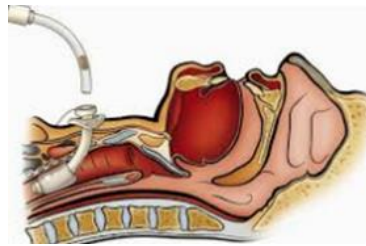




TẬP BÀI GIẢNG HỒI SỨC CẤP CỨU NUR 313



NỘI DUNG

1. Cấp cứu ban đầu và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý phải cấp cứu/cấp cứu ban đầu và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

2. Sốc phản vệ và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý sốc phản vệ và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

3. Sốc tim và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý sốc tim và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

4. Ngộ độc cấp và chăm sóc điều dưỡng

Các loại ngộ độc cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

5. Suy hô hấp cấp và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý suy hô hấp cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

6. Phù phổi cấp và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý phù phổi cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

7. Hôn mê và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý hôn mê và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

8. Đặt nội khí quản và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật đặt nội khí quản và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

9. Thở máy và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật thở máy và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

10. Khai thông đường thở và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật khai thông, bảo vệ đường thở và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

11. Khí dung và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật khí dung và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

12. Đặt CVC, đo CVP và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật VCV, CVP và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

13. Mở khí quản và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật mở khí quản và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

14. Đáp án câu hỏi lượng giá

Đáp án của các câu hỏi lượng giá trong các Software Testing



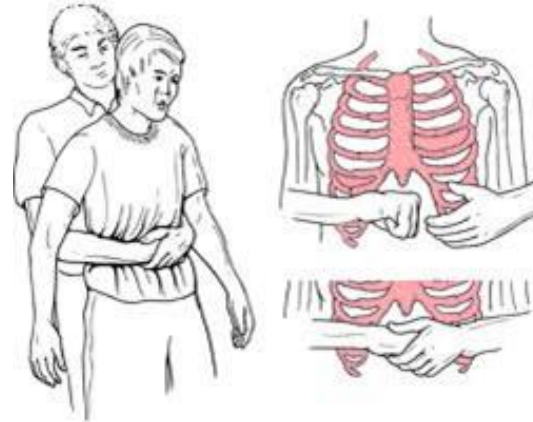
KHAI THÔNG ĐƯỜNG THỞ & CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được các kỹ thuật khai thông đường thở.
2. Trình bày được các kỹ thuật bảo vệ đường thở

NỘI DUNG

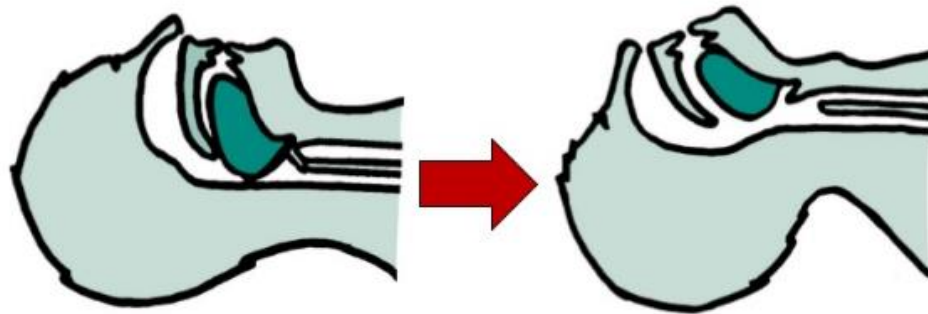
1. Đại cương.
2. Kỹ thuật khai thông đường thở
 - 2.1 Điều chỉnh tư thế bệnh nhân
 - 2.2 Xử trí tắc nghẽn đường thở
 - 2.2.1 Xử trí tắc nghẽn một phần
 - 2.2.2 Xử trí tắc nghẽn hoàn toàn
 - 2.3. Giải quyết đờm dãi ứ đọng
 - 2.3.1 Hút đường hô hấp trên
 - 2.3.2. Hút đường hô hấp dưới
 - 2.3.3 Hút đường hô hấp dưới qua canul khí quản.
3. Kỹ thuật bảo vệ đường thở
 - 3.1 Đặt canun hầu
 - 3.2 Đặt Mask thanh quản



1. Đại cương

- Tắc nghẽn đường thở và suy hô hấp là một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu. Tắc nghẽn đường thở do nhiều nguyên nhân và mỗi với nguyên nhân thì các bước xử lý sẽ khác nhau.
- Việc khai thông đường thở là tối cần thiết, tất cả các biện pháp cấp cứu khác sẽ trở thành vô ích nếu đường thở tắc nghẽn, làm cơ thể không được cung cấp oxy.
- Các thủ thuật khai thông đường thở có thể rất đơn giản như thay đổi tư thế đầu bệnh nhân (kỹ thuật ngửa đầu nâng cằm, ấn giữ hàm). Sau đó tiến hành thông khí miệng – miệng, miệng – mask hoặc bóng ambu. Cuối cùng là các biện pháp bảo vệ đường thở như canun họng miệng, đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

Khai thông đường thở



Đề nạn nhân ngửa cổ tối đa

ẤN TRÁN - NÂNG CÀM

2. Kỹ thuật khai thông đường thở

2.1. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bệnh nhân

- Thường áp dụng với Tụt lưỡi – hay gặp khi bệnh nhân trong tình trạng hôn mê không còn phản xạ đáp ứng, ngưng tuần hoàn, hội chứng ngưng thở khi ngủ... làm thay đổi tư thế để thông đường thở
- Nhanh chóng phát hiện chấn thương cổ hoặc mặt nếu có chấn thương cột sống cổ - để cổ bệnh nhân ở tư thế giữa trung gian.
- Đặt bệnh nhân tư thế nằm nghiêng trái, ngửa cổ nếu không có tổn thương đốt sống cổ.
- Nếu bệnh nhân đang nằm nghiêng hoặc sấp thì dùng kỹ thuật “lật khúc gỗ” (lật đồng thời cả đầu – thân – chân cùng lúc) để đưa bệnh nhân về tư thế nằm ngửa”
- Mở đường thở bằng một trong hai cách: ngửa đầu/nhấc cằm nếu không nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ - hoặc ấn giữ hàm nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ
- Mục đích: tránh nôn sặc vào phổi (những bệnh nhân tụt lưỡi thường có hôn mê đi kèm), tư thế ngửa cổ giúp cho làm tăng thể tích khoang hầu họng tăng thông thoáng cho khí vào phổi.



2.2. Xử trí tắc nghẽn đường thở

2.2.1 Tắc nghẽn một phần (Hội chứng xâm nhập. tắc khu trú):

Trao đổi khí có thể gần bình thường, bệnh nhân vẫn tỉnh táo và ho được, động viên bệnh nhân tự làm sạch đường thở bằng cách ho. Nếu vẫn còn tắc nghẽn, trao đổi khí xấu đi, ho không hiệu quả, khó thở tăng lên, tím, cần can thiệp gấp.

2.2.2 Tắc nghẽn hoàn toàn (Khó thở thanh quản...):

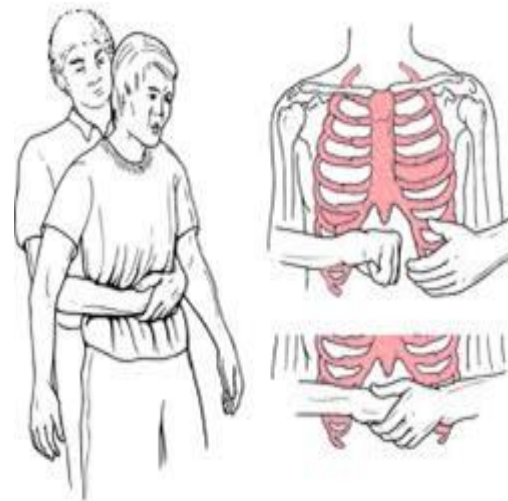
Bệnh nhân không thể ho, thở, nói, hôn mê và cần phải cấp cứu ngay; nếu các cố gắng điều chỉnh tư thế bệnh nhân thất bại và thấy có dị vật ở miệng, hầu - cần phải lấy dị vật ra khỏi đường thở bằng các nghiệm pháp:



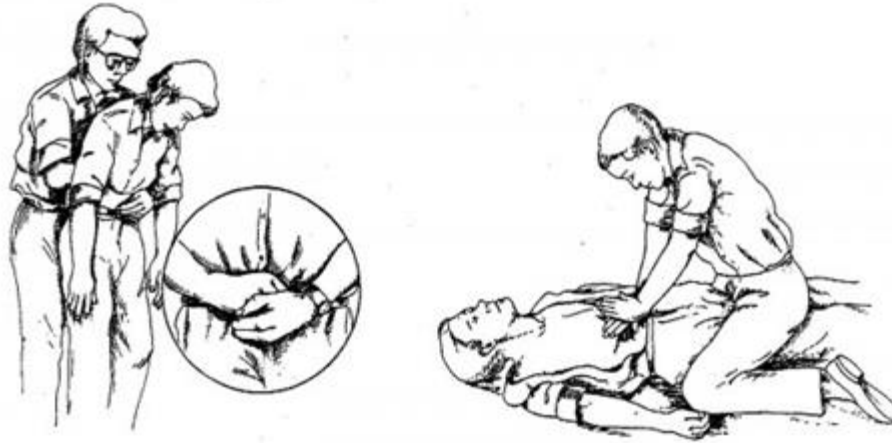
Nghiệm pháp Heim lich

- Cơ chế: tạo một luồng khí từ trong phổi ra ngoài kèm theo tổng dị vật ra khỏi đường thở, tương tự như ho.
- Cách tiến hành:

+ Nếu bệnh nhân đang ngồi hoặc đứng: đứng sau bệnh nhân và dùng cánh tay ôm eo bệnh nhân, một bàn tay nắm lại, ngón cái ở trên đường giữa, đặt lên bụng hơi trên rốn, dưới mũi ức. Bàn tay kia ôm lên bàn tay đã nắm và dùng động tác giật (để ép) lên trên và ra sau một cách thật nhanh và dứt khoát lặp lại động tác tới khi giải phóng được tắc nghẽn hoặc tri giác bệnh nhân xấu đi.



+ Khi bệnh nhân suy sụp hoặc hôn mê : đặt bệnh nhân nằm ngửa, mặt ngửa lên trên, nếu nôn để đầu bệnh nhân nghiêng một bên và lau miệng. Người cấp cứu quỳ gối ở hai bên hông bệnh nhân, đặt một cùi bàn tay lên bụng ở giữa rốn và mũi ức, bàn tay kia úp lên trên, đưa người ra phía trước ép nhanh lên phía trên, làm lại nếu cần.



– Chú ý:

- + Khi chỉ một người cấp cứu và phải ép tim, hô hấp nhân tạo thì quỳ gối ở một bên cạnh hông bệnh nhân để dễ di chuyển và dùng tay ép như trên, nếu có 2 người một người hô hấp nhân tạo và ép tim, một người làm nghiệm pháp, nếu chỉ có một mình nạn nhân tự ép bụng bằng cách ấn nắm tay lên bụng hoặc ép bụng vào các bề mặt chắc như bồn rửa, lưng ghế, mặt bàn, v.v...
- + Sau mỗi đợt ép bụng : dùng 2 đến 3 ngón tay để móc khoang miệng kiểm tra. Sau khi lấy được dị vật hô hấp lại cho bệnh nhân, nếu có kết quả đánh giá hô hấp, tuần hoàn và thực hiện các can thiệp thích hợp. Nếu không thể hô hấp được cho bệnh nhân lập lại quá trình : ép bụng, kiểm tra đường thở và hô hấp nhân tạo, nhắc lại tới khi giải phóng được đường thở và hô hấp nhân tạo được.

Nghiệm pháp vỗ lưng và ép bụng:

- Vì nghiệm pháp Heimlich có thể dễ dàng gây chấn thương bụng khi dùng cho trẻ nhỏ, kết hợp vỗ lưng và ép ngực ở các đối tượng này để loại trừ dị vật.
- Chỉ động tác vỗ lưng đã có thể tống được dị vật, nếu không có hiệu quả thì nối tiếp bằng ép ngực, sau đó kiểm tra đường thở. Thực hiện:
 - a. Đặt trẻ nhỏ nằm trên tay tư thế sấp dọc theo trục của tay và đầu trẻ ở thấp.
 - b. Dùng phần phẳng của bàn tay vỗ nhẹ và nhanh 5 cái lên vùng giữa hai xương bả vai.
 - c. Nếu vỗ lưng không đẩy được dị vật ra, lật trẻ nằm ngửa và ép ngực 5 cái. Vị trí và cách ép như với ép tim nhưng với nhịp độ chậm hơn.
 - d. Làm sạch đường thở giữa các lần vỗ lưng–ép ngực, quan sát khoang miệng dùng tay lấy bất cứ dị vật nào nếu nhìn thấy, không dùng ngón tay đưa sâu để lấy dị vật.





– Đánh giá hiệu quả:

- + Sau mỗi động tác làm sạch đường thở, xác định theo dị vật đã được tống ra chưa và đường thở đã được giải phóng chưa, nếu chưa được lặp lại trình tự các động tác thích hợp tới khi thành công.
- + Loại trừ dị vật thành công khi thấy :
 - (1) thấy chắc chắn dị vật được tống ra
 - (2) Bệnh nhân thở rõ và nói được
 - (3) Bệnh nhân tỉnh hơn
 - (4) màu da bệnh nhân trở về bình thường.
- + Nếu các động tác này được làm liên tục không có hiệu quả thì thực hiện các biện pháp khác mạnh mẽ hơn nếu có : Dùng đèn soi thanh quản và lấy dị vật bằng kẹp Margill, đặt catheter qua khí quản, chọc màng nhĩ giáp và mở khí quản. Các kỹ thuật này là nâng cao, đòi hỏi các nhân viên được đào tạo đặc biệt tiến hành.

2.3. Giải quyết đờm dãi ứ đọng gây tắc nghẽn

– Mục đích:

- + Làm sạch dịch xuất tiết để khai thông đường hô hấp
- + Tạo thuận lợi cho sự lưu thông trao đổi khí.
- + Lấy dịch xuất tiết phục vụ cho các mục đích chẩn đoán
- + Phòng tránh nhiễm khuẩn do sự tích tụ, ứ đọng đờm dãi
- + Hút sâu (hút đường hô hấp dưới) còn để kích thích phản xạ ho

– Áp dụng:

- + Bệnh nhân có nhiều đờm dãi không tự khạc ra được
- + Bệnh nhân hôn mê, co giật có xuất tiết nhiều đờm dãi
- + Bệnh nhân hít phải chất nôn, trẻ em bị sặc bột
- + Trẻ sơ sinh sặc nước ối ngạt
- + Bệnh nhân mở khí quản, đặt ống nội khí quản thở máy

Quy trình kỹ thuật.

a. Chuẩn bị bệnh nhân.

- Thông báo và giải thích cho bệnh nhân về thủ thuật sắp làm, động viên bệnh nhân yên tâm và hợp tác trong khi làm thủ thuật. Đối với trẻ nhỏ, bệnh nhân không tỉnh, cần giải thích cho người nhà bệnh nhân biết.
- Cho bệnh nhân nằm tư thế dẫn lưu: Đầu thấp nghiêng phải hoặc trái tùy theo tình trạng ứ đọng ở bên phổi nào nhiều hơn. Tư thế dẫn lưu giúp cho đờm, dịch xuất tiết để thoát ra ngoài.

b. Chuẩn bị dụng cụ: tùy dự định hút đường hô hấp trên hay dưới.

Gồm 3 kỹ thuật – nêu chi tiết phần tiếp sau)

c. Thu dọn dụng cụ và bảo quản.

- Đưa dụng cụ bẩn về phòng cọ rửa để xử lý theo quy định
- Lau chùi máy hút rồi xếp về chỗ cũ.

d. Ghi hồ sơ

- Thời gian hút. Số lượng dịch hút, tính chất dịch hút ra. Lưu ý trừ phần dịch hút để rửa ống thông và dịch bơm vào ống nội khí quản hoặc canul khí quản.
- Tình trạng bệnh nhân trong và sau khi hút
- Những diễn biến bất thường
- Tên người làm thủ thuật.

2.3.1 Hút đường hô hấp trên

- Kiểm tra các dụng cụ cấp cứu trước khi tiến hành để đề phòng những diễn biến bất thường. Đưa dụng cụ đến giường bệnh nhân
- Che bình phong cho bệnh nhân. Đặt bệnh nhân nằm tư thế phù hợp để dễ đưa ống thông vào, để hút và tránh cho bệnh nhân hít phải chất nôn trong trường hợp bệnh nhân bị nôn.
- Nếu bệnh nhân hôn mê: Đặt bệnh nhân nằm nghiêng quay mặt về phía người làm thủ thuật
- Đổ nước vào khay quả đậu
- Mở máy kiểm tra sự hoạt động của máy hút và điều chỉnh áp lực hút. Áp lực hút cho người lớn: 100-120mmHg. Áp lực hút cho trẻ em: 50-75mmHg.
- Nối ống thông với hệ thống hút. Hút một ít nước từ khay quả đậu, để xem khả năng hút; kiểm tra xem ống thông hút có bị tắc không đồng thời làm trơn đầu ống hút, đi găng hoặc dùng kẹp phẫu tích khi cầm vào đầu ống thông.
- Nhẹ nhàng đưa đầu ống thông vào qua miệng hoặc một bên lỗ mũi bệnh nhân, khi ống thông vào thì phải tắt máy hút hoặc dùng tay gập ống thông lại đặt ống thông vào dễ dàng và không hút mất dưỡng khí của bệnh nhân. Nếu đi qua đường miệng thì có thể phải dùng đèn lưỡi để đưa ống vào được dễ dàng.

- Khi đã đưa ống thông vào đến vị trí cần thiết thì bắt đầu mở máy hút hoặc bỏ tay gập ống thông ra.
 - + Khoảng cách đưa ống thông vào hút bằng khoảng cách từ đỉnh mũi đến dải tai.
 - + Không nên đưa ống thông quá sâu và cũng không nên hút quá nông.
 - + Vị trí hút dưới lưỡi, mặt trong má (giữa má và chân răng), hầu họng và mũi sau.
 - + Tránh chạm đầu ống hút vào thành họng sau
- Khi hút phải xoay nhẹ ống thông hoặc di động ống thông lên xuống, qua lại một cách nhẹ nhàng để hút có kết quả và tránh gây tổn thương niêm mạc.
- Sau mỗi lần hút rút ống thông ra, dùng gạc để lau sạch ống nếu có nhiều đờm rãi bám ở quanh ống, sau đó hút một ít nước từ khay quả đậu để rửa sạch ống. Mỗi lần hút không quá 15 giây.
- Lặp lại động tác hút nếu cần thiết, hút đến khi bệnh nhân hết đờm, rãi, thở lại dễ dàng. Nhưng không được hút quá nhiều lần liên tục.
- Tháo ống thông ra để vào khay quả đậu phủ khăn lên để cho những lần hút sau.
- Tháo bỏ găng (nếu có đi găng).

2.3.2. Hút đường hô hấp dưới - Hút đường hô hấp dưới thường được tiến hành ngay sau khi hút đường hô hấp trên. Kỹ thuật tiến hành như sau:

- Đổ nước cất hoặc nước muối sinh lý NaCl 0,9% vào khay quả đậu. Khay quả đậu giành riêng cho hút đường hô hấp dưới đã được đánh dấu hoặc để ở khu vực riêng để tránh lẫn với dụng cụ hút đường hô hấp trên.
- Đi găng vô khuẩn (nếu có chuẩn bị)
- Dùng kẹp phẫu tích hoặc tay đã đi găng, lấy ống thông hút vô khuẩn và lắp vào hệ thống hút.
- Hút một ít nước từ khay quả đậu
- Đưa ống thông hút vào qua lỗ của ống nội khí quản hoặc canul khí quản đến độ sâu cần thiết thì bắt đầu hút.
 - + Khi đưa ống thông vào cũng phải tắt máy hoặc gập ống thông
 - + Đưa ống thông vào qua ống nội khí quản khi thấy bệnh nhân ho, ngừng lại và hút.
- Sau khoảng 5-10 giây thì từ từ rút ống thông ra. Trong quá trình rút ống thông ra ta phải xoay ống thông theo cả 2 chiều (cùng chiều và ngược chiều kim đồng hồ) để hút được dịch xuất tiết, đờm bám ở thành khí phế quản.
- Thời gian mỗi lần hút kể từ khi đưa ống thông vào cho đến khi rút ống thông ra không được quá 10 giây.

2.3.3 Hút đường hô hấp dưới qua canul khí quản.

- Nhúng đầu ống thông vào khay quả đậu rồi hút một ít nước để làm sạch lòng ống. Nếu có nhiều đờm, dịch xuất tiết bám ở quanh ống thì dùng gạc lau sạch trước khi hút nước.
- Lập lại động tác hút nếu bệnh nhân nhiều đờm dãi. Khi hút xong, tắt máy, tháo bỏ ống thông ngâm vào chậu đựng dung dịch sát khuẩn.
 - + Nếu không có điều kiện thay ống thông hút sau mỗi lần hút thì sau khi hút xong phải lau sạch ống bằng gạc, hút rửa sạch lòng ống đổ hết nước ở trong khay quả đậu để ống thông hút vào trong khay rồi dùng khăn phủ lên.
 - + Thay ống hút và khay quả đậu hàng giờ
- Tháo bỏ găng
- Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái
- Trường hợp đờm hoặc dịch xuất tiết quá đặc ta phải dùng dung dịch NaCl 0,9% hoặc Natri bicarbonat 14% để pha loãng rồi hút kỹ thuật tiến hành như sau:
- Dùng bơm tiêm hút dung dịch sau đó bơm từ từ theo thành ống nội khí quản hoặc canul mở khí quản, sau 1-2 phút thì bắt đầu hút. Người lớn bơm từ 3-5 ml, trẻ em bơm từ 0,2-2ml. Không được bơm với áp lực mạnh và trực tiếp vào ống vì dễ gây kích thích làm ảnh hưởng đến bệnh nhân.

2.3.3 Hút đường hô hấp dưới qua canul khí quản.

- Nhúng đầu ống thông vào khay quả đậu rồi hút một ít nước để làm sạch lòng ống. Nếu có nhiều đờm, dịch xuất tiết bám ở quanh ống thì dùng gạc lau sạch trước khi hút nước.
- Lập lại động tác hút nếu bệnh nhân nhiều đờm dãi. Khi hút xong, tắt máy, tháo bỏ ống thông ngâm vào chậu đựng dung dịch sát khuẩn.
 - + Nếu không có điều kiện thay ống thông hút sau mỗi lần hút thì sau khi hút xong phải lau sạch ống bằng gạc, hút rửa sạch lòng ống đổ hết nước ở trong khay quả đậu để ống thông hút vào trong khay rồi dùng khăn phủ lên.
 - + Thay ống hút và khay quả đậu hàng giờ
- Tháo bỏ găng
- Cho bệnh nhân nằm lại tư thế thoải mái
- Trường hợp đờm hoặc dịch xuất tiết quá đặc ta phải dùng dung dịch NaCl 0,9% hoặc Natri bicarbonat 14% để pha loãng rồi hút kỹ thuật tiến hành như sau:
- Dùng bơm tiêm hút dung dịch sau đó bơm từ từ theo thành ống nội khí quản hoặc canul mở khí quản, sau 1-2 phút thì bắt đầu hút. Người lớn bơm từ 3-5 ml, trẻ em bơm từ 0,2-2ml. Không được bơm với áp lực mạnh và trực tiếp vào ống vì dễ gây kích thích làm ảnh hưởng đến bệnh nhân.

3. Các kỹ thuật bảo vệ đường thở

3.1 Đặt Canun hầu

3.3.1 Canun miệng hầu:

Guedel và Berman với kích cỡ khác nhau, chọn cỡ thích hợp bằng cách đặt đầu ngoài của canun ở ngang góc miệng bệnh nhân, nếu đầu trong canun tới góc hàm là phù hợp, canun đặt đúng khi đầu trong nằm ở góc lưỡi và trên nắp thanh môn, mép ở đầu ngoài của canun ở bên ngoài cung răng.

Guedel airway



Berman airway

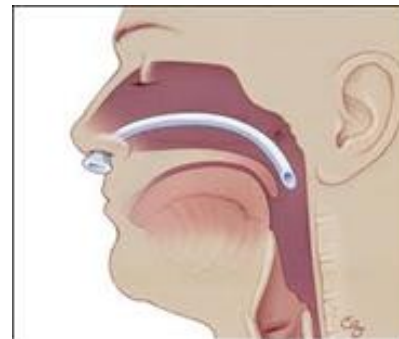


Kỹ thuật đặt (có hai cách):

- Nhấc hàm để làm tách lưỡi ra khỏi thành sau họng, xoay canun 180° trước khi đặt, khi đầu canun chạm hàm ếch cứng thì xoay trở lại 180° làm cho bề cong của canun xếp theo khoang miệng.
- Dùng đũa lưỡi để ấn lưỡi, canun được trượt trên lưỡi theo độ cong của vòm miệng.
- Chống chỉ định : Bệnh nhân tỉnh hoặc bán mê (có thể gây khạc, nôn, co thắt thanh quản), chấn thương khoang miệng, chấn thương xương hàm dưới hoặc phần hộp sọ thuộc xương hàm trên, tổn thương chóp chỏ hoặc dị vật ở miệng họng.

3.3.2 Canun mũi hầu :

- Giống Canun miệng họng ở chỗ tách lưỡi ra khỏi thành sau họng nhưng khác là canun này được đặt qua mũi tạo một con đường từ lỗ mũi ngoài đến gốc lưỡi .
- Chỉ định khi không đặt được canun miệng hầu, chống chỉ định khi có chấn thương hoặc tổn thương choán chỗ, dị vật ở vùng mũi, trẻ nhỏ (do lỗ mũi nhỏ).
- Có nhiều cỡ khác nhau nhưng quan trọng là chiều dài của canun. Chiều dài thích hợp tương xứng với khoảng cách từ dải tai tới chân cánh mũi.
- Cách đặt : Ngửa nhẹ đầu về phía sau, bôi trơn canun, đưa canun thẳng góc với bình diện của mặt bệnh nhân, từ từ tiến canun qua cửa mũi, đảm bảo mặt vát của canun hướng về phía vách mũi, nếu thấy đưa vào khó có thể xoay nhẹ, nếu vẫn khó rất có thể do vẹo vách mũi thì đặt lỗ mũi bên kia hoặc dùng canun cỡ nhỏ hơn. Đặt xong có thể kiểm tra vị trí bằng cách dùng đèn lưỡi để nhìn. không cần cố định canun thêm.

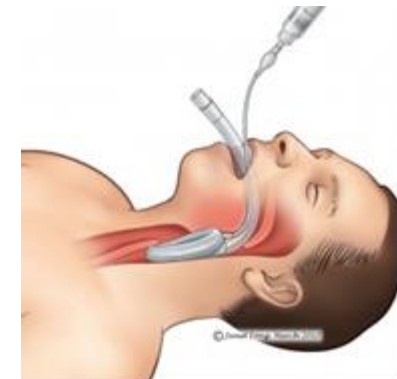


3.2 Mặt nạ thanh quản (Laryngeal Mask Airway – LMA)

- Mask thanh quản cổ điển do bác sỹ Archie Brain phát minh 1981 và đưa vào sử dụng từ năm 1988, từ đó đến nay MTQ đã được cải tiến nhiều lần và có nhiều loại MTQ khác nhau trên cơ sở MTQ cổ điển
- Vì sự tiện lợi và tính chất kiểm soát đường thở dễ dàng hơn nhiều so với ống NKQ nên MTQ đã được chính thức đưa vào phác đồ kiểm soát đường thở khó, đặc biệt là trong tình huống “không đặt NKQ được, Không thông khí được” (No Intubate, No ventilate)

3.2.1 Lựa chọn bệnh nhân & cỡ ống

- cLMA thích hợp với hầu hết các phẫu thuật nhỏ, ngắn, vùng can thiệp “ngoại vi” ở những bệnh nhân khỏe mạnh. cLMA không thích hợp với bệnh nhân béo phì, bệnh nhân có nguy cơ trào ngược cao .
- Cỡ LMA - theo cân nặng : <5kg =1 ; 5-10kg = 1.5 ; 10 - 20kg = 2; 20 - 30kg = 2.5; 30 - 50kg = 2 – 4; Người lớn nữ = 3 – 4; Người lớn nam = 4 - 5



3.2.1 Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định
 - + Thay thế mask hở trong gây mê thông thường và cấp cứu
 - + Thay thế nội khí quản trong phẫu thuật có chuẩn bị khi xét thấy đặt NKQ không cần thiết
 - + Đường thở khó tiên lượng trước hay bất ngờ
- Chống chỉ định
 - + Vì nguy cơ trào ngược và hít sặc không nên dùng cLMA trong trường hợp sau
 - + Bệnh nhân không nhìn hoặc không xác định chắc chắn

3.2.3 Kỹ thuật đặt

- Phải đảm bảo độ mê: đặt cLMA đòi hỏi độ mê sâu hơn đặt canyl Guedel nhưng thấp hơn đặt NKQ. Độ mê sâu quyết định đến thành công của việc đặt cLMA vì những cử động trong khi đặt sẽ làm khó khăn thao tác đặt, gây ra chấn thương hầu họng, gây ra phản xạ có hại (đặc biệt là phản xạ co thắt thanh quản) sai lệch vị trí của ống
- Đặt LMA có thể không dùng thuốc giãn cơ. Điều kiện đủ để đặt LMA là
 - + Bệnh nhân ngủ
 - + Dấu hiệu trệ hàm và không còn phản ứng khi kéo góc hàm

- Propofol là thuốc thích hợp nhất cho việc đặt LMA vì ức chế rất tốt phản xạ hầu họng. Các thuốc mê khác cũng có thể sử dụng với độ sâu cần thiết. Thuốc mê bốc hơi cũng thích hợp với việc sử dụng LMA cho trẻ em như Halothane, Sevoflurane. Sử dụng thuốc nactotics có tác dụng nhanh (fentanyl 1-2mcg/kg I.V) trước khi đặt là cần thiết để làm giảm phản xạ có hại khi đặt LMA. Cũng có thể sử dụng thuốc tê dạng phun niêm mạc
- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa giống như tư thế đặt đèn soi thanh quản, có thể dễ dàng hơn nếu một người trợ giúp kéo hàm dưới xuống.
- Cách đặt: Một tay người đặt cố định đầu và cổ, tay kia cầm MTQ ở vị trí nối giữa cuff và ống LMA (giống như cầm bút chì). Luồn LMA theo chiều cong giải phẫu của vòm họng cho đến khi thấy có sức cản tức là đầu của phần cuff đã nằm đúng vị trí hạ họng dưới sụn nhẫn ngay đầu trên của thực quản. Bơm cuff và cố định
- Những Test đơn giản kiểm tra vị trí đúng của LMA
 - + Cảm nhận sức cản khi đặt
 - + MLA trời nhẹ khi bơm cuff
 - + Phần trước cổ phình lên một ít khi bơm cuff
 - + Vạch đen ở mặt sau ống cLMA nằm nguyên ở vị trí phía sau
 - + Không nhìn thấy cuff trong khoang miệng

- Lượng khí bơm cuff thường được ghi trên cLMA tùy theo từng loại cỡ.
- Chuyển động của cổ và đầu ít ảnh hưởng đến sự dịch chuyển của cLMA sau khi đã đặt và bơm cuff mặc dù có thể ảnh hưởng đến áp lực trong cuff và áp lực kín đường thở.
- LMA thường đảm bảo đường thở và hiếm khi phải điều chỉnh. Tuy nhiên cũng có thể xảy ra hiện tượng dịch chuyển ống đặc biệt khi bệnh nhân tỉnh, khi thay đổi tư thế
- Rút LMA khi bệnh nhân tỉnh và há miệng theo lệnh vì khi đó mới có phản xạ bảo vệ đường thở. Việc hút hầu họng hay đặt bệnh nhân nghiêng thường là không cần mà còn có thể gây ra biến chứng như tắc nghẽn đường thở hoặc co thắt.
- LMA không bảo vệ được đường thở khỏi hiện tượng hít sặc khi có trào ngược từ dạ dày vì vậy không nên sử dụng cLMA trong các trường hợp có nguy cơ trào ngược và hít sặc cao.

Tài liệu tham khảo chính

1. Vũ Văn Đính.(2010) *Hồi sức cấp cứu toàn tập*; NXB Y-Học
2. Nguyễn Đạt Anh. *Điều dưỡng hồi sức cấp cứu (dùng cho đào tạo cử nhân điều dưỡng)* Mã số D.34.Z.04 (2011). Nhà xuất bản giáo dục Việt nam.
3. Nguyễn Phúc Học (2017), Tập bài giảng hồi sức cấp cứu – NUR 313, Giáo trình nội bộ, Đại học Duy Tân.
4. H199
(<http://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/7/2679/h199.exe>) phần mềm H199. Nguyễn Phúc Học, giáo trình điện tử, tổng hợp > 1000 bệnh lý nội, ngoại, sản, nhi, hồi sức cấp cứu & các chuyên khoa. 2007- 2015.
5. Các giáo trình về bệnh học, dược học & bài giảng trên internet

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

10.1 Chọn câu đúng - Các dấu hiệu sau đây là biểu hiện khi một bệnh nhân bị tắc nghẽn đường

thở hoàn toàn, loại trừ:

- A. – Không thể thở
- B. – Không thể nói
- C. – Không thể ho
- D. – Không thể nuốt

10.2 Chọn câu đúng - Loại trừ dị vật đường thở thành công khi:

- A. – Thấy chắc chắn dị vật được tống ra
- B. – Bệnh nhân thở rõ và nói được
- C. – Bệnh nhân tỉnh hơn
- D. – Màu da bệnh nhân trở về bình thường

10.3 Chọn câu đúng - Các kỹ thuật bảo vệ đường thở cho người bệnh là:

- A. – Đặt canun hầu
- B. – Mặt nạ thanh quản
- C. – Đặt nội khí quản
- D. – Mở khí quản

10.4 Chọn câu sai ~ Các kỹ thuật khai thông đường thở gồm có

- A. Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bệnh nhân: thay đổi tư thế đầu bệnh nhân (kỹ thuật ngửa đầu nâng cằm, ấn giữ hàm).
- B. Kỹ thuật xử trí tắc nghẽn đường thở: động viên bệnh nhân ho, lấy dị vật khỏi đường thở (Heim lich; vỗ lưng ép bụng)
- C. Các kỹ thuật bảo vệ đường thở: canun miệng hầu, canun mũi hầu, mặt nạ thanh quản
- D. Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản.

10.5 Chọn câu sai - Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bệnh nhân

- A. Thường áp dụng với Tụt lưỡi – hay gặp khi bệnh nhân trong tình trạng hôn mê không còn phản xạ đáp ứng, ngưng tuần hoàn, hội chứng ngưng thở khi ngủ... làm thay đổi tư thế để thông đường thở.
- B. Để cổ bệnh nhân ở tư thế ngửa trung gian. Đặt bệnh nhân tư thế nằm nghiêng phải, ngửa cổ nếu không có tổn thương đốt sống cổ.
- C. Nếu bệnh nhân đang nằm nghiêng hoặc sắp thì dùng kỹ thuật “lật khúc gỗ” (lật đồng thời cả đầu – thân – chân cùng lúc) để đưa bệnh nhân về tư thế nằm ngửa”.
- D. Mở đường thở bằng một trong hai cách: ngửa đầu/nhấc cằm nếu không nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ - hoặc ấn giữ hàm nếu nghi ngờ có chấn thương cột sống cổ.

10.6 Chọn đúng/sai ~ Kỹ thuật điều chỉnh tư thế bệnh nhân có mục đích là tránh nôn sặc vào phổi (những bệnh nhân tụt lưỡi thường có hôn mê đi kèm), tư thế ngửa cổ giúp cho làm tăng thể tích khoang hầu họng tăng thông thoáng cho khí vào phổi

- A. Đúng
- B. Sai

10.7 Chọn đúng/sai ~ Xử trí tắc nghẽn đường thở một phần (Hội chứng xâm nhập. tắc khu trú): Áp dụng khi sự trao đổi khí có thể gần bình thường, bệnh nhân vẫn tỉnh táo và ho được, động viên bệnh nhân tự làm sạch đường thở bằng cách ho.

A. Đúng

B. Sai

10.8 Chọn đúng/sai ~ Xử trí tắc nghẽn đường thở hoàn toàn (Khó thở thanh quản...): Áp dụng khi bệnh nhân không thể ho, thở, nói, hôn mê và cần phải cấp cứu ngay; nếu các cố gắng điều chỉnh tư thế bệnh nhân thất bại và thấy có dị vật ở miệng, hầu - cần phải lấy dị vật ra khỏi đường thở bằng các nghiệm pháp Heim lich hoặc nghiệm pháp vỗ lưng và ép bụng

A. Đúng

B. Sai

10.9 Chọn đúng/sai ~ Cơ chế của nghiệm pháp Heim lich là tạo một luồng khí từ trong phổi ra ngoài kèm theo tống dị vật ra khỏi đường thở, tương tự như ho.

A. Đúng

B. Sai

10.10 Chọn câu sai - Cách tiến hành nghiệm pháp Heimlich khi bệnh nhân đang ngồi hoặc đứng:

- A. Đứng sau bệnh nhân và dùng cánh tay ôm eo bệnh nhân, một bàn tay nắm lại, ngón cái ở trên đường giữa, đặt lên bụng hơi trên rốn, dưới mũi ức.
- B. Bàn tay kia ôm lên bàn tay đã nắm và dùng động tác giật (để ép) lên trên và ra sau một cách thật nhanh và dứt khoát
- C. Lặp lại động tác tới khi giải phóng được tắc nghẽn hoặc tri giác bệnh nhân xấu đi
- D. Lặp lại động tác tới khi giải phóng được tắc nghẽn hoặc tri giác bệnh nhân tốt lên.

10.11 Chọn câu sai - Cách tiến hành nghiệm pháp Heimlich khi bệnh nhân đang suy sụp hoặc hôn mê:

- A. Đặt bệnh nhân nằm ngửa, mặt ngửa lên trên, nếu nôn để đầu bệnh nhân nghiêng một bên và lau miệng.
- B. Người cấp cứu quỳ gối ở hai bên hông bệnh nhân, đặt một cùi bàn tay lên bụng ở giữa rốn, bàn tay kia úp lên trên, đưa người ra phía trước ép nhanh lên phía trên, làm lại nếu cần.
- C. Sau mỗi đợt ép bụng : dùng 2 đến 3 ngón tay để móc khoang miệng kiểm tra. Sau khi lấy được dị vật hô hấp lại cho bệnh nhân, nếu có kết quả đánh giá hô hấp, tuần hoàn và thực hiện các can thiệp thích hợp.
- D. Nếu không thể hô hấp được cho bệnh nhân lặp lại quá trình : ép bụng, kiểm tra đường thở và hô hấp nhân tạo, nhắc lại tới khi giải phóng được đường thở và hô hấp nhân tạo được

10.12 Chọn đúng/sai ~ Nghiệm pháp vỗ lưng và ép bụng được áp dụng là vì nghiệm pháp Heimlich có thể dễ dàng gây chấn thương bụng khi dùng cho trẻ nhỏ?

- A. Đúng
- B. Sai

10.13 Chọn câu sai ~ Nghiệm pháp vỗ lưng và ép bụng thực hiện như sau:

- A. Đặt trẻ nhỏ nằm trên tay tư thế sấp dọc theo trục của tay và đầu trẻ ở thấp.
- B. Dùng phần phẳng của bàn tay vỗ nhẹ và nhanh 5 cái lên vùng giữa hai xương bả vai.
- C. Nếu vỗ lưng không đẩy được dị vật ra, lật trẻ nằm ngửa và ép ngực 5 cái. Vị trí và cách ép như với ép tim.
- D. Làm sạch đường thở giữa các lần vỗ lưng – ép ngực, quan sát khoang miệng dùng tay lấy bất cứ dị vật nào nếu nhìn thấy, không dùng ngón tay đưa sâu để lấy dị vật

10.14 Chọn đúng/sai ~ cách đặt canun miệng hầu trong kỹ thuật bảo vệ đường thở (dùng canun Guedel và Berman với kích cỡ khác nhau): Chọn cỡ thích hợp bằng cách đặt đầu ngoài của canun ở ngang góc miệng bệnh nhân, mép đầu ngoài của canun ở bên ngoài cung răng - đầu trong canun tới góc hàm, khi đặt đầu trong canun nằm ở góc lưỡi và trên nắp thanh môn là phù hợp

- A. Đúng
- B. Sai

10.15 Chọn đúng/sai ~ Chỉ định đặt canun mũi hầu (giống canun miệng hầu ở chỗ tách lưỡi ra khỏi thành sau họng nhưng khác là canun này được đặt qua mũi tạo một con đường từ lỗ mũi ngoài đến gốc lưỡi). Chỉ định khi có chấn thương hoặc tổn thương choán chỗ, dị vật ở vùng mũi, trẻ nhỏ.

A. Đúng

B. Sai

10.16 Chọn đúng/sai ~ Mặt nạ thanh quản (Laryngeal Mask Airway – LMA) đã được chính thức đưa vào phác đồ kiểm soát đường thở khó, đặc biệt là trong tình huống “không đặt NKQ được, Không thông khí được” (No Intubate, No ventilate)?

A. Đúng

B. Sai

