**ĐẶT ỐNG THÔNG DẠ DÀY**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đặt ống thông dạ dày là luồn một ống thông vào trong dạ dày qua đường mũi, hoặc đường miệng, để theo dõi, hút dịch, rửa dạ dày hoặc nuôi dưỡng Người bệnh.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Rửa dạ dày cho Người bệnh ngộ độc qua đường tiêu hóa đến sớm.

- Theo dõi tình trạng chảy máu trong xuất huyết dạ dày.

- Hút dịch, hơi dạ dày.

- Nuôi dưỡng Người bệnh nặng không tự ăn được.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Uống các chất gây ăn mòn: a xít, kiềm mạnh gây tổn thương mũi, miệng, hầu họng.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- 01 Điều dưỡng, phải là người đã được đào tạo kỹ thuật đặt ống thông dạ dày, cần phải đội mũ, đeo khẩu trang, đi găng tay sạch.

- Khi Người bệnh cần phải bóp bóng thì thêm Điều dưỡng thứ hai.

**2. Phương tiện**

- Ống thông Faucher băng chất dẻo, đầu tù, có nhiều lỗ ở cạnh, dùng để đặt đường miệng, rửa dạ dày trong trường hợp dạ dày có nhiều thức ăn, có các cỡ sau:

+ Số 10 đường kính trong 4 mm.

+ Số 12 đường kính trong 5 mm.

+ Số 14 đường kính trong 6 mm.

- Ống thông cho ăn được làm từ nhựa PVC (Stomach Tube) không độc hại, đã được khử khuẩn, thường dùng đặt qua đường mũi cho Người bệnh có các kích thước sau:

\* Ở người lớn:

- Ống số 18 (đường kính trong 6 mm) dài 125cm

- Ống số 16 (đường kính trong 5 mm) dài 125 cm Có 4 vạch chuẩn:

* Vạch 1 cách đầu ống thông 45 cm
* Vạch 2 cách đầu ống thông 55 cm
* Vạch 3 cách đầu ống thông 65 cm
* Vạch 4 cách đầu ống thông 75 cm

Đường kính trong ống thông

\* Ở trẻ em:

Ống số Đường kính trong ống thông

* 12 3 mm
* 10 2,5 mm
* 8 2 mm
* 6 1,5 mm
* 4 1 mm

- Gói dụng cụ tiêu hao

- Gói dụng cụ rửa tay, sát khuẩn

- Bộ dụng cụ bảo hộ cá nhân

- Bộ dụng cụ, thuốc thủ thuật:

- Bộ dụng cụ, thuốc cấp cứu khi làm thủ thuật

**3. Người bệnh:**

- Nếu Người bệnh tỉnh: giải thích để Người bệnh hợp tác

- Tư thế Người bệnh: nằm ngửa, đầu thấp. trên ngực đặt một săng nhỏ sạch

- Hồ sơ bệnh án: ghi chỉ định đặt ống thông dạ dày, tình trạng Người bệnh trước và sau khi làm thủ thuật, cách thức tiến hành thủ thuật, theo dõi trong và sau thủ thuật về tai biến và biến chứng.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Chọn lựa ống thông: tùy theo mục đích, Người bệnh ( người lớn, trẻ em), đặt đường miệng dùng ống thông to, đặt đường mũi dùng ống thông nhỏ (loại ống thông dùng một lần)

1.1. Đặt mò:

- Bôi trơn đầu ống thông bằng gạc thấm paraíỉn vô khuẩn.

- Đặt đường mũi:

+ Đưa ống thông vào mũi Người bệnh một cách từ từ, đẩy ống thẳng góc với mặt, khi vào đến họng, gập đầu Người bệnh vào ngực, tiếp tục đẩy ống thông đến vạch thứ nhất (45 cm) vừa đẩy vào vừa bảo Người bệnh nuốt. Khi đầu ống thông vào đến dạ dày thấy có dịch và thức ăn chảy ra trong lòng ống thông.

+ Chiều sâu của ống thông: 45 cm nếu để cho Người bệnh ăn; 55cm nếu để theo dõi chảy máu

- Đặt đường miệng:

+ Chỉ định cho Người bệnh chảy máu mũi do bệnh máu, rối loạn đông máu, viêm mũi....,

+ Bảo Người bệnh há miệng nếu Người bệnh tỉnh, hợp tác. Nếu cần thiết dùng dụng cụ mở miệng, sau đó luồn canun Guedel vào rồi rút dụng cụ mở miệng ra.

+ Đưa ống thông vào miệng Người bệnh một cách từ từ, khi đến họng thì bảo Người bệnh nuốt đồng thời đẩy ống thông vào.Các thao tác tiếp theo cũng giống như đặt đường mũi.

1.2. Đặt ống thông bằng đèn đặt nội khí quản:

+ Khi không đặt được ống thông bằng đường mò

+ Luồn ống thông vào mũi, qua lỗ mũi sau, đến họng, dùng đèn đặt nội khí quản xác định vị trí thực quản, sau đó dùng kẹp Magill gắp đầu ống thông đưa vào lỗ thực quản đồng thời một người khác đẩy phần ngoài ống thông vào dạ dày Người bệnh.

+ Khi có nội khí quản cần tháo bóng chèn trước khi đặt ống thông, sau đó bơm bóng chèn trước khi rửa dạ dày.

2. Kiểm tra:

- Dịch vị và thức ăn có thể chảy ra ống thông.

- Đặt ống nghe ở vùng thượng vị của Người bệnh, dùng bơm 50ml bơm vào ống thông sẽ nghe thấy tiếng lọc sọc ở thượng vị.

3. Cố định:

+ Mục đích để ống thông khỏi tuột,

+ Dán băng dính trên môi ngoài lỗ mũi, hoặc cố định vào ống nội khí quản

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi toàn trạng: Ý thức, mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2, nhiệt độ.

- Theo dõi các tai biến sau làm thủ thuật: nôn, chảy máu, chấn thương phù nề thanh môn, tổn thương niêm mạc thực quản, dạ dày, rối loạn nước điện giải (Natri, kali)

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

1. Nôn: do phản xạ nhất là trẻ em, nguyên nhân đầu ống thông kích thích họng làm Người bệnh lo sợ. Vì vậy cần phải giải thích để Người bệnh hợp tác.

2. Chấn thương vùng thanh môn gây phù nề thanh môn, hoặc phản xạ gây co thắt thanh môn do đầu ống thông đi vào đường khí quản, đặt thô bạo.

+ Biểu hiện: Người bệnh có cảm giác đau vùng họng, nói khó, khàn tiếng. Nặng có khó thở thanh quản có thể gây ngạt thở cấp. Nếu không xử trí kịp thời Người bệnh có thể tử vong.

+ Điều trị:

- Nhẹ: Cho Người bệnh khí dung corticoid.

- Nặng: Đặt nội khí quản, nếu không được phải mở khí quản một thì

3. Chảy máu

+ Hay gặp chảy máu mũi khi đặt ống thông đường mũi do niêm mạc mũi nhiều mạch máu nông, ống thông to, không bôi trơn dầu parafin, đặt thô bạo. Chảy máu miệng ít gặp hơn chủ yếu chảy máu chân răng khi khó mở miệng Người bệnh, Người bệnh dãy giụa khi đặt ống thông. Chảy máu thực quản dạ dày gặp khi dùng ống thông có đầu cứng, đưa vào quá sâu.

+ Phòng: Phải giải thích để Người bệnh hợp tác, làm đúng động tác, nhẹ nhàng đầu ống thông không vát cạnh và cứng.

+ Điều trị: Chảy máu nhẹ thường tự cầm nếu Người bệnh không có rối loạn đông máu. Nặng có thể dùng adrenalin pha nồng độ 1/10.000 rồi nhỏ vào chỗ chảy máu khi Người bệnh không có chống chỉ định dùng adrenalin. Nếu không đỡ có thể phải đặt nút gạc lỗ mũi. Tốt nhất nên mời chuyên khoa Tai Mũi Họng để cầm máu. Trong trường hợp chảy máu dạ dày nặng phải soi dạ dày để cầm máu, có khi phải truyền máu khi có tình trạng mất máu nặng.

**HÚT ĐỜM DÃI HẦU HỌNG**

**1.1. Mục đích hút đờm dãi:**

- Làm sạch dịch xuất tiết để khai thông đường hô hấp

- Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.

- Lấy dịch xuất tiết phục vụ cho các mục đích chẩn đoán

- Phòng tránh nhiễm khuẩn do sự tích tụ, ứ đọng đờm dãi

- Hút sâu (hút đường hô hấp dưới) còn để kích thích phản xạ ho

**1.2.ÁP dụng:**

- Bệnh nhân có nhiều đờm dãi không tự khạc ra được

- Bệnh nhân hôn mê, co giật có xuất tiết nhiều đờm dãi

- Bệnh nhân hít phải chất nôn, trẻ em bị sặc bột

- Trẻ sơ sinh sặc nước ối ngạt

- Bệnh nhân mở khí quản, đặt ống nội khí quản thở máy

**2. QUY TRÌNH Kỹ THUẬT.**

**2.1. Chuẩn bị bệnh nhân.**

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân về thủ thuật sắp làm, động viên bệnh nhân yên tâm và hợp tác trong khi làm thủ thuật. Ðối với trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh, cần giải thích cho người nhà bệnh nhân biết.

- Hướng dẫn bệnh nhân tập ho, tập thở sâu kết hợp làm vật lý trị liệu rung vỗ vùng phổi. Những động tác này có tác dụng làm long đờm. Ðờm dịch xuất tiết được đẩy ra ngoài.

- Cho bệnh nhân nằm tư thế dẫn lưu: Ðầu thấp nghiêng phải hoặc trái tùy theo tình trạng ứ đọng ở bên phổi nào nhiều hơn. Tư thế dẫn lưu giúp cho đờm, dịch xuất tiết để thoát ra ngoài.

**2.2. Chuẩn bị dụng cụ: rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ.**

*2.2.1. Trường hợp hút đường hô hấp trên*

Dụng cụ vô khuẩn:

- 1 ống thông hút

*+*Thông thường dùng ống cỡ số 6-8 cho trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ

*+*ỐNG thông cỡ số 10-12 cho trẻ lớn

*+*ỐNG thông số 14-16 cho người lớn.

- 1 lọ cắm kìm *+*1 kẹp phẫu tích hoặc kìm, nếu có găng thì không cần chuẩn bị kẹp phẫu tích hoặc kìm

- Vài miếng gạc

- Khay quả đậu

- Một cái đè lười

Dụng cụ khác:

- Phương tiện để hút: Máy hút, ống dẫn, ống nối tiếp, ống dẫn bằng cao su hoặc bằng nhựa có chiều dài vừa phải từ 120-150cm.

- Bình hoặc ca đựng nước cất hoặc nước chín hay dung dịch NaCl 0,9% làm nước tráng ống thông hút.

-Túi giấy hoặc khay quả đậu.

- Chậu đựng dung dịch sát khuẩn.

*2.2.2. Hút đường hô hấp dưới*

Thông thường có hút đường hô hấp dưới thì bao giờ cũng phải hút đường hô hấp trên, do vậy ngoài những dụng cụ cho hút đường hô hấp trên còn phải chuẩn bị thêm:

DỤNG CỤ VÔ KHUẨN:

Ống thông hút: Thường dùng ống nhựa hoặc thông Nelaton. Cỡ số của ống thông hút tùy thuộc vào cỡ số của ống nội khí quản hoặc canul khí quản. Ðường kính của ống hút không được vượt quá 1/2 đường kính nội khí quản hoặc canul khí quản.

1 đôi găng vô khuẩn. Nếu không có găng thì chuẩn bị 1 kìm hoặc kẹp phẫu tích đã được tiệt khuẩn

- Khay quả đậu *+*vài miếng gạc

- Trong trường hợp đờm dãi quá đặc, cần chuẩn bị thêm:

*+*1 bơm tiêm 5ml *+*1 kim lấy thuốc

+ 1 chai dung dịch NaCl 0,9% hoặc NAHCO3 1,4%.

Ðể bơm vào ống nội khí quản hoặc canul khí quản, pha loãng đờm dịch xuất tiết để hút được dễ dàng..

**2.3. Tiến hành**

*2.3.1. Hút đường hô hấp trên*

- Kiểm tra các dụng cụ cấp cứu trước khi tiến hành để đề phòng những diễn biến bất thường

- Ðưa dụng cụ đến giường bệnh nhân

- Che bình phong cho bệnh nhân. Ðặt bệnh nhân nằm tư thế phù hợp để dễ đưa ống thông vào, để hút và tránh cho bệnh nhân hít phải chất nôn trong trường hợp bệnh nhân bị nôn.

Nếu bệnh nhân hôn mê: Ðặt bệnh nhân nằm nghiêng quay mặt về phía người làm thủ thuật:

- Đỗ nước vào khay quả đậu

- Mở máy kiểm tra sự hoạt động của máy hút và điều chỉnh áp lực hút.

*+*Áp lực hút cho ngườilớn: 100-120mmHg

*+*Áp lực hút cho trẻ en: 50-75mmHg.

- Nối ống thông với hệ thống hút

Hút một ít nước từ khay quả đậu, để xem khả năng hút; kiểm tra xem ống thông hút có bị tắc không đồng thời làm trơn đầu ống hút, đi găng hoặc dùng kẹp phẫu tích khi cầm vào đầu ống thông.

- Nhẹ nhàng đưa đầu ống thông vào qua miệng hoặc một bên lỗ mũi bệnh nhân, khi ống thông vào thì phải tắt máy hút hoặc dùng tay gập ống thông lại đặt ống thông vào dễ dàng và không hút mất dưỡng khí của bệnh nhân. Nếu đi qua đường miệng thì có thể phải dùng đè lưỡi để đưa ống vào được dễ dàng.

- Khi đã đưa ống thông vào đến vị trí cần thiết thì bắt đầu mở máy hút hoặc bỏ tay gập ống thông ra.

*+*Khoảng cách đưa ống thông vào hút bằng khoảng cách từ đỉnh mũi đến dái tai.

*+*Không nên đưa ống thông quá sâu và cũng không nên hút quá nông.

*+*Vị trí hút dưới lưỡi, mặt trong má (giữa má và chân răng), hầu họng và mũi sau.

+ Tránh chạm đầu ống hút vào thành họng sau

- Khi hút phải xoay nhẹ ống thông hoặc di động ống thông lên xuống, qua lại một cách nhẹ nhàng để hút có kết quả và tránh gây tổn thương niêm mạc.

- Sau mỗi lần hút rút ống thông ra, dùng gạc để lau sạch ống nếu có nhiều đờm dãi ở quanh ống, sau đó hút một ít nước từ khay quả đậu để rửa sạch ống. Mỗi lần hút không quá 15 giây.

- Lặp lại động tác hút nếu cần thiết, hút đến khi bệnh nhân hết đờm, dãi, thở lại dễ dàng. Nhưng không được hút quá nhiều lần liên tục.

- Tháo ống thông ra cho vào chậu dung địch sát khuẩn.

*+*Trường hợp phải hút nhiều lần trong ngày thì sau mỗi đợt hút phải lau sạch ống, rửa sạch lòng ống sau đó đổ hết nước thừa ở khay quả đậu. Tháo ống thông ra để vào khay quả đậu phủ khăn lên để cho những lần hút sau.

*+*Thay ống thông hút khi bẩn

*+*Hằng ngày thay bình dung dịch, ống dẫn 1-2 lần

- Tháo bỏ găng (nếu có đi găng).

*2.3.2. Hút đường hô hấp dưới*

Hút đường hô hấp dưới thường được tiến hành ngay sau khi hút đường hô hấp trên.

Kỹ thuật tiến hành như sau:

- Đổ nước cất hoặc nước muối sinh lý NaCl 0,9% vào khay quả đậu. Khay quả đậu giành riêng cho hút đường hô hấp dưới đã được đánh dấu hoặc để ở khu vực riêng để tránh lẫn với dụng cụ hút đường hô hấp trên.

- Ði găng vô khuẩn (nếu có chuẩn bị)

- Dùng kẹp phẫu tích hoặc tay đã đi găng, lấy ống thông hút vô khuẩn và lắp vào hệ thống hút.

- Hút một ít nước từ khay quả đậu

- Ðưa ống thông hút vào qua lỗ của ống nội khí quản hoặc canul khí quản đến độ sâu cần thiết thì bắt đầu hút.

*+*Khi đưa ống thông vào cũng phải tắt máy hoặc gập ống thông lại

*+*Ðưa ống thông vào qua ống nội khí quản khi thấy bệnh nhân ho, ngừng lại và hút.

- Sau khoảng 5-10 giây thì từ từ rút ống thông ra. Trong quá trình rút ống thông ra ta phải xoay ống thông theo cả 2 chiều (cùng chiều và ngược chiều kim đồng hồ) để hút được dịch xuất tiết, đờm bám ở thành khí phế quản. Thời gia mỗi lần hút kể từ khi đưa ống thông vào cho đến khi rút ống thông ra không được quá 10 giây*.*

- Nhúng đầu ống thông vào khay quả đậu rồi hút một ít nước để làm sạch lòng ống. Nếu có nhiều đờm, dịch xuất tiết bám ở quanh ống thì dùng gạc lau sạch khi hút nước.

- Lập lại động tác hút nếu bệnh nhân nhiều đờm dãi. Khi hút xong, tắt máy, tháo bỏ ống thông ngâm vào chậu đựng dung dịch sát khuẩn.

*+*Nếu không có điều kiện thay ống thông hút sau mỗi lần hút thì sau khi hút xong phải lau sạch ống bằng gạc, hút rửa sạch lòng ống đổ hết nước ở trong khay quả đậu để ống thông hút vào trong khay rồi dùng khăn phủ lên.

*+*Thay ống hút và khay quả đậu hàng giờ

- Tháo bỏ găng

- Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái

- Trường hợp đờm hoặc dịch xuất tiết quá đặc ta phải dùng dung dịch NaCl 0,9% hoặc Natribicarbonat 14%o để pha loãng rồi hút kỹ thuật tiến hành như sau:

Dùng bơm tiêm hút dung dịch sau đó bơm từ từ theo thành ống nội khí quản hoặc canul mở khí quản, sau 1-2 phút thì bắt đầu hút.

*+*Người lớn bơm từ 3-5 ml, trẻ em bơm từ 0,2-2ml

*+*Không được bơm với áp lực mạnh và trực tiếp vào ống vì dễ gây kích thích làm ảnh hưởng đến bệnh nhân.

**2.4. Thu dọn dụng cụ và bảo quản.**

- Ðưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa để xử lý theo quy định

- Lau chùi máy hút rồi xếp về chỗ cũ.

**2.5. Ghi hồ sơ**

- Thời gian hút.

- Số lượng dịch hút, tính chất dịch hút ra. Lưu ý trừ phần dịch hút để rửa ống thông và dịch bơm vào ống nội khí quản hoặc canul khí quản.

- Tình trạng bệnh nhân trong và sau khi hút

- Những diễn biến bất thường

- Tên người làm thủ thuật.

**2.6. Những điều cần lưu ý.**

- Phải đảm bảo kỹ thuật vô khuẩn trong khi hút thông đường hô hấp dưới cho bệnh nhân để tránh gây bội nhiễm cho người bệnh.

- Không được dùng chung ống thông, khay quả đậu, kẹp phẫu tích cho cả hút đường hô hấp trên và dưới.

- Dụng cụ dùng để hút đường hô hấp trên và hút đường hô hấp dưới phải để ở những khu vực riêng hoặc đánh dấu rõ ràng để tránh nhầm lần khi sử dụng.

- Phải thường xuyên hút đờm dãi cho bệnh nhân nhưng không được hút nhiều lần liên tục. Không được hút quá dài trong một lần hút, không được hút quá sâu và phải đảm bảo áp lực hút, không được hút với áp lực mạnh.

*+*Hút thường xuyên để đường hô hấp luôn được thông thoát, không bị tắc nghẽn.

- Hút nhiều lần liên tục và hút lâu gây thiếu oxy

*+*Hút áp lực mạnh. làm tổn thương niêm mạc đường hô hấp

*+*Nếu không có máy hút thì có thể dùng bơm tiêm 50-100ml để hút.

**QUY TRÌNH KỸ THUẬT THỞ ÔXY**

Tất cả các bệnh nhân thở Oxy phải làm ẩm khộng khí thở vào để đảm bảo tối ưu chức năng của nhung mao tiết nhầy đường hô hấp, đồng thời đảm bảo độ ấm.

 **Đại cương**

Thở Oxy nhằm tăng nồng đọ Oxy trong đường thở để cải thiện tình trạng giảm O2 máu và giảm PaO2. Do vậy cần:

Bảo đảm lượng Oxy cần thiết đưa vào phổi bằng các đường khác nhau: mũi, mặt nạ, máy thở.

Duy trì các đường dẫn Oxy không tuột khỏi người bệnh, không hở.

Theo dõi các thông số cơ bản: mạch, huyết áp, SpO2 .

Thay ống dẫn Oxy hằng ngày.

 **Chuẩn bị**

Người bệnh

Giải thích vì sao phải thở Oxy cho bệnh nhân để họ yên tâm và cộng tác trong quá trình thở Oxy.

Giải thích những khó chịu khi luồng Oxy vào mũi và sự khô đường thở.

Tuỳ tình trạng suy hô hấp người bệnh có thể ở tư thế:

450 có suy hô hấp mức độ vừa.

900 nếu OAP.

Nằm đầu thấp nếu sốc, tụt huyết áp.

Người thực hiện

Nhân viên y tế: Y tá hoặc điều dưỡng.

Nơi thực hiện

Tại giường bệnh.

 **Dụng cụ**

Bình Oxy hoặc Oxy trung tâm:

Nếu là bình Oxy phải kiểm tra áp suất của bình bằng áp lực kế.

Nếu dung cho máy thở bằng phương thức hô hấp hỗ trợ áp lực thì áp lực bình phải bảo đảm lớn hơn hoặc bằng 3,5 Atm.

Máy tạo Oxy cá nhân: chỉ có dòng nhỏ hơn hoặc bằng 5l/1min và nồng đọ Oxy chỉ đạt từ 90 đến 95%.

Bình Oxy hoá lỏng dùng khi vận chuyển bệnh nhân.

Ống dẫn, mặt nạ thở Oxy và thiết bị cụng cấp Oxy sẵn có:

Ống dẫn Oxy mũi:

Ống thông đầu có nhiều lỗ (Nelaton) để luồn vào gần thanh môn.

Kiểu đeo kính ở đầu có 2 ống nhỏ cài vào 2 lỗ mũi trước.

Mặt nạ thở Oxy:

Mặt nạ mũi: Chỉ úp vào mũi người bệnh và người bệnh thì hoàn toàn tỉnh.

Mặt nạ cả mũi lẫn miệng: Cho người bệnh không tỉnh, hôn mê hoặc há mồm để thở.

Mặt nạ kiểu Venturi.

Mặt nạ Plastic có bình chứa khí dự trữ.

Bình làm ẩp: Tất cả các bệnh nhân thở Oxy phải làm ẩm khộng khí thở vào để đảm bảo tối ưu chức năng của nhung mao tiết nhầy đường hô hấp, đồng thời đảm bảo độ ấm.

Làm ẩm tối ưu cần có nhiệt độ ổn định 32 đến 360C, độ ẩm tương đối cần đạt 75 đến 100%, không làm tăng sức cản trong dây dẫn, không làm tăng khoảng chết. Dùng cho cả thông khí hỗ trợ và kiểm soát. Khí thở vào phải vô khuẩn.

Dụng cụ khác: Gạc, bình phun Xylocain hoặc Gel-Xylocain.

 **Các bước tiến hành**

Thở Oxy mũi hay kính

Dùng ống thông mũi vô khuẩn lau qua gạc thấm dầu Parafin, đẩy ống qua lỗ mũi bằng đoạn từ gốc mũi đến dái tai. Kiểm tra bình làm ẩm (phải đủ nước đến vạch, mở van áp lực kế cho qua bình làm ẩm và điều chỉnh thông số cần thiết) sau đó mới nối ống thông vào xông mũi hay kính mũi ròi cố định ống thông bằng băng dính.

Thở mặt nạ Oxy

Lựa chọn mặt nạ Oxy phù hợp với bệnh nhân

Nối mặt nạ với ống dẫn Oxy và bình làm ẩm

Điều chỉnh lượng Oxy cần thiết.

Sau đó úp mặt nạ vào bệnh nhân, cố định mặt nạ bằng dây chun hặc buộc sau gáy đảm bảo vừa khít không quá chặt hoặc quá lỏng

Điều chỉnh Oxy qua máy thở

Tuỳ theo tình trạng suy hô hấp có thể điều chỉnh từ 100% đến 21%

**Theo dõi**

Sắc mặt: Mặt đỏ hồng thì đủ Oxy, tím thì thiếu Oxy.

Cung cấp đủ Oxy:

Kết qủa tốt mạch nhỏ hơn hoặc bằng 100 Ckỳ/1 min, HA bình thường, SpO2 >90%.

Kết quả không tốt mạch nhanh lên hoặc chậm đi, HA tăng hoặc giảm, SpO2 giảm hơn trước.

Khi có kết quả tốt cần điều chỉnh liều lượng Oxy giảm từ 100% xuống dần đến 21%.

**KỸ THUẬT KHÍ DUNG THUỐC GIÃN PHẾ QUẢN**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Khí dung thuốc giãn phế quản là đưa thuốc giãn phế quản dưới dạng sương mù, các hạt thuốc có kích thước 1-5 micromet vào khí phế quản để điều trị co thắt phế quản.

**II. CHỈ ĐỊNH**

* Điều trị bệnh Hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
* Sau rút ống nội khí quản có co thắt thanh khí quản.
* Các bệnh lý hô hấp khác có biểu hiện co thắt phế quản.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Dị ứng với thuốc giãn phế quản.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

* **Bác sỹ:** Xem xét chỉ định khí dung thuốc giãn phế quản.
* **Điều dưỡng:**
* + Giải thích cho người bệnh và người nhà mục đích của kỹ thuật.
* + Kiểm tra tên, tuổi, số giường, chẩn đoán của người bệnh.

**2. Phương tiện**

* Máy khí dung: 1 chiếc.
* Mặt nạ khí dung phù hợp với miệng mũi người bệnh: 1 chiếc.
* Thuốc giãn phế quản theo y lệnh.

**3. Người bệnh**

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

**4. Hồ sơ bệnh án**

**V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN**

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

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

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

* Cho thuốc khí dung vào bầu.
* Bật máy khí dung, khi máy hoạt động thấy hơi thuốc phun ra.
* Đeo mặt nạ khí dung cho người bệnh.
* Quan sát đáp ứng của người bệnh trong suốt quá trình khí dung. Nếu người bệnh khó thở hơn khi khí dung cần báo bác sỹ.
* Kết thúc khí dung, lấy mặt nạ khỏi mặt người bệnh.
* Ghi lại diễn biến trong quá trình khí dung

**VI. THEO DÕI**

Tình trạng người bệnh trong quá trình khí dung để kịp thời phát hiện các bất thường. Những người bệnh nặng cần theo dõi các chỉ số trên máy theo dõi (mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2)…

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Người bệnh thấy khó chịu: ngừng khí dung, đánh giá tình trạng người bệnh.

- Dị ứng: khó thở, nổi mề đay, shock phản vệ , xử trí phác đồ dị ứng thuốc.

**THỞ OXY QUA MẶT NẠ CÓ TÚI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thở oxy qua mặt nạ có túi là thủ thuật giúp cung cấp lượng khí thở vào có hàm lượng oxy cao có thể lên tới 100%.

**II. DỤNG CỤ THỞ OXY**

Mặt nạ hít lại một phần và mặt nạ không hít lại

1. Mặt nạ hít lại một phần (hình 1): mặt nạ nối thẳng với túi

- Lưu lượng oxy thông thường 6 - 10 l/phút

- FiO2 đạt được 50% - 70%

- Mặt nạ có thêm các van một chiều ở cổng thở ra (một hoặc hai bên), và giữa mặt nạ và túi khí.

- Lưu lượng oxy thường 6 - 10 lít/phút

- FiO2 đạt được 70% - 100%

**III. CHỈ ĐỊNH**

Thở oxy qua mặt nạ có túi thường được áp dụng cho các Người bệnh đã được dùng các phương thức thở oxy khác thất bại

5. Giảm oxy hóa máu: PaO2<60mmHg, SaO2<90% (thở oxy phòng).

6. Tăng công hô hấp

7. Tăng công cơ tim

8. Tăng áp động mạch phổi

**IV. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

1. Không có chống chỉ định tuyệt đối.

2. Chống chỉ định tương đối:

- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)

- Người bệnh nôn nhiều: nguy cơ sặc vào phổi gây viêm phổi.

**V. CHUẨN BỊ**

1. Người thực hiện: Điều dưỡng.

2. Phương tiện

- Mặt nạ hít lại một phần

- Mặt nạ không hít lại

- Bình làm ẩm nối với hệ thống oxy trung tâm

3. Người bệnh

- Người bệnh được giải thích các lợi ích, nguy cơ của thủ thuật. Động viên Người bệnh hợp tác thở.

- Đảm bảo đường thở thông thoáng 5. Hồ sơ bệnh án

**VI. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

1. Chọn mặt nạ phù hợp với Người bệnh

2. Bật oxy nguồn xem có hoạt động không

3. Kiểm tra bình làm ẩm đủ nước

4. Điều chỉnh lưu lượng oxy phù hợp với từng Người bệnh (đảm bảo oxy hóa máu), thường đặt 6 - 10 lít/phút.

5. Điều chỉnh lưu lượng oxy sao cho túi không bị xẹp khi Người bệnh hít vào

6. Điều chỉnh mặt nạ đảm bảo khít với mũi, miệng Người bệnh.

**VII. THEO DÕI**

1. Đánh giá đáp ứng của Người bệnh sau thở oxy về lâm sàng và khí máu

2. Lâm sàng: đánh giá về hô hấp, tim mạch, thần kinh

3. Khí máu: các chỉ số PaO2, SaO2, Pa C02.....

4. Đánh giá sự dung nạp của Người bệnh với dụng cụ thở oxy, đảm bảo sự dễ chịu của Người bệnh với mặt nạ.

5. Ghi chép hồ sơ thủ thuật.

**VI. BIẾN CHỨNG**

Thường liên quan đến nồng độ oxy cao khi thở bằng mặt nạ có túi

1. Viêm phổi do sặc: khi Người bệnh nôn có thể hít phải chất nôn gây viêm phổi.

2. Giảm thông khí do ôxy: tình trạng này có thể xảy ra ở Người bệnh COPD

3. Xẹp phổi: khi thở oxy ở nồng độ cao (thường > 60%), khí nitơ trong phế nang sẽ bị đuổi ra hết và có thể gây xẹp phế nang ( xẹp phổi).

4. Khô niêm mạc đường thở

5. Ngộ độc ôxy.

6. Bội nhiễm vi khuẩn từ dụng cụ thở oxy.

**XỬ TRÍ HẠ HUYẾT ÁP TƯ THẾ**

**I. Hạ huyết áp tư thế:**

Huyết áp giảm đáng kể khi đứng (huyết áp tâm thu giảm 20mmHg hoặc huyết áp tâm trương giảm 10mmHg trong vòng 3 phút sau khi đứng) và tăng trở lại khi nằm.

**II. Nguyên nhân:**

Thường do các thuốc chống loạn thần hoạt lực thấp đặc biệt là chlorpromazine, levomepromazine, thioridazine và clozapine; các thuốc chống trầm cảm 3 vòng như amitriptyline... gây ức chế hệ adrenergic.

**III. Chẩn đoán:**

Mệt, chóng mặt, hoa mắt ngay sau khi đứng, nhức đầu, buồn nôn.

Nặng hơn có thể ngất hay co giật lan tỏa (thường gặp trong khoa Nội trú là bệnh nhân té ngã trong khi thay đổi tư thế hay khi đi vệ sinh).

Khám: Đo mạch, huyết áp

Khám phát hiện chấn thương do té ngã

**IV. Xử trí:**

• Đưa bệnh nhân đến nơi an toàn.

• Tư thế bệnh nhân : nằm thẳng, đầu thấp, kê chân cao

• Nới hoặc cởi áo (nếu có thể) để khỏi cản trở hô hấp

• Đo mạch, đo huyết áp, nghe tim, quan sát đồng tử

• Thiết lập đường truyền tĩnh mạch:

• NaCl 0,9% 500ml 1 chai Truyền Tĩnh mạch XXX giọt/ phút

• Nếu không có kết quả, có thể dùng Hept-a-myl 2-5ml tiêm tĩnh mạch chậm, 5-10 ml/ngày

• Chống chỉ định dùng Adrenaline

• Nếu sau 30 phút không có kết quả, chuyển cấp cứu Nội khoa.

**CẤP CỨU CƠN TĂNG HUYẾT ÁP**

**1. CƠN TĂNG HUYẾT ÁP KỊCH PHÁT**

**1.1. Chẩn đoán**

+ Có cơn tăng huyết áp đột ngột

+ Huyết áp tâm thu > 220 mmHg và huyết áp tâm trương > 120 mmHg

**1.2. Cấp cứu**

+ Lasix ống 20mg tiêm tĩnh mạch 2 ống, sau 4 giờ có thể cho lại. Nếu đã cho 3 lần không có kết quả thì ngừng.

+ Adalat gel 10mg, dùng 1 nang nhỏ dưới lưỡi 3-5 giọt, sau 15 phút đo lại huyết áp nếu vẫn còn cao nhỏ tiếp 3 giọt, tiếp tục cho đến khi huyết áp tâm thu xuống 160 mmHg, cho niphedipin viên nén 10mg uống 1 viên, hoặc amlor viên 5mg uống 1 viên để duy trì huyết áp.

+ Hoặc cho reserpin ống 2,5mg (chú ý hàm lượng ống gấp 10 lần hàm lượng viên) tiêm bắp thịt 1/3 - 1/4 ống. Nếu sau 2 giờ huyết áp chưa xuống thì tiêm tiếp. Dạng viên 0,25 mg cho uống 2 viên một lần.

Phải theo dõi huyết áp, duy trì huyết áp trong khoảng 140 - 160/90 mmHg.

**2. TĂNG HUYẾT ÁP ÁC TÍNH**

**2.1. Chẩn đoán**

(1) Người tăng huyết áp không thường xuyên: huyết áp tâm trương > 130 mmHg, người tăng huyết áp thường xuyên: huyết áp tâm trương > 140 mmHg.

(2) Có hội chứng não do tăng huyết áp: đau đầu dữ dội, đột quị, xuất huyết

(3) Suy tim trái cấp: khó thở, hen tim, phù phổi cấp

(4) Đáy mắt tổn thương độ 3 (xuất tiết, xuất huyết), độ 4 (phù gai thị)

(5) Suy thận cấp tính

(6) Phình bóc tách, vỡ quai động mạch chủ, động mạch chủ ngực

(7) Xuất huyết thuộc hệ động mạch cảnh ngoài: chảy máu mũi...

 Chẩn đoán xác định khi có tiêu chuẩn (1) và ít nhất 1 trong 6 triêu chuẩn còn lại.

**2.2. Cấp cứu**

Phác đồ 2 (dùng thuốc chẹn dòng calci tác dụng nhanh)

+ Adalat 0,1 mg/kg thể trọng ngậm dưới lưỡi. Khi ổn chuyển tuyến nhập viện điều trị tiếp.

**RỬA DẠ DÀY CẤP CỨU**

1. ĐẠI CƯƠNG

 ĐỊNH NGHĨA

Rửa dạ dày là kỹ thuật luồn ống thông vào dạ dày người bệnh để tháo rửa các chất trong dạ dày ra như thức ăn, dịch vị, chất độc.

1. CHỈ ĐỊNH
* Trước phẫu thuật đường tiêu hóa (khi người bệnh ăn chưa quá 6 giờ).
* Các trường hợp ngộ độc cấp (thức ăn, thuốc, hóa chất) trong vòng 6 giờ sau khi uống độc chất.
1. CHỐNG CHỈ ĐỊNH
* Ngộ độc acid hoặc base mạnh hoặc ngộ độc sau 6 tiếng.
* Phồng động mạch chủ, tổn thương thực quản, bỏng, u, dò thực quản.
* Người bệnh suy kiệt nặng...
* Thủng dạ dày.
* Hôn mê (nếu rửa phải đặt nội khí quản).
1. CHUẨN BỊ
2. Người thực hiện

01 điều dưỡng và 01 bác sĩ đeo yếm nylon, găng tay nếu người bệnh ngộ độc phospho hữu cơ.

1. Phương tiện
* Ông Faucher cỡ to 14 - 22 (đường kính trong từ 6-10mm) hoặc ống thông Levin với trẻ nhỏ.
* Phễu to hay bốc có ngấn.
* Nước sôi để nguội có pha 5g muối ăn cho 1 lít. Chuẩn bị 5 lít.
* Nước ấm 370C hay lạnh tùy chỉ định.
* Canun Guedel.
* Chậu đựng nước thải.
* Máy hút.
* Lọ lấy độc chất (100ml).
* Ông nghe và bộ đo huyết áp
* Ông nội khí quản và dụng cụ nội khí quản: đèn soi.
* Băng dính
* Bơm tiêm 50 ml
1. Người bệnh
* Động viên, giải thích cho người bệnh mọi việc sắp làm để người bệnh yên tâm và hợp tác. Nếu người bệnh hôn mê phải giải thích cho người nhà.
* Tháo răng giả (nếu có).
* Nếu hôn mê có nguy cơ sặc: đặt nội khí quản có bóng chèn, bơm căng bóng.
1. Hồ sơ bệnh án
2. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH
3. Kiểm tra hồ sơ
4. Kiểm tra người bệnh
5. Thực hiện kỹ thuật
* Đặt người bệnh nằm đầu thấp, mặt nghiêng về bên trái.
* Trải 1 tấm nilon lên phía đầu giường và quàng 1 tấm quanh cổ người bệnh.
* Đặt thùng hứng nước bẩn.
* Đặt ống thông vào dạ dày theo đúng quy trình đặt ống thông dạ dày. Kiểm tra xem ống đã vào đúng dạ dày chưa. Cố định ống thông.
* Trước khi rửa nên hạ thấp đầu phễu dưới mức dạ dày để nước ứ đọng trong dạ dày chảy ra hoặc dùng bơm tiêm để hút dịch dạ dày ra. Lưu mẫu dịch dạ dày làm xét nghiệm.
* Cắm phễu hoặc bốc, nâng cao ít nhất 30cm so với người bệnh.
* Đổ nước khoảng 300-500ml/lần đối với người lớn, hạ thấp đầu ống vào trong chậu cho nước tự chảy ra hoặc dùng máy hút hút ra.
* Lặp lại cho đến khi nước chảy ra trong, không còn thức ăn, không còn mùi.
* Trong khi rửa cần hạn chế đưa không khí vào dạ dày.
* Lượng nước rửa:

+ Với lân (P) hữu cơ phải pha than hoạt trong những lít đầu tiên và rửa khoảng 10 lít lần đầu, khoảng 5 lít với lần hai.

+ Với thuốc ngủ: 5-10 lít và chỉ rửa một lần đến khi nước trong.

- Kết thúc rửa: hút hết dịch trong dạ dày, bơm vào dạ dày 20g than hoạt uống cùng 20g sorbitol, nhắc lại sau 2 giờ cho đến khi đạt 120g than hoạt.

* Rút ống thông, tháo băng dính cố định. Thu dọn dụng cụ.
1. THEO DÕI
* Toàn trạng: mạch, huyết áp, nhịp thở, nhiệt độ.
* Phản xạ ho sặc tránh hít phải dịch.
* Kết quả của than hoạt và tẩy: đi ngoài ra than hoạt.
1. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ
* Nôn mửa gây sặc dịch dạ dày: nội khí quản có bóng chèn, rót nước một lần dưới 500ml.
* Nhịp tim chậm, ngất do kích thích dây X: hồi sức cấp cứu.
* Rối loạn nước, điện giải do ngộ độc nước nếu không pha muối và rửa quá nhiều (trên 20 lít): phải dùng lợi tiểu mạnh (Lasix) kết hợp truyền dung dịch NaCl ưu trương.
* Tăng natri máu và mất nước nếu pha muối trên 9g/lít: truyền bù dịch rồi cho lasix, theo dõi và điều chỉnh điện giải theo kết quả xét nghiệm.
* Hạ thân nhiệt do trời lạnh: khi thời tiết lạnh, pha nước ấm để rửa dạ dày, sưởi ấm cho người bệnh.