

**SỞ Y TẾ AN GIANG
BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG TÂM AN GIANG
Ký hiệu: KCC**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập – Tự do – Hạnh phúc**



ISO 9001: 2008 KHOA CẤP CỨU

**Biên soạn
Trưởng khoa**

**Phê duyệt
Giám đốc**

BS. LÂM VÕ HÙNG

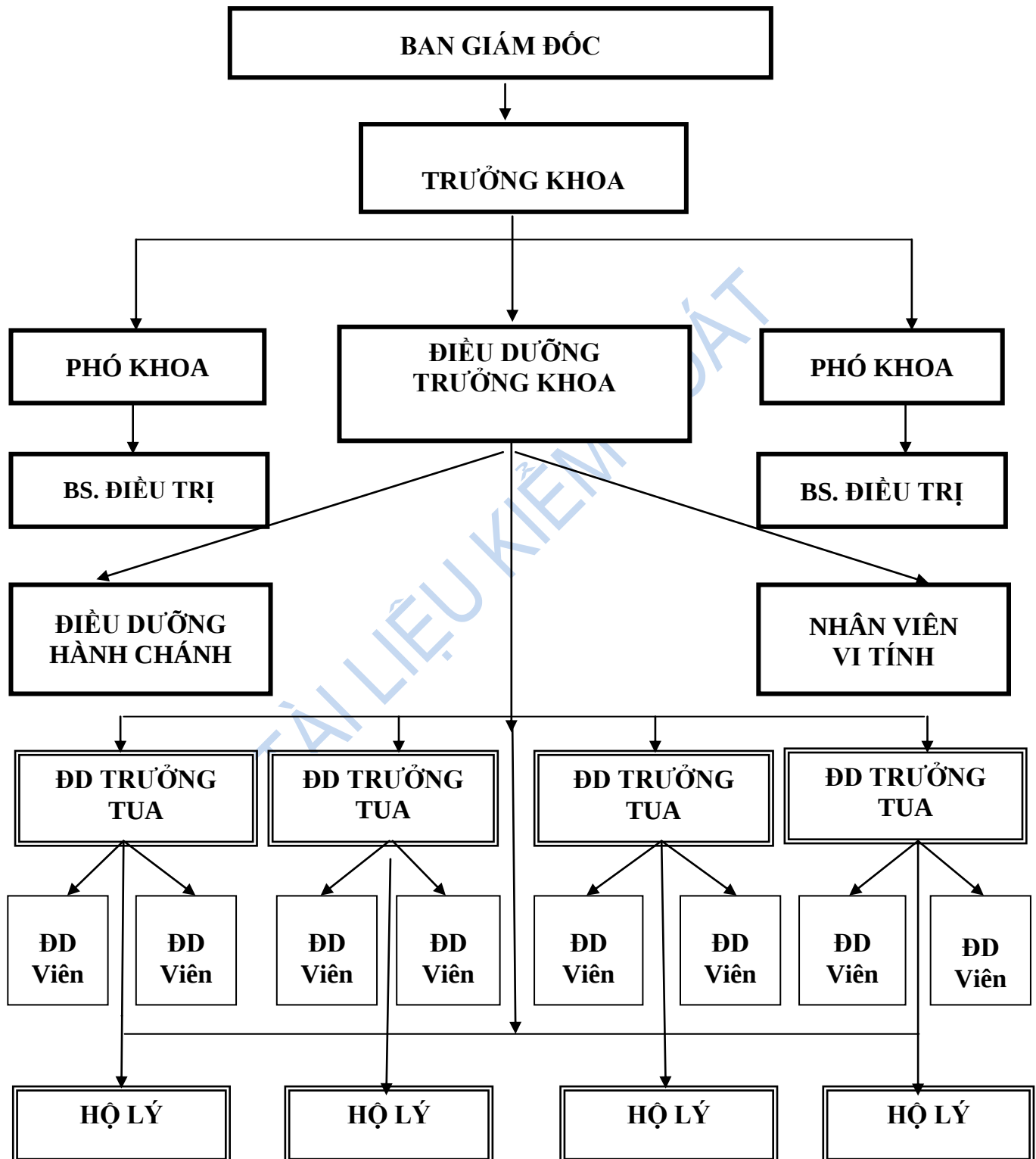
TS. BS NGUYỄN VĂN SÁCH

MỤC LỤC

Phần I: Sơ đồ tổ chức	TRANG 4
Phần II: Quy chế khoa	
1. Quy chế công tác khoa cấp cứu	5
2. Quy định hoạt động khoa cấp cứu	6
3. Quy định đối với nhân viên khoa cấp cứu	7
4. Quy định nội quy khoa cấp cứu	8
Phần III: Mô tả công việc	
1. Bác sĩ trưởng khoa	9
2. Bác sĩ phó khoa	12
3. Điều Dưỡng Trưởng Khoa	13
4. Bác sĩ điều trị	15
5. Điều Dưỡng trưởng tua	17
6. Điều Dưỡng viên	18
7. Điều Dưỡng hành chánh	19
8. Nhân viên vi tính	20
9. Hộ lý	21
Phần IV: Quy chế chuyên môn	
Quy chế chống nhiễm khuẩn	22
Quy chế thường trực	24
Quy chế chống thảm họa	25
Quy chế vào viện – chuyển viện – chuyển khoa	27
Quy chế hội chẩn	29
Phần V: Phác đồ điều trị	
1. Sốc phản vệ	31
2. Sốc chấn thương	33
3. Sốc giảm thể tích	36

4. Cấp cứu chấn thương sọ não	38
5. Nhồi máu cơ tim	40
6. Ngộ độc thuốc diệt chuột	43
7. Xuất huyết tiêu hóa	46
8. Cấp cứu gãy xương	51
9. Hen phế quản ác tính	53
10. Cấp cứu ngưng hô hấp tuần hoàn	55
11. Cấp cứu bỏng	60
12. Phù Phổi cấp	62
13. Sốc mất máu	65
14. Ngộ độc nhóm thuốc Narcotics	67
15. Sốc điện	70
	72
Phần VI: Quy trình	
1. Quy trình rửa dạ dày	74
2. Quy trình chọc dò màng bụng	77
3. Quy trình sử dụng máy sốc điện	80
4. Quy trình sử dụng máy Monitoring	81
5. Quy trình khâu vết thương	82
6. Quy trình đặt nội khí quản	85
7. Quy trình cấp cứu ngoại viện	87
Phần VII: Mục tiêu chất lượng	
Mục tiêu chất lượng	88
Bảng đánh giá mục tiêu chất lượng	89
Phần VIII: Tài liệu	
Danh mục hồ sơ chất lượng	91
Danh mục tài liệu bên ngoài	92
Danh mục tài liệu nội bộ	93

SƠ ĐỒ TỔ CHỨC KHOA CẤP CỨU



QUI CHẾ CÔNG TÁC KHOA CẤP CỨU

(Theo Quyết định số 01/2008/QĐ-BYT của Bộ Y Tế về việc ban hành qui chế Cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc)



A/ CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN

1. Tiếp nhận và điều trị mọi trường hợp người bệnh cấp cứu được chuyển tới bệnh viện
2. Đánh giá, phân loại tình trạng bệnh và thực hiện các biện pháp cấp cứu thích hợp theo mức độ ưu tiên cấp cứu đến khi người bệnh qua khỏi tình trạng nguy kịch và trong vòng 12 _ 48 giờ phải chuyển người bệnh đến khoa Hồi sức tích cực hoặc một chuyên khoa phù hợp khi điều kiện bệnh nhân cho phép
3. Tổ chức làm việc theo ca, kíp (3 ca, 4 kíp). Cụ thể mỗi kíp trực gồm 3 bác sĩ, 7 điều dưỡng và 1 hộ lý
4. Thực hiện nghiêm chỉnh các qui trình, các qui chế chuyên môn trong bệnh viện
5. Tổ chức cấp cứu ngoại viện, cấp cứu thảm họa hàng loạt, cấp cứu dịch bệnh theo nhiệm vụ, chức trách được giao
6. Nghiên cứu khoa học, tư vấn, và tuyên truyền giáo dục về cấp cứu cho cộng đồng
7. Đào tạo và tham gia đào tạo cán bộ; chỉ đạo tuyển về lĩnh vực cấp cứu cho tuyển dưới.

B/ CẤP CỨU NGOẠI VIỆN

1. Cấp cứu người bệnh tại cộng đồng và vận chuyển người bệnh cấp cứu đến bệnh viện để tiếp tục điều trị
2. Thực hiện nghiêm chỉnh qui chế chuyên môn theo qui định của Bộ Y Tế
3. Tổ chức đào tạo và tham gia đào tạo, nghiên cứu khoa học và tập huấn chuyên môn kỹ thuật về cấp cứu ngoài bệnh viện cho cán bộ y tế

QUI ĐỊNH HOẠT ĐỘNG

KHOA CẤP CỨU



I / Hộ Lý

Đón nhận người bệnh tại cổng khoa Cấp cứu đưa người bệnh đến khu tiếp nhận (lọc bệnh) bằng xe nằm hay xe ngồi

II / Điều Dưỡng

Hướng dẫn thân nhân đến bàn tiếp nhận làm thủ tục hành chánh của bệnh án cấp cứu

- Đo dấu hiệu sinh tồn
- Điều dưỡng mời Bác sĩ khám bệnh
- Ghi phần hành chánh của bệnh nhân vào sổ nhập khoa. Nếu không có thân nhân, điều dưỡng khai thác tại giường bệnh

III / Bác Sĩ

Khám bệnh, làm bệnh án cấp cứu ghi y lệnh vào đó, tiến hành lọc bệnh. Có 3 trường hợp:

- 1/ Cấp toa cho về và hướng dẫn tận tình, chu đáo
- 2/ Chuyển phòng lưu bệnh thực hiện y lệnh Bác sĩ
- 3/ Chuyển vào khoa: Điều dưỡng điền phần hành chánh vào bệnh án nội trú theo chuyên khoa, vào sổ nhập viện, sau đó lưu vào máy vi tính

IV / Trường hợp nằm phòng lưu bệnh

- Bác sĩ khoa Cấp cứu tiếp tục theo dõi, khám lại hoặc mời Bác sĩ chuyên khoa hội chẩn để tìm cách xử lý tốt nhất, tiếp tục lọc bệnh. Có 05 trường hợp:

- 1 / Cấp toa về
- 2 / Tiếp tục theo dõi tại phòng lưu
- 2 / Chuyển vào khoa: thực hiện quy trình III, mục 3
- 4 / Chuyển tuyến trên
- 5/ Tử vong: khoa làm biên bản kiểm thảo tử vong và trả hồ sơ về phòng Kế hoạch tổng hợp

V / Thời gian nằm ở phòng lưu bệnh

- 1 / Bệnh nhân thuộc hệ Ngoại khoa: không quá 12 giờ
- 2 / Bệnh nhân thuộc hệ Nội, Nhi, Nhiễm: không quá 24 giờ

QUI ĐỊNH ĐỐI VỚI NHÂN VIÊN KHOA CẤP CỨU



- 1/ Chấp hành tốt chủ trương của Đảng, chính sách, pháp luật của nhà nước
- 2/ Chấp hành nghiêm chỉnh nội qui, qui chế của khoa và bệnh viện
- 3/ Tích cực, nhiệt tình trong công tác của mình đảm bảo hoàn thành công việc được cấp trên giao cho
- 4/ Có ý thức kỷ luật cao, chấp hành tốt mọi sự phân công của tổ chức
- 5/ Luôn học tập và trau dồi trình độ chuyên môn, kỹ năng lâm sàng
- 6/ Tác phong khắt khe, chính xác trong cấp cứu bệnh nhân
- 7/ Trau dồi kỹ năng giao tiếp với bệnh nhân và thân nhân. Chấp hành mọi qui định về y đức của ngành y tế
- 8/ Đoàn kết tốt nội bộ, hỗ trợ nhau trong công tác; tích cực đấu tranh với mọi biểu hiện tiêu cực, trì trệ, sai phạm
- 9/ Bản thân có lối sống trung thực, lành mạnh, giản dị, hòa đồng với mọi người

NỘI QUY KHOA CẤP CỨU

I/ Nghiêm chỉnh chấp hành y lệnh của Bác sĩ và nội quy bệnh viện

1. Người bệnh khoa cấp cứu

- Nằm tại khoa cấp cứu trong 12 đến 24 giờ được BS, ĐD thăm khám, điều trị và chăm sóc
- Điều dưỡng sẽ thông báo với thân nhân người bệnh về tình trạng người bệnh
 - Cho về (có toa thuốc và lời dặn)
 - Chuyển phòng mổ
 - Chuyển vào các khoa lâm sàng
 - Tình trạng bệnh hoặc tử vong

2. Thân nhân người bệnh

- Phải giữ trật tự, yên tĩnh và vệ sinh chung
- Chỉ được 1 thân nhân vào khoa ngồi cạnh giường người bệnh, các thân nhân còn lại phải ngồi dọc theo hành lang bên ngoài khoa cấp cứu chờ báo tin hoặc liên hệ khi cần
- Thực hiện đúng lời dặn của bác sĩ, điều dưỡng, không nghe lời bất cứ ai ngoại trừ nhân viên khoa cấp cứu
- Khi cần tìm người bệnh hay muốn điện thoại liên lạc với gia đình xin liên hệ điều dưỡng trực tại bàn tiếp nhận để được hướng dẫn cụ thể

II. Người nào có hành vi quấy rối, quấy nhiễu tại khoa cấp cứu thì bảo vệ bệnh viện phối hợp với công an xử lý theo luật định

III. Những người không có nhiệm vụ, kể cả cán bộ, công nhân viên chức khoa khác và học sinh thực tập không được tự ý vào khoa, không đi tắt ngang khoa cấp cứu. Yêu cầu tất cả người bệnh, thân nhân người bệnh, học sinh thực tập và CB – CNV không có nhiệm vụ tại khoa cấp cứu thực hiện nghiêm túc các quy định này

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa Cấp cứu

2. CHỨC DANH: Bác sĩ

3. CHỨC VỤ: Trưởng khoa

4. CẤP BÁO CÁO: Ban Giám Đốc bệnh viện

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa Cấp cứu

6. TRÁCH NHIỆM

6.1/ Căn cứ vào kế hoạch bệnh viện, đặt kế hoạch công tác của khoa và chỉ đạo thực hiện sau khi đã được ban giám đốc thông qua

6.2/ Kiểm tra đôn đốc các thành viên trong khoa thực hiện tốt qui định về y đức và làm theo lời dạy của Bác Hồ “ *Lương y như từ mẫu* ”

6.3/ Tổ chức chỉ đạo các thành viên trong khoa thực hiện tốt nhiệm vụ của khoa và qui chế bệnh viện

6.4 / Tổ chức lãnh đạo công tác khám, chữa bệnh cấp cứu tại khoa theo chức trách, nhiệm vụ được Sở Y tế và bệnh viện phân công

6.5/ Tổ chức lãnh đạo công tác cấp cứu ngoại viện, cấp cứu thảm họa theo chức trách, nhiệm vụ được Sở Y tế, bệnh viện phân công

6.5/ Tham gia công tác giảng dạy, hướng dẫn học viên đến học tập tại khoa và các lớp học do Giám đốc phân công

6.6/ Trực tiếp tham gia hay hướng dẫn nhân viên trong khoa làm công tác nghiên cứu khoa học, sơ kết, tổng kết rút kinh nghiệm công tác chuyên môn và quản lý

6.7/ Kiểm tra sát sao việc thực hiện qui chế bệnh viện, các qui trình kỹ thuật chuyên môn, qui chế quản lý và sử dụng vật tư, thiết bị y tế, các trang bị thông dụng, qui chế chi tiêu nội bộ, qui chế tiết kiệm chống lãng phí trong đơn vị, phòng chống cháy nổ và việc thực hiện vệ sinh, bảo hộ lao động

6.8/ Chủ trì các buổi giao ban hàng ngày tại khoa, bản thân tham gia giao ban bệnh viện (cấp hai). Chủ trì các buổi họp khoa hàng tháng hay đột xuất, hội

đồng thi đua khen thưởng, kỷ luật ở khoa, các buổi bình bệnh án, kiểm thảo tử vong, sinh hoạt chuyên môn tại khoa

6.9/ Thường xuyên nhận xét về hoạt động của khoa để có hướng chấn chỉnh trong công tác, cải tiến tổ chức, cải tiến kỹ thuật

6.10/ Có trách nhiệm phối hợp với khoa Hồi sức và các khoa lâm sàng khác hỗ trợ chuyên môn cho hệ thống cấp cứu trong bệnh viện. Tổ chức huấn luyện các kỹ thuật cấp cứu cho nhân viên bệnh viện và bệnh viện tuyến huyện trong hệ thống chỉ đạo tuyến

6.11/ Thường xuyên giáo dục tinh thần phục vụ người bệnh, kỹ năng giao tiếp cho tất cả nhân viên trong khoa. Thường xuyên tìm hiểu tình hình tư tưởng, tinh thần, thái độ công tác, năng lực nghiệp vụ của nhân viên để kịp thời biểu dương, phê bình hay nêu ra ý kiến nhận xét đề bạt khen thưởng

6.12/ Định kỳ theo qui định báo cáo công tác hoạt động trong khoa với ban giám đốc bệnh viện, khi có những trường hợp bất thường hay quan trọng vượt quá thẩm quyền phải kịp thời báo cáo ngay để có hướng giải quyết

6.13/ Lập mục tiêu chất lượng và triển khai thực hiện trong khoa

6.14/ Phân tích dữ liệu theo định kỳ, đôn đốc nhân viên của mình thực hiện theo hệ thống ISO

6.15/ Giám sát đôn đốc nhân viên trong khoa thực hiện quản lý chất lượng theo ISO 9001: 2000 đã ban hành. Xác định các hành động chưa phù hợp để đưa ra cách thức cải tiến, đáp ứng ổn định các yêu cầu của công tác khám chữa bệnh cấp cứu và nâng cao sự thỏa mãn của bệnh nhân _ khách hàng

6.16/ Thực hiện các nhiệm vụ khác do ban giám đốc phân công

7. QUYỀN HẠN

7.1/ Điều hành quản lý công việc của khoa

7.2/ Tham mưu cho ban giám đốc về tổ chức, cơ chế hoạt động, vận hành cấp cứu thảm họa khi có yêu cầu

7.3/ Ủy quyền cho Phó khoa giải quyết công việc khi vắng mặt

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU

8.1/ Học vấn:

_ Tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II chuyên ngành hồi sức cấp cứu hay nội, ngoại khoa

- Ngoại ngữ: chứng chỉ C
- Tin học: chứng chỉ A
- Quản lý: tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước
- Chính trị: cao cấp chính trị

8.2/ Kinh nghiệm: 05 năm công tác lãnh đạo và thực hành lâm sàng bộ phận hồi sức cấp cứu

8.3/ Kỹ năng

- Truyền đạt, thuyết minh, thuyết phục
- Lắng nghe, phân tích, ra quyết định
- Điều hành, phân công công việc

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa cấp cứu

2. CHỨC DANH: BSCK I

3. CHỨC VỤ: Phó Khoa

4. CẤP BÁO CÁO: Trưởng khoa

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa cấp cứu

6. TRÁCH NHIỆM:

6.1 Phụ trách, hỗ trợ cấp cứu nội và ngoại khoa. Tham gia công tác điều trị tại khoa

6.2 Cùng hỗ trợ với BS trưởng khoa tổ chức cấp cứu

6.3 Hỗ trợ hoạt động cấp cứu ngoại viện

6.4 Tham gia vào các tua trực cấp cứu

6.5 Tham gia bảo trì trang thiết bị y tế, đảm bảo trang thiết hoạt động tốt phục vụ cho cấp cứu.

6.6 Tham gia vào xây dựng kế hoạch, và báo cáo của khoa

6.7 Tham gia vào các đợt tập huấn phòng chống dịch bệnh. Cùng tổ chức phòng chống dịch bệnh , cấp cứu thảm họa khi có yêu cầu

6.8 Giúp BS trưởng khoa vào các cộng việc khác khi có yêu cầu; thay mặt BS Trưởng khoa điều động nhân lực khi trưởng khoa đi vắng

7. QUYỀN HẠN:

7.1 Khám bệnh, chẩn đoán, kê đơn thuốc, ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo qui chế.

7.2 Tham gia tổ chức, điều hành cấp cứu thảm họa.

7.3 Quản lý điều hành công việc của khoa theo sự phân công của BGĐ, trưởng khoa.

8. YÊU CẦU TỐI THIỂU:

8.1 Học vấn:

_ Tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp I chuyên ngành Hồi sức cấp cứu hay nội, ngoại khoa.

_ Ngoại ngữ: chứng chỉ B.

_ Tin học: chứng chỉ A.

_ Quản lý : tốt nghiệp lớp quản lý hành chính nhà nước.

_ Chính trị: tốt nghiệp trung cấp chính trị.

8.2. Kinh nghiệm: 5 năm thực hành lâm sàng trong lĩnh vực hồi sức cấp cứu.

8.3. Kỹ năng:

_ Truyền đạt, ra quyết định.

_ Điều hành, phân công công việc.

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. **BỘ PHẬN:** Khoa cấp cứu

2. **CHỨC DANH:** Điều dưỡng trung học

3. **CHỨC VỤ:** Điều dưỡng trưởng khoa

4. **CẤP BÁO CÁO:** Trưởng khoa

5. **PHẠM VI HOẠT ĐỘNG:** Khoa cấp cứu

6. TRÁCH NHIỆM

6.1. Quan hệ tổ chức

- Dưới sự chỉ đạo của Trưởng khoa và Trưởng Phòng điều dưỡng
- Phối hợp với các Bác sĩ điều trị và Điều dưỡng Trưởng các khoa
- Lãnh đạo các Điều dưỡng, Hộ lý, trong khoa

6.2 Nhiệm vụ chính

1. Tổ chức chăm sóc người bệnh toàn diện
2. Tổ chức công tác vệ sinh, chống nhiễm khuẩn
3. Quản lý nhân lực điều dưỡng, hộ lý
4. Quản lý tài sản và buồng bệnh
5. Tham gia đào tạo, nghiên cứu khoa học và chỉ đạo tuyến

6.3 Nhiệm vụ chung

6.3.1 Tổ chức chăm sóc người bệnh toàn diện

- Tổ chức tiếp nhận và sắp xếp người bệnh khi mới nhập viện
- Xây dựng và duy trì mô hình chăm sóc toàn diện theo nhóm
- Chỉ đạo việc theo dõi, chăm sóc người bệnh nặng
- Đi buồng cùng trưởng khoa để nhận và tổ chức thực hiện các y lệnh về điều trị và chăm sóc
- Chủ động đi buồng hàng ngày để thăm hỏi, nắm tình hình và giải quyết yêu cầu của người bệnh
- Tổ chức cuộc họp với gia đình người bệnh và ghi biên bản cuộc họp
- Tham gia trực điều dưỡng trưởng Bệnh viện hằng tháng

6.3.2 Báo cáo

- Báo cáo nhân sự cho Phòng điều dưỡng mỗi ngày
- Làm báo cáo cho Phòng KHTH như:

- * Kế hoạch cho Khoa cấp cứu: Quý, 6 tháng, Năm
- * Báo cáo Sơ kết quý, Sơ kết 6 tháng, Năm
- * Quản lý và trả hồ sơ Bệnh án tử vong của Khoa cấp cứu

6.3.3 Chỉ đạo công tác vệ sinh

- Giám sát công tác vệ sinh, trật tự và an toàn trong các buồng bệnh
- Kiểm tra việc cọ rửa, khử khuẩn, tiệt khuẩn theo quy định
- Giám sát việc thu gom, phân loại và xử lý chất thải
- Giám sát việc thực hiện các biện pháp phòng hộ đối với nhân viên

6.3.4 Quản lý nhân lực

- Phân công và lập bảng trực cho điều dưỡng, hộ lý đảm bảo yêu cầu chăm sóc phục vụ người bệnh liên tục 24 giờ/ngày
- Bố trí Điều dưỡng, hộ lý những thông báo, chỉ thị của cấp trên
- Định kỳ nhận xét và đánh giá sự hoàn thành nhiệm vụ của Điều dưỡng Hộ lý trong khoa
- Phổ biến cho Điều dưỡng, Hộ lý những thông báo, chỉ thị của cấp trên
- Chủ trì các cuộc họp của điều dưỡng, hộ lý
- Đôn đốc Điều dưỡng, Hộ lý, học sinh, sinh viên thực hiện quy chế BV

6.3.5 Quản lý tài sản

- Lập kế hoạch lĩnh y dụng cụ, văn phòng phẩm và vật tư tiêu hao
- Phân công Điều dưỡng, Hộ lý quản lý dụng cụ và tài sản
- Hàng ngày kiểm tra việc bảo quản và sử dụng dụng cụ trong khoa
- Viết phiếu yêu cầu sửa chữa và thay thế kịp thời các dụng cụ bị hỏng
- Chỉ đạo Điều dưỡng hành chính lập hệ thống sổ sách để theo dõi tài sản theo quy định

6.3.6 Tham gia đào tạo, nghiên cứu khoa học và chỉ đạo tuyến

- Hàng năm xây dựng chương trình và nội dung huấn luyện cho điều dưỡng hộ lý trong khoa
- Tham gia hướng dẫn, giảng dạy cho điều dưỡng, hộ lý và học sinh
- Tham gia nghiên cứu khoa học và áp dụng sáng kiến trong việc quản lý chăm sóc người bệnh
- Tham gia công tác chỉ đạo tuyến theo sự phân công
- Tham gia các công việc khác theo sự phân công của Trưởng khoa và Trưởng phòng điều dưỡng

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa cấp cứu

2. CHỨC DANH: Bác Sĩ

3. CHỨC VỤ: Bác Sĩ điều trị

4. CẤP BÁO CÁO: Trưởng khoa

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa cấp cứu

6. TRÁCH NHIỆM

6.1 Nghiêm chỉnh thực hiện quy chế bệnh viện, đặc biệt phải chú ý thực hiện quy chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị, quy chế vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện, quy chế quản lí buồng bệnh, buồng thủ thuật và quy chế sử dụng thuốc. Đặc biệt lưu ý thực hiện quy chế công tác cấp cứu

6.2 Đối với người bệnh mới hoặc từ tuyến trước chuyển đến phải khám ngay, cho y lệnh về thuốc, chế độ chăm sóc, ăn uống. Trong 24 giờ phải hoàn thành hồ sơ bệnh án, các xét nghiệm cần thiết, người bệnh cấp cứu phải được làm bệnh án ban đầu ngay khi vào viện. Chịu trách nhiệm trước Trưởng khoa về các công việc được phân công. Chuẩn bị người bệnh sẵn sàng thủ thuật khi có chỉ định

6.3 Khi Bs Trưởng khoa thăm khám người bệnh Bs điều trị có trách nhiệm báo cáo đầy đủ diễn biến của người bệnh trong quá trình điều trị để xin ý kiến hướng dẫn của Bs Trưởng Khoa hoặc Phó Khoa

6.4 Khi nhận ca trực phải thăm khám từng người bệnh nằm lưu và cho y lệnh bổ sung khi cần thiết. Đối với người bệnh nặng phải được theo dõi sát, xử lí kịp thời khi có diễn biến bất thường

6.5 Thực hiện chế độ hội chẩn theo đúng quy định đối với các trường hợp sau:

- Người bệnh nặng nguy kịch
- Người bệnh đã được chẩn đoán điều trị nhưng bệnh thuyên chuyển chậm hoặc không có kết quả
- Người bệnh được chỉ định phẫu thuật có bệnh lí chuyên khoa khác kèm theo

6.6 Các chỉ định không còn phù hợp với tình trạng người bệnh phải được chỉnh ngay

6.7 Cuối ca trực phải ghi vào sổ bàn giao tình hình xuất nhập, những người bệnh nặng, những yêu cầu theo dõi và những y lệnh còn lại của từng người bệnh

6.8 Tham gia hoạt động chăm sóc sức khỏe ban đầu cho tuyến cơ sở theo sự phân công của Giám đốc và Trưởng khoa (nếu có)

6.9 Tham gia hội chẩn, kiểm thảo tử vong khi được yêu cầu, tổng kết bệnh án cho từng bệnh chuyển khoa, chuyển viện, ra viện theo quy chế vào viện, chuyển khoa, chuyển viện, ra viện

6.10 Hướng dẫn học viên thực tập theo sự phân công của Trưởng khoa

6.11 Thực hiện công tác nghiên cứu khoa học tham gia hội nghị khoa học theo sự phân công của Bs Trưởng Khoa

6.12 Thường xuyên động viên người bệnh tin tưởng an tâm điều trị. Thực hiện tốt quy định y đức

6.13 Tham gia công tác cấp cứu ngoại viện, cấp cứu thảm họa theo chức trách, nhiệm vụ được Sở Y tế, bệnh viện phân công

7. QUYỀN HẠN:

7.1 Khám bệnh – Chẩn đoán – Kê đơn thuốc ra y lệnh điều trị, chăm sóc người bệnh theo quy chế bệnh viện

7.2 Ký đơn thuốc – Phiếu lãnh thuốc

7.3 Có quyền thực hiện các thủ thuật của buồng cấp cứu khi có chỉ định

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa cấp cứu

2. CHỨC DANH: Điều dưỡng trung học

3. CHỨC VỤ: Điều dưỡng trưởng tua

4. CẤP BÁO CÁO: Điều dưỡng trưởng khoa

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa cấp cứu

6. TRÁCH NHIỆM

6.1 Thực hiện công tác chăm sóc người bệnh toàn viện

6.2 Phân công điều dưỡng viên trong tua trực thực hiện các y lệnh điều trị

và chăm sóc, hỗ trợ các kỹ thuật khó về chăm sóc cho các ĐD trong tua

6.3 Ghi cập nhật sổ đăng ký người bệnh vào viện, chuyển khoa; chuyển viện

6.4 Ghi phiếu cho người bệnh đóng tiền và tạm ứng tiền thuốc

6.5 Kiểm tra việc chuẩn bị người bệnh trước khi đi phẫu thuật, chuyển khoa, chuyển viện

6.6 Lãnh thuốc cho người bệnh do Điều dưỡng hành chánh bàn giao hằng ngày

6.7 Quản lý thuốc tủ trực dùng trong ca trực

6.8 Thu hồi thuốc thừa (nếu có) trả cho ĐDHC theo quy chế sử dụng thuốc

6.9 Tổng hợp thuốc đã dùng trong sổ y lệnh để giao ca tiếp theo

6.10 Quản lý trang thiết bị buồng bệnh, báo cáo ĐDTK khi có hư hỏng

6.11 Báo cáo giao ban cấp I trước khoa mỗi buổi sáng

6.12 Tham gia sinh hoạt KHKT của khoa và của Bệnh viện hằng tháng

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa cấp cứu

2. CHỨC DANH: Điều dưỡng trung học

3. CHỨC VỤ: Điều dưỡng viên

4. CẤP BÁO CÁO: Điều dưỡng trưởng khoa – Điều dưỡng trưởng tua

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa cấp cứu

6. TRÁCH NHIỆM

6.1 Tiếp đón người bệnh ngay khi vào khoa, ghi đầy đủ các thông tin hành chánh vào bệnh án cấp cứu

6.2 Lấy dấu hiệu sinh tồn, báo Bác sỹ khám bệnh

6.3 Thực hiện công tác chăm sóc người bệnh toàn diện nơi mình phụ trách.

6.4 Nhận phân công điều dưỡng trưởng tua trực thực hiện các y lệnh điều trị; và chăm sóc, người bệnh

6.5 Ghi phiếu cho người bệnh đóng tiền và tạm ứng tiền thuốc (nếu có)

6.6 Nhận thực hiện y lệnh điều trị và chăm sóc do ĐDĐT và BS Điều trị bệnh nhân mình phụ trách

6.7 Hướng dẫn người bệnh đi làm cận lâm sàng, chuyển khoa, chuyển viện

6.8 Báo cáo diễn biến bất thường của người bệnh cho ĐDĐT và BS điều trị

6.10 Hết ca trực phải bàn giao bệnh nặng, các y lệnh điều trị và chăm sóc, thuốc và y dụng cụ cho tua trực sau. Và giao ban sáng đầy đủ hằng ngày

6.11 Tham gia sinh hoạt KHKT của khoa và của Bệnh viện hằng tháng

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa cấp cứu

2. CHỨC DANH: ĐDTH

3. CHỨC VỤ: ĐD hành chánh khoa

4. CẤP BÁO CÁO: Trưởng Khoa - Điều dưỡng trưởng khoa

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa cấp cứu

6. TRÁCH NHIỆM

6.1 Quản lý trang thiết bị dụng cụ y tế của khoa

6.2 Nhập liệu vi tính các loại thuốc cho người bệnh theo sổ y lệnh hằng ngày

6.3 Cập nhật hằng ngày các chế độ hội chẩn của Bác sỹ tại khoa để báo danh sách cho Phòng KTTC

6.4 Kiểm tra và đề nghị sửa chữa thiết bị

6.5 Phụ trách văn phòng phẩm, vật liệu trong khoa theo kế hoạch của ĐDTK và Trưởng khoa

6.6 Theo dõi bảng chấm công của CBCNV trong khoa

6.7 Báo danh sách tiền trách nhiệm, độc hại, tiền trực của CBCNV cho Phòng KTTC hằng tháng

6.8 Quản lý trang thiết bị, dụng cụ, báo cáo cho ĐDTK trang thiết bị hư hỏng cần sửa chữa

6.9 Lưu trữ các sổ sách trong khoa

6.10 Tham gia họp hội đồng thân nhân người bệnh chiều thứ tư hằng tuần, và sinh hoạt chuyên môn của Phòng ĐD hằng tháng

6.11 Ngoài ra còn thay mặt ĐDTK khi ĐDTK đi công tác hoặc nghỉ phép

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa cấp cứu

2. CHỨC DANH: Trung cấp y tá

3. CHỨC VỤ: ĐD Hành chánh

4. CẤP BÁO CÁO: Trưởng Khoa - Điều dưỡng trưởng khoa

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa cấp cứu

6. TRÁCH NHIỆM

6.1 Thực hiện công tác thông kê, báo cáo theo qui định

6.2 Nhập liệu y tá người bệnh vào viện, xuất viện, chuyển khoa, chuyển viện, và tử vong hàng ngày theo sổ nhập viện.

6.3 Bảo quản bệnh án xuất viện hoàn chỉnh trả cho phòng KHTT đúng qui định.

6.4 Phụ trách bệnh án BHYT, hoàn chỉnh hồ sơ, thanh toán và trả cho Phòng KHTT đúng theo qui định.

6.5 Kết hợp bộ phận in ấn để thanh toán tiền tạm ứng của người bệnh(nếu có)

6.6 Lưu trữ các sổ sách trong khoa

BẢNG MÔ TẢ CÔNG VIỆC



1. BỘ PHẬN: Khoa cấp cứu

2. CHỨC DANH: Hộ Lý

3. CHỨC VỤ: Hộ lý

4. CẤP BÁO CÁO: Điều dưỡng trưởng khoa – Điều dưỡng trưởng tua

5. PHẠM VI HOẠT ĐỘNG: Khoa cấp cứu

6. TRÁCH NHIỆM

6.1. Tiếp đón người bệnh ngay khi vào khoa, thực hiện vệ sinh sạch đẹp, ngăn nắp, trật tự trong buồng bệnh, buồng thủ thuật, buồng tắm, buồng vệ sinh, hành lang, cầu thang, tường nhà của khoa theo quy chế buồng bệnh và quy chế chống nhiễm khuẩn của bệnh viện

6.2 Thay drap giường, thay quần áo người bệnh theo quy định

6.3 Bỏ đồ giặt áo quần và thay drap người bệnh tại khoa

6.4 Phụ giúp điều dưỡng chăm sóc người bệnh toàn diện, và vận chuyển người bệnh đi làm cận lâm sàng, chuyển khoa

6.5 Thu gom chất thải trong khoa và phạm vi mình phụ trách

6.6 Đặt thùng rác đúng vị trí, lót bọc nilon đúng màu qui định. Tập trung phân loại rác thải từ buồng bệnh

vào thùng rác chung của khoa, cọ rửa thùng rác hằng ngày Buộc túi nilon khi rác đầy túi, dán nhãn và ghi rõ họ tên khoa trên túi để gửi Khoa chống nhiễm khuẩn

6.7 Bảo quản tài sản trong khoa trong phạm vi được phân công. Thực hiện nhiệm vụ chuyên môn khác theo dự phân công của Điều dưỡng. Tiếp ĐD hành chánh lãnh thuốc và văn phòng phẩm

6.8 Tham gia thường trực và chăm sóc người bệnh

6.9 Giao ca đúng giờ và tham gia giao ban cấp một hằng ngày

QUY CHẾ CHỐNG NHIỄM KHUẨN



I/ QUY ĐỊNH CHUNG

1) Công tác chống nhiễm khuẩn bệnh viện là việc thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về vô khuẩn, tiệt trùng; bao gồm các dụng cụ y tế, vệ sinh ngoại cảnh, vệ sinh khoa, phòng, vệ sinh cá nhân vệ sinh an toàn thực phẩm

2) Các điều kiện để thực hiện công tác chống nhiễm khuẩn bao gồm: nước sạch, dụng cụ, phương tiện, hóa chất khử khuẩn...

II/ QUY ĐỊNH CỤ THỂ

1/ Kỹ Thuật Vô Khuẩn

a. Dụng cụ, bông, gạc thuốc sử dụng trong những kỹ thuật vô khuẩn phải được tiệt khuẩn

b. Dụng cụ y tế nhiễm khuẩn sau khi dùng xong phải được ngâm vào dung dịch tẩy uế trước khi loại bỏ hoặc xử lý để dùng lại dụng cụ, dây truyền dịch, dây truyền máu, kim luồn mạch máu, ống thông mạch máu, bơm tiêm nhựa được sử dụng một lần. Những dụng cụ được phép sử dụng lại phải cọ rửa đúng quy định trước khi khử khuẩn, tiệt khuẩn

c. Dụng cụ, vật dụng sau khi khử khuẩn, tiệt khuẩn phải được bảo quản trong hộp kín, có niêm phong ghi rõ hạn dùng, cất giữ trong tủ kín

d. Trước khi tiến hành các phẫu thuật, thủ thuật vô khuẩn, người thực hiện kỹ thuật phải thực hiện đúng quy định kỹ thuật bệnh viện về vô khuẩn

e. Kỹ thuật vô khuẩn phải được tiến hành trong điều kiện vô khuẩn và đúng quy định kỹ thuật bệnh viện

2/ Trật Tự Vệ Sinh Khoa

a- Vệ sinh buồng bệnh và các phòng khác

- Có đủ thùng rác có nắp đậy, để trên hành lang, nơi thuận tiện, đủ để sử dụng cho người bệnh và các thành viên trong khoa
- Trần, tường, bề cửa, cánh cửa các khoa, buồng bệnh phải luôn sạch sẽ, không có mạng nhện
- Nền các buồng bệnh được lát gạch men hoặc vật liệu tương đương bảo đảm nhẵn, khô, không thấm nước, luôn sạch
- Thực hiện lau bằng dung dịch xà phòng, dung dịch khử khuẩn theo quy định kỹ thuật bệnh viện: nền nhà, bàn ghế, giường tủ, cộc truyền, xe tiêm, xe đẩy, cang đẩy, thiết bị y tế và thiết bị thông thường có trong các buồng bệnh
- Buồng bệnh, buồng thủ thuật phải được tổng vệ sinh mỗi tuần một lần
- Gởi giặt tại Khoa Chống Nhiễm Khuẩn:
 - + Quần áo chuyên môn của các thành viên trong khoa
 - + Quần áo người bệnh
- Buồng vệ sinh, buồng tắm bảo đảm sạch, không tắc, không mùi hôi, không có ruồi nhặng và các côn trùng khác

b- Vệ sinh người bệnh

- Người bệnh phải được mặc quần áo bệnh viện
- Thân nhân trực tiếp vệ sinh người bệnh dưới sự hướng dẫn của nhân viên trong Khoa

c- Vệ sinh cá nhân

- Các thành viên trong bệnh viện phải đảm bảo vệ sinh cá nhân, móng tay cắt ngắn, mặc quần áo công tác, đội mũ y tế theo quy chế trang phục y tế.
- Gương mẫu vệ sinh cá nhân và vệ sinh chung, nơi làm việc vệ sinh ngăn nắp

QUI CHẾ THƯỜNG TRỰC KHOA CẤP CỨU



1.1. Chế độ thường trực tại khoa liên tục 24 giờ, để kịp thời cấp cứu, khám và điều trị ngay cho bệnh nhân

1.2. Danh sách các thành viên tham gia thường trực đã được báo cáo lên Ban giám đốc vào cuối tháng trước và được ghi lên bảng thường trực của khoa theo từng vị trí được phân công

1.3. Các phiên thường trực phải được tổ chức chặt chẽ, đủ nhân sự, thuốc men, trang thiết bị y tế... để kịp thời cấp cứu bệnh nhân

1.4. Người thường trực phải có mặt đầy đủ, đúng giờ để nhận bàn giao của phiên trực trước và khi hết giờ phải ở lại để bàn giao đầy đủ cho phiên trực sau. Không được rời bỏ vị trí thường trực và phải thực hiện mệnh lệnh của cấp trên

1.5. Trưởng phiên trực phải là người có trình độ, có khả năng độc lập giải quyết công việc trong phạm vi quyền hạn của mình. Khi gặp khó khăn hay vượt thẩm quyền phải báo cáo lên thường trực cấp cao hơn để xin hướng giải quyết

1.6. Tổ chức một phiên trực gồm ba bác sĩ, bảy điều dưỡng và một hộ lý. Trong đó, có một bác sĩ trưởng phiên trực, một điều dưỡng trưởng phiên trực

1.7. Bác sĩ thường trực có nhiệm vụ tiếp nhận, khám, sơ cứu ngay những bệnh nhân vào khoa. Hội chẩn chuyên khoa theo qui định và có hướng giải quyết phù hợp tình trạng bệnh lý của bệnh nhân

1.8. Điều dưỡng thường trực có nhiệm vụ thực hiện y lệnh chăm sóc và theo dõi bệnh nhân; đón tiếp bệnh nhân và thân nhân thực hiện nội qui của bệnh viện; bảo quản hồ sơ, thuốc men, trang thiết bị y tế và tài sản khác của khoa; phát hiện những diễn biến bất thường của bệnh nhân kịp thời báo cáo cho bác sĩ; chuyển bệnh nhân đi làm các cận lâm sàng, vào các khoa lâm sàng, chuyển mổ theo y lệnh của bác sĩ

QUY CHẾ CHỐNG THẢM HỌA



I. Qui chế chung

- Khoa cấp cứu và 2 đội cấp cứu ngoại viện làm nhiệm vụ sơ cứu ban đầu và phân loại để chuyển đến các khoa có liên quan. Trục điều hành sẽ điều động thêm nhân sự các khoa khác khi cần
- Qui ước “ Báo động đỏ” mọi nhân viên khi được huy động phải có mặt ngay. Mọi lực lượng của bệnh viện phải được dành ưu tiên
- Báo động đỏ có 3 cấp, tùy theo số lượng nạn nhân:
 - Cấp 1: 10 đến 20 người bệnh
 - Cấp 2: 20 đến 40 người bệnh
 - Cấp 3: Trên 40 người bệnh, hoặc tùy theo tính chất phức tạp của loại thảm họa
- Khoa cấp cứu thực hiện nhiệm vụ của mình theo phân cấp trách nhiệm Ban giám đốc giao cho
- Thành lập đội cấp cứu đã chiến sẵn sàng cho nhiệm vụ phòng chống thảm họa

II. Cụ thể

- Bố trí giường bệnh và cơ sở thuốc tùy theo loại thảm họa. Phân khu điều trị nặng nhẹ với 4 màu:
 - Màu đen: Nạn nhân gần chết
 - Màu đỏ: Nguy hiểm đe dọa tính mạng
 - Màu vàng: Nặng nhưng chưa đe dọa tính mạng
 - Màu xanh: Bệnh nhẹ có thể cho về

Trường hợp quá tải giường bệnh, đề nghị Sở y tế trưng dụng giường bệnh và nhân lực của các bệnh viện lân cận: BVĐK TP Long Xuyên, BV Hạnh Phúc, BV Bình Dân, BV Tim Mạch, BV Mắt, TMH-RHM, BVĐK Huyện Châu thành...

- + Trục Điều hành, Điều dưỡng và Trưởng khoa chủ trì hội chẩn để sớm có chẩn đoán, hướng điều trị và chăm sóc nạn nhân
- + Đi lãnh ngay cơ sở thuốc cấp cứu về
- + Phải sớm xác định tác nhân gây thảm họa
- + Cần có ngay 1 bảng nội quy (đặt tại khu điều trị) và qui chế một số nội dung phù hợp: Thân nhân không được vào buồng bệnh, nạn nhân tử vong phải được tập trung vào nhà đại thể...

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

QUY CHẾ VÀO VIỆN, CHUYỂN KHOA, CHUYỂN VIỆN, RA VIỆN



I. Quy định chung

1/ Các thành viên trong khoa cấp cứu phải có tinh thần trách nhiệm, khẩn trương tận tình tiếp đón người bệnh đến cấp cứu tạo cho người bệnh và thân nhân có niềm tin, yên tâm điều trị

2/ Phải đảm bảo thủ tục hành chính qui định

3/ Không được gây phiền hà cho người bệnh

II. Quy định cụ thể

1/ Vào viện

a) Bác sỹ

- Tiếp nhận bệnh nhân cấp cứu, phân loại sơ cứu đầu tiên, cho làm XN, CLS, chẩn đoán
- Làm hồ sơ bệnh án ban đầu theo qui chế chẩn đoán bệnh, làm hồ sơ bệnh án và kê đơn điều trị

b) Điều dưỡng

- Tiếp đón người bệnh
- Người bệnh cấp cứu phải được thực hiện theo đúng qui chế cấp cứu, mọi thủ tục hành chính giải quyết sau
- Thực hiện các thủ tục vào viện cho người bệnh, thông báo cho khoa nhận người bệnh được biết trước để chuẩn bị điều kiện phục vụ
- Người bệnh được chuyển bằng phương tiện tùy tình trạng người bệnh, không để người bệnh tự đến khoa điều trị
- Đến khoa điều trị người bệnh được bàn giao cho ĐDTK hoặc ĐD trưởng tua trực có sổ giao nhận ký tên

2/ Chuyển khoa

a) Khi phát hiện bệnh của chuyên khoa

- Đề nghị hội chẩn khoa liên quan

- Giải thích cho người bệnh và thân nhân người bệnh
- b) Khoa cấp cứu chuyển khoa cho người bệnh theo y lệnh của Bác sĩ

3/ Chuyển viện

a) Điều kiện

- Bệnh quá khả năng điều trị
- Đã hội chẩn toàn khoa hoặc liên khoa
- Trưởng phòng KHTH được giám đốc ủy nhiệm ký giấy chuyển viện

b) Thủ tục

- BS tóm tắt hồ sơ bệnh viện, các XN chẩn đoán xác định, thuốc đã dùng và tình trạng bệnh hiện tại
- Phải có ĐD đưa đi mang theo bệnh án tóm tắt, có phương tiện cấp cứu
- Điều dưỡng có trách nhiệm bàn giao ký sổ giao chuyển bệnh

c) Chuẩn bị cho bệnh nhân

- Giải thích bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân
- Làm đầy đủ thủ tục ra viện

4/ Ra viện

a) BS điều trị

- Đánh giá tình trạng sức khỏe, bệnh tật của bệnh nhân
- Thông báo cho bệnh nhân biết

b) BS trưởng khoa hoặc trưởng tua: khám lại và quyết định

c) Điều dưỡng

- Làm đầy đủ thủ tục ra viện
- Lời dặn dò kèm theo
- Nộp bệnh án về Phòng KHTH theo qui chế

QUY CHẾ HỘI CHẨN KHOA CẤP CỨU



Khoa cấp cứu tổng hợp vừa có cấp cứu nội, cấp cứu ngoại và có công việc hồi sức BN tiền phẫu, chuẩn bị BN trước phẫu thuật. Vì vậy quy chế hội chẩn có một số vấn đề sau:

1/ Đối với khối ngoại

Khi tiếp nhận BN ngoại BS khoa cấp cứu cho làm đầy đủ CLS sau đó báo cho BS ngoại xem. Nếu có chỉ định phẫu thuật cấp cứu thì ĐD khoa cấp cứu làm vệ sinh theo quy trình trước khi chuyển BN đi mổ. Lúc này BS ngoại khoa ghi thẳng vào hồ sơ

Trường hợp phẫu thuật cấp cứu phải có hội chẩn, phải có đầy đủ phẫu thuật viên, BS gây mê

Nghiêm cấm các trường hợp phẫu thuật mà không có hội chẩn.

2/ Đối với khối nội: phải làm đúng trình tự và nội dung hội chẩn

a/ BS điều trị có trách nhiệm

- Chuẩn bị đầy đủ hồ sơ BA, các kết quả CLS, các phương tiện thăm khám người bệnh
- Chuẩn bị người bệnh, thông báo thời gian và nội dung hội chẩn, tùy tình trạng người bệnh mà hội chẩn tại giường hoặc tại buồng riêng cho phù hợp

b/ Người được mời hội chẩn phải có trình độ chuyên môn tốt, có tinh thần trách nhiệm, trường hợp mời đích danh mà không tham gia được phải cử người có trình độ tương đương đi thay, phải được nghiên cứu hồ sơ bệnh án trước

c/ Người chủ trì hội chẩn có trách nhiệm

- Giới thiệu thành phần tham dự, báo cáo tóm tắt quá trình điều trị, chăm sóc và yêu cầu hội chẩn
- Kết luận rõ ràng từng vấn đề để ghi vào biên bản. Khi kết thúc phải đọc lại thông qua biên bản hội chẩn và từng thành viên ký, ghi rõ họ tên và chức danh

d/ Thư ký có trách nhiệm

- Ghi chép đầy đủ các ý kiến của từng thành viên vào sổ biên bản
- Căn cứ vào kết luận ghi trong sổ biên bản hội chẩn, trích lập phiếu biên bản hội chẩn đính vào hồ sơ bệnh án, phiếu biên bản hội chẩn này do thư ký và người chủ trì ký, ghi rõ họ tên và chức danh

e/ Trường hợp có ý kiến chưa thống nhất thư ký phải ghi lại báo cáo giám đốc bệnh giải quyết

g/ Hội chẩn cấp cứu phải được thực hiện trong giờ hành chính cũng như trong phiên thường trực, tùy tình trạng người bệnh mà có hình thức HC thích hợp

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU CHOÁNG PHẢN VỆ



I. Triệu chứng

- Ngay sau khi tiếp xúc với dị nguyên hoặc muộn hơn, xuất hiện:
- Cảm giác khác thường (bồn chồn, hoảng hốt, sợ hãi...). Tiếp đó xuất hiện triệu chứng ở một hoặc nhiều cơ quan
- Mẩn ngứa, ban đỏ, mày đay, phù Quink...
- Mạch nhanh nhỏ, khó bắt, huyết áp tụt có khi không đo được
- Khó thở kiểu thanh quản hoặc hen phế quản, nghẹt thở
- Đau quặn bụng, tiêu tiểu không tự chủ
- Đau đầu, chóng mặt có khi hôn mê
- Choáng vàng, vật vã, giãy dụa, co giật

II. Xử trí

A. Xử trí ngay tại chỗ

1. Ngưng ngay đường tiếp xúc với dị nguyên (thuốc đang dùng: tiêm, uống, bôi, nhỏ mắt mũi)
2. Cho người bệnh nằm tại chỗ:
 - Adrenalin là thuốc cơ bản để chống choáng phản vệ:
 - Adrenalin 1mg, 1 ml, dung dịch 1/1000 tiêm dưới da sau khi xuất hiện choáng phản vệ với liều như sau:
 - ½ - 1 ống ở người lớn
 - Không quá 0,3 ml ở trẻ em (pha 1 ống 1 ml (1mg) + 9 ml nước cất = 10 ml, sau đó tiêm 0,1 ml/kg)
 - Hoặc 0,01 ml mg/kg cho cả người lớn và trẻ em
 - Tiếp tục tiêm Adrenalin liều như trên 10 – 15 phút một lần cho đến khi huyết áp trở lại bình thường
 - Ủ ấm, đầu thấp, chân cao, theo dõi huyết áp mỗi 10 – 15 phút một lần (nằm nghiêng nếu có nôn)

- Nếu choáng quá nặng đe dọa tử vong, ngoài đường tiêm dưới da có thể tiêm Adrenalin dung dịch 1/10000 (pha loãng 10 lần) qua tĩnh mạch, bơm qua ống nội khí quản
- Để duy trì huyết áp, thiết lập một đường truyền tĩnh mạch Adrenalin 0,1 microgram/kg/phút, điều chỉnh tốc độ theo huyết (pha 1 ống Adrenalin 1/1000 vào 250 ml dung dịch Glucose 5%)

B. Xử lý hô hấp

Tùy theo tuyến và mức độ khó thở có thể áp dụng cho các biện pháp sau đây:

- Tự thở được: Oxy 100% liều cao 5 – 10 lít/phút qua sonde mũi hoặc qua mask
- Không tự thở được: đặt nội khí quản, bóp bóng hỗ trợ
- Đặt nội khí quản không được do phù thanh môn, nên tiến hành đặt nội khí quản ngay

C. Giảm phế quản: có 2 cách

- Truyền tĩnh mạch chậm Aminophylline dung dịch 4,8% 1mg/kg/giờ
- Hoặc thở khí dung Salbutamol nebulas 5 mg 1 ống qua mask. Hoặc Salbutamol dạng inhaler xịt họng 4 – 5 nhát, có thể lặp lại 4 – 5 lần/ngày

2. Các thuốc khác

- Hydrocortisone tiêm tĩnh mạch chậm 5mg/kg/giờ hoặc Methylprednisone 1 – 2 mg/kg mỗi 4 giờ, dùng liều cao hơn nếu choáng nặng (có thể gấp 2 lần)
- Diphenhydramine (pipolphen 50 mg) 1mg/kg tiêm bắp hoặc tiêm mạch
- Tăng thể tích tuần hoàn bằng truyền tĩnh mạch dung dịch NaCl 9‰, Lactate Ringer 1 – 2 lít ở người lớn, không quá 20 ml/kg ở trẻ em

3. Hạn chế sự hấp thu của kháng nguyên

- Nếu dị nguyên vào cơ thể bằng đường tiêm nên làm garrot với áp lực nhẹ phía trên chỗ tiêm
- Nếu dị nguyên vào cơ thể qua đường tiêu hóa, cho uống than hoạt 50 – 100 g cùng với Sorbitol 1 – 2 g/kg (tối đa là 150g)

SỐC CHẤN THƯƠNG



I. ĐỊNH NGHĨA

Sốc chấn thương là tình trạng suy sụp toàn thân sau chấn thương, biểu hiện rõ trên lâm sàng bằng hội chứng suy chức năng tuần hoàn và các chức năng khác, dẫn đến không cung cấp đủ nhu cầu oxy cho các cơ quan và tổ chức

II. SINH LÝ BỆNH

- 1) Chảy mất máu
- 2) Đau

III. LÂM SÀNG

1) Sốc còn bù (sốc cương)

- Tỉnh táo nhưng kích thích, vật vã, nói nhiều kêu đau
- Tăng cảm giác, tăng phản xạ, tăng trương lực cơ
- Mạch nảy, tần số bình thường hoặc nhanh
- HA tăng (140/90 – 200/140mmHg)
- Thở nhanh 20 – 30l/p, sâu

2) Sốc mất bù (sốc nhược)

- Nằm yên, thờ ơ, tri giác còn hoặc mất, hôn mê, có những cơn co giật do thiếu oxy não
- Giảm cảm giác, giảm thân nhiệt, giảm phản xạ, giảm trương lực cơ
- HA giảm: sốc nhẹ HATĐ 90-100mmHg, vừa 60-90mmHg, nặng <60mmHg.
- Mạch nhanh > 100l/p, sốc nặng mạch nhanh nhẹ khó bắt
- Da niêm nhợt, vã mồ hôi, chi lạnh, đông tử dãn, dấu hiệu bấm móng tay giảm
- Thở nhanh nông 30-40l/p
- Lượng nước tiểu giảm, thiếu niệu hoặc vô niệu

IV. PHÂN LOẠI MỨC ĐỘ SỐC

- 1) Sốc nhẹ: mất $\leq 20\%$ thể tích máu
- 2) Sốc vừa: mất 20 - 40 % thể tích máu
- 3) Sốc nặng: mất $>40\%$ thể tích máu

V. ĐIỀU TRỊ

1) Đảm bảo chức năng hô hấp

- Nằm đầu cao 30° , thở oxy 2-4l/p, hút đàm nhớt, lấy dị vật nếu có
- Đặt nội khí quản khi cần

2) Đảm bảo tuần hoàn

- Truyền dịch: Natrichlorua 9%, Lactate Ringer, dung dịch cao phân tử
- Máu tươi khi Hct $< 30\%$
- Tốc độ truyền: căn cứ HADM, CVP, nước tiểu 24h.
 - HA $< 50\text{mmHg}$ truyền thành dòng (khoảng 1000ml/5 phút)
- Số lượng dịch truyền:
 - Dung dịch Lactatringer, NaCl = 5% P cơ thể
- Trợ tim: khi truyền đủ dịch mà HA không lên
Dùng thuốc vận mạch: Dopamin, Dobutamin
- ❖ Chú ý trước khi truyền dịch phải kiểm tra bệnh nhân có suy tim hay không nếu có thì phải cho thuốc hỗ trợ tim nhóm Digitalis (digoxin, glucagon)

3) Giảm đau

- Cố định vững chắc chi gãy
- Dùng thuốc giảm đau: morphin 10mg/1ml, dolargan 100mg/2ml, effergal 100ml...
- Liều dùng: Morphin 10mg/70kg TB
Dolacgan 50-100mg TB

Effergal 100ml TTM C g/p

- Không dùng thuốc giảm đau khi chưa loại trừ hoặc đang theo dõi chấn thương bụng kín

4) Chống suy thận

- Đặt sonde tiểu theo dõi lượng nước tiểu mỗi giờ (bt 1.5ml/kg/giờ)
- Bù nước điện giải đầy đủ.
- Nước tiểu ít dùng Furosemid 20mg sau 1h đảm bảo nước tiểu 60ml/h
- Dùng kháng sinh không độc cho thận.

5) Chống nhiễm trùng

- Kháng sinh: Ceftriaxon, Cefotaxim, Gentamicin,...
- Rửa khô cắt lọc băng vết thương sớm

6) Xử trí nguyên nhân gây sốc

- Những can thiệp có tính chất khẩn cấp:
 - Đặt nội khí quản.
 - Cầm máu các chảy máu ngoài
 - Khâu vết thương ngực hở
 - Mở khí quản.
- Chuyển mổ cấp cứu

SỐC GIẢM THỂ TÍCH

(KHÔNG MẤT MÁU)



I. NGUYÊN NHÂN

- Tiêu chảy
- Ói mửa
- Đột quỵ do nhiệt
- Không bù đủ lượng mất vô hình
- Phỏng
- Mất vào khoang thứ 3 (trong tắc ruột, viêm tụy cấp và xơ gan)

II. CHẨN ĐOÁN

- Các triệu chứng rối loạn huyết động lực
- Da và niêm mạc khô, rất khát, trương lực nhãn cầu giảm
- Sinh vật học:
 - + Máu cô (Hct ↑, Protid máu ↑)
 - + Rối loạn nước điện giải.
 - + Rối loạn cân bằng toan – kiềm (thay đổi theo nguồn gốc mất nước: toan chuyển hóa trong trường hợp đi lỏng, kiềm trong trường hợp nôn mửa) hoặc tùy theo mức độ của mất nước, mất muối và nguyên nhân của sốc

III. ĐIỀU TRỊ

- Đặt bệnh nhân nằm đầu thấp
- Thở oxy
- Lập đường truyền tĩnh mạch
- Đặt sonde tiểu theo dõi lượng nước tiểu
- Bồi hoàn thể tích dịch đã mất:
 - Bù loại dịch thường có nhất NaCL 0,9% hay Lactate Ringer, không nên dung Dextrose 5% hay dung dịch cao phân tử vì tác dụng không tốt bằng.

- Tốc độ bù dịch: nếu bệnh nhân không có bệnh suy tim sung huyết, có thể bolus 500ml dịch đầu và sau đó tùy theo huyết áp và tình trạng tưới máu cơ quan mà điều chỉnh tốc độ dịch (có thể 3l/20 phút đầu), (chú ý sau khi truyền 3l/20 phút mà huyết áp không cải thiện nên đặt CVP điều chỉnh dịch theo CVP)
- Tiếp tục truyền dịch tích cực cho đến khi huyết áp bình thường hoặc tim quá đầy.
- Điều trị nguyên nhân.
- Tránh dùng thuốc vận mạch cho đến khi tim quá đầy, ngoại trừ dopamine 2 – 5 $\mu\text{g/kg/p}$ để tưới máu thận trong tình trạng lưu lượng thấp
- Tránh dùng thuốc co mạch làm chậm sự hồi sức thể tích đầy đủ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Điều trị học nội khoa – ĐẠI HỌC Y-D TPHCM – 2009
- Cẩm nang điều trị nội khoa – nhà xuất bản y học
- Cấp cứu nội khoa – BỆNH VIỆN CHỢ RẪY - 2003

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG



I. ĐẠI CƯƠNG

CTSN được chia thành 3 loại (Theo AANS) dựa vào GCS:

- CTSN Nhẹ (Mild head Injury): $13 \leq \text{GCS} \leq 15$
- CTSN Trung bình (Modered head Iniury): $09 \leq \text{GCS} \leq 12$
- CTSN Nặng (Severe head Injury): $\text{GCS} \leq 08$

CTSN nặng là những CTSN hôn mê

II. CHẨN ĐOÁN

1/ Chẩn đoán lâm sàng

- Tri giác: Dựa vào GCS nếu sau chấn thương 6 giờ, bệnh nhân không tỉnh $\text{GCS} \leq 08$ là CTSN nặng; có khoảng tỉnh hay hôn mê ngay sau chấn thương
- Khám tổn thương tại chỗ: VT da đầu, tụ máu dưới da đầu, VT lộ xương sọ, VT sọ não
- Khám tổn thương vỏ nền sọ: Chảy máu mũi, tai, miệng – Dấu hiệu kím râm; bầm tím sau tai
- Dấu hiệu TKKT: Liệt $\frac{1}{2}$ người, dẫn đồng tử 1 bên
- Khám tổ thương kèm theo: Cột sống cổ, tổn thương ngực, tổn thương bụng, tổn thương chi

2/ Chẩn đoán hình ảnh

- X Quang sọ thẳng nghiêng: ít giá trị
- Chụp cắt lớp vi tính: đánh giá tổn thương trong sọ, máu tụ ngoài màng cứng, máu tụ dưới màng cứng, máu tụ trong não, chảy máu não thất, dập não, XH dưới nhện
- X Quang cột sống cổ
- X Quang ngực thẳng
- Siêu âm ổ bụng

III. XỬ TRÍ

A. Sơ cứu: Tiến hành các bước

- Khai thông đường thở
- Đặt NKQ, mở KQ, thở Oxy 5 lít/phút, bóp bóng hỗ trợ hay thở máy nếu có dấu hiệu suy hô hấp
- Bảo đảm không để tụt huyết áp: NaCl 0,9% (không nên dùng dung dịch đường hay Lactate Ringer)
- Bất động cột sống cổ
- Cầm máu tại vết thương đầu cũng như các VT khác: băng hoặc khâu vết thương
- Đặt sonde dạ dày hút dịch và hơi ứ đọng
- Đặt sonde tiểu

B. Điều trị thực thụ

1. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định mổ dựa vào lâm sàng và hình ảnh Head.C.T.Scane

Mục đích can thiệp ngoại khoa cấp cứu:

- Giải áp
- Xử lý VT sọ não

2. Điều trị nội khoa (60 – 70%)

- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, đầu cao 30° so với mặt giường
- Hồi sức hô hấp: để $\text{PaCO}_2 \geq 35 \text{ mmHg}$ và $\text{PaO}_2 \geq 98 \text{ mmHg}$
- Hồi sức tuần hoàn: tốt nhất là NaCl 0,9% , truyền máu nếu có mất máu
- Chống phù não: Nên dùng Mannitol 20% khi HA tâm thu $> 10 \text{ CmHg}$, liều $< 1 \text{ gr/kg/ 24h}$; không nên dùng quá 4 ngày

D. Xử trí khác

- Suy hô hấp do máu chảy vào đường hô hấp trên từ vỡ nền sọ: Đặt NKQ hay mở KQ
- Đề đầu cao, phải truyền máu nếu tụt HA do mất máu
- Chảy máu dạ dày do Stress
- Chống nhiễm trùng
- Chống loét tì đè
- Dinh dưỡng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU CƠ TIM VỚI ST CHÊNH LÊN



I> KHÁI QUÁT

1/ **Định nghĩa:** NM cơ tim là hoại tử 1 vùng ($> 2\text{cm}^2$) cơ tim do tắc 1 nhánh ĐMV

2/ **Nguyên nhân:** $>90\%$ là do sự rạn nứt hoặc gãy vỡ và đứt rời của mảng xơ vữa

II> CHẨN ĐOÁN

1/ Lâm sàng: Điển hình 1.1) Triệu chứng cơ năng Cơn đau thắt ngực điển hình * Vị trí – Khởi phát – Cường độ - Kiểu đau – Hướng lan – Thời gian – Giảm đau. * Lưu ý: không bao giờ đau qua hàm trên, qua rốn, ô mô cái	Không điển hình - Đau thượng vị - Nhóm cần lưu ý: Hậu phẫu – Già – Đái tháo đường – Hôn mê – Tăng huyết áp
Phối hợp với các yếu tố nguy cơ (10 yếu tố) Nghiện thuốc lá – THA – Rối loạn Lipid máu – ĐTĐ – Béo phì - Thiếu động – Nhân cách type A – Tiền căn NMCT, tiền căn gia đình THA hay bệnh mạch vành – Cao tuổi – Nam giới	
1.2 Triệu chứng thực thể: Điển hình - Loạn chức năng thất trái. - Tăng tải tim cấp. - Các dấu hiệu xơ vữa động mạch.	Không điển hình Cơn THA – Gallop T3,T4 – Mạch so le – Dọa OAP, OAP – Tim loạn động, ổ đập bất thường.
2/ Cận lâm sàng 2.1) ECG: $\Delta+$, Δ giai đoạn NMCT: - Sóng T âm – Cân – Nhọn - ST chênh lên xuống Tiêu chuẩn: trước tim $\geq 1,5\text{mm}$, ngoại biên $\geq 0,5\text{mm}$. Vị trí: thượng tâm cơ, xuyên thành. Tiêu chuẩn: $> 0,5\text{mm}$ ở tất cả các chuyển đạo.	

Vị trí: nội tâm mạc. - Q hoại tử: Hình dạng: móc, cắt cụt, dị dạng. Biên độ: $> 1/3R$ ở trước tim và $> 1/4R$ ở ngoại biên. Độ rộng: $> 0,04s$.
2.2) Men tim: $\Delta+$, Δ giai đoạn NMCT, nhạy cảm. - Troponin I,T: đặc hiệu và loại trừ Δ trong giai đoạn sớm (2h đầu – 3 ngày). - CK – MB : đặc hiệu và nhạy cảm – Các trường hợp đến muộn.
* Phải làm thêm các cận lâm sàng khác để: Điều trị - Theo dõi – Phát hiện biến chứng – Tiên lượng bệnh. * Các trường hợp khó, để $\Delta+$ cần làm thêm: Đồng vị phóng xạ, chụp mạch vành.
3.3 Chẩn đoán xác định NMCT cấp khi có 2 trong 3 nhóm triệu chứng (1) CĐTĐN kiểu MV, (2) Biến đổi trên ECG, (3) Biến đổi men tim.

III> ĐIỀU TRỊ

A/ Tại phòng cấp cứu

1 – Nằm bất động tại giường

2 – Thở oxy sao cho $SpO_2 > 90\%$

3 – Các thuốc nên sử dụng ngay

+ **Giảm đau**: Morphin Sulfate 2 – 4 mg (TMC)/ 5 – 10 phút. Không quá 30 mg/ngày

+ **Chống kết tập tiểu cầu**:

* Aspirin: 162 – 325 mg, dạng sủi bọt hoặc nhai

* Clopidogrel: 300 mg (4v)

4 – Các thuốc sử dụng nếu được hoặc sau khi đã hội chẩn chuyên khoa

+ **Loạn nhịp**: Thất → Lidocain: tấn công 1-2mg TMC/1 phút x 3 lần (mỗi 5-10 ph). Tổng liều 3mg/kg, sau đó duy trì 1 – 4mg/phút trong 24 – 30h

Chậm xoang → Atropin: 0,5 – 1mg TMC/3 – 5 phút.

Tổng liều 3mg

+ **Sốc tim:**

Nor-Epinephrin: 2 – 16 µg/phút

Dopamin (2 – 20 µg/kg/phút)

Dobutamin (2,5 – 15 µg/kg/phút)

+ **Thuốc khác:**

Chống đông: Heparin TLPTT: Enoxaparin

Thuốc tiêu sợi huyết

Nitrate: Nitroglycerin TTM

Thuốc chẹn β: Metoprolol, Propranolol (TMC)

Ức chế men chuyển: Captopril, Enalapril

5 – Chuyển ICU hặc hội chẩn chuyên khoa tùy trường hợp

B/ Điều trị chuyên khoa (Phác đồ Khoa Tim Mạch)

C/ Các điều trị hiện nay chưa làm được: Mô bắt cầu nối Chủ - Vành; Đặt Stent

PHÁC ĐỒ NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT CHUỘT



I/ NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT CHUỘT PHOSPHURE KẼM

1.1. Chẩn đoán

- Bệnh sử, lời khai của bn, thân nhân, tên nhãn gói thuốc (thường gọi là FOKIBA)
- Lâm sàng
 - + Tiêu hóa: đau bụng, nôn, lỏng ruột thực quản, có thể nôn ra máu, tiêu chảy
 - + Hô hấp: khó thở, phù phổi cấp
 - + Tim mạch: mạch nhanh, HA tụt, rối loạn nhịp tim
 - + Thần kinh: tri giác thay đổi từ kích thích, vật vã đến co giật, hôn mê
 - + Trường hợp nặng: choáng, tím tái, hôn mê, tử vong
 - + 3_4 ngày sau: có thể bị viêm gan, suy thận cấp
- Độc chất: PHOSPHURE KẼM
- XN độc chất trong nước tiểu, máu

1.2 Xử trí

1.2.1 Rửa dạ dày

- 1/ Đặt sond dạ dày, bơm qua sond 500 ml dung dịch CuSO_4 1%
- 2/ Bơm tiếp 1000 ml dung dịch KMnO_4
- 3/ Rút hỗn hợp trên qua sond dạ dày
- 4/ Bơm tiếp dung dịch 50g MgSO_4 pha trong 100ml dầu Paraphine
- 5/ Sau đó, rút sond dạ dày

1.2.1 Các biện pháp can thiệp khác

- Truyền dịch, cân bằng nước điện giải
- Lợi tiểu
- Anti H2
- Có choáng: chống choáng
- Có viêm gan: trợ gan, corticoid
- Có suy thận: lọc thận nhân tạo

II/ NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT CHUỘT ANTIVITAMINE K

2.1 Chẩn đoán

- Bệnh sử: lời khai BN, thân nhân, tên, nhãn gói thuốc (thường gọi là RAT-K)
- Lâm sàng: HC xuất huyết da niêm và hoặc xuất huyết tạng (XHTH, tiểu máu, XH trong khớp, XH não...)
- CLS: TQ kéo dài
- Độc chất: Antivitamin K

2.2 Xử trí

- Không cần rửa dạ dày
- Uống than hoạt : 20 g / lần ,mỗi 2_4 giờ,sorbitol 1_2 g / kg
- Vitamine K1 10_20g tiêm dưới da mỗi 12 _24 giờ

III/ NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT CHUỘT TRUNG QUỐC

3.1 Chẩn đoán

- Bệnh sử: lời khai BN thân nhân, thuốc có dạng hạt gạo hoặc dạng ống nước sirop có màu hồng nhạt, tên nhãn bằng tiếng Trung Quốc
- Lâm sàng:
 - + Tiêu hóa: buồn nôn, đau bụng, tiêu chảy...
 - + Thần kinh cơ: cứng cơ, co giật, rối loạn tri giác như lơ mơ, hôn mê
 - + Hô hấp: khó thở, phù phổi cấp, ARDS

- + Tim mạch: rối loạn nhịp, viêm cơ tim ...
- + Thận: có thể suy thận cấp
- + Triệu chứng khác: sốt, hạ calci máu
- Độc chất: ***natri_fluoroacetate , fluoroacetamide***
- CLS:
 - + Tìm trong dịch dạ dày ,nước tiểu độc chất thuốc chuột Trung quốc
 - + CTM,Hct ,Ion đồ, urea, creatinin, men CPK, glycemia
 - + ECG, EEG

3.2 Xử trí

A/ Chưa có co giật

- Tiêm bắp 1 ống Diazepam 10mg, nếu phản xạ gân xương tăng
- Rửa dạ dày: 3 _ 5 lít nước cho đến khi nước sạch, mỗi lít nước cho thêm 5g muối ăn (1 muỗng café), sau rửa cho uống 20g than hoạt 2 giờ / lần (tổng liều 120 g), thêm Sorbitol 40_60 g /ngày
- Truyền dịch, lợi tiểu, bù điện giải theo Ion đồ, chú ý Calci máu

B/ Có co giật

- Tiêm Diazepam TM 10mg / lần, lập lại mỗi 5 _ 10 phút đến 30 mg
- Dùng Thiopental (phối hợp với P.mỏ) nếu không khống chế co giật
- Đặt nội khí quản, sond dạ dày. Tiến hành rửa dạ dày qua sond dạ dày bằng dung dịch NaCl 9‰ 3 _ 5lít, sau đó dùng than hoạt liều như trên
- Calci gluconate 10% 1 ống tiêm mạch chậm
- Suy thận cấp: lọc thân nhân tạo
- Loạn nhịp tim: thuốc chống loạn nhịp
- ARDS (acute respiratory distress syndrom): thở máy

C/ Antidote

ACETAMIDE 10% hoặc GLYCEROL MONOACETATE

Tài liệu tham khảo:

Hướng dẫn điều trị tập 1, 2005, NXB Y học, 117-125

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN



I. Khái Quát

1. Định nghĩa: XHTH trên là tình trạng tổn thương chảy máu trên góc Treitz đổ vào ống tiêu hóa, bài xuất ra ngoài bằng nôn ra máu và hoặc tiêu ra máu

2. Phân biệt

- + Nôn ra máu với ho ra máu, ỉn tiết canh, ...
- + Tiêu ra máu với uống sắt, than hoạt, ...

II. Chẩn Đoán

1. Xác Định

Dấu Hiệu Lâm Sàng	Cận Lâm Sàng
- Hội chứng XHTH trên : nôn máu, tiêu máu, tiêu phân đen, máu ẩn trong phân - Hội chứng mất máu cấp : sinh hiệu, da niêm, tưới máu mô - Hội chứng mất máu mãn : da niêm, thiếu Oxy mô - Hội chứng dạ dày tá tràng - Hội chứng suy tế bào gan - Hội chứng TALTMC - Chú ý + Bệnh đi kèm : Tim mạch, Gan, Thận, Huyết học + Cơ địa : Trên 60 tuổi, XHTH tái phát (trong 72 giờ), truyền > 5 đv máu, XHTH tiếp diễn, Nội soi máu cục hay máu chảy	- XN máu: CTM, Nhóm máu, Ure, Creatinin, Glycemie, Ion đồ, SGOT, SGPT, Bilirubin, TS, TC, TQ, TCK - XN phân : máu ẩn - ECG - Siêu âm tổng quát - XQ ngực thẳng - Nội soi tiêu hóa Phân độ theo Forrest + Nguy cơ cao - Ia : máu phun thành tia - Ib : rỉ máu quanh ổ loét - Ila : thấy mạch máu, không chảy máu - Ilb : có cục máu đông + Nguy cơ thấp - Ilc: có cặn đen - III: đáy sạch phủ fibrin

2.Mức Độ

	Độ I (NHẸ)	ĐộII (TRUNG BÌNH)	Độ III (NẶNG)
Lượng mất máu	Dưới 10%	20% - 30%	Trên 35%
Sinh hiệu	Bình thường	Mạch < 100 lần/phút HA bình thường	Mạch > 100 lần/phút HA tụt, kẹt, dao động
Tươi máu mô	Kín đáo	Da niêm nhợt, chóng mặt, mệt	Não : bứt rứt, lì bì, ngất HA tụt, kẹt, da động, Still test (+) Thiếu niệu, vô niệu Da niêm rất nhợt Thở kiểu toan máu
Cận lâm sàng	HC > 3 tr/mm ³ Hct >30%	HC 2/mm ³ – 3tr/mm ³ Hct 20% - 30%	HC <2tr/mm ³ Hct <20%

3.Tái Phát: Điểm càng cao mức độ xuất huyết tái phát càng cao

Thang điểm **ROCKALL**

Các chỉ số đánh giá	ĐIỂM
- Tuổi	
Dưới 60	0
60-79	1
Trên 80	2
- Sốc	
Nhịp tim > 100 lần/phút	1
HA tâm thu < 100 mmHg	2
- Bệnh đi kèm	
TMCT, Suy tim, Bệnh nặng khác	2
Suy thận, suy gan, K di căn	3
Nội soi	
Không thấy tổn thương, rách tâm vị	0
Loét DD-TT, vết trượt, viêm thực quản	1
K đường tiêu hóa	2
Dấu hiệu chảy máu trên nội soi cao	2

Thang điểm **BLATCHFORD**

Các chỉ số đánh giá	ĐIỂM
Huyết áp tối đa (mmHg)	
100 – 109	1
90 – 99	2
< 90	3
Ure máu (mmol/L)	
6.5 – 7.9	2
8 – 9,9	3
10 – 24,9	4
> 25	6
Huyết sắc tố Nam (g/dL)	
12 – 12,9	1
10 – 11,9	3
< 10	6
Huyết sắc tố Nữ (g/dL)	
10 – 11.9	1
< 10	6
Những dấu hiệu khác	
Mạch > 100 lần/phút	1
Tiêu phân đen	1
Ngất	2
Bệnh gan	2
Suy tim	2

4. Tiếp Diễn

- Sinh hiệu dao động, tiếp tục giảm
- Tươi máu mô càng giảm
- Tiếp tục nôn máu, tiêu máu
- Nhu động ruột >10 lần/phút

5. Nguyên Nhân

- Thực quản : HC Malory-Weiss, Túi thừa, K, ..
- Dạ dày-tá tràng : Viêm, Loét, K, ..
- Gan mật : TALTCMC, Chảy máu đường mật, K, ..

III. Điều Trị

1. Tại khoa Cấp cứu

➤ **XHTH mức độ nhẹ**

- Truyền dịch đẳng trương giữ vein
- Có thể dùng ức chế proton H⁺, Omeprazole 20 – 40 mg (TMC)
- Chuyển khoa Nội tiêu hóa để tìm và điều trị nguyên nhân

➤ **XHTH mức độ trung bình**

- Truyền dịch đẳng trương 70 – 75 ml/kg/ngày
- Dùng ức chế proton H⁺ Omeprazole 40 mg (TMC)
- Chuyển khoa Nội tiêu hóa hoặc ICU tùy trường hợp

➤ **XHTH mức độ nặng**

- Nằm đầu thấp,
- Thở Oxy để SpO₂ > 90%
- Bù khối lượng tuần hoàn
 - + Truyền tĩnh mạch: vị trí chắc chắn, kim to (kim 20 G)
 - + Dịch đẳng trương: nước muối sinh lý, LactacRinger, Glucose 5%
 - Ưu tiên dùng nước muối sinh lý khi chưa rõ nguyên nhân
 - Ưu tiên dùng Glucose 5% trong bệnh gan mật
 - Thận trọng dùng LactacRinger khi chưa có nước tiểu
 - + Hai đường truyền, có thể bolus
 - + Tốc độ 20ml/kg/giờ
 - + Bù tổng số thường 2/3 dịch. 1/3 máu
- Ức chế acide đường tĩnh mạch
 - + Ức chế proton H⁺: Tấn công Omeprazole 40 mg (TMC), duy trì 8mg/giờ trong 72 giờ, khi ổn định chuyển qua uống
 - + Kháng Histamin H₂: Hiện tại không khuyến khích, nếu sử dụng dùng Ranitidine liều tấn công 50mg (TMC), duy trì 6,25 mg/giờ trong 72 giờ
- Các thuốc dùng thận trọng: Dịch ưu trương; Catecholamine
- Đặt sonde tiêu lưu

- Mặc Mornitoring theo dõi: M, HA, SpO₂; Tri giác; Màu da; Nhịp thở/1 giờ;
Nước tiểu/12h

- Nhịn ăn uống

- Chăm sóc cấp I

- **Nên chuyển khoa ICU các trường hợp sau:**

(1) XHTH độ III

(2) XHTH độ II có kèm ít nhất một trong các điều kiện: Trên 60 tuổi, XHTH tái phát, mức độ tái phát cao, có bệnh lý đi kèm, đã truyền trên 5 đv máu, nội soi thuộc nhóm nguy cơ cao

2. Tại khoa Nội tiêu hóa, ICU (Tham khảo phác đồ tại khoa): Tiếp tục bù khối lượng tuần hoàn; Điều trị cầm máu; Điều trị nguyên nhân; Điều trị dự phòng; Chỉ định ngoại khoa

Tài liệu tham khảo

1. Điều trị học Nội khoa. Đại Học Y Dược TPHCM

2. Sổ tay điều trị Nội khoa

CẤP CỨU GÃY XƯƠNG



I. Định nghĩa: Là quá trình phá hủy xương do chấn thương hoặc do bệnh lý

II. Phân loại gãy xương theo cơ chế tổn thương

1. Chấn thương trực tiếp gãy do va đập, do đè nén, do lực xuyên thủng
2. Chấn thương gián tiếp
 - Gãy do lực kéo căng
 - Gãy gấp góc
 - Gãy xoay
 - Gãy do lực nén
 - Gãy do lực nén và vẹo một bên
3. Gãy xương hở: vết thương rách da, chảy máu, lõi xương... Phân loại gãy hở theo Gustilo:
 - Độ 1: Rách da dưới 1cm, thường đầu rãy chọc từ trong ra vết thương tương đối sạch.
 - Độ 2: Rách da rộng từ 1-10cm
 - Độ 3: Rách da rộng trên 10cm. được chia 3 loại
 - + 3A : tổn thương da và phần mềm rộng, xương còn được che phủ
 - + 3B : như trên. Song lộ xương, phải tạo hình che phủ xương
 - + 3C : như trên, và có tổn thương mạch máu, thần kinh

III. Chẩn đoán lâm sàng

1. Dấu hiệu đau
2. Mất cơ năng
3. Biến dạng
4. Một số tư thế gợi ý thương tổn: VD: tay lạnh đỡ tay đau
5. Di động bất thường, tiếng lạo xạo
6. Tổn thương mạch máu, thần kinh

IV. Chẩn đoán CLS

1. X Quang
2. Chụp cộng hưởng từ (MRI): khi nghi ngờ tổn thương tủy do gãy cột sống, các loại gãy gần ổ khớp mà XQ khó quan sát

V. Điều trị gãy xương : 03 giai đoạn

1. Xử trí cấp cứu: Rất cần thiết
 - Cố định chi gãy: nẹp tạm như: nẹp tre, nẹp nhôm, nẹp Cramer,
 - Giảm đau: PEFERGAN 100ml | 1gr (paracetamol). Nhóm giảm đau NONSTEROID: Diclofenac 75mg, Mobic 15mg,
 - Truyền dịch: cho ngay dung dịch sinh lí : NACL 9% , LR... Tốc độ dịch truyền tùy thuộc vào từng bệnh nhân. VD: Gãy kín xương đùi mất máu # 1 -2,5lit. Gãy xương chày mất # 0,5 -1,5 lít. Gãy khung chậu #1,5 – mất hết máu.
2. Điều trị chỉnh hình: Thuộc chuyên khoa (CTCH)
 - Phương pháp kín: nắn bó bột, băng kéo liên tục...
 - Phương pháp hở: mổ
3. Phục hồi chức năng sau gãy xương: Thuộc chuyên khoa (CTCH)

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ HEN PHẾ QUẢN ÁC TÍNH



I. ĐỊNH NGHĨA

Hen phế quản ác tính là cơn hen phế quản có kèm theo tắc phế quản nặng, xuất hiện đột ngột hay từ từ, không khỏi bằng cách điều trị thông thường như Adrenalin, Theophylin. Đây là cơn hen kéo dài quá 24 đến 48 giờ không đỡ sau khi dùng các loại thuốc thông thường.

II. NGUYÊN NHÂN VÀ YẾU TỐ THUẬN LỢI XUẤT HIỆN CƠN HEN

Tuổi hen càng lâu càng trở thành cơn hen ác tính, có cơn hen nặng hoặc có cơn hen ác tính, mệt hơn các cơn trước, cơn trở lại nhanh hơn mặc dầu đã dùng thuốc trong vòng 6 giờ, đang điều trị bằng Steroide với liều lượng ngày nay không thấy đỡ, điều trị không đúng cách, cắt bỏ đột ngột Steroide.

Dùng thuốc an thần mạnh, uống Aspirine, nhóm NSAID, tiếp xúc các dị nguyên quá nhiều.

III. LÂM SÀNG

1. Các dấu hiệu suy hô hấp

Nhịp thở nhanh > 30 lần/ phút, bên nhân thường là ngòai, mặt và môi tím toát mồ hôi, hai tay bám chặt vào thanh giường, không nói được hoặc không muốn nói, không ho và không khạc đàm ra được.

Lồng ngực căng phồng hầu như không cử động cổ kéo các cơ thở vào thở phụ, đặc biệt là những cơ ức đoàn chũm, thời kỳ thở vào ngắn thở ra dài nghe ầm ỉ tiếng rít các cơ bụng và cơ liên sườn phải hoạt động mạnh. Đến giai đoạn nặng hơn lồng ngực không còn di động nếu không xử trí ngay bệnh nhân tử vong.

2. Các dấu hiệu tim mạch

- Nhịp tim tăng vượt quá 120 lần phút là dấu hiệu nặng, có khi trụy mạch.

- Tăng huyết áp có tiên lượng tốt hơn hạ huyết áp.
- Mạch đảo: là một dấu hiệu khá đặc biệt trong cơn hen ác tính : nghĩa là sự cảm giác biên độ mạch giảm hoặc mất hẳn khi thở vào, huyết áp tối đa giảm 10mm Hg.

3. Các rối loạn ý thức

Bệnh nhân lơ mơ, lẫn lộn, mê sảng hay giãy dụa, vật vã, nặng là hôn mê.

IV. CẬN LÂM SÀNG

- XN các khí dung trong máu: cơn nặng bắt đầu bằng $\text{PaCO}_2 < 70$ mm Hg, khí $\text{PaCO}_2 > 45$ mm Hg.
- XQ tim phổi thường: độ giãn của phổi và tràn khí màng phổi

V. XỬ TRÍ

- Theo kinh điển:

Aminophylin: tiêm tĩnh mạch chậm ống 0,20 mg/ 20 phút/ 5-6 mg/ 1 kg. Sau đó tiêm tĩnh mạch 0,6 mg/ kg/ h

Tiếp theo ống Aminophylin tiêm tĩnh mạch Methylprednisolone : 30 mg/ 4-6 h/ hoặc Dexamethason 40 mg

Có thể dùng phối hợp Terbutaline (bricanyl) ống 5 mg/ 8 h/ TB, TDD, truyền tĩnh mạch 1,5 mg/ 2-3 h

- Hiện nay: Người ta bắt đầu dùng Salbutamol, Ventoline 0,5% khí dung 0,5mg/ 1ml pha trong 20 ml nước cất hoặc Spray bơm hít 4 lần trong ngày hoặc truyền tĩnh mạch 0,5-1 mg/ h

Thở O_2 mũi 6 lít/ phút, truyền dịch, Natribicarbonate 1,4%, kháng sinh : Cephasporin thế hệ III, Gentamycine

Thở nguy kịch: đặt nội khí quản ngay, bóp bóng Ambu + túi dự trữ + O_2 10 lit/phút để SpO_2 xấp xỉ 100% trong 15 phút, máy thở: vt : 7-10ml / kg.

Truyền Natribicarbonate 1,4% tĩnh mạch/ 500 ml dung dịch, Aminophyline, Terbutaline, Salbutamol như thể nặng

Bệnh nhân chống máy thở cho thêm an thần: Hypnovel, nếu không đỡ thì dùng Hatothan, phối hợp truyền dịch, kháng sinh, như thể nặng

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ BỎNG



Các thông điệp

- Rửa các vết bỏng bằng nước lạnh phải làm ngay tức thì và chỉ làm ở vùng bị bỏng không được quá 5 phút và làm sau 15 phút thì không có giá trị gì
- Người ta cũng không làm vậy nếu các thương tổn ở diện rất rộng, nhiệt độ ngoài trời thấp hoặc bệnh nhân mất ý thức hay bị sốc
- Trong trường hợp bỏng hóa chất, rửa nước phải kéo dài 20 phút
- Bỏng do cháy nổ, tai nạn giao thông cần lưu ý các đa chấn thương phối hợp

A. CHẨN ĐOÁN

I. PHÂN LOẠI BỎNG

1. Theo độ sâu: Hình ảnh bên ngoài và đặc điểm của bỏng

Độ 1	Ban đỏ đau rát (cháy nắng)	Khỏi tự phát trong 48 giờ Bỏng da
Độ 2 nông Bề mặt da	Phồng nước rộng có thành dày Nền rỉ máu, đau	Khỏi tự phát 15 ngày Rối loạn về nhiễm sắc
Độ 2 sâu Bỏng da sâu	Đau ít hơn Mất cảm giác một phần Hiện bộ (lông, tóc) dính bám Áp lực kính	Liên tự phát trong 3 tuần Hoặc ăn sâu xuống Sẹo xấu dễ dàng, sẹo phì đại
Độ 3	Màu trắng xà cừ, đỏ tươi hoặc nâu Cấu tạo da thuộc Không đau Không hiện bộ (lông, tóc) Dính bám	Cần phải cấy ghép da

2. Theo độ rộng

Quy tắc số 9 của Wallace

		Tổng cộng
Đầu	9%	9%
Mình	18% x 2	36%
Chi trên	9% x 2	18%
Chi dưới	18% x 2	36%
Bộ phận sinh dục ngoài	1%	1%
		100%

3. Theo vị trí

Ngoài độ rộng và độ sâu của vết bỏng, vị trí của tổn thương nhiều khi có ý nghĩa rất quan trọng.

Một vài vị trí cần đặc biệt chú ý:

- Đầu, mặt: rất quan trọng về mặt thẩm mỹ
- Các khớp ở chi và đặc biệt là hai bàn tay: rất quan trọng về mặt chức năng
- Vùng cổ, ngực bụng và tứ chi: Nếu bị bỏng sâu vòng quanh chu vi, có thể gây nên sự đè ép gây cản trở tuần hoàn, hô hấp...
- Vùng tầng sinh môn – sinh dục: Bỏng vùng này thường dễ bị ô nhiễm vì nước tiểu, phân và các dịch tiết khác...

II. PHÂN LOẠI BỆNH NHÂN

Bỏng nặng cần phải nhập viện

1. **Độ sâu vết bỏng:** Phồng sâu, cần phải được rạch hoặc ghép da (Độ 3)
2. **Độ rộng:** Trên 10% ở trẻ con và người già. Trên 15% ở người lớn. Tất cả tổn thương trên 3% ở bỏng độ 3
3. **Vị trí:** Mặt; Đường hô hấp; Bàn chân, tay; Tầng sinh môn

- 4. Cơ địa bệnh nhân:** Trẻ sơ sinh, trẻ nhỏ, người già, bệnh nhân có tiền sử bệnh nội khoa
- 5. Cách thức bị bỏng:** Bỏng điện; Bỏng hóa chất; Đám cháy (tôn thương hô hấp); Sự nổ hay tai nạn giao thông

B. ĐIỀU TRI

I. BỎNG NẶNG

1. Tại chỗ

- Cởi bỏ quần áo bệnh nhân và đặt họ lên những phương tiện vô trùng
- Vết thương cần được rửa sạch. Phá các mụn nước, vì đây là môi trường giàu chất dinh dưỡng rất thuận lợi cho vi trùng phát triển. Sau đó đắp gạc tẩm thuốc mỡ hoặc thuốc mỡ có kháng khuẩn. Ở ngoài là một lớp bông vô trùng dày 5cm để hút dịch. Một vài loại thuốc mỡ: dầu mù u, biafin, Branolind v.v...
- Rạch để tháo trong các bỏng sâu vòng quanh các chi để tránh thiếu máu cục bộ

2. Toàn thân

- **Oxygen qua mũi ngay:** đặt nội khí quản khi bệnh nhân khó thở, suy hô hấp hoặc rối loạn ý thức
- **Truyền dịch**
 - Truyền Ringer Lactate, với lưu lượng 20ml/kg trong giờ đầu
 - Việc bù đắp tuần hoàn được thực hiện bằng dịch kết tinh: 2ml/kg theo % diện tích cơ thể bị bỏng trong 8 giờ đầu. Theo dõi mạch và huyết áp có thể khó khăn. Sự bài niệu là bằng chứng tốt nhất của sự bù đắp tuần hoàn, nó phải đạt 1ml/kg/giờ
 - ✓ Bỏng < 30% từ giờ thứ 8 đến 24: 0,5 ml/kg/% diện tích cơ thể bị bỏng dung dịch lactate Ringer và 0,5ml/kg/%, Albumin 4%
 - ✓ Bỏng > 30% từ giờ thứ 8 đến 24: 1ml/kg/% diện tích bị bỏng trong dung dịch Lactate Ringer
 - Trường hợp đặc biệt: bỏng điện từ điểm vào và điểm ra có thể nhìn thấy là một quãng trong cơ thể không nhìn thấy. Bằng chứng duy nhất của sự lấp đầy tuần

hoàn lúc đó chỉ là sự bài niệu phải duy trì là 2ml/kg/giờ. Sự bù đắp tuần hoàn được thực hiện với dịch Natri bicarbonate 14‰ cho đến khi pH niệu trên 7

- **Giảm đau:** nên được dùng bằng đường TM (Mobic 15mg, Diclofenac 75 mg...)
- **Tiêm phòng uốn ván:** SAT 1500 UI (TDD)
- **Kháng sinh:** Cephalosporin thế hệ 3. Dùng trong trường hợp nguy cơ nhiễm trùng cao (bệnh nhân lớn tuổi, bỏng diện rộng và sâu, có ổ nhiễm trùng trước đó)
- **An thần:** Seduxen 10mg (TM)
- **Giảm tiết dạ dày:** Omeprazol 20mg (TM)
- **Thông tiểu:** Sự bài niệu là sự hướng dẫn tốt nhất để điều trị. Mỗi giờ người lớn cần thải được 30 – 50 ml nước tiểu, trẻ con cần 1ml/kg cân nặng

Chỉ định cho những bệnh nhân sau:

- ✓ Bỏng trên 30% diện tích
- ✓ Bỏng nhỏ nhưng cần theo dõi sát vì phần cơ hoại tử chưa được xác định rõ (bỏng điện) hoặc bệnh nhân có sẵn bệnh lý về tim, phổi, thận
- ✓ Bỏng ở vùng tăng sinh môn
- ✓ Bắt buộc làm nhanh khi bỏng bộ phận sinh dục (làm chậm sẽ khó vì phù nề).
- Các xét nghiệm: CTM, Urê, Creatinin, Ion đồ, glycémie
- Ống thông dạ dày ở bệnh nhân bị nôn

II. BỎNG NHẸ

Ngay lập tức bệnh nhân tự làm hoặc người xung quanh làm lạnh vùng bỏng bằng nước lạnh trong 5 phút để hạn chế sự lan tỏa nhiệt trong các mô

Không nguy hiểm tính mạng nhưng cần lưu ý tới: nguy cơ về chức năng (bàn tay, bàn chân); tổn hại thẩm mỹ (mặt, bàn tay).

1. Ở phạm vi tại chỗ

- ✓ Vùng bông phải được sát trùng và rửa bằng nước hay tốt hơn bằng xà phòng vô trùng (Betadine)
- ✓ Các nốt phỏng được cắt lọc
- ✓ Sau khi xẻ rạch, bằng bằng thuốc mỡ sát trùng trải lớp dày trên các miếng gạc vô trùng

2. Ở phạm vi toàn thân

- ✓ Uống nhiều dung dịch mặn, hỗn hợp: 1 lít huyết thanh sinh lí + 1 lít nước + hương vị cam ở người lớn, Adiaril ở trẻ nhỏ
- ✓ Tiêm phòng uốn ván
- ✓ Giảm đau: Efferalgan codein 1 viên/6h

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ PHÙ PHỔI CẤP



I. ĐỊNH NGHĨA

Phù phổi cấp (PPC) là tình trạng ứ đọng quá mức dịch trong khoảng kẽ và phế nang, dẫn đến suy hô hấp cấp tiến triển nhanh

II. PHÂN LOẠI PHÙ PHỔI CẤP

Có 2 loại :

- Phù phổi cấp huyết động còn gọi là phù phổi cấp do tim
- Phù phổi cấp do tổn thương còn gọi là hội chứng nguy ngập hô hấp cấp (ARDS : Acute Respiratory Distress Syndrome)

III. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ PHÙ PHỔI CẤP DO TIM

1. Lâm sàng

- Hội chứng suy hô hấp cấp
- Có thể khạc ra bọt hồng
- Rì rào phế nang giảm, rales ẩm rít 2 phổi, bắt đầu từ đáy dâng nhanh lên đỉnh
- Tim khó nghe do rale ở phổi, có thể có nhịp T3
- HA bình thường hoặc tăng

2. Cận lâm sàng

X quang:

- Bóng tim to
- Mờ 2 bên, lan từ rốn phổi ra (hình cánh bướm), đường Kerley B

3. Điều trị

- Nằm đầu cao hoặc cho bệnh nhân ở tư thế ngồi, hai chân buông lỏng
- Thở oxy liều cao sao cho $\text{PaO}_2 > 60 \text{ mmHg}$
- Morphin sulphate: 2-5 mg TM/ 10 – 25 phút đến khi có hiệu quả

Lưu ý:

+ Không dùng cho BN hen, COPD

+ Phải theo dõi sát hô hấp

- Furosemide : khởi đầu 10 – 20 mg TM ở những bệnh nhân chưa từng sử dụng Furosemide, 40 – 80mg TMC trong 1 -2 phút đối với bệnh nhân đã sử dụng lặp lại mỗi 15 – 30 phút nếu cần, tổng liều tối đa là 200 mg
- Nitroglycerin TTM khởi đầu 0,2 mcg/ phút sau đó tăng dần đến hiệu quả mong muốn
- Nitroprusside : sử dụng trong trường hợp phù phổi cấp do hở van cấp, cao huyết áp
- Thuốc trợ tim (khi có hạ huyết áp hoặc choáng) dobutamin TTM với liều khởi đầu 2 -3mc g/kg/phút tăng dần đến khi có hiệu quả
- Điều trị các yếu tố thúc đẩy và điều trị nguyên nhân

V. CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ PHÙ PHỔI CẤP DO TỔN THƯƠNG (ARDS)

1. Lâm sàng

- Phải loại trừ các nguyên nhân gây suy hô hấp khác
- Có dấu hiệu lâm sàng của tình trạng suy hô hấp cấp tiến triển

2. Cận lâm sàng

- Khí máu động mạch: PaO₂ giảm
- X Quang: điển hình là hình ảnh phổi trắng, bóng tim không to

3. Điều trị

- Thở máy duy trì PaO₂ > 60 mmHg
- Tư thế BN : nghiêng phải hoặc nghiêng trái ở các BN giảm oxy máu không đáp ứng với can thiệp khác
- Dịch truyền :trong những ngày đầu, nên hạn chế nghiêm ngặt dịch truyền thậm chí nên sử dụng lợi tiểu
- Kháng sinh: có bằng chứng nhiễm trùng
- Điều trị nguyên nhân nếu được

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU NGỪNG TIM NGỪNG THỞ



I. Chẩn Đoán

Ngất, tím tái, ngừng thở, không có mạch bẹn, đồng tử giãn, ngừng tim

II. Xử trí

Gọi to người giúp. không đo điện tim, không tiêm Adrenaline ngay

A. Cấp cứu ban đầu

- Đặt BN nằm ngửa, uốn cổ trên mặt phẳng cứng
- Đắm vùng trước tim 5 cái xem mạch bẹn
- Nếu tim không đập lại tiến hành xoa bóp tim ngoài lồng ngực, bóp bóng giúp thở

B. Hình thành ê kíp cấp cứu từ 2 đến 4 người

- Người thứ 1 bóp bóng tần số bóp bóng 8- 10 lần / phút và theo dõi mạch.
- Người thứ 2 xoa bóp tim ngoài lồng ngực tần số 100l/phút

Lưu ý: tỉ lệ xoa bóp tim và bóp bóng theo tỉ lệ 30:2, vị trí ngang đường núm vú, Biên độ 4-5cm

- Người thứ 3: Mở đường truyền, tiêm adrenaline 1mg/1ml pha với 9ml dd NaCl 0,9 % mỗi 3-5phút
- Người thứ 4: chuẩn bị máy sốc điện và tiến hành sốc điện, sốc điện càng sớm càng tốt

Liều sốc điện: liều đầu: 150j, liều 2 200j. Hồi sức tim phổi sau sốc điện 05 chu kỳ đánh giá lại nếu : (theo sơ đồ)

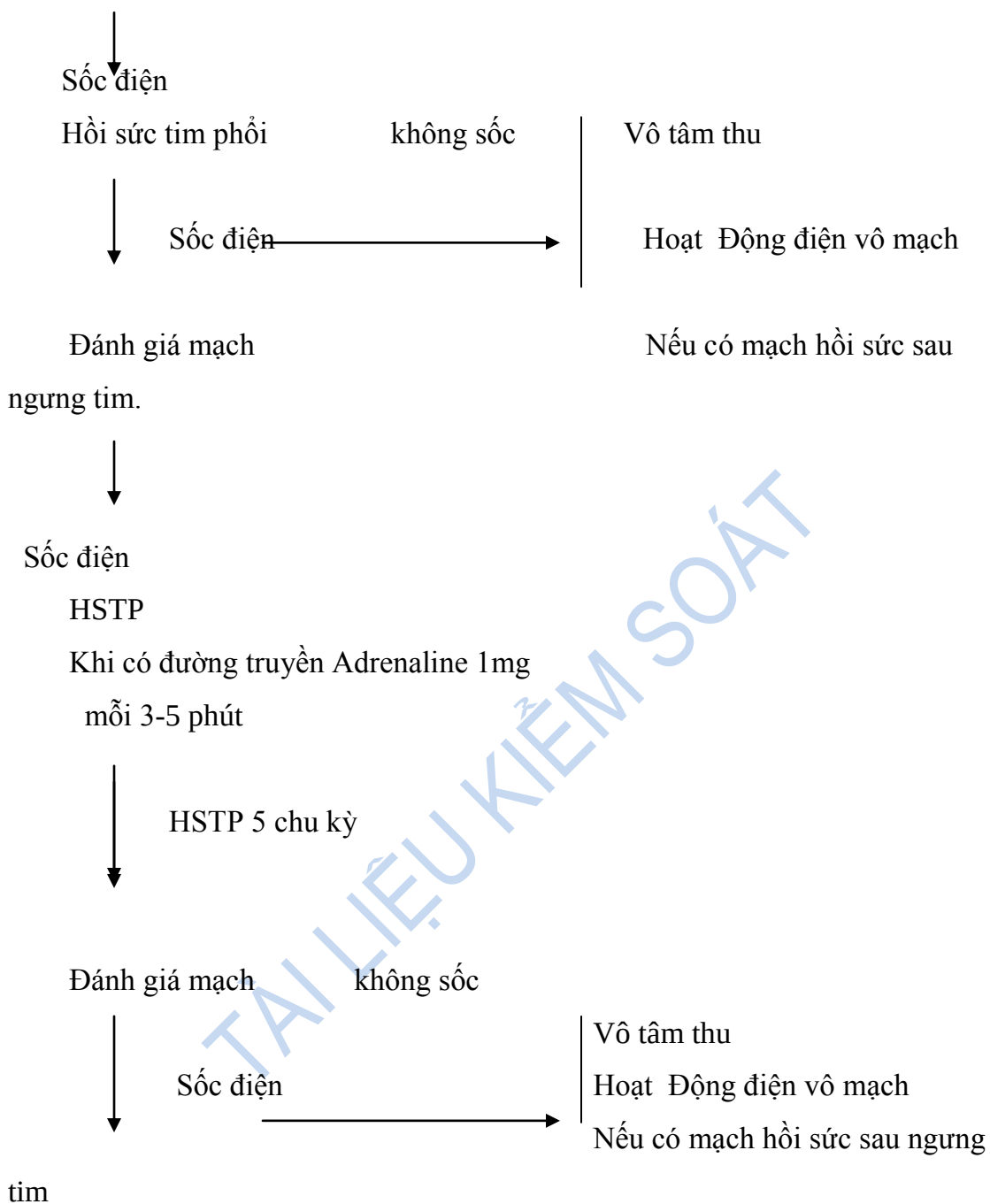
Sốc điện



Đánh giá lại sau 5 chu kỳ (2phút)

Rung thất

Nhanh thất



tim

Tiếp tục HSTP, chờ sạc pin

Sốc điện 1 lần

HSTP sau sốc điện

Xem xét thuốc chống loạn nhịp:

Amidadrone 300mg IV, sau đó 150mg

Lindocaine 1- 1,5mg liều đầu sau đó

0.5mg- 0.75mg/kg tối đa 3 liều không quá 3mg

Xem xét Magnesium, 1 – 2g IV xoắn đỉnh

Sau 5 chu kỳ HSTP, trở lại kiểm tra mạch

C. Săn sóc sau hồi sinh

- Điều hoà thân nhiệt:

Giữ nhiệt độ 32 – 34 độ C trong 24h

Cải thiện sống còn và thần kinh

- Kiểm tra đường huyết
- Hô hấp:
 - Tránh tăng thông khí
 - Đảm bảo oxy máu
- Tuần hoàn:
 - TMCBCT/NMCT
 - Suy thượng thận
- Thần kinh:
 - Duy trì áp lực tưới máu não
 - Giảm tiêu thụ oxy của mô não: tăng thân nhiệt, co giật

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐC MÁT MÁU



I. NGUYÊN NHÂN

- Chấn thương
- Xuất huyết tiêu hóa
- Vỡ phình tâm thất hoặc cung động mạch chủ
- Vỡ khối máu tụ
- Viêm tụy xuất huyết
- Gãy xương

II. CHẨN ĐOÁN

1. Mất máu mức độ nhẹ

Lượng máu mất khoảng 10% - 20%

Lâm sàng: Khi thăm khám còn kín đáo

DHST: Mạch, huyết áp còn ổn định

CLS: Hct > 30%

2. Mất máu mức độ trung bình

Lượng máu mất khoảng 20% - 30%

Lâm sàng: Da xanh, niêm nhợt, cảm giác mệt, say xẩm, chóng mặt...

DHST: Mạch nhanh nhưng < 100l/p, HA tối đa bắt đầu giảm so với HA bình thường

CLS: Hct > 20% - ≤30%

3. Mất máu mức độ nặng

Lượng máu mất khoảng > 30%

Lâm sàng:

- Bệnh nhân hốt hoảng, lo âu, bứt rứt hoặc vật vã, li bì, hôn mê
- Xuất hiện cơn tụt huyết áp tư thế
- Khát nước, nhức đầu, vã mồ hôi, chân tay lạnh
- Da niêm mạc trắng, nhợt nhạt
- Nước tiểu giảm – có thể dẫn đến vô niệu
- Thở kiểu toan máu

DHST: Mạch nhanh, nhỏ, nhẹ khó bắt, có thể không bắt được > 100l/p,
(chú ý khi mất máu nhiều và nhanh nhịp tim chậm chứ không tăng)

Huyết áp tối đa tụt, kẹp, dao động

Thân nhiệt tăng nhẹ 37,5 – 38 độ C.

CLS: Hct < 20%

III. ĐIỀU TRỊ

- Thành lập đường truyền tĩnh mạch, cố định đường truyền đó bằng các dung dịch đẳng trương. Tốc độ bù dịch giống như bài sốc giảm thể tích
- Không dùng dung dịch ưu trương.
- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp – nơi yên tĩnh thoáng, nếu nặng cho thở oxy 5l/p.
- Làm các xét nghiệm cơ bản cần thiết.

Phân loại mức độ mất máu:

a. Mức độ nhẹ

Sau khi thành lập đường truyền, tiến hành sang bước hai theo dõi chẩn đoán nguyên nhân và điều trị nguyên nhân đó

b. Mức độ trung bình

Đánh giá lượng máu mất theo trọng lượng cơ thể bệnh nhân: 70ml – 75ml máu/kg để hồi phục lại thể tích tuần hoàn tương ứng bằng các dung dịch đẳng trương

Nếu mạch huyết áp ổn định chuyển sang giai đoạn chẩn đoán và xử trí nguyên nhân

c. Mức độ nặng

Trả lại thể tích khối lượng tuần hoàn bằng dịch và máu với tỉ lệ: 1/3 là máu và 2/3 là dịch đẳng trương. Truyền đến khi:

- Mạch – huyết áp ổn định – không còn sốc
- Hết dấu thiếu oxy não
- Hct > 20% (với người có bệnh tim mạch và lớn tuổi nên nâng lên Hct > 25%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Điều trị học nội khoa – ĐẠI HỌC Y-D TPHCM – 2009
- Cẩm nang điều trị nội khoa – nhà xuất bản y học
- Cấp cứu nội khoa – BỆNH VIỆN CHỢ RẪY – 2003

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC NHÓM THUỐC NARCOTIC



I/ CHẨN ĐOÁN

Dựa vào các tiêu chuẩn sau :

- 1) **Bệnh sử:** dựa vào lời khai của BN, gia đình, nhãn mác lọ thuốc, ống thuốc, tiền sử bệnh, có phải là người nghiện ma túy hay không (cần chú ý đối tượng trẻ tuổi)
- 2) **Biểu hiện lâm sàng:** Những biểu hiện lâm sàng chính của ngộ độc nhóm thuốc NARCOTICS là làm *hô hấp chậm dần và hôn mê*

A/ Ngộ độc cấp: thường do uống hoặc tiêm

- BN có rối loạn tri giác từ lú lẫn, lờ đờ đến hôn mê có thể hôn mê sâu (GCS 3 điểm)
- Đồng tử co nhỏ như đầu đinh ghim (pinpoint pupils), tuy nhiên trong trường hợp thiếu Oxy não thì đồng tử không co nhỏ nữa mà giãn ra
- Hô hấp: nhịp thở nông chậm dần rồi ngưng thở
- Tim mạch: da tím tái, mạch yếu, tụt huyết áp.
- Tiêu hoá: có hiện tượng co thắt dạ dày, ruột và ống mật nên BN có thể nôn ói gây hội chứng Meldelson. Trường hợp nặng có thể bị phù phổi cấp tổn thương
- Cơ xương: co cứng cơ, co giật có thể xảy ra
- Suy hô hấp dẫn đến tử vong có thể xuất hiện trong 2 - 4 giờ sau khi uống hoặc tiêm dưới da và xảy ra ngay tức thì tiêm tĩnh mạch với liều cao
- Co giật toàn thể kiểu động kinh thường xảy ra ở người ngộ độc với liều cao, suy thận, nhiễm kiềm hoặc ngộ độc phenothiazine kèm theo

B/ Ngộ độc mãn tính (do uống hoặc tiêm): còn gọi là nghiện (addiction)

Biểu hiện lâm sàng của ngộ độc mãn tính không đặc hiệu

Tuy nhiên, những người nghiện thường khó hoà nhập với cộng đồng, thỉnh thoảng họ có đồng tử co nhỏ, thay đổi hành vi thoáng qua

C/ Hội chứng cai nghiện (withdrawal syndroms)

- Mọi loại thuốc nhóm Narcotic có tiềm năng gây nghiện rất lớn. Những người nghiện rất thèm thuốc khi phải cai thuốc vì một phần do tâm lý và một phần do họ sợ hậu quả trầm trọng của sự cai thuốc
- Ngừng đột ngột việc sử dụng thuốc sẽ gây nên: ngáp, chảy nước mắt, rối loạn trầm trọng hệ tiêu hoá như đau co thắt, nôn mửa, tiêu chảy, táo bón, đổ mồ hôi, sốt, lạnh run, thở nhanh, mất ngủ, run, dẫn động tử. HC này ít gây chết

3) Cận lâm sàng

Tìm morphin hay heroin trong nước tiểu (định tính)

II/ ĐIỀU TRỊ

1) Ngộ độc cấp

1.1 Biện pháp cấp cứu

- Thở Oxy 3 – 5 lít / phút
- Nếu Bn ngưng thở hoặc đe dọa ngưng thở cần đặt nội khí quản hỗ trợ hô hấp như bóp bóng, thở máy
- Truyền dịch, lợi tiểu tăng đào thải độc chất
- Trường hợp ngộ độc qua đường uống thì rửa dạ dày cho đến nước trong, sau đó bơm than hoạt 20 g qua ống thông dạ dày. Nếu BN mê, suy hô hấp, nên đặt nội khí quản và rửa dạ dày qua ống Levine

1.2 Dùng antidote: NALOXONE

- Naloxone 0,4 mg/ ống (NARCAN): 0,01 – 0,02 mg/kg cân nặng (1 – 2 ống đ/v người 40 kg) tiêm tĩnh mạch tùy theo tình trạng lâm sàng và liều ngộ độc

- Nếu BN vẫn chưa có cải thiện hô hấp và chưa đáp ứng với kích thích, liều naloxone như trên có thể lập lại mỗi 5 phút cho đến khi hô hấp Bn trở lại bình thường và có đáp ứng với kích thích
- Naloxone là thuốc antidote đ/v bất kỳ loại thuốc nhóm narcotic nào ngoại trừ levopropoxyphene (Novrad). Naloxone không gây ức chế hô hấp như nalorphine và có thời gian tác dụng kéo dài hơn. Đây là loại thuốc sử dụng an toàn, vì vậy còn được dùng trong chẩn đoán đ/v những trường hợp nghi ngờ ngộ độc nhóm narcotic (test naloxone)
- *Test Naloxone*: tiêm TM 1 ống 0,4 mg naloxone. Sau đó nếu BN cải thiện tri giác và hô hấp chẩn đoán: ngộ độc nhóm narcotic, nếu không cải thiện thì nên tìm chẩn đoán khác

1.3 Các biện pháp khác hỗ trợ khác

- Điều trị hôn mê
- Chống shock: truyền dịch, thuốc vận mạch ...
- Ủ ấm BN, cân bằng nước điện giải
- Lọc thận nhân tạo không cần thiết vì tính hiệu quả của thuốc antidote

1.4 Theo dõi BN

- Dấu hiệu sinh tồn , chú ý nhiều đến nhịp thở
- Tri giác
- BN xuất viện khi hoàn toàn tỉnh táo, hô hấp trở về bình thường

2/ Ngộ độc mãn hay nghiện thuốc

Không thuộc phạm vi điều trị của khoa Cấp cứu (của khoa Tâm thần)

Tài liệu tham khảo: Robert H. Dreisbach/William O. Robertson, Handbook of Poisoning , a Lange medical book 1990, 324-328

SỐC GIẢM THỂ TÍCH

(KHÔNG MẤT MÁU)



I. NGUYÊN NHÂN

- Tiêu chảy
- Ói mửa
- Đột quỵ do nhiệt
- Không bù đủ lượng mất vô hình
- Phỏng
- Mất vào khoang thứ 3 (trong tắc ruột, viêm tụy cấp và xơ gan)

II. CHẨN ĐOÁN

- Các triệu chứng rối loạn huyết động lực
- Da và niêm mạc khô, rất khát, trương lực nhãn cầu giảm
- Sinh vật học:
 - + Máu cô (Hct ↑, Protid máu ↑)
 - + Rối loạn nước điện giải.
 - + Rối loạn cân bằng toan – kiềm (thay đổi theo nguồn gốc mất nước: toan chuyển hóa trong trường hợp đi lỏng, kiềm trong trường hợp nôn mửa) hoặc tùy theo mức độ của mất nước, mất muối và nguyên nhân của sốc

III. ĐIỀU TRỊ

- Đặt bệnh nhân nằm đầu thấp
- Thở oxy
- Lập đường truyền tĩnh mạch
- Đặt sonde tiểu theo dõi lượng nước tiểu
- Bồi hoàn thể tích dịch đã mất:
 - Bù loại dịch thường có nhất NaCL 0,9% hay Lactate Ringer, không nên dung Dextrose 5% hay dung dịch cao phân tử vì tác dụng không tốt bằng.

- Tốc độ bù dịch: nếu bệnh nhân không có bệnh suy tim sung huyết, có thể bolus 500ml dịch đầu và sau đó tùy theo huyết áp và tình trạng tưới máu cơ quan mà điều chỉnh tốc độ dịch (có thể 3l/20 phút đầu), (chú ý sau khi truyền 3l/20 phút mà huyết áp không cải thiện nên đặt CVP điều chỉnh dịch theo CVP)
- Tiếp tục truyền dịch tích cực cho đến khi huyết áp bình thường hoặc tim quá đầy.
- Điều trị nguyên nhân.
- Tránh dùng thuốc vận mạch cho đến khi tim quá đầy, ngoại trừ dopamine 2 – 5 $\mu\text{g/kg/p}$ để tưới máu thận trong tình trạng lưu lượng thấp
- Tránh dùng thuốc co mạch làm chậm sự hồi sức thể tích đầy đủ

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Điều trị học nội khoa – ĐẠI HỌC Y-D TPHCM – 2009
- Cẩm nang điều trị nội khoa – nhà xuất bản y học
- Cấp cứu nội khoa – BỆNH VIỆN CHỢ RẪY - 2003

SỐC ĐIỆN

∞  ∞

(Electrical Shock)

I. KỸ THUẬT CƠ BẢN: Hệ thống sốc điện nào cũng gồm 02 phần chủ yếu

1. Máy sốc điện: (DEFIBRILLATOR) bao gồm những bộ phận chính sau

- Bộ phận tạo xung điện: có điện thế từ 7.000 – 8.000 volt. Dòng điện chủ yếu là xoay chiều (AC) hoặc hiện nay các máy là 1 chiều (DC)
- Nút lựa chọn năng lượng: (Energy Level) tính bằng đơn vị JOULES hoặc WATTSEC. Và được chia thành các mức:
 - + 5 – 10 – 15 – 20 – 25 – 50 : cho sốc điện trực tiếp lên tim trong phẫu thuật (Internal)
 - + 25 - 50 – 100 – 150 – 200 – 250 – 300 – 360 : Cho sốc điện ngoài lồng ngực (External)
 - + Mức năng lượng được nạp khi nhấn nút nạp điện (CHARGE) . Máy sẽ có tín hiệu báo khi đã nạp đủ và sẵn sàng cho sốc điện (READY)
- Nút lựa chọn phương thức sốc đồng bộ hay không đồng bộ (SYNCHRO / ASYNCHRO)

• **CHÚ THÍCH**

- Phương thức đồng bộ: (Synchronition) xung điện chỉ được phóng ra vào thời điểm được lựa chọn là sườn xuống của sóng R của phức bộ QRS – nhịp cơ bản của bệnh nhân
- Phương thức không đồng bộ: (Asynchronization) xung điện sẽ phóng ra ngay lập tức tại thời điểm ấn nút. SHOCK hoặc DECHARGE

2. Màn huỳnh quang

Cho phép theo dõi ECG và các thông số kỹ thuật cần thiết (mức năng lượng lựa chọn, tổng trở cơ thể bệnh nhân, tần số tim, nhịp thở, độ bão hòa oxy (SpO2))

3. Bảng điện cực sốc điện (Paddles)

- Thường làm bằng kim loại Platinum dẫn điện tốt và không sét
- Tư thế đặt điện cực:
- Đáy - Đỉnh : thông dụng nhất
- Bên - Bên, hoặc Trước - Sau: tùy tình huống đặc biệt
- Trước khi đặt lên lồng ngực bên nhân phải thoa lên bảng điện cực 1 lớp GEL, hay kem đầy đủ để đảm bảo tiếp xúc tốt, tránh bỏng da

II. CHỈ ĐỊNH SỐC ĐIỆN : chia làm 02 nhóm chính

1. Sốc điện cấp cứu: (Emergency Electro Shock)

Áp dụng cho các rối loạn nhịp như : rung thất, nhịp nhanh thất vô mạch

- Sốc điện phải nhanh chóng, không cần gây mê, chống đông.

Thường là tình huống ngừng tim – ngừng hô hấp.

- Mức năng lượng bắt đầu 200J – 300J. tối đa là 360J

2. Sốc điện có chuẩn bị

- Áp dụng cho các rối loạn nhịp

- + Rung nhĩ
- + Cường nhĩ
- + Nhịp nhanh kịch phát trên thất
- + Nhịp nhanh thất chưa có rối loạn huyết động

- Sốc điện có chuẩn bị BS điều trị phải chẩn đoán xác định và có chuẩn bị thuốc chống đông, thuốc gây mê ngắn trong khi sốc điện

- Mức năng lượng thường chọn thấp : 25 – 50 – 100 – 200J

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- ĐIỀU TRỊ HỌC NỘI KHOA, Bộ môn nội, ĐHYDTPHCM. NXB Y HỌC 2009

QUI TRÌNH RỬA DẠ DÀY



I. CHUẨN BỊ DỤNG CỤ

a) Khay vô khuẩn

- Ống **Faucher**, có thể nối với dây dẫn cao su đầu tù với quả bóp, hoặc dùng ống **Levine** khi rửa cho trẻ em hoặc khi cần rửa nhiều lần với điều kiện dạ dày không có thức ăn làm tắc ống
- Gạc, dầu nhờn, cây đè lưỡi
- Ca mức nước (bơm 20 hoặc 50 ml: nếu dùng ống Levine để rửa)
- Cốc đựng súc miệng, kẹp mở miệng, Pine, kèm Kocher

b) Khay sạch

- Hai mảnh nilon, khai quả đậu
- Thùng/thau đựng nước rửa (thường là nước uống được hoặc nước có pha thuốc theo chỉ định của bác sĩ)
- Ống nghiệm (nếu cần để xét nghiệm)
- Phiếu xét nghiệm, áo choàng nilon, găng tay, máy hút (nếu cần)

II. CHUẨN BỊ NGƯỜI BỆNH

1. Động viên giải thích cho người bệnh biết việc sắp làm để người bệnh yên tâm hợp tác (người bệnh hôn mê giải thích cho người nhà)
2. Tháo răng giả (nếu có)
3. Người bệnh nằm tư thế thích hợp
4. Để người bệnh ở phòng kín đáo, tránh gió lùa

III. KỸ THUẬT TIẾN HÀNH

1. **Đem** dụng cụ đến bệnh giường bệnh nhân
2. **Đặt** bệnh nhân nằm đầu thấp, mặt nghiêng sang 1 bên
3. **Trải** 1 tấm nilon lên phía đầu giường và quấn 1 tấm quanh cổ bệnh nhân
4. **Đặt** thùng hứng nước bẩn có lót giấy báo
5. **ĐD** mặc áo choàng nilon hoặc đi găng (đối với người ngộ độc thuốc trừ sâu)
6. **Đặt** khay quả đậu đậu dưới cằm bệnh nhân (có thể nhờ người giữ)

7. **Đo** ống và làm dấu mức đo (từ mép môi đến dải tai vòng xuống mũi ức + 10 cm, khoảng 45 đến 50 cm là ngang đến đáy dạ dày hoặc từ cung răng cho đến rốn)
8. **Bảo** bệnh nhân há miệng (dùng kèm há miệng nếu BN không hợp tác)
9. **Nhúng** đầu ống vào dầu nhờn (không để dầu đọng ống làm bệnh nhân sặc)
10. Nhẹ nhàng **đưa** ống vào miệng, sát má, tránh vom họng và lưỡi gà, động viên bệnh nhân nuốt mặc dầu rất khó chịu, trong khi đó điều dưỡng từ từ **đẩy** ống và đến khi vạch dầu chạm tới cung răng thì dừng lại. Nếu BN có sặc, ho dữ dội, tái mặt, tím môi thì **rút ra và đưa vào lại**
11. **Thử** để biết ống chạm vào dạ dày chưa bằng 3 cách
 - a. **Cách 1**: Nhúng đầu ống vào nước, nếu không sủi bọt là đúng vào dạ dày
 - b. **Cách 2**: Dùng bơm tiêm rút dịch, xem có dịch chảy ra không
 - c. **Cách 3**: Đặt ống nghe lên vùng thượng vị, dùng bơm tiêm bơm một lượng nhỏ không khí vào trong dạ dày, sẽ nghe tiếng động ở dạ dày
12. **Hạ thấp phễu**, để nước đọng ở trong dạ dày chảy ra hoặc dùng bơm tiêm để hút
13. **Đổ nước từ từ vào** phễu, mỗi lần từ 300 - 500ml (tùy theo tuổi: người lớn từ 500 đến 1000ml, trẻ em 200ml) đưa phễu cao hơn đầu BN khoảng 15cm cho nước chảy vào dạ dày
14. Khi mức nước trong phễu gần hết, thì nhanh tay **lật úp** phễu xuống cho nước từ trong dạ dày chảy ra (theo nguyên tắc bình thông nhau) hoặc có thể dùng máy hút để hút với áp lực 3-5 atmosphere
15. **Rửa** cho tới khi dạ dày chảy ra sạch thì thôi
16. **Gập** đầu ống lại và rút ra từ từ, khi còn 10cm dùng kocher kẹp chặt và rút ra hết
17. Cho bệnh nhân **súc miệng**
18. **Lau** mặt cho BN
19. Cho BN nằm thoải mái và **quan sát** tình trạng của BN trước khi đi làm việc khác

20. **Rửa** sạch sẽ tất cả các dụng cụ lau khô và chuẩn bị dụng cụ cần thiết tiệt khuẩn

21. **Trả** những dụng cụ khác về chỗ cũ

IV. GHI HỒ SƠ

- Ngày, giờ và thời gian rửa, dung dịch, thuốc, số lượng nước rửa
- Tính chất nước chảy ra, phản ứng của BN (nếu có), tên người rửa

NHỮNG ĐIỂM CẦN LƯU Ý:

- Đưa ống thông đúng dạ dày
- Trong lúc rửa phải luôn luôn quan sát tình trạng BN
- Phải ngừng rửa ngay khi BN kêu đau bụng hay có máu chảy ra theo nước, đồng thời phải báo cáo ngay với Bác sỹ

QUY TRÌNH CHỌC DÒ Ổ BỤNG



I. ĐỊNH NGHĨA

Chọc dò ổ bụng là thủ thuật dùng kim đưa vào khoang màng bụng nhằm mục đích chẩn đoán và điều trị

II. NỘI DUNG

1) Chuẩn bị bệnh nhân

- Giải thích, động viên
- Hướng dẫn cụ thể để bệnh nhân hợp tác
- Kiểm tra mạch, HA, nhịp thở
- Vệ sinh vùng chọc bằng xà phòng hay nước ấm
- Chuyển bệnh nhân đến phòng thủ thuật

2) Chuẩn bị dụng cụ

- Kim chọc dò, kim tiêm, bơm tiêm
- Găng tay
- Băng gạc
- Cồn 70°, cồn iod
- Khăn lỏ
- Thuốc gây tê (Lidocain 1%)
- Thuốc cấp cứu
- Băng keo

3) Tiến hành

- Dem dụng cụ đến giường bệnh
- Đặt bệnh nhân nằm tư thế ngửa hoặc nghiêng sang trái
- Bộc lộ vùng chọc
- Xác định vùng chọc: vạch một đường nối từ rốn đến gai chậu trước trên, chia đường này thành làm 3 phần, vị trí

chọc 1/3 ngoài. Thường chọc bên (T), ít chọc bên (P) để tránh chọc vào manh tràng

- Đeo găng
- Sát khuẩn vùng chọc
- Trải khăn lỏ
- Gây tê
- Chọc dò bằng kim tiêm và bơm tiêm
- Rút kim ra
- Sát khuẩn vùng chọc, đặt gạc và băng lại
- Cho bệnh nhân nằm nghiêng sang bên không chọc
- Thu dọn dụng cụ

4) Chăm sóc bệnh nhân sau chọc:

- Theo dõi mạch, HA, nhịp thở, nhiệt độ, tri giác
- Theo dõi số lượng, tính chất, màu sắc dịch chảy ra
- Kiểm tra bệnh nhân có đau bụng hoặc bụng chướng
- Theo dõi tình trạng nhiễm trùng

QUY TRÌNH SỬ DỤNG MÁY MONITORING MODEL: BSM-2301K – NIHON KOHDEN



1. Cắm dây nguồn vào nguồn điện (220 VAC) để cấp nguồn cho Monitor.
Đèn báo nguồn sáng

2. Nhấn công tắc mở nguồn cho Monitor. Xuất hiện màn hình kiểm tra hệ thống (chú ý: **không nên tắt máy khi máy đang kiểm tra hệ thống**) -> Màn hình theo dõi xuất hiện

3. Cắm vào dây đo vào các ổ cắm tương ứng trên Monitoe: Dây ECG vào ổ cắm ECG, dây NIBP vào ổ cắm NIBP, dây SpO₂ vào ổ cắm SpO₂, dây đo nhiệt độ vào ổ cắm đa tham số

4. Gắn các điện cực theo dõi ECG, bao đo huyết áp, đầu dò SpO₂... lên bệnh nhân. Sóng vàng giá trị số các tín hiệu tương ứng tự động hiển thị trên màn hình theo dõi.

5. Thực hiện các cài đặt:

Vì màn hình Monitoe là loại màn hình cảm ứng (Touch screen), nên khi muốn thay đổi cài đặt của tham số theo dõi nào, chỉ cần chạm tay trực tiếp vào tham số, hoặc bắt đầu cửa sổ **MAIN MENU**, sau khi thay đổi xong, nhấn phím **HOME** để trở về màn hình theo dõi. Sau đây là các cài đặt thông thường khi bắt đầu theo dõi :

6. **Nhập thông tin bệnh nhân:** Chạm vào vùng hiển thị tên bệnh nhân hoặc nhấn phím **MENU** -> chạm nút **PATIENT INFOR** để nhập tên bệnh nhân.

7. **Cài đặt ECG:** Chạm vào vùng hiển thị hoặc nhấn phím **MENU** -> chạm vào nút **ECG để thực hiện** cài đặt cho ECG như giới hạn báo động nhịp tim, các giới hạn cảnh báo loạn nhịp, thay đổi độ nhạy, các chuyển đạo ECG

8. **Cài đặt cho nhịp thở RR:** Chạm vào vùng hiển thị nhịp thở nhấn phím **MENU** -> chạm vào nút **RESP** để thực hiện cài đặt cho nhịp thở như tắt hoặc mở

chế độ theo dõi nhịp thở, thay đổi độ nhạy, cài đặt giới hạn báo động nhịp thở, giới hạn thời gian ngưng thở

9. **Cài đặt cho SpO₂**: Chạm vào vùng hiển thị SpO₂ hoặc nhấn phím **MENU** -> chạm vào nút SpO₂ để thực hiện cài đặt cho SpO₂ như chọn độ nhạy, ngưỡng báo động SpO₂, thay đổi nguồn âm thanh đồng bộ giữa SpO₂ và ECG ...

10. **Cài đặt NIBP**: Chạm vào vùng hiển thị NIBP hoặc nhấn phím **MENU** -> chạm vào nút **NIBP** để thực hiện cài đặt cho NIBP như chọn chế độ đo NIBP (Đo bằng tay, đo liên tục theo chu kỳ với khoảng thời gian chọn trước), chọn áp lực bơm tối đa, chọn bao đo huyết áp hay trẻ em, giới hạn báo động NIBP

11. Khi theo dõi các tham số khác như nhiệt độ, CO₂... thì cách cài đặt cũng giống tương tự như các cài đặt trên

12. Các cài đặt khác như đặt ngày giờ, tăng giảm âm lượng đồng bộ và báo động, độ tương phản màn hình, cài đặt cho máy in, xem lại các dữ liệu và đồ thị dạng Trend ... ta nhấn phím **MENU**, từ cửa sổ **MAIN MENU**, ta có thể thực hiện các cài đặt trên

13. Để theo dõi bệnh nhân mới phải xóa dữ liệu bệnh nhân mới vừa theo dõi bằng cách nhấn **MENU** -> nhấn nút **PATIENT INFOR** -> nhấn tab **DELETE ALL** -> xuất hiện thông điệp nhắc nhở, nếu muốn xóa nhấn nút **YES**

14. Thực hiện gắn các điện cực theo dõi ECG, đầu dò SpO₂, huyết áp NIBP, nhiệt độ ... lên bệnh nhân mới

15. Nhập thông tin bệnh nhân mới, thay đổi các cài đặt cần thiết và bắt đầu theo dõi.

16. Muốn tắt máy, nhấn và giữ phím công tắt nguồn khoảng hơn 1 giây

QUY TRÌNH SỬ DỤNG MÁY SỐC ĐIỆN



1. Khởi động máy: ghim điện 220 V, vặn nút điều khiển qua chế độ Monitor
2. Cho gel lên mặt một bản điện cực, dùng bản điện cực thứ 2 thoa đều gel 2 mặt bản điện.
3. Đặt 2 bản điện cực lên ngực, điện cực tay trái ở phía dưới xương đòn phải. Bản điện cực tay phải ở liên sườn 4-5 đường trung đòn trái.
4. Vặn núm điều khiển đến mức 150 J. Nhìn lên bản điện cực trái hiện lên tính hiệu đèn xanh là điện cực tiếp tục tốt với vị trí phóng điện. Dùng ngón trỏ bàn tay phải ấn núm số 2 của bản điện cực phải để sạc điện.
5. Khi sạc điện đủ 150 J, dùng ngón II của hai bàn tay ấn núm số 3 của hai bản điện cực để phóng điện. Trong quá trình phóng điện cần phải giữ yên hai điện cực đúng vị trí. Quan sát nhịp tim trên Monitor.
6. Nếu không hiệu quả thực hiện bước 4,5 ở các mức 200 J, 270 J

QUY TRÌNH KHÂU VẾT THƯƠNG



I. ĐẠI CƯƠNG

- Khâu vết thương là kỹ năng ngoại khoa được ứng dụng rộng rãi trên nhiều lĩnh vực bên ngoài phòng mổ
- Chăm sóc và xử trí vết thương sớm nhằm mục đích cầm máu, loại bỏ hoặc ngăn ngừa những yếu tố ngăn trở sự lành vết thương, tạo điều kiện thuận lợi cho vết thương lành tốt

II. PHÂN LOẠI VẾT THƯƠNG

- 1) Vết thương sạch: đến sớm trước 6h và không có yếu tố nguy cơ nhiễm trùng
- 2) Vết thương dơ: đến muộn sau 6-8h
- 3) Vết thương nhiễm trùng: là những vết thương ô nhiễm nặng, dấu hiệu sưng, nóng, đỏ, đau xuất hiện
- 4) Các vết thương do chấn thương được xem là vết thương dơ.

III. PHƯƠNG PHÁP KHÂU VẾT THƯƠNG:

- 1) Mũi khâu đơn, khâu đệm thẳng đứng, khâu đệm nằm ngang, khâu trong da, LEMBERT,...
- 2) Lựa chọn phương pháp phụ thuộc vào các yếu tố sau:
 - a) Hình dạng của vết thương
 - b) Vị trí giải phẫu của vết thương
 - c) Độ dài của vết thương
 - d) Mức độ căng của hai mép vết thương
 - e) Yếu tố về thẩm mỹ của vết thương
- 3) Khâu vết thương phải đạt được các yêu cầu sau:
 - a) Đóng kín các khoảng chết
 - b) Hai mép vết thương bằng mặt và khít sát nhau
 - c) Cầm được máu và ngăn được hiện tượng nhiễm trùng

IV. NỘI DUNG

1) Chuẩn bị bệnh nhân

- a) Giải thích động viên
- b) Kiểm tra mạch, HA, nhịp thở, tri giác
- c) Đưa bệnh nhân đến phòng tiểu phẫu

2) Chuẩn bị dụng cụ

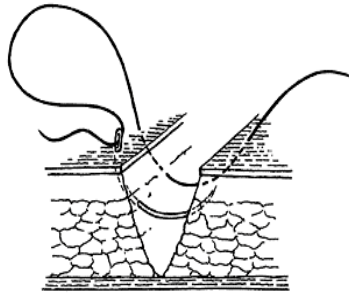
- a) Mâm tiểu phẫu: kẹp phẫu tích có máu, kẹp kelly, kẹp mang kim, kéo cắt chỉ, khai hạt đậu
- b) Nước muối sinh lý (NaCl 9‰), oxy già, povidin
- c) Găng tay
- d) Băng gạc
- e) Khăn lỗ
- f) Thuốc gây tê (Lidocain 1%)
- g) Băng keo
- h) Chỉ Silk 4 0 – 5 0, chỉ Nilon 4 0 -5 0.
- i) Bơm tiêm và kim tiêm

3) Tiến hành

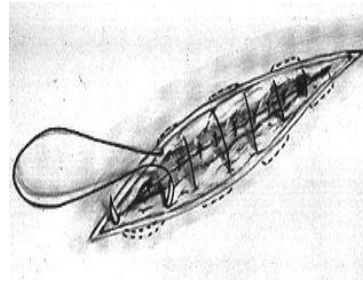
- a) Đem dụng cụ đến giường bệnh
- b) Bộc lộ vết thương
- c) Gây tê
- d) Rửa vết thương: NaCl → oxy già → NaCl → povidin
- e) Đeo găng
- f) Trải khăn lỗ
- g) Khâu vết thương
- h) Rửa lại vết thương bằng povidin
- i) Đặt gạc và băng lại

4) Chăm sóc bệnh nhân sau khi khâu

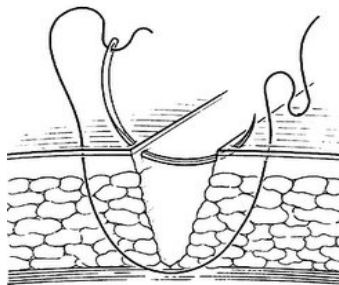
- a) Theo dõi mạch, HA, NT, tri giác
- b) Theo dõi tình trạng chảy máu, nhiễm trùng
- c) Cho kháng sinh dự phòng nhiễm trùng, SAT dự phòng uốn ván



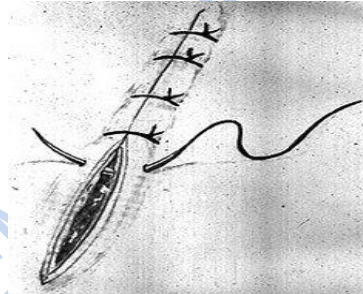
Khâu đệm nằm ngang



Khâu trong da



Khâu đệm thẳng đứng.



Khâu đơn

QUI TRÌNH ĐẶT NỘI KHÍ QUẢN



Bước 1: Chuẩn bị dụng cụ đầy đủ và sắp xếp hợp lý

- Lắp đèn soi thanh quản đặt bên trái
- Ống nội khí quản nếu cần lập thông nòng và đặt bên phải
- Airway, masque, ambu đặt bên phải
- Nên có vài cỡ ống nội khí quản để sẵn bên phải

Bước 2: Người đặt nội khí quản nên đứng và điều chỉnh chiều cao giường bệnh nhân ngang xương ức của mình (đầu bệnh nhân khoảng xương ức của người đặt nội khí quản)

Bước 3: Đặt đầu bệnh nhân chính giữa sao cho trục của khí quản hầu và miệng trên một đường thẳng. Hoặc đặt một gối dưới vai, ngửa cổ tối đa sao cho khí quản hầu miệng thành một đường thẳng

Bước 4: Người đặt dùng ngón trỏ và ngón cái của bàn tay phải để mở hai hàm răng của bệnh nhân ra, để đèn soi không gây thương tích cho môi (ngón cái tì ở hàm dưới, ngón trỏ tì ở hàm trên)

Bước 5: Đèn soi thanh quản cầm tay trái, đặt lưỡi đèn vào miệng từ phía bên phải về phía sau và gạt lưỡi từ phải qua trái đến khi lưỡi đèn nằm chính giữa miệng: đẩy từ từ vào và nhìn thấy tiểu thiệt

Bước 6:

Đối với lưỡi đèn cong: lưỡi đèn đặt ngay dưới góc tiểu thiệt và đáy lưỡi, ta ngừng đẩy thêm vào, kéo đèn theo hướng cán đèn (cán đèn hợp với mặt phẳng bệnh nhân # 45 độ, không dùng hàm trên của bệnh nhân làm điểm tựa mà đẩy cán đèn) lúc đó tiểu thiệt sẽ bị kéo ra trước để lộ hai dây thanh âm nằm phía sau, nếu không thấy rõ có thể nhờ người phụ đề lên sụn giáp

Đối với lưỡi đèn thẳng: lưỡi đèn đề lên tiểu thiệt và kéo cán đèn như trên hai dây thanh âm sẽ lộ ra.

Bước 7: Lấy ống nội khí quản, mặt cong hướng về phía chân của bệnh nhân, đưa vào phía bên phải của lưỡi đèn và đẩy nhẹ nhàng vào khí quản, ở người lớn đẩy vào 2-3cm hoặc đến khi túi hơi vừa qua khỏi hai dây thanh âm thì dừng lại

Bước 8: Lấy ngay ống chặn lưỡi (airway) hay dụng cụ chặn răng (bite block) đặt vào miệng bệnh nhân

Bước 9: Kiểm tra phổi bệnh nhân bằng cách bóp bóng (ambu) nếu hai bên lồng ngực nở đều và nghe hai phổi bằng ống nghe nếu âm thanh đều là được. Với người tự thở được ta có thể kiểm tra bằng cách đưa mu bàn tay vào cạnh ống nội khí quản nếu thấy hơi trong ống phun vào tay là ta đã đặt trúng khí quản. Ta có thể điều chỉnh lại ống nếu đặt quá sâu.

Bước 10: Bơm căng túi hơi với số lượng khí vừa phải được đo lường trước từ 3-5ml rồi thử lại bằng cách bóp mạnh ambu giúp thở đồng thời lắng nghe xem có xì hơi qua miệng không.

Bước 11: Cố định ống bằng băng keo quanh miệng má bệnh nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Gây mê hồi sức – NXB Y học TP Hồ Chí Minh 2004
- Ngoại Tập VI – phần gây mê hồi sức – NXB Y học TP Hồ Chí Minh

QUY TRÌNH CẤP CỨU NGOẠI VIỆN 115

(theo QĐ số 01/2008/QĐ-BYT)



- Hiện nay BVĐKTT AG chưa thành lập TT CC Ngoại viện 115 nhưng có tổ chức đội CC ngoại viện thuộc khoa CC tổng hợp phụ trách qua số ĐT: 0763852451
- Khi tiếp nhận CC qua ĐT người tiếp nhận ghi vào sổ CC ngoại viện: địa chỉ, số điện thoại người gọi đến, thông tin về người bệnh và báo lại cho BS trưởng tua trực
- Bs trưởng tua trực điều động ê kíp CC + điều động 1 xe CC đến ngay nơi c/c
- Hướng dẫn và tư vấn cho thân nhân người bệnh cách sơ cứu và chăm sóc người bệnh trong thời gian chờ đội cấp cứu tới
- Khi CC người bệnh có sổ ghi chép lại tình trạng người bệnh, thuốc sử dụng, hướng xử trí tiếp theo. Nếu:
 - Người bệnh nhẹ không cần nhập viện cho theo dõi và điều trị tại nhà.
 - Người bệnh nặng sau khi sơ cứu chuyển về BV hoặc vừa c/c vừa chuyển BN về BV

Người bệnh tử vong. Nếu:

- Tử vong trước khi đội cấp cứu tới thì thông báo cho người thân biết nếu có thân nhân nếu không có thân nhân thì thông báo cho Công an khu vực
 - Tử vong trên đường chuyển thông báo cho người nhà và giải thích cho họ hiểu nếu không có thân nhân thì tiếp tục chở về BV và thông báo cho công an biết và làm thủ tục bàn giao
- Trường hợp cấp cứu hàng loạt hoặc quá khả năng giải quyết của kíp CC phải báo về trực lãnh đạo để có giải quyết thích hợp

MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG KHOA CẤP CỨU



TÊN MỤC TIÊU	Gia tăng tỉ lệ lọc bệnh tại khoa đạt 25% ra viện
MỤC ĐÍCH	Giảm tải cho các khoa lâm sàng
CÔNG THỨC ĐO	Số bệnh nhân ra viện tại khoa / Tổng số bệnh nhân nhập khoa
NGUỒN DỮ LIỆU	Thống kê số liệu tổng hợp từ phòng KHTH bệnh viện
TẦN SUẤT ĐO	Mỗi quý
KẾT QUẢ PHẢI ĐẠT	Tỉ lệ bệnh nhân ra viện tại khoa đạt 25% tổng số bệnh nhân nhập khoa
NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM ĐO	Trưởng khoa Cấp cứu
NGƯỜI CHỊU TRÁCH NHIỆM HÀNH ĐỘNG ĐỐI VỚI DỮ LIỆU	Các trưởng khoa, phòng trong bệnh viện
KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG	Xem bảng kế hoạch bên dưới

KẾ HOẠCH HÀNH ĐỘNG

STT	HÀNH ĐỘNG	TRÁCH NHIỆM	THỜI GIAN
1	Thống kê số liệu bệnh nhân xuất nhập tại khoa Cấp cứu	Điều dưỡng hành chánh khoa	
2	Sơ kết báo cáo mỗi quý / lần	Trưởng khoa và điều dưỡng trưởng khoa	Cuối mỗi quý
3	Phân tích số liệu mỗi quý	Trưởng khoa và nhân viên vi tính	Cuối mỗi quý

BẢNG ĐÁNH GIÁ MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG

VỀ BIỂU ĐỒ MINH HỌA MỖI THÁNG/ QUÍ (BIỂU ĐỒ HÌNH TRỤ)

VỀ BIỂU ĐỒ MINH HỌA MỖI QUÍ / NĂM (BIỂU ĐỒ HÌNH TRỤ)

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT

DANH MỤC HỒ SƠ CHẤT LƯỢNG

ST T	Tên hồ sơ	Mã số	Nơi lưu trữ	NV lưu trữ	Phương pháp lưu trữ	Người được phép xem hồ sơ	Thời gian lưu	Phương pháp hủy bỏ
1	Sổ vào viên, ra viện, chuyển viện		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
2	Sổ giao ban bác sĩ		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
3	Sổ giao ban điều dưỡng		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
4	Sổ giao ban khoa		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
5	Sổ sao y lệnh		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
6	Sổ bàn giao thuốc tử trực		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
7	Sổ bàn giao y dụng cụ		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
8	Sổ bàn giao bệnh nặng		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
9	Sổ bàn giao bệnh chuyển khoa		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
10	Sổ bàn giao bệnh chuyển viện		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
11	Sổ mời hội chẩn		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
12	Sổ biên bản hội chẩn		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
13	Sổ theo dõi thủ thuật		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
14	Sổ trả hồ sơ ra viện		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
15	Sổ trả hồ sơ tử vong		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
16	Sổ in phiếu thanh toán ra viện		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
17	Sổ đăng ký miễn phí		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
18	Sổ trả phiếu BHYT		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
19	Sổ trả bệnh án BHYT		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH
20	Sổ án phẩm		Tủ hồ sơ	ĐD.HC	Theo thời gian	BCN Khoa	05 năm	Trả phòng KHTH

DANH MỤC TÀI LIỆU BÊN NGOÀI HIỆN HÀNH

ST T	Tên tài liệu	Mã số	Tác giả / Nơi ban hành	Ngày ban hành	Nơi lưu trữ		Ghi chú
					Máy tính	Tủ tài liệu	
1	Điều trị học nội khoa		ĐHYD-TPHCM	2009		X	
2	Bệnh học nội khoa		ĐHYD-TPHCM	2009		X	
3	Hướng dẫn điều trị tập 1		Bộ Y Tế	2005		X	
4	Cẩm nang cấp cứu		Vũ Văn Đính	2003		X	
5	Cấp cứu ngoại khoa		B. Chiche	2002		X	
6	Handbook of poisoning		Robert H. Dretsbach	1987		X	
7	Bảng phân loại bệnh quốc tế 10 (ICD 10)					X	
8	Qui chế bệnh viện		Bộ Y Tế	1997		X	

DANH MỤC TÀI LIỆU NỘI BỘ HIỆN HÀNH

Số TT	Tên tài liệu	Mã số	Lần ban hành	Ngày Ban hành	Nơi lưu trữ	Nơi lưu trữ	Lần sửa đổi	Lần sửa đổi	Lần sửa đổi	Lần sửa đổi	Lần sửa đổi
					Máy Tính	Tủ tài liệu	01	02	03	04	05
1	Quy chế công tác khoa cấp cứu		01		X	X					
2	Quy định hoạt động khoa cấp cứu		01		X	X					
3	Quy định đối với nhân viên khoa cấp cứu		01		X	X					
4	Quy định nội quy khoa cấp cứu		01		X	X					
5	Quy chế chống nhiễm khuẩn		01		X	X					
6	Quy chế thường trực		01		X	X					
7	Quy chế chống thảm họa		01		X	X					
8	Quy chế vào viện chuyển viện chuyển khoa		01		X	X					
9	Quy chế hội chẩn		01		X	X					
10	Quy trình rửa dạ dày		01		X	X					
11	Quy trình chọc dò màng bụng		01		X	X					
12	Quy trình sử dụng máy sốc điện		01		X	X					
13	Quy trình sử dụng máy Monitoring		01		X	X					
14	Quy trình khâu vết thương		01		X	X					
15	Quy trình đặt nội khí quản		01		X	X					
16	Quy trình cấp cứu ngoại viện		01		X	X					
17	Phác đồ điều trị		01		X	X					
18	Mục tiêu chất lượng 2009 – KCC		01		X	X					
19	Chính sách chất lượng BVĐKTT-AG		01		X	X					
20	Sổ tay chất lượng		01		X	X					

TÀI LIỆU KIỂM SOÁT