

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN - HÔ HẤP

Cấp cứu ngừng tuần hoàn - hô hấp là cả một quá trình liên tục và khẩn trương bao gồm các biện pháp hồi sinh cơ bản, hồi sinh nâng cao và sẵn sàng sau hồi sức.

1. Gọi ngay người trợ giúp
2. Tiến hành các bước cấp cứu cơ bản.
3. Tiến hành sốc điện sớm.
4. Hồi sinh tim phổi nâng cao.

CÁC HÌNH THỨC NGỪNG TIM:

- Rung thất hoặc nhịp nhanh thất mất mạch.
- Vô tâm thu.
- Hoạt động điện vô mạch.

CÁC YẾU TỐ GÂY NGỪNG TIM (11T):

- Thiếu khối lượng tuần hoàn - Thiếu oxy mô - Toan máu nặng - Tăng/giảm kali máu - Thân nhiệt thấp - Tụt (hạ) đường huyết	- Trúng độc cấp - Tamponade tim - Tràn khí màng phổi áp lực - Thuyên tắc (mạch vành, phổi) - Thương tích
---	--

I. HỒI SINH CƠ BẢN:

Đánh giá xem bệnh nhân có đáp ứng hay không? Lay gọi to bệnh nhân. Nếu không đáp ứng:

- Gọi sự giúp đỡ.
- Kiểm tra mạch cảnh trong vòng < 10 giây.
- Nếu có mạch và ngừng thở, hỗ trợ thông khí và kiểm tra mạch mỗi 10 phút.
- Nếu không có mạch và ngừng thở, tiến hành hồi sinh tim phổi ngay lập tức theo trình tự C-A-B (Circulation – Airway – Breath)



**Trình tự CPR ngoại viện: (1) Gọi trợ giúp (2) Nhấn tim (3) Sốc điện (4) Chuyển BV
(5) Hồi sinh nâng cao**

1. Tiến hành hồi sinh tim phổi:

- Nhấn tim nhanh và mạnh, tối thiểu ≥ 100 lần/phút.
- Vị trí ngang đường núm vú.
- Biên độ 5cm (nhũ nhi: 4cm; trẻ em lớn 5cm)
- Tỷ lệ 30:2 (xoa bóp tim : thông khí).
- Nếu bệnh nhân đã đặt NKQ, xoa bóp tim 100lần/phút không phải gián đoạn và hỗ trợ hô hấp khoảng 10 lần/phút. Kiểm tra hiệu quả hồi sinh mỗi 2 phút hoặc 5 chu kỳ hồi sinh tim phổi.
- Thời gian thở vào khoảng > 1 giây và cho đủ thể tích khí để lồng ngực nhô lên bình thường.
- *Tiến hành sốc điện (càng sớm càng tốt)*

2. Khai thông đường thở:

- Đặt bệnh nhân trên nền cứng và ở tư thế nằm ngửa.
- Khai thông đường thở và đánh giá nhịp thở:
 - + Ngửa đầu nếu không có bằng chứng chấn thương đầu hoặc cổ. Nếu có chấn thương cột sống cổ, làm kỹ thuật kéo hàm, nếu không có hiệu quả thì tiến hành nghiệm pháp nghiêng đầu và nâng hàm.
 - + Lấy bỏ dị vật hoặc mảnh vụn bằng forceps hoặc hút.
 - + Giữ khai thông đường thở, quan sát lồng ngực, lắng nghe và cảm nhận hơi thở của nạn nhân < 10 giây để xác định nạn nhân có thở bình thường không.

3. Hỗ trợ hô hấp:

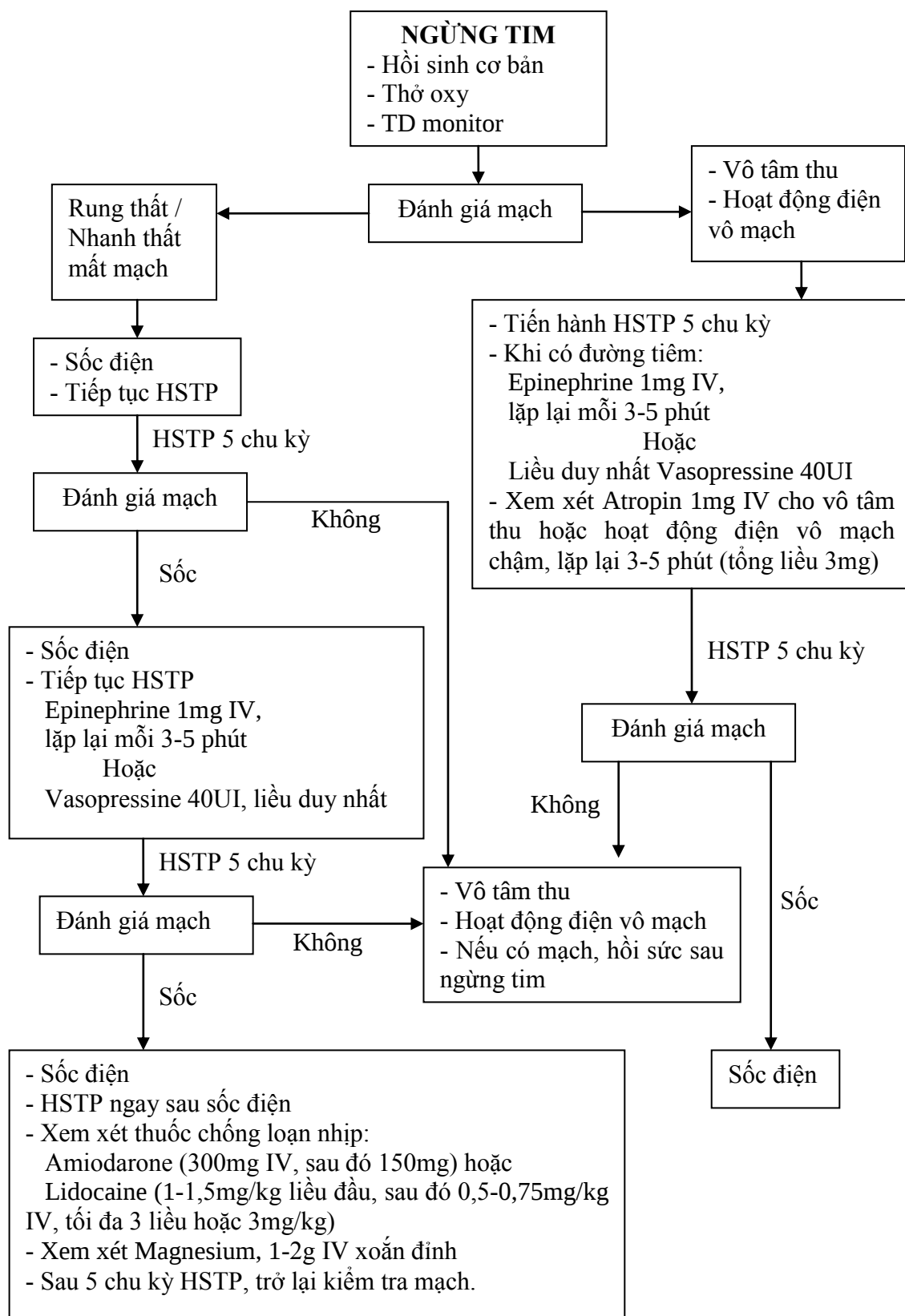
- + Hỗ trợ hô hấp miệng - miệng, qua mask.

II. HỒI SINH NÂNG CAO (theo sơ đồ):

- Đặt airway.
- Hút sạch dịch (máu, đàm, dịch dạ dày).
- Thông khí: bóp bóng qua mask, đặt NKQ...thể tích khí lưu thông 6-7ml/kg. Tần số hô hấp 8 - 10 lần/phút.

- Thở oxy, theo dõi SpO₂ và khí máu động mạch.
- Đánh giá điện tâm đồ (qua monitor), tiến hành sốc điện hay không?
- Tiến hành sốc điện nếu là rung thất/nhịp nhanh thất mất mạch. Sốc điện lần đầu: hai pha 120 – 200J (trẻ em: 4-5 J/kg) hoặc một pha 360J. Sốc điện lần sau: hai pha 200J hoặc một pha 360J.
- Cần đánh giá và dùng sớm các thuốc co mạch hoặc thuốc chống loạn nhịp.

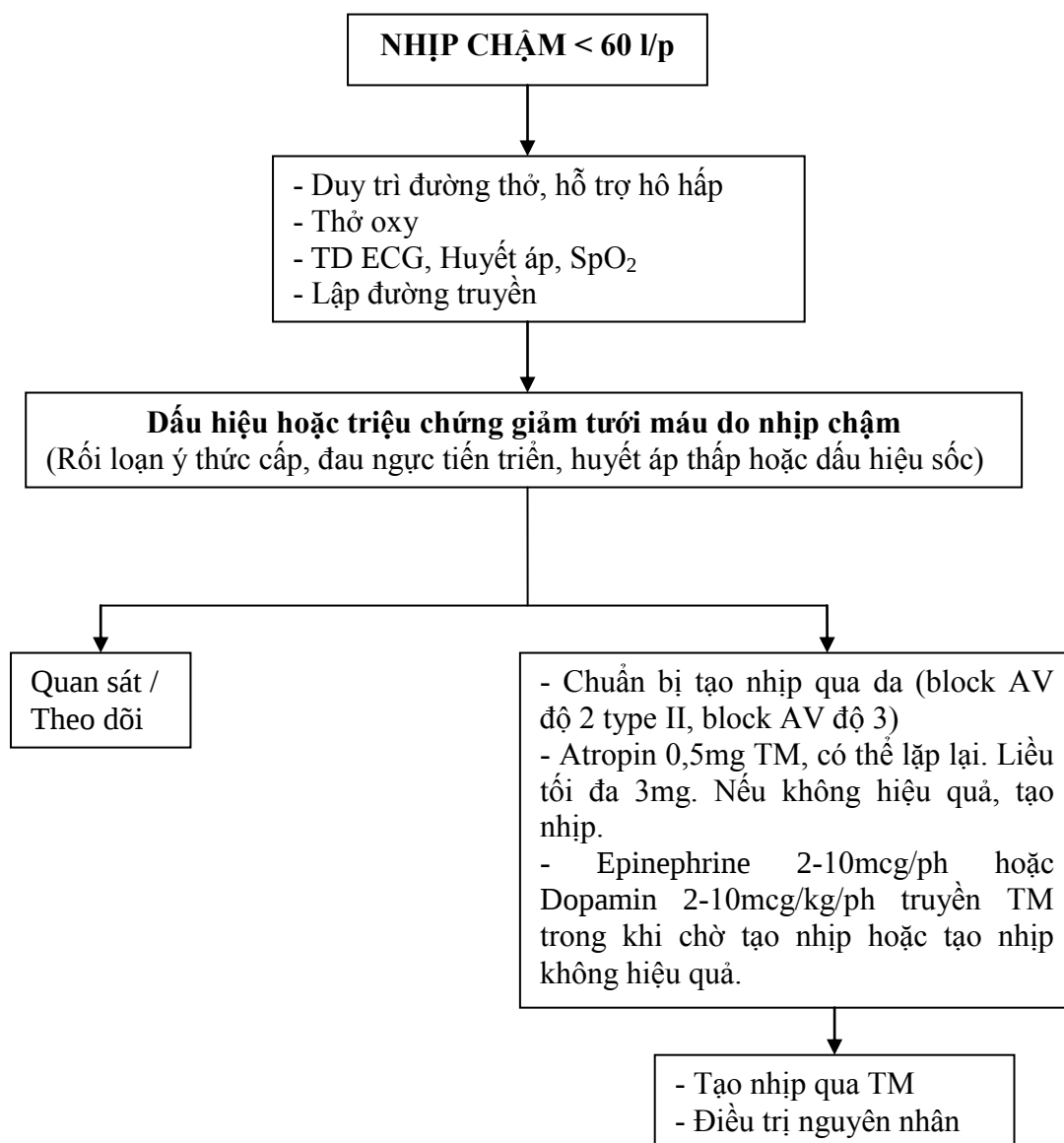
SƠ ĐỒ HỒI SINH NÂNG CAO



III. XỬ TRÍ RỐI LOẠN NHỊP:

1. Rối loạn nhịp chậm:

Cần xác định những dấu hiệu và triệu chứng giảm tưới máu do nhịp chậm gây ra, không cần điều trị nhịp chậm không có triệu chứng.



- Cần thận trọng dùng atropin trong trường hợp thiếu máu cơ tim hoặc nhồi máu cơ tim vì tăng nhịp tim có thể làm thiếu máu nặng hơn hoặc lan rộng vùng nhồi máu. Atropin không hiệu quả trong block AV độ 2 Mobitz II hoặc block AV độ 3.

2. Rối loạn nhịp nhanh:

2.1. Chuyển nhịp đồng bộ và sốc điện không đồng bộ:

Chuyển nhịp đồng bộ:

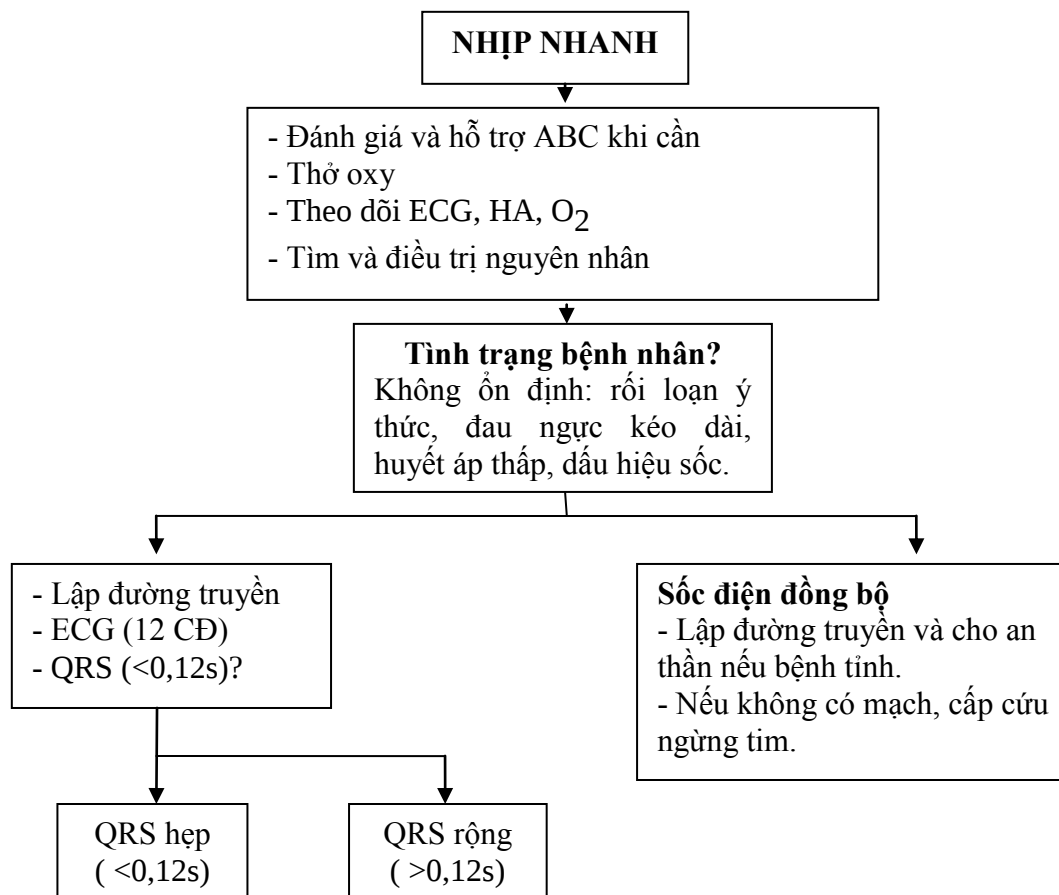
- Nhịp nhanh trên thất vòng vào lại không ổn định.
- Rung nhĩ không ổn định.

- Cường nhĩ không ổn định.
- Nhanh thất đơn dạng không ổn định.

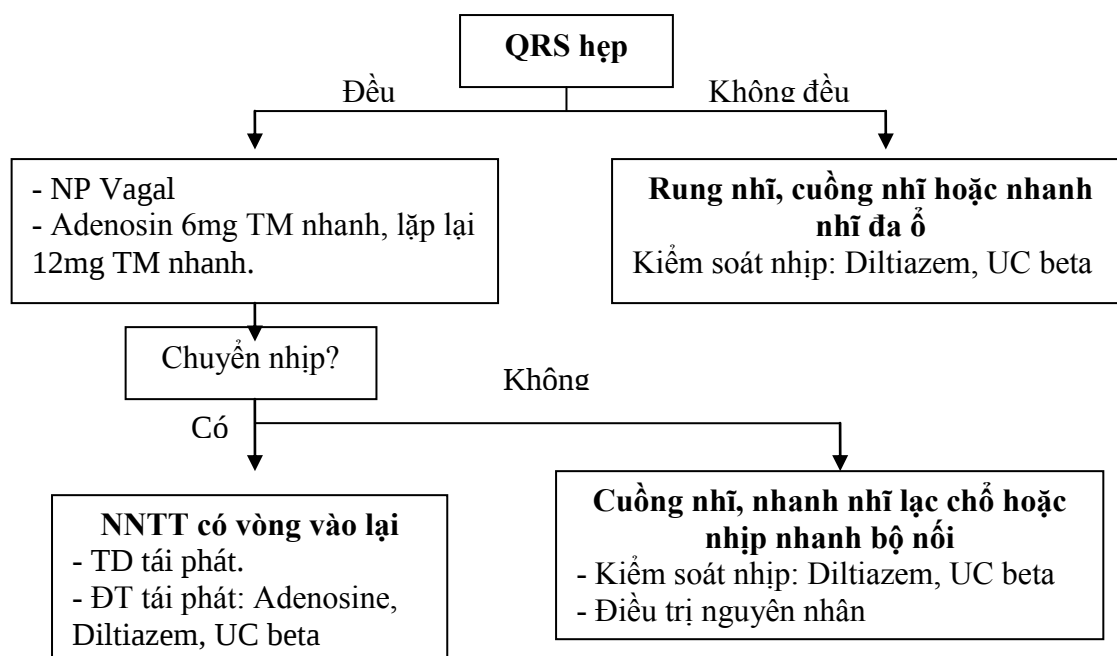
Mức năng lượng đối với chuyển nhịp sóng 1 pha:

- Rung nhĩ: 100 – 200J.
- Cường nhĩ và nhịp nhanh trên thất khác: 50 – 100J.
- Nhanh thất đơn dạng: 100J.
- Chuyển nhịp không hiệu quả đối với nhịp nhanh bộ nối hoặc rung nhĩ lạc chỗ hoặc rung nhĩ đa ổ.

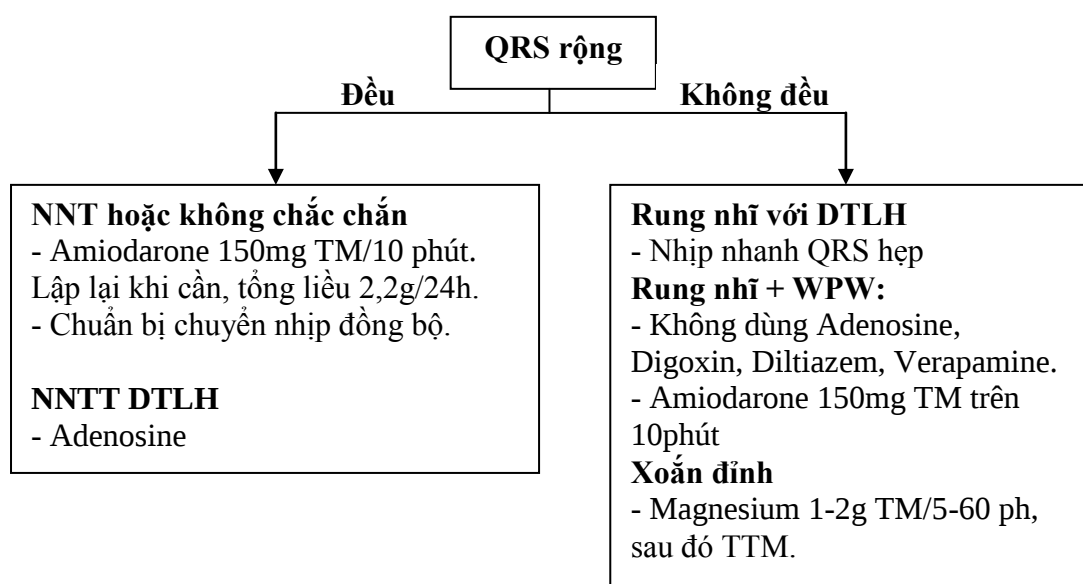
Sốc điện không đồng bộ: Nhịp nhanh thất đa dạng và không ổn định.



2.2. Nhịp nhanh phức bộ QRS hẹp:



2.3. Nhịp nhanh phức bộ QRS rộng:



IV. SĂN SÓC SAU HỒI SINH:

1. Điều hòa thân nhiệt:

- Giữ thân nhiệt 32 – 34°C trong 12 – 24 giờ.
- Cải thiện sống còn và thần kinh.

2. Kiểm soát đường huyết.

3. Hô hấp:

- Tránh tăng thông khí
- Đảm bảo oxy máu.

4. Tuần hoàn:

- TMCBCT/ NMCT
- Ổn định huyết động
- Suy thượng thận
- Loạn nhịp tim

5. Thần kinh:

- Duy trì áp lực tưới máu não
- Giảm tiêu thụ oxy của mô não: tăng thân nhiệt, co giật.

Tài liệu tham khảo:

1. Highlights of the 2010 American Heart Association: Guidelines for CPR and ECC
2. Guidelines 2005 for CPR and Emergency Cardiovascular Care, AHA. Circulation 2005.
3. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Resuscitation 2005.