

CHỌC DÒ NGOÀI MÀNG TIM CẤP CỨU

Mã số: III-39

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch màng ngoài tim là đưa một kim chọc dò vào trong khoang màng ngoài tim và luồn qua kim đó một ống thông (catheter) để hút và dẫn lưu dịch nhằm mục đích nhanh chóng làm giảm áp lực trong khoang màng ngoài tim trong trường hợp ép tim (ép tim cấp) hoặc với mục đích để xác định nguyên nhân gây viêm màng ngoài tim.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ép tim cấp do tràn dịch màng ngoài tim là một chỉ định cấp cứu.
- Viêm màng ngoài tim có dịch, nhằm xác định nguyên nhân:

Chỉ định có thể cân nhắc, trì hoãn để theo dõi và xem xét thêm một cách kỹ lưỡng trước khi tiến hành.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tràn dịch màng ngoài tim mức độ ít

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kíp làm thủ thuật bao gồm tối thiểu 1 bác sĩ và 2 điều dưỡng.

2. Phương tiện - dụng cụ

- Dụng cụ vô khuẩn: Đẻ trong khay vô khuẩn
- + 1 kim chọc dò.
- + 1 catheter tĩnh mạch trung tâm đặt theo kỹ thuật Seldinger
- + 1 bơm tiêm 5ml và kim để gây tê.
- + 1 bơm tiêm 10ml hoặc 20ml.
- + 1 khăn có lỗ và 2 kim kẹp khăn.
- + 1 ống thông màng ngoài tim có khóa.
- + 1 kim Kocher
- + 1 cốc con và gạc củ ấu 20 cái
- + Gạc vuông (20 miếng)
- Dụng cụ sạch và thuốc
- + 2 đôi găng vô khuẩn
- + Lọ cồn: iod 1%, cồn 70o.
- + Thuốc tê: Novocain, Xylocain 1 - 2%

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- + Atropin: 2 ống; Seduxen 10 mg 1 ống
- + Băng dính, kéo cắt băng
- + Giá đựng 3 ống nghiệm có dán nhãn trong đó 1 ống vô khuẩn), ghi rõ họ tên, tuổi, khoa, phòng.
- Phiếu xét nghiệm, hồ sơ bệnh án.
- Máy theo dõi điện tim, huyết áp, nhịp thở, SpO2.
- Dụng cụ khác
- + 1 khay quả đậu đựng bông bản, 1 khay quả đậu đựng dịch
- Các dụng cụ cấp cứu: máy sốc điện, bóng hô hấp, bộ đặt nội khí quản, oxy, mặt nạ thở oxy.
- Máy siêu âm tim

3. Người bệnh

- Cần được giải thích để thấy được sự cần thiết của thủ thuật, người bệnh cần bình tĩnh để phối hợp thực hiện nếu trẻ lớn.
- Gia đình người bệnh cần được giải thích đầy đủ về lợi ích của thủ thuật, những nguy cơ, biến chứng có thể xảy ra trong khi tiến hành thủ thuật. Người thân của người bệnh cần phải ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật trên người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Người bệnh trong tư thế nằm đầu cao, theo dõi liên tục các thông số : nhịp tim, điện tim, huyết áp, nhịp thở, độ bão hòa oxy máu động mạch trên monitoring. Nếu người bệnh suy hô hấp thì cần hỗ trợ hô hấp, đảm bảo SpO2 > 90% khi tiến hành thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên. Dung dịch Natriclorua 9% với mục đích giữ cho kim luôn không bị tắc.
- Nếu có máy siêu âm tim, nên kiểm tra siêu âm tại giường ngay trước khi tiến hành thủ thuật để đánh giá lại mức độ tràn dịch màng ngoài tim và xác định lại một lần nữa vị trí chọc dịch.
- Nếu người bệnh không khó thở nhiều thì tiêm bắp Seduxen và tiêm dưới da Atropin để phòng phản ứng phế vị khi làm thủ thuật.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Sau đó tiến hành sát trùng rộng vị trí chọc dò trên lồng ngực người bệnh, trải sẵn vô khuẩn, bác sĩ rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

- Gây tê tại vị trí chọc kim bằng Xylocain từ nông đến sâu theo từng lớp: da, dưới da và cơ. Có 2 vị trí chọc dò thường áp dụng trên lâm sàng : đường Marfan và đường Dieulafoy. Ngoài ra còn một số đường chọc có thể áp dụng trên lâm sàng nếu dịch màng ngoài tim tập trung ở phía đó nhiều như khoang liên sườn IV, V, VI cách bờ phải xương ức 1-2 cm hoặc khoang liên sườn VI, VII ở vị trí đường nách trước bên trái nếu tràn dịch màng ngoài tim mức độ rất nhiều, chèn ép vào phổi nhưng khó lấy dịch ở các vị trí thông thường.

- Cần lưu ý là khi chọc dò ở những vị trí đặc biệt nói trên thì phải có siêu âm tim tại giường hướng dẫn đường đi của kim chọc dò.

- Phần tiếp theo hướng dẫn chọc và dẫn lưu màng ngoài tim với đường chọc Marfan. Các đường chọc khác vận dụng kỹ thuật tương tự như đường chọc này sau khi đã xác định chắc chắn đường vào nào là an toàn và hiệu quả nhất đối với người bệnh.

- Điểm chọc cách mũi ức 1 - 3 cm, trước tiên dùng kim nhỏ thăm dò. Hướng kim chọc lên phía trên và đi ra sau, mũi kim nghiêng khoảng 20-30 độ so với mặt da, vừa đi người thầy thuốc vừa hút nhẹ bơm tiêm và đưa kim tiêm đi về phía vai trái.

- Mũi kim sẽ chạm vào khoang màng ngoài tim sau khi đã vào sâu từ 2-5 cm. Người thầy thuốc sẽ cảm thấy kim đi vào dễ dàng, không có vật cản khi mũi kim đã vào khoang màng ngoài tim, đồng thời hút được dịch. Xác định hướng đi và độ sâu của kim thăm dò.

- Dùng kim đặt catheter tĩnh mạch trung tâm đi theo hướng của kim thăm dò vừa rút ra với mục đích đưa catheter vào trong khoang màng ngoài tim để hút và dẫn lưu dịch. Vừa đưa kim vừa hút như lúc trước đã làm với kim thăm dò. Gần tới độ sâu xác định, người thầy thuốc cần quan sát nhanh người bệnh và điện tâm đồ. Nếu chưa hút được dịch thì nhẹ nhàng đẩy mũi kim vào sâu hơn chút nữa, vừa đẩy vừa hút bơm tiêm.

- Khi dịch hút được dễ dàng vào bơm tiêm, người thầy thuốc cố định mũi kim sát và nhẹ nhàng đẩy sâu ống nhựa bọc ngoài kim vào sâu trong khoang màng ngoài tim. Từ lúc này kỹ thuật được thực hiện giống như đặt catheter tĩnh mạch trung tâm

- Khi đã rút kim sắt ra hẳn phía ngoài, người thầy thuốc luồn catheter vào lòng ống nhựa và đưa sâu vào trong khoang màng ngoài tim. Sau khi kiểm tra, rút dịch dễ dàng qua catheter thì rút nốt phần ống nhựa ra khỏi lồng ngực người bệnh và tiến hành cố định catheter dẫn lưu dịch màng ngoài tim.

- Nối catheter với một dây truyền dịch và một chai dịch truyền tạo thành một hệ thống dẫn lưu kín, vô trùng. Điều chỉnh khóa dây truyền dịch nói trên

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

sao cho dịch màng ngoài tim không chảy ra quá nhiều và nhanh để tránh gây rối loạn huyết động.

- Lưu ý trên lâm sàng để tránh tim co bóp rỗng do lượng máu trở về tim chưa đầy đủ trong thì tâm trương.

VII. THEO DÕI

- Lâm sàng: Mạch, huyết áp, nhịp thở, độ bão hòa oxy.

- Cận lâm sàng: điện tim, siêu âm tim

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc giao cảm: khi kim chọc dò đi qua màng ngoài tim, đột ngột huyết áp của người bệnh tụt, da tái nhợt, nhịp tim chậm. Cần nghĩ ngay đến sốc giao cảm, nâng chân người bệnh lên cao để máu trở về tim dễ dàng hơn, đồng thời tiêm dưới da Atropin. Nếu nhịp tim vẫn chậm và huyết áp vẫn thấp thì cần chỉ định truyền tĩnh mạch Adrenalin với liều nâng huyết áp và tiêm nhắc lại Atropin.

- Chọc vào thất phải: là một biến chứng thường nặng, cần phải xử trí nhanh và chính xác. Điện tâm đồ đột ngột biến đổi, hút ra dịch máu đông, huyết động thay đổi nhiều và nhanh là những dấu hiệu chứng tỏ đã chọc vào buồng tim phải. Siêu âm tại giường cho phép nhận định rõ hơn về tình trạng nói trên. Cần chống sốc cho người bệnh, truyền máu và dịch cao phân tử, liên hệ phẫu thuật nếu tình trạng lâm sàng, tình trạng huyết động không cải thiện mà ngày càng nặng lên.

- Chọc vào động mạch vành phải: máu đỏ tươi và đông trong bơm tiêm, lượng máu hút được ít, và không gây rối loạn huyết động nghiêm trọng.

- Rối loạn nhịp tim: thường là gây loạn nhịp trên thất như con tim nhanh kịch phát trên thất, ngoại tâm nhĩ. Các rối loạn nhịp này thường qua nhanh nếu dịch màng ngoài tim được dẫn lưu và người bệnh đỡ khó thở hơn.

- Nhiễm trùng: ít khi nhiễm trùng tại chỗ chọc màng ngoài tim.

- Tràn khí màng phổi: hiếm gặp. Nếu tình trạng cho phép thì vẫn nên tiếp tục tiến hành thủ thuật dẫn lưu màng ngoài tim, sau đó chụp Xquang tim phổi thẳng để quyết định thái độ xử trí: chọc hút và dẫn lưu khí màng phổi nếu có chỉ định.

GHI ĐIỆN TIM CẤP CỨU TẠI GIƯỜNG

Mã số: III-44; III-1454

I. ĐỊNH NGHĨA

- Điện tâm đồ là một nghiệm pháp chẩn đoán nhằm phát hiện các bất thường về hoạt động điện học của tim. Bản ghi điện tâm đồ thể hiện sự biến thiên về hiệu điện thế của quá trình khử và tái cực của các tế bào cơ tim thông qua 12 chuyển đạo tiêu chuẩn.

- Cần phân biệt điện tâm đồ chẩn đoán với điện tâm đồ theo dõi. Điện tâm đồ theo dõi được ghi bởi máy mornitor không thể thay thế vai trò của điện tâm đồ chẩn đoán.

II. CHỈ ĐỊNH

Ghi điện tâm đồ tại giường được chỉ định cho các trường hợp bệnh nhi có tình trạng cấp cứu hoặc các trường hợp vận chuyển người bệnh không an toàn đến phòng ghi điện tâm đồ.

- Chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị các bệnh tim bẩm sinh.
- Chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị các rối loạn nhịp.
- Chẩn đoán và đánh giá hiệu quả điều trị các bệnh tim mắc phải: Kawasaki, thấp tim, viêm nội tâm mạch, viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim...
- Các triệu chứng nghi ngờ do rối loạn nhịp: Ngát, co giật, choáng ván.
- Các triệu chứng xuất hiện khi gắng sức: Đau ngực, khó thở...
- Các cơn tím tái.
- Tiền sử gia đình có người đột tử hoặc có bệnh di truyền liên quan.
- Rối loạn điện giải.
- Ngộ độc thuốc hoặc các thuốc có thể gây loạn nhịp.

III. CHUẨN BỊ

1. Người làm

- Một điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên được đào tạo.
- Một điều dưỡng khác phụ giúp.

2. Máy ghi điện tim

- Máy ghi điện tim phải đạt tiêu chuẩn: Tốc độ lấy mẫu 1000 mẫu/phút, bandwidth tối thiểu 250 Hz, ghi đồng thời 12 chuyển đạo, có phần mềm tự động phân tích PEDMEAN.

- Điện cực ghi điện tim

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Điện cực ghi điện tim dán da cho trẻ nhỏ dưới 5 tuổi - Điện cực cốc hút dùng cho trẻ lớn

- Cáp nối điện cực
- Giấy in
- Gel dẫn điện
- Giấy lau

Phương tiện khác

Mornitor theo dõi chức năng sống nếu cần.

3. Người bệnh

- Thông báo và giải thích cho người bệnh về cách tiến hành thủ thuật.
- Nằm ngửa, yên lặng, thoải mái.
- Nếu bệnh nhi không nằm yên báo bác sỹ cho thuốc an thần.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra thông tin người bệnh, chẩn đoán bệnh, tiền sử người bệnh, chỉ định ghi điện tâm đồ.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại thông tin liên quan đến người bệnh.

2. Thực hiện kỹ thuật

- Cắm điện và bật máy điện tim, điền thông tin của người bệnh vào máy.
- Bộc lộ da vùng ngực và cổ chân cổ tay, đặt điện cực theo quy định AHA.

+ Đặt điện cực chi: vàng cổ tay trái, đỏ cổ tay phải, xanh ở trân trái, đen ở cổ chân phải.

+ Vị trí đặt điện cực thăm dò của 6 chuyển đạo trước tim thông dụng

V1: Khoảng liên sườn 4 bên phải, sát bờ xương ức.

V2: Khoảng liên sườn 4 bên trái, sát bờ xương ức.

V3: Điểm giữa đường thẳng nối V2 và V4.

V4: Giao điểm của đường dọc đi qua giữa xương đòn trái với đường ngang đi qua mỏm tim nếu không xác định được vị trí mỏm tim thì lấy khoảng liên sườn 5 trái

V5: Giao điểm của đường nách trước với đường ngang đi qua V4.

V6: Giao điểm của đường nách giữa với đường ngang đi qua V4, V5.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Kiểm tra chất lượng hình ảnh từng chuyển đạo, dán lại hoặc thay điện cực nếu nhiều.
- Kiểm tra lại vị trí từng điện cực xem đã mắc đúng chưa và đặt lại nếu sai.
- Test thử máy.
- Bấm nút ghi và kiểm tra lại chất lượng bản ghi.
- Tắt máy.
- Gỡ bỏ điện cực, lau sạch da và mặc lại quần áo cho người bệnh.
- Chuyển điện tim đến bác sỹ đọc kết quả.

V. THEO DÕI

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn trong thời gian làm điện tim.
- Bàn giao điều dưỡng tiếp tục theo dõi dấu hiệu sinh tồn nếu người bệnh phải dùng thuốc an thần.
- Theo dõi dấu hiệu dị ứng da tại chỗ dán điện cực.

ĐIỀU TRỊ TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

Mã số: III-149

I. ĐẠI CƯƠNG

Trạng thái động kinh là tình trạng bệnh lý cấp cứu thường gặp trong thực hành lâm sàng, đòi hỏi phải được xử trí chính xác và kịp thời.

II. CHỈ ĐỊNH

Trạng thái trong đó người bệnh có các cơn co giật kéo dài trên 30 phút (những tài liệu gần đây còn coi các cơn co giật trên 5 phút có thể coi là bắt đầu vào trạng thái động kinh). Giữa 2 cơn liên tiếp người bệnh trong tình trạng rối loạn ý thức, rối loạn thần kinh thực vật, biến đổi hô hấp, tim mạch, nội môi. Trạng thái động kinh có thể kéo dài vài giờ đến vài ngày.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ có kinh nghiệm và khả năng cấp cứu
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Thực hiện tại các khoa cấp cứu hoặc buồng cấp cứu với các phương tiện cần thiết.
- Thuốc an thần kinh: Diazepam, Phenobarbital, Midazolam, Thiopental, hệ thống oxy.

3. Người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, các thông tin người bệnh, tiền sử, chẩn đoán bệnh, các xét nghiệm đã có, 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

- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa, đầu cao 30 độ (nếu có tăng áp lực sọ não) hoặc nằm nghiêng sang phải.
- Thở xy. Hút đờm dãi nếu tăng tiết nhiều.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Tiêm tĩnh mạch Seduxen lần thứ nhất, liều: 0,2 - 0,5 mg/kg nhưng không quá 10 mg hoặc thụt hậu môn, liều 0,5mg/kg. Nếu người bệnh còn tiếp tục giật sau 5 phút: tiêm tĩnh mạch nhắc lại Seduxen (lần thứ hai), liều: ,3mg/kg.

- Cặp nhiệt độ, nếu sốt: Chườm mát tích cực và cho thụt hậu môn paracetamol 15mg /kg/1 lần, cách 4-6 giờ, không quá 60mg/kg/24 giờ.

- Xét nghiệm đường máu, canxi máu, điện giải đồ, khí máu nếu có điều kiện. Theo dõi nhịp thở, phát hiện sớm sự ức chế hô hấp, đặt nội khí quản, bóp bóng nếu ngừng thở.

- Sau 10 phút còn giật: Phenobarbital 10-15 mg/kg tiêm tĩnh mạch bơm máy) trong 15-20 phút.

- Sau 25 phút không kết quả tiêm nhắc lại Phenobarbital 10mg/kg tĩnh mạch trong 15 phút.

- Chống phù não

+ Dexamethazone: 0,4mg/kg tĩnh mạch trong 2 lần cách 8 giờ.

+ Manitol 20% liều 0,5g/kg truyền 40 – 60 giọt/phút hoặc truyền trong 30 phút, sau đó có thể truyền dung dịch Ringer Lactat liều 20 – 50ml/kg.

- Bù đường nếu đường máu hạ < 2,5mmol/l bằng bơm tĩnh mạch dung dịch glucoza 10 %, liều: 5ml/kg.

- Điều chỉnh thăng bằng nước điện giải, cân bằng toan máu.

- Sau 60 phút vẫn còn giật: Xem xét khả năng đặt nội khí quản, chuyển khoa hồi sức cấp cứu để truyền tĩnh mạch Thiopentane 3-5mg/kg kèm theo thở máy.

- Ghi chép đầy đủ quá trình xử trí.

V. CÁC BIẾN CHỨNG CỦA TRẠNG THÁI ĐỘNG KINH

- Thiếu ôxy não và các nội tạng khác.

- Suy hô hấp: thở chậm, ngừng thở, nhịp thở Cheyne – Stokes, thở nhanh, phù phổi, toan hô hấp.

- Biến chứng tim mạch: mạch nhanh hoặc chậm, tăng HA, suy tim, shock tim. máu.

- Rối loạn chuyển hoá: toan chuyển hoá, tăng kali - máu, giảm đường - natri.

- Suy thận: đái ít, hoại tử ống thận cấp tính do tiêu cơ vân cấp.

- Rối loạn thần kinh thực vật: nôn, tăng tiết mồ hôi, tăng tiết nước-bọt.

ĐIỆN NÃO ĐỒ VIDEO

Mã số: III-139

I. ĐẠI CƯƠNG

- Điện não đồ là kỹ thuật ghi lại những xung điện từ các neuron trong não. Ghi điện não đồ có gắn hệ thống Video cho phép quan sát, so sánh các biểu hiện lâm sàng và diễn tiến của bản ghi điện não trong cùng một thời điểm. Do vậy có tác dụng:

- Xác định cơn co giật trên lâm sàng có đúng là cơn động kinh hay không.
- Giúp xác định loại cơn động kinh.
- Định khu vùng não có tổn thương, đặc biệt quan trọng trong việc phẫu thuật điều trị động kinh.
- Là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định các trường hợp cơn co giật không phải động kinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngoài các chỉ định chung của bản ghi điện não đồ vi tính, điện não đồ video được chỉ định trong các trường hợp sau.
- Ghi điện não đồ qua cơn động kinh để chẩn đoán xác định động kinh, xác định vùng sinh động kinh.
- Chẩn đoán phân biệt giữa động kinh với một số tình trạng bệnh lý khác mà chưa có chẩn đoán xác định bệnh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (không có)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kỹ thuật viên ghi điện não đồ
- Bác sỹ chuyên khoa thần kinh đọc kết quả điện não đồ

2. Phương tiện

- Máy điện não đồ, máy quay video.
- Phòng ghi điện não đồ đạt tiêu chuẩn
 - + Yên tĩnh, xa nơi phát sóng vô tuyến
 - + Các dụng cụ và thiết bị trong phòng đều cách điện.
 - + Có giường đảm bảo an toàn cho trẻ , hệ thống gọi khi người bệnh lên cơn co giật, hệ thống oxy,.....
 - + Ánh sáng vừa phải.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- + Có dây tiếp đất tốt và an toàn.
- + Có điều hòa mát và ẩm để duy trì nhiệt độ phòng ổn định ở mức 20-24⁰C.
- + Có ổn áp duy trì dòng điện ổn định và an toàn.
- + Có giường hoặc ghế ghi điện não phù hợp.

3. Người bệnh

- Trước khi làm người bệnh cần gội sạch đầu và để khô tóc.
- Ngừng hoặc không dùng các loại thuốc, đặc biệt các loại thuốc an thần ít nhất trước đó 3 ngày. Tuy nhiên đối với thuốc chống động kinh không nhất thiết phải ngừng.
- Trước khi đặt các điện cực, da đầu phải được làm sạch để giảm trở kháng chỗ tiếp xúc giữa điện cực và da đầu xuống.
- Giải thích cho người bệnh yên tâm và hợp tác tốt.
- Thường được tiến hành kéo dài có thể hết cả ngày, do vậy cần có sự chuẩn bị như thức ăn cho trẻ, đi vệ sinh trước khi làm hoặc đóng bỉm đối với trẻ nhỏ,....
- Người bệnh ở tư thế thư giãn
- Lắp điện cực
- Lọc nhiễu

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

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
- Thủ tục hành chính, tóm tắt bệnh sử

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Ghi điện não đồ

- Sử dụng các điện cực đặt ở bề mặt của da đầu.
- Điều chỉnh hệ thống camera ở góc quay phù hợp để ghi trọn hình ảnh của người bệnh, cố định các điện cực một cách cẩn thận.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Sử dụng các vị trí đặt điện cực theo quy định quốc tế gọi là hệ thống 10–20 của Jasper, tên của các điện cực là tên của vùng da đầu tương ứng. Các điện cực mang số chẵn nằm bên phải và các điện cực nằm bên trái mang chữ số 1.

- Trong quá trình ghi điện não, cũng giống như ghi điện não đồ thường quy, yêu cầu người bệnh thực hiện nhiều lần mở mắt và nhắm mắt để đánh giá đáp ứng, tiếp theo làm nghiệm pháp thở sâu trong 3 phút và cuối cùng thực hiện nghiệm pháp kích thích ánh sáng ngắt quãng với mục đích hoạt hóa các hoạt động kích phát tiềm ẩn. Ngoài ra tùy từng yêu cầu cụ thể có thể tiến hành một số biện pháp nghiệm pháp hoạt hóa khác: kích thích tiếng động, nghiệm pháp đọc, tính nhẩm, kích thích cảm giác bản thể, vận động, ngủ.

- Quá trình ghi điện não đồ video thường được kéo dài tùy thuộc vào chỉ định của bác sỹ điều trị, hoặc có thể kết thúc sớm hơn nếu bắt được các cơn động kinh trong quá trình ghi điện não.

3.2. Đọc bản ghi điện não đồ

- Thủ tục hành chính, tóm tắt bệnh sử.

- Tần số các hoạt động điện não (chu kỳ/s hay Hz), sự đồng bộ của tần số so sánh giữa 2 bán cầu.

- Biên độ của các hoạt động điện não, đặc biệt của những thành phần sóng chiếm ưu thế trên bản ghi, tính đối xứng của biên độ hoạt động điện não giữa 2 bán cầu.

- Hình thái học của các sóng điện não

- Khả năng đáp ứng của bản ghi đối với nhắm mở mắt

- Đáp ứng của bản ghi đối với các nghiệm pháp hoạt hóa

- Nhận định các hoạt động kích phát bất thường và đối chiếu với các cơn động kinh ghi được ở cùng một thời điểm, từ đó nhận định kết quả cũng như định khu vùng sinh động kinh.

- Các thành phần nhiễu, sóng bất thường và sóng bệnh lý

CHỌC DỊCH TỦY SỐNG

Mã số: III-148

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch não tủy là một thủ thuật được thực hiện với mục đích chẩn đoán và điều trị. Việc chọc dò tủy sống thắt lưng chỉ nên được thực hiện sau khi khám lâm sàng người bệnh và xét đến những lợi ích, nguy cơ của thủ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chẩn đoán các bệnh thần kinh

- Bệnh lý nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương: viêm màng não, viêm não, viêm tủy, viêm não tủy...
- Bệnh lý ác tính màng não: ung thư màng não, di căn màng não.
- Bệnh lý viêm hệ thống: viêm đa rễ dây thần kinh, xơ cứng rải rác.
- Tai biến mạch não: nghi ngờ xuất huyết dưới nhện có chụp cắt lớp vi tính bình thường.
- Một số bệnh rối loạn chuyển hóa.

2. Điều trị

- Đưa thuốc vào khoang dưới nhện như kháng sinh, kháng nấm, thuốc chống ung thư.

- Gây tê tủy sống.

3. Theo dõi điều trị

Theo dõi kết quả điều trị trong viêm màng não.

4. Tiến hành các thủ thuật

- Đo áp lực nội sọ.
- Chụp tủy cản quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng da hoặc mô mềm vùng chọc dò.
- Tăng áp lực nội sọ.
- Nguy cơ chảy máu: các trường hợp rối loạn đông máu, đang dùng thuốc chống đông..., cần xem xét cụ thể trên từng người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ 01, điều dưỡng 02

2. Phương tiện

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Băng, cồn iod, cồn trắng, gạc vô khuẩn, băng dính, khăn có lỗ vô khuẩn, găng tay vô khuẩn...

- Thuốc gây tê tại chỗ dạng bôi hoặc dạng xịt.

- Kim chọc dò các cỡ có thông nòng (trong một số trường hợp ở trẻ nhỏ có thể dùng kim không có thông nòng, có thể sử dụng kim tiêm hoặc kim pha thuốc nhỏ mặt vát kim hướng lên trần nhà).

- Áp kế để đo áp lực dịch não tủy.

- Ống nghiệm để chứa dịch não tủy (2-5 ống tùy theo yêu cầu xét nghiệm).

3. Người bệnh và gia đình

- Phải giải thích kỹ, động viên để người bệnh yên tâm, đối với trẻ nhỏ phải giải thích với cha mẹ người bệnh.

- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng với thuốc gây tê.

- Chuyển người bệnh sang phòng thủ thuật, nếu làm tại giường phải có bình phong.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Chỉ định chọc dò tủy sống, các yêu cầu xét nghiệm

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân, các chỉ số sinh tồn ổn định, không có hội chứng tăng áp lực nội sọ.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Nơi thực hiện: phòng thủ thuật

- Bác sỹ phải đảm bảo vô khuẩn: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, đi găng vô khuẩn.

- **Người phụ 1:** Đặt người bệnh nằm nghiêng, lưng sát mép giường quay ra phía bác sỹ, bộc lộ vùng chọc dò. Giữ người bệnh ở tư thế nằm bằng cách 1 tay đặt ở gáy người bệnh, 1 tay đặt ở khoeo chân, luôn có xu thế kéo vào để lưng người bệnh cong tối đa và phải đảm bảo vai và hông vuông góc với mặt giường, lưng song song với thành giường.

- **Người phụ 2:** rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang, sát trùng vùng da định chọc dò bằng cồn iod hoặc betadin sau đó bằng cồn trắng đảm bảo lau hết cồn iod, xịt thuốc tê tại chỗ.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Bác sỹ trải khăn có lỗ vô khuẩn xung quanh vùng chọc dò, xác định vị trí chọc dò: người lớn thường chọc ở khe liên đốt L3-L4, L4-L5, L5-S1 (do tủy sống tận cùng ở L2 , đối với trẻ em tủy sống có thể kéo dài đến L3-L4 nên vị trí chọc thường thấp hơn.

- Kim chọc dịch não tủy (trong một số trường hợp trẻ nhỏ có thể dùng kim không nòng được đưa vào đường giữa và vuông góc với mặt phẳng lưng, nên đưa vuông góc với trục cơ thể để giảm thiểu rách màng cứng và đau đầu sau chọc dịch não tủy.

- Khi đưa kim vào sâu khoảng 3 - 4cm hoặc thấy hẫng tay rút nòng thông ra xem dịch não tủy có chảy qua kim không, nếu không có dịch não tủy đưa kim vào thêm 2 - 3mm sau đó rút nòng thông ra kiểm tra lại. Khi kim đi chệch hướng rút kim ra tới tổ chức dưới da, đưa kim lên phía đầu tạo góc 1500 hoặc ít hơn và đi đúng đường giữa sau đó đưa kim vào lại.

- Khi đặt kim vào khoang dịch não tủy có thể đo áp lực dịch não tủy và lấy dịch vào các ống xét nghiệm. Sau đó lắp lại nòng thông trước khi rút bỏ kim.

- Sau khi lấy được bệnh phẩm ghi hồ sơ: ngày giờ làm thu thuật, áp lực dịch não tủy, tính chất, màu sắc, chỉ định các xét nghiệm, tình trạng người bệnh.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh nằm tại chỗ với đầu thấp tối thiểu 30 phút
- Người bệnh nằm tại chỗ với đầu bằng tối thiểu 30 phút
- Các chỉ số sinh tồn
- Tình trạng tri giác
- Tại vị trí chọc dò tủy sống

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Đau đầu sau khi chọc dịch

Là biến chứng thường gặp nhất do áp lực nội sọ giảm hoặc thoát dịch não tủy qua lỗ chọc ở màng cứng, có thể liên quan đến cỡ kim chọc dò và số lượng dịch não tủy lấy ra nhiều hoặc người bệnh ngồi dậy sớm. Hạn chế bằng cách cho người bệnh nằm tại giường không gối đầu cao khoảng 3- 4 giờ, đảm bảo đủ lượng dịch cho người bệnh, dùng thuốc giảm đau.

2. Tụt não

Là biến chứng nguy hiểm nhất có thể gây tử vong do tụt hạnh nhân tiểu não vào lỗ chằm hoặc tụt kẹt hồi hải mã thùy thái dương qua lều tiểu não. Biến chứng này có thể xảy ra ngay lập tức hoặc trong vòng 12h sau khi chọc dịch não tủy.

3. Nhiễm khuẩn

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Thường do không đảm bảo vô khuẩn trong khi làm thủ thuật, có thể gây viêm màng não mủ, áp xe dưới màng cứng hay viêm nhiễm khoang đĩa đệm.

4. Tụ máu dưới màng cứng

Đây là biến chứng hiếm, có thể gặp ở những người bệnh lớn tuổi có teo não.

5. Chảy máu

Có thể gặp các biến chứng chảy máu dưới màng cứng, ngoài màng cứng, chảy máu dưới nhện nhất là trong những trường hợp có rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông.

LỌC MÀNG BỤNG CHU KỲ

Mã số: III-119; III-2365

I. ĐẠI CƯƠNG

Lọc màng bụng chu kỳ là phương pháp điều trị thay thế cho những người bệnh bị suy thận giai đoạn cuối. Màng bụng được sử dụng như là 1 màng bán thấm tự nhiên có thể cho các tiểu phân tử nhỏ, nước và 1 số chất đi qua dựa trên chênh lệch nồng độ.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhi suy thận mạn có clearance creatinin $< 15\text{ml/phút}/1.73\text{m}^2$

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Bệnh nhi mới phẫu thuật đang cần dẫn lưu ổ bụng
- Viêm phúc mạc do nấm hoặc có phân trong ổ bụng
- Có fistula giữa màng phổi và màng bụng

2. Chống chỉ định tương đối

- Viêm mô tế bào ở thành bụng
- Xơ hóa hoặc dính màng bụng
- Các bệnh nhi có phẫu thuật thay thế 1 đoạn của động mạch chủ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sĩ
- Điều dưỡng

2. Phương tiện

- Dịch thẩm phân phúc mạc của Baxter 1.5%
- 01 bộ Cather thẩm phân phúc mạc mạn

3. Bệnh nhi

- Ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật
- Dẫn bệnh nhi làm vệ sinh cá nhân và nhịn ăn 6 gi trước khi mổ

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ các thủ tục hành chính và xét nghiệm cần thiết trước khi mổ

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

1. Kiểm tra hồ sơ

- Thủ tục hành chính và giấy cam đoan của người nhà bệnh nhi
- Các xét nghiệm cần thiết trước khi thẩm phân

2. Kiểm tra bệnh nhi

Mạch, nhiệt độ, huyết áp, cân nặng, tình trạng ổ bụng, tim mạch, h hấp của bệnh nhi.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Bệnh nhi được dùng 1 liều kháng sinh cephalosporine thế hệ III trước khi chuyển xuống phòng mổ, sau mổ tiếp tục dùng kháng sinh đường tĩnh mạch trong 5 ngày.

- Catheter được đặt bởi bác sĩ ngoại

- Trước khi khâu da cho dịch thẩm phân vào ra liên tục 10 ml/kg/ 1 chu kỳ dịch thẩm phân Baxter 1.5% pha thêm Heparin 1000 UI/ 1 túi hai lít dịch để kiểm tra xem catheter có thông tốt không?

- Sau khi bệnh nhi chuyển ra phòng hậu phẫu tiếp tục cho dịch thẩm phân với liều lượng và thành phần dịch như trên vào ra liên tục cho đến khi dịch trong không có máu thì đậy catheter bằng nắp đậy catheter.

- Nếu tình trạng bệnh nhi cho phép chờ đợi, bắt đầu thẩm phân phúc mạc hai tuần sau đặt catheter.

- Nếu tình trạng bệnh nhi không cho phép chờ đợi cần bắt đầu thẩm phân phúc mạc ngay từ ngày thứ hai sau mổ hoặc ngay sau khi mổ với lượng dịch cho vào mỗi 1 chu kỳ tăng dần.

+ Ngày thứ 1,2,3 sau mổ: 10ml/kg/1 chu kỳ

+ Ngày 4,5,6 sau mổ: 15 ml/kg/1 chu kỳ

+ Ngày 7,8,9 sau mổ: 20 ml/kg/1 chu kỳ

+ Ngày 10,11,12 sau mổ: 25 ml/kg/1 chu kỳ

+ Ngày 13,14,15 sau mổ: 30 ml/kg/ 1 chu kỳ

+ Sau đó tăng dần cho đến tối đa 50 ml/kg/ 1 chu kỳ

- Tiến hành tập huấn cho người nhà bệnh nhi hoặc bệnh nhi các bước thẩm phân phúc mạc tại nhà và các theo dõi các biến chứng có thể xảy ra

VI. THEO DÕI

Bệnh nhi sau khi được chuyển lên khoa phải được theo dõi: mạch, nhiệt độ, huyết áp, tình trạng ổ bụng - 2 gi 1 lần trong vòng 6 giờ đầu - 4 giờ 1 lần trong 24 giờ tiếp theo

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Tắc catheter: thay đổi tư thế người bệnh, thông catheter
- Viêm phúc mạc: điều trị kháng sinh
- Nhiễm trùng chân catheter: dùng kháng sinh
- Biến chứng cơ học do cho 1 lượng dịch vào trong ổ bụng làm tăng áp lực ổ bụng gây ra rỉ dịch chân catheter hoặc thoát vị: ngừng thẩm phân phúc mạc

THẬN NHÂN TẠO THƯỜNG QUY CHU KỲ

Mã số: III-127

I. ĐỊNH NGHĨA

Thận nhân tạo (TNT) chu kỳ là kỹ thuật lọc ngắt quãng các chất độc như ure, creatinine, nước tự do và một số chất khác ngoài cơ thể ở bệnh nhi suy thận mạn giai đoạn cuối

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định lọc máu chu kỳ tối ưu thay đổi tùy theo từng bệnh nhi, thường bắt đầu khi GFR (mức lọc cầu thận) giảm xuống dưới 15 ml/phút/1.73m² và đánh giá không chỉ dựa vào chức năng thận, tình trạng rối loạn nước điện giải và các bất thường sinh hóa mà còn cả tình trạng thể chất và tâm lý xã hội.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tình trạng huyết động không ổn định (shock, suy tuần hoàn, suy tim cấp...)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Điều dưỡng chuyên khoa Thận - Lọc máu.
- Bác sỹ chuyên khoa Thận - Lọc máu .

2. Phương tiện

- Máy TNT hoạt động tốt.
- Quả lọc, dây lọc, dây truyền, kim đơn TNT, kim tiêm các loại
- Dịch lọc A, dịch lọc B

3. Bệnh nhi

- Thông báo và giải thích cho gia đình bệnh nhi và bệnh nhi.
- Cân, đo huyết áp bệnh nhi trước lọc..

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra hồ sơ đầy đủ theo qui định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Các xét nghiệm cần thiết
- Giấy cam đoan thực hiện kỹ thuật của người bệnh(nếu là lần đầu)

2. Kiểm tra bệnh nhi

Mạch nhiệt độ, cân nặng, huyết áp

3. Kỹ thuật thực hiện

- Đặt catheter đôi tĩnh mạch bẹn hoặc tĩnh mạch cảnh trong (Bác sỹ và Điều dưỡng) hoặc qui trình kết nối với catheter đôi vô khuẩn (nếu đã có catheter đôi).

- Đặt hai kim TNT vào vị trí cách cầu nối ít nhất 2 cm đường động mạch và tĩnh mạch) trong trường hợp TNT chu kỳ đã có cầu nối động tĩnh mạch.

- Đường vào mạch máu

+ Tĩnh mạch cảnh trong hoặc tĩnh mạch đùi.

+ Cầu nối cẳng tay hoặc cánh tay

- Catheters (nếu TNT chu kỳ lần đầu) kích cỡ theo cân nặng

- Dây lọc máu - Thể tích tuần hoàn ngoài cơ thể không vượt quá 8-10% thể tích máu trẻ. Thể tích tuần hoàn ngoài cơ thể gồm thể tích dây máu động và tĩnh mạch) và quả lọc. Có thể chọn dây, quả lọc có sẵn và phụ thuộc rất lớn vào thể tích priming.

- Quả lọc diện tích lớn nhất có thể, nhưng không vượt quá diện tích da trẻ.

- Dung dịch lọc bicarbonate gồm can A và can B.

- Tốc độ bơm máu BFR.

+ Người lớn và trẻ lớn là 150-200 ml/phút, có thể tăng lên đến 300 ml/phút tùy tình trạng bệnh nhi.

+ Trẻ em

+ Trẻ em 4-6ml/kg/phút

+ Cân nặng (BW) < 10 kg : BFR ≤ 100 ml/phút.

+ Cân nặng 10-40 kg : BFR (ml/ph) = 2,5 x BW(kg) + 100.

+ Cân nặng > 40 kg : BFR tăng đến 250 ml/phút.

+ Tốc độ dịch lọc: 500 ml/ph.

+ Thời gian cho một lần lọc máu (tính theo công thức cho các lần lọc máu đầu tiên để phòng hội chứng mất cân bằng).

3.1. Siêu lọc (UF)

- Tốc độ siêu lọc không vượt quá 1,5-2% cân nặng trẻ /giờ

- Không vượt quá 5% cân nặng trẻ để phòng biến chứng hạ huyết áp trong lúc TNT.

- UF (chỉ định rút bao nhiêu dịch) = (Cân nặng trước lọc – cân nặng khô

(hoặc cân nặng ước tính)) + tổng lượng dịch priming (dịch trong quả và dây lọc) + lượng nước uống trong phiên lọc máu.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Thuốc Heparin

Các cách chống đông	Liều ban đầu (UI/kg)	Liều duy trì (UI/kg/giờ)
Không dùng Heparin	Không	Không
Heparin liều thông thường	Người lớn: 1500 UI Trẻ em : 50	Người lớn: 750 UI/giờ Trẻ em : 50
Heparin liều thấp	Người lớn: 1000 UI Trẻ em > 15 kg: 10-20	Người lớn: 500 UI/giờ Trẻ em : 5-10
Heparin liều cao	Người lớn: 2000-4000UI Trẻ em : 75-100	Người lớn: 1000UI/giờ Trẻ em : 75-100

- Hoặc

Fraxiparine 2850 đv/ 0,3 ml, liều dùng 70-90đv/kg TMC 3 phút trước khi bắt đầu chạy thận nhân tạo. Người bệnh có nguy cơ chảy máu (INR > 2) giảm nửa liều. Nếu người bệnh có biểu hiện xuất huyết và INR > 4, không dùng Fraxiparine.

3.2. Tiến hành lọc máu

- Khởi động máy TNT: Bật máy RO, bật máy TNT và Rinse máy.
- Rửa quả lọc mới bằng dung dịch (dd) NaCl 9% (2 chai).
- Đối với quả lọc tái sử dụng rửa bằng nước RO trước sau đó rửa lại bằng dd NaCl 9%
- Đuôi khí: Lắp dây lọc, quả lọc vào giá máy TNT, dùng dd NaCl 9% (2 chai đuôi khí. Đấu cầu để loại bỏ khí trong hệ thống dây và quả lọc.
- Sau khi khởi động máy xong, bấm nút stand-by để trộn dịch, nối dây xanh vào can dịch B, dây đỏ vào can dịch A
- Pha Heparin 1000 UI/ml vào bơm 10ml và tráng dây quả lọc 1000 UI Heparin.
- Sau khi máy trộn dịch xong thì đèn đỏ của máy sẽ tự động chuyển sang đèn xanh sẵn sàng cho kết nối với bệnh nhi , lúc đó sẽ đấu đường dịch lọc vào quả lọc.
- Kết nối hệ thống TNT với bệnh nhi, đầu đỏ nối với đầu ra và đầu xanh nối với đường vào - Đặt tốc độ lọc máu, rút cân, heparin, thời gian lọc máu theo y lệnh (chú ý tăng tốc độ lọc máu dần dần)
- + Tốc độ bơm máu: 4-6ml/kg/phút. Khởi đầu chạy thận với tốc độ bơm máu chậm 50-60 ml/phút sau đó tăng dần để hạn chế nguy cơ tụt HA khi lấy máu ra.
- + Thời gian chạy thận: thường chọn 4 giờ.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Thể tích dự kiến lấy ra: tùy tình trạng người bệnh và lượng dịch cần loại bỏ, thường dựa vào sự tăng cân ngay trước chạy thận so với lúc nhập viện

+ Tốc độ siêu lọc (UFR: ml/giờ) = Thể tích dự kiến lấy ra (tính bằng ml) / thời gian chạy thận (giờ)

- Bấm nút Dialyse để bắt đầu quá trình lọc máu
- Khi đủ thời gian lọc máu, ngừng kết nối, dồn trả máu cho bệnh nhi và kết thúc TNT.

- Sát khuẩn đầu catheter bằng betadin, bơm Heparin đậm đặc vào 2 đầu catheter và đậy nắp.

- Khử trùng máy
- Rửa quả lọc, bơm dung dịch bảo quản quả lọc và để tủ lạnh (tái sử dụng quả lọc)

Lưu ý: Nếu người bệnh nhỏ < 10 kg, để tránh mất một lượng máu ra khỏi tuần hoàn cơ thể, có thể môi hệ thống bằng 125ml máu tươi hoặc hồng cầu lắng cùng nhóm máu với người bệnh.

VI. THEO DÕI

- Kiểm tra các thông số: huyết áp, tốc độ lọc máu, áp lực động tĩnh mạch, áp lực xuyên màng và ghi vào tờ theo dõi lọc máu.

- Kiểm tra các thông số: huyết áp, tốc độ lọc máu, áp lực động tĩnh mạch, áp lực xuyên màng và ghi vào tờ theo dõi lọc máu. Theo dõi vị trí hệ thống dây và màng lọc, mức dịch trong bầu bẫy khí, nguy cơ trào máu vào filter đo áp lực, lượng dịch lọc đậm đặc, nước khử chạy thận. Báo động máy chạy thận.

- Theo dõi các chức năng sống bằng lâm sàng, máy monitoring. Nếu có bất thường báo bác sỹ.

- Xét nghiệm trước chạy thận nhân tạo và ngay trước kết thúc chạy thận: urê, creatinine, điện giải đồ. Xét nghiệm điện giải đồ sau 1 giờ chạy thận nếu có rối loạn điện giải trước đó.

VII. TAI BIẾN THƯỜNG GẶP

- Xuất huyết: Điều chỉnh rối loạn đông máu, thuốc kháng đôn.
- Tụt huyết áp: Truyền dịch Normal saline 10-20ml/kg/giờ dưới hướng dẫn CV.

- Hạ Kali máu: Bù kali qua túi dịch lọc nồng độ 4mmol/L dịch lọc. bơm 15ml KCl 10% vào túi dịch lọc 5 lít

- Đông màng lọc, áp lực xuyên màng cao: Điều chỉnh tăng liều kháng đông

THẬN NHÂN TẠO CẤP CỨU LIÊN TỤC

Mã số: III-126

I. ĐỊNH NGHĨA

Thận nhân tạo cấp là kỹ thuật lọc các chất độc như ure, creatinine, nước tự do và một số chất khác ngoài cơ thể ở bệnh nhi suy thận cấp

II. CHỈ ĐỊNH

- Lâm sàng: Thường nhất là suy thận cấp vô niệu : Dấu hiệu ngộ độc nước : Phù phổi cấp và tăng huyết áp nặng, co giật

- RL (rối loạn) nước - điện giải nặng

+ Tăng Kali > 7.5 mmol / l.

+ Tăng phospho máu > 4 mmol / l

+ Ú đọng nitơ nặng với rối loạn tâm thần kinh

+ Ure máu > 200mg%; Creatinin > 600 mmol/l

+ Na máu < 110 hay > 170 mmol/l

- Toan máu không đáp ứng điều trị nội

- Ngộ độc một số chất: Theophyline, Salicylate

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng huyết động không ổn định (shock, suy tuần hoàn, suy tim cấp....tục)

- Suy đa tạng, ngộ độc nội ngoại sinh (nên sử dụng kỹ thuật lọc máu liên

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Điều dưỡng chuyên khoa Thận - Lọc máu.

- Bác sỹ chuyên khoa Thận - Lọc máu.

2. Phương tiện

- Máy TNT hoạt động tốt..

- Kim đơn chạy TNT tùy theo lứa tuổi

- Quả lọc, dây lọc, dây truyền

- Dịch lọc A, dịch lọc B

3. Bệnh nhi

- Thông báo và giải thích cho gia đình bệnh nhi và bệnh nhi lý do chạy TNT cấp (ích lợi, các biến chứng có thể xảy ra, tuân thủ nội qui đảm bảo vô khuẩn), ký giấy cam đoan thủ thuật

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Cân bệnh nhi, đo huyết áp trước lọc
- Vệ sinh thân thể bệnh nhi, đặt bệnh nhi ở tư thế phù hợp

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra hồ sơ đầy đủ theo qui định

VII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Các xét nghiệm cần thiết
- Giấy cam đoan thực hiện kỹ thuật của người bệnh (nếu là lần đầu)

2. Kiểm tra bệnh nhi

Mạch nhiệt độ, cân nặng, huyết áp

3. Kỹ thuật thực hiện

- Đặt catheter đôi tĩnh mạch bẹn hoặc tĩnh mạch cảnh trong (Bác sỹ và Điều dưỡng) hoặc qui trình kết nối với catheter đôi vô khuẩn (nếu đã có catheter đôi.

- Đường vào mạch máu
- + Tĩnh mạch cảnh trong hoặc tĩnh mạch đùi
- + Cầu nối căng tay hoặc cánh tay
- Catheters (nếu TNT chu kỳ lần đầu) có kích cỡ theo cân nặng
- Dây lọc máu

- Thể tích tuần hoàn ngoài cơ thể không vượt quá 8-10% thể tích máu trẻ. Thể tích tuần hoàn ngoài cơ thể gồm thể tích dây máu động và tĩnh mạch) và quả lọc. Có thể chọn dây, quả lọc có sẵn và phụ thuộc rất lớn vào thể tích priming.

- Diện tích quả lọc lớn nhất có thể, nhưng không vượt quá diện tích da trẻ
- Dung dịch lọc dung dịch lọc bicarbonate gồm can A và can B
- Tốc độ bơm máu BFR

+ Người lớn và trẻ lớn: 150-200 ml/phút, có thể tăng lên đến 300 ml/phút tùy tình trạng bệnh nhi.

+ Trẻ em:

- . Cân nặng (BW) < 10 kg : BFR ≤ 100 ml/phút.
- . Cân nặng 10-40 kg : BFR (ml/ph) = 2,5 x BW(kg) +100.
- . Cân nặng > 40 kg: BFR tăng đến 250 ml/phút.
- Tốc độ dịch lọc là 500 ml/ph.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Thời gian cho một lần lọc máu (tính theo công thức cho các lần lọc máu đầu tiên để phòng hội chứng mất cân bằng)

3.1. Siêu lọc (UF)

- UF (chi định rút bao nhiêu dịch) = (Cân nặng trước lọc - cân nặng khô (hoặc cân nặng ước tính)) + tổng lượng dịch priming (dịch trong quả và dây lọc) + lượng nước uống trong phiên lọc máu

- Không vượt quá 5% cân nặng trẻ để phòng biến chứng hạ huyết áp trong lúc TNT.

- Thuốc Heparin

Các cách chống đông	Liều ban đầu (UI/kg)	Liều duy trì (UI/kg/giờ)
Không dùng Heparin	Không	Không
Heparin liều thông thường	Người lớn: 1500 UI Trẻ em : 50	Người lớn: 750 UI/giờ Trẻ em : 50
Heparin liều thấp	Người lớn: 1000 UI Trẻ em > 15 kg: 10-20	Người lớn: 500 UI/giờ Trẻ em : 5-10
Heparin liều cao	Người lớn: 2000-4000UI Trẻ em : 75-100	Người lớn: 1000UI/giờ Trẻ em : 75-100

3.2. Tiến hành lọc máu

- Khởi động máy TNT: Bật máy RO, bật máy TNT và Rinse máy

- Rửa quả lọc mới bằng dd (dung dịch NaCl 9% 2 chai. Đối với quả lọc tái sử dụng rửa bằng nước RO trước sau đó rửa lại bằng dd NaCl 9%

- Đuổi khí : Lắp dây lọc, quả lọc vào giá máy TNT, dùng dd NaCl 9% (2 chai đuổi khí. Đầu cầu để loại bỏ khí trong hệ thống dây và quả lọc.

- Sau khi khởi động máy xong, bấm nút stand-by để trộn dịch, nối dây xanh vào can dịch B, dây đỏ vào can dịch A - Pha Heparin 1000 UI/ml vào bơm 10ml và tráng dây quả lọc 1000 UI Heparin.

- Sau khi máy trộn dịch xong thì đèn đỏ của máy sẽ tự động chuyển sang đèn xanh sẵn sàng cho kết nối với bệnh nhi , lúc đó sẽ đấu đường dịch lọc vào quả lọc.

- Kết nối hệ thống TNT với bệnh nhi, đầu đỏ nối với đầu ra và đầu xanh nối với đường vào - Đặt tốc độ lọc máu, rút cân, heparin, thời gian lọc máu theo y lệnh (chú ý tăng tốc độ lọc máu dần dần)

+ Tốc độ bơm máu: 4-6ml/kg/phút. Khởi đầu chạy thận với tốc độ bơm máu chậm 50-60 ml/phút sau đó tăng dần để hạn chế nguy cơ tụt HA khi lấy máu ra.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- + Thời gian chạy thận: thường chọn 4 giờ
- + Thể tích dự kiến lấy ra: tùy tình trạng người bệnh và lượng dịch cần loại bỏ, thường dựa vào sự tăng cân ngay trước chạy thận so với lúc nhập viện
- + Tốc độ siêu lọc (UFR: ml/giờ) = Thể tích dự kiến lấy ra (tính bằng ml) / thời gian chạy thận (giờ).
- Bấm nút Dialyse để bắt đầu quá trình lọc máu
- Khi đủ thời gian lọc máu, ngừng kết nối, dồn máu trả máu cho bệnh nhi và kết thúc TNT - Sát khuẩn đầu catheter bằng betadin, bơm heparin đậm đặc vào 2 đầu catheter và đậy nắp
- Khử trùng máy
- Thu dọn dụng cụ
- Rửa quả lọc, bơm dung dịch bảo quản quả lọc và để tủ lạnh (tái sử dụng quả lọc).

Lưu ý: Nếu người bệnh nhỏ < 10 kg, để tránh mất một lượng máu ra khỏi tuần hoàn cơ thể, có thể môi hệ thống bằng 125ml máu tươi hoặc hồng cầu lắng cùng nhóm máu với người bệnh.

VIII. THEO DÕI

- Kiểm tra các thông số: huyết áp, tốc độ lọc máu, áp lực động tĩnh mạch, áp lực xuyên màng và ghi vào t theo dõi lọc máu.
- Kiểm tra các thông số: huyết áp, tốc độ lọc máu, áp lực động tĩnh mạch, áp lực xuyên màng và ghi vào t theo dõi lọc máu. Theo dõi vị trí hệ thống dây và màng lọc, mức dịch trong bầu bẫy khí, nguy cơ trào máu vào filter đo áp lực, lượng dịch lọc đậm đặc, nước khử chạy thận. Báo động máy chạy thận.
- Theo dõi các chức năng sống bằng lâm sàng, máy monitoring. Nếu có bất thường báo bác sỹ.

VI. TAI BIẾN THƯỜNG GẶP VÀ XỬ TRÍ

- Xuất huyết: Điều chỉnh rối loạn đông máu, thuốc kháng đông
- Tụt huyết áp: Truyền dịch Normal saline 10-20ml/kg/giờ dưới hướng dẫn CVP
- Hạ Kali máu: Bù kali qua túi dịch lọc nồng độ 4mmol/L dịch lọc. bơm 15ml KCl 10% vào túi dịch lọc 5 lít
- Đông màng lọc, áp lực xuyên màng cao: Điều chỉnh tăng liều kháng đông.

CHỌC HÚT NƯỚC TIỂU TRÊN XƯƠNG MU

Mã số: III-125

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ nhiễm trùng tiết niệu
- Sốt không rõ nguyên nhân
- Bí đái mà không đặt được sonde bàng quang

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trên 2 tuổi (trừ khi sờ hoặc gõ được cầu bàng quang)
- Bệnh rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ thực hiện, điều dưỡng phụ

2. Phương tiện

- Bơm kim tiêm
- Ống nghiệm các loại

3. Bệnh nhi

- Giải thích cho gia đình bệnh nhi
- Bệnh nhi chưa tiểu ít nhất 30 phút, nếu cần cho uống nước hoặc bú mẹ

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra bệnh nhi

3. Thực hiện kỹ thuật

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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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

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

- Hút thử trong khi từ từ kéo kim ra

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

VI. THEO DÕI

- Chảy máu chỗ chọc

- Dò nước tiểu qua chỗ chọc

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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

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

ĐẶT ÓNG THÔNG BÀNG QUANG

Mã số: III-3535

I. ĐẠI CƯƠNG

Là 1 thủ thuật để lấy nước tiểu từ bàng quang ra hoặc bơm thuốc vào bàng quang.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dẫn tháo nước tiểu từ bàng quang trong các trường hợp bí đái bất cứ do nguyên nhân nào - Áp dụng để đánh giá, kiểm tra, theo dõi trong hồi sức.

- Lấy nước tiểu từ bàng quang để xét nghiệm đòi hỏi vô trùng như cấy nước tiểu tìm vi khuẩn.

- Bơm thuốc cản quang để chụp bàng quang hoặc bơm kháng sinh để điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng

2. Phương tiện

- Sonde bàng quang hoặc sonde ăn v khuẩn các cỡ từ 5 - 8

- Bông - găng - dầu paraffin vô khuẩn

3. Bệnh nhi

Giải thích cho bệnh nhi, người nhà bệnh nhi

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra bệnh nhi

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế bệnh nhi: 2 chân dạng, tư thế chân ếch

- Vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài của bệnh nhi sau đó sát trùng, phủ băng vô khuẩn.

- Dùng ngón 1 và 2 hoặc 3 tay trái banh rộng 2 môi lớn (trẻ gái) hoặc kéo bao qui đầu (trẻ trai) để bộc lộ lỗ niệu đạo

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Bôi dầu paraffin vào đầu sonde, đưa sonde vào sâu đến khi thấy nước tiểu chảy ra.

- Trẻ trai chú ý thực hiện các bước: để dương vật trẻ ở tư thế dựng đứng, đặt đầu sonde vào lỗ sáo và đẩy nhẹ sonde vào niệu đạo. Sonde dừng lại ở bờ dưới xương mu, kéo dương vật về phía thành bụng, đẩy nhẹ sonde vào cổ bàng quang, hạ dương vật xuống giữa 2 đùi, đưa sonde vào bàng quang, thấy nước tiểu chảy ra thì dừng lại, tránh đưa sonde vào quá sâu để tránh chọc vào thành bàng quang

VI. THEO DÕI

Số lượng màu sắc nước tiểu qua sonde

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đặt nhầm vào âm đạo ở trẻ gái: thay sonde và đặt lại
- Nhiễm trùng, phù nề sây sát sau đặt sonde
- + Thuốc chống viêm, chống phù nề
- + Kháng sinh nếu cần.

ĐẶT CATHETER LỌC MÁU CẤP CỨU

Mã số: III-117

I. ĐẠI CƯƠNG

Để thực hiện được lọc máu cấp cho các bệnh nhi suy thận bằng thận nhân tạo (TNT) thì cần thiết phải có một đường vào mạch máu tạm thời trong vài giờ đến vài tuần. Điều này được thực hiện bằng việc đặt xuyên qua da 1 catheter vào trong 1 mạch lớn đùi, dưới đòn, hoặc cảnh trong)

II. CHỈ ĐỊNH

- Các bệnh nhi bị suy thận cấp (STC) có chỉ định lọc máu cấp.
- Suy thận mạn (STM) cần lọc máu cấp mà không có sẵn đường vào mạch máu vĩnh viễn.

- Các bệnh nhi có chỉ định lọc huyết tương

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ (BS) 01 người.
- Điều dưỡng (ĐD) 01 người chuẩn bị dụng cụ và phụ cho bác sỹ

2. Phương tiện

Bộ Catheter tĩnh mạch nòng đơn hoặc đôi

3. Bệnh nhi

- Giải thích cho bệnh nhi và gia đình bệnh nhi
- Bệnh nhi nhỏ hoặc không hợp tác có thể cho an thần, tiền mê

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Thủ tục hành chính và giấy cam đoan của người nhà bệnh nhi.
- Các xét nghiệm cần thiết trước khi thăm phân.

2. Kiểm tra bệnh nhi

Mạch, nhiệt độ, huyết áp, cân nặng, tình trạng ổ bụng, tim mạch, hô hấp của bệnh nhi

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chọn mạch máu định đặt catheter
- Đặt tư thế bệnh nhi tùy theo mạch máu định đặt catheter để đặt tư thế bệnh nhi thích hợp.

- Xác định vị trí chọc catheter, gây tê tại chỗ, chọc thăm dò. Xác định vị trí của kim thăm dò, rút kim thăm dò, thay thế bằng kim số 18 và luồn guide vào tĩnh mạch sau đó rút kim 18 ra. Nong rộng bằng ống nong, sau đó đặt catheter lọc máu theo đường dẫn của guide, bơm đầy catheter bằng nước muối sinh lý có pha heparin, rút guide ra, dùng ngón tay bịt ngay đầu catheter để đề phòng tắc mạch do khí. Khâu cố định catheter và băng dính vô trùng bên ngoài catheter

- Chụp X quang ngực để kiểm tra vị trí của catheter nếu đặt tĩnh mạch dưới đòn hoặc tĩnh mạch cảnh.

VI. XỬ TRÍ VÀ THEO DÕI BIẾN CHỨNG

1. Tĩnh mạch dưới đòn

1.1. Biến chứng sớm

- Chọc vào động mạch dưới đòn, tràn khí màng phổi, chảy máu màng phổi, tổn thương đám rối cánh tay (chủ yếu do kim đưa quá sâu xuyên về phía sau hoặc sang bên quá xa), chọc vào tĩnh mạch chủ trên với chảy máu trung thất hoặc chèn ép màng ngoài tim thường do catheter quá cứng.

- Loạn nhịp do kích thích màng trong tim, đặc biệt khi catheter hoặc guide đưa vào quá sâu. Cần chú ý nếu catheter đã ra khỏi vị trí 1 cm không được cố đẩy lại mà phải đặt 1 catheter mới qua guide.

- Xử trí :

+ Chọc vào động mạch: Rút catheter, ấn tại chỗ trong 10-15 phút.

+ Tràn khí màng phổi hoặc tràn máu màng phổi lớn: dẫn lưu màng phổi

+ Chọc vào tĩnh mạch chủ trên hoặc buồng tim: đe dọa sự sống, biểu hiện đau ngực hoặc tụt huyết áp, kiểm tra lại vị trí catheter, đôi khi cần can thiệp ngoại khoa.

1.2. Biến chứng muộn

- Nhiễm trùng, tắc catheter do cục máu, huyết khối hoặc hẹp tĩnh mạch dưới đòn.

- Xử trí: Rút catheter, dùng kháng sinh

2. Biến chứng đặt catheter tĩnh mạch đùi

- Đặt vào tĩnh mạch chủ dưới : rút bớt catheter

- Chọc vào động mạch đùi: rút kim ra, ấn tại chỗ 10-15 phút - Tụ máu ở háng hoặc sau phúc mạc: rút catheter

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Nhiễm trùng hoặc cục máu đông: rút catheter

3. Biến chứng đặt catheter tĩnh mạch cảnh trong

- Tràn khí màng phổi, tràn máu màng phổi: ít gặp
- Chọc vào tĩnh mạch chủ trên
- Huyết khối hoặc hẹp tĩnh mạch, huyết khối trong mạch máu quanh catheter.
- Xử trí : Như xử trí biến chứng của đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn.

NỘI SOI MÀNG PHỔI CHẨN ĐOÁN

Mã số: III-67

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi màng phổi chẩn đoán là đưa vào khoang màng phổi một ống soi cứng hoặc mềm để khảo sát tình trạng của khoang màng phổi (màng phổi, lá thành, lá tạng, cơ hoành). Kỹ thuật này cho phép quan sát tổn thương, lấy bệnh phẩm chẩn đoán.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xác định chẩn đoán căn nguyên tràn dịch, tràn khí màng phổi.
- Tìm những tổn thương di căn đến màng phổi, cơ hoành ung thư vú, ung thư sinh dục, và các ung thư khác.
- Qua soi màng phổi, xác định các tổn thương của nhu mô như: Xơ phổi kẽ lan toả, bệnh bụi phổi, bệnh u hạt, bệnh sarcoidose.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Dày dính màng phổi, khoang màng phổi < 10cm
- PaO₂ < 60mmHg không liên quan tới tràn dịch, tràn khí màng phổi.
- Rối loạn đông máu: Tỷ lệ prothrombin <60%, tiểu cầu <60G/L
- Các bất thường về tim mạch: rối loạn nhịp tim rung nhĩ, nhịp nhanh kịch phát trên thất, bloc nhĩ thất, biểu hiện của bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, suy tim, bệnh van tim.
- Tình trạng huyết động không ổn định: mạch >100CK/phút và huyết áp tâm thu <90mmHg.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ nội soi phế quản.
- 01 điều dưỡng được đào tạo về nội soi phế quản.
- 01 kíp bác sỹ, điều dưỡng gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ

- Ống soi nguồn sáng lạnh hiệu WOLF bao gồm 2 ống soi 00 và 500.
- Hệ thống video và màn hình.
- Dao mổ, kéo, 2 kẹp cầm máu và các dụng cụ phẫu thuật khác.
- Dao đốt điện và nguồn đốt.
- Troca loại đường kính 5-7mm có 1 hoặc 2 đường vào.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Bơm tiêm 5ml
- Thuốc tê xylocain 2%.
- Băng băng, gạc
- Máy hút
- Bóng ambu, mặt nạ.
- Đèn đặt nội khí quản; ống nội khí quản 2 nòng; bộ mở khí quản.
- Hệ thống theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, độ bão hoà oxy máu động

2.2. Thuốc

- Thuốc cầm máu: Glanduritrin 5 đv x 10 ống hoặc Pitressin 20 đv/ml x 1-2 ống. Transamin 5 đv x 5 ống
- Morphin 0,01g 10 ống; Atropin 1/4mg, Depersolon 30 mg mỗi loại 5 ống.

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích, làm cam đoan
- X quang: Chụp phim phổi thẳng, nghiêng, phim chụp cắt lớp vi tính CLVT lồng ngực nếu có điều kiện.
- Điện tâm đồ
- Xét nghiệm huyết học: Công thức máu, thời gian máu chảy, thời gian máu đông, ure, creatinin, glucose, men gan, tỷ lệ prothrombin..

4. Hồ sơ bệnh án

- Bệnh án với đầy đủ các xét nghiệm và mang theo phim X quang phổi, CLVT ngực nếu có.
- Giấy cam kết đồng ý phẫu thuật của người bệnh và hoặc người nhà.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định, 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

Nằm nghiêng lồng ngực bệnh hướng lên trên.

3.2. Gây mê

- Gây mê toàn thân, đặt nội khí quản hai nòng carlens.
- Theo dõi tình trạng ý thức, huyết động, thông khí của người bệnh.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Đặt người bệnh nằm nghiêng sang bên đối diện.

3.3. Kỹ thuật

- Sát khuẩn rộng bằng cồn iốt 1,5% sau đó bằng cồn 700
- Trải khăn mổ, để hở vùng định đưa ống soi
- Dùng dao mổ rạch da, tổ chức dưới da dọc theo khoang liên sườn dài 1.5 cm sát bờ trên xương sườn

- Kiểm tra sự di động của phổi dưới lá thành
- Đưa ống nội soi màng phổi qua Troca vào khoang màng phổi
- Quan sát: đỉnh phổi, thành ngực, cơ hoành cả mặt trước và mặt sau.

Lưu ý: Đối chiếu trên phim X quang để vào vùng nghi ngờ tổn thương.

- Quan sát và theo dõi chảy máu ở vị trí sinh thiết. Cầm máu bằng đốt điện qua nội soi nếu cần.

- Đóng lỗ mở thành ngực thứ hai khâu từng lớp cân cơ, da. Đặt soi chỉ chờ để thắt kín lỗ mở thành ngực nơi đưa ống soi.

- Nếu phổi đã nở trở lại thì rút ống nội soi, người phụ thắt chặt sợi chỉ đã đặt sẵn để đóng kín thành ngực màng phổi. Sau đó nhanh chóng nối ống dẫn lưu màng phổi vào hệ thống dẫn lưu kín với áp lực âm 20 cmH₂O

- Sát khuẩn và băng ép vết mổ.
- Đặt người bệnh nằm ngửa đầu hơi cao, theo dõi mạch huyết áp nhịp thở.
- Tiếp tục thở máy nếu chưa tỉnh. Cho thở oxy sau khi rút ống nội khí quản

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, nhịp thở, thân nhiệt, tình trạng hô hấp và toàn thân, dẫn lưu màng phổi để phát hiện các biến chứng

- Xem có chảy máu trong hay không: Nhịp tim nhanh, hạ huyết áp, số lượng dịch, màu sắc dịch qua ống dẫn lưu.

Xem có tràn khí dưới da hay không

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tràn khí màng phổi kéo dài: Kiểm tra kỹ hệ thống dẫn lưu màng phổi
- Chảy máu: Nếu có biểu hiện chảy máu nhiều có khi phải soi lại để xác định tổn thương và cầm máu.

- Sốt, nhiễm khuẩn khoang màng phổi: Cho kháng sinh phòng bội nhiễm.

- Đau ngực sau mổ: Dùng thuốc hạ sốt, giảm đau nhóm Paracetamol (Efferalgan, Dolipran: 500mg x 1-2 viên x 3 lần/ngày) nếu không có chống chỉ định với các loại thuốc này.

KHÍ DUNG MŨI HỌNG

Mã số: III-90

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khí dung: biện pháp đưa thuốc vào đường thở dưới dạng các hạt có kích thước rất nhỏ được phân tách nhờ tác dụng của khí nén, sóng siêu âm hoặc màng phân tách.

- Tùy vào bệnh lý từng vị trí của đường hô hấp mà lựa chọn loại máy khí dung, đặt chế độ hay lưu lượng khí phù hợp.

- Có 3 phương thức khí dung cơ bản: bằng khí cao áp, sóng siêu âm và màng thấm tách. Hai loại đầu thường được sử dụng rộng rãi trong bệnh viện.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định trong trường hợp cần đưa thuốc trực tiếp vào hệ hô hấp dưới dạng các hạt rất nhỏ.

- Có nhiều thuốc và tình trạng bệnh lý có chỉ định khí dung. Hay gặp: khí dung thuốc giãn phế quản, corticoid trong hen phế quản; adrenalin trong viêm thanh quản cấp có suy hô hấp; khí dung thuốc kháng sinh (colistin), thuốc điều trị tăng áp lực động mạch phổi (iloprost) ; khí dung để làm ẩm, ẩm đường thở nước muối sinh lý ...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đị ứng với thành phần thuốc khí dung. Trường hợp cản trở cơ học do dị vật di động trong đường thở.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

2.1. Khí dung bằng khí cao áp

+ Thuốc và dung môi

+ Nguồn khí cao áp: oxy hoặc khí nén.

+ Cột đo lưu lượng khí.

+ Dây dẫn khí, bầu khí dung, mask khí dung phù hợp lứa tuổi. Trẻ lớn có thể dùng ống ngậm bằng miệng.

2.2. Khí dung bằng máy siêu âm

+ Thuốc và dung môi. Không khí dung bằng máy siêu âm đối với các thuốc dạng dịch treo (ví dụ pulmicort) hoặc thuốc bị nhiệt phân hủy.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Máy khí dung, dây nối và mask thích hợp.

3. Bệnh nhi

- Trẻ lớn và bố mẹ được giải thích về kỹ thuật sẽ thực hiện. Động viên tr an tâm và hợp tác.

- Kiểm tra các dấu hiệu, chỉ số lâm sàng : nhịp thở, dấu hiệu gắng sức, tình trạng da niêm mạc, đo SpO₂, 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 khí dung.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định khí dung, thuốc khí dung.

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Khí dung bằng khí cao áp

+ Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung. Lượng dung dịch trong bầu để khí dung hiệu quả tối thiểu là 2 ml, tối đa là 8 ml, trung bình khoảng 5 ml. Cần pha loãng thuốc khí dung để giảm lượng thuốc cần.

+ Lắp Mask hoặc ống ngậm vào bầu khí dung.

+ Cắm cột đo lưu lượng vào nguồn khí phù hợp. Nếu trẻ có suy hô hấp phải chọn nguồn oxy; trẻ không suy hô hấp chọn nguồn khí nén.

+ Lắp dây dẫn oxy vào đầu ra của cột đo lưu lượng..

+ Điều chỉnh lưu lượng khí thích hợp. Lưu lượng khí có thể điều chỉnh từ 5 - 8 lít/phút, nên đặt 6 lít/phút để có kết quả tối ưu.

+ Lắp dây dẫn khí vào bầu khí dung. Kiểm tra dò khí.

+ Cho mask úp kín mũi và miệng trẻ(hoặc trẻ ngậm kín ống ngậm), vòng dây cao su cố định qua đầu trẻ để giữ mask.

+ Hướng dẫn trẻ hoặc người giữ trẻ đặt bầu khí dung ở tư thế thẳng đứng: trẻ lớn ngồi, trẻ nhỏ bế ngồi trên đùi khi khí dung.

- Khí dùng bằng máy siêu âm

+ Cho thuốc và dung môi vào bầu khí dung.

+ Lắp dây dẫn vào bầu khí dung và mask

+ Cắm điện, bật máy.

+ Điều chỉnh thời gian, chế độ khí dung phù hợp.

+ Úp mask kín mũi, miệng trẻ, cố định mask.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Quan sát trẻ trong suốt quá trình khí dung, động viên trẻ hoặc phụ giúp người trông trẻ thực hiện đúng kỹ thuật.
- Thời gian mỗi lần khí dung ở trẻ em không nên quá 10 phút.
- Các tác dụng không mong muốn: dị ứng thuốc, co thắt thanh quản do quá s hổi. Ngừng khí dung, xử trí cấp cứu tùy mức độ diễn biến.

NỘI SOI PHẾ QUẢN ỒNG CỨNG

Mã số: III-1015

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Nội soi phế quản (NSPQ) là thủ thuật dùng một ống soi đưa vào đường thở (gồm mũi họng, thanh khí phế quản) nhằm đánh giá đường thở. Đây là thủ thuật rất có giá trị trong việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng các bệnh lý hô hấp.

2. Những khó khăn thường gặp trong NSPQ ở trẻ em

- Khó khăn về sự hợp tác của bệnh nhi
- Phản xạ co thắt mạnh
- Đường thở của trẻ em nhỏ, hẹp
- Niêm mạc đường thở dễ tổn thương
- Khó khăn về trang thiết bị

II. CHỈ ĐỊNH

Nội soi phế quản ống cứng chủ yếu được chỉ định trong những trường hợp cần can thiệp điều trị:

- Bơm rửa phế quản
- Gấp dị vật
- Đặt giá đỡ khí – phế quản stent
- Can thiệp loại bỏ u, nút nhầy bít tắc đường thở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, tuy nhiên cần cân nhắc NSPQ trong những trường hợp sau:

- Suy hô hấp nặng thở máy áp lực cao.
- Suy tim nặng.
- Rối loạn đông máu.
- Trong quá trình NSPQ, tiên lượng nguy cơ xảy ra tai biến để ra quyết định ngừng soi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nhân lực kíp soi phế quản: 1 bác sỹ, 2 kỹ thuật viên đã được đào tạo về nội soi.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

2. Phương tiện

- Phòng NSPQ: được trang bị hệ thống oxy, máy gây mê, đầy đủ các phương tiện cấp cứu theo cơ sở.
- Dàn máy NSPQ gồm màn hình, đầu nhận tín hiệu, nguồn sáng, máy hút, phương tiện lưu hình ảnh.
- Ống soi các kích cỡ phù hợp với lứa tuổi người bệnh.
- Mask nội soi phế quản, sonde hút, bơm 5ml, bơm 10ml, kìm sinh thiết, pince gấp dị vật...
- Thuốc gây mê, gây tê, dịch truyền, thuốc cấp cứu theo cơ sở.

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và gia đình người bệnh về lý do cần thiết phải soi phế quản, các tai biến có thể xảy ra.
- Gia đình người bệnh viết giấy cam đoan đồng ý gây mê và làm thủ thuật
- Người bệnh được làm đủ các xét nghiệm cơ bản: Công thức máu, X-quang phổi, đông máu cơ bản, chức năng gan - thận.
- 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 4-6 giờ
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.
- Vận chuyển người bệnh an toàn.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng trẻ trước nội soi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

Tình trạng lâm sàng, chỉ định nội soi.

2. Kiểm tra người bệnh

Thông tin cá nhân

3. Thực hiện kỹ thuật nội soi phế quản ống cứng:

- Người bệnh được theo dõi liên tục nhịp tim, huyết áp, nồng độ oxy trong máu. Khi cần thiết, cung cấp oxy hoặc hô hấp hỗ trợ.
- Nội soi phế quản ống cứng đòi hỏi phải gây mê toàn thân kết hợp với gây tê từng vùng.
- Người bệnh nằm ở tư thế ngửa cổ.
- Dùng đèn đặt nội khí quản, bộc lộ vùng thanh quản. Tiến hành gây tê thanh quản bằng lidocain dạng xịt.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Đưa ống nội soi cứng qua đường miệng, đưa qua hai dây thanh.
- Đưa ống soi thăm dò khí quản và cây phế quản từ từ.
- Phát hiện và giải quyết vấn đề tổn thương ở đường thở
- 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.
- Tiệt trùng dụng cụ : Ngay sau khi sử dụng, dụng cụ ống nội soi, kìm, pince... phải được ngâm, rửa, tiệt trùng, bảo quản đúng qui trình.

VI. THEO DÕI

Sau khi được nội soi phế quản, phải theo dõi người bệnh liên tục nhịp thở, SpO₂, nhịp tim, huyết áp đến khi hết tác dụng của thuốc mê và người bệnh có thể nuốt bình thường trở lại.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Co thắt, phù nề đường thở : khí dung, corticoid
- Chảy máu đường thở : Adrenalin
- Suy hô hấp : hỗ trợ hô hấp nhân tạo.
- Ngừng thở, ngừng tim: Hô hấp nhân tạo, xoa tim ngoài lồng ngực, adrenalin, hồi sức tích cực.
- Tổn thương răng, vòm miệng: gây mê tốt, thao tác nhẹ nhàng, đúng kỹ thuật. Cầm máu tại chỗ, theo dõi sát.
- Thủng khí phế quản: ngừng soi, hô hấp hỗ trợ, theo dõi sát. Phối hợp ngoại lồng ngực xử trí nếu cần.

THỞ OXY GỌNG KÍNH

Mã số: III-108; III-1462

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy gọng: là tăng thêm nồng độ oxy khí thở vào (FiO_2) bằng gọng mũi nhằm cung cấp đủ oxy cho nhu cầu chuyển hóa của cơ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

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

- Trẻ tự thở được bằng mũi.
- Nhu cầu oxy khí thở vào thấp $FiO_2 < 40\%$.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Niêm mạc mũi xung huyết phù nề nặng, dễ chảy máu.
- Trẻ không thở được bằng mũi: hẹp nặng lỗ mũi sau, cầm máu cả 2 mũi bằng nhét gạc...
- Nhu cầu oxy khí thở vào (FiO_2) cao $> 40\%$.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

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

2. Phương tiện

- Cột đo lưu lượng oxy: 1 bộ/ 1 người bệnh. - Gọng mũi phù hợp cho trẻ (1 chiếc/ 1 người bệnh): Dựa vào kích cỡ chia gọng mũi thành nhiều loại : sơ sinh, trẻ nhỏ, trẻ lớn và người lớn mục đích để đầu gọng không che lấp hoàn toàn lỗ mũi trẻ.

- Nước sạch: 1 cốc
- Máy đo SpO_2

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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lắp cột đo lưu lượng vào nguồn oxy.
- Lắp gọng mũi vào cột đo lưu lượng.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy cần thiết.
- Kiểm tra oxy đầu ra: nhúng đầu gọng vào cốc nước sạch thấy sủi bọt.
- Cho đầu gọng vào mũi trẻ.
- Cố định gọng: vòng dây gọng ra sau tai và cố định dưới cằm bằng cách điều chỉnh vòng cố định. Trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ có thể cố định sau gáy.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy đảm bảo SpO₂ trong giới hạn cho phép, từ 0,1lít/phút (l/p) – 4 l/p > 4 l/p gây chướng bụng và tổn thương niêm mạc mũi. Tùy vào lứa tuổi mà lưu lượng oxy tối đa cho phép có thay đổi: sơ sinh 1,5 – 2 l/p; trẻ nhỏ 2 – 3 l/p; trẻ lớn và người lớn 3-4 l/p. thông thường, thở oxy gọng mũi, lưu lượng oxy tăng 1 l/p thì FiO₂ tăng khoảng 4%.
- Thở oxy gọng lưu lượng thấp không cần làm ẩm oxy, trừ một số trường hợp đặc biệt.

- Thay gọng mũi hàng ngày.

VI. THEO DÕI

- Tiện lợi của thở oxy gọng: dễ sử dụng và chăm sóc, người bệnh dễ chấp nhận do có thể vừa thở oxy vừa ăn uống, nói chuyện được.
- Bất lợi: dễ tắc đầu ra của gọng do chất tiết, cần phải kiểm tra thường xuyên; có thể gây xung huyết mũi làm người bệnh khó chịu; cung cấp nồng độ oxy khí thở vào thấp.
- 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, đầu ra của gọng mũi, tình trạng đáp ứng của trẻ, SpO₂.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tắc đầu ra gọng mũi do chất tiết: thay gọng mới.
- Bít tắc mũi do chất tiết: vệ sinh rửa mũi hàng ngày.
- Phù nề, chảy máu mũi gây bít tắc mũi: chuyển thở oxy mask.
- Trẻ vẫn suy hô hấp khi đã làm đúng các bước trên: chuyển thở mask.

NỘI SOI PHẾ QUẢN ỚNG MỀM

Mã số: III-1014

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Nội soi phế quản (NSPQ) là thủ thuật dùng một ống soi đưa vào đường thở (gồm mũi họng, thanh khí phế quản) nhằm đánh giá đường thở. Đây là thủ thuật rất có giá trị trong việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng các bệnh lý hô hấp.

2. Những khó khăn thường gặp trong NSPQ ở trẻ em

- Khó khăn về sự hợp tác của bệnh nhi
- Phản xạ co thắt mạnh
- Đường thở của trẻ em nhỏ, hẹp
- Niêm mạc đường thở dễ tổn thương
- Khó khăn về trang thiết bị

II. CHỈ ĐỊNH

1. Chỉ định NSPQ nhằm mục đích chẩn đoán

- Hút dịch phế quản lấy bệnh phẩm
- Nghi ngờ dị vật đường thở
- Nghi ngờ dị dạng đường thở
- Nghi ngờ có u, chèn ép đường thở
- Tổn thương được gợi ý trên hình ảnh X-quang

2. Chỉ định NSPQ nhằm mục đích điều trị

- Bơm rửa phế quản
- Gắp dị vật
- Đặt giá đỡ khí – phế quản stent
- Can thiệp loại bỏ u, nút nhầy bít tắc đường thở

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, tuy nhiên cần cân nhắc NSPQ trong những trường hợp sau:

- Suy hô hấp nặng thở máy áp lực cao
- Suy tim nặng

Quy trình kỹ thuật nội khoa (Phần 2)

- Trong quá trình NSPQ, tiên lượng nguy cơ xảy ra tai biến để ra quyết định ngừng soi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

1 bác sỹ, 2 kỹ thuật viên được đào tạo về NSPQ

2. Phương tiện

- Phòng NSPQ: được trang bị hệ thống oxy, máy gây mê, đầy đủ các phương tiện cấp cứu theo cơ sở.

- Dàn máy NSPQ gồm màn hình, đầu nhận tín hiệu, nguồn sáng, máy hút, phương tiện lưu hình ảnh.

- Ống soi các kích cỡ phù hợp với lứa tuổi người bệnh.

- Mask nội soi phế quản, sonde hút, bơm 5ml, bơm 10ml, kìm sinh thiết, pince gấp dị vật...

- Thuốc gây mê, gây tê, dịch truyền, thuốc cấp cứu theo cơ sở.

3. Người bệnh

- Giải thích kỹ cho người bệnh và gia đình người bệnh về lý do cần thiết phải soi phế quản, các tai biến có thể xảy ra.

- Gia đình người bệnh viết giấy cam đoan đồng ý gây mê và làm thủ thuật

- Người bệnh được làm đủ các xét nghiệm cơ bản: Công thức máu, X-quang phổi, đông máu cơ bản, chức năng gan - thận.

- 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 4-6 giờ.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch.

- Vận chuyển người bệnh an toàn.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ thông tin cá nhân và tình trạng trẻ trước nội soi.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Thông tin cá nhân, tình trạng lâm sàng, chỉ định nội soi.

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh được theo dõi liên tục nhịp tim, huyết áp, nồng độ oxy trong máu. Khi cần thiết, cung cấp oxy hoặc hô hấp hỗ trợ.

Quy trình kỹ thuật nội soi (Phần 2)

- Tùy trường hợp và mục đích nội soi phế quản mà áp dụng phương pháp gây mê toàn thân bằng đường tĩnh mạch hoặc đường hô hấp hoặc chỉ gây tê tại chỗ.

- Người bệnh sẽ nằm ở tư thế ngửa cổ.

- Tiến hành gây tê tại chỗ bằng lidocain ở mũi và thành họng sau.

- Đưa ống nội soi mềm qua đường mũi hoặc họng một số trường hợp phải đưa qua ống nội khí quản hoặc canuyl khí quản.

- Xác định vị trí thanh quản; tiến hành gây tê vùng thanh quản rồi đưa ống soi qua hai dây thanh.

- Đưa ống soi thăm dò khí quản và cây phế quản từ từ, vừa soi vừa quan sát, mô tả hình thái, tổn thương đường thở. Tuân thủ nguyên tắc “gây tê đi trước, ống soi đi sau”.

- 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.

- Tiệt trùng dụng cụ: Ngay sau khi sử dụng, ống nội soi, kìm, pince phải được ngâm, rửa, tiệt trùng, bảo quản đúng qui trình.

VI. THEO DÕI

Sau khi được nội soi phế quản, phải theo dõi người bệnh liên tục trong vòng 1 đến 2 giờ nhịp thở, SpO₂, nhịp tim, huyết áp đến khi thuốc hết tác dụng hẳn và người bệnh có thể nuốt bình thường trở lại.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Co thắt, phù nề đường thở: khí dung, corticoid

- Chảy máu đường thở: Adrenalin

- Suy hô hấp: hỗ trợ hô hấp nhân tạo

- Ngừng thở, ngừng tim: Hô hấp nhân tạo, xoa tim ngoài lồng ngực, adrenalin, hồi sức tích cực.

THỞ OXY QUA MẶT NẠ

Mã số: III-1463

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy mask (mặt nạ : là tăng thêm nồng độ oxy khí thở vào (FiO_2) bằng mask nhằm cung cấp đủ oxy cho nhu cầu chuyển hóa của cơ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

- 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.
- Tùy vào nhu cầu oxy khí thở vào của trẻ mà chọn loại mask phù hợp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tôn 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, máy đo SpO_2
- Mask phù hợp theo lứa tuổi và nhu cầu oxy của trẻ , dựa vào cấu tạo, người ta chia mask thành 3 loại:
 - Mask đơn giản không có bóng dự trữ và van 1 chiều : cho FiO_2 từ 40%-60%.
 - Mask có bóng dự trữ, không có van 1 chiều: FiO_2 tối đa đạt 65%.
 - Mask có bóng dự trữ và van 1 chiều: FiO_2 tối đa có thể đạt 80-100%

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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- 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 thở mask: Với mask nhỏ dành cho trẻ < 2 tháng tuổi, lưu lượng tối thiểu là 3 lít/phút (l/p) , với mask lớn hơn là 5 l/p để đảm bảo FiO₂ cần thiết và tránh thở lại CO₂. Điều chỉnh lưu lượng phù hợp với nhu cầu FiO₂ của trẻ, tối đa có thể tới 15 l/p.
- 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 tr 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.

NỘI SOI KHÍ PHẾ QUẢN CẤP CỨU

Mã số: III-57

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi khí phế quản cấp cứu được thực hiện để giải phóng đường thở của người bệnh trong thời gian ngắn nhất tránh nguy hiểm đến tính mạng hoặc để lại biến chứng, di chứng nặng nề.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật khí phế quản gây khó thở hoặc dị vật sắc nhọn.
- Chảy máu đường thở dưới số lượng nhiều.
- Đặt nội khí quản khó.
- Kiểm soát, hút rửa đường thở trong tạo hình khí quản có chảy máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối. Tuy nhiên, những trường hợp rối loạn huyết động nặng, mất máu nặng cần phải được hồi sức tích cực trước soi.

IV. CÁC BƯỚC CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, kỹ thuật viên, kíp gây mê.

2. Phương tiện

- 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 hoạt động tốt (gồm màn hình, đầu nhận tín hiệu, nguồn sáng, camera ống cứng, máy hút, phương tiện lưu hình ảnh).
- Ống soi các kích cỡ phù hợp với lứa tuổi người bệnh.
- Kim lấy dị vật, kim sinh thiết.
- Mask có lỗ, sonde hút nội khí quản đủ cỡ, bơm tiêm 5ml, 10ml, 20ml.
- Thuốc gây mê, gây tê, dịch truyền, thuốc cấp cứu theo cơ sở.

3. Người bệnh

- Giải thích nhanh cho gia đình người bệnh về lý do soi phế quản, các tai biến có thể xảy ra khi gây mê, soi.
- Gia đình người bệnh viết giấy cam đoan đồng ý gây mê và làm thủ thuật.
- Khai thác nhanh tiền sử các bệnh lý khác: bệnh tim mạch, dị ứng, v.v...
- Hỏi thời gian bữa ăn gần nhất, có thể đặt sonde dạ dày hút sạch thức ăn.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Đặt đường truyền tĩnh mạch

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân
- Đánh giá sơ bộ các xét nghiệm đã có: công thức máu, đông máu, phim phổi.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh nằm ở tư thế ngửa cổ trên bàn soi hoặc giường cấp cứu.
- Theo dõi liên tục nhịp tim, huyết áp, SpO₂. Khi cần thiết, cung cấp oxy hoặc hô hấp hỗ trợ.
- Tiền mê hoặc gây mê toàn thân tùy từng trường hợp.
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%: 0,35ml/kg
- Dùng ống soi mềm đánh giá đường thở từ trên xuống một cách hệ thống, xác định thương tổn: loại tổn thương, vị trí, tính chất, mức độ. Hút rửa phế quản tìm điểm chảy máu, cầm máu nếu được. Chuyển soi ống cứng nếu có dị vật khí phế quản hoặc chảy máu khó cầm.
- Soi ống cứng : Gây mê sâu đường tĩnh mạch. Chọn ống cứng phù hợp với kích thước đường thở tổn thương. Thận trọng để tránh gây thủng khí phế quản.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi liên tục khó thở, SpO₂, mạch, tinh thần đến khi trẻ tỉnh hẳn hoặc ổn định.
- 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.

II. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương răng (đối với ống nội soi cứng)
- Các tai biến do sử dụng thuốc mê và gây tê toàn thân
- Co thắt, phù nề đường thở: khí dung, corticoid
- Chảy máu đường thở: Adrenalin, cầm máu tại chỗ, truyền máu cấp.
- Suy hô hấp: thở oxy, hỗ trợ hô hấp.
- Ngừng thở, ngừng tim: cấp cứu ngừng tuần hoàn, hồi sức tích cực.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Thùng khí phế quản: đặt nội khí quản cỡ nhỏ qua chỗ thủng, tốt nhất là duy trì tự thở hoặc hỗ trợ áp lực thấp nhất có thể. Chỉ can thiệp phẫu thuật lỗ thủng lớn đe dọa tính mạng trẻ.

NỘI SOI KHÍ PHẾ QUẢN HÚT ĐỜM

Mã số: III-56

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi khí phế quản hút đờm là thủ thuật dùng một ống soi phế quản (ống mềm hoặc ống cứng đưa vào đường hô hấp dưới để hút rửa đờm nhầy giải phóng đường thở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xếp phổi do chất xuất tiết bít tắc phế quản.
- Áp xe phổi giai đoạn ộc mủ.
- Giãn phế quản giai đoạn bội nhiễm.
- Ứ đọng đờm do ho khạc kém (nhược cơ, bại não...)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối, tuy nhiên cần cân nhắc trong những trường hợp sau.

- Suy hô hấp nặng.
- Suy tim nặng.
- Rối loạn đông máu có nguy cơ chảy máu.

IV. CÁC BƯỚC CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, kỹ thuật viên, kíp gây mê

2. Phương tiện

- 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 hoạt động tốt (gồm màn hình, đầu nhận tín hiệu, nguồn sáng, máy hút, phương tiện lưu hình ảnh).

- Ống soi các kích cỡ phù hợp với lứa tuổi người bệnh.
- Mask có lỗ, sonde hút nội khí quản đủ cỡ, bơm tiêm 5ml, 10ml, 20ml.
- Dung dịch rửa: Natriclorua 0,9% (ngâm ấm khi nhiệt độ phòng thấp)
- Bình đựng dịch rửa xét nghiệm.
- Thuốc gây mê, gây tê, dịch truyền, thuốc cấp cứu theo cơ sở.

3. Người bệnh

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Giải thích cho gia đình người bệnh về lý do soi phế quản, các tai biến có thể xảy ra khi gây mê, soi.

- 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.

- 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

- Đánh giá sơ bộ vùng hút rửa trên lâm sàng và phim chụp phổi.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh nằm ở tư thế ngửa cổ trên bàn soi hoặc giường cấp cứu.

- Theo dõi liên tục nhịp tim, huyết áp, SpO₂. Khi cần thiết, cung cấp oxy hoặc hô hấp hỗ trợ.

- Tiền mê hoặc gây mê toàn thân tùy từng trường hợp.

- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%: 0,35ml/kg

- Đưa ống nội soi mềm qua đường mũi, họng (có canul miệng) hoặc ống nội khí quản qua thanh môn, khí quản đến phế quản. Đánh giá sơ bộ khí phế quản, hút đờm, bơm rửa phế quản.

- Bơm rửa natriclorua 0,9% 1,5ml/kg chia 3 lần. Nếu dịch nhầy quánh đặc không hút rửa bằng ống mềm được cần soi ống cứng bơm hút rửa bằng sonde hút. Lấy dịch rửa làm xét nghiệm.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi liên tục khó thở, SpO₂, mạch, tinh thần 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương răng (đối với ống nội soi cứng)

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Các tai biến do sử dụng thuốc mê và gây tê toàn thân
- Co thắt, phù nề đường thở: khí dung, corticoid - Chảy máu đường thở:
Adrenalin
- Suy hô hấp: hỗ trợ hô hấp nhân tạo
- Ngừng thở, ngừng tim: Hô hấp nhân tạo, xoa tim ngoài lồng ngực, adrenalin, hồi sức tích cực.

NỘI SOI KHÍ PHẾ QUẢN LẤY DỊ VẬT

Mã số: III-73

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi phế quản là một phương pháp hiệu quả để lấy dị vật ra khỏi khí, phế quản. Thực hiện phương pháp này cần chuyên gia có kinh nghiệm về soi phế quản ống cứng và người bệnh cần được gây mê toàn thân.

II. CHỈ ĐỊNH

Dị vật ở khí phế quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Suy hô hấp nặng, shock.
- Tình trạng huyết động không ổn định, rối loạn nhịp tim nặng.
- Rối loạn đông máu nặng..

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 Bác sĩ chuyên khoa hô hấp hoặc bác sĩ tai mũi họng đã được đào tạo về nội soi phế quản.
- 02 điều dưỡng đã được đào tạo về soi phế quản.

2. Phương tiện

- Hệ thống nội soi phế quản: ống soi mềm và ống soi cứng, nguồn sáng, kìm sinh thiết,...

-Thuốc: Atropin 1/4mg, Lidocain 2%, Morphin 10mg, Methylprednisolon 40mg, Adrenalin 1mg; Salbutamol 0,5mg, Ventolin nang 5mg, Pulmicort 0,5mg; Seduxen 10mg, Midazolam 5mg, Natriclorua 0,9%, Glucose 5%.

- Dụng cụ: bơm tiêm 20ml, 5ml; dây truyền dịch, kim tiêm, bông, băng dính, ống đựng bệnh phẩm, bình đựng dịch, găng v trùng, găng sạch, gạc vô trùng, sàng vô trùng, áo mổ, hộp chống sốc, máy hút, ống dẫn oxy, bóngambu, mặt nạ oxy, mask khí dung, máy khí dung, lam kính, dung dịch cố định bệnh phẩm.

- Dụng cụ lấy dị vật
- + Kìm gấp chuyên dụng.
- + Giỏ
- + Snare
- + Sonde đốt điện cầm máu

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và người nhà mục đích của thủ thuật, các tai biến trong quá trình làm thủ thuật.

- Người bệnh nhịn ăn trước soi ít nhất 4 giờ.

- Cho người bệnh và gia đình ký cam kết chấp nhận nội soi phế quản lấy dị vật.

4. Hồ sơ bệnh án

Đủ các xét nghiệm trước soi: phim chụp Xquang phổi, CT scan ngực (nếu có), xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản, khí máu, siêu âm tim (nếu cần).

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Tư thế người bệnh: Nằm ngửa

- Gây mê, đảm bảo tốt độ bão hòa oxy máu.

- Đầu người bệnh để ngửa tối đa để khoảng miệng - họng - dây thanh âm - khí quản tạo thành đường thẳng.

- Điều dưỡng gây tê họng mũi bằng Lidocain 2%:

+ Soi ống mềm trước để xác định chắc chắn có dị vật, kích thước, vị trí, hình thù, tiên lượng khả năng lấy được dị vật.

+ Nguyên tắc soi ống mềm là gây tê đi trước, ống soi đi sau.

+ Tiến hành gắp dị vật qua kênh dụng cụ của ống soi mềm bằng pince, snare hoặc giỏ. Khi giữ được dị vật thì vừa rút ống soi ra vừa rút kèm dị vật ra.

+ Khi không lấy được dị vật bằng ống soi mềm, phải chuyển sang lấy bằng ống soi cứng.

- Cầm ống soi cứng bằng tay phải, chiều vát quay xuống dưới.

- Ngón 2, 3 và 4 tay trái giữ chắc hàm trên khi đưa ống nội soi vào.

- Quan sát nắp thanh thiệt, xoang lê, hai dây thanh.

- Xoay nghiêng ống soi 90o và lách ống soi vào giữa hai dây thanh khi hai dây thanh mở.

- Tiếp tục đưa ống soi xuống khí quản, phế quản và quan sát.

- Khi nhìn thấy dị vật, đánh giá:

+ Hình dạng dị vật, tổ chức viêm bám xung quanh dị vật, nguy cơ chảy máu.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Lựa chọn dụng cụ thích hợp để gấp dị vật:
- + Dị vật có góc, cạnh: dùng kìm gấp hoặc snare để cố định dị vật và đưa dị vật ra ngoài.
- + Dị vật tròn, nhọn: đưa giỏ đến sát dị vật, lách xuống phía dưới và mở giỏ để đưa dị vật vào trong giỏ, từ từ đưa giỏ ra ngoài.
- Rút ống nội soi.
- Tiếp tục thông khí cho người bệnh.

VI. THEO DÕI

Độ bão hòa oxy máu SpO₂, mạch, huyết áp, điện tim.

VII. TAI BIẾN

- Giảm oxy máu: tăng
- Co thắt thanh quản, khí phế quản.
- Phù nề thanh quản.
- Rối loạn nhịp tim, huyết động không ổn định.
- Vỡ thực quản hoặc khí quản.
- Chấn thương thanh quản.
- Gãy răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO.

1. Đào Minh Tuấn. Nội soi phế quản trẻ em. Nhà xuất bản Y học - 2011.
2. John F. Beamis; Praveen N. Mathur; Atul C, Mehta. Foreign body removal. *Interventional pulmonary medicine*, 2004, 259-269.
3. *Interventional bronchoscopy*. Prog Respir Ré. Basel, Karger, 2000, vol 30.
4. L. Donato. Corps étrangers trachéo – bronchiques *Pneumologie Pédiatrique – Médecine – Sciences Flammarion – 2000*.

BƠM RỬA PHẾ QUẢN KHÔNG BÀN CHẢI

Mã số: III-66

I. ĐẠI CƯƠNG

Bơm rửa phế quản không bàn chải là thủ thuật bơm dung dịch natriclorua 0,9% qua kênh làm việc của ống nội soi phế quản mềm rửa phế quản - phế nang, hút dịch rửa làm xét nghiệm.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp tổn thương đường hô hấp dưới cần lấy dịch rửa phế quản - phế nang làm xét nghiệm (vi sinh, tế bào, hóa sinh, miễn dịch...)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Suy hô hấp nặng.
- Suy tim nặng.
- Rối loạn đông máu có nguy cơ chảy máu.

IV. CÁC BƯỚC CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, kỹ thuật viên, kíp gây mê

2. Phương tiện

- 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 hoạt động tốt.
- Ống soi mềm phù hợp với lứa tuổi người bệnh
- Mask có lỗ, bơm tiêm 5ml, 10ml, 20ml.
- Dung dịch rửa: natriclorua 0,9% (ngâm ấm khi nhiệt độ phòng thấp)
- Bình đựng dịch rửa xét nghiệm.
- Thuốc gây mê, gây tê, dịch truyền, thuốc cấp cứu theo cơ sở.

3. Bệnh nhi hoặc người bệnh

- Giải thích cho gia đình người bệnh về lý do soi phế quản, các tai biến có thể xảy ra khi gây mê, soi.
- 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.
- Khai thác tiền sử các bệnh lý khác: bệnh tim mạch, dị ứng, v.v...

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- 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
- Đánh giá sơ bộ vùng cần bơm rửa trên lâm sàng và phim chụp phổi.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh nằm ở tư thế ngửa cổ trên bàn soi hoặc giường cấp cứu.
- Theo dõi liên tục nhịp tim, huyết áp, SpO₂. Khi cần thiết, cung cấp oxy hoặc hô hấp hỗ trợ.
- Tiền mê hoặc gây mê toàn thân tùy từng trường hợp.
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2% : 0,35ml/kg
- Dùng ống soi mềm đánh giá tổn thương đường thở. Chọn vị trí tổn thương cần bơm rửa, giữ cố định đầu ống soi mềm tại phế quản có vùng tổn thương. Bơm rửa phế quản bằng dung dịch natriclorua 0,9%, lượng dịch bơm là 1,5ml/kg chia làm 3 lần. Hút lấy dịch rửa vào bình vô khuẩn.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi liên tục khó thở, SpO₂, mạch, tinh thần 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương răng (đối với ống nội soi cứng).
- Các tai biến do sử dụng thuốc mê và gây tê toàn thân.
- Co thắt, phù nề đường thở: khí dung, corticoid.
- Chảy máu đường thở: Adrenalin.
- Suy hô hấp: hỗ trợ hô hấp nhân tạo.
- Ngừng thở, ngừng tim: Hô hấp nhân tạo, xoa tim ngoài lồng ngực, adrenalin, hồi sức tích cực.

CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH DỊ ỨNG THUỐC NẶNG LYELL, STEVENS - JOHNSON

Mã số: III-3007

I. ĐẠI CƯƠNG

- Dị ứng thuốc là tình trạng dị ứng biểu hiện đơn thuần ngoài da hoặc vừa có thương tổn da thương tổn toàn thân, thương tổn nội tạng.

- Đường vào của thuốc gây dị ứng: Tiêm, uống, xông, đặt, bôi da niêm mạc, nhỏ mắt ... có thể gây từ đơn giản như ngứa, phát ban đến choáng phản vệ.

- Dị ứng thuốc có nhiều thể, trong đó hội chứng Stevens-Johnson và hội chứng Lyell là những thể nặng của dị ứng thuốc.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán dị ứng thuốc thể Stevens Johnson và Lyell

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối: người bệnh đang có dấu hiệu sốc, suy hô hấp, rối loạn tuần hoàn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sỹ, 02 điều dưỡng

2. Phương tiện

- Buồng bệnh: sạch sẽ vô trùng, đèn tia cực tím khử khuẩn

- Giường bệnh: đệm nước, ga, gối, chăn được hấp vô trùng

- Dụng cụ chăm sóc:

+ 2 khay quả đậu (1 đựng dung dịch rửa, + 1 đựng thuốc).

+ 2 đôi kẹp phẫu tích (1 đôi có máu, 1 đôi không máu).

+ 2 kéo (1 cong, 1 thẳng).

- Băng, băng gạc, găng tay, ga vô khuẩn, cồn 70 độ, bơm kim tiêm, kim chích, dây ga rô, đệm tay truyền dịch... vô khuẩn.

- Máy thở, máy hút, máy tiêm truyền...

- Thuốc (dịch truyền, thuốc tiêm, thuốc uống, thuốc rửa, thuốc bôi)

3. Người bệnh

- Thông báo cho người bệnh và gia đình người bệnh biết kế hoạch chăm sóc.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Giải thích các công việc người thực hiện sẽ thực hiện để người bệnh và gia đình yên tâm và phối hợp.

- Người bệnh cần được đặt ở tư thế thuận lợi cho việc thực hiện chăm sóc

4. Hồ sơ bệnh án

Theo qui định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra đối chiếu hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

Nguyên tắc chăm sóc theo thứ tự ưu tiên từ các hốc tự nhiên đến chăm sóc da, từ trên xuống dưới, từ sạch đến bẩn

3.1. Chăm sóc thương tổn niêm mạc, hốc tự nhiên.

- Lau rửa niêm mạc mắt, mũi bằng muối sinh lý, tra các loại thuốc theo chỉ định của bác sỹ chuyên khoa mắt, làm ẩm mắt mỗi giờ.

- Lau rửa miệng bằng muối sinh lý và bôli glycerinborate 2% 4 lần/ngày và bôli kem giữ ẩm môi.

- Rửa sinh dục bằng muối sinh lý, bôli Glycerinborate 2% hoặc chắm dung dịch Milian.

3.2. Chăm sóc da bị tổn thương

- Đánh giá thương tổn

+ Nếu thương tổn khô sạch, không cần rửa vết thương, chọn loại băng mỏng phù hợp: Ex: Gạc Vaseline, Urgotul.

+ Nếu thương tổn tiết dịch dùng dung dịch NaCl 0,9% để rửa, nên xịt rửa nước muối nhẹ nhàng, cắt bỏ vùng da bị hoại tử. Nếu có bọt nước to >2cm nên chích tháo dịch bằng kim nhọn vô trùng tại vùng thấp nhất của bọt nước tùy theo tư thế để dịch thoát ra dễ dàng, bảo tồn vòm bọt nước. Ấn nhẹ trên bề mặt vòm cho dịch thoát hết, thấm hút bằng gạc sạch.

- Bôi thuốc hoặc đắp gạc thuốc theo chỉ định của bác sỹ.

- Đắp gạc Vaseline hoặc Urgotul chống dính.

- Đắp lớp gạc thấm hút dịch.

- Có thể dùng băng cuộn mỏng hoặc gạc kh để giữ các lớp phía trong.

- Người bệnh nên hạn chế đi lại cho tới khi thương tổn da bắt đầu lành.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Thời gian thay băng: Tùy thuộc vào mức độ tiết dịch và nhiệt độ môi trường nơi bệnh nhân: Tiết dịch nhiều, môi trường nóng thay 1-2 ngày/lần, tiết dịch ít, môi trường mát mẻ 3-4 ngày/lần.

- Thay ga hàng ngày 1-2 lần.

3.3. Thực hiện thuốc uống, tiêm truyền theo chỉ định của bác sỹ.

- Thuốc uống (uống nhiều nước, nếu có thương tổn niêm mạc thì nghiền thuốc pha loãng cho người bệnh uống ít một, có thể cho qua sonde nếu sẵn có).

- Tiêm truyền điều chỉnh số lượng, số giọt dịch truyền theo đúng y lệnh bác sỹ, các thao tác tiêm truyền phải vô trùng.

3.4. Chăm sóc khác

- Chăm sóc sonde tiểu nếu có, tránh nhiễm trùng ngược dòng.

- Gội đầu cho người bệnh 2-3 ngày/lần bằng nước ấm vô trùng. Sau gội sấy khô tóc và da đầu. Cắt tóc, cắt móng tay...

3.5. Dinh dưỡng

Thực hiện theo y lệnh của bác sỹ.

VI. THEO DÕI

- Ghi chép hồ sơ bệnh án.

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn (mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu 24 giờ (màu sắc, số lượng, mùi ...)

- Theo dõi tiến triển của thương tổn da, mức độ tấy da và tiết dịch.

BƠM SURFACTANT TRONG ĐIỀU TRỊ SUY HÔ HẤP SƠ SINH

Mã số: III-55

I. ĐẠI CƯƠNG

- Surfactant là hợp chất lipoprotein, do phế bào II sản xuất ra, cần thiết cho hoạt động của phổi trẻ sau khi sinh

- Sự thiếu hụt surfactant tiên phát ở trẻ đẻ non gây nên hội chứng SHH ở trẻ sinh non (bệnh màng trong). Sự thiếu hụt surfactant thứ phát xảy ra khi surfactant phổi bị bất hoạt bởi sự mất protein, nhiễm trùng, hoặc hít phân su.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Bệnh màng trong

Điều trị dự phòng, điều trị bệnh, điều trị nhắc lại

2. Điều trị hội chứng hít phân su

3. Cân nhắc điều trị trong một số trường hợp

Chảy máu phổi, viêm phổi nặng

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định đặc hiệu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ thực hiện bơm thuốc, 1 điều dưỡng phụ giúp.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ theo dõi

- Máy theo dõi nhịp tim, SpO₂.
- Máy thở.
- Huyết áp động mạch (nếu có)
- Máy phân tích khí máu.
- Xquang tại giường (nếu có)

2.2. Dụng cụ bơm

- Dụng cụ v khuẩn
- + Kim lấy thuốc.
- + Bơm tiêm 5ml
- + Ống thông (sonde) dạ dày số 6.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- + Kéo vô khuẩn.
- + Ống nội khí quản (NKQ) kích cỡ phù hợp.
- + Dụng cụ cấp cứu: cán, lưới đặt NKQ, bóng bóp, dây oxy, mask.
- + Sonde hút.
- + Găng vô khuẩn.
- + Săng vô khuẩn.
- + Dụng cụ sạch: Máy hút.Găng sạch.
- + Dụng cụ khác
- + Thuốc theo y lệnh: Loại Surfactant có tại bệnh viện Curosurf, Newfactan, Survanta, Alvofact , làm ấm thuốc ở nhiệt độ phòng. + NaCl 0,9%.

3. Bệnh nhi

- Giải thích cho người nhà bệnh nhi thủ thuật sắp làm.
- Đảm bảo thân nhiệt, điều chỉnh các rối loạn toan kiềm, điện giải, đường huyết ổn định trước bơm.
- An thần tốt, đặt NKQ đúng vị trí, hút NKQ trước bơm.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ y lệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Bơm Curosurf

- Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đeo găng v khuẩn.
- Cắt ống sonde đến chiều dài xác định, ngắn hơn ống NKQ 0,5 – 1cm.
- Lấy thuốc vào 1 xi lanh, nối xi lanh với ống sonde, bơm curosurf từ từ vào sonde để đẩy hết khí trong sonde.
- Người phụ tháo máy thở ra khỏi ống NKQ để bác sĩ đưa sonde đã có Curosurf vào trong ống NKQ, bơm thuốc nhanh trong 2 - 3 giây.
- Rút ống sonde ra, nối lại NKQ vào máy thở, chỉnh áp lực vừa đủ để đẩy hết thuốc vào phổi. Không hút NKQ trong vòng 1h sau khi bơm surfactant trừ khi có dấu hiệu tắc nghẽn đường thở rõ ràng.
- Kiểm tra khí máu 1-2gi sau bơm, kiểm tra xquang 2-6gi sau bơm.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Điều chỉnh máy thở, duy trì PaO₂>55mmHg, PCO₂ 35-45mmHg và pH > 7,3.

3.2. Bơm Newfactan và Survanta

- Các bước tương tự như với bơm Curosurf, tuy nhiên các loại Surfactant này có thể tích lớn nên có một số điểm khác sau

+ Pha thuốc Newfactan, Alvofact theo hướng dẫn riêng cho từng loại. Survanta đã có sẵn ở dạng hỗn dịch. Chia thuốc vào 3 xi lanh.

- Bơm thuốc ở 3 tư thế: Bệnh nhi nằm ngửa, nghiêng phải, nghiêng trái. Mỗi tư thế, bơm thuốc qua ống NKQ trong 2 -3 giây. Chờ trong 30 giây đến 2 phút hoặc chờ đến khi bệnh nhi ổn định giữa các lần bơm thuốc.

VI. THEO DÕI

- Các thông số máy thở, tình trạng bệnh nhi, SpO₂ và khí máu.

- Trước lúc bơm cài đặt máy thở với tần số 40-60 lần/p, Ti 0,5giây, FiO₂ vừa đủ để duy trì SaO₂ > 92%.

- Điều chỉnh FiO₂, áp lực đường thở phù hợp sau bơm tùy theo SpO₂, kết quả khí máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong khi bơm Surfactant

- Giảm bão hòa O₂: thường thoáng qua và cần tăng tạm thời FiO₂ , áp lực máy thở, hoặc tạm ngừng bơm surfactant.

- Nhịp tim chậm: có thể liên quan với giảm bão hòa O₂ hoặc kích thích dây thần kinh phế vị, nên tạm ngừng bơm surfactant.

- Tăng PCO₂: do tắc nghẽn đường thở tạm thời bởi surfactant.

- Rò surfactant xung quanh ống NKQ vào vùng hầu họng do ống NKQ quá nhỏ.

- Thuốc chỉ vào 1 phổi: do ống NKQ đi vào nhánh phế quản chính (phải), hoặc trẻ chưa nằm ở tư thế đúng.

2. Sau khi bơm Surfactant

- Hạ huyết áp: do giảm thể tích, ống động mạch lớn, giảm chức năng cơ tim. Điều trị NaCl 0,9%: 10ml/kg bolus, nếu thất bại cần sử dụng thuốc vận mạch

- Tràn khí màng phổi: Do thuốc chỉ vào 1 phổi. Xử trí: chọc hút khí qua da hoặc mở dẫn lưu màng phổi tối thiểu hút khí liên tục.

- Chảy máu phổi: do ống động mạch

ĐM lớn. Xử trí: tăng PEEP hoặc HFO + bơm surfactant, truyền tiểu cầu, plasma tươi 10-15ml/kg, sau đó điều trị đóng ống ĐM.

ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

Mã số: III-35

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT) từ tĩnh mạch ngoại vi (PICC): Periphral inserted central catheter còn được gọi là “đặt longline”, là kỹ thuật đưa một catheter bằng silicon hoặc polyurethane có đường kính rất nhỏ, dài từ tĩnh mạch ngoại vi vào đến TMTT với mục đích tạo một đường truyền ổn định duy trì lâu dài để nuôi dưỡng tĩnh mạch, hoặc duy trì dịch với nồng độ thẩm thấu cao, thuốc vận mạch và có thể cho phép đo áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP).

II. CHỈ ĐỊNH

- Nuôi dưỡng tĩnh mạch kéo dài.
- Truyền dịch với nhu cầu nồng độ thẩm thấu cao, nồng độ Glucose cao > 12,5%.
- Người bệnh có tình trạng bệnh cần duy trì các loại thuốc cần đưa vào tĩnh mạch lớn / tĩnh mạch trung tâm: Các thuốc vận mạch.

II. CHÔNG CHỈ ĐỊNH

- Không tìm được tĩnh mạch ngoại vi.
- Huyết khối tĩnh mạch
- Suy thận giai đoạn cuối.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ hoặc điều dưỡng đã được đào tạo thực hiện thủ thuật, 01 điều dưỡng phụ giúp.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Catheter các cỡ tùy theo bệnh nhi và loại catheter sẵn có ở bệnh viện
- + Vygon silicone 24G (2F) 1 nòng, dài 30cm
- + Vygon Nutrioline Twinflo polyurethane 23G (2F) 2 nòng, dài 30cm
- + Vygon Premicath polyurethane 28G (1F) 1 nòng, dài 20cm
- Bộ dụng cụ đặt catheter TMTT từ tĩnh mạch ngoại vi.
- + Kéo
- + Kẹp phẫu tích không máu
- + Gạc vô trùng.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- + Bát kền
- + Găng tay vô khuẩn
- + Áo choàng mổ, mũ, khẩu trang
- + Khăn trải vô khuẩn có lỗ và không lỗ
- + Bơm tiêm 10ml, chạc ba không dây

2.2. Thuốc và dung dịch sát trùng

- Nước muối sinh lý 0,9% - Cồn 700, Betadin 10% hoặc cồn Iot 1%
- Heparine
- Dung dịch sát trùng nhanh

2.3. Dụng cụ sạch

- Giường sưởi hoặc lồng ấp
- Băng dính trong Tegaderm, băng dính dạng sợi Sterile strips
- Thước dây
- Bàn đặt dụng cụ

3. Bệnh nhi

- Giải thích với gia đình của trẻ về thủ thuật sẽ tiến hành
- Bộc lộ tối đa vùng cơ thể dự định đặt catheter, đặt ở tư thế thuận tiện nhất cho quá trình làm thủ thuật.
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, gắn monitoring theo dõi liên tục
- Dùng thuốc giảm đau, an thần trước khi thực hiện thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi đầy đủ y lệnh

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chọn vị trí đặt catheter

- Lựa chọn tĩnh mạch to, đường đi khá thẳng, nhìn rõ nhất.
- Các tĩnh mạch thường được lựa chọn
 - + Chi trên: Thường được lựa chọn hơn. Tĩnh mạch đầu, tĩnh mạch nền
 - + Chi dưới: Tĩnh mạch hiển
- + Đầu, cổ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Hạn chế sử dụng : Tĩnh mạch thái dương, tĩnh mạch cảnh

- Xác định vị trí đích mong muốn của catheter

+ Trung thất trên, cạnh ức phải: Khi đặt catheter từ tĩnh mạch ngoại vi ở chi trên, hoặc vùng đầu, cổ

+ Mũi ức: Khi đặt catheter từ tĩnh mạch ngoại vi ở chi dưới.

- Đo chiều dài từ vị trí xác định tĩnh mạch ngoại vi định chọc đến vị trí đích đã xác định theo đường đi của tĩnh mạch đó.

3.2. Các bước đặt catheter

- Người thực hiện thủ thuật đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo vô trùng, đi găng vô trùng.

- Trải khăn vô trùng lên bàn đặt dụng cụ.

- Sắp xếp các dụng cụ v khuẩn lên bàn đặt dụng cụ

- Đuổi khí trong lòng catheter bằng dung dịch NaCl 0,9% pha Heparine 1 đơn vị/1ml.

- Lấy Betadine vào bát kê.

- Sát khuẩn 2 lần theo hình xoay trên ốc từ tĩnh mạch đã xác định sẽ đặt catheter ra toàn bộ cánh tay/ chân đó bằng bông cồn và gạc vô trùng tẩm betadine.

- Trải sẵn có lỗ v khuẩn lên người bệnh sao cho chỉ có cánh tay/ chân đã được sát khuẩn được bộc lộ trên sẵn.

- Đọc, xem lại hướng dẫn đặt catheter trong bộ dụng cụ đặt catheter, mỗi loại có cách thức riêng, có loại kim chọc tĩnh mạch riêng.

- Người làm thủ thuật dùng kim chọc tĩnh mạch chọc vào tĩnh mạch, dừng lại khi thấy có máu ra tốt ở đốc kim.

- Giữ đốc kim thật chắc bằng 1 tay, tay kia cầm kẹp phẫu tích không máu luồn catheter vào trong lòng kim chọc tĩnh mạch, từ từ đưa sâu vào trong cho đến mức mong muốn.

- Giữ chắc catheter ở vị trí xâm nhập vào tĩnh mạch, từ từ, nhẹ nhàng rút kim chọc tĩnh mạch ra. Lưu ý catheter cũng thường bị kéo theo ra, vì thế khi luồn catheter vào tĩnh mạch, nên đưa sâu hơn mức mong muốn 2-3 cm.

- Để tách rời kim chọc tĩnh mạch khỏi catheter, thực hiện theo hướng dẫn cụ thể của bộ dụng cụ đặt catheter.

- Chỉnh lại vị trí catheter để có đúng vị trí mong muốn. Rút thử máu để kiểm tra, nhưng không thực hiện động tác này riêng với loại catheter Premicath 28G.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Bơm đẩy lại máu vào trong lòng mạch. Chỉ dùng bơm 10 ml để tránh tạo áp lực quá lớn trong lòng catheter.

3.3. Cố định Catheter

- Dùng băng dính sợi vô trùng (3 sợi) cố định catheter.
- Dùng cả miếng băng dính trong lớn che phủ toàn bộ phần catheter ngoài da cho đến tận đầu nối của catheter. Lưu ý điểm catheter đi qua da cần phải quan sát được rõ và ở vùng trung tâm của miếng băng dính trong.

3.4. Kiểm tra vị trí của Catheter

- Vị trí đầu catheter cần được xác định bằng chụp phim Xquang
- Nếu không nhìn rõ đầu catheter cần chụp phim có bơm thuốc cản quang hoặc siêu âm tim kiểm tra.

VII. THEO DÕI

- Trường hợp người bệnh quá nhỏ, tĩnh mạch nhỏ, có thể sử dụng kim lùn 24G và Catheter Premicath 28G.

- Để đảm bảo quá trình chăm sóc catheter phải thực hiện đúng quy trình
- Nếu thấy có máu trong catheter cần phải bơm dịch natriclorua 0,9% pha heparine tráng catheter ngay
- Để tránh làm dập, tổn thương catheter, chỉ nên dùng loại bơm 10 ml hoặc lớn hơn để bơm dịch vào catheter.

- Ghi chép hồ sơ

+ Ngày, thời gian đặt catheter

+ Loại catheter, kích cỡ.

+ Vị trí đặt catheter

+ Chiều dài catheter đưa vào tĩnh mạch.

+ Vị trí của đầu catheter tại tĩnh mạch trung tâm

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Nhiễm trùng

Là biến chứng thường gặp nhất. Chưa có bằng chứng về thời gian có thể lưu “longline”. Tuy nhiên thời gian lưu catheter kéo dài là dấu hiệu dự báo nhiễm trùng.

2. Các biến chứng về mạch: Huyết khối, nghẽn mạch

- Nghẽn mạch phổi
- Nghẽn mạch do khí.
- Huyết khối tĩnh mạch thận

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Huyết khối trong buồng tim
- Huyết khối nhiễm trùng

3. Tổn thương tổ chức

Tràn khí màng phổi, tràn khí trung thất, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay.

4. Tràn dịch

Là những biến chứng nặng nhưng hiếm gặp. Gồm có: tràn dịch màng phổi, tràn dịch màng tim, tràn máu màng phổi, tràn dịch dương chấp, tràn dịch màng bụng.

5. Catheter

Sai vị trí, tắc, dập, vỡ, xoắn...

6. Rối loạn nhịp tim

7. Liệt cơ hoành: Do tổn thương dây thần kinh hoành.

ĐẶT CATHETER ĐỘNG MẠCH

Mã số: III-33

I. ĐẠI CƯƠNG

Trong quá trình hồi sức trẻ sơ sinh, bác sỹ thường cần theo dõi huyết áp và chỉ định xét nghiệm nhiều lần, trong khi đó đo huyết áp ngoại vi ở sơ sinh khó chính xác hơn ở trẻ lớn và người lớn, và việc lấy xét nghiệm nhiều lần không những làm tăng sự đau đớn cho trẻ cũng như tổn kém hơn về nhân lực, thời gian, phương tiện y tế mà còn làm tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện. Vì vậy, đặt catheter động mạch rốn là giải pháp cho các vấn đề trên.

Khi trẻ mới ra đời, động mạch rốn chưa co hoàn toàn nên dễ đặt catheter.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi cần theo dõi huyết áp động mạch liên tục.
- Khi cần lấy máu xét nghiệm khí máu động mạch thường xuyên.
- Chỉ định ít gặp hơn: Khi cần chụp mạch, khi thay máu bằng đường tĩnh mạch máu vào – động mạch máu ra, khi cần hồi sức mà không có đường truyền khác: truyền dịch, thuốc trừ máu, thuốc co mạch, calcium, indomethacin).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có dấu hiệu tắc mạch chi dưới hoặc vùng hông
- Viêm phúc mạc
- Viêm ruột hoại tử
- Viêm rốn
- Thoát vị rốn, thoát vị qua khe hở thành bụng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ thực hiện, điều dưỡng phụ giúp.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- khay dụng cụ lấy catheter động mạch và tĩnh mạch rốn gồm: xăng vô khuẩn có lỗ, kim kẹp kim, kéo/dao cắt rốn, panh có máu và không máu, panh cong nông động mạch, thông nóng đầu tù.

- Kim 22 gauge, chỉ tơ 3-0, bông, gạc, cồn 700 hoặc betadine 10% hoặc cồn i-ốt, bát vô khuẩn đựng bông gạc.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Catheter động mạch dùng loại 3.5F cho trẻ dưới 1500gr và 5F cho trẻ trên 1500g. Nên tránh dùng sonde nu i ăn để đặt catheter mạch rốn vì tăng nguy cơ huyết khối.

- Chạc ba, xy lanh 5ml, nước muối sinh lý nên có heparin 0.5- 1UI/ml để tránh huyết khối.

- Áo choàng, mũ và khẩu trang y tế, găng v khuẩn.

- Hộp thuốc chống shock

2.2. Dụng cụ sạch

- Giường sưởi hoặc lồng ấp

- Băng cuộn (nếu cần), băng dính

- Dụng cụ theo dõi dấu hiệu sinh tồn (nhiệt độ, monitoring...)

- Dụng cụ cấp cứu: bóng, mask, dây O2, bộ đặt NKQ, ống NKQ các cỡ, sonde hút, máy hút

- Thước dây (nếu cần)

- Bàn để dụng cụ và xô đựng rác thải theo quy định

3. Bệnh nhi

- Bệnh nhi nằm trong giường sưởi hoặc lồng ấp.

- Bệnh nhi nằm ngửa, có thể cố định tay chân trẻ.

- Sát khuẩn rốn và vùng xung quanh bằng bông tẩm cồn i-ốt.

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi đầy đủ y lệnh

- Tính chiều dài catheter:

+ Tính nhanh chiều dài catheter ở vị trí thấp : cân nặng (kg) + 7cm Hoặc: 2 lần khoảng cách từ rốn đến giữa nếp bẹn (cm)

+ Vị trí cao: 3x CN (kg) + 9 (cm)

Chú ý: Vị trí chính xác cần kiểm tra trên phim X-quang để điều chỉnh lại vị trí catheter (chỉ được rút bớt ra chứ không được đưa thêm vào).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Rửa tay vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang, sau đó rửa tay vô khuẩn lại, mặc áo choàng, đi găng vkhẩn.

- Trải säng có lỗ lên người trẻ, bộc lộ vùng có rốn đã sát khuẩn.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Trái sãng không lỗ lên bàn sẽ để dụng cụ. Lấy dụng cụ. Nối catheter với chạc ba. Lấy nước muối sinh lý pha heparin vào xi lanh và bơm đầy chạc ba và catheter.

- Buộc chân rốn và thắt nhẹ 1 nút thắt nếu rốn còn tươi để đề phòng chảy máu, dùng dao cắt rốn theo mặt phẳng ngang cách chân rốn 0.5-1cm. Nếu có chảy máu thì thắt chân rốn chặt hơn.

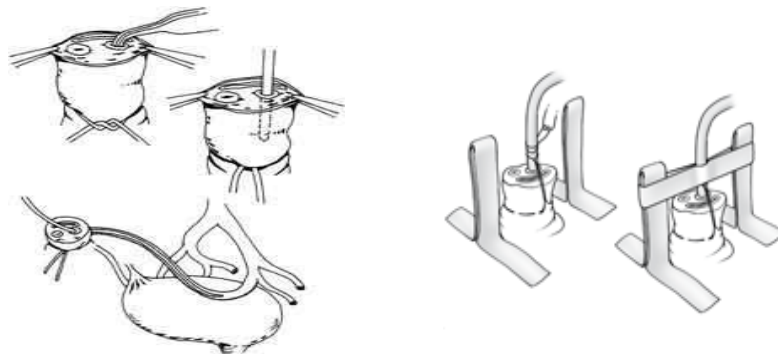
- Xác định động mạch rốn: Thông thường rốn có 1 tĩnh mạch và 2 động mạch. Tĩnh mạch thành mỏng manh, hình dẹt, thường ở phía nửa trên của mặt cắt rốn; động mạch thành dày, co tròn và thường ở vị trí 4h-7h.

- Giữ phần thạch Wharton bằng kim cong và nhẹ nhàng dùng panh cong để nong rộng lỗ động mạch rốn.

- Khi động mạch rốn đã được nong rộng, đưa catheter vào động mạch rốn đến chiều dài đã tính trước. Hút thử máu thấy ra dễ dàng.

- Cố định: Chúng tôi giới thiệu cách cố định bằng cầu băng dính và để hở chân rốn như hình dưới. Chú ý cần khâu chỉ thêm vào phần thạch Wharton vòng quanh chân catheter và buộc chặt, sau quần chặt phần chỉ còn lại xung quanh catheter và buộc lại sẽ tránh catheter bị đưa vào sâu khi đã hoàn tất thủ thuật.

- Chụp phim Xquang để xác định vị trí đầu catheter: từ T6-T9 nếu ở vị trí cao, từ L3-L4 nếu ở vị trí thấp



Chú ý:

- Tuyệt đối tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi làm thủ thuật, khi rút máu, khi chăm sóc.

- Quan sát chi dưới trong quá trình đặt catheter để phát hiện sớm biến chứng tắc mạch.

- Nên đặt catheter ở vị trí cao.

- Lưu catheter thường không quá 7 ngày để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng.

- Khi rút catheter thì rút rất chậm để tránh chảy máu.

- Để lưu catheter dùng dung dịch Natriclorid 0.9% hoặc glucose 5% có pha heparin 1UI/l.

VI. TAI BIẾN - XỬ TRÍ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

1. Nhiễm trùng

Không đảm bảo vô khuẩn trong quá trình đặt và chăm sóc catheter.

Xử trí: Rút catheter ngay.

2. Biến chứng tắc mạch

Do có cục máu đông tại chỗ hay di chuyển gây tắc mạch; tắc mạch do bóng khí, co mạch gây thiếu tưới máu chi dưới.

Xử trí: Rút catheter, ủ ấm chân khi thấy chân lạnh/tím/nhợt.

3. Chảy máu

4. Tổn thương thành mạch

Gây chảy máu ổ ạt trong ổ bụng, thủng tạng. Mời bác sỹ ngoại khoa khẩn cấp để can thiệp cấp cứu.

5. Viêm ruột hoại tử

Do giảm lưu lượng máu vào gan, thường do đầu catheter ở tĩnh mạch cửa.

Xử trí: Rút catheter ngay.

6. Hạ đường huyết

Đầu catheter sát động mạch thận tạng và dịch truyền qua catheter là glucose, glucose đi vào tụy, tăng sản xuất insulin.

Xử trí: Rút catheter về vị trí thấp, xử trí hạ đường huyết.

7. Tăng huyết áp

Đầu catheter gần động mạch thận gây giảm lưu lượng máu vào động mạch thận.

Xử trí: Rút catheter về vị trí thấp, dùng thuốc hạ huyết áp.

ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH RỒN Ở TRẺ SƠ SINH

Mã số: III-34

I. ĐẠI CƯƠNG

Tĩnh mạch rốn thường chưa đóng trong những ngày đầu sau đônên khá dễ tiếp cận, đặc biệt trong trường hợp cấp cứu. Đối với trẻ dưới 1000gr thì đặt catheter tĩnh mạch rốn là cần thiết ngay trong ngày đầu sau sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khi cần lấy đường truyền tĩnh mạch cấp cứu.
- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Thay máu toàn phần hay bán phần.
- Cần đường truyền trung tâm trong thời gian trong những ngày đầu ở trẻ thấp cân.
- Khi cần đường truyền dịch có nồng độ đường trên 12.5%.
- Khi trẻ cần truyền nhiều loại dịch và thuốc mà nếu lấy đường ngoại biên thì phải lấy nhiều hơn 1 đường truyền.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm rốn
- Thoát vị rốn (omphalocele) hoặc thoát vị qua khe hở thành bụng (gastroschisis).
- Viêm phúc mạc
- Viêm ruột hoại tử
- Tăng áp lực tĩnh mạch cửa

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ thực hiện, điều dưỡng phụ giúp

2. Dụng cụ

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- khay dụng cụ gồm: săng vô khuẩn có lỗ, kim kẹp kim, kéo/dao cắt rốn, panh có máu và không máu, thông nòng đầu tù.
- Kim 22G, chỉ tơ 3-0, bông, gạc, cồn 700 hoặc hoặc betadine 10% hoặc cồn i-ốt, bát vô khuẩn đựng bông gạc.
- Catheter tĩnh mạch dùng loại 3.5F hoặc 5F
- Chạc ba, xy lanh 5ml, nước muối sinh lý pha heparin 0.5- 1UI/ml

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Áo choàng, mũ và khẩu trang y tế, găng v khuẩn.
- Hộp thuốc chống shock

2.2 Dụng cụ sạch

- Giường sưởi hoặc lồng ấp
- Băng cuộn (nếu cần), băng dính
- Dụng cụ theo dõi dấu hiệu sinh tồn (nhiệt độ, monitoring...)
- Dụng cụ cấp cứu: bóng, mask, dây O2, bộ đặt NKQ, ống NKQ các cỡ, sonde hút, máy hút
- Thước dây (nếu cần)
- Bàn để dụng cụ và xô đựng rác thải theo quy định

3. Bệnh nhi

- Đặt trẻ nằm ngửa trong giường sưởi hoặc lồng ấp, có thể cố định tay chân trẻ.
- Sát khuẩn rốn và vùng xung quanh bằng bông tẩm cồn i-ốt.

4. Hồ sơ bệnh án

- Ghi chép đầy đủ y lệnh
- Tính chiều dài catheter
- + Theo công thức Shukla: $1.5 \times \text{Cân nặng} + 5.5$
- + Theo bảng đối chiếu với chiều dài đo từ mỏm vai đến rốn:

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Rửa tay vô khuẩn, đội mũ, đeo khẩu trang, sau đó rửa tay vô khuẩn lại, mặc áo choàng, đi găng vô khuẩn.
- Trải säng có lỗ lên người trẻ, bộc lộ vùng có rốn đã sát khuẩn.
- Trải säng không lỗ lên bàn sẽ để dụng cụ. Lấy dụng cụ; Nối catheter với chạc ba. Lấy nước muối sinh lý pha heparin vào xi lanh và bơm đầy chạc ba và catheter.
- Buộc chân rốn và thắt nhẹ 1 nút thắt nếu rốn còn tươi để đề phòng chảy máu, dùng dao cắt rốn theo mặt phẳng ngang cách chân rốn 0.5-1cm. Nếu có chảy máu thì thắt chân rốn chặt hơn.
- Xác định tĩnh mạch rốn

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Giữ phần thạch Wharton bằng kim cong, dùng panh cong không máu gấp sạch máu đông ở tĩnh mạch rốn rồi dùng thông nòng nhẹ lồng tĩnh mạch và đưa catheter vào đến chiều dài đã tính toán trước.

- Cố định như catheter động mạch rốn.

- Chụp phim Xquang để xác định vị trí đầu catheter: đầu catheter nên ở tĩnh mạch chủ dưới hoặc nhĩ phải, trên Xquang đầu catheter ngang hoặc ngay trên cơ hoành.

- Cho dịch truyền qua catheter: có pha heparin 0.5-1 UI/ml, hoặc nếu không truyền dịch thì truyền NaCl 0.9% hoặc NaCl 0.45% tốc độ 0.5 – 2ml/h để tránh huyết khối.

- Lưu catheter tĩnh mạch rốn: không nên quá 14 ngày vì tăng nguy cơ nhiễm khuẩn

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Nhiễm trùng chân catheter

Do không đảm bảo vô khuẩn trong quá trình đặt catheter và chăm sóc catheter. Xử trí: rút catheter ngay.

2. Viêm ruột hoại tử

Do giảm lưu lượng máu vào gan, thường do đầu catheter ở tĩnh mạch cửa. **Xử trí:** rút catheter ngay.

3. Tắc mạch do huyết khối hoặc bóng khí

Hội chẩn với chuyên gia tim mạch và huyết học để xử trí tùy tình huống.

4. Biến chứng tim mạch

Loạn nhịp, tràn dịch màng tim, huyết khối buồng tim, thủng buồng tim, vv... do catheter đi vào tim. Hội chẩn với chuyên gia tim mạch để xử trí tùy tình huống.

CHIẾU ĐÈN ĐIỀU TRỊ VÀNG DA SƠ SINH

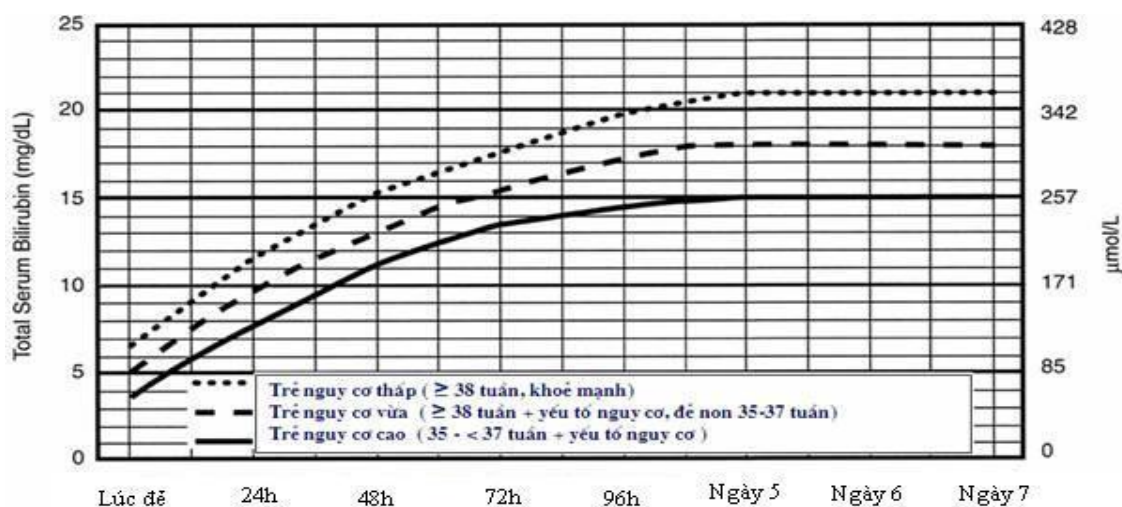
Mã số: III-186

I. ĐẠI CƯƠNG

Chiếu đèn là biện pháp phổ biến, đơn giản và hiệu quả nhất điều trị vàng da tăng Bilirubin gián tiếp ở trẻ sơ sinh. Chiếu đèn ánh sáng liệu pháp là dùng ánh sáng xanh hoặc trắng để chuyển Bilirubin tự do thành photobilirubin tan trong nước, không độc với tế bào não và đào thải ra ngoài theo nước tiểu

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định chiếu đèn trẻ > 35 tuần: theo tiêu chuẩn của Hiệp Hội Nhi khoa Hoa Kỳ (chú ý: chỉ định chiếu đèn dựa vào bilirubin toàn phần)



- Dựa vào bilirubin toàn phần (TSB) để chỉ định chiếu đèn
- Yếu tố nguy cơ:
 - Tan máu do bất đồng nhóm máu mẹ con, thiếu G₆PD, ngạt, nhiệt độ không ổn định, li bì, nhiễm khuẩn, toan chuyển hoá hoặc Albumin < 30g/dL
- Nếu trẻ 35-37 tuần, khoẻ mạnh, chỉ định chiếu đèn dựa vào TSB xung quanh đường cong nguy cơ vừa. Trẻ < 35 tuần theo biểu đồ phù hợp với tuổi thai
- Ngừng chiếu đèn khi bilirubin 2-3mg/dL hoặc 35-50 micromol/dL (phía dưới đường cong)

Cân nặng (g)	Trẻ khỏe mạnh		Trẻ có bệnh*	
	Chiếu đèn (Bili mg %)	Thay máu (Bili mg %)	Chiếu đèn (Bili mg %)	Thay máu (Bili mg %)

<1500	5-8	10-15	4-7	10-14
1501-2000	8-12	16-18	7-10	14-16
2000-2500	12-15	18-20	10-12	16-18

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

*Chỉ định điều trị: < 35 tuần

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trẻ vàng da do tăng bilirubin trực tiếp

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng chăm sóc

2. Phương tiện

- Lồng ấp: được vệ sinh sạch, hoạt động tốt (cài đặt thông số thích hợp)

- Đèn chiếu đủ tiêu chuẩn ánh sáng:

+ Các loại đèn: đèn led, đèn bóng tuýp, ...

+ Đèn ánh sáng xanh hoặc ánh sáng trắng, tốt nhất là loại ánh sáng xanh có bước sóng 400-480nm chiều cao đèn tới bệnh nhi khoảng 30-50cm

+ Thời gian sử dụng của đèn tuýp <2000 giờ, đối với đèn led nếu bị cháy > 40 bóng phải thay đèn, cần đánh dấu số giờ ở trẻ bắt đầu chiếu đèn để thay bóng khi tới hạn sử dụng.

- Băng che mắt hoặc kính bảo vệ (tốt nhất là màu đen, băng dính)

3. Bệnh nhi

- Giải thích cho người nhà bệnh nhi

- Đánh giá toàn trạng bệnh nhi

- Đánh giá mức độ vàng da trên lâm sàng trước khi chiếu đèn.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ y lệnh chiếu đèn.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng rửa tay

- Băng mắt cho trẻ bằng vải sẫm màu

- Đóng bím (tã) che bộ phận sinh dục, cởi trần toàn thân, bộc lộ vùng da càng nhiều càng tốt.

- Đặt trẻ vào lồng ấp ở trung tâm ánh sáng đèn, (lồng đã được làm ấm, trải ga, cuốn ổ).

- Bật công tắc đèn chiếu.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Điều chỉnh nhiệt độ lồng ấp theo nhiệt độ bệnh nhi
- Thay đổi tư thế tr khoảng 2 – 4 giờ/lần để da được tiếp xúc ánh sáng đèn nhiều hơn.
- Trẻ được chiếu đèn liên tục (trừ khi bú mẹ, làm thủ thuật)
- Chiếu đèn tích cực: dùng đèn chiếu 2 mặt nếu tr vàng da nặng hoặc mức độ vàng da tăng.
- Thực hiện xét nghiệm hàng ngày theo y lệnh
- Ghi hồ sơ tình trạng bệnh nhi

VI. THEO DÕI

- Mức độ vàng da, làm xét nghiệm theo y lệnh
- Tinh thần, trương lực cơ, phản xạ bú để phát hiện sớm vàng nhân não
- Chiếu đèn tích cực phối hợp 2- 3 đèn nếu mức độ vàng da tăng.
- Có thể cần thay máu khi chiếu đèn không hiệu quả.
- Ngừng chiếu đèn khi nồng độ bilirubin thấp theo bảng trên

VII. TAI BIẾN

- Những tác dụng phụ khi chiếu đèn: Rối loạn thân nhiệt, tăng kích thích, đi ngoài phân lỏng, mẩn đỏ ngoài da, hội chứng trẻ da đồng
- Tổn thương mắt. Phòng tránh: theo dõi và kiểm tra vị trí băng mắt.
- Mất nước. Phòng tránh: đảm bảo chế độ ăn của trẻ và dịch truyền (nếu có): tăng nhu cầu nước cơ bản từ 15-20% mỗi ngày.
- Bỏ phòng tránh để khoảng cách từ đèn đến người bệnh qua gần theo dõi nhiệt độ bệnh nhi.

HÚT ĐỜM QUA ỐNG NỘI KHÍ QUẢN BẰNG CATHETER

Mã số: III-91

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hút dịch nội khí quản (NKQ) là loại bỏ các chất dịch xuất tiết ra từ khí, phế quản, giúp làm thông thoáng ống nội khí quản và các khí, phế quản.

- Hút dịch NKQ kín là hút bằng sonde hút kín. Sonde ống thông hút kín được đựng trong một túi kín vò trũng, một đầu gắn trực tiếp với hệ thống dây máy thở và ống NKQ của người bệnh nên khi hút dịch nội khí quản người bệnh vẫn đảm bảo 100% thời gian thở máy. Nên làm giảm nguy cơ thiếu oxy máu và nguy cơ nhiễm khuẩn phổi tại bệnh viện

II. CHỈ ĐỊNH

- Thấy có đờm trong ống nội khí quản.
- Nghe phổi có ran ứ đọng.
- Di động lồng ngực kém hoặc không di động.
- SpO2 giảm hoặc CO2 tăng
- Trước khi rút ống nội khí quản cho người bệnh.
- Lấy bệnh phẩm đờm để xét nghiệm.
- Bệnh nhi thở máy cao tần (HFO).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện:

Điều dưỡng trang phục theo quy định

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Sonde hút kín vô trùng phù hợp kích cỡ ống NKQ: 01bộ đường kính ngoài của ống hút không vượt quá $\frac{1}{2}$ đường kính trong của ống nội khí quản).

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- + Ống NKQ số 3 - 4 tương đương sonde hút số 6 Fr
- + Ống NKQ số 4.5 - 5 tương đương sonde hút số 8Fr
- + Ống NKQ số ≥ 6 tương đương sonde hút số 10 – 12 Fr
- Bơm tiêm 10ml: 01
- Dung dịch NaCL 0,9%
- Hộp bông cotton, gạc
- Khay quả đậu

2.2. Dụng cụ sạch

- Máy hút điện hoặc hệ thống hút trung tâm có bình dung dịch khử khuẩn
- Bóng ampu, mask phù hợp với người bệnh
- Dây nối và nguồn oxy
- Máy đo độ bão hòa oxy, ống nghe
- Găng tay chăm sóc
- Dung dịch sát trùng nhanh

3. Bệnh nhi

- Đặt trẻ nằm ngửa, đầu cao 30 độ
- Kiểm tra lại vị trí ống NKQ, cố định lại nếu cần
- Nếu bệnh nhi có ứ đọng nhiều đờm, dịch có thể thay đổi tư thế kết hợp vỗ dung trước khi hút.

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án, giấy theo dõi bệnh nhi thở máy đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra bệnh án

3. Thực hiện kỹ thuật : Thực hiện bởi 1 điều dưỡng

- Rửa tay thường quy.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Trước khi hút tăng FiO₂ lên 10-20% so với chỉ số FiO₂ cài đặt ban đầu, tối thiểu 30 giây – 1 phút. Trường hợp đặc biệt có thể tăng lên 100%.

- Sát trùng và nối sonde hút với máy hút, kiểm tra cài đặt áp lực máy hút

- Sát trùng tay, đi găng chăm sóc

- Xoay van hút ở cuối sonde hút 180 độ để mở

- Một tay giữ đầu chữ y, một tay đưa sonde vào ống NKQ qua bao nilon chiều dài sonde đưa vào bằng chiều dài ống NKQ.

- Ấn van hút để hút dịch, vừa ấn hút liên tục vừa kéo từ từ sonde hút ra ngoài kéo sonde hút thẳng ra, không làm xoắn sonde.

- Nếu trường hợp dịch đặc có thể bơm 0,25- 0,5ml nước muối 0,9% vào ống nhựa ở đầu ống sonde và hút lặp lại đến khi hết dịch.

- Sau khi hút hết dịch, rút ống sonde ra hết chiều dài bao nilon.

- Làm sạch sonde hút 1 tay bơm nước muối 0,9% qua ống nhựa ở đầu ống sonde đồng thời 1 tay ấn van hút ở cuối sonde để hút đến khi sạch ống sonde)

- Tháo sonde ra khỏi máy hút.

- Xoay van hút 180 độ để khóa.

- Hút dịch miệng mũi (nếu có) hoặc vệ sinh khoang miệng cho BN

- Thu dọn dụng cụ, rửa tay, ghi hồ sơ.

VI. THEO DÕI

- Sau khi hút xong kiểm tra lại vị trí ống nội khí quản, nghe thông khí phổi hai bên để đánh giá hiệu quả hút đờm.

- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp.

- Đánh giá tình trạng người bệnh trong và sau khi hút về màu sắc da, nhịp thở, nhịp tim, độ bão hòa oxy.

- Giảm dần chỉ số FiO₂ trên máy thở về chỉ số cài đặt ban đầu khi người bệnh đã ổn định, SpO₂ đã cải thiện tốt hơn.

- Đánh giá số lượng, màu sắc, tính chất dịch xuất tiết, nếu thấy bất thường báo bác sĩ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Vệ sinh catheter hút kín sạch sẽ sau mỗi lần hút, thay đổi catheter 3 ngày/lần.

Lưu ý

- Trong khi hút nếu thấy người bệnh tím tái và SpO₂ giảm thì phải ngừng hút, bóp bóng và kiểm tra ống NKQ có bị tuột không bằng cách nghe thông khí phổi hai bên.

- Nếu tuột ống NKQ thì phải bóp bóng qua mask và báo bác sỹ

- Nếu đang hút mà bệnh nhi có nôn chớ thì ngừng hút, đặt nằm nghiêng một bên và hút mũi miệng cho bệnh nhi.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tuột ống nội khí quản → Đặt lại ống

- Tổn thương niêm mạc khí, phế quản.

- Loạn nhịp tim.

- Co thắt phế quản.

- Tăng, hạ huyết áp.

- Tăng áp lực nội sọ.

- Nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới.

- Sang chấn tâm lý.

- Phòng tránh

- Thực hiện đúng các bước trong quy trình, đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn, theo dõi sát tình trạng của người bệnh.

THỞ MÁY KHÔNG XÂM NHẬP (NCPAP- BIPAP)

Mã số: III-82

I. ĐẠI CƯƠNG

Các phương pháp hỗ trợ hô hấp không xâm nhập như thông khí áp lực dương liên tục (CPAP : Continuous positive airway pressure) và thông khí với 2 ngưỡng áp lực dương (BIPAP) là những phương pháp thông khí hỗ trợ được sử dụng rộng rãi trong các đơn vị hồi sức, đặc biệt là hồi sức sơ sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

Cả NCPAP và BIPAP đều được chỉ định hỗ trợ hô hấp trong những trường hợp suy hô hấp nhưng còn nhịp tự thở, thường trong các trường hợp:

- Cai máy thở
- Trẻ đẻ non có bệnh lý màng trong
- Cơn ngừng thở ở trẻ đẻ non
- Bệnh lý loạn sản phế quản phổi ở trẻ đẻ non
- Viêm phổi
- Hội chứng hít phân su nhẹ - trung bình
- Chậm tiêu dịch phổi
- Phù phổi, chảy máu phổi
- Mềm thanh quản, nhuyễn khí quản
- Tăng áp phổi BIPAP ưu tiên được lựa chọn trong các trường hợp sau
 - + Khi NCPAP thất bại
 - + Cai máy thở cho những bệnh nhi phải thở máy xâm nhập kéo dài hoặc là trẻ đẻ cực non, cân nặng cực thấp.
 - + Sử dụng sớm ngay sau sinh hoặc sau liệu pháp INSURE đặt nội khí quản - bơm Surfactant - rút nội khí quản cho nhóm trẻ sinh rất non hoặc cực non.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tràn khí màng phổi chưa được dẫn lưu
- Tăng áp lực nội sọ: xuất huyết não, viêm màng não
- Rò khí – thực quản
- Thoát vị hoành
- Teo tịt lỗ mũi sau
- Hở hàm ếch nặng

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Chảy máu mũi nặng
- Viêm phổi có bóng khí
- Shock do bất kỳ nguyên nhân nào
- Tắc ruột hoặc viêm ruột hoại tử

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, điều dưỡng

2. Phương tiện

- Máy thở CPAP hoặc BIPAP
- Sonde gọng mũi
- Băng cố định
- Monitoring theo dõi nhịp tim, spO₂, huyết áp
- Sonde hút
- Găng vô khuẩn
- Máy hút

3. Bệnh nhi

- Giải thích cho người nhà bệnh nhi trước khi tiến hành thở máy không xâm nhập.

- Đảm bảo thân nhiệt.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ y lệnh thở máy, biên bản thủ thuật theo đúng qui định vào hồ sơ bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra bệnh án

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh ở tư thế trung gian
- Đặt gọng CPAP mũi cho bệnh nhi. Với các máy Infant flow driver có gọng riêng biệt, chọn kích cỡ gọng phù hợp với trẻ. Cố định gọng CPAP cẩn thận.

- Kiểm tra sự hoạt động bình thường của máy thở

+ Hệ thống dây nối, bình lắp đúng và kín + Các chỉ số cài đặt – áp lực, FiO₂, lưu lượng theo y lệnh trong hồ sơ bệnh án

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Chuẩn bị máy CPAP/ BIPAP.
- + Đổ nước vào bình tạo áp lực (với máy CPAP cột nước) và bình làm ẩm ở các mức vạch đã được đánh dấu.
- + Nối máy CPAP/BIPAP với hệ thống oxy và khí n n.
- + Đặt mức áp lực CPAP
- + Chiều sâu của cột áp lực ngâm trong nước. Thường bắt đầu với áp lực 6-7 cm H₂O.
- + Với CPAP lưu lượng thay đổi và BIPAP: Chỉnh lưu lượng để đạt mức áp lực mong muốn. Thường bắt đầu với áp lực 5- 6cm H₂O
- + Với BIPAP
- + Cài mức CPAP nền 4-6 cm H₂O, mức CPAP ngưỡng cao: 2-3 cm trên mức CPAP nền
- + T-high 0,5- 1
- + Tần số 10 – 30
- + Đặt mức nhiệt độ và độ ẩm thích hợp: Độ ẩm khoảng 50%, có thể tăng đến 80% khi thời tiết khô. Nhiệt độ thường đặt từ 36- 37,5 độ C
- + Chỉnh FiO₂
- + Với CPAP cột nước: Chỉnh lưu lượng oxy và khí nén để đạt nồng độ oxy trong khí thở vào mong muốn (thường bắt đầu với FiO₂ 40%)và bọt khí sủi ra đều đặn.
- + Với CPAP lưu lượng thay đổi và BIPAP: vặn núm chỉnh FiO₂
- + Bật đèn báo động
- Nối máy CPAP/ BIPAP với người bệnh.

Thở CPAP qua van Benveniste

- Lắp hệ thống thở áp lực dương liên tục:
- + Mở bình làm ẩm và đặt giấy thấm vào ống xoắn, gắn lại bình làm ẩm
- + Đổ nước cất vô trùng vào bình làm ẩm.
- + Gắn đầu cắm của lưu lượng kế vào các van của khí nén và oxy.

Chú ý: Màu qui định lỗ air màu đen và lỗ oxy màu trắng.

- + Đặt buồng làm ẩm vào bộ phận làm ẩm
- + Lắp hệ thống dây dẫn:
- + Từ bộ phận trộn khí đến bình làm ẩm bằng đoạn dây dẫn khí

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Từ bình làm ấm đến bể nước và đến ba chia gắn nhiệt kế bằng đoạn dây máy thở, gắn nhiệt kế. Đặt bể nước vị trí thấp hơn người bệnh. Mặt số nhiệt kế quay ra trước.

+ Từ ba chia đến van Benveniste bằng đoạn dây dẫn khí,

+ Gắn cannula vào van Benvenist

+ Cắm điện 220V bật nút “ON” bình làm ấm và điều chỉnh núm xoay nhiệt độ giữ nhiệt độ bình làm ấm $33 \pm 10C$

- Vận lưu lượng oxy và Air theo y lệnh, kiểm tra áp lực

- Cố định cannula vào mũi người bệnh

- Rửa tay ghi hồ sơ

- Đánh giá toàn trạng của bệnh nhi

+ Nhịp thở, cơn ngừng thở, mức độ gắng sức

+ Tưới máu ngoại vi, mạch

+ spO2

+ Suy hô hấp (rút lõm lồng ngực, thở rên, phập phồng cánh mũi)

+ Xuất tiết dịch, màu sắc da mũi, chướng bụng, dịch dạ dày, độ thoải mái của trẻ.

VI. THEO DÕI

1. Theo dõi và phát hiện những bất thường của máy thở

2. Theo dõi sát toàn trạng bệnh nhi và cai máy thở sớm nhất có thể

3. Người bệnh suy hô hấp nặng hơn phải chuyển sang thở máy xâm nhập

4. Các chăm sóc điều trị phối hợp khác

Xem quy trình chống nhiễm khuẩn, đảm bảo thân nhiệt, chế độ ăn/ truyền dịch, y lệnh thuốc, sự thoải mái của trẻ.

Chú ý: Sau khi cho trẻ ăn nên mở sonde dạ dày để tránh chướng bụng hạn chế chèn ép gây khó thở.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tắc sonde CPAP

- Biểu hiện: Tím tái, SpO2 giảm, thở co kéo cơ hô hấp, bình áp lực không sủi.

- Xử trí : Rút sonde, hút dịch nếu cần và thay sonde mới

2. Đặt sonde quá sâu

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Biểu hiện: Người bệnh kích thích hoặc tím tái, nhịp tim tăng hoặc giảm, bụng chướng (cần phân biệt với chướng bụng trong viêm ruột hoại tử, kèm dịch dạ dày bản).

- **Xử trí** : Nhanh chóng rút sonde, kiểm tra, hồi sức nếu cần, đặt lại sonde khác, theo dõi sát. Đặt sonde dạ dày trong quá trình thở máy để làm giảm chướng bụng.

3. Tổn thương mũi

- Biểu hiện: chảy máu mũi, có máu khi hút dịch, tăng xuất tiết, viêm nhiễm, hoại tử vách mũi

- **Xử trí** : Thận trọng khi đặt sonde CPAP, chỉ hút dịch khi cần, thủ thuật hút đúng, bôi trơn sonde trước khi đặt, đặt sonde luân chuyển mỗi ngày một bên mũi.

4. Trẻ kích thích nhiều

Xử trí: Đặt trẻ nằm tư thế thoải mái, tránh ánh sáng, tiếng ồn, hạn chế người tiếp xúc, tìm nguyên nhân gây trẻ kích thích. Báo bác sĩ khi trẻ kích thích quá mức

5. Tràn khí màng phổi (ít gặp)

- Biểu hiện: Người bệnh đột ngột tím tái, SpO2 giảm, nghe thông khí phổi giảm, gõ vang, chụp Xq phổi chẩn đoán

- **Xử trí** : chuyển thở máy, hút dẫn lưu khí màng phổi

6. Nhiễm khuẩn

Đề phòng bằng cách luôn đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn trong thực hiện qui trình cho bệnh nhi thở máy không xâm nhập, tiệt trùng máy thở theo đúng qui định.

7. Biến chứng khác (ít gặp)

Hạ huyết áp, tăng áp lực nội sọ

THEO DÕI HUYẾT ÁP LIÊN TỤC TẠI GIƯỜNG

Mã số: III-46

I. ĐẠI CƯƠNG

Có hai phương pháp đo HA: không xâm nhập và huyết áp xâm nhập. Đo HA không xâm nhập ở tr b o phì hoặc ở tr sơ sinh có thể đánh giá không chính xác. Huyết áp xâm nhập thường đánh giá kết quả chính xác và cần thiết cho người bệnh hồi sức, người bệnh sốc, hoặc người bệnh cần làm xét nghiệm khí máu nhiều lần.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhi nặng cần kiểm soát huyết áp động mạch.
- Người bệnh sốc kéo dài, hạ huyết áp nặng.
- Nguy cơ rối loạn huyết động trong và sau phẫu thuật đặc biệt là phẫu thuật tim và mạch máu lớn.
- Trong trường hợp cần lấy khí máu động mạch, máu làm xét nghiệm theo giờ.
- Trường hợp trẻ rất nhỏ hoặc không đo được qua HA không xâm nhập.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn chức năng đông máu nặng.
- Sung phù không lấy được động mạch.
- Vùng da nhiễm trùng, không có da.
- Test Allen dương tính

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng có kinh nghiệm và đã qua đào tạo về QTKT theo dõi huyết áp liên tục

2. Phương tiện

- Máy monitoring có chức năng theo dõi huyết áp xâm nhập
- Bóng áp lực Transducer – Dom.
- Bao áp lực, thước cân bằng.

3. Bệnh nhi và gia đình bệnh nhi

- Giải thích cho bệnh nhi và gia đình sự cần thiết của thủ thuật đo HA liên tục.
- Giải thích những tai biến và biến chứng có thể xảy ra khi tiến hành thủ thuật.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

- Y lệnh thực hiện quy trình kỹ thuật đặt động mạch theo dõi huyết áp liên tục.

- Y lệnh thời gian theo dõi và ghi phiếu theo dõi chỉ số huyết áp

- Những theo dõi đặc biệt chỉ số huyết áp bất thường

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Kiểm tra hệ thống máy

- Máy monitor có chức năng đo huyết áp xâm nhập, cáp IBP nối với hệ thống DOM. Cài đặt giới hạn báo động huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu, huyết áp trung bình tùy thuộc vào người bệnh.

- Bao áp lực đặt chai dịch NaCl 0,9% 500 ml pha 500 UI Heparin, bơm căng bao áp lực ≥ 150 mm Hg với trẻ sơ sinh, ≥ 300 mmHg với trẻ lớn để được tốc độ bơm dịch qua bộ đo HADMXL 2-3ml/giờ. Nếu không có túi bơm áp lực, có thể thay bằng bơm tiêm tự động bơm với tốc độ 1ml- 2ml/giờ.

- Giá đỡ DOM đặt ngang với đường rạch giữa của bệnh nhi, hệ thống dây dẫn nối từ catheter động mạch với hệ thống DOM hướng lên trên, phần nối từ DOM với cáp phía dưới.

3.2. Tiến hành đo: ZERO máy

- Khóa đường vào động mạch bệnh nhi, mở nút màu cam (đảm bảo hệ thống không có bọt khí).

- Chọn và ấn MENU, chọn PRESS, chọn ZERO CALIBRATIN, chọn và ấn ZERO CAL, mở khóa thông đường vào động mạch, đẩy nút màu cam.

- Chọn và ấn MENU, chọn PRESS, chọn ZERO CALIBRATION, chọn và ấn ZERO CAL, mở khóa thông đường vào động mạch, đẩy nút màu cam.

- Màn hình Monitor sẽ thể hiện sóng huyết áp, chỉ số huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu và huyết áp trung bình.

3.3. Những yếu tố ảnh hưởng đến chỉ số huyết áp xâm nhập

- Thực hiện ZERO không đúng, thay đổi tư thế người bệnh không ZERO lại máy.

- Gập catheter hoặc catheter chạm thành mạch.

- Tắc catheter

IV. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Đường động mạch chỉ sử dụng để đo huyết áp xâm nhập, lấy máu làm xét nghiệm. Chỉ sử dụng trong trường hợp khẩn cấp.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Bộ đo huyết áp nên Zero 8h/ lần.
- Theo dõi màu sắc các ngón tay chân để đánh giá sự tưới máu ngoại vi.
- Theo dõi vị trí chân catheter 12h/ lần phát hiện dấu hiện sưng đỏ, phù nề rỉ máu. Thay băng cố định khi cần hoặc khi có rỉ máu.
- Kiểm tra các điểm nối trên bộ đo huyết áp xâm lấn tránh gây chảy máu ồ ạt.
- Trước khi sử dụng khóa chạc 3 nên hút hết khí vào bơm tiêm, loại bỏ bọt khí hoặc máu đông trên đường dẫn truyền.
- Không để khí có trong hệ thống dây dẫn. Nếu có khí tại đầu chạc 3 và dây dẫn, thì đóng khóa tới người bệnh, tháo bơm tiêm khỏi chạc 3 và đẩy khí. Nếu có khí trong catheter, đóng khóa chạc 3 với hệ thống và sử dụng bơm tiêm hút khí và sau đó làm sạch catheter.
- Khi máy theo dõi có dạng sóng có thể có nguy cơ giảm cung lượng tim, có khí trong catheter hoặc trong hệ thống hoặc huyết khối tại đầu catheter.

V.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Bộ đầu DOM bị lỗi, thay đầu DOM
- Đầu nối với khóa bị nứt làm hở huyết áp sẽ giảm hoặc máu sẽ trào ngược vào hệ thống → thay
- Có khí trong hệ thống. Đuổi và hút khí
- Áp lực không đủ là nguyên nhân gây tắc catheter, kiểm tra bóng áp lực
- Huyết áp đo không đúng khi đặt đầu DOM không đúng với người bệnh: Huyết áp thấp hơn khi đặt DOM ở vị trí cao, huyết áp cao hơn khi đặt DOM ở vị trí thấp. Điều chỉnh vị trí
- Đầu catheter chạm vào thành mạch máu (nguyên nhân sóng áp lực có hình dẹt. Điều chỉnh kim, nếu không được phải đặt lại
- Hoại tử chi: thực hiện test ALLEN trước khi đặt động mạch. Kiểm tra sự tưới máu chi.
- Chảy máu vị trí chân kim: băng cố định, ấn chặt vị trí chân kim khi rút catheter.
- Tắc catheter: Đẩy dịch chứa heparin sau khi rút máu và mỗi 6h.
- Nhiễm khuẩn vị trí chân catheter, toàn thân: Thực hiện nguyên tắc vô khuẩn, thay băng cố định khi cần hoặc khi có rỉ máu.

MỞ MÀNG PHỔI TỐI THIỂU

Mã số: III-85

I. ĐỊNH NGHĨA

Mở màng phổi tối thiểu là đặt ống dẫn lưu, hoặc kim chọc hút qua khe liên sườn nhằm đưa khí hoặc dịch, máu, mủ từ khoang màng phổi qua ống dẫn lưu ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tràn khí màng phổi
- Tràn dịch (thanh dịch, máu, mủ) màng phổi nhiều

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chống chỉ định tương đối trong trường hợp người bệnh có rối loạn đông máu nặng, rối loạn nhịp tim nặng có nguy cơ ngừng tim trong khi làm thủ thuật

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ và điều dưỡng ICU (hồi sức cấp cứu) có kinh nghiệm, thành thạo trong qui trình

2. Phương tiện

- Dụng cụ gây tê: thuốc tê, ống tiêm
- Dụng cụ mổ: dao, kéo, kìm, banh, kim, chỉ, khăn mổ, găng...
- Dụng cụ dẫn lưu, hoặc kim chọc hút, ống dẫn lưu kích thước tùy kỹ thuật và tùy người bệnh.

3. Người bệnh

- Tình trạng huyết động, hô hấp
- Vị trí đặt cannula
- Sát khuẩn, vô trùng

4. Hồ sơ người bệnh

Đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chọc hút dẫn lưu khí bằng kim

- Người bệnh ở tư thế đầu hơi cao

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Sát trùng da vị trí dẫn lưu - Vị trí chọc dẫn lưu khí thường chọn khoang liên sườn 2 hay 3 trên đường giữa đòn.

- Đeo găng và trải khăn vô trùng

- Gây tê tại chỗ

- Dùng kim nhựa có nòng số 20G, nên chọc vào chính giữa khoảng liên sườn để tránh các mạch máu liên sườn vùng này

- Khi kim đã vào khoang màng phổi thì rút bỏ nòng kim loại và lưu lại kim nhựa.

- Khi người bệnh đã ổn định nên có thể cân nhắc rút bỏ kim hoặc thay thế kim chọc dò này bằng hệ thống dẫn lưu màng phổi liên tục nếu tình trạng tràn khí áp lực cao tiếp tục diễn tiến.

- Chụp X Quang kiểm tra sau chọc

3.2. Chọc hút dịch màng phổi bằng kim

- Tư thế người bệnh: Người bệnh ở tư thế nửa nằm, nửa ngồi hoặc nằm ngửa. Bàn tay phía bên chọc hút, đặt ở sau gáy để mở rộng vùng dưới nách.

- Vị trí chọc : Khoang liên sườn 6 đường nách giữa

- Đánh dấu vị trí cần chọc, sát khuẩn và trải khăn

- Đội mũ, khẩu trang, mang găng mặc áo choàng mô

- Gây tê bờ trên xương sườn dưới bằng thuốc tê - Kim chọc là loại kim 20 G (gồm catheter và kim chọc. Khi đã chọc kim vào khoang màng phổi, đẩy catheter vào thêm, rút kim và ống tiêm, cố định catheter, nối catheter vào hệ thống hút

- Khi người bệnh đã ổn định nếu có thể cân nhắc rút bỏ kim hoặc thay thế kim chọc dò này bằng hệ thống dẫn lưu màng phổi liên tục nếu tình trạng tràn dịch nhiều và có nguy cơ tràn dịch tái phát.

- Chụp X Quang kiểm tra sau chọc

VI. THEO DÕI

- Tình trạng hô hấp huyết động sau làm thủ thuật

- Tình trạng dẫn lưu khí hoặc dịch có lưu thông tốt hay không

- Chỉ định rút dẫn lưu sớm khi có thể

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu do tổn thương mạch máu liên sườn, tổn thương phổi gây chảy máu phổi : tùy theo mức độ xử trí phù hợp.

- Đặt ra ngoài màng phổi: đặt lại dẫn lưu.

THẨM PHÂN PHỨC MẠC

Mã số: III-1369

I. ĐỊNH NGHĨA

- Lọc màng bụng thẩm phân phúc mạc là phương pháp sử dụng màng bụng của người bệnh làm màng lọc thay thế cho thận suy, để lọc các chất chuyển hóa, nước, điện giải ra khỏi cơ thể người bệnh và giúp cân bằng nội môi.

- Có 2 hình thức lọc màng bụng
- + Lọc màng bụng liên tục ngoại trú (CAPD)
- + Lọc màng bụng tự động bằng máy (APD)

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh suy thận cấp chống chỉ định hoặc không thực hiện được kỹ thuật thận nhân tạo.

- Người mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối (mức lọc cầu thận dưới 15 ml/phút/1,73 m² da).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Màng bụng không còn chức năng lọc, bị kết dính diện rộng làm cản trở dòng chảy của dịch lọc.

- Người bệnh không tự thực hiện lọc màng bụng và không có người hỗ trợ phù hợp.

- Trong một số trường hợp bất thường về màng bụng và thành bụng không thể khắc phục (thoát vị rốn, thoát vị cạnh rốn bẩm sinh, thoát vị hoành, rò bàng quang...)

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD).

2. Chống chỉ định tương đối

- Rò rỉ màng bụng
- Nhiễm trùng da hay thành bụng
- Thể tích khoang màng bụng hạn chế (như trường hợp thận đa nang, gan to, lách to,...)

- Bệnh lý động mạch hai chi dưới

- Suy dinh dưỡng nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Bác sỹ chuyên khoa thận - tiết niệu hoặc bác sỹ có chứng chỉ định hướng chuyên khoa thận - tiết niệu và giấy chứng nhận đào tạo kỹ thuật lọc màng bụng.

- Điều dưỡng được đào tạo kỹ thuật

2. Phương tiện

- Cơ sở khám bệnh, chữa bệnh có phòng mổ để can thiệp catheter, các phòng buồng riêng để thực hiện kỹ thuật gồm: khám, thay dịch và huấn luyện kỹ thuật, điều trị biến chứng. Phòng thay dịch và huấn luyện kỹ thuật phải bảo đảm vô trùng.

- Trang thiết bị

+ Máy lọc màng bụng liên tục nếu chỉ định thực hiện bằng máy.

+ Trang thiết bị phòng mổ theo quy định.

+ Vật tư tiêu hao: catheter, hệ thống dây nối, nút titanium, dịch lọc và các vật tư tiêu hao phù hợp khác.

+ Phương tiện thông tin liên lạc với người bệnh ngoại trú điện thoại, internet...

3. Người bệnh

Giải thích tình trạng bệnh và quy trình cũng như tai biến có thể xảy ra khi làm thủ thuật cho người bệnh và gia đình.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Khám bệnh, lập hồ sơ bệnh án, tư vấn lựa chọn hình thức lọc màng bụng

2. Kiểm tra người bệnh

- Kiểm tra đối chiếu với thông tin trong bệnh án

- Đánh giá và xử trí tình trạng người bệnh theo trình tự ABC

3. Thực hiện kỹ thuật

- Thực hiện quy trình kỹ thuật đặt catheter ổ bụng phẫu thuật đặt Catheter lọc màng bụng chu kỳ bằng phương pháp mổ mở hoặc mô nội soi ổ bụng.

- Chăm sóc người bệnh sau đặt catheter

- Huấn luyện người bệnh và người hỗ trợ thực hành lọc màng bụng

- Quy trình thay dịch

+ Nơi thay dịch: thoáng sạch, tắt quạt, ánh sáng tốt, không có chó mèo hay người qua lại.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Chuẩn bị sẵn: Bàn phẳng sạch, túi dịch, hai kẹp xanh. Một nắp đậy mới, khẩu trang, khăn bông khô sạch.

+ Các bước thay dịch.

Bước 1: Lau sạch mặt bàn

Bước 2: Bóc túi dịch và để túi dịch, kẹp xanh, nắp đậy lên bàn

Bước 3: Đeo khẩu trang

Bước 4: Rửa tay sạch sẽ 6 bước, lau khô tay bằng khăn bông

Bước 5: Kiểm tra túi dịch 6 bước

Bước 6: Tách rời hoàn toàn hai túi và hai dây

Bước 7: Dùng kẹp xanh kẹp vào dây có túi nước sạch

Bước 8: Bỏ van màu xanh lá cây ở túi chứa nước sạch

Bước 9: Treo túi lên móc

Bước 10: Thả túi không xuống đất

Bước 11: Để ống dẫn từ bụng ra lên đùi

Bước 12: Bàn tay trái nắm chặt dây, tay phải móc vào nút xanh lá cây mạnh, thả luôn nắp xuống đất

Bước 13: Tay phải cầm lấy ống thông ở đùi lên, dùng hai ngón tay trái mở nút trắng, thả luôn xuống đất.

Bước 14: Nối dây vào ống dẫn

Bước 15: Vặn nút trắng phía trong mở ra, để dịch từ bụng xuống túi dưới đất cho đến khi hết

Bước 16: Đóng nắp trắng phía trong lại

Bước 17: Mở kẹp xanh, đếm 1-2-3-4-5 đuổi hết khí trong dây

Bước 18: Kẹp kẹp xanh vào dây xuống đất

Bước 19: Mở nút trắng phía trong cho dịch vào bụng

Bước 20: Đóng nắp trắng phía trong

Bước 21: Kẹp kẹp xanh khác vào dây dẫn phía trên

Bước 22: Bóc nút trắng mới

Bước 23: Tháo dây

Bước 24: Đóng nút trắng vào

Bước 25: Cho ống dẫn vào túi

Bước 26: Kiểm tra dịch đã ra, cân dịch ra

Bước 27: Ghi vào sổ lượng dịch vào, ra, màu sắc.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Bước 28: Túi dịch bắn cắt góc để nước chảy hết vào bồn cầu sau đó cuộn tròn cho vào thùng rác nhớ giữ kẹp xanh lại

Bước 29: Vệ sinh lại bàn, kẹp xanh, khẩu trang, khăn bông và nơi thay dịch

VI. THEO DÕI NGƯỜI BỆNH

1. Sau đặt catheter

- 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.

- Sau 5-7 ngày: thay băng lỗ ra catheter exit site, cắt chỉ vết mổ

- Từ 7-14 ngày: thực hiện thay dịch với thể tích tăng dần từ 500 - 1500ml/lần, ở tư thế nằm.

- Sau 14 ngày: thực hiện thay dịch lọc thường qui, hàng ngày 1500 ml - 2000 ml/ lần x 4 lần/ ngày.

2. Giai đoạn điều trị ngoại trú

- Người bệnh tự điều trị tại nhà: thay dịch lọc hàng ngày, 4 lần/ ngày, có sự tư vấn của bác sĩ và điều dưỡng chuyên khoa từ xa qua điện thoại và internet.

- Người bệnh đến khám và xét nghiệm kiểm tra định kỳ 1 lần/tháng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Các biến chứng liên quan trực tiếp đến quá trình lọc màng bụng bao gồm

1. Biến chứng không nhiễm trùng

- Nguyên nhân cơ học: Thoát vị, rò dịch, tắc catheter, thay đổi vị trí catheter.

- Nguyên nhân khác: Xơ hóa màng bụng, rối loạn chuyển hóa glucit, rối loạn chuyển hóa lipit.

2. Biến chứng nhiễm trùng

2.1. Nhiễm trùng lối ra (chân ống)

Nhiễm trùng lối ra của catheter là tình trạng sưng, đỏ da quanh chân catheter có hoặc không có dịch tiết mủ.

- Viêm đỏ lối ra chưa có mủ: chăm sóc tại chỗ

- Viêm đỏ lối ra có mủ: phết mủ nhuộm Gram và cấy, có thể đợi kết quả kháng sinh đồ nếu không có nhiễm trùng đường hầm.

- Viêm đỏ lối ra có mủ có thể ấn đau dọc theo đường hầm catheter: sử dụng kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ (nếu có), ưu tiên lựa chọn nhóm Quinolon, Beta-lactam, Cephalosporin

2.2. Nhiễm trùng đường hầm

- Là tình trạng sưng, đỏ, đau vùng đường hầm dưới da có hoặc không có dịch tiết mủ

- Xử trí: tương tự nhiễm trùng lõi ra. Trường hợp có áp xe và không đáp ứng điều trị sẽ chỉ định chích rạch dẫn lưu mủ, bơm rửa đường hầm.

2.3. Viêm phúc mạc(VPM)

- Viêm phúc mạc là tình trạng nhiễm trùng ổ bụng do vi khuẩn hoặc do nấm trong quá trình lọc màng bụng. Dấu hiệu đặc hiệu là đau bụng, dịch lọc đục.

- Người bệnh viêm phúc mạc cần điều trị nội trú. VPM gây xơ hóa và mất chức năng siêu lọc của màng bụng, do đó cần chẩn đoán sớm và điều trị tích cực.

TẠO NHỊP CẤP CỨU VỚI ĐIỆN CỰC TRONG

Mã số: III-26

I. ĐỊNH NGHĨA

Tạo nhịp tim tạm thời bằng điện cực được đặt trong buồng tim qua đường tĩnh mạch là một kỹ thuật cấp cứu nhằm sử dụng nguồn năng lượng từ bên ngoài để kích thích tim trong những trường hợp block nhĩ thất hoặc nhịp tim chậm có triệu chứng. Đảm bảo duy trì ổn định nhịp tim và tình trạng huyết động

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm cơ tim cấp có block nhĩ thất
- Block nhĩ thất cấp II Mobitz II hoặc cấp III với nhịp chậm có triệu chứng, suy tim, hoặc giảm cung lượng tim.
- Suy nút xoang có triệu chứng và nhịp chậm không phù hợp lứa tuổi.
- Block nhĩ thất cấp III bẩm sinh với nhịp QRS rộng hoặc suy chức năng thất.
- Block nhĩ thất cấp III bẩm sinh có tần số thất < 55 hoặc bệnh tim bẩm sinh và tần số thất < 70
- Nhồi máu cơ tim cấp có nhịp chậm, block nhánh ảnh hưởng huyết động
- Overdrive pacing có thể được sử dụng để cắt cơn nhịp nhanh nhĩ rung nhĩ, cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất.
- Chuẩn bị cho đặt máy tạo nhịp hoàn toàn: Block nhĩ thất hoàn toàn, suy nút xoang, v tâm thu...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tương đối

- Nhiễm trùng tại nơi chọc mạch
- Huyết khối tĩnh mạch định chọc
- Gãy xương đòn, xương sườn 1, 2
- Rối loạn đông máu nặng nề
- Tim bẩm sinh phức tạp không sửa chữa được

Trong trường hợp quyết định sự sống thì chỉ định là bắt buộc

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ và điều dưỡng ICU (hồi sức cấp cứu) có kinh nghiệm, thành thạo quy trình

2. Phương tiện

1 máy Pacemaker, pin, bộ dây dẫn, điện cực, máy monitoring, kim chọc tĩnh mạch, bộ dây đặt điện cực tạm thời, bông cotton băng gạc băng tay và khăn, áo mổ, xăng và khăn, bộ dụng cụ làm thủ thuật. Thủ thuật cần được tiến hành ở nơi có đầy đủ khả năng cấp cứu về chuyên khoa tim mạch

3. Người bệnh

Toàn trạng, chỉ số sống theo ABC. Giải thích cho gia đình người bệnh về những nguy cơ, tai biến có thể xảy ra.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hoàn thành các thủ tục hành chính khi làm thủ thuật, đúng chỉ định

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá lại người bệnh xử trí theo trình tự ABC.
- Kiểm tra lại về nhịp máy theo dõi, điện tâm đồ, điện giải đồ, loại loạn nhịp, ảnh hưởng của tình trạng loạn nhịp lên huyết động, hô hấp.
- Để người bệnh ở tư thế thích hợp

3. Thực hiện kỹ thuật

- Xác định vị trí chọc mạch: tĩnh mạch bên, tĩnh mạch cảnh hoặc tĩnh mạch dưới đòn.
- Luồn điện cực tạo nhịp tạm thời vào buồng thất
- Bật máy đặt chế độ mặc định
- Nối điện cực tạm thời với máy tạo nhịp
- Tìm ngưỡng output thấp nhất và tăng gấp 2
- Theo dõi hiệu quả tạo nhịp

VI. THEO DÕI

- Đánh giá và ghi chép thông tin
- Các thông số cài đặt: modes paces, các chỉ số cài đặt
- Theo dõi các chỉ số mỗi giờ: tần số tim, tình trạng nhịp điện tâm đồ trên monitoring, huyết áp, nước tiểu, khí máu, đánh giá cung lượng tim.
- Kiểm tra lại hệ thống dây dẫn điện cực: gọn gàng, vệ sinh sạch sẽ ngăn nắp tránh nguy cơ làm tuột điện cực

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Kiểm tra pin nhằm phát hiện hết pin và thay pin kịp thời
- Phát hiện sự cố và xử lý kịp thời.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Biểu hiện	Nguyên nhân	Xử trí
Không pacing: Nhịp tim chậm Tụt huyết áp Giảm ý thức	+ Đứt dây dẫn + Pin yếu hoặc hết pin + Trục trặc máy pace + Rối loạn điện giải. + Tăng mẫn cảm của m tại chỗ, nhận cảm được điện thế của cơ, ức chế không thích hợp + Di chuyển vị trí điện cực	+ Thay dây dẫn + Thay pin + Thay máy Pacemaker + Điều chỉnh các rối loạn điện giải + Tăng output. + Đặt lại điện cực

NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH QUA LỖ MỞ DẠ DÀY

Mã số: III-175

I. ĐỊNH NGHĨA

Là kỹ thuật nuôi dưỡng qua ống thông được đặt trực tiếp vào dạ dày qua lỗ mở thông trên thành bụng nhằm cung cấp chất dinh dưỡng qua đường dạ dày - ruột cho các người bệnh cần nuôi dưỡng qua ống thông kéo dài hoặc các người bệnh có tắc nghẽn hoặc phẫu thuật liên quan đến đường tiêu hóa từ miệng đến tâm vị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh cần nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày kéo dài.
- Người bệnh teo thực quản bẩm sinh không có khả năng nuốt thực quản -tận 1 thì, đã mở thông thực quản-cổ và thất đường rò khí thực quản.
- Người bệnh có tắc nghẽn hoặc phẫu thuật khác ở vùng miệng, họng thực quản hoặc cơ thất tâm vị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp có tắc nghẽn đường tiêu hóa từ dạ dày đến hậu môn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng thành thực quy trình chăm sóc nuôi dưỡng qua sonde mở thông dạ dày.

2. Phương tiện

- Thức ăn lỏng theo y lệnh
- Bơm tiêm
- Nước chín
- Khăn ăn
- khay đựng thức ăn
- Ống nghe (nếu cần)
- Băng dính, kéo (nếu cần)
- Nhiệt kế đo nhiệt độ thức ăn
- Kẹp ống thông

3. Người bệnh

- Nằm đầu cao 30-45o, mặt quay về bên

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Giải thích kỹ cho người bệnh trẻ lớn, tỉnh và người nhà người bệnh về ý nghĩa, quy trình của thủ thuật.

- Hướng dẫn người bệnh và gia đình phối hợp chăm sóc và phát hiện các biến chứng để xử trí kịp thời.

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân, các chỉ số hô hấp, huyết động

3. Thực hiện kỹ thuật

- Hút dịch dạ dày để kiểm tra xem ống thông có nằm trong dạ dày không và kiểm tra lượng thức ăn và dịch dạ dày còn lại.

- Bơm chậm hoặc truyền thức ăn theo y lệnh qua ống mở thông dạ dày, không để không khí lọt vào ống.

- Quan sát tình trạng người bệnh trong suốt quá trình cho ăn

- Bơm nước tráng ống sau khi cho ăn

- Đậy nút ống thông

- Để người bệnh ở tư thế đầu cao khoảng 30 phút 1 giờ sau khi cho ăn

- Thu dọn dụng cụ, rửa sạch để vào nơi quy định

VI. THEO DÕI

- Có bảng theo dõi ghi ngày giờ, số lượng, loại thức ăn cho người bệnh ăn

- Đánh giá tình trạng tiêu hóa của người bệnh sau mỗi lần ăn

- Cân nặng hàng ngày

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Có thể gặp một số biến cố như thủng dạ dày, hoại tử và viêm nhiễm trùng chân ống thông

NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY

Mã số: III-172

I. ĐẠI CƯƠNG

- Cho ăn qua ống thông dạ dày là một kỹ thuật nhằm mục đích đưa một lượng thức ăn sữa, súp, các chất với mục đích dinh dưỡng) qua 1 ống thông được đặt từ mũi hoặc miệng) qua thực quản vào dạ dày.

- Có thể bơm nước hoặc các thuốc cần điều trị bệnh qua ống thông dạ dày.
- Cũng có thể để dẫn lưu dịch từ dạ dày khi có chỉ định.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh không thể ăn được

- Người bệnh sau đặt nội khí quản, mở khí quản, Người bệnh đang thở máy.

- Người bệnh mất hoặc giảm khả năng bảo vệ đường thở, rối loạn nuốt, liệt thần kinh hầu họng do mọi nguyên nhân, hôn mê, co giật, tai biến mạch não...

- Người bệnh có bệnh lý đường tiêu hóa: liệt dạ dày, u thực quản chưa gây tắc nghẽn toàn bộ, tổn thương miệng...

2. Người bệnh tự ăn ít

Cần được cung cấp thêm dinh dưỡng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng đã được đào tạo chuyên khoa Hồi sức cấp cứu

2. Phương tiện, dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Bơm tiêm 50 ml: 01 cái
- Băng dính

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Gạc vô trùng
- Găng sạch: 01 đôi
- Ống nghe
- Cốc sạch đựng thức ăn chia độ
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Mũ: 01 cái
- Khẩu trang: 01 cái
- Thức ăn cho Người bệnh theo chỉ định (chế độ bệnh lý hoặc sữa).
- Ống thông dạ dày (kích cỡ theo từng lứa tuổi).

2.2. Dụng cụ

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

3. Người bệnh

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

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc

Đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Các bước trước khi cho ăn qua ống thông

- Điều dưỡng rửa tay bằng xà phòng diệt khuẩn đúng quy trình kỹ thuật.
- Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, đưa dụng cụ đến giường Người bệnh ngực.

- Đặt Người bệnh ở tư thế đầu cao nghiêng sang một bên, trái khăn trước.

- Chuẩn bị thức ăn theo chỉ định của bác sĩ sữa, súp bơm qua ống thông..)

2. Đánh giá dịch tồn đọng dạ dày

- Áp dụng đối với tất cả các Người bệnh có chỉ định nuôi dưỡng qua ống thông dạ dày- tá tràng nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực.

- Thời điểm đánh giá: trước tất cả các bữa ăn đối với phương pháp cho ăn ngắt quãng và mỗi 4 gi đối với Người bệnh cho ăn liên tục.

3. Các phương pháp cho ăn qua ống thông dạ dày

2 phương pháp cơ bản:

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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

- Cho ăn qua ống thông dạ dày ngắt quãng: số lượng chất dinh dưỡng của 1 bữa ăn được truyền nhỏ giọt/30-60 phút/1 lần.

3.1. Quy trình với bữa đầu sau đặt ống thông dạ dày

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

- Nâng đầu lên 30 độ khi cho người bệnh ăn.

- Số lượng thức ăn: Ở trẻ sơ sinh và trẻ em, lượng năng lượng dung nạp được khuyến cáo là từ 70 đến 100 kcal/kg mỗi ngày, và nước ít khi vượt quá 100 ml/kg mỗi ngày.

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

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

- Nâng đầu lên 30 độ khi cho Người bệnh ăn.

- Số lượng thức ăn: Ở trẻ sơ sinh và trẻ em, năng lượng dung nạp được khuyến cáo là từ 70 đến 100 kcal/kg mỗi ngày, và nước ít khi vượt quá 100 ml/kg mỗi ngày. Sau đó hút dịch tồn dư giờ thứ 4 đối với nuôi dưỡng liên tục hoặc 3 giờ đối với ăn ngắt quãng.

VI. THEO DÕI

- Trong lúc đặt ống thông dạ dày: ống thông vào đường hô hấp, ống thông bị cuộn, hoặc nằm trong thực quản.

- Ống thông khó hoặc không qua được thực quản do co thắt, có khối chít hẹp thực quản tâm vị dạ dày.

- Người bệnh sợ, hốt hoảng, mạch chậm do cường phế vị.

- Trong khi cho ăn qua ống thông: bụng chướng, đầy hơi, khó tiêu, rối loạn tiêu hóa, trào ngược, nôn, xuất huyết tiêu hóa.

- Lưu ống thông dạ dày lâu ngày gây viêm loét dạ dày thực quản.

VII. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG

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

- Ống thông vào thanh quản và khí quản gây co thắt thanh môn, khó thở cấp.

- Chảy máu vùng mũi hầu họng do loét tì đè của ống thông dạ dày.

- Nôn trào ngược

2. Cho ăn qua ống thông dạ dày

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Trào ngược do thể tích dịch tồn dư quá lớn, đưa vào dạ dày một thể tích quá lớn, do liệt dạ dày ruột chức năng.

- Tụt ống thông dạ dày hoặc bị cuộn trong miệng thực quản khi cho ăn gây trào ngược và sặc vào đường hô hấp.

DẪN LƯU MÀNG PHỔI LIÊN TỤC

Mã số: III-86

I. ĐỊNH NGHĨA

Dẫn lưu màng phổi liên tục là đặt ống dẫn lưu qua khe liên sườn nhằm đưa khí hoặc dịch, máu, mủ từ khoang màng phổi qua ống dẫn lưu ra ngoài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tràn khí màng phổi mức độ nhiều, đe dọa chức năng hô hấp
- Tràn dịch (thanh dịch, máu, mủ) màng phổi nhiều, tái diễn sau chọc hút
- Vừa tràn khí vừa tràn dịch
- Sau phẫu thuật có can thiệp lồng ngực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi chỉ định không đúng, khi không cần thiết

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ và điều dưỡng có kinh nghiệm thực hiện quy trình

2. Phương tiện

- Dụng cụ gây tê: thuốc tê, ống tiêm
- Dụng cụ mổ: dao, kéo, kìm, banh, kim, chỉ, khăn mổ, găng...
- Dụng cụ dẫn lưu: ống dẫn lưu kích thước tùy kỹ thuật và tùy người

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh, gia đình người bệnh về tình trạng bệnh và thủ thuật cần làm, những tai biến rủi ro có thể gặp.

4. Hồ sơ người bệnh

Đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

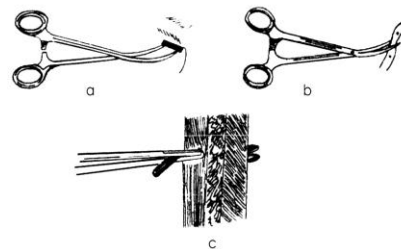
Đối chiếu các thông tin về người bệnh, ghi chép đầy đủ theo quy định.

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá tình trạng người bệnh theo trình tự ABC.
- Cho người bệnh hoặc gia đình người bệnh ký bản cam kết khi làm thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh nằm tư thế đầu hơi cao. Tay bên phổi bệnh đưa lên đầu.
- Vị trí đặt ống dẫn lưu màng phổi: khoang liên sườn 5 hay 6 trên đường nách giữa.
- Sát trùng da, mặc áo, khẩu trang, mang găng và trải khăn vô trùng
- Gây tê rộng từng lớp: da, cơ liên sườn và màng phổi.
- Tạo đường vào khoang màng phổi :
 - Rạch da dài 2 cm dọc theo bờ trên của xương sườn, dùng kim cầm máu cong tách cơ thành ngực để tạo một đường đi vào sát màng phổi. Tách thủng màng phổi thành, khi có máu hoặc dịch trào ra hoặc hơi xì ra là chứng tỏ đã vào đúng khoang màng phổi.
 - Đưa ống dẫn lưu vào.
 - Mở rộng mổ kim, qua khe hở đó luồn đầu ống dẫn lưu vào khoang màng phổi. Đẩy đầu ống dẫn lưu đi vào rãnh sống sườn.



Chú ý: Cho lỗ bên ngoài cùng của đoạn đầu ống dẫn lưu vào hẳn trong khoang màng phổi

- Cố định ống dẫn lưu: Khâu 2 m p vết mổ sát chân ống dẫn lưu, dùng đầu chỉ của mỗi khâu trên để cố định ống dẫn lưu
- Kết thúc: Nối ống dẫn lưu với hệ thống dẫn dịch và mở kim cho dịch chảy ra.
- Chụp X Quang kiểm tra sau đặt ống dẫn lưu.

4. Hệ thống dẫn lưu

- Nguyên tắc chung: hệ thống dẫn lưu phải kín, dịch hoặc khí chảy một chiều từ khoang màng phổi ra và ống dẫn lưu không bị tắc - Ống nối : là đoạn ống ngắn bằng chất dẻo để nối tiếp giữa các đoạn của ống dẫn. Nên dùng ống nối trong suốt để nhìn được dịch có chảy ra hay không

- Máy hút : Nếu dùng máy hút thì cần đặt thêm một chai chứa thứ hai cùng cỡ cùng kiểu, cũng có hai ống thủy tinh luồn qua nút để bảo đảm an toàn cho máy, nếu không thì khi dịch đầy chai thứ nhất sẽ tràn vào máy. Máy hút từ âm 10 đến âm 50cm nước nhưng cần chạy liên tục để tạo một áp lực thấp trong chai chứa.

VI. THEO DÕI

1. Yêu cầu

- Dẫn lưu toàn bộ dịch hoặc khí ra ngoài một cách đều đặn
 - Không cho không khí lọt vào trong khoang màng phổi
 - Đề phòng sự nhiễm khuẩn thứ phát qua đường vết mổ
 - Làm cho phổi nở ra lại hoàn toàn để không cho xảy ra ổ cặn màng phổi -
- Săn sóc sau đặt ống dẫn lưu
- Cần thường xuyên kiểm tra hệ thống dẫn lưu: kiểm tra xem có kín không, ống có bị tắc không... Nếu có trục trặc cần phải tìm nguyên nhân để giải quyết.
 - Thời gian rút bỏ ống dẫn lưu.
 - + Ước lượng xem lượng dịch trong 24 giờ, màu sắc, tính chất. Khi mức dịch dẫn lưu ít dần, chỉ còn vài ml/ngày một phần do ống dẫn lưu kích thích tạo nên.
 - + Kiểm tra qua X quang không còn dịch, hoặc khí sau khi kẹp thử thì rút dẫn lưu.
 - Sử dụng các loại thuốc giảm đau và kháng sinh dự phòng

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu do tổn thương mạch máu liên sườn, tổn thương phổi gây chảy máu phổi : tùy theo mức độ xử trí phù hợp.
- Đặt ra ngoài màng phổi : đặt lại dẫn lưu.

DẪN LƯU Ổ BỤNG CẤP CỨU

Mã số: III-164

I. ĐỊNH NGHĨA

Dẫn lưu ổ bụng nhằm mục đích chuyển các dịch có tính chất bệnh lý hay có khả năng gây hại cho hoạt động sinh lý của các cơ quan chèn ép, (nhiễm trùng..) từ trong các khoang của cơ thể khoang sinh lý hay được tạo ra bởi phẫu thuật ra bên ngoài cơ thể

II. CHỈ ĐỊNH

- Viêm phúc mạc khu trú: các áp xe trong xoang bụng bao gồm cả áp xe dưới hoành.

- Viêm phúc mạc toàn thể, muộn.

- Viêm tụy hoại tử

- Sau cắt túi mật

- Sau cắt lách chấn thương

- Sau khâu chỗ vỡ bàng quang

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi chỉ định không đúng hoặc không cần thiết

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ và điều dưỡng có kinh nghiệm và thạo qui trình

2. Phương tiện

- Dụng cụ gây tê: thuốc tê, ống tiêm

- Dụng cụ mổ: dao, kéo, kim, banh, chỉ, khăn v trùng, găng...

- Dụng cụ dẫn lưu: ống dẫn lưu kích thước tùy theo lứa tuổi, kỹ thuật, túi dẫn lưu...

3. Người bệnh

Giải thích và cho kí giấy cam đoan

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh nằm ngửa, tư thế đầu cao 20-30°

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- 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, chải khăn vô khuẩn
- Sát khuẩn lại tại vị trí trái khăn vô khuẩn
- Gây tê tại chỗ
- Rửa da tại vị trí xác định.
- Luồn ống dẫn lưu vào trong ổ bụng
- Khâu cố định chân dẫn lưu
- Sát khuẩn lại, băng kín chân dẫn lưu
- Nối với túi theo dẫn lưu

VI. THEO DÕI

- Đối với chân ống dẫn lưu: chăm sóc như vết mổ, rửa tay, thay băng thường xuyên.

- Nếu người bệnh tỉnh hẳn và có dấu hiệu sinh tồn ổn định, cho người bệnh nằm đầu cao tư thế Fowler, tránh gập tắc ống dẫn lưu.

- Theo dõi lượng và tính chất dịch qua ống dẫn lưu

- Nếu dẫn lưu thụ động phải theo lượng dịch trong túi chứa và thay túi chứa khi lượng dịch nhiều tránh nhiễm khuẩn ngược dòng, đặt túi chứa dịch ở vị trí thấp hơn so với xoang đặt dẫn lưu.

- Theo dõi toàn trạng: sốt đau bụng, trung tiện...

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương thành ruột/ thủng 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

NUÔI DƯỠNG NGƯỜI BỆNH BẰNG ĐƯỜNG TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

Mã số: III-174

I. ĐỊNH NGHĨA

Là quy trình cung cấp dịch, các chất dinh dưỡng, điện giải cho người bệnh thông qua catheter tĩnh mạch trung tâm trong trường hợp nuôi dưỡng bằng đường tiêu hóa không thể thực hiện được hoặc không đáp ứng đủ nhu cầu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Đường dạ dày ruột không có hoạt động chức năng hoặc thủng tắc ruột, thủng dạ dày, ruột, liệt ruột...

- Người bệnh không đảm bảo đủ dinh dưỡng khi nuôi dưỡng đường miệng hoặc đường ruột hội chứng ruột ngắn, rối loạn tiêu hóa...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ và điều dưỡng có kinh nghiệm

2. Phương tiện

- khay vô khuẩn, khăn v ô khuẩn.
- Bơm, kim tiêm 5 ml, 10 ml, bộ dây truyền dịch.
- Gạc miếng vô khuẩn - Hộp đựng bông cồn 70o
- Kim Kocher có máu
- Găng tay
- Dịch nu i dưỡng theo y lệnh
- Bát Inox đuôi khôngkhí
- Kéo, băng dính, băng cuộn
- Hộp thuốc chống sốc
- Cọc truyền
- Khay quả đậu
- Gối kê tay có bọc ny lon, dây cao su, nẹp
- Máy truyền dịch (nếu có)
- Phiếu truyền dịch

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Máy đo huyết áp, nhiệt kế...
- Hộp đựng vật sắc nhọn, xô đựng rác thải y tế

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và người nhà hiểu và yên tâm cộng tác với điều dưỡng.

- Cho người bệnh đi đại, tiểu tiện trước khi truyền dịch.
- Lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp trước khi truyền dịch

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá toàn trạng người bệnh theo trình tự ABC

3. Thực hiện kỹ thuật

- Điều dưỡng đội mũ, rửa tay, mang khẩu trang
- Kiểm tra dịch truyền, đặt quang treo, sát khuẩn nút chai, cắm dây truyền vào chai. Treo chai dịch, đuổi khí qua dây truyền dịch, khoá lại.
- Cắt băng dính
- Chọn tĩnh mạch, đặt nẹp, đặt gối kê tay dưới vùng truyền
- Mang găng
- Buộc dây ga rô trên nơi chọc kim từ 3 - 5 cm
- Sát khuẩn tay điều dưỡng bằng bông cồn 70o. Sát khuẩn vùng đặt đường truyền từ trong ra ngoài 2 lần bằng cồn 70o - Căng da, ngửa mũi vát chéo 30o đưa kim vào tĩnh mạch
- Thử xem có máu trào ra
- Tháo dây ga rô
- Mở khoá để dịch chảy chậm dưới mức số giọt theo y lệnh
- Dùng gạc lót đốc kim, cố định đốc kim - dây truyền bằng băng dính.
- Dùng băng dính che phần thân kim còn lại. Cố định tay người bệnh bằng nẹp 3 dây
- Điều chỉnh giọt hoặc tốc độ trên máy truyền dịch theo y lệnh
- Phiếu theo dõi (giờ chảy, giờ hết) gắn vào chai dịch
- Quan sát, dặn dò người bệnh (nếu là trẻ lớn, tỉnh)
- Thu dọn dụng cụ, tháo găng, rửa tay

VI. THEO DÕI

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Ghi hồ sơ dịch truyền, giờ truyền, tốc độ truyền, người thực hiện - Ghi chép tình trạng người bệnh trong quá trình truyền dịch, phản ứng nếu có.
- Ghi kết quả mạch, nhiệt độ, huyết áp của người bệnh trước truyền.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

Nếu người bệnh có phản ứng, ngừng truyền, ủ ấm, báo bác sỹ xử trí theo phác đồ..

KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG THỞ

Mã số: III-1413

I. ĐẠI CƯƠNG

Cấp cứu ngừng thở là một kỹ thuật cấp cứu rất quan trọng đối với người thực hiện cấp cứu nhằm đảm bảo ôxy và thông khí đầy đủ cho người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắc nghẽn đường thở do tụt lưỡi, dị vật, dịch tiết, dị vật.
- Tổn thương thần kinh tại trung khu hô hấp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định
- Lưu ý: nếu nghi có chấn thương cột sống cổ thì phải cố định cột sống cổ trước khi tiến hành bất kể kỹ thuật nào làm thay đổi tư thế cổ người bệnh.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, điều dưỡng, kỹ thuật viên thành thạo kỹ thuật

2. Phương tiện

Forcep lấy dị vật, canuyn hầu miệng, canuyn hầu mũi, sonde hút đờm và máy hút đờm, đèn nội khí quản, ống nội khí quản, bóng, mask, nguồn oxy, máy thở, kim, bơm tiêm.

3. Người bệnh

Nếu người bệnh tỉnh cần giải thích rõ thủ thuật

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho người bệnh, gia đình người bệnh trong trường hợp cần thiết yêu cầu gia đình người bệnh ký cam kết đồng ý thực hiện 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 người bệnh

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

3. Thực hiện kỹ thuật

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

3.1. Kỹ thuật khai thông đường thở

- Kỹ thuật ngửa đầu/ nâng cằm
- Kỹ thuật ấn giữ hàm
- Kỹ thuật Heimlich
- Kỹ thuật lấy bỏ dị vật bằng tay
- Kỹ thuật vỗ lưng/ ép ngực cho trẻ nhỏ
- Kỹ thuật đặt canuyn hầu miệng, mũi

3.2. Thông khí bằng bóng - mask

- Đặt mask vào mặt, ấn hàm, ngón tay cái giữ mask. Nếu sử dụng mask mềm nên đặt đúng chiều
- Đảm bảo kín
- Bóp bóng, quan sát di động lồng ngực
- Thông khí 15- 30 nhịp/ phút phụ thuộc vào tuổi của trẻ.

3.3. Đặt nội khí quản đường miệng

- Đảm bảo thông khí đầy đủ và cung cấp oxy qua mask
- Chọn lưỡi đèn thích hợp, kiểm tra độ sáng của đèn
- Chọn cỡ ống thích hợp, nhưng chuẩn bị các cỡ nhỏ hơn và cỡ lớn hơn so với ước tính ban đầu.
- Cổ người bệnh được cố định bởi người trợ giúp nếu đốt sống cổ bị tổn thương.
- Cầm đèn bằng tay trái, đặt lưỡi đèn về phía tay phải của miệng đẩy lưỡi sang tay trái.
- Đặt ống nội khí quản
- Kiểm tra vị trí ống bằng cách quan sát di động lồng ngực và nghe phổi.

Đối với trẻ lớn và người lớn chú ý bơm cuff

- Nếu ống nội khí quản không đặt được trong vòng 30 giây thì dừng lại thông khí bằng oxy qua mask sau đó thử đặt lại.
- Chụp XQ lồng ngực để kiểm tra vị trí ống

3.4. Mở khí quản

- Trong trường hợp không đặt được nội khí quản
- Chọc màng nhĩ giáp bằng kim chọc trực tiếp
- Mở màng nhĩ có rạch da với bộ dụng cụ MINITRACH (hoặc bộ MELKER).

VI. THEO DÕI

- Theo dõi các dấu hiệu chức năng sống của người bệnh
- Theo dõi tình trạng đường thở.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Do đặt nội khí quản

- Tổn thương cột sống, tăng áp lực nội sọ. Xử trí: cố định cột sống cổ
- Hít phải chất tiết, dịch dạ dày, răng, máu. Xử trí : hút nội khí quản
- Đặt nhầm vào thực quản. Xử trí: đặt lại nội khí quản

2. Do mở khí quản

- Ngạt thở, tắc nghẽn đường thở. Xử trí: khai thông đường thở, bóp bóng qua mask.
- Chảy máu. Xử trí: cầm máu tại chỗ.

ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU TRONG NGOẠI KHOA

Mã số: III-1469

I. ĐẠI CƯƠNG

Rối loạn đông máu là một vấn đề thường gặp trong ngoại khoa, do nhiều nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng đa dạng. Mỗi nguyên nhân cần phải có những biện pháp điều trị đặc hiệu và hỗ trợ khác nhau. Trong những năm gần đây những hiểu biết sâu hơn về bệnh nguyên và điều trị lâm sàng các rối loạn đông máu đã giúp ích cho việc chẩn đoán và xác định chiến lược điều trị tối ưu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Giảm tiểu cầu: khi tiểu cầu < 10 G/l hoặc 20 G/l có nhiễm trùng hoặc có nguy cơ chảy máu, hoặc dưới 50 G/l cần tiến hành các thủ thuật, phẫu thuật.

- Rối loạn đông máu do thiếu hụt hay suy giảm các yếu tố đông máu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Suy tim cấp

- Người bệnh có tắc mạch phổi, phù phổi cấp

2. Chống chỉ định tương đối

- Người bệnh có viêm cuống phổi

- Tăng huyết áp, xơ cứng động mạch. Những trường hợp này nếu có chỉ định phải thật cẩn thận, phải truyền lượng nhỏ và truyền chậm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ

- 01 điều dưỡng

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ sát khuẩn : khay tiêm, gạc sát khuẩn, găng tay và khăn.

- Lam kính, bơm tiêm.

- Dụng cụ khác : Hộp đựng vật sắc nhọn, thùng đựng rác thải theo quy định.

- Thuốc cấp cứu và dụng cụ tối thiểu để xử trí khi có tai biến truyền máu: Adrenalin, kháng Histamin, corticoid dạng tiêm, heparin, lợi tiểu đường tiêm, bópambu, oxy, mask thở oxy, bộ dụng cụ đặt nội khí quản.

3. Người bệnh

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Thông báo cho người bệnh hoặc người nhà về lợi ích và nguy cơ có thể xảy ra do truyền máu.

- Người bệnh hoặc người nhà người bệnh phải xác nhận và ký vào bệnh án nếu đồng ý hoặc từ chối việc truyền máu, chế phẩm máu.

4. Hồ sơ bệnh án

- Bác sĩ phải ghi đầy đủ chẩn đoán, chỉ định truyền máu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định, y lệnh bác sĩ, và cam kết đồng ý thực hiện truyền máu.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra toàn trạng người bệnh: mạch, nhiệt độ, huyết áp, bão hòa oxy.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đối chiếu thông tin của người bệnh, đơn vị máu và phiếu truyền máu.

- Kiểm tra hạn sử dụng và bề ngoài đơn vị máu.

- Định lại nhóm máu tại giường: khi truyền tiểu cầu, huyết tương: sử dụng huyết thanh mẫu hoặc card đã gắn sẵn huyết thanh mẫu để định nhóm ABO mẫu máu của người bệnh; đồng thời trộn 2 giọt chế phẩm với 1 giọt máu người bệnh và kiểm tra ngưng kết trên phiến kính).

- Kết nối dây truyền máu với túi máu, đuổi hết khí ra khỏi dây truyền máu.

- Kết nối dây truyền máu với đường truyền tĩnh mạch có sẵn và điều chỉnh tốc độ máu chảy theo y lệnh của bác sĩ.

VI. THEO DÕI

- Kiểm tra các chỉ số lâm sàng trước khi truyền máu: huyết áp, mạch, nhiệt độ của người bệnh

- Trước khi truyền máu, lắc nhẹ túi máu, không lắc mạnh. Sử dụng bộ dây truyền máu có bầu lọc máu để truyền máu cho người bệnh.

- Theo dõi liên tục người bệnh tối thiểu trong vòng 15 phút đầu của quá trình truyền máu để phát hiện và xử trí kịp thời tác dụng không mong muốn liên quan đến truyền máu.

- Ghi chép đầy đủ các dấu hiệu sinh tồn, diễn biến quá trình trạng người bệnh các xử trí nếu có vào phiếu truyền máu tại các thời điểm

+ Bắt đầu truyền máu.

+ Theo định kỳ 10 – 30 phút tùy theo tình trạng lâm sàng.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Ngừng truyền máu hoặc kết thúc truyền máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Phản ứng nhẹ phát ban, mẩn ngứa, nổi mề đay trên da

- Phản ứng trung bình lo lắng, mệt, đỏ da, mê đay, rét run, sốt, mạch nhanh, đau đầu: ngừng truyền máu, duy trì đường truyền tĩnh mạch bằng dung dịch NaCl 0.9%, ủ ấm khi có rét run, hạ sốt khi sốt, dùng thuốc chống dị ứng, theo dõi nước tiểu về màu sắc và lưu lượng.

- Phản ứng nặng, nguy hiểm tính mạng người bệnh: Sốt cao, đau ngực, đau đầu, đau lưng, khó thở, buồn nôn, nôn, huyết áp hạ, mạch nhanh, đái huyết sắc tố, chảy máu không cầm nơi vết thương hở, rối loạn tri giác.

Xử trí:

- Ngừng truyền máu

- Duy trì đường truyền tĩnh mạch bằng dung dịch NaCl 0,9% để duy trì huyết áp.

- Sử dụng thuốc vận mạch : Dopamin, dobutamin, adrenalin, noradrenalin với liều thích hợp để duy trì huyết áp.

- Duy trì hô hấp với hỗ trợ Ô xy.

- Sử dụng corticoid tĩnh mạch và thuốc dẫn phế quản nếu người bệnh có tiền sử hoặc có dấu hiệu hen phế quản.

- Lợi tiểu đường tĩnh mạch với furosemid.

- Chống nhiễm khuẩn bằng kháng sinh phổ rộng.

DỰ PHÒNG TẮC TĨNH MẠCH SAU PHẪU THUẬT, SAU CHẤN THƯƠNG

Mã số: III-1468

I. ĐẠI CƯƠNG

- Huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) là tình trạng xuất hiện cục máu đông bên trong tĩnh mạch, bao gồm các tĩnh mạch vùng cẳng chân, khoeo, đùi, các tĩnh mạch chậu và tĩnh mạch chủ dưới, gây tắc nghẽn hoàn toàn hoặc một phần dòng máu trong lòng tĩnh mạch.

- Tắc mạch phổi là biến chứng nguy hiểm nhất của huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.

II. CÁC PHƯƠNG PHÁP PHÒNG NGỪA

Một số biện pháp phòng ngừa HKTMS cần xem xét như sau

1. Các biện pháp cơ học

- Tập vận động sớm sau mổ
- Băng ép đùi cẳng bàn chân sau mổ, hoặc băng ép bằng hơi giãn cách sẽ làm gia tăng lưu thông máu và giảm ứ đọng máu tĩnh mạch.
- Biện pháp cơ học không làm tăng nguy cơ chảy máu.

2. Một số thủ thuật cần lưu ý khi phẫu thuật

- Vô cảm bằng tê tủy hay tê ngoài màng cứng thì hạ được tỷ lệ HKTMS xuống 40-50%, được giải thích là do gia tăng lưu lượng máu đến chi dưới trong lúc mổ và thời gian sau mổ. Ngoài ra gây tê không gây dẫn mạch như gây mê toàn thân nên giảm lượng máu mất trong lúc mổ. Tuy nhiên để tránh nguy cơ máu tụ ngoài màng cứng thì nên sử dụng thuốc sau mổ từ 6 - 12 giờ tùy loại thuốc kháng đông.

- Thao tác phẫu thuật nhẹ nhàng, hạn chế gây dập nát mềm

3. Dùng thuốc kháng đông

- Có thể dùng đường tiêm chích hoặc đường uống

3.1. Dùng thuốc trên người bệnh chưa dùng thuốc kháng đông

Sử dụng liều thấp Heparin

- Cách dùng: Heparin tương thích với Dextrose 5%, NaCl 0,45% và 0,9%
- Liều 10 ui/kg/giờ, 250ui/kg, pha vừa đủ 50 ml đường hoặc muối, truyền 2 ml/gi.

- Theo dõi : theo dõi bằng APTT, thời gian đầu 2 lần ngày, sau đó 2 - 3 ngày/lần, cùng với xét nghiệm công thức máu để theo dõi tiểu cầu Tiêm dưới da.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Trẻ em hay dùng Enoxaparin Clexane, người lớn thường dùng Dalteparin (Fragmin).

- Trẻ em: Enoxaparin

Enoxaparin	< 2 tháng	2 tháng-18 tuổi
Liều điều trị	1,5 mg/kg/liều, x2	1 mg/kg/liều x 2
Liều phòng	0,75 mg/kg/liều x2	0,5 mg/kg/liều x2

- Người lớn: Dalteparin

Fragmin

Liều điều trị	100 ui/kg x 2 lần
Liều phòng	2500- 5000 ui/ngày

- Điều chỉnh liều dựa vào kết quả xét nghiệm của yếu tố Xa

Thuốc uống

- Rivarixaban: nhóm ức chế yếu tố Xa, 1 viên 10 mg, liều đầu tiên sau mổ 6-10 giờ, sau đó mỗi ngày uống 1 viên; Thời gian dùng thuốc là 2 tuần cho thay khớp gối và 5 tuần cho thay khớp háng.

- Dabigatran: nhóm ức chế yếu tố IIa, viên 110 mg Liều đầu tiên sau mổ 1-4 giờ, uống 1 viên 110 mg, các ngày sau mỗi ngày uống 1 lần 2 viên 220 mg. Thời gian dùng thuốc 10 ngày cho thay khớp gối và 28-35 ngày cho thay khớp háng

3.2. Dùng thuốc trên người bệnh đang dùng thuốc kháng đông

- Người bệnh đang dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu CNTTTC

+ Cần ngưng thuốc 5-7 ngày, sau đó phẫu thuật, sau mổ chuyển qua dùng thuốc kháng đông ngừa HKTM

+ Nếu vì lý do khác, sau 7 ngày mà người bệnh chưa được mổ thì chuyển dùng kháng đông thay cho thuốc CNTTTC

- Người bệnh đang sử dụng thuốc kháng đông ngừa HKTM

+ Thời điểm phẫu thuật sau liều thuốc kháng đông vừa sử dụng từ 12-18 giờ.

+ Sau mổ 4 - 6 gi có thể dùng liều tiếp theo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH DÙNG THUỐC KHÁNG ĐÔNG

- Suy thận nặng

- Suy gan nặng

- Xuất huyết não

- Tình trạng xuất huyết đang tiến triển

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Ví dụ: xuất huyết do loét dạ dày tá tràng).

- Tiền sử xuất huyết giảm tiểu cầu, nhất là xuất huyết giảm tiểu cầu do heparin.

- Dùng thuốc kháng đông

- Rối loạn đông máu bẩm sinh hay mắc phải

Tài liệu tham khảo

- Royal children hospital of Melbourn Guidline 20.

KÍCH THÍCH TIM VỚI TẦN SỐ CAO

Mã số: III-22

I. ĐẠI CƯƠNG

Là một kỹ thuật cấp cứu được sử dụng trong hồi sức trong những trường hợp loạn nhịp nhanh, không thể kiểm soát nhanh được bằng thuốc, nhằm điều chỉnh các rối loạn nhịp tim có chỉ định đặt pacemaker (máy tạo nhịp) tạm thời để đảm bảo nhịp và huyết động.

II. CHỈ ĐỊNH

Overdrive pacing có thể được sử dụng để cắt cơn nhịp nhanh nhĩ (rung nhĩ), cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nhịp nhanh thất, rung thất, vô tâm thu.

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ có kinh nghiệm
- 1 hoặc 2 điều dưỡng hỗ trợ

2. Phương tiện

- Máy theo dõi điện tim, máy đo huyết áp, SPO2
- 1 máy Pacemaker, pin, bộ dây dẫn, điện cực, máy monitoring
- Các phương tiện cấp cứu ngừng tim phổi (bóng, mask, oxy, bộ đặt nội khí quản...)
- Dịch truyền đẳng trương
- Thuốc trợ tim, vận mạch: dopamine, adrenalin, dobutamin
- Bộ dụng cụ vô khuẩn đặt tĩnh mạch trung tâm khu cần thiết
- Máy siêu âm Doppler đánh giá chức năng tim

3. Người bệnh hoặc người nhà người bệnh

- Giải thích cho người nhà người bệnh về tình trạng bệnh và nguy cơ tiên lượng bệnh.
- Cho gia đình ký cam kết điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

- Bác sỹ ghi đầy đủ vào hồ sơ bệnh án các thông tin
- Triệu chứng của người bệnh trước khi làm thủ thuật

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Chỉ định
- Thuốc nếu có - Ký tên

VII. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá lại người bệnh xử trí theo trình tự ABC. Kiểm tra lại về nhịp điện cực, máy theo dõi, dây dẫn, điện tâm đồ, điện giải đồ, loại loạn nhịp, ảnh hưởng của tình trạng loạn nhịp lên huyết động, hô hấp..

- Đặt điện cực qua da nếu bệnh nhi chưa có điện cực.

3. Tiến hành kỹ thuật

- Xác định chính xác loại loạn nhịp để có chỉ định thích hợp: Dựa vào điện tâm đồ.

- Kết nối điện cực trên người bệnh với cáp nối máy pacemaker

- Chọn mode pace kích thích nhịp với tần số cao

- Cài đặt tần số > 100 lần so với nhịp cơ sở của người bệnh

- Ấn nút tạo xung động kích thích tần số tim theo như tần số mới mong muốn và giữ trong vòng 10 giây, đột ngột ngừng ấn nút và theo dõi nhịp tim của người bệnh.

- Nếu nhịp không trở lại có thể làm lặp lại nếu cần thiết

4. Ghi chép hồ sơ bệnh án

Ghi chép hồ sơ bệnh án diễn biến khi làm thủ thuật và kết quả sau khi kết thúc thủ thuật.

VIII. THEO DÕI

- Đánh giá và ghi chép thông tin

- Theo dõi các chỉ số mỗi giờ: Tần số tim, tình trạng nhịp điện tâm đồ trên mornitorring, huyết áp, nước tiểu, khí máu, đánh giá cung lượng tim.

KỸ THUẬT CẤP CỨU TỤT HUYẾT ÁP

Mã số: III-1411

I. ĐẠI CƯƠNG

Tụt huyết áp là một cấp cứu rất hay gặp trong hồi sức trẻ em. Triệu chứng này cần được phát hiện sớm và điều trị kịp thời nhằm giảm các biến chứng do giảm tưới máu các tạng gây suy đa tạng, thậm chí có thể ngừng tim, tử vong nếu không phát hiện sớm và xử trí sớm.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi huyết áp thấp hơn so với hàng số cho phép theo nhóm tuổi của trẻ em.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ có kinh nghiệm
- 1 hoặc 2 điều dưỡng hỗ trợ

2. Phương tiện

- Máy theo dõi điện tim, máy đo huyết áp
- Dịch truyền đẳng trương
- Thuốc trợ tim, vận mạch: dopamine, adrenalin, dobutamin
- Bộ dụng cụ vô khuẩn đặt tĩnh mạch trung tâm khu cần thiết
- Máy siêu âm Doppler đánh giá chức năng tim

3. Người bệnh hoặc người nhà người bệnh

Giải thích cho người nhà người bệnh về tình trạng bệnh và nguy cơ tiên lượng bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra người bệnh

Nhận định các dấu hiệu sớm của tụt huyết áp

- Nhịp tim nhanh
- Huyết áp giảm so với tuổi
- Đỏ nấy của mạch không rõ
- Thời gian làm đầy mao mạch kéo dài

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Người bệnh kích thích nếu người bệnh không dùng thuốc an thần

2. Kiểm tra người bệnh

3. Các bước tiến hành kỹ thuật

- Tiếp cận người bệnh và xử trí theo trình tự ABC
- Kiểm soát đường thở
 - + Đặt ngửa đầu, cổ uốn, thủ thuật kéo hàm, nâng cằm
 - + Chú ý trường hợp nghi ngờ hoặc có chấn thương cột sống cổ không làm thủ thuật kéo hàm, nâng cằm.
 - + Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp: thổi ngạt hoặc bóp bóng nếu người bệnh suy hô hấp.
 - + Cung cấp oxy lưu lượng cao
- Thiết lập ngay 2 đường truyền lớn nếu người bệnh chưa có
- Đánh giá các dấu hiệu thừa thiếu dịch
- Nếu người bệnh không có các dấu hiệu của suy tim (gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phù...) sẽ bolus NaCl 0,9%: 20 ml/kg trong 10 – 15 phút.
 - Theo dõi các dấu hiệu lâm sàng (mạch, huyết áp, độ nảy của mạch, thời gian làm đầy mao mạch) sau bolus
 - Lặp lại nếu cần thiết
 - Nếu sau 3 lần bolus với liều như trên, huyết áp không tăng lên như mong đợi, chỉ định thuốc vận mạch Dopamin 5 mcg/kg/phút và điều chỉnh theo dõi tiếp.
 - Chỉ định đặt tĩnh mạch trung tâm nếu chưa có
 - Chỉ định siêu âm tim đánh giá cấu trúc và chức năng tim
 - Tiếp tục bù thể tích tuần hoàn, chế phẩm của máu, hoặc điều chỉnh thuốc vận mạch, tr tim tùy thuộc vào kết quả CVP (áp lực tĩnh mạch trung tâm) và chức năng tim.

4. Nghi chép hồ sơ bệnh án

- Nghi chép toàn bộ các diễn biến của người bệnh
- Triệu chứng
- Quá trình xử trí
- Kết quả sau thực hiện quy trình

V. THEO DÕI

Cần điều trị các bệnh chính, theo dõi và phát hiện sớm các dấu hiệu suy tuần hoàn tái phát để xử trí kịp thời.

LIỆU PHÁP KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT

Mã số: III-1467

I. ĐẠI CƯƠNG

Kháng sinh dự phòng là việc sử dụng kháng sinh trước khi xảy ra nhiễm trùng nhằm mục đích ngăn ngừa hiện tượng này. Kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật phải đạt mục tiêu hiện diện ở nơi có nguy cơ bị nhiễm trùng ngay khi can thiệp phẫu thuật. Lựa chọn kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật nhắm tới một hay nhiều vi khuẩn thường liên quan đến sự nhiễm trùng tại vị trí phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH DÙNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

- Các phẫu thuật da còn nguyên vẹn có liên quan đến ống tiêu hoá, hệ hô hấp, tiết niệu nhưng chưa có nhiễm khuẩn.
- Vết thương mới do chấn thương không nhiễm bẩn, phẫu thuật liên quan đến tiết niệu, đường mật, tiêu hoá có nhiễm khuẩn.
- Các vết thương do chấn thương trên 4 giờ, thủng tạng rỗng, vết thương có dị vật, mô hoại tử.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh có tiền sử dị ứng với kháng sinh định dùng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ và điều dưỡng có kinh nghiệm thành thạo quy trình tiêm truyền và đã được đào tạo qua chuyên ngành hồi sức cấp cứu

2. Phương tiện, dụng cụ và thuốc

- Máy tiêm điện, vật tư tiêu hao, hộp chống sốc và monitoring
- Thuốc kháng sinh: Chọn kháng sinh thích hợp với vi khuẩn gây bệnh dựa trên tần xuất các vi khuẩn thường gặp đối với từng loại phẫu thuật và các dạng nhạy cảm của chúng. Loại kháng sinh được dùng cần có nồng độ đủ mạnh và đủ dài ở mô trong quá trình phẫu thuật, không gây độc hại cho cơ thể, không quá tốn kém và không tương tác với thuốc gây mê.

3. Người bệnh

- Kiểm tra lại người bệnh và đánh giá theo ABCD
- Thông báo và giải thích cho người bệnh(với trẻ lớn và gia đình về việc sắp làm.
- Hỏi người bệnh và gia đình về tiền sử dị ứng, nhất là dị ứng thuốc.

4. Hồ sơ người bệnh

Đầy đủ theo quy trình.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Thực hiện 3 kiểm tra 5 đối chiếu.

2. Kiểm tra người bệnh

Kiểm tra người bệnh theo trình tự ABCD.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Chọn thời gian dùng kháng sinh

Thông thường tiêm kháng sinh tĩnh mạch vào lúc khởi mê, tiêm bắp thì trước khởi mê 1-2 giờ. Nếu cuộc mổ kéo dài hơn 3 giờ hoặc chảy máu nhiều thì cần tiêm liều kháng sinh thứ 2. Thời gian dùng kháng sinh dự phòng không nên quá 24 giờ.

3.2. Chọn đường dùng kháng sinh

- Thường là đường tĩnh mạch, cũng có thể tiêm bắp nhưng tác dụng chậm.
- Đường uống được sử dụng trong phẫu thuật đại trực tràng trước phẫu thuật 24- 48 giờ.

3.3. Test kháng sinh

Test đối với các loại kháng sinh dễ gây dị ứng theo quy trình bộ y tế.

3.4. Đặt kim luồn vào tĩnh mạch của người bệnh

- Chọn tĩnh mạch vị trí thích hợp
- Chọn kim luồn phù hợp với từng người bệnh, thường là kim luồn vàng
- Sát khuẩn vùng định đặt kim
- Tiến hành đặt kim luồn vào tĩnh mạch của bệnh theo quy trình

3.5. Pha thuốc

Theo chỉ định

3.6. Nấp bơm tiêm và đặt tốc độ tiêm thuốc

VI. THEO DÕI

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

VII. BIẾN CHỨNG VÀ CÁCH XỬ TRÍ

1. Phản ứng dị ứng

- Có thể có phản ứng dị ứng với các biểu hiện và mức độ khác nhau

1.1. Sốc phản vệ

Biểu hiện: Xảy ra sau dùng thuốc vài giây đến 30 phút, ban đầu cảm giác lạ(bồn chồn.... Sau đó ngứa ran khắp người, mạch nhanh nhỏ không bắt được, huyết áp không đo được, khó thở, đau quặn bụng, đái ỉa không tự chủ. Thể tối cấp người bệnh hôn mê, nghẹt thở, rối loạn nhịp tim, ngừng thở và tử vong sau ít phút.

Xử trí: Ngừng ngay tất cả các loại thuốc đang dùng và xử trí sốc phản vệ theo phác đồ của bộ y tế.

1.2. Mày đay

Sau khi dùng thuốc 5-10 phút đến vài ngày, người bệnh có cảm giác nóng bừng, ngứa, trên da nổi ban cùng sẩn phù. Sẩn có màu hồng, xung quanh viền đỏ, nổi thành nốt, có thể liên kết thành từng mảng.

Xử trí: Ngừng ngay thuốc đang sử dụng, theo dõi, dùng thêm thuốc nhóm kháng histamin trong trường hợp nặng

1.3. Phù Quincke

Là một dạng mày đay khổng lồ, thường ở những vùng da mỏng: môi, cổ, quanh mắt, bụng, bộ phận sinh dục. Trường hợp phù thanh quản, họng có thể làm người bệnh nghẹt thở.

Xử trí: Ngừng ngay thuốc đang dùng, sử dụng thuốc kháng histamin. Trường hợp khó thở cần khí dung Adrenalin, nếu suy hô hấp nhiều cần đặt nội khí quản và cho người bệnh thở máy.

1.4. Một số bi u hiện dị ứng khác

Ít gặp hơn: đỏ da toàn thân, viêm da dị ứng, Steven- Johnson....

2. Chệch kim luân

- Biểu hiện: vị trí tiêm truyền bị sưng nề

- Xử trí: ngừng truyền, chuyển sang vị trí khác và theo dõi..

DẪN LƯU DỊCH MÀNG NGOÀI TIM CẤP CỨU

Mã số: III-18

I. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dịch màng ngoài tim là đưa một kim chọc dò vào trong khoang màng ngoài tim và luồn qua kim đó một ống thông catheter để hút và dẫn lưu dịch nhằm mục đích nhanh chóng làm giảm áp lực trong khoang màng ngoài tim ép cấp tính lên tim làm tim không giãn ra được trong thì tâm trương (ép tim cấp).

II. CHỈ ĐỊNH

- Ép tim cấp do tràn dịch màng ngoài tim : là một chỉ định cấp cứu, tuyệt đối, không chậm trễ, ngay lập tức.

- Viêm màng ngoài tim có dịch, không có triệu chứng ép tim trên lâm sàng, nhằm xác định nguyên nhân.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sỹ đã làm thành thạo kỹ thuật dẫn lưu màng tim cấp cứu
- 02 điều dưỡng đã được đào tạo phụ giúp kỹ thuật dẫn lưu màng tim cấp cứu.

2. Phương tiện – dụng cụ

- Dụng cụ vô khuẩn, 1 kim chọc dò, bơm tiêm 5ml, 20ml hoặc 50ml, khăn có lỗ, ống thông màng ngoài tim có khóa, kim Kocher, cốc con và gạc, catheter tĩnh mạch trung tâm đặt theo kỹ thuật Seldinger, găng tay vô khuẩn, cồn iod 1%, cồn 70o, thuốc tê Novocain, Xylocain 1% , Atropin, Seduxen 10 mg....Các dụng cụ cấp cứu, máy siêu âm tim.

3. Người bệnh và gia đình người bệnh

Cần được giải thích để thấy được sự cần thiết phải tiến hành thủ thuật chọc dịch và dẫn lưu dịch, người bệnh cần bình tĩnh để phối hợp thực hiện.

4. Hồ sơ bệnh án

Bác sỹ tiến hành thủ thuật ghi đầy đủ về chẩn đoán, chỉ định và cách thức dẫn lưu dịch màng tim

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

- Đối chiếu thông tin với người bệnh và gia đình, kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Đánh giá người bệnh theo tuần tự ABCD, xác định vị trí định chọc dò.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh trong tư thế nằm đầu cao, thở oxy và theo dõi chức năng sống, đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên, kiểm tra siêu âm tại giường.

- Sau đó tiến hành sát trùng rộng vị trí chọc dò trên lồng ngực người bệnh, trải sạch v khuẩn, bác sĩ rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

- Gây tê tại vị trí chọc kim bằng Xylocain từ nông đến sâu theo từng lớp.

- Điềm chọc cách mũi ức 3-4 cm, dịch sang phía trái của xương ức khoảng 1 cm. Trước tiên dùng kim nhỏ thăm dò độ sâu thực tế vào khoang màng ngoài tim của người bệnh. Hướng kim chọc lên phía trên và đi ra sau, mũi kim nghiêng khoảng 20-30° so với mặt da.

- Mũi kim sẽ chạm vào khoang màng ngoài tim sau khi đã vào sâu từ 2-5 cm, đồng thời hút được dịch (màu vàng chanh hoặc đỏ máu) nhẹ nhàng vào trong bơm tiêm.

- Dùng kim đặt catheter tĩnh mạch trung tâm đi theo hướng của kim thăm dò vừa rút ra với mục đích đưa catheter vào trong khoang màng ngoài tim để hút và dẫn lưu dịch. Khi dịch hút được dễ dàng vào bơm tiêm, người thầy thuốc cố định mũi kim sát và nhẹ nhàng đẩy sâu ống nhựa bọc ngoài kim.

- Khi đã rút kim sát ra hẳn phía ngoài, người thầy thuốc luồn catheter vào lòng ống nhựa và đưa sâu khoảng 15 cm vào trong khoang màng ngoài tim. Sau khi kiểm tra, rút dịch dễ dàng, tiến hành cố định catheter dẫn lưu dịch màng ngoài tim. Nối catheter với một máy hút áp lực âm, tạo thành hệ thống dẫn lưu kín.

VI. THEO DÕI

- Lâm sàng: Mạch, huyết áp, nhịp thở, độ bão hòa oxy máu động mạch, áp lực tĩnh mạch trung tâm, nước tiểu 30 phút/1 lần trong 2 giờ đầu sau khi chọc, 3 giờ/1 lần trong 24 giờ tiếp theo.

- Cận lâm sàng : điện tim, siêu âm tim

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sốc giao cảm: Nâng chân người bệnh lên cao và tiêm thuốc atropine 0,25 mg.

- Chọc vào thất phải: chống shock, cần thiết mời phẫu thuật.

- Rối loạn nhịp tim: thường là qua nhanh không ảnh hưởng huyết động

- Nhiễm trùng: phát hiện sớm và dùng kháng sinh phù hợp.

- Tràn khí màng phổi: hiếm gặp chọc hút khí màng phổi.

THEO DÕI ĐIỆN TIM CẤP CỨU TẠI GIƯỜNG LIÊN TỤC 24 GIỜ

Mã số: III-19

I. ĐẠI CƯƠNG

Đo điện tim tại giường là một trong những biện pháp tích cực và hữu hiệu nhất trong cấp cứu, theo dõi điện tim liên tục giúp người thực hiện có những phản ứng và thái độ điều trị kịp thời.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý tim mạch bẩm sinh
- Rối loạn nhịp tim.
- Rối loạn điện giải.
- Sau phẫu thuật tim.
- Bệnh nhiễm khuẩn, virus...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên, điều dưỡng hoặc bác sĩ.

2. Dụng cụ

- 01 Máy đo điện tim đồ 3 -6 chuyển đạo
- Chuẩn bị nguồn điện, cáp kết nối
- Giấy in.
- Điện cực dán
- Khử nhiễm

3. Người bệnh

Làm công tác tư tưởng với người bệnh và gia đình

4. Hồ sơ bệnh án

Bác sĩ hoặc điều dưỡng ghi đầy đủ chẩn đoán, cách thức vào hồ sơ bệnh án

V. TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân, đánh giá các chỉ số sống khác kèm theo.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Bộc lộ vùng ngực người bệnh , dán miếng điện cực lên 3 vùng theo thứ tự vàng, xanh, đỏ đã được kí hiệu sẵn trên dây kết nối. Kết nối với máy đo điện tim, cài đặt các thông số báo động.

VI. THEO DÕI

Các thay đổi điện tim trên màn hình, cùng với các chức năng sống khác.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Không có tai biến.

PHÁT HIỆN, ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN (VẾT PHẪU THUẬT...)

Mã số: III-1470

I. ĐỊNH NGHĨA

- Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là những nhiễm khuẩn tại vị trí phẫu thuật (PT) trong thời gian từ khi mổ cho đến 30 ngày sau mổ với phẫu thuật không có cấy ghép và cho tới một năm sau mổ với phẫu thuật có cấy ghép bộ phận giả (phẫu thuật implant).

II. CHỈ ĐỊNH

Cần phát hiện và xử trí nhiễm khuẩn vết mổ

Dấu hiệu phát hiện

- Sốt cao, đôi khi có cảm giác ớn lạnh.
- Da, niêm mạc tái nhợt, mệt mỏi, choáng váng.
- Đau tức xung quanh vết mổ
- Sản dịch ra có mùi hôi.
- Vết mổ sưng tấy, cảm giác nóng.
- Chảy mủ, dịch tiết từ vết mổ, vết mổ không liền miệng, dịch có mùi hôi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chống chỉ định, cần phát hiện và xử trí kịp thời khi có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm khuẩn vết mổ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ và điều dưỡng có kinh nghiệm lâm sàng

2. Phương tiện

Găng vô khuẩn, bông gạc vô khuẩn, cồn, betadine, bộ dụng cụ làm thủ thuật: panh, kéo, dao, bát kê...

3. Người bệnh

Được giải thích rõ việc sắp được làm nhằm phát hiện xử trí nhiễm khuẩn vết mổ, giải thích động viên người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Đầy đủ theo quy định

2. Kiểm tra người bệnh

Toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, các dấu hiệu cơ năng thực thể

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

3.1.1. Nhiễm khuẩn vết mổ nông

Phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau

- Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.
- Và chỉ xuất hiện ở vùng da hay vùng dưới da tại đường mổ.
- Và có ít nhất một trong các triệu chứng sau
 - + Chảy mủ từ vết mổ nông.
 - + Phân lập vi khuẩn từ cấy dịch hay mđược lấy vô trùng từ vết mổ.
 - + Có ít nhất một trong những dấu hiệu hay triệu chứng sau: đau, sưng, nóng, đỏ và cần mở bung vết mổ, trừ khi cấy vết mổ âm tính.
 - + Bác sĩ chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ nông.

3.1.2. Nhiễm khuẩn vết mổ sâu

Phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau

- Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật hay năm đối với đặt implant.
 - Và xảy ra ở mô mềm sâu cân, cơ của đường mổ.
 - Và có ít nhất một trong các triệu chứng sau
 - + Chảy mủ từ vết mổ sâu nhưng không từ cơ quan hay khoang nơi phẫu thuật.
 - + Vết thương hở da sâu tự nhiên hay do phẫu thuật viên mở vết thương khi người bệnh có ít nhất một trong các dấu hiệu hay triệu chứng sau: sốt > 380C, đau, sưng, nóng, đỏ, trừ khi cấy vết mổ âm tính.
 - + pxe hay bằng chứng nhiễm khuẩn vết mổ sâu qua thăm khám, phẫu thuật lại, Xquang hay giải phẫu bệnh.
 - + Bác sĩ chẩn đoán NKVM sâu.

3.1.3. Nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan, khoang phẫu thuật

Phải thỏa mãn các tiêu chuẩn sau

- Nhiễm khuẩn xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật hay 1 năm đối với đặt implant.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Và xảy ra ở bất kỳ nội tạng, loại trừ da, cân, cơ, đã xử trí trong phẫu thuật.

- Và có ít nhất một trong các triệu chứng sau

+ Chảy mủ từ dẫn lưu nội tạng.

+ Phân lập vi khuẩn từ cấy dịch hay mđược lấy vô trùng ở cơ quan hay khoang nơi phẫu thuật.

+ Áp xe hay bằng chứng khác của nhiễm trùng qua thăm khám, phẫu thuật lại, Xquang hay giải phẫu bệnh.

+ Bác sĩ chẩn đoán nhiễm khuẩn vết mổ tại cơ quan, khoang phẫu thuật.

3.2. Điều trị nhiễm khuẩn vết mổ

- Tùy theo từng loại NKVM và mức độ mà có phương án điều trị cụ thể theo nguyên tắc sau

+ Điều trị nhiễm trùng bằng kháng sinh toàn thân

+ Điều trị nhiễm trùng tại chỗ: Vệ sinh thay băng hàng ngày, có thể phải cắt lọc hoặc dẫn lưu.

3.3. Dự phòng nhiễm khuẩn vết mổ

- Tắm bằng xà phòng có chất khử khuẩn cho người bệnh trước PT

- Loại bỏ lông và chuẩn bị vùng rạch da đúng quy định;

- Khử khuẩn tay ngoại khoa và thường quy bằng dung dịch vệ sinh tay chứa cồn;

- Áp dụng đúng liệu pháp kháng sinh dự phòng (KSDP) ;

- Tuân thủ chặt chẽ quy trình v khuẩn trong buồng phẫu thuật và khi chăm sóc vết mổ,

- Kiểm soát đường huyết, ủ ấm người bệnh trong phẫu thuật.

- Duy trì tốt các điều kiện vô khuẩn khu phẫu thuật như dụng cụ, đồ vải dùng trong phẫu thuật được tiệt khuẩn đúng quy trình, nước v ô khuẩn cho vệ sinh tay ngoại khoa và không khí sạch trong buồng phẫu thuật

VI. THEO DÕI

Theo dõi và chăm sóc vết mổ hàng ngày đánh giá sự tiến triển và xử trí kịp thời các tổn thương

VII. BIẾN CHỨNG

Cần theo dõi phát hiện biến chứng nhiễm trùng huyết, tình trạng nhiễm trùng nặng toàn thân hoặc shock nhiễm khuẩn để can thiệp điều trị kịp thời.

PHÁT HIỆN, PHÒNG, ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN (CATHETER)

Mã số: III-1470

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm (TMTT) là tình trạng nhiễm khuẩn huyết có kèm theo cây đầu trong catheter TMTT dương tính.

II. CHỈ ĐỊNH

Cần phát hiện và điều trị kịp thời tình trạng nhiễm khuẩn huyết liên quan catheter TMTT khi lâm sàng có tình trạng nhiễm trùng nặng theo dõi nhiễm khuẩn huyết, chân catheter nề chảy dịch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định, cần phát hiện và xử trí kịp thời khi có dấu hiệu nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết liên quan catheter TMTT

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ và điều dưỡng có kinh nghiệm lâm sàng

2. Phương tiện

Găng vô khuẩn, bông gạc vô khuẩn, cồn, betadine, bộ dụng cụ làm thủ thuật: pank, kéo, dao, bát kê...

3. Người bệnh

Được giải thích rõ việc sắp được làm nhằm phát hiện xử trí nhiễm khuẩn vết mổ, giải thích động viên người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ theo quy định

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Đầy đủ theo quy định

2. Kiểm tra người bệnh

Toàn trạng, các dấu hiệu sinh tồn, các dấu hiệu cơ năng thực thể

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm là

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Có dấu hiệu lâm sàng của nhiễm trùng huyết và không liên quan đến nguồn lây khác ngoài catheter tĩnh mạch trung tâm.

- Chẩn đoán nhiễm trùng huyết phải có bằng chứng nhiễm trùng trên lâm sàng cộng với ít nhất hai trong các dấu hiệu lâm sàng sau đây

+ Tăng thân nhiệt nhiệt độ hậu môn $> 38,3^{\circ}\text{C}$ hoặc hạ thân nhiệt nhiệt độ hậu môn $< 35,6^{\circ}\text{C}$.

+ Tim nhanh > 90 lần/phút. Ở trẻ em tần số tim trên $+2\text{SD}$ so với giá trị bình thường theo tuổi.

+ Thở nhanh > 20 lần/phút hoặc tình trạng nhược thán $\text{PaCO}_2 < 32$ mm Hg. Ở trẻ em tần số thở trên $+2\text{SD}$ so với giá trị bình thường theo tuổi cộng với ít nhất một thông số chứng tỏ có tình trạng giảm tưới máu cơ quan hoặc rối loạn chức năng cơ quan hay thay đổi trạng thái tinh thần.

+ $\text{PaO}_2 \leq 75$ mm Hg (không khí phòng).

+ Tăng Lactate huyết thanh.

+ Thê tích nước tiểu $< 30\text{ml/giờ}$. Ở trẻ em nước tiểu $< 0,5\text{ml/kg/giờ}$.

- Catheter TMTT được lưu trên 48 giờ.

- Kết quả cấy đầu trong của catheter TMTT dương tính.

3.2. Điều trị

Điều trị tình trạng nhiễm trùng toàn thân, nhiễm trùng huyết theo kháng sinh đồ.

3.3. Dự phòng

- Huấn luyện đào tạo người thực hiện tuân thủ chặt chẽ các quy trình đặt và chăm sóc catheter TMTT.

- Thực hiện đảm bảo các qui trình đặt và chăm sóc catheter

+ Lựa chọn chỉ định đúng, phù hợp và cần thiết

+ Lựa chọn vị trí đặt tốt phù hợp

+ Đảm bảo qui trình vệ sinh tay có hiệu quả trong đặt và chăm sóc cũng như khi tiếp xúc với người bệnh.

+ Thay gạc vô khuẩn che phủ catheter (băng bán thấm, trong suốt) khi ẩm ướt, không kín hoặc thấy không sạch.

+ Vệ sinh da người bệnh, các cửa bơm thuốc bằng cồn 70^0 , đợi khô ít nhất 30 giây.

+ Theo dõi phát hiện sớm tình trạng nhiễm khuẩn nơi đặt catheter nếu có dấu hiệu sưng nóng, tấy đỏ, chảy mủ, dịch hoặc nghi ngờ nhiễm khuẩn nên rút bỏ ngay catheter.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Thay thế đường tiêm truyền: đối với các dây truyền máu hoặc Lipid không để quá 24 giờ. Các đường khác không để quá 7 ngày.

- Đảm bảo vô khuẩn khi pha thuốc

- Giám sát các ca bệnh nhiễm khuẩn catheter TMTT để xác định chính xác vấn đề, có biện pháp can thiệp kịp thời, đưa ra số liệu báo cáo tình trạng nhiễm khuẩn.

- Thực hiện những biện pháp cải tiến: xác định vấn đề ưu tiên, lựa chọn giải pháp tổng hợp cho toàn bệnh viện, khoa phòng trên từng nhóm nhiễm khuẩn khác nhau: phù hợp, dễ thực hiện, hiệu quả và có bằng chứng y học kiểm chứng.

VI. THEO DÕI

Theo dõi và chăm sóc catheter hàng ngày đánh giá sự tiến triển và xử trí kịp thời các tổn thương

VII. BIẾN CHỨNG

Cần theo dõi phát hiện biến chứng shock nhiễm trùng, suy chức năng đa cơ quan để can thiệp điều trị kịp thời.

XỬ TRÍ VÀ THEO DÕI LOẠN NHỊP TIM CẤP CỨU

Mã số: III-27

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh loạn nhịp tim do các nguyên nhân khác nhau

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ, 2 điều dưỡng

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Đánh giá

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

3.2. Hồi sức

- Làm thông thoáng đường thở
- Thở oxy mask, bóp bóng qua mask, đặt NKQ (nội khí quản) nếu cần
- Lắp monitor theo dõi SpO₂, nhịp tim
- Xử trí sốc nếu có
- + Người bệnh sốc và nhịp tim < 60 lần/phút: ép tim ngoài lồng ngực
- + Người bệnh sốc và có nhịp nhanh thất: sốc điện đồng thì 1-2 J/kg.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Đặt đường truyền tĩnh mạch hoặc trong xương + Người bệnh nhịp nhanh trên thất có sốc: Tiêm TM tĩnh mạch) adenosin 0,1 – 0,5 mg/kg nếu chưa có máy sốc điện.

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

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

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

- Xử trí cấp cứu loạn nhịp chậm

+ Điều trị thiếu oxy và sốc nếu có

+ Nếu có cường phó giao cảm

+ Đảm bảo đủ thông khí

+ Tiêm TM atropine 20 mcg/kg (100 – 600 mcg). Có thể nhắc lại sau 5 phút (tổng liều 1 mg ở trẻ nhỏ, 2 mg ở trẻ lớn). Có thể nhỏ qua NKQ 0,04 mg/kg.

+ Nếu có ngộ độc, hội chẩn chuyên gia chống độc.

- Xử trí cấp cứu nhịp nhanh trên thất

+ Thực hiện thủ thuật kích thích phó giao cảm đồng thời theo dõi điện tim trên monitor, không áp dụng ấn nhãn cầu ở trẻ nhỏ.

+ Nếu không có hiệu quả, tiêm adenosine hoặc sử dụng 1 trong các thuốc: amiodarone, flecainide, digoxin, verapamil, propranolol

- Xử trí cấp cứu nhịp nhanh thất

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

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

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

VI. THEO DÕI

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

THỞ MÁY TẦN SỐ CAO (HFO)

Mã số: III-54

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thông khí tần số cao (High frequency ventilation -HFV) là phương thức thông khí cơ học có tần số cao (thường trên 60 l/phút) và thể tích khí lưu thông nhỏ (Vt). Thường Vt nhỏ hơn khoảng chết giải phẫu.

- Có 4 loại thông khí tần số cao cơ bản: HFOV (high frequency oscillatory ventilation), HFJV (high frequency jet ventilation), HFPV (High frequency percussive ventilation), HFPPV (High frequency positive pressure ventilation).

- Phương thức thở hay được áp dụng trên lâm sàng là thông khí dao động tần số cao HFOV.

II. CHỈ ĐỊNH

- Các trường hợp bệnh lý phổi gây tổn thương nhu mô lan tỏa như viêm phổi, hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (ARDS) thất bại với phương thức thở máy thông thường, chỉ số ô xy (OI) > 20 kéo dài ít nhất 4 giờ.

- Các trường hợp bệnh lý phổi có nguy cơ cao chấn thương phổi do áp lực khi thở máy thông thường như bệnh màng trong (RDS), hội chứng hít phân su, thiếu sản phổi, hội chứng rò khí (airleak).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

- Tắc nghẽn dòng trao đổi khí

- Sốc không hồi phục

- Người bệnh có cân nặng cao (> 20 kg) với máy thở Drager VN5000 hoặc > 35 kg với máy thở Sensor Medic 3100 A

- Tăng áp lực nội sọ nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ và điều dưỡng chuyên khoa Hồi sức cấp cứu hoặc đã được đào tạo về thở máy

2. Phương tiện

- Máy thở có phương thức thở HFO (R100, SensorMedic 3100a, Drager VN500) đã được khử khuẩn.

- Dụng cụ tiêu hao: bộ đường dẫn khí máy thở bằng chất dẻo (dây máy thở) vô khuẩn, ống thông hút đờm thông thường (dùng 1 lần), ống thông hút đờm kín (thay hàng ngày).

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Hệ thống oxy (oxy tường hoặc bình ô xy có van giảm áp).
- Hệ thống khí nén (hoặc máy nén khí, dùng cho các máy thở vận hành bằng khí nén).
- Hệ thống hút (hoặc máy hút).
- Máy theo dõi liên tục: điện tim, mạch, huyết áp, SpO₂.
- Máy xét nghiệm khí máu
- Máy chụp Xquang tại giường
- Bóngambu kèm theo mặt nạ, bộ dụng cụ thở oxy (oxymeter, bình làm ấm oxy, ống dẫn ô xy, cannula thở xy qua mũi, mặt nạ ô xy)
- Bộ mở màng phổi cấp cứu, hệ thống hút khí áp lực thấp, bộ cấp cứu ngừng tuần hoàn.
- Dụng cụ, hóa chất và vật tư tiêu hao

3. Người bệnh

- Giải thích cho gia đình, người đại diện hợp pháp của người bệnh về sự cần thiết và các nguy cơ của thở máy; Người bệnh, đại diện của người bệnh ký cam kết thực hiện kỹ thuật.

- Làm xét nghiệm khí trong máu. Đo huyết áp, lấy mạch, nhịp thở, SpO₂. Đặt máy theo dõi liên tục.

Tất cả các người bệnh thở HFOV cần

- Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm để theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm
- Đặt catheter động mạch và theo dõi huyết áp động mạch liên tục
- Theo dõi EtCO₂
- Chỉ định thuốc giãn cơ cần nhắc với trẻ sơ sinh
- Hút ống nội khí quản trước khi nối vào máy HFO

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ các thông số cần theo dõi; Kiểm tra lại kết quả các xét nghiệm.

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

Kiểm tra các chỉ số sinh tồn và toàn trạng người bệnh

3. Thực hiện quy trình

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Bước 1: Lắp máy thở và kiểm tra máy thở

- Điều dưỡng hoặc nhân viên kỹ thuật máy lắp hệ thống dây, bình làm ấm, ấm, cắm điện nguồn, kết nối hệ thống ô xy- khí nén
- Kiểm tra máy thở hoạt động tốt, hệ thống dây không bị rò rỉ
- Kiểm tra hệ thống báo động áp lực, hệ thống van

Bước 2: Cài đặt ban đầu

- Cài đặt Bias Flow: (SensorMedic 3100a)
- + Sơ sinh: 10-15 L (lít)/phút
- + Trẻ < 10 kg: 20 L/phút
- + Trẻ 10-30 kg: 20-30 L/phút
- + Tr > 30 kg: > 30 L/phút
- + Cài đặt áp lực trung bình (Mean Airway Pressure - MAP)
- + Cài đặt MAP ở mức cao hơn 2-5 cmH₂O so với MAP khi đang thở máy thông thường trước đó.
- Cài đặt FiO₂: bắt đầu với FiO₂= 100%.
- Cài đặt biên độ Amplitude hay ΔP
- + Giá trị ban đầu bằng khoảng 15-20 cmH₂O cao hơn mức áp lực đỉnh (Peak Inspiratory Pressure) khi đang thở máy thông thường , điều chỉnh dựa theo mức rung của lồng ngực.
- Cài đặt tần số F: theo lứa tuổi
- + Trẻ sơ sinh: 12-15 Hz
- + Trẻ < 10 kg: 10-12 Hz
- + Trẻ 10-30 kg: 8-10 Hz
- + Trẻ > 30 kg: 6-8 Hz

Cài đặt thời gian thở vào và tỷ lệ I: E: thời gian thở vào 33% hay I: E = 1:2

Bước 3: Điều chỉnh máy thở: Mục tiêu oxy hóa máu và đảm bảo thông khí

- Mục tiêu ô xy hóa máu: PaO₂ 60-80 mmHg, SpO₂ >90%
- + Điều chỉnh áp lực trung bình để đạt được thể tích phổi tối ưu. Tăng dần MAP mỗi 1-2 cmH₂O để mở phổi, mức MAP tối ưu khi thấy xương sườn thứ 9 ở phía sau trên phim Xquang lồng ngực. Khi đạt mức MAP tối ưu và duy trì được mức oxy đích SaO₂> 90%, bắt đầu giảm dần FiO₂ tới 60%.
- + Chú ý, khi tăng dần MAP, các phế nang được mở và huy động vào quá trình trao đổi khí, độ giãn nở của phổi và thể tích phổi được cải thiện, MAP có

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

thể tăng cao dẫn tới căng giãn phổi quá mức, giảm chức năng tim mạch, và chấn thương do áp lực. Do đó, cần giảm dần MAP càng sớm càng tốt để tránh những biến chứng này; Khi tình trạng ô xy ổn định ở mức $FiO_2 \leq 60\%$, bắt đầu giảm dần MAP 1-2 cmH₂O mỗi 30 phút.

- Thông khí - Xác định mức PaCO₂ đích, chấp nhận tăng CO₂ khi duy trì mức pH > 7.20-7.25.

+ Điều chỉnh amplitude (ΔP) để đạt mức rung lồng ngực phù hợp

+ Nếu PaCO₂ cao, tăng ΔP để cải thiện thông khí (tăng thải CO₂) mỗi lần 5 cmH₂O. Nếu PaCO₂ thấp hơn đích, giảm dần ΔP mỗi lần 5 cmH₂O. Nếu tăng ΔP tới mức tối đa và thông khí vẫn chưa đảm bảo (PaCO₂ vẫn cao), tiến hành các bước sau theo trình tự:

+ Giảm dần tần số 1-2 Hz mỗi lần, tới mức tối thiểu cho phép

+ Tăng dần bias gas flow, khoảng 5L/phút mỗi 15 phút, tới mức tối đa 40L/phút.

+ Ở người bệnh được đặt ống nội khí quản có bóng chèn cuff: nếu PaCO₂ tăng cao dai dẳng ở mức cài đặt tối đa, nên xả cuff để khí thoát ra quanh ống nội khí quản.

+ Tăng thời gian thở vào tới 50% để giảm PaCO₂: chỉ thực hiện bước này khi ΔP đã ở mức tối đa và tần số ở mức tối thiểu để tránh tình trạng căng giãn quá mức.

- Huy động phế nang sau khi hút nội khí quản

+ Sau mỗi lần hút nội khí quản, tăng MAP khoảng 2-3 cmH₂O và để trong khoảng thời gian 15-30 phút sau đó giảm về lại mức MAP ban đầu.

Bước 4: Cai máy HFO

- Giảm dần FiO₂ khi SaO₂ > 90%

- Khi FiO₂ giảm tới 60%, bắt đầu giảm dần MAP mỗi 1 cmH₂O

- Giảm dần ΔP (amplitude) mỗi 5 cmH₂O, tùy theo mức PaCO₂

- Nếu $FiO_2 \leq 0.6$, MAP từ 15-20 cmH₂O, và $\Delta P < 40$ cmH₂O, có thể chuyển sang phương thức thở máy thông thường.

- Cài đặt các thông số máy thở thông thường ban đầu theo tình trạng của người bệnh. Cài đặt mức FiO₂ khoảng 10% cao hơn mức ở HFO trước đó.

VI. THEO DÕI

- Hoạt động của máy thở, các báo động.

- Tình trạng chống máy. Nếu người bệnh chống máy liên tục giải quyết nguyên nhân, (tắc đờm, xẹp phổi, tràn khí màng phổi, co thắt phế quản...), nếu đã giải quyết nguyên nhân người bệnh còn chống máy xét tăng liều thuốc an thần và giãn cơ.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Mạch, huyết áp, điện tim (trên máy theo dõi), SpO₂: thường xuyên.
- Xét nghiệm khí trong máu: làm định kỳ (6 – 12 giờ /lần) tùy theo tình trạng người bệnh, làm cấp cứu khi có diễn biến bất thường.
- X quang phổi: chụp 1-2 ngày/lần, chụp cấp cứu khi có diễn biến bất thường.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tụt huyết áp: Theo dõi huyết áp khi có hạ huyết áp: truyền dịch, dùng vận mạch nếu cần.
- Chấn thương áp lực (tràn khí màng phổi)
 - + Biểu hiện: người bệnh chóng mặt, SpO₂ giảm, tràn khí dưới da, khám phổi có dấu hiệu tràn khí màng phổi.
 - + Xử trí: đặt dẫn lưu màng phổi cấp cứu, hút dẫn lưu liên tục.
- Nhiễm khuẩn liên quan thở máy: cần tuân thủ triệt để các nguyên tắc vô khuẩn bệnh viện để dự phòng. Điều trị kháng sinh sớm và theo nguyên tắc xuống thang khi xuất hiện nhiễm khuẩn.
- Loét, xuất huyết tiêu hóa do stress: dự phòng bằng thuốc kháng H₂ hoặc thuốc ức chế bơm proton.

THEO DÕI ĐỘ BÃO HÒA ÔXY (SPO2) LIÊN TỤC TẠI GIƯỜNG

Mã số: III-87

I. ĐẠI CƯƠNG

SpO2 là tỷ lệ % mức bão hoà oxy gắn vào hemoglobin (Hb) máu động mạch ngoại vi (saturation of peripheral oxygen), được dùng để theo dõi tình trạng oxy máu và phát hiện sớm thiếu oxy máu của người bệnh. Đo bão hoà oxy liên tục có thể giúp phát hiện sớm hơn tình trạng thiếu oxy so với các dấu hiệu trên lâm sàng như tím tái. Theo dõi SpO2 liên tục tại giường là biện pháp giúp cung cấp một cảnh báo sớm và là một biện pháp cần thiết, an toàn trong quá trình theo dõi người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Không cần thiết hoặc không đủ điều kiện đo SaO2 (đo độ bão hoà oxy trong động mạch bằng phương pháp xâm nhập)
- Sử dụng SpO2 để đánh giá hiệu quả điều trị, hoặc để chẩn đoán bệnh.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 bác sĩ hoặc 01 kỹ thuật viên hoặc 01 điều dưỡng

2. Phương tiện

01 monitor, 01 dây cáp đo có gắn sẵn đầu dò phù hợp với lứa tuổi của trẻ bị bệnh.

3. Người bệnh

Người bệnh ký vào giấy chấp nhận thủ thuật sau khi nghe bác sĩ giải thích

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại 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

- Máy đo bão hoà oxy có màn hình (pulse oxymeter) hoặc máy theo dõi đa chức năng và cáp đo kèm đầu dò phù hợp với người bệnh

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Bật máy đo SpO₂ và kết nối cáp đo, kiểm tra độ chính xác của máy (có thể kết nối với tay của kỹ thuật viên để kiểm tra độ chuẩn của mạch và SpO₂)

- Kết nối đầu dò và máy qua cáp đo để có thể kiểm tra sự biến đổi của SpO₂ hoặc ghi lại biểu đồ thay đổi của SpO₂ trong 1 khoảng thời gian nhất định hoặc trong 1 ngày, đồng thời ghi nhận lại phương thức cung cấp Oxy hoặc FiO₂ tương ứng với sự biến đổi đó.

- Cài đặt các báo động, giới hạn thấp hoặc cao của SpO₂

- Kết nối máy đo và người bệnh bằng cách nối cáp đo vào ngón tay hoặc ngón chân người bệnh thông qua đầu dò.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi độ chính xác của sóng SpO₂ theo nhịp đập của mạch để có được số đo chính xác.

- Theo dõi liên tục khi có các báo động xảy ra và ghi nhận lại cách xử trí khi SpO₂ thấp.

- Liên tục quan sát dự phòng nhiễm khuẩn

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Cần chú ý có thể tổn thương m ở vị trí kết nối với người bệnh do sử dụng dài ngày hoặc kẹp đầu dò quá chặt.

- Một nhược điểm đáng chú ý là nhiều khi SpO₂ bất không được chính xác và ảnh hưởng đến điều trị cho người bệnh. Các yếu tố ảnh hưởng đến độ chính xác của SpO₂ bao gồm:

+ Phương pháp đo của máy

+ Bệnh hemoglobin (met-hemoglobin, carboxyhemoglobin)

+ Thành mao mạch bị tổn thương

+ Ánh sáng xung quanh ảnh hưởng đến cáp đo

+ Tưới máu chi kém

+ Màu sắc da

+ Sơn móng tay

KỸ THUẬT CHỌC TĨNH MẠCH ĐÙI

Mã số: III-1416

I. ĐẠI CƯƠNG

Tĩnh mạch đùi là một trong những đường tiếp cận trung tâm được sử dụng phổ biến nhất ở trẻ em với mục đích can thiệp chẩn đoán, điều trị khi thời gian lưu catheter dưới 7 ngày.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cần thiết lập đường truyền cấp cứu trong hồi sức tim phổi.
- Sử dụng các thuốc cần đường truyền trung tâm.
- Người bệnh chấn thương nghi ngờ có thương tổn ở tĩnh mạch cảnh trong.
- Cần lọc máu cấp cứu.
- Cần làm các thủ thuật can thiệp chẩn đoán.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chấn thương ngang mức tĩnh mạch bẹn.
- Nghi ngờ tắc mạch bẹn, đùi.
- Người bệnh có thể đi lại được.
- Rối loạn đông máu.
- Bất thường giải phẫu do chấn thương hoặc dị dạng.
- Cần lưu catheter thời gian dài trên 7 ngày.
- Có tiền sử viêm mạch.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ

2. Phương tiện

- Gối kê
- Băng tay v khuẩn
- Dung dịch sát trùng: Betadine
- khay đựng chất thải
- Khăn có lỗ
- Bộ dụng cụ đặt tĩnh mạch trung tâm: panh, bát chứa dịch.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Kim lấy thuốc
- Dung dịch muối 0.9%
- Xylanh 5 ml.
- Catheter phù hợp cho mục đích đặt tĩnh mạch đùi: catheter lọc máu, catheter tĩnh mạch trung tâm, lựa chọn kích cỡ theo tuổi.
- Lidocain 1%
- Tấm trải v khuẩn.
- Băng dính, gạc v khuẩn.
- Chỉ khâu
- Thiết bị bảo hộ cho người thực hiện.

3. Người bệnh

- Lắp đặt máy theo dõi: SpO₂, nhịp tim.
- Cho bệnh nhi thở oxy nếu bệnh nhi có dấu hiệu khó thở hoặc SpO₂ giảm.
- Tư thế bệnh nhi: Bệnh nhi nằm ngửa, mông đặt ở tư thế trung gian.
- Gây tê tại chỗ bằng lidocain nếu trẻ tỉnh, an thần giảm đau nếu trẻ đang được thông khí hỗ trợ.

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích cho trẻ cách giải thích tùy theo lứa tuổi, tình trạng ý thức và gia đình về thủ thuật, kí cam kết đồng ý thực hiện thủ 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 người bệnh

- Các dấu hiệu sinh tồn
- Tình trạng giảm đau, an thần

3. Thực hiện kỹ thuật

- Người thực hiện đội mũ, khẩu trang, rửa tay, mặc áo bảo hộ, đi găng vô khuẩn.
- Sát trùng vùng làm thủ thuật.
- Phủ khăn có lỗ vào vùng chọc.
- Chuẩn bị catheter: kiểm tra lưu thông, đuổi khí, xác định độ dài để cố định catheter.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Xác định mốc giải phẫu mạch máu.
- Một tay bắt động mạch bẹn, chọc kim vào phía trong 0.3-1 cm và cách dây chằng bẹn 1-3 cm. Góc kim tạo với bề mặt da góc 30-40o, mũi kim hướng về phía rốn.
- Khi hút ra máu (xác định đúng là máu tĩnh mạch) tiến hành luồn dây dẫn, sau đó dùng dụng cụ nong để mở rộng đường vào mạch máu, catheter được luồn thông qua dây dẫn, rút dây dẫn, kiểm tra lưu thông của catheter, cuối cùng catheter được cố định vào bề mặt da.
- Sát trùng vị trí đặt catheter, dán băng dính.

VI. THEO DÕI

Tình trạng lưu thông catheter, đông máu, nhiễm trùng

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chọc vào động mạch: Garo cầm máu tại chỗ
- Thủng ruột, thủng bàng quang: Sử dụng kháng sinh, hội chẩn chuyên khoa ngoại.
- Huyết khối, tắc mạch: siêu âm Doppler mạch đánh giá tình trạng lưu thông máu, hội chẩn chuyên khoa tim mạch xem xét sử dụng chống đông, thuốc tiêu huyết khối.
- Nhiễm trùng: sử dụng kháng sinh.

CHỌC HÚT/ DẪN LƯU DỊCH MÀNG PHỔI

Mã số: III-79

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tràn dịch màng phổi là sự tích tụ dịch trong khoang màng phổi giữa lá thành và lá tạng của phổi.

- Chọc hút/dẫn lưu dịch màng phổi là thủ thuật nhằm loại bỏ dịch trong khoang màng phổi gây suy hô hấp ở bệnh nhi hoặc xác định nguyên nhân gây bệnh.

- Dẫn lưu thành ngực được tiến hành khi tràn dịch mũ hoặc cần hút dẫn lưu liên tục.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhi suy hô hấp do tràn dịch màng phổi.

- Chọc hút dịch màng phổi để xác định nguyên nhân gây bệnh.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ thực hiện thủ thuật

- Gối kê

- Găng tay vô khuẩn

- Dung dịch sát trùng: Betadine

- khay đựng chất thải

- Khăn có lỗ

- Kim chọc hút: thường dùng kim lùn 20G, 22G, 25G, 27G.

- Lidocain 1%

- Xylanh 5 ml

- Xylanh 20 ml

- Dây 3 chạc

- Tấm trải vô khuẩn

- Băng, gạc vô khuẩn

- Trang thiết bị bảo hộ cho người thực hiện: mũ, áo mổ, khẩu trang.

2.2. Ống chứa bệnh phẩm

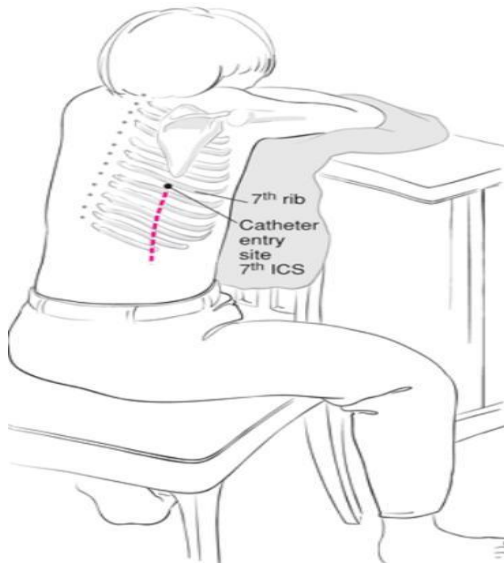
Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Lựa chọn ống chứa bệnh phẩm phụ thuộc vào mục đích xét nghiệm (xét nghiệm nuôi cấy, sinh hóa...)

3. Người bệnh

- Đặt đường truyền ngoại biên
- Lắp đặt máy theo dõi: SpO₂, nhịp tim
- Cho bệnh nhi thở oxy nếu bệnh nhi có dấu hiệu khó thở hoặc SpO₂ giảm
- Giảm đau tại chỗ với trẻ nhỏ, lo lắng có thể cân nhắc dùng thuốc an thần có tác dụng ngắn.

- Tư thế bệnh nhi: Thường thực hiện ở tư thế trẻ ngồi, ôm thành ghế; Trong trường hợp trẻ không ngồi được có thể tiến hành ở tư thế nằm nghiêng.



4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích cho trẻ (cách giải thích tùy theo lứa tuổi) và gia đình về thủ thuật, kí cam kết đồng ý thực hiện kỹ thuật, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật.

IV. 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

- Các dấu hiệu sinh tồn.
- Tình trạng giảm đau, an thần.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Vị trí chọc kim tốt nhất thường chọc ở khoang liên sườn 7 phía sau trong mọi trường hợp và tránh được tai biến chọc vào gan, lách.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Người thực hiện đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay xà phòng, sát trùng tay bằng cồn, mặc áo mổ, đi găng v trùng

- Sát trùng vùng chọc dò.

- Phủ khăn có lỗ.

- Hướng chọc kim vuông góc với mặt da, vừa đâm kim vừa tiến hành hút tạo chân không trong bơm tiêm cho tới khi hút ra dịch, một khi hút được dịch thì rút dần nòng kim sắt ra và đẩy phần kim nhựa sâu vào khoang màng phổi, cố định kim, gắn chạc 3 và dùng bơm 20 ml để hút dịch màng phổi.

- Không rút quá 1000-1500 ml dịch trong 1 lần vì có thể gây phù phổi và tụt huyết áp. Rút an toàn một lượng dịch lớn nếu áp lực khoang màng phổi được theo dõi và giữ mức -20 cmH₂O.

- Trong trường hợp chọc hút không ra dịch thì có thể dịch xuống 1 khoang liên sườn, và khi đó cần đánh giá lại mức cơ hoành để giảm thiểu nguy cơ tổn thương các tạng trong ổ bụng.

- Lấy dịch màng phổi làm xét nghiệm.

V.THEO DÕI

- Đánh giá lại lượng dịch màng phổi sau khi chọc hút bằng siêu âm, x-quang tim phổi.

- Theo dõi các chỉ số sinh tồn

- Theo dõi và phát hiện các biến chứng

VI.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tràn khí màng phổi: Chọc dẫn lưu khí màng phổi.

- Tràn máu màng phổi: Chọc dẫn lưu máu màng phổi.

- Tổn thương mạch liên sườn: Cầm máu garo tại chỗ.

- Tổn thương gan, lách: Theo dõi đánh giá toàn trạng, mất máu, xét nghiệm công thức máu, siêu âm đánh giá tình trạng chảy máu ổ bụng có thể điều trị bảo tồn, hội chẩn chuyên khoa ngoại nếu chảy máu lượng lớn, khó cầm.

- Đau dai dẳng tại chỗ: Sử dụng thuốc giảm đau.

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN HÔ HẤP

Mã số: III-113

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ngừng tuần hoàn là tim đột ngột ngừng hoạt động hoặc còn hoạt động điện học nhưng không co bóp. Nguyên nhân ngừng tim hay gặp ở trẻ em thường là thiếu oxy, thiếu cấp máu.

- Ngừng tuần hoàn là 1 tối cấp cứu vì có thể xảy ra đột ngột bất kỳ lúc nào với bất kỳ ai và ở bất kỳ đâu. Khả năng cứu sống được Người bệnh ngừng tuần hoàn phụ thuộc chủ yếu vào thời gian sớm nhất có thể (< 5 phút), khả năng và kỹ năng cấp cứu của người thực hiện thủ thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh ngừng tuần hoàn

III. ĐÁNH GIÁ VÀ ĐIỀU TRỊ

Sau khi trẻ đã được tiếp cận an toàn, đánh giá mức độ tri giác bằng phương pháp đơn giản, tiến hành đánh giá và xử trí trẻ theo trình tự A-B-C.

1. Tiếp cận ban đầu(A)

- Loại bỏ nguy hiểm: để tránh người cấp cứu trở thành nạn nhân thứ hai và nhanh chóng đưa trẻ thoát khỏi nơi nguy hiểm

- Đánh giá đáp ứng của trẻ : hỏi trẻ “Cháu có làm sao không?” hoặc kích thích trẻ: giữ đầu và lay tay trẻ (giúp phòng tránh trẻ nặng lên nếu có chấn thương cột sống cổ). Trẻ nhũ nhi và trẻ nhỏ, nếu quá sợ không trả lời, trẻ có thể đáp ứng bằng cách mở mắt hoặc phản ứng lại bằng kêu/ khóc.

- Gọi hỗ trợ khẩn cấp, đủ lớn và đủ thông tin theo thứ tự: vị trí, bị bất tỉnh đột ngột, cần hỗ trợ cấp cứu khẩn cấp.

- Mở thông đường thở: Người cấp cứu đặt bàn tay vào trán trẻ rồi từ từ đẩy ra phía sau. Đối với trẻ nhũ nhi đặt cổ ở tư thế trung gian, với trẻ lớn thì đặt cổ hơi ngả ra phía sau. Đặt ngón tay của bàn tay còn lại dưới cằm để đẩy ra trước tư thế ngửa hoa)

- Đánh giá sự thông thoáng của đường thở bằng cách: Người cấp cứu nghiêng đầu trên mặt trẻ , tai ở trên mũi trẻ, má trên miệng trẻ và nhìn dọc theo lồng ngực trẻ trong vòng 10 giây quan sát:

+ Di động của lồng ngực và bụng

+ Nghe tiếng thở: có tiếng thở bất thường không?

- Chú ý Trong trường hợp có nghi ngờ chấn thương cột sống cổ không dùng biện pháp ngửa đầu, chỉ dùng ấn góc hàm...Không dùng tay lấy dị vật.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

2. Thở (B): Nếu trẻ không có nhịp thở lại trong 10 giây cần bắt đầu thổi ngạt (theo phương pháp miệng – miệng cho trẻ lớn hoặc cả miệng và mũi cho trẻ nhỏ); thổi ngạt 2 nhịp thở có hiệu quả.

3. Tuần hoàn (C)

- Bắt mạch trong vòng 10 giây, nếu không bắt được mạch hoặc mạch chậm (< 60 nhịp/phút) bắt đầu ép tim ngoài lồng ngực.

- Cách ép tim ngoài lồng ngực:

+ Đặt trẻ nằm ngửa trên mặt phẳng

+ Vị trí ép tim: một phần hai dưới xương ức

+ Bề sâu bằng 1/3 bề dày lồng ngực

+ Kỹ thuật ép tim: trẻ nhỏ dùng 2 tay m ngực, trẻ lớn dùng 1 bàn tay hoặc 2 bàn tay.

+ Tỷ lệ ép tim/thổi ngạt là 15/2 cho tất cả các lứa tuổi. Tần số ép tim 100 lần/phút với tỷ lệ 15 lần ép tim, 2 lần thổi ngạt, nếu không có người giúp đỡ cần phải liên lạc với trung tâm cấp cứu sau CPR 1 phút.

- Phải cấp cứu cơ bản liên tục cho đến khi trẻ có cử động và thở được

4. Tư thế hồi phục

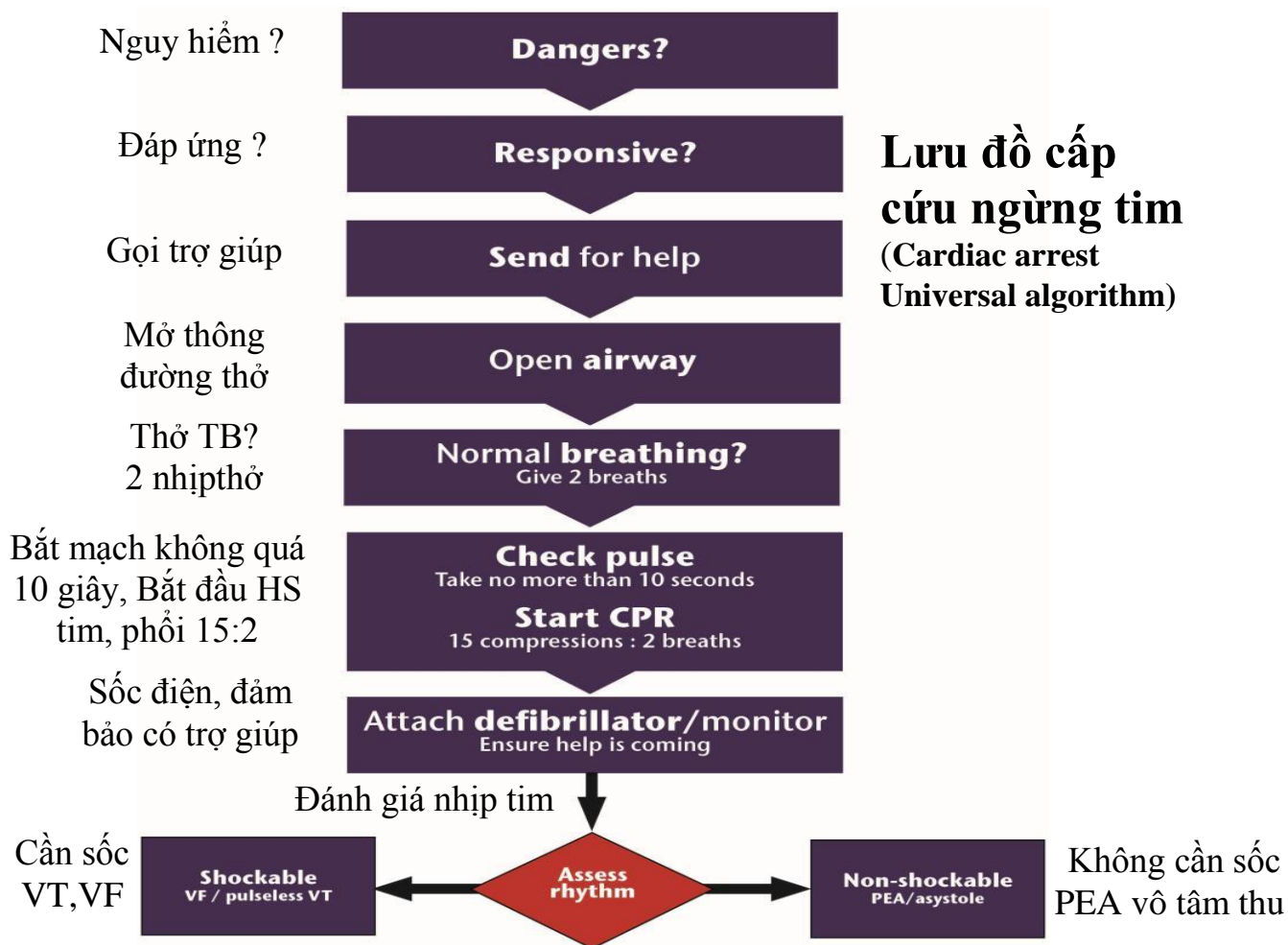
Khi tim đập trở lại đặt trẻ ở tư thế đảm bảo duy trì được thông thoáng đường thở, có thể tiếp tục theo dõi và tiếp cận được và đảm bảo an toàn, lưu ý các điểm dễ bị ép.

IV. PHÒNG BỆNH

- Ngừng tuần hoàn thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được. Tất cả mọi người, những người thực hiện cấp cứu, người thực hiện cứu hộ phải được tập luyện và chuẩn bị sẵn sàng cấp cứu; Các cơ sở cấp cứu tại chỗ cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu ngừng tuần hoàn.

- Túi thuốc cấp cứu cần được trang bị: mặt nạ giấy hoặc mặt nạ có ống dài để thổi ngạt, bóngambu và mặt nạ bóp bóng, bình oxy, bộ đặt nội khí quản và ống nội khí quản các cỡ, thuốc Adrenalin 1/1000 (ống 1mg).

Sơ đồ cấp cứu cơ bản



THỞ MÁY BẰNG XÂM NHẬP

Mã số: III-58

I. ĐẠI CƯƠNG

- Thông khí nhân tạo bằng máy thở thông thường là biện pháp hỗ trợ hô hấp được chỉ định khi nhịp thở tự nhiên không đủ để duy trì sự sống.

- Mục đích của thở máy là tối ưu hóa sự trao đổi khí, giảm sự gắng sức, người bệnh dễ chịu đồng thời giảm thiểu các biến chứng tổn thương phổi do thở máy.

II. CHỈ ĐỊNH

- Suy hô hấp: ngừng thở/suy hô hấp, giảm thông khí, thiếu ô xy, suy hô hấp mãn tính

- Suy tuần hoàn, sốc: giúp giảm sự gắng sức hô hấp, giảm tiêu thụ ô xy

- Người bệnh ngừng thở do bệnh lý thần kinh cơ, bệnh lý thần kinh trung ương, điểm Glasgow <8, không có khả năng bảo vệ đường thở, ngộ độc.

- Sau cấp cứu ngừng tuần hoàn.

- Sau phẫu thuật, khi chức năng hô hấp chưa được đảm bảo

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ và điều dưỡng chuyên khoa Hồi sức cấp cứu hoặc đã được đào tạo về thở máy

2. Phương tiện

- Máy thở có phương thức thở thông thường (kiểm soát thể tích, kiểm soát áp lực đã được khử khuẩn.

- Dụng cụ tiêu hao: bộ đường dẫn khí máy thở bằng chất dẻo (dây máy thở) vô khuẩn, ống thông hút đờm thông thường (dùng 1 lần), ống thông hút đờm kín (thay hàng ngày).

- Hệ thống ô xy (Ô xy tường hoặc bình ô xy có van giảm áp).

- Hệ thống khí nén (hoặc máy nén khí, dùng cho các máy thở vận hành bằng khí nén).

- Hệ thống hút (hoặc máy hút).

- Máy theo dõi liên tục: điện tim, mạch, huyết áp, SpO2.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Máy xét nghiệm khí máu.
- Máy chụp Xquang tại giường.
- Bóng ambu kèm theo mặt nạ, bộ dụng cụ thở ô xy (oxymeter, bình làm ấm oxy, ống dẫn xy, cannula mũi thở ô xy, mặt nạ ô xy)
- Bộ mở màng phổi cấp cứu, hệ thống hút khí áp lực thấp, bộ cấp cứu ngừng tuần hoàn.
- Chuẩn bị máy thở
- + Lắp đường dẫn khí vào máy.
- + Cho nước cất vào bình làm ấm đến đúng mức nước quy định.
- + Cắm điện, nối các đường ô xy, khí nén (nếu máy dùng khí nén) vào máy thở.
- + Bật máy, tiến hành test máy theo hướng dẫn sử dụng máy thở.
- Dụng cụ, hóa chất và vật tư tiêu hao

3. Người bệnh

- Giải thích cho bệnh nhi (nếu người bệnh còn tỉnh táo) và gia đình hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh về sự cần thiết và các nguy cơ của thở máy. Người bệnh hoặc đại diện của bệnh nhi ký cam kết thực hiện kỹ thuật.
- Làm xét nghiệm khí trong máu. Đo huyết áp, lấy mạch, nhịp thở, SpO₂.

Đặt máy theo dõi liên tục.

- Cân người bệnh
- Tiến hành đặt ống nội khí quản nếu người bệnh chưa được đặt ống nội khí quản hoặc chưa có canuyn mở khí quản
- Bóp bóng có ô xy qua ống nội khí quản trong khi chuẩn bị máy thở.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ các thông số cần theo dõi; Kiểm tra lại kết quả các xét nghiệm.

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

Kiểm tra các chỉ số sinh tồn và toàn trạng người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Bước 1:

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Đặt các thông số máy thở ban đầu

3.1.1. Lựa chọn phương thức (mode) thở

- Chọn mode thở kiểm soát (control) nếu người bệnh không có nhịp tự thở, dùng an thần sâu, hoặc thuốc giãn cơ.

- Chọn mode thở hỗ trợ có kiểm soát (assited/control), hoặc SIMV (thông khí kiểm soát ngắt quãng đồng thì khi người bệnh có nhịp tự thở.

Với bất kỳ mode nào, nhịp thở của máy cũng được giới hạn bởi

+ Giới hạn hay kiểm soát thể tích (volume limited): thể tích khí lưu thông tidal volume được cài đặt trước.

+ Giới hạn hay kiểm soát áp lực (Pressure limited): Áp lực đỉnh thì hít vào PIP được cài đặt trước.

3.1.2. Cài đặt các thông số máy thở theo các lứa tuổi: theo bảng sau

Thông số ban đầu	Trẻ sơ sinh non tháng	Sơ sinh đủ tháng	Trẻ nhũ nhi/trẻ nhỏ	Trẻ lớn/vị thành niên
Mode	Kiểm soát áp lực	Kiểm soát áp lực	Kiểm soát thể tích hoặc kiểm	Kiểm soát thể tích hoặc kiểm soát áp lực
Tần số	40-50	30-40	20-30	12-15
PEEP(cm)	3 -6/7	3 - 6	4-5	4-5
Thời gian thở vào	0.3-0.4	0.3-0.4	0.5-0.6	0.7-0.9
Áp lực đỉnh (PIP)	18-22 (nếu bệnh màng trong)	18 – 20	16-20; 25(nếu độ nở kém)	18-18-25 ;35 (trong ARDS nặng)

3.1.3. Cài đặt FiO₂

Bắt đầu với FiO₂= 100% và nhanh chóng giảm dần tới mức $\leq 60\%$ để tránh ngộ độc ô xy) tùy theo nhu cầu ô xy của người bệnh.

3.1.4 Tỷ lệ thời gian thở vào và thời gian thở ra

I:E: Thông thường 1:2- 1:3. Trong một số trường hợp khó cải thiện ô xy, có thể kéo dài thời gian thở vào I/E đảo ngược). Trong các trường hợp tắc nghẽn đường hô hấp dưới như hen phế quản, cài đặt tần số thở thấp và kéo dài thở ra, tỷ lệ I:E có thể tới 1:3 hay 1:4.

3.1.5. Cài đặt mức Trigger Sensitivity

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Trigger áp lực: từ 0 tới -2. Nếu > 0 , nhịp thở sẽ nhanh do quá nhạy, ngược lại, cài đặt mức âm quá sẽ làm tăng sự gắng sức của người bệnh để kích hoạt nhịp thở máy.

3.1.6. Giới hạn thể tích:

Với mode thở kiểm soát thể tích

Cài đặt thể tích khí lưu thông (tidal volume)6-8ml/kg.

3.2. Bước 2. Đặt các mức giới hạn báo động.

Đặt các giới hạn báo động, mức đặt tùy theo tình trạng bệnh lý cụ thể của mỗi người bệnh.

3.3. Bước 3. Tiến hành cho người bệnh thở máy và điều chỉnh thông số máy thở

- Cho thuốc giảm đau, an thần truyền tĩnh mạch liên tục. Nếu người bệnh tự thở mà có thể ảnh hưởng đến việc duy trì ổn định các thông số thở: cho thuốc giãn cơ để ức chế hô hấp của người bệnh.

- Theo dõi SpO₂, đo áp lực đỉnh, áp lực cao nguyên đường thở sau 15 phút thở máy. Làm xét nghiệm khí trong máu sau 30 phút đến 60 phút thở máy.

- Mục tiêu cần đạt được

+ SpO₂ $> 92\%$, PaO₂ > 60 mmHg

+ PaCO₂, pH bình thường hoặc ở mức chấp nhận được (khi thông khí chấp nhận tăng CO₂ ở người bệnh ARDS, hen phế quản).

+ Áp lực cao nguyên (Pplat) < 30 cmH₂O, auto-PEEP không tăng nếu người bệnh có auto-PEEP).

3.4. Bước 4. Điều chỉnh các thông số máy thở- duy trì thở máy.

- Điều chỉnh các thông số máy thở dựa vào kết quả khí máu động mạch và độ bão hòa ô xy; Không nên điều chỉnh quá 2 thông số tại cùng một thời điểm.

- Đảm bảo oxy hóa: điều chỉnh FiO₂, PEEP, thời gian thở vào (i-time), áp lực đỉnh (PIP) hoặc thể tích khí lưu thông tidal volume - để tăng, giảm MAP.

- Đảm bảo thông khí: có thể điều chỉnh tần số thở, thể tích khí lưu thông (với mode kiểm soát thể tích) và áp lực đỉnh (với mode kiểm soát áp lực).

- PEEP được sử dụng để tránh xẹp các phế nang ở cuối thời kỳ thở ra, duy trì các phế nang xẹp và mở thông đường thở nhỏ.

3.5. Điều chỉnh các thông số thở máy theo các tình huống

3.5.1. Thiếu ô xy Tăng FiO₂ và MAP, tùy theo từng người bệnh và mode thở để quyết định điều chỉnh các thông số

- Với mode kiểm soát thể tích: tăng thể tích khí lưu thông (Vt) , PEEP, hoặc thời gian thở vào.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Với mode kiểm soát áp lực: Tăng PIP/PEEP/thời gian thở vào
- Nếu tình trạng ô xy không cải thiện, cần chụp X quang phổi để loại trừ tràn khí. Nếu tình trạng ô xy xấu hơn khi tăng PEEP, cần phải đánh giá cung lượng tim, bù dịch hoặc thuốc vận mạch, và loại trừ căn nguyên tràn khí màng phổi.
- Cần chú ý các biện pháp: đảm bảo cung lượng tim, duy trì lượng Hb >10g/l, an thần sâu, cân nhắc thuốc giãn cơ.

3.5.2. Giảm thông khí- tăng PaCO₂

- Nếu chưa đủ thông khí phút: tăng Vt hoặc tăng tần số, nếu ở người bệnh hen phế quản, viêm tiểu phế quản- kéo dài thời gian thở ra, I:E > 1:3
- Với mode thở kiểm soát áp lực: tăng PIP, giảm PEEP, tăng tần số
- Giảm khoảng chết tăng cung lượng tim, giảm PEEP, giãn mạch, cắt ngắn ống nội khí quản).
- Giảm sinh CO₂: hạ sốt tích cực nếu có sốt, tăng liều an thần, giảm lượng carbohydrate đưa vào
- Đảm bảo hệ thống dây dẫn máy thở không rò rỉ, ống nội khí quản phù hợp kích thước, thông thoáng.

VI. THEO DÕI

- Hoạt động của máy thở, các áp lực đường thở, báo động.
- Mạch, huyết áp, điện tim (trên máy theo dõi), SpO₂: thường xuyên.
- Xét nghiệm khí trong máu: làm định kỳ (6 – 12 giờ/lần) tùy theo tình trạng người bệnh, làm cấp cứu khi có diễn biến bất thường.
- X quang phổi: chụp 1 – 2 ngày/lần, chụp cấp cứu khi có diễn biến bất thường.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thông khí phút giảm quá mức: khi sức cản đường hô hấp hoặc độ giãn nở phổi tăng nhanh. Xử trí: giải quyết nguyên nhân. Theo dõi tốt người bệnh để phát hiện kịp thời.
 - Hạ huyết áp
 - + Theo dõi huyết áp.
 - + Xử trí khi có hạ huyết áp: truyền dịch, dùng vận mạch nếu cần.
 - Chấn thương áp lực (tràn khí màng phổi)
 - + Biểu hiện: Vt giảm, SpO₂ giảm, tràn khí dưới da, khám phổi có dấu hiệu tràn khí màng phổi
 - + Xử trí: đặt dẫn lưu màng phổi cấp cứu, hút dẫn lưu liên tục, giảm ôiP, giảm PEEP về 0.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Dự phòng: Hạn chế Vt cao, áp lực cao. Tránh để áp lực đỉnh (PIP) > 30 cmH₂O.

- Tổn thương phổi do thở máy

+ Dự phòng: dùng Vt thấp.

- Tăng auto-PEEP: gặp ở người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn. Dự phòng và xử trí: dùng Vt thấp (giảm ôiP).

- Nhiễm khuẩn liên quan thở máy: cần tuân thủ triệt để các nguyên tắc vô khuẩn bệnh viện để dự phòng. Điều trị kháng sinh sớm và theo nguyên tắc xuống thang khi xuất hiện nhiễm khuẩn.

- Loét, xuất huyết tiêu hóa do stress: dự phòng bằng thuốc ức chế bơm proton.

LỌC MÁU HẤP PHỤ BẰNG THAN HOẠT

III-115

I. ĐẠI CƯƠNG

- Lọc máu hấp phụ bằng cột than hoạt (Hemoperfusion with Activated Charcoal) là một kỹ thuật lọc máu ngoài cơ thể trong đó máu của bệnh nhân được dẫn vào quả lọc hấp phụ có chứa than hoạt, tại đây các loại chất độc có đặc tính gắn kết với protein mà bình thường không thể lọc bỏ bằng các cơ chế khác sẽ được hấp phụ vào quả lọc.

- Trên lâm sàng, biện pháp lọc máu hấp phụ bằng than hoạt đã được sử dụng khá hiệu quả trong điều trị ngộ độc (Paraquat, theophylin, chloroquin, nấm độc) và suy gan

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc phenobacital, các bacbituric khác, glutethimide, methaquanone, salisilates, theophyline...tiến triển nhanh có chỉ định điều trị tại hồi sức cấp cứu có các dấu hiệu lâm sàng của nhiễm độc nặng như: rối loạn ý thức nhẹ, giảm thông khí, giảm huyết áp và hạ nhiệt độ...

- Biến chứng nặng của ngộ độc như: hôn mê, viêm phổi nhiễm khuẩn máu.

- Ngộ độc ở những người bệnh có cơ chế thải trừ tự nhiên bị suy giảm như: suy giảm chức năng hoặc tổn thương các cơ quan gan, thận, tim.

- Ngộ độc các chất độc gây tổn thương rối loạn chuyển hóa tế bào như ngộ độc nấm, thuốc diệt cỏ paraquat.

- Suy gan cấp giúp gan phục hồi hoặc làm cầu nối cho ghép gan

- Bệnh thận giai đoạn cuối do ngộ độc aluminum.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, chống chỉ định tương đối với người bệnh có rối loạn đông máu nặng và giảm tiểu cầu nặng có xuất huyết trên lâm sàng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kíp làm việc gồm 01 bác sỹ và 01 điều dưỡng được đào tạo về lọc máu lọc máu

2. Phương tiện

2.1. Trang thiết bị lọc máu

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Máy lọc máu liên tục Prismaflex của hãng Gambro hoặc máy thận nhân tạo.

- Bộ quả lọc hấp phụ bằng than hoạt của hãng Gambro phụ thuộc vào tuổi và cân nặng trẻ em: quả lọc Prismaflex Adsorba™ 300 kit (thể tích 367 ml) cho trẻ > 30 kg, quả lọc Prismaflex Adsorba™ 150 kit (thể tích 247 ml) cho trẻ <30 kg.

- Catheter tĩnh mạch 2 nòng dùng cho lọc máu, kích cỡ lựa chọn theo cân nặng: 3 - 6 kg sử dụng catheter 6.5 F; từ 7- 30 kg sử dụng catheter 8F; >= 30 kg sử dụng catheter 11F.

2.2. Dịch và thuốc

- Dung dịch dùng để đuổi khí trong hệ thống dây dẫn và quả lọc: Glucose 5% x 1 lít có tác dụng làm bão hòa glucose trong hệ thống quả lọc tránh hạ đường máu, Natriclorua 9‰ 02 lít (dùng đuổi khí)

- Dung dịch chạy môi: Human albumin 20% x 50ml

- Thuốc chống đông Heparin

- Thuốc an thần giảm đau: midazolam, seduxen, ketamin, lidocain

2.3. Vật tư tiêu hao

Bơm tiêm 20ml, 50ml để pha heparin tùy theo máy lọc máu, bơm tiêm 5 ml, 10 ml bơm natriclorua 9‰ dùng làm đầy đầu các dây dẫn khi kết nối vòng tuần hoàn ngoài cơ thể, cồn sát khuẩn (cồn 70°C và Iod 10%), dây truyền dịch, dây nối, chạc 3, túi đựng dịch thải vô khuẩn (loại 5 lít) găng tay vô khuẩn chỉ khâu, bông gạc vô khuẩn, băng dính bản rộng, băng dính thường...

2.4. Dụng cụ cấp cứu

- Bộ đặt nội khí quản và bóng, mặt nạ

- Hộp chống sốc theo qui định của bộ y tế

2.5. Các dụng cụ khác

- Monitor theo dõi người bệnh

- Bộ làm ấm đường dẫn máu vào người bệnh, hoặc máy sưởi

- Bộ thủ thuật đặt tĩnh mạch

- Găng, ga, săng, áo mổ, mũ khẩu trang vô khuẩn

3. Người bệnh

Người bệnh được vệ sinh sạch sẽ, được đặt huyết áp động mạch, tĩnh mạch trung tâm (CVP), bùồng bệnh đảm bảo ấm, được tiết khuẩn đảm bảo công tác vô khuẩn. Bác sĩ giải thích cho bố mẹ hoặc người bảo trẻ người bệnh về thủ thuật, các tai biến rủi ro có thể xảy ra trong quá trình điều trị, ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án:

Được hoàn thành và làm đầy đủ các xét nghiệm theo qui định

V. TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Hồ sơ phải được hoàn thiện, giấy chấp nhận thủ thuật, chú ý các xét nghiệm: huyết sắc tố, tiểu cầu, đông máu, điện giải đồ (kali, canxi, magie..)

2. Kiểm tra người bệnh

Các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, CVP, thần kinh...)

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Đường vào mạch máu

Đặt catheter lọc máu vào các mạch máu lớn: TM tĩnh mạch đùi, TM cảnh trong, TM dưới đòn tùy tình trạng người bệnh. Trong đó TM đùi hay dùng nhất vì ít tai biến, ít gây tắc mạch và hầu như không gây chít hẹp mạch trong quá trình chạy máy.

3.2. Thiết lập vòng tuần hoàn ngoài cơ thể

- Bước 1: Bật máy chọn phương thức chỉ định

- Bước 2: Lắp bộ quả lọc hấp và dây dẫn vào máy lọc máu (nếu sử dụng máy thận nhân tạo) có thể lắp nối tiếp với quả lọc trên máy thận nhân tạo: quả lọc hấp phụ đặt trước quả lọc thẩm tách giúp dễ kiểm soát dịch thẩm tách và tái làm ấm máu sau khi đi qua quả hấp phụ đuổi khí trong bộ lọc và hệ thống dây dẫn bằng 500 ml dung dịch glucose 5% (để tránh hạ đường máu) và 2000 ml Natriclorua 9‰ để tránh tình trạng nhược trương có thể gây tan máu (có pha Heparin với nồng độ 2500 UI/lit)

- Bước 3 (chạy mồi : thường sử dụng dung dịch natriclorua 9‰. Sử dụng máu nếu người bệnh nhỏ hoặc thể tích quả lọc và dây dẫn > 10% thể tích máu của người bệnh. Nếu huyết động không ổn định sử dụng Human Albumin 5% để tránh ảnh hưởng đến huyết động của người bệnh.

- Bước 4: Nối vòng tuần hoàn ngoài cơ thể với người bệnh qua catheter 2 nòng.

- Bước 5: Cài đặt các thông số máy và chạy lọc hấp phụ thông thường thời gian khoảng 04 tiếng

- Bước 6: Sau khi hoàn thành các bước, kiểm tra lại vòng tuần hoàn ngoài cơ thể, tình trạng người bệnh bắt đầu chạy máy.

- Bước 7: kết thúc lọc máu, hoàn trả lại máu, lưu catheter lọc máu bằng dung dịch heparin 100 UI/ml sát khuẩn catheter, băng vô khuẩn. Ghi chép hồ sơ theo qui định.

3.3. Chống đông

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Heparin: liều bolus khi bắt đầu chạy máy 0 - 30 UI/kg (không cần thiết nếu dịch môi có pha heparin). Liều duy trì: 0 - 30 U/kg/h để giữ ACT (activated clotting time) : 140 - 160s (trẻ sơ sinh do tốc độ máu thấp có thể cho phép giữ ACT 180 - 200s), hoặc giữ aPTT gấp 1,2 - 1,5 lần so với giá trị bình thường.

Chú ý: heparin truyền trước quả lọc, lấy máu xét nghiệm ACT sau quả lọc. Không sử dụng thuốc chống đông nếu người bệnh có rối loạn đông máu, chảy máu nặng. Cách pha heparin: 500 UI/kg pha vừa đủ trong 50 ml NaCL 9‰ truyền 1 ml/h (giờ) tương đương liều 10 U/kg/h.

3.4. Thời gian lọc hấp phụ

Thông thường mỗi lần chạy lọc hấp phụ trong 4giờ, số lần chạy sẽ phụ thuộc vào đặc tính của chất gây ngộ độc, nồng độ chất độc trong máu/nước tiểu, tình trạng lâm sàng, thông thường chạy cho tới khi xét nghiệm độc chất âm tính (ngộ độc paraquat nên chạy thêm 01 lần sau khi xét nghiệm độc chất âm tính).

VI.THEO DÕI

1. Theo dõi lâm sàng

- Mỗi người bệnh có bảng theo dõi riêng ghi chép đầy đủ các chỉ số sinh tồn hàng giờ (mạch, nhiệt độ, HA, CVP, tinh thần), dấu hiệu của hạ đường máu, co giật do hạ calci máu...

- Theo dõi chỉ số chạy máy (tốc độ máu, dịch thay thế, áp lực xuyên màng, access, return...) hàng giờ, cân bằng dịch, theo dõi hình thành cục máu đông quả lọc, dấu hiệu chảy máu...

2. Theo dõi xét nghiệm

Thời gian làm xét nghiệm trước và sau lọc hoặc khi cần thiết

- Định lượng chất độc trong máu và nước tiểu
- Công thức máu, tiểu cầu
- Ca/Mg/PO4, khí máu, lactate, đường máu
- Đông máu: APTT/ACT mỗi 1- 4h tùy theo tình trạng đông máu
- Chức năng gan (Bilirubin, GOT, GPT, NH3), chức năng thận (Ure, creatinin)

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hạ nhiệt độ: ủ ấm người bệnh và đường máu vào
- Hạ đường máu: Glucose 10% 5ml/kg tiêm TM
- Xuất huyết do quá liều heparin: ngừng heparin và sử dụng thuốc kháng heparin.

- Tụt huyết áp do thể tích vòng tuần hoàn lớn hơn thể tích tuần hoàn người bệnh: bù thể tích tuần hoàn bằng dịch/máu.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Rối loạn điện giải, toan kiềm: hay gặp hạ canxi và magie - điều trị theo phác đồ.
- Mất các yếu tố đông máu: bù các yếu tố đông máu
- Các biến chứng tắc mạch do khí: theo dõi sát nếu có khí ở vòng tuần hoàn ngoài cơ thể giảm tốc độ dùng bơm tiêm hút khí.
- Nhiễm trùng: cấy máu, dùng kháng sinh.

KỸ THUẬT TIẾN HÀNH VÀ THEO DÕI ÁP LỰC NỘI SỌ

Mã số: III-1275

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tăng áp lực nội sọ là một tình trạng nặng, đe dọa tính mạng bệnh nhi. Đây là nhóm bệnh hay gặp tại khoa hồi sức cấp cứu. Nguyên nhân tăng áp lực nội sọ là do nhiều bệnh lý khác nhau gây ra, bao gồm các nguyên nhân do tổn thương tại não hoặc các nguyên nhân không do tổn thương tại não.

- Đặt catheter đo áp lực nội sọ trong nhu mô não là thủ thuật giúp bác sỹ theo dõi được áp lực nội sọ liên tục để đưa ra được biện pháp điều trị giảm áp lực nội sọ phù hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

Đo và theo dõi liên tục áp lực nội sọ và không dẫn lưu dịch não tủy

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Rối loạn đông máu

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ phẫu thuật thần kinh hoặc bác sỹ hồi sức cấp cứu

2. Phương tiện

- Phòng mổ vô trùng hoặc phòng thủ thuật
- Đường truyền
- Bơm truyền
- Máy thở
- Dao mổ
- Găng vô khuẩn
- Săng vô khuẩn
- Gạc
- Áo mổ, mũ và khẩu trang vô khuẩn
- Kim
- Betadine
- Sonde hút
- Bộ cảm biến đo áp lực nội sọ cáp quang
- Monitor đo áp lực nội sọ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Thở máy và gây mê

3. Người bệnh

- Giải thích cho bố mẹ hoặc người giám hộ của bệnh nhi
- Cạo tóc, bộc lộ vùng đặt

4. Hồ sơ bệnh án

- Bố mẹ bệnh nhi hoặc người giám hộ ký cam kết thủ thuật sau khi được giải thích.

- Phiếu theo dõi được ghi chép đầy đủ.
- Phiếu 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 toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt bệnh nhi nằm đầu thẳng, cố định đầu bệnh nhi
- Xác định mốc giải phẫu
- Trải săng vkhuan
- Gây mê bệnh nhi
- Rạch da vùng sọ
- Khoan một lỗ ở xương sọ theo vị trí rạch da đến màng cứng.
- Vít Bolt theo đường khoan
- Chọc thủng màng cứng bằng kim.
- Đưa catheter xuyên qua nòng Bolt vào trong nhu mô não
- Chốt chặt vít Bolt
- Cố định catheter.
- Kết nối catheter với Monitor.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi chỉ số áp lực nội sọ
- Các chỉ số sinh tồn

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Cảm biến không kết nối: xử trí kiểm tra lại cảm biến hoặc thay cảm biến
- Tụ máu dưới màng cứng: rút cảm biến và theo dõi tụ máu
- Đụng dập não: theo dõi các dấu hiệu sinh tồn và xử trí
- Lỗi đầu dò: thay cảm biến mới
- Gãy catheter: rút catheter thay mới
- Dịch chuyển đầu catheter: đặt lại vị trí cũ
- Tụ máu nhu mô não: rút cảm biến và theo dõi tụ máu

CAI THỞ MÁY

Mã số: III-75

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở máy kéo dài dẫn tới tăng nguy cơ nhiễm trùng bệnh viện, tổn thương phổi do thở máy, khó cai máy và tăng chi phí điều trị. Đối với bệnh nhi thở máy, bác sỹ phải đánh giá chỉ định cai thở máy càng sớm càng tốt.

II. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhi có đủ tiêu chuẩn cai thở máy

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhi ngừng thở, ngừng tim
- Bệnh nhi không có khả năng tự thở: Như cơ, h n mê sâu, thoái hóa cơ tủy.
- Chưa đủ tiêu chuẩn cai thở máy

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

1 bác sỹ và 1 điều dưỡng chuyên khoa hồi sức cấp cứu hoặc đã được đào tạo về thở máy.

2. Phương tiện

- Vật tư tiêu hao
- Oxy thở máy (ngày chạy 24 giờ)
- Khí nén (ngày chạy 24 giờ)
- Màn lọc khuẩn dây máy thở: 01 cái
- Dây truyền huyết thanh: 01 cái
- Găng tay vô khuẩn: 3 đôi
- Găng tay sạch: 5 đôi
- Gạc tiêu phẩu: 5 túi
- Khẩu trang phẩu thuật: 5 chiếc
- Mặt nạ mũi miệng
- Mũ phẩu thuật: 5 chiếc
- MDI adapter: 1 chiếc
- Dây máy thở: 1 bộ
- Bộ làm ấm, làm ẩm: 1 bộ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Filter (màng) lọc bụi máy thở: 1 chiếc
- Dung dịch sát khuẩn nhanh: 1 lọ
- Sonde (xông) hút: 8 cái (tùy thuộc tình trạng người bệnh)
- Máy hút: 1 cái
- Xét nghiệm khí máu
- Chụp xquang phổi
- Một bộ dụng cụ cấp cứu: bóng, mask, mặt nạ , nội khí quản, sonde hút, thuốc adrenalin.
- Một bộ dẫn lưu màng phổi

3. Người bệnh

- Giải thích cho bố mẹ bệnh nhi qui trình cai, ích lợi cũng như nguy cơ
- Tư thế bệnh nhi: đầu cao 30 độ (nếu không có tụt huyết áp)
- Thở máy tại giường bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

- Bố mẹ bệnh nhi hoặc người giám hộ ký cam kết thủ thuật sau khi được giải thích.
- Phiếu theo dõi được ghi chép đầy đủ
- Phiếu thủ thuật

V. TIẾN HÀNH KỸ THUẬT

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

Ngừng thuốc giãn cơ trước 24 giờ

- Chuyển thở mode (kiểu) SIMV + PS
- + Cài đặt PS phù hợp với nội khí quản
- + Thời gian thở vào phù hợp lứa tuổi
- + PEEP 5 cm nước đảm bảo SpO2 trên 92%
- + FiO2 đảm bảo SpO2 trên 95% (trừ bệnh nhi mắc bệnh phổi mãn tính hoặc bệnh lý đặc biệt khác theo y lệnh của bác sỹ.
- + Giảm FiO2 mỗi 30 phút, đảm bảo SpO2 trên 93%.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Giảm nhịp thở 2 - 4 nhịp mỗi 30 phút đảm bảo PCO₂ dưới 55, thành công với Vt 5 -7

+ Đảm bảo tổng nhịp thở của bệnh nhi và máy chấp nhận được.

+ Huyết áp trung bình chấp nhận được

- Thực hiện thử nghiệm thở tự nhiên (SBT)

+ Tiêu chuẩn để thực hiện SBT

Vt 5 – 7 ml/kg

Vt của nhịp thở tự nhiên trên 4 ml/kg

FiO₂ ≤ 50%

Đảm bảo nhịp thở tự nhiên chấp nhận được

HA huyết áp trung bình chấp nhận được

SpO₂ ≥ 93%

PCO₂ ≤ 55%

PEEP ≤ 6

Điềm an thần phù hợp

Có phản xạ ho

Hb chấp nhận được

SBT với mode SPONT với PEEP 5 cmH₂O và FiO₂ ≤ 50% hoặc ống chữ T

Nếu SBT 2 giờ thành công rút NKQ (nội khí quản)

VI. THEO DÕI

- Dấu hiệu sinh tồn

- SpO₂, PaCO₂

- Máy thở

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tràn khí màng phổi: dẫn lưu màng phổi

- Tuột nội khí quản: đặt lại nội khí quản

- Ngừng tim: tiến hành hồi sức tim phổi

- Nhiễm trùng: kháng sinh

HÚT ĐỜM KHÍ PHẾ QUẢN Ở NGƯỜI BỆNH SAU ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN, MỞ KHÍ QUẢN, THỞ MÁY

Mã số: III-76

I. ĐẠI CƯƠNG

- Hút đờm là một kỹ thuật đưa ống thông qua ống nội khí quản, mở khí quản hút sạch đờm trong ống nội khí quản, mở khí quản và trong khí quản của người bệnh.

- Là một kỹ thuật rất cơ bản trong hồi sức cấp cứu nhằm khai thông và kiểm soát đường thở người bệnh đã đặt ống nội khí quản, mở khí quản giúp phòng nhiễm khuẩn và xẹp phổi hoặc phục vụ cho chẩn đoán.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có nhiều đờm dãi, không có khả năng khạc đờm như liệt hầu họng, liệt cơ hô hấp.

- Trẻ nhỏ bị sặc bột, trẻ hít phải chất nôn
- Trẻ ẻ sơ sinh mới đẻ
- Trẻ có đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản
- Lấy bệnh phẩm để xét nghiệm.
- Trước khi rút nội khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Những chống chỉ định tương đối liên quan đến các nguy cơ trong hút đờm.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng được đào tạo chuyên khoa hồi sức cấp cứu

2. Phương tiện - dụng cụ

2.1. Vật tư tiêu hao

- Dây hút silicon
- Ống hút đờm kích cỡ phù hợp
- + Trẻ lớn cỡ: 8 – 10 ,
- + Trẻ nhỏ cỡ: 5 - 8
- Găng vô khuẩn: 01 đôi
- Gạc vô khuẩn: 01 gói

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Bơm tiêm 10ml: 02 cái.
- Kim tiêm nhựa: 01 cái
- Găng sạch: 01 đôi
- Xô đựng dung dịch khử khuẩn
- Natrichlorua 0,9% (200ml) hoặc NaHCO₃ 1,4% hoặc thuốc theo chỉ.
- Mũ: 02 cái
- Khẩu trang: 02 cái
- Dung dịch sát khuẩn tay nhanh
- Xà phòng diệt khuẩn
- Dung dịch khử khuẩn sơ bộ
- Máy hút áp lực âm có thể điều chỉnh mức áp lực
- + Trẻ lớn: 60 đến 80 mmhg
- + Trẻ sơ sinh: 40 đến 60 mmhg
- Máy theo dõi (khẩu hao 5 năm)
- Cáp điện tim
- Cáp đo SPO₂
- Cáp đo huyết áp liên tục
- Bao đo huyết áp
- Ống nghe

2.2. Dụng cụ cấp cứu

- Bóng Ambu, mặt nạ bóp bóng.
- Bộ dụng cụ đặt nội khí quản cấp cứu.

3. Người bệnh

- Thông báo giải thích động viên, vỗ rung cho trẻ bị bệnh (nếu cần).
- Đặt trẻ bị bệnh ở tư thế thích hợp.

4. Hồ sơ bệnh án, phiếu chăm sóc.

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Vỗ rung cho trẻ bị bệnh (nếu cần)
- Đặt trẻ ở tư thế thích hợp.
- Tăng nồng độ ô xy ở khí thở vào, bật máy hút điều chỉnh áp lực, bóc ống hút.
- Điều dưỡng đi găng tay vô khuẩn lấy ống hút nối với máy hút (chú ý đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn).
- Trải khăn hoặc giấy găng vô khuẩn dưới khu vực hút.
- Thực hiện kỹ thuật hút đờm: (tay thuận là tay vô khuẩn, tay không thuận là tay sạch).
- Tay không thuận mở đoạn ống thở nối với nội khí quản để vào giấy vô khuẩn. Sau đó cầm dây hút chỗ điều khiển van hút.
- Tay thuận cầm ống thông hút vô khuẩn luồn nhẹ nhàng vào nội khí quản hoặc mở khí quản đưa ống thông đến khi có cảm giác vướng dừng lại không đưa được nữa hoặc ngập ống thông, phải rút ống ra 1 cm. Tay sạch bấm van điều khiển máy hút đồng thời tay vô khuẩn cầm ống thông nhẹ nhàng về ống và rút ra từ từ, vừa rút vừa hút hết đờm dãi. Giữ ống lâu hơn ở những vị trí nhiều đờm. Không đẩy đi đẩy lại ống thông nhiều lần trong phế quản
- chú ý:** khi đưa ống thông vào không được bấm van điều khiển máy hút).
- Thời gian lưu ống thông trong phế quản không quá 20 giây tính từ khi đưa ống thông vào đến khi rút ra.
- Thời gian bấm van điều khiển máy hút không quá 15 giây tính từ khi bấm van điều khiển máy hút đến khi rút ống thông ra.
- Sau một chu kỳ hút lắp lại dây nối máy thở với ống nội khí quản, cho trẻ thở máy hoặc thở oxy.
- Sau khi rút ống thông ra cho trẻ thở oxy hoặc thở máy lại, tiếp tục hút lần tiếp theo, hút ở tư thế khác nếu trẻ hồng hào, SpO₂ ổn định trên 90%. Luân lượt hút ở 3 tư thế: nằm thẳng, nằm nghiêng sang phải, nằm nghiêng sang trái
- Nếu đờm dính quánh, kết hợp bơm Natriclorua 0,9% hoặc NaHCO₃ làm loãng đờm, mỗi lần bơm không quá 3ml.
- Tiến hành hút sạch đờm dịch trong khí quản và trong ống nội khí quản hoặc mở khí quản.
- Hút nước tráng ống và tháo ống hút ngâm vào dung dịch khử khuẩn.
- Thu dọn dụng cụ, tháo găng sát khuẩn tay nhanh bằng cồn.
- Tăng oxy cho trẻ khoảng 2 - 3 phút sau khi hút. Sau đó đặt lại oxy như y lệnh cũ. Tắt máy hút, để trẻ về tư thế thoải mái.
- Rửa tay, ghi phiếu theo dõi: tính chất, màu sắc, số lượng đờm dịch

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Chú ý:

- Tần số hút tùy theo lượng đờm, 1 lần hút không quá 20 giây, bít van hút không quá 15 giây, giữa các lần hút cho trẻ thở máy lại 30 giây 1 phút, 1 đợt hút ≤ 5 phút.
- Thực hiện kỹ thuật phải tuyệt đối vô khuẩn tránh bội nhiễm phổi.
- Không dùng chung ống hút đờm cho cả đường hô hấp trên và dưới.
- Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn, nếu mạch chậm phải ngừng hút, tăng oxy máy thở lên 100%.

VI. THEO DÕI

Theo dõi trước, trong và sau hút

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO2 trong và sau khi làm kỹ thuật
- Tiếng thở: còn lọc sọc đờm dãi.
- Tình trạng oxy: màu sắc da: tím ? hồng?
- Nhịp thở: chậm hoặc thở nhanh, có nhịp thở chống máy? (nếu thở máy)
- Tình trạng máy thở trước, sau hút đờm: báo động trên máy thở, áp lực đường thở.
- Khí máu: làm nếu có chỉ định.
- Theo dõi tai biến và biến chứng của kỹ thuật.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Giảm oxy máu: Tăng nồng độ oxy đưa vào
- Tổn thương niêm mạc khí phế quản: Thực hiện đúng quy trình
- Loạn nhịp tim, ngừng tim ngừng thở: Cho Atropin liều trước khi làm thủ thuật
- Xẹp phổi: thay đổi tư thế, vỗ rung
- Co thắt thanh quản, nôn hít vào phổi: cho atropin trước làm thủ thuật.
- Nhiễm khuẩn: Thực hiện nghiêm ngặt quy trình vô khuẩn, nếu có nhiễm khuẩn sử dụng kháng sinh
- Chảy máu khí phế quản: thực hiện đúng thao tác.
- Tăng áp lực nội sọ ở những người bệnh có tổn thương não: Cho an thần, giảm đau trước khi làm thủ thuật

SỐC ĐIỆN NGOÀI LỒNG NGỰC CẤP CỨU

Mã số: III-29

I. ĐẠI CƯƠNG

Sốc điện ngoài lồng ngực là dùng 1 xung điện có điện thế lớn trong thời gian rất ngắn (0,03 - 0,10 giây) phóng qua tim làm khử cực toàn bộ cơ tim, tạo điều kiện cho nút xoang trở lại nắm quyền chỉ huy toàn bộ tim. Hiện nay chỉ dùng dòng điện 1 chiều - an toàn và hiệu quả hơn dòng điện xoay chiều. Các loại sốc điện:

+ Sốc điện không đồng thì: Xung điện sẽ phóng ngay lập tức tại thời điểm ấn nút phóng điện.

+ Sốc điện đồng thì: Xung điện được phóng ra vào thời điểm lựa chọn là sườn sau sóng R giúp tránh tình trạng xung điện phóng vào khoảng thời gian nguy hiểm trong chu kỳ tim (trước đỉnh sóng T) có thể gây rung hoặc nhanh thất.

+ Sốc điện có thể tiến hành trực tiếp trên tim khi mở lồng ngực (sốc điện trong lồng ngực) hoặc qua thành ngực (sốc điện ngoài lồng ngực).

II. CHỈ ĐỊNH

- Rung thất hoặc nhịp nhanh thất vô mạch: sốc điện không đồng bộ.
- Loạn nhịp nhanh (trừ nhanh xoang) có rối loạn huyết động: sốc điện đồng bộ.
- Mức năng lượng đối với rung thất hoặc nhịp nhanh thất vô mạch: Tùy thuộc cân nặng của trẻ
- Cần thực hiện nhanh chóng, không cần gây mê, chống đông.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tim nhanh nhĩ đa ổ
- Có sự tiếp xúc trực tiếp của Người bệnh với người khác.
- Bề mặt da vị trí đặt điện cực bị ẩm ướt.
- Người bệnh đang mang các thiết bị tạo nhịp hay phá rung trong người.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ hoặc điều dưỡng được đào tạo về kỹ năng sốc điện.

2. Phương tiện

Máy sốc điện bao gồm

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Bộ phận tạo xung điện là 1 tụ điện tích điện từ nguồn điện xoay chiều có khả năng phóng ra được dòng điện với các tính chất mong muốn theo yêu cầu sốc điện.

- Bản sốc điện có kích cỡ thay đổi tùy theo lứa tuổi.

- Dây điện cực với 3-5 điện cực.

- Màn huỳnh quang (monitor) hiển thị sóng điện tim thu từ các điện cực hoặc bản sốc điện, các thông số kỹ thuật.

- Nút, phím chọn phương thức sốc điện đồng thì hoặc không đồng thì (SYN = synchronization).

- Nút hoặc phím lựa mức năng lượng (tính bằng Joules hoặc Watt)

- Nút hoặc phím nạp điện (CHARGE)

- Nút phóng điện.

3. Người bệnh

Người bệnh ký vào giấy chấp nhận thủ thuật sau khi nghe bác sỹ giải thích.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

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

- Tiếp tục cấp cứu ngừng tim-phổi (nếu cần)

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Nạp năng lượng

- Lựa chọn năng lượng và kiểu sốc. Đồng bộ hoặc không đồng bộ. Năng lượng phụ thuộc vào cân nặng và theo chỉ định của Bác sỹ cấp cứu.

- Ấn nút nạp "CHARGER" ở mặt trước máy hoặc trên bản cực "APEX"

- Đợi đến khi có tiếng "bíp" và trên màn hình hiện lên đúng năng lượng cần nạp và chữ "READY".

3.2. Sốc điện

- Bôi gel vào bản điện cực sốc điện

- Áp trực tiếp bản sốc điện lên ngực người bệnh

+ "APEX": để vùng mỏm tim

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- + "STERNUM": để ở đáy tim
- Theo dõi điện tim trong quá trình sốc điện
- Chú ý: không được chạm vào người bệnh
- Dùng 2 ngón cái ấn đồng thời nút "DISCHARGE" ở 2 bản sốc điện

VI. THEO DÕI

Đánh giá lại và theo dõi theo các bước ABC (thở, đường thở, tuần hoàn)

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rung thất do lựa chọn sai phương thức sốc điện
- Ngừng tim: cấp cứu theo qui trình cấp cứu ngừng tuần hoàn ABC
- Tắc mạch: ít gặp ở trẻ em
- Phù phổi cấp do suy giảm chức năng tâm thu thất trái hoặc do nhĩ ngừng co bóp thoáng qua: điều trị theo phác đồ xử trí phù phổi cấp.
 - Bông da chỗ áp điện cực, tùy mức độ xử trí theo phác đồ.
 - Hạ huyết áp, xử trí theo phác đồ

ĐẶT MẶT NẠ THANH QUẢN CẤP CỨU

Mã số: III-94

I. ĐẠI CƯƠNG

Mask thanh quản là một phương tiện thông khí nhân tạo đặt nằm úp trên tiền đình thanh quản do bác sỹ gây mê người Anh (Archie Brain) sáng chế năm 1981 và được sử dụng rộng rãi trên thế giới từ năm 1999. Vì sự tiện lợi và tính chất kiểm soát đường thở dễ dàng hơn nhiều so với ống NKQ (nội khí quản) nên mặt nạ thanh quản đã được chính thức đưa vào phác đồ kiểm soát đường thở khó, đặc biệt là trong tình huống “không đặt NKQ được, không thông khí được” (No Intubate, No ventilate).

II. CHỈ ĐỊNH

- Thay thế mask thở trong gây mê thông thường và cấp cứu.
- Thay thế NKQ trong phẫu thuật có chuẩn bị khi thấy đặt NKQ không cần thiết.
- Đường thở khó tiên lượng trước hay bất ngờ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Vì nguy cơ trào ngược và hít sặc, không nên dùng mặt nạ thanh quản trong trường hợp người bệnh không nhịn ăn hoặc không xác định chắc chắn.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ hoặc điều dưỡng được đào tạo thành thực kỹ năng đặt mặt nạ mask thanh quản.

2. Phương tiện

- Bóngambu
- Hệ thống hút đờm rãi
- Hệ thống cung cấp Oxy
- Mặt nạ (mask) thanh quản các kích cỡ
- Monitoring theo dõi nhịp tim, SpO₂

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh
- Người bệnh nằm ngửa, không cần kê gối dưới vai
- Hút đờm rãi, dịch dạ dày
- Mặc hệ thống máy theo dõi (monitoring)

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho người bệnh, gia đình người bệnh và kí cam kết đồng ý làm 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 người bệnh

- Tình trạng toàn thân: Đánh giá người bệnh theo ABC(thở, đường thở, tuần hoàn)

- Thời gian nhịn ăn : 4-6 giờ trước khi tiến hành thủ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Chọn cỡ của mặt nạ thanh quản phù hợp dựa theo cân nặng của trẻ . Kích thước của bóng chèn được ghi ngay bên ngoài của thiết bị.

<i>Kích thước</i>	<i>Cân nặng</i>	<i>Thể tích cuff</i>
1	< 5 kg	4 (ml)
1.5	5- 10 kg	7 (ml)
2	10 – 20 kg	10 (ml)
2.5	20-30 kg	14 (ml)
3	30 – 50 kg	20 (ml)
4	50-70 kg	30 (ml)

- Cung cấp thông khí với 10 0% oxy và bóp bóng qua mask trước khi tiến hành đặt mặt nạ thanh quản đồng thời kiểm tra tất cả các dụng cụ để đặt mặt nạ thanh quản.

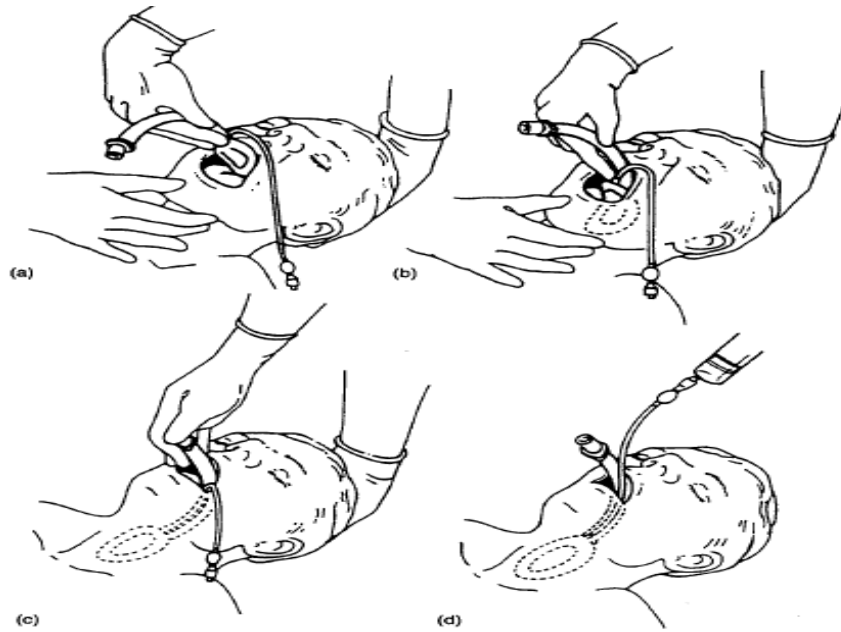
- Làm xẹp mặt nạ và bôi trơn phần đằng sau và phần bên cạnh mặt nạ.

- Nâng đầu của người bệnh (nếu không có chấn thương cổ), mở rộng miệng hết cỡ và đưa phần đầu của mặt nạ qua khẩu cái cứng, sao cho mặt nạ hướng quay lên trên, chú ý không chạm vào lưỡi (Hình a)

- Đẩy mặt nạ vào sâu hơn theo thành họng sau, dùng ngón trỏ để cố định tư thế của mặt nạ (hình b) khi phần sau của đầu mặt nạ thanh quản chạm vào đầu trên của thực quản (hình c)

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Làm phòng tối đa mặt nạ thanh quản. Vị trí mặt nạ thanh quản sẽ như hình dưới (Hình d).



- Cố định phần ngoài mặt nạ thanh quản bằng băng dính và kiểm tra vị trí trong quá trình thông khí hỗ trợ cho người bệnh tương tự như với đặt nội khí quản.

- Nếu không thể đặt mặt nạ thanh quản trong thời gian 30 giây, hãy bỏ ra, bóp bóng qua mask và đặt lại.

VI. THEO DÕI

Theo dõi toàn trạng và vị trí của mask thanh quản.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Đặt vị trí không đúng thường là do phần đầu của mặt nạ bị chệch đi khi đưa vào, cần phải lấy mặt nạ ra và đặt lại.

- Không thể tiến hành thông khí cho người bệnh, do nắp thanh môn đóng chặt phía dưới mặt nạ thanh quản, lấy mặt nạ thanh quản ra và đặt lại, lưu ý sao cho ở gần khẩu cái cứng nhất.

- Đôi khi mặt nạ thanh quản bị quay đổi tư thế nên không thể đưa sâu vào được. Kiểm tra đường thẳng ống có dọc theo vách ngăn mũi hay không, nếu không thì lấy ra đặt lại.

- Người bệnh ho hoặc có phản xạ đóng thanh quản khi đặt mặt nạ thanh quản.

- Có thể vị trí đặt mặt nạ thanh quản trượt ra khỏi thanh môn, hầu hết là do mặt nạ nhỏ hơn cỡ cần thiết, nên lấy ra và bóp bóng.

MỞ MÀNG NHÃN GIÁP CẤP CỨU

Mã số: III-104

I. ĐẠI CƯƠNG

Đây là một kỹ thuật được dùng cấp cứu khi trẻ bị tắc đường thở. Thực hiện bởi một kim chọc qua màng nhĩ giáp và nó đóng vai trò là một cầu nối để tiến hành thông khí cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh trong tình trạng tối cấp cứu nhưng không thể đặt được nội khí quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối vì phải làm ngay nếu không người bệnh sẽ tử vong.

- Thận trọng khi có búi máu ở vị trí chọc.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

V. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ hoặc điều dưỡng được đào tạo về kỹ năng chọc màng nhĩ giáp

2. Người bệnh

- Người bệnh được đặt tư thế nằm ngửa, kê gối dưới vai.
- Lắp hệ thống máy theo dõi SpO₂, monitoring.
- Kết nối hệ thống Oxy.

3. Phương tiện

- Găng tay v trùng và mặt nạ
- Dung dịch sát trùng
- Kim chọc nhĩ giáp số 14 có thông nòng
- Bơm tiêm 5ml, 20ml

4. Hồ sơ bệnh án

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

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

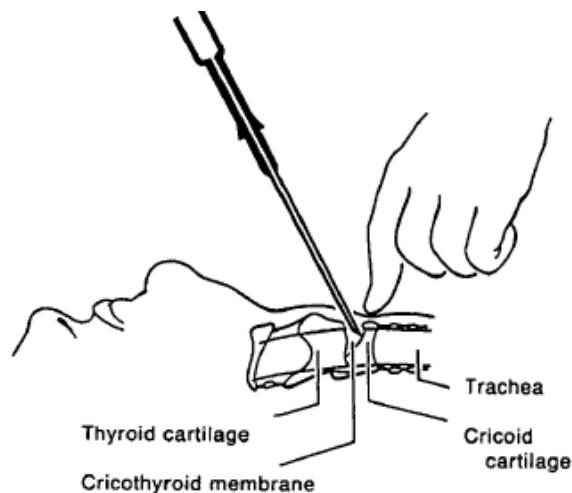
Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân đánh giá theo ABC thở, đường thở, tuần hoàn)

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lấy kim nhãn giáp để vừa cỡ với xylanh (bơm tiêm) 5ml hoặc 20ml
- Đặt người bệnh ở tư thế nằm ngửa
- Nếu không có nguy cơ chấn thương đốt sống cổ, kéo dài cổ và kê cao vai trẻ.
- Xác định màng nhãn giáp bằng cách sờ giữa tuyến giáp và sụn nhẫn.
- Sát khuẩn vùng cổ
- Đặt tay trái lên cổ để xác định và cố định màng nhãn giáp cũng như tránh để kim chạm vào cấu trúc mạch thành bên cổ.
- Chọc kim qua màng nhãn giáp với một góc nghiêng khoảng 45°, dừng lại khi nghe tiếng “sật” qua và rút được không khí vào xylanh.



Hình : Chọc nhãn giáp

- Sau khi đã có không khí vào xylanh, đẩy canuyn vào qua kim chọc, lưu ý tránh làm tổn thương thành sau khí quản và rút kim ra.
- Kiểm tra có không khí qua canuyn
- Nối đầu ngoài của canuyn với ống oxy thông qua kênh kết nối hình chữ Y.
- Bắt đầu cho thở oxy, tốc độ dòng oxy phụ thuộc vào lứa tuổi của trẻ.
- Thông khí bằng cách dùng ngón cái nhấn vào kênh kết nối chữ Y trong 1 giây để không khí vào thẳng phổi. Nếu lồng ngực không di động thì vận tăng lưu lượng oxy lên 1 lít nữa và làm lại động tác ấn bằng ngón cái trong vài lần.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Để xả tự động không khí từ phổi (qua đường hô hấp trên) bằng cách lấy ngón cái ra khỏi 4 giây.

- Quan sát di động lồng ngực và nghe thông khí.

- Kiểm tra vùng cổ để loại trừ hiện tượng tích tụ khí vào trong các mô vùng cổ nhiều hơn qua khí quản.

- Cố định dụng cụ trên cổ người bệnh.

- Sau khi đã đảm bảo cấp cứu đường thở, chuẩn bị để thực hiện các thủ thuật đường thở khác, như là mở khí quản hoặc đặt nội khí quản nếu có người biết làm kỹ thuật này đã đến giúp đỡ.

VII. THEO DÕI

Các dấu hiệu sinh tồn theo ABC

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: ít gặp cần băng ép lại

- Tắc canuyn: thông canuyn

- Tụt canuyn: tiến hành đặt lại

TRUYỀN DỊCH QUA TỦY XƯƠNG

Mã số: III-209

I. ĐẠI CƯƠNG

- Truyền dịch qua tủy xương là phương pháp tiêm, truyền trực tiếp qua tủy xương nhằm đưa các loại dịch, thuốc vào hệ thống tuần hoàn tĩnh mạch trung tâm của cơ thể.

- Có 3 vị trí có thể thực hiện kỹ thuật này là : đầu trên xương đùi, đầu trên xương chày và đầu dưới xương chày (mắt cá trong), ở trẻ em đầu trên xương chày là vị trí thường được sử dụng nhất.

II. CHỈ ĐỊNH

- Những trường hợp đe dọa tính mạng người bệnh mà không thể thiết lập được đường truyền tĩnh mạch.

- Những trường hợp đe dọa tính mạng người bệnh (Trẻ < 6 tuổi) mà không thể thiết lập được đường truyền tĩnh mạch trong vòng 5 phút

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương nơi vị trí chọc dò

- Viêm xương tủy xương

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ: 01 người được đào tạo về kỹ năng đặt đường truyền trong xương.

- Điều dưỡng: 02 người được đào tạo để phụ giúp bác sỹ thiết lập đường truyền trong xương.

2. Phương tiện

- Kim chọc dò tủy xương có nòng số G18 (nếu trường hợp không có kim chọc tủy xương có thể dùng kim kim loại 18G gắn vào ống tiêm 3cc)

- Thuốc gây tê Lidocain

- Bơm tiêm 5ml, 20ml

- Kelly, khay quả đậu

- Túi cát hoặc drap cuộn lại để dưới gối làm đệm tựa

- Dây, dịch truyền

- Gạc, băng cố định, cồn Iod, khăn lỗ.

3. Người bệnh

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Người bệnh và gia đình người bệnh được giải thích hiểu rõ về cách tiến hành thủ thuật.

- Lắp hệ thống máy theo dõi SpO₂, huyết áp, Monitoring.

4. Hồ sơ bệnh án

Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của người bệnh, gia đình người bệnh.

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 của người bệnh và gia đình người bệnh.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá toàn trạng người bệnh, các dấu hiệu sinh tồn và người bệnh có an toàn để thực hiện thủ thuật không.

3. Thực hiện kỹ thuật

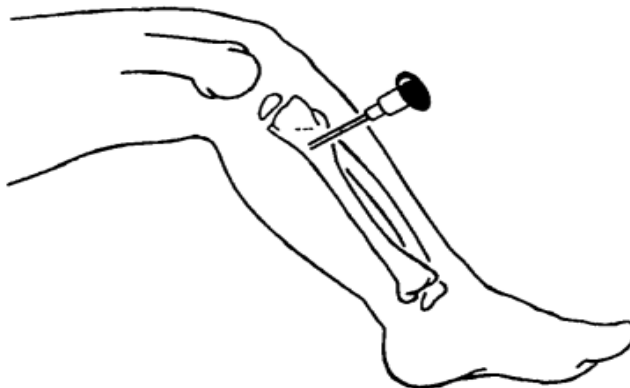
- Xác định vị trí chọc kim: là đầu trên xương chày hoặc đầu dưới xương đùi như bảng dưới. minh họa như trong hình vẽ.

Giải phẫu bề mặt truyền trong xương

Xương chày mặt trước trong, 1-2 cm dưới lồi củ xương chày

Xương đùi mặt trước bên, 3 cm trên lồi củ bên

- Sát khuẩn vị trí chọc kim
- Gây tê và chọc kim vuông góc với mặt da
- Tiếp tục đẩy kim đến khi có cảm giác bị “sụt ” là xuyên qua màng xương.
- Lắp bơm tiêm 5 ml và hút kiểm tra. Bơm dịch để kiểm tra vào đúng vị trí.
- Thực hiện y lệnh tiêm, truyền qua kim vừa chọc.



Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Kỹ thuật truyền trong xương ở xương chày

- Nếu dùng Khoan điện (EZ)

Khoan trong xương EZ là một dụng cụ dùng điện có thể chọc kim vào trong xương rất nhanh. Vị trí chọc giống như kỹ thuật chọc bằng tay, nhưng đỡ đau hơn đối với người bệnh còn tỉnh do tốc độ chọc nhanh. Kim chọc trong xương EZ có 2 cỡ: cho trẻ lớn hơn và nhỏ hơn 40 kg.

+ Chọn vị trí (giống như kỹ thuật chọc bằng tay)

+ Sát khuẩn

+ Chọn cỡ kim thích hợp và gắn vào khoan, kim sẽ được cố định bằng nam châm.

+ Giữ khoan van kim vuông góc với mặt da, đẩy kim xuyên qua da mà không chạy khoan cho đến khi cảm thấy xuống đến xương.

+ Bấm cho khoan chạy và đẩy khoan liên tục cho đến khi thấy khoan đã đi qua màng xương có cảm giác “sụt xuống”.

+ Bỏ khoan và vặn tháo trocar ra

+ Hút thử tủy xương và kiểm tra

+ Lắp dây truyền, cố định và thực hiện tiêm truyền theo y lệnh.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương xương và các mô mềm xung quanh: băng lại, chờ phục hồi.

- Tắc kim: thông lại nòng

- Nhiễm trùng: dùng kháng sinh, không lưu kim lại quá 24 giờ.

- Hội chứng khoang do dịch truyền thoát ra vào các mô mềm.

- Gãy xương: nên có điểm tựa dưới gối bằng túi cát hay drap cuộn lại

CHÚ Ý

- Tuân thủ nghiêm ngặt nguyên tắc vô khuẩn.

- Rút kim ngay sau khi lấy được đường tĩnh mạch ngoại biên, không nên lưu kim quá 24 giờ.

ÉP TIM NGOÀI LỒNG NGỰC

Mã số: III-51

I. ĐẠI CƯƠNG

Ép tim ngoài lồng ngực là một kỹ thuật thường gặp trong hồi sức cấp cứu Nhi khoa, được thực hiện khi người bệnh bị ngừng tim. Vì vậy cần phải được tiến hành nhanh chóng và đúng kỹ thuật nhằm cứu sống người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Cấp cứu ngừng tim được xác định khi không còn dấu hiệu của sự sống như: không tỉnh, ngực không di động, không bắt được mạch trung tâm.

III. CHÔNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo và nắm được kỹ thuật ép tim ngoài lồng ngực.

2. Phương tiện

- Dụng cụ: Ván cứng
- Bóng mask, Nội khí quản, monitor, máy shock điện.
- Thuốc: Adrenalin, dịch truyền.

3. Người bệnh

Đặt Người bệnh ở tư thế nằm ngửa, trên nền cứng.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Hỏi tiền sử có bệnh tim, dùng thuốc, ngộ độc ...

2. Kiểm tra người bệnh

Theo ABC (thở, đường thở, tuần hoàn)

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kiểm soát hô hấp, đặt người bệnh nằm ngửa trên mặt ván cứng.
- Vị trí ép tim: 1/2 dưới xương ức.
- Tần số ép tim: 100 lần/phút cho mọi lứa tuổi

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Độ sâu khi ép tim: 1/3 độ dày lồng ngực
- Kỹ thuật
- + Trẻ nhũ nhi dùng hai ngón tay hoặc vòng tay ôm ngực.
- + Trẻ nhỏ: Dùng gót bàn tay của một tay
- + Trẻ lớn: Dùng cả hai lòng bàn tay
- Ép tim được tiến hành đồng thời với thông khí hỗ trợ.
- Tỷ lệ ép tim và hô hấp hỗ trợ là 15/2, sơ sinh là 3/1
- Tiến hành nghe tim và bắt mạch trung tâm sau mỗi 2 phút ép tim.
- Tiêm Adrenaline đồng thời tim và điều trị theo nguyên nhân.



Ép tim ở trẻ
nhũ nhi: kỹ thuật vòng tay ôm ngực



Ép tim ở trẻ
nhũ nhi: kỹ thuật dùng 2 ngón tay



Kỹ thuật ép tim ở trẻ nhỏ



Kỹ thuật ép tim ở trẻ lớn

VI. THEO DÕI

Sau khi cấp cứu ngừng tim thành công cần theo dõi

- Đường thở và tình trạng thở
- Tình trạng tim mạch và huyết áp
- Tri giác

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Gãy xương sườn, xương ức: băng ép cố định
- Tràn khí màng phổi: chọc hút nếu tràn khí nhiều
- Đụng dập phổi: theo dõi suy hô hấp

Lưu ý: Chỉ dừng cấp cứu khi đã tiến hành cấp cứu ngừng tim liên tục trong 30 phút mà tim không đập trở lại.

ĐẶT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

Mã số: III-77

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt nội khí quản (NKQ) là phương pháp đưa một ống nhựa d o vào khí quản để duy trì tình trạng thông thoáng của đường thở. Đặt nội khí quản tạo thuận lợi cho việc làm sạch các chất tiết của đường hô hấp và giúp tránh biến chứng sặc vào phổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắc nghẽn đường thở
- Suy hô hấp nặng
- Hôn mê sâu Glasgow < 8 điểm
- Hút và làm sạch đường hô hấp
- Chụp phế quản
- Gây mê
- Bơm surfactant
- Rửa dạ dày ở người bệnh hôn mê

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 Bác sỹ đã được đào tạo về kỹ thuật đặt nội khí quản và 02 điều dưỡng được đào tạo về quy trình phụ giúp bác sỹ đặt NKQ

2. Phương tiện

- Mặt nạ có kích thước phù hợp - Bóng tự phòng
- Máy hút, ống hút - Hệ thống cung cấp oxy
- Đèn nội khí quản lưỡi cong và thẳng với các kích thước khác nhau.
- Ống nội khí quản với các kích thước khác nhau.
- Cách chọn cỡ ống theo công thức
- + Trẻ đẻ non: đường kính ống từ 2,5-3mm

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- + Trẻ đủ tháng - 6 tháng: 3,5mm
- + 06 tháng - 2 tuổi: 4mm
- + Trẻ trên 2 tuổi tính theo công thức:

Kích thước ống = 4+Tuổi năm /4

- Đầu nối ống khí quản với hệ thống bóp bóng hoặc máy thở
- Thông nòng nội khí quản
- Thuốc chuẩn bị trước khi đặt NKQ
- + Atropin liều dùng: 0,02mg/kg
- + Lidocain 1-2mg/kg
- Thuốc an thần, giãn cơ
- +Midazolam 0,2- 0,3mg/k
- +Ketamin 1- 2mg/kg
- Thuốc được tiêm ít nhất là 2 phút trước khi đặt nội khí quản.

3. Người bệnh

- Giải thích cho gia đình về kỹ thuật để gia đình yên tâm và hợp tác.
- Đặt người bệnh ở tư thế thích hợp nằm ngửa, nếu có nghi ngờ chấn thương cột sống cổ và cố định cột sống cổ thì tuân thủ quy trình đặt nội khí quản có nẹp cổ

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Tên, tuổi, bệnh chính, bệnh kèm theo, chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh: theo ABC(thở, đường thở, tuần hoàn)

3. Thực hiện

- Người bệnh nằm ngửa, được thông khí với oxy bằng bóng - mask.
- Bảo đảm được hỗ trợ cố định cổ trong trường hợp nghi chấn thương cổ.
- Đèn đặt nội khí quản cầm bên tay trái, đưa lưỡi đèn từ bên phải lưỡi và đẩy lưỡi sang trái. Bộc lộ thanh quản để nhìn khe thanh môn.
- Luồn ống NKQ qua khe thanh môn.
- Kiểm tra và xác định vị trí ống đúng vị trí bằng:

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- + Quan sát sự di động đều, cân đối của lồng ngực
- + Nghe thông khí ở ngực và bụng
- + Kiểm tra CO₂ ở khí thở ra bằng thay đổi màu sắc của máy đo CO₂ hoặc bằng ETCO₂.

+ Khi ống được đặt và cố định vị trí, phải chụp X-quang ngực để khẳng định vị trí đầu ống nằm giữa từ dưới khe thanh môn và trên carina.

Chú ý: Nếu quá 30 giây chưa đặt được NKQ thì không cố để tiếp tục đặt, nên bóp bóng cho người bệnh và đặt lại sau khi người bệnh hồng trở lại.

VI. THEO DÕI

- Kiểm tra vị trí của ống nội khí quản
- Nhịp tim, SpO₂ trên máy monitor.
- Khí máu động mạch.
- Đo huyết áp Người bệnh.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Ngừng tim: cấp cứu ngừng tuần hoàn.
- Nhịp chậm: Ngừng thủ thuật, tiêm Atropin
- Tụt huyết áp sau đặt NKQ: cấp cứu theo phác đồ
- Chảy máu do chấn thương họng, nắp thanh môn: bơm rửa, hút sạch.
- Phù nề nắp thanh môn và dây thanh âm, kiểm tra các biến chứng này trước khi rút nội khí quản.
- Gãy răng
- Nhiễm khuẩn: sử dụng kháng sinh

THÔI NGẠT

Mã số: III-105

I. ĐẠI CƯƠNG

Thôi ngạt là một thủ thuật cấp cứu tại hiện trường được thực hiện khi người bệnh ngừng thở. Kỹ thuật thôi ngạt nên được phổ cập trong cộng đồng để mỗi người dân có thể cấp cứu người bệnh trong tình huống khẩn cấp.



II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khi trẻ bị ngừng thở hoặc suy hô hấp nặng mà chưa có trang thiết bị y tế hỗ trợ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.
- Tuy nhiên không thôi ngạt trực tiếp với những nạn nhân nghi có nhiều khả năng mắc bệnh truyền nhiễm: HIV...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo về kỹ năng thôi ngạt

2. Người bệnh

Người bệnh nằm ngửa trên mặt phẳng cứng

3. Hồ sơ bệnh án

Làm hồ sơ bệnh án sau khi tiến hành cấp cứu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gọi người giúp đỡ, tiếp cận an toàn và đặt người bệnh nằm trên mặt phẳng cứng.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Mở thông đường thở bằng cách nâng cằm hoặc ấn hàm.
- Người cấp cứu đặt bàn tay vào trán trẻ rồi từ từ đẩy ra phía sau. Đối với trẻ nhỏ, đặt cổ ở tư thế trung gian, còn đối với trẻ lớn thì đặt cổ hơi ngả ra sau. Đặt ngón tay của bàn tay còn lại dưới cằm để đẩy ra trước.



Tư thế nâng cằm ở trẻ nhỏ.



Ấn góc hàm ở trẻ lớn

- Thổi ngạt 5 lần theo phương pháp miệng - miệng cho trẻ lớn hoặc miệng - mũi ở trẻ nhỏ.
- Nếu không thể che phủ được cả miệng và mũi trẻ thì người cấp cứu chỉ nên thổi hoặc qua miệng hoặc qua mũi.
- Quan sát di động lồng ngực để đảm bảo thổi ngạt có hiệu quả: lồng ngực di động sau mỗi lần thổi ngạt.
- Chú ý đến tuần hoàn của người bệnh ngay khi thổi ngạt, nếu người bệnh có ngừng tim thì tiến hành ép tim kết hợp.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi tình trạng hô hấp và tuần hoàn của người bệnh sau khi thổi ngạt.
- Cần phải liên hệ với trung tâm vận chuyển cấp cứu ngay.

Chú ý:

- Khi thổi ngạt áp lực thổi ngạt có thể cao hơn bình thường vì đường thở nhỏ.
- Nhịp thổi ngạt chậm với áp lực thấp nhất ở mức có thể được để làm giảm chương bụng.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Ấn nhẹ vào sụn giáp làm giảm khí vào dạ dày.
- Chú ý đến tuần hoàn của người bệnh ngay khi thổi ngạt.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chướng bụng: đặt sonde dạ dày
- Vỡ phế nang khi thổi áp lực lớn
- lây truyền một số bệnh truyền nhiễm.

BÓP BÓNG AMBU QUA MẶT NẠ

Mã số: III-106

I. ĐẠI CƯƠNG

Bóp bóng qua mask mặt nạ là một trong những dụng cụ không thể thiếu trong cấp cứu Nhi khoa còn gọi là thông khí áp lực dương qua mask. Đây là bước quan trọng nhất trong quá trình cấp cứu (NB) người bệnh ngừng tim, ngừng thở.

II. CHỈ ĐỊNH

- Suy hô hấp nặng cần hỗ trợ thông khí
- Hỗ trợ thông khí trước khi đặt nội khí quản
- Lưu ý các trường hợp : Thoát vị hoành, teo thực quản, hít phân su, chấn thương vùng hàm mặt, dị vật đường thở.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo về kỹ năng bóp bóng.

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Ống hút	Dung dịch NaCl 9 %o
- Ống thông dạ dày	Bơm kim tiêm
	Gạc.

2.2. Dụng cụ sạch

- Bóng, mask phù hợp với lứa tuổi	Găng tay
Máy hút	Canuyn, thuốc cấp cứu
Nguồn oxy, dây nối	Dung dịch sát khuẩn nhanh.

3. Người bệnh

Giải thích cho gia đình về kỹ thuật để gia đình yên tâm và hợp tác

4. Hồ sơ bệnh án

Giải thích về kỹ thuật cho bệnh nhi và gia đình bệnh nhi, trong trường hợp cần thiết yêu cầu người nhà ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật, phiếu ghi chép thực hiện thủ thuật.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt bệnh nhi ở tư thế mở thông đường thở
- Rửa tay bằng nước sát khuẩn nhanh
- Kiểm tra đường thở, hút dịch nếu cần
- Nối bóng với nguồn ô xy, mở ô xy
- Đặt mask trùm lên mũi, miệng bệnh nhi
- Bóp bóng đúng kỹ thuật: một tay đặt ngón út ở góc hàm, ngón nhẫn ở giữa góc hàm và cằm, ngón giữa nâng cằm, hai ngón còn lại giữ phía trên mask, tay kia bóp bóng với tần số và áp lực phù hợp theo tuổi bệnh nhi

+ Trẻ sơ sinh: 40 - 60 l/ph

+ Trẻ nhỏ: 20 - 30 l/ph

+ Trẻ lớn: 15 - 20 l/ph

- Thu dọn dụng cụ
- Rửa tay
- Ghi chép hồ sơ bệnh án

V. THEO DÕI

- Đặt ống thông dạ dày nếu trẻ (có chương bụng).
- Quan sát di động lồng ngực, màu sắc da.
- Theo dõi tình trạng bệnh nhi trong và sau khi bóp bóng, xử trí nếu có dấu hiệu bất thường.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tràn khí màng phổi, xử trí bằng chọc hút.
- Chấn thương vùng mặt
- Bóp bóng không hiệu quả (gây thiếu oxy kéo dài).

THỦ THUẬT HEIMLICH (LẤY DỊ VẬT ĐƯỜNG THỞ)

Mã số: III-107

I. ĐẠI CƯƠNG

Hemlich là thủ thuật cấp cứu đường thở nhằm lấy dị vật ra khỏi đường hô hấp. Nguyên tắc của Heimlich là tạo 1 lực tác động mạnh, đột ngột vào 2 buồng phổi bằng cách vỗ từ lưng hoặc ép vào cơ hoành, mục đích tạo ra một áp lực lớn đột ngột trong đường hô hấp đẩy dị vật ra ngoài. Vì thế Heimlich có hiệu quả rất tốt với những dị vật choán gần hết đường thở và dễ di chuyển như viên bi, kẹo.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ trên 1 tuổi bị dị vật đường thở có khó thở nặng hoặc ngừng thở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trẻ nhỏ, trẻ dị vật đường thở nhưng không có khó thở, hoặc khó thở nhẹ, đáp ứng với oxy không can thiệp vì có thể làm dị vật di chuyển gây ngừng thở đột ngột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ, điều dưỡng hoặc người được đào tạo nắm vững kỹ năng làm thủ thuật.

2. Phương tiện

Chuẩn bị dụng cụ, môi trường.

3. Người bệnh

Đánh giá người bệnh trước khi tiến hành

4. Hồ sơ bệnh án

Theo đúng quy định của Bộ Y tế

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

Đánh giá lại người bệnh theo ABC(thở, đường thở, tuần hoàn)

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Trẻ còn tỉnh

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Bước 1: cấp cứu viên đứng sau hoặc quỳ, tựa gối vào lưng trẻ (trẻ <7 tuổi).
- Bước 2: vòng 2 tay ra trước, quàng lấy bụng người bệnh. Đặt 1 nắm tay vùng thường vị ngay đầu dưới xương ức, bàn tay kia đặt chồng lên.
- Bước 3: giật tay lên thật mạnh và đột ngột ấn mạnh nhanh 5 lần theo hướng từ trước ra sau, từ dưới lên. Động tác này phải thực hiện dứt khoát và không đè ép vào lồng ngực thì mới có hiệu quả.



3.2. Trẻ hôn mê

- Đặt trẻ nằm ngửa trên nền đất hoặc ván cứng. Cấp cứu viên quỳ gối, hai đầu gối đặt mé ngoài gối của nạn nhân.
- Đặt 2 bàn tay chồng lên nhau, đặt gót bàn tay lên vùng dưới xương ức trẻ. Đột ngột ấn mạnh và nhanh 5 lần theo hướng từ bụng lên ngực.



Chú ý: khi dị vật ra khỏi họng và nằm tại miệng trẻ, cần lấy vật này ra một cách thận trọng, tránh để dị vật tụt vào họng trở lại.

- Sau đó: kiểm tra phổi, bụng, mở miệng dùng đèn lưỡi, gấp dị vật nếu nhìn thấy, không dùng tay móc dị vật nếu không thấy. Có thể dùng kim magill để gấp dị vật sau hầu. Thông khí nếu người bệnh giảm tri giác và lặp lại các bước nếu cần.

- Nếu đường thở tắc nghẽn hoàn toàn và không thông khí được bằng mask hoặc nội khí quản, cần nhắc chọc nhãn giáp và mở khí quản.

3.3. Thủ thuật vỗ lưng ấn ngực

- Trẻ sơ sinh và nhũ nhi: không sử dụng thủ thuật heimlich mà sử dụng thủ thuật vỗ lưng ấn ngực vì nguy cơ chấn thương tạng.

+ Đặt trẻ nằm sấp dọc theo cánh tay cấp cứu viên, đầu thấp, người cấp cứu đặt tay dọc lên đùi mình và dùng gót bàn tay còn lại vỗ nhẹ và nhanh 5 cái lên lưng trẻ vùng giữa hai xương bả vai.

+ Nếu dị vật không bật ra, lật ngược trẻ lại, đặt nằm dọc trên đùi ở tư thế đầu thấp. Ấn ngực 5 lần tại vị trí ép tim với tần suất 1 lần/giây.

- Làm sạch đường thở giữa các lần vỗ lưng ép ngực, quan sát khoang miệng, dùng tay lấy dị vật nếu nhìn thấy, không dùng ngón tay đưa sâu để lấy dị vật.



VI. THEO DÕI

- Sau mỗi động tác làm sạch đường thở, xác định theo dị vật đã được tống ra chưa và đường thở đã được giải phóng chưa, nếu chưa được lặp lại trình tự các động tác thích hợp tới khi thành công.

- Loại trừ dị vật thành công khi thấy:

+ Thấy chắc chắn dị vật được tống ra

+ Người bệnh thở rõ và nói được

+ Người bệnh tỉnh hơn

+ Màu da người bệnh trở về bình thường.

- Nếu các động tác này được làm liên tục không có hiệu quả thì thực hiện các biện pháp khác: Dùng đèn soi thanh quản và lấy dị vật bằng kẹp Margill, đặt catheter qua khí quản, chọc màng nhầy giáp và mở khí quản.

VII. TAI BIẾN

Chấn thương tạng, tùy mức độ: theo dõi nội khoa hoặc phải phẫu thuật.

CỐ ĐỊNH TẠM THỜI NGƯỜI BỆNH GÃY XƯƠNG

Mã số: III-201

I. ĐẠI CƯƠNG

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

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

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

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa chấn thương hoặc bác sỹ đa khoa, điều dưỡng đã được huấn luyện kỹ năng băng bó vết thương.

2. Dụng cụ

- Nẹp các loại : nẹp phải đảm bảo đủ độ dài, rộng và dày. Các loại nẹp: nẹp chính quy nẹp gỗ, nẹp kim loại nẹp Cramer, Nẹp Thomas, NẹpBackel.

- Băng cuộn, bông: Dùng để đệm lót vào đầu nẹp hoặc nơi ụ xương cọ sát vào nẹp, gồm bông mỡ và bông thương hoặc dùng vải hay quần áo.

- Chi trên cần 3 dây, cẳng chân cần 4-5 dây dải, đùi cần 7 dây dải.

- Bông, gạc vô khuẩn, cồn sát khuẩn

- Dây Oxy và bình oxy

- Thuốc gây tê tại chỗ

3. Người bệnh

Được giải thích kỹ về kỹ thuật sắp tiến hành, được sử dụng giảm đau hoặc phong bế thần kinh trước khi tiến hành thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Người bệnh được làm hồ sơ, chụp XQ xác định tổn thương xương tuy nhiên trong các trường hợp cấp cứu cần tiến hành cố định chi gãy, băng cầm máu vết thương trước khi đi chụp XQ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

1. Kiểm tra lại hồ sơ.

Người bệnh, chỉ định, chống chỉ định và cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật.

2. Kiểm tra người bệnh

- Xử trí các vấn đề đường thở và hô hấp đặc biệt đối với các trường hợp gãy xương chậu, xương đùi, đa chấn thương.

- Xác định vị trí gãy xương.

- Đánh giá và kiểm soát chảy máu. Đề phòng sốc.

- Hạn chế dịch chuyển, xê dịch vùng tổn thương.

- Bất động vùng tổn thương bằng nẹp hay băng ép khi cần thiết.

- Kê vùng tổn thương lên cao hơn mức tim với gãy xương chi.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Gãy xương sườn và xương ức

Dùng băng dính to bản cố định xương sườn gãy bằng cách dán nửa ngực phía bị gãy cả phía trước lẫn phía sau.

3.2. Gãy xương đòn:

Dùng băng số 8: cần 2 người tiến hành.

- Người 1: Nắm 2 cánh tay nạn nhân nhẹ nhàng kéo ra phía sau bằng một lực vừa phải, không đổi trong suốt thời gian cố định.

- Người 2: Dùng băng, băng kiểu số 8 để cố định xương đòn.

- **Chú ý** : Phải đệm lót tốt ở hai hố nách để tránh gây cọ sát làm nạn nhân đau khi băng

3.3. Gãy xương cánh tay

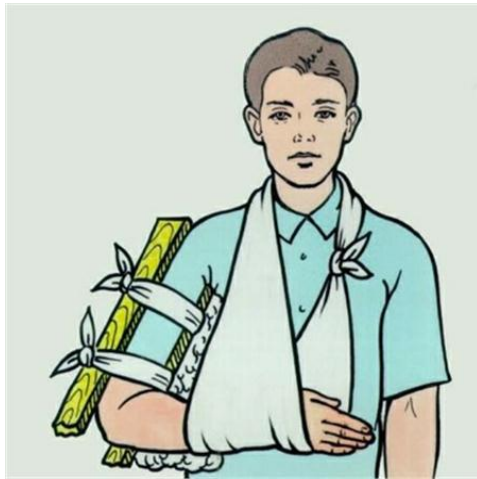
- Để cánh tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc với cánh tay (tư thế co).

- Đặt 2 nẹp, nẹp trong từ hố nách tới quá khuỷu tay, nẹp ngoài từ quá bả vai đến quá khớp khuỷu.

- Dùng 2 dây rộng bản buộc cố định nẹp: một ở trên và một ở dưới ổ gãy.

- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực, cẳng tay vuông góc với cánh tay, bàn tay cao hơn khuỷu tay, bàn tay để ngửa.

- Dùng băng rộng bản băng ép cánh tay vào thân mình. Thắt nút phía trước nách bên lành.



Hình 1: Kỹ thuật cố định trong gãy xương cánh tay.

3.4. Gãy xương cẳng tay

- Để cẳng tay sát thân mình, cẳng tay vuông góc cánh tay. Lòng bàn tay ngửa.

- Dùng hai nẹp: Nẹp trong từ lòng bàn tay đến nếp khuỷu tay, nẹp ngoài từ đầu các ngón tay đến quá khuỷu hoặc dùng nẹp Cramer tạo góc 90° đỡ cả xương cẳng tay và cánh tay.

- Dùng 3 dây rộng bản buộc cố định nẹp bàn tay, thân cẳng tay trên, dưới ổ gãy).

- Dùng khăn tam giác đỡ cẳng tay treo trước ngực.



Hình 2: Kỹ thuật cố định trong gãy ương cẳng tay với nẹp gỗ(A) và nẹp Cramer (B).

3.5. Gãy xương cột sống

- Đặt người bệnh nằm thẳng trên ván cứng.

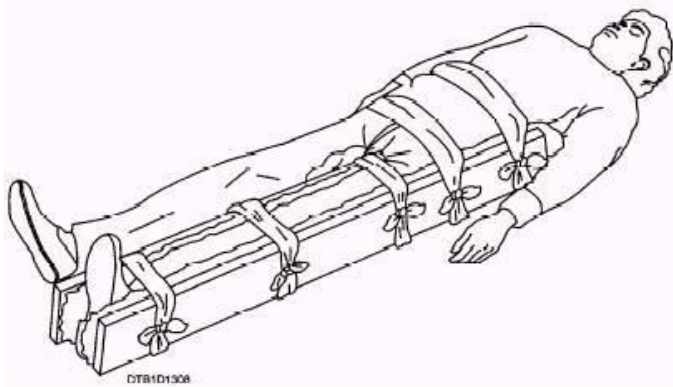
Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Tùy thuộc người bệnh nghi ngờ tổn thương vùng cột sống nào mà lựa chọn đặt nẹp cột sống cổ, ngực hoặc thắt lưng cho người bệnh rồi chuyển đến cơ sở chuyên khoa.

3.6. Gãy xương đùi

Cần 3 người làm

- Người thứ nhất: luôn tay đỡ đùi ở phía trên và phía dưới ổ gãy.
- Người thứ hai: đỡ gót chân và giữ bàn chân ở tư thế luôn vuông góc với cẳng chân.
- Người thứ ba: đặt nẹp, cần đặt 3 nẹp
 - + Nẹp ngoài từ hố nách đến quá gót chân
 - + Nẹp dưới từ vai đến quá gót chân
 - + Nẹp trong từ bẹn đến quá gót chân
- Dùng dải dây rộng bản để buộc cố định nẹp ở các vị trí: trên ổ gãy, dưới ổ gãy, cổ chân, ngang ngực, ngang hông, dưới gối

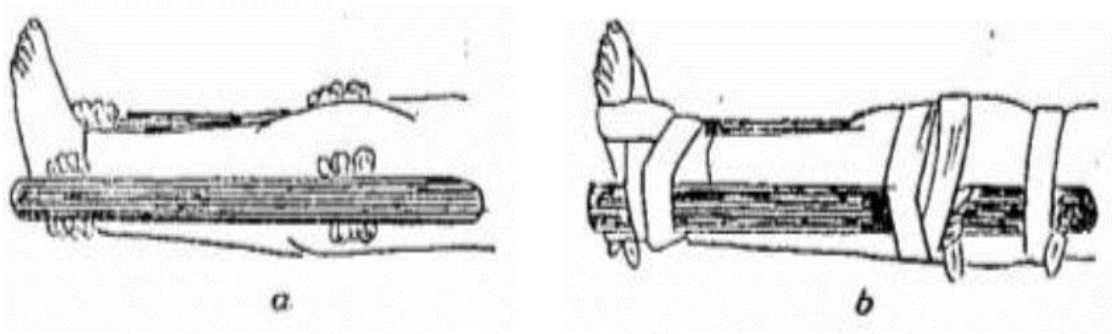


Hình 3: Kỹ thuật cố định trong gãy xương đùi.

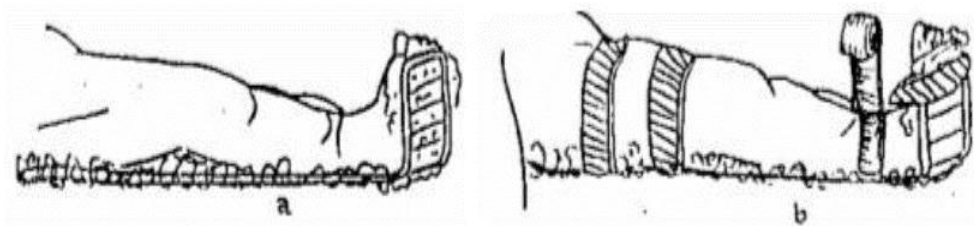
3.7. Gãy xương cẳng chân

Cần 2 nẹp dài bằng nhau và 3 người làm

- Người thứ nhất: đỡ nẹp và cẳng chân phía trên và dưới ổ gãy.
- Người thứ hai: Đỡ gót chân, cổ chân và kéo nhẹ theo trục của chi, kéo liên tục bằng một lực không đổi.
- Người thứ ba: Đặt 2 nẹp
 - Nẹp trong từ giữa đùi đến quá gót.
 - Nẹp ngoài từ giữa đùi đến quá gót.
 - Hoặc đặt nẹp Cramer tạo góc 90 ° đỡ bàn chân và cẳng chân
- Buộc dây cố định nẹp ở các vị trí: Trên ổ gãy và dưới ổ gãy, đầu trên nẹp và băng số 8 giữ bàn chân vuông góc với cẳng chân.



Hình 4. Nẹp phía sau, chân thương xương cẳng chân



Hình 5: Kỹ thuật cố định trong gãy xương cẳng chân bằng nẹp Cramer

VI. THEO DÕI

- Mạch, huyết áp, tình trạng đau của người bệnh.
- Kiểm tra tưới máu vùng ngón chi bị gãy và cố định
- Các tổn thương khác đi kèm nếu có.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Di lệch xương gãy: Do cố định xương chưa tốt hoặc kéo nắn xương chưa thẳng trục. Cần chụp XQ kiểm tra và nẹp cố định lại xương gãy tránh di lệch.

CÀM MÁU (VẾT THƯƠNG CHẢY MÁU)

Mã số: III-203

I. ĐẠI CƯƠNG

Cầm máu là băng ép trong vết thương phần mềm có chảy máu, nhanh chóng làm ngừng chảy máu để hạn chế mất máu nhưng phải thực hiện đúng nguyên tắc, đúng kỹ thuật thì mới bảo tồn được nơi tổn thương và tính mạng người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

Các vết thương đang chảy máu, các tổn thương của phần mềm, xương, khớp.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối khi cầm máu các vết thương đang chảy máu. Tuy nhiên cần hạn chế sử dụng garo cầm máu trong trường hợp các vết thương chảy máu nhẹ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chấn thương, bác sỹ đa khoa hoặc điều dưỡng được đào tạo về kỹ thuật băng cầm máu.

2. Phương tiện

- Băng vô khuẩn
- Gạc vô khuẩn
- Dây garo

- Băng cuộn

3. Người bệnh

- Cồn sát khuẩn
- Thuốc xịt gây tê tại chỗ Lidocaine 2%

- Dịch truyền, dây truyền dịch

- Huyết thanh uốn ván Giải thích đầy đủ về quy trình và kỹ thuật sắp làm cho người bệnh và gia đình người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của bộ y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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 - Khám và đánh giá lại tình trạng vết thương, chảy máu và các tổn thương khác kèm theo.

3. Thực hiện kỹ thuật

Sát khuẩn vết thương sạch sẽ

- Cấp cứu viên rửa tay bằng xà phòng vô khuẩn, khử khuẩn tay, đi găng, đội mũ và mặc áo vô khuẩn

- Thấm hút dịch trong 24 giờ, che kín vết thương ngăn ngừa nhiễm khuẩn.

- Cuộn băng lăn sát cơ thể từ trái sang phải không để rơi băng.

- Băng từ dưới lên trên để hở các đầu chi cho tiện theo dõi.

- Băng vừa chặt, vòng sau đè lên 1/2 - 2/3 vòng trước.

- Băng nhẹ nhàng, nhanh chóng, không làm đau đớn, tổn thương thêm các tổ chức.

- Nút buộc băng tránh đè lên vết thương, đầu xương, mặt trong chân tay, chỗ bị tê đè, chỗ dễ cọ sát.

Băng bó vết thương

- Gồm hai kỹ thuật là băng che vết thương và băng ép vết thương.

- Băng che vết thương có tác dụng cầm máu, bảo vệ vết thương, ngăn ngừa nhiễm khuẩn và các tổn thương thứ phát.

- Các bước xử trí.

+ Rửa tay trước và sau khi băng. Đi găng bảo hộ, dùng một lần nếu có

+ Tránh sờ trực tiếp vào vết thương, không nên nói chuyện, hắt hơi, ho hướng vào vết thương.

+ Lau rửa, sát khuẩn vết thương bằng các dung dịch sát khuẩn trước khi băng, không nên cố làm sạch các vết thương lớn, cần phải có can thiệp y tế.

+ Băng phủ kín trực tiếp lên trên vết thương. Sử dụng loại băng vô trùng nếu có hay mảnh vải sạch đủ rộng chiều rộng che được bên ngoài vết thương 2 cm).

- Băng ép vết thương : quấn các vòng băng tạo ra một áp lực ép trực tiếp vết thương để cầm máu và che vết thương đồng thời có thể giúp cố định được nẹp, chi hoặc khớp, giảm sưng, phù nề.

- Các bước xử trí

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Băng ép vết thương ở tư thế thoải mái, đặt thêm gạc đệm nếu băng qua nền xương.

+ Nâng đỡ chi bị thương, băng kín và chặt vừa phải nhưng không quá chặt vì có thể hạn chế tuần hoàn.

+ Luôn luôn kiểm tra tuần hoàn chi sau khi băng ép để phòng băng quá chặt.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng chảy máu tại vết thương, mức độ thấm của máu và dịch vào băng, gạc.

- Các chỉ số dấu hiệu sinh tồn

- Đánh giá tình trạng tưới máu ở đầu dưới chỗ băng ép

- Phát hiện các dấu hiệu băng quá chặt thì ở dưới chỗ băng xuất hiện:

+ Xanh tím ngón tay hay ngón chân

+ Chân, tay xanh và lạnh

+ Ngứa, kích thích hay mất cảm giác ở chân, tay.

+ Không thể cử động ngón tay, ngón chân

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Vết thương vẫn tiếp tục chảy máu: cần tháo bỏ băng ép, kiểm tra lại vị trí chảy máu và cầm máu lại vết thương.

- Thiếu máu đầu chi băng ép: Cần nới bớt băng ép hoặc nới garo sau mỗi 30 phút.

VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH AN TOÀN

Mã số: III-204

I. ĐẠI CƯƠNG

Vận chuyển người bệnh từ khoa này đến khoa khác trong cùng một bệnh viện hoặc từ bệnh viện này đến bệnh viện khác phải đảm bảo tối ưu sự an toàn của người bệnh trong suốt quá trình vận chuyển, với việc theo dõi sát tình trạng bệnh và có những biện pháp xử trí thích hợp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chuyển người bệnh giữa các khoa, chuyển đến đơn vị chăm sóc đặc biệt, chuyển đi làm xét nghiệm.
- Chuyển đến các bệnh viện, cơ sở y tế khác.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khi tình trạng người bệnh chưa ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ và điều dưỡng thành thạo về cấp cứu.

2. Phương tiện

Xe vận chuyển người bệnh chuyên dụng (có cáng vận chuyển, có lồng ủ ấm với trẻ sơ sinh)

2.1. Đường thở

Canuyn, ống NKQ nội khí quản các cỡ, đèn đặt ống NKQ: lưỡii thẳng sơ sinh, trẻ nhỏ; lưỡii cong trẻ lớn, kim gấp Magill, máy hút xách tay Yankauer, ống hút mềm, kim chọc dò qua sụn nhân – giáp.

2.2. Thở

Máy thở, bình chứa oxy mini, mặt nạ thở oxy có túi dự trữ, bóng bóp, mặt nạ các cỡ, ống hút, bộ dẫn lưu màng phổi.

2.3. Tuần hoàn

- Máy khử rung sốc điện,
- Máy đo huyết áp, đo nồng độ oxy mạch máu (pulse oximeter) capnometry.
- Dụng cụ để thiết lập đường truyền.
- Dụng cụ bộc lộ tĩnh mạch.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Dịch truyền : NaCl 0,9%; Ringer lactate; glucose 5%, 10%; dung dịch hỗn hợp glucose 4% và natri cloirid 0,18%; dung dịch keo; Albumin 4,5%.

2.4. Thuốc

- + Epinephrin (adrenalin) 1:10.000, 1:1000 + Atropin sulfat 0,25mg
- + Natri bicarbonate 8,4%, 4,2%
- + Dopamin 40mg/ml
- + Dobutamin
- + Lignocain 1%
- + Amiodaron
- + Calcium clorid 10%, calcium gluconat
- + Furosemid 20mg/ml
- + Manitol 10%, 20%
- + Valium 5mg, 10mg
- + Kháng sinh : cefotaxim, gentamicin, penicillin, ampicillin
- Phương tiện khác : Máy glucose kế

Với phương tiện đã trang bị nhất thiết trên đường vận chuyển phải giám sát:

Điện tim, tần số tim; độ bão hoà oxy; huyết áp; nhiệt độ trung tâm, ngoại vi ; CO₂ của khí thở cuối thì thở ra End-tidal CO₂ ; tần số thở.

3. Người bệnh

Chỉ thực hiện vận chuyển người bệnh khi các chức năng sống phải đảm bảo và duy trì tốt đường thở-tuần hoàn-thân nhiệt-pH, đường máu.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định.

2. Kiểm tra người bệnh

- Tình trạng toàn thân: các chức năng sống theo ABC thở, đường thở, tuần hoàn
- Đã cố định cổ, tay, chân của bệnh nhi tốt chưa?
- Cố định tốt đường truyền tĩnh mạch
- Thân nhiệt

3.Thực hiện kỹ thuật

3.1. Đảm bảo đường thở và thở trong quá trình vận chuyển

- Cần phải đảm bảo đường thở và thông khí hỗ trợ.
- NKQ với oxy hoặc thở máy nếu có điều kiện.
- Chú ý an thần tốt cho người bệnh và cố định chắc ống NKQ

3.2. Đảm bảo chức năng tuần hoàn

Đảm bảo có 2 đường truyền tốt trong quá trình vận chuyển

3.3.Thần kinh

Xử trí co giật và h n mê trong quá trình vận chuyển.

3.4. Thân nhiệt

Đảm bảo thân nhiệt cho trẻ có thể sử dụng chăn, bình nước làm ấm, hệ thống điều hoà ấm trên xe, biện pháp Kangaroo, dịch truyền ấm để làm ấm người bệnh.

3.5. Ghi chép hồ sơ bệnh án

- Các thủ thuật, thuốc, dịch truyền trong quá trình vận chuyển phải được ghi chép đầy đủ.
- Các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm phải thông báo cụ thể cho nơi người bệnh được vận chuyển tới.

VI. THEO DÕI

- Thở, đường thở
- Tuần hoàn..., đường truyền tĩnh mạch tốt....
- Tình trạng thần kinh

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tắc ống nội khí quản: hút hoặc đặt lại ống NKQ
- Ngừng thở, ngừng tim: cấp cứu ngừng thở, ngừng tim.

VẬN CHUYỂN NGƯỜI BỆNH NẶNG CÓ THỞ MÁY

Mã số: III-205

I. ĐẠI CƯƠNG

- Vận chuyển người bệnh đang thở máy, kể cả nội viện hay ngoại viện đều có nguy cơ biến chứng cao. Thường gặp nhất là mất khả năng kiểm soát hô hấp - tuần hoàn dẫn đến biến loạn chức năng sinh lý do thiếu oxy tổ chức.

- Thở máy khi vận chuyển người bệnh nặng là lựa chọn tốt hơn vì cung cấp các thông số hô hấp, huyết động ổn định hơn dùng tay.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đang thở máy ở đơn vị hồi sức cần vận chuyển đến các nơi khác với các mục đích khác nhau; phục vụ cho chẩn đoán, điều trị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không vận chuyển người bệnh khi tình trạng người bệnh chưa ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Bác sỹ và điều dưỡng thành thực về cấp cứu.
- Xe vận chuyển người bệnh chuyên dụng (có cáng vận chuyển, có lồng ủ ấm với trẻ sơ sinh...).

2. Phương tiện

2.1 Đường thở

Canuyn, ống NKQ nội khí quản các cỡ, đèn đặt ống NKQ: lưỡii thẳng sơ sinh, trẻ nhỏ ; lưỡii cong trẻ lớn , kìm gấp Magill, máy hút xách tay Yankauer, ống hút mềm, kim chọc dò qua sụn nhân - giáp.

2.2. Thở

Máy thở, bình chứa oxy mini , mặt nạ thở oxy có túi dự trữ, bóng bóp, mặt nạ các cỡ, ống hút, bộ dẫn lưu màng phổi.

2.3. Tuần hoàn

- Máy khử rung sốc điện,
- Máy đo huyết áp, đo nồng độ oxy mạch máu pulse oximeter capnometry.
- Dụng cụ để thiết lập đường truyền.
- Dụng cụ bộc lộ tĩnh mạch.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Dịch truyền: NaCl 0,9%; Ringer lactate; glucose 5%, 10%; dung dịch hỗn hợp glucose 4% và natri cloirid 0,18%; dung dịch keo; lbumin 4,5%.

2.4.Thuốc

- Epinephrin (adrenalin) 1:10.000, 1:1000
- Atropin sulfat 0,25mg
- Natri bicarbonate 8,4%, 4,2%
- Dopamin 40mg/ml
- Dobutamin
- Lignocain 1%
- Amiodaron
- Calcium clorid 10%, calcium gluconat
- Furosemid 20mg/ml
- Manitol 10%, 20%
- Valium 5mg, 10mg
- Kháng sinh: cefotaxim, gentamicin, penicillin, ampicillin
- Phương tiện khác: Máy glucose kế

2.5. Với phương tiện đã trang bị nhất thiết trên đường vận chuyển phải giám sát

Điện tim, tần số tim; độ bão hoà oxy; huyết áp; nhiệt độ trung tâm, ngoại vi ; CO₂ của khí thở cuối thì thở ra End-tidal CO₂ ; tần số thở.

3. Người bệnh

Chỉ thực hiện vận chuyển người bệnh khi các chức năng sống phải đảm bảo và duy trì tốt đường thở-tuần hoàn-thân nhiệt-pH, đường máu.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3.Thực hiện kỹ thuật

Bước 1

- Chuẩn bị đầy đủ các trang thiết bị cần thiết với chức năng thích hợp cho quá trình vận chuyển.

- Hệ thống vận chuyển có Oxy

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Ambu với mặt nạ kích thước thích hợp (có PEEP nếu cần).

Bước 2

Lắp ráp thiết bị và đặt ở đầu giường để có thể tiếp cận dễ dàng.

Bước 3

Đánh giá, cố định ống Nội khí quản, hút dịch xuất tiết nếu cần thiết.

Bước 4

- Ngắt kết nối người bệnh với máy thở, đặt máy thở ở chế độ ch và bắt đầu thông khí với các thiết bị được sử dụng trong quá trình vận chuyển.

- Hồi sức tay

+ Đặt hồi sức tay và thông khí với oxy 100%, mô phỏng tần số và biên độ thở càng giống càng tốt như khi người bệnh kết nối với máy thở. Quan sát người bệnh chấp nhận các phương thức thông khí.

+ Máy thở để vận chuyển: Người thực hiện vận chuyển cài đặt trên máy

- Chế độ thở.

- Cài đặt các thông số.

- Tính toán tốc độ dòng, thể tích khí,...trên máy thở để tránh gián đoạn cung cấp khí thở trong khi vận chuyển, đảm bảo cung cấp đủ cho vận chuyển.

- Tắt cả các hệ thống vận chuyển – thở máy cần có.

+ Hệ thống O2 LOX (oxy lỏng).

+ Ambu với mặt nạ

V. THEO DÕI

Sau khi xác định các phương thức thông khí sử dụng được chấp nhận mà không bị ảnh hưởng; vận chuyển người bệnh đến nơi cần. Tiếp tục theo dõi người bệnh và giám sát các dấu hiệu sinh tồn của người bệnh, thông qua điện tâm đồ, áp lực theo dõi, đo bão hòa oxy,... liên tục.

Ghi chú cần thiết

Ghi lại tất cả các dữ liệu cần thiết liên quan đến vận chuyển trên biểu đồ thở máy bao gồm cả khả năng của người bệnh chịu đựng, trang thiết bị được sử dụng và thời gian cần thiết để vận chuyển.

TIÊM TĨNH MẠCH

Mã số: III-2390

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm tĩnh mạch là đưa một lượng thuốc vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch

II. CHỈ ĐỊNH

- Cần có tác dụng nhanh của thuốc với cơ thể
- Cần đưa vào cơ thể khối lượng thuốc nhiều
- Những thuốc gây hoại tử da, tổ chức dưới da, cơ (Canxiclorua)

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Những thuốc gây tắc mạch (hormon, cloroquin...)

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 điều dưỡng đã làm thành thạo kỹ thuật

2. Phương tiện

- Dụng cụ vô khuẩn
- + khay chữ nhật
- + Bơm kim tiêm (Kim luôn 25G hoặc 22G) phù hợp vì trẻ nhỏ cần phải lưu kim.
- + Ống trụ
- + Băng gạc, hộp đựng bông gạc.
- + Găng tay vô khuẩn, băng cá nhân
- Dụng cụ sạch
- + Thuốc giảm đau (Emlar)
- + Lọ có cồn 70 độ
- + Lọ sát khuẩn nhanh
- + Dây garo
- + Hồ sơ bệnh án hoặc sổ sao chép y lệnh.
- Hộp chống sốc
- Dụng cụ khác
- + Xe tiêm

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- + Xô đựng rác thải theo qui định
- + Hộp đựng vật sắc nhọn.

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho bệnh nhi và gia đình bệnh nhi về công việc mình sắp làm.

- Hỏi tiền sử dị ứng của trẻ.
- Làm Test với Peniciline, Streptomycin
- Đánh giá các dấu hiệu sinh tồn.
- Đặt người bệnh tư thế thích hợp
- Giảm đau tại chỗ

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chăm sóc, phiếu tiêm truyền.

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

- Thực hiện năm đúng: Đúng người bệnh, Đúng thuốc, Đúng liều, Đúng đường dùng, Đúng thời gian).

- Rửa tay thường qui hoặc sát khuẩn nhanh đeo găng.
- Sát khuẩn nắp lọ thuốc, dung môi.
- Pha thuốc và lắc đều. Quan sát chất lượng thuốc: Màu sắc, tính chất...
- Lấy thuốc đúng chỉ định, đuổi khí
- Tìm vị trí tiêm thích hợp, hướng dẫn người nhà cách bế trẻ
- Buộc dây garo (nếu cần)
- Sát khuẩn nơi tiêm bằng bông thấm cồn 70 độ theo hình xoáy tròn ốc.

- Luồn kim vào trong lòng tĩnh mạch. Một tay đỡ dưới vị trí tiêm (tay hoặc chân, căng da vùng tiêm. Tay còn lại cầm kim mũi vát ngửa lên trên, đâm kim với kim với góc chệch khoảng 30- 50 độ. Khi thấy có máu trào ra thì dừng lại.

- Tháo dây garo (nếu có). Bơm thuốc thật từ từ theo y lệnh bác sĩ. Quan sát thật kỹ người bệnh trong quá trình tiêm.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Rút kim nhanh, căng da và đặt bông vào nơi tiêm khi hết thuốc. Hoặc lưu kim luôn.

- Giúp bệnh nhi trở về tư thế thoải mái.

- Dẫn bệnh nhi, gia đình bệnh nhi những điều cần thiết.

- Thu dọn dụng cụ, rửa tay và ghi chép hồ sơ bệnh án

VI. THEO DÕI

Chêch ven, tắc kim và toàn trạng

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tắc kim tiêm do máu vào kim tiêm đông lại

+ Xử trí: Rút kim ra khỏi vị trí tiêm đẩy ruột bơm tiêm cho máu chảy ra, nếu không được thay kim khác

- Phồng nơi tiêm: Có thể gây hoại tử

+ Nguyên nhân: Kim tiêm xuyên qua mạch hoặc mũi vát kim tiêm 1 nửa vào lòng mạch, 1 nửa ở ngoài lòng mạch

+ Xử trí: Rút kim tiêm ra tiêm lại

- Người bệnh bị ngất choáng

+ Nguyên nhân: Do quá tiêm, đau

+ Đề phòng: Làm tốt công tác tâm lý cho người bệnh trước khi tiêm thuốc

- Tắc mạch

+ Nguyên nhân: Do không khí ở trong bơm tiêm vào lòng mạch, tiêm nhầm thuốc tan trong dầu

+ Đề phòng: Đuổi hết không khí trong bơm tiêm trước khi tiêm thuốc cho người bệnh

- Nhiễm khuẩn

+ Nguyên nhân : Do vô khuẩn không tốt

+ Đề phòng: Thực hiện tốt công tác vô khuẩn trước, trong và sau khi tiêm thuốc cho người bệnh.

- Sốc phản vệ

+ Nguyên nhân: Do phản ứng của cơ thể với thuốc

+ Biểu hiện: bôn chồn, hốt hoảng, sợ hãi, mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, mạch nhanh nhỏ, khó bắt; khó thở, kích thích li bì hoặc hôn mê.

+ Xử trí: Ngừng tiêm, xử trí theo phác đồ cấp cứu sốc phản vệ.

TRUYỀN TĨNH MẠCH

Mã số: III-2391

I. ĐẠI CƯƠNG

Truyền dịch là đưa một lượng thuốc, dịch truyền, máu các dung dịch cao phân tử hoặc một số dung dịch nuôi dưỡng...vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bị giảm khối lượng tuần hoàn do: sốc, tiêu chảy, bỏng, mất máu cấp.
- Các tình trạng bệnh nặng, chấn thương.
- Hồi sức cho người bệnh trước và sau mổ.
- Người bệnh không ăn được do: hôn mê, tổn thương thực quản, đường tiêu hoá...
- Ngộ độc.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH tương đối

- Phù phổi cấp.
- Suy tim nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Rửa tay thường quy hoặc sát khuẩn nhanh
- Trang phục đầy đủ

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- khay chữ nhật.
- Bộ dây truyền, kim tiêm, kim luồn 25G hoặc 22G, ống tiêm chứa NaCl 0,9% (nếu chưa có sẵn đường truyền) cho phù hợp.
- Ống trụ và kim kocher.
- Hộp đựng bông gạc, bông gạc, băng cá nhân

2.2. Dụng cụ sạch

- Thuốc giảm đau bôi ngoài da.
- Lọ đựng cồn 70 độ.
- Găng tay, nước sát khuẩn nhanh.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Dây garo.
- Máy truyền dịch.
- Cọc truyền, quang treo (nếu cần).
- Kéo, băng dính....
- Máy đo huyết áp, đồng hồ bấm giây, nhiệt kế, ống nghe, bút.
- khay quả đậu.
- Sổ thuốc hoặc hồ sơ bệnh án, phiếu truyền dịch.
- Hộp chống sốc.

2.3. Dụng cụ khác

- Hộp đựng vật sắc nhọn.
- Thùng, xô đựng rác thải theo qui định và xe tiêm.

2.4. Chuẩn bị thuốc, dịch truyền

- Dịch truyền hoặc thuốc theo y lệnh.
- Thuốc giảm đau (EMLA)

3. Người bệnh

- Thông báo, giải thích cho bệnh nhi và gia đình về kỹ thuật
- Hướng dẫn, cho trẻ (đi vệ sinh (nếu có thể)).
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Giảm đau cho người bệnh.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

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

- Thực hiện năm đúng
- Lồng dịch và treo lên cọc truyền. Kiểm tra chất lượng dịch: màu sắc, hạn sử dụng.
- Rửa tay thường qui, sát khuẩn tay nhanh

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Sát khuẩn nắp chai dịch.
- Cắm dây truyền vào chai dịch, đuổi khí và khoá dây lại.
- Vận hành máy truyền dịch nếu có, chỉnh tốc độ theo y lệnh.
- Bộc lộ vùng truyền. Xác định vị trí truyền dịch. Chú ý hướng dẫn người nhà bế trẻ đúng tư thế nếu trẻ tỉnh.
- Buộc dây garo (nếu cần)
- Sát khuẩn vị trí truyền 2 lần, để khô da.
- Bóc kim, luồn kim vào lòng tĩnh mạch. Tay trái dùng ngón một đè vào tĩnh mạch và kéo căng tĩnh mạch ra. Tay phải đâm kim chéch 30 độ ngay trên tĩnh mạch mặt vát ngửa lên trên. Luồn kim vào lòng tĩnh mạch. Khi thấy máu trào ra phía đốc kim thì dừng lại.
- Tháo dây garo.
- Nối dây truyền với kim luồn, mở khoá truyền. Kiểm tra máy truyền dịch, vận hành chính xác theo y lệnh.
- Điều chỉnh dịch truyền theo y lệnh và cố định kim, đặt nẹp cố định cổ, cánh tay, chân nếu cần thiết.
- Giúp người bệnh ở tư thế thoải mái.
- Dẫn bệnh nhi, gia đình những điều cần thiết: khó thở, sắc mặt, tri giác.
- Thu dọn dụng cụ.
- Rửa tay.
- Ghi hồ sơ bệnh án, phiếu truyền dịch và theo dõi người bệnh trong suốt quá trình truyền dịch.

VI. THEO DÕI

1. Trong khi làm thủ thuật

- Quan sát sắc mặt bệnh nhi
- Theo dõi toàn trạng

2. Sau khi làm thủ thuật

- Theo dõi toàn trạng
- Theo dõi dịch truyền, tốc độ
- Theo dõi vị trí truyền dịch

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Võ mạch

- Nguyên nhân: thành mạch yếu; vị trí truyền bị đâm kim nhiều lần.
- Xử trí: Rút kim ra và tìm vị trí khác để tiêm.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

2. Tắc mạch

- Nguyên nhân: Quá trình đuổi khí không tốt vẫn còn khí trong dây truyền.
- Đề phòng: Đuổi hết khí trước khi truyền dịch cho người bệnh

3. Sóc

- Nguyên nhân: Có thể do dị ứng thành phần dịch, thuốc, truyền dịch quá nhanh.
- Triệu chứng: Bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi, mẩn ngứa, ban đỏ, nổi mề đay. Mạch nhanh nhỏ, khó bắt khó thở, kích thích, li bì hoặc hôn mê.
- Xử trí: Khóa ngay dịch truyền. Xử trí theo phác đồ sóc phản vệ.

4. Phù phổi cấp

- Nguyên nhân: Truyền nhanh một lượng lớn dịch vào cơ thể. Xảy ra nhiều hơn đối với những người bệnh bị bệnh tim mạch.
- Triệu chứng: Đau ngực dữ dội (ở trẻ lớn), khó thở, sùi bọt hồng, sắc mặt tím tái, hốt hoảng, kích thích. Nghe phổi thấy có rất nhiều ran ẩm. Mạch nhanh nhỏ, huyết áp tụt.
- Xử trí: Ngừng truyền dịch. Cấp cứu hô hấp: mở thông đường thở, thở oxy, đặt nội khí quản, thở máy... Garo tứ chi 5 phút một lần, trích máu nếu thấy cần thiết.

5. Nhiễm khuẩn

- Nguyên nhân: Do không đảm bảo nguyên tắc vô trùng, lưu kim lâu.
- Hậu quả: Nhiễm trùng máu, nhiễm trùng nơi tiêm: dùng kháng sinh

6. Phơi nhiễm người thực hiện kỹ thuật

- Nguyên nhân: kim chọc vào người bệnh sau đó lại bị chọc vào tay mình trên những người bệnh HIV, viêm gan B,... do vô khuẩn không tốt.
- Đề phòng: Đảm bảo tuyệt đối vô khuẩn và thực hiện đầy đủ quy trình kỹ thuật truyền dịch tĩnh mạch.

RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU

Mã số: III-168

I. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật đưa nước vào đồng thời để hút các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị,...hoặc làm sạch dạ dày để phẫu thuật, để thải trừ các chất độc.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc cấp thuốc ngủ, sắn, thuốc phiện...
- Người bệnh hôn mê có dịch dạ dày trào ngược.
- Trước khi phẫu thuật dạ dày nếu người bệnh đã ăn chưa quá 6 giờ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngộ độc acid hoặc base mạnh: trung hòa bằng sữa hoặc lòng trắng trứng
- Ngộ độc các chất bay hơi: dầu hoả, xăng, paraffin
- Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bóng, u, dò thực quản.
- Người bệnh suy mòn nặng, kiệt sức, trụy tim mạch....

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

01 điều dưỡng đã làm thành thạo kỹ thuật

2. Dụng cụ

- Ống Faucher, có thể nối với dây dẫn cao su đầu tù kết hợp với quả bóp, dùng ống Levine, sonde dạ dày các cỡ khi rửa cho trẻ em hoặc khi cần rửa nhiều lần với điều kiện dạ dày có thức ăn làm tắc ống.

- Ca múc nước
- Cốc đựng nước súc miệng
- Kẹp mở miệng (nếu cần)
- Hai mảnh nylon
- Khăn mặt
- khay quả đậu

- Thùng đựng nước rửa thường là nước uống được hoặc nước có pha thuốc theo chỉ định của bác sĩ. Tốt nhất là nước muối sinh lý.

- Thùng đựng nước thải từ dạ dày.
- Dầu nhờn: glycerin, parafin.
- Ống nghiệm nếu cần xét nghiệm.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Phiếu xét nghiệm.
- Áo choàng, nylon, găng tay.
- Máy hút (nếu có)

3. Người bệnh

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

- Để người bệnh ở phòng riêng, kín đáo.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

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

- Dem dụng cụ đến giường người bệnh.
- Đặt người bệnh nằm đầu thấp mặt nghiêng về một bên.
- Trải một tấm nylon lên phía đầu giường và quàng một tấm quanh cổ người bệnh.
- Đặt thùng hứng nước bẩn.
- Người điều dưỡng mặc áo choàng nylon hoặc đi găng (đối với ngộ độc thuốc sâu).
- Đặt khay quả đậu dưới cằm người bệnh có thể nhờ người phụ giữ
- Đo ống và đánh dấu đo từ cánh mũi tới dải tái vòng xuống mũi ức khoảng 45cm - 50cm là ngang phần đáy dạ dày hoặc từ răng cho đến rốn.
- Nhúng đầu ống vào dầu nhờn không để dầu đọng trong ống làm người bệnh sặc .
- Nhẹ nhàng đưa ống vào miệng, sát má, tránh vòm họng và lưỡi gà, động viên người bệnh nuốt mặc dầu rất khó chịu, trong khi đó người điều dưỡng từ từ đẩy ống và đến khi vạch đánh dấu chạm tới cung răng thì dừng lại. Nếu người bệnh có sặc, ho dữ dội, tái mặt, tím môi thì rút ra và đưa lại.
- Thử để biết chắc ống đã vào đúng dạ dày bằng 3 cách
- + Cách 1: Nhúng đầu ống vào cốc nước nếu không có sủi bọt là đúng dạ dày.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Cách 2: Dùng xy-lanh hút dịch vị.

+ Cách 3: Đặt ống nghe lên vùng thượng vị, dùng bơm tiêm bơm một lượng nhỏ không khí trong dạ dày, sẽ nghe thấy tiếng động ở dạ dày.

- 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.

- Đổ nước từ từ vào phễu khoảng 200ml số lượng dịch tùy theo chỉ định đưa phễu cao hơn đầu người bệnh khoảng 15cm cho nước chảy vào dạ dày. Có thể dùng bơm 50ml bơm từ từ trực tiếp thay cho phễu.

- Khi mức nước trong phễu gần hết thì nhanh tay lật úp phễu xuống cho nước từ trong dạ dày chảy ra theo nguyên tắc bình thông nhau hoặc có thể dùng máy hút để hút với áp lực 3 -5 atmospher. Nếu dùng bơm trực tiếp thì rút vào khoảng 10ml khí bơm vào. Sau đó để bơm thấp xuống hơn vị trí người bệnh nằm và rút dịch ra.

- Rửa cho tới khi nước trong dạ dày chảy ra sạch thì thôi.

- Gập đầu ống lại và rút ra từ từ tới khi còn 10cm dùng kìm Kocher kẹp chặt và rút hết.

- Lau mặt, miệng cho người bệnh.

- Cho người bệnh nằm lại thoải mái và quan sát tình trạng chung

VI. THEO DÕI

- Đưa ống thông vào đúng dạ dày.

- Trong lúc rửa phải luôn luôn quan sát tình trạng người bệnh.

- Phải ngừng rửa ngay khi người bệnh kêu đau bụng hay có máu chảy ra theo nước, đồng thời phải báo ngay với bác sĩ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Viêm phổi do sặc dịch rửa

Khi rửa dạ dày cần để người bệnh đứng tư thế, rửa theo đúng quy trình kỹ thuật, nếu người bệnh hôn mê hay rối loạn ý thức phải đặt nội khí quản bơm bóng chèn trước khi rửa.

2. Rối loạn nước điện giải

Do nồng độ dung dịch rửa pha không đúng lượng muối qui định, cần thực hiện đúng.

3. Nhịp chậm, ngất do kích thích dây phế vị

Chuẩn bị hộp đựng dụng cụ và thuốc chống sốc, atropin... để cấp cứu kịp thời.

4. Hạ thân nhiệt do trời lạnh

Trời lạnh pha nước ấm, sưởi ấm cho người bệnh.

5. Tổn thương thực quản dạ dày

Do kỹ thuật thô bạo, thông cứng, sắc cạnh, hoặc rửa trong những trường hợp uống acid hoặc base.

ĐẶT SONDE HẬU MÔN

Mã số: III-178; III-2358

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt sonde hậu môn là thủ thuật đưa một ống thông mềm vào hậu môn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Làm giảm đau và chướng bụng cho những người bệnh tắc ruột hoặc viêm ruột.

- Đặt để tháo lỏng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Đang có chảy máu đại tràng.

- Polip đại tràng (hạn chế tối đa có thể)

- Người bệnh bị trĩ.

- Chấn thương hoặc sang chấn nặng vùng hậu môn

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên

2. Phương tiện

- Bàn làm thủ thuật: 01

- Găng tay 01

- Khay quả đậu 01

- Dầu paraffin hoặc mỡ vazolin

- Gạc miếng 02

- Băng dính 01

- Sonde(ống thông) hậu môn hoặc sonde foley ? các cỡ: 16,18,24...

3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh và gia đình, động viên gia đình cùng hợp tác và phối hợp điều trị.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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

- Rửa tay sạch, đội mũ, đeo khẩu trang.
- Đẩy bàn thủ thuật tới bên giường bệnh.
- Đeo găng
- Bộc lộ vùng mông.
- Chọn cỡ sonde cho phù hợp.
- Người điều dưỡng nên đứng vị trí từ ngang tầm mông trẻ trở lên (hạn chế đứng phía dưới chân của trẻ).
- Bôi trơn đầu ống sonde.
- Tay trái bộc lộ vùng hậu môn, tay phải cầm sonde. Từ từ đẩy sonde vào sâu trong hậu môn khoảng 5-7 cm là được.
- Cố định sonde.
- Thu dọn dụng cụ và rửa tay.
- Ghi chép hồ sơ

VI. THEO DÕI

- Chảy máu
- Tuột sonde

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Sang chấn vùng hậu môn, trực tràng do làm động tác thô bạo: điều trị giảm đau, theo dõi.
- Chảy máu do vô tình người bệnh có polip hoặc búi trĩ bên trong.
- Nhiễm trùng: Điều trị kháng sinh.

THỤT THÁO

Mã số: III-179; III-2357

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Khái niệm

Thụt tháo là thủ thuật đưa nước vào đại tràng nhằm làm mềm lỏng những cục phân cứng và làm thành ruột nở rộng sẽ kích thích co lại đẩy phân ra ngoài trong trường hợp người bệnh không đại tiện được và để làm sạch khung đại tràng.

2. Nguyên tắc

- Lượng nước thụt tính theo cân nặng của người bệnh: 10ml/kg /lần bơm nước.
- Chiều cao bôc thụt từ 40-60 cm so với người bệnh.
- Lượng phân lấy ra ít nhất bằng với lượng nước đưa vào.
- Nhiệt độ nước thụt 37- 40 độ C.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh chuẩn bị mổ đường tiêu hoá.
- Thụt phục vụ chẩn đoán : trước khi chụp UIV, nội soi đại trực tràng, chụp đại tràng, cột sống
- Thụt để điều trị: Táo bón thông thường , dài đại tràng, hẹp hậu môn...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thương hàn
- Thủng ruột
- Xoắn tắc ruột.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng, kỹ thuật viên

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ sạch

- Panh, ống cắm panh
- Bôc thụt và dây nối có khoá (dùng cho trẻ lớn)
- Bông thụt (bơm tiêm 50ml)dùng cho trẻ sơ sinh.
- Hộp đựng sonde foley(xông) các cỡ.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Găng tay.
- Dầu bôi trơn.
- Gạc, giấy vệ sinh, nước sạch, xà phòng, gói kê mông, quần áo sạch
- Cọc treo.

2.2. Dụng cụ khác

- Chậu đựng dung dịch sát khuẩn để ngâm dụng cụ bẩn.
- Xô đựng rác thải theo qui định.
- Hồ sơ bệnh án

2.3. Chuẩn bị thuốc/dịch

Dung dịch Natriclorua 0.9% ấm

3. Người bệnh

- Giải thích cho người bệnh, gia đình bệnh nhi và đưa trẻ đến phòng tắm
- Cân bệnh nhi để tính lượng nước thật cho phù hợp (trẻ sơ sinh 10 ml / kg /1lần thật).

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

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

- Để người bệnh nằm nghiêng trái, kéo quần xuống quá gối, chân trên co, chân dưới duỗi. Trong bệnh Megacolon: người bệnh nằm ngửa, tư thế sản khoa.

- Rửa tay

- Kiểm tra nhiệt độ nước thật (khoảng 37 độ), mở nắp hộp chọn sonde phù hợp với lứa tuổi. Nối ống sonde với béc thật. Kẹp sonde lại.

- Đổ nước vào béc thật, mở khoá hoặc kẹp đuôi khí hết dây nối và ống thông. Kẹp sonde.

- Đi găng

- Bôi dầu trơn vào đầu ống thông và đưa nhẹ nhàng vào hậu môn từ 5- 7 cm

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Mở kẹp cho nước chảy từ từ đến khi hết.
- Kẹp và rút ống sonde, sau 5- 10 phút cho trẻ đi ngoài (đối với trẻ sơ sinh kẹp khoảng 5 phút sau đó giữ ống sonde để cho phân và nước chảy ra theo ống)
- Tiếp tục thụt đến khi trẻ đi ngoài hết phân thì dừng lại.
- Vệ sinh và mặc quần áo lại cho trẻ.
- Thu dọn dụng cụ.
- Rửa tay
- Ghi chép hồ sơ bệnh án.

VI. THEO DÕI

1. Trong quá trình thụt

- Theo dõi toàn trạng của người bệnh xem có các biểu hiện : nôn trớ, kích thích hay khó thở do áp lực ổ bụng tăng, da người bệnh đặc biệt trẻ sơ sinh có nổi vân tím không : hạ thân nhiệt, hoặc tiền sốc.
- Hỏi xem người bệnh có đau bụng và mót dận buồn đi ngoài không.
- Phân có lẫn máu không.
- Sonde có tắc hay gập không.

2. Sau khi thụt

- Toàn trạng người bệnh có bất thường không : Mạch, nhiệt độ, màu sắc da niêm mạc.
- Người bệnh có chướng bụng hay nôn trớ sau thụt hay không.
- Có đau bụng và kích thích sau thụt hay không.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thủng đại tràng: theo dõi và xử trí ngoại khoa
- Hạ thân nhiệt: ủ ấm
- Rối loạn điện giải: bù điện giải.

CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG CỔ BẰNG NẸP CỨNG

Mã số: III-200

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tất cả trẻ bị chấn thương nặng phải được cố định cột sống cổ
- Chỉ được bỏ ra khi đã được khám xét hồi bệnh và các xét nghiệm đầy đủ loại trừ chấn thương cột sống cổ.
- Cố định cổ theo đường thẳng trước khi có cố định bằng nẹp cổ, những trẻ phải di chuyển đến các cơ sở khác phải được cố định thêm bằng dây, túi cát hoặc đệm chân không.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp chấn thương nặng
- Cơ chế chấn thương liên quan với nguy cơ cao tổn thương tủy.
- Đau, tăng cảm giác đau, sưng cổ, biến dạng cột sống.
- Yếu hoặc giảm vận động của chi (liệt)
- Nôn, đau đầu, choáng váng
- Giảm hoặc mất cảm giác trên da
- Dấu hiệu liên quan tới chấn thương đầu
- Suy giảm tri giác
- Khó thở
- Sốc
- Thay đổi trương lực cơ
- Rối loạn đại tiểu tiện

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chấn thương, bác sỹ đa khoa, điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên được đào tạo về kỹ năng cố định cột sống cổ.

2. Phương tiện

- Nẹp cổ các cỡ
- Bao cát
- Băng cuộn, gạc cầm máu vô khuẩn
- Băng còn sát khuẩn
- Băng dính cố định

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

3. Người bệnh

Nằm ngửa trên nền cứng và được người thực hiện giải thích về kỹ thuật sắp làm.

4. Hồ sơ bệnh án

Ghi chép đầy đủ thông tin người bệnh, phiếu cam kết thủ thuật và kỹ thuật thực hiện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra lại chỉ định, chống chỉ định

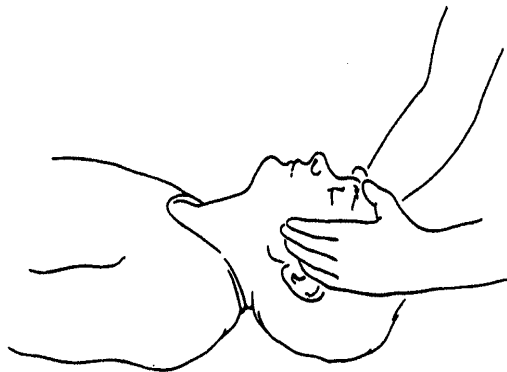
2. Kiểm tra người bệnh

Tình trạng toàn thân

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Kỹ thuật cố định đầu bằng nẹp cổ

- Đo kích thước dụng cụ
- Có nhiều cỡ nẹp cổ.



Hình: cố định cột sống cổ theo đường thẳng

- Một người giữ và cố định cột sống cổ trên đường thẳng
- Một người khác lựa chọn cỡ nẹp cho thích hợp
- Lắp nẹp và làm phẳng nẹp cổ
- Gập phần dẹt của nẹp qua dưới cổ (tránh làm di động cổ người bệnh)
- Gập phần hình khuôn của nẹp và đặt vào dưới cằm của người bệnh
- Gập phần dẹt của nẹp xung quanh cho đến khi tiếp xúc với phần khuôn
- Đánh giá xem nẹp có vừa khít không

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Nếu chưa vừa thì phải tháo bỏ nẹp và chọn nẹp khác và tiến hành lại theo các bước đã mô tả ở trên. Trong quá trình thực hiện thủ thuật chú ý tránh làm di động cổ của người bệnh.

- Sau khi đã chọn và đặt được nẹp phù hợp tiến hành cố định nẹp (thắt lại các điểm nối).

- Tiếp tục giữ đầu - cổ ở đường giữa cho đến khi đầu được cố định bằng túi cát và băng cuộn.

3.2. Kỹ thuật cố định đầu bằng túi cát và băng cuộn

Dụng cụ

- 2 túi cát
- Băng cuộn

Phương pháp

- Một người cố định và giữ cổ trên đường thẳng
- Đặt 2 túi cát ở hai bên đầu người bệnh
- Đặt băng cuộn đi qua trán và cố định chắc vào 2 bên của thành cẳng
- Đặt một băng cuộn khác đi qua phần cằm của nẹp cổ cứng rồi cố định chắc vào 2 bên của thành cẳng.

Chú ý: Có hai tình huống đặc biệt

- Những trường hợp trẻ bị tai nạn bất ngờ sẽ rất sợ hãi, không phối hợp.
- Trường hợp trẻ bị thiếu oxy và dẫy dựa.

Cả hai tình huống này đều làm cho việc cố định cổ rất khó khăn, thậm chí còn làm cho cổ di lệch vì trẻ dẫy dựa chống lại bất kỳ sự ràng buộc nào. Trong những trường hợp như vậy thì chỉ cố gắng đặt nẹp cổ cứng và không nên cố đặt thêm túi cát và băng cuộn.

VI. THEO DÕI

Theo dõi di lệch của nẹp cổ, tai biến sau nẹp cổ có thể xảy ra.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

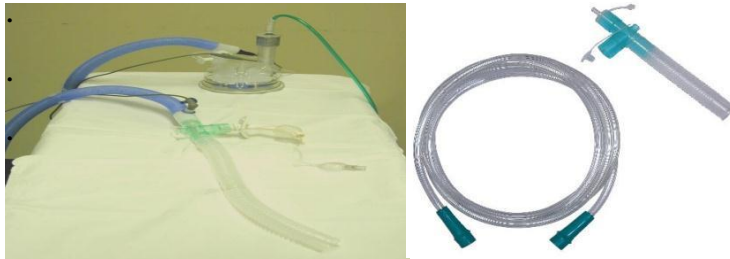
- Gây khó chịu và đau
- Hạn chế mở miệng và gây khó nuốt
- Làm tăng áp lực vùng cổ và làm tăng áp lực nội sọ (nguy cơ trong người bệnh chấn thương sọ não)
- Che dấu các nguy cơ đe dọa tiềm tàng

THỞ OXY QUA ỐNG CHỮ T (T- tube)

Mã số: III-111

I. ĐẠI CƯƠNG

Dụng cụ được sử dụng để cung cấp oxy ẩm là ống chữ T (T- piece). Ống chữ T là một thiết bị hình chữ T có một nhánh nối nguồn cung cấp oxy với đường thông khí nhân tạo (nội khí quản hoặc mở thông khí quản) cho phép cung cấp FiO₂ chính xác và độ ẩm cao.



II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh khó cai máy thở máy.

Các giai đoạn tự thở qua ống chữ T tạo điều kiện cai máy do tăng khối lượng công việc cơ bắp của các cơ liên sườn và cơ hoành - trong thời gian ngắn).

- Người bệnh mở khí quản phụ thuộc oxy

- Đánh giá chuẩn bị cai máy thở

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh cấp cứu hoặc đòi hỏi nhu cầu oxy cao

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ hoặc điều dưỡng đã được đào tạo làm thành thạo kỹ thuật

2. Phương tiện

- Nguồn cung cấp oxy, áp lực kế, lưu lượng kế, dây dẫn, ống nối tiếp v.v...

- Dụng cụ làm ẩm theo y lệnh bác sĩ.

- Ống thông chữ T với kích thước thích hợp.

- Dây đàn hồi để cố định.

3. Người bệnh

- Thông báo trước và giải thích cho người bệnh hoặc bố mẹ người bệnh.

- Để người bệnh nằm ở tư thế và vị trí thích hợp

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của bộ y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Theo đúng chỉ định và chống chỉ định.

2. Kiểm tra người bệnh

Đánh giá người bệnh theo ABC (thở, đường thở, tuần hoàn)

3. Thực hiện kỹ thuật

- Mở oxy theo tốc độ đã được chỉ định
- Dùng dụng cụ cung cấp oxy thích hợp
- Gắn lưu lượng kế vào vị trí thoát oxy từ ống dẫn hoặc từ bình chứa.
- Làm đầy chai làm ẩm, gắn chai vào đáy của lưu lượng kế.
- Gắn ống oxy và dụng cụ cung cấp vào bộ phận làm ẩm.
- Cho liều lượng oxy theo y lệnh
- Hút sạch các chất tiết hầu họng, canuyn hoặc nội khí quản.
- Gắn thiết bị vào nguồn cung cấp oxy và điều chỉnh liều theo y lệnh

VI. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sống: nhịp thở, nhịp tim, SpO₂, Huyết áp, thân nhiệt...
- Đảm bảo xử trí kịp thời các tai biến và biến chứng có thể xảy ra
- Theo dõi các dụng cụ cung cấp oxy thường xuyên
- Kiểm tra lưu lượng kế và mức độ nước trong bình làm ẩm cứ mỗi 60 phút và bất cứ khi nào cần thiết.
- Đảm bảo hệ thống cung cấp oxy làm việc hiệu quả, an toàn.
- Đảm bảo việc tuân thủ biện pháp đề phòng cháy nổ.
- Kiểm tra y lệnh của bác sĩ 4 giờ/lần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tuột dây oxy: nối lại
- Tắc do đờm dãi, không làm ẩm khí thở: hút sạch đờm dãi và làm ẩm đường thở.

THÔNG TIÊU

Mã số: III-133

I. ĐẠI CƯƠNG

Thông tiêu là phương pháp dùng ống thông đưa qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn lưu nước tiểu ra ngoài nhằm mục đích theo dõi và điều trị bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Bí tiểu đã kích thích không có hiệu quả.
- Chuẩn bị trước khi mổ tiết niệu, sinh dục, hậu môn.
- Trước khi rửa hay bơm thuốc vào bàng quang.
- Khi cần lấy nước tiểu xét nghiệm về vi trùng.
- Theo dõi lượng nước tiểu.
- Dẫn lưu nước tiểu gián đoạn hay liên tục trong trường hợp NB người bệnh) hôn mê, tiểu không tự chủ, sau phẫu thuật đáy chậu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chấn thương niệu đạo như dập, rách, đứt niệu đạo, nhiễm khuẩn niệu đạo mù.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ hoặc điều dưỡng

2. Phương tiện

2.1. Dụng cụ vô khuẩn

- Ống thông: chọn cỡ phù hợp.
- Gạc củ ấu, gạc miếng, bông đã được hấp sấy.
- Găng vô khuẩn.

2.2. Dụng cụ sạch

- khay chữ nhật: 01 chiếc
- khay quả đậu: 01 chiếc
- Kẹp kocher: 01 chiếc
- Ống trụ: 01 chiếc
- Cốc: 01 chiếc
- Hộp găng chăm sóc.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Kéo, băng dính, tấm nilon.
- Giá, ống xét nghiệm.
- Dung dịch NaCl 9 ‰, dung dịch Betadine 10%.
- Lọ dầu Parafin hoặc chất bôi trơn tan trong nước.
- Dung dịch sát khuẩn nhanh.

2.3. Dụng cụ khác

Xô đựng rác thải theo qui định.

3. Người bệnh

Thông báo và giải thích cho bệnh nhi và gia đình bệnh nhi.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của bộ y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Theo đúng chỉ định và chống chỉ định

2. Kiểm tra người bệnh

Tư thế và Người bệnh đã được chuẩn bị sẵn, mở ga đắp để lộ bộ phận sinh dục.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kéo rèm hoặc che bình phong (nếu có)
- Bệnh nhi nằm ngửa, 2 chân co, chống 2 bàn chân trên giường, đùi hơi dẹt, quần kéo dưới đầu gối.
- Trải nilon dưới mông bệnh nhi, đặt khay quả đậu để hứng nước tiểu.
- Điều dưỡng rửa tay bằng nước sát khuẩn nhanh, đi găng.

3.1. Bệnh nhi nữ

- Rửa bộ phận sinh dục bằng dung dịch NaCl 9‰.
- Sát khuẩn bằng dung dịch Betadine từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.
- Bôi trơn đầu ống thông bằng dầu Parafin.
- Một tay quần gác vào ngón trỏ và ngón cái vạch hai môi nhỏ để nhìn rõ lỗ niệu đạo, tay còn lại cầm ống thông như kiểu cầm bút, đưa từ từ vào lỗ niệu đạo tới khi nước tiểu chảy ra.

3.2. Bệnh nhi nam

- Rửa bộ phận sinh dục bằng dung dịch NaCl 9 ‰.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Sát khuẩn bằng dung dịch Betadine.
- Sát khuẩn nhanh tay điều dưỡng, đi găng v khuẩn.
- Bôi trơn đầu ống thông bằng dầu Parafin.
- Một tay cầm dương vật thẳng đứng, một tay cầm ống thông đưa từ từ vào lỗ niệu đạo khoảng 4-6 cm thì hạ dương vật xuống hướng về phía bụng, tiếp tục đẩy ống thông vào tới khi nước tiểu chảy ra hết. (Cố định ống thông nếu cần lưu)
- Kẹp ống thông, rút ra cho vào khay quả đậu.
- Lau khô vùng sinh dục, mặc quần cho bệnh nhi và để bệnh nhi ở tư thế thoải mái.
- Thu dọn dụng cụ.
- Rửa tay.
- Ghi kết quả vào phiếu theo dõi điều dưỡng ngày giờ thông tiểu, số lượng, màu sắc tính chất nước tiểu, tai biến nếu có.

VI. THEO DÕI

1. Trong khi làm thủ thuật

Theo dõi tình trạng người bệnh. Quan sát sắc mặt của người bệnh và đáp ứng của người bệnh với thủ thuật.

2. Sau khi làm thủ thuật

- Theo dõi tình trạng bệnh nhi sau khi thông tiểu, phát hiện các dấu hiệu bất thường để xử trí. Theo dõi triệu chứng bất thường: đau, rát.
- Theo dõi tính chất, màu sắc của nước tiểu: phát hiện sớm nhiễm trùng niệu đạo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chấn thương đường tiết niệu, xây xước, chảy máu: Giảm đau
- Nhiễm khuẩn : Kháng sinh
- Đặt nhầm âm đạo (ở trẻ gái : đặt lại)

NỘI SOI CÀM MÁU MŨI

Mã số: III-994

I. ĐẠI CƯƠNG

Là biện pháp cầm máu mũi bằng đông điện (đơn cực hoặc lưỡng cực) dưới nội soi có màn hình.

II. CHỈ ĐỊNH

Chảy máu mũi trước và chảy máu mũi sau.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa tai mũi họng

2. Phương tiện

- Bộ nội soi có màn hình
- Bộ đông điện lưỡng cực (tốt nhất là loại không dính) và ống hút có chức năng đông điện
- Kẹp khuỷu
- Pince kẹp blakesley
- Bấc, thuốc co mạch Ephedrin 1‰, Oxymetazolin 0.5‰ hoặc 1‰
- Thuốc gây tê tại chỗ (Lidocain 2%)

3. Người bệnh

- Được giải thích rõ ràng về bệnh và cách thức phẫu thuật
- Bồi phụ máu, nước, điện giải trước
- Tìm nguyên nhân chảy máu

4. Hồ sơ bệnh án

Đầy đủ, các xét nghiệm cơ bản

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm cơ bản đã làm

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân

3.2. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh nằm ngửa đầu cao 15-20° so với ngực
- Phẫu thuật viên đứng bên phải của người bệnh
- **Thì 1:** Rút bấc trong mũi nếu có
- **Thì 2 :** Đặt hoặc xịt thuốc gây tê tại chỗ và thuốc co mạch
- **Thì 3**
 - + Dùng ống nội soi 0 ° kiểm tra toàn bộ hốc mũi bên chảy máu và cả bên không chảy máu.
 - + Đánh giá tình trạng niêm mạc cuộn, vách ngăn, khe-sàn mũi, vòm.
 - + Tìm điểm chảy máu hoặc nghi ngờ chảy máu
 - + Đốt điểm chảy máu bằng đông điện lưỡng cực hoặc ống hứy đông điện có hút.
- **Thì 4**
 - + Kiểm tra lại hốc mũi.
 - + Đặt miếng gelaspon hoặc merocel vào hốc mũi để chống dính nếu niêm mạc bị tổn thương nhiều và đối xứng.

VI. THEO DÕI

- Bơm rửa hoặc nhỏ nước muối sinh lý nhiều lần vào hốc mũi
- Rút merocel sau 3-6 ngày tùy từng người bệnh

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu lại
- Choáng ngất
- Nhiễm khuẩn mũi xoang
- Hoại tử niêm mạc đường thở nếu diện đốt quá rộng và sâu.

Chú ý: Tìm nguyên nhân của chảy máu và điều trị nguyên nhân để đề phòng chảy máu tái phát như cao huyết áp, chấn thương....

MỞ KHÍ QUẢN

Mã số: III-78

I. ĐẠI CƯƠNG

Mở khí quản là tạo ra một đường thở mới ở khí quản trong những trường hợp bí tắc hầu - thanh quản hoặc cho mục đích hồi sức chung.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dị vật thanh quản, khí quản, hạ họng.
- U hạ họng, thanh quản, u tuyến giáp chèn ép vào trong lòng khí quản.
- Viêm thanh quản bạch hầu, viêm thanh thiệt, viêm toàn bộ thanh quản phù nề, dị ứng.
- Chấn thương cổ và thanh quản gây khó thở.
- Sẹo hẹp thanh khí quản
- Liệt cơ mở thanh quản, uốn ván gây co thắt bất thường.
- Bại liệt thể hành não.
- Mở khí quản để phòng ngừa trước trong những phẫu thuật lớn vùng cổ mặt.
- Hồi sức thở máy kéo dài.

III. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên chuyên khoa tai mũi họng được đào tạo về kỹ thuật
- 1 đến 2 kỹ thuật viên phụ.

2. Phương tiện

- 1 dao mổ thường, 1 dao mổ nhỏ, 1 kéo thẳng, 1 kéo Sim, 4 kìm
- Kocher, 4 kìm Halstead, 2 banh Farabeup, 1 banh ba chạc Laborde, 1 bóc tách lòng máng, 2 kẹp phẫu tích (có máu và không máu) 1 kìm cặp kim và kim, chỉ
- 1 ống hút, dây cao su, máy hút, canuyn khí quản.

3. Người bệnh

- Giải thích cho gia đình trẻ về quá trình phẫu thuật
- Mở khí quản nên được tiến hành dưới gây mê toàn thân trong phòng mổ trên ống nội khí quản.

4. Hồ sơ bệnh án

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Theo quy định của Bộ Y tế

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Có 3 loại mở khí quản: mở cao, mở trung bình và mở thấp. Trong trường hợp tối cấp có thể dùng một kim to (trocard) chọc qua màng giáp nhân cho người bệnh thở tạm.

3.1. Vô cảm

Gây tê hoặc gây mê nếu được đặt ống nội khí quản trước.

3.2. Tư thế

Người bệnh nằm ngửa, dưới vai có độn gối, đầu ngửa hết sức ra sau.

3.3. Kỹ thuật

Thì 1: Rạch da

Rạch từ bờ dưới sụn nhân, cắt da và lớp mỡ dưới da, bộc lộ được cân nông.

Thì 2: Tách cơ

Dùng dao rạch cân nông theo đường trắng giữa. Dùng bóc tách, tách 2 nhóm cơ dưới móng sang hai bên. Dùng banh Farabeup kéo hai nhóm cơ sang hai bên.

Thì 3: Bộc lộ khí quản

Dùng bóc tách lòng máng gỡ tổ chức trước khí quản, kéo nhẹ eo tuyến giáp xuống dưới hoặc lên trên để bộc lộ khí quản.

Thì 4:

Rạch khí quản. Dùng dao nhỏ lưỡi dao quay lên trên, chọc thủng khí quản rồi hất lên trên theo đúng đường giữa, khoảng 2 vòng sụn.

Thì 5: Đặt ống canuyn khí quản.

Luồn nhanh ống thông vào khí quản rồi rút ngay nòng ống thông ra. Nếu khó khăn dùng banh ba chạc Laborde banh lỗ mở ra.

Thì 6: Khâu da, khâu da trên và dưới vài mũi.

Thì 7: Buộc băng

Buộc 2 dây quai cố định ra sau cổ để khi ho không bật ống ra được. Đặt yếm cho người bệnh.

V. THEO DÕI

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Mùa lạnh để người bệnh nằm buồng ấm, thoáng.
- Hút đờm dãi khi xuất tiết
- Khi nào bệnh khỏi, thở đường trên được thì rút ống.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Chảy máu

Kẹp buộc hoặc khâu mạch máu chảy.

2. Tràn khí

- Tràn khí nhẹ dưới da: cắt bớt chỉ đã khâu.
- Tràn khí rộng: phải cầm kim cho thoát khí.
- Tràn khí màng phổi: phải hút liên tục để hồi sức.

CHĂM SÓC LỖ MỞ KHÍ QUẢN

Mã số: III-102

I. ĐẠI CƯƠNG

- Mở khí quản là phẫu thuật phổ biến của chuyên khoa Tai mũi họng và cấp cứu. Trẻ được mở khí quản đòi hỏi chăm sóc đặc biệt không chỉ tại bệnh viện mà còn tại gia đình.

- Canuyn khí quản được đặt qua đường rạch vào trong khí quản. Mục đích của mở khí quản để tạo đường thở thông thoáng trong các trường hợp tắc nghẽn.

- Mở khí quản ở trẻ em cần sự chú ý đặc biệt do cấu trúc giải phẫu nhỏ, cổ ngắn và các cấu trúc cơ quan lân cận sống còn.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các trường hợp mở khí quản

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Điều dưỡng

2. Phương tiện - dụng cụ

Panh, gạc, yếm, dung dịch sát khuẩn cồn iod 10%, dung dịch NaCl 9%, dây cố định, dây hút, máy hút.

3. Người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

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

- Hút qua canuyn được tiến hành cách 1 đến 2 giờ sau phẫu thuật và trong vài ngày đầu để hút tiết nhầy trong khí quản mỗi khi người bệnh sặc đờm, khó thở. Cần thiết có thể an thần hoặc giữ đầu trẻ vì vậy canuyn không bị tuột khỏi vị trí trong 5 đến 7 ngày đầu.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Chụp Xquang ngực sau phẫu thuật được thực hiện trong phòng mổ hoặc khoa hồi sức cấp cứu để kiểm tra vị trí cũng như chiều dài của canuyn đến carina.

- Nếu đảm bảo được thông thoáng của canuyn, trẻ có thể ăn đường miệng trong những ngày tiếp theo.

- Thay gạc yếm canuyn hàng ngày

- Dây cố định canuyn được thay trong tuần đầu.

- Thay canuyn đầu được tiến hành sau phẫu thuật 5 đến 7 ngày.

- Sau 5 đến 7 ngày có thể cắt chỉ khâu thu hẹp đường rạch mở khí quản.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng thông khí qua ống thở, di động lồng ngực

- Phát hiện và xử trí chảy máu, nhiễm trùng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu lỗ mở khí quản: do trẻ ho hoặc hút kích thích vào khí quản

+ Nên sử dụng nước muối khi hút canuyn

+ Nếu không tự cầm, tiến hành khâu hoặc đốt điêm chảy máu

- Tắc nghẽn đường hô hấp

+ Hút qua canuyn ngay lập tức

+ Nếu dịch tiết vẫn làm tắc ống, thay ống mới sau đó tiến hành hút.

NHỔ RĂNG VĨNH VIỄN

Mã số: III-1917

I. ĐỊNH NGHĨA

Nhổ răng là quá trình bóc tách lợi bám dính cổ răng, làm rộng xương ổ, đồng thời làm đứt dây chằng bằng các lực tác dụng có kiểm soát qua cây kim và cây bẫy trước khi răng được lấy ra khỏi huyệt ổ răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Chỉ định liên quan đến tình trạng răng
- + Răng có thân răng bị phá hủy lớn không thể phục hồi.
- + Răng bị sâu, gãy dưới bờ lợi.
- + Răng điều trị nội nha không có kết quả.
- + Răng tổn thương mãn vùng cuống không thể điều trị bảo tồn.
- + Răng mọc ngầm, mọc không đúng chỗ, mọc thừa.
- Chỉ định liên quan đến phục hình, nắn chỉnh.
- Răng là nguyên nhân của các viêm nhiễm mãn tính tại chỗ và toàn thân

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tạm thời

- Răng đang bị viêm quanh cuống cấp, viêm quanh thân răng cấp.
- Viêm lợi, viêm miệng cấp tính làm hạn chế há miệng, khó can thiệp.
- Người bệnh có các bệnh toàn thân cấp tính.
- Các bệnh về máu
- Người bệnh chưa hiểu mục đích nhổ răng.

2. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh mắc bệnh lý toàn thân ở giai đoạn cuối như ung thư, AIDS, các bệnh mãn tính giai đoạn cuối.
- Sức khỏe toàn thân quá yếu.
- Ung thư máu mất ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng.

2. Phương tiện - dụng cụ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Khám: gương, gấp, kìm, bẫy.
- Bông gạc, thuốc sát trùng - Thuốc tê: Lidocain 2 %, Adrenalin từ 1/100.000 đến 1/80.000

3. Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, sức khỏe, ăn trước nhổ răng

4. Hồ sơ bệnh án

- Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi...
- Lý do đến khám
- Tiền sử.
- Bệnh sử.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

2.1. Khám toàn thân

Các bệnh toàn thân liên quan

2.2. Khám chuyên khoa

- Ngoài mặt.
- Trong miệng.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lựa chọn bẫy, kìm nhổ răng phù hợp.
- Rửa tay, mang găng.
- Sát khuẩn miệng và vùng răng cần nhổ.
- Tiêm tê tại chỗ răng cần nhổ.
- Nhổ răng bằng kìm: cặp kìm, lung lay răng, lấy răng ra.
- Nhổ răng bằng bẫy: đặt đúng điểm bẫy, bẫy, lấy răng ra.
- Có thể kết hợp sử dụng cả kìm và bẫy.
- Kiểm soát huyết ồ răng.
- Dẫn dò người bệnh sau nhổ răng.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến trước nhổ răng

- Xiu, ngất, choáng: ngừng can thiệp, cho người bệnh nằm thấp đầu theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Phản ứng dị ứng với thuốc tê: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.

2. Tai biến trong phẫu thuật

- Gãy thân hay chân răng: lấy mảnh gãy
- Sang chấn răng bên cạnh, răng đối diện: xử trí theo mức độ tổn thương.
- Gãy, vỡ xương ổ răng, xương hàm: theo dõi và cố định xương.
- Tổn thương mầm răng vĩnh viễn
- Tổn thương phần mềm: cầm máu, kháng sinh
- Nhỏ nhâm răng.
- Hít phải răng, chân răng gây dị vật đường thở: phối hợp các chuyên khoa để lấy dị vật (TMH, hô hấp)
- Dị vật vào đường tiêu hóa: theo dõi sự di chuyển của dị vật trong đường tiêu hóa để có hướng xử trí.

3. Tai biến sau nhổ

- Chảy máu: vệ sinh vùng can thiệp, cầm máu
- Viêm ổ răng: vệ sinh vùng can thiệp, điều trị kháng sinh toàn thân hoặc tại chỗ
- Đau: dùng giảm đau.

QUY TRÌNH NHỔ RĂNG THỪA

Mã số: III-1916

I. ĐỊNH NGHĨA

- Bình thường cung răng vĩnh viễn có 28 răng (không kể răng số 8). Khi số lượng răng nhiều hơn được gọi là thừa răng.

- Vị trí thường gặp răng thừa thường ở vị trí kẽ răng 11, 12; ngoài ra có thể gặp ở các vị trí khác. Răng thừa có thể mọc ngầm trong xương hoặc ngoài cung răng

II. CHỈ ĐỊNH

Loại bỏ khi có răng thừa

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tạm thời

- Viêm lợi, viêm miệng cấp tính làm hạn chế há miệng, khó can thiệp.
- Người bệnh có các bệnh toàn thân cấp tính, các bệnh về máu
- Người bệnh chưa hiểu mục đích nhổ răng.

2. Chống chỉ định tuyệt đối

- Người bệnh mắc bệnh lý toàn thân ở giai đoạn cuối như ung thư, AIDS, các bệnh mãn tính giai đoạn cuối.
- Sức khỏe toàn thân quá yếu.
- Ung thư máu mất ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng.

2. Phương tiện - dụng cụ

- khay khám: gương, gập, kìm, bẫy.
- Băng gạc, thuốc sát trùng
- Thuốc tê: Lidocain 2 %, Adrenalin từ 1/100.000 đến 1/80.000

3. Người bệnh

Chuẩn bị tâm lý, sức khỏe, ăn trước nhổ răng

4. Hồ sơ bệnh án

- Phần hành chính: số bệnh án, mã số, họ tên người bệnh, tuổi...
- Lý do đến khám

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Tiền sử.
- Bệnh sử.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

2.1. Khám toàn thân

Các bệnh toàn thân liên quan

2.2. Khám chuyên khoa

- Ngoài mặt.
- Trong miệng.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Lựa chọn bẫy, kìm nhổ răng phù hợp.
- Rửa tay, mang găng.
- Sát khuẩn miệng và vùng răng cần nhổ.
- Gây tê tại chỗ hoặc gây tê vùng.
- Nhổ răng bằng kìm: Cặp kìm, lung lay răng, lấy răng ra.
- Nhổ răng bằng bẫy: đặt đúng điểm bẫy, bẫy, lấy răng ra.
- Có thể kết hợp sử dụng cả kìm và bẫy.
- Kiểm soát huyết ô răng.
- Dẫn dò người bệnh sau nhổ răng.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến trước nhổ

- Xiu, ngất, choáng: ngừng can thiệp, cho người bệnh nằm thấp đầu theo dõi nhịp thở, mạch, huyết áp
- Phản ứng dị ứng với thuốc tê: xử trí theo phác đồ sốc phản vệ.

2. Tai biến trong phẫu thuật

- Gãy thân hay chân răng: lấy mảnh gãy
- Sang chấn răng bên cạnh, răng đối diện: xử trí theo mức độ tổn thương.
- Gãy, vỡ xương ổ răng, xương hàm: theo dõi và cố định xương.
- Tổn thương mầm răng vĩnh viễn
- Tổn thương phần mềm: cầm máu, kháng sinh
- Nhổ nhầm răng.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Hít phải răng, chân răng gây dị vật đường thở: phối hợp các chuyên khoa để lấy dị vật (TMH, hô hấp)

- Dị vật vào đường tiêu hóa: theo dõi sự di chuyển của dị vật trong đường tiêu hóa để có hướng xử trí.

3. Tai biến sau nhổ

- Chảy máu: vệ sinh vùng can thiệp, cầm máu

- Viêm ổ răng: vệ sinh vùng can thiệp, điều trị kháng sinh toàn thân hoặc tại chỗ

- Đau: dùng giảm đau.

SƠ CỨU VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT

Mã số: III-2077

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

- Kèm 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

- Phần 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 2)

- 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.

- Dùng kháng sinh, giảm đau, vitamin.

VI. THEO DÕI

- Vấn đề nhiễm khuẩn

- Sự liền vết thương

- Có co kéo, để lại sẹo lồi hoặc 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

KỸ THUẬT LÀM DÀI THÂN RĂNG LÂM SÀNG

Mã số: III-1810

I. ĐẠI CƯƠNG

Là kỹ thuật làm trôi răng để có đủ chiều cao thân răng làm phục hình răng.

II. CHỈ ĐỊNH

Răng bị tổn thương mất thân răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Răng nhiều chân.

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

- Bộ khám răng miệng: gương, gắp, thám châm...
- Bộ dụng cụ nắn chỉnh răng : kim b hook, kim luôn dây, cây kẹp mắc cài, cây ấn dây cung, thước đo lực, bút đánh dấu.
- Bộ dụng cụ lấy dấu và đổ mẫu.
- Mũi khoan trụ....

2.2. Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu và đổ mẫu.
- Chun chuỗi, dây thép dùng để buộc mắc cài vào dây cung.
- Dây cung 0.017x0.025 SS hoặc dây 0.019x0.025 TMA.

3. Người bệnh

- Người bệnh và, hoặc người giám hộ được giải thích và đồng ý điều trị.
- Răng cần can thiệp làm dài thân răng đã được điều trị tủy tốt.

4. Hồ sơ bệnh án

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang cận chóp đánh giá tình trạng chân răng điều trị.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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 cho gắn mắc cài

- Lấy dấu cung răng.
- Đổ mẫu hàm bằng thạch cao cứng.
- Đặt chun tách kẽ các răng hàm lớn cần gắn band nếu dùng band.

3.2. Gắn band và mắc cài

- Gắn mắc cài vào các răng đã lựa chọn, kê bên răng cần kéo trời.
- Chọn dây cung phù hợp cho việc bẻ loop.
- Bẻ loop trên dây cung đã đánh dấu.
- Đặt dây cung thụ động vào ống band và rãnh mắc cài.
- Cố định dây cung bằng chun tại chỗ hoặc dây thép.
- Làm hook kéo răng: b hook, dùng mũi khoan lấy các chất hàn trong ống tủy, gắn cố định hook vào ống tủy bằng cement.
- Dùng chun chuỗi nối từ móc của răng cần kéo tới loop trên dây cung. Lực kéo khoảng 35-60 g.

3.3. Các lần điều trị tiếp theo

Thường cách nhau 1 tuần.

- Kiểm tra sự di chuyển của răng cần làm trời. Yêu cầu mỗi tuần răng di chuyển được khoảng 1mm.
- Thay chun kéo chân răng.
- Điều chỉnh lực kéo nếu cần.

3.4. Điều trị duy trì

- Khi đã đạt được mức làm trời răng mong muốn, dùng tác động lực kéo và duy trì kết quả 3-6 tuần
- Cố định răng bằng dây Ligate với hook và dây cung chính đảm bảo tình trạng thụ động.

3.5 Kết thúc điều trị

- Tháo khí cụ.
- Chuyển người bệnh làm phục hình.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Sang thương niêm mạc lợi do lún band: Tháo band và gắn lại.
- Sang thương niêm mạc má do đầu dây cung dài: Điều trị sang thương và điều chỉnh dây cung cho thích hợp.

PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG LẠC CHỖ

Mã số: III-1800

I. ĐẠI CƯƠNG

- Răng lạc chỗ có thể ngấm trong xương hoặc xuất hiện trên cung hàm nhưng sai vị trí. Trong bài này chỉ đề cập tới các trường hợp răng lạc chỗ đã mọc.

- Răng lạc chỗ thường ảnh hưởng tới thẩm mỹ, khó kiểm soát mảng bám răng và còn là nguyên nhân gây lệch lạc răng và gây rối loạn khớp cắn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng lạc chỗ không có chỉ định nắn chỉnh.
- Răng lạc chỗ gây biến chứng hoặc có nguy cơ gây biến chứng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.
- 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 tiểu 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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Hồ sơ bệnh án theo quy định.
- Phim Xquang xác định tình trạng răng.
- 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

Tùy trường hợp cụ thể mà có thể gây tê hoặc gây mê.

- Phẫu thuật lấy răng thừa
- + Tách nếp niêm mạc và dây chằng quanh răng bằng cây bóc tách.
- + Dùng bẫy tách chân răng với xương ổ răng.
- + Dùng kim thích hợp lấy răng ra khỏi ổ răng.
- + Kiểm soát huyết ổ răng.
- + Sửa chữa và tạo hình xương ổ răng nếu cần.
- + Cầm máu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

1. Trong khi làm thủ thuật

- Sốc : Điều trị chống sốc.
- Chảy máu: Cầm máu.
- Gãy chân răng : lấy chân răng.
- Sang chấn răng liền kề: Tùy mức độ có thể chỉ theo dõi hoặc cố định.

2. Sau khi làm thủ thuật

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

PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG CÓ TẠO HÌNH XƯƠNG Ổ RĂNG

Mã số: III-1804

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật nhổ răng có tạo hình xương ổ răng là kỹ thuật nhổ răng khó phải mở xương để lấy răng hoặc chân răng, sau đó có tạo hình xương ổ răng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Răng hoặc chân răng bị kẹt giữa các răng lân cận hoặc cãnh lên xương hàm dưới.

- Các trường hợp chân răng dị dạng như chân hình dùi trống, các răng nhiều chân cong dính vào nhau vv...

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 tiểu 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 răng cần điều trị

3. Thực hiện kỹ thuật

- Sát khuẩn
- Gây tê tại chỗ và gây tê vùng.
- Rạch và tạo vạt niêm mạc màng xương.
- Tách và bộc lộ xương hàm vùng mở xương.
- Mở xương : dùng mũi khoan cắt bỏ xương, bộc lộ răng hoặc chân răng.
- Lấy răng, chân răng: dùng dụng cụ thích hợp.
- Làm sạch vùng phẫu thuật và tạo hình xương ổ răng.
- Đặt vật liệu cầm máu.
- Khâu phục hồi niêm mạc.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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 MỞ XƯƠNG CHO RĂNG MỌC

Mã số: III-1805

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở xương cho răng mọc là kỹ thuật lấy bỏ một phần xương hàm cản trở để mở đường cho răng mọc.

II. CHỈ ĐỊNH

Các răng vĩnh viễn còn nằm toàn bộ trong xương hàm mà đã đến tuổi hoặc quá tuổi mọc răng đó.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.
- 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 tiểu phẫu thuật trong miệng
- Bộ dụng cụ mở xương

2.2. Thuốc và vật liệu

- Thuốc tê
- Thuốc sát khuẩn
- Dung dịch bơm rửa
- Vật liệu cầm máu

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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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
- Gây tê tại chỗ
- Tạo vạt : tạo vạt niêm mạc hình thang hoặc hình vệt, tách bóc bộc lộ xương vùng răng ngầm.
- Mở xương : dùng mũi khoan cắt bỏ xương ổ răng từ ngoài vào để đủ khoảng cho răng mọc hoặc có thể kéo ra bằng kỹ thuật nắn chỉnh răng.
- Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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 QUANH CUỐNG RĂNG

Mã số: III-1806

I. ĐẠI CƯƠNG

Nạo cuống răng là phẫu thuật lấy bỏ phần viêm và hoại tử quanh cuống răng, giúp cho quá trình liền thương.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương u hạt quanh cuống răng.
- Các trường hợp sau điều trị nội nha mà chất hàn đi quá cuống răng gây bệnh lý vùng cuống.

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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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.

- Gây tê tại chỗ.

- Tạo vạt

+ Dùng dao rạch niêm mạc màng xương tương ứng vùng cuống răng.

+ Dùng cây tách bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ xương hàm vùng cuống răng.

- Mở xương : Dùng mũi khoan cắt hoặc mở rộng phần xương tương ứng vùng cuống răng cần bộc lộ.

- Nạo quanh cuống răng

+ Dùng cây nạo thích hợp lấy bỏ phần viêm hoại tử quanh cuống răng

+ Dùng cây nạo thích hợp nạo sạch quanh cuống răng

- Kiểm soát và bơm rửa quanh cuống răng

- Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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 CẮT CUỐNG RĂNG

Mã số: III-1807

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt cuống răng là phẫu thuật cắt bỏ phần cuống răng bệnh lý và mô hoại tử quanh cuống.

II. CHỈ ĐỊNH

- U hạt quanh cuống răng có kích thước lớn.
- Nang chân răng
- Chân răng cong biến dạng bất thường vùng cuống không thể hàn kín ống tủy tới cuống răng được.
- Gãy dụng cụ trong ống tủy ở vùng cuống răng không lấy ra được ảnh hưởng kết quả điều trị tủy.

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.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Răng bệnh lý đã được điều trị nội nha.

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. Thực hiện kỹ thuật.

- Sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ.
- Tạo vạt
 - + Dùng dao rạch niêm mạc màng xương tương ứng vùng cuống răng.
 - + Dùng cây tách bóc tách vạt niêm mạc màng xương, bộc lộ xương hàm vùng cuống răng.
- Mở xương : Dùng mũi khoan cắt hoặc mở rộng phần xương tương ứng vùng cuống răng cần bộc lộ.
 - Cắt cuống răng
 - + Dùng mũi khoan cắt và lấy bỏ phần cuống răng bệnh lý.
 - + Dùng cây nạo thích hợp lấy bỏ phần viêm hoại tử quanh cuống răng.
 - Hàn ngược cuống răng: Trong một số trường hợp có chỉ định.
 - Kiểm soát và bơm rửa quanh cuống răng.
 - Khâu đóng vạt niêm mạc.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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 CẮT, NẠO XƯƠNG Ổ RĂNG

Mã số: III-1811

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt, nạo xương ổ răng là kỹ thuật cắt, nạo xương hoại tử do bệnh lý hoặc tai biến điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Viêm hoại tử xương ổ răng.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật nhổ răng.
- 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 tiểu 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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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

- Gây tê tại chỗ và gây tê vùng.
- Tạo vạt : đầu vạt phải nhỏ hơn cuống vạt, bề dài của vạt không được quá bề rộng vạt.
- Cắt xương: Dùng mũi khoan và kìm bấm xương lấy bỏ toàn bộ vùng xương chết đến vùng xương bình thường.
- Làm sạch vùng phẫu thuật: rửa nhãn bờ xương sắc, nạo tổ chức nhiễm trùng, rửa sạch.
- Khâu kín phục hồi vạt niêm mạc.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

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.

CẮT U MI CẢ BỀ DÀY KHÔNG VÁ

Mã số: III-2543

I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt u mi nhằm loại bỏ khối u mi và làm xét nghiệm mô bệnh học.

II. CHỈ ĐỊNH

- Khối u mi phát triển nhanh nghi ngờ ung thư hoặc được chẩn đoán lâm sàng là ung thư.
- Khối u mi lành tính ảnh hưởng đến chức năng thẩm mỹ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khối u mi phát triển lan rộng và sâu vào hốc mắt.
- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện: Bác sỹ chuyên khoa Mắt.

2. Phương tiện

- Một bộ dụng cụ cắt u tạo hình.
- Thanh dè nhựa, kim loại.
- Máy hút, dao điện.

3. Người bệnh

- Khám mắt toàn diện.
- Chụp Xquang phổi nếu là ung thư mi.
- Chụp hồ mắt thẳng nghiêng phát hiện tổn thương xương hốc mắt nếu nghi ngờ.
- Kiểm tra hệ thống hạch trước tai, dưới hàm, toàn thân.
- Người bệnh được tư vấn trước phẫu thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

3.1. Vô cảm

- Trẻ em: gây mê.
- Kết hợp giảm đau trong khi phẫu thuật.

3.2. Kỹ thuật U bờ mi (thường là nốt ruồi bờ mi)

- Đặt thanh đê nhựa vào cùng đồ.
- Dùng dao cắt bỏ tổ chức u lấy tổ chức xét nghiệm mô bệnh học.
- Cầm máu nếu cần thiết.
- Khâu lại da hoặc nếu da mi thiếu có thể vá da trượt tại chỗ.

U mi vị trí trên trong hoặc trên ngoài (thường là u bì)

- Rạch da trực tiếp lên bề mặt khối u song song bờ mi. Chiều dài đường rạch tùy thuộc kích thước khối u.
- Bóc tách phẫu tích lấy toàn bộ khối u.
- Khâu vết phẫu thuật: lớp trong khâu chỉ tiêu, lớp ngoài khâu chỉ không tiêu.
- Băng ép.
- Cắt chỉ da mi sau 7 ngày.

Kỹ thuật cắt ung thư mi

- Đặt thanh đê nhựa vào cùng đồ kết mạc.
- Dùng dao điện cắt bỏ khối u cách bờ khối u 3-5mm.
- Cầm máu tại chỗ bằng dao điện.
- Rửa sạch vết phẫu thuật bằng dung dịch nước muối 0,9%.
- Xét nghiệm mô bệnh học tổ chức ung thư được cắt bỏ.
- Phục hồi vết thương mi, tạo hình mi có thể làm 1 thì hoặc 2 thì.
- Kết thúc phẫu thuật: băng ép.

VI. THEO DÕI

Kháng sinh toàn thân và tại chỗ.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Trong phẫu thuật

Chảy máu: cầm máu tại chỗ bằng nhiệt.

2. Sau phẫu thuật

Chảy máu vết phẫu thuật:

- Nếu chảy máu ít : băng ép và theo dõi.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Nếu chảy máu nhiều: phải đốt cầm máu tại buồng phẫu thuật.
- Nhiễm trùng vết phẫu thuật : sử dụng kháng sinh tại chỗ và toàn thân, rửa vết thương hàng ngày và theo dõi chặt chẽ.

TRẮC NGHIỆM TÂM LÝ BECK

Mã số: III-237

I. ĐẠI CƯƠNG

- Khi người bệnh bị trầm cảm thường có tâm lý buồn chán, bi quan, mặc cảm và có nhiều rối loạn về ăn, ngủ... Người bệnh cảm nhận những thay đổi này theo mức độ và tần xuất khác nhau. Trắc nghiệm tâm lý Beck được áp dụng nhằm để xác định xem người bệnh có bị trầm cảm hay không và nếu bị thì ở mức độ nào.

- Trắc nghiệm tâm lý Beck là một bộ câu hỏi gồm 13 mục lớn, trong mỗi mục lớn có 4 đề nghị nhỏ để người bệnh trả lời bằng cách đánh dấu 1 trong 4 đề nghị đó dựa theo tình trạng hiện tại của bản thân. Nội dung các câu hỏi là về: cảm thấy buồn, bi quan về tương lai, cảm thấy thất bại trong cuộc sống, sự hài lòng, cảm thấy có lỗi, sự thất vọng về bản thân, ý tưởng tự sát, sự quan tâm tới mọi người, khả năng quyết định, ấn tượng về bề ngoài của bản thân, khả năng làm việc, sự mệt mỏi, cảm giác ngon miệng.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khi người bệnh có những than phiền về cơ thể, buồn chán, mệt mỏi không rõ nguyên nhân, lo âu, ám ảnh sợ, rối loạn stress sau sang chấn...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh loạn thần, hôn mê, thái độ không hợp tác, phủ định bệnh...

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa tâm thần, cán bộ tâm lý.

2. Phương tiện

Phòng làm trắc nghiệm yên tĩnh, đủ ánh sáng, bàn ghế để ngồi làm trắc nghiệm, tờ phiếu Beck, bút.

3. Người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: 30 phút.

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Giải thích cho trẻ hiểu mục đích của việc làm trắc nghiệm. Động viên trẻ trả lời các mục của trắc nghiệm theo đúng tâm trạng thực mà không che giấu. Giải thích cho trẻ biết là những thông tin được bảo đảm bí mật.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

3.Thực hiện kỹ thuật

- Cán bộ tâm lý giải thích cho trẻ hiểu cách làm trắc nghiệm
- Cho trẻ làm thử câu 1: Đọc hiểu và đánh dấu vào mục đúng với thực trạng hiện tại. Nếu trẻ chưa hiểu cách làm thì được hướng dẫn cách đánh dấu.
- Sau đó người trẻ tiếp tục đọc hiểu và đánh dấu vào các mục tiếp theo của trắc nghiệm.
- Sau khi trẻ hoàn thành phần trả lời trắc nghiệm, cán bộ tâm lý thu phiếu trắc nghiệm đã điền đầy đủ.
- Cán bộ tâm lý đánh giá kết quả trắc nghiệm:
- Ghi rõ thái độ của trẻ khi làm trắc nghiệm: sự hợp tác, sự chú ý, phản ứng bất thường...
- Tính điểm trắc nghiệm: Nếu trả lời trên 2 phương án thì tính điểm của phương án có điểm cao hơn. Sau đó tính tổng điểm.
- Kết luận : Không trầm cảm nếu tổng điểm dưới 4 điểm; có trầm cảm theo mức độ: trầm cảm nhẹ nếu là 4- 7 điểm, vừa nếu là 8- 13 điểm, nặng nếu bằng hoặc trên 14 điểm.

VI. THEO DÕI

- Nếu trẻ trả lời theo phiếu trắc nghiệm có trầm cảm, nên động viên trẻ và tạo tâm lý lạc quan.
- Không nên ép nếu trẻ từ chối điền khi đang làm dở.
- Quan sát thái độ và hành vi của trẻ khi làm trắc nghiệm.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Thường không có tai biến gì.

ĐÁNH GIÁ TRẺ TỰ KỶ DSM-IV

Mã số: III-741

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tự kỷ là một rối loạn phát triển lan tỏa, biểu hiện là những khiếm khuyết trong các lĩnh vực: tương tác xã hội; giao tiếp; và hành vi, sở thích thu hẹp, rập khuôn. Theo thống kê của Trung tâm Kiểm soát và Phòng bệnh (CDC) của Mỹ, năm 2009 tỷ lệ trẻ tự kỷ là 1/110.

- Sách hướng dẫn chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, ấn bản lần thứ tư (DSM - IV) do Hiệp hội tâm thần Mỹ phát hành năm 1994 được sử dụng rộng rãi như một bộ tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn tâm thần ở người lớn và trẻ em. Theo DSM-IV, tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn tự kỷ (mã số 299.00) gồm ba mục lớn:

+ A: Các nhóm triệu chứng lâm sàng bao gồm: 1) Suy giảm chất lượng tương tác xã hội; 2) Suy giảm chất lượng giao tiếp; 3) Các mẫu hành vi, sở thích định hình, thu hẹp, lặp đi lặp lại.

+ B: Chậm trễ hoặc bất thường về chức năng ở ít nhất một trong ba lĩnh vực: Tương tác xã hội, sử dụng ngôn ngữ trong giao tiếp xã hội, chơi/ hoạt động mang tính biểu tượng hoặc tưởng tượng; khởi phát trước 3 tuổi.

+ C: Rối loạn này không phải rối loạn Rett hoặc rối loạn phân rã ở trẻ nhỏ.

- Trẻ được chẩn đoán mắc rối loạn tự kỷ khi có triệu chứng thỏa mãn đầy đủ cả ba mục nói trên.

Lưu ý: Chẩn đoán sớm sẽ giúp làm tăng hiệu quả của can thiệp, tăng cơ hội hòa nhập xã hội cho trẻ tự kỷ.

II. CHỈ ĐỊNH

Tất cả các người bệnh có triệu chứng nghi ngờ tự kỷ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không thực hiện khi người bệnh mệt mỏi, có bệnh cơ thể nặng, người bệnh trong tình trạng loạn thần cấp, rối loạn cảm xúc, hành vi nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa.

2. Phương tiện

Phòng thực hiện yên tĩnh, đủ ánh sáng, có đồ chơi phù hợp cho trẻ, bàn ghế cho cha mẹ.

3. Người bệnh và gia đình

4. Hồ sơ bệnh án hoặc sổ khám bệnh

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: Thời gian: 30 phút.

1. Kiểm tra hồ sơ, sổ khám bệnh

2. Kiểm tra người bệnh

Tiếp xúc người bệnh và gia đình người bệnh. Tạo không khí thoải mái, thân thiện, tin cậy cho trẻ và gia đình.

3. Các bước thực hiện

- Hỏi tiền sử trẻ bao gồm tiền sử sản khoa, quá trình phát triển tâm thần vận động, các bệnh lý thực thể nếu có; tiền sử gia đình. Hỏi thời điểm xuất hiện bất thường, các triệu chứng và diễn biến các triệu chứng theo thời gian, biểu hiện triệu chứng khi trẻ tại các môi trường khác nhau (gia đình, trường học, sân chơi...).

Chú ý: Thu thập thông tin từ nhiều nguồn (cha, mẹ, ông bà, cô giáo...); các băng video.

- Chơi cùng trẻ các trò chơi tương tác vui nhộn, chơi giả vờ...), tạo giao tiếp với trẻ, quan sát phản ứng của trẻ trong mối quan hệ giữa trẻ và người thân; trẻ và người đánh giá; trẻ và trẻ em cùng lứa. Ghi nhận những thiếu sót về chất lượng tương tác xã hội, chất lượng giao tiếp, những bất thường về hành vi, sở thích. Đánh giá nhận thức và các rối loạn khác kèm theo.

- Khám nội khoa, thần kinh. Đo thính lực nếu nghi ngờ. Làm một số xét nghiệm nếu cần.

- Đối chiếu với tiêu chuẩn DSM- IV, đánh giá sự xuất hiện và mức độ nặng của từng nhóm triệu chứng.

- Nếu triệu chứng của trẻ đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán tự kỷ, làm thêm test CARS nhằm đánh giá mức độ tự kỷ.

- Giải thích kết quả, cung cấp thông tin cần thiết về rối loạn tự kỷ cho gia đình người bệnh. Ghi kết quả vào hồ sơ bệnh án hoặc sổ khám bệnh. Tư vấn gia đình hướng can thiệp phù hợp.

- Hẹn khám lại định kỳ.

VI. THEO DÕI

Nếu trẻ mắc rối loạn tự kỷ theo tiêu chuẩn DSM- IV, cần thiết phải có chương trình can thiệp sớm, tích cực.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Thường không có tai biến gì.

TRẮC NGHIỆM TÂM LÝ ZUNG

Mã số: III-238

I. ĐẠI CƯƠNG

- Người bệnh có lo âu thường có những biểu hiện rối loạn thần kinh thực vật ở các hệ cơ quan như hệ thần kinh, tiêu hóa, tim mạch, hô hấp... Người bệnh cảm nhận những thay đổi này theo mức độ và tần xuất khác nhau.

- Trắc nghiệm tâm lý Zung được áp dụng nhằm để xác định sự lo âu của người bệnh. Trắc nghiệm này là một bảng hỏi gồm 20 mục, mỗi mục có 4 phương án tương ứng với 4 mức độ cho người bệnh trả lời tùy theo tình trạng của mình

- Không có hoặc ít thời gian bị, đôi khi, phần lớn thời gian, hầu hết hoặc tất cả thời gian.

- Nội dung trắc nghiệm Zung gồm 20 mục để người bệnh trả lời về: Cảm thấy lo, sợ không có nguyên nhân, sự bối rối hoang sợ, cảm thấy người như bị ngã và vỡ ra, cảm thấy mọi thứ đều tốt, chân tay lắc lư và run, khó chịu vì đau đầu, đau cổ và đau lưng, cảm thấy yếu và dễ mệt mỏi, cảm thấy bình tĩnh và có thể ngồi yên được, tim đập nhanh, khó chịu và hoa mắt chóng mặt, có cơn ngất, thở dễ dàng, cảm giác tê cứng và kiến bò, đau dạ dày và đầy bụng, hay buồn đi tiểu, tay khô và ấm, mặt nóng và đỏ, dễ ngủ và ngủ tốt, có ác mộng.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có những than phiền về cơ thể, lo âu, ám ảnh sợ, rối loạn stress sau sang chấn, trầm cảm...

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh loạn thần, hôn mê, không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa tâm thần, cán bộ tâm lý.

2. Phương tiện

Phòng làm trắc nghiệm yên tĩnh, đủ ánh sáng, bàn ghế để ngồi làm trắc nghiệm, tờ phiếu Zung, bút.

3. Người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: 30 phút.

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Giải thích cho trẻ hiểu mục đích của việc làm trắc nghiệm. Động viên trẻ bình tĩnh trả lời các mục của trắc nghiệm theo đúng tâm trạng thực mà không che giấu. Giải thích cho trẻ hiểu là những thông tin được bảo đảm bí mật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Cán bộ tâm lý giải thích cho trẻ hiểu cách, Sau đó trẻ thực hiện bằng cách đánh dấu vào các mục của trắc nghiệm Zung

- Thu phiếu sau khi trẻ hoàn thành phần trả lời trắc nghiệm.

- Cán bộ đánh giá kết quả trắc nghiệm: ghi rõ thái độ của trẻ khi làm trắc nghiệm: Sự hợp tác, sự chú ý, phản ứng bất thường...

- Tính tổng điểm: Dao động từ 20 – 80.

- Kết luận: không lo âu nếu tổng điểm dưới 30 điểm.

+ Nghi ngờ có lo âu nếu tổng điểm từ 31 - 44.

+ Có lo âu mức nhẹ - vừa nếu tổng điểm từ 45- 59.

+ Lo âu mức nặng nếu tổng điểm từ 60 - 75.

+ Lo âu cực kỳ nặng nếu tổng điểm từ 75 - 80.

VI. THEO DÕI

- Nếu trẻ trả lời theo phiếu trắc nghiệm có lo âu, nên động viên trẻ, tạo tâm lý lạc quan.

- Không nên ép nếu trẻ từ chối điền phiếu khi đang làm dở.

- Quan sát thái độ và hành vi của trẻ khi làm trắc nghiệm.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Thường không có xảy ra tai biến gì.

THANG ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TỰ KỶ (CARS)

Mã số: III-742

I. ĐẠI CƯƠNG

Tự kỷ là thuật ngữ chỉ một rối loạn phức hợp của sự phát triển não bộ. Những rối loạn này từ nhẹ đến nặng, khởi phát trước 3 tuổi, diễn biến kéo dài, biểu hiện ở 3 lĩnh vực:

1. Sự suy giảm về tương tác xã hội
2. Sự suy giảm về giao tiếp (cả giao tiếp có lời và không lời)
3. Những kiểu hành vi, môi quan tâm và những hoạt động bị thu hẹp, lặp đi lặp lại, rập khuôn
 - Bên cạnh đó, trẻ thường có rối loạn cảm giác và tăng hoạt động- kém tập trung.
 - Để đánh giá mức độ RL rối loạn tự kỷ của trẻ , ta sử dụng Thang đánh giá mức độ tự kỷ CARS Childhood Autism Rating Scale.
 - Thang này gồm 15 mục khác nhau, chấm điểm mỗi mục từ 1 đến 4 điểm.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ trên 24 tháng tuổi, có các biểu hiện rối loạn về phát triển, ngôn ngữ, hành vi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Người bệnh loạn thần, hôn mê, thái độ không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa tâm thần, cán bộ tâm lý.

2. Phương tiện

Tối ưu nhất là có 1 phòng nhỏ khoảng 10- 15m², yên tĩnh, đủ ánh sáng, một số đồ chơi phù hợp mức độ phát triển của tr (nên có những đồ chơi phát sáng, phát âm thanh, 1 số tranh con vật đồ vật), bàn ghế để ngồi làm trắc nghiệm, bút viết.

3. Người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu chấm điểm CARS, bảng tiêu chuẩn chấm điểm CARS.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH 30 phút.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Chuẩn bị người bệnh

Giải thích cho người nhà của trẻ và trẻ hiểu mục đích của việc làm trắc nghiệm. Giải thích cho người nhà hiểu là những thông tin của trẻ được bảo đảm bí mật. Giải thích người nhà hiểu quy trình thực hiện test. Người nhà được tham dự buổi làm test để cung cấp thêm thông tin và hỗ trợ trẻ khi có yêu cầu.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Cán bộ tâm lý làm quen với trẻ, dùng lợi nói, cử chỉ, điệu bộ, các trò chơi để thu hút sự chú ý của trẻ, khuyến khích trẻ bắt chước các động tác, cách chơi đồ chơi.

- Cán bộ tâm lý đánh giá kết quả trắc nghiệm qua quan sát biểu hiện của trẻ kết hợp với hỏi các thông tin từ cha mẹ, người chăm sóc, so sánh với bảng tiêu chuẩn chấm điểm, điền đầy đủ kết quả từng mục vào phiếu đánh giá CARS, tính tổng điểm của 15 mục để có điểm đánh giá cuối cùng.

- Kết luận

+ Có RL phổ tự kỷ nếu điểm CARS trên 30.

+ Phân loại mức độ: tự kỷ nhẹ và trung bình nếu CARS từ 30-36 điểm, nặng nếu CARS từ 37-60 điểm.

VI. THEO DÕI

Nếu trẻ có RL phổ tự kỷ, nên hướng dẫn gia đình can thiệp sớm, tích cực cho trẻ: cho trẻ đi lớp hòa nhập sớm, can thiệp cá nhân về ngôn ngữ, điều chỉnh và quản lý hành vi, theo dõi và đánh giá định kỳ sự phát triển của trẻ, động viên gia đình người bệnh lạc quan, kiên trì, tạo cảm xúc vui nhộn khi dạy trẻ.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Thường không có tai biến gì.

- Nếu trẻ chưa hợp tác, sức khỏe không đảm bảo cho việc đánh giá chính xác, cần hẹn trẻ đánh giá lại vào thời điểm thích hợp.

KỸ NĂNG ĐIỀU HÒA CẢM GIÁC

Mã số: III-762

I. ĐẠI CƯƠNG

- Điều hoà cảm giác là một phương pháp điều trị trẻ bị rối loạn cảm giác xúc giác, thị giác, thính giác, vị giác, thăng bằng.

- Kỹ thuật này dùng để tăng hoặc giảm đáp ứng của trẻ trước các kích thích khác nhau với mục đích là điều chỉnh các hành vi bất thường ở trẻ và giúp trẻ có phản ứng thích hợp với những thông tin cảm giác, điều hợp, định hướng tạo cho trẻ cảm giác thích thú và thư giãn.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có nhu cầu cần can thiệp Điều hoà cảm giác

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (Tương đối)

Người bệnh đang trong giai đoạn ốm sốt.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên hoạt động trị liệu, ngôn ngữ trị liệu hoặc cử nhân tâm lý

2. Phương tiện - dụng cụ

- Bảng đánh giá các vấn đề cảm giác của trẻ
- Dụng cụ học tập

3. Người bệnh

- Lựa chọn các hoạt động, chiến lược phù hợp
- Báo cho trẻ biết những gì sắp xảy ra trong phòng điều trị
- Không vừa tập, vừa ăn trong lúc đang điều trị

4. Hồ sơ bệnh án

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Buổi tập đầu tiên:

Đánh giá rối loạn cảm giác của trẻ và lập kế hoạch điều trị

Chú ý: Để trẻ chơi tự do, tiếp cận với trẻ một cách từ từ và an toàn cho trẻ, tránh làm trẻ sợ và mất tự nhiên khi chơi.

3.2. Những buổi tập về sau: Can thiệp theo nhu cầu và kế hoạch đặt ra

3.3. Chương trình điều hòa thị giác: Khuyến khích trẻ tham gia các hoạt động như vẽ, sơn màu, cắt, xâu, nặn... Bất kỳ hoạt động nào đòi hỏi trẻ phải nhìn mắt để định hướng cho bàn tay là những lựa chọn tốt. Tăng cường sử dụng giao tiếp mắt khi nói với trẻ và cung cấp thêm những tín hiệu bằng lời nói. Những trò chơi có ánh chiếu sáng hoặc đồ chơi có ánh đèn rất có ích vì tác động mạnh vào thị giác và tương phản. Cần cho trẻ ở phòng nhỏ để giúp trẻ tập trung vào hoạt động.

3.4. Chương trình điều hòa thính giác

- Âm thanh có cường độ cao và đột ngột sẽ kích thích hệ thống thính giác của trẻ: bài hát nhịp bất thường hoặc kết hợp giữa bài hát nhanh và chậm. Tăng âm lượng và giọng khi nói với trẻ. Có thể để trẻ ở gần nguồn âm thanh sẽ giúp giảm những yếu tố gây nhiễu. Giúp trẻ giảm độ nhạy với các âm thanh bất thường. Mục đích: Tăng cường độ tập trung. Mỗi trẻ sẽ được nhận một liệu trình điều trị là 30phút/ngày trong 10 ngày. Trong quá trình học trẻ được đeo một tai nghe để nghe nhạc.

- Âm nhạc trị liệu thường được áp dụng trong mô hình trị liệu nhóm. Mỗi buổi trị liệu nhóm, trẻ được nghe 2 đến 3 bài hát liên quan đến nội dung học hoặc các hoạt động chơi. Phương pháp này có thể thực hiện 2 đến 3 lần/ tuần.

3.5. Chương trình điều hòa xúc giác

Cho trẻ nhiều cơ hội trải nghiệm xúc giác. Một số hoạt động xúc giác được thiết kế nhằm tăng cường nhận biết về xúc giác: sử dụng ngón tay để tạo tranh, hình dạng: cát, màu nước, bột, đất nặn, gạo..., xé giấy. Chà những mảnh vải nhỏ chất liệu khác nhau vào da. Giấu đồ chơi trong gạo để trẻ tìm. Các hoạt động sử dụng ngón tay cái và ngón trỏ: xâu, gấp, đóng khóa cặp, túi. Matxa tay, sử dụng bàn chải, bóng gai, bàn matxa...

3.6. Chương trình điều hòa tiền đình

- Sử dụng các bài tập vận động và thăng bằng. Trẻ cần tham gia vào những hoạt động phong phú về vận động trong cả ngày để giúp trẻ có thông tin giác quan để có thể thực hiện các chức năng phù hợp. Trẻ ít ngồi yên, vì vậy nên cho trẻ vận động để tìm cảm giác thiếu trước khi yêu cầu trẻ ngồi và tập trung.

- Các hoạt động vận động để tăng cường kích thích cảm giác vận động và thăng bằng: lăn người, lăn sang hai phía hoặc về phía trước, nhảy (tại chỗ, bật nhảy trên đệm lò xo, nhảy dây, nhảy qua vật cản... , đu đưa xích đu, đu người), nhảy lò cò, bơi, trò chơi xoay tròn, đi xe đạp, ngồi hoặc nằm lăn theo bóng to, gối hơi ngồi.

3.7. Chương trình điều hòa cảm thụ bản thể

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Cần phải khuyến khích những hoạt động làm việc nặng và áp lực xúc giác là cách tốt nhất giúp trẻ kích hoạt thụ thể ở các cơ và khớp có thể tăng cường khả năng nhận biết vị trí cơ thể và vị trí giác quan

- Những hoạt động “làm việc nặng” sau đây có thể sử dụng để tăng cường nhận biết bản thể và giúp trẻ bình tĩnh và tổ chức toàn bộ hệ thống thần kinh.

- Trò chơi nhảy và chạy

- Mang, đẩy, kéo hoặc đeo những đồ vật nặng (túi, ba lô, hộp đồ chơi, bao gạo, cát...)

- Bò: dưới gập bàn, qua gối, chui ống, theo đường thẳng

- Trò chơi lao người: lao người vào đồng gối lớn, vào thảm, ghé đệm

- Tạo những áp lực về xúc giác: trùm chăn gối nặng lên người khi bò hoặc nằm, mặc áo vest nặng, tạo cho trẻ cảm nhận áp lực xúc giác: cuộn vào chăn, tạo áp lực từ quả bóng to hoặc gối

- Các hoạt động cắn, nhai, thổi, mút: thức ăn giòn, nhai miếng nhai bằng nhựa, dùng ống hút để uống và chơi trò chơi thổi: kèn, còi, ống hút...

- Làm việc nặng như: đóng búa, đinh vít, xúc cát...

- Hướng dẫn ngắn gọn, đơn giản

+ Nếu trẻ gây lộn xộn mất trật tự, có thể hoạt động bạn đưa ra cho trẻ thực hiện quá khó hiểu hoặc đòi hỏi nhiều kỹ năng trẻ chưa làm được hoặc có quá nhiều luật lệ trò chơi hoặc quá nhiều hướng dẫn bằng lời.

+ Không cố ép trẻ bằng việc kéo dài thời gian học. Dạy các bài mới, phức tạp vào đầu giờ học khi trẻ còn tỉnh táo, tập trung

+ Tạo môi trường trong phòng giúp trẻ bình tĩnh

+ Đặt yêu cầu phù hợp với trẻ, không yêu cầu trẻ ngồi quá lâu khi trẻ chưa đạt được. Luôn nhớ rằng trẻ phải cố gắng rất nhiều để ngồi yên như vậy trẻ có thể sẽ không đủ năng lượng để học bài, do đó hãy cho phép trẻ có một chút biểu hiện bồn chồn, nhấp nhộm.

+ Phần quan trọng của các hướng dẫn được truyền đạt tới trẻ theo cách 1 cô 1 trẻ, hoặc trong 1 nhóm nhỏ.

+ Khích lệ, phần thưởng được đưa ra ngay lập tức để củng cố cho 1 hành vi được mong đợi.

+ Đa dạng hóa các hoạt động nhưng các hoạt động vẫn phải hướng tới 1 mục tiêu mà trẻ đã được biết.

+ Tăng sự tập trung bằng cách bắt đầu bằng những khoảng thời gian học ngắn sau đó tăng dần lên.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Sắp xếp lớp học theo các hoạt động hàng ngày hoặc theo một trình tự nhất định, trẻ sẽ cảm thấy yên tâm và thoải mái hơn nếu được biết trước cái gì sẽ diễn ra tiếp theo.

+ Nhắc hoặc áp dụng 1 cách thức tiếp cận nhất quán không thay đổi để giúp trẻ bắt đầu 1 công việc.

+ Sử dụng hình ảnh để giúp trẻ ghi nhớ tốt hơn.

+ Tạo cho trẻ môi trường học an toàn và thoải mái. Các trải nghiệm phải đạt được 1 cách tự nhiên không phải bằng cách đe dọa, ép buộc.

+ Loại bỏ các đồ vật gây xao lãng trẻ

+ Cho trẻ có những khoảng thời gian chơi tự do, không phải lúc nào cũng kiểm soát trẻ.

+ Can thiệp theo chương trình nhấn mạnh vào việc phát triển kỹ năng giao tiếp tương xứng với cá nhân trẻ.

+ Tập trung dạy các phần độc lập, riêng 1 trước khi dạy toàn bộ 1 kỹ năng.

+ Các lợi giải thích phải chính xác và ngắn gọn.

+ Khi giải thích bằng lợi cho trẻ cần lưu ý mức độ nghe hiểu ngôn ngữ bằng lợi của trẻ tại thời điểm đó.

+ Nhấn mạnh vào các kỹ năng tiền ngôn ngữ, ngôn ngữ và hoạt động phát sinh trong khi thực hiện các hoạt động.

+ Các hướng dẫn đưa ra phải ngắn gọn, đơn giản, dễ hiểu. Sau khi hướng dẫn chờ hồi đáp của trẻ, cho trẻ thời gian cần thiết để nghĩ trước khi hồi đáp.

+ Những hướng dẫn bằng lợi phải rõ ràng, phát âm giọng chuẩn.

+ Yêu cầu trẻ nhắc lại hướng dẫn trước khi trẻ thực hiện công việc để chắc chắn rằng trẻ đã nghe rõ hướng dẫn.

+ Sử dụng băng dính dưới sàn hoặc thảm trải sàn để chỉ dẫn chỗ ngồi cho trẻ.

+ Thay đổi các hoạt động trước khi trẻ thấy chán

VI. THEO DÕI

- Đánh giá sự tiến bộ của trẻ sau mỗi đợt can thiệp.

- Lập kế hoạch cho chương trình can thiệp tại nhà.

KỸ NĂNG HIỂU VÀ DIỄN TẢ BẰNG NGÔN NGỮ NÓI

Mã số: III-748

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tập phát âm là cách giúp trẻ phát ra các âm thanh trong quá trình giao tiếp.

- Sau khi đã nghe và phân biệt được các âm thanh khác nhau trẻ sẽ khám phá cách tạo nên các âm thanh đó. Lúc đầu trẻ học cách phân biệt nguyên âm trước sau đó đến các phụ âm.

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

Kỹ thuật viên ngôn ngữ

2. Phương tiện - dụng cụ

Dụng cụ học tập, dụng cụ tập thổi, cây đờ lồi, gương soi, tài liệu chỉnh âm theo nhu cầu, hình ảnh của cặp từ tối thiểu theo nhu cầu, đồ chơi làm phần thưởng

3. Người bệnh

Không trong giai đoạn ốm sốt

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

Đối chiếu chỉ định can thiệp và tên trẻ

2. Kiểm tra người bệnh

Đúng tên trẻ với phiếu tập

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1 Nhận thức và kiểm soát về luồng hơi

3.2 Sử dụng các gọi phát âm bằng tay, bằng hình ảnh

3.3 Tập luyện chỉnh âm theo phương pháp phát âm truyền thống

Gồm có 6 bước. Tuy nhiên, việc bắt đầu ở bước nào phải tùy thuộc vào khả năng hiện tại của trẻ, ví dụ một số trẻ cần bắt đầu ở bước “Phát âm đúng phụ âm” nhưng một số trẻ có thể bắt đầu ở bước ”Phát âm đúng âm cần chỉnh trong cụm từ”.

- Phát âm đúng nguyên âm hoặc phụ âm
- Phát âm đúng phụ âm ghép với nguyên âm
- Phát âm đúng âm cần chỉnh trong từ
- Phát âm đúng âm cần chỉnh trong cụm từ
- Phát âm đúng âm cần chỉnh trong câu
- Phát âm đúng âm cần chỉnh trong hội thoại

3.4 Tập luyện chỉnh âm theo phương pháp âm vị: sử dụng cặp tối thiểu hoặc cặp tối đa. Tập luyện theo các giai đoạn sau đây

- Giới thiệu cho trẻ làm quen và huấn luyện nhận thức
- Tạo âm-bắt chước từ
- Tạo âm-gọi tên độc lập
- Tạo âm – phân biệt cặp tối thiểu

4. Huấn luyện phụ huynh thực hiện bài tập tại nhà.

Áp dụng 4 kỹ năng cơ bản

- Nghe: Dạy trẻ cách phân biệt âm đúng và sai, giúp trẻ bắt chước được âm của người hướng dẫn chính xác hơn.

- Nhìn: Yêu cầu trẻ quan sát cử động của các cơ quan phát âm giúp trẻ tạo vị trí đúng của các âm (Có thể dùng gương). Phân tích sự đúng hoặc sai trong cách phát âm của trẻ.

- Xúc giác: Trẻ cảm giác về sự rung hay không của dây thanh với các âm khác nhau. Trẻ cảm nhận được luồng hơi nhiều hay ít, mạnh hay nhẹ của các âm khác nhau.

- Cảm giác: Trẻ cảm nhận về các âm mình tạo ra đúng hay sai.

Chú ý: Bắt đầu dạy từ một nguyên âm hoặc phụ âm. Sau khi phát âm tốt mới chuyển sang từ, cụm từ, các câu và cuối cùng là hội thoại.

VI. THEO DÕI

- Ghi chú kết quả sau mỗi buổi can thiệp.
- Sự tiến bộ của trẻ sau mỗi đợt can thiệp.

ĐÁNH GIÁ CHUNG VỀ SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRẺ - ASQ

Mã số: III-738

I. ĐẠI CƯƠNG

Lượng giá sự phát triển theo tuổi nhằm phát hiện sớm bất thường của trẻ cũng như đánh giá được sự tiến bộ của trẻ sau điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ em tuổi từ 0-6 tuổi bình thường và khuyết tật đã được chẩn đoán trước đó.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH: không

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sỹ hoặc kỹ thuật viên hoặc điều dưỡng

2. Phương tiện - dụng cụ

01 phiếu đánh giá theo tuổi (ASQ), bộ dụng cụ đánh giá sự phát triển

3. Người bệnh

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (30 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Cách đánh giá

- Hỏi tên, tháng và năm sinh của trẻ để tìm ra Phiếu đánh giá thích hợp.
- Đánh giá lần lượt theo trình tự các câu hỏi của Phiếu đánh giá
- Đánh giá từng mục một và dành thời gian cho trẻ thực hiện hoạt động.
- Nếu trẻ không làm được hỏi gia đình xem những lúc khác trẻ có làm được hay không.

3.2. Cách điền phiếu

Người phỏng vấn điền câu trả lời vào “Phiếu đánh giá” bằng cách đánh dấu (x) hoặc 1 vào đúng “Có” hoặc “Không” trung thành với mức phát triển của trẻ. Không tự ý thay đổi kết quả đánh giá.

3.3. Người đánh giá phải

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Đọc trước và hiểu rõ từng câu hỏi trước khi đánh giá.
- Lặp lại ba lần nếu nghi ngờ đánh giá không chính xác.
- Động viên khuyến khích trẻ thực hiện các hoạt động

3.4. Đánh giá kết quả

- Phiếu số 1: Trẻ bị nghi ngờ có rối loạn phát triển khi "Có" bất cứ 1 dấu hiệu bất thường (Khi có bất cứ câu trả lời nào rơi vào "Có")

- Phiếu số 2 đến số 9: Trẻ bị nghi ngờ có rối loạn phát triển khi

+ "Không" làm được 2 trong 3 kỹ năng của các lĩnh vực Giao tiếp-Ngôn ngữ; Vận động thô, Vận động tinh; Bắt chước và Học, Cá nhân - Xã hội (Câu hỏi 1 đến 15), hoặc

+ "Có" 1 trong các dấu hiệu chung bất thường (Câu hỏi 16 đến 20).

Lưu Các phiếu sàng lọc từ phiếu số 2 trở đi có thể áp dụng cho trẻ có độ tuổi trước hoặc sau mốc độ tuổi quy định ở trên khoảng 10 ngày.

VI. THEO DÕI

- Sự hợp tác của gia đình
- Sự tiến bộ của

KỸ NĂNG GIAO TIẾP SỚM

Mã số: III-747

I. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Giao tiếp là quá trình trao đổi thông tin, nhu cầu, tình cảm giữa ít nhất hai đối tượng (người gửi và người nhận) nhờ các hình thức khác nhau của ngôn ngữ.

2. Mục tiêu

- Xây dựng mối quan hệ với mọi người.
- Diễn đạt nhu cầu và ý muốn
- Học và gửi thông tin.
- Tự lập hay kiểm soát được sự việc đến với chúng.

3. Các hình thức của giao tiếp:

- Giao tiếp có lợi: Gồm lợi nói và chữ viết
- Giao tiếp không lợi: Gồm ngôn ngữ cơ thể (giao tiếp bằng nét mặt, ánh mắt, tư thế, cơ thể, giọng nói). Dùng dấu và hình vẽ

II. CHỈ ĐỊNH

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

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH : Không có

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Kỹ thuật viên ngôn ngữ

2. Phương tiện - dụng cụ

Dụng cụ học tập

3. Người bệnh

Không trong giai đoạn ốm sốt

4. Hồ sơ bệnh án

Phiếu điều trị

V. BƯỚC TIẾN HÀNH

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

Đối chiếu chỉ định can thiệp và tên trẻ

2. Kiểm tra người bệnh

Đúng tên trẻ với phiếu tập

3. Thực hiện kỹ thuật

Kỹ năng giao tiếp 3T

Kỹ năng T1

Theo ý thích của trẻ để tạo điều kiện cho trẻ có cơ hội khám phá và học hỏi. Biết được nhiều hơn về trẻ và giúp trẻ có thêm tự tin vào bản thân

- Quan sát: Xem trẻ quan tâm đến điều gì và cảm xúc của chúng
- Chờ đợi: Để trẻ chủ động có cơ hội đáp ứng với giao tiếp của người khác, khởi xướng giao tiếp
- Lắng nghe: Giúp khuyến khích trẻ bày tỏ cảm giác, ý tưởng và trả lời chính xác câu hỏi của trẻ

Kỹ năng T2

Thích ứng với trẻ giúp chia sẻ được những cảm xúc thú vị với trẻ.

- Mặt đối mặt với trẻ : Giúp trẻ dễ bắt chước các cử động trên mặt chúng ta
- Bắt chước: Bắt chước các hoạt động, nét mặt, âm thanh, lời nói của trẻ
- Giảng giải: Cung cấp cho trẻ thêm các khái niệm, các từ ngữ
- Nhận xét: Khuyến khích trẻ tiếp tục giao tiếp
- Lần lượt: Để chúng ta và trẻ có thể trao và nhận thông tin
- Hỏi các câu hỏi: Để duy trì cuộc giao tiếp
- Nói ở mức độ của trẻ: Dùng ngôn từ đơn giản với ngữ điệu vui vẻ để gây sự chú ý của trẻ.
- Tự nói : Mô tả những hoạt động đang xảy ra, những quan tâm của bản thân bạn, ý tưởng của bạn
- Nói song song: Mô tả những hoạt động đang xảy ra, những quan tâm của bản thân trẻ.
- Duy trì giao tiếp: kết hợp nhận xét và câu hỏi

Kỹ năng T3

Thêm từ và thêm kinh nghiệm mới giúp trẻ hiểu thêm về thế giới của trẻ và thêm từ mới.

- Dùng hành động: để diễn đạt rõ ràng hơn và thu hút sự chú ý của trẻ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Cung cấp từ bằng cách gọi tên đồ vật
- Bắt chước và thêm vào một từ hay một hành động: Củng cố từ cũ và dạy thêm điều mới.
- Nhấn mạnh những từ quan trọng: Giúp trẻ nhớ dễ dàng và hứng thú hơn
- Nói lại các từ mới nhiều lần.
- Thêm vào những ý tưởng mới: Bổ xung từ ngữ và hành động.

VI. THEO DÕI

Sự tiến bộ của trẻ sau mỗi đợt can thiệp.

KỸ NĂNG KIỂM SOÁT HÀM VÀ NHAI NUỐT

Mã số: III-758

I. ĐẠI CƯƠNG

Khó khăn về ăn và nuốt xảy ra khi các cấu trúc cơ thể ở miệng - hầu bị dị tật, hoặc não bộ bị khiếm khuyết về thần kinh, hoặc cảm nhận của các giác quan đặc biệt là cảm giác của vùng miệng quá nhạy cảm hoặc giảm cảm nhận, hoặc có những vấn đề về hành vi, tâm lý liên quan đến bữa ăn như quá căng thẳng vì hậu quả của việc ép ăn hoặc th ờ, xao lãng trong khi ăn.

II. CHỈ ĐỊNH

Trẻ có vấn đề về bệnh lý hoặc không có vấn đề về bệnh lý mà khó khăn về nhai, nuốt, khi trẻ bắt đầu hiểu ngôn ngữ nói.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ đang hôn mê, lơ mơ.
- Trẻ đang đặt nội khí quản.
- Viêm đường hô hấp trên, dưới.
- Xuất tiết nhiều đờm dãi.
- Co giật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Bác sĩ hoặc điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên

2. Phương tiện - dụng cụ

- Khăn bông (dùng để choàng trên người).
- Thức ăn: Cơm, bánh mì, bánh quy cứng...

3. Người bệnh

Kiểm tra tiền sử, khám lâm sàng phát hiện các tổn thương thực thể, giải thích cách thức tiến hành thủ thuật.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (30 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ, bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật : Tổng thời gian trung bình cho một lần tập là 30-45 phút.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Tư thế: Trẻ ngồi ở tư thế đầu cao 30~90 độ, gối kê sau đầu, choàng khăn ăn trước ngực, duy trì tư thế ăn thoải mái.

- Cho trẻ nhìn thức ăn sẽ cho trẻ ăn. Và nói về món ăn đó để kích thích sự thèm ăn của trẻ, giúp xuất tiết dịch tiêu hóa.

- Làm mẫu động tác nhai

- Đặt thức ăn vào vị trí răng hàm và yêu cầu trẻ nhai

- Trẻ giúp trẻ bằng tay (giúp hàm dưới di chuyển). Yêu cầu trẻ dùng lưỡi đẩy thức ăn sang hai bên hàm.

- Cho trẻ nhai bằng miếng nhỏ.

- Trẻ có thể không cần phải nuốt thức ăn vừa nhai.

- Động viên trẻ khi trẻ làm đúng động tác.

Chú ý:

- Nên cho trẻ ăn thông thả không vội vã, thức ăn có kích thước vừa đủ để nhai.

- Với trẻ bị tai biến mạch máu não, thức ăn được đưa vào bên miệng không bị liệt.

- Thức ăn phải đưa vào đúng vị trí răng hàm, để trẻ nhai và nuốt hết thức ăn trong khoang miệng mới bón thìa thức ăn tiếp theo.

- Hết bữa ăn, vệ sinh răng miệng.

- Hướng dẫn người nhà cách làm và ghi hồ sơ.

Kỹ thuật điều trị cho một số bệnh cụ thể

3.1. Khe hở vòm miệng

- Tư thế chức năng khi ăn: ẵm trẻ đầu cao hơi gập, hai tay ra phía trước, phần thân được ổn định.

- Hỗ trợ trẻ mút bú bằng bình bú đặc biệt, ăn bằng muỗng.

- Cho trẻ ợ hơi

- Đảm bảo đủ lượng sữa trong ngày cho trẻ (150ml/kg cân nặng/ngày).

- Huấn luyện cha mẹ.

3.2. Hội chứng Pierre Robin

- Tư thế đúng khi ăn: đặt trẻ nằm nghiêng hoặc nằm sấp với đầu cao.

- Hỗ trợ trẻ mút bú bằng bình bú đặc biệt, ăn bằng muỗng.

- Cho trẻ ợ hơi

- Đảm bảo đủ lượng sữa trong ngày cho trẻ (150ml/kg cân nặng/ngày).

- Huấn luyện cha mẹ.

3.3. Bại não

- Tư thế đúng khi ăn: đầu hơi gập, hai tay trước mặt, ngồi bàn chân được nâng đỡ.

- Hỗ trợ khớp hàm và vận động cho môi, má, lưỡi.

- Sử dụng kỹ thuật “Điều khiển hàm” tập với mẫu ăn đúng: muống chạm môi trên - chờ đợi để lưỡi lấy thức ăn vào miệng - môi ngậm và hàm đóng để thực hiện hoạt động nhai. Thức ăn phù hợp: sệt, đặc, lợn cợn, cứng



- Huấn luyện cha mẹ.

3.4. Rối loạn phổ tự kỷ và khó khăn về ăn uống do hành vi:

- Tổ chức “bữa ăn vui vẻ” cảm nhận dễ chịu, thoải mái với bữa ăn.

- Bình thường hóa cảm nhận của các giác quan: đặc biệt giác quan sờ chạm: massage từ xa đến mặt và trong miệng.

- Ăn những thức ăn trẻ thích, làm quen từ từ các thức ăn mới.

- Huấn luyện cha mẹ.



3.5. Tiêu chuẩn thành công

- Trẻ tự nhai được

- Gia đình tự làm được.

VI. THEO DÕI

- Ho, sặc, thức ăn có trào lên mũi không? lượng thức ăn trong miệng của trẻ đã được nuốt hết chưa?

- Tím tái, khó thở, đo nồng độ ô xy trong máu trong quá trình tập luyện (SpO2).

- Ăn xong cho trẻ nghỉ 30 phút ở tư thế ngồi, rồi mới giúp trẻ nằm xuống, để phòng ngừa thức ăn chảy ngược lên cổ họng.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Trong thời gian tập luyện, vẫn phải để lại ống thông mũi dạ dày hoặc bằng phương thức khác, để bổ sung đầy đủ lượng nước và dinh dưỡng.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Khi trẻ ho, phải tạm dừng dứt thức ăn. Để trẻ được nghỉ ngơi tối thiểu là 30 phút, rồi cho tập nhai lại, nếu trẻ cứ ho mãi thì phải hoãn lại thời gian dài mới có thể cho tập lại.

- Khi bị mắc nghẹn, bị sặc, phải tiến hành thủ thuật cấp cứu giúp trẻ tống hết thức ăn ra khỏi miệng: lấy tay moi móc thức ăn ra khỏi miệng, vỗ lưng, đứng phía sau lưng của người bệnh, hai tay ôm ghì bụng của trẻ, ấn nhanh và mạnh theo hướng trong, hích mạnh và chéch lên cao, để thức ăn được tống ra khỏi miệng, có thể sử dụng ống hút đờm nhớt hút thức ăn ra.

HẠ TINH HOÀN ẪN , TINH HOÀN LẠC CHỖ 1 BÊN MỘT THÌ

Mã số: III-3572

I. ĐẠI CƯƠNG

- Ẩn tinh hoàn là hiện tượng vắng tinh hoàn ở bìu, có thể 1 bên hoặc 2 bên. Ẩn tinh hoàn một bên là dị tật bẩm sinh thường gặp nhất trong những dị tật sinh dục ở trẻ nam, tỷ lệ khoảng 1% ở trẻ sinh đủ tháng khi 1 tuổi.

- Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu trên lâm sàng cũng nghiên cứu phòng thí nghiệm những nguyên nhân chỉ ra tình trạng này vẫn còn hạn chế.

II. CHỈ ĐỊNH

- Ẩn tinh hoàn 1 bên hoặc 2 bên

- Tuổi mổ: 1 - 2 tuổi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu

- Bệnh lý toàn thân khác

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có kinh nghiệm

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, phẫu thuật và gây mê đầy đủ.

4. Hồ sơ bệnh án

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

- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, kê độn dưới vùng mông.

- Đường mổ: rạch da ngang trên ống bẹn 2 – 2.5 cm, qua tổ chức dưới da đến cân nặng.

- Mở cân cơ chéo lớn khoảng 2 cm từ trên xuống dưới hướng về lỗ bẹn, lưu ý tránh làm tổn thương thần kinh chậu bẹn.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Tách bó mạch thừng tinh khỏi tổ chức xung quanh, luồn ngón tay trở hoặc một dây kéo bó mạch tinh lên trên làm căng dây chằng kéo bừa, sau đó cắt dây chằng kéo bừa.

- Tách ống phúc tinh mạc khỏi bó mạch tinh và ống dẫn tinh, cặp cắt và khâu ống phúc tinh mạc sát lỗ bẹn sâu.

- Tiếp tục phẫu tích làm dài bó mạch tinh bằng cách giải phóng bó mạch tinh và ống dẫn tinh khỏi tổ chức xung quanh và phúc mạc càng lên cao càng tốt.

- Dùng ngón tay trở hoặc tăm bông để tạo đường hầm xuống đáy bừa, rạch da bừa khoảng 1 cm, bóc tách da bừa khỏi cơ Dartos để tạo khoang chứa tinh hoàn. Qua đường hầm đưa tinh hoàn xuống khoang vừa tạo, khâu cố định cực dưới của tinh hoàn vào cơ Dartos.

- Khâu da bừa 2 lớp. Khâu lại vết mổ đường ngang ống bẹn theo giải phẫu.

- Nếu tinh hoàn 2 bên trong ống bẹn thì người bệnh sẽ được mổ lần lượt từng bên trong 1 lần mổ.

- Lưu ý: trong quá trình phẫu thuật hạ tinh hoàn không được dùng dụng cụ để kẹp vào mạch máu cùng ống dẫn tinh, hạn chế dùng dao điện đốt để cầm máu.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tinh hoàn không ở vị trí phù hợp: Tỷ lệ tinh hoàn không ở vị trí phù hợp khoảng 10% do quá trình phẫu tích làm dài tinh hoàn không tốt. Phẫu thuật hạ lại tinh hoàn sau khoảng 1 năm.

- Tinh hoàn kéo lại vị trí cũ: rất hiếm gặp.

- Kích thước tinh hoàn nhỏ: Kích thước tinh hoàn nhỏ trước phẫu thuật có liên quan đến tuổi phẫu thuật. Nhưng phần lớn đây là biến chứng liên quan đến phẫu thuật do quá trình phẫu tích làm dài bó mạch tinh làm tổn thương mạch máu. Biến chứng này cần phải tránh, như vậy dụng cụ phẫu thuật phải tốt và có thể dùng kính lúp.

- Cố định tinh hoàn có thể dẫn đến thiếu sản tinh hoàn, và có thể nguy cơ ung thư tinh hoàn sau này.

- Cắt đôi tinh hoàn là tai biến có thể xảy ra, như vậy cần được phẫu thuật vi phẫu để nối mạch.

- Viêm tinh hoàn - mào tinh hoàn, đau bừa cấp, tụ máu: điều trị bằng kháng sinh.

- Nước màng tinh hoàn: theo dõi nếu điều trị kháng sinh không khỏi phẫu thuật lại sau 6 tháng.

CẮT PHẦN PHỤ TINH HOÀN / MÀO TINH HOÀN XOẮN

Mã số: III-3578

I. ĐẠI CƯƠNG

- Phần phụ tinh hoàn là cấu trúc nhỏ với kích thước 2- 3 mm nằm ở cực trên của tinh hoàn, giữa tinh hoàn vào mào tinh hoàn. Phần phụ tinh hoàn hiện diện ở khoảng 92% trong tất cả tinh hoàn.

- Xoắn phần phụ tinh hoàn trong bệnh cảnh của hội chứng viêm bìu cấp tính ở trẻ nam và là một trong những nguyên nhân thường gặp của hội chứng viêm bìu cấp tính, các nguyên nhân khác như xoắn tinh hoàn, viêm tinh hoàn hay viêm mào tinh hoàn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Xoắn phần phụ
- Hội chứng viêm bìu cấp

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu
- Bệnh lý toàn thân khác

VI. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có kinh nghiệm

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Xét nghiệm phục vụ chẩn đoán, phẫu thuật và gây mê đầy đủ.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Vô cảm: gây tê tùy sống
- Người bệnh nằm ngửa kê độ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Phẫu thuật viên bên phải người bệnh
- Dùng ngón tay trỏ và ngón cái cầm tinh hoàn và xác định đường rạch da. Rạch da ngang bờ, qua lớp dưới da và cơ Dartos. Mở bao tinh hoàn. Phần phụ tinh hoàn nằm giữa mào tinh hoàn và cực trên của tinh hoàn, tiến hành cắt phần phụ tinh hoàn. Cố định lại tinh hoàn vào cơ Dartos.
- Khâu da

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Thường không có tai biến gì xảy ra.
- Có thể xuất hiện nhiễm trùng vết mổ: xử trí thay băng vết mổ hàng ngày, kết hợp dùng kháng sinh đường uống.

CẮT HẸP BAO QUY ĐẦU (PHIMOSIS)

Mã số: III-3604

I. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp bao quy đầu là hiện tượng dính bao quy đầu có thể hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Khoảng 50% trẻ trai có thể lộn bao quy đầu khi 1 tuổi, khoảng 89% trẻ trai có thể lộn bao quy đầu khi 3 tuổi. Tỷ lệ hẹp bao quy đầu khoảng 6-8% khi trẻ 7 -8 tuổi và khoảng 1 % khi 16 tuổi.

II. CHỈ ĐỊNH

- Phẫu thuật bảo tồn bao quy đầu hay tạo hình bao quy đầu đối với trường hợp hẹp bao quy đầu nguyên phát, dài bao quy đầu.

- Phẫu thuật cắt bao quy đầu đối với trường hợp hẹp do viêm xơ bao quy đầu thứ phát, nghẹt bao quy đầu sau khi xử trí cấp cứu và điều trị kháng sinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu
- Bệnh lý toàn thân nặng
- Bệnh lý tiểu thấp
- Vạt da bừa bộn dương vật
- Lún dương vật
- Đang nhiễm trùng tại chỗ

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên nhi khoa có chứng chỉ hành nghề và có thời gian thực tập tại khoa phẫu thuật tiết niệu nhi khoa.

2. Phương tiện

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

3. Người bệnh

Xét nghiệm đầy đủ

4. Hồ sơ bệnh án

Hồ sơ bệnh án theo quy định của Bộ y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

2. Kiểm tra người bệnh

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

3. Thực hiện kỹ thuật cắt bao quy đầu

- Vô cảm: gây tê cùng cụt
- Người bệnh nằm ngửa, kê độn.
- Làm sạch bao quy đầu bằng dung dịch sát trùng Betadin, sau đó dùng bút đánh dấu da quy đầu tương ứng với vành quy đầu.
- Đánh dấu niêm mạc bao quy đầu ngay dưới vành quy đầu cách khoảng 0,5 cm.
- Tiến hành đường rạch da và niêm mạc quy đầu tương ứng với đường đánh dấu.
- Cắt và lấy đi da và niêm mạc quy đầu, tiến hành cầm máu.
- Khâu lại bao quy đầu vị trí 6 và 12 giờ, sau đó tiếp tục khâu da với niêm mạc bao quy đầu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Thường gặp 2 bên hãm của dương vật và mạch máu nhỏ dưới da. Băng lại bằng gạc tẩm Adrenaline nếu không kết quả mổ lại để cầm máu.
- Khó đi tiểu: Có thể do tê tủy sống hoặc người bệnh đau không dám đi tiểu. Dùng kháng sinh và giảm đau tốt.
- Nhiễm trùng, loét và hẹp miệng sáo: sử dụng kháng sinh.
- Hẹp bao quy đầu tái phát nếu như cắt không đủ rộng, chỉ định phẫu thuật lại.
- Thẩm mỹ xấu do để lại vạt da thừa ở bụng dương vật, chỉ định phẫu thuật lại.
- Rò niệu đạo do cắt, đốt vào niệu đạo, cắt bỏ quy đầu đây là biến chứng nặng. Biến chứng này có thể tránh được nếu phẫu thuật tuân thủ quy trình phẫu thuật.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH 1 THÌ

Mã số: III-3323

I. ĐỊNH NGHĨA

- Phình đại tràng do vô hạch bẩm sinh là sự không có bẩm sinh các tế bào hạch thần kinh ở đám rối của lớp cơ ruột tại một đoạn ruột thường là ở trực - đại tràng Sigma.

- Định nghĩa trên cho thể bệnh hay gặp nhất nhưng còn có thể bệnh nặng hơn: đoạn ruột vô hạch có thể tới đại tràng trái, toàn bộ đại tràng và cả ruột non.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán là bệnh phình đại tràng bẩm sinh.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các người bệnh có chống chỉ định chung về gây mê : đang rối loạn đông máu, đang có nhiễm trùng nặng.

- Do rối loạn thần kinh ruột.

- Đang tắc ruột hoặc viêm ruột nặng.

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.

- Đặt ống hút dạ dày nếu có dấu hiệu tắc ruột.

- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.

- Thụt tháo sạch đại tràng, trong phẫu thuật theo kế hoạch.

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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Mổ một thì là cắt bỏ đoạn ruột vô hạch và nối ngay đầu đại tràng lạnh với ống hậu môn.

3.1. Kỹ thuật mổ qua đường bụng

Đường mổ bụng : Với trẻ nhỏ nên mổ đường Pfannenstiel, với trẻ lớn mà đoạn vô hạch dài thì nên mổ theo đường bờ ngoài cơ thẳng to trái hoặc đường giữa.

*** Kỹ thuật Swenson**

- Xác định đoạn ruột vô hạch
- Sinh thiết tức thì để xác định chẩn đoán và xác định chắc chắn đầu đại tràng lạnh sẽ nối với ống hậu môn.
- Phẫu tích cắt mạch mạc treo, giải phóng đoạn đại tràng trực tràng hẹp – vô hạch, đoạn đại tràng giãn định cắt bỏ.
- Đoạn đại tràng bệnh lý được cắt trong ổ bụng hoặc được kéo lộn ra ngoài ống hậu môn rồi mới cắt.
- Nối đầu đại tràng lạnh với ống trực tràng cắt vát chéo, cách rìa hậu môn 1,5 cm ở phía trước và 0,5 cm ở phía sau.

*** Kỹ thuật Soave**

- Thì bụng
- + Cắt các mạch máu ở mạc treo của đoạn đại tràng vô hạch và có thể cả đoạn ruột giãn định cắt bỏ.
- + Tiêm dung dịch NaCl 0,9% vào lớp dưới niêm mạc rồi rạch vòng tròn lớp thanh cơ ở trực tràng ở vị trí ngay trên nếp phúc mạc, phẫu tích tách ống thanh cơ khỏi ống niêm mạc trực tràng tới đường lược.
- Thì tầng sinh môn
- + Nong rộng ống hậu môn.
- + Kéo lộn ống niêm mạc trực tràng và đoạn đại tràng định cắt ra ngoài ống hậu môn. Rạch vòng tròn lớp niêm mạc ống hậu môn ở vị trí cách rìa hậu môn độ 3 cm rồi cắt bỏ đoạn đại tràng vô hạch và giãn tới đại tràng lạnh. Nối đại tràng lạnh với ống hậu môn.
- Trong ổ bụng : khâu đầu trên ống thanh cơ trực tràng với thanh cơ đại tràng lạnh để không cho đại tràng tụt lên và không có khe hở, tránh nhiễm trùng ngược từ tầng sinh môn lên.

3.2. Kỹ thuật mổ qua đường sau trực tràng

- Chỉ định cho các trường hợp vô hạch trực tràng và 2/3 dưới đại tràng Sigma

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Gây mê nội khí quản, đặt sonde tiêu, sonde dạ dày
- Chuyển tư thế cho người bệnh nằm sấp, độn dưới xương mu.
- Rạch da từ đỉnh xương cụt đến rìa hậu môn, khi đến rìa hậu môn vòng quanh rìa hậu môn 1cm về mỗi bên, phía trên kéo dài vết mổ qua đỉnh xương cụt 1cm.
- Dùng kim phẫu tích tách theo đường giữa vào cơ mu trực tràng. Cắt dây chằng cụt – hậu môn, kéo cơ mu trực tràng xuống dưới.
- Bóc tách xung quanh trực tràng để tách trực tràng khỏi niệu đạo (con trai) và âm đạo (con gái)
- Tiếp tục giải phóng trực tràng về phía tiểu khung, giải phóng đại tràng Sigma qua đoạn chuyển tiếp đến đoạn giãn.
- Sinh thiết đại tràng ở 2 vị trí: nơi đại tràng hẹp và nơi đại tràng giãn
- Cắt trực tràng khỏi ống hậu môn cách đường răng lược 2cm. Khâu vùi đầu trên.
- Dùng van Lonestar mở rộng lỗ hậu môn. Bóc tách niêm mạc ống hậu môn bắt đầu từ trên răng lược 0,5cm.
- Kéo đại tràng qua ống hậu môn. Cắt bỏ đoạn hẹp và đoạn giãn.
- Nối đại tràng ống hậu môn ở vị trí trên đường lược 0,5cm một lớp mũi rời bằng chỉ PDS 5/0, Monosyl 5/0.
- Đặt sonde foley qua miệng nối vào đại tràng.

- Khâu lại vết mổ theo các lớp

3.3.Kỹ thuật mổ qua đường hậu môn

- Chỉ định như trên
- Tư thế người bệnh: người bệnh nằm ngửa, hai hông sát mép bàn mổ
- Dùng van lonestar kéo rộng lỗ hậu môn, rạch niêm mạc hậu môn cách đường lược 0,5cm. Khâu mép niêm mạc phía trước bằng một sợi chỉ 6/0 và mép phía sau cũng bằng một sợi chỉ 6/0. Cặp các đầu sợi chỉ với nhau để kéo căng mép niêm mạc.
- Bóc niêm mạc khỏi ống thanh cơ hậu môn và trực tràng dài khoảng 6cm, kéo mép trước ống thanh cơ xuống dưới. Xẻ dọc ống thanh cơ và cắt ống thanh cơ vòng quanh trực tràng.
- Kéo đại tràng xuống dưới qua lỗ hậu môn. Sinh thiết đại tràng ở đoạn có đường kính nhỏ và đoạn giãn. Cặp cắt mạc treo đại tràng đến khi kéo được cả đại tràng có đường kính nhỏ, đoạn chuyển tiếp và đoạn đại tràng giãn xuống qua lỗ hậu môn.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Cắt đoạn đại tràng có đường kính nhỏ, đoạn chuyển tiếp và đoạn giãn. Nối đại tràng với ống hậu môn trên đường lược 0,5cm bằng chỉ tiêu 5/0. Đặt sonde Foley vào lòng đại tràng

3.4. Kỹ thuật nội soi

- Chỉ định: cho tất các vị trí vô hạch
- Gây mê NKQ (nội khí quản)
- Người bệnh nằm ngửa mông sát mép bàn mổ
- Vị trí kẹp mổ: phẫu thuật viên đứng phía chân người bệnh, phụ mổ đứng bên phải PTV (phẫu thuật viên), dụng cụ viên đứng đối diện PTV

- Sử dụng 4 Troca: 1 troca rốn cho ống soi, 1 ở hố chậu (P). 1 ở hố chậu (T), 1 ở nếp lằn bụng phía ngoài cơ thẳng to bên phải. Áp lực bơm hơi từ 8-10mmHG

- Kỹ thuật mổ

+ Tiến hành sinh thiết đại tràng ở 2 vị trí: 1 ở nơi đại tràng có đường kính nhỏ, 1 ở nơi đại tràng giãn.

+ Tạo 1 cửa sổ qua mạc treo đại tràng Sigma. Cặp, đốt và cắt mạc treo đại tràng Sigma về phía trực tràng. Bóc tách trực tràng phía sau qua ụ nhô, phía trước dưới nếp phúc mạc 1cm

+ Cặp đốt và cắt mạc treo đại tràng Sigma lên phía trên.

+ Clip và cắt thân động mạch Sigma

+ Thì qua đường hậu môn tiến hành như kỹ thuật mổ qua đường hậu môn

VI. THEO DÕI

- Theo dõi sau mổ như các phẫu thuật trong ổ bụng.
- Khám kiểm tra sau ra viện 2 tuần. Kiểm tra và nong miệng nối
- Hướng dẫn gia đình nong miệng nối nếu hẹp
- Tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, 1 năm.

VI. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

1. Biến chứng sớm

- Thương tổn âm đạo, niệu đạo trong mổ : Khâu lại âm đạo, niệu đạo
- Chảy máu trong ổ bụng : mổ lại kiểm tra ổ bụng và cầm máu.
- Toác thành bụng : mổ lại kiểm tra ổ bụng và khâu lại thành bụng
- Rò miệng nối : làm HMNT hoặc mổ làm lại miệng nối
- Nhiễm trùng vết mổ: Dùng kháng sinh

2. Biến chứng muộn

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Đại tiện không tự chủ : Huấn luyện thói quen đại tiện
- Táo bón thường xuyên hoặc viêm ruột : Điều trị nội khoa bằng kháng sinh, men tiêu hóa.
- Rò trực tràng - âm đạo, trực tràng- niệu đạo: Mổ khâu lại đường rò - Hẹp miệng nối : nong miệng nối hoặc làm lại miệng nối
- Tắc ruột: mổ gỡ dính ruột

MỞ CƠ MÔN VỊ (ĐIỀU TRỊ HẸP PHÌ ĐẠI MÔN VỊ)

Mã số: III-3296

I. ĐẠI CƯƠNG

Hẹp môn vị phì đại là sự phì đại của các lớp cơ, đặc biệt là lớp cơ vòng của môn vị, làm hẹp và dài ống môn vị

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán là bệnh hẹp phì đại môn vị

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 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 nếu có dấu hiệu tắc ruột.
- Dùng kháng sinh dự phòng nếu cần thiết.
- 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

4. Hồ sơ bệnh án

- Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.
- Hoàn thiện đầy đủ các bước khám lâm sàng, cận lâm sàng. Đánh giá khả năng phẫu thuật để chuẩn bị cho cuộc mổ diễn ra an toàn và hiệu quả nhất.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

3.1. Nguyên tắc: phẫu thuật có trì hoãn.

- Đặt xông dạ dày, nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch.
- Bồi phụ nước điện giải và nâng cao thể trạng:
 - + Mất nước nặng: Bolus 20 ml/kg NaCl 0,9%.
 - + Duy trì bằng Glucose 5% trong NaCl 0,45% + kali 20 - 30 mEq/l KCl với tốc độ gấp 1,25 - 2 lần tốc độ dịch truyền cơ bản.
 - + Làm điện giải đồ hàng ngày.
- Phẫu thuật Fredet-Ramstedt: mở cơ m n vị ngoài niêm mạc.

3.2. Phương pháp phẫu thuật

- Gây mê nội khí quản
- Rạch da ngang bụng 1/4 trên phải hoặc vòng cung trên rốn.
- Đưa u cơ môn vị ra ngoài thành bụng.
- Rạch dọc chiều dài hết phần u cơ môn vị (chú ý ranh giới giữa môn vị và tá tràng: trắng xám của môn vị và hồng của tá tràng, hoặc tĩnh mạch môn vị).
- Dùng phần tù của kelly hay mosquito tách nhẹ nhàng hết chiều sâu của u cơ m n vị đến lớp niêm mạc.
- Nếu tổn thương niêm mạc tá tràng (dịch mật chảy ra), khâu lại đường rạch bằng mũi rời...
- Xoay u cơ môn vị một góc 45 - 90⁰, rạch một đường khác và làm tương tự như trên.
- Cầm máu bằng dao điện khi chảy máu.
- Cho môn vị vào lại ổ bụng, bơm 50 - 100ml khí vào ống xông dạ dày để kiểm tra.
- Khâu vết mổ.

VI. THEO DÕI

- Rút ống xông dạ dày ngay khi bé tỉnh.
- Trong trường hợp bị thủng tá tràng có thể lưu sonde xông trong 24h sau mổ.
- Tiếp tục nuôi ăn tĩnh mạch cho đến khi bé ăn uống lại hoàn toàn bằng đường miệng.
- Bắt đầu ăn lại sau mổ 6 giờ với lượng 15ml sữa, tăng 10 - 15 ml mỗi 3 giờ cho đến khi đủ lượng nhu cầu (nếu người bệnh không nôn).

VII. BIẾN CHỨNG

- Nôn ngay sau mổ: do viêm dạ dày và trào ngược dạ dày thực quản, dùng thuốc chống trào ngược.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Nôn sau mổ trên 7 - 10 ngày: mở cơ môn vị chưa hết thì cần mổ lại
- Thủng tá tràng không nhận biết trong cuộc mổ: nôn, chướng bụng, sốt và viêm phúc mạc sẽ mổ lại khâu lỗ thủng, mở cơ môn vị ở một đường khác.
- Xuất viện khi ăn hoàn toàn bằng đường miệng.
- Tái khám sau 1 tuần - 3 tháng - 6 tháng.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TEO RUỘT

Mã số: III-3302

I. ĐẠI CƯƠNG

Teo ruột non bẩm sinh là sự bí tắc hoàn toàn lòng ruột non do các nguyên nhân bẩm sinh. Đây là một trong những cấp cứu hay gặp của phẫu thuật sơ sinh.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán teo ruột

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

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

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Gây mê

- Gây mê nội khí quản.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Đặt ống thông dạ dày hút để tránh trào ngược.

Các phương pháp phẫu thuật

3.1. Cắt và nối ruột ngay thì đầu

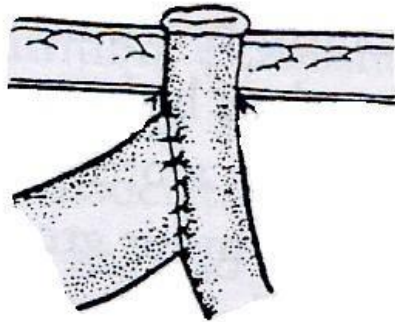
Cắt và nối ruột ngay thì đầu được chỉ định cho hầu hết các trường hợp tắc ruột. Có nhiều kỹ thuật cắt, nối ruột.

- Nối bên – bên

+ Là phương pháp dễ làm, miệng nối rộng, nhưng có nhược điểm là gây ra hội chứng túi cùng của quai ruột tịt nên ngày nay đã bỏ khi mổ sơ sinh.

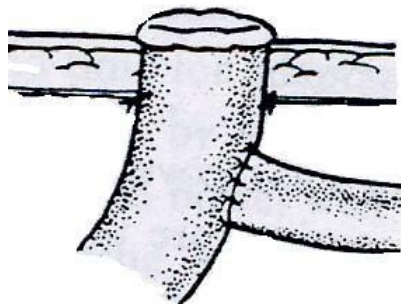
- Nối ruột tận - bên

+ Kỹ thuật của Bishop - Koop: Nối ruột tận bên và dẫn lưu đầu ruột dưới ra ngoài ổ bụng. Sau khi ruột lưu thông bình thường thì mổ lần 2 để đóng lại đầu ruột dẫn lưu.



Hình 3. Nối ruột tận - bên kiểu Bishop – Koop.

+ Kỹ thuật của Santulli : Nối ruột tận - bên và dẫn lưu đầu trên ra ngoài ổ bụng



Hình 4: Kỹ thuật Santulli

+ Nhược điểm của phương pháp nối này là mất dịch qua đầu ruột dẫn lưu, đặc biệt khi teo ruột cao gần góc Treitz và cần một lần mổ nữa để đóng kín nơi dẫn lưu ruột.

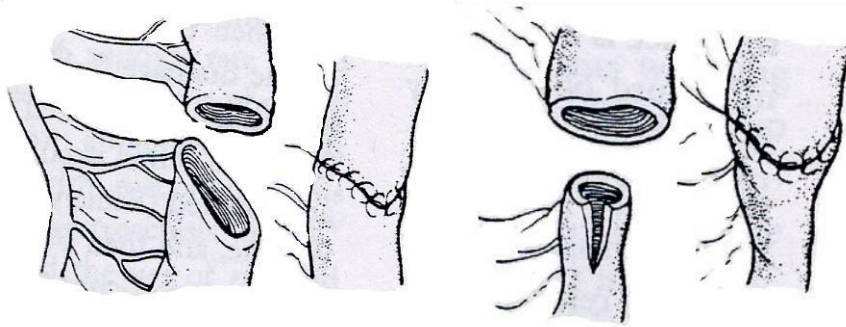
Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Nối ruột tận - bên không có dẫn lưu

- Nối ruột tận - chéo

+ Kỹ thuật này hay được áp dụng

+ Sau khi cắt bỏ đoạn ruột trên chỗ teo bị giãn to, thành dày, nếu kích thước 2 đầu ruột vẫn chênh lệch nhau thì mở rộng thêm đầu ruột dưới bằng cách cắt chéo 30° - 45° từ bờ mạc treo vát về phía trên của bé tự do rồi nối lại 2 đầu ruột.

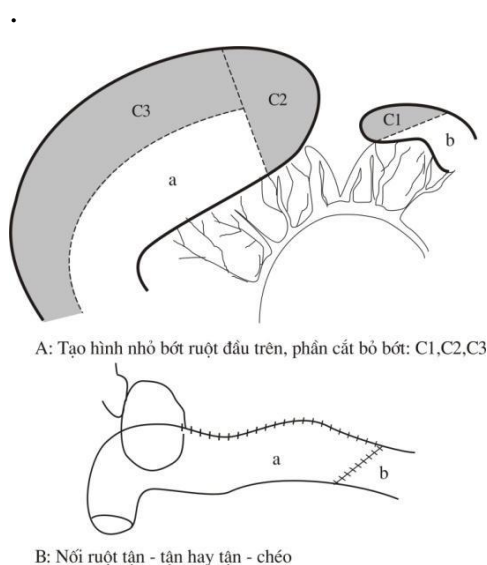


Hình 5 : Nối ruột tận – chéo

- Nối ruột tận - tận hoặc tận - chéo sau khi tạo hình nhỏ bớt đầu ruột trên.

+ Kỹ thuật của Thomas

Sau khi cắt bỏ một phần đoạn ruột giãn to, cắt bỏ bớt thành ruột dọc theo bờ tự do ở đoạn ruột còn giãn phía trên rồi khâu vùi đường cắt bằng chỉ PDS 5.0 mũi rời hoặc khâu vát. Nối ruột đầu trên với đầu dưới tận - tận hoặc tận - chéo một lớp mũi rời bằng chỉ 6.0 kim tròn (PDS, Maxon, Vicryl).



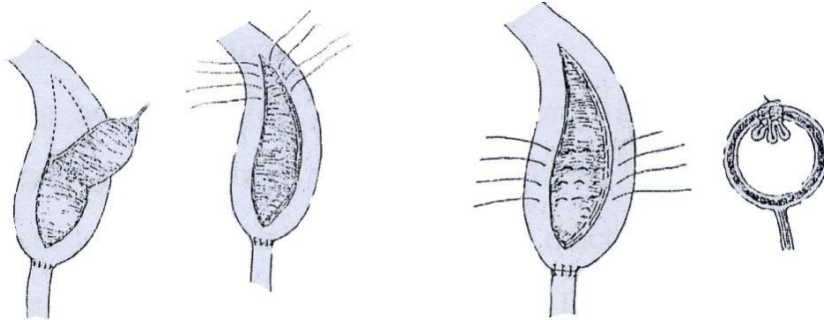
Hình 6 : Cắt bớt, tạo hình nhỏ đoạn ruột trên, nối ruột tận tận hoặc tận chéo

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Kỹ thuật của Kimura

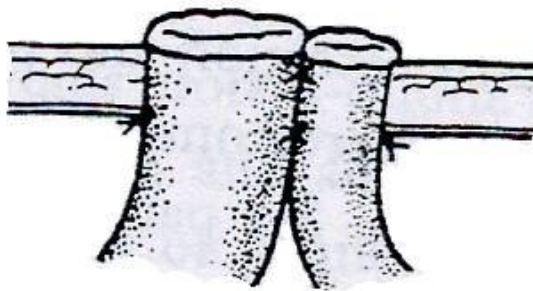
Kỹ thuật tạo hình đoạn giãn trên chỗ teo bằng cách cắt bỏ lớp thanh cơ hình elíp ở bờ tự do, chỉ để lại lớp niêm mạc và dưới niêm nguyên vẹn thay cho kỹ thuật xếp gấp nếp bờ tự do.

Kỹ thuật này tránh được nguy cơ hẹp lòng ruột và bục đường khâu.



Hình 7: Nối ruột tận - tận kiểu Kimura

3.2. Dẫn lưu ruột tạm thời ra ngoài ổ bụng



Hình 8 : Dẫn lưu hai đầu ruột kiểu nòng súng

3.2.1. Chỉ định : cho các trường hợp

- Tắc ruột có biến chứng viêm phúc mạc nặng
- Tắc ruột kèm viêm phúc mạc thai nhi mà ruột dính nhiều và tình trạng toàn thân nặng.

- Tắc ruột mà đoạn ruột trên giãn dài, thành ruột nề. Nếu cắt nối ruột ngay thì đoạn ruột giãn bị cắt bỏ nhiều, cắt bớt tạo hình nhỏ đoạn ruột trên và làm miệng nối ruột có nguy cơ bục miệng nối cao.

- Chỉ định tương đối phụ thuộc vào điều kiện trong mổ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

3.2.2. Về kỹ thuật

Cắt bỏ đoạn ruột giãn, thành dày phía trên và đưa hai đầu ruột ra ngoài theo kiểu nòng súng. Nếu bệnh nhi có thể trạng ổn định, vẫn tăng cân, không có dấu hiệu mất nước điện giải, có thể nối lại ruột sau 1- 3 tháng. Nếu người bệnh

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

có dấu hiệu mất nước không bù đủ bằng đường truyền tĩnh mạch, không tăng cân, nên mổ lại sớm để nối lại hai đầu ruột.

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 5 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

- Các biến chứng sớm
 - + Hẹp - tắc miệng nối ruột : Mổ làm lại miệng nối
 - + Viêm phúc mạc do bục miệng nối : Mổ làm lại miệng nối hoặc dẫn lưu hai đầu ruột ra ngoài ổ bụng tạm thời.
 - + Toác thành bụng sau mổ: Khâu lại thành bụng
 - Các biến chứng muộn
 - + Tắc ruột sau mổ: Mổ lại
 - + Hội chứng kém hấp thu kéo dài sau mổ: Nuôi dưỡng tĩnh mạch hỗ trợ cho đến khi chức năng của ruột phục hồi.
 - + Hội chứng ruột ngắn : Điều trị bằng chế độ ăn uống đặc biệt và nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hỗ trợ
- Nếu cách điều trị trên không kết quả thì cần phẫu thuật bổ sung làm tăng chiều dài ruột non.
- + Hội chứng túi cùng: Phẫu thuật lại, cắt nối ruột tận tận.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LUỒNG TRÀO NGƯỢC DẠ DÀY - THỰC QUẢN

Mã số: III-3272

I. ĐẠI CƯƠNG

Luồng trào ngược dạ dày - thực quản là sự hiện diện của dịch dạ dày trong lòng thực quản. Luồng trào ngược dạ dày - thực quản có thể là sinh lý nhưng cũng có thể là bệnh lý. Biểu hiện của luồng trào ngược dạ dày - thực quản rất đa dạng. Trẻ có thể không có triệu chứng, cũng có thể biểu hiện nổi bật là nôn hoặc biểu hiện bằng các biến chứng của thực quản hoặc đường hô hấp. Luồng trào ngược dạ dày - thực quản là một trong các nguyên nhân gây đột tử ở trẻ em.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán luồng trào ngược dạ dày thực quản.
- Điều trị ngoại khoa chỉ đặt ra nếu điều trị nội khoa bị thất bại hoặc người bệnh có các biến chứng.

- + Suy dinh dưỡng
- + Viêm phổi tái phát
- + Có các cơn ngừng thở
- + Bệnh đường hô hấp tái diễn
- + Viêm thực quản
- + Hẹp thực quản
- + Thoát vị qua khe thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- 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 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.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- 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

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

Điều trị ngoại khoa gồm 3 mục đích

- Tái lập lại chiều dài thực quản bụng cần thiết
- Làm hẹp khe thực quản của cơ hoành
- Tạo van chống trào ngược.
- Kỹ thuật NISSEN

+ Mở bụng đường giữa trên rốn. Giải phóng thùy gan trái bằng cách cắt dây chằng tam giác trái. Dùng van mềm kéo thùy gan trái sang phải để bộc lộ vùng tâm vị và thực quản bụng. Bóc tách thực quản bụng, luồn một dây quanh thực quản kéo thực quản ra trước. Cắt các mạch máu vị-tỳ.

+ Khâu hẹp bớt khe thực quản phía sau thực quản bằng 2 - 3 mũi khâu với chỉ không tiêu. Cố định thực quản bụng vào quanh khe thực quản.

+ Người gây mê đặt một sonde dạ dày có kích thước lớn qua thực quản.

+ Luồn Pince phía sau thực quản kéo phình vị lớn dạ dày sang bên phải và ra phía trước thực quản bụng. Khâu b của phình vị lớn đã kéo sang phải với b trái thực quản và với phần phình vị lớn còn ở bên trái bằng các mũi rời với chỉ không tiêu. Chiều dài của van từ 2 – 2,5 cm. Khi van đã được tạo thành, khâu bờ trên của van với mặt dưới của cơ hoành.

+ Chỉ tiến hành tạo hình môn vị nếu trên phim chụp dạ dày trước mổ thấy thuốc lưu thông qua môn vị khó khăn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Các biến chứng do làm thương tổn dây thần kinh X trong khi mổ có thể dẫn đến hai biến chứng là hội chứng Dumping và thủng hồi tràng.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

+ Hội chứng Dumping thường xảy ra ngay sau mổ, biểu hiện bằng chán ăn, ỉa chảy, ngất xỉu do hạ đường huyết sau khi ăn, sụt cân. Ở một số trẻ, hội chứng này có thể kéo dài nhiều tháng, tuy nhiên ở một số trẻ khác có thể chỉ kéo dài trong vài ngày và khắc phục dễ dàng bằng cho ăn nhiều lần trong ngày và cho ăn các loại đường hấp thu chậm.

+ Thủng hồi tràng thường xuất hiện muộn sau mổ: Mổ lại

- Các biến chứng khác có thể gặp là van bị tụt lên lồng ngực làm cho dạ dày bị hoại tử hoặc hẹp thực quản do khí tạo van khâu quá chặt đè vào thực quản. Mổ lại hoặc nong thực quản

- Kỹ thuật Nissen là một kỹ thuật hoàn hảo chống trào ngược, tuy nhiên chính sự hoàn hảo quá mức lại gây nên những phiền toái khác. Sau phẫu thuật nissen, trẻ không còn khả năng để tổng hơi thừa ở dạ dày khi cần thiết, vì vậy trẻ rất khó chịu sau khi uống các đồ uống có sinh hơi như Coca cola. Để khắc phục nhược điểm này, các kỹ thuật tạo van kín không hoàn toàn như kỹ thuật tạo van nửa sau của Toupet hoặc tạo van kín nửa trước như kỹ thuật Thal đã ra đời.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CÒN ỐNG RỐN TRÀNG , TÚI THỪA MECKEL KHÔNG BIẾN CHỨNG

Mã số: III-3305

I. ĐẠI CƯƠNG

- Túi thừa Meckel xuất hiện với tỷ lệ khoảng 2% dân số. Đa số các trường hợp, túi thừa Meckel tồn tại mà không gây biến chứng, tuy nhiên khoảng 30% các trường hợp có các biến chứng. Tỷ lệ các biến chứng được thấy qua 830 trường hợp như sau :

- Tắc ruột : 35%, chảy máu : 32%, viêm túi thừa có thủng hoặc không: 10%, các biến chứng khác : 1%. Biến chứng chảy máu và tắc ruột hay gặp ở trẻ nhỏ, trong khi đó viêm túi thừa Meckel hay gặp ở trẻ lớn.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán túi thừa Meckel

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- 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 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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây mê nội khí quản.

- Mở bụng đường giữa trên rốn, ở trẻ em thường mổ đường ngang trên rốn phải hoặc đường vòng cung dưới rốn (đối với tồn tại ống rốn ruột nhìn thấy ngang rốn). Kiểm tra và đưa đoạn ruột có túi thừa Meckel ra ngoài ổ bụng. Nếu túi thừa có chân hẹp, có thể cắt bỏ theo kiểu hình chêm và sau đó khâu lại ruột.

- Nếu túi thừa có chân rộng, có thể cắt đoạn ruột hạn chế cùng với túi thừa Meckel và sau đó nối tận - tận.

VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rò miệng nối: Mổ làm lại miệng nối hoặc đưa miệng nối ra ngoài thành bụng.

- Chảy máu: Mổ lại khâu cầm máu

- Nhiễm trùng vết mổ: Kháng sinh

- Tắc ruột sau mổ: Mổ lại.

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

Mã số: III-3343

I. ĐẠI CƯƠNG

- Dị tật hậu môn trực tràng (DTHMTT) là dị tật không có lỗ hậu môn... có hoặc không có đường rò từ ống hậu môn - trực tràng ra tầng sinh m n hoặc đường tiết niệu, cơ quan sinh dục.

- Tần số mắc vào khoảng 1/3000 trẻ sơ sinh. Tỷ lệ giữa nam và nữ tương đương nhau.

II. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh được chẩn đoán không 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

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Hẹp hậu môn

Nong bằng Bougie rời bằng ngón tay út. Nếu nong không kết quả, mổ tạo hình hậu môn.

3.2. Hậu môn nắp không hoàn toàn

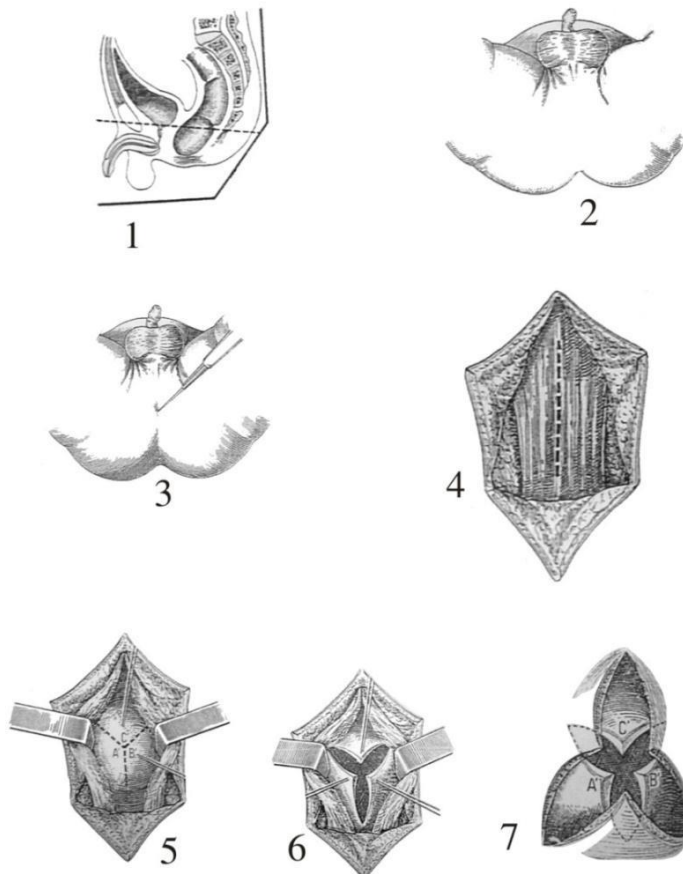
Rạch vạt da hình tam giác. Vạt da này được bóc tách và kéo xuống dưới tách khỏi bình diện cơ thắt rồi khâu chêm vào chỗ mở rộng của thành trực tràng được mở từ lỗ rò ra sau theo đường giữa.

3.3. Hậu môn nắp hoàn toàn

- Tại da ở vết tích hậu môn, rạch da hình Y rồi bóc tách ba vạt da khỏi bình diện cơ thắt để tìm và bộc lộ túi cùng trực tràng một đoạn dài khoảng 1 cm.

- Mở túi cùng bằng đường rạch hình chữ Y ngược rồi khâu chêm ba vạt da hình tam giác trên vào ba vị trí khuyết niêm mạc vừa tạo ở túi cùng trực tràng.

- Sau mổ độ 2 tuần, nong hậu môn.



Hình 3. Phương pháp mổ không hậu môn thể thấp.

3.4. Hậu môn âm hộ, hậu môn tầng sinh môn, hậu môn tiền đình thể thấp

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Nong rộng lỗ rò hậu môn từ sau đ và có thể thụt tháo phân hàng ngày kèm theo.

- Mổ tạo hình hậu môn: khoảng vài tuần sau đẻ.

+ Đường mổ tầng sinh môn.

+ Rạch da quanh lỗ rò, phẫu tích tách ống hậu môn -trực tràng độ 5-6 cm rồi kéo ống hậu môn qua lỗ được tạo ở giữa cơ thắt ngoài hậu môn.

+ Khâu thành cơ ống hậu môn với cơ thắt ngoài và khâu niêm mạc với da ở rìa hậu môn bằng chỉ tiêu

VI. THEO DÕI

- Nuôi dưỡng : Tùy theo loại phẫu thuật mà có thể cho người bệnh ăn sớm sau mổ.

+ Kháng sinh: chống nhiễm khuẩn.

+ Săn sóc hậu môn tạo hình: bằng nong tránh hẹp hậu môn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khi hạ bóng trực tràng xuống vị trí hậu môn

+ Tụt ống hậu môn: Mổ làm lại hậu môn

+ Áp xe vùng tiểu khung: Kháng sinh

+ Hẹp ống hậu môn: Nong hậu môn hoặc mổ lại

+ Hạ bóng trực tràng ngoài cơ thắt : Mổ lại đưa hậu môn về đúng cơ thắt

- Rò trực tràng với niệu đạo, âm đạo, tiền đình: Khâu lại lỗ rò.

- Mỏm thừa ở chỗ cắt rò trực tràng-niệu đạo tạo túi thừa đọng nước tiểu gây nhiễm trùng nước tiểu và tạo sỏi. Mổ lại bằng đường tầng sinh môn.

PHẪU THUẬT NÓI THỰC QUẢN NGAY TRONG ĐIỀU TRỊ TEO THỰC QUẢN

Mã số: III-3269

I. ĐẠI CƯƠNG

Teo thực quản (TTQ) là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp ở trẻ em. Tần suất gặp từ 1/2440 trẻ mới sinh tại Phần lan, 1/4500 trẻ mới sinh tại Úc và 2,82/10.000 tại Hoa Kỳ.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi có chẩn đoán teo thực quản, các xét nghiệm trong giới hạn bảo đảm cuộc mổ.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Điều kiện người bệnh không bảo đảm cho gây mê. Khi đoạn thực quản teo xa nhau, không nối được trong thì đầu thì phải chuyển kỹ thuật tương ứng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Kíp Gây mê hồi sức: 01 Bs; 01 KTV gây mê; 01 Dụng cụ viên; 01 ĐD.
- Kíp phẫu thuật: Phẫu thuật viên chính; 02 Phụ mổ.

2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ đại phẫu ngực sơ sinh.
- Gạc 10-10mm x 30 chiếc
- Mét x 10 chiếc
- Băng dán vtrùng trước mổ 20-40mm x 1
- Băng dán vtrùng sau mổ 15-20mm x 1
- Chỉ PDS 5/0 x5; PDS 6/0 x3; Safil 3/0 x3; Vicryl 4/0 x1; Vicryl 6/0 x1;

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.

4. Hồ sơ bệnh án

Hoàn thành các thủ tục hành chính theo qui định của Bộ Y tế

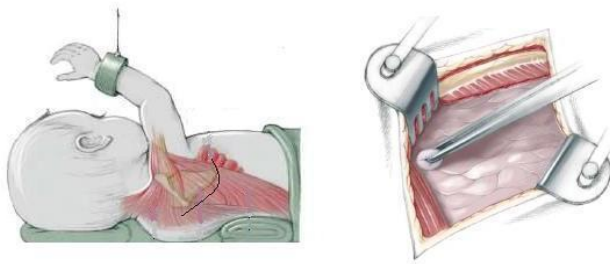
V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

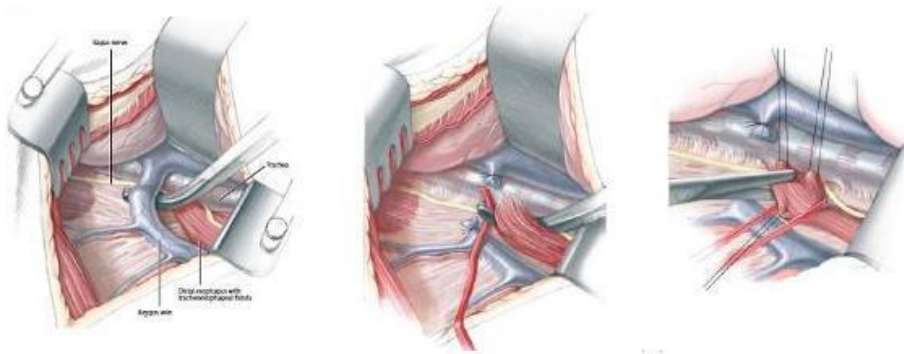
3. Thực hiện kỹ thuật

- Người bệnh nằm nghiêng bên trái, có độn dưới ngực tương ứng với khoang liên sườn IV-V.
- Đường mổ theo đường mở ngực sau bên, qua gian sườn 4 bên phải.
- Dùng một panh nhỏ tách và cắt dần cơ liên sườn. Khi thấy màng phổi dùng tampon hoặc ngón út đẩy và tách màng phổi khỏi thành ngực.



Hình 2. Đường mổ ngực ngoài màng phổi.

- Dùng van mềm kéo màng phổi và phổi ra phía trước.
- Bộc lộ và cắt đôi tĩnh mạch đơn.

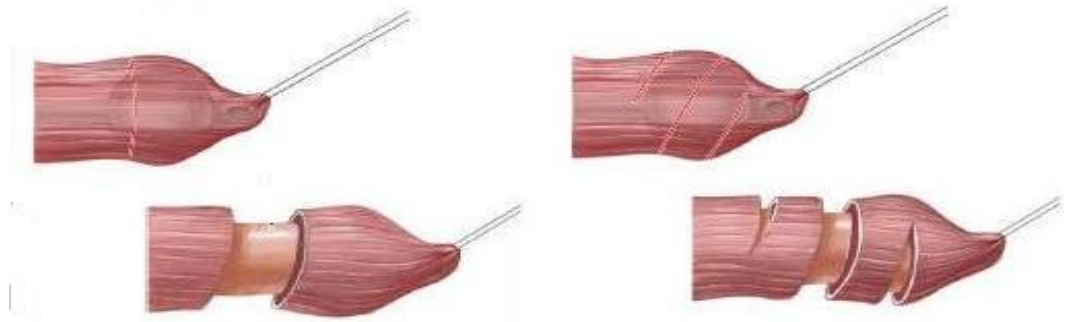


Hình 3. Cắt tĩnh mạch đơn và bộc lộ đường rò khí - thực quản.

- Bóc tách bộc lộ, tìm đầu dưới thực quản thường nằm sau tĩnh mạch đơn.
- Cắt rời và khâu lỗ rò thực quản-khí quản bằng các mũi rời. Giải phóng đầu dưới thực quản. Đánh giá độ hẹp miệng nối đầu dưới thực quản. Mở theo chiều dọc đầu dưới thực quản 1cm.
- Bóc tách đầu trên thực quản, mở túi cùng đầu trên.
- Nối hai đầu thực quản tận - tận, mũi rời trên sonde số 6-8Fr đặt xuống dạ dày qua đường mũi.

Kỹ thuật cho các trường hợp có hai đầu thực quản quá xa nhau

- Kỹ thuật mở cơ đầu trên thực quản theo vòng tròn để làm dài thực quản được Livaditis đề xuất năm 1972.



Hình 4. Kỹ thuật Livaditi

- Sau khi thực quản được nối, làm sạch quanh miệng nối, nở phổi, đặt, đóng vết mổ theo giải phẫu.

VI. THEO DÕI

- Người bệnh sau mổ được chuyển khoa Hồi sức Ngoại khoa, bảo đảm chống nhiễm trùng, các chỉ số sinh tồn, nuôi dưỡng tĩnh mạch. Rút ống NKQ (nội khí quản)

- Đánh giá, cho ăn qua sonde dạ dày sau mổ 03 ngày nếu có thể.

- Chụp X quang thực quản có cản quang sau mổ 01 tuần.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến thường gặp là bục miệng nối. Nếu nhiễm trùng không kiểm soát được thì cần mổ đóng đầu dưới, dẫn lưu thực quản cổ, khoang màng phổi.

- Nếu không lan tỏa, tình trạng nhiễm trùng được kiểm soát thì tiếp tục điều trị nội khoa.

* **Ghi chú:** Sau mổ người bệnh cần được theo dõi định kì, nong miệng nối sau mổ 1 tháng - 3 tháng - 6 tháng - 12 tháng.

PHẪU THUẬT LẠI PHÌNH ĐẠI TRÀNG BẨM SINH

Mã số: III-3299

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh phình đại tràng bẩm sinh (PĐTBS) hay còn gọi là bệnh Hirschsprung là một dị tật đặc trưng bởi tắc ruột hoàn toàn hoặc không hoàn toàn do không có tế bào hạch thần kinh ở đoạn cuối ống tiêu hóa và lan rộng lên phía trên ở các mức độ khác nhau.

- Có nhiều phương pháp phẫu thuật với nhiều đường mổ khác nhau. Tỷ lệ tái phát bệnh sau phẫu thuật gặp từ 5% - 15% tùy theo tác giả, có nhiều nguyên nhân gây tái phát bệnh do còn sót đoạn vô hạch, hẹp-rò miệng nối, rối loạn thần kinh ruột.v.v.. trong đó gặp nhiều do còn sót đoạn vô hạch, hẹp-rò miệng nối.

- Phẫu thuật lại điều trị bệnh PĐTBS tái phát, phải thăm khám kỹ và làm các thăm dò cận lâm sàng CLS như chụp khung đại tràng, sinh thiết đại tràng để có chẩn đoán chính xác là tái phát và tùy theo nguyên nhân để có chiến lược, chiến thuật điều trị cụ thể.

II. CHỈ ĐỊNH

- Còn sót đoạn vô hạch sau phẫu thuật điều trị
- Hẹp hoặc rò miệng nối

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Các người bệnh có chống chỉ định chung về gây mê: đang rối loạn đông máu, đang có nhiễm trùng nặng.
- Do rối loạn thần kinh ruột.
- Đang tắc ruột hoặc viêm ruột nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Có chứng chỉ hành nghề là Phẫu thuật viên Nhi khoa và có kinh nghiệm trong lĩnh vực nội soi(NS).

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

Được chuẩn bị chu đáo, chẩn đoán xác định là PĐTBS tái phát. Được giải thích rõ tình trạng bệnh và khả năng phải qua mấy lần mổ, cổ thể nội soi lại, có thể phải mổ mở.

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

- Làm sạch đại tràng có thể đã có hậu môn tạm.
- Kháng sinh dự phòng: Cephalosporin thế hệ 3.

3. Thực hiện kỹ thuật

3.1. Vô cảm

Gây mê nội khí quản.

3.2. Các bước tiến hành

- Nếu trường hợp miệng nối MN cũ bị hẹp và xơ cứng: Nên mổ bằng đường mổ phía ổ bụng có thể nội soi hoặc mổ mở kết hợp với đường sau trực tràng STT. Thực hiện đường sau trực tràng trước rồi đổi lại tư thế phía ổ bụng.

- Nếu trường hợp MN cũ vẫn rộng, mềm mại: Mổ bằng đường mổ phía ổ bụng có thể NS hoặc mổ mở kết hợp với đường qua hậu môn QHM. Thực hiện đường phía ổ bụng ngay không phải đổi tư thế, đặt người bệnh ở tư thế sản khoa.

3.2.1. Đường sau trực tràng

- Đặt tư thế cho người bệnh nằm sấp, độn dưới xương mu
- Rạch da từ đỉnh xương cụt đến rìa hậu môn. Vào giải phóng MN, chú ý MN rất dính và xơ cứng để tránh tổn thương niệu đạo (con trai) hoặc âm đạo (con gái). Giải phóng trực tràng về phía tiểu khung tối đa, rồi chuyển tư thế nằm ngửa.

- Sau khi tiến hành phía ổ bụng giải phóng đại tràng đủ để hạ xuống, kéo đại tràng qua ống hậu môn. Cắt bỏ đoạn v hạch còn sót, nối lại với ống hậu môn ngay nếu đã có hậu môn nhân tạo HMNT, nếu không có HMNT nên để mỏm thừa.

3.2.2. Đường bụng

Đặt người bệnh tư thế sản khoa. Tiến hành phía ổ bụng trước, có thể áp dụng PTNS hay mổ mở. Giải phóng đại tràng đủ dài để hạ qua đoạn v hạch còn sót. Xuống phía dưới tiểu khung, đi sát thành đại tràng trên miệng nối tới chỗ dính trên MN lưu ý lấy hết đoạn vô hạch còn sót, rồi đi qua lớp thanh cơ vào lớp niêm mạc và chỉ phẫu tích ống niêm mạc tiếp xuống sâu tối đa. Kết hợp đường QHM.

3.2.3. Đường qua hậu môn

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Tư thế người bệnh: Người bệnh nằm ngửa tư thế sản khoa. Dùng van Lonestar mở rộng lỗ hậu môn. Phẫu tích ống niêm mạc từ MN cũ lên trên gặp chỗ niêm mạc đã phẫu tích phía trên ổ bụng. Kéo đại tràng qua ống hậu môn.

Cắt bỏ đoạn vô hạch còn sót, nối lại với ống hậu môn ngay nếu đã có hậu môn nhân tạo HMNT, nếu không có HMNT nên để mỏm thừa.

- Đặt xông Foley vào trong lòng đại tràng.

VI. THEO DÕI

- Chảy máu, tổn thương các tạng xung quanh khi làm thủ thuật

- Theo dõi sau mổ như trong các phẫu thuật ổ bụng.

- Người bệnh xuất viện sau mổ 5-7 ngày.

- Khám kiểm tra sau khi xuất viện 2 tuần. Kiểm tra cắt mỏm thừa hoặc nong miệng nối.

- Tái khám sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Rò miệng nối: mổ làm hậu môn nhân tạo với trường hợp tụt mỏm thừa hoặc phải làm lại MN.

- Hẹp miệng nối: nong hậu môn, nếu không được tiến hành nong dưới gây mê.

PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN THỂ ĐƠN GIẢN

Mã số: III-3377

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 nhóp 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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Được chuẩn bị chu đáo, chẩn đoán xác định rõ 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 song 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

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT HẬU MÔN TRỰC TRÀNG BẰNG ĐƯỜNG TRƯỚC XƯƠNG CÙNG SAU TRỰC TRÀNG

Mã số: III-3352

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 tr 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 ở cả nam và nữ, một số trường hợp dị tật hậu môn trực tràng loại cao kết hợp đường trước xương cùng sau trực tràng với đường bụng.

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
- Đệm 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. Được giải thích tình trạng bệnh và khả năng có thể xảy ra

4. Hồ sơ bệnh án

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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 nội khí quản

3.2. Kỹ thuật

Người bệnh nằm sấp như hình con dao nhíp gập ở giữa bàn phẫu thuật.

- Các bước tiến hành

+ Rạch da từ đỉnh xương cụt đến vết tích hậu môn, phía trên kéo dài theo mặt sau xương cụt khoảng 2cm, phía dưới kéo sang 2 bên giống hình chữ Y lộn ngược, khi thấy tổ chức cơ thì dừng đường rạch.

+ Mở rộng khoảng mổ, cắt dây chằng hậu môn - cụt.

+ Tách bóng trực tràng ra khỏi niệu đạo (ở tr trai) hoặc âm đạo (ở tr gái). Cắt bóng trực tràng khỏi phần tận cùng khoảng 1cm.

+ Cắt khâu đường rò trực tràng niệu đạo hoặc âm đạo

+ Phẫu tích bóng trực tràng lên trên ra khỏi mặt trước xương cùng đủ dài để hạ trực tràng xuống tạo hình hậu môn.

+ Dùng máy kích thích cơ để xác định trung tâm cơ thắt hậu môn, tạo đường hầm qua trung tâm cơ thắt, hạ trực tràng xuống trung tâm cơ thắt khâu tạo hình hậu môn.

+ Đóng vết mổ.

VI. THEO DÕI

1. Khi làm kỹ thuật

Tổn 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. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Khi làm kỹ thuật

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

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

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP HÁNG BẨM SINH

Mã số: III-3713

I. ĐẠI CƯƠNG

- Trật khớp háng bẩm sinh chiếm tỉ lệ 1% trong số trẻ sơ sinh
- + Một bên gặp nhiều hơn hai bên
- + Trái gặp nhiều hơn phải 1,5 – 2 lần
- + Gái gặp nhiều hơn trai 5-7 lần
- Càng phát hiện và điều trị càng sớm càng tốt

II. CHỈ ĐỊNH

- Thông thường chỉ định phẫu thuật khi trẻ > 12 tháng.
- Chỉ định phẫu thuật tùy theo thời điểm phát hiện trật khớp háng mà có thời điểm phẫu thuật khác nhau, có thể phẫu thuật ở trẻ nhỏ hơn 12 tháng tuổi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật như rối loạn đông máu, nhiễm trùng cấp tính.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình kỹ thuật

Bác sĩ phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, điều dưỡng, kỹ thuật viên...

2. Phương tiện

Bộ dụng cụ xương, dụng cụ thường quy, đinh kirschner, nẹp vít, dẫn lưu, chỉ khâu các loại.

3. Người bệnh

Vệ sinh vùng mổ.

4. Hồ sơ bệnh án

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

- Kháng sinh dự phòng trước mổ
- Gây mê toàn thân kèm theo gây tê vùng

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Vô trùng vùng mổ
- Tư thế: Người bệnh nằm nghiêng về bên lành $10^0 - 30^0$.
- Rạch da nếp bẹn cắt cơ kh p nhỏ.
- Rạch da theo đường Smith- Petersen (đường Bikini)
- + Phẫu thuật phần mềm : cơ thắt lưng chậu, cắt nguyên uỷ cơ may, cơ thẳng đùi.
- + Cắt mở bao khớp hình chữ T, cắt dây chằng tròn nếu có, cắt dây chằng limbus, đặt chỏm xương đùi vào ổ cối, cố định bằng đinh kirschner 2.0
- + Bộc lộ xương cánh chậu, cắt xương chậu giữa gai chậu trước trên và trước dưới, tạo lại chỉ số ổ cối theo Sallter ..., ghép xương, kết hợp xương bằng đinh kirschner số 1.8- 2.0.
- + Cắt xương đùi tạo lại góc cổ - thân xương đùi, xoay lại cổ xương đùi.

Kết hợp xương bằng nẹp vis (tùy từng trường hợp)

- + Khâu tạo hình lại bao khớp bằng chỉ Vicryl số 2
- + Khâu phục hồi lại nguyên uỷ cơ may và cơ thẳng đùi.
- + Đóng vết mổ: cân, dưới da, da bằng chỉ Vicryl 3.0, 4.0

VI. THEO DÕI

Sau phẫu thuật bất động bằng bột ngực lưng đùi khớp háng tư thế giang hông 45^0 , gấp hông 30^0 đùi xoay trong $10^0 - 20^0$. Rút bỏ đinh cố định chỏm xương đùi vào ổ cối sau 3-5 ngày. Thời gian bất động 10 tuần. Tháo bột chụp kiểm tra khớp háng hai bên, nếu có dấu hiệu hoại tử chỏm xương đùi vô mạch thì tiếp tục bất động khớp háng.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tiêu chỏm xương đùi v khuẩn
- Xử trí: cắt xương đùi chính trực nếu cần.

PHẪU THUẬT VIÊM XƯƠNG CẰNG CHÂN: ĐỤC, MỔ, NẠO, LẤY XƯƠNG CHẾT, DẪN LƯU

Mã số: III-3776

I. ĐẠI CƯƠNG

- Viêm xương tủy xương (VXTX) là 1 nhiễm khuẩn cấp tính hay mãn tính của xương, mầm bệnh thường do tụ cầu vàng và liên cầu trùng tan máu. Những vi khuẩn này vào đường máu trước khi vào xương, do đó thực chất của viêm xương tủy xương đường máu là nhiễm khuẩn huyết.

- VXTX là trạng thái viêm mủ tất cả các thành phần của xương.

- VXTX cẳng chân có xương chết là viêm xương mãn tính.

II. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp viêm xương cẳng chân cấp tính hoặc mạn tính có xương chết.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp chống chỉ định chung của phẫu thuật.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện quy trình

Phẫu thuật viên chuyên khoa chấn thương chỉnh hình.

2. Phương tiện

Dụng cụ phẫu thuật: dụng cụ về phẫu thuật xương, khoan xương, dẫn lưu...

3. Người bệnh

- Nhịn ăn uống.

- Kháng sinh.

4. Hồ sơ bệnh án

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

3.1. Nguyên tắc điều trị trong viêm xương tủy xương giai đoạn mạn tính

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Làm sạch ổ viêm (Tổ chức viêm, xương chết)
- San bằng, lấp đầy ổ khuyết viêm xương
- Dẫn lưu triệt để - Kháng sinh liệu pháp: Theo kháng sinh đồ
- Chế độ ăn uống nhiều Vitamin

3.2. Các bước tiến hành

- Người bệnh nằm ngửa. Gây mê nội khí quản hoặc gây tê cùng cụt.
- Rửa da mặt trước trong hoặc mặt ngoài cẳng chân.
- Phẫu tích cân cơ cẳng chân bộc lộ ổ viêm xương.
- Dùng đục đục ổ xương viêm, hoặc đục mở cửa sổ xương.
- Nạo ổ viêm, lấy bỏ xương chết
- Bơm rửa ổ viêm bằng dung dịch NaCl 0,9% và Ôxy già.
- Đặt dẫn lưu.
- Đặt nẹp bột.

VI. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

- Rút dẫn lưu sau 72h.
- Dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ 7-10 ngày
- Bỏ bột đùi cẳng bàn chân, khám lại sau 04-06 tuần

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tai biến do phẫu thuật: Chảy máu
- Xử trí:
 - + Băng ép.
 - + Phẫu thuật cầm máu.
- Nhiễm trùng vết mổ: kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng, dẫn lưu tốt.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ PERTHES (CẮT XƯƠNG TẠO VARUS)

Mã số: III-3714

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh Legg-Calv -Perthes là tình trạng mất sự cung cấp máu cho chỏm xương đùi, làm hoại tử xương và sụn phần chỏm xương đùi, làm ngừng sự phát triển của trung tâm tạo xương.

- X-Quang: Phân loại tổn thương thương theo Catterall được chia làm 4 nhóm:

+ Nhóm I: chỉ có một phần trước ngoài của chỏm bị tổn thương hoại tử, Chỏm không bị bẹp và sụn tiếp hợp bình thường.

+ Nhóm II: Tổn thương hoại tử chỏm khoảng 1/2 chu vi có thể nhìn thấy rõ hình ảnh trên phim chụp X quang tư thế nghiêng.

+ Nhóm III: Khoảng 3/4 chu vi đầu xương bị hoại tử. Chỏm bị bẹp tương đối nặng nề và những vùng này có sự chia mảnh

+ Nhóm IV: Toàn bộ đầu xương đùi bị tổn thương, chỏm xương đùi bị bẹp rất sớm và thường nặng nề.

II. CHỈ ĐỊNH

Cắt xương đùi tạo varus cho trẻ trên 8 tuổi, giai đoạn tiến triển với Catterall độ II, III, chỏm xương đùi bẹp ra ngoài viền ổ cối.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp có bệnh lý nội khoa chống chỉ định can thiệp ngoại khoa

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện qui trình kỹ thuật

Phẫu thuật viên chính hình, điều dưỡng, kỹ thuật viên

2. Phương tiện

Dụng cụ mổ xương, nẹp vít

3. Người bệnh

Cần chuẩn bị tâm lý cho trẻ lớn, dùng an thần nếu thực sự cần thiết

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Đầy đủ theo qui định

2. Kiểm tra người bệnh

Giải thích cho trẻ hoặc người nhà trẻ hiểu, hợp tác để thực hiện kỹ thuật

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây mê, tê cùng cụt
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, kê đệm cao m ng, đùi bên mô
- Rạch da mặt ngoài đùi, 1/3 trên
- Bóc tách cân cơ, bóc lộ xương đùi vùng máu chuyển lớn và dưới máu chuyển lớn
- Cắt xương đùi tạo varus dưới máu chuyển lớn, tính diện cắt sao cho chỏm xương đùi nằm trong viền ổ cối, tuy nhiên góc cổ thân không được $< 105^{\circ}$
- Kết hợp xương đùi bằng nẹp vít
- Khâu phục hồi cân cơ, khâu da
- Bó bột chậu lưng chân, để bột 4- 6 tuần

VI. THEO DÕI

- Theo dõi sau phẫu thuật tình trạng nhiễm trùng, nẹp vít được tháo bỏ khi có liền xương tốt.
- Theo dõi bột, tình trạng loét do bột tại các vị trí tiếp xúc

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương mạch, thần kinh, tùy từng tổn thương để xử trí.
- Nhiễm trùng vết mổ:
 - + Dẫn lưu dịch, rửa vết mổ
 - + Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ PERTHES

Mã số: III-3715

I. ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh Legg-Calv -Perthes là tình trạng mất sự cung cấp máu cho chỏm xương đùi, làm hoại tử xương và sụn phần chỏm xương đùi, làm ngừng sự phát triển của trung tâm tạo xương.

- X- Quang: Phân loại tổn thương theo Catterall được chia làm 4 nhóm

+ Nhóm I : chỉ có một phần trước ngoài của chỏm bị tổn thương hoại tử. Chỏm không bị bẹp và sụn tiếp hợp bình thường.

+ Nhóm II : Tổn thương hoại tử chỏm khoảng 1/2 chu vi có thể nhìn thấy rõ hình ảnh trên phim chụp X quang tư thế nghiêng.

+ Nhóm III : Khoảng 3/4 chu vi đầu xương bị hoại tử. Chỏm bị bẹp tương đối nặng nề và những vùng này có sự chia mảnh.

+ Nhóm IV : Toàn bộ đầu xương đùi bị tổn thương, chỏm xương đùi bị bẹp rất sớm và thường nặng nề.

II. CHỈ ĐỊNH

Cắt xương chậu, tạo mái che đầu xương đùi theo Chiari thường áp dụng cho giai đoạn đang hồi phục, chỏm xương đùi bẹt bề rộng ra bên ngoài ổ cối. Nó cũng được áp dụng cho trẻ lớn có đau khớp háng, biến dạng chỏm và mất tương xứng giữa chỏm xương đùi và ổ cối trên X- quang.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp có bệnh lý nội khoa chống chỉ định can thiệp ngoại khoa

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên chính hình, điều dưỡng, kỹ thuật viên

2. Phương tiện

Dụng cụ mổ xương, đinh Kirschner

3. Người bệnh

Cần chuẩn bị tâm lý cho trẻ lớn, dùng an thần nếu thực sự cần thiết.

4. Hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

Đầy đủ theo qui định.

2. Kiểm tra người bệnh

Giải thích cho trẻ hoặc người nhà trẻ hiểu, hợp tác để thực hiện kỹ thuật.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Gây mê, tê cùng cụt.
- Tư thế người bệnh nằm ngửa, kê đệm cao môn, đùi bên mổ.
- Rửa da theo đường Smith- petersen, bộc lộ cắt điểm bám cơ thẳng đùi.
- Cắt xương chậu theo Chiari dưới điểm bám cơ thẳng đùi, tạo trần ổ cối rộng bề ra ngoài khoảng 1cm đủ che phủ chỏm xương đùi bẹt.
- Kết hợp xương chậu bằng 2 đinh Kirschner.
- Khâu phục hồi cơ thẳng đùi.
- Khâu cân cơ, khâu da.
- Bó bột chậu lưng chân để 4- 6 tuần.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi sau phẫu thuật tình trạng nhiễm trùng, đinh được tháo bỏ khi có liền xương tốt.

- Theo dõi bột, tình trạng loét do bột tại các vị trí tì đè.

VII. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương mạch, thần kinh, tùy từng tổn thương để xử trí.
- Nhiễm trùng vết mổ:
 - + Dẫn lưu dịch, rửa vết m
 - + Sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ

MỞ THÔNG DẠ DÀY BẰNG NỘI SOI

Mã số: III-154

I. ĐẠI CƯƠNG

Đầu năm 1980, Ponsky và Gauderer đã phát triển mở thông dạ dày qua nội soi, mở ra một cách tiếp cận mới về việc cho ăn qua đường tiêu hóa.

II. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định: nuốt khó, không có khả năng nuốt bao gồm khiếm khuyết thần kinh, bệnh cơ, trào ngược dạ dày thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chống chỉ định hoàn toàn: bệnh máu, giải phẫu bất thường bao gồm ruột quay bất thường, đại tràng, lách, gan vào giữa dạ dày và thành bụng, gan lách to, dạ dày trong lồng ngực và tiền sử cắt dạ dày, phẫu thuật ổ bụng, vẹo cột sống, béo phì, van não thất dẫn lưu vào ổ bụng.

- Chống chỉ định tương đối: dịch ổ bụng, lọc màng bụng, viêm dạ dày nặng, bệnh loét do axit, tăng áp lực tĩnh mạch cửa bao gồm cả dẫn tĩnh mạch dạ dày.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- Nhóm nội soi (01 bác sĩ và 03 điều dưỡng).
- Nhóm gây mê (01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên).

2. Phương tiện

01 bộ mở thông dạ dày qua nội soi, 01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng 30 phút trước và 6 giờ sau nội soi.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định mở thông dạ dày, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mô, chụp trasnsit, siêu âm bụng, các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: (60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ: 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 30-60 phút (kỹ thuật kéo).

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Tiến hành gây mê toàn thân.
- Đặt người bệnh nằm ngửa, sát trùng vùng bụng
- Nội soi dạ dày bơm hơi tối đa, đẩy đầu ống soi áp vào thành trước dạ dày.
- Vị trí mở thông thường ở thân vị gần chỗ nối thân và hang vị, trên đường trắng giữa rốn. Dùng vật ấn lõm ngón tay trên thành bụng để kiểm tra vị trí chọc nhờ ánh sáng xuyên thành..
- Tiêm lidocain 1% bằng kim 25 tại vị trí mở thông vào dạ dày đến khi hút ra khí. Rạch da nhỏ, đặt troca vuông góc với thành bụng và đẩy troca đi vào khoang dạ dày (luôn giữ dạ dày căng hơi tối đa.
- Luồn sợi dây dẫn qua troca, thông lọng đi qua kênh can thiệp vào dạ dày để bắt sợi dây dẫn và kéo dây dẫn qua miệng cùng với ống nội soi.
- Nối ống mở thông với dây dẫn ở ngoài miệng, sau đó dây dẫn kéo từ từ ống mở thông qua miệng người bệnh vào trong dạ dày để áp sát vào thành bụng.
- Đoạn cuối mở thông có thanh chắn ở ngoài thành bụng và trong dạ dày, không để ép quá mức.
- Nội soi kiểm tra chính xác vị trí ống mở thông trong dạ dày.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tình trạng của chân ống mở thông.

VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Tràn khí phúc mạc: Xuất hiện rò rỉ dịch và khí ở xung quang lỗ mở thông, phải hoãn cho ăn, chụp cản quang hòa tan trong nước để kiểm tra, nếu có tràn vào khoang phúc mạc thì cần nội soi mở ổ bụng hoặc nếu vẫn tồn tại từ 48-72 giờ, cần phải nội soi ổ bụng thăm dò.
- Nếu chảy máu trong thành dạ dày phải mời hội chẩn ngoại cấp cứu.
- Thủng đại tràng: Phẫu thuật.

Ghi chú

- Kháng sinh dự phòng và sát khuẩn da đúng cách, chiều dài da cắt vừa đủ, sát khuẩn kỹ chỗ nối ống mở thông với dây dẫn trước khi kéo vào dạ dày.
- Để đầu người bệnh cao.

NỘI SOI DẠ DÀY CÀM MÁU

Mã số: III-155

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi ống là phương pháp can thiệp hiệu quả đối với chảy máu dạ dày.

II. CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa do nguyên nhân tại dạ dày.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Truy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa 1 tháng, tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nhóm nội soi

01 bác sĩ và 03 điều dưỡng), nhóm gây mê

01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, dụng cụ can thiệp như lọng cắt polyp, đốt đông, dụng cụ thắt, kim tiêm cầm máu qua nội soi, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, đặt ống thông hút rửa dịch dạ dày.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi dạ dày cầm máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ: 15 phút

2. Kiểm tra người bệnh: 15 phút

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

3. Thực hiện kỹ thuật: 30-60 phút

- Gây mê nội khí quản tránh trào ngược).
- Nội soi tiêu hóa trên xác định tổn thương gây chảy máu và nên thực hiện vào thời điểm 24 giờ sau khi chảy máu ồ ạt. Trong trường hợp đã truyền máu >70ml/kg cân nặng, huyết động học vẫn không ổn, nội soi tiêu hóa phối hợp ngoại để xác định vị trí chảy máu.

3.1. Chảy máu dạ dày không do giãn tĩnh mạch thực quản

- Phương pháp: Đông nhiệt bao gồm laser, heater (súng), Argon, monopolar, hoặc multipolar probes. Các phương pháp như cầm máu bằng dung dịch Argon tại bệnh viện Nhi trung ương chưa có thiết bị này. Phương pháp cầm máu không bằng nhiệt bao gồm tiêm các chất có thể gây xơ hóa hoặc co mạch, clip.

Hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.
- Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip) :
 - + Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luồn dụng cụ qua kênh can thiệp
 - + Phát hiện chính xác điểm chảy máu
 - + Xác định chính xác vị trí đặt clip
 - + Mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất
 - + Bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip

3.2. Chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch dạ dày

- 1ml keo dán trộn với 1ml lipiodol rồi pha với 1ml lipiodol
- Tiêm từ 2 đến 3 mũi vào trong búi tĩnh mạch.
- Tiêm 2-3 đợt gần nhau để gây tắc hoàn toàn.
- Gây tắc tĩnh mạch áp dụng cả đối với tĩnh mạch ở dạ dày và thực quản khi các phương pháp xơ hoá bị thất bại.

VI. THEO DÕI

Tình trạng chảy máu gia tăng và thủng dạ dày : mạch, huyết áp, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, bụng chướng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: Cầm máu qua nội soi, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu, xét nghiệm máu nếu diễn biến nặng.
- Thủng: kẹp clip và mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.
- Tắc mạch xa: hội chẩn tim mạch.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Khi chất keo sinh học rò ra ngoài: kéo máy soi ra, rửa và lau vật kính liên tục, không được hút.

Ghi chú

Xác định chính xác vị trí cần can thiệp

CÀM MÁU THỰC QUẢN QUA NỘI SOI

Mã số: III-157

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi là phương pháp can thiệp hiệu quả đối với chảy máu thực quản.

II. CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa do nguyên nhân tại thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Truy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, thủng rò thực quản, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nhóm nội soi

- 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng, nhóm gây mê
- 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, các dụng cụ can thiệp như lọng cắt polyp, đốt đông, dụng cụ thắt, kim tiêm cầm máu qua nội soi, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống. Đặt ống thông dạ dày để hút rửa dịch dạ dày. Tiêm kháng sinh dự phòng 30 phút trước và 6 gi sau nội soi nếu can thiệp tĩnh mạch thực quản.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi thực quản cầm máu, giấy cam đoan, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: (thời gian khoảng 60-90 phút)

1. Kiểm tra hồ sơ: 15 phút

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

2. Kiểm tra người bệnh : 15 phút

3. Thực hiện kỹ thuật: 30-60 phút

Gây mê nội khí quản (tránh trào ngược).

Nội soi tiêu hóa trên xác định tổn thương gây chảy máu và nên thực hiện vào thời điểm 24 giờ sau khi chảy máu ồ ạt. Trong trường hợp đã truyền máu >70ml/kg cân nặng, huyết động học vẫn không ổn, nội soi tiêu hóa phối hợp ngoại để xác định vị trí chảy máu.

3.1. Cầm máu qua nội soi do giãn tĩnh mạch thực quản

Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản

- Chất gây xơ polidocain 1%, 1 tuần/1 lần x 3 tuần, sau đó 1 tháng/1 lần đến khi hết hoàn toàn búi giãn.

- Tiêm tại búi tĩnh mạch cách tâm vị vài mm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây chảy máu, sau đó vòng theo chu vi của thực quản lên cao dần thường là tiêm vào 3 điểm).

- Xác định vị trí tiêm, sau đó đẩy kim tiêm ra khỏi kênh can thiệp và cố định vào vị trí đó. Tiếp theo, đẩy kim tiêm xơ ra khỏi vỏ và bơm chất gây xơ.

- Rút kim tụt vào trong vỏ của kim và kéo vỏ của kim 2cm về phía máy nội soi, sau đó tìm vị trí cần tiêm khác.

- Liều tiêm là 2,5ml polidocanol 1 mũi, tổng liều 10 -12 ml. Tiêm cạnh búi giãn 1-2ml hoặc tiêm trong búi giãn 2-3ml hoặc tiêm hỗn hợp: Bắt đầu tiêm vào dưới niêm mạc cạnh hai bên thành tĩnh mạch, sau đó tiêm trong lòng tĩnh mạch.

Thắt tĩnh mạch qua nội soi (súng bắn nhiều phát)

- Lòng súng bắn vào máy soi: Luồn dây dẫn qua kênh can thiệp tại đầu xa của máy nội soi, lắp ống nhựa vào đầu máy nội soi, sau đó cố định vào tay quay và chốt tay quay tại lỗ ngoài kênh can thiệp.

- Các bước thắt tĩnh mạch :

+ Đặt đầu máy soi đã được gắn với súng bắn vào sát búi tĩnh mạch.

+ Hút từ từ búi tĩnh mạch chui vào trong vòng nhựa.

+ Quay tay quay 1 vòng theo chiều kim đồng hồ để bắn vòng cao su ra thắt búi tĩnh mạch, sau đó tìm búi tĩnh mạch cần thắt khác.

- Đặt đầu thắt vào các búi tĩnh mạch cách tâm vị vài cm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây vỡ và thường chỉ nên thắt khoảng 2 vòng theo chu vi của thực quản. Đặt sau thắt các búi tĩnh mạch còn lại.

3.2. Cầm máu qua nội soi không do giãn tĩnh mạch thực quản

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- Phương pháp: Đông nhiệt bao gồm laser, heater (súng), Argon, monopolar, hoặc multipolar probes. Phương pháp cầm máu không bằng nhiệt bao gồm tiêm các chất có thể gây xơ hóa hoặc co mạch, clip.

Hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất:

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.

- Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip) : Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luồn dụng cụ qua kênh can thiệp, phát hiện chính xác điểm chảy máu, xác định chính xác vị trí đặt clip, mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất, bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu : đẩy máy nội soi vào và hút xẹp hơi dạ dày và rút máy nội soi sau 15 phút, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng.

- Thủng : mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.

Ghi chú

- Đưa vòng nhựa (ouvertube) qua cơ thắt trên nhẹ nhàng.

- Xác định chính xác vị trí cần can thiệp.

SOI DẠ DÀY THỰC QUẢN CHẨN ĐOÁN VÀ CẦM MÁU

Mã số: III-159

I. ĐẠI CƯƠNG

Nội soi có giá trị quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị chảy máu thực quản và dạ dày.

II. CHỈ ĐỊNH

Xuất huyết tiêu hóa do nguyên nhân tại dạ dày và hoặc thực quản có thể do giãn tĩnh mạch thực quản hoặc không giãn tĩnh mạch thực quản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Trụy tim mạch, suy hô hấp
- Thủng ruột, thủng rò thực quản, viêm phúc mạc
- Chấn thương đốt sống cổ

2. Chống chỉ định tương đối

- Mới phẫu thuật tiêu hóa (1 tháng), tắc ruột.
- Bệnh rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu nặng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

Nhóm nội soi

- 01 bác sĩ và 03 điều dưỡng, nhóm gây mê
- 01 bác sĩ và 02 kỹ thuật viên gây mê).

2. Phương tiện

01 hệ thống nội soi tiêu hóa trên, dụng cụ can thiệp như lọng cắt polyp, đốt đông, dụng cụ thắt, kim tiêm cầm máu qua nội soi, 01 máy thở và phương tiện gây mê hồi sức.

3. Người bệnh

Khám lâm sàng, khai thác tiền sử nội soi, phẫu thuật, giải thích nguy cơ, nhịn ăn uống, kháng sinh dự phòng. Đặt ống thông hút rửa dịch dạ dày.

4. Hồ sơ bệnh án

Chỉ định nội soi thực quản hoặc dạ dày cầm máu, 01 bệnh án kèm theo bộ xét nghiệm thông qua mổ và các xét nghiệm khác (nếu có), giấy cam đoan.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (thời gian khoảng 60-90 phút)

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- 1. Kiểm tra hồ sơ:** 15 phút
- 2. Kiểm tra người bệnh:** 15 phút
- 3. Thực hiện kỹ thuật:** 30-60 phút

- Gây mê nội khí quản tránh trào ngược).

- Nội soi tiêu hóa trên xác định tổn thương gây chảy máu và nên thực hiện vào thời điểm 24 giờ sau khi chảy máu ồ ạt. Trong trường hợp đã truyền máu > 70ml/kg cân nặng, huyết động học vẫn không ổn, nội soi tiêu hóa phối hợp ngoại để xác định vị trí chảy máu.

3.1. Cầm máu qua nội soi do giãn tĩnh mạch thực quản

Tiêm xơ tĩnh mạch thực quản

- Chất gây xơ polidocain 1%, 1 tuần/1 lần x 3 tuần, sau đó 1 tháng/1 lần đến khi hết hoàn toàn búi giãn.

- Tiêm tại búi tĩnh mạch cách tâm vị vài mm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây chảy máu, sau đó vòng theo chu vi của thực quản lên cao dần thường là tiêm vào 3 điểm).

- Xác định vị trí tiêm, sau đó đẩy kim tiêm ra khỏi kênh can thiệp và cố định vào vị trí đó. Tiếp theo, đẩy kim tiêm xơ ra khỏi vỏ và bơm chất gây xơ.

- Rút kim tụt vào trong vỏ của kim và kéo vỏ của kim 2cm về phía máy nội soi, sau đó tìm vị trí cần tiêm khác.

- Liều tiêm là 2,5ml polidocanol 1 mũi, tổng liều 10 -12 ml. Tiêm cạnh búi giãn 1-2 ml hoặc tiêm trong búi giãn 2-3ml hoặc tiêm hỗn hợp: Bắt đầu tiêm vào dưới niêm mạc cạnh hai bên thành tĩnh mạch, sau đó tiêm trong lòng tĩnh mạch.

Thắt tĩnh mạch qua nội soi (súng bắn nhiều phát)

- Lòng súng bắn vào máy soi: Luôn dây dẫn qua kênh can thiệp tại đầu xa của máy nội soi, lắp ống nhựa vào đầu máy nội soi, sau đó cố định vào tay quay và chốt tay quay tại lỗ ngoài kênh can thiệp.

- Các bước thắt tĩnh mạch :

+ Đặt đầu máy soi đã được gắn với súng bắn vào sát búi tĩnh mạch.

+ Hút từ từ búi tĩnh mạch chui vào trong vòng nhựa.

+ Quay tay quay 1 vòng theo chiều kim đồng hồ để bắn vòng cao su ra thắt búi tĩnh mạch, sau đó tìm búi tĩnh mạch cần thắt khác.

- Đặt đầu thắt vào các búi tĩnh mạch cách tâm vị vài cm hoặc đang chảy máu hoặc có nguy cơ cao gây vỡ và thường chỉ nên thắt khoảng 2 vòng theo chu vi của thực quản. Đặt sau thắt các búi tĩnh mạch còn lại.

Gây tắc tĩnh mạch thực quản - dạ dày.

Quy trình kỹ thuật nhi khoa (Phần 2)

- 1ml keo dán trộn với 1ml lipiodol, sau đó pha với 1ml lipiodol nữa
- Tiêm từ 2-3 mũi vào trong túi tĩnh mạch
- Tiêm 2-3 đợt gần nhau để gây tắc hoàn toàn.
- Chỉ định: Giãn tĩnh mạch dạ dày hoặc tĩnh mạch thực quản khi các phương pháp xơ hoá khác bị thất bại.

3.2. Cầm máu qua nội soi không do giãn tĩnh mạch thực quản

- Phương pháp: Đông nhiệt bao gồm laser, heater (súng), Argon, monopolar, hoặc multipolar probes. Phương pháp cầm máu không bằng nhiệt bao gồm tiêm các chất có thể gây xơ hóa hoặc co mạch, clip.

Hai phương pháp được sử dụng nhiều nhất :

- Tiêm Epinephrine: Tổng liều tiêm từ 5-10ml dung dịch 1/10000, tiêm tại 4 góc của tổn thương đang chảy máu.
- Cầm máu bằng kẹp kim loại (clip) : Lắp kẹp kim loại vào dụng cụ bắn, luồn dụng cụ qua kênh can thiệp, phát hiện chính xác điểm chảy máu, xác định chính xác vị trí đặt clip, mở rộng toàn bộ clip, đưa dụng cụ clip gần đèn nội soi nhất, bắn clip, mỗi lần bắn một hoặc nhiều clip.

VI. THEO DÕI

- Theo dõi biểu hiện: toàn trạng, tim mạch, hô hấp, tri giác, nôn máu, ỉa máu, đau bụng, chướng bụng, nuốt khó, đau ngực...

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu : đẩy máy nội soi vào và hút xẹp hơi dạ dày và rút máy nội soi sau 15 phút, mời hội chẩn ngoại và hồi sức cấp cứu nếu diễn biến nặng.
- Thủng : mời hội chẩn ngoại, chụp X quang, siêu âm.
- Tắc mạch xa : hội chẩn tim mạch
- Lau vật kính liên tục khi keo sinh học rò ra ngoài

Ghi chú

- Đưa vòng nhựa (ouvertube) qua cơ thắt trên nhẹ nhàng.
- Xác định chính xác vị trí cần can thiệp.