SỞ Y TẾ KHÁNH HÒA
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH

Số: 700 /QĐ-BVĐKT

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

Khánh Hòa, ngày 16 tháng 7 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành các quy trình, quy định thực hiện trong phẫu thuật tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KHÁNH HÒA

Căn cứ Luật khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Quyết định số 1895/1997/BYT-QĐ ngày 19/09/1997 của Bộ Y tế về việc ban hành Quy chế bệnh viện;

Căn cứ Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế về việc phê duyệt các hướng dẫn Kiểm soát nhiễm khuẩn;

Căn cứ kết quả cuộc họp ngày 20/02/2019 của Hội đồng Khoa học kỹ thuật bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa;

Xét đề nghị của Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp.

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này là các quy trình, quy định thực hiện trong phẫu thuật *(đính kèm)*.

Điều 2. Quyết định này bổ sung cho Quyết định số 151/QĐ-BVĐKT ngày 31 tháng 3 năm 2016 của Bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa về việc ban hành các quy trình, quy định thực hiện phẫu thuật.

Điều 3. Các khoa lâm sàng, cận lâm sàng và các bộ phận liên quan có trách nhiệm phổ biến và triển khai thực hiện Quyết định này.

Điều 4. Lãnh đạo các khoa, phòng liên quan chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký./.

***Nơi nhận*:**
- Như điều 2, điều 3 (VBĐT);
- Ban Giám đốc (*để báo cáo*);
- Lưu:VT, KHTH.

GIÁM ĐỐC

BỆNH VIỆN ĐA KHOA

Phan Hữu Chính

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KHÁNH HÒA **PHÒNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG**		Mã tài liệu	
		Phiên bản	01
QUY TRÌNH THỰC HIỆN Y LỆNH MIỆNG		Ngày hiệu lực	
		Số trang	

(Ban hành kèm theo Quyết định số 700 /QĐ-BVĐKT ngày 16 /07/2019
của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)

	BIÊN SOẠN	**PHÊ DUYỆT**
Họ và tên	**Đinh Phước Quang Hưng**	**Phan Hữu Chính**
Chức danh	**Cử nhân**	**BSCKII**
Chữ ký		
Ngày	**16/07/2019**	**16/07/2019**

Phiên bản số	Vị trí sửa đổi	Nội dung sửa đổi	Ngày xem xét/ sửa đổi	Người xem xét/ sửa đổi

I. Mục đích:

Xây dựng quy trình Y lệnh qua lời nói (Y lệnh miệng) nhằm mục đích người bệnh được chăm sóc y tế an toàn, kịp thời và hiệu quả.

II. Phạm vi áp dụng:

– Tất cả khoa, phòng trong Bệnh viện.

– Quy trình được áp dụng trong hai trường hợp:

✓ Khi người bệnh đang trong tình trạng nguy kịch, bác sĩ đang thực hiện cấp cứu, không thể ghi y lệnh vào hồ sơ bệnh án ngay.

✓ Bác sĩ đang thực hiện phẫu thuật, thủ thuật.

– Chú ý: Sau khi cho y lệnh miệng, bác sĩ phải nhanh chóng sắp xếp đến khám, xử trí bệnh và hoàn tất hồ sơ bệnh án.

III. Định nghĩa:

IV. Nội dung:

Trách nhiệm	Các bước thực hiện	Mô tả công việc
ĐD báo bệnh	- Trực tiếp: khi BS đang cấp cứu không thể ghi HSBA ngay	- Trực tiếp:Khi người bệnh đang trong tình trạng nguy kịch. BS đang thực hiện cấp cứu, không thể ghi y lệnh vào HSBA ngay, ĐD có thể thực hiện Y lệnh miệng của BS.
	- Gián tiếp(qua điện thoại): Cần chỉ định của BS trong trường hợp ĐD không tự giải quyết được.	- Gián tiếp(Qua điện thoại): Sau khi đánh giá tình trạng người bệnh, ĐD nhận thấy không thể tự giải quyết được, cần có y lệnh của BS nhưng BS đang thực hiện PT/TT. Khi đó ĐD có thể báo bệnh qua điện thoại để BS cho Y lệnh miệng. - Các bước thực hiện: ✓Bước 1: ĐD tự giới thiệu tên và Khoa đang công tác. ✓Bước 2: Báo thông tin bệnh (Họ tên, tuổi, địa chỉ, chẩn đoán) và tình trạng hiện tại của người bệnh. ✓Bước 3: Sau khi nhận được Y lệnh miệng của BS, ĐD **phải viết y lệnh ra giấy và đọc lại y lệnh** để xác nhận với BS. - Chú ý: ✓ĐD nhận y lệnh miệng về thuốc cần phải đọc lại tên thuốc và liều lượng cho BS ra y lệnh để xác nhận. Khi đọc đánh vần như sau "B trong quả bóng", " P trong phở"; đánh vần từng con số, ví dụ: " 0,3g" phải được đọc là "không - phẩy - ba - gam" để tránh nhầm lẫn.

		Thận trọng với các loại thuốc đọc nghe giống nhau. ✓ĐD khi đọc lại y lệnh của BS cần có 1 NVYT khác xác nhận thông tin trao đổi giữa BS và ĐD.
BS được ĐD báo bệnh	Nhận định tình trạng người bệnh để có thái độ xử trí, cho y lệnh phù hợp.	-**Trường hợp bệnh nặng, cấp cứu:** ✓Cho Y lệnh miệng để ĐD thực hiện cấp cứu người bệnh. Ngay lập tức đến khám, xử trí bệnh và hoàn thành HSBA. -**Trường hợp không phải bệnh nặng, cấp cứu:** ✓Nếu trường hợp không phải bệnh nặng, cấp cứu mà BS đang thực hiện phẫu thuật, thủ thuật thì tạm thời có thể cho Y lệnh miệng để ĐD/NHS thực hiện. Khi hoàn thành PT, TT thì BS phải đến khám, xử trí bệnh và bổ sung HSBA ngay. -**Chú ý:** ✓Sau khi cho Y lệnh miệng, BS cho y lệnh sẽ được ĐD báo bệnh xác nhận lại Y lệnh đã cho có đúng không, BS cho y lệnh miệng có nhiệm vụ xác nhận y lệnh được nhận đúng hay sai. ✓Nếu không thể bổ sung hoàn thành HSBA ngay thì BS phải hoàn thành bổ sung HSBA trong vòng 6h kể từ lúc cho y lệnh miệng.

PHÁC ĐỒ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ KHÓ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 700 /QĐ-BVĐKT ngày 16/07/2019

của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)

I. Mục đích:

Nhằm bảo đảm kiểm soát được đường thở, thông khí tốt, cung cấp đủ oxy cho bệnh nhân để có thể tiến hành các thủ thuật điều trị cho bệnh nhân (hồi sức tích cực, phẫu thuật ...).

II. Phạm vi áp dụng:

Tất cả trường hợp có chỉ định kiểm soát đường thở.

III. Nội dung thực hiện:

1. Nguyên tắc thực hiện:

– Trước khi tiến hành đặt NKQ: luôn tuân thủ các nguyên tắc sau:

+ Chuẩn bị đầy đủ nhất, trong khả năng cho phép, các phương tiện đặt NKQ khó (mask các cỡ, fastrach các cỡ, mandrin / guide đặc hoặc rỗng các loại, soi phế quản ống mềm, lưỡi đèn thẳng Miller, lưỡi đèn Macintosh các loại, kẹp Magill, NKQ các cỡ, catheter cung cấp oxy, ống soi mềm, dụng cụ đặt NKQ ngược dòng, dụng cụ mở khí quản).

+ Thăm khám kỹ và chuẩn bị các phương án có thể xảy ra, thử cho bệnh nhân thở qua mask kín (nếu có thể). Đánh giá tổng trạng của bệnh nhân và các bệnh lý kèm theo.

+ Nắm vững kỹ năng, các phương tiện (phù hợp tuổi, chiều cao, cân nặng) và nguồn nhân lực (luôn luôn ít nhất là 1 người) hỗ trợ.

+ Có hệ thống theo dõi liên tục: SpO2, mạch, huyết áp, ECG, nhịp thở, EtCO2 ...

– Khi tiến hành đặt NKQ:

+ Phòng ngừa tụt oxy: nâng hàm (nếu cần, dùng cả 2 tay), thông khí tốt (nhanh, FiO2 100%). Những trường hợp dễ có nguy cơ tụt SpO2 mặc dù đã được thở oxy đúng cách trước đó, bao gồm người béo phì, sản phụ, trẻ nhũ nhi và sơ sinh, trẻ có ASA III và IV, trẻ thở ngáy và trẻ bị nhiễm trùng đường hô hấp trên, người già, bệnh phế quản mạn tính . do giảm dung tích cặn chức năng, quá trình khử nitơ nhanh hơn nhưng thời gian chịu đựng ngừng thở ngắn hơn.

+ Phòng ngừa hít sặc: thông khí nhẹ nhàng, đặt sonde hút rỗng dạ dày và mũi - miệng trước thủ thuật.

+ Chỉ nên sử dụng các kỹ thuật đã thành thạo, nếu chưa đủ kỹ năng thao tác thành thạo thì nên nhường cho các chuyên viên thực hiện. Không nên cố gắng thực hiện những kỹ thuật chưa quen khiến cho cơ hội đặt NKQ thành công sẽ giảm đi vì hầu họng - thanh môn bị tổn thương, phù nề ...

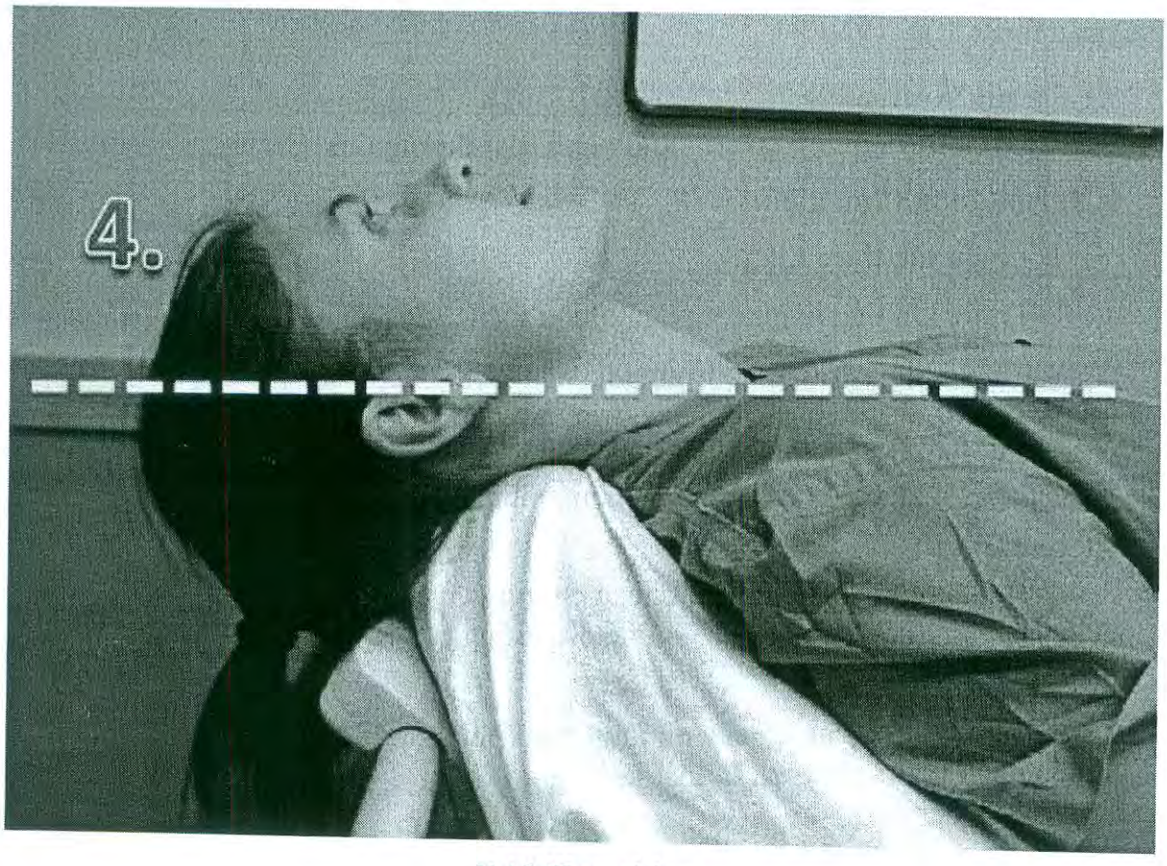
+ Chuẩn bị tốt bệnh nhân: tỉnh táo và tự thở, dự trữ oxy 100% trong vài phút trước khi gây mê, tư thế nằm.

+ Nếu phải sử dụng giãn cơ, chỉ dùng loại giãn cơ khử cực, với điều kiện kiểm soát được thông khí qua mask.

2. Thực hiện:

– Các kỹ thuật:

+ Thay đổi tư thế bệnh nhân: để đầu cao hơn mặt phẳng ngang 8 - 100 (kê gối để trục khoang miệng và thanh quản thành đường thẳng), ngửa cổ, ấn vào sụn thanh quản ra sau - lên trên, vạch môi trên ra sau để quan sát thanh quản rõ hơn. Với bệnh nhân béo phì, cho bệnh nhân nằm tư thế RAMP.



RAMP position

+ Dùng mandrin / stylet làm nòng để cố định cứng dáng NKQ theo ý muốn hoặc dùng guide mềm luồn trước vào khí quản rồi mới làm nòng dẫn NKQ vào.

+ Đặt NKQ mù qua đường mũi: đưa NKQ qua mũi xuống đến hầu họng, dò theo hơi thở bệnh nhân thoát ra qua đầu ống mà chỉnh tư thế đầu để luồn NKQ vào khí quản, khi đầu ống đi qua thanh môn sẽ gây phản xạ ho làm hơi thoát mạnh ra đầu ống giúp cho biết đã đặt ống vào khí quản. Dùng ống nghe kiểm tra thông khí 2 phế trường rồi cố định ống.

+ Các kỹ thuật khác: dùng mask thanh quản, dùng Fastrach, dùng ống soi mềm soi trực tiếp hoặc qua màn hình (video), đặt NKQ ngược dòng, chọc kim qua màng nhẫn - giáp thông khí cấp cứu, mở khí quản cấp cứu.

2. Dụng Cụ: tùy theo kỹ năng, nhân lực và phương tiện sẵn có để quyết định chiến lược các bước đặt NKQ.

– Quy tắc ghi nhớ cho chuẩn bị đặt NKQ

+ S: Suction (Hệ thống hút cho đường hô hấp và miệng)

+ T: Tools for intubation as laryngoscope blades, handle, other devices such as video laryngoscope ... (Dụng cụ đặt NKQ: đèn soi thanh quản, mandrin, nội soi khí quản ...)

+ O: Oxygen source for preoxygenation and ongoing ventilation (Nguồn oxy cho bệnh nhân thở trước khi gây mê và trong thở máy)

+ P: Positioning (Đặt tư thế bệnh nhân)

+ M: Monitors, including ECG, pulse oximetry, blood pressure, EtCO2, and esophageal detectors (Theo dõi tự động: ECG, SpO2, mạch, huyết áp, ECG, nhịp thở, EtCO2 ...

+ A: Assistant; Ambu® bag with face mask; Airway devices (endotracheal tubes, syringe, stylets, LMA); Airway assessment (Người hỗ trợ, bóng ambu, mask, ống NKQ, mask thanh quản, stylet, bơm tiêm .)

+ I: Intravenous access (Đường truyền tĩnh mạch)

+ D: Drugs, including induction agent, neuromuscular blocking agent, and desired adjuncts (Thuốc khởi mê, dẫn mê và duy trì mê)

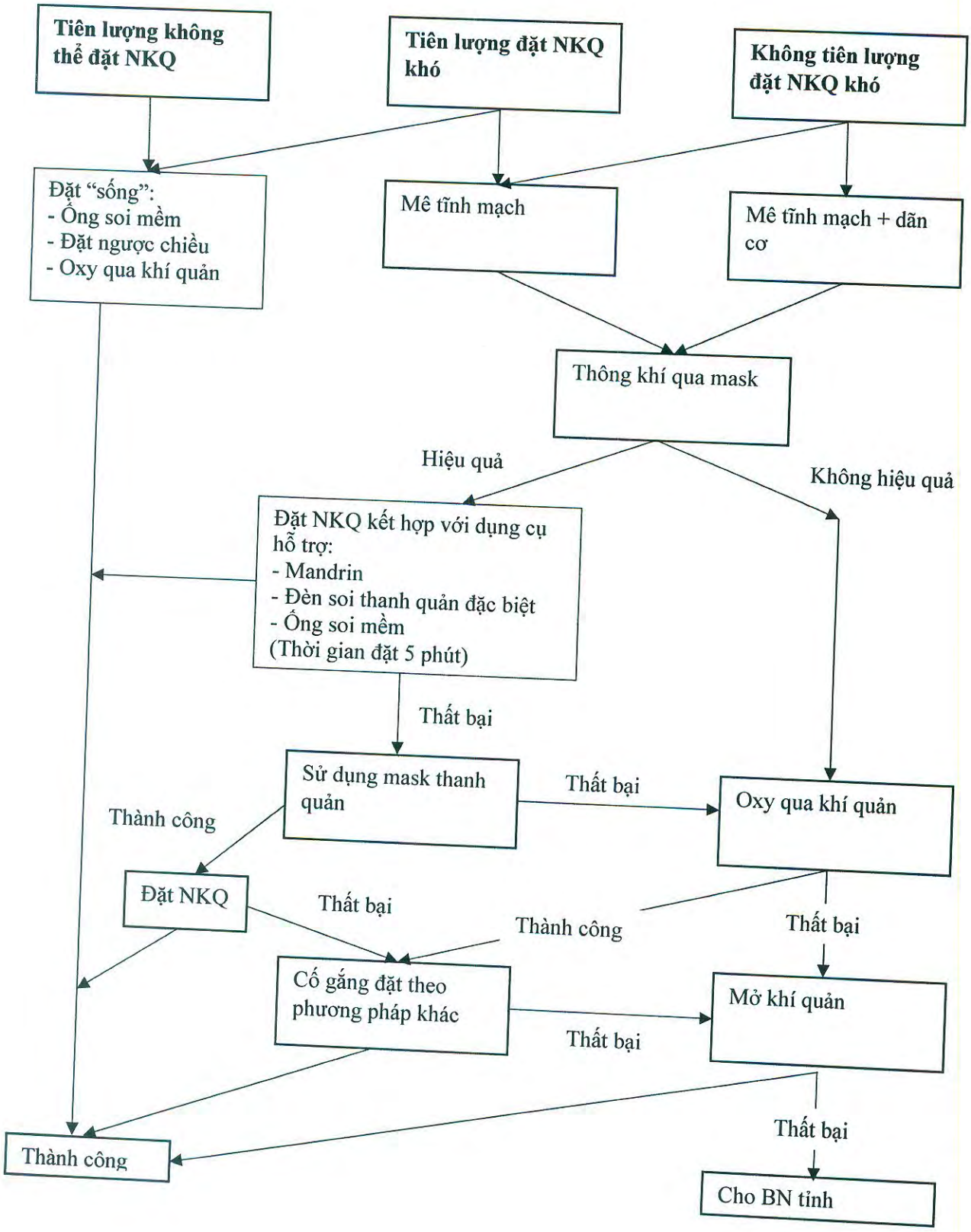
3. Sơ đồ kiểm soát đường thở khó:

– *Văn bản đính kèm*

IV. Tài liệu tham khảo:

– PHÁC ĐỒ GÂY MÊ HỒI SỨC - BỆNH VIỆN 115 TP.HCM

SƠ ĐỒ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG THỞ KHÓ



QUY ĐỊNH
DANH MỤC TRANG THIẾT BỊ TỐI THIỂU TRONG PHÒNG MỔ

(Ban hành kèm theo Quyết định số 700 /QĐ-BVĐKT ngày 16 /07/2019

của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)

Nhằm mục đích an toàn người bệnh, giảm thiểu các rủi ro, sự cố xảy ra trong phẫu thuật tại khoa PT – GMHS, Bệnh viện quy định danh mục trang thiết bị tại 1 phòng mổ gồm:

1. Đủ trang thiết bị, phương tiện kỹ thuật và thuốc bảo đảm gây mê - hồi sức theo danh mục quy định phù hợp danh mục phẫu thuật, thủ thuật đã được cấp có thẩm quyền phê duyệt;

2. Một bàn phẫu thuật đa tư thế;

3. Bàn đặt dụng cụ phẫu thuật, thủ thuật;

4. Bộ dụng cụ phẫu thuật phù hợp;

5. Hệ thống ôxy, khí nén, máy hút chân không;

6. Một máy mê kèm thở có bình bốc hơi cho thuốc mê hô hấp (tốt nhất là dùng được hệ thống gây mê kín);

7. Một máy monitor 5 thông số (điện tim, huyết áp không xâm lấn, SpO2, nhịp thở, nhiệt độ) hoặc máy có nhiều thông số gồm cả thông số đo huyết áp xâm lấn, EtCO2, phân tích khí gây mê và thăm dò huyết động chuyên sâu khác cho một số người bệnh nặng hoặc phẫu thuật chuyên khoa sâu;

8. Vật tư tiêu hao cùng các phương tiện cấp cứu hô hấp và tuần hoàn;

9. Phương tiện dùng chung cho khu phẫu thuật gồm: máy chống rung, bộ đặt nội khí quản khó, mặt nạ thanh quản các cỡ, phương tiện sưởi ấm người bệnh, bơm tiêm điện.

10. Các khu vực cần gây mê - hồi sức (ngoài khu mổ) cũng phải có trang thiết bị, thuốc, vật tư tiêu hao phục vụ cho việc an thần, gây mê, gây tê, cấp cứu hô hấp và tuần hoàn.

QUY ĐỊNH
NGĂN NGỪA PHẪU THUẬT SAI VỊ TRÍ, SAI PHƯƠNG PHÁP, SAI NGƯỜI BỆNH

(Ban hành kèm theo Quyết định số 700 /QĐ-BVĐKT ngày 16 /07/2019

của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)

I. Mục đích:

Tránh nhầm lẫn khi thực hiện phẫu thuật, thủ thuật.

II. Phạm vi áp dụng:

Tất cả các khoa, phòng có bệnh nhân thực hiện phẫu thuật, thủ thuật.

III. Nguyên tắc thực hiện:

1. Nguyên tắc 1: Xác định đúng người bệnh

– Sử dụng ít nhất hai công cụ để nhận dạng bệnh nhân ***(nhưng cả hai đều không phải là số phòng và số giường của bệnh nhân):*** tên, tuổi, năm sinh, địa chỉ, chẩn đoán, vòng đeo nhận diện người bệnh… trước khi thực hiện các kỹ thuật thăm khám, phẫu thuật, thủ thuật đối với bệnh nhân (Ví dụ: chuẩn bị bệnh nhân phẫu thuật, giao nhận bệnh giữa các khoa, lấy máu xét nghiệm, trước trong và sau phẫu thuật…)

– Nếu người bệnh không thể giao tiếp thì xác định các thông tin liên quan thông qua người nhà bệnh nhân.

2. Nguyên tắc 2: Xác định đúng vị trí phẫu thuật, thủ thuật

– Đánh dấu vị trí phẫu thuật: Phẫu thuật viên kiểm tra hồ sơ và đánh dấu vị trí tại khoa trước khi chuyển bệnh nhân lên phòng mổ.

– Sử dụng dấu mũi tên để đánh dấu vị trí phẫu thuật chính xác, đường nét liền đối với 1 vùng phẫu thuật hoặc đường thẳng thể hiện vị trí vết rạch da dự kiến và không bị mất khi sát khuẩn.

– Nét đánh dấu phải được vẽ gần vị trí hay ngay tại vị trí rạch da. Không được đánh dấu những vị trí không mổ nếu như không thực sự cần thiết cho việc chăm sóc.

– Tối thiểu tất cả ca mổ chương trình những bộ phận cơ thể có cặp hoặc những bộ phận cơ thể có nhiều (ngón tay, ngón chân, vết thương tổn…) hoặc các bộ phận có nhiều đốt (cột sống) đều phải được đánh dấu.

– Việc đánh dấu phải được thực hiện với sự tham gia của bệnh nhân khi bệnh nhân còn tỉnh táo và nhận thức được, nếu có thể.

– Ít nhất 2 thành viên kíp phẫu thuật (phẫu thuật viên, dụng cụ viên, kíp gây mê) cùng kiểm tra hồ sơ và xác nhận lại vị trí đánh dấu trước khi thực sát khuẩn vị trí phẫu thuật.

– Những trường hợp loại trừ không cần đánh dấu phẫu thuật:

+ Phẫu thuật những bộ phận trên cơ thể chỉ có một (mổ đẻ, mổ tim…)

+ Những vết thương, tổn thương cho thấy rất rõ vị trị cần rạch da (nếu nhiều vết thương, nhiều vị trí nhưng ta chỉ điều trị một vài vị trí thì việc quyết định vết thương

cần được điều trị cần được xác định rõ trước khi thực hiện thủ thuật và các vị trí cần điều trị phải được đánh dấu ngay sau khi có quyết định)

+ Những trường hợp liên quan đến răng, phải kêu tên của răng cần phẫu thuật trên hồ sơ hoặc đánh dấu răng cần phẫu thuật trên sơ đồ hai hàm răng.

– Các trường hợp không tuân thủ đánh dấu vị trí phẫu thuật bắt buộc không thực hiện phẫu thuật, thủ thuật.

3. Nguyên tắc 3: Đúng phương pháp phẫu thuật, thủ thuật

– Phẫu thuật viên phải thực hiện đúng phương pháp phẫu thuật, thủ thuật đã ghi trong biên bản hội chẩn phẫu thuật, thủ thuật đã được phê duyệt của các thành viên theo quy định.

– Trong trường hợp phải thay đổi phương pháp phẫu thuật, thủ thuật khác với biên bản hội chẩn: Phẫu thuật viên chính phải hội chẩn lãnh đạo khoa, lãnh đạo Bệnh viện theo quy định và giải thích cho người nhà trước khi thực hiện phương pháp khác.

4. Nguyên tắc 4: Thực hiện nghiêm túc Bảng kiểm An toàn phẫu thuật (bảng kiểm)

– Tất cả trường hợp phẫu thuật, thủ thuật tại phòng mổ phải thực hiện các bước đúng thời điểm quy định trong bảng kiểm.

– Kỹ thuật viên gây mê chịu trách nhiệm nhắc nhở kíp phẫu thuật thực hiện và đánh dấu vào bảng kiểm.

– Phẫu thuật viên, dụng cụ viên sau khi kết thúc ca mổ kiểm tra lại bảng kiểm và ký xác nhận.

IV. Trách nhiệm:

– Lãnh đạo các khoa, phòng phổ biến và nhắc nhở nhân viên thực hiện quy định này.

– Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn đề xuất phòng Hành chính quản trị mẫu bút đánh dấu để các khoa dự trù.

– Khoa Phẫu thuật – Gây mê hồi sức: kiểm tra việc thực hiện quy định này trước khi đưa bệnh nhân vào phòng mổ và được phép dừng phẫu thuật đối với các trường hợp không thực hiện.

– Các phẫu thuật viên: nghiêm chỉnh chấp hành quy định này./.

QUY ĐỊNH
GIAO NHẬN BỆNH PHẨM

(Ban hành kèm theo Quyết định số 700 /QĐ-BVĐKT ngày 16 /07/2019

của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Khánh Hòa)

I. Mục đích:

Thống nhất việc lấy mẫu, bảo quản, cho chỉ định, vận chuyển, giao nhận tránh nhầm lẫn, thất lạc mẫu bệnh phẩm.

II. Phạm vi áp dụng:

Tất cả các khoa, phòng.

III. Nội dung thực hiện:

Khi cần lấy mẫu bệnh phẩm để làm giải phẫu bệnh:

– Bước 1: Nhân viên lấy mẫu bệnh phẩm **bỏ vào dung dịch cố định ngay sau khi lấy ra khỏi cơ thể bệnh nhân**.

– Bước 2: Ghi nhãn có các nội dung sau và dán lên dụng cụ chứa bệnh phẩm:

+ Họ tên bệnh nhân

+ Tuổi

+ Số hồ sơ bệnh án

+ Tên mẫu bệnh phẩm (nếu cần thiết)

– Bước 3: Bác sỹ ghi đầy đủ thông tin phiếu chỉ định giải phẫu bệnh theo mẫu có sẵn in, ký và dán vào hồ sơ bệnh án

– Bước 4: Đem mẫu bệnh phẩm đến vị trí tập trung mẫu bệnh phẩm và ghi vào sổ giao nhận bệnh phẩm của khoa.

– Bước 5: Điều dưỡng các khoa tập trung mẫu bệnh phẩm trong ngày của khoa và giao khoa Giải phẫu bệnh.

– Bước 6: Giao nhận bệnh phẩm tại khoa Giải phẫu bệnh: đối chiếu thông tin phiếu chỉ định giải phẫu bệnh với thông tin ghi trên mẫu bệnh phẩm và ký xác nhận giao nhận mẫu.

– Bước 7: khoa Giải phẫu bệnh trả kết quả trong vòng 72 giờ kể từ khi nhận mẫu bệnh phẩm (trừ trường hợp đặc biệt cần hội chẩn tuyến trên hoặc xét nghiệm mô xương)