



PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ KHOA CẤP CỨU

MỤC LỤC

PHÁC ĐÒ CẤP CỨU SỐC PHẢN VỆ.....	3
SỐC CHẤN THƯƠNG	5
LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐC GIẢM THỂ TÍCH Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG	8
SỐC GIẢM THỂ TÍCH	9
PHÁC ĐÒ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG	11
PHÁC ĐÒ ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU CƠ TIM VỚI ST CHÊNH LÊN	14
PHÁC ĐÒ NGỘ ĐỘC THUỐC DIỆT CHUỘT	17
PHÁC ĐÒ ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN	21
CẤP CỨU GÃY XƯƠNG	26
PHÁC ĐÒ ĐIỀU TRỊ BỎNG	28
PHÁC ĐÒ ĐIỀU TRỊ PHÙ PHỔI CẤP	33
CẤP CỨU ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH	36
PHÁC ĐÒ ĐIỀU TRỊ SỐC MÁT MÁU	39
PHÁC ĐÒ ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC NHÓM THUỐC NARCOTIC.....	41
SỐC ĐIỆN	44

PHÁC ĐỒ CẤP CỨU SỐC 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 váng, 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 1⁰/₀₀ tiêm dưới da hoặc tiêm bắp 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 mg/kg/lần 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 chuyển qua tiêm Adrenalin dung dịch 1/10.000 (pha loãng 10 lần) qua tĩnh mạch đùi hoặc tĩnh mạch cánh với liều 0,5ml (50mg) cho đến khi nào bắt được mạch thì chuyển qua truyền tĩnh mạch liên tục. Để duy trì huyết áp, thiết lập một đường truyền

tĩnh mạch Adrenalin 0,1 microgram/kg/phút, điều chỉnh tốc độ theo huyết áp (pha 1 ống Adrenalin 1/1000 vào 250 ml dung dịch Glucose 5%) sao cho huyết áp tâm thu ≥ 90 mmHg.

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 mở khí quản ngay.

C.Giãn 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 lập lại 4 – 5 lần/ngày.

D.Các thuốc khác:

- Hydrocortisone hemisuccinate tiêm tĩnh mạch chậm 5mg/kg/ mỗi 4giờ 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/ống 25-50mg hoặc 1mg/kg tiêm bắp. Hoặc promethazine (Phenergan) 25-50mg tiêm bắp sâu.
- 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.

E.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 50–100g cùng với Sorbitol 1 – 2 g/kg (tối đa là 150g).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.” Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sốc phản vệ”. Bộ Y Tế 2005.
2. Vũ Văn Đính, “ Sốc phản vệ và phác đồ cấp cứu sốc phản vệ”. Hồi sức cấp cứu toàn tập, NXB Y học 2003, trang 191-201.
3. Nguyễn Quốc Anh và CS, “Sốc phản vệ”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa, NXB Y học, 2011, trang 102-104.

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/ LÂM SÀNG

A/ 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 – 30 lần/phút, sâu.

B/ 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 HA tâm thu 90-100mmHg, vừa 60-90mmHg, nặng <60mmHg.

- Mạch nhanh > 100 lần/phút, sốc nặng mạch nhanh, nhẹ, khó bắt.

- Da niêm nhợt, vã mồ hôi, chi lạnh, đồng tử giãn, dấu hiệu bấm móng tay giảm.

Thở nhanh, nông 30-40 lần/phút.

Lượng nước tiểu giảm, thiếu niệu hoặc vô niệu.

III/ ĐIỀU TRỊ

A/ Đảm bảo chức năng hô hấp:

- Nằm đầu cao 30°, thở oxy 2-4 lít/phút, hút đàm nhớt, lấy dị vật nếu có.

- Đặt nội khí quản khi cần.

B/ Đảm bảo tuần hoàn:

_Truyền dịch: 1000 ml Natri chlorua 9‰ hoặc Lactate Ringer bù nhanh trong 30 phút – 1 giờ đầu (trẻ em 20 ml/kg), dung dịch cao phân tử Haesteril 6% 500 ml truyền trong 1 giờ đến 2 giờ nếu HA không tăng sau khi truyền dung dịch tinh thể.

_Máu tươi hoặc hồng cầu lắng khi Hct < 30%.

_Tốc độ truyền: căn cứ HAĐM, CVP, nước tiểu 24h.

HA < 50mmHg truyền thành dòng (khoảng 1000ml/5 phút)

Số lượng dịch truyền:

Dung dịch Lactate ringer, NaCl = 5% P cơ thể. Mục tiêu duy trì CVP là 8-12 cm nước.

_Thuốc vận mạch: khi truyền đủ dịch mà HA không lên

Dùng thuốc vận mạch: Dopamin 200 mg/ống liều 2,5-20 µg/kg/phút hoặc Noradrenaline liều 0,05-2µg/kg/phút.

Chú ý trước khi truyền dịch phải kiểm tra bệnh nhân có suy tim hay không nếu có thì phải cho thuốc trợ tim nhóm Digitalis (digoxin)

C/ Giảm đau:

_Cố định vững chắc chi gãy bằng nẹp hoặc bột chống xoay.

_Dùng thuốc giảm đau: Morphin 10mg/1ml, Dolargan 100mg/2ml, Effergal 1g/100ml...

Liều dùng: Morphin 10mg/70kg TB

Dolargan 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.

D/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 TB hoặc TM, sau 1h đảm bảo nước tiểu 60ml/h.

Dùng kháng sinh không độc cho thận.

D/Chống nhiễm trùng: nếu có vết thương hở

Kháng sinh: Ceftriaxone 1g 1 lọ - 2 lọ TM/ lần, Cefotaxim 1g 1 lọ TM hoặc TB/ lần, Gentamicin 80 mg 1 ống TB,...

Rửa khâu cắt lọc băng vết thương sớm.

E/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.

LƯU ĐỒ ĐIỀU TRỊ SỐC GIẢM THỂ TÍCH Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG

Theo dõi ban đầu
Tổ chức đội chấn thương, gọi cho phẫu thuật viên và thông báo cho ngân hàng máu

Đường thở, cột sống cổ	Hô hấp	T tuần hoàn	Khả năng tàn phế	Khám	CLS
- Bảo vệ đường thở - Đặt NKQ nếu cần thiết - Kiểm soát CS cổ	- Xác định kiểm soát đường thở - Thở oxy - Dùng túi thở và mặt nạ thở	- Thiết lập đường truyền TM với kim lớn -Làm CTM, phản ứng chéo, chức năng thận - Cầm máu vết thương	- Đánh giá tình trạng thần kinh, chấm điểm Glasgow	- Cởi quần áo BN. - Duy trì nhiệt độ phòng thích hợp	Chụp XQ: - lồng ngực - chậu - chân tay - CS cổ Chụp CT scan sọ não nếu nghi ngờ có CTSN

Theo dõi tiếp ← không → Dấu hiệu của sốc

↓ có

Xác định nguồn mất máu				
Chảy máu ngoài	Xương dài	Lồng ngực	Bụng	Sau phúc mạc
Khám xét cẩn thận	Khám xét cẩn thận	Chụp lồng ngực	- Chọc màng bụng - Siêu âm ổ bụng	Chụp XQ khung chậu

Xử trí				
Chảy máu ngoài	Xương dài	Lồng ngực	Bụng	Khung chậu
- Băng ép - Khâu cầm máu	- Cố định, nẹp, nắn lại	- Dẫn lưu	- Mở ổ bụng khẩn cấp	- Cố định khung chậu

Song song với xử trí trên, cần truyền dịch, truyền máu, thuốc vận mạch chống sốc mất máu. Đối với BN có CTSN, duy trì HA tâm thu > 90 mmHg.

SỐC GIẢM THỂ TÍCH

(KHÔNG MẤT MÁU)



I. NGUYÊN NHÂN

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

II. CHẨN ĐOÁN

- _ Các triệu chứng rối loạn huyết động lực: mạch nhanh, nhỏ, khó bắt, HA tụt hoặc bằng không.
- _ Da và niêm mạc khô, rất khát, trương lực nhãn cầu giảm.
- _ Máu cô đặc (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

3.1. Điều trị chung:

- _ Đặt bệnh nhân nằm đầu thấp.
- _ Thở oxy: 3-5 lít/phút qua sond mũi hoặc qua mask.
- _ Lập đường truyền tĩnh mạch.
- _ Đặt sond tiểu theo dõi lượng nước tiểu.

3.2. 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.
- _ 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 3lít /20 phút đầu), (chú ý sau khi truyền 3lít/20 phút mà huyết áp không cải thiện nên đặt CVP điều chỉnh dịch theo CVP). Khi huyết áp tâm thu lên đến 70-80 mmHg, giảm tốc độ dịch truyền. Ở đa số bệnh nhân truyền 1-2 lít dịch muối đẳng trương sẽ điều chỉnh được thể tích dịch bị mất. Sử dụng dung dịch cao phân tử Haesteril 6% 500 ml khi truyền dung dịch muối đẳng trương mà HA không lên, tổng liều là 50 ml/kg.
- _ Thuốc vận mạch: khi bù đủ dịch mà HA không lên, Dopamine 200 mg/ống liều 2,5-20µg/kg/phút hoặc Noradrenaline 0,05-2µg/kg/phút. Tránh dùng thuốc vận mạch khi lưu lượng tim thấp, ngoại trừ Dopamine 2 – 5 µg/kg/phút để tưới máu thận trong tình trạng lưu lượng tim thấp.

3.3.Điều trị nguyên nhân theo những nguyên nhân gây sốc giảm thể tích (không mất máu).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1.Điều trị học nội khoa – ĐẠI HỌC Y-D TPHCM – 2009
- 2.Cẩm nang điều trị nội khoa – Nhà xuất bản Y học - 2010
- 3.Cấp cứu nội khoa – BỆNH VIỆN CHỢ RẨY - 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 (minor head injury): $13 \leq \text{GCS} \leq 15$
 - + CTSN trung bình (moderate head injury): $09 \leq \text{GCS} \leq 12$
 - + CTSN nặng (severe head injury): $\text{GCS} \leq 08$
- _ CTSN nặng là những CTSN có hôn mê.

II. CHẨN ĐOÁN

1/ Chẩn đoán lâm sàng:

- 1.1. 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.
- 1.2. Khám tổn thương tại chỗ: VT da đầu, tụ máu dưới da đầu, VT lộ xương sọ, VT sọ não.
- 1.3. Khám tổn thương vỡ nền sọ: chảy máu mũi, tai, miệng. Dấu hiệu kíngh râm, bầm tím sau tai.
- 1.4. Dấu hiệu TK khu trú: liệt $\frac{1}{2}$ người, dẫn đồng tử 1 bên.
- 1.5. Khám tổn thương kèm theo: tổn thương cột sống cổ, tổn thương ngực, tổn thương bụng, tổn thương chi.

2/ Chẩn đoán hình ảnh

- 1.1. X Quang sọ thẳng nghiêng: ít giá trị.
- 1.2. 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.
- 1.3. X Quang cột sống cổ: xem có tổn thương cột sống cổ hay không.
- 1.4. X Quang ngực thẳng: xem có gãy xương sườn, xương đòn, tràn máu, tràn khí màng phổi, bóng tim to bất thường nghi ngờ có tràn máu màng tim hay không.

1.5. Siêu âm ổ bụng: xem có dịch tự do, chấn thương gan, lách hay không.

III. XỬ TRÍ

1. Sơ cứu: Tiến hành các bước:

1.1. 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.

1.2. Bảo đảm không để tụt huyết áp : truyền tĩnh mạch NaCl 0,9% (không nên dùng dung dịch đường hay Lactate Ringer).

1.3. Bất động cột sống cổ nếu có chấn thương cột sống cổ.

1.4. Cầm máu tại vết thương đầu cũng như các VT khác : băng hoặc khâu vết thương.

1.5. Đặt sonde dạ dày hút dịch và hơi ứ đọng.

Đặt sonde tiểu lưu, nhằm giảm áp lực nội sọ, theo dõi lượng nước tiểu.

B. Điều trị thực thụ

1. Điều trị ngoại khoa

Chỉ định mổ dựa vào lâm sàng và hình ảnh C.T.scan sọ não.

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: truyền tĩnh mạch tốt nhất là NaCl 0,9%, truyền máu nếu có mất máu, $\text{Hct} < 30\%$.
- _ Chống phù não : nên dùng Mannitol 20% khi HA tâm thu $> 100 \text{ mmHg}$, liều $< 1\text{gr/kg/24h}$; không nên dùng quá 4 ngày, cụ thể là 250 ml TTM C giọt/phút.
- _ Methyl predisolone (Solumedrol) 40mg/ ống, 1-2 ống mỗi 6 giờ TMC.

D. Xử trí khác

- _ Suy hô hấp do máu chảy vào đường hô hấp trên từ vỡ nền sọ: đặt NKQ hay mở KQ.
- _ Để đầu cao, phải truyền máu nếu tụt HA do mất máu.
- _ Chảy máu dạ dày do stress: Esomeprazole 20mg hoặc Pantoprazole 40mg 1 ống TMC.
- _ Chống nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt khi có vết thương hở, cho Ceftriaxone 1g 1lọ TMC x 2 lần /ngày.
- _ Chống loét tỉ đè : xoay trở BN, thoa Sanyrene lên vùng dễ bị loét như vùng cùi chỏ, gót chân, vùng bả vai.
- _ Chú ý vấn đề dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Hướng dẫn thực hành cấp cứu ngoại thần kinh, JICA-BV Chợ Rẫy, 1998

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

/ Lâm sàng: Điển hình		Không điển hình
1.1) Triệu chứng cơ năng		
Cơn đau thắt ngực điển hình		- Đau thượng vị
* Vị trí – Khởi phát – Cường độ -		- Nhóm cần lưu ý: Hậu phẫu – Già –
Kiểu đau – Hướng lan – Thời gian –		Đái tháo đường – Hôn mê – Tăng
Giảm đau.		huyết áp
* Lưu ý: không bao giờ đau qua hàm		
trên, qua rốn, ô mô cái		
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		Không điển hình
- Loạn chức năng thất trái.		Cơn THA – Gallop T3,T4 – Mạch so le
- Tăng tải tim cấp.		– Dọa OAP, OAP – Tim loạn động, ổ
- Các dấu hiệu xơ vữa động mạch.		đập bất thường.

2/ Cận lâm sàng

2.1) ECG: Δ^+ , Δ giai đoạn NMCT:

- Sóng T âm – Cân – Nhọn

- ST chênh lên. Tiêu chuẩn: trước tim $\geq 1,5\text{mm}$, ngoại biên $\geq 0,5\text{mm}$.

Vị trí: thượng tâm cơ, xuyên thành.

xuống  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: $> 0,04\text{s}$.

2.2) Men tim: Δ^+ , 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 Δ^+ 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) CĐTĐ 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 $\text{SpO}_2 > 90\%$

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)

* Thuốc kháng đông heparine trong lượng phân tử thấp (LMWH):
cho Enoxaparine (Lovenox) bolus 0,5mg/kg hoặc 30mg TM và 1mg/kg/ 12
giờ tiêm dưới da dành cho BN dưới 75 tuổi. BN trên 75 tuổi chỉ dùng
đường tiêm dưới da 0,75mg/kg/ 12 giờ.

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: sử dụng tại khoa tim mạch.

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:

Mổ bắt cầu nối Chủ - Vành; Đặt Stent có bọc thuốc hoặc không bọc
thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Võ Thành Nhân, “Điều trị nhồi máu cơ tim cấp”, Điều trị học
Nội khoa, 2009, NXB Y học, trang 73-84.
2. Nguyễn Quốc Anh và CS, “Nhồi máu cơ tim cấp”, Hướng dẫn chẩn
đoán và điều trị Nội khoa, 2011, NXB Y Học, trang 238-243.

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 FOKEBA).

_Lâm sàng

+ Tiêu hóa: đau bụng, nôn, lỏng phân, 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 (chưa thực hiện được).

1.2 Xử trí

1.2.1 Rửa dạ dày

1/ Đặt sond dạ dày, bơm qua sond 500 ml dung dịch CuSO₄ 1% (phèn xanh)

2/ Bơm tiếp 1000 ml dung dịch KMnO₄ (thuốc tím)

3/ Rút hỗn hợp trên qua sond dạ dày

4/ Bơm tiếp dung dịch 50g MgSO₄ pha trong 100ml dầu Paraphine

5/ Sau đó, rút sond dạ dày

1.2.1 Các biện pháp can thiệp khác:

1. Truyền dịch, cân bằng nước điện giải bằng dung dịch NaCl 9⁰/₀₀, Glucose 5%, Glucolyte.
2. Lợi tiểu: Furosemide 20mg 1-2 ống TB.
3. Kháng thụ thể H₂: Ranitidine 50mg TB mỗi 8 giờ.
4. Có choáng: chống choáng bằng bù dịch, thuốc vận mạch như trong phác đồ chống choáng nhiễm trùng.
5. Có viêm gan: truyền dịch, Hydrocortisone 100mg mỗi 4 giờ. Có thể thay thế bằng Methylprednisolone 40mg mỗi 4 giờ. Lọc máu liên tục.
6. Có suy thận: lọc thận nhân tạo hoặc lọc máu liên tục.

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 (PT), INR kéo dài
- _ Độc chất: Warfarine (antivitamin K)

2.2 Xử trí

- _ Không cần rửa dạ dày. Có thể rửa dạ dày nếu BN uống nhiều.
- _ Uống than hoạt : 20 g / lần ,mỗi 2_4 giờ,sorbitol 1_2 g / kg
- _ Vitamine K1 20mg tiêm dưới da/lần, ngày 3-4 lần trong những ngày đầu, Duy trì 10-100mg/ ngày chia 3-4 lần đến khi INR về bình thường, uống hoặc tiêm dưới da.
- Theo dõi INR mỗi 12 -24 giờ.
- _ Huyết tương tươi đông lạnh: khi có rối loạn đông máu nhiều, PT<40%, có chảy máu tự nhiên.

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 phòng mổ) 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 liệu 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:

- 1.Hướng dẫn điều trị tập 1, 2005, NXB Y học, trang 117-125
2. Nguyễn Quốc Anh và CS, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội khoa, 2011, NXB Y học, trang 173-186.

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, ăn 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), XHTH tiếp diễn , nội soi có 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 - IIa : thấy mạch máu , không chảy máu - IIb : có cục máu đông + Nguy cơ thấp - IIC: có cặn đen - III: đáy sạch phủ fibrin

2. Mức Độ

	Độ I (NHẸ)	Độ II (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, dao động, Still test (+) Thiểu 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 : TALTCM, chảy máu đường mật, K, ..

III. Điều Trị

1. Tại khoa Cấp cứu

XHTH mức độ nhẹ

- Truyền dịch đẳng trương NaCl 9⁰/₀₀, Lactate Ringer.
- Dùng ức chế bơm proton H⁺.

XHTH mức độ trung bình

- Truyền dịch đẳng trương 70 – 75 ml/kg/ngày
- Dùng ức chế bơm proton H⁺

XHTH mức độ nặng

- Nằm đầu thấp,
 - Thở Oxy để đạt 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.

_ Chỉ định truyền máu:

- + Khi hemoglobine < 70-80 g/L.
- + BN bị bệnh lý tim mạch có triệu chứng như cơn đau thắt ngực hoặc trên 60 tuổi cần được truyền máu để duy trì nồng độ Hb > 100 g/L.
- + Plasma tươi đông lạnh dành cho BN có rối loạn đông máu (PT, ATTP kéo dài). Truyền tiểu cầu khi tiểu cầu BN < 50.000/mm³.
- Ức chế tiết acid liều cao, đường tĩnh mạch:
 - + Ức chế proton H⁺: tần công 40 mg (TMC), duy trì 8mg/giờ trong 72 giờ, khi ổn định chuyển qua uống với liều 40mg/ngày tối thiểu 28 ngày tiếp theo đối với Esomeprazole, Pantoprazole, Omeprazole.

Đối với Rabeprazole dùng liều 40mg TMC, duy trì 4mg/giờ trong 72 giờ, sau đó chuyển sang đường uống 40mg/ngày tối thiểu 28 ngày tiếp theo.

+ Kháng thụ thể 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 tiểu lưu nếu có sốc mất máu.
- Mặc monitoring theo dõi : M, HA, SpO₂; tri giác ; màu da ; nhịp thở/1 giờ; nước tiểu/12h.
- Nhịn ăn uống
- Chăm sóc cấp I.

_ Xem xét cho nội soi cấp cứu.

- 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. Trần Kiều Miên, “Điều trị xuất huyết tiêu hóa”, Điều trị học Nội khoa. Đại Học Y Dược TPHCM, 2009, NXB Y học, trang 163-172.
2. Nguyễn Quốc Anh và CS, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Nội khoa, 2011, NXB Y học, trang 498-505.

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

2.1. Chấn thương trực tiếp gãy do va đập, do đè nén, do lực xuyên thủng

2.2. 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

2.3. Gãy xương hở: vết thương rách da, chảy máu, lòì xương... Phân loại gãy hở theo Gustilo:

Độ 1: Rách da dưới 1cm, thường đầu gãy 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 nhưng có 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:

- _ Cố định chi gãy: nẹp tạm như: nẹp tre, nẹp nhôm, nẹp Cramer,
- _ Giảm đau: Perfalgan 100ml /1gr (paracetamol) TTM C giọt/phút. Nhóm giảm đau kháng viêm non-steroid: Diclofenac 75mg, Mobic 15mgTB 1-3 ống/ngày. Thuốc giảm đau khác như Paracetamol 300mg + lidocain 20mg (Centranol), Nefopam (Accupan) 1-3 ống TB/ngày.
- _ Truyền dịch: cho ngay dung dịch sinh lí : NaCl 9% , Lactate Ringer...
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.
- _ Điều trị chỉnh hình: thuộc chuyên khoa (CTCH)
 - + Phương pháp kín: nắn bó bột, băng kéo liên tục...
 - + Phương pháp hở: mổ
- _ Phục hồi chức năng sau gãy xương: thuộc chuyên khoa (CTCH)

Tài liệu tham khảo

Nguyễn Thu, “Cấp cứu gãy xương”, Cẩm nang cấp cứu, NXB Y học, 2003, trang 476-479.

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

Theo độ sâu: hình ảnh bên ngoài và đặc điểm của bỏng

Độ 1	Ban đỏ đau rát (cháy nắng)	Khỏi tự nhiên trong 48 giờ Bỏng da
Độ 2 nông Bề mặt da	Phồng nước rộng có thành dày Nền rỉ máu, đau	Khỏi tự nhiên trong 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 nhiên 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

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%

Theo vị trí

Ngoài độ rộng và độ sâu của vết bỏng , vị trí của tổn thương n hiều 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

Độ sâu vết bỏng: bỏng sâu, cần phải được rạch hoặc ghép da (Độ 3).

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.

Vị trí: mặt, đường hô hấp, bàn chân, tay, tầng sinh môn.

Cơ địa bệnh nhân : trẻ sơ sinh , trẻ nhỏ, người già, bệnh nhân có tiền sử bệnh nội khoa mãn tính.

Cách thức bị bỏng: bỏng điện, bỏng hóa chất, đám cháy (tổn thương hô hấp),
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 Lactate Ringer, 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 T B (Mobic 15mg, Diclofenac 75 mg...)

Tiêm phòng uốn ván: SAT 1500 UI (TDD).

Kháng sinh: Cephalosporin thế hệ 3 như Ceftriaxone phối hợp với Gentamycine.

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) hoặc Esomeprazole 20 mg (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 tầng 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.

Đặt 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 bỏng phải được sát trùng và rửa bằng nước.

Các nốt phỏng được cắt lọc.

Sau khi xẻ rạch, băng 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 lý + 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 THAM KHẢO

Nguyễn Thế Hiệp, “ Điều trị bỏng”, Tài liệu tập huấn JICA bệnh viện Chợ
Rẫy, 2000, trang 25-34.

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 rales 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,C.

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 – 80 mg TMC trong 1 -2 phút đối với bệnh nhân đã sử dụng, lập lại mỗi 15 – 30 phút nếu cần, tổng liều tối đa là 200 mg.
- Nitroglycerin TTM khởi đầu 0,2 µg/ 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 (hiện nay chưa áp dụng vì không có thuốc).
- Thuốc trợ tim (khi có hạ huyết áp hoặc choáng): Dobutamin 250mg/ống TTM với liều khởi đầu 2 -3 µg/kg/phút tăng dần đến khi có hiệu quả.
- Điều trị các yếu tố thúc đẩy và điều trị nguyên nhân.
- Nếu có điều kiện nên cho BN thở máy không xâm nhập (CPAP), ngoài tác dụng hỗ trợ tăng trao đổi khí còn giúp làm giảm tiền tải (preload) và hậu tải (afterload) thất trái.
- Nếu có rối loạn ý thức nên đặt NKQ, hút đàm dãi, thở máy xâm nhập.

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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Võ Thành Nhân, “Điều trị Phù phổi cấp”, Điều trị học Nội khoa, ĐHYDTPHCM, 2009, NXB Y học, trang 57-70.

CẤP CỨU ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MÃN TÍNH

1.Đại Cương

-Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (**COPD** =Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

: xem tiêu chuẩn chẩn đoán COPD

-Đợt cấp COPD là đợt mất bù cấp của COPD gây suy hô hấp với đặc điểm

+Khó thở nặng thêm

+Ho và tăng đờm và hoặc đờm mủ

+Thường kèm giảm oxy máu và tăng CO₂

-Nguyên nhân hay gặp

+Nhiễm trùng : *Haemophilus influenzae*, Phế cầu, *Moraxella catarrhalis*

+Nguyên nhân khác : nhiễm virus, một cơ hô hấp, nhồi máu phổi

2.Chẩn Đoán

2.1.Chẩn đoán xác định

Trên bệnh nhân có tiền căn COPD xuất hiện thêm

-Hội chứng suy hô hấp mức độ nặng , nguy kịch (xem phần chẩn đoán mức độ)

-Hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới có thể có hay không kèm sốt

+Ho khạc đờm nhiều

+Đờm đục

+Ran phổi : rít, ẩm, ngáy, nổ, giảm âm phế bào

-Có thể có các dấu hiệu suy tim phải

+Tình mạch cổ nổi, gan to, phù , lớn thất phải

+ECG : trục phải, dày thất phải, P phế

-X quang : phổi sáng, cơ hoành hạ thấp, xương sườn nằm ngang, khoang liên sườn giãn rộng, hình phế quản đậm, tim hình giọt nước, tim to nếu suy tim phải nặng

2.2. Chẩn đoán mức độ

DẤU HIỆU	NẶNG	NGUY KỊCH
Nhịp thở	Trên 30 lần/phút	Cơ ngưng thở, ngưng thở
Cơ hô hấp	Cơ kéo cơ hô hấp phụ rõ rệt	Kiệt sức cơ hô hấp, hô hấp nghịch thường, không ho được
Khám phổi	-Lồng ngực hình thùng -Ran phổi : rít, ngáy ẩm, nổ, giảm âm phế bào	-Lồng ngực im lặng -Mất âm phế bào
Tri giác	Kích thích	Lú lẫn, ngũ gà, hôn mê
Tim mạch	-Nhịp tim tăng > 110 lần/phút -Huyết áp tăng	-Nhịp tim nhanh khó bắt, trụy mạch -Huyết áp tụt
Độ bão hòa Oxy máu	-Tím trung ương -PaO ₂ < 60 mmHg, PaCO ₂ > 45 mmHg, SaO ₂ < 90 mmHg	-Tím trung ương và tím ngoại biên -PaO ₂ < 45 mmHg, PaCO ₂ > 70 mmHg, pH < 7,30

2.3.Chẩn đoán phân biệt

- Con hen phế quản
- Con hen tim
- Tràn khí màng phổi của bệnh nhân COPD

3.Điều Trị Tại Khoa Cấp Cứu

Nguyên tắc : tùy vào mức độ suy hô hấp ta làm theo trình tự của dây chuyền cấp cứu ABCD, thuốc men, theo dõi và kiểm soát chức năng sống

3.1.Đợt cấp COPD có suy hô hấp trung bình và nặng

- Tư thế : ngồi hoặc tư thế nằm ngửa đầu cao
 - Oxy liệu pháp
 - +Dùng Oxy lưu lượng thấp 1- 2 lít/phút hoặc mặt nạ ventura FiO_2 30 – 40%
 - +Cân nhắc tình trạng thông khí nhân tạo không xâm nhập khi
 - i.Tình trạng khó thở xấu đi : thở gắng sức + nhịp thở > 30 lần/phút
 - ii.Toan hô hấp cấp ($\text{pH} < 7,25 - 7,30$)
 - iii.Tình trạng oxy hóa máu xấu thêm (tỉ lệ $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$)
 - Thuốc giãn phế quản
 - +Tăng liều hoặc dung thường xuyên hơn
 - +Kết hợp thuốc kích thích beta-2 giao cảm (salbutamol hoặc terbutalin 5 – 10 mg/lần) với thuốc ức chế phó giao cảm (ipratropium 0,5-1mg/lần) khí dung, nhắc lại nếu cần thiết
 - +Cân nhắc dùng thêm nhóm methylxanthin nếu cần
 - Corticoid : prednisolon 30-40mg/ngày, hoặc loại corticoid khác với liều tương đương trong 7-10 ngày đường tĩnh mạch hoặc đường uống
 - Kháng sinh
 - +Chỉ định khi có sốt, đờm đục, bạch cầu đa nhân trung tính tăng
 - +Chọn kháng sinh có thể dung đường uống hoặc đường truyền
 - Nhóm beta-lactam chống được vi khuẩn sinh beta-lactamase hoặc nhóm cephalosporin thế hệ 2, 3
 - Nhóm fluoroquinolone
 - Chú ý
 - +Theo dõi tình trạng cân bằng dịch và tình trạng dinh dưỡng
 - +Cân nhắc heparin trong lượng phân tử thấp đường dưới da
 - +Xác định và điều trị các bệnh kèm theo : suy tim, loạn nhịp tim, nhồi máu phổi
 - +Theo dõi sát các dấu hiệu suy hô hấp, chỉ định làm lại khí máu (thường làm lại 30-60 phút/lần để đánh giá hiệu quả oxy liệu pháp)
 - Chỉ định chuyển khoa ICU**
 - +Tình trạng khó thở nặng không đáp ứng với cách điều trị trên
 - +Rối loạn ý thức
 - +Thiếu Oxy máu không cải thiện hoặc tiếp tục xấu đi : $\text{PaO}_2 < 40$ mmHg, toan hô hấp nặng hoặc xấu đi, $\text{pH} < 7,25$ mặc dù đã cho đủ oxy và thông khí tốt
 - +Cần thông khí xâm nhập kéo dài
 - +Rối loạn huyết động cần sử dụng thuốc vận mạch
- #### **3.2. Đợt cấp COPD có suy hô hấp nguy kịch**
- Thông khí nhân tạo : thường phải tiến hành thông khí nhân tạo xâm nhập ngay
 - Thuốc giãn phế quản nên cho đường tĩnh mạch và liều cao
 - Kháng sinh đường tĩnh mạch

- Nếu có tụt huyết áp hay suy tim nặng dobutamin có thể kết hợp dopamine
- Chuyển khoa ICU sau khi thông khí nhân tạo xâm nhập và hoặc đã hội chẩn với ICU

Tài liệu tham khảo

Nguyễn Quốc Anh & CS “Cấp cứu đợt cấp bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa, 2011, NXB Y học, trang 78-80

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 > 5%)

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 lúc 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 syndrome)

- 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 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 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: (Synchronization) 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. Bản điện cực sốc điện (Paddles)

- Thường làm bằng kim loại Platinium 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 bằng 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 ngăn trong khi sốc điện

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Đặng Vạn Phước, “Các biện pháp điều trị điện trong hồi sức cấp cứu Nội khoa”, ĐIỀU TRỊ HỌC NỘI KHOA, ĐHYDTPHCM, 2009 NXB Y HỌC, trang 15-21.