

Số: /QĐ-YTNH

Ninh Hòa, ngày tháng 8 năm 2022

QUYẾT ĐỊNH

**Ban hành Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành
Gây mê – Hồi sức tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa**

GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

Căn cứ Quyết định số 2197/QĐ-UBND ngày 03/8/2018 của UBND tỉnh Khánh Hòa về việc tổ chức lại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa trên cơ sở sáp nhập Trung tâm Dân số - Kế hoạch hóa gia đình thị xã Ninh Hòa vào Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa;

Căn cứ Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức;

Theo đề nghị của Hội đồng Khoa học-Kỹ thuật Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là 10 Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Gây mê - Hồi sức tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.

- Quy trình kỹ thuật gây tê tủy sống phẫu thuật cắt Polyo trực tràng bằng đường hậu môn;
- Quy trình kỹ thuật gây tê tủy sống phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn 2 bên;
- Quy trình kỹ thuật gây tê tủy sống phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Bassini;
- Quy trình kỹ thuật gây tê tủy sống phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp kết hợp Bassini và Shouldice;
- Quy trình kỹ thuật gây tê tủy sống phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein;
- Quy trình kỹ thuật gây tê tủy sống phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Shuoldice;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật cắt Polyp trực tràng bằng đường hậu môn;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật cắt tử cung buồng trứng, u buồng trứng;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Bassini;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp kết hợp Bassini và Shouldice;

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký.

Điều 3. Các khoa, phòng và đơn vị có liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như điều 3 (VBĐT);
- Lưu: VT, KHNH.

GIÁM ĐỐC

Trịnh Tiến Khoa

QUY TRÌNH GÂY TÊ TỦY SỐNG PHẪU THUẬT CẮT POLYP TRỰC TRÀNG BẰNG ĐƯỜNG HẬU MÔN

(Đính kèm Quyết định số /QĐ-YTNH ngày /8/2022
của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tủy sống phẫu thuật cắt polyp trực tràng bằng đường hậu môn là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Vô cảm, giảm đau phẫu thuật điều trị cắt polyp trực tràng bằng đường hậu môn.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối.
- Dị ứng thuốc tê.
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê.
- Thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ, sốc.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Dùng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian.
- Hẹp van hai lá khít, van động mạch chủ khít.
- Tăng áp lực nội sọ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật: Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

a. Phương tiện cấp cứu và theo dõi

- Phương tiện hồi sức: Nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: Dịch truyền, thuốc: Ephedrin, Adrenalin...
- Thuốc chống co giật: Họ barbituric, Benzodiazepin, giãn cơ, Intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: Điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...

b. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê

- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn vô trùng, kim gây tê tủy sống các cỡ...
- Thuốc tê: Bupivacain... có thể phối hợp với thuốc họ Morphin (Morphin từ 100-300 mcg; Fentanyl 25-50 mcg...). Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh: Bupivacain liều từ 3-12mg; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.

- Vệ sinh vùng gây tê.
- Cho người bệnh an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

4. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Theo qui định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Kỹ thuật gây tê tủy sống

- Thực hiện kỹ thuật
- Dự phòng hạ huyết áp: Đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5-10 ml/kg (đối với người lớn).
- Tư thế: Thường có 2 tư thế:
 - + Tư thế ngồi: Người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.
 - + Tư thế nằm: Người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng cầm tì vào ngực.
- Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn. Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.
- Kỹ thuật gây tê tủy sống: Đường giữa hoặc đường bên.
 - + Đường giữa: Chọc vào khe giữa 2 đốt sống, vị trí L2-L3 đến L4-L5.
 - + Đường bên: Chọc cách đường giữa 1-2cm, hướng kim vào đường giữa, lên trên, ra trước.
 - + Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.
 - + Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.
 - + Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

VI. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: Tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.
- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.
- Các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống.
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: Không có rối loạn về huyết động và hô hấp; phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới T12 (dưới nếp bẹn).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến do thuốc và xử trí

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.
- + Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ Y tế
- Ngộ độc thuốc tê: Do tiêm nhầm vào mạch máu.
- + Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn,

truyền Intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm Bupivacain và Ropivacain.

2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

- Hạ huyết áp, mạch chậm: điều trị bằng thuốc co mạch (Ephedrin, Adrenalin...) Atropin và bù dịch.

- Đau đầu: Nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau.

- Buồn nôn và nôn: Kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.

- Bí tiểu: Chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.

- Gây tê tủy sống toàn bộ: Cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.

- Các biến chứng khác: Tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.

- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.

QUY TRÌNH
GÂY TÊ TỦY SỐNG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN 2 BÊN
(Đính kèm Quyết định số /QĐ-YTNH ngày /8/2022
của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tủy sống phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn 2 bên là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Vô cảm, giảm đau phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn 2 bên

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối
- Dị ứng thuốc tê.
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê.
- Thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ, sốc.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Dùng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian.
- Hẹp van hai lá khít, van động mạch chủ khít.
- Tăng áp lực nội sọ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật: Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện

- Phương tiện cấp cứu và theo dõi.
- Phương tiện hồi sức: Nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: Dịch truyền, thuốc: Ephedrin, Adrenalin...
- Thuốc chống co giật: Họ Barbituric, Benzodiazepin, giãn cơ, Intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...

3. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê

- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô trùng, kim gây tê tủy sống các cỡ...

- Thuốc tê: Bupivacain... có thể phối hợp với thuốc họ Morphin (Morphin từ 100-300 mcg; Fentanyl 25-50 mcg...). Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh: Bupivacain liều từ 3-12mg; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai.

4. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.
- Vệ sinh vùng gây tê.
- Cho người bệnh an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

5. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kỹ thuật gây tê tùy sống
 - + Dự phòng hạ huyết áp: Đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5-10 ml/kg (đối với người lớn).
 - + Tư thế: Thường có 2 tư thế:
 - + Tư thế ngồi: Người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.
 - + Tư thế nằm: Người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng cầm tì vào ngực.
 - + Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.
 - + Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn vô trùng.
 - Kỹ thuật gây tê tùy sống: Đường giữa hoặc đường bên.
 - + Đường giữa: Chọc vào khe giữa 2 đốt sống, vị trí L2-L3 đến L4-L5.
 - + Đường bên: Chọc cách đường giữa 1-2cm, hướng kim vào đường giữa, lên trên, ra trước.
 - + Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.
 - + Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.
 - + Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

VI. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: Tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.
- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.
- Các tác dụng không mong muốn của gây tê tùy sống.
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp; phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới T12 (dưới nếp bẹn).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến do thuốc và xử trí

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: Ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.
 + Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ y tế.

- Ngộ độc thuốc tê: Do tiêm nhầm vào mạch máu.
 - Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền Intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm Bupivacain và Ropivacain.

2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

- Hạ huyết áp, mạch chậm: Điều trị bằng thuốc co mạch (Ephedrin, Adrenalin...) Atropin và bù dịch.

- Đau đầu: Nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau.
- Buồn nôn và nôn: Kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.
- Bí tiểu: Chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.
- Gây tê tủy sống toàn bộ: Cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.
- Các biến chứng khác: Tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.
- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.

QUY TRÌNH
GÂY TÊ TỦY SỐNG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG
PHƯƠNG PHÁP BASSINI

(Đính kèm Quyết định số /QĐ-YTNH ngày /7/2022
của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tủy sống phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Bassini là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Vô cảm, giảm đau phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Bassini

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối
- Dị ứng thuốc tê.
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê.
- Thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ, sốc.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Dùng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian.
- Hẹp van hai lá khít, van động mạch chủ khít.
- Tăng áp lực nội sọ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật: Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Phương tiện cấp cứu và theo dõi
- + Phương tiện hồi sức: Nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy hút...
- + Thuốc hồi sức tuần hoàn: Dịch truyền, thuốc: Ephedrin, Adrenalin...
- + Thuốc chống co giật: Họ Barbituric, Benzodiazepin, giãn cơ, Intralipid 10-20%...
- + Phương tiện theo dõi thường quy: Điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...
- Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê.
- + Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô trùng, kim gây tê tủy sống các cỡ...

+ Thuốc tê: Bupivacain... có thể phối hợp với thuốc họ Morphin (Morphin từ 100-300 mcg; Fentanyl 25-50 mcg...). Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh: Bupivacain liều từ 3-12mg; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.
- Vệ sinh vùng gây tê.
- Cho người bệnh an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

4. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Theo quy định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh.

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kỹ thuật gây tê tủy sống
- + Dự phòng hạ huyết áp: Đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5-10 ml/kg (đối với người lớn).
- + Tư thế: Thường có 2 tư thế:
 - Tư thế ngồi: Người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.
 - Tư thế nằm: Người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng cầm tì vào ngực.
- Người thực hiện: Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.
- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.
- Kỹ thuật gây tê tủy sống: đường giữa hoặc đường bên.
- + Đường giữa: chọc vào khe giữa 2 đốt sống, vị trí L2-L3 đến L4-L5.
- + Đường bên: chọc cách đường giữa 1-2cm, hướng kim vào đường giữa, lên trên, ra trước.
- + Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.
- + Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.
- + Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

VI. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.
- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

- Các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống.
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp; phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới T12 (dưới nếp bẹn).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến do thuốc và xử trí

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: Ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.
Xử trí: dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ Y tế
- Ngộ độc thuốc tê: Do tiêm nhầm vào mạch máu.
Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm bupivacain và ropivacain.

2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

- Hạ huyết áp, mạch chậm: Điều trị bằng thuốc co mạch (Ephedrin, Adrenalin...) Atropin và bù dịch.
- Đau đầu: Nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau.
- Buồn nôn và nôn: Kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.
- Bí tiểu: chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.
- Gây tê tủy sống toàn bộ: Cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.
- Các biến chứng khác: Tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.
- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.

QUY TRÌNH GÂY TÊ TỦY SỐNG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP BASSINI VÀ SHOULDICE

(Đính kèm Quyết định số /QĐ-YTNH ngày /8 /2022
của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tủy sống phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp kết hợp Bassini và Shouldice là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Vô cảm, giảm đau phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp kết hợp Bassini và Shouldice

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối.
- Dị ứng thuốc tê.
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê.
- Thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ, sốc.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Dùng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian.
- Hẹp van hai lá khít, van động mạch chủ khít.
- Tăng áp lực nội sọ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật: Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Phương tiện cấp cứu và theo dõi.
- Phương tiện hồi sức: Nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: Ephedrin, Adrenalin...
- Thuốc chống co giật: Họ Barbituric, Benzodiazepin, giãn cơ, Intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: Điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...

3. Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê

- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô

trùng, kim gây tê tùy sống các cỡ...

- Thuốc tê: Bupivacain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (morphin từ 100-300 mcg; fentanyl 25-50 mcg...). Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh: bupivacain liều từ 3-12mg; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai.

4. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.
- Vệ sinh vùng gây tê.
- Cho người bệnh an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

5. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Theo qui định của Bộ Y tế

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kỹ thuật gây tê tùy sống
- Dự phòng hạ huyết áp: Đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5-10 ml/kg (đối với người lớn).
- Tư thế: Thường có 2 tư thế:
 - + Tư thế ngồi: Người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.
 - + Tư thế nằm: Người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng cầm tì vào ngực.
- Người thực hiện: Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.
- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lỗ vô trùng.
- Kỹ thuật gây tê tùy sống: Đường giữa hoặc đường bên.
 - + Đường giữa: Chọc vào khe giữa 2 đốt sống, vị trí L2-L3 đến L4-L5.
 - + Đường bên: Chọc cách đường giữa 1-2cm, hướng kim vào đường giữa, lên trên, ra trước.
 - + Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.
 - + Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.
 - + Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

VI. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: Tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.
- Các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống.
- Tiêu chuẩn chuyên người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: Không có rối loạn về huyết động và hô hấp; phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới T12 (dưới nếp bẹn).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. Tai biến do thuốc và xử trí

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: Ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.
- + Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ Y tế
- Ngộ độc thuốc tê: Do tiêm nhầm vào mạch máu.
- + Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền Intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm Bupivacain và Ropivacain.

2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

- Hạ huyết áp, mạch chậm: Điều trị bằng thuốc co mạch (Ephedrin, Adrenalin...) Atropin và bù dịch.
- Đau đầu: Nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau.
- Buồn nôn và nôn: Kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.
- Bí tiểu: Chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.
- Gây tê tủy sống toàn bộ: Cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.
- Các biến chứng khác: Tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.
- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.

SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

QUY TRÌNH
GÂY TÊ TỦY SỐNG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG
PHƯƠNG PHÁP LICHTENSTEIN

(Đính kèm Quyết định số /QĐ-YTNH ngày /8/2022
của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Gây tê tủy sống phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichten Stein là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau phẫu thuật.

II. CHỈ ĐỊNH

Vô cảm, giảm đau phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối.
- Dị ứng thuốc tê.
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê.
- Thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ, sốc.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Dùng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian.
- Hẹp van hai lá khít, van động mạch chủ khít.
- Tăng áp lực nội sọ.

IV. CHUẨN BỊ

1. Người thực hiện kỹ thuật: Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

2. Phương tiện:

- Phương tiện cấp cứu và theo dõi
- Phương tiện hồi sức: Nguồn oxy, bóng Ambu, mask, các phương tiện đặt nội khí quản, máy mê kèm thở, máy hút...
- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: Ephedrin, Adrenalin...
- Thuốc chống co giật: Họ Barbituric, Benzodiazepin, giãn cơ, Intralipid 10-20%...
- Phương tiện theo dõi thường quy: Điện tim, huyết áp, bão hòa oxy, nhịp thở...
- Phương tiện, dụng cụ gây tê và thuốc tê
- Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỗ vô

trùng, kim gây tê tùy sống các cỡ...

- Thuốc tê: Bupivacain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (Morphin từ 100-300 mcg; Fentanyl 25-50 mcg...). Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh: Bupivacain liều từ 3-12mg; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai.

3. Chuẩn bị người bệnh

- Thăm khám trước mổ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác khi gây tê.
- Vệ sinh vùng gây tê.
- Cho người bệnh an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

4. Kiểm tra hồ sơ bệnh án

Theo qui định của Bộ Y tế.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

3. Thực hiện kỹ thuật

- Kỹ thuật gây tê tùy sống
- Dự phòng hạ huyết áp: Đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5-10 ml/kg (đối với người lớn).

- Tư thế: Thường có 2 tư thế:

+ Tư thế ngồi: Người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.

+ Tư thế nằm: Người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng cầm tì vào ngực.

- Người thực hiện: Đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lỗ vô trùng.

- Kỹ thuật gây tê tùy sống: Đường giữa hoặc đường bên.

+ Đường giữa: Chọc vào khe giữa 2 đốt sống, vị trí L2-L3 đến L4-L5.

+ Đường bên: Chọc cách đường giữa 1-2cm, hướng kim vào đường giữa, lên trên, ra trước.

+ Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh. Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.

+ Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

VI. THEO DÕI

- Các dấu hiệu sinh tồn: Tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

- Các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống.
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: Không có rối loạn về huyết động và hô hấp; phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới T12 (dưới nếp bẹn).

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

Tai biến do thuốc và xử trí

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: Ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.
Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ Y tế.
- Ngộ độc thuốc tê: Do tiêm nhầm vào mạch máu.
Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền Intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm Bupivacain và Ropivacain.
- Tai biến do kỹ thuật và xử trí
- Hạ huyết áp, mạch chậm: Điều trị bằng thuốc co mạch (Ephedrin, Adrenalin...) Atropin và bù dịch.
- Đau đầu: Nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau.
- Buồn nôn và nôn: Kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.
- Bí tiểu: Chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.
- Gây tê tủy sống toàn bộ: Cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.
- Các biến chứng khác: Tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.
- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.

QUY TRÌNH
HỒI SỨC PHẪU THUẬT CẮT POLYP TRỰC TRÀNG BẰNG ĐƯỜNG
HẬU MÔN

(Đính kèm Quyết định số /QĐ-YTNH ngày / 8 /2022
của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Cuộc mổ thành công tùy thuộc một phần lớn vào sự chăm sóc sau mổ. Giai đoạn ngay sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý bao gồm các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, kích thích, đau, rối loạn chức năng thận, rối loạn đông máu, hạ nhiệt độ...gây ra do gây mê hoặc do phẫu thuật. Để phát hiện sớm các biến chứng này cần có những nhân viên được huấn luyện, có kinh nghiệm, cần có các phương tiện để theo dõi bệnh nhân sau mổ.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT CẮT POLYP TRỰC TRÀNG BẰNG ĐƯỜNG HẬU MÔN

1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

Sau mổ khi đổi tư thế, vận chuyển bệnh nhân từ bàn mổ sang xe giường bệnh cần phải nhẹ nhàng. Thay đổi tư thế đột ngột có thể gây tụt huyết áp, trụy mạch, choáng. Do đó tốt nhất là đặt xe chuyển bệnh nhân cạnh bàn mổ và chuyển bệnh nhân thật nhẹ nhàng sang giường bệnh.

Dùng loại tấm ra vải kê dưới lưng bệnh nhân để khi chuyển bệnh nhân từ bàn mổ qua giường ta chỉ cần khiêng tấm vải đã đặt dưới lưng bệnh nhân, như thế rất nhẹ nhàng và rất tiện lợi.

2. Giường, phòng bệnh nhân

Giường nằm phải êm, chắc chắn, thoải mái, giường có thể đặt tư thế đầu cao, tư thế Fowler, tư thế đầu thấp. 2 bên thành giường nên có thanh bảo vệ, tránh những trường hợp bệnh nhân chưa tự chủ được có thể tự lăn mình rơi xuống đất. Trời rét phải có đủ chăn ấm, có túi nước nóng đặt xung quanh, có thể dùng đèn sưởi...

Mùa nóng phòng phải thoáng và tốt nhất có máy điều hòa....

3. Dấu sinh tồn

- Hô hấp: Tần số thở, biên độ hô hấp, độ bão hoà oxy theo mạch đập (SpO2), màu da, niêm mạc.

- Tuần hoàn: Mạch, nhịp tim, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương.

- Thần kinh: Bệnh nhân tỉnh hay mê.

- Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở 15-30 phút một lần cho đến khi ổn định (huyết áp trên 90/60mmHg), sau đó mỗi giờ một lần.

- Tất cả trường hợp phẫu thuật cần theo dõi sát: Rối loạn hô hấp, rối loạn tuần hoàn, tím tái, chảy máu ở vết thương...

- Phải thăm khám, kiểm tra thật kỹ không nên hoàn toàn tin tưởng vào các chỉ số trên màn hình monitor.

4. Động viên tinh thần và cho bệnh nhân vận động sớm

- Thực hiện y lệnh nằm tại giường hoặc đi lại. Thường sau gây mê bệnh nhân phải được xoay trở mỗi 30 phút cho đến khi tự cử động được.

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

- Động viên tinh thần cho bệnh nhân, tạo cho bệnh nhân cảm giác an tâm. Tránh cho bệnh nhân những lo sợ không đáng có, để người bệnh có tinh thần tốt nhất vượt qua bệnh tật.

5. Theo dõi nước tiểu

Theo dõi lượng nước tiểu, màu sắc nước tiểu sau mổ, đặc biệt trong trường hợp chưa có nước tiểu 6- 8 giờ sau mổ, cần phải khám xét kỹ lâm sàng và cận lâm sàng để có hướng điều trị tốt nhất cho bệnh nhân..

6. Thuốc điều trị

- Thường dùng các loại thuốc giảm đau, chống nôn, kháng sinh...phải chú ý thuốc đặc biệt dùng trước mổ như insulin, digitalis...

- Trước khi cho thuốc phải:

+ Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân sau mổ, khám lâm sàng, hỏi bệnh.

+ Xem lại bảng gây mê hồi sức, các thuốc, các dịch, máu, huyết thanh đã dùng trong mổ.

7. Liệu pháp oxy

Dùng ống thông mũi hai nòng cho những bệnh nhân. Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

8. Giảm đau sau mổ

- Dự phòng và điều trị đau sau mổ là một vấn đề lớn trong chăm sóc sau mổ, nhiều kỹ thuật có thể áp dụng tùy theo mức độ đau đánh giá được mà có thể áp dụng riêng rẽ hay phối hợp các kỹ thuật.

- Cần nhớ rằng thuốc giảm đau nên được cho theo giờ không đợi đến lúc xuất hiện cảm giác đau mới tiêm.

- Đánh giá mức độ đau là dựa vào lâm sàng hoặc đánh giá định tính (đau ít, đau vừa, đau nhiều, đau không chịu nổi).

Các thuốc có thể dùng hiện nay:

+ Paracetamol: dùng liều 15mg/kg/6giờ không dùng quá 6g/ngày.

+ Diclofenac (Voltarene 75mg) liều lượng 3mg/kg/ngày.

+ Morphine được sử dụng sau các phẫu thuật mà mức độ đau nhiều, vẫn còn đau nhiều sau khi dùng các thuốc giảm đau như trên.

- Bậc thang dùng thuốc giảm đau của Tổ chức y tế thế giới:

A. Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, Paracetamol.

B1. Thuốc phiện tác dụng yếu: Codeine (Dafalgan codeine), Dextropropoxyphen (Diantalvic).

B2. Thuốc phiện tác dụng trung bình: Temgésic, nubaine, topalgic, contramal.

C1. Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

C2. Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

9. Truyền dịch sau mổ

- Truyền dịch sau mổ để bù thể tích dịch thiếu do nhịn ăn, uống, dịch truyền cung cấp một ít năng lượng để giảm dị hoá.

- Người lớn trọng lượng 60kg lượng dịch cung cấp từ 2000-2500ml/ngày hoặc cho 35-40ml/kg/ngày, nếu thời tiết nóng hoặc bệnh nhân sốt có thể tăng lên 3000ml.

- Nhu cầu Na^+ , K^+ :1mmol/kg/ngày.

- Các loại dịch có thể dùng sau mổ trong điều kiện hiện nay: dung dịch ringer lactate, dung dịch NaCl 0,9%, dung dịch glucose 5%, 10%. Có thể cho 500ml dung dịch ringer lactate, 500ml dung dịch NaCl 0,9%, 1000ml glucose 5%. Không nên cung cấp quá nhiều dung dịch NaCl 0,9% vì thận sẽ không thải hết natri. Không cung cấp quá nhiều dung dịch glucose vì bệnh nhân có nguy cơ ngộ độc nước nhất là ở trẻ em.

- Bù Kali: Nên thêm 1g dung dịch KCl 10%(10ml) vào mỗi chai dịch trên. Chỉ cho kali khi bệnh nhân có nước tiểu bình thường, lượng kali duy trì tối đa 80mmol/ngày. Không nên dùng kali bơm tĩnh mạch trực tiếp.

III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

1. Tai biến do thuốc và xử trí

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: Ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.

+ Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ Y tế.

- Ngộ độc thuốc tê: Do tiêm nhầm vào mạch máu.

+ Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền Intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm Bupivacain và Ropivacain.

2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

- Hạ huyết áp, mạch chậm: điều trị bằng thuốc co mạch (Ephedrin, Adrenalin...) Atropin và bù dịch.

- Đau đầu: Nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau.

- Buồn nôn và nôn: Kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.

- Bí tiểu: Chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.

- Gây tê tủy sống toàn bộ: Cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.

- Các biến chứng khác: Tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.

- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.

QUY TRÌNH HỘI SỨC PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG BUỒNG TRÚNG, U BUỒNG TRÚNG

(Đính kèm Quyết định số /QĐ-YTNH ngày /8/2022
của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Cuộc mổ thành công tùy thuộc một phần lớn vào sự chăm sóc sau mổ. Giai đoạn ngay sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý bao gồm các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, kích thích, đau, rối loạn chức năng thận, rối loạn đông máu, hạ nhiệt độ...gây ra do gây mê hoặc do phẫu thuật. Để phát hiện sớm các biến chứng này cần có những nhân viên được huấn luyện, có kinh nghiệm, cần có các phương tiện để theo dõi bệnh nhân sau mổ. Điều quan trọng trong giai đoạn này là không bao giờ được để bệnh nhân chưa tỉnh thuốc mê nằm một mình.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT CẮT TỬ CUNG BUỒNG TRÚNG, U BUỒNG TRÚNG

1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

Sau mổ khi đổi tư thế, vận chuyển bệnh nhân từ bàn mổ sang xe giường bệnh cần phải nhẹ nhàng. Thay đổi tư thế đột ngột có thể gây tụt huyết áp, trụy mạch, choáng. Do đó tốt nhất là đặt xe chuyển bệnh nhân cạnh bàn mổ và chuyển bệnh nhân thật nhẹ nhàng sang giường bệnh.

Dùng loại tấm ra vải kê dưới lưng bệnh nhân để khi chuyển bệnh nhân từ bàn mổ qua giường ta chỉ cần khiêng tấm vải đã đặt dưới lưng bệnh nhân, như thế rất nhẹ nhàng và rất tiện lợi.

2. Giường, phòng bệnh nhân

Giường nằm phải êm, chắc chắn, thoải mái, giường có thể đặt tư thế đầu cao, tư thế Fowler, tư thế đầu thấp. 2 bên thành giường nên có thanh bảo vệ, tránh những trường hợp bệnh nhân chưa tự chủ được có thể tự lăn mình rơi xuống đất

Trời rét phải có đủ chăn ấm, có túi nước nóng đặt xung quanh, có thể dùng đèn sưởi...

Mùa nóng phòng phải thoáng và tốt nhất có máy điều hòa....

Nếu bệnh nhân chưa tỉnh, phản xạ ho chưa có phải đặt bệnh nhân nằm nghiêng đầu sang một bên hoặc bệnh nhân nằm ngửa có một gối mỏng lót dưới vai cho cổ và đầu ngửa ra sau và phải có điều dưỡng theo dõi sát, đặc biệt không nên để bệnh nhân nằm một mình khi bệnh nhân thật sự chưa tỉnh.

3. Dấu sinh tồn

Hô hấp: Tần số thở, biên độ hô hấp, độ bão hoà oxy theo mạch đập (SpO2), màu da, niêm mạc.

Tuần hoàn: Mạch, nhịp tim, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương.

Thần kinh: Bệnh nhân tỉnh hay mê. Nếu bệnh nhân chưa tỉnh cần được theo dõi sát và đặt bệnh nhân ở tư thế như đã hướng dẫn ở trên.

Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở 15-30 phút một lần cho đến khi ổn định (huyết áp trên 90/60mmHg), sau đó mỗi giờ một lần.

Tất cả trường hợp phẫu thuật cần theo dõi sát: rối loạn hô hấp, rối loạn tuần hoàn, tím tái, chảy máu ở vết thương...

Phải thăm khám, kiểm tra thật kỹ không nên hoàn toàn tin tưởng vào các chỉ số trên màn hình monitor.

4. Động viên tinh thần và cho bệnh nhân vận động sớm

Thực hiện y lệnh nằm tại giường hoặc đi lại. Thường sau gây mê bệnh nhân phải được xoay trở mỗi 30 phút cho đến khi tự cử động được.

Tập thở sâu, tập ho, tập cử động hai chân, hai tay sớm để tránh các biến chứng.

Động viên tinh thần cho bệnh nhân, tạo cho bệnh nhân cảm giác an tâm. Tránh cho bệnh nhân những lo sợ không đáng có, để người bệnh có tinh thần tốt nhất vượt qua bệnh tật.

5. Theo dõi BILAN nước

- Cho y lệnh nhịn hay chế độ ăn uống sớm.
- Nên cân bệnh nhân trong một số trường hợp cần thiết.

6. Theo dõi nước tiểu

Theo dõi lượng nước tiểu, màu sắc nước tiểu sau mổ, đặc biệt trong trường hợp chưa có nước tiểu 6- 8 giờ sau mổ, cần phải khám xét kỹ lâm sàng và cận lâm sàng để có hướng điều trị tốt nhất cho bệnh nhân..

7. Thuốc điều trị

- Thường dùng các loại thuốc giảm đau, chống nôn, kháng sinh...phải chú ý thuốc đặc biệt dùng trước mổ như Insulin, Digitalis...
- Trước khi cho thuốc phải:
- Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân sau mổ, khám lâm sàng, hỏi bệnh.
- Xem lại bảng gây mê hồi sức, các thuốc, các dịch, máu, huyết thanh đã dùng trong mổ.

8. Liệu pháp oxy

Ở giai đoạn sau mổ thiếu oxy hay gặp do những thay đổi hô hấp xảy ra khi gây mê, do còn tác dụng của thuốc mê, do đau bệnh nhân thở yếu, do run lạnh làm tăng tiêu thụ oxy. Cung cấp oxy làm giảm tần số và mức độ nặng của giảm oxy sau mổ, giảm các biến chứng tim mạch, thần kinh, giảm buồn nôn, nôn và tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ. Vì vậy người ta khuyến cáo sử dụng oxy sau một cách hệ thống.

Có ba cách cho thở oxy chính: Dùng mặt nạ cho bệnh nhân chưa tỉnh hoặc bệnh nhân chỉ thở bằng miệng, dùng ống thông mũi đơn hay ống thông mũi hai nòng cho những bệnh nhân thở được cả miệng-mũi tạo cho bệnh nhân dễ chịu, có thể nói chuyện được.

Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

9. Giảm đau sau mổ

Dự phòng và điều trị đau sau mổ là một vấn đề lớn trong chăm sóc sau mổ, nhiều kỹ thuật có thể áp dụng tùy theo mức độ đau đánh giá được mà có thể áp dụng riêng rẽ hay phối hợp các kỹ thuật.

Cần nhớ rằng thuốc giảm đau nên được cho theo giờ không đợi đến lúc xuất hiện cảm giác đau mới tiêm.

Đánh giá mức độ đau là dựa vào lâm sàng hoặc đánh giá định tính (đau ít, đau vừa, đau nhiều, đau không chịu nổi).

Các thuốc có thể dùng hiện nay:

+ Paracetamol: Dùng liều 15mg/kg/6giờ không dùng quá 6g/ngày.

+ Diclofenac (Voltarene 75mg) liều lượng 3mg/kg/ngày.

+ Morphine được sử dụng sau các phẫu thuật mà mức độ đau nhiều, vẫn còn đau nhiều sau khi dùng các thuốc giảm đau như trên.

+ Bậc thang dùng thuốc giảm đau của Tổ chức y tế thế giới:

A. Không thuộc nhóm thuốc phiện: aspirine, paracetamol.

B1. Thuốc phiện tác dụng yếu: Codeine (Dafalgan codeine), Dextropropoxyphen (Diantalvic).

B2. Thuốc phiện tác dụng trung bình: Temgesic, nubaine, topalgic, contramal.

C1. Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

C2. Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

10. Truyền dịch sau mổ

Truyền dịch sau mổ để bù thể tích dịch thiếu do nhịn ăn, uống, dịch truyền cung cấp một ít năng lượng để giảm dị hoá.

Người lớn trọng lượng 60kg lượng dịch cung cấp từ 2000-2500ml/ngày hoặc cho 35-40ml/kg/ngày, nếu thời tiết nóng hoặc bệnh nhân sốt có thể tăng lên 3000ml.

Nhu cầu Na⁺, K⁺ :1mmol/kg/ngày.

Các loại dịch có thể dùng sau mổ trong điều kiện hiện nay: dung dịch ringer lactate, dung dịch NaCl 0,9%, dung dịch glucose 5%, 10%. Có thể cho 500ml dung dịch ringer lactate, 500ml dung dịch NaCl 0,9%, 1000ml glucose 5%. Không nên cung cấp quá nhiều dung dịch NaCl 0,9% vì thận sẽ không thải hết natri. Không cung cấp quá nhiều dung dịch glucose vì bệnh nhân có nguy cơ ngộ độc nước nhất là ở trẻ em.

Bù Kali: Nên thêm 1g dung dịch KCl 10%(10ml) vào mỗi chai dịch trên. Chỉ cho kali khi bệnh nhân có nước tiểu bình thường, lượng kali duy trì tối đa 80mmol/ngày. Không nên dùng kali bơm tĩnh mạch trực tiếp.

III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

1. Biến chứng hô hấp

- Trong giai đoạn sau mổ có thể có các biến chứng sau: Tắc nghẽn đường hô hấp trên, giảm oxy máu động mạch, giảm thông khí phế nang, hít dịch dạ dày.

- *Tắc nghẽn đường hô hấp trên*
 - Đây là nguyên nhân thường gặp ở phòng hồi sức sau mổ:
 - Nguyên nhân:
 - + Tụt lưỡi gây tắc hầu.
 - + Ứ đọng dịch, chất tiết trong hầu họng.
 - + Co thắt thanh quản, tổn thương trực tiếp thanh quản.
 - + Co thắt thanh quản, phù thanh quản.
 - + Liệt dây thanh.
 - + Chèn ép từ bên ngoài: Tắc nghẽn hầu, thanh quản có thể xảy ra sau khi phẫu thuật đầu, mặt cổ.
 - Triệu chứng lâm sàng:
 - + Khó thở thì thở vào.
 - + Nghe âm thở ồn ào.
 - + Phập phồng cánh mũi.
 - + Rút lõm hõm trên xương ức, các khoảng gian sườn.
 - + Co cơ bụng, cơ hoành dữ dội.
 - Xử trí:
 - + Ngửa đầu ra sau.
 - + Kéo hàm ra trước làm kéo lưỡi ra xa thành họng sau.
 - + Đặt Airway nhưng có nguy cơ kích thích làm bệnh nhân nôn, ọc.
 - *Hạ oxy máu động mạch*
 - Nguyên nhân:
 - + Còn tác dụng của thuốc mê.
 - + Đau làm hạn chế hô hấp nhất là sau phẫu thuật bụng, ngực.
 - + Xẹp phổi gây nên shunt phải-trái trong phổi là nguyên nhân chung nhất.
- Xẹp phổi do tắc các phế quản nhỏ do chất tiết. Giảm chỉ số thông khí tưới máu, giảm thể tích dự trữ cản chức năng.
- + Hít dịch dạ dày: Đóng các đường dẫn khí phản xạ, mất chất Surfactant, tổn thương mạch máu.
 - + Tắc mạch phổi do khí.
 - + Giảm cung lượng tim
 - + Phù phổi do suy tim trái
 - + Tràn khí màng phổi
 - + Bệnh nhân lớn tuổi, béo phì là yếu tố thuận lợi của hạ oxy máu động mạch.
 - + Chẩn đoán hạ oxy máu đòi hỏi làm khí máu, gọi là hạ oxy máu khi $PaO_2 < 60\text{mmHg}$, cần theo dõi độ bão hòa oxy để phát hiện. Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu: tăng huyết áp, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, loạn nhịp tim, kích thích.

- + Hemoglobin thấp làm khó phát hiện dấu tím tái.
- Xử trí:
 - + Cho thở oxy hỗ trợ.
 - + Điều trị nguyên nhân, nếu không hiệu quả phải thở máy chế độ PEEP (thở máy áp lực dương cuối kỳ thở ra).

Giảm thông khí phế nang

- Dẫn đến tăng PaCO₂ thường xảy ra sớm ở giai đoạn sau mổ.
- Nguyên nhân:
 - +Ức chế trung tâm hô hấp.
 - +Ảnh hưởng của thuốc giãn cơ.
 - +Đau sau mổ.
 - +Bị bệnh tắc nghẽn đường hô hấp từ trước.
 - +Chẩn đoán đòi hỏi làm khí máu: PaCO₂ > 44 mmHg:

2. Các rối loạn tuần hoàn

- *Hạ huyết áp*
 - Nguyên nhân:
 - + Giảm tuần hoàn trở về và giảm thể tích là những nguyên nhân hay gặp nhất.
 - + Giảm co bóp cơ tim.
 - + Nhiễm trùng.
 - + Tràn khí màng phổi.
 - + Tràn dịch màng tim.
 - Xử trí:
 - + Bù dịch.
 - + Giải quyết nguyên nhân.
 - + Dùng thuốc vận mạch.
- *Tăng huyết áp*
 - Nguyên nhân:
 - + Đau là nguyên nhân thường gặp.
 - + Tiền sử tăng huyết áp: 50% số bệnh nhân bị tăng huyết áp sau mổ có tiền sử tăng huyết áp.
 - + Các nguyên nhân khác do truyền quá nhiều dịch, tăng phân áp CO₂ máu động mạch, giảm phân áp oxy máu động mạch.
- *Loạn nhịp tim*
 - Nguyên nhân:
 - + Phân áp oxy máu động mạch thấp là nguyên nhân đầu tiên.
 - + Giảm thể tích tuần hoàn.
 - + Đau.
 - + Hạ nhiệt độ.

- + Dùng thuốc kháng cholin.
- + Thiếu máu cơ tim.
- + Rối loạn điện giải đồ.
- + Toan hô hấp.
- + Tăng huyết áp.
- + Có loạn nhịp từ trước.
- Xử trí:

Chủ yếu là giải quyết nguyên nhân

3. Kích thích sau mổ

Hay gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, sử dụng các thuốc kháng cholin.

4. Đau

Đau thường xuyên xảy ra sau mổ nhất là ở giai đoạn hồi tỉnh và những ngày hậu phẫu vì vậy cần chú ý áp dụng các biện pháp giảm đau tốt. Nếu phẫu thuật cho bệnh nhân mà không lo chăm sóc giảm đau đón cho bệnh nhân thì người thầy thuốc chưa hoàn thành trách nhiệm, vì khi bệnh nhân đau sau khi phẫu thuật ngoài việc ảnh hưởng đến tình trạng bệnh hiện tại bệnh nhân có thể bị stress về sau..

5. Rối loạn chức năng thận

Có thể do nguyên nhân trước thận như bù dịch chưa đủ trong mổ, nhưng cũng có thể do nguyên nhân thực thể vì vậy phải tìm kiếm nguyên nhân cụ thể để có biện pháp điều trị hợp lý.

6. Rối loạn đông chảy máu

Có thể do bệnh nhân đã có bệnh lý về máu trước đó. Nếu không có bệnh lý của máu thì nguyên nhân thường là do mất nhiều máu ở thời gian trước, trong mổ hoặc sau mổ hoặc bệnh nhân được truyền máu ngân hàng với số lượng lớn.

7. Hạ nhiệt độ

Do truyền nhiều dịch trong mổ, thời gian mổ lâu, nhất là về mùa đông; đặc biệt sử dụng các thuốc mê bốc hơi.

8. Chế độ ăn sau mổ

Trong những ngày đầu bệnh nhân không ăn uống gì được, việc hồi sức bằng đường tĩnh mạch là cần thiết.

Nếu như bệnh nhân không phải mổ đường tiêu hoá thì cho bệnh nhân ăn sữa cháo sớm; còn nếu mổ ở đường tiêu hoá thì chờ trung tiện (sự lưu thông ruột trở lại) mới được cho ăn nhưng cho bệnh nhân ăn gì và ăn như thế nào thì phải tùy theo từng loại bệnh và tùy theo tình trạng của bệnh.

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.

QUY TRÌNH
HỒI SỨC PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG PHƯƠNG
PHÁP BASSINI

(Đính kèm Quyết định số /QĐ-YTNH ngày /8/2022
của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Cuộc mổ thành công tùy thuộc một phần lớn vào sự chăm sóc sau mổ. Giai đoạn ngay sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý bao gồm các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, kích thích, đau, rối loạn chức năng thận, rối loạn đông máu, hạ nhiệt độ...gây ra do gây mê hoặc do phẫu thuật. Để phát hiện sớm các biến chứng này cần có những nhân viên được huấn luyện, có kinh nghiệm, cần có các phương tiện để theo dõi bệnh nhân sau mổ.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ
THOÁT VỊ BỆN BẰNG PHƯƠNG PHÁP BASSINI

1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

- Sau mổ khi đổi tư thế, vận chuyển bệnh nhân từ bàn mổ sang xe giường bệnh cần phải nhẹ nhàng. Thay đổi tư thế đột ngột có thể gây tụt huyết áp, trụy mạch, choáng. Do đó tốt nhất là đặt xe chuyển bệnh nhân cạnh bàn mổ và chuyển bệnh nhân thật nhẹ nhàng sang giường bệnh.

- Dùng loại tấm ra vải kê dưới lưng bệnh nhân để khi chuyển bệnh nhân từ bàn mổ qua giường ta chỉ cần kê tấm vải đã đặt dưới lưng bệnh nhân, như thế rất nhẹ nhàng và rất tiện lợi.

2. Giường, phòng bệnh nhân

- Giường nằm phải êm, chắc chắn, thoải mái, giường có thể đặt tư thế đầu cao, tư thế Fowler, tư thế đầu thấp. 2 bên thành giường nên có thanh bảo vệ, tránh những trường hợp bệnh nhân chưa tự chủ được có thể tự lăn mình rơi xuống đất

- Trời rét phải có đủ chăn ấm, có túi nước nóng đặt xung quanh, có thể dùng đèn sưởi...

- Mùa nóng phòng phải thoáng và tốt nhất có máy điều hòa....

3. Dấu sinh tồn

- Hô hấp: Tần số thở, biên độ hô hấp, độ bão hoà oxy theo mạch đập (SpO2), màu da, niêm mạc.

- Tuần hoàn: Mạch, nhịp tim, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương.

- Thần kinh: Bệnh nhân tỉnh hay mê.

- Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở 15-30 phút một lần cho đến khi ổn định (huyết áp trên 90/60mmHg), sau đó mỗi giờ một lần.

- Tất cả trường hợp phẫu thuật cần theo dõi sát: Rối loạn hô hấp, rối loạn tuần

hoàn, tím tái, chảy máu ở vết thương...

- Phải thăm khám, kiểm tra thật kỹ không nên hoàn toàn tin tưởng vào các chỉ số trên màn hình monitor.

4. Động viên tinh thần và cho bệnh nhân vận động sớm

- Thực hiện y lệnh nằm tại giường hoặc đi lại. Thường sau gây mê bệnh nhân phải được xoay trở mỗi 30 phút cho đến khi tự cử động được.

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

- Động viên tinh thần cho bệnh nhân, tạo cho bệnh nhân cảm giác an tâm. Tránh cho bệnh nhân những lo sợ không đáng có, để người bệnh có tinh thần tốt nhất vượt qua bệnh tật.

5. Theo dõi nước tiểu

Theo dõi lượng nước tiểu, màu sắc nước tiểu sau mổ, đặc biệt trong trường hợp chưa có nước tiểu 6- 8 giờ sau mổ, cần phải khám xét kỹ lâm sàng và cận lâm sàng để có hướng điều trị tốt nhất cho bệnh nhân..

6. Thuốc điều trị

Thường dùng các loại thuốc giảm đau, chống nôn, kháng sinh...phải chú ý thuốc đặc biệt dùng trước mổ như Insulin, Digitalis...

Trước khi cho thuốc phải:

- + Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân sau mổ, khám lâm sàng, hỏi bệnh.
- + Xem lại bảng gây mê hồi sức, các thuốc, các dịch, máu, huyết thanh đã dùng trong mổ.

7. Liệu pháp oxy

Dùng ống thông mũi hai nòng cho những bệnh nhân. Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

8. Giảm đau sau mổ

Dự phòng và điều trị đau sau mổ là một vấn đề lớn trong chăm sóc sau mổ, nhiều kỹ thuật có thể áp dụng tùy theo mức độ đau đánh giá được mà có thể áp dụng riêng rẽ hay phối hợp các kỹ thuật.

Cần nhớ rằng thuốc giảm đau nên được cho theo giờ không đợi đến lúc xuất hiện cảm giác đau mới tiêm.

Đánh giá mức độ đau là dựa vào lâm sàng hoặc đánh giá định tính (đau ít, đau vừa, đau nhiều, đau không chịu nổi).

Các thuốc có thể dùng hiện nay:

- + Paracetamol: Dùng liều 15mg/kg/6giờ không dùng quá 6g/ngày.
- + Diclofenac (Voltarene 75mg) liều lượng 3mg/kg/ngày.
- + Morphine được sử dụng sau các phẫu thuật mà mức độ đau nhiều, vẫn còn đau nhiều sau khi dùng các thuốc giảm đau như trên.
- Bậc thang dùng thuốc giảm đau của Tổ chức y tế thế giới:
 - A. Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, Paracetamol.
 - B1. Thuốc phiện tác dụng yếu: Codeine (Dafalgan codeine), dextropropoxyphen

(Diantalvic).

B2. Thuốc phenitoin tác dụng trung bình: Temgesic, nubaine, topalgic, contramal.

C1. Thuốc phenitoin tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

C2. Thuốc phenitoin mạnh dạng tiêm: Morphine.

9. Truyền dịch sau mổ

- Truyền dịch sau mổ để bù thể tích dịch thiếu do nhịn ăn, uống, dịch truyền cung cấp một ít năng lượng để giảm dị hoá.

- Người lớn trọng lượng 60kg lượng dịch cung cấp từ 2000-2500ml/ngày hoặc cho 35-40ml/kg/ngày, nếu thời tiết nóng hoặc bệnh nhân sốt có thể tăng lên 3000ml.

- Nhu cầu Na^+ , K^+ : 1mmol/kg/ngày.

- Các loại dịch có thể dùng sau mổ trong điều kiện hiện nay: Dung dịch Ringer lactate, dung dịch NaCl 0,9%, dung dịch Glucose 5%, 10%. Có thể cho 500ml dung dịch Ringer lactate, 500ml dung dịch NaCl 0,9%, 1000ml Glucose 5%. Không nên cung cấp quá nhiều dung dịch NaCl 0,9% vì thận sẽ không thải hết natri. Không cung cấp quá nhiều dung dịch glucose vì bệnh nhân có nguy cơ ngộ độc nước nhất là ở trẻ em.

- Bù Kali: Nên thêm 1g dung dịch KCl 10%(10ml) vào mỗi chai dịch trên. Chỉ cho kali khi bệnh nhân có nước tiểu bình thường, lượng kali duy trì tối đa 80mmol/ngày. Không nên dùng kali bơm tĩnh mạch trực tiếp.

III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

1. Tai biến do thuốc và xử trí

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: Ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.

- Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ Y tế.

- Ngộ độc thuốc tê: Do tiêm nhầm vào mạch máu.

- Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền Intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm Bupivacain và Ropivacain.

- Tai biến do kỹ thuật và xử trí

+ Hạ huyết áp, mạch chậm: Điều trị bằng thuốc co mạch (Ephedrin, Adrenalin...) Atropin và bù dịch.

+ Đau đầu: Nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau.

+ Buồn nôn và nôn: Kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.

+ Bí tiểu: Chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.

+ Gây tê tủy sống toàn bộ: Cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.

+ Các biến chứng khác: Tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.

+ Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.

QUY TRÌNH

HỒI SỨC PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP BASSINI VÀ SHOULDICE

(Đính kèm Quyết định số /QĐ-YTNH ngày /8/2022
của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)

I. ĐẠI CƯƠNG

Cuộc mổ thành công tùy thuộc một phần lớn vào sự chăm sóc sau mổ. Giai đoạn ngay sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý bao gồm các biến chứng về hô hấp, tuần hoàn, kích thích, đau, rối loạn chức năng thận, rối loạn đông máu, hạ nhiệt độ...gây ra do gây mê hoặc do phẫu thuật. Để phát hiện sớm các biến chứng này cần có những nhân viên được huấn luyện, có kinh nghiệm, cần có các phương tiện để theo dõi bệnh nhân sau mổ.

II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP KẾT HỢP BASSINI VÀ SHOULDICE

1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

Sau mổ khi đổi tư thế, vận chuyển bệnh nhân từ bàn mổ sang xe giường bệnh cần phải nhẹ nhàng. Thay đổi tư thế đột ngột có thể gây tụt huyết áp, trụy mạch, choáng. Do đó tốt nhất là đặt xe chuyển bệnh nhân cạnh bàn mổ và chuyển bệnh nhân thật nhẹ nhàng sang giường bệnh.

Dùng loại tấm ra vải kê dưới lưng bệnh nhân để khi chuyển bệnh nhân từ bàn mổ qua giường ta chỉ cần khiêng tấm vải đã đặt dưới lưng bệnh nhân, như thế rất nhẹ nhàng và rất tiện lợi.

2. Giường, phòng bệnh nhân

Giường nằm phải êm, chắc chắn, thoải mái, giường có thể đặt tư thế đầu cao, tư thế Fowler, tư thế đầu thấp. 2 bên thành giường nên có thanh bảo vệ, tránh những trường hợp bệnh nhân chưa tự chủ được có thể tự lăn mình rơi xuống đất

Trời rét phải có đủ chăn ấm, có túi nước nóng đặt xung quanh, có thể dùng đèn sưởi...

Mùa nóng phòng phải thoáng và tốt nhất có máy điều hòa....

3. Dấu sinh tồn

- Hô hấp: Tần số thở, biên độ hô hấp, độ bão hoà oxy theo mạch đập (SpO₂), màu da, niêm mạc.

- Tuần hoàn: Mạch, nhịp tim, huyết áp, áp lực tĩnh mạch trung ương.

- Thần kinh: Bệnh nhân tỉnh hay mê.

- Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, nhịp thở 15-30 phút một lần cho đến khi ổn định (huyết áp trên 90/60mmHg), sau đó mỗi giờ một lần.

- Tất cả trường hợp phẫu thuật cần theo dõi sát: rối loạn hô hấp, rối loạn tuần hoàn, tím tái, chảy máu ở vết thương...

- Phải thăm khám, kiểm tra thật kỹ không nên hoàn toàn tin tưởng vào các chỉ số trên màn hình monitor.

4. Động viên tinh thần và cho bệnh nhân vận động sớm

Thực hiện y lệnh nằm tại giường hoặc đi lại. Thường sau gây mê bệnh nhân phải được xoay trở mỗi 30 phút cho đến khi tự cử động được.

Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

Động viên tinh thần cho bệnh nhân, tạo cho bệnh nhân cảm giác an tâm. Tránh cho bệnh nhân những lo sợ không đáng có, để người bệnh có tinh thần tốt nhất vượt qua bệnh tật.

5. Theo dõi nước tiểu

Theo dõi lượng nước tiểu, màu sắc nước tiểu sau mổ, đặc biệt trong trường hợp chưa có nước tiểu 6- 8 giờ sau mổ, cần phải khám xét kỹ lâm sàng và cận lâm sàng để có hướng điều trị tốt nhất cho bệnh nhân..

6. Thuốc điều trị

- Thường dùng các loại thuốc giảm đau, chống nôn, kháng sinh...phải chú ý thuốc đặc biệt dùng trước mổ như insulin, digitalis...

- Trước khi cho thuốc phải:

+ Đánh giá lại tình trạng bệnh nhân sau mổ, khám lâm sàng, hỏi bệnh.

+ Xem lại bảng gây mê hồi sức, các thuốc, các dịch, máu, huyết thanh đã dùng trong mổ.

7. Liệu pháp oxy

Dùng ống thông mũi hai nòng cho những bệnh nhân. Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

8. Giảm đau sau mổ

- Dự phòng và điều trị đau sau mổ là một vấn đề lớn trong chăm sóc sau mổ, nhiều kỹ thuật có thể áp dụng tùy theo mức độ đau đánh giá được mà có thể áp dụng riêng rẽ hay phối hợp các kỹ thuật.

- Cần nhớ rằng thuốc giảm đau nên được cho theo giờ không đợi đến lúc xuất hiện cảm giác đau mới tiêm.

- Đánh giá mức độ đau là dựa vào lâm sàng hoặc đánh giá định tính (đau ít, đau vừa, đau nhiều, đau không chịu nổi).

- *Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

+ Paracetamol: Dùng liều 15mg/kg/6giờ không dùng quá 6g/ngày.

+ Diclofenac (Voltarene 75mg) liều lượng 3mg/kg/ngày.

+ Morphine được sử dụng sau các phẫu thuật mà mức độ đau nhiều, vẫn còn đau nhiều sau khi dùng các thuốc giảm đau như trên.

- Bậc thang dùng thuốc giảm đau của Tổ chức y tế thế giới:

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, Paracetamol.

- + Thuốc phenitac dụng yếu: Codeine (Dafalgan codeine), Dextropropoxyphen (Diantalvic).
- + Thuốc phenitac dụng trung bình: Temgésic, nubaine, topalgic, contramal.
- + Thuốc phenitac dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.
- + Thuốc phenitac mạnh dạng tiêm: Morphine.

11. Truyền dịch sau mổ

- Truyền dịch sau mổ để bù thể tích dịch thiếu do nhịn ăn, uống, dịch truyền cung cấp một ít năng lượng để giảm dị hoá.
- Người lớn trọng lượng 60kg lượng dịch cung cấp từ 2000-2500ml/ngày hoặc cho 35-40ml/kg/ngày, nếu thời tiết nóng hoặc bệnh nhân sốt có thể tăng lên 3000ml.
- Nhu cầu Na^+ , K^+ : 1mmol/kg/ngày.
- Các loại dịch có thể dùng sau mổ trong điều kiện hiện nay: Dung dịch Ringer lactate, dung dịch NaCl 0,9%, dung dịch Glucose 5%, 10%. Có thể cho 500ml dung dịch Ringer lactate, 500ml dung dịch NaCl 0,9%, 1000ml Glucose 5%. Không nên cung cấp quá nhiều dung dịch NaCl 0,9% vì thận sẽ không thải hết natri. Không cung cấp quá nhiều dung dịch Glucose vì bệnh nhân có nguy cơ ngộ độc nước nhất là ở trẻ em.
- Bù Kali: Nên thêm 1g dung dịch KCl 10%(10ml) vào mỗi chai dịch trên. Chỉ cho kali khi bệnh nhân có nước tiểu bình thường, lượng kali duy trì tối đa 80mmol/ngày. Không nên dùng kali bơm tĩnh mạch trực tiếp.

III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

1. Tai biến do thuốc và xử trí

- Dị ứng, sốc phản vệ với thuốc tê: Ít gặp với các thuốc tê thế hệ mới.
- + Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê; sử dụng phác đồ chống sốc phản vệ theo Bộ Y tế.
- Ngộ độc thuốc tê: Do tiêm nhầm vào mạch máu.
- + Xử trí: Dừng sử dụng thuốc tê, chống co giật, cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn, truyền Intralipid khi bị ngộ độc thuốc tê nhóm Bupivacain và Ropivacain.

2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

- Hạ huyết áp, mạch chậm: Điều trị bằng thuốc co mạch (Ephedrin, Adrenalin...) Atropin và bù dịch.
- Đau đầu: Nằm bất động, bù đủ dịch, sử dụng thuốc giảm đau.
- Buồn nôn và nôn: Kiểm soát huyết áp, sử dụng thuốc chống nôn.
- Bí tiểu: Chườm ấm, đặt ống thông bàng quang nếu cần.
- Gây tê tủy sống toàn bộ: Cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.
- Các biến chứng khác: Tụ máu quanh tủy, tổn thương tủy, hội chứng đuôi ngựa, viêm màng não tủy. Cần hội chẩn và thăm dò thêm để xác định tổn thương.
- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm.

IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/3/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.