**QUY TRÌNH 01**

**06.0001 THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM BECK (BDI)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thang trầm cảm Beck (BDI) được xem như là một thang đo tiêu chuẩn vàng do bệnh nhân tự đánh giá.

Thang BDI ban đầu được thiết kế với mục đích đánh giá hiệu quả điều trị của liệu pháp phân tâm ở những bệnh nhân trầm cảm. Ngoài ra, thang BDI còn được thiết kế để khảo sát mức độ nặng của các triệu chứng trầm cảm mà bệnh nhân có tại thời điểm khảo sát. Thang BDI gốc gồm có 21 mục, mỗi mục gồm có 4 câu trả lời được cho điểm từ 0 - 3 theo mức độ nặng dần của các triệu chứng. Thang này được thiết kế lần đầu vào năm 1961, sau đó thang được chỉnh sửa và bổ sung thành thang BDI - IA được cấp bản quyền năm 1978, đến khi DSM IV được xuất bản, phiên bản thứ hai của thang khảo sát trầm cảm Beck ra đời (BDI - II) và được xuất bản lần đầu vào năm 1996.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân rối loạn trầm cảm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân loạn thần

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện .

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Hướng dẫn người bệnh “Trong bảng có 21 mục. Anh/chị hãy lần lượt đọc từng mục. Ở mỗi mục, hãy chọn một câu phù hợp nhất với tình trạng hiện tại của mình và khoanh tròn vào chữ số tương ứng với câu đã chọn. Anh/chị cũng có thể đánh dấu các câu khác trong mục, nếu như những câu đó cũng phù hợp với mình.

Xử lý kết quả:

- Tính tổng số điểm của các mục mà bệnh nhân đánh dấu (mỗi mục chỉ chọn 1 câu có điểm cao nhất)

-Tiến hành xem xét mức độ trầm cảm

- Bảng đối chiếu mức độ trầm cảm

|  |  |
| --- | --- |
| **Điểm** | **Mức độ trầm cảm** |
| 0 - 1 3 | Không có trầm cảm |
| 14 – 19 | Trầm cảm nhẹ |
| 20 – 29 | Trầm cảm vừa |
| ≥ 30 | Trầm cảm nặng |

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi đánh giá sau những đợt điều trị ngắn hạn và dài hạn.

- Theo dõi đánh giá kết quả điều trị.

**VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

- Chưa thấy báo cáo tai biến và cách xử trí trong y văn

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Giai đoạn trầm cảm” trang 119-125

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”** ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn trầm cảm tái diễn” trang 126-131

**Nguyễn Văn Nhận, Nguyễn Sinh Phúc**, Trắc nghiệm Tâm lý lâm sàng, Nhà xuất bản Quân Đội nhân dân, Hà Nội 2004

**QUY TRÌNH 02**

**06.0002 THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM HAMILTON**

**(HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE – HDRS)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Đây là một trong những thang đánh giá trầm cảm được hình thành sớm nhất vào khoảng năm 1960, thang này thường được sử dụng để đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân trầm cảm. Thang khảo sát trầm cảm Hamilton còn được gọi là thang phỏng vấn có cấu trúc hoặc thang lượng giá.

HAM - D là một thang đánh giá trầm cảm được sử dụng rộng rãi nhất trong các thử nghiệm lâm sàng về trầm cảm để đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân trầm cảm. HAM - D gốc gồm có 21 mục nhưng Hamilton đã chỉ ra 4 mục cuối của thang là sự thay đổi trong ngày (diurnal variation), giải thể nhân cách/ tri giác sai thực tại (depersonalization/derealization), các triệu chứng paranoid và các triệu chứng ám ảnh cưỡng bức (Obsessive /Compulsive Symptoms) không nên được tính điểm vào thang điểm tổng cộng vì những nhóm triệu chứng này không phải là những triệu chứng thường gặp của trầm cảm và cũng không phản ánh được mức độ nặng của trầm cảm. Vì vậy, sau đó tác giả đã đưa ra một thang HAM - D 17 mục, thang này ngay sau đó được xem là một thang chuẩn trong các thử nghiệm lâm sàng và được sử dụng rộng rãi nhất trong các thử nghiệm lâm sàng có đối chứng.

Bagby RM trong một tổng kết trên 70 nghiên cứu về thang HAM - D được xuất bản từ năm 1979 nhận thấy đa số các mục của thang này đều có độ tin cậy cao. Độ tin cậy khi làm lại trắc nghiệm (test - retest realibility)của HAD - M theo nhiêù tác giả khoảng 0.81 và hiệu lực của thang này là 0.65 - 0.9.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân rối loạn trầm cảm.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân loạn thần.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:** 30 phút

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

- Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện .

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Cán bộ tâm lý phỏng vấn bệnh nhân trên cấu trúc đề mục có sẵn, lựa chọn một chỉ số điểm phù hợp với mức độ triệu chứng bệnh của bệnh nhân.

Tổng điểm được tính bằng tổng các chỉ số điểm từng mục.

Mức độ đánh giá:

Không có trầm cảm: 0 – 7 điểm;

Trầm cảm nhẹ: 8 – 13 điểm;

Trầm cảm vừa: 14 – 18 điểm;

Trầm cảm nặng: 19 – 22 điểm;

Trầm cảm rất nặng: ≥ 23 điểm.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi đánh giá sau những đợt điều trị ngắn hạn và dài hạn.

- Theo dõi đánh giá kết quả điều trị.

**VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

- Chưa thấy báo cáo tai biến và cách xử trí trong y văn

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn lo âu lan tỏa” trang 132-135

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm” trang 136-139

- Hedlund JL, Viewig BW (1979) The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *Journal of Operational Psychiatry* **10**:149-165

- Hamilton, M (1960) A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.* **23**: 56-62.

**QUY TRÌNH 03**

**06.0004 THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM Ở TRẺ EM**

**(THANH THIẾU NIÊN)**

**(REYNOLDS ADOLESCENT DEPRESSION SCALE – RADS)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thang đánh giá trầm cảm thanh thiếu niên được W. Reynold (Mỹ) xây dựng vào năm 1989, để đánh giá trạng thái trầm cảm ở thanh thiếu niên (10 – 20 tuổi) theo bốn thành phần: loạn khí sắc, cảm xúc tiêu cực/mất hứng thú, tự đánh giá tiêu cực, và phàn nàn về cơ thể.

Là bảng tự đánh giá gồm 30 đề mục, mỗi đề mục được đánh giá theo 4 mức độ từ không có, thỉnh thoảng, thường xuyên và luôn luôn, tương ứng với mức độ điểm từ 0 đến 3 điểm, và được yêu cầu đánh giá về tình trạng, cảm giác của trẻ trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần trước thời điểm đánh giá.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân rối loạn trầm cảm lứa tuổi thanh thiếu niên

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân loạn thần

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: 30 phút**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

Cán bộ trắc nghiệm tiếp nhận bệnh nhân có chỉ định thực hiện trắc nghiệm tâm lý hướng dẫn cho họ trả lời toàn bộ các câu hỏi của thang đánh giá.

Xử lí kết quả theo cách đánh giá và tính điểm như sau:

Điểm của bài trắc nghiệm sẽ được tính bằng tổng điểm số mức độ của từng đề mục. Tổng điểm tối đa là 90.

Mức độ được chia như sau:

Không có trầm cảm: 0 – 30 điểm;

Trầm cảm nhẹ: 31 – 40 điểm;

Trầm cảm vừa: 41 – 50 điểm;

Trầm cảm nặng: 51 – 90 điểm.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi đánh giá sau những đợt điều trị ngắn hạn và dài hạn.

- Theo dõi đánh giá kết quả điều trị.

**VI. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

- Chưa thấy báo cáo tai biến và cách xử trí trong y văn

**VIII.TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Giai đoạn trầm cảm” trang 119-125

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”** ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn trầm cảm tái diễn” trang 126-131

Reynolds, W. M. (1987). Reynolds Adolescent Depression Scale: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.

**QUY TRÌNH 04**

**06.005 THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM Ở NGƯỜI GIÀ**

**(GERIATRIC DEPRESSION SCALE – GDS)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thang đánh giá trầm cảm người già được Yesavitch & cs (Mỹ) xây dựng vào năm 1982, để đánh giá trạng thái trầm cảm ở người già (65 tuổi trở lên) theo các đặc trưng thường thấy ở trầm cảm người già: lo lắng về cơ thể, cảm xúc đi xuống, suy giảm nhận thức, cảm giác bị phân biệt đối xử, mất động cơ, thiếu định hướng tương lai, và mất tự tin.

- Cấu trúc:

Thang đánh giá trầm cảm người già là bảng tự đánh giá gồm 30 đề mục, mỗi đề mục được trả lời Đúng hoặc Không đúng, được yêu cầu trả lời về tình trạng của bệnh nhân trong khoảng thời gian từ 1 đến 2 tuần trước thời điểm đánh giá.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân rối loạn trầm cảm > 65 tuổi

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân loạn thần

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH:** 30 phút

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Cán bộ trắc nghiệm tiếp nhận bệnh nhân có chỉ định thực hiện trắc nghiệm tâm lý hướng dẫn cho họ trả lời toàn bộ các câu hỏi của thang đánh giá.

- Xử lí kết quả theo cách đánh giá và tính điểm như sau:

+ Tính điểm theo bảng khóa của trắc nghiệm.

+ Tổng điểm từ 0 đến 30 điểm.

+ Mức độ tính điểm như sau:

Không có trầm cảm: 0 – 9 điểm;

Trầm cảm nhẹ: 10 – 19 điểm;

Trầm cảm nặng: 20 – 30 điểm.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi đánh giá sau những đợt điều trị ngắn hạn và dài hạn.

- Theo dõi đánh giá kết quả điều trị.

**VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

- Chưa thấy báo cáo tai biến và cách xử trí trong y văn

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Giai đoạn trầm cảm” trang 119-125

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”** ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn trầm cảm tái diễn” trang 126-131

Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey MB, Rose TL: Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist 1:*37-44, 1982.

- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research 17:*37-49, 1983.

**QUY TRÌNH 05**

**06.0006 THANG ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM SAU SINH**

**(EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE – EPDS)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thang đánh giá trầm cảm sau sinh Edinburgh được Cox J.L., và cộng sự phát triển năm 1987, được sử dụng để sàng lọc những triệu chứng trầm cảm ở phụ nữ sau sinh từ 6 đến 8 tuần.

Thang đánh giá trầm cảm sau sinh Edin burgh gồm 10 đề mục, mô tả các triệu chứng trầm cảm mà phụ nữ sau khi sinh có thể mắc phải. Mỗi đề mục có 4 phương án trả lời, mỗi một mức độ tương ứng với một điểm số.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân rối loạn trầm cảm sau sinh

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân loạn thần

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện .

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Cán bộ trắc nghiệm tiếp nhận bệnh nhân có chỉ định thực hiện trắc nghiệm tâm lý hướng dẫn cho họ trả lời toàn bộ các câu hỏi của thang đánh giá.

- Xử lí kết quả theo cách đánh giá và tính điểm như sau:

- Tổng điểm được tính bằng tổng các điểm số của các câu trả lời. Mức độ trầm cảm được đánh giá như sau:

Không có trầm cảm: 0 – 9 điểm;

Có trầm cảm: ≥ 10 điểm.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi đánh giá sau những đợt điều trị ngắn hạn và dài hạn.

- Theo dõi đánh giá kết quả điều trị.

**VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

- Chưa thấy báo cáo tai biến và cách xử trí trong y văn

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Giai đoạn trầm cảm” trang 119-125

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”** ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn trầm cảm tái diễn” trang 126-131

Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). "Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale". *Br J Psychiatry* **150**: 782–786

**QUY TRÌNH 06**

**06.0007 THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU- TRẦM CẢM- STRESS (DASS)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Lo âu, trầm cảm hay **stress** đều là những vấn đề về tâm lý mà tất cả mọi người đều có thể gặp phải. Có thể xếp theo thứ tự mức độ tăng dần lần lượt là lo âu - stress - trầm cảm.

- Rối loạn lo âu là trạng thái của tâm lý khi bị ảnh hưởng bởi cảm xúc nhận thức và cả hành vi. Đây là cảm giác sợ hãi, phiền muộn khi bị [căng thẳng](https://www.vinmec.com/vi/tin-tuc/thong-tin-suc-khoe/song-khoe/nguyen-nhan-gay-ra-cang-thang-cach-giam-cang-thang/) khiến tâm lý của mọi người không thoải mái. Lo âu kéo dài được xem như tác nhân gây stress.

-Stress theo một cách đơn giản chính là phản ứng của cơ thể mỗi người trước những áp lực của cuộc sống, yếu tố đe dọa đến tinh thần con người. [Stress](https://www.vinmec.com/tin-tuc/thong-tin-suc-khoe/suc-khoe-tong-quat/stress-nguyen-nhan-trieu-chung-va-cach-dieu-tri/) không chỉ xuất hiện khi gặp những sự việc tiêu cực mà còn có thể đến từ những điều tích cực trong cuộc sống. Hầu hết mọi người đều trải qua cảm giác stress ít nhất một lần trong đời. Đây có thể coi là cơ chế bảo vệ tự nhiên cũng như một phần bình thường trong cuộc sống, tuy nhiên [stress kéo dài](https://www.vinmec.com/tin-tuc/thong-tin-suc-khoe/suc-khoe-tong-quat/stress-keo-dai-bieu-hien-va-nhung-tac-hai/) sẽ gây ảnh hưởng đến sức khỏe con người.

- Trầm cảm là một căn bệnh phổ biến về tinh thần, gây rối loạn sức khỏe tâm thần, khi con người xuất hiện cảm giác bị cô lập hay tuyệt vọng. Cảm xúc này sẽ gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến suy nghĩ cũng như hành động của người bệnh. Nó còn khiến người bệnh mất đi mọi hứng thú trong cuộc sống, ảnh hưởng đến sinh hoạt thường ngày. [Trầm cảm](https://www.vinmec.com/vi/benh/tram-cam-2982/) là mức độ nghiêm trọng nhất, nó còn nghiêm trọng hơn cả stress, vì có thể khiến người bệnh tự làm tổn thương bản thân, thậm chí có suy nghĩ tự tử.

- Một trong những cách đơn giản nhất có thể thực hiện hàng tháng ở nhà nhưng vẫn mang lại kết quả chính xác khá cao, đó là sử dụng bảng đánh giá DASS. Thang đánh giá lo âu - stress - trầm cảm có hai loại, là DASS 21 và DASS 42 tương ứng với số lượng câu hỏi có trong mỗi bảng.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Chỉ định khi người bệnh có những than phiền về cơ thể, buồn chán, mệt mỏi không rõ nguyên nhân, lo âu, ám ảnh sợ, rối loạn stress sau sang chấn…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh loạn thần, hôn mê, thái độ không hợp tác, phủ định bệnh...

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V.** **CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: 30 phút.**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

* Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Cán bộ tâm lý giải thích cho bệnh nhân hiểu cách làm trắc nghiệm.

- Cho bệnh nhân làm thử câu 1: Đọc hiểu và đánh dấu vào mục đúng với thực trạng hiện tại. Nếu bệnh nhân chưa hiểu cách làm thì được hướng dẫn cách đánh dấu.

- Sau đó bệnh nhân tiếp tục đọc hiểu và đánh dấu vào các mục tiếp theo của trắc nghiệm.

- Sau khi bệnh nhân hoàn thành phần trả lời trắc nghiệm, cán bộ tâm lý thu phiếu trắc nghiệm đã điền đầy đủ.

- Cán bộ tâm lý đánh giá kết quả trắc nghiệm:

- Ghi rõ thái độ của bệnh nhân khi làm trắc nghiệm: sự hợp tác, sự chú ý, phản ứng bất thường…

- Sau khi hoàn thành tất cả các câu hỏi phía bên trên, cần tính tổng số điểm có được rồi nhân với hệ số 2. Do cách tính điểm của mỗi mức độ sẽ khác nhau nên cần so sánh với bảng đánh giá lo âu - stress - trầm cảm:

Mức độ trầm cảm:

* Từ 0 điểm đến 9 điểm: Bình thường
* Từ 10 điểm đến 13 điểm: Nhẹ
* Từ 14 điểm đến 20 điểm: Vừa
* Từ 21 điểm đến 27 điểm: Nặng
* Từ 28 điểm đến 42 điểm: Rất nặng

Mức độ lo âu:

* Từ 0 điểm đến 7 điểm: Bình thường
* Từ 8 điểm đến 9 điểm: Nhẹ
* Từ 10 điểm đến 14 điểm: Vừa
* Từ 15 điểm đến 19 điểm: Nặng
* Từ 20 điểm đến 42 điểm: Rất nặng

Mức độ stress:

* Từ 0 điểm đến 14 điểm: Bình thường
* Từ 15 điểm đến 18 điểm: Nhẹ
* Từ 19 điểm đến 25 điểm: Vừa
* Từ 26 điểm đến 33 điểm: Nặng
* Từ 34 điểm đến 42 điểm: Rất nặng

**VI. THEO DÕI:**

- Quan sát thái độ và hành vi của bệnh nhân khi làm trắc nghiệm.

**VII.** **XỬ TRÍ TAI BIẾN:**

- Thường không có tai biến gì.

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm” trang 136-139

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Giai đoạn trầm cảm” trang 119-125

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”** ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn trầm cảm tái diễn” trang 126-131

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn lo âu lan tỏa” trang 132-135

**QUY TRÌNH 07**

**06.0008 THANG ĐÁNH GIÁ HƯNG CẢM YOUNG**  
**(YOUNG MANIA RATING SCALE – YMRS)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Thang đánh giá hung cảm Young do tác giả R.Young và cộng sự xây dựng và phát triển tại Mỹ và lần đầu tiên được công bố vào năm 1978. YMRS là một bảng hỏi gồm 11 mục có nhiều lựa chọn được tiến hành bởi cán bộ trắc nghiệm có kinh nghiệm để đo lường mức độ nghiêm trọng của cơn hưng cảm ở người trưởng thành và trẻ vị thành niên.

Về cấu trúc: Thang đánh giá hưng cảm Young gồm 11 đề mục được thiết kế dưới dạng nhiều câu hỏi. Thông tin để đánh giá được bệnh nhân báo cáo các triệu chứng trong suốt 48 giờ trước và từ quan sát lâm sàng của cán bộ trắc nghiệm trong suốt quá trình phỏng vấn.

Thang này cung cấp những đánh giá căn bản mức độ trầm trọng của các triệu chứng hưng cảm, đồng thời cung cấp thông tin cho việc điều trị ở bệnh nhân rối loạn lưỡng cực type I và II.

Ưu điểm của YMRS là ngắn gọn, dễ sử dụng và dễ hiểu.

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân ở trạng thái hưng cảm không có loạn thần

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân loạn thần

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Cán bộ trắc nghiệm tiếp nhận bệnh nhân có chỉ định thực hiện trắc nghiệm tâm lý hướng dẫn cho họ trả lời toàn bộ các câu hỏi của thang đánh giá.

- Xử lí kết quả theo cách đánh giá và tính điểm như sau:

Có 4 đề mục được tính điểm từ 0 đến 8; đó là các đề mục: dễ bị kích thích, lời nói, suy nghĩ nội dung và gây rối/ hành vi hung hăng.

Có 7 đề mục được tính điểm từ 0 đến 4. Cộng điểm các đề mục để lấy tổng số điểm.

Đánh giá:

< 12 điểm: không có hưng cảm

12 – 20 điểm: có dấu hiệu hưng cảm

> 20 điểm: có hưng cảm

**VI. THEO DÕI**

Theo dõi hành vi xúc và sự hợp tác của bệnh nhân trong quá trình đánh giá

**VII. TAI BIẾN VÀ CÁCH XỬ TRÍ**

- Chưa thấy báo cáo tai biến và cách xử trí trong y văn

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn cảm xúc lưỡng cực” trang 112-118

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Giai đoạn hưng cảm” trang 107-111

**QUY TRÌNH 08**

**06.0009 THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU - ZUNG**

**I. ĐẠI CƯƠNG:**

- Thang tự đánh giá lo âu ZUNG (Zung Self-Rating Anxiety Scale, SAS) là một trắc nghiệm tâm lý thường được sử dụng để đánh giá [mức độ lo âu](https://bookingcare.vn/cam-nang/benh-roi-loan-lo-au-va-cach-di-kham-chua-hieu-qua-p477.html).

- ZUNG là thang tự đánh giá, gồm 20 mục, đánh giá mức độ lo âu dựa trên 4 nhóm triệu chứng: Nhận thức, thần kinh tự trị, vận động và hệ thần kinh trung ương.

**II. CHỈ ĐỊNH:**

Bệnh nhân có những than phiền về cơ thể, lo âu, ám ảnh sợ , rối loạn stress sau sang chấn, trầm cảm…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Người bệnh loạn thần, hôn mê, không hợp tác.

**IV. CHUẨN BỊ:**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: 30 phút.**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Cán bộ tâm lý giải thích cho bệnh nhân hiểu cách. Sau đó bệnh nhân thực hiện bằng cách đánh dấu vào các mục của trắc nghiệm Zung

- Thu phiếu sau khi bệnh nhân hoàn thành phần trả lời trắc nghiệm.

- Cán bộ đánh giá kết quả trắc nghiệm: ghi rõ thái độ của bệnh nhân khi làm trắc nghiệm: Sự hợp tác, sự chú ý, phản ứng bất thường…

Sau khi trả lời tất cả câu hỏi, bạn cộng toàn bộ số điểm lại và so sánh với kết quả sau:

* Không lo âu: ≤ 40 điểm
* Lo âu mức độ nhẹ: 41 - 50 điểm
* Lo âu mức độ vừa: 51 - 60 điểm
* Lo âu mức độ nặng: 61 - 70 điểm
* Lo âu mức độ rất nặng: 71 - 80 điểm

**VI. THEO DÕI**

- Quan sát thái độ và hành vi của bệnh nhân khi làm trắc nghiệm.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thường không có xẩy ra tai biến gì.

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn lo âu lan tỏa” trang 132-135

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm” trang 136-139

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Giai đoạn trầm cảm” trang 119-125

**QUY TRÌNH 09**

**06.0010 THANG ĐÁNH GIÁ LO ÂU - HAMILTON**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thang đánh giá lo âu Hamilton là một trong những công cụ được sử dụng rộng rãi với mục đích chủ yếu là đo lường các mức độ lo âu khác nhau. Thang đánh giá lo âu này không chỉ đánh giá về tâm lý mà còn có thể nói lên phần nào phản ứng lo âu của cơ thể.

- Thang đo bao gồm 14 mục, mỗi mục được xác định bởi một loạt các triệu chứng lo âu về mặt tâm lý (đau khổ tâm lý, kích động tinh thần) và lo âu về mặt thể chất (phàn nàn về các biểu hiện cơ thể liên quan đến lo âu).

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân có những than phiền về cơ thể, lo âu, ám ảnh sợ, rối loạn stress sau sang chấn, trầm cảm…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH:**

Người bệnh loạn thần, hôn mê, không hợp tác.

**IV. CHUẨN BỊ:**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: 30 phút.**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

* Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.
* Giải thích cho Bệnh nhân hiểu mục đích của việc làm trắc nghiệm. Động viên bệnh nhân bình tĩnh trả lời các mục của trắc nghiệm theo đúng tâm trạng thực mà không che dấu. Giải thích cho bệnh nhân hiểu là những thông tin được bảo đảm bí mật.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

- Cán bộ tâm lý giải thích cho bệnh nhân hiểu cách. Sau đó trẻ thực hiện bằng cách đánh dấu vào các mục của trắc nghiệm Hamilton

- Thu phiếu sau khi bệnh nhân hoàn thành phần trả lời trắc nghiệm.

- Cán bộ đánh giá kết quả trắc nghiệm: ghi rõ thái độ của bệnh nhân khi làm trắc nghiệm: Sự hợp tác, sự chú ý, phản ứng bất thường…

- Cách xử lí kết quả: Mỗi mục được tính điểm trên lựa chọn từ 0 điểm: không có các triệu chứng lo âu tới 4 điểm: mức độ lo âu rất nặng.

Kết quả dựa trên tổng điểm thu thập được:

Tổng điểm ≤17: Mức độ lo âu nhẹ

Tổng điểm 18 – 24: Mức độ lo âu trung bình

Tổng điểm 25 – 30: Mức độ lo âu nặng

Tổng điểm >30: Mức độ lo âu nghiêm trọng

**VI. THEO DÕI**

- Quan sát thái độ và hành vi của bệnh nhân khi làm trắc nghiệm.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thường không có xẩy ra tai biến gì.

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn lo âu lan tỏa” trang 132-135

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm” trang 136-139

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Giai đoạn trầm cảm” trang 119-125

**QUY TRÌNH 10**

**06.0017 THANG ĐÁNH GIÁ TRẠNG THÁI TÂM THẦN TỐI THIỂU (MMSE)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

- Thang đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu MMSE được Folstein xây dựng năm 1975, nhằm đánh giá chức năng nhận thức thông thường, được sử dụng khám lâm sàng, nhất là các đôi tượng suy giảm nhận thức, lú lẫn tâm thần. Thang đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu của Folstein có giá trị như một trắc nghiệm để chẩn đoán, đồng thời cũng có chức năng như một thang để lượng giá tính trạng suy giảm nhận thức, lượng giá chủ yếu trên các chức năng chú ý, trí nhớ ngắn hạn và dài hạn, định hướng lực.

- Thang đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu của Folstein được xây dựng nhằm đánh giá chức năng chú ý, định hướng, trí nhớ. Được cấu trúc bởi bộ câu hỏi ngôn ngữ, số, hình ảnh, gồm 3 phần:

+ Phần 1 (Định hướng, chú ý, trí nhớ): Định hướng không gian, thời gian 10 câu hỏi, trí nhớ tức thì, nhắc lại 3 từ được nghe. Chú áy và khả năng

Làm tính 100 trừ 7, làm 5 lần. TRí nhớ gần, nhắc lại 3 từ khí kiểm tra trí nhớ tức thì (sau ít nhất 3 phút)

+ Phần 2: Khả năng ngôn ngữ: 8 câu hỏi

+ Phẩn 3: Yêu cầu sao lại hình vẽ

**II. CHỈ ĐỊNH**

Bệnh nhân có những than phiền về trí nhớ, tập trung chú ý, giảm chsuwcs năng vận động, ngôn ngữ, tính cách…

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

Người bệnh loạn thần, hôn mê, không hợp tác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**41.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH: 30 phút.**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

- Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu mục đích của việc làm trắc nghiệm. Động viên bệnh nhân bình tĩnh trả lời các mục của trắc nghiệm theo đúng tâm trạng thực mà không che dấu. Giải thích cho bệnh nhân hiểu là những thông tin được bảo đảm bí mật.

**3. Thực hiện kỹ thuật:**

- Cán bộ tâm lý giải thích cho bệnh nhân hiểu cách. Sau đó bệnh nhân thực hiện bằng cách đánh dấu vào các mục của trắc nghiệm MMSE.

- Thu phiếu sau khi bệnh nhân hoàn thành phần trả lời trắc nghiệm.

- Cán bộ đánh giá kết quả trắc nghiệm: ghi rõ thái độ của bệnh nhân khi làm trắc nghiệm: Sự hợp tác, sự chú ý, phản ứng bất thường…

- Có 30 câu hỏi và yêu cầu. Mỗi câu hỏi và yêu cầu làm đúng được 2 điểm, tối đa 30 điểm

+ >= 24 điểm: Bình thường

+ 20-23 điểm: Suy giảm nhận thức nhẹ

+ 14-19 điểm: Suy giảm nhận thức vừa

+ <14 điểm: Suy giảm nhận thức nặng

**VI. THEO DÕI**

- Quan sát thái độ và hành vi của bệnh nhân khi làm trắc nghiệm.

**VII. XỬ TRÍ TAI BIẾN**

Thường không có xẩy ra tai biến gì.

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Sa sút trí tuệ trong bệnh Alzheimer” trang 5-10

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu” trang 11-15

**QUY TRÌNH 11**

**06.0024 THANG ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG HÀNG NGÀY (ADLS)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Hoạt động chức năng trong sinh hoạt hàng ngày là những hoạt động tự chăm sóc ai cũng cần phải thực hiện như ăn uống, tắm rửa, mặc quần áo, vệ sinh cá nhân… trong một ngày. Thang đánh giá hoạt động hàng ngày (ADLs) và thang đánh giá hoạt động hàng ngày có sử dụng công cụ, phương tiện (IADLs) là thước đo để đánh giá hoạt động chức năng không chỉ trên bệnh nhân yếu liệt, tổn thương thần kinh- tâm thần mà còn là một trong những thành phần quan trọng trong dánh giá lão khoa toàn diện. Kết quả lượng giá cho biết mức độ giảm khả năng của người khuyết tật, khi muốn đánh giá mức độ cần hỗ trợ, nhu cầu cần phục hồi chức năng và đánh giá kết quả của chương trình can thiệp

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Đánh giá thực hiện hoạt động chức năng trong sinh hoạt hàng ngày được chỉ định cho mọi trường hợp khuyết tật, đặc biệt khi muốn đánh giá mức độ cần hỗ trợ, nhu cầu cần phục hồi chức năng và đánh giá kết quả của chương trình can thiệp. Tuy nhiên, nó thường được chỉ định nhiều hơn trong các trường hợp sau:

- Người bệnh liệt

- Người khuyết tật thần kinh, tâm thần

- Người khuyết tật chậm phát triển trí tuệ

- Người bệnh mắc bệnh mãn tính, suy giảm sức khỏe

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Không có chống chỉ định.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**4. Người bệnh**

- Có thể được quan sát trực tiếp khi đang thực hiện các hoạt động hoặc phỏng vấn qua người chăm sóc chính.

- Quan sát trực tiếp: Người bệnh được giải thích về mục đích đánh giá và họ sẽ thực hiện các hoạt động theo yêu cầu, dưới sự quan sát của người đánh giá. Cũng có thể đánh giá, quan sát người bệnh ở những thời điểm họ đang thực hiện các hoạt động này, cách này thường được sử dụng trên thực tế.

- Phỏng vấn người chăm sóc chính: Với những người bệnh nặng hoặc không có khả năng giao tiếp (hôn mê, chậm phát triển trí tuệ, khó khăn ngôn ngữ…), người đánh giá sẽ hỏi người chăm sóc chính về từng hoạt động để từ đó người đánh giá sẽ xác định mức độ thực hiện hoạt động của người bệnh.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Cán bộ trắc nghiệm tiếp nhận bệnh nhân có chỉ định thực hiện trắc nghiệm tâm lý hướng dẫn cho họ trả lời toàn bộ các câu hỏi của thang đánh giá.

- Yêu cầu người bệnh lần lượt thực hiện các hạng mục cần đánh giá.

- Quan sát người bệnh thực hiện các hạng mục cần đánh giá hoặc phỏng vấn người chăm sóc chính.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi hành vi, cảm xúc và sự hợp tác của người bệnh trong quá trình ghi.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Không có tai biến của kĩ thuật và cách xử trí trong y văn.

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Sa sút trí tuệ trong bệnh Alzheimer” trang 5-10

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu” trang 11-15

**QUY TRÌNH 12**

**06.0030 BẢNG NGHIỆM KÊ NHÂN CÁCH HƯỚNG NỘI, HƯỚNG NGOẠI EYSENCK (EPI)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Bài trắc nghiệm tính cách Eysenck Personality Inventory (EPI) dùng để đo 2 xu hướng độc lập và phổ biến trong tính cách con người, hướng nội hay hướng ngoại và ổn định hay nhiều cảm xúc. Bài trắc nghiệm này sẽ bao quát hầu hết các mặt trong tính cách của bạn. Tất cả có 57 câu hỏi đòi hỏi trả lời Có hoặc Không. Những đặc điểm đo được thuộc về Mức độ hướng nội (hướng ngoại) và Mức ổn định trong cảm xúc. Sau khi điền xong bài EPI, bạn sẽ có 3 thang điểm:

”Mức độ thành thật’’ trên thang điểm 9 – đo mức độ mong muốn xã hội mà bạn đang cố gắng trả lời. Những bạn đạt điểm 5 trở lên có lẽ đang cố gắng làm cho bản thân hoàn hảo hơn và không hoàn toàn trung thực trong câu trả lời của bạn.

“Điểm E’’ trên thang điểm 24 – đo mức độ hướng ngoại của bạn

‘‘Điểm N’’ cũng trên thang 24 – đo mức độ cảm xúc của bạn.

Dựa vào biểu đồ này, bạn có thể nhận biết được tính cách chủ đạo của bản thân mình. Càng gần bên ngoài của vòng tròn, tính cách của bạn sẽ càng trở nên rõ nét

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân cần đánh giá tính cách, cảm xúc.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân kích thích, loạn thần, không hợp tác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên.

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện.

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Cán bộ trắc nghiệm tiếp nhận bệnh nhân có chỉ định thực hiện trắc nghiệm tâm lý hướng dẫn cho họ trả lời toàn bộ các câu hỏi của thang đánh giá.

- Xử lí kết quả theo cách đánh giá và tính điểm như sau:

- Có 57 câu hỏi có sẵn bệnh nhân lựa chọn trả lời Có hoặc Không.

**- Cách tính điểm E - hướng ngoại:** So sánh câu trả lời của bệnh nhân trong các câu hỏi, nếu kết quả trùng thì được tính 1 điểm. Điểm E được đưa lên trục tung (trục dọc), sau đó đọc tính cách tương ứng

**- Cách tính điểm N - Dễ xúc động:** Tương tự như cách tính điểm E, so đáp án trùng, mỗi đáp án trùng được tính 1 điểm. Điểm N được đưa lên trục hoành (trục ngang), sau đó đọc tính cách tương ứng

**- Cách tính điểm mức độ thành thật:** So sánh câu trả lời của bệnh nhân trong các câu hỏi, nếu kết quả trùng thì được tính 1 điểm

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi hành vi, cảm xúc và sự hợp tác của người bệnh trong quá trình ghi.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Không có tai biến của kĩ thuật và cách xử trí trong y văn.

**VIII. TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Sa sút trí tuệ trong bệnh Alzheimer” trang 5-10

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Sa sút trí tuệ trong bệnh mạch máu” trang 11-15

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm” trang 136-139

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Giai đoạn trầm cảm” trang 119-125

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”** ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn trầm cảm tái diễn” trang 126-131

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn lo âu lan tỏa” trang 132-135

**QUY TRÌNH 13**

**06.0031 TRẮC NGHIỆM RỐI LOẠN GIẤC NGỦ (PSQI)**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Ngủ là một trong những hoạt động giúp duy trì nhịp sinh học của cơ thể. Một giấc ngủ chất lượng sẽ giúp nâng cao sức khỏe và tỉnh táo. Những người thường xuyên rối loạn giấc ngủ hoặc ngủ không đủ giấc sẽ thúc đẩy các yếu tố nguy cơ gây bệnh: Tiểu đường, tim mạch, lo âu, trầm cảm, tai nạn, suy giảm nhận thức và ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống.

Rối loạn giấc ngủ là khái niệm thể hiện sự: Rối loạn về số lượng, chất lượng và chu kỳ giấc ngủ.

Trắc nghiệm rối loạn giấc ngủ PSQI là 1 bài kiểm tra cho kết quả khá chính xác tình trạng rối loạn và chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân. Với phương pháp này, tình trạng rối loạn giấc ngủ của người bệnh sẽ được đánh giá dựa trên thang đo chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (The Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI).

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân rối loạn giấc ngủ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân kích thích, loạn thần, không hợp tác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3.  Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện .

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Cán bộ trắc nghiệm tiếp nhận bệnh nhân có chỉ định thực hiện trắc nghiệm tâm lý hướng dẫn cho họ trả lời toàn bộ các câu hỏi của thang đánh giá.

- Xử lí kết quả theo cách đánh giá và tính điểm như sau

- Có 9 đề mục được tính điểm, đề mục 1-4 bệnh nhân chủ động điền khoảng thời gian bệnh nhân thấy phù hợp. Đề mục 5-9 bệnh nhân lựa chọn 1 trong 4 phương án có sẵn.

- Thang điểm của bài trắc nghiệm rối loạn giấc ngủ PSQI sẽ được lập trình sẵn trên máy tính. Sau khi người bệnh điền kết quả, máy tính sẽ tính toán và đưa ra thang điểm phù hợp. Nếu tổng điểm bằng 5 hoặc cao hơn cho thấy một giấc ngủ kém.

|  |  |
| --- | --- |
| Bảng cho điểm | Điểm |
| Tổng số giờ ngủ được/ Tổng số giờ đi ngủ x 100% | ( >85%= 0, 75%-84% =1, 65%-74% =2, <65= 3) |
| Điểm mục 2(15p=0, 16-30p=1, 31-60p= 2, >60p=3) + Điểm mục 5a. | Tổng điểm: 0đ =0, 1-2đ =1, 3-4đ =2, 5-6đ=3 |
| Điểm mục 4 | > 7=0, 6-7= 1, 5-6 =2, < 5= 3 |
| Tổng điểm mục 5b-5j | 0=0, 1-9=1, 10-18=2, 19-27=3 |
| Điểm mục 6 |  |
| Điểm mục 7 |  |
| Điểm mục 8 + điểm mục 9 | 0=0, 1-2-1, 3-4=2, 5-6=3 |
| Tổng điểm chung |  |

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi hành vi, cảm xúc và sự hợp tác của người bệnh trong quá trình ghi.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Không có tai biến của kĩ thuật và cách xử trí trong y văn.

**VII.TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn hỗn hợp lo âu trầm cảm” trang 136-139

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Giai đoạn trầm cảm” trang 119-125

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”** ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn trầm cảm tái diễn” trang 126-131

Tài liệu **“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp**” ngày 14/5/2020 của bộ y tế- “Rối loạn lo âu lan tỏa” trang 132-135

**QUY TRÌNH 14**

**06.0034 THANG ĐIỂM THIẾU MÁU CỤC BỘ HANCHISKI**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Sa sút trí tuệ là một hội chứng lâm sàng do nhiều nguyên nhân gây nên, có đặc điểm:

▪ Giảm trí nhớ ngắn hạn, và

▪ Ít nhất có giảm một trong các lĩnh vực nhận thức sau:

+ Thất ngôn - Giảm ngôn ngữ.

+ Thất dụng - Giảm trí nhớ vận động.

+ Mất nhận biết - Giảm trí nhớ cảm giác.

+ Giảm khả năng tổng hợp, suy luận/giảm chức năng điều hành.

▪ Giảm hoạt động xã hội và/hoặc nghề nghiệp.

▪ Không giải thích được bằng các bệnh khác

Có nhiều thể sa sút trí tuệ từ tổn thương não như bệnh Alzheimer, sa sút trí tuệ mạch máu, sa sút trí tuệ hỗn hợp, sa sút trí tuệ thể Lewy, sa sút trí tuệ trán-thái dương, bệnh Creutzfeldt-Jakob, sa sút trí tuệ do xơ cứng cột bên teo cơ, bệnh Willson, não úng thủy áp lực bình thường…Ngoài ra, còn có thể do nguyên nhân chuyển hóa, bệnh lý tuyến giáp, thiếu vitamin B12 và nhiễm trùng. Trong đó, bệnh Alzheimer và sa sút trí tuệ mạch máu là hai thể thường gặp nhất

Phân biệt giữa bệnh Alzheimer và sa sút trí tuệ mạch máu chủ yếu dựa vào diễn tiến bệnh, dấu hiệu thần kinh cục bộ và hình ảnh học. Tuy nhiên có thể áp dụng “thang điểm thiếu máu cục bộ Hanchiski” để phân biệt.

**II. CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân sa sút trí tuệ.

**III. CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

- Bệnh nhân kích thích, loạn thần, không hợp tác.

**IV. CHUẨN BỊ**

**1.  Người thực hiện**

- 01 bác sĩ và 01 điều dưỡng viên

**2. Phương tiện, dụng cụ,**

Ngoài buồng làm trắc nghiệm tâm lí yên tĩnh, ánh sáng vừa đủ, thì cần phải có:

- Bộ câu hỏi trắc nghiệm.

- Bộ xử lí kết quả

- Bút, giấy trắng

- Máy tính, máy in.

**3. Hồ sơ bệnh án**

- Họ tên, tuổi, nghề nghiệp, địa chỉ, chẩn đoán bệnh

- Tiền sử sản khoa và tiền sử bệnh tật liên quan.

**V. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1.  Kiểm tra hồ sơ**

Đối chiếu hồ sơ bệnh án và người bệnh

**2.  Kiểm tra người bệnh**

- Phù hợp với tiêu chuẩn đề ra.

- Giải thích cho bệnh nhân hiểu về chỉ định làm trắc nghiệm tâm lí, tính an toàn của kĩ thuật để bệnh nhân hợp tác trong quá trình thực hiện .

**3. Thực hiện kỹ thuật**

- Cán bộ trắc nghiệm tiếp nhận bệnh nhân có chỉ định thực hiện trắc nghiệm tâm lý hướng dẫn cho họ trả lời toàn bộ các câu hỏi của thang đánh giá.

- Xử lí kết quả theo cách đánh giá và tính điểm như sau

|  |  |
| --- | --- |
| Biểu hiện lâm sàng | Điểm |
| Khởi phát đột ngột | 2 |
| Tiến triển nặng dần theo kiểu bậc thang | 1 |
| Tiến triển dao động | 1 |
| Lú lẫn về đêm | 1 |
| Nhân cách tương đối thay đổi ít | 1 |
| Trầm cảm | 1 |
| Phàn nàn về cơ thể | 1 |
| Không kiểm chế được cảm xúc | 1 |
| Tiền sử tăng huyết áp | 1 |
| Tiền sử đột quỵ | 2 |
| Có bằng chứng về xơ vữa động mạch | 1 |
| Triệu chứng thần kinh khu trú | 2 |
| **Tổng** | 15 |

- Có 12 đề mục được tính điểm, cộng điểm các đề mục để lấy tổng số điểm:

- Đánh giá: <= 4 điểm: sa sút trí tuệ trong bệnh Alzheimer

4-7 điểm: sa sút trí tuệ hỗn hợp

> 7 điểm: sa sút trí tuệ mạch máu.

**VI. THEO DÕI**

- Theo dõi hành vi, cảm xúc và sự hợp tác của người bệnh trong quá trình ghi.

**VII. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Không có tai biến của kĩ thuật và cách xử trí trong y văn.

**QUY TRÌNH 15**

**18.213 CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH NỘI SOI ẢO CÂY PHẾ QUẢN**

**(TỪ ≥ 256 DÃY) [CHỤP CLVT 512 DÃY]**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Là kỹ thuật thu ảnh lồng ngực có ứng dụng phần mềm nội soi ảo cây phế quản bằng máy chụp cắt lớp vi tính, chẩn đoán bất thường bệnh lý phế quản, dị vật phế quản…

**II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

Các bất thường dị dạng phế quản

Phát hiện các dị vật

Đánh giá chèn ép, hẹp, cắt cụt các nhánh phế quản

**2. Chống chỉ định**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối

- Một số chống chỉ định tương đối: phụ nữ có thai, đặc biệt trong ba tháng đầu. Khi phải chụp có thể sử dụng áo chì che vùng bụng.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa

- Kỹ thuật viên điện quang

**2. Phương tiện**

- Máy chụp CLVT 512 LÁT

- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

**3. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.

- Tháo bỏ vật dụng kim loại, vòng cổ, cặp tóc, áo ngực nếu có

- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

**4. Phiếu xét nghiệm**

Có phiếu chỉ định chụp CLVT 512 LÁT

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

- Đặt người bệnh nằm ngửa, hai tay giơ cao qua đầu, hướng dẫn người bệnh hít vào, nín thở nhiều lần với mức độ giống nhau để có được đúng các lớp cắt liên tiếp

- Chụp định vị (scout view) lấy toàn bộ lồng ngực từ nền cổ đến hết cơ hoành.

- Chụp các lớp cắt liên tiếp, xoắn ốc từ đỉnh phổi đến hết góc sườn hoành, độ dày lớp cắt: 5mm. Trong trường hợp ung thư phế quản phổi cần cắt hết đến tuyến thượng thận để tìm di căn

- FOV: tùy thuộc vào kích thước, độ dày của người bệnh, 32-40

- Đặt cửa sổ trung thất: WL = 35, WW = 400

- Đặt cửa sổ nhu mô: WL = - 600 đến - 800, WW = 1200

- Hình ảnh recontraction: 1,25 mm.

- Chọn seri ảnh trung thất vào phần mềm VCAR để tái tạo cây phế quản. Thực hiện nội soi ảo, phân tích tổn thương (nếu có), lưu ảnh tổn thương phế quản: chít hẹp, cắt cụt hoặc dị vật….

- In phim hoặc chuyển ảnh sang trạm làm việc (trạm làm việc) của bác sỹ

**V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

Kỹ thuật thăm khám này không có tai biến.

**QUY TRÌNH 16**

**18.251 CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH RUỘT NON (ENTERO-SCAN) KHÔNG DÙNG SONDE (TỪ ≥ 256 DÃY) [CHỤP CLVT 512 LÁT]**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chụp CLVT 512 LÁT ruột non không dùng ống thông là phương pháp thăm khám xâm nhập tối thiểu nhằm phát hiện bệnh lý ruột non. Người bệnh được làm giãn ruột non bằng phương pháp uống nước qua đường miệng, sau đó chụp cắt lớp vi tính trước và sau tiêm thuốc cản quang.

**II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

- Phát hiện các khối u ruột non trong bệnh cảnh chảy máu tiêu hóa, thiếu máu mãn tính không phát hiện được trên nội soi tiêu hóa...

- Bệnh cảnh tắc ruột không hoàn toàn, hoặc tắc ruột thấp do dây chằng hay các nguyên nhân khác (chiếu xạ, viêm nhiễm, nhiễm trùng…).

- Trong bệnh Crohn nhằm phát hiện các đường rò tiêu hóa, tắc ruột thấp.

- Bệnh lý co kéo mạc treo nhằm tìm kiếm các nguyên nhân u (lymphoma, carcinoma ruột non) hay tổn thương tiền ung thư như viêm loét ruột non.

**2. Chống chỉ định**

- Dị ứng với thuốc cản quang đường tĩnh mạch.

- Tắc ruột hoàn toàn

- Phụ nữ có thai

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa

- Kỹ thuật viên điện quang

- Điều dưỡng

**2. Phương tiện**

- Máy chụp CLVT 512 LÁT

- Máy bơm điện chuyên dụng

- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

**3. Vật tư y tế**

- Bơm tiêm: 10ml, 20ml

- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện

- Kim tiêm 18-20G

- Thuốc cản quang tan trong nước

- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc

- Nước cất hoặc nước muối sinh lý 1000ml

- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật

- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.

- Bông, gạc phẫu thuật.

- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc cản quang.

**4. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.

- Tháo bỏ vật dụng kim loại, áo ngực, thắt lưng (nếu có)

- Cần nhịn ăn trước 12giờ.

- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: cần cho thuốc an thần…

**5. Phiếu xét nghiệm**

Có phiếu chỉ định chụp CLVT 512 LÁT

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh quy trình thăm khám và hướng dẫn người bệnh phối hợp.

- Xem xét hồ sơ bệnh án và tìm kiếm các dấu hiệu chống chỉ định tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch

- Chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch (kim 18G)

- Tham khảo các kết quả chẩn đoán hình ảnh trước đó (nếu có)

**2. Tiến hành kỹ thuật**

- Bước 1: Cho người bệnh uống khoảng 1000ml nước trong thời gian ngắn (khoảng 15 phút). Sau đó tiêm tĩnh mạch thuốc giảm trương lực ruột non.

- Bước 2: chụp cắt lớp vi tính ruột non

- Topogram: hướng trước sau, FOV 512x512 ( từ vòm hoành đến xương mu)

- Chụp các lớp cắt trước tiêm thuốc cản quang (từ gan đến bàng quang) để đánh giá mức độ giãn ruột. Độ dày lớp cắt 5mm, Pitch 1,5, tái tạo recontraction: 1,25mm. Nếu thấy ruột giãn chưa đủ, có thể cho uống thêm.

- Chụp xoắn ốc toàn bộ ổ bụng sau khi đã tiêm thuốc đối quang tĩnh mạch. Liều 1-1,5ml/kg cân nặng, tốc độ 2,5 -3ml/s. Thời gian chụp sau tiêm khoảng 60s. Nếu có chảy máu tiêu hóa thì chụp thì động mạch sau tiêm 25s. Độ dày lát cắt: 5mm, Pitch 1. Cửa sổ: Abdomen. Tái tạo: hình ảnh cửa sổ bụng WL = +50, WW = 400, độ dày lát cắt 0.6-1mm.

- Chuyển dữ liệu sang trạm làm việc để XỬ TRÍ hình ảnh trên các phần mềm MPR, MIP, VR, 3D….

**V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…

- Rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy: do uống nhiều nước. Chỉ cần điều trị nội khoa

- Tai biến liên quan đến thuốc cản quang: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc cản quang.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp” (Ban hành kèm theo Quyết định số: 25/QĐ-BYT ngày 03 tháng 01 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

**QUY TRÌNH 17**

**18.252 CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH RUỘT NON (ENTERO-SCAN)**

**CÓ DÙNG SONDE (TỪ ≥ 256 DÃY) [CHỤP CLVT 512 LÁT]**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chụp CLVT 512 LÁT ruột non có dùng ống thông là phương pháp thăm khám xâm nhập tối thiểu nhằm phát hiện bệnh lý ruột non. Người bệnh được làm giãn ruột non bằng phương pháp đặt ống thông vào hỗng tràng qua đường mũi - họng, sau đó bơm nước vào ruột non qua ống thông để làm giãn các quai ruột. Tiếp theo là thực hiện chụp cắt lớp vi tính trước và sau tiêm thuốc cản quang.

**II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

- Phát hiện các khối u ruột non trong bệnh cảnh chảy máu tiêu hóa, thiếu máu mãn tính không phát hiện được trên nội soi tiêu hóa..

- Bệnh cảnh tắc ruột không hoàn toàn, hoặc tắc ruột thấp do dây chằng hay các nguyên nhân khác (chiếu xạ, viêm nhiễm, nhiễm trùng…).

- Trong bệnh Crohn nhằm phát hiện các đường rò tiêu hóa, tắc ruột thấp.

- Bệnh lý co kéo mạc treo nhằm tìm kiếm các nguyên nhân u (lymphoma, carcinoma ruột non) hay tổn thương tiền ung thư như viêm loét ruột non.

**2. Chống chỉ định**

- Dị ứng với thuốc cản quang đường tĩnh mạch.

- Phụ nữ có thai

- Không thế đặt ống thông vào ruột non:

- Rối loạn cơ thắt thực quản

- Hẹp nặng (hẹp ác tính, rò thực quản khí phế quản)

- Bất thường chỗ nối thực quản: thoát vị hoành, trào ngược dạ dày thực quản nặng

- Bất thường đường tiêu hóa cao: nối dạ dày ruột

- Tắc ruột hoàn toàn

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa

- Kỹ thuật viên điện quang

- Điều dưỡng

**2. Phương tiện**

- Máy chụp CLVT 512 LÁT

- Máy bơm điện chuyên dụng

- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

**3. Vật tư y tế**

- Bơm tiêm: 10ml, 20ml

- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện

- Kim tiêm 18-20G

- Thuốc cản quang tan trong nước

- Thuốc giảm nhu động ruột.

- Dầu bôi trơn (paraphine).

- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc

- Nước cất hoặc nước muối sinh lý 1000ml

- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật

- Bộ khay đựng dụng cụ, kẹp phẫu thuật.

- Bông, gạc phẫu thuật.

- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc cản quang

- Ống thông hỗng tràng 8F.

**4. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.

- Tháo bỏ vật dụng kim loại, áo ngực, thắt lưng (nếu có)

- Cần nhịn ăn trước 12 giờ.

- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

**5. Phiếu xét nghiệm**

Có phiếu chỉ định chụp CLVT 512 LÁT

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh quy trình thăm khám và hướng dẫn người bệnh phối hợp.

- Xem xét hồ sơ bệnh án và tìm kiếm các dấu hiệu chống chỉ định tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch

- Chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch (kim 18G)

- Tham khảo các kết quả chẩn đoán hình ảnh trước đó (nếu có)

**2. Tiến hành kỹ thuật**

- Bước 1: đặt ống thông ruột non vào tá tràng để bơm nước

- Ống thông ruột non có bôi gel Xylocain ở đầu được đặt vào tá tràng qua đường mũi dưới hướng dẫn của X-quang tăng sáng, đến tận góc Treitz và được cố định lại trên da.

- Bước 2. chuẩn bị chụp cắt lớp vi tính

- Người bệnh nằm ngửa trên bàn chụp, tay để trên đầu.

- Bơm nước qua ống thông làm đầy ruột non tổng số 1500ml với tốc độ khoảng 100-200ml/phút với áp lực tối đa 160mm Hg.

- Nếu nghi ngờ có tắc ruột thấp hay ruột ngắn thì tốc độ bơm không quá 100ml/ phút.

- Bước 3: chụp cắt lớp vi tính ruột non

- Chụp định vị: hướng trước sau, FOV 512x512 (từ vòm hoành đến hết tiểu khung)

- Chụp các lớp cắt trước tiêm thuốc cản quang (từ gan đến bàng quang) để đánh giá mức độ giãn ruột. độ dày lớp cắt 5mm. Pitch 1,5. tái tạo 1,25mm. Nếu thấy giãn chưa đủ, có thể bơm thêm nước nhưng tổng số không quá 2000ml. Khi các quai ruột cuối đã giãn, rút ống thông ra nếu thấy có khả năng gây nhiễu kim loại

- Tiêm tĩnh mạch thuốc làm giảm trương lực ruột (visceralgine…).

- Chụp xoắn ốc toàn bộ ổ bụng sau khi đã tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch. Liều lượng: 1-1,5 ml/kg cân nặng. tốc độ 2,5 -3ml/s. Thời gian chụp: sau tiêm khoảng 60s. nếu có chảy máu tiêu hóa thì chụp thì động mạch sau tiêm 25s. Độ dày lát cắt: 5mm Pitch 1. Tái tạo: hình ảnh cửa sổ bụng WL = + 50 WW = 400, độ dày lát cắt 0.6-1.25 mm.

- Chuyển dữ liệu sang máy tính khác để XỬ TRÍ hình ảnh trên các phần mềm MPR, MIP, VR….

**V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ**

- Hình ảnh hiển thị được rõ các cấu trúc giải phẫu trong vùng thăm khám

- Phát hiện được tổn thương nếu có

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…

- Rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy: do uống nhiều nước. Chỉ cần điều trị nội khoa

- Tai biến liên quan đến thuốc cản quang: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc cản quang.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp” (Ban hành kèm theo Quyết định số: 25/QĐ-BYT ngày 03 tháng 01 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

**QUY TRÌNH 18**

**18.253 CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐẠI TRÀNG (COLO-SCAN) DÙNG DỊCH HOẶC HƠI CÓ NỘI SOI ẢO (TỪ ≥ 256 DÃY)[CHỤP CLVT 512 DÃY]**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Chụp CLVT 512 LÁT đại tràng có nội soi ảo là kỹ thuật dựng hình và nội soi ảo khung đại tràng trên máy chụp CLVT 512 LÁT. Kỹ thuật này được thực hiện bằng cách bơm hơi làm giãn khung đại tràng, sau đó chụp CLVT 512 LÁT toàn bộ khung đại tràng trước và sau tiêm thuốc cản quang.

**II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

- Thăm khám đại tràng đoạn gần khi mà nội soi không thể thăm khám được do vướng u, hẹp, gập góc…

- Người bệnh có chống chỉ định với nội soi đại tràng: suy hô hấp, điều trị chống đông máu, dị ứng với thuốc trong nội soi…

**2. Chống chỉ định**

Xem xét chống chỉ định tiêm thuốc cản quang trong trường hợp suy thận, dị ứng với thuốc cản quang, phụ nữ có thai…

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa

- Kỹ thuật viên điện quang

- Điều dưỡng

**2. Phương tiện**

- Máy chụp CLVT 512 LÁT

- Máy bơm điện chuyên dụng

- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

**3. Vật tư y tế**

- Bơm tiêm: 10ml, 20ml

- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện

- Kim tiêm 18-20G

- Thuốc cản quang tan trong nước

- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc

- Nước cất hoặc nước muối sinh lý

- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật

- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.

- Bông, gạc phẫu thuật.

- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc cản quang.

**4. Người bệnh**

- Ngày trước khi tiến hành chụp người bệnh ăn ít chất xơ, ăn thức ăn loãng

- Uống thuốc tẩy ruột

- Uống nhiều nước

- Nhịn ăn trước khi chụp

- Không uống các chất như sữa, bia, rượu

**5. Phiếu xét nghiệm**

Có phiếu chỉ định chụp CLVT 512 LÁT

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Chuẩn bị người bệnh**

- Giải thích cho người bệnh quy trình thăm khám và hướng dẫn người bệnh phối hợp.

- Xem xét hồ sơ bệnh án và tìm kiếm các dấu hiệu chống chỉ định tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch

- Chuẩn bị đường truyền tĩnh mạch (kim 18G)

- Tham khảo các kết quả chẩn đoán hình ảnh trước đó (nếu có)

**2. Tiến hành kỹ thuật**

- Đặt người bệnh lên bàn chụp

- Làm căng đại tràng bằng bơm hơi qua ống thông đặt qua đường hậu môn, bơm hơi đến khi người bệnh có thể chịu đựng được.

- Chụp định vị ổ bụng tư thế nằm ngữa để đánh giá xem đại tràng đã đủ căng chưa

- Nếu chưa căng có thể tiếp tục bơm hơi đến khi thấy đủ căng

- Chụp các lát cắt từ vòm hoành đến phần trực tràng thấp

- Có thể kết hợp với tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch.

- Sau đó đặt người bệnh nằm sấp, tiếp tục bơm hơi vào đại tràng

- Chụp lại định vị nằm sấp để đánh giá mức độ căng của đại tràng

- Chụp lại các lát cắt lấy toàn bộ khung đại tràng ở tư thế nằm sấp.

- Yêu cầu kỹ thuật:

- Độ dày lát cắt từ 2,5mm, bước nhảy 0.2-0.5%, 120 kV, 80-100 mAs. Tái tạo các lát cắt dày 0,6-1mm.

- Chuyển toàn bộ dữ liệu từ máy chụp sang máy tính xử lý hình ảnh

**V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ**

- Chuyển hình ảnh vào phần mềm dựng hình nội soi ảo để phân tích.

- Xem xét hình ảnh trên các lát cắt ngang 2D bổ sung bằng các hình ảnh tái tạo nội soi ảo 3D, trên các ảnh chụp nằm sấp và nằm ngữa.

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…

- Rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy: do uống nhiều nước. Chỉ cần điều trị nội khoa

- Tai biến liên quan đến thuốc cản quang: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc cản quang.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp” (Ban hành kèm theo Quyết định số: 25/QĐ-BYT ngày 03 tháng 01 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

**QUY TRÌNH 19**

**18.290 CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH KHỚP**

**CÓ TIÊM THUỐC CẢN QUANG VÀO Ổ KHỚP (TỪ ≥ 256 DÃY)[CHỤP CLVT 512 DÃY]**

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Một số bệnh lý khớp đặc biệt các tổn thương sau chấn thương thường khó chẩn đoán đối với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh thường quy. Một số tổn thương kín đáo có thể được bộc lộ rõ ràng nhờ phương pháp chụp cắt lớp vi tính khớp có tiêm thuốc cản quang nội khớp.

**II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

- Đánh giá tổn thương u xương khớp

- Viêm xương khớp, thoái hóa khớp.

- Các bất thường bẩm sinh các khớp

**2. Chống chỉ định**

Xem xét chống chỉ định tiêm thuốc cản quang trong trường hợp suy thận, dị ứng với thuốc cản quang, phụ nữ có thai…

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa

- Kỹ thuật viên điện quang

- Điều dưỡng

**2. Phương tiện**

- Máy chụp CLVT 512 LÁT

- Máy bơm điện chuyên dụng

- Máy X quang tăng sáng truyền hình

- Bộ áo chì, tạp dề che chắn tia X

- Phim, cát - xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

**3. Vật tư y tế**

- Bơm tiêm: 10ml, 20ml

- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện

- Kim tiêm 18-20G

- Kim chọc khớp chuyên dụng

- Thuốc cản quang tan trong nước

- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc

- Nước cất hoặc nước muối sinh lý

- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật

- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.

- Bông, gạc phẫu thuật.

- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc cản quang.

**4. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.

- Tháo bỏ vật dụng kim loại, khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc (nếu có)

- Cần nhịn ăn trước 4giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.

- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

**5. Phiếu xét nghiệm**

Có phiếu chỉ định chụp CLVT 512 LÁT

**III. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Phương pháp vô cảm**

Không cần gây tê

**2. Kỹ thuật**

- Đặt người bệnh nằm trên bàn máy X quang tăng sáng

- Sát khuẩn da vùng khớp cần chọc

- Bác sĩ rửa tay, mặc áo, đi găng, trải toan vô khuẩn

- Định vị khe khớp cần chọc

- Chọc kim vào ổ khớp

- Trộn dung dịch thuốc cản quang, nước muối sinh lí theo tỉ lệ và thể tích phù hợp với từng khớp cụ thể.

- Bơm thuốc vào ổ khớp, kiểm soát sự lưu thông của thuốc dưới màn tăng sáng

- Rút kim, băng vị trí chọc.

- Chuyển người bệnh sang phòng chụp cắt lớp vi tính, tiến hành chụp CLVT 512 LÁT khớp theo quy trình chụp khớp thông thường

- Xử lí hình ảnh và in phim

**IV. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ**

- Đảm bảo kim bơm thuốc thuốc cản quang nằm trong ổ khớp

- Hỗn hợp thuốc thuốc cản quang ngấm lan tỏa trong ổ khớp.

**V. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Chảy máu vị trí chọc kim. Băng ép vị trí chọc.

- Tụ máu phần mềm cạnh vị trí chọc kim: theo dõi

- Nhiễm trùng khớp: khám chuyên khoa.

- Tai biến liên quan đến thuốc cản quang: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc cản quang.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp” (Ban hành kèm theo Quyết định số: 25/QĐ-BYT ngày 03 tháng 01 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

**QUY TRÌNH 20**

**18.293 CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TẦM SOÁT TOÀN THÂN (TỪ ≥ 256 DÃY) [CHỤP CLVT 512 DÃY]**

Cắt lớp vi tính toàn thân được thực hiện từ đỉnh sọ cho đến hết tiểu khung, có thể mở rộng trường cắt xuống phía dưới tùy theo từng trường hợp. Thường được khám xét trên các thế hệ máy đa dẫy, tốt nhất từ 64 dẫy trở lên do trường khám xét dài, cần phải cắt tốc độ nhanh để đánh giá đúng được huyết động học của tổn thương khi có tiêm cản quang đường tĩnh mạch .

Các tên gọi khác của kỹ thuật cũng được hiểu là tương đương : Chụp cắt lớp vi tính đa chấn thương, cắt lớp vi tính toàn thân, cắt lớp vi tính toàn cảnh, cắt lớp vi tính toàn thân đánh giá giai đoạn khối u, cắt lớp vi tính toàn thân đánh giá u di căn chưa rõ u nguyên phát.

**I. ĐẠI CƯƠNG**

Cắt lớp vi tính toàn thân được thực hiện từ đỉnh sọ cho đến hết tiểu khung, có thể mở rộng trường cắt xuống phía dưới tùy theo từng trường hợp. Thường được khám xét trên các thế hệ máy đa dẫy, tốt nhất từ 64 dẫy trở lên do trường khám xét dài, cần phải cắt tốc độ nhanh để đánh giá đúng được huyết động học của tổn thương ( khi tiêm cản quang tĩnh mạch ) hoặc do tình trạng nặng của bệnh nhân cấp cứu: bệnh nhân nhi, bệnh nhân có vấn đề tinh thần mà khả năng phối hợp kém.

**II. CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH**

**1. Chỉ định**

- Trong trường hợp tìm các tổn thương di căn hoặc xác định tổn thương nguyên phát.

- Trong các trường hợp đa chấn thương nặng cần được nhanh chóng chẩn đoán vị trí và phân loại chính xác các tổn thương.

+ Tai nạn giao thông với các phương tiện tốc độ cao.

+ Tai nạn giao thông đa chấn thương.

+ Ngã từ độ cao 2 mét.

+ Các nguyên nhân chấn thương khác.

+ Sau chấn thương có kết quả siêu âm, xquang ngực hoặc khung chậu bất thường.

+ Sau chấn thương có dấu hiệu sinh tồn bị đe dọa.

- Chụp theo yêu cầu

**2. Chống chỉ định**

- Không có chống chỉ định tuyệt đối.

- Các chống chỉ định tương đối chủ yếu đối với thuốc đối quang i -ốt tiêm tĩnh mạch: Người bệnh có tiền sử bị bệnh dị ứng, hen phế quản, người bệnh suy gan, suy thận, đặc biệt ở những người bệnh có tiền sử dị ứng với thuốc đối quang i -ốt iod ở những lần chụp trước.

**III. CHUẨN BỊ**

**1. Người thực hiện**

- Bác sỹ chuyên khoa

- Kỹ thuật viên điện quang

- Điều dưỡng

**2. Phương tiện**

- Máy chụp CLVT 512 LÁT

- Bộ áo chì, tạp dề che chắn tia X

- Máy bơm điện chuyên dụng

- Phim, cát – xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh

**3. Vật tư y tế**

- Bơm tiêm 10; 20ml

- Bơm tiêm dành cho máy bơm điện

- Kim tiêm 18-20G

- Thuốc đối quang I-ốt tan trong nước

- Dung dịch sát khuẩn da, niêm mạc

- Nước cất hoặc nước muối sinh lý

- Găng tay, mũ, khẩu trang phẫu thuật

- Bộ khay quả đậu, kẹp phẫu thuật.

- Bông, gạc phẫu thuật.

- Hộp thuốc và dụng cụ cấp cứu tai biến thuốc đối quang.

**4. Người bệnh**

- Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.

- Tháo bỏ vật dụng kim loại, khuyên tai, vòng cổ, cặp tóc nếu có

- Cần nhịn ăn trước 4 giờ. Có thể uống không quá 50ml nước.

- Người bệnh quá kích thích, không nằm yên: Cần cho thuốc an thần…

**5. Phiếu xét nghiệm**

Có phiếu chỉ định chụp CLVT 512 LÁT

**IV. CÁC BƯỚC TIẾN HÀNH**

**1. Tư thế người bệnh**

Người bệnh nằm ngửa, đầu quay về phía khung máy, nếu cắt tầng ngực -bụng nên đưa tay lên phía đầu để tránh nhiễu ảnh từ xương cánh tay, cắt tầng sọ để tay xuôi theo thân mình, tuy nhiên không bắt buộc trong các trường hợp chấn thương.

**2. Đặt kim luồn tĩnh mạch**- Thường đặt tại các tĩnh mạch chi trên, nên đặt ở chi đối bên tổn thương nếu có các tổn thương ở tầng ngực (như ở tuyến vú, hố nách) để tránh nhiễu ản

h bởi thuốc đối quang i -ốt nồng độ cao trong tĩnh mạch.

- Ngoài ra có thể đặt tại các tĩnh mạch chi dưới, tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch cảnh, trong trường hợp này phải sử dụng cắt theo chương trình Bolus timing để xác định đúng thời điểm cắt.

**3. Thiết lập thông số máy**

- Nhập đầy đủ dữ liệu thông tin của người bệnh.

- Các thông số: Kv, mAs, FOV, tốc độ vòng quay bóng thay đổi tùy thuộc từng người bệnh. Thông thường đặt Kv: 120, mAs: 130 - 300. Tốc độ vòng quay bóng: 0,33 – 0,5s. FOV nên chọn càng nhỏ càng tốt.

- Chọn chương trình cắt vòng xoắn liên tục với độ dầy lớp cắt bụng với khoảng cắt: 5 mm trước tiêm thuốc, tái tạo từ 0,625 mm đến 1,25 mm thì động mạch.Từ 1,25 mm đến 2,5 mm thì tĩnh mạch cửa.

- Tốc độ tiêm 3 – 5 ml/s, liều lượng thuốc 1,5 - 2 ml/kg cân nặng.

- Cắt theo chương trình Bolus timing, đặt điểm đo tỉ trọng liên tục tại động mạch chủ ngực, cắt thì động mạch ngay sau khi đồ thị đạt ngưỡng ~ 200 HU. Hoặc có thể lấy thời điểm thì động mạch từ 25 đến 27s sau tiêm thuốc, thì tĩnh mạch sau 60s.

**4. Tiến hành chụp**

- Quy trình thực tế rất đa dạng, linh hoạt vì tổn thương đa dạng và bệnh nhân có thể đang trong tình trạng cấp cứu . Nhưng các bước cơ bản sẽ bao gồm chụp có trước và sau tiêm cản quang tĩnh mạch các vị trí : Đầu, cổ, ngực, bụng và vùng chậu .

- Cắt định hướng theo 2 mặt phẳng đứng dọc và đứng ngang.

- Tiến hành cắt Axial như sau :

+ CT sọ không và có tiêm cản quang ( BN chấn thương có thể không tiêm )

+ CT cột sống cổ không và có tiêm cản quang ( BN chấn thương có thể không tiêm )

+ CT ngực và tầng bụng trên chụp không và có tiêm thì động mạch hoặc thì muộn

+ CT bụng và vùng chậu chụp thì không thuốc, thì động mạch và thì tĩnh mạch

+ Tái tạo hình ảnh đa mặt phẳng của lồng ngực và cột sống

-Thêm các kỹ thuật khác tùy vào tổn thương cụ thể đặc biệt là sau khi quan sát hình ảnh của bệnh nhân với bệnh nhân có nằm trên bàn chụp, các kỹ thuật sau có thể tiến hành thêm:

+ CT dựng mạch 3D hệ mạch cảnh, mạch não nếu có tổn thương đám xuyên hoặc nguyên nhân va đập do vật tù.

+ Chụp thì muộn vùng bụng chậu được dùng để đánh giá tốt các tổn thương đọng thuốc / thoát thuốc gợi ý chẩn đoán tổn thương đang chảy máu .

+ Chụp thì bài xuất hệ tiết niệu / CT bụng chậu đánh giá tổn thương thận ( thoát nước tiểu , hoặc phân độ theo AAST

+ CT bàng quang có bơm nước đánh giá tổn thương bàng quang .

-Có thể kèm những bổ xung sau:

+ Dựng mạch vùng bụng chậu khi nghi ngờ có chảy máu .

+ Chụp / Dựng mạch chi dưới khi có nghi ngờ tổn thương gãy, chảy máu chi dưới.

+ Hoặc lựa chọn chụp 3 pha Ngực, bụng và chậu luôn trong 1 lần chụp và tiêm cản quang.

**5. Tái tạo và dựng ảnh**

- Tái tạo ảnh hướng mặt phẳng đứng dọc và đứng ngang với độ dầy từ 1.25 mm tái tạo MPR, MIP, VRT để chẩn đoán .

- Dựng ảnh 3D tùy thuộc theo tổn thương và chỉ định khám xét.

**6. Theo dõi người bệnh sau khi chụp.**

- Băng ép chặt tại vị trí rút kim tránh chảy máu.

- Theo dõi phản ứng dị ứng muộn của thuốc đối quang i -ốt.

**V. NHẬN ĐỊNH KẾT QUẢ**

- Hình ảnh thấy được các cấu trúc giải phẫu trong vùng thăm khám

- Phát hiện được tổn thương và đánh giá tính chất ngấm thuốc nếu có

**VI. TAI BIẾN VÀ XỬ TRÍ**

- Một số sai sót có thể phải thực hiện lại kỹ thuật như: người bệnh không giữ bất động trong quá trình chụp phim, không bộc lộ rõ nét hình ảnh…

- Tai biến liên quan đến thuốc đối quang i -ốt: xem thêm quy trình Chẩn đoán và xử trí tai biến thuốc đối quang.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y tế “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh và điện quang can thiệp” (Ban hành kèm theo Quyết định số: 25/QĐ-BYT ngày 03 tháng 01 năm 2013 của Bộ trưởng Bộ Y tế).