

Số: 429 /QĐ-BVĐK

Tây Ninh, ngày 09 tháng 09 năm 2025

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành các Quy trình kỹ thuật can thiệp mạch máu
tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh ngày 09/1/2023 của Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam;

Căn cứ Quyết định số 25/QĐ-BYT ngày 03/01/2013 của Bộ Y tế về việc Ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp";

Quyết định số 3023/QĐ-BYT ngày 28/7/2023 của Bộ Y tế về việc ban hành "Đề cương tài liệu chuyên môn hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh;

Căn cứ Quyết định số 1324/QĐ-UBND ngày 9/7/2024 của Sở Y tế Tây Ninh về việc ban hành Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bệnh viện đa khoa tỉnh Tây Ninh;

Căn cứ Biên bản cuộc họp Hội đồng khoa học kỹ thuật Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh ngày 27/08/2025;

Theo đề nghị của Trưởng phòng Quản lý chất lượng và Công tác xã hội.

QUYẾT ĐỊNH

Điều 1. Ban hành kèm quyết định này là 03 Quy trình kỹ thuật gồm:

- Quy trình Chụp và can thiệp động mạch chủ bụng dưới X-quang tăng sáng, mã số: QTKT-CD 0013.01.

- Quy trình Chụp và nong động mạch chi (trên, dưới) số hóa xóa nền, mã số: QTKT-CD 0014.01.

- Quy trình Chụp, nong động mạch (động mạch chậu) và đặt stent (dưới DSA), mã số: QTKT-CD 0015.01.

Điều 2. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký và ban hành.

Điều 3. Trưởng khoa Hồi sức tích cực chống độc, Phó Trưởng phòng Kế hoạch tổng hợp, Trưởng phòng Quản lý chất lượng và Công tác xã hội, Trưởng các khoa/phòng có liên quan thuộc Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh chịu trách nhiệm thi hành quyết định này.

Nơi nhận:

- Như điều 3;
- Trang TTĐT BVĐK Tây Ninh
- Lưu VT, P.QLCL&CTXH.



GIÁM ĐỐC

Phan Thanh Tâm

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH
KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC CHỐNG ĐỘC



QUY TRÌNH
CHỤP VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG
DƯỚI X-QUANG TẮNG SÁNG

QTKT - CD 0013.01

	Người viết	Người kiểm tra		Người phê duyệt
Họ và tên	Lâm Duy Tân	Nguyễn Thị Thanh Tuyên	Hồ Triết Việt Hùng Nam	Phan Thanh Tâm
Ký tên			 	
Chức vụ	Trưởng khoa HSTCCĐ	Trưởng phòng QLCL&CTXH	Phó Giám đốc	GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN

BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂY NINH KHOA HỒI SỨC TÍCH CỤC CHỐNG ĐỘC	QUY TRÌNH CHỤP VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI X-QUANG TẮNG SÁNG	Mã số: QTKT – CD 0013.01 Ngày ban hành: 9./9../2025 Lần ban hành: 01
---	--	--

1. Người có liên quan phải nghiên cứu và thực hiện đúng các nội dung của quy trình/ quy định/ hướng dẫn này.
2. Tài liệu này khi được ban hành có hiệu lực thi hành như sự chỉ đạo của Ban Giám đốc Bệnh viện.

NƠI NHẬN (Đánh dấu)

<input checked="" type="checkbox"/>	Ban Giám đốc	<input checked="" type="checkbox"/>	Khoa KSNK	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Khoa HSTCCĐ	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Phòng VT-TBYT	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Phòng QLCL&CTXH	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

THEO DÕI TÌNH TRẠNG SỬA ĐỔI (tình trạng sửa đổi so với bản trước đó)

Trang	Hạng mục sửa đổi	Tóm tắt nội dung hạng mục sửa đổi

1. Mục đích:

Quy trình này được ban hành nhằm quy định thống nhất và chuẩn hóa toàn bộ các bước liên quan đến kỹ thuật chụp và can thiệp mạch máu ngoại biên, đặc biệt là động mạch chủ bụng, đảm bảo an toàn, hiệu quả và tuân thủ đúng quy định chuyên môn tại Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh.

2. Phạm vi áp dụng:

- Đơn nguyên Tim mạch can thiệp.
- Khoa Hồi sức tích cực Chống độc.
- Các Khoa/phòng có liên quan trong bệnh viện khi phối hợp điều trị

3. Trách nhiệm thực hiện:

- Ban Giám đốc
- Phòng QLCL&CTXH kiểm soát và ban hành quy trình.
- Đơn nguyên Tim mạch can thiệp
- Các khoa phòng liên quan phối hợp thực hiện.

4. Thuật ngữ, từ viết tắt

4.1. Thuật ngữ:

- Stent graft: Stent-graft là một thiết bị y tế dùng để gia cố đoạn mạch máu bị suy yếu, thường là động mạch. Tên gọi của thiết bị bao gồm “stent” (giá đỡ nội mạch) và “graft” (lớp phủ), tạo thành một cấu trúc hình ống. Cấu trúc này giúp thiết bị có thể được đặt vào bên trong lòng mạch máu để gia cố lòng mạch và giữ dòng máu được thông suốt. Stent graft được dùng phổ biến nhất để điều trị phình động mạch chủ ngực và động mạch chủ bụng.

- Endograft: hay “ghép nội mạch” là thuật ngữ dùng để chỉ kỹ thuật dùng stent graft chuyên biệt để gia cố nội mạch trong can thiệp nội mạch. Trong can thiệp nội mạch, “endograft” và “stent graft” có thể được dùng thay thế cho nhau.

- Endoleak: là một thuật ngữ dùng để chỉ biến chứng xảy ra sau khi thực hiện can thiệp đặt ống ghép nội mạch. Tình trạng này xảy ra khi có sự rò rỉ dòng máu vào túi phình bên ngoài ống ghép, nghĩa là túi phình động mạch chưa được bịt kín hoàn toàn. Rò nội mạch được chia làm 5 loại:

- + Loại I: Rò tại vị trí bám ống ghép (đầu gần hoặc đầu xa).
- + Loại II: Máu chảy vào túi phình động mạch thông qua các mạch nhánh (ví dụ: động mạch thất lưng hoặc động mạch mạc treo tràng dưới...).
- + Loại III: Rò rỉ do nguyên nhân khiếm khuyết hoặc tách rời vật liệu ghép.
- + Loại IV: Rò rỉ qua mô ghép xốp (một loại vật liệu ghép, thường tự giới hạn).

+ Loại V: Nén nội mạch. Túi phình tiếp tục giãn nở mà không nhìn thấy được vị trí rò rỉ.

PHÂN LOẠI RÒ NỘI MẠCH

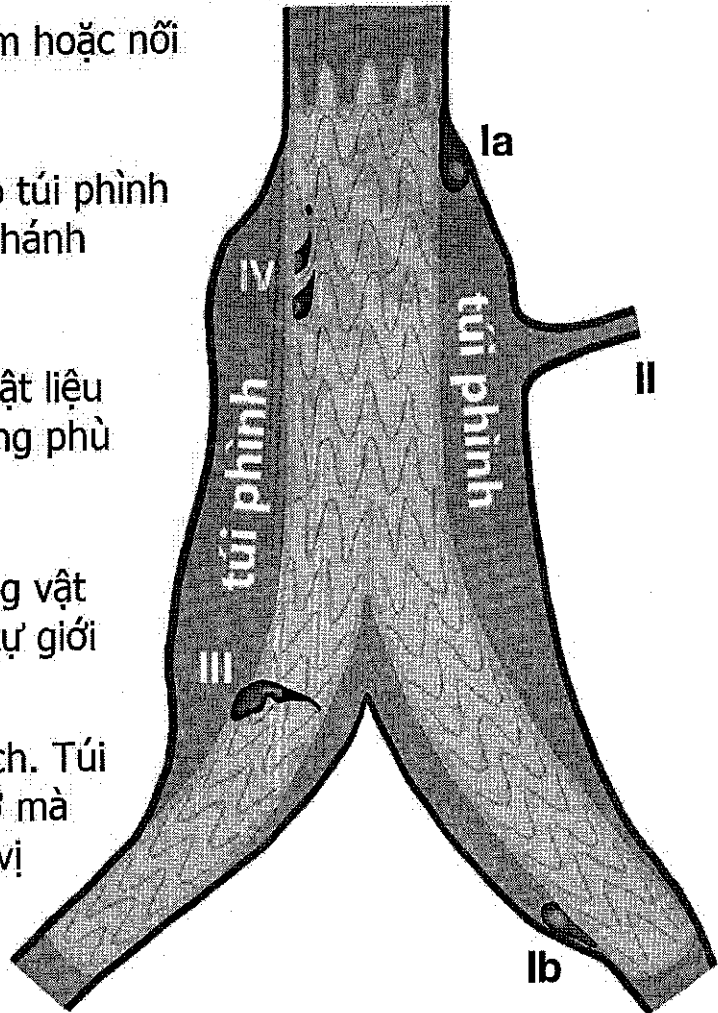
Type I: Rò tại vị trí bám hoặc nối của ống ghép

Type II: Máu chảy vào túi phình thông qua các mạch nhánh (phổ biến)

Type III: Rò rỉ do lỗi vật liệu hoặc do ghép nối không phù hợp

Type IV: Rò rỉ do dùng vật liệu là mô ghép xốp (tự giới hạn)

Type V: Nén nội mạch. Túi phình tiếp tục giãn nở mà không tìm thấy được vị trí rò rỉ



4.2. Từ viết tắt

- CLVT: Cắt lớp vi tính
- DSA: kĩ thuật chụp mạch máu xoá nền.

5. Đại cương

Có 2 bệnh lý nguy hiểm thường gặp nhất của động mạch chủ là phình động mạch và bóc tách nội mạc mạch. Trước đây, bên cạnh điều trị nội khoa thì phẫu thuật thay đoạn động mạch là phương pháp điều trị chủ yếu.

Hiện nay, can thiệp nội mạch có thể điều trị an toàn, hiệu quả các bệnh lý này. Kỹ thuật điều trị sử dụng một đoạn giá đỡ lòng mạch nhân tạo có màng phủ (endograft) đặt vào trong lòng động mạch, che phủ túi phình động mạch hoặc vị trí khởi phát của bóc tách.

6. Chỉ định

- Phình động mạch chủ ngực, bụng không triệu chứng: đường kính đoạn phình mạch > 55mm.
- Phình động mạch chủ ngực, bụng có triệu chứng (vỡ, dọa vỡ).
- Bóc tách động mạch chủ ngực không ổn định (vỡ, dọa vỡ).
- Giả phình động mạch chủ ngực, bụng do mảng xơ vữa loét dọa vỡ.
- Thủng động mạch chủ ngực, bụng sau chấn thương.
- Thủng động mạch chủ ngực, bụng do các tổn thương ác tính xâm lấn.

7. Chống chỉ định

- Phình, tách động mạch chủ lên.
- Phình, tách cung động mạch chủ ở trước gốc động mạch dưới đòn trái.
- Đường kính động mạch chậu < 7mm.
- Dị ứng thuốc đối quang i-ốt.
- Rối loạn đông máu nặng và mất kiểm soát (prothrombin <60%, INR > 1.5, số lượng tiểu cầu < 50 G/l).
- Phụ nữ có thai.

8. **Thận trọng:** Người bệnh có suy giảm chức năng thận.

9. Chuẩn bị

9.1. Người thực hiện

- Bác sĩ chuyên khoa
- Bác sĩ phụ
- Kỹ thuật viên điện quang
- Điều dưỡng
- Bác sĩ, kỹ thuật viên gây mê (nếu người bệnh không thể hợp tác)

9.2. Thuốc

- Thuốc gây mê/tiền mê, thuốc gây tê tại chỗ.
- Thuốc đối quang i-ốt.
- Heparin
- Protamine sulfate
- Dung dịch sát khuẩn.
- Nước muối sinh lý.
- Thuốc vận mạch.

- Thuốc cấp cứu sốc phản vệ và các biến chứng tim mạch.

9.3. Vật tư

- Vật tư y tế thông thường:
 - + Bơm tiêm 1; 3; 5; 10; và 20ml
 - + Bơm tiêm dành cho máy bơm điện
 - + Nước cất hoặc nước muối sinh lý
 - + Găng tay, áo, mũ, khẩu trang phẫu thuật
 - + Bộ dụng cụ can thiệp vô trùng: dao, kéo, kẹp, 4 bát kim loại, khay quả đậu, khay đựng dụng cụ
 - + Bông, gạc, băng dính phẫu thuật.
 - + Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.
- Vật tư can thiệp chuyên dụng:
 - + Bộ dụng cụ chọc động mạch Seldinger (kim 18G, dây dẫn 0.035 inch).
 - + Bộ ống đặt lòng mạch (sheath) các kích cỡ, đặc biệt là sheath cỡ lớn (18F - 24F) dùng để đưa stent graft.
 - + Ống thông chụp mạch Pigtail (5F).
 - + Các loại ống thông tạo hình (ví dụ: Cobra, Simmons, Vertebral...).
 - + Dây dẫn các loại: tiêu chuẩn 0.035", dây dẫn siêu cứng (stiff/super stiff), dây dẫn hydrophilic.
 - +Vi ống thông, vi dây dẫn (nếu cần can thiệp nhánh nhỏ hoặc nút mạch các nhánh phụ).
 - + Bóng nong tạo hình lòng mạch (Compliance balloon).
 - +Bơm đo áp lực để bơm bóng.
 - + Giá đỡ nội mạch có màng phủ (Stent Graft / Endograft): Loại chuyên dụng cho động mạch chủ bụng (thẳng hoặc loại bifurcated - chữ Y), với kích thước (đường kính, chiều dài) đã được lựa chọn kỹ lưỡng dựa trên phim CLVT trước đó.
 - +Dụng cụ đóng lòng mạch cỡ lớn (nếu có) hoặc chuẩn bị phương án khâu mạch máu bằng phẫu thuật.
 - + Vật liệu nút mạch (coils, keo sinh học...) nếu cần nút các nhánh phụ trước khi đặt stent graft (ví dụ: động mạch hạ vị).

9.4. Thiết bị chính

- Máy DSA (trụ tiên loại có khả năng chụp xoay, tái tạo 3D, Cone-Beam CT nếu có).
- Máy bơm điện.

- Hệ thống lưu trữ hình ảnh.
- Phương tiện bảo hộ tia X.
- Bàn mổ chuyên dụng cho can thiệp mạch.
- Máy siêu âm Doppler màu.

9.5. Người bệnh

- Giải thích và Đồng thuận: Giải thích rất kỹ về bản chất bệnh lý (phình, bóc tách...), mục tiêu can thiệp (đặt stent graft), các bước tiến hành, lợi ích, tỷ lệ thành công, và các nguy cơ/biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra (cao hơn so với chụp chẩn đoán). Người bệnh và gia đình cần hiểu rõ và ký cam kết đồng ý thực hiện.

- Chuẩn bị trước can thiệp: Nhịn ăn uống ít nhất 6-8 giờ. Vệ sinh cơ thể, đặc biệt vùng bẹn hai bên. Ngừng các thuốc chống đông hoặc điều chỉnh theo chỉ định của bác sĩ. Có thể cần dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước vài ngày theo phác đồ.

- Đánh giá: Đánh giá kỹ lưỡng tình trạng lâm sàng, xét nghiệm (chức năng thận, đông máu, công thức máu), và đặc biệt là hình ảnh CLVT động mạch chủ bụng dạng hình đa bình diện (MPR, 3D) để đo đạc chính xác kích thước lòng mạch, kích thước túi phình/vị trí bóc tách, vị trí các nhánh mạch quan trọng (động mạch thận, mạc treo...), và lựa chọn kích thước stent graft phù hợp.

- Chuẩn bị tại phòng can thiệp: Đặt người bệnh nằm ngửa. Lắp đặt hệ thống theo dõi dấu hiệu sinh tồn liên tục (ECG, huyết áp động mạch xâm lấn nếu cần, SpO2, nhịp thở). Thiết lập đường truyền tĩnh mạch lớn. Đặt sonde tiểu.

9.6. Hồ sơ bệnh án: Họ và tên bệnh nhân, chẩn đoán, kỹ thuật can thiệp tương ứng với chẩn đoán.

9.7. Thời gian thực hiện kỹ thuật: Tuỳ theo kỹ thuật và bệnh lý cụ thể.

9.8. Địa điểm thực hiện kỹ thuật: Phòng lab DSA, đơn nguyên TMCT, bệnh viện đa khoa Tây Ninh.

9.9. Kiểm tra hồ sơ

a) Người bệnh: Đánh giá tính chính xác của người bệnh: đúng người bệnh, đúng chẩn đoán, đúng vị trí cần thực hiện kỹ thuật... Xem xét hồ sơ, xét nghiệm chức năng thận, đông máu, công thức máu. Đánh giá kỹ lưỡng hình ảnh CLVT hoặc CHT động mạch chủ-chậu-đùi trước đó để lập kế hoạch chi tiết (đường vào, kích thước bóng/stent, loại stent...).

b) Thực hiện bảng kiểm

c) Đặt tư thế bệnh nhân: Đặt người bệnh nằm ngửa, giữ ấm. Lắp đặt hệ thống theo dõi dấu hiệu sinh tồn. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch.

10. Tiến hành quy trình

Vô cảm: Thường thực hiện dưới gây mê toàn thân để đảm bảo người bệnh nằm yên tuyệt đối trong suốt quá trình can thiệp kéo dài và phức tạp.

Bước thực hiện	Người thực hiện	Mô tả
Bước 1: Mở đường vào lòng mạch	Bác sĩ	<ul style="list-style-type: none"> - Sát khuẩn rộng vùng bẹn hai bên, trái sáng vô khuẩn. - Thực hiện kỹ thuật Seldinger để chọc kim và đặt sheath vào động mạch đùi chung cả hai bên (thường một bên sheath lớn để đưa thân chính stent graft, bên còn lại sheath nhỏ hơn để chụp kiểm tra hoặc đưa dụng cụ phụ). - Rạch da và bộc lộ động mạch đùi chung hai bên (hoặc một bên tùy loại stent graft và kỹ thuật). Đôi khi cần phẫu thuật nhỏ để bộc lộ rõ động mạch trước khi chọc kim. - Tiêm Heparin liều bolus (ví dụ: 50-70 UI/kg) và duy trì trong quá trình làm thủ thuật.
Bước 2: chụp DSA động mạch chủ bụng	Bác sĩ	<ul style="list-style-type: none"> - Đưa ống thông Pigtail từ một bên lên động mạch chủ bụng, vị trí trên động mạch thận. - Chụp DSA toàn bộ động mạch chủ bụng và chậu để xác nhận lại vị trí, kích thước tổn thương (phình, bóc tách), đánh giá lại vị trí các nhánh động mạch thận, mạc treo, chậu. Đo đạc lại các thông số quan trọng trên DSA.
Bước 3: Tiến hành đưa stent graft vào nội mạch và thực hiện can thiệp	Bác sĩ	<ul style="list-style-type: none"> - Thay dây dẫn tiêu chuẩn bằng dây dẫn siêu cứng (stiff/super stiff wire). - Đưa hệ thống mang stent graft (delivery system) qua sheath cỡ lớn vào động mạch chủ bụng theo dây dẫn siêu cứng. - Định vị chính xác vị trí của stent graft dưới màn huỳnh quang, đảm bảo đầu trên của graft nằm ngay dưới động mạch thận thấp nhất (đối với phình dưới thận) hoặc vị trí phù hợp khác tùy loại tổn thương, đầu dưới nằm trên chỗ chia động mạch chủ hoặc trong động mạch chậu gốc. Có thể dùng ống thông Pigtail từ bên đối diện bơm thuốc đối quang để xác định vị trí chính xác.

		<ul style="list-style-type: none"> - Tiến hành bung/mở stent graft theo đúng chỉ dẫn của nhà sản xuất. Quá trình này cần kiểm soát huyết áp, có thể cần hạ huyết áp tạm thời. - Nếu là stent graft dạng chữ Y (bifurcated), sau khi bung thân chính, cần đưa dụng cụ qua đường vào bên đối diện để bắt và bung tiếp nhánh chậu còn lại của stent graft. - Sau khi bung hoàn toàn, có thể dùng bóng nong để nong nhẹ nhàng các điểm kết nối, đầu trên và đầu dưới của stent graft để đảm bảo stent graft áp sát thành mạch và không bị rò rỉ (endoleak).
Bước 4: Chụp kiểm tra sau đặt stent graft	Bác sĩ	<ul style="list-style-type: none"> - Đưa ống thông Pigtail trở lại vị trí phía trên stent graft. - Chụp DSA kiểm tra: Đánh giá vị trí stent graft, mức độ bung nở, sự lưu thông của lòng động mạch chủ và các nhánh bên (đặc biệt là động mạch thận), và quan trọng nhất là kiểm tra xem còn dòng chảy vào túi phình hay lòng giả không (hiện tượng endoleak).
Bước 5: Kết thúc can thiệp, rút dụng cụ và đóng lòng mạch		<ul style="list-style-type: none"> - Nếu kết quả kiểm tra tốt, tiến hành rút ống thông và các dây dẫn. - Rút sheath cỡ lớn. Đây là bước quan trọng và tiềm ẩn nguy cơ chảy máu. <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Khâu mạch máu:</i> Nếu đã bộc lộ động mạch bằng phẫu thuật nhỏ, tiến hành khâu lại vị trí chọc mạch. ○ <i>Dụng cụ đóng mạch cỡ lớn:</i> Sử dụng các dụng cụ chuyên biệt (pre-close hoặc post-close) để đóng lỗ vào động mạch. ○ <i>Ép tay:</i> Chỉ áp dụng cho sheath cỡ nhỏ hơn, khó khả thi với sheath cỡ lớn dùng cho stent graft. - Sau khi đóng đường vào, kiểm tra lại mạch đập ở hạ lưu và tình trạng chảy máu tại chỗ. - Băng ép kỹ lưỡng.

11. Theo dõi và xử trí tai biến

11.1. Theo dõi

- Người bệnh cần được theo dõi sát tại phòng hồi sức hoặc đơn vị chăm sóc tích cực ít nhất 24 giờ.

- Theo dõi chặt chẽ dấu hiệu sinh tồn, tình trạng tri giác, chức năng thận, tình trạng tưới máu chi dưới (mạch, màu sắc, nhiệt độ), tình trạng vết mổ/vị trí chọc mạch ở bẹn.

- Duy trì thuốc chống ngưng tập tiểu cầu và/hoặc chống đông theo chỉ định.

- Siêu âm Doppler kiểm tra vị trí chọc mạch và stent graft sau 24 giờ.

- Chụp CLVT kiểm tra định kỳ (ví dụ: 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng và hàng năm) để đánh giá vị trí stent graft, tình trạng endoleak, kích thước túi phình...

11.2. Nhận định kết quả

Đánh giá dựa trên phim chụp DSA cuối cùng và theo dõi lâm sàng, hình ảnh sau can thiệp. Thành công là khi stent graft nằm đúng vị trí, bung nở tốt, loại trừ hoàn toàn túi phình/lòng giả ra khỏi vòng tuần hoàn, không có endoleak type I hoặc III, bảo tồn được lưu thông của động mạch chủ và các nhánh quan trọng (thận, mạc treo, chậu).

11.3. Xử trí tai biến:

- **Endoleak (rò rỉ):** Type I (rò ở đầu gần/xa của graft), Type II (dòng chảy ngược từ nhánh bên vào túi phình), Type III (rò do lỗi cấu trúc graft), Type IV (rò do tính thấm của vật liệu graft), Type V (không rõ nguyên nhân). Xử trí tùy loại endoleak, có thể theo dõi, nút mạch các nhánh phụ, đặt thêm cuff hoặc stent graft mới, hoặc phẫu thuật.

- **Tổn thương mạch máu tại vị trí vào:** Tụ máu lớn, giả phình, rách/bóc tách động mạch đùi/chậu -> xử trí bằng băng ép, nút mạch, đặt stent hoặc phẫu thuật.

- **Thuyên tắc chi dưới:** Do huyết khối hoặc mảnh xơ vữa di chuyển -> lấy huyết khối, tiêu sợi huyết, hoặc phẫu thuật.

- **Tắc nhánh động mạch chủ (thận, mạc treo, tử cung):** Gây suy thận, nhồi máu ruột, liệt hai chi dưới. Đây là biến chứng nặng, cần xử trí cấp cứu (can thiệp tái thông nếu có thể, phẫu thuật...). Phòng ngừa bằng cách lựa chọn và đặt stent graft cẩn thận.

- **Di lệch/Gãy stent graft:** Hiếm gặp, cần can thiệp lại hoặc phẫu thuật.

- **Nhiễm trùng stent graft:** Biến chứng rất nặng, điều trị kháng sinh kéo dài, có thể phải phẫu thuật lấy bỏ graft và làm cầu nối ngoài giải phẫu.

- **Biến chứng toàn thân:** Suy thận, phản ứng thuốc đối quang, biến chứng tim mạch, hô hấp... -> xử trí theo chuyên khoa.

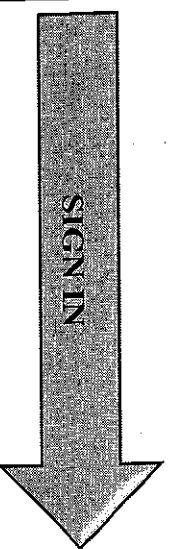
12. Tài liệu tham khảo

- Bộ y tế (2013), Hướng dẫn quy trình kỹ thuật “Chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp”.
- Phạm Mạnh Hùng (2019), Bệnh động mạch ngoại biên. Nhà xuất bản Y học.

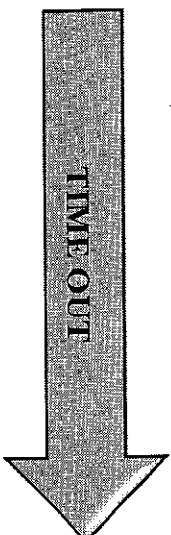
Bệnh viện Đa khoa Tây Ninh – Đơn nguyên Tim mạch can thiệp

BẢNG KIỂM AN TOÀN PHẪU THUẬT

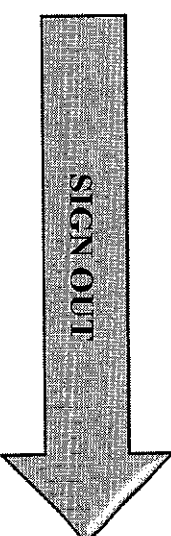
Trước khi khởi mê



Trước khi rạch da



Trước khi bệnh nhân ra khỏi phòng mổ



Kỹ thuật viên gây mê, điều dưỡng:

- Người bệnh xác nhận lại thông tin cá nhân, chẩn đoán đã được biết, phương pháp can thiệp/phẫu thuật đã được tư vấn. Người bệnh xác nhận hoàn toàn đồng ý tự nguyện thực hiện phẫu thuật.
- Có mặt đầy đủ các vị trí phụ trách trong cuộc phẫu thuật: Kỹ thuật viên gây mê, bác sĩ gây mê, điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng phụ mổ, PTV chính, PTV phụ.
- Vị trí phẫu thuật đã được đánh dấu.
- Có đầy đủ dụng cụ gây mê, thuốc khởi mê, thiết bị hỗ trợ (máy thở, bơm tiêm tự động...).

Điều dưỡng, kỹ thuật viên, phẫu thuật viên:

- Có mặt đầy đủ các vị trí phụ trách trong cuộc phẫu thuật: Kỹ thuật viên gây mê, bác sĩ gây mê, điều dưỡng dụng cụ, điều dưỡng phụ mổ, PTV chính, PTV phụ.
- Xác nhận lại thông tin người bệnh, chẩn đoán, phương pháp phẫu thuật/ can thiệp, vị trí can thiệp.
- Kháng sinh dự phòng trong vòng 60 phút**
 - Có
 - Không thực hiện được
- Dự kiến biến cố**
- Đối với phẫu thuật viên:**
 - Biến cố có thể xảy ra trong phẫu thuật
 - Dự kiến thời gian phẫu thuật:phút

Điều dưỡng, kỹ thuật viên, phẫu thuật viên

Điều dưỡng xác nhận lại:

- Phương pháp phẫu thuật/ can thiệp
- Tất cả y dụng cụ đầy đủ về số lượng (dụng cụ phẫu thuật, gạc, gòn, kim)
- Thông tin mẫu bệnh phẩm (nếu có) chính xác
- Không có bất kỳ sự cố, bất thường nào về dụng cụ, thiết bị
- Đối với điều dưỡng, gây mê, phẫu thuật viên:**
 - Vấn đề chính cần lưu ý khi theo dõi hậu phẫu đối với người bệnh (ghi bên dưới).

- Người bệnh đã được kết nối monitor theo dõi.
- Dự kiến lượng máu mất:ml
- Đối với bác sĩ/KTV gây mê:**
- Các vấn đề cụ thể cần lưu ý
- Đối với điều dưỡng:**
- Dụng cụ phẫu thuật đầy đủ, sát khuẩn bề mặt hoàn tất
- Phim XQuang, CLVT, MRI... đã được treo lên bảng đèn.
- Không thực hiện được
- Tiền căn dị ứng của người bệnh:**
- Không
- Có:
- Đường thở khó hoặc nguy cơ hít sặc:**
- Không
- Có, và các dụng cụ hỗ trợ đã sẵn sàng
- Nguy cơ mất máu lượng nhiều (≥ 500 ml hoặc ≥ 7 ml/kg với trẻ em):**
- Không
- Có, và đường truyền trung tâm hoặc 2 đường truyền ngoại vi đã được thiết lập