

SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG



ISO 9001: 2008
KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

**SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG TÂM AN GIANG**
Ký hiệu: KHSTC

CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập–Tự do–Hạnh phúc



ISO 9001: 2008
KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

Biên soạn

Trưởng Khoa

Bs. PHẠM NGỌC TRUNG

Phê duyệt

Giám đốc

TS.BS NGUYỄN VĂN SÁCH

MỤC LỤC

	Trang
– Trang bìa	1
– Mục lục	2 - 3
<u>Phần I:</u>	
– Sơ đồ tổ chức khoa	4
<u>Phần II:</u>	
– Quy chế công tác khoa HSTC	5 - 7
– Quy định hoạt động khoa HSTC	8
– Quy định đối với nhân viên HSTC	9
<u>Phần III:</u>	
– Mô tả công việc	10- 22
<u>Phần IV:</u>	
- Quy trình vận hành máy bơm tiêm điện Braun	23
- Quy trình vận hành máy thở Vela	24
– Quy chế sử dụng thuốc	25 - 27
– Quy chế chống nhiễm khuẩn	28 - 29
– Quy chế hội chẩn	30 - 31
– Quy chế xử lý chất thải	32
– Phác đồ sóc phản vệ	33 – 34
– Phác đồ điều trị	35 - 57
– Đặt CVP	58 - 60
– Kỹ thuật hút đàm	61
– Kỹ thuật hút đàm thở máy	62
– Kỹ thuật cho ăn bằng ống	63
– Thông Tiêu	64 - 65
– Quy trình tiếp nhận bệnh nhân điều trị	66
<u>Phần V:</u>	
– Mục tiêu chất lượng	67 - 68
– Đánh giá mục tiêu chất lượng	69
– Danh mục hồ sơ chất lượng	70 - 72
<u>Phần VI:</u>	
– Danh mục tài liệu nội bộ	73
<u>Phần VII:</u>	
– Danh mục tài liệu bên ngoài	74

SƠ ĐỒ TỔ CHỨC KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

BAN GIÁM ĐỐC

**Bác Sĩ.
TRƯỞNG KHOA**

**Bác Sĩ.
PHÓ KHOA**

**ĐIỀU DƯỠNG.
TRƯỞNG KHOA**

**Bác Sĩ
ĐIỀU TRỊ**

Hộ Lý

**Điều Dưỡng Hành
Chánh**

Nhân viên vi tính

**Điều Dưỡng
Chăm Sóc**

QUY CHẾ CÔNG TÁC KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

(Theo quyết định 01/2008/QĐ-BYT, ngày 21/01/2008)

A) Qui định chung:

1. Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc là nhiệm vụ hết sức quan trọng, do đó khoa phải tổ chức cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc kịp thời trong mọi trường hợp.
2. Tất cả các trường hợp cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc các cán bộ y tế phải khẩn trương thực hiện nhiệm vụ theo mức độ ưu tiên, không được gây khó khăn về thủ tục hành chính, không được đùn đẩy người bệnh, người bị nạn
3. Các cơ sở khám chữa bệnh phải ưu tiên tập trung mọi điều kiện về con người, trang thiết bị và cơ sở vật chất tốt nhất để cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc cho người bệnh.
4. Công tác cấp cứu, hồi sức tích cực và chống độc phải bảo đảm hoạt động liên tục 24/24 giờ.

B) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

* Chức năng, Nhiệm vụ của khoa hồi sức tích cực

- 1/ Khoa hồi sức tích cực là khoa lâm sàng có nhiệm vụ tiếp tục điều trị và chăm sóc tích cực những người bệnh của khoa cấp cứu và các khoa lâm sàng trong bệnh viện chuyển đến.
- 2/ Phối hợp với khoa cấp cứu tham gia cấp cứu ngoài bệnh viện và tại bệnh viện trong tình huống xảy ra cấp cứu hàng loạt, cấp cứu thảm họa.
- 3/ Phối hợp với khoa cấp cứu hỗ trợ chuyên môn cho hệ thống cấp cứu tại các khoa khác trong bệnh viện.
- 4/ Trường hợp bệnh nặng vượt quá khả năng chuyên môn thì hội chẩn, mời tuyến trên hỗ trợ hoặc chuyển người bệnh.

* Nhiệm vụ quyền hạn cá nhân của khoa hồi sức tích cực

- 1/ Trưởng khoa hồi sức tích cực ngoài nhiệm vụ và quyền hạn chung của khoa lâm sàng còn có nhiệm vụ:

a) Tổ chức cho khoa làm việc 24/24 giờ theo ca hoặc theo chế độ thường trực tùy theo tình hình cụ thể, tổ chức dạy chuyên làm việc hiệu quả.

b) Phân loại người bệnh cấp cứu theo mức độ nặng, tính chất bệnh;

c) Chịu trách nhiệm về chất lượng chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh của khoa. Nếu tiến triển xấu hoặc sau 48 giờ chưa có chẩn đoán xác định, phải tiến hành hội chẩn;

d) Bố trí mặt bằng, huy động nhân lực, thiết bị trong trường hợp xảy ra cấp cứu hàng loạt, cấp cứu thảm họa;

đ) Thường xuyên cập nhật kiến thức, nâng cao trình độ chuyên môn, khoa học-kỹ thuật của cán bộ, có kế hoạch đào tạo, bồi dưỡng về chuyên môn nghiệp vụ cho bác sĩ và điều dưỡng của khoa;

e) Chỉ đạo, triển khai công tác nghiên cứu khoa học, ứng dụng các tiến bộ khoa học-kỹ thuật trong công tác.

- 2/ Bác sĩ khoa hồi sức có nhiệm vụ:

a) Tiếp nhận người bệnh từ khoa cấp cứu và các khoa lâm sàng khác chuyển đến;

b) Thăm khám người bệnh, chỉ định xét nghiệm, điều trị và thực hiện các thủ thuật,

chuyên khoa theo đúng các quy định. Ghi chép đầy đủ tình trạng người bệnh và các y lệnh vào bệnh án và bảng theo dõi của bác sĩ

c) Báo cáo tình hình người bệnh với lãnh đạo khoa khi giao ban, đi buồng, xin ý kiến lãnh đạo khoa trong các trường hợp khó, mời hội chẩn khi cần;

d) Thực hiện các quy trình chẩn đoán, điều trị, thủ thuật cấp cứu và hồi sức;

đ) Bàn giao người bệnh và y lệnh giữa các ca phải chính xác, đầy đủ và có sổ bàn giao;

e) Thường xuyên học tập để cập nhật, nâng cao kiến thức chuyên khoa và tay nghề. Tham gia nghiên cứu khoa học, đào tạo cán bộ, ứng dụng các kỹ thuật tiên tiến.

3. Điều dưỡng viên khoa hồi sức tích cực có nhiệm vụ:

a) Thực hiện các quy chế chuyên môn, quy trình kỹ thuật bệnh viện;

b) Tiếp nhận, bảo quản và sử dụng thuốc men, dụng cụ, phương tiện, theo quy định, sẵn sàng phục vụ người bệnh;

c) Khẩn trương thực hiện y lệnh. Theo dõi và ghi chép đầy đủ diễn biến bệnh, việc thực hiện y lệnh, chăm sóc người bệnh;

d) Báo cáo ngay bác sĩ, điều dưỡng trưởng khi người bệnh có chuyển biến bất thường hoặc có khó khăn trong việc thực hiện y lệnh, chăm sóc người bệnh;

đ) Bàn giao đầy đủ việc chăm sóc người bệnh cho ca làm việc sau.

4/ Các nhân viên khác của khoa hồi sức tích cực thực hiện nhiệm vụ theo phân công của trưởng khoa.

* Cơ sở vật chất, trang thiết bị, nhân lực khoa hồi sức tích cực

1/ Cơ sở vật chất thiết bị

a) Khoa hồi sức tích cực được bố trí liên hoàn và hợp lý tạo điều kiện thuận lợi cho công tác chăm sóc và điều trị tích cực của người bệnh;

b) Khoa hồi sức tích cực có: buồng bệnh thông thường, buồng bệnh cách ly, buồng bệnh vô khuẩn, buồng thủ thuật, buồng để phương tiện, máy móc, dụng cụ, nơi chuẩn bị đồ ăn cho người bệnh, nơi rửa dụng cụ...

c) Thuốc, trang thiết bị y tế, phương tiện phục vụ người bệnh:

- Hệ thống cung cấp oxy trung tâm
- Hệ thống khí nén và hút trung tâm
- Điện ưu tiên và nguồn điện dự phòng
- Hệ thống nước sạch, vô trùng, nước nóng
- Giường bệnh chuyên dùng cho hồi sức cấp cứu có hệ thống báo gọi
- Hệ thống máy theo dõi liên tục
- Các phương tiện phục vụ chẩn đoán, theo dõi tại giường bệnh (máy chụp X quang, điện tim, siêu âm, xét nghiệm nhanh, đèn gù...)
- Các phương tiện phục vụ điều trị (máy truyền dịch, máy bơm điện, máy hô hấp nhân tạo xâm nhập và không xâm nhập, bóng Ambu, hệ thống hút liên tục, máy sốc điện, máy tạo nhịp tim, các máy lọc máu ngoài thận, nội soi; phế quản, thực quản dạ dày...)
- Phương tiện vận chuyển bệnh nhân (xe cáng, xe đẩy, bình oxy nhỏ, máy thở dùng

trong vận chuyển,...);

- Thuốc hồi sức cấp cứu theo danh mục được giám đốc phê duyệt

2. Nhân lực

a) Đội ngũ cán bộ bác sĩ, điều dưỡng, hộ lý được đào tạo về nghiệp vụ chuyên môn hồi sức tích cực, chống độc;

b) Cán bộ làm công tác hồi sức tích cực, chống độc, thường xuyên được đào tạo bổ sung và cập nhật kiến thức mới

8. Quyền hạn: Được chuyển bệnh đến các khoa khi đã hết giai đoạn hồi sức

9. Các mối quan hệ: Liên hệ với Ban Giám đốc và các khoa

10. Tiêu chuẩn cần có: Nhân viên khoa Hồi Sức phải có kỹ năng hồi sức.

QUY ĐỊNH HOẠT ĐỘNG KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

- 1/ **Một** người bệnh chỉ được 01 người nuôi. Khi vào nuôi phải mặc áo choàng, mang dép của khoa.
- 2/ **Không** mang đồ đạc như: giỏ, quần áo, gối, mền, quạt, đồ ăn, nón mũ, dép ...vào khoa.
- 3/ **Thân nhân** không được tự ý điều chỉnh dịch truyền hoặc các máy móc trong phòng bệnh.
- 4/ **Uống thuốc** đúng liều lượng, đúng giờ theo sự chỉ dẫn của nhân viên khoa.
- 5/ **Đôi** người nuôi theo đúng giờ qui định.
- 6/ **Giữ vệ sinh**, trật tự trong phòng bệnh, nhà vệ sinh.
- 7/ **Thân nhân** không được mở cửa sổ.

QUY ĐỊNH ĐỐI VỚI NHÂN VIÊN KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

- 1/ Phải chấp hành tốt chủ trương, chính sách, pháp luật của Đảng, Nhà nước, nội quy và quy chế của bệnh viện.
- 2/ Rèn luyện giữ gìn y đức và tác phong giao tiếp.
- 3/ Rèn luyện học tập trau dồi năng lực chuyên môn.
- 4/ Nhiệt tình với bệnh nhân và làm việc với một lương tâm trách nhiệm.
- 5/ Đoàn kết tương trợ trong công tác, đấu tranh tích cực với các biểu hiện trì trệ và sai phạm.
- 6/ Nhanh nhẹn, năng động, chính xác trong cấp cứu người bệnh.
- 7/ Biết thông cảm, chia sẻ với nỗi đau của bệnh nhân và thân nhân.

BV ĐKTT AN GIANG K.HSTC	MÔ TẢ CÔNG VIỆC
1. Chức danh: Bác sĩ trưởng khoa 2. Khoa: Hồi Sức tích cực	2. Mã số: T50 – 16121 - 699 4. Nơi làm việc: BV ĐKTT An Giang
5. Trực tiếp báo cáo cho: Ban Giám Đốc BV ĐKTT An Giang	
6. Người được ủy quyền: Bs phó khoa	
7. Nhiệm vụ: 7.1/ Căn cứ vào kế hoạch bệnh viện đặt kế hoạch công tác của khoa và chỉ đạo thực hiện sau khi đã được ban giám đốc bệnh viện thông qua. 7.2/ Tổ chức lãnh đạo công tác chẩn đoán, điều trị trong khoa để phục vụ cho người bệnh chu đáo. - Giải quyết những bệnh nặng, bệnh khó hay những trường hợp cần thiết do bs thường trực mời để xác định việc chẩn đoán, điều trị của các bác sĩ và cho hướng điều trị. - Thăm tra và quyết định các trường hợp bệnh tiến hành các thủ thuật chuyên khoa. 7.3/ Thăm tra các bệnh án ra vào viện, xét duyệt hay quyết định cho bệnh nhân ra hoặc chuyển viện. 7.4/ Quyết định hội chẩn trong khoa hay đề nghị hội chẩn toàn bệnh viện. - Tự mình hoặc chỉ định bs trong khoa đi hội chẩn ở các khoa khác trong bệnh viện hoặc ngoại viện. - Khi có trường hợp tử vong phải phân tích nguyên nhân, cho ý kiến, hướng dẫn việc kiểm thảo tử vong, nếu cần triệu tập kiểm thảo tử vong toàn khoa để rút kinh nghiệm học tập. 7.5/ Thường xuyên nhận xét về hoạt động của khoa để có hướng chấn chỉnh trong công tác, cải tiến tổ chức, cải tiến kỹ thuật. - Đôn đốc, theo dõi, kiểm tra việc sử dụng các thuốc độc, thuốc gây nghiện, đồ dùng trong cấp cứu và trong điều trị cho người bệnh. 7.6/ Tổ chức thực hiện công tác chỉ đạo chuyên môn, chỉ đạo kỹ thuật cho các tuyến dưới và có kế hoạch định kỳ xuống thăm các tuyến dưới để góp ý kiến về việc phòng bệnh và chữa bệnh. - Tổ chức công tác huấn luyện, đào tạo nhân viên khoa để thành thạo công việc của khoa. 7.7/ Đôn đốc nhân viên thực hiện đúng chức trách, quy tắc chuyên môn. 7.8/ Thường xuyên giáo dục thái độ tinh thần phục vụ người bệnh cho tất cả nhân viên. - Thường xuyên tìm hiểu tình hình tư tưởng, tinh thần, thái độ công tác, năng lực nghiệp vụ của nhân viên để kịp thời biểu dương và phê bình hay nêu ra ý kiến nhận xét đề bạt khen thưởng. 7.9/ Nắm được tình hình tư tưởng của bệnh nhân và lắng nghe ý kiến của bệnh nhân để cải tiến công tác, chấn chỉnh tổ chức trong khoa.	

7.10/ Định kỳ phải báo cáo công tác hoạt động của khoa với ban giám đốc bệnh viện, khi có những trường hợp bất thường hay quan trọng phải kịp thời báo cáo ngay để có chủ trương giải quyết.

7.11/ Lập mục tiêu chất lượng và triển khai thực hiện cho bộ phận của mình

7.12/ Phân tích dữ liệu theo định kỳ; Đôn đốc các nhân viên của mình thực hiện theo hệ thống ISO

7.13/ Giám sát, đôn đốc toàn thể nhân viên trong khoa thực hiện hệ thống quản lý chất lượng theo ISO 9001:2008 đã ban hành; Xác định các hành động chưa phù hợp để đưa ra các cơ hội cải tiến, đáp ứng ổn định các yêu cầu của dịch vụ khám chữa bệnh và nâng cao sự thỏa mãn của bệnh nhân/khách hàng

7.14/ Thực hiện các nhiệm vụ khác do Ban Giám Đốc giao

8. Quyền hạn:

- Chủ trì giao ban hằng ngày và đi giao ban viện
- Điều hành quản lý công việc trong khoa.
- Tham mưu cho ban giám đốc bệnh viện chỉ đạo các hoạt động trong khoa và tuyến dưới.

9. Các mối quan hệ:

- Nội bộ: Ban Giám Đốc – Các phòng ban – Các khoa của bệnh viện.
- Bên ngoài: + Bệnh viện (tuyến trên – cùng tuyến – tuyến dưới)
+ Thân nhân và bệnh nhân

10. Tiêu chuẩn cần có:

- Trình độ học vấn: Bác sĩ
- Nghiệp vụ chuyên môn: Bác sĩ chuyên khoa I, Cao học, Chuyên khoa II
- Kinh nghiệm: Kỹ năng hồi sức cấp cứu 10 năm
- Các kỹ năng khác:
 - +Quản lý: tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước.
 - +Chính trị: tốt nghiệp trung cấp chính trị
 - + Ngoại ngữ: chứng chỉ B
 - + Tin học: Thực hành được tin học văn phòng.
 - + Giảng dạy, tổ chức, giao tiếp công tác với các phòng, ban, với bệnh nhân và thân nhân.

BV ĐKTT AN GIANG K.HSTC	MÔ TẢ CÔNG VIỆC
1. Chức danh: Bác sĩ phó trưởng khoa 2. Khoa: Hồi Sức tích cực	2. Mã số: T50 – 16121 - 4. Nơi làm việc: BV ĐKTT An Giang
5. Trực tiếp báo cáo cho: Trưởng khoa	
6. Người được ủy quyền: Bác sĩ điều trị	
7. Nhiệm vụ: 7.1/ Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý quy chế. Chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị. 7.2/ Đối với người bệnh vào viện thì phải khám ngay xác định chẩn đoán, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, các xét nghiệm cần thiết trong 24h phải hoàn thành hồ sơ bệnh án, những trường hợp cấp cứu nặng phải hoàn thành hồ sơ bệnh án ngay. 7.3/ Khi BS. Trưởng khoa khám bệnh, BS phó khoa có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến bệnh, quá trình điều trị, xin ý kiến hướng dẫn. 7.4/ Hàng ngày mỗi buổi sáng phải khám từng người bệnh được phụ trách, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, theo dõi hành vi. Buổi chiều phải khám lại người bệnh 1 lần nữa, cho y lệnh bổ sung. 7.5/ Thực hiện chế độ hội chẩn khoa, liên khoa theo qui định đối với các trường hợp : + Bệnh nặng nguy kịch + Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhưng thuyên giảm chậm hoặc không thuyên giảm. 7.6/ Thực hiện các thủ thuật do trưởng khoa phân công, trước khi thực hiện phải khám lại bệnh nhân 1 lần nữa, ra y lệnh chuẩn bị thủ thuật. 7.7/ Hàng ngày phải kiểm tra lại các chỉ định về thuốc, chế độ chăm sóc, xem các y lệnh về thuốc có còn phù hợp không. Kiểm tra vệ sinh cá nhân của từng người bệnh. 7.8/ Hàng ngày cuối giờ làm việc ghi sổ bàn giao cho BS trực những bệnh nặng cần theo dõi, y lệnh còn lại trong ngày (ghi nhận vào sổ theo dõi bệnh nặng). 7.9/ Tham gia trực theo sự phân công của trưởng khoa - Tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong khi được yêu cầu. Tổng kết bệnh án ra viện, chuyển khoa, chuyển viện theo quy chế bệnh viện. - Hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của Trưởng khoa - Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học. - Bản thân thực hiện tốt quy định về y đức. 7.10/ Thực hiện nhiệm vụ do trưởng khoa ủy quyền. Báo cáo đầy đủ công việc được	

giao.
8. Quyền hạn: - Điều hành khoa khi trưởng khoa vắng mặt. - Chủ trì giao ban hàng ngày và dự giao ban viện khi trưởng khoa vắng mặt. - Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo quy chế. - Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc - Quản lý điều hành công việc của khoa, theo sự phân công của BGĐ, Trưởng khoa.
9. Các mối quan hệ: - Nội bộ: Ban Giám Đốc – Các phòng ban – Các khoa của bệnh viện. - Bên ngoài: + Bệnh viện (tuyến trên – cùng tuyến – tuyến dưới) + Thân nhân và bệnh nhân
10. Tiêu chuẩn cần có: - Trình độ học vấn: Bác sĩ - Nghiệp vụ chuyên môn: Bác sĩ chuyên khoa I, Cao học - Kinh nghiệm: Kỹ năng hồi sức cấp cứu 10 năm - Các kỹ năng khác: + Quản lý: tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước. + Chính trị: tốt nghiệp trung cấp chính trị + Ngoại ngữ: chứng chỉ B + Tin học: thực hành được tin học văn phòng. + Giảng dạy, tổ chức, giao tiếp công tác với các phòng, ban, với bệnh nhân và thân nhân.

BV ĐKTT AN GIANG K.HSTC	MÔ TẢ CÔNG VIỆC
1. Chức danh: Bác sĩ điều trị 2. Khoa: Hồi Sức tích cực	2. Mã số: T50 – 16121 - 4. Nơi làm việc: BV ĐKTT An Giang
5. Trực tiếp báo cáo cho: Trưởng khoa	
6. Người được ủy quyền: Bác sĩ điều trị	
7. Nhiệm vụ: 7.1/ Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý quy chế. Chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị. 7.2/ Đối với người bệnh vào viện thì phải khám ngay xác định chẩn đoán, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống, các xét nghiệm cần thiết trong 24h phải hoàn thành hồ sơ bệnh án, những trường hợp cấp cứu nặng phải hoàn thành hồ sơ bệnh án ngay. 7.3/ Khi BS. Trưởng khoa khám bệnh, BS có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến bệnh, quá trình điều trị, xin ý kiến hướng dẫn. 7.4/ Hàng ngày mỗi buổi sáng phải khám từng người bệnh được phụ trách, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống Buổi chiều phải khám lại người bệnh 1 lần nữa, cho y lệnh bổ sung. 7.5/ Thực hiện chế độ hội chẩn khoa, liên khoa theo qui định đối với các trường hợp : + Bệnh nặng nguy kịch + Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhưng thuyên giảm chậm hoặc không thuyên giảm. 7.6/ Thực hiện các thủ thuật do trưởng khoa phân công, trước khi thực hiện phải khám lại bệnh nhân 1 lần nữa, ra y lệnh chuẩn bị thủ thuật. 7.7/ Hàng ngày phải kiểm tra lại các chỉ định về thuốc, chế độ chăm sóc, xem các y lệnh về thuốc có còn phù hợp không. Kiểm tra vệ sinh cá nhân của từng người bệnh 7.8/ Hàng ngày cuối giờ làm việc ghi sổ bàn giao cho BS trực những bệnh nặng cần theo dõi, y lệnh còn lại trong ngày (ghi nhận vào sổ theo dõi bệnh nặng). 7.9/ - Tham gia trực theo sự phân công của trưởng khoa - Tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong khi được yêu cầu. Tổng kết bệnh án ra viện, chuyển khoa, chuyển viện theo quy chế bệnh viện. - Hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của Trưởng khoa - Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học. - Bản thân thực hiện tốt quy định về y đức.	

8. Quyền hạn:

- Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo quy chế.
- Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc

9. Các mối quan hệ:

- Nội bộ: Ban Giám Đốc – Các phòng ban – Các khoa của bệnh viện.
- Bên ngoài: + Thân nhân và bệnh nhân

10. Tiêu chuẩn cần có:

- Trình độ học vấn: Bác sĩ
- Kinh nghiệm: Kỹ năng hồi sức cấp cứu
- Các kỹ năng khác:
 - + Ngoại ngữ: chứng chỉ A
 - + Tin học: thực hành được tin học văn phòng.
 - + Giảng dạy, tổ chức, giao tiếp công tác với các phòng, ban, với bệnh nhân và thân nhân.

BV ĐKTT AN GIANG K.HSTC	MÔ TẢ CÔNG VIỆC
1. Chức danh: Điều dưỡng trưởng khoa 2. Khoa : Hồi Sức tích cực	2. Mã số: T50 – 16121 - 318 4. Nơi làm việc: BV ĐKTT An Giang
5. Trực tiếp báo cáo cho: Ban Giám Đốc BV ĐKTT An Giang – Trưởng khoa – Phòng điều dưỡng	
6. Người được ủy quyền: Điều dưỡng hành chánh	
7. Nhiệm vụ: - Tổ chức thực hiện chăm sóc toàn diện người bệnh . - Hằng ngày đi thăm người bệnh. Nhận các y lệnh điều trị và chăm sóc của trưởng khoa để tổ chức thực hiện. - Quản lý buồng bệnh và kiểm tra công tác vệ sinh, vô khuẩn chống nhiễm khuẩn trong khoa. - Kiểm tra đơn đốc điều dưỡng và hộ lý thực hiện y lệnh điều trị của bác sĩ điều trị, quy chế bệnh viện, quy định kỹ thuật bệnh viện, báo cáo kịp thời trưởng khoa các việc đột xuất, những diễn biến bất thường của người bệnh để kịp thời xử lý. - Lập kế hoạch và phân công công việc cho điều dưỡng, hộ lý trong khoa. - Tham gia công tác đào tạo cho điều dưỡng, học viên, hộ lý. - Tham gia công tác chỉ đạo tuyến theo sự phân công. - Lập kế hoạch mua y dụng cụ, vật liệu tiêu hao. Thường xuyên kiểm tra việc sử dụng, bảo dưỡng và quản lý tài sản, vật tư theo quy định hiện hành. Lập kế hoạch yêu cầu sửa chữa dụng cụ hỏng. - Kiểm tra việc ghi sổ sách, phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc, công tác hành chánh, thống kê và báo cáo trong khoa. - Theo dõi, chấm công lao động hàng ngày và tổng hợp ngày giờ công để báo cáo. - Tham gia thường trực và chăm sóc người bệnh. - Ủy viên thường trực kiêm thư ký hội đồng người bệnh cấp khoa. - Giám sát, đơn đốc toàn thể nhân viên trong khoa thực hiện hệ thống quản lý chất lượng theo ISO 9001:2000 đã ban hành. Xác định các hành động chưa phù hợp để đưa ra các cơ hội cải tiến, đáp ứng ổn định các yêu cầu của dịch vụ khám chữa bệnh và nâng cao sự thỏa mãn của bệnh nhân.	
8. Quyền hạn: - Phân công điều dưỡng, hộ lý đáp ứng yêu cầu công việc của khoa. - Kiểm tra điều dưỡng, hộ lý thực hiện các quy định và quy chế của bệnh viện.	
9. Các mối quan hệ: - Nội bộ: Ban Giám Đốc – Các phòng ban – Các khoa của bệnh viện.	

- Bên ngoài: + Bệnh viện (tuyến trên – cùng tuyến – tuyến dưới)
+ Thân nhân và bệnh nhân

10. Tiêu chuẩn cần có: Điều dưỡng trung học.

- Trình độ chuyên môn: Điều dưỡng trung học.
- Nghiệp vụ chuyên môn: Điều dưỡng hồi sức tích cực.
- Kinh nghiệm: Kỹ năng điều dưỡng hồi sức tích cực
- Vi tính: Chứng chỉ A tin học.
- Các kỹ năng khác: Giảng dạy, tổ chức, giao tiếp công tác với các phòng, ban, với bệnh nhân và thân nhân.

BV ĐKTT AN GIANG K.HSCC	MÔ TẢ CÔNG VIỆC
1. Chức danh: Điều dưỡng 2. Khoa : Hồi Sức tích cực	2. Mã số: T50 – 16121 4. Nơi làm việc: BV ĐKTT An Giang
5. Trực tiếp báo cáo cho:Trưởng khoa – Điều dưỡng trưởng khoa	
6. Người được ủy quyền:	
7. Nhiệm vụ: - Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt chú ý quy chế chăm sóc người bệnh toàn diện, quy chế buồng bệnh và buồng thủ thuật. - Thực hiện các quy chế chuyên môn, quy trình kỹ thuật bệnh viện. - Tiếp nhận, bảo quản và sử dụng các thuốc men, dụng cụ, phương tiện, theo quy định, sẵn sàng phục vụ người bệnh. - Khẩn trương thực hiện y lệnh. Theo dõi và ghi chép đầy đủ diễn biến bệnh, việc thực hiện y lệnh vào bảng theo dõi của điều dưỡng. - Báo cáo ngay bác sĩ, điều dưỡng trưởng khi người bệnh có diễn biến bất thường hoặc có khó khăn trong việc thực hiện y lệnh, chăm sóc người bệnh. - Bàn giao đầy đủ việc chăm sóc người bệnh cho ca làm việc sau. - Điều dưỡng trung học thực hiện các kỹ thuật cơ bản: Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh, cho bệnh uống thuốc, thực hiện kỹ thuật tiêm thuốc, truyền dịch, thay băng, đặt thông tiểu, thông dạ dày, kỹ thuật cấp cứu theo quy định. Vận hành và bảo quản các trang thiết bị y tế trong khoa theo sự phân công. - Cử nhân điều dưỡng ngoài việc thực hiện các công việc như điều dưỡng chính, phải thực hiện các kỹ thuật chăm sóc phức tạp khi điều dưỡng chính không thực hiện được, tham gia đào tạo, quản lý sử dụng thành thạo các thiết bị y tế trong khoa. - Tham gia nghiên cứu khoa học về lĩnh vực chăm sóc người bệnh cho học viên khi được điều dưỡng trưởng khoa phân công. - Tham gia thường trực theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa. - Động viên người bệnh an tâm điều trị. Bản thân thực hiện tốt quy định về y đức. - Thường xuyên tự học, cập nhật kiến thức.	
8. Quyền hạn: Được thực hiện các quy trình điều dưỡng.	
9. Các mối quan hệ: - Nội bộ: Điều dưỡng các khoa phòng - Bên ngoài: Thân nhân và bệnh nhân	
10. Tiêu chuẩn cần có: Cử nhân điều dưỡng hoặc điều dưỡng trung học. - Trình độ chuyên môn: Cử nhân điều dưỡng hoặc điều dưỡng trung học.	

- Nghiệp vụ chuyên môn: Điều dưỡng hồi sức tích cực.
- Kinh nghiệm: Kỹ năng điều dưỡng hồi sức tích cực
- Các kỹ năng khác: Giao tiếp với đồng nghiệp với bệnh nhân và thân nhân.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BV ĐKTT AN GIANG K.HSTC	MÔ TẢ CÔNG VIỆC
1. Chức danh: Điều dưỡng hành chánh 2. Khoa : Hồi Sức tích cực	2. Mã số: T50 – 16121 - 318 4. Nơi làm việc: BV ĐKTT An Giang
5. Trực tiếp báo cáo cho: Trưởng khoa – Điều dưỡng trưởng khoa	
6. Người được ủy quyền: Điều dưỡng trưởng tua khi điều dưỡng trưởng đi vắng ủy quyền.	
7. Nhiệm vụ: - Thực hiện công việc thống kê theo quy định. * Ghi cập nhật sổ đăng ký người bệnh vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện và tử vong. * Báo ca tình hình người bệnh hàng ngày, hàng tháng, 3, 6, 9 và 12 tháng theo quy định. * Chuyển bệnh án đã được trưởng khoa duyệt của người bệnh ra viện, tử vong đến phòng lưu trữ. * Bảo quản bệnh án, sổ, ấn chỉ và tài liệu trong khoa. - Quản lý thuốc dùng hàng ngày cho người bệnh trong khoa.	
8. Quyền hạn: Khi điều dưỡng trưởng vắng mặt. - Phân công điều dưỡng, hộ lý đáp ứng yêu cầu công việc của khoa. - Kiểm tra điều dưỡng, hộ lý thực hiện các quy định và quy chế của bệnh viện.	
9. Các mối quan hệ: - Nội bộ: Phòng điều dưỡng – Các phòng - Các khoa của bệnh viện – các bác sĩ của khoa - Bên ngoài: Thân nhân và bệnh nhân	
10. Tiêu chuẩn cần có: Điều dưỡng trung học. - Trình độ chuyên môn: Điều dưỡng trung học. - Nghiệp vụ chuyên môn: Điều dưỡng hồi sức tích cực. - Kinh nghiệm: Kỹ năng điều dưỡng hồi sức tích cực - Các kỹ năng khác: Giảng dạy, tổ chức, giao tiếp công tác, bệnh nhân và thân nhân.	

BV ĐKTT AN GIANG K.HSTC	MÔ TẢ CÔNG VIỆC
1. Chức danh: Hộ Lý 2. Khoa : Hồi Sức tích cực	2. Mã số: 4. Nơi làm việc: BV ĐKTT An Giang
5. Trực tiếp báo cáo cho: Bác sĩ trưởng phó khoa – Điều dưỡng trưởng khoa – bác sĩ điều trị và điều dưỡng trực	
6. Người được ủy quyền:	
7. Nhiệm vụ: - Thực hiện vệ sinh sạch sẽ, đẹp, ngăn nắp, trật tự trong các buồng bệnh, buồng thủ thuật, buồng tắm, buồng vệ sinh, hành lang, buồng làm việc của khoa theo quy chế quản lý buồng bệnh và buồng thủ thuật và quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện. - Phục vụ người bệnh: * Thay, đổi đồ vải của người bệnh theo quy định. * Đồ chất thải của người bệnh. * Cọ rửa và tiệt khuẩn dụng cụ đựng chất thải của người bệnh, đảm bảo luôn sạch sẽ. - Phụ điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh toàn diện. * Hỗ trợ người bệnh thực hiện vệ sinh thân thể. * Vận chuyển người bệnh. * Vận chuyển phương tiện và thiết bị phục vụ người bệnh, mang sửa chữa thiết bị hỏng. - Thu gom, quản lý chất thải trong khoa. * Đặt thùng rác tại các vị trí quy định của khoa. Thùng rác có lót túi nilon đúng màu quy định. * Tập trung, phân loại rác từ buồng bệnh, buồng thủ thuật vào thùng rác chung của khoa. * Thu gom và bỏ rác vào thùng, không để rác rơi vãi ra ngoài. * Cọ rửa thùng rác hàng ngày. - Bảo quản tài sản trong phạm vi được phân công. - Thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn khác theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.	
8. Quyền hạn: - Được làm công việc trong nhiệm vụ của mình.	
9. Các mối quan hệ: - Nội bộ: Bác sĩ, điều dưỡng và điều dưỡng trưởng khoa - Bên ngoài: Thân nhân và bệnh nhân	
10. Tiêu chuẩn cần có: Chứng chỉ hộ lý	

- Trình độ chuyên môn: Đã được đào tạo hộ lý.
- Nghiệp vụ chuyên môn: Hộ lý hồi sức tích cực.
- Kinh nghiệm: Kỹ năng hồi sức tích cực
- Các kỹ năng khác: Nhiệt tình, có khả năng giao tiếp với bệnh nhân và thân nhân.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

QUI TRÌNH VẬN HÀNH

MÁY BƠM TIÊM ĐIỆN B/BRAUN

- I. MỤC ĐÍCH:**
- Máy hoạt động tốt.
- II. PHẠM VI ÁP DỤNG:**
- Máy bơm tiêm điện sử dụng tại khoa Hồi Sức tích cực.
- III. NỘI DUNG:**
- A- Chuẩn bị truyền cho bệnh nhân.**
1. Gắn dây máy vào ổ cắm điện..
 2. Mở máy bằng công tắc O/O.
 3. Gắn ống tiêm đúng vị trí.
 4. Nhấn nút F màn hình ở chế độ sẵn sàng hoạt động.
 5. Đuổi khí trong dây dẫn.
 6. Nối máy, dây dẫn vào bệnh nhân. Chọn tốc độ truyền từ 0.1-99.9 ml/giờ bằng các phím số.
 7. Nhấn nút START/STOP để bắt đầu truyền.
- B- Kết thúc truyền**
8. Bấm nút START/STOP để ngưng truyền. Lấy ống tiêm ra.
 9. Tắt máy bằng cách nhấn nút O/O và giữ 2 giây cho đến khi màn hình tắt.
 10. Thay đổi tốc độ truyền: Nhấn C, cài đặt tốc độ mới bằng các phím số, nhấn F
- Chú ý:
- Khi cần bơm nhanh, đuổi khí nhấn cùng một lúc nút F và BOL lúc đó tốc độ truyền là 800ml/giờ. Chuông báo mỗi ml.
 - Khi tắt máy xong phải lau máy sạch sẽ, đưa máy về trạng thái ban đầu, cuộn dây lại cất vào tủ.

QUI TRÌNH VẬN HÀNH

MÁY THỞ VELA COMPREHENSIVE

IV. MỤC ĐÍCH:

- Máy hoạt động tốt, hiệu quả cho người bệnh.

V. PHẠM VI ÁP DỤNG:

- Máy thở VELA Comprehensive sử dụng tại khoa Hồi Sức tích cực.

VI. NỘI DUNG:

A- Chuẩn bị truyền cho bệnh nhân.

1. Gắn dây máy vào ổ cắm điện nguồn 220v
2. Kết nối dây điện nguồn của bộ tạo ẩm nếu cần.
3. Gắn bộ dây thở vào máy giúp thở.
4. Mở máy bằng công tắc ON
5. Chờ máy khởi động, máy sẽ hiển thị màn hình STARTUP.
6. Chọn RESUME CURRENT để lấy các thông số đã cài đặt cho bệnh nhân trước đó
7. Chọn New Patient để cài đặt các thông số cho bệnh nhân mới.
8. Chọn Mode thở
9. Cài đặt các thông số ở các ô hàng ngang như RATE, FIO2...
10. Cài đặt thông số giới hạn ở biểu tượng LIMITS.
11. Chọn Patient Accept để xác nhận cài đặt, hoặc nhấn trên màn hình cảm ứng khi chấp nhận thông số đã cài đặt.
12. Nếu chọn New patient màn hình setup sẽ xuất hiện các cửa : Nhập số hồ sơ bệnh án ở cửa IDENTIFICATION, nếu chọn bình làm ẩm thì vào cửa HUMIDIFIER ACTIVE ON hoặc OFF nếu không chọn bình làm ẩm. sau khi đã cài đặt chọn Setup Accept để xác nhận.
13. Khi các thông số đã được cài đặt ổn định thử trên phổi giả nếu ổn định thì kết nối để giúp thở cho bệnh nhân.

B- Kết thúc thở

14. Ngắt kết nối thở với bệnh nhân.
 15. Tắt máy, nhấn phím Silence để ngắt âm thanh.
- Khi tắt máy xong phải lau máy sạch sẽ, đưa máy về trạng thái ban đầu, tiết trùng dây máy thở nếu dây dùng lại. Tiết trùng bình làm ẩm.
 - Bỏ dây vào túi rác y tế nếu dây không sử dụng lại.

QUY CHẾ SỬ DỤNG THUỐC

I) QUY ĐỊNH CHUNG :

- 1) Sử dụng thuốc cho người bệnh phải bảo đảm an toàn, hợp lí, hiệu quả và kinh tế.
- 2) Thuốc phải được bảo đảm đến cơ thể người bệnh.
- 3) Phải thực hiện đúng các quy định về bảo quản, cấp phát, sử dụng và thanh toán tài chính.

II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

1) Chỉ Định Sử Dụng Và Đường Dùng Thuốc Cho Người Bệnh :

Bác sĩ được quyền và chịu trách nhiệm ra y lệnh sử dụng thuốc và phải thực hiện các quy định sau :

a/ Y lệnh dùng thuốc phải ghi đầy đủ, rõ ràng vào hồ sơ bệnh án gồm: Tên thuốc, hàm lượng, liều dùng, đường dùng và thời gian dùng.

b/ Thuốc được sử dụng phải :

- Phù hợp với chẩn đoán bệnh, kết quả lâm sàng.
- Phù hợp với độ tuổi, cân nặng, tình trạng và cơ địa người bệnh.
- Dựa vào hướng dẫn thực hành điều trị, bảo đảm liệu trình điều trị.
- Chỉ sử dụng thuốc khi thật sự cần thiết, đúng mục đích, có kết quả nhất và ít tốn kém.

c/ Khi thay đổi thuốc phải phù hợp với diễn biến của bệnh. Không sử dụng đồng thời các thuốc tương kỵ, các loại thuốc tương tác bất lợi và các thuốc có cùng tác dụng trong một thời điểm.

d/ Chỉ định sử dụng thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện phải theo đúng quy chế thuốc độc.

e/ Phải giáo dục, giải thích cho người bệnh tự giác chấp hành đúng y lệnh của bác sĩ điều trị.

g/ Nghiêm cấm chỉ định sử dụng những thuốc có hại đến sức khỏe đã được thông báo hoặc khuyến cáo.

h/ Bác sĩ điều trị căn cứ vào tình trạng người bệnh, mức độ bệnh lí và tính chất dược lí của thuốc mà ra y lệnh đường dùng thuốc thích hợp:

- Đường dưới lưỡi, với những thuốc cần tác dụng nhanh.
- Đường uống, với những thuốc không bị dịch vị và men tiêu hóa phá hủy.
- Đường da, niêm mạc với những thuốc thấm qua da, niêm mạc, thuốc nhỏ mắt, nhỏ mũi.
- Đường trực tràng, âm đạo, với những thuốc đặt, đạn, trứng.

- Đường tiêm với những thuốc tiêm trong da, tiêm dưới da, tiêm bắp thịt, tiêm mạch máu, truyền tĩnh mạch.

i/ Chỉ dùng đường tiêm khi:

- Người bệnh không uống được.
- Cần tác dụng nhanh của thuốc.
- Thuốc dùng đường tiêm.

k/ Khi tiêm vào mạch máu phải có mặt của bác sĩ điều trị. Truyền máu phải do bác sĩ, điều dưỡng có kinh nghiệm thực hiện và bác sĩ điều trị chịu trách nhiệm về an toàn truyền máu.

l/ Dung môi pha chế thuốc đã chọn kim, chỉ được dùng trong ngày, nước cất làm dung môi phải có loại chai riêng, không dùng dung dịch mặn, ngọt đẳng trương làm dung môi pha thuốc.

m/ Nghiêm cấm việc ra y lệnh tiêm mạch máu các thuốc chứa dung môi dầu, nhũ tương và các chất làm tan máu.

2) Lĩnh Thuốc Và Phát Thuốc :

a/ Điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ tổng hợp thuốc và thực hiện các quy định sau :

- Tổng hợp thuốc phải đúng y lệnh.
- Phiếu lĩnh thuốc phải viết rõ ràng, không viết tắt và phải được trưởng khoa kí duyệt.
- Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện phải có phiếu lĩnh thuốc, đơn thuốc riêng theo quy chế thuốc độc.

b/ Điều dưỡng hành chính khoa có nhiệm vụ lĩnh thuốc và thực hiện các quy định sau :

- Phải có phiếu lĩnh thuốc đúng theo mẫu quy định.
- Nhận thuốc phải kiểm tra chất lượng, hàm lượng, số lượng, đối chiếu với phiếu lĩnh thuốc và kí xác nhận đủ vào phiếu lĩnh.
- Lĩnh xong phải mang thuốc về ngay khoa điều trị và bàn giao cho điều dưỡng chăm sóc, để thực hiện theo y lệnh.

3) Bảo Quản Thuốc :

a/ Thuốc lĩnh về khoa phải :

- Sử dụng hết trong ngày theo y lệnh.
- Bảo quản thuốc tại khoa, trong tủ thường trực theo đúng quy định.
- Trong tuần trả lại khoa được những thuốc dư ra do thay đổi y lệnh, người bệnh ra viện, chuyển viện, hoặc tử vong ; phiếu trả thuốc phải có xác nhận của trưởng khoa điều trị.

b/ Nghiêm cấm việc cho cá nhân vay mượn và đổi thuốc.

c/ Mất thuốc, hỏng thuốc do bất cứ nguyên nhân nào đều phải lập biên bản, vào sổ theo dõi chất lượng thuốc, quy trách nhiệm và xử lý theo chế độ bồi thường vật chất, do giám đốc bệnh viện quyết định.

4) Theo Dõi Người Bệnh Sau Khi Dùng Thuốc :

a/ Bác sĩ điều trị có trách nhiệm theo dõi tác dụng và xử lý kịp thời các tai biến sớm và muộn do dùng thuốc.

b/ Điều dưỡng chăm sóc có trách nhiệm ghi chép đầy đủ các diễn biến lâm sàng của người bệnh vào hồ sơ bệnh án, phát hiện kịp thời các tai biến và khẩn cấp báo cáo bác sĩ điều trị

c/ Phải đặc biệt chú ý các phản ứng quá mẫn, choáng phản vệ do thuốc diễn biến xấu, hoặc tử vong.

5) Chống Nhầm Lẫn Thuốc :

a/ Bác sĩ điều trị kê đơn, ra y lệnh điều trị và thực hiện.

- Phải viết đầy đủ và rõ ràng tên thuốc, dùng chữ viết nam, chữ la tinh hoặc tên biệt dược.

- Phải ghi y lệnh dùng thuốc theo trình tự thuốc tiêm, thuốc viên, thuốc nước tiếp đến các phương pháp điều trị khác.

- Dùng thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải đánh số theo dõi ngày dùng, liều dùng, tổng liều.

b/ Điều dưỡng chăm sóc phải đảm bảo thuốc đến cơ thể người bệnh an toàn và thực hiện các quy định sau :

- Phải công khai thuốc được dùng hàng ngày cho từng người bệnh.

- Phải có sổ thuốc điều trị, mỗi khi đã thực hiện xong phải đánh dấu vào sổ.

- Phải có khay thuốc, lọ đựng thuốc uống sáng, chiều và tối cho từng người bệnh.

- Khi gặp thuốc mới hoặc y lệnh sử dụng thuốc quá liều quy định phải thận trọng, hỏi lại bác sĩ điều trị.

- Trước khi tiêm thuốc, cho người bệnh uống thuốc phải thực hiện :

☐ 3 kiểm tra :

+ Họ tên người bệnh.

+ Tên thuốc.

+ Liều dùng.

☐ 5 đối chiếu :

+ Số giường.

+ Nhãn thuốc.

+ Đường dùng.

+ Chất lượng thuốc.

+ Thời gian dùng thuốc.

- Phải bàn giao thuốc còn lại của người bệnh cho kíp thường trực sau.

- Khoa điều trị phải có sổ theo dõi tai biến do thuốc.

- Nghiêm cấm việc tự ý thay đổi thuốc và việc tự ý trộn lẫn các thuốc để tiêm

QUY CHẾ CHỐNG NHIỄM KHUẨN

I) QUY ĐỊNH CHUNG :

1/ Công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện là việc thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về vô khuẩn, khử khuẩn, tiệt khuẩn; bao gồm các dụng cụ y tế, vệ sinh ngoại cảnh, vệ sinh khoa, phòng, vệ sinh cá nhân và vệ sinh an toàn thực phẩm.

2/ Các điều kiện để thực hiện công tác chống nhiễm khuẩn bao gồm : nước sạch, dụng cụ, phương tiện, hóa chất khử khuẩn...

II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

1/ Kỹ Thuật Vô Khuẩn :

a- Dụng cụ, bông, gạc thuốc sử dụng trong những kỹ thuật vô khuẩn phải được tiệt khuẩn.

b- Dụng cụ y tế nhiễm khuẩn sau khi dùng xong phải được ngâm vào dung dịch tẩy uế trước khi loại bỏ hoặc xử lý để dùng lại. Dụng cụ, dây truyền dịch, dây truyền máu, kim luồn mạch máu, ống thông mạch máu, bơm tiêm nhựa được sử dụng một lần. Những dụng cụ được phép dùng lại phải cọ rửa đúng quy định trước khi khử khuẩn, tiệt khuẩn.

c- Dụng cụ, vật dụng sau khi khử khuẩn, tiệt khuẩn phải được bảo quản trong hộp kín, có niêm phong ghi rõ hạn dùng, cất giữ trong tủ.

d- Trước khi tiến hành các phẫu thuật, thủ thuật vô khuẩn, người thực hiện kỹ thuật phải thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về vô khuẩn.

e- Kỹ thuật vô khuẩn phải được tiến hành trong điều kiện vô khuẩn và đúng quy định kỹ thuật bệnh viện.

2/ Trật Tự Vệ Sinh Khoa Và Phòng Bệnh :

a- Vệ sinh buồng bệnh và các phòng khác :

- Có đủ thùng rác có nắp đậy, để trên hành lang, nơi thuận tiện, dễ sử dụng cho người bệnh và các thành viên trong khoa.

- Trần, tường, bề mặt cửa, cánh cửa các khoa, buồng bệnh phải luôn sạch, không có mạng nhện.

- Nền các buồng bệnh được lát gạch men hoặc vật liệu tương đương bảo đảm nhẵn, khô, không thấm nước, luôn sạch.

- Thực hiện lau bằng dung dịch xà phòng, dung dịch khử khuẩn theo quy định kỹ thuật bệnh viện : nền nhà, tường nhà, bàn ghế, giường tủ, trụ truyền, xe tiêm, xe đẩy, cang đẩy, thiết bị y tế và thiết bị thông thường có trong các buồng bệnh.

- Buồng bệnh, buồng thủ thuật phải được tổng vệ sinh một tuần một lần.

- Gởi giặt tại Khoa Chống Nhiễm Khuẩn:

+ Quần áo chuyên môn các thành viên trong khoa

+ Quần áo người bệnh

- Buồng vệ sinh, buồng tắm bảo đảm sạch, không tắc, không mùi hôi, không có ruồi nhặng và các côn trùng khác.

b-Vệ sinh người bệnh :

- Người bệnh phải được mặc quần áo bệnh viện.
- Thân nhân và nhân viên trực tiếp vệ sinh cho người bệnh.

c-Vệ sinh cá nhân :

- Các thành viên trong bệnh viện phải bảo đảm vệ sinh cá nhân, móng tay cắt ngắn, mặc quần áo công tác, đội mũ y tế theo quy chế trang phục y tế.
- Gương mẫu vệ sinh cá nhân và vệ sinh chung, nơi làm việc vệ sinh ngăn nắp.

QUY CHẾ HỘI CHẨN

1/ Khi Cần Hội Chẩn :

- a) Các trường hợp khó chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh.
- b) Các trường hợp người bệnh cấp cứu.
- c) Các trường hợp người bệnh có chỉ định làm các thủ thuật.
- d) Các trường hợp người bệnh đã được chẩn đoán xác định, sau 3 ngày điều trị trong khoa không biến chuyển bác sĩ điều trị có trách nhiệm mời bác sĩ trưởng khoa thăm khám lại người bệnh và cho ý kiến hướng dẫn điều tiếp.

2/ Hình Thức Hội Chẩn :

a) Hội Chẩn Khoa: Khi việc chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh chưa được rõ ràng, tiên lượng còn dè dặt.

- Người đề xuất: Bác sĩ điều trị người bệnh.
- Người chủ trì: Bác sĩ trưởng khoa.
- Thành phần tham dự: Bác sĩ điều trị trong khoa, điều dưỡng trưởng khoa.
- Thư ký: Do trưởng khoa chỉ định.

b) Hội Chẩn Liên Khoa : Khi người bệnh mắc thêm một bệnh thuộc chuyên khoa khác.

- Người đề xuất: Bác sĩ điều trị người bệnh đề nghị và trưởng khoa đồng ý.
 - Người chủ trì: Bác sĩ trưởng khoa có người bệnh
- + *Thành Phần Tham Dự :*
- Bác sĩ điều trị và điều dưỡng trưởng khoa.
 - Bác sĩ trưởng khoa có liên quan và mời chuyên gia.
 - Thư ký do trưởng khoa có người bệnh chỉ định.

c) Hội Chẩn Toàn Bệnh Viện : Khi người bệnh mắc bệnh nặng liên quan đến nhiều chuyên khoa khó chẩn đoán và điều trị chưa có hiệu quả.

- Người đề xuất: Bác sĩ trưởng khoa có người bệnh.
- Người chủ trì: Giám đốc bệnh viện.
- Thành phần tham dự: Các bác sĩ trưởng khoa, phó trưởng khoa, trưởng phòng điều dưỡng, điều dưỡng trưởng khoa có liên quan và các chuyên gia.
- Thư ký trưởng phòng kế hoạch tổng hợp

3/ Trình Tự Và Nội Dung Hội Chẩn :

- a) **Bác Sĩ Điều Trị Có Trách Nhiệm :**

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ bệnh án, các kết quả cận lâm sàng, các phương tiện thăm khám người bệnh.

- Chuẩn bị người bệnh, thông báo thời gian và nội dung hội chẩn. Tùy tình trạng người bệnh mà tổ chức hội chẩn tại giường hoặc tại buồng riêng cho phù hợp.

b) Người được mời tham gia hội chẩn phải có trình độ chuyên môn tốt, có tinh thần trách nhiệm, trường hợp mời đích danh mà không tham gia được phải cử người có trình độ tương đương đi thay ; phải được nghiên cứu hồ sơ bệnh án và thăm khám người bệnh trước.

c) Người Chủ Trì Hội Chẩn Có Trách Nhiệm :

- Giới thiệu thành phần người tham dự, báo cáo tóm tắt quá trình điều trị, chăm sóc và yêu cầu hội chẩn

- Kết luận rõ ràng từng vấn đề đề ghi biên bản. Khi kết thúc phải đọc lại thông qua biên bản hội chẩn và từng thành viên kí, ghi rõ họ tên và chức danh.

d) Thư Ký Có Trách Nhiệm :

- Ghi chép đầy đủ các ý kiến của từng người vào sổ biên bản.

- Căn cứ vào kết luận ghi trong sổ biên bản hội chẩn, trích lập phiếu “*biên bản hội chẩn*” đính vào hồ sơ bệnh án ; phiếu biên bản hội chẩn này do thư ký và người chủ trì ký, ghi rõ họ tên và chức danh.

e) Trường hợp có ý kiến chưa thống nhất thư ký phải ghi lại và báo cáo giám đốc bệnh viện giải quyết.

f) Hội chẩn cấp cứu phải được thực hiện ngay trong giờ hành chính cũng như trong phiên thường trực, tùy tình trạng bệnh mà có hình thức hội chẩn thích hợp.

g) Khi người bệnh có chỉ định phẫu thuật phải được hội chẩn để xác định. Hội chẩn phải có đầy đủ các phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ điều trị khoa ngoại và điều dưỡng trưởng khoa ngoại và điều dưỡng trưởng khoa phẫu thuật-gây mê hồi sức.

i) Nghiêm cấm các trường hợp: Tiến hành phẫu thuật mà không hội chẩn.

QUY CHẾ CÔNG TÁC XỬ LÝ CHẤT THẢI

I) QUY ĐỊNH CHUNG :

1) Chất thải bệnh viện bao gồm chất thải rắn, lỏng và khí là những chất thải được thải ra trong quá trình điều trị, chẩn đoán, chăm sóc và sinh hoạt.

- Chất thải bệnh viện có đặc tính lí học, hóa học và sinh học vừa là nguồn gây ô nhiễm môi trường vừa là nguồn lây bệnh, vì vậy xử lý và kiểm soát nghiêm ngặt chất thải là nhiệm vụ quan trọng của bệnh viện.

2) Khoa chịu trách nhiệm tổ chức thực hiện và giám sát việc xử lý chất thải trong Khoa.

3) Nơi tập trung thùng chứa chất thải của Khoa phải tiện cho việc thu chất thải

II) QUY ĐỊNH CỤ THỂ :

1) Xử Lý Chất Thải Rắn :

a/ Mọi người làm phát sinh ra chất thải phải tự thu gom, phân loại bỏ vào đúng nơi quy định.

b/ Chất thải rắn được phân làm 3 loại và đựng trong túi nilon hoặc hộp cứng theo quy định.

- Túi nilon màu xanh đựng chất thải sinh hoạt.
- Túi nilon màu vàng đựng chất thải nhiễm khuẩn(y tế).
- Hộp cứng màu vàng đựng các vật sắc nhọn.

c/ Tập trung chất thải tại nơi quy định để tiện cho mỗi buổi sáng Khoa Kiểm soát Nhiễm khuẩn thu gom.

2) Xử Lý Chất Thải Lỏng, nước thải sinh hoạt :

Nước thải cọ rửa dụng cụ, nước thải sinh hoạt được thải theo hệ thống cống chung tại bệnh viện

PHÁC ĐỒ XỬ TRÍ SỐC PHẢN VỆ

I) TRIỆU CHỨNG :

Ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn, xuất hiện:

- Cảm giác khác thường (bồn chồn, hốt hoảng, sợ hãi . . .) tiếp đó xuất hiện triệu chứng ở 1 hoặc nhiều cơ quan.
- Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quincke.
- Mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được.
- Khó thở (kiểu hen, thanh quản), nghẹt thở.
- Đau quặn bụng, tiêu tiểu không tự chủ.
- Đau đầu chóng mặt, đôi khi hôn mê.
- Chóang váng, vật vã, giãy giụa, co giật.

II) XỬ TRÍ :

A. Xử trí ngay tại chỗ:

- 1) Ngừng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang dùng tiêm, uống bôi, nhỏ mắt, mũi).
- 2) Cho bệnh nhân nằm tại chỗ.
- 3) Thuốc: Adrenaline là thuốc cơ bản để chống sốc phản vệ.

✓ Adrenaline dung dịch 1/1000 ống 1ml = 1mg, tiêm dưới da ngay sau khi xuất hiện sốc phản vệ với liều như sau:

+ ½ - 1 ống ở người lớn.

+ Không quá 0,3ml ở trẻ em (ống 1ml (1mg) + 9ml nước cất = 10ml sau đó tiêm 0,1ml/kg).

+ Hoặc Adrenaline 0,01mg/kg cho cả trẻ em lẫn người lớn.

✓ Tiếp tục tiêm Adrenaline liều như trên 10 – 15 phút/ lần cho đến khi huyết áp trở lại bình thường.

✓ Ủ ấm, đầu thấp chân cao, theo dõi huyết áp 10 – 15 phút/ lần (nằm nghiêng nếu có nôn).

Nếu sốc quá nặng đe dọa tử vong, ngoài đường tiêm dưới da có thể tiêm Adrenaline dung dịch 1/10,000 (pha loãng 1/ 10) qua tĩnh mạch. Bơm qua ống nối khí quản hoặc tiêm qua màng nhầy giáp.

B. Tùy theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến có thể áp dụng các biện pháp sau:

1) Xử trí suy hô hấp:

Tùy theo tuyến và mức độ khó thở có thể sử dụng các biện pháp sau đây:

- Thở Oxy mũi – thổi ngạt.
- Bóp bóng Ambu có oxy.

- Đặt ống nội khí quản, thông khí nhân tạo. Mở khí quản nếu có phù thanh môn.
- Truyền tĩnh mạch chậm: Aminophyllin 1mg/kg/giờ hoặc Terbutaline 0,2microgam/kg/phút.

Có thể dùng:

- Terbutaline 0.5mg, 01 ống tiêm dưới da ở người lớn và 0.2ml/10kg ở em. Tiêm lại sau 6 – 8 giờ nếu không đỡ khó thở.
- Xịt họng Terbutaline, Salbutamol mỗi lần 4 – 5 nhát bóp, 4 – 5 lần trong ngày.

2) Thiết lập đường truyền tĩnh mạch: Adrenaline để duy trì huyết áp bắt đầu bằng 0.1microgam/kg/phút điều chỉnh tốc độ theo huyết áp (khoảng 2mg Adrenaline/giờ cho người lớn 55kg)

3) Các thuốc khác:

- Methylprenisolone 1 – 2mg/kg/4giờ hoặc Hydrocortisone hemissuccinate 5mg/kg/giờ tiêm tĩnh mạch (có thể tiêm bắp ở tuyến cơ sở). Dùng liều cao hơn nếu sốc nặng (gấp 2 – 5 lần)
- Natriclorua 0.9% 1 – 2 lít ở người lớn, không quá 20ml/kg ở trẻ em.
- Pipophen 50 mg tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

4) Điều trị phối hợp:

- Uống than hoạt 1g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hóa.
- Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc.

Chú ý:

- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24giờ sau khi huyết áp đã ổn định.
- Sau khi sơ cứu nên tạm dừng đường tiêm tĩnh mạch đùi (vì tĩnh mạch to nằm phía trong động mạch đùi, dễ tìm)
- Nếu huyết áp vẫn không lên sau khi truyền đủ dịch và Adrenaline thì có thể truyền thêm huyết tương, Albumin (hoặc máu nếu mất máu) hoặc bất kỳ dung dịch cao phân tử nào có sẵn.
- Điều dưỡng có thể sử dụng Adrenaline dưới da theo phác đồ khi Bs không có mặt.
- Hỏi kỹ tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ trước khi dùng thuốc là cần thiết.

CẤP CỨU NGỪNG TIM – NGỪNG THỞ

I. Nguyên nhân

- Thường gặp: bệnh tim, TBMMN, tai nạn, SHH cấp, chấn thương;...
- Có thể phục hồi được hay không:
 - Có thể: giảm thể tích tuần hoàn, ngộ độc, chèn ép tim cấp, tràn khí màng phổi, rối loạn chuyển hoá, nhồi máu cơ tim...
 - Không thể: ung thư, bệnh giai đoạn cuối, tai nạn quá nặng.

II. Chẩn đoán

- 1 – Mất ý thức đột ngột
- 2 - Ngưng thở đột ngột
- 3 – Mất mạch bẹn, mạch cảnh.

III. Xử trí

- **Quy trình ABCD thứ nhất:** Nhấn mạnh việc hồi sinh cơ bản và sốc điện sớm

- * Xem bệnh nhân có đáp ứng không
- * Khởi động hệ thống cấp cứu

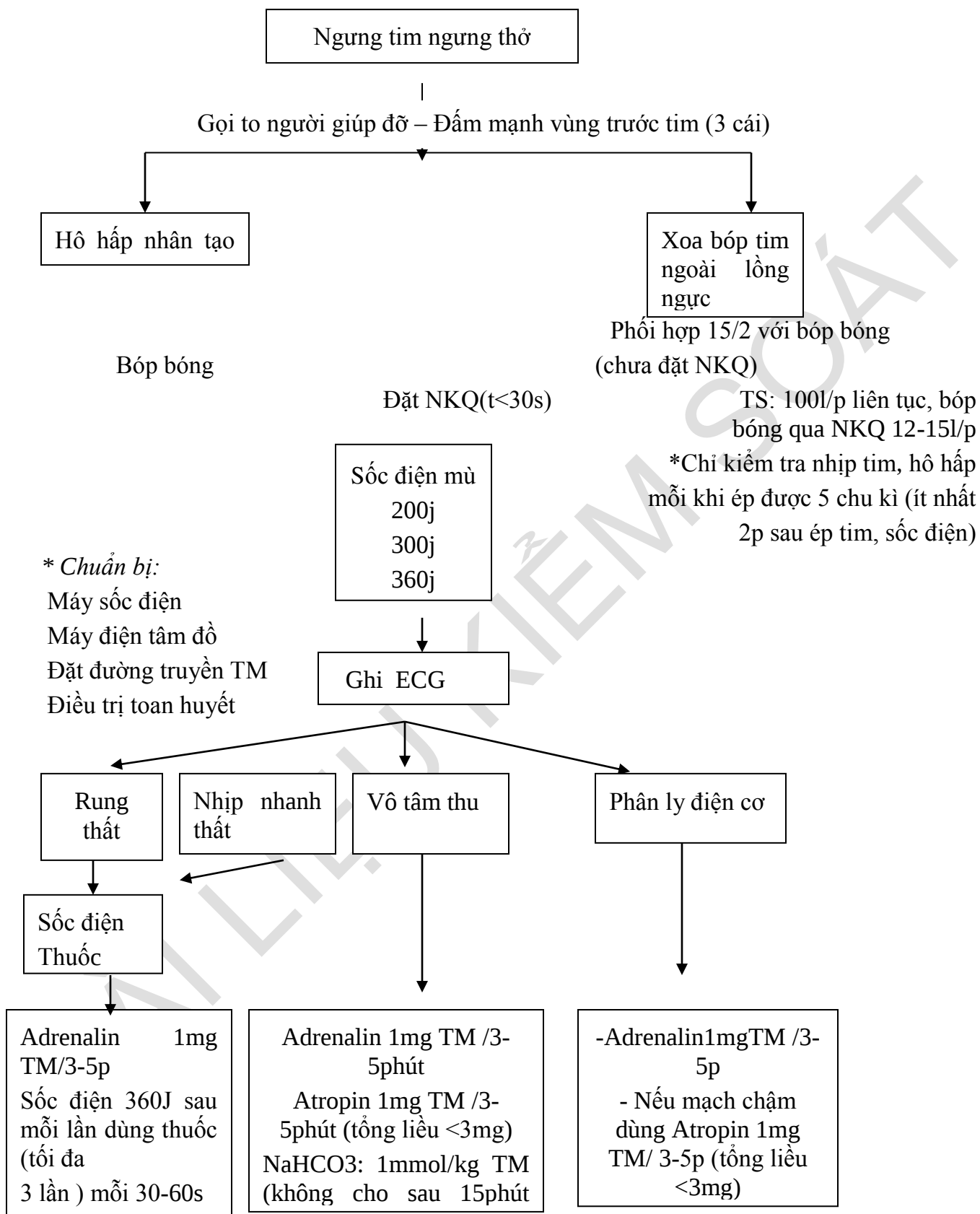
A - Airway	Khai thông đường thở
B - Breathing	Bóp bóng qua Mask
C - Circulation	Bắt đầu ép tim
D - Defibrillation	Sốc điện nếu rung thất hoặc nhịp nhanh thất có mất mạch. Đánh đến 3 lần nếu cần (200J, 300J, 360J)

- **Quy trình ABCD thứ hai:** Nhấn mạnh việc đánh giá và điều trị tích cực sớm

A - Airway	- Đặt các dụng cụ giúp thở càng sớm càng tốt
B - Breathing	- Xác định vị trí của dụng cụ giúp thở, cố định - Xác định hiệu quả của thông khí và tưới máu
C - Circulation	- Đặt đường truyền tĩnh mạch - Chẩn đoán các rối loạn nhịp để theo dõi - Dùng thuốc chống rối loạn nhịp phù hợp
D-Differential diagnosis	Chẩn đoán phân biệt: Tầm soát và điều trị các nguyên nhân gây ngưng tim, có thể tác động được.

- **Xử trí sau ép tim có kết quả:**

- Đặt NKQ (nếu chưa đặt), lắp máy thở hoặc điều chỉnh các thông số máy thở
- Tụt HA: truyền dịch, vận mạch (Dopamin, Dobutamin, Noradrenaline)
- Thuốc chống loạn nhịp tái phát trong rung thất, nhịp nhanh thất.
- Tìm nguyên nhân và điều trị theo nguyên nhân gây ngưng tim, điều chỉnh nước điện giải bằng kiểm tra nếu cần



NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN

I. Chẩn đoán:

1. Tiêu chuẩn: Khi có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn:

1. Đau ngực kiểu mạch vành 2. Biến đổi động học ECG 3. Tăng men tim:

- Troponin T: tăng sau 3-12 giờ, đạt đỉnh ở 24-48 giờ, sau 5-14 ngày.

- CK-MB: tăng sau đau ngực 3-12 giờ, đạt đỉnh ở 24 giờ, bt sau 48-72 giờ

2. Phân độ Killip:

Độ Killip	Đặc điểm lâm sàng
I	Không có triệu chứng của suy tim trái
II	Có ran ẩm <1/2 phổi, TMC nổi và / hoặc tiếng T3
III	Phù phổi cấp
IV	Sốc tim

II. Điều trị:

1. Các biện pháp chung điều trị ban đầu:

a. Bệnh nhân phải được nghỉ ngơi tuyệt đối tại giường

b. Thở oxy 2-4l/phút qua ống thông mũi

c. Giảm đau:

- Nitroglycerin: BTĐ khởi đầu 10μ/phút (3ống Nitroglycerin 10mg/10ml pha 20ml NaCl 0,9%) tăng dần mỗi 5 phút lên 16-30μg/phút đến khi kiểm soát được cơn đau (TD sát mạch và huyết áp).

** Chống chỉ định:

+ HA tâm thu < 90mmHg + Nhồi máu thất phải + Tim > 100l/ph hoặc chậm < 50 l/ph.

- Morphine sulfat 2-4mg TM mỗi 5-10 phút cho tới khi kiểm soát được cơn đau hoặc xuất hiện tác dụng phụ.

d. Thuốc chống kết tập tiểu cầu:

- Aspirin 81mg: ngày đầu 3 viên nhai nuốt, những ngày sau 1 viên/ngày

- Clopidogrel 75mg: liều đầu 4-8 viên. Những ngày sau 1 viên / ngày.

e. Thuốc kháng đông: Enoxaparin (Lovenox 0,4ml)

- Bolus 0.5mg/kg hoặc 30mg tiêm mạch

- 1mg/kg TDD mỗi 12 giờ (lồng mỗi 12 giờ), trong 5-7 ngày

** Lưu ý: Nếu đã dùng Streptokinase nên chờ 6 giờ sau khi truyền xong mới dùng và không dùng liều bolus.

f. Thuốc ức chế Beta

- Sử dụng Metoprolol 25-50mg mỗi 6-12 giờ, hoặc Atenolol

** Chống chỉ định:

- + Suy tim nặng + HA tâm thu < 90mmHg + Nhịp tim < 60 l/ph
- + Block A-V + Bệnh co thắt phế quản

g. Thuốc ức chế men chuyển, ức chế AT II: Có thể cho trong 24 giờ đầu

- Captopril 25mg ½-1 viên 2-3 lần/ngày

- Lisinopril 5mg 1viên/ngày

h. Các thuốc chống loạn nhịp (nếu có), thuốc vận mạch (Dopamin, Dobutamin, Noradrenalin) nếu cần

2. Điều trị tái tưới máu mạch vành bằng tiêu sợi huyết

- Dùng thuốc tiêu sợi huyết, dùng trước 6 giờ từ lúc đau ngực.

- Streptokinase 1,5MUI / 1 lọ pha trong 100ml NaCl 0.9% TTM xxx giọt/phút.

** Lưu ý :

- + Phản ứng dị ứng: nổi mẩn đỏ da và sốt

- + Tụt HA

Do phản ứng sản xuất kháng thể chống Streptokinase sau khi dùng, BN đã dùng thì chỉ được dùng lại sau 10 năm.

* Chống chỉ định tuyệt đối:

- Tiền căn XH não

- Dị dạng động tĩnh mạch, phình mạch não

- U não

- Đột quỵ thiếu máu < 3 tháng, ngoại trừ 3 giờ đầu

- Tăng HA không kiểm soát được: HA tthu > 180 mmHg, HA ttrương > 110

- Bóc tách động mạch chủ

- Chấn thương đầu, mặt nặng trong vòng 3 tháng

- Viêm màng ngoài tim cấp

- Chảy máu tạng

- Mang thai

* Chống chỉ định tương đối:

- Tiền căn dị ứng với Streptokinase hoặc anistreplase

- Loét dạ dày

- Chảy máu trong 2-4 tuần

- Đột quỵ thiếu máu > 3 tháng

- Đại phẫu < 3 tuần

- Chảy máu kinh nguyệt nhiều

- Tcăn chảy máu nội nhãn

3. Điều trị hỗ trợ:

- Sử dụng thuốc chống nôn nếu có

- Không khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế kênh Canxi

- Ức chế bơm proton: Pantoprazol

- Sử dụng Statin

- Dinh dưỡng: ăn loãng, ấm, nhiều lần trong ngày. Không để BN bị bón.

- Sử dụng an thần nếu cần

III. Theo dõi:

- Mặc monitoring theo dõi M, HA, SpO2, nhịp tim

- Men tim và ECG mỗi 6 giờ trong 24 giờ đầu, sau đó mỗi ngày

- Theo dõi các biến chứng

Tài liệu tham khảo:

1. Võ Thành Nhân, Điều trị nhồi máu cơ tim cấp, Điều trị học nội khoa, Nhà xuất bản y học 2009, trang 73-85.
2. Điều trị nhồi máu cơ tim cấp, Phác đồ điều trị nhồi máu cơ tim, khoa Hồi sức Tích cực Bệnh Viện Đa khoa Trung tâm An Giang 2008.
3. The Washington Manual of Medical Therapeutics, 32nd Edition
4. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition

VIÊM TỤY CẤP

I. Định nghĩa:

Viêm tụy cấp là sự viêm cấp mô tụy và mô xung quanh tụy do khả năng hoạt hóa của men tụy lên tuyến tụy, đặc biệt là trypsin.

II. Nguyên nhân:

- Đa số do rượu và bệnh sỏi mật
- Ít hơn: chấn thương bụng, tăng canxi máu, tăng mỡ máu, do thuốc. viêm tụy do ERCP...

III. Chẩn đoán: là chẩn đoán loại trừ các nguyên nhân khác của đau bụng cấp

1. Lâm sàng:

- Đau bụng, buồn nôn, nôn
- Dấu Mayo-Robson: Điểm đau sườn lưng trái
- Dấu Mallet Guy- Tôn Thất Tùng: điểm chiếu sườn lưng trái ở thành trước.
- Dấu Cullen : Mảng bầm tím dưới da vùng quanh rốn (xuất huyết trong xoang phúc mạc)
- Dấu Turner-Grey: Mảng bầm tím dưới da vùng lưng trái và hông trái
- Triệu chứng khác: Sốt, vàng da, rối loạn vận chuyển ruột (táo bón hoặc tiêu chảy), tiết dịch trong xoang bụng.

2. Cận lâm sàng:

- + Men tụy tăng rất sớm từ những giờ đầu, về bình thường sau 2-3 ngày (Amylase nước tiểu về bình thường muộn hơn: sau 7-10 ngày).
- Amylase, Lipase máu tăng trên 3 lần trị bình thường (Amylase máu > 500 UI)
- Amylase dịch màng bụng > 5000U/dL - Amylase nước tiểu > 1000 UI/L
- + X-Quang: Dấu hiệu quai ruột canh gác, đại tràng cắt cụt, sỏi đường mật, TDMP trái.
- + Siêu âm bụng: Hình ảnh tụy to, phù nề, hoại tử tụy, abscess tụy, nang giả tụy, tụ dịch quanh tụy, bệnh lý đường mật (sỏi, giãn...)
- CT scan bụng có giá trị chẩn đoán xác định, nên trì hoãn ≥ 48 giờ nếu được

IV. Phân loại:

+ Các yếu tố tiên lượng độ nặng của bệnh :

- Phối hợp với suy cơ quan và/hoặc biến chứng khu trú như hoại tử tụy
- Biểu hiện lâm sàng: BMI > 30, Hct > 44%, Tuổi > 70
- Suy cơ quan: Sốc, PO₂ < 60, suy thận, chảy máu đường tiêu hóa.
- ≥ 3 tiêu chuẩn Ranson.
- Apache II score > 8

+ **Tiêu chuẩn Ranson:**

Lúc nhập viện:

- Tuổi > 55t
- Bạch cầu > 16000
- Glycemie > 10mmol/l

Qua 48h theo dõi:

- Ure huyết > 3mmol
- PaO₂ < 60mmHg
- Calcemie < 2mmol/L

- LDH > 350 UI/L
- SGOT > 250 UI/L
- + Nếu có từ 3 yếu tố trở lên là VTC nặng.
- Hct giảm > 10%
- Thoát dịch mô kẽ > 6

IV. Điều trị:

1. Các nguyên tắc chung:

- Điều trị kết hợp nội ngoại khoa: hồi sức nội khoa và theo dõi diễn tiến VTC để chỉ định can thiệp ngoại khoa thích hợp
- Đề tuyển tụy nghỉ ngơi tránh kích thích tụy bằng thuốc và cho ăn
- Điều trị nâng đỡ
- Điều trị các biến chứng

2. Điều trị nội: nhằm giảm đau, giảm tiết tụy, chống sốc, nuôi ăn, dung kháng sinh khi bội nhiễm, điều trị hỗ trợ khác.

a. Giảm đau:

- Meperidine (Dolargan) ống 100mg/2ml. 50-100mg mỗi 4-6 giờ IM, IV
- Nospa, Visceralgin.

b. Giảm tiết dịch tụy:

- Đặt ống thông dạ dày và hút dịch
- Thuốc chống tiết dịch vị: ức chế bơm proton (Omeprazol 40mg ; Pantoprazol: 1-2 lọ / ngày, IV)
- Octreotide 100mcg x 3 lần / ngày TDD

c. Nuôi ăn:

- Đường tĩnh mạch trong 1-2 ngày đầu, 30 calo/kg/ngày tăng dần lên 50-60 calo/kg/ngày.
- Khi bệnh nhân hết đau bụng thì chuyển dần sang nuôi ăn đường miệng theo trình tự: nước đường, cháo đường, cơm nhão rồi cơm bình thường.
- Kiêng sữa, mỡ, béo.

d. Phòng và điều trị sốc:

- Truyền dịch lượng nhiều (4-6l/ngày) trong những ngày đầu
- Điều chỉnh rối loạn nước điện giải, kiểm toan (lưu ý hạ Canxi máu)
- Khi có sốc điều trị theo nguyên nhân (xuất huyết, nhiễm trùng, nhiễm độc)
- Đặt catheter đo CVP, sử dụng vận mạch nếu cần (khi có sốc)

e. Vấn đề sử dụng kháng sinh

- Lợi ích của kháng sinh dự phòng trong điều trị viêm tụy cấp hoại tử vẫn còn đang tranh cãi.
- Trong viêm tụy cấp hoại tử có thể dùng Imipenem cilastin 0.5g TM, 3 lần / ngày, 7 ngày

3. Chỉ định can thiệp ngoại khoa:

- Khi có nghi ngờ trong chẩn đoán, không loại được bệnh ngoại khoa khác.
- Có biến chứng ngoại khoa như xuất huyết nội, viêm phúc mạc, áp xe tụy, hoại tử nhiễm trùng.

- Có bệnh đường mật kết hợp chỉ định can thiệp ngoại để giải tỏa, dẫn lưu đường mật. Kỹ thuật lấy sỏi qua nội soi làm giảm đáng kể chỉ định này.
- Khi điều trị nội tích cực mà không cải thiện tình trạng bệnh

Tài liệu tham khảo:

1. **Trần Ngọc Bảo**. Viêm tụy cấp, Điều trị học nội khoa, Nhà xuất bản y học 2009, tr 191-198
2. Viêm tụy cấp, Phác đồ điều trị khoa Hồi Sức TC BVĐKAG năm 2008
3. The Washington Manual of Medical Therapeutics, 32nd Edition
4. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th Edition

XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN

I. Định nghĩa: Là hiện tượng máu chảy vào đường tiêu hóa từ trên góc Treitz và được thải ra ngoài bằng nôn ra máu và/hoặc tiêu ra máu.

II. Nguyên nhân xuất huyết:

- Loét dạ dày tá tràng (50%)
- Tăng áp tĩnh mạch cửa (10-20%)
- Rách Mallory-Weiss (5-10%)
- Dị dạng mạch máu (7%)
- Viêm loét dạ dày (5%)
- U ác dạ dày (1%)
- Viêm thực quản
- Những nguyên nhân hiếm khác: dò ĐMC-ruột, chảy máu đường mật, ung thư tụy,...

III. Chẩn đoán:

1. Xác định XHTH trên cấp:

- Nôn ra máu và/hoặc tiêu phân đen hoặc đỏ
- Đặt sonde dạ dày hút có máu
- Sốc mất máu
- Nội soi giúp xác định chẩn đoán

2. Mức độ mất máu cấp:

Mức độ	Nhẹ	Trung bình	Nặng
1. Lượng máu mất	< 15% V máu cơ thể (750ml)	15-30% (750-00ml)	> 30% (> 1500ml)
2. Triệu chứng toàn thân	Tinh, lo âu nhẹ, hơi mệt.	Lo âu vừa, mệt mỏi, niêm nhợt, da xanh, chóng mặt, vã mồ hôi, tiểu ít.	Rối loạn tri giác, hốt hoảng, lo âu, li bì, vật vã, sốt nhẹ, thờ nhanh, vô niệu khát nước, chi lạnh da niêm nhợt.
3. Mạch (lần/phút)	90 – 100	100 – 120	> 120
4. HA (mmHg)	> 90	80 – 90	< 80
5. Hct (%)	> 30	20 - 30	< 20
6. Số lượng hồng cầu	$3 \times 10^{12} /L$	$2 - 3 \times 10^{12} /L$	$< 2 \times 10^{12} /L$
7. Loại dịch	Dung dịch tinh thể	Dung dịch tinh thể ± máu	Dung dịch tinh thể và máu

III. Xử trí:

1. Hồi sức chung: Cho bệnh nhân nằm đầu thấp

- Hồi phục thể tích tuần hoàn: theo mức độ mất máu
- + Thiết lập hai đường truyền kim lớn (16-18G), nếu cần đặt CVP
- + Truyền dung dịch tinh thể đẳng trương, Hetastarch, plasma tươi đông lạnh, albumin, tiểu cầu, không được dùng dung dịch Glucose ưu trương
- + Truyền máu khi Hb < 8 g/dL hoặc < 10 g/dL (người già, bệnh tim mạch)
- Thở Oxy 3-5 L/ phút
- Đặt ống thông dạ dày:
 - + Khó chẩn đoán, TD chảy máu, trước khi NS cấp cứu
 - + Có thể rửa dạ dày với nước thường hoặc nước muối sinh lý

Khi có tình trạng sốc xảy ra không dùng vận mạch nâng huyết áp vì giai đoạn này cơ thể tiết ra lượng Catecholamin tối đa.

2. Nội soi: Nội soi sớm trong 24 giờ đầu để chẩn đoán xác định, đánh giá nguy cơ chảy máu tái phát và tiến hành cầm máu qua nội soi (nếu được)

3. Điều trị theo nguyên nhân:

A. Điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày- tá tràng:

- Cầm máu qua nội soi chỉ định với Forrest Ia, Ib, IIa và cân nhắc IIb
 - *Thuốc:*Ức chế bơm proton: esomeprazole, pantoprazole, omeprazole
- liều đầu 80mg (2 lọ) TMC, sau đó TTM 8mg/h (1 lọ pha vừa đủ 50 mL dd đẳng trương BD 10 mL/h) trong 72 h, sau đó chuyển sang dạng uống 40mg/ngày trong 28 ngày tiếp theo.

- Chỉ định hội chẩn ngoại khoa:

1. Chảy máu ồ ạt đe dọa tính mạng
2. Truyền > 5đv máu/ 24h mà huyết động không ổn định
3. Tổn thương quá lớn (>2cm) hoặc ở vị trí khó cầm máu bằng NS
4. Chảy máu tái phát điều trị nội soi lần 2 thất bại
5. Điều trị nội khoa tích cực thất bại

B. Điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản:

- Cầm máu trực tiếp:

- * Sonde Blakemore * Chích xơ, thắt thun
- * Cầm máu bằng thuốc:
 - + Octreotid: TM 0.1mg, sau đó TTM liên tục 25µg-50µg/giờ (3 ống octreotid 0.1mg + NaCl 0.9% vừa đủ 50ml bơm điện 4-8ml/ h trong 3- 5 ngày)
 - + Somatostatin 3mg 1 lọ + NaCl 0.9% vừa đủ 50 ml: 4 ml TMC sau đó BTĐ 3-4mL/ giờ.

- Ngừa hôn mê gan:

- + Lactulose: Để bệnh nhân đi tiêu ngày 2-3 lần
- + Acid amin không phân nhánh (Morihepamin, aminoplasmahepa, Aminoleban)
- + Metronidazol 0,25g 1 viên x 3-4 lần/ngày

* *Ngừa tái phát sau khi qua cơn cấp:*

Thuốc: propranolol 40mg (liều 10mg x2 l/ ngày sao cho giảm khoảng 25% tần số tim)
Hoặc Betaloc + ISMN

IV. Xử trí khác:

- XN: CTM, ure, creatinin, glucose, ion đồ, TQ, TCK, nhóm máu, chức năng gan (khi cần) ECG, Xq phổi, NTTP.

- Theo dõi:

Mạch, huyết áp, nhịp thở / 30 ph, 1 giờ, 3 giờ/ 1 lần

Nước tiểu mỗi 4 giờ

Hct 3,6,12,24 giờ/ lần

- Uống sữa nguội khi huyết động ổn định hoặc sau nội soi 6 giờ.

Tài liệu tham khảo:

1. Trần Thị Kiều Miên, Điều trị xuất huyết tiêu hóa, Điều trị học nội khoa, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản y học 2009 trang 163-174.

1. Khuyến cáo chẩn đoán và xử trí xuất huyết tiêu hóa trên không do tăng áp tĩnh mạch cửa (2009), Hội khoa học tiêu hóa Việt Nam.

2. Acute upper gastrointestinal bleeding, Current Medical Diagnosis and Treatment 2010.

3. Gastrointestinal Bleeding, Harrison's Internal Medicine 17th

4. Chandra Prakash (2007), Gastrointestinal bleeding, Washington Manual of Medical Therapeutics 32nd Edition, P439 – 444.

RỐI LOẠN NATRI MÁU

I. HẠ NATRI MÁU (khi Natri máu <135mmol/L)

1. Triệu chứng:

Tùy mức độ và tốc độ hạ Natri máu. Hạ Natri máu nặng và nhanh có thể gây hôn mê, động kinh, tổn thương não vĩnh viễn, ngưng thở và tử vong.

- Na⁺ 130-135mmol/L BN thường không có TC lâm sàng.

- Na⁺ < 125-130mmol/L BN có thể buồn nôn, khó chịu.

- Na⁺ 115-120mmol/L : Nhức đầu, lơ mơ, mất định hướng

- Người trẻ tuổi hạ Natri máu cấp tính có biểu hiện tàn kinh nặng như co giật, hôn mê tử vong ở nồng độ Na⁺ máu cao hơn 125-130 mEq/L.

- Một số BN lớn tuổi hạ Na⁺ máu mãn tính có thể không có triệu chứng dù Natri máu < 110mEq/L.

CHÚ Ý:

- Bệnh nhân hạ Natri máu cấp tính cần được điều chỉnh nhanh để tránh tổn thương não vĩnh viễn do phù não.

- BN hạ Na⁺ máu mãn tính không được điều chỉnh nhanh vì gây tổn thương não bất hồi phục do hủy myelin.

(*) Số mmol/L giảm Na⁺ = [Protein(g/dl)- 8]x 0.025

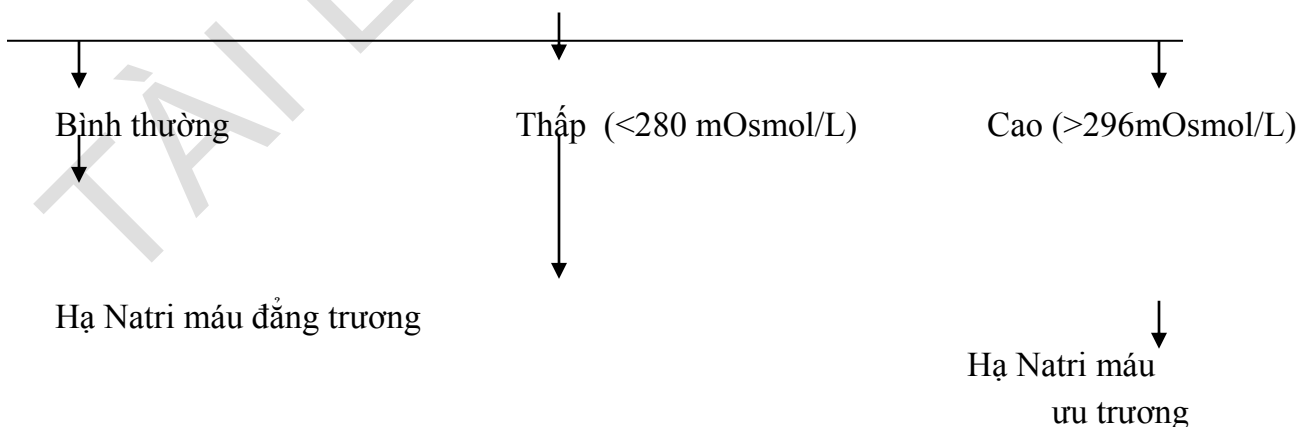
(**) Số mmol/L giảm Na⁺ = Triglyceride(g/l)x 0.002

(***) Giảm từ 1.4-1.6 mmol/L Na⁺ cho mỗi 5.56mmol/L glucose tăng lên.

(****) Giảm Kali kèm theo có thể làm nặng thêm tình trạng hạ Natri máu.

2. Sơ đồ chẩn đoán nguyên nhân hạ Natri máu và hướng xử trí:

♦ Áp lực thẩm thấu máu :



1. Tăng protide máu (*)

Hạ Natri máu nhược trương

2. Tăng Lipid máu(**)



Đánh giá thể tích ngoại bào
1. Mạch , huyết áp.
2. Độ đàn hồi da
3. Tình trạng niêm mạc
4. Phù ngoại biên

1. Tăng đường máu (***)
2. Dùng Mannitol
3. Điều trị bằng Glycerol



Giảm thể tích(****)

1. Mất qua tiêu hóa
2. Mất qua thận
3. Mất vào khoang thứ 3

Tăng thể tích

1. Bệnh gan
2. Suy tim
3. Hội chứng thận hư
4. Suy thận tiến triển

Thể tích bình thường

1. Suy thượng thận
2. Suy giáp
3. Buồn nôn ,đau ,stress
4. Lợi tiểu
5. Ham uống
6. Thuốc
7. SIADH



Muối đẳng trương
3. Điều trị.

a. Hạ Natri máu nhược trương giảm thể tích tuần hoàn.

Bồi hoàn thể tích mất (NaCl 0.9%).

b. Hạ Natri máu nhược trương thể tích tuần hoàn bình thường.

* BN có triệu chứng: nâng nồng độ Natri máu cho tới khi hết các triệu chứng , không cần thiết phải đến mức bình thường.

Chú ý: nồng độ Na⁺ máu được nâng lên không quá 8mmol/L trong 24 giờ đầu tiên. Hạn chế lượng dịch nhập, truyền NaCl 3% tốc độ 1-2ml/kg/h, có thể dùng lợi tiểu quai Furosemide 40mg/6h.

Theo dõi Natri máu mỗi 4 giờ để chỉnh tốc độ truyền NaCl 3%.

* BN không có triệu chứng: nâng Natri máu không quá 0.5-1mmol/L/giờ và <10-12mmol/24giờ đầu .

Hạn chế dịch nhập <0.5-1lít /ngày. Có thể kèm Furosemide.

Giới hạn nước

Giới hạn nước

Hạ Natri máu nhược trương thể tích tuần hoàn tăng.

Hạn chế dịch nhập < 1-2 lít /ngày.

Điều trị bệnh cơ bản.

Lợi tiểu.

NaCl 3% có thể gây quá tải tuần hoàn. Trường hợp $\text{Na}^+ < 110\text{mmol/L}$ và BN có triệu chứng TK trung ương có thể dùng lượng nhỏ NaCl 3% kèm lợi tiểu.

Chạy thận nhân tạo khi cần.

*. Tính lượng Na^+ thiếu (X).

- Nam = $(130 - \text{Na}^+ \text{ hiện tại}) \times \text{cân nặng (kg)} \times 0.6$

- Nữ = $(130 - \text{Na}^+ \text{ hiện tại}) \times \text{cân nặng (kg)} \times 0.5$

* Lượng dịch cụ thể cần bù :

- NaCl 3% chứa 513 mmol Na^+ trong 1000ml $\rightarrow$ bù $(X/513)\text{ml}$.

- NaCl 9% chứa 154 mmol Na^+ trong 1000ml $\rightarrow$ bù $(X/154)\text{ml}$.

* Thời gian điều chỉnh:

Số giờ = $(130 - \text{Na}^+ \text{ hiện tại}) / 0.5$.

Tốc độ truyền = Lượng dịch cần bù / Số giờ

* Ảnh hưởng của Kali : cần thận khi cho Kali cho BN hạ Natri máu vì có thể làm tăng áp lực thẩm thấu máu và Natri huyết tương.

II. TĂNG NATRI MÁU

1. Lâm sàng ; rung vẩy , kích động, đi loạng choạng, co cứng cơ , RL tâm thần , co giật và hôn mê. Triệu chứng xuất hiện sớm nếu tăng Natri xảy ra nhanh.

2. Cận LS :

- Natri máu tăng. ($>145\text{mmol/L}$).

- ALTT máu tăng ($>296\text{mOsmol/L}$)

- Thể tích nước tiểu $<500\text{ml/ngày}$.

- ALTT nước tiểu tăng.

3. Nguyên nhân:

Mất nước:

- Không nhận biết : mờ hôi , bông , nhiễm trùng hô hấp.
- Qua thận : đái tháo nhạt , lợi niệu thẩm thấu: glucose , mannitol
- Qua đường tiêu hóa : tiêu chảy thẩm thấu.
- Bệnh lý tuyến yên.
- Mất vào trong tế bào : co giật , ly giải cơ vân.

Giữ Natri: dùng nhiều dung dịch NaCl hoặc NaHCO_3 ưu trương, , ăn nhiều muối.

4. Điều trị

1. Tăng Natri có tăng thể tích dung dịch ngoại bào: Loại bỏ lượng muối dư bằng lợi tiểu hoặc thẩm phân phúc mạc (khi có suy thận). Sau đó bồi hoàn dịch mất bằng Glucose 5%.

2. Tăng Natri có kèm giảm thể tích dịch ngoại bào:

- Nếu ảnh hưởng huyết động: NaCl 0.9% .
- Huyết động ổn định: Glucose% hoặc NaCl 0.45%.
- Công thức tính nước thiếu = Nước hiện tại $\{(\text{Na}^+ \text{ máu BN}/140)-1\}$

Nước hiện tại = $0.6 \times$ trọng lượng cơ thể

Tốc độ truyền: không nên quá 1 mEq/h , $\frac{1}{2}$ lượng nước thiếu sẽ được bù trong 24 h đầu, lượng còn lại sẽ bù trong 1-2 ngày sau.

Theo dõi sát Na máu để quyết định tốc độ bù.

RỐI LOẠN KALI MÁU

Kali là cation chính trong nội bào. Cơ thể cần khoảng 1mmol/kg/ngày .90% lượng này được hấp thu qua đường tiêu hóa , lượng kali dư thừa được bài tiết chủ yếu qua thận.

I .Giảm kali máu (khi kali <3.5mmol/L.)

1.**Triệu chứng:** xuất hiện khi kali máu <3.0 mmol/L.

- Mọi cơ, đau cơ, yếu cơ chi dưới là những TC thường gặp.
- Yếu cơ tiến triển, giảm thông khí, liệt ruột và thậm chí liệt cơ hoàn toàn.
- Gia tăng loạn nhịp và ly giải cơ vân.

ECG thay đổi không tương ứng với $[K^+]$ máu: T dẹt hay đảo ngược, U cao , ST chênh xuống, QT kéo dài. PR kéo dài, điện thế thấp, QRS giãn rộng và gia tăng loạn nhịp thất, thúc đẩy ngộ độc Digitalis.

Giảm kali máu thường đi kèm với các RL kiềm toan.

2.**Nguyên nhân:**

- Giảm cung cấp.
- Di chuyển kali vào nội bào(kiểm chuyển hóa, tăng đường huyết, catecholamin, cường giáp).
- Mất kali ngoài thận.
- Mất kali tại thận.
- Do thuốc .

3. **Điều trị:** Mức độ kali máu không tương ứng với $[K^+]$ máu. Giảm 1mmol/L K^+ máu cho biết cơ thể thiếu K^+ khoảng 200-400 mmol, ngoài ra các yếu tố đưa K^+ ra khỏi tế bào có thể gây ra hiệu làm hạ K^+ máu vì thế cần theo dõi K^+ máu thường xuyên.

a..Bù K^+ bằng đường uống (Kali phosphate, kali bicarbonate, kali chlorua).

b.Bù K^+ bằng đường TM : khi hạ kali máu nặng hay không thể uống được.

- K^+ huyết thanh >2.5mmol/L và ECG không thay đổi có thể bù tới 10mmol/giờ và nồng độ đến 30mmol/L .

- K^+ huyết thanh < 2.5 kèm thay đổi ECG or có biến chứng thần kinh cơ nặng , tốc độ bù có thể tới 40mmol/giờ và nồng độ lên tới 60mmol/L.

- Trường hợp đe dọa tính mạng và lượng kali thiếu hụt rất lớn có thể dùng nồng độ cao đến 200mmol/L với tốc độ 100mmol/giờ qua đường TM đùi.

TD ECG liên tục và đo $[K^+]$ mỗi 4h .Bù kali nhanh có thể gây nguy hiểm ngay cả khi hạ kali máu nặng.

Pha KCl với NaCl 0.9% or 0.45% , không được pha với Glucose.

II.Tăng Kali máu. Khi $[K^+]$ huyết thanh >5mmol/L

1.Triệu chứng : thường có TC khi Kali máu >6.5mmol/L.

- Thần kinh cơ: mệt mỏi, dị cảm, mất phản xạ, liệt hướng lên.
- Rối loạn nhịp tim: sớm nhất gồm T cao nhọn , nặng hơn: PR kéo dài , QRS giãn rộng, chậm dẫn truyền nhĩ thất, mất sóng P. Hậu quả sau cùng là rung thất và vô tâm thu.

2. Nguyên nhân: chủ yếu là do giảm bài tiết tại thận.

- Tăng lượng kali đưa vào cơ thể.
- Tăng kali máu giả tạo: mẫu máu bị đông , tán huyết do lấy bằng kim nhỏ.
- Do sự di chuyển kali ra ngoại bào: Hội chứng ly giải khối u và ly giải cơ vân, toan chuyển hóa.
- Giảm bài tiết kali tại thận.

3. Điều trị:

- Bảo vệ tim, chuyển kali từ ngoại bào vào nội bào, giảm tổng lượng kali trong cơ thể.
- a. Calcium gluconate: 10ml 10% TMC trong 2-5 phút , nếu không đáp ứng (ECG) , thì có thể lập lại sau 5-10 phút. Bắt đầu có tác dụng trong vòng vài phút và kéo dài khoảng 1 giờ , không tiêm chung với đường truyền NaHCO_3 , dùng calci trước khi dùng NaHCO_3 .
- b. NaHCO_3 IV: 3 ống NaHCO_3 pha với 1L Glucose 5 %. Có tác dụng trong vòng 15 phút và kéo dài vài giờ. Lưu ý tăng Natri máu và quá tải tuần hoàn.
- c. Glucose và Insulin: 10-20 đơn vị Insulin vào dd chứa 25-50g Glucose TTM trong 60 phút .Nếu có hiệu quả , kali huyết tương giảm 1-1.5mmol/L trong vòng 15-30 phút và hiệu quả kéo dài vài giờ. Lập lại khi cần.
- Đồng vận β_2 adrenergic: dùng IV hay khí dung. Có đáp ứng sau 30 phút hiệu quả kéo dài 2-4 giờ.
- d. Lợi tiểu : Có thể tăng bài tiết kali nếu chức năng thận còn tốt .
- e. Kayexalate : 25-50g pha với 100ml Sorbitol.
- g. Chạy thận nhân tạo: khi suy thận tăng kali không đáp ứng điều trị nội khoa.

Tài liệu tham khảo

1. **Bùi Xuân Phúc, Đặng Vạn Phước (2009)**, Rối loạn nước và điện giải, Điều trị học nội khoa, Đại học Y Dược TPHCM, Nhà xuất bản y học, trang 23-30
2. Giảm và tăng kali máu, Cẩm nang điều trị Hồi sức cấp cứu, JICA BV Chợ Rẫy
3. Rối loạn nước và điện giải, Phác đồ điều trị khoa Hồi sức bv ĐK An Giang
4. Kamalanathan Sambandam, Anitha Vijayan, Fluid and Electrolyte Management, The Washington Manual of Medical Therapeutics, 32nd Edition, p55-77.

NGỘ ĐỘC PHOSPHO HỮU CƠ

I. Nguyên nhân ngộ độc

- Tự tử
- Tai nạn nghề nghiệp (uống nhầm, phun thuốc trừ sâu,...)

II. Triệu chứng lâm sàng

1. HC Muscarinic (M)

- Đồng tử co như đinh ghim
- Tăng tiết dịch mồ hôi, nước mắt, nước mũi, đàm nhớt, nôn ói đau bụng, tăng nhu động ruột, tiêu chảy, tiểu không tự chủ.
- Co thắt khí phế quản, khó thở, phổi nhiều ran ứ đọng
- Giảm huyết áp, nhịp tim chậm

2. HC Nicotinic (N)

- Yếu cơ, run cơ, liệt bao gồm cả hô hấp
- Tăng huyết áp, nhịp tim nhanh

3. HC thần kinh trung ương (TKTW)

- Ức chế trung tâm hô hấp tuần hoàn dẫn đến suy hô hấp, trụy mạch, co giật, hôn mê

III . Cận lâm sàng

- Định lượng men Cholinesterase huyết tương (ChE giảm dưới 50%)

IV . Chẩn đoán

- Bệnh sử có tiếp xúc với độc chất
- Triệu chứng lâm sàng
- Định lượng men Cholinesterase
- Đáp ứng tốt với điều trị

V . Mức độ ngộ độc

Mức độ	Lâm sàng	Cholinesterase : 3650-12900
Nhẹ	M	20 – 50%BT = 730 - 6450
Trung bình	N + M hoặc M + TKTW	10 – 20%BT = 365 - 2580
Nặng	M + N + TKTW	< 10%BT = < 365 - 1290
Nguy kịch	Cả 3HC trên + Suy hô hấp + Trụy mạch	

VI . XỬ TRÍ

1. Loại chất độc ra khỏi cơ thể

- Rửa dạ dày bằng ống Faucher thật sạch đến khi nước trong không còn mùi Phospho hữu cơ, lượng nước có thể lên đến 30 – 40 lít.
- Nếu bệnh nhân hôn mê dùng tube Lévin rửa dạ dày và phải đặt NKQ trước khi rửa, nếu nặng rửa dạ dày lần 2 sau 3 giờ điều trị.
- Than hoạt: 20g/4giờ x 4lần/ngày (uống) (tổng liều 60 - 80g/ngày) trong 24 – 48 giờ đầu.
- Sorbitol 5g (1-2g/kg) 04gói x 4 lần/ngày.

2. Dùng Atropin liều cao và PAM

- **Nếu nghi ngờ:** Test Atropin TTM : 2 – 3mg. Nếu không phải ngộ độc phospho hữu cơ sẽ có dấu no – Atropin → ngưng và đi tìm độc chất khác.
- **Ngộ độc thực sự:**

Thuốc	Trung bình - nặng	Nặng
Atropin 0,1% 10mg/10ml	0,5-2mg(0,5 – 2ml) /15-30ph TMC (5 lọ BD 1- 8ml/h) Đến khi có dấu ngấm Atropin	2mg-8mg (2 – 8ml) /15 –30 phút TMC (5lọ BD 4 – 32ml/h) Đến khi có dấu ngấm Atropin
Đôi Kháng : PAM (Pralidoxime chloride) 500mg	TC: PAM 0,5 (1lọ) + 100ml NaCl TTM: LX g/p DT : 3mg/kg/h (5lọ) + 500ml NaCl 0,9% TTM: Xg/p	TC: PAM 1g (2lọ) + 100ml NaCl TTM: LX g/p DT : 6mg/kg/h(5lọ) + 500ml NaCl 0,9% TTM: XXg/p)

Dấu ngấm Atropin: Đồng tử giãn trên 4mm, da khô nóng đỏ, mạch nhanh > 100lần/phút. Bệnh nhân sáng, hết dấu rung giật cơ, hết xuất tiết, phổi trong, không tiêu chảy, môi khô, miệng khô, xuất hiện cầu bàng quang .

CHÚ Ý:

- Khi có dấu ngấm Atropin duy trì tiếp 1-2giờ nữa sau đó giảm 1/2 liều đang điều trị, **đánh giá lại mỗi 4-6 giờ để giảm liều tiếp** .
- Khi có thuốc đối kháng (PAM) phải giảm 1/2 liều Atropin với liều định sử dụng .
- Dùng PAM càng sớm càng tốt, ngay khi có chẩn đoán và chỉ sử dụng khi ngộ độc PHC
- Ngưng PAM khi Atropin < 4mg /24h, ChE > 50% giá trị bình thường. Thường dùng trong 3- 5 ngày

3. XỬ TRÍ KHÁC:

- Bảo đảm hô hấp: hút đàm gỉai thở Oxy, đặt NKQ, thở máy (khi cần)
- Hỗ trợ tuần hoàn: Bù nước và điện giải, kiềm toan (3-4lít trong ngày đầu theo CVP và lượng nước tiểu), thuốc vận mạch (dopamin) nếu vẫn còn tụt huyết áp.
- Chống co giật: Diazepam 10mg/lần
- Chỉ cho ăn khi người bệnh tỉnh: Khởi đầu ngâm nước đá sau đó uống nước đường, ăn cháo đường rồi cháo thịt (cho ăn sau 48-72 giờ).
- + **Tuyệt đối:** Không ăn mỡ, dầu, chất béo, trứng, sữa trong vòng 1 tháng

3. Theo dõi

- Dấu hiệu sinh tồn, nước tiểu, phân/2h
- Dấu ngấm Atropin, hô hấp/4h
- Định lượng men cholinestase/ngày

Tài liệu tham khảo

- Phạm Duệ, Ngộ độc cấp Phospho hữu cơ, Tài liệu tập huấn cấp cứu hồi sức và chống độc 2009, Trung tâm Chống độc Bạch Mai, Trang 32-42.
- Trần Kiều Miên, Ngộ độc thuốc Phospho hữu cơ, Hồi sức cấp cứu nội khoa ĐH YD TP HCM, Nhà xuất bản y học 2004, trang 145-151.
- Ngộ độc thuốc Phospho hữu cơ, Sổ tay hướng dẫn lâm sàng BV Chợ Rẫy 2004
- Daniel Goodenberger, Organophosphates poisoning, The Whashington Manual of Medical Therapeutics 31st Edition, p583-584

NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT CHUỘT

Người ta chia thuốc diệt chuột ra làm 3 nhóm chính: Thuốc diệt chuột chống đông máu; Thuốc diệt chuột vô cơ, hữu cơ; Thuốc diệt chuột vi sinh. Trong đó nhóm diệt chuột vi sinh không gây độc cho người, và nhóm hữu cơ càng hiểm gặp.

NHÓM DIỆT CHUỘT VÔ CƠ

Phosphur kẽm: Dùng diệt chuột rộng rãi nhất hiện nay ở ĐBSCL có tên là FOKEBA. Thuốc thương phẩm có màu xám đen và có mùi phosphin, thuốc gây độc cho người với mức độ cao.

A.Lí Thuyết:

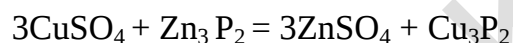
a.Cơ chế gây độc của thuốc diệt chuột

- Công thức thuốc: Zn_3P_2 50% + 50% phụ gia.

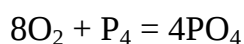
- Cơ chế gây độc: Thuốc không gây độc qua da và hô hấp, chỉ gây độc qua đường tiêu hóa. Thuốc khi gặp môi trường acid (dịch dạ dày) $pH < 6$ Phosphur kẽm tạo ra khí Hydrogen phosphor H_3P hay Phosphin gây độc cho hệ tuần hoàn, hệ thần kinh và sau cùng là gan (viêm gan nhiễm độc) và thận (suy thận cấp). Liều gây độc chết người là 30gr.

b.Cơ chế giải độc

- Tác dụng của phương pháp rửa dạ dày có $CuSO_4$.



$KMnO_4$ là chất oxy hóa (oxidant) cho O_2 và biến phosphure thành Phosphat



Tác dụng gây độc của ion P sẽ mất đi

Sau đó là dùng dịch $MgSO_4$ – paraphine để đẩy các hóa chất này ra.

B.Dấu hiệu ngộ độc thuốc diệt chuột:

- Bồn chồn, tay chân lạnh

- Hơi thở tanh mùi cá (mùi phosphure)

- Chết nôn màu đen

- Biểu hiện tiêu hóa: Nôn, buồn nôn, đau bụng, có cảm giác nóng rát vùng thượng vị do độc tố tác dụng ở dạ dày.

Nặng hơn nữa sẽ thấy co giật, hôn mê, phù phổi cấp.

+ Do độc tố tác dụng lên tim mạch: Làm chậm nhịp tim, tụt huyết áp và ngừng tim.

+ Tác động lên gan: Làm viêm gan, dẫn đến vàng mắt, vàng da.

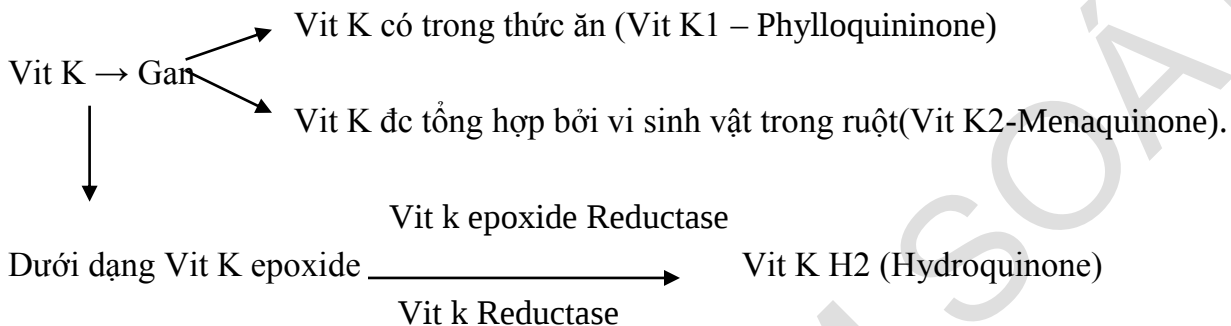
+ Tác động lên thận: Làm thiếu niệu, vô niệu (suy thận) và chết.

NHÓM DIỆT CHUỘT CHỐNG ĐÔNG MÁU

Được dùng phổ biến là Warfarin, dưới dạng thương phẩm là RAT-K.

A. Cơ chế tác dụng:

Các thuốc kháng Vit K có cấu trúc hóa học gần giống Vit K, nó ức chế sự tổng hợp các yếu tố đông máu phụ thuộc Vit K (II, VII, IX, X).



Vit K H2 là dạng hoạt chất của Vit K, đóng vai trò Cofactor cho sự tổng hợp các yếu tố đông máu phụ thuộc Vit K. Các men Vit k epoxide Reductase và Vit k Reductase bị ức chế bởi các thuốc kháng Vit K.

B. Theo dõi tác dụng:

Sử dụng TQ (theo dõi các yếu tố II, V, VII, X)

$$INR = [TQ \text{ bệnh nhân} / TQ \text{ chuẩn}]^{ISI}$$

- ISI : International Sensitivity Index là chỉ số nhạy cảm của Thromboplastin được dùng so sánh với Thromboplastin chuẩn của WHO có ISI = 1
- INR : International Normalized Ratio từ năm 1982 do WHO khuyến cáo

C. Điều trị đặc hiệu:

- Vit K1 liều 50mg, có thể lặp lại. Vit K1 có thể tiêm bắp, TM, hoặc tiêm truyền chung với NaCl 0.9% hoặc G 5%.
- Huyết tương tươi đông lạnh hoặc PPSB chứa II, VII, IX, X.

D. Chẩn đoán ngộ độc thuốc diệt chuột:

- Bệnh sử
- Mùi, màu thuốc chuột khi nôn hoặc khi bơm rửa
- Những biểu hiện lâm sàng của ngộ độc thuốc diệt chuột.

F. Xử trí:

Rửa dạ dày, gồm các bước sau:

- Bước 1:

500ml dd CuSO₄ 1%

1000ml dd KMnO₄ 0.1%

Rút dd trên qua đường mũi, dạ dày, vừa để bơm dd trên vào.

- Bước 2:

Bơm tiếp vào dạ dày 50gr $MgSO_4$, 100ml paraffin, sau đó đưa bệnh nhân về giường bệnh mà không cần thiết rút dung dịch vừa bơm vào.

- Bước 3:

Tại giường, điều trị như sau:

- 1- Cân bằng nước, điện giải (chú ý hạ canxi máu).
- 2- Phòng loét dạ dày : Kháng H_2 (Cimetidine, Ranitidine), ức chế bơm proton (omeprazol, esomeprazole, pantoprazole...)
- 3- Chú ý ảnh hưởng đến các cơ quan: Tim, gan, thận...
- 4- Tùy trường hợp cụ thể mà sử dụng kháng sinh (chú ý KS có ảnh hưởng đến chức năng gan, thận và ngỗ vào).

Chế độ ăn uống: Không ăn uống trong 48 giờ đầu, ăn cháo lỏng chủ yếu, dùng cháo đường trong 48 giờ, kiêng sữa, chất béo trong 4 ngày đầu.

QUI TRÌNH ĐẶT ĐƯỜNG TRUYỀN TĨNH MẠCH TRUNG TÂM

Chỉ định

- Lập đường truyền TM hoặc lấy máu TM khi đường ngoại biên không lấy được.
- Đo áp lực TM trung ương.
- Đặt catheter động mạch phổi Swan-Ganz hay Pacemaker qua TM.
- Nuôi ăn hoàn toàn ngoài đường tiêu hóa bằng dung dịch có áp lực thẩm thấu cao hoặc kích thích TM.
- Cần truyền một thể tích dịch lớn, tốc độ nhanh.

Chống chỉ định

- H/C tĩnh mạch chủ trên: phù mắt, tay...
- Tĩnh mạch định đặt bị tắc.
- Nhiễm trùng hay viêm mô tế bào ở vị trí định chọc.
- Phẫu thuật trước đó ở vùng định chọc.
- RLDM hay đang điều trị kháng đông có hiệu quả TQ <50%, TCK > 60-80s, TC <50.000/mm³.
- Bn không thể nằm ở tư thế Trendelenburg.
- Điều kiện giải phẫu học khó chọc: bướu cổ, phình giáp lớn, khí phế thũng nặng, gù vẹo...

CCD tương đối

- Thông khí với áp lực dương cuối thì thở ra.
- Mới rút catheter TM trung ương cùng bên định chọc.
- Tràn khí màng phổi đối bên (đối với đường tĩnh mạch dưới đòn).
- Bệnh nhân kích động, không hợp tác.
- Trong hồi sức cấp cứu ngưng tim ngưng thở.

Các vị trí chọc tĩnh mạch

TM cảnh ngoài, tm đùi hay tm nông cánh tay:

TM nông ở cánh tay.

TM cảnh ngoài.

TM cảnh trong.

TM dưới đòn.

TM chi dưới (TM bẹn, TM hiển)

*Tm cảnh trong:

- Ấn động mạch cảnh. Tĩnh mạch cảnh trong chạy ngoài và sâu hơn động mạch cảnh.

- Chọn một điểm gần đỉnh tam giác Cedilot. Đâm kim một góc 30-45⁰ và hướng kim về núm vú cùng bên. Cầm ống tiêm bằng tay thuận và sờ động mạch cảnh bằng tay kia, bảo đảm tĩnh mạch tách khỏi động mạch. Vào tĩnh mạch ở độ sâu # 2 – 4cm. Nếu vẫn không có máu trào ra, rút kim cho đầu kim ngay dưới da và chọc lại hơi hướng vào giữa hơn.

***Tm dưới đòn: có 3 đường**

1. Đường trong: vào da 1cm dưới xương đòn ở chỗ nổi 1/3 trong – 2/3 ngoài xương đòn. Kim tạo với da 1 góc 15° và hướng về khuyết trên ức. Đường này thường khó đẩy kim dưới xương đòn. Nên ấn kim hướng ra sau trong khi tiếp tục đẩy kim hơn là tăng góc kim tạo với da. Đẩy kim song song với thành ngực để tránh kim lệch ra sau vào đỉnh phổi. Nếu thất bại có thể hơi hướng kim về phía đầu hoặc sâu hơn nhưng đừng thử mọi hướng.
- Đường ngoài: chọc ở chỗ nổi 1/3 ngoài – 2/3 trong xương đòn. Có nguy cơ chọc trúng động mạch và tổn thương đám rối thần kinh cánh tay. Thường dùng cho bệnh nhân có góc ức-đòn rất hẹp.
- Đường giữa: chọc ở giữa đường trong và đường ngoài.

Các bước tiến hành

1. Đặt các dụng cụ đã chuẩn bị sẵn trong tầm tay lấy.
 2. Rửa tay và mang khẩu trang, nón, quần áo, kính, găng.
- Sát trùng da: dùng cồn iod sát trùng da, bắt đầu ở vị trí định chọc đi dần ra ngoài.
 - Trải sẵn vô trùng
- A. Tư thế bệnh nhân rất quan trọng, quyết định thành công: tư thế Trendelenburg góc 30° (đầu thấp hơn chân, 2 tay duỗi thẳng 2 bên), tư thế này giúp làm căng tĩnh mạch và tạo áp lực dương trong tĩnh mạch, ngừa thuyên tắc khí. Đầu xoay 90° khỏi bên chọc.
- Xác định vị trí chọc:
 - o Tm cảnh trong
 - o Tm dưới đòn
 - Gây tê da bằng Lidocain 1% bằng ống tiêm 5ml, kim 25G.
 - Chọc thăm dò dùng ống tiêm 5- 10ml, dùng kim 22G để định vị trí tĩnh mạch. Trong khi đẩy kim tới, rút ngược pittong. Nếu kim vào tĩnh mạch, máu đen sẽ trào ra dễ.
 - Khi đã định vị được tĩnh mạch, ghi nhớ vị trí tương tự của nó. Gắn cannula thép vào cannula nhựa chọc theo đường đã định vị. (với người đã thành thạo không cần phải chọc thăm dò).

Luồn sonde theo PP Braunula

- Bộ catheter Cavafix gồm: kim chọc, 1 cannula nhựa bọc ngoài 1 cannula thép và catheter.
 - Sau khi chọc vào tm thành công thông qua việc kiểm tra máu trào ra ống tiêm, đẩy cannula nhựa về phía trước vào tm.
 - Rút cannula thép ra khỏi catheter.
 - Luồn catheter vào trong cannula nhựa cho đến khi catheter vào tĩnh mạch.
1. Rút đoạn nối màu vàng ra khỏi cannula nhựa.
 2. Tách nó ra thành 2 phần và lấy ra khỏi catheter.
- Rút cannula nhựa ra khỏi tm và gắn nó vào vòng khóa Luer của catheter.

- Khâu cố định

*Xác định vị trí đầu catheter

-PP ước lượng mò:

- Ước lượng độ dài từ điểm chọc tới đầu sonde.
 - TM dưới đòn: từ 12 – 15cm.
 - TM cánh trong: từ 10 – 13cm.
- Sự di động của cột nước:
 - Không thay đổi theo nhịp thở $\Rightarrow$ ngoài lồng ngực.
 - Thay đổi theo nhịp tim $\Rightarrow$ vào nhĩ phải hoặc thất phải.

Kiểm tra sau khi đặt:

- Máu phải trào ra tốt khi hạ thấp chai dịch.
- Mực nước trong ống đo thay đổi theo nhịp thở.
- Kiểm tra vị trí đầu catheter.
- Catheter không bị tắc, không bị huyết khối.
- Chỗ chọc kim không bị viêm.

-PP có chỉ dẫn: X-quang.

Giá trị của CVP : 5 – 10cmH₂O. (hay 2 – 6CmHg)

CVP < 3 CmH₂O: thiếu nước

CVP > 10CmHg thừa nước.

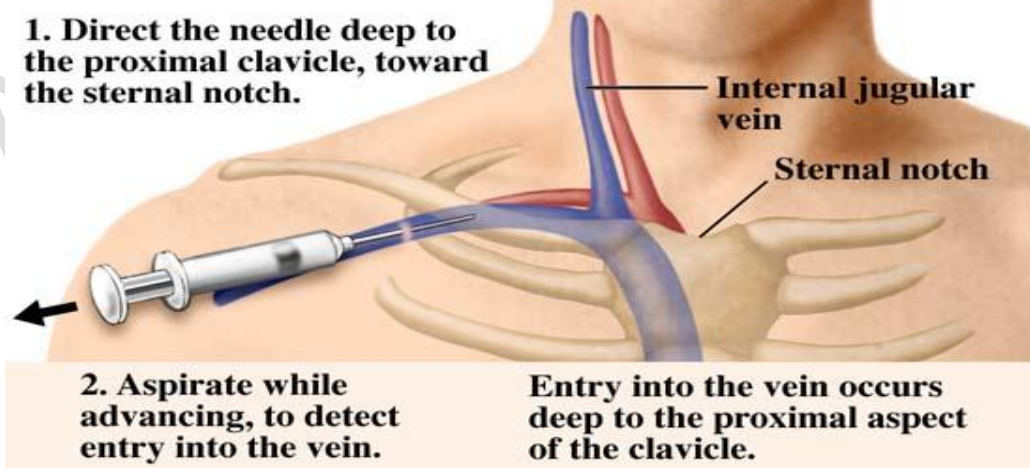
Chỉ định rút sonde

- Khi không cần thiết.
- Khi có dấu hiệu kích thích hoặc viêm đỏ, đau tại vị trí chọc kim.
- Dấu hiệu viêm tĩnh mạch.
- Sốt không rõ nguyên nhân. Khi rút sonde cần cấy đầu sonde để tìm vi khuẩn.
- Catheter Swan – Ganz hay siêu âm qua thực quản ?

Subclavian Vein Catheterization

Puncturing the Vein

1. Direct the needle deep to the proximal clavicle, toward the sternal notch.



2. Aspirate while advancing, to detect entry into the vein.

Entry into the vein occurs deep to the proximal aspect of the clavicle.

QUI TRÌNH HÚT ĐÀM NHỚT

I)MỤC ĐÍCH :

- a- Làm thông khí đạo, để bệnh nhân thở dễ dàng.
- b- Tránh các biến chứng ở hệ hô hấp

II)CHỈ ĐỊNH :

- 1- Bệnh nhân có nhiều đàm nhớt không tự khạc được
- 2- Bệnh nhân hôn mê co giật
- 3- Bệnh nhân có đặt nội khí quản , mở khí quản.

III DỤNG CỤ:

- 1- Máy hút đàm
- 2- Mâm dụng cụ gồm có:
 - Chung Inox vô trùng
 - Ống hút đàm
 - Găng tay vô khuẩn
 - 2 miếng gạc
 - Chai nước cất hoặc nước chín.
 - Khăn lau mặt.

IV KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

- 1- Báo và giải thích cho bệnh nhân việc sắp làm.
- 2- Xé bọc ống thông giữ lại vỏ. Ống thông gắn vào ống nối đã gắn ở máy hút đàm.
- 3- Mang găng tay vô khuẩn bàn tay nào cầm ống hút.
- 4- Đổ nước ra chung vô khuẩn.(nước cất hoặc nước chín để nguội)
- 5- Thử máy và ống hút (hút thử nước)
- 6- Tiến hành hút (nếu dùng một ống hút cho nội khí quản và hầu họng thì nội khí quản và mở khí quan hút trước, miệng hút sau)
- 7- Gấp ống đưa vào nhẹ nhàng đến vị trí hút mở ống kéo lên xuống nhẹ nhàng. Mỗi lần hút bằng một hơi thở người điều dưỡng.(hít vào, thở ra).
- 8- Sau mỗi lần hút dùng gạc, vuốt lại ống và hút nước ở chung để làm sạch ống. Hút lại một chu kỳ mới.
- 9- Khi hút sạch đàm nhớt tháo bỏ ống hút đàm, để ống nối vào bọc đựng ống hút đàm, sắp xếp lại gọn gàng, ngâm chung vào dung dịch sát khuẩn, tháo găng. Lau miệng mũi sạch sẽ cho bệnh nhân nằm lại tiện nghi.

QUI TRÌNH HÚT ĐÀM BỆNH NHÂN THỞ MÁY

I)MỤC ĐÍCH :

- a- Làm thông khí đạo, để bệnh nhân thở dễ dàng.
- b- Tránh các biến chứng ở hệ hô hấp

II)CHỈ ĐỊNH :

- 1- Bệnh nhân có nhiều đàm nhớt không tự khạc được
- 2- Bệnh nhân hôn mê co giật
- 3- Bệnh nhân có đặt nội khí quản , mở khí quản.

III DỤNG CỤ:

- 1- Máy hút đàm
- 2- Mâm dụng cụ gồm có:
 - Chung Inox vô trùng
 - Ống hút đàm
 - Găng tay vô khuẩn
 - 2 miếng gạc
 - Chai nước cất hoặc nước chín
 - Khăn lau mặt.

IV KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

- 1- Báo và giải thích cho bệnh nhân việc sắp làm.
- 2- Xé bọc ống thông giữ lại vỏ. Ống thông gắn vào ống nối đã gắn ở máy hút đàm.
- 3- Mang găng tay vô khuẩn bàn tay nào cầm ống hút.
- 4- Đổ nước ra chung vô khuẩn.(nước cất hoặc nước chín để nguội)
- 5- Thử máy và ống hút (hút thử nước)
- 6- Tiến hành hút (nếu dùng một ống hút cho nội khí quản và hầu họng thì nội khí quản hút trước, miệng hút sau)
- 7- Trước và sau khi hút nhấn máy thở nút O₂. Nồng độ O₂ sẽ tăng lên 100% bù lại O₂ giảm trong lúc hút.
- 8- Mở máy thở ra tiến hành hút.
- 7- Gấp ống đưa nhẹ nhàng vào nội khí quản đến vị trí hút, mở ống kéo lên xuống nhẹ nhàng. Mỗi lần hút bằng một hơi thở người điều dưỡng.(hít vào, thở ra).
- 9- Gắn máy lại cho bệnh nhân thở 1phút, sau đó mở ra và tiếp tục lặp lại như trên cho đến khi hết đàm.
- 10- Sau mỗi lần hút dùng gạc, vuốt lại ống và hút nước ở chung để làm sạch ống. Hút lại một chu kỳ mới.
- 11- Khi hút sạch đàm nhớt tháo bỏ ống hút đàm, để ống nối vào bọc đựng ống hút đàm, sắp xếp lại gọn gàng, ngâm chung vào dung dịch sát khuẩn, tháo găng. Lau miệng mũi sạch sẽ cho bệnh nhân nằm lại tiện nghỉ.

QUI TRÌNH CHO ĂN BẰNG ỐNG

I-MỤC ĐÍCH

Đưa ống sonde vào dạ dày qua đường mũi hoặc miệng để đem thức ăn nuôi dưỡng bệnh nhân không ăn uống được.

II- CHỈ ĐỊNH

- Bệnh nhân hôn mê
- Bệnh nhân từ chối ăn hoặc ăn quá ít
- Bệnh nhân không ăn uống được
- Bệnh nhân bị gãy xương hàm.

III- CHUẨN BỊ:

1- Mâm sạch gồm:

- Thức ăn theo y lệnh
- Ống tiêm 50cc
- Ly nước chín
- Khăn lông
- Bọc nilông sạch

IV- TIẾN HÀNH

- Báo và giải thích cho bệnh nhân
- Thử ống thông dạ dày đúng vị trí
- Kiểm tra thức ăn có tiêu tốt hay không(gắn ống tiêm 50cc vào và rút ra xem còn thức ăn không? Nếu còn nhiều thức ăn thì ngưng, còn ít thì bơm số lượng ít hơn. Mỗi lần cho ăn khoảng 200ml cách 3 giờ.)
- Bơm một ít nước chín vào ống thông
- Rút thức ăn bơm từ từ vào ống thông, quan sát sắc mặt.
- Hết thức ăn bơm nước chín vào để làm sạch ống.
- Gấp ống lại dùng dây thun cột lại bỏ vào bọc nilông để trên phía đầu giường bệnh nhân.
- Lau mũi miệng cho bệnh nhân
- Cho bệnh nhân nằm lại tiện nghi.

QUI TRÌNH THÔNG TIỂU

I-MỤC ĐÍCH:

Dùng một ống thông cho qua niệu đạo vào bàng quang để dẫn nước tiểu ra ngoài.

II-CHỈ ĐỊNH:

- Bí tiểu
- Lấy nước tiểu để xét nghiệm
- Trước khi giải phẫu
- Để chẩn đoán các bệnh về hệ tiết niệu

III-DỤNG CỤ

- Mâm trải khăn vô trùng
- Ống thông tiểu người lớn số: 14, 16,18.
- Một gói vô trùng có sẵn
 - Gòn viên
 - Vải thưa
 - Chum đựng dung dịch sát trùng
 - Khăn có lỗ
 - Kềm sát trùng
 - Bồn hạt đậu
- Dụng cụ khác:
 - Găng vô khuẩn
 - Dung dịch sát khuẩn (betadin)
 - Chất trơn (ky)
 - Ống nghiệm nếu cần.

IV-KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

- 1- Rửa tay mang khẩu trang.
- 1- Mang dụng cụ đến bên giường bệnh nhân.
- 2- Giải thích cho bệnh nhân hoặc thân nhân
- 3- Che bệnh nhân kín đáo
- 4- Để lộ vùng bộ phận sinh dục, tư thế chân chống bệt
- 5- Để mâm nơi thuận tiện

- 6- Mở gói dụng cụ, đổ dung dịch sát khuẩn vào chung.
- 8- Sát khuẩn đường tiểu hoặc môi lớn, môi bé, lỗ tiểu.
- 9- Treo túi nước tiểu lên thành giường đầu trên để trong mâm
- 10- Mang găng vô khuẩn
- 11- Trải khăn có lỗ
- 12- Xé ống thông, bôi chất trơn
- 13 - Tiến hành thông tiểu (khi thấy nước tiểu ra đẩy ống vào sâu thêm khoảng 4cm)
- 14- Cố định ống thông tiểu đúng qui định
- 15- Cho bệnh nhân nằm lại tiện nghi
- 17- Dọn dẹp dụng cụ xử lý
- 18- Ghi hồ sơ.

QUI TRÌNH TIẾP NHẬN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN

1.1- Tiếp nhận bệnh đưa đến giường quy định.

1.2- Kiểm tra sinh hiệu, ghi nhận diễn biến lâm sàng vào phiếu chăm sóc báo cáo đến BS điều trị.

1.3- Bác sĩ khám và ra y lệnh ngay.

1.3- Điều dưỡng thực hiện ngay các y lệnh

1.4- Yêu cầu thân nhân đóng tạm ứng (theo mẫu)

1.5- Căn cứ vào y lệnh của bác sĩ và quy trình chăm sóc lập kế hoạch chăm sóc ghi vào phiếu chăm sóc cụ thể cho từng người bệnh.

1.6- Bệnh nhân chuyển khoa, điều dưỡng trực phải hoàn thành thủ tục, thông báo hộ lý chăm sóc chuyển bệnh nhân đến nơi an toàn..

1.7- Điều dưỡng hành chánh lập phiếu thanh toán viện phí theo mẫu.

1.8- Người nhà bệnh nhân thanh toán viện phí tại phòng thu viện phí.

1.9- Bệnh nhân tử vong và nặng xin về ngoài tù tục hành chánh bác sĩ và điều dưỡng phải thông cảm, chia sẻ nỗi buồn của thân nhân. Hỗ trợ chuyển bệnh nhân ra xe.

IV) ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ :

1/ Giảm số bệnh nhân chuyển khoa khác trở về khoa Hồi Sức tích cực trong thời gian ≤ 3 ngày $< 2\%$.

MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG NĂM 2010

KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC

I. ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH:

1) KẾT QUẢ ĐẠT ĐƯỢC:

- Bệnh nhân nội trú năm 2010 là 2700 bệnh, với tổng số ngày điều trị là 8100 ngày, chiếm tỉ lệ 100% nội trú. Ngày điều trị trung bình 3 ngày/ bệnh.

2) PHÂN TÍCH ĐÁNH GIÁ:

☺ Điểm Mạnh:

- Chuyên môn: Nhân viên có kỹ năng về hồi sức cấp cứu.
- Tập thể đoàn kết.
- Trang thiết bị máy móc hiện đại

☹ Điểm Yếu:

- Phòng ốc chật chội
- Trình độ nhân viên không đồng đều
- Thiếu BS nên phải trực tua ba.

☹ Khó Khăn:

- Thân nhân ý thức còn kém khi thăm và nuôi bệnh

☺ Thuận Lợi:

- Được các cấp lãnh đạo quan tâm và có sự hợp tác tốt giữa các khoa phòng trong bệnh viện.

II. MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG CỦA KHOA/ PHÒNG:

Giảm số lượng bệnh nhân chuyển đi khoa khác trở lại khoa ICU trong thời gian 3 ngày < 2%

☺ Công thức tính hoặc chỉ số:

[tổng số bệnh nhân trở lại khoa ≤ 3 ngày x 100/ Tổng số bệnh nhân chuyển khoa]

Nguồn dữ liệu: số liệu tổng hợp từ sổ giao ban khoa.

III. KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG:

(các nhiệm vụ và giải pháp cần thực hiện để đạt được mục tiêu)

STT	Bước Công Việc	Thời gian thực hiện <i>(bắt đầu → kết thúc)</i>	Người thực hiện	Người giám sát
1	Áp dụng tối ưu phác đồ điều trị và qui trình chăm sóc cho bệnh nhân ngay khi vào khoa.	Năm 2010	Bs. Điều trị, NV điều dưỡng	Trưởng khoa ĐDTK
2	Bổ sung, điều chỉnh và triển khai áp dụng triệt để ‘phác đồ điều trị’, thực hiện hội chẩn tại khoa nhằm thực hiện tốt khâu sơ kết diễn biến bệnh và đưa ra được hướng điều trị phù hợp.	Năm 2010	Các Bs. Điều trị, NV điều dưỡng	Trưởng khoa ĐDTK
3	Tổ chức sinh hoạt, nhắc nhở, tập huấn định kỳ mỗi tháng cho các nhân viên y tế về qui chế chuyên môn nhằm đảm bảo công tác điều trị, chăm sóc bệnh nhân tốt hơn.	Ngày thứ sáu cuối mỗi tháng	Ban chủ nhiệm khoa	Trưởng khoa ĐDTK
6	Tổng hợp, báo cáo thực hiện mục tiêu	Cuối tháng 6 & 12/2010	Trưởng/ phó khoa	BGD bệnh viện

ĐÁNH GIÁ MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG

TÊN MỤC TIÊU	Giảm số lượng bệnh nhân chuyển khoa trở lại khoa HSTC < 2%
- Mục đích	Đánh giá chính xác tình trạng bệnh khi chuyển khoa
- Công thức đo	Tổng số bệnh trở lại X 100/ tổng số bệnh chuyển
- Thời gian thực hiện	- Từ tháng 01/2010
- Kết quả phải đạt	- Số bệnh nhân chuyển trở lại khoa HSTC < 2%
- Nguồn dữ liệu	- Số liệu lấy từ sổ giao ban khoa hàng ngày
- Tần suất đo	- Tính theo tháng
- Người chịu trách nhiệm đo	- Điều dưỡng T khoa Hồi sức TC
- Người chịu trách nhiệm hành động	- Trưởng khoa Hồi Sức
- Kế hoạch hành động	- Ghi nhận mỗi ngày , tổng hợp cuối tháng. Số liệu từ sổ giao ban.

DANH MỤC HỒ SƠ CHẤT LƯỢNG

STT	Tên hồ sơ	Mã số	Nơi lưu trữ	NV lưu trữ	Phương pháp lưu trữ	Người được phép xem hồ sơ	Thời gian lưu	Phương pháp hủy bỏ
1	Sổ triển khai các văn bản		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
2	Sổ báo cáo tuần		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
3	Sổ đồ vải		Tủ Hs	H lý	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
4	Sổ lãnh thuốc ngày		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
5	Sổ sao y lệnh trực		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
6	Sổ bàn giao thuốc tủ trực		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
7	Sổ bàn giao y dụng cụ		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
8	Sổ bàn giao ban điều dưỡng		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
9	Sổ bàn giao bệnh chuyển khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
10	Sổ bàn giao bệnh chuyển viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
11	Sổ mời hội chẩn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
12	Sổ biên bản hội chẩn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
13	Sổ theo dõi thủ thuật		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
14	Sổ trả hồ sơ ra viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
15	Sổ in toa ra viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
16	Sổ kế hoạch khoa		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
17	Sổ giáo dục thân nhân		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
18	Sổ tài sản		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

19	Sổ hợp giao ban bác sĩ		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
20	Sổ hợp khoa		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
21	Sổ bình bệnh án điều trị		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
22	Sổ bình hồ sơ điều dưỡng		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
23	Sổ định hướng điều dưỡng mới		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
24	Sổ mô tả công việc		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
25	Sổ theo dõi rủi ro vật sắc nhọn		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
26	Sổ theo dõi nhầm lẫn thuốc		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
27	Sổ ARD		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
28	Sổ chỉ đạo tuyến		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
29	Sổ đào tạo bồi dưỡng chuyên môn		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
30	Sổ sinh hoạt chuyên môn		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
31	Sổ góp ý của người bệnh		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
32	Sổ kiểm tra hàng tháng		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
33	Sổ đi buồng		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
34	Sổ kiểm tra hàng tuần		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
35	Sổ sinh hoạt hội đồng người bệnh		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
36	Sổ hợp khoa		Tủ Hs	ĐD.TK	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
37	Sổ biên bản tử vong		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
38	Sổ kiểm tra tuần		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
39	Sổ phân công		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
40	Sổ lưu công văn đến		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
41	Sổ lưu công văn đi		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

42	Sổ xác nhận bệnh		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
43	Sổ lãnh VPP		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
44	Sổ lãnh nhu yếu phẩm		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
45	Sổ báo sửa chữa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
46	Sổ trả kết quả KH		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
47	Sổ trả GĐYK		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
48	Sổ trả GĐPY		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
49	Sổ họp công đoàn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
50	Sổ tài sản khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
51	Sổ theo dõi khám bệnh nhân viên		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

DANH MỤC TÀI LIỆU NỘI BỘ HIỆN HÀNH

TT	Tên tài liệu	Mã số	Lần ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Lần sửa đổi				
					Máy tính	Tủ tài liệu	01	02	03	04	05
1	Qui chế chống nhiễm khuẩn.		01	01/04/2010	X	X					
2	Qui chế công tác khoa Hồi Sức		01	01/04/2010	X	X					
3	Qui chế sử dụng thuốc		01	01/04/2010	X	X					
4	Qui chế xử lý chất thải		01	01/04/2010	X	X					
5	Qui chế hội chẩn		01	01/04/2010	X	X					
6	Qui chế hoạt động khoa Hồi Sức		01	01/04/2010	X	X					
7	Qui trình hút đàm thở máy		01	01/04/2010	X	X					
8	Qui trình sử dụng máy thở vela		01	01/04/2010	X	X					
9	Qui trình hướng dẫn điều trị nội trú		01	01/04/2010	X	X					
10	Qui sử dụng máy bơm điện Braun		01	01/04/2010	X	X					
11	Qui trình cho ăn bằng ống		01	01/04/2010	X	X					
12	Phác đồ điều trị		01	01/04/2010	X	X					
13	Mục tiêu chất lượng 2009-KTT		01	01/04/2010	X	X					
14	Chính sách chất lượng BVĐKTT-AG		01	01/04/2010	X	X					

15	Sổ tay chất lượng		01	01/04/2010	X	X					
----	-------------------	--	----	------------	---	---	--	--	--	--	--

DANH MỤC TÀI LIỆU BÊN NGOÀI HIỆN HÀNH

TT	Tên tài liệu	Mã số	Tác giả/Nơi ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Ghi chú
					Máy tính	Tủ tài liệu	
1	Washington manual 31st		University in St Louis	2004		X	
2	Harrison's principle 17th			2007		X	
3	Current medical			2010		X	
4	Treatment guidelines			2008	X		
5	Quy chế CC, HSTC và chống độc	01/2008/QĐ-BYT	Bộ y tế	21/1/2008		X	
6	Qui chế bệnh viện		Bộ Y Tế	1997		X	
7	Bản phân loại bệnh quốc tế 10 (ICD-10)		Nhà xuất bản y học	2000		X	
8	Điều trị học nội khoa		Nhà xuất bản y học	2009		X	
9	Bệnh học tim mạch		Nhà xuất bản y học	2008		X	
10	Phác đồ điều trị khoa HSTC			2009		X	