

Số: 2070 /QĐ-BVTD

Thành phố Hồ Chí Minh, ngày 19 tháng 8 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH
Ban hành phác đồ điều trị.

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Căn cứ Quyết định số 1507/QĐ-UB ngày 08/04/2004 của UBND TP. HCM về việc cho phép đổi tên Bệnh viện Phụ sản TP. HCM thành Bệnh viện Từ Dũ trực thuộc Sở Y tế TP Hồ Chí Minh và quy định chức năng, nhiệm vụ của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ Quyết định số 2912/QĐ-SYT ngày 12/9/2014 của Sở Y tế TP.HCM về việc Ban hành Quy chế tổ chức và hoạt động của bệnh viện Từ Dũ;

Căn cứ nội dung các biên bản cuộc họp xét duyệt phác đồ;

Xét đề nghị của Hội đồng thuốc và điều trị và Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp bệnh viện Từ Dũ,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Nay đồng ý ban hành kèm theo Quyết định này phác đồ “Xử trí cấp cứu đường thở khó” tại bệnh viện Từ Dũ (đính kèm).

Điều 2. Phác đồ “Xử trí cấp cứu đường thở khó” là tài liệu tham khảo chính của bệnh viện trong công tác điều trị và quản lý chuyên môn.

Điều 3. Các Ông (Bà) Trưởng phòng Kế hoạch Tổng hợp, Trưởng khoa Gây mê Hồi sức và các nhân viên y tế liên quan công tác tại bệnh viện Từ Dũ có trách nhiệm thi hành Quyết định này kể từ ngày ký. *lu*

Nơi nhận:

- Như Điều 3;

- Lưu: VT, KHTH. *thos*

**KT GIÁM ĐỐC
PHÓ GIÁM ĐỐC**



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi

XỬ TRÍ CẤP CỨU ĐƯỜNG THỞ KHÓ

(Ban hành kèm theo Quyết định số ~~2010~~ 19/QĐ-BVTD ngày 19 /8/2019 của bệnh viện Từ Dũ)

I. ĐẠI CƯƠNG

Đường thở khó là những trường hợp bất thường về cấu trúc giải phẫu vùng đầu mặt cổ và hầu họng, khiến cho việc đặt ống nội khí quản (NKQ) vào khí quản rất khó khăn hoặc không thực hiện được với nhiều biện pháp khác nhau như:

- + Được thực hiện bởi chuyên gia gây mê/hồi sức cấp cứu có kinh nghiệm.
- + Đặt thử ≥ 3 lần hoặc thời gian đặt ≥ 10 phút.

II. NGUYÊN NHÂN

- Cấu trúc giải phẫu vùng đầu mặt cổ và hầu họng không bình thường về phát triển cơ thể: miệng há khó, Mallampati III - IV, khoảng cách cằm - giáp ngán, cổ ngán, răng trên hô, cằm lẹm, vòm miệng cao, khoang miệng hẹp, lưỡi to, hạn chế vận động khớp thái dương - hàm hoặc cột sống cổ, vẹo cột sống cổ - ngực...

- Bất thường gây biến dạng cấu trúc giải phẫu vùng đầu mặt cổ và hầu họng do bệnh lý hay chấn thương: u vùng vòm miệng - hầu họng - cổ - thanh quản - trung thất, sẹo bỏng gây co rút cơ vùng mặt, cổ, sẹo mở khí quản cũ, thoái hóa hoặc cứng cột sống cổ, chấn thương vùng đầu mặt cổ...

III. CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN KHÓ

3.1. Định luật Dr Binnion's LEMON

Nhìn bên ngoài Look Externity (L)	Béo phì Cổ ngắn Răng hô Cằm ngắn Hàm giả Lưỡi phì đại Bồng Chấn thương mặt
Đánh giá theo nguyên tắc 3-3-2 Evaluate the 3-3-2 rule (E)	3 ngón tay vừa miệng. 3 ngón tay từ cằm tới sụn móng. 2 ngón tay từ sàn miệng tới đỉnh sụn giáp.
Phân độ theo Mallampati Mallampati (M)	Độ I: Thấy toàn bộ lưỡi gà, khẩu cái mềm và thành sau họng. Độ II: Thấy gần trọn lưỡi gà, một phần khẩu cái mềm và thành sau họng. Độ III: Thấy một phần lưỡi gà và khẩu cái mềm. Độ IV: Không thấy lưỡi gà, chỉ thấy khẩu cái cứng.
Có tắc nghẽn đường thở hay không Obstruction (O)	Máu Chất nôn Răng Nắp thanh môn Khối u Dị vật
Hạn chế di động cổ Neck mobility (N)	Đo khoảng cách từ bờ sụn giáp đến cằm ở tư thế ngửa cổ tối đa nếu > 7 cm thường đặt NKQ dễ, < 6 cm thường đặt NKQ khó.

3.2. Tiên lượng khó bóp bóng hoặc thông khí bằng tay (BONES)

Dựa vào các yếu tố:

- râu (Beard)
- Béo phì (Obesity)
- Móm (Noteeth)
- Người già (Elderly)
- Ngủ ngáy (Snoring)

3.3. Dự báo không thể đặt được NKQ: Quy tắc 4D

- Mất cân xứng (Disproportion): phì đại lưỡi, hàm nhỏ, bất thường đầu mặt cổ bẩm sinh...
- Biến dạng (Distortion): u bì thân kinh, u lympho, bóng, chấn thương...
- Bất động (Dysmobility): cứng khớp, xơ cứng bì, hạn chế vận động khớp...
- Răng (Dentition): răng móm, răng hô, răng giả...

IV. XỬ TRÍ

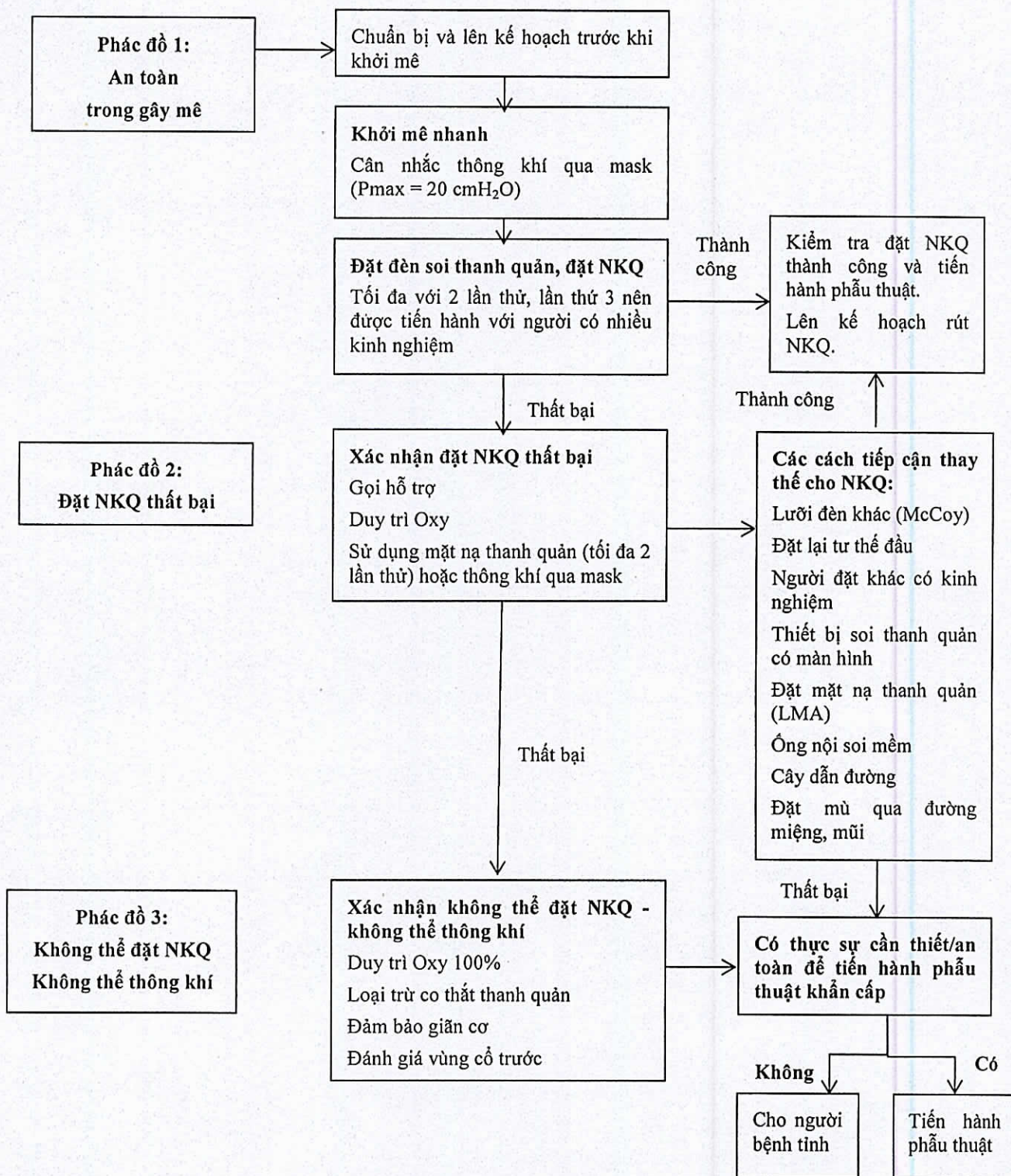
4.1. Nguyên tắc

Luôn nhớ rằng người bệnh không chết vì không đặt được NKQ mà sẽ chết vì không được thông khí đủ Oxy.

4.2. Xử trí cụ thể

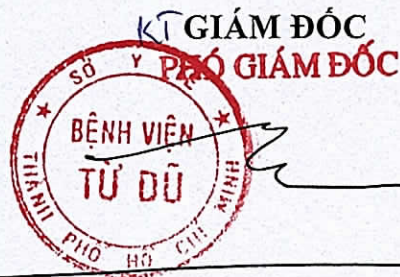
- Trước khi tiến hành đặt NKQ:
 - + Chuẩn bị đầy đủ nhất các phương tiện đặt NKQ khó trong điều kiện cho phép như: mask thông khí các cỡ, Fastrack các cỡ, Madrine/Guide, ống nội soi mềm, đèn lưỡi thẳng Miller, đèn Macintosh các loại, kẹp Magill, ống NKQ các cỡ, dụng cụ đặt NKQ ngược dòng, dụng cụ mở khí quản.
 - + Thăm khám kỹ và chuẩn bị các phương án có thể xảy ra, thử cho người bệnh thở qua mask kín (nếu có). Đánh giá tổng trạng và các bệnh lý kèm theo.
 - + Nắm vững các kỹ năng, phương tiện và nguồn nhân lực hỗ trợ.
 - + Có monitor theo dõi liên tục: mạch, huyết áp, SpO₂, EtCO₂, ECG, nhịp thở.
- Khi tiến hành đặt NKQ:
 - + Phòng ngừa thiếu Oxy: nâng hàm, thông khí với Oxy 100%.
 - + Phòng ngừa hít sặc: thông khí nhẹ nhàng, nếu cần có thể đặt sonde hút rỗng dạ dày, miệng, mũi trước thủ thuật.
 - + Chỉ nên sử dụng các kỹ thuật hoặc dụng cụ đã thành thạo. Không nên cố gắng thực hiện khi chưa quen vì có thể sẽ khiến cơ hội đặt NKQ thành công giảm đi do vùng hầu - họng - thanh môn bị tổn thương, phù nề.
 - + Những trường hợp NKQ khó nên sử dụng thuốc giãn cơ khử cực, tác dụng ngắn (Suxamethonium).
- Sử dụng các kỹ thuật cấp cứu đường thở khó bao gồm:
 - + Các dụng cụ dẫn đường
 - + Nội soi ống cứng
 - + Đặt mặt nạ thanh quản
 - + Đèn soi thanh quản có gắn camera
 - + Nội soi ống mềm
 - + Đặt nội khí quản ngược dòng
 - + Kỹ thuật chọc can thiệp đường thở cấp cứu

XỬ TRÍ CẤP CỨU ĐƯỜNG THỞ KHÓ



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ronald D. Miller, Miller's Anesthesia 7th, 2010. Section IV: Anesthesia management, chapter 50: Airway management in the adult.
2. Uptodate: the difficult airway in adult.
3. American Society of Anesthesiologists, Inc. Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
4. The Difficult Airway Course®: Emergency - Walls RM, Murphy MF.
5. Manual of Emergency Airway Management - 4th edition - Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2012.



BS. CKII. Nguyễn Bá Mỹ Nhi