

**SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG TÂM AN GIANG**
Ký hiệu : KNT-TN

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



ISO 9001 : 2008
KHOA NỘI THẬN – TIẾT NIỆU

Biên soạn

Phê duyệt

Trưởng Khoa

Giám đốc

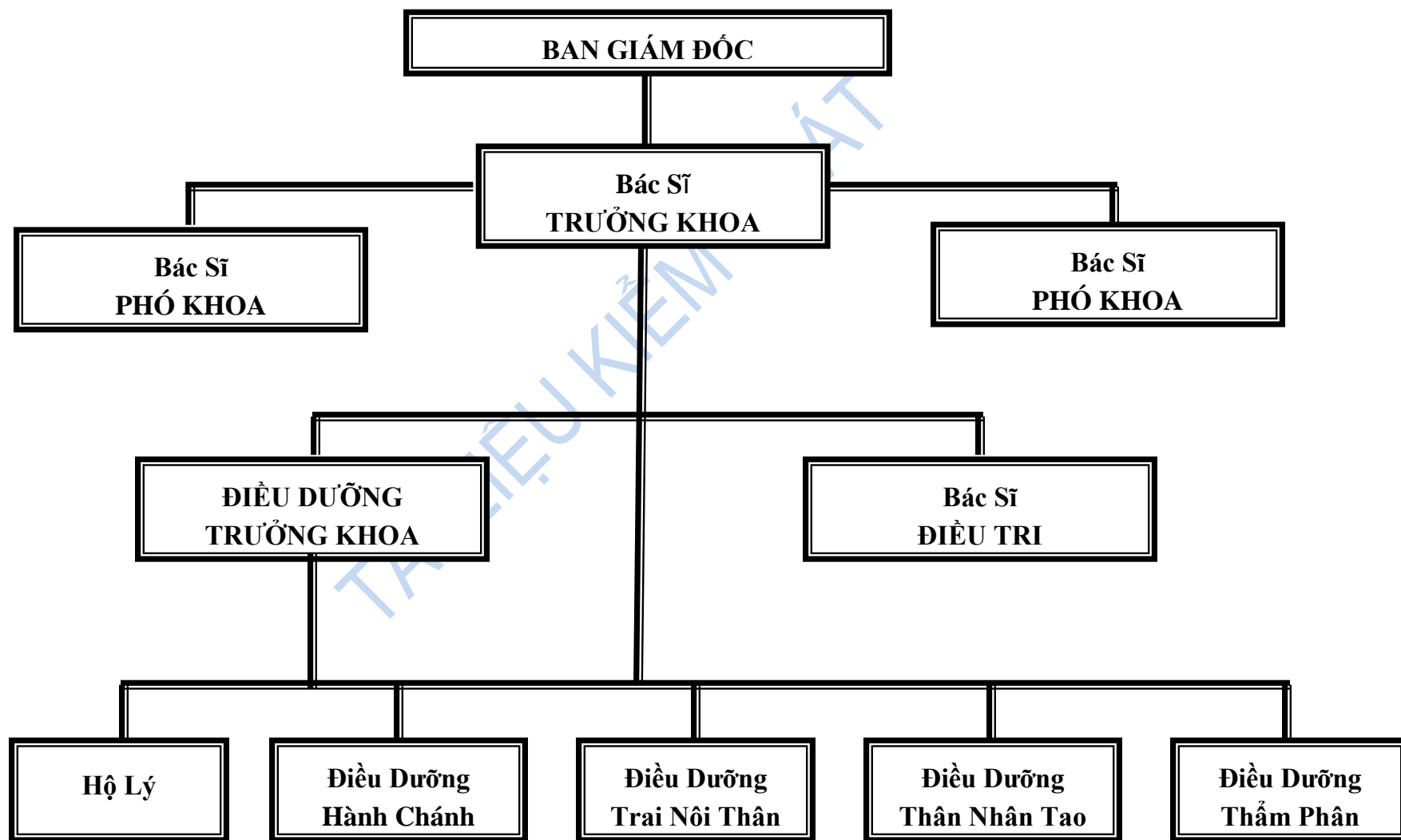
Bs. LỮ CÔNG TRUNG

TS.BS NGUYỄN VĂN SÁCH

MỤC LỤC

- Trang bìa	01
- Mục lục	02
Phần I :	
- Sơ đồ tổ chức khoa	03
Phần II :	
- Quy chế công tác khoa	04 - 05
- Nội qui khoa	06
Phần III :	
- Mô tả công việc	07 - 18
Phần IV :	
- Phác đồ shock phản vệ	19 - 23
- Suy thận cấp	24 - 28
- Suy thận mạn	29 - 31
- Hội chứng thận hư	32 - 34
- Nhiễm trùng tiểu	35 - 37
- Phù phổi cấp huyết động	38 - 40
- Quy trình lọc thận nhân tạo định kỳ	41 - 45
- Quy trình thẩm phân phúc mạc liên tục	46 - 47
- Quy trình chăm sóc chân ống sớm sau mổ đặt catheter	48 - 49
- Quy trình chăm sóc chân ống đã lành	50
- Quy trình trao đổi dịch hệ thống túi đôi	51
Phần V :	
- Đánh giá mục tiêu chất lượng	52
- Danh mục hồ sơ chất lượng	53 - 55
Phần VI :	
- Danh mục tài liệu nội bộ	56
Phần VII :	
- Danh mục tài liệu bên ngoài	57

SƠ ĐỒ TỔ CHỨC KHOA NỘI THẬN – TIẾT NIỆU



QUI CHẾ CÔNG TÁC KHOA NỘI THẬN - TIẾT NIỆU

(Theo Quy chế Bệnh Viện – Ban hành theo quyết định của
Bộ Trưởng Bộ Y Tế số 1895/1997/BYT-QĐ, ngày 19/09/1997)

I. Quy định chung :

1. Lọc máu gồm các kỹ thuật : lọc màng bụng, thẩm thấu máu, siêu lọc máu, hấp phụ máu, thay máu, thay huyết tương, được áp dụng trong điều trị suy thận cấp, suy thận mãn, suy gan cấp và ngộ độc...
2. Thực hiện việc lọc máu cho người bệnh phải đúng chỉ định và đúng quy định kỹ thuật bệnh viện.
3. Có đủ các phương tiện, dụng cụ phục vụ cho lọc máu. Việc sử dụng thiết bị phải được thực hiện theo quy chế quản lý và sử dụng vật tư, thiết bị y tế.
4. Phải đảm bảo vô khuẩn tuyệt đối, không để lây chéo giữa các người bệnh được lọc máu và viên chức lọc máu.

II. Quy định cụ thể :

1. Điều kiện thực hiện an toàn lọc máu :

Trưởng khoa lọc máu có trách nhiệm :

- a. Bố trí buồng đặt thiết bị thận nhân tạo, giường để người bệnh nằm và dụng cụ phương tiện phục vụ người bệnh.
- b. Mỗi đơn vị lọc máu, ít nhất phải có 2 thiết bị thận nhân tạo, đủ quả lọc, dịch lọc, dây dẫn máu, các vật liệu tiêu hao và thuốc để thiết lập vòng tuần hoàn ngoài cơ thể người bệnh.
- c. Nước sử dụng trong lọc máu phải bảo đảm chất lượng và đủ theo quy định.
- d. Có nguồn điện riêng, ổn định và an toàn.
- e. Các thiết bị và phương tiện phục vụ cho lọc máu phải bảo đảm vô khuẩn và sẵn sàng hoạt động.
- g. Đủ cơ số thuốc và dụng cụ sẵn sàng để xử lý kịp thời khi người bệnh có diễn biến bất thường.
- h. Các thành viên trong khoa được định kỳ xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV/AIDS và viêm gan virus.

2. Quy trình lọc máu :

- a. Bác sĩ lọc máu có trách nhiệm :
 - Thăm khám lại người bệnh, tổ chức hội chẩn liên khoa để xác định loại bệnh có chỉ định lọc máu.
 - Làm đầy đủ hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm liên quan bảo đảm an toàn lọc máu.

- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh biết về khả năng và diễn biến xấu có thể xảy ra và kí vào tờ giấy đề nghị được lọc máu.

- Lựa chọn quả lọc, dịch lọc, thời gian lọc, thuốc chống đông và chống chảy máu.

- Thực hiện các thủ thuật đường vào mạch máu.

- Ghi chép bổ sung vào hồ sơ bệnh án các loại dịch truyền, các loại thuốc, các tai biến, biến chứng và phương pháp xử lí trong quá trình lọc máu.

- Định kì xét nghiệm máu về HIV và viêm gan virus cho người bệnh mỗi 6tháng

- Theo dõi sức khỏe định kì và hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc nâng cao sức khỏe.

b. Y tá (điều dưỡng) lọc máu có trách nhiệm :

- Theo dõi liên tục và ghi đầy đủ vào phiếu chăm sóc : mạch, huyết áp, nhịp thở, lượng nước tiểu của người bệnh.

- Thực hiện vô khuẩn các dụng cụ, phương tiện lọc máu để tiến hành thủ thuật.

- Nhắc nhở người bệnh giữ gìn sạch sẽ : cơ thể, quần áo, và vùng làm thủ thuật.

- Thực hiện quy chế quản lí và sử dụng vật tư, thiết bị y tế.

- Không được rời vị trí làm việc khi đang theo dõi người bệnh được lọc máu.

c. Kỹ sư và kỹ thuật viên có trách nhiệm :

- Đảm bảo các thiết bị thận nhân tạo và hệ thống xử lí nước luôn hoạt động tốt.

- Kiểm tra chất lượng nước, chất lượng dịch lọc trước, trong và sau khi lọc máu.

- Vệ sinh, khử khuẩn thiết bị và phải rửa sạch chất sát khuẩn dính ở thiết bị.

- Thực hiện đầy đủ quy trình sử dụng lại quả lọc, nếu dùng lại.

NỘI QUI

KHOA NỘI THẬN – TIẾT NIỆU

1. Bệnh nhân phải tuân thủ theo qui định của bệnh viện và sự chỉ dẫn của nhân viên y tế.
2. Thân nhân bệnh nhân không được phép vào phòng thận nhân tạo khi bệnh nhân đang lọc máu, khi cần thiết nhân viên y tế sẽ mời thân nhân vào phòng thận nhân tạo.
3. Bệnh nhân lọc máu định kỳ phải : thay quần áo bệnh viện, thay dép riêng của phòng thận nhân tạo, rửa cánh tay có mỗ Fistula sạch trước khi vào lọc máu
4. Bệnh nhân lọc máu định kỳ : không đem theo thức ăn có mùi, thức ăn lỏng vào phòng lọc máu.
5. Không tự ý di chuyển, xê dịch đồ đạc để trong phòng bệnh. Không tự ý đóng đinh , viết chữ, dán giấy tờ, tranh ảnh trong phòng bệnh và trên tường của bệnh viện.
6. Không vứt rác, khắc nhỏ bừa bãi hay đổ nước xuống sàn nhà, lên tường qua cửa sổ, không treo khăn, quần áo lên đầu giường hay hành lang.
7. Khi cần thiết, thân nhân sẽ được ở lại để chăm sóc bệnh nhân cùng với nhân viên của khoa.
8. Mọi sự chăm sóc đều được hướng dẫn của nhân viên y tế.
9. Không được tự ý vào các phòng làm việc chuyên môn và xem các giấy tờ chuyên môn.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** khoa nội thận – tiết niệu
2. **CHỨC DANH:** Bác sĩ
3. **CHỨC VỤ:** Trưởng khoa
4. **CẤP BÁO CÁO:** Ban giám đốc bệnh viện
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa nội thận – tiết niệu
6. **TRÁCH NHIỆM :**

6.1/ 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.

6.2/ Tổ chức lãnh đạo công tác chẩn đoán, điều trị trong khoa để phục vụ cho người bệnh chu đáo.

-Trực tiếp tham gia công tác điều trị, giải quyết những bệnh nặng, bệnh khó hay bệnh cấp cứu.

-Hàng ngày khám lại các bệnh nặng, bệnh mới vào khoa nếu cần.

-Trong tuần khám lại tất cả bệnh nhân trong khoa một lần để xác định việc chẩn đoán, điều trị của các y, bs cho hướng điều trị nếu cần.

-Sẵn sàng thăm khám những tình trạng bệnh nhân nguy kịch, khó khăn hay những trường hợp cần thiết do y,bs thường trực mời.

6.3/ Đóng góp ý kiến đối với những trường hợp bệnh điều trị ngoại trú như những bệnh khó hay bệnh đang theo dõi để cho hướng điều trị thích hợp.

Thăm tra và quyết định các trường hợp bệnh tiến hành các thủ thuật chuyên khoa.

6.4/ Thăm tra các bệnh án ra vào viện, xét duyệt hay quyết định cho bệnh nhân ra hoặc chuyển viện.

6.5/ Quyết định hội chẩn trong khoa hay đề nghị hội chẩn toàn bệnh viện.

-Tự mình hoặc chỉ định y,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.

6.6/ 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.

6.7/ 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.

6.8/ Đôn đốc nhân viên thực hiện đúng chức trách, quy tắc chuyên môn.

6.9/ 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.

6.10/ 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.

6.11/ 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.

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

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

6.14/ 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

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

7. QUYỀN HẠN:

- Điều hành quản lý công việc trong khoa.
- Tham mưu cho ban giám đốc bệnh viện chỉ đạo các hoạt động trong khoa tâm thần và tuyến dưới.
- Ủy quyền cho phó khoa giải quyết công việc khi vắng mặt.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

a) Học vấn:

- Tốt nghiệp chuyên khoa I Nội Tổng Quát
- Ngoại ngữ: chứng chỉ B
- Tin học: thực hành được tin học văn phòng.
- Quản lý: tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước.

b) Kinh nghiệm: 15 năm thực hành lâm sàng.

c) Kỹ năng:

- Truyền đạt, thuyết minh, thuyết phục.
- Lắng nghe, phân tích, ra quyết định.
- Điều hành, phân công công việc.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** khoa Nội Thận – Tiết niệu
2. **CHỨC DANH:** Bác sĩ
3. **CHỨC VỤ:** Phó khoa
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa Nội Thận – Tiết Niệu.
6. **TRÁCH NHIỆM :**

6.1/ 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.

6.2/ 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.

6.3/ Khi BS. Trưởng khoa khám bệnh, BS điều trị có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến bệnh, quá trình điều trị, xin ý kiến hướng dẫn.

6.4/ Hàng ngày mỗi buổi sáng phải khám từng người bệnh được phụ trách, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống

6.5/ 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.

6.6/ 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.

6.7/ 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, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc

6.8/ 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).

6.9/ 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.

6.10/ Thực hiện nhiệm vụ do trưởng khoa ủy quyền. Báo cáo đầy đủ công việc được giao.

7. QUYỀN HẠN :

1/ Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo quy chế.

2/ Ký đơn thuốc, phiếu lĩnh thuốc

3/ Quản lý điều hành công việc của khoa, theo sự phân công của BGD, Trưởng khoa.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

a. Học vấn:

- Tốt nghiệp đại học Y dược - Chuyên khoa cấp I Nội Tổng Quát
- Kinh nghiệm: 15 năm hoạt động trong ngành.

b. Kỹ năng khác:

- Ngoại ngữ: chứng chỉ B
- Tin học: thực hành được tin học văn phòng.
- Kỹ năng lãnh đạo: truyền đạt.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** nội thận – tiết niệu
2. **CHỨC DANH:** Bác sĩ
3. **CHỨC VỤ:** điều trị
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa nội thận – tiết niệu
6. **TRÁCH NHIỆM :**

6.1/ 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.

6.2/ 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.

6.3/ 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.

6.4/ 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.

6.5/ 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.

6.6/ 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.

6.7/ 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, hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc

6.8/ 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).

6.9/ - 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. 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

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

c. Học vấn:

- Tốt nghiệp đại học Y dược
- Kinh nghiệm: 1 năm hoạt động trong ngành.

d. Kỹ năng khác:

- Ngoại ngữ: chứng chỉ B
- Tin học: thực hành được tin học văn phòng.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** khoa nội thận – tiết niệu
2. **CHỨC DANH:**
3. **CHỨC VỤ:** điều dưỡng trưởng khoa
4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa nội thận – tiết niệu
6. **NHIỆM VỤ :**

1) Chăm Sóc Người Bệnh:

-Tiếp nhận người bệnh khi mới vào khoa, kiểm tra các thủ tục hành chính, giới thiệu nội quy khoa, phòng và của bệnh viện.

-Quan sát người bệnh về tình trạng bệnh để có kế hoạch phân công điều dưỡng, hộ lý theo dõi và chăm sóc.

-Thường xuyên đi buồng thăm bệnh để đánh giá sự tiến triển của người bệnh, đồng thời tìm hiểu những nhu cầu, nguyện vọng của người bệnh để giải quyết và đáp ứng kịp thời.

-Đi buồng bệnh thăm người bệnh cùng với BS để nhận những nhu cầu về điều trị và phân công điều dưỡng thực hiện cho phù hợp.

-Chuẩn bị mọi phương tiện để sẵn sàng cấp cứu người bệnh khi cần. Hướng dẫn cho các điều dưỡng về các kỹ thuật chăm sóc hay các kỹ thuật cấp cứu đối với các trường hợp bệnh nhân nặng.

-Hàng ngày kiểm tra, đôn đốc các điều dưỡng và hộ lý giữ buồng bệnh được sạch sẽ, trật tự trong khoa.

-Đóng góp ý kiến khi các BS cho y lệnh không phù hợp với bệnh lý để xử lý kịp thời.

2) Công Tác Quản Lý Và Điều Hành Nhân Sự :

-Phân công và điều phối công việc hợp lý cho nhân viên phù hợp với năng lực của từng người.

-Lập bảng trực hàng tháng cho nhân viên.

-Lập kế hoạch nghỉ phép năm và kế hoạch nghỉ bù hợp lý cho nhân viên.

-Hàng tháng tổng hợp bảng chấm công như: chấm công trực ngày công để nộp phòng tổ chức.

-Kiểm tra sự hoàn thành nhiệm vụ, kỷ luật lao động đối với nhân viên khoa để biểu dương, đề bạt hay nhắc nhở.

3) Công Tác Quản Lý Hành Chánh:

-Chịu trách nhiệm chung về mọi mặt công tác, giấy tờ, sổ sách, báo cáo, thống kê và lưu trữ trong khoa.

-Kiểm tra các thủ tục cho bệnh nhân vào viện, chuyển viện, ra viện, bệnh nhân tử vong và hướng dẫn thân nhân người bệnh hoặc người bệnh các thủ tục hành chính khi cần.

- Phổ biến cho nhân viên các thông báo, chỉ thị của các cấp lãnh đạo.

- Giải thích cho người bệnh hay gia đình người bệnh các quy định của khoa và bệnh viện.

-Thường xuyên liên lạc phòng điều dưỡng hay tham gia họp do phòng điều dưỡng tổ chức để trao đổi những công việc cần thiết cho việc chăm sóc, phục vụ người bệnh.

4) **Công Tác Quản Lý Tài Sản Vật Tư Khoa:**

-Chịu trách nhiệm tất cả các vật dụng và tài sản trong khoa.

-Lập những yêu cầu về trang thiết bị y tế, văn phòng phẩm...phục vụ cho công tác chăm sóc người bệnh.

-Lập những yêu cầu sửa chữa hoặc bảo quản các trang thiết bị trong khoa

-Giám sát việc sử dụng bảo quản, giữ gìn các trang thiết bị y tế và phương tiện dụng cụ trong khoa

-Lập bản theo dõi tài sản hàng năm và báo cáo phòng vật tư xử lý những vật dụng hay trang thiết bị y tế.

-Kiểm soát việc sử dụng tiết kiệm các mặt hàng tiêu dùng cũng như điện nước.

5) **Công Tác Huấn Luyện:**

-Hướng dẫn và huấn luyện điều dưỡng, hộ lý thành thạo và biết được các kỹ thuật chăm sóc người bệnh trong khoa.

-Hướng dẫn nhân viên thực hiện các kỹ thuật chăm sóc phức tạp, cũng như áp dụng những cải tiến mới trong lĩnh vực điều trị và chăm sóc người bệnh.

-Hướng dẫn công việc, giải thích nhiệm vụ, giám sát và đánh giá các nhân viên mới về khoa.

-Cung cấp cơ sở thực hành, giúp đỡ phương tiện và tạo điều kiện cho học sinh thực tập.

-Hàng tuần tổ chức các cuộc họp tại khoa để phổ biến, giáo dục sức khỏe cho người bệnh và thân nhân người bệnh.

7. QUYỀN HẠN :

-Phân công điều dưỡng và hộ lý đáp ứng yêu cầu các công việc của khoa.

-Kiểm tra điều dưỡng và hộ lý thực hiện chăm sóc người bệnh và thực hiện đúng những quy trình và quy chế bệnh viện.

8. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

- Nắm vững những quy chế quản lý.
- Nắm vững các quy trình thận nhân tạo và thẩm phân phúc mạc.
- Thành thạo các thủ thuật chuyên khoa
- Nắm vững các quy trình chăm sóc người bệnh thận có trong danh mục.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** khoa nội thận – tiết niệu
2. **CHỨC DANH:**
3. **CHỨC VỤ:** Điều dưỡng hành chánh
4. **CẤP BÁO CÁO:** ĐD Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa nội thận – tiết niệu
6. **TRÁCH NHIỆM:**
 - ❖ **Hành Chánh Khoa**
 - 1) Ghi nhận, cập nhật sổ đăng ký người bệnh vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện, tử vong.
 - 2) Chuyển bệnh án đã được trưởng khoa duyệt của người bệnh ra viện, tử vong đến phòng lưu trữ.
 - 3) Bảo quản bệnh án, ấn chỉ và tài liệu trong khoa.
 - 4) Lãnh dụng cụ y tế, văn phòng phẩm.
 - 5) Thay thế khi điều dưỡng trưởng khoa vắng mặt.
 - ❖ **Hành Chánh Dược**
 1. Quản lý thuốc dùng hàng ngày cho bệnh nhân trong khoa:
 2. Tổng hợp thuốc dùng hàng ngày theo y lệnh và viết phiếu lãnh thuốc để trình Trưởng khoa duyệt.
 3. Lãnh thuốc và bàn giao thuốc hàng ngày để ĐD chăm sóc thực hiện cho từng người bệnh theo y lệnh.
 4. Kiểm tra sử dụng thuốc trực hàng ngày và bổ sung thuốc trực theo cơ số quy định.
 5. Thu hồi thuốc thừa để trả lại khoa dược theo quy chế sử dụng thuốc.
 - 6) Tổng hợp thuốc đã dùng cho mỗi người bệnh trước lúc ra viện.
 - Tham gia trực và chăm sóc người bệnh (như ĐD chăm sóc) khi khoa cần.
7. **NĂNG LỰC TỐI THIỂU:**
 - Như điều dưỡng chăm sóc.
 - Biết sử dụng vi tính.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



- 1 BỘ PHẬN:** khoa nội thận – tiết niệu
- 2 CHỨC DANH:**
- 3 CHỨC VỤ:** Điều dưỡng chăm sóc
- 4 CẤP BÁO CÁO:** ĐD Trưởng khoa
- 5 PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa nội thận – tiết niệu
- 6 TRÁCH NHIỆM:**

- 1) Công tác chuẩn bị bệnh nhân chu đáo, phụ giúp Bs khám bệnh:
- 2) Có nhiệm vụ ghi nhận sinh hiệu, các biểu hiện lâm sàng (ghi nhận vào phiếu theo dõi và chăm sóc báo cáo đến Bs.
- 3) Điều dưỡng nghiêm chỉnh thực hiện đầy đủ y lệnh của Bs và có quyền tạm ngưng y lệnh khi phát hiện bệnh nhân có diễn biến bất thường. Báo cáo ngay đến Bs nội trú xin ý kiến.
- 4) ĐD phải hướng dẫn bệnh nhân cách chăm sóc (thay dịch, thay băng hằng ngày...) cho từng bệnh nhân cụ thể.
- 5) Bảo quản tài sản, thuốc, dụng cụ y tế, trật tự vệ sinh buồng bệnh (khi có bệnh nằm) trong phạm vi được phân công.
- 6) Tham gia nghiên cứu khoa học và hướng dẫn học viên khi được ĐD trưởng phân công.
- 7) Tham gia trực gác theo sự phân công.
- 8) Động viên người bệnh an tâm điều trị. Bản thân phải thực hiện tốt quy định về y đức.
- 9) Thường xuyên tự học tập và cập nhật kiến thức.

7. NĂNG LỰC TỐI THIỂU:

- Nắm vững các quy tình chăm sóc người bệnh.
- Biết được một số thủ thuật chuyên khoa.
- Nắm vững các quy trình sơ cứu, cấp cứu của khoa.
- Có kỹ năng giao tiếp.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** khoa nội thận – tiết niệu
2. **CHỨC DANH:**
3. **CHỨC VỤ:** Hộ Lý
4. **CẤP BÁO CÁO:** ĐD Trưởng khoa
5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** khoa nội thận – tiết niệu
6. **TRÁCH NHIỆM :**

6.1/ Thực hiện vệ sinh sạch, đẹp, ngăn nắp, trật tự trong các buồng bệnh, buồng thủ thuật, buồng tắm, buồng vệ sinh, hành lang, cầu thang, buồng làm việc của khoa theo quy chế quản lí buồng bệnh và buồng thủ thuật và quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện.

6.2/ Phục vụ người bệnh :

a- Thay, đổi đồ vải của người bệnh theo quy định.

b- Đổ chất thải của người bệnh.

c- Cọ rửa và tiệt khuẩn dụng cụ đựng chất thải của người bệnh, đảm bảo luôn khô, sạch.

6.3/ Phụ điều dưỡng trong chăm sóc người bệnh toàn diện :

a- Hỗ trợ người bệnh thực hiện vệ sinh thân thể.

b- Vận chuyển người bệnh.

c- Vận chuyển phương tiện và trang thiết bị phục vụ người bệnh và mang sửa chữa thiết bị hỏng.

6.4/ Thu gom, quản lí chất thải trong khoa :

a- Đặt các thùng rác tại các vị trí quy định của khoa (có lót túi nylon ở trong).

b- Tập trung, phân loại rác từ các buồng bệnh, buồng thủ thuật vào thùng rác chung của khoa.

c- Thu gom và bỏ rác vào thùng không để rác rơi vãi ra ngoài.

d- Cọ rửa thùng rác hàng ngày.

5/ Bảo quản tài sản trong phạm vi được phân công.

6.6/ Thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn khác theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.

7. **NĂNG LỰC TỐI THIỂU :**

- Nắm vững các quy trình xử lý chất thải.

- Nắm vững quy trình chống nhiễm khuẩn.

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ

(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)

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 một 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, ỉa đái không tự chủ
- Đau đầu, chóng mặt, đôi khi hôn mê
- Choáng 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 1/1.000, ống 1ml = 1mg, tiêm dưới da ngay sau khi xuất hiện sốc phản vệ với liều như sau:

- + 1/2 - 1 ống ở người lớn
- + Không quá 0,3 ml ở trẻ em (ống 1 ml (1mg) + 9ml nước cất = 10 ml sau đó tiêm 0,1 ml/kg)
- + Hoặc adrenaline 0,01 mg/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 (năm 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 nội 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

Tuỳ 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: aminophylline 1mg/kg/giờ hoặc terbutaline 0,2 microgam/kg/phút.

Có thể dùng:

Terbutaline 0,5mg, 1 ống dưới da ở người lớn và 0,2 ml/10kg ở trẻ 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 một đường truyền tĩnh mạch adrenaline để duy trì huyết áp bắt đầu bằng 0,1 microgam/kg/phút điều chỉnh tốc độ theo huyết áp (khoảng 2mg adrenalin/giờ cho người lớn 55 kg)

3. Các thuốc khác

- Methylprednolone 1-2mg/kg/4giờ hoặc hydrocortisone hemisuccinate 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 20 ml/kg ở trẻ em.

- Phenergan tiêm bắp hay tĩnh mạch

4. Điều trị phối hợp:

Uống than hoạt 1g/kg nếu dị nguyên qua đường tiêu hoá

Băng ép chi phía trên chỗ tiêm hoặc đường vào của nọc độc

Chú ý:

- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24 giờ sau khi huyết áp đã ổn định

- Sau khi sơ cứu nên tận dụng 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 dung 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 sẵn có.

- Điều dưỡng có thể sử dụng adrenaline dưới da theo phác đồ khi y, bác sỹ không có mặt.

- Hồi kỹ tiền sử dị ứng và chuẩn bị hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ trước khi dùng thuốc là cần thiết.

DANH MỤC THUỐC DỄ GÂY DỊ ỨNG CẢN THEO DÕI KHI TIÊM THUỐC

(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)

I. Kháng sinh:

Penicillin	Kanamycin
Ampicillin	Gentamicin
Amoxicillin	Tetracyclin
Cephalosprin	Oxytetracyclin
Streptomycin	Sulfamid

II. Vitamin

Vitamin B1, Vitamin C, Vitamin B12

III. Thuốc kháng viêm không steroid

Aspirin, Analgin, Paracetamol, Seda, salicylat

IV. Thuốc gây tê, gây ngủ, dẫn cơ.

Novocain, thiopental, vecuronium, tracuronium

V. Một số nội tiết tố:

Insulin, ACTH

VI. Dung dịch truyền:

Dextran, đạm

VII. Một số vaccine và huyết thanh:

Kháng độc tố bạch hầu, uốn ván

VIII. Các chất cản quang có iod

KỸ THUẬT LÀM TEST LẤY DA

(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)

Test lấy da là test khá chính xác, tương đối an toàn và dễ làm để dự phòng sốc phản vệ

1. Kỹ thuật làm test lấy da:

* Nhỏ một giọt dung dịch kháng sinh (penicillin hoặc streptomycin) nồng độ 100.000 đơn vị/1 ml lên mặt da (1 gam streptomycin tương đương 1 triệu đơn vị).

* Cách đó 3 - 4 cm nhỏ một giọt dung dịch NaCl 0,9% (làm chứng).

* Dùng kim tiêm vô khuẩn (số 24) châm vào 2 giọt trên (mỗi giọt dùng kim riêng), qua lớp thượng bì, tạo với mặt da một góc 45⁰ rồi lấy nhẹ, không được làm chảy máu. Sau 20 phút đọc và đánh giá kết quả.

2. Đọc kết quả các thử nghiệm lấy da (prick test)

Mức độ	Ký hiệu	Biểu hiện
Âm tính	-	Giống như chứng âm tính
Nghi ngờ	+/-	Ban sẩn đường kính < 3 mm
Dương tính nhẹ	+	Đường kính ban sẩn 3-5 mm, ngứa, xung huyết
Dương tính vừa	++	Đường kính ban sẩn 6-8 mm, ngứa, xung huyết
Dương tính mạnh	+++	Đường kính ban sẩn 9-12 mm, ngứa, chân giả
Dương tính rất mạnh	++++	Đường kính trên 12 mm, ngứa nhiều, nhiều chân giả

3. Không được làm test lấy da khi người bệnh:

Đang có cơn dị ứng cấp tính (viêm mũi, mày đay, phù Quincke, hen phế quản)

Phụ nữ có thai

4. Trước khi làm test chuẩn bị sẵn sàng các phương tiện cấp cứu sốc phản vệ.

NỘI DUNG HỘP THUỐC CẤP CỨU CHỐNG SỐC PHẢN VỆ

(Kèm theo Thông tư số 08/1999-TT-BYT ngày 04 tháng 05 năm 1999)

A. Các khoản cần thiết phải có trong hộp thuốc cấp cứu sốc phản vệ (tổng cộng: 7 khoản)

1. Adrenaline 1 mg - 1 ml 2 ống

2. Nước cất 10 ml 2 ống

3. Bơm kim tiêm vô khuẩn

(dùng một lần):

10 ml 2 cái

1 ml 2 cái

4. Hydrocortisone hemisuccinate 100 mg hoặc methyprednisolone (Solumedrol 40 mg hoặc Depersolone 30 mg) 2 ống

5. Phương tiện khử trùng (bông, băng, gạc, cồn)

6. Dây ga-rô

7. Phác đồ cấp cứu sốc phản vệ

B. Tùy theo điều kiện trang thiết bị y tế và trình độ chuyên môn kỹ thuật của từng tuyến, các phòng điều trị nên có các thiết bị y tế sau:

- Bơm xịt salbutamol hoặc terbutaline

- Bóng Ambu và mặt nạ

- Ống nội khí quản

- Than hoạt

SUY THẬN CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA :

Suy thận cấp là tình trạng suy giảm nhanh chóng độ lọc cầu thận từ vài giờ đến vài ngày gây hậu quả là sự ứ lại các chất thải của nitrogen , ure , creatinin trong máu, rối loạn thể tích dịch ngoại bào , rối loạn điện giải kiềm toan và thăng bằng dịch nội môi.

Biểu hiện bằng triệu chứng thiểu niệu ($< 400 \text{ ml} / 24 \text{ giờ}$) hoặc vô niệu với lượng nước tiểu ($< 50 \text{ ml} / 24 \text{ giờ}$)

II. CHẨN ĐOÁN :

A. Lâm sàng :

Triệu chứng lâm sàng tùy thuộc vào nguyên nhân suy thận cấp và mức độ tổn thương của thận

Lâm sàng có 3 giai đoạn :

- Giai đoạn đầu : thời gian thay đổi phụ thuộc vào nguyên nhân như độc tố gây độc , thời gian tụt huyết áp , thời gian bị mất nước, mất máu

- Giai đoạn thiểu niệu : kéo dài trung bình 10 – 14 ngày , nhưng có thể thay đổi 1- 2 ngày , thiểu niệu ; nước tiểu $< 400 \text{ ml} / 24 \text{ giờ}$, có những trường hợp suy thận cấp không thiểu niệu nước tiểu $> 400 \text{ ml} / 24 \text{ giờ}$ thường do thuốc gây độc thận ở những bệnh nhân nằm viện. Vô niệu : nước tiểu $< 50 \text{ ml} / 24 \text{ giờ}$ thường do nguyên nhân tắc nghẽn.

Giai đoạn này urê máu tăng $10 - 20 \text{ mg} / \text{dl} / \text{ngày}$, creatinin máu tăng $1 - 2 \text{ mg} / \text{dl} / \text{ngày}$.

Triệu chứng của hội chứng urê huyết cao : nôn ói , xuất huyết tiêu hóa, rối loạn tri giác , hôn mê , co giật , tăng thể tích tuần hoàn gây phù, phù phổi , phù não, có thể có tiếng cọ màng tim , tràn dịch màng tim , suy tim ứ huyết, tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim do tăng kali máu.

- Giai đoạn đa niệu : nước tiểu tăng dần và trở về bình thường , urê, creatinin máu giảm sau nhiều ngày

B. Cận lâm sàng :

- XN :CTM ,Bun , Creatinin, Ion đồ, KMĐM, Xq phổi, ECG
- Tổng phân tích nước tiểu là xét nghiệm quan trọng, ion đồ niệu.
- Siêu âm bụng : kích thước , cấu trúc của thận , sỏi , , thận chướng nước.
- Xq bụng không sữa soạn : tìm sỏi cản quang hệ niệu
- Chụp CT , hoặc chụp đường niệu ngược dòng (UPR) cần thiết chẩn đoán tắc nghẽn ngoài thận .

III. CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN :

1. Suy thận cấp trước thận : do giảm tưới máu thận(chiếm tỷ lệ 55- 60 %)

+ Mất dịch ngoại bào , máu : phỏng , tiêu chày , ối mữa , xuất huyết tiêu hóa , chấn thương , phẫu thuật , mất máu trong thai sản ...

+ Giảm cung lượng tim : suy tim , nhồi máu cơ tim , chèn ép tim .

+ Dẫn mạch ngoại vi : nhiễm trùng huyết , tình trạng choáng , thuốc hạ áp.

STC hồi phục nhanh nếu phục hồi tưới máu thận .

2 .Suy thận cấp tại thận : do tổn thương nhu mô thận(chiếm tỷ lệ 35-40%)

Hầu hết STC tại thận là hoại tử ống thận cấp ,do STC trước thận không được chẩn đoán và điều trị đúng. Ngoài ra còn do các nguyên nhân khác như :

+ Bệnh các mạch máu lớn : thuyên tắc động mạch , tĩnh mạch thận .

+ Bệnh các mạch máu nhỏ và cầu thận : viêm cầu thận , bệnh mạch máu , lupus đỏ.

+ Viêm ống thận mô kẽ : nhóm penicillin , betalactam, rifampicin , kháng viêm không steroid , trimethoprim , sulfamethoxazol, ciprofloxacin, nhiễm trùng leptospirose ...

+ Hoại tử ống thận cấp : nhóm Aminoglycoside, cylosporin, heroin, salicylate, chất cản quang , nọc ong vò vẽ, mật cá , thuốc diệt cỏ, sốt rét ác tính, nhiễm trùng ...

3. Suy thận cấp sau thận : do tắc nghẽn đường tiết niệu (chiếm tỷ lệ 5%)

+ Sỏi thận 2 bên .

+ Niệu quản : sỏi, di căn từ k tiền liệt tuyến , k tử cung , k đại tràng.

+ Cổ bàng quang : u xơ , k tiền liệt tuyến .

+ Niệu đạo : sỏi , hẹp niệu đạo

CLS : phân tích nước tiểu thường bình thường , tiểu máu nếu có sỏi, xuất huyết hoặc khối u. siêu âm hệ niệu , X quang bụng không chuẩn bị, CTscan khi nghi ngờ chèn ép từ ngoài.

XÉT NGHIỆM	STC trước thận	STC tại thận	STC sau thận
Na / NT(Una)mEq/l	<20	>40	>40
ALTT/NT(mosm/kg H ₂ O)	>500	<350	
Tỉ lệ BUN/Creatinin	>20	<10	
Phân xuất bài tiết Na (F _{Ena})	<1%	>1%	>1%
Cặn lắng nước tiểu	Trụ Hyaline	Trụ hạt nâu đục	

IV. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT :

1. Đợt cấp suy thận mãn :

Lâm sàng có thiếu máu , THA.

Nước tiểu có đạm niệu , trụ niệu.

Trên siêu âm có kích thước 2 thận nhỏ , mất cấu trúc vỏ tủy.

2.Trường hợp BUN hoặc Creatinin có thể tăng nhưng không làm thay đổi độ lọc cầu thận :

+ Tăng BUN : Ăn nhiều protein , truyền nhiều dịch Amino acid , chảy máu dạ dày ruột , tình trạng dị hóa , sử dụng corticoid.

+ Tăng Creatinin máu : Tăng ly giải cơ , giảm thải creatinin ở ống lượn xa do cimetidin , trimethoprim.

3. Trường hợp GFR giảm nhưng BUN, creatinin không tăng đáng kể :

Giảm khối lượng cơ ở người già , suy dinh dưỡng , bệnh gan.

V. ĐIỀU TRI :

1. STC trước thận :

- Do giảm thể tích tuần hoàn : phục hồi thể tích lòng mạch

+ Mất máu cấp : bù máu , muối đẳng trương.

+ Do mất huyết tương (bỏng , viêm tụy) truyền dịch đẳng trương

+ Mất nước do đường tiểu và đường tiêu hóa : bù dịch , kiểm soát điện giải và kiềm toan.

2. STC sau thận : Giải phóng tắc nghẽn ngay

3. STC tại thận : điều trị chủ yếu là nâng đỡ chờ chức năng thận hồi phục.

* Điều trị bảo tồn STC

- Test nước : Trong giai đoạn đầu của suy thận nên truyền dịch, truyền máu, đảm bảo đủ dịch, nâng HA , duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm.

- Test Lasix : nếu sau khi bù đủ dịch mà không có nước tiểu , hoặc thiếu niệu thì test lasix –Furosemide 80 – 400 mg /ngày . Sau test lasix nếu nước tiểu < 50ml /2 giờ hoặc < 200 ml/24 giờ có nghĩa test lasix không đáp ứng , nên ngưng sử dụng.

- Cân bằng nước điện giải : điều chỉnh quá tải tuần hoàn , ngừa phù phổi cấp

+ Nếu bệnh nhân thiếu niệu hoặc vô niệu thì phải hạn chế dịch . Duy trì áp lực tĩnh mạch trung tâm khoảng 10 cmH₂O .Lượng nước hàng ngày = lượng nước mất + 400-600 ml.

+ Hạn chế muối 1- 2g /ngày. Nếu suy thận cấp thể không thiếu niệu có thể dùng muối và nước nhiều hơn.

- + Hạn chế nhập kali và điều trị khi có tăng kali máu
- Điều trị Toan chuyển hóa
- Dinh dưỡng :
 - + Cung cấp đủ Calo 30 kcal/kg/ngày, đủ vitamin ít kali
 - + Hạn chế đạm : 0,5 g/kg/ngày
 - + Đường : 100g/ngày
- Tránh các thuốc độc thận : kháng sinh nhóm Aminoglycoside, NSAIDs, thuốc cản quang tĩnh mạch...
- Điều chỉnh các thuốc đã dùng theo mức độ suy thận
- Trong giai đoạn đa niệu chú ý bù dịch nhất là kali.

VI. THEO DÕI :

- Thường xuyên đánh giá lại các triệu chứng LS ,CLS và điều trị thích hợp để duy trì cân bằng nước điện giải.
- Theo dõi lượng nước xuất nhập hàng ngày, XN Bun ,Creatinin, ion đồ ,kiểm toan ít nhất 2 ngày/ 1 lần
- Nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong của STC cần phòng ngừa và kiểm soát tốt .

CHỈ ĐỊNH LỌC THẬN CẤP CỨU TRONG SUY THẬN CẤP

- 1 . Quá tải tuần hoàn (OAP)
- 2 . Hội chứng urê huyết cao có biểu hiện lâm sàng .
- 3 . Tăng Kali máu + biến đổi trên ECG ($K > 6.5 \text{ mEq/l}$) , không đáp ứng với điều trị nội khoa .
- 4 . Toan máu nặng ($\text{pH} < 7.2$)
- 5 . Hạ natri máu nặng , có triệu chứng ($\text{Na} < 120 \text{ mEq}$)
- 6 . Viêm màng ngoài tim .
- 7 . Biểu hiện bệnh não : lú lẫn , co giật , hôn mê .
- 8 . chảy máu trầm trọng do urê huyết cao.
- 9 . Thoái dưỡng tăng cao , CREATININ huyết thanh tăng trên 2 mg/dl/ngày , BUN tăng trên 30mg/dl/ngày .
- 10 . Khi cần loại bỏ độc chất .

CHỈ ĐỊNH LỌC THẬN ĐỊNH KỲ TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MÃN

- Bệnh nhân suy thận mãn giai đoạn cuối với lâm sàng của hội chứng urê huyết cao khi Cl creatinin < 10 ml/phút hoặc sớm hơn Cl creatinin < 20ml / phút trên bệnh nhân tiểu đường đều có chỉ định lọc thận.

- Hoặc ở các giai đoạn sớm của suy thận khi bệnh nhân có những chỉ định cấp cứu đe dọa đến tính mạng như :

- Tăng Kali máu không đáp ứng với điều trị nội khoa
- Toan chuyển hoá
- Quá tải thể tích không đáp ứng với điều trị lợi tiểu .

CÁC CHỐNG CHỈ ĐỊNH LỌC THẬN NHÂN TẠO

- 1 . Tình trạng huyết động học không ổn định , suy tim nặng .
- 2 . Rối loạn đông máu.
- 3 . Tai biến mạch máu não.
- 4 . Xơ gan đang tiến triển , hội chứng gan thận , bệnh não do gan .
- 5 . Ung thư đang tiến triển.

Tài liệu tham khảo :

1. Sổ tay hướng dẫn lâm sàng, Bệnh viện Chợ Rẫy 2005
2. Harrison's Principles of Internal Medicine, 32th Edition

SUY THẬN MẠN

I. ĐỊNH NGHĨA :

Suy thận mạn là một hội chứng lâm sàng và sinh hóa tiến triển qua nhiều năm, nhiều tháng, hậu quả dẫn đến xơ hóa các nephron và giảm dần các chức năng của thận như : đào thải các sản phẩm chuyển hóa, thăng bằng kiềm toan, duy trì cân bằng nước điện giải và chức năng nội tiết.

II. NGUYÊN NHÂN : Đái tháo đường, tăng huyết áp, viêm cầu thận, bệnh thận do nhiễm trùng hoặc tắc nghẽn ...

III. PHÂN ĐỘ SUY THẬN MẠN :

Giai đoạn	GFR (ml/min/1.73m ²) *	Creatinine/máu(μmol/l)
Gđ I	90	<130
Gđ II	60 – 89	130 - 299
Gđ III	30 – 59	300 - 499
Gđ IV	15 – 29	500 - 900
Gđ V	<15 ml/min/1.73m ²	>900 μmol/l

* phân độ theo khuyến cáo của K/DOQI 2009

IV. CHẨN ĐOÁN :

- Phù tái đi tái lại nhiều lần, thiếu niệu hoặc vô niệu.
- Hội chứng thiếu máu
- Tăng huyết áp
- Xuất huyết dưới da
- Tiền căn : bệnh lý thận, sỏi tiết niệu...

V. CẬN LÂM SÀNG :

1. Xét nghiệm máu : ure, creatinine, ion đồ, TPTNT : trụ HC, BC, đạm niệu.
2. Siêu âm bụng : phát hiện thận teo nhỏ, sỏi đường tiết niệu...
3. Chụp KUB : phát hiện sỏi đường tiết niệu.
4. Chụp UIV : rất nguy hiểm, chỉ có ý nghĩa khi nghi ngờ sỏi đường tiết niệu.

VI. ĐIỀU TRỊ :

1. **Điều trị nguyên nhân :** giải quyết nguyên nhân suy thận mạn nếu có thể
2. **Chế độ ăn uống :**

- Chế độ ăn kiêng muối chỉ áp dụng khi có phù, tăng huyết áp, suy tim (NaCl 2 – 4g/24h).

- Cân bằng nước : tùy thuộc tình trạng khát, hạn chế nước khi Na^+ /máu giảm :
Nước nhập = lượng nước tiểu /24h + 500ml

- Bổ sung kiềm : cần giữ kiềm = 20 – 24 mmol/l

- Chế độ ăn đạm : P = 0,4 - 0,8g/kg/ngày

(Chạy TNT = 0,8 – 1,2g/kg/ngày)

Tổng năng lượng 35 – 40 Kcalo/ngày

- Hạn chế thức ăn có chứa phosphat : sữa, phomat

- Bổ sung canxi

3. Điều trị rối loạn điện giải :

a. Tăng kali máu : $\text{K}^+ > 5.5\text{mmol/l}$

- Hạn chế đưa kali vào qua thức ăn và các thuốc có chứa kali.

Biểu hiện lâm sàng : yếu, liệt cơ, nhịp tim chậm, loạn nhịp tim hoặc ngưng tim.

- ECG : T cao, nhọn, đối xứng, có thể phối hợp PR kéo dài, QRS dẫn rộng, ST chênh lên hoặc chênh xuống.

Thuốc	Liều	Bắt đầu tác dụng	Kéo dài
Canxi	Calcium gluconate 10% 10ml TMC trong 10 phút	1 – 3 phút	30 – 60 phút
Insulin	Regular Insulin 20UI + Glucose 30% 250ml TTM CCĐ glucose/máu >250mg%	30 phút	4 – 6 giờ
β_2 Adrenergic agonist	Ventolin Nebule 5 – 10mg phun khí dung	30 phút	2 – 4 giờ
Trao đổi Resin	Kayexalate 60g uống + Sorbitol 20%	1 – 2 giờ	4 – 6 giờ

- Bicarbonat truyền TM : 1.4%, 4.2%, 8.4%.

b. $\text{K}^+ > 6.5\text{mmol/l}$ chỉ định lọc máu cấp cứu. Khi không đáp ứng với điều trị nội khoa.

4. Điều trị toan máu : Bicarbonate, giữ $\text{HCO}_3^- = 18 – 24 \text{ mmol/l}$

5. Tăng huyết áp :

- Mục tiêu :

+ HA < 130/80 mmHg

+ Nguy cơ cao HA < 125/75 mmHg

(Đạm niệu > 1g/24h hoặc Đái tháo đường)

- Thuốc hạ áp : Thuốc lợi tiểu (Furosemide); Ức chế men chuyển; Ức chế thụ thể Angiotensin II; Ức chế α (Daxazocine); Ức chế α TKTW (Aldomet); Ức chế β (Bisoprolol(Cocor), Atenolol); Ức chế canxi (Nifedipine, amlodipin, Adalate LA).

6. Điều trị rối loạn lipid máu :

Khuyến cáo hạ Cholesterol Total < 5.0 mmol/l

Nhóm thuốc an toàn Statin : Gemifroril, statine

7. Điều trị thiếu máu :

- Nguyên nhân thiếu máu : mất máu, thiếu Erythropoietine, giảm đời sống hồng cầu, thiếu sắt.

- Xuất hiện thiếu máu khi GFR < 30ml/phút, đối với Đái tháo đường GFR < 45ml/phút.

- Mục tiêu điều trị :

+ Bù sắt (Ferritin > 200ng/ml)

+ Hb : 10 – 12g/dl

+ Thuốc Erythropoietine : 50 – 150 UI/kg tiêm dưới da hoặc tĩnh mạch chậm 2 – 3 lần/tuần

8. Loãng xương :

Xuất hiện khi GFR < 30 – 40ml/phút.

- Hạn chế thức ăn có phosphat

- Sử dụng Rocaltrol 0,25 μ g x 1 viên/ngày

- Bổ sung Canxi

9. Thuốc khác : Bổ sung Vitamin B12, Acid folic, ketosteril

10. Lọc máu ngoài thận : Chạy thận nhân tạo, Thẩm phân phúc mạc

11. Ghép thận :

VII. NGUYÊN NHÂN TỬ VONG SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI :

- Rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim cấp chiếm : 50%

- Nhiễm trùng chiếm : 25%

- Tai biến mạch máu não chiếm : 6%

VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO :

1. Bệnh thận nội khoa, nhà xuất bản y học năm 2004

2. Karl Skorecki, Jacob Gree, Barry M. Brenner : Chronic Renal Failure, Harrison's sixteenth

3. The Washington Manual Of Medical Therapeutics : 30st Edition 2004

4. Brenner & Retotor. The Kidney's sixth

5. OXFORD Handbook of Dialysis 2005

HỘI CHỨNG THẬN HƯ

Lâm sàng :

Tiểu đạm > 3.5g/ngày, giảm albumin/ máu < 3g/dl, tăng lipide / máu và phù, và triệu chứng khác :

- **Quá tải dịch** trong cơ thể (: Phù quanh mắt ,thường thấy lúc buổi sáng ; Phù chân ấn lõm ; Tràn dịch màng phổi, thường kết hợp với quá tải dịch là phù phổi ; Tràn dịch màng bụng).
- **Tăng huyết áp**
- Vài bệnh nhân có thể **tiểu bọt**, tiểu máu
- Có thể có những **hồng ban / lupus đỏ hệ thống, bệnh lý thần kinh** ngoại biên/ **Đái tháo đường** .

Cận lâm sàng :

- **Đạm niệu/ 24h** : > 3.5g/1.73 m² / 24 h.
- **Giảm Albumin/ máu** : ≤2.5g/dL (normal=3.5-5g/dL).
- **Tăng cholesterol / máu** : đặc biệt tăng **LDL**, thường kèm tăng **VLDL**
- Ion đồ , urê và creatinine : đánh giá chức năng thận
- Sinh thiết thận
- Auto-immune markers (ANA, ASOT, C3, cryoglobulins, serum electrophoresis)

Chẩn đoán : dựa trên xét nghiệm máu và nước tiểu và đôi khi hình ảnh thận, sinh thiết thận hoặc cả hai

Chẩn đoán phân biệt : với phù do suy tim, suy gan, quá tải dịch cấp/ suy thận, ung thư di căn

Điều trị

Điều trị chung :

- Theo dõi và duy trì cân bằng dịch trong cơ thể :
 - Theo dõi nước tiểu ra, huyết áp, cân nặng, ion đồ, urê, creatinin hằng ngày, tính GFR
 - Hạn chế nước < 1Lít
 - Lợi tiểu (IV furosemide)
- Bảo tồn chức năng thận :
 - Giảm đạm niệu

- thuốc ức chế men chuyển, ức chế TT angiotensin
- kiểm soát huyết áp tốt, HA ≤ 125/ 75 mmHg
- Dự phòng và điều trị các biến chứng :
 - Giảm phù : Tiết chế muối Na, lợi tiểu, truyền albumin
 - Giảm lipid máu : Tiết chế, dùng statin.
 - Không dùng kháng đông dự phòng, chỉ dùng nếu bn có biến chứng tắc mạch : kháng vitamin K
 - Nhiễm trùng, suy thận cấp do giảm thể tích máu, phù phổi, chậm phát triển, thiếu vitamin D, hạ canxi máu, thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc

Điều trị riêng biệt từng nguyên nhân

Ức chế miễn dịch cho nhóm viêm cầu thận - glomerulonephritides .

- **Sang thương tối thiểu –MCD** : **Tấn công** Prednisone 1mg/kg/ngày, dùng 1 liều duy nhất buổi sáng, sau ăn no, không quá 80mg/ ngày. Thời gian tấn công **6- 8 tuần**. Sau tấn công đủ thời gian, **giảm liều dần** : Giảm prednisone mỗi tuần 5mg, cho đến liều 0,5mg/kg/ngày → chuyển sang cách ngày.
 - Nếu bn tái phát thường xuyên (tái phát trên 2 lần trong 6 tháng) : giảm dần liều prednisone, chuyển sang cyclophosphamide 2mg/kg /ngày - 8tuần, uống. (Endoxan 50mg).
 - Nếu bn đề kháng steroid (tiểu đạm kéo dài mặc dù điều trị prednisone 1mg/kg/ngày x 4 tháng) ,→ xem lại kết quả sinh thiết thận, chuyển sang cyclosporine A 5mg/kg/ngày, uống. 6-12 tháng (Sandimmun25mg, 50mg, 100mg).
- **Xơ chai cầu thận khu trú từng vùng – FSGS** : **Tấn công** Prednisone 1mg/kg/ngày. Thời gian tấn công kéo dài 8-16 tuần. Nếu bn đáp ứng, giảm liều dần. Nếu không đáp ứng chuyển sang →cyclophosphamide 2mg/kg/ngày . Nếu không đáp ứng cyclophosphamide, chuyển sang → Cyclosporine A.
- **Bệnh thận màng - MN**: Prednisone 1mg/kg/ngày + cyclophosphamide 2mg/kg/ngày (hoặc Prednisone + clorambucil 0,2mg/kg/ngày) 6-12 tháng, nếu không đáp ứng → cycosporin A.
- **Bệnh thận IgA** : Glucocorticoids giúp giảm tiến triển của bệnh + dầu cá omega-3.

Bệnh thận do Đái tháo đường : Kiểm soát đường huyết chặt chẽ, HbA_{1C} <7% ở bệnh nhân ĐTĐ. Kiểm soát huyết áp chặt chẽ với UCMC, UC TT angiotensin.

Lupus đỏ hệ thống : methylprednisolone, 500 mg IV q12h trong 3 ngày, sau đó uống Prednisone 1mg/kg/ngày 6-8 tuần, sau đó giảm liều dần.

Tài liệu tham khảo

1. Trần Thị Bích Hương (2009), Điều trị hội chứng thận hư, Điều trị học nội khoa, trang 319-326
2. Patrick H. Nachman , J. Charles Jennette, Ronald J. Falk (2007). **Primary Glomerular Disease**. *Brenner and Rector's The Kidney*, 2007, 8th ed. chapter 30 , page 990-995.
3. "Electronic learning module for kidney and urinary tract diseases".
http://www.som.tulane.edu/classware/pathology/medical_pathology/new_for_2001/renal/chap7.html. Retrieved 2008-11-26.
4. Nephrotic syndrome, Glomerular Diseases, *Harrison's Internal Medicine 2008*, 17th Edition, Chapter 277.
5. Christopher Kwoh, Daniel W. Coyne (2007), Glomerulopathies, Renal Diseases, *Washington Manual Medical Therapeutics*, 32nd Edition , 11. p.324- p.327

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

NHIỄM TRÙNG TIỂU

I. ĐỊNH NGHĨA :

Nhiễm trùng tiểu là hậu quả hoặc xâm nhập của các vi sinh vật vào nước tiểu và mô của bất cứ thành phần nào thuộc hệ thống tiết niệu.

Các yếu tố thuận lợi :

- Đang thông tiểu lưu hoặc thông tiểu ngắt quãng.
- Thể tích tồn đọng > 100ml trong bàng quang sau khi tiểu.
- Tắc nghẽn cổ bàng quang do sỏi hoặc do nguyên nhân khác.
- Tật trào ngược bàng quang niệu quản hoặc sau phẫu thuật.
- Suy thận tại thận
- Sau ghép thận.
- Đái tháo đường.
- Suy giảm miễn dịch.
- Nhiễm trùng tiểu do các vi khuẩn ít gặp hoặc kháng thuốc.

Vi khuẩn gây nhiễm trùng tiểu : 75% - 90% do Escherichia coli, 5% - 15% do Staphylococcus saprophyticus, phần còn lại là Enterococci, Klebsiella species, Proteus mirabilis.

II. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG :

- Hội chứng nhiễm trùng.
- Các rối loạn đi tiểu : tiểu gắt, tiểu buốt, tiểu gấp, tiểu lắt nhắt.
- Thay đổi tính chất nước tiểu : tiểu đục, tiểu máu.
- Đau hông lưng, đau hoặc nặng vùng hạ vị, đau vùng hội âm.

III. CẬN LÂM SÀNG :

1. Công thức máu, urea, Creatinine, CRP, cấy máu.
2. Tổng phân tích nước tiểu (dipstick) :
 - Leucocyte Esterase (+)
 - Nitrite test (nitrate reductase/vi khuẩn) (+)
3. Hình ảnh học : siêu âm, chụp xquang hệ niệu (KUB, UIV....).
4. Cấy nước tiểu : $\geq 10^5$ khuẩn/ml chỉ 1 loại vi khuẩn.

IV. CHẨN ĐOÁN :2 trong 3

- Lâm sàng
- TPTNT : Leucocyte Esterase (+),Nitrite test (nitrate reductase/vi khuẩn) (+)
- Cây nước tiểu : $\geq 10^5$ khuẩn/ml chỉ 1 loại vi khuẩn

V. ĐIỀU TRỊ :

1. Viêm bàng quang cấp:

- Yếu tố chẩn đoán : tiểu gắt, lắt nhắt, sốt (\pm)
- Kháng sinh ban đầu :
 - + Augmentin 625 mg / viên : 1 v x 3 (uống) / ngày
1g/lọ x 2 (TB hoặc TM)/ ngày
 - + Ciprofloxacin : 500mg/viên : 1v x 2 (uống)/ ngày.
200mg/chai(100ml) : 1chai x 2 (truyền tĩnh mạch)/ngày
 - + Levofloxacin : 500mg/viên : 1v (uống)/ngày
500mg/chai(100ml) truyền tĩnh mạch/ngày
 - + Cefuroxim : 500mg/viên : 1v x 2(uống)/ngày
750mg/lọ x 3(TB hoặc TM)/ngày
 - + Ceftriaxon (1gr/lọ) 2g (TB hoặc TM)/ngày
- Thời gian điều trị : 5 – 7 ngày.

2. Viêm đài bể thận cấp:

- Yếu tố chẩn đoán : sốt, ớn lạnh, đau hông lưng, rối loạn đi tiểu (\pm)
- Nên cấy nước tiểu trước điều trị.
- Cây máu khi có 2/4 tiêu chuẩn đáp ứng viêm toàn thân, hoặc HA tâm thu < 90 mmHg hoặc giảm > 40 mmHg.
- Kháng sinh ban đầu :
 - + Ciprofloxacin : 500mg/viên : 1v x 2 (uống)/ ngày.
200mg/chai(100ml) : 1chai x 2 (truyền tĩnh mạch)/ngày
 - + Levofloxacin : 500mg/viên : 1v (uống)/ngày
500mg/chai(100ml) truyền tĩnh mạch/ngày
 - + Cefuroxim : 500mg/viên : 1v x 2(uống)/ngày
750mg x 3(TB hoặc TM)/ngày
 - + Ceftriaxon (1gr/lọ) 2g (TB hoặc TM)/ngày
- Thời gian điều trị : 10 – 14 ngày.

3.Nhiễm trùng tiểu / thai kỳ :

- Nên cấy nước tiểu trước điều trị.
- Kháng sinh ban đầu :
 - + Cefuroxim : 500mg/viên : 1v x 2(uống)/ngày
750mg x 3(TB hoặc TM)/ngày
 - + Ceftriaxon (1gr/lọ) 2g (TB hoặc TM)/ngày
- Thời gian điều trị : Viêm đài bể thận cấp 10 – 14 ngày. Viêm bàng quang cấp 7 – 10 ngày.

4. Nhiễm trùng tiểu / đái tháo đường :

- Luôn phải cấy nước tiểu trước và sau điều trị.
- Kháng sinh ban đầu : Fluoroquinolone, Cephalosporin (II,III).Nếu bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng nặng phải cấy máu và kết hợp kháng sinh để diệt được Pseudomonas : Imipenem,Ticarcillin/a.Clavulanic.

5. Viêm tiền liệt tuyến cấp:

- Yếu tố chẩn đoán : sốt, ớn lạnh, tiểu gắt, tiểu lắt nhắt, đau dưới thắt lưng và hội âm, thăm trực tràng tiền liệt tuyến rất to và đau.
- Nên cấy nước tiểu trước và sau điều trị.
- Không nên xoa nắn tiền liệt tuyến để xét nghiệm.
- Bù đủ nước, nghỉ ngơi, giảm đau.
- Thuốc :
 - + Ciprofloxacin : 500mg/viên : 1v x 2 (uống)/ ngày.
200mg/chai(100ml) : 1chai x 2 (truyền tĩnh mạch)/ngày
 - + Levofloxacin : 500mg/viên : 1v (uống)/ngày
500mg/chai(100ml) truyền tĩnh mạch/ngày
- Thời gian điều trị 4 tuần .

Tài liệu tham khảo :

1. Sổ tay hướng dẫn lâm sàng, bệnh viện chợ rẫy 2005
2. Bệnh học nội khoa, nhà xuất bản y học 2009.

PHÙ PHỔI CẤP HUYẾT ĐỘNG

I. PHÙ PHỔI CẤP :

Phù phổi cấp là một hội chứng nguy kịch, gây ra bởi : sự tích tụ dịch trong phế nang dẫn đến sự phá hủy quá trình trao đổi khí gây ra sự giảm oxy máu nặng, giảm sự oxy hóa mô và tổn thương đa cơ quan. Nếu không điều trị tích cực sẽ tử vong.

II. NGUYÊN NHÂN PHÙ PHỔI CẤP HUYẾT ĐỘNG :

Nguyên nhân được phân chia theo cơ chế mất cân bằng các lực theo định luật Starling gồm có :

1. Tăng áp lực mao mạch phổi :

- Tăng áp lực tĩnh mạch phổi mà không kèm suy thất trái (bệnh hẹp valve 2 lá).
- Tăng áp lực tĩnh mạch phổi thứ phát sau suy thất trái (tăng huyết áp, bệnh valve 2 lá, valve động mạch chủ, bệnh mạch vành, rối loạn nhịp tim....)
- Tăng áp lực mao mạch phổi do tăng áp lực động mạch phổi (phù phổi do tưới máu quá mức)

2. Giảm áp lực keo huyết tương : giảm albumin máu

3. Tăng áp lực âm ở mô kẽ : rút khí với áp suất âm lớn trong trường hợp tràn khí màng phổi.

III. LÂM SÀNG :

- Cơn phù phổi xuất hiện đột ngột, nhanh, thường gặp về đêm. Bệnh nhân lo lắng hốt hoảng, phải ngồi dậy để thở.
- Khó thở, thở nhanh > 30 lần/phút, tím môi và đầu chi, vã mồ hôi.
- Có thể khạc ra bọt hồng.
- Nghe phổi :
 - + Rì rào phế nang giảm 2 bên
 - + Nhiều rale ẩm ở cả 2 bên, từ đáy phổi dâng lên
 - + Có thể có rale ngáy
- Nhịp tim nhanh

- Huyết áp có thể bình thường hoặc tăng. Nếu HATTr >120 mmHg có thể nghĩ phù phổi cấp này do tăng huyết áp. Nếu huyết áp tụt có thể do phù phổi cấp kéo dài hoặc suy hô hấp nặng.

IV. CẬN LÂM SÀNG :

1. Xquang tim phổi thẳng : hình ảnh thâm nhiễm dạng nốt lan tỏa từ rốn phổi đi từ trong ra ngoài ngoại vi gợi ý đến phù mô kẽ . Nếu phế nang tràn ngập dịch thì cho hình ảnh thâm nhiễm dạng nốt dày đặc lan tỏa từ rốn phổi ra khắp phế trường gần như trắng xóa cả 2 bên.

2. khí máu động mạch :

- Đánh giá nồng độ các khí trong máu đặc biệt là O₂ và CO₂.
- Đánh giá thăng bằng kiềm toan.

3. ECG :

- Góp phần xác định nguyên nhân phù phổi cấp.
- Cần tìm các dấu hiệu : NMCT cấp, rối loạn nhịp tim, dấu hiệu phì đại thất.

4. Echo tim : để đánh giá các buồng tim, chức năng vale tim và chức năng thất trái

5. Các cận lâm sàng khác :Urea, creatinin, albumin máu, công thức máu, ion đồ máu, men tim.

V. ĐIỀU TRI :

1. Điều trị nâng đỡ ban đầu :

- Thở O₂ và thông khí :
 - Cung cấp O₂ nhanh chóng
 - Thở qua calnula 36%với lưu lượng O₂ 4lit/phút hoặc qua mặt nạ với 100% O₂
 - Thông khí áp lực dương :
 - + Chỉ định khi thở O₂ không đảm bảo sự tưới máu (không đáp ứng với điều trị nội khoa 10 – 12 phút) và suy hô hấp nặng.
 - + Dùng thông khí : xâm lấn và không xâm lấn qua mũi hoặc mask
 - + Thở áp lực dương liên tục đường thở (cPAP) hoặc áp lực dương 2 mức đường thở (BiPAP) nhằm : giảm công thở, cải thiện O₂ và chức năng tim, giảm nguy cơ đặt nội khí quản.
- Tư thế : đặt bệnh nhân ở tư thế ngồi, chân thòng xuống nhằm giảm lượng máu tĩnh mạch trở về (nếu bệnh không tụt huyết áp).
- Garrot 3 chi luân phiên.
- Thiết lập 1 đường truyền tĩnh mạch

2. Điều trị bằng thuốc :

- Lợi tiểu :

- Lợi tiểu quai rất hiệu quả trong phù phổi cấp huyết động kê cả những trường hợp giảm albumin máu, giảm natri.

- Tác dụng của lợi tiểu quai : dẫn mạch, lợi tiểu, giảm hậu tải nhẹ.

- Liều Furosemid : liều khởi đầu 20 – 40 mg (TM) trong vài phút, và có thể tăng liều theo đáp ứng của bệnh nhân đến 200mg là liều tối đa cho các lần dùng sau đó.

b. Nitrate :

- Do khả năng làm giảm tiền tải và hậu tải nhanh nên thuốc có vai trò quan trọng trong xử trí phù phổi cấp ở bệnh nhân không bị choáng tim.

- Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi với liều 0.2 – 0.8mg mỗi 5 phút.

- Hoặc nitroglycerin truyền tĩnh mạch 5 - 10 μ g/phút, tăng 5 μ g/phút mỗi 5 phút khi triệu chứng không cải thiện.

- Chống chỉ định của nitrate :

+ Mạch > 110 l/phút hoặc < 50 l/phút

+ HATThu < 90 mmHg

+ NMCT thất phải

c. Morphine :

- Tác dụng : giảm lo lắng và dẫn tĩnh mạch phổi và tĩnh mạch ngoại biên → giảm khó thở.

- Liều : 2 – 5 mg (TM) lập lại nhiều lần mỗi 10 – 25 phút cho đến khi có hiệu quả.

- Cần thận ở bệnh nhân COPD → ức chế hô hấp gây ngừng thở.

d. Ức chế men chuyển :

- Giảm tiền tải và giảm hậu tải.

- Dùng trên bệnh nhân có kèm tăng huyết áp, dùng liều thấp tác dụng ngăn rồi tăng dần liều.

e. Thuốc vận mạch :

* Dopamin : khi phù phổi cấp có tụt huyết áp :

+ Liều 1 – 3 μ g/kg/p' : dẫn động mạch chủ yếu là dẫn động mạch thận

+ Liều 3 – 10 μ g/kg/p' : kích thích β 1 → tăng sức co bóp cơ tim

+ Liều > 10 μ g/kg/p' : kích thích β 1 và α → gây co mạch

* Dobutamin :

+ Tác dụng kích thích β 1 và β 2 nhiều hơn α nên có tác dụng :

- Tăng sức co bóp cơ tim

- Dẫn mạch → tăng cung lượng tim

- Giảm hậu tải

+ Liều : khởi đầu 1 – 2 μ g/kg/phút tăng dần lên

+ Thuốc không hiệu quả với suy tim tâm trương và suy tim cung lượng tim cao.

Tài liệu tham khảo :

1. Điều trị nội khoa, nhà xuất bản y học 2009
2. Sổ tay hướng dẫn lâm sàng, bệnh viện chợ rẫy.

QUY TRÌNH LỌC THẬN NHÂN TẠO ĐỊNH KỲ

I. Công việc của Điều Dưỡng trong lọc máu:

- Tập trung trên người bệnh.
- Đánh giá thực thể.
 - + Thừa dịch.
 - + Đường lấy máu.
 - + Đánh giá bệnh tiểu đường
- Quản lý máy: Các thông số kỹ thuật.
- Quản lý và phân phát thuốc.
 - + Chất kháng đông.
 - + EPO.
- Giáo dục bệnh nhân:
 - + Chế độ ăn uống.
 - + Thuốc.
- Đánh giá cải thiện chất lượng cuộc sống.
- Giao tiếp: Động viên và khích lệ bệnh nhân.

II. Liệt kê công việc lọc máu.

- Chuẩn bị máy.
 - + Kiểm tra sự an toàn của máy.
 - + Màng lọc chính xác.
 - + Dịch lọc được chỉnh định.
- Đón tiếp và đánh giá bệnh nhân.
- Lập kế hoạch điều trị lọc máu.
- Gắn dây và đuôi khí vòng tuần hoàn ngoài cơ thể.
- Kế nối quy trình lọc máu an toàn.
- Ổn định bệnh nhân và ghi hồ sơ bệnh án.
- Theo dõi bệnh nhân trong suốt quá trình lọc máu.
- Hoàn tất quá trình lọc máu.
- Lau, tẩy, sát trùng máy và thiết bị.
- Đánh giá bệnh nhân, cho bệnh nhân về nhà.
- Hoàn tất hồ sơ bệnh án và lên kế hoạch cho lần điều trị sau.

III. Chuẩn bị dụng cụ

- NaCl 9‰ 500^{ml} 4^{ch}.
- Bơm tiêm 10^{cc} 1 – 20^{cc} – Kim pha 18G
- Heparin.
- Dây dịch truyền 1 sợi – Gant tay sạch – Săng che tay.
- Kim Fistule 2 cây.
- Màng lọc 1 cái
- Bộ dây ĐM, TM 1 bộ.

IV. Thực hiện:

- Khởi động máy. Đặt máy ở chế độ hòa trộn dịch lọc.
 - Gắn màng lọc vào giá đỡ (đầu đỏ ở dưới, đầu xanh ở trên).
 - Gắn bầu lọc khí dây động mạch (ĐM, màu đỏ) vào giá đỡ.
 - Gắn phần dây bơm của dây vào bơm máu (chú ý dây heparin luôn ở sau bơm máu).
 - Gắn đầu đỏ của dây ĐM vào đầu đỏ màng lọc, đầu còn lại tìm chỗ để thích hợp cho an toàn, vệ sinh.
 - Gắn bầu lọc khí dây tĩnh mạch (TM, màu xanh) vào giá đỡ đầu còn lại gắn vào trùng nước xả (phải đảm bảo vô trùng).
 - Dùng một xô nhựa sạch hứng bên dưới màng lọc.
 - Pha heparin 2500^{uI} vào 500^{ml} NaCl 9‰.
 - Gắn một đầu dây dịch truyền vào đường truyền dịch của dây động mạch (ĐM), đầu còn lại cắm vào chai NaCl 9‰ không pha heparin, tiến hành rửa màng lọc.
 - Làm đầy nước từ đường dịch truyền đến đầu nối vào vào kim của dây ĐM, sau đó khóa dây ĐM lại.
 - Khởi động bơm máu, làm đầy bầu lọc khí của dây ĐM, sau đó gắn vào máy.
 - Vỗ ở đầu đỏ màng lọc cho sạch khí, sau đó vỗ đầu xanh màng lọc đồng thời tăng áp suất trong khoang máu bằng cách gập dây từng lúc (chú ý nếu áp lực tăng sao sẽ gây vỡ màng lọc).
 - Tráng heparin.
 - Làm đầy bầu lọc khí của dây TM và vỗ cho hết không khí bám ở tránh bầu, gắn bầu lọc khí vào máy.
 - Xả bớt nước bầu ĐM và TM xuống còn $\frac{2}{3}$ bầu.
 - Trở đầu đỏ của màng lọc lên trên, nối 2 đường vào ra dịch lọc của máy vào khoang dịch của màng lọc và cho dịch lọc chảy qua, dịch lọc di chuyển từ dưới lên trên (đầu xanh lên đầu đỏ của màng lọc) ngược chiều với sự di chuyển của máu trong khoang máu).
- * **Chú ý:**
- Rửa màng lọc lần đầu không chỉ là rửa sạch không khí trong màng mà còn là rửa sạch các hóa chất sát trùng lưu trữ màng lọc.

- Chiều đi của máu luôn từ trên đầu đỏ đi xuống.
- Chiều đi của dịch lọc luôn từ dưới đầu xanh đi lên, ngược chiều với đường đi của máu trong màng lọc.
- Tuy nhiên, một số loại máy, nhà sản xuất có thể quy định lại đầu đỏ và đầu xanh của dây dẫn dịch lọc tới khoang dịch của màng lọc song chiều dịch lọc vẫn phải đi từ dưới lên trên.
- Chuẩn bị đặt kim Fistule cho bệnh nhân.

V. Chuẩn bị bệnh nhân

Đón tiếp và đánh giá trình trạng chung:

- Đo HA.
- Cân nặng.
 - + Tăng cân giữa 2 lần điều trị.
 - + Xác định số lượng dịch rút ra an toàn.
- Tình trạng sức khỏe.
 - + Dinh dưỡng.
 - + Bệnh mới xuất viện.
- Phù.
- Đánh giá đường lấy máu.

Nhìn, sờ, nghe.

VI. Chuẩn bị đường chích lấy máu.

- Rửa cách tay có đường lấy máu.
- Chuẩn bị mâm chích:
 - + 2 kim Fistule.
 - + 1 ống tiêm 10^{cc} + kim pha.
 - + NaCl 9‰ pha heparin (500^{ml} / 2500^{UI}).
 - + 01 cặp găng sạch.
 - + Gòn và dung dịch sát khuẩn.
 - + Băng keo, garrot (nếu cần).
 - + Mang đến giường bệnh nhân báo và giải thích cho bệnh nhân.
- Xác định vị trí tiêm.
 - + Xem xét, thăm dò vị trí tiêm để giảm đau cho bệnh nhân, tránh vùng bị bầm, phình mạch, lỗ thông nối. Vị trí tiêm cách xa > 2-3cm.
 - + Rửa tay, mang gant.
 - + Dùng bơm tiêm 10^{cc} rút dung dịch NaCl 9‰ (có pha heparin) bơm vào 2 kim Fistule.
- Tiêm 2 kim ngược chiều nhau hoặc cùng chiều tùy đường Fistule (tránh tái tuần hoàn).
- Cố định kim.

- Bảo đảm thoải mái cho bệnh nhân.
- Chuẩn bị kết nối để chạy thận.

VI. Quy trình kết nối bệnh nhân.

- Đảm bảo máy đã được kiểm tra và sẵn sàng tiến hành kết nối.
- Kết nối kim ĐM với dây ĐM, siết chặt.
- Kết nối kim TM với dây máu TM, đảm bảo không có khí trong dây máu bệnh nhân, siết chặt.
- Bơm liều heparin ban đầu và khởi động bơm tiêm điện.
- Khởi động bơm máu ở $150^{ml}/p$ và tăng dần đến vận tốc được chỉ định – chú ý áp lực ĐM – TM hoặc bất kỳ sự khó chịu của bệnh nhân để có xử lý thích hợp.
- Cài đặt lưu lượng máu đã định và cài đặt tốc độ siêu lọc.
- Đo HA bệnh nhân và ghi hồ sơ giờ bắt đầu lọc và các thông số.

VII. Theo dõi bệnh nhân trong lúc lọc máu.

Những thông số của bệnh nhân và máy chạy thận phải được theo dõi trong suốt thời gian lọc máu.

- Bệnh nhân:
 - + Đo M, HA tối thiểu mỗi giờ.
 - + Tư vấn cho bệnh nhân.
 - + Phân phát thuốc theo chỉ định.
- Máy:
 - + Các thông số vòng tuần hoàn ngoài cơ thể.
 - + Thông số dịch lọc.
 - + Chất kháng đông.

VIII. Kỹ thuật trả máu:

- Chuẩn bị dụng cụ:
 - + NaCl 9‰ 500^{ml}.
 - + Găng sạch 01 cặp.
 - + Băng keo, gạc.
- Thực hiện.
- Rửa tay – soạn dụng cụ.
- Mang dụng cụ tới giường bệnh nhân vào và giải thích cho bệnh nhân.
- Trả máy về chế độ chuẩn bị CTNT.
- Lấy máu XN (nếu cần).
- Giảm tốc độ bơm máu xuống từ từ tới $100^{ml}/p$.
- Mang găng.
- Tháo băng keo đường máu ra.
- Khóa kim kim đường máu ra – tắt bơm máu – rút kim và đè kỹ.
- Gắn đầu dây ĐM vào chai NaCl 9‰ cho chảy với vận tốc $100-150^{ml}/p$.

- Vỗ nhẹ vào hệ thống dây cho máu bám ở thành dây rút ra, đồng thời theo dõi và phát hiện những biểu hiện lạ của bệnh nhân.
- Khi đầu đỏ của màng lọc đã sạch máu thì trở đầu xanh của màng lọc lên, tiếp tục trả cho hết máu.
- Dán băng keo.
- Khóa kim đường về, rút kim đè kỹ.
- Dán băng keo.
- Lấy dấu hiệu sinh tồn, cho bệnh nhân về tư thế tiên nghi.
- Chuyển máy về chế độ rửa máy sau mỗi lần hoạt động.
- Ghi hồ sơ M, HA, CNặng sau CTNT.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

QUI TRÌNH THẨM PHÂN PHỨC MẠC LIÊN TỤC

Chỉ định - chống chỉ định

Chỉ định: bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối muốn được điều trị theo phương pháp này và không có chống chỉ định.

Bệnh nhân tiểu đường, bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, trẻ em hoặc người cao tuổi là những đối tượng được ưu chuộng để sử dụng phương pháp này

Chống chỉ định

Chống chỉ định tuyệt đối

1. Xơ hóa phúc mạc hoặc cắt bỏ phúc mạc hơn 50%
2. Rỉ dịch từ ổ bụng lên khoang màng phổi
3. Bệnh viêm ruột đang hoạt

Chống chỉ định tương đối

Chính: mù, liệt tứ chi, viêm khớp nặng gây tàn tật, các tật nguyên khác về thể chất, chậm phát triển tâm thần, tâm thần, không hứng thú phương pháp điều trị này, hậu môn nhân tạo, Mỡ thận ra da, phẫu thuật ghép động mạch chủ, viêm phúc mạc do nấm, viêm phúc mạc do lao

Phụ: bệnh túi thừa, viêm gan, bệnh thận đa nang, thoát vị, béo phì, bệnh mạch máu ngoại biên

Nguyên lý thẩm phân phúc mạc

Phương pháp thẩm phân phúc mạc sử dụng phúc mạc như một màng lọc. Ngăn máu chính là các mạch máu trong ổ bụng còn ngăn dịch lọc chính là ổ bụng. Dịch lọc được cho vào ổ bụng qua một catheter gọi là catheter Tenckhoff. Catheter này được đặt vào ổ bụng qua phẫu thuật. Đầu catheter nằm ở túi cùng Douglas và catheter được khâu dính vào bàng quang để tránh di lệch. Do cần có thời gian để hiện tượng khuếch tán xảy ra hoàn toàn, dịch lọc được lưu giữ trong ổ bụng từ 4-6 giờ trước khi được lấy ra ngoài. Trong phương pháp thẩm phân phúc mạc, nước được lấy ra khỏi ngăn máu nhờ nồng độ thẩm thấu cao của dịch lọc. Nước di chuyển từ nơi có nồng độ thấp (ngăn máu) đến nơi có nồng độ thẩm thấu cao hơn (ngăn dịch lọc). Hiện tượng này gọi là siêu lọc.

Các dụng cụ sử dụng trong thẩm phân phúc mạc

Catheter Tenckhoff: được làm bằng chất liệu Silicon, không gây phản ứng với cơ thể. Catheter có 2 túi (cuff) bằng Dacron nằm trên thân của catheter. Túi có vai trò tạo hàng rào ngăn cản sự rò rỉ dịch & vi trùng xâm nhập. Túi còn có tác dụng ngăn ngừa sự di lệch của catheter. Khi mổ, túi trong nằm ngay phía ngoài phúc mạc còn túi ngoài nằm ngay dưới da. Đầu catheter có nhiều lỗ nhỏ để giảm áp lực dòng chảy trong giai đoạn cho dịch vào trong ổ bụng. Catheter còn có vạch cản quang giúp dễ dàng kiểm tra vị trí của catheter trong ổ bụng qua X quang.

Dịch lọc

Túi dịch lọc có nhiều thể tích tùy theo nhu cầu sử dụng. Thường sử dụng nhất là túi dịch lọc có thể tích 2L. Dịch lọc có chứa các chất điện giải và glucose. Nồng độ Glucose trong dịch lọc thay đổi tùy nhu cầu sử dụng. Nồng độ sử dụng trong thực hành là 1, 5%, 2,5% và 4,25%. Tăng nồng độ glucose sử dụng trong dịch lọc sẽ làm tăng lượng nước được rút khỏi cơ thể.

Túi dịch lọc có thể là loại túi đơn hoặc túi đôi. Loại túi đôi có hai túi được nối với nhau bằng một khúc nối hình chữ Y. Đây là loại túi dịch lọc chuẩn được sử dụng rộng rãi ở các nước tiên tiến. Loại túi đôi có một túi đựng dịch lọc sạch chưa sử dụng và một túi đựng dịch lọc đã sử dụng (dịch lọc đã ngâm trong ổ bụng) nên rất thuận lợi cho việc thay dịch và bệnh nhân không phải đeo túi dịch lọc như khi sử dụng loại túi đơn. Thêm vào đó, túi có khúc nối hình chữ Y là một ưu điểm giúp giảm thiểu tỉ lệ viêm phúc mạc.

Các máy móc, dụng cụ khác: Các khúc nối, bộ phận khử trùng đầu nối bằng tia cực tím (không nhất thiết phải có), máy thay dịch thẩm phân tự động...

KẾ HOẠCH TIẾN HÀNH

1. Lựa chọn bệnh nhân
2. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ theo hướng dẫn tại khoa thận : xét nghiệm tiền phẫu Ts, TQ, TCK, Xquang phổi, Siêu âm bụng, nhịn ăn, forlax 1 gói x2/ngày trước mổ, cefazolin 1g 01 lọ tĩnh mạch trước mổ 30 phút. Bộ dụng cụ trước mổ (01 catheter tenckhoff , 01 đầu nối ống thông vào bộ chuyển tiếp- titanium, 01 bộ chuyển tiếp transfer set, 02 kẹp xanh- clam short , 01 kẹp catheter để thay transfer set), 01 lọ heparin.
3. Phẫu thuật đặt catheter Tenckhoff: đặt tại phòng mổ. Sau mổ, catheter được súc rửa với dịch lọc có pha Heparin cho đến khi không còn máu trong dịch rửa. Sau đó catheter được đậy kín và bệnh nhân được theo dõi tại khoa thận trong thời gian hậu phẫu. Trong thời gian này, bệnh nhân sẽ được chăm sóc catheter và được hướng dẫn cách chăm sóc catheter tại nhà. Nếu hậu phẫu ổn định, bệnh nhân sẽ được xuất viện và theo dõi ngoại trú.
4. Sau hai tuần, có thể sử dụng catheter Tenckhoff để đưa dịch lọc vào ổ bụng. Bệnh nhân sẽ được hướng dẫn cách thay dịch lọc tại bệnh viện, cách chăm sóc catheter và chân catheter. Những bệnh nhân thực hiện tốt được các công việc này sẽ được cho về và tái khám định kỳ mỗi tháng.
5. Tái khám định kỳ:

Phát hiện sớm và điều trị các biến chứng liên quan thẩm phân phúc mạc

Đánh giá hiệu quả lọc màng bụng theo các hướng dẫn của hội thận học thế giới

6. Trong thời gian thực hiện thẩm phân phúc mạc liên tục tại nhà, bệnh nhân có thể liên lạc y tá phụ trách thẩm phân phúc mạc hoặc bác sĩ phụ trách hoặc đến bệnh viện nếu cần ý kiến chuyên khoa.

7. Lượng giá chương trình thẩm phân phúc mạc: chúng tôi sẽ tiến hành lượng giá định kỳ hiệu quả của chương trình thẩm phân cũng như các biến chứng dựa theo những hướng dẫn được áp dụng chung trên toàn thế giới.

QUY TRÌNH CHĂM SÓC CHÂN ỐNG SỚM SAU MỔ ĐẶT CATHETER

- Sau khi phẫu thuật không nên thay băng trong vài ngày đầu, trừ khi phát hiện có chảy máu hay có dấu hiệu nhiễm trùng . Bệnh nhân cần thông báo cho bệnh viện nếu có các dấu hiệu hoặc triệu chứng trên .
- Không làm ẩm hoặc ướt băng .Nếu băng bị ướt, bệnh nhân cần được thay băng bởi điều dưỡng thẩm phân.
- Chỉ những nhân viên có kinh nghiệm chuyên về thẩm phân mới được chăm sóc catheter bệnh nhân . Bệnh nhân không nên tự chăm sóc chân ống trong giai đoạn này dù ở bệnh viện hay tại nhà.
- Phải luôn tuân thủ kỹ thuật vô trùng bằng cách đeo khẩu trang và găng tay khi chăm sóc chân ống .
- Chuẩn bị môi trường an toàn để sẵn sóc chân ống – đóng các cửa sổ và cửa ra vào, tắt quạt.
- Chuẩn bị vật dụng thay băng :
 - a. Bộ thay băng vô trùng
 - b. Chén chun
 - c. Găng tay vô trùng
 - d. Nước muối sinh lý 0.9%
 - e. Gạc vô trùng
 - f. Que tăm bông vô trùng
 - g. Băng keo
 - h. Dung dịch sát trùng tay nhanh

Quy trình :

1. Lau chùi chỗ sẽ làm thủ thuật bằng cồn 70⁰
2. Rửa tay 6 bước và lau khô tay.
3. Đặt bộ thay băng lên nơi làm thủ thuật đã được lau chùi.
4. Đặt các vật dụng vào mâm vô trùng và rót nước muối sinh lý vào chén chun.
5. Rửa lại tay với dung dịch sát trùng tay nhanh.

6. Tháo băng cũ ra một cách nhẹ nhàng, dùng một tay giữ catheter hướng xuống, cẩn thận không để kéo căng catheter.
7. Kiểm tra kỹ các dấu hiệu nhiễm trùng chân ống và đường hầm .
8. Nếu nghi ngờ nhiễm trùng, phết ngay chất dịch tại chỗ .
9. Rửa tay với dung dịch sát trùng tay nhanh và mang găng vô trùng.
10. Lấy một miếng gạc thấm ướt nhẹ với nước muối sinh lý và lau cẩn thận chân ống theo hướng từ trên xuống và từ trong ra ngoài, tránh làm tổn thương chân ống vừa mới mổ .
11. Lặp lại bước 10 với miếng gạc thứ hai.
12. Lặp lại bước 10 với miếng gạc thứ ba.
13. Dùng 2 miếng gạc vô trùng thấm khô chân ống một cách nhẹ nhàng.
14. Đặt 2 hoặc 3 miếng gạc vô trùng lên chân ống và băng dính cố định chắc chắn.
15. Cố định phần catheter bên ngoài hướng xuống theo chiều catheter.

Lưu ý :

Khi sờ sờ chân ống catheter vừa mới mổ: không nên đụng chạm bằng gạc vết mổ trừ khi có chảy máu hoặc rỉ dịch .

Băng phải được kiểm tra ở ngày thứ năm và thứ mười sau khi phẫu thuật.

Cắt chỉ thường được thực hiện ở ngày thứ mười sau phẫu thuật .

Tiếp tục thay băng vô trùng cho đến khi chân ống lành hẳn – thông thường mất khoảng 4 đến 6 tuần.

Ghi chép lại các dấu chứng vào hồ sơ bệnh nhân / hoặc sổ tay điều dưỡng

QUY TRÌNH CHĂM SÓC CHÂN ỐNG ĐÃ LÀNH HẸN

Định nghĩa :

Một chân ống lành hẳn là một chân ống không bị đỏ, không sưng tấy, không loét và có màu giống màu da xung quanh .

Loại chân ống này được xếp loại tốt hoặc hoàn hảo .

Bệnh nhân có thể tắm dưới vòi sen và sẵn sóc theo qui trình chăm sóc chân ống đã lành .

Nguyên tắc :

- Thay băng chân ống nên được thực hiện mỗi ngày ngay sau khi tắm hoặc khi đờ, ẩm ướt . Nên thay băng lặp lại nếu chân ống bị ướt hoặc đờ.
- Che chở chân ống và transfer set trước khi tắm
- Sau khi tắm, tháo bỏ băng cũ, đánh giá tình trạng chân ống.
- Chuẩn bị môi trường an toàn và chuẩn bị các vật dụng thay băng gồm :
 - a. Gạc vô trùng
 - b. Nước muối sinh lý 0.9% hoặc Povidone Iodine
 - c. Que phết vô trùng (nếu cần)
 - d. Dung dịch sát trùng tay nhanh
 - e. Cồn 70⁰
 - f. Pd Mupirocine 2% hoặc Pd Gentamycine 0.1%
 - g. Băng keo

Quy trình :

1. Lau bàn thay băng bằng cồn 70⁰ và rửa tay với dung dịch sát trùng tay nhanh
2. Đặt dụng cụ thay băng lên bàn đã được lau chùi sạch
3. Rửa tay 6 bước, lau khô
4. Rót Povidone Iodine hoặc nước muối sinh lý vào 4 miếng gạc vô trùng
5. Tháo băng cũ ra nhẹ nhàng và hướng xuống, tránh làm kéo căng catheter. Kiểm tra chân ống và đường hầm bằng cách ấn nhẹ vùng da xung quanh chân ống và dọc đường hầm.
6. Rửa tay với dung dịch sát trùng tay nhanh
7. Lấy một miếng gạc vô trùng có thấm Povidone Iodine hoặc nước muối sinh lý lau cẩn thận chân ống theo hướng từ trên xuống và từ trong ra ngoài
8. Lặp lại bước (7) bằng miếng gạc thứ hai

9. Lắp lại bước (7) bằng miếng gạc thứ ba (đổi bên)
10. Lắp lại bước (7) bằng miếng gạc thứ tư (đổi bên)
11. Thấm khô chân ống bằng miếng gạc vô trùng
12. Bôi thuốc mỡ Mupirocin 2% hoặc pd Gentamycine 0.1% ngay chân ống
13. Đặt một miếng gạc vô trùng lên chân ống và băng dính cố định
14. Cố định phần catheter bên ngoài hướng xuống theo chiều catheter.

QUI TRÌNH TRAO ĐỔI DỊCH HỆ THỐNG TÚI ĐÔI

1. Chuẩn bị nơi thực hiện trao đổi dịch (lau bề mặt bàn bằng cồn 70⁰).
2. Đảm bảo môi trường sạch sẽ trước khi thực hiện trao đổi dịch (Đóng cửa chính, cửa sổ và tắt quạt).
3. Chuẩn bị dụng cụ (02 kẹp xanh, 01 Minicap, 01 bộ túi đôi).
4. Mang khẩu trang, rửa tay.
5. Kiểm tra túi dịch (7 điểm).
6. Dùng kẹp xanh kẹp đường dây cho dịch vào.
7. Bẻ gãy khóa an toàn màu xanh lá cây.
8. Bộc lộ Transfer set ra bên ngoài quần áo(Kiểm tra Transfer set đã được khóa).
9. Rửa tay nhanh với dung dịch sát trùng Hibiscrub hoặc cồn 70⁰ (lần 1).
10. Tay không thuận nắm giữ đầu dây túi dịch, tay thuận giữ nắp khoen kéo.
11. Giật bỏ khoen kéo ra khỏi túi dịch.
12. Tay thuận cầm bộ chuyển tiếp lên. Mở nắp đậy minicap ra khỏi bộ chuyển tiếp bằng tay không thuận.
13. Kết nối bộ chuyển tiếp với túi dịch.
14. Treo túi dịch mới lên.
15. Đặt túi xả ở vị trí thấp hơn bụng.
16. Mở khóa xoay xả dịch đã ngâm trong ổ bụng ra.
17. Sau khi xả dịch hoàn tất, đóng khóa xoay lại.
18. Tháo bỏ kẹp trên đường dây cho dịch vào, đồng thời đếm chậm từ 1.....5(đuổi hết khí trong dây túi dịch).
19. Kẹp đường dây dịch ra.
20. Mở khóa xoay cho dịch mới vào ổ bụng.
21. Khi việc truyền dịch hoàn tất đóng khóa xoay và dùng kẹp còn lại kẹp đường dây cho dịch vào.
22. Rửa tay nhanh với dung dịch sát trùng Hibiscrub hoặc cồn 70⁰ (lần2).
23. Mở bao đựng nắp đậy (Minicap) mới, kiểm tra gòn trong nắp còn ướt với Povidone.
24. Tháo kết nối giữa bộ chuyển tiếp và túi đôi.
25. Đậy Minicap mới.
26. Kiểm tra màu sắc dịch xả ra.
27. Cân đo- Ghi sổ- Xả bỏ dịch an toàn.

ĐÁNH GIÁ MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG

TÊN MỤC TIÊU	GIẢM TỶ LỆ NHIỄM TRÙNG CATHETER, VÀ TỶ LỆ VPM - Ở BỆNH NHÂN THẨM PHÂN PHÚC MẠC
- Mục đích	- Giảm tỷ lệ nhiễm trùng catheter tĩnh mạch bệnh <14 ngày. - Giảm tỷ lệ nhiễm trùng viêm phúc mạc/ thẩm phân phúc mạc <30 tháng.
- Công thức đo	- Quan sát nhiễm trùng catheter mỗi lần chạy thận nhân tạo cấp cứu < 14 ngày. - Dấu hiệu của viêm phúc mạc/ thẩm phân phúc mạc.
- Thời gian thực hiện	Tháng 01/2010
- Kết quả phải đạt	- ≤ 25% nhiễm trùng catheter <14 ngày. - Một đợt/ 24tháng viêm phúc mạc/ thẩm phân phúc mạc.
- Nguồn dữ liệu	- Số liệu lấy từ phòng kế hoạch tổng hợp.
- Tần suất đo	- Tính theo từng quý để so sánh.
- Người chịu trách nhiệm đo	- Bs điều trị, điều dưỡng khoa
- Người chịu trách nhiệm hành động	- Trưởng khoa nội thận – tiết niệu.
- Kế hoạch hành động	- Thống kê từng hồ sơ bệnh án, tổng hợp cuối tháng. Số liệu từ phòng KHTH bệnh viện.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

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 lưu báo cáo		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
2	Sổ lãnh thuốc ngày		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
3	Sổ sao y lệnh trực		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
4	Sổ bàn giao thuốc tủ trực		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
5	Sổ bàn giao y dụng cụ		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
6	Sổ bàn giao bệnh nặng		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
7	Sổ bàn giao bệnh chuyển khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
8	Sổ bàn giao bệnh chuyển viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
9	Sổ mời hội chẩn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
10	Sổ biên bản hội chẩn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
11	Sổ theo dõi thủ thuật		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
12	Sổ trả hồ sơ ra viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
13	Sổ in toa ra viện		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
14	Sổ đăng ký miễn phí		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
15	Sổ trả phiếu BHYT		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
16	Sổ trả HS miễn phí		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
17	Sổ lãnh thuốc hướng tâm thần		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
18	Sổ họp giao ban		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

19	Sổ hợp khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
20	Sổ bình bệnh án		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
21	Sổ bình hồ sơ CS		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
22	Sổ VV-RV-CV		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
23	Sổ mô tả công việc		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
24	Sổ theo dõi nhằm lẫn thuốc		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
25	Sổ ARD		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
26	Sổ chỉ đạo tuyển		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
27	Sổ đào tạo bồi dưỡng chuyên môn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
28	Sổ sinh hoạt chuyên môn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
29	Sổ góp ý của người bệnh		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
30	Sổ chấm điểm kiểm tra hàng tháng		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
31	Sổ đi buồng		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
32	Sổ chấm công		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
33	Sổ sinh hoạt hội đồng người bệnh		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
34	Sổ họp hành chánh		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
35	Sổ biên bản tử vong		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
36	Sổ kiểm tra tuần		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
37	Sổ phân công		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
38	Sổ lưu công văn đến		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
39	Sổ lưu công văn đi		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
40	Sổ lãnh VPP		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
41	Sổ báo sửa chữa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
42	Sổ họp công đoàn		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

43	Sổ tài sản khoa		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
44	Sổ theo dõi khám bệnh nhân viên		Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

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	Quy trình lọc thận nhân tạo định kỳ		01	01/01/2010		X					
2	Quy trình thẩm phân phúc mạc liên tục		01	01/01/2010		X					
3	Quy trình chăm sóc chân ống sớm sau mổ đặt catheter		01	01/01/2010		X					
4	Quy trình chăm sóc chân ống đã lành		01	01/01/2010		X					
5	Quy trình trao đổi dịch hệ thống túi đôi		01	01/01/2010		X					
6	Phác đồ điều trị		01	01/01/2010		X					
7	Mục tiêu chất lượng 2009-KTT		01	18/03/2009		X					
8	Chính sách chất lượng BVĐKTT-AG		01	25/03/2009		X					
9	Sổ tay chất lượng		01	25/03/2009		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	Bản phân loại bệnh quốc tế 10 (ICD-10)				X		
2	Qui chế bệnh viện		Bộ Y Tế	1997		X	
3	Handbook Of Dialysis Therapy		Allen R. Nissenson, MD Richard N. Fine, MD	2008		X	
4	The Washington Manual Of Medical Therapeutics 32 nd		Washington University St.Louis	2007		X	
5	Current Diagnosis & Treatment Nephrology & Hypertension		EDGAR V.LERMA JEFFREY S.BERNS ALLEN R.NISENSEN	2009		X	
6	Poisoning & Drug Overdose		Kent R. Olson	2004	X	X	
7	Renal Drug Handbook		Caroline Ashley and Aileen Currie (UK Renal Pharmacy Group)	2009	X		
8	Phác đồ điều trị			2009		X	
9	Dược Thư Quốc Gia Việt Nam		Bộ Y Tế	2004		X	
10	Sổ tay thực hành thận nhân tạo		PGS.TS.VŨ ĐÌNH HÙNG	2007		X	
11	Sinh lý bệnh-các bệnh lý thận niệu		TS.BS.PHẠM VĂN BÙI	2007		X	
12	Bệnh học nội khoa		ĐẶNG VẠN PHƯỚC CHÂU NGỌC HOA	2009		X	