

TÀI LIỆU ÔN TẬP CHUYÊN NGÀNH BÁC SĨ TRONG XÉT TUYỂN VIÊN CHỨC NĂM 2021

Bài 1

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ CẤP CỨU BAN ĐẦU SUY HÔ HẤP CẤP

1. Đại cương

Suy hô hấp cấp là một cấp cứu nội khoa, xảy ra khi hệ thống hô hấp không thể đáp ứng được nhu cầu chuyển hóa của cơ thể

Có dạng suy hô hấp: thiếu ô xy máu, tăng CO₂ máu và hỗn hợp

- Thiếu ô xy máu khi PaO₂ < 50-60mmHg.
- Tăng CO₂ máu khi PaCO₂ > 50 mmHg kèm theo tình trạng toan máu pH < 7,36.

Thể hỗn hợp là vừa có giảm ô xy hóa máu và tăng CO₂ máu là dạng suy hô hấp hay gặp trên bệnh nhân nặng.

- Suy hô hấp cấp có thể xảy ra trên một bệnh nhân chưa có bệnh phổi từ trước hoặc trên bệnh nhân có suy hô hấp mạn tính

2. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định

- Khó thở:
 - + Là triệu chứng báo hiệu quan trọng và nhạy
 - + Khó thở nhanh (> 25 lần/ phút) hoặc chậm (< 12 lần/ phút) hoặc loạn nhịp thở (Kussmaul, Cheyne - Stockes ...), biên độ thở nhanh hoặc giảm
- Tím: Xuất hiện khi Hb khử > 5g/ dL, là biểu hiện của suy hô hấp nặng
 - + Sớm: tím quanh môi, môi, đầu chi
 - + Nặng, muộn: tím lan rộng ra toàn thân
 - + Không có tím hoặc tím xuất hiện muộn nếu ngộ độc khí CO
- Vã mồ hôi
- Rối loạn tim mạch:
 - + Mạch nhanh, có thể rối loạn nhịp (rung nhĩ, cơn nhịp nhanh trên thất, rung thất...)
 - + Huyết áp tăng, nếu nặng có thể tụt huyết áp
 - + Thường kết hợp triệu chứng suy hô hấp và suy tuần hoàn. Thực tế cần phân biệt suy hô hấp là nguyên nhân hay hậu quả

- Rối loạn thần kinh và ý thức: là triệu chứng nặng của SHH

+Nhẹ: lo lắng, hốt hoảng, thất điều

+Nặng: vật vã hoặc ngủ gà, lơ đãng, hôn mê, co giật

3. Xử trí cấp cứu

Nguyên tắc xử trí cấp cứu: phát hiện ngay tình trạng suy hô hấp nguy kịch để can thiệp thủ thuật theo trình tự của dây truyền cấp cứu ABCD, dùng thuốc điều trị, theo dõi và kiểm soát tốt chức năng sống của bệnh nhân

- *Khai thông đường thở:*

+ Cổ ưỡn (dẫn lưu tư thế)

+ Canuyn Grudel hoặc Mayo chống tụt lưỡi

+ Hút đờm dãi, hút rửa phế quản

+ Tư thế nằm nghiêng an toàn nếu có nguy cơ sặc

+ Nghiệm pháp Heimlich nếu có dị vật đường thở

+ Nội khí quản (hoặc mở khí quản): biện pháp hữu hiệu khai thông đường thở.

Bài 2

XỬ TRÍ CẤP CỨU SỐC

1.Đại cương

Sốc là bệnh cảnh hay gặp chính của khoa Cấp cứu và Hồi sức. Đặc điểm sinh lý bệnh chính của sốc là giảm tưới máu hệ thống của toàn cơ thể dẫn tới giảm cung cấp oxy cho các mô cơ thể. Từ đó dẫn tới sự mất cân bằng giữa cung cấp và trao đổi oxy, thiếu oxy tế bào gây tăng chuyển hóa yếm khí, tăng giải phóng ra các chất trung gian, độc tố phù tế bào, hoạt hóa các phản ứng viêm. Ban đầu tình trạng thiếu oxy này có thể hồi phục, nhưng rất nhanh chóng sẽ không hồi phục hậu quả là chết tế bào, tổn thương cơ quan đích, suy đa tạng và tử vong. Do vậy quan trọng nhất là phải phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

2.Chẩn đoán

Triệu chứng chung của sốc

- Phát hiện sớm các dấu hiệu về sốc: mạch nhanh, tụt HA, thiếu niệu, thay đổi về ý thức, toan chuyển hóa, da lạnh, vã mồ hôi, nổi vân tím

- Ý thức hốt hoảng do giảm lượng máu lên não, có thể có cơn ngất. Ở giai đoạn muộn có thể lơ mơ, hôn mê

- < 40 mmHg so với HA nền. Biểu hiện sớm hơn là tụt HA tư thế.

- Thiếu niệu: giảm lưu lượng máu tới thận gây giảm mức lọc cầu thận, giai đoạn sớm suy thận chức năng giai đoạn muộn gây hoại tử ống thận suy thận thực tổn.

- Thở nhanh sau do tăng chuyển hóa hoặc do toan chuyển hóa

- Da lạnh, ẩm do co mạch, trong sốc nhiễm khuẩn do giãn mạch thường có thể có nổi vân tím

- Bụng chướng dần do giảm tưới máu tạng trong ổ bụng, thiếu máu mạc treo

- Toan chuyển hóa: do chuyển hóa yếm khí sinh lactic, và mất khả năng thanh lọc lactate của gan, thận, cơ...vv.

Các triệu chứng nguyên nhân gây sốc:

- Sốc giảm thể tích: ỉa chảy, mất máu, chân thương...

- Sốc tim: đau ngực, gan to tĩnh mạch cổ nổi, phù chi dưới, rale phổi

- Sốc nhiễm khuẩn: sốt, thể trạng nhiễm trùng nhiễm độc, viêm phổi, áp xe tay chi, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm trùng trong ổ bụng

- Sốc phản vệ như các biểu hiện dị ứng, tiền sử dùng thuốc..vv

- Sốc tắc nghẽn: nhồi máu phổi lớn, huyết khối tĩnh mạch sâu.

Xét nghiệm đánh giá tình trạng sốc

- Khí máu: đánh giá tình trạng toan máu

- Acid lactic để đánh giá tình trạng tưới máu mô

- Xét nghiệm đánh giá tổn thương cơ quan đích: chức năng gan thận, đông máu, hô hấp..vv

3. Phân loại các loại sốc:

Sau khi đã nhận ra tình trạng sốc, phải nhanh chóng phân loại và tìm nguyên nhân gây sốc.

Có 4 loại sốc chính

- Sốc giảm thể tích: giảm thể tích tuần hoàn (ỉa chảy, mất máu, bỏng, ..vv) làm giảm tiền gánh giảm cung lượng tim, tụt HA. Cơ thể sẽ phản ứng lại bằng tăng nhịp tim, co mạch máu để duy trì HA tưới máu cho những tạng quan trọng như não, tim, phổi, thận. Triệu chứng lâm sàng thường nhịp tim nhanh, nhợt nhạt, lạnh nhợt đầu chi, vã mồ hôi, mất nước, tụt HA tư thế.

- Sốc tim: giảm cung lượng tim (NMCT, viêm cơ tim...vv) gây tụt HA, cơ thể cũng phản ứng lại bằng cách co mạch, thể tích tuần hoàn trong trường hợp này có thể bình thường hoặc tăng. Triệu chứng thường là suy tim như gan to tĩnh mạch cổ nổi, phù phổi, đầu chi lạnh nhợt do co mạch, đau ngực, tim nghe có tiếng thổi.

- Sốc giãn mạch: giãn mạch hệ thống do các yếu tố trung gian hoạt mạch, độc tố (vd sốc nhiễm khuẩn, sốc phản vệ ..) cơ thể cũng phản ứng lại bằng cách tăng nhịp tim để duy trì HA. Thể tích tuần hoàn có thể thiếu hoặc bình thường. Triệu chứng thường là tăng nhịp tim, giãn mạch đầu chi, nổi vân tím, thể trạng nhiễm trùng nhiễm độc hoặc có yếu tố dị ứng kèm theo

- Sốc tắc nghẽn: nhồi máu phổi, hoặc ép tim cấp làm tim không thể tống máu vào đại tuần hoàn. Triệu chứng chủ yếu ứ trệ tuần hoàn tim phải như khó thở, gan to tĩnh mạch cổ nổi phù đồng thời có giảm tưới máu đầu chi.

- Sóc giai đoạn muộn: Cho dù bất kể do nguyên nhân gì nếu để muộn đều dẫn tới tình trạng hôn mê, giảm cung lượng tim, giãn mạch, thể tích tuần hoàn giảm hoặc tăng, tổn thương đa tạng, toan chuyển hóa và tử vong.

4. Cách tiếp cận bệnh nhân sóc

- Khi nhận ra bệnh nhân sóc, phải tiến hành hồi sức ngay đồng thời tìm hiểu hỏi tiền sử, khám lâm sàng tìm các triệu chứng gợi ý, và làm các xét nghiệm khẳng định tình trạng và nguyên nhân gây sóc.

- Thăm dò huyết động đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi, và điều trị sóc đặc biệt trong những trường hợp sóc hỗn hợp và sóc ở giai đoạn muộn, nhiều yếu tố nhiều ảnh hưởng tới triệu chứng

+ Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm: đánh giá tiền gánh thất phải, gián tiếp đánh giá tiền gánh thất trái.

+ Siêu âm tim: đánh giá chức năng tim, loại trừ nhanh ép tim cấp, các máy siêu âm tim hiện đại còn có thể đánh giá được cung lượng tim.

+ Đặt catheter Swan Ganz hoặc PiCCO: đánh giá tiền gánh thất trái (áp lực mao mạch phổi bít), đo được cung lượng tim, đo được sức cản mạch hệ thống (hậu gánh). Riêng với PiCCO còn có thể đo được lượng nước trong phổi.

5. Xử trí bệnh nhân sóc

Ổn định chức năng sống: Đảm bảo oxy hóa máu (thở oxy, đặt NKQ, TKNT), kiểm soát đường thở và đặt NKQ sớm nếu bệnh nhân hôn mê trong tình trạng sóc, đặt đường truyền tĩnh mạch cỡ lớn hoặc catheter tĩnh mạch trung tâm, truyền dịch theo áp lực TMTT, lấy máu làm xét nghiệm: công thức máu, chức năng gan thận, cấy máu.

Bài 3

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN CƠ BẢN

1. Đại cương

Hồi sinh tim phổi cần được bắt đầu ngay lập tức sau khi phát hiện bệnh nhân ngừng tuần hoàn (NTH). Do khoảng thời gian từ khi gọi cấp cứu đến khi kịp cấp cứu có mặt để cấp cứu bệnh nhân thường trên 5 phút, nên khả năng cứu sống được bệnh nhân ngừng tim phụ thuộc chủ yếu vào khả năng và kỹ năng cấp cứu của ekip cấp cứu tại chỗ.

Sóc điện cấp cứu phá rung thất sẽ có hiệu quả nhất nếu được thực hiện trong vòng 5 phút đầu sau ngừng tim. Hồi sinh tim phổi kết hợp với sóc điện sớm trong vòng 3 đến 5 phút đầu tiên sau khi ngừng tuần hoàn có thể đạt tỷ lệ cứu sống lên đến 50% -75%.

2. Chẩn đoán:

Chẩn đoán xác định:

dựa vào 3 dấu hiệu: mất ý thức đột ngột, ngừng thở, mất mạch cảnh.

Chẩn đoán phân biệt:

Phân biệt vô tâm thu với rung thất sóng nhỏ: cần xem điện tim trên ít nhất 2 chuyển đạo

Phân biệt phân ly điện cơ với sốc, trụy mạch: cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên Phân biệt mất mạch cảnh/mạch bẹn do tắc mạch: cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên

Chẩn đoán nguyên nhân:

Song song với cấp cứu hồi sinh tim phổi cơ bản, cần nhanh chóng tìm kiếm nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn để giúp cấp cứu có hiệu quả và ngăn ngừa tái phát.

3. Xử trí cấp cứu:

Nguyên tắc chung:

- Xử trí cấp cứu ngừng tuần hoàn được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ ngừng tuần hoàn. Người cấp cứu vừa tiến hành chẩn đoán, gọi người hỗ trợ vừa bắt đầu các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản ngay.

- Cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức công tác cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.

- Cần ghi chép các thông tin cần thiết và tiến trình cấp cứu

- Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa các nhân viên hoặc những người không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu

Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (ABC): đồng thời gọi hỗ trợ khi phát hiện bệnh nhân nghi ngờ bị ngừng tuần hoàn (không cử động, không phản ứng khi lay gọi...)

\ ***Kiểm soát đường thở:*** đặt ngửa đầu, cổ ưỡn, thủ thuật kéo hàm dưới/nâng cằm (jawthrust/chinlift)

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

- Kiểm tra mạch cảnh (hoặc mạch bẹn) trong vòng 10 giây. Nếu không thấy mạch: tiến hành ép tim ngay.

- Ép tim ở 1/2 dưới xương ức, lún 1/3-1/2 ngực (4-5 cm với người lớn) đủ để sờ thấy mạch khi ép; tần số 100 lần/phút. Phương châm là “*ép nhanh, ép mạnh, không gián đoạn và để ngực phồng lên hết sau mỗi lần ép*”

Cấp cứu tại Khoa cấp cứu:

Nhanh chóng ghi điện tim và theo dõi điện tim trên máy theo dõi. Phân loại 3 loại điện tim: rung thất/nhịp nhanh thất, vô tâm thu, phân ly điện cơ.

Tiến hành sốc điện nếu là rung thất

Máy sốc điện 1 pha: số 360 J; Máy sốc điện 2 pha: 120-200 J, sốc điện không đồng bộ

Tiến hành ngay 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt sau mỗi lần sốc điện

4. Phòng bệnh

Ngừng tuần hoàn thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được. Tất cả các nhân viên cấp cứu, nhân viên y tế cứu hộ phải được tập luyện và chuẩn bị sẵn sàng cấp cứu ngừng tuần hoàn. Các xe cấp cứu, các cơ sở cấp cứu cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu ngừng tuần hoàn.

Bài 4

CẤP CỨU NGỪNG TUẦN HOÀN NÂNG CAO

1. Đại cương

Hồi sinh tim phổi cơ bản (BLS) giúp duy trì dòng máu tuy nhỏ nhưng vô cùng quan trọng cho não và tim. Hồi sinh tim phổi nâng cao (ACLS) nhằm kiểm soát tưới máu não và tim tốt hơn nữa và nhanh chóng tái lập lại tuần hoàn mà quan trọng nhất là tiến hành sốc điện càng sớm càng tốt. Sốc điện cấp cứu phá rung thất sẽ có hiệu quả nhất nếu được thực hiện trong vòng 5 phút đầu sau ngừng tim. Hồi sinh tim phổi kết hợp với sốc điện sớm trong vòng 3 đến 5 phút đầu tiên sau khi ngừng tuần hoàn có thể đạt tỷ lệ cứu sống lên đến 50% -75%.

2. Chẩn đoán

Chẩn đoán xác định: dựa vào 3 dấu hiệu: mất ý thức đột ngột, ngừng thở, mất mạch cảnh.

Chẩn đoán phân biệt

- Phân biệt vô tâm thu với rung thất sóng nhỏ: cần xem điện tâm đồ trên ít nhất 2 chuyển đạo.
- Phân biệt phân ly điện cơ với sốc, trụy mạch: cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên.
- Phân biệt mất mạch cảnh/mạch bẹn do tắc mạch: cần bắt mạch ở 2 vị trí trở lên.

Chẩn đoán nguyên nhân

Song song với cấp cứu hồi sinh tim phổi, cần nhanh chóng tìm kiếm nguyên nhân gây NTH để giúp cấp cứu có hiệu quả và ngăn ngừa tái phát. Lưu ý 11 nguyên nhân thường gặp và có thể điều trị nhanh chóng (xem quy trình cấp cứu cơ bản NTH).

3. Xử trí

Nguyên tắc chung

- Xử trí cấp cứu NTH được khởi động ngay từ khi phát hiện trường hợp nghi ngờ NTH.
- Cần có 1 người là chỉ huy để phân công, tổ chức công tác cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.
- Cần ghi chép các thông tin cần thiết và tiến trình cấp cứu.
- Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và hạn chế tối đa các nhân viên hoặc những người không tham gia cấp cứu vào và làm cản trở công tác cấp cứu.

Tiến hành: tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản đồng thời gọi hỗ trợ khi phát hiện bệnh nhân nghi ngờ bị NTH (không cử động, không phản ứng khi lay gọi...) [xem quy trình cấp cứu cơ bản NTH].

Ghi điện tâm đồ sớm ngay khi có thể và sốc điện nếu có chỉ định

3.3.1 Nhanh chóng ghi và theo dõi điện tâm đồ trên máy theo dõi. Nhận định 3 dạng điện tim: rung thất/nhịp nhanh thất, vô tâm thu, phân ly điện cơ.

Rung thất hoặc nhịp nhanh thất vô mạch:

- Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản, đặt NKQ càng sớm càng tốt và đảm bảo thông khí có hiệu quả. Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch lớn, theo dõi điện tâm đồ trên máy monitor nếu có. Nếu có loạn nhịp dùng ngay thuốc chống loạn nhịp thích

hợp.

- Tiến hành sốc điện ngay: sốc điện không đồng bộ. Sốc 360 J (Máy sốc điện 1 pha); 150-200J (Máy sốc điện 2 pha); Tiến hành ngay 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt sau mỗi lần sốc điện.

- Các thuốc dùng trong xử trí rung thất: adrenaline, amiodarone, Magne sulfate, Lidocaine (xylocaine), Vasopressine, Procainamid.

Xử trí vô tâm thu:

- Vô tâm thu là tình trạng hình ảnh sóng điện tâm đồ là đường thẳng nhưng phải kiểm tra ít nhất ở 2 chuyển đạo để không nhầm với rung thất sóng nhỏ.

- Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản, đặt NKQ càng sớm càng tốt và đảm bảo thông khí có hiệu quả. Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch lớn, theo dõi điện tâm đồ trên máy monitor nếu có. Nếu có loạn nhịp dùng ngay thuốc chống loạn nhịp thích hợp.

- Đánh giá và tìm kiếm tình trạng vẫn còn dòng tuần hoàn nhưng yếu (giả phân ly điện cơ) bằng siêu âm tim nhanh.

- Nhanh chóng tìm kiếm các nguyên nhân gây ra NTH. (Xem quy trình cấp cứu cơ bản NTH) và xử trí theo nguyên nhân.

- Nếu có thể đặt ngay tạo nhịp ngoài qua da.

- Các thuốc dùng trong xử trí vô tâm thu: adrenalin, atropin.

3.2.4. Xử trí phân ly điện cơ:

- Phân ly điện cơ là tình trạng có hình ảnh sóng điện tâm đồ nhưng không bắt được mạch cảnh.

- Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản, đặt NKQ càng sớm càng tốt và đảm bảo thông khí có hiệu quả. Đặt ngay đường truyền tĩnh mạch lớn, theo dõi điện tâm đồ trên máy monitor nếu có. Nếu có loạn nhịp dùng ngay thuốc chống loạn nhịp thích hợp. Đánh giá và tìm kiếm tình trạng vẫn còn dòng tuần hoàn nhưng yếu (giả phân ly điện cơ) bằng siêu âm tim nhanh.

- Nhanh chóng tìm kiếm các nguyên nhân gây ra NTH. (xem quy trình cấp cứu cơ bản NTH) và xử trí theo nguyên nhân.

- Các thuốc dùng trong xử trí phân ly điện cơ: adrenalin, atropin (nếu nhịp tim chậm), natri bicacbonat truyền tĩnh mạch nếu có toan hóa máu.

Bài 5

XỬ TRÍ CẤP CỨU BỆNH NHÂN BỎNG

1. Đại cương

- Bỏng được xem như một loại chấn thương trên da hay các mô khác. Bỏng xuất hiện khi một vài hay tất cả các tế bào bị tiêu diệt bởi: sức nóng, lạnh, điện, phóng xạ, hay các tác nhân hóa học khác.

- Cấp cứu bệnh nhân bỏng bao gồm: đánh giá dấu hiệu nguy kịch tới tính mạng bệnh nhân, đánh giá tổn thương bỏng, sơ cứu và cấp cứu.

2. Chẩn đoán

Nguyên nhân gây bỏng

Bỏng do nóng: bệnh nhân tiếp xúc với dụng cụ chứa chất nóng bị vỡ, chất lỏng nóng, những vật dụng nóng, hơi nóng...

Bỏng do lạnh: do tiếp xúc với băng đá làm bỏng tế bào.

Bỏng do hóa chất: bệnh nhân tiếp xúc với một số loại hóa chất: acid, kiềm mạnh hoặc iod, phospho dùng trong công nghiệp vôi tôi...

Bỏng do điện: điện giật, sét đánh.

Bỏng do hít: xảy ra khi có các vụ nổ hay hít phải các hơi máy.

Bỏng do phóng xạ: năng lượng phóng xạ hay các phóng xạ gây ra bỏng thường gặp là "bỏng mặt trời".

3. Xử trí

Nguyên tắc xử trí

- Đảm bảo các bước A, B, C... trong xử trí cấp cứu người bệnh
- Nhanh chóng loại trừ các tác nhân gây bỏng ra khỏi cơ thể nếu còn
- Hạn chế tối thiểu mức độ nhiễm bẩn cho vết bỏng, băng bó vết thương, vận chuyển đến chuyên khoa bỏng.

Các bước

Bước 1: nhanh chóng loại trừ các tác nhân gây bỏng ra khỏi cơ thể nạn nhân (nếu cần): xé bỏ quần áo đang cháy âm ỉ hoặc bị thấm đẫm nước nóng, xăng, dầu, hóa chất.

- Bọc vùng bỏng chắc chắn rồi đổ nước lạnh lên
- Tháo bỏ những vật cứng trên vùng bỏng như giày, ủng, vòng nhẫn trước khi vết bỏng sưng nề.
- Che phủ vùng bỏng bằng đắp gạc vaseline

Bước 2: cấp cứu đảm bảo các chức năng sống

* Đảm bảo hô hấp: đảm bảo sự thông thoáng đường thở tùy theo tình trạng suy hô hấp có thể phải: thở oxy mũi mask, đặt ống nội khí quản, nếu suy hô hấp nặng hơn hoặc rối loạn ý thức, thông khí nhân tạo...

* Đảm bảo tuần hoàn:

- Đặt đường truyền tĩnh mạch đủ lớn, tốt nhất là ống thông tĩnh mạch trung tâm.
- Đảm bảo thể tích tuần hoàn: natri clorua 0,9%, dung dịch keo, albumin 5%, dung dịch ringerlactat, lưu ý cần đảm bảo tuần hoàn ngay trong 1 - 3 giờ đầu.
- Theo dõi mạch, HA, nước tiểu là theo giờ là thông số quan trọng nhất bù đủ thể tích (phải đảm bảo $\geq 1\text{ml/kg/giờ}$).

Với những bệnh nhân tỉnh táo, không bị nôn và không có những chống

chỉ định do chấn thương khác thì có thể cho bệnh nhân lấy nước theo nhu cầu (nước sạch, dung dịch oresol, nước hoa quả tươi...).

** Các biện pháp cấp cứu khác*

+ An thần, giảm đau: nếu bỏng gây đau nhiều thường dùng morphin tiêm dưới da xa nơi bỏng, bỏng rộng, đau nhiều có thể tiêm tĩnh mạch (lưu ý đảm bảo hô hấp).

+ Kháng sinh: cần đặt ra, chú ý nguy cơ nhiễm trùng yếm khí: các kháng sinh có thể dùng: Amoxicillin/clavulanat, nếu bỏng rộng, sâu nên cho cephalosporin, aminoglycosid, carbapenem, fluoroquinolon.

+ Dự phòng loét đường tiêu hóa do stress: (dùng ức chế H₂, PPIs).

+ Bỏng do cháy, có rối loạn ý thức, có tổn thương tiểu cầu tiêm vitamin B12 sau khi lấy máu định lượng CO và CN

Xử trí cấp cứu vết bỏng

- Băng chỗ bỏng bằng băng vô khuẩn: có thể dùng gạc vô khuẩn băng lại để hạn chế chỗ mất nhiệt của bệnh nhân.

- Bỏng sâu: Rạch ra bỏng để tuần hoàn máu được bình thường tránh thiếu tưới máu.

- Bỏng bàn tay thì cho bàn tay vào túi nhựa rồi băng lỏng cổ tay, làm như vậy cho phép nạn nhân vẫn cử động được các ngón tay dễ dàng, tránh làm bẩn vết bỏng.

- Bỏng ở cổ chân, cổ tay thì phủ vết bỏng bằng gạc vô khuẩn sau đó có thể nẹp cố định.

- Không chọc phá các túi phỏng nước.

- Không bôi dầu mỡ, dung dịch cồn, kem kháng sinh vào vết bỏng.

Cấp cứu một số trường hợp bỏng đặc biệt

- Điện giật, sét đánh: Thường bỏng rất sâu và gây ngừng tim, sau cấp cứu tại hiện trường nạn nhân được đưa tới khoa cấp cứu có thể vẫn có loạn nhịp tim, cần theo dõi và xử trí loạn nhịp.

- Bỏng hóa chất: Một số loại hóa chất như acid, kiềm mạnh hoặc iod, phospho dùng trong công nghiệp hoặc vôi nước tôi có thể gây nên tổn thương bỏng nặng và làm nạn nhân rất đau đớn: Việc xử lý tại hiện trường đảm bảo khi đến khoa cấp cứu cần phải :

+ Rửa lại liên tục bằng nước càng nhiều càng tốt, nếu không các tổ chức ở vùng bỏng sẽ hoại tử hoàn toàn, nếu nguyên nhân gây bỏng là acid thì rửa vết bỏng bằng dung dịch bicarbonat, nguyên nhân là kiềm thì rửa dung dịch có pha giấm, chanh.

+ Nếu bỏng hóa chất ở mắt thì rửa bằng nước sạch.

+ Phải tháo bỏ quần áo bị dính hóa chất.

+ Nếu bỏng chảy máu nhiều thì xử trí như vết thương chảy máu.

Bác sỹ khoa cấp cứu cần hội chẩn ngay với bác sỹ chuyên khoa sâu về bỏng trong và sau khi thực hiện các xử trí trên để bệnh nhân được hồi sức và điều trị theo chuyên khoa sâu về bỏng.

4. Tai biến và biến chứng

Tổn thương phổi do suy hô hấp cấp tiến triển trong những ngày đầu:
Bong rộp, hóa chất, bong đường hô hấp, khí độc.

Nhiễm khuẩn, đặc biệt với bệnh nhân bỏng nặng, bỏng sâu.

5. Kinh nghiệm thực tế

- Chẩn đoán độ sâu thường không chắc chắn.
- Tránh điều trị tại chỗ làm thay đổi vùng bỏng như dùng eosine, thuốc mỡ, không đặt các vật liệu thấm hút lên vùng bỏng, không đảm bảo vô khuẩn.
- Không dùng kháng sinh dự phòng nhất loạt tạo dòng vi khuẩn kháng thuốc.
- Bù dịch phải theo hướng dẫn, dựa theo bệnh nhân cụ thể, không theo công thức cứng nhắc.
 - Không quên tiêm phòng uốn ván.
 - Lưu ý các trường hợp bỏng hít phải khí độc CO, CN (khi người bệnh bị bỏng lửa trong môi trường kín có nhiều chất dẻo cháy).