

# BỆNH VIỆN ĐA KHOA SỐ 2 TỈNH LÀO CAI



## **HƯỚNG DẪN QUY TRÌNH KỸ THUẬT CHUYÊN NGÀNH GÂY MÊ HỒI SỨC – TẬP 3**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số: /QĐ-BVĐK2 ngày tháng 11 năm 2025  
của Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai)*

*Lào Cai, Năm 2025*

**Hội đồng thẩm định**

BSCKII. Tô Minh Hùng	Phó Giám đốc bệnh viện
ThS. Nguyễn Thị Hồng Anh	Phó trưởng phòng Đào tạo & Chỉ đạo tuyến
DCKI. Nguyễn Thị Mỹ Nương	Phó trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp
ThS. Nguyễn Thế Linh	Phó trưởng phòng Quản lý chất lượng
BSCKII. Lương Ngọc Quý	Trưởng khoa Gây mê hồi sức
BSCKII. Lò Tà Phìn	Trưởng khoa Ngoại chấn thương chỉnh hình
BSCKII. Nguyễn Văn Hải	Trưởng khoa Ngoại tiết niệu
BCKI. Lê Quyết Thắng	Trưởng khoa Ngoại tổng hợp
ThS. Nguyễn Phú Duy	Trưởng khoa Ngoại thần kinh
BCKI. Đỗ Đình Quy Nhơn	Trưởng khoa Tai mũi họng
BCKI. Hoàng Anh Quý	Phó trưởng khoa YHCT&PHCN
BCKI. Nguyễn Thị Quỳnh Trâm	Phó giám đốc Trung tâm Ung bướu & YHHN
BSCKII. Trần Đức Thắng	Trưởng khoa Răng hàm mặt
ThS. Nguyễn Thế Bách	Trưởng khoa Sản
ĐD. Trần Thị Thu Hà	Viên chức phòng Đào tạo & CĐT

**Biên soạn**

BSCKII. Lương Ngọc Quý	Trưởng khoa Gây mê hồi sức
BSCKII. Liều Trọng Khởi	Phó trưởng khoa Gây mê hồi sức
BCKI. Cao Chính Nghĩa	Viên chức Gây mê hồi sức
BCKI. Dương Quỳnh Anh	Viên chức Gây mê hồi sức

## LỜI NÓI ĐẦU

Tập tài liệu “Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật chuyên ngành Gây mê hồi sức – Tập 3” được biên soạn tiếp nối nội dung của Tập 1 và Tập 2, nhằm tiếp tục hệ thống hóa các quy trình kỹ thuật đang được áp dụng tại Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai. Với 70 quy trình kỹ thuật, tập này bổ sung những nhóm kỹ thuật còn lại trong kế hoạch chuẩn hóa dài hạn của chuyên ngành gây mê hồi sức, tạo sự liền mạch trong toàn bộ hệ thống kỹ thuật chuyên môn của chuyên ngành Gây mê hồi sức.

Các quy trình kỹ thuật được đúc kết từ thực tiễn hoạt động chuyên môn thường xuyên của khoa Gây mê hồi sức và kinh nghiệm chia sẻ của các chuyên gia cùng lĩnh vực tại các bệnh viện tuyến trung ương. Phương pháp biên soạn vẫn dựa trên nguyên tắc: thực tiễn, dễ áp dụng, tập trung vào bước quan trọng, điểm kiểm soát và tiêu chí an toàn. Mỗi quy trình được trình bày mạch lạc, hướng đến chuẩn hóa thao tác, giảm sai lệch và tăng hiệu quả phối hợp trong ê-kíp. Các nội dung đều căn cứ trên quy định chuyên môn, hướng dẫn hiện hành của Bộ Y tế phù hợp với cấu trúc đã triển khai từ Tập 1 và Tập 2.

Tập thể biên soạn mong muốn các đơn vị sử dụng tài liệu thường xuyên trong đào tạo, kiểm tra tuân thủ và cải tiến chất lượng. Những phản hồi từ thực tiễn triển khai sẽ là cơ sở để cập nhật, điều chỉnh và bổ sung trong các tập tiếp theo, bảo đảm tài liệu luôn phù hợp với yêu cầu chuyên môn và điều kiện bệnh viện.

Sau Tập 3, bộ tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Gây mê hồi sức vẫn sẽ tiếp tục được xây dựng, hoàn thiện theo lộ trình, góp phần hoàn chỉnh bộ tài liệu hướng dẫn quy trình kỹ thuật, nâng cao an toàn phẫu thuật, chuẩn hóa thao tác và hỗ trợ hiệu quả cho công tác chăm sóc – điều trị người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa số 2 tỉnh Lào Cai.

**Tập thể biên soạn**

## MỤC LỤC

1. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NÓI NANG TUY VỚI DẠ DÀY .....	1
2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC VỎ MÀNG PHỔI .....	6
3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT POLYP .....	10
4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT VÁCH NGĂN .....	15
5. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮM LẠI NIỆU QUẢN .....	20
6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG .....	25
7. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮM MÁU SAU PHẪU THUẬT .....	30
8. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẦU DÀI GÂN NHỊ ĐẦU .....	35
9. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DÂY DÍNH HAY DÂY CHẰNG .....	40
10. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA .....	44
11. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG .....	49
12. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN NỘI SOI THẬN ÓNG MỀM GẤP SỎI THẬN .....	51
13. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN NỘI SOI THẬN ÓNG MỀM TÁN SỎI THẬN .....	54
14. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN NỘI SOI XẼ LỖ NIỆU QUẢN LẤY SỎI .....	56
15. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT ĐÓNG RÒ BÀNG QUANG – ÂM ĐẠO .....	58
16. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XỐ TỬ CUNG .....	60
17. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC VỎ MÀNG PHỔI .....	62
18. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG + MỞ THÔNG 2 VÒI TỬ CUNG .....	64
19. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT DÍNH BUỒNG TỬ CUNG .....	66
20. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT POLYP .....	68
21. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT U XỐ .....	70
22. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT VÁCH NGĂN .....	73

23. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẢM LẠI NIỆU QUẢN .....	76
24. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẢM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀN QUANG.....	79
25. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẢM MÁU SAU PHẪU THUẬT .....	82
26. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CĂNG DA TRÁN, CĂNG DA MẶT, CĂNG DA CỔ .....	85
27. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THUYỀN TUYẾN GIÁP + EO GIÁP .....	89
28. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THUYỀN TUYẾN GIÁP TRONG BUỒU GIÁP NHÂN.....	92
29. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THUYỀN TUYẾN GIÁP TRONG BUỒU GIÁP NHÂN ĐỘC .....	95
30. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THUYỀN TUYẾN GIÁP.....	98
31. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 2/3 DẠ DÀY .....	101
32. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 3/4 DẠ DÀY .....	104
33. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BẠCH MẠCH THẬN.....	107
34. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI CẮT BÁN PHẦN 1 THUYỀN TUYẾN GIÁP .....	110
35. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN LÁCH TRONG CHẨN THƯƠNG.....	113
36. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U HOẠT DỊCH CỔ TAY.....	116
37. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MẠC TREO RUỘT + CẮT ĐOẠN RUỘT NON.....	119
38. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MẠC TREO RUỘT, KHÔNG CẮT RUỘT .....	122
39. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U ỐNG MẶT CHỦ .....	125
40. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U SAU PHỨC MẠC .....	128
41. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U THẬN ÁC TÍNH .....	131
42. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U THẬN LẠNH TÍNH.....	134

43. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U THỰC QUẢN .....	138
44. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYỆT .....	142
45. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN THƯỢNG THẬN 1 BÊN.....	145
46. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN THƯỢNG THẬN 2 BÊN.....	148
47. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U XƠ VÒM MŨI .....	151
48. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT XƯƠNG SUỐN SỐ 1 (ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ĐƯỜNG THOÁT LỒNG NGỰC).....	154
49. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỮA NGOÀI TỬ CUNG.....	157
50. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CHUYỂN VỊ TRÍ TĨNH MẠCH ĐỂ TẠO DÒ ĐỘNG MẠCH-TĨNH MẠCH CHO CHẠY THẬN NHÂN TẠO .....	160
51. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CỔ ĐỊNH DẠ DÀY .....	163
52. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CỔ ĐỊNH TRỰC TRÀNG + CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG.....	166
53. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CỔ ĐỊNH TRỰC TRÀNG.....	169
54. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP XE TỒN LƯU .....	172
55. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP XE TUYỆT .....	175
56. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ĐIỆN CỰC TẠO NHỊP THƯỢNG TÂM MẠC .....	178
57. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI NGÃ TIỀN PHÚC MẠC (TEP).....	181
58. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI NGÃ TIỀN PHÚC MẠC QUA Ổ BỤNG (TAPP).....	184
59. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI TRONG PHÚC MẠC.....	187
60. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT VÒNG THẮT DẠ DÀY.....	190
61. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CHẢY MÁU ĐƯỜNG MẬT, CẮT GAN.....	193
62. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CỨNG KHỚP CỔ CHÂN.....	196

63. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẬN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CỨNG KHỚP KHUỖYU .....	199
64. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẬN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ĐÁM QUẢNH RUỘT THỪA.....	202
65. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẬN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG VÙNG KHUỖYU .....	205
66. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẬN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ XƯƠNG ĐÙI BẰNG GHÉP SỤN XƯƠNG .....	208
67. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẬN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP TRƯỚC CỔ CHÂN .....	211
68. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẬN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ MẮT VỮNG BÁNH CHÈ.....	214
69. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẬN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ MẮT VỮNG KHỚP VAI THEO PHƯƠNG PHÁP LATARJET .....	217
70. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẬN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ MẮT VỮNG KHỚP VAI X.....	220

# 1. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỐI NANG TỤY VỚI DẠ DÀY

## 1. ĐẠI CƯƠNG

- Gây tê tủy sống là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau.

- Mục tiêu: Làm mất cảm giác tạm thời ở một vùng cơ thể, nhằm giúp bệnh nhân không cảm thấy đau đớn trong quá trình thực hiện thủ thuật.

## 2. CHỈ ĐỊNH

Các bệnh nhân có chỉ định tê tủy sống và có yêu cầu giảm đau và không có chống chỉ định gây tê vùng.

## 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.
- Bệnh nhân từ chối không hợp tác

Bệnh nhân có bệnh lý cột sống: sốt bại liệt, biến dạng cột sống, gù vẹo, dị tật cột sống.

- Bệnh lý đông máu đang sử dụng thuốc kháng đông
- Thiếu máu nặng hay thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ.
- Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật.
- Bệnh lý van tim nặng.

## 4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân dị ứng , rối loạn đông máu , giảm tiểu cầu , thoát vị đĩa đệm cột sống lưng

## 5. CHUẨN BỊ

### 5.1. Người thực hiện kỹ thuật

- Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

### 5.2. Thuốc :

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrine, adrenalin, atropin
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepine, giãn cơ, intralipid 10-20%...

- Dịch truyền các loại

- Thuốc tê: bupivacain, chirocain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (morphin từ 100- 300 mcg, fentanyl 25-50 mcg...).

- Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh. Giảm liều đối với người già, thiếu máu, có thai.

### 5.3 Vật tư:

- Băng dính, bơm kim tiêm, kim chọc tủy sống, dây truyền, kim luồn., găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lố vô trùng, kim gây tê tủy sống các cỡ....

### 5.4 Các phương tiện dự phòng cấp cứu :

- Mask thanh quản (laryngeal mask), ống nội khí quản, ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, kìm Magil, mandrin mềm.

### 5.5 . Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc an thần tối hôm trước mổ (nếu cần).

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của bộ y tế

### 5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5-15 phút

### 5.8 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại khoa phẫu thuật gây mê

### 5.9 Kiểm tra hồ sơ:

**a, Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

**b, Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.**

**c, Đặt tư thế bệnh nhân**

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Kiểm tra hồ sơ

### 6.2. Kiểm tra người bệnh

### 6.3. Thực hiện kỹ thuật

- Các bước tiến hành chung:

+ Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3- 5 l/phút ít nhất 5 phút.

+ Lắp máy theo dõi

+ Thiết lập đường truyền có hiệu quả.

- + Tiền mê (nếu cần)
- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5- 10 ml/kg ( đối với người lớn), ephedrin, noradrenalin.
- Cách thực hiện:
  - + Sát trùng vị trí tê.
  - + Trải khăn lố vô trùng
  - + Tư thế thường có 2 tư thế:
    - ✓ Tư thế ngồi: người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.
    - ✓ Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng, cầm tì vào ngực.
  - Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.
  - Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.
  - Kỹ thuật gây tê tùy sống đường giữa:
    - + Chọc vào khe giữa hai đốt sống, vị trí chọc thông thường L2- L3 hoặc L3- L4.
    - + Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.
    - + Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.
    - + Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

#### **6.4 Theo dõi quá trình gây tê**

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, mức độ phong bế thuốc tê .
- Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> bằng monitor
- Đánh giá sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage cải tiến.
  - + Độ 1: Ức chế hoàn toàn (không vận động khớp gối và chân).
  - + Độ 2: Ức chế gần như hoàn toàn (chỉ cử động được bàn chân).
  - + Độ 3: Ức chế một phần (có thể cử động khớp gối).
  - + Độ 4: Không thể vận động được khớp háng (gập khớp gối).
  - + Độ 5: Có thể cử động được khớp háng khi nằm ngửa.
  - + Độ 6: Có thể duỗi khớp gối.

#### **6.5 Xử trí tụt huyết áp trong gây tê**

- Hạ huyết áp: Huyết áp tâm thu giảm 20% so với lúc chưa gây tê hoặc nhỏ hơn 90 mmHg, truyền dịch nhanh và dùng Ephedrine 5 mg/lần cho đến khi huyết áp đạt giá trị ban đầu thì ngưng.

- Mạch chậm: Nhỏ hơn 50 lần/phút dùng Atropin 0.5 mg tiêm tĩnh mạch.  
Liều Atropin tối đa là 1mg.

- Nôn ói: Primperan 10 mg pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.

- Lạnh run:

+ Pethidin 25 mg tiêm tĩnh mạch kèm đắp ấm cho bệnh nhân

+ Thuốc nefopam 20mg pha loãng 20ml tiêm tĩnh mạch chậm .

### **6.6 kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật

- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án , lưu hồ sơ .

- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp, phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới D12 (dưới nếp bẹn).

- Bàn giao người bệnh về khoa phòng

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.**

### **7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Không chọc được vào tủy sống

- Có dịch máu chảy ra , rút ra chọc lại vị trí khác.

- Gãy kim , phẫu thuật lấy kim ra.

- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.

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

- Ngộ độc thuốc tê toàn thân

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản , hỗ trợ hô hấp tuần hoàn.

+ Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí.

### **7.2. Biến chứng sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụt huyết áp

- Ngứa

- Nôn .

- Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

### **7.3 Biến chứng muộn.**

- Bí trung đại tiện .

- Tụ máu vùng lưng ,

- Đau lưng.

- Liệt hai chi dưới.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

2017

## 2. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC VỎ MÀNG PHỔI

### 1. ĐẠI CƯƠNG

- Gây tê tại chỗ là một hình thức vô cảm vùng tại chỗ trên bề mặt da, niêm mạc bằng việc sử dụng thuốc tê ức chế chuyên biệt và tạm thời luồng xung đột thần kinh từ ngoại biên lên trung ương làm tạm thời mất cảm giác, đặc biệt là cảm giác đau.

- Mục tiêu: Làm mất cảm giác tạm thời ở một vùng cơ thể, nhằm giúp bệnh nhân không cảm thấy đau đớn trong quá trình thực hiện thủ thuật.

### 2. CHỈ ĐỊNH

Gây tê phẫu thuật và giảm đau sau phẫu thuật.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Tiền sử ngộ độc thuốc tê.
- Không thành thạo kỹ thuật.
- Bệnh nhân từ chối không hợp tác
- Bệnh lý đông máu đang sử dụng thuốc kháng đông
- Thiếu máu nặng hay thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ.
- Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật.

### 4. THẬN TRỌNG

- Bệnh nhân dị ứng , rối loạn đông máu , giảm tiểu cầu.

### 5. CHUẨN BỊ

#### 5.1. Người thực hiện kỹ thuật

- Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

#### 5.2. Thuốc :

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrine, adrenalin, atropin ...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepine, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Dịch truyền các loại
- Thuốc tê: Lidocain, bupivacain, chirocain... .
- Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh. Giảm liều đối với người già, thiếu máu, có thai.

#### 5.3 Vật tư:

- Băng dính, bơm kim tiêm, kim chọc tủy sống , dây truyền, kim lòn., găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỏ vô trùng....

#### 5.4 Các phương tiện dự phòng cấp cứu :

- Mask thanh quản (laryngeal mask), ống nội khí quản , ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, kìm Magil, mandrin mềm.

#### 5.5 . Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ các nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc an thần tối hêm trước mổ (nếu cần).

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật

#### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của bộ y tế

#### 5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5-15 phút

#### 5.8 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại khoa phẫu thuật gây mê

#### 5.9 Kiểm tra hồ sơ:

**a, Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán , đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

**b, Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật , thủ thuật**

**c, Đặt tư thế bệnh nhân**

### 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

#### 6.1. Kiểm tra hồ sơ

#### 6.2. Kiểm tra người bệnh

#### 6.3. Thực hiện kỹ thuật

- Các bước tiến hành chung:

+ Tư thế nằm ngửa, thở oxy 100% 3- 5 l/phút ít nhất 5 phút.

+ Lắp máy theo dõi

+ Thiết lập đường truyền có hiệu quả.

+ Tiền mê (nếu cần)

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5- 10 ml/kg ( đối với người lớn), ephedrin, noradrenalin.

- Cách thực hiện:

+ Bước 1: Giải thích và động viên bệnh nhân hợp tác.

- + Bước 2: Thử phản ứng thuốc tê, chờ 15 phút để đánh giá test.
- + Bước 3: Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay thường qui, mang gant,...
- + Bước 4: Sát trùng da lành quanh mép vết thương (nếu là alcohol thì không để alcohol vây lên vết thương), nếu khối u thì sát trùng lên cả u và da cách bờ u ít nhất 3cm.
- + Bước 5: Trải khăn lên vùng mổ.
- + Bước 6: Lấy thuốc tê vào bơm tiêm, tránh bọt khí (nếu chưa lấy). Vết thương hoặc khối u.
- + Bước 7: Định vị chỗ tiêm và hướng tiêm gây tê, cố gắng hạn chế số lần đâm kim nhưng đảm bảo thuốc tê phải bao quanh vùng định mổ.
- + Bước 8: Tiêm trong da một nốt phòng da cam cách mét vết thương hoặc vùng phẫu thuật 1-1,5cm, qua nốt này cho kim vào dưới da, hướng mũi kim theo chiều đã định, vừa bơm thuốc vừa đâm kim tới sao cho thuốc tê đi trước mũi kim theo sau đến hết cả kim, chú ý mỗi lần bơm đều phải rút nhẹ pitton kiểm tra như kỹ thuật tiêm dưới da đã học.
- + Bước 9: Lùi kim lại ở nốt phòng ra cam cũ nhưng không rút kim ra khỏi da, xoay chiều kim hướng tiếp theo, bơm thuốc tê và đâm kim tới như bước 7.
- + Bước 10: Thực hiện tiếp tiêm tê nơi cần mạc, tiếp theo đã định vị trước như bước 6,7,8. Cân cơ cho đến khi đảm bảo thuốc tê bao quanh vết thương hay khối u.
- + Bước 11: Rửa sạch vết thương, hoặc cắt lọc, hoặc thám sát, hoặc khâu, hoặc rạch da bóc u.
- + Bước 12: Trong quá trình xử lý vết thương hoặc u ta có thể tiêm thêm thuốc tê ở vùng thuốc tê chưa bao phủ với kỹ thuật như trên, sao cho đảm bảo "mũi kim tê đi trước, lưỡi dao theo sau".
- + Bước 13: Hoàn tất các công việc còn lại, băng vết thương lại.

#### **6.4 Theo dõi quá trình gây tê**

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim, huyết áp, SpO2, mức độ phong bế thuốc tê .

Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 bằng monitor

- Đánh giá đau: dựa theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scales)

- Thang điểm đau VAS tiện lợi nhất là một thước trượt gồm 2 mặt: Một mặt dành cho bệnh nhân có ghi “không đau”, “đau dữ dội không thể tưởng”, một mặt dành cho người đánh giá mức độ đau:

- + 0-2: không đau
- + 2-4: đau nhẹ
- + 4-6: đau vừa
- + 6-8: đau nhiều
- + 8-10: đau dữ dội

Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.
- Các tác dụng không mong muốn của gây tê đám rối

### **6.5 kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án , lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh về khoa phòng.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.**

### **7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Gãy kim: Phẫu thuật lấy kim ra.
- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp):  
Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

- Ngộ độc thuốc tê toàn thân:

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản, hỗ trợ hô hấp tuần hoàn.

+ Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí.

- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.

### **7.2 . Biến chứng sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụt huyết áp
- Ngứa
- Nôn
- Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

### **7.3 Biến chứng muộn.**

- Nhiễm khuẩn: Nếu không tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện kỹ thuật có thể dẫn đến nhiễm khuẩn.

- Đau tại chỗ.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

### **3. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT POLYP**

#### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Gây tê tùy sống là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tùy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau.

- Mục tiêu: Làm mất cảm giác tạm thời ở một vùng cơ thể, nhằm giúp bệnh nhân không cảm thấy đau đớn trong quá trình thực hiện thủ thuật.

#### **2. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh nhân có chỉ định tê tùy sống và có yêu cầu giảm đau và không có chống chỉ định gây tê vùng.

#### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.
- Bệnh nhân từ chối không hợp tác

Bệnh nhân có bệnh lý cột sống: sốt bại liệt, biến dạng cột sống, gù vẹo, dị tật cột sống.

- Bệnh lý đông máu đang sử dụng thuốc kháng đông
- Thiếu máu nặng hay thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ.
- Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật.
- Bệnh lý van tim nặng.

#### **4. THẬN TRỌNG**

- Bệnh nhân dị ứng , rối loạn đông máu , giảm tiêu cầu , thoát vị đĩa đệm cột sống lưng

#### **5. CHUẨN BỊ**

##### **5.1. Người thực hiện kỹ thuật**

- Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

##### **5.2. Thuốc :**

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrine, adrenalin, atropin ...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepine, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Dịch truyền các loại
- Thuốc tê: bupivacain, chirocain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (morphin từ 100- 300 mcg, fentanyl 25-50 mcg...).

- Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh. Giảm liều đối với người già, thiếu máu, có thai.

### 5.3 Vật tư:

- Băng dính, bom kim tiêm, kim chọc tủy sống, dây truyền, kim luồn., găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lọc vô trùng, kim gây mê tủy sống các cỡ....

### 5.4 Các phương tiện dự phòng cấp cứu :

- Mask thanh quản (laryngeal mask), ống nội khí quản, ống soi phế quản mề, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, kìm Magil, mandrin mềm.

### 5.5 . Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc an thần tối hêm trước mổ (nếu cần).

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của bộ y tế

**5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật:** 5-15 phút

**5.8 Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Tại khoa phẫu thuật gây mê

### 5.9 Kiểm tra hồ sơ:

**a, Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

**b, Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.**

**c, Đặt tư thế bệnh nhân**

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Kiểm tra hồ sơ

### 6.2. Kiểm tra người bệnh

### 6.3. Thực hiện kỹ thuật

- Các bước tiến hành chung:

+ Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3- 5 l/phút ít nhất 5 phút.

+ Lắp máy theo dõi

+ Thiết lập đường truyền có hiệu quả.

+ Tiền mê (nếu cần)

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5- 10 ml/kg ( đối với người lớn), ephedrin, noradrenalin.

- Cách thực hiện:

+ Sát trùng vị trí tê.

+ Trải khăn lố vô trùng

+ Tư thế thường có 2 tư thế:

✓ Tư thế ngồi: người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.

✓ Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng, cầm tì vào ngực.

- Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.

- Kỹ thuật gây tê tùy sống đường giữa:

+ Chọc vào khe giữa hai đốt sống, vị trí chọc thông thường L2- L3 hoặc L3- L4.

+ Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.

+ Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.

+ Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

#### **6.4 Theo dõi quá trình gây tê**

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, mức độ phong bế thuốc tê.

- Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> bằng monitor

- Đánh giá sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage cải tiến.

+ Độ 1: Ức chế hoàn toàn (không vận động khớp gối và chân).

+ Độ 2: Ức chế gần như hoàn toàn (chỉ cử động được bàn chân).

+ Độ 3: Ức chế một phần (có thể cử động khớp gối).

+ Độ 4: Không thể vận động được khớp háng (gập khớp gối).

+ Độ 5: Có thể cử động được khớp háng khi nằm ngửa.

+ Độ 6: Có thể duỗi khớp gối.

#### **6.5 Xử trí tụt huyết áp trong gây tê**

- Hạ huyết áp: Huyết áp tâm thu giảm 20% so với lúc chưa gây tê hoặc nhỏ hơn 90 mmHg, truyền dịch nhanh và dùng Ephedrine 5 mg/lần cho đến khi huyết áp đạt giá trị ban đầu thì ngưng.

- Mạch chậm: Nhỏ hơn 50 lần/phút dùng Atropin 0.5 mg tiêm tĩnh mạch. Liều Atropin tối đa là 1mg.

- Nôn ói: Primperan 10 mg pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.
- Lạnh run:
  - + Pethidin 25 mg tiêm tĩnh mạch kèm đắp ấm cho bệnh nhân
  - + Thuốc nefopam 20mg pha loãng 20ml tiêm tĩnh mạch chậm .

### **6.6 kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án , lưu hồ sơ .
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp, phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới D12 (dưới nếp bẹn).

- Bàn giao người bệnh về khoa phòng

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.**

### **7.1.Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Không chọc được vào tủy sống
- Có dịch máu chảy ra , rút ra chọc lại vị trí khác.
- Gãy kim , phẫu thuật lấy kim ra.
- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.
- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp):  
Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

- Ngộ độc thuốc tê toàn thân

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản , hỗ trợ hô hấp tuần hoàn.

- + Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí.

### **7.2 . Biến chứng sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụt huyết áp
- Ngứa
- Nôn .
- Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

### **7.3 Biến chứng muộn.**

- Bí trung đại tiện.
- Tụ máu vùng lưng.
- Đau lưng.
- Liệt hai chi dưới.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
2. Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học - đại học Y Hà Nội
3. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm 2017

## **4. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT VÁCH NGĂN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Gây tê tủy sống là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau.

- Mục tiêu: Làm mất cảm giác tạm thời ở một vùng cơ thể, nhằm giúp bệnh nhân không cảm thấy đau đớn trong quá trình thực hiện thủ thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh nhân có chỉ định tê tủy sống và có yêu cầu giảm đau và không có chống chỉ định gây tê vùng.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.
- Bệnh nhân từ chối không hợp tác

Bệnh nhân có bệnh lý cột sống: sốt bại liệt, biến dạng cột sống, gù vẹo, dị tật cột sống.

- Bệnh lý đông máu đang sử dụng thuốc kháng đông
- Thiếu máu nặng hay thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ.
- Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật.
- Bệnh lý van tim nặng.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Bệnh nhân dị ứng , rối loạn đông máu , giảm tiêu cầu , thoát vị đĩa đệm cột sống lưng

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện kỹ thuật**

- Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

#### **5.2. Thuốc :**

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrine, adrenalin, atropin ...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepine, giãn cơ, intralipid 10-20%...

- Dịch truyền các loại

- Thuốc tê: bupivacain, chirocain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (morphin từ 100- 300 mcg, fentanyl 25-50 mcg...).

- Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh. Giảm liều đối với người già, thiếu máu, có thai.

### 5.3 Vật tư:

- Băng dính, bom kim tiêm, kim chọc tủy sống, dây truyền, kim luôn., găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lã vô trùng, kim gây mê tủy sống các cỡ....

### 5.4 Các phương tiện dự phòng cấp cứu :

- Mask thanh quản (laryngeal mask), ống nội khí quản, ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, kìm Magil, mandrin mềm.

### 5.5 . Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc an thần tối hêm trước mổ (nếu cần).

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của bộ y tế

### 5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5-15 phút

### 5.8 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại khoa phẫu thuật gây mê

### 5.9 Kiểm tra hồ sơ:

**a, Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

**b, Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.**

**c, Đặt tư thế bệnh nhân**

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Kiểm tra hồ sơ

### 6.2. Kiểm tra người bệnh

### 6.3. Thực hiện kỹ thuật

- Các bước tiến hành chung:

+ Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3- 5 l/phút ít nhất 5 phút.

+ Lắp máy theo dõi

+ Thiết lập đường truyền có hiệu quả.

+ Tiền mê (nếu cần)

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5- 10 ml/kg ( đối với người lớn), ephedrin, noradrenalin.

- Cách thực hiện:

+ Sát trùng vị trí tê.

+ Trải khăn lố vô trùng

+ Tư thế thường có 2 tư thế:

✓ Tư thế ngồi: người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.

✓ Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng, cầm tì vào ngực.

- Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.

- Kỹ thuật gây tê tùy sống đường giữa:

+ Chọc vào khe giữa hai đốt sống, vị trí chọc thông thường L2- L3 hoặc L3- L4.

+ Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.

+ Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.

+ Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

#### **6.4 Theo dõi quá trình gây tê**

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, mức độ phong bế thuốc tê .

- Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> bằng monitor

- Đánh giá sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage cải tiến.

+ Độ 1: Ức chế hoàn toàn (không vận động khớp gối và chân).

+ Độ 2: Ức chế gần như hoàn toàn (chỉ cử động được bàn chân).

+ Độ 3: Ức chế một phần (có thể cử động khớp gối).

+ Độ 4: Không thể vận động được khớp háng (gập khớp gối).

+ Độ 5: Có thể cử động được khớp háng khi nằm ngửa.

+ Độ 6: Có thể duỗi khớp gối.

#### **6.5 Xử trí tụt huyết áp trong gây tê**

- Hạ huyết áp: Huyết áp tâm thu giảm 20% so với lúc chưa gây tê hoặc nhỏ hơn 90 mmHg, truyền dịch nhanh và dùng Ephedrine 5 mg/lần cho đến khi huyết áp đạt giá trị ban đầu thì ngưng.

- Mạch chậm: Nhỏ hơn 50 lần/phút dùng Atropin 0.5 mg tiêm tĩnh mạch. Liều Atropin tối đa là 1mg.

- Nôn ói: Primperan 10 mg pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.
- Lạnh run:
  - + Pethidin 25 mg tiêm tĩnh mạch kèm đắp ấm cho bệnh nhân
  - + Thuốc nefopam 20mg pha loãng 20ml tiêm tĩnh mạch chậm .

### **6.6 kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án , lưu hồ sơ .
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp, phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới D12 (dưới nếp bẹn).

- Bàn giao người bệnh về khoa phòng

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.**

### **7.1.Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Không chọc được vào tủy sống
- Có dịch máu chảy ra , rút ra chọc lại vị trí khác.
- Gãy kim , phẫu thuật lấy kim ra.
- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.
- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp):  
Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

- Ngộ độc thuốc tê toàn thân

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản , hỗ trợ hô hấp tuần hoàn.

- + Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí.

### **7.2 . Biến chứng sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụt huyết áp
- Ngứa
- Nôn .
- Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

### **7.3 Biến chứng muộn.**

- Bí trung đại tiện .
- Tụ máu vùng lưng ,
- Đau lưng.
- Liệt hai chi dưới.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm 2017

## **5. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẢM LẠI NIỆU QUẢN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Gây tê tủy sống là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau.

- Mục tiêu: Làm mất cảm giác tạm thời ở một vùng cơ thể, nhằm giúp bệnh nhân không cảm thấy đau đớn trong quá trình thực hiện thủ thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh nhân có chỉ định tê tủy sống và có yêu cầu giảm đau và không có chống chỉ định gây tê vùng.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.
- Bệnh nhân từ chối không hợp tác

Bệnh nhân có bệnh lý cột sống: sốt bại liệt, biến dạng cột sống, gù vẹo, dị tật cột sống.

- Bệnh lý đông máu đang sử dụng thuốc kháng đông
- Thiếu máu nặng hay thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ.
- Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật.
- Bệnh lý van tim nặng.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Bệnh nhân dị ứng , rối loạn đông máu , giảm tiêu cầu , thoát vị đĩa đệm cột sống lưng

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện kỹ thuật**

- Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

#### **5.2. Thuốc :**

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrine, adrenalin, atropin ...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepine, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Dịch truyền các loại
- Thuốc tê: bupivacain, chirocain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (morphin từ 100- 300 mcg, fentanyl 25-50 mcg...).

- Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh. Giảm liều đối với người già, thiếu máu, có thai.

### 5.3 Vật tư:

- Băng dính, bom kim tiêm, kim chọc tủy sống, dây truyền, kim luôn., găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lọc vô trùng, kim gây mê tủy sống các cỡ....

### 5.4 Các phương tiện dự phòng cấp cứu :

- Mask thanh quản (laryngeal mask), ống nội khí quản, ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, kìm Magil, mandrin mềm.

### 5.5. Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc an thần tối hêm trước mổ (nếu cần).

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của bộ y tế

**5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật:** 5-15 phút

**5.8 Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Tại khoa phẫu thuật gây mê

### 5.9 Kiểm tra hồ sơ:

**a, Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

**b, Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.**

**c, Đặt tư thế bệnh nhân**

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Kiểm tra hồ sơ

### 6.2. Kiểm tra người bệnh

### 6.3. Thực hiện kỹ thuật

- Các bước tiến hành chung:

+ Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3- 5 l/phút ít nhất 5 phút.

+ Lắp máy theo dõi

+ Thiết lập đường truyền có hiệu quả.

+ Tiền mê (nếu cần)

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5- 10 ml/kg ( đối với người lớn), ephedrin, noradrenalin.

- Cách thực hiện:

+ Sát trùng vị trí tê.

+ Trải khăn lố vô trùng

+ Tư thế thường có 2 tư thế:

✓ Tư thế ngồi: người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.

✓ Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng, cầm tì vào ngực.

- Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.

- Kỹ thuật gây tê tủy sống đường giữa:

+ Chọc vào khe giữa hai đốt sống, vị trí chọc thông thường L2- L3 hoặc L3- L4.

+ Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.

+ Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.

+ Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

#### **6.4 Theo dõi quá trình gây tê**

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, mức độ phong bế thuốc tê .

- Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> bằng monitor

- Đánh giá sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage cải tiến.

+ Độ 1: Ức chế hoàn toàn (không vận động khớp gối và chân).

+ Độ 2: Ức chế gần như hoàn toàn (chỉ cử động được bàn chân).

+ Độ 3: Ức chế một phần (có thể cử động khớp gối).

+ Độ 4: Không thể vận động được khớp háng (gập khớp gối).

+ Độ 5: Có thể cử động được khớp háng khi nằm ngửa.

+ Độ 6: Có thể duỗi khớp gối.

#### **6.5 Xử trí tụt huyết áp trong gây tê**

- Hạ huyết áp: Huyết áp tâm thu giảm 20% so với lúc chưa gây tê hoặc nhỏ hơn 90 mmHg, truyền dịch nhanh và dùng Ephedrine 5 mg/lần cho đến khi huyết áp đạt giá trị ban đầu thì ngưng.

- Mạch chậm: Nhỏ hơn 50 lần/phút dùng Atropin 0.5 mg tiêm tĩnh mạch. Liều Atropin tối đa là 1mg.

- Nôn ói: Primperan 10 mg pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.
- Lạnh run:
  - + Pethidin 25 mg tiêm tĩnh mạch kèm đắp ấm cho bệnh nhân
  - + Thuốc nefopam 20mg pha loãng 20ml tiêm tĩnh mạch chậm .

### **6.6 kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án , lưu hồ sơ .
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp, phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới D12 (dưới nếp bẹn).

- Bàn giao người bệnh về khoa phòng

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.**

### **7.1.Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Không chọc được vào tủy sống
- Có dịch máu chảy ra , rút ra chọc lại vị trí khác.
- Gãy kim , phẫu thuật lấy kim ra.
- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.
- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp):  
Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

- Ngộ độc thuốc tê toàn thân

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản , hỗ trợ hô hấp tuần hoàn.

- + Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí.

### **7.2 . Biến chứng sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụt huyết áp
- Ngứa
- Nôn .
- Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

### **7.3 Biến chứng muộn.**

- Bí trung đại tiện .
- Tụ máu vùng lưng ,
- Đau lưng.
- Liệt hai chi dưới.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm 2017

## **6. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẢM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀN QUANG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Gây tê tủy sống là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau.

- Mục tiêu: Làm mất cảm giác tạm thời ở một vùng cơ thể, nhằm giúp bệnh nhân không cảm thấy đau đớn trong quá trình thực hiện thủ thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh nhân có chỉ định tê tủy sống và có yêu cầu giảm đau và không có chống chỉ định gây tê vùng.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.
- Bệnh nhân từ chối không hợp tác

Bệnh nhân có bệnh lý cột sống: sốt bại liệt, biến dạng cột sống, gù vẹo, dị tật cột sống.

- Bệnh lý đông máu đang sử dụng thuốc kháng đông
- Thiếu máu nặng hay thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ.
- Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật.
- Bệnh lý van tim nặng.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Bệnh nhân dị ứng , rối loạn đông máu , giảm tiêu cầu , thoát vị đĩa đệm cột sống lưng

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện kỹ thuật**

- Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

#### **5.2. Thuốc :**

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrine, adrenalin, atropin ...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepine, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Dịch truyền các loại
- Thuốc tê: bupivacain, chirocain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (morphin từ 100- 300 mcg, fentanyl 25-50 mcg...).

- Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh. Giảm liều đối với người già, thiếu máu, có thai.

### 5.3 Vật tư:

- Băng dính, bom kim tiêm, kim chọc tủy sống, dây truyền, kim luồn., găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lọc vô trùng, kim gây mê tủy sống các cỡ....

### 5.4 Các phương tiện dự phòng cấp cứu :

- Mask thanh quản (laryngeal mask), ống nội khí quản, ống soi phế quản膜, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, kìm Magil, mandrin mềm.

### 5.5 . Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc an thần tối hơm trước mổ (nếu cần).

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của bộ y tế

### 5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5-15 phút

### 5.8 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại khoa phẫu thuật gây mê

### 5.9 Kiểm tra hồ sơ:

**a, Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

**b, Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.**

**c, Đặt tư thế bệnh nhân**

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Kiểm tra hồ sơ

### 6.2. Kiểm tra người bệnh

### 6.3. Thực hiện kỹ thuật

- Các bước tiến hành chung:

+ Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3- 5 l/phút ít nhất 5 phút.

+ Lắp máy theo dõi

+ Thiết lập đường truyền có hiệu quả.

+ Tiền mê (nếu cần)

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5- 10 ml/kg ( đối với người lớn), ephedrin, noradrenalin.

- Cách thực hiện:

+ Sát trùng vị trí tê.

+ Trải khăn lố vô trùng

+ Tư thế thường có 2 tư thế:

✓ Tư thế ngồi: người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.

✓ Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng, cầm tì vào ngực.

- Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.

- Kỹ thuật gây tê tủy sống đường giữa:

+ Chọc vào khe giữa hai đốt sống, vị trí chọc thông thường L2- L3 hoặc L3- L4.

+ Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.

+ Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.

+ Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

#### **6.4 Theo dõi quá trình gây tê**

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, mức độ phong bế thuốc tê .

- Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> bằng monitor

- Đánh giá sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage cải tiến.

+ Độ 1: Ức chế hoàn toàn (không vận động khớp gối và chân).

+ Độ 2: Ức chế gần như hoàn toàn (chỉ cử động được bàn chân).

+ Độ 3: Ức chế một phần (có thể cử động khớp gối).

+ Độ 4: Không thể vận động được khớp háng (gập khớp gối).

+ Độ 5: Có thể cử động được khớp háng khi nằm ngửa.

+ Độ 6: Có thể duỗi khớp gối.

#### **6.5 Xử trí tụt huyết áp trong gây tê**

- Hạ huyết áp: Huyết áp tâm thu giảm 20% so với lúc chưa gây tê hoặc nhỏ hơn 90 mmHg, truyền dịch nhanh và dùng Ephedrine 5 mg/lần cho đến khi huyết áp đạt giá trị ban đầu thì ngưng.

- Mạch chậm: Nhỏ hơn 50 lần/phút dùng Atropin 0.5 mg tiêm tĩnh mạch. Liều Atropin tối đa là 1mg.

- Nôn ói: Primperan 10 mg pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.
- Lạnh run:
  - + Pethidin 25 mg tiêm tĩnh mạch kèm đắp ấm cho bệnh nhân
  - + Thuốc nefopam 20mg pha loãng 20ml tiêm tĩnh mạch chậm .

### **6.6 kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án , lưu hồ sơ .
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp, phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới D12 (dưới nếp bẹn).

- Bàn giao người bệnh về khoa phòng

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.**

### **7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Không chọc được vào tủy sống
- Có dịch máu chảy ra , rút ra chọc lại vị trí khác.
- Gãy kim , phẫu thuật lấy kim ra.
- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.
- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp):  
Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

- Ngộ độc thuốc tê toàn thân

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản , hỗ trợ hô hấp tuần hoàn.

- + Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí.

### **7.2 . Biến chứng sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụt huyết áp
- Ngứa
- Nôn .
- Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

### **7.3 Biến chứng muộn.**

- Bí trung đại tiện .
- Tụ máu vùng lưng ,
- Đau lưng.
- Liệt hai chi dưới.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2 - đại học Y Hà Nội
2. Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học - đại học Y Hà Nội
3. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức - Bộ Y tế năm 2017

## **7. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CÀM MÁU SAU PHẪU THUẬT**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Gây tê tủy sống là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau.

- Mục tiêu: Làm mất cảm giác tạm thời ở một vùng cơ thể, nhằm giúp bệnh nhân không cảm thấy đau đớn trong quá trình thực hiện thủ thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh nhân có chỉ định tê tủy sống và có yêu cầu giảm đau và không có chống chỉ định gây tê vùng.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.
- Bệnh nhân từ chối không hợp tác

Bệnh nhân có bệnh lý cột sống: sốt bại liệt, biến dạng cột sống, gù vẹo, dị tật cột sống.

- Bệnh lý đông máu đang sử dụng thuốc kháng đông
- Thiếu máu nặng hay thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ.
- Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật.
- Bệnh lý van tim nặng.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Bệnh nhân dị ứng , rối loạn đông máu , giảm tiêu cầu , thoát vị đĩa đệm cột sống lưng

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện kỹ thuật**

- Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

#### **5.2. Thuốc :**

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrine, adrenalin, atropin
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepine, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Dịch truyền các loại
- Thuốc tê: bupivacain, chirocain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (morphin từ 100- 300 mcg, fentanyl 25-50 mcg...).

- Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh. Giảm liều đối với người già, thiếu máu, có thai.

### 5.3 Vật tư:

- Băng dính, bom kim tiêm, kim chọc tủy sống, dây truyền, kim luôn., găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lọc vô trùng, kim gây tê tủy sống các cỡ

### 5.4 Các phương tiện dự phòng cấp cứu :

- Mask thanh quản (laryngeal mask), ống nội khí quản, ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, kìm Magil, mandrin mềm.

### 5.5 . Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc an thần tối hơm trước mổ (nếu cần).

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của bộ y tế

### 5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5-15 phút

### 5.8 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại khoa phẫu thuật gây mê

### 5.9 Kiểm tra hồ sơ:

**a. Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

**b. Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.**

**c. Đặt tư thế bệnh nhân**

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Kiểm tra hồ sơ

### 6.2. Kiểm tra người bệnh

### 6.3. Thực hiện kỹ thuật

- Các bước tiến hành chung:

+ Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3- 5 l/phút ít nhất 5 phút.

+ Lắp máy theo dõi

+ Thiết lập đường truyền có hiệu quả.

+ Tiền mê (nếu cần)

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5- 10 ml/kg ( đối với người lớn), ephedrin, noradrenalin.

- Cách thực hiện:

+ Sát trùng vị trí tê.

+ Trải khăn lố vô trùng

+ Tư thế thường có 2 tư thế:

✓ Tư thế ngồi: người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.

✓ Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng, cầm tì vào ngực.

- Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.

- Kỹ thuật gây tê tủy sống đường giữa:

+ Chọc vào khe giữa hai đốt sống, vị trí chọc thông thường L2- L3 hoặc L3- L4.

+ Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.

+ Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.

+ Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

#### **6.4 Theo dõi quá trình gây tê**

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, mức độ phong bế thuốc tê .

- Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> bằng monitor

- Đánh giá sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage cải tiến.

+ Độ 1: Ức chế hoàn toàn (không vận động khớp gối và chân).

+ Độ 2: Ức chế gần như hoàn toàn (chỉ cử động được bàn chân).

+ Độ 3: Ức chế một phần (có thể cử động khớp gối).

+ Độ 4: Không thể vận động được khớp háng (gập khớp gối).

+ Độ 5: Có thể cử động được khớp háng khi nằm ngửa.

+ Độ 6: Có thể duỗi khớp gối.

#### **6.5 Xử trí tụt huyết áp trong gây tê**

- Hạ huyết áp: Huyết áp tâm thu giảm 20% so với lúc chưa gây tê hoặc nhỏ hơn 90 mmHg, truyền dịch nhanh và dùng Ephedrine 5 mg/lần cho đến khi huyết áp đạt giá trị ban đầu thì ngưng.

- Mạch chậm: Nhỏ hơn 50 lần/phút dùng Atropin 0.5 mg tiêm tĩnh mạch. Liều Atropin tối đa là 1mg.

- Nôn ói: Primperan 10 mg pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.
- Lạnh run:
  - + Pethidin 25 mg tiêm tĩnh mạch kèm đắp ấm cho bệnh nhân
  - + Thuốc nefopam 20mg pha loãng 20ml tiêm tĩnh mạch chậm .

### **6.6 kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án , lưu hồ sơ .
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp, phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới D12 (dưới nếp bẹn).

- Bàn giao người bệnh về khoa phòng

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.**

### **7.1.Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Không chọc được vào tủy sống
- Có dịch máu chảy ra , rút ra chọc lại vị trí khác.
- Gãy kim , phẫu thuật lấy kim ra.
- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.
- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp):  
Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

- Ngộ độc thuốc tê toàn thân

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản , hỗ trợ hô hấp tuần hoàn.

- + Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí.

### **7.2 . Biến chứng sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụt huyết áp
- Ngứa
- Nôn
- Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

### **7.3 Biến chứng muộn.**

- Bí trung đại tiện
- Tụ máu vùng lưng
- Đau lưng.
- Liệt hai chi dưới.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm 2017

## **8. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CÁT ĐÀU DÀI GÂN NHỊ ĐÀU**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Gây tê đám rối thần kinh cánh tay là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách đưa thuốc tê hoặc hỗn hợp thuốc tê vào bao đám rối thần kinh cánh tay. Dựa vào đặc điểm về giải phẫu, đường đi và liên quan có một số đường đi chính để gây tê đám rối thần kinh cánh tay:

- Đường giữa các cơ bậc thang.
- Đường trên xương đòn.
- Đường nách.
- Đường dưới xương đòn.
- Đường cạnh sống.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

**Gây tê phẫu thuật hội chứng ống cổ tay**

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh từ chối.
- Dị ứng thuốc tê.
- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Không đủ phương tiện hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.
- Hạch bệnh lý hoặc hạch viêm vùng hõm nách.
- Tiền sử nạo vết hạch nách.
- Bệnh nhân lọc máu chu kỳ có thông động tĩnh mạch 2 bên.
- Bất động cánh tay (cứng khớp vai hoặc chấn thương chi).

### **4. THẬN TRỌNG**

- Bệnh nhân dị ứng , rối loạn đông máu , giảm tiểu cầu , bệnh COPD.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện kỹ thuật**

- Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

#### **5.2. Thuốc :**

- Thuốc an thần : Họ barbituric, benzodiazepine..
- Dịch truyền các loại

Thuốc tê: lidocain, bupivacain, levobupivacain, ropivacain...pha trong dung dịch natriclorid 0,9%; có thể phối hợp với thuốc họ morphin (fentanyl, sulfentanil...) và hoặc adrenalin tỷ lệ 1/200.000. Tổng thể tích dung dịch thuốc khoảng 20 -50 ml.

Liều dùng các thuốc theo trọng lượng cơ thể, tình trạng của người bệnh; giảm liều đối với người > 60 tuổi, thiếu máu, có thai...

**5.3 Vật tư:** băng dính, bơm, kim tiêm, kim chọc dò thần kinh, dây truyền, kim luồn.

Bơm kim tiêm các cỡ, găng tay, gạc vô trùng, pince, cùn sát trùng, khăn lố vô trùng...

- Máy kích thích thần kinh ngoại vi, kim gây tê chuyên dụng, catheter (nếu cần gây tê kéo dài), máy siêu âm (nếu có).

**5.4 Các phương tiện dự phòng cấp cứu :** Mask thanh quản (laryngeal mask), ống nội khí quản, ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, kìm Magil, mandrin mềm.

### **5.5 . Người bệnh**

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc an thần tối hêm trước mổ (nếu cần).

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Theo quy định của bộ y tế

**5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật:** 5-30 phút

**5.8 Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** tại khoa phẫu thuật gây mê

### **5.9 Kiểm tra hồ sơ:**

#### **a, Kiểm tra người bệnh:**

- Đánh giá chính xác người bệnh : Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán- đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá đặt nội khí quản khó.

- Sử dụng thuốc an thần trước mổ (nếu cần).

#### **b, Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.**

#### **c, Đặt tư thế bệnh nhân**

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

### **6.1. Kiểm tra hồ sơ**

## 6.2. Kiểm tra người bệnh

### 6.3. Thực hiện kỹ thuật

- Các bước tiến hành chung:

+ Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3- 5 l/phút ít nhất 5 phút.

+ Lắp máy theo dõi

+ Thiết lập đường truyền có hiệu quả.

+ Tiền mê (nếu cần)

- Cách thực hiện:

+ Tư thế người bệnh: nằm ngửa, mặt quay sang bên đối diện, cánh tay dạng trên 90°cẳng tay gấp so với cánh tay.

+ Mốc giải phẫu: động mạch nách.

- Điểm chọc:

+ Kỹ thuật không xuyên mạch: tìm động mạch nách ở ngay phía trong cơ nhị đầu, phía trên chỗ bám của cơ ngực lớn vào cánh tay, dùng hai ngón tay đè giữ trên động mạch hoặc đẩy động mạch xuống dưới. Dùng kim số 23G chọc sát bờ trên động mạch ở vị trí đập rõ nhất, hướng kim đi lên dọc theo thành ngoài của nách và song song với trục cánh tay, có dấu hiệu mất sức cản khi đi vào bao thần kinh, hút bơm tiêm xem có máu hay không rồi từ từ bơm thuốc.

+ Kỹ thuật xuyên mạch: xác định động mạch nách như trên, dùng kim nhỏ 24G chọc xuyên qua động mạch nách, hút không ra máu, hút kiểm tra sau khi bơm mỗi 3-5 ml, bơm một nửa thể tích thuốc tê. Rút lui kim ra khỏi động mạch, bơm hết lượng thuốc tê còn lại (không khuyến khích thực hiện kỹ thuật này).

+ Nếu có máy kích thích thần kinh cơ: mốc và hướng chọc kim như trên, khởi động máy với cường độ 1-2 mA, tần số 1

Hz; giảm dần cường độ để đạt được dấu hiệu kích thích thần kinh với 0,3 -0,5 mA. Thực hiện kỹ thuật bơm thuốc như trên.

+ Nếu sử dụng máy siêu âm định vị đám rối thần kinh: chọc kim dưới hướng dẫn của siêu âm và thực hiện bơm thuốc như trên.

### 6.4 Theo dõi quá trình gây tê

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim, huyết áp, SpO2, mức độ phong bế thuốc tê .

Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 bằng monitor

- Đánh giá đau: dựa theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scales)

- Thang điểm đau VAS tiện lợi nhất là một thước trượt gồm 2 mặt: Một mặt dành cho bệnh nhân có ghi “không đau”, “đau dữ dội không thể tưởng”, một mặt dành cho người đánh giá mức độ đau:

+ 0-2: không đau

+ 2-4: đau nhẹ

- + 4-6: đau vừa
- + 6-8: đau nhiều
- + 8-10: đau dữ dội

Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.
- Các tác dụng không mong muốn của gây tê đám rối

### **6.5 kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án , lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh về khoa phòng.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.**

### **7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Không chọc được, chọc vào mạch máu bằng ép chặt 5 phút sau chọc lại hoặc chuyển gây mê.

- Gãy kim: Phẫu thuật lấy kim ra.
- Ngộ độc thuốc tê toàn thân:

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản , hỗ trợ hô hấp tuần hoàn.

+ Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí.

- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.

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

### **7.2. Tai biến sau thực hiện kỹ thuật và xử trí**

- Bơm thuốc vào mạch máu: Dừng tiêm thuốc tê

- Tràn khí màng phổi: Theo dõi, có thể chọc hút hoặc dẫn lưu khoang màng phổi.

- Có thể gặp các biến chứng khác: Tụ máu nơi chọc....

- Gây tê thất bại phải chuyển phương pháp vô cảm

- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.

- Ngộ độc thuốc tê toàn thân:

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê

Xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản , hô trợ hô hấp tuần hoàn

+ Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí

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

### **7.3 Biện chứng muộn.**

- Liệt thần kinh cánh tay.
- Nhiễm khuẩn: Nếu không tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện kỹ thuật có thể dẫn đến nhiễm khuẩn.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm 2017

## **9. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CÁT DÂY DÍNH HAY DÂY CHẰNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Gây tê tại chỗ là một hình thức vô cảm vùng tại chỗ trên bề mặt da, niêm mạc bằng việc sử dụng thuốc tê ức chế chuyên biệt và tạm thời luồng xung đột thần kinh từ ngoại biên lên trung ương làm tạm thời mất cảm giác, đặc biệt là cảm giác đau.

- Mục tiêu: Làm mất cảm giác tạm thời ở một vùng cơ thể, nhằm giúp bệnh nhân không cảm thấy đau đớn trong quá trình thực hiện thủ thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Gây tê phẫu thuật và giảm đau sau phẫu thuật.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Tiền sử ngộ độc thuốc tê.
- Không thành thạo kỹ thuật.
- Bệnh nhân từ chối không hợp tác
- Bệnh lý đông máu đang sử dụng thuốc kháng đông
- Thiếu máu nặng hay thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ.
- Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Bệnh nhân dị ứng , rối loạn đông máu , giảm tiểu cầu.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện kỹ thuật**

- Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

#### **5.2. Thuốc :**

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrine, adrenalin, atropin ...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepine, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Dịch truyền các loại
- Thuốc tê: Lidocain, bupivacain, chirocain... .
- Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh. Giảm liều đối với người già, thiếu máu, có thai.

#### **5.3 Vật tư:**

- Băng dính, bơm kim tiêm, kim chọc tủy sống , dây truyền, kim lòn., găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lỏ vô trùng....

#### 5.4 Các phương tiện dự phòng cấp cứu :

- Mask thanh quản (laryngeal mask), ống nội khí quản , ống soi phế quản mềm, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub>, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, kìm Magil, mandrin mềm.

#### 5.5 . Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ các nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc an thần tối hơm trước mổ (nếu cần).

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật

#### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của bộ y tế

#### 5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật: 5-15 phút

#### 5.8 Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Tại khoa phẫu thuật gây mê

#### 5.9 Kiểm tra hồ sơ:

**a, Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

**b, Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật**

**c, Đặt tư thế bệnh nhân**

### 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

#### 6.1. Kiểm tra hồ sơ

#### 6.2. Kiểm tra người bệnh

#### 6.3. Thực hiện kỹ thuật

- Các bước tiến hành chung:

+ Tư thế nằm ngửa, thở oxy 100% 3- 5 l/phút ít nhất 5 phút.

+ Lắp máy theo dõi

+ Thiết lập đường truyền có hiệu quả.

+ Tiền mê (nếu cần)

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5- 10 ml/kg ( đối với người lớn), ephedrin, noradrenalin.

- Cách thực hiện:

+ Bước 1: Giải thích và động viên bệnh nhân hợp tác.

- + Bước 2: Thử phản ứng thuốc tê, chờ 15 phút để đánh giá test.
- + Bước 3: Chuẩn bị dụng cụ, rửa tay thường qui, mang gant,...
- + Bước 4: Sát trùng da lành quanh mép vết thương (nếu là alcohol thì không để alcohol vây lên vết thương), nếu khối u thì sát trùng lên cả u và da cách bờ u ít nhất 3cm.
- + Bước 5: Trải khăn lên vùng mổ.
- + Bước 6: Lấy thuốc tê vào bơm tiêm, tránh bọt khí (nếu chưa lấy). Vết thương hoặc khối u.
- + Bước 7: Định vị chỗ tiêm và hướng tiêm gây tê, cố gắng hạn chế số lần đâm kim nhưng đảm bảo thuốc tê phải bao quanh vùng định mổ.
- + Bước 8: Tiêm trong da một nốt phòng da cam cách mét vết thương hoặc vùng phẫu thuật 1-1,5cm, qua nốt này cho kim vào dưới da, hướng mũi kim theo chiều đã định, vừa bơm thuốc vừa đâm kim tới sao cho thuốc tê đi trước mũi kim theo sau đến hết cả kim, chú ý mỗi lần bơm đều phải rút nhẹ pitton kiểm tra như kỹ thuật tiêm dưới da đã học.
- + Bước 9: Lùi kim lại ở nốt phòng ra cam cũ nhưng không rút kim ra khỏi da, xoay chiều kim hướng tiếp theo, bơm thuốc tê và đâm kim tới như bước 7.
- + Bước 10: Thực hiện tiếp tiêm tê nơi cần mạc, tiếp theo đã định vị trước như bước 6,7,8. Cần cơ cho đến khi đảm bảo thuốc tê bao quanh vết thương hay khối u.
- + Bước 11: Rửa sạch vết thương, hoặc cắt lọc, hoặc thám sát, hoặc khâu, hoặc rạch da bóc u.
- + Bước 12: Trong quá trình xử lý vết thương hoặc u ta có thể tiêm thêm thuốc tê ở vùng thuốc tê chưa bao phủ với kỹ thuật như trên, sao cho đảm bảo "mũi kim tê đi trước, lưỡi dao theo sau".
- + Bước 13: Hoàn tất các công việc còn lại, băng vết thương lại.

#### **6.4 Theo dõi quá trình gây tê**

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim, huyết áp, SpO2, mức độ phong bế thuốc tê .

Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2 bằng monitor

- Đánh giá đau: dựa theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scales)

- Thang điểm đau VAS tiện lợi nhất là một thước trượt gồm 2 mặt: Một mặt dành cho bệnh nhân có ghi “không đau”, “đau dữ dội không thể tưởng”, một mặt dành cho người đánh giá mức độ đau:

- + 0-2: không đau
- + 2-4: đau nhẹ
- + 4-6: đau vừa
- + 6-8: đau nhiều
- + 8-10: đau dữ dội

Các dấu hiệu sinh tồn: tri giác, nhịp tim, điện tim, huyết áp động mạch, độ bão hòa oxy mao mạch.

- Mức độ phong bế cảm giác và vận động.
- Các tác dụng không mong muốn của gây tê đám rối

### **6.5 kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật.
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án , lưu hồ sơ.
- Bàn giao người bệnh về khoa phòng.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.**

### **7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Gãy kim: Phẫu thuật lấy kim ra.
- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp):  
Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

- Ngộ độc thuốc tê toàn thân:

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản , hỗ trợ hô hấp tuần hoàn.

+ Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí.

- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.

### **7.2. Biến chứng sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụt huyết áp
- Ngứa
- Nôn .
- Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

### **7.3 Biến chứng muộn.**

- Nhiễm khuẩn: Nếu không tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn khi thực hiện kỹ thuật có thể dẫn đến nhiễm khuẩn.

- Đau tại chỗ.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

## **10. QUY TRÌNH KỸ THUẬT GÂY TÊ PHẪU THUẬT NỘI SOI CÁT RUỘT THỪA**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Gây tê tủy sống là kỹ thuật gây tê vùng được thực hiện bằng cách tiêm thuốc tê vào khoang dưới nhện nhằm ức chế tạm thời dẫn truyền thần kinh qua tủy sống nhằm đáp ứng yêu cầu vô cảm để phẫu thuật và giảm đau.

- Mục tiêu: Làm mất cảm giác tạm thời ở một vùng cơ thể, nhằm giúp bệnh nhân không cảm thấy đau đớn trong quá trình thực hiện thủ thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Các bệnh nhân có chỉ định tê tủy sống và có yêu cầu giảm đau và không có chống chỉ định gây tê vùng.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không đủ phương tiện gây mê, hồi sức.
- Không thành thạo kỹ thuật.
- Bệnh nhân từ chối không hợp tác

Bệnh nhân có bệnh lý cột sống: sốt bại liệt, biến dạng cột sống, gù vẹo, dị tật cột sống.

- Bệnh lý đông máu đang sử dụng thuốc kháng đông
- Thiếu máu nặng hay thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ.
- Nhiễm trùng toàn thân hay tại nơi làm thủ thuật.
- Bệnh lý van tim nặng.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Bệnh nhân dị ứng , rối loạn đông máu , giảm tiêu cầu , thoát vị đĩa đệm cột sống lưng

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện kỹ thuật**

- Bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên khoa gây mê hồi sức.

#### **5.2. Thuốc :**

- Thuốc hồi sức tuần hoàn: dịch truyền, thuốc: ephedrine, adrenalin, atropin ...
- Thuốc chống co giật: họ barbituric, benzodiazepine, giãn cơ, intralipid 10-20%...
- Dịch truyền các loại
- Thuốc tê: bupivacain, chirocain... có thể phối hợp với thuốc họ morphin (morphin từ 100- 300 mcg, fentanyl 25-50 mcg...).

- Liều dùng dựa vào trọng lượng, chiều cao và thể trạng của cơ thể người bệnh. Giảm liều đối với người già, thiếu máu, có thai.

### 5.3 Vật tư:

- Băng dính, bom kim tiêm, kim chọc tủy sống, dây truyền, kim luồn., găng tay, gạc vô trùng, pince, cồn sát trùng, khăn lã vô trùng, kim gây mê tủy sống các cỡ....

### 5.4 Các phương tiện dự phòng cấp cứu :

- Mask thanh quản (laryngeal mask), ống nội khí quản, ống soi phế quản mề, bộ mở khí quản, kìm mở miệng...

- Hệ thống máy gây mê kèm thở, nguồn oxy bóp tay, máy theo dõi chức năng sống (ECG, huyết áp động mạch, SpO2, EtCO2, nhịp thở, nhiệt độ) máy phá rung tim, máy hút...

- Đèn soi thanh quản, mặt nạ (mask), bóng bóp, canul miệng hầu, kìm Magil, mandrin mềm.

### 5.5 . Người bệnh

- Thăm khám gây mê trước mổ phát hiện và phòng ngừa các nguy cơ, giải thích cho người bệnh hợp tác.

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ

- Sử dụng thuốc an thần tối hêm trước mổ (nếu cần).

- Chuẩn bị người bệnh trước khi phẫu thuật

### 5.6. Hồ sơ bệnh án

- Theo quy định của bộ y tế

**5.7 Thời gian thực hiện kỹ thuật:** 5-15 phút

**5.8 Địa điểm thực hiện kỹ thuật:** Tại khoa phẫu thuật gây mê

### 5.9 Kiểm tra hồ sơ:

**a, Kiểm tra người bệnh:** Đánh giá chính xác người bệnh: Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật.

**b, Thực hiện bảng kiểm an toàn phẫu thuật, thủ thuật.**

**c, Đặt tư thế bệnh nhân**

## 6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT

### 6.1. Kiểm tra hồ sơ

### 6.2. Kiểm tra người bệnh

### 6.3. Thực hiện kỹ thuật

- Các bước tiến hành chung:

+ Tư thế: nằm ngửa, thở oxy 100% 3- 5 l/phút ít nhất 5 phút.

+ Lắp máy theo dõi

+ Thiết lập đường truyền có hiệu quả.

+ Tiền mê (nếu cần)

- Dự phòng hạ huyết áp: đặt đường truyền tĩnh mạch có hiệu quả và bù dịch từ 5- 10 ml/kg ( đối với người lớn), ephedrin, noradrenalin.

- Cách thực hiện:

+ Sát trùng vị trí tê.

+ Trải khăn lố vô trùng

+ Tư thế thường có 2 tư thế:

✓ Tư thế ngồi: người bệnh ngồi cong lưng, đầu cúi, cầm tì vào ngực, chân duỗi trên mặt bàn mổ hoặc bàn chân đặt trên ghế.

✓ Tư thế nằm: người bệnh nằm nghiêng cong lưng, hai đầu gối áp sát vào bụng, cầm tì vào ngực.

- Người thực hiện: đội mũ, đeo khẩu trang, rửa tay, mặc áo, đi găng vô khuẩn.

- Sát trùng vùng chọc kim 3 lần bằng dung dịch sát trùng và phủ khăn lố vô trùng.

- Kỹ thuật gây tê tùy sống đường giữa:

+ Chọc vào khe giữa hai đốt sống, vị trí chọc thông thường L2- L3 hoặc L3- L4.

+ Hướng mặt vát của kim gây tê song song với cột sống người bệnh.

+ Chọc kim cho đến khi đạt được cảm giác mất sức cản do kim đi qua màng cứng.

+ Kiểm tra nếu có dịch não tủy chảy ra, quay mũi vát của kim về phía đầu người bệnh và bơm thuốc tê.

#### **6.4 Theo dõi quá trình gây tê**

- Theo dõi các dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, mức độ phong bế thuốc tê .

- Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO<sub>2</sub> bằng monitor

- Đánh giá sự ức chế vận động theo thang điểm Bromage cải tiến.

+ Độ 1: Ức chế hoàn toàn (không vận động khớp gối và chân).

+ Độ 2: Ức chế gần như hoàn toàn (chỉ cử động được bàn chân).

+ Độ 3: Ức chế một phần (có thể cử động khớp gối).

+ Độ 4: Không thể vận động được khớp háng (gập khớp gối).

+ Độ 5: Có thể cử động được khớp háng khi nằm ngửa.

+ Độ 6: Có thể duỗi khớp gối.

#### **6.5 Xử trí tụt huyết áp trong gây tê**

- Hạ huyết áp: Huyết áp tâm thu giảm 20% so với lúc chưa gây tê hoặc nhỏ hơn 90 mmHg, truyền dịch nhanh và dùng Ephedrine 5 mg/lần cho đến khi huyết áp đạt giá trị ban đầu thì ngưng.

- Mạch chậm: Nhỏ hơn 50 lần/phút dùng Atropin 0.5 mg tiêm tĩnh mạch. Liều Atropin tối đa là 1mg.

- Nôn ói: Primperan 10 mg pha loãng tiêm tĩnh mạch chậm.
- Lạnh run:
  - + Pethidin 25 mg tiêm tĩnh mạch kèm đắp ấm cho bệnh nhân
  - + Thuốc nefopam 20mg pha loãng 20ml tiêm tĩnh mạch chậm .

### **6.6 kết thúc quy trình**

- Đánh giá tình trạng người bệnh sau thực hiện kỹ thuật
- Hoàn thiện ghi chép hồ sơ bệnh án , lưu hồ sơ .
- Tiêu chuẩn chuyển người bệnh khỏi phòng Hồi tỉnh: không có rối loạn về huyết động và hô hấp, phục hồi hoàn toàn vận động, mức phong bế cảm giác dưới D12 (dưới nếp bẹn).

- Bàn giao người bệnh về khoa phòng

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN.**

### **7.1.Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Không chọc được vào tủy sống
- Có dịch máu chảy ra , rút ra chọc lại vị trí khác.
- Gãy kim , phẫu thuật lấy kim ra.
- Dị ứng thuốc: Xử trí theo phác đồ bộ y tế.
- Hạ hoặc tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, (nhịp chậm, nhịp nhanh, loạn nhịp):  
Xử trí tùy theo triệu chứng và nguyên nhân.

- Ngộ độc thuốc tê toàn thân

+ Cấp cứu theo phác đồ ngộ độc thuốc tê xử lý theo quy trình đặt ống nội khí quản , hỗ trợ hô hấp tuần hoàn.

- + Cung cấp oxy đầy đủ, thêm thuốc ngủ và giãn cơ, đảm bảo thông khí.

### **7.2 . Biến chứng sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Tụt huyết áp
- Ngứa
- Nôn .
- Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân.

### **7.3 Biến chứng muộn.**

- Bí trung đại tiện .
- Tụ máu vùng lưng ,
- Đau lưng.
- Liệt hai chi dưới.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm 2017

## **11. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đảm bảo người bệnh giảm lo âu, giảm đau, hợp tác tốt trong quá trình nội soi tán sỏi niệu quản ngược dòng.
- Duy trì ổn định hô hấp, tuần hoàn và hạn chế tối đa biến chứng trong – sau phẫu thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có sỏi thận, sỏi niệu quản được chỉ định nội soi tán sỏi ngược dòng.
- Người bệnh đồng ý thực hiện an thần phối hợp giảm đau và/hoặc gây tê hỗ trợ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng thuốc an thần/giảm đau.
- Suy hô hấp, suy tim nặng, rối loạn ý thức.
- Không đủ điều kiện phương tiện hồi sức (máy thở, thuốc cấp cứu).

### **4. THẬN TRỌNG**

### **5. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện:
  - Bác sĩ GMHS, điều dưỡng GMHS.
  - Phương tiện:
    - + Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
    - + Nguồn oxy, mask mũi/mask mặt, bóng Ambu, máy hút.
    - + Bộ đặt nội khí quản dự phòng.
    - + Thuốc: midazolam, fentanyl, propofol, remifentanyl.
    - + Thuốc giải độc: flumazenil, naloxone.
- Người bệnh:
  - + Khám tiền mê, giải thích, ký cam kết đồng ý.
  - + Nhịn ăn  $\geq$  6 giờ (trừ cấp cứu).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ, kiểm tra người bệnh, thiết lập đường truyền TM.
- Cho thở oxy 2–4 lít/phút qua cannula mũi.

- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở.
- Khởi an thần:
  - + Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
  - + Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
  - + Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM chậm, có thể truyền duy trì 25–75 µg/kg/phút.
- Trong phẫu thuật:
  - + Duy trì an thần vừa – sâu tùy yêu cầu thao tác phẫu thuật.
  - + Kết hợp giảm đau và gây tê tại chỗ để tăng hiệu quả.
  - + Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn, độ sâu an thần (RASS hoặc Ramsey).
  - + Hỗ trợ thông khí bằng mask/máy thở nếu cần.
- Kết thúc:
  - + Ngừng thuốc an thần.
  - + Theo dõi đến khi tỉnh táo, tự thở đều, HA – mạch ổn định.
  - + Chuyển phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2 giờ.

### **6.7. Theo dõi**

- Trong mổ: mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, ý thức.
- Sau mổ: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác, đau, tình trạng ổ bụng (sốt, chảy máu, dịch dẫn lưu).

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Suy hô hấp, tụt SpO<sub>2</sub>: ngừng thuốc, thở oxy, bóp bóng, đặt NKQ khi cần.
- Hạ huyết áp, nhịp chậm: truyền dịch, thuốc vận mạch, atropin.
- Kích thích, đau nhiều: bổ sung thuốc giảm đau hoặc an thần.
- Buồn nôn/nôn: thuốc chống nôn, hút dịch miệng, bảo vệ đường thở.
- Phản ứng thuốc, phản vệ: xử trí theo phác đồ phản vệ.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

## **12. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN NỘI SOI THẬN ỚNG MỀM GẤP SỎI THẬN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

An thần trong nội soi thận ống mềm gấp sỏi thận là phương pháp vô cảm nhằm giúp người bệnh thư giãn, giảm lo lắng, giảm đau và phối hợp tốt trong quá trình nội soi. Kỹ thuật này giúp kiểm soát đường thở, giảm phản xạ ho, cử động, đồng thời duy trì ổn định các chỉ số sinh tồn trong suốt quá trình thao tác nội soi gấp sỏi. Phương pháp an thần được lựa chọn tùy theo tình trạng người bệnh, mức độ phức tạp của thủ thuật, thường sử dụng an thần tĩnh mạch mức độ vừa – sâu, dưới sự theo dõi chặt chẽ của bác sĩ gây mê hồi sức.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh cần thực hiện nội soi thận ống mềm để gấp sỏi thận.
- Người bệnh có lo lắng, sợ hãi, không hợp tác khi làm thủ thuật.
- Người bệnh không có chống chỉ định với thuốc an thần được sử dụng.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Dị ứng hoặc mẫn cảm với thuốc an thần dự kiến sử dụng.
- Suy hô hấp, suy tuần hoàn nặng chưa được kiểm soát.
- Bệnh nhân đang trong tình trạng sốc, hôn mê, hoặc rối loạn tri giác chưa rõ nguyên nhân.
- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng chưa ổn định (như suy tim mất bù, suy gan, suy thận giai đoạn cuối...).

### **4. THẬN TRỌNG**

- Người cao tuổi, béo phì, có bệnh phổi mạn tính, ngưng thở khi ngủ.
- Người bệnh có nguy cơ khó kiểm soát đường thở.
- Thận trọng khi phối hợp nhiều thuốc an thần, giảm đau.
- Cần có sẵn phương tiện và nhân lực hồi sức cấp cứu hô hấp – tuần hoàn.

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **5.1. Người thực hiện**

- a) Nhân lực trực tiếp:
- Bác sĩ gây mê hồi sức.
  - Điều dưỡng gây mê hồi sức.
- b) Nhân lực hỗ trợ (nếu có):
- Điều dưỡng phòng mổ.
  - Bác sĩ phẫu thuật nội soi thận.

#### **5.2. Thuốc**

- Các thuốc thường dùng trong an thần nội soi thận ống mềm gấp sỏi thận:
- Midazolam 1 mg/ml: tiêm tĩnh mạch, liều khởi đầu 0,02–0,05 mg/kg.
- Propofol 10 mg/ml: tiêm tĩnh mạch chậm, duy trì 1–3 mg/kg/giờ.
- Fentanyl 0,05 mg/ml: giảm đau, tiêm tĩnh mạch liều 1–2 mcg/kg.
- Lidocain 1%: xịt hoặc tiêm tĩnh mạch liều thấp để giảm kích thích đường thở.
- Oxy khí nén (nếu cần hỗ trợ hô hấp).

*Các thuốc có thể thay đổi tùy theo tình trạng người bệnh và phác đồ của khoa Gây mê Hồi sức.*

### **5.3. Vật tư**

- Dây truyền dịch, kim luồn tĩnh mạch.
- Ống thông, ống nội khí quản, mask thanh quản (chuẩn bị dự phòng).
- Bộ monitoring theo dõi mạch, huyết áp, SpO<sub>2</sub>, ECG.
- Dụng cụ hút đờm, bóng Ambu, dây thở oxy.

### **5.4. Trang thiết bị**

- Máy theo dõi đa thông số.
- Máy truyền dịch, bơm tiêm điện.
- Máy hút dịch, bình oxy.
- Phương tiện cấp cứu hồi sức hô hấp, tuần hoàn.

### **5.5. Người bệnh**

- Giải thích rõ cho người bệnh và thân nhân về mục đích, quy trình, lợi ích, nguy cơ của an thần.
- Người bệnh nhịn ăn uống ít nhất 6 giờ trước thủ thuật.
- Tháo bỏ răng giả, đồ trang sức, kiểm tra lại hồ sơ bệnh án và kết quả cận lâm sàng.

### **5.6. Hồ sơ bệnh án**

- Hồ sơ ghi đầy đủ chỉ định, tình trạng người bệnh, thuốc sử dụng, theo dõi trong và sau an thần.

### **5.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật**

- Khoảng 30–60 phút (tùy diễn biến thủ thuật).

### **5.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật**

- Phòng mổ hoặc phòng thủ thuật nội soi có đầy đủ phương tiện theo dõi và cấp cứu.

### **5.9. Kiểm tra hồ sơ**

- Đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng kỹ thuật.

- Thực hiện bảng kiểm an toàn trước thủ thuật.
- Đặt tư thế người bệnh phù hợp với phẫu thuật nội soi thận ống mềm.

## **6. TIẾN HÀNH QUY TRÌNH KỸ THUẬT**

- Bước 1: Kiểm tra máy móc, dụng cụ, thuốc, phương tiện cấp cứu.
- Bước 2: Thiết lập đường truyền tĩnh mạch, gắn monitoring, thở oxy.
- Bước 3: Tiêm thuốc an thần tĩnh mạch theo liều khuyến cáo, theo dõi đáp ứng.
- Bước 4: Duy trì an thần trong quá trình nội soi, theo dõi nhịp tim, huyết áp, SpO<sub>2</sub>.
- Bước 5: Khi kết thúc thủ thuật, ngừng truyền thuốc, theo dõi hồi tỉnh.
- Bước 6: Đánh giá lại tình trạng người bệnh, ghi hồ sơ, bàn giao cho khu hồi tỉnh hoặc buồng bệnh.

## **7. THEO DÕI VÀ XỬ TRÍ TAI BIẾN**

### **7.1. Tai biến trong khi thực hiện kỹ thuật**

- Suy hô hấp, giảm SpO<sub>2</sub>, tụt huyết áp, phản ứng thuốc.
- Xử trí: dừng thuốc, hỗ trợ hô hấp, thở oxy, đặt nội khí quản khi cần.

### **7.2. Tai biến sau khi thực hiện kỹ thuật**

- Buồn nôn, nôn, mệt, hạ huyết áp, lú lẫn thoáng qua.
- Xử trí: theo dõi, điều chỉnh dịch, thuốc vận mạch, an thần nhẹ.

### **7.3. Biến chứng muộn**

- Viêm phổi hít, rối loạn tâm thần sau an thần kéo dài (hiếm).
- Xử trí: phát hiện sớm, điều trị theo phác đồ chuyên khoa.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

2017

## **13. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN NỘI SOI THẬN ÓNG MỀM TÁN SỎI THẬN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đảm bảo người bệnh giảm lo âu, giảm đau, hợp tác tốt trong quá trình nội soi ống thận ống mềm tán sỏi thận.
- Duy trì ổn định hô hấp, tuần hoàn và hạn chế tối đa biến chứng trong – sau phẫu thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có sỏi thận, sỏi niệu quản được chỉ định nội soi ống thận ống mềm tán sỏi thận.
- Người bệnh đồng ý thực hiện an thần phối hợp giảm đau và/hoặc gây tê hỗ trợ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng thuốc an thần/giảm đau.
- Suy hô hấp, suy tim nặng, rối loạn ý thức.
- Không đủ điều kiện phương tiện hồi sức (máy thở, thuốc cấp cứu).

### **4. THẬN TRỌNG**

### **5. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện:
  - Bác sĩ GMHS, điều dưỡng GMHS.
  - Phương tiện:
    - + Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
    - + Nguồn oxy, mask mũi/mask mặt, bóng Ambu, máy hút.
    - + Bộ đặt nội khí quản dự phòng.
    - + Thuốc: midazolam, fentanyl, propofol, remifentanyl.
    - + Thuốc giải độc: flumazenil, naloxone.
- Người bệnh:
  - + Khám tiền mê, giải thích, ký cam kết đồng ý.
  - + Nhịn ăn  $\geq$  6 giờ (trừ cấp cứu).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ, kiểm tra người bệnh, thiết lập đường truyền TM.
- Cho thở oxy 2–4 lít/phút qua cannula mũi.

- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở.
- Khởi an thần:
  - + Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
  - + Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
  - + Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM chậm, có thể truyền duy trì 25–75 µg/kg/phút.
- Trong phẫu thuật:
  - + Duy trì an thần vừa – sâu tùy yêu cầu thao tác phẫu thuật.
  - + Kết hợp giảm đau và gây tê tại chỗ để tăng hiệu quả.
  - + Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn, độ sâu an thần (RASS hoặc Ramsey).
  - + Hỗ trợ thông khí bằng mask/máy thở nếu cần.
- Kết thúc:
  - + Ngừng thuốc an thần.
  - + Theo dõi đến khi tỉnh táo, tự thở đều, HA – mạch ổn định.
  - + Chuyển phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2 giờ.

### **6.7. Theo dõi**

- Trong mổ: mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, ý thức.
- Sau mổ: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác, đau, tình trạng ổ bụng (sốt, chảy máu, dịch dẫn lưu).

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Suy hô hấp, tụt SpO<sub>2</sub>: ngừng thuốc, thở oxy, bóp bóng, đặt NKQ khi cần.
- Hạ huyết áp, nhịp chậm: truyền dịch, thuốc vận mạch, atropin.
- Kích thích, đau nhiều: bổ sung thuốc giảm đau hoặc an thần.
- Buồn nôn/nôn: thuốc chống nôn, hút dịch miệng, bảo vệ đường thở.
- Phản ứng thuốc, phản vệ: xử trí theo phác đồ phản vệ.

## **TÀI LIỆU HAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

## **14. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN NỘI SOI XẺ LỖ NIỆU QUẢN LẤY SỎI**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

- Đảm bảo người bệnh giảm lo âu, giảm đau, hợp tác tốt trong quá trình nội soi xẻ lỗ niệu quản lấy sỏi.
- Duy trì ổn định hô hấp, tuần hoàn và hạn chế tối đa biến chứng trong – sau phẫu thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh có sỏi thận, sỏi niệu quản được chỉ định nội soi xẻ lỗ niệu quản lấy sỏi.
- Người bệnh đồng ý thực hiện an thần phối hợp giảm đau và/hoặc gây tê hỗ trợ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng thuốc an thần/giảm đau.
- Suy hô hấp, suy tim nặng, rối loạn ý thức.
- Không đủ điều kiện phương tiện hồi sức (máy thở, thuốc cấp cứu).

### **4. THẬN TRỌNG**

### **5. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện:
  - Bác sĩ GMHS, điều dưỡng GMHS.
  - Phương tiện:
    - + Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
    - + Nguồn oxy, mask mũi/mask mặt, bóng Ambu, máy hút.
    - + Bộ đặt nội khí quản dự phòng.
    - + Thuốc: midazolam, fentanyl, propofol, remifentanyl.
    - + Thuốc giải độc: flumazenil, naloxone.
- Người bệnh:
  - + Khám tiền mê, giải thích, ký cam kết đồng ý.
  - + Nhịn ăn  $\geq$  6 giờ (trừ cấp cứu).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ, kiểm tra người bệnh, thiết lập đường truyền TM.
- Cho thở oxy 2–4 lít/phút qua cannula mũi.

- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở.
- Khởi an thần:
  - + Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
  - + Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
  - + Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM chậm, có thể truyền duy trì 25–75 µg/kg/phút.
- Trong phẫu thuật:
  - + Duy trì an thần vừa – sâu tùy yêu cầu thao tác phẫu thuật.
  - + Kết hợp giảm đau và gây tê tại chỗ để tăng hiệu quả.
  - + Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn, độ sâu an thần (RASS hoặc Ramsey).
  - + Hỗ trợ thông khí bằng mask/máy thở nếu cần.
- Kết thúc:
  - + Ngừng thuốc an thần.
  - + Theo dõi đến khi tỉnh táo, tự thở đều, HA – mạch ổn định.
  - + Chuyển phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2 giờ.

### **6.7. Theo dõi**

- Trong mổ: mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, ý thức.
- Sau mổ: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác, đau, tình trạng ổ bụng (sốt, chảy máu, dịch dẫn lưu).

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Suy hô hấp, tụt SpO<sub>2</sub>: ngừng thuốc, thở oxy, bóp bóng, đặt NKQ khi cần.
- Hạ huyết áp, nhịp chậm: truyền dịch, thuốc vận mạch, atropin.
- Kích thích, đau nhiều: bổ sung thuốc giảm đau hoặc an thần.
- Buồn nôn/nôn: thuốc chống nôn, hút dịch miệng, bảo vệ đường thở.
- Phản ứng thuốc, phản vệ: xử trí theo phác đồ phản vệ.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

## **15. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT ĐÓNG RÒ BÀNG QUANG – ÂM ĐẠO**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Đảm bảo người bệnh giảm lo âu, giảm đau, hợp tác tốt trong quá trình phẫu thuật đóng đường rò bang quang – âm đạo.

Duy trì ổn định hô hấp, tuần hoàn và hạn chế tối đa biến chứng trong – sau phẫu thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đồng ý thực hiện an thần phối hợp giảm đau và/hoặc gây tê hỗ trợ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng thuốc an thần/giảm đau.
- Suy hô hấp, suy tim nặng, rối loạn ý thức.
- Không đủ điều kiện phương tiện hồi sức (máy thở, thuốc cấp cứu).

### **4. THẬN TRỌNG**

### **5. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện:
- Bác sĩ GMHS, điều dưỡng GMHS.
- Phương tiện:
  - + Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
  - + Nguồn oxy, mask mũi/mask mặt, bóng Ambu, máy hút.
  - + Bộ đặt nội khí quản dự phòng.
  - + Thuốc: midazolam, fentanyl, propofol, remifentanyl.
  - + Thuốc giải độc: flumazenil, naloxone.
- Người bệnh:
  - + Khám tiền mê, giải thích, ký cam kết đồng ý.
  - + Nhịn ăn  $\geq$  6 giờ (trừ cấp cứu).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ, kiểm tra người bệnh, thiết lập đường truyền TM.
- Cho thở oxy 2–4 lít/phút qua cannula mũi.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở.
- Khởi an thần:
  - + Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.

- + Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- + Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM chậm, có thể truyền duy trì 25–75 µg/kg/phút.
- Trong phẫu thuật:
  - + Duy trì an thần vừa – sâu tùy yêu cầu thao tác phẫu thuật.
  - + Kết hợp giảm đau và gây tê tại chỗ để tăng hiệu quả.
  - + Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn, độ sâu an thần (RASS hoặc Ramsey).
  - + Hỗ trợ thông khí bằng mask/máy thở nếu cần.
- Kết thúc:
  - + Ngừng thuốc an thần.
  - + Theo dõi đến khi tỉnh táo, tự thở đều, HA – mạch ổn định.
  - + Chuyển phòng hồi tỉnh theo dõi  $\geq 2$  giờ.

### **6.7. Theo dõi**

- Trong mổ: mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, ý thức.
- Sau mổ: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác, đau, tình trạng ổ bụng (sốt, chảy máu, dịch dẫn lưu).

### **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Suy hô hấp, tụt SpO<sub>2</sub>: ngừng thuốc, thở oxy, bóp bóng, đặt NKQ khi cần.
- Hạ huyết áp, nhịp chậm: truyền dịch, thuốc vận mạch, atropin.
- Kích thích, đau nhiều: bổ sung thuốc giảm đau hoặc an thần.
- Buồn nôn/nôn: thuốc chống nôn, hút dịch miệng, bảo vệ đường thở.
- Phản ứng thuốc, phản vệ: xử trí theo phác đồ phản vệ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

## 16. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U XƠ TỬ CUNG

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Đảm bảo người bệnh giảm lo âu, giảm đau, hợp tác tốt trong quá trình phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung.

Duy trì ổn định hô hấp, tuần hoàn và hạn chế tối đa biến chứng trong – sau phẫu thuật.

### 2. CHỈ ĐỊNH

Người bệnh đồng ý thực hiện an thần phối hợp giảm đau và/hoặc gây tê hỗ trợ.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng thuốc an thần/giảm đau.
- Suy hô hấp, suy tim nặng, rối loạn ý thức.
- Không đủ điều kiện phương tiện hồi sức (máy thở, thuốc cấp cứu).

### 4. THẬN TRỌNG

### 5. CHUẨN BỊ

- Người thực hiện:
- Bác sĩ GMHS, điều dưỡng GMHS.
- Phương tiện:
  - + Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
  - + Nguồn oxy, mask mũi/mask mặt, bóng Ambu, máy hút.
  - + Bộ đặt nội khí quản dự phòng.
  - + Thuốc: midazolam, fentanyl, propofol, remifentanyl.
  - + Thuốc giải độc: flumazenil, naloxone.
- Người bệnh:
  - + Khám tiền mê, giải thích, ký cam kết đồng ý.
  - + Nhịn ăn  $\geq$  6 giờ (trừ cấp cứu).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

- Kiểm tra hồ sơ, kiểm tra người bệnh, thiết lập đường truyền TM.
- Cho thở oxy 2–4 lít/phút qua cannula mũi.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở.
- Khởi an thần:
  - + Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.

- + Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- + Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM chậm, có thể truyền duy trì 25–75 µg/kg/phút.
- Trong phẫu thuật:
  - + Duy trì an thần vừa – sâu tùy yêu cầu thao tác phẫu thuật.
  - + Kết hợp giảm đau và gây tê tại chỗ để tăng hiệu quả.
  - + Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn, độ sâu an thần (RASS hoặc Ramsey).
  - + Hỗ trợ thông khí bằng mask/máy thở nếu cần.
- Kết thúc:
  - + Ngừng thuốc an thần.
  - + Theo dõi đến khi tỉnh táo, tự thở đều, HA – mạch ổn định.
  - + Chuyển phòng hồi tỉnh theo dõi  $\geq 2$  giờ.

### **6.7. Theo dõi**

- Trong mổ: mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, ý thức.
- Sau mổ: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác, đau, tình trạng ổ bụng (sốt, chảy máu, dịch dẫn lưu).

### **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Suy hô hấp, tụt SpO<sub>2</sub>: ngừng thuốc, thở oxy, bóp bóng, đặt NKQ khi cần.
- Hạ huyết áp, nhịp chậm: truyền dịch, thuốc vận mạch, atropin.
- Kích thích, đau nhiều: bổ sung thuốc giảm đau hoặc an thần.
- Buồn nôn/nôn: thuốc chống nôn, hút dịch miệng, bảo vệ đường thở.
- Phản ứng thuốc, phản vệ: xử trí theo phác đồ phản vệ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

## **17. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC VỎ MÀNG PHỔI**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Đảm bảo người bệnh giảm lo âu, giảm đau, hợp tác tốt trong quá trình phẫu thuật nội soi bóc vỏ màng phổi.

Duy trì ổn định hô hấp, tuần hoàn và hạn chế tối đa biến chứng trong – sau phẫu thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đồng ý thực hiện an thần phổi hợp giảm đau và/hoặc gây tê hỗ trợ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng thuốc an thần/giảm đau.
- Suy hô hấp, suy tim nặng, rối loạn ý thức.
- Không đủ điều kiện phương tiện hồi sức (máy thở, thuốc cấp cứu).

### **4. THẬN TRỌNG**

### **5. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện:
- Bác sĩ GMHS, điều dưỡng GMHS.
- Phương tiện:
  - + Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
  - + Nguồn oxy, mask mũi/mask mặt, bóng Ambu, máy hút.
  - + Bộ đặt nội khí quản dự phòng.
  - + Thuốc: midazolam, fentanyl, propofol, remifentanyl.
  - + Thuốc giải độc: flumazenil, naloxone.
- Người bệnh:
  - + Khám tiền mê, giải thích, ký cam kết đồng ý.
  - + Nhịn ăn  $\geq$  6 giờ (trừ cấp cứu).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ, kiểm tra người bệnh, thiết lập đường truyền TM.
- Cho thở oxy 2–4 lít/phút qua cannula mũi.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở.
- Khởi an thần:
  - + Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.

- + Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- + Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM chậm, có thể truyền duy trì 25–75 µg/kg/phút.
- Trong phẫu thuật:
  - + Duy trì an thần vừa – sâu tùy yêu cầu thao tác phẫu thuật.
  - + Kết hợp giảm đau và gây tê tại chỗ để tăng hiệu quả.
  - + Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn, độ sâu an thần (RASS hoặc Ramsey).
  - + Hỗ trợ thông khí bằng mask/máy thở nếu cần.
- Kết thúc:
  - + Ngừng thuốc an thần.
  - + Theo dõi đến khi tỉnh táo, tự thở đều, HA – mạch ổn định.
  - + Chuyển phòng hồi tỉnh theo dõi  $\geq 2$  giờ.

### **6.7. Theo dõi**

- Trong mổ: mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, ý thức.
- Sau mổ: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác, đau, tình trạng ổ bụng (sốt, chảy máu, dịch dẫn lưu).

### **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Suy hô hấp, tụt SpO<sub>2</sub>: ngừng thuốc, thở oxy, bóp bóng, đặt NKQ khi cần.
- Hạ huyết áp, nhịp chậm: truyền dịch, thuốc vận mạch, atropin.
- Kích thích, đau nhiều: bổ sung thuốc giảm đau hoặc an thần.
- Buồn nôn/nôn: thuốc chống nôn, hút dịch miệng, bảo vệ đường thở.
- Phản ứng thuốc, phản vệ: xử trí theo phác đồ phản vệ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

## **18. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG + MỞ THÔNG 2 VÒI TỬ CUNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Đảm bảo người bệnh giảm lo âu, giảm đau, hợp tác tốt trong quá trình phẫu thuật nội soi buồng tử cung + mở thông 2 vòi tử cung.

Duy trì ổn định hô hấp, tuần hoàn và hạn chế tối đa biến chứng trong – sau phẫu thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đồng ý thực hiện an thần phối hợp giảm đau và/hoặc gây tê hỗ trợ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng thuốc an thần/giảm đau.
- Suy hô hấp, suy tim nặng, rối loạn ý thức.
- Không đủ điều kiện phương tiện hồi sức (máy thở, thuốc cấp cứu).

### **4. THẬN TRỌNG**

### **5. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện:
- Bác sĩ GMHS, điều dưỡng GMHS.
- Phương tiện:
  - + Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
  - + Nguồn oxy, mask mũi/mask mặt, bóng Ambu, máy hút.
  - + Bộ đặt nội khí quản dự phòng.
  - + Thuốc: midazolam, fentanyl, propofol, remifentanyl.
  - + Thuốc giải độc: flumazenil, naloxone.
- Người bệnh:
  - + Khám tiền mê, giải thích, ký cam kết đồng ý.
  - + Nhịn ăn  $\geq$  6 giờ (trừ cấp cứu).
  - Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ, kiểm tra người bệnh, thiết lập đường truyền TM.
- Cho thở oxy 2–4 lít/phút qua cannula mũi.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở.
- Khởi an thần:
  - + Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.

- + Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- + Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM chậm, có thể truyền duy trì 25–75 µg/kg/phút.
- Trong phẫu thuật:
  - + Duy trì an thần vừa – sâu tùy yêu cầu thao tác phẫu thuật.
  - + Kết hợp giảm đau và gây tê tại chỗ để tăng hiệu quả.
  - + Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn, độ sâu an thần (RASS hoặc Ramsey).
  - + Hỗ trợ thông khí bằng mask/máy thở nếu cần.
- Kết thúc:
  - + Ngừng thuốc an thần.
  - + Theo dõi đến khi tỉnh táo, tự thở đều, HA – mạch ổn định.
  - + Chuyển phòng hồi tỉnh theo dõi  $\geq 2$  giờ.

### **6.7. Theo dõi**

- Trong mổ: mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, ý thức.
- Sau mổ: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác, đau, tình trạng ổ bụng (sốt, chảy máu, dịch dẫn lưu).

### **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Suy hô hấp, tụt SpO<sub>2</sub>: ngừng thuốc, thở oxy, bóp bóng, đặt NKQ khi cần.
- Hạ huyết áp, nhịp chậm: truyền dịch, thuốc vận mạch, atropin.
- Kích thích, đau nhiều: bổ sung thuốc giảm đau hoặc an thần.
- Buồn nôn/nôn: thuốc chống nôn, hút dịch miệng, bảo vệ đường thở.
- Phản ứng thuốc, phản vệ: xử trí theo phác đồ phản vệ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

## **19. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT DÍNH BUỒNG TỬ CUNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Đảm bảo người bệnh giảm lo âu, giảm đau, hợp tác tốt trong quá trình phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt dính buồng tử cung.

Duy trì ổn định hô hấp, tuần hoàn và hạn chế tối đa biến chứng trong – sau phẫu thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đồng ý thực hiện an thần phối hợp giảm đau và/hoặc gây tê hỗ trợ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng thuốc an thần/giảm đau.
- Suy hô hấp, suy tim nặng, rối loạn ý thức.
- Không đủ điều kiện phương tiện hồi sức (máy thở, thuốc cấp cứu).

### **4. THẬN TRỌNG**

### **5. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện:
- Bác sĩ GMHS, điều dưỡng GMHS.
- Phương tiện:
  - + Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
  - + Nguồn oxy, mask mũi/mask mặt, bóng Ambu, máy hút.
  - + Bộ đặt nội khí quản dự phòng.
  - + Thuốc: midazolam, fentanyl, propofol, remifentanyl.
  - + Thuốc giải độc: flumazenil, naloxone.
- Người bệnh:
  - + Khám tiền mê, giải thích, ký cam kết đồng ý.
  - + Nhịn ăn  $\geq$  6 giờ (trừ cấp cứu).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ, kiểm tra người bệnh, thiết lập đường truyền TM.
- Cho thở oxy 2–4 lít/phút qua cannula mũi.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở.
- Khởi an thần:
  - + Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.

- + Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- + Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM chậm, có thể truyền duy trì 25–75 µg/kg/phút.
- Trong phẫu thuật:
  - + Duy trì an thần vừa – sâu tùy yêu cầu thao tác phẫu thuật.
  - + Kết hợp giảm đau và gây tê tại chỗ để tăng hiệu quả.
  - + Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn, độ sâu an thần (RASS hoặc Ramsey).
  - + Hỗ trợ thông khí bằng mask/máy thở nếu cần.
- Kết thúc:
  - + Ngừng thuốc an thần.
  - + Theo dõi đến khi tỉnh táo, tự thở đều, HA – mạch ổn định.
  - + Chuyển phòng hồi tỉnh theo dõi  $\geq 2$  giờ.

### **6.7. Theo dõi**

- Trong mổ: mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, ý thức.
- Sau mổ: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác, đau, tình trạng ổ bụng (sốt, chảy máu, dịch dẫn lưu).

### **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Suy hô hấp, tụt SpO<sub>2</sub>: ngừng thuốc, thở oxy, bóp bóng, đặt NKQ khi cần.
- Hạ huyết áp, nhịp chậm: truyền dịch, thuốc vận mạch, atropin.
- Kích thích, đau nhiều: bổ sung thuốc giảm đau hoặc an thần.
- Buồn nôn/nôn: thuốc chống nôn, hút dịch miệng, bảo vệ đường thở.
- Phản ứng thuốc, phản vệ: xử trí theo phác đồ phản vệ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

## **20. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT POLYP**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

Đảm bảo người bệnh giảm lo âu, giảm đau, hợp tác tốt trong quá trình phẫu thuật nội soi buồng tử cung cắt polyp.

Duy trì ổn định hô hấp, tuần hoàn và hạn chế tối đa biến chứng trong – sau phẫu thuật.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh đồng ý thực hiện an thần phối hợp giảm đau và/hoặc gây tê hỗ trợ.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng thuốc an thần/giảm đau.
- Suy hô hấp, suy tim nặng, rối loạn ý thức.
- Không đủ điều kiện phương tiện hồi sức (máy thở, thuốc cấp cứu).

### **4. THẬN TRỌNG**

### **5. CHUẨN BỊ**

- Người thực hiện:
- Bác sĩ GMHS, điều dưỡng GMHS.
- Phương tiện:
  - + Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
  - + Nguồn oxy, mask mũi/mask mặt, bóng Ambu, máy hút.
  - + Bộ đặt nội khí quản dự phòng.
  - + Thuốc: midazolam, fentanyl, propofol, remifentanyl.
  - + Thuốc giải độc: flumazenil, naloxone.
- Người bệnh:
  - + Khám tiền mê, giải thích, ký cam kết đồng ý.
  - + Nhịn ăn  $\geq$  6 giờ (trừ cấp cứu).
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

### **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Kiểm tra hồ sơ, kiểm tra người bệnh, thiết lập đường truyền TM.
- Cho thở oxy 2–4 lít/phút qua cannula mũi.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở.
- Khởi an thần:
  - + Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.

- + Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- + Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM chậm, có thể truyền duy trì 25–75 µg/kg/phút.
- Trong phẫu thuật:
  - + Duy trì an thần vừa – sâu tùy yêu cầu thao tác phẫu thuật.
  - + Kết hợp giảm đau và gây tê tại chỗ để tăng hiệu quả.
  - + Theo dõi liên tục dấu hiệu sinh tồn, độ sâu an thần (RASS hoặc Ramsey).
  - + Hỗ trợ thông khí bằng mask/máy thở nếu cần.
- Kết thúc:
  - + Ngừng thuốc an thần.
  - + Theo dõi đến khi tỉnh táo, tự thở đều, HA – mạch ổn định.
  - + Chuyển phòng hồi tỉnh theo dõi  $\geq 2$  giờ.

### **6.7. Theo dõi**

- Trong mổ: mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, ý thức.
- Sau mổ: theo dõi dấu hiệu sinh tồn, tri giác, đau, tình trạng ổ bụng (sốt, chảy máu, dịch dẫn lưu).

### **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Suy hô hấp, tụt SpO<sub>2</sub>: ngừng thuốc, thở oxy, bóp bóng, đặt NKQ khi cần.
- Hạ huyết áp, nhịp chậm: truyền dịch, thuốc vận mạch, atropin.
- Kích thích, đau nhiều: bổ sung thuốc giảm đau hoặc an thần.
- Buồn nôn/nôn: thuốc chống nôn, hút dịch miệng, bảo vệ đường thở.
- Phản ứng thuốc, phản vệ: xử trí theo phác đồ phản vệ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1, Bài giảng gây mê hồi sức tập 1, tập 2- đại học Y Hà Nội
- 2, Bài giảng gây mê hồi sức sau đại học- đại học Y Hà Nội
- 3, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành gây mê hồi sức -bộ Y tế năm

## **21. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT U XƠ**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mê đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **22. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI BUỒNG TỬ CUNG CẮT VÁCH NGĂN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mê đậy, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **23. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẢM LẠI NIỆU QUẢN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1. Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao

Thở oxy qua mask/ống thông mũi

Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả

Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - o Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - o Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - o Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - o Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mê đậy, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - o Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - o Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - o Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - o Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - o Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - o Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - o Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **24. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẢM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀN QUANG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **25. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CÂM MÁU SAU PHẪU THUẬT**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **26. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CĂNG DA TRÁN, CĂNG DA MẶT, CĂNG DA CỔ**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1. Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

### Phương tiện

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### Người bệnh

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 6.1. Chuẩn bị và theo dõi

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### 6.2. Khởi an thần

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### 6.3. Trong mổ

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### 6.4. Kết thúc

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 7.1. Suy hô hấp

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%

- **Xử trí:**

- o Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- o Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- o Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- o Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

**7.2. Tụt huyết áp**

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s

- **Xử trí:**

- o Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
- o Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

**7.3. Rối loạn nhịp tim**

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG

- **Xử trí:**

- o Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
- o Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

**7.4. Phản vệ**

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc

- **Xử trí:**

- o Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
- o Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
- o Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
- o Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

**7.5. Kích động – mê sảng**

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê

- **Xử trí:**

- o Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
- o Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
- o Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **27. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THUỶ TUYẾN GIÁP + EO GIÁP**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1. Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mê đậy, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **28. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THUYỀN TUYẾN GIÁP TRONG BUỒU GIÁP NHÂN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1. Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%

- **Xử trí:**

- o Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- o Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- o Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- o Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

**7.2. Tụt huyết áp**

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s

- **Xử trí:**

- o Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
- o Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

**7.3. Rối loạn nhịp tim**

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG

- **Xử trí:**

- o Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
- o Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

**7.4. Phản vệ**

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc

- **Xử trí:**

- o Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
- o Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
- o Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
- o Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

**7.5. Kích động – mê sáng**

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê

- **Xử trí:**

- o Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
- o Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
- o Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## 29. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THUYỀN TUYẾN GIÁP TRONG BƯỚC GIÁP NHÂN ĐỘC

### 1. ĐẠI CƯƠNG

#### 1.1. Định nghĩa

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### 1.2 Mục đích

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### 2. CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### 3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### 4. THẬN TRỌNG

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### 5. CHUẨN BỊ

#### Nhân lực

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### Phương tiện

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **30. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 1 THÙY TUYẾN GIÁP**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.2 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **31. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT 2/3 DẠ DÀY**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **32. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ¾ ĐẠI DÀY**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mê đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

### **33. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BẠCH MẠCH THẬN**

#### **1. ĐẠI CƯƠNG**

##### **1.1. Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

##### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

#### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

#### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

#### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

#### **5. CHUẨN BỊ**

##### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

##### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **34. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI CẮT BÁN PHẦN 1 THUYỀN TUYẾN GIÁP**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **35. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN LÁCH TRONG CHẤN THƯƠNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **36. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U HOẠT DỊCH CỔ TAY**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mê đậy, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **37. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MẠC TREO RUỘT + CẮT ĐOẠN RUỘT NON**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **38. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U MẠC TREO RUỘT, KHÔNG CẮT RUỘT**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **39. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U ỔNG MẬT CHỦ**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).

- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đúng người bệnh, đúng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**
  - o Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao

- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mê đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **40. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U SAU PHÚC MẠC**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **41. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U THẬN ÁC TÍNH**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **42. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U THẬN LẠNH TÍNH**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

#### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Chuẩn bị và theo dõi

- Đúng người bệnh, đúng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### 2. Khởi an thần

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### 3. Trong mổ

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### 4. Kết thúc

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## VI. THEO DÕI

- **Trong mổ:** mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.
- **Sau mổ:** ý thức, hô hấp, tuần hoàn, đau, biến chứng.

## VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

1. **Suy hô hấp, giảm SpO<sub>2</sub>:** ngừng thuốc, cho thở oxy, hỗ trợ bóp bóng, đặt NKQ nếu cần.
2. **Rối loạn huyết động:** tụt HA, nhịp chậm → bù dịch, thuốc vận mạch; tăng HA → điều chỉnh thuốc an thần, giảm đau.
3. **Kích thích, vận động:** bổ sung Propofol hoặc Dexmedetomidine liều thấp.
4. **Buồn nôn, nôn:** thuốc chống nôn, hút dịch, bảo vệ đường thở.
5. **Phản vệ thuốc:** xử trí theo phác đồ phản vệ của Bộ Y tế.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## PHỤ LỤC

## Danh mục chuẩn bị để thực hiện gây mê

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
<b>1</b>	<b>Lao động trực tiếp</b>		
1.1	Bác sĩ gây mê	Người	01
1.2	Phụ mê	Người	01
1.3	Điều dưỡng chạy ngoài	Người	01
<b>2</b>	<b>Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ, hàm lượng, đường dùng/dạng dùng)</b>		
2.1	Thuốc mê tĩnh mạch (Propofol, Midazolam...)	Ống	Theo cân nặng
2.2	Thuốc mê hô hấp (Sevoflurane, Isoflurane...)	Chai	Theo cân nặng
2.3	Thuốc giãn cơ (Rocuronium, Vecuronium...)	Ống	Theo cân nặng
2.4	Thuốc giảm đau (Fentanyl, Morphin...)	Ống	Theo cân nặng
2.5	Kháng sinh dự phòng (Cefazolin/Cefotaxim)	Ống	01 liều
2.6	Dịch truyền (NaCl 0,9%, Ringer lactat, Glucose 5%)	Chai	2-5
2.7	Thuốc vận mạch (Adrenalin, Dopamin...)	Ống	Khi cần
2.8	Dịch cao phân tử	túi	Khi cần
<b>3</b>	<b>Vật tư (dùng trực tiếp)</b>		
3.1	Ống NKQ	Cái	01
3.2	Dây truyền. máu	Bộ	01-2
3.3	Bơm tiêm, kim tiêm, dây truyền dịch	Bộ	Đủ dùng
3.4	Găng, ga, bông, băng gạc vô khuẩn	Bộ	Đủ dùng
3.5	Ốngs NKQ	Cái	01
3.6	Bộ TMTT	Cái	Nếu cần
<b>4</b>	<b>Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)</b>		

## **43. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U THỰC QUẢN**

### **I. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **II. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **IV. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

#### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 1. Chuẩn bị và theo dõi

- Đúng người bệnh, đúng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### 2. Khởi an thần

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### 3. Trong mổ

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### 4. Kết thúc

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## VI. THEO DÕI

- **Trong mổ:** mạch, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.
- **Sau mổ:** ý thức, hô hấp, tuần hoàn, đau, biến chứng.

## VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

6. **Suy hô hấp, giảm SpO<sub>2</sub>:** ngừng thuốc, cho thở oxy, hỗ trợ bóp bóng, đặt NKQ nếu cần.
7. **Rối loạn huyết động:** tụt HA, nhịp chậm → bù dịch, thuốc vận mạch; tăng HA → điều chỉnh thuốc an thần, giảm đau.
8. **Kích thích, vận động:** bổ sung Propofol hoặc Dexmedetomidine liều thấp.
9. **Buồn nôn, nôn:** thuốc chống nôn, hút dịch, bảo vệ đường thở.
10. **Phản vệ thuốc:** xử trí theo phác đồ phản vệ của Bộ Y tế.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## PHỤ LỤC

## Danh mục chuẩn bị để thực hiện gây mê

TT	Danh mục chuẩn bị	Đơn vị	Số lượng
<b>1</b>	<b>Lao động trực tiếp</b>		
1.1	Bác sĩ gây mê	Người	01
1.2	Phụ mê	Người	01
1.3	Điều dưỡng chạy ngoài	Người	01
<b>2</b>	<b>Thuốc (tên hoạt chất, nồng độ, hàm lượng, đường dùng/dạng dùng)</b>		
2.1	Thuốc mê tĩnh mạch (Propofol, Midazolam...)	Ống	Theo cân nặng
2.2	Thuốc mê hô hấp (Sevoflurane, Isoflurane...)	Chai	Theo cân nặng
2.3	Thuốc giãn cơ (Rocuronium, Vecuronium...)	Ống	Theo cân nặng
2.4	Thuốc giảm đau (Fentanyl, Morphin...)	Ống	Theo cân nặng
2.5	Kháng sinh dự phòng (Cefazolin/Cefotaxim)	Ống	01 liều
2.6	Dịch truyền (NaCl 0,9%, Ringer lactat, Glucose 5%)	Chai	2-5
2.7	Thuốc vận mạch (Adrenalin, Dopamin...)	Ống	Khi cần
2.8	Dịch cao phân tử	túi	Khi cần
<b>3</b>	<b>Vật tư (dùng trực tiếp)</b>		
3.1	ống NKQ	Cái	01
3.2	Dây truyền. máu	Bộ	01-2
3.3	Bơm tiêm, kim tiêm, dây truyền dịch	Bộ	Đủ dùng
3.4	Găng, ga, bông, băng gạc vô khuẩn	Bộ	Đủ dùng
3.5	Ốngs NKQ	Cái	01
3.6	Bộ TMTT	Cái	Nếu cần
<b>4</b>	<b>Trang thiết bị (sử dụng trực tiếp)</b>		

## **44. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUY**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **45. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN THƯỢNG THẬN 1 BÊN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **46. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN THƯỢNG THẬN 2 BÊN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **47. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U XƠ VÒM MŨI**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **48. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT XƯƠNG SƯỜN SỐ 1 (ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ĐƯỜNG THOÁT LỒNG NGỰC)**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

### Phương tiện

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### Người bệnh

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 6.1. Chuẩn bị và theo dõi

- Đứng người bệnh, đúng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### 6.2. Khởi an thần

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### 6.3. Trong mổ

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### 6.4. Kết thúc

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 7.1. Suy hô hấp

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%

- **Xử trí:**

- o Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- o Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- o Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- o Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

**7.2. Tụt huyết áp**

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s

- **Xử trí:**

- o Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
- o Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

**7.3. Rối loạn nhịp tim**

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG

- **Xử trí:**

- o Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
- o Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

**7.4. Phản vệ**

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc

- **Xử trí:**

- o Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
- o Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
- o Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
- o Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

**7.5. Kích động – mê sáng**

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê

- **Xử trí:**

- o Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
- o Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
- o Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **49. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CHỮA NGOÀI TỬ CUNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

### Phương tiện

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### Người bệnh

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 6.1. Chuẩn bị và theo dõi

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### 6.2. Khởi an thần

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### 6.3. Trong mổ

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### 6.4. Kết thúc

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 7.1. Suy hô hấp

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%

- **Xử trí:**

- o Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- o Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- o Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- o Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

**7.2. Tụt huyết áp**

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s

- **Xử trí:**

- o Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
- o Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

**7.3. Rối loạn nhịp tim**

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG

- **Xử trí:**

- o Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
- o Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

**7.4. Phản vệ**

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc

- **Xử trí:**

- o Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
- o Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
- o Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
- o Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

**7.5. Kích động – mê sáng**

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê

- **Xử trí:**

- o Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
- o Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
- o Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **50. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CHUYỂN VỊ TRÍ TĨNH MẠCH ĐỂ TẠO DÒ ĐỘNG MẠCH-TĨNH MẠCH CHO CHẠY THẬN NHÂN TẠO**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

### Phương tiện

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### Người bệnh

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 6.1. Chuẩn bị và theo dõi

- Đứng người bệnh, đúng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### 6.2. Khởi an thần

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### 6.3. Trong mổ

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### 6.4. Kết thúc

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 7.1. Suy hô hấp

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%

- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

**7.2. Tụt huyết áp**

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s

- **Xử trí:**

- Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
- Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

**7.3. Rối loạn nhịp tim**

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG

- **Xử trí:**

- Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
- Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

**7.4. Phản vệ**

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc

- **Xử trí:**

- Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
- Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
- Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
- Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

**7.5. Kích động – mê sáng**

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê

- **Xử trí:**

- Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
- Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
- Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **51. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ ĐỊNH DẠ DÀY**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mê đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **52. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CỔ ĐÌNH TRỰC TRÀNG + CẮT ĐOẠN ĐẠI TRÀNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **53. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CỔ ĐỆNH TRỰC TRÀNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **54. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP XE TÒN LƯU**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **55. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI DẪN LƯU ÁP XE TỤY**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **56. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT ĐIỆN CỰC TẠO NHỊP THƯỢNG TÂM MẠC**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **57. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI NGẮ TIỀN PHÚC MẠC (TEP)**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **58. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI NGẮN TIỀN PHỨC MẠC QUA Ổ BỤNG (TAPP)**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **59. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT LƯỚI TRONG PHÚC MẠC**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **60. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT VÒNG THẮT DẠ DÀY**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mê đậy, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **61. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CHẢY MÁU ĐƯỜNG MẬT, CẮT GAN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mê đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **62. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CỨNG KHỚP CỔ CHÂN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **63. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CỨNG KHỚP KHUỖY**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **64. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ ĐÁM QUÁNH RUỘT THỪA**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **65. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG VÙNG KHUỖY**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **66. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ XƯƠNG ĐÙI BẰNG GHÉP SỤN XƯƠNG**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
- Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
- Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
- Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3 mg)
- Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
- Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
- Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
- Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
- Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
- Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
- Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
- Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **67. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP TRƯỚC CỔ CHÂN**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **68. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ MẮT VỮNG BÁNH CHÈ**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **69. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ MÁT VỮNG KHỚP VAI THEO PHƯƠNG PHÁP LATARJET**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

### Phương tiện

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### Người bệnh

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## 6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH

### 6.1. Chuẩn bị và theo dõi

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### 6.2. Khởi an thần

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### 6.3. Trong mổ

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### 6.4. Kết thúc

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## 7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ

### 7.1. Suy hô hấp

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%

- **Xử trí:**

- o Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- o Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- o Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- o Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

**7.2. Tụt huyết áp**

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s

- **Xử trí:**

- o Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
- o Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

**7.3. Rối loạn nhịp tim**

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG

- **Xử trí:**

- o Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
- o Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

**7.4. Phản vệ**

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc

- **Xử trí:**

- o Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
- o Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
- o Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
- o Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

**7.5. Kích động – mê sáng**

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê

- **Xử trí:**

- o Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
- o Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
- o Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

## **70. QUY TRÌNH KỸ THUẬT AN THẦN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ MÁT VỮNG KHỚP VAI X**

### **1. ĐẠI CƯƠNG**

#### **1.1 Định nghĩa**

An thần trong gây mê là việc sử dụng thuốc nhằm giảm lo âu, tạo cảm giác thư giãn và giảm đáp ứng với kích thích, trong khi bệnh nhân vẫn duy trì được chức năng hô hấp và tuần hoàn cơ bản.

#### **1.2 Mục đích**

- Đảm bảo người bệnh an thần ổn định, giảm lo âu và đau trong suốt quá trình phẫu thuật.
- Duy trì hô hấp và tuần hoàn an toàn, hạn chế biến chứng.
- Tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật viên thực hiện thủ thuật chính xác.

### **2. CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật/thủ thuật nội soi không bắt buộc gây mê toàn thân.
- Người bệnh có thể duy trì tự thở, kiểm soát bằng an thần và giảm đau.

### **3. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Người bệnh không đồng ý.
- Dị ứng với thuốc an thần, giảm đau.
- Suy hô hấp nặng, nguy cơ mất đường thở cao.
- Rối loạn ý thức sâu, tình trạng huyết động không ổn định.
- Thiếu phương tiện hồi sức, cấp cứu.

### **4. THẬN TRỌNG**

- Khám và đánh giá tình trạng bệnh nhân trước khi gây mê
- Chọn thuốc phù hợp, tránh dị ứng hoặc tương tác thuốc
- Theo dõi sát sinh hiệu trong quá trình gây mê
- Chuẩn bị sẵn thuốc và dụng cụ cấp cứu
- Đặc biệt thận trọng với người già, trẻ nhỏ, người có bệnh mạn tính

### **5. CHUẨN BỊ**

#### **Nhân lực**

- Bác sĩ GMHS.
- Điều dưỡng GMHS.
- Kíp phẫu thuật nội soi.

#### **Phương tiện**

- Máy theo dõi đa thông số: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, EtCO<sub>2</sub> (nếu có).
- Máy thở, mask, bóng Ambu, bộ đặt NKQ dự phòng.
- Thuốc an thần: Midazolam, Propofol, Dexmedetomidine.
- Thuốc giảm đau: Fentanyl, Remifentanyl.
- Thuốc cấp cứu: Atropin, Adrenalin, thuốc vận mạch, Naloxone, Flumazenil.

### **Người bệnh**

- Khám tiền mê, đánh giá nguy cơ hô hấp – tuần hoàn.
- Giải thích kỹ thuật, ký cam kết.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ, đặt đường truyền TM chắc chắn.

## **6. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

### **6.1. Chuẩn bị và theo dõi**

- Đứng người bệnh, đứng hồ sơ.
- Cho thở oxy 2–4 l/phút qua cannula hoặc mask.
- Theo dõi liên tục: ECG, HA, SpO<sub>2</sub>, nhịp thở, tri giác.

### **6.2. Khởi an thần**

- Midazolam 0,02–0,05 mg/kg TM chậm.
- Fentanyl 0,5–1 µg/kg TM giảm đau.
- Propofol 0,25–0,5 mg/kg TM, có thể duy trì truyền 25–75 µg/kg/phút.
- Hoặc Dexmedetomidine truyền TM 0,2–0,7 µg/kg/giờ để duy trì an thần ổn định, ít ức chế hô hấp.

### **6.3. Trong mổ**

- Duy trì mức an thần phù hợp (RASS -2 đến -4), tùy yêu cầu phẫu thuật.
- Đảm bảo thông khí tự nhiên, SpO<sub>2</sub> > 94%, nhịp thở ổn định.
- Kiểm soát HA và mạch, tránh dao động lớn.
- Luôn sẵn sàng đặt NKQ, chuyển gây mê toàn thân nếu mất kiểm soát đường thở.

### **6.4. Kết thúc**

- Giảm hoặc ngừng thuốc an thần khi phẫu thuật gần hoàn tất.
- Theo dõi hồi tỉnh: tỉnh táo, tự thở, HA – mạch ổn định.
- Chuyển sang phòng hồi tỉnh theo dõi ≥ 2–6 giờ.

## **7. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### **7.1. Suy hô hấp**

- **Biểu hiện:** Thở chậm, ngưng thở, SpO<sub>2</sub> < 90%
- **Xử trí:**

- Đặt bệnh nhân ở tư thế đầu cao
- Thở oxy qua mask/ống thông mũi
- Hỗ trợ thông khí bằng bóng Ambu nếu không tự thở hiệu quả
- Đặt nội khí quản nếu ngưng thở hoặc SpO<sub>2</sub> không cải thiện

### 7.2. Tụt huyết áp

- **Biểu hiện:** Huyết áp tâm thu < 90 mmHg, mạch nhanh, CRT > 2s
- **Xử trí:**
  - Truyền dịch tinh thể (NaCl 0.9%, Ringer Lactate) 500–1000 ml
  - Nếu không đáp ứng: dùng thuốc vận mạch (Ephedrine 5–10 mg TM, Noradrenaline truyền TM)

### 7.3. Rối loạn nhịp tim

- **Biểu hiện:** Mạch chậm < 50 l/p hoặc nhanh > 120 l/p, loạn nhịp trên ECG
- **Xử trí:**
  - Bradycardia: Atropine 0.5 mg TM, nhắc lại mỗi 3–5 phút nếu cần (tối đa 3mg)
  - Tachycardia hoặc loạn nhịp: Amiodarone 150 mg TM chậm, theo dõi ECG liên tục

### 7.4. Phản vệ

- **Biểu hiện:** Mè đay, khó thở, co thắt phế quản, tụt huyết áp, sốc
- **Xử trí:**
  - Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp (IM) mỗi 5–15 phút nếu cần
  - Truyền dịch nhanh (NaCl 0.9% 1–2 lít)
  - Dexamethasone 8–16 mg TM, Chlorpheniramine 10–20 mg TM
  - Đặt NKQ nếu phù thanh quản, khó thở

### 7.5. Kích động – mê sảng

- **Biểu hiện:** Lú lẫn, kích thích, mất định hướng sau khi tỉnh mê
- **Xử trí:**
  - Đảm bảo an toàn cho bệnh nhân và nhân viên y tế
  - Trấn an, nói chuyện nhẹ nhàng
  - Dùng Midazolam 1–2 mg TM chậm hoặc Haloperidol 2.5–5 mg TM nếu cần

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức

Quyết định số 782/QĐ-KCB ngày 4/3/2016 ban hành tài liệu Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật kỹ thuật chuyên ngành quy trình gây mê hồi sức







