**TRƯỜNG ĐẠI HỌC DUY TÂN**

**LỚP T17YDDB**

**MÔN ĐIỀU DƯỠNG HỒI SỨC**

**NHÓM 12:**

1. Trần Thị Lệ
2. Nguyễn Thị Thu Mỹ
3. Dương Thị Minh Thư

**TÌM HIỂU VỀ TĨNH MẠCH TRUNG TÂM:**

Tĩnh mạch trung tâm (TMTT) là tĩnh mạch chủ, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm là luồn một ống thông bằng chất dẻo tổng hợp từ tĩnh mạch ngoại biên vào tĩnh mạch chủ. Đây là một trong nhữngthủ thuật cơ bản và phổ biến nhất trong hồi sức cấp cứu.

Tuy nhiên, đây vẫn là một thủ thuật xâm nhập trực tiếp vào mạch máu lớn nên các tai biến của thủ thuật nếu có sẽ có thể nặng nề, biến chứng nhiễm trùng cũng là biến chứng thường gặp. Việc tuân thủ nghiêm ngặt quy trình thủ thuật cũng như kinh nghiệm và sự thành thục của bác sĩ làm thủ thuật đòi hỏi rất cao.

**Chỉ định đặt bao gồm:** dùng các thuốc vận mạch, dinh dưỡng đường tĩnh mạch hoặc các thuốc cần dùng đường tĩnh mạch lớn (tĩnh mạch trung tâm), theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm, trong các trường hợp cần truyền một lượng lớn dịch hoặc các chế phẩm máu trong thời gian ngắn, và cần một đường truyền chắc chắn trong các tình huống cấp cứu.

**Chống chỉ định bao gồm:** có huyết khối tĩnh mạch trung tâm cần đặt ống thông hoặc nhiễm trùng tại vị trí cần đặt ống thông. Không có các chống chỉ định tuyệt đối trong các trường hợp rối loạn đông máu hoặc các bệnh nhân có giảm tiểu cầu, mặc dù thường được sử dùng các kim nhỏ để đặt và/hoặc truyền các huyết tương tươi đông lạnh và/hoặc tiểu cầu cho các bệnh nhân này trước khi làm thủ thuật.

**Biến chứng** thường gặp nhất khi đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm là chọc vào động mạch, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, tràn máu màng phổi, tắc mạch khí, chẩy máu khoang sau phúc mạc, nhiễm trùng (nhiễm trùng máu liên quan đến ống thông, nhiễm trùng tại vị trí đặt, viêm mô tế bào), và các bệnh lí tắc mạch huyết khối. Nhìn chung, tỉ lệ biến chứng tùy thuộc vào vị trí đặt, đặt tại vị trí tĩnh mạch dưới đòn ít biến chứng hơn so với tĩnh mạch cảnh trong, đặt tại vị trí tĩnh mạch đùi sẽ có nhiều biến chứng nhất. Đặt ống thông tĩnh mạch trung tâm dưới hướng dẫn của siêu âm, đặc biệt là tại vị trí tĩnh mạch cảnh trong, có thể làm giảm tỉ lệ biến chứng, làm giảm số lần chọc vào tĩnh mạch và giảm thời gian làm thủ thuật.

Trước khi làm thủ thủ thuật, cần phải lấy cam kết (informed consent) tùy thuộc vào quy định của mỗi viện/bệnh viên. Phải tuân thủ quy tắc vô khuẩn bao gồm rửa tay bằng cồn/ hoặc dung dịch sát khuẩn, trải săng vô khuẩn, găng vô khuẩn, đội mũ đem khuẩn trang, tất cả các nhân viên trong phòng thủ thuật phải đội mũ và đem khẩu trang. Điều này có ích trong các trường hợp cần những trợ giúp không vô khuẩn.  
  
**CÁC ĐƯỜNG VÀO TĨNH MẠCH TRUNG TÂM:**

* Đặt ống thông tĩnh mạch dưới đòn.
* Đặt ống thông tĩnh mạch cảnh trong.
* Đặt ống thông tĩnh mạch dưới đùi.

**THEO DÕI:**

* Trong khi làm thủ thuật:

Ý thức bệnh nhân.

Chức năng sống: nhịp tim, huyết áp, nhịp thở,

Nên đặt monitor theo dõi BN liên tục cho tất cả các trường hợp đặt catheter.

* Sau khi làm thủ thuật:

Chụp XQ phổi tìm vị trí catheter & phát hiện biến chứng sớm.

Ý thức, chức năng sống 3 giờ/lần.

Phát hiện các biến chứng: chảy máu tại chỗ chọc, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, tuột catheter.

Chăm sóc và kiểm tra vết chọc hàng ngày nhằm phát hiện biến chứng nhiễm khuẩn.

**TAI BIẾN VÀ BIẾN CHỨNG:**

* Tai biến và biến chứng phụ thuộc vào trình độ, kinh nghiệm của thủ thuật viên, sự vô trùng, tính cấp cứu, quá trình chăm sóc...
* Các biến chứng lớn của catheter là tràn khí màng phổi, thủng động
* mạch, huyết khối và nhiễm trùng.
* Thủng động mạch có thể dễ dàng được kiểm soát, tuy nhiên có 1 số ít gây dò động tĩnh mạch.
* Biến chứng huyết khối nặng gây thuyên tắc mạch cấp ít xảy ra.
* Biến chứng nhiễm trùng ngày càng được quan tâm, nó tùy thuộc vào sự vô khuẩn trong thủ thuật, sự chăm sóc.
* Ngoài ra còn các biến chứng khác:
* Tràn dưỡng chấp màng phổi, truyền dịch vào màng phổi, dò động tĩnh mạch....
* Khi nào rút catheter :
* cathetercần rút ngay khi xét thấy đường truyền không còn cần thiết nữa
* Khi có dấu hiệu kích thích hoặc viêm đỏ, đau tại vị trí chọc kim
* Khi có sốtkhông rõ nguyên nhân. Khi rút cathetercần cấy đầu catheter để tìm vi khuẩn... Bệnh nhâncócatheter TMTTthường xuyênbị sốt.
* Loại bỏcáccatheter ởtất cả cácbệnh nhâncó sốtlàkhôngkhả thivà cũng khônghợp thực tế bởi nhiều bệnh nhân sốt không liên quan đến catheter .
* Quyết định rút catheter phụ thuộcvàoloạicatheter, thời gianđặt catheter, các phán đoán lâm sàng nguyên nhân gây sốt. Đối với nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc sốc nhiễm trùng, nếu không tìm được nguyên nhân nào khác ngoài catheter, catheter đã đặttrên 3 ngày thì cần theo dõi đặc biệt trong 24 giờ, cân nhắc việc rút catheter.

**BỆNH ÁN ĐIỀU DƯỠNG HỒI SỨC**

Số vào viện: 13267

1. **Phần hành chính**:

1. Họ và tên: DƯƠNG THỊ HOA

2. Tuổi: 57

3. Giới: Nữ

4. Nghề nghiệp: Dân

5. Dân tộc: Kinh

6. Địa chỉ: Tổ 4 An Mỹ – Sơn Trà – Đà Nẵng.

7. Địa chỉ báo tin: con: Nguyễn Chánh ( cùng địa chỉ)

Số đt: 01688463224

8. Ngày giờ vào viện: 12h ngày 22/11/2013.

9. Ngày giờ chuyển mổ: 14h10 ngày 22/11/2013.

10. Ngày làm bệnh án: 9h ngày 26/11/2013.

**II. Phần chuyên môn:**

* Lý do vào viện: Hôn mê.
* Quá trình bệnh lý:

Cách đây 01 tháng bệnh nhân ngã té xuống đất, va đầu vào đá. Sau té bệnh nhân bị trầy mi mắt và được sơ cứu tại nhà đã lành. Đến khoảng gần trưa ngày 22/11/2013 bệnh nhân van đau đầu và dần đi vào hôn mê. Người nhà đưa bệnh nhân vào viện.

Lúc vào viện bệnh nhân mê, không sốt, không nôn, yếu 1/2 chi dưới, huyết áp 200/100 mmHg. Sauk hi làm các xét nghiệm cơ bản và truyền dịch Nacl 90/oo x 500 ml tốc độ xxx giọt/ phút. Bệnh nhân được chuyển mổ lúc 14h10 ngày 22/11/2013. Sau mổ bệnh nhân mê được chuyển đến khoa hồi sức cấp cứu.

III. **Tiền sử**

* Bản thân: Cách đây một tháng bệnh nhân bị té va đầu vào đá.
* Gia đình: sống khỏe
* Hoàn cảnh gia đình: điều kiện kinh tế ổn định,

có chồng và con chăm sóc.

VI. **Thăm khám hiện tại:**

* Toàn thân:

Hiện tại bệnh nhân hậu phẩu ngày thứ 05.

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc chậm, da niêm mạc hồng, thể trạng trung bình.

Sinh hiệu: M: 70 lần/ phút, T: 380C, HA: 150/100 mmHg,

NT: 24 lần/ phút,

* Các cơ quan khác:
* Thần kinh: bệnh tỉnh, tiếp xúc chậm.
* Cơ xương khớp: vết mổ ở đỉnh đầu ngày thứ 5 dài khoảng 15cm, có sưng nề nhẹ da đầu, có ít máu thấm băng. Yếu hai chi dưới.
* Tiết niệu: sond tiểu lưu ngày thứ 5, nước tiểu qua sond vàng trong khoảng 2500ml/ 24h. Có y lệnh rút sond tiểu.
* Tiêu hóa: bệnh nhân ăn uống tạm.
* Hô hấp: thở đều, không ho.
* Tuần hoàn: nhịp tim đều, trùng mạch quay.
* Các cơ quan khác:

- Chưa phát hiện bệnh lý gì.

- Bệnh nhân đang được nuôi dưỡng bằng tĩnh mạch trung tâm ngày thứ 2.

- vệ sinh răng miệng còn hôi.

V. **Cận lâm sàng:**

1. Chụp CT Scanner:

Tụ máu mãn tính dưới màng cứng vùng trán đỉnh bán cầu (P).

2. Xét nghiệm huyết học:

- CTM: + HC: 3,7 x 1012/ l

+ BC: 11,8 x 109/ l

+HGB: 105g/ l

+PLT: 86 x 109/ l

+PT: 31%, APTT:1200, Fibrinogen:029 g/l.

**2. Xét nghiệm sinh hóa:**

- glucose máu: 6,8 mmol/ l

- urê máu : 6,7 mmol/ l

- creatinin : 90

- Na+: 133 mmol/ lít

- K+: 3,35 mmol/ lít

- Cl: 95,5 mmol/ lít

- Ca: 2,2 mmol/ lít

3. Siêu âm tim: hở nhẹ van 2 lá.

* X-quang tim phổi: bình thường.
* ECG: nhịp xoang, tần sô: 70 lần/ phút.

**VII. Y lệnh:**

* Nacl 90/00 x 1000ml truyền tĩnh mạch XX giọt/ phút.
* Aminoacid kabi 5% x 500 ml TTM XX giọt/ phút.
* Glucose 5% x 500ml TTM XX giọt/ phút.
* Glucose 10% x 500ml TTM XX giọt/ phút.
* Combilipid x 1 bọc TTM XX giọt/ phút.
* Nifedipin 20mg x 1 viên uống sang.
* Biofezon 1g x 2 lọ nTMC 9h – 20h.
* Piracetam 0,4g x 4 viên uống chia hai.
* Dopagan codein x 3 viên uống chia ba.

**VIII. Tóm tắt bệnh án:**

Bệnh nhân nữ, 63 tuổi, vào viện vì hôm mê. Bệnh nhân vào khoa cấp cứu lúc 12h ngày 22/11/2013. Qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng, bệnh nhân được chẩn đoán là: hôn mê/ xuất huyết mãn tính dưới màng cứng vùng trán đỉnh phải/ tăng huyết áp. Lúc 14h10 ngày 22/11/2013 bệnh nhân được phẩu thuật. Hiện tại bệnh hậu phẩu ngày thứ 5: bệnh nhân tỉnh táo, tiếp xúc chậm, sốt nhẹ, vết mổ nề đau và có máu thấm băng, tiểu qua sond vàng trong, yếu 1/2 người phải. bệnh nhân được nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch trung tâm Tuy nhiên bệnh nhân vẫn có các nhu cầu cần được chăm sóc sau:

* Bệnh nhân còn đau vết mổ, vết mổ sưng nề và có máu thấm băng.
* Bệnh nhân tiếp xúc chậm.
* Còn yếu nhẹ 1/2 người phải.
* Dấu sinh tồn.
* Bệnh nhân tiểu qua sonde ngày thứ năm.
* Ăn uống tạm và được nuôi dưỡng qua tĩnh mạch trung tâm ngày thứ 2.
* Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.
* Người nhà lo láng về bệnh tật của bệnh nhân.

**KẾ HOẠCH CHĂM SÓC.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ngày giờ làm bệnh án** | **Nhận định** | **Chẩn đoán điều dưỡng** | **Lập KHCS** | **Thực hiện KHCS** | **Lượng giá** |
| **9h ngày 26/11/2013** | 1.Bệnh nhân tỉnh, gọi hỏi biết, trả lời chậm lúc đúng lúc sai, đáp ứng chậm. | Bệnh tỉnh, tiếp xúc chậm. | Theo dõi sát tri giác. | Theo dõi tri giác của bệnh nhân của bệnh nhân theo thang điểm glassgow và ghi vào phiếu chăm sóc | 10h glassgow  (E4V4M5) |
| 2. Vết mổ ở đỉnh đầu dài 15cm, có sưng nề , đau và có ít máu thấm băng. | Đau vết mổ do sau phẩu thuật.  Nguy cơ nhiễm trùng vết mổ. | Giảm đau.  Không để nhiễm trùng vết mổ. | Thay băng vết mổ, đảm bảo vô khuẩn.  Thực hiện y lệnh thuốc giảm đau. | Bệnh nhân đỡ đau, vết mổ sạch. |
| 3.bệnh nhân nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch trung tâm. Chân ống catherter khô. | Bệnh nhân đặt catherter | Chăm sóc và tránh nhiễm trùng catherter | Thay băng chân ống catherter và đảm bảo vô khuẩn. | Chân ống catherter khô. |
|  | 4. sonde thiểu lưu ngày thứ 5, nước tiểu qua sonde vàng trong khoảng 2500ml/24h. có y lệnh rút sonde tiểu. | Bệnh nhân tiểu qua sonde vàng trong.  Rút sonde tiểu. | Thực hiện y lệnh rút sonde tiểu.  Theo dõi tự tiểu của bệnh nhân. | Rút sonde tiểu cho bệnh nhân.  Vệ sinh vùng bộ phận sinh dục sạch sẽ.  Cho bệnh nhân uống nhiều nước. | 16h ngày 26/11/2013  Bệnh nhân đã tự tiểu được. |
|  | 5. bệnh nhân có sốt nhẹ, huyết áp 150/100mmHg | Theo dõi dấu sinh tồn.  Hạ sốt | Theo dõi dấu sinh tồn 3h/ lần.  Hạ sốt cho bệnh nhân. | Theo dõi dấu sinh tồn và ghi vào phiếu chăm sóc.  Thực hiện y lệnh hạ sốt và huyết áp.  Lau ấm. | Bệnh nhân có có đỡ sốt. T:3705. |
|  | 6. bệnh nhân còn yếu ½ người phải. | Yếu ½ người (P).  Đề phòng loét và viêm phổi. | Tập phục hồi chức năng. | Nằm đệm nước.  Xoa bóp vùng chi yếu và tập vận động. | Chưa có dấu hiệu loét.  Chi yếu chưa cải thiện. |
|  | 7. người nhà lo lắng về tình trạng của bệnh nhân. | người nhà lo lắng về bệnh tật của bệnh nhân. | Giảm lo lắng. | Giải thích tình hình bệnh tật và phương pháp điều trị cho người nhà hiểu. | Người nhà đã hiểu và an tâm. |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |