

Số: 14 /QĐ-TTYT

Cát Hải, ngày 12 tháng 02 năm 2026

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật”
thực hiện tại Trung tâm Y tế Cát Hải (Tập 1)

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ CÁT HẢI

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh số: 15/2023/QH13;

Căn cứ Quyết định số 132/QĐ-UBND ngày 16/01/2023 của UBND thành phố Hải Phòng về việc Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Trung tâm Y tế huyện Cát Hải, trực thuộc Sở Y tế Hải Phòng (nay là Trung tâm y tế Cát Hải);

Căn cứ Quyết định 2803/QĐ-UBND ngày 07/7/2025 của Ủy ban nhân dân thành phố Hải Phòng về việc đổi tên một số đơn vị sự nghiệp công lập trực thuộc Sở Y tế và Trạm Y tế các xã, phường, đặc khu trực thuộc Trung tâm Y tế khu vực;

Xét Biên bản họp ngày 06 tháng 02 năm 2026 của Hội đồng Khoa học kỹ thuật nghiệm thu Quy trình kỹ thuật tại Trung tâm Y tế Cát Hải;

Xét đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch - Nghiệp vụ - Điều Dưỡng,

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1: Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật” (Tập 1) gồm 177 quy trình kỹ thuật:

- Thần kinh: 01 quy trình
- Tuần hoàn: 02 quy trình
- Hô hấp: 17 quy trình
- Tiêu hóa: 11 quy trình
- Tiết niệu: 05 quy trình
- Nội tiết: 01 quy trình
- Tạo máu và lympho: 02 quy trình
- Tâm thần: 01 quy trình
- Sinh dục nam: 01 quy trình
- Sinh dục nữ: 25 quy trình
- Sản khoa – Sơ sinh: 48 quy trình

- Kỹ thuật chung: 63 quy trình

(Có quy trình kỹ thuật kèm theo)

Điều 2: Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật” (Tập 1) được áp dụng tại các khoa, phòng thuộc Trung tâm Y tế Cát Hải.

Điều 3: Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành và thay thế các Quyết định ban hành “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật” đã ban hành trước đây của Trung tâm Y tế Cát Hải.

Điều 4: Các khoa, phòng có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này.

Nơi nhận:

- Như Điều 4;
- Website TTYT;
- Lưu: VT, KHNVDĐ.



GIÁM ĐỐC

Nguyễn Văn Huân

DANH SÁCH 177 QUY TRÌNH KỸ THUẬT

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-TTYT ngày /02/2026
của Giám đốc Trung tâm Y tế Cát Hải)

STT	Tên quy trình	Ghi chú
1	Chọc dịch não tủy thất lưng	Thần kinh
2	Điện tim thường	Tuần hoàn
3	Nghiệm pháp atropin	
4	Chọc dò dịch màng phổi	Hô hấp
5	Chọc hút khí màng phổi	
6	Hút dẫn lưu khoang màng phổi bằng máy hút áp lực âm liên tục	
7	Khí dung thuốc giãn phế quản	
8	Cố định lồng ngực do chấn thương gãy xương sườn	
9	Hút đờm hầu họng	
10	Bóp bóng Ambu	
11	Đặt nội khí quản một nòng	
12	Đặt nội khí quản hai nòng	
13	Đặt nội khí quản bằng đèn camera	
14	Đặt ống dẫn lưu khoang màng phổi	
15	Thông khí nhân tạo không xâm nhập	
16	Hút đờm kín qua ống nội khí quản hoặc mớ khí quản	
17	Chọc tháo dịch màng phổi	
18	Kỹ thuật gây khạc đờm bằng khí dung nước muối ưu trương	
19	Rút ống dẫn lưu màng phổi/ống dẫn lưu ổ áp xe	
20	Siêu âm màng phổi	
21	Các phẫu thuật ruột thừa khác	Tiêu hóa
22	Đặt ống thông dạ dày	
23	Đặt ống thông hậu môn	
24	Thụt thuốc qua đường hậu môn	
25	Rửa dạ dày	
26	Chọc dò dịch ổ bụng	
27	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng cấp cứu	
28	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng có dùng thuốc tiền mê	
29	Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng không sinh thiết	
30	Chọc tháo dịch ổ bụng	

31	Thụt tháo	
32	Đo lượng nước tiểu 24 giờ	Tiết niệu
33	Rửa bàng quang	
34	Kỹ thuật đặt ống thông tiểu 1 lần	
35	Kỹ thuật đặt ống thông tiểu liên tục	
36	Kỹ thuật rút ống thông tiểu lưu	
37	Đo đường máu 24h không định lượng Insulin	Nội tiết
38	Nghiệm pháp dây thắt	Tạo máu và lympho
39	Truyền máu, chế phẩm máu	
40	Phẫu thuật cắt da bao quy đầu	Sinh dục nam
41	Thủ thuật bóc nang; nhân xơ vú	Sinh dục nữ
42	Phẫu thuật cắt khối u vú	
43	Chích áp xe vú	
44	Phẫu thuật cắt tử cung bán phần	
45	Phẫu thuật bóc u xơ tử cung	
46	Phẫu thuật cắt hoặc bóc u buồng trứng	
47	Phẫu thuật cắt khối thai ngoài tử cung	
48	Cắt polype cổ tử cung	
49	Phẫu thuật cắt u âm đạo	
50	Phẫu thuật khâu phục hồi tầng sinh môn	
51	Đốt điện cổ tử cung	
52	Khâu rách cùng đồ âm đạo	
53	Chích rạch tụ máu tầng sinh môn	
54	Chích áp xe tuyến Bartholin	
55	Bóc nang tuyến Bartholin	
56	Cắt; đốt sùi mào gà âm hộ; âm đạo	
57	Nong cổ tử cung hoặc buồng tử cung	
58	Hút buồng tử cung	
59	Nạo niêm mạc tử cung	
60	Chọc dò túi cùng Douglas	
61	Chọc, dẫn lưu túi cùng Douglas	
62	Khám phụ khoa	
63	Soi cổ tử cung	
64	Làm thuốc âm hộ; âm đạo	
65	Phẫu thuật absces vú	
66	Kỹ thuật tách màng ối	Sản khoa - Sơ sinh
67	Chèn gạc âm đạo cầm máu	
68	Làm thuốc tầng sinh môn sau đẻ	
69	Kỹ thuật da kẻ da	

70	Massage vú thông tuyến sữa sau sinh	
71	Khám thai	
72	Theo dõi nhịp tim thai và cơn co tử cung bằng monitor sản khoa	
73	Gây chuyển dạ bằng thuốc	
74	Nghiệm pháp lọt ngôi chòm	
75	Kỹ thuật bấm ối	
76	Đỡ đẻ thường ngôi chòm	
77	Đỡ đẻ đa thai	
78	Đỡ đẻ ngôi mông	
79	Đẻ chỉ huy bằng truyền oxytocin tĩnh mạch	
80	Nghiệm pháp bong rau, đỡ rau, kiểm tra bánh rau	
81	Kiểm soát tử cung	
82	Bóc rau nhân tạo	
83	Cắt và khâu tầng sinh môn	
84	Khâu phục hồi rách cổ tử cung	
85	Khâu phục hồi rách âm đạo	
86	Khâu phục hồi rách âm hộ	
87	Cặp, kéo cổ tử cung cầm máu sau đẻ; sau sảy; sau nạo	
88	Lấy khối máu tụ âm đạo; tầng sinh môn	
89	Đặt bóng buồng tử cung để cầm máu	
90	Nạo sót thai, sót rau sau sảy hoặc sau đẻ	
91	Chích áp xe tầng sinh môn	
92	Làm thuốc vết khâu tầng sinh môn nhiễm khuẩn	
93	Khâu vòng cổ tử cung	
94	Cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung	
95	Phẫu thuật lấy thai lần đầu	
96	Phẫu thuật lấy thai lần hai trở lên	
97	Phẫu thuật lấy thai trường hợp đa thai	
98	Phẫu thuật cắt tử cung do rau cài răng lược	
99	Phẫu thuật cắt tử cung tình trạng người bệnh nặng (viêm phúc mạc; vỡ tạng trong tiểu khung; vỡ tử cung...)	
100	Phẫu thuật mở ổ bụng cầm máu trong cấp cứu sản phụ khoa	
101	Khám mắt sơ sinh non tháng	
102	Chiếu đèn điều trị vàng da sơ sinh	
103	Khám sơ sinh	
104	Vệ sinh rốn sơ sinh	
105	Tắm sơ sinh	
106	Liệu pháp Căng gu ru	
107	Cấy hoặc tháo thuốc tránh thai (một nang; nhiều nang)	

108	Đặt dụng cụ tử cung	
109	Tháo dụng cụ tử cung	
110	Phá thai nội khoa dưới 7 tuần	
111	Phá thai dưới 7 tuần bằng phương pháp hút chân không	
112	Phá thai từ 7 tuần đến hết 12 tuần bằng phương pháp hút chân không	
113	Nạo; hút thai ở sẹo mổ lấy thai	
114	Trắc nghiệm lo âu - trầm cảm - stress (DASS)	Tâm thần
115	Kỹ thuật gây nôn cho người bệnh ngộ độc qua đường tiêu hóa	Kỹ thuật chung
116	Kỹ thuật thái độc trong ngộ độc rượu cấp	
117	Thủ thuật Heimlich	
118	Cho ăn qua ống thông (một lần)	
119	Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm dưới hướng dẫn của siêu âm	
120	Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm hai nòng dưới hướng dẫn của siêu âm	
121	Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm ba nòng dưới hướng dẫn của siêu âm	
122	Cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp cơ bản (Hồi sức cấp cứu)	
123	Cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp cơ bản (Nhi)	
124	Đặt canuyn mũi hầu, miệng hầu	
125	Băng ép bất động xử trí rấn độc cắn	
126	Kỹ thuật thở oxy qua gọng kính	
127	Kỹ thuật thở oxy mask túi	
128	Rút ống nội khí quản	
129	Đánh giá mạch	
130	Đánh giá nhịp thở	
131	Đánh giá huyết áp	
132	Kỹ thuật cho người bệnh ăn qua đường miệng	
133	Kỹ thuật cho ăn qua ống thông dạ dày bằng bơm tay	
134	Kỹ thuật đo chiều cao, cân nặng	
135	Kỹ thuật đo vòng bụng	
136	Kỹ thuật đo vòng cánh tay	
137	Kỹ thuật lấy máu tĩnh mạch (một lần chọc kim qua da)	
138	Kỹ thuật lấy nước tiểu thường quy	
139	Kỹ thuật lấy nước tiểu 24h	
140	Kỹ thuật lấy nước tiểu ở người bệnh có đặt dẫn lưu nước tiểu	
141	Kỹ thuật lấy phân xét nghiệm	
142	Kỹ thuật lấy máu tĩnh mạch bẹn	
143	Kỹ thuật chăm sóc ống thông tiểu lưu	
144	Kỹ thuật thở oxy mask túi	
145	Kỹ thuật thở oxy mask không túi	
146	Hút dịch dạ dày	
147	Kỹ thuật đánh giá đau cho người bệnh	

148	Kỹ thuật đánh giá, phân cấp chăm sóc cho người bệnh	
149	Đo thân nhiệt bằng nhiệt kế	
150	Theo dõi và chăm sóc người bệnh sóc phân vệ 72 giờ đầu	
151	Kỹ thuật chăm sóc dẫn lưu	
152	Kỹ thuật thực hiện bôi thuốc ngoài da	
153	Kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc	
154	Kỹ thuật bơm thuốc qua ống thông mũi - dạ dày	
155	Kỹ thuật truyền thuốc qua máy bơm tiêm điện	
156	Kỹ thuật sưởi ấm cơ thể bằng nhiệt	
157	Rút ống mở khí quản	
158	Kỹ thuật bơm, kiểm tra áp lực bóng chèn NKQ/MKQ	
159	Kỹ thuật vệ sinh răng miệng cho người bệnh	
160	Đánh giá, nhận định người bệnh	
161	Tiêm bắp	
162	Truyền tĩnh mạch	
163	Truyền tĩnh mạch qua máy	
164	Tiêm trong da	
165	Tiêm dưới da	
166	Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật	
167	Kỹ thuật tiêm tĩnh mạch	
168	Kỹ thuật tiêm tĩnh mạch qua công tiêm thuốc	
169	Kỹ thuật lấy đờm tác động bằng vỗ rung	
170	Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm nhiều nòng	
171	Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm một nòng	
172	Hút đờm qua ống nội khí quản/canuyn khí quản bằng ống thông một lần ở người bệnh thở máy	
173	Hút đờm qua ống nội khí quản/canuyn khí quản bằng ống thông một lần ở người bệnh không thở máy	
174	Ghi điện tim cấp cứu tại giường	
175	Cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp nâng cao	
176	Mở khí quản cấp cứu	
177	Thở máy bằng xâm nhập	

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC DỊCH NÃO TỦY THẮT LƯNG

Quyết định 3154/QĐ-BYT ngày 21/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Thần kinh".

I. Đại cương

Chọc dò dịch não tủy là thủ thuật đưa kim vào khoang dưới nhện vùng thắt lưng để lấy dịch não tủy (CSF) nhằm chẩn đoán, đo áp lực hoặc điều trị.

II. Chỉ định

- Chẩn đoán các bệnh lý thần kinh trung ương: viêm màng não (vi khuẩn, virus, lao...), xuất huyết dưới nhện, viêm não, bệnh lý demyelinating, ung thư di căn màng não...
- Đo áp lực dịch não tủy.
- Tiêm thuốc (kháng sinh, hóa trị, corticoid...) hoặc chất cản quang (ít gặp).

III. Chống chỉ định

- **Tuyệt đối:** Tăng áp lực nội sọ nghi ngờ (dấu hiệu tụt não, giãn đồng tử, rối loạn ý thức nặng, dấu hiệu thần kinh khu trú) → cần chụp CT/MRI não trước.
- Nhiễm trùng tại chỗ chọc.
- Rối loạn đông máu nặng (tiểu cầu $<50.000/\text{mm}^3$, INR >1.5 , dùng thuốc chống đông không kiểm soát).
- **Tương đối:** Béo phì nặng, thoái hóa cột sống nặng (có thể dùng hướng dẫn siêu âm hoặc huỳnh quang).

IV. Chuẩn bị

1. **Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa Thần kinh hoặc được đào tạo (thường 1 bác sĩ chính + trợ thủ).
2. **Người bệnh:**
 - Giải thích, lấy đồng thuận (ký cam kết nếu tỉnh táo).
 - Kiểm tra đông máu, CT/MRI não nếu có chống chỉ định nghi ngờ.
 - Tư thế: Nằm nghiêng (tư thế bào thai: co gối sát bụng, cầm sát ngực, lưng quay sát thành giường) hoặc ngồi cúi gập (ít dùng hơn).
3. **Dụng cụ:**
 - Bộ chọc dò vô trùng (kim Quincke hoặc kim atraumatic 20-22G dài 9-10 cm).
 - Găng tay, khẩu trang, mũ, áo choàng vô trùng.
 - Dung dịch sát trùng (Betadine hoặc cồn iod 10%).

- Lidocain 1-2% gây tê.
- Ống nghiệm vô trùng (3-4 ống), ống đo áp lực Manometer (nếu đo áp lực).
- Gạc, băng ép.

V. Các bước thực hiện kỹ thuật (theo Quyết định 3154/QĐ-BYT)

1. **Vô trùng:** Rửa tay, mặc đồ vô trùng, sát trùng rộng vùng thắt lưng (L3-S1), trải khăn lố vô trùng.
2. **Xác định vị trí:**
 - Đường nối hai mào chậu sau trên cắt ngang cột sống → thường mức L4.
 - Chọn khoảng gian **L3-L4** hoặc **L4-L5** (dưới mức tận cùng tủy sống ở người lớn ≈ L1-L2).
 - Đường chọc: Đường giữa (nối các mỏm gai) hoặc đường bên nếu cần (tránh vô hiệu hóa dây chằng).
3. **Gây tê:** Tiêm Lidocain từng lớp (da → mô dưới da → dây chằng).
4. **Chọc kim:**
 - Giữ kim vuông góc da hoặc hơi chéch lên đầu (góc 10-15°), mũi kim chéch hướng lên đầu.
 - Đâm chậm theo đường giữa, hướng về phía rốn.
 - Cảm giác "pop" khi qua dây chằng vàng và màng cứng → rút nòng kim → dịch chảy ra (thường trong, không màu).
5. **Đo áp lực** (nếu chỉ định): Nối ống đo, đo ở tư thế nằm nghiêng (bình thường: 80-180 mmH₂O; trẻ em thấp hơn).
6. **Lấy dịch:** Thu 5-10-15 ml vào các ống vô trùng (thường chia: ống 1 tế bào + sinh hóa, ống 2 vi sinh/cấy, ống 3 dự phòng...).
7. **Kết thúc:** Rút kim chậm, ép gạc 5-10 phút, băng ép. Không khâu.

VI. Sau thủ thuật

- Nằm **ngiêng sấp hoặc đầu thấp** 2-4 giờ (giảm nguy cơ đau đầu sau chọc do rò dịch).
- Uống nhiều nước, theo dõi 24-48 giờ: đau đầu, buồn nôn, sốt, dấu hiệu thần kinh mới, nhiễm trùng vết chọc.
- Biến chứng thường gặp: Đau đầu sau chọc (10-30%, giảm bằng nằm nghỉ + caffeine), tụt não (hiếm nếu tuân thủ chống chỉ định), nhiễm trùng (rất hiếm nếu vô trùng tốt).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐIỆN TIM THƯỜNG

Quyết định 3983/QĐ-BYT năm 2014 (và các cập nhật sau như Quyết định 3675/QĐ-BYT năm 2025 về hướng dẫn quy trình kỹ thuật tuần hoàn).

Đại cương

Điện tâm đồ là phương pháp ghi lại hoạt động điện học của tim qua các điện cực đặt trên da, giúp chẩn đoán rối loạn nhịp, phì đại tim, nhồi máu cơ tim, thiếu máu cục bộ, rối loạn điện giải...

Chỉ định chính

- Đau ngực, khó thở nghi tim mạch.
- Rối loạn nhịp tim, chóng mặt, ngất.
- Theo dõi bệnh tim mạch, khám sức khỏe định kỳ.
- Trước phẫu thuật, theo dõi điều trị...

Chống chỉ định

Không có chống chỉ định tuyệt đối (là kỹ thuật không xâm lấn, an toàn).

Chuẩn bị

Dụng cụ:

- Máy điện tim (đã kiểm tra, có hệ thống chống nhiễu tốt).
- Điện cực và dây dẫn (thường 10 điện cực cho 12 chuyển đạo).
- Gel dẫn điện (hoặc nước muối sinh lý 0,9%).
- Gòn tắm cồn, khăn giấy.
- Giường nằm phẳng.

Người bệnh:

- Nằm nghỉ yên tĩnh ít nhất 5–10 phút trước khi đo (tránh gắng sức, hút thuốc, uống cà phê ngay trước).
- Giải thích rõ quy trình để bệnh nhân hợp tác, giảm lo lắng (tránh nhiễu do run cơ).
- Cởi áo, để trần ngực; tháo đồ trang sức kim loại, đồng hồ...

Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. **Đặt bệnh nhân:** Nằm ngửa, thư giãn, tay chân duỗi thoải mái, thở đều.
2. **Chuẩn bị da:** Lau sạch da bằng cồn ở các vị trí đặt điện cực để loại bỏ dầu, mồ hôi (giảm trở kháng).
3. **Bôi gel dẫn điện:** Bôi một lớp mỏng gel lên da hoặc trực tiếp lên điện cực.
4. **Gắn điện cực theo chuẩn 12 chuyển đạo:**
 - **6 chuyển đạo chi (ngoại biên):**
 - RA (Right Arm): Cánh tay phải.

- LA (Left Arm): Cánh tay trái.
- RL (Right Leg): Chân phải (thường là đất).
- LL (Left Leg): Chân trái.
- **6 chuyển đạo ngực (trước tim):**
 - V1: Liên sườn 4, cạnh phải xương ức.
 - V2: Liên sườn 4, cạnh trái xương ức.
 - V3: Giữa V2 và V4.
 - V4: Liên sườn 5, đường giữa đòn trái.
 - V5: Liên sườn 5, đường nách trước trái.
 - V6: Liên sườn 5, đường nách giữa trái.

5. Kiểm tra máy:

- Kết nối dây, kiểm tra tín hiệu.
- Thử test chuẩn (calibration): Phóng điện 1 mV → biên độ phải đúng 10 mm (1 mV = 10 mm).

6. Ghi điện tim:

- Tốc độ giấy chuẩn: **25 mm/s**.
- Độ nhạy: **10 mm/mV**.
- Ghi đủ 12 chuyển đạo (thường ghi đoạn dài ở nhịp II để đánh giá nhịp).
- Có thể ghi thêm tốc độ khác (50 mm/s) nếu cần xem rõ sóng nhỏ hoặc rối loạn nhịp.

7. Kết thúc:

- Tháo điện cực, lau sạch gel.
- In kết quả, đọc và ký (bác sĩ chuyên khoa).
- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo quy định Bộ Y tế.

Một số lưu ý quan trọng

- Tránh nhiễu: Không đo gần thiết bị điện, máy tính, đèn huỳnh quang; bệnh nhân nằm yên, không nói chuyện.
- Nếu bệnh nhân run, lạnh → có thể gây nhiễu sóng cơ (artifact).
- Kết quả cần được bác sĩ tim mạch đọc và phân tích (không chỉ dựa vào máy tự đọc).
- Tai biến: Rất hiếm (chỉ dị ứng gel hoặc kích ứng da nhẹ).

QUY TRÌNH NGHIỆM PHÁP ATROPIN

Quyết định 3983/QĐ-BYT ngày 03/10/2014), và tiếp tục được duy trì trong các cập nhật mới nhất như **Quyết định 3675/QĐ-BYT ngày 28/11/2025** về "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tuần hoàn

Nghiệm pháp Atropin là kỹ thuật tiêm Atropin tĩnh mạch để đánh giá ảnh hưởng của hệ thần kinh phó giao cảm lên nút xoang và dẫn truyền nhĩ thất, chủ yếu dùng chẩn đoán **hội chứng suy nút xoang** (sick sinus syndrome), block xoang nhĩ, hoặc rối loạn chức năng nút nhĩ thất.

• **I. Đại cương**

- Nghiệm pháp Atropin đánh giá đáp ứng nhịp tim sau khi ức chế phó giao cảm (block muscarinic), giúp phân biệt nguyên nhân nhịp chậm do tăng trương lực phó giao cảm hay do tổn thương thực thể nút xoang/dẫn truyền.

• **II. Chỉ định**

- Thăm dò chức năng nút xoang (ngghi ngờ suy nút xoang, ngừng xoang, block xoang nhĩ).
- Thăm dò chức năng nút nhĩ thất (block nhĩ thất do tăng trương lực phó giao cảm).
- Hỗ trợ chẩn đoán hội chứng suy nút xoang (kết hợp Holter ECG, thăm dò điện sinh lý nếu cần).

• **III. Chống chỉ định**

- **Tuyệt đối:** Dị ứng với Atropin.
- **Glocom góc hẹp.**
- **Chống chỉ định tương đối:** Tần số tim nghỉ > 90 nhịp/phút (có thể không cần thiết hoặc nguy cơ nhịp nhanh quá mức).
- Các trường hợp glaucoma, phì đại tuyến tiền liệt nặng, bí tiểu, nhược cơ...

• **IV. Chuẩn bị**

• **Người thực hiện:**

- 01 Bác sĩ chuyên khoa Nội Tim mạch (chịu trách nhiệm chính).
- 01 Kỹ thuật viên/Điều dưỡng nội khoa hỗ trợ.

• **Phương tiện:**

- Atropin sunfat 1 mg (ống tiêm).
- Bơm tiêm dùng một lần (5ml, 10ml).
- Máy ghi điện tâm đồ (ECG) liên tục hoặc Holter nếu cần.
- Thiết bị cấp cứu: Adrenalin, Dopamin, máy tạo nhịp tạm thời (nếu cần), bình oxy...

- Giường theo dõi, monitor theo dõi tim mạch, huyết áp.
- **Người bệnh:**
- Giải thích rõ quy trình, ký cam kết (nếu cần).
- Nghỉ ngơi yên tĩnh 10–15 phút trước.
- Kiểm tra huyết áp, nhịp tim cơ bản.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch (thường tĩnh mạch hiển).
- **V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn theo Bộ Y tế)**
- **Đặt bệnh nhân:** Nằm ngửa, thư giãn, monitor liên tục ECG, huyết áp, SpO₂.
- **Ghi ECG cơ bản:** Ghi điện tim trước tiêm (baseline).
- **Tiêm Atropin:**
- Liều chuẩn: **1 mg Atropin sunfat** (hoặc 0,02 mg/kg) pha loãng nếu cần.
- Tiêm chậm **tĩnh mạch** trong **2 phút** (tránh tiêm nhanh gây nhịp nhanh quá mức hoặc rối loạn nhịp).
- **Theo dõi và ghi ECG:**
- Ghi ECG liên tục trong khi tiêm.
- Ghi ngay sau tiêm, và sau tiêm: 2 phút, 5 phút, 10 phút, 15 phút, 20 phút, 25 phút, **30 phút**.
- Theo dõi lâm sàng: Nhịp tim, huyết áp, triệu chứng (khô miệng, giãn đồng tử, đỏ da...).
- **Kết thúc:**
- Theo dõi thêm 30–60 phút sau nghiệm pháp.
- Tháo đường truyền nếu ổn định.
- Hoàn thiện hồ sơ bệnh án theo quy định Bộ Y tế (ghi chép liều lượng, thời gian, đáp ứng, ký tên bác sĩ).
- **VI. Đánh giá kết quả (theo hướng dẫn Bộ Y tế và áp dụng phổ biến)**
- **Dương tính** (bình thường): Nhịp tim tăng ≥ 90 nhịp/phút (hoặc đạt công thức: tăng đến $\geq 118 - 0,57 \times \text{tuổi}$).
- **Âm tính** (bất thường, nghi suy nút xoang):
- Nhịp tim tăng < 90 nhịp/phút.
- Hoặc tăng $< 20\%$ so với baseline.
- Hoặc không tăng đáng kể sau 30 phút.
- Theo dõi thêm: Xuất hiện block nhĩ thất mới, ngừng xoang kéo dài \rightarrow dương tính bệnh lý.
- **VII. Lưu ý quan trọng**

- Tiêm chậm để tránh biến chứng (nhịp nhanh thất, rung thất hiếm gặp).
- Chuẩn bị sẵn cấp cứu nếu nhịp chậm nặng hoặc block AV tăng.
- Không dùng ở bệnh nhân ghép tim (có thể gây block hoàn toàn).
- Kết quả cần bác sĩ tim mạch đọc và kết hợp lâm sàng (không chỉ dựa máy).
- Tai biến hiếm: Nhịp nhanh xoang quá mức, rối loạn nhịp, dị ứng.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHỌC DÒ DỊCH MÀNG PHỔI

Quyết định số 1981/QĐ-BYT ngày 05/6/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế, ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Hô hấp”.

I. Đại cương

Chọc dò dịch màng phổi là kỹ thuật sử dụng kim nhỏ chọc hút dịch từ khoang màng phổi để lấy mẫu xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch (thấm hay tiết, nhiễm trùng, ung thư...).

II. Chỉ định

- Tràn dịch màng phổi mới phát hiện hoặc chưa rõ nguyên nhân (hội chứng 3 giảm: giảm rì rào phế nang, gõ đục, giảm rung thanh).
- X-quang ngực có hình ảnh tràn dịch.
- Chẩn đoán phân biệt tràn dịch thấm/tiết, tràn mủ, tràn máu, lao màng phổi...

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối nếu tuân thủ vô trùng và định vị tốt.
- Tương đối: Rối loạn đông máu nặng (tiểu cầu <50.000 , INR >1.5), nhiễm trùng da tại chỗ chọc, người bệnh không hợp tác, tràn dịch rất ít (<1 cm lớp dịch trên siêu âm).

IV. Chuẩn bị

1. **Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp hoặc được đào tạo (thường 1 bác sĩ + trợ thủ).
2. **Người bệnh:**
 - Giải thích, lấy đồng thuận (ký cam kết nếu cần).
 - Khám lâm sàng, đo huyết áp, mạch, SpO₂.
 - Tiêm Atropin 1/4 mg dưới da 15 phút trước (giảm phản xạ phế vị).
 - Tư thế: Ngồi cúi ngực (tốt nhất), tay chống lên bàn hoặc gối; nếu nặng thì nằm đầu cao 45-60° nghiêng sang bên lành.
3. **Dụng cụ:**
 - Kim chọc dò chuyên biệt (có van 3 chiều hoặc lắp cao su + kìm Kocher để hút kín).
 - Bơm tiêm 5-10 ml (gây tê), 20-50 ml (hút dịch).
 - Ống nghiệm vô trùng (cho xét nghiệm: sinh hóa, tế bào, vi sinh, cấy...).
 - Lidocain 1-2% gây tê.
 - Găng tay, khẩu trang, mũ, áo choàng vô trùng.

- Dung dịch sát trùng (cồn iod 1-1.5% + cồn 70°).
- Săng lổ vô trùng, gạc.

V. Các bước thực hiện kỹ thuật (theo Quyết định 1981/QĐ-BYT)

1. **Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:** Xem chỉ định, khám lại (gõ đục, giảm rì rào), xác định vị trí bằng siêu âm nếu có (khuyến cáo để an toàn).
2. **Xác định vị trí chọc:**
 - Thường ở **khoang liên sườn 8-9 đường nách sau** (hoặc đường nách giữa nếu dịch nhiều).
 - Sát bờ trên xương sườn (tránh bó mạch thần kinh liên sườn).
 - Dùng siêu âm định vị nếu dịch ít, vách hóa hoặc nghi ngờ khu trú.
3. **Vô trùng:** Sát trùng rộng vùng chọc (2 lần cồn iod, 1 lần cồn 70°), trải săng lổ.
4. **Gây tê:** Tiêm Lidocain từng lớp (da → dưới da → cơ → màng phổi thành). Khi hút được dịch là kim đã vào khoang, bơm nốt thuốc tê rồi rút kim gây tê.
5. **Chọc kim và hút dịch:**
 - Đâm kim vuông góc thành ngực hoặc hơi chệch lên, sát bờ trên xương sườn.
 - Khi vào khoang (cảm giác giảm sức cản), nối bơm tiêm hoặc hệ thống hút kín.
 - Hút chậm dịch (thường 20-50 ml cho chẩn đoán, không hút quá nhiều để tránh tụt phổi).
 - Thu thập dịch vào ống nghiệm vô trùng.
6. **Kết thúc:** Rút kim chậm, ép gạc vô trùng vị trí chọc 5-10 phút, băng ép. Không khâu.

VI. Sau thủ thuật

- Theo dõi 1-2 giờ: huyết áp, nhịp thở, SpO₂, dấu hiệu tràn khí màng phổi (đau ngực đột ngột, khó thở).
- Nằm nghỉ, chụp X-quang kiểm tra nếu nghi biến chứng.
- Biến chứng: Tràn khí màng phổi (hiếm nếu chọc đúng), tụt phổi, chảy máu, nhiễm trùng (rất hiếm nếu vô trùng tốt).

QUY TRÌNH CHỌC HÚT KHÍ MÀNG PHỔI

Quyết định 3375/QĐ-BYT ngày 29/10/2025 ban hành “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Hô hấp)

I. Đại cương

Chọc hút khí màng phổi là thủ thuật đưa kim/catheter vào khoang màng phổi để hút khí, giúp tái lập áp lực âm, phổi nở lại. Thường dùng trong cấp cứu, có thể tạm thời hoặc chuyển dẫn lưu nếu khí tái tích tụ.

II. Chỉ định

- Tràn khí màng phổi áp lực (tension pneumothorax): cấp cứu khẩn cấp.
- Tràn khí màng phổi tự nhiên tiên phát (primary spontaneous pneumothorax) lượng vừa/nhiều gây khó thở.
- Tràn khí màng phổi thứ phát hoặc do chấn thương (thường ưu tiên dẫn lưu).

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối (là cấp cứu cứu mạng).
- Tương đối: Rối loạn đông máu nặng (cân nhắc lợi ích-nguy cơ), nhiễm trùng da tại vị trí chọc (chọn vị trí khác), tràn khí thứ phát không áp lực (ưu tiên dẫn lưu).

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện:

- 01 Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp/Hội sức cấp cứu đã thành thạo.
- 01-02 Điều dưỡng hỗ trợ.

Phương tiện:

- Kim chọc hút khí màng phổi (luồn catheter 16-18G, ưu tiên catheter chuyên biệt tránh mũi vát nhọn gây vỡ bóng khí).
- Bơm tiêm 5ml (thăm dò), 50-100ml (hút khí); chạc ba (3-way stopcock); dây dẫn.
- Lidocain 2% gây tê, kim 25G, bơm 5ml.
- Dung dịch sát trùng (cồn iod, cồn 70°), găng/mũ/áo/khẩu trang/toan vô trùng.
- Monitor theo dõi SpO₂, HA, nhịp tim; bình oxy.
- Bộ mở màng phổi dẫn lưu (nếu cần chuyển sang hút liên tục).
- X-quang ngực mới (xác định bên và mức độ).

Người bệnh:

- Giải thích rõ, ký cam kết đồng ý thủ thuật.
- Đo dấu hiệu sinh tồn (mạch, HA, nhịp thở, SpO₂).

- Tư thế: Ngồi tựa lưng (tốt nhất) hoặc nằm Fowler (nửa ngồi).

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Xác định vị trí:

- Dựa lâm sàng (giảm rì rào phế nang, gõ trong một bên), X-quang (tràn khí bên phải/trái).
- Vị trí ưu tiên: Khoang liên sườn **II hoặc III** đường giữa xương đòn (cho tràn khí áp lực, dễ tiếp cận nhanh).
- Hoặc khoang liên sườn **IV-V** đường nách giữa (an toàn hơn cho hút lớn).

2. Sát trùng và gây tê:

- Sát trùng rộng vùng chọc (cồn iod 2 lần, cồn 70°).
- Trải sẵn lỗ vô trùng.
- Gây tê Lidocain 2% từng lớp: da → cơ → khoang màng phổi (kim nhỏ 25G).

3. Chọc kim:

- Lắp kim vào bơm 5ml, đâm thẳng góc da, sát **bờ trên** xương sườn dưới (tránh bó mạch-thần kinh liên sườn).
- Vừa đâm vừa hút chân không: Khi vào khoang màng phổi (lực hút giảm đột ngột, bệnh nhân ho do kích thích màng phổi), rút nòng kim, luồn vỏ catheter sâu hơn.
- Lắp chạc ba + dây dẫn vào catheter.

4. Hút khí:

- Hút bằng bơm tiêm 50-100ml (qua chạc ba), hút chậm đến khi không ra khí thêm (ngừng nếu gặp kháng lực hoặc bệnh nhân ho mạnh).
- Đóng chạc ba, cố định catheter bằng chỉ/gạc.
- Nếu khí nhiều/tái tích tụ: Chuyển sang máy hút liên tục (áp lực -20 cmH₂O) hoặc mở dẫn lưu màng phổi.

5. Kết thúc:

- Rút kim/catheter nhanh, ép chặt chỗ chọc bằng gạc vô trùng, dán kín.
- Theo dõi 6-8 giờ: dấu hiệu sinh tồn, SpO₂, lâm sàng.
- Chụp X-quang kiểm tra lại (xác nhận hết khí, loại trừ tràn khí dưới da hoặc tái phát).
- Hoàn thiện hồ sơ: ghi liều Lidocain, lượng khí hút, đáp ứng, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Ưu tiên catheter luồn để giảm nguy cơ tổn thương nhu mô phổi.

- Không hút quá nhanh để tránh phù phổi tái nở (hiếm).
- Theo dõi biến chứng: Tràn khí dưới da, chảy máu (chọc trúng bó liên sườn), nhiễm trùng, đau ngực, suy hô hấp.
- Nếu tràn khí áp lực nặng: Chọc khẩn cấp ngay (needle decompression) trước khi X-quang.
- Kết quả: Bệnh nhân đỡ khó thở, SpO2 tăng; nếu tái phát → chuyển dẫn lưu hoặc phẫu thuật nội soi.
- Tai biến hiếm nếu vô trùng và kỹ thuật đúng: Chảy máu, nhiễm trùng, tràn khí dưới da.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT DẪN LƯU KHOANG MÀNG PHỔI BẰNG MÁY HÚT ÁP LỰC ÂM LIÊN TỤC

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt ống dẫn lưu (thường cỡ 28-36Fr, silicon) vào khoang màng phổi, nối với hệ thống hút áp lực âm liên tục (máy hút hoặc bình dẫn lưu một chiều) để hút khí/dịch/máu/mủ ra ngoài, đảm bảo 4 nguyên tắc: kín – vô khuẩn – một chiều – hút liên tục.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tràn khí màng phổi (TKMP) lượng nhiều/tái phát/áp lực (tension pneumothorax).
- Tràn dịch màng phổi lượng nhiều (dịch, máu, mủ) gây chèn ép.
- Tràn máu màng phổi (hemothorax) sau chấn thương/phẫu thuật.
- Mủ màng phổi (empyema) cần dẫn lưu + rửa.
- Sau phẫu thuật lồng ngực (thường quy).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối trong cấp cứu.
- Thận trọng: Rối loạn đông máu nặng, nhiễm trùng da vị trí đặt, người bệnh không hợp tác.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Người bệnh:** Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý (nếu không cấp cứu). Tư thế: Ngồi hoặc nằm ngửa đầu cao 30-45° (Fowler). X-quang/CT ngực, siêu âm tại giường để xác định vị trí.
2. **Dụng cụ:** Ống dẫn lưu (28-36Fr), trocar hoặc kẹp Pank, panh, kéo, kim khâu, chỉ khâu, băng vô trùng, gạc, betadin/cồn, máy hút áp lực âm (hoặc bình dẫn lưu một chiều), monitor theo dõi.
3. **Thuốc:** Lidocain 2% gây tê, atropin nếu cần, thuốc cấp cứu (adrenalin, corticoid).
4. **Người thực hiện:** Bác sĩ ngoại lồng ngực/hô hấp, điều dưỡng hỗ trợ.
5. **Hồ sơ bệnh án :** Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của người bệnh hoặc gia đình người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật
6. **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (THƯỜNG DÙNG KỸ THUẬT MỞ TỐI THIỂU BẰNG TROCAR HOẶC CẮT DA NHỎ)

1. Xác định vị trí:

- Dẫn lưu khí: Khoang liên sườn 2-4 đường giữa đòn hoặc "tam giác an toàn" (giữa cơ ngực lớn, lưng rộng, khoang 5).
 - Dẫn lưu dịch/máu/mủ: Khoang 4-5-6 đường nách giữa/sau (đưa đầu ống xuống đáy nếu dịch, lên đỉnh nếu khí). Ưu tiên siêu âm hướng dẫn.
2. Sát trùng rộng vùng (betadin + cồn 70%), trải sạch vô trùng.
 3. Gây tê cục bộ từng lớp (da → cơ → màng phổi).
 4. Mở da nhỏ (1-2cm), dùng trocar hoặc kẹp Pank chọc vào khoang màng phổi (cảm giác "sụt", hút thử khí/dịch).
 5. Đưa ống dẫn lưu vào (đầu ống hướng lên đỉnh phổi nếu khí, xuống đáy nếu dịch/máu). Kiểm tra: khí/dịch ra bình.
 6. Nối ống với hệ thống hút: Máy hút áp lực âm **-15 đến -20 cmH₂O** (tăng dần nếu cần, tránh > -30 cmH₂O để ngừa phù phổi tái nở). Kiểm tra dao động cột nước theo nhịp thở (dấu hiệu ống thông).
 7. Cố định ống: Khâu chỉ chữ U quanh lỗ (để khâu lỗ khi rút), băng cố định.
 8. Chụp X-quang kiểm tra vị trí ống và phổi nở.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi liên tục: Mạch, HA, SpO₂, lượng dịch/khí ra (ghi theo giờ), dao động cột nước, dấu hiệu đau ngực/khó thở.
- Chăm sóc ống: Giữ bình dẫn lưu thấp hơn bệnh nhân, tránh gấp khúc, thay bình khi đầy, vô trùng vị trí khâu.
- Rút ống khi: Dịch <50ml/24h và trong (dịch), không khí hết + phổi nở hoàn toàn (khí), X-quang xác nhận. Rút dưới hút liên tục, khâu lỗ bằng chỉ chữ, băng vết thương. Hẹn cắt chỉ sau 7 ngày.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Phù phổi tái nở:** Hút quá nhanh/mạnh → Giảm áp lực, hỗ trợ hô hấp, oxy.
- **Tràn khí dưới da/nhiễm trùng:** Kiểm tra hệ thống kín, kháng sinh.
- **Ống tắc/máu đông:** Bơm rửa NaCl 0,9%, thay ống nếu cần.
- **Đau, chảy máu:** Theo dõi, cầm máu nếu cần.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật.
- Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật.
- Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

- Bộ Y tế (1999): **Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện tập 1** (cơ sở chính, vẫn áp dụng rộng rãi).

- Quyết định 1981/QĐ-BYT (2014): Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa Hô hấp.
- Quyết định 1904/QĐ-BYT (2014): Hồi sức cấp cứu (liên quan dẫn lưu).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH LÒNG NGỰC DO CHẤN THƯƠNG GÃY XƯƠNG SƯỜN

I. ĐẠI CƯƠNG

Cố định lồng ngực nhằm:

- Ổn định mảng sườn di động (flail chest: ≥ 3 xương sườn gãy ≥ 2 vị trí, gây hô hấp đảo ngược).
- Giảm đau, cải thiện thông khí, giảm biến chứng hô hấp.
- Phương pháp: Bảo tồn (thuốc giảm đau, oxy, thở máy nếu cần) hoặc phẫu thuật (nẹp vít, khâu treo kéo).

II. CHỈ ĐỊNH

- Gãy xương sườn đơn thuần: Bảo tồn (thuốc giảm đau, tập thở).
- Mảng sườn di động nặng: Khó thở, suy hô hấp, hô hấp đảo ngược, biến dạng lồng ngực.
- Gãy di lệch nhiều, tràn máu/khí màng phổi kèm theo, đau không đáp ứng thuốc.
- Phẫu thuật: Thường trong 7 ngày đầu (tốt nhất sớm), chỉ định tại bệnh viện có khoa Ngoại lồng ngực.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không ổn định huyết động (sốc mất máu nặng cần xử trí trước).
- Rối loạn đông máu nặng.
- Nhiễm trùng toàn thân.

IV. CHUẨN BỊ

- Khám lâm sàng: Đau ngực, khó thở, hô hấp đảo ngược, tiếng lạo xạo xương.
- Hình ảnh: X-quang ngực, CT lồng ngực (xác định vị trí gãy, di lệch, mảng sườn).
- Xét nghiệm: Công thức máu, đông máu, khí máu động mạch.
- Tư thế: Nằm ngửa, thở oxy, giảm đau (morphine/fentanyl IV, phong bế liên sườn nếu cần).
- Dụng cụ: Nẹp titan (RibFix Blu hoặc tương đương), vít, dụng cụ phẫu thuật lồng ngực, máy C-arm nếu cần.
- Hồ sơ bệnh án : Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của người bệnh hoặc gia đình người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật
- Thời gian thực hiện kỹ thuật: Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH (PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH BẰNG NẸP VÍT - PHƯƠNG PHÁP PHỔ BIẾN HIỆN NAY)

1. Gây mê nội khí quản, theo dõi monitor (HA, SpO₂, EtCO₂).

2. Tư thế: Nằm ngửa, tay dang ngang (hoặc nghiêng nếu cần).
3. Sát trùng rộng vùng ngực, trái sấp vô trùng.
4. Rạch da theo đường liên sườn hoặc đường nách (tùy vị trí gãy), bộc lộ ổ gãy.
5. Giảm di lệch xương: Đặt xương về vị trí giải phẫu (dùng kẹp hoặc dụng cụ).
6. Đặt nẹp titan ôm quanh xương sườn (thường 2-3 nẹp mỗi ổ gãy), bắt vít cố định (vít khóa tự động hoặc vít thông thường).
7. Kiểm tra: X-quang/C-arm xác nhận vị trí, phổi nở.
8. Đặt dẫn lưu màng phổi nếu có tràn khí/máu.
9. Đóng vết mổ lớp lớp, băng cố định.

Phương pháp khác (ít dùng hơn):

- Khâu treo kéo liên tục (cố định ngoài): Khâu chỉ thép/Perlon qua màng sườn, kéo trọng lượng 1.5-3.5kg (theo nghiên cứu Việt Đức).
- Băng dính to bản (cũ): Băng từ xương ức đến cột sống, chồng 1/3, nhưng **không khuyến cáo** hiện nay.

VI. Theo dõi sau thủ thuật

- Theo dõi ICU/Hội sức: Mạch, HA, SpO₂, lượng dịch dẫn lưu.
- Giảm đau: Thuốc IV, phong bế liên sườn.
- Tập thở: Thổi bóng, vỗ rung, khí dung từ ngày 1.
- Chụp X-quang kiểm tra: Ngày 1, 3, 7.
- Rút dẫn lưu khi dịch <50ml/24h, phổi nở.
- Tập phục hồi: Ngồi dậy sớm, vận động nhẹ.

VII. Tai biến và xử trí

- Chảy máu: Cầm máu, truyền máu.
- Nhiễm trùng: Kháng sinh, dẫn lưu.
- Xẹp phổi/viêm phổi: Thở máy, khí dung.
- Đau kéo dài: Phong bế thần kinh.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật.
- Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật.
- Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 11/QĐ-BYT 2022 (Bộ Y tế)

QUY TRÌNH KHÍ DUNG THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN

Quyết định 3375/QĐ-BYT ngày 29/10/2025), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Hô hấp” thay thế Quyết định 1981/QĐ-BYT năm 2014.

- Đây là kỹ thuật đưa thuốc giãn phế quản (như Salbutamol, Ipratropium, Berodual...) dưới dạng sương mù (hạt 1-5 micromet) vào đường thở dưới để điều trị co thắt phế quản, thường dùng trong hen phế quản, COPD, đợt cấp...

• I. Đại cương

- Khí dung thuốc giãn phế quản là phương pháp đưa thuốc vào khí phế quản dưới dạng aerosol (sương mù) để giãn cơ trơn phế quản, giảm co thắt, cải thiện thông khí.

• II. Chỉ định

- Đợt cấp hen phế quản, COPD (co thắt phế quản, khó thở).
- Sau rút nội khí quản có co thắt thanh khí quản.
- Hỗ trợ điều trị hen/COPD mạn tính khi cần liều cao hoặc bệnh nhân không dùng được bình hít.
- Theo dõi đáp ứng chức năng hô hấp (spirometry trước/sau nếu cần).

• III. Chống chỉ định

- Dị ứng với thuốc giãn phế quản (Salbutamol, Ipratropium...).
- Tương đối: Nhịp tim nhanh nặng (>120 nhịp/phút), rung thất, glaucom góc hẹp (với anticholinergic), bí tiểu (nếu dùng ipratropium).

• IV. Chuẩn bị

• Người thực hiện:

- Bác sĩ: Xem xét chỉ định, kê đơn thuốc (liều lượng).
- Điều dưỡng: Thực hiện kỹ thuật, theo dõi bệnh nhân.

• Phương tiện:

- Máy khí dung (jet nebulizer hoặc siêu âm, đã kiểm tra sạch sẽ).
- Mặt nạ khí dung hoặc ống ngậm phù hợp (người lớn/trẻ em).
- Thuốc giãn phế quản theo y lệnh (ví dụ: Salbutamol 2.5-5mg, Berodual 1-2ml, pha loãng với NaCl 0.9% đến 4-5ml).
- Nước muối sinh lý vô trùng 0.9%.
- Bơm tiêm, ống nghiệm, găng tay sạch.
- Monitor SpO₂, nhịp tim, huyết áp.

• Người bệnh:

- Giải thích rõ quy trình, lợi ích, lưu ý (có thể run tay, nhịp tim nhanh tạm thời).

- Tư thế ngồi thoải mái, lưng thẳng (tốt nhất), hoặc nửa nằm nếu nặng.
- Rửa tay sạch trước khi chuẩn bị.
- **V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)**
- **Kiểm tra hồ sơ và người bệnh:**
 - Xác nhận chỉ định, thuốc, liều lượng.
 - Đo dấu hiệu sinh tồn cơ bản (nhịp tim, SpO2, huyết áp).
 - Kiểm tra người bệnh ở tư thế thoải mái, không ăn uống ngay trước.
- **Chuẩn bị thuốc và máy:**
 - Rửa tay sát khuẩn.
 - Đổ thuốc giãn phế quản + NaCl 0.9% vào bầu chứa (tổng thể tích thường 4-5ml).
 - Lắp mặt nạ/ống ngậm vào máy.
 - Bật máy khí dung, kiểm tra hơi thuốc phun đều (không rò rỉ).
- **Thực hiện khí dung:**
 - Đeo mặt nạ/ống ngậm cho người bệnh (mặt nạ che kín miệng-mũi).
 - Hướng dẫn thở: Thở chậm, sâu, đều (hít vào bằng miệng nếu ống ngậm, thở ra bình thường).
 - Thời gian: 10-20 phút (đến khi hết thuốc hoặc máy ngừng phun).
 - Quan sát liên tục: Nhịp tim, SpO2, triệu chứng (run, hồi hộp, khó thở tăng...).
 - Nếu dùng liên tục (đợt cấp nặng): Có thể lặp lại mỗi 20-60 phút theo y lệnh.
- **Kết thúc:**
 - Tắt máy, tháo mặt nạ.
 - Lau sạch mặt, súc miệng nếu cần (tránh thuốc còn dư).
 - Theo dõi 15-30 phút sau: Đo lại SpO2, nhịp tim, lâm sàng (đỡ khó thở?).
 - Vệ sinh máy: Rửa bầu chứa, mặt nạ bằng nước sạch + xà phòng, để khô (hoặc khử trùng theo quy định bệnh viện).
 - Hoàn thiện hồ sơ: Ghi thời gian, liều thuốc, đáp ứng, ký tên.
- **VI. Lưu ý quan trọng**
 - Thời gian mỗi lần: 10-20 phút (không quá 20 phút để tránh thuốc lắng đọng).
 - Liều phổ biến: Salbutamol 2.5-5mg/lần (đợt cấp: 5mg mỗi 20 phút x 3 lần đầu); Berodual 1-2ml pha NaCl.
 - Theo dõi biến chứng: Nhịp tim nhanh (>20% baseline), run cơ, hạ kali máu (hiếm), dị ứng.

- Ưu tiên bình hít định liều + buồng đệm nếu bệnh nhân hợp tác (ít nguy cơ lây nhiễm hơn khí dung, theo GINA và hướng dẫn COVID).
- Trong đại dịch: Tránh khí dung nếu có nguy cơ lây nhiễm cao, thay bằng bình hít.
- Kết quả: Đánh giá đáp ứng bằng lâm sàng (giảm khó thở, SpO2 tăng) hoặc spirometry (FEV1 tăng >12-15%).
- Tai biến hiếm: Nếu nhịp tim >140 hoặc khó thở tăng → ngừng ngay, báo bác sĩ.

QUY TRÌNH HÚT ĐỜM HẦU HỌNG

Quyết định 3375/QĐ-BYT ngày 29/10/2025), thay thế Quyết định 1981/QĐ-BYT năm 2014. **“Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Hô hấp”**

Kỹ thuật nhằm loại bỏ đờm dãi, dịch tiết ứ đọng ở hầu họng để khai thông đường thở trên, phòng ngừa hít sặc, suy hô hấp (đặc biệt ở bệnh nhân hôn mê, liệt hầu họng, sau đột quy, suy giảm tri giác...).

I. Đại cương

Hút đờm hầu họng là thủ thuật sử dụng ống thông hút (catheter) kết nối máy hút chân không để loại bỏ dịch tiết ở vùng hầu họng và mũi họng, không xâm lấn sâu vào khí quản.

II. Chỉ định

- Ứ đọng đờm dãi nhiều ở hầu họng gây khó thở, tiếng ran ẩm, nguy cơ hít sặc.
- Bệnh nhân không tự khạc đờm (liệt hầu họng, hôn mê, sau tai biến mạch máu não, liệt cơ hô hấp...).
- Trước/sau thủ thuật (đặt nội khí quản, nội soi...).
- Hỗ trợ trong cấp cứu hô hấp.

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối (là kỹ thuật cơ bản, an toàn nếu đúng).
- Tương đối: Chảy máu mũi nặng, rối loạn đông máu nặng (cân nhắc lợi ích-nguy cơ), niêm mạc mũi họng tổn thương nặng.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Điều dưỡng/Bác sĩ được đào tạo (thường điều dưỡng thực hiện dưới chỉ định bác sĩ).

Phương tiện:

- Máy hút chân không (áp lực hút: 80-120 mmHg cho người lớn; 60-80 mmHg cho trẻ em).
- Ống thông hút vô khuẩn (FG 10-14 cho người lớn; nhỏ hơn cho trẻ em; có cửa sổ điều khiển).
- Nước muối sinh lý 0.9% (rửa ống nếu cần).
- Găng tay vô trùng, khẩu trang, kính bảo hộ.
- Gạc sạch, khay đựng đờm.
- Bình oxy nếu cần hỗ trợ hô hấp.
- Monitor theo dõi SpO₂, nhịp tim nếu bệnh nhân nặng.

Người bệnh:

- Giải thích quy trình (nếu tinh táo).
- Tư thế: Nằm ngửa, đầu hơi ngửa (hoặc Fowler nếu khó thở).
- Đo dấu hiệu sinh tồn cơ bản (SpO₂, nhịp tim, hô hấp).

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Kiểm tra và chuẩn bị:

- Rửa tay sát khuẩn, đeo găng vô trùng.
- Kiểm tra máy hút, áp lực hút phù hợp.
- Mở túi ống thông vô khuẩn, nối với ống hút của máy (không bật hút liên tục).

2. Thực hiện hút:

- Mở cửa sổ van hút (hoặc bấm nút điều khiển) để kiểm tra.
- Nhẹ nhàng đưa ống thông vào lỗ mũi (hoặc miệng nếu cần): Độ sâu khoảng từ cánh mũi đến dái tai (khoảng 15-20 cm ở người lớn).
- Khi ống vào hầu họng (cảm giác kháng cự nhẹ hoặc bệnh nhân ho/giật), **đóng cửa sổ van** (bắt đầu hút).
- Kéo ống ra từ từ, xoay nhẹ (hút xoay vòng) trong khi rút, mỗi lần hút **không quá 10-15 giây**.
- Nếu cần hút tiếp: Rút ống ra, cho bệnh nhân thở oxy/hồi phục 1-2 phút, rồi lặp lại (tổng thời gian hút không quá 5 phút/lần).
- Có thể hút qua miệng nếu đờm nhiều ở miệng họng (dùng ống thông lớn hơn).
- Rửa ống bằng NaCl 0.9% nếu tắc.

3. Kết thúc:

- Rút ống nhanh khi hết đờm (nghe tiếng ran giảm, bệnh nhân dễ thở hơn).
- Tắt máy hút, tháo ống, xử lý rác thải y tế đúng quy định.
- Lau sạch mũi/miệng bằng gạc ẩm.
- Theo dõi ngay: SpO₂, nhịp tim, hô hấp (15-30 phút).
- Vệ sinh máy hút, ống thông (khử trùng theo quy định bệnh viện).
- Ghi chép hồ sơ: Lượng đờm, màu sắc, đặc điểm, đáp ứng, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Kỹ thuật nhẹ nhàng, tránh tổn thương niêm mạc (đưa ống khi không hút, chỉ hút khi rút).
- Không hút quá lâu để tránh giảm oxy máu (hypoxia), kích thích phản xạ phế vị (nhịp chậm, tụt HA).

- Nếu bệnh nhân ho mạnh hoặc khó chịu: Ngừng ngay, cho thở oxy.
- Theo dõi biến chứng: Chảy máu mũi, co thắt thanh quản, hạ oxy máu, nhiễm trùng (hiếm nếu vô trùng).
- Ưu tiên hút qua mũi (ít kích thích hơn miệng).
- Kết hợp các biện pháp khác: Vỗ rung lồng ngực, thay đổi tư thế nếu nằm ở phổi.
- Trong COVID hoặc bệnh truyền nhiễm: Sử dụng PPE đầy đủ, hút kín để giảm aerosol.

QUY TRÌNH BÓP BÓNG AMBU

Quyết định 3375/QĐ-BYT ngày 29/10/2025 “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Hô hấp theo chuẩn của Bộ Y tế thay thế các hướng dẫn cũ (như Quyết định 1981/QĐ-BYT 2014

Kỹ thuật nhằm cung cấp oxy và thông khí cho bệnh nhân ngừng thở, suy hô hấp nặng, hoặc trong hồi sinh tim phổi (CPR).

I. Đại cương

Bóp bóng Ambu là phương pháp thông khí nhân tạo không xâm lấn, sử dụng bóng tự bơm (Ambu bag) gắn mặt nạ để đẩy khí (oxy giàu) vào phổi, giúp duy trì oxy hóa máu và thông khí tạm thời.

II. Chỉ định

- Ngừng thở (apnea) hoặc suy hô hấp nặng (SpO₂ thấp, thở ngáp, khó thở nặng).
- Ngừng tuần hoàn (trong CPR, phổi hợp ép tim).
- Suy hô hấp cấp không đáp ứng oxy liệu pháp thông thường.
- Trước/sau đặt nội khí quản hoặc hỗ trợ tạm thời.

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối (là cấp cứu cứu mạng).
- Tương đối: Dị ứng latex (nếu bóng có latex), tổn thương mặt nặng (chọn mặt nạ phù hợp), nôn ói nhiều (nguy cơ hít sặc).

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ/Điều dưỡng được đào tạo cấp cứu (thường 2 người: 1 giữ mặt nạ + nâng hàm, 1 bóp bóng; nếu 1 người thì kỹ thuật E-C clamp).

Phương tiện:

- Bóng Ambu tự bơm (người lớn: 1-1.5L; trẻ em/nhũ nhi: kích cỡ phù hợp).
- Mặt nạ kích cỡ phù hợp (che kín miệng-mũi, không rò).
- Dây dẫn oxy (lưu lượng 8-15 L/phút, ưu tiên 10-15 L để đạt FiO₂ gần 100%).
- Nguồn oxy trung tâm hoặc bình oxy.
- Dụng cụ hỗ trợ: Ống thông hút đờm, móc họng, gạc lau miệng/mũi, monitor SpO₂, HA, nhịp tim.
- Thuốc cấp cứu nếu cần (Adrenalin, Atropin...).

Người bệnh:

- Nằm ngửa, đầu ngửa (sniffing position: uốn cổ, nâng cằm để mở đường thở).

- Lau sạch miệng-mũi, móc dị vật nếu có.
- Đo dấu hiệu sinh tồn cơ bản.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Kiểm tra và lắp ráp thiết bị:

- Kiểm tra bóng Ambu: Bóp thử để đảm bảo phòng xếp tốt, van một chiều hoạt động.
- Nối mặt nạ vào bóng, nối dây oxy vào cổng oxy của bóng.
- Điều chỉnh oxy 8-15 L/phút (thường 10-15 L/phút để đạt FiO₂ cao).

2. Đặt tư thế và cố định mặt nạ:

- Tư thế: Nằm ngửa, đầu ngửa, nâng hàm (jaw thrust) hoặc nâng cằm (head tilt-chin lift) để mở đường thở.
- Đặt mặt nạ: Che kín miệng và mũi (đỉnh mặt nạ úp vào sống mũi, đáy úp vào cằm).
- **Kỹ thuật giữ mặt nạ (2 người tốt nhất):**
 - Người giữ mặt nạ: Sử dụng 2 tay (kỹ thuật E-C clamp): Ngón cái và ngón trỏ tạo hình chữ C ép mặt nạ vào mặt; ngón 3,4,5 nâng hàm/cằm để mở đường thở.
 - Người bóp bóng: Bóp bóng bằng 1 hoặc 2 tay.
- **Nếu 1 người:** Tay trái giữ mặt nạ (ngón 3,4,5 nâng cằm, các ngón khác cố định mặt nạ); tay phải bóp bóng.

3. Bóp bóng:

- Bóp đều đặn, nhẹ nhàng (tránh bóp mạnh gây barotrauma).
- Thể tích: 6-8 mL/kg (người lớn khoảng 500-600 mL/lần) → quan sát lồng ngực nở vừa phải.
- Tốc độ: Người lớn 10-12 nhịp/phút (trong CPR: 30 ép tim : 2 thở); trẻ em 20-30 nhịp/phút.
- Thời gian bóp: 1 giây/lần (thở vào 1 giây, thở ra thụ động).
- Theo dõi: Lồng ngực nở, nghe ran phổi hai bên, SpO₂ tăng, không phồng dạ dày (nếu phồng → điều chỉnh nâng hàm tốt hơn).

4. Kết thúc và theo dõi:

- Tiếp tục đến khi bệnh nhân tự thở hoặc đặt nội khí quản/thông khí cơ học.
- Theo dõi liên tục: SpO₂, nhịp tim, huyết áp, màu da, lồng ngực.
- Nếu nôn: Ngừng bóp, hút đờm, đặt bệnh nhân nằm nghiêng.

- Vệ sinh thiết bị: Khử trùng bóng và mặt nạ theo quy định (thường dùng một lần hoặc khử trùng cao cấp).
- Ghi chép hồ sơ: Thời gian, tần số bóp, đáp ứng, lượng oxy, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Ưu tiên 2 người thực hiện để đảm bảo kín khí và mở đường thở tốt.
- Tránh bóp quá mạnh/quá nhanh → gây chấn thương phổi, tràn khí dạ dày, hít sặc.
- Nếu khó bóp (kháng lực cao): Kiểm tra tắc đường thở, nâng hàm tốt hơn, hoặc chuyển đặt nội khí quản.
- Trong CPR: Phối hợp ép tim 30:2 (người lớn), không ngừng ép tim quá 10 giây.
- Biến chứng: Hạ oxy máu (nếu không kín), barotrauma, hít sặc, phồng dạ dày → theo dõi chặt.
- Trong trẻ em/sơ sinh: Thể tích nhỏ hơn, tần số cao hơn, dùng bóng kích cỡ phù hợp.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN MỘT NÒNG

Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30/5/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế, ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu và Chống độc”.

I. Đại cương

Đặt nội khí quản là đưa ống nội khí quản (thường qua miệng) vào khí quản để thông khí nhân tạo, bảo vệ đường thở khỏi sặc, hút đờm, hoặc hỗ trợ thở máy.

II. Chỉ định

- Ngừng thở hoặc suy hô hấp nặng (SpO_2 giảm, $PaCO_2$ tăng cao).
- Bảo vệ đường thở (hôn mê, nguy cơ sặc, chấn thương nặng).
- Hỗ trợ hô hấp trong cấp cứu, gây mê, hoặc ICU.
- Hút đờm hiệu quả khi bệnh nhân không tự ho.

III. Chống chỉ định

- **Tuyệt đối:** Không có (trong cấp cứu, ưu tiên cứu sống).
- **Tương đối:** Chấn thương nặng hàm mặt/thanh quản (cân nhắc đường mũi hoặc mở khí quản), rối loạn đông máu nặng (nếu không cấp cứu), dự đoán đặt khó (Mallampati IV, khoảng cách cằm-giáp nhỏ...).

IV. Chuẩn bị

1. **Người thực hiện:** Bác sĩ hồi sức cấp cứu hoặc được đào tạo (thường 1 bác sĩ chính + 1-2 trợ thủ/điều dưỡng).
2. **Người bệnh:**
 - Đánh giá đường thở khó (LEMON: Look externally, Evaluate 3-3-2 rule, Mallampati, Obstruction, Neck mobility).
 - Cung cấp oxy trước (pre-oxygenation): Thở oxy 100% 3-5 phút hoặc 8 nhịp thở sâu.
 - Lấy bỏ răng giả, đặt nằm ngửa, đầu ngửa (sniffing position: gối dưới vai nếu cần).
 - Lập đường truyền tĩnh mạch, theo dõi SpO_2 , HA, ECG.
3. **Dụng cụ:**
 - Đèn soi thanh quản (lưỡi cong Macintosh hoặc thẳng Miller).
 - Ống nội khí quản một nòng (cỡ 7.0-8.0 mm nữ, 8.0-9.0 mm nam; có bóng chèn).
 - Que dẫn đường (stylet), bơm tiêm bơm bóng, dụng cụ ngăn cản.

- Bóng Ambu + mặt nạ, máy hút đờm, oxy, thuốc cấp cứu (Adrenalin, Atropin, thuốc tê họng nếu tỉnh).
- Thuốc gây mê/giãn cơ nếu RSI (Rapid Sequence Intubation): Succinylcholine, Rocuronium, Etomidate/Ketamine...

V. Các bước thực hiện kỹ thuật (theo Quyết định 1904/QĐ-BYT và hướng dẫn hồi sức)

1. **Pre-oxygenation:** Thở oxy 100% để dự trữ oxy.
2. **Tư thế:** Nằm ngửa, đầu ngửa tối đa (sniffing position) để thẳng trục miệng-hầu-khí quản.
3. **Gây mê/giãn cơ** (nếu RSI): Tiêm thuốc (ví dụ: Ketamine + Succinylcholine), chờ 45-60 giây.
4. **Mở miệng:** Tay phải mở miệng (ngón cái dưới cằm, ngón trỏ đẩy môi dưới).
5. **Đưa đèn soi** (tay trái): Đưa lưỡi đèn vào miệng bên phải, gạt lưỡi sang trái, nâng lên (không tì răng), bộc lộ nắp thanh môn → thanh môn → hai dây thanh.
6. **Đưa ống** (tay phải): Đưa ống nội khí quản (có que dẫn) qua giữa hai dây thanh, bóng chèn vượt qua dây thanh khoảng 2 cm (độ sâu: 21-23 cm ở người lớn nam, 19-21 cm nữ; hoặc gấp 3 lần cỡ ống ở trẻ em).
7. **Bơm bóng chèn:** Bơm 5-10 ml không khí (đủ để không rò khí khi bóp bóng).
8. **Rút que dẫn và đèn soi:** Rút que dẫn, rút đèn soi nhẹ nhàng.
9. **Xác nhận vị trí:**
 - Quan sát lồng ngực lên xuống đối xứng.
 - Nghe phế trường hai bên (âm phế bào rõ, không ran ở dạ dày).
 - Capnography (EtCO₂ waveform) là tiêu chuẩn vàng.
 - Không nghe âm ở dạ dày.
10. **Cố định ống:** Dùng băng/dây cố định sát mép răng, đặt dụng cụ ngăn cản.
11. **Kết nối thở máy/bóp bóng:** Tiếp tục thông khí, theo dõi.

VI. Sau thủ thuật

- Theo dõi liên tục: SpO₂, EtCO₂, HA, ý thức.
- Chụp X-quang ngực kiểm tra vị trí (đầu ống ở giữa xương đòn, cách carina 3-5 cm).
- Hút đờm định kỳ, chăm sóc miệng, phòng loét áp lực.
- Biến chứng thường gặp: Đặt sai vị trí (dạ dày, phế quản chính), chấn thương thanh quản, tụt oxy, tăng áp lực nội sọ (nếu chấn thương sọ não), nhiễm trùng.

QUY TRÌNH ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN HAI NÒNG

Quyết định 3375/QĐ-BYT ngày 29/10/2025), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Hô hấp” theo chuẩn của Bộ Y tế

Đây là kỹ thuật phức tạp hơn đặt một nòng, yêu cầu bác sĩ gây mê/hồi sức thành thạo, thường kết hợp đèn soi thanh quản + nội soi phế quản ống mềm (fiberoptic bronchoscopy) để xác nhận vị trí chính xác.

I. Đại cương

Đặt ống nội khí quản hai nòng (double-lumen tube - DLT) là thủ thuật đưa ống có hai lumen riêng biệt (một cho khí quản, một cho phế quản chính) và có "cựa gà" (carinal hook) để thông khí chọn lọc một phổi, cô lập phổi kia (one-lung ventilation - OLV). Ống thường dùng: Left-sided (phổi trái) phổ biến hơn vì dễ đặt, hoặc right-sided (có lỗ cho thùy trên phải).

II. Chỉ định

- Phẫu thuật lồng ngực cần thông khí một phổi (cắt thùy phổi, phẫu thuật thực quản, tim-mạch qua lồng ngực...).
- Bảo vệ phổi lành khỏi máu, mủ, dịch từ phổi bệnh (viêm phổi nặng một bên, xuất huyết phổi...).
- Làm sạch phế quản chọn lọc (rửa phế quản một bên).

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối (nếu cần thiết trong phẫu thuật).
- Tương đối: Đường thở khó dự đoán (Mallampati III-IV, cổ ngắn...), tổn thương thanh quản/hầu họng, kích thước khí quản nhỏ (không phù hợp ống DLT lớn), bệnh nhân không dung nạp OLV (bệnh phổi hai bên nặng).

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện:

- Bác sĩ gây mê/hồi sức chuyên khoa (thành thạo đặt DLT + nội soi phế quản).
- Phụ giúp (bác sĩ/điều dưỡng): 1-2 người.

Phương tiện:

- Ống DLT (left/right-sided): Nam 37-41 Fr, nữ 35-37 Fr (chọn kích cỡ phù hợp dựa trên chiều cao, CT ngực nếu có).
- Đèn soi thanh quản (lưỡi thẳng Macintosh/Miller), ưu tiên video laryngoscope.
- Nội soi phế quản ống mềm (fiberoptic bronchoscope) - tiêu chuẩn vàng xác nhận vị trí.
- Que dẫn (stylet/mandrin) uốn cong ống.

- Thuốc: An thần/giãn cơ (RSI), Lidocain xịt tê thanh quản.
- Monitor: SpO₂, ETCO₂, ECG, HA xâm lấn, monitor thông khí (peak pressure, ETCO₂ waveform).
- Máy thở (hỗ trợ OLV), nguồn oxy, bóng Ambu, bộ cấp cứu đường thở khó.

Người bệnh:

- Pre-oxygenation 100% 3-5 phút.
- Tư thế sniffing (đầu ngửa, nâng cằm).
- Lập đường truyền TM, monitor liên tục.
- Đánh giá đường thở khó (LEMON).

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn - thường dùng ống left-sided)

1. Pre-oxygenation và gây mê:

- Thở oxy 100% qua mặt nạ.
- Gây mê RSI (rapid sequence induction): Thuốc an thần + giãn cơ (không ấn Sellick nếu khó).
- Hút sạch miệng họng nếu cần.

2. Đặt đèn soi:

- Dùng lưỡi đèn thẳng (Macintosh size 3-4) hoặc video laryngoscope.
- Bộc lộ thanh môn rõ (tầm nhìn tốt hơn với lưỡi thẳng).

3. Đưa ống DLT:

- Bôi trơn ống, uốn cong hình chữ C với mandrin.
- Tay phải đưa ống (cựa gà hướng về sau) qua lỗ thanh môn.
- Khi đầu ống + cựa gà qua dây thanh âm: Rút mandrin một phần, xoay ống 90° (ngược kim đồng hồ cho left-sided để vào phế quản trái; cùng chiều cho right-sided).
- Đẩy nhẹ đến khi cựa gà tỳ vào carina (cảm giác vướng nhẹ).

4. Bơm bóng chèn:

- Bơm cuff khí quản: 5-10 ml không khí.
- Bơm cuff phế quản: Không quá 5 ml (áp lực thấp để tránh tổn thương).

5. Xác nhận vị trí (bắt buộc):

- **Nội soi phế quản ống mềm** (tiêu chuẩn vàng):
 - Qua lumen khí quản: Xem carina, cựa gà tỳ đúng vị trí.
 - Qua lumen phế quản: Xem phế quản chính (trái/phải), không tắc lỗ thùy.

- Lâm sàng: Thông khí từng bên (clamp một lumen, nghe ran phổi hai bên riêng biệt).
- ETCO₂ waveform, SpO₂ ổn định.
- Nếu sai vị trí: Rút/xoay điều chỉnh, nội soi lại.

6. Cố định và kết thúc:

- Cố định ống bằng dây/băng.
- Nội máy thở (chế độ OLV nếu cần).
- Theo dõi liên tục: Peak pressure, ETCO₂, SpO₂, huyết áp.
- Chụp X-quang ngực kiểm tra nếu cần.

VI. Lưu ý quan trọng

- Thời gian đặt: Nhanh chóng, nếu thất bại >30 giây → oxy lại, thử lại hoặc chuyển một nòng.
- Biến chứng: Đặt sai vị trí (phế quản sai bên), tổn thương thanh quản, tắc lumen, hạ oxy máu trong OLV (shunt tăng), barotrauma.
- Ưu tiên nội soi phế quản để xác nhận (giảm sai sót 50-70%).
- Sau đặt: Chăm sóc đường thở (hút đờm chọn lọc), theo dõi viêm phổi liên quan thở máy (VAP).
- Tai biến hiếm nếu đúng kỹ thuật: Chảy máu, thủng phế quản, suy hô hấp.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN BẰNG ĐÈN CAMERA

Quyết định 3375/QĐ-BYT, 3376/QĐ-BYT năm 2025 về Hội sức cấp cứu và chống độc, theo chuẩn của Bộ Y tế

I. Đại cương

Đặt nội khí quản bằng video laryngoscope sử dụng lưỡi đèn có camera tích hợp và màn hình hiển thị hình ảnh thanh quản thời gian thực, giúp quan sát tốt hơn ở đường thở khó (Mallampati III-IV, hạn chế ngửa cổ, béo phì...).

II. Chỉ định

- Đường thở khó dự đoán (LEMON score cao).
- Cấp cứu suy hô hấp nặng, ngừng thở, bảo vệ đường thở.
- Thay thế đèn soi thông thường khi thất bại lần đầu.
- Bệnh nhân chấn thương cột sống cổ (giữ cổ trung tính).

III. Chống chỉ định

- Tương tự đặt nội khí quản thông thường (không tuyệt đối trong cấp cứu).
- Không có chống chỉ định riêng cho video laryngoscope.

IV. Chuẩn bị

1. **Người thực hiện:** Bác sĩ hồi sức cấp cứu/gây mê có kinh nghiệm (thường 1 bác sĩ chính + trợ thủ).

2. **Người bệnh:**

- Pre-oxygenation: Thở oxy 100% 3-5 phút (hoặc 8 nhịp thở sâu).
- Tư thế: Sniffing position (đầu ngửa, gối dưới vai nếu cần), nhưng có thể trung tính nếu chấn thương cổ.
- Đánh giá đường thở khó (LEMON: Look, Evaluate 3-3-2, Mallampati, Obstruction, Neck mobility).
- Lập đường truyền TM, monitor SpO₂, EtCO₂, HA, ECG.

3. **Dụng cụ:**

- Video laryngoscope (GlideScope, McGrath, C-MAC...): Kiểm tra màn hình, pin, đèn/camera hoạt động.
- Ống nội khí quản một nòng (7.0-8.5 mm), que dẫn đường (stylet cong kiểu "hockey stick" phù hợp với góc lưỡi đèn).
- Thuốc RSI: Ketamine/Etomidate + Succinylcholine/Rocuronium.
- Bóng Ambu, mặt nạ, máy hút, dụng cụ thay thế (bougie, LMA, cricothyrotomy kit).

V. Các bước thực hiện kỹ thuật (theo thực hành chuẩn Việt Nam)

1. **Pre-oxygenation và RSI:** Thở oxy cao lưu lượng, tiêm thuốc gây mê + giãn cơ (chờ 45-60 giây).
2. **Tư thế và mở miệng:** Nằm ngửa, đầu trung tính hoặc sniffing nhẹ. Tay trợ thủ giữ cổ nếu cần ổn định.
3. **Bật video laryngoscope:** Kiểm tra màn hình rõ nét.
4. **Đưa lưỡi đèn (tay trái):**
 - Đưa lưỡi đèn vào miệng theo đường giữa hoặc hơi lệch phải, theo đường cong lưỡi.
 - Không tì răng, gạt lưỡi sang trái.
 - Nhìn màn hình (không nhìn miệng trực tiếp): Điều chỉnh để thanh quản nằm giữa màn hình, tối ưu hình ảnh (tay phải hỗ trợ ngoài cổ nếu cần).
5. **Đưa ống nội khí quản (tay phải):**
 - Luồn ống (có stylet cong) qua giữa hai dây thanh (xem rõ trên màn hình).
 - Đẩy ống đến độ sâu chuẩn (21-23 cm nam, 19-21 cm nữ).
6. **Rút stylet:** Rút que dẫn, bơm bóng chèn 5-10 ml (kiểm tra không rò khí).
7. **Xác nhận vị trí:**
 - Quan sát lồng ngực lên xuống đối xứng.
 - Nghe phế trường hai bên, không nghe dạ dày.
 - EtCO₂ waveform (tiêu chuẩn vàng).
 - SpO₂ ổn định.
8. **Cố định:** Dùng băng/dây cố định, đặt dụng cụ ngăn cản.
9. **Kết nối thở máy:** Tiếp tục thông khí, chụp X-quang ngực kiểm tra vị trí (đầu ống cách carina 3-5 cm).

VI. Sau thủ thuật

- Theo dõi liên tục: EtCO₂, SpO₂, HA, dấu hiệu tụt oxy hoặc đặt sai.
- Hút đờm định kỳ, chăm sóc miệng, phòng VAP (viêm phổi liên quan thở máy).
- Biến chứng: Chấn thương niêm mạc (ít hơn đèn thông thường), tụt ống, tăng áp lực nội sọ (nếu RSI không đúng).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THÔNG KHÍ NHÂN TẠO KHÔNG XÂM NHẬP

Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30/5/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế, ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức – Cấp cứu và Chống độc”.

I. Đại cương

Thông khí không xâm nhập (NIV) là phương pháp hỗ trợ hô hấp bằng áp lực dương qua mặt nạ (không đặt ống nội khí quản), giúp giảm công thở, cải thiện trao đổi khí, tránh đặt nội khí quản xâm nhập.

II. Chỉ định chính

- Suy hô hấp cấp tính tăng CO₂ (COPD đợt cấp, phù phổi cấp do tim, béo phì giảm thông khí...): pH <7.35, PaCO₂ >45 mmHg, nhịp thở >25 lần/phút.
- Suy hô hấp giảm oxy máu (ARDS nhẹ, phù phổi tim...): SpO₂ <90% dù thở oxy cao lưu lượng.
- Hỗ trợ cai thở máy xâm nhập.
- Theo hướng dẫn COVID-19 cũ (nay cập nhật): NIV trong suy hô hấp do virus.

III. Chống chỉ định

- **Tuyệt đối:** Ngừng thở, hôn mê (GCS <10), nguy cơ sặc cao (nôn ói, không bảo vệ đường thở), tụt huyết áp nặng, rối loạn nhịp tim nguy kịch.
- **Tương đối:** Không hợp tác, mặt nạ không khít (râu ria, tổn thương mặt), tràn khí màng phổi chưa dẫn lưu, nôn nhiều.

IV. Chuẩn bị

1. **Người thực hiện:** Bác sĩ hồi sức cấp cứu/hô hấp có kinh nghiệm (1 bác sĩ + điều dưỡng trợ thủ).
2. **Người bệnh:**
 - Giải thích rõ ràng, lấy đồng thuận (bệnh nhân thường tỉnh táo).
 - Tư thế: Nằm đầu cao 30-45° (giảm nguy cơ trào ngược).
 - Theo dõi liên tục: SpO₂, EtCO₂ (nếu có), HA, mạch, nhịp thở, khí máu động mạch.
 - Pre-oxygenation nếu cần: Thở oxy cao lưu lượng (HFNC) trước.
3. **Dụng cụ:**
 - Máy thở chuyên dụng cho NIV (ResMed, Philips V60, Hamilton...).
 - Mặt nạ: Mặt nạ full-face (toàn mặt) ưu tiên ban đầu, hoặc oronasal; mask mũi nếu lâu dài.
 - Dây nối, bộ lọc vi khuẩn, hệ thống ẩm (humidifier).

- Thuốc: Giãn phế quản (Salbutamol), corticoid, lợi tiểu (nếu phù phổi), thuốc an thần nhẹ nếu lo âu (nếu cần).

V. Các bước thực hiện kỹ thuật (theo Quyết định 1904/QĐ-BYT và thực hành chuẩn)

1. Chọn chế độ:

- **BiPAP (S/T hoặc S)**: Thường dùng cho suy hô hấp tăng CO₂.
 - IPAP (áp lực hít vào): Bắt đầu 10-12 cmH₂O.
 - EPAP (áp lực thở ra/PEEP): 4-6 cmH₂O.
 - Tần số dự phòng (backup rate): 12-16 lần/phút.
 - FiO₂: Bắt đầu 40-60%, điều chỉnh để SpO₂ 88-92% (COPD) hoặc ≥94%.
- **CPAP**: Dùng cho phù phổi tim hoặc OSA.
 - CPAP: Bắt đầu 5-8 cmH₂O, tăng dần đến 10-12 cmH₂O.
 - FiO₂ điều chỉnh tương tự.

2. Đặt mặt nạ:

- Chọn kích cỡ phù hợp (không quá chặt gây loét, không lỏng gây rò).
- Giữ tay cố định mặt nạ 5-10 phút để bệnh nhân quen (giảm lo âu, claustrophobia).
- Cố định bằng dây đai (không quá chặt, tránh loét sống mũi).

3. Bắt đầu NIV:

- Nối máy, bật chế độ, theo dõi đồng bộ (trigger, rise time).
- Quan sát: Lồng ngực lên xuống tốt, không rò khí lớn (leak <30-40 L/phút).

4. Điều chỉnh thông số:

- Tăng IPAP 2 cmH₂O mỗi 5-10 phút nếu PaCO₂ vẫn cao hoặc nhịp thở nhanh.
- Tăng EPAP nếu hypoxemia dai dẳng.
- Kiểm tra khí máu sau 30-60 phút: Mục tiêu pH >7.30, PaCO₂ giảm ≥15-20%, SpO₂ cải thiện.

VI. Theo dõi và đánh giá

- Theo dõi sát 1-2 giờ đầu: Dấu hiệu thành công (giảm nhịp thở, cải thiện khí máu, giảm công thở).
- Dấu hiệu thất bại (chuyển đặt nội khí quản): pH <7.25 sau 1 giờ, PaCO₂ tăng, SpO₂ giảm, rối loạn ý thức, mệt lả.

- Biến chứng: Loét da mặt, khô miệng, trào ngược dạ dày, tụt huyết áp, barotrauma (hiếm).

VII. Sau thủ thuật

- Cai NIV dần: Giảm IPAP/EPAP khi ổn định, chuyển oxy thông thường hoặc HFNC.
- Chăm sóc: Vệ sinh mặt nạ, theo dõi da mặt, dinh dưỡng (nếu dùng lâu).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT ĐỜM KÍN QUA ỐNG NỘI KHÍ QUẢN HOẶC MỞ KHÍ QUẢN

Quyết định số 1904/QĐ-BYT ngày 30/5/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế, ban hành tài liệu “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức – Cấp cứu và Chống độc”. Quy trình này (thường gọi là "Hút đờm kín" hoặc "Closed tracheal suctioning") áp dụng cho bệnh nhân thở máy, nhằm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn hô hấp liên quan thở máy (VAP) so với hút mở.

I. Đại cương

Hút đờm kín là kỹ thuật sử dụng sonde hút đờm kín (closed suction system) luôn qua ống nội khí quản (NKQ) hoặc canuyn mở khí quản (MKQ) để hút sạch đờm, dịch tiết trong khí quản và ống thông, mà không ngắt kết nối với máy thở (giảm mất PEEP, giảm nguy cơ tụt oxy và nhiễm khuẩn).

II. Chỉ định

- Bệnh nhân thở máy có nhiều đờm, ran ẩm, giảm thông khí, SpO₂ giảm, tăng CO₂.
- Khai thông đường thở, phòng xẹp phổi do ứ đọng đờm.
- Lấy đờm xét nghiệm vi sinh (nếu cần).

III. Chống chỉ định/Tương đối

- Không có chống chỉ định tuyệt đối trong hồi sức.
- Tương đối: Huyết động không ổn định nặng, tăng áp lực nội sọ cao (hút ngắn, theo dõi chặt).
- Tránh hút thường quy (chỉ hút khi có chỉ định lâm sàng: ran, khó thở, giảm SpO₂...).

IV. Chuẩn bị

1. **Người thực hiện:** Điều dưỡng hoặc bác sĩ hồi sức có đào tạo (thường 1-2 người).
2. **Người bệnh:**
 - Tư thế: Nằm ngửa, đầu cao 30-45°.
 - Pre-oxygenation: Tăng FiO₂ lên 100% trong 30-60 giây trước hút (giảm nguy cơ tụt oxy).
 - Theo dõi monitor: SpO₂, HA, nhịp tim, EtCO₂.
3. **Dụng cụ:**
 - Hệ thống sonde hút đờm kín (closed suction catheter, cỡ 12-14 Fr cho người lớn).

- Máy hút: Áp lực -80 đến -120 mmHg (người lớn), -50 đến -75 mmHg (trẻ em).
- Dung dịch NaCl 0.9% (rửa sonde).
- Găng tay vô trùng, khẩu trang, kính bảo hộ.
- Bóng Ambu dự phòng nếu cần.

V. Các bước thực hiện kỹ thuật (theo Quyết định 1904/QĐ-BYT và thực hành chuẩn)

1. Giải thích và chuẩn bị:

- Giải thích cho bệnh nhân (nếu tỉnh) hoặc người nhà.
- Rửa tay, mang đồ bảo hộ.
- Kiểm tra hệ thống sonde kín đã lắp sẵn (thường gắn cố định vào ống NKQ/MKQ).

2. Pre-oxygenation: Tăng FiO₂ 100% 30-60 giây.

3. Mở van và đưa sonde:

- Tay không thuận giữ van điều khiển hút (thường ở tay cầm).
- Tay thuận cầm phần sonde vô khuẩn, luồn nhẹ nhàng vào ống NKQ/MKQ qua cổng kín (không cần ngắt máy thở).
- Đưa sâu đến khi có cảm giác vướng (chạm carina hoặc niêm mạc) → rút ra 1 cm (tránh tổn thương khí quản).

4. Hút đờm:

- Bấm van hút (áp lực liên tục hoặc ngắt quãng).
- Vừa xoay nhẹ sonde vừa rút từ từ (kỹ thuật xoay rút).
- Thời gian hút mỗi lần: Không quá 10-15 giây (tổng không quá 5 phút nếu nhiều lần).
- Nếu cần, nhỏ 2-5 ml NaCl 0.9% vào ống để làm loãng đờm → hút lại.

5. Rút sonde và kết thúc:

- Rút sonde ra hoàn toàn, rửa sạch bằng NaCl 0.9% (hút nước tráng ống).
- Khóa van kín, trở FiO₂ về mức ban đầu.
- Theo dõi ngay: SpO₂, nhịp tim, dấu hiệu tụt oxy hoặc rối loạn nhịp.

6. Xử lý dụng cụ: Rửa sonde kín bằng NaCl, để sẵn cho lần sau (hệ thống kín dùng được 24-72 giờ tùy loại).

VI. Sau thủ thuật

- Theo dõi 5-15 phút: SpO₂ ≥90-92%, không ran mới, huyết động ổn.
- Ghi chép: Lượng/màu/tính chất đờm, biến chứng (nếu có).

- Biến chứng thường gặp: Tụt oxy (giảm SpO₂), tụt HA, rối loạn nhịp tim, xuất huyết khí quản (hiêm nếu áp lực đúng), nhiễm khuẩn (thấp hơn hút mỡ).

QUY TRÌNH CHỌC THÁO DỊCH MÀNG PHỔI

Quyết định 3375/QĐ-BYT ngày 29/10/2025), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Hô hấp” theo chuẩn của Bộ Y tế

Kỹ thuật nhằm tháo dịch màng phổi lượng lớn để giảm chèn ép, cải thiện hô hấp (khác với chọc dò chẩn đoán chỉ lấy lượng nhỏ). Ưu tiên dưới hướng dẫn siêu âm để tăng an toàn, giảm biến chứng.

I. Đại cương

Chọc tháo dịch màng phổi là thủ thuật đưa catheter/kim vào khoang màng phổi để hút dịch lượng lớn (thường >500-1500 ml), giúp giảm khó thở do tràn dịch nhiều, đồng thời gửi xét nghiệm nếu cần.

II. Chỉ định

- Tràn dịch màng phổi lượng nhiều gây khó thở, suy hô hấp (dịch thấm hoặc tiết).
- Tràn dịch do lao, ung thư, viêm phổi, suy tim... tái phát nhanh hoặc gây chèn ép.
- Hỗ trợ chẩn đoán kết hợp (gửi dịch xét nghiệm).

III. Chống chỉ định

- Tuyệt đối: Rối loạn đông máu nặng (INR >1.5, tiểu cầu <50.000/mm³), nhiễm trùng da tại chỗ chọc.
- Tương đối: Tràn dịch ít (không thấy rõ trên siêu âm), người bệnh không hợp tác, suy hô hấp nặng không ổn định, nghi tràn khí kèm theo.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp/Nội khoa thành thạo + điều dưỡng hỗ trợ (ưu tiên có siêu âm).

Phương tiện:

- Kim/catheter chọc tháo dịch chuyên biệt (18-20G, có van 3 chiều hoặc catheter liền dài).
- Máy hút dịch (hoặc bơm tiêm lớn 50-100ml), hệ thống túi gom dịch kín.
- Lidocain 2% gây tê, Atropin 0.25-0.5mg (tiêm dưới da ngừa phản xạ phế vị).
- Gel siêu âm, máy siêu âm (bắt buộc khuyến cáo).
- Ống nghiệm xét nghiệm (sinh hóa, tế bào học, vi sinh, PCR lao...).
- Sát trùng: Cồn iod, cồn 70°, găng/mũ/áo/toan vô trùng.
- Monitor SpO₂, HA, nhịp tim; oxy hỗ trợ.

Người bệnh:

- Giải thích rõ, ký cam kết đồng ý thủ thuật.

- Tiêm Atropin 0.25-0.5mg dưới da trước 15 phút.
- Tư thế: Ngồi cúi ngực (tốt nhất, tay chống bàn, lưng cong); hoặc nằm đầu cao nghiêng nếu nặng.
- X-quang/Siêu âm ngực mới để xác định lượng dịch và vị trí.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Xác định vị trí:

- Siêu âm hướng dẫn (ưu tiên): Xác định điểm dịch dày nhất, tránh mạch máu/phổi, đo độ sâu.
- Lâm sàng + X-quang: Khoảng liên sườn 7-9 (thường 8-9), đường nách sau hoặc đường nách giữa, sát bờ trên xương sườn dưới.

2. Sát trùng và gây tê:

- Sát trùng rộng vùng chọc (cồn iod 2 lần, cồn 70° 1 lần).
- Trải sẵn lỗ vô trùng.
- Gây tê Lidocain từng lớp: da → cơ → màng phổi (dùng kim gây tê thăm dò, hút thử khí vào khoang).

3. Chọc kim/catheter:

- Vuông góc da, sát bờ trên xương sườn.
- Khi vào khoang (cảm giác "sụt", hút ra dịch), cố định, luồn catheter sâu hơn nếu dùng loại luồn.
- Nối hệ thống hút kín (chạc ba + dây dẫn + túi gom hoặc máy hút).

4. Tháo dịch:

- Hút chậm, liên tục (máy hút áp lực âm -20 cmH₂O hoặc bơm tiêm).
- Lượng hút: Không quá 1000-1500 ml/lần (tránh phù phổi tái nở nhanh); nếu cần nhiều hơn, chia lần hoặc theo dõi lâm sàng.
- Lấy dịch đầu tiên (30-50 ml) gửi xét nghiệm (sinh hóa: protein, LDH, glucose, pH; tế bào học; vi sinh...).
- Theo dõi chặt: Nhịp tim, HA, SpO₂, triệu chứng (đau ngực, ho, khó thở đột ngột, tụt HA).

5. Kết thúc:

- Rút catheter nhanh, ép chặt chỗ chọc bằng gạc vô trùng, dán kín.
- Chụp X-quang ngực kiểm tra sau thủ thuật (loại trừ tràn khí màng phổi, phù phổi).
- Theo dõi 1-3 giờ (dấu hiệu sinh tồn mỗi 15 phút).
- Hoàn thiện hồ sơ: Lượng dịch tháo, đặc điểm dịch, xét nghiệm gửi, biến chứng (nếu có), ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- **Siêu âm hướng dẫn** là khuyến cáo mạnh (giảm nguy cơ chọc khô, tràn khí, tổn thương tạng).
- Hút chậm để tránh phù phổi tái nở (re-expansion pulmonary edema) - triệu chứng: ho, khó thở tăng, SpO₂ giảm.
- Theo dõi biến chứng: Tràn khí màng phổi (thở khó đột ngột), chảy máu, phản xạ phế vị (nhịp chậm, tụt HA), nhiễm trùng.
- Phân loại dịch: Thấm (protein <3g/dL, LDH thấp) hay tiết (protein cao, LDH cao - tiêu chuẩn Light).
- Nêu dịch mũ/tràn máu: Có thể cần dẫn lưu mở hoặc kháng sinh.
- Tai biến hiếm nếu vô trùng, kỹ thuật đúng và siêu âm hỗ trợ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY KHẠC ĐỜM BẰNG KHÍ DUNG NƯỚC MUỐI ƯU TRƯỞNG

Quyết định 3375/QĐ-BYT ngày 29/10/2025), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Hô hấp” theo chuẩn của Bộ Y tế. Quy trình này thay thế hướng dẫn cũ (Quyết định 1981/QĐ-BYT 2014)

Kỹ thuật dùng khí dung nước muối ưu trương (NaCl 3%, 5%, 7% hoặc 10%) để làm loãng đờm, kích thích ho, giúp khạc đờm dễ dàng hơn, chủ yếu lấy mẫu đờm chất lượng cao cho xét nghiệm (vi sinh, tế bào học, PCR lao, AFB...).

I. Đại cương

Khí dung nước muối ưu trương tạo sương mù hypertonic saline vào đường hô hấp, gây kích thích niêm mạc, tăng tiết dịch và kích thích phản xạ ho, giúp lấy đờm từ đường hô hấp dưới (thay thế cho đờm tự khạc kém chất lượng).

II. Chỉ định

- Lấy mẫu đờm chẩn đoán lao phổi (AFB, GeneXpert, cấy) khi bệnh nhân không khạc được tự nhiên hoặc đờm kém chất lượng.
- Chẩn đoán nhiễm khuẩn hô hấp dưới (viêm phổi, giãn phế quản...).
- Đánh giá tế bào học đờm (ung thư phổi, eosinophil...).
- Hỗ trợ trong giãn phế quản, COPD, hen nặng có đờm đặc.

III. Chống chỉ định

- **Tuyệt đối:** Hen phế quản không kiểm soát (FEV1 <60% dự đoán), suy hô hấp nặng, tràn khí màng phổi chưa xử lý, rối loạn đông máu nặng.
- **Tương đối:** Bệnh tim mạch nặng (nhồi máu cơ tim mới, suy tim mất bù), tăng huyết áp không kiểm soát, loét dạ dày tá tràng tiến triển, dị ứng muối.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ/Điều dưỡng chuyên khoa Hô hấp được đào tạo + hỗ trợ.

Phương tiện:

- Máy khí dung (jet nebulizer hoặc siêu âm, đã kiểm tra sạch).
- Nước muối ưu trương vô trùng: NaCl 3-7% (thường 3-5% cho người lớn, 3% cho trẻ em; lọ 10ml).
- Mặt nạ khí dung hoặc ống ngậm.
- Lọ đựng đờm vô trùng (2-3 lọ, ghi đầy đủ thông tin bệnh nhân).
- Monitor SpO2, nhịp tim, huyết áp.
- Thuốc cấp cứu: Salbutamol khí dung (nếu có thắt), adrenalin nếu phản vệ.
- PPE đầy đủ (khẩu trang N95, kính, găng) vì nguy cơ lây nhiễm cao (lao...).

Người bệnh:

- Giải thích rõ quy trình, lợi ích, nguy cơ (ho mạnh, khó chịu, co thắt phế quản).
- Đo SpO₂, nhịp tim, HA cơ bản.
- Tư thế: Ngồi thẳng, thoải mái.
- Khạc đờm tự nhiên trước (nếu có) để so sánh.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Kiểm tra và chuẩn bị:

- Rửa tay sát khuẩn, đeo PPE.
- Kiểm tra máy khí dung, đổ nước muối ưu trương (thường 4-5ml, nồng độ theo y lệnh: 3-7%).
- Đo dấu hiệu sinh tồn trước.

2. Pre-medication nếu cần:

- Khí dung Salbutamol 2.5-5mg trước 10-15 phút nếu có nguy cơ co thắt (hen, COPD).

3. Thực hiện khí dung:

- Đeo mặt nạ/ống ngậm cho bệnh nhân (che kín miệng-mũi).
- Bật máy, điều chỉnh tốc độ phun đều.
- Hướng dẫn bệnh nhân thở chậm, sâu bằng miệng (hít sâu → thở ra bình thường).
- Thời gian: 5-10 phút/lần, dừng giữa chừng nếu cần (tổng 10-15 phút).
- Khuyến khích ho có điều khiển: Hít sâu, nín thở 3-5 giây, ho mạnh (huff cough hoặc ho có kiểm soát).
- Kết hợp vỗ rung lồng ngực nhẹ nếu cần để đờm di chuyển.

4. Thu thập đờm:

- Bệnh nhân khạc vào lọ vô trùng (ít nhất 2-3ml đờm chất lượng: đờm đặc, có chất nhầy).
- Nếu không khạc được: Tiếp tục khí dung thêm 5 phút, lặp lại ho.
- Dừng khi đủ mẫu (thường 2-3 mẫu) hoặc sau 15 phút.

5. Kết thúc:

- Tắt máy, tháo mặt nạ.
- Lau miệng, súc miệng nước muối sinh lý.
- Theo dõi 15-30 phút: SpO₂, nhịp tim, triệu chứng (khó thở, co thắt → khí dung giãn phế quản nếu cần).

- Vệ sinh máy: Rửa bầu chứa, mặt nạ bằng xà phòng + nước, khử trùng theo quy định.
- Gửi mẫu đờm lab ngay (tránh để lâu).
- Hoàn thiện hồ sơ: Nồng độ muối, thời gian, lượng đờm, đáp ứng, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Nguy cơ lây nhiễm cao (lao): Thực hiện phòng cách ly, PPE nghiêm ngặt, phòng thông gió tốt.
- Theo dõi cơ thất phế quản: Dừng ngay nếu SpO₂ giảm, khó thở tăng → dùng Salbutamol.
- Nồng độ: Bắt đầu 3%, tăng dần nếu cần (lên 7%) theo chỉ định.
- Biến chứng: Ho mạnh gây nôn, cơ thất phế quản, hạ oxy máu, phản xạ phế vị (hiếm).
- Không dùng ở trẻ nhỏ <6 tuổi hoặc không hợp tác (có thể cần hút đờm thay thế).
- Kết quả: Đờm chất lượng cao hơn tự khạc, tăng độ nhạy chẩn đoán lao.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT ỐNG DẪN LƯU MÀNG PHỔI/ ỐNG DẪN LƯU Ổ ÁP XE

Quyết định 3375/QĐ-BYT ngày 29/10/2025), “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Hô hấp” theo chuẩn của Bộ Y tế.

Đây là thủ thuật lấy ống dẫn lưu ra khỏi khoang màng phổi hoặc ổ áp xe phổi sau khi đạt mục đích điều trị (hết dịch/khí, không còn áp lực, lâm sàng ổn định). Thường thực hiện dưới gây tê tại chỗ, rút nhanh để tránh tràn khí màng phổi tái phát.

I. Đại cương

Rút ống dẫn lưu màng phổi/ổ áp xe là thủ thuật loại bỏ ống dẫn lưu (chest tube hoặc catheter) khỏi khoang màng phổi hoặc ổ áp xe, kết thúc giai đoạn dẫn lưu, giúp bệnh nhân phục hồi.

II. Chỉ định

- **Dẫn lưu dịch màng phổi:** Lượng dịch <50 ml/24 giờ (hoặc <100 ml/24 giờ tùy bệnh viện), dịch trong, không sốt, X-quang phổi cải thiện.
- **Dẫn lưu khí màng phổi:** Không còn sỏi bọt khí trong bình dẫn lưu ≥ 24 giờ, khám lâm sàng ổn định, X-quang phổi hết tràn khí (sau kẹp ống kiểm tra).
- **Dẫn lưu ổ áp xe phổi:** Không còn mũ/dịch, áp xe thu nhỏ trên hình ảnh (siêu âm/CT), lâm sàng hết sốt, bạch cầu bình thường.
- Không còn mục đích điều trị (hết nhiễm trùng, không tái tích tụ).

III. Chống chỉ định

- Tuyệt đối: Tràn khí/dịch tái phát rõ (sủi bọt khí, lượng dịch nhiều, X-quang xấu).
- Tương đối: Rối loạn đông máu nặng (cân nhắc lợi ích-nguy cơ), nhiễm trùng tại chỗ chân ống, bệnh nhân không hợp tác.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Hô hấp/Hội sức cấp cứu thành thạo + điều dưỡng hỗ trợ.

Phương tiện:

- Găng tay vô trùng, khẩu trang, mũ, áo choàng, băng lốt vô trùng.
- Cồn iod 10%, cồn 70°, Lidocain 1-2% gây tê.
- Dao mổ, kéo, kẹp, chỉ khâu (khâu chỉ chờ nếu cần).
- Ống hút, gạc vô trùng, băng dán kín (Occlusive dressing).
- Máy hút áp lực âm (nếu cần hút liên tục khi rút).
- Monitor SpO₂, HA, nhịp tim; bình oxy.
- X-quang ngực mới (cùng ngày hoặc trước rút).

Người bệnh:

- Giải thích rõ, ký cam kết đồng ý thủ thuật.
- Tư thế: Ngồi (tốt nhất) hoặc nằm đầu cao 30-45°.
- Đo dấu hiệu sinh tồn cơ bản.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Xác nhận chỉ định:

- Kiểm tra lâm sàng, X-quang (không còn khí/dịch tích tụ).
- Đối với dẫn lưu khí: Kẹp ống ≥ 24 giờ, theo dõi không tái tràn khí.

2. Sát trùng và gây tê:

- Sát trùng rộng vùng chân ống (cồn iod 2 lần, cồn 70°).
- Trải sẵn lỗ vô trùng.
- Gây tê Lidocain tại chỗ quanh chân ống.

3. Chuẩn bị rút:

- Khâu chỉ chờ (nếu chưa có) quanh chân ống để khâu kín lỗ sau rút.
- Cắt chỉ khâu cố định ống.
- Kết nối ống với máy hút áp lực âm (nếu có) để hút liên tục trong lúc rút.

4. Rút ống:

- Yêu cầu bệnh nhân hít sâu, thở ra hết và **nín thở** (Valsalva maneuver) hoặc hít vào sâu rồi nín (tùy hướng dẫn).
- Phối hợp nhanh: Rút ống mạnh, nhanh, liên tục (kéo thẳng, không xoay) trong lúc bệnh nhân nín thở.
- Đồng thời hút liên tục để loại bỏ khí/dịch sót lại trong ống và khoang.
- Ép chặt chỗ rút ngay lập tức bằng gạc vô trùng.

5. Khâu kín và băng bó:

- Khâu kín lỗ da bằng chỉ (nếu cần), hoặc dùng băng dán kín khí (Occlusive dressing như Tegaderm).
- Băng ép chặt 24-48 giờ.

6. Kết thúc:

- Chụp X-quang ngực kiểm tra ngay sau rút (loại trừ tràn khí tái phát, phù phổi...).
- Theo dõi chặt 1-4 giờ: Dấu hiệu sinh tồn mỗi 15-30 phút, lâm sàng (khó thở, đau ngực, SpO₂).
- Hoàn thiện hồ sơ: Thời gian rút, lượng dịch/khí cuối, X-quang kết quả, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Rút nhanh trong lúc nín thở để tránh không khí vào khoang (giảm nguy cơ tràn khí tái phát).
- Không xoay ống khi rút (tránh tổn thương).
- Theo dõi biến chứng: Tràn khí màng phổi tái phát (thở khó đột ngột, SpO₂ giảm → chụp X-quang khẩn, có thể đặt lại ống), chảy máu, nhiễm trùng chân ống, đau ngực.
- Đối với ổ áp xe: Kiểm tra CT/siêu âm trước rút để xác nhận ổ thu nhỏ hoàn toàn.
- Tai biến hiếm nếu đúng kỹ thuật: Tràn khí dưới da, xì rò dịch sau rút.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CÁC PHẪU THUẬT RUỘT THỪA KHÁC

. Phẫu thuật mổ mở cắt ruột thừa (Open Appendectomy) – Phương pháp truyền thống

- **Chỉ định:** Viêm ruột thừa vỡ, áp xe lớn, viêm phúc mạc lan tỏa, chống chỉ định nội soi, cơ sở hạn chế thiết bị.
- **Các bước tiến hành:**
 1. Gây mê toàn thân.
 2. Rạch da 5-10 cm vùng hố chậu phải (điểm McBurney hoặc biến thể).
 3. Mở cân, cơ, phúc mạc.
 4. Bộc lộ manh tràng, kéo ruột thừa ra, cắt mạc treo, buộc/khâu vùi gốc ruột thừa.
 5. Rửa ổ bụng nếu mũ, đặt dẫn lưu nếu cần.
 6. Đóng vết mổ lớp lớp.
- **Hậu phẫu:** Nằm viện 5-7 ngày, kháng sinh dài ngày nếu viêm nặng.

Ưu tiên hiện nay: Nội soi (ít đau, sẹo nhỏ, hồi phục nhanh, tỷ lệ biến chứng thấp). Nếu nội soi thất bại (viêm nặng), chuyển mổ mở ngay.

Tài liệu tham khảo chính

- Quyết định 201/QĐ-BYT (2014): Hướng dẫn Phẫu thuật tiêu hóa và nội soi.
- Thông tư 23/2024/TT-BYT: Danh mục kỹ thuật

QUY TRÌNH ĐẶT ỚNG THÔNG DẠ DÀY

Quyết định 3805/QĐ-BYT ngày 25/09/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa" theo chuẩn của **Bộ Y tế**.

Kỹ thuật đưa ống thông (thường qua mũi, đôi khi qua miệng) vào dạ dày để nuôi dưỡng, giải áp, rửa dạ dày, hút dịch vị, hoặc lấy mẫu xét nghiệm.

I. Đại cương

Đặt ống thông dạ dày là kỹ thuật đưa ống mềm (Levine hoặc Faucher) qua mũi (ưu tiên) hoặc miệng vào dạ dày, giúp cung cấp dinh dưỡng, hút dịch, rửa dạ dày...

II. Chỉ định

- Nuôi dưỡng: Hôn mê, co giật, trẻ sơ sinh đẻ non (phản xạ nuốt kém), dị dạng tiêu hóa, nguy cơ suy hô hấp khi ăn miệng.
- Giải áp dạ dày: Tắc ruột, liệt ruột, sau phẫu thuật bụng.
- Rửa dạ dày: Ngộ độc, xuất huyết tiêu hóa trên.
- Hút dịch vị xét nghiệm: Chẩn đoán xuất huyết, nhiễm khuẩn...
- Cho ăn qua ống (enteral feeding) khi không ăn miệng được.

III. Chống chỉ định

- **Tuyệt đối:** Gãy nền sọ, chấn thương mắt nặng, xuất huyết nặng vùng mũi họng, dị ứng vật liệu ống.
- **Tương đối:** Giãn tĩnh mạch thực quản nặng (nguy cơ vỡ), phẫu thuật thực quản gần đây, bệnh nhân không hợp tác (cần gây tê hoặc sedation).

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Điều dưỡng/Bác sĩ được đào tạo (thường điều dưỡng thực hiện dưới chỉ định bác sĩ).

Phương tiện:

- Ống thông dạ dày (Levine hoặc Salem sump): Cỡ 12-18 Fr (người lớn), nhỏ hơn cho trẻ em.
- Gel bôi trơn (KY jelly hoặc dầu parafin).
- Gạc sạch, khay đựng, băng cố định.
- Bình hút chân không (nếu hút), ống nối.
- Ống nghe, bơm tiêm 50ml (kiểm tra vị trí bằng bơm không khí).
- Nước muối sinh lý 0.9%, cốc nước (nếu bệnh nhân tỉnh).
- Monitor SpO₂, nhịp tim nếu bệnh nhân nặng.

Người bệnh:

- Giải thích rõ (nếu tỉnh táo), ký cam kết nếu cần.

- Tư thế: Ngồi nửa nằm nửa ngồi (Fowler 45-60° nếu tỉnh); nằm đầu thấp, mặt nghiêng trái nếu hôn mê.
- Đo độ dài ống: Từ cánh mũi → dải tai → mũi ức (khoảng 45-55 cm người lớn) hoặc từ răng → rốn.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn - đường mũi ưu tiên)

1. Kiểm tra và chuẩn bị:

- Rửa tay sát khuẩn, đeo găng sạch.
- Đo và đánh dấu độ dài ống (thêm 5-10 cm nếu cần).
- Bôi trơn đầu ống khoảng 10-15 cm.

2. Đặt ống:

- Chọn lỗ mũi rộng hơn (kiểm tra trước).
- Đưa đầu ống vào lỗ mũi, hướng về sau và xuống (song song sàn mũi).
- Đẩy nhẹ nhàng, chậm rãi (5-10 cm/lần), yêu cầu bệnh nhân nuốt nếu tỉnh (uống nước nhỏ nếu có thể).
- Khi đến họng: Khuyến khích nuốt để ống đi xuống thực quản.
- Nếu kháng cự: Rút ra một chút, xoay nhẹ, thử lại (không đẩy mạnh).
- Đến độ dài đánh dấu: Dừng.

3. Xác nhận vị trí (bắt buộc trước khi dùng):

- Bơm 20-50 ml không khí vào ống → nghe tiếng "ọc ọc" vùng thượng vị bằng ống nghe (phương pháp cổ điển).
- Hút dịch vị (nếu có): pH < 5.5 (axit dạ dày).
- Nếu nghi ngờ: Chụp X-quang ngực-bụng kiểm tra đầu ống ở dạ dày.
- Không bơm thức ăn nếu chưa xác nhận.

4. Cố định và kết thúc:

- Cố định ống bằng băng dính vào mũi/má (không kéo căng).
- Nối với bình hút nếu cần (áp lực thấp -80 đến -120 mmHg).
- Lau sạch mũi/miệng, theo dõi ngay 15-30 phút (SpO2, hô hấp, đau).
- Hoàn thiện hồ sơ: Độ dài ống, vị trí xác nhận, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Ưu tiên đường mũi (ít kích thích hơn miệng).
- Nếu bệnh nhân ho, tím tái, SpO2 giảm: Rút ngay ống (nghi ngờ vào khí quản).
- Thay ống 5-7 ngày/lần (tránh kích ứng niêm mạc).
- Theo dõi biến chứng: Sặc (hít sặc), loét niêm mạc mũi, tắc ống, trào ngược.

- Không dùng ống nếu nghi ngờ đặt sai vị trí (luôn xác nhận bằng X-quang nếu có điều kiện).
- Tai biến hiếm: Đặt vào khí quản (nguy cơ suy hô hấp), xuất huyết mũi.

QUY TRÌNH ĐẶT ỐNG THÔNG HẬU MÔN

Quyết định 3805/QĐ-BYT ngày 25/09/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa" theo chuẩn của Bộ Y tế.

I. Đại cương

Đặt ống thông hậu môn là kỹ thuật đưa ống thông mềm (thường bằng silicon hoặc nhựa) qua hậu môn vào trực tràng/đại tràng sigma để giải áp, dẫn lưu khí, phân lỏng, giảm chướng bụng.

II. Chỉ định

- Chướng bụng, đầy hơi, tăng áp lực trong ống tiêu hóa (liệt ruột, sau phẫu thuật bụng, viêm tụy cấp, tắc ruột cơ học nhẹ...).
- Tiêu chảy nhiều, phân lỏng (bệnh nhân bất động, chạy ECMO, chạy thận liên tục...).
- Hỗ trợ sau soi đại tràng (hút hơi không hết), hoặc trong hồi sức cấp cứu/chống độc.

III. Chống chỉ định

- Tuyệt đối: Thủng trực tràng, polyp/hội chứng trực tràng, xuất huyết tiêu hóa dưới nặng, lỗ dò hậu môn.
- Tương đối: Rối loạn đông máu nặng, tổn thương hậu môn (nứt kẽ, trĩ nội độ 3-4), bệnh nhân không hợp tác (cân nhắc lợi ích-nguy cơ).

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Điều dưỡng/Bác sĩ được đào tạo (thường điều dưỡng thực hiện dưới chỉ định bác sĩ).

Phương tiện:

- Ống thông hậu môn (rectal tube): Silicon mềm, cỡ 20-30 Fr (người lớn), có lỗ bên và đầu tròn.
- Gel bôi trơn (K-Y jelly hoặc dầu parafin).
- khay chữ nhật, gạc sạch, tấm nilon lót, túi dẫn lưu (nếu cần dẫn lưu liên tục).
- Găng tay sạch/vô trùng, khẩu trang.
- Bình hút chân không nếu cần hút (áp lực thấp).

Người bệnh:

- Giải thích rõ quy trình (nếu tỉnh táo), động viên hợp tác.
- Tư thế: Nằm nghiêng trái (Sims position), chân trên co vào bụng, chân dưới duỗi thẳng (tốt nhất để tiếp cận hậu môn).
- Lót nilon dưới mông.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Kiểm tra và chuẩn bị:

- Rửa tay sát khuẩn, đeo găng.
- Kết nối ống thông với túi dẫn lưu nếu cần.
- Bôi trơn đầu ống (khoảng 5-10 cm) bằng gel K-Y hoặc parafin.

2. Thực hiện đặt ống:

- Bộc lộ hậu môn, dùng tay banh nhẹ 2 bên hậu môn (ngón cái và trỏ).
- Yêu cầu bệnh nhân rặn nhẹ (nếu tỉnh) để giãn cơ thắt hậu môn.
- Tay kia cầm ống thông, đưa nhẹ nhàng qua hậu môn:
 - Hướng đầu tiên: Hậu môn → rôn (vào khoảng 2-3 cm).
 - Sau đó xoay hướng về phía cột sống (hướng hậu môn → cột sống) để theo đường cong trực tràng.
- Đẩy từ từ, sâu khoảng 10-15 cm (người lớn) hoặc đến khi khí/phân thoát ra (thường 2/3 ống).
- Không đẩy mạnh nếu kháng cự (rút ra, bôi trơn thêm, thử lại).

3. Xác nhận và cố định:

- Quan sát: Khí/phân thoát ra, chướng bụng giảm.
- Cố định ống bằng băng dính vào mông (không kéo căng).
- Nối túi dẫn lưu nếu cần (đặt thấp hơn mông để dẫn lưu tự do).

4. Kết thúc:

- Lau sạch hậu môn bằng gạc ẩm.
- Theo dõi ngay: Dấu hiệu sinh tồn, lượng khí/phân thoát, triệu chứng (đau bụng, chảy máu...).
- Theo dõi 30-60 phút, thay ống nếu tắc hoặc 24-48 giờ nếu cần duy trì.
- Hoàn thiện hồ sơ: Thời gian đặt, lượng dịch/khí, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Thực hiện nhẹ nhàng để tránh tổn thương niêm mạc trực tràng.
- Nếu bệnh nhân đau dữ dội hoặc kháng cự mạnh: Dừng ngay, báo bác sĩ (có thể cần thăm trực tràng trước).
- Theo dõi biến chứng: Chảy máu hậu môn, thủng trực tràng (hiếm), nhiễm trùng, kích ứng da.
- Rút ống: Khi hết chỉ định (chướng bụng giảm, X-quang bụng cải thiện), rút chậm trong lúc bệnh nhân rặn nhẹ.
- Tai biến hiếm nếu đúng kỹ thuật: Đau, xuất huyết nhẹ.

QUY TRÌNH THỤT THUỐC QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN

Quyết định 3805/QĐ-BYT ngày 25/09/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa" theo chuẩn của Bộ Y tế.

Đây là thủ thuật đưa thuốc (dạng lỏng, dung dịch) vào trực tràng/đại tràng qua hậu môn để điều trị tại chỗ (giảm viêm, cầm máu, nhuận tràng, giải độc, hoặc hấp thu toàn thân khi đường uống không khả thi), khác với thụt tháo làm sạch đại tràng (QT 97).

I. Đại cương

Thụt thuốc qua đường hậu môn là kỹ thuật đưa dung dịch thuốc vào đại tràng để thuốc tác dụng cục bộ (trực tràng, đại tràng sigma) hoặc hấp thu qua niêm mạc, giúp điều trị nhanh, tránh chuyển hóa gan lần đầu.

II. Chỉ định

- Bệnh não gan (thụt lactulose hoặc sorbitol để giảm ammonia).
- Viêm đại tràng (thụt thuốc chống viêm như mesalazine, hydrocortisone).
- Táo bón nặng, phân cứng (thụt dầu parafin, glycerin, hoặc Fleet enema).
- Xuất huyết tiêu hóa dưới (thụt thuốc cầm máu).
- Ngộ độc (thụt than hoạt tính hoặc dung dịch trung hòa).
- Hỗ trợ sau phẫu thuật đại tràng/trực tràng.

III. Chống chỉ định

- **Tuyệt đối:** Thủng trực tràng, polyp/hội chứng trực tràng nặng, xuất huyết tiêu hóa dưới cấp tính, dị ứng thuốc thụt.
- **Tương đối:** Rối loạn đông máu nặng, tổn thương hậu môn (nứt kẽ, trĩ độ 3-4), bệnh nhân không hợp tác.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Điều dưỡng/Bác sĩ được đào tạo (thường điều dưỡng thực hiện dưới chỉ định bác sĩ).

Phương tiện:

- Dung dịch thuốc thụt theo y lệnh (ví dụ: lactulose 100-200ml, mesalazine 1-4g pha 100ml, Fleet enema sẵn, glycerin 50-100ml...).
- Chai/bình thụt hoặc ống bơm hậu môn (Fleet hoặc tương đương).
- Ống thông hậu môn mềm (nếu cần lượng lớn) hoặc vòi bơm sẵn.
- Gel bôi trơn (K-Y jelly).

- Găng tay sạch/vô trùng, khẩu trang, mũ, tấm nylon lót, gạc sạch, giấy vệ sinh.
- Bô dẹt hoặc nhà vệ sinh gần.

Người bệnh:

- Giải thích rõ quy trình, lợi ích, cảm giác (có thể muốn đi vệ sinh ngay).
- Đi tiểu trước, không thụt lúc ăn hoặc thăm bệnh.
- Tư thế: Nằm nghiêng trái (Sims position), chân dưới duỗi, chân trên co gập vào bụng.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Chuẩn bị:

- Rửa tay sát khuẩn, đeo găng, khẩu trang.
- Lót tấm nylon dưới mông, che bình phong nếu cần.
- Kiểm tra thuốc: Liều lượng, hạn sử dụng, ấm lên 37°C nếu cần (tránh lạnh gây co thắt).

2. Thực hiện thụt:

- Bôi trơn đầu vòi/ống thông (khoảng 5-10 cm).
- Banh nhẹ hậu môn bằng tay trái (ngón cái và trỏ).
- Yêu cầu bệnh nhân rặn nhẹ để giãn cơ thắt.
- Đưa đầu vòi/ống vào hậu môn nhẹ nhàng, hướng về rốn (2-3 cm đầu), rồi xoay về phía cột sống (theo đường cong trực tràng), sâu khoảng 7-10 cm (người lớn).
- Bóp chai/ống bơm chậm, liên tục để thuốc chảy vào (không bóp mạnh gây đau).
- Nếu dùng chai Fleet: Ấn chai xuống, bỏ nắp niêm phong, bóp hết thuốc.

3. Giữ thuốc:

- Rút vòi/ống nhanh, ép chặt hậu môn bằng gạc hoặc khăn giấy.
- Yêu cầu bệnh nhân nằm nghiêng trái, giữ nguyên tư thế 5-15 phút (hoặc theo chỉ định) để thuốc ngấm (tránh đi vệ sinh ngay nếu có thể).
- Nếu thuốc nhuận tràng: Cho phép đi vệ sinh sau 5-10 phút.

4. Kết thúc:

- Lau sạch hậu môn bằng giấy/gạc ẩm.
- Theo dõi 15-30 phút: Triệu chứng (đau bụng, chảy máu, khó chịu), lượng phân/thuốc thải ra.
- Vệ sinh dụng cụ, xử lý rác thải y tế.

- Hoàn thiện hồ sơ: Thuốc dùng, lượng, thời gian, đáp ứng (đi tiêu, giảm triệu chứng), ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Thực hiện nhẹ nhàng, tránh xây xước niêm mạc (nếu đau hoặc chảy máu: rút ngay, báo bác sĩ).
- Lượng thuốc thường 50-200 ml (tùy loại: Fleet 118ml, lactulose 100-300ml).
- Giữ thuốc càng lâu càng tốt để hấp thu (đặc biệt thuốc chống viêm).
- Theo dõi biến chứng: Đau bụng dữ dội, chảy máu, thủng trực tràng (hiếm), kích ứng hậu môn.
- Không tự thụt tại nhà nếu không có chỉ định bác sĩ (nguy cơ thủng, mất cân bằng điện giải).
- Tai biến hiếm nếu đúng kỹ thuật: Phản xạ phế vị (nhịp chậm), dị ứng thuốc.

QUY TRÌNH RỬA DẠ DÀY

Quyết định 3805/QĐ-BYT ngày 25/09/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa" theo chuẩn của Bộ Y tế.

Đây là kỹ thuật đưa nước (hoặc dung dịch) vào dạ dày qua ống thông để rửa sạch thức ăn, dịch vị, chất độc, nhằm giảm hấp thu độc chất hoặc làm sạch trước phẫu thuật.

I. Đại cương

Rửa dạ dày là thủ thuật sử dụng ống thông (Faucher hoặc Levine) để bơm nước vào dạ dày và hút ra đồng thời, loại bỏ chất độc, thức ăn, máu đông...
Phương pháp phổ biến: Hệ thống phễu (siphon) hoặc hút kín.

II. Chỉ định

- Ngộ độc cấp (thuốc ngủ, thuốc trừ sâu, thực phẩm, hóa chất...).
- Xuất huyết tiêu hóa trên (rửa sạch máu đông để nội soi).
- Nôn trớ nặng không cầm (trẻ em hoặc người lớn).
- Làm sạch dạ dày trước phẫu thuật (dạ dày, thực quản).
- Hỗ trợ trong liệt ruột, tắc ruột (giảm áp lực).

III. Chống chỉ định

- **Tuyệt đối:** Thủng thực quản/dạ dày, giãn tĩnh mạch thực quản nặng (nguy cơ vỡ), hôn mê không đặt NKQ (nguy cơ hít sặc), dị ứng vật liệu ống.
- **Tương đối:** Ngộ độc xăng dầu (nguy cơ hít), thời gian ngộ độc >2-4 giờ (hiệu quả thấp), rối loạn đông máu nặng.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ/Điều dưỡng thành thạo (ưu tiên 2 người: 1 đặt ống + theo dõi, 1 bơm/hút).

Phương tiện:

- Ống Faucher (lớn, cho người lớn) hoặc Levine (nhỏ hơn, trẻ em hoặc rửa nhiều lần).
- Phễu thủy tinh + dây dẫn, hoặc hệ thống hút kín (máy hút chân không áp lực thấp).
- Nước rửa: Nước sôi để nguội pha muối (5g/lít), nước ấm 37-40°C, hoặc lạnh tùy chỉ định (ngộ độc nhiệt độ cao).
- Lượng: 5-10 lít (hoặc hơn với ngộ độc hữu cơ), chuẩn bị 10-15 lít.
- Gel bôi trơn, gạc, khay hứng nước bẩn, thùng gom dịch.
- Canun Guedel (ngăn cắn), bơm tiêm 50ml (kiểm tra vị trí).

- Monitor SpO₂, HA, nhịp tim; bình oxy.
- Thuốc: Than hoạt tính (20-40g pha sorbitol), atropin nếu cần.

Người bệnh:

- Tư thế: Nằm đầu thấp 15-30°, mặt nghiêng trái (phòng hít sặc).
- Nếu hôn mê: Đặt nội khí quản có bóng chèn trước (bắt buộc).
- Giải thích nếu tỉnh táo, ký cam kết.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn - phương pháp phẫu)

1. Đặt ống thông dạ dày:

- Đo độ dài: Cánh mũi → dải tai → mũi ức (khoảng 45-55 cm người lớn) hoặc răng → rốn.
- Bôi trơn đầu ống, đưa qua mũi (hướng xuống sàn mũi), khuyến khích nuốt nếu tỉnh.
- Xác nhận vị trí: Bơm 20-50ml không khí → nghe "ọc ọc" thượng vị; hút dịch vị pH <5.5; chụp X-quang nếu nghi ngờ.

2. Trước khi rửa:

- Hút sạch dịch dạ dày ban đầu (lưu mẫu xét nghiệm nếu cần).
- Đặt phễu cao hơn đầu bệnh nhân, đổ nước đầu tiên (300-500ml/lần).

3. Rửa dạ dày:

- Đổ nước vào phễu (300-500ml/lần), khi nước xuống gần hết (còn ít trong phễu): Hạ phễu nhanh xuống dưới mức dạ dày → dịch chảy ra theo nguyên tắc bình thông nhau.
- Lặp lại: Bơm vào → hạ phễu hút ra, mỗi lần quan sát nước rửa (màu sắc, mùi, thức ăn...).
- Rửa đến khi nước trong, không mùi, không cặn (thường 5-10 lít; ngộ độc hữu cơ: 10-15 lít, pha than hoạt tính ở lít đầu).
- Nếu dùng hút máy: Áp lực thấp (-80 đến -120 mmHg), hút liên tục.

4. Kết thúc:

- Hút hết dịch còn lại trong dạ dày.
- Bơm than hoạt tính (20-40g pha sorbitol) nếu ngộ độc (nhắc lại sau 2 giờ nếu cần).
- Rút ống nhanh, ép chặt mũi/miệng.
- Lau sạch, theo dõi 1-2 giờ (SpO₂, hô hấp, nôn...).
- Chụp X-quang kiểm tra nếu cần (loại trừ thủng).
- Hoàn thiện hồ sơ: Lượng nước rửa, đặc điểm dịch, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Luôn đặt NKQ có bóng chèn ở bệnh nhân hôn mê để tránh hít sặc.
- Rửa chậm, theo dõi SpO₂ (nguy cơ hạ oxy nếu hít).
- Với ngộ độc: Rửa sớm (<1-2 giờ hiệu quả cao), lượng lớn nếu độc chất hấp thu chậm.
- Biến chứng: Hít sặc (phổ biến nhất), thủng thực quản/dạ dày, rối loạn điện giải (nước rửa nhiều), hạ thân nhiệt.
- Tai biến hiếm nếu đúng kỹ thuật: Xuất huyết, phản xạ phế vị (nhịp chậm).

QUY TRÌNH CHỌC DÒ DỊCH Ổ BỤNG

Quyết định 3805/QĐ-BYT ngày 25/09/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa" theo chuẩn của Bộ Y tế.

Đây là kỹ thuật đưa kim qua thành bụng vào khoang phúc mạc để hút dịch làm xét nghiệm (chẩn đoán nguyên nhân cổ trướng, viêm phúc mạc, xuất huyết trong ổ bụng...). Ưu tiên siêu âm hướng dẫn nếu có để tăng an toàn.

I. Đại cương

Chọc dò dịch ổ bụng xét nghiệm là thủ thuật đưa kim (hoặc catheter) qua thành bụng vào khoang phúc mạc để hút dịch, gửi xét nghiệm (sinh hóa, tế bào học, vi sinh, cấy...). Giúp chẩn đoán cổ trướng (thấm hay tiết), viêm phúc mạc, chảy máu trong ổ bụng...

II. Chỉ định

- Cổ trướng nghi ngờ (xơ gan, ung thư, suy tim, lao phúc mạc...).
- Nghi viêm phúc mạc tiên phát/thứ phát (sau thủng tạng rỗng, nhiễm trùng huyết...).
- Nghi chảy máu trong ổ bụng (chấn thương bụng kín, vỡ thai ngoài, vỡ gan lách...).
- Chẩn đoán phân biệt dịch cổ trướng (SAAG, protein, LDH, tế bào...).
- Cấp cứu: Sốc mất máu nghi xuất huyết trong ổ bụng.

III. Chống chỉ định

- Tuyệt đối: Rối loạn đông máu nặng (INR >1.5, tiểu cầu <50.000/mm³), nhiễm trùng da tại chỗ chọc, nghi thủng tạng rỗng chưa xử lý.
- Tương đối: Không có dịch rõ trên siêu âm/X-quang, bệnh nhân không hợp tác, thai kỳ (cân nhắc vị trí), cổ trướng rất ít.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa/Ngoại/Hội sức thành thạo + điều dưỡng hỗ trợ.

Phương tiện:

- Kim chọc dò (18-20G, dài 5-8cm, có van 3 chiều hoặc catheter luồn).
- Bơm tiêm 5ml (gây tê), 20-50ml (hút dịch), chạc ba nếu cần.
- Lidocain 1-2% gây tê.
- Sát trùng: Cồn iod 10%, cồn 70°, găng/mũ/áo/toan vô trùng.
- Ống nghiệm xét nghiệm (3-4 ống: sinh hóa protein, albumin, LDH, glucose; tế bào học; vi sinh cấy, Gram, AFB...).
- Máy siêu âm (ưu tiên hướng dẫn).

- Monitor SpO₂, HA, nhịp tim.

Người bệnh:

- Giải thích rõ, ký cam kết đồng ý thủ thuật.
- Tư thế: Nằm ngửa, 2 chân co nhẹ (hoặc nửa ngồi nếu khó thở).
- Siêu âm/X-quang bụng mới để xác định dịch và vị trí.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Xác định vị trí:

- Vạch đường nối rốn với gai chậu trước trên (bên trái hoặc phải).
- Chia đường thành 3 phần, chọn điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong (thường bên trái để tránh gan).
- Gõ đục vùng bụng để xác nhận dịch.
- Siêu âm hướng dẫn (ưu tiên): Xác định dịch dày nhất, tránh mạch máu, ruột.

2. Sát trùng và gây tê:

- Sát trùng rộng vùng chọc (cồn iod 2 lần, cồn 70°).
- Trải sẵn lỗ vô trùng.
- Gây tê Lidocain từng lớp: da → cơ → phúc mạc (kim nhỏ thăm dò).

3. Chọc kim:

- Chọc kim vuông góc với thành bụng (hoặc hơi chệch xuống dưới).
- Khi vào khoang phúc mạc (cảm giác "sụt", nhẹ tay, hút ra dịch): Cố định kim sát thành bụng.
- Nếu dùng catheter: Luôn vỏ catheter sâu hơn, rút nòng kim.

4. Hút dịch:

- Hút bằng bơm tiêm 50ml (hút kín, tránh không khí vào).
- Lấy 30-50ml dịch đầu tiên vào 3-4 ống nghiệm (gửi lab ngay: sinh hóa, tế bào, vi sinh...).
- Nếu cần hút thêm (chẩn đoán): Hút 50-100ml tổng.
- Theo dõi: Nhịp tim, HA, SpO₂, triệu chứng (đau bụng, tụt HA...).

5. Kết thúc:

- Rút kim nhanh, ép chặt chỗ chọc bằng gạc vô trùng, dán kín.
- Băng ép 1-2 giờ.
- Chụp X-quang bụng kiểm tra nếu nghi thủng (hiếm).
- Theo dõi 1-2 giờ (dấu hiệu sinh tồn mỗi 15-30 phút).
- Hoàn thiện hồ sơ: Lượng dịch, đặc điểm, xét nghiệm gửi, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Ưu tiên siêu âm hướng dẫn (giảm nguy cơ chọc ruột, thủng tạng, chọc khô).
- Phân loại dịch: SAAG (serum-ascites albumin gradient) ≥ 1.1 g/dL \rightarrow thấm (xơ gan, suy tim); < 1.1 \rightarrow tiết (ung thư, lao, viêm phúc mạc).
- Theo dõi biến chứng: Chảy máu (hiếm nếu đông máu bình thường), thủng ruột (đau bụng dữ dội, sốt \rightarrow ngoại khoa khẩn), nhiễm trùng, tụt HA (phản xạ phế vị).
- Không hút quá nhiều (chỉ chọc dò xét nghiệm: 50-100ml; nếu tháo lớn \rightarrow quy trình riêng).
- Tai biến hiếm nếu vô trùng và kỹ thuật đúng.

QUY TRÌNH CHỌC THÁO DỊCH Ổ BỤNG

Quyết định 3805/QĐ-BYT ngày 25/09/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa" theo chuẩn của Bộ Y tế.

Kỹ thuật nhằm tháo dịch ổ bụng (cổ trướng) lượng lớn để giảm chèn ép, cải thiện hô hấp, giảm khó chịu (khác với chọc dò xét nghiệm chỉ lấy lượng nhỏ). Ưu tiên dưới hướng dẫn siêu âm để tăng an toàn, giảm biến chứng.

I. Đại cương

Chọc tháo dịch ổ bụng điều trị là thủ thuật đưa kim/catheter qua thành bụng vào khoang phúc mạc để hút dịch ra ngoài lượng lớn (thường 3-10 lít hoặc hơn), giúp giảm triệu chứng do cổ trướng nhiều.

II. Chỉ định

- Cổ trướng nhiều gây khó thở, khó chịu, chèn ép (xơ gan mất bù, suy tim, ung thư di căn phúc mạc...).
- Cổ trướng tái phát nhanh sau tháo trước.
- Hỗ trợ chẩn đoán kết hợp (gửi dịch xét nghiệm nếu cần).
- Cấp cứu: Sốc do chèn ép nặng.

III. Chống chỉ định

- **Tuyệt đối:** Rối loạn đông máu nặng (INR >1.5-2.0, tiểu cầu <50.000/mm³), nhiễm trùng da tại chỗ chọc, nghi thủng tạng rỗng chưa xử lý.
- **Tương đối:** Không có dịch rõ trên siêu âm, bệnh nhân không hợp tác, thai kỳ (cân nhắc vị trí), cổ trướng rất ít.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Tiêu hóa/Ngoại/Hồi sức thành thạo + điều dưỡng hỗ trợ (ưu tiên có siêu âm).

Phương tiện:

- Kim/catheter chọc tháo chuyên biệt (14-18G, dài 5-8cm, có van 3 chiều hoặc catheter luồn).
- Hệ thống hút: Ống dẫn dài 1m, chạc ba, túi gom dịch kín (hoặc bồn hứng), máy hút chân không áp lực thấp (-80 đến -120 mmHg).
- Lidocain 1-2% gây tê.
- Gel siêu âm, máy siêu âm (ưu tiên hướng dẫn).
- Sát trùng: Cồn iod 10%, cồn 70°, găng/mũ/áo/toan vô trùng.
- Monitor SpO₂, HA, nhịp tim; albumin tĩnh mạch (nếu tháo >5 lít để ngừa hội chứng sau tháo dịch).
- Ống nghiệm xét nghiệm (nếu cần gửi dịch).

Người bệnh:

- Giải thích rõ, ký cam kết đồng ý thủ thuật.
- Tư thế: Nằm ngửa, 2 chân co nhẹ (hoặc nửa ngồi nếu khó thở).
- Siêu âm/X-quang bụng mới để xác định lượng dịch và vị trí.
- Đo HA, mạch, cân nặng trước/sau (đánh giá lượng tháo).

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Xác định vị trí:

- Vạch đường nối rốn với gai chậu trước trên (bên trái hoặc phải).
- Chọn điểm nối 1/3 ngoài và 2/3 trong đường nối (thường bên trái để tránh gan).
- Gõ đục vùng bụng để xác nhận dịch.
- Siêu âm hướng dẫn (ưu tiên): Xác định dịch dày nhất, tránh mạch máu, ruột, bàng quang.

2. Sát trùng và gây tê:

- Sát trùng rộng vùng chọc (cồn iod 2 lần, cồn 70°).
- Trải sẵn lỗ vô trùng.
- Gây tê Lidocain từng lớp: da → cơ → phúc mạc (kim nhỏ thăm dò).

3. Chọc kim/catheter:

- Chọc kim vuông góc với thành bụng (hoặc hơi chéch xuống dưới).
- Khi vào khoang phúc mạc (cảm giác "sụt", hút ra dịch): Cố định kim sát thành bụng.
- Nếu dùng catheter: Luôn vỏ catheter sâu hơn, rút nòng kim.
- Nối hệ thống hút kín (chạc ba + dây dẫn + túi gom hoặc máy hút).

4. Tháo dịch:

- Hút chậm, liên tục (tốc độ 20-30 phút/lít để tránh tụt HA đột ngột).
- Lượng tháo: Không giới hạn cố định, thường 3-10 lít/lần (theo lâm sàng: giảm khó thở, bụng mềm).
- Nếu tháo >5 lít: Truyền albumin 6-8g/lít dịch tháo (tránh hội chứng sau tháo dịch: tụt HA, suy thận).
- Lấy dịch đầu tiên (30-50ml) gửi xét nghiệm nếu cần (sinh hóa, tế bào, vi sinh...).
- Theo dõi chặt: HA, nhịp tim, SpO₂, triệu chứng (đau bụng, tụt HA, chóng mặt...).

5. Kết thúc:

- Rút kim/catheter nhanh, ép chặt chỗ chọc bằng gạc vô trùng, dán kín (băng ép 1-2 giờ).
- Theo dõi 1-4 giờ (dấu hiệu sinh tồn mỗi 15-30 phút).
- Cân nặng sau tháo, đo vòng bụng.
- Hoàn thiện hồ sơ: Lượng dịch tháo, đặc điểm dịch, albumin truyền (nếu có), ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- **Siêu âm hướng dẫn** là khuyến cáo mạnh (giảm nguy cơ chọc ruột, thủng tạng, chọc khô).
- Tháo chậm để tránh tụt HA đột ngột, hội chứng sau tháo dịch (đau bụng, suy thận, phù phổi).
- Theo dõi biến chứng: Chảy máu (hiếm nếu đông máu bình thường), thủng ruột (đau bụng dữ dội, sốt → ngoại khoa khẩn), nhiễm trùng, tụt HA (phản xạ phế vị).
- Không tháo hết dịch (giữ lại một phần để tránh tái tích tụ nhanh).
- Tai biến hiếm nếu vô trùng, kỹ thuật đúng và siêu âm hỗ trợ.

KỸ THUẬT NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY – THỰC QUẢN KHÔNG SINH THIẾT

I. ĐẠI CƯƠNG

- Nội soi dạ dày là phương tiện chẩn đoán chủ yếu khi triệu chứng gợi bệnh lý đường tiêu hóa trên.
- Độ nhạy cảm và đặc hiệu của nội soi cao hơn X-quang, nhất là khi ta không có điều kiện chụp cản quang kép
- Tuy nhiên, nội soi dạ dày không phải bao giờ cũng là biện pháp tốt nhất.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Nội soi chẩn đoán:

Nội soi được chỉ định khi cần xác định bệnh lý thuộc đường tiêu hóa trên

2. Nội soi điều trị

- Xuất huyết: chích cầm máu, thắt tĩnh mạch thực quản, chích xơ hóa.
- Lấy dị vật
- Hẹp thực quản: nong, đặt thông, điều trị tắc do ung thư thực quản bằng laser.
- Cát polyp, sinh thiết, xét nghiệm tế bào.
- Các thủ thuật tại hay qua bóng Vater: cắt cơ vòng Oddi, lấy dị vật, lấy giun, dẫn lưu mật, nội soi đường mật.
- Mở dạ dày ra da qua nội soi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Chống chỉ định tuyệt đối:

- Người trưởng thành, tỉnh táo từ chối cuộc soi:
 - + Khi được giải thích về mục đích, cách tiến hành và trấn an, hầu hết sẽ chấp nhận.
 - + Sự chuẩn bị về tâm lý có giá trị tương đương với chuẩn bị bằng thuốc.
- Thủng đường tiêu hóa (dù chỉ nghi)
- Phòng giãn động mạch chủ.
- Suy tim.
- Suy hô hấp.
- Nhồi máu cơ tim mới.
- Con cao huyết áp.
- Khó thở do bất cứ nguyên nhân gì.
- Cổ trướng to, bụng chướng hơi nhiều.

- Ho nhiều.
- Gù vẹo cột sống.

2. Chống chỉ định tương đối

- Bệnh nhân quá già yếu và suy nhược.
- Bệnh nhân tâm thần không phối hợp được.
- Trong vòng 7 ngày sau khâu nối ống tiêu hóa.
- Tồn thương mới do chất ăn mòn ở đường tiêu hóa.

3. Tổng trạng kém

- Dấu sinh tồn không ổn định: huyết áp < 90/60 mmHg.
- Túi thừa Zenker lớn có thể làm đi lạc vào túi thừa gây thủng.
- Chảy máu lượng nhiều nghi do dò động mạch-tá tràng.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH NỘI SOI

A. Chuẩn bị trước khi tiến hành thủ thuật nội soi

1. Phương tiện:

Máy nội soi thực quản dạ dày ống mềm loại nhìn thẳng và các dụng cụ kèm theo máy soi: máy hút, nguồn sáng, màn hình, kim sinh thiết, ống ngậm miệng, khăn mặt v.v...

2. Các thông tin cần cung cấp cho bệnh nhân:

2.1. Hẹn bệnh nhân nội soi:

- Ăn nhẹ vào tối hôm trước và sau 20 giờ không được ăn uống.
- Không ăn uống vào sáng ngày làm nội soi.
- Không uống thuốc vào sáng ngày làm nội soi.
- Kiểm tra điện tâm đồ trước khi nội soi dạ dày – thực quản
- Không được lái xe ô tô hay xe máy trong ngày làm nội soi (nếu nội soi gây mê)

2.2. Trước khi nội soi:

- Phải chắc chắn là bệnh nhân đã nhịn đói.
- Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và mục đích nội soi.
- Tháo bỏ răng giả nếu có.
- Giải thích thủ thuật cho bệnh nhân, dặn bệnh nhân thư giãn khi soi.

3. Thuốc sử dụng trước khi soi

3.1. Tiêm thuốc chống co thắt như Buscopan hay Spasfon trước khi soi 15 phút để ức chế tiết nước bọt và dịch dạ dày.

3.2. Cho bệnh nhân uống 40 ml Gascon để loại bỏ dịch nhầy trên niêm mạc.

3.3. Gây tê tại chỗ: Nhỏ Xylocain 2% hay Lidocain 10% dạng gel vào vùng hầu bệnh nhân và dặn bệnh nhân ngậm giữ tại đó trong 3 phút, sau đó nuốt và bắt đầu nội soi.

4. Dung dịch thử urease-test

B. Tiến trình cuộc soi

1. Chuẩn bị:

- 1.1. Nối dây đất với nguồn sáng.
- 1.2. Gắn máy soi vào nguồn sáng.
- 1.3. Xem lại hồ sơ bệnh án và phim X quang nếu có.
- 1.4. Kiểm tra xem đúng bệnh nhân không.
- 1.5. Lau thị kính bằng 1 giọt dầu chuyên dụng
- 1.6. Gắn bộ phận hút vào bình nước.
- 1.7. Kiểm tra lại đường hút và bơm hơi nước.

2. Tư thế và chuẩn bị bệnh nhân:

- 2.1. Xịt xylocain 2% hay Lidocain 10% vào vùng hầu để gây tê tại chỗ.
- 2.2. Đặt bệnh nhân tư thế nằm nghiêng trái.
- 2.3. Đặt ống ngáng miệng vào giữa hai cung răng và bảo bệnh nhân ngậm chặt.
- 2.4. Cho đầu bệnh nhân cúi xuống.
- 2.5. Giữ đầu bệnh nhân trên 1 cái gối mỏng.
- 2.6. Hướng dẫn bệnh nhân nằm ở tư thế thoải mái.
- 2.7. Hướng dẫn bệnh nhân thở bụng.

3. Cách cầm giữ máy soi:

- 3.1. Giữ phần vận hành máy bằng tay trái.
- 3.2. Giữ đầu ống soi bằng tay phải.
- 3.3. Giữ đầu ống soi ở vị thế cong
- 3.4. Giữ ống soi ở tư thế nằm ngang khi đưa vào miệng bệnh nhân.

4. Đưa máy soi vào dạ dày:

- 4.1. Kiểm tra lại hướng và tầm nhìn của máy.
- 4.2. Giữ nút xoay phải và trái ở vị trí tự nhiên.
- 4.3. Bôi xylocain vào mặt sau và gần đầu ống soi.
- 4.4. Giữ ống soi ở tư thế nằm ngang với tư thế UP nhẹ.
- 4.5. Đưa ống soi vào miệng bệnh nhân.
- 4.6. Quan sát đáy lưỡi, lưỡi gà và nắp thanh môn.
- 4.7. Quan sát chỗ nối hầu-thực quản.

- 4.8. Đưa ống soi vào thực quản đồng thời bảo bệnh nhân nuốt.
- 4.9. Bơm hơi và quan sát thực quản.
- 4.10. Quan sát chỗ nối thực quản-dạ dày và tiếp đó đưa ống soi vào dạ dày.

5. Quan sát dạ dày:

- 5.1. Định hướng thân dạ dày.
- 5.2. Quan sát hình vị.
- 5.3. Quan sát thân dạ dày trên: bờ cong lớn, bờ cong nhỏ, thành trước và sau.
- 5.4. Quan sát thân dạ dày phần giữa và dưới.
- 5.5. Quan sát các góc bờ cong.
- 5.6. Quan sát hang vị.
- 5.7. Quan sát lỗ môn vị.
- 5.8. Đưa ống soi vào hành tá tràng và khảo sát phần này.
- 5.9. Tiếp tục đưa ống soi xuống D2 tá tràng.
- 5.10. Kéo ống soi ra khỏi tá tràng.
- 5.11. Thực hiện tư thế J bằng cách UP tối đa.
- 5.12. Kéo ống soi ra từ từ và quan sát thân dạ dày (bờ cong nhỏ).
- 5.13. Thực hiện tư thế U bằng cách xoay máy 180 độ
- 5.14. Kéo ống soi ra từ từ và quan sát thân dạ dày (bờ cong lớn).
- 5.15. Tiếp tục kéo ống soi ra quan sát hình vị và chỗ nối dạ dày-thực quản.
- 5.16. Trả máy lại bình thường, kéo ra đến tâm vị và quan sát.
- 5.17. Hút hơi trong dạ dày.
- 5.18. Kéo máy ra tiếp tục, để máy tự nhiên và quan sát thực quản.

6. Rửa sạch máy soi

V. BIẾN CHỨNG

1. Thủng: 50% xảy ra ở hầu, thực quản đoạn trên, xoang lê (phần lớn xảy ra với phương pháp đi mù)
2. Tim: thường nhẹ, thoáng qua như loạn nhịp tim (nhịp nhanh xoang, ngoại tâm thu, rung nhĩ)
3. Phổi:
 - Giảm oxy máu
 - Biến chứng phổi hít.
4. Nhiễm trùng:
 - Viêm phổi hít: chiếm tỷ lệ 0,07%
 - Du khuẩn huyết: chiếm tỷ lệ 3-8%

- lây truyền HBV: rất hiếm và không đáng ngại
 - lây nhiễm cho bác sỹ soi: do tiếp xúc với máu và dịch tiết
5. Kẹt máy: Ống nội soi bị kẹt nơi thoát vị hoành do kéo ra khi đang quặt ngược
 6. Chảy máu dạ dày-tá tràng: khi cắt polyp, lấy dị vật.
 7. Trật khớp hàm, nhất là đối với bệnh nhân bị trật khớp hàm mạn tính.
 8. Đưa nhầm máy soi vào khí quản.

KỸ THUẬT NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY – THỰC QUẢN CẤP CỨU

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi thực quản – dạ dày – tá tràng cấp cứu là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng trong tình trạng cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Nôn ra máu, đi ngoài phân đen
- Hóc dị vật
- Giun chui ống mật

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tình trạng huyết động không ổn định, huyết áp tâm thu < 80 mmHg mà chưa có sẵn đường truyền máu.
- Chưa có sẵn đường truyền máu.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện

- 01 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 02 điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Máy nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi.
- Nguồn sáng
- Máy hút
- Kim tiêm cầm máu qua nội soi, kẹp Clip cầm máu.
- Snare điện, nguồn đốt.
- Kim gấp dị vật hoặc rọ.
- Súng thắt vòng cao su đối với thắt giãn tĩnh mạch thực quản.
- Ống ngậm miệng.
- Nước cất để bơm rửa khi cần thiết trong quá trình nội soi.
- Chất bôi trơn đầu máy soi: K – Y.
- Thuốc gây tê vùng họng: Xylocain 2% hoặc Lidocain 10%.
- Thuốc Adrenalin 1/1000, Natriclorua 0,9% hoặc 5 %.
- Găng, gạc, bơm tiêm 20 ml.
- Hệ thống Oxy, máy Monitor theo dõi.

3. Người bệnh

- Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi. Trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa người bệnh cần phải đặt trước đường truyền tĩnh mạch.
- Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.
- Người nhà người bệnh viết cam đoan.

4. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

- Nếu người soi là người bệnh nội trú. Kiểm tra các xét nghiệm về đông, cầm máu. 2. Kiểm tra người bệnh
- Đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Người bệnh được mắc Monitor theo dõi nhịp tim, SpO₂, đo huyết áp, đặt đường truyền tĩnh mạch nếu đang có xuất huyết tiêu hóa. Người bệnh nằm nghiêng trái, chân phải co, chân trái duỗi.
- Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.
- Đặt ống ngậm miệng vào giữa hai cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.
- Đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát. Có thể dùng bơm tiêm bơm nước cất vào cho sạch chất bẩn ở những vùng cần quan sát kỹ.
- Có thể can thiệp điều trị qua nội soi như:
 - + Tiêm cầm máu tại ổ loét dạ dày – tá tràng, vết rách tâm vị.
 - + Kẹp Clip cầm máu đối với loét dạ dày, tá tràng, chảy máu điểm mạch.
 - + Thắt giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su, tiêm xơ tĩnh mạch phình vị.
 - + Cắt polyp khi polyp đang chảy máu và các xét nghiệm đông cầm máu trong giới hạn bình thường.
 - + Gấp giun đang chui lên đường mật tại papilla.
 - + Gấp dị vật như xương (hóc xương), đồng xu...
- Rút máy và tẩy uế, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định như đối với soi thực quản dạ dày, tá tràng thông thường.

VI. THEO DÕI

- Tình trạng chung của người bệnh, mạch, huyết áp.
- Tình trạng chảy máu, thủng.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Các tai biến và xử trí giống như các tai biến của nội soi dạ dày thông thường.

- Ngoài ra có các tai biến của cầm máu qua nội soi như chảy máu do cắt polyp; có thể cầm máu lại bằng nguồn đốt hoặc kẹp Clip.

KỸ THUẬT NỘI SOI THỰC QUẢN - DẠ DÀY – THỰC QUẢN CÓ DÙNG THUỐC TIỀN MÊ

I. ĐỊNH NGHĨA

Soi thực quản - dạ dày - tá tràng tiền mê là đưa ống soi dạ dày qua đường miệng vào thực quản rồi xuống dạ dày và tá tràng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị những bệnh lý của thực quản, dạ dày và tá tràng khi người bệnh trong tình trạng tiền mê.

II. CHỈ ĐỊNH

Đau thượng vị, nôn không rõ nguyên nhân, hội chứng trào ngược.

Thiếu máu, gầy sút cân.

Nôn máu, đi ngoài phân đen.

Giun chui ống mật.

Đau ngực sau khi đã kiểm tra tim mạch bình thường.

Nuốt nghẹn.

Hội chứng kém hấp thu.

Tiền sử dùng thuốc chống viêm, giảm đau.

Cắt 2/3 dạ dày sau 10 năm.

Xơ gan.

Bệnh polyp gia đình.

Bệnh Crohn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chống chỉ định tuyệt đối.

Bệnh nhược cơ.

Ứ đọng đờm, suy hô hấp.

Nhiễm độc rượu cấp.

Glaucom góc đóng.

Các trường hợp chống chỉ định của nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng.

Chống chỉ định tương đối

Bệnh phổi mạn tính.

Chấn thương sọ não, tăng áp lực nội sọ.

Nhịp tim chậm.

Trầm cảm.

Có thai.

IV. CHUẨN BỊ

Người thực hiện

01 bác sĩ chuyên khoa nội soi tiêu hóa, 02 điều dưỡng.

Phương tiện

Máy nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng ống mềm, loại cửa sổ thẳng và các dụng cụ đi kèm máy nội soi.

Nguồn sáng.

Máy hút.

Máy monitor theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO₂.

Hệ thống thở oxy kính, mặt nạ oxy, bóng Ambu.

Dịch truyền Natriclorua 0,9%, Glucose 5%.

Thuốc:

Midazolam, ống 5mg/ 1ml.

Fentanyl, ống 100 mcg/2ml.

Naloxon, Atropin ống 0,25mg.

Người bệnh

Nhịn ăn tối thiểu 6 giờ trước nội soi. Người bệnh phải được giải thích kỹ về lợi ích và tai biến của thủ thuật và đồng ý soi.

Nếu người bệnh nội trú phải có bệnh án.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Kiểm tra hồ sơ bệnh án nếu người soi là người bệnh nội trú

Kiểm tra người bệnh đúng họ tên, tuổi, giới, địa chỉ

Thực hiện kỹ thuật

Chuẩn bị và kiểm tra máy soi.

Người bệnh được đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên bằng Natriclorua 0,9% hoặc Glucose 5%, thở oxy kính 3l/ phút, mắc monitor theo dõi.

Người bệnh nằm nghiêng trái. Đặt ống ngậm miệng vào giữa hai cung răng và bảo người bệnh ngậm chặt.

Tiêm thuốc cho người bệnh 3 - 4 phút trước khi nội soi.

Midazolam: tiêm tĩnh mạch chậm trong vòng 30 giây với liều 0,05 – 0,1mg/kg. Liều có thể tới 0,15 – 0,2 mg/kg. Nếu không đạt kết quả có thể lặp lại sau 2 phút.

Fentanyl: 50 – 100 mcg trong 1 – 2 phút. Liều tối đa là 8 ml.

Tiếp tục cho dịch truyền tĩnh mạch chảy với tốc độ LX giọt/ phút.

Khi người bệnh đã nhắm mắt, mắt phản xạ mắt - mi, đưa máy soi qua miệng, họng vào thực quản, dạ dày, tá tràng bơm hơi và quan sát.

Rút máy và tẩy uest, khử khuẩn máy soi theo đúng quy định sau:

Rửa máy:

Dùng 500 ml dung dịch xà phòng trung tính 0,5 %, van bơm tăng cường để rửa sạch phần ngoài của máy và các đường bên trong máy.

Thử hơi:

Dùng dụng cụ thử hơi kèm máy soi để xem vỏ cao su của máy có bị rách không, nếu rách không được ngâm máy vào dung dịch tẩy uest mà phải gửi máy đi sửa ngay.

Tẩy uest: chỉ tiến hành khi máy soi không bị rách.

Dùng 5 lít xà phòng trung tính 0,5%, bàn chải, van ba chiều để tẩy uest.

Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch tẩy uest, dùng bàn chải, van ba chiều để rửa sạch phần ngoài và các đường bên trong của máy.

Sát khuẩn:

Dùng 5 lít dung dịch sát khuẩn Glutaraldehyd 2%, van ba chiều để sát khuẩn máy. Ngâm toàn bộ máy vào dung dịch sát khuẩn để rửa sạch các đường bên trong của máy.

Sấy khô máy: Dùng van bơm tăng cường, bộ phận bơm khí của nguồn sáng, máy hút để làm khô các đường bên trong của máy trước khi cất máy.

Tháo dây oxy, máy theo dõi. Chuyển người bệnh ra phòng hồi tỉnh nằm theo dõi tiếp đến khi người bệnh tỉnh hoàn toàn.

VI.THEO DÕI

Nhịp tim chậm.

Suy hô hấp.

Người bệnh không được vận hành máy móc, lái xe trong vòng ít nhất 12 giờ sau khi dùng thuốc.

VII.TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Các tai biến do dùng thuốc tiền mê

Nhịp tim chậm dưới 50 lần/ phút. Tiêm Atropin 0,25 mg 1 ống dưới da hoặc tĩnh mạch chậm.

Suy hô hấp: Tiến hành bóp bóng oxy qua ambu và tiêm Naloxon 0,5 mcg/ kg.

Các tai biến khác và xử trí giống nội soi dạ dày thông thường

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỤT THÁO

Quyết định 3805/QĐ-BYT ngày 25/09/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tiêu hóa" theo chuẩn của Bộ Y tế.

Đây là thủ thuật đưa nước (hoặc dung dịch) vào đại tràng qua hậu môn để làm mềm phân cứng, kích thích nhu động ruột, đẩy phân và khí ra ngoài, nhằm làm sạch đại tràng.

I. Đại cương

Thụt tháo là kỹ thuật đưa dung dịch (nước muối sinh lý 0,9%, nước ấm 37-40°C, hoặc dung dịch nhuận tràng) vào trực tràng/đại tràng sigma để làm sạch phân, giảm táo bón hoặc chuẩn bị trước thủ thuật (nội soi, phẫu thuật, X-quang).

II. Chỉ định

- Táo bón lâu ngày, phân cứng.
- Trước phẫu thuật ổ bụng (đặc biệt đại tràng, trực tràng).
- Trước nội soi đại tràng/trực tràng, chụp X-quang đại tràng có bơm thuốc cản quang.
- Trước sinh đẻ (giảm phân trong khung chậu).
- Hỗ trợ làm sạch đại tràng trong bệnh não gan, viêm đại tràng (kết hợp thụt thuốc).

III. Chống chỉ định

- **Tuyệt đối:** Viêm ruột thừa cấp, viêm ruột có nguy cơ thủng (thương hàn, hoại tử ruột), thủng đại tràng, xuất huyết tiêu hóa dưới nặng, tổn thương hậu môn/trực tràng (nứt kẽ, polyp lớn).
- **Tương đối:** Rối loạn đông máu nặng, tắc ruột cơ học hoàn toàn, bệnh nhân không hợp tác.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Điều dưỡng/Bác sĩ được đào tạo (thường điều dưỡng thực hiện dưới chỉ định bác sĩ).

Phương tiện:

- Bồn thụt (bình chứa 1-2 lít) có dây cao su dài 1,2-1,5m, khóa hãm, canun thụt/ống thông hậu môn (cỡ 20-30 Fr người lớn).
- Dung dịch thụt: Nước muối sinh lý 0,9% hoặc nước ấm 37-40°C (500ml-1,5 lít/lần, không quá 1,5 lít người lớn).
- Gel bôi trơn (K-Y jelly), gạc sạch, giấy vệ sinh, tấm nylon lót, xô đựng.
- Găng tay sạch/vô trùng, khẩu trang, mũ.

- Bình hút nếu cần hút dịch.

Người bệnh:

- Giải thích rõ (nếu tinh táo), động viên hợp tác.
- Đi tiểu trước, ăn nhẹ nếu cần.
- Tư thế: Nằm nghiêng trái (Sims position), chân dưới duỗi, chân trên co gập vào bụng.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Chuẩn bị:

- Rửa tay sát khuẩn, đeo găng.
- Lót tấm nylon dưới mông, đặt bô dẹt gần.
- Đổ dung dịch vào bô thụt (nước ấm 37-40°C), treo bô thụt cao 60-80 cm so với mặt giường.
- Lắp canun/ống thông vào dây cao su, kẹp ống.
- Bôi trơn đầu canun/ống (5-10 cm).

2. Thực hiện thụt:

- Bộc lộ hậu môn, dùng tay banh nhẹ 2 bên hậu môn.
- Yêu cầu bệnh nhân rặn nhẹ để giãn cơ thắt.
- Đưa đầu canun/ống nhẹ nhàng qua hậu môn: Hướng về rốn (2-3 cm đầu), rồi xoay về phía cột sống (theo đường cong trực tràng), sâu 7-10 cm (người lớn).
- Mở khóa, để dung dịch chảy từ từ (tốc độ chậm để tránh đau, co thắt).
- Giữ ống cố định, theo dõi bệnh nhân (nếu đau hoặc kháng cự: giảm tốc độ hoặc dừng).

3. Giữ và đẩy phân:

- Khi hết dung dịch: Kẹp ống, rút canun/ống nhanh.
- Ép chặt hậu môn bằng gạc/khăn giấy.
- Yêu cầu bệnh nhân nằm nghiêng trái, giữ nguyên tư thế 5-10 phút (hoặc cố gắng giữ lâu hơn nếu có thể).
- Cho bệnh nhân đi vệ sinh (đại tiện) sau 5-15 phút.

4. Kết thúc:

- Lau sạch hậu môn bằng giấy/gạc ẩm.
- Theo dõi 15-30 phút: Dấu hiệu sinh tồn, lượng phân thải, triệu chứng (đau bụng, chảy máu...).
- Vệ sinh dụng cụ (khử trùng bô thụt, canun theo quy định).

- Hoàn thiện hồ sơ: Lượng dung dịch, đặc điểm phân thải, đáp ứng, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Dung dịch phải ấm (37-40°C) để tránh co thắt lạnh hoặc bỏng.
- Thụt chậm, lượng không quá 1,5 lít/lần (người lớn) để tránh mất nước, rối loạn điện giải.
- Nếu thụt nhiều lần (trước nội soi): Lặp 2-3 lần, cách nhau 1-2 giờ.
- Theo dõi biến chứng: Đau bụng dữ dội, chảy máu, thủng trực tràng (hiếm), tụt HA (phản xạ phế vị), kích ứng hậu môn.
- Kết hợp thuốc nhuận tràng uống (Fortrans, Pico) nếu chuẩn bị nội soi (hiệu quả cao hơn thụt đơn thuần).
- Tai biến hiếm nếu đúng kỹ thuật: Nhiễm trùng, thủng ruột (ngừng ngay nếu đau tăng).

QUY TRÌNH RỬA BÀNG QUANG

Quyết định 3592/QĐ-BYT ngày 11/09/2014 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Thận - Tiết niệu" theo chuẩn của **Bộ Y tế**.

Đây là kỹ thuật đưa dung dịch vô trùng (thường NaCl 0,9%) vào bàng quang qua sonde (ống thông) để làm sạch máu cục, mủ, niêm mạc, hoặc điều trị nhiễm trùng, thường dùng ở bệnh nhân đặt sonde tiểu liên tục.

I. Đại cương

Rửa bàng quang là thủ thuật bơm dung dịch vô trùng vào bàng quang và dẫn lưu ra để rửa sạch chất cặn (máu cục, mủ, tế bào chết), giảm nguy cơ nhiễm trùng hoặc tắc nghẽn sonde.

II. Chỉ định

- Máu cục trong bàng quang (sau phẫu thuật tiết niệu, xuất huyết bàng quang).
- Viêm mủ bàng quang, nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới.
- Đặt sonde tiểu liên tục dài ngày (phòng ngừa tắc nghẽn).
- Sau can thiệp ngoại khoa vùng bàng quang, niệu đạo, tiền liệt tuyến (loại bỏ cục máu đông, mảnh niêm mạc).
- Hỗ trợ điều trị nhiễm trùng (bơm kháng sinh nếu y lệnh).

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối (là kỹ thuật cơ bản, an toàn nếu vô trùng).
- Tương đối: Nghi ngờ thủng bàng quang, rối loạn đông máu nặng (cân nhắc lợi ích-nguy cơ), tổn thương niệu đạo nặng.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Điều dưỡng/Bác sĩ được đào tạo (thường điều dưỡng thực hiện dưới chỉ định bác sĩ).

Phương tiện:

- Sonde bàng quang (ưu tiên 3 nòng/chạc để rửa liên tục nếu cần).
- Dung dịch rửa: NaCl 0,9% vô trùng (1000-2000 ml, ấm 37°C), hoặc thêm thuốc theo y lệnh (kháng sinh, thuốc cầm máu...).
- Bơm tiêm vô trùng 50-60 ml (rửa gián đoạn) hoặc hệ thống dẫn lưu liên tục (chai truyền dịch treo cao + dây 3 nhánh/chữ Y + túi gom dịch).
- Gạc sạch, gạc thấm dung dịch sát khuẩn (betadine hoặc cồn iod), găng tay vô trùng.
- khay quả đậu, bát kèn, panh, băng dính, tấm nilon lót, xô đựng.
- Monitor SpO₂, HA, nhịp tim nếu bệnh nhân nặng.

Người bệnh:

- Giải thích rõ (nếu tinh táo).
- Tư thế: Nằm ngửa, chân hơi dạng (hoặc Fowler nếu khó thở).
- Đo dấu hiệu sinh tồn cơ bản.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn - rửa gián đoạn phổ biến)**1. Chuẩn bị:**

- Rửa tay sát khuẩn, đeo găng vô trùng.
- Lót tấm nilon dưới mông, đặt bô dẹt nếu cần.
- Chuẩn bị dung dịch trong cốc vô trùng (NaCl 0,9% ấm).
- Nếu sonde đã đặt: Tháo túi đựng nước tiểu, sát khuẩn đầu sonde bằng gạc betadine, đặt đầu sonde lên khay vô trùng.

2. Thực hiện rửa:

- Bơm 50-60 ml dung dịch vào bơm tiêm vô trùng.
- Gắn bơm tiêm vào đầu sonde (tháo kẹp nếu có), đẩy nhẹ nhàng dung dịch vào bàng quang (không ép mạnh để tránh đau hoặc tổn thương).
- Giữ 5-10 phút (hoặc theo y lệnh) để dung dịch ngấm và làm mềm cục máu/mủ.
- Kéo ngược bơm tiêm để hút dịch ra (không kéo mạnh hơn lượng đã bơm để tránh tạo áp lực âm).
- Lặp lại 3-5 lần hoặc đến khi dịch rửa trong (không máu cục, mủ).
- Nếu rửa liên tục: Treo chai NaCl 1000 ml cao 60-80 cm, nối dây chữ Y vào sonde 3 nòng, điều chỉnh tốc độ nhỏ giọt (thường 40-60 giọt/phút), theo dõi túi gom dịch.

3. Kết thúc:

- Rút bơm tiêm, sát khuẩn lại đầu sonde, nối lại túi đựng nước tiểu.
- Lau sạch vùng niệu đạo, cố định sonde.
- Theo dõi 30-60 phút: Dấu hiệu sinh tồn, lượng nước tiểu, màu sắc dịch (có máu cục không), triệu chứng (đau bụng, sốt...).
- Vệ sinh dụng cụ: Khử trùng theo quy định bệnh viện.
- Hoàn thiện hồ sơ: Lượng dung dịch rửa, đặc điểm dịch ra, đáp ứng, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Luôn vô trùng nghiêm ngặt (giảm nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu).
- Rửa chậm, nhẹ nhàng để tránh tổn thương niêm mạc bàng quang.

- Nếu bệnh nhân đau dữ dội, tụt HA, hoặc dịch ra nhiều máu: Dừng ngay, báo bác sĩ (có thể cần nội soi bơm rửa nếu máu cục lớn).
- Với rửa liên tục: Theo dõi túi gom dịch (nếu tắc → kiểm tra sonde), thay chai mới khi hết.
- Biến chứng: Nhiễm trùng (viêm bàng quang), chảy máu tăng, thủng bàng quang (hiếm), phản xạ phế vị (nhịp chậm).
- Tai biến hiếm nếu đúng kỹ thuật: Không dùng lực mạnh, luôn xác nhận sonde đúng vị trí trước rửa.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG TIỂU MỘT LẦN

Quyết định 3365/QĐ-BYT ngày 29/10/2025 ban hành tài liệu chuyên môn
“Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tiết niệu” theo chuẩn của Bộ Y tế

Đây là kỹ thuật đưa ống thông vô khuẩn qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn lưu nước tiểu tạm thời (một lần), sau đó rút ống ra ngay khi hết nước tiểu, nhằm giảm nguy cơ nhiễm trùng so với đặt lưu liên tục.

I. Đại cương

Đặt ống thông tiểu một lần là thủ thuật đưa ống thông (straight catheter) vô trùng qua niệu đạo vào bàng quang để lấy hết nước tiểu, sau đó rút ống. Thường dùng để lấy mẫu nước tiểu sạch, đo thể tích nước tiểu tồn dư, hoặc điều trị bí tiểu tạm thời.

II. Chỉ định

- Lấy mẫu nước tiểu vô trùng cho xét nghiệm vi sinh (cấy nước tiểu).
- Đo lượng nước tiểu tồn dư sau tiểu (post-void residual urine).
- Bí tiểu cấp tính tạm thời (không cần lưu liên tục).
- Hỗ trợ chẩn đoán (urodynamic, chụp X-quang bàng quang ngược dòng...).
- Bệnh nhân không tự tiểu được tạm thời (sau phẫu thuật, chấn thương...).

III. Chống chỉ định

- Tuyệt đối: Nhiễm trùng niệu đạo cấp, thủng niệu đạo/bàng quang nghi ngờ, dị ứng vật liệu ống.
- Tương đối: Rối loạn đông máu nặng (cân nhắc lợi ích-nguy cơ), tổn thương niệu đạo nặng, bệnh nhân không hợp tác.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ/Điều dưỡng chuyên khoa Tiết niệu hoặc được đào tạo (thường điều dưỡng thực hiện dưới chỉ định bác sĩ).

Phương tiện:

- Ống thông tiểu một lần (straight catheter): Nam 14-16 Fr, nữ 12-14 Fr (vô trùng, dùng một lần).
- Gel bôi trơn tan trong nước (K-Y jelly vô trùng).
- Găng tay vô trùng, khẩu trang, mũ, áo choàng, băng lố vô trùng.
- Dung dịch sát trùng: Povidone-iodine 10% hoặc chlorhexidine.
- Gạc sạch, khay quả đậu, bơm tiêm 50ml (nếu cần kiểm tra), túi gom nước tiểu tạm thời.
- Túi đựng nước tiểu nếu cần đo lượng.
- Monitor SpO2, HA nếu bệnh nhân nặng.

Người bệnh:

- Giải thích rõ quy trình, ký cam kết nếu cần.
- Tư thế: Nằm ngửa, chân dạng (lithotomy position nhẹ), che bình phong đảm bảo kín đáo.
- Vệ sinh vùng sinh dục trước nếu cần.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Chuẩn bị:

- Rửa tay sát khuẩn, đeo găng vô trùng.
- Mở gói dụng cụ vô trùng, trải sẵn lỗ.
- Bôi gel bôi trơn lên đầu ống thông (khoảng 10-15 cm).

2. Vệ sinh và sát trùng:

- Vệ sinh vùng sinh dục ngoài bằng nước muối sinh lý hoặc xà phòng (nếu cần).
- Sát trùng lỗ niệu đạo bằng Povidone-iodine theo hình xoắn ốc (từ trong ra ngoài):
 - Nữ: Banh nhẹ môi lớn, sát trùng lỗ niệu đạo và âm hộ.
 - Nam: Kéo da quy đầu (nếu chưa cắt bao quy đầu), sát trùng lỗ niệu đạo và quy đầu.

3. Đặt ống thông:

- **Nữ:**
 - Tay không thuận banh nhẹ môi lớn, tay thuận cầm ống thông đưa vào lỗ niệu đạo khoảng 4-6 cm (hoặc đến khi thấy nước tiểu chảy ra).
 - Đẩy sâu thêm 2-3 cm để đảm bảo vào bàng quang.
- **Nam:**
 - Tay không thuận cầm dương vật thẳng đứng (vuông góc với cơ thể), kéo da quy đầu.
 - Tay thuận cầm ống thông đưa vào lỗ niệu đạo khoảng 10 cm, khi gặp kháng cự (cơ thắt niệu đạo ngoài): Hạ dương vật xuống song song với cơ thể, tiếp tục đẩy sâu 10-15 cm đến khi nước tiểu chảy ra.
 - Đẩy sâu thêm 3-5 cm để đảm bảo vào bàng quang.

4. Dẫn lưu nước tiểu:

- Để nước tiểu chảy tự do vào túi gom hoặc khay đo lượng.
- Nếu cần lấy mẫu: Dùng bơm tiêm hút mẫu vô trùng.

- Đợi đến khi hết nước tiểu (thường 200-500 ml hoặc hơn tùy bệnh nhân).

5. Rút ống và kết thúc:

- Kẹp ống (nếu cần), rút ống chậm rãi, nhẹ nhàng trong khi bóp nhẹ để hút hết nước tiểu sót.
- Rút hoàn toàn, bỏ ống vào thùng chất thải y tế.
- Lau sạch vùng sinh dục bằng gạc ẩm, lau khô.
- Theo dõi 15-30 phút: Dấu hiệu sinh tồn, tiểu tiện tự nhiên, đau bụng, chảy máu...
- Hoàn thiện hồ sơ: Lượng nước tiểu, màu sắc, đặc điểm, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Vô trùng nghiêm ngặt để giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu (UTI).
- Đặt nhẹ nhàng, không đẩy mạnh (tránh tổn thương niệu đạo, tạo giả đạo).
- Nếu kháng cự mạnh hoặc đau: Dừng ngay, báo bác sĩ (có thể cần nong niệu đạo hoặc siêu âm kiểm tra).
- Theo dõi biến chứng: Nhiễm trùng (sốt, tiểu buốt), chảy máu, tổn thương niệu đạo.
- Ưu tiên ống thông một lần dùng để giảm nhiễm khuẩn so với lưu liên tục.
- Tai biến hiếm nếu đúng kỹ thuật: Đau, tiểu máu tạm thời, phản xạ phế vị.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT ống THÔNG TIỂU LIÊN TỤC

Quyết định 3365/QĐ-BYT ngày 29/10/2025), thay thế Quyết định 3592/QĐ-BYT năm 2014 (chuyên ngành Thận - Tiết niệu). **“Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tiết niệu” theo chuẩn của Bộ Y tế**

Đây là kỹ thuật đặt ống thông tiểu (Foley catheter) vào bàng quang qua niệu đạo, bơm bóng chèn để giữ cố định, dẫn lưu nước tiểu liên tục vào túi gom, nhằm theo dõi lượng nước tiểu, giảm bí tiểu, hoặc hỗ trợ sau phẫu thuật.

I. Đại cương

Đặt ống thông tiểu liên tục là thủ thuật đưa ống thông có bóng chèn (Foley) qua niệu đạo vào bàng quang, bơm bóng để cố định, nối với túi dẫn lưu kín, giúp dẫn lưu nước tiểu liên tục và giảm nguy cơ nhiễm trùng nếu vô trùng đúng.

II. Chỉ định

- Bí tiểu cấp/mạn tính (sau phẫu thuật, chấn thương, liệt, phì đại tuyến tiền liệt...).
- Theo dõi chính xác lượng nước tiểu (hồi sức cấp cứu, sốc, suy thận cấp).
- Sau phẫu thuật tiết niệu (cắt tiền liệt tuyến, bàng quang, niệu quản...).
- Hỗ trợ trong xuất huyết bàng quang, rửa bàng quang liên tục.
- Bệnh nhân hôn mê, liệt nửa người, không tự tiểu được.

III. Chống chỉ định

- Tuyệt đối: Nhiễm trùng niệu đạo cấp, nghi thủng niệu đạo/bàng quang, dị ứng latex (nếu ống latex).
- Tương đối: Rối loạn đông máu nặng (cân nhắc lợi ích-nguy cơ), tổn thương niệu đạo nặng, bệnh nhân không hợp tác.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ/Điều dưỡng chuyên khoa Tiết niệu hoặc được đào tạo (thường điều dưỡng thực hiện dưới chỉ định bác sĩ).

Phương tiện:

- Ống thông tiểu Foley (2 nòng hoặc 3 nòng): Nam 16-18 Fr, nữ 14-16 Fr (silicon ưu tiên để lưu lâu).
- Gel bôi trơn tan trong nước (K-Y jelly vô trùng).
- Túi dẫn lưu nước tiểu kín (sterile drainage bag).
- Bơm tiêm vô trùng 10 ml (nước cất hoặc NaCl 0,9% để bơm bóng).
- Dung dịch sát trùng: Povidone-iodine 10% hoặc chlorhexidine.
- Găng tay vô trùng, khẩu trang, mũ, áo choàng, sàng lọc vô trùng.

- Gạc sạch, khay quả đậu, tấm nylon lót.
- Monitor SpO₂, HA nếu bệnh nhân nặng.

Người bệnh:

- Giải thích rõ, ký cam kết nếu cần.
- Tư thế: Nằm ngửa, chân dạng (lithotomy nhẹ), che bình phong đảm bảo kín đáo.
- Vệ sinh vùng sinh dục trước nếu cần.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Chuẩn bị:

- Rửa tay sát khuẩn, đeo găng vô trùng.
- Mở gói dụng cụ vô trùng, trải sẵn lỗ.
- Nối đầu ống thông với túi dẫn lưu (kiểm tra kín).
- Bôi gel bôi trơn lên đầu ống (khoảng 10-15 cm).

2. Vệ sinh và sát trùng:

- Vệ sinh vùng sinh dục ngoài bằng nước muối sinh lý hoặc xà phòng (nếu cần).
- Sát trùng lỗ niệu đạo bằng Povidone-iodine theo hình xoắn ốc (từ trong ra ngoài):
 - **Nữ:** Banh nhẹ môi lớn, sát trùng lỗ niệu đạo và âm hộ.
 - **Nam:** Kéo da quy đầu (nếu chưa cắt bao quy đầu), sát trùng lỗ niệu đạo và quy đầu.

3. Đặt ống thông:

- **Nữ:**
 - Tay không thuận banh nhẹ môi lớn, tay thuận cầm ống thông đưa vào lỗ niệu đạo khoảng 4-6 cm (hoặc đến khi thấy nước tiểu chảy ra).
 - Đẩy sâu thêm 2-3 cm để đảm bảo vào bàng quang.
- **Nam:**
 - Tay không thuận cầm dương vật thẳng đứng (vuông góc với cơ thể), kéo da quy đầu.
 - Tay thuận cầm ống thông đưa vào lỗ niệu đạo khoảng 10 cm, khi gặp kháng cự (cơ thắt niệu đạo ngoài): Hạ dương vật xuống song song với cơ thể, tiếp tục đẩy sâu 10-15 cm đến khi nước tiểu chảy ra.
 - Đẩy sâu thêm 3-5 cm để đảm bảo vào bàng quang.

4. **Cố định và bơm bóng:**

- Khi nước tiểu chảy ra: Bơm 5-10 ml nước cất/NaCl 0,9% vào bóng chèn (theo chỉ định ống: thường 10 ml cho người lớn).
- Kéo nhẹ ống để bóng chèn sát cổ bàng quang (cảm giác lực cản).
- Cố định ống bằng băng dính vào đùi trong (không kéo căng).

5. **Kết thúc:**

- Đặt túi dẫn lưu thấp hơn mức bàng quang (để dẫn lưu tự do).
- Lau sạch vùng sinh dục, cố định túi.
- Theo dõi 30-60 phút: Dấu hiệu sinh tồn, lượng nước tiểu, màu sắc dịch (có máu không), đau bụng...
- Hoàn thiện hồ sơ: Cỡ ống, lượng nước tiểu ban đầu, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Vô trùng nghiêm ngặt (giảm nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu - CAUTI).
- Đặt nhẹ nhàng, không đẩy mạnh (tránh tổn thương niệu đạo, tạo giả đạo).
- Nếu kháng cự mạnh hoặc đau: Dừng ngay, báo bác sĩ (có thể cần nong niệu đạo hoặc siêu âm kiểm tra).
- Theo dõi biến chứng: Nhiễm trùng (sốt, tiểu buốt, nước tiểu đục), chảy máu, tắc sonde, tổn thương niệu đạo.
- Thời gian lưu: Thay ống 4-6 tuần (silicon) hoặc sớm hơn nếu latex; rút khi không cần nữa.
- Chăm sóc sau: Vệ sinh vùng sinh dục hàng ngày, cố định ống tránh kéo, theo dõi lượng nước tiểu.
- Tai biến hiếm nếu đúng kỹ thuật: Đau, tiểu máu tạm thời, phản xạ phế vị.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT ỐNG THÔNG TIỂU LƯU

Quyết định 3365/QĐ-BYT ngày 29/10/2025), thay thế Quyết định 3592/QĐ-BYT năm 2014 (chuyên ngành Thận - Tiết niệu). “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tiết niệu” theo chuẩn của Bộ Y tế

Đây là thủ thuật rút ống thông tiểu lưu (Foley) ra khỏi bàng quang khi không còn chỉ định (bệnh nhân tự tiểu được, hết bí tiểu, sau phẫu thuật ổn định), nhằm giảm nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu (CAUTI) và biến chứng lưu sonde lâu ngày.

I. Đại cương

Rút ống thông tiểu lưu là thủ thuật xì hơi bóng chèn, rút ống nhẹ nhàng để loại bỏ sonde khỏi bàng quang và niệu đạo, kết thúc giai đoạn dẫn lưu liên tục.

II. Chỉ định

- Bệnh nhân tự tiểu được (sau bí tiểu cấp, phẫu thuật tiết niệu, chấn thương...).
- Hết chỉ định lưu sonde (theo dõi nước tiểu ổn định, không cần đo lượng chính xác).
- Thời gian lưu đủ (thường 3-7 ngày sau phẫu thuật, hoặc theo y lệnh).
- Nghi ngờ nhiễm trùng tiết niệu (rút để thay mới hoặc điều trị).

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối (là thủ thuật cơ bản).
- Tương đối: Bí tiểu tái phát (cần kiểm tra trước rút), rối loạn đông máu nặng (cân nhắc lợi ích-nguy cơ), bệnh nhân không hợp tác.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Điều dưỡng/Bác sĩ được đào tạo (thường điều dưỡng thực hiện dưới chỉ định bác sĩ).

Phương tiện:

- Bơm tiêm vô trùng 10 ml (rút nước bóng chèn).
- Găng tay sạch/vô trùng, khẩu trang, gạc sạch, khay quả đậu.
- Dung dịch sát trùng (Povidone-iodine hoặc chlorhexidine).
- Túi đựng chất thải y tế.
- Monitor SpO₂, HA nếu bệnh nhân nặng.
- Khăn giấy/gạc ẩm để lau.

Người bệnh:

- Giải thích rõ quy trình (có thể cảm giác khó chịu nhẹ khi rút).
- Tư thế: Nằm ngửa, chân dạng nhẹ (lithotomy nhẹ), che bình phong kín đáo.
- Khuyến khích bệnh nhân tiểu trước rút (nếu có thể) để kiểm tra phản xạ tiểu.
- Đo dấu hiệu sinh tồn cơ bản.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Kiểm tra và chuẩn bị:

- Rửa tay sát khuẩn, đeo găng.
- Kiểm tra hồ sơ: Xác nhận chỉ định rút (bác sĩ kê đơn hoặc theo protocol).
- Tháo túi dẫn lưu, kẹp ống thông gần đầu nối (nếu cần).
- Sát trùng vùng niệu đạo ngoài bằng Povidone-iodine (từ trong ra ngoài).

2. Xả bóng chèn:

- Gắn bơm tiêm 10 ml vào cổng bóng chèn (valve).
- Rút hết nước (thường 5-10 ml theo ghi trên ống) → nghe tiếng xì hơi hoặc cảm giác bóng xẹp.
- Kiểm tra lượng nước rút ra đúng thể tích ban đầu (nếu ít hơn → có thể rò bóng, báo bác sĩ).
- Không rút nếu bóng không xẹp hoàn toàn (nguy cơ tổn thương niệu đạo).

3. Rút ống:

- Yêu cầu bệnh nhân hít sâu, thở ra chậm (hoặc Valsalva nhẹ nếu hợp tác).
- Kéo ống nhẹ nhàng, chậm rãi, liên tục (không giật mạnh).
- Rút hết ống ra khi thấy đầu ống ra khỏi niệu đạo.
- Ép chặt vùng niệu đạo bằng gạc sạch 1-2 phút (ngăn tiểu rỉ hoặc chảy máu nhẹ).

4. Kết thúc:

- Lau sạch vùng sinh dục bằng gạc ẩm, lau khô.
- Khuyến khích bệnh nhân tiểu tự nhiên (theo dõi lượng, màu sắc, tiểu buốt không).
- Theo dõi 30-60 phút: Dấu hiệu sinh tồn, tiểu tiện (có bí tiểu tái phát không), đau bụng, tiểu máu...
- Vệ sinh dụng cụ, xử lý rác thải y tế.
- Hoàn thiện hồ sơ: Thời gian rút, lượng nước bóng, lượng nước tiểu sau rút, ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Rút nhẹ nhàng để tránh tổn thương niệu đạo (đau, chảy máu, tạo giả đạo).

- Nếu kháng cự mạnh hoặc đau dữ dội: Dừng ngay, báo bác sĩ (có thể bóng chưa xẹp hết hoặc tắc nghẽn).
- Sau rút: Khuyến khích tiểu thường xuyên, theo dõi 24-48 giờ (bí tiểu tái phát → đặt lại nếu cần).
- Biến chứng: Tiểu buốt/ri máu tạm thời (thường tự khỏi), nhiễm trùng (sốt, tiểu đục → kháng sinh), bí tiểu tái phát.
- Chăm sóc sau: Vệ sinh vùng sinh dục hàng ngày, uống nhiều nước, tránh táo bón.
- Tai biến hiếm nếu đúng kỹ thuật: Tổn thương niệu đạo, phản xạ phế vị (nhịp chậm).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

ĐO ĐƯỜNG MÁU 24H KHÔNG ĐỊNH LƯỢNG INSULIN

Quyết định 3771/QĐ-BYT và Quyết định 3772/QĐ-BYT năm 2025 ban hành "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Nội tiết" thay thế các hướng dẫn cũ (như **Quyết định 5481/QĐ-BYT 2020 về chẩn đoán và điều trị ĐTD típ 2**) theo chuẩn của **Bộ Y tế**.

Kỹ thuật sử dụng máy đo đường huyết mao mạch (glucometer) tại giường hoặc ngoại trú, không kèm định lượng insulin đồng thời (khác với nghiệm pháp đo đường huyết + insulin để đánh giá C-peptide hoặc kháng insulin).

I. Đại cương

Đo đường máu 24 giờ là theo dõi nồng độ glucose mao mạch (SMBG - Self-Monitoring of Blood Glucose) tại nhiều thời điểm trong 24 giờ để đánh giá dao động đường huyết, hiệu quả điều trị, nguy cơ hạ/tăng đường huyết, và điều chỉnh liều thuốc (insulin hoặc thuốc uống). Thường đo 4-7 lần/ngày, không cần xét nghiệm insulin máu.

II. Chỉ định

- Bệnh nhân ĐTD típ 1 hoặc típ 2 dùng insulin (điều chỉnh liều, theo dõi hạ đường huyết).
- ĐTD thai kỳ hoặc ĐTD thai (theo dõi chặt chẽ).
- ĐTD không ổn định, dao động đường huyết lớn (đo profile 24h định kỳ).
- Theo dõi sau thay đổi liều thuốc, nhiễm trùng, stress, thay đổi chế độ ăn.
- Bệnh nhân nội trú (hồi sức, phẫu thuật) cần kiểm soát đường huyết chặt.

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối (là kỹ thuật không xâm lấn, an toàn).
- Tương đối: Da đầu ngón tay tổn thương nặng (chọn vị trí khác), rối loạn đông máu nặng (hiếm ảnh hưởng), bệnh nhân không hợp tác.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Điều dưỡng/Bác sĩ (thường điều dưỡng thực hiện tại giường hoặc hướng dẫn bệnh nhân tự đo).

Phương tiện:

- Máy đo đường huyết mao mạch (glucometer) đã kiểm định, que thử mới (hạn sử dụng, mã hóa đúng).
- Kim chích (lancet) vô trùng dùng một lần.
- Bông gạc khô, cồn 70° hoặc khăn lau sát khuẩn.
- Sổ theo dõi đường huyết (phiếu điều dưỡng hoặc sổ tay bệnh nhân).
- Găng tay sạch nếu cần hỗ trợ.

Người bệnh:

- Giải thích rõ mục đích, thời điểm đo, cách tự đo nếu ngoại trú.
- Không ăn uống (trừ nước lọc) trước thời điểm đo lúc đói.
- Tư thế: Ngồi hoặc nằm thoải mái, tay thư giãn.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. Kiểm tra và chuẩn bị:

- Kiểm tra người bệnh: Đúng tên, đúng chỉ định, giờ đo.
- Rửa tay sạch bằng xà phòng, nước ấm, lau khô hoàn toàn (hoặc sát khuẩn bằng cồn 70°).
- Kiểm tra máy đo: Bột máy, kiểm tra que thử (hạn sử dụng, mã que đúng máy), pin đầy.
- Chuẩn bị kim chích mới.

2. Thời điểm đo đường máu 24 giờ (profile chuẩn phổ biến):

- 6h sáng: Lúc đói (pre-breakfast).
- Trước bữa sáng (nếu khác).
- 2 giờ sau bữa sáng (postprandial).
- Trước bữa trưa.
- 2 giờ sau bữa trưa.
- Trước bữa tối.
- 2 giờ sau bữa tối.
- Trước khi ngủ (22h-23h).
- 3h sáng (nếu nghi hạ đường huyết ban đêm hoặc insulin nền cao).
- Tổng: 4-8 điểm/ngày tùy chỉ định (thường 7 điểm cho profile đầy đủ).

3. Thực hiện đo:

- Xoa bóp nhẹ đầu ngón tay (thường ngón giữa hoặc áp út, tránh ngón cái/cái út để giảm đau).
- Chích kim vào cạnh đầu ngón (sâu 1-2 mm), lau giọt máu đầu tiên bằng gạc khô (nếu cần).
- Đưa giọt máu thứ hai chạm vào que thử (máy tự hút hoặc nhỏ giọt).
- Chờ kết quả (5-30 giây tùy máy), ghi ngay vào sổ: Giờ đo, giá trị (mmol/L hoặc mg/dL), ghi chú (trước/sau ăn, triệu chứng nếu có).
- Lau sạch máu thừa, băng vết chích nếu chảy nhiều.

4. Kết thúc:

- Tắt máy, bỏ kim chích vào hộp an toàn.

- Theo dõi nếu giá trị bất thường (HI >33.3 mmol/L hoặc LO <1.1 mmol/L → báo bác sĩ ngay).
- Hoàn thiện hồ sơ: Ghi phiếu điều dưỡng hoặc sổ theo dõi, ký tên.
- Hướng dẫn bệnh nhân tự đo nếu ngoại trú (kiểm tra kỹ thuật, lưu trữ que thử đúng cách).

VI. Lưu ý quan trọng

- Đo lúc đói: Nhịn ăn ≥ 8 giờ (chỉ uống nước lọc).
- Đo sau ăn: Từ lúc bắt đầu ăn đến 2 giờ sau.
- Mục tiêu đường huyết (theo Bộ Y tế và ADA/IDF cập nhật):
 - Lúc đói: 4.4-7.2 mmol/L (80-130 mg/dL).
 - Sau ăn 2 giờ: <10 mmol/L (<180 mg/dL).
 - HbA1c mục tiêu: <7% (cá nhân hóa theo bệnh nhân).
- Tránh đo khi tay lạnh/bẩn (kết quả sai lệch).
- Biến chứng hiếm: Nhiễm trùng vết chích (vô trùng tốt), đau tay (chọn vị trí luân phiên).
- Kết hợp với HbA1c và theo dõi lâm sàng để đánh giá toàn diện.
- Nếu dùng CGM (continuous glucose monitoring): Không cần đo mao mạch thường xuyên, nhưng profile 24h vẫn dùng để calibrate hoặc kiểm chứng.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGHIỆM PHÁP DÂY THẮT
Quyết định 3705/QĐ-BYT 2020, Quyết định 3711/QĐ-BYT về giám sát SXHD, dựa trên các hướng dẫn chẩn đoán, điều trị SXHD theo chuẩn của Bộ Y tế.

Nghiệm pháp dương tính là một trong các dấu hiệu xuất huyết quan trọng trong SXHD (cùng với chấm xuất huyết da, chảy máu niêm mạc...).

I. Đại cương

Nghiệm pháp dây thắt tạo ứ đọng tĩnh mạch bằng cách duy trì áp lực giữa hai chỉ số huyết áp (trung bình động mạch), làm tăng áp lực mao mạch. Nếu thành mao mạch kém bền, hồng cầu thoát ra gây chấm xuất huyết dưới da.

II. Chỉ định

- Nghi ngờ SXHD Dengue (đánh giá sớm dấu hiệu xuất huyết).
- Các bệnh nghi suy giảm sức bền thành mạch (nhiễm khuẩn huyết, nhiễm virus khác gây xuất huyết, bệnh máu...).
- Theo dõi xuất huyết dưới da trong các bệnh lý liên quan.

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối (kỹ thuật an toàn, không xâm lấn).
- Tương đối: Đã có xuất huyết dưới da rõ rệt ở tay (khó phân biệt nốt mới/cũ), truyền dịch tĩnh mạch tay, bệnh nhân không hợp tác hoặc đau nhiều.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ/Điều dưỡng/Kỹ thuật viên xét nghiệm (thường điều dưỡng thực hiện).

Phương tiện:

- Máy đo huyết áp (huyết áp kế cánh tay, đã kiểm định).
- Đồng hồ đo thời gian.
- Bút đánh dấu hoặc thước kẻ (đo diện tích 1 cm² hoặc 6,25 cm²).
- Gạc sạch, đèn soi nếu cần.

Người bệnh:

- Giải thích rõ quy trình (có thể hơi khó chịu khi duy trì áp lực).
- Tư thế: Ngồi hoặc nằm thoải mái, tay duỗi thẳng, lòng bàn tay ngửa lên.
- Không cần nhịn ăn, nhưng tránh đồ khi tay lạnh hoặc sau vận động mạnh.

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

1. **Kiểm tra ban đầu:**

- Kiểm tra tay bệnh nhân (cánh tay và cẳng tay): Ghi nhận số lượng nốt/chấm xuất huyết hiện có (để phân biệt với nốt mới sau nghiệm pháp).
- 2. Đo huyết áp:**
- Quấn vòng bít huyết áp quanh cánh tay (thường tay trái hoặc phải, vị trí chuẩn).
 - Đo huyết áp thông thường (ví dụ: 120/80 mmHg).
- 3. Duy trì áp lực:**
- Tính áp lực trung bình: $(\text{Huyết áp tâm thu} + \text{huyết áp tâm trương})/2$ (ví dụ: $(120 + 80)/2 = 100$ mmHg).
 - Bơm hơi duy trì áp lực này (áp lực giữa hai chỉ số) trong **5-10 phút** (chuẩn phổ biến: 5 phút ở trẻ em, 10 phút ở người lớn theo hướng dẫn SXHD).
- 4. Tháo áp lực và quan sát:**
- Tháo nhanh vòng bít (xả hơi đột ngột).
 - Giơ cao tay bệnh nhân 1-2 phút để máu lưu thông bình thường.
 - Quan sát vùng da mặt trước cánh tay và cẳng tay (phần dưới vòng bít): Đếm số lượng chấm xuất huyết mới xuất hiện.
- 5. Kết thúc:**
- Lau sạch da nếu cần.
 - Ghi kết quả vào bệnh án.
 - Theo dõi nếu bệnh nhân khó chịu (hiếm gặp).

VI. Đánh giá kết quả (theo hướng dẫn Bộ Y tế và WHO về SXHD)

- **Dương tính** (thường dùng trong SXHD):
 - 20 chấm xuất huyết mới trên diện tích **6,25 cm²** (hoặc >10 chấm/cm² tùy nguồn).
- **Mức độ** (một số bệnh viện phân loại):
 - Nghi ngờ (+): 5-9 chấm/cm².
 - Dương tính (++) : 10-19 chấm/cm².
 - Dương tính (+++) : >19-20 chấm/cm².
- **Âm tính**: <20 chấm/6,25 cm² hoặc <10 chấm/cm².
- Lưu ý: Dương tính không đặc hiệu cho SXHD (có thể gặp trong nhiễm khuẩn huyết não mô cầu, thương hàn, sởi, sốt rét...); cần kết hợp lâm sàng, xét nghiệm (NS1, tiểu cầu, Hct).

VII. Lưu ý quan trọng

- Thực hiện nhẹ nhàng, tránh áp lực quá cao gây đau hoặc tổn thương.
- Không thực hiện trên tay đang truyền dịch hoặc có vết thương.
- Kết quả có thể thay đổi theo tuổi (dễ dương tính hơn ở trẻ em), giới tính, và thời điểm bệnh (dương tính cao hơn ở giai đoạn sốt cao SXHD).
- Tai biến hiếm: Đau tay tạm thời, tụt huyết áp nhẹ (nếu duy trì lâu).
- Trong SXHD: Nghiệm pháp dương tính là dấu hiệu cảnh báo sớm (cấp độ I-II), kết hợp giảm tiểu cầu và cô đặc máu để chẩn đoán.

QUY TRÌNH TRUYỀN MÁU VÀ CHẾ PHẨM MÁU

Thông tư 26/2013/TT-BYT ngày 16/9/2013 hướng dẫn hoạt động truyền máu, kết hợp với các hướng dẫn kỹ thuật chuyên ngành Huyết học - Truyền máu (Quyết định 3336/QĐ-BYT năm 2017 và cập nhật trong **Quyết định 3247/QĐ-BYT, 3639/QĐ-BYT năm 2025** về Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Huyết) theo chuẩn của **Bộ Y tế**.

Truyền máu là thủ thuật đưa máu toàn phần hoặc chế phẩm máu (khối hồng cầu, khối tiểu cầu, huyết tương tươi đông lạnh, tủa lạnh yếu tố VIII...) vào tĩnh mạch người nhận để điều trị thiếu máu, rối loạn đông máu, hoặc thay thế thể tích.

I. Đại cương

Truyền máu là bước cuối cùng trong chuỗi an toàn truyền máu (tuyển chọn người hiến → lấy máu → xét nghiệm → điều chế → bảo quản → vận chuyển → truyền). Phải đảm bảo "5 đúng" (đúng người nhận, đúng chế phẩm, đúng nhóm máu, đúng thời gian, đúng kỹ thuật) để tránh phản ứng truyền máu nguy hiểm.

II. Chỉ định

- Thiếu máu nặng (Hb <70-80 g/L tùy nguyên nhân).
- Thiếu tiểu cầu gây chảy máu (tiểu cầu <10-20 x 10⁹/L).
- Rối loạn đông máu (thiếu yếu tố VIII/IX, đông lạnh tươi).
- Cấp cứu mất máu (chấn thương, phẫu thuật, sản khoa).
- Thiếu máu mạn tính (thalassemia, suy tủy, ung thư...).

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối (là cấp cứu cứu mạng khi cần thiết).
- Tương đối: Phản ứng truyền máu trước đó nặng (sốc phản vệ), không tương hợp nhóm máu (trừ cấp cứu đặc biệt).

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Bác sĩ/Điều dưỡng chuyên khoa Huyết học - Truyền máu (ít nhất 2 người: 1 kiểm tra, 1 thực hiện).

Phương tiện:

- Túi máu/chế phẩm máu (đã kiểm tra nhóm máu ABO/Rh, xét nghiệm sàng lọc HIV, HBV, HCV, giang mai...).
- Bộ dây truyền máu vô trùng (có lọc 170-200 μm).
- Kim truyền tĩnh mạch (18-20G).
- Dung dịch NaCl 0,9% (rửa dây truyền).

- Thuốc cấp cứu phản ứng truyền máu (Adrenalin, Hydrocortisone, Dimedrol, Paracetamol...).
- Monitor theo dõi (HA, mạch, SpO2, nhiệt độ).
- Phiếu yêu cầu truyền máu, phiếu theo dõi truyền máu.

Người bệnh:

- Kiểm tra hồ sơ: Chỉ định, nhóm máu, cam kết đồng ý (ký tên).
- Tư thế: Nằm hoặc ngồi thoải mái, đường truyền tĩnh mạch sẵn (ưu tiên tĩnh mạch ngoại biên lớn).
- Đo dấu hiệu sinh tồn cơ bản (HA, mạch, nhiệt độ, hô hấp, SpO2).

V. Các bước tiến hành (quy trình chuẩn)

- 1. Kiểm tra túi máu/chế phẩm** (bước quan trọng nhất, 2 người kiểm tra độc lập):
 - Kiểm tra nhãn: Nhóm máu ABO/Rh, số túi, ngày lấy, hạn sử dụng, tình trạng túi (không vỡ, không đông, không đổi màu).
 - Đối chiếu với phiếu yêu cầu và người bệnh: Họ tên, tuổi, số bệnh án, nhóm máu người nhận.
 - Kiểm tra chất lượng: Không vẩn đục, không khí, không rò rỉ.
 - Kiểm tra hồ sơ tương hợp (cross-match) nếu cần (đối với hồng cầu).
- 2. Chuẩn bị truyền:**
 - Rửa tay sát khuẩn, đeo găng sạch.
 - Kết nối dây truyền máu vào túi (đâm kim vào túi máu, treo cao 1m).
 - Rửa dây bằng NaCl 0,9% (bóp bầu dịch để loại không khí, rửa 50-100ml).
 - Kẹp dây, kết nối kim truyền vào tĩnh mạch người bệnh.
- 3. Bắt đầu truyền:**
 - Mở kẹp, truyền chậm ban đầu: **20-30 giọt/phút trong 15 phút đầu** (theo dõi phản ứng sớm).
 - Nếu ổn định: Tăng tốc độ (thường 60-120 giọt/phút, tùy chế phẩm).
 - Thời gian truyền:
 - Máu toàn phần/khối hồng cầu: 2-4 giờ/đơn vị (250-300ml).
 - Khối tiểu cầu: 20-30 phút/đơn vị.
 - Huyết tương tươi đông lạnh: 30-60 phút.
 - Không truyền quá 4 giờ/đơn vị (nguy cơ nhiễm khuẩn).
- 4. Theo dõi trong truyền:**
 - Theo dõi chặt 15 phút đầu: Dấu hiệu sinh tồn mỗi 5-15 phút.

- Sau đó: Mỗi 30-60 phút (HA, mạch, nhiệt độ, hô hấp, SpO2, nước tiểu màu).
- Quan sát phản ứng: Sốt, rét run, mào đay, khó thở, đau lưng, tiểu máu...
- Ghi phiếu theo dõi truyền máu (theo mẫu Bộ Y tế).

5. **Kết thúc:**

- Khi hết túi: Kẹp dây, rút kim, ép cầm máu.
- Theo dõi thêm 1 giờ sau truyền.
- Giữ túi máu rỗng + dây truyền 24 giờ (phòng phản ứng muộn).
- Hoàn thiện hồ sơ: Lượng truyền, thời gian, phản ứng (nếu có), ký tên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Luôn truyền cùng nhóm máu ABO/Rh (trừ cấp cứu O-).
- Không truyền cùng lúc nhiều chế phẩm khác nhau (trừ cấp cứu).
- Phản ứng truyền máu: Dừng ngay nếu nghi ngờ (sốt $>1^{\circ}\text{C}$, rét run, khó thở...), báo bác sĩ, xử trí theo hướng dẫn (cấp cứu sốc phản vệ theo Thông tư 51/2017/TT-BYT).
- Phòng ngừa: Truyền chậm đầu, dùng thuốc dự phòng nếu có tiền sử phản ứng.
- Biến chứng: Phản ứng tan máu, quá tải tuần hoàn, nhiễm trùng, ARDS...
- Tai biến hiếm nếu đúng quy trình: Phản ứng muộn (sốt, vàng da sau 3-10 ngày).

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CẮT - TẠO HÌNH HÃM DA BAO QUY ĐẦU DƯƠNG VẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt/tạo hình dây hãm bao quy đầu nhằm kéo dài hoặc loại bỏ dây hãm ngắn (frenulum breve), giúp bao quy đầu tụt dễ dàng, giảm đau khi cương cứng/quan hệ, cải thiện vệ sinh và thẩm mỹ dương vật.

II. CHỈ ĐỊNH

- Dây hãm ngắn gây đau khi cương cứng hoặc quan hệ tình dục (đau đầu dương vật, cong dương vật xuống dưới).
- Dây hãm dễ đứt/rách lặp lại, gây chảy máu.
- Dây hãm dày/xơ cứng cản trở vệ sinh quy đầu, gây viêm bao quy đầu tái phát.
- Kết hợp với cắt bao quy đầu nếu cần (hẹp bao quy đầu kèm ngắn dây hãm).
- Nam giới trưởng thành hoặc trẻ lớn (thường từ 7-10 tuổi nếu có chỉ định).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng vùng quy đầu/bao quy đầu cấp tính (viêm bao quy đầu nặng) – cần điều trị trước.
- Rối loạn đông máu nặng chưa kiểm soát.
- Bệnh nhân không hợp tác (trẻ nhỏ có thể cần gây mê).
- Không có chỉ định nếu dây hãm bình thường, không gây triệu chứng.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Khám lâm sàng: Đánh giá độ dài dây hãm, tình trạng viêm, đo độ căng khi cương (nếu cần).
- o Xét nghiệm cơ bản: Công thức máu, đông máu, đường huyết (để loại trừ tiểu đường).
- o Giải thích thủ thuật, lợi ích (giảm đau, cải thiện quan hệ), nguy cơ (chảy máu, nhiễm trùng, sẹo), ký cam kết đồng ý.
- o Cạo lông vùng mu nếu cần, vệ sinh dương vật sạch sẽ.

2. Dụng cụ:

- o Dao mổ số 15, kéo cong, kim cầm máu, kim khâu nhỏ.
- o Chỉ khâu: Chỉ tự tiêu Vicryl/Monocryl 5-0/6-0 (không cần cắt chỉ sau).
- o Thuốc tê cục bộ: Lidocain 1-2% + adrenalin (tiêm gốc dương vật hoặc quanh dây hãm).
- o Sát khuẩn: Betadin 10%, nước muối sinh lý.

- Găng tay vô trùng, sàng, gạc, băng cố định.
- 3. **Tư thế:** Nằm ngửa, chân dạng nhẹ.
- 4. **Hồ sơ bệnh án :** Kiểm tra lại hồ sơ bệnh án, giấy ký cam kết đồng ý thực hiện thủ thuật của người bệnh hoặc gia đình người bệnh, phiếu ghi chép theo dõi thủ thuật
- 5. **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Gây tê:** Gây tê cục bộ vùng gốc dương vật hoặc quanh dây hãm (Lidocain 1-2% + adrenalin).
2. **Sát trùng:** Sát khuẩn toàn bộ dương vật bằng betadin + cồn 70%.
3. **Đánh dấu và rạch:**
 - Đánh dấu vị trí cắt ngang dây hãm (thường ở phần căng nhất, gần quy đầu).
 - Rạch ngang dây hãm (cắt ngang để kéo dài) hoặc cắt bỏ hoàn toàn nếu dây hãm dày/xơ.
 - Phương pháp tạo hình phổ biến:
 - **Z-plasty:** Cắt hình chữ Z, kéo dài dây hãm mà không mất da.
 - **V-Y plasty:** Cắt hình chữ V, khâu tạo hình chữ Y để kéo dài.
4. **Cầm máu:** Kẹp cầm máu nhỏ, đốt điện nếu cần.
5. **Khâu:**
 - Khâu tạo hình bằng chỉ tự tiêu 5-0/6-0 (mũi rời hoặc liên tục).
 - Khâu sát mép, thẩm mỹ cao (không để lại sẹo lồi).
6. **Kiểm tra:** Kéo nhẹ bao quy đầu để kiểm tra độ dài dây hãm mới, không căng, không chảy máu.
7. **Băng:** Băng nhẹ vùng quy đầu, không băng chặt.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU THỦ THUẬT

- Theo dõi 30-60 phút: Không chảy máu, không đau nhiều.
- Thuốc: Giảm đau (paracetamol), kháng sinh uống nếu có nguy cơ nhiễm trùng.
- Chăm sóc:
 - + Giữ vùng kín khô sạch, thay băng hàng ngày.
 - + Tránh quan hệ tình dục 4-6 tuần (để vết mổ lành hoàn toàn).
 - + Vệ sinh nhẹ nhàng bằng nước muối sinh lý.
- Cắt chỉ (nếu dùng chỉ không tiêu): 7-10 ngày (thường dùng chỉ tự tiêu nên không cần).
- Tái khám: Sau 7-10 ngày kiểm tra lành vết thương.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu:** Cầm máu tại chỗ, siết gấp.
- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh, thay băng thường xuyên.
- **Sẹo xấu:** Massage sẹo sau 2-4 tuần, cắt lọc nếu cần sau 6-12 tháng.
- **Đau kéo dài:** Giảm đau, theo dõi.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018: Ban hành tài liệu **Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ** (bao gồm các thủ thuật tạo hình vùng sinh dục nam, như tạo hình dây hãm bao quy đầu).

Quyết định 201/QĐ-BYT năm 2014: Hướng dẫn quy trình Ngoại khoa (khung chung cho phẫu thuật phân mềm vùng sinh dục).

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT CẮT DA BAO QUY ĐẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

Cắt bao quy đầu loại bỏ da thừa bao quy đầu, lộ quy đầu hoàn toàn, giúp vệ sinh tốt hơn và giảm nguy cơ viêm nhiễm (viêm bao quy đầu, ung thư dương vật, nhiễm HPV...).

II. CHỈ ĐỊNH

- Hẹp bao quy đầu (không tự được quy đầu, gây tiểu khó, viêm tái phát).
- Bao quy đầu dài (da thừa che kín quy đầu, gây viêm, mùi hôi, khó vệ sinh).
- Viêm bao quy đầu mạn tính tái phát (balanoposthitis).
- Dây hãm ngắn kèm theo (có thể kết hợp cắt/tạo hình dây hãm).
- Phòng ngừa bệnh lý (theo chỉ định y khoa, không khuyến cáo cắt thường quy ở trẻ em khỏe mạnh).
- Yếu tố tôn giáo/văn hóa (ở một số cộng đồng).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng cấp tính vùng quy đầu/bao quy đầu (viêm nặng) – cần điều trị trước.
- Rối loạn đông máu nặng chưa kiểm soát.
- Bệnh nhân không ổn định toàn thân (cần hồi sức trước).
- Trẻ sơ sinh non tháng, cân nặng thấp (thường trì hoãn).

IV. CHUẨN BỊ

1. Người bệnh:

- o Khám lâm sàng: Đánh giá độ hẹp/dài bao quy đầu, tình trạng viêm, kích thích dương vật.
- o Xét nghiệm: Công thức máu, đông máu, đường huyết (loại trừ tiểu đường).
- o Giải thích lợi ích (vệ sinh dễ, giảm viêm), nguy cơ (chảy máu, nhiễm trùng, sẹo), ký cam kết đồng ý.
- o Cạo lông vùng mu nếu cần, vệ sinh dương vật sạch sẽ.

2. Dụng cụ:

- o Dao mổ/laser CO2/dao điện, kẹp Gomco/Plastibell (trẻ em), stapler cắt bao quy đầu (người lớn).
- o Chỉ khâu tự tiêu Vicryl/Monocryl 5-0/6-0.
- o Thuốc tê: Lidocain 1-2% + adrenalin (gây tê gốc dương vật hoặc phong bế lưng).
- o Gây mê ngắn (trẻ nhỏ).
- o Sát khuẩn: Betadin 10%, nước muối sinh lý.

3. **Tư thế:** Nằm ngửa, chân dạng nhẹ.

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

5. **Thời gian thực hiện kỹ thuật:** Theo thời gian thực tế thực hiện kỹ thuật

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Gây tê/mê:** Gây tê cục bộ (Lidocain quanh gốc dương vật) hoặc gây mê ngắn (trẻ em).

2. **Sát trùng:** Sát khuẩn toàn bộ dương vật bằng betadin + cồn 70%.

3. **Cắt bao quy đầu:**

○ **Kỹ thuật truyền thống (dao mổ):**

- Kẹp và kéo da bao quy đầu ra trước, đánh dấu đường cắt (thường cách rãnh quy đầu 0,5-1cm).
- Cắt vòng quanh da thừa, bóc tách da khỏi quy đầu.
- Cầm máu bằng đốt điện hoặc khâu mạch nhỏ.

○ **Kỹ thuật hiện đại:**

- Dùng laser CO2 hoặc dao điện (ít chảy máu, lành nhanh).
- Stapler cắt bao quy đầu (tự động cắt và khâu viền, thẩm mỹ cao, phổ biến ở người lớn).
- Ở trẻ em: Dùng kẹp Gomco/Plastibell (đặt vòng kim loại, cắt da thừa, vòng tự rơi sau 7-10 ngày).

4. **Khâu:**

- Khâu viền da quy đầu bằng chỉ tự tiêu 5-0/6-0 (mũi rời hoặc liên tục).
- Khâu thẩm mỹ, đảm bảo viền đều, không để lại sẹo lồi.

5. **Kiểm tra:** Kéo nhẹ bao quy đầu để kiểm tra quy đầu lộ hoàn toàn, không chảy máu.

6. **Băng:** Băng gạc vô trùng nhẹ, không băng chặt (thường dùng Vaseline bôi để tránh dính).

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT

- Theo dõi 1-2 giờ: Không chảy máu, không đau nhiều.

- Thuốc: Giảm đau (paracetamol), kháng sinh uống nếu có nguy cơ nhiễm trùng.

- Chăm sóc:

- + Giữ vùng kín khô sạch, thay băng hàng ngày.
- + Tắm nhanh sau 24-48 giờ, tránh ngâm nước.
- + Tránh quan hệ tình dục/masturbation 4-6 tuần.

+ Vệ sinh nhẹ nhàng bằng nước muối sinh lý.

- Cắt chỉ (nếu dùng chỉ không tiêu): 7-10 ngày (thường dùng chỉ tự tiêu).
- Tái khám: Sau 7-10 ngày kiểm tra lành vết thương.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- **Chảy máu:** Cầm máu tại chỗ, hiếm gặp nếu kỹ thuật tốt.
- **Nhiễm trùng:** Kháng sinh, thay băng thường xuyên.
- **Sẹo xấu/lồi:** Massage sẹo sau 2-4 tuần, cắt lọc nếu cần sau 6-12 tháng.
- **Hẹp lỗ niệu đạo (hiếm):** Theo dõi tiểu, phẫu thuật lại nếu cần.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

Ghi đầy đủ trình tự phẫu thuật. Các chỉ số sinh tồn, diễn biến trong và sau phẫu thuật. Ký xác nhận của bác sĩ phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH:

Quyết định 3449/QĐ-BYT ngày 07/6/2018: Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Phẫu thuật Tạo hình - Thẩm mỹ (bao gồm các thủ thuật vùng sinh dục nam như cắt bao quy đầu).

Quyết định 201/QĐ-BYT năm 2014: Hướng dẫn quy trình Ngoại khoa (khung chung cho phẫu thuật phần mềm vùng sinh dục).

THỦ THUẬT BÓC NANG; NHÂN XƠ VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Tỷ lệ các tổn thương vú lành tính có thể gặp ở khoảng 50% phụ nữ, trong đó nhiều nhất là nang xơ vú và nhân xơ vú.

2. CHỈ ĐỊNH

Các nang xơ lành tính hoặc nguy cơ thoái triển xấu dẫn đến ung thư. Người bệnh có nguyện vọng được bóc bỏ tổn thương nghi ngờ khi làm sinh thiết.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tổn thương nghi bất thường nhiều hơn (ví dụ ung thư).
- Người bệnh chưa có con (tương đối), có thể để theo dõi, điều trị nội khoa.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật vú, cả thẩm mỹ và giữ được chức năng vú (nếu chỉ bóc bỏ nhân vú lành tính).

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin
- Bơm tiêm 5ml
- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1% hoặc gây mê.
- Bộ dụng cụ để phẫu thuật
- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn
- Bàn phẫu thuật thông thường

4.3. Người bệnh

- Người bệnh cởi bỏ áo
- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

4.4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án phẫu thuật theo chương trình, đủ các xét nghiệm thăm dò, được duyệt mổ của bệnh viện, cam kết phẫu thuật.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 60 phút

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.7. Kiểm tra hồ sơ:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1:

- Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài.
- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường.

5.2. Bước 2:

- Xác định vị trí khối u cần cắt bỏ, nếu nhỏ có thể dùng kim để xác định mốc tốt nhất là làm dưới gây mê, nếu không có điều kiện thì gây tê tại chỗ.
- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da dùng kéo bóc tách để đi thẳng vào khối u tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu.
- Lấy bỏ khối u qua vết rạch sau khi đã bóc tách và cầm máu kỹ các tổ chức xung quanh khối u bằng chỉ tiêu. Nếu khối u ở sâu thì sau đó cần khâu ép lại tổ chức đã rạch sau khi đã kiểm tra kỹ không thấy chảy máu.

5.3. Bước 3:

- Khâu phục hồi lại da bằng mũi rời hoặc khâu luồn dưới da bằng chỉ tiêu Vicryl 2.0. Băng lại vết mổ, có thể băng ép bằng băng chun quanh ngực nếu nghi ngờ diện bóc tách còn có thể chảy máu, sẽ tháo bỏ sau 12-24 giờ.
- Sau khi bóc xong tổ chức bóc bỏ phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

5.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Người bệnh: Được dùng thuốc giảm đau thêm và thuốc kháng sinh, thuốc chống phù nề. Có thể ăn uống trở lại bình thường sau phẫu thuật.
- Theo dõi chảy máu: chảy máu tại vết mổ hoặc có thể gây tụ máu dưới da làm bầm tím cả một vùng vú, tùy theo mức độ chảy máu mà có thể phải mở vết mổ để cầm máu lại hoặc dùng băng chun băng ép chặt để cầm máu.

6.2. Xử trí tai biến :

- Chảy máu: vì tổ chức vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách.
- Tụ máu: cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh.
- Nhiễm trùng vết mổ : Nếu có thường xảy ra vào ngày thứ 4 hoặc thứ 5 sau phẫu thuật với triệu chứng sưng đau đỏ tấy vùng vết mổ. Trong trường hợp này phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài rửa vết mổ bằng Betadin hàng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

PHẪU THUẬT CẮT KHỐI U VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

U vú lành tính là tình trạng tăng sinh bất thường của các tế bào mô vú, không phải ung thư và không di căn sang cơ quan khác. Đặc trưng của khối u di động, viền rõ. Các loại phổ biến bao gồm u xơ tuyến vú, u nang vú, u nhú.

2. CHỈ ĐỊNH

u xơ tuyến vú, u nang vú, u nhú lành tính

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Tổn thương nghi ngờ bất thường (ví dụ ung thư)

4. THẬN TRỌNG

Người bệnh chưa có con, có thể để theo dõi, điều trị nội khoa

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện

- Kíp gây mê
- Kíp phẫu thuật
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng/ nữ hộ sinh – Hộ lý

5.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

5.2.1. Thuốc:

- Thuốc mê đường tĩnh mạch, mê khí quản,...
- Thuốc tiền mê, giảm đau, gây tê tại chỗ

5.2.2. Vật tư, trang thiết bị

- Săng vô khuẩn, cồn và dung dịch sát khuẩn
- Băng,băng, cồn, gạc,..
- Bơm tiêm 5-10 ml, dây truyền, kim lườn,...
- Bộ dụng cụ để phẫu thuật

5.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng,...
- Ký giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật

5.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết, hội chẩn mổ,...

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 phút – 60 phút

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

5.7. Kiểm tra hồ sơ:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Sát khuẩn

- Người bệnh được cởi bỏ áo, tư thế nằm ngửa duỗi thẳng
- Sát trùng rộng vùng phẫu thuật từ trong ra ngoài
- Dùng băng vô trùng để bao bọc xung quanh phẫu trường

6.2. Bước 2: Rạch da vú.

- Đường rạch bắt đầu từ bờ núm vú ra phía ngoài tổ chức vú.
- Đường rạch có thể dài ngắn tùy theo vị trí của khối u ở xa hoặc gần núm vú. Đường rạch gần núm vú phải nông để tránh tổn thương đến mạch máu nuôi dưỡng quầng vú, núm vú.

* Chú ý: Có thể chọn đường rạch thích hợp tùy theo vị trí của khối u.

6.3 Bước 3: Bóc tách tổ chức dưới da.

- Dùng kéo cong khép lưỡi luồn sâu vào tổ chức dưới da rồi mở lưỡi kéo bóc tách dần đến tổ chức dưới da, đến bờ ngoài của khối u.

6.4. Bước 4: Bóc tách khối u.

- Dùng 1 ngón tay luồn qua đường rạch đến vỏ u thăm dò vị trí khối u.
- Rạch tổ chức tuyến vú theo hình lan hoa xe đạp đến vỏ ngoài khối u.
- Dùng kéo bóc tách bộc lộ cực trên của khối u và kẹp vỏ khối u bằng kẹp Museux kéo ra.

6.5. Bước 5: Cầm máu vùng bóc tách khối u và khâu ép vùng bóc tách.

- Chèn gạc chặt vào ổ bóc tách một thời gian để cầm máu.
- Cặp thắt mạch máu.
- Dùng chỉ tự tiêu khâu mũi chữ x; cầm máu diện rỉ máu.
- Đặt bó chỉ crin dẫn lưu ở điểm thấp nhất của vết rạch.

6.6. Bước 6: Khâu da.

- Khâu tổ chức dưới da từng lớp ép mặt bóc tách da và ngực.
- Khâu vết rạch da.
- Sau khi bóc xong tổ chức u vú phải được gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh

6.7. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: Vì vú là tổ chức mỡ lỏng lẻo dễ chảy máu nên trong quá trình phẫu thuật phải vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách.
- Tụ máu: Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh.
- Nhiễm trùng vết mổ: Phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài, rửa vết mổ hàng ngày bằng Betadin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

CHÍCH ÁP XE VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe vú là tổn thương ổ mủ ở vú do nhiễm trùng hoặc do tắc sữa mà không được điều trị sớm.

2. CHỈ ĐỊNH

Các áp xe đã thành mủ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khối viêm đỏ chưa thành mủ

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Phẫu thuật viên được đào tạo về phẫu thuật vú, cả thẩm mỹ và giữ được chức năng vú (nếu chỉ bóc bỏ nhân vú lành tính).

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Cồn 70 hoặc dung dịch sát trùng như Betadin
- Bơm tiêm 5ml
- Thuốc gây tê tại chỗ bằng Lidocain 1% hoặc gây mê.
- Bộ dụng cụ để phẫu thuật
- Các khăn trải phẫu thuật vô khuẩn
- Bàn phẫu thuật thông thường

4.3. Người bệnh

- Người bệnh và gia đình: được giải thích lý do phải trích áp xe và ký giấy cam đoan đồng thủ thuật.

Khám toàn trạng và chuyên khoa để đánh giá tổng thể sức khỏe, phát hiện chống chỉ định

- Người bệnh cởi bỏ áo
- Tư thế nằm ngửa duỗi thẳng

4.4. Hồ sơ bệnh án:

Bệnh án đầy đủ. làm các xét nghiệm cần thiết, thăm dò; cam kết làm thủ thuật

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật/thủ thuật

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1

- Sát trùng rộng vùng áp xe từ trong ra ngoài
- Dùng khăn vô trùng để bao bọc xung quanh vùng thủ thuật.

5.2. Bước 2

Xác định khối áp xe, tìm chỗ da mềm nhất.

5.3. Bước 3

- Rạch da ngay trên khối áp xe đường rạch theo đường chéo nan hoa với tâm là núm vú.
- Sau khi rạch qua da và tổ chức dưới da đi thẳng vào khối áp xe tránh làm nát các tổ chức xung quanh gây chảy máu. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trở phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra
- Để da hở, đặt một gạc con trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ.

5.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Người bệnh được dùng thuốc giảm đau và kháng sinh uống hoặc tiêm trong 5 đến 7 ngày, thuốc chống phù nề.
- Theo dõi chảy máu tại vết rạch.

6.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu: Chảy máu tại vùng rạch da hoặc trong ổ áp xe, khâu chỗ chảy máu dùng tiếp kháng sinh
- Không thoát mủ: Mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG BÁN PHẦN

1. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật cắt tử cung bán phần có nghĩa là cắt bỏ thân tử cung để lại cổ tử cung qua đường bụng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Bệnh lý phụ khoa:
 - + Tổn thương ở thân tử cung
 - + Khối u lành tính ở thân tử cung
 - + Phẫu thuật cắt tử cung bán phần khi cổ tử cung hoàn toàn bình thường.
- Bệnh lý liên quan đến sản khoa:
 - + Chảy máu ở tử cung sau đẻ do các nguyên nhân khác nhau (đờ tử cung, rau cài răng lược, vỡ tử cung, phong huyết tử cung rau)
 - + Nhiễm trùng tử cung sau đẻ, sau thủ thuật, nếu có chỉ định cắt tử cung.
 - + Đình chỉ thai nghén vì bệnh lý của người mẹ (bệnh tim, huyết áp cao) có chỉ định cắt tử cung bán phần để nguyên thai trong tử cung (cắt tử cung cả khối)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ung thư cổ tử cung/nội mạc tử cung hoặc tăng sản nội mạc tử cung không điển hình
- U xơ tử cung quá to (tương ứng thai >18 tuần)
- Bệnh lý cấp tính chưa ổn định, nhiễm khuẩn
- Rối loạn đông máu

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ
- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ
- Kỹ thuật viên: 01 bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt tử cung
- Săng phẫu thuật, bông, băng, cồn, gạc vô khuẩn

4.3. Người bệnh

Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng

an thần trước mổ.

- Bác sĩ tư vấn cho người bệnh biết các bước tiến hành
- Người bệnh ký cam kết đồng ý làm phẫu thuật

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 - 90 phút

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

4.6. Kiểm tra hồ sơ:

Theo quy định của Bộ Y tế

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện phẫu thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Mở thành bụng

- Đường rạch ngang Pfannenstiel, đối với những trường hợp khó thì sử dụng đường trắng giữa dưới rốn.
- Chèn gạc cách ly tử cung với ruột
- Đặt van trên xương vệ và banh thành bụng.
- Bộc lộ tử cung, thăm dò phần phụ để xác định chỉ định cắt hay không cắt phần phụ

5.2. Bước 2: Bộc lộ tử cung.

Cặp tử cung bằng kẹp cặp tử cung hoặc bằng chỉ khâu. Có thể đưa tử cung ra ngoài thành bụng và lệch sang phía đối diện của bên cắt.

5.3. Bước 3: Cắt và thắt dây chằng tròn

Dùng hai kẹp có răng cặp dây chằng tròn cách xa chỗ tử cung khoảng 2-3 cm tùy theo tử cung to hay nhỏ. Dùng kéo cắt dây chằng tròn giữa hai kẹp. Khâu lại cuống mạch.

5.4. Bước 4: Tách phúc mạc tử cung- bàng quang

- Dùng kéo cong tách phúc mạc ở vùng eo tử cung (nơi phúc mạc di động) và cắt vòng ngang qua mặt trước tử cung, và vòng ra phía sau trên dây chằng tử cung cùng.
- Dùng kẹp cặp gạc gấp hình củ ấu nhỏ đẩy phúc mạc

5.5. Bước 5: Cặp cắt và thắt dây chằng thắt lưng-vòi tử cung (nếu có chỉ định cắt buồng trứng)

- Dùng hai kẹp có răng để kẹp 1/3 trên của dây chằng, kèm theo mạch máu đi

sát dây chằng. Nếu để lại buồng trứng thì chú ý không làm tổn thương cuống động mạch buồng trứng.

- Cặp kẹp trên trước, sau đó cặp kẹp dưới cách nhau 1 cm. Dùng kéo cắt dây chằng sát với kẹp trên (sát với phần bỏ đi) để mỏm cắt phần dưới dài hơn, tránh tụt chỉ sau khi buộc mỏm cắt.
- Nếu cắt cả buồng trứng thì kẹp cặp luôn cả dây chằng vòi tử cung.
- Khâu buộc cuống mạch và dây chằng bằng mũi khâu số 8.

5.6. Bước 6: Cặp cắt và thắt động mạch tử cung

Dùng kéo tách và cắt phúc mạc xiên từ ngoài vào trong và xuống dưới tận 1/3 giữa dây chằng tròn.

5.7. Bước 7: Cắt động mạch tử cung

- Kẹp thẳng góc mỗi bên động mạch tử cung ngang mức eo tử cung.
- Cắt hai động mạch tử cung sát với kẹp phía trên.
- Khâu buộc cuống mạch động mạch tử cung

5.8. Bước 8: Cắt cổ tử cung

- Dùng kéo cong, dao mổ hoặc dao điện cắt vòng quanh cổ tử cung chéo xuống dưới về phía lỗ cổ tử cung tạo thành hình chóp nông.

5.9. Bước 9: Khâu mỏm cắt

Dùng kim cong sắc và chỉ Vicryl khâu mỏm cắt chữ X hoặc mũi rời. Khâu một lớp từ phải qua trái.

5.10. Bước 10: Phủ phúc mạc mỏm cắt và cuống mạch

- Dùng kim cong, chỉ tiêu nhỏ khâu lại phúc mạc mỏm cắt
- Lau sạch cùng đồ Douglas
- Kiểm tra ổ bụng, niệu quản

5.11. Bước 11: Đóng thành bụng

5.12. Bước 12: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu
- Nhiễm trùng
- Khối máu tụ
- Tắc mạch vùng hố chậu hoặc tĩnh mạch chi dưới
- Tổn thương niệu quản

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

PHẪU THUẬT BÓC U XƠ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật bóc nhân xơ tử cung đường bụng nhằm mục đích lấy hoàn toàn nhân xơ nằm trong cơ tử cung, bảo tồn tử cung và hai phần phụ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tử cung có nhân xơ phát triển nhanh
- Nhân xơ phát triển gây chèn ép làm cho người bệnh đau.
- Nhân xơ thoái hóa, gây đau (phát hiện qua siêu âm)
- Nhân xơ phát triển vào niêm mạc gây chảy máu, ảnh hưởng đến sức khỏe.
- Bóc nhân xơ khi phẫu thuật lấy thai.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- U xơ tử cung thoái hóa ác tính hoặc nghi ngờ ung thư cổ tử cung, tử cung.
- Khối u xơ quá to >10 cm, đa nhân xơ không còn mô lành để bảo tồn hoặc u xơ hoại tử/nhiễm trùng không đáp ứng điều trị nội khoa.
- Bị các nhiễm khuẩn toàn thân, bệnh về máu.
- Rối loạn đông máu, sốc, thiếu khối lượng tuần hoàn.
- Bệnh nội khoa cấp tính đang điều trị.
- Dị ứng với thuốc tê, thuốc mê.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ
- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ
- Kỹ thuật viên: 01 bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt tử cung
- Bộ sàng phẫu thuật, bông, băng, cồn, gạc vô khuẩn.

4.3. Người bệnh

- Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ.
- Bác sĩ tư vấn cho người bệnh biết các bước tiến hành
- Người bệnh ký cam kết đồng ý làm phẫu thuật

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 - 90 phút

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

4.6. Kiểm tra hồ sơ:

- Theo quy định của Bộ Y tế

- Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Mở thành bụng

Rạch thành bụng theo đường ngang nếu có nhân xơ nhỏ, dễ bóc tách, hoặc đường dọc giữa dưới rốn.

5.2. Bước 2: Bộc lộ khối u để bóc tách

5.3. Bước 3: Dùng dao điện hoặc dao thường rạch TC ở vị trí khối u xơ đảm bảo yêu cầu:

- Đường rạch gọn, gần chỗ lồi nhất của khối xơ.
- Đường rạch càng gần đường giữa càng đỡ chảy máu
- Đường rạch càng xa tử cung càng đỡ dính tắc vòi tử cung
- Đường rạch ở vị trí có thể bóc được nhiều nhân xơ.
- Đường rạch đủ độ sâu đến vỏ ngoài nhân xơ mới có thể bóc tách được dễ dàng.

5.4. Bước 4: Bóc tách khối u

- Dùng cái kẹp hoặc sợi chỉ to khâu sâu vào khối u để giữ chắc khối u, vừa kéo vừa tách vỏ khối u bằng mũi kéo. Dùng ngón tay trở thăm dò các vùng dính và tách hẳn khối u ra ngoài.
- Có thể sử dụng vết rạch này để bóc các khối u khác. Động tác bóc tách cần nhẹ nhàng, tránh thủng buồng tử cung.
- Cầm máu bằng các mũi khâu chữ X hoặc bằng kẹp khi thấy rõ mạch máu. Không nên cặp ngang cơ tử cung vì sẽ làm cho cơ rách, gây chảy máu nhiều.

5.5. Bước 5: Khâu kín khoang bóc tách

- Khâu từng lớp bằng các mũi chữ X bằng chỉ Vicryl
- Lớp đầu tiên đảm bảo lấy hết đáy khoang bóc tách
- Các lớp sau đảm bảo khâu chồng qua lớp trước
- Đóng các lớp ngoài cùng bằng mũi khâu vắt và lộn méo rạch vào trong.

5.6. Bước 6: Đóng bụng

- Lau sạch ổ bụng
- Kiểm tra niệu quản
- Khâu đóng bụng theo các lớp giải phẫu.

5.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Chảy máu: tai biến hay gặp nhất

- Sử dụng các mũi chỉ X cầm máu hoặc băng kẹp máu tạm thời hoặc chèn gạc tạm thời.
- Chảy máu nhiều tiên lượng không cầm máu được phải cắt tử cung bán phần.

6.2. Thủng khoang bóc tách u xơ thông với buồng tử cung

Nguyên nhân:

- Động tác bóc tách thô bạo làm rách lớp cơ sâu, kéo theo niêm mạc tử cung.
- Do mũi khâu sâu thủng qua niêm mạc tử cung.
- Trong ca này cần mở rộng buồng tử cung và dùng chỉ khâu lại niêm mạc tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

PHẪU THUẬT CẮT HOẶC BÓC U BUỒNG TRỨNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật cắt hoặc bóc u buồng trứng là phẫu thuật nhằm loại bỏ các khối u (lành tính hoặc nghi ngờ ác tính) phát triển bất thường trên buồng trứng.

2. CHỈ ĐỊNH

- U nang buồng trứng có biến chứng cấp tính: xoắn u, vỡ nang, xuất huyết trong nang cần cấp cứu.
- U nang kích thước lớn >5cm có nguy cơ cao xoắn hoặc vỡ.
- Nghi ngờ u ác tính.
- U nang phát triển nhanh hoặc tồn tại dai dẳng.
- Gây triệu chứng: đau vùng chậu, chèn ép bàng quang/trực tràng gây khó chịu.
- Trường hợp đặc biệt: u nang ở phụ nữ mãn kinh (nguy cơ ung thư cao), u nang thực thể (u nang bì, u nang nội mạc tử cung).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang hành kinh hoặc ra huyết bất thường mà chưa điều trị khỏi
- Đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn hoặc các bệnh về máu,
- Các bệnh nội khoa không có chịu đựng được phẫu thuật

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ : 01 bác sỹ mổ chính, 02 bác sỹ phụ
- Điều dưỡng: 01 dụng cụ viên, 01 phụ dụng cụ
- Kỹ thuật viên: 01 bác sỹ vô cảm: 01. Phụ gây mê, vô cảm : 01

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật cắt/bóc u nang buồng trứng.
- Bộ sẵn phẫu thuật, bông, băng, cồn, gạc vô khuẩn.

4.3. Người bệnh

- Chuẩn bị như các trường hợp mổ có chuẩn bị, được vệ sinh thật tháo và sử dụng an thần trước mổ.
- Bác sĩ tư vấn cho người bệnh biết các bước tiến hành
- Người bệnh ký cam kết đồng ý làm phẫu thuật

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 60 - 90 phút

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật

4.6. Kiểm tra hồ sơ:

- Theo quy định của Bộ Y tế
- Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Trải khăn vô khuẩn.

5.2. Bước 2: Mở bụng theo đường giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ vào ổ bụng.

- Bọc mép vết mổ.

- Thăm khám đánh giá tình trạng khối u buồng trứng xem mức độ di động và dính với các tạng xung quanh.

- Nếu dính thì phải gỡ dính, trong khi gỡ dính tránh để khối u bị vỡ.

- Chèn gạc xung quanh, tách biệt với khối u

5.3. Bước 3: Cắt/bóc khối u

- Nếu khối u nhỏ: dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u (dây chằng thất lưng – buồng trứng), càng sát khối u càng tốt.

- Dùng một (hoặc 2) kìm có răng to, chắc khỏe cặp cuống khối u, cách kìm trước 1 đến 1,5 cm

- Dùng kéo cong cắt bỏ khối u

- Khâu mỏm cắt.

- Nếu khối u to, sau khi bọc lót kỹ, có thể dùng 2 hoặc 3 kìm cặp lôi khối u lên, chọc một lỗ để hút bớt dịch trong khối u, sau đó dùng kìm kẹp mép khối u vừa mở, rồi tiến hành cắt khối u như trên.

- Trong trường hợp xác định khối u lành tính thì bóc tách khối u để lại phần buồng trứng lành: dùng dao rạch nhẹ trên phần khối u sát với phần buồng trứng lành; dùng kéo cong đầu tù kết hợp với đầu ngón tay để bóc tách phần u buồng trứng ra khỏi phần lành; sau đó cầm máu kỹ.

- Kiểm tra xem có chảy máu không, nếu chỉ chưa được buộc chặt, hoặc khâu chưa hết tổn thương thì phải khâu tăng cường để cầm máu.

5.4. Bước 4: Gửi bệnh phẩm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Kiểm tra buồng trứng bên đối diện. Nếu nghi ngờ khối u vừa cắt bị ung thư thì cắt miếng nhỏ buồng trứng đối diện để xét nghiệm mô bệnh học.

5.5. Bước 5: Lau sạch ổ bụng, đóng bụng theo các lớp giải phẫu. Sát khuẩn lại và băng vết mổ.

5.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn dưới tác động của CO₂ và dịch soi buồng tử cung, dịch rửa ổ bụng khi soi ổ bụng.
- Thủng tử cung do quá trình soi buồng tử cung, đặc biệt khi nội soi buồng tử cung phẫu thuật.
- Tổn thương mạch máu, hệ tiết niệu, hệ tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật.
- Nhiễm trùng, chảy máu trong

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG CÓ CHOÁNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thai ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng...). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là thai ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu.
- Các vị trí của thai ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng.
- CNTC vỡ có choáng cần được mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có choáng hoặc huyết động không ổn định.
- Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kíp gây mê hồi sức, kíp phẫu thuật ngoại khoa/sản phụ khoa được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ chữa ngoài tử cung đã tiệt trùng; các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong phẫu thuật chữa ngoài tử cung.

4.3. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà đầy đủ lý do phẫu thuật, về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng,...
- Người bệnh hoặc người nhà ký giấy cam đoan phẫu thuật.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 90 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bộc lộ vùng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng.

5.2. Bước 2: panh kẹp nhấc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu màu gì.

5.3. Bước 3: Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu.

5.4. Bước 4: Mở rộng thành bụng bằng hai panh Richarson, nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kim có máu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối thai tới sát tai vòi tử cung.

5.5. Bước 5: Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.

- Nếu thai ở đoạn kẽ tử cung thì xén góc tử cung.

- Nếu thai ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu.

5.6. Bước 6: Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận. Đặt dẫn lưu khi cần thiết.

5.7. Bước 7: Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu. Truyền máu nếu cần.

5.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Tai biến trong phẫu thuật: chảy máu, tổn thương ruột, tổn thương bàng quang,...

6.2. Tai biến sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu.

6.3. Biến chứng muộn: Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn, đặc biệt là khi truyền máu hoàn hồ.

TÀI LIỆT THAM KHẢO: Quyết định số1377/QĐ-BYT

PHẪU THUẬT CHỮA NGOÀI TỬ CUNG KHÔNG CÓ CHOÁNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Chửa ngoài tử cung là hiện tượng trứng đã thụ tinh làm tổ ở ngoài buồng tử cung (ở vòi trứng, buồng trứng, ổ bụng,...). Khi thai phát triển to lên, vòi trứng, buồng trứng sẽ nứt vỡ gây chảy máu trong ổ bụng gọi là chửa ngoài tử cung vỡ, cần phải phẫu thuật cấp cứu.

- Các vị trí của chửa ngoài tử cung: vòi tử cung (chủ yếu), buồng trứng, ống cổ tử cung, ổ bụng.

- Nguyên tắc điều trị: Mổ cấp cứu, hồi sức tích cực trước, trong và sau phẫu thuật.

2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chẩn đoán xác định chửa ngoài tử cung có chống chỉ định với điều trị nội khoa bằng thuốc, hoặc cần giải quyết nhanh.

- Có dấu hiệu vỡ, chảy máu mặc dù huyết động vẫn ổn định.

- Khối thai ngoài tử cung kích thước lớn >3 cm, hoặc siêu âm có tim thai, phôi thai

- Thai ở góc tử cung hoặc thai ở đoạn kẽ

- Việc tiếp cận nội soi quá khó khăn như dính nhiều vùng tiểu khung.

3. THẬN TRỌNG

Bệnh nhân bị rối loạn đông máu nặng

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Kíp gây mê hồi sức, kíp phẫu thuật ngoại khoa/sản phụ khoa được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây mê toàn thân.

- Bộ dụng cụ mổ chửa ngoài tử cung đã tiệt trùng; các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong phẫu thuật chửa ngoài tử cung.

4.3. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà đầy đủ lý do phẫu thuật, về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng,...

- Người bệnh hoặc người nhà ký giấy cam đoan phẫu thuật.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 90 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bộc lộ vùng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Rạch bụng đường giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ, qua các lớp da, cân, cơ, phúc mạc để vào ổ bụng.

5.2. Bước 2: phanh kẹp nhắc phúc mạc lên cao và mở phúc mạc. Kiểm tra xem có máu trong ổ bụng, máu màu gì.

5.3. Bước 3: Cho tay vào tìm đáy tử cung kẹp kéo lên cao kiểm tra 2 bên vòi tử cung, buồng trứng tìm chỗ vòi trứng tổn thương kẹp lại cầm máu.

5.4. Bước 4: Mở rộng thành bụng bằng hai phanh Richarson, nếu vòi tử cung bị vỡ, máu chảy nhiều nên cắt bỏ vòi tử cung cầm máu, dùng kim có mấu kẹp sát với tử cung, nơi mạc treo vòi ít mạch máu, dùng kéo cắt khối thai tới sát tai vòi tử cung.

5.5. Bước 5: Khâu cuống mạch bên vòi tử cung bị cắt bằng chỉ tự tiêu và buộc chặt cầm máu.

- Nếu thai ở đoạn kẽ tử cung thì xén góc tử cung.

- Nếu thai ngoài tử cung ở buồng trứng thì cắt vùng buồng trứng tổn thương, khâu cầm máu bằng chỉ tự tiêu vắt cầm máu.

- Thể chưa vỡ: bảo tồn vòi tử cung bằng cách rạch dọc bờ tự do vòi tử cung lấy khối thai nếu khối chứa nhỏ ở đoạn loa, bóng và sau đó phải theo dõi nồng độ β HCG sau mổ, nếu nồng độ β HCG không giảm hoặc thậm chí còn tăng thì phải điều trị tiếp tục bằng tiêm MTX. Thường cắt bỏ khối chứa vì tỷ lệ thành công có thai lại thấp và lại có nguy cơ chứa ngoài dạ con lại cao.

5.6. Bước 6: Cho nằm đầu cao, lau sạch ổ bụng, kiểm tra lại tiểu khung, vòi tử cung, buồng trứng, cùng đồ và các tạng lân cận. Đặt dẫn lưu khi cần thiết.

5.7. Bước 7: Đóng thành bụng theo lớp giải phẫu. Truyền máu nếu cần.

5.8. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Tai biến trong phẫu thuật: chảy máu, tổn thương ruột, tổn thương bàng quang,...

6.2. Tai biến sau phẫu thuật: trong 6 giờ đầu phải theo dõi mạch, huyết áp và toàn trạng tại phòng hồi tỉnh (chăm sóc cấp I). Nếu mạch nhanh, huyết áp giảm, bụng gõ đục, siêu âm có nhiều dịch tự do, phải nghĩ đến chảy máu trong, có thể do tuột chỉ khâu diện cắt vòi tử cung. Cần phải phẫu thuật lại ngay để cầm máu.

6.3. Biến chứng muộn: Nhiễm khuẩn: trong khi phẫu thuật phải lau sạch lấy hết máu đọng và máu cục trong ổ bụng để tránh nhiễm khuẩn. Tuy nhiên tránh lau kỹ quá gây dính ổ bụng vì thanh mạc bị tổn thương. Phải cho kháng sinh toàn thân liều điều trị để dự phòng nhiễm khuẩn, đặc biệt là khi truyền máu hoàn hồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

THỦ THUẬT XOẢN POLYP CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính

2. CHỈ ĐỊNH

Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện.

1 bác sĩ sản phụ khoa, 1 người phụ (nữ hộ sinh/điều dưỡng)

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Băng, băng, cồn, gạc, săng vô khuẩn.
- Bộ khám phụ khoa, panh tim.

4.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...
- NB và gia đình được giải thích và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thật
- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Bước 1:** Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung

- **Bước 2:** Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân

- **Bước 3:** Nếu chảy máu có thể nhét gạc âm đạo cầm máu.

- **Bước 4:** Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

- **Bước 5:** Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

Rút gạc âm đạo sau 6 - 12 giờ tùy trường hợp.

6.2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu chân polyp: đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu. Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung.

- Nhiễm trùng: Dùng thêm kháng sinh, vệ sinh, đặt thuốc âm đạo hằng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 315/QĐ-BYT: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa.

CẮT POLYP CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Polyp cổ tử cung là khối u lành tính phát triển từ mô đệm cổ tử cung và được che phủ bởi biểu mô, xuất phát từ ống cổ tử cung, có chân hoặc không có

chân, kích thước có thể thay đổi từ vài mm đến vài cm, thường gặp ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần. Người bệnh có polyp cổ tử cung thường không có triệu chứng nhưng cũng có thể ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp. Thường lành tính, nhưng khoảng 1% các ca có chuyển dạng ác tính.

2. CHỈ ĐỊNH

- Polyp cổ tử cung to.
- Polyp cổ tử cung có triệu chứng: ra khí hư nhiều, rong huyết, ra máu sau giao hợp.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đang viêm âm đạo: trì hoãn đến khi điều trị khỏi viêm âm đạo.

Tổn thương nghi ngờ ung thư cổ tử cung.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

1 bác sĩ sản phụ khoa, 1 người phụ là điều dưỡng/nữ hộ sinh

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ xoắn, cắt polyp.
- Máy đốt điện cao tần, bộ que đốt.
- Bộ sàng, bông, băng, cồn, gạc vô khuẩn.

4.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...
- NB và gia đình được giải thích và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thật
- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Sát khuẩn âm đạo, bộc lộ cổ tử cung, xác định chân polyp: có cuống, không có cuống, xuất phát từ cổ ngoài hay ống cổ tử cung.

5.2. Bước 2: Dùng kẹp hình tim kẹp polyp và xoắn quanh cuống cho đến khi cuống đứt. Nếu polyp to không có cuống cần dùng dao điện cắt bỏ ở chân.

5.3. Bước 3: Bôi chất dính Monsel và ép vào vị trí cuống/diện cắt để cầm máu. Có thể nhét gạc âm đạo cầm máu.

5.4. Bước 4: Sát khuẩn lại âm đạo. Gửi bệnh phẩm xét nghiệm mô bệnh học.

5.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Rút gạc âm đạo sau 6 - 12 giờ tùy trường hợp.

- Chảy máu chân polyp: bôi chất dính Monsel, đốt điểm chảy máu, khâu cầm máu.
- Khâu hai động mạch cổ tử cung âm đạo: hai mũi ở vị trí 9 và 3 giờ nếu chảy máu nhiều, nếu không cầm cần phải mổ cắt tử cung

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

PHẪU THUẬT CẮT U ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

U âm đạo là các khối u xuất phát từ thành âm đạo, có thể là **u lành tính** (u xơ, u nang tuyến Bartholin lạc chỗ, u mỡ, u cơ trơn...) hoặc **u ác tính** (ung thư âm đạo nguyên phát hoặc thứ phát).

Phẫu thuật cắt u âm đạo là phương pháp điều trị chủ yếu đối với u lành tính có chỉ định và là một phần trong điều trị đa mô thức đối với u ác tính.

2. CHỈ ĐỊNH

- U âm đạo **lành tính**:

U to gây đau, vướng, giao hợp khó, chảy máu

U phát triển nhanh hoặc nghi ngờ ác tính

U gây nhiễm trùng, loét

- U âm đạo **nghi ngờ ác tính** cần sinh thiết hoặc cắt rộng

- U tái phát nhiều lần

- Theo chỉ định chuyên khoa ung bướu (đối với u ác tính giai đoạn sớm)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Tình trạng toàn thân không cho phép phẫu thuật (suy tim, suy hô hấp nặng, rối loạn đông máu chưa kiểm soát)

- Nhiễm trùng toàn thân chưa điều trị ổn định

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Viêm nhiễm âm đạo – cổ tử cung cấp tính

- Phụ nữ đang có thai (cân nhắc tùy loại u và tuổi thai)

- U ác tính giai đoạn muộn (ưu tiên xạ trị/hóa trị)

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa gây mê - hồi sức.

- Bác sỹ phẫu thuật chuyên khoa sản phụ khoa.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Trường hợp các u lành tính, kích thước nhỏ chỉ cần gây tê tại chỗ; đối với các u lớn cần gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

- Bộ phẫu thuật phụ khoa.

- Máy hút, dao điện, kim chỉ tốt.

- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.
- Thuốc tiền mê, gây mê, ống nội khí quản.

4.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...
- NB và gia đình được giải thích và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thật
- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa, bàn phẫu thuật hơi thấp về phía đầu.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 - 45 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Tư thế – vô cảm

- Tư thế sản khoa
- Gây tê tủy sống hoặc gây mê toàn thân (tùy trường hợp)

5.2. Bước 2: Tiến hành cắt u

- Sát khuẩn – trải khăn vô khuẩn
- Bộc lộ âm đạo bằng van
- Xác định vị trí, kích thước, ranh giới khối u
- Rạch niêm mạc âm đạo phủ lên u
- Bóc tách u khỏi mô xung quanh

Cẩn thận tránh tổn thương bàng quang, trực tràng

- Cầm máu kỹ
- Khâu phục hồi thành âm đạo từng lớp
- Đặt gạc âm đạo (nếu cần)

5.3. Bước 3: Gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm

Gửi giải phẫu bệnh tất cả các trường hợp

5.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Theo dõi chảy máu âm đạo
- Dùng kháng sinh, giảm đau theo y lệnh
- Rút gạc âm đạo sau 24–48 giờ (nếu có)
- Hướng dẫn vệ sinh, kiêng giao hợp 4–6 tuần
- Tái khám và đọc kết quả giải phẫu bệnh

- 6.2. Xử trí tai biến

6.2.1. Chảy máu

- Cầm máu tại chỗ
- Khâu lại nếu cần
- Truyền máu khi mất máu nhiều

6.2.2. Nhiễm trùng

- Kháng sinh phổ rộng
- Dẫn lưu nếu có áp xe

6.2.3. Tổn thương cơ quan lân cận

Bàng quang, trực tràng: hội chẩn ngoại – tiết niệu, xử trí ngay trong mổ

6.2.4. Hẹp âm đạo, đau khi giao hợp

- Nong âm đạo sau mổ
- Tư vấn phục hồi chức năng tình dục

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Bộ Y tế – Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh phụ khoa

Giáo trình Phụ sản, Trường Đại học Y Hà Nội

PHẪU THUẬT KHÂU PHỤC HỒI TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu phục hồi tầng sinh môn là thủ thuật ngoại khoa nhằm khôi phục lại giải phẫu và chức năng của tầng sinh môn sau sinh đường âm đạo có rách tự nhiên hoặc có cắt tầng sinh môn.

- Mục đích:

Cầm máu.

Phục hồi cấu trúc giải phẫu âm đạo – tầng sinh môn.

Phòng ngừa nhiễm trùng.

Đảm bảo chức năng sinh lý, tình dục và nâng đỡ sàn chậu lâu dài.

- Phân loại rách tầng sinh môn:

Độ I: Rách niêm mạc âm đạo và da tầng sinh môn.

Độ II: Rách đến cơ tầng sinh môn, chưa tổn thương cơ thắt hậu môn.

Độ III: Rách đến cơ thắt hậu môn.

Độ IV: Rách đến niêm mạc trực tràng.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sau cắt tầng sinh môn (episiotomy).

- Rách tầng sinh môn độ I, II, III, IV sau sinh.

- Rách âm hộ – âm đạo kèm theo sinh thường cần khâu phục hồi.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Chống chỉ định tương đối:

Sản phụ có rối loạn đông máu chưa được kiểm soát.

Tình trạng sốc chưa ổn định.

Nhiễm trùng nặng tại chỗ (cần xử trí trước khi khâu).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ sản phụ khoa hoặc nữ hộ sinh được đào tạo.
- Có thể cần thêm người phụ (đặc biệt với rách độ III, IV).

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

Bộ dụng cụ đỡ đẻ và khâu tầng sinh môn vô khuẩn.

- Kẹp kim, kim cong.
- Kéo phẫu thuật.
- Panh phẫu tích.
- Gạc vô khuẩn.
- Chỉ khâu tự tiêu (Vicryl 2-0, 3-0 hoặc tương đương).
- Bơm tiêm, kim tiêm.
- Thuốc gây tê (Lidocain 1% hoặc 2%).
- Dung dịch sát khuẩn (Betadine hoặc Chlorhexidine).
- Đèn chiếu sáng đầy đủ.

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật.
- Tư thế sản khoa.
- Kiểm tra bánh nhau đã sổ hoàn toàn.
- Đánh giá mức độ rách.
- Sát khuẩn vùng tầng sinh môn.

Gây tê tại chỗ nếu chưa có vô cảm.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật/phòng đẻ

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra tổn thương

- Đánh giá kỹ mức độ rách.
- Kiểm tra tổn thương cổ tử cung, âm đạo.
- Xác định có tổn thương cơ thắt hậu môn hoặc trực tràng không.

5.2. Gây tê

- Tiêm Lidocain dọc mép vết rách.

- Hút thử trước khi bơm thuốc.
- Chờ 2–3 phút kiểm tra hiệu quả gây tê.

5.3. Kỹ thuật khâu

5.3.1. Rách độ I – II

Bước 1: Khâu niêm mạc âm đạo

- Bắt đầu từ đỉnh vết rách.
- Khâu mũi rời hoặc vắt liên tục.
- Chỉ tự tiêu 2-0 hoặc 3-0.

Bước 2: Khâu lớp cơ tầng sinh môn

- Khâu phục hồi cơ nâng hậu môn và cơ ngang đáy chậu.
- Mũi rời hoặc vắt.
- Đảm bảo không để khoảng chết.

Bước 3: Khâu da tầng sinh môn

- Khâu mũi rời hoặc khâu luồn dưới da.
- Thẩm mỹ, mép da áp sát tốt.

5.3.2. Rách độ III

- Khâu phục hồi cơ thắt hậu môn:
 - Khâu tận – tận hoặc chồng mép.
 - Chỉ tự tiêu chậm (Vicryl 2-0).
- Sau đó khâu các lớp như rách độ II.

5.3.3.. Rách độ IV

- Khâu niêm mạc trực tràng trước.
- Khâu cơ thắt hậu môn.
- Khâu phục hồi các lớp còn lại theo thứ tự giải phẫu.
- Nên thực hiện tại phòng mổ, vô cảm tốt.

5.4. Bước 4: Kiểm tra sau khâu

- Kiểm tra cầm máu.
- Kiểm tra lại âm đạo – hậu môn.

Đảm bảo không còn gạc sót.

5.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp.
- Tình trạng chảy máu âm đạo.
- Sưng nề tầng sinh môn.
- Dấu hiệu nhiễm trùng: sưng, nóng, đỏ, đau, sốt.
- Đại tiểu tiện.
- Với rách độ III, IV: theo dõi kiểm soát phân và trung tiện.

6.2. Tai biến và xử trí

Tai biến	Xử trí
Chảy máu	Mở kiểm tra lại vết khâu, khâu cầm máu
Tụ máu tầng sinh môn	Mở dẫn lưu, cầm máu
Nhiễm trùng	Kháng sinh, tháo chỉ nếu cần
Bục vết khâu	Đánh giá mức độ, có thể khâu lại
Rối loạn đại tiện (rách độ III–IV)	Hội chẩn chuyên khoa, theo dõi lâu dài

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
2. Bộ Y tế (2019), Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Sản phụ khoa.
3. Trường Đại học Y Hà Nội, Bài giảng Sản phụ khoa.

ĐỐT ĐIỆN CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Đốt điện cổ tử cung là phương pháp được áp dụng để điều trị tổn thương cổ tử cung. Trước khi áp dụng phương pháp điều trị cần xem kỹ kết quả tế bào học, soi cổ tử cung: Không có tổn thương tiền ung thư hoặc ung thư cổ tử cung. Cần điều trị tích cực, triệt để tổn thương, đề phòng các tổn thương bất thường ở CTC.

2. CHỈ ĐỊNH

Viêm lộ tuyến cổ tử cung diện rộng từ độ 2 trở lên khi các phương pháp điều trị nội khoa không hiệu quả.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Phụ nữ mang thai
- Đang trong kỳ kinh nguyệt
- Viêm nhiễm phụ khoa cấp tính (viêm vùng chậu)
- Rối loạn đông máu
- Nghi ngờ mắc bệnh lý ác tính
- Hạn chế đối với người chưa sinh con hoặc chưa đủ số con.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện.

1 bác sĩ sản phụ khoa, 1 người phụ (nữ hộ sinh/điều dưỡng)

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Máy đốt điện cao tần kèm que đốt.
- Băng, băng, cồn, gạc, súng vô khuẩn.
- Bộ khám phụ khoa.

4.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...
- NB và gia đình được giải thích và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật
- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

Phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Bước 1: Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung
- Bước 2: Bôi lugol 2%, xác định ranh giới vùng tổn thương
- Bước 3: Đốt vùng tổn thương, đốt vòng quanh để khoanh giới hạn vùng tổn thương, sau đó đốt môi sau trước để tránh tiết dịch khi thực hiện thủ thuật, di đầu đốt đều hết diện tổn thương. Ước lượng độ sâu của tổn thương để tránh bỏ sót. Tổ chức sau đốt có màu trắng đục và hơi lõm xuống so với tổ chức xung quanh.
- Bước 4: Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

Lưu ý:

- + Không đốt sát lỗ ngoài cổ tử cung, cần để ít tuyến quanh lỗ khoảng 5mm để giữ vị trí giải phẫu bình thường của lỗ ngoài cổ tử cung, tránh chít hẹp và ảnh hưởng đến sự tiết nhầy CTC.
- + Tổn thương loạn dưỡng: Lộn tuyến CTC, không có chỉ định đốt, với những bệnh nhân đã có con, để tránh khí hư gây phiền hà cho bệnh nhân

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Theo dõi các triệu chứng lâm sàng, tư vấn cho bệnh nhân tự theo dõi những hiện tượng sau đốt: tiết dịch, ra máu...
- Hẹn soi lại CTC sau đốt 2 tháng.

6.2. Xử trí tai biến:

- Các biến chứng có thể gặp: Chít hẹp CTC gây vô sinh, chảy máu, nhiễm trùng...
- Viêm bội nhiễm: Sau đốt có tiết dịch và ra máu, nếu không giữ vệ sinh có thể thấy tổn thương lan tỏa làm cho sự phục hồi biểu mô không tốt.
- Chảy máu ở CTC: Nếu ra nhiều hơn lượng kinh bình thường thì chèn gạc dài (có thể chèn gạc có tẩm adrenalin), cho thêm kháng sinh chống nhiễm khuẩn
- Chít CTC: Nếu lỗ ngoài CTC bị chít sẽ gây đau bụng ở kỳ kinh sau. Khi đó cần nong nhẹ nhàng hàng tuần trong thời gian giữa 2 kỳ kinh, trong 2 – 3 tháng

- Vô sinh: có thể xảy ra do diệt tuyến quá nhiều, cần cho thêm estrogen trong 3-4 ngày trước phóng noãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 315/QĐ-BYT: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa.

KHÂU RÁCH CÙNG ĐỒ ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Khâu rách cùng đồ âm đạo là thủ thuật cấp cứu phụ khoa nhằm khâu phục hồi vết rách tại khu vực sâu nhất của âm đạo (nơi âm đạo tiếp giáp cổ tử cung). Tổn thương này thường do quan hệ tình dục thô bạo hoặc tư thế không phù hợp gây chảy máu âm đạo dữ dội và đau bụng dưới.
- Rách cùng đồ âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi rách cùng đồ âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương cùng đồ âm đạo để tránh mất máu cho người bệnh.

3. CHUẨN BỊ

3.1. Người thực hiện:

BS sản phụ khoa, NHS có kinh nghiệm.

3.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- 2 van âm đạo
- 2 panh hình tim cặp CTC
- 1 panh sát trùng
- 1 kéo thẳng đầu tù, sắc
- 1 panh cặp kim, 1 panh đỡ kim
- 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
- 1 đến 2 sợi chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10ml
- Dung dịch polydin hoặc polyvidin.

3.3. Người bệnh

- Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ; các bệnh đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen...
- Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.

3.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Hồ sơ bệnh án đầy đủ, làm các xét nghiệm cơ bản;

3.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 30-60 phút.

3.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ/phòng thủ thuật.

4. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

4.1. Bước 1: Sát trùng âm đạo TSM, thông tiểu, người phụ giữ van bọc lộ âm đạo.

4.2. Bước 2: Giảm đau bằng gậy tê tại chỗ Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất (trừ khi người bệnh đã được gậy tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ).

4.3. Bước 3: Khâu lại vết rách.

- Khâu từ trên xuống dưới.

- Khâu 1 lớp khâu vắt (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông.

- Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng.

- Nếu rách thông ổ bụng: cần kết hợp phẫu thuật mổ hở để kiểm tra tổn thương tạng trong bụng và khâu phục hồi.

- Sát trùng âm đạo sau khi khâu xong.

- Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.

- Sát trùng hậu môn.

4.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.

- Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại.

- Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, người bệnh thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở.

- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu.

- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số1377/QĐ-BYT.

CHÍCH RẠCH TỤ MÁU TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Tụ máu tầng sinh môn là tình trạng chảy máu trong tổ chức dưới da hoặc trong lớp cơ vùng tầng sinh môn sau sinh do tổn thương mạch máu nhưng không được phát hiện và khâu cầm máu đầy đủ.

- Tụ máu có thể xuất hiện:

Sau sinh thường.

Sau cắt hoặc khâu tầng sinh môn.

Sau thủ thuật sản khoa (forceps, giác hút).

- Tụ máu nhỏ có thể tự theo dõi. Tụ máu lớn hoặc tiến triển nhanh cần chích rạch dẫn lưu để:

Giải phóng khối máu tụ.

Cầm máu triệt để.

Phòng ngừa nhiễm trùng.

Giảm đau cho sản phụ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tụ máu tầng sinh môn kích thước $\geq 3-4$ cm.

- Tụ máu tăng nhanh về kích thước.

- Đau nhiều, căng tức tầng sinh môn.

- Có dấu hiệu chèn ép (bí tiểu, đau lan).

- Nghi ngờ chảy máu tiếp diễn.

- Huyết động không ổn định do mất máu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối khi có chỉ định bắt buộc.

- Chống chỉ định tương đối:

Rối loạn đông máu chưa được điều chỉnh.

Tình trạng sốc chưa hồi sức ổn định.

Nhiễm trùng lan tỏa chưa kiểm soát (cần phối hợp điều trị).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa Sản.

- Có người phụ.

- Trường hợp tụ máu lớn, sâu: thực hiện tại phòng mổ.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ phẫu thuật vô khuẩn.
- Dao mổ.
- Kéo phẫu tích.
- Panh cầm máu.
- Kẹp mạch.
- Kim, chỉ tự tiêu (Vicryl 0, 1, 2-0).
- Gạc vô khuẩn.
- Ống dẫn lưu (Penrose hoặc tương đương).
- Dung dịch sát khuẩn.
- Bơm tiêm, thuốc tê (Lidocain 1–2%).
- Phương tiện hồi sức (nếu cần).

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật.
- Đánh giá toàn trạng: mạch, huyết áp.
- Làm xét nghiệm cơ bản nếu cần (Hb, Hct, đông máu).
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch.
- Tư thế sản khoa.
- Sát khuẩn rộng vùng tăng sinh môn.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Hồ sơ bệnh án đầy đủ, làm các xét nghiệm cơ bản;

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 30-60 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ/phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Đánh giá khối tụ máu

- Xác định vị trí, kích thước.
- Đánh giá mức độ lan rộng (âm hộ, âm đạo, hố ngồi trực tràng).
- Kiểm tra lại âm đạo, cổ tử cung để loại trừ tổn thương phối hợp.

5.2. Bước 2: Gây tê

- Gây tê tại chỗ hoặc gây mê/gây tê vùng nếu khối tụ lớn.
- Tiêm Lidocain quanh vùng rạch.
- Hút tử trước khi bơm thuốc.

- Chờ thuốc có tác dụng.
(Trường hợp tụ máu lớn, mất máu nhiều → gây mê tại phòng mổ)

5.3. Bước 3: Rạch và lấy máu tụ

- Rạch da theo vị trí phồng to nhất của khối tụ.
- Đường rạch đủ rộng để bộc lộ ổ máu tụ.
- Lấy hết máu cục và máu loãng.
- Dùng gạc thấm sạch.

5.4. Bước 4: Xác định và cầm máu

- Tìm điểm chảy máu.
- Kẹp và buộc mạch bằng chỉ tự tiêu.
- Khâu chữ X hoặc khâu mũi rời cầm máu nếu cần.
- Đảm bảo không còn chảy máu.

5.5. Bước 5: Dẫn lưu và đóng vết mổ

- Nếu ổ tụ lớn: đặt dẫn lưu Penrose.
- Khâu phục hồi từng lớp (cơ – dưới da – da).
- Không khâu kín hoàn toàn nếu còn nguy cơ rỉ máu.
- Đặt gạc ép nhẹ bên ngoài.

5.6. Bước 6: Kiểm tra lại

- Kiểm tra cầm máu kỹ.
- Kiểm tra âm đạo – hậu môn.
- Đảm bảo không sót gạc.

5.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp mỗi 15–30 phút trong 2 giờ đầu.
- Lượng máu ra âm đạo.
- Kích thước vùng tăng sinh môn.
- Dấu hiệu đau tăng.
- Tình trạng tiểu tiện.

- Theo dõi dẫn lưu (nếu có).
- Công thức máu khi nghi ngờ mất máu nhiều.

6.2. Tai biến và xử trí

Tai biến	Xử trí
Tái tụ máu	Mở lại vết mổ, cầm máu triệt để
Chảy máu nhiều	Hồi sức, truyền dịch, truyền máu nếu cần
Nhiễm trùng	Kháng sinh, mở dẫn lưu
Hoại tử mô	Cắt lọc mô hoại tử
Đau nhiều kéo dài	Đánh giá lại, loại trừ tụ máu tái phát

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
2. Bộ Y tế (2019), Tài liệu đào tạo Sản phụ khoa – Quy trình kỹ thuật chuyên ngành.

CHÍCH ÁP XE TUYẾN BARTHOLIN

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe tuyến Bartholin là biến chứng nặng nhất của viêm nang. Thông thường sự tấn công của các loại vi khuẩn gây nhiễm trùng có thể gây ứ tắc dịch nhờn ở trong tuyến Bartholin. Khi tình trạng ứ tắc kéo dài sẽ hình thành nên các ổ áp xe có chứa dịch mủ bên trong

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe đã thành mủ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khối viêm đỏ chưa thành mủ

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa sản phụ khoa
- Điều dưỡng viên hoặc nữ hộ sinh (hỗ trợ bác sĩ).

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Săng vô khuẩn
- Băng,băng, cồn, gạc,..
- Thuốc giảm đau, tiền mê, gây tê tại chỗ, nước cất
- Bơm tiêm 5-10 ml, dây truyền, kim lườn,...
- Bộ dụng cụ để trích áp xe

4.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...
- NB và gia đình được giải thích lý do phải trích áp xe và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thật
- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15 – 30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thủ thuật

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1:

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn.
- Trải sẵn vô khuẩn.

5.2. Bước 2:

- Gây tê xung quanh khối áp xe.
- Rạch da ngay trên khối áp xe chỗ da mềm mỏng nhất, đường rạch nhỏ khoảng 1 cm. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trở phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra.

5.3. Bước 3:

- Để da hở, đặt 1 gạc nhỏ hoặc ống thông trong ổ áp xe để dẫn lưu mủ ra ngoài, rút sau 12 giờ.

5.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: khâu chỗ chảy máu, dùng tiếp kháng sinh
- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

BỐC NANG TUYẾN BARTHOLIN

1. ĐẠI CƯƠNG

Nang tuyến Bartholin là tình trạng ống dẫn của tuyến Bartholin bị tắc nghẽn gây ứ đọng chất nhầy tạo thành khối u nang ở vùng âm hộ, thường lành tính; có thể không đau nếu nhỏ, nhưng nếu bị nhiễm trùng sẽ sưng, đỏ, đau, có mủ, phát triển thành áp xe, gây khó chịu khi đi lại, ngồi hoặc quan hệ tình dục.

2. CHỈ ĐỊNH

Nang tuyến Bartholin.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Nang tuyến Bartholin đang trong giai đoạn viêm (sưng, nóng, đỏ, đau).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa gây mê - hồi sức.
- Bác sỹ phẫu thuật chuyên khoa sản phụ khoa.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Đối với nang kích thước nhỏ chỉ cần gây tê tại chỗ; đối với các nang lớn cần gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.
- Bộ phẫu thuật phụ khoa.
- Máy hút, dao điện, kim chỉ tốt.
- Các loại dịch truyền thay máu và các thuốc hồi sức.
- Thuốc tiền mê, gây mê, ống nội khí quản.

4.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...
- NB và gia đình được giải thích và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thật
- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa, bàn phẫu thuật hơi thấp về phía đầu.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 - 60 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Vô cảm. Rạch da, đường rạch giữa nếp gấp môi lớn và môi bé.

5.2. Bước 2: Bóc tách tuyến.

- Bờ trên ngoài của tuyến thường dính nên khó bóc tách hơn mặt trong dưới niêm mạc.

- Bóc tách phải rất cẩn thận tránh vỡ khối viêm hoặc để dịch mủ thoát ra ngoài qua lỗ tiết của tuyến, vì vậy khi bóc tách đến lỗ tuyến nên cặp cổ tuyến bằng kẹp.

5.3. Bước 3: Cầm máu: Nên sử dụng dao điện cầm máu hoặc khâu qua đáy khoang bóc tách bằng chỉ Vicryl/Chromic. Trường hợp chảy máu nhiều hoặc có mủ nên đặt mesh dẫn lưu; thay mesh mỗi ngày.

5.4. Bước 4: Khâu niêm mạc.

- Thắt các mũi khâu cầm máu qua khoang bóc tách sẽ làm khít hai mép rạch hoặc có thể khâu niêm mạc bằng mũi rời.

- Nếu sử dụng chỉ không tiêu thì cắt chỉ sau 7 ngày.

5.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: vừa bóc tách vừa cầm máu và nên khâu ép hết đáy diện bóc tách.

- Tụ máu: Cắt chỉ, khâu cầm máu, dùng tiếp kháng sinh.

- Nhiễm trùng: Phải dùng thêm kháng sinh và tách vết mổ để mủ chảy ra ngoài, rửa vết mổ hàng ngày bằng Betadin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

CẮT; ĐỐT SÙI MÀO GÀ ÂM HỘ; ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Sùi mào gà (mụn cóc sinh dục) là bệnh do vi rút Human Papilloma (HPV), một loại virus thuộc loại DNA gây ra. Bệnh chủ yếu lây truyền qua đường tình dục, có thể gặp ở cả nam và nữ.
- Cắt đốt sùi mào gà là kỹ thuật sử dụng máy cao tần nhằm loại bỏ nhanh tổ chức sùi mào gà bằng hiệu ứng nhiệt, bốc bay tổ chức, hạn chế chảy máu

2. CHỈ ĐỊNH

Chẩn đoán xác định là sùi mào gà

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không đồng ý hoặc không hợp tác điều trị.
- Vùng da điều trị đang nhiễm trùng cấp tính, lan tỏa.
- Bệnh toàn thể nặng, bệnh hệ thống, suy tim, suy hô hấp, rối loạn đông máu, người bệnh đang đặt máy tạo nhịp tim.

4. THẬN TRỌNG

- Vùng da điều trị đang chiếu xạ.
- Suy giảm miễn dịch nặng.
- Bệnh giang mai 2 chưa điều trị.
- Tăng huyết áp, đái tháo đường không ổn định.
- Phụ nữ có thai.

5. CHUẨN BỊ

5.1. Người thực hiện.

1 bác sĩ sản phụ khoa, 1 người phụ (nữ hộ sinh/điều dưỡng)

5.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Máy đốt điện cao tần
- Băng, băng, cồn, gạc
- Bộ tiểu phẫu
- Lidocain 2%, nước muối sinh lý.

5.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...
- NB và gia đình được giải thích và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thật

- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

5.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- **Bước 1:** Khám tổng quát xác định tình trạng bệnh.
- **Bước 2:** Chuẩn bị dụng cụ y tế cần thiết.
- **Bước 3:** Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, TSM. Gây tê cục bộ tại khu vực tiến hành thủ thuật.
- **Bước 4:** Bác sĩ tiến hành cắt, đốt sùi mào gà tại âm đạo, âm hộ, tầng sinh môn.
- **Bước 5:** Sát trùng vết thương sau điều trị, hẹn lịch tái khám để điều trị lần 2 (Bệnh sùi mào gà không điều trị được dứt điểm chỉ trong một lần cắt, đốt, vì vậy bệnh nhân cần tái khám và điều trị đúng theo lịch hẹn của bác sĩ).
- **Bước 6:** Kết thúc quy trình

Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.

Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

* **Lưu ý:** Sau khi cắt, đốt sùi mào gà âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn:

- Tránh quan hệ tình dục khi vết thương chưa lành, vừa khiến vết thương lâu lành, đồng thời có thể lây nhiễm virus HPV cho bạn tình.
- Sử dụng thêm thuốc kháng sinh, chống viêm theo chỉ định của bác sĩ, tránh tình trạng vết thương bị viêm nhiễm.
- Vệ sinh vết thương sạch sẽ, theo hướng dẫn của bác sĩ.
- Không nên sử dụng chung đồ cá nhân với người khác, tránh lây bệnh cho người xung quanh.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi: Theo dõi 30 phút với trường hợp gây tê tại chỗ, phát hiện sớm sốc phản vệ, tình trạng chảy máu, tình trạng phù nề và các rối loạn khác.

7.2. Xử trí tai biến:

- Sốc phản vệ: xử trí ngay theo phác đồ sốc phản vệ.
- Chảy máu: băng ép, khâu ép hoặc cầm máu bằng dao điện.

- Tai biến khác: tùy theo loại và mức độ, khi ổn định chuyển chuyên khoa điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Tổng quan về cắt - đốt sùi mào gà và những điều cần biết - BV Phụ Sản Hải Phòng 31/3/2020.

NONG CỔ TỬ CUNG DO BẾ SẢN DỊCH

1. ĐẠI CƯƠNG

Nong cổ tử cung do bế sản dịch là thủ thuật thực hiện giãn dần cổ tử cung để loại bỏ sản dịch ứ đọng trong buồng tử cung sau sinh, nạo hút sản dịch nhằm khắc phục tình trạng bế sản dịch (còn gọi là ứ đọng sản dịch sau đẻ) để tránh nhiễm trùng, chảy máu kéo dài và các biến chứng khác. Quy trình này thường được tiến hành tại cơ sở y tế có đủ điều kiện gây mê/gây tê và nhân sự sản phụ khoa.

2. CHỈ ĐỊNH

Các trường hợp sau thường được chỉ định nong cổ tử cung do bế sản dịch:

- Sản dịch ứ đọng trong buồng tử cung gây bế sản dịch sau sinh bình thường hoặc sau can thiệp.
- Sau sinh, sản phụ có:

Chảy máu kéo dài hoặc bế sản dịch được xác định qua thăm khám lâm sàng/siêu âm.

Đau bụng dưới, tử cung không co hồi tốt kèm theo sản dịch ứ đọng.

Chú ý: Cần chẩn đoán xác định bế sản dịch và loại trừ các nguyên nhân khác trước khi tiến hành thủ thuật.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không tiến hành nong cổ tử cung nếu có các tình trạng sau:

- Nhiễm khuẩn sinh dục nặng, viêm phần phụ cấp tính chưa kiểm soát.
- Nhiễm khuẩn toàn thân, sốt cao không rõ nguyên nhân.
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát.
- Phụ nữ mang thai còn thai hoặc không xác định được chính xác tình trạng tử cung đang mang thai.
- Bất thường giải phẫu cổ tử cung hoặc tử cung làm tăng nguy cơ thủ thuật thất bại/biến chứng.

Lưu ý: Đánh giá chống chỉ định cần dựa trên thăm khám lâm sàng và xét nghiệm phù hợp trước khi quyết định thủ thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện.

- Bác sĩ sản phụ khoa được đào tạo và có kinh nghiệm.
- Phụ tá hỗ trợ, điều dưỡng theo dõi, gây mê/gây tê khi cần.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Mỏ vịt âm đạo, bộ nong cổ tử cung (bộ ống nong Hegar).
- Dụng cụ hút/nạo sản dịch nếu cần.
- Thuốc gây tê tại chỗ hoặc thuốc mê, thuốc giảm đau.
- Dụng cụ cầm máu, giường thủ thuật vô trùng.

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật, ký giấy cam kết.
- Ăn uống theo hướng dẫn (có thể nhịn ăn nếu gây mê toàn thân).
- Thăm khám, đo huyết áp, nhịp tim, xét nghiệm cơ bản (huyết học, đông máu).
- Đặt dụng cụ theo dõi cùng đường truyền tĩnh mạch nếu cần.
- Thuốc giảm đau/gây tê vùng hoặc gây mê tùy mức độ và tình trạng bệnh nhân.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1:

- Bệnh nhân nằm ngửa, hai chân đặt lên giá đỡ.
- Vệ sinh âm đạo, cổ tử cung bằng dung dịch sát khuẩn.

5.2. Bước 2: Nong cổ tử cung

- Dùng mỏ vịt mở âm đạo, quan sát vùng cổ tử cung.
- Tiến hành nong cổ tử cung bằng bộ nong Hegar từ nhỏ tới lớn một cách nhẹ nhàng, từng kích thước nhỏ đến khi đạt độ giãn đủ để vào buồng tử cung.
- Trong quá trình nong, theo dõi phản ứng bệnh nhân, giảm đau/gây mê theo nhu cầu.

5.3. Bước 3: Hút/nạo sản dịch

- Sau khi cổ tử cung giãn đủ, dùng dụng cụ hút hoặc nạo để lấy sản dịch còn ứ đọng khỏi buồng tử cung.
- Đảm bảo lấy sạch sản dịch, cầm máu nếu cần thiết.
- Kiểm tra kỹ buồng tử cung trước khi kết thúc thủ thuật.

5.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Rút các dụng cụ ra, đặt băng gạc âm đạo nếu có chảy máu.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn (huyết áp, nhịp tim, nhịp thở).
- Theo dõi lượng máu âm đạo, đau bụng, dấu hiệu nhiễm khuẩn.
- Hướng dẫn bệnh nhân nghỉ ngơi, theo dõi tại chỗ vài giờ – vài ngày tùy mức độ và gây mê/gây tê đã dùng.

6.2. Xử trí tai biến

Tai biến	Xử trí
Chảy máu nhiều	Cầm máu tại chỗ, tiêm thuốc co hồi tử cung, truyền dịch/ngân hàng máu nếu cần, có thể chuyển phòng phẫu thuật nếu không kiểm soát được.
Thủng tử cung:	Chuyển mổ ngay, xử trí phẫu thuật theo hướng dẫn phẫu thuật.
Nhiễm khuẩn:	Dùng kháng sinh phổ rộng, chăm sóc ổn định, theo dõi chức năng cơ quan.
Đau quá mức:	Tăng cường thuốc giảm đau, điều chỉnh gây mê/gây tê.

(Xử trí tai biến phải dựa vào đánh giá lâm sàng và nguồn lực tại cơ sở y tế.)

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quy trình kỹ thuật nong cổ tử cung do bé sản dịch – hướng dẫn kỹ thuật chuyên môn (Bộ Y tế/ Tài liệu chuyên ngành Sản Phụ khoa).

Hướng dẫn lâm sàng khám, chữa bệnh chuyên ngành Sản phụ khoa – tài liệu của Bộ Y tế Việt Nam.

NONG BUỒNG TỬ CUNG ĐẶT DỤNG CỤ CHỐNG DÍNH

1. ĐẠI CƯƠNG

Dính buồng tử cung là tổn thương hết lớp niêm mạc làm buồng tử cung bị dính vào nhau. Nong buồng tử cung là thủ thuật đưa ống nong hoặc ống hút vào buồng tử cung tách dính 2 mặt và đặt dụng cụ tử cung tránh thai nằm giữa trong buồng tử cung để 2 mặt không dính lại.

2. CHỈ ĐỊNH

- Dính buồng tử cung sau hút thai.
- Dính buồng tử cung sau tháo dụng cụ tử cung

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thiếu máu nặng. Bệnh tiểu đường, bệnh tim, bệnh máu
- Thể trạng người bệnh chưa cho phép tiến hành thủ thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

1 Bác sĩ sản phụ khoa và 1 người phụ là điều dưỡng/nữ hộ sinh.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Vật tư tiêu hao: dung dịch sát khuẩn, bông hoặc gạc sát khuẩn, thuốc gây tê cạnh cổ tử cung.
- Bộ dụng cụ: 1 kẹp sát trùng, 1 van âm đạo, 1 kẹp cổ tử cung, thước đo tử cung, ống hút: cỡ số 4,5.

4.3. Người bệnh

- Tư vấn tình trạng bệnh: lý do phải chỉ định nong buồng tử cung, quá trình thực hiện thủ thuật: các bước thực hiện thủ thuật, tai biến có thể gặp trong khi làm thủ thuật và sau thủ thuật.
- Chuẩn bị: khám toàn trạng(mạch, nhiệt độ, huyết áp), các xét nghiệm.
- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Nếu sử dụng tiền mê tĩnh mạch: tiêm thuốc tiền mê.

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật

4.6. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1:

- Sát khuẩn vùng âm hộ và hai bên đùi
- Trải khăn vải vô khuẩn.

5.2. Bước 2:

- Đặt van âm đạo: sát khuẩn lại âm đạo, sát khuẩn cổ tử cung.
- Kẹp cổ tử cung vị trí 12 giờ và gậy tê cạnh cổ tử cung.
- Dùng thước đo thăm dò tư thế tử cung, chiều cao buồng tử cung.

5.3. Bước 3:

- Nong buồng tử cung bằng ống hút từ ống số 4 đến 5, 6 hoặc ống nong Hegar.
- Đo lại chiều cao buồng tử cung.

5.4. Bước 4: Đặt dụng cụ tử cung.

5.5. Bước 5:

- Lau và sát khuẩn lại âm đạo, cổ tử cung bằng 1 kẹp sát khuẩn mới.
- Tháo dụng cụ.

5.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc giảm co tử cung.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Toàn trạng: mạch, nhiệt độ, huyết áp.
- Theo dõi co hồi tử cung và ra máu âm đạo.

6.2. Xử trí tai biến:

- Chảy máu: kiểm tra dụng cụ tử cung đúng vị trí không, nếu không có bất thường tiếp tục dùng kháng sinh, thuốc giảm co bóp tử cung. Nếu ra máu nhiều và kéo dài thì lấy dụng cụ tử cung ra.
- Thủng tử cung: mổ cấp cứu

- Dụng cụ tử cung tụt vào ổ bụng: mổ nội soi lấy vòng.
- Nhiễm trùng sau đặt dụng cụ tử cung: kháng sinh và lấy dụng cụ tử cung ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

HÚT BUỒNG TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Hút buồng tử cung là thủ thuật sử dụng bơm hút chân không bằng tay (MVA) hoặc máy hút điện để lấy tổ chức trong buồng tử cung ra ngoài qua đường cổ tử cung.

Thủ thuật được áp dụng trong:

- Đình chỉ thai nghén sớm.
- Sảy thai không hoàn toàn.
- Thai lưu sớm.
- Rong huyết do sót tổ chức buồng tử cung.

So với nạo buồng tử cung bằng thìa nạo kim loại, hút buồng tử cung ít gây tổn thương nội mạc tử cung, giảm nguy cơ dính buồng tử cung và biến chứng thủng tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai ≤ 12 tuần tuổi có chỉ định đình chỉ thai nghén theo quy định.
- Sảy thai không hoàn toàn.
- Thai lưu ≤ 12 tuần.
- Rong huyết do sót nhau, sót tổ chức buồng tử cung.
- Băng huyết sau sảy thai nghi còn tổ chức trong buồng tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh.
- Nhiễm khuẩn sinh dục cấp chưa điều trị.
- Sốc hoặc tình trạng toàn thân chưa ổn định.

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Dị dạng tử cung nặng.
- U xơ tử cung biến dạng lòng tử cung.
- Thai > 12 tuần (cần chuyển phương pháp phù hợp hơn).
- Thiếu phương tiện cấp cứu hồi sức.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ sản phụ khoa được đào tạo kỹ thuật.
- Điều dưỡng phụ dụng cụ, Nhân viên gây mê (nếu cần).

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ hút chân không (MVA) hoặc máy hút điện.
- Ống hút các cỡ phù hợp tuổi thai.
- Mỏ vịt, kẹp Pozzi.
- Bộ nong cổ tử cung (Hegar) nếu cần.
- Thuốc: Lidocain 1%, Oxytocin/Misoprostol, thuốc giảm đau.
- Dung dịch sát khuẩn.
- Phương tiện hồi sức cấp cứu.

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật, ký cam kết đồng ý.
 - Khám toàn thân, khám phụ khoa.
 - Siêu âm xác định tuổi thai/tổ chức buồng tử cung.
 - Xét nghiệm cần thiết: Công thức máu, nhóm máu, đông máu (khi cần).
- Nhịn ăn nếu có chỉ định gây mê.

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật

4.6. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bước 1: Tư thế

- Người bệnh nằm tư thế sản khoa.

2. Bước 2: Sát khuẩn – bộc lộ cổ tử cung

- Sát khuẩn âm hộ, âm đạo.
- Đặt mỏ vịt bộc lộ cổ tử cung.
- Kẹp cổ tử cung bằng kẹp Pozzi.

3. Bước 3: Gây tê

- Gây tê cạnh cổ tử cung bằng Lidocain 1% (4 điểm quanh cổ tử cung).

4. Bước 4: Nong cổ tử cung (nếu cần)

- Nong nhẹ nhàng bằng Hegar theo thứ tự tăng dần.
- Không nong nếu cổ tử cung đã mở đủ.

5. Bước 5: Hút buồng tử cung

- Chọn ống hút phù hợp (kích thước tương ứng tuổi thai).

- Đưa ống hút vào buồng tử cung theo hướng trục tử cung.
- Tạo áp lực hút (60–70 cmHg).
- Di chuyển ống hút nhẹ nhàng khắp buồng tử cung.
- Dấu hiệu hoàn thành:
 - Không còn tổ chức hút ra.
 - Cảm giác “sột sột” do thành tử cung co lại.
 - Tử cung co nhỏ lại.

6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Rút ống hút.
- Kiểm tra lượng máu chảy.
- Tiêm Oxytocin nếu cần.
- Theo dõi tại phòng thủ thuật.
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh,...

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhiệt độ.
- Lượng máu âm đạo.
- Đau bụng.
- Theo dõi 1–4 giờ tùy tình trạng.
- Hướng dẫn người bệnh:
 - Ra máu ít trong vài ngày là bình thường.
 - Tái khám nếu sốt, đau tăng, ra máu nhiều.

6.2. Tai biến và xử trí

Tai biến	Xử trí
Chảy máu nhiều:	Xoa đáy tử cung, tiêm Oxytocin/Misoprostol, hút lại nếu còn sót
Thủng tử cung:	Ngừng thủ thuật, theo dõi hoặc mổ nếu nghi tổn thương tạng
Sốt tổ chức:	Hút lại buồng tử cung
Nhiễm khuẩn:	Kháng sinh phổ rộng

Tai biến

Xử trí

Sốc phản vệ thuốc Xử trí cấp cứu theo phác đồ sốc phản vệ

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
2. Danh mục và quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Sản phụ khoa – Bộ Y tế.

NẠO NIÊM MẠC TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng dụng cụ để nạo hoặc hút hết lớp niêm mạc tử cung để chẩn đoán hoặc cả điều trị.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ra máu ngoài kỳ kinh, không theo chu kỳ kinh nguyệt, nếu tiến triển thường xuyên, sẽ phải nạo buồng tử cung tìm nguyên nhân chảy máu.
- Ra máu quá nhiều: ra máu quá nhiều trong một chu kỳ kinh nặng nề và kéo dài, hoặc xuất hiện sau tuổi mãn kinh.
- Nạo buồng tử cung để điều trị như trong trường hợp đã xác định nguồn gốc bệnh: ứ dịch buồng tử cung, sảy thai không hoàn toàn...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu.
- Chống chỉ định tương đối với một số bệnh nặng như bệnh về tim, phổi mà có thể gây nguy cơ tăng thêm bệnh khi làm thủ thuật.
- Chống chỉ định tương đối khi có kèm viêm nhiễm vùng chậu, làm tăng nguy cơ viêm nhiễm, có thể thực hiện sau khi điều trị viêm nhiễm ổn định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ, y sỹ chuyên khoa phụ khoa
- Người làm thủ thuật rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, mang găng vô khuẩn

4.2. Phương tiện

- Bộ dụng cụ nạo, có đủ các size từ nhỏ đến lớn.
- Thuốc giảm đau, thuốc trợ tim và hồi sức.
- Dung dịch NaCl 0,9% , Glucose 5%.
- Săng, bông, băng, cồn, gạc vô khuẩn.

4.3. Người bệnh

- Trước ngày nạo, tránh dùng một số thuốc không cần thiết, nên ngừng aspirin. Thông báo với bác sỹ tất cả các loại thuốc đang dùng và bệnh đang được điều trị, ví dụ tăng huyết áp để tránh các biến chứng trong và sau khi nạo.
- Các xét nghiệm máu, nước tiểu ...để đảm bảo không vấn đề nào bị bỏ sót.
- Trước lúc nạo, phải giải thích cho người bệnh yên tâm.
- Cho nằm tư thế phụ khoa, tiêm thuốc giảm đau trước khi nạo.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1

- Sát khuẩn âm hộ, âm đạo, vùng tầng sinh môn.
- Trải khăn vô khuẩn, bộc lộ vùng tầng sinh môn.

5.2. Bước 2

- Gây tê tại chỗ ở cổ tử cung.

- Dùng kim Pozzi cặp vào môi trước hay môi sau cổ tử cung tùy tư thế tử cung ngả trước hay ngả sau, để kéo trục cổ tử cung thẳng với trục của thân tử cung.
- Đo chiều cao của buồng tử cung.

5.3. Bước 3

- Nong cổ tử cung lần lượt từ số nhỏ đến số lớn. Nong bằng áp lực của cổ và bàn tay, không dùng sức mạnh của cẳng tay. Nếu nong số lớn hơn mà không lọt thì nong lại số cũ rồi lại đổi sang số to, nong nhẹ nhàng, tránh thô bạo làm thủng eo cổ tử cung.
- Một phương pháp khác là đưa một nút gạch Laminaria (một miếng rong biển khô có hình dạng xì gà) vào cổ tử cung 8 - 20 tiếng trước khi thực hiện thủ thuật, miếng laminaria sẽ hấp thu nước từ các mô xung quanh và nở ra, làm giãn căng từ từ ống cổ tử cung, ít gây sang chấn ống cổ tử cung hơn.
- Dùng thìa cùn nạo sạch buồng tử cung, lần lượt nạo mặt trước, mặt sau, vùng đáy, hai bờ và hai sừng tử cung. Khi niêm mạc sạch, ta thấy ra bọt hồng và cảm giác gợn ở đầu thìa nạo.

5.4. Bước 4

- Lau sạch và sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung.
- Chất nạo được xét nghiệm Giải Phẫu Bệnh.

5.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- **Xuất huyết:** hiếm khi gây xuất huyết nặng, nhưng có thể xảy ra nếu dụng cụ làm tổn thương cơ tử cung hoặc khối u xơ nội mạc chưa được phát hiện ra, vô tình bị lấy trong lúc nạo.
- **Thủng tử cung:** có thể điều trị nội khoa hoặc ngoại khoa tùy mức độ thủng và toàn trạng người bệnh.
- **Nhiễm trùng:** điều trị kháng sinh.
- **Hội chứng Asherman:** rất hiếm xảy ra, là do sự hình thành mô sẹo bên trong tử cung do nạo mạnh tay hoặc phản ứng bất thường của cơ thể với quá trình nạo, tạo thành sẹo, lấp đầy tử cung, không còn hành kinh nữa.
- **Những bệnh bỏ sót:** không nạo được hết, nên rất cần phối hợp với soi buồng tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

CHỌC DÒ TÚI CÙNG DOUGLAS

1. ĐẠI CƯƠNG

Chọc dò túi cùng sau là một thủ thuật nhằm xác định túi cùng Douglas có dịch, máu hay mủ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi thai ngoài tử cung vỡ.
- Lấy dịch ổ bụng làm xét nghiệm.
- Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Có khối u vùng chậu
- Áp xe buồng trứng, áp xe ruột thừa
- Thận lạc chỗ (nằm ở vùng chậu)
- Tử cung ngả sau

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa sản phụ khoa
- Điều dưỡng viên hoặc nữ hộ sinh (hỗ trợ bác sĩ).

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- + Bộ khám phụ khoa.
- + Các dung dịch sát khuẩn.
- + Lidocain, nước cất.
- + Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò.

4.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...
- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1:

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ.

5.2. Bước 2:

- Đặt mỏ vịt (có thể dùng van âm đạo) tiếp tục sát khuẩn phần trong âm đạo và túi cùng sau.
- Dùng kim Pozzi kẹp mép sau cổ tử cung, kéo nhẹ theo hướng ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau âm đạo.

5.3. Bước 3:

- Chọc nhanh kim vào túi cùng sau ở dưới mép sau cổ tử cung (thường không cần phải gây tê).
- Kéo nòng bơm tiêm từ từ để hút dịch ở túi cùng Douglas.

5.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu
- Nhiễm trùng
- Chọc nhầm vào các cơ quan lân cận

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

CHỌC, DẪN LƯU TÚI CÙNG DOUGLAS

1. ĐẠI CƯƠNG

Túi cùng Douglas có vị trí giải phẫu thấp, nên dịch trong ổ bụng thường khu trú ở vùng này, tạo ra các ổ mủ. Các tổn thương viêm nhiễm có mủ, có dịch ở vòi trứng tạo thành khối mủ cũng thường chảy xuống vùng này.

Chọc, dẫn lưu túi cùng Douglas là một quá trình chuyển các chất dịch có tính chất bệnh lý (mủ) có khả năng gây hại cho hoạt động sinh lý của các cơ quan vùng bụng dưới ra bên ngoài cơ thể.

2. CHỈ ĐỊNH

- Nghi có ổ áp xe phần phụ hoặc áp xe Douglas

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi ổ mủ chưa khu trú
- Túi cùng Douglas không phồng
- Đính cơ quan vùng chậu
- Khối u to vùng chậu
- Bệnh nhân bị rối loạn đông máu nặng

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa sản phụ khoa
- Điều dưỡng viên hoặc nữ hộ sinh (hỗ trợ bác sĩ).

4.2. Vật tư, thuốc, trang thiết bị

- Găng tay vô trùng, săng vô trùng
- Bộ khám phụ khoa
- Các dung dịch sát khuẩn (betadin), kẹp Kelly to, kẹp Allis, kéo, dao phẫu thuật, gạc, gạc dài, ống dẫn lưu bằng nhựa có đường kính từ 1 - 1,5 cm
- Bơm tiêm 10 - 20 ml, kim chọc dò tửy sống, lidocain, nước cất

4.3. Người bệnh

- Bác sĩ tư vấn cho người bệnh biết các bước tiến hành
- Người bệnh ký cam kết đồng ý làm thủ thuật
- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh khu vực cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện
- Thụt tháo phân

- Khám hai tay phổi hợp để xác định khối mũ: vị trí, kích thước. Có thể làm siêu âm để xác định các tính chất của khối mũ

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 phút

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật

4.6. Kiểm tra hồ sơ:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1

- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa, sát khuẩn rộng vùng âm hộ, trái sảng vô khuẩn.

- Đặt van âm đạo, tiếp tục sát khuẩn phần trong của âm đạo và chú ý túi cùng sau

- Dùng kim Pozzi kẹp vào mép sau của cổ tử cung kéo nhẹ ra ngoài và lên trên, bộc lộ túi cùng sau của âm đạo

5.2. Bước 2.

- Gây tê tại chỗ với lidocain tại vị trí chọc, có trường hợp phải gây mê toàn thân

- Chọc kim vào túi cùng sau phía dưới mép sau cổ tử cung, nhẹ nhàng đưa kim vào ổ mũ, vừa đưa vào sâu vừa hút. Khi hút được mũ thì giữ nguyên vị trí kim để làm mốc rạch

- Dùng kẹp Allis kẹp vào niêm mạc của âm đạo (vào vùng định rạch) để tạo một nếp gấp dọc trước – sau

- Dùng kéo hay dao phẫu thuật cắt hay rạch sát vào bờ trên của kim

- Dùng kéo đầu tù khép kín đưa vào lỗ rạch, và rút ra để ở tư thế mở. Đầu mũi kéo sẽ làm cho lỗ rạch rộng hơn, mũ chảy ra. Có thể dùng đầu ngón tay để phá vỡ những góc ngách của ổ áp xe, đồng thời ấn tử cung qua thành bụng để mũ chảy ra ngoài

5.3. Bước 3.

- Đưa ống dẫn lưu qua vết rạch, cố định vào phía ngoài của thành âm đạo

5.4. Bước 4.

- Rút ống dẫn lưu khi không còn mũ chảy ra

5.5. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu
- Nhiễm trùng (có thể gây viêm phúc mạc)
- Chọc nhầm vào các cơ quan lân cận

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ CSSKSS, Bộ Y tế.

KHÁM PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám phụ khoa là khám bộ phận sinh dục ngoài thời kỳ có thai. Mục đích khám là để phát hiện các bệnh ở âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, thân tử cung, vòi trứng và buồng trứng, đồng thời xem có gì bất thường trong tiểu khung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khám định kỳ và tầm soát
- Triệu chứng viêm nhiễm vùng kín
- Rối loạn kinh nguyệt
- Dấu hiệu bất thường khác: đau, chảy máu khi quan hệ tình dục, đau bụng vùng chậu...
- Tầm soát ung thư
- Tư vấn sức khỏe sinh sản.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ, y sỹ chuyên khoa phụ khoa

4.2. Vật tư, trang thiết bị

- Bàn khám, đèn chiếu.
- Mỏ vịt, kim kẹp bông, kim sinh thiết, thước đo buồng tử cung, kim cặp cổ tử cung.
- Bông, gạc, găng cao su, dầu paraffin, dd acid acetic 3%, lugol 3%, dung dịch sát khuẩn.
- Máy soi cổ tử cung.

4.3. Người bệnh

- Đi tiểu sạch trước khi khám.
- Tôn trọng quy tắc khám 3 người

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Hỏi

- Tên, tuổi, nghề nghiệp
- Lý do đến khám
- Tiền sử kinh nguyệt, tiền sử sản khoa, khí hư

5.2. Bước 2: Nhìn

- Quan sát toàn thân: da, niêm mạc, cơ thể có phát triển cân đối không?
- Giọng nói, mọc râu, lông.
- Sẹo mổ cũ, hệ thống lông trên vệ, trên bụng, âm vật, hai môi lớn, hai môi bé, tầng sinh môn...

5.3. Bước 3: Khám bằng mỏ vịt

- Đặt mỏ vịt đúng cách, nhẹ nhàng, qua mỏ vịt quan sát âm đạo, cổ tử cung, đánh giá niêm dịch, khí hư, xem xét các tổn thương phối hợp (nang nước, nhân di căn

chorio), có dị tật bẩm sinh (vách ngăn, chấn thương sau đẻ như lỗ rò, sẹo rách cổ tử cung, âm đạo...), nang naboth cổ tử cung, polyp.

- Soi cổ tử cung bằng dd acid acetic và lugol, chứng nghiệm Hinselmann, Schiller.

5.4. Bước 4: Thăm âm đạo kết hợp nắn bụng

Đánh giá tử cung và 2 bên phần phụ.

5.5. Bước 5: Gõ bụng

Trong trường hợp có dịch cổ chướng, máu... phải gõ bụng ở tư thế nghiêng trái hoặc phải để xác định chẩn đoán.

5.6. Bước 6: Nghe

Trường hợp khối u to, cần phân biệt với tử cung có thai bằng cách dùng ống nghe sản khoa hoặc máy Doppler để phát hiện xem có tiếng tim thai hay tiếng thổi tử cung không.

5.7. Bước 7: Đo buồng tử cung

Trong một số trường hợp như u xơ tử cung, sa sinh dục thì dùng thước đo buồng tử cung để thăm dò.

5.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi khám.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

SOI CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Soi cổ tử cung là phương pháp kiểm tra kỹ và nhìn thấy rõ hơn các tổn thương vùng cổ tử cung, âm đạo để phát hiện các bệnh viêm nhiễm, tổn thương lộ tuyến, sùi mào gà, polyp, ung thư cổ tử cung... Từ đó giúp người bệnh ngăn ngừa và điều trị kịp thời những ảnh hưởng do các bệnh phụ khoa gây ra.

2. CHỈ ĐỊNH

- Soi cổ tử cung nếu xét nghiệm PAP +/- HPV bất thường.
- Khám phụ khoa có bất thường.
- Quan sát cổ tử cung qua máy soi khi khám phụ khoa

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chưa quan hệ tình dục
- Chống chỉ định tương đối: lên hoãn thực hiện khi đang hành kinh, bị viêm nhiễm phụ khoa cấp tính, hoặc ra máu âm đạo nhiều; Phụ nữ mang thai bị rau tiền đạo.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Bác sỹ, nữ hộ sinh được đào tạo về chuyên ngành Sản phụ khoa được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

4.2. Trang thiết bị:

- Một mỏ vịt, panh kẹp bông;
- Máy soi cổ tử cung;
- Màn hình hiển thị hình ảnh thu được khi soi;
- Máy vi tính có kết nối máy soi để lấy ảnh;
- Dung dịch acid acetic 3% và lugol 1%;
- Gòn, tampon, nước muối sinh lý và kiềm;
- Kiềm bấm sinh thiết;
- Dụng cụ nạo kênh cổ tử cung;
- Dung dịch formol 10%;

4.3. Người bệnh:

- Người bệnh được khám và chỉ định soi cổ tử cung.
- Giải thích cho người bệnh phối hợp với thầy thuốc.
- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa, bộc lộ vùng sinh dục.

*** Những lưu ý trước khi soi cổ tử cung:**

- Không quan hệ tình dục trong 24 giờ trước khi soi.
- Không sử dụng các thuốc đặt âm đạo trong 24 giờ trước khi thực hiện.
- Không soi khi đang trong kỳ kinh nguyệt.
- Làm trống bàng quang trước khi soi.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Trước khi tiến hành soi cổ tử cung, bác sĩ sẽ giải thích quá trình thực hiện và những khó chịu khi soi để người bệnh bớt lo lắng.

5.1. Bước 1: Thăm khám sơ bộ. Bác sĩ sẽ thăm khám và kiểm tra sơ bộ hệ sinh dục nữ, hỏi về các biểu hiện bất thường gặp phải.

5.2. Bước 2: Đưa mỏ vịt vào âm đạo, bộc lộ rõ cổ tử cung, lau sạch huyết trắng ở âm đạo cổ tử cung, tránh làm tổn thương cổ tử cung. Cho người bệnh xem âm đạo cổ tử cung trước khi sử dụng dung dịch.

5.3. Bước 3: Dùng gòn có tẩm acid acetic 3% bôi lên cổ tử cung và các thành âm đạo. Sau khi bôi khoảng 30 giây tiến hành đọc kết quả. Dùng máy soi phát hiện các bất thường. Thời gian đọc không quá 3 phút, lâu hơn hoặc sớm hơn 30 giây thì sẽ làm sai lệch kết quả. Ghi nhận kết quả và lưu giữ hình ảnh.

5.4. Bước 4: Dùng gòn có tẩm lugol 1% bôi ở cổ tử cung và các thành âm đạo. Sau đó ghi nhận kết quả và lưu giữ hình ảnh.

5.5. Bước 5: Nếu có nghi ngờ, bác sĩ có thể tiến hành bấm sinh thiết hay nạo kênh ngay khi soi.

5.6. Bước 6: Tháo dụng cụ và tiến hành khám phụ khoa bằng tay.

5.7. Bước 7: Ghi nhận kết quả soi và tư vấn cho người bệnh.

- Thời gian soi cổ tử cung khoảng 5-10 phút. Trong quá trình soi cổ tử cung người bệnh có thể quan sát bằng cách nhìn qua màn hình ti vi.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Trong quá trình soi, bác sĩ có thể sẽ kết hợp lấy mẫu sinh thiết. Sau đó bệnh nhân sẽ có cảm giác đau và có thể chảy máu có thể sử dụng bông gạc nhét âm đạo để cầm máu và theo dõi huyết âm đạo.

- Không nên quan hệ tình dục hay thụt rửa âm đạo trong vòng 1 tuần kể từ khi soi xong.

- Nên khám phụ khoa định kỳ 6 tháng 1 lần hoặc khi có các dấu hiệu bất thường để có thể phát hiện sớm các tình trạng bệnh lý của hệ sinh dục, nhằm có biện pháp can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Đề án thí điểm sàng lọc phát hiện sớm và xử trí ung thư cổ tử cung tại một số tỉnh giai đoạn 2019-2025 (phê duyệt kèm theo Quyết định số 3877/QĐ-BYT ngày 29/8/2019 của Bộ trưởng BYT).

LÀM THUỐC ÂM HỘ, ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hầu hết sản phụ đẻ thường đều rạch tầng sinh môn. Khi đầu thai nhi chuẩn bị ra ngoài để tránh ngạt cũng như giúp quá trình sinh suôn sẻ, bác sĩ rạch một đường nhỏ ở tầng sinh môn và khâu lại.

- Việc chăm sóc âm hộ, âm đạo sau sinh rất quan trọng. Bà mẹ sau sinh nên vệ sinh đúng cách tầng sinh môn, tùy thuộc cơ địa vết khâu sẽ lành trong khoảng 2 – 4 tuần hoặc lâu hơn.

2. CHỈ ĐỊNH

Sản phụ sau sinh thường có vết khâu tầng sinh môn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ/nữ hộ sinh được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh sản phụ khoa.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Panh sát khuẩn
- Bông, gạc, cồn betadine, nước muối sinh lý,...

4.3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích về quy trình trước khi làm thuốc âm hộ, âm đạo.
- Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15 phút.

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: tại phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Rửa tay – mang găng vô khuẩn

5.2. Bước 2: Bộc lộ và quan sát vết khâu.

5.3. Bước 3: Làm sạch vết khâu

Nguyên tắc : từ sạch -> bẩn, từ trước -> sau

- Dùng gạc thấm nước muối sinh lý

- Lau âm đạo, mép vết khâu, vùng tầng sinh môn, cuối cùng là hậu môn (mỗi lần lau dùng 1 miếng gạc, không lau ngược lại).

5.4. Bước 4: Sát khuẩn

Dùng gạc mới thấm dung dịch sát khuẩn, lau nhẹ nhàng theo đúng chiều, không chà xát mạnh gây đau, bung chỉ.

5.5. Bước 5: Lau khô

5.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Thu dọn dụng cụ đúng quy định
- Tháo găng, rửa tay
- Giúp sản phụ về tư thế thoải mái

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

Theo dõi các dấu hiệu bất thường sau :

- Đau tăng, sưng nề vết khâu
- Chảy máu/tụ máu bất thường
- Chảy dịch bất thường
- Bung chỉ

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 315/QĐ-BYT : Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa - ngày 29/01/2015.

PHẪU THUẬT ABCES VÚ

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe vú là ổ mủ hóa do nhiễm trùng trong tổ chức tuyến vú — thường gặp ở phụ nữ cho con bú hoặc do viêm mô mềm vú tiên triển nếu không được điều trị hiệu quả bằng nội khoa. Phẫu thuật chích rạch và dẫn lưu (hoặc mở ổ áp xe) là can thiệp ngoại khoa chính để loại bỏ mủ, giảm triệu chứng và ngăn nhiễm trùng lan rộng khi điều trị nội khoa không thành công hoặc ổ áp xe đã thành mủ rõ rệt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Ổ áp xe vú đã hóa mủ rõ rệt, xác định qua thăm khám lâm sàng hoặc siêu âm.
- Điều trị kháng sinh không đáp ứng sau theo dõi (đau, sưng, đỏ, có mủ).
- Áp xe lớn, căng da hoặc đau nhiều.
- Tái phát hoặc nguy cơ biến chứng nếu không dẫn lưu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tồn thương viêm đỏ *chưa thành mủ* (trước giai đoạn hóa mủ).
- Rối loạn đông máu chưa kiểm soát. (tham khảo nguyên tắc chung ngoại khoa)
- Nhiễm trùng toàn thân không kiểm soát; bệnh nhân không phù hợp với can thiệp tại thời điểm đó.
- Áp xe ở vị trí có cấu trúc mạch máu thần kinh lớn mà không thể can thiệp an toàn tại phòng thủ thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích thủ thuật và ký cam kết đồng ý.
- Khám lâm sàng tổng quát và chuyên khoa vú, cân nhắc siêu âm để xác định kích thước, vị trí ổ áp xe.
- Kiểm tra huyết học cơ bản, đông máu; ổn định toàn trạng.
- Nhịn ăn nếu cần gây mê toàn thân (thường không bắt buộc với gây tê tại chỗ).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sỹ chuyên khoa gây mê - hồi sức.
- Bác sỹ phẫu thuật chuyên khoa sản phụ khoa.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Dung dịch sát khuẩn (Betadine, iod povidone).
- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 1%), thuốc tiền mê hoặc gây mê nếu cần

- Dụng cụ chích rạch: dao mổ số 11, kẹp cầm máu, kéo vô khuẩn.
- Ống hút/kẹp phá vách ổ áp xe, gạc vô trùng.
- Ống dẫn lưu mềm hoặc dải gạc để đặt dẫn lưu nếu cần.
- Băng, gạc, găng tay vô khuẩn, khăn trải sterile.

4.3. Người bệnh Giải thích thủ thuật và ký cam kết đồng ý.

- Khám lâm sàng tổng quát và chuyên khoa vú, cân nhắc siêu âm để xác định kích thước, vị trí ổ áp xe.
- Kiểm tra huyết học cơ bản, đông máu; ổn định toàn trạng.
- Nhịn ăn nếu cần gây mê toàn thân (thường không bắt buộc với gây tê tại chỗ).
- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...
- NB và gia đình được giải thích và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thật

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 - 60 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng phẫu thuật.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Sát khuẩn và gây tê

- Vị trí bệnh nhân nằm thoải mái; bộc lộ vú cần xử trí.
- Sát khuẩn rộng vùng da quanh ổ áp xe với dung dịch sát khuẩn.
- Gây tê tại chỗ quanh ổ áp xe để giảm đau.

5.2. Bước 2: Chích rạch và dẫn lưu

- Xác định điểm da mềm nhất trên ổ áp xe.
- Rạch da theo đường nan hoa hoặc đường cung phù hợp vùng áp xe để mở rộng khoang mũ.
- Bóp nhẹ hoặc dùng kẹp/phá vách để tháo mũ khỏi khoang và phá các góc ngách.
- Hút và rửa khoang áp xe bằng nước muối sinh lý hoặc dung dịch sát khuẩn.
- Đặt ống dẫn lưu mềm hoặc đệm gạc vô trùng trong ổ đến khi dịch giảm.

5.3. Bước 3: Chọc hút dẫn lưu (nếu lựa chọn)

- Có thể dùng kim hút lớn (20–18G) dưới hướng dẫn siêu âm để hút dịch.

- Rửa khoang bằng nước muối sinh lý; có thể đặt catheter dẫn lưu nhỏ.

5.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi khám.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. THEO DÕI

- Theo dõi sinh hiệu: huyết áp, mạch, nhiệt độ.
- Quan sát lượng dịch chảy qua dẫn lưu và tình trạng vết mổ.
- Hướng dẫn chăm sóc vết thương, thay băng vô khuẩn đều đặn.
- Dùng kháng sinh theo chỉ định dựa trên kết quả cấy dịch mũ nếu có (thường 5–7 ngày).

6.2. XỬ TRÍ TAI BIẾN

Tai biến	Xử trí
Chảy máu sau mổ	Băng ép cầm máu; nếu chảy nhiều, mở lại cầm máu trong phòng mổ.
Nhiễm trùng lan rộng	Mở rộng dẫn lưu, điều chỉnh kháng sinh theo kháng sinh đồ.
Đau dữ dội/sung lan	Đánh giá tái khám, siêu âm lại ổ áp xe và đặt dẫn lưu lại nếu cần.
Tổn thương mô tuyến/chức năng tiết sữa	Đánh giá lại tổn thương, hội chẩn chuyên khoa vú.

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quy trình kỹ thuật chích áp xe vú – tóm tắt các bước (tham khảo lâm sàng).
2. Hướng dẫn chích rạch và dẫn lưu áp xe
3. Tài liệu điều trị áp xe vú – StatPearls (NCBI).
4. Các tài liệu chuyên môn điều trị áp xe vú trên lâm sàng, siêu âm, theo dõi sau thủ thuật.

KỸ THUẬT TÁCH MÀNG ỚI

1. ĐẠI CƯƠNG

Tách màng ối (lách ối) là thủ thuật sản khoa trong đó ngón tay của người thực hiện được đưa qua lỗ trong cổ tử cung để tách phần màng ối khỏi đoạn dưới tử cung. Thủ thuật nhằm kích thích chuyển dạ thông qua việc làm tăng phóng thích prostaglandin nội sinh, từ đó giúp làm chín cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai đủ tháng (≥ 39 tuần)
- Thai quá ngày dự sinh
- Cổ tử cung đã mở (thường ≥ 1 cm)
- Cần hỗ trợ khởi phát chuyển dạ trong trường hợp:
 - Không có chỉ định mổ lấy thai
 - Tình trạng mẹ và thai ổn định
- Trước khi sử dụng các biện pháp khởi phát chuyển dạ bằng thuốc.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhau tiền đạo hoặc nghi ngờ nhau tiền đạo
- Rau bong non
- Thai ngôi bất thường
- Vỡ ối
- Nhiễm trùng đường sinh dục
- Suy thai
- Có chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối
- Cổ tử cung chưa mở

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc nữ hộ sinh được đào tạo về thủ thuật
- Giải thích thủ thuật cho sản phụ và được sự đồng ý

4.2. Vật tư, trang thiết bị

- Găng tay vô khuẩn
- Gel bôi trơn vô khuẩn
- Phương tiện theo dõi tim thai (monitor hoặc Doppler)

4.2. Người bệnh

- Sản phụ nằm tư thế sản khoa
- Bàn quang rộng

- Theo dõi tim thai trước thủ thuật

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Người bệnh nằm trên bàn đẻ theo tư thế sản khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Thăm khám âm đạo

Đánh giá:

- Độ mở cổ tử cung
- Độ xóa cổ tử cung
- Vị trí và độ mềm cổ tử cung
- Ngôi, thể thai

5.2. Bước 2: Tiến hành tách màng ối

- Đưa 1 ngón tay qua lỗ trong cổ tử cung
- Dùng đầu ngón tay xoay tròn 360° giữa màng ối và đoạn dưới tử cung
- Thao tác nhẹ nhàng, tránh gây đau nhiều hoặc chảy máu

5.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Rút tay ra nhẹ nhàng
- Lau sạch vùng âm hộ
- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi:

Tim thai

Cơ co tử cung

Ra máu âm đạo

Cảm giác đau của sản phụ

- Dặn sản phụ:

Theo dõi ra máu, đau bụng, ra nước âm đạo

Quay lại ngay nếu có dấu hiệu bất thường

- Đánh giá khả năng khởi phát chuyển dạ trong 24–48 giờ

6.2. Xử trí tai biến

Tai biến	Biểu hiện	Xử trí
Đau nhiều	Đau bụng, khó chịu	Trấn an, theo dõi
Ra máu âm đạo nhẹ	Máu ít sau thủ thuật	Theo dõi, thường tự hết
Vỡ ối	Ra nước âm đạo	Nhập viện, theo dõi chuyển dạ
Nhiễm trùng	Sốt, đau bụng	Kháng sinh, xử trí theo tình trạng
Suy thai (hiếm)	Nhịp tim thai bất thường	Xử trí sản khoa kịp thời

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013.

CHÈN GẠC ÂM ĐẠO CẦM MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

Chèn gạc âm đạo cầm máu nhằm mục đích cầm máu tạm thời hoặc hỗ trợ cầm máu trong các trường hợp:

- Băng huyết sau sinh (khi chưa có phương tiện khác hoặc chờ chuyển tuyến).
- Chảy máu âm đạo do rách âm đạo – cổ tử cung.
- Chảy máu sau thủ thuật phụ khoa (nạo hút, sinh thiết...).
- Hỗ trợ sau khâu cầm máu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu âm đạo nhiều, không kiểm soát được ngay bằng các biện pháp đơn giản
- Cần cầm máu tạm thời trong khi chuẩn bị can thiệp khác.
- Sau khâu rách âm đạo/cổ tử cung nhưng vẫn còn rỉ máu.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ tổn thương tử cung, vỡ tử cung.
- Nhiễm trùng đường sinh dục chưa được kiểm soát.
- Dị ứng với vật liệu gạc hoặc dung dịch sử dụng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ hoặc nữ hộ sinh được đào tạo
- Mang đầy đủ phương tiện phòng hộ

4.2. Vật tư, trang thiết bị:

- Gạc vô khuẩn (băng cuộn dài hoặc nhiều miếng gạc lớn)
- Mỏ vịt (nếu cần)
- Kẹp dài
- Găng tay vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn (NaCl 0,9%, Betadine pha loãng...)
- Băng vệ sinh ngoài âm hộ

4.3. Người bệnh

- Được giải thích trước khi làm thủ thuật
- Nằm tư thế sản khoa
- Theo dõi mạch, huyết áp trước thủ thuật.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ/phòng mổ.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.

- Người bệnh nằm trên bàn đẻ theo tư thế sản khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Sát khuẩn

- Rửa tay, mang găng vô khuẩn

- Sát khuẩn âm hộ – âm đạo

5.2. Bước 2: Khám xác định nguồn chảy máu

- Đặt mỏ vịt (nếu cần)

- Quan sát âm đạo, cổ tử cung

- Lấy sạch máu cục để đánh giá

5.3. Bước 3: Chèn gạc

- Dùng gạc vô khuẩn, có thể làm ẩm bằng NaCl 0,9%

- Chèn gạc từ cùng đồ sau → hai bên → phía trước

- Chèn từng lớp, chặt tay nhưng không quá căng

- Đảm bảo gạc ép đều thành âm đạo và vùng chảy máu

- Để đầu gạc thừa ra ngoài âm đạo để dễ rút

5.4. Bước 4: Cố định và theo dõi

- Đặt băng vệ sinh ngoài

- Ghi nhận thời gian chèn gạc

- Theo dõi:

Lượng máu thấm

Mạch, huyết áp

Đau, khó chịu, dấu hiệu sốc

Thời gian lưu gạc:

- Thường 6–24 giờ

- Không nên để quá 24 giờ để tránh nhiễm trùng

- Rút gạc sớm nếu:

Đau nhiều

Sốt

Máu thấm ồ ạt qua gạc

5.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm trùng âm đạo
- Hoại tử niêm mạc do chèn quá chặt
- Che lấp chảy máu nặng bên trong (cần theo dõi toàn trạng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 5231/QĐ-BYT.

LÀM THUỐC TẦNG SINH MÔN SAU ĐẼ

1. ĐẠI CƯƠNG

Làm thuốc tầng sinh môn sau đẻ là thủ thuật chăm sóc hậu sản nhằm làm sạch, sát khuẩn và theo dõi vết khâu tầng sinh môn, giúp phòng ngừa nhiễm khuẩn, giảm đau, thúc đẩy quá trình liền vết thương và phát hiện sớm các tai biến tại chỗ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ sau sinh thường có:

Rạch tầng sinh môn

Rách tầng sinh môn đã được khâu

- Sản phụ sau sinh có đau, sưng nề hoặc nguy cơ nhiễm khuẩn vùng tầng sinh môn

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

- Thận trọng trong trường hợp:

Vết khâu có dấu hiệu nhiễm trùng nặng, hoại tử

Tụ máu tầng sinh môn → Cần báo bác sĩ để xử trí chuyên khoa

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Điều dưỡng hoặc nữ hộ sinh

- Rửa tay thường quy

- Mang găng sạch hoặc vô khuẩn theo quy định

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Khay làm thuốc vô khuẩn

- Gạc vô khuẩn

- Kẹp gấp

- Dung dịch: NaCl 0,9%, dung dịch sát khuẩn (Betadine pha loãng hoặc theo quy định khoa).

- Khăn vô khuẩn

- Băng vệ sinh sạch

- Túi đựng chất thải y tế

4.3. Người bệnh

- Giải thích mục đích và quy trình

- Nằm tư thế sản khoa
- Bộc lộ vùng tầng sinh môn, đảm bảo kín đáo

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15 phút.

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ/phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Chuẩn bị và vô khuẩn

- Rửa tay, mang găng
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông sản phụ

5.2. Bước 2: Quan sát vết khâu

- Đánh giá:

Màu sắc da và niêm mạc

Mức độ sưng, nề, nóng, đỏ

Dịch tiết, mùi

Tình trạng chỉ khâu

- Hỏi mức độ đau của sản phụ

5.3. Bước 3: Làm sạch vết thương

- Dùng gạc thấm NaCl 0,9%
- Lau từ trước ra sau, từ vùng sạch đến vùng bẩn
- Mỗi miếng gạc lau một lần, không lau ngược lại

5.4. Bước 4: Sát khuẩn

- Dùng gạc vô khuẩn thấm dung dịch sát khuẩn
- Lau nhẹ nhàng vùng vết khâu
- Để khô tự nhiên

5.5. Bước 5: Kết thúc

- Đặt băng vệ sinh sạch
- Thu dọn dụng cụ, xử lý chất thải đúng quy định
- Rửa tay

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Mức độ đau tại tầng sinh môn
- Sưng nề, nóng, đỏ

- Chảy máu, tụ máu
- Dịch mủ, mùi hôi
- Toàn trạng: sốt, mạch, huyết áp

6.2. Xử trí tai biến

- Đau tăng, sưng nhiều: theo dõi sát, báo bác sĩ
- Chảy máu, tụ máu: băng ép, báo bác sĩ xử trí
- Dấu hiệu nhiễm trùng (sốt, mủ, mùi hôi):

Ngừng làm thuốc thường quy

Báo bác sĩ

Thực hiện y lệnh (kháng sinh, mở dẫn lưu nếu cần)

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014 và cập nhật 6734/QĐ-BYT ngày 15/11/2016.

KỸ THUẬT DA KÈ DA

1. ĐẠI CƯƠNG

Da kè da là kỹ thuật đặt trẻ sơ sinh trần (chỉ đội mũ, mang tã) tiếp xúc trực tiếp với da ngực/bụng của mẹ ngay sau sinh và duy trì liên tục ít nhất 60–90 phút đầu sau đẻ. Kỹ thuật này giúp ổn định thân nhiệt, hô hấp, tuần hoàn cho trẻ; thúc đẩy bú mẹ sớm; tăng gắn kết mẹ – con và giảm tai biến sơ sinh sớm.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh đủ tháng hoặc gần đủ tháng, tình trạng ổn định

- Trẻ:

Tự thở, khóc tốt

Nhịp tim, màu da bình thường

- Mẹ:

Tỉnh táo, huyết động ổn định

Không có chống chỉ định y khoa cần can thiệp ngay

- Áp dụng sau:

Sinh thường

Mổ lấy thai (khi điều kiện cho phép)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Ở trẻ sơ sinh

- Trẻ suy hô hấp, ngưng, cần hồi sức

- Dị tật bẩm sinh nặng cần can thiệp ngay

- Trẻ non tháng nặng, không ổn định

2. Ở mẹ

- Mẹ băng huyết, sốc, rối loạn tri giác

- Mẹ mắc bệnh truyền nhiễm cần cách ly theo quy định

- Mẹ không thể phối hợp (hôn mê, gây mê sâu)

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Điều dưỡng/nữ hộ sinh được đào tạo kỹ thuật da kè da.

- Rửa tay, mang phương tiện phòng hộ theo quy định.

4.2. Vật tư, trang thiết bị

- Khăn khô, sạch, ấm

- Mũ cho trẻ sơ sinh
- Chăn mỏng phủ ngoài mẹ và bé
- Băng rốn vô khuẩn
- Đồng hồ theo dõi thời gian

4.3. Người mẹ và trẻ

- Giải thích cho mẹ và gia đình về lợi ích của da kề da
- Mẹ nằm tư thế nửa nằm – nửa ngồi thoải mái
- Trẻ được lau khô nhanh (trừ hai bàn tay), cắt và kẹp rốn theo quy định.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Ngay sau đẻ

- Đặt trẻ úp sấp lên ngực/bụng mẹ
- Đầu trẻ nghiêng sang một bên, cổ hơi ngửa
- Đảm bảo đường thở thông thoáng

5.2. Bước 2: Giữ ấm và cố định

- Đội mũ cho trẻ
- Phủ khăn/chăn khô ấm lên lưng trẻ và ngực mẹ
- Không tách mẹ – con trong ít nhất 60–90 phút đầu

5.3. Bước 3: Hỗ trợ bú mẹ sớm

- Quan sát các dấu hiệu tìm vú của trẻ
- Hướng dẫn mẹ hỗ trợ trẻ tự bò tìm vú và bú sớm
- Không ép bú nếu trẻ chưa sẵn sàng

5.4. Bước 4: Duy trì và theo dõi

- Duy trì da kề da liên tục
- Chỉ can thiệp y tế khi thật cần thiết

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Ở trẻ sơ sinh:

Màu da, nhịp thở

Trương lực cơ

Thân nhiệt

Dấu hiệu bú

- Ở mẹ:

Mạch, huyết áp

Tình trạng cơ hồi tử cung

Lượng máu âm đạo

Mức độ tỉnh táo

6.2. Xử trí tai biến

- Trẻ thở nhanh, tím tái, li bì:

Ngừng da kề da

Chuyển trẻ đến bàn hồi sức

Báo bác sĩ ngay

- Mẹ chóng mặt, mệt nhiều, băng huyết:

Tách trẻ khỏi mẹ

Xử trí cấp cứu cho mẹ theo phác đồ

- Nguy cơ trượt rơi trẻ:

Điều chỉnh tư thế

Tăng cường giám sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 2681/QĐ-BYT ngày 11/9/2024.

MASSAGE VÚ THÔNG TUYẾN SỮA SAU SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Massage vú thông tuyến sữa là kỹ thuật dùng tay tác động nhẹ nhàng lên bầu vú nhằm làm giãn các ống dẫn sữa, giải phóng sữa ứ đọng, giúp sữa lưu thông tốt, giảm đau tức vú và phòng ngừa các biến chứng như tắc tia sữa, viêm tuyến sữa sau sinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Sản phụ sau sinh có biểu hiện:
 - Căng tức, đau vú
 - Sữa xuống kém, tia sữa không đều
 - Tắc tia sữa mức độ nhẹ đến trung bình
- Sản phụ cần hỗ trợ kích thích tiết sữa
- Trước khi cho trẻ bú hoặc hút sữa

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Viêm tuyến vú cấp tính có:
 - Sưng, nóng, đỏ, đau nhiều
 - Sốt cao
- Áp xe vú
- Tổn thương da vùng vú (trầy xước, loét, nhiễm trùng)
- Núm vú nứt sâu, chảy máu nhiều

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Điều dưỡng/hộ sinh hoặc người được hướng dẫn kỹ thuật
- Rửa tay thường quy, móng tay cắt ngắn

4.2. Vật tư, trang thiết bị

- Khăn sạch, khăn ấm
- Dầu massage (dầu dừa, dầu ô liu) hoặc không dùng dầu nếu da nhạy cảm
- khay dụng cụ sạch
- Áo choàng hoặc khăn che kín đảm bảo riêng tư.

4.3. Sản phụ

- Giải thích mục đích, quy trình
- Tư thế thoải mái: ngồi tựa lưng hoặc nằm nghiêng

- Vùng vú sạch sẽ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Làm ấm bầu vú

- Chườm khăn ấm lên bầu vú trong 5–10 phút
- Mục đích: làm mềm mô vú, giãn ống dẫn sữa

5.2. Bước 2: Massage toàn bộ bầu vú

- Dùng lòng bàn tay hoặc đầu ngón tay
- Xoa tròn nhẹ nhàng theo chiều kim đồng hồ
- Thứ tự: từ chân vú → quầng vú → núm vú
- Thực hiện đều toàn bộ bầu vú trong 5–7 phút

5.3. Bước 3: Massage vùng tắc sữa

- Xác định vị trí cục cứng
- Dùng 2–3 ngón tay day, miết nhẹ
- Hướng miết: từ vùng tắc về phía núm vú
- Lực vừa phải, tránh gây đau

5.4. Bước 4: Kích thích núm vú và tống sữa

- Lăn nhẹ núm vú giữa ngón cái và ngón trỏ
- Vắt sữa thủ công hoặc cho trẻ bú ngay sau massage
- Có thể kết hợp máy hút sữa nếu cần

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi trong và sau khi massage:

Mức độ đau, căng tức vú

Lượng sữa chảy ra

Phản ứng của sản phụ

- Đánh giá hiệu quả:

Bầu vú mềm hơn

Giảm đau, sữa chảy tốt

6.2. Xử trí tai biến

- Đau tăng trong khi massage

Ngừng thao tác

Giảm lực massage

Hướng dẫn sản phụ thư giãn

- Vú sưng, đỏ, nóng, đau tăng

Ngừng massage

Chườm mát nhẹ

Báo bác sĩ để đánh giá viêm tuyến sữa

- Sốt sau massage

Theo dõi nhiệt độ

Báo bác sĩ

Không tiếp tục massage khi nghi ngờ nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 6734/QĐ-BYT ngày 15/11/2016.

KHÁM THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám thai là hoạt động chuyên môn nhằm theo dõi sự phát triển của thai nhi và tình trạng sức khỏe của thai phụ trong suốt thai kỳ; phát hiện sớm các bất thường của mẹ và thai để có biện pháp xử trí kịp thời, góp phần giảm tai biến sản khoa và nâng cao chất lượng chăm sóc thai nghén.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả phụ nữ có thai ở mọi giai đoạn của thai kỳ
- Khám thai định kỳ theo lịch hẹn
- Thai phụ có dấu hiệu bất thường:
 - Đau bụng, ra máu âm đạo
 - Phù, nhức đầu, mờ mắt
 - Thai máy ít hoặc không máy
- Theo dõi thai nghén nguy cơ cao

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối đối với khám thai thông thường
- Thận trọng khi:
 - Thai phụ đau nhiều, ra máu nhiều → cần xử trí cấp cứu trước
 - Nghi ngờ dọa sinh non hoặc vỡ ối sớm (hạn chế khám âm đạo)

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ sản khoa, hộ sinh, điều dưỡng được đào tạo
- Rửa tay thường quy, mang phương tiện phòng hộ khi cần

4.2. Vật tư, trang thiết bị

- Bàn khám, giường khám
- Máy đo huyết áp, cân, thước đo chiều cao

- Ống nghe tim thai hoặc Doppler
- Thước dây đo vòng bụng, chiều cao tử cung
- Găng tay sạch/vô khuẩn
- Hồ sơ quản lý thai nghén

4.3. Thai phụ

- Giải thích mục đích, nội dung khám
- Đi tiểu trước khi khám
- Nằm tư thế thoải mái (nằm ngửa hoặc nửa nằm).

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng khám thai.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Hỏi bệnh

- Tuổi thai, ngày đầu kỳ kinh cuối
- Số lần mang thai, sinh đẻ, sảy thai
- Tiền sử bệnh lý, sản khoa
- Các triệu chứng hiện tại: đau bụng, ra máu, thai máy

5.2. Bước 2: Khám toàn thân

- Đo mạch, huyết áp, nhiệt độ
- Cân nặng, chiều cao
- Quan sát phù (mặt, tay, chân)
- Đánh giá tình trạng toàn thân

5.3. Bước 3: Khám sản khoa

5.3.1. Nhìn

- Quan sát bụng: hình dạng, sẹo mổ cũ
- Vú: sự phát triển, núm vú

5.3.2. Sờ (nắn bụng)

- Đo chiều cao tử cung
- Xác định:

Tư thế thai

Ngôi thai

Thể thai

- Đánh giá cơn co tử cung

5.3.3. Nghe

- Nghe tim thai bằng ống nghe hoặc Doppler
- Đánh giá tần số, nhịp tim thai

5.4. Bước 4: Khám âm đạo (khi có chỉ định)

- Đánh giá cổ tử cung, âm đạo
- Kiểm tra dấu hiệu bất thường (ra máu, khí hư)
- Thực hiện nhẹ nhàng, vô khuẩn

5.5. Bước 5: Tư vấn và ghi chép

- Tư vấn chế độ dinh dưỡng, nghỉ ngơi
- Hướng dẫn theo dõi thai máy, dấu hiệu nguy hiểm
- Hẹn lịch khám tiếp theo
- Ghi đầy đủ vào hồ sơ quản lý thai

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi:

Dấu hiệu sinh tồn của thai phụ

Tình trạng thai nhi

- Đánh giá sự phát triển của thai qua từng lần khám
- Phát hiện sớm các dấu hiệu nguy cơ:

Tăng huyết áp thai kỳ

Thai chậm phát triển

Đa ối, thiếu ối

6.2. Xử trí tai biến

6.2.1. Thai phụ chóng mặt, tụt huyết áp khi khám

- Cho thai phụ nằm nghiêng trái
- Theo dõi huyết áp, mạch
- Báo bác sĩ xử trí

6.2.2. Ra máu âm đạo trong khi khám

- Ngừng khám
- Theo dõi lượng máu
- Báo bác sĩ để xử trí kịp thời

6.2.3. Phát hiện bất thường của thai

- Báo bác sĩ
- Chuyển tuyến hoặc xử trí theo phác đồ chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Thông tư 34/2017/TT-BYT – Hướng dẫn tư vấn, sàng lọc, chẩn đoán và điều trị trước sinh.

THEO DÕI NHỊP TIM THAI VÀ CƠN CO TỬ CUNG BẰNG MONITOR SẢN KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Theo dõi nhịp tim thai và cơn co tử cung bằng monitor sản khoa là phương pháp ghi đồng thời nhịp tim thai và hoạt động co bóp của tử cung nhằm đánh giá tình trạng thai nhi trong thai kỳ và chuyển dạ, phát hiện sớm các dấu hiệu suy thai để có biện pháp xử trí kịp thời.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai ≥ 28 tuần
- Theo dõi thai trong chuyển dạ
- Thai nghén nguy cơ cao:
 - Tăng huyết áp, tiền sản giật
 - Đái tháo đường thai kỳ
 - Thai chậm phát triển trong tử cung
 - Đa thai, thiếu ối/đa ối
- Thai máy ít hoặc bất thường
- Theo dõi trước và sau các can thiệp sản khoa (truyền oxytocin, gây tê ngoài màng cứng...)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Thận trọng khi:
 - Thai phụ đau nhiều, không hợp tác
 - Da bụng tổn thương tại vị trí đặt đầu dò

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ sản khoa, hộ sinh, điều dưỡng được đào tạo
- Rửa tay thường quy

4.2. Vật tư, trang thiết bị

- Máy monitor sản khoa hoạt động tốt
- Đầu dò tim thai (Doppler)
- Đầu dò cơn co tử cung
- Gel siêu âm

- Dây đai cố định
- Giấy ghi CTG

4.3. Thai phụ

- Giải thích mục đích và quy trình theo dõi
- Đi tiểu trước khi làm
- Tư thế: nằm ngửa hoặc nằm nghiêng trái (ưu tiên).

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 30 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ/phòng khám thai.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Chuẩn bị máy

- Kiểm tra nguồn điện, giấy ghi
- Cài đặt tốc độ giấy theo quy định
- Kiểm tra tín hiệu hoạt động của máy

5.2. Bước 2: Xác định vị trí đặt đầu dò

- Sờ nắn bụng xác định:
 - Lưng thai → đặt đầu dò tim thai
 - Đáy tử cung → đặt đầu dò cơn co
- Bôi gel lên đầu dò

5.3. Bước 3: Gắn đầu dò

- Đặt đầu dò tim thai tại vị trí nghe tim thai rõ nhất
- Đặt đầu dò cơn co ở đáy tử cung
- Cố định bằng dây đai, đảm bảo chắc nhưng không quá chặt

5.4. Bước 4: Ghi monitoring

- Khởi động máy
- Theo dõi liên tục ít nhất 20–30 phút
- Đảm bảo đường ghi rõ, không nhiễu
- Quan sát nhịp tim thai, cơn co tử cung trong suốt quá trình

5.5. Bước 5: Kết thúc

- Tháo đầu dò, lau sạch gel

- Hướng dẫn thai phụ nghỉ ngơi
- Lưu và ghi nhận kết quả vào hồ sơ

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi trên băng CTG:
 - Tần số tim thai cơ bản
 - Dao động nội tại
 - Nhịp tăng, nhịp giảm
 - Tần số, cường độ cơn co tử cung
- Theo dõi tình trạng thai phụ:
 - Mạch, huyết áp
 - Cảm giác khó chịu, đau
- Đánh giá kết quả:
 - CTG bình thường
 - CTG nghi ngờ
 - CTG bệnh lý

6.2. Xử trí tai biến

6.2.1. Tín hiệu tim thai không rõ

- Điều chỉnh lại vị trí đầu dò
- Thay đổi tư thế thai phụ
- Kiểm tra gel và dây đai

6.2.2. Thai phụ chóng mặt, tụt huyết áp

- Cho nằm nghiêng trái
- Theo dõi mạch, huyết áp
- Báo bác sĩ

6.2.3. CTG bất thường (nghi suy thai)

- Ngừng các can thiệp kích thích cơn co (nếu có)
- Cho thai phụ thở oxy
- Báo bác sĩ ngay
- Chuẩn bị các biện pháp xử trí sản khoa phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 2919/QĐ-BYT năm 2014.

GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG THUỐC

1. ĐẠI CƯƠNG

- Gây chuyển dạ hay khởi phát chuyển dạ là chủ động gây ra cơn co tử cung trước khi chuyển dạ tự nhiên bằng các phương pháp nội khoa hoặc ngoại khoa.
- Các phương pháp gây chuyển dạ đều hướng tới mục tiêu gây được cơn co tử cung đều đặn, làm cho cổ tử cung xóa và mở, làm cho ngôi thai lọt xuống và cuối cùng thai nhi được đẻ qua đường âm đạo một cách an toàn.
- Hiện nay có hai phương pháp gây chuyển dạ bằng thuốc chủ yếu và an toàn là truyền oxytocin tĩnh mạch và đặt cerviprim (Prostaglandin E2)

2. CHỈ ĐỊNH

- Ối vỡ non
- Thai quá ngày sinh
- Ối giảm có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai chậm phát triển trong tử cung có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai bất thường có chỉ định đình chỉ thai nghén
- Thai lưu
- Bệnh lý của mẹ cần đình chỉ thai nghén: ung thư, tiền sản giật, tăng huyết áp, đái tháo đường,...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định về phía mẹ:

- Khung chậu hẹp
- Sẹo mổ cũ ở thân tử cung
- Herpes sinh dục đang hoạt động
- Bệnh lý mạn tính trầm trọng
- Ung thư cổ tử cung
- Sẹo mổ lấy thai ngang đoạn dưới tử cung
- Đa thai
- Đẻ nhiều lần

3.2. Chống chỉ định về phía thai và phần phụ của thai:

- Ngôi ngang
- Thai suy
- Rau tiền đạo

- Ngôi mông
- Thai to
- Rau bím thấp

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

* Bác sỹ: bác sỹ chuyên khoa sản ra chỉ định dùng thuốc và chỉ định theo dõi người bệnh.

* Nữ hộ sinh: thực hiện y lệnh của bác sỹ (đối với thuốc cerviprim có thể do bác sỹ trực tiếp đặt thuốc); theo dõi cuộc chuyển dạ theo hướng dẫn quốc gia.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

Bàn đẻ, máy monitor sản khoa, thuốc và dịch truyền, phương tiện đỡ đẻ,...

4.3. Người bệnh:

Được tư vấn về quá trình gây chuyển dạ, vệ sinh bộ phận sinh dục trước khi dùng thuốc.

4.4. Hồ sơ bệnh án:

Hồ sơ bệnh án được hoàn thiện với đủ xét nghiệm công thức máu, đông cầm máu, nhóm máu, siêu âm thai.

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng chờ đẻ

Chú ý: Chỉ tiến hành khởi phát chuyển dạ ở cơ sở có phẫu thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Khám sản phụ:

Mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, tim phổi, ngôi thai, ước trọng lượng thai, khung chậu, đánh giá sự chín muồi của cổ tử cung.

5.2. Thang điểm tính chỉ số Bishop

Điểm 0 1 2 3

Độ mở cổ tử cung (cm) 0 <2 2-4 4

Độ xóa cổ tử cung (%) 0-30 40-50 60-70 >80

Vị trí ngôi thai -3 -2 -1;0 +1;+2

Mật độ cổ tử cung: Cứng - Vừa - Mềm

Tư thế cổ tử cung: Sau - Trung gian - Trước

5.3. Theo dõi tim thai và cơn co tử cung: 30 phút/lần

5.4. Gây chuyển dạ bằng Cerviprim:

- Đưa gel về nhiệt độ phòng trước khi sử dụng.
- Đặt thuốc vào ống cổ tử cung.
- **Chú ý:** Không dùng cho người bệnh đã vỡ ối.
- Có thể lặp lại liều thứ hai sau 6 giờ, tối đa 3 liều trong 24 giờ

5.5. Gây chuyển dạ bằng Oxytocin:

- Pha 5 đơn vị oxytocin trong 500ml dung dịch Glucose 5%, truyền tĩnh mạch cho người bệnh: liều khởi đầu 10 giọt/p, sau đó điều chỉnh tốc độ truyền theo cơn co và độ mở CTC.
- Cách tính nồng độ oxytocin (kim truyền 1ml=20giọt):
 - + 10 giọt/phút = 5 mU/phút
 - + 20 giọt/phút = 5 mU/phút
 - + 30 giọt/phút = 5 mU/phút
 - + 40 giọt/phút = 5 mU/phút
 - + 50 giọt/phút = 5 mU/phút

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Theo dõi sát tim thai, cơn co tử cung mỗi 30 phút

6.2. Xử trí tai biến

- Tai biến :

Suy thai, cơn co tử cung mau mạnh, ngộ độc nước do truyền oxytocin liều cao kéo dài

- Xử trí:

Ngừng truyền, nằm nghiêng trái, thở oxy, cho thuốc giảm co bóp nếu cần

Mổ lấy thai nếu suy thai

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

NGHIỆM PHÁP LỘT NGÔI CHỖM

1. ĐẠI CƯƠNG

Nghiệm pháp lột ngôi chỏm là thủ thuật sản khoa được thực hiện bằng cách **bấm ối có chủ định** trong điều kiện kiểm soát, sau đó **theo dõi sự lột của đầu thai, nhịp tim thai và cơn co tử cung** nhằm đánh giá sự tương xứng giữa đầu thai và khung chậu người mẹ, từ đó quyết định tiếp tục theo dõi sinh đường âm đạo hay chuyển sang xử trí sản khoa khác.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai đủ tháng (≥ 37 tuần)
- Ngôi chỏm
- Cổ tử cung đã mở (thường $\geq 3-4$ cm)
- Ổi còn
- Đầu thai chưa lột hoặc lột cao
- Nghi ngờ bất tương xứng đầu – chậu mức độ nhẹ
- Không có dấu hiệu suy thai

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngôi bất thường (ngôi mông, ngôi ngang)
- Thai non tháng
- Rau tiền đạo, rau bong non
- Suy thai
- Dọa vỡ tử cung
- Khung chậu hẹp rõ
- Cổ tử cung chưa mở hoặc mở ít
- Có chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ sản khoa hoặc hộ sinh có kinh nghiệm
- Rửa tay phẫu thuật, mang găng vô khuẩn

4.2. Vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ khám sản khoa vô khuẩn
- Kẹp Kocher hoặc kim bấm ối
- Găng vô khuẩn
- Monitor sản khoa (CTG) hoặc ống nghe tim thai

- Khăn, xô đựng nước ối
- Hồ sơ theo dõi chuyển dạ

4.3. Sản phụ

- Giải thích rõ mục đích, nguy cơ của nghiệm pháp
- Đi tiểu trước khi làm
- Tư thế sản khoa (nằm ngửa, hai chân dạng).

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 1-2 giờ.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Khám và đánh giá trước nghiệm pháp

- Khám ngoài:

Xác định ngôi, thế, kiểu thế

Đánh giá cơn co tử cung

- Khám trong:

Độ mở cổ tử cung

Tình trạng ối

Mức độ lọt của đầu thai

- Nghe tim thai trước thủ thuật

5.2. Bước 2: Bấm ối

- Sát khuẩn vùng sinh dục

- Đưa tay khám vào âm đạo, xác định màng ối

- Dùng kẹp Kocher hoặc kim bấm ối

- Bấm ối nhẹ nhàng, để nước ối chảy từ từ

- Theo dõi màu sắc nước ối

5.3. Bước 3: Theo dõi sau bấm ối (thực hiện nghiệm pháp)

- Theo dõi trong 1-2 giờ:

Sự lọt của đầu thai

Nhịp tim thai (liên tục hoặc định kỳ)

Cơn co tử cung

- Đánh giá tiến triển chuyển dạ

5.4. Bước 4: Nhận định kết quả nghiệm pháp

- Nghiệm pháp (+):

Đầu thai tiến triển lọt dần

Cổ tử cung tiếp tục mở

Tim thai bình thường → Tiếp tục theo dõi sinh đường âm đạo

- Nghiệm pháp (-):

Đầu thai không lọt

Chuyển dạ không tiến triển

Có dấu hiệu suy thai → Chỉ định mổ lấy thai

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi liên tục:

Nhịp tim thai

Cơ co tử cung

Mức độ lọt của đầu thai

- Theo dõi toàn trạng sản phụ:

Mạch, huyết áp

Đau, mệt

- Ghi chép đầy đủ diễn biến vào hồ sơ

6.2. Xử trí tai biến

6.2.1. Suy thai sau bấm ối

- Cho sản phụ nằm nghiêng trái

- Thở oxy

- Ngừng các can thiệp kích thích cơ co

- Báo bác sĩ → mổ lấy thai cấp cứu

6.2.2. Sa dây rốn

- Cho sản phụ tư thế đầu thấp, mông cao

- Dùng tay nâng đầu thai

- Che dây rốn bằng gạc ẩm

- Mổ lấy thai cấp cứu.

6.2.3. Cơ sở tử cung cường tính

- Ngừng oxytocin (nếu có)

- Theo dõi sát tim thai

- Báo bác sĩ xử trí

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Bộ Y tế – Hướng dẫn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản năm 2009.

Bệnh viện Từ Dũ – Phác đồ điều trị sản phụ khoa năm 2012.

KỸ THUẬT BẤM ỒI

1. ĐẠI CƯƠNG

Bấm ối là thủ thuật sản khoa dùng dụng cụ vô khuẩn để chủ động làm vỡ màng ối khi có chỉ định, nhằm hỗ trợ chẩn đoán hoặc điều trị trong chuyển dạ, tạo điều kiện cho đầu thai áp sát cổ tử cung, tăng hiệu quả cơn co tử cung và theo dõi tình trạng nước ối, tim thai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chuyển dạ đủ tháng, cổ tử cung đã mở
- Ối còn, ngôi chỏm
- Đầu thai đã lọt hoặc áp sát eo trên
- Hỗ trợ làm tiến triển chuyển dạ
- Thực hiện nghiệm pháp lọt ngôi chỏm
- Theo dõi màu sắc nước ối khi nghi ngờ suy thai
- Trước hoặc trong quá trình tăng co tử cung (theo chỉ định)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rau tiền đạo, rau bong non
- Ngôi bất thường (ngôi mông, ngôi ngang)
- Thai non tháng (trừ chỉ định đặc biệt)
- Đầu thai chưa lọt, lỏng lẻo (nguy cơ sa dây rốn)
- Suy thai cấp
- Khung chậu hẹp rõ
- Cổ tử cung chưa mở hoặc mở rất ít
- Có chỉ định mổ lấy thai tuyệt đối

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ sản khoa hoặc hộ sinh có kinh nghiệm
- Rửa tay phẫu thuật
- Mang găng vô khuẩn

4.2. Vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ khám sản khoa vô khuẩn
- Kim bấm ối hoặc kẹp Kocher

- Găng vô khuẩn
- Khăn, xô hoặc khay hứng nước ối
- Monitor sản khoa (CTG) hoặc ống nghe tim thai
- Hồ sơ theo dõi chuyển dạ.

4.3. Sản phụ

- Giải thích mục đích, lợi ích và nguy cơ của thủ thuật
- Đi tiểu trước khi làm
- Tư thế sản khoa (nằm ngửa, hai chân dạng).

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 10 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Đánh giá trước bấm ối

- Khám ngoài:

Xác định ngôi, thế, kiểu thế

Đánh giá cơ co tử cung

- Khám trong:

Độ mở cổ tử cung

Tình trạng màng ối

Mức độ lọt của đầu thai

- Nghe tim thai trước thủ thuật

5.2. Bước 2: Tiến hành bấm ối

- Sát khuẩn vùng sinh dục ngoài
- Đưa tay khám vào âm đạo, xác định màng ối
- Dùng kim bấm ối hoặc kẹp Kocher:

Bấm nhẹ màng ối

Để nước ối chảy từ từ, tránh thoát ối ồ ạt

- Quan sát:

Số lượng nước ối

Màu sắc nước ối

5.3. Bước 3: Kết thúc thủ thuật

- Rút dụng cụ, lau sạch vùng âm hộ
- Hướng dẫn sản phụ nằm nghỉ
- Ghi nhận thời điểm bấm ối và đặc điểm nước ối vào hồ sơ bệnh án.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi sát sau bấm ối:
 - Nhịp tim thai (liên tục hoặc định kỳ)
 - Cơ co tử cung
 - Sự tiến triển của chuyển dạ
- Theo dõi sản phụ:
 - Mạch, huyết áp
 - Cảm giác đau, khó chịu
- Ghi chép đầy đủ vào hồ sơ

6.2. Xử trí tai biến

6.2.1. Sa dây rốn

- Cho sản phụ tư thế đầu thấp – mông cao
- Dùng tay nâng đầu thai
- Che dây rốn bằng gạc ẩm vô khuẩn
- Mổ lấy thai cấp cứu

6.2.2. Suy thai sau bấm ối

- Cho sản phụ nằm nghiêng trái
- Thở oxy
- Ngừng oxytocin (nếu đang dùng)
- Theo dõi tim thai liên tục
- Báo bác sĩ → xử trí cấp cứu (thường là mổ lấy thai)

6.2.3. Cơ co tử cung cường tính

- Ngừng thuốc tăng co (nếu có)
- Theo dõi tim thai
- Báo bác sĩ để xử trí theo phác đồ

6.2.4. Nhiễm trùng ối (theo dõi sau bấm ối kéo dài)

- Theo dõi nhiệt độ, mạch
- Báo bác sĩ
- Xử trí theo phác đồ nhiễm trùng ối

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định 1377/QĐ-BYT năm 2013.

ĐỠ ĐỂ THƯỜNG NGÔI CHỖM

1. ĐẠI CƯƠNG

Đỡ đẻ thường ngôi chỏm là thủ thuật tác động vào thì số thai để giúp cuộc đẻ được an toàn theo đường âm đạo, không cần can thiệp (trừ trường hợp cắt tầng sinh môn).

2. CHỈ ĐỊNH

Thai ngôi chỏm, đầu đã lọt thấp, thập thò ở âm hộ và chuẩn bị sổ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai không có khả năng đẻ được theo đường dưới.
- Ngôi chỏm chưa lọt.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

Bác sĩ/nữ hộ sinh có chứng chỉ hành nghề sản phụ khoa.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Bộ dụng cụ đỡ đẻ và bộ khăn vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ cắt, khâu tầng sinh môn.
- Khăn, bông, băng, gạc hấp, chỉ khâu, kim khâu, kẹp rốn vô khuẩn.
- Thuốc oxyocin 10 đơn vị lấy sẵn trong bơm tiêm.
- Dụng cụ để hút nhót và hồi sức sơ sinh (máy hút, ống hút, bóng và mặt nạ sơ sinh).
- Thông tiểu.

4.3. Người bệnh:

- Được động viên, hướng dẫn cách thở, cách rặn và thư giãn ngoài cơn rặn.
- Được hướng dẫn đi đại tiện hoặc thụt tháo phân lúc mới bắt đầu chuyển dạ và tiểu tiện khi sắp đẻ. Nếu có cầu bàng quang mà không tự đái được thì thông tiểu.
- Sát khuẩn rộng vùng sinh dục và bẹn, đùi.
- Trải 1 khăn vô khuẩn lên bụng sản phụ để đón bé.
- Nằm ngửa trên bàn đẻ, nâng giường đẻ lên để có tư thế nửa nằm nửa ngồi, đầu cao, hai tay nắm vào hai thành bàn đẻ, hai đùi giang rộng, móng sát mép bàn, hai cẳng chân gác trên hai cọc chống giữ chân.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Hồ sơ bệnh án đầy đủ, được làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15- 60 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Đỡ đầu

5.1.1. Số kiểu chắm vệ.

- Giúp đầu cúi tốt: ấn nhẹ nhàng vào vùng chắm trong mỗi cơn co tử cung.
- Nếu cần thì cắt tầng sinh môn ở vị trí 5 giờ hoặc 7 giờ, vào lúc tầng sinh môn giãn căng.
- Khi hạ chắm thì dưới khớp vệ: sản phụ ngừng rặn, một tay giữ tầng sinh môn, một tay đẩy vào vùng trán ngược lên trên, giúp đầu ngửa dần, mắt, mũi, miệng, cằm sẽ lần lượt sổ ra ngoài.

5.1.2. Số kiểu chắm cùng.

- Khi đỡ đầu vì ngôi chồm số kiểu chắm cùng mặt thai ngửa lên phía xương mu người mẹ nên phải giúp đầu cúi bằng cách dùng đầu ngón tay ấn vào đầu thai từ dưới lên.
- Khi hạ chắm của thai ra đến mép sau âm hộ thì cho đầu thai ngửa dần ra sau để lộ các phần trán, mắt, mũi, cằm.
- Khi đầu đã sổ hoàn toàn chờ cho đầu tự quay về phía nào sẽ giúp thai quay hẳn sang bên đó (trái hoặc phải ngang).

5.2. Bước 2: Đỡ vai.

- Quan sát xem đầu thai có xu hướng quay về bên nào thì giúp cho chắm quay về bên đó (chắm trái-ngang hoặc chắm phải-ngang), kiểm tra dây rốn nếu quấn cổ: gỡ hoặc cắt (khi chặt không gỡ được).
- Hai bàn tay ôm đầu thai nhi ở hai bên đỉnh thái dương, kéo thai xuống theo trục rốn-cụt để vai trước sổ trước. Khi bờ dưới cơ delta thì dưới khớp vệ thì một tay giữ đầu (cổ nằm giữa khe hai ngón cái và trỏ) tay kia giữ tầng sinh môn, nhắc thai lên phía trên và cho sổ vai sau. Ở thì này dễ rách tầng sinh môn, vì vậy phải giữ tầng sinh môn tốt và cho vai sổ từ từ.

5.3. Bước 3: Đỡ thân, hông và chi.

- Khi đã sổ xong hai vai, bỏ tay giữ tầng sinh môn để thân thai nhi sổ và khi thân ra ngoài thì bắt lấy hai bàn chân,
- Tiếp xúc da kề da ngay sau đẻ.
- Sau khi thai sổ, đánh giá nhanh tình trạng trẻ. Nếu trẻ khóc hoặc trương lực cơ tốt thì đặt trẻ lên bụng mẹ.
- Nhanh chóng, vừa lau khô trẻ theo trình tự (lau mắt, mặt, đầu, ngực, bụng, tay, chân, hông...) vừa đánh giá nhanh toàn trạng chung của trẻ theo thường qui.
- Bỏ khăn đã lau khô cho trẻ

- Đặt trẻ nằm sấp tiếp xúc da kề da trên bụng mẹ, đầu nằm nghiêng giữa hai bầu vú, ngực áp vào ngực mẹ, tay để sang hai bên. Dùng 1 khăn khô, sạch để che lưng cho trẻ. Đội mũ cho trẻ. Nếu trời lạnh có thể dùng thêm áo ấm của mẹ hoặc khăn bông ấm đắp bên ngoài cho cả mẹ và con.

- Hướng dẫn và hỗ trợ người mẹ ôm ấp, vuốt ve trẻ.

* Chú ý: Chỉ kẹp cắt rốn ngay nếu trẻ cần phải hồi sức

5.4. Bước 4: Tiêm Oxytocin.

- Sau khi đặt trẻ lên bụng mẹ, cho mẹ ôm lấy trẻ, sờ nắn tử cung qua thành bụng sản phụ để chắc chắn không còn thai trong tử cung.

- Tiến hành tiêm 10đv oxytocin vào mặt trước đùi sản phụ.

5.5. Bước 5: Kẹp dây rốn muộn, một thì.

- Chờ đến khi dây rốn ngừng đập thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn.

- Kẹp thứ nhất cách chân rốn 2cm, kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm, cắt dây rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.

5.6. Bước 6: Tiến hành xử trí giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ.

- Lấy rau theo phương pháp tích cực.

- Kiểm tra bánh rau và tình trạng ra máu âm đạo: Nếu sót rau thì tiền mê, kiểm soát tử cung. Nếu rau bám chặt thì bóc rau nhân tạo.

- Xoa đáy tử cung 15p/l trong 2h đầu.

- Khâu phục hồi TSM (nếu có cắt hoặc rách TSM)

5.7. Bước 7: Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh thường quy, tiêm vitamin K1, vaccin Viêm gan B theo quy định

5.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng sản phụ sau đẻ.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao sản phụ cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Về phía con:

- Suy thai, mất tim thai- Suy hô hấp, ngạt sơ sinh

- Sang chấn, gãy xương đòn...

6.2. Về phía mẹ:

- Chấn thương đường sinh dục

- Băng huyết - Nhiễm khuẩn hậu sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 315/QĐ-BYT: Chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản phụ khoa

ĐỠ ĐỂ ĐA THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

- Đa thai là tình trạng mang từ hai thai trở lên trong cùng một lần mang thai (song thai, tam thai...). Thai kỳ đa thai thuộc nhóm **nguy cơ cao**, dễ xảy ra các biến chứng cho mẹ và thai như sinh non, tiền sản giật, băng huyết sau sinh, suy thai, sa dây rốn, kẹt đầu thai thứ hai...
- Đỡ đẻ đa thai là quá trình theo dõi và hỗ trợ cuộc chuyển dạ sinh đường âm đạo đối với trường hợp đa thai đủ điều kiện sinh ngã âm đạo. Việc xử trí cần được thực hiện tại cơ sở có khả năng phẫu thuật cấp cứu và hồi sức sơ sinh.

2. CHỈ ĐỊNH

Đỡ đẻ đường âm đạo trong đa thai khi có đủ các điều kiện:

- Song thai (hoặc đa thai) đủ tháng hoặc gần đủ tháng.
- Thai thứ nhất ngôi đầu.
- Không có chống chỉ định sinh đường âm đạo.
- Khung chậu mẹ bình thường.
- Không có suy thai cấp.
- Cơ sở y tế có khả năng mổ lấy thai cấp cứu và hồi sức sơ sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Thai thứ nhất không phải ngôi đầu (ngôi mông, ngôi ngang).
- Có chỉ định mổ lấy thai vì lý do sản khoa khác:
 - Rau tiền đạo trung tâm.
 - Sẹo mổ lấy thai cũ có nguy cơ vỡ tử cung.
 - Khung chậu hẹp.
- Suy thai cấp chưa sinh được ngay.
- Sa dây rốn.
- Đa thai có biến chứng nặng (truyền máu song thai nặng, dính nhau...).
- Cơ sở không đủ điều kiện hồi sức sơ sinh và phẫu thuật.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm.
- Bác sĩ gây mê – hồi sức.
- Hai kíp hồi sức sơ sinh (mỗi trẻ một kíp).

Điều dưỡng, hộ sinh.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Phòng sinh đạt chuẩn vô khuẩn.
- Monitoring tim thai.
- Bộ dụng cụ đỡ đẻ.
- Thuốc tăng co tử cung (Oxytocin).
- Phương tiện mổ cấp cứu.
- Dụng cụ hồi sức sơ sinh (2 bàn hồi sức).

4.3. Người bệnh

- Giải thích rõ nguy cơ và ký cam kết.
- Theo dõi thai bằng monitoring liên tục.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.
- Làm xét nghiệm cơ bản: công thức máu, nhóm máu, đông máu.
- Chuẩn bị máu sẵn sàng truyền nếu cần.

Đặt sonde tiểu khi cần.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Hồ sơ bệnh án đầy đủ, được làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15- 60 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Theo dõi chuyển dạ

- Theo dõi sát cơn co tử cung.
- Theo dõi tim thai từng thai riêng biệt.
- Khám đánh giá tiến triển cổ tử cung.
- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn của mẹ.

5.2. Bước 2: Đỡ thai thứ nhất

- Xác định lại ngôi thai.
- Đỡ đẻ như trường hợp đơn thai ngôi đầu.
- Sau khi sổ thai thứ nhất:

Kẹp và cắt dây rốn.

Giao trẻ cho kíp hồi sức sơ sinh.

Không tiêm thuốc co hồi tử cung ngay nếu thai thứ hai chưa sổ.

5.3. Bước 3: Đánh giá thai thứ hai

- Ngay sau khi thai thứ nhất sổ:

Sờ bụng xác định ngôi, thế, tim thai.

Siêu âm nhanh nếu cần.

Thăm khám âm đạo đánh giá tình trạng cổ tử cung và ối.

5.4. Bước 4: Xử trí thai thứ hai

Tùy tình huống:

- Ngôi đầu thuận lợi

Bấm ối nếu cần.

Theo dõi chuyển dạ.

Có thể truyền Oxytocin liều thấp để tăng co.

- Ngôi mông

Có thể đỡ mông nếu đủ điều kiện và bác sĩ có kinh nghiệm.

- Ngôi ngang

Xoay thai trong buồng tử cung nếu đủ điều kiện.

Hoặc mổ lấy thai cấp cứu.

Thời gian từ khi sổ thai thứ nhất đến thai thứ hai thường không quá 30 phút (trừ khi theo dõi tốt và tim thai bình thường).

5.5. Bước 5: Sổ rau

- Sau khi sổ thai thứ hai, tiêm Oxytocin dự phòng băng huyết.

- Theo dõi sổ rau tự nhiên hoặc hỗ trợ.

- Kiểm tra bánh rau đủ số lượng (đa thai có thể nhiều bánh rau).

Kiểm tra buồng tử cung nếu nghi sót rau.

5.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng sản phụ sau đẻ.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao sản phụ và sơ sinh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi sau sinh

- Mạch, huyết áp, lượng máu mất.

- Co hồi tử cung.

- Theo dõi băng huyết sau sinh.

- Theo dõi tình trạng sơ sinh của từng trẻ.

6.2. Xử trí tai biến

Tai biến	Xử trí
Suy thai thứ hai:	Can thiệp ngay: forceps, hút hoặc mổ cấp cứu
Sa dây rốn:	Mổ lấy thai khẩn
Băng huyết sau sinh:	Xoa đáy tử cung, Oxytocin, Misoprostol, truyền dịch/máu
Đờ tử cung:	Thuốc co hồi tử cung, kiểm soát buồng tử cung
Kẹt đầu hậu trong song thai :	Thủ thuật sản khoa chuyên sâu hoặc mổ cấp cứu
Rách tầng sinh môn nặng	Khâu phục hồi theo đúng lớp giải phẫu

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
2. Danh mục và quy trình kỹ thuật chuyên ngành Sản phụ khoa – Bộ Y tế.

ĐỖ ĐỂ NGÔI MÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ngôi ngược là ngôi dọc, đầu ở đáy tử cung, mông hay chân ở dưới.
- Ngôi ngược là một ngôi đẻ khó, nhưng vẫn có thể đẻ đường dưới được.
- Ngôi ngược có tần suất 2 - 6% trong tổng số các cuộc chuyển dạ. Ngôi ngược có tỷ lệ rất cao ở các ca đẻ non.

2. CHỈ ĐỊNH

- Không có dị tật thai gây kẹt (bụng cóc, não úng thủy,...).
- Tuổi thai từ 36 tuần trở nên, ước thai nặng 2500g - 3200g.
- Đầu thai nhi cúi.
- Ngôi ngược hoàn toàn hay kiểu mông.
- Cơ co tử cung tốt, ối còn đến khi CTC mở hết.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Về phía mẹ:

- Con so lớn tuổi, con quý hiếm.
- Tiền sử sinh khó.
- Bất thường khung chậu.
- Có khối u tiền đạo.
- Có sẹo mổ cũ ở tử cung.
- Tổn thương ở vùng chậu và tầng sinh môn.
- Chuyển dạ kéo dài.
- Các bệnh lý của mẹ lúc mang thai: Bệnh béo phì, đái đường, cao huyết áp, các bệnh lý tim mạch, suy hô hấp.
- Rau tiền đạo.
- Đa ối, thiếu ối, ối vỡ sớm.

3.2. Về phía thai:

- Suy thai mạn.
- Trọng lượng thai dự đoán: + con so: > 3000g; con dạ: > 3200g.
- Dây rốn ngắn hoặc dây rốn quấn cổ.
- Xác định các dị tật có thể làm thai chết.
- Đầu ngửa nguyên phát.

- Thai dưới 36 tuần.
- Thai già tháng.
- Đa thai có hơn 1 thai là ngôi môn.
- Song thai con đầu là ngôi môn.
- Ngôi ngược kiểu bàn chân.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Một kíp đỡ đẻ ngôi môn cần có từ 3 – 4 người
- Chỉ nên cho đẻ đường âm đạo ở những nơi có điều kiện phẫu thuật và hồi sức sơ sinh tốt.
- Khi quyết định cho đẻ đường âm đạo trong ngôi môn, nên chọn bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm đỡ đẻ ngôi môn.
- Có sẵn kíp gây mê, phẫu thuật, hồi sức sơ sinh để hỗ trợ khi cần.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị :

- Một bộ khăn vải vô trùng (04 cái)
- Găng tay vô khuẩn (04 đôi)
- Dung dịch truyền đẳng trương.
- Dây truyền dịch (01 bộ) Thuốc Oxytocin 5 đơn vị (2 – 4 ống), thuốc tê Lidocain 2%.
- Bơm tiêm (03 cái) Dung dịch sát trùng Povidine 10% (50ml).
- Thông bàng quang 01 cái
- Forcep Piper để lấy đầu hậu.
- Hộp dụng cụ đỡ đẻ
- Máy hút dịch
- Ống hút nhót trẻ sơ sinh (01 cái)
- Dụng cụ và thuốc hồi sức sơ sinh (01 hộp)

4.3. Người bệnh :

- Sản phụ phải được tư vấn về thuận lợi và nguy cơ của sinh ngôi môn đường âm đạo, cách rặn đẻ để phối hợp với bác sĩ trong quá trình rặn sổ thai. Lựa chọn đẻ đường âm đạo khi có các điều kiện sau : Cổ tử cung đã mở hết, cơ co tử cung phải hiệu quả, không có nguy cơ gián đoạn chuyển dạ, luôn luôn theo dõi, kiểm tra chuyển dạ ngay khi có sự xoá mở cổ tử cung.
- Chuẩn bị sẵn forceps để lấy thai khi cần thiết.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Hồ sơ bệnh án đầy đủ, được làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết. siêu âm để có thể chuyển sang mổ cấp cứu khi cần.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15- 60 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1 : Cắt tầng sinh môn, đỡ mông và thân thai

- Để thai sổ tự nhiên từ mông đến rốn
- Không kéo thai khi chưa có chỉ định
- Khi thai sổ đến rốn, giữ thân thai theo trục âm đạo.

5.2. Bước 2: Đỡ tay

- Áp dụng thủ thuật Lovset : Nắm hai mấu chuyển của thai, xoay thai 180 độ để đưa tay sau ra trước và sổ tay, xoay ngược lại 180 độ để sổ tay còn lại.
- Sau khi sổ hai tay, thai sổ đến góc dưới xương bả vai.

5.3. Bước 3: Tiêm Oxytocin, đỡ đầu hậu theo phương pháp Sovianov

- Tư thế tay người đỡ : Hai tay nắm vùng hông thai, ngón cái dọc theo cột sống, các ngón còn lại ôm mặt trước đùi thai.
- Thao tác : Kéo thân thai xuống dưới và ra sau theo trục cong của tiểu khung nhằm giữ đầu thai cúi. Khi chẩm đã qua khớp vệ : đổi hướng nâng đầu thai lên trên và ra trước, để đầu thai sổ lần lượt : chẩm – trán – mặt – cằm.

5.4. Bước 4: Kẹp dây rốn muộn, một thì.

- Chờ đến khi dây rốn ngừng đập thì mới tiến hành kẹp và cắt dây rốn.
- Kẹp thứ nhất cách chân rốn 2cm, kẹp thứ 2 cách kẹp thứ nhất 3cm, cắt dây rốn sát kẹp thứ nhất bằng kéo vô khuẩn.

5.5. Bước 5: Tiến hành xử trí giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ.

- Lấy rau theo phương pháp tích cực.
- Kiểm tra bánh rau và tình trạng ra máu âm đạo: Nếu sót rau thì tiền mê, kiểm soát tử cung. Nếu rau bám chặt thì bóc rau nhân tạo.
- Xoa đáy tử cung 15p/l trong 2h đầu.
- Khâu phục hồi TSM (nếu có cắt hoặc rách TSM)

5.6. Bước 6: Hỗ trợ bà mẹ cho trẻ bú sớm và bú mẹ hoàn toàn và chăm sóc trẻ sơ sinh thường quy, tiêm vitamin K1, vaccin Viêm gan B theo quy định.

5.7. Bước 7: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng sản phụ sau đẻ.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao sản phụ cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN:

- Nếu đầu bị ngửa hay không quay về chẩm vệ thì thời gian kéo đầu thai nhi quá lâu làm thai nhi bị ngạt hay bị sang chấn sọ não.
- Tầng sinh môn có thể bị rách rộng khi đầu thai sỏ, nên cắt nới tầng sinh môn trước để thai sỏ dễ dàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

ĐỂ CHỈ HUY BẰNG TRUYỀN OXYTOCIN TĨNH MẠCH

1. ĐẠI CƯƠNG

- Để chỉ huy bằng truyền Oxytocin tĩnh mạch là phương pháp sử dụng hormon Oxytocin tổng hợp truyền qua đường tĩnh mạch nhằm:

Kích thích hoặc tăng cường cơn co tử cung.

Điều chỉnh cơn co tử cung không hiệu quả trong chuyển dạ.

Rút ngắn thời gian chuyển dạ khi có chỉ định sản khoa.

- Oxytocin có tác dụng làm tăng tần số, cường độ và trương lực cơ tử cung. Việc sử dụng phải được theo dõi chặt chẽ để tránh biến chứng như cường tính tử cung và suy thai.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chuyển dạ kéo dài do cơn co tử cung yếu.

- Ối vỡ non/ối vỡ sớm cần khởi phát chuyển dạ khi đủ điều kiện.

- Thai quá ngày sinh.

- Một số bệnh lý mẹ cần chấm dứt thai kỳ sớm (tiền sản giật nhẹ, đái tháo đường thai kỳ kiểm soát kém...).

- Sau khi bấm ối nhưng cơn co tử cung không hiệu quả.

- Điều kiện bắt buộc:

Thai đủ tháng hoặc đủ điều kiện sống.

Không có chống chỉ định sinh đường âm đạo.

Cổ tử cung thuận lợi (Bishop \geq 6) hoặc đã được làm chín cổ tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Rau tiền đạo trung tâm.

- Sa dây rốn.

- Ngôi ngang.

- Khung chậu hẹp.

- Suy thai cấp chưa xử trí.

- Sẹo mổ lấy thai dọc thân tử cung.

- Có nguy cơ vỡ tử cung.

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Đa thai - Đa ối - Thai to.

- Sẹo mổ lấy thai ngang đoạn dưới (cần cân nhắc kỹ và theo dõi sát).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ sản khoa.
 - Hộ sinh theo dõi chuyển dạ.
- Kíp mổ sẵn sàng khi cần.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Oxytocin 5 IU/ống.
- Dung dịch NaCl 0,9% hoặc Glucose 5%.
- Bơm tiêm điện hoặc dây truyền có bộ điều chỉnh giọt chính xác.
- Máy monitoring tim thai và cơn co tử cung.
- Phương tiện mổ cấp cứu

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật, ký cam kết.
- Khám đánh giá khung chậu, ngôi thai.
- Siêu âm đánh giá tình trạng thai và nước ối.
- Theo dõi tim thai trước truyền.
- Đặt đường truyền tĩnh mạch chắc chắn.
- Làm xét nghiệm cơ bản (công thức máu, nhóm máu nếu cần).

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Hồ sơ bệnh án đầy đủ, được làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 01-06 giờ

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Bước 1: Pha thuốc

- Thông thường:
 - 5 IU Oxytocin pha trong 500 ml NaCl 0,9%.
 - (1 ml \approx 10 mUI nếu pha 5 IU/500 ml)
- Có thể pha 10 IU/500 ml tùy phác đồ bệnh viện.

2. Bước 2: Khởi đầu truyền

- Bắt đầu với liều thấp: 1–2 mUI/phút.
- Tăng dần mỗi 15–30 phút, mỗi lần tăng 1–2 mUI/phút.

- Mục tiêu: đạt 3–5 cơn co/10 phút, mỗi cơn kéo dài 40–60 giây.

Không vượt quá liều tối đa theo quy định cơ sở (thường 20 mUI/phút hoặc theo phác đồ bệnh viện).

3. Bước 3: Theo dõi trong truyền

- Theo dõi tim thai liên tục hoặc mỗi 15 phút.
- Theo dõi tần số và thời gian cơn co tử cung.
- Theo dõi mạch, huyết áp, nhiệt độ của mẹ.
- Đánh giá tiến triển cổ tử cung mỗi 2–4 giờ.
- Ghi biểu đồ chuyển dạ (partogram).

4. Bước 4: Ngừng truyền khi

- Cơn co đạt hiệu quả ổn định.
- Có dấu hiệu suy thai.
- Có cường tính tử cung.
- Có dấu hiệu dọa vỡ tử cung.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Cơn co tử cung (không quá 5 cơn/10 phút).
- Tim thai 110–160 lần/phút.
- Đau bụng liên tục bất thường.
- Dấu hiệu vỡ tử cung (đau chói, mất tim thai, choáng).

6.2. Xử trí tai biến

Tai biến	Xử trí
Cường tính tử cung (>5 cơn/10 phút hoặc cơn kéo dài >90 giây):	Ngừng Oxytocin ngay, cho mẹ nằm nghiêng trái, thở oxy
Suy thai:	Ngừng truyền, hồi sức trong tử cung, mổ cấp cứu nếu không cải thiện
Vỡ tử cung:	Mổ cấp cứu
Ngộ độc nước (truyền kéo dài liều cao):	Ngừng truyền, điều chỉnh điện giải
Hạ huyết áp:	Điều chỉnh dịch truyền

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.

2. Danh mục và quy trình kỹ thuật chuyên ngành Sản phụ khoa – Bộ Y tế.

NGHIỆM PHÁP BONG RAU, ĐỠ RAU, KIỂM TRA BÁNH RAU

1. ĐẠI CƯƠNG

Sau khi thai và dây rốn được sổ, bánh rau sẽ bong khỏi thành tử cung và được tống xuất ra ngoài. Nghiệm pháp bong rau là các dấu hiệu lâm sàng nhằm nhận biết bánh rau đã bong. Đỡ rau là kỹ thuật hỗ trợ rau sổ an toàn. Kiểm tra bánh rau giúp phát hiện rau sót, màng sót – nguyên nhân chính gây băng huyết và nhiễm trùng sau sinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả các trường hợp sinh đường âm đạo sau khi thai và dây rốn đã sổ
- Theo dõi giai đoạn III của chuyển dạ
- Đỡ rau khi có dấu hiệu bong rau

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không làm nghiệm pháp bong rau khi chưa có dấu hiệu bong rau
- Không kéo dây rốn khi:
 - Rau chưa bong
 - Tử cung chưa co chắc
- Không đỡ rau trong trường hợp:
 - Nghi ngờ rau cài răng lược
 - Băng huyết nặng cần can thiệp cấp cứu khác

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ sản khoa hoặc hộ sinh
- Rửa tay thường quy hoặc rửa tay phẫu thuật
- Mang găng sạch/vô khuẩn.

4.2. Phương tiện

- Găng tay sạch/vô khuẩn
- Khay, xô đỡ rau
- Kẹp Kocher (kẹp dây rốn)
- Thuốc tăng co tử cung (oxytocin) theo y lệnh
- Hồ sơ theo dõi sau sinh.

4.3. Sản phụ

- Giải thích ngắn gọn quá trình số rau
- Nằm tư thế sản khoa
- Bàn quang rộng (nếu cần, thông tiểu)

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15-30 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Nghiệm pháp bong rau

5.1.1. Theo dõi dấu hiệu bong rau

- Tử cung co chắc, tròn, nổi rõ trên xương vệ
- Dây rốn dài ra
- Có máu chảy ra âm đạo

5.1.2. Nghiệm pháp Cudé (dấu hiệu dây rốn)

Ấn nhẹ lên đáy tử cung:

- Dây rốn không tụt vào trong → rau đã bong
- Dây rốn tụt vào → rau chưa bong

5.2. Bước 2: Đỡ rau

Khi rau đã bong

- Một tay đặt lên đáy tử cung giữ tử cung co chắc
- Tay kia kéo nhẹ dây rốn theo trục âm đạo, đồng thời ép đáy tử cung xuống
- Đỡ bánh rau số ra ngoài nhẹ nhàng
- Xoay bánh rau để màng rau bong hết

5.3. Bước 3: Kiểm tra bánh rau

5.3.1. Kiểm tra bánh rau

- Trái bánh rau lên khay
- Quan sát:

Mặt mẹ: đủ múi rau, không khuyết

Mặt thai: màng rau nguyên vẹn

Dây rốn: đủ 2 động mạch, 1 tĩnh mạch

5.3.2. Nhận định

- Bánh rau và màng rau đầy đủ, không sót
- Phát hiện rau sót, màng sót (nếu có)

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi trong và sau mổ rau:
 - Co hồi tử cung
 - Lượng máu chảy
 - Mạch, huyết áp sản phụ
- Theo dõi dấu hiệu băng huyết sau sinh
- Ghi nhận thời gian mổ rau, tình trạng bánh rau

6.2. Xử trí tai biến

- Rau không bong sau 30 phút: Xử trí theo phác đồ:
 - Dùng thuốc tăng co
 - Chuẩn bị bóc rau nhân tạo
- Băng huyết sau sinh
 - Xoa đáy tử cung
 - Dùng thuốc tăng co
 - Báo bác sĩ
 - Xử trí cấp cứu theo phác đồ băng huyết sau sinh
- Rau sót, màng sót
 - Báo bác sĩ
 - Kiểm tra buồng tử cung
 - Bóc rau sót hoặc nạo buồng tử cung theo chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 2919/QĐ-BYT năm 2014.

KIỂM SOÁT TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Kiểm soát tử cung là phương pháp kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung và làm sạch buồng tử cung sau khi rau đã sổ ra ngoài hoặc sau khi bóc rau nhân tạo. Trong trường hợp kiểm soát tử cung sau khi bóc rau nhân tạo thì sau khi bóc rau, người làm thủ thuật không rút bàn tay phải ra khỏi tử cung âm đạo của sản phụ, mà dùng luôn bàn tay đó để kiểm soát tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu sau sổ rau.
- Kiểm tra rau còn thiếu màng rau, múi rau.
- Rau sổ kiểu múi.
- Kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung.
- Có sẹo mổ lấy thai cũ
- Thai chết trong tử cung
- Sau khi bóc rau nhân tạo

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trong trường hợp sản phụ bị choáng (cần hồi sức trước khi kiểm soát tử cung).

4. CHUẨN BỊ

4.1 Người thực hiện

Bác sĩ sản khoa/y sỹ sản nhi/nữ hộ sinh.

4.2 Phương tiện, vật tư, thuốc

- Săng vô khuẩn, thông tiểu
- Thuốc giảm đau: Tiền mê tĩnh mạch
- Thuốc co tử cung.
- Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần.
- Dung dịch betadine sát khuẩn, cồn 70 độ.

4.3. Người bệnh

- Giải thích cho sản phụ biết thủ thuật kiểm soát tử cung, động viên họ yên tâm cùng cộng tác.

- Được thông tiểu, tiêm thuốc giảm đau.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh án sản khoa được làm đầy đủ theo quy định của Bộ Y tế

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1:

Người thực hiện phải rửa tay; đeo găng, mặc áo vô khuẩn; sát khuẩn vùng âm hộ cho sản phụ.

5.2. Bước 2:

Tay trái đặt lên thành bụng nắm đáy tử cung để cố định tử cung. Sau đó, cho tay phải vào âm đạo, qua cổ tử cung để vào buồng tử cung tới đáy tử cung.

5.3. Bước 3:

Kiểm tra đáy tử cung, mặt trước, mặt sau, hai bờ và hai sừng tử cung. Khi thủ thuật viên thấy buồng tử cung nhẵn, không sần sùi thì là bình thường. Nhưng khi các mảnh rau và màng rau vẫn còn thì vết nhẹ nhàng và kiểm tra tử cung.

5.4. Bước 4:

Kiểm tra xong thấy buồng tử cung sạch thì nhẹ nhàng rút tay ra, hạn chế làm sản phụ đau. Trường hợp, nhận thấy tử cung co hồi chưa tốt thì dùng tay trong buồng tử cung nâng đáy tử cung lên để tiêm Oxytocin vào cơ tử cung qua thành bụng, sau đó mới rút bàn tay ra.

Lưu ý: Trong trường hợp kiểm soát buồng tử cung sau khi bóc rau nhân tạo thì sau khi bóc rau, người làm thủ thuật không rút bàn tay phải ra khỏi tử cung âm đạo của sản phụ, mà dùng luôn bàn tay đó để kiểm soát tử cung, tránh tình trạng làm đi làm lại nhiều lần gây nhiễm trùng và choáng cho sản phụ.

Bên cạnh đó, nếu không thể cho tay vào buồng tử cung vì eo tử cung bóp chặt thì chờ rồi nong dần cổ tử cung bằng tay, tiêm thuốc giảm co bóp tử cung; nếu không bóc được bánh rau thì không nên cố sức vì sẽ làm đứt cơ tử cung gây chảy máu nhiều.

5.5. Bước 5: Dùng thuốc co hồi tử cung.

6.1. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ.
- Co hồi tử cung và lượng máu chảy ra từ âm đạo.

6.2. Xử trí tai biến:

Choáng do đau hoặc do mất máu (Xử trí theo phác đồ điều trị choáng sản khoa).

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

BÓC RAU NHÂN TẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Bóc rau nhân tạo là cho tay vào buồng tử cung để lấy rau còn sót trong buồng tử cung ra sau khi thai đã sổ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Rau chậm bong: thường thì sau khi sổ thai 15 - 20 phút thì rau sẽ tự bong, nếu quá 30 phút rau không tự bong phải bóc rau
- Chảy máu trong thời kỳ sổ rau khi rau còn nằm trong buồng tử cung
- Những trường hợp cần kiểm tra sự toàn vẹn của tử cung sau khi sổ thai, phải bóc rau nhân tạo ngay để kiểm soát buồng tử cung, như nghi vỡ tử cung sau khi làm thủ thuật đường dưới khó khăn (fooc-xếp cao, nội xoay thai, cắt thai hoặc sẹo mổ cũ ở tử cung...)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sản phụ đang choáng, phải hồi sức rồi mới bóc rau nhân tạo.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Y sĩ, hoặc bác sĩ chuyên khoa Phụ Sản.
- Thủ thuật viên rửa tay, mặc áo đi găng tay vô khuẩn như trong phẫu thuật.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Thuốc giảm đau Dolosal 0,10g hay Fentanyl, Seduxen .
- Thuốc trợ tim, hồi sức để dùng khi cần.

4.3. Người bệnh

- Được tư vấn và giải thích phải bóc rau để khỏi chảy máu và động viên sản phụ, thở đều, không co cứng bụng.
- Thông tiểu, sát khuẩn tầng sinh môn, âm đạo, trải khăn vô khuẩn.

4.4 Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 10-15 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng đẻ

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Tay trái đặt lên thành bụng để cố định đáy tử cung.

5.2. Bước 2: Tay phải cho vào âm đạo, qua cổ tử cung còn mở và lần theo dây rốn đến vùng rau bám.

5.3. Bước 3: Bóc bánh rau bằng cách dùng bờ trụ của bàn tay để lách giữa bánh rau và thành tử cung. Bóc từ dưới, từ ngoài rìa bánh rau rồi vòng lên tận bờ trên bánh rau để tránh sót rau, sót màng rau.

5.4 Bước 4: Khi rau bong hết thì tay trong tử cung kéo đẩy bánh rau ra ngoài, nhưng không rút tay ra khỏi tử cung, nếu cần tay trái kéo dây rốn lấy rau ra.

5.5. Bước 5: Khi bánh rau ra ngoài phải kiểm tra cả hai mặt bánh rau: mặt màng và mặt múi.

5.6. Bước 6: Sau khi bóc rau phải tiến hành kiểm soát buồng tử cung ngay.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Mạch, huyết áp, toàn trạng và phản ứng của sản phụ.
- Lượng máu chảy từ tử cung ra.

6.2. Xử trí tai biến:

- Choáng do đau và sợ hãi khi cho tay vào bóc rau: vấn đề hồi sức trước và sau bóc rau là vô cùng quan trọng: sử dụng các thuốc giảm đau trước khi làm thủ thuật
- Đờ tử cung: sử dụng thuốc co hồi tử cung sau bóc rau

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

CẮT VÀ KHÂU TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Kỹ thuật cắt khâu tầng sinh môn là thủ thuật thực hiện rạch 3-5 cm ở vùng âm hộ - tầng sinh môn (thường ở vị trí 7 giờ). Mục đích cắt chủ động tầng sinh môn để thai sổ ra dễ dàng, không làm rách tầng sinh môn và vết khâu liền tốt.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tầng sinh môn cứng, dày, hẹp, âm hộ và tầng sinh môn phù nề do chuyển dạ kéo dài, thăm khám nhiều.
- Trong các bệnh lý của mẹ cần cho thai phải sổ nhanh để đảm bảo sức khỏe cho người mẹ: như suy tim, tiền sản giật, cao huyết áp.
- Thai to toàn bộ hoặc đầu to.
- Các kiểu sổ bất thường như sổ chằm cùng, ngôi mặt, ngôi mông.
- Thai non tháng, thai có nguy cơ bị ngạt.
- Cắt tầng sinh môn khi làm các thủ thuật như forceps, giác hút, đỡ đẻ ngôi mông...

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không thể sinh đường âm đạo
- Sản phụ từ chối

4. THẬN TRỌNG

- Có vết thương phức tạp tại tiểu khung (trực tràng, bàng quang).
- Viêm ruột, u hạt, sẹo nghiêm trọng

5. CHUẨN BỊ

5.1 Người thực hiện

Bác sĩ sản khoa/y sỹ sản nhi/nữ hộ sinh

5.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ cắt khâu tầng sinh môn bao gồm: 1 kéo thẳng đầu tù, 1 kim cặp kim, 1 panh đỡ kim, 1 panh sát trùng, 1 cốc đựng dung dịch sát trùng.
- Chỉ khâu (chỉ vicryl rapid hoặc chỉ cat gut, lanh,...).
- 10ml dung dịch sát trùng: povidin hoặc polyvidin...
- 1 bơm tiêm 5ml
- 1 ống Lidocain 2%

5.3. Người bệnh

Được hướng dẫn cách rặn và nữ hộ sinh cắt tầng sinh môn khi sản phụ rặn.

5.4. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng đẻ

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Sát trùng vùng âm hộ tầng sinh môn

6.2. Bước 2: Gây tê vùng tầng sinh môn định cắt

Gây tê bằng Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất. Nếu người bệnh đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau rồi thì không cần gây tê tại chỗ nữa.

6.3. Bước 3: Cắt tầng sinh môn:

- Kỹ thuật mà nhiều người áp dụng là cắt chéo 45⁰ tại vị trí 7 giờ. Sản phụ nằm tư thế đẻ thường, trong cơn co tử cung, khi tầng sinh môn và âm hộ phồng căng hoặc khi kéo forceps, giác hút dùng một kéo thẳng và sắc cắt chéo 45⁰ từ mép sau của âm hộ (thường cắt ở bên phải của sản phụ). Cắt 3 – 5 cm tùy mức độ cần thiết. Đường cắt này sẽ cắt các cơ thắt âm hộ, cơ ngang nông và sâu, cùng với thành âm đạo và da dùng tầng sinh môn.

- Không cắt sâu tới cơ nâng hậu môn.

- Không cắt ngang vị trí 9 giờ để tránh vào những tổ chức dễ chảy máu như tuyến Bartholin, các tổ chức xếp vùng âm hộ và cũng không cắt theo đường giữa để tránh nút thớ trung tâm vùng sinh môn, cơ thắt hậu môn và trực tràng.

- Thường cắt 1 bên là đủ, nếu cần thiết thì cắt cả 2 bên.

6.4. Bước 4: Khâu phục hồi tầng sinh môn

- Chỉ khâu tầng sinh môn khi chắc chắn rau thai đã sổ, không sót rau, đã kiểm soát được đờ tử cung và các sang chấn đường sinh dục.

- Nếu đường cắt tầng sinh môn không rách thêm, chúng ta sẽ thực hiện 3 mũi khâu vắt bằng chỉ vicryl rapid: Mũi khâu vắt thứ nhất bắt đầu từ trên vết cắt trong âm đạo 0,5cm ra tới gốc của màng trinh phía ngoài; khâu hết đến tận đáy kéo hai mép của âm đạo gốc của màng trinh sát vào nhau. Mũi khâu vắt thứ hai: bắt đầu từ đỉnh của vết cắt tầng sinh môn phía ngoài vào tới gốc của màng trinh phía trong. Khâu từ phần dưới da cho đến gốc của màng trinh phía trong. Khâu vắt dưới da hoặc trong da để tạo cho sẹo tầng sinh môn nhỏ và mềm mại. *(Ở những cơ sở y tế không có chỉ đảm bảo cho khâu vắt chúng ta có thể khâu mũi rời với 3 thì khâu như trên. Lớp ngoài cùng nên khâu mũi rời bằng chỉ không tiêu và sẽ cắt chỉ ngoài da sau 5 ngày).*

- Nếu vết rách sâu ở trong âm đạo và rách sâu ở tầng sinh môn thì chúng ta phải khâu mũi rời.

- Khâu da nên khâu liền trong da bằng chỉ vicryl rapid để cho sẹo nhỏ và mềm mại.

- Sát khuẩn, lau khô, phủ gạc vô khuẩn và cho đóng khố.

6.5. Bước 5: Kết thúc thủ thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho phòng hậu sản

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Theo dõi

Giữ vết khâu sạch và khô. Cắt chỉ vào ngày thứ 5 nếu khâu da bằng chỉ không tiêu. Nếu vết khâu không liền do nhiễm khuẩn phải xử trí tại chỗ, không khâu lại ngay.

7.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu:

Do có khoảng trống giữa các lớp khâu: khâu lại cho các lớp liền và ép vào nhau.

- Nhiễm khuẩn:

Cắt chỉ tằng sinh môn cách quãng, rửa sạch, kháng sinh tại chỗ và toàn thân.

Vệ sinh, rửa bằng dung dịch sát trùng, sử dụng kháng sinh điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT.

KHÂU PHỤC HỒI RÁCH CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Rách cổ tử cung (CTC) là thương tổn thường gặp có hoặc không kèm theo rách âm đạo và tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương để phân loại độ rách.

Rách CTC dưới chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít nhiều tùy theo vị trí rách.

Rách CTC trên chỗ bám của thành âm đạo, tổn thương nhẹ, chảy máu ít, nhiều tùy theo vị trí rách.

Rách CTC thường gây chảy máu nhiều nhưng không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể gây choáng và gây tử vong.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi cổ tử cung phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán có tổn thương cổ tử cung để tránh mất máu cho sản phụ.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Chủ yếu liên quan đến các tình trạng nhiễm trùng cấp tính đường sinh dục.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

1 Bác sĩ sản khoa có kinh nghiệm, 1 Bác sĩ sản khoa hoặc 1 nữ hộ sinh có kinh nghiệm phụ.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- 2 van âm đạo
- 2 panh hình tim cặp CTC
- 1 panh sát trùng
- 1 kéo thẳng đầu tù, sắc
- 1 panh cặp kim
- 1 panh đỡ kim
- 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
- 1 đến hai sợi chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10ml
- 20ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.
- Săng, bông gạc vô khuẩn.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh phải được đánh giá toàn diện: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co thắt của tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen...

Chúng ta cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.

4.4 Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng đẻ

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Giảm đau

Giảm đau cho sản phụ (nếu chưa có gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ).

5.2. Bước 2:

- Khâu vùng rách cổ tử cung. Chú ý quan sát rõ hai mép rách để khâu và tránh khâu nhầm môi dưới và môi trên ở hai bên. Khâu bằng chỉ tự tiêu.
- Khâu lại vết rách ngoài tử cung (cùng đồ nếu có) bằng chỉ tiêu mũi rời.

5.3. Bước 3: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.
- Theo dõi chảy máu: nếu chảy máu phải kiểm tra kỹ khâu lại.
- Theo dõi lượng máu mất, các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin, khi cần thiết phải truyền máu.
- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM ĐẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rách âm hộ, âm đạo thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps, giác hút... Rách âm đạo thường kèm theo rách tầng sinh môn. Tùy theo tổn thương, rách âm đạo được chia ra 3 loại:
- Rách âm đạo ở mức thấp: là loại rách ở 1/3 dưới âm đạo, thường kèm theo rách âm hộ và tầng sinh môn
- Rách âm đạo ở phần giữa: ít gặp hơn, tổn thương nặng, chảy máu nhiều hơn và khó phát hiện nếu không bộc lộ rõ
- Rách âm đạo cao: là rách ở 1/3 trên âm đạo, ít gặp thường kèm theo rách cùng đồ
- Rách âm đạo nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể gây mất máu cấp, gây choáng và có khi tử vong

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm đạo để tránh mất máu cho sản phụ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nhiễm trùng nặng tại chỗ
- Dị ứng thuốc tê/chỉ khâu
- Bệnh nhân từ chối thực hiện

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa sản phụ khoa, nữ hộ sinh có kinh nghiệm.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- 2 van âm đạo
- 2 panh hình tim cặp CTC
- 1 panh sát trùng
- 1 kéo thẳng đầu tù, sắc
- 1 panh cặp kim
- 1 panh đỡ kim
- 1 cốc đựng dung dịch sát trùng
- 1 đến 2 sợi chỉ vicryl số 1
- 1 bơm tiêm 10ml

- 20ml dung dịch polydin hoặc polyvidin

4.3. Người bệnh

- Đánh giá toàn trạng người bệnh: lượng máu mất, mạch, huyết áp, toàn trạng, mức độ co tử cung sau đẻ (nếu co kém cần dùng thuốc co tử cung); các bệnh của người mẹ đặc biệt các bệnh có liên quan đến đông cầm máu như giảm tiểu cầu, APTT kéo dài, giảm fibrinogen...

- Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...

- NB và gia đình được giải thích và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thuật

- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.

- Người bệnh nằm tư thế phụ khoa.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật

Phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Sát trùng âm đạo TSM, thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo.

5.2. Bước 2: Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ)

5.3. Bước 3: Khâu lại vết rách

- Khâu từ trên xuống dưới

- Khâu 1 lớp khâu vát (bằng chỉ vicryl hay chỉ tự tiêu khác) nếu rách nông

- Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp. Lớp trên khâu chông lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ mà lại không vào trực tràng

5.4. Bước 4: Kiểm tra

Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại

5.5. Bước 5: Sát trùng âm đạo và tăng sinh môn sau khi khâu xong

5.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp - Theo dõi chảy máu âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại
- Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, thai phụ thường tức vùng âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở
- Theo dõi lượng máu mất và các xét nghiệm hồng cầu, hemoglobin khi cần thiết phải truyền máu
- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT năm 2013

KHÂU PHỤC HỒI RÁCH ÂM HỘ

1. ĐẠI CƯƠNG

- Rách âm hộ, âm đạo thường xảy ra sau đẻ thường hoặc đẻ thủ thuật như forceps, giác hút, hoặc chấn thương.
- Thủ thuật này dùng chỉ để khâu lại các mô bị rách, giúp cầm máu, giảm đau, ngăn ngừa nhiễm trùng và hỗ trợ chức năng vùng kín.

2. CHỈ ĐỊNH

Chỉ định khâu phục hồi âm hộ, âm đạo phải được thực hiện ngay sau khi chẩn đoán tổn thương âm hộ để tránh mất máu cho bệnh nhân.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

BS sản phụ khoa, NHS có kinh nghiệm.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị: - 2 van âm đạo - 1 panh sát trùng - 1 kéo thẳng đầu tù, sắc - 1 panh cặp kim - 1 panh đỡ kim - 1 cốc đựng dung dịch sát trùng - 1 đến 2 sợi chỉ vicryl số 2 - 1 bơm tiêm 10ml
10 - 20ml dung dịch polydin hoặc polyvidin.

4.3. Người bệnh

- Cần hỏi người bệnh và kiểm tra bệnh án để không bỏ sót các ca dị ứng với các thuốc gây tê, giảm đau, kháng sinh.
- Người bệnh nằm theo tư thế sản khoa

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Hồ sơ bệnh án đầy đủ, làm các xét nghiệm cơ bản;

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15-30 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng đẻ, phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Sát trùng âm hộ TSM, thông tiểu, người phụ giữ van bộc lộ âm đạo.

5.2. Bước 2: Giảm đau bằng gây tê tại chỗ Lidocain 2% 2ml +3ml nước cất (trừ khi thai phụ đã được gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong và sau đẻ).

5.3. Bước 3: Khâu lại vết rách.

- Khâu từ trên xuống dưới.
- Khâu vết rách theo từng lớp. Khâu nhiều lớp, khâu mũi rời bằng chỉ tự tiêu nếu rách sâu, phức tạp, lớp trên khâu chồng lên lớp dưới để tránh máu tụ, lớp dưới phải khâu sâu đảm bảo vừa sát qua đáy của tổn thương để đề phòng máu tụ.
- Sát trùng âm hộ, tăng sinh môn sau khi khâu xong.
- Cho 1 ngón tay vào hậu môn kiểm tra xem có khâu vào trực tràng không, nếu có phải cắt chỉ khâu lại.

- Sát trùng hậu môn.

5.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp.
- Theo dõi chảy máu âm hộ, âm đạo: nếu chảy máu phải kiểm tra khâu lại.
- Theo dõi tụ máu: có khối máu tụ, người bệnh thường tức vùng âm hộ, âm đạo, có cảm giác chèn ở vùng hậu môn trực tràng và có cảm giác mót rặn. Kiểm tra âm đạo và cắt chỉ lấy hết máu tụ, khâu lại cho hết phần đáy, khâu mũi rời nhiều lớp tránh để khe hở.
- Dùng kháng sinh 5 ngày sau khi khâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số1377/QĐ-BYT

CẤP, KÉO CỔ TỬ CUNG CẦM MÁU SAU ĐẺ; SAU SẢY; SAU NẠO

1. ĐẠI CƯƠNG

Thủ thuật cấp, kéo cổ tử cung là một kỹ thuật cấp cứu sản khoa tạm thời nhằm kiểm soát tình trạng băng huyết sau sinh thường, sảy hoặc nạo thai. Bác sĩ dùng kẹp pozzi hoặc kẹp hình tim để kẹp vào cổ tử cung và kéo xuống, giúp gập góc tử cung, làm giảm máu đến tử cung và tạo áp lực cầm máu.

2. CHỈ ĐỊNH

- Băng huyết sau đẻ/sảy/nạo
- Do rách cổ tử cung
- Rách âm đạo
- Đờ tử cung sau đẻ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Băng huyết không do cổ tử cung: do ddowowftwr cung, sót rau, hoặc rối loạn đông máu
- Cổ tử cung bị rách nát, dập nát quá nhiều; Vết rách lan rộng lên âm đạo hoặc đoạn dưới tử cung
- Vỡ tử cung
- U xơ cổ tử cung
- Nhiễm khuẩn

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ nạo sảy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to
- Atropin 0,25 mg tiêm dưới da hay Dolosal 0,10g tiêm bắp trước nạo, Lidocaine 1% 10ml để gây tê cổ tử cung.
- Dung dịch huyết thanh đẳng trương và các dịch thay thế máu.
- Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồi sức

4.3. Người bệnh

- Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèm theo

- Cho nằm tư thế phụ khoa.
- Khám xác định tuổi thai, tình trạng sẩy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung.
- **Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức.**

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Hồ sơ bệnh án đầy đủ, làm các xét nghiệm cơ bản;

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15-30 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật/phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Sát khuẩn, bộc lộ cổ tử cung.

- Sát khuẩn âm hộ, âm đạo, vùng tầng sinh môn
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi, đeo găng vô khuẩn.
- Đặt mở vết bộc lộ rõ cổ tử cung.

5.2. Bước 2: Cặp kéo cổ tử cung.

- Dùng 2 kẹp pozzi cặp vào môi trước cổ tử cung vị trí 3h và 9h hoặc 6h và 12h (tùy thói quen và tình huống lâm sàng).
- Kẹp chắc nhưng không làm tổn thương cổ tử cung.

5.3. Bước 3: Duy trì kẹp

- Giữ kẹp 10-15 phút, có thể kéo dài 20-30 phút
- Theo dõi sát toàn trạng, chuẩn bị phương án can thiệp tiếp theo nếu thất bại.

5.4. Bước 4: Tháo kẹp

- Tháo từ từ
- Quan sát lại cổ tử cung xem có chảy máu tái phát hay không
- Nếu chảy máu lại thì cặp lại hoặc chuyển phương pháp khác.

5.5. Bước 5: Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

5. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Rách cổ tử cung: khâu phục hồi.
- Đau nhiều: dùng giảm đau.
- Không cầm được máu: chuyển chèn bóng tử cung/khâu B-lynch/thắt động mạch tử cung/hạ vị/cắt tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số1377/QĐ-BYT năm 2013

LẤY KHỐI MÁU TỤ ÂM ĐẠO, TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Khối máu tụ là những biến chứng chảy máu và tụ máu thành một khối máu trên đường thai số qua âm đạo. Tùy theo khối huyết tụ ở cao hay thấp mà ta chia ra ba hình thái:

- Máu tụ tiểu khung: khối huyết tụ ở trên cơ nâng hậu môn và dưới phúc mạc. Máu tụ thường là biến chứng của rách tử cung, rách âm đạo với đoạn dưới tử cung (vỡ tử cung dưới phúc mạc).

- Máu tụ âm đạo.

- Máu tụ âm hộ.

Cả hai loại sau đều ở dưới cơ nâng hậu môn, có thể phối hợp với nhau và có tiên lượng giống nhau

- Máu tụ âm đạo, tầng sinh môn do sang chấn do cuộc đẻ gây nên và chỉ xuất hiện sau đẻ.

2. CHỈ ĐỊNH

Bệnh nhân có khối máu tụ ở vùng âm hộ, âm đạo, tầng sinh môn to dần lên.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Khi khối máu tụ ổn định: không to lên, không tăng áp lực

- Kích thích nhỏ không gây chèn ép, đau đớn cho sản phụ

- Không có dấu hiệu nhiễm trùng

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh sản phụ khoa.

- Nữ hộ sinh phụ giúp.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ cắt khâu tầng sinh môn

- Thuốc giảm đau, gây tê, bông, gạc, chỉ khâu...

4.3. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà đầy đủ lý do và kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng,...

- Người bệnh hoặc người nhà ký giấy cam đoan.

- Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 30 - 60 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: tại phòng đẻ hoặc phòng mổ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Sát khuẩn, trải sẵn vô khuẩn.

5.2. Bước 2: Gây tê tại chỗ/tiền mê

5.3. Bước 3: Xác định vị trí và chích lấy khối máu tụ

Chích ở chỗ cao nhất, rạch lấy máu cục ra, khâu bằng những mũi chữ X để cầm máu, khâu phục hồi theo giải phẫu.

5.4. Bước 4: Sát khuẩn lại. Chăm sóc vết khâu và dùng kháng sinh toàn thân 5-7 ngày.

5.5. Bước 5: Kết thúc thủ thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao người bệnh cho phòng hậu sản

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Tai biến trong thủ thuật: chảy máu, tổn thương trực tràng,...

6.2. Tai biến sau thủ thuật: chảy máu lại, nhiễm trùng...

TÀI LIỆU THAM KHẢO : Cấp cứu Sản phụ khoa - Nhà xuất bản Y học Hà Nội 2006

ĐẶT BÓNG BUỒNG TỬ CUNG ĐỂ CẦM MÁU

1. ĐẠI CƯƠNG

Bóng chèn buồng tử cung là biện pháp cầm máu cơ học, tạo áp lực từ trong lòng tử cung ép vào thành tử cung, giúp:

- Cầm máu tạm thời hoặc triệt để
- Tạo thời gian hồi sức
- Tránh hoặc trì hoãn phẫu thuật (thắt động mạch tử cung/hoặc cắt tử cung).

2. CHỈ ĐỊNH

Áp dụng khi băng huyết không đáp ứng hoặc đáp ứng kém với điều trị nội khoa, bao gồm:

- Băng huyết sau đẻ do đờ tử cung
- Băng huyết sau sảy, sau nạo hút
- Băng huyết sau mổ lấy thai
- Chảy máu tử cung cấp chưa rõ nguyên nhân (trong điều kiện loại trừ thủng tử cung).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Nghi ngờ hoặc xác định thủng tử cung
- Nhiễm trùng tử cung nặng chưa kiểm soát
- Băng huyết do rau cài răng lược (hiệu quả hạn chế, chỉ mang tính tạm thời).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ sản phụ khoa và điều dưỡng/hộ sinh hỗ trợ.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bóng chèn chuyên dụng (Bakri balloon) hoặc sonde foley số lớn (24-26 Fr)/găng tay vô khuẩn buộc sonde.
- Nước muối sinh lý vô khuẩn
- Mỏ vít, kẹp, bơm tiêm 50-60ml
- Dụng cụ vô khuẩn, đèn chiếu.
- Thuốc: kháng sinh, giảm đau, thuốc tăng co tử cung.

4.3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích về quy trình trước khi làm thủ thuật.
- Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15-30 phút.

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: tại phòng thủ thuật/phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Đánh giá và xử trí ban đầu

- Đánh giá tình trạng toàn thân: mạch, huyết áp, lượng máu mất,
- Hồi sức song song: truyền dịch, máu nếu cần.
- Loại trừ: sót rau, rách đường sinh dục, vỡ tử cung.

5.2. Bước 2: Sát khuẩn âm hộ, âm đạo, cổ tử cung.

5.3. Bước 3: Đặt bóng vào buồng tử cung.

- Dùng tay hoặc kẹp dẫn bóng qua cổ tử cung vào buồng tử cung.
- Đảm bảo bóng nằm hoàn toàn trong buồng tử cung, không kẹt cổ tử cung.

5.4. Bước 4: Bơm bóng

- Bơm từ từ nước muối sinh lý, thể tích thường dùng:

Sau đẻ: 250-500ml

Sau sảy/nạo: 80-150ml

- Theo dõi: máu ngừng chảy/giảm rõ rệt, co hồi tử cung.
- Có thể kéo nhẹ bóng xuống để tăng hiệu quả ép vùng đoạn dưới.

5.5. Bước 5: Cố định và theo dõi

- Cố định sonde vào mặt trong đùi
- Đặt túi dẫn lưu để theo dõi lượng máu chảy.
- Tiếp tục dùng thuốc tăng co tử cung và kháng sinh dự phòng.

5.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau khi làm thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Theo dõi toàn trạng, mạch, huyết áp, lượng máu âm đạo mỗi 15-30 phút.
- Theo dõi nhiễm trùng, đau bụng, co hồi tử cung.
- Thời gian lưu bóng 12-24 giờ (có thể tới 48 giờ nếu cần).
- Rút bóng: rút từ từ, mỗi lần xả 50-100ml, nếu máu chảy lại thì bơm lại hoặc chuyển phương pháp khác.

6.2. Xử trí tai biến:

- Thất bại cầm máu: chuyển phương pháp khác.
- Nhiễm trùng tử cung.
- Đau, co thắt tử cung.
- Che lấp tình trạng chảy máu tiếp diễn (cần theo dõi sát).

TÀI LIỆU THAM KHẢO : Đánh giá hiệu quả của đặt bóng chèn lòng tử cung điều trị băng huyết sau sinh tại bệnh viện Từ Dũ năm 2009

ẠO SÓT THAI, SÓT RAU SAU SẤY HOẶC SAU ĐỂ

1. ĐẠI CƯƠNG

Là thủ thuật dùng dụng cụ lấy hết phần thai và rau để tránh chảy máu và nhiễm khuẩn sau khi thai đã sẩy

2. CHỈ ĐỊNH

Thai sắp sẩy, cổ tử cung xóa gần hết

Thai đang sẩy, chảy máu

Thai đã sẩy, nhưng đang chảy máu, cổ tử cung còn mở

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Sẩy thai nhiễm khuẩn (chỉ nạo khi đã điều trị kháng sinh)

Sẩy thai băng huyết, tụt huyết áp (phải hồi sức tích cực, vừa hồi sức vừa nạo)

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản

Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn Giải thích cho người bệnh yên tâm điều trị

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

Bộ nạo sẩy và nong Hegar từ cỡ nhỏ đến to

Atropin 0,25 mg tiêm dưới da hay Dolosal 0,10g tiêm bắp trước nạo Lidocaine 1% 10ml để gây tê cổ tử cung Dung dịch huyết thanh đẳng trương và các dịch thay thế máu Các loại thuốc co hồi tử cung, trợ tim, hồi sức

4.3. Người bệnh

Hỏi bệnh, khám toàn thân: đếm mạch, cặp nhiệt độ, đo huyết áp, nghe tim phổi, phát hiện những bệnh lý nội khoa kèm theo

Cho nằm tư thế phụ khoa

Khám xác định tuổi thai, tình trạng sẩy thai, tư thế tử cung và độ mở của cổ tử cung. Xác định lượng máu mất để chuẩn bị hồi sức

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Hồ sơ bệnh án đầy đủ, làm các xét nghiệm cơ bản;

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15-30 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật/phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.2. Bước 1: - Sát khuẩn âm hộ, vùng tầng sinh môn

- Sát khuẩn âm đạo, cổ tử cung
- Trải khăn vô khuẩn dưới mông, trên bụng và hai bên đùi
- Đeo găng vô khuẩn
- Thông tiểu nếu cần

5.2. Bước 2:

- Đặt van, bộc lộ âm đạo, cổ tử cung
- Dùng kẹp Pozzi cặp cổ tử cung (tuỳ tư thế tử cung mà kẹp mép trước hay mép sau cổ tử cung)
- Gây tê tại chỗ cổ tử cung bằng Lidocain 1%, 10ml
- Đo chiều cao và xác định tư thế tử cung Nong cổ tử cung đến số 9-10 nếu cổ tử cung chưa đủ rộng

5.3. Bước 3:

- Dùng kẹp hình tim gấp thai và nhau
- Nạo kiểm tra bằng thìa cùn đủ 2 mặt trước sau, đáy, 2 bờ và 2 sừng tử cung
- Tiêm Oxytocin vào cổ tử cung nếu tử cung co kém, chảy máu
- Đo lại buồng tử cung bằng thước đo
- Sát khuẩn âm đạo và cổ tử cung Lấy tổ chức nạo thử giải phẫu bệnh

5.4. Kết thúc quy trình:

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Toàn trạng, mạch, huyết áp, đau bụng, huyết âm đạo Thời gian 01 giờ Dặn dò các triệu chứng có thể xảy ra

Hẹn tái khám: 7-10 ngày sau hoặc khi có triệu chứng bất thường phải đi khám ngay

Cho toa thuốc và hướng dẫn sử dụng: kháng sinh, giảm đau từ 5 – 7 ngày

6.2. Xử trí tai biến

- Thủng tử cung:

Nếu khi nạo người bệnh đau chói, máu âm đạo ra nhiều, phải dùng thước đo thăm dò lại buồng tử cung để xem có bị thủng không. Nếu lỗ thủng nhỏ, mạch, huyết áp ổn định và không nhiễm khuẩn có thể điều trị nội khoa thủng tử cung tại bệnh viện

Nếu lỗ thủng to hoặc có dấu hiệu chảy máu trong cần phẫu thuật khâu lỗ thủng hay cắt tử cung tùy theo tổn thương. Khi mổ cần kiểm tra kỹ các tạng trong ổ bụng

- Chảy máu:

Nếu ra máu âm đạo nhiều phải cho thuốc co hồi tử cung, nếu không cầm máu phải kiểm tra lại buồng tử cung để phòng thủng, sót rau, tử cung co hồi kém hoặc chảy máu ở cổ tử cung nơi kẹp kìm Pozzi và xử trí theo tổn thương

- Sốc vagal:

Xảy ra khi không thực hiện thuốc chống sốc, không giảm đau tốt hoặc thực hiện thủ thuật quá thô bạo. Nếu có sốc xảy ra biểu hiện bởi tình trạng mê, khó thở, tím tái, mạch nhanh, huyết áp giảm, phải ngưng ngay thủ thuật, điều trị như một trường hợp sốc + thuốc giảm đau, Atropine 1 hoặc 2 ống pha loãng tiêm mạch chậm

- Nhiễm khuẩn:

Nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn sau nạo, sốt cao, tử cung to, cổ tử cung còn mở, sản dịch hôi nên điều trị kháng sinh liều cao. Chi nạo lại buồng tử cung sau khi hạ sốt và nghỉ sót rau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số1377/QĐ-BYT năm 2013

CHÍCH ÁP XE TẦNG SINH MÔN

1. ĐẠI CƯƠNG

Áp xe tầng sinh môn là một khu vực sưng đau, viêm nhiễm và phát triển thành một khối mềm ở tầng sinh môn. Bên trong khối áp xe thường chứa đầy dịch mủ với thành phần là vi khuẩn, xác bạch cầu cũng như các mảnh vụn... Do đó, các áp xe này thường khiến tầng sinh môn bị đau ở người bệnh.

2. CHỈ ĐỊNH

Áp xe tầng sinh môn đã thành mủ

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Khối viêm đỏ chưa thành mủ

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa sản phụ khoa
- Điều dưỡng viên hoặc nữ hộ sinh (hỗ trợ bác sĩ).

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Săng vô khuẩn
- Băng,băng, cồn, gạc,..
- Thuốc giảm đau, tiền mê, gây tê tại chỗ, nước cất
- Bơm tiêm 5-10 ml, dây truyền, kim lườn,...
- Bộ dụng cụ để trích áp xe

4.3. Người bệnh

- Tư vấn cho người bệnh biết về mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra...
- NB và gia đình được giải thích lý do phải trích áp xe và ký giấy cam đoan đồng ý làm thủ thật
- Động viên, hỗ trợ tinh thần, vệ sinh cơ quan sinh dục ngoài và đi tiểu tiện.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15 - 30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1:

- Bệnh nhân có thể được uống thuốc an thần khi khối áp xe có kích thước lớn
- Người bệnh nằm theo tư thế phụ khoa.
- Sát khuẩn rộng vùng âm hộ, tầng sinh môn.
- Trải sẵn vô khuẩn.

5.2. Bước 2:

- Gây tê xung quanh khối áp xe.
- Rạch da ngay trên khối áp xe chỗ da mềm mỏng nhất, đường rạch nhỏ khoảng 1 cm. Dùng kẹp nhỏ hoặc đầu ngón tay trở phá các vách của khối áp xe thông nhau để mủ chảy ra.

5.3. Bước 3:

- Dùng các dung dịch sát khuẩn như povidine pha loãng để súc rửa làm sạch ổ áp xe.
- Sử dụng gạc để chèn vào khoang trống với mục đích cầm máu và dẫn lưu dịch mủ còn sót lại, băng lại vết thương.

5.4. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu: khâu chỗ chảy máu, dùng tiếp kháng sinh
- Không thoát mủ: mở thông lại, dùng kháng sinh tiêm

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 135/QĐ-BYT.

LÀM THUỐC VẾT KHÂU TẦNG SINH MÔN NHIỄM KHUẨN

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hầu hết sản phụ đẻ thường đều rạch tầng sinh môn. Khi đầu thai nhi chuẩn bị ra ngoài để tránh ngạt cũng như giúp quá trình sinh suôn sẻ, bác sĩ rạch một đường nhỏ ở tầng sinh môn và khâu lại.
- Việc chăm sóc tầng sinh môn sau sinh rất quan trọng. Bà mẹ sau sinh nên vệ sinh đúng cách tầng sinh môn, tùy thuộc cơ địa vết khâu sẽ lành trong khoảng 2 – 4 tuần hoặc lâu hơn.
- Tuy nhiên có nhiều trường hợp, sản phụ sau khi khâu tầng sinh môn bị nhiễm khuẩn (vết khâu bục chỉ, đau nhức mưng mủ, sưng viêm).

2. CHỈ ĐỊNH

Tầng sinh môn bị nhiễm khuẩn sau sinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ/nữ hộ sinh được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh sản phụ khoa.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Panh sát khuẩn
- Băng, gạc, cồn betadine, nước muối sinh lý, oxy già...

4.3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích về quy trình trước khi làm thuốc tầng sinh môn.
- Người bệnh nằm ở tư thế sản khoa.

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15 phút.

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: tại phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Tùy theo mức độ nghiêm trọng của vết thương mà cách xử lý cụ thể sẽ khác nhau.

5.1. Vết khâu TSM sưng đau:

- Bước 1: Dùng gạc tẩm nước muối sinh lý để rửa sạch TSM
- Bước 2: Dùng gạc khô lau lại TSM
- Bước 3: Dùng gạc tẩm cồn i-ốt lau sát khuẩn từ trong ra ngoài vết thương theo hình xoay ốc.

5.2. Vết khâu TSM bị bục chỉ, tiết dịch:

- Bước 1: Rửa, sát khuẩn vết khâu TSM.

- Bước 2: Cắt chỉ cách, nặn dịch vết khâu.
- Bước 3: Lau khô và sát khuẩn lại vết khâu TSM.
- Bước 4: Khâu lại khi vết thương không còn tiết dịch.
- Bước 5: Vệ sinh vết khâu TSM hằng ngày.

5.3. Vết khâu TSM bị mưng mủ:

- Bước 1: Cắt chỉ vết khâu.
- Bước 2: Làm rộng miệng vết thương để tháo mủ, nặn hết dịch tụ dưới miệng vết thương. Có thể vệ sinh ổ mủ bằng nước oxy già. Nếu vết thương sâu có thể phải luồn một ống thông hoặc đặt gạc dẫn lưu để đào thải dịch mủ ra ngoài.
- Bước 3: Sát khuẩn vết thương hằng ngày bằng cồn i-ốt sau khi đã chích rạch tháo mủ.
- Bước 4: Khâu lại khi vết thương không còn tiết dịch.
- Bước 5: Vệ sinh vết khâu TSM hằng ngày.

6. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Dùng kháng sinh toàn thân 5-7 ngày.
- Có thể dùng thêm thuốc chống sưng hoặc giảm đau tùy từng trường hợp.
- Bà mẹ sau khi tiểu tiện, dùng nước ấm xối nhẹ vào âm hộ từ trước ra sau từ trên xuống tránh làm để nước tiểu làm xót vết khâu. Sau đó dùng khăn mềm lau vết khâu lại nhẹ nhàng.
- Sau sinh nên uống nhiều nước, ăn nhiều rau xanh trái cây, tránh tình trạng táo bón khiến đau và rách tầng sinh môn khi đại tiện. Nếu thấy táo bón, nên dùng dụng cụ hỗ trợ để đại tiện dễ hơn, tránh rặn mạnh làm ảnh hưởng vết khâu.
- Thay băng vệ sinh 3-4 tiếng một lần, hoặc khi sản dịch đã ra nhiều.
- Nên vận động nhẹ nhàng giúp đẩy máu tụ trong tử cung ra ngoài, giảm sưng đau giúp vết khâu nhanh lành.
- Nên mặc quần lót thoáng mát, mềm mại, giặt sạch phơi khô trước khi mặc tránh nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO : Quyết định số 315/QĐ-BYT : Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa - ngày 29/01/2015.

KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Khâu vòng cổ tử cung là thủ thuật khâu một đường vòng tròn quanh cổ tử cung để thu hẹp lỗ trong cổ tử cung, nhằm dự phòng sinh non sớm do tình trạng hở eo cổ tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Đã được chẩn đoán hở eo TC hoặc CTC ngắn < 25mm trước tuần 24 của thai kỳ trên thai phụ tiền sử sinh non < 37 tuần.
- Có tiền sử khâu vòng cổ tử cung cấp cứu hay khẩn cấp theo đúng chỉ định

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tử cung có cơn co - Chảy máu từ tử cung;
- Viêm màng ối;
- Ối vỡ non;
- Bất thường thai nhi;
- Viêm nhiễm âm đạo, cổ tử cung.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa Sản phụ khoa đã được đào tạo và cấp phép.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Dung dịch betadine.
- Chỉ khâu chuyên dụng (Perlon, Mercilen rộng 5mm...).
- Van âm đạo.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích mục đích khâu, tai biến có thể xảy ra trước khi có quyết định khâu, ký giấy cam đoan.
- Được vệ sinh và nằm tư thế phụ khoa.

4.4. Hồ sơ bệnh án: đầy đủ, các xét nghiệm cần thiết

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

Các bước kỹ thuật theo phương pháp Mc Donald

5.1. Bước 1: Bộc lộ cổ tử cung bằng van.

5.2. Bước 2: Sát trùng vùng âm hộ, âm đạo và CTC.

5.3. Bước 3: Dùng kẹp Aliz kẹp CTC ở vị trí 10 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung xuống dưới và vào trong.

5.4. Bước 4: Đâm kim tù với chỉ bản to 5 mm (Mercilene) từ vị trí 11g30, vào và đi trong lớp cơ cổ TC (không để kim đi vào kênh CTC), đầu kim đi ra khỏi cơ TC ở vị trí 9g30.

5.5. Bước 5:

- Dùng kẹp Aliz kẹp vào CTC ở vị trí 7 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung lên trên và vào trong. Đâm kim tương tự vào ở vị trí 8g30, ra ở 7g30.

- Dùng kẹp Aliz kẹp vào CTC ở vị trí 4 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung lên trên và vào trong.

- Đâm kim tương tự vào ở vị trí 5g30, ra ở 3g30.

- Dùng kẹp hình tim nhỏ kẹp vào CTC ở vị trí 2 giờ, kéo nhẹ cổ tử cung xuống dưới và vào trong.

- Đâm kim tương tự vào ở vị trí 2g30, ra ở 12g30.

5.6. Bước 6:

- Cột chỉ ở vị trí 12g, siết vừa đủ chạm vào ngón tay kiểm soát trong kênh CTC.

- Cắt đầu chỉ xa nút buộc khoảng 1cm.

5.7. Bước 7: Sát trùng lại CTC và âm đạo.

5.8. Bước 8: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi sau thủ thuật

- Để người bệnh nghỉ lại giường trong 12 – 24 giờ

- Theo dõi sau cơn gò TC, đau bụng, ra máu nước âm đạo.

- Thai phụ xuất viện sau 24 – 48 giờ nếu không có cơn gò TC, đau bụng, ra máu nước âm đạo.

- Hướng dẫn sản phụ không giao hợp, không đứng lâu, không gắng sức.

- Hướng dẫn sản phụ các dấu hiệu cần nhập viện.

- Tái khám siêu âm đo chiều dài kênh CTC sau xuất viện 2 tuần.
- Dùng Progesterone liên tục tới tuổi thai 36 tuần.
- Hướng dẫn thai phụ nhập viện lại khi có: cơn co tử cung, ra máu âm đạo, ra nước ối.
- Cắt chỉ khi thai ≥ 37 tuần hoặc khi có chuyển dạ.

6.2. Xử trí tai biến

- Ra máu: thường hết ra máu (trừ trường hợp bị bệnh về máu không phát hiện trước) sau khi chèn gạc cầm máu từ 3 - 4 giờ.
- Gãy kim vào trong cổ tử cung: nên dùng kim tròn to có độ cong nhỏ.
- Tổn thương bàng quang.
- Vỡ ối, hoặc rỉ ối non.
- Viêm màng ối.
- Chuyển dạ sinh non.
- Rách CTC.
- Sinh khó do CTC xơ hóa, sẹo xơ.
- Vỡ TC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT năm 2013

CẮT CHỈ KHÂU VÒNG CỔ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Quy trình cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung khi thai nhi đủ trưởng thành thường kéo dài khoảng 30 phút. Thủ thuật này hoàn toàn không gây đau đớn cũng như không ảnh hưởng đến an toàn của mẹ và bé.

2. CHỈ ĐỊNH

- Khi thai nhi đủ tháng (khoảng 37-38 tuần), hoặc khi có dấu hiệu chuyển dạ tự nhiên
- Ối vỡ non/sớm không thể dưỡng thai, hoặc nghi ngờ nhiễm trùng ối.
- Thai chết lưu hoặc thai có dị tật nghiêm trọng: không cần giữ thai thêm.
- Cấp cứu: khi có biến chứng cấp tính nguy hiểm cho mẹ hoặc thai nhi.

3. THẬN TRỌNG

Nếu có viêm nhiễm, cần điều trị ổn định trước khi thực hiện cắt chỉ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sỹ chuyên khoa Phụ sản, một người phụ giúp bác sĩ.
- Rửa tay, mặc áo, đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay vô khuẩn. Giải thích cho người bệnh yên tâm phối hợp.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Săng vô khuẩn, bông, cồn,...
- Van âm đạo
- Panh kẹp bông sát khuẩn
- Kẹp CTC, panh cong không máu
- Kéo cắt chỉ, lưỡi dao mổ

4.3. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà đầy đủ lý do làm thủ thuật, về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng,...
- Sau khi xác định thai phụ cần cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung, các bác sĩ sẽ thực hiện các xét nghiệm.
- Cho nằm tư thế phụ khoa.

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15-30 phút.

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật/phòng đẻ.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Sát khuẩn âm hộ, âm đạo, cổ tử cung.

5.2. Bước 2: Tiến hành cắt chỉ khâu vòng cổ tử cung.

- Dùng thiết bị y tế chuyên dụng để xác định vết chỉ khâu, sau đó cắt và tháo chỉ khâu cổ tử cung theo đúng quy định.

- Đảm bảo toàn bộ chỉ khâu được loại bỏ.

5.3. Bước 3: Sát trùng lại âm đạo và cổ tử cung để tránh nhiễm trùng.

5.4. Bước 4: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án

- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Nghỉ ngơi tại giường bệnh.

- Bác sĩ tiến hành theo dõi cẩn thận tình trạng của thai nhi, cơn đau bụng, cơn gò, ra huyết, ra nước âm đạo.

- Nếu không có triệu chứng bất thường sau thủ thuật, bệnh nhân sẽ được xuất viện.

- Chế độ ăn uống hợp lý.

- Tránh đứng lâu, mang vác nặng.

- Thực hiện theo chỉ dẫn của bác sĩ và tái khám đúng hẹn.

6.2. Xử trí tai biến

- Ra máu âm đạo

- Rỉ ối

- Nhiễm trùng

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT năm 2013

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN ĐẦU

1. ĐẠI CƯƠNG:

Phẫu thuật lấy thai là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH:

2.1. Do nguyên nhân từ thai:

- Các chỉ định do ngôi thai bất thường
- Thai to
- Thai suy
- Bệnh lý của thai có chống chỉ định để đường âm đạo

2.2. Do nguyên nhân phân phụ của thai

2.3. Do nguyên nhân đường sinh dục

2.4. Do bệnh lý của mẹ

2.5. Những chỉ định khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Thai đã chết trong tử cung (trừ trường hợp thai to, rau tiền đạo)
- Thai dị tật nặng không thể sống sót.
- Khi cơ sở y tế không đủ trang thiết bị, nhân lực hồi sức.

4. THẬN TRỌNG

- Thai còn quá non tháng.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Bệnh lý tim mạch/huyết áp nặng: nguy cơ cao khi gây mê, gây tê cần kiểm soát nghiêm ngặt
- Nhiễm trùng toàn thân hoặc nhiễm trùng thành bụng
- Sẹo mổ cũ phức tạp: nguy cơ dính ruột, dính bàng quang, chảy máu.
- Sản phụ không đồng ý hoặc không hợp tác.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện

Kíp gây mê hồi sức, kíp phẫu thuật, nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

5.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng; phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh; các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

5.3. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh hoặc người nhà ký giấy cam đoan phẫu thuật.

5.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 90 phút.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ.

5.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bộc lộ vùng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân:

Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trái sảng vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

Bước 2: Mở bụng:

Rạch da đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ qua các lớp vào ổ bụng, chú ý tổn thương các tạng bên dưới.

Bước 3: Bộc lộ đoạn dưới tử cung, gỡ dính, cầm máu.

Bước 4: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

Bước 5: Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối.

Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới, đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm.

Bước 6: Lấy thai và rau:

Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại, dùng miếng gạc mỏng lau nhớt miệng trẻ, kẹp và cắt dây rốn. Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần, kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

Bước 7: Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung; không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất, phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung.

Bước 8: Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, cầm máu kỹ.

Tùy trường hợp cụ thể xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng.

Bước 9: Đếm gạc đủ. Đóng thành bụng theo giải phẫu, xem xét đặt dẫn lưu vết mổ.

Bước 10: Lấy máu và lau âm đạo.

Bước 11: Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh và sơ sinh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Tai biến trong phẫu thuật:

Chảy máu, chấn thương thai nhi, chấn thương ruột, rạch vào bàng quang, thắt vào niệu quản...

6.2. Tai biến sau phẫu thuật: Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết, chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT năm 2013

PHẪU THUẬT LẤY THAI LẦN HAI TRỞ LÊN

1. ĐẠI CƯƠNG:

Phẫu thuật lấy thai lần 2 trở lên là phẫu thuật nhằm lấy thai ra khỏi tử cung sau khi mở bụng và mở tử cung phẫu thuật lấy thai trên người bệnh có sẹo mổ lấy thai cũ.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Bệnh nhân đã có sẹo mổ lấy thai lần 1 ở tử cung.
- Mổ lần đầu vì lý do tuyệt đối: Khung chậu hẹp, méo, lệch.
- Tiền sử mổ lấy thai do nguy cơ vỡ tử cung cao trong chuyển dạ.
- Lần đầu mổ thân tử cung, mổ dọa vỡ tử cung, hoặc vỡ tử cung khâu bảo tồn.
- Hậu phẫu lần trước bị nhiễm trùng tử cung.
- Lần này thai già tháng.
- Khoảng cách giữa lần mổ trước với lần này < 18 tháng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không có chống chỉ định

4. THẬN TRỌNG

- Thai nhi chưa đủ trưởng thành
- Sức khỏe người mẹ không cho phép
- Rối loạn đông máu nặng

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện

Kíp gây mê hồi sức, kíp phẫu thuật, nữ hộ sinh chăm sóc sơ sinh được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

5.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng; phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh; các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

5.3. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh hoặc người nhà ký giấy cam đoan phẫu thuật.

5.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 90 phút.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: tại phòng mổ.

5.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bộc lộ vùng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân:

Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải săng vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

Bước 2: Mở bụng:

Cắt bỏ sẹo mổ cũ, rạch qua các lớp vào ổ bụng, chú ý tổn thương các tạng bên dưới.

Bước 3: Bộc lộ đoạn dưới tử cung, gỡ dính, cầm máu.

Bước 4: Mở phúc mạc đoạn dưới tử cung.

Bước 5: Rạch ngang cơ tử cung đoạn dưới đến màng ối.

Mở đoạn dưới tử cung ở ngay giữa (lưu ý tránh chạm vào phần thai ở ngay dưới). Mở rộng vết rạch tử cung sang hai bên. Đường mở tử cung song song với đường mở phúc mạc đoạn dưới, đường rạch ngang đoạn dưới khoảng 8-10cm.

Bước 6: Lấy thai và rau:

Lấy thai: lấy đầu thai nếu là ngôi đầu, lấy chân thai hay mông thai nếu là các ngôi còn lại, dùng miếng gạc mỏng lau nhót miệng trẻ, kẹp và cắt dây rốn. Tiêm tĩnh mạch chậm (qua dây truyền) 10 đơn vị oxytocin. Lấy rau bằng cách kéo dây rốn và ấn đáy tử cung qua thành bụng. Làm sạch buồng tử cung. Nong cổ tử cung nếu cần, kiểm tra và kẹp các mạch máu lớn đang chảy.

Bước 7: Khâu vết rạch tử cung và phúc mạc:

Khâu phục hồi lớp cơ tử cung bằng chỉ tiêu số 1. Có thể bằng mũi rời hay khâu vắt có khóa hay không có khóa. Mũi khâu lấy toàn bộ chiều dày lớp cơ tử cung; không nên khâu cả lớp nội mạc tử cung. Nếu cần thì khâu vắt lớp thứ hai để cầm máu và che phủ lớp khâu thứ nhất, phủ phúc mạc đoạn dưới tử cung.

Bước 8: Lau sạch ổ bụng, kiểm tra tử cung, phần phụ và các tạng xung quanh, cầm máu kỹ.

Tùy trường hợp cụ thể xem xét đặt dẫn lưu ổ bụng.

Bước 9: Đếm gạc đủ. Đóng thành bụng theo giải phẫu, xem xét đặt dẫn lưu vết mổ.

Bước 10: Lấy máu và lau âm đạo.

Bước 11: Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho phòng hậu phẫu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Tai biến trong phẫu thuật:

Chảy máu, chấn thương thai nhi, chấn thương ruột, rạch vào bàng quang, thắt vào niệu quản...

6.2. Tai biến sau phẫu thuật: Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết, chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Bài giảng Sản phụ khoa (dành cho Bác sỹ sau đại học) - Bộ môn Phụ sản - Trường Đại học Y Hải Phòng 2009.

PHẪU THUẬT LẤY THAI TRƯỜNG HỢP ĐA THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai đa thai là phẫu thuật lấy thai lấy từ hai thai trở lên qua đường bụng – tử cung. So với đơn thai, mổ lấy đa thai nguy cơ cao hơn về:

- Đờ tử cung – băng huyết sau mổ.
- Ngôi bất thường, sa dây rốn thai sau.
- Tổn thương tử cung, nhiễm trùng.

2. CHỈ ĐỊNH:

- Thai thứ nhất ngôi bất thường (ngôi mông, ngôi ngang...)
- Song thai 1 bánh rau, song thai chung buồng ối.
- Đa thai ≥ 3
- Suy thai
- Thai non tháng cần can thiệp
- Đa thai kèm bệnh lý mẹ (tiền sản giật, rau tiền đạo...)

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

Không có chống chỉ định tuyệt đối (cân nhắc nguy cơ – lợi ích trong từng trường hợp).

4. THẬN TRỌNG

- Thai còn quá non tháng.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Bệnh lý tim mạch/huyết áp nặng: nguy cơ cao khi gây mê, gây tê cần kiểm soát nghiêm ngặt
- Nhiễm trùng toàn thân hoặc nhiễm trùng thành bụng
- Sẹo mổ cũ phức tạp: nguy cơ dính ruột, dính bàng quang, chảy máu.
- Sản phụ không đồng ý hoặc không hợp tác.

5. CHUẨN BỊ:

5.1. Người thực hiện

Kíp gây mê hồi sức, kíp phẫu thuật, 2 kíp chăm sóc sơ sinh được cấp chứng chỉ hành nghề khám bệnh, chữa bệnh.

5.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
- Bộ dụng cụ mổ lấy thai đã tiệt trùng; phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh; các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.

5.3. Người bệnh

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà đầy đủ lý do phẫu thuật lấy thai, về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...

- Người bệnh hoặc người nhà ký giấy cam đoan phẫu thuật.

5.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

5.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 90 phút.

5.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ.

5.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bộc lộ vùng phẫu thuật.

6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân.

- Gây tê, vô cảm: tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản (tùy tình trạng).
- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải săng vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

6.2. Bước 2: Mở bụng:

Rạch da đường trắng giữa dưới rốn hoặc đường ngang trên vệ qua các lớp vào ổ bụng, chú ý tổn thương các tạng bên dưới.

6.3. Bước 3: Mở tử cung

Thường rạch ngang đoạn dưới tử cung, rạch đủ rộng để lấy nhiều thai liên tiếp.

6.4. Bước 4: Lấy thai

- Thai thứ nhất: Xác định ngôi, lấy thai như mổ lấy thai thông thường. Kẹp – cắt dây rốn, giao trẻ cho ekip hồi sức sơ sinh.
- Thai thứ 2 (và các thai tiếp theo): không vội kéo thai, xác định ngôi – tình trạng ối – dây rốn. Nếu ối còn: bấm ối có kiểm soát. Lấy thai theo ngôi: ngôi đầu thì đỡ đầu, ngôi mông/ngang thì xoay và kéo chân theo chỉ định.
- Theo dõi sát sa dây rốn, co hồi tử cung sau mỗi lần lấy thai.

6.5. Bước 5: Lấy bánh rau – kiểm soát buồng tử cung.

- Kiểm tra: số bánh rau, màng rau, buồng tử cung
- Lấy sạch màng rau
- Tiêm Oxytocin ngay sau khi lấy thai cuối.

6.6. Bước 6: Khâu tử cung

- Khâu 1 lớp hoặc 2 lớp tùy tình trạng cơ tử cung
- Đảm bảo cầm máu tốt.

6.7. Bước 7:

- Kiểm tra lại cầm máu, đếm gạc đủ.
- Đóng thành bụng theo các lớp giải phẫu.
- Lấy máu cục và sát khuẩn âm đạo

6.8. Bước 8: Kết thúc phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh và sơ sinh cho bộ phận tiếp theo.

7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

7.1. Tai biến trong phẫu thuật:

Tai biến gây mê, chảy máu, đờ tử cung, chấn thương thai nhi, chấn thương ruột, rạch vào bàng quang, thủng vào niệu quản...

7.2. Tai biến sau phẫu thuật: Nhiễm trùng vết mổ, tiểu khung, viêm phúc mạc toàn thể, nhiễm trùng huyết, chảy máu do nhiễm trùng vết mổ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT năm 2013

PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG DO RAU CÀI RĂNG LỢC

1. ĐẠI CƯƠNG

Rau cài răng lược là sự bám bất thường hoặc xâm lấn một phần hay toàn bộ bánh rau vào lớp cơ tử cung. Về mặt mô học có thể thấy do sự thiếu vắng một phần hay toàn bộ màng rụng đáy do do gai rau bám vào cơ tử cung.

Điều trị trong đa số trường hợp là mổ lấy thai kèm cắt tử cung, không bóc rau nhằm phòng băng huyết ồ ạt đe dọa tính mạng.

Một số trường hợp sau đẻ thường, rau không bong nghi ngờ có rau cài răng lược mà trước đó chưa được chẩn đoán.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chẩn đoán hoặc nghi ngờ rau cài răng lược (siêu âm và/hoặc MRI)
- Rau tiền đạo trung tâm kèm sẹo mổ cũ
- Rau không bong, chảy máu nặng không kiểm soát
- Rau xâm lấn sâu, không còn khả năng bảo tồn tử cung an toàn.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Chỉ cần nhắc bảo tồn tử cung khi:

- Rau cài răng lược mức độ nhẹ
- Bệnh nhân còn nhu cầu sinh
- Có ê kíp rất kinh nghiệm và đủ điều kiện hồi sức – can thiệp mạch.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên sản khoa nhiều kinh nghiệm
- Phụ mổ, kíp gây mê hồi sức
- Bác sĩ tiết niệu (nếu nghi xâm lấn bàng quang)
- Êkip hồi sức sơ sinh.

4.2. Phương tiện, dụng cụ, thuốc

- Bộ dụng cụ, thuốc dùng gây tê tủy sống, gây mê toàn thân.
- Bộ mổ sản khoa + phẫu thuật lớn.
- Dao đốt, chỉ cầm máu.
- Phương tiện chăm sóc và hồi sức sơ sinh.
- Các thuốc để hồi sức và các thuốc dùng trong sản khoa.
- Máu và chế phẩm máu.
- Có thể chuẩn bị bóng chèn, kẹp mạch, can thiệp mạch trước mổ.

4.3. Người bệnh

- Được giải thích đầy đủ lý do phẫu thuật, nguy cơ mất máu nhiều – cắt tử cung – truyền máu, ký giấy cam đoan phẫu thuật.

- Thông đái, sát khuẩn thành bụng, trải khăn vô khuẩn sau khi đã được giảm đau.

4.4 Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 90 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bộc lộ vùng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Gây mê

Gây mê nội khí quản (ưu tiên do nguy cơ mất máu lớn)

5.2. Bước 2: Mở bụng

- Đường dọc giữa dưới rốn

- Đánh giá vị trí rau – mức độ xâm lấn – tổn thương bàng quang, mạc chậu.

5.3. Bước 3: Cắt tử cung

Nguyên tắc: cắt tử cung kèm theo bánh rau, không cố gắng tách rau ra khỏi cơ tử cung. Các bước gồm:

- Kẹp – cắt dây chằng tròn

- Mở phúc mạc trước

- Bóc tách bàng quang cẩn thận

- Kẹp – cắt – buộc dây chằng rộng và bó mạch tử cung

- Cắt tử cung: Cắt bán phần nếu cổ tử cung không bị xâm lấn, cắt hoàn toàn khi rau lan thấp/rau tiền đạo trung tâm).

5.4. Bước 4: Kiểm soát cầm máu

- Kiểm tra diện cắt

- Khâu mỏm cắt chắc chắn

- Đặt dẫn lưu nếu cần

5.5. Bước 5: Đóng bụng

- Kiểm tra lại toàn bộ ổ bụng

- Đóng bụng theo từng lớp giải phẫu

5.6. Bước 6: Kết thúc phẫu thuật.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho phòng hậu phẫu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Dấu hiệu sinh tồn
- Lượng máu dẫn lưu
- Xét nghiệm máu
- Theo dõi tổn thương tiết niệu.

6.2. Xử trí tai biến:

- Băng huyết, sốc mất máu
- Tổn thương bàng quang, tiết niệu.
- Rối loạn đông máu.
- Nhiễm trùng
- Tử vong (nếu xử trí chậm).

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ-BYT năm 2013

PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG TÌNH TRẠNG NGƯỜI BỆNH NẶNG (VIÊM PHÚC MẠC, VỠ TẠNG TRONG TIỂU KHUNG, VỠ TỬ CUNG...)

1. ĐẠI CƯƠNG

Cắt tử cung trong tình trạng người bệnh nặng là phẫu thuật cấp cứu, nhằm:

- Cắt bỏ ổ bệnh đe dọa tính mạng
- Kiểm soát nhiễm trùng, chảy máu
- Cứu sống người bệnh

Chỉ định thường đặt ra trong bối cảnh nguy kịch, không còn lựa chọn bảo tồn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Vỡ tử cung (do chuyển dạ, chấn thương, sẹo mổ cũ...)
- Viêm phúc mạc do nhiễm trùng đường sinh dục
- Nhiễm trùng hậu sản nặng, hoại tử tử cung
- Chảy máu tử cung không kiểm soát được
- Vỡ tạng trong tiểu khung kèm tổn thương tử cung
- U tử cung hoại tử, xoắn, vỡ gây nhiễm trùng/choáng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối trong cấp cứu đe dọa tính mạng, chỉ cân nhắc tương đối khi tình trạng toàn thân quá nặng nhưng vẫn phải phẫu thuật để cứu sống.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên sản phụ khoa có kinh nghiệm
- Bác sĩ gây mê hồi sức
- Điều dưỡng dụng cụ – vòng ngoài
- Có thể cần phối hợp ngoại khoa, tiết niệu

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Phòng mổ cấp cứu
- Bộ phẫu thuật cắt tử cung
- Máy hút, dao điện
- Phương tiện hồi sức tích cực: monitor, thuốc gây mê, vận mạch, máu,...

4.3. Người bệnh

- Hồi sức tích cực trước mổ (song song): đặt đường truyền lớn, bù dịch, truyền máu (nếu cần), kháng sinh dự phòng, đặt sonde tiểu...

- Giải thích nhanh cho người nhà, ký cam kết phẫu thuật.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 90 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bộc lộ vùng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Gây mê

- Gây mê nội khí quản

- Theo dõi sát huyết động

5.2. Bước 2: Mở bụng

Đường giữa dưới rốn hoặc trên – dưới rốn để:

- Thăm dò toàn bộ ổ bụng

- Xử trí tổn thương phối hợp

5.3. Bước 3: Thăm dò ổ bụng

Đánh giá:

- Mức độ viêm phúc mạc

- Máu, mủ, dịch bẩn

- Tổn thương tử cung, phần phụ, bàng quang, ruột

5.4. Bước 4: Cắt tử cung

Tùy tình trạng có thể:

- Cắt tử cung bán phần (khi cần rút ngắn thời gian)

- Cắt tử cung toàn phần (khi cổ tử cung tổn thương/nhiễm trùng)

Các bước chính:

- Kẹp – cắt – buộc dây chằng tròn.

- Kẹp – cắt – buộc cuống phần phụ (giữ hay cắt phần phụ tùy chỉ định)

- Bóc tách bàng quang

- Kẹp – cắt – buộc động mạch tử cung

- Cắt thân/cổ tử cung

- Khâu móm cắt cần thận, cầm máu tuyệt đối

5.5. Bước 5: Xử trí tổn thương phối hợp

- Khâu bàng quang, ruột nếu tổn thương
- Hội chẩn ngoại khoa/tiết niệu khi cần

5.6. Bước 6: Rửa ổ bụng – dẫn lưu

- Rửa nhiều lần bằng NaCl 0,9%
- Đặt dẫn lưu Douglas hoặc hố chậu hai bên
- Kiểm tra cầm máu lần cuối

5.7. Bước 7: Đóng bụng

- Đóng theo lớp
- Ưu tiên nhanh – chắc – an toàn

5.8. Bước 8: Kết thúc phẫu thuật.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho phòng hậu phẫu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi hồi sức tích cực: Mạch, huyết áp, nước tiểu, dấu hiệu nhiễm trùng, xuất huyết
- Kháng sinh phổ rộng liều cao
- Giảm đau, chống sốc
- Chăm sóc dẫn lưu
- Dinh dưỡng sớm khi ổn định

6.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu sau mổ
- Nhiễm trùng, nhiễm trùng huyết
- Tổn thương bàng quang, niệu quản, ruột
- Suy đa tạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh sản phụ khoa - Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT THẮT ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

- Thắt động mạch tử cung là kỹ thuật ngoại khoa nhằm giảm lưu lượng máu đến tử cung để kiểm soát chảy máu trong các tình huống cấp cứu sản phụ khoa, đặc biệt là băng huyết sau sinh.
- Đây là biện pháp bảo tồn tử cung, được thực hiện khi điều trị nội khoa và các biện pháp bảo tồn khác (xoay đáy tử cung, thuốc co hồi tử cung, bóng chèn tử cung...) không hiệu quả, trước khi chỉ định cắt tử cung toàn phần.
- Nguyên lý: làm giảm áp lực tưới máu tử cung, tạo điều kiện hình thành huyết khối cầm máu, đồng thời vẫn duy trì được tuần hoàn bàng hệ.

2. CHỈ ĐỊNH

- Băng huyết sau sinh không đáp ứng điều trị nội khoa tích cực.
- Đờ tử cung kháng trị.
- Chảy máu do rau tiền đạo, rau cài răng lược mức độ nhẹ – trung bình (khi có thể bảo tồn tử cung).
- Vỡ tử cung đã khâu bảo tồn nhưng còn chảy máu.
- Chảy máu sau mổ lấy thai khó kiểm soát.
- Tụ máu dây chằng rộng tiến triển.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối

Chống chỉ định tương đối:

- Sốc mất máu nặng chưa hồi sức ổn định.
- Tổn thương tử cung không thể bảo tồn (vỡ tử cung phức tạp).
- Rau cài răng lược xâm lấn sâu toàn bộ cần cắt tử cung ngay.
- Rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát.

(Lưu ý: Trong cấp cứu, chống chỉ định thường mang tính tương đối và tùy tình trạng cụ thể.)

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên sản khoa có kinh nghiệm.
- Phụ mổ - Bác sĩ gây mê hồi sức.

- Điều dưỡng dụng cụ.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ mổ bụng.
- Chi không tiêu (Vicryl 0 hoặc 1).
- Dụng cụ hút, đốt điện.
- Phương tiện hồi sức tích cực. Máu và chế phẩm máu.

4.3. Người bệnh

- Hồi sức tích cực trước mổ:
 - Đặt 2 đường truyền tĩnh mạch lớn.
 - Truyền dịch, máu khi cần.
- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ .
- Đặt sonde tiêu theo dõi nước tiểu.

Giải thích nhanh cho người nhà (trong tình huống cho phép).

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 90 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bộc lộ vùng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Đường vào ổ bụng

- Mở bụng đường Pfannenstiel hoặc đường giữa dưới rốn tùy tình huống.
- Bộc lộ tử cung.

5.2. Bước 2: Xác định động mạch tử cung

- Mở phúc mạc bàng quang – tử cung.
- Bộc lộ dây chằng rộng.
- Xác định động mạch tử cung chạy trong nền dây chằng rộng, bắt chéo niệu quản.

Lưu ý: Nhận diện và bảo vệ niệu quản.

5.3. Bước 3: Kỹ thuật thắt động mạch tử cung

- Dùng kim cong lớn luồn chỉ qua cơ tử cung ở đoạn eo, sát bờ bên tử cung.

- Thất động mạch tử cung ở vị trí:
Dưới chỗ phân nhánh lên thân tử cung.
Trên cổ tử cung khoảng 2–3 cm.

- Thất hai bên.

Kiểm tra:

- Quan sát giảm chảy máu rõ rệt.
- Tử cung hồng trở lại.

5.4. Bước 4: Kiểm tra cầm máu

- Kiểm tra toàn bộ tử cung.
- Hút sạch máu tụ.
- Đặt dẫn lưu nếu cần.

5.5. Bước 5: Đóng bụng

Đóng các lớp thành bụng theo giải phẫu.

5.6. Bước 6: Kết thúc phẫu thuật.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho phòng hậu phẫu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi sau mổ

- Mạch, huyết áp mỗi 15–30 phút trong giờ đầu.
- Lượng máu ra âm đạo.
- Nước tiểu $\geq 0,5$ ml/kg/giờ.
- Dấu hiệu nhiễm trùng.
- Hemoglobin sau mổ.

6.2. Tai biến và xử trí

Tai biến

Xử trí

- | | |
|--------------------------|--|
| - Tiếp tục chảy máu | Cân nhắc thất động mạch hạ vị hoặc cắt tử cung |
| - Tổn thương niệu quản | Hội chẩn tiết niệu, xử trí phẫu thuật |
| - Hoại tử tử cung (hiếm) | Cắt tử cung |
| - Tụ máu dây chằng rộng | Mở lại kiểm soát |

Tai biến

Xử trí

- Nhiễm trùng sau mổ Kháng sinh phổ rộng

7. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản.
2. Danh mục và quy trình kỹ thuật chuyên ngành Sản phụ khoa – Bộ Y tế.

PHẪU THUẬT MỞ Ổ BỤNG CẦM MÁU TRONG CẤP CỨU SẢN PHỤ KHOA

1. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật mở ổ bụng cầm máu trong cấp cứu sản phụ khoa là thủ thuật cấp cứu tối khẩn, nhằm:

- Xác định nguyên nhân chảy máu trong ổ bụng/tiểu khung
- Cầm máu nhanh chóng
- Ngăn ngừa sốc mất máu, cứu sống người bệnh

Thường áp dụng khi các biện pháp bảo tồn hoặc can thiệp ít xâm lấn không hiệu quả hoặc không khả thi.

2. CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu trong ổ bụng nghi ngờ do:

Vỡ tử cung

Vỡ thai ngoài tử cung

Vỡ u nang buồng trứng, xoắn phần phụ kèm hoại tử

Đờ tử cung không đáp ứng điều trị nội khoa

Rau cài răng lược, bong rau non gây xuất huyết ồ ạt

- Choáng mất máu chưa rõ nguyên nhân cần thăm dò
- Chảy máu nội không kiểm soát được bằng thủ thuật khác.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không có chống chỉ định tuyệt đối, trong trường hợp đe dọa tính mạng, phẫu thuật là chỉ định bắt buộc.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Phẫu thuật viên sản phụ khoa - Bác sĩ gây mê hồi sức
- Điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng vòng ngoài
- Phối hợp ngoại khoa/tiết niệu khi cần.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Phòng mổ cấp cứu
- Bộ phẫu thuật mở bụng
- Dao điện, máy hút
- Phương tiện hồi sức: monitor, thuốc gây mê hồi sức, dịch truyền, máu và chế phẩm máu.

4.3. Người bệnh

- Hồi sức song song với chuẩn bị mổ:

Đặt ≥ 2 đường truyền tĩnh mạch lớn

Truyền dịch, truyền máu

Thở oxy hoặc đặt nội khí quản

- Đặt sonde tiểu.

- Kháng sinh tĩnh mạch (nếu nghi nhiễm trùng).

- Giải thích nhanh cho thân nhân, ký cam kết phẫu thuật.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 90 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng mổ.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...

- Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật.

- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, bộc lộ vùng phẫu thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Gây mê

- Gây mê nội khí quản

- Theo dõi liên tục mạch, huyết áp, SpO₂, nước tiểu

5.2. Bước 2: Mở bụng

Đường giữa dưới rốn hoặc trên – dưới rốn → Ưu tiên tiếp cận nhanh, quan sát toàn bộ ổ bụng.

5.3. Bước 3: Thăm dò ổ bụng

- Hút máu, dịch ổ bụng

- Đánh giá:

Nguồn chảy máu

Mức độ tổn thương tử cung, phần phụ

Tổn thương phối hợp (ruột, bàng quang)

5.4. Bước 4: Cầm máu

Tùy nguyên nhân, áp dụng một hoặc nhiều biện pháp:

- Khâu cầm máu tử cung

- Khâu vết rách tử cung

- Cắt góc tử cung, khâu buộc mạch

- Thất động mạch tử cung / động mạch hạ vị
- Cắt phần phụ hoặc tử cung khi cần thiết
- Cầm máu diện bong rau
- Đặt gạc chèn tiểu khung (trong trường hợp đặc biệt)

Nguyên tắc: nhanh – chính xác – hiệu quả, ưu tiên cứu sống người bệnh.

5.5. Bước 5: Xử trí tổn thương phối hợp

- Khâu phục hồi bàng quang, ruột nếu có tổn thương.
- Hội chẩn và phối hợp chuyên khoa liên quan.

5.6. Bước 6: Kiểm tra – rửa ổ bụng

- Rửa ổ bụng bằng NaCl 0,9%
- Kiểm tra cầm máu kỹ
- Đặt dẫn lưu nếu cần.

5.7. Bước 7: Đóng bụng

- Đóng theo lớp giải phẫu; đảm bảo chắc chắn, an toàn.

5.8. Bước 8: Kết thúc phẫu thuật.

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho phòng hậu phẫu.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TẠI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Theo dõi hồi sức tích cực:
 - Dấu hiệu sinh tồn
 - Lượng nước tiểu
 - Dấu hiệu chảy máu tái phát
- Tiếp tục truyền máu, dịch
- Kháng sinh, giảm đau
- Chăm sóc vết mổ, dẫn lưu.

6.2. Xử trí tai biến

- Chảy máu sau mổ - Sốc mất máu
- Nhiễm trùng, nhiễm trùng huyết
- Tổn thương tạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định 1377/QĐ-BYT ngày 24/04/2013.

KHÁM MẮT SƠ SINH NON THÁNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám mắt sơ sinh non tháng là kỹ thuật nhằm:

- Phát hiện sớm bệnh võng mạc trẻ sinh non
- Phát hiện các bất thường mắt bẩm sinh
- Theo dõi sự phát triển của mắt ở trẻ non tháng có nguy cơ cao

Khám mắt định kỳ giúp phòng ngừa mù lòa nếu được phát hiện và điều trị kịp thời.

Thời điểm khám: lần khám đầu tiên khi trẻ được 31–33 tuần tuổi thai sau sinh hoặc 4–6 tuần sau sinh và khám lại theo chỉ định bác sĩ nhãn khoa dựa vào kết quả lần trước.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh sinh non < 37 tuần
- Trẻ có cân nặng lúc sinh:
 - ≤ 2.000 g (theo hướng dẫn tại Việt Nam)
 - Hoặc ≤ 1.500 g (nguy cơ cao)
- Trẻ sinh non có các yếu tố nguy cơ:
 - Thở oxy kéo dài
 - Thở máy
 - Nhiễm trùng sơ sinh
 - Xuất huyết não – màng não
 - Truyền máu nhiều lần

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Trẻ đang trong tình trạng:

- Suy hô hấp nặng chưa ổn định
- Sốc, rối loạn huyết động → Hoãn khám cho đến khi trẻ ổn định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ nhãn khoa được đào tạo khám.
- Điều dưỡng/nữ hộ sinh hỗ trợ
- Phối hợp bác sĩ sơ sinh.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Đèn soi đáy mắt gián tiếp
- Kính soi đáy mắt (20D, 28D)
- Băng mi trẻ em
- Thuốc giãn đồng tử:
 - Tropicamide 0,5%
 - Phenylephrine 2,5%
- Thuốc tê tại chỗ (nếu cần)
- Monitor theo dõi SpO₂, nhịp tim.

4.3. Người bệnh

- Đảm bảo trẻ ổn định: Nhịp thở, SpO₂, mạch.
- Nhỏ thuốc giãn đồng tử trước khám 30–45 phút
- Theo dõi sát sau nhỏ thuốc (ngưng thở, nhịp tim chậm).

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật...
- Đặt tư thế bệnh nhân: nằm ngửa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Tư thế

- Trẻ nằm ngửa
- Cố định đầu nhẹ nhàng
- Giữ ấm cho trẻ.

5.2. Bước 2: Kỹ thuật khám

- Nhỏ thuốc tê bề mặt (nếu cần)
- Đặt băng mi nhẹ nhàng
- Soi đáy mắt gián tiếp: đánh giá:
 - Vùng võng mạc (zone)
 - Giai đoạn bệnh (stage)
 - Mức độ mạch máu (plus disease)

- Khám toàn bộ chu vi võng mạc
- Ghi nhận kết quả từng mắt.

5.3. Bước 3: Đánh giá kết quả

- Không có ROP → hẹn khám lại theo lịch
- Có ROP:

Phân loại theo **ICROP**

Chỉ định theo dõi sát hoặc điều trị

- Phát hiện bất thường khác:

Đục thủy tinh thể bẩm sinh

Glôcôm bẩm sinh

Dị tật mắt

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi: Nhịp thở, SpO₂, nhịp tim (nguy cơ ngưng thở, chậm nhịp)
- Ghi hồ sơ đầy đủ
- Tư vấn gia đình về lịch khám lại và nguy cơ bệnh.

6.2. Xử trí tai biến

- Ngưng thở thoáng qua
- Nhịp tim chậm
- Kích thích, nôn trớ
- Tổn thương giác mạc (hiếm).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hướng dẫn sàng lọc và điều trị **bệnh võng mạc trẻ sinh non** – Bộ Y tế
- Giáo trình Nhân khoa – Đại học Y Hà Nội / ĐHYD TP.HCM.

ĐIỀU TRỊ VÀNG DA Ở TRẺ SƠ SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHIẾU ĐÈN

1. ĐẠI CƯƠNG

Chiếu đèn là phương pháp điều trị vàng da ở trẻ sơ sinh rất hữu hiệu, an toàn. Phương pháp này dễ thực hiện, áp dụng được ở tất cả các tuyến bệnh viện (nơi có trẻ sơ sinh- khoa Sản hoặc khoa Nhi).

2. CHỈ ĐỊNH

- Lâm sàng: vàng da sớm 48 giờ sau sinh hoặc vàng da lan rộng đến tay và chân
- Mức Bilirubin máu:

Cân nặng (g)	Bilirubin gián tiếp mg/l ($\mu\text{mol/l}$)
<1000	≥ 50 (85)
1000-1499	≥ 70 (120)
1500-2500	≥ 100 (170)
>2500	≥ 175 (295)

* Chiếu đèn dự phòng:

- Tất cả trẻ <1500g trong 2 ngày đầu sau sinh
- Trẻ có nguy cơ: ngạt, suy hô hấp, đa hồng cầu, xuất huyết bầm tím, bứu huyết (chảy máu dưới màng xương).

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Bệnh porphyrin niệu bẩm sinh
- Vàng da tăng Bilirubin trực tiếp

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ, điều dưỡng của khoa (hoặc đơn nguyên) sơ sinh.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Chiếu đèn 1 mặt: dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng với bước sóng 400-500mm.
- Chiếu đèn 2 mặt: Hệ thống 2 dàn đèn ánh sáng xanh hoặc trắng ở phía trên và dưới trẻ hoặc dàn đèn ánh sáng trắng (xanh) và biliblanket.
- Băng che mắt

4.3. Người bệnh

- Trẻ cởi trần tối đa, nằm trong lồng ấp hoặc nôi, che mắt, che bộ phận sinh dục.
- Chiếu đèn được tiến hành ngay cả với những trẻ rất yếu (thở máy, oxy, CPAP, bất động) nếu có chỉ định.

4.4. Hồ sơ bệnh án

- Có chỉ định của bác sĩ.
- Ghi chép đầy đủ tình trạng trẻ trong quá trình chiếu đèn: chú ý thân nhiệt, lượng sữa hoặc dịch truyền, phân, nước tiểu, cân nặng hằng ngày.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trẻ được chuẩn bị nằm ở vùng trung tâm của ánh sáng đèn
- Khoảng cách từ đèn đến trẻ khoảng 35-40cm
- Thay đổi tư thế của trẻ để đảm bảo tất cả các vùng da đều được chiếu đèn
- Tăng nhu cầu dịch mỗi ngày 10-20% bằng đường ăn hoặc truyền dịch.
- **Chú ý:** Nếu trẻ bị hạ thân nhiệt: nằm lồng ấp hoặc sưởi ấm và tiếp tục chiếu đèn, nếu tăng thân nhiệt: tạm ngừng chiếu trong ½-1 giờ. Ngừng chiếu đèn khi lượng bilirubin xuống thấp hơn mức chỉ định chiếu 2mg%

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Thân nhiệt
- Lượng sữa và dịch vào, ra (cân nặng)
- Đánh giá mức độ vàng da, biểu hiện thần kinh mỗi 4-6 giờ
- Bilirubin máu khi quyết định cần phối hợp với phương pháp điều trị khác hoặc ngừng chiếu đèn

6.2. Xử trí tai biến:

- Mất nước qua da: tăng lượng dịch vào cơ thể bằng đường ăn hoặc truyền 10-20% nhu cầu.
- Rối loạn tiêu hoá do tăng lượng muối mật và bilirubin gián tiếp đường tiêu hoá: không nguy hiểm và sẽ hết khi ngừng điều trị.
- Tổn thương võng mạc: bảo vệ mắt bằng băng che mắt.
- Hồng ban do tăng lượng máu tới da: tạm ngừng chiếu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT năm 2013

KHÁM SƠ SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Khám sơ sinh là kỹ thuật lâm sàng bắt buộc nhằm:

- Đánh giá tình trạng thích nghi sau sinh
- Phát hiện sớm các bất thường bẩm sinh, bệnh lý sơ sinh
- Định hướng chăm sóc, theo dõi và can thiệp kịp thời

Thời điểm khám:

- Lần 1: Ngay sau sinh (trong giờ đầu)
- Lần 2: Trong 24 giờ đầu
- Lần 3: Trước xuất viện
- Khám bổ sung khi có chỉ định hoặc khi có bất thường.

2. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả trẻ sơ sinh sống
- Khám định kỳ hoặc khi:

Trẻ sinh non, nhẹ cân

Trẻ có yếu tố nguy cơ (ngạt, nhiễm trùng, mẹ bệnh lý)

Trẻ có dấu hiệu bất thường sau sinh.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Trẻ đang suy hô hấp, sốc → ưu tiên hồi sức, khám khi ổn định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ sản nhi/sơ sinh hoặc nữ hộ sinh được đào tạo
- Điều dưỡng hỗ trợ (nếu cần)

4.3. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Bàn khám sơ sinh, đèn sưởi
- Ống nghe, nhiệt kế
- Thước đo, cân sơ sinh
- Găng tay sạch
- Hồ sơ khám bệnh

4.3. Trẻ sơ sinh

- Giữ ấm
- Trẻ yên tĩnh, tốt nhất khám giữa hai bữa bú
- Rửa tay, đảm bảo vô khuẩn.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Đánh giá chung

- Tình trạng tỉnh táo, khóc
- Màu da (hồng, tím, vàng da)
- Trương lực cơ, tư thế
- Nhịp thở, kiểu thở

5.2. Bước 2: Đo các chỉ số cơ bản

- Cân nặng
- Chiều dài
- Vòng đầu
- Nhiệt độ
- Nhịp tim
- Nhịp thở

5.3. Bước 3: Khám từng cơ quan

- *Da – niêm mạc*

Màu da

Ban, bốt, xuất huyết

Phù, teo mỡ

- *Đầu – cổ*

Hình dạng đầu

Thóp trước, thóp sau

Đầu bướu huyết thanh, tụ máu dưới màng xương

Cổ: u, rò, vẹo cổ.

- *Mắt – tai – mũi – họng*

Mắt: phản xạ ánh sáng, dị tật

Tai: vị trí, hình dạng

Mũi: thông khí

Miệng: nứt môi, hở hàm ếch, thặng lưỡi.

- *Tim mạch*

Nghe tim: tần số, âm thổi

Mạch ngoại vi

Độ bão hòa oxy (nếu có).

- *Hô hấp*

Nhịp thở

Co kéo lồng ngực

Ran phổi, tiếng thở

- *Bụng*

Hình dạng bụng

Gan, lách

Rốn: chảy máu, nhiễm trùng

Khối bất thường

- *Cơ quan sinh dục – hậu môn*

Phân biệt giới

Dị tật sinh dục

Hậu môn có lỗ hay không

- *Cột sống – tứ chi*

Dị tật chi

Trương lực cơ

Dấu hiệu trật khớp háng (Ortolani, Barlow)

Khuyết tật cột sống

- *Thần kinh*

Phản xạ sơ sinh:

Moro

Bú

Nắm

Bước tự động

5.4. Bước 4: Đánh giá và kết luận

- Trẻ bình thường

- Trẻ cần theo dõi

- Trẻ cần chuyển chuyên khoa/can thiệp

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Ghi chép hồ sơ đầy đủ
- Hướng dẫn cha mẹ:
 - Chăm sóc rốn
 - Dấu hiệu nguy hiểm cần đi khám
- Lập kế hoạch theo dõi tiếp

6.2. Xử trí tai biến

Không có (là kỹ thuật không xâm lấn)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Nhi khoa – Bộ Y tế.
- Hướng dẫn quốc gia về chăm sóc sơ sinh thiết yếu.
- Giáo trình Nhi khoa – Đại học Y Hà Nội / ĐHYD TP.HCM.

VỆ SINH RỐN SƠ SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Rốn thường rụng vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 10, các mạch máu đóng về mặt chức năng nhưng vẫn tồn tại dạng giải phẫu trong vòng 20 ngày. Trong thời gian này rốn vẫn có thể là đường vào của vi khuẩn, vì vậy cần thiết phải chăm sóc và giữ vệ sinh rốn, tránh nhiễm khuẩn.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh chưa rụng cuống rốn
- Trẻ đã rụng cuống rốn nhưng rốn còn tiết dịch hoặc rốn nhiễm trùng

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ hoặc điều dưỡng, nữ hộ sinh.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Bông cotton 70 độ hoặc cồn Iode 2,5% sát trùng, dung dịch betadin.
- Băng, gạc, khay vô trùng, khay quả đậu.
- Găng tay, panh vô trùng.

4.3. Trẻ sơ sinh

- Đã được tắm sạch (tắm, rửa); thay áo, tã mới sạch.
- Bộc lộ vùng rốn.

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15 phút.

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng tắm.

4.6. Hồ sơ bệnh án

- Ghi hồ sơ bệnh án giờ/ngày cháu được chăm sóc
- Tình trạng rốn: khô, ướt hoặc dịch tiết, màu sắc, sưng tấy hay không, mùi hôi.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1:

- Tháo băng, gạc, bộc lộ rốn.
- Quan sát rốn, da quanh rốn xem có mủ, máu, tấy đỏ, mùi hôi không?

5.2. Bước 2:

- Sát khuẩn sạch rốn từ trung tâm ra ngoại vi, dây rốn, kẹp rốn, mặt cắt (chú ý lau sạch các khe kẽ, làm sạch tất cả các chất tiết).
- Lau lại 2 lần, để cồn khô tự nhiên và lau rốn như vậy 1- 2 lần/ ngày.

5.3. Bước 3:

- Băng rốn bằng gạc vô trùng trong 2 ngày đầu, từ ngày thứ 3 tùy điều kiện chăm sóc từng nơi có thể băng hoặc để hở rốn giúp rốn mau khô và dễ rụng.
- Quấn tã dưới rốn.
- Chú ý không bôi bất kỳ chất gì lên rốn ngoài các dịch sát trùng rốn.
- Sau khi rốn rụng tiếp tục chăm sóc tới khi chân rốn khô.

5.4. Bước 4: Kết thúc kỹ thuật.

- Đánh giá tình trạng trẻ sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao trẻ cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Nhiễm khuẩn rốn: nên chăm sóc rốn nhiều lần trong ngày, tùy theo mức độ nặng mà cho dùng kháng sinh toàn thân (nếu có nhiễm trùng mạch máu rốn).
- Chảy máu rốn: thường xảy ra trong vài ngày đầu khi rốn còn tươi hoặc khi rụng cuống rốn, nếu cuống rốn còn tươi nên buộc lại bằng chỉ vô trùng, nếu cuống rốn rụng nên lau sạch bằng dung dịch sát khuẩn và dùng gạc vô khuẩn băng ép.
- Tồn tại lõi rốn (chồi rốn): chấm Nitrate bạc hàng ngày hoặc đốt điện nếu lõi rốn to.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

TẮM SƠ SINH

1. ĐẠI CƯƠNG

Tắm cho trẻ sơ sinh là một chăm sóc cần thiết giúp làm sạch da và phòng chống các bệnh lý về da vốn rất hay gặp trong giai đoạn sơ sinh.

2. CHỈ ĐỊNH

- Trẻ sơ sinh có sức khoẻ ổn định: sau đẻ 6 giờ
- Trẻ sơ sinh có mẹ HIV: tắm ngay sau khi sinh

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Trẻ dưới 6 giờ đầu sau đẻ.
- Trẻ mắc bệnh nặng đang cần bất động, chăm sóc tại chỗ

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Điều dưỡng, nữ hộ sinh.
- Rửa tay trước khi tắm cho mỗi trẻ.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Phòng tắm: ấm, đảm bảo nhiệt độ phòng tắm từ 28 – 30°C, kín không có gió lùa.
- 2 chậu: 1 chậu dùng tắm, 1 chậu dùng tráng lại.
- Nước tắm: dùng nước sạch, đổ nước nguội vào chậu trước, nước nóng sau. Nhiệt độ nước tắm thích hợp khoảng 37°C.
- Xà phòng (sữa tắm), dầu gội đầu dành cho trẻ sơ sinh.
- 2 khăn tắm to; 2 khăn tay nhỏ bằng vải mềm.
- Mũ, bao tay, bao chân, quần áo, bỉm, khăn quấn trẻ.
- Bông, cồn, dung dịch betadin nếu rốn chưa rụng.

4.3. Trẻ sơ sinh

- Tình trạng ổn định.
- Tắm trước bữa ăn.

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15 phút.

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng tắm.

4.5. Hồ sơ bệnh án

- Ghi ngày giờ trẻ được tắm.
- Tình trạng trước, sau khi tắm.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Cởi bỏ toàn bộ quần áo, mũ, bao tay, bao chân của trẻ, sau đó quấn trẻ trong 1 khăn tắm sạch, ấm.

5.2. Bước 2: Bế trẻ trên tay đúng tư thế: cánh tay đỡ lưng, bàn tay đỡ đầu.

5.3. Bước 3: Rửa mặt theo thứ tự: mắt, mũi, tai mồm:

- Dùng bông nhúng vào nước sạch lau nhẹ mắt từ góc trong của mắt ra ngoài sau đó lấy cục bông khác lau tiếp mắt bên kia theo trình tự tương tự.

- Sau đó dùng 1 khăn tay nhỏ bằng vải mềm lau mặt từ giữa dọc theo mũi ra 2 bên tai, tránh đưa sâu vào trong tai, chú ý lau kỹ vùng sau tai và nếp gấp cổ.

5.4. Bước 4: Gội đầu: làm ướt tóc, xoa xà phòng (dầu gội đầu) từ trước ra sau đầu trẻ. Dùng nước gội sạch, lau khô ngay đầu trẻ.

5.5. Bước 5: Tắm trẻ: tắm từng phần hoặc tắm toàn thân tùy thuộc rốn chưa rụng hoặc đã rụng. Nếu tắm từng phần thì che ấm phần chưa tắm, phần nào tắm xong được lau khô ngay. Cả 2 ca đều theo thứ tự sau:

- Tắm cổ, nách, cánh tay, ngực, bụng.

- Tắm lưng, mông, chân.

- Tắm bộ phận sinh dục.

5.6. Bước 6: Lau khô toàn thân.

5.7. Bước 7: Mặc áo, quấn tã, giữ ấm.

5.8. Bước 8: Chăm sóc rốn nếu cuống rốn chưa rụng (xem bài chăm sóc rốn).

5.9. Bước 9: Đặt trẻ vào giường, ủ ấm.

5.10. Bước 10: Thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc theo dõi.

5.11. Bước 11: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng trẻ sau thực hiện kỹ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.

- Bàn giao trẻ cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Tình trạng toàn thân, chú ý thân nhiệt.

- Cho trẻ ăn sữa sau khi đã hoàn thành việc tắm.

6.2. Xử trí tai biến:

- Bông: Cần kiểm tra nhiệt độ của nước trước khi tắm trẻ; cho nước lạnh vào chậu trước sau đó mới cho rót nước nóng vào cho tới khi đạt được nhiệt độ thích hợp để tránh không làm cho thành chậu bị nóng.

- Hạ thân nhiệt: phòng tắm ấm, không có gió lùa; nước tắm ấm; tắm nhanh; thời gian một lần tắm không quá 10 phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

LIỆU PHÁP CĂNG GU RU

1. ĐẠI CƯƠNG

Chăm sóc trẻ bằng phương pháp Căng gu ru là một phương pháp y học thích ứng được lựa chọn để chăm sóc trẻ đẻ non/ nhẹ cân bằng cách đặt trẻ nằm tiếp xúc da kề da trên ngực mẹ hoặc người chăm sóc trẻ. Lợi ích của phương pháp Căng gu ru đối với trẻ:

- Được giữ ấm giảm nguy cơ hạ thân nhiệt.
- Giảm cơn ngừng thở, ổn định nhịp thở, nhịp tim.
- Tiêu hóa tốt hơn.
- Ít có nguy cơ nhiễm trùng.
- Phát triển tinh thần và thể chất, trẻ ngủ ngon và giảm kích thích.

2. CHỈ ĐỊNH

2.1. Tiêu chuẩn chọn trẻ để thực hiện PP Căng gu ru

- Cân nặng < 2500 gam hoặc tuổi thai < 37 tuần.
- Không có dấu hiệu bệnh lý hoặc đã vượt qua giai đoạn bệnh lý nặng.
- Không phải nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch nữa.
- Có đáp ứng tốt với các kích thích.

2.2. Tiêu chuẩn cho người mẹ tham gia thực hiện PP Căng gu ru

- Tự nguyện, hợp tác thực hiện PP Căng gu ru theo hướng dẫn.
- Sức khỏe tốt cả về thể chất và tinh thần.
- Dành toàn bộ thời gian thực hiện PP Căng gu ru
- Thực hiện vệ sinh tốt: Không để móng tay, vệ sinh thân thể, quần áo.
- Có thêm một người nhà nữa thích hợp, tự nguyện, nhiệt tình thay mẹ làm Căng gu ru khi cần thiết.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Về phía trẻ:

- Trẻ sơ sinh nhẹ cân < 1000gr chưa ổn định về sinh lý.
- Trẻ bị suy hô hấp, tím tái, ngừng thở thường xuyên.
- Trẻ đang cần được chăm sóc đặc biệt, hỗ trợ hô hấp phức tạp hoặc nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch.

3.2. Về phía mẹ/người ấp:

- Mẹ mắc các bệnh nhiễm trùng cấp tính: sốt cao, viêm phổi, cúm, covid19...
- Mẹ mắc các bệnh truyền nhiễm nguy hiểm: lao tiến triển, thủy đậu toàn phát.
- Mẹ bị rối loạn tâm thần nặng/trầm cảm sau sinh nghiêm trọng.
- Mẹ bị bệnh lý tim mạch, hô hấp nặng.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sĩ sản phụ khoa/nữ hộ sinh/điều dưỡng đã được đào tạo.

4.2. Vật tư, phương tiện

- Ghế tựa hoặc giường cho mẹ
- Áo Căng gu ru hoặc khăn quấn
- Mũ, tất cho trẻ
- Nhiệt kế, đồng hồ theo dõi

- Hồ sơ theo dõi

4.3. Chuẩn bị mẹ:

- Giải thích mục đích, lợi ích, quy trình
- Mẹ rửa tay sạch
- Mặc áo rộng, mở phía trước

4.4. Chuẩn bị trẻ

- Trẻ đội mũ, mang tất, cặp nhiệt độ (nếu cần)
- Chỉ mặc tã (hoặc tã + áo mỏng), cởi áo, quấn trẻ trong khăn bông ấm.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Đặt trẻ tư thế Căng gu ru

- Đặt trẻ nằm thẳng giữa ngực mẹ
- Da trẻ áp sát da mẹ
- Đầu trẻ nghiêng nhẹ sang một bên
- Cổ hơi uốn, đảm bảo đường thở thông thoáng
- Bụng trẻ áp sát bụng mẹ.

5.2. Bước 2: Cố định trẻ

- Dùng áo Căng gu ru hoặc khăn quấn
- Đảm bảo: trẻ không bị trượt, không ép ngực, không gập cổ.

5.3. Bước 3: Thời gian thực hiện

- Bắt đầu từ ≥ 60 phút/lần
- Tăng dần đến liên tục 24 giờ/ngày nếu có thể
- Có thể cho bố/người thân thay thế khi mẹ mệt.

5.4. Bước 4: Nuôi dưỡng

- Khuyến khích bú mẹ hoàn toàn
- Nếu trẻ chưa bú được: vắt sữa mẹ cho trẻ ăn bằng thìa/cốc/sonde.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

Theo dõi và ghi chép:

- Nhịp thở, màu da
- Nhiệt độ
- Cơn ngưng thở, tím tái
- Tình trạng bú
- Tăng cân hằng ngày

6.2. Xử trí tai biến

- Ngưng thở, tím tái: ngừng Căng gu ru, hồi sức theo phác đồ
- Hạ thân nhiệt: giữ ấm, đánh giá lại kỹ thuật
- Trẻ quấy khóc nhiều: kiểm tra tư thế, đổi, ướt tã.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: **Trung tâm Sơ sinh – Bệnh viện Nhi Trung ương.**

CẤY HOẶC THÁO THUỐC TRÁNH THAI MỘT NANG

1. ĐẠI CƯƠNG

Thuốc cấy tránh thai là biện pháp tránh thai tạm thời có chứa Progestin. Hiện nay thuốc cấy tránh thai có 2 loại : Norplant gồm 6 nang mềm, vỏ bằng chất dẻo sinh học, mỗi nang chứa 36 mg Levonogestrel và Implanon chỉ có 1 nang chứa 68 mg Etonogestrel. Norplant có tác dụng tránh thai trong 5 năm, Implanon có tác dụng tránh thai trong 3 năm.

2. CHỈ ĐỊNH

Phụ nữ muốn sử dụng một biện pháp tránh thai dài hạn có hồi phục và không có chống chỉ định. Muốn rút que cấy tránh thai vì đã hết hạn sử dụng hoặc muốn có thai hoặc theo yêu cầu của khách hàng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Chống chỉ định tuyệt đối

- Có thai
- Đang bị ung thư vú

3.2. Chống chỉ định tương đối

- Ra máu âm đạo bất thường chưa rõ nguyên nhân
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong vòng 5 năm trở lại
- U gan, xơ gan
- Bệnh huyết khối, viêm tĩnh mạch
- Lupus ban đỏ
- Đã từng bị hoặc đang bị tai biến mạch máu não hoặc thiếu máu cơ tim
- Đau nửa đầu có kèm mờ mắt

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Nữ hộ sinh trung học, y sỹ hay bác sỹ chuyên khoa phụ sản, đã được đào tạo.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị:

- Que cấy tránh thai
- Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% gây tê hại chỗ 2-3 ml
- Dung dịch sát khuẩn Betadin.
- Găng, khăn vô khuẩn
- Băng, băng chun

- Gạc vô khuẩn
- Bơm tiêm gây tê tại chỗ 5 ml

4.3. Người bệnh

- Hỏi tiền sử loại trừ chống chỉ định
- Khám phụ khoa
- Được tư vấn về các ưu, nhược điểm của que cấy tránh thai
- Cấy ở tay không thuận

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15 phút

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thời điểm cấy

- Ngay khi đang có kinh hoặc trong 7 ngày đầu của vòng kinh (chưa giao hợp)
- Ở bất kỳ thời điểm nào nếu chắc chắn không có thai. Nếu quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.
- Sau 6 tuần sau khi sinh
- Ngay sau khi phá thai hoặc sảy thai
- Ngay sau khi lấy que cấy nếu muốn cấy tiếp

5.2. Các bước tiến hành

5.2.1. Kỹ thuật cấy:

- Sát khuẩn vùng da định cấy, thường ở mặt trong cánh tay không thuận
- Gây tê vùng định cấy bằng lidocain 1% dọc đường cấy
- Lấy ống cấy vô khuẩn ra khỏi bao bì
- Kiểm tra bằng mắt thường xem nang cấy có trong kim không
- Cấy nang thuốc
- Kiểm tra nang thuốc đã được cấy
- Băng ép bằng gạc vô khuẩn

5.2.2. Kỹ thuật tháo:

- Sát khuẩn
- Gây tê
- Rạch da 2 mm

- Dùng tay nắn cho đầu nang lộ ra
- Dùng một kẹp nhỏ kẹp đầu nang cấy và kéo nhẹ ra
- Sát khuẩn, băng lại.

5.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Rối loạn kinh nguyệt

- Vô kinh
- Kinh không đều, ra máu thấm giọt
- Ra máu quá nhiều (hiếm gặp)

Xử trí :

- Thuốc tránh thai kết hợp hoặc estrogen trong 21 ngày nếu rong huyết
- Transamin 500mg 4v/ ngày từ 7 đến 10 ngày
- Giải thích cho người bệnh tình trạng rối loạn kinh nguyệt sẽ giảm và hết sau vài tháng cấy que.
- Có ca phải tháo que cấy.

6.2. Tại vị trí cấy

- Đau sau khi cấy
- + Đảm bảo băng ép không quá chặt
- + Tránh đè mạnh vào vùng cấy
- + Cho thuốc giảm đau
- Nhiễm khuẩn vị trí cấy (ít khi gặp)

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT.

ĐẶT DỤNG CỤ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Đặt dụng cụ tử cung là một biện pháp tránh thai tạm thời và hiệu quả. Dụng cụ tử cung có hai loại:

Loại dụng cụ tử cung có chứa đồng (TCu 380A có tác dụng tránh thai 8-10 năm và Mutiload 375 có tác dụng trong 5 năm).

Loại dụng cụ TC giải phóng Levonogestrel chứa 52 mg Levonogestrel, giải phóng 20mcg hoạt chất/ngày tác dụng tối đa 5 năm.

2. CHỈ ĐỊNH

Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ muốn áp dụng một biện pháp tránh thai tạm thời, dài hạn hiệu quả cao và không có chống chỉ định

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Tuyệt đối

- Có thai
- Nhiễm khuẩn hậu sản
- Ngay sau sảy thai nhiễm khuẩn
- Ra máu âm đạo chưa rõ nguyên nhân
- Ung thư cổ tử cung, ung thư niêm mạc tử cung
- U xơ tử cung hoặc các dị dạng khác làm biến dạng buồng tử cung
- Đang viêm tiểu khung, nhiễm khuẩn đường sinh sản
- Bệnh huyết áp cao, bệnh gan, bệnh thận, bệnh tim nặng
- Lao vùng chậu

3.2. Tương đối

- Có nguy cơ bị nhiễm khuẩn đường sinh sản hoặc nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục cao
- Có tiền sử thai ngoài tử cung
- Trong thời gian từ 48 giờ đến 4 tuần sau đẻ
- Đang bị bệnh lupus ban đỏ hệ thống, hoặc có giảm tiểu cầu trầm trọng
- Bệnh nguyên bào nuôi lành tính có nồng độ β hCG giảm dần
- Đã từng bị ung thư vú và không có biểu hiện tái phát trong 5 năm trở lại (chỉ với vòng levonogestrel)
- Bệnh AIDS đang không ổn định

- Đang bị thuyên tắc mạch (chỉ chống chỉ định với levonogestrel)
- Đang hoặc đã bị thiếu máu cơ tim

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Nữ hộ sinh trung cấp, y sĩ hay bác sỹ chuyên khoa phụ sản.
- Người làm thủ thuật: rửa tay, đội mũ, mặc áo, đeo khẩu trang, đeo găng vô khuẩn.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Dụng cụ tử cung
- Van hoặc mỏ vịt
- Kẹp pozzi
- 2 panh sát khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn, khăn vô khuẩn, găng, bông gạc vô khuẩn.

4.3. Người bệnh

- Được tư vấn và giới thiệu về loại dụng cụ tử cung hiện có, hướng dẫn cụ thể về loại dụng cụ tử cung người bệnh sẽ dùng.
- Giới thiệu và giải thích về ưu nhược điểm của loại dụng cụ tử cung mà người bệnh đó chọn.
- Cách theo dõi sau đặt và tháo dụng cụ tử cung
- Cho khách hàng đi tiểu
- Để khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15 phút

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

4.6. Kiểm tra hồ sơ:

Theo quy định của Bộ Y tế

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thời điểm đặt dụng cụ tử cung

5.1.1. Dụng cụ tử cung có chứa đồng (Tcu 380A và Multiload 375)

- Đặt dụng cụ tử cung sau sạch kinh 2 ngày chưa giao hợp là thuận lợi nhất
- Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai, không cần sử dụng biện pháp tránh thai hỗ trợ

- Bất kỳ lúc nào trong vòng 12 ngày đầu của kỳ kinh (chưa giao hợp).

5.1.2. Dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel

- Trong vòng 7 ngày đầu kể từ ngày kinh đầu tiên

- Ở bất kỳ thời điểm nào nếu biết chắc chắn là không có thai.

- Nếu đã quá 7 ngày từ khi bắt đầu hành kinh cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong vòng 7 ngày kế tiếp.

- Vô kinh; bất cứ thời điểm nào nếu khẳng định không có thai, cần tránh giao hợp hoặc sử dụng thêm biện pháp tránh thai hỗ trợ trong 7 ngày kế tiếp.

- Sau sinh 4-6 tuần trở đi (kể cả sau phẫu thuật lấy thai)

- Sau phá thai ba tháng đầu và ba tháng giữa, trừ nhiễm khuẩn sau phá thai.

5.2. Kỹ thuật

5.2.1 Đặt dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375

- Khám trong để xác định tư thế, thể tích tử cung.

- Thay găng vô khuẩn

- Sát khuẩn bộ phận sinh dục ngoài (kẹp sát khuẩn 1)

- Trải khăn vô khuẩn

- Bộc lộ cổ tử cung

- Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2)

- Cặp cổ tử cung bằng pozzi

- Đo buồng tử cung

- Lắp dụng cụ tử cung vào ống đặt

- Đưa dụng cụ tử cung vào trong tử cung. Cắt dây dụng cụ tử cung để lại từ 2 – 3 cm và gập vào túi cùng sau âm đạo.

5.2.2. Đặt dụng cụ tử cung giải phóng Levonogestrel

- Các bước như với dụng cụ tử cung Tcu 380A và Multiload 375

- Chú ý: thao tác thành thạo kỹ thuật đặt theo từng bước

5.3. Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ.

- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh, thuốc giảm co tử cung.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Sau khi đặt dụng cụ tử cung cho người bệnh nằm theo dõi 30 phút, uống thuốc kháng sinh 5 ngày tránh viêm nhiễm, uống thuốc giảm co bóp tử cung, làm việc nhẹ.
- Kiêng giao hợp 1 tuần
- Khám lại vào các thời điểm
 - + Một tháng sau khi đặt
 - + Ba tháng sau khi đặt
 - + Một năm kiểm tra lại một lần
- Khám lại ngay khi có dấu hiệu bất thường như đau bụng nhiều, ra máu nhiều kéo dài, âm đạo ra dịch hôi...

6.2. Xử trí tai biến

Biến chứng do đặt dụng cụ tử cung rất ít. Tuy nhiên một số biến chứng có thể gặp trong khi đặt dụng cụ tử cung như : thủng tử cung, nhiễm khuẩn, chảy máu nhiều....

- Thủng tử cung phẫu thuật khâu lỗ thủng
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh.
- Ra máu nhiều có thể phải lấy dụng cụ tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT năm 2013

THÁO DỤNG CỤ TỬ CUNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Dụng cụ tử cung là một biện pháp tránh thai tạm thời và hiệu quả. Dụng cụ tử cung có hai loại:

Loại dụng cụ tử cung có chứa đồng (TCu 380A có tác dụng tránh thai 8-10 năm và Mutiload 375 có tác dụng trong 5 năm).

Loại dụng cụ TC giải phóng Levonogestrel chứa 52 mg Levonogestrel, giải phóng 20mcg hoạt chất/ngày tác dụng tối đa 5 năm.

2. CHỈ ĐỊNH

Phụ nữ đang đặt DCTC muốn tháo để sinh đẻ hoặc chuyển BPTT khác.

2.1. Vì lý do y tế

- Ra máu nhiều
- Đau bụng dưới nhiều
- Dụng cụ tử cung bị tụt thấp
- Đã mãn kinh (sau khi mất kinh từ tháng 12 trở lên)
- Dụng cụ tử cung đã hết hạn

2.2. Vì lý do cá nhân

- Muốn có thai trở lại
- Muốn dùng một biện pháp tránh thai khác

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH (Tạm hoãn)

- Đang viêm tiểu khung, nhiễm khuẩn cấp tính đường sinh dục.
- Nghi ngờ có thai
- Xuất huyết tử cung bất thường.
- Ung thư đường sinh dục.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Nữ hộ sinh trung cấp, y sĩ hay bác sỹ chuyên khoa phụ sản.

- Người làm thủ thuật: rửa tay, đội mũ, mặc áo, đeo khẩu trang, đeo găng vô khuẩn.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Van hoặc mỏ vịt

- Kẹp pozzi, 2 panh sát khuẩn

- Dung dịch sát khuẩn, khăn vô khuẩn, găng, bông gạc vô khuẩn.

- Dụng cụ móc vòng, panh thẳng không máu, panh tim nhỏ, bộ nền nóng.

4.3. Người bệnh

- Cho khách hàng đi tiểu

- Để khách hàng nằm trên bàn theo tư thế phụ khoa.

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

4.6. Kiểm tra hồ sơ:

Theo quy định của Bộ Y tế

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Trải khăn vô khuẩn

- Bộc lộ cổ tử cung

- Sát khuẩn cổ tử cung và túi cùng âm đạo bằng Betadin (kẹp sát khuẩn 2)

- Cặp cổ tử cung bằng pozzi

- Cả 3 loại dụng cụ tử cung (Tcu 380A, Multiload 375 và Mirena) đều có dây nên chỉ cần dùng kẹp cặp vào 2 dây nhẹ nhàng kéo ra là được. Nếu không thấy dây phải nong cổ tử cung dùng panh hình tim hoặc panh dài không có răng cặp và kéo dụng cụ tử cung.

*** Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ.

- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Sau khi tháo dụng cụ tử cung cho người bệnh nằm theo dõi 30 phút, uống thuốc kháng sinh 5 ngày tránh viêm nhiễm.

- Khám lại ngay khi có dấu hiệu bất thường như đau bụng nhiều, ra máu nhiều kéo dài, âm đạo ra dịch hôi...

6.2. Xử trí tai biến

Biến chứng do tháo dụng cụ tử cung rất ít. Tuy nhiên một số biến chứng có thể gặp trong khi tháo dụng cụ tử cung như : thủng tử cung, nhiễm khuẩn, chảy máu nhiều...

- Thủng tử cung phẫu thuật khâu lỗ thủng
- Nhiễm khuẩn: điều trị kháng sinh

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT năm 2013

PHÁ THAI NỘI KHOA DƯỚI 7 TUẦN

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai nội khoa dưới 7 tuần là phương pháp chấm dứt thai kỳ trong tử cung bằng cách sử dụng phối hợp Mifepriston và Misoprostol gây sẩy thai, cho các thai đến 7 tuần (không có kinh nguyệt trong vòng 49 ngày).

2. CHỈ ĐỊNH

Thai trong tử cung với tuổi thai dưới 7 tuần.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Tuyệt đối.

- Bệnh lý tuyến thượng thận.
- Điều trị corticoid toàn thân lâu ngày.
- Tăng huyết áp, hẹp van 2 lá, tắc mạch hoặc có tiền sử tắc mạch.
- Rối loạn đông máu, sử dụng thuốc chống đông.
- Thiếu máu nặng.
- Dị ứng mifepristone hay misoprostol.

3.2. Tương đối.

- Đang cho con bú.
- Đang viêm nhiễm đường sinh dục cấp tính (cần điều trị trước).

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện về phá thai nội khoa và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.

4.2. Trang thiết bị:

- Nơi cung cấp dịch vụ phải có nhà vệ sinh gần phòng theo dõi khi thực hiện phá thai.

- Có phòng thủ thuật và phương tiện đủ theo tiêu chuẩn quy định để thực hiện can thiệp khi cần.

- Phương tiện dụng cụ: cấp cứu, xử lý dụng cụ và chất thải.

- Thuốc: Mifepristone, Misoprostone, giảm đau, cấp cứu chống choáng.

4.3. Chuẩn bị khách hàng

- Người cung cấp dịch vụ tự giới thiệu với khách hàng.

- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa, sản phụ khoa, tiền sử dị ứng.

- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối.

- Khám lâm sàng, khám hỏi bệnh sử đánh giá chỉ định và chống chỉ định.

- Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai.

4.4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án bệnh án

- Điền đầy đủ thông tin vào hồ sơ bệnh án phá thai, các xét nghiệm cần thiết

- Khách hàng ký giấy cam kết phá thai.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Giới thiệu và tư vấn

- Giới thiệu hiệu quả của phá thai bằng thuốc và khẳng định khách hàng phải chấp nhận hút thai nếu phá thai bằng thuốc thất bại.

- Giới thiệu qui trình phá thai bằng thuốc: cách uống thuốc và sự xuất hiện của các triệu chứng bình thường sau uống thuốc (ra huyết âm đạo và đau bụng). Nhấn mạnh sự cần thiết của việc khám lại theo hẹn.

- Tư vấn cách tự theo dõi và tự chăm sóc sau dùng thuốc phá thai.

- Giới thiệu các tác dụng phụ của thuốc phá thai và cách xử lý.

- Kê đơn thuốc giảm đau.

- Nhấn mạnh các triệu chứng cần trở lại cơ sở y tế ngay.

- Cung cấp thông tin liên lạc trong những tình huống cấp cứu.

- Cung cấp thông tin về khả năng có thai trở lại sau phá thai bằng thuốc.

- Giới thiệu các BPTT, giúp khách hàng lựa chọn BPTT phù hợp và hướng dẫn khách hàng sử dụng đúng.

5.2. Bước 2: Hướng dẫn cụ thể quy trình phá thai:

Uống 200 mg mifepriston tại cơ sở y tế và theo dõi sau uống 30 phút. Đặt âm đạo hoặc ngậm dưới lưỡi 400 mcg misoprostol sau khi dùng mifepriston từ 36 đến 48 giờ, có thể uống tại cơ sở y tế.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi những giờ đầu sau uống thuốc: Dấu hiệu sinh tồn, tình trạng ra máu âm đạo, đau bụng (có thể dùng thuốc giảm đau nếu cần) và các triệu chứng tác dụng phụ: nôn, buồn nôn, tiêu chảy, sốt.

- Siêu âm kiểm tra trước khi bệnh nhân về.

- Khám lại sau 2 tuần: Đánh giá hiệu quả điều trị, nếu sẩy thai hoàn toàn: kết thúc điều trị; nếu sót thai, sót rau, thai lưu: có thể tiếp tục dùng misoprostol đơn thuần liều 400 đến 600 mcg uống hay ngậm dưới lưỡi hoặc hút buồng tử cung; nếu thai tiếp tục phát triển: hút thai. Tình trạng ứ máu trong buồng tử cung: tùy theo mức độ, có thể điều trị nội khoa hay hút buồng tử cung.

6.2. Xử trí tai biến:

- Tai biến: chảy máu nhiều, rong huyết kéo dài, nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau.

- Xử trí: theo phác đồ cho từng tai biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT năm 2013

PHÁ THAI DƯỚI 7 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

1. ĐẠI CƯƠNG

Phá thai đến hết 7 tuần bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung (không có kinh nguyệt trong vòng 49 ngày).

2. CHỈ ĐỊNH

Thai nghén đến hết 7 tuần trong buồng tử cung.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối tuy nhiên cần thận trọng đối với trường hợp đang viêm cấp tính đường sinh dục (cần được điều trị).
- Những cơ sở y tế không đủ điều kiện hồi sức, phẫu thuật cấp cứu, không được thực hiện thủ thuật này trong các trường hợp sau: U xơ tử cung to; vết mổ ở tử cung; sau đẻ dưới 6 tháng; dị dạng đường sinh dục; các bệnh lý nội-ngoại khoa.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện:

- Bác sĩ chuyên khoa phụ sản được huấn luyện và thành thạo kỹ thuật phá thai bằng phương pháp ngoại khoa.
- Nhân lực hỗ trợ: điều dưỡng hoặc nữ hộ sinh.

4.2. Vật tư, trang thiết bị, thuốc:

- Phương tiện bảo hộ: áo choàng y tế, mũ, khẩu trang, găng tay vô khuẩn.
- Bộ dụng cụ hút chân không: Bơm hút 1 van, bơm hút 2 van, các ống hút và dầu bôi trơn.
- Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong.
- Van hoặc mỏ vịt.
- Kẹp cổ tử cung.
- Nến nong.
- Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung.
- Băng gạc và dung dịch sát khuẩn.
- Thuốc giảm đau, gây tê, hộp chống chói và thuốc tăng co tử cung.
- Bộ dụng cụ kiểm tra mô.
- Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải.

4.3. Khách hàng:

- Thầy thuốc giải thích cho khách hàng, người nhà đầy đủ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng,...
- Người bệnh hoặc người nhà ký giấy cam đoan thủ thuật.
- Hỏi tiền sử nội ngoại khoa, sản phụ khoa, tiền sử dị ứng.
- Hỏi ngày đầu của kỳ kinh cuối. Làm test thử thai (nếu cần).
- Khám lâm sàng, khám hỏi bệnh sử đánh giá chỉ định và chống chỉ định.
- Siêu âm đánh giá chính xác tuổi thai.

4.4. Chuẩn bị hồ sơ bệnh án bệnh án

- Điền đầy đủ thông tin vào hồ sơ bệnh án phá thai, làm các xét nghiệm cần thiết
- Khách hàng ký giấy cam kết phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 15-30 phút

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung.
- Thay găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông.
- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo.
- Kẹp cổ tử cung.
- Gây tê cạnh cổ tử cung.
- Đưa ống hút vào buồng tử cung để kiểm tra hướng và độ sâu của buồng tử cung bằng vạch trên ống hút.
- Nong cổ tử cung (nếu cần).
- Hút thai.
- Kiểm tra chất hút.
- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành.
- Xử lý dụng cụ và chất thải.

*** Kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ.
- Chỉ định điều trị thích hợp: kháng sinh.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật.
- Kê đơn kháng sinh.
- Tư vấn sau thủ thuật.
- Có thể đặt DCTC ngay sau khi hút thai nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
- Có thể sử dụng các biện pháp tránh thai nội tiết vào ngày phá thai.
- Hướng dẫn lựa chọn các biện pháp tránh thai phù hợp khác.
- Khám lại sau 1 đến 2 tuần. Lưu ý: Khi có dấu hiệu bất thường phải quay lại cơ sở y tế ngay.

6.2. Xử trí tai biến :

- Tai biến sớm: choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung và đờ tử cung.
- Tai biến muộn: nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung.
- Xử trí: Điều trị theo phác đồ cho từng tai biến và chuyển khách hàng đến tuyến điều trị thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT năm 2013

PHÁ THAI TỪ 7 TUẦN ĐẾN HẾT 12 TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÚT CHÂN KHÔNG

1. ĐẠI DƯƠNG

Phá thai bằng phương pháp hút chân không là phương pháp chấm dứt thai nghén bằng cách dùng bơm hút chân không để hút thai trong tử cung từ tuần thứ 7.

đến hết tuần thứ 12.

2. CHỈ ĐỊNH

Phá thai từ tuần thứ 7 đến hết tuần thứ 12.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Thận trọng đối với trường hợp đang bị viêm cấp tính đường sinh dục cần được điều trị hoặc chuyển tuyến
- Chú ý: không được làm thủ thuật tại tuyến xã những ca sau:
 - + U xơ tử cung to
 - + Vết mổ ở tử cung
 - + Sau đẻ dưới 6 tháng
 - + Dị dạng đường sinh dục
 - + Các bệnh lý nội – ngoại khoa

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

Bác sỹ, y sỹ sản nhi, nữ hộ sinh trung học và cao đẳng được đào tạo về phá thai bằng phương pháp hút chân không. Thủ thuật viên và người phụ rửa tay, mặc áo, đội mũ, khẩu trang, đeo găng vô khuẩn và kính bảo vệ mắt.

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Bộ dụng cụ hút chân không gồm: Bơm hút một van, bơm hút hai van, bơm hút MVA plus, các ống hút và dầu bôi trơn.
- Hai kẹp sát khuẩn ngoài và trong.
- Van hoặc mỏ vịt.
- Kẹp cổ tử cung.

- Nén nóng.
- Bơm, kim tiêm gây tê tại cổ tử cung.
- Bông gạc và dung dịch sát khuẩn.
- Thuốc giảm đau: Paracetamol 500mg, Ibuprophen 400 mg. Thuốc gây tê tại chỗ Lidocain 1% hoặc Xylocain 1% thuốc co hồi tử cung, hộp chống choáng.
- Bộ dụng cụ kiểm tra mô sau hút.
- Các phương tiện xử lý dụng cụ và xử lý chất thải.

4.3. Người bệnh

- Hỏi tiền sử về các bệnh nội ngoại khoa
- Khám toàn thân
- Khám phụ khoa
- Làm test thử thai
- Siêu âm (nếu cần)
- Tính tuổi thai
- Tư vấn
- Khách hàng ký cam kết tự nguyện phá thai (dưới 18 tuổi phải có đơn cam kết của bố hoặc mẹ hoặc người giám hộ).
- Thai từ 9 đến 12 tuần nên chuẩn bị cổ tử cung bằng cách cho ngậm dưới lưỡi 400mcg Misoprostol 3 giờ trước khi làm thủ thuật.

4.4. Thời gian thực hiện kỹ thuật: 30 phút

4.5. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng thủ thuật.

4.6. Kiểm tra hồ sơ:

Theo quy định của Bộ Y tế

Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1:

- Cho uống thuốc giảm đau và kháng sinh 30 phút trước khi làm thủ thuật
- Khám xác định kích thước và tư thế tử cung
- Thay găng vô khuẩn
- Sát khuẩn ngoài, trải khăn sạch dưới mông

5.2. Bước 2:

- Đặt van, bộc lộ cổ tử cung và sát khuẩn cổ tử cung, âm đạo
- Kẹp cổ tử cung
- Gây tê cạnh cổ tử cung bằng dung dịch Lidocain 1% hoặc dung dịch Xylocain 1%.
- Đo buồng tử cung bằng ống hút
- Nong cổ tử cung (nếu cần)

5.3. Bước 3:

- Hút thai
- Kiểm tra chất hút

5.4. Bước 4:

- Đánh giá thủ thuật đã hoàn thành
- Có thể đặt dụng cụ tử cung ngay sau khi hút thau nếu đảm bảo buồng tử cung sạch, không có chống chỉ định và khách hàng lựa chọn biện pháp này.
- Sát khuẩn âm đạo cổ tử cung
- Gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý những ca kiểm tra mô không thấy rau thai

5.5. Bước 5: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau tình trạng thực hiện phẫu thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi

- Theo dõi mạch, huyết áp và ra máu âm đạo ít nhất 30 phút sau thủ thuật
- Kê đơn kháng sinh
- Tư vấn sau thủ thuật
- Hẹn khám lại sau hai tuần

6.2. Tai biến và xử trí

- Tai biến sớm: choáng, chảy máu, thủng tử cung, rách cổ tử cung
- Tai biến muộn: nhiễm khuẩn, sót thai, sót rau, dính buồng tử cung
- Xử trí:
 - + Xử trí theo phác đồ cho từng tai biến
 - + Thủng tử cung: nếu lỗ thủng nhỏ, không chảy máu, đảm bảo buồng tử cung sạch, cho kháng sinh, thuốc co hồi tử cung, theo dõi toàn trạng.

+ Nếu lỗ thủng to, có chảy máu trong hoặc chảy máu ra ngoài nhiều kèm theo tổn thương các tạng trong ổ bụng phải phẫu thuật khâu lỗ thủng, phục hồi tổn thương các tạng (nếu có).

+ Rách cổ tử cung : chèn bấc gạc hoặc khâu vết rách

+ Nhiễm khuẩn sau hút thai : điều trị kháng sinh

+ Sốt rau, sốt thai : hút lại buồng TC, điều trị kháng sinh

+ Dính buồng tử cung sau hút: phải nong buồng TC, cho vòng kinh nhân tạo, đặt vòng chống dính hoặc phẫu thuật để tách dính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Quyết định số 1377/QĐ- BYT năm 2013

NẠO; HÚT THAI Ở SỌ MỔ LẤY THAI

1. ĐẠI CƯƠNG

Thai bám sọ mổ lấy thai là trường hợp thai làm tổ ngay tại vị trí sọ mổ tử cung cũ, có nguy cơ chảy máu nặng, vỡ tử cung và biến chứng nguy hiểm nếu không xử trí đúng.

Quy trình nạo/hút thai trong bối cảnh này phải đặc biệt thận trọng hơn so với hút thai thông thường vì yếu tố nguy cơ cao chảy máu và tổn thương tử cung.

2. CHỈ ĐỊNH

- Thai ở vị trí sọ mổ lấy thai xác định trên siêu âm.
- Thai nhỏ tuổi (thường ≤ 10 tuần) có thể thử hút thai dưới siêu âm.
- Bệnh nhân đồng ý và được tư vấn đầy đủ về rủi ro, biến chứng.

3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Chảy máu ồ ạt hoặc không thể kiểm soát bằng biện pháp nội khoa.
- Tử cung quá mỏng vùng sọ, không thể tiến hành hút an toàn.
- Tình trạng sản phụ không ổn định (sốc, rối loạn đông máu...).

Trong các trường hợp này có thể cần can thiệp phẫu thuật mở bụng lấy thai hoặc cắt tử cung tùy mức độ.

4. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ sản phụ khoa có kinh nghiệm
- Hỗ trợ từ bác sĩ gây mê/ hồi sức.
- Điều dưỡng phụ

4.2. Thuốc, vật tư, trang thiết bị

- Máy siêu âm.
- Bộ dụng cụ hút chân không.
- Dụng cụ gây tê/gây mê.
- Thuốc tăng co bóp tử cung.
- Bóng Foley.
- Máu và dịch truyền dự phòng.

4.3. Người bệnh

- Tư vấn tâm lý, chuẩn bị thể lực (không ăn uống trước thủ thuật nếu gây mê).

- Thầy thuốc giải thích cho người bệnh, người nhà đầy đủ về kỹ thuật trước khi thực hiện: mục đích, các bước tiến hành, biến chứng, nguy cơ có thể xảy ra, tiên lượng...
- Người bệnh hoặc người nhà ký giấy cam đoan làm thủ thuật.

4.4. Hoàn thiện hồ sơ, bệnh án:

Bệnh nhân được làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản; định nhóm máu và dự trữ máu.

4.5. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Khoảng 15-30 phút.

4.6. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại phòng thủ thuật.

4.7. Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán.
- Người bệnh nằm trên bàn thủ thuật theo tư thế phụ khoa.

5. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Bước 1: Gây tê/gây mê

- Có thể gây tê cục bộ hoặc gây mê nhẹ tùy từng trường hợp và đánh giá bệnh nhân.

5.2. Bước 2: Dưới hướng dẫn siêu âm

- Xác định chính xác vị trí sẹo mổ và túi thai.
- Theo dõi bề dày cơ tử cung tại vị trí sẹo (ưu tiên >2 mm khi hút).

5.3. Bước 3: Hút thai

- Chèn ống hút chân không vào buồng tử cung theo hướng dẫn siêu âm.
- Hút nhẹ nhàng để loại bỏ tổ chức thai và nhau.
- Kiểm tra kỹ bằng siêu âm trong quá trình hút để tránh sót thai.

5.4. Bước 4: Chèn bóng Foley (nếu cần)

Nếu có chảy máu nhiều sau hút, có thể chèn bóng Foley để cầm máu tại vị trí.

5.5. Bước 5: Đánh giá sau thao tác

- Siêu âm kiểm tra còn sót thai/nhau.
- Theo dõi huyết động và chảy máu âm đạo.

5.6. Bước 6: Kết thúc quy trình

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án, lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh cho bộ phận tiếp theo.

6. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Theo dõi:

- Theo dõi nhịp tim, huyết áp, lượng máu âm đạo.
- Truyền dịch, truyền máu nếu cần.

- Sử dụng thuốc tăng co tử cung và kháng sinh dự phòng theo chỉ định lâm sàng.

6.2. XỬ TRÍ TAI BIẾN

- Chảy máu nặng: chèn bóng cầm máu → phẫu thuật mở bụng nếu thất bại.

- Sốt thai/nhau: hút lại dưới siêu âm hoặc xử lý tiếp theo.

- Vỡ tử cung: phẫu thuật cấp cứu.

- Nhiễm trùng: kháng sinh liều cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO: Thông tư số 43/2013/TT-BYT.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
THỰC HIỆN TRẮC NGHIỆM LO ÂU – TRẦM CẢM – STRESS
Quyết định số 2531/QĐ-BYT ngày 08/8/2025 của Bộ trưởng Bộ Y tế, ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật về Tâm thần”

I. Đại cương

DASS-21 là thang đo tự báo cáo gồm 21 câu hỏi (7 câu cho mỗi thang: Trầm cảm, Lo âu, Stress), đánh giá mức độ triệu chứng trong tuần qua. Mỗi câu trả lời từ 0-3 điểm, điểm tổng nhân hệ số 2 để so sánh với thang DASS-42 chuẩn gốc.

II. Chỉ định

- Sàng lọc, đánh giá mức độ lo âu, trầm cảm, stress ở bệnh nhân tâm thần, nội khoa (đái tháo đường, sau sinh, COVID-19 hậu quả...).
- Hỗ trợ chẩn đoán rối loạn lo âu lan tỏa, trầm cảm, rối loạn thích ứng, stress cấp/mạn.
- Theo dõi hiệu quả điều trị (thuốc, tâm lý trị liệu).
- Nghiên cứu cộng đồng hoặc sàng lọc sức khỏe tâm thần.

III. Chống chỉ định/Tương đối

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Tương đối: Rối loạn nhận thức nặng (sa sút trí tuệ, rối loạn ý thức), không hợp tác, không đọc hiểu tiếng Việt, cấp cứu tâm thần cấp (cần ưu tiên ổn định trước).

IV. Chuẩn bị

1. **Người thực hiện:** Bác sĩ chuyên khoa Tâm thần, cán bộ tâm lý lâm sàng, hoặc nhân viên y tế được đào tạo (thường 1 người).
2. **Người bệnh:**
 - Giải thích rõ mục đích: Đánh giá cảm xúc trong tuần qua, không đúng/sai, thông tin bảo mật.
 - Tư thế: Ngồi thoải mái, yên tĩnh.
3. **Dụng cụ:**
 - Phiếu DASS-21 chuẩn tiếng Việt (bản dịch chuẩn hóa).
 - Bút chì/bút bi.
 - Phòng yên tĩnh, đủ ánh sáng, bàn ghế.
 - Hồ sơ bệnh án (ghi nhận kết quả).

V. Các bước thực hiện kỹ thuật (theo hướng dẫn Bộ Y tế và thực hành chuẩn)

1. **Giải thích và lấy đồng thuận:**

- Giới thiệu: "Đây là bảng câu hỏi giúp đánh giá cảm xúc của bạn trong tuần qua. Bạn hãy đọc từng câu và chọn mức độ phù hợp nhất với bản thân."
- Nhân mạnh: Không có câu trả lời đúng/sai, trả lời trung thực, thông tin bí mật.

2. Hướng dẫn cách trả lời:

- Mỗi câu hỏi có 4 lựa chọn:
 - 0: Không đúng với tôi chút nào cả (hoặc không áp dụng).
 - 1: Đúng với tôi phần nào, hoặc thỉnh thoảng mới đúng.
 - 2: Đúng với tôi phần nhiều, hoặc phần lớn thời gian là đúng.
 - 3: Hoàn toàn đúng với tôi, hoặc hầu hết thời gian là đúng.
- Thời gian tham chiếu: Trong tuần qua (7 ngày gần nhất).

3. Thực hiện:

- Cho bệnh nhân làm thử câu 1 (đọc to nếu cần): Đọc hiểu và đánh dấu (khoanh tròn hoặc đánh dấu X) vào ô phù hợp.
- Nếu chưa hiểu, hướng dẫn thêm (giải thích từ ngữ đơn giản).
- Bệnh nhân tự điền tiếp 20 câu còn lại (thường mất 5-10 phút).
- Giám sát nhẹ (không gợi ý đáp án), thu phiếu khi hoàn thành (kiểm tra đầy đủ 21 câu).

4. Chấm điểm:

- Tính điểm từng thang (7 câu/thang), cộng tổng → nhân 2 (để tương đương DASS-42).
- Phân loại mức độ (theo chuẩn gốc Lovibond & Lovibond, áp dụng ở Việt Nam):

Mức độ	Trầm cảm (D)	Lo âu (A)	Stress (S)
Bình thường	0-9	0-7	0-14
Nhẹ	10-13	8-9	15-18
Vừa	14-20	10-14	19-25
Nặng	21-27	15-19	26-33
Rất nặng	≥28	≥20	≥34

5. Kết thúc:

- Ghi kết quả vào bệnh án.

- Giải thích kết quả cho bệnh nhân (nếu phù hợp), tư vấn tiếp theo (khám chuyên sâu, điều trị nếu cần).

VI. Sau thủ thuật

- Theo dõi: Kết hợp lâm sàng (phỏng vấn, thang khác như HDRS, HARS nếu cần).
- Biến chứng: Hiếm (có thể gây lo âu tạm thời nếu bệnh nhân nhạy cảm → hỗ trợ tâm lý ngay).

Lưu ý: DASS-21 là công cụ sàng lọc, không thay thế chẩn đoán lâm sàng (ICD-11/DS)

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (CVC) dưới hướng dẫn của siêu âm là kỹ thuật sử dụng siêu âm để định vị tĩnh mạch trung tâm và hướng dẫn đường chọc kim, giúp tăng tỷ lệ thành công, giảm biến chứng so với kỹ thuật đặt mù. Kỹ thuật được áp dụng rộng rãi trong hồi sức – cấp cứu, gây mê hồi sức và điều trị dài ngày.

II. CHỈ ĐỊNH

- Theo dõi huyết động trung tâm.
- Truyền dịch, truyền máu, thuốc vận mạch, dinh dưỡng tĩnh mạch kéo dài.
- Lọc máu, chạy thận nhân tạo cấp cứu.
- Khó tiếp cận đường truyền tĩnh mạch ngoại vi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim.
- Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh.
- Dị dạng giải phẫu tại vùng chọc kim.
- Tiểu cầu dưới $60.000/mm^3$
- Rối loạn đông máu
- Huyết khối tĩnh mạch trung tâm

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ Gây mê Hồi sức/Hồi sức tích cực được đào tạo đặt CVC dưới hướng dẫn siêu âm.
- Điều dưỡng hỗ trợ thủ thuật, được đào tạo về vô khuẩn và theo dõi người bệnh.

4.2. Trang thiết bị

- Máy siêu âm với đầu dò linear tần số cao, bao che đầu dò vô khuẩn.

- Bộ catheter tĩnh mạch trung tâm.
- Bộ dụng cụ vô khuẩn: găng, áo choàng, khăn trải vô khuẩn.
- Monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.
- Phương tiện cấp cứu.

4.3. Thuốc và vật tư

- Thuốc sát khuẩn da (povidone iodine, chlorhexidine).
- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 1–2%).
- Dung dịch NaCl 0,9% để tráng catheter.

4.4. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật, lợi ích và nguy cơ; ký cam kết.
- Đặt tư thế phù hợp theo vị trí đặt catheter (TM cảnh trong, TM dưới đòn, TM đùi).
- Đặt đường truyền ngoại vi và theo dõi sinh hiệu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Trước thủ thuật

- Kiểm tra hồ sơ, chỉ định và chống chỉ định.
- Đánh giá tình trạng đông máu.
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, thuốc và phương tiện cấp cứu.

5.2. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh đúng tư thế.
- Sát khuẩn rộng và trải khăn vô khuẩn.
- Bọc đầu dò siêu âm bằng bao vô khuẩn, bôi gel vô khuẩn.
- Dùng siêu âm xác định tĩnh mạch, đánh giá đường đi và mối liên quan giải phẫu.
- Gây tê tại chỗ.
- Chọc kim vào tĩnh mạch dưới hướng dẫn siêu âm.
- Luồn dây dẫn, rút kim.
- Luồn catheter theo dây dẫn (kỹ thuật Seldinger).
- Rút dây dẫn, kiểm tra dòng máu hồi lưu.
- Cố định catheter và băng kín vô khuẩn.

5.3. Sau thủ thuật

- Kiểm tra vị trí catheter (siêu âm hoặc X-quang nếu cần).
- Theo dõi sinh hiệu và các dấu hiệu biến chứng.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ sau đặt catheter.
- Theo dõi dấu hiệu tràn khí màng phổi, chảy máu, nhiễm trùng.
- Chăm sóc và thay băng catheter theo quy định vô khuẩn.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu, tụ máu: ép tại chỗ, theo dõi.
- Tràn khí màng phổi: chẩn đoán sớm, xử trí theo phác đồ.
- Nhiễm trùng huyết liên quan catheter: rút catheter, điều trị kháng sinh.

- Tắc hoặc gập catheter: kiểm tra, xử trí phù hợp.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Chỉ định và vị trí đặt catheter.
- Loại catheter, số nòng, thời gian đặt.
- Diễn biến trong và sau thủ thuật.
- Tai biến (nếu có) và cách xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*
2. Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM HAI NÒNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm hai nòng dưới hướng dẫn của siêu âm là kỹ thuật sử dụng siêu âm để xác định chính xác vị trí tĩnh mạch trung tâm, hướng dẫn chọc kim và luồn catheter hai nòng vào lòng mạch. Kỹ thuật cho phép truyền đồng thời nhiều loại dịch/thuốc, theo dõi huyết động và lấy mẫu máu, giúp tăng tỷ lệ thành công và giảm biến chứng so với kỹ thuật đặt mù.

II. CHỈ ĐỊNH

- Truyền dịch, truyền máu và sử dụng thuốc vận mạch đồng thời.
- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch kéo dài.
- Cấp cứu và hồi sức tích cực khi cần nhiều đường truyền trung tâm.
- Khó thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngoại vi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim.
- Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh.
- Dị dạng giải phẫu vùng chọc kim hoặc huyết khối tĩnh mạch tại chỗ.
- Tiểu cầu dưới $60.000/mm^3$
- Rối loạn đông máu
- Huyết khối tĩnh mạch trung tâm

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ Gây mê Hồi sức/Hồi sức tích cực được đào tạo đặt CVC dưới hướng dẫn siêu âm.
- Điều dưỡng hỗ trợ thủ thuật, được đào tạo về vô khuẩn và theo dõi người bệnh.

4.2. Trang thiết bị

- Máy siêu âm với đầu dò linear tần số cao, bao che đầu dò vô khuẩn.
- Bộ catheter tĩnh mạch trung tâm **hai nòng** (kim chọc, dây dẫn, catheter).
- Bộ dụng cụ vô khuẩn: áo choàng, găng, khăn trải vô khuẩn.
- Monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.
- Phương tiện và thuốc cấp cứu.

4.3. Thuốc và vật tư

- Thuốc sát khuẩn da (chlorhexidine hoặc povidone iodine).
- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 1–2%).
- Dung dịch NaCl 0,9% để tráng từng nòng catheter.

4.4. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật, lợi ích và nguy cơ; ký cam kết.
- Đặt tư thế phù hợp theo vị trí đặt catheter (TM cảnh trong, TM dưới đòn hoặc TM đùi).
- Đặt sẵn đường truyền ngoại vi và theo dõi sinh hiệu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Trước thủ thuật

- Kiểm tra hồ sơ, chỉ định và chống chỉ định.
- Đánh giá tình trạng đông máu.
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, thuốc và phương tiện cấp cứu.

5.2. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh đúng tư thế theo vị trí chọc.
- Sát khuẩn rộng và trải khăn vô khuẩn.
- Bọc đầu dò siêu âm bằng bao vô khuẩn, bôi gel vô khuẩn.
- Dùng siêu âm xác định tĩnh mạch trung tâm, phân biệt với động mạch.
- Gây tê tại chỗ.

- Chọc kim vào tĩnh mạch dưới hướng dẫn siêu âm (mặt cắt ngang hoặc dọc).
- Khi có máu hồi lưu, luồn dây dẫn, rút kim.
- Nong đường vào (nếu cần), luồn catheter hai nòng theo dây dẫn (kỹ thuật Seldinger).
- Rút dây dẫn, hút và bơm rửa **từng nòng catheter** bằng NaCl 0,9%.
- Cố định catheter và băng kín vô khuẩn.

5.3. Sau thủ thuật

- Kiểm tra vị trí đầu catheter (siêu âm hoặc X-quang phổi nếu đặt TM cảnh trong/dưới đòn).
- Đánh giá hoạt động của từng nòng catheter.
- Theo dõi sinh hiệu và các dấu hiệu biến chứng sớm.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.
- Theo dõi dấu hiệu tràn khí màng phổi, chảy máu, tụ máu.
- Chăm sóc catheter, thay băng định kỳ theo quy định kiểm soát nhiễm khuẩn.
- Đảm bảo mỗi nòng catheter được sử dụng đúng mục đích.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu, tụ máu: ép tại chỗ, theo dõi.
- Tràn khí màng phổi: chẩn đoán sớm, xử trí theo phác đồ.
- Nhiễm trùng liên quan catheter: rút catheter, điều trị kháng sinh theo chỉ định.
- Tắc hoặc gập một nòng catheter: kiểm tra, bơm rửa hoặc thay catheter khi cần.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Chỉ định, vị trí đặt catheter.
- Loại catheter hai nòng, kích thước, chiều dài.
- Thời gian đặt, người thực hiện.
- Diễn biến và tai biến (nếu có) và cách xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*
2. Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM BA NÒNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm ba nòng dưới hướng dẫn của siêu âm là kỹ thuật sử dụng siêu âm để xác định chính xác tĩnh mạch trung tâm, hướng dẫn chọc kim và luồn catheter ba nòng vào lòng mạch. Catheter ba nòng cho phép truyền đồng thời nhiều loại thuốc/dịch không tương thích, theo dõi huyết động trung tâm và lấy mẫu máu, thường áp dụng trong hồi sức tích cực và điều trị nặng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Hồi sức tích cực cần nhiều đường truyền trung tâm đồng thời (vận mạch, an thần, dịch, dinh dưỡng).
- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm.
- Truyền thuốc không tương thích qua các nòng riêng biệt.
- Nuôi dưỡng tĩnh mạch kéo dài.
- Khó thiết lập hoặc không đủ đường truyền tĩnh mạch ngoại vi.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không đồng ý thực hiện thủ thuật.
- Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim.
- Rối loạn đông máu nặng chưa được điều chỉnh.
- Dị dạng giải phẫu hoặc huyết khối tĩnh mạch tại vùng chọc.
- Tiểu cầu dưới $60.000/mm^3$
- Rối loạn đông máu
- Huyết khối tĩnh mạch trung tâm

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ Gây mê Hồi sức/Hồi sức tích cực được đào tạo đặt CVC dưới hướng dẫn siêu âm.
- Điều dưỡng hỗ trợ thủ thuật, được đào tạo về vô khuẩn và theo dõi người bệnh.

4.2. Trang thiết bị

- Máy siêu âm với đầu dò linear tần số cao, bao che đầu dò vô khuẩn.
- Bộ catheter tĩnh mạch trung tâm **ba nòng** (kim chọc, dây dẫn, catheter).
- Bộ dụng cụ vô khuẩn: áo choàng, găng, mũ, khẩu trang, khăn trải vô khuẩn.
- Monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.
- Phương tiện và thuốc cấp cứu.

4.3. Thuốc và vật tư

- Thuốc sát khuẩn da (chlorhexidine ưu tiên hoặc povidone iodine).
- Thuốc gây tê tại chỗ (lidocain 1–2%).

- Dung dịch NaCl 0,9% để bơm rửa từng nòng catheter.

4.4. Người bệnh

- Giải thích mục đích, lợi ích và nguy cơ; ký cam kết.
- Đặt tư thế phù hợp theo vị trí đặt catheter (TM cảnh trong, TM dưới đòn hoặc TM đùi).
- Thiết lập đường truyền ngoại vi, theo dõi sinh hiệu.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Trước thủ thuật

- Kiểm tra hồ sơ, chỉ định và chống chỉ định.
- Đánh giá tình trạng đông máu.
- Chuẩn bị đầy đủ dụng cụ, thuốc và phương tiện cấp cứu.

5.2. Thực hiện kỹ thuật

- Đặt người bệnh đúng tư thế.
- Sát khuẩn rộng và trải khăn vô khuẩn.
- Bọc đầu dò siêu âm bằng bao vô khuẩn, bôi gel vô khuẩn.
- Dùng siêu âm xác định tĩnh mạch trung tâm, đánh giá đường đi và phân biệt với động mạch.
- Gây tê tại chỗ.
- Chọc kim vào tĩnh mạch dưới hướng dẫn siêu âm (mặt cắt ngang hoặc dọc).
- Khi có máu hồi lưu, luồn dây dẫn, rút kim.
- Nong đường vào (nếu cần), luồn catheter **ba nòng** theo dây dẫn (kỹ thuật Seldinger).
- Rút dây dẫn, hút kiểm tra và bơm rửa **từng nòng catheter** bằng NaCl 0,9%.
- Cố định catheter chắc chắn, băng kín vô khuẩn.

5.3. Sau thủ thuật

- Kiểm tra vị trí đầu catheter (siêu âm hoặc X-quang phổi khi đặt TM cảnh trong/dưới đòn).
- Đánh giá chức năng từng nòng catheter.
- Theo dõi sinh hiệu và các dấu hiệu biến chứng sớm.

VI. THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂.
- Theo dõi dấu hiệu tràn khí màng phổi, chảy máu, tụ máu.
- Chăm sóc catheter và thay băng định kỳ theo quy định kiểm soát nhiễm khuẩn.
- Sử dụng từng nòng catheter đúng mục đích, tránh nhiễm khuẩn chéo.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu, tụ máu: ép tại chỗ, theo dõi.
- Tràn khí màng phổi: phát hiện sớm, xử trí theo phác đồ.
- Nhiễm trùng liên quan catheter: rút catheter, điều trị kháng sinh theo chỉ định.
- Tắc, gập hoặc không hoạt động một nòng catheter: kiểm tra, bơm rửa, thay catheter khi cần.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Chỉ định, vị trí đặt catheter.
- Loại catheter ba nòng, kích thước, chiều dài.
- Thời gian đặt, người thực hiện.
- Diễn biến trong và sau thủ thuật, tai biến (nếu có).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*
2. Trường Đại học Y Hà Nội. *Giáo trình Gây mê Hồi sức.* Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngừng tuần hoàn là tình trạng tim ngừng đập hoặc đập không hiệu quả, dẫn đến ngừng cung cấp máu cho các cơ quan, đặc biệt là não. Cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản là tập hợp các biện pháp hồi sinh tim phổi ban đầu nhằm duy trì tuần hoàn và hô hấp tối thiểu cho người bệnh cho đến khi có hồi sức nâng cao.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh bất tỉnh, không đáp ứng với kích thích.
- Không thở hoặc thở ngáp cá.
- Không bắt được mạch trung tâm (mạch cảnh hoặc mạch đùi).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Không tiến hành khi có dấu hiệu tử vong không hồi phục (tử thi, phân hủy).

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Nhân viên y tế đã được đào tạo hồi sinh tim phổi cơ bản.
- Có thể thực hiện bởi 1 người hoặc nhiều người phối hợp.

4.2. Phương tiện

- Mặt phẳng cứng để ép tim.
- Phương tiện bảo vệ cá nhân.
- Bóng Ambu, mask (nếu có).
- Oxy (nếu có).
- Máy khử rung tự động (AED) khi sẵn có.

4.3. Người bệnh

- Đặt người bệnh nằm ngửa trên mặt phẳng cứng.
- Bộc lộ lồng ngực.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Đánh giá ban đầu

- Đảm bảo an toàn cho người cấp cứu và người bệnh.
- Kiểm tra ý thức: gọi to, lay nhẹ vai.
- Gọi hỗ trợ cấp cứu, kích hoạt hệ thống cấp cứu.

5.2. Đánh giá hô hấp và tuần hoàn

- Quan sát thở trong ≤ 10 giây.
- Bắt mạch cảnh hoặc mạch đùi trong ≤ 10 giây.

5.3. Thực hiện theo CAB (C-A-B):

- C (Circulation - Tuần hoàn): Ép tim ngoài lồng ngực.
 - ❖ Vị trí: Giữa ngực (nửa dưới xương ức).
 - ❖ Kỹ thuật: Ép nhanh, mạnh, đều, lồng ngực nở hoàn toàn sau mỗi lần ép.
 - ❖ Tần số: 100-120 lần/phút.
 - ❖ Độ sâu: 5-6 cm (người lớn).
 - ❖ Chỉ định: Bắt đầu ngay lập tức khi nạn nhân ngừng thở/tim.
- A (Airway - Đường thở): Khai thông đường thở.
 - ❖ Sau vài nhịp ép tim, ngửa đầu – nâng cằm để mở thông đường thở.
- B (Breathing - Hô hấp): Thổi ngạt/Hô hấp nhân tạo.
 - ❖ Tỷ lệ: 30 lần ép tim : 2 lần thổi ngạt (chu kỳ 30:2).
 - ❖ Nếu chỉ có 1 người: Ép tim liên tục (100-120 lần/phút) và bỏ qua thổi ngạt hoặc chỉ ép tim đơn thuần, tránh ngắt quãng lâu.

5.4. Sử dụng AED (nếu có)

- Gắn điện cực theo hướng dẫn.
- Phân tích nhịp tim.
- Sốc điện khi có chỉ định.
- Tiếp tục ép tim ngay sau sốc.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Đánh giá lại mạch và hô hấp sau mỗi 2 phút.
- Theo dõi dấu hiệu hồi phục tuần hoàn tự nhiên (ROSC): có mạch, thở trở lại, huyết áp tăng.
- Tiếp tục hồi sức cho đến khi có hồi sức nâng cao hoặc ngừng cấp cứu theo chỉ định.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Gãy xương sườn, xương ức: tiếp tục ép tim nếu cần thiết.
- Trào ngược, hít sặc: hút đờm, điều chỉnh thông khí.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời điểm phát hiện ngừng tuần hoàn.

- Thời gian bắt đầu và kết thúc hồi sinh tim phổi.
- Các biện pháp đã thực hiện.
- Kết quả cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn hồi sinh tim phổi*. Nhà xuất bản Y học.
2. American Heart Association (AHA). *Basic Life Support Guidelines*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CANUYN MIỆNG HẦU – MŨI HẦU

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt canuyn miệng hầu hoặc mũi hầu là thủ thuật kiểm soát đường thở cơ bản nhằm duy trì sự thông thoáng đường thở trên, ngăn tụt lưỡi và hỗ trợ thông khí cho người bệnh giảm hoặc mất ý thức nhưng chưa cần đặt nội khí quản.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh giảm hoặc mất ý thức, có nguy cơ tắc nghẽn đường thở do tụt lưỡi.
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu.
- Trong hồi sinh tim phổi cơ bản hoặc nâng cao.
- Người bệnh không tự bảo vệ được đường thở.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

3.1. Canuyn miệng hầu

- Người bệnh còn tỉnh hoặc còn phản xạ nôn.

3.2. Canuyn mũi hầu

- Nghi ngờ gãy nền sọ.
- Chấn thương mũi – xoang nặng.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo về cấp cứu và kiểm soát đường thở cơ bản.

4.2. Phương tiện

- Canuyn miệng hầu các cỡ.
- Canuyn mũi hầu các cỡ.
- Gel bôi trơn tan trong nước.
- Găng tay sạch, phương tiện bảo hộ cá nhân.
- Bóng Ambu, oxy (nếu cần).

4.3. Người bệnh

- Nằm ngửa, đầu cổ ở tư thế trung gian hoặc ngửa nhẹ.
- Làm sạch đờm dãi nếu có.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

A. Đặt canuyn miệng hầu

5.1. Chọn cỡ canuyn

- Đo từ khước miệng đến góc hàm hoặc dái tai.

5.2. Kỹ thuật đặt

- Mở miệng người bệnh.
- Đưa canuyn vào miệng, mặt lõm hướng lên trên.
- Khi đến vòm họng, xoay canuyn 180° để mặt lõm ôm lấy lưỡi.
- Đẩy nhẹ cho đến khi vành canuyn tì vào môi.

5.3. Kiểm tra

- Quan sát lồng ngực di động khi thông khí.
- Đảm bảo không gây nôn ói hoặc co thắt thanh quản.

B. Đặt canuyn mũi hầu

5.1. Chọn cỡ canuyn

- Đo từ đầu mũi đến dái tai.

5.2. Kỹ thuật đặt

- Bôi trơn canuyn.
- Chọn bên mũi thông thoáng hơn.
- Đưa canuyn dọc theo sàn mũi, hướng song song khẩu cái.
- Đẩy nhẹ nhàng cho đến khi vành canuyn áp sát cánh mũi.

5.3. Kiểm tra

- Người bệnh thở dễ hơn.
- Không chảy máu mũi nhiều.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi nhịp thở, SpO₂.
- Kiểm tra vị trí canuyn định kỳ.
- Phát hiện sớm dấu hiệu tắc nghẽn, kích thích, chảy máu.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Nôn, sặc: rút canuyn, hút đờm dãi.
- Co thắt thanh quản (canuyn miệng hầu): ngừng thủ thuật.
- Chảy máu mũi (canuyn mũi hầu): ép mũi, đổi bên hoặc rút canuyn.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời điểm đặt canuyn.
- Loại canuyn, kích cỡ.
- Tình trạng hô hấp trước và sau thủ thuật.
- Tai biến (nếu có).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn hồi sinh tim phổi*. Nhà xuất bản Y học.
2. American Heart Association (AHA). *Basic Life Support & Airway Management Guidelines*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN NÂNG CAO

I. ĐẠI CƯƠNG

Ngừng tuần hoàn là tình trạng tim ngừng đập hoặc đập không hiệu quả gây ngừng cung cấp máu cho các cơ quan. Cấp cứu ngừng tuần hoàn nâng cao là các biện pháp hồi sinh tim phổi chuyên sâu, bao gồm kiểm soát đường thở nâng cao, sử dụng thuốc, khử rung và xử trí nguyên nhân nhằm khôi phục tuần hoàn tự nhiên và duy trì sự sống.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh ngừng tuần hoàn: bất tỉnh, không thở hoặc thở ngáp cá, không bắt được mạch trung tâm.
- Thất bại hoặc song song với hồi sinh tim phổi cơ bản.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Không tiến hành khi có dấu hiệu tử vong không hồi phục.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ hồi sức – cấp cứu hoặc gây mê hồi sức.
- Điều dưỡng được đào tạo hồi sinh tim phổi nâng cao.

4.2. Phương tiện, thuốc

- Monitor theo dõi ECG, SpO₂, huyết áp.
- Máy khử rung tim.
- Bóng Ambu, mask, oxy.
- Phương tiện kiểm soát đường thở nâng cao (ống NKQ, mask thanh quản).
- Máy hút đờm.
- Đường truyền tĩnh mạch/đường xương.
- Thuốc cấp cứu: Adrenalin, Amiodaron (hoặc Lidocain), Natri bicarbonat, Magnesi sulfat, Calcium, dịch truyền.

4.3. Người bệnh

- Nằm ngửa trên mặt phẳng cứng, bộc lộ ngực.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Đánh giá và xử trí ban đầu

- Đảm bảo an toàn.
- Kiểm tra ý thức, hô hấp, mạch trung tâm ≤ 10 giây.
- Kích hoạt báo động cấp cứu.
- Tiến hành ép tim ngoài lồng ngực ngay (100–120 lần/phút, sâu 5–6 cm).

5.2. Thiết lập theo dõi và đường truyền

- Gắn monitor ECG.
- Thiết lập đường truyền tĩnh mạch hoặc đường xương.
- Thở oxy 100%.

5.3. Kiểm soát đường thở nâng cao

- Đặt nội khí quản hoặc mask thanh quản khi có điều kiện.
- Thông khí 10 lần/phút khi đã kiểm soát đường thở, không ngừng ép tim.

5.4. Phân tích nhịp tim và xử trí

a) Nhịp sốc được (Rung thất / nhịp nhanh thất)

- Khử rung sớm (200J lưỡng cực hoặc tương đương).
- Ép tim 2 phút ngay sau sốc.
- Adrenalin 1 mg IV mỗi 3–5 phút (sau sốc thứ 2).
- Amiodaron 300 mg IV trong 20 ml Natriclorua 0,9%, bolus (sau sốc thứ 3), có thể nhắc lại 150 mg.. Hoặc Lidocain (1-1,5 mg/kg với liều đầu tiên, sau đó 0,5 mg- 0,75 mg/kg TM, tối đa là 3 liều hay đã đạt tới tổng liều 3 mg/kg).
- Magnesulphat 2 g tiêm tĩnh mạch nếu xoắn đỉnh

b) Nhịp không sốc được (Vô mạch / Vô tâm thu)

- Ép tim liên tục.
- Adrenalin 1 mg IV mỗi 3–5 phút càng sớm càng tốt.
- Không khử rung.
- Đặt mặt nạ thanh quản hoặc nội khí quản

5.5. Tìm và xử trí nguyên nhân hồi phục

Áp dụng nguyên tắc 5H – 5T:

- 5H: Thiếu oxy, Giảm thể tích, Toan máu, Hạ thân nhiệt, Rối loạn điện giải.
- 5T: Chèn ép tim, Tràn khí màng phổi áp lực, Ngộ độc, Huyết khối mạch vành, Huyết khối phổi.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Đánh giá lại mạch, nhịp tim mỗi 2 phút.
- Nhận biết ROSC: có mạch, huyết áp đo được, EtCO₂ tăng.
- Chuyển sang chăm sóc sau ngừng tuần hoàn khi có ROSC.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Tổn thương đường thở: kiểm tra vị trí ống NKQ.
- Rối loạn nhịp sau hồi sức: điều trị theo phác đồ.
- Toan chuyển hóa, rối loạn điện giải: xét nghiệm và điều chỉnh.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời điểm ngừng tuần hoàn.
- Nhịp tim ban đầu.
- Các thuốc, sốc điện đã sử dụng.

- Thời gian ROSC hoặc tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn hồi sinh tim phổi*. Nhà xuất bản Y học.
2. American Heart Association (AHA). *Basic Life Support Guidelines*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KỸ THUẬT THỞ OXY QUA GỌNG KÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy qua gọng kính là phương pháp cung cấp oxy nồng độ thấp – trung bình qua đường mũi, giúp cải thiện tình trạng thiếu oxy máu ở người bệnh còn tự thở, dễ thực hiện, ít xâm lấn và được áp dụng rộng rãi trong lâm sàng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có dấu hiệu thiếu oxy máu mức độ nhẹ đến trung bình.
- $SpO_2 < 94\%$ (hoặc $< 90\%$ ở bệnh nhân COPD).
- Khó thở nhẹ, còn tự thở hiệu quả.
- Sau phẫu thuật, trong theo dõi hồi tỉnh gây mê.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngừng thở hoặc suy hô hấp nặng cần hỗ trợ thở oxy lưu lượng cao hoặc thông khí nhân tạo.
- Tắc nghẽn hoàn toàn đường mũi không thể đặt gọng kính.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo chăm sóc và theo dõi hô hấp.

4.2. Phương tiện

- Nguồn oxy trung tâm hoặc bình oxy.
- Gọng kính mũi phù hợp.
- Đồng hồ đo lưu lượng oxy.
- Máy đo SpO_2 .
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật (nếu người bệnh tỉnh).
- Tư thế nửa nằm nửa ngồi hoặc ngồi thoải mái.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hệ thống oxy

- Kiểm tra nguồn oxy, đồng hồ lưu lượng.
- Đảm bảo hệ thống hoạt động tốt.

5.2. Đặt gọng kính mũi

- Gắn gọng kính vào nguồn oxy.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy theo y lệnh (thường 1–6 lít/phút).
- Đặt hai nhánh gọng kính vào lỗ mũi, hướng cong xuống dưới.
- Vòng dây qua tai, điều chỉnh nút cố định dưới cằm.

5.3. Theo dõi và điều chỉnh

- Theo dõi nhịp thở, SpO₂.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy để đạt SpO₂ mục tiêu.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi SpO₂ liên tục hoặc định kỳ.
- Quan sát dấu hiệu khó chịu, khô mũi, chảy máu mũi.
- Đánh giá hiệu quả cải thiện tình trạng hô hấp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Khô mũi, kích ứng niêm mạc: giảm lưu lượng, làm ẩm oxy.
- Chảy máu mũi: ngừng oxy qua gọng kính, xử trí tại chỗ.
- Không cải thiện SpO₂: chuyển phương pháp oxy khác.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời điểm bắt đầu thở oxy.
- Phương pháp thở oxy, lưu lượng oxy.
- SpO₂ trước và sau thở oxy.
- Diễn biến trong quá trình theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy hô hấp*. Nhà xuất bản Y học.
2. World Health Organization (WHO). *Oxygen therapy guidelines*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KỸ THUẬT THỞ OXY QUA MASK TÚI DỰ TRỮ

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy qua mask túi dự trữ là phương pháp cung cấp oxy nồng độ cao cho người bệnh tự thở, sử dụng mask có túi dự trữ và van một chiều nhằm hạn chế hít lại khí thở ra, giúp nhanh chóng cải thiện tình trạng thiếu oxy máu mức độ trung bình đến nặng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh thiếu oxy máu mức độ trung bình đến nặng.
- $SpO_2 < 90\%$ khi thở khí trời hoặc không cải thiện với gọng kính/mask đơn giản.
- Khó thở cấp, suy hô hấp cấp còn tự thở.
- Trước đặt nội khí quản hoặc trong cấp cứu (chấn thương, sốc, NMCT, đột quỵ).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngừng thở hoặc suy hô hấp cần thông khí hỗ trợ ngay.
- Người bệnh không hợp tác, không thể đeo mask kín.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo chăm sóc và theo dõi hô hấp.

4.2. Phương tiện

- Nguồn oxy trung tâm hoặc bình oxy.
- Mask oxy có túi dự trữ và van một chiều.
- Đồng hồ đo lưu lượng oxy.
- Máy đo SpO₂.
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật (nếu người bệnh tỉnh).
- Tư thế nửa nằm nửa ngồi hoặc ngồi thoải mái.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hệ thống

- Kiểm tra nguồn oxy và đồng hồ lưu lượng.
- Kiểm tra mask, túi dự trữ và các van hoạt động tốt.

5.2. Chuẩn bị túi dự trữ

- Mở oxy với lưu lượng 10–15 lít/phút.
- Làm căng túi dự trữ trước khi đặt mask cho người bệnh.

5.3. Đặt mask oxy

- Đặt mask che kín mũi và miệng.
- Điều chỉnh dây đeo để mask kín nhưng không gây khó chịu.

5.4. Điều chỉnh và theo dõi

- Duy trì lưu lượng oxy ≥ 10 lít/phút để túi không xẹp hoàn toàn khi hít vào.
- Theo dõi nhịp thở, SpO₂, mức độ khó thở.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi SpO₂ liên tục hoặc định kỳ.
- Quan sát sự xẹp của túi dự trữ khi hít vào (không được xẹp hoàn toàn).
- Đánh giá hiệu quả cải thiện oxy hóa.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Không cải thiện SpO₂: kiểm tra độ kín mask, tăng lưu lượng oxy, chuyển phương pháp hỗ trợ cao hơn.
- Khó chịu, bí thở: điều chỉnh mask, đánh giá lại chỉ định.
- Khô niêm mạc: cân nhắc làm ẩm oxy nếu dùng kéo dài.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời điểm bắt đầu thở oxy.
- Phương pháp thở oxy (mask túi dự trữ), lưu lượng oxy.

- SpO₂ trước và sau thở oxy.
- Diễn biến và các điều chỉnh trong quá trình theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy hô hấp*. Nhà xuất bản Y học.
2. World Health Organization (WHO). *Oxygen therapy guidelines*.
- 3. Trường Đại học Y Hà Nội.** *Giáo trình Gây mê Hồi sức*. Nhà xuất bản Y học.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT ỐNG NỘI KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Rút ống nội khí quản là thủ thuật chấm dứt thông khí nhân tạo qua ống nội khí quản khi người bệnh đã hồi phục khả năng tự thở và bảo vệ đường thở. Đây là bước quan trọng trong quá trình điều trị hồi sức và gây mê hồi sức, cần được thực hiện đúng chỉ định và theo dõi chặt chẽ để tránh biến chứng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh tỉnh hoặc đáp ứng tốt, có khả năng bảo vệ đường thở.
- Tự thở hiệu quả, nhịp thở ổn định.
- $SpO_2 \geq 94\%$ với $FiO_2 \leq 40\%$ (hoặc theo chỉ định lâm sàng).
- Huyết động ổn định.
- Không còn chỉ định duy trì thông khí nhân tạo.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh chưa đủ tiêu chuẩn cai máy thở.
- Phù nề đường thở, nguy cơ tắc nghẽn sau rút ống.
- Rối loạn ý thức, không bảo vệ được đường thở.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ gây mê hồi sức hoặc hồi sức cấp cứu.
- Điều dưỡng hỗ trợ, theo dõi.

4.2. Phương tiện

- Máy hút đờm, ống hút.
- Bóng Ambu, oxy.
- Mask oxy/gọng kính.
- Monitor theo dõi (SpO_2 , ECG, huyết áp).
- Thuốc cấp cứu: Adrenalin, Corticoid, thuốc an thần (khi cần).

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật (nếu người bệnh tỉnh).
- Đặt người bệnh ở tư thế nửa nằm nửa ngồi.
- Hút sạch đờm dãi vùng miệng – họng – khí quản.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Đánh giá trước rút ống

- Đánh giá tri giác, phản xạ ho – nuốt.
- Đánh giá thông khí tự nhiên.
- Kiểm tra rò khí quanh cuff (cuff leak test khi cần).

5.2. Chuẩn bị rút ống

- Cho người bệnh thở oxy 100% trong 3–5 phút.
- Hút sạch đờm dãi trong ống nội khí quản.
- Xả cuff hoàn toàn.

5.3. Rút ống nội khí quản

- Hướng dẫn người bệnh hít sâu.
- Rút ống nhẹ nhàng, dứt khoát theo trục ống.
- Quan sát tình trạng hô hấp ngay sau rút.

5.4. Sau rút ống

- Cho thở oxy qua mask hoặc gọng kính.
- Theo dõi sát trong 30–60 phút đầu.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi nhịp thở, SpO₂, huyết áp, mạch.
- Phát hiện sớm suy hô hấp, khò khè, stridor.
- Đánh giá khả năng ho khạc đờm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Suy hô hấp sau rút ống: hỗ trợ thở oxy, thông khí hỗ trợ, đặt lại NKQ nếu cần.
- Co thắt thanh quản: thở oxy 100%, khí dung Adrenalin, đặt lại NKQ khi cần.
- Phù thanh môn: dùng corticoid, theo dõi sát.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời điểm rút ống nội khí quản.
- Tình trạng người bệnh trước và sau rút ống.
- Phương pháp thở oxy sau rút.
- Tai biến và xử trí (nếu có).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn hồi sức cấp cứu và cai máy thở*. Nhà xuất bản Y học.
2. American Society of Anesthesiologists (ASA). *Practice Guidelines for Extubation*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT KỸ THUẬT THỞ OXY QUA MASK KHÔNG TÚI

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở oxy qua mask không túi (mask đơn giản) là phương pháp cung cấp oxy nồng độ trung bình cho người bệnh còn tự thở, sử dụng mặt nạ che mũi – miệng, không có túi dự trữ. Phương pháp này giúp cải thiện tình trạng thiếu oxy máu mức độ nhẹ đến trung bình và được sử dụng phổ biến trong lâm sàng.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh thiếu oxy máu mức độ nhẹ đến trung bình.
- $SpO_2 < 94\%$ khi thở khí trời (hoặc theo chỉ định lâm sàng).
- Khó thở nhẹ đến vừa, còn tự thở hiệu quả.
- Sau phẫu thuật, trong hồi tỉnh gây mê.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Ngừng thở hoặc suy hô hấp nặng cần thông khí hỗ trợ.
- Người bệnh không hợp tác, không thể đeo mask.
- Tắc nghẽn đường thở trên nặng.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo về chăm sóc và theo dõi hô hấp.

4.2. Phương tiện

- Nguồn oxy trung tâm hoặc bình oxy.
- Mask oxy không túi (mask đơn giản) phù hợp kích cỡ.
- Đồng hồ đo lưu lượng oxy.
- Máy đo SpO_2 .
- Phương tiện bảo hộ cá nhân.

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật (nếu người bệnh tỉnh).

- Đặt tư thế nửa nằm nửa ngồi hoặc ngồi thoải mái.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra hệ thống oxy

- Kiểm tra nguồn oxy và đồng hồ lưu lượng.
- Đảm bảo hệ thống hoạt động tốt.

5.2. Đặt mask oxy

- Gắn mask vào nguồn oxy.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy **tối thiểu 5 lít/phút** (thường 5–10 lít/phút) để tránh hít lại CO₂.
- Đặt mask che kín mũi và miệng.
- Điều chỉnh dây đeo để mask vừa khít, không gây khó chịu.

5.3. Theo dõi và điều chỉnh

- Theo dõi nhịp thở, SpO₂.
- Điều chỉnh lưu lượng oxy theo y lệnh để đạt SpO₂ mục tiêu.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi SpO₂ liên tục hoặc định kỳ.
- Quan sát dấu hiệu khó thở, bí thở, khó chịu khi đeo mask.
- Đánh giá hiệu quả cải thiện oxy hóa.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Hít lại CO₂ do lưu lượng thấp: tăng lưu lượng oxy ≥ 5 lít/phút.
- Khô miệng, kích ứng da: điều chỉnh mask, chăm sóc da.
- Không cải thiện SpO₂: chuyển sang phương pháp oxy khác (mask túi, HFNC).

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời điểm bắt đầu thở oxy.
- Phương pháp thở oxy (mask không túi), lưu lượng oxy.
- SpO₂ trước và sau thở oxy.
- Diễn biến trong quá trình theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy hô hấp*. Nhà xuất bản Y học.
2. World Health Organization (WHO). *Oxygen therapy guidelines*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM NHIỀU NÒNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (CVC) nhiều nòng là thủ thuật xâm lấn nhằm thiết lập đường truyền tĩnh mạch trung tâm cho phép truyền đồng thời nhiều loại dịch, thuốc hoặc theo dõi huyết động trung tâm. Kỹ thuật này được áp dụng phổ biến trong hồi sức tích cực, gây mê hồi sức và cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cần truyền đồng thời nhiều thuốc/dịch không tương thích.
- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP).
- Truyền thuốc vận mạch, dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần.
- Người bệnh nặng cần đường truyền ổn định lâu dài.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu chưa được kiểm soát (tương đối).

- Nhiễm trùng tại vị trí chọc kim.
- Huyết khối tĩnh mạch tại vị trí dự kiến đặt.
- Tiểu cầu dưới $60.000/mm^3$

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ Gây mê Hồi sức/Hồi sức tích cực được đào tạo đặt CVC dưới hướng dẫn siêu âm.
- Điều dưỡng hỗ trợ.

4.2. Phương tiện

- Bộ catheter tĩnh mạch trung tâm nhiều nòng (2–3 nòng hoặc hơn).
- Máy siêu âm (khuyến cáo sử dụng).
- Bộ dụng cụ vô khuẩn: găng, áo choàng, khăn lọc.
- Thuốc sát khuẩn da (Chlorhexidin hoặc Povidon iod).
- Lidocain gây tê tại chỗ.
- Bơm tiêm, kim, chỉ khâu, băng vô khuẩn.

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật, ký cam kết (nếu cần).
- Nằm ngửa, đầu thấp nhẹ (Trendelenburg) nếu không chống chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Lựa chọn vị trí đặt

- Tĩnh mạch cảnh trong.
- Tĩnh mạch dưới đòn.
- Tĩnh mạch đùi.

5.2. Thực hiện vô khuẩn

- Sát khuẩn rộng vùng chọc kim.
- Trải khăn vô khuẩn, mặc áo, găng vô khuẩn.

5.3. Gây tê tại chỗ

- Tiêm Lidocain tại vị trí chọc kim.

5.4. Chọc tĩnh mạch và đặt catheter (kỹ thuật Seldinger)

- Dưới hướng dẫn giải phẫu hoặc siêu âm.
- Chọc kim vào tĩnh mạch, xác nhận máu tĩnh mạch.
- Luồn dây dẫn, rút kim.
- Nong da, luồn catheter nhiều nòng theo dây dẫn.
- Rút dây dẫn, kiểm tra hồi máu từng nòng.

5.5. Cố định catheter

- Khâu cố định catheter vào da.
- Băng kín vô khuẩn.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ trong và sau thủ thuật.
- Kiểm tra hoạt động từng nòng catheter.
- Chụp X-quang ngực kiểm tra vị trí (nếu đặt TM cảnh trong/dưới đòn).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chọc nhầm động mạch: ép cầm máu.
- Tràn khí màng phổi: chẩn đoán và xử trí kịp thời.
- Nhiễm trùng catheter: rút catheter, điều trị kháng sinh.
- Huyết khối tĩnh mạch: đánh giá và xử trí theo chuyên khoa.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Chỉ định đặt catheter.
- Vị trí đặt, loại catheter, số nòng.
- Thời gian thực hiện, người thực hiện.
- Tai biến (nếu có).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong đặt catheter mạch máu*. Nhà xuất bản Y học.
2. American Society of Anesthesiologists (ASA). *Practice Guidelines for Central Venous Catheterization*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐẶT CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM MỘT NÒNG

I. ĐẠI CƯƠNG

Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm một nòng là thủ thuật xâm lấn nhằm thiết lập đường truyền tĩnh mạch trung tâm phục vụ truyền dịch, thuốc hoặc theo dõi huyết động ở người bệnh cần đường truyền ổn định, nhưng không có nhu cầu truyền đồng thời nhiều thuốc không tương thích. Kỹ thuật được sử dụng rộng rãi trong gây mê hồi sức, hồi sức tích cực và cấp cứu.

II. CHỈ ĐỊNH

- Cần đường truyền tĩnh mạch trung tâm ổn định, dài ngày.
- Truyền thuốc cần đường trung tâm (vận mạch, tăng co bóp cơ tim).
- Theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP).
- Không cần truyền đồng thời nhiều thuốc/dịch.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Rối loạn đông máu nặng chưa được kiểm soát (tương đối).
- Nhiễm trùng tại vị trí dự kiến đặt catheter.
- Huyết khối tĩnh mạch trung tâm tại vị trí đặt.
- Tiểu cầu dưới $60.000/mm^3$

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Bác sĩ Gây mê Hồi sức/Hồi sức tích cực được đào tạo đặt CVC dưới hướng dẫn siêu âm.
- Điều dưỡng hỗ trợ.

4.2. Phương tiện

- Bộ catheter tĩnh mạch trung tâm **một nòng**.
- Máy siêu âm (khuyến cáo sử dụng).
- Bộ dụng cụ vô khuẩn: găng, áo choàng, khăn lọc.
- Thuốc sát khuẩn da (Chlorhexidin hoặc Povidon iod).
- Lidocain gây tê tại chỗ.
- Bơm tiêm, kim chọc mạch, dây dẫn (guidewire).
- Chỉ khâu, băng vô khuẩn.

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật, ký cam kết (nếu cần).
- Đặt tư thế nằm ngửa, đầu thấp nhẹ (Trendelenburg) nếu không chống chỉ định.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Lựa chọn vị trí đặt

- Tĩnh mạch cảnh trong.
- Tĩnh mạch dưới đòn.
- Tĩnh mạch đùi.

5.2. Thực hiện vô khuẩn

- Sát khuẩn rộng vùng chọc kim.
- Trải khăn vô khuẩn, mặc áo choàng, đeo găng vô khuẩn.

5.3. Gây tê tại chỗ

- Tiêm Lidocain vào da và tổ chức dưới da tại vị trí chọc kim.

5.4. Chọc tĩnh mạch và đặt catheter (kỹ thuật Seldinger)

- Xác định tĩnh mạch bằng mốc giải phẫu hoặc **dưới hướng dẫn siêu âm**.
- Chọc kim vào tĩnh mạch, hút được máu tĩnh mạch sẫm màu.
- Luồn dây dẫn qua kim, rút kim.
- Nong da nếu cần, luồn catheter một nòng theo dây dẫn.
- Rút dây dẫn, kiểm tra hồi máu và bơm rửa catheter.

5.5. Cố định catheter

- Khâu cố định catheter vào da.
- Băng kín vô khuẩn vị trí đặt.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ trong và sau thủ thuật.
- Kiểm tra hoạt động của catheter.
- Chụp X-quang ngực kiểm tra vị trí đầu catheter (nếu đặt TM cảnh trong hoặc dưới đòn).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chọc nhầm động mạch: rút kim, ép chặt vị trí chọc.
- Tràn khí màng phổi: theo dõi, chẩn đoán và xử trí kịp thời.
- Nhiễm trùng catheter: rút catheter, điều trị kháng sinh theo chỉ định.
- Huyết khối tĩnh mạch: đánh giá và xử trí theo chuyên khoa.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Chỉ định đặt catheter.
- Vị trí đặt, loại catheter (một nòng).
- Thời gian thực hiện, người thực hiện.
- Tai biến và xử trí (nếu có).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong đặt catheter mạch máu*. Nhà xuất bản Y học.
2. American Society of Anesthesiologists (ASA). *Practice Guidelines for Central Venous Catheterization*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN CẤP CỨU

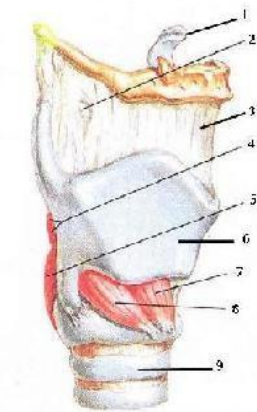
I. ĐẠI CƯƠNG

Mở khí quản cấp cứu là thủ thuật ngoại khoa khẩn cấp nhằm thiết lập đường thở trực tiếp qua khí quản trong những trường hợp tắc nghẽn đường thở trên hoặc suy hô hấp đe dọa tính mạng khi các biện pháp kiểm soát đường thở khác thất bại hoặc không thể thực hiện. Đây là kỹ thuật cấp cứu tối khẩn, thường áp dụng trong hồi sức – cấp cứu, gây mê hồi sức và ngoại khoa.

Màng nhẫn giáp có mốc giải phẫu tương đối rõ và dễ đi vào đường thở nhất

Có 2 loại kỹ thuật: chọc màng nhẫn giáp và mở màng nhẫn giáp

Mốc giải phẫu:



Màng nhẫn giáp nằm giữa sụn giáp và sụn nhẫn, có cơ nhẫn giáp che phủ

- | | |
|---------------------------------|----------------------|
| 1. Sụn nắp thanh môn | 5. Cơ phễu sau |
| 2. Lỗ nhánh trong TK thanh quản | 6. Sụn giáp |
| 3. Màng giáp móng | 7. Phần đứng cơ nhẫn |

giáp
4. Các cơ phễu chéo và ngang
giáp

8. Phân chéch cơ nhẫ

9. Khí quẫ

II. CHỈ ĐỊNH

- Tắc nghẽn đường thở trên cấp tính (phù nề thanh môn, dị vật, u chèn ép).
- Chấn thương vùng hàm mặt – cổ gây khó hoặc không đặt được ống nội khí quẫ.
- Suy hô hấp cấp không kiểm soát được bằng các biện pháp khác.
- Không thể thông khí – không thể đặt nội khí quẫ (CICV).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối trong tình huống cấp cứu đe dọa tính mạng.
- Chống chỉ định tương đối: rối loạn đông máu nặng (nhưng không trì hoãn thủ thuật khi nguy kịch).
- Người bệnh có các bệnh lý ở thanh quẫ như ung thư, viêm sụn nắp thanh quẫ
- Thận trọng người bệnh có bệnh về máu
- Trẻ em dưới 10 tuổi do thanh quẫ nhỏ có hình phễu mà phần nhỏ nhất là ở sụn nhẫ

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân lực

- Bác sĩ được đào tạo về thủ thuật mở khí quẫ.
- Điều dưỡng hỗ trợ cấp cứu.

2. Phương tiện

- Chọc màng nhẫ giáp bằng kim chọc trực tiếp:
- Bơm tiêm, trong bơm tiêm hút sẵn 2-3ml Natriclorua 0.9%
- Kim to:
 - ❖ kim số 14 (14-gauge) với ngời lớn
 - ❖ Kim số 18 (18-gauge) với trẻ em
- Các dụng cụ khác: gẫng, sát trùng, gẫy tê
- Máy hút, oxy, bóng Ambu.
- Mở màng nhẫ có rạch da với bộ dụng cụ MINITRACH :
 - Dao mổ
 - Canuyn có đường kính trong 4mm
 - Nòng dẫn
 - Khớp nối nội khí quẫ
- Mở màng nhẫ giáp có rạch da với bộ dụng cụ MELKER:
 - Bơm tiêm hút sẵn 2-3ml Natriclorua 0.9%
 - Kim số 18 hoặc catheter
 - Dao mổ
 - Dây dẫn (guidewire)
 - Que nong da (Curved dilator)

Canuyn

3. Người bệnh

- Đặt tư thế nằm ngửa, cổ ưỡn nhẹ nếu có thể.
- Thở oxy tối đa trước thủ thuật nếu điều kiện cho phép.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- *Chọc màng nhĩn giáp bằng kim chọc trực tiếp*
- Sát trùng
- Xác định vị trí màng nhĩn giáp, gây tê qua màng nhĩn giáp
- Chọc kim vào màng nhĩn giáp theo đường giữa, chéch một góc 45 độ so với thân người và hướng mũi kim xuống phía dưới
- Vừa chọc vừa dùng bơm tiêm hút thăm dò đến khi hút ra khí
- Tháo bơm tiêm khỏi đốc kim
- Người bệnh có thể thở tự nhiên qua kim
- Hoặc bóp bóng bằng cách lắp khớp nội của nội khí quản số 3-3.5 vào đốc kim
- *Mở màng nhĩn có rạch da với bộ dụng cụ MINITRACH*
- Sát trùng
- Xác định vị trí màng nhĩn giáp, gây tê da và gây tê khí quản qua màng nhĩn giáp
- Dùng dao mổ rạch da
- Chọc nòng dẫn (mang theo canuyn) qua đường rạch da. Khi vào đến lòng khí quản thì luồn nòng dẫn thêm vài cm sau đó đẩy canuyn trượt theo nòng dẫn vào trong khí quản rồi rút nòng dẫn ra.
- Cố định canuyn
- *Mở màng nhĩn giáp có rạch da với bộ dụng cụ MELKER*
- Xác định vị trí màng nhĩn giáp, gây tê da và gây tê khí quản qua màng nhĩn giáp
- Rạch da thành một đường thẳng theo đường giữa dài 1-1.5 cm
- Chọc kim có lắp bơm tiêm qua màng nhĩn giáp qua vết rạch da theo một góc 45 độ so với thân người (hướng kim về phía chân Người bệnh) tại đường giữa, vừa chọc vừa hút đến khi ra khí
- Tháo bơm tiêm, để lại kim, luồn dây dẫn qua catheter vào đường thở
- Rút kim, để lại dây dẫn
- Luồn canuyn
- Rút que nong và dây dẫn
- Cố định

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂.
- Đánh giá tình trạng thông khí và oxy hóa.
- Theo dõi chảy máu và vị trí mở khí quản.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu: ép cầm máu, khâu hoặc can thiệp ngoại khoa.
- Đặt canuyn sai vị trí: rút và đặt lại ngay.
- Tràn khí dưới da, tràn khí màng phổi: theo dõi và xử trí kịp thời.
- Nhiễm trùng: chăm sóc vô khuẩn, kháng sinh khi cần.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời điểm mở khí quản, lý do chỉ định.
- Phương pháp và loại canuyn sử dụng.
- Tình trạng người bệnh trước – trong – sau thủ thuật.
- Tai biến và xử trí (nếu có).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Đính.** *Kỹ thuật mở khí quản. Chuyên môn kỹ thuật hồi sức cấp cứu.*
2. **Trịnh Xuân Đàn .** *Giải phẫu thanh quản. Bài giảng Giải phẫu học*
3. **Aaron E Bair-** *Emergent surgical cricothyrotomy. Uptodate, 2012*
4. **Peter A. Walts -** *Techniques of surgical tracheostomy. Clin Chest Med 24 (2003) 413– 422*

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

HÚT ĐỜM QUA ỐNG NỘI KHÍ QUẢN / CANUYN KHÍ QUẢN

(BẰNG ỐNG THÔNG MỘT LẦN Ở NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hút đờm qua ống nội khí quản hoặc canuyn khí quản bằng ống thông một lần là kỹ thuật điều dưỡng – hồi sức nhằm làm thông thoáng đường thở, loại bỏ đờm dãi, dịch

tiết ở người bệnh thở máy xâm nhập. Kỹ thuật giúp cải thiện thông khí, oxy hóa và phòng ngừa các biến chứng hô hấp.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh thở máy có nhiều đờm dãi, dịch tiết đường thở.
- Nghe phổi có ran ẩm, ran nổ.
- Áp lực đường thở tăng, thể tích khí lưu thông giảm.
- SpO₂ giảm hoặc thông khí kém nghi do ứ đờm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng ở người bệnh: tăng áp lực nội sọ, rối loạn nhịp tim nặng, huyết động không ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. Nhân lực

- Điều dưỡng hoặc bác sĩ được đào tạo về hút đờm ở người bệnh thở máy.

2. Phương tiện

- Máy hút đờm hoạt động tốt.
- Ống thông hút đờm **dùng một lần**, kích thước phù hợp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Dung dịch NaCl 0,9% (khi cần).
- Bóng Ambu và oxy dự phòng.
- Monitor theo dõi (mạch, HA, SpO₂).

3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật (nếu người bệnh tỉnh).
- Đặt tư thế đầu cao 30–45° nếu không chống chỉ định.
- Tăng FiO₂ lên 100% trong 30–60 giây trước hút (nếu cần).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Thực hiện vô khuẩn

- Rửa tay đúng quy trình.
- Mang găng vô khuẩn.

2. Chuẩn bị hút

- Kiểm tra áp lực máy hút (80–120 mmHg ở người lớn).
- Ngắt kết nối máy thở khi hút hờ.

3. Hút đờm

- Đưa ống thông hút nhẹ nhàng vào ống nội khí quản/canuyn **khi chưa hút**.
- Khi chạm kháng lực, rút lui 1–2 cm rồi bắt đầu hút.
- Thời gian mỗi lần hút **không quá 10–15 giây**.
- Vừa hút vừa xoay nhẹ ống thông khi rút ra.

4. Kết thúc

- Nối lại máy thở ngay sau hút.
- Theo dõi SpO₂, nhịp tim, nhịp thở.

- Bỏ ống thông hút đúng quy định chất thải y tế.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi SpO₂, mạch, huyết áp trước – trong – sau hút.
- Đánh giá hiệu quả: phổi thông khí tốt hơn, SpO₂ cải thiện.
- Quan sát tính chất, số lượng đờm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Giảm oxy máu: ngừng hút, tăng oxy, bóp bóng nếu cần.
- Rối loạn nhịp tim: ngừng thủ thuật, xử trí theo phác đồ.
- Chảy máu đường thở: ngừng hút, theo dõi và báo bác sĩ.
- Tăng áp lực đường thở: đánh giá lại kỹ thuật và tần suất hút.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời gian hút đờm.
- Số lần hút, tính chất đờm.
- Diễn biến người bệnh trong và sau thủ thuật.
- Tai biến (nếu có).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chăm sóc người bệnh thở máy*. Nhà xuất bản Y học.
2. American Association for Respiratory Care (AARC). *Clinical Practice Guidelines: Endotracheal Suctioning*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT
HÚT ĐỜM QUA ỐNG NỘI KHÍ QUẢN / CÁN UYÊN KHÍ QUẢN
(*BẢNG ỐNG THÔNG MỘT LẦN Ở NGƯỜI BỆNH KHÔNG THỞ MÁY*)

I. ĐẠI CƯƠNG

Hút đờm qua ống nội khí quản hoặc cán uyn khí quản bằng ống thông một lần ở người bệnh **không thở máy** là kỹ thuật nhằm làm sạch đường thở, loại bỏ đờm dãi, dịch tiết giúp duy trì thông khí và oxy hóa hiệu quả. Kỹ thuật thường áp dụng cho người bệnh thở tự nhiên qua ống nội khí quản hoặc cán uyn khí quản, sau cai máy thở hoặc trong giai đoạn theo dõi hồi sức.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh thở tự nhiên qua ống nội khí quản hoặc cán uyn khí quản có nhiều đờm dãi.
- Nghe phổi có ran ẩm, ran nổ.
- Người bệnh khò khè, khó thở, ho khạc kém.
- SpO₂ giảm hoặc dấu hiệu tắc nghẽn đường thở do đờm.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Thận trọng ở người bệnh: tăng áp lực nội sọ, bệnh tim mạch nặng, rối loạn nhịp tim, huyết động không ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Nhân lực

- Điều dưỡng hoặc bác sĩ được đào tạo về kỹ thuật hút đờm đường thở.

4.2. Phương tiện

- Máy hút đờm hoạt động tốt.
- Ống thông hút đờm **dùng một lần**, kích thước phù hợp.
- Găng tay vô khuẩn.
- Dung dịch NaCl 0,9% (khi cần).
- Nguồn oxy, gọng kính hoặc mask oxy.

- Monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ (nếu có).

4.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật cho người bệnh hoặc người nhà.
- Đặt tư thế đầu cao 30–45° nếu không chống chỉ định.
- Cho thở oxy trước hút (nếu SpO₂ thấp hoặc nguy cơ giảm oxy).

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Thực hiện vô khuẩn

- Rửa tay theo quy trình.
- Mang găng vô khuẩn.

5.2. Chuẩn bị hút

- Kiểm tra áp lực máy hút: **80–120 mmHg ở người lớn.**
- Kết nối ống thông hút với dây máy hút.

5.3. Hút đờm

- Đưa ống thông nhẹ nhàng vào ống nội khí quản/canuyn **khi chưa hút.**
- Khi gặp kháng lực, rút ra 1–2 cm.
- Bắt đầu hút, vừa hút vừa xoay nhẹ ống thông khi rút ra.
- Thời gian mỗi lần hút **không quá 10–15 giây.**
- Có thể lặp lại sau khi người bệnh nghỉ 30–60 giây và thở oxy bổ sung.

5.4. Kết thúc

- Cho người bệnh thở oxy sau hút.
- Bỏ ống thông hút đúng quy định chất thải y tế.
- Rửa tay sau thủ thuật.

VI. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi mạch, nhịp thở, SpO₂ trước – trong – sau hút.
- Đánh giá hiệu quả: dễ thở hơn, SpO₂ cải thiện, giảm ran phổi.
- Quan sát số lượng, màu sắc, tính chất đờm.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Giảm oxy máu: ngừng hút, cho thở oxy, theo dõi sát.
- Rối loạn nhịp tim: ngừng thủ thuật, báo bác sĩ.
- Chảy máu đường thở: ngừng hút, theo dõi và xử trí phù hợp.
- Co thắt phế quản, ho nhiều: cho người bệnh nghỉ, thở oxy.

VIII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời gian hút đờm.
- Số lần hút.
- Tính chất và số lượng đờm.
- Tình trạng người bệnh sau thủ thuật.
- Tai biến (nếu có).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chăm sóc người bệnh mở khí quản và đường thở nhân tạo.* Nhà xuất bản Y học.

2. American Association for Respiratory Care (AARC). *Clinical Practice Guidelines: Airway Suctioning.*

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT

I. ĐẠI CƯƠNG

Chuẩn bị người bệnh trước phẫu thuật là quy trình kỹ thuật nhằm đánh giá toàn diện tình trạng người bệnh, tối ưu hóa các chức năng sống, phòng ngừa tai biến và bảo đảm an toàn trong gây mê – phẫu thuật. Quy trình được thực hiện cho tất cả người bệnh có chỉ định phẫu thuật chương trình hoặc phẫu thuật cấp cứu (có điều chỉnh phù hợp).

II. MỤC ĐÍCH

- Bảo đảm người bệnh đủ điều kiện an toàn để tiến hành gây mê và phẫu thuật.
- Phát hiện và xử trí sớm các yếu tố nguy cơ trước mổ.

- Giảm biến chứng trong và sau phẫu thuật.

III. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả người bệnh có chỉ định phẫu thuật (chương trình hoặc cấp cứu).

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Trường hợp phẫu thuật cấp cứu tối khẩn: thực hiện rút gọn các bước nhưng không bỏ qua các nội dung thiết yếu.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực

- Bác sĩ phẫu thuật.
- Bác sĩ gây mê hồi sức.
- Điều dưỡng khoa điều trị và điều dưỡng phòng mổ.

5.2. Phương tiện

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.
- Phiếu khám tiền mê.
- Kết quả xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh cần thiết.
- Phương tiện vệ sinh, sát khuẩn, dụng cụ chuẩn bị vùng mổ.

5.3. Người bệnh

- Giải thích về kỹ thuật để gia đình người bệnh yên tâm, hợp tác
- Đo các chức năng sống (mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, SpO2)

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Đánh giá và hoàn thiện hồ sơ

- Xác định chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật.
- Đánh giá toàn trạng, phân loại nguy cơ gây mê (ASA).
- Kiểm tra đầy đủ hồ sơ pháp lý: chỉ định mổ, cam kết phẫu thuật, cam kết gây mê.

6.2. Khám và đánh giá trước mổ

- Đánh giá tim mạch, hô hấp, thần kinh.
- Đánh giá tiền sử dị ứng, bệnh lý nội khoa kèm theo.
- Đánh giá đường thở (Mallampati, há miệng, cột sống cổ).

6.3. Xét nghiệm và thăm dò cần thiết

- Công thức máu, đông máu.
- Sinh hóa máu cơ bản.
- Điện tâm đồ, X-quang phổi (khi có chỉ định).
- Các xét nghiệm chuyên sâu khác theo loại phẫu thuật.

6.4. Chuẩn bị thể chất người bệnh

- Nhịn ăn uống theo quy định (thường ≥ 6 giờ với thức ăn đặc).
- Vệ sinh thân thể, thay quần áo mổ.
- Chuẩn bị vùng mổ (cạo lông khi cần).
- Đặt đường truyền tĩnh mạch.

6.5. Chuẩn bị thuốc và điều trị trước mổ

- Điều chỉnh các thuốc đang sử dụng (kháng đông, hạ áp, đái tháo đường).

- Sử dụng thuốc tiền mê theo chỉ định bác sĩ gây mê.
- Dự phòng kháng sinh trước mổ theo chỉ định.

6.6. Chuẩn bị tâm lý và giáo dục người bệnh

- Giải thích mục đích, quy trình phẫu thuật.
- Hướng dẫn người bệnh hợp tác trong quá trình gây mê và hồi tỉnh.

VII. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở trước khi chuyển phòng mổ.
- Đánh giá lại tình trạng người bệnh ngay trước gây mê.

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Phát hiện bất thường trước mổ: hoãn mổ, xử trí nội khoa.
- Người bệnh không tuân thủ nhịn ăn: đánh giá lại nguy cơ hít sặc.

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Ghi đầy đủ các nội dung chuẩn bị trước phẫu thuật.
- Ký xác nhận của bác sĩ, điều dưỡng thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Quy chế bệnh viện*. Nhà xuất bản Y học.
2. World Health Organization (WHO). *WHO Surgical Safety Checklist*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN TĨNH MẠCH QUA MÁY

I. ĐẠI CƯƠNG

Truyền tĩnh mạch qua máy là kỹ thuật đưa dung dịch hoặc thuốc vào hệ tuần hoàn của người bệnh thông qua đường tĩnh mạch, sử dụng **máy truyền dịch hoặc bơm tiêm điện** nhằm kiểm soát chính xác tốc độ và thể tích truyền, đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị.

II. CHỈ ĐỊNH

- Truyền dịch, thuốc cần **kiểm soát chặt chẽ tốc độ truyền**
- Truyền thuốc có nguy cơ gây tai biến khi truyền nhanh
- Người bệnh nặng, hồi sức, ICU
- Truyền thuốc vận mạch, an thần, giảm đau, kháng sinh liều chính xác
- Truyền dịch ở trẻ em, người cao tuổi

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- Chống chỉ định tương đối:
 - ❖ Không có đường truyền tĩnh mạch an toàn
 - ❖ Vị trí đặt kim có nhiễm trùng, viêm tĩnh mạch
 - ❖ Máy truyền dịch/bơm tiêm điện hỏng hoặc không đảm bảo an toàn

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng đã được đào tạo và có chứng chỉ thực hiện kỹ thuật

4.2. Người bệnh

- Được giải thích về mục đích và quy trình truyền
- Tư thế nằm hoặc ngồi thoải mái
- Kiểm tra mạch, huyết áp trước truyền nếu cần

4.3. Phương tiện – dụng cụ

- Máy truyền dịch hoặc bơm tiêm điện hoạt động tốt
- Dây truyền tương thích với máy
- Dung dịch/thuốc theo y lệnh
- Kim lùn tĩnh mạch ngoại vi hoặc đường truyền trung tâm
- Găng tay sạch, gạc vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn
- Băng dính y tế
- Hồ sơ bệnh án, phiếu theo dõi truyền dịch

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra trước khi truyền

- Đối chiếu người bệnh – thuốc – liều – đường dùng – thời gian

- Kiểm tra hạn dùng, độ trong của dung dịch
- Kiểm tra hoạt động của máy truyền dịch

5.2. Thiết lập đường truyền

- Sát khuẩn tay theo quy định
- Sát khuẩn vị trí chọc kim
- Luồn kim tĩnh mạch, kiểm tra máu trào ngược
- Cố định kim chắc chắn

5.3. Lắp đặt hệ thống truyền

- Gắn dây truyền vào chai/bơm tiêm
- Xả khí hoàn toàn trong dây truyền
- Lắp dây truyền vào máy đúng kỹ thuật

5.4. Cài đặt máy

- Cài đặt:
 - ❖ Tốc độ truyền (ml/giờ)
 - ❖ Tổng thể tích cần truyền
 - ❖ Cảnh báo (nếu có)
- Mở khóa và khởi động máy

5.5. Theo dõi trong khi truyền

- Theo dõi hoạt động của máy
- Quan sát vị trí truyền:
 - ❖ Sưng, đau, thoát mạch
- Theo dõi người bệnh:
 - ❖ Mạch, huyết áp
 - ❖ Dấu hiệu dị ứng, sốc phản vệ (nếu truyền thuốc)

5.6. Kết thúc truyền

- Dừng máy theo đúng quy trình
- Tháo dây truyền
- Rút kim, ép cầm máu
- Sát khuẩn và băng ép vị trí chọc kim

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Tai biến có thể gặp

- Thoát mạch
- Tắc dây truyền
- Viêm tĩnh mạch
- Phản ứng dị ứng thuốc
- Quá liều do cài đặt sai tốc độ

6.2. Xử trí

- Ngừng truyền ngay khi có bất thường
- Báo bác sĩ điều trị
- Xử trí theo phác đồ tai biến truyền dịch, phản vệ (nếu có)

VII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời gian bắt đầu và kết thúc truyền
- Tên thuốc/dung dịch, nồng độ, thể tích
- Tốc độ truyền
- Tình trạng người bệnh trong và sau truyền
- Tai biến (nếu có) và cách xử trí
- Chữ ký người thực hiện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017), *Hướng dẫn thực hành an toàn trong sử dụng thuốc tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*, ban hành kèm theo các văn bản hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế.
2. **Bộ Y tế** (2012), *Hướng dẫn phòng ngừa tai biến trong truyền dịch và sử dụng thuốc đường tiêm*, Cục Quản lý Khám chữa bệnh.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

BƠM VÀ KIỂM TRA ÁP LỰC BÓNG CHÈN ỐNG NỘI KHÍ QUẢN / CANUYN MỞ KHÍ QUẢN

I. ĐẠI CƯƠNG

Bơm và kiểm tra áp lực bóng chèn ống nội khí quản (NKQ) hoặc canuyn mở khí quản (MKQ) là kỹ thuật nhằm đảm bảo kín đường thở, duy trì thông khí hiệu quả và phòng ngừa hít sặc, đồng thời tránh các biến chứng do áp lực bóng chèn quá cao gây tổn thương niêm mạc khí quản.

II. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo kín khí khi thông khí nhân tạo hoặc thở tự nhiên qua NKQ/MKQ.
- Phòng ngừa hít sặc dịch tiết đường tiêu hóa – hầu họng.
- Tránh tổn thương niêm mạc khí quản do áp lực bóng chèn không phù hợp.

III. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh có đặt ống nội khí quản.
- Người bệnh có canuyn mở khí quản có bóng chèn.
- Sau đặt mới NKQ/MKQ hoặc nghi ngờ xì cuff.
- Kiểm tra định kỳ trong quá trình chăm sóc người bệnh.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không áp dụng cho NKQ hoặc MKQ **không có bóng chèn**.

V. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực

- Bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo về quản lý đường thở.

5.2. Phương tiện

- Bơm tiêm 10–20 ml.
- Đồng hồ đo áp lực bóng chèn (cuff manometer).
- Găng tay sạch.
- Máy hút đờm, oxy dự phòng.

5.3. Người bệnh

- Giải thích thủ thuật (nếu người bệnh tỉnh).
- Đặt tư thế đầu cao 30–45° nếu không chống chỉ định.
- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO₂ trong suốt quá trình.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Bơm bóng chèn ban đầu

- Gắn bơm tiêm vào van bơm cuff.
- Bơm từ từ không khí vào bóng chèn.
- Theo dõi sự kín khí qua nghe phổi và quan sát thông khí.

6.2. Kiểm tra và điều chỉnh áp lực bóng chèn

- Gắn đồng hồ đo áp lực bóng chèn vào van cuff.
- Đo áp lực bóng chèn.
- Điều chỉnh áp lực trong khoảng **20–30 cmH₂O**.

6.3. Hoàn tất

- Rút đồng hồ đo, đóng kín van cuff.
- Đảm bảo NKQ/MKQ được cố định chắc chắn.

VII. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi SpO₂, nhịp thở, thể tích khí lưu thông.
- Theo dõi dấu hiệu xì cuff: nghe tiếng rò khí, giảm Vt.
- Kiểm tra áp lực cuff định kỳ (ít nhất mỗi ca trực hoặc khi có thay đổi thông khí).

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Áp lực cuff quá cao: xả bớt khí, điều chỉnh về ngưỡng an toàn.
- Áp lực cuff quá thấp: bơm bổ sung khí.
- Rò cuff, vỡ cuff: thay NKQ/MKQ.
- Tổn thương khí quản: giảm áp lực, hội chẩn chuyên khoa.

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời điểm bơm/kiểm tra cuff.
- Giá trị áp lực cuff đo được.
- Người thực hiện.
- Bất thường và xử trí (nếu có).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chăm sóc người bệnh thở máy và đường thở nhân tạo*. Nhà xuất bản Y học.
2. American Association for Respiratory Care (AARC). *Endotracheal Tube Cuff Management Guidelines*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN THUỐC QUA MÁY BƠM TIÊM ĐIỆN

I. ĐẠI CƯƠNG

Truyền thuốc qua máy bơm tiêm điện là kỹ thuật đưa thuốc vào cơ thể người bệnh qua đường tĩnh mạch bằng máy bơm tiêm điện, cho phép kiểm soát **chính xác liều lượng, tốc độ và thời gian truyền**, thường áp dụng đối với các thuốc có **khoảng điều trị hẹp** hoặc cần truyền liên tục, kéo dài.

II. CHỈ ĐỊNH

- Truyền thuốc cần kiểm soát chính xác tốc độ và liều lượng:
 - ❖ Thuốc vận mạch, tăng co bóp tim
 - ❖ Thuốc an thần, giảm đau
 - ❖ Thuốc an thần – giãn cơ
 - ❖ Insulin, heparin
- Người bệnh hồi sức, cấp cứu, ICU
- Truyền thuốc cho trẻ em, người cao tuổi
- Truyền thuốc cần liều rất thấp, truyền kéo dài

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

Chống chỉ định tương đối:

- Không có đường truyền tĩnh mạch đảm bảo
- Vị trí truyền có viêm, nhiễm trùng
- Máy bơm tiêm điện không đảm bảo an toàn hoặc trục trặc kỹ thuật

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng được đào tạo và có thẩm quyền thực hiện kỹ thuật

4.2. Người bệnh

- Được giải thích về mục đích, lợi ích và nguy cơ của kỹ thuật
- Nằm tư thế thuận lợi, dễ theo dõi
- Đánh giá mạch, huyết áp trước truyền (nếu cần)

4.3. Phương tiện – dụng cụ

- Máy bơm tiêm điện hoạt động tốt
- Bơm tiêm phù hợp với máy (10 ml, 20 ml, 50 ml...)
- Thuốc theo y lệnh đã được pha đúng nồng độ
- Dây nối bơm tiêm
- Đường truyền tĩnh mạch ngoại vi hoặc trung tâm
- Găng tay sạch
- Gạc vô khuẩn, dung dịch sát khuẩn
- Hồ sơ bệnh án, phiếu theo dõi truyền thuốc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra trước khi truyền

- Thực hiện đúng nguyên tắc **5 đúng**:
 - ❖ Đúng người bệnh
 - ❖ Đúng thuốc
 - ❖ Đúng liều
 - ❖ Đúng đường dùng
 - ❖ Đúng thời gian
- Kiểm tra thuốc:
 - ❖ Tên thuốc, nồng độ, hạn dùng
 - ❖ Độ trong, màu sắc dung dịch
- Kiểm tra hoạt động của máy bơm tiêm điện

5.2. Chuẩn bị thuốc

- Pha thuốc đúng nồng độ theo y lệnh
- Dán nhãn bơm tiêm:
 - ❖ Tên thuốc
 - ❖ Nồng độ
 - ❖ Thời gian pha
 - ❖ Người pha thuốc
- Đuổi khí hoàn toàn trong bơm tiêm và dây nối

5.3. Lắp đặt máy bơm tiêm điện

- Lắp bơm tiêm vào máy đúng quy cách
- Kết nối dây bơm tiêm với đường truyền tĩnh mạch
- Cố định hệ thống truyền chắc chắn

5.4. Cài đặt thông số máy

- Cài đặt:
 - ❖ Tốc độ truyền (ml/giờ hoặc mcg/kg/phút theo máy)
 - ❖ Thể tích thuốc cần truyền
 - ❖ Thời gian truyền (nếu có)
- Kiểm tra lại thông số trước khi khởi động
- Khởi động máy

5.5. Theo dõi trong khi truyền

- Theo dõi hoạt động của máy:
 - ❖ Báo động
 - ❖ Tắc dây, hết thuốc
- Theo dõi người bệnh:
 - ❖ Mạch, huyết áp, nhịp thở
 - ❖ Tri giác
 - ❖ Dấu hiệu quá liều hoặc tác dụng không mong muốn
- Theo dõi vị trí truyền:
 - ❖ Sưng, đau, thoát mạch

5.6. Kết thúc truyền

- Dừng máy theo quy trình
- Tháo bơm tiêm và dây nối
- Rút kim (nếu kết thúc truyền hoàn toàn)
- Sát khuẩn, băng ép vị trí truyền

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Tai biến có thể gặp

- Thoát mạch
- Tắc dây bơm tiêm
- Truyền quá liều do cài đặt sai
- Phản ứng thuốc, dị ứng
- Ngừng đột ngột thuốc vận mạch/an thần

6.2. Xử trí

- Ngừng truyền ngay khi phát hiện bất thường
- Báo bác sĩ điều trị
- Xử trí theo phác đồ tai biến thuốc, phản vệ
- Theo dõi sát người bệnh sau xử trí

VII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời gian bắt đầu và kết thúc truyền
- Tên thuốc, nồng độ, tổng liều
- Tốc độ truyền
- Tình trạng người bệnh trong và sau truyền
- Tai biến (nếu có) và cách xử trí
- Họ tên, chữ ký người thực hiện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017), *Hướng dẫn thực hành an toàn trong sử dụng thuốc tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*
2. **Bộ Y tế** (2020), *Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*
3. **Infusion Nurses Society (INS)** (2021), *Infusion Therapy Standards of Practice.*
4. **World Health Organization (WHO)** (2016), *WHO Guidelines on the Safe Use of Injectable Medicines.*

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐÁNH GIÁ ĐAU CHO NGƯỜI BỆNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Đánh giá đau là kỹ thuật sử dụng các công cụ và thang điểm chuẩn hóa nhằm xác định **mức độ, tính chất và ảnh hưởng của đau** đối với người bệnh. Đây là bước bắt buộc trong chăm sóc toàn diện, giúp lựa chọn biện pháp giảm đau phù hợp, theo dõi hiệu quả điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả người bệnh có than phiền đau hoặc nghi ngờ có đau
- Người bệnh trước, trong và sau can thiệp thủ thuật, phẫu thuật
- Người bệnh cấp cứu, hồi sức
- Người bệnh mắc bệnh mạn tính, ung thư
- Người bệnh cần theo dõi hiệu quả điều trị giảm đau

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

Chống chỉ định tương đối:

- Người bệnh không hợp tác, rối loạn ý thức (cần sử dụng thang đánh giá đau phù hợp)

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Bác sĩ, điều dưỡng, hộ sinh đã được đào tạo về đánh giá và quản lý đau

4.2. Người bệnh

- Được giải thích mục đích của việc đánh giá đau
- Ở tư thế thoải mái, đảm bảo giao tiếp hiệu quả

4.3. Phương tiện – dụng cụ

- Phiếu đánh giá đau hoặc hồ sơ bệnh án
- Thang điểm đánh giá đau phù hợp:
 - ❖ Thang điểm số (NRS)
 - ❖ Thang điểm hình mặt (VAS, Wong-Baker)
 - ❖ Thang đánh giá đau hành vi (FLACC, PAINAD...)
- Bút ghi chép, đồng hồ (nếu cần)

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tiếp cận người bệnh

- Giới thiệu bản thân
- Giải thích mục đích đánh giá đau
- Tạo môi trường yên tĩnh, riêng tư

5.2. Lựa chọn thang đánh giá đau

- Người bệnh tỉnh táo, giao tiếp tốt:
 - ❖ Thang điểm số (0–10)
 - ❖ Thang điểm hình mặt
- Trẻ em, người không giao tiếp tốt:
 - ❖ Thang FLACC
- Người cao tuổi, sa sút trí tuệ:
 - ❖ Thang PAINAD

5.3. Đánh giá đau

- Hỏi người bệnh về:
 - ❖ Vị trí đau
 - ❖ Mức độ đau (theo thang điểm)
 - ❖ Tính chất đau (âm ỉ, nhói, bỏng rát...)
 - ❖ Thời gian xuất hiện và kéo dài
 - ❖ Yếu tố làm tăng/giảm đau
- Quan sát:
 - ❖ Nét mặt, tư thế

- ❖ Hành vi, phản ứng với đau
- ❖ Dấu hiệu sinh tồn (nếu cần)

5.4. Ghi nhận kết quả

- Ghi đầy đủ:
 - ❖ Thang đánh giá sử dụng
 - ❖ Điểm đau
 - ❖ Thời điểm đánh giá
- Phân loại mức độ đau:
 - ❖ Đau nhẹ
 - ❖ Đau vừa
 - ❖ Đau nặng

5.5. Thông báo và phối hợp xử trí

- Báo bác sĩ điều trị khi đau mức độ vừa – nặng
- Phối hợp thực hiện các biện pháp giảm đau theo y lệnh
- Đánh giá lại sau can thiệp giảm đau

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG BẤT THƯỜNG

6.1. Tình huống có thể gặp

- Đau tăng nhanh, dữ dội
- Đau không đáp ứng với điều trị
- Đau kèm dấu hiệu nguy hiểm (tụt huyết áp, rối loạn tri giác...)

6.2. Xử trí

- Báo bác sĩ ngay
- Theo dõi sát người bệnh
- Đánh giá lại nguyên nhân và điều chỉnh điều trị

VII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời điểm đánh giá đau
- Thang đánh giá sử dụng
- Mức độ đau (điểm số)
- Biện pháp giảm đau đã thực hiện
- Kết quả đánh giá lại sau can thiệp
- Họ tên, chữ ký người thực hiện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị giảm đau*, Nhà xuất bản Y học.
2. **World Health Organization (WHO)** (2019), *WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain*.
3. **IASP** (2020), *IASP Terminology and Pain Assessment Guidelines*.
4. **Royal College of Nursing** (2021), *Pain Assessment and Management Standards*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ MÁY XÂM NHẬP

I. ĐẠI CƯƠNG

Thở máy xâm nhập là phương pháp hỗ trợ hoặc thay thế hô hấp cho người bệnh thông qua **ống nội khí quản hoặc canuyn mở khí quản**, sử dụng máy thở nhằm đảm bảo trao đổi khí, duy trì oxy hóa và thải CO₂ khi hô hấp tự nhiên không đáp ứng nhu cầu sinh lý. Kỹ thuật này được áp dụng phổ biến trong hồi sức tích cực, gây mê hồi sức và cấp cứu.

II. MỤC ĐÍCH

- Đảm bảo thông khí và oxy hóa máu hiệu quả.
- Giảm công thở, giảm suy hô hấp.
- Ổn định tình trạng hô hấp và huyết động.

III. CHỈ ĐỊNH

- Suy hô hấp cấp hoặc mạn mất bù.
- Ngừng thở, ngừng tuần hoàn hồi phục.
- Rối loạn ý thức không bảo vệ được đường thở.
- Sau gây mê phẫu thuật lớn cần hỗ trợ hô hấp.
- Chấn thương nặng, đa chấn thương.

IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.
- Chống chỉ định tương đối: không có đường thở xâm nhập phù hợp (chưa đặt NKQ/MKQ).

V. CHUẨN BỊ

5.1. Nhân lực

- Bác sĩ gây mê hồi sức hoặc hồi sức tích cực.
- Điều dưỡng được đào tạo về thở máy.

5.2. Phương tiện

- Máy thở hoạt động tốt, có nguồn oxy và khí nén.
- Dây thở, bộ lọc vi khuẩn.
- Ống nội khí quản hoặc canuyn mở khí quản có bóng chèn.
- Monitor theo dõi: mạch, HA, SpO₂, ECG.
- Máy hút đờm, bóng Ambu dự phòng.

5.3. Người bệnh

- Đảm bảo đã có đường thở xâm nhập đúng kỹ thuật.
- Giải thích thủ thuật (nếu người bệnh tỉnh).
- Đặt tư thế đầu cao 30–45° nếu không chống chỉ định.

VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

6.1. Kết nối máy thở

- Kết nối dây thở với NKQ/MKQ.

- Kiểm tra độ kín bóng chèn.
- Đảm bảo không gập, xoắn dây thở.

6.2. Cài đặt thông số ban đầu (tham khảo)

- Chế độ thở: VCV, PCV, SIMV, PSV (theo chỉ định).
- Thể tích khí lưu thông (Vt): 6–8 ml/kg cân nặng lý tưởng.
- Tần số thở: 12–20 lần/phút.
- FiO₂: 40–100%, điều chỉnh theo SpO₂.
- PEEP: 5–10 cmH₂O.

6.3. Theo dõi và điều chỉnh

- Theo dõi SpO₂, EtCO₂ (nếu có).
- Theo dõi áp lực đường thở, thể tích khí lưu thông.
- Điều chỉnh thông số theo diễn biến lâm sàng và khí máu.

VII. THEO DÕI VÀ ĐÁNH GIÁ

- Theo dõi liên tục mạch, HA, nhịp thở, SpO₂.
- Đánh giá khí máu động mạch định kỳ.
- Theo dõi đồng bộ máy – người bệnh.
- Phát hiện sớm biến chứng thở máy.

VIII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

- Giảm oxy máu: tăng FiO₂, kiểm tra NKQ/MKQ và máy thở.
- Tràn khí màng phổi: chẩn đoán và xử trí kịp thời.
- Tụt huyết áp do PEEP cao: điều chỉnh thông số, bù dịch.
- Viêm phổi liên quan thở máy (VAP): tuân thủ chăm sóc dự phòng.

IX. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Chỉ định thở máy.
- Thông số máy thở ban đầu và các lần điều chỉnh.
- Diễn biến hô hấp và huyết động.
- Tai biến và xử trí (nếu có).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy hô hấp cấp*. Nhà xuất bản Y học.
2. World Health Organization (WHO). *Clinical management of severe acute respiratory infection*.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH QUA CỔNG TIÊM THUỐC

I. ĐẠI CƯƠNG

Tiêm tĩnh mạch qua cổng tiêm thuốc là kỹ thuật đưa thuốc trực tiếp vào hệ tuần hoàn thông qua **cổng tiêm của hệ thống truyền tĩnh mạch đang lưu**, giúp hạn chế chọc kim nhiều lần, giảm đau cho người bệnh và giảm nguy cơ tai biến khi sử dụng đường truyền tĩnh mạch.

II. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh đang có đường truyền tĩnh mạch ngoại vi hoặc trung tâm
- Tiêm thuốc đường tĩnh mạch theo y lệnh bác sĩ
- Trường hợp cần tiêm thuốc nhanh, không cần truyền kéo dài
- Hạn chế chọc kim tĩnh mạch nhiều lần

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

Chống chỉ định tương đối:

- Đường truyền tĩnh mạch không đảm bảo (tắc, thoát mạch, viêm)
- Cổng tiêm thuốc bị bẩn, nứt, hư hỏng
- Thuốc không được phép tiêm tĩnh mạch

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Điều dưỡng, bác sĩ được đào tạo và có thẩm quyền thực hiện kỹ thuật

4.2. Người bệnh

- Được giải thích mục đích, quy trình tiêm thuốc
- Nằm hoặc ngồi tư thế thuận lợi
- Theo dõi mạch, huyết áp nếu cần

4.3. Phương tiện – dụng cụ

- Thuốc theo y lệnh, đã pha đúng nồng độ

- Bơm tiêm vô khuẩn phù hợp dung tích
- Kim tiêm hoặc đầu nối không kim (nếu có)
- Găng tay sạch
- Gạc vô khuẩn
- Dung dịch sát khuẩn (cồn 70% hoặc dung dịch sát khuẩn tương đương)
- Hồ sơ bệnh án, phiếu theo dõi thuốc

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Kiểm tra trước khi tiêm

- Thực hiện nguyên tắc **5 đúng**:
 - o Đúng người bệnh
 - o Đúng thuốc
 - o Đúng liều
 - o Đúng đường dùng
 - o Đúng thời gian
- Kiểm tra thuốc:
 - o Tên thuốc, hạn dùng
 - o Màu sắc, độ trong
- Kiểm tra đường truyền và cổng tiêm thuốc

5.2. Chuẩn bị thuốc

- Rửa tay theo quy định
- Pha thuốc đúng nồng độ theo y lệnh
- Đuổi khí hoàn toàn trong bơm tiêm
- Đeo găng tay sạch

5.3. Thực hiện tiêm thuốc

- Ngừng tạm thời dòng truyền (nếu đang truyền dịch)
- Sát khuẩn cổng tiêm thuốc, để khô tự nhiên
- Gắn bơm tiêm vào cổng tiêm
- Hút nhẹ kiểm tra máu trào ngược (nếu phù hợp với loại cổng)
- Tiêm thuốc **chậm, đều**, đúng tốc độ khuyến cáo
- Theo dõi phản ứng người bệnh trong khi tiêm

5.4. Sau khi tiêm

- Bơm rửa cổng tiêm bằng dung dịch NaCl 0,9% (nếu có chỉ định)
- Tháo bơm tiêm
- Sát khuẩn lại cổng tiêm
- Mở lại dòng truyền dịch (nếu có)

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN

6.1. Tai biến có thể gặp

- Thoát mạch
- Viêm tĩnh mạch
- Phản ứng dị ứng thuốc

- Tắc cống tiêm thuốc
- Sốc phản vệ (hiếm)

6.2. Xử trí

- Ngừng tiêm thuốc ngay khi có bất thường
- Báo bác sĩ điều trị
- Xử trí theo phác đồ tai biến thuốc, phản vệ
- Theo dõi sát người bệnh sau tiêm

VII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời gian tiêm thuốc
- Tên thuốc, liều lượng, nồng độ
- Đường dùng: tiêm tĩnh mạch qua cổng tiêm
- Tình trạng người bệnh trước, trong và sau tiêm
- Tai biến (nếu có) và cách xử trí
- Họ tên, chữ ký người thực hiện

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017), *Hướng dẫn thực hành an toàn trong sử dụng thuốc tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*
2. **Bộ Y tế** (2020), *Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.*
3. **World Health Organization (WHO)** (2016), *WHO Guidelines on the Safe Use of Injectable Medicines.*
4. **Infusion Nurses Society (INS)** (2021), *Infusion Therapy Standards of Practice.*

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐÁNH GIÁ, NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Đánh giá, nhận định người bệnh là quá trình thu thập, phân tích và tổng hợp các thông tin liên quan đến **tình trạng sức khỏe thể chất, tinh thần, xã hội** của người bệnh, làm cơ sở cho việc **lập kế hoạch chăm sóc, điều trị, theo dõi và đánh giá hiệu quả can thiệp y tế.**

II. CHỈ ĐỊNH

- Tất cả người bệnh khi:
 - ❖ Nhập viện
 - ❖ Chuyển khoa, chuyển buồng

- ❖ Thay đổi tình trạng bệnh
- Người bệnh trước và sau can thiệp thủ thuật, phẫu thuật
- Người bệnh cấp cứu, hồi sức
- Đánh giá định kỳ trong quá trình điều trị, chăm sóc

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không có chống chỉ định tuyệt đối
- **Lưu ý:** Với người bệnh rối loạn tri giác, không giao tiếp được, đánh giá thông qua **quan sát, hồ sơ, người nhà.**

IV. CHUẨN BỊ

4.1. Người thực hiện

- Điều dưỡng, bác sĩ đã được đào tạo, có thẩm quyền thực hiện đánh giá người bệnh

4.2. Người bệnh

- Được giải thích mục đích của việc đánh giá, nhận định
- Đảm bảo riêng tư, thoải mái khi đánh giá

4.3. Phương tiện – dụng cụ

- Hồ sơ bệnh án hoặc hồ sơ bệnh án điện tử
- Phiếu đánh giá, nhận định người bệnh
- Dụng cụ đo dấu hiệu sinh tồn:
 - ❖ Nhiệt kế
 - ❖ Máy đo huyết áp
 - ❖ Đồng hồ đo mạch, nhịp thở
 - ❖ Máy đo SpO₂ (nếu có)
- Thang đánh giá chuyên biệt (khi cần):
 - ❖ Đánh giá đau
 - ❖ Đánh giá nguy cơ té ngã
 - ❖ Đánh giá nguy cơ loét tỳ đè
 - ❖ Đánh giá dinh dưỡng

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

5.1. Tiếp cận người bệnh

- Giới thiệu bản thân
- Xác định đúng người bệnh
- Giải thích mục đích đánh giá
- Tạo môi trường yên tĩnh, đảm bảo riêng tư

5.2. Thu thập thông tin

5.2.1. Thông tin hành chính

- Họ tên, tuổi, giới
- Lý do vào viện
- Chẩn đoán hiện tại

5.2.2. Khai thác bệnh sử

- Diễn biến bệnh hiện tại
- Tiền sử bệnh lý
- Tiền sử dị ứng
- Thuốc đang sử dụng

5.2.3. Đánh giá dấu hiệu sinh tồn

- Mạch
- Huyết áp
- Nhiệt độ
- Nhịp thở
- SpO₂ (nếu cần)

5.3. Đánh giá toàn diện người bệnh

5.3.1. Đánh giá thể chất

- Tri giác, giao tiếp
- Da, niêm mạc
- Hô hấp
- Tuần hoàn
- Tiêu hóa
- Tiết niệu
- Vận động
- Tình trạng đau

5.3.2. Đánh giá tâm lý – tinh thần

- Lo lắng, sợ hãi
- Hợp tác điều trị
- Tình trạng cảm xúc

5.3.3. Đánh giá xã hội

- Hoàn cảnh gia đình
- Người chăm sóc
- Khả năng tự chăm sóc

5.4. Nhận định vấn đề người bệnh

- Tổng hợp dữ liệu đã thu thập
- Xác định:
 - ❖ Vấn đề ưu tiên
 - ❖ Nguy cơ tiềm ẩn
 - ❖ Nhu cầu chăm sóc của người bệnh

5.5. Thông báo và phối hợp xử trí

- Báo bác sĩ khi phát hiện dấu hiệu bất thường
- Đề xuất biện pháp chăm sóc, theo dõi
- Phối hợp xây dựng kế hoạch chăm sóc

VI. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TÌNH HUỐNG BẤT THƯỜNG

6.1. Tình huống có thể gặp

- Dấu hiệu sinh tồn bất thường
- Thay đổi tri giác đột ngột
- Đau tăng nhanh
- Khó thở, tụt huyết áp

6.2. Xử trí

- Đánh giá lại ngay
- Báo bác sĩ kịp thời
- Theo dõi sát và ghi nhận diễn biến

VII. GHI CHÉP HỒ SƠ

- Thời gian đánh giá
- Nội dung đánh giá, nhận định
- Các vấn đề phát hiện
- Hướng xử trí, theo dõi
- Họ tên, chữ ký người thực hiện

VIII. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ

- Người bệnh được đánh giá đầy đủ, toàn diện
- Nhận định đúng tình trạng và nhu cầu chăm sóc
- Phát hiện sớm các vấn đề bất thường
- Hồ sơ ghi chép đầy đủ, rõ ràng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2020), *Hướng dẫn chăm sóc người bệnh toàn diện*, Nhà xuất bản Y học.
2. **Bộ Y tế** (2020), *Hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn trong cơ sở khám bệnh, chữa bệnh*.
3. **World Health Organization (WHO)** (2016), *WHO Patient Assessment and Safety Guidelines*.
4. **Royal College of Nursing** (2021), *Patient Assessment and Nursing Care Standards*.

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN - HÔ HẤP

Quyết định số 1904/QĐ-BYT năm 2014 về hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu và Chống độc) dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế

I. Nhận biết ngừng tuần hoàn hô hấp

Kiểm tra nhanh trong 10 giây (người lớn):

Mất ý thức đột ngột (không đáp ứng khi gọi to, lay mạnh).

Ngừng thở hoặc thở ngáp cá (agonal breathing).

Mất mạch trung tâm (mạch cảnh ở người lớn; mạch cảnh hoặc bẹn ở trẻ em; mạch cánh tay ở nữ nhi).

Nếu nghi ngờ → Khởi động ngay cấp cứu, không mất thời gian kiểm tra thêm.

II. Quy trình cấp cứu cơ bản (BLS)

Trình tự hiện hành: C-A-B (Circulation - Airway - Breathing), ưu tiên ép tim trước.

Kiểm tra an toàn hiện trường → Gọi hỗ trợ, kích hoạt hệ thống cấp cứu (115 hoặc gọi người xung quanh).

Ép tim ngoài lồng ngực (Circulation - C)

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên mặt phẳng cứng.

Vị trí ép: giữa ngực, điểm nối 1/2 dưới xương ức.

Ép bằng hai tay chồng lên nhau, khuỷu tay thẳng, vai vuông góc.

Độ sâu: 5–6 cm (người lớn).

Tần số: 100–120 lần/phút (nhịp “Stayin' Alive”).

Để lồng ngực nở hoàn toàn giữa các lần ép (không để tay rời ngực).

Tránh gián đoạn ép tim >10 giây.

Khai thông đường thở (Airway - A)

Ngửa đầu – nâng cằm (head tilt – chin lift) nếu không nghi chấn thương cột sống cổ.

Nếu nghi chấn thương: dùng jaw thrust (nâng hàm).

Thở ngắt / hô hấp nhân tạo (Breathing - B)

30 lần ép tim → 2 lần thổi ngắt (tỷ lệ 30:2).

Mỗi lần thổi: bịt mũi, thổi 1 giây, thấy lồng ngực nở lên.

Tránh thổi quá mạnh gây trướng dạ dày.

Sử dụng máy khử rung tự động (AED) nếu có (ngoài cộng đồng ngày càng phổ biến ở Việt Nam).

Tiếp tục chu kỳ 30:2 cho đến khi:

Nạn nhân có dấu hiệu sống (thở, cử động).

Đội cấp cứu chuyên nghiệp đến.

Bạn kiệt sức và không thể tiếp tục.

III. Cấp cứu nâng cao (ACLS) – Thực hiện tại bệnh viện hoặc đội cấp cứu chuyên nghiệp

Đánh giá nhịp tim trên monitor/defibrillator (4 nhóm chính):

Nhịp sốc được (VF/VT không mạch) → Khử rung ngay + CPR.

Nhịp không sốc được (Asystole/PEA) → Tiếp tục CPR + thuốc.

Thuốc chính:

Adrenalin (Epinephrine) 1 mg tĩnh mạch/ống thông tĩnh mạch trung tâm, lặp lại mỗi 3–5 phút.

Amiodarone hoặc Lidocaine nếu nhịp sóc được dai dẳng.

Kiểm soát đường thở nâng cao: Đặt nội khí quản, thở máy.

Xác định và điều trị nguyên nhân có thể đảo ngược (4H + 4T):

Hypovolemia, Hypoxia, Hydrogen ion (toan), Hypo/Hyperkalemia.

Tamponade tim, Tension pneumothorax, Toxin, Thrombosis (phổi hoặc vành).

IV. Chăm sóc sau hồi sinh (Post-cardiac arrest care)

Nếu phục hồi tuần hoàn tự nhiên (ROSC):

Duy trì SpO₂ 94–98%, huyết áp trung bình ≥ 65 mmHg.

Kiểm soát thân nhiệt (targeted temperature management nếu chỉ định).

Điều trị nguyên nhân gốc rễ.

Theo dõi thần kinh, hỗ trợ đa cơ quan.

V. Lưu ý:

Thời gian vàng: Não bắt đầu tổn thương không hồi phục sau 4–6 phút ngừng tuần hoàn → Càng sớm càng tốt.

Hướng dẫn Bộ Y tế Việt Nam hiện vẫn tham chiếu mạnh từ AHA 2020 (và cập nhật 2025 đang được triển khai dần).

Trong đại dịch hoặc trường hợp đặc biệt (COVID-19 trước đây), có điều chỉnh tạm thời về PPE và kỹ thuật.

QUY TRÌNH ÉP TIM NGOÀI LÒNG NGỰC (cho người lớn)

Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014 về quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu và Chống độc theo hướng dẫn của Bộ Y tế

I. Chuẩn bị vị trí:

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên mặt phẳng cứng (sàn nhà, ván cứng, không ép trên giường nệm mềm).

Người thực hiện quỳ bên cạnh nạn nhân (hoặc đứng nếu nạn nhân ở vị trí cao), hai chân hơi dạng để dễ dùng sức toàn thân.

II. Xác định vị trí ép tim:

Giữa lồng ngực, chính xác là nửa dưới xương ức (khoảng 1/2 dưới xương ức, giữa hai núm vú).

Điểm chuẩn: Đo từ giữa xương ức xuống khoảng 1/3 - 1/2 dưới xương ức.

Kỹ thuật đặt tay:

Đặt gốc bàn tay dưới (phần gót bàn tay) lên vị trí ép tim.

Đặt bàn tay kia chồng lên trên, các ngón tay đan xen hoặc thẳng (không chạm vào ngực nạn nhân).

Khuỷu tay thẳng, vai vuông góc với nạn nhân, dùng trọng lượng cơ thể để ép (không chỉ dùng sức tay).

III. Thực hiện ép tim:

Độ sâu ép: 5–6 cm (ít nhất 5 cm, không vượt quá 6 cm ở người lớn).

Tần số ép: 100–120 lần/phút (nhịp tương đương bài hát "Stayin' Alive" của Bee Gees).

Ép vuông góc, thẳng đứng xuống dưới.

Sau mỗi lần ép, thả tay hoàn toàn để lồng ngực nở trở lại đầy đủ (cho phép tim giãn nở và máu về tim).

Tránh gián đoạn ép tim quá 10 giây (kể cả khi thay người hoặc thổi ngạt).

Tỷ lệ ép tim - thổi ngạt (theo BLS cơ bản):

30 lần ép tim → 2 lần thổi ngạt (tỷ lệ 30:2).

Nếu chỉ ép tim (khi không thổi ngạt được, ví dụ sợ lây nhiễm), ép liên tục mà không ngừng.

Tiếp tục chu kỳ cho đến khi: nạn nhân có dấu hiệu sống (thở, cử động), đội cấp cứu chuyên nghiệp đến, hoặc bạn kiệt sức.

IV. Lưu ý quan trọng để ép tim hiệu quả (theo Bộ Y tế và AHA áp dụng tại VN)

Ép mạnh, nhanh, liên tục, chất lượng cao là yếu tố quyết định sống sót.

Tránh ép quá nông (<5 cm) hoặc quá sâu (>6 cm) gây gãy xương sườn.

Không để tay rời ngực giữa các lần ép (giữ tiếp xúc nhẹ).

Nếu có 2 người cấp cứu: thay phiên mỗi 2 phút để tránh mệt mỏi, thay nhanh <5 giây.

Kết hợp AED (máy khử rung tự động) nếu có sẵn: ép tim liên tục đến khi máy sẵn sàng sốc.

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

Quy trình kỹ thuật gây nôn cho người bệnh ngộ độc qua đường tiêu hóa theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam được quy định trong các tài liệu chuyên môn liên quan, chủ yếu dựa trên Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc (ban hành kèm Quyết định số 3610/QĐ-BYT ngày 31/8/2015 của Bộ Y tế) và Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu - Chống độc (Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014).

I. Chỉ định (theo hướng dẫn Bộ Y tế)

Người bệnh tỉnh táo hoàn toàn (Glasgow 14 –15, hợp tác tốt).

Thời gian ngộ độc trong vòng 1–2 giờ (hiệu quả giảm rõ rệt sau 2 giờ, tối đa 4 giờ tùy chất độc).

Chất độc dạng rắn, viên nén, thức ăn, dung dịch (không phải chất ăn mòn hoặc hydrocarbon).

Ngộ độc qua đường uống, lượng chất độc đáng kể còn trong dạ dày.

Chống chỉ định tuyệt đối (KHÔNG được gây nôn)

Người bệnh lơ mơ, hôn mê, co giật (nguy cơ sặc phổi cao).

Ngộ độc chất ăn mòn (axit mạnh, kiềm mạnh, phenol...).

Ngộ độc hydrocarbon (xăng, dầu hỏa, sơn... – dễ gây viêm phổi hóa học).

Ngộ độc chất gây co giật cao (strychnine, theophylline...).

Trẻ em dưới 6 tháng hoặc người không hợp tác.

Đã nôn nhiều tự nhiên hoặc thời gian quá lâu.

Quy trình kỹ thuật gây nôn (theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật chống độc)

II. Đánh giá và chuẩn bị

Xác định nhanh: loại chất độc, thời gian tiếp xúc, tình trạng ý thức (phải tỉnh táo).

Đặt bệnh nhân nằm nghiêng trái, đầu thấp hơn thân (khoảng 15–30 độ) hoặc tư thế phục hồi (recovery position) để tránh sặc.

1. Chuẩn bị: chậu hứng nôn, khăn sạch, găng tay, dụng cụ hút đờm, sẵn sàng hồi sức (oxy, Ambu, ống nội khí quản).

Giải thích cho bệnh nhân (nếu tỉnh) để hợp tác.

2. Thực hiện gây nôn

Cho bệnh nhân uống nhanh 200–300 ml nước sạch hoặc nước muối sinh lý 0,9% (khoảng 1–2 cốc lớn) để làm đầy dạ dày, dễ nôn hơn.

Kỹ thuật kích thích cơ học (phương pháp chính ở Việt Nam):

Người thực hiện đeo găng tay sạch.

Dùng ngón trỏ và ngón giữa (hoặc que đũa sạch) ngoáy mạnh, ấn sâu vào cuống lưỡi hoặc vòm họng sau để kích thích phản xạ nôn.

Thực hiện nhanh, lặp lại 1–2 lần nếu chưa nôn.

Không dùng siro ipecac (hiện không khuyến cáo do chậm tác dụng và nguy cơ cao).

Trong và sau khi nôn

Giữ tư thế nghiêng trái, đầu thấp để chất nôn chảy ra ngoài, tránh trào ngược vào đường thở.

Lau sạch miệng, hút đờm/dịch nếu cần.

Theo dõi sát: hô hấp, mạch, huyết áp, ý thức (nguy cơ suy hô hấp nếu sặc).

Thu gom chất nôn để phân tích (xác định chất độc nếu cần).

Tiếp theo

Sau gây nôn thành công → cho uống than hoạt tính (1 g/kg, tối đa 50–100 g ở người lớn) nếu chất độc hấp thu được bởi than.

Nếu không hiệu quả hoặc chỉ định → chuyển sang rửa dạ dày (ở bệnh viện).

Bù dịch, điện giải (Oresol, truyền dịch).

Chuyển viện ngay đến cơ sở có khoa Chống độc/Hội sức (gọi 115).

III. Lưu ý quan trọng theo hướng dẫn hiện hành

Gây nôn không còn là bước bắt buộc trong mọi trường hợp ngộ độc tiêu hóa (theo xu hướng quốc tế và cập nhật Việt Nam).

Ưu tiên ABC (đường thở – hô hấp – tuần hoàn) trước mọi biện pháp khử độc.

Tuyệt đối không tự ý gây nôn tại nhà nếu không chắc chắn loại chất độc hoặc bệnh nhân không tỉnh táo → nguy cơ tử vong cao do sặc.

Luôn đưa bệnh nhân đến cơ sở y tế sớm nhất để được xử trí chuyên sâu (rửa dạ dày, than hoạt, giải độc đặc hiệu...).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THẢI ĐỘC TRONG NGỘ ĐỘC RƯỢU CẤP

Quy trình kỹ thuật thải độc trong ngộ độc rượu cấp theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam chủ yếu dựa trên Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí ngộ độc" ban hành kèm Quyết định 3610/QĐ-BYT ngày 31/8/2015 của Bộ Y tế.

Ngộ độc rượu cấp thường phân biệt rõ hai loại chính:

Ngộ độc rượu ethanol (rượu thông thường, bia): thải độc chủ yếu hỗ trợ, ít can thiệp tích cực vì ethanol chuyển hóa tự nhiên qua gan.

Ngộ độc rượu methanol (rượu giả, cồn công nghiệp): thải độc quyết liệt, ưu tiên lọc máu vì methanol chuyển hóa thành axit formic độc hại.

Nguyên tắc chung thải độc (theo hướng dẫn Bộ Y tế)

Ưu tiên ABC (đường thở – hô hấp – tuần hoàn) trước mọi biện pháp thải độc.

Thải độc chỉ hiệu quả nếu thực hiện sớm (trong 1-2 giờ đầu).

Không khuyến cáo gây nôn hoặc rửa dạ dày thường quy ở ngộ độc rượu nặng (nguy cơ sặc, hôn mê).

Tăng thải trừ: lợi tiểu, lọc máu (hemodialysis), than hoạt (hạn chế).

I. Ngộ độc rượu ethanol cấp (rượu thường, bia)

Thải độc không phải biện pháp chính, vì ethanol được chuyển hóa tự nhiên (khoảng 15-20 mg/dL/giờ). Tập trung hỗ trợ và tăng thải nhẹ.

Các kỹ thuật thải độc cụ thể:

Hút dịch dạ dày (nếu đến viện sớm <1 giờ, uống lượng lớn, còn tỉnh hoặc có ống nội khí quản bảo vệ đường thở): Đặt sonde dạ dày → hút dịch → rửa nếu cần (nước muối sinh lý). Chỉ định hạn chế vì ethanol hấp thu nhanh.

Tăng thải trừ:

Truyền dịch tĩnh mạch (NaCl 0,9% hoặc Glucose 5-10%) để duy trì lợi niệu (lưu lượng nước tiểu >2-3 ml/kg/giờ).

Thở máy tăng thông khí (hyperventilation) ở trường hợp nặng để tăng thải ethanol qua phổi.

Lọc máu (hemodialysis) chỉ cân nhắc nếu: suy thận nặng, toan chuyển hóa nặng, tiêu cơ vân, rối loạn điện giải nghiêm trọng (hiếm gặp ở ethanol đơn thuần).

Không dùng than hoạt tính (ethanol không hấp thu tốt bởi than).

Điều trị hỗ trợ chính (liên quan thải độc gián tiếp):

Truyền Glucose + Vitamin B1 (100-300 mg tiêm bắp trước Glucose) để ngừa hội chứng Wernicke.

Bù dịch, điện giải, chống nôn nếu cần.

II. Ngộ độc rượu methanol (rượu giả, cồn công nghiệp) – Thái độ quyết định sống còn

Methanol độc do chuyển hóa thành axit formic → toan chuyển hóa nặng, mù mắt, tử vong. Thái độ phải tích cực.

Các kỹ thuật thái độ theo hướng dẫn:

Hút/rửa dạ dày (nếu <1-2 giờ, bệnh nhân tỉnh hoặc đã đặt nội khí quản): Đặt sonde → hút → rửa bằng nước muối sinh lý. Hiệu quả thấp vì methanol hấp thu rất nhanh.

Than hoạt tính (hạn chế): Không hiệu quả cao, chỉ dùng nếu phối hợp chất độc khác.

Tăng thải trừ – biện pháp chính:

Lọc máu (hemodialysis): Quyết định, ưu tiên hàng đầu. Chỉ định:

Nồng độ methanol máu >50 mg/dL hoặc khoảng trống anion gap/osmolar >10.

Nồng độ >20 mg/dL + toan chuyển hóa (pH <7,3; HCO₃ <20).

Triệu chứng nặng (mù, hôn mê, toan nặng). Lọc máu liên tục hoặc ngắt quãng để loại methanol và axit formic.

Bài niệu tích cực: Truyền dịch + lợi tiểu (furosemide nếu cần) để tăng đào thải methanol qua thận (khoảng 3% methanol thải nguyên dạng qua nước tiểu).

Ngăn chuyển hóa (antidote – hỗ trợ thái độ):

Ethanol (ưu tiên nếu không có fomepizole): truyền hoặc uống để cạnh tranh enzyme ADH, giữ methanol dạng tự do để thải qua thận/lọc máu. Mục tiêu: nồng độ ethanol máu 100-150 mg/dL. Có thể dùng bia (trong một số trường hợp cấp cứu ở Việt Nam).

Fomepizole (nếu có): ức chế ADH mạnh hơn, ít dùng ở Việt Nam.

Theo dõi sau thái độ:

Định lượng methanol/ethanol máu lặp lại (ít nhất 2 lần/ngày).

Khí máu, anion gap, chức năng thận, mắt (soi đáy mắt).

Theo dõi biến chứng: mù vĩnh viễn, suy đa tạng.

III. Lưu ý quan trọng

Phân biệt ethanol và methanol sớm (hỏi bệnh sử rượu giả, triệu chứng mù/mờ mắt, toan chuyển hóa nặng).

Tuyệt đối không tự xử lý tại nhà (gây nôn, cho uống thêm rượu... có thể nguy hiểm).

Đưa ngay đến cơ sở y tế có khả năng lọc máu và chống độc (BV Bạch Mai, Chợ Rẫy, BVĐK tỉnh lớn...).

Gọi 115 ngay nếu nghi ngờ ngộ độc methanol.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT NGHIỆM PHÁP HEIMLICH

Nghiệm pháp Heimlich là biện pháp cấp cứu khẩn cấp nhằm loại bỏ dị vật gây tắc nghẽn đường thở hoàn toàn (thường là thức ăn, đồ chơi nhỏ). Thủ thuật này được quy định trong các hướng dẫn hồi sức cấp cứu cơ bản, xử trí tắc nghẽn đường thở do dị vật (theo Quyết định 1904/QĐ – BHYT về quy trình kỹ thuật hồi sức – cấp cứu – chống độc và các tài liệu của Bộ Y tế)

I. Chỉ định

Tắc nghẽn đường thở hoàn toàn (nạn nhân không thể ho, nói, khóc được, da tím tái, tay ôm cổ).

Nạn nhân tỉnh táo (còn ý thức).

Dị vật ở đường thở trên (thanh quản, khí quản).

Chống chỉ định

Trẻ dưới 1 tuổi (dùng vỗ lưng + ấn ngực thay thế).

Nạn nhân bất tỉnh (chuyển sang hồi sức tim phổi – CPR, ấn ngực).

Tắc nghẽn một phần (nạn nhân còn ho mạnh → khuyến khích ho, không làm Heimlich).

Phụ nữ mang thai muộn hoặc người béo bụng nặng (chuyển sang ép ngực thay vì bụng).

II. Quy trình kỹ thuật theo chuẩn Bộ Y tế (cho người lớn và trẻ em trên 1 tuổi)

Bước	Nội dung chi tiết	Lưu ý
1. Đánh giá nhanh	- Hỏi: "Bạn có bị nghẹn không?" - Nếu người bệnh gật đầu, không nói được, tím tái → xác định tắc nghẽn hoàn toàn.	Phải hành động trong vài phút đầu để tránh ngưng tim, ngưng thở.

Bước	Nội dung chi tiết	Lưu ý
	- Gọi ngay cấp cứu hoặc nhờ người xung quanh gọi người hỗ trợ.	
2. Tư thế người bệnh	- Người bệnh đứng hoặc ngồi (nếu còn tỉnh). - Người thực hiện đứng sau lưng, sát người bệnh.	Nếu người bệnh quá cao → quỳ gối hoặc để nạn nhân ngồi.
3. Đặt tay	- Vòng hai tay quanh eo người bệnh. - Nắm chặt một bàn tay thành nắm đấm, đặt phần ngón cái vào vùng thượng vị (ngay trên rốn, dưới mũi xương ức). - Tay kia ôm chặt nắm đấm.	Không đặt tay quá thấp (tránh tổn thương gan, lách) hoặc quá cao (không hiệu quả).
4. Thực hiện đẩy bụng	- Đẩy mạnh, dứt khoát vào trong và hướng lên trên (như cố nhắc bổng nạn nhân). - Thực hiện 5 lần liên tục. - Sau mỗi lần kiểm tra miệng, nếu thấy dị vật → lấy ra (không móc sâu).	Lực phải mạnh nhưng kiểm soát, đồng bộ với lúc nạn nhân thở ra. Lập lại chu kỳ 5 vỗ lưng, 5 đẩy bụng nếu cần.
5. Nếu người bệnh bất tỉnh	- Đặt nằm ngửa trên nền cứng. - Người thực hiện quỳ gối, hai đầu gối hai bên hông người bệnh. - Đặt nắm đấm như trên, ấn mạnh 5 lần . - Nếu không hiệu quả → chuyển sang CRP (ấn ngực + hô hấp nhân tạo).	Không ngừng sơ cứu.
6. Kết thúc	- Khi dị vật bật ra, người bệnh ho, nói, thở được → dừng ngay. - Đưa đến bệnh viện kiểm tra (ngay cả khi	Theo dõi 24 - 48 giờ: khó thở, ho ra máu, sốt → nghi viêm phổi do hít sặc.

Bước	Nội dung chi tiết	Lưu ý
	đã thở lại, có thể còn dị vật nhỏ).	

II. Lưu ý quan trọng

Không móc tay vào miệng (để đẩy dị vật sâu hơn hoặc gây nôn sặc).

Nếu chỉ có một mình bị nghẹn: Tự ấn bụng vào cạnh bàn, ghé hoặc nắm đấm tự đẩy.



QUY TRÌNH CHO ĂN QUA ỚNG THÔNG MỘT LẦN

Quy trình này dựa trên Hướng dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Điều Dưỡng (Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014 của Bộ Y tế)

I. Chỉ định

- Bệnh nhân không thể ăn uống đường miệng (hôn mê, liệt hầu họng, sau phẫu thuật hàm mặt, ung thư thực quản, suy dinh dưỡng nặng, cần dinh dưỡng đường ruột).
- Đã đặt ống thông dạ dày (thường là ống thông dạ dày qua mũi hoặc qua miệng – nasogastric tube/NG tube hoặc orogastric tube).

II. Chống chỉ định và lưu ý

- Không đặt hoặc cho ăn qua ống nếu nghi ngờ tắc ruột, xuất huyết tiêu hóa, giãn dạ dày cấp.
- Kiểm tra vị trí ống trước khi cho ăn (xác định đúng trong dạ dày).
- Không dùng cho trẻ sơ sinh hoặc trẻ nhỏ nếu chưa được đào tạo chuyên sâu.

III. Chuẩn bị dụng cụ

- Ống thông dạ dày (đã đặt sẵn, kích cỡ phù hợp).
- Bơm tiêm 50-60 ml (hoặc bơm tiêm điện nếu có).
- Dịch dinh dưỡng (sữa công thức, sữa mẹ, dịch dinh dưỡng y tế – Ensure, Nutren, Peptamen...).
- Nước sạch hoặc nước muối sinh lý 0,9% (để rửa ống).
- Khay, khăn sạch, găng tay vô trùng, kẹp ống, ống nghe, xi-lanh nhỏ.
- Cốc đo lường, nhiệt kế (kiểm tra nhiệt độ dịch).
- Khay hứng, túi rác.

IV. Quy trình

1. Đánh giá người bệnh trước khi cho ăn:
 - Kiểm tra hồ sơ: chỉ định, loại dịch, liều lượng, thời gian.
 - Đo dấu hiệu sinh tồn (nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở).
 - Đánh giá tình trạng bụng: chướng bụng, đau, âm ruột, dịch nôn.
 - Kiểm tra vị trí ống thông:
 - Hút dịch dạ dày (nếu có dịch xanh/vàng → đúng vị trí).
 - Bơm khí 10-20 ml vào ống → nghe âm ruột (hoặc kiểm tra pH dịch <5,5).

- Không cho ăn nếu nghi ngờ ống lệch (vào phổi, thực quản).
- Giải thích thủ thuật (nếu bệnh nhân tỉnh).
- 2. Chuẩn bị bệnh nhân
- Tư thế: nằm ngửa đầu cao 45 - 60 độ (hoặc ngồi nếu có thể) để tránh trào ngược.
- Đặt khăn bảo vệ vùng ngực.
- 3. Chuẩn bị dịch dinh dưỡng
- Lắc đều dịch dinh dưỡng.
- Đun ấm đến 37 – 40 độ C (không quá nóng, tránh bỏng).
- Đổ vào cốc đo lường đúng liều lượng (thường 200-300 ml/lần, tùy chỉ định).
- 4. Thực hiện cho ăn
- Rửa tay, đeo găng.
- Kẹp ống thông (tránh rò rỉ).
- Hút hết dịch tồn dư trong dạ dày (nếu >50 ml → tạm dừng, báo bác sĩ).
- Bơm chậm dịch dinh dưỡng bằng bơm tiêm 50 ml:
 - Bơm 50 – 100ml, nghỉ 1-2 phút giữa các lần.
 - Tổng thời gian bơm 15 - 30 phút (tốc độ khoảng 10-20 ml/phút).
- Trong khi bơm: theo dõi bệnh nhân (khó thở, đau bụng, nôn → dừng ngay).
- Sau khi bơm hết: bơm thêm 30 – 50 ml nước muối sinh lý 0,9 % hoặc nước sạch để rửa ống.
- 5. Sau khi cho ăn
- Kẹp ống 30-60 phút (nếu không cần hút liên tục).
- Giữ bệnh nhân nằm hoặc ngồi đầu cao 30 – 60 phút để tránh trào ngược.
- Theo dõi: dấu hiệu sinh tồn, bụng, nôn ói, phân.
- Rửa ống bằng nước muối sinh lý nếu không dùng tiếp.
- Ghi chép: lượng dịch cho, thời gian, phản ứng bệnh nhân.

IV. Lưu ý

- Luôn xác nhận vị trí đúng trước mỗi lần cho ăn (dấu hiệu: pH dịch <5,5; âm ruột khi bơm khí; hút dịch dạ dày).

- Không cho ăn nếu dịch dạ dày tồn dư >50 lượng lần trước - (nguy cơ trào ngược).
- Dịch dinh dưỡng phải vô trùng, không để quá 4 giờ ngoài tủ lạnh.
- Theo dõi biến chứng: tắc ống, trào ngược, viêm phổi hít, rối loạn điện giải.
- Nếu bệnh nhân nôn hoặc đau bụng → dừng ngay, báo bác sĩ.

QUY TRÌNH RÚT ỚNG NỘI KHÍ QUẢN

Quy trình rút ống nội khí quản (extubation) tại Việt Nam thường dựa trên các hướng dẫn chuyên ngành hồi sức cấp cứu, được ban hành hoặc tham chiếu từ Bộ Y tế (ví dụ Quyết định số 1904/QĐ-BYT năm 2014 về hướng dẫn quy trình kỹ thuật hồi sức cấp cứu, và các tài liệu tương tự ở các bệnh viện công lập). Đây là kỹ thuật cần thực hiện bởi bác sĩ (thường phối hợp với điều dưỡng), trong điều kiện sẵn sàng cấp cứu (thiết bị đặt lại nội khí quản, thuốc, máy thở dự phòng).

I. Chỉ định rút ống nội khí quản

Bệnh nhân cần đạt các tiêu chuẩn cai máy thở thành công và bảo vệ đường thở tốt:

- Hết chỉ định thở máy (nguyên nhân suy hô hấp đã được giải quyết).
- Tri giác tỉnh (Glasgow \geq 13-14, có thể tuân lệnh).
- Thông số hô hấp ổn định: tần số thở $<$ 30-35 lần/phút, SpO₂ \geq 92-94% với FiO₂ \leq 0.4, PEEP thấp.
- Khả năng ho hiệu quả, bảo vệ đường thở (không có nguy cơ hít sặc cao).
- Không có phù nề thanh môn nặng, không co thắt thanh quản.
- Đã hút sạch đờm dãi.

II. Chuẩn bị trước khi rút

- **Giải thích** cho bệnh nhân (nếu tỉnh) và người nhà.
- **Dụng cụ cần thiết:**
 - Máy hút đờm, ống hút đờm (kích cỡ phù hợp).
 - Bơm tiêm xả bóng chèn (cuff).
 - Thiết bị oxy (mask, cannula, hoặc máy thở nếu cần).
 - Bộ đặt nội khí quản dự phòng (laryngoscope, ống nội khí quản mới, thuốc gây mê/giãn cơ nếu cần).
 - Monitor theo dõi sinh tồn (mạch, huyết áp, SpO₂, EtCO₂).
 - Thuốc cấp cứu (adrenalin, atropin, thuốc giãn phế quản, corticoid nếu có nguy cơ phù thanh môn).
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu cao 30-45°.
- Hút sạch đờm ở miệng, họng và qua ống nội khí quản trước đó.
- Ngừng hoặc giảm an thần, giãn cơ (nếu đang dùng).

III. Quy trình thực hiện rút ống nội khí quản (các bước chính theo hướng dẫn chuẩn tại các bệnh viện Việt Nam)

1. **Kiểm tra lại** toàn bộ điều kiện cai máy thở và thông số sinh tồn ổn định.
2. **Tăng oxy** trước rút (pre-oxygenation): thở 100% oxy qua mask hoặc máy thở 3-5 phút để dự trữ oxy.
3. **Hút đờm** lần cuối qua ống nội khí quản (suction) để làm sạch đường thở.
4. **Tháo cố định** ống nội khí quản (dây buộc, băng dính).
5. **Xả hơi bóng chèn** (deflate cuff): dùng bơm tiêm rút hết hơi trong cuff (thường 5-10 ml).
6. **Luồn ống hút đờm** vào sâu qua ống nội khí quản (đầu ống hút vượt qua đầu ống NKQ).
7. **Yêu cầu bệnh nhân hít sâu** (nếu tỉnh táo) hoặc chuẩn bị thời điểm phù hợp.
8. **Rút đồng thời:**
 - Bật máy hút (áp lực hút khoảng -80 đến -120 mmHg).
 - Từ từ rút ống nội khí quản ra cùng với ống hút đờm (kỹ thuật rút kèm hút để loại bỏ đờm và giảm nguy cơ hít sặc).
 - Rút nhanh, liên tục trong lúc bệnh nhân hít vào hoặc thở ra nhẹ.
9. **Ngay lập tức** cung cấp oxy qua mask/face mask (thường 5-10 L/phút) hoặc high-flow nasal cannula.
10. **Khuyến khích** bệnh nhân ho, thở sâu để thông thoáng đường thở.
11. **Theo dõi sát** ít nhất 30-60 phút đầu: SpO₂, nhịp thở, dấu hiệu khó thở, stridor (tiếng thở rít), co kéo cơ hô hấp.
12. **Sau rút 6 giờ:** đánh giá lại để quyết định cho ăn uống (thường bắt đầu bằng nước nếu ổn định).
13. **Ghi chép** đầy đủ: thời gian rút, tình trạng bệnh nhân, biến chứng (nếu có).

IV. Biến chứng có thể xảy ra và xử trí

- **Khó thở cấp, stridor** (phù thanh môn): corticoid (dexamethasone), adrenalin khí dung, có thể đặt lại nội khí quản.
- **Hít sặc:** hút đờm, kháng sinh nếu viêm phổi.
- **Co thắt phế quản:** khí dung salbutamol.
- **Thất bại rút** (cần đặt lại NKQ trong 48 giờ): khoảng 10-20% trường hợp, cần đánh giá lại nguyên nhân.

QUY TRÌNH ĐÁNH GIÁ MẠCH

Quy trình đánh giá (đo và theo dõi) mạch theo chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam thường được thực hiện trong phần lấy dấu hiệu sinh tồn (vital signs), áp dụng cho điều dưỡng và nhân viên y tế tại các cơ sở khám chữa bệnh. Quy trình này dựa trên các hướng dẫn kỹ thuật điều dưỡng, tài liệu từ các bệnh viện lớn (như Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Bệnh viện Quận 11...) và tham chiếu các quyết định cũ của Bộ Y tế về quy trình kỹ thuật (ví dụ Quyết định 3192/QĐ-BYT về đo huyết áp, hướng dẫn dấu hiệu sinh tồn).

I. Mục đích

- Đánh giá chức năng hệ tuần hoàn, phát hiện sớm rối loạn nhịp tim, sốc, mất máu...
- Theo dõi diễn tiến bệnh, hiệu quả điều trị (đặc biệt ở bệnh nhân nội trú, cấp cứu, tim mạch).

II. Các vị trí bắt mạch thường dùng

- **Mạch quay** (radial): phổ biến nhất, ở cổ tay (động mạch quay).
- Mạch cảnh (carotid): ở cổ.
- Mạch đùi (femoral): ở bẹn.
- Mạch chày sau (posterior tibial): ở mắt cá chân.
- Mạch mu bàn chân (dorsalis pedis): mu bàn chân.
- Mạch cánh tay (brachial): ở khuỷu (thường dùng ở trẻ em hoặc khi đo huyết áp).

III. Chuẩn bị

- Dụng cụ: Đồng hồ có kim giây (hoặc đồng hồ bấm giây), bút màu đỏ (ghi phiếu theo dõi), phiếu theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Người thực hiện: Rửa tay sạch, đeo khẩu trang nếu cần.
- Bệnh nhân: Nghỉ ngơi ít nhất 5-15 phút trước khi đo (tránh vận động, hút thuốc, cà phê 30 phút trước). Tư thế ngồi hoặc nằm thoải mái, tay thả lỏng.

IV. Quy trình thực hiện đo mạch (theo kỹ thuật chuẩn tại các bệnh viện Việt Nam)

1. **Giải thích** cho bệnh nhân về thủ thuật để bệnh nhân thư giãn.
2. **Đặt tư thế:** Bệnh nhân ngồi hoặc nằm, cánh tay (hoặc vị trí bắt mạch) ở vị trí thoải mái, ngang mức tim nếu có thể.

3. **Xác định vị trí mạch:** Dùng ngón trỏ và ngón giữa (không dùng ngón cái vì có mạch riêng) ấn nhẹ vào vị trí động mạch (thường mạch quay ở mặt trong cổ tay, cách mỏm trâm trụ 1-2 cm).

4. **Đếm mạch:**

- Đếm số nhịp trong 60 giây (đầy đủ, chính xác nhất).
- Hoặc đếm trong 30 giây rồi nhân đôi (nếu mạch đều).
- Đếm trong 15 giây rồi nhân 4 (chỉ dùng khi mạch rất đều và khẩn cấp).

5. **Đánh giá chất lượng mạch** (không chỉ tần số):

- **Nhịp:** đều hay không đều (nhịp ngắt quãng, ngoại tâm thu...).
- **Cường độ:** đầy đặn, yếu, filiforme (mảnh, khó bắt), căng hay mềm.
- **Dạng mạch:** bình thường, mạch nghịch (paradoxical), mạch hai đỉnh (bisferiens)...
- **Đối xứng** hai bên: so sánh hai bên cơ thể (nếu nghi hẹp động mạch).

6. **Ghi chép:**

- Ghi ngay vào phiếu theo dõi (màu đỏ cho mạch).
- Ví dụ: Mạch 78 lần/phút, đều, đầy đặn.
- Theo Bộ Y tế, ở bệnh viện: đo và ghi ít nhất 2 lần/ngày (sáng và chiều), hoặc thường xuyên hơn nếu bệnh nặng.

1. Giá trị bình thường (người lớn)

- Tần số mạch: 60-100 lần/phút (nghỉ ngơi).
- Trẻ em: cao hơn (ví dụ trẻ sơ sinh 120-160, trẻ 1-10 tuổi 70-120).
- Người cao tuổi: có thể chậm hơn một chút.

V. Lưu ý quan trọng

- Không đo mạch ngay sau vận động mạnh, ăn no, hoặc dùng thuốc ảnh hưởng tim mạch (cần nghỉ 15-30 phút).
- Nếu mạch không đều: đếm đầy đủ 1 phút, ghi nhận loại rối loạn nhịp.
- Kết hợp đo huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ (dấu hiệu sinh tồn đầy đủ).
- Nếu mạch bất thường (quá nhanh >100, quá chậm <60, không đều, yếu...): báo bác sĩ ngay, theo dõi thêm (có thể đo ECG nếu cần).
- Ở trẻ em hoặc bệnh nhân đặc biệt: có thể đo mạch trung tâm (cổ) nếu mạch ngoại vi khó bắt.

QUY TRÌNH ĐÁNH GIÁ NHỊP THỞ

Quy trình đánh giá (đo và theo dõi) nhịp thở theo chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam được thực hiện trong phần lấy dấu hiệu sinh tồn (vital signs), áp dụng cho điều dưỡng và nhân viên y tế tại các cơ sở y tế. Tham chiếu các tài liệu Bộ Y tế về quy trình kỹ thuật (như Quyết định ban hành hướng dẫn kỹ thuật điều dưỡng cơ bản và các tài liệu dấu hiệu sinh tồn).

I. Mục đích

- Đánh giá chức năng hô hấp, phát hiện sớm suy hô hấp, rối loạn hô hấp (tăng/giảm nhịp thở, thở nông, khó thở...).
- Theo dõi diễn tiến bệnh, hiệu quả điều trị (đặc biệt bệnh nhân nội trú, cấp cứu, hô hấp, tim mạch).

II. Chuẩn bị

- Dụng cụ: Đồng hồ có kim giây, phiếu theo dõi dấu hiệu sinh tồn, bút (màu xanh hoặc theo quy định bệnh viện).
- Người thực hiện: Rửa tay sạch, đeo khẩu trang nếu cần.
- Bệnh nhân: Nghỉ ngơi ít nhất 15-20 phút trước khi đo (tránh vận động, hút thuốc, cà phê, thuốc kích thích hô hấp). Tư thế nằm ngửa hoặc ngồi thoải mái, thư giãn.

III. Quy trình thực hiện đo nhịp thở (theo kỹ thuật chuẩn tại các bệnh viện Việt Nam)

1. **Giải thích** ngắn gọn cho bệnh nhân (nếu tỉnh táo) để bệnh nhân thư giãn, không căng thẳng.
2. **Đặt tư thế:** Bệnh nhân nằm ngửa hoặc ngồi thoải mái. Đặt tay bệnh nhân lên bụng (hoặc đặt tay điều dưỡng giống như khi bắt mạch, đặt nhẹ lên bụng hoặc ngực để cảm nhận di động).
3. **Quan sát kín đáo:** Không để bệnh nhân biết đang đếm nhịp thở (vì nếu biết, bệnh nhân có thể thay đổi nhịp thở do ý thức). Giả vờ đang bắt mạch hoặc kiểm tra khác.
4. **Đếm nhịp thở:**
 - Quan sát một chu kỳ đầy đủ (hít vào + thở ra = 1 nhịp thở). Chú ý sự di động của lồng ngực/bụng.
 - Đếm trong 60 giây (đầy đủ 1 phút) để chính xác nhất, đặc biệt nếu nhịp không đều.
 - Nếu nhịp đều và khẩn cấp: có thể đếm 30 giây rồi nhân đôi, nhưng ưu tiên 1 phút.

5. **Đánh giá chất lượng nhịp thở** (không chỉ tần số):
 - **Tần số:** Số lần/phút.
 - **Nhịp điệu:** Đều hay không đều (thở ngắt quãng, Kussmaul, Cheyne-Stokes...).
 - **Biên độ (cường độ):** Thở sâu hay nông, gắng sức.
 - **Kiểu thở:** Bình thường (thở ngực/bụng), thở nghịch (ngược), thở rít, co kéo cơ hô hấp, sử dụng cơ phụ...
 - **Màu da, niêm mạc:** Xanh tím, tái nhợt (nếu có).
 - **Tiếng thở:** Có ran, khò khè, thở rít (stridor) không.
 6. **Ghi chép:**
 - Ghi ngay vào phiếu theo dõi (thường màu xanh cho nhịp thở).
 - Ví dụ: Nhịp thở 18 lần/phút, đều, biên độ trung bình, không co kéo.
 - Theo Bộ Y tế và bệnh viện: đo và ghi ít nhất 2 lần/ngày (sáng và chiều), hoặc thường xuyên hơn (15 phút, 30 phút, 1 giờ...) nếu bệnh nặng hoặc theo y lệnh.
1. **Giá trị bình thường (người lớn nghỉ ngơi)**
 - Tần số nhịp thở: **16-20 lần/phút** (thở êm dịu, đều đặn, chủ yếu qua mũi).
 - Trẻ em (thay đổi theo tuổi):
 - Sơ sinh: 40-60 lần/phút.
 - <6 tháng: 35-40 lần/phút.
 - 7-12 tháng: 30-35 lần/phút.
 - 2-3 tuổi: 25-30 lần/phút.
 - 4-6 tuổi: 20-25 lần/phút.
 - 7-15 tuổi: 18-20 lần/phút.

IV. Lưu ý quan trọng

- Không đo ngay sau vận động, ăn no, hoặc dùng thuốc ảnh hưởng hô hấp (cần nghỉ 15-30 phút).
- Nếu nhịp thở bất thường (>24-30 hoặc <12 ở người lớn, không đều, thở nông/gắng sức...): báo bác sĩ ngay, theo dõi thêm (SpO₂, EtCO₂ nếu có, khám hô hấp chi tiết).
- Kết hợp đo các dấu hiệu sinh tồn khác (mạch, huyết áp, nhiệt độ, SpO₂ nếu có máy theo dõi).
- Ở trẻ em: Tốt nhất đếm khi trẻ ngủ hoặc nằm yên, không khóc.

- Nếu bệnh nhân dùng máy thở: Theo dõi tần số thở máy và tự thở (nếu có).

QUY TRÌNH ĐÁNH GIÁ HUYẾT ÁP

Quy trình đánh giá (đo và theo dõi) huyết áp theo chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam được quy định chủ yếu trong Phụ lục 2 – Quy trình đo huyết áp đúng ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế (Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp), và được áp dụng thống nhất trong các hướng dẫn kỹ thuật điều dưỡng, chương trình phòng chống tăng huyết áp quốc gia. Quy trình này áp dụng cho cả đo tại cơ sở y tế (bởi điều dưỡng/bác sĩ) và đo tại nhà.

I. Mục đích

- Đánh giá chức năng tim mạch, phát hiện sớm tăng huyết áp, hạ huyết áp, sốc...
- Theo dõi diễn tiến bệnh, hiệu quả điều trị (bệnh nhân tăng huyết áp, tim mạch, nội trú...).

II. Chuẩn bị

- **Dụng cụ:**
 - Huyết áp kế (thủy ngân, đồng hồ, hoặc điện tử tự động đạt chuẩn, đã kiểm định).
 - Ống nghe tim phổi (nếu đo thủ công).
 - Băng quấn (cuff) phù hợp kích cỡ cánh tay (không quá nhỏ hoặc quá lớn).
 - Phiếu theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Người thực hiện: Rửa tay sạch.
- Bệnh nhân:
 - Nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5-10 phút (tốt nhất 15 phút nếu có thể).
 - Tránh chất kích thích (cà phê, thuốc lá, rượu bia) ít nhất 2 giờ trước.
 - Không vận động mạnh, không ăn no ngay trước đo.
 - Tư thế: Ngồi ghế tựa lưng, chân chạm sàn, không bắt chéo chân; cánh tay duỗi thẳng trên bàn, nếp khuỷu ngang mức tim (có thể đo nằm hoặc đứng nếu chỉ định).

III. Quy trình thực hiện đo huyết áp (theo hướng dẫn Bộ Y tế)

1. **Giải thích** ngắn gọn cho bệnh nhân để thư giãn, không nói chuyện trong lúc đo.

2. **Chọn vị trí đo:** Thường ở động mạch cánh tay (bắp tay). Lần đầu tiên đo cả hai cánh tay để xác định tay nào cao hơn (dùng tay cao hơn để theo dõi sau).
3. **Quấn băng quấn:**
 - Quấn chặt vừa phải (có thể luồn 1-2 ngón tay vào dưới băng).
 - Bờ dưới băng quấn cách nếp lằn khuỷu khoảng 2 cm.
 - Mũi tên (nếu có) hoặc ống dẫn khí nằm giữa nếp gấp khuỷu.
 - Đặt mốc 0 của máy (hoặc ống nghe) ngang mức tim.
4. **Đo huyết áp:**
 - **Nếu dùng máy thủ công (thủy ngân/đồng hồ + ống nghe):**
 - Xác định vị trí động mạch cánh tay (bắt mạch quay).
 - Đặt ống nghe lên động mạch (không ấn quá mạnh).
 - Bơm hơi nhanh đến khi mất mạch + thêm 30 mmHg.
 - Xả hơi chậm 2-3 mmHg/giây (hoặc 2-3 mmHg/nhịp đập).
 - Huyết áp tâm thu: lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên (pha I Korotkoff).
 - Huyết áp tâm trương: lúc mất hẳn tiếng đập (pha V Korotkoff).
 - **Nếu dùng máy điện tử tự động:** Bấm nút khởi động, máy tự bơm/xả và hiển thị kết quả (theo hướng dẫn sử dụng máy).
5. **Đo lặp lại:**
 - Đo ít nhất 2 lần, cách nhau 1-2 phút.
 - Nếu chênh lệch >10 mmHg giữa 2 lần → đo thêm lần nữa.
 - Tính trung bình của các lần đo.
6. **Ghi chép:**
 - Ghi ngay vào phiếu (ví dụ: HA 120/80 mmHg, tay phải, đo 2 lần, trung bình).
 - Theo quy định: Đo và ghi ít nhất 2 lần/ngày (sáng và chiều), hoặc thường xuyên hơn nếu bệnh nặng/y lệnh.

IV. Giá trị bình thường (người lớn nghỉ ngơi)

- Huyết áp bình thường: < 120/80 mmHg.
- Tăng huyết áp: $\geq 140/90$ mmHg (theo đo tại cơ sở y tế).
- Đo tại nhà: Trung bình $\geq 135/85$ mmHg có thể chẩn đoán tăng huyết áp.

- Người cao tuổi, đái tháo đường: Có thể đo thêm tư thế đứng để phát hiện hạ huyết áp tư thế.

V. Lưu ý quan trọng

- Không đo ngay sau ăn, vận động, căng thẳng.
- Tránh nói chuyện, cử động trong lúc đo.
- Với máy điện tử: Đảm bảo pin đầy, cuff đúng kích cỡ, quấn tay trần (không qua áo).
- Nếu huyết áp bất thường (quá cao $>180/100$, quá thấp, chênh lệch hai tay >20 mmHg...): Báo bác sĩ ngay.
- Kết hợp đo các dấu hiệu sinh tồn khác (mạch, nhịp thở, nhiệt độ, SpO₂ nếu có).
- Ở người cao tuổi hoặc nghi hạ huyết áp tư thế: Đo thêm khi đứng sau 1-3 phút.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH ĂN QUA ĐƯỜNG MIỆNG

Quy trình kỹ thuật cho người bệnh ăn qua đường miệng (hay còn gọi là hỗ trợ/cho ăn đường miệng) theo chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam được thực hiện bởi điều dưỡng trong chăm sóc dinh dưỡng và vệ sinh cơ bản. Quy trình này dựa trên Thông tư 07/2011/TT-BYT (Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện), các tài liệu kỹ thuật điều dưỡng cơ bản (như "Hướng dẫn thực hành 55 kỹ thuật điều dưỡng" của Bộ Y tế).

I. Mục đích

- Đảm bảo cung cấp đủ dinh dưỡng, nước theo chỉ định.
- Phòng ngừa sặc, hít sặc, suy dinh dưỡng, loét miệng.
- Hỗ trợ phục hồi chức năng nhai nuốt.

II. Chỉ định

- Người bệnh tỉnh táo, có phản xạ nuốt cơ bản (không rối loạn nuốt nặng).
- Có chỉ định ăn uống đường miệng (bác sĩ kê chế độ ăn: thông thường, mềm, lỏng, xay nhuyễn...).
- Không có chống chỉ định (ví dụ: hôn mê sâu, liệt hầu họng nặng, nguy cơ sặc cao → chuyển sang nuôi ăn qua sonde).

III. Chuẩn bị

- **Người thực hiện:** Điều dưỡng rửa tay sạch, đeo khẩu trang, găng tay sạch nếu cần.
- **Dụng cụ:**
 - Khay thức ăn theo chỉ định (cháo, súp, sữa, cơm mềm, rau củ xay...).
 - Khăn lau miệng, khăn trải ngực.
 - Ống hút, thìa, cốc (nếu cần hỗ trợ).
 - Nước ấm hoặc nước lọc để uống xen kẽ.
 - Phiếu theo dõi dinh dưỡng (ghi lượng ăn, dung nạp).
- **Người bệnh:**
 - Tư thế ngồi thẳng hoặc đầu cao 60-90° (ngồi ghé hoặc đầu giường nâng cao).
 - Vệ sinh răng miệng trước khi ăn (nếu cần).
 - Giải thích cho bệnh nhân và người nhà về chế độ ăn.

IV. Quy trình thực hiện (các bước chính)

1. **Nhận định và chuẩn bị:**
 - Kiểm tra chỉ định chế độ ăn của bác sĩ (lượng calo, loại thức ăn, số bữa).
 - Đánh giá tình trạng: tỉnh táo, phản xạ nuốt, khả năng tự ăn, nguy cơ sặc (ho, ho sặc khi thử uống nước).
 - Đo dấu hiệu sinh tồn nếu cần (đặc biệt nếu nghi ngờ mệt mỏi).
2. **Đặt tư thế:**
 - Bệnh nhân ngồi thẳng, đầu hơi cúi về trước (tư thế ăn an toàn).
 - Trải khăn trước ngực, lau miệng sạch.
3. **Cho ăn:**
 - Bắt đầu bằng thức ăn lỏng hoặc mềm (nếu mới bắt đầu).
 - Dùng thìa đưa thức ăn vào giữa lưỡi (khoảng 1/2-1 thìa mỗi lần).
 - Khuyến khích bệnh nhân tự ăn nếu có thể; hỗ trợ nếu yếu tay.
 - Cho uống nước xen kẽ (uống chậm, từng ngụm nhỏ).
 - Quan sát: bệnh nhân nhai, nuốt, có ho/sặc không; màu da, nhịp thở.
 - Ăn chậm, nhiều bữa nhỏ (5-6 bữa/ngày nếu cần).
4. **Sau khi ăn:**
 - Lau miệng sạch, vệ sinh răng miệng.
 - Giữ bệnh nhân ngồi thẳng 30-60 phút để tránh trào ngược.
 - Theo dõi dấu hiệu bất thường: buồn nôn, nôn, đau bụng, sặc...
5. **Ghi chép:**
 - Ghi vào phiếu chăm sóc: lượng ăn (%), loại thức ăn, dung nạp (tốt/kém), phản ứng.
 - Báo bác sĩ nếu bệnh nhân ăn <60% khẩu phần, nôn nhiều, sặc...

V. Lưu ý quan trọng

- Luôn theo dõi nguy cơ sặc/hít sặc (dấu hiệu: ho khi nuốt, giọng khàn, sốt, khó thở → ngừng ăn, báo bác sĩ ngay).
- Với bệnh nhân rối loạn nuốt nhẹ: dùng thức ăn đặc hơn (thicken), tư thế đầu cúi, ăn chậm.
- Không ép ăn nếu bệnh nhân mệt, buồn nôn.
- Theo dõi cân nặng, albumin máu định kỳ để đánh giá dinh dưỡng.
- Ở người cao tuổi hoặc sau đột quy: có thể cần kỹ thuật hỗ trợ nuốt (swallowing therapy) nếu rối loạn.

- Nếu bệnh nhân không dung nạp đường miệng (ăn <50-60% nhu cầu >3-5 ngày): chuyển sang nuôi ăn qua sonde hoặc tĩnh mạch theo chỉ định.

QUY TRÌNH CHO ĂN QUA ỐNG THÔNG DẠ DÀY BẰNG BƠM TAY

Kỹ thuật cho ăn qua ống thông dạ dày bằng bơm tay (hay còn gọi là nuôi ăn ngắt quãng - bolus feeding qua bơm tiêm tay) theo chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam được thực hiện bởi điều dưỡng trong chăm sóc dinh dưỡng đường tiêu hóa. Quy trình này dựa trên Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014 (Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức cấp cứu và chống độc), các hướng dẫn kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, và quy trình thống nhất tại các bệnh viện lớn (Quân y 7A, Nguyễn Tri Phương, Bệnh viện 108, Bình Dân...).

Phương pháp này dùng bơm tiêm tay (thường 50 ml) để bơm thức ăn ngắt quãng (bolus), phù hợp với bệnh nhân ổn định lâm sàng, dạ dày còn chức năng tốt (không rối loạn tiêu hóa nặng).

I. Mục đích

- Cung cấp dinh dưỡng đầy đủ hoặc bổ sung khi bệnh nhân không ăn đường miệng được (đột quỵ, hôn mê, ung thư, sau phẫu thuật...).
- Phòng ngừa suy dinh dưỡng, biến chứng do thiếu dinh dưỡng.

II. Chỉ định

- Bệnh nhân có ống thông dạ dày (sonde mũi-dạ dày hoặc mở thông dạ dày) đã đặt đúng vị trí.
- Chỉ định nuôi ăn đường tiêu hóa, dạ dày còn chức năng (không liệt ruột, không trào ngược nặng).
- Phương pháp ngắt quãng: 4-6 bữa/ngày, mỗi bữa 200-400 ml tùy nhu cầu.

III. Chống chỉ định

- Rối loạn nuốt nặng, nguy cơ sặc cao.
- Dạ dày liệt, trào ngược dạ dày-thực quản nặng.
- Dịch tồn dư dạ dày >250-500 ml trước bữa ăn (tùy hướng dẫn bệnh viện).

IV. Chuẩn bị

- **Người thực hiện:** Rửa tay sạch, đeo khẩu trang, găng tay sạch.
- **Dụng cụ:**
 - Bơm tiêm 50 ml (đầu to, vô trùng hoặc sạch).
 - Thức ăn theo chỉ định bác sĩ (sữa công thức dinh dưỡng, súp xay nhuyễn, cháo xay mịn – không vón cục, nhiệt độ 37-40°C).
 - Khăn trải ngực, gạc sạch.
 - Ống nghe tim phổi (kiểm tra vị trí).

- Nước vô khuẩn hoặc nước sôi để nguội (rửa ống sau ăn).
- Phiếu theo dõi dinh dưỡng.
- **Bệnh nhân:**
 - Tư thế đầu cao 45-90° (ngồi hoặc nằm đầu giường nâng cao).
 - Giải thích thủ thuật, trấn an.

V. Quy trình thực hiện (các bước chính)

1. **Nhận định trước khi cho ăn:**
 - Kiểm tra chỉ định chế độ ăn (lượng calo, loại thức ăn, số bữa).
 - Đánh giá dịch tồn dư dạ dày (residual gastric volume): Dùng bơm 50 ml hút dịch dạ dày trước bữa ăn.
 - Nếu <100-250 ml (tùy bệnh viện): tiếp tục cho ăn.
 - Nếu >250-500 ml: báo bác sĩ, trì hoãn hoặc giảm lượng.
2. **Kiểm tra vị trí ống thông (bắt buộc trước mỗi lần cho ăn):**
 - Bơm 20-50 ml không khí vào ống → đặt ống nghe ở vùng thượng vị → nghe tiếng "ục ục" (bọt khí vào dạ dày).
 - Hoặc hút dịch dạ dày (dịch vị màu vàng xanh, pH <5.5 nếu có que thử).
 - Nếu nghi ngờ sai vị trí (vào phổi): ngừng ngay, báo bác sĩ.
3. **Chuẩn bị thức ăn:**
 - Lắc đều, kiểm tra nhiệt độ (ấm, không nóng).
 - Trải khăn trước ngực bệnh nhân.
4. **Cho ăn bằng bơm tay:**
 - Tháo kẹp ống, nối bơm tiêm vào đầu ống.
 - Hút đầy bơm bằng thức ăn (50 ml/lần).
 - Nâng bơm tiêm cao khoảng 40-45 cm so với mức dạ dày (hoặc đầu bệnh nhân nếu sonde mũi) để thức ăn chảy tự do nhờ trọng lực (tránh bơm ép mạnh gây đau hoặc trào ngược).
 - Bơm chậm, đều tay, liên tục (khoảng 5-10 phút cho 200-300 ml), chia nhỏ nếu cần (bơm 50 ml rồi chờ 1-2 phút).
 - Quan sát: bệnh nhân có đau bụng, buồn nôn, chướng bụng, ho/sặc không.
5. **Sau khi cho ăn:**
 - Bơm 20-50 ml nước vô khuẩn để rửa ống (rửa sạch thức ăn thừa, ngừa tắc).
 - Kẹp ống, cố định đầu ống.

- Giữ bệnh nhân đầu cao 30-60 phút để tránh trào ngược.
- Vệ sinh miệng (nếu có), lau sạch vùng mũi/miệng.

6. Ghi chép:

- Ghi lượng ăn (ml), loại thức ăn, dung nạp (tốt/kém), dịch tồn dư, phản ứng (nôn, tiêu chảy...).
- Báo bác sĩ nếu: dịch tồn dư cao, nôn, chướng bụng, tiêu chảy >3 lần/ngày.

VI. Lưu ý quan trọng

- Thức ăn phải xay nhuyễn mịn, không vón cục để tránh tắc ống.
- Bắt đầu lượng nhỏ (50-100 ml/bữa) rồi tăng dần (tối đa 300-400 ml/bữa).
- Theo dõi cân nặng, albumin máu, dấu hiệu mất nước, điện giải.
- Thay sonde định kỳ (5-7 ngày nếu sonde mũi, lâu hơn nếu sonde mở thông).
- Biến chứng có thể: tắc ống, trào ngược-sặc phổi, tiêu chảy, nhiễm trùng → báo ngay.
- Với bệnh nhân ung thư hoặc nặng: có thể kết hợp túi cho ăn nhỏ giọt nếu cần liên tục.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO CHIỀU CAO, CÂN NẶNG

Quy trình kỹ thuật đo chiều cao và cân nặng theo chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam được thực hiện trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng, khám sức khỏe định kỳ, sàng lọc dinh dưỡng người bệnh nội trú hoặc cộng đồng. Quy trình dựa trên các tài liệu chính thức như:

- *Quyết định 2892/QĐ-BYT năm 2022 (Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì) – áp dụng cho người lớn.*
- *Quyết định 3777/QĐ-BYT năm 2024 (Hướng dẫn đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em bằng chỉ số nhân trắc) – chi tiết kỹ thuật cho trẻ em.*
- *Hướng dẫn Viện Dinh dưỡng Quốc gia, Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Lão khoa Trung ương và các bệnh viện lớn khác.*

Quy trình thống nhất nhấn mạnh độ chính xác (cân nặng đến 0,1 kg, chiều cao đến 0,1 cm), tư thế chuẩn (nguyên tắc 5 điểm chạm cho người lớn), và bảo quản dụng cụ.

I. Mục đích

- Đánh giá chỉ số khối cơ thể (BMI), tình trạng dinh dưỡng (suy dinh dưỡng, thừa cân/béo phì).
- Theo dõi tăng trưởng trẻ em, diễn tiến bệnh, lập kế hoạch dinh dưỡng.

II. Chuẩn bị

- **Dụng cụ:**
 - Cân điện tử hoặc cơ học (kiểm định, sai số $\leq 0,1$ kg).
 - Thước đo chiều cao đứng (gắn tường hoặc di động, thanh trượt định vị) hoặc thước đo chiều dài nằm (cho trẻ < 2 tuổi).
 - Phiếu ghi chép, bút.
- Người thực hiện: Rửa tay sạch.
- Người được đo: Mặc quần áo mỏng nhẹ (hoặc đồ bệnh viện), bỏ giày dép, mũ nón, tóc buộc gọn; nghỉ ngơi 5-10 phút trước đo.

III. Quy trình đo cân nặng (trọng lượng cơ thể)

1. Đặt cân trên mặt phẳng, ổn định, hiệu chỉnh về 0.
2. Hướng dẫn người được đo bước lên cân nhẹ nhàng, đứng thẳng, hai chân khép, trọng lượng phân bố đều.
3. Đọc kết quả khi cân ổn định (độ chính xác 0,1 kg).
4. Ghi ngay: Ví dụ "Cân nặng: 58,5 kg".
5. Đo 2 lần nếu cần, lấy trung bình.

Lưu ý đặc biệt:

- Trẻ em <2 tuổi: Dùng cân lồng máng (trẻ nằm) hoặc cân mẹ-bé.
- Người bệnh nằm liệt: Ước lượng hoặc dùng cân chuyên dụng theo chỉ định bác sĩ.

IV. Quy trình đo chiều cao

- **Người lớn và trẻ ≥ 2 tuổi (chiều cao đứng):**
 1. Đặt thước thẳng đứng, vuông góc sàn, vạch 0 sát sàn.
 2. Người được đo đứng thẳng, áp sát thước theo nguyên tắc 5 điểm chạm: gót chân, bắp chân, mông, vai, đầu (mỏm chẩm) chạm thước.
 3. Hai chân khép, gót sát, tay buông thõng tự nhiên.
 4. Mắt nhìn thẳng phía trước (theo đường nằm ngang), cằm hơi nâng.
 5. Kéo thanh trượt áp sát đỉnh đầu (vuông góc, không ấn mạnh).
 6. Đọc và ghi kết quả (cm, sai số $\leq 0,1$ cm). Ví dụ: "Chiều cao: 165,2 cm".
- **Trẻ <2 tuổi (chiều dài nằm – theo Quyết định 3777/QĐ-BYT):**
 1. Đặt trẻ nằm ngửa trên mặt phẳng cố định, đầu chạm vạch 0 (mỏm chẩm chạm đầu thước).
 2. Giữ đầu thẳng, mắt nhìn lên trần.
 3. Duỗi thẳng hai chân (ấn nhẹ đầu gối nếu cần).
 4. Kéo thanh trượt áp sát gót chân (vuông góc).
 5. Đọc và ghi kết quả (cm).

Sau khi đo

- Tính BMI = Cân nặng (kg) / [Chiều cao (m)]².
 - Người lớn (theo Viện Dinh dưỡng Quốc gia và Quyết định 2892/QĐ-BYT):
 - Bình thường: 18,5 – 22,9 kg/m².
 - Gầy: <18,5.
 - Thừa cân: 23 – 24,9.
 - Béo phì: ≥ 25 .
 - Trẻ em: Tra biểu đồ Z-score WHO theo Quyết định 3777/QĐ-BYT.
- Ghi đầy đủ vào phiếu (chiều cao, cân nặng, BMI, ngày giờ đo).

- Theo dõi định kỳ: Trẻ em hàng tháng (dưới 1 tuổi) hoặc 3-6 tháng; người lớn nội trú ít nhất 1 lần/tuần hoặc theo y lệnh.

V. Lưu ý quan trọng

- Đo cùng điều kiện (sáng sớm, trước ăn, cùng dụng cụ) để chính xác.
- Không áp dụng BMI cho phụ nữ mang thai, vận động viên cơ bắp lớn.
- Nếu kết quả bất thường (BMI thấp/cao, trẻ không tăng trưởng): báo bác sĩ ngay.
- Bảo quản dụng cụ: Cân khô ráo, thước không gấp xoắn, tránh va đập.
- Đối với người cao tuổi: Có thể đo thêm vòng eo/mông để đánh giá phân bố mỡ.

Quy trình này được áp dụng thống nhất tại các cơ sở y tế Việt Nam, dù có thể điều chỉnh nhẹ cho nhóm đặc biệt (trẻ sơ sinh, người cao tuổi, bệnh nhân nằm liệt). Nếu bạn cần quy trình chi tiết cho trẻ em (biểu đồ Z-score), video minh họa từ Bệnh viện Quân y 103, hoặc bảng BMI phân loại, mình có thể bổ sung thêm nhé!

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO VÒNG BỤNG

Quy trình kỹ thuật đo vòng bụng theo chuẩn của Bộ Y Tế Việt Nam được thực hiện trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng, sàng lọc béo phì nội tạng, nguy cơ tim mạch, hoặc theo dõi bệnh lý (tiểu đường, gan nhiễm mỡ...). Quy trình dựa trên Quyết định 2892/QĐ-BYT năm 2022 (Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì), Quyết định 3777/QĐ-BYT năm 2024 (Hướng dẫn đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em bằng chỉ số nhân trắc), hướng dẫn Viện Dinh dưỡng Quốc gia, và thực hành tại các bệnh viện lớn (Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Quân y 103, Bệnh viện Lão khoa...).

I. Mục đích

- Đánh giá phân bố mỡ bụng (béo phì trung tâm), tính tỷ lệ vòng bụng/chiều cao (WC/Ht) hoặc vòng eo/hông (WHR).
- Phát hiện sớm nguy cơ hội chứng chuyển hóa, tim mạch, đái tháo đường.
- Theo dõi hiệu quả điều trị (giảm cân, dinh dưỡng).

II. Chỉ định

- Khám sức khỏe định kỳ, sàng lọc béo phì ở người lớn ≥ 18 tuổi.
- Bệnh nhân có nguy cơ cao: thừa cân, tiểu đường, tăng huyết áp, gan nhiễm mỡ.
- Trẻ em ≥ 5 tuổi (theo Quyết định 3777/QĐ-BYT) nếu nghi béo phì trung tâm.
- Không áp dụng cho phụ nữ mang thai, người sau phẫu thuật bụng cấp tính.

III. Chuẩn bị

- Thước dây đo vòng bụng (dây mềm, không đàn hồi, có vạch cm, vô trùng hoặc sạch; dài ≥ 150 cm).
- Bút, phiếu ghi chép (phiếu nhân trắc hoặc theo dõi dinh dưỡng).
- Người thực hiện: Rửa tay sạch, đeo khẩu trang nếu cần.
- Người được đo:
 - Mặc quần áo mỏng (không đo qua áo dày), đứng thẳng, thở bình thường.
 - Nghỉ ngơi 5-10 phút, tránh ăn no, vận động mạnh trước đo.
 - Tư thế: Đứng thẳng, chân khép, tay buông thõng tự nhiên.

IV. Quy trình thực hiện (các bước chính)

1. Giải thích cho người được đo về thủ thuật để thư giãn (thường mất 1-2 phút).
2. Xác định vị trí đo (theo chuẩn WHO và Bộ Y tế):
 - Người lớn: Giữa rốn và bờ sườn dưới (điểm giữa khoảng cách từ mỏm xương ức đến rốn, hoặc giữa rốn và nếp gấp trên xương chậu).
 - Trẻ em ≥ 5 tuổi: Giữa rốn và bờ sườn dưới (tương tự người lớn).
 - Đánh dấu nhẹ vị trí bằng bút (nếu cần đo lặp lại).
3. Quần thước dây:
 - Quần ngang vòng quanh bụng, sát da (không qua quần áo), song song mặt đất (vuông góc với trục dọc cơ thể).
 - Thước nằm sát nhưng không ấn mạnh vào da (chạm nhẹ, không chùng hoặc căng).
 - Hai đầu thước giao nhau ở giữa bụng (không xoắn dây).
4. Đo vòng bụng:
 - Yêu cầu người được đo thở bình thường (hít vào-thở ra nhẹ), đo vào cuối thì thở ra (khi bụng xẹp nhất, để chính xác).
 - Đọc kết quả khi thước ổn định (độ chính xác 0,1 cm hoặc 1 cm).
 - Đo 2-3 lần, lấy trung bình nếu chênh lệch >1 cm.
5. Ghi chép:
 - Ghi ngay vào phiếu: Ví dụ "Vòng bụng: 92 cm (đo 3 lần: 91, 92, 93 cm, trung bình 92 cm)".
 - Tính chỉ số nếu cần:
 - WC/Ht (vòng bụng/chiều cao): $>0,5$ ở nam, $>0,5$ ở nữ \rightarrow nguy cơ cao.
 - WHR (vòng bụng/vòng hông): Đo thêm vòng hông (rộng nhất vùng hông), $>0,9$ nam, $>0,85$ nữ \rightarrow béo phì trung tâm.

V. Giá trị tham chiếu (theo Viện Dinh dưỡng Quốc gia và Quyết định 2892/QĐ-BYT)

- Người lớn Châu Á (Việt Nam):
 - Nam: ≥ 90 cm \rightarrow tăng nguy cơ; ≥ 102 cm \rightarrow cao.
 - Nữ: ≥ 80 cm \rightarrow tăng nguy cơ; ≥ 88 cm \rightarrow cao.
- Trẻ em: Theo biểu đồ Z-score WHO (Quyết định 3777/QĐ-BYT), $\geq +1SD$ \rightarrow thừa cân bụng.
- Người cao tuổi: Có thể cao hơn do lão hóa, nhưng vẫn áp dụng ngưỡng trên.

VI. Lưu ý quan trọng

- Đo cùng vị trí, cùng người thực hiện, cùng thời điểm (sáng sớm, trước ăn) để theo dõi chính xác.
- Nếu vòng bụng bất thường ($>$ ngưỡng): Báo bác sĩ để đánh giá thêm (siêu âm gan, xét nghiệm mỡ máu).
- Với người béo phì nặng: Có thể đo nằm nếu khó đứng, nhưng ưu tiên đứng.
- Bảo quản dụng cụ: Thước dây sạch, không gấp nếp, khử trùng sau dùng.
- Kết hợp với đo cân nặng, chiều cao, BMI để đánh giá toàn diện.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO VÒNG CÁNH TAY

Quy trình kỹ thuật đo vòng cánh tay (hay còn gọi là đo chu vi vòng cánh tay - MUAC: Mid-Upper Arm Circumference) theo chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam chủ yếu áp dụng để sàng lọc và đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng cấp tính (SDD cấp) ở trẻ em, đặc biệt trẻ từ 6-59 tháng tuổi (dưới 5 tuổi). Quy trình được quy định chi tiết trong Quyết định số 3777/QĐ-BYT năm 2024 (Hướng dẫn đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em bằng chỉ số nhân trắc), Quyết định 4487/QĐ-BYT năm 2016, Quyết định 3779/QĐ-BYT năm 2019 (quản lý SDD cấp tính ở trẻ em từ 0-72 tháng), và các hướng dẫn của Viện Dinh dưỡng Quốc gia.

I. Mục đích

- Sàng lọc nhanh suy dinh dưỡng cấp tính (gầy còm, suy mòn) ở trẻ em.
- Phát hiện sớm trẻ có nguy cơ cao (MUAC màu vàng/đỏ) để can thiệp kịp thời.
- Theo dõi dinh dưỡng định kỳ tại cộng đồng.

II. Chỉ định

- Trẻ từ 6 tháng đến dưới 5 tuổi (chủ yếu 6-59 tháng).
- Sàng lọc cộng đồng, khám định kỳ, chương trình dinh dưỡng quốc gia.
- Có thể dùng bổ sung ở trẻ lớn hơn hoặc người lớn trong một số trường hợp khẩn cấp (nhưng chủ yếu dành cho trẻ em).

III. Chuẩn bị

- **Dụng cụ:**
 - Thước đo MUAC chuyên dụng (thước dây nilon hoặc giấy không co giãn, chia vạch mm, có màu: xanh >125 mm, vàng 115-125 mm, đỏ ≤115 mm).
 - Bảo quản thước thẳng, không gấp xoắn để tránh sai lệch.
- Người thực hiện: Được tập huấn kỹ thuật (điều dưỡng, y tế thôn bản, cán bộ dinh dưỡng).
- Trẻ: Động viên để trẻ hợp tác, thư giãn; không cần nhịn ăn.

IV. Quy trình thực hiện đo vòng cánh tay (các bước chính theo Quyết định 3777/QĐ-BYT và hướng dẫn Viện Dinh dưỡng)

1. Chuẩn bị trước khi đo:

- Động viên trẻ yên tâm, hợp tác (nếu trẻ khóc hoặc cử động nhiều → chờ trẻ bình tĩnh).

- Đo ở tay không thuận (thường tay trái nếu không biết tay thuận).
 - Trẻ đứng hoặc ngồi thoải mái (nếu trẻ nhỏ có thể bế mẹ).
2. **Xác định vị trí đo:**
- Gập cánh tay trẻ vuông góc 90° tại khuỷu.
 - Xác định điểm giữa cánh tay: Từ mỏm cùng vai (acromion) đến mỏm trên lồi cầu xương cánh tay (olecranon) → đo nửa khoảng cách đó (điểm giữa cánh tay trái).
 - Thả lỏng tay trẻ, buông thõng tự nhiên dọc thân.
3. **Thực hiện đo:**
- Quấn thước dây quanh cánh tay tại điểm giữa vừa xác định.
 - Thước nằm ngang (song song mặt sàn), ôm khít vừa đủ da và cơ (không siết chặt, không lỏng lẻo → có thể luồn 1 ngón tay dưới thước).
 - Đọc kết quả khi trẻ thư giãn, tay buông thõng.
 - Đo ít nhất 2 lần, lấy trung bình nếu chênh lệch nhỏ (độ chính xác 1 mm).
 - Đọc số đo (mm hoặc cm) và quan sát màu trên thước:
 - Xanh: >125 mm → Bình thường.
 - Vàng: 115-125 mm → Suy dinh dưỡng cấp tính vừa (moderate acute malnutrition).
 - Đỏ: ≤115 mm → Suy dinh dưỡng cấp tính nặng (severe acute malnutrition).
4. **Ghi chép:**
- Ghi kết quả vào sổ theo dõi sức khỏe trẻ em, phiếu sàng lọc dinh dưỡng (MUAC + màu, ngày đo).
 - Nếu MUAC vàng/đỏ: Chuyển khám tại trạm y tế để xác định thêm (cân nặng/chiều cao, khám lâm sàng) và can thiệp (chương trình bổ sung dinh dưỡng, điều trị SDD).

V. Giá trị phân loại (theo Bộ Y tế và WHO cho trẻ 6-59 tháng)

- MUAC > 125 mm: Bình thường.
- MUAC 115-125 mm: SDD cấp tính vừa.
- MUAC < 115 mm: SDD cấp tính nặng (nguy cơ tử vong cao nếu không điều trị).

VI. Lưu ý quan trọng

- Độ chính xác phụ thuộc vào kỹ thuật ôm khít vừa phải và tập huấn người đo.
- Không đo khi trẻ khóc, cử động mạnh hoặc tay bị phù.
- Thước đo phải được bảo quản tốt, thay mới nếu hỏng.
- Kết hợp với các chỉ số khác (cân nặng/chiều cao, phù toàn thân) để chẩn đoán đầy đủ.
- Ở người lớn: Một số hướng dẫn (WHO) dùng MUAC để sàng lọc suy dinh dưỡng (nam ≥ 23 cm, nữ ≥ 22 cm), nhưng ở Việt Nam chủ yếu dùng cho trẻ em.
- Đo định kỳ: Trẻ dưới 2 tuổi 3 tháng/lần; trẻ SDD hàng tháng; sàng lọc cộng đồng 2 lần/năm.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY MÁU TĨNH MẠCH (MỘT LẦN CHỌC KIM QUA DA)

Quy trình kỹ thuật lấy máu tĩnh mạch (một lần chọc kim qua da) theo chuẩn của Bộ Y tế Việt Nam được thực hiện bởi điều dưỡng hoặc kỹ thuật viên xét nghiệm trong lấy mẫu máu làm xét nghiệm (huyết học, sinh hóa, đông máu, vi sinh...).
Quy trình dựa trên các hướng dẫn kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, Quyết định 4401/QĐ-BYT năm 2012 (Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Huyết học - Truyền máu), Quyết định 3336/QĐ-BYT năm 2017 (Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Huyết học - Truyền máu...).

Kỹ thuật này nhấn mạnh **một lần chọc kim** (không chọc lại nếu thất bại, phải thay kim mới), vô trùng, an toàn, giảm đau và tránh biến chứng (vỡ hồng cầu, tụ máu, nhiễm trùng).

I. Mục đích

- Lấy máu tĩnh mạch để làm xét nghiệm (tổng phân tích máu, đông máu, sinh hóa, miễn dịch...).
- Đảm bảo mẫu máu đủ lượng, chất lượng, đúng ống nghiệm.

II. Chỉ định

- Có y lệnh xét nghiệm máu tĩnh mạch.
- Không có chống chỉ định (rối loạn đông máu nặng cần đánh giá trước).

III. Chuẩn bị

- **Người thực hiện:** Rửa tay sạch theo quy định Bộ Y tế, đeo khẩu trang, găng tay sạch (vô trùng nếu cần).
- **Dụng cụ (vô trùng):**
 - Bơm tiêm + kim tiêm phù hợp (21-23G cho người lớn, nhỏ hơn cho trẻ em).
 - Hoặc hệ thống hút chân không (vacutainer) nếu có.
 - Ống nghiệm theo xét nghiệm (EDTA tím, heparin xanh, đông máu citrat xanh nhạt, sinh hóa vàng/đỏ...).
 - Dây garô (garô cánh tay).
 - Cồn 70° (hoặc cồn iod + cồn 70° cho một số trường hợp).
 - Bông khô vô khuẩn, băng dính, găng tay, khay dụng cụ, thùng đựng kim sắc nhọn.
 - Gói kê tay (nếu cần).

- **Người bệnh:** Giải thích thủ thuật, trấn an; tư thế ngồi hoặc nằm thoải mái, tay duỗi thẳng.

IV. Quy trình thực hiện (các bước chính – thống nhất từ các bệnh viện và hướng dẫn Bộ Y tế)

1. Tiếp xúc và xác định:

- Giới thiệu tên, chức danh; thăm hỏi, giải thích thủ thuật.
- Đối chiếu thông tin bệnh nhân với y lệnh (tên, tuổi, số giường, xét nghiệm).
- Xác định đúng người bệnh (hỏi tên, kiểm tra vòng tay nếu nội trú).

2. Chuẩn bị vị trí:

- Chọn tĩnh mạch thích hợp (thường tĩnh mạch giữa khuỷu tay – median cubital vein; nếu khó: tĩnh mạch mu bàn tay, cẳng tay...).
- Đặt gối kê dưới khuỷu tay để duỗi thẳng.
- Buộc dây garo cách vị trí lấy máu 3-5 cm phía trên (không quá chặt, thời gian garo <1 phút để tránh thay đổi kết quả xét nghiệm).

3. Sát khuẩn:

- Rửa/sát khuẩn tay nhanh.
- Mang găng tay sạch.
- Sát khuẩn da vị trí chọc bằng cồn 70° (ít nhất 2 lần, theo hình xoay tròn từ trong ra ngoài), để khô tự nhiên (không lau).

4. Chọc kim và lấy máu (một lần chọc):

- Căng da vị trí chọc bằng tay không thuận.
- Cầm bơm tiêm (hoặc kim vacutainer), mặt vát kim hướng lên trên.
- Chọc kim qua da tạo góc 15-30° so với mặt da, hướng dọc theo tĩnh mạch.
- Khi kim vào tĩnh mạch (thấy máu trào ra đóc kim), cố định kim (không đẩy sâu thêm hoặc rút lại).
- Kéo nhẹ pit-tông (nếu dùng bơm tiêm) chậm và đều để máu chảy vào (tránh hút mạnh gây vỡ hồng cầu hoặc tạo bọt khí).
- Lấy đủ lượng máu theo yêu cầu (ví dụ: 2-5 ml tùy xét nghiệm).
- Nếu dùng vacutainer: Hứng ống nghiệm vào kim, máu chảy tự động.

5. Kết thúc lấy máu:

- Tháo dây garo ngay khi máu chảy ổn định (trước khi rút kim).
 - Rút kim nhanh, đồng thời đặt bông khô vô khuẩn ấn giữ mạnh vị trí chọc 3-5 phút (hoặc lâu hơn nếu rối loạn đông máu).
 - Không gập tay (tránh tụ máu).
6. **Chuyển máu vào ống nghiệm:**
- Tháo kim khỏi bơm tiêm.
 - Bơm máu từ từ theo thành ống nghiệm (góc 45°) để tránh vỡ hồng cầu.
 - Nếu ống có chất chống đông: Lắc nhẹ 3-4 lần (không lắc mạnh).
 - Ghi nhãn ống nghiệm ngay (tên bệnh nhân, giờ lấy, mã xét nghiệm).
7. **Hoàn tất:**
- Băng vị trí chọc bằng băng dính hoặc băng ép nếu cần.
 - Dặn bệnh nhân: Không vận động mạnh tay, theo dõi tụ máu.
 - Thu dọn dụng cụ, xử lý rác thải y tế (kim vào thùng sắc nhọn).
 - Ghi chép vào phiếu: Thời gian lấy máu, lượng, phản ứng bệnh nhân.

V. Lưu ý quan trọng

- Một lần chọc: Nếu thất bại (không thấy máu hoặc kim xuyên mạch), rút kim, ấn cầm máu, thay kim mới và chọn vị trí khác (không chọc lại cùng vị trí).
- Thời gian garo ngắn (<1 phút) để tránh thay đổi kết quả (tăng kali, lactate...).
- Tránh lấy máu tay đang truyền dịch (lấy tay đối diện).
- Với trẻ em: Có người nhà hỗ trợ giữ; dùng kim nhỏ, lấy lượng ít.
- Biến chứng: Tụ máu, nhiễm trùng, vỡ hồng cầu → báo bác sĩ nếu xảy ra.
- Tuân thủ an toàn tiêm chích (theo Quyết định 3671/QĐ-BYT về phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU 24H

Quy trình kỹ thuật lấy nước tiểu 24 giờ (hay còn gọi là đo lượng nước tiểu 24 giờ hoặc thu thập nước tiểu 24h) được áp dụng phổ biến tại các cơ sở y tế Việt Nam, dựa trên các hướng dẫn chuyên môn từ Bộ Y tế (Quyết định 3365/QĐ-BYT năm 2025 về hướng dẫn quy trình kỹ thuật tiết niệu, và các quy trình chuẩn trong bệnh viện công lập).

Đây là kỹ thuật thu thập toàn bộ nước tiểu trong đúng 24 giờ để định lượng các chất bài tiết (protein niệu, creatinin niệu, ure niệu, điện giải niệu, catecholamin, v.v.), tính bilan dịch vào-ra, hoặc theo dõi chức năng thận.

I. Mục đích

- Định lượng các chất bài tiết qua nước tiểu trong 24 giờ.
- Theo dõi cân bằng dịch, lượng nước tiểu, tính chất nước tiểu.

II. Chỉ định

- Đánh giá protein niệu, creatinin clearance, rối loạn chuyển hóa (đái tháo đường, sỏi thận, bệnh tuyến thượng thận...).
- Theo dõi bệnh nhân suy thận, phù, mất nước, hoặc sau phẫu thuật tiết niệu.

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần thận trọng ở bệnh nhân tiểu không tự chủ hoặc có nguy cơ nhiễm khuẩn cao.

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Bình chứa nước tiểu sạch, vô trùng, có nắp đậy kín, có vạch chia thể tích (thường 3–5 lít), được cấp bởi phòng xét nghiệm.
- Hóa chất bảo quản (nếu không bảo quản lạnh): Acid HCl 1% (8–10 ml), formol/phenol (1 giọt/30 ml nước tiểu), thymol 1% (1 ml/100 ml nước tiểu)... Tráng đều bình trước khi dùng.
- Nếu bảo quản lạnh: Giữ bình ở 2–8°C (tủ lạnh).
- Bô sạch hoặc túi dẫn lưu (nếu bệnh nhân đặt thông tiểu).

V. Quy trình thực hiện (theo chuẩn các bệnh viện và hướng dẫn Bộ Y tế)

1. Giải thích và hướng dẫn bệnh nhân: Giải thích rõ mục đích, thời gian (đúng 24 giờ), cách thu thập để bệnh nhân hợp tác tốt.
2. Thời điểm bắt đầu Chọn một thời điểm cố định (thường 6h hoặc 7h sáng).
 - Bệnh nhân đi tiểu bỏ hết lần đầu tiên (không thu vào bình).
 - Ghi chính xác giờ bắt đầu (ví dụ: 6:00 sáng ngày 1).

3. Thu thập nước tiểu
 - Từ sau lần tiểu bỏ đi đầu tiên, thu toàn bộ mọi lần tiểu trong 24 giờ (kể cả ban đêm).
 - Bao gồm cả nước tiểu khi đi đại tiện (hứng hết vào bình).
 - Mỗi lần tiểu: Vệ sinh bộ phận sinh dục sạch sẽ trước khi đi tiểu (nước sạch hoặc xà phòng nhẹ).
 - Đổ vào bình chứa, đậy kín nắp ngay, lắc nhẹ nếu có chất bảo quản.
 - Nếu bệnh nhân đặt thông tiểu/túi dẫn lưu: Tháo từ túi vào bình chứa (có thể nhiều lần nếu túi đầy), đảm bảo vô khuẩn.
4. **Bảo quản**
 - Giữ bình ở nơi mát, tốt nhất trong tủ lạnh 2–8°C (tránh đông đá).
 - Tránh ánh nắng trực tiếp, tránh để trẻ em tiếp cận (nếu dùng acid bảo quản).
5. **Kết thúc sau đúng 24 giờ**
 - Đúng giờ kết thúc (ví dụ: 6:00 sáng ngày 2), bệnh nhân đi tiểu lần cuối và đổ hết vào bình (dù ít hay nhiều).
 - Ghi chính xác giờ kết thúc.
6. **Xử lý mẫu**
 - Đo tổng thể tích nước tiểu 24 giờ (ml hoặc lít).
 - Quan sát tính chất: Màu sắc, mùi, đục trong, có cặn không...
 - Khuấy đều toàn bộ nước tiểu trong bình.
 - Lấy một phần mẫu (thường 10–20 ml hoặc theo yêu cầu xét nghiệm) cho vào ống nghiệm sạch.
 - Ghi rõ thể tích tổng 24h lên phiếu xét nghiệm.
 - Chuyển mẫu đến phòng xét nghiệm ngay (kèm phiếu chỉ định).

VI. Lưu ý quan trọng

- Uống nước bình thường (khoảng 1.5–2 lít/ngày, trừ khi bác sĩ hạn chế).
- Không bỏ sót bất kỳ lần tiểu nào; nếu bỏ sót → phải làm lại từ đầu.
- Tránh dùng thuốc có thể ảnh hưởng (theo chỉ định bác sĩ).
- Với trẻ em: Áp dụng tương tự, thường dùng túi hứng hoặc bô nhỏ, giữ lạnh.

- Nếu bệnh nhân ngoại trú: Mang bình về nhà, sau 24h mang đến bệnh viện.
- Đối với bệnh nhân nằm viện: Điều dưỡng theo dõi, ghi chép lượng tiểu hàng giờ nếu cần.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY NƯỚC TIỂU Ở NGƯỜI BỆNH CÓ ĐẶT DẪN LƯU NƯỚC TIỂU

Quy trình kỹ thuật lấy nước tiểu 24 giờ ở người bệnh có đặt dẫn lưu nước tiểu (thường là ống thông tiểu Foley, sonde bàng quang dẫn lưu liên tục, hoặc túi dẫn lưu) được thực hiện theo các hướng dẫn chuyên môn tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với tinh thần Quyết định 3365/QĐ-BYT năm 2025 về quy trình kỹ thuật tiết niệu (Bộ Y tế) và các tài liệu hướng dẫn nội khoa/thận tiết niệu.

I. Mục đích

- Định lượng các chất bài tiết qua nước tiểu trong 24 giờ.
- Theo dõi lượng nước tiểu, cân bằng dịch vào-ra ở bệnh nhân đặt dẫn lưu (thường sau phẫu thuật tiết niệu, suy thận, bí tiểu...).

II. Chỉ định

- Bệnh nhân đặt ống thông tiểu liên tục cần đo nước tiểu 24h (protein niệu 24h, creatinin clearance, theo dõi phù, mất nước...).

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần đảm bảo hệ thống dẫn lưu vô khuẩn để tránh nhiễm trùng ngược dòng.

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Bình chứa nước tiểu sạch, vô trùng, có nắp đậy kín, vạch chia thể tích (3–5 lít), do phòng xét nghiệm cấp.
- Hóa chất bảo quản (nếu không giữ lạnh): Acid HCl 1% (8–10 ml), formol/phenol (1 giọt/30 ml), thymol 1% (1 ml/100 ml)... tráng đều bình trước.
- Nếu bảo quản lạnh: Giữ bình ở 2–8°C (tủ lạnh).
- Găng tay sạch/y tế, dung dịch sát khuẩn (betadine hoặc cồn 70%), gạc vô trùng.
- Túi dẫn lưu hiện tại của bệnh nhân (nếu đầy thì tháo nhiều lần).

V. Quy trình thực hiện (theo chuẩn bệnh viện và hướng dẫn Bộ Y tế)

1. **Giải thích và hướng dẫn** Giải thích rõ cho bệnh nhân (nếu tỉnh táo) và người nhà về mục đích, thời gian đúng 24 giờ, cách thao tác để đảm bảo vô khuẩn và không bỏ sót.
2. **Thời điểm bắt đầu** Chọn giờ cố định (thường 6h hoặc 7h sáng).
 - Bỏ hết nước tiểu trong túi dẫn lưu lúc bắt đầu (không thu vào bình).

- Ghi chính xác giờ bắt đầu (ví dụ: 6:00 sáng ngày 1) vào phiếu theo dõi và bệnh án.

3. Thu thập nước tiểu trong 24 giờ

- Thu toàn bộ nước tiểu dẫn lưu từ túi trong suốt 24 giờ (kể cả ban đêm).
- Mỗi lần túi đầy hoặc theo lịch theo dõi (thường 4–8 giờ/lần):
 - Người thực hiện (điều dưỡng hoặc người nhà được hướng dẫn) rửa tay sạch bằng xà phòng/dung dịch sát khuẩn.
 - Đeo găng tay sạch (hoặc găng vô trùng nếu cần).
 - Sát khuẩn vị trí nối túi dẫn lưu (đầu túi hoặc van xả) bằng gạc tẩm betadine/cồn, ít nhất 2 lần, để khô.
 - Tháo/mở van xả, đổ toàn bộ nước tiểu từ túi vào bình chứa (có thể nhiều lần trong ngày nếu túi đầy nhanh).
 - Đậy kín nắp bình ngay, lắc nhẹ nếu có chất bảo quản để trộn đều.
 - Không lấy mẫu từ ống thông trực tiếp (trừ khi xét nghiệm vi sinh riêng); ưu tiên từ túi dẫn lưu để thu đủ lượng 24h.
- Quan sát và ghi chép: Lượng tiểu mỗi lần, màu sắc, mùi, có cặn/máu không... vào bảng theo dõi.

4. Bảo quản

- Giữ bình chứa ở nơi mát, tốt nhất tủ lạnh 2–8°C (tránh đông đá).
- Tránh ánh nắng, tránh trẻ em tiếp cận (nếu dùng acid).
- Hệ thống dẫn lưu phải kín, một chiều, túi luôn thấp hơn bàng quang để tránh trào ngược.

5. Kết thúc sau đúng 24 giờ

- Đúng giờ kết thúc (ví dụ: 6:00 sáng ngày 2), tháo toàn bộ nước tiểu còn trong túi dẫn lưu vào bình chứa (dù ít hay nhiều).
- Ghi chính xác giờ kết thúc.

6. Xử lý mẫu

- Đo tổng thể tích nước tiểu 24 giờ (ml hoặc lít) chính xác.
- Quan sát tính chất: Màu, đục trong, có cặn/máu/mủ không...
- Khuấy đều toàn bộ nước tiểu trong bình.
- Lấy một phần mẫu (10–20 ml hoặc theo yêu cầu) vào ống nghiệm sạch/vô trùng.

- Ghi rõ thể tích tổng 24h, giờ bắt đầu/kết thúc lên phiếu xét nghiệm.
- Chuyển mẫu đến phòng xét nghiệm ngay (kèm phiếu chỉ định và ghi chép theo dõi).

VI. Lưu ý quan trọng

- Uống nước bình thường (1.5–2 lít/ngày trừ khi bác sĩ hạn chế).
- Không bỏ sót bất kỳ lượng nước tiểu nào từ túi dẫn lưu → nếu bỏ sót phải làm lại từ đầu.
- Tránh nhiễm khuẩn: Luôn vô khuẩn khi tháo đồ, không mở nắp bình không cần thiết.
- Với bệnh nhân nằm viện: Điều dưỡng thực hiện và ghi chép hàng ca.
- Với ngoại trú (nếu áp dụng): Người nhà được hướng dẫn chi tiết, mang bình về nhà và mang lại bệnh viện sau 24h.
- Theo dõi biến chứng: Nhiễm trùng đường tiết niệu (sốt, nước tiểu đục, mùi hôi), tắc dẫn lưu → báo ngay y tế.
- Ghi đầy đủ vào bệnh án: Lượng tiểu 24h, tính chất, người thực hiện/hướng dẫn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY PHÂN XÉT NGHIỆM

Quy trình kỹ thuật lấy phân xét nghiệm theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam được áp dụng thống nhất tại các cơ sở khám chữa bệnh, dựa trên các hướng dẫn chuyên ngành (như Quyết định 3376/QĐ-BYT 2023 về đề cương quy trình kỹ thuật xét nghiệm, Quyết định 26/QĐ-BYT về hướng dẫn kỹ thuật vi sinh y học, và thực hành chuẩn tại các bệnh viện lớn như Nguyễn Tri Phương, Vinmec, Medlatec...).

I. Mục đích

- Phát hiện ký sinh trùng, vi khuẩn gây tiêu chảy, lỵ, nhiễm trùng đường ruột.
- Xét nghiệm máu ẩn (FIT/FOBT) sàng lọc ung thư đại trực tràng.
- Đánh giá rối loạn tiêu hóa, theo dõi điều trị.

II. Chỉ định

- Tiêu chảy cấp/mạn, phân có nhầy/máu, đau bụng, sốt...
- Sàng lọc ký sinh trùng (du lịch vùng lưu hành, trẻ em...).
- Theo dõi sau điều trị kháng sinh hoặc ký sinh trùng.

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối, nhưng tránh lấy mẫu nếu bệnh nhân đang dùng kháng sinh (nếu xét nghiệm vi sinh) hoặc thuốc nhuận tràng (nếu cần phân tự nhiên).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Lọ/hộp đựng mẫu phân sạch, vô trùng, có nắp đậy kín (thường do phòng xét nghiệm cấp, dung tích 10–50 ml).
- Que tăm bông sạch hoặc que/muỗng nhựa vô trùng (đi kèm lọ).
- Găng tay y tế sạch, túi nilon sạch hoặc giấy lót/bô sạch (cho bệnh nhân ngoại trú).
- Phiếu xét nghiệm (ghi rõ tên, tuổi, mã bệnh nhân, loại xét nghiệm, giờ lấy mẫu).

V. Quy trình thực hiện (theo chuẩn bệnh viện và hướng dẫn Bộ Y tế)

1. Giải thích và chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích mục đích, cách lấy để bệnh nhân hợp tác.
- Hướng dẫn: Đi tiểu trước khi đi đại tiện (tránh lẫn nước tiểu).
- Không dùng thuốc nhuận tràng, kháng sinh (nếu có thể) trước khi lấy (theo chỉ định bác sĩ).

- Với bệnh nhân nằm viện: Điều dưỡng hỗ trợ.
- 2. **Thu thập mẫu**
 - Bệnh nhân đi đại tiện vào xô sạch (hoặc túi nilon/giấy lót trải lên bồn cầu, không để phân rơi vào nước bồn cầu).
 - Không lấy mẫu từ phân đã tiếp xúc nước hoặc bồn cầu (dễ lẫn tạp, làm sai kết quả).
 - Người thực hiện (điều dưỡng/KTV hoặc bệnh nhân tự làm):
 - Rửa tay sạch, đeo găng tay.
 - Quan sát phân: Chọn phần có biểu hiện bệnh lý (nhầy, máu, lợn cợn trắng, phần đặc biệt).
 - Dùng que tăm bông/muỗng lấy lượng phân khoảng 0,5–5 g (bằng đốt ngón tay út đến 1–2 muỗng cà phê, tùy loại xét nghiệm).
 - Phết/đặt vào lọ sạch, đậy kín nắp ngay.
 - Với xét nghiệm ký sinh trùng/soi tươi: Ưu tiên phần nhầy/máu, lấy nhiều vị trí khác nhau.
- 3. **Bảo quản và vận chuyển**
 - Ghi rõ thông tin lên lọ: Tên bệnh nhân, giờ lấy mẫu.
 - Chuyển ngay đến phòng xét nghiệm (trong vòng 1–2 giờ nếu xét nghiệm vi sinh/ký sinh trùng).
 - Nếu chậm: Bảo quản tủ lạnh 2–8°C (tối đa 4–6 giờ, tùy loại xét nghiệm; không đông đá).
 - Với xét nghiệm máu ẩn: Có thể bảo quản ở nhiệt độ phòng nếu theo hướng dẫn kit.
- 4. **Xử lý sau lấy**
 - Vệ sinh tay sạch bằng xà phòng/dung dịch sát khuẩn.
 - Xử lý xô/túi nilon theo quy định y tế (khử trùng hoặc thải bỏ đúng cách).
 - Ghi chép vào bệnh án/phiếu: Giờ lấy, tính chất phân, người thực hiện.

VI. Lưu ý quan trọng

- Lấy mẫu tươi (mới đi trong 24 giờ) để kết quả chính xác, đặc biệt xét nghiệm ký sinh trùng (trứng giun, amip hoạt động).
- Với xét nghiệm ký sinh trùng đường ruột: Có thể cần lấy 3 mẫu phân cách nhau 1–2 ngày (tăng độ nhạy).

- Tránh lấy mẫu nếu bệnh nhân đang dùng bismuth, barium (thuốc chụp X-quang) vì làm sai kết quả.
- Với trẻ em: Dùng xô nhỏ hoặc túi hứng, hướng dẫn cha mẹ.
- Ngoại trú: Bệnh nhân mang lọ về nhà, lấy mẫu rồi mang lại bệnh viện ngay.
- Đảm bảo vô khuẩn: Giảm nguy cơ nhiễm tạp từ môi trường hoặc tay.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY MÁU TĨNH MẠCH BỤNG

Quy trình kỹ thuật lấy máu tĩnh mạch bụng (hay còn gọi là lấy máu tĩnh mạch đùi/femoral vein) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên các Quyết định như 1904/QĐ-BYT, 3154/QĐ-BYT về hướng dẫn kỹ thuật hồi sức cấp cứu, nội khoa, và thực hành tại các bệnh viện lớn như Nguyễn Tri Phương, Vinmec, quản lý chất lượng bệnh viện...).

Đây là kỹ thuật lấy máu từ **tĩnh mạch đùi** (femoral vein) ở vùng bụng, thường dùng khi các tĩnh mạch ngoại vi khó tiếp cận (trụy mạch nặng, phù toàn thân, béo phì, tĩnh mạch ngoại vi vỡ hoặc tổn thương).

I. Mục đích

- Lấy máu để làm xét nghiệm (đặc biệt khí máu động mạch/máu tĩnh mạch, điện giải, đông máu...) ở bệnh nhân cấp cứu hoặc khó lấy máu ngoại vi.

II. Chỉ định

- Trụy mạch, sốc, phù to toàn thân, béo phì nặng.
- Tĩnh mạch ngoại vi khó tiếp cận (vỡ, tổn thương da, bỏng, loét vùng tay/chân).
- Cần lấy máu nhanh chóng trong cấp cứu (khí máu, đông máu...).

III. Chống chỉ định

- Vùng bụng/tĩnh mạch đùi tổn thương, bầm tím, bỏng, viêm nhiễm, nhiễm trùng da.
- Rối loạn đông máu nặng (cần đánh giá nguy cơ chảy máu).
- Không có chống chỉ định tuyệt đối nếu lợi ích vượt trội rủi ro.

IV. Chuẩn bị

Người thực hiện: Ít nhất 02 điều dưỡng (một người hỗ trợ, một người thực hiện chính; tốt nhất có bác sĩ nếu bệnh nhân nặng).

Phương tiện, dụng cụ:

- Dụng cụ vô khuẩn: Khay chữ nhật/khay hạt đậu, kim Kocher, ống cầm kim, hộp bông cồn, bông khô vô khuẩn, gạc vô khuẩn, găng tay vô khuẩn.
- Bơm tiêm vô trùng (10–20 ml), kim tiêm vô trùng (cỡ 18–21G, dài phù hợp).
- Hóa chất: Cồn 70°, cồn iốt (hoặc betadine), cồn sát khuẩn tay nhanh.

- Khác: Kéo, băng dính, băng ép/băng cuộn, gói kê mông, ống nghiệm (đúng loại xét nghiệm), giá đỡ ống, bút ghi, phiếu xét nghiệm.
- Hộp kháng trùng đựng vật sắc nhọn, túi/xô rác thải y tế.

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. Giải thích và chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích rõ mục đích, quy trình cho bệnh nhân/tư nhân (nếu tỉnh táo) để hợp tác.
- Hỏi tiền sử dị ứng (cồn, betadine, băng dính...).
- Xác định đúng bệnh nhân (tên, tuổi, mã số, y lệnh).
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, đầu hơi cao, chân thấp, chân quay ra ngoài và duỗi thẳng (góc 30° so với trục giữa thân), đặt gói kê mông để bộc lộ vùng bẹn rõ hơn.

2. Chuẩn bị vô khuẩn

- Rửa tay sạch, sát khuẩn tay nhanh, đeo găng vô khuẩn.
- Sát khuẩn vùng bẹn: Dùng bông cồn iốt (hoặc betadine) lau theo hình xoáy tròn ốc từ trung tâm ra ngoài 2 lần, sau đó lau bằng cồn 70° (đợi khô tự nhiên).
- Chuẩn bị bơm tiêm, kim, ống nghiệm sẵn sàng.

3. Xác định vị trí tĩnh mạch

- Sờ nắn động mạch đùi (femoral artery) ở vùng dưới cung đùi (khoảng giữa xương mu và mào chậu trước trên).
- Tĩnh mạch đùi nằm phía trong động mạch đùi khoảng 1 cm (thường ở vị trí dưới cung đùi 2 cm, phía trong động mạch).
- Không dùng garô (khác với tĩnh mạch ngoại vi).

4. Tiến hành chọc hút

- Cố định da bằng tay không thuận (kéo da căng).
- Chọc kim chéch 45° so với bề mặt da (hướng về phía rốn hoặc hơi lên trên), tại vị trí dưới cung đùi 2 cm, phía trong động mạch đùi 1 cm.
- Vừa chọc vừa hút nhẹ chân không bằng bơm tiêm.
- Khi có dòng máu đỏ thẫm (máu tĩnh mạch) trào vào bơm tiêm → dùng chọc sâu, hút nhẹ nhàng đủ lượng máu cần thiết (tránh hút mạnh gây tắc kim hoặc huyết khối).
- Nếu chọc nhầm động mạch (máu đỏ tươi, áp lực cao) → rút kim ngay, ấn ép 5–10 phút.

5. Kết thúc và cầm máu

- Rút kim nhanh chóng, ấn giữ bông khô vô khuẩn tại chỗ trong 3–5 phút (hoặc lâu hơn nếu rối loạn đông máu) để cầm máu.
 - Đặt bơm kim vào khay vô khuẩn.
 - Chuyển máu vào ống nghiệm đúng loại (lắc nhẹ nếu cần chống đông).
 - Dùng băng dính hoặc băng ép băng điễm chọc (có thể băng cuộn nếu cần ép mạnh).
 - Quan sát điễm chọc 5–10 phút để đảm bảo không chảy máu.
6. **Xử lý sau thủ thuật**
- Ghi chép: Giờ lấy, lượng máu, tính chất, người thực hiện.
 - Chuyển mẫu đến phòng xét nghiệm ngay (đặc biệt khí máu cần xử lý nhanh).
 - Theo dõi bệnh nhân: Điễm chọc có chảy máu, tụ máu, đau, sốt (nghi nhiễm trùng)...
 - Vệ sinh tay, thu gom dụng cụ thải bỏ đúng quy định y tế.

VI. Lưu ý quan trọng và tai biến

- **Tai biến có thể gặp:** Chọc nhầm động mạch (chảy máu nhiều), tụ máu lớn, nhiễm trùng đường máu, huyết khối tĩnh mạch, tổn thương thần kinh (hiếm).
- **Xử trí:** Ấn ép mạnh nếu chảy máu; theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng; báo bác sĩ nếu tụ máu lớn.
- Luôn thực hiện vô khuẩn nghiêm ngặt để tránh nhiễm trùng (vùng bẹn dễ nhiễm khuẩn).
- Không dùng kỹ thuật này thường quy; ưu tiên tĩnh mạch ngoại vi nếu có thể.
- Với bệnh nhân rối loạn đông máu: Cần bác sĩ thực hiện hoặc hỗ trợ, theo dõi chặt chẽ.
- Bảo quản mẫu đúng (ví dụ: khí máu cần bơm tiêm heparin, giữ lạnh nếu chậm).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC ống THÔNG TIỂU LƯU

Quy trình kỹ thuật chăm sóc ống thông tiểu lưu (hay còn gọi là chăm sóc sonde tiểu Foley, catheter tiểu liên tục) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 3592/QĐ-BYT năm 2014 về hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành thận tiết niệu, Quyết định 5731/QĐ-BYT về ngoại khoa tiết niệu, và các tài liệu hướng dẫn thực hành điều dưỡng, bệnh viện lớn như Bạch Mai, Chợ Rẫy, Vinmec, Tam Anh...).

Mục tiêu chính là **ngăn ngừa nhiễm trùng đường tiết niệu liên quan đến catheter (CAUTI)**, duy trì hệ thống dẫn lưu kín, một chiều, đảm bảo thoát nước tiểu liên tục, theo dõi lượng tiểu và tính chất.

I. Mục đích

- Giữ hệ thống dẫn lưu vô khuẩn, kín, tránh nhiễm trùng ngược dòng.
- Theo dõi lượng nước tiểu, màu sắc, mùi, cảnh để phát hiện sớm biến chứng (nhiễm trùng, tắc, chảy máu...).
- Giảm nguy cơ biến chứng: Viêm bàng quang, viêm thận bể thận, sỏi, xuất huyết.

II. Chỉ định

- Bệnh nhân đặt ống thông tiểu lưu (Foley) do bí tiểu, sau phẫu thuật tiết niệu, theo dõi bilan dịch, suy thận, liệt nửa người...

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối cho chăm sóc, nhưng cần thận trọng nếu có dấu hiệu nhiễm trùng nặng (sốt cao, nước tiểu đục mù, đau vùng bàng quang) → báo bác sĩ ngay.

IV. Dụng cụ chuẩn bị (cho mỗi lần chăm sóc)

- Găng tay sạch/y tế (hoặc vô trùng nếu cần thay túi).
- Dung dịch sát khuẩn: Betadine 10% (hoặc povidone-iodine), nước muối sinh lý 0,9%, cồn 70°.
- Bông/gạc vô trùng, khăn sạch, xà phòng/dung dịch vệ sinh vùng kín.
- Túi đựng nước tiểu mới (nếu thay), dây nối vô trùng.
- Băng dính cố định ống, túi đựng rác y tế.
- Bảng theo dõi lượng tiểu (bệnh án hoặc phiếu theo dõi).

V. Quy trình thực hiện (theo chuẩn bệnh viện và hướng dẫn Bộ Y tế)

Thực hiện **ít nhất 2 lần/ngày** (sáng và tối), hoặc khi cần (túi đầy, rò rỉ, bẩn...).

1. Chuẩn bị và giải thích

- Giải thích cho bệnh nhân/người nhà về mục đích, cách làm để hợp tác.
- Rửa tay sạch bằng xà phòng và nước (hoặc sát khuẩn tay nhanh).
- Đeo găng tay sạch.
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, dạng chân nhẹ, bộc lộ vùng bẹn và bộ phận sinh dục.

2. Vệ sinh vùng miệng sáo và đoạn ống thông gần miệng sáo

- Quan sát: Màu sắc nước tiểu, có máu/mủ/cặn không, mùi hôi, lượng tiểu.
- Dùng gạc/bông thấm nước muối sinh lý hoặc Betadine pha loãng 0,05–1% (hoặc cồn betadine) lau sạch vùng miệng sáo (lỗ niệu đạo quanh ống thông), lau từ miệng sáo ra ngoài theo hướng từ trong ra ngoài, từ trên xuống dưới.
- Lau đoạn ống thông gần miệng sáo (khoảng 10–15 cm) theo chiều từ bàng quang ra ngoài (không kéo ống).
- Lau 2–3 lần, để khô tự nhiên.
- Không kéo mạnh ống thông để tránh tổn thương niệu đạo hoặc tụt bóng chèn.

3. Cố định ống thông

- Cố định ống thông bằng băng dính hoặc dụng cụ cố định chuyên dụng (không dùng garô chặt).
- Ống thông phải thẳng, không gấp khúc, túi đựng luôn thấp hơn bàng quang (để tránh trào ngược).
- Với nam: Cố định dọc đùi trong; nữ: Cố định dọc đùi trong hoặc bụng dưới.

4. Chăm sóc túi đựng nước tiểu

- Túi đựng phải kín, một chiều (van chống trào ngược).
- Tháo nước tiểu khi túi đầy 1/2–2/3 (thường 4–8 giờ/lần), tháo bằng van dưới túi, không mở nắp trên.
- Thay túi mới nếu bẩn, rò rỉ, hoặc định kỳ (theo chỉ định, thường 7–14 ngày).
 - Tháo túi cũ: Kẹp ống thông → tháo nối → thay túi mới vô trùng → nối lại.
- Ban ngày: Dùng túi nhỏ đeo chân (leg bag); ban đêm: Túi lớn để giường.

5. **Theo dõi và ghi chép**

- Đo lượng tiểu mỗi ca (ghi vào bảng theo dõi hoặc bệnh án).
- Quan sát: Nước tiểu đục, có máu, mùi hôi → báo bác sĩ ngay.
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: Sốt, đau bụng dưới, đau lưng, ớn lạnh.

6. **Kết thúc**

- Tháo găng tay, rửa tay sạch/sát khuẩn.
- Vệ sinh vùng kín bệnh nhân bằng nước ấm/xà phòng nhẹ nếu cần.
- Ghi chép đầy đủ: Thời gian chăm sóc, lượng tiểu, tính chất, người thực hiện.

VI. Lưu ý quan trọng

- Nguyên tắc vô khuẩn nghiêm ngặt: Luôn rửa tay, đeo găng, không chạm tay bẩn vào hệ thống.
- Uống đủ nước (2–3 lít/ngày trừ khi hạn chế) để pha loãng nước tiểu, giảm nguy cơ nhiễm trùng.
- Không bơm rửa bàng quang thường quy (chỉ khi có chỉ định bác sĩ).
- Thay ống thông định kỳ: Thường 2–4 tuần (hoặc sớm hơn nếu tắc, nhiễm trùng).
- Với ngoại trú/tại nhà: Hướng dẫn người nhà chi tiết, theo dõi hàng ngày.
- Biến chứng thường gặp: Nhiễm trùng (CAUTI) → sốt, tiểu buốt, nước tiểu đục; tắc ống → bí tiểu → báo ngay.
- Ưu tiên tháo ống thông sớm nhất có thể khi không còn chỉ định để giảm nguy cơ nhiễm trùng.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY MASK TÚI

Quy trình kỹ thuật thở oxy qua mask túi (mặt nạ có túi dự trữ) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014 về hướng dẫn quy trình kỹ thuật hồi sức cấp cứu, chống độc; Quyết định 200/QĐ-BYT về quy trình kỹ thuật nhi khoa). Đây là kỹ thuật cung cấp oxy nồng độ cao (FiO_2 lên đến 60–100%, tùy loại mask và lưu lượng), dùng mask có túi dự trữ (reservoir bag) để lưu trữ oxy, giúp bệnh nhân hít vào lượng oxy cao hơn so với mask thông thường.

Có hai loại chính:

- Mask có túi dự trữ không van một chiều (FiO_2 60–90%).
- Mask có túi dự trữ có van một chiều (non-rebreather mask, FiO_2 90–100%, gần như oxy tinh khiết).

I. Mục đích

- Cung cấp oxy nhanh chóng, nồng độ cao cho bệnh nhân thiếu oxy nặng ($SpO_2 < 90–92\%$, suy hô hấp cấp, COPD đợt cấp nặng, phù phổi, sốc...).

II. Chỉ định

- Suy hô hấp cấp tính (SpO_2 thấp dù thở không khí thường).
- Thiếu oxy nặng do hen cấp, COPD đợt cấp, viêm phổi nặng, phù phổi cấp, ngộ độc CO...
- Trước khi đặt nội khí quản hoặc thở máy không xâm nhập.

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Không dùng ở bệnh nhân ngừng thở hoặc hô hấp ngừng (cần thông khí hỗ trợ).
- Thận trọng ở bệnh nhân COPD mạn (nguy cơ ức chế trung tâm hô hấp nếu FiO_2 quá cao → theo dõi chặt SpO_2 mục tiêu 88–92%).
- Không dùng nếu bệnh nhân nôn ói nhiều (nguy cơ sặc).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Nguồn oxy (trung tâm hoặc bình oxy).
- Cột đo lưu lượng oxy (flowmeter).
- Bình làm ẩm oxy (humidifier) nếu thở lâu.
- Dây dẫn oxy.
- Mask có túi dự trữ (phù hợp kích cỡ: người lớn/trẻ em).
- Máy đo SpO_2 (pulse oximeter).

- Găng tay sạch, khay dụng cụ.
- Phiếu theo dõi (bệnh án).

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Đánh giá tình trạng: SpO₂, nhịp thở, màu da niêm, ý thức, nỗ lực hô hấp.
- Giải thích cho bệnh nhân/người nhà về mục đích, cách thở (hít thở bình thường qua mũi/miệng).
- Đặt bệnh nhân tư thế nửa nằm nửa ngồi (Fowler) nếu có thể để dễ thở.

2. Chuẩn bị thiết bị

- Rửa tay sạch, sát khuẩn tay nhanh, đeo găng tay sạch.
- Kiểm tra nguồn oxy: Bột van, kiểm tra áp suất.
- Lắp cột đo lưu lượng vào nguồn oxy.
- Lắp bình làm ẩm (đổ nước cất đến vạch nếu cần).
- Lắp dây dẫn oxy vào cột lưu lượng hoặc bình làm ẩm.
- Kết nối mask có túi dự trữ vào dây dẫn.
- Bột oxy với lưu lượng cao (10–15 L/phút ở người lớn) → làm phồng túi dự trữ đầy (chặn ngón tay vào lỗ van một chiều nếu có để kiểm tra).

3. Thực hiện đeo mask

- Đưa mask ôm kín mũi và miệng bệnh nhân (không để hở).
- Cố định dây đeo mask ra sau đầu/gáy, điều chỉnh vừa khít nhưng không gây khó chịu (tránh ép mạnh).
- Đảm bảo túi dự trữ luôn phồng trong lúc thở (nếu xẹp → tăng lưu lượng hoặc kiểm tra rò rỉ).
- Lưu lượng oxy khuyến cáo:
 - Người lớn: 10–15 L/phút (FiO₂ 60–100%).
 - Trẻ em: 5–10 L/phút (tùy cân nặng, theo dõi chặt).

4. Theo dõi và chăm sóc

- Theo dõi liên tục 30 phút đầu: SpO₂, nhịp tim, nhịp thở, nỗ lực hô hấp, ý thức (dùng monitor nếu có).
- Sau ổn định: Theo dõi mỗi 1–3 giờ (SpO₂ mục tiêu: 94–98% ở người lớn thông thường; 88–92% ở COPD mạn).

- Quan sát: Túi dự trữ có phồng không, mask có kín, nước tiểu/bình ẩm có đủ.
- Khuyến khích bệnh nhân thở sâu, chậm nếu hợp tác.
- Ghi chép: Lưu lượng oxy, SpO₂ trước/sau, thời gian bắt đầu, người thực hiện.

5. **Kết thúc hoặc điều chỉnh**

- Giảm dần lưu lượng khi SpO₂ ổn định (theo y lệnh bác sĩ).
- Tháo mask: Tắt oxy trước, tháo dây đeo, vệ sinh mặt bệnh nhân.
- Vệ sinh tay, thu gom dụng cụ thải bỏ đúng quy định.

VI. Lưu ý quan trọng

- Không để túi dự trữ xẹp → dấu hiệu cung cấp oxy không đủ hoặc rò rỉ hệ thống.
- Theo dõi ngộ độc oxy nếu thở lâu (>48–72 giờ ở nồng độ cao): khô niêm mạc, ho, khó thở (hiếm ở liệu pháp ngắn).
- Với trẻ em: Theo dõi chặt hơn (nguy cơ tăng CO₂ nếu mask kín quá).
- Kết hợp bình làm ẩm nếu thở >6–8 giờ để tránh khô đường thở.
- Ưu tiên tháo mask sớm khi bệnh nhân ổn định để giảm nguy cơ biến chứng (khô miệng, kích ứng da).
- Biến chứng có thể: Khô niêm mạc, áp xe da do ép mask, tăng CO₂ ở COPD → điều chỉnh lưu lượng theo SpO₂.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ OXY MASK KHÔNG TÚI

Quy trình kỹ thuật thở oxy qua mask không túi (hay còn gọi là mặt nạ đơn giản - simple mask) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 200/QĐ-BYT về quy trình kỹ thuật nhi khoa, Quyết định 1904/QĐ-BYT về hồi sức cấp cứu).

Đây là kỹ thuật cung cấp oxy nồng độ trung bình (FiO_2 khoảng 40–60%), dùng mặt nạ đơn giản (không có túi dự trữ, có lỗ thoát khí hai bên).

I. Mục đích

- Tăng nồng độ oxy khí thở vào (FiO_2) để cải thiện thiếu oxy máu ở bệnh nhân tự thở, nhu cầu oxy trung bình (SpO_2 thấp nhưng chưa nặng).

II. Chỉ định

- Thiếu oxy nhẹ đến trung bình ($SpO_2 < 92-94\%$ khi thở không khí thường).
- Suy hô hấp cấp do viêm phổi, hen, COPD đợt cấp nhẹ, phù phổi nhẹ...
- Sau khi thở oxy gọng kính không đủ.

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Bệnh nhân nôn ói nhiều (nguy cơ sặc vào mặt nạ).
- Ngừng thở hoặc hô hấp ngừng (cần thông khí hỗ trợ).
- Thận trọng ở COPD mạn (mục tiêu SpO_2 88–92%, tránh ức chế hô hấp).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Nguồn oxy (trung tâm hoặc bình).
- Cột đo lưu lượng oxy (flowmeter).
- Bình làm ẩm oxy (humidifier, đổ nước cất).
- Dây dẫn oxy.
- Mặt nạ đơn giản (simple mask, kích cỡ phù hợp: người lớn/trẻ em).
- Máy đo SpO_2 (pulse oximeter).
- Găng tay sạch, khay dụng cụ.
- Phiếu theo dõi.

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. **Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân**
 - Đánh giá: SpO_2 , nhịp thở, màu da niêm, ý thức, nỗ lực hô hấp.
 - Giải thích mục đích, cách thở (hít thở bình thường qua mũi/miệng) để bệnh nhân hợp tác.

- Đặt bệnh nhân tư thế nửa nằm nửa ngồi (Fowler) nếu có thể.
- 2. **Chuẩn bị thiết bị**
 - Rửa tay sạch, sát khuẩn tay nhanh, đeo găng tay sạch.
 - Kiểm tra nguồn oxy: Bột van, kiểm tra áp suất.
 - Lắp cột đo lưu lượng vào nguồn oxy.
 - Lắp bình làm ẩm (đổ nước cất đến vạch).
 - Lắp dây dẫn oxy vào cột lưu lượng hoặc bình làm ẩm.
 - Kết nối mặt nạ đơn giản vào dây dẫn.
 - Bột oxy với lưu lượng 5–10 L/phút (tối thiểu 5 L/phút để tránh tích tụ CO₂ trong mặt nạ).
- 3. **Thực hiện đeo mặt nạ**
 - Đưa mặt nạ ôm kín mũi và miệng bệnh nhân (không để hở).
 - Cố định dây đeo ra sau đầu/gáy, điều chỉnh vừa khít nhưng thoải mái (có thể dùng kẹp kim loại trên mũi để ép chặt).
 - Đảm bảo mặt nạ không gây khó chịu, không ép mạnh gây tổn thương da.
 - Lưu lượng oxy khuyến cáo:
 - Người lớn: 5–10 L/phút (FiO₂ 40–60%).
 - Trẻ em: 4–8 L/phút (tùy cân nặng, theo dõi chặt).
- 4. **Theo dõi và chăm sóc**
 - Theo dõi 30 phút đầu: SpO₂ liên tục, nhịp tim, nhịp thở, nỗ lực hô hấp, da niêm, ý thức (dùng monitor nếu có).
 - Sau ổn định: Theo dõi mỗi 1–3 giờ (mục tiêu SpO₂: 94–98% ở người lớn thông thường; 88–92% ở COPD mạn).
 - Quan sát: Mặt nạ có kín không, có tích tụ hơi nước trong mặt nạ (dấu hiệu lưu lượng đủ), bệnh nhân có khó chịu không.
 - Khuyến khích thở sâu, chậm nếu hợp tác.
 - Ghi chép: Lưu lượng oxy, SpO₂ trước/sau, thời gian bắt đầu, người thực hiện.
- 5. **Kết thúc hoặc điều chỉnh**
 - Giảm dần lưu lượng khi SpO₂ ổn định (theo y lệnh).
 - Tháo mặt nạ: Tắt oxy trước, tháo dây đeo, vệ sinh mặt bệnh nhân bằng khăn ẩm.
 - Vệ sinh tay, thu gom dụng cụ thải bỏ đúng quy định.

VI. Lưu ý quan trọng

- Luôn dùng bình làm ẩm nếu thở > vài giờ để tránh khô niêm mạc mũi họng.
- Không để lưu lượng < 5 L/phút (nguy cơ tái hít CO₂).
- Nếu SpO₂ không cải thiện → chuyển sang mask có túi dự trữ hoặc thở máy không xâm nhập.
- Theo dõi nguy cơ khô niêm mạc, kích ứng da do ép mặt nạ; khuyến khích uống nước nhiều.
- Với trẻ em: Theo dõi chặt hơn (nguy cơ tăng CO₂ nếu mặt nạ kín quá).
- Biến chứng có thể: Khô miệng/họng, áp xe da, khó chịu → điều chỉnh lưu lượng hoặc thay phương pháp.
- Ưu tiên tháo sớm khi ổn định để giảm rủi ro.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT HÚT DỊCH DẠ DÀY

Quy trình kỹ thuật hút dịch dạ dày (hay còn gọi là hút dịch vị, hút dạ dày giải áp) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014 về hồi sức cấp cứu, Quyết định 3805/QĐ-BYT về nội khoa tiêu hóa, Quyết định 200/QĐ-BYT về nhi khoa)

Kỹ thuật này thường kết hợp với **đặt ống thông dạ dày** (tube Levine hoặc sonde dạ dày) để hút dịch tồn dư, giảm áp lực dạ dày, ngăn ngừa sặc, hoặc lấy mẫu xét nghiệm.

I. Mục đích

- Giải áp dạ dày (giảm chướng bụng, nôn ói, nguy cơ sặc ở bệnh nhân hôn mê hoặc sau phẫu thuật).
- Lấy mẫu dịch vị xét nghiệm (pH, HCl, pepsin, vi khuẩn, tế bào...).
- Hỗ trợ điều trị ngộ độc, xuất huyết tiêu hóa trên, tắc ruột, sau mổ bụng.

II. Chỉ định

- Bí trung tiện, chướng bụng nặng, nôn nhiều.
- Bệnh nhân hôn mê, liệt ruột, nguy cơ hít sặc.
- Sau phẫu thuật tiêu hóa, hồi sức cấp cứu.
- Chẩn đoán (xét nghiệm dịch vị sau kích thích histamin nếu cần).

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Tổn thương thực quản (ngộ độc acid/bazơ mạnh, giãn tĩnh mạch thực quản vỡ).
- Bệnh nhân không hợp tác (nếu tỉnh táo, cần giải thích rõ).
- Rối loạn đông máu nặng (nguy cơ xuất huyết niêm mạc).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Ống thông dạ dày (Levine): Người lớn 14–16 Fr; trẻ em 8–10 Fr.
- Bơm tiêm 50 ml (hoặc lớn hơn), máy hút áp lực âm (nếu hút liên tục).
- Dầu nhờn (parafin lỏng hoặc gel bôi trơn).
- Ống nghe, bơm tiêm 20–50 ml không khí kiểm tra vị trí.
- Găng tay sạch/vô trùng, gạc, khăn sạch, khay dụng cụ.
- Túi chứa dịch hoặc bình hứng (vô trùng nếu xét nghiệm).
- Dung dịch sát khuẩn (cồn 70°, betadine), băng dính cố định.
- Máy đo sinh hiệu, monitor nếu bệnh nhân nặng.

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích mục đích, quy trình (nếu tỉnh táo) để hợp tác.
- Đánh giá: Tri giác, dấu hiệu sinh tồn, tình trạng bụng (chướng, âm ruột), phản xạ nuốt, mũi/miệng.
- Tư thế: Nửa nằm nửa ngồi (nếu tỉnh); nằm đầu thấp, nghiêng trái (nếu hôn mê) để tránh sặc.

2. Đặt ống thông dạ dày (nếu chưa có)

- Đo độ dài: Từ mũi (hoặc miệng) → dái tai → mũi ức (hoặc đến rốn + 5–10 cm). Đánh dấu bằng băng dính.
- Bôi trơn đầu ống 6–10 cm bằng dầu nhờn.
- Đưa ống nhẹ nhàng qua mũi (hoặc miệng), khi đến họng: Bảo bệnh nhân nuốt (nếu tỉnh), gập cổ nhẹ về trước.
- Đẩy đến dấu đánh dấu.
- Kiểm tra vị trí ống vào dạ dày:
 - Hút thử dịch dạ dày (dịch vàng xanh, pH <5).
 - Bơm 20–50 ml không khí, nghe tiếng "ục ục" ở thượng vị bằng ống nghe.
 - Nếu nghi ngờ: Chụp X-quang ngực bụng xác định.

3. Cố định và bắt đầu hút

- Cố định ống bằng băng dính (mũi hoặc miệng), nối với túi chứa hoặc máy hút.
- **Phương pháp hút:**
 - **Hút ngắt quãng (đơn giản):** Dùng bơm tiêm 50 ml hút dịch từng đợt (10–20 ml/lần), hoặc để tự chảy theo trọng lực (túi thấp hơn dạ dày).
 - **Hút liên tục:** Nối máy hút áp lực âm thấp 9–12 mmHg (hoặc -20 cmH₂O), tránh áp lực cao gây tổn thương niêm mạc.
- Hút theo y lệnh: Lượng, thời gian, áp lực.

4. Theo dõi và chăm sóc

- Theo dõi liên tục: Sinh hiệu, lượng dịch hút (màu sắc, mùi, có máu/mủ không), dấu hiệu sặc (ho, tím tái).
- Ghi chép: Lượng dịch hút, tính chất, giờ hút, người thực hiện.
- Vệ sinh miệng/mũi định kỳ, thay băng cố định nếu bẩn.

5. Kết thúc

- Khi hết chỉ định: Rút ống nhẹ nhàng (kẹp ống trước khi rút để tránh dịch trào).
- Vệ sinh vùng mũi/miệng, theo dõi biến chứng (chảy máu, khó thở).
- Chuyển mẫu dịch xét nghiệm nếu cần (ống nghiệm sạch, ghi rõ).

VI. Lưu ý quan trọng

- An toàn hàng đầu: Luôn kiểm tra vị trí ống trước khi hút để tránh hút vào phổi (nguy cơ sặc, viêm phổi hít).
- Không hút áp lực cao (>15 mmHg) để tránh xuất huyết niêm mạc.
- Với bệnh nhân hôn mê: Nghiêng đầu sang trái, hút ngắt quãng để tránh sặc.
- Theo dõi biến chứng: Xuất huyết (dịch đỏ), tắc ống (bóp bóng cao su hoặc thay ống), nhiễm trùng (sốt, dịch đục).
- Với trẻ em: Liều lượng hút nhỏ hơn, theo dõi chặt SpO₂.
- Ngoại trú/tại nhà: Hướng dẫn người nhà kỹ, chỉ hút khi có chỉ định bác sĩ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐÁNH GIÁ, PHÂN CẤP CHĂM SÓC CHO NGƯỜI BỆNH

Quy trình kỹ thuật đánh giá, phân cấp chăm sóc người bệnh theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam được quy định chủ yếu tại Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 (Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện), thay thế cho các quy định cũ trong Thông tư 07/2011/TT-BYT. Quy trình này là một phần bắt buộc trong chăm sóc người bệnh toàn diện, nhằm đảm bảo chăm sóc đúng chuyên môn, toàn diện, liên tục, an toàn, chất lượng và phù hợp nhu cầu từng bệnh nhân.

I. Mục đích

- Nhận định tình trạng sức khỏe, mức độ phụ thuộc và nguy kịch của người bệnh.
- Phân cấp chăm sóc phù hợp để phân bổ nguồn lực (điều dưỡng, hộ lý), lập kế hoạch chăm sóc, theo dõi và can thiệp kịp thời.
- Phối hợp giữa điều dưỡng và bác sĩ để đảm bảo chăm sóc hiệu quả, giảm biến chứng.

II. Nguyên tắc (theo Điều 3 Thông tư 31/2021/TT-BYT)

- Đúng chuyên môn, toàn diện, liên tục, an toàn, chất lượng.
- Công bằng giữa các bệnh nhân, phù hợp nhu cầu cá nhân.
- Có sự phối hợp giữa điều dưỡng, bác sĩ và các chuyên môn khác trong bệnh viện.

III. Phân cấp chăm sóc (theo Điều 4 Thông tư 31/2021/TT-BYT)

Có 3 cấp độ dựa trên mức độ phụ thuộc vào điều dưỡng trong các hoạt động cá nhân hằng ngày (ăn uống, vệ sinh, di chuyển, thay đổi tư thế...):

1. Chăm sóc cấp I

- Người bệnh nặng, nguy kịch, không tự thực hiện các hoạt động cá nhân hằng ngày.
- Hoặc do yêu cầu chuyên môn (sau mổ lớn, hôn mê, liệt...) không được vận động.
- Phụ thuộc hoàn toàn vào theo dõi, chăm sóc toàn diện và liên tục của điều dưỡng (cấp I-A, I-B, I-C nếu theo mô hình cũ).

2. Chăm sóc cấp II

- Người bệnh nặng, hạn chế vận động một phần do sức khỏe hoặc yêu cầu chuyên môn.
- Phụ thuộc phần nhiều vào điều dưỡng khi thực hiện hoạt động cá nhân hằng ngày (cần hỗ trợ nhiều).

3. Chăm sóc cấp III

- Người bệnh có thể vận động, đi lại không hạn chế.
- Tự thực hiện tất cả hoặc hầu hết hoạt động cá nhân hằng ngày dưới sự hướng dẫn của điều dưỡng.

IV. Quy trình thực hiện (theo hướng dẫn Bộ Y tế và thực hành chuẩn bệnh viện)

1. Tiếp nhận và nhận định ban đầu

- Khi bệnh nhân nhập viện (hoặc khám bệnh): Điều dưỡng khoa tiếp nhận đánh giá ban đầu (sàng lọc, phân loại ưu tiên theo tình trạng cấp cứu).
- Thu thập thông tin: Triệu chứng, dấu hiệu sinh tồn (mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ, SpO₂), tình trạng ý thức, đau, dinh dưỡng, vận động, vệ sinh cá nhân, bài tiết...
- Sử dụng công cụ nhận định (nếu có): Thang điểm Barthel (hoạt động hàng ngày), Braden (nguy cơ loét), Morse (nguy cơ té ngã)...

2. Phối hợp đánh giá và phân cấp

- Điều dưỡng nhận định tình trạng sức khỏe (mức độ phụ thuộc).
- Phối hợp với bác sĩ điều trị đánh giá mức độ nguy kịch, tiên lượng bệnh.
- Thống nhất phân cấp (cấp I, II, III) dựa trên cả hai yếu tố: phụ thuộc + nguy kịch.
- Ghi rõ vào hồ sơ bệnh án:
 - Bác sĩ ghi vào tờ điều trị.
 - Điều dưỡng ghi vào phiếu chăm sóc/phiếu theo dõi điều dưỡng.

3. Lập kế hoạch chăm sóc

- Dựa trên phân cấp, xác định nhu cầu chăm sóc (chẩn đoán điều dưỡng).
- Lập kế hoạch cụ thể: Theo dõi sinh tồn (thường xuyên với cấp I), hỗ trợ vệ sinh, dinh dưỡng, thay đổi tư thế, phòng ngừa biến chứng...
- Ưu tiên cấp I: Chăm sóc toàn diện, liên tục (thường 1–2 giờ/lần theo dõi).

4. Thực hiện và theo dõi

- Thực hiện can thiệp theo kế hoạch (thuốc, kỹ thuật, hỗ trợ hoạt động...).

- Theo dõi đáp ứng, hiệu quả chăm sóc (liên tục, chính xác, toàn diện).

- Đánh giá lại định kỳ (mỗi ca trực hoặc khi tình trạng thay đổi) → điều chỉnh phân cấp nếu cần (ví dụ: từ cấp I xuống cấp II khi cải thiện).

5. Đánh giá kết quả (theo Điều 7 Thông tư 31/2021/TT-BYT)

- Đánh giá đáp ứng của bệnh nhân và hiệu quả can thiệp.

- Ghi chép đầy đủ vào phiếu theo dõi, báo cáo bác sĩ nếu bất thường.

- Điều chỉnh kế hoạch kịp thời.

V. Lưu ý quan trọng

- Phân cấp phải ghi rõ, thống nhất và cập nhật khi tình trạng thay đổi (ví dụ: sau phẫu thuật, chuyên khoa...).

- Với cấp I: Thường cần hỗ trợ từ hộ lý/y công, nhưng điều dưỡng chịu trách nhiệm chính.

- Một số bệnh viện dùng thang điểm nội bộ (tổng điểm phụ thuộc) để hỗ trợ phân cấp, nhưng phải tuân thủ 3 cấp theo Thông tư 31.

- Trách nhiệm: Điều dưỡng phối hợp chặt chẽ với bác sĩ; bệnh viện phải có quy định cụ thể về theo dõi, ghi chép.

- Mục tiêu: Giảm nguy cơ biến chứng (loét do tì đè, nhiễm trùng, té ngã...), nâng cao chất lượng chăm sóc.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐO THÂN NHIỆT BẰNG NHIỆT KẾ

Quy trình kỹ thuật đo thân nhiệt bằng nhiệt kế theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 200/QĐ-BYT về quy trình kỹ thuật nhi khoa, Quyết định 1904/QĐ-BYT về hồi sức cấp cứu và thực hành chuẩn)

Đây là kỹ thuật đo dấu hiệu sinh tồn cơ bản (nhiệt độ cơ thể - T°), thường thực hiện khi nhập viện, theo dõi hàng ngày, trước/sau phẫu thuật, dùng thuốc hạ sốt, hoặc nghi ngờ sốt/nhiễm trùng.

I. Mục đích

- Đánh giá thân nhiệt cơ thể để phát hiện sốt, hạ thân nhiệt, theo dõi diễn tiến bệnh.
- Phân loại sốt (nóng ran, sốt nhẹ, sốt cao, sốt rất cao...).

II. Chỉ định

- Nhập viện, khám bệnh định kỳ, theo dõi bệnh nhân nằm viện.
- Nghi ngờ nhiễm trùng, sốt, rối loạn thân nhiệt (hạ thân nhiệt ở người già, trẻ sơ sinh...).

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Không có chống chỉ định tuyệt đối, nhưng chọn vị trí đo phù hợp (tránh đo miệng nếu bệnh nhân hôn mê, nôn ói; tránh đo hậu môn nếu có tổn thương hậu môn).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Nhiệt kế thủy ngân (truyền thống) hoặc nhiệt kế điện tử (phổ biến hiện nay, an toàn hơn, nhanh hơn).
- Bông/gạc sạch, cồn 70° hoặc xà phòng + nước để sát khuẩn.
- Khăn sạch, chất bôi trơn (vaseline hoặc nước xà phòng) nếu đo hậu môn.
- Phiếu theo dõi dấu hiệu sinh tồn (bệnh án).

V. Các vị trí đo và giá trị tham chiếu (độ C)

- **Nách** (phổ biến nhất ở người lớn và trẻ lớn): 36,0 – 37,0°C (bình thường); sốt nếu >37,5°C.
- **Miệng**: 36,5 – 37,5°C (cao hơn nách khoảng 0,3–0,5°C).
- **Hậu môn (trực tràng)**: 36,6 – 38,0°C (chính xác nhất, cao hơn nách 0,5–1,0°C) – dùng cho trẻ nhỏ, người hôn mê.
- **Tai/trán** (nhiệt kế hồng ngoại): Tương đương miệng hoặc nách, tùy thiết bị.

VI. Quy trình thực hiện (theo chuẩn bệnh viện và hướng dẫn Bộ Y tế)

1. Giải thích và chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích mục đích, quy trình cho bệnh nhân/người nhà (nếu tỉnh táo).
- Đặt bệnh nhân thoải mái (ngồi hoặc nằm), tránh đo ngay sau ăn/uống nóng/lạnh, tắm, vận động mạnh (chờ 15–30 phút).
- Rửa tay sạch, sát khuẩn tay nhanh.

2. Chuẩn bị nhiệt kế

- Với nhiệt kế thủy ngân: Lắc mạnh (cầm đuôi, vẩy cổ tay) để cột thủy ngân xuống dưới 35°C.
- Với nhiệt kế điện tử: Bật nút nguồn, kiểm tra pin, chờ sẵn sàng (màn hình hiển thị).
- Sát khuẩn đầu nhiệt kế bằng cồn 70° hoặc xà phòng + nước (rửa sạch, lau khô).

3. Thực hiện đo (chọn vị trí phù hợp)

- **Đo nách** (phương pháp phổ biến nhất):
 - Lau khô nách (nếu có mồ hôi).
 - Đặt đầu nhiệt kế vào giữa hõm nách, sát da.
 - Gập cánh tay khép chặt vào ngực (kẹp nhiệt kế).
 - Thời gian: Nhiệt kế thủy ngân: 5–10 phút; điện tử: chờ tiếng bíp (thường 10–60 giây).
- **Đo miệng** (người lớn tỉnh táo, trẻ >4–5 tuổi):
 - Đặt đầu nhiệt kế dưới lưỡi, một bên (không giữa).
 - Khép môi kín, thở bằng mũi, không cắn răng.
 - Thời gian: Thủy ngân: 3–5 phút; điện tử: chờ bíp.
- **Đo hậu môn** (trẻ nhỏ, hôn mê, chính xác cao):
 - Bôi trơn đầu nhiệt kế bằng vaseline/nước xà phòng.
 - Đặt bệnh nhân nằm nghiêng, co gối.
 - Đưa nhẹ đầu nhiệt kế vào hậu môn 2–3 cm (trẻ sơ sinh: 1–2 cm).
 - Giữ nguyên bằng tay.
 - Thời gian: Thủy ngân: 2–3 phút; điện tử: chờ bíp.
- **Đo tai/trán** (nếu dùng hồng ngoại): Theo hướng dẫn thiết bị (thường 1–3 giây).

4. Đọc và ghi kết quả

- Rút nhiệt kế, đọc ngay (thủy ngân: nhìn ngang vạch; điện tử: màn hình).
- Ghi vào phiếu theo dõi: Giá trị ($^{\circ}\text{C}$), vị trí đo, giờ đo, người thực hiện.
- Nếu sốt: Báo bác sĩ, theo dõi thêm (nhịp tim, hô hấp...).

5. **Xử lý sau đo**

- Sát khuẩn nhiệt kế kỹ (cồn 70° hoặc xà phòng + nước, lau khô).
- Vệ sinh tay sạch.
- Theo dõi nếu sốt cao ($>39^{\circ}\text{C}$) hoặc hạ thân nhiệt ($<35^{\circ}\text{C}$): Báo ngay.

VII. Lưu ý quan trọng

- Ưu tiên **nhật kế điện tử** hiện nay (an toàn, không thủy ngân độc hại, nhanh).
- Đo **nách** là vị trí phổ biến nhất ở Việt Nam (dễ thực hiện, ít xâm lấn).
- Với trẻ em: Ưu tiên hậu môn nếu cần chính xác; dùng nhiệt kế điện tử chuyên dụng.
- Không đo ngay sau uống nước nóng/lạnh, tắm, vận động (kết quả sai lệch).
- Biến chứng hiếm: Vỡ nhiệt kế thủy ngân \rightarrow xử lý thu gom thủy ngân đúng quy định y tế.
- Theo dõi định kỳ: Mỗi 4–8 giờ ở bệnh nhân sốt, hoặc theo y lệnh.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THEO DÕI VÀ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SỐC PHẢN VỆ 72 GIỜ ĐẦU

Quy trình kỹ thuật theo dõi và chăm sóc người bệnh sốc phản vệ trong 72 giờ đầu theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam dựa trên Thông tư 51/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 (hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ – vẫn là văn bản chính thức áp dụng đến nay, được tham chiếu rộng rãi trong các bệnh viện và cập nhật thực hành 2025), kết hợp với thực hành hồi sức cấp cứu tại các bệnh viện.

Sốc phản vệ có nguy cơ **phản vệ pha 2** (biphasic anaphylaxis) tái phát sau 8–72 giờ (thậm chí muộn hơn), dù đã ổn định ban đầu. Do đó, **theo dõi ít nhất 24 giờ** là bắt buộc (theo Thông tư 51), nhưng nhiều hướng dẫn lâm sàng và bệnh viện khuyến cáo **theo dõi chặt chẽ ít nhất 24–72 giờ** ở khoa Hồi sức hoặc Cấp cứu để phát hiện sớm tái phát, đặc biệt ở phản vệ nặng (độ III–IV).

I. Mục đích

- Phát hiện sớm và xử trí kịp thời tái phát phản vệ pha 2.
- Duy trì ổn định huyết động, hô hấp, ngăn ngừa biến chứng (suy đa cơ quan, tổn thương não do thiếu oxy...).
- Đánh giá đáp ứng điều trị, chuẩn bị xuất viện an toàn.

II. Chỉ định theo dõi 72 giờ đầu

- Tất cả trường hợp phản vệ độ II trở lên (có tụt huyết áp, khó thở nặng, sốc...).
- Phản vệ nhẹ (độ I) nhưng có nguy cơ cao tái phát (tiền sử nặng, dị nguyên mạnh, dùng thuốc chẹn beta...).
- Sau khi huyết động ổn định (HA tâm thu >90 mmHg người lớn, SpO₂ >94%, không khó thở).

III. Quy trình theo dõi và chăm sóc (theo Thông tư 51/2017 và thực hành chuẩn)

1. **Giai đoạn cấp cứu ban đầu (0–6 giờ đầu – ưu tiên xử trí khẩn cấp)**
 - Đặt bệnh nhân nằm đầu thấp, chân cao (nếu không khó thở), nghiêng trái nếu nôn.
 - Tiêm adrenalin bắp ngay (0,3–0,5 mg người lớn, lặp lại 5–15 phút nếu cần).
 - Thở oxy 6–10 L/phút (người lớn) qua mask.
 - Truyền dịch tĩnh mạch (NaCl 0,9% hoặc Ringer lactate) 20–30 ml/kg nhanh.

- Thuốc hỗ trợ: Corticoid (methylprednisolon 1–2 mg/kg), kháng histamin (diphenhydramin), thuốc giãn phế quản nếu có thắt.
 - Theo dõi liên tục (monitor):
 - Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, tri giác: mỗi 3–5 phút đến khi ổn định.
 - Nước tiểu (đặt sonde nếu cần đo output).
 - ECG nếu có rối loạn nhịp.
2. **Giai đoạn ổn định (sau khi huyết động ổn – theo dõi 24–72 giờ)**
- Chuyển khoa Hồi sức hoặc buồng theo dõi đặc biệt (nếu có).
 - **Theo dõi dấu hiệu sinh tồn:**
 - Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂, tri giác: mỗi 1–2 giờ trong 24 giờ đầu, sau đó mỗi 4–6 giờ nếu ổn định.
 - Nhiệt độ cơ thể: Mỗi 4 giờ (phát hiện sốt tái phát hoặc hạ thân nhiệt).
 - Lượng nước tiểu: Mỗi giờ (mục tiêu >0,5 ml/kg/giờ).
 - Theo dõi da, niêm mạc: Mày đay, phù mạch, ngứa tái phát.
 - Theo dõi hô hấp: Khó thở, ran rít, SpO₂ giảm.
 - Theo dõi thần kinh: Ý thức, co giật (hiếm).
 - **Theo dõi tái phát pha 2 (8–72 giờ):**
 - Triệu chứng tương tự pha 1 nhưng thường nhẹ hơn (da, hô hấp, tụt HA).
 - Sẵn sàng adrenalin bắp ngay nếu tái phát.
 - **Chăm sóc hỗ trợ:**
 - Vệ sinh thân thể, thay đổi tư thế 2 giờ/lần (phòng loét).
 - Dinh dưỡng: Bắt đầu ăn lỏng khi tỉnh táo, không nôn (tránh dị nguyên nghi ngờ).
 - Theo dõi tác dụng phụ thuốc (corticoid: tăng đường huyết; kháng histamin: buồn ngủ).
 - Tư vấn: Ghi thẻ dị ứng, tránh dị nguyên, mang bút tiêm epinephrine tự động (nếu có).
3. **Theo dõi đặc biệt trong 72 giờ**
- **0–24 giờ:** Theo dõi chặt nhất (monitor liên tục nếu có), sẵn sàng cấp cứu lại.

- **24–48 giờ:** Giảm tần suất nếu ổn định, nhưng vẫn theo dõi mỗi 4 giờ.
- **48–72 giờ:** Đánh giá xuất viện nếu không tái phát, không triệu chứng, HA ổn định, SpO₂ bình thường.
- **Xuất viện:** Ghi rõ dị nguyên, cấp thẻ theo dõi dị ứng (Phụ lục VII Thông tư 51), hướng dẫn dùng epinephrine tự tiêm, tái khám.

IV. Lưu ý quan trọng

- Adrenalin là thuốc cứu mạng, luôn sẵn sàng (hộp cấp cứu phản vệ theo Phụ lục V Thông tư 51).
- Không xuất viện sớm nếu phản vệ nặng hoặc có nguy cơ cao (dùng beta-blocker, hen suyễn nặng...).
- Ghi chép đầy đủ bệnh án: Thời gian triệu chứng, xử trí, theo dõi, người thực hiện.
- Với trẻ em: Điều chỉnh liều, theo dõi chặt hơn (nguy cơ tái phát cao).
- Biến chứng muộn: Phù não, suy thận, ARDS – theo dõi nếu có dấu hiệu.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHĂM SÓC DẪN LƯU

Quy trình kỹ thuật chăm sóc dẫn lưu (hay còn gọi là chăm sóc ống dẫn lưu, hệ thống dẫn lưu vết mổ, dẫn lưu khoang, dẫn lưu tiết niệu, dẫn lưu não thất, dẫn lưu mật...) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 3592/QĐ-BYT năm 2014 về quy trình kỹ thuật Nội khoa chuyên ngành Thận tiết niệu, Quyết định 5730/QĐ-BYT về Phẫu thuật Tiêu hóa, Quyết định 1981/QĐ-BYT về Hô hấp và thực hành)

"Chăm sóc dẫn lưu" là kỹ thuật chung áp dụng cho các loại dẫn lưu (vết mổ, màng phổi, bụng, tiết niệu, não thất, mật...), nhằm đảm bảo hệ thống dẫn lưu hoạt động hiệu quả, vô khuẩn, ngăn ngừa nhiễm trùng và biến chứng.

I. Mục đích

- Đảm bảo dẫn lưu dịch (máu, mủ, dịch viêm, nước tiểu, mật, dịch não tủy...) ra ngoài hiệu quả.
- Ngăn ngừa tắc nghẽn, rò rỉ, nhiễm trùng ngược dòng.
- Theo dõi lượng, tính chất dịch để đánh giá diễn tiến bệnh, bù dịch – điện giải.

II. Chỉ định

- Bệnh nhân có đặt ống dẫn lưu sau phẫu thuật (vết mổ bụng, ngực, tiết niệu...), chấn thương, nhiễm trùng khoang, tăng áp lực nội sọ...

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Không có chống chỉ định tuyệt đối cho chăm sóc, nhưng cần thận trọng nếu nghi nhiễm trùng nặng (sốt cao, dịch đục mủ, mùi hôi) → báo bác sĩ ngay.

IV. Dụng cụ chuẩn bị (cho mỗi lần chăm sóc/thay băng)

- Găng tay sạch/vô trùng.
- Dung dịch sát khuẩn: Betadine 10% hoặc povidone-iodine, cồn 70°, nước muối sinh lý 0,9%.
- Gạc vô trùng, bông sạch, khăn lót, bông hạt đậu (hứng dịch).
- Băng dính y tế, kéo vô khuẩn, que que bông.
- Túi/bình dẫn lưu mới (nếu thay).
- Bảng theo dõi lượng dịch (bệnh án hoặc phiếu theo dõi).

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn bệnh viện và hướng dẫn Bộ Y tế)

Thực hiện ít nhất 1–2 lần/ngày (hoặc khi cần: dịch đầy, rò rỉ, bẩn...), thay băng khi ướt/bẩn.

1. Chuẩn bị và giải thích

- Giải thích mục đích cho bệnh nhân/người nhà để hợp tác.
- Rửa tay sạch, sát khuẩn tay nhanh, đeo găng tay sạch (vô trùng nếu thay băng chân dẫn lưu).
- Đặt bệnh nhân tư thế thoải mái: Nằm đầu cao, nghiêng về phía dẫn lưu để dịch chảy dễ (tránh đè lên ống).

2. Quan sát và theo dõi

- Kiểm tra hệ thống dẫn lưu: Ống có gấp khúc, tắc không? Chỗ nối kín?
- Bình/túi dẫn lưu: Luôn thấp hơn vị trí dẫn lưu 50–60 cm (tránh trào ngược).
- Đo lượng dịch: Ghi mỗi ca (ml/giờ hoặc 24h), màu sắc (đỏ tươi, vàng, đục, có máu/mủ), mùi, cặn.
- Quan sát chân dẫn lưu: Da đỏ, sưng, rỉ dịch, mùi hôi → dấu hiệu nhiễm trùng.

3. Vệ sinh và thay băng chân dẫn lưu

- Tháo băng cũ (không kéo mạnh ống).
- Lau vùng da xung quanh chân dẫn lưu (bán kính 5–10 cm) bằng nước muối sinh lý hoặc betadine pha loãng, lau từ trung tâm (chân ống) ra ngoài, từ sạch đến bẩn.
- Lau ống dẫn lưu gần chân (10–15 cm) theo chiều từ trong ra ngoài.
- Cắt gạc vô trùng hình chữ Y hoặc L để đặt quanh chân ống (giảm nguy cơ nhiễm từ da).
- Băng mới: Gạc vô trùng + băng dính, không băng chặt gây tắc.
- Giữ chân ống khô ráo, ngứa rôm lở da (dùng kem dưỡng nếu cần).

4. Xử lý túi/bình dẫn lưu

- Tháo dịch khi túi đầy 1/2–2/3 (tháo van dưới, không mở nắp trên để giữ vô khuẩn).
- Thay túi mới nếu bẩn/rò rỉ (kẹp ống → tháo nối cũ → nối túi mới vô trùng).
- Với dẫn lưu hút liên tục (màng phổi...): Kiểm tra độ kín, mức nước hút, rung nước (tidaling).

5. Theo dõi và ghi chép

- Ghi đầy đủ: Lượng dịch, tính chất, giờ chăm sóc, tình trạng chân dẫn lưu, người thực hiện.
- Theo dõi dấu hiệu nhiễm trùng: Sốt, đau tăng, dịch đục/mùi hôi, da đỏ → báo bác sĩ.
- Theo dõi mất nước/điện giải nếu dịch nhiều (bù theo y lệnh).

6. **Kết thúc**

- Tháo găng tay, rửa tay sạch/sát khuẩn.
- Vệ sinh vùng da bệnh nhân nếu cần.
- Đảm bảo bệnh nhân thoải mái, ống không căng/gấp.

VI. Lưu ý quan trọng (nguyên tắc chung theo Bộ Y tế)

- **Vô khuẩn tuyệt đối:** Luôn rửa tay, đeo găng, không chạm tay bẩn vào hệ thống.
- **Thông thoáng:** Không gấp khúc, tắc nghẽn ống; hút ngắt quãng hoặc liên tục theo chỉ định (áp lực thấp để tránh tổn thương).
- **Vị trí:** Bình/túi luôn thấp hơn dẫn lưu (trọng lực), kẹp ống khi di chuyển bệnh nhân.
- **Phòng ngừa biến chứng:** Nhiễm trùng (CAUTI nếu tiết niệu), tắc ống, tụ dịch, mất nước.
- Với dẫn lưu đặc biệt (tiết niệu, não thất, mật...): Theo quy trình riêng (ví dụ: Quyết định 3592/QĐ-BYT cho thận tiết niệu).
- Ngoại trú/tại nhà: Hướng dẫn người nhà chi tiết, theo dõi hàng ngày, tái khám nếu dịch bất thường.
- Thay ống dẫn lưu: Theo y lệnh bác sĩ (thường 7–14 ngày hoặc khi tắc/nhiễm trùng).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỰC HIỆN BÔI THUỐC NGOÀI DA

Quy trình kỹ thuật thực hiện bôi thuốc ngoài da theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 4790/QĐ-BYT năm 2017 về Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Da liễu, Quyết định 1919/QĐ-BYT về quy trình phong - da liễu, Thông tư 31/2021/TT-BYT về hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện, và các hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh da liễu – tài liệu tham chiếu trong bệnh viện)

Kỹ thuật này là một phần của chăm sóc điều dưỡng tại chỗ, nhằm đưa thuốc (kem, mỡ, dung dịch, gel, lotion...) tiếp xúc trực tiếp với tổn thương da để điều trị viêm, nhiễm khuẩn, nấm, dị ứng, vảy nến, chàm... hoặc giảm ngứa, khô da.

I. Mục đích

- Đưa thuốc thấm vào da để điều trị tại chỗ (kháng khuẩn, chống nấm, corticoid, dưỡng ẩm...).
- Giảm triệu chứng (ngứa, viêm, tiết dịch, vảy...).
- Ngăn ngừa lây lan hoặc bội nhiễm.

II. Chỉ định

- Các bệnh da liễu: Chàm, viêm da tiếp xúc, vảy nến, nấm da, chốc lở, ghê, nhiễm khuẩn da...
- Sau sát khuẩn hoặc làm sạch da.

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Dị ứng với thành phần thuốc (kiểm tra tiền sử).
- Tổn thương da hở rộng, loét sâu (tránh một số thuốc như corticoid mạnh).
- Vùng da nhạy cảm (mặt, sinh dục) – dùng liều thấp, theo chỉ định bác sĩ.
- Trẻ em, phụ nữ mang thai: Điều chỉnh liều lượng (theo hướng dẫn dùng thuốc bôi ngoài da cho trẻ em).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Thuốc bôi (kem/mỡ/dung dịch theo y lệnh: ví dụ kem betamethasone, mupirocin, ketoconazole...).
- Găng tay sạch (hoặc vô trùng nếu tổn thương hở).
- Gạc/bông sạch, que bông sạch.
- Nước muối sinh lý 0,9% hoặc dung dịch sát khuẩn (betadine pha loãng, chlorhexidine...).

- Khăn sạch, bông khô.
- Phiếu theo dõi (bệnh án hoặc phiếu chăm sóc).

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. Giải thích và chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích mục đích, cách bôi, tác dụng phụ có thể (kích ứng, khô da...) để bệnh nhân hợp tác.
- Kiểm tra y lệnh: Tên thuốc, liều lượng, vị trí, tần suất (thường 1–3 lần/ngày).
- Rửa tay sạch, sát khuẩn tay nhanh.
- Đặt bệnh nhân tư thế thoải mái, bộc lộ vùng da cần bôi (tránh lộ quá mức).

2. Làm sạch vùng da

- Quan sát tổn thương: Màu sắc, tiết dịch, vảy, mụn, mức độ lan rộng... ghi chép.
- Lau sạch vùng da bằng nước muối sinh lý hoặc dung dịch sát khuẩn (lau từ sạch đến bẩn, từ trong ra ngoài).
- Lau khô nhẹ nhàng bằng gạc sạch (không chà xát mạnh gây tổn thương thêm).

3. Thực hiện bôi thuốc

- Đeo găng tay sạch (hoặc dùng que bông nếu thuốc dạng dung dịch).
- Lấy lượng thuốc vừa đủ (theo nguyên tắc FTU - Finger Tip Unit):
 - 1 FTU \approx lượng kem/mỡ phủ hết đầu ngón tay trở người lớn (khoảng 0,5 g).
 - Ví dụ: Bôi mặt \approx 2–3 FTU; cánh tay \approx 3 FTU; toàn thân \approx 30–40 FTU.
- Bôi thuốc lên tổn thương:
 - Dùng ngón tay (đeo găng) hoặc que bông thoa đều, mỏng (lớp mỏng \approx 1–2 mm).
 - Bôi theo chiều từ trong ra ngoài, nhẹ nhàng, không chà xát mạnh.
 - Với vùng rộng: Có thể dùng gạc thấm thuốc đắp (nếu chỉ định).
- Với corticoid: Bôi mỏng, tránh vùng mặt/genital lâu dài (nguy cơ teo da).

- Với thuốc dưỡng ẩm/kháng nấm: Bôi dày hơn nếu da khô.
4. **Sau khi bôi**
- Không băng kín trừ khi bác sĩ chỉ định (ví dụ đắp ướt trong chàm ướt).
 - Hướng dẫn bệnh nhân: Không gãi, tránh tiếp xúc nước/xà phòng ít nhất 30–60 phút (hoặc theo chỉ định).
 - Với trẻ em: Giữ trẻ không cào, mặc quần áo thoáng.
5. **Theo dõi và ghi chép**
- Theo dõi đáp ứng: Giảm ngứa/viêm sau 3–7 ngày; dấu hiệu bất thường (kích ứng đỏ hơn, mủ, sốt...).
 - Ghi vào bệnh án/phiếu chăm sóc: Thuốc bôi, lượng, vị trí, giờ bôi, tình trạng da, người thực hiện.
 - Báo bác sĩ nếu không cải thiện hoặc tác dụng phụ.

VI. Lưu ý quan trọng

- **Nguyên tắc vô khuẩn:** Luôn rửa tay trước/sau, dùng găng sạch để tránh lây nhiễm chéo.
- **Lượng thuốc:** Dùng đủ nhưng không lãng phí (quá dày gây bí da, quá mỏng kém hiệu quả).
- **Tần suất:** Theo y lệnh (thường 2 lần/ngày cho corticoid, 1–2 lần cho kháng nấm).
- **Thời gian điều trị:** Thường 7–14 ngày (không tự ý ngừng corticoid đột ngột).
- **Với trẻ em:** Sử dụng FTU điều chỉnh theo tuổi (hướng dẫn từ Bệnh viện Nhi Trung ương).
- **Biến chứng có thể:** Kích ứng da, teo da (corticoid lâu dài), bội nhiễm → theo dõi chặt.
- **Ngoại trú:** Hướng dẫn người bệnh/bố mẹ tự bôi đúng cách, tái khám đúng hẹn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHO NGƯỜI BỆNH UỐNG THUỐC

Quy trình kỹ thuật cho người bệnh uống thuốc theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế (dựa trên Thông tư 31/2021/TT-BYT về hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện, Quyết định 1919/QĐ-BYT về quy trình kỹ thuật điều dưỡng, Thông tư 23/2011/TT-BYT về quản lý thuốc trong bệnh viện và thực hành chuẩn tại các bệnh viện)

Đây là kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, nhằm đảm bảo bệnh nhân uống đúng thuốc, đúng liều, đúng đường, đúng thời gian, đúng cách, an toàn và hiệu quả.

I. Mục đích

- Đưa thuốc vào cơ thể qua đường uống đúng chỉ định.
- Đảm bảo tuân thủ 5 đúng (Right patient – Right drug – Right dose – Right route – Right time) và 2 kiểm tra (kiểm tra trước khi lấy thuốc và trước khi đưa cho bệnh nhân).
- Phát hiện sớm tác dụng phụ, tương tác thuốc, hoặc sai sót.

II. Chỉ định

- Bệnh nhân tỉnh táo, nuốt được, không có chống chỉ định đường uống (nôn ói nhiều, hôn mê, rối loạn nuốt...).

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Bệnh nhân hôn mê, liệt nuốt, nôn ói liên tục → chuyển đường tiêm hoặc đặt sonde dạ dày.
- Thuốc có tương tác với thức ăn (ví dụ: tetracycline, bisphosphonat → uống lúc đói).
- Bệnh nhân có nguy cơ hít sặc (người già, sau đột quỵ).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Thuốc theo y lệnh (viên nén, viên nang, siro, bột...).
- Ly sạch (hoặc cốc dùng một lần), nước lọc hoặc nước ấm (khoảng 50–100 ml, trừ thuốc cần uống với sữa hoặc nước trái cây theo chỉ định).
- khay thuốc cá nhân (nếu bệnh viện dùng khay phân phát).
- Găng tay sạch (nếu cần xử lý thuốc dạng lỏng hoặc bột).
- Phiếu theo dõi dùng thuốc (bệnh án hoặc phiếu điều dưỡng).

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. Chuẩn bị và nhận định bệnh nhân

- Rửa tay sạch bằng xà phòng và nước hoặc sát khuẩn tay nhanh.

- Xác định đúng bệnh nhân: Hỏi tên, tuổi, mã số bệnh nhân (so sánh với vòng tay, bệnh án).
- Kiểm tra y lệnh: Tên thuốc, liều lượng, đường dùng, thời gian, số lần/ngày.
- Đánh giá bệnh nhân: Tỉnh táo, nuốt được không? Có dị ứng thuốc không? Có nôn ói, đau bụng gằn đây không?
- Giải thích cho bệnh nhân: Tên thuốc, công dụng, cách uống để hợp tác.

2. Chuẩn bị thuốc

- Lấy thuốc từ tủ thuốc hoặc khay phân phát (kiểm tra hạn sử dụng, bao bì nguyên vẹn).
- Kiểm tra 5 đúng lần thứ nhất:
 - Đúng bệnh nhân.
 - Đúng thuốc (tên, dạng, màu sắc, số lô).
 - Đúng liều (đếm viên, đo siro bằng ống đong).
 - Đúng đường (uống).
 - Đúng thời gian (theo y lệnh).
- Nếu thuốc dạng viên: Đổ ra khay nhỏ hoặc lòng bàn tay (không chạm tay trực tiếp).
- Nếu siro/bột: Đo chính xác bằng ống đong hoặc thìa đong.

3. Đưa thuốc cho bệnh nhân

- Đưa thuốc và nước (hoặc chất lỏng theo chỉ định).
- Kiểm tra 5 đúng lần thứ hai trước khi bệnh nhân uống.
- Hướng dẫn bệnh nhân:
 - Uống hết thuốc (không nhai nếu viên nén bao phim, không nghiền nếu không được chỉ định).
 - Uống nước đủ (50–100 ml) để thuốc trôi xuống dạ dày, tránh kích ứng thực quản.
 - Uống đúng tư thế: Ngồi thẳng hoặc nửa nằm nửa ngồi (giảm nguy cơ hít sặc).
- Quan sát bệnh nhân uống hết thuốc (kiểm tra miệng nếu cần để đảm bảo nuốt hết).
- Với trẻ em: Dùng thìa hoặc ống tiêm không kim để bón siro, giữ trẻ ngồi thẳng.

4. Sau khi uống thuốc

- Quan sát ngay lập tức: Có nôn ra thuốc không? Có khó thở, nổi mào đay, ngứa (dấu hiệu dị ứng)?
- Ghi chép vào phiếu theo dõi: Giờ uống, tên thuốc, liều, phản ứng (nếu có), người thực hiện.
- Theo dõi tác dụng phụ muộn: Buồn nôn, đau bụng, tiêu chảy... (báo bác sĩ nếu bất thường).
- Vệ sinh tay, dọn dụng cụ sạch sẽ.

VI. Lưu ý quan trọng

- Không nghiền viên trừ khi có chỉ định bác sĩ (nhiều thuốc bao tan trong ruột, nghiền làm mất tác dụng hoặc tăng độc tính).
- Thuốc đặc biệt:
 - Bisphosphonat (alendronat...): Uống lúc đói, với 1 ly nước đầy, ngồi thẳng 30 phút sau uống.
 - Levothyroxin: Uống lúc đói, sáng sớm, cách bữa ăn 30–60 phút.
 - Kháng sinh: Uống đúng giờ, đủ liệu trình.
- Với bệnh nhân có sonde dạ dày: Nghiền thuốc (nếu được phép), hòa tan với nước, bơm qua sonde (rửa sonde trước/sau bằng 20–30 ml nước).
- Phòng ngừa sai sót: Không để thuốc trong phòng bệnh nhân, không giao thuốc cho người nhà nếu không hướng dẫn.
- Với trẻ em/người già: Theo dõi chặt, dùng dụng cụ đo liều chính xác.
- Báo bác sĩ ngay nếu: Bệnh nhân từ chối thuốc, nôn ra thuốc, dị ứng cấp tính.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT BƠM THUỐC QUA ỐNG THÔNG MŨI – DẠ DÀY

Quy trình kỹ thuật bơm thuốc qua ống thông mũi – dạ dày (hay còn gọi là bơm thuốc qua sonde dạ dày, ống thông Levine/Faucher) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014 về quy trình kỹ thuật Hồi sức – Cấp cứu và Chống độc; Quyết định 3805/QĐ-BYT về Nội khoa Tiêu hóa; Quyết định 200/QĐ-BYT về Nhi khoa và thực hành tại các bệnh viện lớn)

Kỹ thuật này dùng để đưa thuốc (dạng lỏng, nghiền viên hòa tan) vào dạ dày khi bệnh nhân không uống được (hôn mê, liệt ruột, sau phẫu thuật, suy hô hấp...).

I. Mục đích

- Đưa thuốc đúng liều, đúng đường (dạ dày), đảm bảo hấp thu.
- Tránh nguy cơ hít sặc vào phổi.
- Kết hợp với nuôi ăn hoặc dẫn lưu dịch dạ dày.

II. Chỉ định

- Bệnh nhân không nuốt được thuốc đường uống (hôn mê, liệt hầu họng, sau đột quy, phẫu thuật đầu cổ...).
- Cần thuốc hấp thu nhanh qua đường tiêu hóa (kháng sinh, thuốc chống động kinh, thuốc giảm đau...).

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Ống thông chưa xác định đúng vị trí dạ dày (nguy cơ bơm vào phổi → viêm phổi hít).
- Xuất huyết tiêu hóa nặng, thủng dạ dày.
- Dịch tồn dư dạ dày >100–200 ml (nguy cơ trào ngược) → báo bác sĩ.

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Ống thông dạ dày (Levine/Faucher): Người lớn 12–16 Fr; trẻ em nhỏ hơn.
- Bơm tiêm 20–50 ml (vô trùng).
- Thuốc theo y lệnh (viên nghiền hòa tan hoặc dạng lỏng/siro).
- Nước vô trùng hoặc nước sôi để nguội (20–50 ml để hòa thuốc và rửa ống).
- Găng tay sạch, gạc vô trùng, khăn sạch.
- Ống nghe (kiểm tra vị trí).
- Bình đo dịch tồn dư (nếu cần).

- Phiếu theo dõi (bệnh án hoặc phiếu chăm sóc).

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích (nếu tỉnh táo) hoặc thông báo người nhà về mục đích.
- Đánh giá: Tri giác, dấu hiệu sinh tồn (mạch, HA, SpO₂), lượng dịch tồn dư dạ dày trước đó.
- Đặt bệnh nhân tư thế đầu cao 30–45° (nửa nằm nửa ngồi hoặc nằm đầu cao) để tránh trào ngược và sặc.
- Rửa tay sạch, sát khuẩn tay nhanh, đeo găng tay sạch.

2. Kiểm tra vị trí ống thông (bắt buộc trước khi bơm)

- Kẹp ống, tháo kẹp đầu ống.
- Hút thử bằng bơm tiêm: Nếu hút được dịch dạ dày (vàng xanh, pH <5) → đúng vị trí.
- Hoặc bơm 20–30 ml không khí, đặt ống nghe vùng thượng vị (dưới xương ức trái) → nghe tiếng "ục ục" hoặc "sùng sục" → xác nhận vào dạ dày.
- Nếu nghi ngờ (không hút được dịch, không nghe tiếng): Không bơm thuốc → báo bác sĩ, có thể chụp X-quang xác định vị trí.
- Ghi chép lượng dịch tồn dư (nếu >100–200 ml → bỏ bớt hoặc báo bác sĩ).

3. Chuẩn bị thuốc

- Kiểm tra 5 đúng: Đúng bệnh nhân, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường (qua sonde), đúng thời gian.
- Nếu thuốc viên: Nghiền mịn (theo chỉ định, tránh nghiền viên bao tan trong ruột), hòa tan hoàn toàn trong 20–30 ml nước vô trùng (dùng bơm tiêm hút hòa tan).
- Thuốc lỏng/siro: Lắc đều, đo chính xác bằng ống đong.
- Hút thuốc đã hòa tan vào bơm tiêm (tránh bọt khí).

4. Bơm thuốc

- Kẹp ống, nối bơm tiêm vào đầu ống.
- Tháo kẹp, bơm thuốc chậm, nhẹ nhàng (tốc độ 10–20 ml/phút) để tránh tăng áp lực dạ dày.
- Nếu thuốc đặc: Bơm xen kẽ với nước (10 ml thuốc → 5–10 ml nước).
- Sau khi bơm hết thuốc: Bơm thêm 20–30 ml nước vô trùng để rửa ống (rửa sạch thuốc dư, tránh tắc ống).

- Kẹp ống ngay sau khi rửa, không để không khí vào.
5. **Sau bơm**
- Giữ bệnh nhân đầu cao 30–60 phút để tránh trào ngược.
 - Quan sát: Có nôn, trào ngược, khó thở, tím tái (dấu hiệu sặc) không?
 - Ghi chép: Tên thuốc, liều, giờ bơm, lượng dịch tồn dư trước/sau, phản ứng, người thực hiện.
 - Theo dõi tác dụng phụ: Buồn nôn, tiêu chảy, dị ứng...
6. **Xử lý dụng cụ**
- Rửa tay sạch/sát khuẩn.
 - Vệ sinh đầu ống (lau bằng gạc sát khuẩn), kẹp kín, bỏ vào túi sạch.
 - Thu gom dụng cụ thải bỏ đúng quy định y tế.

VI. Lưu ý quan trọng

- An toàn hàng đầu: Luôn kiểm tra vị trí ống mỗi lần bơm (nguy cơ di lệch ống vào thực quản/phổi).
- Không bơm nếu dịch tồn dư >100–200 ml (giảm nguy cơ trào ngược).
- Với thuốc đặc biệt: Không nghiền viên bao tan chậm (enteric-coated) trừ khi bác sĩ cho phép.
- Rửa ống bằng nước sau mỗi lần bơm để tránh tắc (do thuốc kết tủa).
- Với trẻ em: Liều nhỏ hơn, tốc độ bơm chậm, theo dõi chặt SpO₂.
- Biến chứng có thể: Tắc ống, trào ngược – sặc (viêm phổi hít), kích ứng niêm mạc → báo ngay.
- Ngoại trú/tại nhà: Hướng dẫn người nhà chi tiết, chỉ bơm khi có chỉ định bác sĩ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN THUỐC QUA MÁY BƠM TIÊM ĐIỆN

Quy trình kỹ thuật truyền thuốc/dịch qua bơm tiêm điện (syringe pump hoặc bơm tiêm điện) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014 về hồi sức cấp cứu - chống độc, Quyết định 3592/QĐ-BYT về kỹ thuật thận tiết niệu, Thông tư 31/2021/TT-BYT về hoạt động điều dưỡng và thực hành tại các bệnh viện)

Bơm tiêm điện dùng để truyền thuốc/dịch với liều lượng chính xác cao (ml/giờ hoặc µg/kg/phút), đặc biệt thuốc vận mạch (dopamin, noradrenalin, dobutamin...), thuốc chống loạn nhịp, heparin, insulin, morphine... ở khoa Hồi sức, Tim mạch, Ngoại...

I. Mục đích

- Duy trì nồng độ thuốc ổn định trong máu.
- Truyền chính xác liều nhỏ, tốc độ chậm, liên tục.
- Giảm nguy cơ sai liều, quá tải dịch.

II. Chỉ định

- Thuốc cần truyền tĩnh mạch liên tục với tốc độ chính xác (vận mạch, thuốc tim mạch, chống đông, giảm đau opioid...).
- Bệnh nhân hồi sức nặng, suy tim, sốc, sau phẫu thuật tim mạch...

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Không có chống chỉ định tuyệt đối, nhưng cần thận trọng nếu bệnh nhân rối loạn đông máu (heparin), dị ứng thuốc.
- Luôn kiểm tra vị trí catheter tĩnh mạch (ngoại vi hoặc trung tâm) để tránh thoát mạch.

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Bơm tiêm điện (ví dụ: B.Braun Compact S, TE-331, Fresenius...).
- Bơm tiêm vô trùng (thường 20–50 ml, tùy thuốc).
- Dây nối bơm tiêm điện (extension line, dây dẫn chuyên dụng).
- Thuốc/dịch theo y lệnh (pha sẵn hoặc pha tại chỗ).
- Dung dịch sát khuẩn (cồn 70°, betadine).
- Găng tay sạch, gạc vô trùng.
- Monitor theo dõi (HA, mạch, SpO₂).
- Phiếu theo dõi truyền thuốc (bệnh án).

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn bệnh viện)

1. Nhận định và chuẩn bị

- Giải thích mục đích cho bệnh nhân/người nhà (nếu tỉnh táo).
- Kiểm tra y lệnh: Tên thuốc, liều (ml/giờ hoặc $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$), thời gian truyền.
- Đánh giá bệnh nhân: Sinh hiệu (HA, mạch, SpO_2), vị trí catheter tĩnh mạch (kim lùn hoặc catheter trung tâm), lượng nước tiểu.
- Rửa tay sạch/sát khuẩn tay nhanh, đeo găng tay sạch.

2. Pha thuốc

- Thực hiện 5 đúng (đúng bệnh nhân, thuốc, liều, đường, thời gian) và 3 tra (tra y lệnh, tra thuốc, tra bệnh nhân).
- Pha thuốc theo y lệnh (hút vào bơm tiêm vô trùng, đuổi hết khí).
- Lắp dây nối chuyên dụng vào bơm tiêm (đuôi khí hoàn toàn trong dây).
- Kiểm tra: Không bọt khí, nắp kín, hạn sử dụng.

3. Cài đặt và lắp bơm tiêm điện

- Đặt bơm tiêm điện lên cọc truyền (gần bệnh nhân, thấp hơn tim).
- Cắm nguồn điện (hoặc kiểm tra pin/ắc quy đầy).
- Bật máy (ấn giữ nút Power, máy tự kiểm tra).
- Lắp bơm tiêm vào khe máy (máy tự nhận cỡ bơm tiêm).
- Cài đặt thông số:
 - Tốc độ truyền (ml/giờ hoặc $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$ – theo y lệnh).
 - Thể tích truyền (nếu giới hạn).
 - Giới hạn áp lực (pressure limit) để phát hiện tắc.
- Kết nối dây nối vào catheter tĩnh mạch bệnh nhân (sát khuẩn nắp kim lùn/chạc ba trước khi nối).

4. Bắt đầu truyền

- Ấn nút Start (đèn xanh sáng, xoay vòng hoặc biểu tượng chạy).
- Kiểm tra ngay: Máy chạy êm, không báo lỗi, dịch chảy đều (quan sát giọt trong dây nếu có).
- Cố định dây nối, băng vô trùng chỗ nối.

5. Theo dõi và chăm sóc

- Theo dõi liên tục:

- Sinh hiệu mỗi 15–30 phút đầu, sau mỗi 1–2 giờ (HA, mạch, SpO₂).
 - Vị trí catheter: Đau, sưng, đỏ, thoát dịch → dừng ngay, báo bác sĩ.
 - Máy: Báo động (tắc, hết thuốc, hết pin, áp lực cao) → xử lý kịp thời.
 - Lượng thuốc truyền (ml còn lại).
 - Ghi chép: Giờ bắt đầu, tốc độ, lượng truyền, sinh hiệu, người thực hiện.
 - Thay bơm tiêm/dây nối: Theo y lệnh (thường 24 giờ hoặc khi hết thuốc).
6. **Kết thúc truyền**
- Khi hết thuốc hoặc theo y lệnh: Ấn Stop, tháo bơm tiêm.
 - Rút dây nối, sát khuẩn chỗ nối catheter.
 - Theo dõi bệnh nhân sau dừng (dấu hiệu tụt HA nếu thuốc vận mạch).
 - Vệ sinh tay, thu gom dụng cụ thải bỏ đúng quy định (bơm tiêm sắc nhọn vào hộp kháng khuẩn).

VI. Lưu ý quan trọng

- An toàn hàng đầu: Không để bọt khí vào mạch (đuôi khí kỹ). Không điều chỉnh tốc độ khi máy đang chạy trừ khi có bác sĩ.
- 5 đúng + 3 tra phải thực hiện nghiêm ngặt để tránh sai sót.
- Với thuốc vận mạch: Theo dõi HA chặt (mục tiêu MAP >65 mmHg), sẵn sàng điều chỉnh.
- Báo động máy: Tắc (áp lực cao) → kiểm tra dây, catheter; hết thuốc → thay mới.
- Pin dự phòng: Luôn kiểm tra ắc quy đầy để di chuyển bệnh nhân.
- Biến chứng: Thoát mạch (sưng tay), tắc catheter, quá liều → báo ngay.
- Với trẻ em: Điều chỉnh liều theo cân nặng, theo dõi chặt hơn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT SƯỞI ẤM CƠ THỂ BẰNG NHIỆT

Quy trình kỹ thuật sưởi ấm cơ thể bằng nhiệt theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên các Quyết định như 1904/QĐ-BYT về hồi sức cấp cứu, Quyết định 426/QĐ-BYT năm 2026 về chăm sóc sơ sinh, Quyết định 5480/QĐ-BYT về y học cổ truyền, Quyết định 5737/QĐ-BYT về phục hồi chức năng và thực hành tại các bệnh viện)

Kỹ thuật này dùng để làm ấm cơ thể (ngoại nhiệt thụ động hoặc chủ động) ở bệnh nhân hạ thân nhiệt (nhiệt độ cơ thể $<36^{\circ}\text{C}$), đặc biệt ở người già, trẻ sơ sinh, sau phẫu thuật, chấn thương, hoặc thời tiết lạnh. Mục tiêu giữ thân nhiệt trung tâm $\geq 36^{\circ}\text{C}$, tránh biến chứng (rối loạn đông máu, chậm tỉnh mê...).

I. Mục đích

- Tăng thân nhiệt cơ thể từ từ, an toàn.
- Ngăn ngừa và điều trị hạ thân nhiệt (hypothermia) nhẹ đến trung bình.
- Hỗ trợ trong hồi sức, phẫu thuật, sơ sinh.

II. Chỉ định

- Hạ thân nhiệt nhẹ ($35-36^{\circ}\text{C}$): do lạnh, sau mổ, người già.
- Phòng ngừa hạ thân nhiệt trong/phẫu thuật (phẫu thuật lớn, kéo dài >2 giờ, mất máu nhiều).
- Trẻ sơ sinh lạnh (nhiệt độ $<36,5^{\circ}\text{C}$), người hôn mê, suy dinh dưỡng.

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Hạ thân nhiệt nặng ($<32^{\circ}\text{C}$): cần làm ấm chủ động nội (dịch ấm, rửa ấm khoang, ECMO... – do bác sĩ quyết định).
- Vùng da bỏng, viêm, mất cảm giác (nguy cơ bỏng).
- Sốc, rối loạn đông máu nặng (tránh làm ấm nhanh gây tụt HA).
- Không dùng nhiệt cao trực tiếp lên vùng phẫu trường hoặc da nhạy cảm.

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Chăn ấm, chăn điện (blanket warmer), máy thổi hơi ấm (forced air warming – Bair Hugger...).
- Giường sưởi, lồng ấp (cho sơ sinh).
- Bình nước ấm ($40-42^{\circ}\text{C}$), túi chườm ấm (gel hoặc nước ấm).
- Nhiệt kế đo thân nhiệt (đo nách/miệng/hậu môn).
- Monitor theo dõi (nhiệt độ, HA, SpO_2 , mạch).

- Găng tay sạch, khăn bông khô.

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Đo thân nhiệt ban đầu (nách hoặc trung tâm nếu có).
- Đánh giá mức độ hạ thân nhiệt: Nhẹ ($35-36^{\circ}\text{C}$), trung bình ($32-35^{\circ}\text{C}$), nặng ($<32^{\circ}\text{C}$).
- Giải thích mục đích cho bệnh nhân/người nhà.
- Đặt bệnh nhân tư thế thoải mái (nằm ngửa, đầu cao 30° nếu không khó thở).
- Rửa tay sạch/sát khuẩn tay nhanh.

2. Phương pháp sưởi ấm thụ động (cho hạ thân nhiệt nhẹ)

- Loại bỏ yếu tố lạnh: Cởi quần áo ướt, chuyển khỏi môi trường lạnh.
- Đắp chăn khô, chăn điện (nhiệt độ $37-40^{\circ}\text{C}$), hoặc chăn cách nhiệt.
- Với sơ sinh: Đặt vào lồng ấp hoặc giường sưởi (nhiệt độ $36-37^{\circ}\text{C}$).
- Uống/nuôi ăn chất lỏng ấm nếu tỉnh táo (nước ấm, sữa ấm).
- Theo dõi thân nhiệt mỗi 15–30 phút.

3. Phương pháp sưởi ấm chủ động ngoại (cho hạ thân nhiệt trung bình hoặc phòng ngừa phẫu thuật)

- Sử dụng máy thổi hơi ấm (forced air warming):
 - Két nối chăn thổi hơi (blanket) phủ lên bệnh nhân (trừ vùng phẫu trường).
 - Cài đặt nhiệt độ: $38-43^{\circ}\text{C}$ (bắt đầu cao, giảm dần khi thân nhiệt tăng).
 - Bắt đầu trước khởi mê (ít nhất 30 phút) và duy trì suốt phẫu thuật.
- Chườm ấm cục bộ: Túi chườm nước ấm ($40-42^{\circ}\text{C}$) đặt vùng nách, bẹn, cổ (không đặt trực tiếp da, bọc khăn).
- Truyền dịch ấm (ủ dịch ở $37-40^{\circ}\text{C}$ bằng máy ủ dịch).
- Giữ nhiệt độ phòng: $20-24^{\circ}\text{C}$ (phòng mổ), tránh gió lạnh.

4. Theo dõi và chăm sóc

- Theo dõi thân nhiệt trung tâm mỗi 15–30 phút (mục tiêu tăng $0,5-1^{\circ}\text{C}$ /giờ, không quá nhanh để tránh tụt HA).

- Theo dõi sinh hiệu: HA, mạch, SpO₂, ý thức (ngăn ngừa bông, rối loạn nhịp).
- Quan sát da: Đỏ, hồng rộp (dấu hiệu bông) → dừng ngay.
- Ghi chép: Nhiệt độ trước/sau, phương pháp, thời gian, người thực hiện.

5. **Kết thúc**

- Khi thân nhiệt $\geq 36,5^{\circ}\text{C}$ ổn định (ít nhất 1 giờ): Giảm dần nhiệt độ thiết bị.
- Tháo chăn/máy, lau khô da nếu cần.
- Theo dõi tiếp tục 1–2 giờ để tránh tái hạ thân nhiệt.

VI. Lưu ý quan trọng

- Làm ấm từ từ: Tăng $0,5\text{--}1^{\circ}\text{C}$ /giờ để tránh "afterdrop" (nhiệt độ tiếp tục giảm sau khi bắt đầu sưởi).
- Không dùng nhiệt cao ($>43^{\circ}\text{C}$) trực tiếp da (nguy cơ bông).
- Với phẫu thuật: Ưu tiên máy thổi hơi ấm + dịch ấm (theo hướng dẫn Bệnh viện 108 và quốc tế).
- Với sơ sinh: Ưu tiên lồng ấp/giường sưởi, theo Quyết định 426/QĐ-BYT 2026.
- Biến chứng: Bỏng da, tụt HA (do giãn mạch), rối loạn nhịp → báo bác sĩ ngay.
- Phòng ngừa: Đánh giá nguy cơ trước mổ, giữ ấm từ phòng chờ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT RÚT ỐNG MỞ KHÍ QUẢN

Quy trình kỹ thuật rút ống mở khí quản (rút canuyn mở khí quản - tracheostomy decannulation) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014 về Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Hồi sức - Cấp cứu và Chống độc, các tài liệu hướng dẫn kỹ thuật hô hấp và thực hành tại các bệnh viện)

Đây là thủ thuật do bác sĩ thực hiện (thường là bác sĩ khoa Hồi sức hoặc Tai mũi họng), điều dưỡng hỗ trợ. Mục tiêu là rút canuyn khi bệnh nhân đã tự thở tốt qua đường hô hấp trên, không còn chỉ định mở khí quản, để tránh biến chứng (tắc lỗ mở, nhiễm trùng, hẹp khí quản...).

I. Mục đích

- Cho phép bệnh nhân thở tự nhiên qua mũi/miệng.
- Đóng lỗ mở khí quản tự nhiên (thường đóng trong 3–7 ngày sau rút).
- Giảm nguy cơ nhiễm trùng đường hô hấp liên quan ống mở khí quản.

II. Chỉ định

- Bệnh nhân tự thở tốt, không còn suy hô hấp.
- Ho khạc hiệu quả, phản xạ ho mạnh.
- Phản xạ nuốt tốt (không sặc, không trào ngược dịch).
- Không còn nhu cầu thông khí cơ học hoặc hút đờm qua ống.
- Lỗ mở khí quản ổn định (thường sau 7–14 ngày đặt, tạo đường hầm).
- Không có dấu hiệu nhiễm trùng nặng (sốt, dịch mủ, mùi hôi).

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Vẫn cần thông khí hỗ trợ hoặc hút đờm thường xuyên.
- Hẹp đường thở trên (thanh quản, khí quản).
- Phù nề thanh môn, rối loạn nuốt nặng.
- Bệnh nhân không hợp tác hoặc nguy cơ tắc nghẽn cấp (rút thử trước khi rút hẳn).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Bộ dụng cụ đặt nội khí quản khẩn cấp (ống nội khí quản cỡ nhỏ hơn, que dẫn đường, đèn soi thanh quản...).
- Bơm tiêm rút bóng chèn (nếu canuyn có cuff).
- Gạc vô trùng, băng dính, băng ép.
- Máy hút đờm, ống hút, bình oxy, mask thở oxy.
- Monitor theo dõi (mạch, HA, SpO₂, nhịp thở).

- Găng tay vô trùng/sạch, dung dịch sát khuẩn (betadine, cồn 70°).
- Khăn sạch, dụng cụ thay băng.

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. Chuẩn bị và nhận định

- Bác sĩ đánh giá: Khả năng thở tự nhiên (thử nút canuyn 24–48 giờ: che lỗ mở bằng nút cork hoặc ngón tay, theo dõi SpO₂ >92–94%, không khó thở, không tím tái).
- Kiểm tra phản xạ ho, nuốt (uống thử nước).
- Giải thích cho bệnh nhân/người nhà.
- Đặt bệnh nhân nửa nằm nửa ngồi (45–60°), đầu hơi ngửa.
- Gắn monitor theo dõi liên tục.
- Rút bóng chèn (nếu có cuff): Hút hết khí bóng bằng bơm tiêm (áp lực cuff = 0).

2. Thực hiện rút canuyn

- Rửa tay sạch, đeo găng vô trùng.
- Sát khuẩn vùng da quanh lỗ mở khí quản (betadine hoặc cồn, lau từ trong ra ngoài).
- Hút sạch đờm trong ống và họng/miệng (nếu cần).
- Bác sĩ giữ canuyn, rút nhẹ nhàng, thẳng, chậm (tránh kéo mạnh gây tổn thương).
- Rút hết canuyn ra, ấn nhẹ gạc vô trùng lên lỗ mở ngay lập tức (ngăn khí thoát, giảm chảy máu).
- Băng lỗ mở bằng gạc vô trùng + băng dính (băng ép nhẹ nếu có chảy máu).

3. Sau rút

- Theo dõi chặt chẽ ít nhất 24–48 giờ (monitor liên tục):
 - SpO₂, nhịp thở, nhịp tim, HA mỗi 15–30 phút đầu, sau mỗi 1–2 giờ.
 - Dấu hiệu khó thở, thở rít, tím tái, ho khạc kém → đặt lại ống khẩn cấp.
- Khuyến khích ho khạc, tập thở sâu.
- Vệ sinh vùng lỗ mở: Lau sát khuẩn 2 lần/ngày, thay băng khi ướt.
- Theo dõi lỗ mở đóng tự nhiên (thường 3–7 ngày, có thể khâu nếu không đóng).

- Ghi chép: Giờ rút, tình trạng bệnh nhân, dấu hiệu theo dõi, người thực hiện.

VI. Lưu ý quan trọng

- Chuẩn bị sẵn sàng cấp cứu: Bộ đặt nội khí quản/mở khí quản khẩn cấp bên cạnh (nguy cơ tắc nghẽn cấp do phù nề hoặc đờm).
- Thử nút canuyn trước rút (24–72 giờ): Che lỗ mở, theo dõi tự thở tốt.
- Không rút sớm (trước 7 ngày) nếu chưa tạo đường hầm → nguy cơ sụp lỗ, khó đặt lại.
- Với trẻ em: Theo dõi chặt hơn, rút chậm, sẵn sàng đặt lại.
- Biến chứng: Khó thở cấp (phù nề, đờm tắc), chảy máu, nhiễm trùng lỗ mở, hẹp khí quản muộn → báo bác sĩ ngay.
- Sau rút: Khuyến khích nói chuyện, ăn uống dần (bắt đầu lỏng), theo dõi nuốt.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT VỆ SINH RĂNG MIỆNG CHO NGƯỜI BỆNH

Quy trình kỹ thuật vệ sinh răng miệng cho người bệnh theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế (dựa trên Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện – trong đó chăm sóc vệ sinh cá nhân bao gồm vệ sinh răng miệng là một phần bắt buộc trong chăm sóc toàn diện; Quyết định 1904/QĐ-BYT về hồi sức cấp cứu; và các quy trình thực hành tại bệnh viện)

Đây là kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, đặc biệt quan trọng ở bệnh nhân **cấp I** (phụ thuộc hoàn toàn) để phòng ngừa viêm miệng, nấm miệng, viêm phổi hít (VAP - ventilator-associated pneumonia) ở bệnh nhân đặt nội khí quản/mở khí quản.

I. Mục đích

- Giữ khoang miệng sạch sẽ, loại bỏ mảng bám, thức ăn thừa, vi khuẩn, dịch tiết.
- Phòng ngừa nhiễm khuẩn đường hô hấp từ miệng (giảm nguy cơ viêm phổi liên quan chăm sóc).
- Giúp bệnh nhân thoải mái, dễ chịu, hỗ trợ dinh dưỡng và phục hồi.

II. Chỉ định

- Bệnh nhân nằm viện không tự vệ sinh răng miệng được (hôn mê, liệt, đặt nội khí quản/mở khí quản, sau phẫu thuật, suy kiệt...).
- Bệnh nhân cấp I hoặc cấp II (hạn chế vận động).
- Theo y lệnh hoặc định kỳ (ít nhất 2 lần/ngày, thường 4–6 lần ở khoa Hồi sức).

III. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối, nhưng thận trọng nếu tổn thương miệng nặng (loét sâu, chảy máu nhiều, gãy xương hàm) → báo bác sĩ trước khi thực hiện.

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- khay quả đậu (hoặc khay dụng cụ).
- Bàn chải đánh răng mềm (loại nhỏ), kem đánh răng (fluor nếu có).
- Gạc củ ấu (gạc quần que), que bọt biển (sponge swab), que đê lưỡi.
- Dung dịch: Nước muối sinh lý 0,9%, Chlorhexidine 0,12–0,2% (ưu tiên ở bệnh nhân đặt ống nội khí quản), Betadine pha loãng.
- Bơm tiêm 10–20 ml, ống hút dịch, máy hút dịch (nếu cần).
- Găng tay sạch/vô trùng, khăn bông sạch, cốc đựng nước, túi nilon.
- Canuyn mở miệng (nếu miệng khít), glycerin (nếu lưỡi/môi khô).

- Monitor theo dõi (nếu bệnh nhân nặng).

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn bệnh viện)

Thực hiện ít nhất 2 lần/ngày (sáng và tối), hoặc theo y lệnh (thường 4–6 lần/ngày ở Hồi sức).

1. Chuẩn bị và nhận định

- Giải thích mục đích cho bệnh nhân/người nhà (nếu tỉnh táo).
- Đánh giá tình trạng miệng: Mảng bám, lưỡi trắng, loét, mùi hôi, chảy máu, dịch tiết... ghi chép.
- Đặt bệnh nhân nửa nằm nửa ngồi (45–60°) hoặc nghiêng đầu sang trái (nếu hôn mê) để tránh sặc.
- Rửa tay sạch bằng xà phòng/nước hoặc sát khuẩn tay nhanh, đeo găng tay sạch.

2. Làm sạch khoang miệng

- Đặt khay quả đậu dưới má (hứng nước/dịch thừa).
- Nếu có nội khí quản/mở khí quản: Kiểm tra và bơm đủ áp lực cuff (20–25 cmH₂O) để tránh trào ngược.
- Làm ướt bàn chải/bọt biển, lấy kem đánh răng lượng nhỏ (hoặc thấm dung dịch Chlorhexidine/nước muối).
- Làm sạch theo thứ tự nhẹ nhàng:
 - **Răng:** Chải theo vòng tròn hoặc lên xuống, tất cả mặt (ngoài, trong, nhai).
 - **Lưỡi:** Lau từ trong ra ngoài (tránh kích thích nôn).
 - **Niêm mạc má, lợi, vòm miệng:** Lau bằng gạc củ ấu hoặc que bọt biển thấm dung dịch.
- Hút dịch thừa/mảng bám bằng ống hút hoặc bơm tiêm nếu nhiều.

3. Súc miệng và hoàn tất

- Bơm nước muối sinh lý hoặc dung dịch sát khuẩn (10–20 ml) vào miệng bằng bơm tiêm, lau sạch bọt thừa bằng gạc.
- Nếu bệnh nhân tỉnh: Hướng dẫn súc miệng (nếu có thể).
- Lau khô miệng/môi bằng khăn sạch.
- Bôi glycerin nếu lưỡi/môi khô (ngăn nứt nẻ).

4. Kết thúc và theo dõi

- Lau sạch dụng cụ, vệ sinh tay.
- Quan sát ngay: Có chảy máu, loét mới, khó chịu, ho sặc không?

- Ghi chép vào bệnh án/phiếu chăm sóc: Tình trạng miệng trước/sau, dung dịch dùng, giờ thực hiện, người thực hiện.
- Theo dõi biến chứng: Viêm miệng, nấm miệng, sốt, khó thở (nghi viêm phổi hít) → báo bác sĩ.

VI. Lưu ý quan trọng

- Ưu tiên vô khuẩn: Dụng cụ sạch, thay gạc/bàn chải thường xuyên, tránh lây nhiễm chéo.
- Với bệnh nhân đặt nội khí quản/mở khí quản: Sử dụng Chlorhexidine 0,12% (giảm nguy cơ VAP theo hướng dẫn quốc tế và bệnh viện Việt Nam).
- Với bệnh nhân tự chăm sóc được (cấp III): Hướng dẫn chải răng đúng cách (2 lần/ngày, 2 phút, kỹ thuật vòng tròn, dùng chỉ nha khoa nếu có).
- Phòng ngừa: Kiểm tra miệng hàng ngày, khuyến khích nhai kẹo gum không đường nếu tỉnh táo, thay bàn chải định kỳ.
- Biến chứng có thể: Tổn thương niêm mạc (chải mạnh), sặc (tư thế sai) → thực hiện nhẹ nhàng, đúng tư thế.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT ĐÁNH GIÁ, NHẬN ĐỊNH NGƯỜI BỆNH

Quy trình kỹ thuật đánh giá, nhận định người bệnh (hay còn gọi là nhận định lâm sàng điều dưỡng hoặc đánh giá tình trạng người bệnh) theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam được quy định chủ yếu tại Thông tư 31/2021/TT-BYT ngày 28/12/2021 (Quy định hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện – văn bản pháp lý hiện hành thống nhất toàn quốc). Đây là bước đầu tiên và nền tảng trong quy trình điều dưỡng (5 bước: Nhận định → Chẩn đoán điều dưỡng → Lập kế hoạch → Thực hiện → Đánh giá).

Quy trình này áp dụng cho **tất cả người bệnh nhập viện** (nội trú), và được thực hiện liên tục, định kỳ để theo dõi diễn biến.

I. Mục đích

- Thu thập thông tin có hệ thống về tình trạng sức khỏe, nhu cầu cơ bản và đáp ứng của người bệnh.
- Xác định vấn đề chăm sóc (chẩn đoán điều dưỡng), ưu tiên can thiệp.
- Phối hợp với bác sĩ để phân cấp chăm sóc, lập kế hoạch toàn diện, an toàn.
- Phát hiện sớm biến chứng, thay đổi tình trạng để điều chỉnh kịp thời.

II. Nguyên tắc (theo Điều 5 Thông tư 31/2021/TT-BYT)

- Đúng chuyên môn, toàn diện, liên tục, chính xác.
- Phối hợp chặt chẽ với bác sĩ (đánh giá mức độ nguy kịch, tiên lượng).
- Sử dụng công cụ chuẩn (thang điểm nếu có: Barthel, Braden, Morse, NRS...).
- Ghi chép đầy đủ vào bệnh án (phiếu nhận định, phiếu chăm sóc).

III. Quy trình thực hiện (các bước chính theo Thông tư 31/2021/TT-BYT và thực hành chuẩn bệnh viện)

1. Tiếp nhận người bệnh

- Xác định đúng người bệnh: Sử dụng ít nhất 3 thông tin nhận diện (họ tên đầy đủ, ngày tháng năm sinh, mã số bệnh nhân/vòng tay bệnh nhân – theo hướng dẫn an toàn người bệnh Bộ Y tế).
- Thu thập thông tin ban đầu: Lý do nhập viện, tiền sử bệnh, dị ứng thuốc/thức ăn, thuốc đang dùng, tình trạng gia đình, nhu cầu tâm linh/tín ngưỡng.
- Quan sát tổng quát: Tri giác, màu da niêm, tư thế, mùi cơ thể, cử động.

2. Nhận định lâm sàng (đánh giá tình trạng sức khỏe hiện tại)

- **Thu thập dữ liệu chủ quan** (từ người bệnh/người nhà): Triệu chứng (đau, khó thở, mệt mỏi...), mức độ đau (thang NRS/VAS), lo lắng, nhu cầu.
- **Thu thập dữ liệu khách quan** (đo lường, quan sát):
 - Dấu hiệu sinh tồn: Nhiệt độ, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂.
 - Đánh giá theo nhu cầu cơ bản (theo mô hình điều dưỡng):
 - Hô hấp: Nhịp thở, kiểu thở, ran phổi, SpO₂.
 - Tuần hoàn: Mạch, HA, tưới máu ngoại vi.
 - Dinh dưỡng: Cân nặng, BMI, ăn uống, nuốt (đánh giá rối loạn nuốt nếu cần).
 - Bài tiết: Lượng tiểu, đại tiện, màu sắc, mùi.
 - Vận động/tư thế: Sức cơ, khả năng di chuyển, nguy cơ té ngã (thang Morse), loét do tì đè (thang Braden).
 - Vệ sinh cá nhân: Da, tóc, miệng, móng.
 - Thân nhiệt: Đo và phân loại sốt/hạ thân nhiệt.
 - Ngủ nghỉ: Chất lượng giấc ngủ.
 - Giao tiếp, tinh thần: Ý thức (Glasgow), lo âu, trầm cảm.
 - Kiến thức sức khỏe: Hiểu biết về bệnh, tự chăm sóc.
- Sử dụng công cụ hỗ trợ: Thang điểm Barthel (hoạt động hàng ngày), MUST/NRS-2002 (dinh dưỡng), thang đau...

3. **Phân tích và phối hợp**

- Tổng hợp dữ liệu: Xác định vấn đề thực tế (chẩn đoán điều dưỡng) và tiềm ẩn.
- Phối hợp với bác sĩ: Đánh giá mức độ nguy kịch, tiên lượng để phân cấp chăm sóc (cấp I, II, III theo Điều 4 Thông tư 31).
- Ưu tiên vấn đề đe dọa tính mạng (ABC: Airway, Breathing, Circulation).

4. **Ghi chép và lập kế hoạch ban đầu**

- Ghi đầy đủ vào phiếu nhận định điều dưỡng (hoặc bệnh án điện tử): Thời gian, dữ liệu thu thập, nhận định, người thực hiện.

- Xác định chẩn đoán điều dưỡng (ví dụ: Nguy cơ té ngã, Đau cấp tính, Thiếu hụt dinh dưỡng...).
- Lập kế hoạch chăm sóc sơ bộ (ưu tiên can thiệp).

5. **Theo dõi và nhận định lại**

- Nhận định lại định kỳ: Mỗi ca trực (ở cấp I), mỗi 8–24 giờ, hoặc khi thay đổi tình trạng (sốt mới, đau tăng, SpO₂ giảm...).
- Đánh giá đáp ứng sau can thiệp (Điều 7 Thông tư 31): Hiệu quả, điều chỉnh kế hoạch kịp thời.

IV. Lưu ý quan trọng

- **Thời gian:** Nhận định ban đầu trong vòng 2–4 giờ sau nhập viện (cấp cứu nhanh hơn).
- **Công cụ:** Sử dụng phiếu nhận định chuẩn của bệnh viện (dựa trên Thông tư 31).
- **An toàn:** Luôn xác định đúng người bệnh trước mọi can thiệp.
- **Với cấp I (nguy kịch):** Nhận định liên tục, phối hợp chặt với bác sĩ.
- **Đào tạo:** Điều dưỡng phải được huấn luyện về quy trình này (theo Thông tư 31).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM BẮP

Quy trình kỹ thuật tiêm bắp (tiêm bắp thịt - Intramuscular Injection) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế (dựa trên các Quyết định và hướng dẫn kỹ thuật điều dưỡng như Quyết định 1904/QĐ-BYT về hồi sức cấp cứu, Quyết định 200/QĐ-BYT về nhi khoa, Thông tư 31/2021/TT-BYT về hoạt động điều dưỡng, và thực hành thống nhất tại các bệnh viện)

Đây là kỹ thuật đưa thuốc vào cơ (thường cơ delta, cơ mông, cơ đùi) để hấp thu nhanh hơn tiêm dưới da, thường dùng cho kháng sinh, vitamin, vắc-xin, thuốc giảm đau...

I. Mục đích

- Đưa thuốc vào cơ để hấp thu nhanh, ổn định vào máu.
- Đảm bảo an toàn, đúng liều, đúng vị trí, giảm đau và biến chứng.

II. Chỉ định

- Thuốc cần hấp thu nhanh (kháng sinh, vắc-xin, hormon, thuốc giảm đau...).
- Thuốc dầu, keo, dung dịch gây đau nếu tiêm dưới da.
- Lượng thuốc >2–5 ml (tùy vị trí).

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Nhiễm trùng tại vị trí tiêm.
- Rối loạn đông máu nặng (nguy cơ tụ máu).
- Cơ teo, liệt (chọn vị trí khác).
- Trẻ sơ sinh/trẻ nhỏ: Ưu tiên đùi ngoài (theo Quyết định 200/QĐ-BYT).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Bơm tiêm vô trùng (3–5–10 ml tùy lượng thuốc).
- Kim tiêm: 21–23G, dài 2,5–4 cm (người lớn); ngắn hơn cho trẻ em.
- Thuốc theo y lệnh (pha sẵn hoặc pha tại chỗ).
- Bông/gạc tẩm cồn 70° hoặc cồn isopropyl 70°.
- Găng tay sạch, khay dụng cụ, hộp kháng khuẩn (cho kim thải).
- Băng dính, khăn sạch.

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Xác định đúng người bệnh (họ tên, tuổi, mã số, vòng tay – ít nhất 2–3 thông tin).
- Kiểm tra y lệnh: Tên thuốc, liều, đường tiêm, thời gian (thực hiện 5 đúng: đúng người, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường, đúng thời gian).
- Hỏi tiền sử dị ứng, thuốc đang dùng.
- Giải thích mục đích, quy trình, cảm giác (đau nhẹ, giật cơ) để bệnh nhân hợp tác.
- Đặt bệnh nhân tư thế thoải mái: Ngồi hoặc nằm nghiêng (tùy vị trí).

2. Chuẩn bị thuốc và vị trí

- Rửa tay sạch/sát khuẩn tay nhanh, đeo găng tay sạch.
- Kiểm tra thuốc lần 2: Hạn sử dụng, bao bì, màu sắc, không vẩn đục.
- Pha/rút thuốc vào bơm tiêm, đuổi hết bọt khí.
- Chọn vị trí tiêm (ưu tiên theo lượng thuốc và bệnh nhân):
 - **Cơ delta (cánh tay):** Phổ biến nhất người lớn (lượng $\leq 2-3$ ml).
 - **Cơ mông ($\frac{1}{4}$ trên ngoài):** Lượng $\leq 3-5$ ml (móc: gai chấu trước trên và đường giữa mông).
 - **Cơ đùi ngoài ($\frac{1}{3}$ giữa mặt ngoài):** Trẻ em, người lớn (lượng ≤ 3 ml).
- Để lộ vùng tiêm, bệnh nhân thư giãn cơ (không căng cứng).

3. Thực hiện tiêm

- Sát khuẩn vùng tiêm: Dùng bông cồn 70° lau theo hình xoắn ốc từ trung tâm ra ngoài (đường kính $\geq 5-10$ cm), ít nhất 2 lần, để khô tự nhiên 30 giây.
- Căng da bằng tay không thuận (hoặc dùng kỹ thuật Z-track nếu thuốc dầu/gây đau: kéo da lệch sang một bên trước khi đâm).
- Giữ bơm tiêm thẳng góc 90° với da (tay thuận).
- Đâm kim nhanh, mạnh vào cơ (độ sâu $\frac{1}{2}-\frac{2}{3}$ kim, khoảng 2,5–3,5 cm người lớn).
- Rút nhẹ piston kiểm tra không có máu (nếu có máu \rightarrow rút kim, thay kim mới, chọn vị trí khác).
- Bơm thuốc chậm (tốc độ ≈ 1 ml/10 giây), quan sát sắc mặt bệnh nhân.

- Rút kim nhanh theo hướng đâm vào, ấn bông khô/gạc vô khuẩn lên lỗ tiêm 30 giây–1 phút (không xoa bóp, trừ chỉ định đặc biệt).

4. Sau tiêm

- Băng lỗ tiêm nếu cần (băng dính hoặc băng ép nhẹ nếu chảy máu).
- Giúp bệnh nhân trở lại tư thế thoải mái, nghỉ ngơi 15–30 phút (theo dõi phản vệ, dị ứng).
- Thu gom dụng cụ: Kim vào hộp kháng khuẩn, không đậy nắp bằng tay.
- Ghi chép: Giờ tiêm, thuốc, liều, vị trí, phản ứng bệnh nhân, người thực hiện.

VI. Lưu ý quan trọng

- Vô khuẩn nghiêm ngặt: Luôn sát khuẩn tay, vùng tiêm, dụng cụ.
- Không tiêm quá lượng cho phép: Delta $\leq 2-3$ ml; mông ≤ 5 ml; đùi ≤ 3 ml.
- Với thuốc dầu/gây đau: Dùng kỹ thuật Z-track (kéo da lệch trước khi đâm, thả da sau khi rút kim).
- Với trẻ em/sơ sinh: Ưu tiên đùi ngoài, kim ngắn hơn, lượng nhỏ.
- Theo dõi sau tiêm: Dị ứng (mày đay, khó thở), tụ máu, áp xe → báo ngay.
- Không tiêm bắp nếu nghi nhiễm trùng tại chỗ hoặc cơ teo.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN TĨNH MẠCH

Quy trình kỹ thuật truyền tĩnh mạch (hay còn gọi là truyền dịch tĩnh mạch hoặc truyền dịch qua đường tĩnh mạch ngoại vi) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên Thông tư 31/2021/TT-BYT về hoạt động điều dưỡng trong bệnh viện, Quyết định 1904/QĐ-BYT về hồi sức cấp cứu, Quyết định 3671/QĐ-BYT về an toàn tiêm truyền, tài liệu đào tạo liên tục "Liệu pháp truyền tĩnh mạch an toàn" năm 2023)

Đây là kỹ thuật đưa dịch truyền, thuốc, dinh dưỡng... vào tĩnh mạch ngoại vi (thường dùng kim lùn hoặc catheter) để bù dịch, điều trị, nuôi dưỡng, hoặc đưa thuốc hấp thu nhanh.

I. Mục đích

- Bù nước, điện giải, dinh dưỡng (mất nước, suy dinh dưỡng...).
- Đưa thuốc (kháng sinh, vận mạch, hóa trị...).
- Truyền máu, chế phẩm máu.
- Đảm bảo an toàn, vô khuẩn, giảm biến chứng (nhiễm trùng huyết, thoát mạch, tắc mạch...).

II. Chỉ định

- Mất nước, mất máu, sốc, suy dinh dưỡng.
- Không ăn uống đường miệng được (nôn ói, hôn mê, sau mổ...).
- Thuốc cần hấp thu nhanh hoặc liều liên tục.

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Nhiễm trùng tại vị trí truyền.
- Tĩnh mạch cứng, teo, hoặc chi liệt/phẫu thuật (chọn vị trí khác).
- Rối loạn đông máu nặng (nguy cơ tụ máu).
- Truyền dịch ưu trương dài ngày (ưu tiên tĩnh mạch trung tâm).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Kim lùn tĩnh mạch ngoại vi (cỡ 18–24G tùy bệnh nhân).
- Bộ dây truyền dịch vô khuẩn (có bầu đếm giọt).
- Dịch truyền/thuốc theo y lệnh (kiểm tra hạn sử dụng, màu sắc, trong suốt).
- Garô (dây garô), gối kê tay, băng dính cố định.
- Dung dịch sát khuẩn: Cồn 70°, betadine/cồn iốt.
- Găng tay sạch, gạc vô trùng, bông, khay dụng cụ.

- Máy đo sinh hiệu (HA, mạch, SpO₂), hộp chống sốc.
- Phiếu truyền dịch, bảng theo dõi.

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

Thực hiện 5 đúng (đúng người, đúng thuốc/dịch, đúng liều, đúng đường, đúng thời gian) và vô khuẩn nghiêm ngặt.

1. Chuẩn bị và nhận định

- Xác định đúng bệnh nhân (hỏi tên, tuổi, mã số, vòng tay – ít nhất 2–3 thông tin).
- Kiểm tra y lệnh: Loại dịch/thuốc, lượng, tốc độ, thời gian.
- Nhận định: Sinh hiệu, tình trạng tĩnh mạch (chọn vị trí: mu bàn tay, cẳng tay, khuỷu tay; tránh chi liệt, phẫu thuật vú...).
- Giải thích mục đích, thời gian, cảm giác cho bệnh nhân/người nhà.
- Rửa tay sạch/sát khuẩn tay nhanh, đeo găng tay sạch.

2. Chuẩn bị hệ thống truyền

- Kiểm tra dịch: Màu sắc, hạn sử dụng, không rò rỉ.
- Treo chai dịch lên cọc truyền (cao hơn tim 50–100 cm).
- Mở bộ dây truyền vô khuẩn: Khóa dây, cắm vào chai dịch, đuổi khí (làm đầy 2/3 bầu đếm giọt), khóa lại.
- Nếu pha thuốc: Sát khuẩn nút chai, hút thuốc vào bơm tiêm, tiêm vào chai dịch (kiểm tra lại).

3. Đặt kim luôn và bắt đầu truyền

- Đặt gối kê tay, buộc garô cách vị trí 10–15 cm (không quá chặt).
- Chọn tĩnh mạch tốt (căng, nổi, không đau).
- Sát khuẩn vùng da: Lau hình xoắn ốc từ trung tâm ra ngoài (đường kính ≥ 5 –10 cm), để khô tự nhiên.
- Đâm kim luôn góc 10–30° (mặt vát lên), khi thấy máu hồi lưu → hạ góc kim, luôn catheter vào tĩnh mạch, rút nòng kim.
- Tháo garô, cố định kim luôn bằng băng dính (không băng chặt gây tắc).
- Nối dây truyền, mở khóa, điều chỉnh tốc độ theo y lệnh (số giọt/phút hoặc ml/giờ; dùng máy bơm nếu cần chính xác).
- Kiểm tra: Không thoát mạch (không sưng, đỏ, đau), dịch chảy đều.

4. Theo dõi và chăm sóc

- Theo dõi sinh hiệu: Trước, trong (mỗi 15–30 phút đầu), sau truyền (đặc biệt truyền máu hoặc thuốc vận mạch).
- Quan sát vị trí truyền: Đau, sưng, đỏ, lạnh chi → dừng ngay, báo bác sĩ.
- Ghi chép: Giờ bắt đầu/kết thúc, lượng truyền, tốc độ, phản ứng, người thực hiện.
- Thay bộ dây truyền: 48–72 giờ hoặc khi bẩn/rò (theo hướng dẫn an toàn truyền tĩnh mạch).
- Thay kim luôn: 48–96 giờ hoặc sớm hơn nếu dấu hiệu viêm.

5. Kết thúc truyền

- Khóa dây, tháo kim luôn nhẹ nhàng, ấn bông khô 1–2 phút.
- Băng lỗ kim nếu cần.
- Theo dõi bệnh nhân 15–30 phút (dị ứng, tụt HA...).
- Thu gom dụng cụ thải bỏ đúng quy định (kim vào hộp kháng khuẩn).

VI. Lưu ý quan trọng

- Nguyên tắc an toàn: Không để không khí vào tĩnh mạch (đuôi khí kỹ), không truyền quá nhanh (nguy cơ quá tải dịch).
- Tốc độ truyền: Tính theo công thức $(\text{tổng ml} \times \text{giọt/ml}) / \text{thời gian (phút)} = \text{giọt/phút}$ (thường 20 giọt/ml ở bộ dây chuẩn).
- Phòng ngừa nhiễm trùng: Vô khuẩn tay, vùng da; thay dụng cụ định kỳ.
- Với trẻ em/người già: Chọn kim nhỏ, tốc độ chậm, theo dõi chặt.
- Biến chứng: Thoát mạch (sưng tay), nhiễm trùng huyết, tắc mạch, phản vệ → xử trí ngay (dùng truyền, nâng cao chi, báo bác sĩ).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TRUYỀN TĨNH MẠCH QUA MÁY

Quy trình kỹ thuật truyền tĩnh mạch qua máy (truyền dịch/thuốc qua máy bơm tiêm điện hoặc máy truyền dịch - infusion pump/syringe pump) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn của Bộ Y tế (dựa trên Thông tư 31/2021/TT-BYT về hoạt động điều dưỡng, Quyết định 3671/QĐ-BYT về an toàn tiêm truyền, Quyết định 1904/QĐ-BYT về hồi sức cấp cứu, tài liệu đào tạo liên tục "Liệu pháp truyền tĩnh mạch an toàn" năm 2023 của Hiệp hội Điều dưỡng Việt Nam)

Kỹ thuật này dùng để truyền chính xác liều lượng nhỏ, tốc độ chậm, liên tục (thuốc vận mạch, heparin, insulin, morphine, kháng sinh liều cao, dinh dưỡng tĩnh mạch...), đặc biệt ở khoa Hồi sức, Tim mạch, Ngoại...

I. Mục đích

- Duy trì nồng độ thuốc ổn định trong máu.
- Truyền chính xác (ml/giờ hoặc $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$), giảm sai sót liều lượng.
- Ngăn ngừa quá tải dịch, thoát mạch, tắc mạch.

II. Chỉ định

- Thuốc cần tốc độ chính xác (vận mạch: dopamin, noradrenalin; chống đông; giảm đau opioid...).
- Bệnh nhân hồi sức nặng, sốc, suy tim, sau phẫu thuật tim mạch...
- Truyền dinh dưỡng tĩnh mạch hoặc thuốc ưu trương dài ngày (kết hợp catheter trung tâm nếu cần).

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Không có chống chỉ định tuyệt đối, nhưng thận trọng nếu rối loạn đông máu (heparin), dị ứng thuốc.
- Luôn kiểm tra catheter tĩnh mạch (ngoại vi hoặc trung tâm) để tránh thoát mạch.

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Máy bơm tiêm điện (syringe pump: B.Braun Compact S, Fresenius, Terumo TE-331...) hoặc máy truyền dịch (volumetric infusion pump).
- Bơm tiêm vô trùng (20–50 ml, tùy thuốc).
- Dây nối chuyên dụng (extension line, low compliance nếu cần).
- Thuốc/dịch theo y lệnh (pha sẵn hoặc pha tại chỗ).
- Dung dịch sát khuẩn (cồn 70°, betadine).
- Găng tay sạch, gạc vô trùng.
- Monitor theo dõi (HA xâm lấn nếu vận mạch, SpO_2 , mạch).

- Phiếu theo dõi truyền thuốc/dịch.

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn bệnh viện)

1. Nhận định và chuẩn bị

- Giải thích mục đích cho bệnh nhân/người nhà (nếu tỉnh táo).
- Kiểm tra y lệnh: Tên thuốc, liều (ml/giờ hoặc $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$), thời gian, thể tích giới hạn.
- Đánh giá bệnh nhân: Sinh hiệu, vị trí catheter (kiểm tra đau, sung, đỏ), lượng tiểu.
- Rửa tay sạch/sát khuẩn tay nhanh, đeo găng tay sạch.

2. Pha thuốc/dịch

- Thực hiện 5 đúng (đúng người, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường, đúng thời gian) và 3 tra (tra y lệnh, tra thuốc, tra bệnh nhân).
- Pha thuốc theo y lệnh (hút vào bơm tiêm vô trùng, đuổi hết khí).
- Lắp dây nối chuyên dụng vào bơm tiêm (đuôi khí hoàn toàn trong dây).
- Kiểm tra: Không bọt khí, nắp kín, hạn sử dụng.

3. Cài đặt và lắp máy

- Đặt máy lên cọc truyền (gần bệnh nhân, thấp hơn tim).
- Cắm nguồn điện (kiểm tra pin/ắc quy đầy để di chuyển).
- Bật máy (ấn giữ nút POWER, máy tự kiểm tra).
- Lắp bơm tiêm vào khe máy (máy tự nhận cỡ bơm tiêm).
- Cài đặt thông số:
 - Tốc độ truyền (ml/giờ hoặc $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{phút}$ – theo y lệnh).
 - Thể tích truyền (ml) nếu giới hạn.
 - Giới hạn áp lực (pressure limit) để phát hiện tắc.
- Kết nối dây nối vào catheter tĩnh mạch (sát khuẩn nắp kim luôn/chạc ba trước khi nối).

4. Bắt đầu truyền

- Ấn nút START (đèn xanh sáng, biểu tượng chạy).
- Kiểm tra ngay: Máy chạy êm, không báo lỗi, dịch chảy đều (quan sát trong dây).
- Cố định dây nối, băng vô trùng chỗ nối.

5. Theo dõi và chăm sóc

- Theo dõi liên tục:

- Sinh hiệu mỗi 15–30 phút đầu, sau mỗi 1–2 giờ (HA, mạch, SpO₂).
 - Vị trí catheter: Đau, sưng, đỏ, thoát dịch → dừng ngay, báo bác sĩ.
 - Máy: Báo động (tắc, hết thuốc, hết pin, áp lực cao) → xử lý kịp thời.
 - Lượng thuốc/dịch truyền (ml còn lại).
 - Ghi chép: Giờ bắt đầu, tốc độ, lượng truyền, sinh hiệu, người thực hiện.
 - Thay bơm tiêm/dây nối: Thường 24 giờ hoặc khi hết thuốc (theo y lệnh).
6. **Kết thúc truyền**
- Khi hết thuốc hoặc theo y lệnh: Ấn STOP, tháo bơm tiêm.
 - Rút dây nối, sát khuẩn chỗ nối catheter.
 - Theo dõi bệnh nhân sau dừng (dấu hiệu tụt HA nếu thuốc vận mạch).
 - Vệ sinh tay, thu gom dụng cụ thải bỏ đúng quy định (bơm tiêm sắc nhọn vào hộp kháng khuẩn).

VI. Lưu ý quan trọng

- An toàn hàng đầu: Không để bọt khí vào mạch (đuôi khí kỹ). Không điều chỉnh tốc độ khi máy đang chạy trừ khi có bác sĩ.
- 5 đúng + 3 tra phải nghiêm ngặt để tránh sai sót.
- Với thuốc vận mạch: Theo dõi HA chặt (mục tiêu MAP >65 mmHg), sẵn sàng điều chỉnh.
- Báo động máy: Tắc (áp lực cao) → kiểm tra dây, catheter; hết thuốc → thay mới.
- Pin dự phòng: Luôn kiểm tra ắc quy đầy.
- Biến chứng: Thoát mạch (sưng tay), tắc catheter, quá liều → báo ngay.
- Với trẻ em: Điều chỉnh liều theo cân nặng, theo dõi chặt hơn.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TRONG DA

Quy trình kỹ thuật tiêm trong da (Intradermal Injection - ID) theo chuẩn thực hành tại các bệnh viện Việt Nam, phù hợp với hướng dẫn chuyên ngành của Bộ Y tế (dựa trên Quyết định 1904/QĐ-BYT về hồi sức cấp cứu, Quyết định 200/QĐ-BYT về nhi khoa, Thông tư 31/2021/TT-BYT về hoạt động điều dưỡng, Quyết định 3671/QĐ-BYT về an toàn tiêm truyền, và thực hành thống nhất tại các bệnh viện)

Tiêm trong da là kỹ thuật đưa một lượng thuốc rất nhỏ (thường 0,01–0,1 ml) vào lớp biểu bì da, tạo nốt phỏng (papule) rõ ràng. Kỹ thuật này chủ yếu dùng cho thử nghiệm dị ứng, thử Mantoux (TST - lao), một số vắc-xin (BCG), hoặc thuốc thử nghiệm da.

I. Mục đích

- Đưa thuốc vào lớp biểu bì da để kiểm tra phản ứng tại chỗ (dị ứng, lao...).
- Đánh giá phản ứng miễn dịch hoặc dị ứng (ví dụ: thử Mantoux đọc kết quả sau 48–72 giờ).
- Đảm bảo an toàn, chính xác, giảm đau và biến chứng.

II. Chỉ định

- Thử nghiệm Mantoux (tuberculin PPD) để sàng lọc lao.
- Thử dị ứng thuốc (penicillin, lidocaine, kháng sinh...).
- Tiêm BCG (vắc-xin lao) ở trẻ sơ sinh.

- Một số thuốc thử nghiệm da (histamine, allergen...).

III. Chống chỉ định / Thận trọng

- Nhiễm trùng tại vị trí tiêm.
- Da tổn thương nặng (bong, loét, viêm da tại chỗ).
- Tiền sử phản vệ nặng với thuốc thử nghiệm.
- Không dùng cho trẻ dưới 2 tháng tuổi với Mantoux (theo hướng dẫn Bộ Y tế).

IV. Dụng cụ chuẩn bị

- Bơm tiêm vô trùng 1 ml (bơm tuberculin) có vạch chia 0,01 ml.
- Kim tiêm ngắn, nhỏ: 26–27G, dài 10–15 mm (kim Mantoux).
- Thuốc/thuốc thử theo y lệnh (PPD 5 TU/0,1 ml, dung dịch thử dị ứng...).
- Bông/gạc tẩm cồn 70° hoặc cồn isopropyl 70°.
- Găng tay sạch, khay dụng cụ, hộp kháng khuẩn.
- Băng dính, bút đánh dấu (đánh dấu vị trí đọc kết quả).
- Phiếu theo dõi tiêm và đọc kết quả.

V. Quy trình thực hiện (các bước chính theo chuẩn)

1. Chuẩn bị và nhận định

- Xác định đúng người bệnh (họ tên, tuổi, mã số, vòng tay – ít nhất 2–3 thông tin).
- Kiểm tra y lệnh: Tên thuốc, liều (thường 0,1 ml), đường tiêm (trong da).
- Hỏi tiền sử: Dị ứng thuốc, bệnh lao, tiếp xúc lao, vắc-xin BCG trước đó.
- Giải thích mục đích, quy trình, cảm giác (châm nhẹ, nốt phồng nhỏ), thời gian đọc kết quả.
- Rửa tay sạch/sát khuẩn tay nhanh, đeo găng tay sạch.

2. Chuẩn bị thuốc và vị trí

- Kiểm tra thuốc: Hạn sử dụng, màu sắc, không vẩn đục.
- Rút thuốc chính xác vào bơm tiêm 1 ml (ví dụ: 0,1 ml PPD).
- Đuổi hết bọt khí (gõ nhẹ bơm tiêm).
- Chọn vị trí:
 - Thường là mặt trước trong cẳng tay (1/3 giữa, cách cổ tay 5–10 cm).
 - Tránh vùng sẹo, tĩnh mạch nổi, vùng da dày.

- Để lộ vùng da, bệnh nhân ngồi hoặc nằm thoải mái, cánh tay duỗi thẳng.

3. Thực hiện tiêm

- Sát khuẩn vùng da: Lau hình xoắn ốc từ trung tâm ra ngoài (đường kính ≥ 5 cm), để khô tự nhiên 30 giây.
- Căng da bằng tay không thuận (kéo nhẹ da).
- Giữ bơm tiêm gần song song với da (góc $5-15^\circ$), mặt vát kim hướng lên trên.
- Đâm kim nhẹ nhàng, chỉ đầu kim vào lớp biểu bì (chỉ khoảng 2–3 mm).
- Bơm thuốc chậm (0,1 ml): Quan sát nốt phỏng rõ ràng (papule) hình cam quýt nhỏ (khoảng 6–10 mm), da trắng nổi lên (không được tiêm sâu vào dưới da – nếu không có nốt phỏng \rightarrow tiêm lại vị trí khác).
- Rút kim nhanh theo hướng đâm vào, không ấn bông (để nốt phỏng tự nhiên, tránh lan thuốc).
- Đánh dấu vị trí bằng bút (vòng tròn nhỏ quanh nốt phỏng) để đọc kết quả sau.

4. Sau tiêm

- Hướng dẫn bệnh nhân: Không gãi, không băng kín, không xoa chỗ tiêm.
- Theo dõi 15–30 phút: Dấu hiệu phản vệ (ngứa, mày đay, khó thở) – sẵn sàng hộp chống sốc.
- Hẹn đọc kết quả:
 - Mantoux: 48–72 giờ sau tiêm (đo đường kính vùng cứng – induration, không phải đỏ).
 - Thử dị ứng: Đọc sau 15–20 phút (phản ứng tức thì) hoặc 48 giờ (phản ứng muộn).
- Ghi chép: Giờ tiêm, thuốc, liều, vị trí, nốt phỏng, người thực hiện.

VI. Lưu ý quan trọng

- Kỹ thuật chính xác: Phải tạo nốt phỏng rõ (papule) – nếu không có \rightarrow tiêm lại (thuốc không vào đúng lớp da).
- Không băng kín hoặc xoa chỗ tiêm (làm lan thuốc, sai kết quả).
- Với Mantoux: Đọc kết quả bằng thước kẻ (đo đường kính vùng cứng ngang, không đo đỏ).

- Với trẻ em: Thực hiện nhẹ nhàng, cố định tay, giải thích đơn giản.
- Biến chứng: Phản vệ (hiếm), áp xe tại chỗ, nhiễm trùng → báo bác sĩ ngay.
- Bảo quản thuốc: PPD cần giữ lạnh 2–8°C, tránh ánh sáng, dùng trong 30 ngày sau mở nắp.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM DƯỚI DA

Quy trình kỹ thuật tiêm dưới da theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam (dựa trên các hướng dẫn y tế chính thức, tài liệu từ Bộ Y tế như Quyết định 5344/QĐ-BYT về quy trình kỹ thuật Nhi khoa, Quyết định 3671/QĐ-BYT về tiêm an toàn, và các tài liệu đào tạo điều dưỡng chuẩn).

Tiêm dưới da (subcutaneous injection) là kỹ thuật đưa thuốc vào lớp mô liên kết dưới da (mô mỡ dưới da) để thuốc hấp thu chậm và đều, thường dùng cho insulin, heparin, vaccine một số loại, v.v.

I. Chỉ định

- Thuốc cần hấp thu chậm (insulin, vaccine, heparin, một số thuốc sinh học).
- Lượng thuốc nhỏ đến trung bình (thường < 1-2 ml).

II. Chống chỉ định / Thận trọng

- Vị trí da viêm, sẹo, bong, tụ máu.
- Bệnh nhân dị ứng thuốc.
- Kiểm tra tiền sử dị ứng, dấu hiệu sinh tồn trước tiêm.

III. Chuẩn bị dụng cụ (vô khuẩn)

- Bơm tiêm vô khuẩn phù hợp (thường 1-3 ml).
- Kim tiêm: 23G - 25G, dài 1,5 - 2,5 cm (hoặc kim insulin 4-8 mm cho tiêm insulin).
- Thuốc (kiểm tra tên, liều, hạn sử dụng, tính chất).
- Bông tẩm cồn 70° hoặc cồn iod.
- Găng tay sạch, khay dụng cụ, hộp đựng vật sắc nhọn.
- Băng cá nhân (nếu cần).

IV. Quy trình thực hiện (theo nguyên tắc 5 đúng: đúng bệnh nhân, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường, đúng thời gian)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Xác định đúng bệnh nhân (hỏi tên, kiểm tra hồ sơ).
- Giải thích quy trình, trấn an, hỏi tiền sử dị ứng.
- Đặt bệnh nhân tư thế thoải mái, lộ vùng tiêm, đảm bảo kín đáo.
- Đánh giá vị trí: lớp mỡ dưới da đủ dày, không viêm nhiễm.

2. Rửa tay và mang găng

- Rửa tay đúng quy trình vệ sinh tay (xà phòng hoặc dung dịch sát khuẩn nhanh).

- Mang găng sạch (vô khuẩn nếu cần).
- 3. **Chuẩn bị thuốc**
 - Kiểm tra thuốc lần 2 (tên, liều, hạn dùng).
 - Pha thuốc nếu cần, hút thuốc vào bơm tiêm.
 - Đuổi hết không khí trong bơm tiêm.
- 4. **Chọn vị trí tiêm** (luân phiên để tránh tụ mỡ, teo mỡ)
 - Vùng bụng: xung quanh rốn (cách rốn 5 cm).
 - Mặt ngoài cánh tay trên (1/3 giữa).
 - Mặt trước ngoài đùi (1/3 giữa).
 - Mông (mặt sau trên).
 - Vai (dưới xương bả vai). (Ưu tiên bụng cho insulin vì hấp thu ổn định nhất).
- 5. **Sát khuẩn vị trí tiêm**
 - Sát khuẩn vùng da khoảng 5 cm², từ tâm ra ngoài bằng bông tẩm cồn.
 - Để khô tự nhiên (không quạt, không chạm tay).
- 6. **Thực hiện tiêm**
 - Véo da: Dùng ngón cái và trỏ véo nếp da (khoảng 2-3 cm) để nâng lớp mỡ lên (đặc biệt ở người gầy hoặc trẻ em).
 - Cầm bơm tiêm như cầm bút, mũi vát kim hướng lên.
 - Đâm kim nhanh, góc:
 - 45° so với mặt da (chuẩn phổ biến).
 - Hoặc 90° nếu lớp mỡ dày (người béo phì) hoặc kim ngắn.
 - Đâm sâu hết kim (không rút ra ngay).
 - Rút nhẹ piston kiểm tra không có máu (aspiration - một số hướng dẫn hiện đại bỏ bước này cho insulin để giảm đau).
 - Nếu không có máu → bơm thuốc chậm (khoảng 5-10 giây để giảm đau, tránh rò thuốc).
 - Nếu có máu → rút kim ra, thay kim mới và tiêm vị trí khác.
- 7. **Rút kim và xử lý sau tiêm**
 - Rút kim nhanh theo hướng đâm vào.
 - Đè nhẹ vị trí tiêm bằng bông khô/gạc sạch 30 giây (không xoa mạnh).
 - Không massage (trừ một số thuốc đặc biệt).
 - Dán băng nếu cần.

8. Thu dọn và theo dõi

- Vứt kim vào hộp đựng vật sắc nhọn.
- Ghi chép: thuốc, liều, vị trí tiêm, thời gian, phản ứng bệnh nhân.
- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 15-30 phút (phát hiện sớm sốc phản vệ).

V.Lưu ý quan trọng

- Luân phiên vị trí tiêm để tránh teo mỡ, tụ mỡ (đặc biệt với insulin).
- Với insulin: thường tiêm 90° với kim ngắn, không cần véo da nếu lớp mỡ đủ.
- Tuân thủ nghiêm ngặt vô trùng để tránh nhiễm trùng.
- Nếu bệnh nhân tự tiêm (như insulin tại nhà): hướng dẫn chi tiết, theo dõi biến chứng (hạ đường huyết, nhiễm trùng).

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH

Quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam (dựa trên các hướng dẫn tiêm an toàn theo Quyết định 3671/QĐ-BYT năm 2012 về "Hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh", các quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, và các tài liệu đào tạo y khoa thống nhất từ Bộ Y tế, các trường đại học y dược).

Tiêm tĩnh mạch (intravenous injection) là kỹ thuật đưa thuốc trực tiếp vào lòng tĩnh mạch để thuốc tác dụng nhanh, thường dùng cho kháng sinh, thuốc cấp cứu, thuốc cần nồng độ cao trong máu.

I. Chỉ định

- Thuốc cần tác dụng nhanh (cấp cứu: adrenalin, thuốc chống co giật...).
- Thuốc không hấp thu tốt qua đường khác hoặc liều cao.
- Truyền dịch, thuốc liên tục (thường dùng kim luồn hoặc catheter).

II. Chống chỉ định / Thận trọng

- Tĩnh mạch viêm, xơ cứng, sẹo, bóng.
- Bệnh nhân rối loạn đông máu nặng (trừ trường hợp cấp cứu).
- Kiểm tra tiền sử dị ứng, dấu hiệu sinh tồn trước tiêm.
- Không tiêm một số thuốc gây kích ứng mạnh trực tiếp (phải pha loãng hoặc truyền chậm).

III. Chuẩn bị dụng cụ (vô khuẩn)

- Bơm tiêm vô khuẩn (5-20 ml tùy lượng thuốc).
- Kim tiêm: 21G-23G (kim lấy thuốc riêng, kim tiêm 1-1.5 inch, mặt vát ngắn).
- Dây garo (cao su hoặc garo y tế).
- Bông tẩm cồn 70° hoặc cồn iod, gạc vô khuẩn.
- khay dụng cụ sạch, găng tay sạch/vô trùng.
- Thuốc theo y lệnh (kiểm tra tên, liều, hạn sử dụng, tính chất).
- Thuốc chống sốc (adrenalin, dexamethason...), máy đo HA, ống nghe.

IV. Quy trình thực hiện (nguyên tắc 5 đúng: đúng bệnh nhân, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường, đúng thời gian)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Xác định đúng bệnh nhân (hỏi tên, kiểm tra hồ sơ, vòng tay).
- Giải thích quy trình, trấn an, hỏi tiền sử dị ứng, thuốc đang dùng.

- Đặt bệnh nhân nằm hoặc ngồi thoải mái, lộ vùng tiêm.
 - Đánh giá tĩnh mạch: chọn tĩnh mạch to, rõ, thẳng, ít van, không gần khớp.
2. **Rửa tay và mang găng**
- Rửa tay thường quy hoặc sát khuẩn tay nhanh theo quy định Bộ Y tế.
 - Mang găng sạch (vô trùng nếu cần).
3. **Chuẩn bị thuốc**
- Kiểm tra thuốc lần 2-3 (tên, liều, hạn dùng, màu sắc).
 - Sát khuẩn nắp lọ/ống thuốc.
 - Hút thuốc vào bơm tiêm (dùng kim lấy thuốc riêng).
 - Đuổi hết không khí, thay kim tiêm, đặt vào khay vô khuẩn.
4. **Chọn vị trí tiêm** (ưu tiên luân phiên để tránh viêm tĩnh mạch)
- Tĩnh mạch ở mặt trước trong cẳng tay (tĩnh mạch đầu, tĩnh mạch giữa).
 - Mặt mu bàn tay.
 - Tĩnh mạch khuỷu tay (nếu cần truyền nhanh).
 - Tránh tĩnh mạch ở khớp, vùng sẹo, chi liệt.
 - Với trẻ em/người già: ưu tiên tĩnh mạch lớn, dễ tiếp cận.
5. **Thực hiện tiêm**
- Buộc garo cách vị trí tiêm 10-15 cm (không quá chặt, không quá 1-2 phút).
 - Yêu cầu bệnh nhân nắm tay hoặc co duỗi để tĩnh mạch nổi rõ.
 - Sát khuẩn vùng da rộng 5-10 cm (từ tâm ra ngoài, hình xoắn ốc bằng cồn 70°), để khô tự nhiên.
 - Căng da phía dưới vị trí tiêm (ngón tay không thuận).
 - Cầm bơm tiêm như cầm bút, mặt vát kim hướng lên.
 - Đâm kim góc 15-30° so với mặt da (góc nhỏ để tránh xuyên thủng tĩnh mạch).
 - Đâm chậm, khi thấy máu hồi lưu vào bơm tiêm → hạ góc kim gần song song với da, đẩy kim thêm 2-3 mm vào lòng tĩnh mạch.
 - Tháo garo ngay khi có máu hồi lưu.
 - Kiểm tra lại máu hồi lưu (hút nhẹ piston).

- Bơm thuốc chậm (theo tốc độ y lệnh, thường 1-2 ml/phút hoặc chậm hơn với thuốc kích ứng). Quan sát bệnh nhân liên tục (đau, đỏ, sưng...).

- Nếu đau, sưng → dừng ngay, rút kim, báo bác sĩ.

6. **Rút kim và xử lý sau tiêm**

- Rút kim nhanh, theo hướng đâm vào, đồng thời ép nhẹ vị trí bằng gạc khô sạch.

- Căng da khi rút để giảm đau và tránh tụ máu.

- Ép vị trí 1-3 phút (không xoa mạnh).

- Dán băng keo nếu cần.

7. **Thu dọn và theo dõi**

- Vứt kim vào hộp đựng vật sắc nhọn.

- Ghi chép: thuốc, liều, vị trí tiêm, thời gian, phản ứng bệnh nhân.

- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 15-30 phút (phát hiện sớm sốc phản vệ, biến chứng).

V.Lưu ý quan trọng

- Luân phiên vị trí tiêm để tránh viêm tĩnh mạch, huyết khối.

- Với thuốc kích ứng (KCl cao nồng độ, một số kháng sinh...): pha loãng, tiêm chậm, có thể truyền qua kim luôn.

- Tuân thủ nghiêm ngặt vô trùng để tránh nhiễm khuẩn huyết.

- Biến chứng thường gặp: tụ máu, viêm tĩnh mạch, thoát mạch (paravenous), sốc phản vệ → xử lý kịp thời.

- Nếu tự tiêm hoặc tại nhà (ít phổ biến): hướng dẫn chi tiết, theo dõi chặt chẽ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT TIÊM TĨNH MẠCH QUA CỔNG TIÊM THUỐC

Quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch qua cổng tiêm thuốc (Port-a-Cath hoặc buồng tiêm truyền dưới da - Implantable Venous Access Device) theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam dựa trên các hướng dẫn tiêm an toàn (Quyết định 3671/QĐ-BYT năm 2012 về "Hướng dẫn tiêm an toàn" và "Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh đặt catheter trong lòng mạch"), các quy trình kỹ thuật điều dưỡng cơ bản, tài liệu đào tạo liên tục về liệu pháp truyền tĩnh mạch an toàn, và các hướng dẫn chuyên ngành ung bướu/hóa trị (như Quyết định 2644/QĐ-BYT 2025 về hóa trị).

I. Chỉ định

- Truyền thuốc hóa trị, kháng sinh dài ngày, thuốc dinh dưỡng tĩnh mạch (TPN).
- Thuốc gây kích ứng tĩnh mạch ngoại vi.
- Bệnh nhân có tĩnh mạch ngoại vi kém (ung thư, suy dinh dưỡng...).

II. Chống chỉ định / Thận trọng

- Nhiễm trùng tại vị trí cổng hoặc toàn thân (sốt, nhiễm khuẩn huyết nghi ngờ).
- Cổng bị tắc, hư hỏng, hoặc không hồi lưu máu.
- Rối loạn đông máu nặng (trừ cấp cứu).
- Kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, tiền sử dị ứng, tình trạng cổng (ngày đặt, lần truy cập gần nhất).

III. Chuẩn bị dụng cụ (vô khuẩn tuyệt đối)

- Kim Huber đặc biệt (non-coring needle) góc 90° dành cho Port-a-Cath (kích cỡ phù hợp: 19-22G, dài 0.5-1.5 inch tùy độ sâu cổng).
- Bộ truyền dịch hoặc bơm tiêm vô khuẩn (10-20 ml).
- Natri chloride 0.9% (NaCl 0.9%) – ít nhất 10-20 ml.
- Heparin pha loãng (thường 100 UI/ml) để lock (theo chỉ định cơ sở y tế).
- Dung dịch sát khuẩn: Cồn 70° hoặc Chlorhexidine 2% (ưu tiên), cồn iod.
- Găng tay vô trùng, khẩu trang, mũ, áo choàng vô trùng (nếu cần aseptic technique nghiêm ngặt).
- Khay dụng cụ vô khuẩn, gạc vô khuẩn, băng dán trong suốt (Tegaderm hoặc tương đương).
- Thuốc theo y lệnh (kiểm tra 3 lần: tên, liều, hạn dùng).

- Hộp chống sốc, thiết bị cấp cứu (adrenalin, dexamethason...).

IV. Quy trình thực hiện (nguyên tắc 5 đúng + vô trùng nghiêm ngặt)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Xác định đúng bệnh nhân (hỏi tên, kiểm tra hồ sơ, vòng tay).
- Giải thích quy trình, trấn an (có thể gây tê tại chỗ nếu bệnh nhân đau).
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa thoải mái, lộ vùng ngực (thường công nằm dưới xương đòn).
- Sờ nắn vị trí công: xác định buồng tiêm (cứng, tròn), kiểm tra dấu hiệu viêm, sưng, đau.

2. Rửa tay và chuẩn bị vô trùng

- Rửa tay phẫu thuật hoặc sát khuẩn tay nhanh theo quy định Bộ Y tế.
- Mang găng vô trùng, khẩu trang, mũ.
- Chuẩn bị khay vô khuẩn, mở dụng cụ vô trùng.

3. Chuẩn bị thuốc

- Kiểm tra thuốc lần cuối.
- Pha thuốc nếu cần (trong điều kiện vô khuẩn).
- Hút thuốc vào bơm tiêm, đuổi khí.

4. Truy cập công (Access the port)

- Sát khuẩn rộng vùng da trên công (khoảng 10-15 cm²): dùng Chlorhexidine hoặc cồn iod, lau theo hình xoắn ốc từ tâm ra ngoài, để khô tự nhiên (ít nhất 30-60 giây).
- Xác định trung tâm buồng tiêm bằng ngón tay (cố định công bằng tay không thuận).
- Cầm kim Huber (mặt vát hướng lên), đâm vuông góc 90° vào trung tâm công với lực vừa phải (cảm giác "pop" khi xuyên màng silicone).
- Đẩy kim xuống đến đáy buồng (không nghiêng để tránh thủng màng).
- Kiểm tra hồi lưu máu: hút nhẹ piston → thấy máu đỏ tươi (xác nhận vị trí đúng). Nếu không hồi lưu → báo bác sĩ (có thể tắc, cần xử lý urokinase hoặc thay đổi vị trí).
- Bơm NaCl 0.9% 5-10 ml để flush (kiểm tra không đau, không sưng).

5. Tiêm / truyền thuốc

- Kết nối bơm tiêm hoặc dây truyền đã đui khí.
- Bơm thuốc chậm theo tốc độ y lệnh (đặc biệt với thuốc kích ứng: ví dụ hóa trị < 1-2 ml/phút).
- Quan sát liên tục: đau, sưng, đỏ, khó chịu → dừng ngay, báo bác sĩ (nghi thoát mạch hoặc tắc).
- Sau khi tiêm xong: flush bằng NaCl 0.9% 10-20 ml (push-pull technique nếu cần để rửa sạch).
- Lock bằng heparin pha loãng (thường 3-5 ml heparin 100 UI/ml) nếu không dùng tiếp (theo quy định cơ sở, một số nơi dùng NaCl lock cho cổng power-port).

6. **Rút kim và xử lý sau**

- Rút kim thẳng đứng lên (vuông góc), không nghiêng.
- Ép nhẹ vị trí bằng gạc vô khuẩn 1-2 phút.
- Dán băng trong suốt vô khuẩn (thay hàng tuần nếu kim lưu để truyền liên tục).
- Không xoa mạnh vị trí.

7. **Thu dọn và theo dõi**

- Vứt kim Huber vào hộp đựng vật sắc nhọn (kim Huber dùng một lần).
- Ghi chép chi tiết: ngày giờ truy cập, loại kim, lượng flush, thuốc tiêm, hồi lưu máu, phản ứng bệnh nhân, tình trạng cổng.
- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 15-30 phút (phát hiện sớm sốc phản vệ, thoát mạch).
- Dặn bệnh nhân: tránh vận động mạnh vùng ngực, báo ngay nếu sốt, đau, sưng.

V. Lưu ý quan trọng

- Vô trùng là yếu tố sống còn: nhiễm khuẩn huyết liên quan catheter là biến chứng hàng đầu → tuân thủ aseptic non-touch technique.
- Chỉ nhân viên được đào tạo (điều dưỡng chuyên khoa ung bướu hoặc có chứng chỉ) mới thực hiện.
- Flush trước-sau mỗi lần sử dụng và ít nhất mỗi 4 tuần nếu không dùng (heparin lock).
- Không dùng kim thông thường (coring needle) → sẽ làm hỏng màng silicone.
- Biến chứng thường gặp: tắc cổng, nhiễm trùng, huyết khối, thoát mạch → xử lý kịp thời (siêu âm, kháng sinh, rút cổng nếu cần).

- Với cổng PowerPort (dùng cho CT scan): có thể dùng kim power locator đặc biệt.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT LẤY ĐỜM TÁC ĐỘNG BẰNG VỖ RUNG

Quy trình kỹ thuật lấy đờm tác động bằng vỗ rung (kỹ thuật vỗ rung lồng ngực kết hợp dẫn lưu tư thế) theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam dựa trên các hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hô hấp (Quyết định 1981/QĐ-BYT năm 2014 về "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Hô hấp"), Phục hồi chức năng (Quyết định 54/QĐ-BYT năm 2014), Hồi sức cấp cứu (Quyết định 1904/QĐ-BYT)

I. Chỉ định

- Bệnh nhân ứ đọng đờm: viêm phổi, giãn phế quản, COPD, hen phế quản, xơ nang, sau phẫu thuật ngực/thận, hôn mê/ liệt (không tự ho khạc được), viêm phế quản, xẹp phổi do tắc đờm.
- Trẻ em ho có đờm (viêm hô hấp dưới), trẻ sơ sinh bệnh hô hấp.
- Không áp dụng cho ho khan (không đờm).

II. Chống chỉ định / Thận trọng

- Xuất huyết phổi hoạt động, ho ra máu.
- Gãy xương sườn, chấn thương ngực, loãng xương nặng.
- Tăng áp lực nội sọ, phẫu thuật bụng/ngực mới (tránh rung mạnh).
- Sốt cao, suy tim nặng, đau ngực dữ dội.
- Tránh vỗ rung vùng cột sống, xương ức, vú, dạ dày, bờ sườn dưới (nguy cơ tổn thương gan/lách).
- Đánh giá dấu hiệu sinh tồn, nghe phổi trước/sau kỹ thuật.

III. Chuẩn bị dụng cụ

- Khăn mỏng sạch (phủ lên vùng vỗ nếu bệnh nhân cởi trần).

- Khăn lau đờm, khay đựng đờm.
- Ống hút đờm (nếu bệnh nhân không ho được).
- Máy khí dung (nếu kết hợp).
- Găng tay sạch, khẩu trang.
- Không cần dụng cụ phức tạp (chủ yếu bằng tay).

IV. Quy trình thực hiện (nguyên tắc vô trùng, nhẹ nhàng, kết hợp thở-ho)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Xác định đúng bệnh nhân, giải thích quy trình, trấn an (đặc biệt trẻ em).
- Hỏi tiền sử, kiểm tra dấu hiệu sinh tồn, nghe phổi xác định vị trí ứ đờm.
- Thời gian tốt nhất: buổi sáng sớm (sau ngủ đêm đờm nhiều), sau khí dung thuốc long đờm 30-60 phút, trước bữa ăn hoặc 1-2 giờ sau ăn (tránh nôn).
- Cởi bỏ quần áo chật vùng ngực, trang sức; mặc đồ mỏng, phủ khăn nếu cần.

2. Đặt tư thế dẫn lưu (tùy vị trí tổn thương phổi, dùng trọng lực dẫn đờm về phế quản lớn)

- Tư thế phổ biến: nằm nghiêng (phổi tổn thương ở dưới để dẫn lưu), đầu thấp chân cao (Trendelenburg nếu phù hợp), gối cúi đầu về trước, hoặc bế vác (trẻ em).
- Ví dụ: tổn thương thùy dưới → nằm nghiêng bên lành, đầu thấp; tổn thương thùy trên → gối cúi.
- Giữ tư thế 5-10 phút trước khi vỗ rung.

3. Thực hiện vỗ (percussion)

- Người thực hiện: khum bàn tay (chụm ngón tay, tạo đệm không khí giữa lòng bàn tay và thành ngực).
- Vỗ nhẹ nhàng bằng lực cổ tay (không dùng lực cánh tay), nhịp nhàng 100-120 lần/phút.
- Vùng vỗ: bề mặt khung sườn (tránh cột sống, xương ức, dạ dày).
- Di chuyển tay từ dưới lên trên (hướng dẫn lưu đờm về trên), xen kẽ hai bên ngực.
- Thời gian vỗ mỗi vùng: 3-5 phút.
- Kết hợp: yêu cầu bệnh nhân hít sâu, thở ra mạnh, ho hữu hiệu sau mỗi đợt vỗ.

4. **Thực hiện rung (vibration/shaking)**

- Đặt lòng bàn tay phẳng (hoặc chồng hai tay) lên vùng tổn thương.
- Căng cơ cánh tay, vai, ấn nhẹ và rung (lắc nhanh) trong suốt thì thở ra (khi bệnh nhân thở ra mạnh và dài).
- Rung bổ sung cho vỗ, thúc đẩy đờm di chuyển.
- Thời gian rung: 5-10 giây/lần, lặp lại 3-5 lần/vùng.
- Kết hợp ho: khuyến khích ho mạnh để tống đờm.

5. **Kết hợp lấy đờm**

- Sau vỗ rung: khuyến khích ho hữu hiệu (ho có điều khiển) hoặc kích thích ho.
- Nếu không ho được (hôn mê, trẻ nhỏ): dùng hút đờm qua miệng/họng hoặc nội khí quản.
- Lau sạch đờm, quan sát màu sắc, lượng đờm.

6. **Kết thúc và theo dõi**

- Thời gian toàn bộ: 15-30 phút (không quá 30 phút để tránh mệt).
- Nghe phổi lại, kiểm tra dấu hiệu sinh tồn.
- Ghi chép: tư thế, thời gian, lượng/màu đờm, phản ứng bệnh nhân.
- Theo dõi biến chứng: đau ngực, khó thở, tụ máu dưới da.

V.Lưu ý quan trọng

- Lực vỗ rung: nhẹ- trung bình (tạo âm "bộp bộp" khi vỗ, rung tạo cảm giác rung truyền sâu). Không vỗ mạnh gây đau hoặc tổn thương.
- Với trẻ em/sơ sinh: lực nhẹ hơn, phủ khăn, thường do kỹ thuật viên hoặc hướng dẫn cha mẹ (không tự làm nếu chưa được đào tạo).
- Kết hợp tốt nhất với khí dung, thuốc long đờm, tập thở.
- Chỉ nhân viên được đào tạo (điều dưỡng hô hấp, kỹ thuật viên phục hồi chức năng) thực hiện.
- Biến chứng hiếm: gãy xương sườn (người già), tăng áp lực nội sọ → ngừng ngay nếu bệnh nhân khó chịu.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT GHI ĐIỆN TIM CẤP CỨU TẠI GIƯỜNG

Quy trình kỹ thuật ghi điện tim cấp cứu tại giường theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam (dựa trên Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014 về "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc", Quyết định 3983/QĐ-BYT năm 2014 về "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Nội khoa, chuyên ngành Tim mạch", các tài liệu thực hành tại các bệnh viện lớn như Bệnh viện 103, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Vinmec, và hướng dẫn tiêu chuẩn quốc tế áp dụng tại Việt Nam như AHA/ESC về ECG cấp cứu).

I. Chỉ định

- Đau ngực cấp tính nghi hội chứng vành cấp (NMCT, đau thắt ngực không ổn định).
- Rối loạn nhịp tim (nhịp nhanh, chậm, block nhĩ thất, rung nhĩ...).
- Ngừng tuần hoàn - hô hấp, sốc tim, tụt huyết áp không rõ nguyên nhân.
- Đánh giá sau sốc điện, dùng thuốc cấp cứu (amiodaron, lidocain...).
- Theo dõi cấp cứu tim mạch (hôn mê, sau phẫu thuật tim...).

II. Chống chỉ định

- Không có chống chỉ định tuyệt đối (là kỹ thuật không xâm lấn, nhanh chóng).
- Thận trọng: bệnh nhân kích thích nặng, co giật (cần cố định tạm thời); da bỏng, vết thương hở tại vị trí điện cực.

III. Chuẩn bị dụng cụ

- Máy ghi điện tim đạt chuẩn: ghi đồng thời 12 chuyển đạo, tốc độ lấy mẫu ≥ 1000 mẫu/giây, bandwidth ≥ 250 Hz, có phần mềm phân tích tự động (nếu có).
- Điện cực dán (disposable electrodes) hoặc bản cực hút (suction cups) cho chi, điện cực dán cho ngực.
- Kem dẫn điện (electrode gel) hoặc nước muối sinh lý 0.9% (nếu dùng bản cực hút).
- Giấy ghi ECG, khăn sạch, gạc lau.
- Găng tay sạch, khẩu trang.
- Thiết bị cấp cứu gần (máy sốc điện, thuốc cấp cứu tim mạch).

IV. Quy trình thực hiện (nguyên tắc nhanh chóng, chính xác, giảm nhiễu)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Xác định đúng bệnh nhân (hỏi tên, kiểm tra hồ sơ).

- Giải thích ngắn gọn (nếu bệnh nhân tỉnh táo), trấn an.
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa thoải mái trên giường, đầu cao 30-45° nếu khó thở.
- Bộc lộ ngực, tay, chân (cởi áo, quần nếu cần, giữ kín đáo).
- Yêu cầu bệnh nhân nằm yên, thở đều, không nói chuyện, không cử động (nếu kích thích → dùng thuốc an thần nhẹ nếu có thể).
- Nghỉ ngơi ít nhất 1-2 phút trước ghi (nếu tình trạng cho phép).
- Bỏ hết vật kim loại (đồng hồ, vòng, chìa khóa) để tránh nhiễu.
- Phòng không quá lạnh (tránh run cơ gây artifact).

2. Chuẩn bị máy

- Kiểm tra máy: nguồn điện ổn định, dây dẫn đầy đủ, dây đất nối tốt (vòi nước kim loại hoặc điễm tiếp đất).
- Bật máy, kiểm tra test calibration (vuông 10 mm cao, 1 mV = 10 mm; tốc độ 25 mm/s chuẩn).
- Đặt tốc độ giấy: 25 mm/s (chuẩn); nếu nhịp nhanh → có thể 50 mm/s để dễ đọc.

3. Đặt điện cực (vị trí chuẩn Einthoven-Wilson 12 chuyển đạo)

- **Chi (limb leads - 4 điện cực):**
 - RA (đỏ): cổ tay phải (mặt trong).
 - LA (vàng): cổ tay trái (mặt trong).
 - RL (đen): cổ chân phải (mặt trong) - ground.
 - LL (xanh): cổ chân trái (mặt trong).
- **Ngực (precordial leads - 6 điện cực):**
 - V1: Khoảng liên sườn 4, sát bờ phải xương ức.
 - V2: Khoảng liên sườn 4, sát bờ trái xương ức.
 - V3: Giữa V2 và V4.
 - V4: Khoảng liên sườn 5, đường giữa đòn trái.
 - V5: Đường nách trước trái, ngang mức V4.
 - V6: Đường nách giữa trái, ngang mức V4.
- Bôi kem dẫn điện lên vị trí da (nếu cần), lau sạch da bằng cồn nếu dầu mỡ.
- Dán/chụp điện cực chắc chắn, tránh nhiễu (nếu bệnh nhân run → giữ tay/chân).

4. Thực hiện ghi

- Yêu cầu bệnh nhân thở đều, nhắm mắt nếu có thể.

- Bắt đầu ghi: kiểm tra sóng cơ bản (baseline ổn định, không artifact).
- Ghi ít nhất 3-5 phức bộ QRS mỗi chuyển đạo (dài hơn nếu nhịp không đều).
- Ghi thêm nhịp dài nếu nghi block, nhịp nhanh thất...
- Nếu artifact: kiểm tra điện cực lỏng, cử động, nguồn điện nhiễu → điều chỉnh.
- In giấy: ghi tên bệnh nhân, giờ, ngày, mã số, tốc độ, biên độ.

5. **Kết thúc và xử lý**

- Tháo điện cực nhẹ nhàng, lau sạch gel bằng gạc.
- Ghi chép: thời gian ghi, tình trạng bệnh nhân, kết quả sơ bộ (bác sĩ đọc ngay).
- Theo dõi bệnh nhân: dấu hiệu sinh tồn, triệu chứng tiếp tục.
- Lưu trữ ECG vào hồ sơ (giấy + file số nếu máy kỹ thuật số).

V. Lưu ý quan trọng trong cấp cứu

- Thời gian: thực hiện trong vòng 10 phút đầu khi nghi NMCT (door-to-ECG time ≤ 10 phút theo hướng dẫn quốc tế áp dụng tại VN).
- Đọc ECG khẩn: chú ý ST chênh lên/hạ, sóng Q bệnh lý, block nhánh, rối loạn nhịp... → quyết định tiêu sợi huyết/can thiệp trong "golden hour".
- Artifact thường gặp: run cơ (run rẩy), nhiễu 50 Hz (điện lưới), cử động → khắc phục bằng giữ yên, nối đất tốt.
- Với trẻ em/người béo: điều chỉnh vị trí V leads nếu cần (theo hướng dẫn nhi khoa).
- Tuân thủ vô trùng cơ bản (da sạch), tránh nhiễm trùng da.
- Chỉ nhân viên được đào tạo (bác sĩ, điều dưỡng cấp cứu, kỹ thuật viên tim mạch) thực hiện và đọc ECG.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT MỞ KHÍ QUẢN CẤP CỨU

Quy trình kỹ thuật mở khí quản cấp cứu (cụ thể là **mở màng nhĩn giáp cấp cứu - cricothyroidotomy**) theo chuẩn Bộ Y tế Việt Nam dựa trên Quyết định 1904/QĐ-BYT năm 2014 về "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hồi sức, cấp cứu và chống độc", các tài liệu hướng dẫn hồi sức cấp cứu (từ các bệnh viện lớn như Bệnh viện 103, Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, và các trung tâm y tế), cũng như thực hành chuẩn áp dụng tại Việt Nam (thường là kỹ thuật "cứu cánh" khi đặt nội khí quản thất bại).

Lưu ý quan trọng: Đây là kỹ thuật **cấp cứu khẩn cấp**, chỉ thực hiện bởi bác sĩ được đào tạo (hồi sức cấp cứu, tai mũi họng, gây mê), trong "can't intubate, can't oxygenate" (CICO). Không phải mở khí quản thường quy (tracheostomy) mà là mở màng nhĩn giáp nhanh (surgical hoặc needle cricothyroidotomy).

I. Chỉ định

- Ngạt thở cấp tính, suy hô hấp nặng, đặt nội khí quản thất bại hoặc không thể thực hiện (chấn thương hàm mặt, cổ, dị vật, phù thanh quản nặng, bóng đường thở...).
- Không thể thông khí bằng mặt nạ hoặc dụng cụ hầu họng (LMA, Combitube...).
- "Can't intubate, can't ventilate" tình huống nguy kịch tính mạng.

II. Chống chỉ định / Thận trọng

- Không có chống chỉ định tuyệt đối trong cấp cứu (ưu tiên cứu sống).
- Thận trọng: trẻ em dưới 10-12 tuổi (thanh quản nhỏ, màng nhĩn giáp hẹp → ưu tiên needle cricothyroidotomy), bệnh nhân rối loạn đông máu nặng, biến dạng giải phẫu vùng cổ (u giáp, chấn thương cổ).

III. Chuẩn bị dụng cụ (bộ mở màng nhĩn giáp cấp cứu - cricothyrotomy kit)

- Dao mổ (scalpel) số 10 hoặc 11 (đầu nhọn).
- Kẹp hemostat (kẹp Kelly hoặc mosquito).
- Bánh Farabeuf hoặc bánh tự giữ (hook).
- Ống canuyn màng nhĩn giáp (cuffed tracheostomy tube số 6-8 hoặc ống đặc biệt Melker/QuickTrach).
- Bộ needle cricothyrotomy (nếu không phẫu thuật: kim lớn 14G + connector cho Ambu).
- Bóng Ambu, oxy, máy hút đờm.
- Găng tay vô trùng, khẩu trang, mũ, áo choàng, sát khuẩn (cồn iod hoặc chlorhexidine).

- Thuốc tê Lidocain 1-2% (nếu bệnh nhân tỉnh), hộp chống sốc.

IV. Quy trình thực hiện (Surgical cricothyroidotomy - kỹ thuật phẫu thuật mở - phổ biến nhất ở Việt Nam)

1. Nhận định và chuẩn bị bệnh nhân

- Xác định tình trạng "can't intubate, can't oxygenate" (SpO₂ giảm nhanh, tím tái, không thông khí được).
- Đặt bệnh nhân nằm ngửa, cổ ngửa (nếu không chấn thương cột sống cổ), kê gối dưới vai để lộ vùng cổ.
- Sát khuẩn nhanh vùng cổ (cồn 70° hoặc iod).
- Xác định mốc giải phẫu: sụn giáp (quả táo Adam) → màng nhẫn giáp (khoảng lõm giữa sụn giáp và sụn nhẫn, khoảng 1-1.5 cm).

2. Thực hiện kỹ thuật (thời gian lý tưởng < 60 giây)

- Tay không thuận cố định khí quản (ngón cái và ngón giữa giữ hai bên sụn giáp).
- Tay thuận cầm dao: rạch ngang da qua màng nhẫn giáp (đường rạch ngang 1-2 cm, sâu vừa qua da và cân).
- Dùng kẹp hemostat tách mô mềm, banh màng nhẫn giáp (hook hoặc kẹp giữ màng).
- Rạch dọc màng nhẫn giáp (khoảng 1 cm) hoặc chọc thủng bằng dao.
- Đưa ống canuyn (hoặc ống nội khí quản nhỏ) vào lòng khí quản (hướng xuống dưới, cảm giác "pop" khi vào).
- Bơm bóng cuff (nếu có), kiểm tra thông khí (nghe phổi, EtCO₂ nếu có).
- Cố định canuyn bằng dây hoặc băng keo.

3. Biện thể nhanh (Needle cricothyrotomy - nếu không có bộ dụng cụ)

- Chọc kim lớn 14G qua màng nhẫn giáp (góc 45° hướng xuống dưới).
- Kết nối connector 3 mm cho Ambu hoặc jet ventilation (thở oxy cao áp).
- Chỉ tạm thời (30-45 phút), sau đó chuyển sang mở phẫu thuật hoặc đặt NKQ.

4. Kết thúc và xử lý

- Kết nối thở oxy/máy thở.
- Hút đờm nếu cần.

- Theo dõi: SpO₂, EtCO₂, dấu hiệu sinh tồn, biến chứng (tụ máu, tràn khí dưới da, tổn thương thực quản).
- Ghi chép: thời gian, chỉ định, loại ống, phản ứng bệnh nhân.
- Chuyển khoa hồi sức, chuẩn bị mở khí quản thường quy nếu cần dài ngày.

V.Lưu ý quan trọng

- Ưu tiên đặt nội khí quản hoặc dụng cụ siêu thanh quản (video laryngoscope, LMA) trước khi mở màng nhĩ gấp.
- Biến chứng: chảy máu, tổn thương thanh quản, tràn khí dưới da, nhiễm trùng → xử lý kịp thời.
- Với trẻ em: dùng kỹ thuật needle, tránh mổ phẫu thuật nếu có thể.
- Chỉ nhân viên được đào tạo thực hiện (thường bác sĩ HSCC hoặc TMH).
- Sau mổ: chăm sóc như mở khí quản thường quy (hút đờm, thay băng, theo dõi tắc ống...).