

**SỞ Y TẾ BÌNH PHƯỚC  
HỘI NCKH CÔNG NGHỆ  
VÀ Y ĐỨC NGÀNH Y TẾ**

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

Số: 2482/HĐNCKH

Bình Phước, ngày 26 tháng 11 năm 2019

V/v giải trình Đề tài Nghiên cứu khoa học

Kính gửi: Bệnh viện đa khoa tỉnh.

Hội đồng Nghiên cứu Khoa học Công nghệ và Y đức ngành y tế tỉnh Bình Phước nhận được báo cáo đề tài **Nghiên cứu tìm liều NOREPINEPHRINE tiêm tĩnh mạch điều trị hiệu quả 90% trường hợp hạ huyết áp lần đầu sau gây tê tủy sống cho mổ lấy thai** của Bệnh viện đa khoa tỉnh, qua nghiên cứu Hội đồng Nghiên cứu Khoa học Công nghệ và Y đức ngành y tế tỉnh Bình Phước có ý kiến như sau:

Theo Quy trình **GÂY TÊ TỦY SỐNG PHẪU THUẬT LẤY THAI Ở SẢN PHỤ KHÔNG CÓ BỆNH LÝ KÈM THEO** ban hành kèm theo Quyết định số 782/QĐ-BYT ngày 4 tháng 3 năm 2016 của Bộ Y tế về Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Gây mê hồi sức và Quy trình kỹ thuật Khoa Gây mê hồi sức ban hành kèm theo Quyết định số 477/QĐ-BVĐK ngày 13 tháng 6 năm 2016 của Bệnh viện đa khoa tỉnh thì thuốc sử dụng là **Ephedrin**.

Do không có văn bản pháp lý về việc dùng thuốc **NOREPINEPHRINE** trong Quy trình **GÂY TÊ TỦY SỐNG PHẪU THUẬT LẤY THAI Ở SẢN PHỤ KHÔNG CÓ BỆNH LÝ KÈM THEO** nên không đủ điều kiện để Hội đồng Nghiên cứu Khoa học Công nghệ và Y đức ngành y tế tỉnh Bình Phước xem xét.

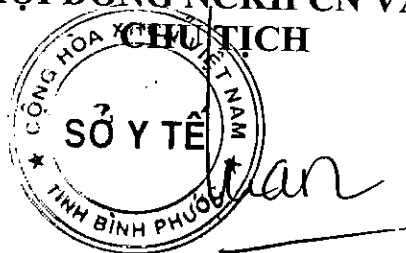
Hội đồng thông báo đến Bệnh viện đa khoa tỉnh được rõ và đề nghị Bệnh viện tỉnh giải trình.

Trân trọng!

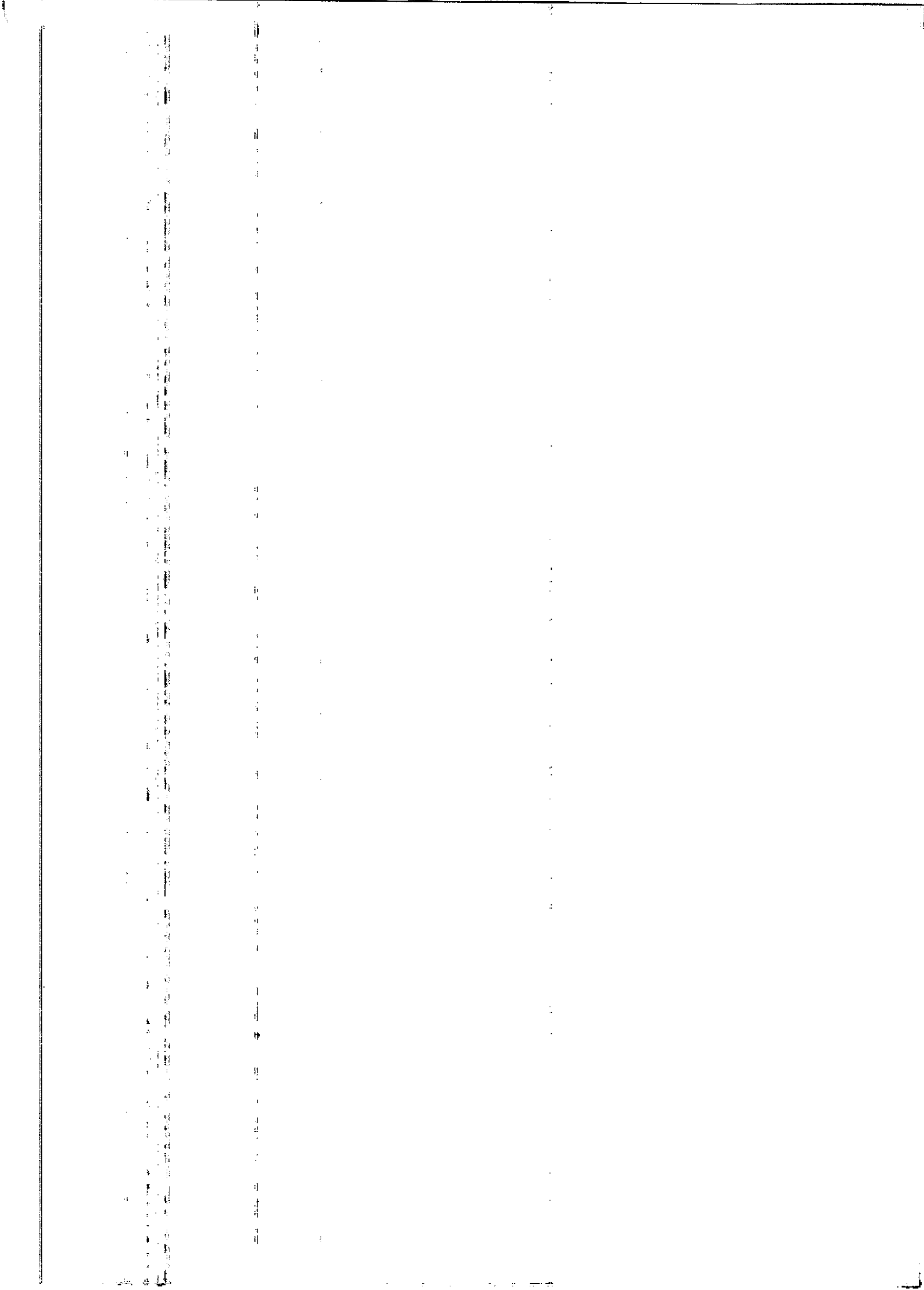
**Nơi nhận:**

- Các phòng chức năng;
- Các Thành viên Hội đồng;
- Các đơn vị y tế;
- Web: syt.binhphuoc.com.vn;
- Lưu VT - NVY (Cúc 26.11).

**TM. HỘI ĐỒNG NCKH CN VÀ Y ĐỨC**



**PHÓ GIÁM ĐỐC SỞ Y TẾ  
LÊ ANH TUẤN**



Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Phước

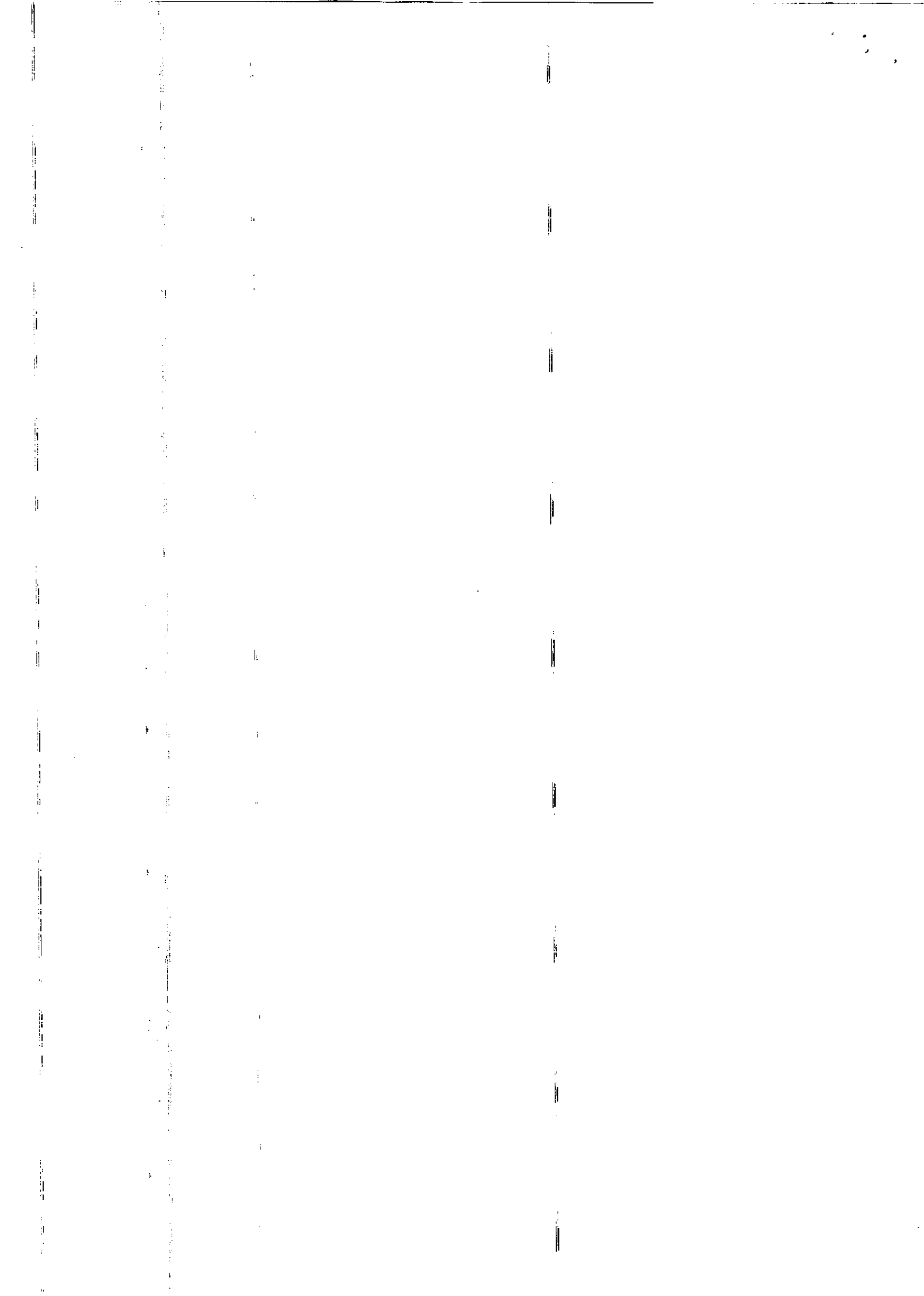


# QUY TRÌNH KỸ THUẬT

## Khoa: Phẫu thuật gây mê hồi sức

(ban hành kèm theo Quyết định số 477/QĐ-BVĐK  
ngày 13 tháng 6 năm 2016)

Bình Phước 2017



- Xử trí: đảm bảo ngay thông khí và cung cấp oxy 100%, tìm và giải quyết nguyên nhân.

#### 5. Biến chứng sau rút ống nội khí quản

- Suy hô hấp sau khi rút ống nội khí quản do nhiều nguyên nhân

- Đau họng khàn tiếng

- Co thắt thanh - khí - phế quản

- Viêm đường hô hấp trên

- Hẹp thanh - khí quản

Xử trí triệu chứng và theo nguyên nhân

## 8. GÂY TÊ TỦY SỐNG PHẪU THUẬT LẤY THAI Ở SẢN PHỤ KHÔNG CÓ BỆNH LÝ KÈM THEO

### I. ĐẠI CƯƠNG

Phẫu thuật lấy thai là một phẫu thuật dưới rốn, yêu cầu độ giãn cơ trung bình nên rất thích hợp với phương pháp gây tê tủy sống nếu bệnh nhân không có chống chỉ định.

### II. CHỈ ĐỊNH

Gây tê mổ lấy thai

### III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Người bệnh từ chối

- Dị ứng thuốc tê

- Viêm nhiễm vùng chọc kim gây tê

- Thiếu khối lượng tuần hoàn chưa bù đủ, sốc

- Rối loạn đông máu nặng

- Dùng các thuốc chống đông chưa đủ thời gian

- Hẹp van hai lá khít, van động mạch chủ khít

- Tăng áp lực nội sọ.

- Suy thai cấp, nguy cơ chảy máu nhiều trong mổ (rau cài răng lược, rau tiền đạo)

### IV. CHUẨN BỊ

#### 1. Người thực hiện

Bác sĩ chuyên khoa gây mê hồi sức và một y tá phụ mê.

#### 2. Phương tiện

Kim tê tủy sống số 27G hoặc bộ dụng cụ gây tê ngoài màng cứng đóng sẵn.

Dụng cụ:

- 01 Khăn vô khuẩn có lỗ để trải vùng gây tê + 01 khăn lau tay + 01 cốc đựng

dùng dịch sát trùng + kẹp phẫu tích để sát trùng + gạc.

- Bơm tiêm loại 5 ml và 1 ml.
- Băng dính vô trùng dán lưng không thấm nước.
- Găng tay vô trùng.
- Máy gây mê, máy hút, bộ đèn đặt nội khí quản và các ống khí quản có bóng chèn các cỡ 6.5, 7.0, 7.5.
- Dung dịch sát khuẩn Betadin 10%.

Thuốc

- Bupivacain 0.5% hoặc levobupivacain 0.5%
- Fentanyl 2ml 100mcg
- Morphin không chất bảo quản 1mg/ml.
- Dịch truyền: dung dịch tinh thể như: Ringer lactat, NaCL 0,9% hoặc các dung

dịch cao phân tử như Gelofundin...

- Thuốc co mạch: Ephedrin ống 30 mg/1ml.
- Atropin sulphat ống 0,25 mg/ 1 ml.
- Các thuốc sử dụng trong cấp cứu.

### 3. Người bệnh

Giải thích cho người bệnh về kỹ thuật vô cảm để người bệnh biết và phối hợp khi gây tê vùng.

### 4. Hồ sơ bệnh án

- Giấy cam đoan phẫu thuật.
- Cho làm các xét nghiệm: đông máu, chức năng gan, thận, điện tim, Xquang tim phổi...

## V. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN

### 1. Kiểm tra hồ sơ

Kiểm tra hồ sơ bệnh án của bệnh nhân ngay khi bệnh nhân vào phòng mổ, bao gồm:

- Giấy cam đoan phẫu thuật.
- Kiểm tra kết quả các xét nghiệm: đông máu, công thức máu, chức năng gan, thận...
- Kiểm tra kết quả điện tim, Xquang tim phổi để loại trừ các bệnh kèm theo.
- Phiếu khám tiền mê, biên bản hội chẩn phẫu thuật, chỉ định mổ và chữ ký của các thành viên.

### 2. Kiểm tra người bệnh

Cần khám và giải thích cho người bệnh trước khi tiến hành gây tê

- Khám chung: khám tim và phổi để phát hiện các bệnh lý kèm theo.
- Khám cột sống vùng thắt lưng xem có nhiễm trùng da tại vị trí gây tê hoặc bệnh lý cột sống.
- Tư vấn về phương pháp gây tê, ưu điểm và các tác dụng phụ kèm theo để cho

bệnh nhân lựa chọn phương pháp vô cảm.

### 3. Thực hiện kỹ thuật

Tiến hành làm một đường truyền tĩnh mạch ở tay với kim luôn số 18, truyền tĩnh mạch 300 – 500 ml dung dịch Ringer lactat trước khi gây tê.

Mặc máy theo dõi liên tục các chỉ số: mạch, huyết áp, bão hòa oxy mao mạch, tần số thở.

Đặt tư thế người bệnh để gây tê: tư thế ngồi hoặc tư thế nằm nghiêng, cong lưng tằm.

Xác định vị trí chọc kim gây tê (đường ngang đi qua hai hai mào chậu tương ứng với L4-L5).

Sát trùng vùng lưng bằng dung dịch Betadin 10%.

Trải khăn vô khuẩn có lỗ ở vùng lưng.

Lau sạch Betadin ở vùng sẽ gây tê bằng gạc vô trùng.

Tiến hành gây tê tủy sống

- Chọc kim gây tê tủy sống loại 27 G, ở vị trí L2 - L3 hoặc L3 – L4, mặt vát của

kim song song với thân người. Có thể thấy cảm giác mất sức cản khi kim đi qua

dây chằng vàng và màng cứng, rút nòng kim thấy dịch não tủy chảy ra ở chuôi kim là kim đã đúng vị trí.

- Tiến hành tiêm dung dịch thuốc tê vào khoang dưới nhện, tốc độ chậm.

- Dung dịch thuốc tê thường sử dụng là:

Bupivacain 0,1- 0,15 mcg/ kg

Fentanyl 25-50 mcg, có thể phối hợp với 100 mcg morphin để giảm đau sau mổ.

- Sau khi tiêm hết thuốc tê, hút kiểm tra xem, nếu hút ra dịch não tủy dễ dàng chứng tỏ đã tiêm hết dung dịch thuốc tê vào khoang dưới nhện.

- Rút kim gây tê và dán vết chọc kim bằng băng dán không thấm nước.

- Cho người bệnh nằm ngửa, thở oxy, tăng tốc độ truyền dịch, theo dõi liên tục

huyết áp động mạch 2 phút/ lần.

- Theo dõi mức độ phong bế cảm giác bằng châm kim đầu tù trên da. Theo dõi

mức độ phong bế vận động bằng thang điểm Brommage. Có thể bắt đầu phẫu thuật khi mức độ phong bế cảm giác tới T10.

- Khi huyết áp giảm > 20 % so với huyết áp nền của người bệnh thì tiến hành tiêm tĩnh mạch 10 – 30 mg Ephedrin.

- Tiêm tĩnh mạch 0,5 mg Atropin khi tần số tim giảm trên 20% so với tần số tim

cơ bản của bệnh nhân, có thể tiêm nhắc lại sau 5-10 phút nếu đáp ứng kém, tối đa không quá 3mg.

- Tiêm kháng sinh dự phòng (có thể cho kháng sinh trước khi kẹp cuống rốn sơ

sinh).

- Sau khi kẹp rôn cho thuốc co tử cung: Oxytocin truyền tĩnh mạch (không bao giờ tiêm tĩnh mạch vì có thể gây hạ huyết áp).

- Theo dõi hồi tại phòng hồi tỉnh sự phục hồi vận động của hai chân và các dấu

sinh tồn, tác dụng phụ của thuốc tê, tai biến do gây tê, theo dõi sản dịch.

## **VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

### *1. Tụt huyết áp sau gây tê tùy sống*

Nguyên nhân chủ yếu là do ức chế hệ thần kinh giao cảm gây giãn mạch ngoại vi và hậu quả là gây thiếu khối lượng tuần hoàn tương đối và giảm cung lượng tim

Xử trí: tăng tốc độ dịch truyền, sử dụng các thuốc co mạch như ephedrin tiêm tĩnh mạch 5-10 mg nhắc lại nhiều lần đến khi nâng được huyết áp. Khi tụt huyết áp nặng và không đáp ứng với liều cao ephedrin, cần sớm sử dụng adrenalin.

### *2. Đau đầu sau gây tê tùy sống*

Nguyên nhân do kim gây tê chọc thủng màng cứng gây thoát dịch não tủy vào khoang ngoài màng cứng làm giảm áp lực dịch não tủy gây đau đầu.

Xử trí: cho bệnh nhân nằm đầu bằng, sử dụng các thuốc giảm đau thông thường,

nếu không đỡ thì có thể điều trị bằng bơm máu tự thân vào khoang ngoài màng cứng (Blood patch).

# **9. GÂY MÊ MASK THANH QUẢN PT NỘI SOI CẮT GÓC TỬ CUNG TRÊN BỆNH NHÂN CHỮA NGOÀI TỬ CUNG**

## **I. ĐẠI CƯƠNG**

Phẫu thuật cắt góc tử cung trên bệnh nhân chữa ngoài tử cung được chỉ định trên bệnh nhân có chữa kẽ, khối chữa nằm đoạn kẽ của vòi tử cung. Đây là phẫu thuật có nguy cơ mất máu nhiều và khó cầm máu, đặc biệt khi khối chữa to. Phẫu thuật nội soi trong trường hợp này chỉ nên tiến hành đối với mô mềm, khối chữa nhỏ, phẫu thuật viên có kinh nghiệm, và nếu mất máu nhiều, khó cầm máu nên chuyển mổ mở ngay.

## **II. CHỈ ĐỊNH**

Gây mê mask thanh quản phẫu thuật nội soi có nhiều nguy cơ ảnh hưởng đến hô