

**Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG
ISO-KNGOAI-TH**



ISO 9001: 2008



**Biên soạn
Trưởng khoa**

**Duyệt
Giám Đốc**

BS.CKI Nguyễn Văn Khoa

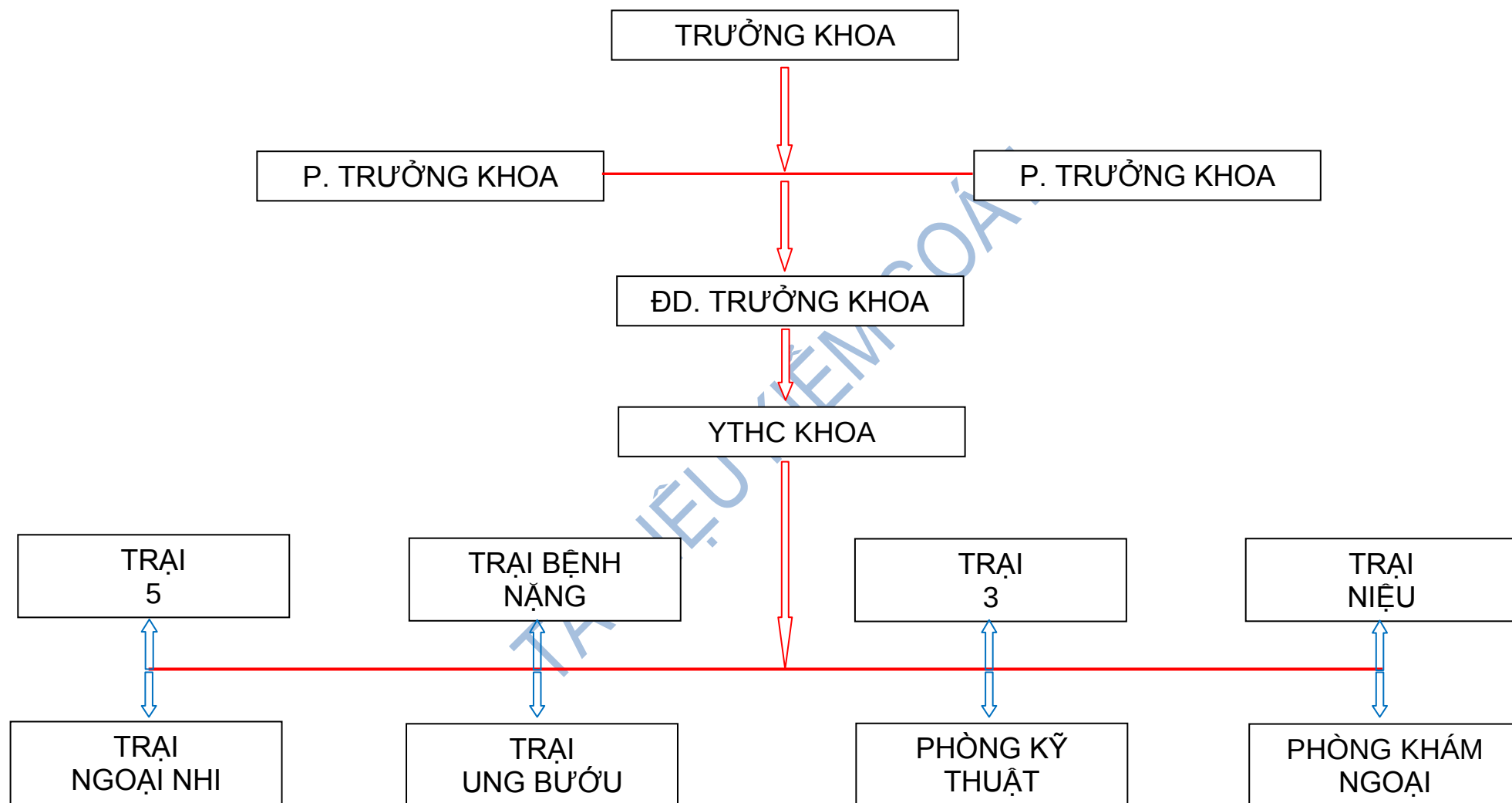
TS.BS Nguyễn Văn Sách

	NỘI DUNG	Trang
1	Chính sách chất lượng	2
2	Sơ đồ tổ chức khoa ngoại tổng hợp	3
3	Quy chế hoạt động khoa ngoại tổng hợp	4
4	Quy chế hoạt động cụ thể khoa ngoại tổng hợp	6
5	Bảng mô tả công việc	8
6	Bảng mô tả công việc trưởng khoa	9
7	Bảng mô tả công việc phó trưởng khoa	10
8	Bảng mô tả công việc điều dưỡng trưởng khoa	11
9	Bảng mô tả công việc y tá hành chánh	12
10	Bảng mô tả công việc bác sĩ điều trị	13
11	Bảng mô tả công việc điều dưỡng	14
12	Bảng mô tả công việc hộ lý	15
13	Quy chế chẩn đoán bệnh lâm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị	16
14	Quy chế khám chữa bệnh theo yêu cầu	19
15	Quy chế sử dụng thuốc	20
16	Quy chế thường trực	23
17	Quy chế cấp cứu	24
18	Quy chế hội chẩn	25
19	Quy chế công tác chăm sóc người bệnh toàn diện	27
20	Quy chế quản lý buồng bệnh và buồng thủ thuật	29
21	Phác đồ điều trị vỡ lách do chấn thương	31
22	Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị vỡ tá tràng	33
23	Phác đồ điều trị tắc ruột	35
24	Phác đồ điều trị sỏi thận và sỏi NQ bằng pp tán sỏi ngoài cơ thể	37
25	Phác đồ điều trị sỏi niệu quản bằng tán sỏi nội soi	39
26	Phác đồ điều trị bướu lành tiền liệt tuyến	41
27	Phác đồ xử trí sốc phản vệ	42
28	Quy trình chuẩn bị bệnh nhân trước khi phẫu thuật	43
29	Quy trình chuẩn bị bệnh nhân sau khi phẫu thuật	45
30	Quy trình kỹ thuật cắt VRT	46
31	Quy trình kỹ thuật phẫu thuật tắc ruột sau phẫu thuật cũ	48
32	Quy trình kỹ thuật phẫu thuật TVB thường và nghẽn	50
33	Quy trình kỹ thuật phẫu thuật lồng ruột	52
34	Quy trình kỹ thuật phẫu thuật thủng ổ loét dạ dày tá tràng	54
35	Quy trình kỹ thuật phẫu thuật điều trị loét DD-tá tràng chảy máu nặng	57
36	Quy trình kỹ thuật cắt một nửa DD điều trị loét DD-tá tràng mãn	59
37	Quy trình kỹ thuật phẫu thuật đóng HMNT đại tràng	61
38	Quy trình kỹ thuật phẫu thuật rò hậu môn	62
39	Mục tiêu chất lượng	64
40	Kế hoạch hành động	64
41	Đánh giá mục tiêu chất lượng	65
42	Danh mục hồ sơ chất lượng	66
43	Danh mục tài liệu bên ngoài hiện hành	70

CHÍNH SÁCH CHẤT LƯỢNG

"Chúng tôi cam kết mọi Cán bộ, nhân viên khoa ngoại tổng hợp hiểu thấu và thực hiện nghiêm chỉnh các nội quy, quy chế có liên quan; không ngừng cải tiến, đảm bảo hoạt động của mình, nâng cao tinh thần trách nhiệm và ý thức phục vụ luôn thỏa mãn đòi hỏi và mong đợi của bệnh nhân bằng chính trách nhiệm và năng lực của mình".

SƠ ĐỒ TỔ CHỨC KHOA NGOẠI TỔNG HỢP



QUY CHẾ HOẠT ĐỘNG

KHOA NGOẠI TỔNG HỢP

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Khoa ngoại là khoa lâm sàng thực hiện khám bệnh, chữa bệnh chủ yếu bằng các thủ thuật và phẫu thuật.
2. Khoa ngoại được bố trí liên hoàn, thuận tiện cho công tác phẫu thuật, chăm sóc và vận chuyển người bệnh.
3. Các phương tiện và dụng cụ phẫu thuật phải đồng bộ, có chất lượng tốt.
4. Bảo đảm yêu cầu vô khuẩn:
 - a) Các dụng cụ phẫu thuật, thủ thuật.
 - b) Mọi thành viên khi vào buồng phẫu thuật phải thực hiện quy định kỹ thuật vô khuẩn.
 - c) Không di chuyển người, dụng cụ từ nơi hữu khuẩn tới nơi vô khuẩn.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. Tại buồng khám bệnh chuyên khoa ngoại của khoa khám bệnh:

- a) Các thành viên của khoa ngoại phải đặc biệt chú ý thực hiện quy chế công tác khoa khám bệnh, quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện.
- b) Một số công tác đặc thù khi khám chuyên khoa ngoại:

Bác sĩ khám bệnh có trách nhiệm:

- Khẩn trương thăm khám, làm hồ sơ bệnh án, chỉ định xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết để có chẩn đoán xác định, có hướng xử lý kịp thời.
- Trường hợp có chỉ định phẫu thuật cấp cứu, đưa thẳng người bệnh đến khoa Cấp cứu.

2- Tại khoa điều trị:

a) Chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật:

- Trường hợp người bệnh cần phẫu thuật cấp cứu được làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, hoàn chỉnh hồ sơ bệnh án và chuẩn bị tiến hành phẫu thuật cấp cứu.
- Trường hợp người bệnh không thuộc diện phẫu thuật cấp cứu, cần chuẩn bị hồ sơ, thủ tục đưa vào kế hoạch phẫu thuật.

b) Trưởng khoa ngoại có trách nhiệm:

- Thực hiện chức trách của trưởng khoa lâm sàng.
- Bố trí buồng bệnh hợp lý gồm các buồng cấp cứu, hậu phẫu vô khuẩn, hữu khuẩn,...
- Duyệt từng trường hợp người bệnh có chỉ định phẫu thuật, thống nhất phương pháp phẫu thuật, phương pháp gây mê, gây tê hoặc châm tê.

- Phân công phẫu thuật viên và các thành phần liên quan.
- Lập kế hoạch phẫu thuật trong tuần trình giám đốc bệnh viện phê duyệt.
- Báo cáo phòng kế hoạch tổng hợp để thông báo kế hoạch phẫu thuật tới khoa phẫu thuật - gây mê hồi sức và các khoa có liên quan để chuẩn bị tổ chức cuộc phẫu thuật.

c) Bác sĩ điều trị có trách nhiệm:

- Thăm khám kỹ lưỡng, lập hồ sơ bệnh án, cho làm các xét nghiệm cần thiết để có chẩn đoán xác định bệnh, chỉ định điều trị và chăm sóc.
- Trường hợp bệnh khó phải tiến hành khám các chuyên khoa có liên quan, báo cáo trưởng khoa thực hiện hội chẩn.
- Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh biết và ký vào giấy cam đoan xin phẫu thuật.
- Tham gia phẫu thuật theo sự phân công của trưởng khoa.
- Theo dõi và điều trị người bệnh trước và sau phẫu thuật.

d) Điều dưỡng chăm sóc có trách nhiệm:

- Thực hiện nghiêm chỉnh y lệnh của bác sĩ điều trị.
- Theo dõi sát sao, chăm sóc chu đáo người bệnh theo quy chế công tác chăm sóc người bệnh toàn diện.
- Động viên giải thích cho người bệnh hiểu và tin tưởng vào kế hoạch phẫu thuật.
- Làm vệ sinh cá nhân, thay quần áo phẫu thuật cho người bệnh theo quy định trước khi chuyển người bệnh lên buồng phẫu thuật.

----- oOo -----

QUI CHẾ HOẠT ĐỘNG CỤ THỂ KHOA NGOẠI TỔNG HỢP

1. Giao ban:

- Giao ban khoa: 07g10 - 07g30
- Giao ban bệnh viện: 07g30 - 08g00

2. Khám bệnh:

- Sáng: bắt đầu từ 07g35: Bác sĩ khám bệnh và đi buồng với điều dưỡng trưởng trại. Nếu bác sĩ đi mổ buổi sáng hoặc khám bệnh tại phòng khám thì phải khám bệnh trước và bàn giao bệnh cho bác sĩ cùng trại.
- Chiều: xem lại bệnh nhân lúc 14g00. Kiểm tra các xét nghiệm và chỉ định đã cho. Trước khi về phải bàn giao các bệnh nhân nặng cho tua trực ngày hôm đó.
- Chỉ định điều trị và rút ống dẫn lưu phải có sự thống nhất giữa phẫu thuật viên và bác sĩ điều trị.
- Bệnh nhân xuất viện hẹn tái khám theo đúng lịch khám ngoại chấn của phẫu thuật viên.
- Những trường hợp khó, hội chẩn với bác sĩ trưởng phó khoa và tham vấn.
- Đi buồng toàn khoa với BS trưởng phó khoa vào mỗi sáng thứ 2, 4, 6 hàng tuần lúc 08g00.

3. Duyệt mổ:

- Lên lịch mổ phiên chiều thứ năm hàng tuần.
- Duyệt mổ theo yêu cầu mỗi ngày. Bác sĩ điều trị trình bệnh nhân mổ. Trưởng khoa phân công phẫu thuật viên.
- Phẫu thuật viên sẽ giải thích cho bệnh nhân và thân nhân về tình trạng bệnh và phương pháp phẫu thuật ngay sau khi thông qua mổ.
- Sinh hoạt khoa và bình bệnh án rút kinh nghiệm mỗi tháng một lần vào tuần cuối của tháng, tại phòng giao ban khoa.

4. Trực gác:

- Bác sĩ trực cấp cứu theo lịch đã được phân công. Nếu có gì thay đổi phải báo trước trưởng khoa ít nhất 48 giờ.
- Bác sĩ trực cấp cứu sẽ không tham gia mổ chương trình trong ngày trực.

5. Lịch khám ngoại chấn:

	Thứ 2	Thứ 3	Thứ 4	Thứ 5	Thứ 6
Bác sĩ Khám	An Sơn Quốc Mân	Bé Trường sơn Nghĩa	Cao Sang Vũ Hoàng	Tùng Phúc Lợi	Tấn Nguyên Hạnh Thắng

6. Nhập viện

- Nhập viện phải qua phòng khám ngoại, khoa cấp cứu hoặc từ các khoa khác chuyển đến.
- Một người bệnh chỉ được cấp 1 thẻ nuôi bệnh
- Không được đưa trẻ em vào trong khoa
- Không mang những vật sắc nhọn, dễ bể, dễ cháy nổ, vũ khí vào trong khoa
- Không được nấu ăn trong khoa
- Thân nhân không được tự ý thay đổi giường bệnh
- Uống thuốc đúng liều lượng theo chỉ dẫn của thầy thuốc
- Trong thời gian Bác sĩ khám bệnh và điều dưỡng thực hiện công tác chăm sóc (sáng: 7giờ30 - 10giờ, chiều: 13giờ30 - 16 giờ), thân nhân không được vào buồng bệnh, trừ trường hợp đặc biệt.

7. Quy định đối với nhân viên:

- Chấp hành tốt chủ trương, chính sách, pháp luật của Đảng, Nhà Nước và nội quy, quy chế của khoa, của bệnh viện.
- Rèn luyện kỹ năng giao tiếp, nâng cao ý đức, trao dồi trình độ chuyên môn nghiệp vụ nhằm nâng cao năng lực công tác.
- Đoàn kết, giúp đỡ lẫn nhau thi hành nhiệm vụ, đấu tranh chống tiêu cực, thực hiện tốt công tác dân chủ cơ sở.
- Thông cảm sâu sắc với nỗi đau của người bệnh.
- Sống lành mạnh, trung thực, nêu gương và giáo dục về sức khỏe để người bệnh hợp tác tốt trong công tác điều trị.

8. Đào tạo và chỉ đạo tuyến:

- Đào tạo tất cả các bác sĩ của tuyến huyện, trung tâm Y tế gửi về học.
- Cơ sở đào tạo thực hành cho sinh viên Y6 và các bác sĩ học chuyên khoa sau đại học (CKI).
- Cơ sở đào tạo thực hành cho các lớp trung cấp và cử nhân điều dưỡng.
- Thực hiện công tác chỉ đạo tuyến cho các huyện:
 - (1) Bệnh viện Châu Thành
 - (2) Bệnh viện Tri Tôn
 - (3) Bệnh viện Phú Tân
 - (4) Bệnh viện Chợ Mới
 - (5) Bệnh viện Thoại Sơn
 - (6) Bệnh viện Thành phố Long Xuyên.

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC

TÀI LIỆU KIỂM SÓÁT

1. BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC TRƯỞNG KHOA

- I. CHỨC DANH:** Trưởng khoa Ngoại tổng hợp.
- II. QUAN HỆ TỔ CHỨC:** Chịu sự chỉ đạo trực tiếp của giám đốc bệnh viện
- III. CẤP BÁO CÁO:** Ban giám đốc.

IV. NHIỆM VỤ CHUNG:

1. Căn cứ kế hoạch của bệnh viện, xây dựng kế hoạch hoạt động của khoa để trình giám đốc bệnh viện phê duyệt và tổ chức thực hiện.
2. Kiểm tra đôn đốc các thành viên trong khoa thực hiện tốt quy định về y đức và làm theo lời dạy của Bác Hồ "Lương y phải như từ mẫu".
3. Tổ chức chỉ đạo các thành viên trong khoa thực hiện tốt nhiệm vụ của khoa và Quy chế bệnh viện.
4. Tham gia giảng dạy, hướng dẫn học viên đến thực tập tại khoa và các lớp học do Giám đốc phân công.
5. Làm nghiên cứu khoa học; sơ kết, tổng kết, rút kinh nghiệm công tác chuyên môn và quản lý.
6. Hướng về cộng đồng tổ chức chỉ đạo mọi thành viên trong khoa tham gia công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu và chỉ đạo tuyến dưới.
7. Kiểm tra sát sao việc thực hiện Quy chế bệnh viện, Quy định kỹ thuật bệnh viện; Quy chế quản lý và sử dụng vật tư, thiết bị y tế, các trang bị thông dụng và việc thực hiện vệ sinh và bảo hộ lao động.
8. Định kỳ sơ kết, tổng kết công tác báo cáo giám đốc; những diễn biến bất thường, đột xuất phải báo cáo ngay.

V. NHIỆM VỤ CỤ THỂ:

1. Tổ chức hoạt động của khoa theo đúng quy chế công tác khoa ngoại.
2. Tổ chức phẫu thuật theo lịch và phẫu thuật cấp cứu theo đúng quy chế công tác khoa phẫu thuật - gây mê hồi sức.
3. Tổ chức hội chẩn trong khoa và liên khoa để bảo đảm an toàn phẫu thuật.
4. Thực hiện đúng các quy định kỹ thuật bệnh viện, theo dõi chăm sóc người bệnh trước, trong và sau phẫu thuật.

VI. ĐIỀU KIỆN BỔ NHIỆM:

- Tốt nghiệp bác sĩ sau đại học
- Đã được đào tạo về quản lý nhà nước
- Có kỹ năng giao tiếp, hướng dẫn và giảng dạy
- Trách nhiệm: mẫu mực trong quản lý và công việc
- Chấp hành tốt chủ trương đường lối của Đảng và nhà nước, nội quy, quy chế của ngành, của bệnh viện và của khoa phòng
- Hiểu rõ và thực hiện theo 12 điều y đức.
- Có phẩm chất đạo đức tốt.
- Thời gian công tác: 5 năm trở lên

2. BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC PHÓ TRƯỞNG KHOA

- I. CHỨC VỤ:** Phó trưởng khoa Ngoại tổng hợp
- II. QUAN HỆ TỔ CHỨC:** Chịu sự chỉ đạo trực tiếp của trưởng khoa.
- III. CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa.

IV. NHIỆM VỤ CỤ THỂ:

1. *Giúp trưởng khoa thực hiện:*

- Các kế hoạch của bệnh viện, kiểm tra đôn đốc và sơ tổng kết.
- Chất lượng công tác chuyên môn.
- Công tác nghiên cứu, sáng kiến cải tiến.
- Theo dõi công tác đào tạo bồi dưỡng chuyên môn.
- Công tác chỉ đạo tuyến.

2. *Phó khoa (A), phụ trách các lĩnh vực:*

- Phụ trách chuyên môn.
- Hồ sơ tử vong: kiểm tra hồ sơ bệnh án tử vong trước khi trưởng khoa ký.
- Duyệt hồ sơ bình bệnh án hàng tháng.
- Kiểm tra việc thực hiện các quy chế chuyên môn.
- Duyệt hồ sơ bệnh án khi ra viện.

3. *Phó khoa (B), phụ trách các lĩnh vực:*

- Phụ trách nhân sự và đoàn thể.
- Xếp lịch trực bác sĩ
- Duyệt hồ sơ bệnh án khi ra viện.
- Kiểm tra việc thực hiện các quy chế chuyên môn.

V. ĐIỀU KIỆN BỔ NHIỆM:

- Tốt nghiệp sau đại học.
- Đã được đào tạo về quản lý nhà nước
- Có kỹ năng giao tiếp, hướng dẫn và giảng dạy
- Trách nhiệm: mẫu mực trong quản lý và công việc
- Chấp hành tốt chủ trương đường lối của Đảng và nhà nước, nội quy, quy chế của ngành, của bệnh viện và của khoa phòng
- Hiểu rõ và thực hiện theo 12 điều y đức.
- Có phẩm chất đạo đức tốt.
- Thời gian công tác: 5 năm trở lên

3. BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC ĐIỀU DƯỠNG TRƯỞNG KHOA

I. CHỨC DANH:	Điều dưỡng trưởng khoa Ngoại tổng hợp.
II. QUAN HỆ TỔ CHỨC:	Chịu sự chỉ đạo trực tiếp của trưởng khoa và trưởng phòng điều dưỡng bệnh viện.
III. CẤP BÁO CÁO:	Trưởng khoa.
IV. NHIỆM VỤ:	

1. Tổ chức thực hiện công tác chăm sóc người bệnh toàn diện.
2. Hàng ngày đi thăm người bệnh. Nhận các y lệnh về điều trị và chăm sóc của trưởng khoa để tổ chức thực hiện.
3. Quản lý buồng bệnh và kiểm tra công tác vệ sinh, vô khuẩn, chống nhiễm khuẩn trong khoa.
4. Kiểm tra, đôn đốc điều dưỡng và hộ lý thực hiện y lệnh 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.
5. Lập kế hoạch và phân công công việc cho điều dưỡng, hộ lý trong khoa.
6. Tham gia công tác đào tạo cho điều dưỡng, học viên, hộ lý và tham gia công tác chỉ đạo tuyến theo sự phân công.
7. Lập kế hoạch mua y dụng cụ, vật tư 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 các yêu cầu sửa chữa các dụng cụ hỏng.
8. Kiểm tra việc ghi sổ sách, phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc, công tác hành chính, thống kê vào báo cáo trong khoa.
9. Theo dõi, chấm công lao động hàng ngày và tổng hợp ngày công để báo cáo.
10. Tham gia thường trực và chăm sóc người bệnh.
11. Ủy viên thường trực kiêm thư ký hội đồng người bệnh cấp khoa.

V. ĐIỀU KIỆN BỒ NHIỆM:

- Tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng
- Có kỹ năng giao tiếp, hướng dẫn và giảng dạy
- Trách nhiệm: mẫu mực trong quản lý và công việc
- Chấp hành tốt chủ trương đường lối của Đảng và nhà nước, nội quy, quy chế của ngành, của bệnh viện và của khoa phòng
- Hiểu rõ và thực hiện theo 12 điều y đức.
- Có phẩm chất đạo đức tốt.
- Thời gian công tác: 5 năm trở lên

4. BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC Y TÁ HÀNH

- I. CHỨC DANH:** Y tá hành chánh khoa Ngoại tổng hợp.
- II. QUAN HỆ TỔ CHỨC:** Chịu sự chỉ đạo trực tiếp của trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa.
- III. CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa.
- IV. NHIỆM VỤ:**
1. Thực hiện công việc thống kê theo quy định:
 - a. Ghi cập nhật sổ đăng ký người bệnh vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện và tử vong.
 - b. Báo cáo tình hình người bệnh hàng ngày, hàng tháng, 3, 6, 9 và 12 tháng theo quy định.
 - c. Chuyển bệnh án đã được trưởng khoa duyệt của người bệnh ra viện, tử vong đến phòng lưu trữ.
 - d. Bảo quản bệnh án, sổ, ấn chỉ và tài liệu trong khoa.
 2. Quản lý thuốc dùng hàng ngày cho người bệnh trong khoa:
 - a. Tổng hợp thuốc hàng ngày theo y lệnh và viết phiếu trình trưởng khoa duyệt.
 - b. Lĩnh thuốc và bàn giao thuốc hàng ngày để điều dưỡng chăm sóc thực hiện cho từng người bệnh theo y lệnh.
 - c. Kiểm tra sử dụng thuốc trực hàng ngày và bổ sung thuốc trực theo cơ sở quy định.
 - d. Thu hồi thuốc thừa để trả lại khoa được theo quy chế sử dụng thuốc.
 - e. Tổng hợp thuốc đã dùng cho mỗi người bệnh trước lúc ra viện.
 3. Lĩnh dụng cụ y tế, văn phòng phẩm. Lập sổ theo dõi và cấp phát theo kế hoạch của điều dưỡng trưởng và trưởng khoa.
 4. Tham gia thường trực và chăm sóc người bệnh khi cần.
 5. Thay điều dưỡng trưởng khoa khi được ủy quyền.
- V. ĐIỀU KIỆN BỔ NHIỆM:**
- Tốt nghiệp điều dưỡng trung học
 - Có kỹ năng giao tiếp
 - Trách nhiệm: mẫu mực trong quản lý và công việc
 - Chấp hành tốt chủ trương đường lối của Đảng và nhà nước, nội quy, quy chế của ngành, của bệnh viện và của khoa phòng
 - Hiểu rõ và thực hiện theo 12 điều y đức.
 - Có phẩm chất đạo đức tốt.
 - Thời gian công tác: 5 năm trở lên

5. BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC BÁC SĨ ĐIỀU TRỊ

- I. CHỨC DANH:** Bác sĩ điều trị khoa Ngoại tổng hợp.
- II. QUAN HỆ TỔ CHỨC:** Chịu sự chỉ đạo trực tiếp của trưởng khoa.
- III. CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa.

IV. NHIỆM VỤ:

1. Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý thực hiện quy chế công tác khoa ngoại, quy chế công tác khoa phẫu thuật - gây mê hồi sức và quy chế công tác khoa chống nhiễm khuẩn.
2. Chịu trách nhiệm trước trưởng khoa về các công việc được phân công.
3. Đối với người bệnh mới tiếp nhận phải khám ngay và bổ sung hồ sơ bệnh án, cho y lệnh điều trị, chăm sóc, ăn uống và sẵn sàng phẫu thuật khi có chỉ định.
4. Khi được phân công phẫu thuật phải kiểm tra lại người bệnh đã có trong kế hoạch và chuẩn bị chu đáo các điều kiện cho cuộc phẫu thuật theo chỉ định.
5. Có trách nhiệm theo dõi sát sao người bệnh đã được phẫu thuật để có chỉ định bổ sung điều trị, chăm sóc, ăn uống phù hợp.
6. Khi bác sĩ trưởng khoa thăm khám người bệnh, bác sĩ điều trị có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến của người bệnh trong quá trình điều trị để xin ý kiến hướng dẫn của trưởng khoa.
7. Thực hiện chế độ hội chẩn theo đúng quy định đối với những trường hợp sau:
 - a) Người bệnh nặng, nguy kịch.
 - b) Người bệnh đã được chẩn đoán và điều trị nhưng bệnh chuyển biến chậm hoặc không có kết quả.
8. Tham gia thường trực theo lịch phân công của trưởng khoa.
9. Tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong khi được yêu cầu. Tổng kết bệnh án cho người bệnh chuyển khoa, ra viện, chuyển viện theo quy chế vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện.
10. Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học, tham dự hội nghị khoa học theo sự phân công của trưởng khoa và giám đốc bệnh viện.

V. ĐIỀU KIỆN :

- Tốt nghiệp Đại học Y khoa
- Có kỹ năng giao tiếp
- Trách nhiệm: mẫu mực trong công việc
- Chấp hành tốt chủ trương đường lối của Đảng và nhà nước, nội quy, quy chế của ngành, của bệnh viện và của khoa phòng
- Hiểu rõ và thực hiện theo 12 điều y đức.
- Có phẩm chất đạo đức tốt.

6. BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC ĐIỀU DƯỠNG

- I. CHỨC DANH:** Điều dưỡng khoa Ngoại tổng hợp.
- II. QUAN HỆ TỔ CHỨC:** Chịu sự chỉ đạo trực tiếp của trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa.
- III. CẤP BÁO CÁO:** Điều dưỡng trưởng khoa.
- IV. NHIỆM VỤ CHUNG:**

1. Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý thực hiện quy chế chăm sóc người bệnh toàn diện, quy chế quản lý buồng bệnh và buồng thủ thuật.
2. Nghiêm chỉnh thực hiện đầy đủ y lệnh của bác sĩ.
3. Thực hiện chăm sóc người bệnh theo đúng quy định kỹ thuật bệnh viện:
 - Lập kế hoạch chăm sóc người bệnh, uống thuốc, thực hiện kỹ thuật tiêm thuốc, truyền dịch, thay băng, đặt thông, kỹ thuật cấp cứu theo quy định và vận hành, bảo quản các thiết bị y tế trong khoa theo sự phân công.
 - Tham gia đào tạo, quản lý và sử dụng thành thạo các thiết bị y tế trong khoa.
4. Đối với những người bệnh nặng, nguy kịch phải chăm sóc theo y lệnh và báo cáo kịp thời những diễn biến bất thường cho bác sĩ điều trị xử lý kịp thời.
5. Ghi những thông số, dấu hiệu, triệu chứng bất thường của người bệnh và cách xử lý vào phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc theo quy định.
6. Hàng ngày cuối giờ làm việc phải bàn giao người bệnh cho điều dưỡng trực và ghi vào sổ những y lệnh còn lại trong ngày, những yêu cầu theo dõi, chăm sóc đối với từng người bệnh, đặc biệt là người bệnh nặng.
7. Bảo quản tài sản, thuốc, dụng cụ y tế, trật tự và vệ sinh buồng bệnh, buồng thủ thuật trong phạm vi được phân công.
8. Tham gia nghiên cứu khoa học về lĩnh vực chăm sóc người bệnh và hướng dẫn thực hành về công tác chăm sóc người bệnh cho học viên khi được điều dưỡng trưởng khoa phân công.
9. Tham gia thường trực theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.
10. Động viên người bệnh an tâm điều trị. Bản thân phải thực hiện tốt quy định về y đức.

V. ĐIỀU KIỆN :

- Tốt nghiệp điều dưỡng trung cấp
- Có kỹ năng giao tiếp
- Trách nhiệm: mẫu mực trong công việc
- Chấp hành tốt chủ trương đường lối của Đảng và nhà nước, nội quy, quy chế của ngành, của bệnh viện và của khoa phòng
- Hiểu rõ và thực hiện theo 12 điều y đức.
- Có phẩm chất đạo đức tốt.

7. BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC HỘ LÝ

- I. CHỨC DANH:** Hộ lý khoa Ngoại tổng hợp.
- II. QUAN HỆ TỔ CHỨC:** Chịu sự chỉ đạo trực tiếp của trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa.
- III. CẤP BÁO CÁO:** Điều dưỡng trưởng khoa.
- IV. NHIỆM VỤ CHUNG:**

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 lý buồng bệnh và buồng thủ thuật và quy chế chống nhiễm khuẩn bệnh viện.
2. Phục vụ người bệnh:
 - a. Thay đổi đồ vải của người bệnh theo quy định.
 - b. Đổ bỏ, chất thải của người bệnh.
 - c. Cọ rửa và tiệt trùng dụng cụ đựng chất thải của người bệnh, đảm bảo luôn khô, sạch.
3. Phụ điều dưỡng 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 thiết bị phục vụ người bệnh và mang sửa chữa thiết bị hỏng.
4. Thu gom, quản lý chất thải trong khoa:
 - a. Đặt các thùng rác tại các vị trí quy định của khoa.
 - b. Tập trung, phân loại rác từ các buồng bệnh, buồng thủ thuật vào thùng rác chung của khoa.
 - c. Buộc túi nilông khi rác đầy 2/3 túi và dán nhãn, ghi rõ tên khoa trên nhãn.
 - d. Thu gom bỏ rác vào thùng không để rác rơi vãi ra ngoài.
 - e. Cọ rửa thùng rác hàng ngày.
5. Bảo quản tài sản trong phạm vi được phân công.
6. Thực hiện các nhiệm vụ chuyên môn khác theo sự phân công của điều dưỡng trưởng khoa.

V. ĐIỀU KIỆN :

- Có kỹ năng giao tiếp, có phẩm chất đạo đức tốt
- Trách nhiệm: mầu mực trong công việc
- Chấp hành tốt chủ trương đường lối của Đảng và nhà nước, nội quy, quy chế của ngành, của bệnh viện và của khoa phòng
- Hiểu rõ và thực hiện theo 12 điều y đức.

QUY CHẾ CHẨN ĐOÁN BỆNH LÀM HỒ SƠ BỆNH ÁN VÀ KÊ ĐƠN ĐIỀU TRỊ

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Việc chẩn đoán bệnh và kê đơn điều trị có vị trí rất quan trọng trong khám bệnh, chữa bệnh.
2. Hồ sơ bệnh án là tài liệu khoa học về chuyên môn kỹ thuật, là chứng từ tài chính và cũng là tài liệu pháp y. Việc làm hồ sơ bệnh án phải được tiến hành khẩn trương, khách quan, thận trọng, chính xác và khoa học.
3. Khi tiến hành khám bệnh, chẩn đoán và kê đơn phải kết hợp chặt chẽ các triệu chứng cơ năng, thực thể lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố gia đình xã hội và tiền sử bệnh.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. *Khám bệnh và chẩn đoán bệnh:*

a) Khám bệnh: Bác sĩ làm công tác khám bệnh có trách nhiệm:

- Khám bệnh, chẩn đoán xác định bệnh, ra y lệnh điều trị đúng bệnh, đúng thuốc.
- Đối với người bệnh ở khoa khám bệnh hoặc người bệnh mới chuyển viện đến phải nghiên cứu các tài liệu liên quan: giấy giới thiệu, hồ sơ bệnh án của tuyến dưới, kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng, các chỉ số sinh tồn: mạch, huyết áp, nhiệt độ, nhịp thở, nước tiểu hiện tại để chẩn đoán ban đầu, cho làm các xét nghiệm cần thiết và ra y lệnh điều trị.
- Đối với người bệnh nằm điều trị nội trú phải nghiên cứu các diễn biến của bệnh, các kết quả xét nghiệm và tình trạng của người bệnh hiện tại, xác định mức độ bệnh để chỉ định thuốc và chế độ chăm sóc thích hợp.
- Người bệnh nặng, cấp cứu phải được khám ngay theo quy chế cấp cứu.
- Trường hợp khó chẩn đoán, bệnh nặng phải hội chẩn theo quy chế hội chẩn.
- Khi thăm khám cho người bệnh phải thận trọng, tỷ mỉ, toàn diện và tôn trọng người bệnh.

b) Chẩn đoán bệnh: Bác sĩ làm công tác khám bệnh, chữa bệnh có nhiệm vụ:

- Thăm khám cho người bệnh xong phải ghi chép đầy đủ các triệu chứng và diễn biến vào hồ sơ bệnh án. Trên cơ sở nghiên cứu, phân tích, tổng hợp các triệu chứng và các diễn biến bệnh để có thể chẩn đoán chính xác.
- Chỉ định dùng thuốc phải phù hợp với chẩn đoán.
- Làm các xét nghiệm bổ sung nếu cần.
- Ký ghi rõ họ tên vào hồ sơ bệnh án sau mỗi lần khám.

c) Điều dưỡng có nhiệm vụ giúp bác sĩ điều trị suốt thời gian khám bệnh: cung cấp các chỉ số sinh tồn và tình hình người bệnh sau quá trình tiếp xúc, theo dõi, chuẩn bị dụng cụ cần thiết cho yêu cầu khám bệnh, ghi phiếu theo dõi và phiếu chăm sóc.

d) Học viên thực tập khám trên người bệnh phải theo sự hướng dẫn của Bác sĩ.

2. Làm hồ sơ bệnh án:

a) Bác sĩ điều trị có nhiệm vụ:

- Làm bệnh án cho người bệnh được điều trị nội trú và ngoại trú.
- Người bệnh cấp cứu phải được làm bệnh án ngay, hoàn chỉnh trước 24 giờ và có đủ các xét nghiệm cần thiết.
- Người bệnh không thuộc diện cấp cứu phải hoàn chỉnh bệnh án trước 36 giờ.
- Phải ghi đầy đủ các cột mục quy định trong bệnh án, chữ viết rõ ràng, không tẩy xóa, họ và tên người bệnh viết chữ in hoa, có đánh dấu.
- Chỉ định dùng thuốc hàng ngày, tên thuốc ghi rõ ràng đúng danh pháp quy định, thuốc độc bằng A-B, thuốc gây nghiện, kháng sinh phải được đánh số thứ tự để theo dõi.
- Người bệnh điều trị trên 15 ngày phải tóm tắt bệnh án quá trình điều trị.
- Trong quá trình điều trị phải ghi bổ sung các diễn biến, phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và các chỉ định mới vào hồ sơ bệnh án.
- Người bệnh chuyển khoa, bác sĩ điều trị phải có trách nhiệm hồ sơ bệnh án trước khi bàn giao, bác sĩ điều trị tại khoa mới chịu trách nhiệm hoàn thiện hồ sơ bệnh án của người bệnh.
- Người bệnh ra viện, bác sĩ điều trị phải hoàn chỉnh và tổng kết hồ sơ bệnh án theo quy định.

b) Bác sĩ trưởng khoa có trách nhiệm thăm khám lại người bệnh nội trú đã được điều trị trong khoa 3-4 ngày (hình thức hội chẩn). Kết quả thăm khám, nhận xét và chỉ định (nếu có) phải được ghi vào tờ điều trị, ký ghi rõ họ tên.

c) Sắp xếp và dán hồ sơ bệnh án:

Điều dưỡng có nhiệm vụ:

- Sắp xếp, hoàn chỉnh các thủ tục hành chính của hồ sơ bệnh án.
- Bệnh án phải có bìa đóng thêm gáy để dán các tài liệu theo trình tự quy định:
 - Các giấy tờ hành chính
 - Các tài liệu của tuyến dưới (nếu có)
 - Các kết quả xét nghiệm xếp lệch nhau theo từng lớp: huyết học, hóa sinh, vi sinh, chẩn đoán hình ảnh, ... theo trình tự trước dưới, trên sau.
 - Phiếu theo dõi
 - Phiếu chăm sóc
 - Biên bản hội chẩn, sơ kết đợt điều trị, giấy cam đoan ... (nếu có).
 - Các tờ điều trị có đánh số trang dán theo thứ tự thời gian: họ tên người bệnh viết chữ in hoa, có đánh dấu, tờ điều trị có ghi số giường, số buồng bệnh.
- Các giấy tờ trên phải đóng dấu giáp lai để quản lý hồ sơ.
- Toàn bộ hồ sơ được đặt trong một cặp bìa cứng, bên ngoài có đánh số giường.

d) Quản lý hồ sơ bệnh án:

Điều dưỡng hành chính khoa điều trị có nhiệm vụ:

- Giữ gìn quản lý mọi hồ sơ bệnh án trong khoa.
- Hồ sơ bệnh án được để vào giá hoặc tủ theo quy định, dễ thấy, dễ lấy.
- Hết giờ làm việc phải kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và bàn giao cho điều dưỡng thường trực.
- Không để người bệnh và gia đình người bệnh xem hồ sơ bệnh án.
- Học viên thực tập muốn xem hồ sơ bệnh án phải được sự đồng ý của trưởng khoa, ký sổ giao nhận, xem tại chỗ, xem xong bàn giao lại ngay cho điều dưỡng hành chính.

3. Kê đơn điều trị:

- a) Các bác sĩ được giao nhiệm vụ khám bệnh, chữa bệnh phải thực hiện các quy định sau:
 - Có quyền kê đơn và chịu trách nhiệm về an toàn, hợp lý và hiệu quả sử dụng thuốc.
 - Khi kê đơn thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện, thuốc quý hiếm, cấp phát cho người bệnh tại khoa được, phải được trưởng khoa ký duyệt.
- b) Bác sĩ kê đơn thuốc tại khoa khám bệnh phải thực hiện:
 - Ghi đầy đủ các mục in trong đơn thuốc.
 - Họ và tên, tuổi, địa chỉ và căn bệnh, trẻ em dưới 1 năm phải ghi tháng tuổi.
 - Thuốc dùng phải phù hợp với chẩn đoán, tên thuốc ghi đúng danh pháp quy định, để tránh sự nhầm lẫn với những thuốc có nhiều tên gần giống nhau, phải ghi tên gốc của thuốc, ghi đầy đủ hàm lượng, đơn vị, nồng độ, liều dùng, cách dùng và thời gian dùng, thuốc được ghi theo trình tự: thuốc tiêm, thuốc viên, thuốc nước và đánh số các khoản.
 - Thuốc độc bảng A-B, thuốc gây nghiện ghi đơn riêng theo quy chế thuốc độc, nếu chỉ định quá liều thông thường phải ghi rõ “Tôi cho liều này” và ký tên.
 - Những hướng dẫn tóm tắt cần thiết.
 - Cuối đơn nếu còn thừa giấy thì phải gạch chéo, cộng số khoản, ghi ngày tháng, ký tên ghi rõ họ tên, chức danh và đóng dấu đơn vị. Đơn thuốc độc, nghiện phải đóng dấu bệnh viện.
 - Chữ viết phải rõ ràng, không viết tắt, không dùng công thức hóa học, khi tẩy xóa phải ký tên xác nhận bên cạnh, không được viết bằng mực đỏ.
- c) Bác sĩ điều trị ghi y lệnh dùng thuốc trong phiếu điều trị hàng ngày phải thực hiện các quy định trên, ngoài phần chỉ định thuốc còn có chỉ định chế độ chăm sóc, chế độ dinh dưỡng và phần nhận xét theo dõi người bệnh, kết thúc phải ghi rõ họ tên.
- d) Dược sĩ cấp phát thuốc theo đơn khi phát hiện có sai sót hoặc không có thuốc như trong đơn, phải hỏi lại bác sĩ kê đơn, không được tự ý sửa chữa hoặc thay thế thuốc khác.

QUY CHẾ KHÁM CHỮA BỆNH THEO YÊU CẦU

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Thực hiện công bằng trong khám bệnh, chữa bệnh, mọi người bệnh được đảm bảo khám bệnh, chữa bệnh theo bệnh lý, việc chăm sóc theo yêu cầu là người bệnh được tự chọn dịch vụ chăm sóc y tế thích hợp.
2. Giá thu viện phí khám bệnh, chữa bệnh được tính trên cơ sở hạch toán và được cấp trên quản lý trực tiếp duyệt.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. **Khoa khám bệnh:**

- a) Người bệnh đến khám bệnh phải:
 - Thực hiện quy chế công tác khoa khám bệnh.
 - Có giấy đề nghị thỏa thuận khám bệnh, chữa bệnh theo mẫu quy định.
- b) Trưởng khoa khám bệnh phải thông báo, hướng dẫn rõ ràng, đầy đủ về quy định khám bệnh, chữa bệnh theo yêu cầu.
- c) Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm:
 - Tổ chức phục vụ theo yêu cầu, bảo đảm chất lượng khám bệnh.
 - Tổ chức thanh quyết toán kịp thời.

2. **Khoa ngoại:**

- a) Người bệnh vào điều trị theo yêu cầu phải:
 - Thực hiện đúng nội quy của khoa ngoại.
 - Có chỉ định của bác sĩ.
 - Có giấy đề nghị thỏa thuận nằm điều trị theo yêu cầu (theo mẫu quy định).
 - Ứng trước một khoản tiền theo quy định của bệnh viện và được thanh toán một lần khi ra viện, có hóa đơn tài chính, không phải nộp bất cứ một khoản lệ phí nào khác.
- b) Bác sĩ điều trị có trách nhiệm:
 - Thông báo, hướng dẫn rõ ràng, đầy đủ về quy định điều trị theo yêu cầu cho người bệnh và gia đình người bệnh.
 - Dùng thuốc theo chỉ định, khi cần thuốc đặc biệt mà bệnh viện không có thì khoa dược phải cung ứng theo đơn chỉ định.
 - Chỉ định chế độ ăn uống theo bệnh lý, tổ chức phục vụ người bệnh tại giường.
- c) Giám đốc bệnh viện có trách nhiệm:
 - Tổ chức một số buồng bệnh phục vụ điều trị theo yêu cầu, đảm bảo chất lượng tốt.
 - Tổ chức thanh quyết toán kịp thời theo thực chi và khung giá dịch vụ quy định, đã được cấp trên

QUY CHẾ SỬ DỤNG THUỐC

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Sử dụng thuốc cho người bệnh phải bảo đảm an toàn, hợp lý, hiệu quả và kinh tế.
2. Thuốc phải được bảo đảm đến cơ thể người bệnh.
3. Phải thực hiện đúng các quy định và 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, với kết quả cận 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.
- c) Khi thay đổi thuốc phải phù hợp với diễn biến bệnh. Không sử dụng đồng thời các loại 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.
- f) Nghiêm cấm chỉ định sử dụng những thuốc có hại đến sức khỏe đã được thông báo hoặc khuyến cáo.
- g) Bác sĩ điều trị căn cứ vào tình trạng người bệnh, mức độ bệnh lý và tính chất dược lý của thuốc mà ra y lệnh đường dùng thuốc thích hợp:
 - Đường dưới lưỡi, với những thuốc cần tác dụng mạnh.
 - 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.
- h) Chỉ dùng đường tiêm khi:

- Người bệnh không uống được.
- Cần tác dụng nhanh của thuốc.
- Thuốc dùng đường tiêm.
- i) 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.
- j) Dung môi pha chế thuốc đã chọc 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.
- k) 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 theo đúng y lệnh.
 - Phiếu lĩnh thuốc phải viết rõ ràng, không viết tắt và phải được trưởng khoa ký 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 theo mẫu quy định.
 - Nhận thuốc phải kiểm tra chất lượng, hàm lượng, số lượng, đối chiếu với phiếu lĩnh thuốc và ký 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, trừ ngày thứ bảy, chủ nhật và ngày nghỉ.
 - Bảo quản thuốc tại khoa, trong tủ thường trực theo đúng quy định.
 - Trong tuần trả lại khoa dược 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 cho 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 phải thực hiện:
 - Phải viết đầy đủ và rõ ràng tên thuốc, dùng chữ Việt 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 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 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 gắp 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
 - Nhân thuốc
 - Đường dùng
 - Chất lượng thuốc
 - Thời gian dùng thuốc
 - Phải bàn giao thuốc còn lại 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 THƯỜNG TRỰC

I. QUY ĐỊNH:

1. *Tổ chức và nhiệm vụ của người thường trực:*

- a. Tổ chức thường trực tại khoa gồm:
 - Kíp trực bác sĩ.
 - Kíp trực điều dưỡng
 - Kíp trực hộ lý
- b. Nhiệm vụ của người thường trực:
 - Trưởng phiên là BS do trưởng khoa chỉ định, có nhiệm vụ:
 - + Điều hành nhân lực trong phiên thường trực để hoàn thành nhiệm vụ.
 - + Cho ý lệnh giải quyết các trường hợp cấp cứu, người bệnh mới đến và người bệnh nặng đang điều trị với diễn biến bất thường.
 - + Báo cáo và xin ý kiến thường trực lãnh đạo trong trường hợp vượt quá khả năng giải quyết về chuyên môn, cấp cứu hàng loạt ...
 - + Chỉ định và phân công bác sĩ phẫu thuật cấp cứu.
 - Bác sĩ thường trực là bác sĩ tham gia điều trị của khoa, có nhiệm vụ:
 - + Tiếp nhận người bệnh đến cấp cứu.
 - + Theo dõi, xử lý người bệnh được bàn giao.
 - + Xử lý kịp thời các diễn biến xấu đối với người bệnh nặng.
 - + Mô cấp cứu khi trưởng tua phân công.
 - Điều dưỡng thường trực có nhiệm vụ:
 - + Thực hiện y lệnh, chăm sóc theo dõi người bệnh.
 - + Đôn đốc người bệnh thực hiện nội quy bệnh viện.
 - + Bảo quản hồ sơ, tủ thuốc, tài sản của khoa.
 - + Phát hiện người bệnh có diễn biến bất thường, có nguy cơ tử vong, báo cáo bác sĩ thường trực, đồng thời ghi đầy đủ các diễn biến vào phiếu theo dõi.

2. *Nội dung báo cáo tình hình phiên thường trực:*

Nội dung báo cáo tình hình phiên thường trực được ghi đầy đủ vào sổ thường trực trong buổi họp giao ban như sau:

- Tử vong: Ghi rõ diễn biến của người bệnh, cách xử lý, nguyên nhân, thời gian tử vong và những việc làm cụ thể sau khi người bệnh tử vong.
- Cấp cứu: Ghi rõ tên, tuổi, chẩn đoán và cách giải quyết đối với từng người bệnh đến cấp cứu.
- Diễn biến nặng của người bệnh nội trú: Ghi rõ các diễn biến về bệnh tật, cách xử trí đối với từng người bệnh.

QUY CHẾ CẤP CỨU KHOA NGOẠI

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Cấp cứu là một nhiệm vụ rất quan trọng, kíp trực có nhiệm vụ tổ chức cấp cứu kịp thời trong mọi trường hợp:

- a. Người bệnh mới đến tại khoa cấp cứu.
- b. BN đang theo dõi điều trị tại khoa có diễn biến nặng, nguy kịch.
- c. Tuyến dưới có yêu cầu hỗ trợ khẩn cấp.
- d. Công tác chỉ đạo tuyến.

2. Trong tất cả các trường hợp cấp cứu, BS, điều dưỡng phải khẩn trương và kịp thời cấp cứu ngay, không được gây phiền hà trong thủ tục hành chính và không được đùn đẩy người bệnh.

3. Phải ưu tiên tập trung mọi điều kiện, phương tiện tốt nhất cho việc cấp cứu BN:

4. Công tác cấp cứu phải bảo đảm hoạt động liên tục 24 giờ trong ngày.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. *Yêu cầu cấp bách của cấp cứu:*

- a. Điều dưỡng phải chuẩn bị sẵn sàng phương tiện cấp cứu, khi có người bệnh cấp cứu, phải thực hiện ngay nhiệm vụ tiếp đón, lấy mạch, nhiệt độ, huyết áp ... mời BS điều trị hoặc BS trực cấp cứu đến ngay.
- b. BS điều trị hoặc BS thường trực phải khám xét khẩn cấp và ra y lệnh xử trí kịp thời.
 - Người bệnh trong tình trạng nguy kịch phải tập trung sơ cứu, mời BS hồi sức hỗ trợ.
 - Người bệnh có chỉ định chuyển khoa hồi sức cấp cứu hoặc chuyên khoa thích hợp, phải vừa chuyển vừa hồi sức.

2. *Tại buồng cấp cứu khoa cấp cứu:*

- BS cấp cứu phải tập trung sơ cứu, hội chẩn và xử trí kịp thời.
- Điều dưỡng tiếp đón có trách nhiệm đưa người bệnh đã qua cơn nguy kịch đến khoa lâm sàng thích hợp theo chỉ định của BS và bàn giao chu đáo cho Điều dưỡng khoa nhận người bệnh cấp cứu.

3. *Người bệnh đang điều trị nội trú có diễn biến nặng:*

- BS điều trị hoặc BS thường trực có trách nhiệm khám xét ngay, chẩn đoán, tiên lượng và xử trí kịp thời.
- Trường hợp người bệnh có diễn biến nặng hoặc khi gia đình người bệnh yêu cầu: điều dưỡng phải mời BS điều trị hoặc BS thường trực đến ngay.
- Trường hợp vượt quá khả năng chuyên môn của BS điều trị hoặc BS thường trực, phải xin hội chẩn gấp để có biện pháp xử trí kịp thời.

QUY CHẾ HỘI CHẨN

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Hội chẩn là hình thức tập trung tài năng trí tuệ của thầy thuốc để cứu chữa người bệnh kịp thời, trong những trường hợp:

- Khó chẩn đoán và điều trị.
- Tiên lượng dè dặt
- Cấp cứu
- Chỉ định phẫu thuật

2. Hội chẩn phải được chuẩn bị chu đáo và đảm bảo các thủ tục quy định.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. **Khi cần hội chẩn:**

- a. Các trường hợp khó chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh
- b. Các trường hợp cấp cứu
- c. Các trường hợp người bệnh có chỉ định phẫu 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 lại người bệnh và cho ý kiến hướng dẫn điều trị tiếp.

2. **Hình thức hội chẩn:**

a. *Hội chẩn khoa:*

- Người đề xuất: Bác sĩ điều trị người bệnh
- Người chủ trì: Bác sĩ trưởng khoa
- Thành phần dự: Các bác sĩ điều trị trong khoa, điều dưỡng trưởng khoa.
- Thư ký: Do trưởng khoa chỉ định.
- Tiến hành trong trường hợp: Khi việc chẩn đoán xác định nguyên nhân bệnh chưa được rõ ràng, tiên lượng còn dè dặt.

b. *Hội chẩn liên khoa:*

- 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 dự:
 - + Các bác sĩ điều trị trong khoa, 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.
- Tiến hành trong trường hợp: người bệnh mắc thêm 1 bệnh thuộc chuyên khoa khác.

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 để ghi vào biên bản. Khi kết thúc phải đọc lại thông qua biên bản hội chẩn và từng thành viên ký, ghi rõ họ tên, 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 đủ các phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ điều trị khoa ngoại và y tá (điều dưỡng) trưởng khoa ngoại và y tá (điều dưỡng) trưởng khoa phẫu thuật - gây mê hồi sức.
- h- Nghiêm cấm các trường hợp: tiến hành phẫu thuật mà không hội chẩn.

QUY CHẾ CÔNG TÁC CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH TOÀN DIỆN

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

Chăm sóc người bệnh toàn diện là sự theo dõi, chăm sóc điều trị của bác sĩ và điều dưỡng, nhằm đáp ứng nhu cầu cơ bản của người bệnh cả về thân thể và tinh thần trong thời gian nằm điều trị tại bệnh viện, không áp dụng hình thức phân công theo công việc.

II- QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. *Chăm sóc người bệnh toàn diện:*

- a- Mỗi người bệnh phải được bác sĩ và điều dưỡng chịu trách nhiệm cụ thể về điều trị và chăm sóc toàn diện.
- b- Điều dưỡng có trách nhiệm:
 - Thực hiện đúng y lệnh, đúng quy định kỹ thuật bệnh viện.
 - Theo dõi sát người bệnh, ghi chép đầy đủ, chính xác, trung thực các diễn biến, các nội dung chăm sóc vào phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc, khi phát hiện các dấu hiệu bất thường phải báo cáo bác sĩ để xử lý kịp thời.
- c- Người bệnh được bác sĩ, điều dưỡng phổ biến kiến thức y học phổ thông và hướng dẫn phương pháp tự chăm sóc.

2. *Phân cấp chăm sóc:*

a) *Chăm sóc cấp 1:*

- Yêu cầu phải có sự theo dõi, chăm sóc hoàn toàn và liên tục của điều dưỡng.
- Đối tượng gồm những người bệnh nặng, nguy kịch, hôn mê, suy hô hấp, suy tuần hoàn, phải nằm bất động và một số yêu cầu đặc biệt của chuyên khoa.
- Nội dung chăm sóc:
 - o Theo dõi và ghi chép vào phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc các chỉ số sinh tồn, tình trạng và các diễn biến của người bệnh theo chỉ định của bác sĩ điều trị.
 - o Chăm sóc người bệnh hoàn toàn về ăn uống, vệ sinh thân thể, đại tiện, tiểu tiện, thay đổi tư thế, thay quần áo, vải trải giường, chăn màn, giường, chiếu, vận động trị liệu, an ủi động viên gia đình người bệnh yên tâm điều trị qua cơn hiểm nghèo.

b) *Chăm sóc cấp 2:*

- Yêu cầu phải có sự hỗ trợ cộng tác của người bệnh.
- Đối tượng gồm những người bệnh không nguy kịch, thay đổi tư thế và hoạt động còn hạn chế, có chỉ định truyền dịch, truyền máu, phải theo dõi chức năng hô hấp, tuần hoàn và phục hồi chức năng.
- Nội dung chăm sóc:
 - o Theo dõi và ghi chép vào phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc các chỉ số sinh tồn của người bệnh theo chỉ định của bác sĩ điều trị.

- Chăm sóc, hỗ trợ người bệnh về vệ sinh cá nhân, đại tiện, tiểu tiện, tập vận động, tìm hiểu hoàn cảnh, an ủi động viên, giáo dục sức khỏe, khuyến khích người bệnh cùng phối hợp điều trị để sức khỏe chóng phục hồi.

c) Chăm sóc cấp 3:

- Yêu cầu người bệnh tự chăm sóc là chính.
- Đối tượng gồm những người bệnh nhẹ, tự vận động, tự phục vụ.
- Nội dung chăm sóc:
 - Theo dõi và ghi chép vào phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc các chỉ số sinh tồn của người bệnh theo chỉ định của bác sĩ điều trị.
 - Hướng dẫn người bệnh tự chăm sóc và tập luyện, tuyên truyền giáo dục sức khỏe, tìm hiểu hoàn cảnh, động viên, an ủi, khuyến khích người bệnh tập luyện và phối hợp điều trị.

3. Trách nhiệm trong chăm sóc người bệnh toàn diện:

a) Bác sĩ điều trị:

- Ghi y lệnh vào hồ sơ bệnh án cụ thể về điều trị, nội dung theo dõi, phân cấp chăm sóc, chế độ dinh dưỡng.
- Giải thích, hướng dẫn chế độ sinh hoạt, chế độ dinh dưỡng, động viên, an ủi người bệnh và gia đình người bệnh an tâm điều trị.
- Theo dõi diễn biến tình trạng của người bệnh, đơn đốc kiểm tra, giám sát điều dưỡng chăm sóc thực hiện y lệnh.

b) Điều dưỡng trưởng khoa:

- Phân công, giám sát điều dưỡng và hộ lý thực hiện việc theo dõi, chăm sóc người bệnh theo phân cấp chăm sóc.
- Thông báo chăm sóc người bệnh cấp 1 trên bảng tổng hợp hàng ngày.
- Tổ chức sinh hoạt hàng tuần với người bệnh hoặc gia đình người bệnh, giải quyết những ý kiến đóng góp trong công tác chăm sóc và báo cáo lên cấp trên giải quyết những nội dung góp ý không thuộc phạm vi trách nhiệm giải quyết.

c) Điều dưỡng chăm sóc:

- Thực hiện nghiêm chỉnh y lệnh của bác sĩ điều trị.
- Phát hiện những diễn biến bất thường và báo cáo bác sĩ điều trị để xử lý kịp thời.
- Ghi phiếu theo dõi, phiếu chăm sóc theo đúng mẫu quy định.
- Giáo dục kiến thức y học phổ thông, phương pháp tự chăm sóc và động viên, an ủi người bệnh và gia đình người bệnh.

d) Hộ lý:

- Thực hiện vệ sinh, thu dọn buồng bệnh, cọ rửa, tẩy uế dụng cụ đựng chất thải.
- Phụ điều dưỡng di chuyển và chăm sóc người bệnh.

QUY CHẾ QUẢN LÝ BUỒNG BỆNH VÀ BUỒNG THỦ THUẬT

I. QUY ĐỊNH CHUNG:

1. Quản lý buồng bệnh và buồng thủ thuật bao gồm:
 - Quản lý hoạt động chuyên môn.
 - Quản lý người bệnh
 - Quản lý nhân lực
 - Quản lý tài sản
2. Các thành viên trong bệnh viện, người bệnh, gia đình người bệnh phải thực hiện tốt quy chế quản lý buồng bệnh, buồng thủ thuật.

II. QUY ĐỊNH CỤ THỂ:

1. *Trách nhiệm của các thành viên trong khoa:*

a) *Trưởng khoa:*

Quản lý mọi hoạt động của khoa, chỉ đạo và tổ chức thực hiện công tác quản lý buồng bệnh, buồng thủ thuật.

b) *Bác sĩ điều trị:*

- Thực hiện chẩn đoán, điều trị người bệnh được phân công.
- Quản lý buồng bệnh, buồng thủ thuật theo sự phân công của trưởng khoa.

c) *Điều dưỡng trưởng khoa:*

- Thực hiện chăm sóc người bệnh toàn diện.
- Quản lý nhân lực điều dưỡng, hộ lý trong khoa.
- Sắp xếp buồng bệnh ngăn nắp, vệ sinh trật tự.
- Quản lý tài sản phục vụ người bệnh.

d) *Điều dưỡng chăm sóc:*

- Chăm sóc người bệnh toàn diện.
- Quản lý buồng bệnh, buồng thủ thuật trong phạm vi được giao.

e) *Hộ lý:*

- Thực hiện vệ sinh, ngăn nắp trong khoa, buồng bệnh, buồng thủ thuật.
- Phụ điều dưỡng chăm sóc, vận chuyển người bệnh khi cần thiết.

2. *Trưởng khoa có trách nhiệm quản lý chuyên môn:*

- a) Tổ chức dây chuyền chẩn đoán, điều trị và chăm sóc người bệnh theo quy định.
- b) Bảo đảm buồng tiêm, buồng thủ thuật, buồng thay băng:
 - Có đủ cơ sở thuốc và dụng cụ cấp cứu.
 - Có đủ ánh sáng, đủ nước và phương tiện rửa tay.
 - Có phác đồ cấp cứu và quy định kỹ thuật bệnh viện, đóng thành tập.
- c) Tủ thuốc thường trực:
 - Được đặt trong phòng cấp cứu của khoa
 - Đủ cơ sở thuốc và dụng cụ.
 - Có sổ giao nhận thuốc và dụng cụ.

d) Buồng bệnh:

- Bảo đảm có buồng để người bệnh nam, nữ nằm riêng và trẻ em nằm riêng
- Bảo đảm vệ sinh, trật tự.
- Có biển đề số buồng, tên bác sĩ, điều dưỡng và hộ lý
- Giường bệnh có biển số, tủ đầu giường, ghế ngồi
- Buồng bệnh có bình phong để sử dụng cho người bệnh khi cần thiết.
- Phải bảo đảm ấm về mùa đông, mát về mùa hè.

e) Buồng hành chính khoa:

- Phải có bảng tổng hợp hoạt động hàng ngày, tình hình nhân lực, người bệnh.
- Bảng phân công thường trực hàng ngày
- Bảng chấm công
- Tủ và giá để hồ sơ, bệnh án
- Có đủ loại sổ, biểu thống kê báo cáo
- Có đủ tủ, bàn ghế làm việc.

f) Có bảng thông báo đặt tại nơi mọi người đều có thể xem được: nội quy bệnh viện, quy định về y đức, quy định về quyền lợi và nghĩa vụ của người bệnh và gia đình người bệnh đối với bệnh viện, quy định về viện phí, về bảo hiểm y tế.

g) Có buồng bệnh và phương tiện tuyên truyền giáo dục sức khỏe cho người bệnh.

h) Có buồng tắm, buồng vệ sinh, buồng thay quần áo cho các thành viên trong bệnh viện và người bệnh.

3. Quản lý người bệnh:

a) Trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa có trách nhiệm:

- Quản lý số lượng người bệnh hàng ngày trong khoa, người bệnh hiện có, số tử vong, ra viện, chuyển khoa, chuyển viện, vào viện, số người bệnh nặng, người bệnh cần chăm sóc cấp 1.
- Tổ chức họp với người bệnh và gia đình người bệnh để thu nhận và giải quyết ý kiến góp ý về công tác điều trị, chăm sóc và phục vụ người bệnh.

b) Bác sĩ điều trị và điều dưỡng có trách nhiệm:

- Phổ biến nội quy buồng bệnh và đơn đốc, giám sát người bệnh thực hiện nội quy.
- Theo dõi diễn biến bệnh, điều trị và chăm sóc người bệnh toàn diện.

4. Quản lý nhân lực:

Trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa có trách nhiệm:

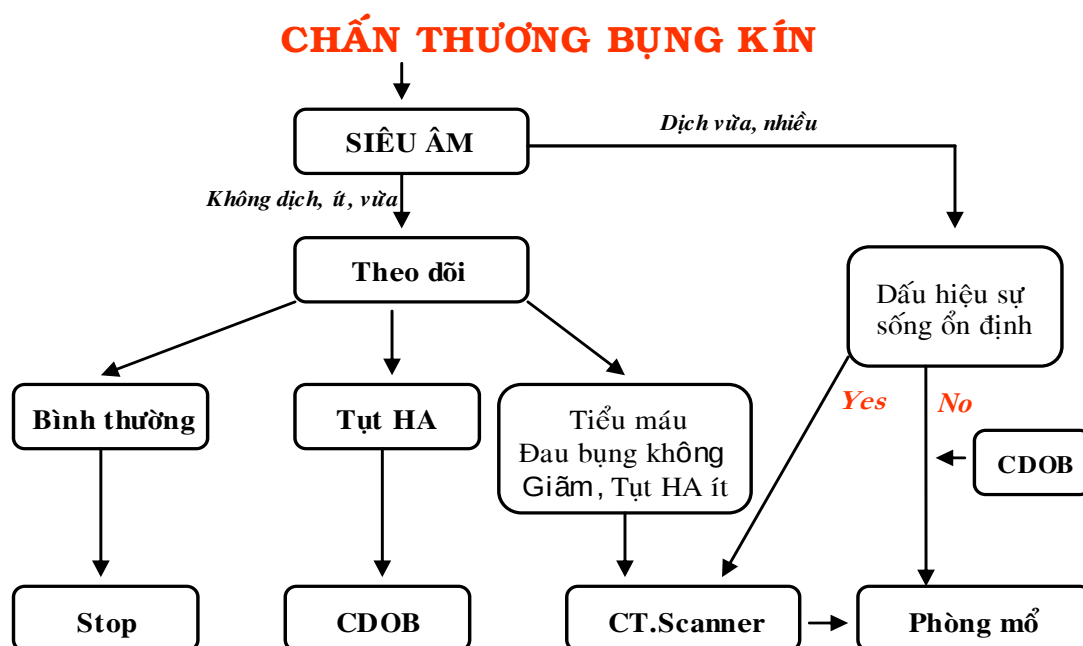
- Lập bảng phân công nhiệm vụ cụ thể cho từng thành viên trong khoa.
- Lập bảng phân công thường trực để trưởng khoa duyệt
- Theo dõi giờ công, ngày công hàng ngày
- Tổng hợp ngày công hàng tháng, được trưởng khoa ký xác nhận, đưa phòng tổ chức cán bộ và lưu tại khoa.

5. Quản lý tài sản:

Mọi thành viên trong khoa phải đặc biệt chú ý thực hiện quy chế quản lý và sử dụng vật tư, thiết bị y tế.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VỠ LÁCH DO CHẤN THƯƠNG

Khoa Ngoại tổng hợp



15

I. Tiêu chuẩn đánh giá trên siêu âm:

Hệ thống điểm dịch trên siêu âm của Huang và CS điểm $\geq 3 \rightarrow$ mổ thám sát

Vùng quan sát	Dịch ổ bụng	Điểm
Túi Morison	Không	0
	Ít	1
	Nhiều	2
Ngách lách – thận	Không	0
	Có	1
Túi cùng Douglas	Không	0
	Ít	1
	Nhiều	2
Rãnh cận ruột	Không	0
	Có	1
Giữa các quay ruột	Có	2
Tổng số điểm		0 – 8

II. Phân độ vỡ lách : Dựa theo CT.Scanner - Moore (1989) Ủy ban đánh giá tổn thương cơ quan của hiệp hội phẫu thuật chấn thương Hoa Kỳ:

Độ I : nông, không sâu quá 1 cm vào nhu mô, có khuynh hướng tự cầm máu.

Độ II : vỡ nhu mô sâu 1 – 3 cm, không tổn thương mạch máu bề lách.

Độ III : Vỡ nhu mô sâu hơn 3 cm, tổn thương mạch máu bề lách.

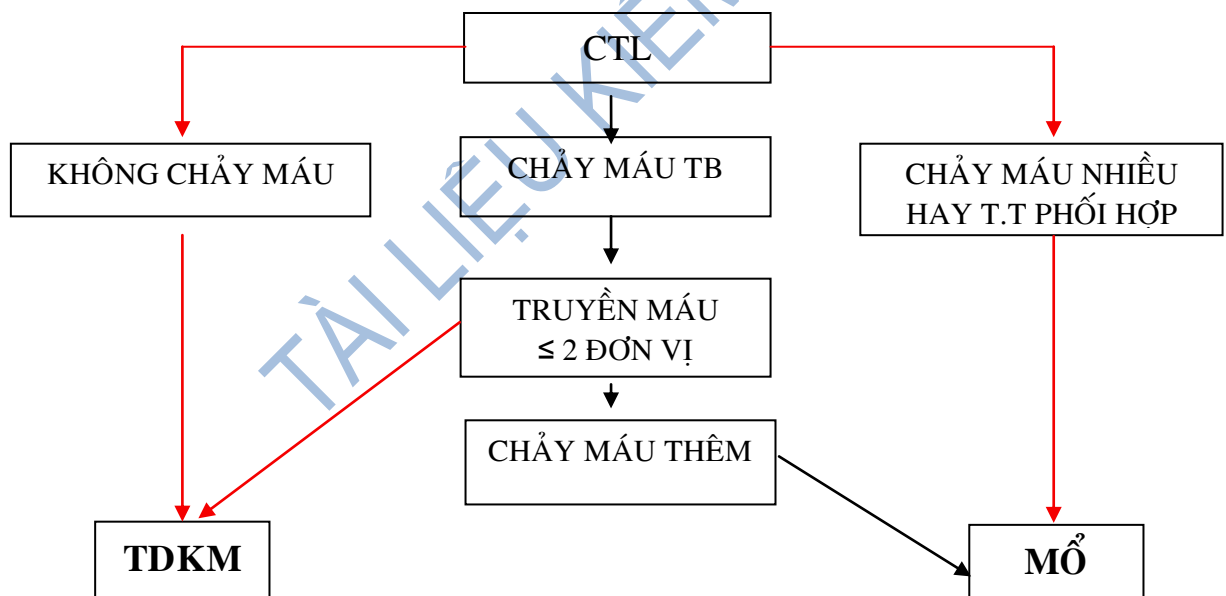
Độ IV : tổn thương mạch máu thùy, ngưng tuần hoàn trên 25% thể tích lách

Độ V : Vết nứt rốn lách gây ngưng tuần hoàn toàn bộ lách.

III. Các tiêu chí quan trọng trong lựa chọn BTLKM :

1. Ổn định trong sinh hiệu ($HA \geq 100$ mmHg, $M \leq 100l/p$)
2. Ổn định trong triệu chứng bụng (không có tổn thương cơ quan phối hợp)
3. Siêu âm dịch ổ bụng không có, có ít hoặc có vừa
4. CT.Scanner : Vỡ lách độ I, II và III (độ III có sự lựa chọn)
5. Dung tích hồng cầu trên 30%.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ VỠ LÁCH TRONG CHẤN THƯƠNG



IV. PHẪU THUẬT

1. Khâu bảo tồn lách hoặc cắt lách.
2. Dẫn lưu hố lách.

PHÁC ĐỒ HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VỠ TÁ TRÀNG

I. CHẨN ĐOÁN

1. Hỏi kỹ cơ chế chấn thương :

Lực chấn thương tác động trực tiếp vùng thượng vị

2. Chụp phim bụng không chuẩn bị :

Hình hơi bất thường cạnh tá tràng và quanh thận (P)

3. Siêu âm bụng

Nghi ngờ khi có khối tụ dịch vùng hông (P)

4. CT. Scanner

Chụp cắt lớp bụng có cản quang tĩnh mạch có giá trị chẩn đoán cao nếu tình trạng bệnh nhân cho phép.

5. Thăm sát ổ bụng :

Mở bụng khi các biện pháp trên không chứng minh được thương tổn, lâm sàng không biểu hiện rõ VPM, bệnh nhân vẫn còn đau bụng dai dẳng hay gia tăng kéo dài hơn 6 giờ từ khi bị tai nạn, đặc biệt khi có chướng bụng, hội chứng nhiễm trùng như sốt cao, tăng bạch cầu hay tăng amylase máu.

6. Thăm sát khung tá tràng và tụy

- Bộc lộ toàn bộ khung tá tràng. Thăm sát toàn bộ mặt trước và mặt sau tá tràng. Mở hậu cung mạc nối để thăm sát toàn bộ mặt trước tụy.
- Khi nghi ngờ tổn thương quá nhỏ có thể bơm xanh methylen qua ống thông mũi dạ dày để kiểm tra.
- Cần đánh giá thương tổn tá tràng và tụy: tụ máu, rách vỡ, vị trí, mức độ mất tổ chức, thương tổn ống mật chủ, bóng Vater, ống Wirsung.

PHÂN ĐỘ VỠ TÁ TRÀNG (theo Hiệp hội chấn thương Hoa kỳ – 1990)

Độ	Kiểu tổn thương	Mô tả thương tổn
I	Tụ máu	Chỉ 1 đoạn tá tràng
	Rách	Chưa thủng thành tá tràng
II	Rách	Trên 1 đoạn tá tràng
		Thủng, vỡ $\leq 50\%$ chu vi
III	Rách	Thủng, vỡ 50-75% chu vi D2
		50-100% chu vi D1, D3, D4
IV	Rách	Thủng, vỡ $> 75\%$ chu vi D2
		Tổn thương bóng Vater/OMC
V	Rách	Vỡ khối tá tụy phức tạp
	Mạch máu	Mất mạch máu nuôi tá tràng

II. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

1. Tổn thương độ I:

Khâu kín thương tổn tá tràng + giải áp qua ống thông mũi – dạ dày.

2. Tổn thương độ II:

Khâu kín thương tổn tá tràng + giải áp qua ống thông mũi – dạ dày + giảm áp tá tràng qua ống mở thông dạ dày hoặc qua hồng tràng ra da.

3. Thương tổn độ III

+ Nối tá hồng tràng kiểu Roux-en-Y

+ Hoặc khâu tá tràng + loại trừ môn vị + nối vị tràng

* giảm áp tá tràng qua lỗ mở thông hồng tràng ra da.

4. Thương tổn độ IV

- Khâu tá tràng, khâu OMC với dẫn lưu T đặt qua nhú Vater hoặc nối mật – ruột. Nếu không thể sửa chữa được thương tổn đường mật, có thể thắt lại và nối mật ruột trong lần mổ sau.
- Nối tá – hồng tràng kiểu Roux-en-Y nếu mất nhiều tổ chức tá tràng ± dẫn lưu đường mật.

5. Thương tổn độ V

- Vỡ nát khung tá tràng : *cắt lọc tá tràng bảo tồn đầu tụy + nối đầu tụy với quay hồng tràng kiểu Roux-en-Y*
- Vỡ tá tràng + vỡ móc tụy không tổn thương ống mật tụy : *nối tá hồng tràng kiểu Roux-en-Y + khâu tụy*
- Vỡ tá tràng đầu tụy phức tạp có tổn thương ống mật tụy : *cắt khối tá tụy.*

MỘT SỐ VẤN ĐỀ LƯU Ý

- Không DL trực tiếp qua đường khâu thương tổn tá tràng.
- Không khâu tổn thương tá tràng và nối vị tràng kiểu quay đơn thuần, đặc biệt là nối trước mạc treo Đại tràng ngang gây ứ đọng nhiều ở khung tá tràng.
- Nếu nối vị tràng thì phải loại trừ môn vị
- Trong trường hợp loại trừ môn vị nên nối vị tràng kiểu Roux-en-Y
- Khi không đủ khả năng và điều kiện để xử trí thương tổn tá tràng, nên xử trí tạm thời như cầm máu, khâu tạm chỗ vỡ tá tràng và chuyển tuyến trên ngay với mô tả chi tiết đầy đủ.
- Đặt ống hút giảm áp từ hồng tràng ngược lên khung tá tràng thường khó khăn do chỗ gấp góc Treitz và hiệu quả hút thường không cao.
- Đặt ống nuôi ăn hồng tràng là cần thiết trong những trường hợp nặng, phức tạp, mổ lại lần thứ 2.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT

Mục đích của điều trị:

- Giải thoát chỗ tắc, lập lại lưu thông ruột.
- Xử trí các tổn thương của ruột nếu có chỉ định.
- Điều trị các rối loạn nước điện giải, chống nhiễm trùng nhiễm độc.

1. ĐIỀU TRỊ TRƯỚC MỒ:

- Đặt sond dạ dày và hút dạ dày
- Bồi phụ nước-điện giải, căn cứ vào toàn thân, lượng nước tiểu
- Kháng sinh ngăn chặn nhiễm trùng, làm chậm hoại tử ruột

2. PHẪU THUẬT

(1). Các dấu hiệu chứng tỏ cần can thiệp phẫu thuật:

- Bệnh nhân vẫn có những cơn đau như cũ hoặc tăng lên.
- Sờ nắn bụng đau, có dấu hiệu viêm phúc mạc.
- Bụng vẫn chướng và không có trung tiện mặc dù được hút liên tục.
- Có tình trạng sốc dù đã được bồi hoàn nước điện giải.
- Thân nhiệt tăng.

(2). Giải quyết chỗ tắc:

Tùy theo tổn thương mà có một trong các chỉ định sau :

- Loại bỏ nguyên nhân gây tắc : gỡ dính, cắt bỏ dây chằng, tháo lồng ruột...
- Nối by – pass.
- Mở thông ra ngoài.
- Cắt đoạn ruột.

Thoát vị nghịch:	Giải phóng cổ thoát vị Nếu ruột đã hoại tử phải cắt ruột
Lồng ruột trẻ còn bú:	Tháo lồng bằng nước dưới hướng dẫn của siêu âm. PT tháo lồng bằng tay, có khi phải cắt ruột
Lồng ruột người lớn:	Cắt đoạn ruột
Vật lạ trong lòng ruột:	Mở ruột lấy vật lạ, khâu kín
Xoắn ruột non:	
Ruột còn tốt :	Tháo xoắn ngược với chiều xoắn
Ruột hoại tử :	Cắt ruột, không tháo xoắn trước khi cắt
Xoắn đại tràng chậu hông:	
	Qua nội soi đặt ống thông trực tràng Tháo xoắn hay làm phẫu thuật Hartmann

Ung thư đại tràng phải	Cắt đại tràng phải hay nối tắt
Ung thư đại tràng trái	Làm hậu môn nhân tạo trên dòng. Cắt ruột đưa 2 đầu ra ngoài. Cắt nối có rửa hay không rửa đại tràng.
Ung thư trực tràng:	Làm hậu môn nhân tạo đại tràng chậu hông.

3. SẴN SÓC SAU MỔ

- Hút dạ dày: Hút cách quãng cho tới khi trung tiện trở lại
- Bồi phụ nước-điện giải: Căn cứ vào tình trạng mất nước và lượng nước tiểu hàng ngày; Căn cứ vào vị trí tắc và điện giải đồ.
- Kháng sinh
- Cung cấp năng lượng: dưới dạng Glucose ưu trương, đạm, lipid.
- Theo dõi lưu thông ruột: nếu trung tiện muộn phải để ý đến các biến chứng sớm Viêm phúc mạc, tắc lại, ...

**PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ
SỎI THẬN VÀ NIỆU QUẢN
BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI NGOÀI CƠ THỂ**

I. ĐẠI CƯƠNG

- Tán sỏi ngoài cơ thể là phương pháp điều trị tán sỏi tiết niệu bằng nguồn sóng xung động từ ngoài cơ thể. Đây là một trong những phương pháp điều trị sỏi tiết niệu tiên tiến, ít gây sang chấn cho người bệnh, rút ngắn ngày nằm viện điều trị và thực sự coi đây như một cuộc cách mạng trong điều trị sỏi tiết niệu.
- Để đạt được hiệu quả tán sỏi cao thì cần có chỉ định chắc chắn.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Kích thước và vị trí của sỏi:

- Sỏi thận có đường kính lớn nhất dưới hoặc bằng 2cm.
- Sỏi niệu quản có đường kính trên 5mm và ở đoạn niệu quản 1/3 trên và 1/3 dưới.

2. Chức năng thận bình thường

3. Không có hẹp đường bài tiết dưới sỏi (trên chụp UIV).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

1. Người bệnh có nhiễm trùng tiết niệu.
2. Người bệnh có dị dạng đường tiết niệu, gù vẹo cột sống.
3. Người bệnh đang có thai và trẻ em dưới 10 tuổi.
4. Người bệnh có bệnh lý tim mạch, đang mang máy tạo nhịp tim, tiểu đường, béo phì, có rối loạn đông máu hoặc đang dùng thuốc chống đông phải thận trọng trước khi tán sỏi.

IV. CHUẨN BỊ

1. Phương tiện :
 - Máy tán sỏi MODEL: HD ESWL V hoặc các máy có chức năng tương đương.
 - Thuốc giảm đau
 - Trang thiết bị bảo hộ cho người tán sỏi: áo chì
2. Người bệnh :
 - Người bệnh được đặt nằm ngửa trên bàn tán sỏi
 - Vùng lưng tiếp xúc với bóng nước và có bôi gel.
3. Hồ sơ bệnh án : theo quy định của Bệnh viện.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH.

- Người bệnh được đếm mạch, đo huyết áp trước khi tán sỏi.
- Tiêm thuốc giảm đau.
- Quá trình định vị sỏi tùy theo vị trí sỏi dựa trên thiết bị X quang.

- Trong khi tán sỏi người bệnh nằm nguyên tư thế đã định vị, cường độ tán sỏi được điều chỉnh dần lên tùy theo mức độ chịu đựng của người bệnh và sự biến đổi của sỏi được theo dõi trong quá trình tán sỏi.

VI. THEO DÕI

- Trong quá trình tán người bệnh được theo dõi mức độ cảm giác đau và sau tán sỏi có biểu hiện sốt cao, đái ra máu, được dùng hạ nhiệt, giảm đau, kháng sinh.
- Ngày hôm sau cho ra viện.
- Người bệnh được hẹn khám định kỳ sau 1,2,3 tháng sau lần tán sỏi đầu tiên, qua kiểm tra bằng X quang (chụp KUB), nếu còn sỏi chưa tan hết sẽ được hẹn để tán sỏi tiếp.

VII. TAI BIẾN VÀ XỬ LÝ

- Con đau quặn thận hoặc đau do sỏi di chuyển : điều trị nội khoa và theo dõi.
- Đái máu đại thể sau tán sỏi : điều trị nội khoa và theo dõi.
- Sốt cao kèm theo đau thắt lưng nhiều do sỏi vỡ gây tắc nghẽn khi di chuyển xuống niệu quản: khi cần thiết lấy sỏi qua nội soi niệu quản.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN BẰNG TÁN SỎI NỘI SÔI

I. CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ:

- Đã thất bại với tán sỏi ngoài cơ thể (hoặc có chống chỉ định với tán sỏi ngoài cơ thể như: béo phì, đang dùng thuốc chống đông, phình động mạch chủ bụng, có thai...).
- Sỏi khảm dính.
- Sỏi có kích thước lớn hơn 10mm.
- Sỏi kèm theo tắc nghẽn dưới sỏi.
- Sỏi niệu quản 2 bên.

II. KỸ THUẬT TIỀN HÀNH:

1. Chuẩn bị trước khi soi niệu quản:

- Thảo luận với bệnh nhân các tai biến có thể xảy ra như: thủng niệu quản, đứt niệu quản, sỏi di chuyển lên thận trong quá trình tán sỏi...
- Chống chỉ định tuyệt đối đối với sỏi nhiễm trùng mà trong quá trình soi mới phát hiện, trong trường hợp này chỉ đặt sond niệu quản lưu.

2. Kháng sinh dự phòng:

Nên dùng kết hợp Cephalosporin thế hệ thứ 2 với Aminoglycoside.

3. Vô cảm:

Tốt nhất là vô cảm toàn thân, chỉ vô cảm vùng đối với nội soi chẩn đoán niệu quản 1/3 dưới.

4. Tư thế bệnh nhân:

- Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa
- Nên dùng C-arm trong trường hợp dự đoán soi niệu quản khó khăn như: bứu tiền liệt tuyến, đã có phẫu thuật vùng chậu, có xạ trị vùng chậu, biết trước có hẹp niệu quản.
- Cần xem lại phim chụp UIV để biết đường đi của niệu quản.

5. Một số nguyên tắc khi soi niệu quản:

- Bao giờ cũng phải thấy rõ lòng niệu quản.
- Thao tác phải hết sức nhẹ nhàng.
- Khi nghi ngờ thủng niệu quản phải ngừng ngay thao tác và chụp lại niệu quản để biết mức độ tổn thương, đặt sond JJ lưu lại trong niệu quản.

6. Tiến hành soi niệu quản và tán sỏi niệu quản:

- Đưa máy soi vào bàng quang, quan sát 2 miệng niệu quản.
- Soi niệu quản dưới dây dẫn đường (guide wire) đến khi thấy sỏi thì dừng lại.
- Tiến hành tán sỏi bằng máy tán sỏi (máy tán sỏi cơ học, máy tán sỏi siêu âm, máy tán sỏi laser...), sỏi vỡ ra từng mảnh nhỏ 2-3mm.
- Dùng rọ Dormia hoặc kèm gắp hết sỏi ra ngoài.

- Đặt sond JJ niệu quản trong các trường hợp sau: thủng niệu quản, niêm mạc quang vị trí sỏi phù nề nhiều, có suy thận trước đó, thận độc nhất, thận ghép, vừa chảy qua nhiễm trùng niệu, còn sốt sỏi, kích thước sỏi trước tán lớn hơn 2cm, bệnh nhân ở xa bệnh viện, sỏi tắc nghẽn lâu dài.
- Đặt sond niệu đạo lưu.

III. THEO DÕI SAU TÁN SỎI NỘI SỎI:

Hiện nay tán sỏi niệu quản nội soi có thể xuất viện ngay trong ngày. Một số yếu tố buộc phải nằm viện theo dõi sau tán sỏi như sau:

- Bệnh nhân có sốt.
- Cuộc mổ kéo dài nhiều sang chấn cho niệu quản.
- Nghi ngờ có thủng niệu quản.
- Nước tiểu còn đỏ.
- Đau nhiều không đáp ứng với thuốc giảm đau uống.
- Bệnh nhân ở xa không trở lại bệnh viện ngay được.

IV. TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA TÁN SỎI NỘI SỎI:

- Thủng niệu quản (tỷ lệ khoảng 1,7%).
- Hẹp niệu quản sau tán sỏi (tỷ lệ khoảng 0.7%).
- Đứt niệu quản (tỷ lệ khoảng 0,6%).
- Chảy máu sau tán sỏi.
- Nhiễm trùng niệu sau tán sỏi.

V. NHIỄM TRÙNG NIỆU SAU TÁN SỎI NỘI SỎI NGƯỢC DÒNG:

Tỷ lệ nhiễm trùng niệu sau can thiệp sỏi đường tiết niệu từ 0,5-1,5%.

Một số dấu hiệu khác của nhiễm trùng niệu:

- Lạnh run, run lập cập.
- Da ấm đỏ ửng, nổi bông hoặc da tái xanh, lạnh.
- Ngủ liệm, mất phương hướng, lơ mơ, kích thích.
- Rối loạn đông máu, giảm tiểu cầu máu.

♦ Nguyên tắc điều trị:

- Khống chế nguồn nhiễm trùng.
- Sử dụng kháng sinh đủ và thích hợp.
- Tích cực bồi hoàn thể tích tuần hoàn.
- Nâng đỡ chức năng tim mạch.

♦ Để hạn chế nhiễm trùng tuân thủ các nguyên tắc sau đây:

- Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ nếu có nhiễm trùng trước mổ.
- Sử dụng các dụng cụ có kích thước lớn để quan sát rõ trường sỏi.
- Cố gắng rút ngắn thời gian tán sỏi.
- Không nên bơm nước với áp lực quá mạnh.
- Sau mổ phải đảm bảo chuyển lưu nước tiểu hiệu quả.

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

BƯỚC LÀNH TIỀN LIỆT TUYẾN

I. ĐẶC ĐIỂM VỊ TRÍ:

Tiền liệt tuyến nằm sâu trong hốc chậu, sau xương mu, mặt trước trực tràng do đó chỉ sờ nắn được qua trực tràng.

II. LÂM SÀNG:

1. Triệu chứng chủ quan:

- Triệu chứng bàng quang quá mẫn cảm:
 - Tiểu gấp, tức là khi mới đi tiểu, bệnh nhân khó nhịn lại được.
 - Đêm phải đi tiểu nhiều lần: từ 2 lần trở lên.
- Bế tắc đường tiểu:
 - Đái khó: phải rặn khởi động mới đi tiểu được, tia nước tiểu yếu.
 - Nước tiểu còn tồn lưu trong bàng quang: tiểu xong có cảm giác chưa tiểu hết phải đi tiểu lại trong vòng chưa đầy 2 giờ.

2. Triệu chứng khách quan:

- 2.1 Thăm khám tiền liệt tuyến qua hậu môn: thấy to đều, hình tròn, mặt rãnh giữa, giới hạn rõ rệt.
- 2.2 Siêu âm: Phát hiện tiền liệt tuyến to, nước tiểu tồn lưu trong bàng quang.

3. Cận lâm sàng: PSA (prostatic specific antigen) tăng trên 04 ng, nhưng không quá 30 ng.

III. CHẨN ĐOÁN:

- Rối loạn chức năng tiểu tiện.
- Thăm khám trực tràng: tiền liệt tuyến to hơn bình thường.
- Siêu âm: phát hiện tiền liệt tuyến to trên 04 cm.
- Xét nghiệm PSA trên 04 ng.

IV. ĐIỀU TRỊ:

Chỉ định phẫu thuật trong các trường hợp rối loạn đi tiểu nặng, nước tiểu tồn lưu trên 100 ml hoặc bệnh nhân bí tiểu mãn phải đặt thông tiểu.

- Cắt tiền liệt tuyến qua nội soi: trong trường hợp tiền liệt tuyến ≤ 05 cm.
- Cắt tiền liệt tuyến mổ hở: trong trường hợp tiền liệt tuyến kích thước > 05 cm.
- Mở bàng quang ra da: trong trường hợp tiền liệt tuyến to kèm theo bệnh lý tim mạch, tiểu đường, lao phổi nặng quá khả năng phẫu thuật.

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.
- Chóng vầng, 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:
 - $\frac{1}{2}$ - 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 – 15phút/ 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 nhĩ gấp.

Chú ý:

- Theo dõi bệnh nhân ít nhất 24giờ sau khi huyết áp đã ổn định.
- 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 Bác sĩ không có mặt.

QUY TRÌNH CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN TRƯỚC KHI PHẪU THUẬT

Mục đích:

Nhằm đảm bảo sự an toàn cho cuộc mổ, tránh những tai biến trong và sau mổ.

1. CHUẨN BỊ TÂM LÝ CHO BỆNH NHÂN VÀ THÂN NHÂN:

- Giúp bệnh nhân hợp tác và tin tưởng thầy thuốc.
- Cho bệnh nhân biết sự cần thiết phải mổ.
- Gặp gỡ thân nhân nói những bất trắc có thể xảy ra.

2. CÁC XÉT NGHIỆM CƠ BẢN TRƯỚC MỔ:

a. Các xét nghiệm máu cơ bản:

- Tổng phân tích tế bào máu bằng máy đếm tự động (BC, HC, HGB, Hct, ...).
- TS, TQ, TCK, nhóm máu.
- Đường máu, Ure máu.
- Protid máu.
- Ion đồ (Na, K, Ca, ...)
- SGOT, SGPT
- Bilirubin toàn phần, Bilirubin trực tiếp, Bilirubin gián tiếp (nếu là bệnh sỏi mật)
- T3, T4, TSH (nếu là bệnh bướu cổ)

b. Xét nghiệm nước tiểu toàn phần.

c. Các cận lâm sàng khác:

- X quang tim phổi.
- ECG.
- Nội soi dạ dày
- Nội soi hậu môn trực tràng
- Nội soi đại tràng

3. NGÀY TRƯỚC MỔ:

- Kiểm tra hồ sơ bệnh án cho đầy đủ.
- Cho bệnh nhân hoặc thân nhân ký giấy cam đoan phẫu thuật.
- Tất cả tư trang quý, răng giả nếu có phải tháo ra và đưa lại cho thân nhân.
- Lau sạch sơn móng ở móng tay và chân, buộc tóc lại gọn gàng nếu tóc dài.
- Vệ sinh vùng mổ.
- Sáng có thể cho bệnh nhân ăn nhẹ, chiều uống nước đường. Nhịn ăn uống hoàn toàn 6-8 giờ trước mổ.
- Cho bệnh nhân ngủ sớm, có thể cho thuốc an thần.

4. SÁNG HỒM MỔ:

- Lấy dấu hiệu sinh tồn.
- Bệnh nhân được thay đồ sạch sẽ.
- Truyền dịch hay tiêm thuốc khi có y lệnh.
- Đeo băng tên trên cổ tay (tránh nhầm lẫn tên bệnh nhân với hồ sơ bệnh án)
- Đặt son dạ dày nếu mổ đường tiêu hóa.
- Chuyển bệnh nhân đến phòng mổ.

Chuẩn bị đại tràng – phẫu thuật K đại trực tràng (3 ngày trước mổ)

Ngày	Dịch truyền + thuốc	Chế độ ăn	Thụt tháo
N3	- Máu ($\pm$) - Đạm - Điện giải - Metronidazol 500mg: 2v x 2(u)	Uống sữa	
N2	- Máu ($\pm$) - Đạm - Điện giải - Metronidazol 500mg: 2v x 2(u)	Uống nước đường	19h00 thụt tháo đại tràng bằng nước ấm
N1	- Máu ($\pm$) - Đạm - Điện giải - Metronidazol 500mg: 2v x 2(u)	Uống nước đường	19h00 thụt tháo đại tràng bằng nước ấm
N0 (ngày mổ)	- Đường	Nhịn Đặt sond dạ dày buổi sáng trước khi chuyển phòng mổ	Bơm hậu môn 2 tybe Microlax (Fleet) lúc 5h00 sáng

Chuẩn bị đại tràng – Mổ trĩ, mổ dò hậu môn (1 ngày trước mổ)

Ngày	Dịch truyền + thuốc	Chế độ ăn	Thụt tháo
N1	- Đạm - Điện giải - Metronidazol 500mg: 2v x 2(u)	Uống nước đường	Fortrans 2 gói + 2 lít nước (<i>uống hết trong vòng 4 giờ</i>)
N0 (ngày mổ)	- Đường	Nhịn	Bơm hậu môn 1 tybe Microlax (Fleet) lúc 5h00 sáng

QUY TRÌNH CHĂM SÓC BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT

Mục đích: Phát hiện các biến chứng để tiến hành điều trị kịp thời.

Quy trình:

1. Sau mổ đặt bệnh nhân tư thế thích hợp, thoải mái.
2. Theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn 24 giờ đầu sau phẫu thuật.
3. Khuyến khích bệnh nhân thở sâu để ngừa biến chứng xẹp phổi.
4. Chăm sóc vết thương đúng nguyên tắc vô trùng.
5. Chăm sóc hệ thống dẫn lưu nơi vết thương. Theo dõi màu sắc, số lượng dịch chảy ra. Khi dẫn lưu kín hệ thống dẫn lưu phải hoạt động tốt.
6. Theo dõi màu sắc da, niêm mạc và tính chất nước tiểu.

QUY TRÌNH XUẤT VIỆN

1. Bác sĩ điều trị có trách nhiệm:
 - Đánh giá tình trạng sức khỏe, bệnh tật của người bệnh và đề nghị cho ra viện.
 - Thông báo cho người bệnh biết tình hình sức khỏe và kết quả điều trị.
2. Bác sĩ trưởng khoa: thăm khám lại, nhận xét kết quả điều trị và quyết định cho người bệnh ra viện.
3. Điều dưỡng hành chính khoa:
 - Làm đầy đủ thủ tục cho người bệnh ra viện.
 - Nhận lại chăn, màn, quần áo và các vật dụng khác, hướng dẫn người bệnh hoặc gia đình người bệnh thanh toán viện phí.
 - Sau khi người bệnh đã thanh toán viện phí, phát giấy ra viện và dặn dò người bệnh về tự chăm sóc sức khỏe.
 - Nộp hồ sơ bệnh án cho phòng kế hoạch tổng hợp theo quy chế lưu trữ hồ sơ bệnh án.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT CẮT VIÊM RUỘT THỪA CẤP

I. ĐỊNH NGHĨA:

Phẫu thuật cắt bỏ ruột thừa trong các trường hợp:

- Ruột thừa viêm cấp chưa có biến chứng.
- Ruột thừa viêm cấp đã có biến chứng: viêm phúc mạc, áp xe ruột thừa.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Viêm ruột thừa cấp.
2. Viêm phúc mạc ruột thừa.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đám quánh ruột thừa.

IV. CHUẨN BỊ:

1. **Cán bộ chuyên khoa:** Phẫu thuật viên tiêu hoá hoặc ngoại chung.
2. **Phương tiện:** bộ dụng cụ đại phẫu thuật, dao điện, máy hút.
3. **Người bệnh:**
 - Hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm liên quan.
 - Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu và kí giấy xin phẫu thuật.
 - Kháng sinh dự phòng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. **Vô cảm:** gây mê tĩnh mạch, nội khí quản, gây tê tuỷ sống, tê ngoài màng cứng, tê tại chỗ hoặc châm tê.
2. **Kỹ thuật:**
 - a) *Viêm ruột thừa cấp chưa có biến chứng:*
 - Đường ruột Mạch Burney: Đường thẳng góc với đường nối giữa gai chậu trước trên và rốn ở điểm nối 1/3 ngoài và 1/3 giữa. Chiều dài đường rạch tùy theo người lớn hay trẻ em, người béo hay gầy, nhưng không ngắn hơn 3cm ở người lớn và 2cm ở trẻ em.
 - Rạch dọc theo các thớ cân cơ.
 - Lớp phúc mạc: cặp nâng cao mép phúc mạc trước khi cắt để tránh cắt vào ruột.
 - Cắt ruột thừa:
 - + Cắt ruột thừa xuôi dòng
 - Bọc lộ rõ ruột thừa từ gốc đến đỉnh ruột thừa để thấy rõ mạc treo ruột thừa.

- Cặp cắt động mạch ruột thừa cùng mạc treo ruột thừa: 2 kìm (pince) về phía gốc động mạch, 1 về phía ngoại vi. Buộc động mạch bằng chỉ lạnh 3/0.
- Cắt ruột thừa: kẹp cắt sát ruột thừa. Buộc thắt gốc ruột thừa bằng catgut hoặc lạnh.
- Vùi móm ruột thừa: khâu túi với chỉ lạnh.
- Kiểm tra chảy máu móm cắt động mạch ruột thừa.
- Kiểm tra hồi tràng: 60cm tính từ góc hồi – manh tràng. Khi ruột thừa viêm mủ rõ, không cần kiểm tra hồi tràng.

+ Cắt ruột thừa ngược dòng

- Trường hợp đầu ruột thừa khó hoặc không bật lên được hoặc ruột thừa nằm ở các vị trí không bình thường.
- Cặp cắt gốc ruột thừa trước; sau đó phẫu tích ngược dần lên phía đầu ruột thừa để cặp cắt động mạch ruột thừa.
- Các thì khác làm như trường hợp cắt xuôi dòng.
- Đóng bụng: Thay găng và dụng cụ sạch trước khi đóng bụng. Đóng lần lượt từ trong ra ngoài theo các lớp giải phẫu:
 - Phúc mạc: khâu túi hoặc mũi rời, chỉ lạnh hoặc catgut.
 - Cơ ngang và cơ chéo bé: catgut, mũi riêng hoặc mũi chữ X, U.
 - Cân cơ chéo lớn: chỉ không tiêu hoặc tiêu chậm, mũi riêng hoặc khâu vắt.
 - Da: lạnh, mũi riêng hoặc đóng da “trong da”.

b) Viêm ruột thừa có biến chứng:

* Viêm phúc mạc ruột thừa

- Đường rạch mở bụng: Cạnh giữa bên phải hoặc giữa dưới rốn.
- Sau khi cắt ruột thừa: rửa ổ bụng bằng dung dịch muối đẳng trương hoặc dd Betadin pha loãng. Thấm khô hết dịch đọng giữa các quai ruột, rãnh thành - đại tràng hai bên, trên gan dưới cơ hoành, túi cùng Douglas. Trường hợp viêm phúc mạc khu trú, phải hết sức thận trọng trong khi rửa ổ bụng, không làm lan rộng quá trình viêm nhiễm ra khắp bụng.
- Dẫn lưu ổ bụng trước khi đóng bụng: đầu trong ống dẫn lưu ở vùng đáy manh tràng, đầu ngoài đưa ra hông phải, thấp dưới mức gai chậu trước trên. Hệ thống dẫn lưu kín. Rút ống dẫn lưu sau 48 – 72 giờ. Không dẫn lưu túi cùng Douglas. Không dẫn lưu ổ bụng phụ thuộc vào kinh nghiệm riêng của phẫu thuật viên.
- Đóng bụng: một lớp, chỉ to không tiêu, mũi riêng, để da hở hoặc khâu đóng da thừa mũi .

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

PHẪU THUẬT TẮC RUỘT SAU PHẪU THUẬT CŨ

I. ĐỊNH NGHĨA

Tắt ruột ở những người bệnh có phẫu thuật cũ do nhiều nguyên nhân khác nhau, thường gặp là tắt ở ruột non; nguyên nhân chủ yếu do dính, dây chằng hoặc xoắn ruột.

II. CHỈ ĐỊNH

1. Tắt ruột cấp.
2. Tắt ruột bán cấp.

III. CHUẨN BỊ:

1. **Cán bộ chuyên khoa:** phẫu thuật viên tiêu hoá tuyến tỉnh và trung ương.
2. **Phương tiện:** bộ đại phẫu thuật bụng.
3. **Người bệnh:**
 - Bồi phụ nước và điện giải đủ theo điện giải đồ.
 - Kháng sinh trước phẫu thuật.
 - Đặt ống thông mũi - dạ dày để hút liên tục.
 - Nếu người bệnh có đau dữ dội và có rối loạn huyết động cụ thể: mạch nhanh, huyết áp hạ, càng phẫu thuật sớm càng tốt, tránh để hoại tử.
 - Nếu người bệnh có dấu hiệu bán tắc ruột thì phải chụp phim lưu thông ruột: quai ruột phồng to và thấy rõ quai ruột ứ đọng thuốc mới chỉ định phẫu thuật.
 - Được đặt ống thông đái để tránh bàng quang căng, dễ rạch vào khi mở bụng ; lau rửa ổ bụng dễ dàng; theo dõi nước tiểu trong và sau phẫu thuật.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. **Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

2. **Kỹ thuật:**

a. Đường rạch: đường trắng giữa trên và dưới rốn, lấy sẹo phẫu thuật cũ. Rạch lên trên hoặc xuống dưới đường rạch cũ độ 1 – 2 cm lấy đó làm điểm đột phá vào ổ bụng. Từ điểm này ta đưa 2 ngón tay vào dưới vết mổ, nâng thành bụng lên và hướng dẫn mũi dao an toàn hơn. Có thể đi bên ngoài cơ thẳng to bên phải hoặc đường Mac Burney và lấy sẹo phẫu thuật cũ nếu nghi nguyên nhân là dính ngay ở vết mổ.

b. Vào ổ bụng: lấy dịch để nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ.

c. Tìm và giải quyết nguyên nhân gây tắt ruột : tìm góc hồi manh tràng, nếu góc hồi manh tràng xẹp tức là tắt ruột non, phải tìm lên trên ; nếu góc này căng tức là tắt ruột già, phải tìm xuống dưới. Nguyên nhân gây tắt nằm ở ranh giới giữa quai phồng và quai xẹp.

d. Giải quyết nguyên nhân gây tắt:

- Cắt dây chằng
- Gỡ dính, tháo xoắn, cắt khối u hoặc lấy giun lập lại lưu thông ruột hoặc lấy bã thức ăn gây tắc ruột, kiểm tra một cách hệ thống từ thực quản, dạ dày tá tràng ruột non từ góc treitz tới góc hồi manh tràng, nếu có thoát vị nghẹt phải giải phóng cổ bao thoát vị, xử lý tạng thoát vị bị hoại tử (nếu có) và phục hồi thành bụng, chống thoát vị tái phát.

e. Làm xẹp ruột:

- Nếu có cắt đoạn ruột thì tháo phân, hơi qua chỗ cắt.
- Nếu không cắt đoạn ruột thì phải tuần hơi và dịch lên dạ dày và hút qua dạ dày đã đặt sẵn.

f. Lập lại lưu thông ruột:

- Cắt đoạn ruột: hoại tử, xơ cứng, dính kết, hoặc có khối u.
- Nối tắt: khi dính kết khu trú không thể gỡ được, nối quai phòng với quai xẹp bỏ qua chỗ dính tắc.
- Cắt đoạn ruột và đưa 2 đầu ruột ra ngoài khi viêm phúc mạc do ruột bị hoại tử.
- Lau sạch ổ bụng: Cầm máu kỹ.
- Hạn chế đặt dẫn lưu nếu không cắt nối ruột hoặc viêm phúc mạc do ruột hoại tử.

g. Đóng bụng 2 lớp.

V. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. Theo dõi

- Mạch, huyết áp, nhịp thở 30 phút/ 1 lần, trong 6 giờ đầu.
- Theo dõi lập lại nhu động ruột: thời gian trung tiện.
- Cẩn dặn người bệnh cần đề phòng đối với mỗi loại tắc ruột tái phát.

2. Xử lý

- Tắc ruột do dính sau phẫu thuật phải dậy vận động sớm; với thoát vị bẹn phải nằm bất động tại giường, hạn chế đi lại chống tụ máu dưới da, nếu có tụ máu dưới vết mổ tháo máu tụ để chống nhiễm khuẩn bội nhiễm.
- Tắc ruột do bã thức ăn: không được ăn nhiều chất xơ: cam, măng, mít ...
- Tắc ruột do giun: chú ý vệ sinh thực phẩm, vệ sinh môi trường và tẩy giun 6 tháng 1 lần.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BỤNG THƯỜNG VÀ NGHỆT

I. ĐỊNH NGHĨA:

Phẫu thuật thoát vị bụng thường hay nghệt bao gồm xử lý các thành phần trong bao thoát vị và phục hồi thành bụng.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Thoát vị bụng thường: Trẻ em trên 6 tuổi hoặc khối thoát vị xuống thường xuyên gây ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động.
2. Thoát vị bụng nghệt, phẫu thuật cấp cứu.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Nhũ nhi, trẻ nhỏ dưới 6 tuổi chưa được điều trị bằng các phương pháp khác.
2. Người già: khối thoát vị lớn, thành bụng yếu kèm theo nhiều bệnh lý khác như hen suyễn, tim mạch...

III. CHUẨN BỊ:

1. **Cán bộ chuyên khoa:** phẫu thuật viên tiêu hoá hoặc ngoại chung.
2. **Phương tiện:** bộ đại phẫu thuật bụng.
3. **Người bệnh:**
 - Vệ sinh vùng bụng, búi: cạo lông, rửa sạch vùng bụng búi.
 - Thay quần áo mới, băng sạch.

IV. PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

1. **1) Tư thế:** Người bệnh nằm ngửa, bàn hơi nghiêng thấp về phía đầu.
2. **Vô cảm:** gây tê tuỷ sống, ngoài màng cứng, gây tê tại chỗ, châm tê; gây mê tĩnh mạch hay nội khí quản.
3. **Kỹ thuật**
 - a. **Thì 1: Mở ổng bụng**
 - Rạch da: đường phân giác của góc giữa cung đùi và bờ ngoài cơ thẳng to bắt đầu từ gai mu dài 10 – 12 cm ở người lớn
 - Dưới da – cân nông: kẹp và cầm máu các mạch máu da bụng, trong tổ chức mỡ.
 - Rạch cân cơ chéo to bắt đầu từ lỗ bụng ngoài kéo dài như vết rạch da.
 - b. **Thì 2: Tìm và cắt bao thoát vị**
 - hẫu tích tìm bao thoát vị trong bao xơ chung.
 - bóc lộ rõ thường tinh tránh tổn thương.
 - Mở bao thoát vị: kéo bao thoát vị xuống, mở rộng kéo dài lên tận cổ bao. Nếu thoát vị bụng nghệt phải cắt ngay vòng xơ ở cổ bao.
 - Xác định và xử lý nội dung bao thoát vị:

- Ruột thừa hay hoại tử có thể khâu hoặc cắt.
- Ruột đỏ sẫm hay tím: đắp dung dịch NaCl 0,9% ấm, phong bế bằng thuốc tê, kéo xuống kiểm tra, nếu hồng lại sẽ đẩy lên, nếu bầm tím có điểm hoại tử : cắt nối ruột.
- Mạc nối lớn thắt nghẹt lâu: cắt bỏ.
- e. Buộc và cắt bao thoát vị ở cổ: dính cổ bao và thành bụng (Baker).

c. Thì 3: Khâu phục hồi thành bụng

- Phương pháp khâu phục hồi thường tinh ở giữa (Bassini):
- Lóp sâu:
 - . Rạch mạc ngang từ lỗ bẹn trong đến gai mu sau đó khâu tăng cường lại.
 - . Khâu gân kết hợp với cung đùi phía sau thường tinh.
- Lóp nông: khâu 2 mép cân cơ chéo lớn trùm kín thường tinh.
- Phương pháp Shouldice: cơ bản như Bassini nhưng tất cả các lớp khâu phục hồi bằng khâu vắt, gấp chồng mép, khâu đi, khâu lại bằng chỉ kim loại hay chỉ tổng hợp không tiêu.
- Phương pháp khâu phục hồi bằng đặt lưới polymer (Lichtenstein).

d. Thì 4: Khâu da và tổ chức dưới da: có thể đặt mèche dẫn lưu.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. Theo dõi

- Các biến chứng ở người già: tim mạch, phổi, viêm tắc tĩnh mạch, tiết niệu.
- Các biến chứng sau cắt nối ruột.
- Cho ngồi 24 giờ sau phẫu thuật. Cho ăn sớm. Cắt chỉ ngày thứ 7 – 8.

2. Xử lý

- Chảy máu do đường rạch sâu ngang với nếp bẹn: Cầm máu tạm thời, xử lý vết thương mạch máu bằng kim chỉ nhỏ.
- Khi khâu và phục hồi thành bụng chọc vào động mạch đùi, tĩnh mạch đùi: rút chỉ, chèn gạc cầm máu, khâu lại.
- Tai biến thường tinh: buộc, thắt và cắt phải thường tinh.
- Mở bao thoát vị tổn thương các tạng trong bao.
- Tụ máu thành bụng: băng ép và dẫn lưu.
- Nhiễm khuẩn vết mổ: cắt chỉ và tách vết mổ sớm.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

PHẪU THUẬT LỒNG RUỘT

I. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật điều trị lồng ruột chủ yếu ở nữ nhi sau khi điều trị bằng thủ thuật bơm hơi, nước thất bại hay trẻ đến muộn.

II. CHỈ ĐỊNH

- Lồng ruột cấp ở nữ nhi và trẻ dưới 2 tuổi đến muộn sau 36 giờ.
- Tháo lồng bằng hơi hoặc baryt dưới X – quang, hoặc bằng nước dưới siêu âm không kết quả.
- Lồng ruột ở trẻ lớn trên 5 tuổi và ở người lớn, thường có nguyên nhân thực thể: polyp, Crohn, u lành và u ác,.....

III. CHUẨN BỊ:

1. **Cán Bộ chuyên khoa:** phẫu thuật viên ngoại chung, ngoại nhi, ngoại tiêu hoá.
2. **Phương tiện:** bộ dụng cụ trung phẫu
3. **Người bệnh**
 - Hồ sơ bệnh án : xét nghiệm cơ bản tối thiểu : công thức máu, nhóm máu, thời gian máu chảy, máu đông.
 - Giải thích kỹ cho gia đình về tình trạng bệnh và lý do phải phẫu thuật.

III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. **Tư thế:** nằm ngửa, có đệm nhỏ dưới lưng.
2. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản.
3. **Kỹ thuật**

a. Đường rạch tùy theo vị trí của túi lồng: giữa trên rốn, cạnh giữa bên phải ; đường ngang cắt cơ ở phần tư dưới phải của bụng.

b. Kiểm tra và bộc lộ khối lồng:

- Người phụ dùng van Hartmann kéo vết mổ sang 2 bên, phẫu thuật viên nhẹ nhàng thăm dò vị trí khối lồng và thường có thể nhẹ nhàng đưa được khối lồng lộ ra.
- Những tình huống xảy ra:
 - . Nếu khối lồng lỏng, ổ bụng có dịch trong thì thường tháo lồng dễ dàng.
 - . Nếu khối lồng chặt, ổ bụng có dịch hồng nhạt thì tháo lồng khó khăn hơn.
 - . Nếu khối lồng hoại tử, ổ bụng có nước máu, không tháo lồng mà quyết định phải cắt bỏ.
- Tiến hành tháo lồng: không được kéo ruột từ trong khối lồng ra, mà phải dùng 5 ngón tay của bàn tay trái bóp nhẹ vào đầu khối lồng để đẩy ruột lùi lại, tay phải nhẹ nhàng đỡ vào phần ruột đã được đẩy ra khỏi cổ khối lồng. Nếu khó khăn thì

phải dùng ngón tay út của bàn tay phải nong nhẹ vào cổ khối lồng. Tất cả những thao tác này đều hết sức nhẹ nhàng vì thành ruột của trẻ rất mỏng, đang phù nề dễ rạn nứt và dễ vỡ.

- Khi tháo đến góc hồi – manh tràng, khối lồng sẽ chặt và tháo khó hơn, không nên cố tháo mà thả lỏng tay ra để cho khối lồng trở lại, chờ đợi 5 – 10 phút, dùng gạc lớn đắp dung dịch NaCl 0,9% ẩm vào vùng khối lồng, làm giảm phù nề, sau một vài lần như vậy sẽ tháo lồng ra khỏi van Bauhin còn lại khối lồng hồi - hồi tràng tiếp tục tháo nhẹ nhàng như trên.
- Đánh giá tình trạng đoạn ruột lồng:
 - . Ngay sau khi tháo lồng hoặc sau khi đắp dung dịch muối ẩm, phồng bẹ mạc treo thấy ruột hồng, nhu động tốt, không xử lý gì thêm.
 - . Nếu đoạn lồng thiếu máu, không thể tháo được, phải cắt đoạn ruột nối ruột ngay tận - tận hoặc đưa hai đầu ruột ra ngoài và đóng lại sớm sau 10 ngày các trường hợp búi lồng bị thủng, ổ phúc mạc viêm nhiễm.
- Cắt ruột thừa và cố định manh tràng chỉ áp dụng cho lồng ruột ba cấp ở trẻ lớn và người lớn, cố định manh tràng vào thành bụng bên bằng 3 mũi chỉ lạnh mũi rời và cố định đoạn cuối hồi tràng vào bờ trong đại tràng lên để tránh tái phát.
- Lau sạch ổ bụng: Đóng bụng 2 lớp.

V. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Rút ống thông mũi dạ dày khi có trung tiện.
- Truyền dịch cho tới khi trung, đại tiện : 48 giờ.
- Kháng sinh.

2. Xử lý

- Viêm phúc mạc do bục miệng nối ruột hay do đoạn ruột lồng tháo được, bị hoại tử, hiếm gặp.
- Tắc ruột sau phẫu thuật.
- Lồng ruột lại, gặp dưới 3% ở trẻ nhỏ.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

PHẪU THUẬT THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY Tá TRÀNG

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Thủng là biến chứng thường gặp của ổ loét dạ dày – tá tràng, điều trị có 2 phương pháp: khâu lỗ thủng đơn thuần hoặc điều trị biến chứng thủng đồng thời điều trị tiết căn bệnh loét, cắt bán phần dạ dày và cắt dây thần kinh X. Nhờ các thuốc chống tiết dịch vị có hiệu quả và những hiểu biết về vai trò của H.pylori, việc điều trị tiết căn kèm theo cần được cân nhắc.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. *Khâu lỗ thủng đơn thuần:*

- Các ổ loét trừ các trường hợp có biến chứng hẹp môn vị, chảy máu ổ loét kèm theo.
- Ổ loét non.

2. *Điều trị biến chứng thủng đồng thời cắt bán phần dạ dày:*

- Thủng trên ổ loét xơ chai to.
- Thủng kèm biến chứng chảy máu ổ loét, hẹp môn vị.

3. *Khâu lỗ thủng và cắt dây thần kinh X*

- Loét tá tràng thủng đến trước 12h, không kèm biến chứng chảy máu ổ loét và hẹp môn vị.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật tiết căn trường hợp có nhiều nguy cơ như: Ổ bụng bầy, người bệnh già yếu hoặc có bệnh nặng phối hợp và ở các cơ sở phẫu thuật không cho phép phẫu thuật tiết căn.

IV. CHUẨN BỊ:

1. **Cán bộ chuyên khoa:** Phẫu thuật viên ngoại chung hay chuyên khoa tiêu hoá.
2. **Người bệnh:** Hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cơ bản thông thường, hút dạ dày, truyền dịch, kháng sinh.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản, tĩnh mạch hay gây tê nếu chỉ khâu lỗ thủng.

2. **Kỹ thuật:**

a) *Khâu lỗ thủng đơn thuần*

- Mở bụng đường trắng giữa trên rốn.
- Tìm và đánh giá thương tổn: thường ở mặt trước dạ dày tá tràng, một số trường hợp gặp ở mặt sau: phải mở hậu cung mạc nối thăm dò khi có nghi ngờ.
- Khâu lỗ thủng nhỏ, bờ mềm mại: khâu mũi X hoặc mũi rời, chỉ không tiêu. Lỗ thủng ổ loét xơ chai bờ mủn, khoét bờ ổ loét và khâu bằng các mũi rời, lấy vào tổ chức lành xa ổ loét.

- Kiểm tra sau khâu dạ dày không hẹp.
- Lau sạch ổ bụng, đóng bụng, có thể đặt dẫn lưu ổ bụng.

b) Điều trị biến chứng thủng và điều trị tiết căn bệnh loét

- Cắt bán phần dạ dày cấp cứu, với điều kiện:
 - Bụng sạch, người bệnh đến trước 12 giờ.
 - Thể trạng người bệnh tốt, không có bệnh nặng phối hợp.
 - Bệnh viện đa khoa hay bệnh viện chuyên khoa hạng I trở lên.
 - Có phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá đã cắt dạ dày thành thạo.
- Kỹ thuật:
 - Mở bụng đường giữa trên rốn, khâu lỗ thủng, rửa sạch ổ bụng.
 - Tiến hành cắt bán phần dạ dày.

c) Khâu lỗ thủng và cắt dây thần kinh X với điều kiện:

- Ổ bụng sạch.
- Bệnh viện đa khoa hay chuyên khoa hạng I trở lên. Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá đã phẫu thuật cắt thần kinh X.
- Phẫu thuật:
 - Tư thế người bệnh nằm ngửa, kê 1 gối cao khoảng 10cm ở dưới vai.
 - Mở bụng đường giữa trên rốn, khâu lỗ thủng, rửa sạch ổ bụng.
 - Tiến hành cắt dây thần kinh X: Chọn phương pháp:
 - Cắt toàn bộ dây thần kinh X kèm phẫu thuật tạo hình môn vị hoặc nối vị tràng.
 - Cắt dây thần kinh X chôn lọc cao hoặc thần kinh X toàn bộ dây sau và chôn lọc cao dây trước không kèm phẫu thuật dẫn lưu dạ dày phối hợp.

d) Các trường hợp đặc biệt

- Thủng kèm chảy máu ổ loét: Cắt bán phần dạ dày cấp cứu lấy bỏ ổ loét là phương pháp cầm máu chắc chắn nhất.
- Thủng trên ổ loét đã gây hẹp môn vị, chọn:
 - Khâu lỗ thủng và nối vị tràng.
 - Khâu lỗ thủng, nối vị tràng nối vị tràng và cắt dây X.
 - Cắt bán phần dạ dày.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi:

- Mạch, huyết áp, nhịp thở 1 lần/giờ/trong 24 giờ đầu.
- Hút ống thông dạ dày, dẫn lưu ổ bụng, nếu có.

- Các biến chứng toàn thân: Viêm phổi, tắc mạch phổi.
- Loét tái phát và loét miệng nối với các biến chứng của nó.
- Di chứng cắt bán phần dạ dày: hội chứng Dumping, thiếu máu.
- Ỉa chảy, nuốt nghẹn sau phẫu thuật cắt dây thần kinh X.

2. Xử lý:

- a) Tai biến khi cắt bán phần dạ dày:
 - Thương tổn cuống gan, tụy, bóng Vater.
 - Vỡ lách: cắt hoặc khâu bảo tồn lách.
 - Đóng mồm tá tràng khó: dẫn lưu mồm tá tràng.
- b) Tai biến khi cắt dây thần kinh X thủng thực quản, bờ cong nhỏ: khâu lại.
- c) Khâu đơn thuần gây hẹp môn vị: nối vị tràng.
- d) Tai biến gây mê: ngừng thở, choáng do lạnh, thiếu dịch.
- e) Chảy máu: ổ bụng, miệng nối.
- f) Bụng mồm tá tràng, bực miệng nối, hẹp chỗ khâu thủng.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG CHẢY MÁU NẶNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Chảy máu nặng do loét dạ dày tá tràng là chảy máu từ ổ loét làm mất khối lượng máu lớn từ 20 – 30% khối lượng máu cơ thể trở lên, gây thiếu máu cấp cần phải cấp cứu khẩn trương, tích cực để cứu sống người bệnh.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Hồi sức 500ml máu trong 6 giờ đầu hoặc 1000ml trong 8 giờ đầu cùng các dung dịch thay thế mà huyết động không tốt lên.
2. Hồi sức ổn định sau 4 ngày, lại chảy máu lại.
3. Nội soi thấy máu đang chảy không có điều kiện cầm máu bằng nội soi hoặc can thiệp nội soi không kết quả.
4. Loét chảy máu có nguy cơ thất bại khi điều trị nội khoa.
5. Loét có đường kính trên 2cm.
6. Loét mặt sau tá tràng.
7. Loét phần đứng bờ cong nhỏ.
8. Loét có tiền sử chảy máu nhiều lần.
9. Loét chảy máu ở người già.
10. Có hình ảnh lộ mạch khi soi.

III. CHUẨN BỊ:

1. **Cán bộ chuyên khoa:** Phẫu thuật viên chuyên khoa tiêu hoá tuyệt tỉnh và trung ương.
2. **Phương tiện:** Bộ đại phẫu thuật bụng.
3. **Người bệnh:**
 - Hồ sơ bệnh án tóm tắt diễn biến của bệnh, có chỉ định phẫu thuật.
 - Giải thích cho gia đình và người bệnh hiểu, kí giấy xin phẫu thuật.
 - Người bệnh được hồi sức tích cực trước phẫu thuật.

IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Vô cảm:** Gây mê nội khí quản. Gây tê khi người bệnh nặng, có bệnh phối hợp không cho phép gây mê nội khí quản.
2. **Nguyên tắc:** Tình trạng người bệnh càng nặng, xử lý càng đơn giản, hiệu quả mới mong cứu sống được.
3. **Kỹ thuật**
 - a. Tìm và đánh giá thương tổn:
 - Rạch dạ đường trắng giữa trên rốn.

- Kiểm tra hình thể ngoài dạ dày, từ thực quản tới tá tràng để phát hiện loét.
- Kiểm tra hồng tràng, hồi tràng, đại tràng, gan, đường mật, túi mật, lách, thận.
- Nếu không có nội soi, thăm dò hình thể ngoài dạ dày và các tạng khác mà không tìm ra nguyên nhân chảy máu thì phải mở dọc mặt trước dạ dày từ tâm vị đến môn vị để kiểm tra.

b. Phương pháp phẫu thuật:

- Khâu cầm máu đáy ổ loét khi người bệnh già, tình trạng mất máu quá nặng.
- Khoét ổ loét chảy máu khi ổ loét ở cao tình trạng người bệnh nặng.
- Khâu cầm máu đáy ổ loét, cắt toàn bộ dây thần kinh X và tạo hình môn vị hoặc nối vị tràng.
- Cắt đoạn dạ dày được nhiều phẫu thuật viên sử dụng, nhưng phải có đủ điều kiện phẫu thuật tiết căn bệnh loét: người bệnh, phẫu thuật viên, cơ sở phẫu thuật.

V. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. Mạch, huyết áp, nhiệt độ, hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, chất nôn, phân.
2. Nếu toàn trạng người bệnh không tốt lên có 2 khả năng xảy ra:
 - a. Chưa bồi phụ đủ khối lượng tuần hoàn, phải bù đủ khối lượng tuần hoàn.
 - b. Chảy máu tái phát hoặc chưa giải quyết được triệt để nguyên nhân chảy máu.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

CẮT MỘT NỬA DẠ DÀY ĐIỀU TRỊ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG MÃN

I. ĐỊNH NGHĨA

Phẫu thuật lấy bỏ vùng phản xạ tiết acid của dạ dày, vùng hang môn vị và một phần vùng tiết acid của dạ dày, vùng thân vị, để đạt 2 yêu cầu:

- Loại bỏ ổ loét và cắt phần dạ dày sinh bệnh loét.
- Lập lại lưu thông tiêu hoá bằng miệng nối giữa đoạn dạ dày còn lại với quai đầu tiên của hồng tràng, kiểu Polya hoặc Finsterer hoặc nối với tá tràng kiểu Péan.

Một số trường hợp do ổ loét sâu ở D1, D2, có thể cắt 2/3 dạ dày để lại ổ loét.

II. CHỈ ĐỊNH:

1. Loét dạ dày tá tràng mãn gây biến chứng: hẹp môn vị, nhiều lần chảy máu tiêu hoá, thủng.
2. Loét dạ dày tá tràng mãn điều trị nội khoa không kết quả.

II. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

1. Người trẻ loét dạ dày tá tràng nhưng chưa điều trị nội đúng kế hoạch, chưa có biến chứng hẹp, xuất huyết tiêu hoá, thủng.
2. Người bệnh thể trạng yếu hay kèm bệnh nặng, cấp.

II. CHUẨN BỊ:

1. **Cán bộ chuyên khoa:** Phẫu thuật viên tiêu hoá tuyến tỉnh và trung ương.
2. **Phương tiện:** Bộ dụng cụ đại phẫu thuật, dao điện, máy hút.
3. **Người bệnh:**
 - Hồ sơ bệnh án và các xét nghiệm liên quan.
 - Giải thích cho người bệnh và gia đình người bệnh hiểu và kí giấy xin phẫu thuật.
 - Bồi phụ cho các trường hợp rối loạn nước điện giải do hẹp môn vị, giảm protein máu và thiếu máu nặng.
 - Rửa dạ dày nếu hẹp môn vị.
 - Thụt tháo trước phẫu thuật và kháng sinh dự phòng.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:

1. **Vô cảm:** gây mê nội khí quản kèm thuốc dẫn cơ.
2. **Kỹ thuật:**
 - Đường rạch: đường trắng giữa trên rốn, có thể kéo dài xuống dưới rốn.
 - Thăm dò vị trí, tình trạng ổ loét, dự kiến phương pháp đóng mồm tá tràng, kiểm tra các tạng khác trong ổ bụng.
 - Giải phóng bờ cong lớn phần dạ dày cắt bỏ.
 - Phẫu tích bó mạch môn vị thắt cắt, cầm máu bằng chỉ lạnh.

- Cắt và đóng mồm tá tràng là thi cơ bản, đóng theo phương pháp Mayo, kiểu vùi mồm ruột thừa, kiểu vùi 2 nửa túi, kiểu vùi từng mũi rời với chỉ không tiêu.
- Phẫu tích, cặp, cắt, buộc chỉ lạnh chắc động mạch vành vị.
- Cầm máu lớp niêm mạc và hạ niêm mạc của mặt trước và mặt sau dạ dày; sau đó cắt dạ dày và hút sạch dịch ở mồm dạ dày còn lại. Kiểm tra, cầm máu lại ở thành dạ dày nhất là phía góc bờ cong nhỏ.
- Mở mạc treo đại tràng ngang 8cm nơi vô mạch, khâu dính mạc treo vào mặt sau mồm dạ dày cách diện cắt 2cm.
- Chuẩn bị quai hồng tràng đầu tiên, kéo qua lỗ mạc treo vừa mở, đặt quai đến về phía bờ cong bé quai đi về phía bờ cong lớn, miệng nối cách góc Treitz 8cm.
- Mở ruột 7 cm, cầm máu mép ruột bằng đốt điện hay cặp và buộc.
- Lam miệng nối dạ dày ruột, khâu kiểu một lớp theo Finsterer hay Polya. Có thể tiến hành nối mồm dạ dày với hồng tràng, kiểu khâu 2 lớp, khâu vắt. Tăng cường 2 mũi chữ U ở miệng nối chỗ tiếp xúc bờ cong nhỏ và bờ cong lớn.
- Cố định mạc treo đại tràng ngang vào mặt trước mồm dạ dày còn lại.
- Lau bụng, kiểm tra, xếp lại ruột, đặt dẫn lưu dưới gan tùy thuộc phẫu thuật viên.
- Có thể nối kiểu Péan, hoặc miệng nối qua trước mạc treo đại tràng ngang.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

1. **Theo dõi:** Mạch, huyết áp, nhịp thở, nước tiểu, ống dẫn lưu trong 48 giờ đầu.
2. **Xử lý:**
 - Chảy máu lách: Cầm máu bảo tồn, không kết quả phải cắt lách.
 - Tồn thương đường mật: Khâu phục hồi, dẫn lưu ống Kehr.
 - Lộ bóng Vater, cắt phải bóng Vater: Tạo hình bằng phẫu thuật chuyên biệt.
 - Cắt phải cuống gan: Phục hồi tĩnh mạch cửa trước, động mạch gan (có thể thắt) và phục hồi đường mật sau cùng.
 - Chảy máu ổ bụng: Phẫu thuật lại cầm máu nếu dẫn lưu ra máu số lượng nhiều.
 - Chảy máu miệng nối: Phẫu thuật lại nếu rửa dạ dày và hồi sức không kết quả.
 - Viêm phúc mạc: Phẫu thuật lại với nguyên tắc lau rửa sạch ổ bụng, đặt hệ thống dẫn lưu để hút liên tục, chăm sóc toàn thân và tại chỗ tích cực.
 - Do bọc mồm tá tràng: đặt dẫn lưu tá tràng, mở thông hồng tràng nuôi dưỡng.
 - Do bọc miệng nối: Khâu lại, mở thông hồng tràng cho ăn là bắt buộc.
 - Rò mồm tá tràng: hút liên tục, chăm sóc tại chỗ và toàn thân tích cực, ít khi phẫu thuật lại.
 - Áp xe dưới hoành: chọc hút hay chích dẫn lưu kết hợp với điều trị kháng sinh toàn thân theo kháng sinh đồ.
 - Tắc ruột sau phẫu thuật: Phẫu thuật lại khi điều trị bằng hút và truyền dịch không kết quả.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

ĐÓNG HẬU MÔN NHÂN TẠO ĐẠI TRÀNG

I. ĐỊNH NGHĨA

Là phẫu thuật nhằm lập lại lưu thông đại tràng ở người bệnh đã được làm hậu môn nhân tạo. Thường từ 2 tháng rưỡi tới 3 tháng.

II. CHỈ ĐỊNH

Khi đoạn đại tràng phía dưới đã thông hoặc thương tổn đã khỏi, tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh ổn định.

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Đoạn đại tràng phía dưới chưa thông hoặc thương tổn chưa khỏi, tình trạng toàn thân và tại chỗ của người bệnh chưa ổn định.

IV. CHUẨN BỊ

1. **Cán bộ chuyên khoa:** phẫu thuật viên tiêu hoá.
2. **Người bệnh:**
 - Uống thuốc tẩy (Fortran), thụt sạch đoạn dưới.
 - Rửa sạch thay băng chỗ mở hậu môn đoạn dưới.
 - Rửa sạch thay băng chỗ mở hậu môn nhân tạo.
 - Ăn chế độ không bã.

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Vô cảm:** gây mê nội khí quản, gây tê vùng.
2. **Kỹ thuật:**
 - Đường rạch : vòng cách lỗ mở thông vài mm, có thể rạch dọc thêm lên trên và xuống dưới,
 - Bóc tách đại tràng khỏi lớp mỡ dưới da
 - Mở lớp cân phúc mạc tỉ mỉ vào ổ bụng, giải phóng đại tràng để đưa ra.
 - Đưa lỗ mở thông ra ngoài, xén lại mép ruột, cầm máu. Khâu kín theo chiều ngang thanh cơ ruột. Mũi rời hay khâu vắt; kiểm tra lòng ruột không bị hẹp.
 - Đóng bụng 2 lớp, để da hở.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN:

- Rò vết mổ do bục chỉ: hút liên tục, chăm sóc vết mổ; nếu không kết quả: phẫu thuật lại.
- Viêm phúc mạc do bục chỉ: phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo.

QUY TRÌNH KỸ THUẬT

PHẪU THUẬT RÒ HẬU MÔN

I. ĐẠI CƯƠNG

Rò hậu môn là hình thái mãn của nung mủ hậu môn, đa số có nguồn gốc từ nhiễm khuẩn tuyến Hermann và Desfosses (Parks). chỉ có một phương pháp điều trị : Phẫu thuật mở rộng hay lấy bỏ toàn bộ đường rò và các nhánh, bảo đảm dẫn lưu tốt để vết mổ liền từ trong ra. Tìm lỗ (trong) nguyên thủy là thì cổ yếu. Kỹ thuật phẫu thuật phải cố bảo tồn ối đa cấu trúc ống hậu môn để tránh rối loạn tự chủ hậu môn. Các rò do những nguyên nhân khác không xếp vào loại này.

II. CHỈ ĐỊNH:

Kỹ thuật phẫu thuật thay đổi theo loại rò (Parks).

III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:

- Có bệnh cấp tính toàn thân, tại chỗ. Các bệnh nặng chưa ổn định, ở người bệnh đái đường, HIV (+), Crohn, lao.....
- Không có chống chỉ định nhưng phải cân nhắc kỹ chỉ định, đảm bảo an toàn và chờ khi các bệnh đó đã ổn định.

IV. CHUẨN BỊ:

Chú ý phát hiện: Lao, Crohn, HIV (+), đái đường, ung thư, viêm đại tràng xuất huyết, giang mai, bệnh Verneuil, v...v..

V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

1. **Tư thế:** tư thế phụ khoa
2. **Vô cảm:** gây tê ngoài màng cứng hoặc tê tủy.
3. **Kỹ thuật:**
 - Tìm lỗ nguyên thủy, khám bằng ngón tay, dựa theo định luật Goodsall, bơm hơi, chất màu, nước oxy già loãng qua lỗ ngoài.
 - Thăm dò bằng que thăm mềm, thận trọng tránh bị “lạc đường”.
 - Dùng dao điện phẫu tích toàn bộ phần đường rò ở ngoài khối cơ tròn. Cắt bỏ phần đường rò này, nếu cần có thể mở đường rò để cắt được dễ dàng. Gần đây nhiều tác giả tránh những vết mổ phá phách rộng, không cắt bỏ đường rò mà thực hiện mở đường rò kèm nạo kỹ, dây dẫn hay que thăm chỉ đi qua phần đường rò nằm trong khối cơ tròn, xác định phần cơ tròn liên quan đó nhiều hay ít để xếp loại rò và xử lý.
 - Rò qua cơ thắt thấp, rò liên cơ thắt: dùng dao điện cắt ngang cơ thắt, giải phóng dây dẫn. Nạo lỗ trong, ổ nhiễm khuẩn kỹ.
 - Với rò cao hơn (qua cơ thắt cao hay trên cơ thắt): đặt dây dẫn (seton) bằng cao su hay nhiều sợi chỉ to không tiêu, dùng dao điện cắt phần da ở mép hậu môn và phía trong đến sát lỗ trong.
 - Có 2 cách dùng dây dẫn:

- Cắt chậm: Thắt dây cao su hay một sợi chỉ không tiêu, chặt và dsau 1 – 2 tuần lại thắt tiếp cho đến khi dây cắt qua khối cơ thắt
 - Dẫn lưu: để dây dẫn lỏng; sau 1 – 2 tháng, dùng dao cắt ngang khối cơ thắt.
 - Rò trong thành: lỗ nguyên thủy và thứ phát đều ở trong lòng ruột, thường trên cùng một bình diện. Đặt que thăm hay dây dẫn vào đường rò qua 2 lỗ đó. Dùng dao điện cắt dọc, mở đường rò giải phóng dây dẫn, lớp cơ bị cắt viêm nên rất dày, chảy máu nhiều khi cắt phải banh rộng lỗ hậu môn, ánh sáng, máy hút tốt. Cắt mở cơ tròn trong từ lỗ nguyên thủy ra mép hậu môn, tránh “bạc thang”
 - Rò móng ngựa: làm 2 hay 3 phần kĩ thuật.
 - Phẫu thuật kì 1:
 - . Đặt dây dẫn nối thông các lỗ ngoài và trong.
 - . Phẫu tích cắt bỏ hay mở các đường rò bên trái và bên phải, phần ở ngoài khối cơ thắt.
 - . Đặt dây dẫn lưu qua các lỗ nguyên thủy và thứ phát.
 - Phẫu thuật kì 2: 4 – 6 tuần sau. Xử lí đường rò nối 2 lỗ ngoài trái và phải.
 - Phẫu thuật kì 3: 4 – 6 tuần sau. Xử lí đường rò chính.
- Tuỳ theo đường rò thuộc loại cao hay thấp mà xử lí: cắt ngay hay cắt chậm cơ, đặt dây dẫn. Có thể ghép kì 2 và kì 3 làm một kì phẫu thuật nếu tình trạng cho phép.

VI. THEO DÕI VÀ XỬ LÝ TAI BIẾN

1. Theo dõi

- Chú trọng việc thay băng và chăm sóc hậu phẫu, do phẫu thuật viên hay kíp phẫu thuật trực tiếp thực hiện.

2. Xử lí:

- Không tìm được lỗ trong: Phẫu tích và cắt bỏ hay mở , nạo phần đường rò ngoài cơ thắt, lấy móc từ lỗ ngoài. Nạo kĩ, báo cho người bệnh nhiều khả năng phải phẫu thuật kì hai. Không được tự tạo lỗ trong (Denis).
- Nếu không thông được đường rò: Sau khi cắt đường rò ngoài cơ thắt , tiếp tục thăm dò từ trong ra, từ ngoàivào, rất nhẹ nhàng. Nếu vẫn không thông được, bơm xanh metylen và mở dần đường rò từ ngoài vào đến khối cơ thắt; nếu không thấy không được tự tạo đường rò.
- Trong các thì phẫu tích , chú ý phát hiện các đường rò phụ, túi cùng và xử lí.
- Các chỉ định của đặt dây dẫn : rò liên quan đến khối cơ lớn hơn hay không xác định được, rò đã phẫu thuật nhiều lần tái phát, rò phía trước ở nữ, rò ở người mắc bệnh, Crohn, HIV (+).
- Biến chứng hay gặp là mất tự chủ hậu môn, tái phát.

.....

MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG NĂM 2010
KHOA NGOẠI TỔNG HỢP

Mục đích	Nâng cao chất lượng điều trị
Mục tiêu	1. Ngày điều trị trung bình: 6 ngày. 2. Tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ sạch < 1%
Công thức đo	1. Công thức phòng KHTH, ngày điều trị trung bình 2. Thống kê số liệu của khoa
Nguồn dữ liệu	Số liệu báo cáo của khoa
Kết quả phải đạt	Như mục tiêu đề ra trên
Người thực hiện	Bác sĩ điều trị, điều dưỡng trưởng khoa, điều dưỡng hành chánh
Người chịu trách nhiệm	BS Trưởng khoa.

KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG

Stt	Hành động	Thực hiện	Thời gian
1	Thông kê số liệu mỗi tháng	Điều dưỡng trưởng	Cuối tháng
2	Sơ kết báo cáo mỗi quý	Trưởng khoa Điều dưỡng trưởng	Cuối quý
3	Đánh giá kết quả thực hiện	Trưởng khoa Điều dưỡng trưởng	Cuối quý
4	Đề ra biện pháp cụ thể để thực hiện tiếp theo	BS Trưởng khoa	Đầu quý

THỰC HIỆN

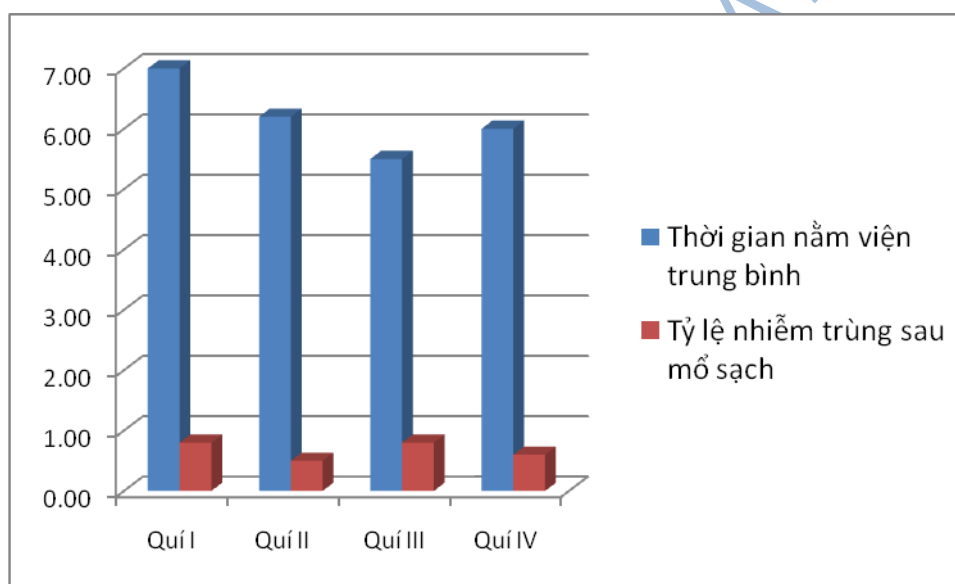
Stt	Bước Công Việc	Thời gian thực hiện	Người thực hiện	Người giám sát
1	Áp dụng tối ưu quy trình kỹ thuật phẫu thuật, phác đồ điều trị.	Năm 2010	Bs. điều trị	Trưởng/phó khoa
2	Áp dụng tối ưu quy trình kỹ thuật và qui trình chăm sóc vết mổ.	Năm 2010	Điều dưỡng	Điều dưỡng trưởng
3	Tổ chức sinh hoạt, nhắc nhở, tập huấn định kỳ mỗi tháng cho các nhân viên	Ngày thứ sáu cuối mỗi tháng	Trưởng/ phó khoa/ ĐD trưởng	Trưởng khoa
4	Tổng hợp, báo cáo thực hiện mục tiêu	Cuối tháng 11/2010	Trưởngkhoa	BGD bệnh viện

BẢNG ĐÁNH GIÁ MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG

Kết quả:

Chỉ tiêu chất lượng	Quý I	Quý II	Quý III	Quý IV
Ngày nằm viện trung bình				
Tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ sạch				

BIỂU ĐỒ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHẤT LƯỢNG



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 khám bệnh PK	1	Tủ Hs	ĐD.HC	Lưu mạng VT	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
2	Sổ VV-RV-CV	2	Tủ Hs	ĐD.HC	Lưu mạng VT	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
3	Sổ báo cáo bệnh (tháng PK)	3	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
4	Sổ bàn giao bệnh chuyển khoa	4	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
5	Sổ bàn giao bệnh chuyển viện	5	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
6	Sổ mời hội chẩn	6	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
7	Sổ biên bản hội chẩn	7	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
8	Sổ thường trực	8	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
9	Sổ họp khoa	9	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
10	Sổ bình bệnh án	10	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
11	Sổ bình hồ sơ CS & sinh hoạt CM	11	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
12	Sổ chỉ đạo tuyến	12	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
13	Sổ góp ý của người bệnh	13	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH

14	Sổ đi buồng	14	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
15	Sổ chăm công	15	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	01 tháng	Trả phòng TCCB
16	Sổ sinh hoạt hội đồng người bệnh	16	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả phòng KHTH
17	Sổ họp ĐDTK	17	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
18	Sổ mượn thuốc trực	18	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả khoa Dược
19	Sổ lãnh thuốc hướng tâm thần	19	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả khoa Dược
20	Sổ lãnh máu	20	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Trả khoa XN
21	Sổ sao y lệnh trực	21	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	01 năm	Tự hủy
22	Sổ bàn giao y dụng cụ	22	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	01 năm	Tự hủy
23	Sổ trả hồ sơ ra viện (BHYT)	23	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
24	Sổ trả hồ sơ ra viện (BHYT <6t)	24	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
25	Sổ trả hồ sơ ra viện (MP)	25	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
26	Sổ in phiếu thanh toán chênh lệch	26	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
27	Sổ in phiếu thanh toán BHYT	27	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy
28	Sổ đăng ký miễn phí	28	Tủ Hs	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN. khoa	02 năm	Tự hủy

DANH MỤC TÀI LIỆU NỘI BỘ HIỆN HÀNH

Stt	Tên tài liệu	Mã	Lần ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Lần sửa đổi				
					Máy tính	Tủ tài liệu	1	2	3	4	5
1	Quy chế chống nhiễm khuẩn.		1	18/03/2009	x	x					
2	Quy chế công tác khoa ngoại		1	19/09/1997	x	x					
3	Nội qui bệnh viện		1	1/8/2008		x					
4	Nội qui định hoạt động khoa Ngoại		1	2008	x	x					
5	Quy định quyền & nghĩa vụ TNBN....		1	1/8/2008		x					
6	Quy định đối với nhân viên khoa Ngoại		1	2008	x	x					
7	Quy định thời gian sử dụng d/cụ vô khuẩn		1	2007		x					
8	Quy chế sử dụng thuốc		1	1/2/2008	x	x					
9	Quy chế kê đơn thuốc điều trị ngoại trú		1	1/2/2008	x	x					
10	Quy chế quản lý chất thải y tế		1	30/11/2007	x	x					
11	Quy chế xử lý chất thải y tế		1	18/03/2009	x	x					
12	Quy chế hội chẩn		1	18/03/2009	x	x					
13	Quy trình bệnh chuyển trại, chuyển khoa		1	03/2010	x	x					

14	Quy trình chăm sóc		1	18/03/2009	X	x					
15	Quy trình điều trị ngoại trú		1	18/03/2009	X	x					
16	Quy trình hướng dẫn điều trị nội trú		1	18/03/2009	X	x					
17	Quy trình chuyển viện		1	5/2/2009	X						
18	Quy trình rửa tay thường quy		1	12/10/2007		x					
19	Quy trình rửa tay bằng dd có cồn		1	12/10/2007		x					
20	Quy trình xử lý d/cụ k/loại tại khoa LS		1	10/2009		x					
21	Quy trình xử lý d/cụ không chịu nhiệt		1	10/2009		x					
22	Quy trình sử dụng găng tay		1	2007		x					
23	Quy trình tiệt khuẩn dây máy thở		1	2007		x					
24	Quy trình sử dụng dây, bình làm ẩm o xy		1	2007		x					
25	Quy chế chi tiêu nội bộ 2009		1	27/3/2009		x					
26	Phác đồ điều trị khoa Ngoại		1	18/03/2009	X	x					
27	Chính sách chất lượng BVĐKTT-AG		1	25/03/2009	X	x					
28	Sổ tay chất lượng		1	25/03/2009	X	x					

DANH MỤC TÀI LIỆU BÊN NGOÀI HIỆN HÀNH

Stt	Tên tài liệu	Mã số	Tác giả/Nơi ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Ghi chú
					Máy tính	Tủ tài liệu	
1	Qui chế bệnh viện		Bộ Y Tế	19/09/1997		X	
2	Tổ chức quản lý khoa ngoại trong bệnh viện đa khoa		Bộ Y Tế	2001		X	
3	Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện - tập 1		Bộ Y Tế	04/5/1999		X	
4	Hướng dẫn quy trình kỹ thuật bệnh viện - tập 2		Bộ Y Tế	19/12/2000		X	
5	Hướng dẫn qui trình chăm sóc người bệnh (I, II)		Bộ Y Tế	29/3/2004		X	
6	Điều dưỡng cơ bản		Vụ khoa học- đào tạo	1995		X	