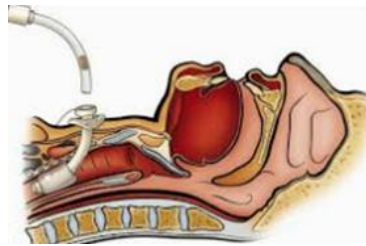




TẬP BÀI GIẢNG HỒI SỨC CẤP CỨU NUR 313



NỘI DUNG

1. Cấp cứu ban đầu và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý phải cấp cứu/cấp cứu ban đầu và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

2. Sốc phản vệ và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý sốc phản vệ và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

3. Sốc tim và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý sốc tim và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

4. Ngộ độc cấp và chăm sóc điều dưỡng

Các loại ngộ độc cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

5. Suy hô hấp cấp và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý suy hô hấp cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

6. Phù phổi cấp và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý phù phổi cấp và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

7. Hôn mê và chăm sóc điều dưỡng

Bệnh lý hôn mê và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

8. Đặt nội khí quản và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật đặt nội khí quản và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

9. Thở máy và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật thở máy và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

10. Khai thông đường thở và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật khai thông, bảo vệ đường thở và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

11. Khí dung và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật khí dung và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

12. Đặt CVC, đo CVP và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật VCV, CVP và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

13. Mở khí quản và chăm sóc điều dưỡng

Kỹ thuật mở khí quản và lập kế hoạch chăm sóc điều dưỡng

14. Đáp án câu hỏi lượng giá

Đáp án của các câu hỏi lượng giá trong các Software Testing



ĐÁNH GIÁ & XỬ TRÍ TRONG CẤP CỨU BAN ĐẦU

MỤC TIÊU

Sau khi học xong, sinh viên có khả năng:

1. Nêu được các khái niệm, tính đặc thù và các rối loạn tâm lý hay gặp ở nạn nhân và gia đình nạn nhân khi vào cấp cứu ban đầu.
2. Trình bày được các nguyên tắc khi tiếp cận và xử trí nạn nhân được cấp cứu ban đầu & các nguyên tắc cần tuân thủ để tránh các sai lầm.
3. Trình bày được trong tâm của một số chuyên đề trong cấp cứu ban đầu như phân loại, vận chuyển, chấn thương do tai nạn, ngừng tim...



NỘI DUNG

1. Đại cương về cấp cứu ban đầu

- 1.1 Khái niệm về cấp cứu/cấp cứu ban đầu.
- 1.2 Các đặc thù trong cấp cứu ban đầu.
- 1.3 Tâm lý của nạn nhân và người nhà của người bệnh trong cấp cứu ban đầu
 - a. Về phía nạn nhân, người bệnh
 - b. Về phía gia đình người bệnh

2. Các nguyên tắc khi tiếp cận, xử trí & tuân thủ để tránh các sai lầm

- 2.1 Các nguyên tắc chính khi tiếp cận và xử trí nạn nhân cấp cứu ban đầu.
- 2.1 Các nguyên tắc cần tuân thủ để tránh các sai lầm

3. Đánh giá và xử trí khi cấp cứu ban đầu

- 3.1 Đánh giá ban đầu và kiểm soát các chức năng sống
- 3.2 Chức năng hô hấp
- 3.3 Chức năng tuần hoàn
- 3.4 Chức năng thần kinh và tâm thần

3.5 Chức năng thận

3.6 Thăng bằng nước, điện giải

3.7 Chăm sóc dinh dưỡng và phòng loét

3.8. Nhu cầu về nước và dịch

3.9. Nhu cầu về calo

3.10. Đường nuôi dưỡng

4. Một số chuyên đề cấp cứu ban đầu

4.1 Nhận định, phân loại

4.2 Chấn thương do tai nạn

4.3 Ngạt thở, ngừng thở

4.4 Nghẹn đường thở do dị vật

4.5 Ngừng tim

4.6 Cấp cứu chảy máu

4.7 Sốc chấn thương

4.8 Cấp cứu điện giật

4.9 Cấp cứu ngộp nước

4.10 Cấp cứu bỏng

4.11 Gãy xương, trật khớp, bong gân

4.12 Chấn thương cột sống

4.13 Choáng do nóng và say nóng

4.14 Các tai nạn lao động đặc biệt

4.15 Vận chuyển nạn nhân

1. Đại cương về cấp cứu ban đầu

1.1. Khái niệm về cấp cứu & cấp cứu ban đầu

- **Cấp cứu** thường được dùng để chỉ các tình trạng bệnh nhân nội/ngoại cần được *đánh giá và điều trị ngay* (do nhân viên y tế thực hiện & bệnh có trong danh mục BHYT). Các tình trạng cấp cứu có thể là:
 - + Nguy kịch (khẩn cấp, critical): nạn nhân có bệnh lý, tổn thương, rối loạn đe dọa tính mạng, nguy cơ tử vong nhanh chóng nếu không được can thiệp cấp cứu ngay.
 - + Cấp cứu (emergency): nạn nhân có bệnh lý, tổn thương, rối loạn có thể tiến triển nặng lên nếu không được can thiệp điều trị nhanh chóng
- **Cấp cứu ban đầu** (first aid, sơ cứu) là sự *hỗ trợ và can thiệp ban đầu* của người cấp cứu với người bị nạn, bị thương tích, bị bệnh cấp tính.
 - + Mục đích là để cứu sống nạn nhân, hoặc làm hạn chế những nguy hiểm đe dọa người bệnh, hoặc ngăn không cho tình trạng xấu đi, thúc đẩy quá trình hồi phục.
 - + Khi phát hiện nạn nhân ở hiện trường, phải tiến hành các biện pháp xử trí cấp cứu ban đầu cho nạn nhân, gọi người trợ giúp, gọi 115 .
 - + Cấp cứu ban đầu có vai trò rất quan trọng, quyết định sự sống chết người bị nạn, phục hồi chức năng hay tàn tật vĩnh viễn. Thời gian là tối quan trọng trong xử trí cấp cứu ban đầu.

1.2. Các đặc thù của cấp cứu ban đầu

1.2.1. Rất nhiều khó khăn, thách thức:

- Hạn chế về thời gian thu thập thông tin, tâm lý của “nạn nhân” và thân nhân tạo áp lực (≠ cấp cứu ở bệnh viện = “bệnh nhân cấp cứu”).
- Cần đánh giá nhanh và ra quyết định với lượng thông tin hạn chế, chưa đầy đủ.
- Không gian và môi trường làm việc rất nhiều áp lực.
- Trong cấp cứu ban đầu trước khi đến viện, người làm sơ cứu có thể phải làm việc ngoài trời, trong môi trường sinh hoạt không có hỗ trợ về y tế, thời tiết có thể không thuận lợi, đôi khi có thể nguy hiểm ngay cả cho người sơ cứu (cháy nổ, hiện trường tai nạn giao thông...)
- Nhiều lo lắng và dễ bị phân tâm các áp lực từ phía nạn nhân và người thân của nạn nhân cũng có thể làm người làm sơ cứu gặp khó khăn để đảm bảo tuân thủ các quy trình và tiêu chí cấp cứu.
- Người làm sơ cứu có nguy cơ bị đe dọa về tinh thần và bạo lực đến từ các nạn nhân kích động, hung hãn, từ gia đình và người thân đang bị mất bình tĩnh...

- 1.2.2. Phần lớn trường hợp yêu cầu cấp thiết lại là suy nghĩ để xác nhận hoặc loại trừ các bệnh lý hay rối loạn nặng đe dọa tính mạng hoặc đe dọa chỉ một bộ phận hay là các chi (tay, chân) của nạn nhân.
- 1.2.3. Nhận định và phản ứng có thể phải tiến hành song song nhiều quy trình (ví dụ vừa cấp cứu vừa hỏi, vừa khám...), còn phương pháp thăm khám và đánh giá tuần tự, lần lượt từng quy trình có thể lại không phù hợp và nhiều khi là quá chậm trễ đối với yêu cầu cấp cứu.
- 1.2.4. Nguy cơ bị quá tải, hậu quả là dễ có nạn nhân bị bỏ sót
- 1.2.5. Phải xử lý cấp cứu theo tính ưu tiên cấp cứu (nạn nhân nào cần cấp cứu hơn thì được khám trước, can thiệp nào cấp thiết hơn thì ưu tiên thực hiện trước...)
- 1.2.6. Phải tiếp cận và sắp xếp giải quyết các việc liên quan đến ngừng tuần hoàn và tử vong. Khi có đó phải giải quyết nhiều việc khó như: xác nhận tử vong, thông báo và chuẩn bị tâm lý cho người thân của nạn nhân tử vong...

1.2. Các nguyên tắc khi tiếp cận, xử trí & tuân thủ để tránh các sai lầm khi tiếp nhận nạn nhân (khi chuyển đến bệnh viện)

1.2.1 Các nguyên tắc chính khi tiếp cận và xử trí với nạn nhân đã qua sơ cứu.

- a. Phân loại ưu tiên: trước hết cần xác định xem nạn nhân có nguy cơ tử vong hiển hiện không? Nếu không có nguy cơ tử vong rõ ràng thì câu hỏi tiếp theo là nạn nhân có gì bất ổn cần can thiệp ngay không? Các nạn nhân vào cấp cứu cần được phân loại theo các mức độ ưu tiên để được tiếp nhận cấp cứu cho phù hợp. Có nhiều bảng phân loại khác nhau, nhiều mức độ phân loại khác nhau (chương 4)
- b. Ổn định nạn nhân trước khi tập trung vào thăm khám, xử trí chi tiết
- c. Ưu tiên phát hiện và xử trí các rối loạn/tổn thương nguy hiểm và cố gắng chẩn đoán loại trừ các cấp cứu.
- d. Định hướng chuyển: vào viện/vào ICU/trung tâm can thiệp đột quỵ/lưu theo dõi...
- e. Chú ý đến cửa sổ điều trị/thời gian vàng trong cấp cứu, ví dụ: Ngừng tuần hoàn (NTH) và sốc điện: Sốc điện cấp cứu phá rung thất sẽ có hiệu quả nhất nếu được thực hiện trong vòng 5 phút đầu sau ngừng tim.

1.2.2. Các nguyên tắc cần tuân thủ để tránh các sai lầm

- a. Chú ý đến các dấu hiệu sống, các ghi chép của tuyến trước
- b. Thận trọng vào các thời điểm nguy cơ cao: khi đông nạn nhân, giờ cao điểm hoặc thời điểm mệt mỏi.
- c. Thận trọng với nhóm nạn nhân nguy cơ cao: lang thang, nghiện rượu, nghiện thuốc, bạo lực, bị lạm dụng, rối loạn tâm thần
- d. Chú ý đến các chẩn đoán quan trọng có nguy cơ cấp cứu cao (cần nghĩ đến và loại trừ trước):
 - Nhồi máu cơ tim cấp.
 - Tắc động mạch phổi, tắc động/tĩnh mạch
 - Xuất huyết dưới nhện, chảy máu não ở nạn nhân ngộ độc,
 - Viêm màng não
 - Viêm ruột thừa, chửa ngoài tử cung, xoắn tinh hoàn
 - Chấn thương gân hoặc thần kinh...

1.3. Tâm lý của người bệnh và người nhà của người bệnh khi phải cấp cứu ban đầu:

- Các thay đổi tâm sinh lý đối với nạn nhân.
- Các thay đổi tâm sinh lý đối với gia đình họ.
- Người sơ cứu phải nắm được các biến động tâm lý của nạn nhân và gia đình nạn nhân để tránh gặp phải khó khăn lớn trong quá trình cấp cứu cũng như xử trí ban đầu cho nạn nhân.

1.3.1 Về phía người bệnh

- Nạn nhân nếu không mê man, thì luôn thực sự rất lo lắng về sự bất lực do bệnh tật, khả năng tàn phế tử vong cũng như gánh nặng kinh tế sẽ phải gánh khi gặp nạn ... do đó người sơ cứu phải luôn tỏ ra tôn trọng quyền của người bệnh, cũng như hiểu những lo lắng và nhu cầu chính đáng của họ, biết lắng nghe, giải thích và thông cảm chia sẻ với nạn nhân bằng cử chỉ, thái độ ân cần và dùng ngôn ngữ thông dụng mà họ có khả năng hiểu được.
- Ngay cả khi nạn nhân hôn mê, cần tôn trọng trước mặt họ như khi tỉnh táo, tránh bàn luận về tình trạng bệnh trước mặt họ, nếu được thì động viên gia đình cùng tham gia chăm sóc.

Thường nạn nhân sẽ xuất hiện nhiều trạng thái tâm lý bất thường, như:

– Cơn rối loạn hoảng sợ (panic disorder):

Là cơn kịch phát có một giai đoạn sợ hãi rất mạnh mẽ, với 4 (hoặc hơn) triệu chứng trong các triệu chứng sau xuất hiện và phát triển nhanh chóng trong khoảng 10 phút.

1. Mạch nhanh trên 100 lần/phút, có thể tăng đến 160 lần/phút. nạn nhân đánh trống ngực dữ dội (cảm thấy vỡ tung lồng ngực).
2. Ra nhiều mồ hôi như tắm, mặc dù thời tiết không nóng.
3. Run tay, run chân nên nạn nhân thường gục ngay xuống đất.
4. Cảm giác nghẹt thở như bị ai bóp cổ gây khó thở, thiếu không khí.
5. Cảm giác thở nông, thở hỗn hển nên thông khí kém.
6. Đau hoặc khó chịu ở ngực trái làm nạn nhân tưởng cơn nhồi máu cơ tim.
7. Buồn nôn hoặc đau bụng nên dễ nhầm với viêm dạ dày.
8. Cảm giác chóng mặt, mất thăng bằng, vì vậy nạn nhân dễ ngã.
9. Nạn nhân không còn cảm nhận đúng về bản thân và thế giới xung quanh.
10. Mất kiểm soát các ý nghĩ và hành vi do sợ.
11. Nạn nhân cho là mình chết đến nơi rồi.
12. Cảm giác chết lạng, không cử động được.
13. Lạnh cóng hoặc nóng bừng cơ thể.

Khi cơn rối loạn hoảng sợ xuất hiện thì cần làm gì?

1. Ngồi tại chỗ cho đến khi cơn hoảng sợ qua đi.
2. Tập trung vào việc chế ngự lo âu song không cần quan tâm đến các triệu chứng về cơ thể.
3. Tiến hành thở chậm, thư giãn, không thở quá sâu hay quá nhanh (tăng thông khí) vì có thể gây ra các triệu chứng cơ thể của cơn hoảng sợ. Việc kiểm soát nhịp thở làm giảm các triệu chứng cơ thể này.
4. Tự nhủ rằng đó là một cơn hoảng sợ, các cảm giác và ý nghĩ sợ hãi sẽ mau chóng qua đi.
5. Xác định những nỗi lo đã bị khuếch đại và xuất hiện trong cơn hoảng sợ là không phù hợp với thực tế (ví dụ nạn nhân cho rằng mình bị nhồi máu cơ tim nhưng sự thực tim họ bình thường).
6. Thảo luận cách đương đầu với nỗi lo trong cơn hoảng sợ đó (ví dụ nạn nhân tự nhủ tôi không bị nhồi máu cơ tim, đó chỉ là một cơn hoảng sợ và sẽ qua đi trong vài phút).
7. Các nhóm tự giúp đỡ lẫn nhau có thể giúp nạn nhân chế ngự được cơn hoảng sợ và vượt qua được cơn sợ hãi của mình.

– Cơn rối loạn lo âu (anxiety disorder):

Là sự lo sợ quá mức trước một tình huống xảy ra, có tính chất vô lý, lặp lại và kéo dài gây ảnh hưởng tới sự thích nghi với cuộc sống. Đây là một trong các rối loạn tâm lý có tính phổ biến cao, thường kết hợp với nhiều rối loạn khác như trầm cảm, rối loạn nhân cách, rối loạn ăn uống, rối loạn dạng cơ thể.

+ Các dạng rối loạn lo âu:

* Rối loạn lo âu lan tỏa (GAD): *có các biểu hiện về tâm trạng như luôn bất an, hồi hộp, còn thể chất thì hay run rẩy, căng cứng bắp thịt, vã mồ hôi, thắt ngực, nóng lưng, đau bụng, khó ngủ...*

* Rối loạn ám ảnh cưỡng chế (OCD): *là các ý nghĩ ám ảnh và hành vi cưỡng chế, không làm chủ được các ý nghĩ lặp đi lặp lại một cách vô lý và để giảm bớt độ thôi thúc gây khó chịu cho bản thân họ buộc phải thực hiện hành vi cưỡng chế như là nhìn đồng hồ hoặc rửa tay liên tục...*

* Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD): *nỗi bất an dai dẳng, cảm giác đau buồn không nguôi, có nhiều biểu hiện tâm lý bất thường*

+ Xử trí: bằng các “liệu pháp hành vi nhận thức” như hướng dẫn thư giãn, tập hít thở sâu...thường kết hợp cả hai phương pháp dùng thuốc và hành vi nhận thức. Loại thuốc đang được dùng phổ biến hiện nay là fluoxetine, sertraline, paroxetine...và loại thuốc chống trầm cảm 3 vòng amitriptylin cùng nhóm benzodiazepine.

1.3.2 Tâm lý về phía gia đình có người phải cấp cứu ban đầu

- Khi biết tin người thân phải sơ cứu, về phía gia đình nói chung có rất nhiều biến động về tâm lý, đặc biệt là các “rối loạn lo âu”.
- Nên gặp gỡ, thông báo cho gia đình nạn nhân biết:
 - + Người nhà họ đang nằm ở đâu?
 - + Có nặng hay không ?
 - + Những biện pháp đang cố gắng làm để cứu BN?.
- Lắng nghe những tâm tư, nguyện vọng từ phía gia đình cũng như khả năng tài chính của họ
- Ghi nhận những thông tin, cảm nhận của họ về quá trình của BN trước khi vào khoa cấp cứu
- Nên chủ động thông báo cho gia đình nạn nhân:
 - + Tình trạng diễn biến của người bệnh
 - + Đặc biệt trong tình huống có diễn biến đột ngột xấu đi hoặc nguy cơ tử vong để gia đình cùng theo sát được diễn biến của nạn nhân, hợp tác cứu chữa nạn nhân

3. Đánh giá và xử trí khi nạn nhân phải cấp cứu ban đầu

3.1 Đánh giá ban đầu và kiểm soát các “chức năng sống”

- Đánh giá ban đầu và kiểm soát các chức năng sống theo trình tự được trình bày trong bảng 1. (Từ tiếng Anh, các bước này được đặt tên theo trình tự ABCDE, rất dễ nhớ).
- Khi tiến hành thăm khám, cần để nạn nhân ở tư thế nằm ngửa, không nên để nạn nhân ngồi hoặc đứng.
- Nếu có nhiều người cùng tham gia xử lý thì mọi người phải tiến hành đồng thời dưới sự điều phối chung của một trưởng nhóm có thể là người thạo việc sơ cứu, và nếu là một bác sỹ hay một điều dưỡng cấp cứu nắm vững các phác đồ cấp cứu thì tốt nhất.
- Cần phải đánh giá lại nhiều lần để có thể xử trí kịp thời khi có tiến triển.
- Trong trường hợp có nhiều nạn nhân được chuyển tới bệnh viện thì cần ưu tiên cấp cứu nạn nhân không ổn định hoặc nguy kịch trước. Bác sỹ phụ trách cấp cứu và điều dưỡng trưởng tua trực hay đội cấp cứu thực hiện phân loại thứ tự ưu tiên cấp cứu.

Bảng 1

Bước		Mô tả
A (<u>A</u> irway)	Đánh giá và bảo đảm đường thở	Đảm bảo đường thở thông thoáng và bất động cột sống cổ thẳng trục, thở ô xy
B (<u>B</u> reathing)	Thông khí	Đánh giá thở, phát hiện và xử trí các chấn thương ngực nguy hiểm tính mạng
C (<u>C</u> irculation)	Tuần hoàn (và cầm máu)	Tìm chảy máu ngoài và chảy máu trong, đánh giá nhịp tim, mạch, huyết áp, thời gian tái hồng mao mạch
D (<u>D</u> isability)	Thần kinh	Đánh giá tình trạng thần kinh (điểm Glasgow và đồng tử)
E (<u>E</u> xposure Environment)	Bộc lộ và kiểm soát môi trường, thân nhiệt	Cởi bỏ quần áo, thăm khám toàn bộ bề mặt cơ thể để tìm tổn thương, đặc biệt nách, bẹn, vùng tầng sinh môn, lưng; che phủ để phòng hạ thân nhiệt

3.2. Bảo đảm chức năng hô hấp

3.2.1. Khai thông đường dẫn khí – bảo đảm đường thở (Airway) / Tham khảo bài 10 – Các kỹ thuật khai thông đường thở

3.2.2. Đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản / Tham khảo bài 8a & 8b – Chăm sóc nạn nhân đặt NKQ; Chăm sóc nạn nhân Mở KQ.

3.2.3. Hút đờm phế quản, rửa phế quản

3.2.4. Thông khí nhân tạo – Nếu không đảm bảo nhịp thở về bình thường hoặc gần bình thường, lồng ngực di động tốt, nạn nhân hết tím, và SpO₂ > 95%...thì phải tiến hành thông khí nhân tạo

- Hô hấp miệng - miệng, miệng - mũi.
- Bóp bóng Ambu. Hô hấp nhân tạo bằng máy

3.2.5. Các xét nghiệm cần làm liên quan đến hô hấp

- Các khí trong máu. Sinh hoá: đường máu, urê máu.
- X quang chụp phổi tại giường.

*Sau khi đã kiểm tra và bảo đảm chức năng hô hấp, cố gắng tìm các biện pháp duy trì một tình trạng huyết động gần như bình thường.

3.3. Chức năng tuần hoàn - Đánh giá, đảm bảo huyết động và cầm máu

3.3.1 Nhanh chóng đánh giá tình trạng tuần hoàn (sốc, đe dọa sốc...?)

3.3.2 Nếu có rối loạn hoặc nguy cơ rối loạn huyết động:

- Thở oxy 100%; Đặt 2 đường truyền ngoại biên đường kính lòng lớn
- Nếu nạn nhân chấn thương bị sốc mất máu mà không kiểm soát được thì tìm cách chuyển nhanh vào phòng mổ để mổ cấp cứu cầm máu.
- Bắt đầu bằng mạch, huyết áp, điện tim, nước tiểu 1 giờ, 3 giờ, 24 giờ. Tiếp theo là áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP). Có thể sơ bộ đánh giá CVP bằng cách cho nạn nhân nằm thẳng, theo dõi tĩnh mạch cảnh:
 - + Tĩnh mạch cảnh xẹp: CVP thấp, thường kèm theo huyết áp thấp.
 - + Tĩnh mạch cảnh nổi: CVP tăng, nâng dần dần lưng nạn nhân lên cho đến khi tĩnh mạch cảnh xẹp, khoảng cách giữa hai tư thế là CVP (tính từ điểm 0 ở đường nách giữa ngang với liên sườn II), đây là biện pháp để thực hiện trong hoàn cảnh không đo được CVP bằng catheter tĩnh mạch trung tâm.

3.3.3 Trong tổn thương lồng ngực: Có thể giải quyết tạm thời tình trạng sốc bằng dẫn lưu lồng ngực hoặc chọc màng tim (đối với ép tim cấp).

3.3.4 Tổn thương tuỷ sống : Có thể dẫn tới sốc thần kinh, trong trường hợp này có thể phân biệt bằng các triệu chứng điển hình như mạch chậm, liệt tứ chi và vã mồ hôi lạnh từ vị trí tổn thương trở xuống.

3.4. Chức năng thần kinh và tâm thần

- Đánh giá nhanh tình trạng ý thức và tình trạng thần kinh ngay sau khi kiểm soát sơ bộ được đường thở, thông khí và tuần hoàn:

A- Tỉnh (Alert); V- Đáp ứng với lời nói (Responds to voice)

P- Đáp ứng với đau (responds to Pain); U- Mất ý thức (Unconscious)

Đánh giá và theo dõi điểm Glasgow

- Ngoài tổn thương ý thức cần tìm các dấu hiệu khác của tăng áp lực nội sọ như mạch chậm, buồn nôn, giãn đồng tử một hoặc hai bên.
- Mọi biện pháp hồi sức về hô hấp và tuần hoàn chính là để hồi sức não. Có thể nói được là hồi sức hô hấp, tuần hoàn, não là cơ bản nhất.
- Các biện pháp để bảo vệ não:
 - + Cung cấp oxy cho cơ thể (hồi sức cấp cứu).
 - + Cung cấp glucose.
 - + Chống phù não và tăng áp lực nội sọ.
 - + Hồi sức tuần hoàn, điều chỉnh nước và điện giải.

3.5. Chức năng thận cần lưu ý trong cấp cứu ban đầu

- Tuỳ theo tình hình phải theo dõi nước tiểu:
 - + 1 giờ/lần trong sốc.
 - + 3 giờ/lần khi có rối loạn nước và điện giải.
 - + 24 giờ cho tất cả các nạn nhân cấp cứu.

3.6. Thăng bằng nước, điện giải, toan kiềm

- Việc kiểm soát thăng bằng nước - điện giải, kiểm toan là rất cần thiết đối với các nạn nhân có rối loạn hô hấp tuần hoàn và não.

3.7. Chăm sóc dinh dưỡng và phòng loét do đè ép sớm

- Khi nạn nhân cấp cứu bị để đói thì trong 24 giờ đầu nạn nhân sử dụng glycogen để cung cấp năng lượng cho cơ thể. Dự trữ glycogen chỉ đủ để đáp ứng trong 12 giờ. Sau đó glycogen được lấy từ protein.
- Việc chăm sóc dinh dưỡng chống loét bảo đảm cho công tác hồi sức về sau thành công một nửa, đặc biệt là dẫn lưu tư thế, vận động trị liệu hô hấp phải là thường quy cho mỗi nạn nhân.

3.9. Nhu cầu về calo

- Mỗi ngày nhu cầu cơ bản của cơ thể cần trung bình 35Kcalo/kg. nạn nhân nhiễm khuẩn cần 50 Kcalo/kg, nạn nhân bỏng cần 70 Kcalo/kg.
- Nhu cầu về prôtêin: 0,7 - 1g/kg/ngày.
- Nhu cầu về điện giải mỗi ngày:
 - + Na: 2mEq/kg + số lượng Na mất đi. Ở người bệnh tim: 0,5mEq/kg.
 - + K: 1,25mEq/kg + số lượng K mất đi.
 - + Mg: 0,15 mEq/kg.
- Ngoài ra còn có các nhu cầu về vitamin và các chất vi lượng.

3.10. Đường nuôi dưỡng

- Cố gắng cho ăn qua đường dạ dày, nạn nhân tự ăn hoặc qua ống thông. Nếu có chống chỉ định (nôn, hôn mê, mất phản xạ nuốt, co giật...) cho ăn qua ống thông tĩnh mạch trung tâm.
- Các dung dịch ưu trương nhất thiết phải cho qua ống thông tĩnh mạch lớn, không truyền vào tĩnh mạch ngoại biên.
- Trong mọi tình huống kể cả ỉa chảy cấp, cố gắng nuôi dưỡng nạn nhân bằng cả hai đường trên. Vấn đề là lựa chọn thức ăn thích hợp.

4. Một số chuyên đề về cấp cứu ban đầu (sơ cứu)

- 4.1 Nhận định, phân loại
- 4.2 Sơ cứu Chấn thương do tai nạn
- 4.3 Sơ cứu Ngạt thở, ngừng thở
- 4.4 Sơ cứu Nghẹn đường thở do dị vật
- 4.5 Sơ cứu Ngừng tim
- 4.6 Sơ cứu chảy máu
- 4.7 Sơ cứu Sốc chấn thương
- 4.8 Sơ cứu điện giật
- 4.9 Sơ cứu ngộp nước
- 4.10 Sơ cứu bỏng
- 4.11 Sơ cứu Gãy xương, trật khớp, bong gân
- 4.12 Sơ cứu Chấn thương cột sống
- 4.13 Sơ cứu Choáng do nóng và say nóng
- 4.14 Sơ cứu Các tai nạn lao động đặc biệt
- 4.15 Vận chuyển nạn nhân

4.1 Nhận định, phân loại

4.1.1 Đại cương

Phân loại (triage) nạn nhân đến cấp cứu là một đánh giá lâm sàng nhanh để đưa ra hướng giải quyết. Có thể hiểu việc phân loại này là để đánh giá sơ bộ, ở mức chính xác cho phép để xác định mức độ ưu tiên cấp cứu cho các nạn nhân đến phòng khám cấp cứu và thường do các BS & điều dưỡng có kinh nghiệm tại khoa cấp cứu thực hiện.

4.1.2. Nhận định (để phân loại)

2.1 Nhận định phân loại nạn nhân cấp cứu: Đích cần đạt của quá trình phân loại cấp cứu là nhanh chóng giải quyết đúng hướng xử trí cấp cứu cho nạn nhân theo ưu tiên cấp cứu

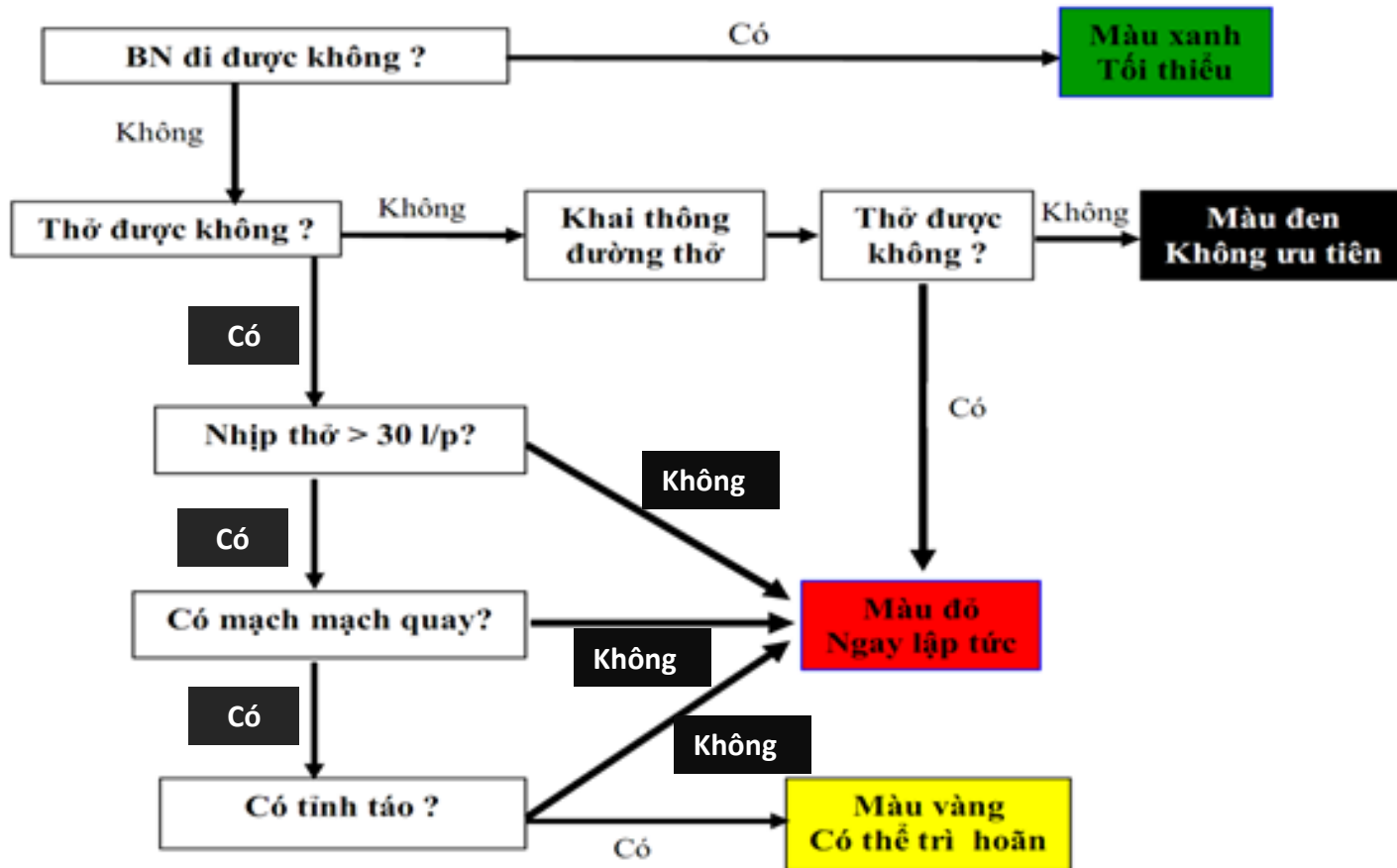
2.2 Nhận định phân loại nạn nhân chấn thương: Có nhiều tiêu chuẩn khác nhau – phân loại trong thảm họa thường dùng các bảng, phiếu có màu, được mã hóa như sau:

- + Đỏ: Cần ưu tiên cấp cứu (Emergency).
- + Vàng: có thể nâng lên (Urgent).
- + Xanh lá cây: có thể theo dõi và ít nguy cơ diễn biến bất thường (Non urgent)
- + Đen: chết hay bị thương rất nặng không có hy vọng sống.

Mô hình phân loại cấp cứu và xử trí nhanh START

Nguồn: American Red Cross, 2014

PHÂN LOẠI CẤP CỨU VÀ XỬ TRÍ NHANH START (Simple Triage and Rapid Treatment)



4.2 Chấn thương do tai nạn

4.2.1. Mục tiêu:

- Duy trì sự sống.
- Ngăn ngừa tổn thương diễn tiến và hạn chế sốc chấn thương.
- Giúp nạn nhân bớt lo sợ, bớt đau.
- Tạo điều kiện tốt cho trị liệu chuyên môn tiếp theo.

4.2.2. Tiếp cận nạn nhân chấn thương do tai nạn

Khi phải ứng xử trước một tai nạn khẩn cấp – người sơ cứu hay thầy thuốc (bác sĩ, điều dưỡng, cấp cứu viên) phải bình tĩnh, khẩn trương, thao tác chính xác, hiệu quả. Tuân theo các bước cơ bản sau:

a. Xem xét hiện trường:

- Trước hết, người sơ cứu phải được an toàn để không biến mình trở thành nạn nhân tiếp theo. Xem xét hiện trường để xác định còn tồn tại yếu tố gây tai nạn không
- Nếu hiện trường không an toàn phải gọi ứng cứu, người sơ cứu phải dùng phương tiện bảo hộ hoặc chuyển gấp nạn nhân ra nơi an toàn khi cần thiết.

b. Xem xét nhanh nạn nhân kỳ đầu:

- Nhanh chóng gọi to: Cứu! Cứu! Cứu! Có người bị nạn.
- Xác định nạn nhân còn tỉnh không?
- Xem xét nhanh nạn nhân theo thứ tự A-B-C-D-E).

c. Cấp cứu ban đầu: theo thứ tự ưu tiên A-B-C nếu:

- A. Airway – Đánh giá và xử trí đường thở
- B. Breathing - Đánh giá và xử trí hô hấp
- C. Circulation – Đánh giá sốc và điều trị hồi sức tuần hoàn
- D. Disability – Xử trí tăng áp lực nội sọ và đánh giá tổn thương thần kinh
- E. Exposure/Environment – Đảm bảo thân nhiệt & quan sát toàn thân





d. Xem xét nạn nhân kỳ hai

CHÚ Ý:

- Không di chuyển hoặc xoay trở nạn nhân nếu không cần thiết, khi chưa xác định các tổn thương.
- Nếu cùng lúc có nhiều nạn nhân, ưu tiên cấp cứu nạn nhân nặng trước theo thứ tự A-B-C.
- Báo cho cơ quan y tế gần nhất càng sớm càng tốt

4.3 Ngạt thở, ngừng thở

4.3.1 Xác định ngừng thở, ngạt thở

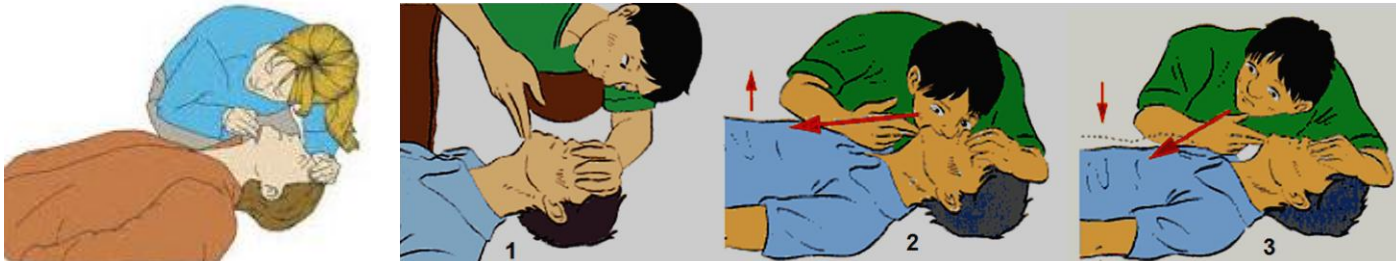
Thở rất yếu hoặc ngừng thở khi áp má hoặc tai sát mũi, má nạn nhân, mà không cảm nhận được có luồng hơi thở ra vào, không thấy ngực phập phồng.

4.3.2. Kỹ thuật cấp cứu – hô hấp nhân tạo (miệng - miệng)

- Gọi hỗ trợ cấp cứu.
- Đặt nạn nhân nằm ngửa trên mặt phẳng cứng
- Khai thông đường thở
- Một tay ngửa đầu, bóp mũi nạn nhân; tay kia nâng cằm nạn nhân, thổi hai hơi đầy trực tiếp vào miệng nạn nhân (trong khi thổi, mắt quan sát lồng ngực nạn nhân).

4.3.3 Đánh giá hiệu quả, theo dõi

Chú ý: Thời gian thổi miệng - miệng phải liên tục cho đến khi bàn giao nạn nhân cho nhân viên y tế làm tiếp.



4.4 Nghẹn đường thở do dị vật

4.4.1. Khái niệm chung

- Nghẹn đường thở do sặc thức ăn hay dị vật là tai nạn tối khẩn cấp, thường xảy ra trong các tình huống:
 - Vừa ăn vừa nói chuyện, cười đùa.
 - Ăn không nhai kỹ, nuốt vội.
 - Ngậm vật trong miệng khi chạy nhảy, chơi đùa.
 - Ép trẻ ăn uống thuốc khi trẻ đang khóc. ..

4.4.2. Nhận biết dị vật đường thở qua cách thở

- Khi nạn nhân bị dị vật đường thở, dấu hiệu nhận biết thường dựa vào tình trạng dị vật gây tắc nghẽn đường thở không hoàn toàn hoặc tắc nghẽn đường thở hoàn toàn.
- Nếu bị tắc nghẽn đường thở không hoàn toàn, nạn nhân thường có triệu chứng ho và cố ho, khạc để tống dị vật ra ngoài. Có thể có biểu hiện khó thở hoặc thở bất thường.
- Nếu bị tắc nghẽn đường thở hoàn toàn, nạn nhân không nói được, tay ôm lấy cổ; ở trong tình trạng khó thở, cố gắng thở, mắt trợn ngược, vẻ mặt hoảng hốt. Mặt của nạn nhân đỏ bừng, mạch máu ở cổ nổi phồng; môi và lưỡi bị tím tái dần.

4.4.3. Cách xử trí dị vật đường thở khác nhau ở từng độ tuổi

Việc xử trí dị vật đường thở phải thực hiện thật khẩn trương nếu không sẽ nguy hiểm tính mạng, do vậy lập tức thực hiện các biện pháp vỗ lưng, ép ngực hay ép bụng tùy độ tuổi.

- Biện pháp vỗ lưng và ép ngực: Áp dụng đối với trẻ nhỏ dưới 1 tuổi...
- Biện pháp vỗ lưng và ép bụng: Áp dụng đối với trẻ từ 1 đến 8 tuổi...
- Biện pháp vỗ lưng và ép bụng: Áp dụng đối với trẻ trên 8 tuổi và người lớn.
- Khi chính bạn bị hóc ..



4.5 Ngừng tim – sơ cứu ngừng tuần hoàn cơ bản

4.5.1. Đại cương

- Hồi sinh tim phổi cần được bắt đầu ngay lập tức sau khi phát hiện nạn nhân ngừng tuần hoàn (NTH). Do khoảng thời gian từ khi gọi cấp cứu đến khi kíp cấp cứu EMS có mặt thường trên 5 phút, nên khả năng cứu sống được nạn nhân ngừng tim phụ thuộc chủ yếu vào khả năng và kỹ năng cấp cứu của người cấp cứu tại chỗ.
- Sốc điện cấp cứu phá rung thất sẽ có hiệu quả nhất nếu được thực hiện trong vòng 5 phút đầu sau ngừng tim. Hồi sinh tim phổi kết hợp với sốc điện sớm trong vòng 3 đến 5 phút đầu tiên sau khi ngừng tuần hoàn có thể đạt tỷ lệ cứu sống lên đến 50% -75%.

4.5.2. Chẩn đoán:

a. Chẩn đoán xác định - dựa vào 3 dấu hiệu:

Mất ý thức đột ngột + Ngừng thở + Mất mạch cảnh.

b. Chẩn đoán nguyên nhân: Song song với hồi sinh tim phổi cơ bản

- Cần nhanh chóng tìm kiếm nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn để giúp cấp cứu có hiệu quả và ngăn ngừa tái phát.
- 11 nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn thường gặp và có thể điều trị nhanh chóng là: (1) Thiếu thể tích tuần hoàn; (2) thiếu oxy mô; (3) toan hóa máu; (4) tăng/tụt kali; (5) hạ đường huyết; (6) trúng độc cấp; (7) ép tim cấp; (8) tràn khí màng phổi áp lực; (9) tắc mạch vành; (10) chấn thương; (11) Hạ thân nhiệt.

4.5.3. Kỹ thuật tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (ABC):

ABC đồng thời gọi hỗ trợ khi phát hiện nạn nhân nghi ngờ bị ngừng tuần hoàn (không cử động, không phản ứng khi lay gọi...)

a. Kiểm soát đường thở:

Đặt ngửa đầu, cổ uốn, thủ thuật kéo hàm dưới/nâng cằm (jawthrust/chinlift)

b. Kiểm soát và hỗ trợ tuần hoàn: ép tim ngoài lồng ngực

- Kiểm tra mạch cảnh (hoặc mạch bẹn) trong vòng 10 giây. Nếu không thấy mạch: tiến hành ép tim ngay.
- Ép tim ở 1/2 dưới xương ức, lún 1/3-1/2 ngực (4-5 cm với người lớn) đủ để sờ thấy mạch khi ép; tần số 100 lần/phút.
- Phương châm là “ép nhanh, ép mạnh, không gián đoạn và để ngực phồng lên hết sau mỗi lần ép”

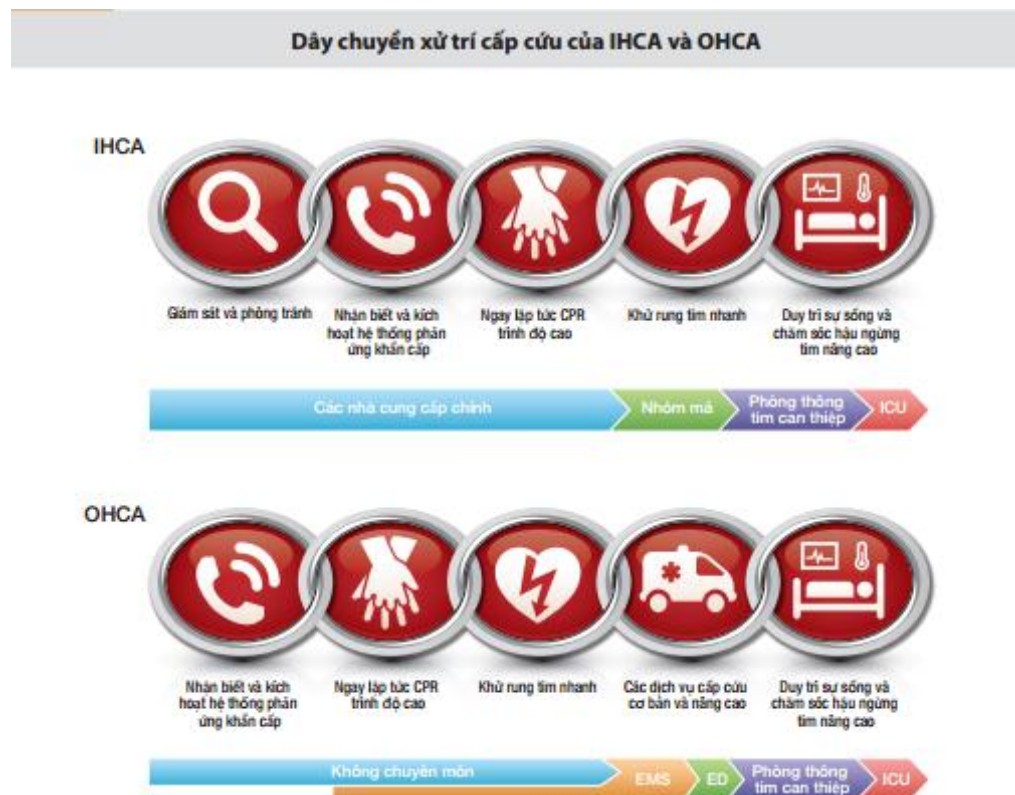


Hình 1 và 2: Tư thế ngửa đầu và nâng cằm



Hướng dẫn 2015 – AHA (American Heart Association) phân biệt giữa ngưng tim trong bệnh viện (IHCA - In of hospital cardiac arrests) với ngưng tim ngoài bệnh viện (OHCA - Out of hospital cardiac arrests) với dây truyền xử lý cấp cứu tách biệt.

- OHCA: Phụ thuộc vào sự hỗ trợ của cộng đồng, người không chuyên phải nhận biết được tình trạng ngưng tim, kêu gọi trợ giúp và bắt đầu CPR (Cardiopulmonary Resuscitation – hồi sinh tim phổi) và khử rung (PAD – loại đại chúng) cho đến khi nhóm EMS (Emergency medical service – dịch vụ cấp cứu y tế) thu nhận và vận chuyển đến phòng cấp cứu/phòng thông tim can thiệp.
- IHCA: Phụ thuộc vào hệ thống giám sát trong bệnh viện và sự tương tác suông sẻ giữa các trung tâm của bệnh viện.



4.6 Sơ cứu chảy máu

- Người ta phân biệt hai loại chảy máu: chảy máu trong và chảy máu ngoài.
- Chảy máu trong: khó nhận biết, dễ bị bỏ qua.

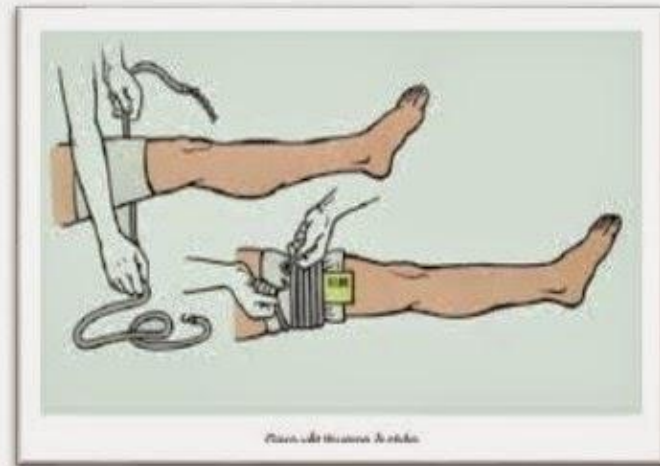
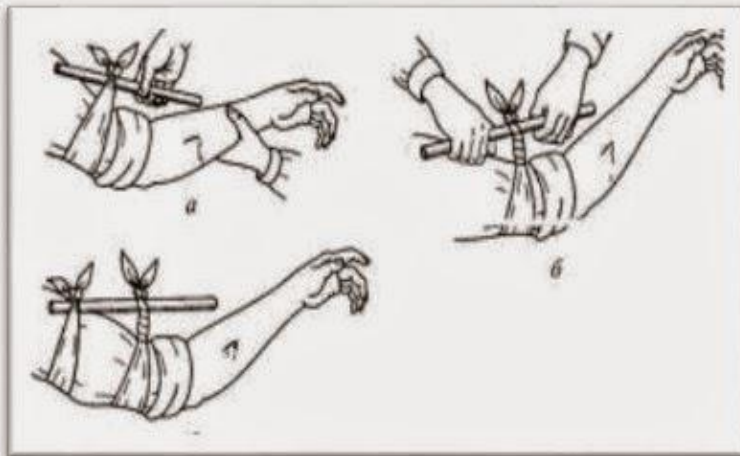
Chảy máu ngoài

- Chảy máu ngoài có thể biểu hiện theo 3 dạng:
 - + Chảy máu động mạch
 - + Chảy máu tĩnh mạch
 - + Chảy máu mao mạch
- Mục tiêu cấp cứu chảy máu ngoài:
 - + Ngưng chảy máu
 - + Phòng và hạn chế Sốc chấn thương.
 - + Phòng và hạn chế nhiễm trùng
- Chú ý:
 - + Không nên cố rửa , sát trùng vết thương đang chảy máu ồ ạt, vết thương hở rộng.
 - + Không đặt vào vết thương sợi thuốc lá hoặc cỏ nhai dập.
 - + Không cố rút dị vật ra khỏi vết thương nếu có.
 - + Garô được chỉ định sử dụng rất hạn chế!
 - + Khi đặt garô phải tuân thủ qui tắc an toàn

Băng ép – băng chèn:



Garô cầm máu:



4.7 Sơ cứu sốc chấn thương

4.7.1. Khái niệm chung

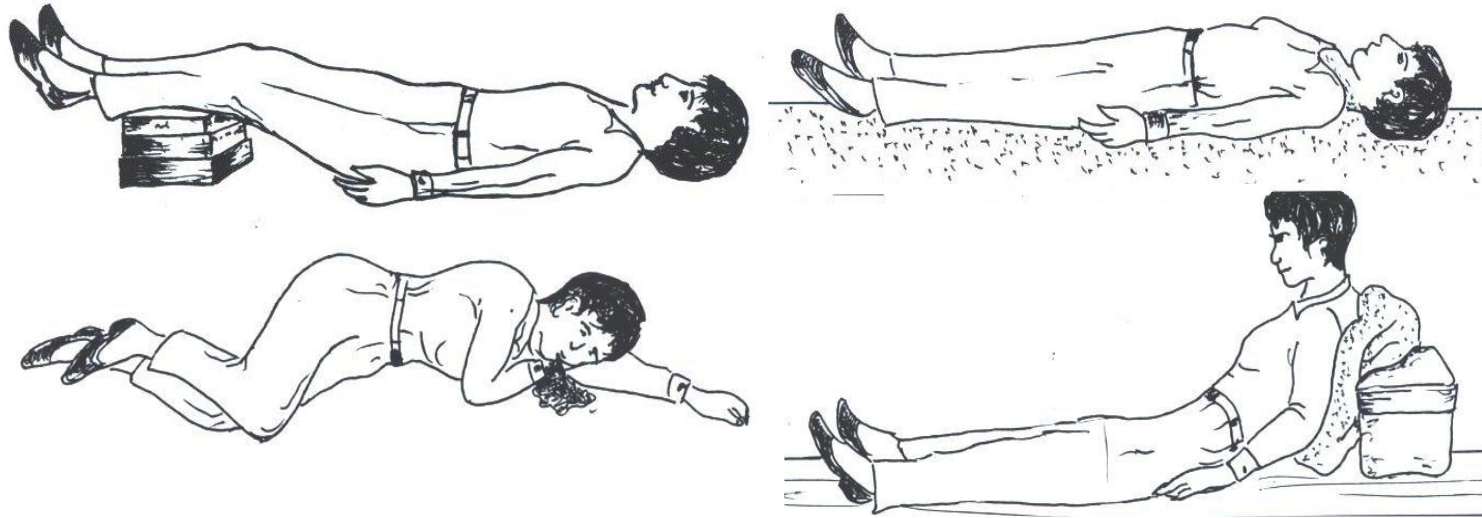
4.7.2. Xác định sớm sốc chấn thương

- Sốc là một biến chứng nặng thường xảy ra sau chấn thương nặng gây đau đớn, mất nhiều máu hoặc bỏng nặng, mất nước, ngộ độc
- Nguyên nhân thường do ngộ độc cấp, rắn cắn, các bệnh nội khoa cấp tính.... trong chấn thương sốc thường xảy ra khi bị đa chấn thương, vết thương mất nhiều máu, bỏng nặng, gãy xương.

4.7.3. Xử trí

- Nạn nhân nằm ngửa chân kê cao hơn đầu khoảng 40 cm.
- Tư thế khi nghi ngờ chấn thương đầu, gãy xương chân, cột sống
- Tư thế khi nạn nhân bị nôn
- Tư thế khi nạn khó thở, nghi ngờ chấn thương vùng ngực, gãy xương sườn

4.7.4. Một số tư thế hạn chế sốc



4.7.5. Chú ý:

- Làm ngưng chảy máu ồ ạt.
- Giữ ấm, cho nạn nhân, có thể cho uống nước ấm.
- Các động tác cấp cứu phải nhẹ nhàng thận trọng tránh gây đau đớn cho nạn nhân.
- Tránh di dời nạn nhân khi không thật cần thiết.

4.8 Sơ cứu điện giật

4.8.1. Khái niệm chung

Điện giật thường làm tim ngừng đập, dễ đưa đến tử vong. Khi bị điện giật nạn nhân có thể bị tổn thương thêm nếu ngã từ trên cao xuống.

Nên cấp cứu điện giật phải:

- Cấp cứu ngay lập tức.
- Cấp cứu tại chỗ
- Cấp cứu kiên trì liên tục.

Tách nạn nhân ra khỏi nguồn điện là việc đầu tiên



4.8.2. Kỹ thuật cấp cứu: Áp dụng 4.2, 4.3 và 4.5 (Cấp cứu hô hấp và ngưng tim)

4.9 Sơ cứu ngộp nước, đuối nước

a. Khái niệm chung

Nạn nhân bị ngộp nước thường trong tình trạng bất tỉnh, ngưng thở, ngưng tim, hạ thân nhiệt do lạnh.

b. Xử trí: tham khảo II, III và V

Đánh giá và tiến hành cấp cứu nạn nhân theo A-B-C đồng thời ủ ấm cho nạn nhân

Chú ý: Không để mất thời gian cho công việc làm nước ra khỏi phổi



Sơ cứu bệnh nhân đuối nước.

4.10 Sơ cứu bỏng

4.10.1. Khái niệm chung

Các yếu tố gây bỏng:

- Do nhiệt. Do lạnh. Do hoá chất. Do phóng xạ, bức xạ. Do điện.
- Mức độ trầm trọng của bỏng tùy thuộc vào độ sâu, độ rộng, vị trí tổn thương và thời gian tiếp xúc với nguồn gây bỏng.
- Bước đầu tiên trong Cấp cứu ban đầu bỏng do mọi yếu tố là tách nguồn bỏng ra khỏi cơ thể nạn nhân.
- Mục tiêu chung trong xử trí bỏng là giảm đau, hạn chế sốc, ngừa nhiễm trùng.
- Chú ý:
 - + Không chạm tay trực tiếp vào nơi bị bỏng.
 - + Không thoa dầu, mỡ, kem đánh răng, nước mắt.. vào nơi bỏng.
 - + Không phá vỡ các bọt nước.
 - + Chèn gạc hoặc vật liệu chống dính ở kẽ ngón khi xử trí bỏng tại bàn tay, bàn chân.

4.10.2 Bỏng nhiệt

a. Bỏng độ 1

Xử trí: Ngâm phần bị bỏng vào nước mát hoặc chườm lạnh, không cần can thiệp bởi y tế.

b. Bỏng độ 2

Xử trí: Như bỏng độ 1

c. Bỏng độ 3 ~ Biểu hiện: Da bị bỏng trợt, trơ mỡ dưới da, thịt.

Xử trí: Kiểm tra “ A-B-C”. Nếu bỏng nhiệt khô, hạn chế cởi quần áo bị cháy xém của nạn nhân, chỉ nên cắt để lộ phần bỏng, tháo vòng đeo. Dùng vật liệu chống dính che nơi bị bỏng. Băng che nhẹ nhàng. Ngừa và hạn chế sốc, cho nạn nhân uống nước muối hoặc dung dịch ORS càng nhiều càng tốt và nhanh chóng chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế sớm nhất.



4.10.3. Bỏng lạnh

Xử trí: Ngâm rửa vùng bỏng trong chậu hay dưới vòi nước ấm nhiệt độ 35 – 40 độ trong thời gian 10-15 phút. Sau đó thấm khô vết bỏng, băng che nhẹ nhàng và chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế.

4.10.4. Bỏng do hóa chất

Xử trí: Cất, cởi quần áo dính hoá chất ra khỏi nạn nhân. Xối rửa liên tục vùng có thể bị bỏng bằng nước sạch trên 20 phút. băng che ép nhẹ nhàng.

Chú ý: Phải thấm, lau dung dịch hoá chất đậm đặc trước khi xối, rửa nước.

4.10.5. Bỏng do điện

Bỏng do hồ quang điện là bỏng rất sâu, khó đánh giá ngay kỳ đầu. Rửa sạch vết thương, chườm lạnh và băng ép nhẹ nhàng.

4.10.6. Bỏng mắt do bức xạ hàn

Mắt bị bỏng đau nhức, sưng, kết mạc sung huyết

Xử trí: Chườm mát vùng mắt, rửa nhẹ mắt bằng nước sạch, nghỉ ngơi nơi phòng tối.



4.11 Sơ cứu gãy xương, trật khớp, bong gân

4.11.1. Gãy xương

a. Định nghĩa: Gãy xương là tình trạng thương tổn làm mất tính liên tục của xương do nguyên nhân có thể do chấn thương hoặc do bệnh lý. Mất tính liên tục hoàn toàn gọi là gãy xương hoàn toàn, mất tính liên tục không hoàn toàn gọi là gãy xương không hoàn toàn.

b. Phân loại:

- Gãy xương kín: là loại gãy xương không kèm theo vết thương ở tổ chức phần mềm làm thông ổ gãy với môi trường bên ngoài
- Gãy xương hở: là loại gãy xương thông qua môi trường bên ngoài qua vết thương ở tổ chức phần mềm

c. Biến chứng

- Choáng do đau.
- Mất máu (kể cả gãy kín).
- Tắc mạch máu do mỡ ở tuỷ.
- Hội chứng chèn ép khoang.
- Thương tổn mạch máu, thần kinh.
- Gãy hở và nhiễm trùng.
- Hội chứng rối loạn dinh dưỡng.
- Can xấu. Rối loạn chức năng vận động.



Gãy Xương Kín

Gãy Xương Hở

4.11.2. Trật khớp, sai khớp

- Định nghĩa: là sự sai lệch vị trí của các diện khớp , thường kèm theo thương tổn phần mềm quanh khớp.
- Triệu chứng lâm sàng :
 - + Có thể có sốc (sai khớp lớn)
 - + Tại chỗ : Đau; Hạn chế vận động;
 - + Biến dạng chi; Sờ thấy chỏm xương ở vị trí bất thường; Hõm khớp rỗng; [
- X.Quang : chỏm ở ngoài ổ khớp



4.11.3. Bong gân

- Định nghĩa: là thương tổn dây chằng và bao khớp do chấn thương hoặc do cử động quá mức, không kèm theo sai khớp, bán sai khớp hay gãy xương.
- Triệu chứng lâm sàng:
 - + Đau; Hạn chế vận động khớp;
 - + Sưng nề , bầm tím
 - + Có cử động bất thường do đứt dây chằng (dấu hiệu ngăn kéo , há khớp)
- X-quang không có gãy xương



4.11.4. Xử trí gãy xương-trật khớp-bong gân

Vì khó phân biệt ba loại tổn thương gãy xương – bong gân – trật khớp trên nạn nhân cấp cứu ban đầu, nên người cấp cứu có thể xử trí theo nguyên tắc chung như sau:

- Chống sốc, chống đau, chườm mát.
- Bất động tạm thời. Băng nẹp cố định chắc chắn nhưng không quá chặt gây chèn ép cản trở lưu thông máu.
- Kiểm tra xem đầu chi có bị tê, tím tái và mạch cổ tay hoặc cổ chân có còn hay không.
- Đối với gãy xương hở, phải xử trí vết thương, cầm máu, chống sốc trước khi thực hiện thao tác bất động tạm thời.



Cố định xương cánh tay



Cố định xương cẳng tay



Cố định xương cẳng chân



Cố định xương đùi



Chú ý:

Không cố ép, đẩy xương bị gãy hở vào vị trí. Không xoa bóp, nắn, kéo chi thể bị tổn thương

4.12 Sơ cứu chấn thương cột sống

a. Khái niệm chung

- Đây là loại chấn thương nghiêm trọng.
- Biến chứng nguy hiểm của chấn thương cột sống là tổn thương thần kinh tuỷ.

b. Xử trí

Khi chấn thương cột sống được nghĩ đến, người cấp cứu không xoay trở nạn nhân một cách “thô bạo”, không làm di động cột sống. Đặt cố định nạn nhân vào băng ca hoặc tấm gỗ cứng khi di chuyển. Di dời và nâng nạn nhân như một khúc gỗ.



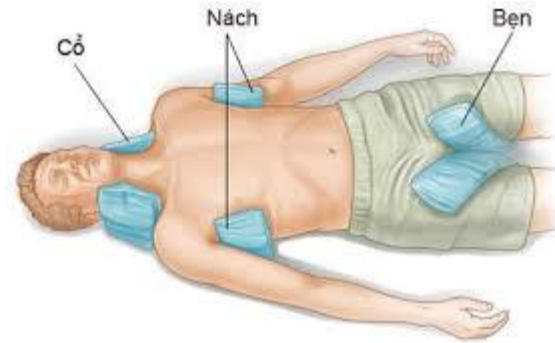
4.13. Sơ cứu choáng do nóng và say nóng

a. Khái niệm chung

- Choáng do nóng thường xảy ra do rối loạn chức năng điều hoà nhiệt độ của cơ thể làm tăng thân nhiệt cấp.
- Tình trạng sốc nặng có thể rối loạn thần kinh tri giác...thậm chí tử vong.
- Say nóng do nạn nhân bị mất nước và điện giải qua mồ hôi trong điều kiện lao động quá sức trong môi trường nóng

b Xử trí:

- Đưa nạn nhân ra nơi thoáng mát, cởi quần áo ngoài, quạt mát, lau, chườm mát cơ thể tích cực, cho uống nước chè xanh, nước hoa quả lạnh, dung dịch nước điện giải ORS nếu nạn nhân chưa bị hôn mê, co giật.
- Gọi Y tế khẩn cấp.



4.14 Sơ cứu các tai nạn lao động đặc biệt

4.14.1. Vết thương cắt cụt

- Sau khi sơ cứu đảm bảo sinh tồn cho nạn nhân, làm ngưng chảy máu, chống sốc, người cấp cứu nhớ tìm và bảo quản đoạn chi rời cho đúng cách: rửa bằng nước sạch, quấn trong gạc, cho vào túi nilon, đặt vào bình đá.
- Thời gian phẫu thuật nối ghép tối ưu là 6 giờ kể từ lúc xảy ra tai nạn



4.14.2. Chấn thương dập nát, vùi lấp

- Không cố nhét ruột vào bụng.
- Không rửa trực tiếp vào vết thương.
- Dùng bát tô úp vào nơi ruột lòi ra và băng lại.
- Phòng và hạn chế sốc chấn thương.
- Gọi cấp cứu và đưa nhanh nạn nhân đến y tế.

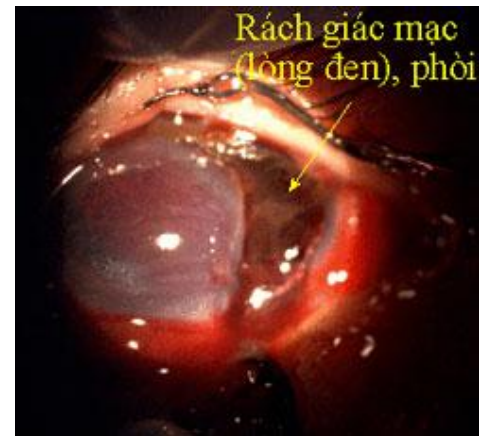
4.14.3. Vết thương có dị vật

- Không cố rút dị vật ra.
- Sát trùng quanh vết thương,
- Băng lại và không ép vết thương.
- Phòng và hạn chế sốc.



4.14.4. Vết thương nhãn cầu

- Băng kín cả hai mắt, tránh băng ép.
- Phòng và hạn chế sốc chấn thương



4.14.5. Vết thương do chó cắn

- Rửa sạch vết thương bằng nước và xà phòng
- Băng che ép nhẹ
- Chú ý: tiêm phòng dại



4.14.6. Vết thương do rắn cắn

- Rửa sạch vết thương bằng nước và xà phòng
- Sát trùng vết thương bằng cồn iốt hoặc Bêtađin
- Băng, cố định chi
- Tránh cử động nhiều
- Không trích rạch và hút máu bằng miệng
- Kiểm tra và đảm bảo A, B, C.
- Đưa đến y tế càng sớm càng tốt



4.14.7. Vết thương do côn trùng chích

- Cố lấy ngòi ra khỏi vết thương
- Rửa sạch vết thương bằng nước và xà phòng
- Băng che ép nhẹ, chườm lạnh
- Kiểm tra và đảm bảo A, B, C.
- Gửi y tế gấp nếu nạn nhân bị sốc phản vệ



4.15 Vận chuyển nạn nhân

a. Khái niệm chung

- Nạn nhân phải được sơ cứu xong mới được chuyển đi.
- Phải vận chuyển nạn nhân nhẹ nhàng.
- Nạn nhân bị thương nặng...bị choáng không được vận chuyển, phải gọi xe cấp cứu đến ngay.
- Cáng thương: cánng bậ, vớng, cáng cừ, ván gổ, hoặc có thể dùng chõng tre...
- * Cánng 2 mảnh gếp (YDC 4 ~ 5,6 triệu/cái) rất hữu dụng trong thực tế khi vận chuyển nạn nhân nặng & trong phòng mổ...



b. Đặt nạn nhân lên cáng

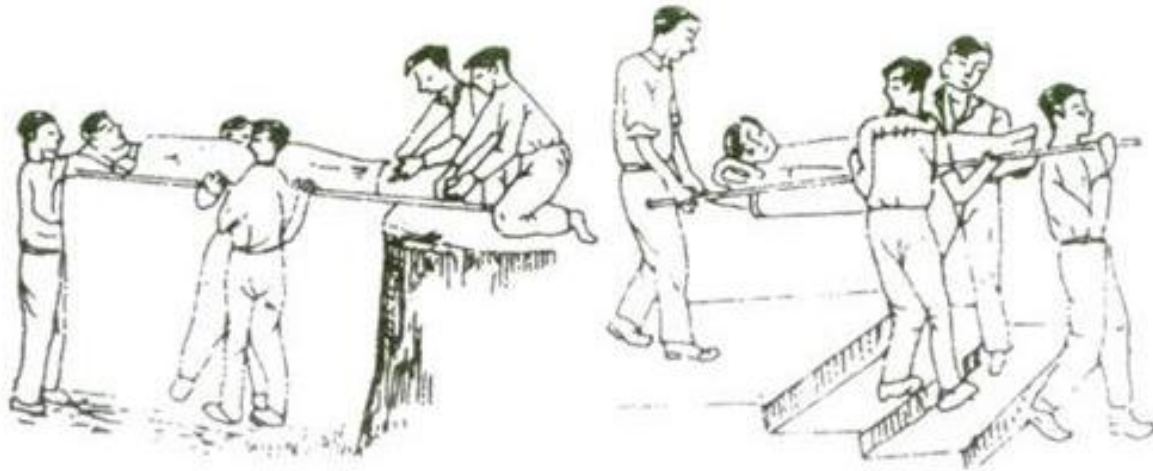
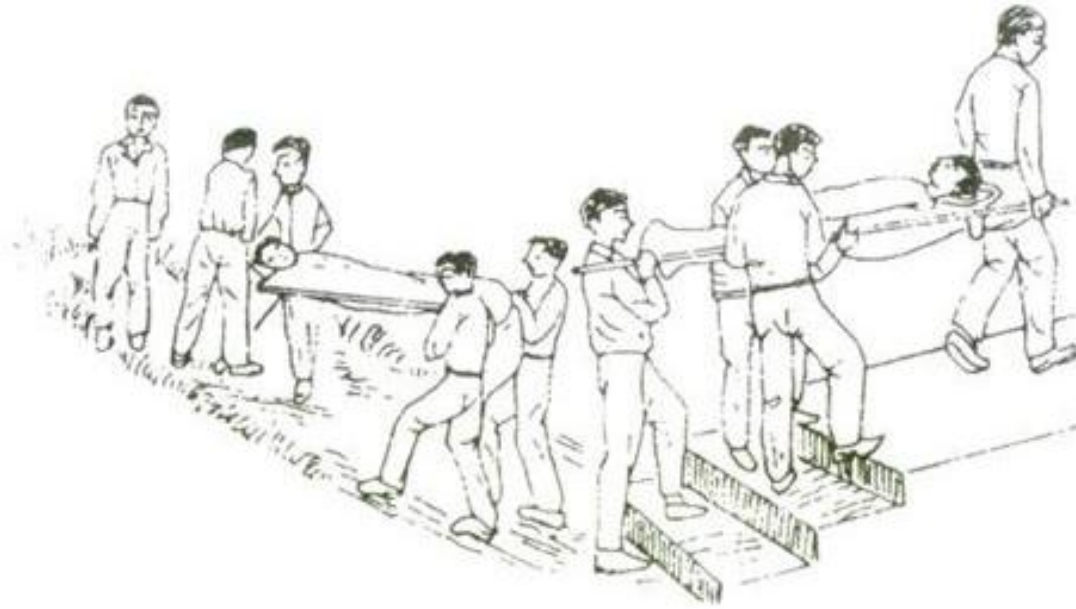
- Không đặt tay vào vết thương.
- Nạn nhân bị gãy cột sống, chấn thương đầu, gãy chân, vết thương lồng ngực phải có ít nhất 3 người nhấc lên cáng.
- Một người đỡ đầu và lưng.
- Một người nâng thân.
- Một người nâng chi dưới.
- (Chi dưới gãy thì một tay đỡ phần trên, một tay đỡ phần dưới chỗ gãy).
- Theo hiệu lệnh 1,2,3 của người cấp cứu ở đầu rồi cùng nhấc lên, rồi cùng đặt lên cáng.

c. Tư thế nạn nhân nằm trên cáng

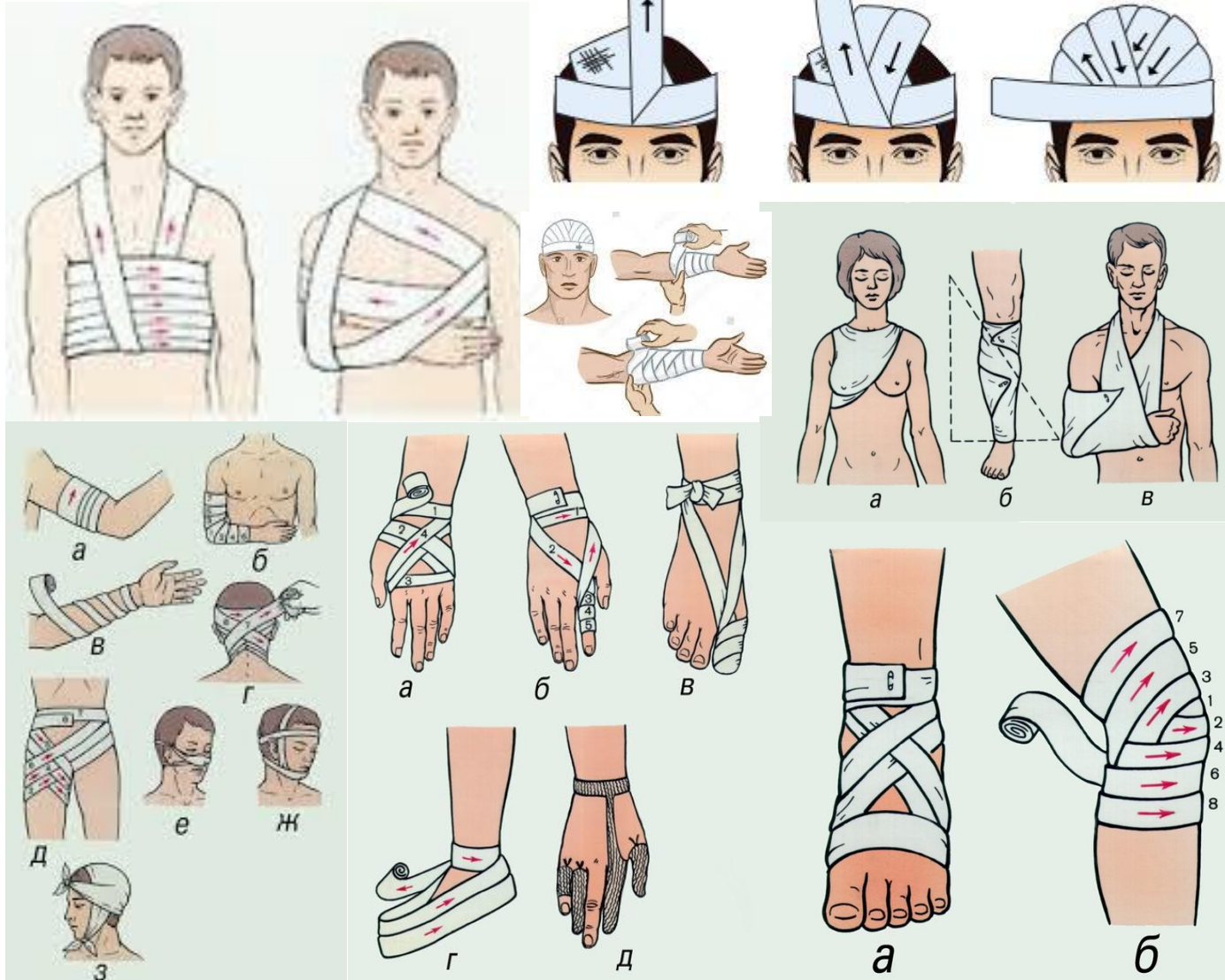
- Thường nằm thẳng, hai tay buông xuôi, hai chân duỗi thẳng.
- nạn nhân chảy máu nặng, choáng nằm đầu thấp.
- Vết thương sọ não, hàm mặt, bị mê man bất tỉnh nằm đầu nghiêng sang một bên, đầu kê gối.
- Vết thương ở bụng kê ngực hơi cao, hai đùi gấp nhẹ.
- Vết thương lồng ngực để nạn nhân nửa nằm nửa ngồi hoặc kê đầu và vai cao lên.

d. Khiêng cáng

- Hai hoặc bốn người
- Phải giữ cáng thường xuyên thẳng bằng, không lắc lư cáng.
- Khi lên dốc người đi trước cầm tay cáng, người đi sau nâng cáng.
- Khi xuống dốc người đi trước nâng cáng lên, người đi sau hạ cáng xuống cho thẳng bằng với người đi trước.



Các cách băng thông dụng



CÁC TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Điều dưỡng hồi sức cấp cứu (dùng cho đào tạo cử nhân điều dưỡng) Mã số Đ.34.z.04. (2011) Nhà xuất bản giáo dục Việt nam.
2. Bộ Y Tế , Tài liệu đào tạo cấp cứu cơ bản, (2014), Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
3. Vũ Văn Đính. Nguyên lý cơ bản hồi sức cấp cứu/Hồi sức nội khoa. (2003). NXB Y học.
4. Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Văn Chi, Phùng Nam Lâm: Phân loại nạn nhân cấp cứu theo mức độ ưu tiên. (2004). Tạp chí lâm sàng bệnh viện Bạch mai.
5. Nguyễn Phúc Học (2017), Tập bài giảng hồi sức cấp cứu – NUR 313, Giáo trình nội bộ, Đại học Duy Tân.
6. Sổ tay cấp cứu tại chỗ trong các cơ sở sản xuất. (2001) Bộ y tế .
7. Điều dưỡng cơ bản (1995) Nhà xuất bản y học.
8. Russell Jones T. Approach to the Emergency Department Patient. (2008). Current D & T Emergency Medicine.
9. Nguyễn Phúc Học. H199 software. (2009).
<http://www.weebly.com/uploads/7/2/6/7/72679/h199.rar>

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1.1. Chọn câu đúng nhất ~ với người điều dưỡng, khi hỏi bệnh ngay lúc vào nạn nhân vào viện quan trọng nhất là hỏi:

- A. Lý do vào viện
- B. Thời gian mắc bệnh
- C. Lý do chuyển viện
- D. Tiền sử dị ứng thuốc

1.2. Chọn câu đúng nhất ~ Khi kiểm soát đường thở cho nạn nhân: các việc quan trọng nhất cần phải làm

- A. Phải đặt được ống nội khí quản
- B. Phải phát hiện và giải phóng dị vật gây tắc nghẽn đường thở
- C. Tư thế nạn nhân
- D. Phải chuẩn bị để bác sĩ mở khí quản ngay

1.3. Chọn câu sai ~ Khi nạn nhân suy hô hấp, xanh tím cần

- A. Bóp bóng hỗ trợ ngay
- B. Tư thế đầu cao
- C. Thiết lập đường truyền để chuẩn bị truyền thuốc
- D. Hút sạch hầu họng và/hoặc móc dị vật

1.4. Chọn câu đúng nhất ~ Khi kiểm soát chảy máu đang diễn ra ở vùng cơ thể dễ bị bỏ sót là

- A. Bụng
- B. Ngực
- C. Chi
- D. Sau lưng và tầng sinh môn

1.5. Chọn câu đúng nhất ~ Đánh giá lượng nước cần cho một người lớn

- A. $(20 + \text{kg cân nặng bệnh nhân}) \times 20 \text{ ml}$
- B. $20 + \text{kg cân nặng nạn nhân} \times 20 \text{ ml}$
- C. $\text{Kg cân nặng nạn nhân} \times 50 \text{ ml}$
- D. $\text{Kg cân nặng nạn nhân} \times 100 \text{ ml}$

1.6. Chọn câu sai ~ Những điểm quan trọng cần lưu ý trong thời kỳ đầu xử trí cấp cứu nạn nhân chấn thương

- A. Ưu tiên những vấn đề liên quan đến tính mạng nạn nhân
- B. Điều trị ngay nhưng phải dựa vào chẩn đoán xác định
- C. Ưu tiên thu nhập những triệu chứng toàn thân nguy cơ đe dọa tính mạng nạn nhân
- D. Không tạo thêm nguy hiểm cho việc vận chuyển và phác đồ điều trị

1.7. Sau đây là các dấu hiệu tăng áp lực nội sọ, trừ:

- A. Mạch chậm
- B. Buồn nôn
- C. Vã mồ hôi lạnh
- D. Giãn đồng tử

1.8. Triệu chứng của sốc thần kinh do tổn thương tủy sống, ngoại trừ

- A. Mạch chậm
- B. Liệt tứ chi
- C. Vã mồ hôi lạnh
- D. Buồn nôn

1.9. Tại hiện trường tai nạn sập nhà cao tầng có một nạn nhân trong tình trạng tỉnh, tụ máu dưới da đầu, gãy xương đùi kín, đau bụng vùng mạng sườn phải, mạch nhanh nhỏ 120 lần/phút, HA 70/40 mmHg; hãy chọn loại biển đeo cho nạn nhân :

- A. Đen
- B. Đỏ
- C. Vàng
- D. Xanh

10. nạn nhân nam 65 tuổi vào viện vì đau ngực, khám thấy tỉnh, đau dữ dội vùng ngực trái, tim 120 lần/phút, HA 90/60 mmHg; hãy phân đúng nhóm nạn nhân là:

- A. Cấp cứu khẩn cấp
- B. Nặng – cần được đánh giá đầy đủ
- C. Nhóm cần theo dõi phát hiện tình trạng cấp cứu sắp xảy ra
- D. Không có tình trạng cấp cứu

11. Một vụ tai nạn ô tô có 30 nạn nhân cần được cấp cứu, trong đó có một nạn nhân trong tình trạng: hôn mê sâu Glasgow 3 điểm, gãy xương đùi, tụt huyết áp; hãy chọn cách xử trí đúng với nạn nhân này:

- A. Vận chuyển ngay đến bệnh viện
- B. Sơ cứu rồi mới vận chuyển
- C. Không can thiệp gì
- D. Tập trung can thiệp tích cực tại hiện trường

1.12 Chọn câu sai ~ cấp cứu ban đầu:

- A. Là sự hỗ trợ và can thiệp của người cấp cứu với người bị nạn, bị thương tích, bị bệnh cấp tính.
- B. Là để cứu sống nạn nhân, hoặc làm hạn chế những nguy hiểm đe dọa người bệnh, hoặc ngăn không cho tình trạng xấu đi.
- C. Khi phát hiện nạn nhân ở hiện trường, phải tiến hành các biện pháp xử trí cấp cứu ban đầu cho nạn nhân.
- D. Thời gian là tối quan trọng trong xử trí cấp cứu. Cấp cứu ban đầu có vai trò rất quan trọng, quyết định sự sống chết người bị nạn,

1.13 Đánh giá ban đầu và kiểm soát các chức năng sống theo trình tự các bước được đặt tên theo trình tự ABCDE, (Airway – Breathing – Circulation – Disable – Exposure)

- A. Đúng
- B. Sai

1.14 Chọn câu sai ~ Tư thế nạn nhân nên đặt trong cấp cứu ban đầu:

- A. Tư thế nằm nghiêng an toàn cho nạn nhân hôn mê chưa được can thiệp.
- B. Tư thế nằm ngửa ưỡn cổ cho nạn nhân đang cấp cứu ngừng tim.
- C. Tư thế Fowler cho nạn nhân suy hô hấp, phù não, tai biến mạch não.
- D. Tư thế ngồi thẳng chân (không đỡ bàn chân) cho nạn nhân phù phổi cấp.

1.15 Chọn đúng/sai ~ Đặt Nội khí quản trong cấp cứu ban đầu: Không nên vội đặt nội khí quản ngay mà cần kiểm tra chắc chắn nạn nhân không bị tràn khí màng phổi áp lực hoặc bị ép tim cấp.

- A. Đúng
- B. Sai

1.16 Chọn đúng/sai ~ Đặt Nội khí quản trong cấp cứu ban đầu: Nên chọn đặt ống NKQ qua mũi, nhất là trong những trường hợp nghi ngờ nạn nhân có thể bị vỡ nền sọ,

- A. Đúng
- B. Sai

1.17 Chọn câu sai – chỉ định đặt NKQ trong cấp cứu ban đầu, gồm các trường hợp sau:

- A. Cần bảo vệ đường thở
- B. Suy hô hấp hoặc sốc
- C. Điểm Glasgow < 9
- D. Tắc nghẽn đường hô hấp dưới

1.18 Chọn đúng/sai ~ Nếu tắc nghẽn đường hô hấp trên mà đặt NKQ (hoặc kỹ thuật khác) thất bại hoặc không thực hiện được: có thể chọc kim qua màng nhĩ giáp hoặc mở màng nhĩ giáp.

- A. Đúng
- B. Sai

1.19 Chọn câu sai ~ chỉ định mở khí quản:

- A. Phù nề thanh môn
- B. Chấn thương mắt
- C. Chấn thương thanh quản
- D. Dị vật đường thở thanh quản

1.20 Chọn đúng/sai ~ Chỉ định thông khí nhân tạo trong cấp cứu ban đầu – Nếu không đảm bảo nhịp thở về bình thường hoặc gần bình thường, lồng ngực di động tốt, nạn nhân hết tím, và SpO₂ > 95%...thì phải tiến hành thông khí nhân tạo.

- A. Đúng
- B. Sai

1.21 Chọn đúng/sai: Trong cấp cứu ban đầu có thể sơ bộ đánh giá CVP bằng cách cho nạn nhân nằm thẳng, theo dõi tĩnh mạch cảnh: Tĩnh mạch cảnh xẹp: CVP thấp, thường kèm theo huyết áp thấp. Tĩnh mạch cảnh nổi: CVP tăng,

A. Đúng

B. Sai

1.22 Chọn đúng/sai: Trong cấp cứu ban đầu có thể xác định xem lượng máu và dịch truyền có đủ hay không bằng cách cho nạn nhân ngồi dậy, theo dõi trong 10 phút nếu huyết áp lại tụt xuống thì đó là lượng dịch và máu truyền chưa đủ để hồi phục thể tích máu.

A. Đúng

B. Sai

1.23 Chọn đúng / sai ~ Các dấu hiệu có liên quan đến bệnh lý được nạn nhân hay người thân của nạn nhân tường trình được gọi là các triệu chứng khách quan?

A. Đúng

B. Sai

1.24 Chọn đúng / sai ~ Những người bị cấp cứu hay chấn thương đa phần đều không có khả năng nói chuyện được nên cần cố gắng lấy thông tin từ đội cấp cứu, người chứng kiến và người nhà?

A. Đúng

B. Sai

1.25 Chọn đúng / sai ~ Tổn thương hoặc bệnh tật không những gây ra các thay đổi sinh lý mà còn gây ra các thay đổi tâm lý cho nạn nhân và gia đình họ. Do đó người cán bộ tế ăng nghe, giải thích và thông cảm chia sẻ với nạn nhân và người nhà họ bằng cử chỉ, thái độ ân cần và dùng ngôn ngữ thông dụng mà họ có khả năng hiểu được

- A. Đúng
- B. Sai

1.26 Chọn câu sai: Cơn rối loạn hoảng sợ (panic disorder) là cơn hoảng sợ kịch phát có một giai đoạn sợ hãi rất mạnh mẽ, xuất hiện và phát triển nhanh chóng trong khoảng 10 phút, với 4 triệu chứng sau:

- A. Mạch loạn, đánh trống ngực dữ dội (cảm thấy vỡ tung lồng ngực).
- B. Ra nhiều mồ hôi như tắm, mặc dù thời tiết không nóng.
- C. Run tay, run chân nên nạn nhân thường gục ngay xuống đất.
- D. Cảm giác nghẹt thở như bị ai bóp cổ gây khó thở, thiếu không khí

1.27 Chọn câu sai: Cơn rối loạn hoảng sợ (panic disorder) là cơn hoảng sợ kịch phát có một giai đoạn sợ hãi rất mạnh mẽ, xuất hiện và phát triển nhanh chóng trong khoảng 10 phút, Khi cơn rối loạn hoảng sợ xuất hiện thì cần làm các biện pháp sau:

- A. Ngồi tại chỗ cho đến khi cơn hoảng sợ qua đi.
- B. Tập trung vào việc chế ngự lo âu song không cần quan tâm đến các triệu chứng về cơ thể.
- C. Tiến hành tăng nhịp thở làm giảm các triệu chứng cơ thể này.
- D. Các nhóm tự giúp đỡ lẫn nhau có thể giúp nạn nhân chế ngự được cơn hoảng sợ và vượt qua được cơn sợ hãi của mình

1.28 Chọn câu đúng:

- A. Cấp cứu ban đầu là sự chẩn đoán và xử trí ban đầu của người cấp cứu với người bị nạn, bị thương tích, bị bệnh cấp tính.
- B. Cấp cứu ban đầu là sự hỗ trợ và xử trí ban đầu của người cấp cứu với người bị nạn, bị thương tích, bị bệnh cấp tính.
- C. Cấp cứu ban đầu là sự hỗ trợ và can thiệp ban đầu của người cấp cứu với người bị nạn, bị thương tích, bị bệnh cấp tính.
- D. Cấp cứu ban đầu là sự phân loại và can thiệp ban đầu của người cấp cứu với người bị nạn, bị thương tích, bị bệnh cấp tính.

1.29 Chọn câu đúng ~ Mục đích của cấp cứu ban đầu là:

- A. Để cứu sống nạn nhân, làm hạn chế những nguy hiểm đe dọa người bệnh, trực tiếp ngăn không cho tình trạng xấu đi, thúc đẩy quá trình hồi phục
- B. Để cứu sống nạn nhân, hoặc làm hạn chế những nguy hiểm đe dọa người bệnh, hoặc ngăn không cho tình trạng xấu đi, thúc đẩy quá trình hồi phục
- C. Để cứu sống nạn nhân, ngăn ngừa hạn chế những nguy hiểm đe dọa người bệnh, giúp ngăn không cho tình trạng xấu đi, thúc đẩy quá trình hồi phục
- D. Để cứu trợ nạn nhân, hoặc làm hạn chế những nguy hiểm đe dọa người bệnh, hoặc ngăn không cho tình trạng xấu đi, thúc đẩy quá trình hồi phục

1.30 Chọn câu sai ~ Các biện pháp để bảo vệ não trong cấp cứu ban đầu gồm có:

- A. Cung cấp oxy cho cơ thể (hồi sức cấp cứu).
- B. Cung cấp các thuốc bảo vệ thần kinh.
- C. Chống phù não và tăng áp lực nội sọ.
- D. Hồi sức tuần hoàn, điều chỉnh nước và điện giải

