ngay mà không phải điều trị nội nha.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tửy
- Bộ khám: Khay, gương, gắp, thám trâm...
- Bộ dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D...
- Cây nhồi MTA

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu điều trị nội nha
- MTA

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp xương ổ răng để xác định tình trạng xương ổ răng .

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp ổ răng .

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Bảo vệ răng

Răng cần được chăm sóc trong suốt thời gian răng ở ngoài ổ răng:

Giữ ẩm chân răng bằng dung dịch nước muối sinh lý.

3.2. Điều trị nội nha

Trong suốt quá trình điều trị nội nha không được làm sang chấn hệ thống dây chằng và xương răng.

3.3. Vô cảm

Nếu tuỷ răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.4. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su.

3.5. Mở tuỷ

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tuỷ
- Dùng mũi khoan Thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tuỷ.

3.6. Sửa soạn hệ thống ống tuỷ

- Lấy sạch tuỷ ở buồng tuỷ và ống tuỷ.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy:
- + Dùng thám tâm nội nha để tìm miệng ống tủy,
- + Trường hợp không thể phát hiện miệng ống tủy, dùng siêu âm tạo rãnh ở sàn tủy và thám tâm nội nha để tìm.

Dựa vào miệng ống tủy và các rãnh ở sàn ống tủy để xác định số lượng ống tủy.

- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy: Thăm dò ống tủy bằng thám số 10.

- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy:
- + Sử dụng các file cầm tay hoặc/ và máy để tạo hình hệ thống ống tủy.
- + Bom rửa hệ thống ống tủy bằng các dung dịch nước muối sinh lý, ôxy già 3 thể tích, Natri hypochlorid 2,5-5%...
- Dùng đầu siêu âm phối hợp xen kẽ với các file và dung dịch bom rửa để làm sạch hệ thống ống tủy.

3.7. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:
- + Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:
- + Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng.
- + Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
- + Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:
- + Đưa chất dán dính vào thành ống tủy ở 1/3 dưới ống tủy về phía cuống răng.
- + Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
- + Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
- + Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
- + Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.
- + Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
- + Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơi nóng.
- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại:

Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.

- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.

3.8. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

3.9. Cắm lại răng vào huyết ổ răng

- Đặt lại răng theo vị trí giải phẫu.
- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.
- Cố định răng: Thời gian cố định có thể kéo dài 4-6 tuần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, Canxi hydroxide, GIC
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, Canxi hydroxide, GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau quá trình điều trị

- Răng dính khớp hoặc di động bất thường
- Tiêu chân răng hoặc xương quanh chân răng

PHẪU THUẬT NỘI NHA HÀN NGƯỢC ỐNG TỦY

Mã số: III-1854

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật điều trị nội nha hàn ngược ống tủy từ phía cuống răng để bảo tồn răng trong các trường hợp không thể hàn ống tủy theo phương pháp đi từ phía thân răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy dụng cụ trong ống tủy ở 1/3 phía chóp răng mà không lấy ra được hoặc không đi qua được trong lúc sửa soạn ống tủy.
- Ống tủy tắc hoặc nội tiêu không thể tạo hình, hàn kín từ phía thân răng được, và có tổn thương vùng cuống.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh mắc các bệnh toàn thân như rối loạn đông máu, bệnh tim mạch, rối loạn hệ thống miễn dịch...
- Các nhiễm trùng cấp trong khoang miệng.
- Tổn thương ở các chân răng phía hàm ếch của các răng nhiều chân.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Bộ dụng cụ tiểu phẫu thuật trong miệng
- Mũi khoan kim cương các loại
- Bộ dụng cụ hàn ngược cuống răng

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu hàn ngược: MTA, Amalgam, IRM
- Vật liệu cầm máu
- Băng gạc vô khuẩn

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.

- Phim Xquang răng để xác định tổn thương vùng cuống và tình trạng ống tủy chân răng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gây tê vùng và tại chỗ

3.2. Bộc lộ cuống răng

- Rạch niêm mạc: Dùng dao mổ rạch niêm mạc màng xương hình thang tương ứng vùng cuống răng sao cho thuận lợi cho việc hàn ngược.

- Bóc tách vạt niêm mạc màng xương để bộc lộ xương.

- Mở xương: Dùng mũi khoan tròn tạo cửa sổ xương bộc lộ vùng tổn thương.

3.3. Cắt cuống răng

- Sử dụng mũi khoan trụ cắt bỏ chóp răng sao cho lấy hết mô thương tổn.

- Dùng mũi khoan thích hợp tạo góc cắt 45° so với trục của răng.

3.4. Sửa soạn xoang hàn ở mặt cắt chân răng

- Dùng các mũi khoan thích hợp tạo xoang hàn ngược.

- Làm sạch mô tổn thương: Dùng dung dịch sát khuẩn bơm rửa ống tủy chân răng và mô tổn thương xung quanh.

3.5. Hàn kín xoang đã sửa soạn bằng vật liệu thích hợp như MTA, Amalgam hoặc IRM...

3.6. Đóng vạt

- Cầm máu

- Khâu đóng kín vạt.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong phẫu thuật

- Tổn thương xoang hàm: bơm rửa sạch và đóng kín.

- Chảy máu: cầm máu.

2. Sau phẫu thuật

- Chảy máu: cầm máu.

- Nhiễm trùng: Kháng sinh toàn thân và điều trị tại chỗ.

ĐIỀU TRỊ TỦY RĂNG VÀ HÀN KÍN HỆ THỐNG ỐNG TỦY BẰNG GUTTA-PERCHA NGUỘI

Mã số: III-1858

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật dùng trâm xoay để tạo hình hệ thống ống tủy
- Gutta percha nguội là vật liệu được sử dụng để hàn kín hệ thống ống tủy theo 3 chiều không gian có sử dụng bộ lèn ngang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm tủy không hồi phục
- Tủy hoại tử
- Viêm quanh cuống răng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Răng sữa
- Răng vĩnh viễn chưa đóng cuống
- Răng có chỉ định nhổ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng hàm mặt.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.2. Dụng cụ

- Ghế máy nha khoa
- Máy siêu âm, đầu siêu âm nội nha
- Máy đo chiều dài ống tủy
- Bộ khám : khay, gương, gắp, thám trâm...
- Dụng cụ điều trị nội nha
- Bộ cách ly cô lập răng
- Bộ lèn nội nha A-D...

2.3. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa

- Vật liệu điều trị nội nha...

3. Người bệnh

Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Kiểm tra, đối chiếu hồ sơ bệnh án theo quy định
- Xem lại các phim chụp răng để xác định hệ thống ống tủy.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Nếu tủy răng sống thì vô cảm bằng gây tê tại chỗ hoặc/và gây tê vùng bằng Xylocain 2%.

3.2. Cách ly răng

Sử dụng đê cao su

3.3. Mở tủy

- Dùng mũi khoan thích hợp mở đường vào buồng tủy
- Dùng mũi khoan thích hợp để mở toàn bộ trần buồng tủy.

3.4. Sửa soạn hệ thống ống tủy

- Lấy sạch tủy ở buồng tủy và ống tủy.
- Xác định miệng ống tủy và số lượng ống tủy bằng các dụng cụ thích hợp.
- Xác định chiều dài làm việc của các ống tủy.
- Tạo hình và làm sạch hệ thống ống tủy bằng các trâm xoay cầm tay
- + Dùng trâm tay số 10 hoặc 15 để thăm dò ống tủy.
- + Sử dụng các trâm xoay cầm tay để tạo hình và làm rộng hệ thống ống tủy.

+ Bơm rửa hệ thống ống tủy bằng dung dịch Natri hypochlorid 2,5-5%, hoặc nước muối sinh lý, hoặc ôxy già 3 thể tích...

3.5. Hàn kín hệ thống ống tủy

- Chọn cây lèn ngang với các kích thước phù hợp:

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- + Chọn cây lèn vừa khít và ngắn hơn chiều dài làm việc ống tủy 1-2mm.
- Chọn côn gutta-percha chính:
- + Chọn và đặt 1 côn gutta-percha chuẩn phù hợp với file đã tạo hình sau cùng.
- + Kiểm tra côn gutta-percha trong ống tủy trên Xquang.
- + Rút côn gutta-percha ra khỏi ống tủy.
- Đặt và lèn côn Gutta percha vào ống tủy:
- + Đưa xi măng trám bít vào thành ống tủy ở 1/3 ống tủy về phía cuống răng.
- + Đặt Gutta-percha chính vào ống tủy.
- + Lèn Gutta bằng cây lèn ngang.
- + Đặt côn phụ vào khoảng trống được tạo ra bởi cây lèn, dùng cây lèn tiếp theo để lèn.
- + Lặp lại nhiều lần đặt và lèn Gutta đến khi cây lèn chỉ còn đi được 1/3 trên ống tủy.
- + Lấy bỏ Gutta-percha thừa trong buồng tủy sát đến miệng ống tủy bằng nhiệt.
- + Lèn 1/3 trên ống tủy bằng cây plugger đã được hơi nóng.
- Đặt và lèn Gutta các ống tủy còn lại: Lặp lại các bước đặt và lèn Gutta như đã trình bày ở trên lần lượt ở từng ống tủy còn lại.
- Kiểm tra kết quả hàn hệ thống ống tủy bằng Xquang.

3.6. Hàn phục hồi thân răng

Hàn kín buồng tủy và phục hồi thân răng bằng vật liệu thích hợp.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong quá trình điều trị

- Thủng sàn tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Thủng thành ống tủy: Hàn kín vị trí thủng bằng MTA, hoặc Canxi hydroxide, hoặc GIC.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy: lấy dụng cụ gãy.

2. Sau điều trị

- Viêm quanh cuống răng: điều trị viêm quanh cuống.

MÁNG NÂNG KHỚP CÁN

Mã số: III-1898

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật duy trì khoảng trên cung răng bằng khí cụ tháo lắp trong khoảng thời gian chờ răng vĩnh viễn tương ứng mọc. Khí cụ này có thêm răng giả đảm bảo cho người bệnh ăn nhai tốt hơn.

- Khí cụ duy trì tháo lắp có ưu điểm là dễ vệ sinh nhưng đòi hỏi sự hợp tác của người bệnh trong việc đeo khí cụ.

II. CHỈ ĐỊNH

Mất răng hàm sữa sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhiễm trùng cấp tính trong khoang miệng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được đào tạo về Nắn Chỉnh Răng.
- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy răng.
- Bộ khám răng miệng: gương, gập, thám châm...
- Bộ dụng cụ Nắn chỉnh răng.
- Dụng cụ lấy dấu, đồ mẫu....

2.2 Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đồ mẫu.

3. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định
- Phim Panorama và Cephalometric.

4. Người bệnh

Người bệnh và/hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân và tại chỗ.

3. Các bước tiến hành

3.1. Lần hẹn 1

- Lấy dấu.
- Đổ mẫu bằng thạch cao cứng.
- Thiết kế khí cụ giữ khoảng trên mẫu.
- Ghi yêu cầu trên phiếu xướng rồi chuyển tới Labo
- Làm khí cụ duy trì loại tháo lắp tại Labo.

3.2. Lần hẹn 2

- Kiểm tra khí cụ duy trì theo đúng tiêu chuẩn.
- Thử khí cụ trên miệng và mài chỉnh cho phù hợp.
- Lắp khí cụ trên miệng người bệnh .
- Hướng dẫn người bệnh sử dụng:
 - + Cách tháo lắp.
 - + Vệ sinh khí cụ.
 - + Thời gian đeo khí cụ trên miệng.

3.3. Các lần điều trị tiếp theo

- Hẹn người bệnh khám định kỳ khoảng 3 tháng/lần:
 - + Đánh giá tình trạng mọc của răng vĩnh viễn tương ứng.
 - + Điều chỉnh khí cụ nếu cần thiết.

3.4. Kết thúc điều trị

- Theo dõi các răng vĩnh viễn tương ứng, nếu bắt đầu mọc hết thì ngưng đeo khí cụ.

- Tháo khí cụ và kết thúc quá trình điều trị.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Sang thương niêm mạc miệng do gãy khí cụ: điều trị tổn thương, làm lại khí cụ khác.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT KHÔNG THIẾU HỒNG TỔ CHỨC

Mã số: III-2068

I. ĐẠI CƯƠNG

Vết thương rách vùng hàm mặt là loại vết thương hay gặp, có thể đơn giản hay phức tạp, đơn thuần hay liên quan đến những bộ phận lân cận. Loại vết thương này cần được điều trị sớm trong vòng vài giờ đầu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Vết thương rách thuộc phần mềm vùng hàm mặt đơn thuần hay vết thương rách có tổn thương phối hợp cả phần mềm và phần xương.

- Không kèm chấn thương sọ não

- Tình trạng toàn thân ổn định

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng toàn thân đe dọa tính mạng

- Kém chấn thương sọ não

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

1 bác sĩ, 2 điều dưỡng

2. Phương tiện

- Gạc vô trùng, oxy già, betadin, nước muối rửa vết thương, thuốc tê lidocain 2%, bơm tiêm.

- Dụng cụ tiến hành thủ thuật: kéo nhỏ, panh cầm máu, kim kẹp kim, chỉ khâu trong, chỉ khâu ngoài da, cán dao, lưỡi dao.

3. Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, giải thích và ký cam kết thực hiện thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

- Phân hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi...

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Giấy tờ, hồ sơ đầy đủ theo yêu cầu.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân, đảm bảo các chức năng sống

3. Thực hiện kỹ thuật

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Gây tê. Nếu vết thương phức tạp cần gây mê, đặc biệt gây mê được chỉ định rộng rãi hơn với trẻ em.

- Làm sạch vết thương

- Cắt lọc vết thương

- Cầm máu

- Tách bóc

- Khâu đóng vết thương: khâu từng lớp, không để khoảng chết. Đóng kín từ sâu ra nông.

- Dẫn lưu: cần tiến hành nếu vết thương lớn thiếu hồng tổ chức nhiều. Khâu đóng xong vẫn để lại khoảng trống.

VI. THEO DÕI

- Vấn đề nhiễm khuẩn

- Sự liền vết thương

- Có co kéo, để lại sẹo lõm không

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Nhiễm trùng

- Lâm sàng: Sốt, vết mổ chảy mủ, không liền

- Xử trí: cấy mủ làm kháng sinh đồ. Trong lúc chờ cho kháng sinh toàn thân phổ rộng. Tại chỗ: Mở vết mổ lấy tổ chức hoại tử, tổ chức viêm, mảnh xương chết. Bơm rửa hàng ngày.

2. Sẹo xấu

- Xử trí: Sửa sẹo sau phẫu thuật lần 1 ít nhất sau 1 năm

- Phẫu thuật điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt không thiếu hồng tổ chức.

TRÁM BÍT HỒ RÃNH BẰNG GLASS IONOMER CEMENT (GIC) QUANG TRÙNG HỢP

Mã số: III-1938

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm bằng GIC.

- GIC (Glass Ionomer cement) là vật liệu phục hồi có ưu điểm bám dính tốt vào men, đồng thời có khả năng phóng thích Fluor vì vậy có tác dụng dự phòng sâu răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.

- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Dị ứng với GIC.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt
- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1 Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.
- Tay khoan và mũi khoan các loại
- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.
- Bộ cách ly cô lập răng.
- Bộ dụng cụ hàn GIC....
- Đèn quang trùng hợp.

2.2 Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.
- Vật liệu trám bít hố rãnh GIC quang trùng hợp

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sửa soạn bề mặt răng:

+ Làm sạch mảng bám răng bằng chổi hoặc đài cao su với bột đánh bóng.

+ Trong một số trường hợp dùng mũi khoan thích hợp mở rộng hố rãnh khó làm sạch.

+ Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.

+ Làm khô.

+ Đặt dung dịch Conditioner vào hố rãnh trong 10 giây.

+ Rửa sạch và làm khô.

- Đặt vật liệu trám bít GIC vào hố rãnh:

+ Đặt GIC vào một phía của hố rãnh, miết nhẹ với lực vừa đủ để GIC tràn đầy hố rãnh.

+ Tạo hình bề mặt theo hình thể giải phẫu răng.

- Chiếu đèn 20 giây.

- Kiểm tra và điều chỉnh khớp cắn.

- Phủ dầu cách ly lên bề mặt trám bít.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến cả trong và sau quá trình điều trị.

TRÁM BÍT HỔ RÃNH BẰNG COMPOSITE HÓA TRÙNG HỢP

Mã số: III-1939

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.

- Composite là vật liệu được sử dụng trong nha khoa phục hồi, có ưu điểm bám dính tốt vào men răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.

- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đị ứng với Composite.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ .

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn Composite....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Composite và vật liệu kèm theo....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Sửa soạn bề mặt răng

- Làm sạch mảng bám răng bằng chổi hoặc dải cao su với bột đánh bóng.
- Trong một số trường hợp dùng mũi khoan thích hợp mở rộng hố rãnh khó làm sạch.

- Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.

- Làm khô.

- Etching men răng bằng axit phosphoric 37% từ 10 đến 20 giây

- Rửa sạch.

- Cách ly và làm khô.

3.2 Trám bít hố rãnh

- Đặt vật liệu trám bít Composite vào hố rãnh:

- Đặt Composite vào một đầu của hố rãnh với 1 lực vừa đủ để Composite tràn đầy hố rãnh.

- Chỉnh sửa bề mặt trám bít.

- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến cả trong và sau quá trình điều trị.

TRÁM BÍT HỔ RÃNH BẰNG COMPOSITE QUANG TRÙNG HỢP

Mã số; III-1940

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là kỹ thuật hàn phủ các hố rãnh ở các bề mặt răng vĩnh viễn có nguy cơ khởi phát sâu răng hoặc đã có tổn thương sâu răng sớm.

- Composite là vật liệu được sử dụng trong nha khoa phục hồi, có ưu điểm bám dính tốt vào men răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các hố rãnh tự nhiên trên bề mặt răng khó làm sạch và có nguy cơ sâu răng.

- Sâu răng ở các hố rãnh giai đoạn sớm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đi ứng với Composite.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ Răng Hàm Mặt

- Trợ thủ.

2. Phương tiện

2.1. Phương tiện và dụng cụ

- Ghế máy nha khoa.

- Tay khoan và mũi khoan các loại

- Bộ khám: khay, gắp, gương, thám trầm.

- Bộ cách ly cô lập răng.

- Bộ dụng cụ hàn Composite....

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc sát khuẩn.

- Composite và vật liệu kèm theo....

3. Người bệnh

Người bệnh và/ hoặc người giám hộ Người bệnh được giải thích và đồng ý điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá tình trạng toàn thân, tại chỗ và răng cần điều trị.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Sửa soạn bề mặt răng

- Làm sạch mảng bám răng bằng chổi hoặc đai cao su với bột đánh bóng.
- Trong một số trường hợp dùng mũi khoan thích hợp mở rộng hố rãnh khó làm sạch.

- Rửa sạch hố rãnh và bề mặt răng.

- Làm khô.

- Etching men răng bằng axit phosphoric 37% từ 10 đến 20 giây

- Rửa sạch.

- Cách ly và làm khô.

3.2. Trám bít hố rãnh

- Đặt vật liệu trám bít Composite vào hố rãnh:

+ Đặt Composite vào một đầu của hố rãnh với 1 lực vừa đủ để Composite tràn đầy hố rãnh.

+ Chỉnh sửa bề mặt trám bít.

+ Chiếu đèn quang trùng hợp trong 20-30 giây.

- Kiểm tra và chỉnh sửa khớp cắn.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Không có tai biến cả trong và sau quá trình điều trị

PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN

Mã số: III-3649

I. ĐẠI CƯƠNG

Gãy một xương đòn ở trẻ em là thường gặp sau chấn thương, chủ yếu được điều trị bảo tồn bằng băng số 8.

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương có tổn thương kèm mạch máu thần kinh
- Gãy xương đòn kèm theo gãy mất vững các xương vùng ngực vai cùng bên
- Gãy 1/3 ngoài di lệch nhiều ở trẻ lớn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh lý kèm theo chống chỉ định phẫu thuật
- Đang có tình trạng nhiễm khuẩn
- Toàn trạng nặng vì đa chấn thương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sỹ chuyên khoa Chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh

Tâm lý cho người bệnh, hồ sơ bệnh án đầy đủ thủ tục hành chính và các xét nghiệm.

3. Phương tiện

4. Bộ dụng cụ: Kết hợp xương

5. Bộ kim Kirschner

6. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ chi tiết các lần thăm khám, hội chẩn, giải thích cho người bệnh và gia đình.

7. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 45 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa

2. Vô cảm

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê

3. Sát khuẩn, trải toan

4. Kỹ thuật

- Rửa da mặt trên xương đòn tương ứng vị trí gãy xương
- Bóc tách cân cơ, vào ổ gãy xương, làm sạch ổ gãy, nắn hờ, kết hợp xương bằng 1 đinh nội tủy phù hợp kích thước ống tủy.
- Kiểm tra diện gãy khít vững.
- Đặt dẫn lưu nếu cần thiết, rút sau 24 - 48h.
- Khâu phục hồi các lớp theo giải phẫu.
- Băng vô khuẩn.
- Túi treo tay trong 3 tuần.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ
- Nhiễm trùng sau mổ
- Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài (liệt 3 dây).
- Phục hồi chức năng sau mổ.

CẮT LỌC VẾT THƯƠNG GÃY XƯƠNG HỖ CÓ ĐỊNH TẠM THỜI

Mã số: III-3774

I. ĐẠI CƯƠNG

- Gãy xương hở theo phân loại của Gustilo có
- Độ I : vết thương rách da đường kính dưới 1cm, sau khi cắt lọc vết thương có thể khâu kín và điều trị giống 1 gãy xương kín.
- Độ II : vết thương có đường kính trên 1cm, nhuruh phần mềm xung quanh bị tổn thương nhiều. Nếu người bệnh đến sớm sau khi cắt lọc vết thương có thể điều trị như 1 gãy xương kín.
- Độ III:
- + III A: Chấn thương mô mềm nhiều, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng có nguy cơ nhiễm khuẩn cao, nhưng sau khi cắt lọc phần mềm tổn thương thì xương vẫn được che phủ hợp lý. Lớp da có thể bị hoại tử thứ phát gây lộ xương.
- + III B: vết thương gãy hở có kèm theo mất mô mềm rộng, vết thương bị ô nhiễm nghiêm trọng. Sau khi cắt lọc vết thương thì phần mềm còn lại không đủ che phủ xương lộ.
- + III C: vết thương gãy hở giống độ III B nhưng kèm theo có tổn thương mạch máu và thần kinh chính của đoạn chi đòi hỏi phải khâu nối lại mới bảo tồn được chi. Nguy cơ cắt cụt chi rất cao.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các gãy xương hở đều được chỉ định mổ cấp cứu

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Là phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình.

2. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ về bệnh, về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau mổ (nhiễm trùng, hoại tử chi.).
- Đại diện gia đình kí cam đoan chấp nhận mổ.

3. Phương tiện

- Bộ dụng cụ đại phẫu.
- Bột bó.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế.

5. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế người bệnh

Nằm ngửa hoặc nằm nghiêng trên bàn mổ, tùy theo vị trí của chi bị tổn thương

2. Vô cảm

Gây tê tủy sống, ngoài màng cứng, tê đám rối thần kinh cánh tay hoặc gây mê.

3. Kỹ thuật tiến hành

- Rửa vết thương sạch bằng xà phòng vô khuẩn với nước muối sinh lý.
- Ga-rô gốc chi, tốt nhất với ga-rô hơi.
- Thì cắt lọc phần mềm: cắt lọc mép vết thương ít nhất 2 mm, cắt bỏ tổ chức dập nát, làm sạch khớp (lấy dị vật, máu tụ...). Rạch rộng vết thương, tiếp tục cắt lọc phần mềm và rửa vùng mổ bằng nhiều nước muối sinh lý. Kiểm tra mạch máu và thần kinh (gãy hở độ IIIC).
- Thì cố định xương: Làm sạch đầu xương bằng thìa nạo, kìm gặm xương. Rửa lại ổ mổ một lần nữa để đảm bảo khớp không còn dị vật. Nắn chỉnh ổ gãy xương.
- Đặt dẫn lưu.
- Khâu che phủ xương
- Tháo bỏ Ga-rô
- Cố định ổ gãy xương bằng bột rạch dọc, tùy theo vị trí gãy xương.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tụ máu, phù nề sau mổ: lấy máu tụ, băng ép.
 - Chèn ép bột
 - Nhiễm trùng sau mổ: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.
- Liệt thần kinh sau mổ: do chấn thương co kéo trong mổ, garo kéo dài

THÁO KHỚP KHUYỬ TAY DO UNG THƯ

Mã số: III-2745

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tháo khớp khuỷu là một phẫu thuật thay thế tay kể từ vai không còn chức năng (có thể nguy hiểm đến tính mạng) bằng một chi giả khác, mà vẫn đảm bảo được chức năng tốt hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hoại tử tắc mạch cẳng bàn tay
- Dập nát cẳng tay
- Cụt chân thương cẳng tay
- U ác tính cẳng tay
- Cân nhắc trong một số trường hợp tay không còn chức năng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, tử vong ...) đại diện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận tháo khớp khuỷu. Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật

90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế: Nằm ngửa kê cánh cẳng tay.

2. Vô cảm: Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

- Ga-rô 1/3 trên cánh tay
- Sát trùng cồn 70 độ hoặc Betadin
- Rửa da dọc hai bên bờ quay trụ ở 1/3 trên cẳng tay
- Kiểm tra và thắt tĩnh mạch đầu, tĩnh mạch nền

- Tách cơ căng tay ở 1/3 trên.
- Tìm và thắt động tĩnh mạch cánh tay, thần kinh quay trụ giữa.
- Bộc lộ khớp khuỷu và tháo xương quay và xương trụ.
- Khâu lại vật cơ che phủ đầu dưới xương cánh tay
- Dẫn lưu.
- Khâu da che phủ.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu, tụ máu mồm cụt: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.
- Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.
- Hoại tử mồm cụt: Phẫu thuật sửa mồm cụt.
- Căng da mồm cụt: Chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mồm cụt nếu cần.
- Đau mồm cụt: Chống phù nề, giảm đau.
- Chi ma.

THÁO KHỚP CỘT TAY DO UNG THƯ

Mã số: III-2746

I. ĐẠI CƯƠNG

- Là phẫu thuật cắt bỏ khối xương tủy cột bàn tay, để lại khớp quay-trụ dưới.
- Ưu điểm là còn khớp quay-trụ dưới nên còn khả năng sắp ngửa cẳng tay.

II. CHỈ ĐỊNH

Tồn thương vùng bàn tay không còn khả năng bảo tồn đến khối tủy cột do chấn thương, hoại tử thiếu máu do bệnh lý mạch máu, đái tháo đường.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tồn thương xâm lấn đến 1/3 dưới cẳng tay.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chấn thương chỉnh hình, phụ phẫu thuật.

2. Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, đầy đủ hồ sơ bệnh án hành chính.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật cẳng tay.

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, tay phẫu thuật để trên bàn phẫu thuật.

2. Vô cảm

Gây tê đám rối hoặc gây mê toàn thân

3. Kỹ thuật

- Garo hơi hoặc garo chun tại 1/3 dưới cánh tay.
- Sát trùng cánh tay bằng cồn betadine hoặc cồn 700.
- Rửa da 2 bên bờ quay - trụ bàn tay.
- Lấy bỏ khối xương tủy cột, mòm châm trụ được lấy bỏ.
- Mạch máu buộc lại, gân cho rút lên cao.
- Thần kinh kéo nhẹ xuống, cắt cao, cho tụt lên hoặc rạch dọc cao, giữa cơ sắp tròn và cơ ngửa dài, dưới nếp khuỷu, buộc thần kinh giữa, trụ và nhánh nông của thần kinh quay.

- Lấy vạt da ở phía gan tay dài, còn vạt da ở mu tay thì ngắn, lật vạt phủ mồm cụt, khâu da ở phía sau, tránh để tai chó 2 bên góc.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng băng vết mổ.
- Hướng dẫn vận động, tập phục hồi chức năng sớm.
- Kháng sinh đường tiêm 3-5 ngày.

2. Xử trí tai biến

- Chảy máu mồm cụt: băng ép nhẹ nhàng, không hết có thể khâu tăng cường vị trí mồm cụt.

- Nhiễm trùng: thay băng hàng ngày, cắt chỉ khi tự dịch, nguy cơ nhiễm trùng sâu, lấy dịch cấy vi khuẩn làm kháng sinh đồ, thay kháng sinh khi có kháng sinh đồ.

- Hoại tử mồm cụt: lộ xương cần cắt cao hơn hoặc chuyển vạt che xương.

THÁO KHỚP VAI DO ỨNG THU CHI TRÊN

Mã số: III-2743

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật tháo khớp vai là một phẫu thuật thay thế tay kể từ vai không còn chức năng (có thể nguy hiểm đến tính mạng) bằng một chi giả khác, mà đảm bảo được chức năng tốt hơn.

II. CHỈ ĐỊNH

Hoại tử tắc mạch cánh cẳng tay

Dập nát cánh cẳng tay

Cụt chân thương cánh cẳng tay

U ác tính cánh cẳng tay

Cân nhắc trong một số trường hợp tay không còn chức năng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định trong ngoại khoa nói chung

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên là bác sĩ chuyên khoa chấn thương chỉnh hình

2. Người bệnh và gia đình

Được giải thích đầy đủ về cuộc phẫu thuật, các tai biến có thể gặp trong và sau cuộc phẫu thuật (nhiễm trùng, tử vong ...) đại diện gia đình ghi vào hồ sơ việc chấp nhận tháo khớp vai. Nhịn ăn trước 6 giờ.

3. Phương tiện

Bộ dụng cụ cắt cụt chi trên

4. Dự kiến thời gian phẫu thuật: 90 phút

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Tư thế

Nằm ngửa kê dưới vai hoặc nằm nghiêng 450.

2. Vô cảm

Gây mê nội khí quản

3. Kỹ thuật

Rạch da bắt đầu từ mỏm quạ cánh tay theo bờ trước của cơ delta và tận hết ở nách.

Kiểm tra và thắt tĩnh mạch đầu

Tách giữa bó cơ delta và cơ ngực lớn.

Tìm và thắt động tĩnh mạch cánh tay, thần kinh quay trụ giữa.

Bộc lộ khớp vai và tháo chỏm xương cánh tay.

Khâu lại một phần vạt cơ delta và bao khớp phía trước và vào cơ ngực lớn.

Dẫn lưu.

Khâu da che phủ.

VI. THEO DÕI XỬ TRÍ TAI BIẾN

Chảy máu, tụ máu mỏm cụt: Mở vết mổ cầm máu, lấy máu tụ, băng ép.

Nhiễm trùng: Tách vết mổ, làm sạch, để hở.

Hoại tử mỏm cụt: Phẫu thuật sửa mỏm cụt.

Căng da mỏm cụt: Chống phù nề, phẫu thuật sửa lại mỏm cụt nếu cần.

Đau mỏm cụt: Chống phù nề, giảm đau.

Chi ma.

QUY TRÌNH NỘI SOI MỔ HẸP THỰC QUẢN

Mã số: III-3273

I. ĐẠI CƯƠNG

- Teo thực quản là bệnh lý gián đoạn thực quản ở trẻ sơ sinh. Đây là bệnh lý hiếm gặp, sau mổ thường gây hẹp thực quản với tỷ lệ 10-20 %.
- Cần tiến hành phẫu thuật sớm để tránh tình trạng viêm phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

Đối với các người bệnh được chẩn đoán dựa vào chụp Xquang thực quản: thấy hình ảnh thực quản hẹp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các người bệnh đang trong tình trạng sốc do nhiễm khuẩn.
- Các người bệnh có bệnh lý tim mạch nặng (cân nhắc mổ nếu điều kiện cho phép).
- Các người bệnh có tình trạng đông máu không ổn định.
- Các người bệnh không thông khí an toàn trong mổ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ mổ chính
- Bác sĩ phụ mổ
- Y tá phụ mổ
- Bác sĩ gây mê
- Y tá phụ mê

2. Phương tiện

- Dàn máy nội soi
- Dụng cụ phẫu thuật bao gồm: 1 troca 5 mm, 2 troca 3mm, camera 5mm, 1 panh kẹp ruột 3mm, 1 panh phẫu tích, 1 ống hút nội soi 3mm, 1 kìm kẹp kim nội soi 3mm, 1 móc đốt điện 3mm, 1 bộ dẫn lưu màng phổi.

3. Người bệnh

- Người bệnh được hồi sức, chống sốc, dùng kháng sinh trước mổ
- Làm các xét nghiệm trước mổ: đông máu cơ bản, HIV, HBsAg, công thức máu, cấy máu (nếu cần), siêu âm tim.

4. Hồ sơ bệnh án

Các yêu cầu của BHYT

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (trong đó cần cụ thể thời gian tiến hành)

1. Kiểm tra hồ sơ

Hồ sơ bệnh án hoàn thành theo mẫu của BHYT.

2. Kiểm tra người bệnh

- Người bệnh được kiểm tra đánh giá toàn trạng trước mổ, bên phẫu thuật phải được đánh dấu, giải thích tình trạng và cách thức phẫu thuật cho người bệnh và gia đình người bệnh.

- Khám và đánh giá tình trạng gây mê về hô hấp

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được gây mê và thông khí 2 phổi thông thường, đặt tĩnh mạch trung tâm và động mạch để theo dõi và hồi sức trong mổ.

- **Bước 1:** kê tư thế người bệnh : nghiêng 160o sang bên đối diện, dàn nội soi ở phía lưng bệnh nhân, phẫu thuật viên đứng bên đối diện với dàn nội soi.

- **Bước 2:** đặt 1 troca 5 mm vào khoang màng phổi , bơm khí tùy theo cân nặng người bệnh và tình trạng hô hấp trong mổ.

- **Bước 3:** đặt thêm 2 troca 3 mm, cắt khâu tĩnh mạch Agygos nếu cần, dùng dụng cụ 3 mm bóc tách đoạn thực quản hẹp, cắt đoạn thực quản hẹp, chuẩn bị 2 đầu thực quản; nối thực quản tận-tận 1 lớp mũi rời với chỉ PDS 6.0.

- **Bước 4:** kiểm tra lại miệng nối, nếu căng cần phẫu tích thêm thực quản đầu trên và dưới hoặc mở cơ thành thực quản làm dài thực quản.

- **Bước 5:** nở phổi và đặt dẫn lưu màng phổi (nếu cần).

VI. THEO DÕI

- Chụp thực quản sau 4 ngày đánh giá tình trạng lưu thông thực quản hoặc rò thực quản.

- Theo dõi lượng dịch và khí hàng ngày

- Theo dõi tình trạng phổi nở

- Rút dẫn lưu khi phổi nở tốt và dẫn lưu không ra thêm dịch và khí

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong mổ

+ Rách phổi: khâu lại phổi bằng chỉ PDS 5.0

+ Chảy máu: đốt điện hoặc khâu cầm máu

- Sau mổ:

+ Nếu có rò thực quản cần đặt dẫn lưu để hút liên tục, chụp lại thực quản sau 3-5 ngày để đánh giá lại, nếu còn rò cần mổ khâu lại chỗ rò hoặc dẫn lưu thực quản cổ và mở thông dạ dày nuôi dưỡng.

+ Chảy máu: cần mổ lại kiểm tra để cầm máu

+ Tràn khí nhiều: mổ lại khâu chỗ rò khí

+ Tắc dẫn lưu: thông dẫn lưu, đặt lại dẫn lưu nếu cần

Các ghi chú nếu cần

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT HẬU MÔN TRỰC TRÀNG NHIỀU THÌ

Mã số: III-3344

I. ĐẠI CƯƠNG

Dị tật hậu môn trực tràng là một trong các bệnh có từ lâu nhất trong lịch sử y học. Tỷ lệ mắc khoảng 1/5000 trẻ mới sinh. Có rất nhiều kỹ thuật cũng như đường mổ để tạo hình hậu môn như đường bụng, đường tầng sinh môn, đường sau trực tràng của Pena, đường trước xương cùng sau trực tràng....

II. CHỈ ĐỊNH

Dị tật hậu môn trực tràng loại trung gian và cao ở cả nam và nữ đã được làm hậu môn nhân tạo thời kì sơ sinh

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mắc các bệnh cấp tính
- Rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Có chứng chỉ hành nghề là Phẫu thuật viên Nhi khoa và có kinh nghiệm trong lĩnh vực phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng - tầng sinh môn.

2. Phương tiện

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,...
- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (parafin), bộ nong hậu môn (Hegar)
- Máy kích thích cơ, độn hình tam giác để nâng mông người bệnh lên
- Bàn phẫu thuật, bàn để dụng cụ

3. Người bệnh

- Được chuẩn bị chu đáo, chẩn đoán xác định dị tật hậu môn trực tràng loại cao hoặc trung gian.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

- Người bệnh nằm sấp hình dao nhíp gấp hoặc nằm ngửa tư thế sản khoa
- Phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng bên đối diện.

3.2. Vị trí rạch da

Đường sau trực tràng hoặc đường bụng.

3.3. Các thì phẫu thuật

- Rạch da
- Phẫu tích túi cùng trực tràng, tạo đường hầm qua trung tâm cơ thắt
- Hạ bóng trực tràng xuống tạo hình hậu môn
- Đóng vết mổ

VI. THEO DÕI

1. Khi làm kỹ thuật

Tồn thương thành trực tràng, thành âm đạo, thành niệu đạo

2. Sau khi làm kỹ thuật

- Chảy máu vết mổ
- Nhiễm trùng vết mổ
- Sa niêm mạc hậu môn
- Hẹp hậu môn

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Khi làm kỹ thuật

Khâu lại thành trực tràng, thành âm đạo, thành niệu đạo

2. Sau khi làm kỹ thuật

- Chảy máu: Băng ép, khâu cầm máu vết mổ
- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh, giảm viêm
- Sa niêm mạc hậu môn: Phẫu thuật cắt niêm mạc sa
- Hẹp hậu môn: Nong hậu môn, phẫu thuật tạo hình lại hậu môn

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ XOẪN TRUNG TRÀNG

Mã số: III-3304

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xoăn trung tràng là một bất thường bẩm sinh trong đó ruột xoay và cổ định không hoàn toàn trong quá trình phát triển của bào thai.
- Hình thái lâm sàng từ không triệu chứng cho đến xoăn ruột.
- Xoăn trung tràng xảy ra ở 0,5-1% dân số. Có biểu hiện triệu chứng là 1/6.000.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán xoăn trung tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Có chứng chỉ hành nghề là Phẫu thuật viên Nhi khoa và có kinh nghiệm trong lĩnh vực ngoại tiêu hóa.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải
- Đặt ống hút dạ dày.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

Người bệnh nằm ngang theo bàn gậy mê, phẫu thuật viên đứng ở phía chân người bệnh, người phụ cầm camera đứng ở bên phải của phẫu thuật viên. Màn hình đặt ở phía đối diện phẫu thuật viên.

3.2. Vị trí trocar

Đặt 3 troca vào ổ bụng qua rốn, hạ sườn phải và hạ sườn trái

3.3. Áp lực bơm hơi

Duy trì từ 7-9 mm Hg với lưu lượng 2-3 l/phút tùy theo tuổi

3.4. Các thì phẫu thuật

- Tháo xoắn.
- Cắt dây chằng Ladd, giải phóng tá tràng, tải rộng mạc treo chung
- Cắt ruột thừa
- Đưa manh tràng sang trái và cố định vào thành bụng.

VI. THEO DÕI

- Duy trì thân nhiệt, sử dụng lồng ấp.
- Cân bằng nước, điện giải, truyền máu nếu cần
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong ít nhất 3 ngày đầu
- Hút ngắt quăng dịch dạ dày cho đến khi dịch không có mật, khi đó có thể cho trẻ bú với số lượng tăng dần.
- Nếu có ống thông dạ dày đặt qua miệng nổi thì bơm sữa qua ống thông từ ngày thứ 3 sau mổ để cho ăn sớm.
- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Tắc ruột: Mổ lại
- Xoắn ruột: mổ lại

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ CẠNH HẬU MÔN

Mã số: III-3348

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò cạnh hậu môn là hậu quả của tình trạng viêm nhiễm trùng hóc hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán rò cạnh hậu môn

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Có chứng chỉ hành nghề là Phẫu thuật viên Nhi khoa và có kinh nghiệm trong lĩnh vực ngoại tiêu hóa.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải
- Đặt ống hút dạ dày.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mỏ

Bệnh nhi nằm tư thế sản phụ khoa.

3.2. Các thì phẫu thuật

- Dùng que thăm dò xác định đường rò từ lỗ rò ngoài da cạnh hậu môn đến lỗ rò trong ống hậu môn.
- Xẻ đường rò trên que thăm rò bằng dao đốt điện.
- Dùng curet cạo sạch đường rò.
- Cầm máu.
- Để hở vết mổ.

VI. THEO DÕI

Vệ sinh, thay băng vết mổ rò hàng ngày, tránh liền vết thương từ ngoài vào trong.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Rò lại: Mổ lại
- Nhiễm trùng vết mổ: điều trị kháng sinh

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT PHÂN SU

Mã số: III-3307

I. ĐẠI CƯƠNG

Tắc ruột phân su do nút phân su bít kín lòng ruột 10% liên quan đến bệnh quánh màng dịch, 90% người bệnh bị tắc ruột phân su có liên quan đến liên quan đến bệnh quánh niêm dịch (mucoviscidose).

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán tắc ruột phân su

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Có chứng chỉ hành nghề là Phẫu thuật viên Nhi khoa và có kinh nghiệm trong lĩnh vực ngoại tiêu hóa.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải
- Đặt ống hút dạ dày.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

Người bệnh nằm dọc theo bàn gậy mê, phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng ở bên trái của người bệnh.

3.2. Đường rạch da

Rạch da theo đường trắng giữa trên dưới rốn

3.4. Các thì phẫu thuật

Mở ruột, bơm rửa, dọn phân su xuống đại tràng

VI. THEO DÕI

- Duy trì thân nhiệt, sử dụng lồng ấp.
- Cân bằng nước, điện giải, truyền máu nếu cần
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong ít nhất 3 ngày đầu
- Hút ngắt quăng dịch dạ dày cho đến khi dịch không có mật, khi đó có thể cho trẻ bú với số lượng tăng dần.
- Nếu có ống thông dạ dày đặt qua miệng nối thì bơm sữa qua ống thông từ ngày thứ 3 sau mổ để cho ăn sớm.
- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Tắc ruột: Mổ lại
- Xoắn ruột: mổ lại
- Bục miệng nối: mổ làm lại miệng nối hoặc dân lưu hồi tràng

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ XOẪN TRUNG TRÀNG

Mã số: III-3304

I. ĐẠI CƯƠNG

- Xoắn trung tràng là một bất thường bẩm sinh trong đó ruột xoay và cố định không hoàn toàn trong quá trình phát triển của bào thai.
- Hình thái lâm sàng từ không triệu chứng cho đến xoắn ruột.
- Xoắn trung tràng xảy ra ở 0,5-1% dân số. Có biểu hiện triệu chứng là 1/6.000.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán xoắn trung tràng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Có chứng chỉ hành nghề là Phẫu thuật viên Nhi khoa và có kinh nghiệm trong lĩnh vực ngoại tiêu hóa.

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ phẫu thuật chuyên khoa, các vật tư tiêu hao, trang thiết bị cho một cuộc phẫu thuật tiêu hóa.

3. Người bệnh

- Làm đủ các xét nghiệm chẩn đoán, chẩn đoán khả năng phẫu thuật,...
- Bồi phụ dinh dưỡng, nước - điện giải
- Đặt ống hút dạ dày.
- Dùng kháng sinh dự phòng.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình biết rõ bệnh và tình trạng toàn thân, về khả năng phẫu thuật sẽ thực hiện, về các tai biến, biến chứng, di chứng có thể gặp do bệnh, do phẫu thuật, do gây mê, do cơ địa của người bệnh. Giải đáp những khúc mắc của người bệnh về bệnh tật, về phẫu thuật trong phạm vi cho phép.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tư thế người bệnh và vị trí kẹp mổ

Người bệnh nằm dọc theo bàn gậy mê, phẫu thuật viên đứng bên phải người bệnh, người phụ đứng ở bên trái của người bệnh .

3.2. Đường rạch da

Rạch da ngang dưới hạ sườn phải

3.4. Các thì phẫu thuật

- Tháo xoắn.
- Cắt dây chằng Ladd, giải phóng tá tràng, tải rộng mạc treo chung
- Cắt ruột thừa
- Đưa manh tràng sang trái và cố định vào thành bụng.

VI. THEO DÕI

- Duy trì thân nhiệt, sử dụng lồng ấp.
- Cân bằng nước, điện giải, truyền máu nếu cần
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch hoàn toàn trong ít nhất 3 ngày đầu
- Hút ngắt quãng dịch dạ dày cho đến khi dịch không có mật, khi đó có thể cho trẻ bú với số lượng tăng dần.
- Nếu có ống thông dạ dày đặt qua miệng nối thì bơm sữa qua ống thông từ ngày thứ 3 sau mổ để cho ăn sớm.

- Kháng sinh chống nhiễm khuẩn.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Tắc ruột: Mổ lại
- Xoắn ruột: mổ lại

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN TIỀN ĐÌNH 1 THÌ

Mã số: III-3345

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò hậu môn tiền đình với lỗ hậu môn bình thường, là một dị dạng hiếm gặp được mô tả lần đầu tiên bởi Bryndorf và Madsen. Các loại tổn thương bao gồm tận cùng đôi của đường tiêu hóa, rò kiểu chữ H, chữ N, ống tầng sinh môn hoặc rò hậu môn bẩm sinh với hậu môn bình thường. Các tổn thương thường gặp ở phụ nữ và là phổ biến hơn ở các nước châu Á. Tỷ lệ mắc ở Ấn Độ và Nhật Bản là 3,8% và 7,1% trong tất cả các dị tật hậu môn trực tràng. Nguyên nhân do sự thiếu sản của phần lưng màng ổ nhớp kết hợp với áp xe âm hộ gây nên rò hậu môn tiền đình. Điều trị rò hậu môn tiền đình có rất nhiều phương pháp như của Tsuchida, Mamoud, Kulshrestha, Tsugawa.... Trong bài này chúng tôi nêu phương pháp của Tsugawa.

II. CHỈ ĐỊNH

- Rò hậu môn tiền đình là bệnh lý ngoại khoa, cần được chỉ định phẫu thuật, thường phẫu thuật khi trẻ được 3 tuổi.

- Những trường hợp bị loét vùng tầng sinh môn lan rộng mà điều trị nội khoa không kết quả bắt buộc phải làm hậu môn nhân tạo trước (Phẫu thuật 3 thì).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mắc các bệnh cấp tính
- Rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Có chứng chỉ hành nghề là Phẫu thuật viên Nhi khoa và có kinh nghiệm trong lĩnh vực phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng - tầng sinh môn.

2. Phương tiện

- Đèn chiếu sáng tốt, ánh sáng lạnh.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật hậu môn: có que thăm dò, dao điện, máy hút, panh, kéo, kẹp phẫu tích,...
- Các loại chỉ khâu, thuốc bôi trơn (parafin), xanh metylen,...
- Bàn phẫu thuật: thường đặt được người bệnh tư thế phụ khoa, bàn có thể xoay được các tư thế.
- Bàn để dụng cụ

3. Người bệnh

Được chuẩn bị chu đáo, chẩn đoán xác định rò hậu môn tiền đình. Được giải thích tình trạng bệnh và khả năng có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án: Theo qui định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm: Gây mê tĩnh mạch có tê cùng cụt

3.2. Kỹ thuật

Người bệnh nằm ngửa, hai chân dạng ở tư thế sản khoa ở cuối bàn phẫu thuật.

- Các bước tiến hành:

+ Đặt que thăm dò qua lỗ rò từ tiền đình xuống hậu môn, đường rạch da ngang, giữa hậu môn và tiền đình, sâu đến phần cơ thắt ngoài.

+ Phẫu tích vào phía trước cơ thắt ngoài và thành trước trực tràng hướng lên phía trên, phẫu tích lên trên dọc theo trực tràng từ 1- 2cm.

+ Cắt ngang đường rò

+ Khâu đường rò bằng chỉ PDS 5/0 mũi rời

+ Khâu phủ phần trước cơ thắt ngoài lên trên lỗ rò

+ Khâu phục hồi lại đường rạch da

+ Đặt lưu sông tiểu

VI. THEO DÕI

1. Khi làm kỹ thuật

Tồn thương thành trực tràng, thành âm đạo

2. Sau khi làm kỹ thuật

- Chảy máu vết mổ

- Nhiễm trùng vết mổ

- Rò lại

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Khi làm kỹ thuật

Khâu lại thành trực tràng, thành âm đạo

2. Sau khi làm kỹ thuật

- Băng ép, khâu cầm máu vết mổ

- Nhịn ăn, kháng sinh, giảm viêm, truyền dịch

- Đợi sau 3 tháng phẫu thuật cắt rò lại

ĐO LƯU LƯỢNG TIM PICCO

Mã số: III-1277

I. ĐẠI CƯƠNG

PICCO là kỹ thuật thăm dò huyết động, đo cung lượng tim dựa theo nguyên lý hoà loãng nhiệt xuyên phổi, có tính ứng dụng cao, ít biến chứng có thể áp dụng tại các khoa HSCC.

II. CHỈ ĐỊNH

Chủ yếu trong điều trị sốc sau khi không đáp ứng với truyền dịch như: Sốc giảm thể tích, sốc tim, sốc nhiễm khuẩn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng Shunt trong phổi (gây sai số đo).
- Loạn nhịp nặng (gây sai số).
- Hở các van tim nặng

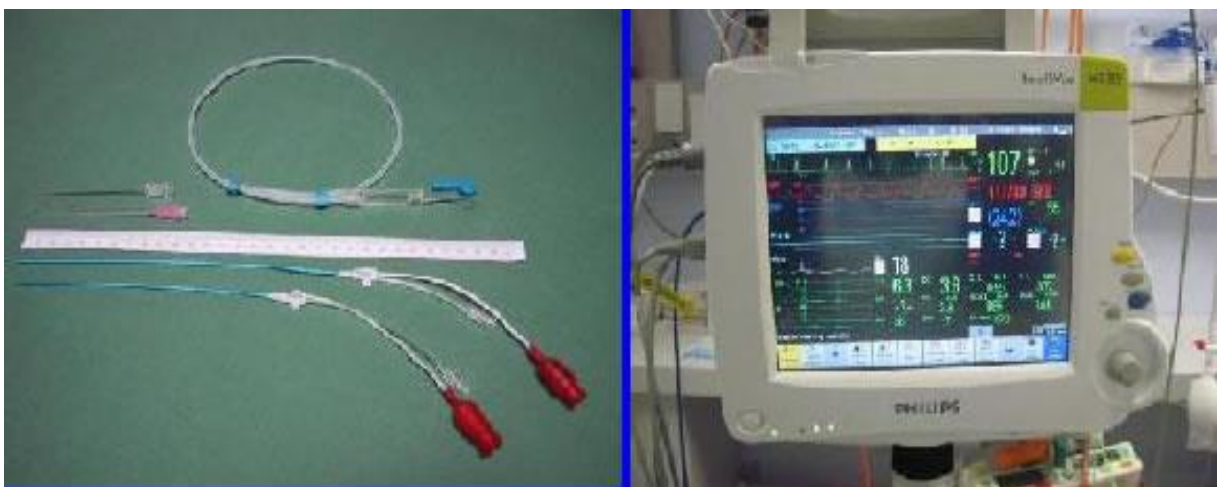
IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sỹ, điều dưỡng đã được đào tạo về đặt PICCO

2. Dụng cụ và kỹ thuật đo

Kỹ thuật PICCO sử dụng bộ thiết bị gồm có (hình 1,2)

- Một bộ catheter tĩnh mạch trung tâm 3 nòng
- Thiết bị nhận cảm nhiệt đầu vào
- Một bộ catheter động mạch đùi chuyên dụng của hãng Pulsion có đầu nhận cảm áp lực và nhiệt độ.
- Bộ vi xử trí đặt tại máy theo dõi (Phillips, Dragger, Pulsion) Hình 1, 2



4. Hồ sơ bệnh án

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra lại người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

- **Bước 1:** Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm 3 nòng (tĩnh mạch cảnh trong hay dưới đòn đều được) nối cổng proximal trên catheter với bộ phận cảm ứng nhiệt đầu vào.

- **Bước 2:** Đặt catheter động mạch đùi bằng kỹ thuật Sedingler, nối bộ phận đo áp lực và nhận cảm nhiệt đầu ra với máy PiCCO, đặt Zero mức HA, chú ý chọn dạng sóng ĐMC vì tuy catheter đặt ở động mạch đùi nhưng đầu lại ở vị trí động mạch chủ bụng.

- Sau khi kết nối máy sẽ hiện lên dạng sóng động mạch, và nhiệt độ máu Cài đặt các thông số huyết động trên máy:

- Vào mục Admit/ Discharge nhập tên người bệnh, chiều cao, cân nặng, chọn chế độ Adult. Sau đó sang bên trái màn hình có các ô thông số. Đặt thông số theo ba nhóm sau:

+ Đánh giá tiền gánh: GEDVI, SVV, EVLWI

+ Cung lượng tim: CI, CO

+ Cung lượng tim liên tục: CCI, CCO

+ Sức cản mạch hệ thống: SVRI

Tiến hành đo

- Sau khi cài đặt thông số xong vào mục Menu sẽ hiện lên bảng Cardiac output. Nhấn vào mục này sẽ hiện lên bảng đồ thị hoà loãng nhiệt. Trên bảng này sẽ tự báo cho số ml nước lạnh cần bơm. Chuẩn bị 15 ml nước lạnh (nên để dưới 80C) cho vào syring 20 ml nối với cổng proximal có bộ phận cảm ứng nhiệt đầu vào trên catheter tĩnh mạch trung tâm.

- Nhấn nút Start trên thanh công cụ ở trên màn hình. Trên màn hình sẽ hiện lên dòng chữ Baseline unstable, do not inject. Chờ khi ổn định màn hình hiện lên dòng chữ baseline stable, inject now. Bơm ngay 15 ml nước lạnh trong vòng dưới 10 giây (càng nhanh càng tốt).

- Trên màn hình sẽ hiện lên đường cong hoà loãng nhiệt. Chờ cho đường cong hiện lên hoàn toàn, các thông số huyết động sẽ hiện ra. Nhấn vào nút Start

để tiếp tục đo lần 2. Nên đo khoảng 5 lần sau đó chọn trên màn hình các lần đo có thông số giống nhau nhất.

- Chọn xong nhấn nút Save and Calculate CO để lưu. Kết thúc quá trình đo

VI. BIẾN CHỨNG VÀ TAI BIẾN

- Biến chứng có liên quan tới đặt catheter TMTT và đặt catheter động mạch chủ yếu là biến chứng chảy máu và rối loạn đông máu. Nên rút catheter động mạch đùi và kết thúc PiCCO ngay khi không còn chỉ định.

- Biến chứng nhiễm khuẩn.

ĐO LƯU LƯỢNG TIM QUA CATHETER SWAN GANZ

Mã số: III-1276

I. ĐẠI CƯƠNG

Catheter động mạch phổi cung cấp các thông số:

- Đo trực tiếp các thông số áp lực: tĩnh mạch trung tâm, trong tim phải, động mạch phổi, động mạch phổi bít.
- Kỹ thuật hòa loãng nhiệt được sử dụng để tính CO, các thông số huyết động khác như sức cản mạch phổi và mạch hệ thống, máu tĩnh mạch trộn để xác định khả năng oxy hóa máu của phổi.
- Ngoài ra, khi hút được các mẫu máu trong đầu catheter có thể chẩn đoán được ung thư hạch và tắc mạch mỡ.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chẩn đoán

- Chẩn đoán phân biệt các nguyên nhân của sốc: sốc tim, sốc giảm thể tích...
- Chẩn đoán phân biệt nguyên nhân phù phổi: do tim mạch, không do tim mạch.
- Đánh giá tình trạng tăng áp lực mạch phổi.
- Chẩn đoán ép tim cấp.
- Chẩn đoán tình trạng Shunt phải trái
- Chẩn đoán di căn của khối u lympho hoặc tắc mạch mỡ.

2. Điều trị

- Kiểm soát người bệnh trước phẫu thuật có tình trạng tim mạch không ổn định.
- Kiểm soát các biến chứng ở người bệnh nhồi máu cơ tim.
- Kiểm soát người bệnh trước phẫu thuật tim.
- Hướng dẫn trên lâm sàng sử dụng các thuốc: vận mạch, trợ tim, giãn mạch đặc biệt đối với người bệnh tăng áp lực mạch phổi)
- Hướng dẫn trên lâm sàng việc điều trị: kiểm soát dịch, chảy máu tiêu hóa, chấn thương có chảy máu ngoài, Bỏng, Suy thận, nhiễm trùng, Suy tim và xơ gan mất bù.
- Kiểm soát việc thở máy (điều chỉnh mức PEEP tốt nhất để có được Oxy đảm bảo)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tuyệt đối: Viêm nội tâm mạc bên phải, có huyết khối hoặc có van tim cơ học.

- Tương đối: Bệnh lý về đông máu, mới cấy máy tạo nhịp hoặc mới cấy các thiết bị trong tim (đặt catheter dưới màn soi Xquang); block nhánh trái (nguy cơ block tim hoàn toàn 3%, phải đặt catheter dưới màn soi Xquang), có van tim nhân tạo sinh học ở tim phải.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sĩ chuyên khoa hồi sức cấp cứu đã được đào tạo về Kỹ thuật đặt catheter Swan-Ganz.

- 01 điều dưỡng phương tiện, dụng cụ và người bệnh.

2. Phương tiện

2.1. Vật tư tiêu hao

- Cồn betadin sát khuẩn 10% 1 lọ

- Bông sát khuẩn

- Giấy ghi chép số liệu

2.2. Dụng cụ cấp cứu

Bộ mở màng phổi và máy hút áp lực âm liên tục.

2.3. Các chi phí khác

- Máy theo dõi áp lực (Nihon Kohden,...): theo dõi liên tục điện tim, SPO2, các thông số áp lực.

- Hệ thống buồng áp lực kín: chuyển tín hiệu áp lực thành tín hiệu hiển thị trên màn hình theo dõi.

3. Người bệnh

- Giải thích cho gia đình người bệnh.

- Cân nhắc sử dụng thuốc an thần hoặc giảm đau.

- Kết nối các thiết bị theo dõi: điện tim, SPO2, huyết áp động mạch, cổng theo dõi áp lực qua catheter động mạch phổi.

- Đặt sẵn một đường truyền để có thể cấp cứu khi cần trong quá trình đặt catheter động mạch phổi.

- Chuẩn bị tư thế người bệnh:

+ Nâng giường lên độ cao phù hợp.

+ “Zeroing” hệ thống theo dõi áp lực

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đưa catheter qua đường tĩnh mạch cảnh trong bên phải hoặc tĩnh mạch dưới đòn bên trái thì đầu catheter sẽ lên động mạch phổi dễ nhất.

- Bơm bóng lên khi đang đưa vào hoặc khi đang đo áp lực mao mạch phổi bít.

Tránh tình trạng bơm bóng quá lớn bằng cách dùng phương tiện đo kháng lực của động tác bơm bóng và xem đường biểu diễn áp lực để hướng dẫn thể tích bơm vào bóng.

- Xả bóng khi đang rút catheter ra và ở tất cả các thời điểm khác nhau sau đó.

- Luôn luôn phải chụp Xquang ngực thẳng sau khi đặt catheter để đánh giá vị trí catheter và xem có tràn khí màng phổi không. Nếu catheter không thể trôi lên động mạch phổi được (ở người bệnh có hở ba lá nặng hoặc thất phải bị giãn nhiều) hoặc nếu người bệnh có block nhánh trái thì phải đặt dưới màng soi Xquang.

Liên quan đến chu kỳ hô hấp:

- Áp suất trong lồng ngực (thường âm một chút) được truyền đến các mạch máu và đến tim.

- Áp suất xuyên thành (\approx tiền tải) = áp suất thu được trong tim - áp suất trong lồng ngực. Luôn luôn đo các trị số áp suất vào cuối thời kỳ thở ra bởi vì lúc này áp suất trong lồng ngực gần trị số 0 nhất (“điểm cao” ở người bệnh thở tự nhiên và “điểm thấp” ở người bệnh thở máy).

- Nếu áp suất trong lồng ngực tăng (bệnh phổi, đang thở máy PEEP hoặc PEEP tự động) thì áp suất mao mạch phổi bít sẽ vượt quá trị số thật sự của áp suất xuyên thành. Có thể xấp xỉ được áp suất xuyên thành bằng cách trừ đi $\frac{1}{2}$ áp lực thở PEEP.

Cung lượng tim (Cardiac output)

- Phương pháp pha loãng nhiệt: bơm một lượng nước muối sinh lý cố định vào vị trí gần nhất (thường là nhĩ phải). Sự thay đổi về nhiệt độ qua thời gian được đo bằng một bộ phận cảm nhiệt (đặt ở động mạch phổi), dùng dùng để tính cung lượng tim. Cách tính này có thể không chính xác khi có tình trạng giảm cung lượng tim nhiều quá, có hở 3 lá nặng, hoặc có luồng thông trong tim.

- Phương pháp Fick: Sự tiêu thụ Oxy (lít/phút) = cung lượng tim (lít/phút) x sự khác biệt về oxy động - tĩnh mạch. Vì vậy bằng cách đo sự tiêu thụ oxy và sự tính sự khác biệt oxy động- tĩnh mạch (động mạch - tĩnh mạch trộn) sẽ tính được cung lượng tim.

- Nhuộm idocyanine xanh: một số lượng nhất định của chất nhuộm được bơm vào đường trung tâm. Đo nồng độ của chất nhuộm ở một động mạch qua thời gian và từ đây tính ra được cung lượng tim thấp, hở van nặng hoặc có luồng thông tim thì sự tính toán trên có thể không chính xác.

VI. THEO DÕI

- Các yếu tố sống còn, mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Theo dõi vị trí chọc mạch

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Trong quá trình đo có thể gặp một số biến chứng:
 - + Tràn máu màng phổi
 - + Tắc động mạch phổi do bơm bóng bít quá lâu
 - + Vỡ bóng chèn trong quá trình đo.
- Tùy theo các tình huống mà tiến hành xử trí phù hợp

QUY TRÌNH KỸ NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY

Mã số: III-757

I. ĐỊNH NGHĨA

Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày: là các hoạt động như mặc cởi quần áo, ăn uống, vệ sinh, tắm gội,...

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có bất kỳ giảm chức năng, mất chức năng hoặc rối chức năng về vận động và tinh thần dẫn đến tình trạng khó khăn trong việc thực hiện các nhu cầu của cuộc sống

- + Bại não
- + Bại liệt
- + Chậm phát triển trí tuệ
- + Tự kỉ
- + Các dạng tàn tật khác

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ/Kỹ thuật viên phục hồi chức năng, người đã được đào tạo chuyên khoa

2. Phương tiện

Phù hợp với hoạt động sẽ dạy trẻ như: ghế tựa, bàn ăn, cốc, bát, quần áo...

3. Bệnh Nhi: Không trong giai đoạn ốm sốt

4. Phiếu điều trị

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Mục đích: Trẻ có thể thực hiện kỹ năng sinh hoạt hàng ngày.

1. Kiểm tra hồ sơ: Đối chiếu chỉ định can thiệp và tên trẻ

2. Kiểm tra bệnh Nhi: Đúng tên trẻ và phiếu điều trị

3. Tư thế trẻ

Trẻ có thể sử dụng các tư thế ngồi hoặc đứng phù hợp với hoạt động sẽ dạy trẻ (ví dụ: ngồi khi ăn; đứng khi tắm, mặc quần áo...)

- Tư thế ngồi trên ghế

+ Trẻ ngồi trên ghế lưng thẳng (người hơi đưa ra trước)

+ Háng gập gần 90 độ.

+ Hai chân đặt vuông góc tại khớp gối (gót chân hơi đưa vào trong so với khớp gối).

+ Bàn chân đặt chắc chắn xuống sàn (hơi gập mu bàn chân).

+ Đầu ở vị trí trung gian (nếu cần có thể thêm bộ phận nâng giữ đầu cổ)

+ Hai tay đặt trên bàn.

- Tư thế ngồi duỗi thẳng hai chân dưới sàn:
- + Trẻ ngồi trên sàn, lưng thẳng (người hơi đưa ra trước)
- + Háng gập gần 90°
- + Hai chân duỗi thẳng
- + Đầu ở vị trí trung gian (nếu cần có thể thêm bộ phận nâng giữ đầu cổ)
- + Hai tay đặt trên bàn

Nếu trẻ chưa tự ngồi: Tốt nhất cho trẻ ngồi vào ghế đặc biệt hoặc ghế góc.

Tư thế đứng:

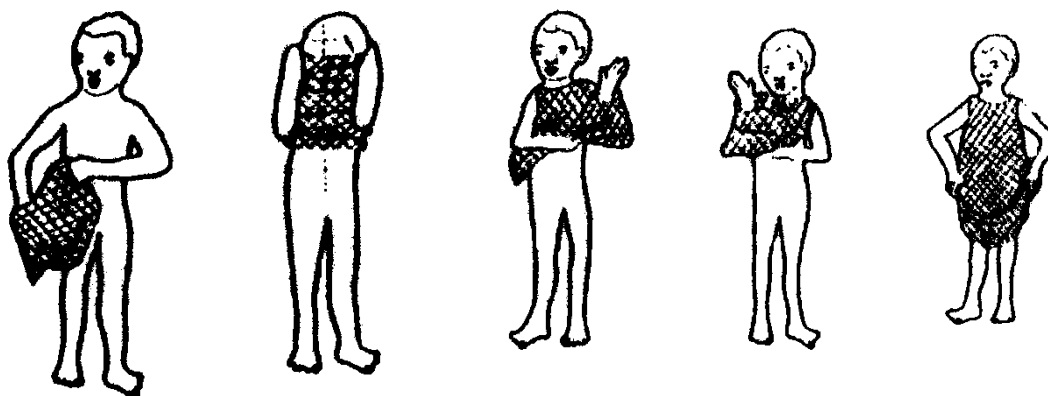
- + Trẻ đứng thẳng, có thể bám vào đồ vật xung quanh để giữ thăng bằng khi đứng

4. Thực hiện kỹ thuật

- Chia một hoạt động cần dạy trẻ ra thành từng bước nhỏ.
- Giải thích và làm mẫu các bước của hoạt động đó.
- Sau đó dạy trẻ từng bước một từ đầu đến cuối hoặc từ cuối lên đầu.
- Để trẻ tự tham gia bước mà nó thích nhất, ta làm nốt các bước khác.
- Khen trẻ sau mỗi bước trẻ tự làm hoặc tham gia làm.
- Khi trẻ làm tốt một bước, dạy trẻ làm thêm một bước nữa.
- Giảm dần sự trợ giúp và tăng dần sự tự lập của trẻ.
- Huấn luyện kỹ năng cởi-mặc quần áo, giày-dép

Ví dụ: Dạy trẻ hoạt động mặc áo. Chia hoạt động mặc áo thành 5 bước nhỏ.

- Bước 1: Cầm áo lên.
- Bước 2: Chui đầu qua cổ áo.
- Bước 3: Cho 1 tay vào áo.
- Bước 4: Cho tay còn lại vào.
- Bước 5: Kéo áo xuống.



- Cách dạy:

- + Ta sẽ nhắc và làm mẫu từ bước 1 đến bước 4, trẻ sẽ làm bước 5.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- + Nếu trẻ làm được, trẻ sẽ được thưởng.
- + Sau khi trẻ làm bước 5 được dễ dàng, yêu cầu trẻ làm bước 4 và bước 3 sau khi chúng ta giúp trẻ làm bước 1 và bước 2. Cuối cùng là bước 2 và bước 1.
- + Sau khi trẻ làm được thành thạo các bước, trẻ sẽ bắt đầu tự mặc áo từ bước đầu tiên cho đến bước cuối cùng.
 - Người hướng dẫn có thể sẽ phải cầm tay trẻ để trợ giúp các bước.
 - Huấn luyện kỹ năng vệ sinh thân thể: Đánh răng, rửa mặt, tắm gội....
 - Huấn luyện kỹ năng ăn uống: Cách cầm thìa, đĩa, đũa.
 - Huấn luyện kỹ năng đi vệ sinh:
- + Di chuyển vào nhà vệ sinh: Kỹ năng xe lăn
- + Đại, tiểu tiện và vệ sinh sau khi đại, tiểu tiện.

QUY TRÌNH HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU

Mã số: III-769

I. ĐỊNH NGHĨA

Hoạt động trị liệu: là một lĩnh vực của phục hồi chức năng, sử dụng các hoạt động đặc hiệu/phương pháp đặc hiệu để phát triển, cải thiện và/ hoặc phục hồi các chức năng cần thiết bù trừ cho sự rối loạn chức năng, và/hoặc hạn chế tối đa sự giảm chức năng của người tàn tật.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có bất kỳ giảm chức năng, mất chức năng hoặc rối loạn chức năng về vận động và tinh thần dẫn đến tình trạng khó khăn trong việc thực hiện các nhu cầu của cuộc sống:

- + Bại não
- + Bại liệt
- + Chậm phát triển trí tuệ
- + Tự kỉ
- + Các dạng tàn tật khác

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ/Kỹ thuật viên phục hồi chức năng, người đã được đào tạo chuyên khoa

2. Phương tiện

Phù hợp với hoạt động sẽ dạy trẻ như: ghế tựa, bàn, dụng cụ học tập...

3. Bệnh Nhi: Không trong giai đoạn ốm sốt

4. Phiếu điều trị

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Mục đích: Trẻ có thể thực hiện kỹ năng vận động tinh của bàn tay.

1. Kiểm tra hồ sơ: Đối chiếu chỉ định can thiệp và tên trẻ

2. Kiểm tra bệnh Nhi: Đúng tên trẻ và phiếu điều trị

3. Tư thế trẻ

- Tư thế ngồi trên ghế

+ Trẻ ngồi trên ghế lưng thẳng (người hơi đưa ra trước)

+ Háng gập gần 90 độ

+ Hai chân đặt vuông góc tại khớp gối (gót chân hơi đưa vào trong so với khớp gối)

- + Bàn chân đặt chắc chắn xuống sàn (hơi gập mu bàn chân)
- + Đầu ở vị trí trung gian (nếu cần có thể cho thêm bộ phận nâng giữ đầu cổ)

+ Hai tay đặt trên bàn.

Tư thế ngồi duỗi thẳng hai chân dưới sàn:

- + Trẻ ngồi trên sàn, lưng thẳng (người hơi đưa ra trước)
- + Háng gập gần 90°
- + Hai chân duỗi thẳng
- + Đầu ở vị trí trung gian (nếu cần có thể thêm bộ phận nâng giữ đầu cổ)
- + Hai tay đặt trên bàn

Nếu trẻ chưa tự ngồi: Tốt nhất cho trẻ ngồi vào ghế đặc biệt hoặc ghế góc.

4. Thực hiện kỹ thuật

4.1. Kỹ năng với đồ vật

Bước 1: Gập khớp vai

- Một tay kỹ thuật viên cố định nhẹ tại sau vai trẻ
- Tay kia cố định tại khớp khuỷu gập dần cách tay từ 0 độ đến 90 độ

Bước 2: Duỗi khớp khuỷu + ngửa cẳng tay

- Một tay kỹ thuật viên cố định nhẹ tại khớp khuỷu
- Tay kia cầm vào 1/3 dưới cẳng tay duỗi dần cánh tay về 0 độ cùng một lúc ngửa cẳng tay.

Bước 3: Gập mu bàn tay + dạng ngón cái + gập đốt ngón II, III, IV, V

- Một tay kỹ thuật viên cố định nhẹ tại 1/3 dưới cẳng tay
- Tay kia đặt dưới lòng bàn tay trẻ + đầu ngón II, III, IV, V; dạng ngón cái và gập mặt mu bàn tay.

- **Bước 4:** Phối hợp các bước 1,2,3 để đưa tay về phía đồ vật

4.2. Kỹ năng cầm nắm

- **Bước 1:** Chọn đồ vật cho trẻ tập cầm phù hợp với mức độ phát triển của trẻ và đặt trên bàn trước mắt trẻ.

- **Bước 2:** Mô tả động tác cầm nắm bằng lời nói và làm mẫu.

- **Bước 3:** Cầm tay trẻ đưa về phía đồ vật + thực hiện các thành phần của động tác với đồ vật: Gập vai, duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay, gập mu bàn tay, dạng ngón cái. Yêu cầu trẻ nhìn vào tay và đồ vật.

- **Bước 4:** Cầm tay trẻ thực hiện động tác cầm đồ vật: Gập mu bàn tay, dạng ngón cái, duỗi đốt I ngón II, III, IV để lòng bàn tay ôm vào vật.

- **Bước 5:** Giữ chặt vật trong lòng bàn tay.

4.3. Kỹ năng thả vật ra

- **Bước 1:** Mô tả động tác thả 1 vật bằng lời nói và làm mẫu.
- **Bước 2:** Cầm tay trẻ đang giữ vật đưa về phía cần thả đồ vật: thực hiện một số thành phần của động tác với đồ vật (gập vai, duỗi khuỷu, ngửa cẳng tay). Yêu cầu trẻ nhìn vào tay, đồ vật.

- **Bước 3:** Thực hiện động tác thả vật ra:

- + Gập mu bàn tay hơn 1 chút
- + Dạng ngón cái hơn 1 chút
- + Duỗi đốt bàn I,II, III của các ngón II, III, IV, V hơn một chút
- + Đồ vật được thả lỏng trong bàn tay.

Chú ý:

- Chỉ dẫn bằng lời và làm mẫu cho trẻ động tác bạn yêu cầu trẻ tập
- Yêu cầu trẻ nhìn vào tay, đồ vật
- Khi trẻ đã tiến bộ hơn thì giảm bớt sự trợ giúp
- Khen ngợi kịp thời sau mỗi động tác tốt
- Nếu chưa làm đúng thì phải nói và làm mẫu cho trẻ hiểu
- Trong khi tập tay này thì tay kia của trẻ phải đặt trên mặt bàn.
- Luôn luôn chỉnh lại tư thế ngồi đúng cho trẻ.
- Để trẻ giữ vật ở trong tay mình một cách chắc chắn sẽ giúp cho trẻ phát triển cảm giác bằng lòng bàn tay (hình dáng, độ nhẵn, nóng lạnh, mềm cứng...) chuyển về não → não phản hồi xung điện về lòng bàn tay → hình thành phản xạ cầm nắm (nhận thức của não về việc cầm nắm và cảm giác của tay về đồ vật).
- Khi trẻ đã nhặt được các đồ vật gần, hãy để đồ vật xa dần để kích thích phản xạ với - cầm của trẻ.
- Tiêu chuẩn thành đạt
- + Trẻ làm được theo hướng dẫn hoặc tự làm
- + Gia đình tự tập cho trẻ được.

QUY TRÌNH HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU THEO NHÓM 30 PHÚT

Mã số: III-766

I. ĐẠI CƯƠNG

Hoạt động trị liệu theo nhóm: nhằm tăng khả năng hoạt động và phối hợp của trẻ với là một nhóm trẻ

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có bất kỳ giảm chức năng, mất chức năng hoặc rối chức năng về vận động và tinh thần dẫn đến tình trạng khó khăn trong việc thực hiện các nhu cầu của cuộc sống:

- + Bại não
- + Bại liệt
- + Chậm phát triển trí tuệ
- + Tự kỉ
- + Các dạng tàn tật khác

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ/Kỹ thuật viên phục hồi chức năng, người đã được đào tạo chuyên khoa

2. Phương tiện

Phù hợp với hoạt động sẽ dạy trẻ như: ghế tựa, bàn, đồ chơi giáo dục...

3. Bệnh Nhi: Không trong giai đoạn ốm sốt

4. Phiếu điều trị

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Mục đích: Trẻ có thể chơi cùng các bạn.

1. Kiểm tra hồ sơ: Đối chiếu chỉ định can thiệp và tên trẻ

2. Kiểm tra người bệnh: Đúng tên trẻ và phiếu điều trị

3. Lựa chọn các hoạt động: Phù hợp lứa tuổi và khả năng của trẻ.

4. Tư thế bệnh Nhi

- Tư thế ngồi trên ghế

+ Trẻ ngồi trên ghế lưng thẳng (người hơi đưa ra trước)

+ Háng gập gần 90 độ

+ Hai chân đặt vuông góc tại khớp gối (gót chân hơi đưa vào trong so với khớp gối)

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- + Bàn chân đặt chắc chắn xuống sàn (hơi gập mu bàn chân)
- + Đầu ở vị trí trung gian (nếu cần có thể thêm bộ phận nâng giữ đầu cổ)
- + Hai tay đặt trên bàn.
- Tư thế ngồi duỗi thẳng hai chân dưới sàn:
 - + Trẻ ngồi trên sàn, lưng thẳng (người hơi đưa ra trước)
 - + Háng gập gần 90°
 - + Hai chân duỗi thẳng
 - + Đầu ở vị trí trung gian (nếu cần có thể thêm bộ phận nâng giữ đầu cổ)
 - + Hai tay đặt trên bàn
- Nếu trẻ chưa tự ngồi: Tốt nhất cho trẻ ngồi vào ghế đặc biệt hoặc ghế góc.
- Các trẻ ngồi cách nhau khoảng 20cm xung quanh bàn tròn hoặc vuông, chữ nhật.

5. Thực hiện kỹ thuật

- Làm mẫu hoạt động.
- Hướng dẫn trẻ cách chơi
- Yêu cầu trẻ chờ đợi đến lượt
- Thực hiện hoạt động khi đến lượt.

Chú ý:

- Chỉ dẫn bằng lời và làm mẫu cho
- Yêu cầu trẻ nhìn vào tay, đồ vật và trẻ bên cạnh khi thực hiện hoạt động
- Khi trẻ đã tiến bộ hơn thì giảm bớt sự trợ giúp
- Khen ngợi kịp thời sau mỗi động tác tốt
- Nếu chưa làm đúng thì phải nói và làm mẫu cho trẻ hiểu
- Luôn luôn chỉnh lại tư thế ngồi đúng cho trẻ.
- Tiêu chuẩn thành đạt:
- Trẻ có thể phối hợp với trẻ khác trong các trò chơi

LƯỢNG GIÁ KỸ NĂNG VẬN ĐỘNG TINH VÀ KỸ NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY

Mã số: III-740

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm: Vận động tinh và kỹ năng sinh hoạt hàng ngày thuộc lĩnh vực hoạt động trí tuệ. Bao gồm các kỹ năng liên quan đến bàn, ngón tay phối hợp với một số khớp vừa và lớn của cơ thể.

- Vận động tinh bao gồm các kỹ năng cầm, nắm, phối hợp hai tay, phối hợp tay mắt.

- Kỹ năng sinh hoạt hàng ngày bao gồm các hoạt động: Ăn uống, Tắm rửa, cởi và mặc quần áo, đi vệ sinh...

2. Mục tiêu của lượng giá:

- Lượng giá sự phát triển của trẻ.
- Đề ra chương trình can thiệp.
- Đánh giá sự tiến bộ của trẻ sau mỗi đợt can thiệp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ bại não
- Trẻ chậm phát triển tinh thần, chậm phát triển ngôn ngữ
- Trẻ tự kỷ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện: Kỹ thuật viên hoạt động trí tuệ, bác sĩ phục hồi chức năng.

- Phương tiện: Dụng cụ học tập
- Người bệnh : Không đang giai đoạn ốm sốt
- Phiếu lượng giá

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ: đối chiếu chỉ định can thiệp và tên trẻ
- Kiểm tra người bệnh: Đúng tên trẻ với phiếu lượng giá

1. Nội dung phiếu lượng giá

Phiếu lượng giá về kỹ năng vận động tinh và kỹ năng sinh hoạt hàng ngày

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

1. Tên trẻ: Tuổi.....Giới.....

2. Chẩn đoán:

Cách cho điểm: 1=Không làm 2=Làm có hỗ trợ HD

3=Làm có hỗ trợ lời nói

4=Tự làm

5=Chủ động làm

	Nội dung đánh giá	Đánh giá		
		Vào viện	Ra viện	Ghi chú
	Với đồ vật			
	Đưa một tay với đồ vật			
	Đưa hai tay với đồ vật			
	Cầm đồ vật			
	Cầm đồ vật bằng các ngón tay			
	Cầm đồ vật bằng ba ngón tay			
	Bỏ vật ra khỏi bàn tay			
	Phối hợp hai tay:			
	- Vỗ tay			
	- Chuyển vật tay này → tay kia			
	- Kéo hai vật rời ra			
	- Bê vật bằng hai tay(ngửa bàn tay)			
	- Xoay nắp			
	- Xâu chuỗi hạt			
	- Mở cúc áo			
	Phối hợp tay mắt			
	- Dùng bút vẽ			
	+ Tô màu theo hình vẽ			
	+ Vẽ theo mẫu			
	- Nặn			

+ Hình khối			
+ Đồ vật			
- Cắt bằng kéo			
+ Cắt tự do			
+ Cắt theo chủ đề			
Kỹ năng SHHN			
- Ăn: + Bằng tay			
+ Bằng thìa			
- Uống nước bằng cốc			
- Rửa tay, mặt			
- Đi vệ sinh			
- Cởi, mặc quần áo			
Chải đầu			
- Tắm rửa			

Ngày / / 201...

Ngày / / 201...

Bác sỹ điều trị

Kỹ thuật viên

2. Cách lượng giá

- Bước 1: Điền đầy đủ các thông tin hành chính
- Bước 2: Đọc từng câu trong mỗi lĩnh vực. Hỏi cha mẹ kết hợp với quan sát và thực hành với trẻ.

3. Đề ra chương trình can thiệp cho trẻ

- Mỗi đợt điều trị nên chọn 3 kỹ năng can thiệp: 2 kỹ năng làm được khi có trợ giúp và 1 kỹ năng trẻ chưa làm được.
- Đánh giá lại trẻ sau mỗi tuần để có kế hoạch can thiệp tiếp theo.

VI. THEO DÕI

Sự hợp tác của gia đình và trẻ trong quá trình lượng giá.

QUY TRÌNH KỸ NĂNG PHỐI HỢP TAY MẮT

Mã số: III-759

I. ĐỊNH NGHĨA

Kỹ năng phối hợp tay mắt: là một kỹ năng trong lĩnh vực hoạt động trí tuệ, sử dụng các hoạt động đặc hiệu/phương pháp đặc hiệu để phát triển, cải thiện và/ hoặc phục hồi khả năng sử dụng tay.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có bất kỳ giảm chức năng, mất chức năng hoặc rối loạn chức năng về vận động và tinh thần dẫn đến tình trạng khó khăn trong việc thực hiện các nhu cầu của cuộc sống:

- + Bại não
- + Bại liệt
- + Chậm phát triển trí tuệ
- + Tự kỉ
- + Các dạng tàn tật khác

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ/Kỹ thuật viên phục hồi chức năng, người đã được đào tạo chuyên khoa

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ tập phối hợp Tay-Mắt

3. Bệnh Nhi: Tỉnh táo và không trong giai đoạn ốm sốt

4. Hồ sơ bệnh án: Có chỉ định của bác sĩ khám

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Mục đích: Trẻ có thể thực hiện kỹ năng vận động tinh của bàn tay.

1. Kiểm tra hồ sơ: Đối chiếu chỉ định và tên trẻ

2. Kiểm tra người bệnh: Đúng tên trẻ và chỉ định

3. Tư thế bệnh Nhi

- Tư thế ngồi trên ghế

+ Trẻ ngồi trên ghế lưng thẳng (người hơi đưa ra trước)

+ Háng gập gần 90 độ

+ Hai chân đặt vuông góc tại khớp gối (gót chân hơi đưa vào trong so với khớp gối)

+ Bàn chân đặt chắc chắn xuống sàn (hơi gập mu bàn chân)
+ Đầu ở vị trí trung gian (nếu cần có thể cho thêm bộ phận nâng giữ đầu cổ)

+ Hai tay đặt trên bàn.

Tư thế ngồi duỗi thẳng hai chân dưới sàn:

+ Trẻ ngồi trên sàn, lưng thẳng (người hơi đưa ra trước)

+ Háng gập gần 90°

+ Hai chân duỗi thẳng

+ Đầu ở vị trí trung gian (nếu cần có thể cho thêm bộ phận nâng giữ đầu cổ)

+ Hai tay đặt trên bàn

Nếu trẻ chưa tự ngồi: Tốt nhất cho trẻ ngồi vào ghế đặc biệt hoặc ghế góc.

4. Thực hiện kỹ thuật

Bước 1: Kỹ thuật viên ngồi sau trẻ, dùng tay giữ 2 vai trẻ để giúp trẻ đưa 2 tay vào giữa.

Bước 2: Dùng 2 tay của mình cầm vào cẳng tay trẻ giúp trẻ dùng hai tay để: vỗ tay, đưa vật từ tay này sang tay khác, kéo các vật rời ra, xoay nắp lọ, xâu chuỗi hạt dài, mở cúc áo to....

Yêu cầu trẻ phối hợp tay - mắt

Bước 3: Để trẻ quay người với tay qua đường trung gian bằng 2 tay.

Chú ý:

- Chỉ dẫn bằng lời và làm mẫu cho trẻ động tác bạn yêu cầu trẻ tập
- Yêu cầu trẻ nhìn vào tay, đồ vật
- Khi trẻ đã tiến bộ hơn thì giảm bớt sự trợ giúp
- Khen ngợi kịp thời sau mỗi động tác tốt
- Nếu chưa làm đúng thì phải nói và làm mẫu cho trẻ hiểu
- Trong khi tập tay này thì tay kia của trẻ phải đặt trên mặt bàn.
- Luôn luôn chỉnh lại tư thế ngồi đúng cho trẻ.
- Để trẻ giữ vật ở trong tay mình một cách chắc chắn sẽ giúp cho trẻ phát triển cảm giác bằng lòng bàn tay (hình dáng, độ nhẵn, nóng lạnh, mềm cứng...) chuyển về não → não phản hồi xung điện về lòng bàn tay → hình thành phản xạ cầm nắm (nhận thức của não về việc cầm nắm và cảm giác của tay về đồ vật).
- Khi trẻ đã nhận được các đồ vật gần, hãy để đồ vật xa dần để kích thích phản xạ với-cầm của trẻ.

KỸ THUẬT VẬN ĐỘNG MÔI MIỆNG CHUẨN BỊ CHO TRẺ TẬP NÓI

Mã số: III-750

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm

Tập nói là quá trình trẻ tạo thành âm thanh bao gồm các nguyên âm, phụ âm, các từ đơn, từ ghép và câu dài.

2. Quá trình phát triển ngôn ngữ có lời của trẻ

- Từ 0 đến 5 tháng: trẻ phát ra các âm thanh khác nhau bao gồm cả nguyên âm và phụ âm: Ví dụ “ê, a, baba...”.
- Từ 6 đến 11 tháng: Kết nối các âm thanh để tạo vần, bắt chước gần đúng các âm thanh của người khác. Phát ra 1 số âm giống phụ âm.
- Từ 12 đến 18 tháng: Nói và bắt chước từ đơn.
- Từ 18 đến 24 tháng: Nói câu 2 đến 3 từ.
- Từ 24 đến 30 tháng: Nói câu 3 đến 4 từ.
- Trẻ trên 3 tuổi: Nói câu dài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ nói khó: Bại não
- Trẻ nói ngọng, nói lắp
- Trẻ chậm phát triển tinh thần, chậm phát triển ngôn ngữ
- Trẻ tự kỷ, trẻ khiếm thính.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện: Kỹ thuật viên ngôn ngữ
- Phương tiện: Dụng cụ học tập
- Người bệnh: Không đang giai đoạn ốm sốt
- Phiếu điều trị

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Kiểm tra hồ sơ:** Đối chiếu chỉ định can thiệp và tên trẻ
2. **Kiểm tra người bệnh:** Đúng tên trẻ với phiếu điều trị
3. **Kỹ thuật:**

3.1. Dạy trẻ cử động miệng - lưỡi và cơ quan phát âm, gồm các cử động:

- Há to miệng rồi ngậm lại
- Thè lưỡi dài ra trước, lên trên, sang trái và phải
- Đưa lưỡi chạm lên răng trên, và chạm lên vòm miệng
- Bôi mật ngọt hoặc đường quanh mép để tập liếm: đặc biệt trẻ bại não rất cần tập vận động miệng lưỡi và tập nuốt, nhai, liếm, thổi.

3.2. Tập “xì”

Tập nói âm “x” trong từ “xa”. Kéo dài âm “x” càng dài càng tốt. Bình thường khoảng 10-15 giây. Nếu xì ngắn trẻ sẽ bị giọng mũi hở và không nói được rõ các phụ âm đầu âm tiết.

3.3. Tập thổi ra

Kéo dài hơi thổi ra. Cho trẻ thổi bóng, thổi kèn hoặc thổi bong bóng xà phòng.

3.4. Dạy trẻ phát âm

- Hãy bắt đầu dạy trẻ tạo các nguyên âm: a, o, u, ư, e, ê, ô, ơ.
- Khi trẻ nói các nguyên âm rõ rồi mới chuyển sang tập phụ âm.

3.5. Dạy trẻ tạo các phụ âm môi: m, b,

- Bắt đầu bằng dạy trẻ tạo các âm môi như âm “b,m”.
- Khi trẻ nói âm đó rõ, hãy ghép âm đó với một nguyên âm, ví dụ: mama, baba, bababa...và các nguyên âm khác như: mimi, bêbê...

3.6. Sau đó dạy trẻ nói các từ đơn giản như: bà, mẹ, bố, bé, "bai bai"...

- Hãy làm một bộ tranh hoặc cắt các tranh đồ vật từ tạp chí, sách báo. Xếp các tranh này theo bộ: theo các âm đầu, âm cuối hoặc thanh điệu và theo các chủ đề: đồ dùng, phương tiện giao thông, đồ ăn, các hành động....

- Khi dạy trẻ nói từ đơn nên dùng tranh để dạy. Như vậy trẻ sẽ hứng thú hơn. Hãy biến hoạt động dạy thành các trò chơi.

Ví dụ: Chơi trò “giấu tranh”. Để ra 3-5 tranh và giới thiệu tên các tranh với trẻ. Giấu 1 - 2 cái đi rồi hỏi xem: “mất tranh nào?”

Sau đó để trẻ giấu tranh, còn bạn đoán. Có thể chơi nhiều trò khác với tranh như: mua bán tranh, so cặp tranh....

3.7. Tiếp tục dạy trẻ tạo các phụ âm khó hơn như âm t, đ,x, ch, kh, g...

- Sau đó, lại ghép các phụ âm này với các nguyên âm khác nhau như ta, xa...

- Khi trẻ tạo các âm này đó rõ, hãy để trẻ nói các từ đơn chứa các âm bạn vừa dạy: tai, táo, to, túi...

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Sau cùng, khi trẻ đó nói được nhiều từ đơn, hãy để trẻ ghép 1-2 từ thành các câu ngắn.

- Hãy chú ý sửa âm khi trẻ nói chuyện, khi đọc sách....Thường khi tập nói từng từ thì nói đúng, nhưng khi nói chuyện trẻ vẫn mắc lỗi.

VI. THEO DÕI

Sự tiến bộ của trẻ sau mỗi đợt can thiệp.

ĐÁNH GIÁ KỸ NĂNG NGÔN NGỮ VÀ GIAO TIẾP

Mã số: III-739

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm

Lượng giá kỹ năng ngôn ngữ và giao tiếp là đánh giá mức độ hiểu và diễn đạt ngôn ngữ của trẻ tại thời điểm tiến hành lượng giá.

2. Mục tiêu

- Lượng giá sự phát triển của trẻ.
- Đề ra chương trình can thiệp.
- Đánh giá sự tiến bộ của trẻ sau mỗi đợt can thiệp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ nói khó: Bại não
- Trẻ nói ngọng, nói lắp
- Trẻ chậm phát triển tinh thần, chậm phát triển ngôn ngữ
- Trẻ tự kỷ

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ/Kỹ thuật viên phục hồi chức năng, người đã được đào tạo chuyên khoa

2. Phương tiện

Phiếu lượng giá, dụng cụ học tập

3. Bệnh Nhi: Tỉnh táo và không trong giai đoạn ốm sốt

4. Hồ sơ bệnh án: có chỉ định của bác sĩ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ: Đối chiếu chỉ định lượng giá và tên trẻ

2. Kiểm tra người bệnh: Đúng tên trẻ với phiếu lượng giá

3. Nội dung phiếu lượng giá kỹ năng ngôn ngữ

BẢNG LƯỢNG GIÁ CÁC KĨ NĂNG NGÔN NGỮ

Họ và tên trẻ.....Ngày sinh.../.../.....

Trẻ làm được Trẻ không làm được Trẻ thỉnh thoảng làm được

Hiểu ngôn ngữ		Diễn đạt ngôn ngữ	
1- Hiểu ngữ cảnh.	□□□□	1-Phát ra những âm thanh ban đầu	□□□□
2- Hiểu tên người. Theo dõi mọi người nói chuyện.	□□□□	2- Nói những từ có tính xã hội: gọi Mẹ, Bố	□□□□
3- Chỉ được một số bộ phận cơ thể.	□□□□	3- Làm các tiếng động của con vật, ô tô.	□□□□
4- Hiểu tên của đồ vật khi sử dụng dấu hiệu.	□□□□	4- Nói một số từ ban đầu.	□□□□
5- Hiểu tên đồ vật mà không sử dụng dấu hiệu.	□□□□	5- Làm dấu hoặc nói tên nhiều đồ vật, tranh ảnh.	□□□□
6a- Hiểu các từ hoạt động. b- Chỉ ra các đồ vật khi bạn nói về các sử dụng của chúng.	□□□□ □□□□	6a- Nói các từ hành động b- Những vật này để làm gì?	□□□□ □□□□
7- Hiểu câu có hai từ a- Đặt 2 đồ vật vào với nhau. b- Tên và hành động.	□□□□ □□□□	7- Nói hai từ cùng một lúc a- Tên và từ ban đầu. b- Hai danh từ (tên). c- Tên và hành động. d- Hoạt động và danh từ.	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□
8- Hiểu những từ mô tả a- To/nhỏ. b- Dài/ngắn. c- Những cái này của ai? d- Màu sắc.	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□	8a- Nói các từ mô tả. b- Nói các từ chỉ vị trí. c- Nói các đại từ. d- Nói các từ để hỏi.	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□
9- Hiểu một câu có ba từ a- Nhớ lại ba đồ vật.	□□□□	9- Nói ba từ cùng nhau.	□□□□

b- Nơi để các đồ vật.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
c- Số lượng.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
d- Các câu hỏi Ai, Cái gì, Ở đâu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
10- Hiểu các câu khó + từ diễn tả		10a- Nói các câu dài, thử kể 1 câu chuyện. Sử dụng các từ diễn tả đúng.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
a- Giữa, bên cạnh, sau, trước.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	b- Số nhiều, số lượng.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b- Thì quá khứ và tương lai.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	c- Sở hữu cách.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c- Các từ khác.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	d- Tân ngữ gián tiếp, từ yêu cầu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		e- Thì quá khứ.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		f- Thì quá khứ và hiện tại tiếp diễn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ngày lượng giá: Lần 1: .../.../... Lần 2:/..../.... Lần 3:..././.....

Người thử:

4. Cách lượng giá

- Bước 1: Điền đầy đủ các thông tin hành chính
- Bước 2: Đọc từng câu trong mỗi lĩnh vực. Hỏi cha mẹ kết hợp với quan sát và giao tiếp với trẻ.

5. Kết luận sau lượng giá:

5.1. Mức độ phát triển của trẻ

- Hiểu ngôn ngữ: Tương ứng bao nhiêu tháng tuổi.
- Diễn đạt ngôn ngữ: Tương ứng bao nhiêu tháng tuổi.

5.2. Đề ra chương trình can thiệp cho trẻ

- Mỗi đợt điều trị nên chọn 3 kỹ năng can thiệp: 2 kỹ năng trẻ thỉnh thoảng làm được và 1 kỹ năng trẻ chưa làm được.
- Đánh giá lại trẻ sau mỗi tuần để có kế hoạch can thiệp tiếp theo.

V. THEO DÕI

Sự hợp tác của cha mẹ và trẻ trong quá trình lượng giá.

CHỌC DẪN LƯU Ổ ÁP XE DƯỚI SIÊU ÂM

Mã số: III-163

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật chọc tháo các ổ áp xe trong ổ bụng dưới sự quan sát và hướng dẫn của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ổ áp xe gan có đường kính trên 6 cm.
- Ổ áp xe gan điều trị nội khoa đầy đủ nhưng không có kết quả, ổ áp xe gan dọa vỡ.
- Ổ chẹn áp xe.
- Ổ áp xe gan cần chọc hút mủ để xác định nguyên nhân: cấy định danh vi khuẩn...
- Các ổ áp xe các tạng trong ổ bụng: áp xe lách, nang giả tụy bội nhiễm...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp có rối loạn đông máu nặng
- Tỷ lệ prothrombin <50
- Tiểu cầu < 50G/l.
- Những ổ áp xe nằm sâu trong ổ bụng có ống tiêu hóa và các tạng khác bao quanh, trên siêu âm không tìm được đường chọc kim hoặc đường vào không an toàn.
- Dị ứng với thuốc gây tê: Xylocain
- Trẻ và/hoặc gia đình không đồng ý can thiệp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 02 bác sỹ có kinh nghiệm làm siêu âm can thiệp
- 02 điều dưỡng phụ đã được huấn luyện, đeo mũ khẩu trang.

2. Phương tiện, dụng cụ

- Máy siêu âm.
- Kim có nòng đường kính 1,8 - 2,1mm, dài 9 - 15 cm.
- Máy hút.
- Găng vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn tay, cồn iod
- Gạc vô trùng, khăn có lỗ..

- Các dụng cụ vô khuẩn khác:
- Bơm, kim tiêm
- + Khay quả đậu
- + Các lọ đựng bệnh phẩm xét nghiệm.
- + Thuốc gây tê Xylocain.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Trẻ lớn còn tỉnh táo, trẻ và gia đình cần được giải thích về mục đích của thủ thuật, những tai biến có thể xảy ra, động viên trẻ an tâm hợp tác với nhân viên y tế để có thể hợp tác tạo thủ thuật thuận lợi.

- Cha mẹ, người giám hộ trực tiếp của trẻ cần được giải thích quy trình sẽ tiến hành và viết cam đoan theo mẫu.

4. Bệnh án: Theo quy định của Bộ Y tế.

Hồ sơ bệnh án có đủ các xét nghiệm cần thiết: công thức máu, đông máu cơ bản, HIV. Kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

- Chuẩn bị người bệnh: xem các chức năng sống để xác định trẻ có đảm bảo khi tiến hành thủ thuật.

- Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị người bệnh: Đặt trẻ ở tư thế nằm ngửa hoặc nghiêng trái hay phải tùy thuộc vị trí ổ áp xe, đưa hai tay lên đầu, bộc lộ vùng bụng và ngực.

- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò.

- Đặt đầu dò siêu âm tìm vị trí thuận lợi nhất: ổ áp xe nằm giữa đường dẫn, đường đi của kim không đi qua các mạch máu lớn, túi mật, các tạng rỗng.

- Gây tê tại chỗ chọc kim: da, cơ, màng bụng.

- Chọc kim qua da theo đường dẫn của siêu âm tới ổ áp xe, rút nòng kim, lắp bơm 20ml vào kim hút mủ, lấy bệnh phẩm xét nghiệm (phết lam, cấy mủ). Theo dõi trên siêu âm khi hút mủ. Khi hút hết mủ, lắp nòng kim vào kim và rút kim. Nếu là trẻ lớn có khả năng hợp tác, cần hướng dẫn trẻ nín thở nếu là ổ áp xe trong gan.

- Ghi hồ sơ bệnh án: ngày giờ làm thủ thuật, bác sỹ làm thủ thuật, mủ ổ áp xe: số lượng, tính chất, màu sắc, mùi.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, HA, tình trạng bụng của người bệnh trong 36 giờ sau làm thủ thuật;

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu, thủng tạng, nhiễm trùng,...)

- Ghi hồ sơ bệnh án.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu trong ổ bụng: tiêm tĩnh mạch transamin; bù dịch và máu nếu cần, theo dõi chặt chẽ và can thiệp ngoại khoa nếu tình trạng chảy máu trong ổ bụng không kiểm soát được

- Thủng tạng rỗng: chuyển ngoại khoa

- Rò rỉ mật vào ổ bụng: chuyển điều trị ngoại khoa

- Tràn khí màng phổi: dẫn lưu khí màng phổi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

2. Simon CH at al. Treatment of Pyogenic Liver Abscess: Prospective Randomized Comparison of Catheter Drainage and Needle Aspiration. Hepatology. 2004; 39:932-938

3. Duszak RL Jr, Levy JM, Percutaneous catheter drainage of infected intra- abdominal fluid collections. Radiology. 2000 Jun;215 Suppl:1067-75.

ĐO ÁP LỰC Ổ BỤNG

Mã số: III-170

I. ĐẠI CƯƠNG

- Áp lực ổ bụng (Intra-abdominal Pressure -IAP) là áp lực ở trạng thái cân bằng động trong khoang ổ bụng, tăng lên khi hít vào, giảm khi thở ra. Bình thường IAP ở trẻ em khỏe mạnh là 0 mmHg, ở trẻ có thông khí áp lực dương là 1-8 mmHg.

- Tăng áp lực ổ bụng (Intra-abdominal hypertension - IAH) là khi đo được áp lực ổ bụng > 10 mmHg

- Áp lực tưới máu bụng (Abdominal perfusion pressure- APP) được tính bằng: huyết áp trung bình động mạch (Mean Arterial Pressure - MAP) trừ đi áp lực ổ bụng (IAP).

$$APP = MAP - IAP$$

- Ở người lớn giảm áp lực tưới máu ổ bụng APP 50-60 mmHg làm tăng đáng kể tỉ lệ tử vong và tỉ lệ mắc bệnh, APP thích hợp ở trẻ em thì hiện tại vẫn chưa được xác định, tuy nhiên chỉ số này thấp hơn người lớn do huyết áp trung bình động mạch ở trẻ em thấp hơn người lớn.

- Áp lực bàng quang (Bladder pressure): phản ánh áp lực ổ bụng và được đo thông qua ống thông vào đường tiết niệu, đơn vị đo là mmHg.

II. CHỈ ĐỊNH

Đánh giá và theo dõi áp lực ổ bụng trong một số bệnh lý gây tăng áp lực ổ bụng:

1. Giảm áp lực thành bụng trong: chấn thương và bọng nặng, suy hô hấp cấp, phẫu thuật ổ bụng.

2. Tăng thể tích ống tiêu hóa: liệt dạ dày - ruột, tắc ruột, bán tắc ruột.

3. Tăng thể tích ổ bụng trong: cô chướng/ suy gan, tràn máu/ tràn khí phúc mạc.

4. Tái hấp thu dịch, dò vào khoang gian bào: Toan chuyển hóa (pH<7,2), hạ huyết áp, hạ thân nhiệt, tái hấp thu dịch lớn, rối loạn đông máu, bọng hoặc chấn thương nặng, nhiễm trùng nặng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp chống chỉ định chung của đặt sonde tiêu: nhiễm khuẩn tiết niệu, chấn thương dập rách niệu đạo.

- Áp lực ổ bụng không chính xác nếu có khối u bàng quang.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sỹ rửa tay, mặc áo như làm thủ thuật vô khuẩn, 01 điều dưỡng phụ bác sỹ.

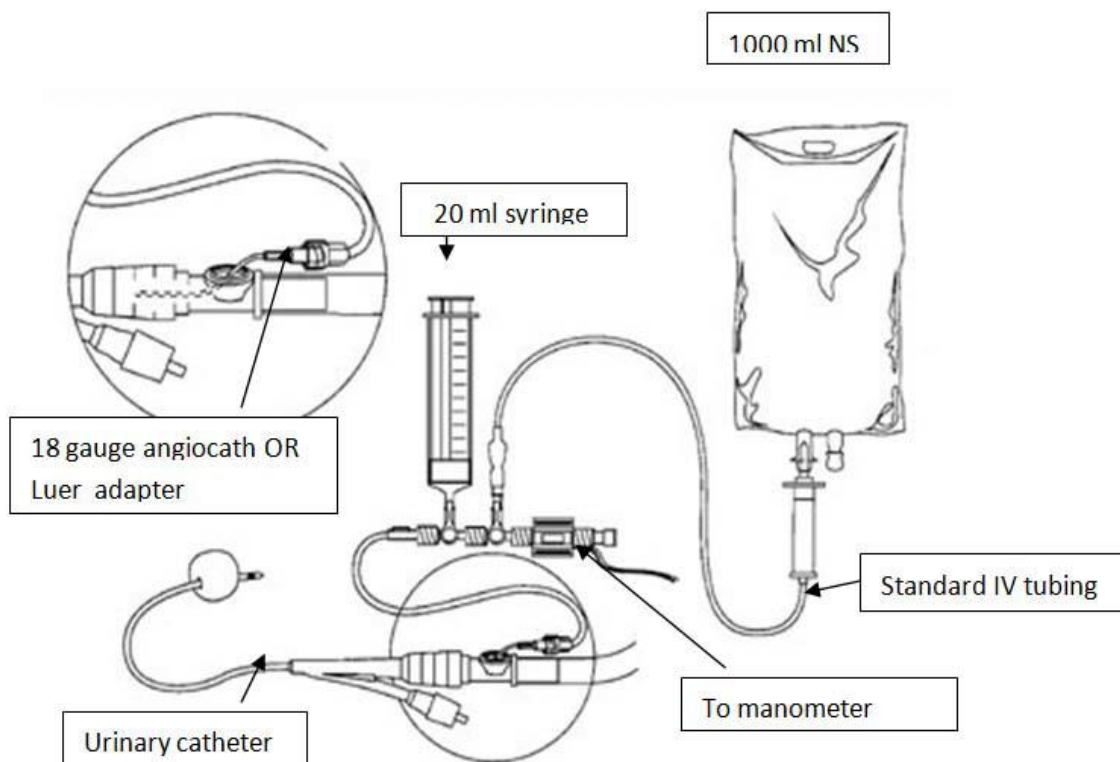
2. Phương tiện

- Đồng hồ đo áp lực hoặc thước chia vạch cm H₂O.
- Sonde foley cỡ thích hợp với từng người bệnh
- Khóa ba chạc.
- Túi chứa nước tiểu để dẫn nước tiểu.
- Bơm tiêm 50ml, 20ml và 30 ml
- Túi dịch truyền Natri Clorua 0,9%.
- Kẹp

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh để hợp tác khi làm thủ thuật.
- Đặt người bệnh nằm ngửa, đầu bằng, tư thế ngay ngắn, hai chân duỗi thẳng.
- Vệ sinh người bệnh tại vùng hậu môn, sinh dục.
- Đặt ống thông Foley dẫn lưu hết nước tiểu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH



Rửa tay, sau đó sử dụng kỹ thuật vô khuẩn để kết nối hệ thống đo với nhau

Bước 1: Kết nối hệ thống khóa ba chạc với nhau.

+ Chạc ba thứ nhất nối một cổng với ống thông Foley và một bơm tiêm 50ml

+ Chạc ba thứ 2 nối với chạc ba thứ nhất và một cổng nối với túi đựng 1.000ml dung dịch muối đẳng trương.

+ Chạc ba thứ 3 nối với chạc ba thứ 2 và hệ thống đo áp lực, và túi chứa nước tiểu. Điều chỉnh để đầu của chạc ba này ở ngang mào chậu tại đường nách giữa.

- Bước 2: mở khóa thứ 1 của cả 03 chạc ba để dẫn lưu hết nước tiểu ra túi. Tại chạc ba thứ 3: đóng đường dẫn túi nước tiểu và mở đường tới cổng áp lực. Tại chạc ba thứ nhất: khóa đường tới ống thông bàng quang. Tại chạc ba thứ 2 mở đường tới túi dịch muối đẳng trương.

- Bước 3: hút 50ml dịch Natriclorua 0,9% vào bơm tiêm tại chạc ba thứ 1, khóa đường tới túi dịch ở chạc ba thứ 2, mở đường tới ống thông bàng quang tại chạc ba thứ 1 rồi bơm Natriclorua 0,9% vào bàng quang với lượng 1ml/kg (tối đa là 25 ml). Thể tích của bàng quang nên giữ cố định ở các lần đo. Đóng khóa ở bơm tiêm lại, đợi sau 30- 60 giây để sự thăng bằng áp lực xảy ra, theo dõi áp lực tại đồng hồ đo áp lực và ghi nhận thông số áp lực của lần đo vào cuối thì thở ra (điều này hạn chế tối đa ảnh hưởng của áp lực của phổi).

- Sau khi kết thúc việc đo áp lực ổ bụng tiến hành tháo dụng cụ như sau:

+ Tháo đồng hồ và bộ phận đo áp lực trước khi rút ống sonde tiểu cho người bệnh.

+ Rửa tay và đeo găng tay

+ Sử dụng kỹ thuật sạch không chạm, tháo bộ phận đo áp lực ở chạc ba ra, nối ống sonde tiểu với túi đựng nước tiểu, bỏ bộ phận đo áp lực vào thùng chất thải thích hợp.

+ Tháo găng tay và rửa tay

VI. THEO DÕI

- Thời gian và khoảng cách theo dõi áp lực ổ bụng phụ thuộc vào từng bệnh lý và người bệnh cụ thể. Thông thường IAP được đo mỗi 4 giờ và đo thường xuyên hơn nếu người bệnh có tăng IAP > 12 mmHg, hoặc người bệnh có hạ huyết áp, thiếu niệu hoặc chướng bụng.

- Nếu áp lực ổ bụng > 12 mmHg, cần chắc chắn kỹ thuật đo đúng và sonde tiểu không bị tắc. Khi đó cần tiến hành các biện pháp điều trị làm giảm IAP để làm giảm tỉ lệ bệnh nặng và tử vong. Tổn thương thận có thể xảy ra với mức IAP từ 10 - 15 mmHg.

- Nếu áp lực ổ bụng < 12 mmHg sau vài giờ theo dõi, việc đo áp lực có thể dừng nếu tình trạng lâm sàng của người bệnh được cải thiện. Người bệnh vẫn cần được theo dõi lâm sàng để phát hiện tình trạng xấu hơn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Nhiễm trùng niệu là biến chứng có thể gặp do đặt và lưu ống thông bàng quang kéo dài, để hạn chế biến chứng này cần tuân thủ vô khuẩn trong quá trình làm thủ thuật và rút ngay ống thông bàng quang khi không cần theo dõi áp lực ổ bụng nữa.

Chảy máu đường niệu xảy ra do kỹ thuật: chọn cỡ sonde tiêu phù hợp với trẻ và thủ thuật phải hết sức nhẹ nhàng.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC DÒ Ổ BỤNG CẤP CỨU

Mã số: III-165

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch màng bụng cấp cứu là thủ thuật đưa kim qua thành bụng vào khoang ổ bụng để hút dịch ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chọc tháo dịch để điều trị các trường hợp dịch cổ trướng nhiều gây khó thở, khó chịu.

- Chọc dò màng bụng chỉ định cho các trường hợp nghi ngờ chảy máu trong ổ bụng sau chấn thương, sốc mất máu có dịch cổ trướng.

- Chọc hút dịch để chẩn đoán viêm phúc mạc tiên phát và thứ phát (nhiễm trùng băng, thủng tạng rỗng..)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu hoặc giảm tiểu cầu nặng.

- Tắc ruột non (khi người bệnh bị tắc ruột non thì nên đặt sonde dạ dày trước khi tiến hành thủ thuật).

- Nhiễm trùng hoặc máu tụ vị trí chọc.

- Lưu ý: khi trẻ bí đái thì nên đặt sonde bàng quang trước khi làm thủ thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

01 bác sĩ chuyên khoa đã được đào tạo, 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ

- Vật tư tiêu hao
- Mũ y tế: 02 cái
- Khẩu trang y tế: 02 cái
- Găng tay vô trùng: 02 đôi
- Kim lấy thuốc
- Kim luồn
- Bơm tiêm 10 ml: 02 cái
- Bơm tiêm 20 ml: 02 cái
- Dây truyền
- Iodine 10%: 01 lọ; cồn trắng 90 độ
- Gạc N2: 2 gói
- Dụng cụ cấp cứu:
- Hộp chống sốc
- Bóngambu, mặt nạ bóp bóng

- Các chi phí khác
- Panh có máu, không máu
- Hộp bông cotton
- Bát kê to
- Khay quả đậu inox nhỡ
- Săng lốt vô trùng; Áo mổ
- Dung dịch Anois rửa tay nhanh
- Ống để bệnh phẩm xét nghiệm

3. Người bệnh

- Giải thích cho gia đình người bệnh về lợi ích và tai biến có thể xảy ra.
- Kiểm tra lại các chống chỉ định
- Người bệnh nên được nằm ngửa, đầu cao hơn chân

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án:

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

2. Chuẩn bị người bệnh:

Xem các chức năng sống để xác định trẻ có đảm bảo khi tiến hành thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Trước khi chọc

- Khám lại trẻ để xác định mức độ cổ trướng, đo mạch và huyết áp.
- Vén áo và kéo cạp quần xuống để lộ bụng.
- Sát khuẩn vùng chọc: vạch một đường nổi rốn với gai chậu trước trên, chia đường này thành 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.

3.2. Trong khi chọc

- Chọc kim vuông góc với thành bụng, đi từ nông đến sâu cho đến khi hút ra dịch.

- Nối ống dẫn vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào xô. Tốc độ dịch chảy ra trong 20-30 phút.

- Băng phủ kín đầu kim và lấy băng dính cố định đầu kim.

- Theo dõi sắc mặt của người bệnh.

3.3. 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).

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Quai ruột bít vào đầu kim. Lúc đầu dịch chảy nhanh sau đó chảy yếu dần và ngừng chảy, thay đổi tư thế người bệnh, đổi hướng kim cho đến khi dịch chảy ra tiếp.

- Choáng do lấy dịch ra quá nhiều và nhanh gây giảm áp lực đột ngột biểu hiện: mạch nhanh huyết áp tụt, choáng váng. Phải ngừng chọc, truyền dịch, chống sốc.

- Chọc vào ruột: ít khi gặp. Nếu chọc vào ruột sẽ thấy hơi hoặc nước bần, bác sỹ phải rút kim ra ngay, băng kín. Theo dõi tình trạng đau, nhiệt độ và phản ứng thành bụng. Hội chẩn chuyên khoa ngoại.

- Chọc vào mạch máu: ít gặp, nếu gặp phải rút kim ra ngay.

- Nhiễm khuẩn thứ phát chọc do công tác vô khuẩn không tốt. Theo dõi, mạch, nhiệt độ, huyết áp, mức độ đau, thành bụng, nếu cần thiết phải cho kháng sinh, hội chẩn khoa ngoại.

- Chọc nhầm vào tạng hoặc khối u trong bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Runyon B.A (2013). Diagnostic and therapeutic abdominal paracentesis. UpToDate online [last updated: July 19, 2013], Available in: <http://www.uptodate.com>.

- Witt Ch.A.(2012): Paracentesis. In: The Washington Manual of Critical Care (Editor: Kollef M.H, Bedient T.J, Isakow W, Witt C.A), Lippincott Williams & Wilkins

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NONG HẬU MÔN

Mã số: III-2359

I. ĐẠI CƯƠNG

Nong hậu môn là kỹ thuật đưa dụng cụ vào hậu môn tạo phản xạ giúp cho đại tràng được kích thích, tăng nhu động để dễ đẩy phân ra ngoài. Đối với người bệnh hẹp hậu môn nong hậu môn giúp cho lỗ hậu môn từ từ được nở rộng và dần trở về kích thước bình thường.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh hẹp hậu môn bẩm sinh hoặc mắc phải sau phẫu thuật tạo hình hậu môn.
- Người bệnh sau hạ đại tràng điều trị bệnh Hirschsprung.
- Nong hậu môn dự phòng hẹp hậu môn trong tất cả các trường hợp tạo hình hậu môn trực tràng.
- Người bệnh táo bón

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có tổn thương ở vùng hậu môn trực tràng: áp xe cạnh hậu môn, nứt kẽ hậu môn..
- Người bệnh đang bị tiêu chảy cấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: điều dưỡng, kỹ thuật viên

2. Phương tiện

- Dụng cụ nong: cây nong có các số từ nhỏ đến lớn nong từ số nhỏ đến số nong mục tiêu.



Cỡ nong

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

Tuổi	Kích thước
1-3 tháng	Số 12
4-8 tháng	Số 13
9-12 tháng	Số 14
1-3 tuổi	Số 15
4-12 tuổi	Số 16
Trên 12 tuổi	Số 17

Tần suất nong:

Thời gian	Số lần nong
Tháng đầu	1 ngày nong 1 lần
Tháng thứ 2	3 ngày nong 1 lần
Tháng thứ 3	1 tuần nong 2 lần
Tháng thứ 4	1 tuần nong 1 lần
Tiếp theo	1 tháng nong 1 lần

Độ sâu khi nong :4-5 cm

Thời điểm nong : Sau phẫu thuật 7-14 ngày

Găng tay sạch 2 đôi

Dung dịch bôi trơn K-Y hoặc parafin

1 tấm lót nilon.

3. Người bệnh

Giải thích cho bố mẹ trẻ về mọi việc sắp làm để người nhà và trẻ yên tâm hợp tác.

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

- Cho bé nằm ngửa người nhà giữ cao 2 chân

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Kỹ thuật viên rửa tay rồi đeo găng tay
- Bôi dung dịch K-Y hoặc parafin vào đầu dụng cụ nong
- Nhẹ nhàng đưa dụng cụ nong qua hậu môn của trẻ khoảng 4-5 cm xoay đi xoay lại cây nong có thể thấy cơ hậu môn thắt chặt lại chờ dần dần cơ thắt nở rộng ra đưa cây nong qua cơ thắt vào trong trực tràng của trẻ.
- Giữ dụng cụ nong trong vòng 30 giây.
- Đưa cây nong ra ngoài và lặp lại các động tác như trên trong vòng 30s ở lần tiếp theo.
- Làm sạch dụng cụ nong.
- Rửa lại tay với xà phòng.
- Thực hiện nong 2 lần mỗi ngày vào khoảng thời gian nhất định sau mỗi tuần tăng kích thước cây nong lên 1 số cho đến khi kích thước lỗ hậu môn trở về bình thường.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch ,nhiệt độ, nhịp thở
- Theo dõi phát hiện các biến chứng như: chảy máu , đau vị trí nong

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Nếu chảy máu ít tại chỗ thì coi như bình thường và tăng cỡ nong ở những lần tiếp theo. Nếu chảy máu nhiều không cầm chuyển ngoại khoa theo dõi và xử trí.
- Đau tại chỗ: Dùng giảm đau Efferalgan.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RỬA MÀNG BỤNG CẤP CỨU

Mã số: III-166

I. ĐẠI CƯƠNG

Rửa màng bụng cấp cứu là một phương pháp thực hiện khi phát hiện tổn thương các tạng trong ổ bụng và tiểu khung khi có dấu hiệu màng bụng trên lâm sàng mà không có liềm hơi.

II. CHỈ ĐỊNH

Nghi ngờ có viêm màng bụng sau viêm ruột thừa.

Nghi ngờ có chảy máu trong ổ bụng với khối lượng ít, chưa phát hiện được khi chọc dò bằng kim thường.

Nghi ngờ có viêm tụy cấp (lấy dịch lọc để xét nghiệm amylase)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu hoặc giảm tiểu cầu nặng.
- Viêm dính màng bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: 01 bác sĩ chuyên khoa đã được đào tạo, 01 điều dưỡng.

2. Phương tiện, dụng cụ: Thủ thuật làm tại buồng vô khuẩn

2.1. Dụng cụ:

- Một ống thông bằng chất dẻo (teilon) có lỗ ở 6 cm phía ngoài vi, đầu tù và nòng nhọn bằng thép không rỉ, dài hơn ống thông khoảng 5 mm.

- Một ống nối
- Một bộ dây nối hình chữ Y để dẫn dịch
- Bơm tiêm 5 ml: 02 cái
- Kim tiêm dưới da
- Một lưỡi dao sắc nhọn
- Một bộ kéo
- Hai kẹp Kocher
- Chỉ
- Găng, băng dính
- Nồi cách thủy để hâm nóng dung dịch 38 độ C

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Hộp chống sốc

- Bóng ambu, mặt nạ bóp bóng

2.3. Các chi phí khác

- Đồ vải vô khuẩn
- Hộp bông cotton
- Bát kê to
- Khay quả đậu inox nhỏ
- Săng lổ vô trùng
- Áo mổ
- Dung dịch Anois rửa tay nhanh
- Xà phòng rửa tay

2.4. Thuốc

- Cồn trắng 90 độ, cồn iod, Xylocain 1%
- Dung dịch NaCl 0,9%

3. Người bệnh

- Giải thích cho gia đình người bệnh về lợi ích và tai biến có thể xảy ra.
- Kiểm tra lại các chống chỉ định
- Người bệnh nên được nằm ngửa, đầu cao hơn chân.
- Đái hết hoặc thông đái; đặt ống thông dạ dày hút hết dịch vị

4. Hồ sơ bệnh án: Theo quy định Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Chuẩn bị người bệnh: Xem các chức năng sống để xác định trẻ có đảm bảo khi tiến hành thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Trước khi chọc

- Người làm thủ thuật và người phụ rửa tay, sát khuẩn tay, đi găng.
- vén áo và kéo cạp quần xuống để lộ bụng.
- Khử khuẩn toàn bộ vùng bụng dưới rốn
- Chọn nơi chọc dò
- Phủ găng có lỗ
- Gây tê vùng chọc.

3.2. Trong khi chọc

- Rạch da dài 5 mm, sâu 5 mm.
- Chọc ống thông có luồn ống qua thành bụng theo hướng thẳng góc. Khi cảm giác “sật” là đã vào ổ bụng.
- Rút nòng thông khoảng 1 cm. Đẩy dần ống thông vào ổ bụng hướng về phía gò mu vùng túi cùng Douglas.
- Rút lùi ống thông vài cm khi người bệnh có cảm giác tức, hơi đau.
- Rút hẳn nòng thông
- Trong 24 giờ đầu: cho 0,5 lít dịch vào trong ổ bụng và xả ra ngay. Nếu có máu hoặc fibrin thêm 500 đơn vị Heparin cho mỗi lít dịch rửa, tiếp tục rửa với khoảng 500ml cho đến khi dịch xả ra trong...
- Đặt gạc và cố định ống thông bằng băng dính hoặc chỉ để đề phòng bội nhiễm.

3.3. Sau khi rửa

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

VI. THEO DÕI

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

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Viêm màng bụng: kháng sinh, tiếp tục rửa màng bụng nếu cần.
- Chảy máu nhiều, tụt huyết áp: truyền máu, chuyển ngoại khoa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. John M Burkart (2015). Peritoneal dialysis (Beyond the Basics). UpToDate online [last updated: December 08, 2015], Available in: <http://www.uptodate.com>.

2. Kopriva-Altfahrt, G. et al. Exit-site care in Austrian peritoneal dialysis centers: A nationwide survey. Peritoneal Dialysis International, Vol.29, pp330-339. 2009.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT DẪN LƯU DỊCH MÀNG BỤNG

Mã số: III-2355

I. ĐẠI CƯƠNG

Dẫn lưu dịch màng bụng là phương pháp lấy các dịch trong khoang màng bụng (sinh lý hay tạo ra sau phẫu thuật) nhằm mục đích điều trị hay dự phòng theo dõi các biến chứng sau mổ và xét nghiệm chẩn đoán có sự trợ giúp của siêu âm.

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm phúc mạc khu trú, toàn thể, muộn.
- Viêm tụy hoại tử.
- Sau cắt túi mật.
- Sau mổ chấn thương tạng đặc, tràn dịch ổ bụng gây biến chứng và cần tìm nguyên nhân chẩn đoán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh rối loạn đông máu.
- Tình trạng rối loạn huyết động.
- Tiền hôn mê gan và hôn mê gan.
- Bụng chướng hơi nhiều.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ có kinh nghiệm làm siêu âm can thiệp hoặc bác sỹ ngoại khoa.
- 01 điều dưỡng phụ hoặc kỹ thuật viên.

2. Phương tiện

- Dụng cụ gây tê: thuốc gây tê xylocain, ống tiêm.
- Dụng cụ mổ: dao, kéo, kim, banh, chỉ, khăn vô trùng, găng...
- Dụng cụ dẫn lưu:
 - + Ống dẫn lưu kích thước tùy theo lứa tuổi, kỹ thuật, túi dẫn lưu...
 - + Kim chọc dài 5-6 cm, đường kính 10/10mm bằng polystyrene hay teflon có ống thông bằng chất dẻo, có thể dùng 01 catheter tĩnh mạch trung tâm dài 30cm có kim chọc bằng sắt.
- Dụng cụ vô trùng khác: găng vô trùng, cồn iod, bông băng, gạc, khăn có lỗ khay quả đậu, ống nghiệm đựng bệnh phẩm xét nghiệm làm xét nghiệm sinh hóa, tế bào, chai cấy định danh vi khuẩn...

3. Người bệnh

- Được giải thích về mục đích của thủ thuật, những tai biến có thể xảy ra, động viên trẻ và người nhà bệnh nhi an tâm hợp tác với thầy thuốc.

- Người nhà bệnh nhi được viết cam đoan theo mẫu.

4. Hồ sơ bệnh án

Có đủ các xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, đông máu cơ bản, HIV. Kết quả xét nghiệm nằm trong giới hạn cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chuẩn bị bệnh nhi: tư thế nằm ngửa đưa hai tay lên đầu, bộc lộ vùng bụng và ngực.

- Kiểm tra máy siêu âm và đầu dò.

- Xác định vị trí: đối với dẫn lưu ổ bụng ta sẽ có 4 vị trí chọc, 2 điểm ở mỗi bên phải, trái.

+ Điểm 1/3 ngoài đường nối rốn và gai chậu trước trên.

+ Điểm 1/3 ngoài đường nối rốn và điểm cuối của xương sườn 11.

- Sát khuẩn rộng ra 5 cm bằng cồn Iode

- Đeo găng tay, trải khăn vô khuẩn.

- Sát khuẩn lại tại vị trí trải khăn vô khuẩn.

- Gây tê tại chỗ.

- Rửa da tại vị trí xác định.

- Chọc kim qua da theo đường dẫn của siêu âm tới ổ dịch, rút nòng kim, lắp bơm 10ml vào kim hút dịch, lấy bệnh phẩm xét nghiệm. Rút nòng kim loại sau khi đã luồn ống thông bằng chất dẻo vào ổ dịch. Cố định ống vào thành bụng. Lắp dây truyền vào đốc kim để dẫn dịch chảy vào chai nhựa có áp lực âm.

- Sát khuẩn lại, băng kín chân dẫn lưu.

- Ghi hồ sơ bệnh án: ngày, giờ làm thủ thuật. Màu sắc, tính chất, tốc độ dịch chảy.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi mạch, HA, tình trạng bụng của người bệnh trong 36h sau làm thủ thuật

- Theo dõi dịch dẫn lưu: tốc độ dịch chảy, số lượng, màu sắc

- Phát hiện và xử trí các biến chứng (chảy máu, thủng tạng, nhiễm trùng,..), ghi hồ sơ bệnh án

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương thành ruột/thùng ruột.
- Tổn thương mạch máu
- Thoát vị ruột hay mạc nối lớn
- Thoát vị thành bụng
- Tắc ruột/dính ruột
- Tùy tình trạng điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quy trình kỹ thuật bệnh viện (1999): 271-273

RỬA TOÀN BỘ HỆ THỐNG TIÊU HOÁ

Mã số: III-153

I. ĐẠI CƯƠNG

- Rửa toàn bộ hệ thống tiêu hoá là một phương pháp tẩy rửa làm sạch đường tiêu hóa, ngăn chặn sự hấp thụ thêm độc chất. Rửa toàn bộ hệ thống tiêu hoá thường yêu cầu số lượng nước lớn đi qua đường tiêu hóa nên dễ dẫn đến rối loạn nước, điện giải vì thế cần thận trọng và theo dõi sát áp dụng phương pháp này.

- Để đảm bảo cân bằng nước và điện giải, tránh biến chứng rối loạn điện giải trầm trọng nên sử dụng dung dịch polyethylene glycol (PEG-ELS, thường dùng nhất là Fortrans) để rửa ruột.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp ngộ độc cấp, trẻ ăn hoặc uống các độc chất tồn tại lâu trong ống tiêu hóa như quá liều các loại thuốc giải phóng chậm, thuốc làm giảm nhu động ruột, các thuốc, hoá chất có chứa kim loại...

- Trẻ uống các chất độc không thể hấp thụ được bằng than hoạt tính.

- Trước phẫu thuật đường tiêu hóa (khi người bệnh ăn chưa quá 6 giờ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Mới phẫu thuật, tổn thương viêm loét đường tiêu hóa.

- Ngộ độc acid hoặc base mạnh hoặc ngộ độc sau 6 tiếng.

- Các biểu hiện của tổn thương thực quản, bóng, dò thực quản.

- Trẻ suy kiệt nặng

- Thủng dạ dày

- Có dấu hiệu của tắc ruột hoặc bán tắc ruột.

- Có xuất huyết tiêu hóa nặng.

- Nôn nặng, liên tục.

- Rối loạn ý thức có nguy cơ sặc, trào ngược chưa được đặt nội khí quản.

- Rối loạn huyết động.

- Tình trạng mất nước.

- Các các bệnh lý nặng khác kèm theo như suy tim, suy hô hấp.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Một bác sĩ thăm khám ra chỉ định, theo dõi tình trạng diễn biến người bệnh và đáp ứng điều trị.

- Một điều dưỡng viên đã được huấn luyện, đeo mũ khẩu trang.

2. Phương tiện, dụng cụ

- Bộ dụng cụ rửa tay, sát khuẩn: 01
- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân: 01
- Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật: 01
- Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật: 1 xe cấp cứu gồm:
 - + Dụng cụ, máy theo dõi
 - + Bộ ống thông dạ dày (01 chiếc)
 - + Canuyn guedel (01 chiếc)
 - + Thuốc xịt Lidocain 2%.
 - + Thuốc Fortrans 2 - 10 gói thành phần:
 - . Macrogol 4000 64 g
 - . Sodium sulfate khan 5,7 g
 - . Bicarbonate sodium 1,68 g
 - . Sodium chlorure 1,46 g
 - . Potassium chlorure 0,75 g
 - . Tá dược: saccharine sodium, hương vị trái cây.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Trẻ lớn còn tỉnh táo, trẻ cần được giải thích để có thể hợp tác uống thuốc tẩy, đặt tư thế đầu nghiêng an toàn tránh nôn trào ngược.
- Trẻ hôn mê cần được đặt nội khí quản để bảo vệ đường thở.
- Cha mẹ, người giám hộ trực tiếp của trẻ cần được giải thích quy trình sẽ tiến hành, trẻ có thể nôn mửa, đại tiện phân lỏng nhiều lần, số lượng nhiều.

4. Bệnh án: theo quy định của Bộ Y tế.

- Ghi chép nhận xét diễn biến trước và sau rửa ruột toàn bộ: mạch nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.
- Xét nghiệm sau rửa toàn bộ đường tiêu hoá: điện giải, chức năng thận, kết quả Xquang ổ bụng sau rửa.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

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

2. Chuẩn bị người bệnh: Xem các chức năng sống để xác định trẻ có đảm bảo khi tiến hành thủ thuật đặc biệt tình trạng hô hấp, kiểm soát và bảo vệ đường thở nếu người bệnh hôn mê, hoặc suy hô hấp.

3. Thực hiện kỹ thuật

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 1)

- Đặt trẻ nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái.
- Trải 1 tấm nilon lên phía đầu giường và quàng 1 tấm quanh cổ của trẻ.
- Đặt thùng hứng nước bẩn.
- Trường hợp trẻ hôn mê, suy hô hấp, người làm thủ thuật cần tiến hành hút dịch hầu họng, bóp bóng đặt nội khí quản, thông khí nhân tạo nếu cần thiết.
- Bảo đảm tuần hoàn: ổn định huyết động nếu có shock (theo dõi huyết áp liên tục, monitor, đặt catheter, truyền dịch, thuốc vận mạch như dopamin, noradrenalin, dobutamin.).
- Chống co giật midazolam, diazepam, bảo vệ đường thở đặt nội khí quản, thông khí nhân tạo nếu cần.
- Tiến hành đặt ống thông dạ dày và rửa dạ dày theo quy trình rửa dạ dày hệ thống kín.
- 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 béc, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.
- Đổ nước khoảng 50 - 200ml nước/lần tùy theo độ tuổi của trẻ, hạ thấp đầu ống vào trong chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút hút ra.
- Lập 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 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.
 - + Sau khi rửa dạ dày, thay ống thông dạ dày bằng ống thông tá tràng (nếu có thể)
 - + Tiến hành pha mỗi gói Fortrans với 1000ml nước.
 - + Cho trẻ ngồi hoặc nằm tư thế Fowler 45 độ. Uống hoặc nhỏ giọt qua sonde dạ dày.
- Liều lượng tốc độ bơm thuốc như sau:
 - + Trẻ 9 tháng - 12 tuổi: 20ml/kg/giờ.
 - + Từ 12 tuổi đến 18 tuổi: 1000ml/giờ
- Quá trình rửa toàn bộ ruột hiệu quả nhất khi tiến hành trong 4 - 6 giờ.

- Theo dõi kết quả cho tới khi trẻ đại tiện phân nước trong và chụp X.quang bụng lại thấy hết hình ảnh cản quang độc chất.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi monitor, các chỉ số mạch nhiệt độ, huyết áp, SpO2, nhịp tim.
- Tình trạng chướng bụng, nôn mửa.
- Chụp lại Xquang ổ bụng sau rửa, đánh giá hiệu quả tẩy rửa ruột.
- Tình trạng nước điện giải trước và sau rửa ruột toàn bộ.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Nôn (đặc biệt sau bơm vào dạ dày quá nhanh): Dùng thuốc chống nôn, theo dõi điện giải.

- Suy tim sung huyết ở trẻ có các bệnh lý tim mạch hoặc thận mạn tính: đánh giá khối lượng tuần hoàn, oxy, thuốc trợ tim, lợi tiểu.

- Thủng ruột, hội chứng Mallory-Weiss, thủng thực quản: cần phẫu thuật can thiệp.

- Viêm phổi sặc, phổi bị tổn thương cấp tính: kháng sinh chống viêm, thở máy với PEEP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Christopher King, Fred M. Henretig. Textbook of Pediatric Emergency Procedures 2008.

2. American Academy of Clinical Toxicology and the European Association of Poison Centres and Clinical Toxicologists: Position paper: Whole-bowel irrigation. J Toxicol Clin Toxicol 2004;42:843 - 854.

3. Thanacoody R. et al, Position paper update: Whole bowel irrigation for gastrointestinal decontamination of overdose patients. Clinical Toxicology(2014), DOI: 10.3109/15563650.2014.989326.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT U MỠ DƯỚI DA

Mã số: III-2457

I. ĐẠI CƯƠNG

- U mỡ là u lành tính hình thành do sự phát triển bất thường của những tế bào mỡ trưởng thành. U có thể phát triển ở hầu hết các tổ chức trong cơ thể nhưng u thường xuất hiện nhiều ở tổ chức dưới da hơn ở nội tạng.

- Phẫu thuật cắt u mỡ là một trong những phương pháp điều trị u mỡ, nhằm loại bỏ tổn thương u bằng phương pháp phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH

III. CHỈ ĐỊNH

Các u mỡ dưới da.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có bệnh toàn thân không thể gây mê.
- Người bệnh có rối loạn đông máu
- Gia đình người bệnh không hợp tác và chấp nhận điều trị

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ phẫu thuật tạo hình và sọ mặt.
- Ê kíp phẫu thuật.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ phẫu thuật sọ mặt.
- Chỉ khâu các loại: vicryl số 4.0, 5.0,6.0, prolenne.

3. Người bệnh

- Được khám và làm xét nghiệm cơ bản: bilan đầy đủ
- Siêu âm và hoặc Chụp CTS canner / MRI nếu cần.
- Khám Tai mũi họng, Hô hấp
- Bác sỹ gây mê khám trước mổ

4. Hồ sơ

Hồ sơ bệnh án theo quy định chung

IV. KỸ THUẬT

1. Vô cảm

Người bệnh được gây mê toàn thân.

2. Tư thế người bệnh:

Người bệnh ở tư thế bộ lộ rõ ràng vùng can thiệp

3. Kỹ thuật

- Rửa da vùng trên u trùng hoặc song song các nếp hằn da tự nhiên hoặc theo tổn thương u.

- Phẫu tích cắt hết tổ chức u.

- Cầm máu điện cắt bằng dao điện

- Bơm rửa vùng mổ bằng dung dịch NaCl 0,9% và dung dịch betadinne

- Đặt dẫn lưu nếu cần.

- Khâu phục hồi vết mổ theo cấu trúc giải phẫu

- Băng vết mổ.

V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu trong mổ: Kiểm tra chảy máu điện cắt, cầm máu bằng dao điện hoặc khâu điểm chảy máu.

2. Nhiễm trùng và toác vết mổ: Bơm rửa, đắp gạc betadine, khâu thưa. Dùng kháng sinh toàn thân.