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

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

Số: 14339 /QĐ-YTNH

*Ninh Hòa, ngày 15 tháng 8 năm 2022*

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

## GIÁM ĐỐC TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ NINH HÒA

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

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

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

## QUYẾT ĐỊNH:

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này là 13 Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Gây mê - Hồi sức tại Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa.

- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng phương pháp Lichtenstein;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật điều trị thoạt vị bẹn bằng phương pháp Shouldice;
- Quy trình kỹ thuật phẫu thuật hội chứng ống cổ tay;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức Hội chứng Volkmann co cơ gấp không kết hợp xương;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật kết hợp xương gãy 2 xương cẳng tay;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật kết hợp xương gãy hở I thân 2 xương cẳng tay;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật kết hợp xương gãy hở II thân xương cẳng tay;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật kết hợp xương gãy mõm khủy phức tạp;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật kết hợp xương gãy mõm khuỷu;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật kết hợp xương gãy Monteggia;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa;
- Quy trình kỹ thuật Hồi sức phẫu thuật thoát vị bẹn 2 bên;
- Quy trình kỹ thuật Gây mê nội khí quản phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm và rửa bụng.

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

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

***Nơi nhận:***
- Như điều 3 (VBĐT);
- Lưu: VT, KHNV

**GIÁM ĐỐC**

**Trịnh Tiến Khoa**

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN BẰNG PHƯƠNG PHÁP LICHTENSTEIN

*(Đính kèm Quyết định số* 14339*/QĐ-YTNH ngày 15/8/2022*
*của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN BẰNG PHƯƠNG PHÁP LICHTENSTEIN

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

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

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

Thần kinh: bênh nhân tỉnh hay mê.

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

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

hoàn, tím tái, chảy máu ở vết thương…

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

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

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

Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

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

**5. Theo dõi nước tiểu**

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

**6. Thuốc điều trị**

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

- Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**7. Liệu pháp oxy**

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

**8. Giảm đau sau mổ**

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

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

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

*Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, Paracetamol.

+ Thuốc phiện tác dụng yếu: Codeine (Dafalgan codeine),

Dextropropoxyphen (Diantalvic).

+ Thuốc phiện tác dụng trung bình: Temgésic, Nubaine, Topalgic, Contramal.

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

**9. Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

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

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

1. Tai biến do thuốc và xử trí

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

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

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

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

**2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí**

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

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

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

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

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

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

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

## IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN BẰNG PHƯƠNG PHÁP SHOULDICE

*(Đính kèm Quyết định số 1433/QĐ-YTNH ngày 15 /8/2022 của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BẸN BẰNG PHƯƠNG PHÁP SHOULDICE

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

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

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

- Thần kinh: Bệnh nhân tỉnh hay mê.

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

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

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

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

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

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

- Động viên tinh thần cho bệnh nhân, tạo cho bệnh nhân cảm giác an tâm.

- Tránh cho bệnh nhân những lo sợ không đáng có, để người bệnh có tinh thần tốt nhất vượt qua bệnh tật.

**5. Theo dõi nước tiểu**

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

**6. Thuốc điều trị**

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

Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**7. Liệu pháp oxy**

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

**8. Giảm đau sau mổ**

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

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

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

- *Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, Paracetamol.

+Thuốc phiện tác dụng yếu: Codeine (Dafalgan codeine), dextropropoxyphen (Diantalvic).

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

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

9. **Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

- Các loại dịch có thể dùng sau mổ trong điều kiện hiện nay: dung dịch Ringer lactate, dung dịch NaCl 0,9%, dung dịch Glucose 5%, 10%. Có thể cho 500ml dung dịch Ringer lactate, 500ml dung dịch NaCl 0,9%, 1000ml Glucose 5%.

- Không nên cung cấp quá nhiều dung dịch NaCl 0,9% vì thận sẽ không thải hết natri. Không cung cấp quá nhiều dung dịch glucose vì bệnh nhân có nguy cơ ngộ độc nước nhất là ở trẻ em.

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

### 1. Tai biến do thuốc và xử trí

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

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

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

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

### 2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí

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

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

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

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

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

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

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

## IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY

*(Đính kèm Quyết định số 14339 /QĐ-YTNH ngày 15 /8/2022 của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. Theo dõi BILAN nước**

- Cho y lệnh nhịn hay chế độ ăn uống sớm.

- Nên cân bệnh nhân trong một số trường hợp cần thiết.

**6. Theo dõi nước tiểu**

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

**7. Thuốc điều trị**

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

- Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**8. Liệu pháp oxy**

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

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

Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

**9. Giảm đau sau mổ**

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

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

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

- *Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: aspirine, paracetamol.

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

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

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

**10. Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

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

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

### 1. Biến chứng hô hấp

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

- *Tắc nghẽn đường hô hấp trên*

Đây là nguyên nhân thường gặp ở phòng hồi sức sau mổ:

Nguyên nhân:

+ Tụt lưỡi gây  tắc hầu.

+ Ứ đọng dịch, chất tiết trong hầu họng.

+ Co thắt thanh quản, tổn thương  trực tiếp thanh quản.

+ Co thắt thanh quản, phù thanh quản.

+ Liệt dây thanh.

+ Chèn ép từ bên ngoài: Tắc nghẽn hầu, thanh quản có thể xảy ra sau khi phẫu thuật đầu, mặt cổ.

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó thở thì thở vào.

+ Nghe âm thở ồn ào.

+ Phập phồng cánh mũi.

+ Rút lõm hỏm trên xương ức, các khoảng gian sườn.

+ Co cơ bụng, cơ hoành dữ dội.

Xử trí:

+ Ngửa đầu ra sau.

+ Kéo hàm ra trước làm kéo lưỡi ra xa thành họng sau.

+ Đặt Airway nhưng có nguy cơ kích thích làm bệnh nhân nôn, ọe.

- *Hạ oxy máu động mạch*

Nguyên nhân:

+ Còn tác dụng của thuốc mê.

+ Đau làm hạn chế hô hấp nhất là sau phẫu thuật bụng, ngực.

+ Xẹp phổi gây nên shunt phải-trái trong phổi là nguyên nhân chung nhất. Xẹp phổi do tắc các phế quản nhỏ do chất tiết. Giảm chỉ số thông khí tưới máu, giảm thể tích dự trữ cặn chức năng.

+ Hít dịch dạ dày: đóng các đường dẫn khí phản xạ, mất chất surfactant, tổn thương mạch máu.

+ Tắc mạch phổi do khí.

+ Giảm cung lượng tim

+ Phù phổi do suy tim trái

+ Tràn khí màng phổi

+ Bệnh nhân lớn tuổi, béo phì là yếu tố thuận lợi của hạ oxy máu động mạch.

+ Chẩn đoán hạ oxy máu đòi hỏi làm khí máu, gọi là hạ oxy máu khi $PaO_2 < 60mmHg$, cần theo dõi độ bão hòa oxy để phát hiện. Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu: tăng huyết áp, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, loạn nhịp tim, kích thích.

+ Hemoglobin thấp làm khó phát hiện dấu tím tái.

Xử trí:

+ Cho thở oxy hỗ trợ.

+ Điều trị nguyên nhân, nếu không hiệu quả phải thở máy chế độ PEEP (thở máy áp lực dương cuối kỳ thở ra).

- *Giảm thông khí phế nang*

+ Dẫn đến tăng PaCO2 thường xảy ra sớm ở giai đoạn sau mổ.

Nguyên nhân:

+ Ức chế trung tâm hô hấp.

+ Ảnh hưởng của thuốc giãn cơ.

+ Đau sau mổ.

+ Bị bệnh tắc nghẽn đường hô hấp từ trước.

+ Chẩn đoán đòi hỏi làm khí máu: PaCO2 > 44 mmHg:

**2. Các rối loạn tuần hoàn**

- *Hạ huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Giảm tuần hoàn trở về và giảm thể tích là những nguyên nhân hay gặp nhất.

+ Giảm co bóp cơ tim.

+ Nhiễm trùng.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tràn dịch màng tim.

Xử trí:

+ Bù dịch.

+ Giải quyết nguyên nhân.

+ Dùng thuốc vận mạch.

- *Tăng huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Đau là nguyên nhân thường gặp.

+ Tiền sử tăng huyết áp: 50% số bệnh nhân bị tăng huyết áp sau mổ có tiền sử tăng huyết áp.

+ Các nguyên nhân khác do truyền quá nhiều dịch, tăng phân áp CO2 máu động mạch, giảm phân áp oxy máu động mạch.

- *Loạn nhịp tim*

Nguyên nhân:

+ Phân áp oxy máu động mạch thấp là nguyên nhân đầu tiên.

+ Giảm thể tích tuần hoàn.

+ Đau.

+ Hạ nhiệt độ.

+ Dùng thuốc kháng cholin.

+ Thiếu máu cơ tim.

+ Rối loạn điện giải đồ.

+ Toan hô hấp.

+ Tăng huyết áp.

+ Có loạn nhịp từ trước.

Xử trí:

Chủ yếu là giải quyết nguyên nhân

**3. Kích thích sau mổ**

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

**4. Đau**

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

**5. Rối loạn chức năng thận**

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

**6. Rối loạn đông chảy máu**

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

**7. Hạ nhiệt độ**

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

**8. Chế độ ăn sau mổ**

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

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

## IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT HỘI CHỨNG VOLKMANN CO CƠ GẤP KHÔNG KẾT HỢP XƯƠNG

*(Đính kèm Quyết định số 14339/QĐ-YTNH ngày 15 /8 /2022 của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT HỘI CHỨNG ỐNG CỔ TAY

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. Theo dõi BILAN nước**

- Cho y lệnh nhịn hay chế độ ăn uống sớm.

- Nên cân bệnh nhân trong một số trường hợp cần thiết.

**6. Theo dõi nước tiểu**

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

**7. Thuốc điều trị**

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

- Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**8. Liệu pháp oxy**

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

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

- Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

**9. Giảm đau sau mổ**

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

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

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

- *Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, Paracetamol.

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

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

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

**10. Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

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

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

### 1. Biến chứng hô hấp

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

- *Tắc nghẽn đường hô hấp trên*

Đây là nguyên nhân thường gặp ở phòng hồi sức sau mổ:

Nguyên nhân:

- Tụt lưỡi gây  tắc hầu.

- Ứ đọng dịch, chất tiết trong hầu họng.

- Co thắt thanh quản, tổn thương  trực tiếp thanh quản.

- Co thắt thanh quản, phù thanh quản.

- Liệt dây thanh.

- Chèn ép từ bên ngoài: Tắc nghẽn hầu, thanh quản có thể xảy ra sau khi phẫu thuật đầu, mặt cổ.

Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó thở thì thở vào.

+ Nghe âm thở ồn ào.

+ Phập phồng cánh mũi.

+ Rút lõm hỏm trên xương ức, các khoảng gian sườn.

+ Co cơ bụng, cơ hoành dữ dội.

Xử trí:

+ Ngửa đầu ra sau.

+ Kéo hàm ra trước làm kéo lưỡi ra xa thành họng sau.

+ Đặt Airway nhưng có nguy cơ kích thích làm bệnh nhân nôn, ọe.

- *Hạ oxy máu động mạch*

Nguyên nhân:

+ Còn tác dụng của thuốc mê.

+ Đau làm hạn chế hô hấp nhất là sau phẫu thuật bụng, ngực.

+ Xẹp phổi gây nên shunt phải-trái trong phổi là nguyên nhân chung nhất. Xẹp phổi do tắc các phế quản nhỏ do chất tiết. Giảm chỉ số thông khí tưới máu, giảm thể tích dự trữ cặn chức năng.

+ Hít dịch dạ dày: Đóng các đường dẫn khí phản xạ, mất chất surfactant, tổn thương mạch máu.

+ Tắc mạch phổi do khí.

+ Giảm cung lượng tim

+ Phù phổi do suy tim trái

+ Tràn khí màng phổi

+ Bệnh nhân lớn tuổi, béo phì là yếu tố thuận lợi của hạ oxy máu động mạch.

+ Chẩn đoán hạ oxy máu đòi hỏi làm khí máu, gọi là hạ oxy máu khi $PaO_2 < 60mmHg$, cần theo dõi độ bão hòa oxy để phát hiện. Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu: Tăng huyết áp, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, loạn nhịp tim, kích thích.

+ Hemoglobin thấp làm khó phát hiện dấu tím tái.

Xử trí:

+ Cho thở oxy hỗ trợ.

+ Điều trị nguyên nhân, nếu không hiệu quả phải thở máy chế độ PEEP (thở máy áp lực dương cuối kỳ thở ra).

- *Giảm thông khí phế nang*

Dẫn đến tăng PaCO2 thường xảy ra sớm ở giai đoạn sau mổ.

Nguyên nhân:

+ Ức chế trung tâm hô hấp.

+ Ảnh hưởng của thuốc giãn cơ.

+ Đau sau mổ.

+ Bị bệnh tắc nghẽn đường hô hấp từ trước.

+ Chẩn đoán đòi hỏi làm khí máu: PaCO2 > 44 mmHg

**2. Các rối loạn tuần hoàn**

- *Hạ huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Giảm tuần hoàn trở về và giảm thể tích là những nguyên nhân hay gặp nhất.

+ Giảm co bóp cơ tim.

+ Nhiễm trùng.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tràn dịch màng tim.

Xử trí:

+ Bù dịch.

+ Giải quyết nguyên nhân.

+ Dùng thuốc vận mạch.

- *Tăng huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Đau là nguyên nhân thường gặp.

+ Tiền sử tăng huyết áp: 50% số bệnh nhân bị tăng huyết áp sau mổ có tiền sử tăng huyết áp.

+ Các nguyên nhân khác do truyền quá nhiều dịch, tăng phân áp CO2 máu động mạch, giảm phân áp oxy máu động mạch.

- *Loạn nhịp tim*

Nguyên nhân:

+ Phân áp oxy máu động mạch thấp là nguyên nhân đầu tiên.

+ Giảm thể tích tuần hoàn.

+ Đau.

+ Hạ nhiệt độ.

+ Dùng thuốc kháng cholin.

+ Thiếu máu cơ tim.

+ Rối loạn điện giải đồ.

+ Toan hô hấp.

+ Tăng huyết áp.

+ Có loạn nhịp từ trước.

Xử trí:

Chủ yếu là giải quyết nguyên nhân

**3. Kích thích sau mổ**

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

**4. Đau**

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

**5. Rối loạn chức năng thận**

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

**6. Rối loạn đông chảy máu**

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

**7. Hạ nhiệt độ**

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

**8. Chế độ ăn sau mổ**

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

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

## IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY 2 XƯƠNG CẲNG TAY

*(Đính kèm Quyết định số* 14339*/QĐ-YTNH ngày 15 /8/2022*
*của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG 2 XƯƠNG CẲNG TAY

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. Theo dõi BILAN nước**

Cho y lệnh nhịn hay chế độ ăn uống sớm.

Nên cân bệnh nhân trong một số trường hợp cần thiết.

**6. Theo dõi nước tiểu**

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

**7. Thuốc điều trị**

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

Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**8. Liệu pháp oxy**

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

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

- Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

**9. Giảm đau sau mổ**

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

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

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

- *Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: aspirine, paracetamol.

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

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

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

10. **Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

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

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

### 1. Biến chứng hô hấp

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

- *Tắc nghẽn đường hô hấp trên*

Đây là nguyên nhân thường gặp ở phòng hồi sức sau mổ:

Nguyên nhân:

+ Tụt lưỡi gây  tắc hầu.

+ Ứ đọng dịch, chất tiết trong hầu họng.

+ Co thắt thanh quản, tổn thương  trực tiếp thanh quản.

+ Co thắt thanh quản, phù thanh quản.

+ Liệt dây thanh.

+ Chèn ép từ bên ngoài: tắc nghẽn hầu, thanh quản có thể xảy ra sau khi phẫu thuật đầu, mặt cổ.

Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó thở thì thở vào.

+ Nghe âm thở ồn ào.

+ Phập phồng cánh mũi.

+ Rút lõm hỏm trên xương ức, các khoảng gian sườn.

+ Co cơ bụng, cơ hoành dữ dội.

Xử trí:

+ Ngửa đầu ra sau.

+ Kéo hàm ra trước làm kéo lưỡi ra xa thành họng sau.

+ Đặt Airway nhưng có nguy cơ kích thích làm bệnh nhân nôn, ọe.

- *Hạ oxy máu động mạch*

Nguyên nhân:

+ Còn tác dụng của thuốc mê.

+ Đau làm hạn chế hô hấp nhất là sau phẫu thuật bụng, ngực.

+ Xẹp phổi gây nên shunt phải-trái trong phổi là nguyên nhân chung nhất. Xẹp phổi do tắc các phế quản nhỏ do chất tiết. Giảm chỉ số thông khí tưới máu, giảm thể tích dự trữ cặn chức năng.

+ Hít dịch dạ dày: đóng các đường dẫn khí phản xạ, mất chất surfactant, tổn thương mạch máu.

+ Tắc mạch phổi do khí.

+ Giảm cung lượng tim

+ Phù phổi do suy tim trái

+ Tràn khí màng phổi.

+ Bệnh nhân lớn tuổi, béo phì là yếu tố thuận lợi của hạ oxy máu động mạch.

+ Chẩn đoán hạ oxy máu đòi hỏi làm khí máu, gọi là hạ oxy máu khi $PaO_2 < 60mmHg$, cần theo dõi độ bão hòa oxy để phát hiện. Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu: tăng huyết áp, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, loạn nhịp tim, kích thích.

+ Hemoglobin thấp làm khó phát hiện dấu tím tái.

Xử trí:

+ Cho thở oxy hỗ trợ.

+ Điều trị nguyên nhân, nếu không hiệu quả phải thở máy chế độ PEEP (thở máy áp lực dương cuối kỳ thở ra).

- *Giảm thông khí phế nang*

Dẫn đến tăng PaCO2 thường xảy ra sớm ở giai đoạn sau mổ.

Nguyên nhân:

+ Ức chế trung tâm hô hấp.

+ Ảnh hưởng của thuốc giãn cơ.

+ Đau sau mổ.

+ Bị bệnh tắc nghẽn đường hô hấp từ trước.

+ Chẩn đoán đòi hỏi làm khí máu: PaCO2 > 44 mmHg.

**2. Các rối loạn tuần hoàn**

- *Hạ huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Giảm tuần hoàn trở về và giảm thể tích là những nguyên nhân hay gặp nhất.

+ Giảm co bóp cơ tim.

+ Nhiễm trùng.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tràn dịch màng tim.

Xử trí:

+ Bù dịch.

+ Giải quyết nguyên nhân.

+ Dùng thuốc vận mạch.

- *Tăng huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Đau là nguyên nhân thường gặp.

+ Tiền sử tăng huyết áp: 50% số bệnh nhân bị tăng huyết áp sau mổ có tiền sử tăng huyết áp.

+ Các nguyên nhân khác do truyền quá nhiều dịch, tăng phân áp CO2 máu động mạch, giảm phân áp oxy máu động mạch.

- *Loạn nhịp tim*

Nguyên nhân:

+ Phân áp oxy máu động mạch thấp là nguyên nhân đầu tiên.

+ Giảm thể tích tuần hoàn.

+ Đau.

+ Hạ nhiệt độ.

+ Dùng thuốc kháng cholin.

+ Thiếu máu cơ tim.

+ Rối loạn điện giải đồ.

+ Toan hô hấp.

+ Tăng huyết áp.

+ Có loạn nhịp từ trước.

Xử trí:

Chủ yếu là giải quyết nguyên nhân

1. **Kích thích sau mổ**

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

**4. Đau**

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

**5. Rối loạn chức năng thận**

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

**6. Rối loạn đông chảy máu**

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

**7. Hạ nhiệt độ**

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

**8. Chế độ ăn sau mổ**

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

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

## IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ I THÂN 2 XƯƠNG CẲNG TAY

*(Đính kèm Quyết định số 14339/QĐ-YTNH ngày 15 /8/2022 của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ I THÂN 2 XƯƠNG CẲNG TAY

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. Theo dõi BILAN nước**

- Cho y lệnh nhịn hay chế độ ăn uống sớm.

- Nên cân bệnh nhân trong một số trường hợp cần thiết.

**6. Theo dõi nước tiểu**

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

**7. Thuốc điều trị**

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

Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**8. Liệu pháp oxy**

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

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

- Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

**9. Giảm đau sau mổ**

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

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

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

- *Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, paracetamol.

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

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

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

10. **Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

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

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

### 1. Biến chứng hô hấp

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

- *Tắc nghẽn đường hô hấp trên*

Đây là nguyên nhân thường gặp ở phòng hồi sức sau mổ:

Nguyên nhân:

+ Tụt lưỡi gây  tắc hầu.

+ Ứ đọng dịch, chất tiết trong hầu họng.

+ Co thắt thanh quản, tổn thương  trực tiếp thanh quản.

+ Co thắt thanh quản, phù thanh quản.

+ Liệt dây thanh.

+ Chèn ép từ bên ngoài: Tắc nghẽn hầu, thanh quản có thể xảy ra sau khi phẫu thuật đầu, mặt cổ.

Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó thở thì thở vào.

+ Nghe âm thở ồn ào.

+ Phập phồng cánh mũi.

+ Rút lõm hỏm trên xương ức, các khoảng gian sườn.

+ Co cơ bụng, cơ hoành dữ dội.

Xử trí:

+ Ngửa đầu ra sau.

+ Kéo hàm ra trước làm kéo lưỡi ra xa thành họng sau.

+ Đặt Airway nhưng có nguy cơ kích thích làm bệnh nhân nôn, ọe.

- *Hạ oxy máu động mạch*

Nguyên nhân:

+ Còn tác dụng của thuốc mê.

+ Đau làm hạn chế hô hấp nhất là sau phẫu thuật bụng, ngực.

+ Xẹp phổi gây nên shunt phải-trái trong phổi là nguyên nhân chung nhất. Xẹp phổi do tắc các phế quản nhỏ do chất tiết. Giảm chỉ số thông khí tưới máu, giảm thể tích dự trữ cặn chức năng.

+ Hít dịch dạ dày: đóng các đường dẫn khí phản xạ, mất chất surfactant, tổn thương mạch máu.

+ Tắc mạch phổi do khí.

+ Giảm cung lượng tim

+ Phù phổi do suy tim trái

+ Tràn khí màng phổi

+ Bệnh nhân lớn tuổi, béo phì là yếu tố thuận lợi của hạ oxy máu động mạch.

+ Chẩn đoán hạ oxy máu đòi hỏi làm khí máu, gọi là hạ oxy máu khi $PaO_2 < 60mmHg$, cần theo dõi độ bão hòa oxy để phát hiện. Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu: tăng huyết áp, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, loạn nhịp tim, kích thích.

+ Hemoglobin thấp làm khó phát hiện dấu tím tái.

Xử trí:

+ Cho thở oxy hỗ trợ.

+ Điều trị nguyên nhân, nếu không hiệu quả phải thở máy chế độ PEEP (thở máy áp lực dương cuối kỳ thở ra).

- *Giảm thông khí phế nang*

Dẫn đến tăng PaCO2 thường xảy ra sớm ở giai đoạn sau mổ.

Nguyên nhân:

+ Ức chế trung tâm hô hấp.

+ Ảnh hưởng của thuốc giãn cơ.

+ Đau sau mổ.

+ Bị bệnh tắc nghẽn đường hô hấp từ trước.

+ Chẩn đoán đòi hỏi làm khí máu: PaCO2 > 44 mmHg:

**2. Các rối loạn tuần hoàn**

- *Hạ huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Giảm tuần hoàn trở về và giảm thể tích là những nguyên nhân hay gặp nhất.

+ Giảm co bóp cơ tim.

+ Nhiễm trùng.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tràn dịch màng tim.

Xử trí:

+ Bù dịch.

+ Giải quyết nguyên nhân.

+ Dùng thuốc vận mạch.

- *Tăng huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Đau là nguyên nhân thường gặp.

+ Tiền sử tăng huyết áp: 50% số bệnh nhân bị tăng huyết áp sau mổ có tiền sử tăng huyết áp.

+ Các nguyên nhân khác do truyền quá nhiều dịch, tăng phân áp CO2 máu động mạch, giảm phân áp oxy máu động mạch.

- *Loạn nhịp tim*

Nguyên nhân:

+ Phân áp oxy máu động mạch thấp là nguyên nhân đầu tiên.

+ Giảm thể tích tuần hoàn.

+ Đau.

+ Hạ nhiệt độ.

+ Dùng thuốc kháng cholin.

+ Thiếu máu cơ tim.

+ Rối loạn điện giải đồ.

+ Toan hô hấp.

+ Tăng huyết áp.

+ Có loạn nhịp từ trước.

Xử trí:

Chủ yếu là giải quyết nguyên nhân

**3. Kích thích sau mổ**

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

**4. Đau**

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

**5. Rối loạn chức năng thận**

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

**6. Rối loạn đông chảy máu**

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

**7. Hạ nhiệt độ**

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

**8. Chế độ ăn sau mổ**

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

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

## IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ II THÂN 2 XƯƠNG CẲNG TAY

*(Đính kèm Quyết định số 14339/QĐ-YTNH ngày 15 /8/2022 của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa)*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY HỞ II THÂN XƯƠNG CẲNG TAY

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. Theo dõi BILAN nước**

- Cho y lệnh nhịn hay chế độ ăn uống sớm.

- Nên cân bệnh nhân trong một số trường hợp cần thiết.

**6. Theo dõi nước tiểu**

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

**7. Thuốc điều trị**

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

- Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**8. Liệu pháp oxy**

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

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

- Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

**9. Giảm đau sau mổ**

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

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

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

- *Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: aspirine, paracetamol.

+Thuốc phiện tác dụng yếu: codeine (Dafalgan codeine), dextropropoxyphen (Diantalvic).

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

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

10. **Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

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

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

### 1. Biến chứng hô hấp

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

- *Tắc nghẽn đường hô hấp trên*

Đây là nguyên nhân thường gặp ở phòng hồi sức sau mổ:

Nguyên nhân:

+ Tụt lưỡi gây  tắc hầu.

+ Ứ đọng dịch, chất tiết trong hầu họng.

+ Co thắt thanh quản, tổn thương  trực tiếp thanh quản.

+ Co thắt thanh quản, phù thanh quản.

+ Liệt dây thanh.

+ Chèn ép từ bên ngoài: tắc nghẽn hầu, thanh quản có thể xảy ra sau khi phẫu thuật đầu, mặt cổ.

Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó thở thì thở vào.

+ Nghe âm thở ồn ào.

+ Phập phồng cánh mũi.

+ Rút lõm hỏm trên xương ức, các khoảng gian sườn.

+ Co cơ bụng, cơ hoành dữ dội.

Xử trí:

+ Ngửa đầu ra sau.

+ Kéo hàm ra trước làm kéo lưỡi ra xa thành họng sau.

+ Đặt Airway nhưng có nguy cơ kích thích làm bệnh nhân nôn, ọe.

- *Hạ oxy máu động mạch*

Nguyên nhân:

+ Còn tác dụng của thuốc mê.

+ Đau làm hạn chế hô hấp nhất là sau phẫu thuật bụng, ngực.

+ Xẹp phổi gây nên shunt phải-trái trong phổi là nguyên nhân chung nhất. Xẹp phổi do tắc các phế quản nhỏ do chất tiết. Giảm chỉ số thông khí tưới máu, giảm thể tích dự trữ cặn chức năng.

+ Hít dịch dạ dày: Đóng các đường dẫn khí phản xạ, mất chất Surfactant, tổn thương mạch máu.

+ Tắc mạch phổi do khí.

+ Giảm cung lượng tim

+ Phù phổi do suy tim trái

+ Tràn khí màng phổi

+ Bệnh nhân lớn tuổi, béo phì là yếu tố thuận lợi của hạ oxy máu động mạch.

+ Chẩn đoán hạ oxy máu đòi hỏi làm khí máu, gọi là hạ oxy máu khi $PaO_2 < 60mmHg$, cần theo dõi độ bão hòa oxy để phát hiện. Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu: Tăng huyết áp, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, loạn nhịp tim, kích thích.

+ Hemoglobin thấp làm khó phát hiện dấu tím tái.

Xử trí:

+ Cho thở oxy hỗ trợ.

+ Điều trị nguyên nhân, nếu không hiệu quả phải thở máy chế độ PEEP (thở máy áp lực dương cuối kỳ thở ra).

- *Giảm thông khí phế nang*

Dẫn đến tăng PaCO2 thường xảy ra sớm ở giai đoạn sau mổ.

Nguyên nhân:

+ Ức chế trung tâm hô hấp.

+ Ảnh hưởng của thuốc giãn cơ.

+ Đau sau mổ.

+ Bị bệnh tắc nghẽn đường hô hấp từ trước.

+ Chẩn đoán đòi hỏi làm khí máu: PaCO2 > 44 mmHg

**2. Các rối loạn tuần hoàn**

- *Hạ huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Giảm tuần hoàn trở về và giảm thể tích là những nguyên nhân hay gặp nhất.

+ Giảm co bóp cơ tim.

+ Nhiễm trùng.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tràn dịch màng tim.

Xử trí:

+ Bù dịch.

+ Giải quyết nguyên nhân.

+ Dùng thuốc vận mạch.

- *Tăng huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Đau là nguyên nhân thường gặp.

+ Tiền sử tăng huyết áp: 50% số bệnh nhân bị tăng huyết áp sau mổ có tiền sử tăng huyết áp.

+ Các nguyên nhân khác do truyền quá nhiều dịch, tăng phân áp CO2 máu động mạch, giảm phân áp oxy máu động mạch.

- *Loạn nhịp tim*

Nguyên nhân:

+ Phân áp oxy máu động mạch thấp là nguyên nhân đầu tiên.

+ Giảm thể tích tuần hoàn.

+ Đau.

+ Hạ nhiệt độ.

+ Dùng thuốc kháng cholin.

+ Thiếu máu cơ tim.

+ Rối loạn điện giải đồ.

+ Toan hô hấp.

+ Tăng huyết áp.

+ Có loạn nhịp từ trước.

Xử trí:

Chủ yếu là giải quyết nguyên nhân

2. **Kích thích sau mổ**

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

**4. Đau**

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

**5. Rối loạn chức năng thận**

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

**6. Rối loạn đông chảy máu**

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

**7. Hạ nhiệt độ**

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

**8. Chế độ ăn sau mổ**

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

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

## IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY MỎM KHUỶU PHỨC TẠP

*(Đính kèm Quyết định số 1433/QĐ-YTNH ngày 15 /8/2022 của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY MỎM KHUỶU PHỨC TẠP

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. Theo dõi BILAN nước**

- Cho y lệnh nhịn hay chế độ ăn uống sớm.

- Nên cân bệnh nhân trong một số trường hợp cần thiết.

**6. Theo dõi nước tiểu**

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

**7. Thuốc điều trị**

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

- Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**8. Liệu pháp oxy**

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

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

- Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

**9. Giảm đau sau mổ**

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

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

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

- *Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, Paracetamol.

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

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

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

10. **Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

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

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

### 1. Biến chứng hô hấp

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

- *Tắc nghẽn đường hô hấp trên*

Đây là nguyên nhân thường gặp ở phòng hồi sức sau mổ:

Nguyên nhân:

+ Tụt lưỡi gây  tắc hầu.

+ Ứ đọng dịch, chất tiết trong hầu họng.

+ Co thắt thanh quản, tổn thương  trực tiếp thanh quản.

+ Co thắt thanh quản, phù thanh quản.

+ Liệt dây thanh.

+ Chèn ép từ bên ngoài: tắc nghẽn hầu, thanh quản có thể xảy ra sau khi phẫu thuật đầu, mặt cổ.

Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó thở thì thở vào.

+ Nghe âm thở ồn ào.

+ Phập phồng cánh mũi.

+ Rút lõm hỏm trên xương ức, các khoảng gian sườn.

+ Co cơ bụng, cơ hoành dữ dội.

Xử trí:

+ Ngửa đầu ra sau.

+ Kéo hàm ra trước làm kéo lưỡi ra xa thành họng sau.

+ Đặt Airway nhưng có nguy cơ kích thích làm bệnh nhân nôn, ọe.

- *Hạ oxy máu động mạch*

Nguyên nhân:

+ Còn tác dụng của thuốc mê.

+ Đau làm hạn chế hô hấp nhất là sau phẫu thuật bụng, ngực.

+ Xẹp phổi gây nên shunt phải-trái trong phổi là nguyên nhân chung nhất. Xẹp phổi do tắc các phế quản nhỏ do chất tiết. Giảm chỉ số thông khí tưới máu, giảm thể tích dự trữ cặn chức năng.

+ Hít dịch dạ dày: đóng các đường dẫn khí phản xạ, mất chất surfactant, tổn thương mạch máu.

+ Tắc mạch phổi do khí.

+ Giảm cung lượng tim

+ Phù phổi do suy tim trái

+ Tràn khí màng phổi

+ Bệnh nhân lớn tuổi, béo phì là yếu tố thuận lợi của hạ oxy máu động mạch.

+ Chẩn đoán hạ oxy máu đòi hỏi làm khí máu, gọi là hạ oxy máu khi $PaO_2 < 60mmHg$, cần theo dõi độ bão hòa oxy để phát hiện. Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu: tăng huyết áp, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, loạn nhịp tim, kích thích.

+ Hemoglobin thấp làm khó phát hiện dấu tím tái.

Xử trí:

+ Cho thở oxy hỗ trợ.

+ Điều trị nguyên nhân, nếu không hiệu quả phải thở máy chế độ PEEP (thở máy áp lực dương cuối kỳ thở ra).

- *Giảm thông khí phế nang*

Dẫn đến tăng PaCO2 thường xảy ra sớm ở giai đoạn sau mổ.

Nguyên nhân:

+ Ức chế trung tâm hô hấp.

+ Ảnh hưởng của thuốc giãn cơ.

+ Đau sau mổ.

+ Bị bệnh tắc nghẽn đường hô hấp từ trước.

+ Chẩn đoán đòi hỏi làm khí máu: PaCO2 > 44 mmHg:

**2. Các rối loạn tuần hoàn**

- *Hạ huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Giảm tuần hoàn trở về và giảm thể tích là những nguyên nhân hay gặp nhất.

+ Giảm co bóp cơ tim.

+ Nhiễm trùng.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tràn dịch màng tim.

Xử trí:

+ Bù dịch.

+ Giải quyết nguyên nhân.

+ Dùng thuốc vận mạch.

- *Tăng huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Đau là nguyên nhân thường gặp.

+ Tiền sử tăng huyết áp: 50% số bệnh nhân bị tăng huyết áp sau mổ có tiền sử tăng huyết áp.

+ Các nguyên nhân khác do truyền quá nhiều dịch, tăng phân áp CO2 máu động mạch, giảm phân áp oxy máu động mạch.

- *Loạn nhịp tim*

Nguyên nhân:

+ Phân áp oxy máu động mạch thấp là nguyên nhân đầu tiên.

+ Giảm thể tích tuần hoàn.

+ Đau.

+ Hạ nhiệt độ.

+ Dùng thuốc kháng cholin.

+ Thiếu máu cơ tim.

+ Rối loạn điện giải đồ.

+ Toan hô hấp.

+ Tăng huyết áp.

+ Có loạn nhịp từ trước.

Xử trí:

Chủ yếu là giải quyết nguyên nhân

**3. Kích thích sau mổ**

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

**4. Đau**

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

**5. Rối loạn chức năng thận**

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

**6. Rối loạn đông chảy máu**

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

**7. Hạ nhiệt độ**

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

**8. Chế độ ăn sau mổ**

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

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

**IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

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

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY MỎM KHUỶU

*(Đính kèm Quyết định số 4339/QĐ-YTNH ngày 15/8/2022*
*của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY MỎM KHUỶU

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

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

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

- Thần kinh: Bệnh nhân tỉnh hay mê. Nếu bệnh nhân chưa tỉnh cần được theo

dõi sát và đặt bệnh nhân ở tư thế như đã hướng dẫn ở trên.

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

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

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

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

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

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

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

**5. Theo dõi BILAN nước**

- Cho y lệnh nhịn hay chế độ ăn uống sớm.

- Nên cân bệnh nhân trong một số trường hợp cần thiết.

**6. Theo dõi nước tiểu**

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

**7. Thuốc điều trị**

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

- Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**8. Liệu pháp oxy**

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

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

Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

**9. Giảm đau sau mổ**

- Dự phòng và điều trị đau sau mổ là một vấn đề lớn trong chăm sóc sau mổ,

nhiều kỹ thuật có thể áp dụng tuỳ theo mức độ đau đánh giá được mà có thể áp dụng riêng rẽ hay phối hợp các kỹ thuật.

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

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

*Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, Paracetamol.

+ Thuốc phiện tác dụng yếu: Codeine (Dafalgan codeine), dextropropoxyphen (Diantalvic).

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

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

**11. Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

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

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

### 1. Biến chứng hô hấp

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

- *Tắc nghẽn đường hô hấp trên*

- Đây là nguyên nhân thường gặp ở phòng hồi sức sau mổ:

Nguyên nhân:

+ Tụt lưỡi gây  tắc hầu.

+ Ứ đọng dịch, chất tiết trong hầu họng.

+ Co thắt thanh quản, tổn thương  trực tiếp thanh quản.

+ Co thắt thanh quản, phù thanh quản.

+ Liệt dây thanh.

+ Chèn ép từ bên ngoài: Tắc nghẽn hầu, thanh quản có thể xảy ra sau khi phẫu thuật đầu, mặt cổ.

Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó thở thì thở vào.

+ Nghe âm thở ồn ào.

+ Phập phồng cánh mũi.

+ Rút lõm hỏm trên xương ức, các khoảng gian sườn.

+ Co cơ bụng, cơ hoành dữ dội.

Xử trí:

+ Ngửa đầu ra sau.

+ Kéo hàm ra trước làm kéo lưỡi ra xa thành họng sau.

+ Đặt Airway nhưng có nguy cơ kích thích làm bệnh nhân nôn, ọe.

- *Hạ oxy máu động mạch*

Nguyên nhân:

+ Còn tác dụng của thuốc mê.

+ Đau làm hạn chế hô hấp nhất là sau phẫu thuật bụng, ngực.

+ Xẹp phổi gây nên shunt phải-trái trong phổi là nguyên nhân chung nhất. Xẹp phổi do tắc các phế quản nhỏ do chất tiết. Giảm chỉ số thông khí tưới máu, giảm thể tích dự trữ cặn chức năng.

+ Hít dịch dạ dày: đóng các đường dẫn khí phản xạ, mất chất surfactant, tổn thương mạch máu.

+ Tắc mạch phổi do khí.

+ Giảm cung lượng tim

+ Phù phổi do suy tim trái

+ Tràn khí màng phổi

+ Bệnh nhân lớn tuổi, béo phì là yếu tố thuận lợi của hạ oxy máu động mạch.

+ Chẩn đoán hạ oxy máu đòi hỏi làm khí máu, gọi là hạ oxy máu khi $PaO_2 < 60mmHg$, cần theo dõi độ bão hòa oxy để phát hiện. Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu: tăng huyết áp, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, loạn nhịp tim, kích thích.

+ Hemoglobin thấp làm khó phát hiện dấu tím tái.

Xử trí:

+ Cho thở oxy hỗ trợ.

+ Điều trị nguyên nhân, nếu không hiệu quả phải thở máy chế độ PEEP (thở

máy áp lực dương cuối kỳ thở ra).

- *Giảm thông khí phế nang*

Dẫn đến tăng PaCO2 thường xảy ra sớm ở giai đoạn sau mổ.

Nguyên nhân:

+ Ức chế trung tâm hô hấp.

+ Ảnh hưởng của thuốc giãn cơ.

+ Đau sau mổ.

+ Bị bệnh tắc nghẽn đường hô hấp từ trước.

Chẩn đoán đòi hỏi làm khí máu: PaCO2 > 44 mmHg

**2. Các rối loạn tuần hoàn**

- *Hạ huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Giảm tuần hoàn trở về và giảm thể tích là những nguyên nhân hay gặp nhất.

+ Giảm co bóp cơ tim.

+ Nhiễm trùng.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tràn dịch màng tim.

Xử trí:

+ Bù dịch.

+ Giải quyết nguyên nhân.

+ Dùng thuốc vận mạch.

- *Tăng huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Đau là nguyên nhân thường gặp.

+ Tiền sử tăng huyết áp: 50% số bệnh nhân bị tăng huyết áp sau mổ có tiền sử tăng huyết áp.

+ Các nguyên nhân khác do truyền quá nhiều dịch, tăng phân áp CO2 máu động mạch, giảm phân áp oxy máu động mạch.

- *Loạn nhịp tim*

Nguyên nhân:

+ Phân áp oxy máu động mạch thấp là nguyên nhân đầu tiên.

+ Giảm thể tích tuần hoàn.

+ Đau.

+ Hạ nhiệt độ.

+ Dùng thuốc kháng cholin.

+ Thiếu máu cơ tim.

+ Rối loạn điện giải đồ.

+ Toan hô hấp.

+ Tăng huyết áp.

+ Có loạn nhịp từ trước.

Xử trí:

Chủ yếu là giải quyết nguyên nhân.

**3. Kích thích sau mổ**

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

**4. Đau**

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

**5. Rối loạn chức năng thận**

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

**6. Rối loạn đông chảy máu**

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

**7. Hạ nhiệt độ**

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

**8. Chế độ ăn sau mổ**

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

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

## IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY MONTEGGIA

*(Đính kèm Quyết định số* 14339*/QĐ-YTNH ngày 15 /8/2022*
*của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÃY MONTEGGIA

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

- Hô hấp: tần số thở, biên độ hô hấp, độ bão hoà oxy theo mạch đập (SpO2),

màu da, niêm mạc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. Theo dõi BILAN nước**

Cho y lệnh nhịn hay chế độ ăn uống sớm.

Nên cân bệnh nhân trong một số trường hợp cần thiết.

**6. Theo dõi nước tiểu**

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

**7. Thuốc điều trị**

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

- Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**8. Liệu pháp oxy**

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

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

chuyện được.

Liều lượng cần 3-10 lít/phút.

**9. Giảm đau sau mổ**

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

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

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

- *Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, Paracetamol.

+ Thuốc phiện tác dụng yếu: Codeine (Dafalgan codeine), dextropropoxyphen (Diantalvic).

+ Thuốc phiện tác dụng trung bình: Temgésic, Nubaine, Topalgic, Contramal.

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

**11. Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

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

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

### 1. Biến chứng hô hấp

Trong giai đoạn sau mổ có thể có các biến chứng sau: tắc nghẽn đường hô hấp

trên, giảm oxy máu động mạch, giảm thông khí phế nang, hít dịch dạ dày.

- *Tắc nghẽn đường hô hấp trên*

Đây là nguyên nhân thường gặp ở phòng hồi sức sau mổ:

Nguyên nhân:

+ Tụt lưỡi gây tắc hầu.

+ Ứ đọng dịch, chất tiết trong hầu họng.

+ Co thắt thanh quản, tổn thương trực tiếp thanh quản.

+ Co thắt thanh quản, phù thanh quản.

+ Liệt dây thanh.

+ Chèn ép từ bên ngoài: Tắc nghẽn hầu, thanh quản có thể xảy ra sau khi phẫu thuật đầu, mặt cổ.

Triệu chứng lâm sàng:

+ Khó thở thì thở vào.

+ Nghe âm thở ồn ào.

+ Phập phồng cánh mũi.

+ Rút lõm hỏm trên xương ức, các khoảng gian sườn.

+ Co cơ bụng, cơ hoành dữ dội.

Xử trí:

+ Ngửa đầu ra sau.

+ Kéo hàm ra trước làm kéo lưỡi ra xa thành họng sau.

+ Đặt Airway nhưng có nguy cơ kích thích làm bệnh nhân nôn, ọe.

- *Hạ oxy máu động mạch*

Nguyên nhân:

+ Còn tác dụng của thuốc mê.

+ Đau làm hạn chế hô hấp nhất là sau phẫu thuật bụng, ngực.

+ Xẹp phổi gây nên shunt phải-trái trong phổi là nguyên nhân chung nhất. Xẹp phổi do tắc các phế quản nhỏ do chất tiết. Giảm chỉ số thông khí tưới máu, giảm thể tích dự trữ cặn chức năng.

+ Hít dịch dạ dày: Đóng các đường dẫn khí phản xạ, mất chất Surfactant, tổn thương mạch máu.

+ Tắc mạch phổi do khí.

+ Giảm cung lượng tim.

+ Phù phổi do suy tim trái.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Bệnh nhân lớn tuổi, béo phì là yếu tố thuận lợi của hạ oxy máu động mạch.

+ Chẩn đoán hạ oxy máu đòi hỏi làm khí máu, gọi là hạ oxy máu khi $PaO_2 < 60mmHg$, cần theo dõi độ bão hòa oxy để phát hiện. Các dấu hiệu lâm sàng thường không đặc hiệu: Tăng huyết áp, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh, nhịp tim chậm, loạn nhịp tim, kích thích.

+ Hemoglobin thấp làm khó phát hiện dấu tím tái.

Xử trí:

+ Cho thở oxy hỗ trợ.

+ Điều trị nguyên nhân, nếu không hiệu quả phải thở máy chế độ PEEP (thở máy áp lực dương cuối kỳ thở ra).

- *Giảm thông khí phế nang*

Dẫn đến tăng PaCO2 thường xảy ra sớm ở giai đoạn sau mổ.

Nguyên nhân:

+ Ức chế trung tâm hô hấp.

+ Ảnh hưởng của thuốc giãn cơ.

+ Đau sau mổ.

+ Bị bệnh tắc nghẽn đường hô hấp từ trước.

Chẩn đoán đòi hỏi làm khí máu: PaCO2 > 44 mmHg.

**2. Các rối loạn tuần hoàn**

- *Hạ huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Giảm tuần hoàn trở về và giảm thể tích là những nguyên nhân hay gặp nhất.

+ Giảm co bóp cơ tim.

+ Nhiễm trùng.

+ Tràn khí màng phổi.

+ Tràn dịch màng tim.

Xử trí:

+ Bù dịch.

+ Giải quyết nguyên nhân.

+ Dùng thuốc vận mạch.

- *Tăng huyết áp*

Nguyên nhân:

+ Đau là nguyên nhân thường gặp.

+ Tiền sử tăng huyết áp: 50% số bệnh nhân bị tăng huyết áp sau mổ có tiền sử tăng huyết áp.

+ Các nguyên nhân khác do truyền quá nhiều dịch, tăng phân áp CO2 máu động mạch, giảm phân áp oxy máu động mạch.

- *Loạn nhịp tim*

Nguyên nhân:

+ Phân áp oxy máu động mạch thấp là nguyên nhân đầu tiên.

+ Giảm thể tích tuần hoàn.

+ Đau.

+ Hạ nhiệt độ.

+ Dùng thuốc kháng cholin.

+ Thiếu máu cơ tim.

+ Rối loạn điện giải đồ.

+ Toan hô hấp.

+ Tăng huyết áp.

+ Có loạn nhịp từ trước.

Xử trí:

Chủ yếu là giải quyết nguyên nhân.

**3. Kích thích sau mổ**

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

**4. Đau**

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

**5. Rối loạn chức năng thận**

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

**6. Rối loạn đông chảy máu**

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

**7. Hạ nhiệt độ**

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

**8. Chế độ ăn sau mổ**

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

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

## IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 04/03/2016 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức./.

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

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

# QUY TRÌNH
# HỒI SỨC PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN 2 BÊN

*(Đính kèm Quyết định số 1433/QĐ-YTNH ngày 15 /08/2022 của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa*

## I. ĐẠI CƯƠNG

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

## II. CHĂM SÓC BỆNH NHÂN NGAY SAU PHẪU THUẬT THOÁT VỊ BẸN 2 BÊN

### 1. Vận chuyển bệnh nhân, thay đổi tư thế

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

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

### 2. Giường, phòng bệnh nhân

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

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

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

### 3. Dấu sinh tồn

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

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

- Thần kinh: bệnh nhân tỉnh hay mê.

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

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

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

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

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

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.

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

**5. Theo dõi nước tiểu**

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

**6. Thuốc điều trị**

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

- Trước khi cho thuốc phải:

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

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

**7. Liệu pháp oxy**

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

**8. Giảm đau sau mổ**

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

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

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

- *Các thuốc có thể dùng hiện nay:*

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

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

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

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

+ Không thuộc nhóm thuốc phiện: Aspirine, Paracetamol.

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

+ Thuốc phiện tác dụng trung bình: Temgésic, Nubaine, Topalgic, Contramal.

+ Thuốc phiện tác dụng mạnh: Morphine, Fentanyl.

+ Thuốc phiện mạnh dạng tiêm: Morphine.

**11. Truyền dịch sau mổ**

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

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

- Nhu cầu Na+, K+ :1mmol/kg/ngày.

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

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

## III. CÁC BIẾN CHỨNG SỚM NGAY SAU MỔ

**1. Tai biến do thuốc và xử trí.**

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

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

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

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

**2. Tai biến do kỹ thuật và xử trí**

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

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

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

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

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

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

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

## IV. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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

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

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

# QUY TRÌNH
# GÂY MÊ NỘI KHÍ QUẢN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA VIÊM VÀ RỬA BỤNG

*(Đính kèm Quyết định số 14339/QĐ-YTNH ngày 15 /8/2022 của Trung tâm Y tế thị xã Ninh Hòa*

## I. ĐẠI CƯƠNG

Gây mê nội khí quản là kỹ thuật gây mê toàn thân có đặt nội khí quản với mục đích kiểm soát hô hấp trong suốt cuộc phẫu thuật và hồi sức sau phẫu thuật.

## II. CHỈ ĐỊNH

Phẫu thuật nội soi ruột thừa viêm.

## III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH TƯƠNG ĐỐI

- Người bệnh không đồng ý.
- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Không thành thạo kĩ thuật.

## IV. CHUẨN BỊ

### 1. Người thực hiện kỹ thuật

Bác sĩ, điều dưỡng viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

### 2. Phương tiện

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, $SpO_2$, $EtCO_2$, nhịp thở, nhiệt độ), máy hút...
- Đèn soi thanh quản, ống nội khí quản các cỡ, ống hút, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, mandrin mềm.
- Các phương tiện dự phòng đặt nội khí quản khó: Ống Cook, mask thanh quản (laryngeal mask), ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

### 3. Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh cùng hợp tác.
- Đánh giá đặt ống nội khí quản khó.
- Sử dụng thuốc an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

### 4. Hồ sơ bệnh án

Theo qui định của Bộ Y tế

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Kiểm tra hồ sơ

### 2. Kiểm tra người bệnh

### 3. Thực hiện kỹ thuật

**Các bước tiến hành chung:**

- Tư thế: Nằm ngửa, thở oxy 100% 3-6 l/phút trước khởi mê ít nhất 5 phút.
- Lắp máy theo dõi.
- Thiết lập đường truyền có hiệu quả.
- Tiền mê (nếu cần).
- Khởi mê:

+ Thuốc ngủ: Thuốc mê tĩnh mạch (propofol), thuốc mê bốc hơi (fluroforan).

+ Thuốc giảm đau: Fentanyl, Morphin...

+ Thuốc giãn cơ (nếu cần): (rocuronium).

+ Điều kiện đặt ống nội khí quản: người bệnh ngủ sâu, đủ độ giãn cơ (trong đa số các trường hợp).

**Kĩ thuật đặt nội khí quản đường miệng:**

- Mở miệng, đưa đèn soi thanh quản vào bên phải miệng, gạt lưỡi sang bên trái, đẩy đèn sâu, phối hợp với tay phải đè sụn giáp nhẫn tìm nắp thanh môn và lỗ thanh môn.
- Tiến hành khởi mê nhanh và làm thủ thuật Sellick trong trường hợp dạ dày đầy (ấn sụn nhẫn 20-30 kg ngay khi người bệnh mất tri giác tới khi đặt ống nội khí quản xong).
- Luồn ống nội khí quản nhẹ nhàng qua lỗ thanh môn, dừng lại khi bóng của ống nội khí quản đi qua dây thanh âm 2-3 cm.
- Rút đèn soi thanh quản nhẹ nhàng.
- Bơm bóng nội khí quản.
- Kiểm tra vị trí đúng của ống nội khí quản bằng nghe phổi và kết quả $EtCO_2$.
- Cố định ống bằng băng dính.
- Đặt canul vào miệng để tránh cắn ống (nếu cần).

**Trong trường hợp đặt nội khí quản khó:** áp dụng qui trình đặt ống nội khí quản khó.

**Duy trì mê:**

- Duy trì mê bằng thuốc mê tĩnh mạch hoặc thuốc mê bốc hơi, thuốc giảm đau thuốc giãn cơ (nếu cần).
- Kiểm soát hô hấp bằng máy hoặc bóp tay.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi độ sâu của gây mê dựa vào nhịp tim, huyết áp, vã mồ hôi, chảy nước mắt (PRST); MAC, BIS và Entropy (nếu có)...
- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim, huyết áp, $SpO_2$, $EtCO_2$, thân nhiệt.
- Đề phòng ống nội khí quản sai vị trí, gập, tắc.

**Tiêu chuẩn rút ống nội khí quản**

- Người bệnh tỉnh, làm theo lệnh.
- Nâng đầu trên 5 giây, TOF >0,9 (nếu có).

- Tự thở đều, tần số thở trong giới hạn bình thường.
- Mạch, huyết áp ổn định.
- Thân nhiệt > $35^0$ C.
- Không có biến chứng của gây mê và phẫu thuật.

## VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 1. Trào ngược dịch dạ dày vào đường thở

- Có dịch tiêu hóa trong khoang miệng và đường thở.
- Hút sạch ngay dịch, nằm đầu thấp, nghiêng đầu sang bên.
- Đặt nhanh ống nội khí quản và hút sạch dịch trong đường thở.
- Theo dõi và đề phòng nhiễm trùng phổi sau mổ.

### 2. Rối loạn huyết động

- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp).
- Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân

### 3. Tai biến do đặt nội khí quản

Không đặt được ống nội khí quản.

## VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO

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