



# TIẾP CẬN BỆNH NHÂN MẮC BỆNH NẶNG TRONG HÀNH NGHỀ Y HỌC GIA ĐÌNH

Thạc sĩ Bác sĩ Đỗ Ngọc Chánh

Trung tâm Cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh

Giảng viên Bộ môn Y học gia đình Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Giảng viên nguồn - Hospital Preparedness for Emergencies/ Asian Disaster Preparedness Center (ADPC)/ The Program for Enhancement of Emergency Response (PEER)

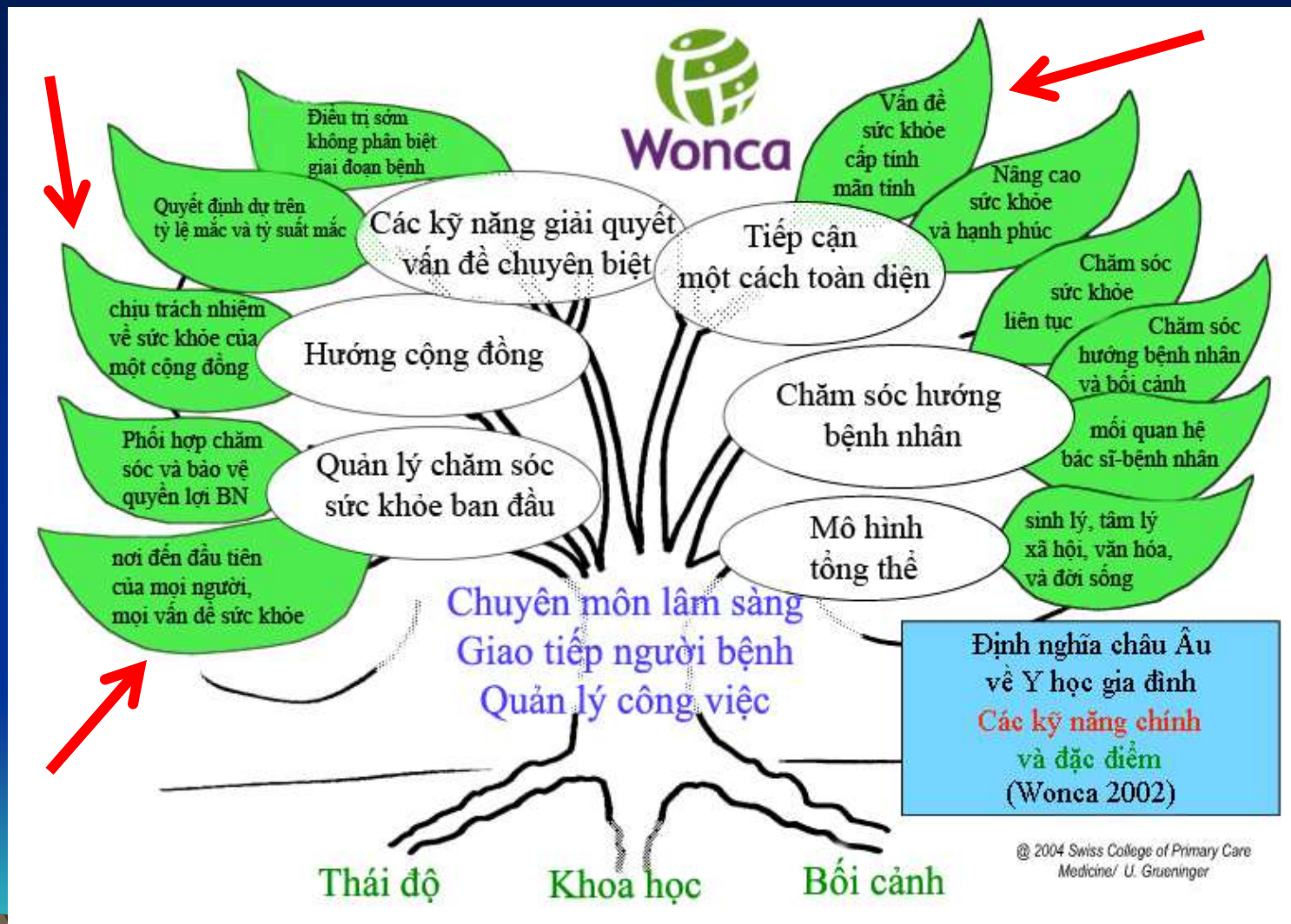
Giảng viên nguồn - Tăng cường năng lực chăm sóc chấn thương trước viện - WHO/ Cục quản lý môi trường y tế - Việt Nam

# Mục tiêu bài học

1. Xác định đặc điểm lâm sàng của bệnh cấp cứu
2. Nhận biết được cách:
  - Thu thập thông tin
  - Quản lý tài nguyên
  - Khảo sát chính yếu
  - Các bước thăm khám
  - Xử lý cấp cứu theo trình tự “**Phác đồ** R-ABCDE”



# Bác sĩ gia đình: vai trò



# QUAN ĐIỂM VÀ KHÁI NIỆM

Khám hệ cơ quan là không thích hợp trong trường hợp bệnh nặng.

Phát hiện các dấu hiệu đe dọa tính mạng để sơ cứu tức thì

- nguồn lực tại chỗ,
- nhằm mục đích di trì hoặc phục hồi các chức năng sinh tồn



# QUAN ĐIỂM VÀ CÁC KHÁI NIỆM

Cấp cứu :

Thao tác nhanh chóng nhằm phục hồi hoặc hỗ trợ

- Các chức năng sinh tồn
- Các dấu hiệu đe dọa chức năng sinh tồn
- Các tổn thương để lại di chứng nặng



# Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân cấp cứu

1. Đường thở và kiểu thở
2. Tuần hoàn
3. Thần kinh
4. Khác



# Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân cấp cứu

## 1. Đường thở và kiểu thở

- Ngưng thở
- Tắc nghẽn đường thở hoặc tổn thương đường thở
- Tần số thở  $< 8$  hoặc  $> 35$  nhịp/phút
- Suy hô hấp: thở rít, không nói được trọn câu, co kéo cơ hô hấp phụ.



# Chỉ định can thiệp đường thở cấp cứu

- Ngưng thở
- Tắc nghẽn đường thở
- Không có khả năng duy trì đường thở bằng các thủ thuật đơn giản
- Chấn thương vùng mặt, xuất huyết/ nôn ói không kiểm soát được
- Glasgow Coma Scale < 9
- Rối loạn lâm sàng có khả năng tiến triển vd bóng vùng mặt/ đường thở
- Tăng áp lực nội sọ
- Nguy cơ từ môi trường chung quanh vd vận chuyển cấp cứu, chụp CT/ MRI



# Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân cấp cứu

## 2. Tuần hoàn:

- Ngừng tim
- Tần số tim  $< 40$  hoặc  $> 140$  nhịp/phút
- Huyết áp tâm thu  $< 100$  mmHg
- Thay đổi các mức độ tri giác, giảm tưới máu ngoại vi.



# Đặc điểm lâm sàng của sốc

- Thay đổi ý thức, lú lẫn, kích thích
- Xanh xao, da lạnh, đổ mồ hôi
- Nhịp tim > 100 lần/ phút
- Hạ huyết áp (huyết áp tâm thu < 100 mmHg) : Hạ huyết áp là dấu hiệu muộn
- Tần số hô hấp > 30 nhịp/ phút
- Thiếu niệu (nước tiểu < 0.5 – 1 ml/ kg/ h)



# Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân cấp cứu

## 3. Thần kinh:

- Không thực hiện được y lệnh
- Thang điểm Glasgow < 9 hoặc giảm 2 điểm trong mục của thang
- Co giật thường xuyên hoặc kéo dài.



Đáp ứng : Thang điểm Glasgow	Điểm
<b>Mắt (E: eyes):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mở mắt tự nhiên.</li> <li>- Gợi: mở.</li> <li>- Cầu: mở.</li> <li>- Không mở.</li> </ul>	4 3 2 1
<b>Trả lời (V: verbal):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nhanh, chính xác.</li> <li>- Chậm, không chính xác.</li> <li>- Trả lời lộn xộn.</li> <li>- Không thành tiếng (chỉ ú ớ, rên ).</li> <li>- Nằm im không trả lời.</li> </ul>	5 4 3 2 1
<b>Vận động (M: motor):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Làm theo lệnh.</li> <li>- Bấu đầu: gạt tay đúng chỗ.</li> <li>- Bấu đầu: gạt tay không đúng chỗ.</li> <li>- Gấp cứng hai tay.</li> <li>- Duỗi cứng tứ chi.</li> <li>- Nằm im không đáp ứng</li> </ul>	6 5 4 3 2 1

# Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân cấp cứu

## 4. Khác:

- Nhiệt độ
- Bất kỳ bệnh nhân nào mà Bác sĩ đang theo dõi sát, cho dù không thấy bất kỳ tiêu chí nào liệt kê trên, cho đến khi chúng ta loại trừ.



# Khung khám bệnh

- Thu thập thông tin
- Quản lý tài nguyên
- Khảo sát chính yếu
- Khám theo trình tự



# Thu thập thông tin

- khó khai thác được bệnh sử,
- ...từ hồ sơ cũ, người nhà,
- ...Dữ liệu sơ khởi : dị ứng, thuốc đang sử dụng, thức ăn cuối, sự kiện và môi trường dẫn đến bệnh kỳ này, tiền sử bệnh. (thẻ đái tháo đường, dây chuyền cảnh báo bệnh lý- hình)



# Quản lý tài nguyên

Nguồn lực hiện có:

- Nhân viên nào, có thể làm được điều gì?
- Cần gọi ai để hỗ trợ?
- Nếu bạn là trưởng nhóm ?

bạn cần huấn luyện vận hành nhóm làm việc liên tục cho dù chưa có sự cố xảy ra.

- Trang thiết bị và cơ sở thuốc sơ cấp cứu tại chỗ của bạn, thường xuyên kiểm tra niên hạn và chắc chắn rằng bạn biết nó ở đâu.
- Khi cần hãy gọi hỗ trợ từ 115.





# Khám theo trình tự

- Có rất nhiều cách tiến hành lọc bệnh xử trí ban đầu. Dưới đây là một gợi ý, các chuyên gia có kinh nghiệm làm việc của riêng mình.
- Phác đồ R-ABCDE (Respond, Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure)



# R- Response

- Đáp ứng với lay gọi,
- chưa vội đánh giá mức độ hôn mê.
- Không đáp ứng, lập tức kiểm tra sự thở, nếu ngưng thở / thở ngáp cá, kêu gọi trợ giúp, Tiến hành (BLS: C-AB).



**CHUỖI SỐNG CÒN**

# R- Response

- Nếu bệnh nhân có đáp ứng, Hoặc không đáp ứng nhưng còn thở,  
dành 5-10 phút cho sự kiểm tra thì 1 tiếp theo sau.  
Tùy trường hợp vừa kiểm tra vừa xử lý



# A: Airway

Đường thở thông thoáng mới kiểm soát được hô hấp và tuần hoàn.

Đường thở cần đánh giá và kiểm soát ngay ban đầu, ở những bệnh nhân có bệnh trạng càng lúc càng xấu đi, hoặc bệnh không cải thiện.



# A: Airway

Đánh giá và dự đoán khó khăn trong cang thiệp thông  
thoáng đường thở. Nếu bạn làm – cần kêu gọi giúp đỡ.

Đó là:

- Có bộ râu rậm, che khuất
- Béo phì
- Không có răng
- Già
- Tiếng thở ngáy / rít



# A: Airway

Đánh giá sự thông thoáng đường thở bằng cách:

Hỏi bệnh nhân thật chậm và rõ ràng, đánh giá phản ứng của bệnh nhân.

- Bệnh nhân nói chuyện bình thường, đường thở là sạch và có tưới máu não. Nếu giao tiếp của bệnh nhân rõ ràng, chức năng của não là bình thường.
- Cho thở oxy và chuyển sang B.



# A: Airway

- Nếu bệnh nhân không đáp ứng lời nói nhưng còn thở, đánh giá đường thở = nhìn+nghe+cảm nhận.



# A: Airway

- Lắng nghe tiếng “rên” đường hô hấp có thể là dấu hiệu sự mỏi cơ hô hấp, hoặc do sự cố gắng thở ra trên bệnh nhân có màng sườn di động.
- Tiếng rít, ngáy gợi ý do tắc nghẽn không hoàn toàn đường hô hấp.





# A: Airway

- Mở miệng loại bỏ chất tiết, máu, chất nôn hoặc dị vật...
- Ống hút hoặc lau bằng gạc, dưới tầm nhìn trực tiếp.
- Để lại hàm giả, răng giả để di trì giải phẫu bình thường, nếu chúng bị lỏng thì cố định lại hoặc loại bỏ.



# A: Airway

- Cách mở thông đường thở. Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, nâng cằm và ngửa đầu nhẹ
- Nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cổ, nâng cằm, không hiệu quả  
→ nâng cằm và ngửa đầu. Hạn chế cử động cột sống cổ



- Nâng cằm và ngửa đầu
- Chấn thương cột sống cổ
  - A. Kiểm soát đầu cổ
  - B. Nâng cằm



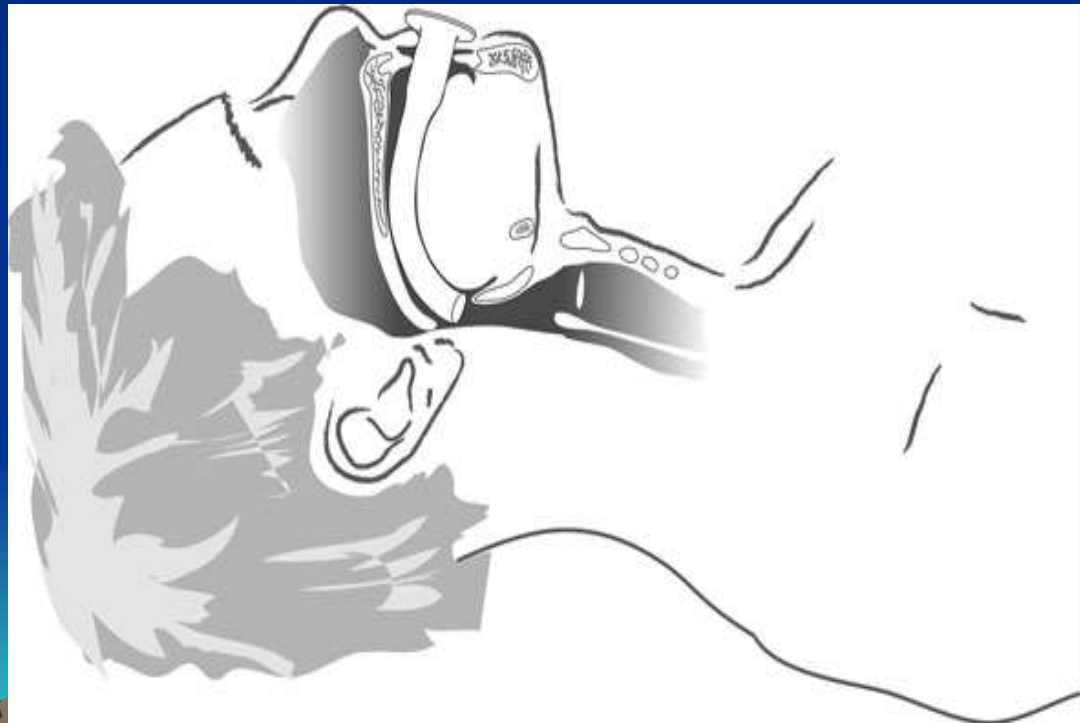
# A: Airway

- Dùng Mayo tube có thể di trị đường thở ở bệnh nhân hôn mê.

Airway hầu - họng và airway mũi- hầu



Dụng cụ hỗ trợ thông đường thở:  
Airway hầu - họng và airway mũi- hầu



# B: Breathing

- Thiếu Oxy: thúc đẩy và gây tử vong.
- Dấu tím tái khi ta phát hiện là dấu hiệu muộn, không đáng tin cậy, ngay cả khi thiếu Oxy máu nặng cũng không thấy tím tái do thiếu máu nặng hoặc mất máu nặng.
- SpO<sub>2</sub> ở ngón tay giúp đánh giá ban đầu và theo dõi hiệu quả Oxy liệu pháp.



# B: Breathing

- Oxy liệu pháp theo dụng cụ tùy thuộc bệnh lý và trạng bị hiện có,
- Canula mũi, mặt nạ ...ban đầu nên dùng mặt nạ và điều chỉnh tốc độ dòng khí mục đích đạt  $SpO_2 = 94-98\%$ .
- Mặt nạ có dính hơi ngưng, chứng tỏ bệnh nhân có một nỗ lực về hô hấp.
- Bệnh nhân COPD mục đích đạt  $SpO_2 = 88-92\%$ .



# B: Breathing

## Những trường hợp đo SpO<sub>2</sub> sai số

- Choáng
- Hạ huyết áp/ tưới máu mô giảm
- Hạ thân nhiệt
- Cử động quá mức
- Sợn móng tay, móng tay giả
- Thiếu máu nặng
- Bất thường Hb,
- Sắc tố da hoặc ngón tay bẩn quá mức

# B: Breathing

- Bộc lộ lồng ngực:

Quan sát chuyển động lồng ngực, cơ hô hấp phụ và bụng.

Hô hấp đảo nghịch là biểu hiện cơ hoành mệt mỏi hoặc tắc nghẽn đường thở. Ở bệnh mãn tính đây là tiên lượng nặng.

Tìm kiếm các dấu hiệu chấn thương đường hô hấp, mẫn sụn di động, đánh giá vị trí khí quản ở hõm ức, tràn khí dưới da...

Nghe âm phế bào và phát hiện âm thở khác thường.





# B: Breathing

- Nghi ngờ tràn khí màng phổi áp lực với bệnh nhân suy hô hấp cấp nặng và suy tim tiến triển nhanh.
- Xảy ra trên bệnh nhân chấn thương ngực, trong thông khí áp lực dương, hoặc bệnh nền là bệnh phổi.
- Lâm sàng gồm khó thở cấp, kích động, tim nhanh, tím, tĩnh mạch cổ nổi. Tụt huyết áp, tim chậm, thay đổi ý thức là dấu hiệu nặng.
- Nếu nặng, chọc dẫn lưu màng phổi bằng kim cannula tĩnh mạch lớn, rút bỏ kim, một tiếng rít của không khí với sự cải thiện lâm sàng nhanh chóng là xác định chẩn đoán, lưu cannula.



# C: Circulation

- Bắt mạch đùi / cảnh trong 10 giây. Không có và bệnh nhân bất tỉnh, lập tức BLS/ CPR.
- Có mạch cổ, không mạch ngoại vi, bệnh nhân trụy mạch, đánh giá tưới máu ngoại vi, thời gian đổ đầy mao mạch ( bình thường < 2 giây).
- Lưu ý nhịp về tần số, trương lực, đều không. Mặc Monitor theo dõi (nếu có), lưu ý tần số thất và kiểu nhịp tim.
- Kiểm soát mất máu từ vết thương hoặc gãy xương hở, băng ép. Cố định bất động gãy xương lớn.



# C: Circulation

- Thiết lập đường TTM.
  - Dịch tinh thể NaCl 0,9% hoặc Lactat Ringer.
  - Tốc độ và tổng lượng dịch tùy thuộc nguyên nhân.
  - Kiểm tra Huyết áp, cố gắng di trì HA  $\geq 90/60$  mmHg.
- 
- Sốc nghĩa là sự cung cấp máu và oxy không đủ để đáp ứng trao đổi chất của mô hoặc cơ quan (tế bào).



# C: Circulation

- Mức độ sốc và mỗi dấu hiệu biểu hiện phụ thuộc vào nguyên nhân và diễn biến theo thời gian.



## **Giảm thể tích**

- ✓ Mất máu: chấn thương, xuất huyết tiêu hóa hay xuất huyết trong sản khoa, vỡ phình động mạch chủ bụng.
- ✓ Mất dịch: bỏng, mất ở đường tiêu hóa (tiêu chảy, ói mửa), mất nước nặng, nhiễm ceton acid do tiểu đường, mất vào khoang thứ 3, ví dụ như nhiễm trùng huyết, viêm tụy, thiếu máu cục bộ ruột

## **Tim**

- ✓ Loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim, suy van cấp tính, quá liều thuốc ức chế co bóp, ví dụ như chẹn kênh calci hoặc chẹn beta

## **Tắc nghẽn**

- ✓ Thuyên tắc phổi lớn, tràn khí màng phổi áp lực, chèn ép tim, tắc nghẽn van cấp

## **Thần kinh**

- ✓ Chấn thương não hoặc tử sọng

## **Nguyên nhân khác**

- ✓ Ngộ độc: carbon monoxide, cyanide, hydrogen sulphide, chất độc gây methaemoglobinaemia
- ✓ Sốc phản vệ

# C: Circulation

- Dấu hiệu sốc biểu hiện chậm hoặc không rõ ở vận động viên, nữ mang thai, sử dụng thuốc vận mạch (chẹn beta, chẹn kênh Canxi, ức chế men chuyển), bệnh nhân mang máy tạo nhịp.
- Sốc không đơn thuần dựa vào con số HA. HA=90/50 mmHg có thể là bình thường ở nhiều người phụ nữ trẻ khỏe mạnh. HA=120/70 mmHg có thể là hạ đáng kể ở bệnh nhân HA=195/115 mmHg đang có thường ngày. Mạch cùng với HA cho nhiều thông tin hơn là HA đơn thuần. Nhịp tim tăng, HA tụt và nước tiểu giảm, ngụ ý giảm thể tích tuần hoàn còn tiếp tục bù dịch chưa đủ.

# C: Circulation

- Trong chấn thương, sốc mất máu từ vết thương và gãy xương là rõ ràng,
- Xuất huyết ổ bụng, ngực, gãy kín xương đùi, khung chậu thường dễ bỏ sót.



# D: Disability- Thần kinh

- Thang điểm Glasgow. Ghi đủ 3 thành phần, mở mắt, lời nói, vận động.
- Khám chi tìm dấu thần kinh khu trú.
- Đồng tử, kích thước và phản xạ.





# VÀI TÌNH HUỐNG THƯỜNG GẶP

- Hạ đường huyết
- Quá liều
- Co giật



# HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

- Kiểm tra đường huyết mao mạch bằng máy thử đường máu cá nhân.
- Hạ đường huyết thường gây ra suy giảm thần kinh toàn diện với giảm ý thức, nhưng có thể biểu hiện hành vi kích thích, thất thường hoặc bạo lực (đôi khi bị nhầm lẫn với ngộ độc rượu hoặc ngộ độc thuốc), co giật hoặc dấu thần kinh khu trú, ví dụ: liệt nửa người.



# HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

- Nếu đường huyết mao mạch  $<3$  mmol/l. Cho 25-50 ml 50% dextrose IV. Mức độ ý thức sẽ bắt đầu cải thiện trong 10-20 phút nếu hạ đường huyết thực sự là nguyên nhân của tình trạng thay đổi tri giác. Lặp lại các thử nghiệm đường huyết mao mạch để xác định điều trị thành công hạ đường huyết.



# HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

- Nếu thay đổi ý thức kéo dài mặc dầu hạ đường huyết đã được điều chỉnh – chỉ ra rằng bệnh lý khác cùng tồn tại, ví dụ đột quy ... hoặc phù não do hạ đường huyết kéo dài. Ở những bệnh nhân hạ đường huyết mà nghi ngờ nghiện rượu hoặc cai rượu, hoặc suy dinh dưỡng, cho 100mg thiamine tĩnh mạch để ngăn ngừa và điều trị bệnh não Wernicke (lú lẫn, mất điều hòa và các dấu hiệu của mắt – rung giật nhãn cầu và liệt phản xạ liên hợp).



# QUÁ LIỀU

- Nếu không xác định rõ nguyên nhân thay đổi tri giác của bệnh nhân, xem xét nguyên nhân quá liều thuốc. Các loại thuốc đe dọa tính mạng cấp tính phổ biến nhất là thuốc phiện, gây thay đổi tri giác, suy hô hấp (giảm tần số thở và thể tích khí lưu thông) và đồng tử co nhỏ.



# QUÁ LIỀU

Liều 0,8-2 mg Naloxone TM, vừa chuẩn đoán và điều trị xác định cho bất kỳ bệnh nhân không có nguyên nhân rõ ràng giải thích sự thay đổi tri giác, trong ngộ độc Opioid, bệnh nhân đáp ứng trong vòng 30-60 giây sau tiêm tĩnh mạch.

Nếu TM khó khăn, TB Naloxone. Nếu bệnh nhân đáp ứng, cho liều tiếp theo Naloxone có thời gian tác dụng ngắn (vài phút), trong khi thời gian bán hủy của hầu hết các Opioid và các chất chuyển hóa hoạt động của chúng là nhiều giờ/nhiều ngày.

# CO GIẬT

- Điều trị ngay lập tức để cắt cơn co giật toàn thân hay cục bộ Thuốc chọn lựa đầu tay là Lorazepam (0,5-1 mg/phút lên đến 4mg) hoặc diazepam (1-2 mg/phút lên đến 10-20mg) tĩnh mạch. Nếu cơn co giật tiếp tục mặc dầu điều trị với thuốc trên, có thể chỉ định các thuốc khác, ví dụ như Phennytoin.

# CO GIẬT

Trong thai kỳ. Tìm kiếm hỗ trợ của BS sản khoa và sơ sinh ngay lập tức.

Đặt phụ nữ mang thai > 20 tuần ở vị trí nghiêng trái bằng cách đặt con nệm dưới hông bên phải.

Cơn sản giật ở phụ nữ mang thai và sau khi sinh có liên quan đến tăng huyết áp. Truyền tĩnh mạch Magnesium sulphate được ưu tiên chọn lựa.





# CO GIẬT

## CÁI NÊM CARDIFF VÀ TƯ THẾ BỆNH NHÂN



# E: Exposure : BỘC LỘ

- Cởi hết quần áo. Che với áo choàng và chăn ấm.
- Bệnh nhân bị bệnh nặng mất nhiệt nhanh chóng và không thể duy trì nhiệt độ cơ thể bình thường.



# E: Exposure : BỘC LỘ

- Bệnh nhân chấn thương có thể nhập viện với nẹp cố định cột sống cổ. Nếu bệnh nhân còn tỉnh táo, giải thích những gì bạn sẽ làm gì trước khi dịch chuyển “log-rolling” bệnh nhân.



# E: Exposure : BỘC LỘ

- Quá trình này cần năm người. Một người giữ đầu, cổ và chỉ huy thực hiện thao tác, một tháo bỏ nẹp cột sống và các mảnh vụn khác, thăm khám lưng và cột sống, ba người còn lại lăn và giữ bệnh nhân. Trong khi lăn bệnh nhân, thăm khám trực tràng hậu môn đánh giá trương lực và cảm giác quanh hậu môn, và kiểm tra nhiệt độ cơ thể.



# E: Exposure : BỘC LỘ

- Kiểm tra bề mặt da của bệnh nhân nhanh chóng nhưng toàn diện, tìm vết bầm tím và vết thương. Đặc biệt, kiểm tra đầu, đáy chậu và nách. Lưu ý gãy xương hở và phát ban, ví dụ ban xuất huyết của nhiễm trùng huyết não mô cầu và tăng sắc tố (suy thận thận).



# Tóm tắt

## Khung khám bệnh

1. Thu thập thông tin
2. Quản lý tài nguyên
3. Khảo sát chính yếu
4. Khám theo trình tự

## Phác đồ

### R-ABCDE

1. Respond
2. Airway
3. Breathing
4. Circulation
5. Disability
6. Exposure

# Tài liệu tham khảo

1. Macleod's Clinical Examination 13<sup>th</sup> 2013, Examination of the critically ill patient. P 412 – P 420
2. The ABCs emergency medicine 12<sup>th</sup> 2012.
3. American Heart Association 2015.



**CẢM ƠN QUÍ VỊ**

