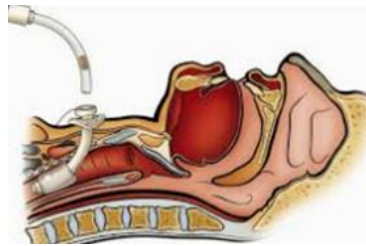




TẬP BÀI GIẢNG HỒI SỨC CẤP CỨU NUR 313



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



ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN & CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

MỤC TIÊU

1. Trình bày được định nghĩa, nguyên nhân và sinh lý bệnh đối với bệnh nhân đặt NKQ.
2. Trình bày được chỉ định, kỹ thuật đặt và tai biến do đặt NKQ.
3. Trình bày được mục đích, cách theo dõi và cách tiến hành chăm sóc đối với bệnh nhân đặt NKQ.

NỘI DUNG

1. Định nghĩa
2. Nguyên nhân và sinh lý bệnh
3. Kỹ thuật đặt NK
 - 3.1 Chỉ định đặt nội khí quản
 - 3.2. Chống chỉ định.
 - 3.3. Dụng cụ
 - 3.4 . Kỹ thuật đặt ống nội khí quản
 - 3.5. Rút ống nội khí quản
 - 3.6 Tai biến do đặt nội khí quản
4. Theo dõi & Chăm sóc bệnh nhân đặt NKQ
 - 4.1 Mục đích
 - 4.2 Theo dõi

Tài liệu tham khảo – Câu hỏi lượng giá



1. Định nghĩa

Chăm sóc bệnh nhân đặt NKQ là kỹ thuật cơ bản trong chăm sóc bệnh nhân hồi sức cấp cứu bao gồm các qui trình thường qui, được tiến hành tại giường, hàng ngày cho bệnh nhân.

2. Nguyên nhân và sinh lý bệnh

Bệnh nhân đặt NKQ thở máy có phơi nhiễm nhiều yếu tố nguy cơ.

Trong quá trình theo dõi có nhiều biến chứng.

- Tại chỗ gồm: Loét, phù nề, loét hẹp khí quản, thủng khí quản.
- Liên quan đến qui trình chăm sóc gồm: hở bóng chèn (cuff), tuột ống, tắc đờm, viêm phổi bệnh viện.
- Biến chứng liên quan đến thở máy: viêm phổi, tràn khí áp lực, rối loạn huyết động...

3. Kỹ thuật đặt NKQ

3.1 Chỉ định đặt nội khí quản

- a. Để khai thông đường hô hấp trong các trường hợp tắc nghẽn khí phế quản do các dị vật, đàm, nước, thức ăn...
- b. Các trường hợp bóp bóng Ambu, hoặc thông khí nhân tạo (vd: liệt cơ hô hấp do nhược cơ, H/c Guallain-Barre, rã hổ cắn...)
- c. Rửa dạ dày ở bệnh nhân hôn mê (vd:Ngộ độc gacdenan, aminazin, thuốc phiện, phốt pho hữu cơ, chlo hữu cơ, do ăn phải độc chất...)
- d. Rối loạn tri giác, hôn mê sâu với mất phản xạ nôn, phản xạ ho.
- e. Những trường hợp sau khi rút ống Nội khí quản vài phút đến vài giờ, người bệnh đột nhiên bị co thắt thanh môn: tím, thở rít, khó thở vào.

3.2.Chống chỉ định.

a.Đường miệng:

- + Sai khớp hàm.
- + U vòm họng.
- + Vỡ xương hàm.
- + Phẫu thuật vùng hàm họng.

b. Đường mũi:

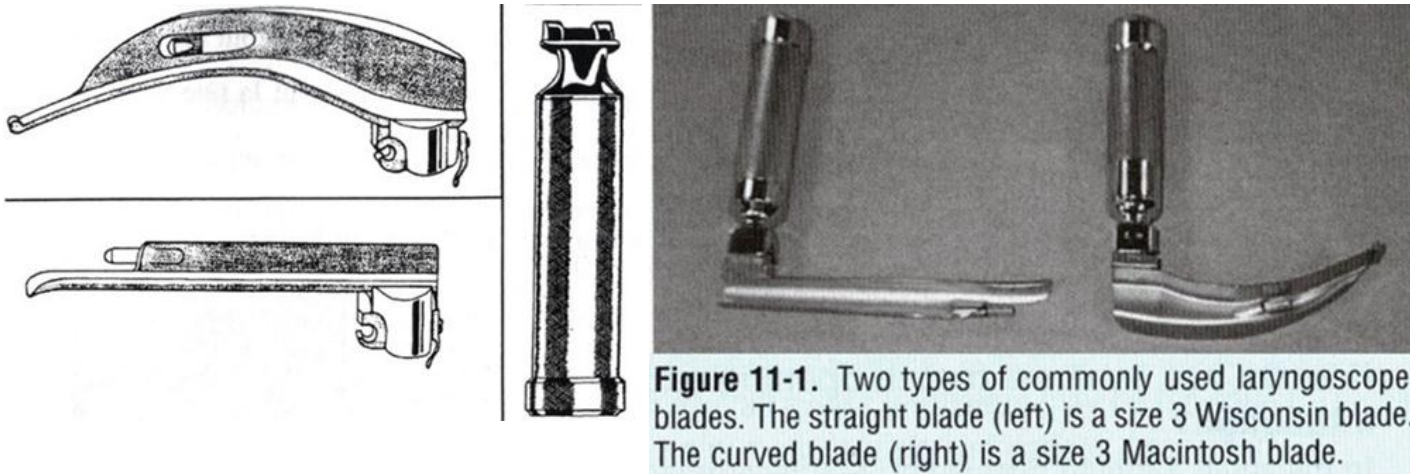
- + Bệnh rối loạn đông máu hay giảm tiểu cầu.
- + Sốt xuất huyết
- + Chảy nước não tủy qua xương hàm.
- + Viêm xoang, phì đại cuốn mũi.
- + Chấn thương mũi-hàm.

3.3. Dụng cụ

a. Đèn soi thanh quản

Có hai loại chính thường sử dụng

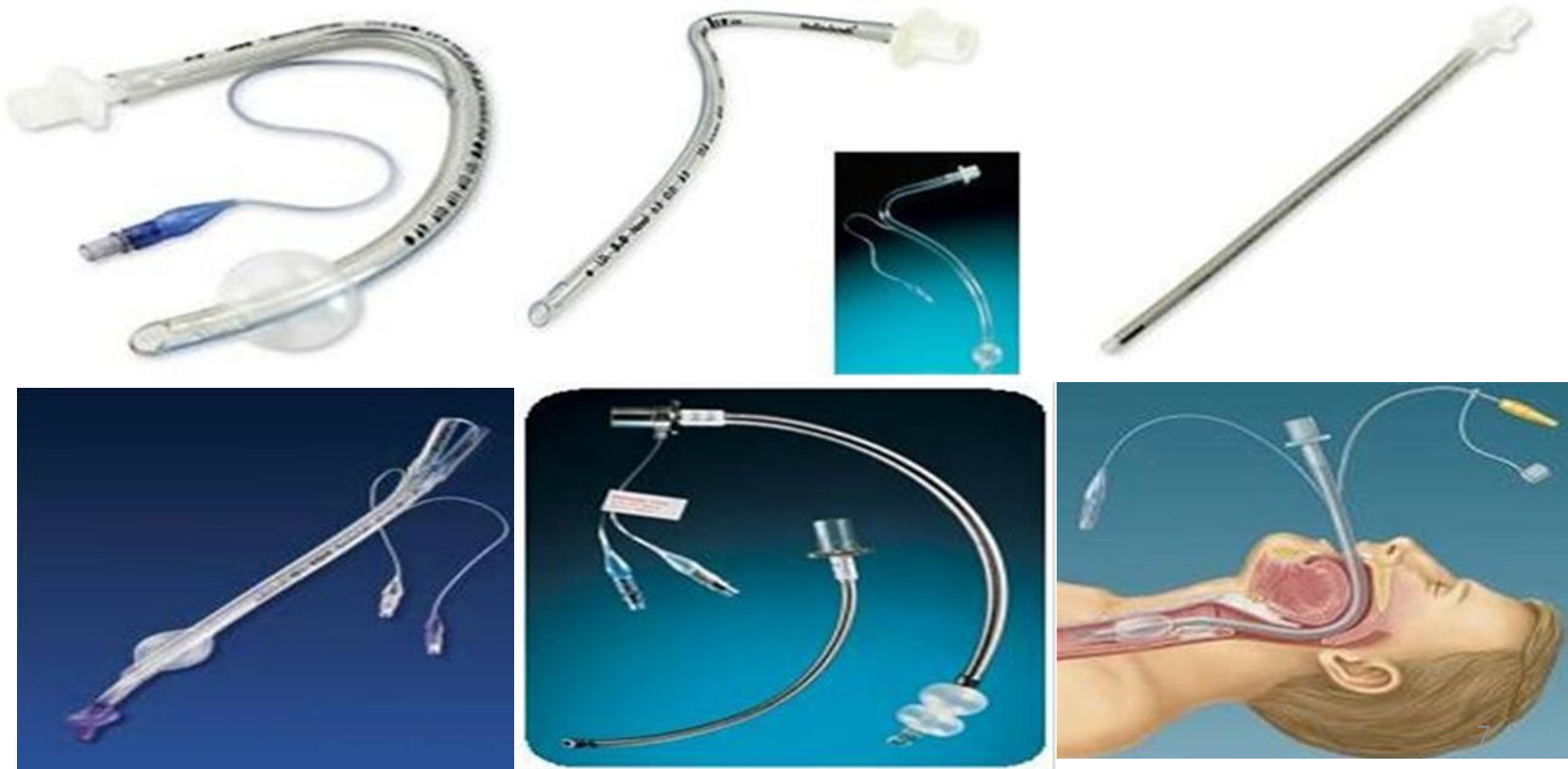
- + Loại lưỡi thẳng (Guedel): Lưỡi đèn kéo cả tiểu thiệt lên.
- + Loại lưỡi cong (Macintosh): Lưỡi đèn đặt vào trước tiểu thiệt ở khe lưỡi gà và thanh hầu. Lưỡi đèn có nhiều cỡ dùng cho người lớn, trẻ em và trẻ sơ sinh.
- + Đèn phải kiểm tra thường xuyên để điều chỉnh hay thay pin, thay bóng.



b. Ống nội khí quản

Có nhiều loại ống:

- + Ống cao su, ống nhựa, ống có lò xo, ống có túi hơi (cuff)...
- + Ống có nhiều kích cỡ khác nhau, đường kính ngoài từ 2,5mm cho trẻ sơ sinh đến 11mm cho đàn ông to lớn.

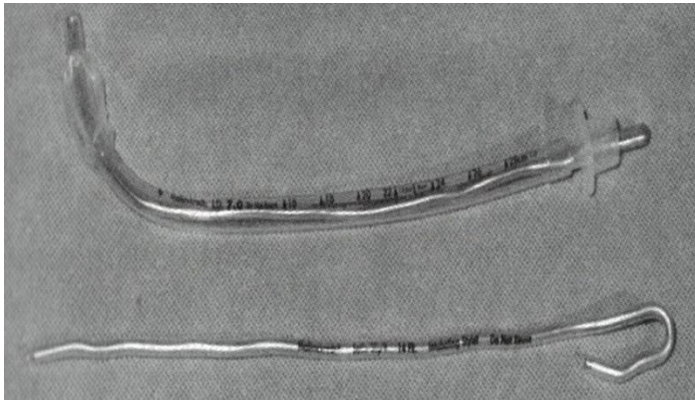


c. Cây thông lớn (stylet, maudrin).

Làm bằng kim loại mềm, khi đặt cây vào ống Nội khí quản ta có thể uốn cong theo ý muốn, đầu cây thông lòng phải ngắn hơn ống Nội khí quản khoảng 1cm.

d. Ống chặn lưỡi (airway), dụng cụ chặn răng (bite-block),

e. Kìm Magyll (pince de Magyll)



3.4 . Kỹ thuật đặt ống nội khí quản

a. Chuẩn bị ống Nội khí quản

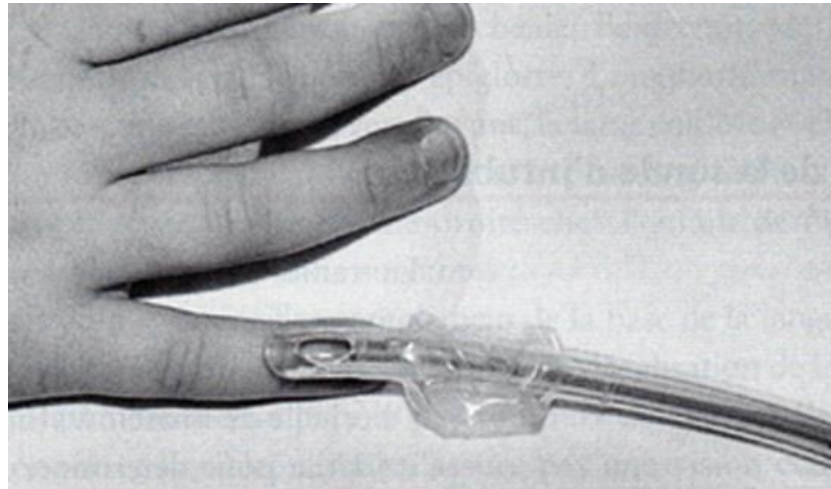
Trên thực tế ta đo cỡ ống bằng ngón tay út của bệnh nhân, về nguyên tắc phải chuẩn bị 3 cỡ, trên và dưới ống chuẩn, cách nhau $\pm 0,5\text{mm}$.

Chiều dài của cây nội khí quản có thể được ước tính bằng công thức sau đây :

$$12 + (\text{Tuổi} / 2) = \text{chiều dài tính bằng mm}$$

Công thức để đánh giá cỡ ống thích hợp như sau :

$$4 + (\text{Tuổi} / 4) = \text{đường kính tính bằng mm.}$$



b. Bệnh nhân:

- Người bệnh tỉnh: giải thích, động viên.
 - + Thở oxy 100% trong 5 phút hoặc người bệnh hít 3 lần oxy 100%.
 - + 2-3 phút trước khi đặt ống Nội khí quản: tiêm tĩnh mạch xylocain 1mg/kg và thuốc dẫn cơ pancuronium hoặc vecuronium 0,01-0,02mg/kg, có thể dùng xylocain 1% dạng
 - + Một phút trước khi đặt Nội khí quản tiêm đường tĩnh mạch midazolam (Hypnovel) 0,05 – 0,2mg/kg hay ketamin 0,5 – 1mg/kg. Dùng ketamin nếu có hạ huyết áp giảm thể tích máu hoặc co thắt phế quản, hen phế quản.
- Người bệnh mê:
 - + giải thích cho thân nhân lợi ích của việc đặt ống Nội khí quản
 - + Ngưng thở thì bóp bóng Ambu qua mask với oxy 100% trước.

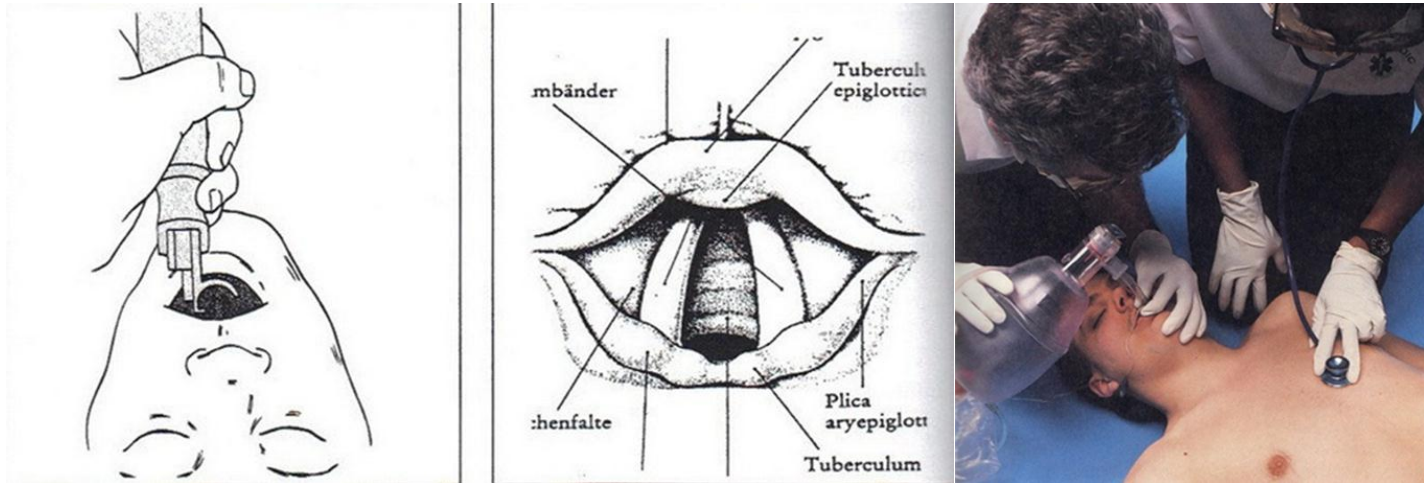
- Bệnh nhân nằm ngửa, đặt đầu trên một gối cứng khoảng 10cm, ngửa cổ sao cho trục của khí quản – hầu và miệng trên một đường thẳng.



Figure 2-61 The sniffing position aligns the axes of the mouth, pharynx, and trachea.

- Đèn soi thanh quản cầm ở tay trái. Đặt lưỡi đèn vào miệng phía bên phải và đẩy lưỡi đèn dọc theo thành lưỡi phía bên phải và gạt lưỡi từ phải qua trái cho đến khi nhìn thấy nắp thanh quản.
- Tay phải đặt dưới xương chẩm bệnh nhân để đẩy ngửa cổ về phía
- Lưỡi đèn đặt ngay dưới góc nắp thanh quản và đáy lưỡi, ngưng đẩy thêm, kéo đèn theo hướng cán đèn (không dùng hàm trên của bệnh nhân làm điểm tựa) lúc đó nắp thanh quản sẽ bị kéo ra đằng trước để lộ hai dây thanh âm nằm đằng sau,

- Lấy ống Nội khí quản đưa từ từ dọc theo phía bên phải của lưỡi đèn và đẩy nhẹ nhàng vào thanh quản. Ở người lớn đẩy vào qua hai dây thanh âm khoảng 2 – 3 cm hoặc túi hơi (cuff) vừa qua thanh môn thì dừng lại.
- Đặt ngay Airway, trước khi rút lưỡi đèn ra (để phòng bệnh nhân cắn)
- Kiểm tra phổi hai bên cẩn thận trước khi cố định ống Nội khí quản.



c. Đặt Nội khí quản ở bệnh nhân có dạ dày đầy: để tránh nguy cơ hít chất ói mửa, ta có thể dùng những phương pháp an toàn sau:

– Thủ thuật Sellick.

Cho bệnh nhân thở oxy 100% 3 – 5 phút qua mặt nạ. Sau đó cho bệnh nhân ngủ với pentothal và tiếp theo là liều dẫn cơ giãn. Trong thời điểm này không giúp thở đồng thời nhờ người phụ dùng hai ngón tay ấn vào sụn nhẫn giáp về phía cột sống, mục đích để chèn thực quản không cho các chất trong dạ dày trào lên miệng. Chỉ thôi ấn khi ống đã được luồn vào khí quản và bơm cuff.

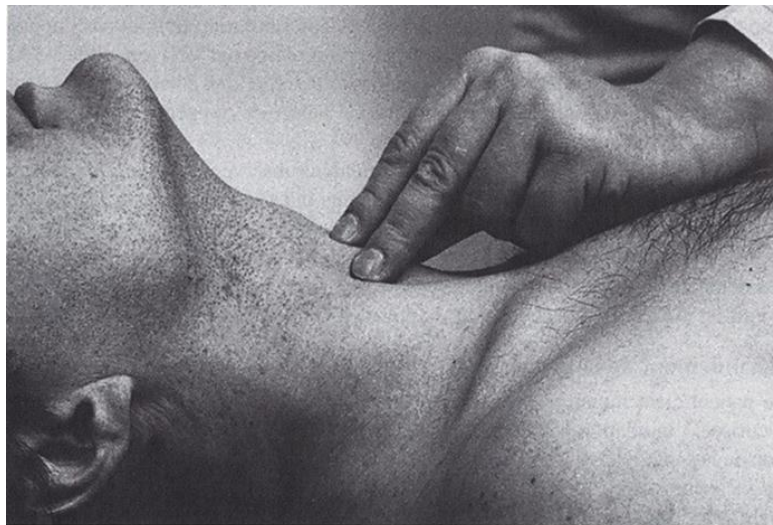


Figure 4-6 ■ Manœuvre de Sellick ; compression antéropostérieure du cartilage cricoïdien.

- Phương pháp đặt đầu cao 40 độ.
 - + Cho bệnh nhân thở oxy 100% từ 3 – 5 phút
 - + Quay bàn hoặc giường cho đầu cao 40 độ, chân ngang.
 - + Dùng thuốc ngủ và dẫn cơ như trên.
 - + Đứng lên bục cao để đặt Nội khí quản. Các chất trong dạ dày sẽ bớt khả năng trào lên miệng. Sau khi bơm túi hơi ống Nội khí quản, mới hạ đầu ngang trở lại.

d. Một số kỹ thuật đặt nội khí quản khác

- Đặt Nội khí quản đường mũi có đèn soi thanh quản.
- Đặt Nội khí quản mò qua mũi.
- Đặt Nội khí quản với gậy tê qua màng giáp nhân và gậy tê lười hầu.
- Đặt Nội khí quản với ống soi mềm (b/n có chấn thương cột sống cổ, những b/n đặt Nội khí quản khó...).
- Đặt Nội khí quản hai nòng.

3.5. Rút ống nội khí quản

- Bệnh nhân có phản xạ tỉnh (phản xạ vùng thanh khí quản: ho, sặc, khó chịu với ống Nội khí quản),
- Hô hấp và tuần hoàn ổn định, tự thở tốt.
- Không có các yếu tố nguy cơ (chảy máu, tắc đờm...).
- Hút sạch trong khí quản, hút sạch trong miệng hầu, sau đó cho bệnh nhân thở oxy 3-5 phút.
- Chuẩn bị sẵn dụng cụ để đặt lại (chuẩn bị như đặt mới).
- Trước khi rút dùng Ambu bóp tạo áp lực dương, đồng thời rút nhẹ nhàng.
- Rút xong phải quan sát kỹ bệnh nhân: nếu có thắt thanh quản (khó thở, ngưng thở, tím tái...), phải đặt lại Nội khí quản

3.6 Tai biến do đặt nội khí quản

a. Tức thời:

- Phản xạ đối giao cảm (px phế vị) có thể gây ngưng tim ngay:
 - + ngưng hô hấp; co thắt thanh quản (laryngospasme); hạ huyết áp, tim nhịp chậm

Xử trí: đấm mạnh vào vùng trước tim nhiều lần, tiếp tục bóp bóng Ambu qua ống Nội khí quản với oxy 100%, thực hiện cấp cứu ngưng

- Phản xạ cường giao cảm (sympathicomimétique).
 - + cao huyết áp; tim nhịp nhanh; rối loạn nhịp tim

Xử trí: Gây mê đủ sâu với thuốc mê phù hợp.

- Rách môi, gãy răng, rách lưỡi, rách hầu. chảy máu do chấn thương họng, nắp thanh môn, thủng thực quản...
- Xẹp phổi do đặt sâu vào phế quản một bên.
- Nhiễm khuẩn phổi phế quản sau 24 giờ (thường do Gram âm).

b. Lâu dài.

- U hạt ở dây thanh âm gây khàn tiếng.
- Hẹp khí quản (5 – 10 năm sau) do túi hơi bơm quá căng làm chèn ép thanh khí quản gây hoại tử, lâu ngày gây sẹo hẹp.

4. Theo dõi & Chăm sóc bệnh nhân đặt NKQ

4.1 Mục đích

- Ngăn chặn bội nhiễm đường thở.
- Đảm bảo thông khí tốt.
- Ngăn chặn tụt ống vào sâu hoặc tuột ra ngoài.
- Đảm bảo cung cấp đủ dinh dưỡng.
- Phòng tránh loét ép và teo cơ cứng khớp.
- Hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân.



4.2 Theo dõi

4.2.1. Theo dõi tại chỗ

a. Vị trí ống: nằm tại vị trí số 22 - 23 trên thân ống NKQ.

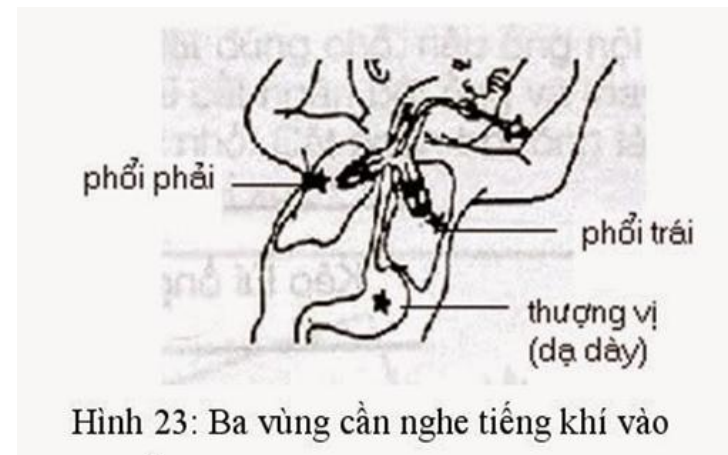
Kiểm tra bằng 2 cách:

* Quan sát bụng, lồng ngực và tiếng thở trong lúc thông khí bóp bóng cho bệnh nhân:

- Lồng ngực nhô lên mỗi lần thông khí.
- Vùng dạ dày không phình ra khi thông khí => sờ bụng không thấy căng chướng.
- Cường độ các nhịp thở như nhau.

* Nghe phổi: Nếu đặt đúng vị trí ta sẽ nghe:

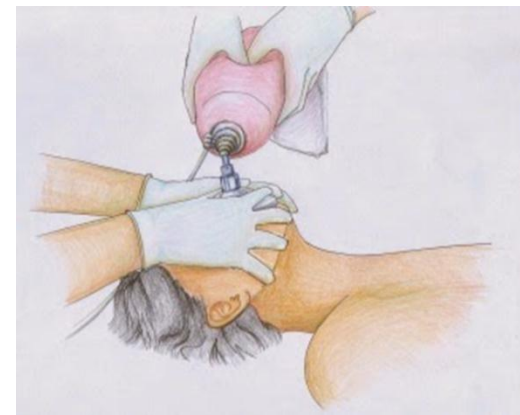
- Tiếng phụt của khí vào 2 phổi đều nhau.
- Mất tiếng thở thanh khí quản
- Không nghe tiếng ran, tiếng thổi như lúc bình thường.
- Không nghe tiếng khí vào dạ dày.



Hình 23: Ba vùng cần nghe tiếng khí vào

b. Tình trạng ống:

- Tắc nghẽn ống do đàm: hút đàm ngay khi nghe thấy bn khò khè, trong ống có tiếng đàm lách tách và mức SpO2 đang giảm dần hoặc dao động [nếu bn có monitor] kèm theo thấy bn bứt rứt, kích thích, thở nhanh hơn hoặc tím tái, mặt đỏ vì thở gắng sức.
- Tuột sâu hoặc tuột ra ngoài: do cố định không tốt hoặc xẹp bóng chèn.
 - + Đo lại áp lực bóng chèn bằng máy đo [áp lực từ 20 - 30mmHg].
 - + Xả bóng chèn chỉnh lại vị trí ống nkq - cẩn thận bn kích thích, giãy giụa sẽ làm tuột ống ra ngoài.
 - + Cột lại dây cột cố định ống.
 - + Ống tuột hẳn ra ngoài => gắn ngay bóng mask bóp cung cấp oxy => báo bs đặt lại.
- Gập cong: chỉnh lại ống. Cố định tay, chân bệnh nhân và kéo song chắn.



4.2.2. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn

- Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, CVP nếu có. Theo dõi 15 phút một lần trong giờ đầu các giờ sau thưa hơn
 - Bn ổn: theo dõi mỗi 2h.
 - Bn giai đoạn nặng, bệnh trở: theo dõi liên tục bằng máy.

4.2.3. Theo dõi chung

- Theo dõi lượng dịch ra vào cơ thể hàng ngày để đánh giá tình trạng bệnh nhân
- Theo dõi các dấu hiệu thần kinh, ý thức, vận động (Đánh giá theo thang điểm glassgow)

4.2.4. Theo dõi các dấu hiệu khác

- Sonde dạ dày, sonde bàng quang, tĩnh mạch dưới đòn, các máy phụ cận bệnh nhân (monitor, bơm tiêm điện, máy thở)

4.3 Tiến hành chăm sóc

4.1.1. Chăm sóc tại chỗ

a. Vệ sinh răng miệng bằng nước muối có pha betadin loãng, thay các băng dính hàng ngày, thay băng chân mayor 2 lần /ngày. Khi thay băng dính trên ống nội khí quản của bệnh nhân nhớ thay đổi vị trí của ống để tránh loét, rách môi. Nếu bệnh nhân lơ mơ thì rất dễ bị kích thích dẫn đến tụt ống nên có thể dùng an thần cho bệnh nhân trước khi làm.

b. Hút đàm: hút đàm ngay khi nghe thấy bn khò khè, trong ống có tiếng đàm lách tách và mức SpO2 đang giảm dần hoặc dao động [nếu bn có monitor] kèm theo thấy bn bứt rứt, kích thích, thở nhanh hơn hoặc tím tái, mặt đỏ vì thở gắng sức.

- Đảm bảo vô trùng.

- Tăng O2 lên 100% trong 2' trên bn thở máy và tăng thêm 1 - 2 lít trên bn thở bằng catheter.



- Hút nhanh. Theo dõi tri giác, nhịp thở, SpO2.
- Thứ tự: ống nkq => mũi => miệng. Nếu có Mayo thì hút trong tube Mayo trước khi hút mũi miệng.
- Đảm đặc, bơm NaCl 0.9% vào làm loãng và hút.
- Có thể sử dụng ống hút đàm kín (hình): an toàn, sử dụng ngay, giảm nguy cơ viêm phổi bv.

(Ống hút đàm kín có đầu dây nắp xanh để bơm nước muối tráng rửa ống hút trước khi chuyển vị trí hút, 1 đầu nút trong để bơm nước muối làm loãng đàm).



c. Thay dây cố định nkq:

- + Dây cố định.
- + Kéo sạch.
- + Băng keo.

* Các bước:

- Cắt dây cố định cũ. Rút bỏ dây và miếng băng keo đánh dấu mức cố định. Chú ý dây dẫn hơi của bóng chèn!
- Dán miếng băng keo đánh dấu mới, cắt 1 lỗ nhỏ để xỏ dây cố định qua.
- Cột siết tại vị trí băng keo đánh dấu [1 đầu dài 1 đầu ngắn].
- Lòn 1 đầu dây dài qua gáy, thay đổi vị trí cố định trên/dưới tai khi thay để tránh loét.
- Cột cố định vừa đủ chặt. Mức dây để trên môi sẽ giữ đàm nhớt không dính lúc bn ho.

4.1.2. Kỹ thuật bơm rửa, hút nội khí quản

- Chuẩn bị dụng cụ và bệnh nhân:

- Dụng cụ bao gồm

- + Máy hút áp lực có đồng hồ điều chỉnh.
- + 3 chai natriclorua 0,9% loại 500 ml (một chai pha betadin 10% để ngâm dây hút nội khí quản nếu không có điều kiện dùng dây mới, một chai để hút xả làm sạch dây hút nội khí quản, một chai để hút xả làm sạch dây hút mũi, miệng.) hệ thống chai này thay từ 1 - 2 lần / ngày.
- + Dây hút nội khí quản vô khuẩn O2 chiếc hút xong bỏ ngay hoặc không có điều kiện thì có thể ngâm và dùng lại
- + Găng vô khuẩn, ca đựng gạc tẩm cồn 70 độ

Bệnh nhân: Động viên giả thích cho bệnh nhân nếu bệnh nhân tỉnh. Để đầu cao 15 - 30 độ cho bệnh nhân thở oxy 100% trước khi hút cho bệnh nhân.

- Tiến hành hút: Điều dưỡng đội mũ, đeo khẩu trang, chuẩn bị dung dịch bơm rửa, đi găng.

+ Tay trái cầm dây máy hút, tay phải lấy dây hút (tay phải chỉ cầm dây hút để đảm bảo vô trùng) lắp dây hút vào dây máy hút. Tay trái bật máy hút, sau đó lòng tay trái cầm dây máy hút. Ngón 3 và ngón 4 kẹp đầu ống nội khí quản, ngón 1 gập dây sát vào ống hút.

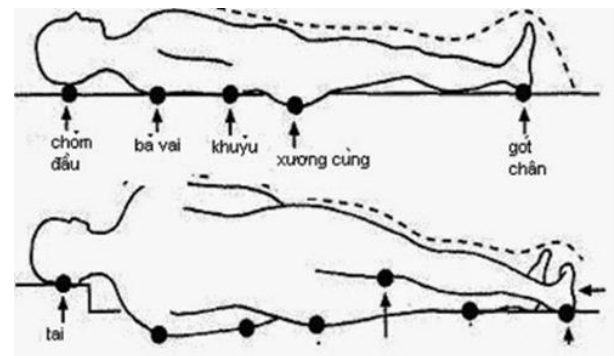
+ Tay phải cho dây hút từ từ vào ống nội khí quản đến khi thấy vướng hoặc bệnh nhân kích thích thì dừng lại và bỏ chỗ ngón cái tay trái gập ống ra, sau đó ngón 1 và 2 tay phải từ từ vê dây hút và kéo dây hút ra (mỗi lần hút không quá 30 giây, tổng số lần hút không quá 2 phút, khi hút xong cho bệnh nhân thở oxy 100%)

- Hút đường hô hấp trên qua miệng và mũi.

- Những kỹ thuật trên đều đòi hỏi vô trùng vì vậy các thao tác phải tuân thủ chính xác nếu không vi khuẩn rất dễ xâm nhập đường hô hấp của bệnh nhân

4.1.3 Chăm sóc toàn thân

- An toàn: cố định tay, chân, kéo song chắn.
- Dinh dưỡng: nuôi qua sonde bằng soup, cháo xay hoặc sữa theo cữ. Tính lập bilan nước.
- Đối với bn nặng, có vết thương khó lành... có thể nuôi ăn qua máy nhỏ giọt liên tục để duy trì dinh dưỡng.
- Ngăn ngừa loét và teo cơ cứng khớp:
 - + Cho nằm nệm hơi/nệm nước.
 - + Xoay trở mỗi 2 lần, chêm lót tại vùng dễ loét.
 - + Lau người, giữ da khô thoáng theo tour trực.
- Tâm lý: trò chuyện giao tiếp nếu bn gọi biết, có thể hiểu lời nói để giúp bn hồi phục chức năng nhận biết, nghe, tri giác, lời nói...
- Bơm rửa bàng quang với bệnh nhân có đặt sonde bàng quang, vệ sinh bộ phận sinh dục ngoài và thay capot nếu bệnh nhân có đặt capot
- Thay băng chân tĩnh mạch dưới đòn hàng ngày, thay dây truyền 1 - 2 ngày/ lần
- Bơm ăn cho bệnh nhân theo chỉ định của bác sĩ



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. *Prise en charge du traumatisé grave* (4ème édition) Bruxelles 2008
5. H199
(<http://www.nguyenphuchoc199.com/uploads/7/2/6/7/72679/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.
6. Các giáo trình về bệnh học, dược học & bài giảng trên internet

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

8.1. Chọn câu đúng nhất ~ Các nguyên nhân tắc ống nội khí quản có thể là:

- A. Tắc đờm
- B. Bệnh nhân nuốt ống
- C. Hở bóng chèn
- D. Ống đặt vào dạ dày

8.2 Chọn câu đúng nhất ~ Áp lực của bóng chèn nên là:

- A. 15-20 mmHg
- B. 35-40 mmHg
- C. 10-15 mmHg
- D. 20-25 mmHg

8.3 Chọn câu sai ~ Một bệnh nhân đang thở máy đột ngột thấy tím tái, áp lực đường thở tăng cao, nguyên nhân có thể là:

- A. Tuột ống
- B. Bệnh nhân cắn ống nội khí quản
- C. Hở bóng chèn
- D. Tràn khí màng phổi

8.4 Chọn câu đúng nhất ~ Chỉ định phổ biến để luồn ống nội khí quản gồm có:

- A. Khi vùng mổ ngay sát cạnh hoặc mổ cả vào đường thở trên. Khi duy trì đường thở bằng mask khó.
- B. Ngừa hít dịch dạ dày. Thông khí một phổi. Làm vệ sinh khí phế quản. Thông đường thở để gây mê NKQ.
- C. Tổn thương phổi hoặc hôn mê, đa chấn thương mức nặng, suy hô hấp ...
- D. Các câu trên đều đúng

8.5 Chọn câu đúng nhất ~Biến chứng của luồn ống nội khí quản có thể gặp gồm có?

- A. Xảy ra trong khi luồn ống như: Hít trào ngược, mẻ răng, rách môi & lợi. Tổn thương thanh quản.
- B. Co thắt phế quản. Đút ống nhầm vào thực quản. Đút ống sâu quá vào phế quản.
- C. Tổn thương dây thanh âm thoáng qua. Phù thanh môn & hạ thanh môn. Viêm hầu hoặc khí quản. Hoạt hoá hệ thần kinh giao cảm.
- D. Các câu trên đều đúng.

8.6 Chọn câu đúng nhất ~Theo dõi bệnh nhân đặt nội khí quản gồm có?

- A. Theo dõi tại chỗ: Vị trí và độ sâu của ống; Tình trạng của ống NKQ
- B. Theo dõi dấu hiệu sinh tồn như mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, (CVP nếu có). Theo dõi 15 phút một lần trong giờ đầu các giờ sau thưa hơn
- C. Theo dõi cân bằng dịch, thần kinh: Theo dõi lượng dịch ra vào cơ thể hàng ngày, Theo dõi các dấu hiệu thần kinh, ý thức, vận động.
- D. Các câu trên đều đúng.

8.7 Chọn câu đúng nhất ~Chăm sóc bệnh nhân đặt nội khí quản cần phải:

- A. Chăm sóc tại chỗ đúng kỹ thuật
- B. Thực hiện đúng kỹ thuật bơm rửa, hút nội khí quản.
- C. Chăm sóc toàn thân
- D. Các câu trên đều đúng.

8.8 Chọn câu đúng nhất ~ Những vấn đề cần lưu ý khi theo dõi, chăm sóc bệnh nhân đặt nội khí quản?

- A. Khi thay đổi tư thế nhất là những bệnh nhân hôn mê phải theo dõi sát...
- B. Với những bệnh nhân lơ mơ phải tìm cách tránh bệnh nhân tự rút ống
- C. Khi thấy ống nội khí quản có dấu hiệu bán tắc hoặc tắc phải hút, bơm rửa tích cực nếu không được phải báo bác sĩ để xử trí kịp thời.
- D. Các câu trên đều đúng.

8.9 Chọn đúng/sai ~ Với chăm sóc tại chỗ ống NKQ cần vệ sinh răng miệng bằng nước muối có pha betadin loãng, thay các băng dính hàng ngày, thay băng chân mayor 2 lần /ngày. Khi thay băng dính trên ống nội khí quản của bệnh nhân nhớ thay đổi vị trí của ống để tránh loét, rách môi.

- A. Đúng
- B. Sai

8.10 Chọn đúng/sai ~ Trước khi hút đờm trên bệnh nhân đặt NKQ, cần tăng O2 lên thêm 1 - 2 lít trong 2' trên bn thở máy và tăng 100% trên bn thở bằng catheter.

- A. Đúng
- B. Sai

8.11 Chọn câu sai ~ Theo dõi và quan sát bụng, lồng ngực và tiếng thở trong lúc bóp bóng cho bệnh nhân đặt nội khí quản khi thông khí đúng sẽ thấy:

- A. Lồng ngực nhô lên mỗi lần thông khí.
- B. Vùng dạ dày phình ra khi thông khí
- C. Sờ bụng không thấy căng chướng.
- D. Cường độ các nhịp thở như nhau.

8.12 Chọn câu sai ~ Theo dõi và nghe tiếng thở trong lúc bóp bóng cho bệnh nhân đặt nội khí quản khi thông khí, nếu đặt đúng vị trí ta sẽ nghe thấy:

- A. Tiếng phụt của khí đẩy vào 2 phổi đều nhau.
- B. Không nghe tiếng ran tiếng thổi.
- C. Không nghe được tiếng thở thanh khí quản.
- D. Không nghe tiếng khí vào dạ dày.

