



EFAST

Huấn luyện kỹ năng sơ cấp cứu

**CÁCH TIẾP CẬN TỪNG BƯỚC ĐỂ
QUẢN LÝ Y TẾ KHOA CẤP CỨU BAN ĐẦU**

Tên:.....

Phần I:	Phát triển Vai trò của Khoa Cấp cứu	4
Chương 1.	NHỮNG VAI TRÒ CỦA PHÒNG CẤP CỨU.....	4
Chương 2.	TỔ CHỨC VÀ CẤU TRÚC CỦA KHOA CẤP CỨU	8
Chương 3.	THÔNG TIN GIỮA XE CỨU THƯƠNG VÀ BỆNH VIỆN.....	31
Chương 4.	GIAO THỨC CHUYỂN GIAO LIÊN BỆNH VIỆN	34
Chương 5.	KẾT QUẢ LÂM SÀNG: XÁC ĐỊNH VÀ TÀI LIỆU.....	41
Chương 6.	LỜI KHUYÊN VÀ LƯU Ý CHO CÁC BÁC SĨ VÀ Y TÁ CẤP CỨU	45
Chương 7.	GIỚI THIỆU ĐẾN KHẨN CẤP CHĂM SÓC CHẤN THƯƠNG CỦA KHOA	47
Chương 8.	QUẢN LÝ BỆNH NHÂN BẤT TỈNH TẠI KHOA CẤP CỨU.....	60
Chương 9.	PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ĐAU BỤNG TẠI KHOA CẤP CỨU	67
Chương 10.	NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ VÀ CHẤN THƯƠNG BỎNG.....	75
Chương 11.	NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ CHẤN THƯƠNG DO BỎNG.....	102
Chương 12.	QUỐC TẾ KHUYẾN NGHỊ ĐẾN GIẢM TỶ LỆ TỬ VONG MẸ....	127
Chương 13.	HỘ SINH.....	141
Chương 14.	THỰC HÀNH CHUNG.....	156
Chương 15.	Y học cấp cứu	173
Chương 16.	CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT	183
Chương 17.	VẬN HÀNH CÁC QUY TRÌNH LÂM SÀNG	198
Phụ lục A:	HỒ SƠ THEO DÕI TRƯỜNG HỢP CỨU THƯƠNG	201

Đây là sách hướng dẫn được viết cho Khoa Cấp cứu ở Karnataka, Ấn Độ. Sổ tay liệt kê các khái niệm và phác đồ chăm sóc cho nhiều tình trạng khẩn cấp khác nhau mà các Bác sĩ và Y tá làm việc trong Khoa Cấp cứu trong tiểu bang có thể gặp phải. Nó không bao gồm tất cả các điều kiện có thể nhìn thấy, mà chỉ một số ít. Hy vọng rằng hương vị được thể hiện trong một vài điều kiện này cũng được sử dụng để chăm sóc các trường hợp khẩn cấp khác gặp phải hàng ngày.

Sách hướng dẫn này bao gồm một chương đặc biệt về tổ chức và cấu trúc của Khoa Cấp cứu do Giáo sư Mabel Vasnaik cung cấp theo lời mời của chúng tôi. Ngoài ra, chúng tôi đã bao gồm một số bài viết về một số điều kiện đã xác định. Các phương pháp điều trị được đề cập đã được thực hiện ở nhiều cộng đồng khác. Các bác sĩ và y tá cấp cứu của chúng tôi có khả năng thực hiện tất cả những điều này sau khi họ được đào tạo về các kỹ năng này và được cơ quan y tế địa phương chứng nhận thích hợp.

Chăm sóc các trường hợp khẩn cấp càng sớm càng tốt là điều giúp cải thiện kết quả. Các Khoa Cấp cứu trên toàn thế giới hiện đang xem xét những gì có thể làm hơn cho bệnh nhân gặp phải các tình trạng khẩn cấp càng sớm càng tốt để nâng cao kết quả của họ. Những ngày chỉ điều trị được thực hiện trong các phòng bệnh viện đã qua từ lâu. Sổ tay này cũng gợi ý các kết quả cần được theo dõi để cơ quan y tế địa phương có thể đánh giá tốt hơn tác động của các phương pháp điều trị được thực hiện trong khoa cấp cứu.

Chúng tôi hy vọng rằng việc thực hiện các hướng dẫn này của Khoa Cấp cứu ở Karnataka sẽ thiết lập các tiêu chuẩn mới cho chăm sóc khoa cấp cứu ở Ấn Độ và chứng minh, không chỉ với Ấn Độ mà còn với thế giới, chất lượng chăm sóc bệnh nhân cao có thể được cung cấp bởi nhân viên khoa cấp cứu được đào tạo bài bản.

Giáo sư V. Anantharaman

Chuyên gia tư vấn cao cấp, Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Singapore

Trưởng nhóm của Chương trình Tiền bệnh Khẩn cấp Karnataka của Dịch vụ Y tế Singapore

Phần I: Phát triển Vai trò của Khoa Cấp cứu

Chương 1. NHỮNG VAI TRÒ CỦA PHÒNG CẤP CỨU

Các nhà hoạch định chính sách và công ty bảo hiểm chủ yếu tập trung vào chi phí chăm sóc cấp cứu so với điều trị tại các cơ sở ngoại trú khác. Tuy nhiên, vai trò của phòng cấp cứu trong việc hỗ trợ hoặc ngăn chặn bệnh nhân nhập viện có thể là một vấn đề quan trọng hơn. Vậy các phòng cấp cứu hiện đại đóng góp gì cho hệ thống y tế ngày nay, và vai trò này có thể thay đổi như thế nào trong tương lai?

Khoa cấp cứu (ED) thường bị mô tả sai là "chăm sóc đất đỏ nhất". Nhưng việc mô tả chăm sóc cấp cứu đất đỏ so với điều trị tại phòng khám bác sĩ đã bỏ qua nhiều vai trò mà khoa cấp cứu đảm nhiệm, bao gồm trung tâm chẩn đoán tiên tiến dành cho bệnh nhân bị bệnh do bác sĩ chăm sóc chính giới thiệu; người ra quyết định cho một nửa số bệnh nhân nội trú tại bệnh viện; và "mạng lưới an toàn của chính mạng lưới an toàn" cho hàng triệu người Mỹ không thể được chăm sóc ở nơi khác. ED là nơi duy nhất trong hệ thống chăm sóc sức khỏe của Hoa Kỳ mà người nghèo không thể bị từ chối.

Sự xuất hiện của Khoa cấp cứu bệnh viện hiện đại

Trước đây chỉ là một phòng điều trị ở tầng trệt của các bệnh viện cộng đồng, các khoa cấp cứu bệnh viện và các bác sĩ chuyên khoa cùng y tá làm việc tại đây hiện thường xuyên giải quyết nhiều thách thức: chăm sóc trẻ em và người lớn bị thương và bị bệnh nặng; điều trị bệnh nhân mắc bệnh mãn tính do HIV-AIDS, ung thư, suy thận và tiểu đường; và đánh giá những bệnh nhân phức tạp có các triệu chứng đáng lo ngại. Các nhân viên ED có được khả năng nâng cao để cung cấp loại hình chăm sóc này có nghĩa là họ có thể chẩn đoán, ổn định và giải quyết các vấn đề khó khăn tốt hơn, thường là không cần phải nhập viện.

Mặc dù những tiến bộ kỹ thuật này rất đáng chú ý, nhưng các khoa cấp cứu cũng đã trở thành nạn nhân của chính thành công của chúng. Trong phần lớn thế kỷ qua, nhu cầu chăm sóc cấp cứu đã vượt xa nguồn cung, một phần là do tỷ lệ sử dụng khoa cấp cứu tăng gấp đôi so với dân số Hoa Kỳ. Một trong những động lực lớn nhất thúc đẩy việc sử dụng khoa cấp cứu là tình trạng giảm khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc ban đầu. Khi bệnh nhân có các triệu chứng đáng lo ngại và không có lựa chọn chăm sóc thay thế nào, khoa cấp cứu có thể là lựa chọn duy nhất của họ.

Việc sử dụng khoa cấp cứu ngày càng tăng, đặc biệt là ở những bệnh nhân không có khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc ban đầu đáng tin cậy, đã khiến các công ty bảo hiểm và nhà hoạch định chính sách tập trung vào chi phí cao của các lần nhập khoa cấp cứu "không khẩn cấp". Điều này đã làm sao lãng sự chú ý khỏi các xu hướng quan trọng và có hậu quả hơn, bao gồm việc sử dụng khoa cấp cứu ngày càng tăng làm trung tâm chẩn đoán, vai trò ngày càng nổi bật của khoa cấp cứu như là điểm vào chính cho các lần nhập viện không theo lịch trình và vai trò tiềm tàng của khoa cấp cứu trong việc hạn chế sự gia tăng các lần nhập viện có thể phòng ngừa được.

Những xu hướng này gần đây đã được một nhóm các nhà nghiên cứu của RAND Health xem xét, dựa trên dữ liệu liên bang đã công bố và các cuộc phỏng vấn với các bác sĩ chăm sóc ban đầu, bác sĩ nội trú và bác sĩ khoa cấp cứu.

Vai trò ngày càng phát triển của khoa cấp cứu

Khoa cấp cứu chiếm gần như toàn bộ sự gia tăng gần đây về số lượng bệnh nhân nhập viện. Các bác sĩ chăm sóc chính dường như đang chuyển nhiều bệnh nhân của mình đến khoa cấp cứu hơn là tự mình đưa họ vào bệnh viện. Các bác sĩ tại phòng khám trích dẫn mức độ nghiêm trọng của bệnh và sự phức tạp của các triệu chứng là lý do chính khiến họ chuyển bệnh nhân đến khoa cấp cứu.

Ngày càng nhiều khoa cấp cứu hỗ trợ các hoạt động chăm sóc chính bằng cách thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán phức tạp và xử lý nhu cầu chăm sóc ngoài giờ. Hầu như tất cả các bác sĩ mà RAND phỏng vấn—cả bác sĩ chuyên khoa và bác sĩ chăm sóc chính.

So với năm 2003, năm 2009, các bệnh viện Hoa Kỳ đã tiếp nhận 2,7 triệu bệnh nhân nội trú từ các khoa cấp cứu của bệnh viện và ít hơn 1,6 triệu bệnh nhân nội trú từ các phòng khám bác sĩ và các cơ sở ngoại trú khác.

Chi phí trung bình cho một lần khám ED là khoảng 900 đô la. Chi phí trung bình cho một lần nằm viện gấp mười lần số tiền đó.

Xác nhận rằng các bác sĩ chăm sóc chính tại phòng khám ngày càng phụ thuộc vào phòng cấp cứu (ED) để thực hiện kiểm tra nhanh cho các bệnh nhân có triệu chứng nguy hiểm tiềm tàng.

Do những thay đổi này trong thực hành, các bác sĩ phòng cấp cứu đã trở thành những người quyết định chính cho khoảng một nửa số ca nhập viện tại Hoa Kỳ. Vì chăm sóc nội trú chiếm hơn 30% tổng chi tiêu y tế của Hoa Kỳ – gần một nghìn tỷ đô la mỗi năm – các quyết định được đưa ra tại phòng cấp cứu có ảnh hưởng sâu sắc đến sức khỏe bệnh nhân, tình hình tài chính của bệnh viện và tổng chi tiêu chăm sóc sức khỏe.

Mặc dù phòng cấp cứu bệnh viện và các bác sĩ làm việc tại đó chỉ chiếm một phần nhỏ trong hệ thống y tế Hoa Kỳ, nhưng họ có tác động không cân xứng đến chăm sóc bệnh nhân. Hàng năm, cứ 5 người Mỹ thì có 1 người đến phòng cấp cứu ít nhất một lần. Các bác sĩ cấp cứu chỉ chiếm khoảng 4% tổng số bác sĩ ở Hoa Kỳ, nhưng họ xử lý hơn 10% tổng số lượt khám bệnh nhân ngoại trú tại bệnh viện và hơn 25% lượt khám vì các triệu chứng mới hoặc thay đổi, tập trung chủ yếu vào các triệu chứng nguy hiểm hoặc đáng lo ngại như đau ngực, đau bụng, đau đầu dữ dội hoặc khó thở.

Hầu hết bệnh nhân tìm đến phòng cấp cứu theo hình thức đi bộ vào (walk-in) vì họ không có lựa chọn thay thế hoặc được bác sĩ chăm sóc sức khỏe giới thiệu. Bất chấp những nỗ lực để củng cố hệ thống chăm sóc ban đầu, lý do chính khiến bệnh nhân đến phòng cấp cứu vì những vấn đề sức khỏe có thể điều trị hoặc ngăn ngừa bằng chăm sóc

ban đầu là do thiếu lựa chọn kịp thời ở nơi khác. Nhiều phòng khám không mở cửa ngoài giờ hành chính hoặc vào cuối tuần, và các bác sĩ quản lý phòng khám đó có thể khó liên lạc qua điện thoại. Trong một cuộc khảo sát toàn quốc, 4 trong số 5 bệnh nhân liên hệ với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trước khi đến phòng cấp cứu đã được khuyên nên tìm kiếm sự chăm sóc ở đó.

Cần nhắc chính sách

- Các nhà quản lý bệnh viện, công ty bảo hiểm, nhà hoạch định chính sách và các cơ quan nghiên cứu nên chú ý hơn đến hoạt động của phòng cấp cứu, đặc biệt là vai trò của phòng cấp cứu trong việc thúc đẩy hoặc ngăn ngừa việc nhập viện.
- Việc gia tăng sử dụng phòng cấp cứu như một trung tâm chẩn đoán đòi hỏi phải được xem xét kỹ lưỡng hơn để xác định liệu đây có phải là cách hiệu quả nhất về mặt lâm sàng và kinh tế để đánh giá các bệnh nhân có triệu chứng đáng lo ngại hay không.
- Các nỗ lực giảm bớt tình trạng sử dụng phòng cấp cứu không khẩn cấp hoặc không cần thiết có nhiều khả năng thành công hơn nếu tập trung vào mở rộng các lựa chọn chăm sóc bên ngoài phòng cấp cứu, thay vì chỉ đơn thuần từ chối bệnh nhân.
- Do vai trò ngày càng quan trọng của phòng cấp cứu trong cả chăm sóc ngoại trú và nhập viện, các phòng cấp cứu nên được tích hợp chính thức vào hệ thống cung cấp dịch vụ y tế thay vì được xem như những địa điểm độc lập. Việc tích hợp có thể được thúc đẩy mạnh mẽ thông qua:
 - Áp dụng rộng rãi hơn công nghệ thông tin y tế liên thông và kết nối để đội ngũ nhân viên phòng cấp cứu có thể truy cập lịch sử bệnh án, thuốc, dị ứng và kết quả xét nghiệm trước đó của bệnh nhân.
 - Tăng cường phối hợp chăm sóc và quản lý hồ sơ bệnh nhân để đảm bảo bệnh nhân nhận được dịch vụ chăm sóc theo dõi kịp thời sau khi rời khỏi phòng cấp cứu.
 - Hợp tác nhiều hơn giữa các bác sĩ phòng khám và bệnh viện để đảm bảo bệnh nhân chuyển đổi suôn sẻ từ một địa điểm chăm sóc này sang địa điểm khác và cuối cùng là về nhà an toàn.

Mặc dù số ca nhập viện từ phòng cấp cứu (ED) đang gia tăng, nhưng ED dường như đóng vai trò tích cực trong việc hạn chế các trường hợp nhập viện có thể phòng ngừa được. Trước khi có các đơn vị quan sát tại ED, bệnh nhân thường được nhập viện trong 2 hoặc 3 ngày để loại trừ nguy cơ đau tim (chẳng hạn). Ngày nay, những bệnh nhân tương tự có thể được đánh giá toàn diện trong đơn vị quan sát trong vòng 6-24 giờ mà không cần nhập viện. Các chiến lược tương tự đang được phát triển cho các tình trạng cần xử lý nhanh khác. Chi phí trung bình cho một lần khám tại ED là khoảng 900 đô la, trong khi chi phí trung bình cho một lần nằm viện cao gấp 10 lần con số đó.

Hoạt động tại giao điểm giữa chăm sóc nội trú và ngoại trú

Việc ED đóng nhiều vai trò quan trọng trong hệ thống y tế của chúng ta đã bị lu mờ bởi sự tập trung gần đây vào việc sử dụng ED cho các tình trạng không khẩn cấp. ED có thể thực hiện các vai trò này vì chúng hoạt động ở **giao điểm giữa chăm sóc ngoại trú và nội trú**, có quyền tiếp cận công nghệ chẩn đoán và điều trị tiên tiến hiếm khi có sẵn tại các phòng khám, được vận hành bởi các bác sĩ và y tá được đào tạo để xử lý nhiều vấn đề y tế, hoạt động 24/7, và có nghĩa vụ pháp lý duy nhất là chăm sóc cho tất cả những ai cần. Khi hệ thống y tế Hoa Kỳ dần chuyển đổi từ **mô hình thanh toán theo dịch vụ (fee-for-service) sang mô hình thanh toán dựa trên giá trị (high-value care)**, các ED có khả năng trở thành một thành phần quan trọng hơn nữa trong các hệ thống cung cấp dịch vụ y tế tích hợp.

Phạm Đình Quyết

Chương 2. TỔ CHỨC VÀ CẤU TRÚC CỦA KHOA CẤP CỨU

Tiến sĩ Mabel Cordeiro Vasnaik, MD (Gây mê), Chủ tịch, Tai nạn và Cấp cứu, Doanh nghiệp Y tế Manipal, Bệnh viện Manipal, Bangalore 560017

GIỚI THIỆU

Khoa cấp cứu thường là nơi đầu tiên mà một người phải đối mặt với trường hợp khẩn cấp đe dọa tính mạng đến để chẩn đoán và điều trị ngay lập tức. Do đó, một khoa cấp cứu phải được thành lập và tổ chức để phục vụ tất cả các bệnh nhân như vậy một cách hiệu quả. Nhân viên y tế cũng phải được đào tạo để đồng cảm và hiệu quả trong việc quản lý những bệnh nhân này.

Các tính năng thiết yếu liên quan đến việc cấu trúc một khoa cấp cứu được tổ chức tốt như sau và sẽ được giải quyết một số chi tiết.

- Thiết kế khoa cấp cứu
- Nhân sự của khoa cấp cứu và xác định trách nhiệm của bác sĩ và điều dưỡng
- Lãnh đạo trong khoa cấp cứu
- Xây dựng nhóm và giải quyết vấn đề bằng cách tiếp cận đa nguyên tắc
- Phát triển hệ thống phân loại hiệu quả
- Xây dựng các chính sách, quy trình và quy trình của khoa cấp cứu
- Sự hài lòng của bệnh nhân trong khoa cấp cứu

THIẾT KẾ KHOA CẤP CỨU

Vị trí: Khoa cấp cứu là cửa trước của bệnh viện và do đó nó phải được đặt ở vị trí chiến lược để có tầm nhìn đầy đủ và dễ tiếp cận cho người bệnh.

Nó nên có lối vào độc lập riêng để bệnh nhân đến trong trường hợp khẩn cấp không phải đối mặt với bất kỳ sự chậm trễ nào khi trộn lẫn với bệnh nhân ngoài hoặc người đến bệnh viện đa khoa. Một số Khoa Cấp cứu có hai lối vào riêng biệt, một người bệnh đi bộ và một cho xe cứu thương. Điều này là để những bệnh nhân đến xe cứu thương có thể ngay lập tức được phân loại đến khu vực ưu tiên cao.

Khoa cấp cứu cũng nên được đặt trong khu vực dễ dàng tiếp cận các khu vực dịch vụ như khoa X quang, phòng thí nghiệm, ngân hàng máu, đơn vị chăm sóc đặc biệt, phòng mổ, thang máy bệnh viện và hiệu thuốc. Nhiều bệnh nhân đến khoa cấp cứu rất nguy kịch và cần tiếp cận trực tiếp với tất cả các cơ sở này.

Nếu có đủ không gian, khoa cấp cứu nên được thiết kế với các cơ sở sau vì nó giúp tăng cường sự thoải mái cho bệnh nhân và dễ điều trị.

- **Một quầy đăng ký và thanh toán** nằm gần lối vào để đăng ký bệnh nhân và tất cả các xét nghiệm và thủ tục được thực hiện tại Khoa Cấp cứu (ED) có thể được lập hóa đơn ở đó. Điều này giúp bệnh nhân và người thân của họ không phải bất tiện khi đến hóa đơn chính của bệnh viện. Một số ED đang dần chuyển sang đăng ký phi tập trung, không yêu cầu bệnh nhân hoặc người thân phải rời khỏi vị trí của họ trong Khoa vì đăng ký bệnh nhân ngày càng ít được coi là một chức năng lâm sàng quan trọng về thời gian và nhiều hơn là một chức năng hành chính nên được đặt giữa các quy trình lâm sàng chính.

- **Phòng chờ** có nhà vệ sinh kèm theo cho thân nhân của bệnh nhân và người đi cùng. Điều này nên được đặt gần lối vào, cách xa khu vực điều trị bệnh nhân.

- **Một khu vực phân loại** với các cơ sở sau:

- Khu vực chờ bệnh nhân
- Khu vực khám bệnh nhân được trang bị đầy đủ.

- **Một khoang hồi sức** nơi bệnh nhân bị ngừng tim, bệnh nhân bị sốc hoặc bệnh nhân đa chấn thương có thể được hồi sức. Khu vực này phải có kích thước thích hợp để có thể hồi sức đồng thời ít nhất hai hoặc nhiều bệnh nhân. Nó phải có tất cả các loại thuốc và thiết bị hồi sức, máy khử rung tim, máy theo dõi tim và máy đo oxy xung. Một số Khoa có các khoang hồi sức đa khả năng, nơi thực hiện hồi sức chấn thương hoặc không chấn thương. Những người khác có phòng riêng biệt để hồi sức chấn thương và không chấn thương. Ở một số Khoa, các đơn vị chụp X-quang tích hợp cũng có sẵn trong mỗi khoang hồi sức. Các khoang hồi sức như vậy được ngăn cách với các khoang khác như vậy bằng các vách ngăn lát chì.

- **Một khu vực khám kiêm điều trị chính**, nơi tất cả bệnh nhân có thể được thăm khám và điều trị. Điều này nên có một số buồng với xe đẩy hoặc giường được cách ly bằng rèm cửa để đảm bảo sự riêng tư. Nên có các phương tiện oxy, hút và theo dõi cho mỗi giường vì hầu hết bệnh nhân đến khoa cấp cứu sẽ cần oxy và theo dõi. Cần có một trạm điều dưỡng trung tâm trong khu vực này, từ đó nhân viên y tế và điều dưỡng có thể dễ dàng theo dõi tất cả bệnh nhân. Khu vực này cần được trang bị thuốc, thiết bị và máy theo dõi hồi sức. Nên có tủ đựng thuốc, ống tiêm, kim tiêm và ống tiêm tĩnh mạch thường dùng.

- **Khu vực chấn thương**, nơi một số bệnh nhân chấn thương có thể được khám và điều trị. Các phương tiện để áp dụng nẹp và thạch cao của Paris nên có sẵn trong phòng này. Điều này có thể khác với khu vực mà bệnh nhân chấn thương được hồi sức.

- **Khu vực khám vùng chậu** có đủ sự riêng tư và được chiếu sáng tốt để tạo điều kiện thuận lợi cho việc khám cho phụ nữ mang thai và phụ nữ bị cấp cứu phụ khoa khác.

- **Phòng thủ thuật vô trùng**, nơi có thể thực hiện tiểu phẫu và các thủ thuật vô trùng dưới thuốc an thần có ý thức.

- *Một phòng xử lý riêng biệt, nơi chất thải sinh học có thể được xử lý hợp vệ sinh.*
- **Đơn vị quan sát** có giường hoặc buồng nơi bệnh nhân đã ổn định có thể được quan sát tại khoa cấp cứu miễn là cần thiết. Phòng này cần có đầy đủ các phương tiện giám sát. Nên gắn bồn cầu bệnh nhân.
- **Phòng lưu trữ** cho bộ phận cơ thể
- **Trạm an ninh** đặt ở lối vào để đảm bảo an toàn cho bộ phận. Nhân viên an ninh có thể giúp hạn chế sự xâm nhập của những vị khách không cần thiết vào khoa cấp cứu và cũng có thể giúp xử lý các sự cố không mong muốn.
- **Khu vực theo dõi nhanh của khoa cấp cứu** có thể hữu ích khi bệnh nhân đến khoa cấp cứu có nhiều loại bệnh và mức độ cấp tính. Giữa hai mươi đến sáu mươi phần trăm tất cả các bệnh nhân đến Khoa Cấp cứu có các vấn đề khẩn cấp nhưng đơn giản và không phức tạp có thể được chăm sóc nhanh chóng và hiệu quả trong khu vực cường độ thấp. Lý tưởng nhất là khu vực này nên được đặt gần khu vực phân loại, để những bệnh nhân có vấn đề tương đối nhỏ có thể được khám riêng và xử lý một cách dễ dàng. Điều này giúp ngăn ngừa quá tải của khoa cấp cứu.
- Tất cả các khu vực điều trị bệnh nhân nên có oxy, thiết bị hút và bồn rửa.
- Tất cả các cơ sở trên đều cần thiết cho hoạt động trơn tru của khoa cấp cứu. Tuy nhiên, nếu có đủ không gian và nguồn tài chính, các tính năng và cơ sở vật chất bổ sung sau đây sẽ cực kỳ hữu ích trong việc thiết lập khoa cấp cứu.
- **Khu vực cấp cứu nhi khoa:** Việc tách biệt các khu vực cấp cứu dành cho người lớn và trẻ em đặc biệt hữu ích nếu khoa chăm sóc một số lượng lớn bệnh nhân nhi. Các bác sĩ và y tá được đào tạo đặc biệt về y học cấp cứu nhi khoa có thể chăm sóc khu vực này.
- **Khu cách ly** nơi có thể quản lý bệnh nhân mắc bệnh truyền nhiễm.
- **Một khu vực tư vấn** , nơi người thân có thể được tư vấn và tận dụng một số sự riêng tư đặc biệt khi đối mặt với tang quyến.
- **Một hiệu thuốc** trực thuộc khoa.
- **Cơ sở phòng thí nghiệm:** Sự sẵn có của nhiều xét nghiệm tại điểm chăm sóc hoặc thậm chí là phòng thí nghiệm thống kê nơi có thể phân tích khí máu động mạch, chất điện giải và các xét nghiệm máu khẩn cấp khác là cực kỳ hữu ích trong khoa cấp cứu. Điều này tránh phải chờ đợi lâu để có kết quả từ phòng thí nghiệm chính của bệnh viện và tạo điều kiện đưa ra quyết định nhanh chóng.
- **Phòng X-quang:** Sẽ rất hữu ích nếu khoa có (các) phòng X-quang để tất cả các tia X có thể được thực hiện tại chính khoa và bệnh nhân không cần phải đến khoa X-quang. Chụp X-quang giường bệnh có thể được thực hiện cho những bệnh nhân không

ổn định trong phòng hồi sức. Sự sẵn có của Máy quét CT trong phòng cấp cứu là một phần thường và giúp tiết kiệm thời gian đáng kể trong việc chăm sóc bệnh nhân cấp cứu. Tất nhiên, sẽ cần phải có một hệ thống để đảm bảo rằng các nghiên cứu trong phòng thí nghiệm và hình ảnh được sắp xếp một cách thận trọng.

- **Siêu âm:** Có một máy siêu âm trong khoa giúp bác sĩ cấp cứu thực hiện các loại quét cấp cứu tập trung khác nhau cho nhiều bệnh nhân không phân biệt có mặt ở đó. Điều này giúp đưa ra quyết định nhanh chóng, đặc biệt là ở những bệnh nhân bị đau hoặc chấn thương đa không ổn định.

- **Máy thở:**

- **Máy thở không xâm lấn:** Bệnh nhân mắc các bệnh phổi tắc nghẽn và hạn chế đến khoa cấp cứu vì suy hô hấp. Họ được hưởng lợi rõ rệt từ thông khí không xâm lấn. Nhiều khi tình trạng bệnh của họ cải thiện với một vài giờ thở máy không xâm lấn và họ có thể được xuất viện từ khoa cấp cứu. Do đó, có máy thở không xâm lấn trong khoa cấp cứu là cực kỳ hữu ích.

- **Vận chuyển máy thở:** Một số lượng đáng kể bệnh nhân đến khoa cấp cứu bị bệnh nặng và có thể cần hỗ trợ máy thở trong trường hợp khẩn cấp trước khi chúng có thể được chuyển đến một khu vực để chăm sóc. Điều này đặc biệt phù hợp khi giường chăm sóc đặc biệt trong bệnh viện không trống. Những bệnh nhân như vậy có thể được thở máy trong khoa cho đến khi họ có thể được chuyển đến đơn vị chăm sóc đặc biệt. Máy thở vận chuyển, nếu có, cũng rất hữu ích khi bệnh nhân thở máy cần được vận chuyển để chụp CT, lọc máu hoặc cho một số thủ thuật khác.

- **Phòng khách của nhân viên** và các khu vực có tủ khóa và phòng giặt.

- Nhân viên của ED, cho dù bác sĩ hay y tá sẽ cần không gian để họ có thể nghỉ ngơi ngắn hoặc ăn nhẹ hoặc thậm chí là một bữa ăn giữa ca làm việc của họ. Sự sẵn có của một khu vực như vậy có nghĩa là các nhân viên không cần phải đến sảnh khách chính hoặc khu vực ăn uống của bệnh viện để nghỉ ngơi ngắn ngủi. Điều này cũng cho phép nhân viên tương tác gần gũi hơn với nhau và nhanh chóng quay trở lại của hàng để tiếp tục nhiệm vụ của họ. Một số bệnh viện đã kết hợp các phòng chờ như vậy cho bác sĩ và y tá. Những người khác có các khu vực riêng biệt như vậy. Đôi khi tủ khóa và khu vực rửa nằm trong một khu vực hơi khác mặc dù vẫn nằm trong không gian tổng thể của Bộ.

- **Phòng cấp cứu**, nơi có thể tiến hành các chương trình giảng dạy và hội thảo. Thiết kế này có thể được sửa đổi để phù hợp với yêu cầu của từng bệnh viện và bệnh nhân. Một số khu vực được đề cập ở trên có thể được kết hợp với nhau tùy thuộc vào khối lượng bệnh nhân của một khoa riêng lẻ trong trường hợp có hạn chế về không gian và tài chính.

BỐ TRÍ NHÂN SỰ CỦA KHOA CẤP CỨU VÀ XÁC ĐỊNH TRÁCH NHIỆM CỦA

BÁC SĨ VÀ ĐIỀU DƯỠNG

Nhân sự của khoa cấp cứu là một vấn đề rất quan trọng vì chất lượng chăm sóc bệnh nhân và sự hài lòng của bệnh nhân thường liên quan trực tiếp đến sự đầy đủ và chất lượng của nhân viên y tế, điều dưỡng và trợ giúp y tế trong khoa Cấp cứu.

Trưởng Khoa Cấp cứu: Lãnh đạo tốt là rất quan trọng để điều hành hiệu quả một khoa cấp cứu bận rộn. Công việc điều phối các dịch vụ trong những hoàn cảnh nguy cấp và căng thẳng rất phức tạp và khó khăn, đòi hỏi tài năng, năng lượng và nhiệt huyết to lớn.

Trình độ chuyên môn: trưởng Khoa Cấp cứu phải là chuyên gia tư vấn cao cấp có bằng sau đại học về y học cấp cứu, có đủ năm kinh nghiệm lâm sàng và kỹ năng hành chính tốt. Kỹ năng giao tiếp tốt, liêm chính và trung thực về trí tuệ là rất quan trọng.

Một số trách nhiệm của trưởng khoa cấp cứu là:

- Thúc đẩy phát triển nhất quán, đam mê và không nao núng để có sự xuất sắc trong điều trị bệnh nhân
- Điều phối và tích hợp các bộ phận y tế, điều dưỡng, trợ giúp y tế của khoa
- Để giao tiếp và tương tác với ban lãnh đạo bệnh viện
- Giám sát và điều phối các nhiệm vụ, ca làm việc và trách nhiệm của nhân viên y tế
- Lập ngân sách cho các vật tư, thiết bị cần thiết trong bộ phận
- Đề đặt ra các chính sách và thủ tục.

Tư vấn: Số lượng tư vấn viên được chỉ định sẽ phụ thuộc vào khối lượng bệnh nhân và thiết kế của khoa. Các chuyên gia tư vấn phải có trình độ chuyên môn về y học cấp cứu. Trách nhiệm chính của các chuyên gia tư vấn Y học Cấp cứu là đảm bảo rằng tất cả bệnh nhân đến khoa đều ổn định và được điều trị đầy đủ với thời gian chờ đợi tối thiểu.

Bác sỹ nội trú: Rất hữu ích cho các khoa cấp cứu khi có bác sỹ nội trú làm việc được giám sát bởi các chuyên gia tư vấn. bác sỹ nội trú là một lực lượng đặc nhiệm đáng tin cậy và nếu được đào tạo bài bản, họ sẽ đóng góp rất nhiều vào việc quản lý ban đầu và ổn định bệnh nhân trong một khoa cấp cứu bận rộn. Họ cũng giúp lập tài liệu, đây là một nhiệm vụ quan trọng và bắt buộc trong khoa cấp cứu. bác sỹ nội trú thường cũng được đào tạo cho sự nghiệp trong tương lai với tư cách là chuyên gia. Có thể có bác sỹ nội trú Y học Cấp cứu và bác sỹ nội trú từ các ngành khác dành nhiều thời gian khác nhau trong ED. Miễn là họ làm việc trong ED, họ sẽ chịu sự hướng dẫn hoạt động của trưởng khoa ED.

Điều dưỡng trưởng Khoa Cấp cứu: Điều dưỡng trưởng hoàn toàn phụ trách các dịch vụ điều dưỡng của khoa và điều phối các hoạt động điều dưỡng khác nhau. Cô ấy lập danh sách điều dưỡng và gửi y tá đến các cơ sở khác nhau của khoa. Có một điều dưỡng trưởng có năng lực sẽ giúp ích rất nhiều trong việc điều hành hiệu quả khoa cấp cứu.

Nhân viên điều dưỡng: Số lượng nhân viên điều dưỡng phụ thuộc vào khối lượng ca bệnh của khoa. Các y tá nên được đào tạo liên tục về các thủ tục cấp cứu, điều tra và ổn định bệnh nhân. Các y tá cũng nên chăm sóc các thiết bị trong khoa và xem chúng có hoạt động tốt không. Họ nên kiểm tra xe đẩy và đảm bảo rằng tất cả các loại thuốc cần thiết để hồi sức đều có sẵn. Họ cũng nên chăm sóc việc thay thế thuốc và đồ dùng một lần được sử dụng trong khoa.

Nhân viên y tế và phụ trợ: Mỗi khoa cấp cứu đều cần nhân viên y tế và phụ trợ hiệu quả và được đào tạo bài bản để hoạt động trơn tru. Một số trách nhiệm của các nhân viên này là:

- Chuyển bệnh nhân từ xe cứu thương vào khoa
- Đi cùng bệnh nhân đến phòng chụp CT và MRI và các thủ thuật khác và đến phòng bệnh khi nhập viện
- Mang mẫu máu đến phòng xét nghiệm, lấy máu từ ngân hàng máu; thu thập phim X-quang, CT và MRI từ khoa X quang.
- Để duy trì sự sạch sẽ tổng thể của bộ phận

XÂY DỰNG NHÓM VÀ GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ TRONG KHOA CẤP CỨU

Thực hành y tế cấp cứu là làm việc nhóm. Có nhiều nhóm khác nhau phải làm việc cùng nhau trong Khoa Cấp cứu.

Xây dựng đội ngũ trong Khoa Cấp cứu (Bác sĩ cấp cứu, y tá và đội y tế).

Bác sĩ cấp cứu và y tá tạo thành nhóm quan trọng nhất trong Khoa Cấp cứu. Họ phải làm việc với nhau rất chặt chẽ như một nhóm trong khi điều trị cho bệnh nhân. Việc ổn định và điều trị bệnh nhân cấp cứu không thể được thực hiện bởi một bác sĩ riêng lẻ hoặc một mình bác sĩ. Do đó, các thành viên của nhóm bác sĩ-y tá cần hiểu nhau và hợp tác với nhau trong khi cung cấp dịch vụ chăm sóc bệnh nhân. Để xây dựng mối quan hệ này trong bộ phận, điều quan trọng là phải có các cuộc họp bộ phận thường xuyên, nơi tất cả nhân viên làm việc trong bộ bắt buộc phải tham dự. Khi những người khác nhau làm việc quá gần nhau trong một môi trường căng thẳng như Khoa Cấp cứu, chắc chắn sẽ có vấn đề và khác biệt về quan điểm. Các cuộc họp của bộ phận giúp thắm nhuần cảm giác thân thuộc và gắn bó trong bộ phận. Chúng cũng giúp giải quyết sự khác biệt và giải quyết vấn đề chung. Chúng giúp cải thiện giao tiếp giữa các thành viên của bộ phận và cũng để xây dựng các quyết định và chính sách chung.

Bất cứ khi nào có xung đột giữa các thành viên của nhóm khẩn cấp, điều quan trọng là những người liên quan phải gặp nhau trong một nhóm nhỏ, thảo luận về sự kiện và phân tích và giải quyết bất kỳ vấn đề nào phát sinh. Kỹ năng giao tiếp tốt và hiểu biết là vô cùng quan trọng trong việc xây dựng nhóm và giúp củng cố mối quan hệ bền chặt giữa các thành viên trong nhóm. Làm việc trong khoa cấp cứu có thể rất căng thẳng vì tính chất

của công việc liên quan và do đó việc có các thành viên trong nhóm mà người ta có thể dựa vào sẽ giúp đối phó với bất kỳ tình huống nào có thể phát sinh.

Xây dựng đội ngũ với các bác sĩ từ các khoa khác.

Khoa Cấp cứu là một môi trường năng động, nơi chăm sóc bệnh nhân phụ thuộc vào sự tương tác hiệu quả giữa các khoa. Do đó, các vấn đề quan trọng không thể được giải quyết một cách hiệu quả chỉ trong bộ phận. Các cá nhân ở tất cả các cấp phải vượt qua ranh giới để làm việc với những người khác nếu muốn đạt được mục tiêu hiệu suất được cải thiện. Ngoại trừ việc quản lý bệnh tật và chấn thương đơn giản, việc chăm sóc hiệu quả và kết quả tốt từ khoa cấp cứu hoàn toàn phụ thuộc vào sự hỗ trợ kịp thời, hiệu quả và phù hợp từ nhiều khoa khác. Sau khi đội cấp cứu đã khám ban đầu và ổn định bệnh nhân, bệnh nhân cần được đưa vào bệnh viện theo đơn vị điều trị. Khi cần thiết, điều quan trọng là bác sĩ từ đơn vị đó đôi khi phải đến và kiểm tra bệnh nhân khi ở khoa cấp cứu và tham gia vào quá trình điều trị.

Điều này thường dẫn đến xung đột vì rất nhiều bác sĩ chống lại việc tiếp nhận bệnh nhân vào chuyên khoa của họ và cảm thấy rằng bệnh nhân có thể được nhập viện ở nơi khác. Ví dụ, một bệnh nhân bị viêm tụy cấp tính đến khoa cấp cứu với cơn đau bụng dữ dội, lý tưởng nhất là cần phải nhập viện theo chuyên khoa phẫu thuật. Nhưng một số bác sĩ phẫu thuật cảm thấy rằng vì không có thủ thuật phẫu thuật liên quan và vì những bệnh nhân này thường được quản lý thận trọng nên anh ta có thể được nhập viện dưới sự chăm sóc của một đơn vị y tế.

Tương tự, đơn vị tiếp nhận có thể yêu cầu rất nhiều xét nghiệm trước khi nhập khoa mà nhóm cấp cứu có thể không đồng ý. Càng nhiều xét nghiệm được thực hiện trong khoa cấp cứu cũng dẫn đến rất nhiều sự chậm trễ trong việc xử lý bệnh nhân.

Tất cả những vấn đề này có thể được giải quyết bằng cách sắp xếp các cuộc họp với các bộ phận khác và xây dựng chính sách tiếp nhận và điều trị cho các trường hợp khác nhau. Khi các chính sách như vậy tồn tại, xung đột phát sinh giữa nhóm khẩn cấp và các nhóm từ các bộ phận khác sẽ giảm đáng kể.

Xây dựng nhóm với bệnh nhân (Bác sĩ, y tá và nhóm bệnh nhân)

Một mối quan hệ quan trọng khác tồn tại trong khoa cấp cứu là giữa nhóm điều trị và bệnh nhân và thường là người thân hoặc người chăm sóc của anh ta.

Những người tham dự phải được tin tưởng và bản chất của bệnh tật và điều trị phải được giải thích cho họ một cách dễ hiểu. Giao tiếp này là rất cần thiết và có được sự tin tưởng và hợp tác của bệnh nhân trong thời gian ở khoa cấp cứu. Nó cũng làm giảm đáng kể những phàn nàn và không hài lòng của bệnh nhân. Có một bệnh nhân không hài lòng khiến toàn bộ nhóm cấp cứu đau khổ và làm hỏng môi trường của khoa cấp cứu. Do đó, điều rất quan trọng là phải nói chuyện với bệnh nhân và người thân của họ và khiến họ cảm thấy rằng họ là một phần của quá trình ra quyết định và họ nhận thức được kế hoạch

điều trị.

PHÁT TRIỂN HỆ THỐNG PHÂN LOẠI HIỆU QUẢ

Phân loại là phân loại, và khái niệm này ban đầu được phát triển cho các tình huống thương vong hàng loạt, thảm họa hoặc chiến trường, trong đó phải đưa ra quyết định về việc phân bổ nguồn lực và chăm sóc y tế.

Bệnh nhân đến khoa cấp cứu có nhiều loại bệnh với mức độ nghiêm trọng khác nhau và điều quan trọng là phải kiểm tra bệnh nhân bị bệnh nặng trước bệnh nhân tương đối ổn định hơn. Phân loại rất quan trọng trong một khoa cấp cứu bận rộn để phân loại bệnh nhân theo mức độ nghiêm trọng của bệnh để một bệnh nhân không ổn định có thể được kiểm tra trước một bệnh nhân ổn định hơn bất kể hai bệnh nhân đến khoa lúc nào.

Có nhiều phương pháp phân loại khác nhau và người ta nên chọn một hệ thống phù hợp nhất với nhóm bệnh nhân đến khoa. Một số quốc gia sử dụng hệ thống phân loại năm cấp, trong khi những quốc gia khác sử dụng bốn hoặc thậm chí ba. Cả hai hệ thống năm cấp và bốn cấp đều được đưa ra trong Phụ lục của Chương này.

Nhân viên phân loại: Phân loại nên được thực hiện bởi một nhân viên phân loại, người có thể là bác sĩ hoặc y tá đã được đào tạo về tất cả các khía cạnh của phân loại. Nhân viên phân loại nên kiểm tra các khiếu nại chính và các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân trước khi phân loại bệnh nhân.

Nguyên tắc phân loại

Tất cả bệnh nhân đến Khoa Cấp cứu phải được đánh giá trong vòng 10 phút sau khi đến. Cấp độ phân loại phải được chỉ định cho tất cả bệnh nhân. Bất cứ khi nào có nghi ngờ về sự nhảy vọt của bệnh nhân và hạng mục mà anh ta cần được chỉ định, nên luôn chọn loại cao hơn. Bệnh nhân có cùng chẩn đoán có thể thuộc các loại phân loại khác nhau tùy thuộc vào các triệu chứng và dấu hiệu sinh tồn của họ.

Phân loại là một quá trình động. Một đánh giá duy nhất là không đủ vì độ nhạy của bệnh nhân có thể thay đổi. Do đó, cần phải đánh giá lại thường xuyên cho đến khi bệnh nhân được bác sĩ khám và bắt đầu điều trị dứt điểm.

Sáu yếu tố phân biệt chung cần được ghi nhớ trong quá trình phân loại là mối đe dọa tính mạng, đau đớn, xuất huyết, mức độ ý thức, nhiệt độ và mức độ nghiêm trọng của bệnh tật.

Các khái niệm chính của phân loại

Cần ngừng đánh giá và bệnh nhân nên được vận chuyển ngay đến khu vực điều trị nếu cần chăm sóc ngay lập tức. Điều trị không bao giờ được trì hoãn để hoàn thành đánh giá. Bất kỳ bệnh nhân nào bị đau nên được bác sĩ khám và dùng thuốc giảm đau. Ngay cả khi bệnh nhân thuộc một trong những loại phân loại ít hơn, anh ta không nên chờ giảm đau.

Nếu không có phân loại trong khoa cấp cứu, tất cả bệnh nhân sẽ đến trực tiếp khu vực

điều trị. Sự nhạy bén của bệnh nhân sẽ không được biết và những bệnh nhân bị bệnh nặng với trường hợp cấp cứu đe dọa tính mạng có thể phải đợi trong trường hợp bác sĩ cấp cứu bận khám các bệnh nhân khác. Do đó, sự an toàn của bệnh nhân sẽ bị đe dọa khi khoa cấp cứu quá đông và có thể xảy ra các tác dụng phụ. Bệnh nhân bị đau dữ dội có thể không được dùng thuốc và giảm thuốc ngay lập tức. Tất cả những điều này có thể dẫn đến việc chờ đợi lâu và sự không hài lòng của bệnh nhân.

Khi một bệnh nhân đã được phân loại thành một loại nào đó, anh ta biết thời gian chờ đợi của mình và do đó sẽ hợp tác hơn. Ngoài ra, các dấu hiệu sinh tồn của anh ấy sẽ được kiểm tra và dùng thuốc giảm đau nếu cần.

PHÁT TRIỂN CÁC CHÍNH SÁCH, QUY TRÌNH VÀ QUY TRÌNH CỦA KHOA CẤP CỨU

Chính sách và thủ tục là các tài liệu bằng văn bản chính thức trong một tổ chức. Chính sách là một nguyên tắc quản lý cơ bản phác thảo cấu trúc và quá trình hành động cho bất kỳ nhiệm vụ nào phải được thực hiện và quy trình là một phác thảo chi tiết về các bước cần được thực hiện trong khi thực hiện nhiệm vụ đó.

Trong Khoa Cấp cứu, các chính sách và thủ tục là khuôn khổ mà nhân viên chăm sóc sức khỏe làm việc. Họ cung cấp hướng dẫn về các tình huống để đảm bảo chăm sóc bệnh nhân an toàn. Chúng đặc biệt hữu ích khi điều trị cho bệnh nhân vì ngay cả bác sĩ hoặc y tá không có kinh nghiệm thực tế hoặc chuyên môn cần thiết cũng có thể tuân theo quy trình bằng văn bản và do đó đảm bảo rằng họ đang đi đúng hướng.

Vì khoa cấp cứu là khu vực có bệnh nhân có nhiều vấn đề khác nhau và liên quan đến sự tương tác với hầu hết các khoa khác trong bệnh viện, nên cần có các chính sách rất toàn diện và chính xác. Điều quan trọng nữa là tất cả nhân viên chăm sóc sức khỏe trong bộ phải biết về các chính sách này. Do đó, các chính sách này nên được viết trong một sổ tay mà tất cả các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe đều có thể tiếp cận.

Khi viết các chính sách này, điều quan trọng là phải có sự tham gia của tất cả nhân viên từ khoa cấp cứu để có ý kiến đóng góp của họ. Khi các chính sách được đưa ra với kiến thức và ý kiến đóng góp từ tất cả các bên liên quan, chúng sẽ dễ thực hiện hơn vì tất cả các bên liên quan sau đó cảm thấy có cảm giác sở hữu đối với các chính sách. Chính sách sau đó không trở thành một nhiệm vụ mà là một công cụ giúp bộ phận hoạt động trơn tru.

Khi các chính sách và quy trình điều trị được đưa ra, điều quan trọng là phải có sự tham gia của các bộ phận liên quan. Ví dụ, phác đồ điều trị ban đầu chấn thương đầu nên được thực hiện với sự đồng ý của khoa phẫu thuật thần kinh. Điều này đảm bảo rằng có sự chăm sóc liên tục sau khi bệnh nhân được đưa vào khoa liên quan và việc điều trị được đưa ra

tại khoa cấp cứu không xung đột với các phác đồ điều trị của đơn vị nhập viện.

Ví dụ về các vấn đề phổ biến trong khoa cấp cứu cần các chính sách toàn diện và chính xác là:

- Chính sách nhập viện, xuất viện và chuyển cấp cứu
- Hồ sơ y tế cấp cứu và đồng ý điều trị
- Quản lý ban đầu và ổn định bệnh nhân do bác sĩ cấp cứu thực hiện trước khi gọi các chuyên khoa khác đến gặp bệnh nhân.
- Hướng dẫn phân loại
- Nhóm chấn thương và mã chấn thương
- Quy trình gọi bác sĩ từ các khoa khác và theo dõi thời gian phản hồi
- Nhân viên có thể thực hiện các thủ tục đặc biệt không phải là bác sĩ
- Thủ tục liên quan đến các vụ án pháp lý y tế
- Báo cáo các cá nhân "Chết khi đến" cho các cơ quan có thẩm quyền thích hợp
- Chuẩn bị sẵn sàng cho thảm họa
- Tương tác với ngân hàng máu
- Các biện pháp kiểm soát lây nhiễm
- Tử vong phải báo cáo
- Chính sách kháng sinh
- Các cuộc họp và kiểm toán của bộ phận
- Thực hành an toàn
- Giao thức bệnh nhân

Bộ nên có phác đồ điều trị cho hầu hết các trường hợp khẩn cấp xuất hiện với khoa. Các bác sĩ cấp cứu nên tuân theo các quy trình này càng nhiều càng tốt để việc quản lý không khác nhau giữa các bác sĩ trong khoa

BẢN ĐỒ CHĂM SÓC có thể được thiết kế để hợp lý hóa lịch sử, kiểm tra, điều tra, kế hoạch điều trị, thời gian, tài liệu và thanh toán. Bản đồ chăm sóc đảm bảo rằng bác sĩ nội trú hoặc bác sĩ từ các chuyên khoa khác không bỏ lỡ phát hiện.

Ví dụ về bản đồ chăm sóc sẽ là:

Khoa nên có bản đồ chăm sóc cho bệnh nhân đến với đau ngực hoặc đột quỵ. Bản đồ chăm sóc này đảm bảo rằng cách tiếp cận với những bệnh nhân này sẽ không thay đổi bất kể ai kiểm tra bệnh nhân cụ thể trong một ca làm việc bận rộn.

Sổ tay chính sách và thủ tục

Tất cả các chính sách và thủ tục của bộ nên được biên soạn thành một sổ tay hướng dẫn. Sách hướng dẫn này nên được giữ ở nơi mà tất cả mọi người trong bộ phận đều có thể tiếp cận. Tất cả nhân viên của bộ phận nên được khuyến khích làm quen với nội dung của sách hướng dẫn và tham khảo nó bất cứ khi nào được yêu cầu. Các chính sách và thủ tục nên

được viết theo các bước đơn giản có thể dễ dàng tuân theo. Sách hướng dẫn này nên được sửa đổi định kỳ để đảm bảo rằng nó luôn cập nhật những tiến bộ gần đây trong điều trị bệnh nhân.

TÀI LIỆU:

Tài liệu phải chính xác và đầy đủ.

Mẫu đánh giá ban đầu: Mẫu này phải do bác sĩ viết và bao gồm tất cả các khía cạnh của tiền sử, khám, thăm khám, chẩn đoán, điều trị và kế hoạch điều trị cho bệnh nhân. Cũng nên có không gian để các bác sĩ từ các chuyên khoa khác nhau đến khám bệnh nhân có thể nhập ghi chú của họ.

Ghi chú điều dưỡng cũng nên được nhập vào biểu mẫu đánh giá ban đầu. Biểu mẫu này di chuyển cùng bệnh nhân khi bệnh nhân nhập viện và trong trường hợp bệnh nhân xuất viện, cần gửi đến bộ phận hồ sơ bệnh án để được quét và bảo quản.

Tóm tắt xuất viện: Mỗi bệnh nhân nên được cung cấp một bản tóm tắt xuất viện khi họ rời khoa cùng với báo cáo của tất cả các cuộc điều tra đã được thực hiện trong khoa. Bản tóm tắt xuất viện cũng phải bao gồm đơn thuốc mà bệnh nhân cần tuân theo. Hồ sơ này rất có lợi, đặc biệt là khi bệnh nhân đến thăm khám lại khoa, hoặc đến bác sĩ khác để theo dõi.

Biểu mẫu đồng ý: Sự đồng ý của bệnh nhân hoặc người tham dự nên được thực hiện trước khi thực hiện bất kỳ thủ tục nào hoặc trước khi tiến hành bất kỳ phương pháp điều trị nào. Các biểu mẫu này nên được in và có sẵn trong bộ phận.

Trường hợp bệnh nhân từ chối điều trị vì bất kỳ lý do gì thì phải ký vào phiếu từ chối điều trị.

SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN TRONG KHOA CẤP CỨU

Cho đến gần đây, các bác sĩ hành nghề y với tư cách là người có thẩm quyền tuyệt đối đối với việc chẩn đoán và điều trị bệnh nhân của họ. Bệnh nhân được mong đợi tuân thủ thẩm quyền của bác sĩ mà không cần thắc mắc. Nhưng bây giờ, vai trò truyền thống của bệnh nhân và bác sĩ đang thay đổi và bệnh nhân yêu cầu trở thành một phần của quá trình ra quyết định về mặt đánh giá và điều trị của họ.

Bệnh nhân mong đợi sự chăm sóc kịp thời, có trách nhiệm, nhân đạo, dễ hiểu và chuyên nghiệp.

Bệnh nhân nên được thoải mái ngay từ giây phút đến Khoa Cấp cứu. Nỗi đau và khó chịu của họ cần được xử lý ngay lập tức. Bệnh nhân và người thân của họ nên được tin tưởng về chẩn đoán của họ và kế hoạch điều trị và các lựa chọn. Họ nên được đưa ra một ước tính thận trọng về bao lâu họ sẽ giảm các triệu chứng và mất bao lâu để nhận được báo cáo điều tra và đi đến chẩn đoán.

Lời phàn nàn và không hài lòng của bệnh nhân

Chú ý đến các khiếu nại của bệnh nhân và gia đình của họ là một khía cạnh rất quan trọng. Các khiếu nại thường tập trung vào việc thiếu giao tiếp, giải thích không đầy đủ về lý do chậm trễ và không đầy đủ thông tin về quá trình điều trị.

Chờ đợi lâu là điều phổ biến ở Khoa Cấp cứu và là nguồn gốc thường xuyên khiến bệnh nhân không hài lòng. Sự hài lòng của bệnh nhân nên được đánh giá bằng các biểu mẫu phản hồi.

KIỂM SOÁT CHẤT LƯỢNG:

Các cuộc đánh giá thường xuyên nên được thực hiện trong bộ phận để đảm bảo rằng tất cả các giao thức được tuân thủ và do đó đảm bảo rằng chất lượng được duy trì.

KẾT THÚC:

Y học cấp cứu là một chuyên khoa rất cần thiết ở Ấn Độ và điều cần thiết là nhiều bệnh viện bắt đầu thành lập các khoa cấp cứu hiệu quả.

Mục tiêu cho khoa cấp cứu phải được đặt ra và xác định các dự án cải thiện chất lượng. Đánh giá cải tiến liên tục phải được thực hiện.

Tham khảo

1. Quản lý Khoa Cấp cứu - Nguyên tắc và Ứng dụng - Salluzzo, Mayes, Strauss, Kidd. Mosby 1997
2. Lãnh đạo và Quản lý Khoa Cấp cứu - Nguyên tắc và Thực hành Tốt nhất. Kayden S, Anderson PD, Freitas R, Platz E. Nhà xuất bản Đại học Cambridge. 2015.
3. Vasnaik MC. Tổ chức và cấu trúc của Khoa Cấp cứu. Chương 124. Sách giáo khoa về y học cấp cứu. Trang 1179-87. Biên tập David S, Brown A, Nelson B, Bannerjee A, Anantharaman V. Wolters Kluwer Health (Ấn Độ) 2012.

Phụ lục A-1: Hệ thống phân loại bệnh nhân bốn cấp độ

THANG ĐIỂM CẤP CỨU BỆNH NHÂN (PEC)

Giới thiệu

Dịch vụ Y tế Khẩn cấp trong quận, huyện chăm sóc nhiều loại bệnh nhân. Bởi vì nguồn lực của tất cả các dịch vụ cấp cứu tại bệnh viện và trước bệnh viện là hữu hạn, nên cần ưu tiên bệnh nhân được chăm sóc y tế khẩn cấp. Mức độ nặng bén của các triệu chứng và dấu hiệu biểu hiện của họ sẽ tự nhiên tạo thành cơ sở cho sự ưu tiên như vậy. Trong khi các cộng đồng khác nhau có các phương pháp phân loại khác nhau (với các loại phân loại bệnh nhân khác nhau từ 2 đến 6), một số cộng đồng lâu đời hơn (Anh, Canada và Úc) đã phân thành 5 loại. Tuy nhiên, việc vận hành các danh mục như vậy thường bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khác ngoài nhu cầu ưu tiên chăm sóc, ví dụ như hoàn trả tài chính và xác định khối lượng công việc. Ngoài ra, số lượng danh mục càng lớn thì hệ thống phân loại càng trở nên phức tạp. Sự đơn giản có nhiều ưu điểm, đặc biệt là dễ vận hành. Các danh mục phân loại ở các quốc gia này đã trở thành một công cụ học thuật để so sánh các đặc điểm và hiệu suất của các khoa và để hoàn trả nguồn lực và tài chính.

Đối với mục đích thực tế, hầu hết các dịch vụ xe cứu thương và khoa cấp cứu có bốn loại bệnh nhân cấp tính khác nhau, đó là:

- a) Bệnh nhân hồi sức
- b) Không hồi sức nhưng cấp cứu lớn (Chăm sóc đặc biệt)
- c) Các trường hợp khẩn cấp nhỏ (Xe cứu thương hoặc xe lăn)
- d) Bệnh nhân không cấp cứu

Người ta cũng nhận ra rằng số lượng các danh mục phân loại càng lớn thì các y tá phân loại càng khó phản ánh chính xác giá trị phân loại chính xác. Đôi khi, việc phân loại cấp tính chính xác hơn được thực hiện vào cuối lần thăm khám bệnh nhân bởi bác sĩ Cấp cứu đã chăm sóc bệnh nhân.

Trong chăm sóc cấp cứu, việc kiểm tra và cường độ điều tra và điều trị ban đầu thường phụ thuộc vào khiếu nại xuất hiện, hơn là chẩn đoán cuối cùng, có thể thường không có sẵn. Thời gian chờ đợi, sử dụng tài nguyên và thời gian xử lý có xu hướng phản ánh nhiều khiếu nại hơn là chẩn đoán cuối cùng. Do đó, chúng tôi khuyến nghị rằng các tiêu chí cấp tính của bệnh nhân nên dựa trên sự kết hợp của các phàn nàn ban đầu và chẩn đoán tạm thời ban đầu.

Sẽ có bốn loại cấp tính của bệnh nhân cho Dịch vụ Cấp cứu. Phụ lục A đưa ra Thang

điểm Hạng Khẩn cấp Bệnh nhân (PECS) 4 điểm.

Cần xác định một mốc thời gian để thực hiện thống nhất PECS trong các dịch vụ cấp cứu trước bệnh viện công cộng và tại bệnh viện để đạt được sự hiểu biết chung trong tiểu bang khi đối phó với bệnh nhân cấp cứu. Các phép đo hiệu suất và giá trị thời gian chu kỳ có thể được xác định cho từng danh mục này để đạt mục tiêu hiệu suất và thiết lập mức hiệu suất. Điều này cũng sẽ quyết định phân bổ nguồn lực dựa trên nhu cầu của bệnh nhân.

Định nghĩa khẩn cấp

Thang điểm PEC 1 (Ưu tiên 1 hoặc P1)

Đây là những bệnh nhân đã ở trong tình trạng suy sụp tim mạch hoặc có nguy cơ sắp sụp đổ và sẽ cần được chăm sóc mà không cần chậm trễ một chút nào. Họ có thể sẽ yêu cầu phân bổ tối đa nhân viên và nguồn lực thiết bị để quản lý ban đầu.

Thang điểm PEC 2 (Ưu tiên 2 hoặc P2)

Những bệnh nhân này bị bệnh và thường không được cấp cứu và ở nhiều dạng đau đớn nghiêm trọng khác nhau. Họ có vẻ ở trạng thái ổn định khi kiểm tra tim mạch ban đầu và không có nguy cơ sắp sụp đổ. Mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng của họ cần được chú ý sớm, nếu không thì tình trạng sức khỏe của họ có thể xấu đi sớm. Chúng sẽ dựa trên xe đẩy.

Thang điểm PEC 3 (Ưu tiên 3 hoặc P3)

Những bệnh nhân này đang ở cấp cứu, nhưng có các triệu chứng cấp tính, mức độ nghiêm trọng từ nhẹ đến trung bình và cần được đánh giá sớm và điều trị ban đầu sẽ giúp các triệu chứng thuyên giảm theo thời gian. Một số bệnh nhân trong số này có thể được khám tại phòng khám chăm sóc ban đầu nếu bác sĩ ở đó được đào tạo bài bản về các trường hợp khẩn cấp nhỏ độc lập.

Thang điểm PEC 4 (Ưu tiên 4 hoặc P4)

Đây là những bệnh nhân không khẩn cấp. Họ không nên đến Dịch vụ Cấp cứu ngay từ đầu và nên được quản lý thích hợp hơn trong môi trường chăm sóc sức khỏe ban đầu như trong phòng khám gia đình hoặc phòng khám đa khoa công cộng. Họ có thể có một chấn thương hoặc tình trạng cũ đã tồn tại trong một thời gian dài và không xấu đi cấp tính. Chúng không cần điều trị ngay lập tức. Không có mối đe dọa ngay lập tức đối với tính mạng hoặc chân tay của họ.

THANG PHÂN LOẠI CẤP CỨU BỆNH NHÂN

Danh mục phân loại	Định nghĩa mức độ nguy hiểm	Thời gian mục tiêu mà bệnh nhân nên được khám tại khoa cấp cứu (phút)	% Các trường hợp được xem trong thời gian mục tiêu	Vấn đề	Chẩn đoán tạm thời ban đầu
1	Hội sức và bệnh nhân nặng	Ngay lập tức và không quá 5 phút sau khi trình bày	90%	Ngừng tim Ngừng chấn thương Chấn thương nặng Trạng thái hen suyễn nặng Suy hô hấp nghiêm trọng của bất kỳ nguyên nhân nào Bệnh nhân bất tỉnh Co giật hoạt động Cắt cụt chi chính Chấn thương đầu với trạng thái tinh thần thay đổi Đau ngực - Có khả năng là STEMI / NSTEMI / Đau thắt ngực không ổn định Xuất huyết tiêu hóa kèm theo sốc / sốc sắp xảy ra Biểu hiện khác của hội chứng mạch vành cấp tính	Sốc chấn thương Trần khí màng phổi - Bỏng mặt do chấn thương / căng thẳng với tổn thương đường thở Chấn thương đầu với bất tỉnh Vết thương hở ngực Hạ đường huyết quá liều ba vòng Phình động mạch chủ bụng rò rỉ Bóc tách phình động mạch chủ Nhồi máu cơ tim cấp tính có / không có biến chứng Tình trạng hen suyễn Tình trạng động kinh Nhiều chấn thương lớn Cấp độ 4 Sốc suy tim do bất kỳ nguyên nhân nào Đau thắt ngực không ổn định Đột quỵ cấp tính với trạng thái tinh thần thay

Danh mục phân loại	Định nghĩa mức độ nhảy bén	Thời gian mục tiêu mà bệnh nhân nên được khám tại khoa cấp cứu (phút)	% Các trường hợp được xem trong thời gian mục tiêu	Vấn đề	Chẩn đoán tạm thời ban đầu đổi.

Danh mục phân loại	Định nghĩa mức độ nhạy bén	Thời gian mục tiêu mà bệnh nhân nên được khám tại khoa cấp cứu (phút)	% Các trường hợp được xem trong thời gian mục tiêu	Vấn đề	Chẩn đoán tạm thời ban đầu
2	Các trường hợp khẩn cấp lớn (Không cấp cứu)	20 phút	80%	Đau ngực - Không có khả năng là quá liều thuốc AMI - Đau bụng nghiêm trọng có ý thức Xuất huyết đường tiêu hóa với các dấu hiệu sinh tồn bình thường Xuất huyết âm đạo cấp tính với các dấu hiệu sinh tồn bình thường Trạng thái tinh thần thay đổi - Không phải bất tỉnh và các dấu hiệu sinh tồn bình thường Chấn thương vừa phải - Không được cấp cứu Trạng thái đau đớn nghiêm trọng Chấn thương đầu, Cảnh báo + Nôn mửa Co giật hen suyễn nhẹ / trung bình - Cảnh báo khi đến Nhiễm trùng ngực với khó thở Nôn mửa dai dẳng - ? Nguyên nhân	Bệnh tiểu đường không ketotic siêu thâm thâu Nhiễm toan ceton do tiểu đường Gãy nhiều xương sườn, chấn thương cổ/tủy sống, bong mắt Đau ngực - Nguyên nhân không rõ ràng là viêm thanh quản Mang thai ngoài tử cung Gãy chi lớn Trật khớp lớn Hội chứng đột sóng chính Hen phế quản Viêm ruột thừa cấp tính thủng nội tạng Cấp tính Đau bụng niệu quản cấp tính Bí tiểu cấp tính Viêm phế quản phổi Xuất huyết tiêu hóa - Dấu hiệu sinh tồn bình thường Viêm túi mật Nhiễm trùng huyết nặng không sốc Trạng

Danh mục phân loại	Định nghĩa mức độ nhạy bén	Thời gian mục tiêu mà bệnh nhân nên được khám tại khoa cấp cứu (phút)	% Các trường hợp được xem trong thời gian mục tiêu	Vấn đề	Chẩn đoán tạm thời ban đầu
					thái loạn thần cấp tính Tai biến mạch máu não cấp tính nhưng cảnh báo viêm bề thận cấp tính Ung thư với biến chứng tắc ruột Quá liều thuốc với trạng thái tâm thần cảnh giác Đợt cấp tính của loét dạ dày tá tràng
3	Các trường hợp khẩn cấp nhỏ (Cấp cứu)	60 phút	80%	Chấn thương đầu, Cảnh giác, Không nôn mửa Chấn thương cấp tính nhẹ Bong gân mắt cá chân cấp tính Đau bụng – không đau đầu dữ dội Đau tai/tiết dịch tai cấp tính, dị vật ở lỗ và mắt Đau nhẹ đến trung bình Bỏ lỡ phá thai	Chấn thương đầu, cảnh giác, Không nôn mửa gãy xương Colles Gãy xương đòn Bong gân mắt cá chân Gãy xương nhỏ khác Đau nửa đầu và các cơn đau đầu tương tự Viêm tai giữa/Trào ngược đường tiêu hóa bên ngoài Dị vật tai, mũi, họng, mắt và tứ chi Triệu chứng đau bụng kinh: Viêm dạ dày

Danh mục phân loại	Định nghĩa mức độ nhạy bén	Thời gian mục tiêu mà bệnh nhân nên được khám tại khoa cấp cứu (phút)	% Các trường hợp được xem trong thời gian mục tiêu	Vấn đề		Chẩn đoán tạm thời ban đầu
						ruột cấp tính, Nôn mửa Tất cả các bong gân Côn trùng đốt và rắn và động vật cắn vết thương bề mặt Hyperpyrexia nổi mề đay
4	Không khẩn cấp	120 phút	75%	Chấn thương cũ với khuyết tật còn lại Đau họng không có vấn đề về hô hấp Bệnh đường hô hấp trên nhẹ Quy trình phẫu thuật không khẩn cấp Suy nhược mãn tính của cơ thể Tình trạng mắt không khẩn cấp	Vết sẹo cũ Biến dạng xương, chân tay hoặc co thắt khớp cột sống Gãy xương cũ <u>Hoạt động không khẩn cấp:</u> • Yêu cầu loại bỏ các tấm kim loại,	<u>Tình trạng mắt không khẩn cấp:</u> • Rối loạn khúc xạ mắt, kính • Pterygium • Cataract • Thị lực bị lỗi • Nheo mắt <u>Điều kiện tai mũi họng không khẩn cấp</u> • Viêm mũi mạn tính • Thính giác bị lỗi • Polyp mũi

Danh mục phân loại	Định nghĩa mức độ nhạy bén	Thời gian mục tiêu mà bệnh nhân nên được khám tại khoa cấp cứu (phút)	% Các trường hợp được xem trong thời gian mục tiêu	Vấn đề	Chẩn đoán tạm thời ban đầu	
				Tình trạng tai mũi họng không khẩn cấp Các tình trạng nhỏ không được xác định rõ ràng Yêu cầu điều trị không khẩn cấp Yêu cầu chứng nhận và kiểm tra tổng quát Các trường hợp phụ khoa lạnh Các vấn đề về da không khẩn cấp	vết - Trật khớp cũ không giảm - Vết thương xuất huyết mãn tính - Bong gân mãn tính - Các khối u lạnh và sưng tấy trong cơ thể - Giãn tĩnh mạch - U nang - Yêu cầu cắt bao quy đầu - Vá tai - Xóa hình xăm	- Sáp trong tai <u>Điều kiện không được xác định</u> - Các triệu chứng mơ hồ mãn tính như mệt mỏi, khó tiêu - Nhiễm trùng đường hô hấp trên không sốt - Ho mãn tính - Vấn đề xã hội - Yêu cầu nhập học - Các vấn đề tâm lý - Bật và tắt đau đầu mãn tính Mất ngủ

Danh mục phân loại	Định nghĩa mức độ nhạy bén	Thời gian mục tiêu mà bệnh nhân nên được khám tại khoa cấp cứu (phút)	% Các trường hợp được xem trong thời gian mục tiêu	Vấn đề	Chẩn đoán tạm thời ban đầu
				- Loại bỏ bắp, mụn cóc - Loại bỏ sẹo lồi Điểm yếu của cơ thể - Bại não, co thắt - Thoái hóa đốt sống cổ - Hậu bại liệt - Liệt nửa đầu cũ, đột quy cũ - Liệt nửa người cũ Đầu gối xương khớp	

Thang phân loại năm loại:

Một ví dụ về thang đo năm cấp là thang phân loại Australasia:

Loại I: Nguy kịch, cần hồi sức ngay lập tức

Ví dụ: Ngừng tim hoặc ngừng hô hấp, suy hô hấp, chấn thương nặng với chấn thương đầu, ngực, bụng, xương dài, nghi ngờ chấn thương cột sống, bất tỉnh, động kinh và hen suyễn, nghi ngờ vỡ thai ngoài tử cung.

Loại II: Mọi đe dọa tiềm ẩn đối với tính mạng, chân tay hoặc chức năng, cần can thiệp y tế nhanh chóng.

Sự chậm trễ trong điều trị có thể gây hại.

Ví dụ: Đau ngực, nhiễm toan ceton do tiểu đường, đau bụng dữ dội, thay đổi trạng thái tinh thần, đợt cấp của hen suyễn, viêm màng não, mất nước, chấn thương, đột quỵ, phụ nữ đang chuyển dạ tích cực.

Loại III: Khẩn cấp, (bệnh nhân nên đến khám trong vòng 30 phút)

Có một rối loạn cấp tính có khả năng tiến triển thành một vấn đề nghiêm trọng. Nó có liên quan đến sự khó chịu đáng kể.

Ví dụ: đau bụng trong thận/mật, chảy máu đường tiêu hóa, mất nước, co giật trước đó.

Loại IV: ít khẩn cấp hơn (bệnh nhân nên đến khám trong vòng 60 phút)

Đây là một vấn đề có khả năng nghiêm trọng nhưng không đe dọa đến tính mạng.

Ví dụ: Đau bụng, chấn thương đầu, vết rách đơn giản, đau tai, nhiễm trùng đường tiết niệu.

Loại V: không khẩn cấp (bệnh nhân nên đến khám trong vòng 120 phút)

Đây là một vấn đề đơn giản và thường không phải là trường hợp khẩn cấp.

Ví dụ: Căng thẳng, bong gân, một đợt nôn mửa, đau họng, kiểm tra định kỳ, chấn thương cũ, cắt chỉ khâu, thay ống thông và băng gạc, tiêm chủng, v.v.

Trong trường hợp khoa quá đông và nếu những bệnh nhân này không sẵn sàng chờ đợi, họ thậm chí có thể được yêu cầu đến phòng khám ngoại trú vào ngày hôm sau.

Thời gian được đề cập cho tất cả các hạng mục trên có thể được thay đổi tùy thuộc vào khối lượng công việc của bộ phận và nguồn lực sẵn có.

Phạm Đình Quyết

Chương 3. THÔNG TIN GIỮA XE CỨU THƯƠNG VÀ BỆNH VIỆN

Giới thiệu

Xe cứu thương cần liên lạc với các bệnh viện tiếp nhận trên cơ sở nhu cầu. Các thông tin liên lạc như vậy giữa xe cứu thương và bệnh viện tiếp nhận có thể được yêu cầu để thông báo trước về thương vong, để tìm kiếm lời khuyên về quản lý và đôi khi để cung cấp lời khuyên về quản lý.

Quy tắc thực hành trong truyền thông

Khi một bệnh nhân đã được phân loại là Load-and-Go, sẽ cần đảm bảo rằng anh ta được sơ tán một cách an toàn nhất có thể đến bệnh viện thích hợp gần nhất. Bệnh viện tiếp nhận sẽ cần được thông báo về thương nhân được sơ tán để có thể chuẩn bị ban đầu trước khi đến. Để điều này xảy ra, cần phải có những điều sau:

1. Xe cứu thương và do đó dịch vụ xe cứu thương phải có chỉ định rõ ràng về các bệnh viện tiếp nhận và khả năng của họ. Điều này là để sơ tán sơ cấp sẽ phù hợp và nhu cầu sơ tán thứ cấp sẽ được giảm thiểu.
2. Đội cứu thương nên có một bản sao các tài liệu nêu rõ khả năng của từng bệnh viện trong khu vực hoạt động của họ. Tài liệu cũng phải nêu rõ số điện thoại chuyên dụng của Khoa Cấp cứu của bệnh viện tiếp nhận. Số điện thoại như vậy tại Khoa Cấp cứu tiếp nhận không nên được sử dụng cho bất kỳ cuộc gọi nào khác ngoài việc nhận cuộc gọi từ dịch vụ xe cứu thương
3. Bất kỳ thay đổi nào được thực hiện đối với số điện thoại chuyên dụng của Khoa Cấp cứu cho các cuộc gọi xe cứu thương phải được thông báo cho dịch vụ xe cứu thương ngay lập tức. Nếu bệnh viện không làm như vậy thường được coi là vô trách nhiệm.
4. Tương tự, bất kỳ dịch vụ xe cứu thương có trách nhiệm nào, khi được thông báo về sự thay đổi số điện thoại của bất kỳ bệnh viện tiếp nhận tiềm năng nào phải nhanh chóng thông báo về sự thay đổi số điện thoại cho tất cả các xe cứu thương phụ trách trong khu vực hoạt động.
5. Bệnh viện tiếp nhận nên duy trì nhật ký tất cả các cuộc gọi nhận được từ xe cứu thương hoặc dịch vụ xe cứu thương.
6. Xe cứu thương cũng phải ghi lại tất cả các cuộc trò chuyện với bệnh viện tiếp nhận và điều này phải là một phần của hồ sơ trường hợp xe cứu thương.

Hệ thống thông tin liên lạc

1. Có nhiều loại hệ thống thông tin liên lạc có sẵn để sử dụng ngày nay. Tiêu chuẩn tối thiểu của cấu trúc liên lạc xe cứu thương phải bao gồm ít nhất hai phương thức liên lạc, một được chỉ định là chế độ chính và phương thức còn lại là chế độ thay thế

2. Phương thức liên lạc chính sẽ là phương thức được sử dụng để liên lạc hàng ngày giữa xe cứu thương và bệnh viện tiếp nhận. Đây thường là một hệ thống vô tuyến (thường là đài tần số rất cao [VHF]) trên một kênh chuyên dụng.

3. Ở cuối bệnh viện, kênh vô tuyến thường sẽ có một báo động sẽ được kích hoạt bởi bất kỳ cuộc gọi nào đến để nhân viên tại Khoa Cấp cứu có thể được cảnh báo ngay lập tức trong trường hợp nhận được bất kỳ cuộc gọi nào.

4. Ngoài kênh VHF, nhiều hệ thống còn có hệ thống nhận điện tâm đồ chẩn đoán chất lượng do đội xe cứu thương truyền đi. Việc nhận điện tâm đồ cũng sẽ kích hoạt một báo động lớn tại tiếp nhận bệnh viện để bác sĩ cao cấp tại bệnh viện đọc điện tâm đồ nhận kịp thời và sắp xếp thích hợp để tiếp nhận thương vong. Điện tâm đồ nhận được có thể được tự động in ra trên máy fax hoặc hiển thị trên màn hình máy tính có khả năng in ra

5. Một phương thức liên lạc thứ cấp phổ biến là thông qua điện thoại di động cầm tay hoặc điện thoại cố định. Nếu điện thoại cầm tay được sử dụng tại khoa Cấp cứu tiếp nhận, chúng thường được giữ bởi Y tá cao cấp đang làm nhiệm vụ ở đó. Nếu sử dụng điện thoại cố định, chúng phải được đặt trong khu vực có người điều khiển 24 giờ một ngày và 7 ngày một tuần.

6. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng thông tin liên lạc di động có thể bị gián đoạn trong thời gian của các trường hợp như các thảm họa dân sự. Điện thoại cố định cũng có thể bị gián đoạn trong trường hợp hệ thống thông tin liên lạc công cộng trong cộng đồng bị hỏng tạm thời.

7. Ngoài ra, một số hệ thống sử dụng mạng vô tuyến thứ cấp làm kênh liên lạc thay thế.

Kiểm tra giao tiếp hàng ngày

1. Cho dù hệ thống nào được sử dụng trong bệnh viện, sẽ cần phải tiến hành kiểm tra liên lạc hàng ngày của tất cả các hệ thống này. Là một phần của việc kiểm tra thông tin liên lạc, dịch vụ xe cứu thương sẽ cần gọi cho từng bệnh viện tiếp nhận trong khu vực hoạt động của mình một lần mỗi ngày để đảm bảo rằng các cuộc gọi được truyền tải rõ ràng. Tài liệu về điều này sẽ cần thiết tại cả trung tâm cuộc gọi xe cứu thương và tại Khoa Cấp cứu của bệnh viện tiếp nhận.

2. Ngoài ra, trung tâm cuộc gọi xe cứu thương sẽ cần tiến hành kiểm tra liên lạc mỗi ngày một lần với từng xe cứu thương do mình phụ trách để đảm bảo rằng hệ thống liên lạc của họ còn nguyên vẹn. Các bài kiểm tra giao tiếp hàng ngày này cũng cần được ghi lại.

3. Bất kỳ vấn đề nào được xác định trong quá trình kiểm tra này sẽ cần được khắc phục ngay lập tức để đảm bảo thông tin liên lạc đáng tin cậy trong hệ thống.

Tiêu chuẩn truyền thông

1. Xe cứu thương đưa bệnh nhân đến bệnh viện có thể thông báo cho bệnh viện tiếp nhận về mọi bệnh nhân được gửi hoặc chỉ thông báo cho bệnh nhân nguy kịch được gửi đến. Tiêu chí thông báo cho bệnh viện tiếp nhận phải do cơ quan xe cứu thương

quy định.

2. Ở một số cộng đồng, cơ quan y tế dân sự phụ trách xác định và nêu rõ tiêu chuẩn tối thiểu và tiêu chí cho việc truyền thông đó.

3. Nếu cơ quan y tế của cộng đồng hoặc dịch vụ xe cứu thương xác định rằng tiêu chuẩn tối thiểu chỉ dành cho bệnh nhân nguy kịch, cơ quan hoặc dịch vụ đó sẽ cần phải nêu rõ các tiêu chí cần đáp ứng để bắt đầu các cuộc gọi đó.

4. Các tiêu chí tối thiểu thường được khuyến nghị cho xe cứu thương chạy từ ngoài bệnh viện sẽ là tiêu chí tải và đi của dịch vụ xe cứu thương. Một ví dụ có thể được sử dụng được đưa ra trong Hình 2 đến Chương 1 của sách hướng dẫn này.

5. Đối với tất cả các thương vong đáp ứng các tiêu chí tải và đi như vậy, bệnh viện tiếp nhận sẽ nhận được thông tin sau trong thông báo đầu tiên:

a. Tuổi tác và giới tính

b. Loại sự cố, ví dụ: Tai nạn giao thông đường bộ, hoặc ngừng tim, hoặc phụ nữ mang thai đang chuyển dạ, v.v.

c. Tình trạng của bệnh nhân: cho dù bị sốc, đột quỵ cấp tính hay ngã quỵ. Đôi khi các dấu hiệu sinh tồn cũng có thể được cung cấp, nếu có.

d. Thời gian đến dự kiến: điều này thường là về số phút để bệnh nhân đến Khoa Cấp cứu.

6. Khi Khoa Cấp cứu nhận đã được cung cấp thông tin, họ sẽ được yêu cầu xác nhận đã nhận trước khi cuộc gọi kết thúc.

7. Khoa Cấp cứu tiếp nhận nên ghi lại cuộc gọi và bắt đầu chuẩn bị tiếp nhận bệnh nhân

Chương 4. GIAO THỨC CHUYỂN GIAO LIÊN BỆNH VIỆN

Giới thiệu

Chuyển bệnh nhân giữa các bệnh viện hoặc chuyển bệnh nhân giữa các cơ sở là những trường hợp phổ biến và thường được sử dụng khi không có các cơ sở chẩn đoán hoặc điều trị cho bệnh nhân tại một cơ sở nhất định. Việc chuyển có thể xảy ra từ Khoa Cấp cứu, khoa đa khoa hoặc đơn vị chăm sóc đặc biệt của bệnh viện chuyển đến một đơn vị thích hợp của bệnh viện tiếp nhận. Đôi khi việc chuyển giao giữa các cơ sở có thể được thực hiện do không có giường hoặc các vấn đề liên quan đến kinh phí chăm sóc y tế mà bệnh nhân yêu cầu. Dù chỉ định chuyển viện là gì, cần có các hướng dẫn rõ ràng để hướng dẫn các giai đoạn khác nhau của quá trình chuyển viện liên viện. Mặc dù việc chuyển giao giữa các cơ sở thường được thực hiện bằng xe cứu thương mặt đất, nhưng vận tải hàng không đang trở thành một phương tiện ngày càng được sử dụng. Tuy nhiên, các hướng dẫn này hoàn toàn dành cho việc tiến hành chuyển giao giữa các cơ sở trên mặt đất.

Quyết định chuyển viện

Quyết định chuyển viện là một quyết định quan trọng vì nó khiến bệnh nhân và nhân viên chuyển viện phải đối mặt với những rủi ro bổ sung, có thể dẫn đến chi phí bổ sung và lo lắng cho gia đình của những người sẽ ở trong phương tiện chuyển viện. Trong hệ thống chăm sóc sức khỏe, quyết định chuyển viện cần có sự tham gia của bác sĩ chịu trách nhiệm ban đầu đối với bệnh nhân, bác sĩ chịu trách nhiệm tại bệnh viện tiếp nhận, người bệnh (nếu có thể đưa ra quyết định) và người thân hoặc người đại diện hợp pháp của họ (nếu có). Quyết định chuyển viện phải được ghi lại trong hồ sơ ca bệnh lâm sàng của bệnh nhân và tài liệu này phải bao gồm lý do chuyển viện, sự đồng ý của bác sĩ chuyển giao, bác sĩ tiếp nhận, bệnh nhân và / hoặc người thân cận / người giám hộ hợp pháp (nếu có).

Chỉ định chuyển viện

Các chỉ định cho việc chuyển viện phải là một trong những điều sau:

- a. Cơ sở chẩn đoán không có tại bệnh viện hiện tại (nơi bệnh nhân hiện đang điều trị)
- b. Cơ sở điều trị không có sẵn hoặc không đầy đủ tại bệnh viện hiện tại
- c. Không có giường tại bệnh viện giữ
- d. Người bệnh không đủ khả năng chăm sóc tại bệnh viện hiện tại và yêu cầu/đồng ý chuyển đến bệnh viện khác thích hợp
- e. Bệnh nhân hoặc người thân nhất khẳng định chuyển đến một cơ sở thích hợp khác.

Các loại bệnh nhân thường trải qua chuyển viện giữa các bệnh viện hoặc giữa các cơ sở có thể khác nhau, nhưng có thể được mong đợi ít nhất là như sau:

1. Liên quan đến mang thai, ví dụ như những người chuyển dạ bình thường hoặc bất thường, hoặc xuất huyết trước hoặc sau sinh, tiền sản giật hoặc sản giật - đặc biệt nếu bệnh viện hiện tại không có hoặc không đủ cơ sở để quản lý các tình trạng này hoặc nếu một cơ sở nông thôn có nguồn lực tối thiểu hoặc nhân viên được đào tạo.
2. Trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ có các biểu hiện khẩn cấp như suy hô hấp sơ sinh và các trường hợp cấp cứu nhi khoa khác có thể cần nguồn lực của các đơn vị chuyên khoa nhi khoa có thể không có sẵn chung.
3. Thương vong do chấn thương (xe cộ và không phải xe cộ) ban đầu được đưa đến các bệnh viện chăm sóc cơ bản và cần các nguồn lực hoạt động khẩn cấp của phẫu thuật thần kinh lớn và phẫu thuật ngực
4. Các trường hợp khẩn cấp về hô hấp như hen suyễn khó chữa hoặc COPD, hoặc viêm phổi nặng có khả năng cần hỗ trợ thở máy hoặc các biện pháp để giảm bớt công việc thở như trong đơn vị chăm sóc đặc biệt.
5. Ngừng tim, rối loạn nhịp tim, đau ngực, đặc biệt là hội chứng mạch vành cấp tính và suy tim cần được điều trị theo nhóm và theo dõi chặt chẽ
6. Bệnh nhân ngộ độc, những người cần khử nhiễm, sử dụng thuốc giải độc hoặc các can thiệp khác để tăng cường loại bỏ các thuốc hấp thụ, đặc biệt nếu các biện pháp can thiệp này không có sẵn tại cơ sở chăm sóc sức khỏe.
7. Bệnh nhân bất tỉnh cần được đánh giá cẩn thận và trong thời gian đó được bảo vệ đường thở bằng cách cung cấp đầy đủ thông khí.
8. Động kinh, đặc biệt là các cơn co giật tái phát có khả năng chuyển sang trạng thái động kinh
9. Các chấn thương do hỏa hoạn / bỏng cần sơ cứu ngay lập tức và chăm sóc chuyên biệt chỉ có thể được cung cấp tại các đơn vị bỏng được chỉ định
10. Phản ứng dị ứng, đặc biệt nếu nghiêm trọng như sốc phản vệ.

Quyết định cuối cùng để bắt đầu chuyển giao thuộc về bác sĩ hiện đang phụ trách bệnh nhân tại bệnh viện hiện tại. Quyết định chuyển viện phải dựa trên nhu cầu thúc đẩy sức khỏe của bệnh nhân. Việc chuyển giao chỉ nên được thực hiện khi lợi ích của việc chuyển giao lớn hơn rủi ro. Những rủi ro và lợi ích này cần được thảo luận với bệnh nhân và / hoặc người thân cận / người giám hộ hợp pháp trước khi đưa ra quyết định cuối cùng để việc chuyển viện đó dựa trên nguyên tắc đồng ý được thông báo. Việc chuyển viện chỉ có thể được thực hiện nếu bác sĩ bệnh viện tiếp nhận đồng ý tiếp nhận bệnh nhân.

Những cân nhắc để lựa chọn bệnh viện tiếp nhận sẽ như sau:

- a. cơ sở hạ tầng bệnh viện cho phép bệnh viện tiếp nhận quản lý bệnh /

thương tích theo tiêu chuẩn được cộng đồng y tế nói chung chấp nhận

b. sự sẵn có của mức độ chăm sóc mong muốn ở gần bệnh viện giam giữ hợp lý

Chuẩn bị trước khi chuyển bệnh nhân

Khi bệnh nhân và / hoặc người thân thích / người giám hộ hợp pháp đã đồng ý chuyển viện, bệnh viện tiếp nhận phải được xác định. Sự đồng ý của bệnh nhân / Người thân sau / người giám hộ hợp pháp nên được ghi lại trong ghi chú lâm sàng. Bệnh viện tiếp nhận nên được bác sĩ giới thiệu liên hệ trực tiếp. Liên lạc tại bệnh viện tiếp nhận nên được thực hiện với một bác sĩ có trách nhiệm, người sẽ đồng ý chịu trách nhiệm cho bệnh nhân sau khi hoàn tất việc bàn giao chính thức của bệnh nhân. Chỉ khi bác sĩ tiếp nhận đồng ý chuyển viện thì việc vận chuyển mới có thể bắt đầu. Trách nhiệm chuyển bệnh nhân thường thuộc về bác sĩ giới thiệu. Trách nhiệm chăm sóc bệnh nhân cũng sẽ thuộc về bác sĩ giới thiệu cho đến khi bệnh nhân được đội ngũ y tế tiếp nhận tại bệnh viện tiếp nhận.

Đôi khi, bệnh nhân có thể được chuyển đến bởi một nhóm chuyên khoa từ bệnh viện tiếp nhận. Trong trường hợp này, trách nhiệm chăm sóc được chuyển cho nhóm truy xuất tại thời điểm họ tiếp quản bệnh nhân từ nhóm giới thiệu.

Khi liên lạc với bệnh viện tiếp nhận hoặc nhóm thu hồi, bác sĩ giới thiệu nên chia sẻ các thông tin sau:

1. Tình trạng lâm sàng của bệnh nhân
2. Điều trị cho bệnh nhân
3. Kết quả điều tra được thực hiện cho đến nay
4. Bất kỳ cuộc điều tra thêm nào về điều trị sẽ được yêu cầu trước khi chuyển viện được tiến hành.
5. Nguy cơ bệnh nhân xấu đi có thể xảy ra trong quá trình chuyển
6. Các mốc thời gian gần đúng cho việc chuyển viện
7. Thống nhất và hiểu biết chung về các quy định về phản hồi và trao đổi giữa bệnh viện giữ và tiếp nhận.

Chăm sóc lâm sàng cho Bệnh nhân chờ chuyển viện

Trước khi bắt đầu chuyển viện, bác sĩ giới thiệu phải đảm bảo rằng bệnh nhân đã được hồi sức và ổn định ở mức độ hợp lý để đảm bảo an toàn tốt nhất trong quá trình vận chuyển. Trong một số trường hợp, có thể không khả thi để ổn định hoàn toàn bệnh nhân. Tuy nhiên, sẽ không được chấp nhận khi chuyển bệnh nhân ngừng tim hoặc ngừng hô hấp mà không có biện pháp dứt khoát được thực hiện để đảm bảo tính toàn vẹn của đường thở, hô hấp hoặc tuần hoàn. Danh sách kiểm tra thường được sử dụng để giải quyết các khía cạnh chăm sóc lâm sàng của việc sửa chữa trước khi chuyển viện. Danh sách kiểm tra trước khi chuyển viện phải giải quyết ít nhất những điều sau:

1. Đường thở: đường thở phải được cấp bằng sáng chế và được bảo vệ chống lại hít phải
 - a. Nếu có khả năng bị tổn thương đường thở trong quá trình vận chuyển, các biện pháp như đặt nội khí quản tự chọn nên được thực hiện
 - b. Ở bệnh nhân nặng, nên đặt mũi dạ dày trước khi chuyển
 - c. Cần cố định cột sống cổ, nếu có chỉ định.
2. Hơi thở đầy đủ
 - a. Nếu không có khả năng đầy đủ trong quá trình vận chuyển, nên sử dụng đặt nội khí quản hoặc sử dụng đường thở trên thanh môn trước khi bắt đầu chuyển và thở nhân tạo sau đó thực hiện
 - b. Nếu nghi ngờ tràn khí màng phổi, cần chụp X-quang ngực và đặt ống ngực để dẫn lưu tràn khí màng phổi.
3. Có khả năng tiếp cận mạch máu đầy đủ và điều trị hạ huyết áp đã được bắt đầu và đang được tiến hành tốt.
 - a. Điều này sẽ yêu cầu một hoặc hai IV kích thước lớn ở ngoại vi với dịch truyền chạy, nếu được chỉ định
 - b. Nếu cần bắt đầu theo dõi tĩnh mạch trung ương
 - c. Chảy máu bên ngoài nên được kiểm soát bằng băng áp lực hoặc các thiết bị có sẵn khác
 - d. Cần đặt ống thông tiểu, nếu có chỉ định.
 - e. Các vị trí gãy xương chính cần được ổn định bằng nẹp phù hợp
 - f. Cần có các biện pháp thích hợp để giảm đau cho bệnh nhân.
 - g. Các phương tiện để theo dõi các dấu hiệu sinh tồn nên có sẵn cho nhóm vận chuyển bệnh nhân. Các cơ sở bao gồm ít nhất cho nhịp tim, nhịp thở, nhiệt độ, huyết áp không xâm lấn và độ bão hòa oxy.
4. Tình trạng khiếm khuyết thần kinh của bệnh nhân phải được ghi lại và theo dõi rõ ràng.
 - a. Điều này có thể bằng cách ghi lại điểm số thang điểm Glasgow, phản ứng đồng tử và các thông số thần kinh khác.
 - b. Nếu bệnh nhân bị liệt hoặc đặt nội khí quản, điều này cần được ghi rõ ràng và phải có sẵn các cơ sở để quản lý bệnh nhân ở trạng thái này.
 - c. Phải có biện pháp bảo vệ cột sống thích hợp nếu được chỉ định cho bệnh nhân.
5. Cần có các biện pháp thích hợp để kiểm soát môi trường của bệnh nhân
 - a. Bệnh nhân nên được bảo vệ khỏi mưa và lạnh hoặc nóng bằng chăn và ga trải giường thích hợp.
 - b. Có thể cần mang theo khăn trải giường hoặc vỏ bọc bổ sung nếu bệnh nhân có khả năng yêu cầu những thứ này trong quá trình vận chuyển.
6. Cần đảm bảo rằng máu ban đầu, chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm khác được thực hiện nếu thích hợp và kết quả của các xét nghiệm đó được cung cấp cho

nhóm tiếp nhận càng sớm càng tốt.

Nhân viên đi cùng bệnh nhân trong quá trình vận chuyển

1. Tất cả nhân viên đi cùng bệnh nhân trong quá trình vận chuyển cần được đào tạo đầy đủ để cung cấp dịch vụ chăm sóc trong quá trình này.
2. Người lái xe cần được đào tạo ít nhất về hồi sức tim phổi và sơ cứu cơ bản
3. Nhân viên đi cùng bệnh nhân, dù là bác sĩ hay y tá, cần được đào tạo ít nhất các kỹ năng sau:
 - a. Hồi sức tim phổi, sử dụng máy khử rung tim, thủ công hoặc tự động hoặc cả hai, và đặc biệt là các loại và mô hình có sẵn trong xe cứu thương và được chứng nhận hiện tại về các kỹ năng này.
 - b. Sử dụng thiết bị và vật tư y tế có sẵn trong xe cứu thương và thích hợp để sử dụng cho bệnh nhân.

Thiết bị cho các phương tiện vận chuyển liên cơ sở

Xe cứu thương vận chuyển liên cơ sở phải có thiết bị và vật tư y tế để quản lý đường thở cơ bản và nâng cao, oxy hóa, thông khí, theo dõi huyết động và thuốc hồi sức và chất lỏng. Các thiết bị và thuốc này nên được kiểm tra thường xuyên (ít nhất mỗi tháng một lần). Cần kiểm tra thuốc về chức năng, bảo quản thích hợp và hết hạn sử dụng của thuốc và mức tồn kho. Đôi khi thiết bị bổ sung có thể được đưa vào xe cứu thương để chăm sóc bệnh nhân đặc biệt được chuyển đến. Nếu vậy, phải đảm bảo rằng chúng có chức năng và nhân viên đã quen thuộc với việc sử dụng các thiết bị này.

Tài liệu và bàn giao

Tất cả các giai đoạn của quá trình chuyển và chuyển trước phải được ghi lại trong trường hợp của bệnh nhân được ghi nhận. Tài liệu phải bao gồm chi tiết về tình trạng của bệnh nhân, lý do chuyển viện, tên bác sĩ giới thiệu và tiếp nhận, tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và các dấu hiệu sinh tồn, các sự kiện lâm sàng và phương pháp điều trị được cung cấp trong quá trình vận chuyển. Một số tổ chức sử dụng danh sách kiểm tra để đảm bảo rằng tất cả các khía cạnh của quá trình chuyển viện đã được giải quyết thỏa đáng. Một ví dụ về danh sách kiểm tra có thể được tìm thấy trong Phụ lục ở cuối chương này.

Ngay trước khi bệnh nhân rời khỏi bệnh viện hiện tại, nhóm chuyển giao cần được xác định và tóm tắt về vị trí của bệnh viện tiếp nhận và khu vực chuyển viện, tình trạng của bệnh nhân, phương pháp điều trị hiện đang được thực hiện, các phương pháp điều trị thêm có thể cần thiết trên đường đến cơ sở tiếp nhận. Thông tin chi tiết và chi tiết liên hệ của nhóm tiếp nhận cũng nên được cung cấp. Ghi chú trường hợp của bệnh nhân cũng sẽ đi kèm với bệnh nhân để có thể bàn giao cho bên tiếp nhận.

Tại thời điểm chuyển, tất cả các dấu hiệu sinh tồn đều được kiểm tra và một bản

sao của danh sách kiểm tra chuyển được ký bởi bên nhận và được trả lại bởi nhân viên chuyển giao, sau đó sẽ quay lại bệnh viện để ghi lại việc tiến hành chuyển giao thành công.

Bất kỳ sự kiện bất lợi nào xảy ra trong quá trình vận chuyển cũng phải được báo cáo và ghi lại rõ ràng bởi nhóm chuyển giao để các sự kiện đó có thể được xem xét và kiểm toán một cách công bằng. Các tác dụng phụ có thể lớn hoặc nhỏ, bất kể mức độ nghiêm trọng cần phải báo cáo. Ví dụ về các tác dụng phụ có thể xảy ra trong quá trình vận chuyển bao gồm:

1. Tim mạch, ví dụ như hạ huyết áp, rối loạn nhịp tim hoặc ngừng tim hoặc suy tim
2. Hô hấp, ví dụ như vô tình rút nội quản, co thắt phế quản, bình oxy bị cạn kiệt do thời gian vận chuyển lâu
3. Các đường truyền tĩnh mạch bị bung ra hoặc ngắt kết nối.
4. Tâm thần kinh, chẳng hạn như kích động cấp tính, tăng buồn ngủ
5. Trục trặc hoặc hỏng hóc thiết bị
6. Sự cố xe cộ
7. Lỗi của con người, chẳng hạn như lỗi quản lý thuốc, đưa bệnh nhân đến nhầm bệnh viện

Các yếu tố góp phần gây ra các tác dụng phụ có thể được giảm thiểu. Một số biện pháp như vậy bao gồm:

1. Các yếu tố liên quan đến thiết bị (yếu tố kỹ thuật), chẳng hạn như với máy thở cơ học, bơm truyền dịch và dây dẫn giám sát: do đó, điều quan trọng là nhân viên chuyển giao phải làm quen với các thiết bị liên quan đến vận chuyển. Đào tạo là rất quan trọng để đạt được điều này.
2. Các yếu tố con người như thiếu đào tạo và giám sát có thể được giảm bớt thông qua việc tổ chức các chương trình đào tạo và đảm bảo sự kết hợp tốt của nhân viên cấp giám sát trong nhóm chuyển giao.
3. Các yếu tố liên quan đến giao thông vận tải bao gồm lỗi xe cộ, sự cố thiết bị thông tin liên lạc và sự bất cập trong hướng dẫn liên lạc đều có thể tránh được với hệ thống quản lý phương tiện được tổ chức tốt và tính sẵn có và bảo trì tốt thiết bị liên lạc chuyên dụng và hướng dẫn liên lạc bằng văn bản rõ ràng.
4. Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân bao gồm sự không ổn định lâm sàng, hội sức và ổn định không đầy đủ, mức độ nghiêm trọng của bệnh ngày càng tăng và thất bại thuốc có thể được giải quyết tốt hơn thông qua các nỗ lực ổn định bệnh nhân được lập quy trình tốt tiếp tục trong quá trình chuyển giao.

Phụ lục: Ví dụ về danh sách kiểm tra chuyển bệnh nhân

Bảng 1. Khuyến nghị và mức độ bằng chứng của các biện pháp phòng ngừa được thực hiện trước khi vận chuyển bệnh nhân nguy kịch

Khuyến nghị	Mức khuyến nghị/Mức độ bằng chứng
1. Theo dõi các điều kiện huyết động và hô hấp	1A
2. Hiểu biết về tình trạng lâm sàng của bệnh nhân	1B
3. Đánh giá rủi ro/lợi ích của việc vận chuyển	2A
4. Đào tạo và nâng cao trình độ chuyên môn	1A
5. Thực hiện các biện pháp phòng ngừa các biến chứng sinh lý và hổng hóc thiết bị	1A
6. Tổ chức và phân công nhiệm vụ của nhân viên vận chuyển	2B
7. Thành phần nhân viên vận chuyển:	
- Bác sĩ và điều dưỡng	1A
- Bác sĩ, điều dưỡng và nhà vật lý trị liệu	2A
- Bác sĩ, điều dưỡng và hộ lý	2C
- Bác sĩ và hộ lý	2C
8. Sử dụng cáng trong quá trình vận chuyển	1A
9. Sử dụng bơm truyền dịch và máy thở di động	1B
10. Sử dụng máy theo dõi/khử rung tim và máy đo độ bão hòa oxy trong máu	1A
11. Mang theo hộp thuốc cấp cứu trong quá trình vận chuyển	1B
12. Kiểm tra hộp thuốc cấp cứu và dụng cụ đặt nội khí quản trước khi thực hiện thủ thuật	1B
13. Kiểm tra mức khí trong bình oxy	2A
14. Sử dụng cáng và bơm truyền dịch thông thường	2B
15. Sử dụng thông khí thủ công và máy đo CO ₂ ký đồ (capnography)	2B
16. Bảo trì thiết bị định kỳ	2C

RL - Mức khuyến nghị / DE - Mức độ bằng chứng

Chương 5. KẾT QUẢ LÂM SÀNG: XÁC ĐỊNH VÀ TÀI LIỆU

Giới thiệu

Xác định kết quả lâm sàng cho các can thiệp chính trong chăm sóc cấp cứu là một thách thức ở hầu hết các cộng đồng chủ yếu do cơ sở hạ tầng tổ chức khác nhau mà chăm sóc trước bệnh viện và chăm sóc trong bệnh viện sống cùng. Bệnh nhân được quản lý bởi hệ thống chăm sóc trước bệnh viện khẩn cấp thường kết thúc trong môi trường bệnh viện. Tuy nhiên, nếu không dễ dàng tiếp cận thông tin thường tồn tại trong bệnh viện, đương nhiên sẽ rất khó để xác định liệu các hành động được thực hiện bởi các nhóm tiền bệnh viện để quản lý các trường hợp khẩn cấp trong môi trường ngoài bệnh viện hoặc của các nhóm y tế cấp cứu trong bệnh viện có tác động tích cực đến kết quả hay không. Trong các hệ thống mà nhà nước quản lý cả hai hệ thống, nên có phạm vi lớn hơn để chia sẻ dữ liệu quan trọng sẽ hỗ trợ xác định các lĩnh vực chăm sóc có thể được cải thiện.

Mọi cộng đồng cần xác định mức độ thực hiện chăm sóc cơ bản được cung cấp để khi các thông số kết quả tiếp tục được đo lường sau khi các can thiệp tiếp theo trong chăm sóc, tác động của các can thiệp này đối với các thông số kết quả có thể được nhìn thấy rõ ràng cung cấp bằng chứng về hiệu quả hoặc cách khác của các can thiệp này.

Nhà nước cũng cần phát triển cơ chế thu thập dữ liệu kết quả lâm sàng trên cơ sở thường xuyên (hàng năm). Những thách thức trong việc thu thập dữ liệu như vậy trở nên khó khăn bởi các thực tiễn sau:

1. Xe cứu thương thường không nhất quán trong việc sử dụng các chẩn đoán hoặc mã vấn đề.
2. Các bệnh viện tiếp nhận cũng không thu thập dữ liệu về các loại trường hợp do bệnh viện gửi đến, và điều này một phần là do nhiều bệnh nhân xe cứu thương đến mà không có chẩn đoán hoặc mã vấn đề
3. Hiện tại cũng không có nhiệm vụ nào cho các bệnh viện thu thập dữ liệu như vậy và gửi chúng cho Đơn vị chăm sóc Cấp cứu trước bệnh viện tại Bộ Y tế và Phúc lợi Gia đình.

Thiết lập hệ thống thu thập dữ liệu kết quả lâm sàng.

1. Việc theo dõi kết quả lâm sàng của Bộ Y tế Tiểu bang đòi hỏi sự sẵn có của một hệ thống thu thập dữ liệu đơn giản từ tất cả các bệnh viện, cả công và tư.
2. Hệ thống di chuyển bệnh nhân hiện nay khi được xe cứu thương đưa đến bệnh viện như sau:

a. Một bản sao hồ sơ trường hợp xe cứu thương được để lại cho bệnh nhân tại bệnh viện tiếp nhận, mặc dù không phải lúc nào cũng có xác định vấn đề được chỉ định rõ ràng

b. Những bệnh nhân này thường được khám tại khoa cấp cứu mặc dù đôi khi họ được khám trực tiếp tại các khoa khác trong bệnh viện, ví dụ như Khoa Sản phụ khoa và Khoa Nhi khoa.

c. Hiện tại không có cơ chế nào cho các Khoa khác nhau nơi bệnh nhân được nhập viện để phản hồi về kết quả của những bệnh nhân nhập viện đó.

d. Hiện tại không có yêu cầu Khoa Cấp cứu phải báo cáo lại cho Bộ Y tế Tiểu bang về việc xử lý các nhóm bệnh nhân cụ thể đến Khoa Cấp cứu.

e. Do đó, thiếu nhận thông tin kết quả để phản hồi về chất lượng chăm sóc cho các trường hợp khẩn cấp gặp phải trong Hệ thống Chăm sóc Sức khỏe Karnataka.

f. Những phản hồi như vậy sẽ rất quan trọng để xác định các lĩnh vực có thể nỗ lực nhiều hơn và các cải tiến được thiết kế để có kết quả lâm sàng tốt hơn.

3. Sau đây là một hệ thống khá đơn giản để thu thập phản hồi cần thiết từ cả các bệnh viện khu vực công và tư nhân trong tiểu bang và có những phản hồi này được đối chiếu bởi 26 quận của Karnataka trước khi chúng được tập trung tại Bộ Y tế và Phúc lợi Gia đình Tiểu bang:

a. Tất cả các xe cứu thương đưa bệnh nhân đến bệnh viện, cho dù họ là công lập hay tư nhân sẽ phân loại những bệnh nhân này thành mười lăm nhóm bệnh

b. Trong số 10 nhóm này sẽ yêu cầu phản hồi về kết quả từ Khoa Cấp cứu hoặc bệnh viện, nếu thích hợp. Mười nhóm là những nhóm được xác định trong đoạn 4 dưới đây.

c. Đối với mỗi nhóm trong số mười nhóm này, tất cả các Khoa Cấp cứu sẽ chỉ ra kết quả tại thời điểm xử lý từ Khoa Cấp cứu (cho dù khi xuất viện hay khi nhập viện). Khoa Cấp cứu sẽ báo cáo những kết quả này cho bệnh viện mỗi tháng một lần.

d. Đối với bệnh nhân thuộc mười nhóm bệnh này được nhập viện như bệnh nhân nội trú, các bệnh viện sẽ ghi lại việc xử lý theo yêu cầu.

e. Mỗi tháng một lần, vào tuần đầu tiên của tháng tiếp theo, các bệnh viện sẽ gửi báo cáo cho Văn phòng Y tế Quận dữ liệu tích lũy cho mười nhóm bệnh.

f. Khi nhận được những thông tin này tại Quận, dữ liệu sẽ được đối chiếu một lần nữa để gửi đến Bộ Y tế và Phúc lợi Gia đình Tiểu bang vào cuối tháng.

g. Tiểu bang sẽ đối chiếu thêm những điều này để có được tình trạng toàn tiểu bang về kết quả của bệnh nhân trong mười nhóm bệnh này đã được quản lý bởi các dịch vụ xe cứu thương công cộng khác nhau trong tiểu bang.

h. Điều này sẽ cung cấp cho tiểu bang sự hiểu biết rõ ràng về tác động của hệ thống chăm sóc cấp cứu trước bệnh viện đối với kết quả của bệnh tật và thương tích và sẽ cho phép tiểu bang giải quyết các lĩnh vực cụ thể mà có thể nhận thấy những cải thiện tốt hơn với các can thiệp bổ sung.

4. Dưới đây là các chỉ số kết quả đơn giản đã được xác định để bắt đầu quá

trình xác định kết quả cho bệnh nhân được đưa đến bệnh viện từ môi trường tiền bệnh viện.

Lâm sàng Nhóm	Thông số kết quả	Tính toán thông số
Rối loạn liên quan đến thai kỳ	Tỷ lệ tử vong mẹ	<i>Tình trạng ở 42 ngày (Còn sống / Chết)</i> # số ca tử vong trong vòng 42 ngày sau khi mang thai (ở phụ nữ từ 10-49 tuổi) trên 100.000 trường hợp mang thai được xác định được quản lý bởi dịch vụ xe cứu thương = <u>Số trường hợp tử vong mẹ trong vòng 42 ngày kể từ ngày sinh x 100.000</u> Số trường hợp mang thai do dịch vụ Xe cứu thương quản lý
Bệnh nhân chấn thương	Tỷ lệ tử vong do chấn thương	<i>Tình trạng bệnh nhân khi xuất viện: Sống / Chết</i> # số ca tử vong do chấn thương trên 100.000 dân = <u>Số ca tử vong do chấn thương trong một tháng x 100.000</u> Dân số trong cộng đồng
Rối loạn hô hấp	Tỷ lệ tử vong do hô hấp	<i>Tình trạng lâm sàng sau mười ngày: Sống / Chết</i> # số ca tử vong trong vòng 10 ngày trên 100.000 bệnh nhân hô hấp được đưa đến bệnh viện bằng dịch vụ xe cứu thương = <u>Số ca tử vong đường hô hấp hàng tháng trong một tháng x 100.000</u> Số bệnh nhân hô hấp hàng tháng được đưa đến bệnh viện
Ngừng tim	Sống sót sau ngừng tim	<i>Tình trạng khi xuất viện: Còn sống / Chết</i> Số bệnh nhân ngừng tim xuất viện còn sống bằng % tổng số trường hợp ngừng tim do xe cứu thương quản lý
ST nâng cơ tim Nhồi máu	Tỷ lệ tử vong STEMI 48 giờ	<i>Tình trạng sau 48 giờ sau khi đến Bệnh viện = Sống / Chết</i> % bệnh nhân STEMI được đưa đến bệnh viện bằng dịch vụ Xe cứu thương còn sống ở 48 giờ
Ngộ độc	Tỷ lệ tử vong do quá liều sau nhiễm độc	<i>Tình trạng sau 48 giờ sau khi đến bệnh viện: Sống / Chết</i> % sống sót sau 48 giờ đối với tất cả bệnh nhân bị ngộ độc được xe cứu thương đưa đến

Bất tỉnh và Động kinh	Có ý thức khi đến trường hợp khẩn cấp Sở	<i>Tình trạng khi đến bệnh viện: Ý thức / Bất tỉnh</i> % bệnh nhân bất tỉnh và / hoặc động kinh tinh táo trong bệnh viện
Thương vong do bỏng	Tỷ lệ sống sót đến xuất viện mỗi năm	<i>Trạng thái 1 năm kể từ Sự cố bỏng: Sống / Chết</i> % bệnh nhân bỏng sống sót đến khi xuất viện hàng năm
Phản ứng dị ứng	Tỷ lệ nhập viện nội trú mỗi năm	<i>Bệnh nhân có được nhập viện nội trú không: Có / Không</i> % bệnh nhân có phản ứng dị ứng được nhập viện nội trú

Chương 6. LỜI KHUYÊN VÀ LƯU Ý CHO CÁC BÁC SĨ VÀ Y TÁ CẤP CỨU

Phạm Đình Quyết

Hôm Đình Quyết

Phạm Đình Quyết

Chương 7. GIỚI THIỆU ĐẾN KHẨN CẤP CHĂM SÓC CHẤN THƯƠNG CỦA KHOA

Giới thiệu

Vào thời điểm một bệnh nhân bị thương đến Khoa Cấp cứu, một thời gian nào đó đã trôi qua kể từ thời điểm bị thương. Ngoài ra, bệnh nhân hiện đang ở trong một khu vực tương đối an toàn. Những người quản lý bệnh nhân tại phòng cấp cứu sẽ không có khả năng nhìn thấy hiện trường vụ tai nạn. Tất cả những điều này cung cấp những thách thức cho việc đánh giá ban đầu về một người bị thương nặng do nhiều chấn thương.

Tỷ lệ tử vong trong chấn thương xảy ra trong ba giai đoạn chính, tức là ngay lập tức, sớm và muộn. Tử vong ngay lập tức là do chấn thương chết người của các mạch máu lớn, tim hoặc hệ thần kinh. Tỷ lệ tử vong như vậy thường xảy ra tại hiện trường chấn thương. Để ngăn ngừa tử vong tại hiện trường vụ tai nạn sẽ đòi hỏi một cách tiếp cận cho phép các bệnh nhân bị thương nặng được các dịch vụ xe cứu thương khẩn cấp của cộng đồng đón nhanh chóng, được đánh giá ngay lập tức và áp dụng các biện pháp can thiệp quan trọng tại hiện trường, sau đó ngay lập tức và nhanh chóng được vận chuyển đến một cơ sở chăm sóc chấn thương có nhân viên và trang bị phù hợp gần đó. Các hệ thống như vậy hiếm khi có sẵn, ở Ấn Độ hoặc bất kỳ quốc gia nào khác trên thế giới.

Tử vong sớm có thể xảy ra từ vài phút đến vài giờ sau chấn thương. Tử vong, ở những bệnh nhân này, thường là do xuất huyết, suy tim mạch, lưu thông kém và oxy hóa các cơ quan quan trọng, tổn thương thần kinh lớn hoặc kết hợp các loại này. Chính trong nhóm này, việc quản lý kịp thời tại hiện trường, vận chuyển an toàn đến bệnh viện thích hợp và can thiệp thích hợp ở đó kịp thời có thể có tác động lớn nhất đến kết quả chấn thương. Khoa Cấp cứu đóng một vai trò quan trọng trong việc quản lý những bệnh nhân như vậy và chất lượng chăm sóc thường được phản ánh qua kết quả của những bệnh nhân đó.

Tỷ lệ tử vong do chấn thương muộn đạt đỉnh điểm từ vài ngày đến vài tuần sau chấn thương và thường là hậu quả của nhiễm trùng huyết và suy đa tạng. Hệ thống chăm sóc đặc biệt tốt trong bệnh viện có thể giảm thiểu tỷ lệ tử vong do chấn thương muộn.

Mục tiêu của một hệ thống đánh giá ban đầu có tổ chức của bệnh nhân chấn thương là:

- Nhanh chóng xác định các chấn thương đe dọa tính mạng
- Bắt đầu điều trị hỗ trợ đầy đủ
- Tổ chức hiệu quả liệu pháp dứt điểm hoặc chuyển đến cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc như vậy.

Kích hoạt nhóm phân loại và chấn thương ban đầu tại Khoa Cấp cứu

Phân loại chấn thương tốt nên xác định những bệnh nhân có khả năng cao bị suy giảm lâm sàng sớm. Một hệ thống phân loại tốt cũng nên đảm bảo rằng một nhóm thích hợp quản lý bệnh nhân càng sớm càng tốt khi đến Khoa Cấp cứu. Việc phân loại như vậy nên xem xét

các cơ chế chấn thương, chấn thương giải phẫu và các thông số sinh lý của thương vong. Xác định thương vong do chấn thương nặng, sử dụng các tiêu chí này, nên bắt đầu kích hoạt Nhóm Chấn thương của Bệnh viện. Nhóm Chấn thương có thể được kích hoạt nếu đáp ứng bất kỳ một hoặc nhiều tiêu chí nào:

Thông số giải phẫu

- Cắt cụt chi gần khuỷu tay hoặc đầu gối
- 2 hoặc nhiều gãy xương dài gần
- Nghi ngờ chấn thương tủy sống
- Chấn thương hàm mặt nghiêm trọng với khả năng tổn thương đường thở
- Bỏng > 15% TBSA
- Bệnh nhân mang thai (> 20 tuần) bị chấn thương xuyên thấu hoặc chấn thương cùn đáng kể Cơ chế chấn thương
 - Vết thương do súng bắn gần đầu gối / khuỷu tay
 - Vết thương xuyên thấu đáng kể ở đầu, cổ, ngực, bụng hoặc háng
 - Đẩy ra khỏi xe
 - Người đi bộ bị ném (bị ô tô đâm) hoặc cán qua
- Rơi từ độ cao > 6 mét (20 feet) Tiêu chí hầu cần
- Sự xuất hiện đồng thời của 3 bệnh nhân đa chấn thương Tiêu chí sinh lý
 - Mất các dấu hiệu sinh tồn trên đường đi
 - Huyết áp tâm thu < 90 mm Hg khi giảm tưới máu
 - Tổn thương thông khí (Nhịp thở < 10 hoặc > 30 mỗi phút)
 - Thang đo hôn mê Glasgow dưới 12 với bằng chứng chấn thương thân hoặc tứ chi
 - Bệnh nhân mang thai (> 20 tuần) có nhịp tim thai nhi < 120 hoặc > 160 mỗi phút

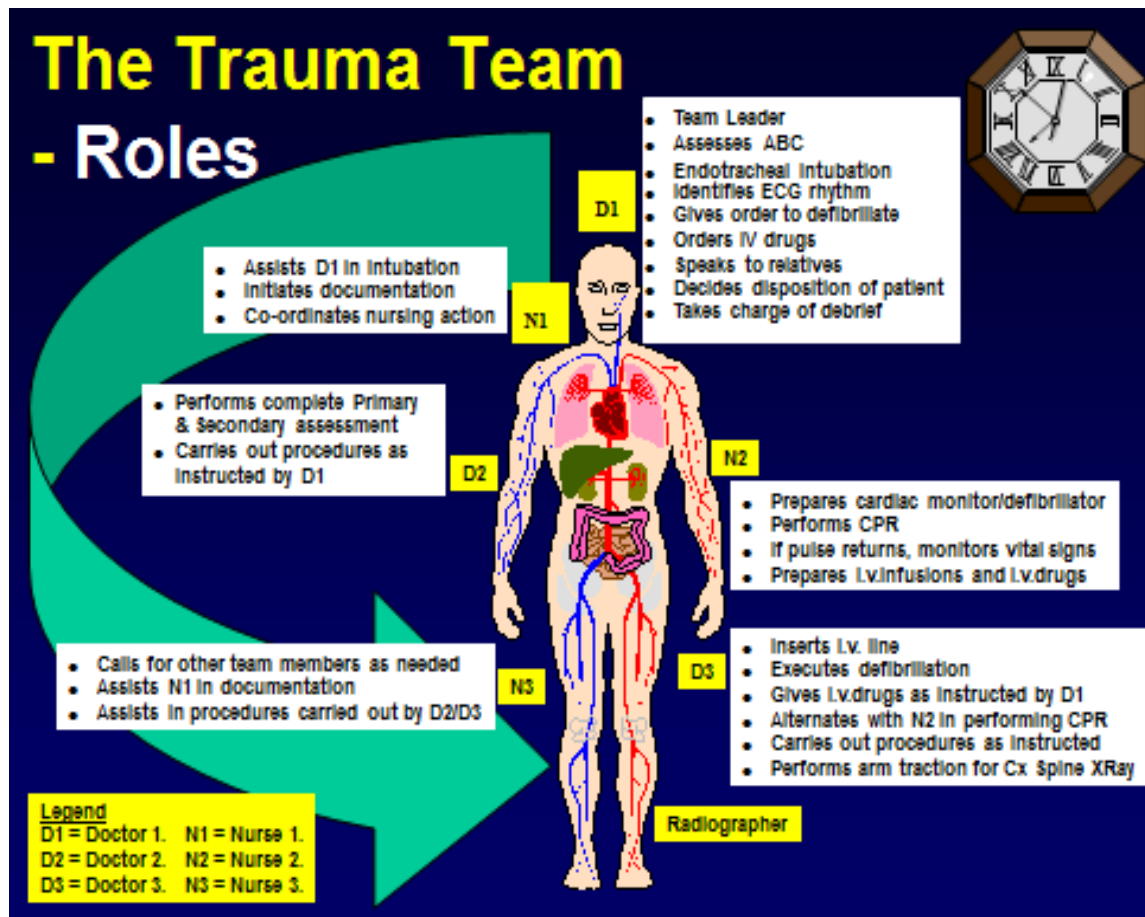
Khi phân loại bệnh nhân với các loại chấn thương khác nhau, các ưu tiên cần được đặt ra trong cuộc khảo sát chính. Do đó, một bệnh nhân bị tắc nghẽn đường thở được ưu tiên cao hơn một bệnh nhân tương đối ổn định bị cắt cụt chi do chấn thương. Bệnh nhân bị thương nặng có thể thực hiện các thủ thuật chẩn đoán đồng thời được đánh giá để giảm thời gian tổng thể cần thiết cho việc điều trị ban đầu. Việc chẩn đoán và điều trị đồng thời như vậy bởi nhiều nhà cung cấp đòi hỏi sự lãnh đạo và tổ chức để hoạt động hiệu quả.

Tổ chức Nhóm chấn thương

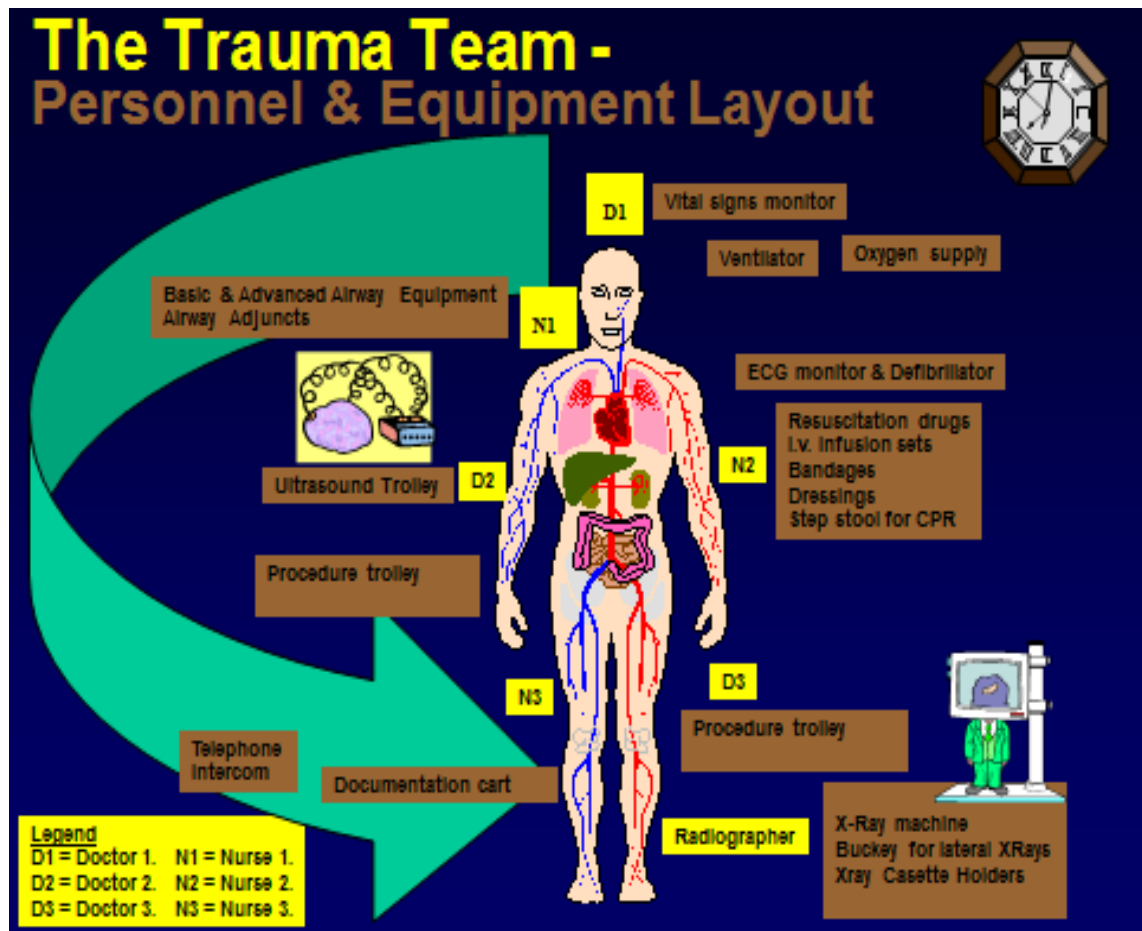
Bất kể bối cảnh lâm sàng nào, nhóm chăm sóc nên được tổ chức trước khi bệnh nhân đến. Lãnh đạo và thống nhất chỉ huy là điều cần thiết để chỉ đạo một cuộc kiểm tra nhanh chóng và hiệu quả. Trong các cơ sở lớn hơn với các dịch vụ chấn thương chuyên dụng, bác sĩ phẫu thuật tổng quát tạo thành nòng cốt của nhóm chấn thương với sự hợp tác chặt chẽ với

nhân viên khoa cấp cứu. Một bác sĩ từ một trong hai dịch vụ có kinh nghiệm trong việc chăm sóc bệnh nhân chấn thương đóng vai trò là trưởng nhóm và chỉ đạo đánh giá và hồi sức.

Nhóm chấn thương đến với nhau khi nhận được thông tin ban đầu về sự xuất hiện của bệnh nhân bị thương. Điều này có thể xảy ra ngay sau khi nhận được cuộc gọi từ dịch vụ xe cứu thương khẩn cấp hoặc khi bệnh nhân đến Khoa Cấp cứu. Nếu thông tin ban đầu có sẵn cho ED đáp ứng các tiêu chí kích hoạt Nhóm Chấn thương, thì các thủ tục kích hoạt nhóm Chấn thương nên được bắt đầu ngay lập tức. Một số bệnh viện có hệ thống Kích hoạt Chấn thương được kích hoạt bởi tổng đài viên điện thoại của bệnh viện, yêu cầu nhóm họp tại phòng cấp cứu trong vòng năm phút sau khi kích hoạt. Một khái niệm hồi sức chấn thương cơ bản được phác thảo trong hình dưới đây. Tổ chức này yêu cầu các vai trò phải được xác định rõ ràng cho từng thành viên của nhóm Chấn thương và các nhóm như vậy phải được thực hành trong các vai trò này để làm việc nhóm hiệu quả có thể được đảm bảo tốt hơn khi kích hoạt chấn thương.



Khi nhóm tập hợp lại với nhau, việc phân công vai trò của trường nhóm Chấn thương và đảm bảo rằng tất cả các thiết bị và vật tư đều có sẵn cho bệnh nhân sẽ là điều cần thiết để cho phép quá trình hồi sức tiến hành với độ trễ tối thiểu. Một ví dụ về việc tổ chức thiết bị xung quanh bệnh nhân để đảm bảo di chuyển tương đối không hạn chế của thiết bị và nhân viên trong quá trình chăm sóc bệnh nhân được thể hiện trong sơ đồ bên dưới. Khoa Cấp cứu phải đảm bảo rằng tất cả các thiết bị này có sẵn dễ dàng và đã được sắp xếp để được huy động trong thời gian ngắn trong trường hợp bệnh nhân chấn thương nặng đến. Khả năng sử dụng của các thiết bị này cũng phải được đảm bảo và điều này đòi hỏi Khoa Cấp cứu phải có một hệ thống kiểm tra thường xuyên và ghi lại những thiết bị này bởi nhân viên điều dưỡng. Sự sẵn có nhanh chóng của thiết bị hoạt động phải là một tiêu chí quan trọng về trạng thái sẵn sàng của Khoa Cấp cứu nếu muốn tiếp nhận các bệnh nhân Chấn thương nặng.



Khi bệnh nhân đến Khoa Cấp cứu, phải đảm bảo di chuyển suôn sẻ từ xe đến hoặc xe cứu thương đến xe đẩy bệnh nhân thân thiện với chấn thương. Nhiệm vụ của Khoa Cấp cứu là đảm bảo rằng nhân viên của mình được đào tạo và tổ chức tốt để tiến hành chuyển bệnh nhân suôn sẻ như vậy tại hiện trường của Khoa Cấp cứu. Nên sử dụng thanh trượt / băng chuyển bệnh nhân trơn tru như Patslide (hiển thị trong hình bên dưới). Sau đó, bệnh nhân sẽ được đưa đến khu vực thích hợp của Khoa Cấp cứu để được đánh giá và chăm sóc thêm.

Đánh giá ban đầu của bệnh nhân chấn thương

Đánh giá ban đầu tại khoa Cấp cứu phải là một quá trình có hệ thống bắt đầu bằng khảo sát ban đầu, hồi sức, khảo sát thứ cấp và điều trị dứt điểm hoặc chuyển đến trung tâm chấn thương thích hợp để được chăm sóc dứt điểm. Quy trình có hệ thống này được thiết kế để xác định các chấn thương đe dọa tính mạng và bắt đầu điều trị ổn định một cách nhanh chóng và hiệu quả. Không cần sự chắc chắn chẩn đoán tuyệt đối để điều trị các tình trạng lâm sàng nguy kịch được xác định sớm trong quá trình. Khi tài nguyên bị hạn chế (ví dụ: một bác sĩ),



không thực hiện các bước tiếp theo trong cuộc khảo sát ban đầu cho đến khi giải quyết các tình trạng đe dọa tính mạng trong các bước trước đó.

Khảo sát ban đầu

Mục tiêu của cuộc khảo sát chính là xác định các chấn thương cần can thiệp quan trọng ngay lập tức. Các bước của cuộc khảo sát sơ cấp sử dụng ABCDE ghi nhớ và chúng sẽ được mô tả như sau:

A = Duy trì đường thở với Bảo vệ cột sống cổ Các bước sau phải được thực hiện:

- a. Đầu tiên, hãy xác định độ thông thoáng của đường thở và khả năng của không khí đi vào phổi mà không bị cản trở.
- b. Cần đánh giá sự hiện diện của tắc nghẽn đường thở do chấn thương trực tiếp, phù nề hoặc dị vật và không có khả năng bảo vệ đường thở do mức độ suy giảm ý thức.
- c. Nếu không có mặt bằng sáng chế, đường thở sẽ cần được thiết lập. Sử dụng cách tiếp cận từng bước sau:
 - i. Thực hiện động tác nâng cằm nhẹ nhàng hoặc đẩy hàm hoặc thao tác đẩy hàm.
 - ii. Làm sạch đường thở của dịch tiết hoặc dị vật.
 - iii. Chèn đường thở hầu họng, nếu không có phản xạ bịt miệng
 - iv. Thiết lập đường thở dứt điểm bằng cách đặt nội khí quản hoặc phẫu thuật cắt tuyến giáp.
- d. Duy trì cột sống cổ ở vị trí trung lập với sự ổn định bằng tay, khi cần thiết, khi thiết lập đường thở
- e. Tiếp tục cố định cột sống cổ bằng các thiết bị thích hợp sau khi thiết lập đường thở. Thông thường cổ cổ cứng có giá đỡ cầm sẽ được sử dụng.

B = Thở, bao gồm Thông khí và Oxy hóa

Tiếp theo, đánh giá hơi thở của bệnh nhân để xác định khả năng thở tự nhiên của bệnh nhân.

- a. Cung cấp oxy qua khẩu trang
- b. Xác định tốc độ và độ sâu của hô hấp. Tìm kiếm sự hiện diện hoặc không có thở tự phát, hoặc chuyển động thành ngực không đối xứng.
- c. Kiểm tra và sờ nắn cổ xem có bị lệch khí quản không.
- d. Nhìn ngực để tìm chuyển động ngực một bên và hai bên, sử dụng các cơ hô hấp phụ và bất kỳ dấu hiệu chấn thương nào. Xem xét vết thương ở ngực hoặc nút ngực
- e. Nghe hai bên ngực
- f. Nếu âm thanh hơi thở bất thường hoặc giảm, gõ ngực với cường độ cộng hưởng gợi ý tràn khí màng phổi và âm i gợi ý tràn máu màng phổi.

- g. Nếu khám ngực bất thường, hãy xem xét các hình thức điều trị sau:
- Oxy nồng độ cao
 - Thông khí bằng thiết bị mặt nạ có túi khí
 - Điều trị tràn khí màng phổi căng thẳng kịp thời
 - Bịt kín tràn khí màng phổi hở
 - Tổ chức giám sát CO₂ cuối thủy triều
 - Theo dõi đo oxy xung

C = Lưu thông với kiểm soát xuất huyết

Hiện nay, các nguyên tắc quản lý tuần hoàn trong chấn thương nặng bao gồm:

- Xác định (các) nguồn gốc của chảy máu bên ngoài chính và kiểm soát chúng bằng cách áp dụng áp lực trực tiếp lên các vị trí này.
- Xác định nguồn chảy máu trong và đánh giá nhu cầu can thiệp phẫu thuật sớm, ví dụ như chèn ép tim, tràn khí màng phổi, xuất huyết sau phúc mạc. Đánh giá trạng thái tuần hoàn thông qua đánh giá cẩn thận màu da, chất lượng, tốc độ và độ đều đặn của thời gian nạp mạch và mao mạch, và nếu thời gian cho phép, đo huyết áp.
- Đặt hai ống thông nội mạch lớn và đồng thời, lấy máu để xét nghiệm huyết học và sinh hóa, đánh giá hồ sơ chảy máu và kết hợp nhóm và kết hợp chéo
- Bắt đầu hồi sức kiểm soát thiệt hại. Điều này bao gồm những điều sau:
 - Tránh hạ thân nhiệt nghiêm trọng
 - Đạt được hạ huyết áp cho phép - để hạn chế bắt đầu sử dụng chất lỏng và / hoặc các sản phẩm máu để đạt được huyết áp thấp hơn bình thường, chẳng hạn như huyết áp tâm thu là 80-90 mm Hg và huyết áp động mạch trung bình là khoảng 50 mm Hg.
 - Hồi sức cầm máu – với việc sử dụng các chất chống tiêu sợi huyết như axit tranexamic và quản lý máu và sản phẩm máu cân bằng với tỷ lệ huyết tương tươi đông lạnh: các tế bào hồng cầu đóng gói từ 1: 1 đến 1: 2.

D = Đánh giá khuyết tật, đề cập đến Đánh giá thần kinh ngắn gọn

Tất nhiên, ban đầu, trạng thái thần kinh của bệnh nhân có thể được xác định đơn giản bằng giao thức AVPU (A = Cảnh báo, V = phản hồi lệnh bằng lời nói, P = chỉ phản ứng với các kích thích đau, U = Không phản hồi). Tuy nhiên, đánh giá thêm ban đầu sẽ bao gồm những điều sau:

- Xác định mức độ ý thức bằng cách sử dụng Thang đo hôn mê Glasgow. Điều này rất hữu ích trong việc đánh giá tưới máu não và cũng dự đoán sự phục hồi thần kinh
- Kiểm tra kích thước đồng tử, độ đối xứng và phản ứng với ánh sáng để xác định bất kỳ sự suy giảm nào do các biến cố nội sọ

- c. Đánh giá các dấu hiệu bên và tổn thương tủy sống và giải quyết nhu cầu hạn chế chuyển động cột sống

E = Phơi nhiễm / Kiểm soát môi trường

Điều này bao gồm việc tiếp xúc đầy đủ với bệnh nhân và kiểm soát môi trường trực tiếp. Cởi bỏ hoàn toàn quần áo của bệnh nhân để thuận tiện cho việc khám sức khỏe kỹ lưỡng. Tuy nhiên, hãy đảm bảo rằng bệnh nhân được giữ ấm và không bị hạ thân nhiệt trong môi trường điều hòa. Việc sử dụng dịch truyền IV ấm, chăn, đèn sưởi và chăn tuần hoàn không khí ấm cần được xem xét..

Quy trình bổ sung

Khi kết thúc khảo sát sơ cấp, một số thủ tục khác có thể được xem xét trước khi bắt đầu khảo sát thứ cấp. Các thủ tục này bao gồm:

- a. Theo dõi bệnh nhân: Đặt dây dẫn theo dõi điện tâm đồ và thở máy (ETCO₂), đồng thời bắt đầu đo oxy xung liên tục càng sớm càng tốt. Các thông số quan trọng này có thể hướng dẫn hồi sức thêm.
- b. Nếu bệnh nhân cần sử dụng các biện pháp hỗ trợ đường thở nhân tạo, hãy thực hiện đặt nội khí quản mũi dạ dày để giải nén dạ dày và giảm khả năng hít phải các chất trong dạ dày.
- c. Đồng thời đặt ống thông tiểu để tạo điều kiện thuận lợi cho việc đo đáp ứng với hồi sức chất lỏng. Lưu ý rằng ống thông Foley được chống chỉ định nếu rõ ràng là tổn thương niệu đạo.
- d. Chụp X-quang ngực và xương chậu, và nếu cần, phim cột sống cổ. Trong trường hợp chấn thương đầu, việc chụp CT đầu và cột sống cổ cùng nhau ngày càng phổ biến hơn. Điều này tự nhiên giả định rằng chuyên môn để đọc và giải thích những điều này là có sẵn; nhãn trên sàn nhà.
- e. Thực hiện kiểm tra FAST (Đánh giá tập trung với siêu âm chấn thương). Các quan điểm nên bao gồm những điều sau:
 - i. Màng ngoài tim để loại trừ chèn ép tim chế độ xem góc phần tư trên bên phải để hình dung cơ hoành, gan, thận và túi Morrison
 - ii. Chế độ xem góc phần tư trên bên trái để hình dung cơ hoành, lá lách và thận trái
 - iii. Góc nhìn trên mu trước khi đặt ống thông tiết niệu

Hãy nhớ rằng FAST âm tính không loại trừ chấn thương trong ổ bụng, mà chỉ đơn giản tìm hiểu ổ bụng trở thành nguyên nhân ít có khả năng gây chảy máu đáng kể hơn.

Khảo sát thứ cấp

Điều này bắt đầu ngay sau khi hoàn thành khảo sát chính và sau khi bắt đầu giai đoạn hồi sức. Khảo sát thứ cấp bao gồm kiểm tra kỹ lưỡng từ đầu đến chân. Xem

xét các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân, lấy tiền sử SAMPLE, bao gồm các báo cáo từ nhân viên trước bệnh viện và từ các thành viên gia đình hoặc các nạn nhân khác. Lịch sử SAMPLE bao gồm:

S = Các triệu chứng mà bệnh nhân gặp phải, nếu có ý thức như vậy các triệu chứng có thể chỉ ra sự cần thiết phải kiểm tra khu vực tập trung hơn các vùng cơ thể thích hợp.

A = Dị ứng đã biết mà bệnh nhân có thể mắc phải. Kiểm tra xem bệnh nhân có đeo đĩa hoặc vòng đeo tay hoặc mang theo thẻ cảnh báo dị ứng thuốc hay không

M = tìm hiểu xem bệnh nhân hiện đang dùng loại thuốc nào và xác định xem những loại thuốc này có thể góp phần vào biểu hiện lâm sàng hay có thể yêu cầu điều chỉnh thuốc được sử dụng hay không

P = xác định xem bệnh nhân có bất kỳ bệnh y tế nào trước đó cũng cần theo dõi và đánh giá trong khi được quản lý chấn thương hay không

L = bữa ăn cuối cùng của bệnh nhân là khi nào. Điều này sẽ rất quan trọng để đánh giá nguy cơ hít phải hoặc chuẩn bị cho phẫu thuật.

E = các sự kiện xung quanh sự cố. Điều này bao gồm xác định cơ chế chấn thương và đánh giá tốt hơn về các chấn thương có thể xảy ra mà bệnh nhân có thể phải chịu.

Đầu và mặt

- a. Dùng tay đeo găng, kiểm tra cẩn thận và sờ nắn toàn bộ đầu và mặt xem có vết rách, bầm tím, bong và gãy xương không. Hãy cố gắng tách các sợi tóc nếu chúng cản trở tầm nhìn của bạn về một số vết thương này.
- b. Sờ nắn cũng nhạy cảm trong việc xác định u máu da đầu. Quan sát mặt cẩn thận xem có sưng trên trán, hốc mắt, mũi, vùng máng và hàm không.
- c. Kiểm tra lại đồng tử và xác định xem kích thước và phản ứng của chúng với ánh sáng có thay đổi so với cuộc khảo sát sơ cấp trước đó hay không.
- d. Xác định lại mức độ ý thức với Thang đo hôn mê Glasgow.
- e. Kiểm tra mắt xem có chảy máu, thị lực và chấn thương xuyên thấu không
- f. Kiểm tra tai, lỗ mũi và khoang miệng xem có chảy máu và răng lỏng lẻo không
- g. Tìm kiếm các dấu hiệu gãy đáy hộp sọ như dấu hiệu Battle (bầm tím trên xương chũm) và mắt Raccoon (bầm tím quanh hốc mắt hai bên)
- h. Đánh giá sự ổn định của hàm và sự hiện diện của gãy xương hàm trên-mặt.
- i. Cuối phần trên, hãy xác định sự cần thiết phải duy trì đường thở bằng các kỹ thuật đường thở tiên tiến và liệu có cần cung cấp oxy hay không và

thực hiện các biện pháp để giảm thiểu sự gia tăng áp lực nội sọ

Cột sống cổ và cổ

- a. Kiểm tra cổ xem có bị bầm tím, bầm tím, chấn thương xuyên thấu và vết rách không
- b. Kiểm tra xem bệnh nhân có bị thở nhanh, sử dụng cơ hô hấp phụ hoặc có giãn tĩnh mạch cổ hay không
- c. Sờ nắn để tìm lệch khí quản, đau và khí phế thũng dưới da
- d. Nghe tim cho vết bầm tím động mạch cảnh
- e. Duy trì cổ định trực tuyến cột sống cổ trong quá trình khám và cố định sau đó bằng các thiết bị hạn chế chuyển động cột sống thích hợp.
- f. Sắp xếp cho các chế độ xem chụp X-quang hoặc CT Scan của cột sống cổ, nếu chưa được thực hiện.

Ngực

- a. Kiểm tra ngực trước và bên xem có dị tật và bất kỳ bằng chứng nào về chấn thương cùn hoặc xuyên thấu như bầm tím, trầy xước, thâm nhập, bầm tím, bong, rách và sưng tấy
- b. Kiểm tra nhịp thở, sử dụng cơ thở phụ và các chuyển thở
- c. Sờ nắn để điều trị đau thành ngực và khí phế thũng dưới da
- d. Nghe ngực để tìm âm thanh hơi thở và xác định xem chúng có giảm ở phía sau hay không
- e. Đánh ngực để tăng cộng hưởng hoặc xin màu
- f. Nếu xác định tràn khí màng phổi căng thẳng, hãy thực hiện giải nén kim ở bên đó của ngực hoặc đặt ống ngực có thiết bị dẫn lưu dưới nước.
- g. Bôi băng thích hợp cho vết thương hở ngực
- h. Nếu được chỉ định, thực hiện chọc toàn tim dưới điện tâm đồ và hướng dẫn siêu âm Bụng và Xương chậu

- a. Kiểm tra bụng để xác định xem nó có bị xương vảy hay sưng lên hay không và tìm các dấu hiệu bên ngoài của chấn thương cùn hoặc xuyên thấu, bao gồm cả bằng chứng về việc cắt bỏ nội tạng của các chất trong bụng
- b. Sờ nắn xem có độ đau và sự hiện diện, kích thước và độ đặc của tử cung (nếu là nữ)
- c. Đánh giá đau vùng chậu (nếu chưa được thực hiện trước đó) để xác định khả năng gãy xương chậu. Nếu đau và nghi ngờ gãy xương chậu, hãy quấn một tấm vải quanh xương chậu hoặc bôi chất kết dính nén vùng chậu để có khả năng kiểm soát chảy máu trong vùng chậu
- d. Tìm kiếm chảy máu từ niệu đạo hoặc âm đạo, trong trường hợp bệnh nhân nữ
- e. Nếu chưa thực hiện, hãy thực hiện siêu âm bụng tập trung.

- f. Che bất kỳ nội tạng nào trong bụng bị cắt bỏ bằng khăn ẩm vô trùng. Không đẩy những thứ đó trở lại bụng.

Chi dưới

- a. Lần lượt tìm bằng chứng bên ngoài về chấn thương cùn hoặc xuyên thấu trên mỗi chi dưới. Nếu có bất kỳ bằng chứng nào về chảy máu cấp tính, hãy ấn mạnh lên vị trí để chèn ép chảy máu.
- b. Lần lượt sờ nắn để tìm độ đau trên các chi dưới
- c. Lần lượt kiểm tra các mạch lưng và nạp lại mao mạch
- d. Xác định xem có hội chứng khoang hay không
- e. Nếu gợi ý gãy xương dài, hãy áp dụng các thiết bị nẹp thích hợp trên chi
- f. Kiểm tra phạm vi chuyển động tích cực của chi dưới, nếu thích hợp
- g. Nếu chưa thực hiện, hãy yêu cầu chụp X-quang thích hợp để xác nhận sự hiện diện của gãy xương dài lớn

Ở chi trên

- a. Lần lượt tìm kiếm bằng chứng bên ngoài về chấn thương cùn hoặc xuyên thấu trên mỗi chi trên. Nếu có bất kỳ bằng chứng nào về chảy máu cấp tính, hãy ấn mạnh lên vị trí để chèn ép chảy máu.
- b. Lần lượt sờ nắn để tìm sự đau ở các chi trên
- c. Lần lượt kiểm tra các xung xuyên tâm và đồ đầy mao dẫn
- d. Xác định xem có hội chứng khoang hay không
- e. Nếu gợi ý gãy xương dài, hãy áp dụng các thiết bị nẹp thích hợp trên chi
- f. Kiểm tra phạm vi chuyển động tích cực của các khớp chi trên, nếu thích hợp
- g. Nếu chưa thực hiện, hãy yêu cầu chụp X-quang thích hợp để xác nhận sự hiện diện của gãy xương dài lớn

Log-roll và Kiểm tra lưng

- a. Cuộn bệnh nhân như một đơn vị duy nhất sang một bên bị thương nhẹ hơn trong khi vẫn duy trì sự cố định trục tuyến của cột sống cổ
- b. Kiểm tra lưng và tìm bằng chứng bên ngoài về chấn thương cùn hoặc xuyên thấu
- c. Sờ nắn chiều dài của cột sống để tìm thấy sự đau hoặc một bước dọc theo cột sống
- d. Thực hiện kiểm tra trực tràng kỹ thuật số và kiểm tra những điều sau:
 - i. Giai điệu cơ vòng hậu môn
 - ii. Có hoặc không có phù tuyến tiền liệt và quanh tuyến tiền liệt
 - iii. Tính toàn vẹn của thành ruột
 - iv. Sự hiện diện của các mảnh xương trong lòng trực tràng

v. Máu trên găng tay khi lấy ngón tay kiểm tra trực tràng ra khỏi hậu môn

e. Nếu cần, hãy sẵn sàng áp dụng các thiết bị hạn chế chuyển động cột sống thích hợp, nếu chưa được thực hiện

Ra quyết định trong chấn thương

Quản lý bệnh nhân chấn thương tại Khoa Cấp cứu liên quan đến nhiều điểm quyết định. Một số điểm quyết định này bao gồm:

1. Quyết định thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán: Không nên thực hiện các xét nghiệm nếu cơ sở không thể hành động và theo dõi kết quả thu được. Nếu bệnh viện của bạn không có bác sĩ phẫu thuật được đào tạo để quản lý chấn thương nặng, thì nhu cầu hành động dựa trên kết quả xét nghiệm sẽ dẫn đến việc thiếu hành động và cần phải chuyển đến một cơ sở khác, nơi xem xét và đôi khi các xét nghiệm có thể được lặp lại dẫn đến sự chậm trễ trong việc chăm sóc dứt điểm. Cần có sự sắp xếp để chăm sóc dứt điểm và chuyển bệnh nhân trước khi bắt đầu các cuộc điều tra lớn dẫn đến các phương pháp điều trị hoặc chuyển bệnh này.

2. Quyết định thực hiện chụp CT hoặc các thủ thuật khác: Điều này sẽ phụ thuộc vào khả năng của cơ sở để hành động dựa trên kết quả. Trong trường hợp thủ thuật, bệnh viện nên sẵn sàng tiếp cận các thủ thuật nếu họ sẵn sàng tiếp nhận các bệnh nhân chấn thương nặng. Việc thiếu một phác đồ truyền máu lớn có nghĩa là cơ sở có thể có khả năng hạn chế để quản lý chấn thương lớn.

3. Quyết định kích hoạt Phòng mổ: Tại thời điểm bệnh nhân chấn thương đang được quản lý, trưởng nhóm chấn thương cần quyết định xem có nên quản lý bệnh nhân một cách thận trọng hay

thực hiện các thủ tục phẫu thuật. Thái độ chờ đợi hiểm khi có lợi trong việc quản lý bệnh nhân chấn thương nặng. Quyết định kích hoạt phòng mổ là phải đảm bảo sự sẵn có của nhân viên hỗ trợ cần thiết trong phòng mổ và khả năng cung cấp dịch vụ chăm sóc sau phẫu thuật.

4. Quyết định gửi đến ICU / Khoa đa khoa: Đưa bệnh nhân đến ICU hoặc khoa đa khoa đòi hỏi một kế hoạch về những gì cần phải làm trong các cơ sở này và một số điểm quyết định về những gì cần đạt được. Những điều này phải được xác định sớm để có sự sắp xếp có chủ đích của bệnh nhân đến các cơ sở này thay vì việc di chuyển được thực hiện vì không có quyết định quan trọng.

Các nghiên cứu hình ảnh thường cung cấp định nghĩa giải phẫu về bệnh lý. Họ không nói về tình trạng chức năng của bộ phận cơ thể, điều này thường quan trọng trong việc xác định các ưu tiên và thứ tự của các thủ tục được thực hiện. Do đó, đánh giá lâm sàng cẩn thận và nhận thức về các nguồn lực sẵn có sẽ tạo cơ sở cho việc ra quyết định lâm sàng trong chấn thương. Phụ thuộc quá nhiều vào hình ảnh tiên tiến có thể trì hoãn việc ra quyết định cho các thủ thuật cấp cứu và không được khuyến khích. Tiếp xúc quá nhiều với bức xạ không cần thiết cũng là một vấn đề cần được giải quyết. Hình ảnh không thể được sử dụng như một giải pháp thay thế cho khám lâm sàng tốt.

Theo dõi kết quả chấn thương

Cần xác định một tập hợp các chỉ số kết quả về chất lượng chăm sóc chấn thương và theo dõi chúng thường xuyên để có thể đo lường tác động của các cải tiến đã cố gắng thực hiện. Một thước đo kết quả tốt cho ED là tỷ lệ sống sót trong 48 giờ liên quan đến ISS.

Chương 8. QUẢN LÝ BỆNH NHÂN BẤT TỈNH TẠI KHOA CẤP CỨU

Giới thiệu

Các nguyên nhân gây bất tỉnh đến Khoa Cấp cứu tương tự như những nguyên nhân đến dịch vụ Xe cứu thương. Bệnh nhân có thể không đáp ứng một phần hoặc hoàn toàn. Nguyên nhân của trạng thái bất tỉnh có thể đảo ngược rõ ràng như trong trường hợp hạ đường huyết. Bệnh nhân có thể đã tăng áp lực nội sọ là nguyên nhân của trạng thái bất tỉnh. Điều này có thể không dễ dàng đảo ngược. Điều quan trọng là có một cách tiếp cận có hệ thống đối với những bệnh nhân này cho phép chẩn đoán sớm và tiềm năng điều trị sớm và thích hợp.

Có nhiều nguyên nhân gây ra sự bất tỉnh. Một số trong số này như sau:

1. Chấn thương đầu với mức độ ý thức giảm
2. Sau động kinh
3. Hạ đường huyết
4. Uống rượu hoặc các loại ma túy khác
5. Bệnh nhân bị tai biến mạch máu não cấp tính (đột quỵ)
6. Bệnh nhân bị sốc tuần hoàn
7. Bệnh nhân ngừng tim
8. Các giai đoạn loạn thần cấp tính

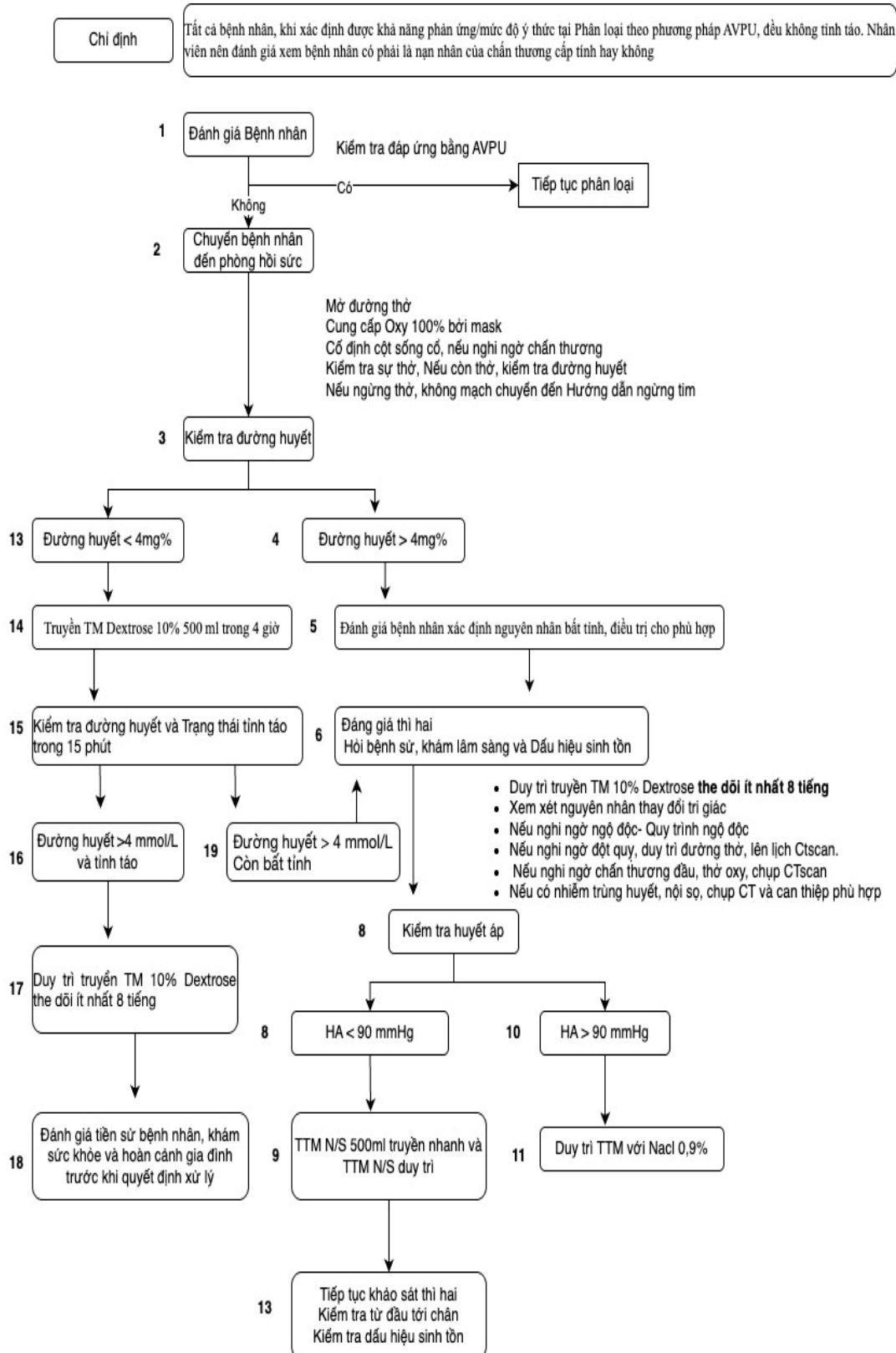
Bệnh nhân đến Khoa Cấp cứu bất tỉnh có thể được Xe cứu thương hoặc các thành viên của công chúng đưa đến. Xe cứu thương nên được khuyến khích gọi cho phòng cấp cứu tiếp nhận về sự xuất hiện sắp xảy ra của bệnh nhân bất tỉnh để có thể chuẩn bị các nguồn lực để tiếp nhận và phân bổ không gian để quản lý bệnh nhân.

Nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong ở bệnh nhân bất tỉnh là tắc nghẽn đường thở do lưỡi rơi về phía sau. Ngoài việc xác định nguyên nhân gây bất tỉnh và cố gắng đảo ngược điều này, việc bảo vệ đường thở đóng vai trò quan trọng đối với nhân viên Khoa Cấp cứu.

Bệnh nhân bất tỉnh nên được tiếp nhận tại lối vào bởi một nhóm có thể đảm bảo rằng bệnh nhân được chuyển đến xe đẩy của bệnh viện và ngay lập tức được chuyển đến khu vực được giám sát trong Khoa Cấp cứu.

Phòng hồi sức của Khoa Cấp cứu nơi bệnh nhân được đưa đến phải có các nguồn lực để quản lý ngay đường thở, hô hấp và tuần hoàn, thiết bị theo dõi quan trọng và các loại thuốc có khả năng đảo ngược trạng thái bất tỉnh. Khoa Cấp cứu sẽ làm tốt nếu có một quy trình để quản lý bệnh nhân bất tỉnh.

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị người bệnh hôn mê



GHI CHÚ GIAO THỨC BẤT TỈNH KHOA CẤP CỨU

Số	Nội dung	Ghi chú
1	ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN - Cần loại trừ chấn thương sớm vì cần bao gồm sự ổn định cột sống cổ nếu chấn thương được coi là nguyên nhân có thể gây bất tỉnh. - Khảo sát hiện trường nên chủ động tìm kiếm nguyên nhân chấn thương. - Sử dụng phương pháp AVPU để xác định mức độ phản hồi. A = Cảnh giác và có thể tiếp tục cuộc trò chuyện bình thường, V = phản ứng với các kích thích bằng lời nói như khi gọi, P = chỉ phản ứng với các kích thích đau đớn như khi bị chèn ép hoặc cọ xát trên xương ức, U = không phản ứng. - Khi tiếp cận bệnh nhân, cách tiếp cận tốt nhất là từ phía trước để bệnh nhân không cần phải quay đầu nhìn bạn có khả năng bị thương ở dây cổ tử cung. Ban đầu, trấn an bệnh nhân rằng bạn ở đó để giúp đỡ anh ta. Nếu anh ta trả lời cuộc trò chuyện ban đầu, có thể thu được tiền sử ban đầu về trạng thái tinh thần thay đổi. - Khảo sát ban đầu nên bao gồm tính toàn vẹn của đường thở, hô hấp và tuần hoàn và có thể được thực hiện trong vòng một phút. - Nếu bệnh nhân không thở và không có mạch, có thể cho rằng bệnh nhân bị ngừng tim và có thể bắt đầu hô hấp nhân tạo sớm. - Nếu bệnh nhân đáp ứng, hãy tiếp tục quy trình phân loại bệnh nhân và quản lý dựa trên tình trạng lâm sàng. - Tất cả bệnh nhân bất tỉnh nên được đưa đến Phòng hồi sức	
2	CHUYỂN ĐẾN PHÒNG HỒI SỨC - Sau khi bệnh nhân được đưa đến phòng hồi sức, hãy mở đường thở bằng phương pháp nghiêng đầu, nâng cằm và kiểm tra hô hấp. Sử dụng các biện pháp hỗ trợ đường thở, nếu có, chẳng hạn như đường thở miệng họng hoặc đặt nội khí quản, nếu có chỉ định - Nếu thở, hãy cung cấp oxy 100% bằng cách thông khí bằng mặt nạ túi. Chuẩn bị đặt nội khí quản, nếu cần - Nếu nghi ngờ chấn thương, hãy đeo cổ cổ tử cung trong khi điều trị đường thở - Nếu thở, kiểm tra chỉ số lượng đường trong máu mao mạch - Nếu không thở và không có mạch, hãy bắt đầu hô hấp nhân tạo	
3	KIỂM TRA ĐƯỜNG HUYẾT • Sử dụng máy đo phản xạ glucose. • Nên lấy máu từ vết chích ngón tay. • Đảm bảo rằng giọt máu là đủ. • Đây thường là xét nghiệm đầu tiên được thực hiện trên những	

	bệnh nhân đến Khoa Cấp cứu bất tỉnh • Có nhiều nguyên nhân gây bất tỉnh, không phải tất cả đều do hạ đường huyết. • Khi lượng đường trong máu lớn hơn 4 mmol / L ở một người bất tỉnh, các nguyên nhân khác cần được loại trừ hoặc xác nhận sẽ như sau:
4	LƯỢNG ĐƯỜNG TRONG MÁU > 4 MMOL / L VÀ BỆNH NHÂN BẤT TỈNH a. Bệnh nhân bị sốc do giảm thể tích máu, sốc tim, sốc thần kinh, sốc nhiễm trùng hoặc sốc phản vệ. Tiền sử cẩn thận, khám sức khỏe và các cuộc điều tra cơ bản sẽ giúp người ta xác định sớm quyết định này. b. Chấn thương đầu hoặc tăng áp lực nội sọ do nhiều lý do c. Ăn phải các tác nhân độc hại d. Các bệnh encaphalo chuyển hóa khác, chẳng hạn như suy gan, mất cân bằng axit-bazơ, suy giáp e. Tai biến mạch máu não f. Nhiễm trùng huyết Trong những bệnh nhân này cũng như ở những bệnh nhân bất tỉnh khác, cần có các biện pháp cơ bản để kiểm soát bệnh nhân bất tỉnh, chẳng hạn như bảo vệ đường thở bằng đường thở hầu họng hoặc đặt nội khí quản và các biện pháp cơ bản để đảm bảo duy trì hô hấp và tuần hoàn.
5	ĐÁNH GIÁ ĐỂ XÁC ĐỊNH NGUYÊN NHÂN BẤT TỈNH VÀ QUẢN LÝ • Ngoài tiền sử cẩn thận, cần thực hiện khám lâm sàng có hệ thống bệnh nhân, từ đầu đến chân, để xác nhận hoặc loại trừ bất kỳ nguyên nhân nào nêu trên. Điều này cũng sẽ bao gồm kiểm tra thần kinh. • Bệnh nhân có thể có nhiều bệnh đi kèm và sự hiện diện của một bệnh có thể không nhất thiết có nghĩa là không có yếu tố nào khác góp phần vào trạng thái bất tỉnh. • Việc quản lý bệnh nhân sẽ phụ thuộc vào kết quả tiền sử và khám lâm sàng.
6	KHẢO SÁT THỨ CẤP • Việc kiểm tra toàn bộ từ đầu đến chân nên nhằm mục đích tìm kiếm các nguyên nhân sau đây gây ra sự thay đổi mức độ ý thức: - a. Chấn thương đầu - cần kiểm tra cẩn thận đầu và cổ bằng một đôi tay đeo găng tay để loại trừ hoặc xác nhận sự hiện diện của chấn thương đầu. b. Ngộ độc/dùng thuốc quá liều - cần tìm kiếm tiền sử cẩn thận. Các thành viên trong gia đình, đồng nghiệp và những người khác có thể cung cấp thông tin cần thiết liên quan đến việc nuốt phải các chất độc có thể xảy ra c. Đột quỵ - một lần nữa lịch sử rất quan trọng ở đây. Nếu nạn nhân tuân

	theo hướng dẫn, người ta nên nhìn vào khuôn mặt để tìm bất kỳ sự bất đối xứng rõ ràng nào trên khuôn mặt, yêu cầu bệnh nhân nâng cả hai chi trên lên để tìm chỗ ngứa và lưu ý xem lời nói có nói ngọng hay không. Sự hiện diện của bất kỳ một trong ba đặc điểm này sẽ gợi ý một đột quy. d. Mùi cồn trong hơi thở. Sự hiện diện của rượu hoặc ma túy trên bệnh nhân gây khó khăn cho việc kiểm tra thần kinh. Bệnh nhân buồn ngủ và có khả năng uống rượu phải được hỗ trợ tích cực để ổn định đường thở, hô hấp và lưu thông. e. Bệnh nhân bị sốc - nếu có, khảo sát thứ cấp nên nhằm xác định nguyên nhân gây sốc, Ví dụ: mất máu, tăng đường huyết nặng, urê huyết, bệnh gan hoặc các bệnh khác. Do đó, cần cẩn thận khi thực hiện khảo sát thứ cấp • Ngoài tiền sử và khám lâm sàng, các dấu hiệu sinh tồn sẽ cần được kiểm tra và theo dõi thường xuyên, thường là cách nhau năm phút. • Nếu nghi ngờ ngộ độc, cần thiết lập phác đồ ngộ độc thích hợp. • Nếu nghi ngờ đột quy, cần duy trì đường thở hở và chụp CT não ngay lập tức. • Nếu nghi ngờ bị chấn thương đầu, nên cung cấp oxy bằng mặt nạ và thực hiện chụp CT não ngay lập tức. • Đối với các sự kiện nội sọ khác, Chụp CT não cũng được sắp xếp cùng với các xét nghiệm quan trọng khác được thực hiện. • Bệnh nhân được quản lý, khi thích hợp
7	KIỂM TRA HUYẾT ÁP TÂM THU Các biện pháp đo dấu hiệu sinh tồn sẽ cần thiết để đảm bảo rằng bệnh nhân không bị sốc.
8	HUYẾT ÁP TÂM THU < 90 MM HG • Bệnh nhân bị sốc. • Tiền sử và phát hiện vật lý có thể đã đưa ra một số dấu hiệu về nguyên nhân gây sốc • Chân nên được nâng cao và oxy lưu lượng cao cho bệnh nhân • Các dòng IV nên được gửi nếu chưa được thực hiện • Các nguồn chảy máu bên ngoài, nếu có, cần được tìm kiếm và gây áp lực vững chắc lên những người này để ngăn chặn việc thiết lập leed neds. Các đường IV cần được đặt tại chỗ.
9	IV N / S 500 ML NHANH CHÓNG SAU ĐÓ LÀ BẢO TRÌ IV N / S • Nên truyền dịch tĩnh mạch, ban đầu với 500 ml đến 1000 ml nhanh chóng, sau đó nhỏ giọt nước muối sinh lý ở mức 500 ml trong 4 giờ. Kiểm tra huyết áp khi kết thúc truyền nhanh. Tiếp tục duy trì Truyền nước muối thông

	thường. Theo dõi bệnh nhân 15 phút một lần.
10	HUYẾT ÁP TÂM THU > 90 MM Bệnh nhân không có khả năng bị sốc Quản lý bệnh nhân khi thích hợp
11	TRUYỀN DUY TRÌ IV NS Kiểm tra huyết áp khi kết thúc truyền nhanh. Tiếp tục duy trì Truyền nước muối thông thường. Theo dõi bệnh nhân 15 phút một lần.
12	TIẾP TỤC KHẢO SÁT THỨ CẤP VÀ KIỂM TRA CÁC DẤU HIỆU SINH TỒN SAU MỖI 15 PHÚT Bệnh nhân nên được kiểm tra vài phút một lần để các dấu hiệu sinh tồn vẫn ổn định, nguyên nhân của trạng thái bất tỉnh được xác định càng sớm càng tốt và bệnh nhân đang trên đường hồi phục.
14	ĐƯỜNG TRONG MÁU < 4MMOL / L - Bệnh nhân được cho là hạ đường huyết. - Một đường truyền tĩnh mạch nên được thiết lập . - Lấy ít nhất 5 ml máu để phân tích Thân và Glucose
14	CHO DEXTROSE 10% 500 ML TRONG 4 GIỜ - Hiện tại có một số cách đã được thiết lập để điều trị hạ đường huyết. - Hầu hết các Khoa Cấp cứu sử dụng 40 – 50 ml Dextrose 50% làm liều chỉ định. Điều này thường dẫn đến lượng đường trong máu tăng ngay lập tức, thường với mức độ ý thức được cải thiện từ phía bệnh nhân trong vòng vài phút. Tuy nhiên, nếu Dextrose 50% xâm nhập vào da hoặc mô dưới da, nó có thể dẫn đến hoại tử da đáng kể. Ngoài ra, Dextrose 50% là một chất xơ cứng và có thể làm tắc nghẽn tĩnh mạch đang được sử dụng nếu sau đó nó không được rửa sạch bằng N / Nước muối. - Một số Dịch vụ Xe cứu thương Khẩn cấp sử dụng dịch truyền Dextrose 10% trong 4 giờ và bệnh nhân của họ thường tỉnh táo và tỉnh táo trong vòng 10 đến 15 phút và khi đến Khoa Cấp cứu và thường có lượng đường trong máu bình thường. - Chúng tôi khuyên bạn nên sử dụng phác đồ Dextrose 10%, mặc dù mức độ tỉnh táo phục hồi chậm hơn một chút, do biên độ an toàn lớn hơn.
15	XEM LẠI LƯỢNG ĐƯỜNG TRONG MÁU VÀ TRẠNG THÁI Ý THỨC TRONG 15 PHÚT - Sẽ rất hữu ích nếu kiểm tra lại lượng đường trong máu mao mạch 15 phút sau khi bắt đầu truyền. - Có khả năng lượng đường trong máu sẽ > 4 mmol / L.

	Bệnh nhân có thể đã tỉnh lại, nhưng vẫn có thể bất tỉnh.
16	LƯỢNG ĐƯỜNG TRONG MÁU > 4MMOL/L VÀ BỆNH NHÂN CÓ Ý THỨC • Trong trường hợp này, trạng thái bất tỉnh chủ yếu là do hạ đường huyết. • Bệnh nhân có thể có các bệnh đồng mắc khác và các yếu tố khác có thể góp phần gây ra tình trạng hạ đường huyết. Những điều này sẽ cần được xem xét và quản lý như một phần của dịch vụ chăm sóc tổng thể được cung cấp cho bệnh nhân.
17	DUY TRÌ TRUYỀN DEXROSE 10% VÀ QUAN SÁT TRONG 8 GIỜ • Truyền liên tục 10% Dextrose sẽ có nhiều khả năng duy trì lượng đường trong máu trong một phạm vi hợp lý trong một số giờ. • Theo dõi lượng đường trong máu 2 giờ trong 8 giờ tới có thể sẽ cung cấp đánh giá sự ổn định đường huyết của bệnh nhân
18	ĐÁNH GIÁ TIỀN SỬ BỆNH NHÂN, KHÁM SỨC KHỎE, V.V. • Quyết định tiếp nhận bệnh nhân nội trú trong ít nhất 24 giờ chăm sóc có giám sát, hoặc nếu không sẽ phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Hiểu biết về các yếu tố này sẽ đòi hỏi một tiền sử chi tiết về các hoàn cảnh trước đợt hạ đường huyết, chẳng hạn như: a. sự hiện diện của bệnh đồng thời trước khi bất tỉnh dẫn đến uống kém b. Bệnh nhân có dùng thêm liều thuốc hạ đường huyết insulin đường uống do thị lực kém hoặc hay quên không? c. Bệnh nhân có uống rượu góp phần gây ra lượng thức ăn kém và hạ đường huyết không? • Khám lâm sàng có chỉ ra một tình trạng, chẳng hạn như gan hoặc khối u khác, dẫn đến việc sản xuất các yếu tố giống insulin không thể ức chế không? • Gia đình có thể chăm sóc bệnh nhân bằng cách đảm bảo tuân thủ thuốc / chế độ ăn kiêng không? • Gia đình có hiểu sự cần thiết phải quản lý cẩn thận chế độ ăn uống, thuốc, chất lỏng, v.v. cho bệnh nhân không, và họ có thể kiểm soát điều này trong giai đoạn ngay sau một đợt hạ đường huyết không?
19	LƯỢNG ĐƯỜNG TRONG MÁU > 4 MMOL/L NHƯNG BỆNH NHÂN VẪN BẤT TỈNH Hạ đường huyết không phải là yếu tố duy nhất góp phần vào trạng thái bất tỉnh. Việc thiếu đáp ứng sớm với dextrose cũng có thể xảy ra ở những người đã bị hạ đường huyết trong nhiều giờ. Tuy nhiên, các nguyên nhân khác cũng cần được xác định và lên kế hoạch quản lý tổng thể.

Chương 9. PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ ĐAU BỤNG TẠI KHOA CẤP CỨU

Giới thiệu

Đau bụng là một phần nản phổ biến gặp phải tại Khoa Cấp cứu và là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây ra phần nản chẩn đoán sai. Sự cần thiết phải có tiền sử cẩn thận và khám sức khỏe trở nên rõ ràng khi xem xét danh sách dài các than phiền mà người ta thường gặp phải ở Khoa Cấp cứu. Khám lâm sàng có thể được bổ sung với các phương thức điều tra cụ thể sẽ giúp đưa ra chẩn đoán xác định và tạo điều kiện điều trị sớm và xử lý thích hợp.

Lịch sử

Tiền sử thu thập được từ bệnh nhân, hoặc các thành viên gia đình hoặc đồng nghiệp hoặc đội xe cứu thương đã đưa bệnh nhân đến khoa, trong mọi trường hợp, phải bao gồm những điều sau:

- a. vị trí và bên của cơn đau
- b. Hướng lan của cơn đau
- c. đặc điểm của cơn đau, cường độ và sự phát triển thời gian của cơn đau
- d. các đặc điểm liên quan, chẳng hạn như nôn mửa, tiêu chảy, buồn nôn, khó thở, đổ mồ hôi, đau buồn
- e. Các đặc điểm làm trầm trọng hơn, chẳng hạn như bữa ăn, đói, vận động, v.v. và các yếu tố giảm đau như khi ngồi dậy
- f. bất kỳ loại thuốc nào được dùng để giảm các triệu chứng và tác dụng của những loại thuốc này
- g. thói quen đi tiêu và tiết niệu
- h. Trong trường hợp bệnh nhân nữ ở nhóm tuổi sinh sản, tiền sử kinh nguyệt cẩn thận để xác định kỳ kinh nguyệt bình thường cuối cùng và cả tiền sử quan hệ tình dục
- i. Tiền sử đồng mắc khác và phương pháp điều trị cho những bệnh này.
- j. Đánh giá có hệ thống các khiếu nại liên quan đến các hệ thống cơ thể khác nhau
- k. Tiền sử xã hội, bao gồm hút thuốc lá, uống rượu và sử dụng các loại thuốc khác, bao gồm cả thuốc lạm dụng, thuốc cổ truyền hoặc các loại thuốc giải trí khác.
- l. Bất kỳ tiền sử dị ứng nào.

Khám sức khỏe

Có ba thành phần thiết yếu để khám lâm sàng cho bệnh nhân bị đau bụng:

- a. Cần lưu ý các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân, bao gồm nhiệt độ, nhịp tim, nhịp thở, huyết áp, độ bão hòa oxy và điểm đau
- b. Phải tiến hành kiểm tra ngoại vi cẩn thận cho bệnh nhân. Điều này phải bao gồm những điều sau:

- i. Sờ nắn nhiệt độ của da mặt và cổ bằng mu bàn tay của bạn
 - ii. Kiểm tra kết mạc và niêm mạc miệng, nhợt nhạt, và vàng da củng mạc
 - iii. Kiểm tra lưỡi xem có tình trạng hydrat hóa và bất kỳ lớp phủ hoặc đổi màu nào của lưỡi
 - iv. Tìm kiếm câu lạc bộ và các đặc điểm của bệnh gan mãn tính như sưng mang tai, nhện nhện, nữ hóa tuyến vú, tĩnh mạch phồng lên trên thành ngực và thành bụng, phù mắt cá chân và móng tay trắng
 - v. Kiểm tra sự hiện diện của các hạch bạch huyết trên xương đòn.
- c. Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa để bắt đầu khám bụng. Đảm bảo rằng bụng được tiếp xúc đầy đủ từ ngực dưới đến vùng mu. Giữ ấm tay và có sẵn chăn
- i. Di chuyển đến chân giường và nhìn vào bụng để ghi nhận bất kỳ vết sưng tấy, trầy xước, vết thắt dây an toàn, vết rách, cắt bỏ nội tạng của các chất trong bụng, đổi màu, sẹo, rung động và hiện diện / vắng mặt của vận động hô hấp và hô hấp bụng.
 - ii. Xác định vị trí đau bụng của bệnh nhân.
 - iii. Bắt đầu bằng sờ nắn nhẹ tại một vị trí cách xa điểm đau tối đa và thực hiện sờ nắn nhẹ nhàng ở bụng, đặc biệt chú ý đến sự hiện diện của đau và sự hiện diện của các nhịp đập có thể sờ thấy và bất kỳ khối u rõ ràng nào.
 - iv. Sau đó tiến hành sờ nắn chắc chắn, dùng các cơn đau để không gây ra bất kỳ cơn đau hay khó chịu không cần thiết nào cho bệnh nhân. Sờ nắn này phải bao phủ tất cả chín đoạn của bụng. Sờ nắn cũng phải cố gắng xác định ranh giới dưới của gan phì đại hoặc sự hiện diện của các khối có thể sờ thấy rõ ràng, chẳng hạn như gan, túi mật, lá lách, khối thượng vị hoặc các khối khác và xác định tính nhất quán của chúng hoặc liệu chúng có bị đau hay không. Nếu các khối lượng xung được ghi nhận, chúng cần được lưu ý. Ballotement của thận cũng có thể được cố gắng để tìm kiếm sự đau ở các góc thận.
 - v. Có thể cố gắng gõ để gây ra sự xin màu thay đổi đối với cổ trướng hoặc sự hiện diện của bàng quang giãn niệu, ranh giới của các cơ quan rắn như gan và lá lách và cũng như một kỹ thuật thay thế để gọi ra đau hồi phục cho bằng chứng viêm phúc mạc.
 - vi. Cuối cùng là nghe tim để kiểm tra vết bầm tím bụng hoặc có hoặc không có hoặc thay đổi âm thanh ruột.
 - vii. Phải đảm nhận tư thế nằm ngửa cho bệnh nhân mỗi khi bác sĩ muốn sờ sờ bụng. Sự thỏa hiệp trong điều này sẽ ảnh hưởng đến khả năng phán đoán chính xác tình trạng của bệnh nhân.
 - viii. Ở những bệnh nhân cụ thể bị suy gan, người ta có thể tìm kiếm sự hiện diện của vạt gan, đó là một cơn run vô ý xảy ra khi cánh tay

được mở rộng về phía trước và thực hiện gập lưng cổ tay đầy đủ nhưng nhẹ nhàng.

Sử dụng các thiết bị hỗ trợ chẩn đoán không xâm lấn trong khám lâm sàng

Siêu âm cấp cứu hội tụ đã trở thành công cụ hỗ trợ chẩn đoán hữu ích và không xâm lấn được sử dụng phổ biến nhất trong khám bụng. Ngày nay nó được coi là một phần mở rộng của khám sức khỏe. Điều này có thể được sử dụng để kiểm tra bụng để tìm kiếm những điều sau:

1. Tình trạng đài hoa thận để tìm chứng ngại vật (thận ú nước), u nang thận hoặc teo thận
2. Kích thước bàng mật, độ dày thành quả, sự hiện diện của sỏi mật hoặc bùn
3. Tính nhất quán và cấu trúc gan bao gồm sự hiện diện của áp xe, khối u rắn, u nang và ống mật giãn nở
4. Kích thước, kích thước và khả năng nén của các mạch như động mạch chủ, tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch cửa
5. Các cơ quan khác như lá lách và bàng quang tiết niệu
6. Sự hiện diện của chất lỏng tự do trong bụng, đặc biệt là trong túi Morrison và Túi Douglas

Sử dụng các kỹ thuật xâm lấn trong khám sức khỏe

Các kỹ thuật xâm lấn để khám bụng đang trở nên ít được sử dụng hơn, mặc dù chúng có thể hữu ích trong các trường hợp cụ thể:

1. Khám trực tràng kỹ thuật số để gây đau ở bụng dưới đối với các trường hợp khẩn cấp cụ thể, chẳng hạn như viêm ruột thừa cấp tính và cấp cứu phụ khoa, sự hiện diện của các khối u trong trực tràng, sự hiện diện của máu tươi hoặc thay đổi trong trực tràng và kiểm tra trương lực hậu môn
2. Thăm khám nội soi để quan sát ống trực tràng và ống hậu môn dưới để xác định vị trí chảy máu hoặc có sung như trĩ hoặc các khối u khác.
3. Khám vùng chậu ở bệnh nhân nữ để đánh giá sự hiện diện của chảy máu âm đạo hoặc khối u vùng chậu.
4. Khám mỏ vịt âm đạo để hình dung chảy máu, tiết dịch từ đường sinh dục hoặc các khối khác ở đường sinh dục nữ dưới.

Ra quyết định ở bệnh nhân đau bụng

1. Cần lưu ý rằng ở những bệnh nhân bị ức chế miễn dịch (chẳng hạn như những người đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, bệnh nhân suy thận, bệnh nhân ung thư và bệnh nhân tiểu đường) và người cao tuổi, bác sĩ cần có chỉ số nghi ngờ cao rằng các dấu hiệu viêm phúc mạc có thể là suy giảm ở các mức độ khác nhau. Ở những bệnh nhân như vậy, khám sức khỏe cẩn thận và cảnh báo này sẽ dẫn đến chẩn đoán tốt hơn
2. Nếu phẫu thuật bụng được coi là nguyên nhân gây đau bụng, bệnh nhân không được phép ăn hoặc uống, trừ khi việc xem xét như vậy được loại trừ một cách hợp lý.
3. Nguyên nhân không phẫu thuật gây đau bụng chỉ nên được xem xét sau khi các nguyên nhân phẫu thuật đã được loại trừ một cách hợp lý thông qua tiền sử cẩn thận, khám lâm sàng và/hoặc một loạt các xét nghiệm hợp lý.

4. Đối với bệnh nhân bị đau bụng, cần cân nhắc sử dụng thuốc giảm đau sớm trong điều trị bệnh nhân. Giảm đau giúp bệnh nhân đối phó với cơn đau tốt hơn. Nó không loại bỏ các dấu hiệu vật lý của bệnh.
5. Lưu ý rằng đôi khi, các tình trạng trong lồng ngực có thể biểu hiện đau bụng và cần được xem xét trong chẩn đoán phân biệt. Các tình trạng như vậy bao gồm nhồi máu cơ tim dưới, viêm phổi và thuyên tắc phổi.
6. Các trường hợp cấp cứu chuyển hóa cũng có thể biểu hiện với đau bụng, chẳng hạn như nhiễm toan ceton do tiểu đường, tăng canxi máu và bệnh Addison và cần được xem xét trong bối cảnh thích hợp.

Xét nghiệm và xét nghiệm X quang

Ở những bệnh nhân có trình bày xét nghiệm bụng, sau đây là các xét nghiệm phổ biến trong phòng thí nghiệm có thể được sử dụng, với lý do, trong việc điều trị ban đầu cho bệnh nhân

1. Công thức máu toàn phần với số lượng khác biệt và có thể kiểm tra phết máu ngoại vi để phát hiện ký sinh trùng sốt rét
2. Urê, điện giải, creatinine và glucose. Lượng đường trong máu cũng có thể được xác định như một xét nghiệm tại điểm chăm sóc bên giường.
3. Xét nghiệm chức năng gan có thể được xem xét nếu xem xét các tình trạng gan hoặc cần xác định nồng độ albumin
4. Có thể thực hiện nồng độ Lipase và amylase huyết thanh nếu xem xét chẩn đoán viêm tụy.
5. Xeton máu, nồng độ β -HCG trong máu, nồng độ lactate đều có thể được sử dụng cho các mục đích cụ thể ở bệnh nhân đau bụng
6. Phân tích khí máu, dù là động mạch hay tĩnh mạch nếu thường rất hữu ích trong việc xác định sự hiện diện hay không có nhiễm toan và / hoặc nhiễm kiềm, nếu có liên quan ở bệnh nhân.
7. Phân tích nước tiểu là một công cụ hữu ích ở bệnh nhân đau bụng và đặc biệt đối với:
 - a. Thử thai tiết niệu ở bệnh nhân nữ trong độ tuổi sinh sản
 - b. Dipstix nước tiểu để tìm kiếm bạch cầu, hồng cầu, nitrit, protein, đường, xeton và bilirubin
8. Có thể tiến hành nuôi cấy máu nếu nhiễm trùng huyết là một cân nhắc chính trong chẩn đoán phân biệt.
9. Chụp X-quang cũng được sử dụng khi cần thiết, chẳng hạn như:
 - a. Chụp X-quang ngực cứng hoặc chụp X-quang bụng để lấy khí tự do dưới cơ hoành. Tất nhiên, chụp X-quang ngực cũng cung cấp các tính năng bổ sung về trạng thái của tim và phổi và được sử dụng thường xuyên hơn.
 - b. Có thể sử dụng chụp X-quang bụng cứng và nằm ngửa để xác nhận hoặc loại trừ chẩn đoán tắc ruột
 - c. Chụp x-quang kub có thể được thực hiện để tìm sỏi tiết niệu và

đôi khi để xem bóng chậu chậu

d. Hiếm khi, chụp X-quang bụng bên có thể được sử dụng để tìm vôi hóa động mạch chủ bụng như là bằng chứng về sự hiện diện hoặc không có phình động mạch chủ bụng động mạch

e. Chụp CT vùng bụng và xương chậu, có hoặc không có chất cản quang đường uống đang được sử dụng ngày càng nhiều để chẩn đoán ở bệnh nhân chấn thương bụng và vùng chậu, ở những người nghi ngờ thiếu máu cục bộ đường ruột và ở những bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng trong ổ bụng như viêm ruột thừa cấp tính, viêm tụy, viêm túi thừa và áp-xe trong ổ bụng.

f. Ngày nay, các nghiên cứu bari hiếm khi được thực hiện trong đánh giá bệnh nhân bị đau bụng. Nên tránh bari ở những bệnh nhân nghi ngờ tắc ruột vì việc giữ bari có thể cản trở các xét nghiệm hình ảnh tiếp theo.

Phác đồ điều trị và điều trị đau bụng tại Khoa Cấp cứu

1. Theo nguyên tắc chung, bệnh nhân bị đau bụng không nên xuất viện khỏi Khoa Cấp cứu cho đến khi cơn đau đã hết đầy đủ.

2. Bệnh nhân bị nghi ngờ đau có nguồn gốc tiêu hóa, có thể được thử nghiệm thuốc kháng axit liều cao (tốt nhất là ở dạng lỏng, chẳng hạn như magiê trisilicat, nhôm hydroxit hoặc kết hợp cả hai), thuốc đối kháng thụ thể H₂ (chẳng hạn như Cimetidine hoặc Ranitidine) hoặc thuốc ức chế bơm proton (như Omeprazole, Esomeprazole, Pantoprazole). Ở bệnh nhân bị bệnh loét dạ dày tá tràng cấp tính, có thể tiêm tĩnh mạch cho các thuốc đối kháng thụ thể H₂ và thuốc ức chế bơm proton như liều đầu tiên. Ở những bệnh nhân nghi ngờ bệnh loét dạ dày tá tràng, không nên sử dụng thuốc chống viêm không steroid.

3. Ở những bệnh nhân có biểu hiện đau bụng, có thể cân nhắc sử dụng các thuốc chống co thắt như atropine đường tiêm hoặc hyoscine butyl-bromide. Tuy nhiên, các thuốc này được chống chỉ định khi có tắc ruột. Ngoài ra, các tác nhân này làm giảm tiết nước bọt dẫn đến khô miệng nhầy và ở một số người, đặc biệt là người cao tuổi, một số mức độ buồn ngủ. Tốt nhất nên tránh sử dụng chúng ở người cao tuổi. Ở bất kỳ bệnh nhân nào được sử dụng chúng, cần theo dõi ít nhất 4 giờ sau khi dùng thuốc với uống dịch cho đến khi bệnh nhân tỉnh táo, có thể đứng dậy mà không chóng mặt và không có triệu chứng.

4. Nhiều bệnh nhân bị đau bụng có thể có biểu hiện buồn nôn, nôn mửa hoặc phân lỏng. Mất chất lỏng ở những bệnh nhân này là một chỉ định cho liệu pháp hydrat hóa và điều này có thể được thực hiện qua đường tĩnh mạch hoặc đường uống, nếu bệnh nhân có thể giữ lại chất lỏng. Nếu bệnh nhân tiếp tục buồn nôn hoặc nôn, có thể cần thử thuốc chống nôn như

prochlorperazine hoặc metoclopramide.

5. Các khoa cấp cứu lâm sàng ngày càng sử dụng các phác đồ quan sát kéo dài để quản lý nhiều bệnh nhân bị đau bụng. Các đơn vị quan sát này cung cấp dịch vụ chăm sóc có giám sát cho những bệnh nhân như vậy trong khoảng thời gian lên đến 23 giờ. Bệnh nhân có biểu hiện đau bụng có thể không phải là phẫu thuật bụng hoặc không cần chăm sóc tại bệnh viện có giám sát trong hơn 24 giờ đều có thể chấp nhận được chăm sóc theo quy trình như vậy. Những bệnh nhân như vậy bao gồm:

a. Bệnh loét dạ dày tá tràng / viêm dạ dày không thủng và không chảy máu: Bệnh nhân thường có biểu hiện đau thượng vị có thể liên quan đến buồn nôn và một số nôn. Thương dịch thường mềm với các mức độ đau khác nhau. Các dấu hiệu sinh tồn của bệnh nhân ổn định. Điều trị ban đầu sẽ bao gồm thuốc chống nôn qua đường tiêm và / hoặc thuốc chống co thắt với thuốc đối kháng thụ thể H2 đường tiêm, thuốc ức chế bơm proton đường tiêm hoặc thuốc kháng axit liều cao và nhỏ giọt tiêm tĩnh mạch. Khi các triệu chứng giảm bớt, dịch uống được bổ sung và sau đó là chế độ ăn uống với số lượng hợp lý. Các bệnh nhân sẽ được xem xét khoảng 2 đến 3 giờ một lần và được giữ trong tối thiểu 8 giờ. Nếu bệnh nhân đã hồi phục hoàn toàn vào thời điểm đó, bệnh nhân có thể được xuất viện với một đợt thuốc đối kháng thụ thể H2 đường uống, thuốc ức chế bơm proton đường uống hoặc thuốc kháng axit đường uống với sự sắp xếp để theo dõi tại phòng khám tiêu hóa và tư vấn quay trở lại nếu các triệu chứng xấu đi đáng kể. Họ cũng sẽ được đưa ra lời khuyên về chế độ ăn uống thích hợp và được ghi lại rõ ràng. Nếu các triệu chứng không được thuyên giảm đầy đủ vào giờ thứ 23, sẽ xem xét chăm sóc bệnh nhân nội trú tại khu vực thích hợp.

b. Đau bụng niệu quản: Bệnh nhân thường có biểu hiện đau từ thắt lưng đến háng. Đây có thể là nỗi đau tồi tệ nhất mà nhiều bệnh nhân có thể từng trải qua. Một khi cơn đau bắt đầu, nó sẽ tích tụ và bất kỳ tư thế nào mà bệnh nhân có thể thực hiện cũng không làm cho anh ta cảm thấy tốt hơn. Một số thậm chí có thể có buồn nôn hoặc có thể nôn mửa. Một số có thể có biểu hiện nước tiểu đổi màu. Một số bệnh nhân có thể có tiền sử sỏi thận trước đó. Khi khám, bụng thường mềm với đau nhẹ ở bên bụng gây đau đớn. Ngoài ra, quả bóng của thận ở phía đó với bệnh nhân nằm ngửa và thư giãn thường gây ra một số đau nhức. Dipstix nước tiểu thường cho thấy các mức độ xuất huyết khác nhau. Siêu âm bụng có khả năng cho thấy đài hoa thận giãn ra nếu được đánh giá khi có cơn đau. Chụp X-quang KUB có thể cho thấy sỏi mờ đục vô tuyến, tùy thuộc vào loại sỏi gây ra các triệu chứng. Mục đích của việc điều trị ban đầu là giảm đau và tắc nghẽn hoàn

toàn. Điểm đau cần được lưu ý tại thời điểm khám. Giảm đau qua đường tiêu hóa (thường là với opioid hoặc NSAID) sẽ là phương pháp điều trị ban đầu sau khi chẩn đoán lâm sàng đau bụng niệu quản. Một số bác sĩ cũng bổ sung thuốc chống co thắt đường tiêm với niềm tin rằng cơn đau là do co thắt cơ trơn từ niệu quản chèn ép vào răng. Khi mức độ đau đã giảm, nên bắt đầu hydrat hóa thông qua kết hợp cả truyền dịch tĩnh mạch và đường uống. Nếu giảm đau không đủ có thể dùng thêm liều thuốc giảm đau. Giảm đau hoàn toàn như được chứng minh bằng triệu chứng và không gây đau khi khám lâm sàng là mục đích của chăm sóc ban đầu. Điều này thường nên đạt được trong vài giờ đầu tiên của quá trình chăm sóc. Bệnh nhân nên tiếp tục được theo dõi trong ít nhất tám giờ và tối đa là 23 giờ. Nếu giảm đau hoàn toàn hoặc không tái phát trong khoảng thời gian đó, bệnh nhân có thể được xuất viện bằng thuốc giảm đau đường uống và đặt lịch hẹn để xem xét sớm tại Phòng khám Tiết niệu.

c. Viêm dạ dày ruột: Chẩn đoán viêm dạ dày ruột đòi hỏi bệnh nhân phải bị tiêu chảy và có thể nôn mửa và / hoặc đau bụng. Trong tiền sử, điều quan trọng là phải ghi lại tần suất của các đợt nôn mửa và tiêu chảy, loại và màu sắc của nôn mửa và phân, tiền sử ăn thường xuyên và liệu những người khác đã ăn thực phẩm tương tự có các triệu chứng tương tự hay không. Khi khám lâm sàng, các dấu hiệu sinh tồn rất quan trọng và bác sĩ nên tìm kiếm các dấu hiệu mất nước, đau bụng cục bộ và thực hiện kiểm tra trực tràng kỹ thuật số để xác định màu sắc và độ đặc của phân và kiểm tra sự hiện diện của máu, nếu không được xác định một cách khách quan. Sau khi chẩn đoán được đưa ra, điều trị được hướng đến việc giảm các triệu chứng (chẳng hạn như chống nôn nếu có buồn nôn và/hoặc nôn, chống co thắt nếu bệnh nhân bị đau bụng nặng, thuốc hạ sốt, nếu bệnh nhân bị sốt), bù nước, tiêm tĩnh mạch và đường uống, bổ sung muối bù nước đường uống trong phác đồ bù nước đường uống. Chất điện giải có thể được kiểm tra lại khoảng sáu giờ sau khi bắt đầu bù nước. Nếu các triệu chứng giảm bớt và bệnh nhân cảm thấy khỏe mạnh và bình thường về mặt sinh hóa sau ít nhất tám giờ chăm sóc có giám sát, bệnh nhân có thể được xuất viện về nhà với thuốc và tư vấn về chế độ ăn uống. Trong khi được quan sát, bệnh nhân thường chỉ được cho ăn ban đầu. Khi các triệu chứng thuyên giảm, bệnh nhân dần dần được chuyển sang chế độ ăn mềm và nếu dung nạp tốt, chế độ ăn uống bình thường sau đó. Cách tiếp cận này thường có kết quả rất tốt với nhu cầu tối thiểu để giữ bệnh nhân trong bệnh viện hơn 23 giờ.

d. Đau bụng không đặc hiệu: Đau bụng không đặc hiệu là vấn đề thường gặp ở Khoa Cấp cứu. Việc đánh giá những bệnh nhân như vậy

cần bao gồm tiền sử tốt với khám bụng cẩn thận, bao gồm khám trực tràng kỹ thuật số. Đánh giá bệnh nhân cũng có thể yêu cầu điều tra nước tiểu và siêu âm bụng để loại trừ các bệnh liên quan đến túi mật và một số xét nghiệm máu như amylase. Chụp X-quang thường chỉ có dấu hiệu của vôi hoặc nghi ngờ tắc ruột. Nếu táo bón bị nghi ngờ là nguyên nhân gây ra các triệu chứng, phải nỗ lực đầy đủ để xổ và đánh giá kết quả của việc này. Cũng cần điều trị triệu chứng. Ở bệnh nhân không đáp ứng với những điều này, phải xem xét các nguyên nhân nguy hiểm gây đau bụng như thiếu máu cục bộ mạc treo ruột, thủng khu trú và những thứ tương tự. Quan sát kéo dài trong Khoa Quan sát lên đến 23 giờ và lặp lại thường xuyên

Khám lâm sàng khoảng 2-3 giờ một lần thường giúp giải quyết nguyên nhân gây đau ở nhiều bệnh nhân.

Kết thúc

Đau bụng là một vấn đề phổ biến được thấy ở Khoa Cấp cứu trên khắp thế giới. Nguyên nhân của các triệu chứng có thể lành tính hoặc tiềm ẩn nguy hiểm. Mục tiêu ban đầu của đánh giá là xác định những bệnh nhân có căn nguyên nghiêm trọng cần can thiệp khẩn cấp. Đánh giá lâm sàng cẩn thận và sử dụng thận trọng các phương thức nghiên cứu là chìa khóa để chẩn đoán. Một khi chẩn đoán được đưa ra, các phương pháp điều trị triệu chứng và chăm sóc hỗ trợ thường sẽ là phương pháp điều trị chính. Chú ý cẩn thận đến những chi tiết này có thể sẽ dẫn đến chẩn đoán rõ ràng và kết quả tốt cho bệnh nhân.

Chương 10. NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ VÀ CHẤN THƯƠNG BỎNG

Giới thiệu

Việc quản lý bệnh nhân bị ngộ độc tiếp tục phát triển với sự đánh giá cao hơn về lợi ích điều trị của các quy trình đã sử dụng trước đây, giới thiệu các loại thuốc giải độc mới hơn và cải tiến trong quy trình chăm sóc bệnh nhân tại các cơ sở khác nhau của chúng tôi. Bất kể điều này, người ta hiểu rõ rằng kết quả tốt hơn sẽ được mong đợi với việc quản lý nhanh chóng và sớm hơn tất cả các trường hợp ngộ độc, với mục đích hạn chế mức độ thiệt hại do chất độc gây ra. Việc quản lý tổng thể các vụ ngộ độc liên quan đến sự tham gia của nhiều người khác nhau như thành viên của công chúng, nhà cung cấp thông tin về chất độc, bác sĩ và y tá cấp cứu, dược sĩ, nhân viên phòng thí nghiệm độc chất, nhân viên điều dưỡng nội khoa và tổng quát, nhân viên chăm sóc đặc biệt, nhân viên xã hội và bác sĩ tâm thần.

Nguyên tắc quản lý

Các nguyên tắc quản lý cơ bản áp dụng cho tất cả các phơi nhiễm độc hại bao gồm:

1. Thực hiện các bước để đảm bảo rằng bệnh nhân bị phơi nhiễm sẽ không gây nguy hiểm đáng kể cho sức khỏe người khác bằng cách là tác nhân gây ô nhiễm thứ cấp
2. Đảm bảo tính toàn vẹn của đường thở, hô hấp và tuần hoàn (ABC) của bệnh nhân và cung cấp các khía cạnh khác nhau của chăm sóc hỗ trợ tạo thành cơ sở lâm sàng để quản lý bệnh nhân bị ngộ độc.
3. Đánh giá cẩn thận để chẩn đoán sớm là điều cần thiết để có kết quả tốt hơn
4. xem xét các bệnh đi kèm khác ở bệnh nhân có biểu hiện phơi nhiễm độc hại và xem xét những điều này trong quá trình điều trị lâm sàng. Ngược lại, ngộ độc nên được coi là nguyên nhân khác biệt của biểu hiện ở tất cả các bệnh nhân có biểu hiện đa hệ thống không rõ nguyên nhân, và ngoài ra, trong các trường hợp sau:
 - a. Bệnh nhân bị thay đổi trạng thái tâm thần
 - b. Bất kỳ bệnh nhân nào bị chấn thương đầu
 - c. Một sự thay đổi đột ngột trong tình trạng lâm sàng của một cá nhân bị khiếm khuyết về tâm thần
 - d. Một nạn nhân chấn thương với nguyên nhân không rõ nguyên nhân về sự thay đổi trạng thái tinh thần hoặc nguyên nhân của tai nạn
 - e. Người trẻ bị đau ngực hoặc rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng
 - f. Bệnh nhân được giải cứu khỏi môi trường cháy hoặc làm việc ở những khu vực có khả năng tiếp xúc với chất độc
 - g. Những người có biểu hiện nhiễm toan chuyển hóa không rõ nguyên nhân
 - h. Bệnh nhân nhóm tuổi trẻ em có những thay đổi hành vi không rõ nguyên nhân, các triệu chứng thần kinh và các biểu hiện bất thường khác.

Bảy giai đoạn quản lý

Bảy giai đoạn thường được công nhận trong việc quản lý ngộ độc. Đó là:

- A. Hồi sức và ổn định
- B. Đánh giá lâm sàng, xem xét chẩn đoán phân biệt và nhận dạng mẫu đối với toxidromes
- C. Kỹ thuật khử nhiễm, nếu có, cho dù từ da, niêm mạc, đường tiêu hóa hoặc các vùng khác của cơ thể
- D. Sử dụng thuốc giải độc thích hợp
- E. Sử dụng các kỹ thuật để tăng cường loại bỏ tác nhân độc hại ra khỏi cơ thể
- F. Cung cấp dịch vụ chăm sóc hỗ trợ khi cần thiết để chăm sóc bệnh nhân tổng thể
- G. Xác định tính cách thích hợp của cá nhân tiếp xúc

A. Hồi sức và ổn định

Chúng bao gồm các bước sau đây rất quan trọng trong việc đảm bảo rằng sự chú ý thích đáng được chú ý đến việc duy trì đường thở, hô hấp và tuần hoàn. Bác sĩ ban đầu gặp bệnh nhân tiếp xúc phải thực hiện những việc sau:

- a. Đánh giá mức độ ý thức của cá nhân
- b. Cho phép ưu tiên đánh giá bệnh nhân có tiền sử phơi nhiễm chất độc bằng cách đặt anh ta vào một khu vực của Khoa Cấp cứu, nơi có thể theo dõi và đánh giá liên tục ban đầu
- c. Đảm bảo rằng đường thở mở và thực hiện các thao tác sẽ đảm bảo tính thông thoáng của nó cho những người có đường thở bị tổn thương hoặc trạng thái tinh thần thay đổi mà không ảnh hưởng đến tính toàn vẹn của cột sống cổ
- d. Cung cấp oxy đầy đủ, nếu cần và đảm bảo rằng thông khí phế nang đầy đủ, sử dụng các chất hỗ trợ khi cần thiết. Nếu cần thiết và có sẵn, cần tiến hành xác định khí máu động mạch.
- e. Đảm bảo tuần hoàn đầy đủ, kiểm tra huyết động và khi không chắc chắn bắt đầu bằng cách truyền nước muối sinh lý đường tĩnh mạch. Tất cả bệnh nhân phơi nhiễm độc có trạng thái huyết động kém tối ưu cũng nên được theo dõi dấu hiệu sinh tồn và điện tim. Khi được chỉ định, có thể sử dụng thuốc giao cảm hoặc các loại thuốc thích hợp khác để đạt được trạng thái huyết động bình thường hơn.

Những người thực hiện các bước ban đầu trong quản lý bệnh nhân phải đảm bảo rằng họ không có nguy cơ phơi nhiễm thứ cấp từ tác nhân độc hại. Điều này có thể bằng cách sử dụng các biện pháp phòng ngừa và khẩu trang phổ quát tiêu chuẩn, đồng thời đảm bảo rằng các quy trình khử nhiễm thích hợp được tiến hành trước khi thực hiện đánh giá đầy đủ bệnh nhân.

B. Đánh giá lâm sàng, xem xét chẩn đoán phân biệt và nhận dạng mẫu đối với toxidromes

Đánh giá lâm sàng chi tiết của bệnh nhân bắt đầu từ lần tiếp xúc đầu tiên và được thực hiện parri passu với hồi sức ban đầu và ổn định bệnh nhân. Một bác sĩ giỏi, ngoài việc có được tiền sử tốt, còn tiếp tục thực hiện một cuộc kiểm tra sức khỏe kỹ lưỡng bằng cách sử dụng tất cả năm giác quan của mình và sau đó xác định các cuộc điều tra liên quan sẽ giúp đưa ra chẩn đoán xác định. Khi thực hiện những điều này, bác sĩ sẽ xác định các phức hợp triệu chứng hoặc toxidromes sẽ cung cấp manh mối về nhóm chất mà người đó có thể đã tiếp xúc.

1. Tiền sử có thể được lấy từ nhiều nguồn khác nhau, tức là bệnh nhân, gia đình, bạn bè, nhân viên y tế, cảnh sát và quan sát viên. Người quan sát, gia đình và những người khác trở nên rất quan trọng khi một bệnh nhân bị đầu độc bất tỉnh, không giao tiếp, có tình gây hiểu lầm hoặc vô tình không chính xác. Mục tiêu của việc lấy tiền sử trong độc chất khẩn cấp là xác định những điều sau:

- a. Tác nhân độc hại
- b. Lý do phơi nhiễm để có thể ngăn chặn những sự cố như vậy trong tương lai
- c. Các bệnh đi kèm khác có thể ảnh hưởng đến việc điều trị lâm sàng của bệnh nhân.

2. Tiền sử độc tính nên có các thành phần sau:

- a. Bản chất của chất độc / độc tố: Người ta cần biết liệu bệnh nhân hoặc ai mang bệnh nhân đến có biết (các) tác nhân thủ phạm liên quan hay không. Những người tiếp xúc gần với bệnh nhân sẽ được yêu cầu mang theo bao bì hoặc một số mẫu chất độc được nuốt phải. Trong các sự cố công nghiệp, bệnh nhân hoặc người giám sát của họ thường được khuyên mang theo Bảng dữ liệu an toàn vật liệu (MSDS) của các đại lý công nghiệp có liên quan đến họ khi họ đến bệnh viện. Điều này đẩy nhanh việc điều trị lâm sàng của bệnh nhân. Điều quan trọng là phải xác định xem có đồng hấp ăn hay không và các công thức mà chúng được tiêu thụ. Ngộ độc hỗn hợp đặt ra những thách thức đặc biệt trong chất độc động học với thời gian làm rõ dạ dày kéo dài.
- b. Lượng chất độc/độc tố: Điều này ảnh hưởng đến phương thức khử nhiễm và quyết định có nên bắt đầu quy trình khử nhiễm và sử dụng thuốc giải độc hay không. Thường thì lượng ăn vào là không rõ. Sau đó, cần có các xét nghiệm trong phòng thí nghiệm nhanh chóng để cho phép đưa ra quyết định về việc sử dụng thuốc giải độc cụ thể hoặc phương thức điều trị.
- c. Đường dùng hoặc tiếp xúc với chất độc/độc tố: Đường uống là đường uống phổ biến nhất trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, các đường hít phải, da và đường tiêm, vết cắn và vết đốt từ động vật và thậm chí cả đường qua nhau thai có thể là các kênh của tác nhân độc hại và những điều này sẽ yêu cầu các hình thức khử nhiễm đặc biệt, nếu được coi là cần thiết.
- d. Thời gian sử dụng / tiếp xúc với tác nhân gây ra và thời gian phơi nhiễm đó: Các tác nhân được dùng qua đường uống thường sẽ đi qua môn vị trong

vòng hai giờ và ít có khả năng được loại bỏ đáng kể bằng cách rửa dạ dày. Việc sử dụng than hoạt tính sẽ ít có khả năng mang lại lợi ích đáng kể trong những trường hợp như vậy, trừ khi lượng than hoạt tính ăn vào là rất lớn. Tuy nhiên, một số tác nhân, chẳng hạn như salicylate, barbiturat và thuốc chống trầm cảm ba vòng có xu hướng làm chậm quá trình làm rỗng dạ dày và có thể tồn tại trong dạ dày hơn hai giờ. Các tác nhân được hấp thụ qua da cần được loại bỏ nhanh chóng nếu không sự hấp thụ sẽ tiếp tục.

e. Chăm sóc sơ cứu trước đó: Nếu đã được chăm sóc ban đầu tại chỗ, chẳng hạn như atropine cho ngộ độc organophosphate hoặc canxi gluconate cho bỏng axit flohydric, thì điều này cần được lưu ý vì nó có thể ảnh hưởng đến biểu hiện lâm sàng ban đầu và điều trị tại Khoa Cấp cứu.

f. Các triệu chứng biểu hiện của bệnh nhân: Những triệu chứng này có thể cung cấp một số manh mối về bản chất của chất độc ăn vào, đặc biệt là khi không có tiền sử rõ ràng như thường thấy trong thực hành độc chất khẩn cấp. Bệnh nhân đã ăn một lượng lớn paracetamol, một tác nhân gây ngộ độc phổ biến ở nhiều cộng đồng thường cảm thấy khó chịu ở thượng vị với buồn nôn và đôi khi nôn. Các nạn nhân của ngộ độc organophosphate phàn nàn về mờ mắt, đau bụng, nôn mửa và tiêu chảy và đôi khi ho và tiết nước bọt quá nhiều. Những người đã ăn salicylates có thể có biểu hiện buồn nôn, nôn, ù tai, mờ mắt và thậm chí khó thở. Cần có tiền sử cẩn thận về các triệu chứng để nhận biết toxidrome sớm.

g. Sự hiện diện hoặc vắng mặt của các vấn đề tâm lý và các tình trạng đi kèm: Các yếu tố xã hội và các vấn đề tâm lý có thể dẫn đến phơi nhiễm độc hại, trong trường hợp đó, giải quyết những vấn đề này là một khía cạnh quan trọng của việc quản lý tổng thể bệnh nhân và sự tham gia sớm của bác sĩ tâm thần hoặc nhân viên xã hội sẽ tạo thành một phần của việc chăm sóc ban đầu cho bệnh nhân. Ngoài ra, nhận thức về các rối loạn tim, thận hoặc gan của bệnh nhân chắc chắn sẽ ảnh hưởng đến việc chăm sóc ban đầu như tốc độ quản lý dịch hoặc sử dụng thuốc giải độc và dự đoán độc tính tiềm ẩn cho bệnh nhân và thay đổi được động học ở bệnh nhân.

Trong nhiều trường hợp ngộ độc cố ý hoặc thậm chí vô tình dùng quá liều, tiền sử có thể không đáng tin cậy. Người ta sẽ cần phải luôn xem xét chất ăn thứ hai và nhận thức được trạng thái cảm xúc của bệnh nhân. Cần có những nỗ lực tích cực để thiết lập mối quan hệ tốt với bệnh nhân, với gia đình và đồng nghiệp. Do đó, tầm quan trọng của việc chứng thực tiền sử của bệnh nhân với thông tin thu được từ những người khác đã đi cùng bệnh nhân đến phòng cấp cứu.

3. Khám lâm sàng là rất quan trọng trong việc đánh giá bệnh nhân nhiễm độc và thường cung cấp manh mối vô giá để chẩn đoán sớm. Sau đây là danh sách đề xuất các hệ thống cần được bảo hiểm trong quá trình khám sức khỏe:

a. Dấu hiệu sinh tồn: Nhịp tim nhanh là một đặc điểm thường gặp trong lạm dụng kích thích giao cảm, nhịp tim chậm xảy ra với organophosphates. Suy hô hấp thường gặp trong ngộ độc opioid nặng, trong khi thở axit có thể được ghi nhận sau salicylates.

b. Đánh giá thần kinh ban đầu: Thay đổi trạng thái tâm thần xảy ra với nhiều loại thuốc kích thích và trầm cảm thần kinh trung ương. Đồng tử có thể bị co thắt trong ngộ độc thuốc phiện và organophosphate, nhưng giãn ra với rượu và một số thuốc kích thích giao cảm.

c. Mùi của bệnh nhân: Ethanol có thể dễ dàng được bác sĩ khám bệnh. Mùi của methyl salicylates sau khi uống là đặc trưng, mùi của thuốc trừ sâu organophosphate cũng vậy. Các tác nhân khác cũng được cho là tạo ra các chất nhỏ đặc trưng, ví dụ như hạnh nhân đắng của xyanua, mùi trứng thối với hydro sunfua, và hơi dầu mỏ với dầu hỏa và các hydrocacbon hữu cơ khác.

d. Tình trạng da: Dấu vết kim có thể cho thấy lạm dụng thuốc tiêm tĩnh mạch, đỏ mề hôi có thể được ghi nhận với organophosphates và tím tái có thể là dấu hiệu của methaemoglobinaemia.

e. Kiểm tra Tai Mũi và Họng: điều này có thể cho thấy bằng chứng về việc nuốt phải thuốc phiện.

f. Khám phổi: Điều này có thể gợi ý viêm phổi do hít phải hydrocacbon, thở khò khè do phế quản tiếp xúc với organophosphate hoặc sau khi hít phải khí độc hoặc thậm chí là tiếng nổ sau khi ăn paraquat.

g. Nghe tim: Nhịp tim nhanh xoang thường gặp sau khi dùng thuốc kích thích giao cảm, thuốc chống trầm cảm ba vòng hoặc quá liều kháng cholinergic hoặc đôi khi thứ phát do thiếu oxy hoặc hạ huyết áp sau một số lần quá liều.

h. Sờ nắn bụng: Điều này có thể cho thấy đau và bảo vệ có thể xảy ra sau khi uống kiềm ăn da và thường là đau thượng vị được ghi nhận sau khi uống thuốc tẩy gia dụng và thậm chí cả paracetamol.

4. Các cuộc điều tra có liên quan đến thực hành độc chất bao gồm:

a. Công thức máu đầy đủ: Hemoglobin có thể bị ảnh hưởng do chảy máu sau khi dùng quá liều thuốc chống đông.

b. Urê, điện giải và creatinine: Điều này sẽ được yêu cầu để đánh giá tình trạng thận và đáp ứng với hydrat hóa, và có thể bị ảnh hưởng xấu với nhiễm toan chuyển hóa và các thuốc có tác động xấu đến chức năng thận cấp tính, chẳng hạn như với metanol, salicylates và thậm chí cả paracetamol.

c. Nồng độ glucose rất quan trọng ở những bệnh nhân bị thay đổi trạng thái tâm thần và sẽ phải là điều tra ban đầu ở bất kỳ bệnh nhân nào có biểu hiện như vậy. Hạ đường huyết sẽ phải được loại trừ bằng chỉ số lượng đường trong máu mao mạch trước khi quy kết trạng thái tinh thần thay đổi cho bất

kỳ rối loạn nào khác, bao gồm cả một sự xúc phạm độc hại.

d. Phân tích khí máu động mạch sẽ cần thiết để đánh giá tình trạng axit-bazo trong nhiều loại tổn thương độc hại, và đặc biệt là ở những bệnh nhân không đáp ứng hoặc có biểu hiện co giật. Rối loạn bazơ axit hỗn hợp thường gặp với ngộ độc salicylate, và ở những bệnh nhân đã ăn metanol, ethylene glycol và các loại rượu hữu cơ khác và ở những bệnh nhân có các bệnh đồng mắc như nhiễm toan ceton do tiểu đường.

e. Các tác nhân gây độc gan dẫn đến thay đổi hồ sơ đông máu. Thời gian prothrombin / thời gian thromboplastin một phần được kích hoạt, ngoài các xét nghiệm chức năng gan sẽ rất quan trọng trong việc đánh giá điều này và được thực hiện thường xuyên khi quá liều paracetamol.

f. Cần chụp điện tâm đồ ở tất cả các bệnh nhân có biểu hiện nhịp tim nhanh để xem xét rối loạn nhịp tim là kết quả có thể của việc uống thuốc. Sự mở rộng của QRS được ghi nhận trong độc tính phenytoin, ba vòng và lignocaine. Kéo dài QT có thể là một đặc điểm của ngộ độc phenothiazine. Quá liều thuốc chẹn B có thể dẫn đến nhịp tim chậm xoang.

g. Chụp X-quang ngực hoặc chụp X-quang bụng thông thường cũng có thể hữu ích ở bệnh nhân quá liều thuốc, đặc biệt là ở những người nghi ngờ đã ăn một lượng lớn sắt sunfat và canxi cacbonat, cả hai đều mờ đục phóng xạ.

h. Ở bệnh nhân ngộ độc axit flohydric, nồng độ canxi huyết thanh có thể bị giảm trong giai đoạn đầu và việc xác định như vậy sẽ có liên quan.

i. Phân tích thuốc độc tính là một đặc điểm chính của xét nghiệm trong phòng thí nghiệm khi ăn phải chất độc. Có thể yêu cầu các xét nghiệm thuốc cụ thể, đặc biệt là đối với paracetamol, metanol, salicylates, theophylline, digoxin và barbiturat, trên cơ sở khẩn cấp. Nồng độ cholinesterase huyết thanh cũng có thể được sử dụng trong điều trị ngộ độc organophosphate. Máu để sàng lọc thuốc định kỳ thường mất nhiều thời gian hơn để hoàn thành. Những điều này có thể được thực hiện trong các phòng thí nghiệm độc chất chuyên dụng. Sàng lọc ma túy trong nước tiểu ít được thực hiện hơn mặc dù chúng có thể đưa ra chẩn đoán định tính trong một khung thời gian ngắn hơn.

Kỹ thuật khử nhiễm

Khử nhiễm sớm là một trong những nguyên tắc quan trọng để quản lý tối ưu bệnh nhân bị ngộ độc. Khoa học và kỹ thuật được sử dụng trong khử nhiễm đã phát triển theo thời gian.

Thuật ngữ "khử nhiễm" đề cập đến việc loại bỏ các loại thuốc hoặc độc tố không được hấp thụ từ một người tiếp xúc với những chất này. Thuốc xâm nhập vào cơ thể từ nhiều cổng khác nhau. Đường miệng dạ dày là một nguồn gây ngộ độc phổ biến, nhiều trong số đó là cố ý. Chất độc hít phải phổ biến hơn trong môi trường công nghiệp, trong trường hợp xảy ra sự cố hỏa hoạn lớn và đôi khi trong quá trình tự tử với các khí độc như carbon monoxide. Con đường hít cũng có thể là một con đường bị bỏ quên khi chúng sử dụng hóa chất để gây ra sự gián đoạn trật tự và cuộc sống xã hội. Các chất lỏng và dễ bay hơi có thể lắng đọng trên da và cũng có thể được hấp thụ vào máu. Cũng như da, mắt cũng tiếp xúc với

môi trường bên ngoài và có thể bị ảnh hưởng bởi các chất độc hại dạng khí và lỏng. Có khả năng, tất cả các kênh này tự mở ra cho các kỹ thuật khử nhiễm. Một khi một loại thuốc hoặc chất độc được sử dụng qua đường tiêm, hoặc nếu được hấp thụ vào hệ thống tuần hoàn qua da hoặc các loại màng nhầy khác nhau trong cơ thể, người ta sẽ cần tích cực xem xét các quy trình để tăng cường đào thải các chất hấp thụ đó.

Khử nhiễm mắt

Bất kỳ chất dễ bay hơi hoặc ăn da nào cũng có thể bị bắn vào mắt hoặc lắng đọng trên niêm mạc của nó. Tác động của sự tiếp xúc như vậy thường là phản ứng kích thích với rách và có khả năng bị viêm giác mạc và tổn thương vĩnh viễn giác mạc và các lớp sâu hơn của mắt dẫn đến mù lòa.

Tổn thương do hóa chất vào mắt là một trường hợp khẩn cấp về mắt thực sự. Mặc dù hầu hết mọi hóa chất đều có thể gây kích ứng mắt, nhưng tổn thương nghiêm trọng thường là do các hợp chất bazơ mạnh (kiềm với $\text{pH} > 10$) hoặc các hợp chất có tính axit ($\text{pH} < 4$). Chấn thương kiềm phổ biến hơn và có thể gây hại hơn, ngoại trừ axit flohydric vì chúng có xu hướng xâm nhập vào giác mạc trong một thời gian dài. Tiếp xúc với hóa chất hai bên có thể tàn phá, thường dẫn đến khuyết tật hoàn toàn về thị lực. Vải quỳ hoặc giấy pH sẽ hữu ích trong việc xác định độ kiềm hoặc độ axit.

Các chất ăn da, khi bắn vào mắt, nên được loại bỏ bằng cách tưới nhiều trong ít nhất 30 phút bằng nước muối sinh lý thông thường cho đến khi độ pH của dung dịch nước thải trung tính. Tưới ngay lập tức, kéo dài, sau đó là quản lý sớm tích cực và theo dõi chặt chẽ lâu dài, là điều cần thiết để thúc đẩy quá trình chữa lành bề mặt giác mạc và tạo cơ hội tốt nhất cho phục hồi chức năng thị giác.

Các thiết bị cơ bản cần thiết để rửa mắt sau chấn thương hóa chất bao gồm:

- Thuốc gây tê tại chỗ như tetracaine hoặc proparacaine
- Lưu vực hứng nước trong quá trình rửa mắt
- Ống nhỏ giọt tiêm tĩnh mạch để hướng nước muối sinh lý thông thường hoặc dung dịch tẩy rửa khác được sử dụng
- Một lít nước muối đẳng trương,
- Vải quỳ hoặc giấy pH

Tưới nhiều ngay lập tức là liệu pháp quan trọng nhất để điều trị chấn thương hóa học. Nếu có, mắt nên được gây mê trước khi tưới. Tốt nhất, mắt nên được tưới bằng dung dịch đệm cân bằng vô trùng, chẳng hạn như dung dịch muối thông thường. Tuy nhiên, tưới ngay lập tức bằng nước máy thông thường được ưu tiên hơn mà không cần đợi chất lỏng lý tưởng. Trong khi nước hoặc nước muối sinh lý có thể được sử dụng trong hầu hết các cơ sở và Khoa Cấp cứu, các giải pháp khác như Hexafluorine, một dung dịch đa hóa trị, tăng trương, lưỡng tính, chelating có thể là những lựa chọn thay thế giá cả phải chăng. Dung dịch rửa phải tiếp xúc với bề mặt mắt. Điều này đạt được tốt nhất với một ống tưới đặc biệt (ví dụ: thấu kính Morgan) hoặc mỏ vịt nắp. Nên tiếp tục tưới cho đến khi độ pH của bề mặt mắt được trung hòa. Điều này có thể yêu cầu 1-2 lít chất lỏng.

Trong trường hợp mắt tiếp xúc đáng kể với các chất ăn da, cần phải tư vấn nhãn khoa,

trong đó kiểm tra đèn khe cẩn thận sẽ cố gắng xác định mức độ tổn thương giác mạc do tổn thương hóa học.

Khử nhiễm da

Da là khu vực dễ bị nhiễm hóa chất lỏng và dễ bị nhiễm nhất. Da hoạt động như một hàng rào bảo vệ trong việc ngăn chặn hóa chất và các vật liệu khác tự do xâm nhập vào cơ thể. Một rào cản như vậy thường hiệu quả và hữu ích. Tuy nhiên, một số sự hấp thụ xảy ra qua da. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự hấp thụ hóa chất của da. Sự hấp thụ xảy ra bằng cách phân bố xung quanh và qua các tế bào tạo nên da. Một số hấp thụ diễn ra dọc theo nang tóc hoặc qua ống dẫn mồ hôi. Một loại thuốc tiếp xúc với da có thể không nhất thiết phải được hấp thụ. Ví dụ, dung môi hữu cơ (chứa cacbon, hòa tan) có thể làm hỏng lớp sừng và cho phép các hóa chất này xâm nhập dễ dàng hơn. Độ dày của da và khả năng tiếp cận hàng rào khác nhau ở các lĩnh vực khác nhau. Ví dụ, hydrocortisone được hấp thụ qua da tốt hơn 6 lần trên trán so với trên cánh tay và tốt hơn 44 lần trên bẹn. Áp dụng nhiều chất hơn làm tăng lượng hấp thụ. Do đó, nồng độ hóa chất lắng đọng trên da càng cao thì lượng có khả năng được hấp thụ càng lớn. Sự thâm nhập sẽ dừng lại khi da bão hòa. Sự hấp thụ vào máu cũng tăng lên nếu nồng độ của một chất cao hơn và nếu một diện tích bề mặt cơ thể lớn hơn được bao phủ bởi tác nhân. Da của trẻ sơ sinh cũng dễ bị hấp thụ hơn da của người lớn. Da bị bệnh không nhất thiết phải dễ thấm thấu hơn da thường. Da bị che khuất (da đã được che phủ) hoặc da ngâm nước tốt dễ thấm thấu hơn da không bị che khuất hoặc khô.

Các loại thuốc bôi lên bề mặt da có thể khuếch tán vào lớp sừng. Trong lớp sừng, một bề chứa hóa chất có thể tích tụ và sau đó hòa tan qua lớp spinosum. Tại thời điểm này, hóa chất có thể bắt đầu trải qua quá trình trao đổi chất và liên kết với các thụ thể để phát huy một số tác dụng. Hóa chất sau đó có khả năng đi vào vùng màng đáy và hạ bì và liên kết thêm với các thụ thể khác hoặc xâm nhập vào các mô khác như mỡ dưới da hoặc thậm chí hệ thống tuần hoàn.

Sự xâm nhập của thuốc qua da xảy ra theo thời gian. Hóa chất ở trên da càng lâu thì cơ hội tiếp tục xâm nhập càng lớn. Khả năng ngộ độc có thể xảy ra khi nồng độ cao của hóa chất lan tỏa trên một vùng da rộng lớn trong một khung thời gian dài.

Đồng thời, nhân viên thực hiện các quy trình khử nhiễm trên da và tóc của nạn nhân có xu hướng tiếp xúc trực tiếp với bề mặt da của nạn nhân và bản thân họ trở thành nạn nhân của ngộ độc hóa chất. Những nhân viên như vậy cần được cung cấp thiết bị bảo hộ cá nhân hoặc trang bị bảo hộ cá nhân. Trong môi trường ô nhiễm hóa chất và tại các trạm khử nhiễm bệnh viện, nhân viên cứu hộ và khử nhiễm thường được cung cấp bộ quần áo bắn tung tóe, găng tay, ủng và mặt nạ lọc không khí. Mặt nạ lọc không khí có mũ trùm đầu cũng có thể được sử dụng. Chúng không yêu cầu kiểm tra độ vừa vặn và thường cung cấp mức độ bảo vệ cao hơn so với mặt nạ lọc không khí tiêu chuẩn. Bộ lọc phải bảo vệ chống lại, ở mức tối thiểu, hơi hữu cơ và cũng chứa hộp mực HEPA. Kết hợp khí axit và khả năng lọc hóa chất khác có thể bảo vệ tốt hơn cho nhóm khử nhiễm. Hệ thống mua sắm hậu cần dựa vào bệnh viện và cộng đồng nên được sử dụng để xác định mức độ bảo vệ thích hợp và loại trang bị bảo hộ cá nhân được sử dụng bởi các đội khử nhiễm trong bệnh viện và đơn vị cứu hộ.

Các bước khác nhau liên quan đến việc tiến hành khử nhiễm bề mặt của bệnh nhân đến

bệnh viện sau sự cố hóa chất sẽ bao gồm:

1. Phân loại ban đầu bởi Nhóm Phân loại đầu tiên được bảo vệ
2. Tiến hành các thao tác ngay lập tức, nếu cần, để duy trì đường thở mở và duy trì thông khí, hoặc sử dụng thuốc giải độc, nếu cần khẩn cấp.
3. Cởi bỏ tất cả quần áo của bệnh nhân. Điều này dự kiến sẽ loại bỏ ít nhất 80% ô nhiễm bề mặt. Tất cả quần áo như vậy, bao gồm cả đồng hồ và nhẫn, nên được giữ trong túi nhựa, niêm phong và dán nhãn để khử nhiễm riêng sau này.
4. Tắm cho thương vong bởi các đội khử nhiễm được đào tạo. Thời gian tắm được khuyến nghị khác nhau giữa các cơ sở. Không có đủ bằng chứng để cho phép xác định rõ ràng về thời gian tối ưu nên là bao nhiêu. Nhiều tổ chức và một số lực lượng quân sự khuyến nghị tắm liên tục trong ít nhất mười phút để làm cho nạn nhân sạch sẽ.
5. Chất lỏng tắm thường là nước được sử dụng nhiều với dung dịch xà phòng nhẹ. Bàn chải mềm được sử dụng để thực hiện tẩy tế bào chết từ đầu đến chân và bao gồm làm sạch tóc, nách, bẹn và mông cũng như phần còn lại của da. Điều này thường có hiệu quả để rửa sạch ô nhiễm bằng hydrocacbon chuỗi thấp, hợp chất vô cơ, muối, một số axit hữu cơ và các hợp chất không phân cực khác. Nước có axit loãng được khuyến khích để rửa sạch các hợp chất cơ bản (ăn da), amin và hydrazine. Các bazơ loãng như xút và chất tẩy trắng được khuyến nghị để rửa sạch các hợp chất axit, phenol và thiol. Các dung môi hữu cơ như rượu, ete, xeton, chất thơm, hexan và dầu hỏa có thể được sử dụng để rửa sạch các hợp chất không phân cực. Tuy nhiên, trong những trường hợp này, dung môi được sử dụng sẽ cần phải có chất gây ô nhiễm cụ thể. Các thành viên của nhóm tắm cũng chú ý đến các vùng móng và cả vết thương. Đối với những người bị thương trên xe đẩy đang được thông gió, các biện pháp hỗ trợ sự sống cơ bản, chẳng hạn như thở cứu hộ, được thực hiện liên tục mà không bị gián đoạn trong suốt quá trình khử nhiễm.
6. Nhiều tổ chức quân sự khác nhau đã phát triển các bộ dụng cụ để thực hiện việc khử nhiễm cá nhân nhân viên. Ví dụ, Lực lượng Vũ trang Hoa Kỳ có bộ dụng cụ M291 và M258A1. Ví dụ, M291 được sử dụng để khử nhiễm da đã bị ô nhiễm bởi các tác nhân hóa học lỏng. Nó bao gồm một túi mềm giống như ví chứa sáu gói khử nhiễm riêng lẻ. Mỗi gói chứa một miếng lót nhiều lớp chứa đầy sợi không dệt được ngâm tẩm với hợp chất khử nhiễm, là một loại bột màu đen, chảy tự do, dựa trên nhựa. Điều này chứa chất hấp phụ cacbon, polyme polystyrene và nhựa trao đổi ion. Khi miếng đệm được chà trên vùng da, các hóa chất nhanh chóng được chuyển vào, giữ lại và giữ lại bên trong các hạt nhựa. Sự hiện diện của các nhóm axit và bazơ trong nhựa thúc đẩy sự phá hủy các tác nhân hóa học bị mắc kẹt.
7. Tuy nhiên, hầu hết các Khoa Cấp cứu sẽ làm tốt bằng cách chỉ cần có vòi hoa sen có thể triển khai nhanh chóng với các giải pháp xà phòng nhẹ thông thường trong một cơ sở cung cấp một số sự riêng tư và giải quyết các vấn đề khiêm tốn cho thương vong cần khử nhiễm.
8. Sau khi tắm, nạn nhân được chuyển đến một khu vực sạch sẽ, nơi anh ta sẽ được

phơi khô và mặc lại áo choàng mới và sau đó được chuyển đến khu vực phân loại thứ hai gần đó, nơi anh ta sẽ được đánh giá lại và phân loại lại trước khi được chuyển đến khu vực thích hợp của Khoa Cấp cứu. Phân loại thứ hai này cũng có thể liên quan đến việc sử dụng máy theo dõi tác nhân hóa học để tìm kiếm tàn dư của các hóa chất cụ thể được xác định trước, chẳng hạn như organophosphate và clo hoặc amoniac. Sự hiện diện của bất kỳ hóa chất nào được xác định trước sau lần khử nhiễm ban đầu có thể khiến nạn nhân phải lặp lại toàn bộ quá trình khử nhiễm. Mục đích của việc khử nhiễm là cho phép nhân viên có thể chạm vào nạn nhân bằng tay không mà không sợ bị nhiễm bẩn thứ cấp.

9. Có rất ít Khoa Cấp cứu trên thế giới có thể thiết lập các cơ sở như vậy ngay bên ngoài phòng cấp cứu của họ, đặc biệt là để điều trị thương vong hàng loạt. Hầu hết yêu cầu thời gian thực hiện đáng kể để được thiết lập. Một số đã thiết lập các hệ thống giảm thiểu thương vong hàng loạt nhanh chóng cho phép quá trình khử nhiễm bắt đầu trong vòng vài phút sau khi kích hoạt.

Khử nhiễm đường hô hấp

Bước ngay lập tức nhất trong việc khử nhiễm đường hô hấp là loại bỏ nạn nhân khỏi môi trường bị ô nhiễm và bắt đầu liệu pháp oxy lưu lượng cao để thay thế các khí ô nhiễm còn sót lại trong đường hô hấp, tối đa hóa oxy hòa máu và thay thế các khí gây khó chịu từ các vị trí liên kết trên phân tử hemoglobin và cũng cung cấp cho bệnh nhân lượng oxy rất cần thiết cho quá trình hô hấp mô. Một lần nữa, nhân viên cứu hộ thực hiện các thủ tục này cần đảm bảo rằng họ được bảo vệ đầy đủ bằng thiết bị bảo vệ hô hấp thích hợp và trang bị bảo hộ cá nhân khác và đôi khi cả thiết bị thở miễn là họ ở trong khu vực bị ô nhiễm. Đối với một số độc tố đã xâm nhập vào đường hô hấp với số lượng đáng kể, chẳng hạn như hydrocacbon, rửa phế quản-phế nang đôi khi có thể được thực hiện trong môi trường được theo dõi bởi những người được đào tạo về thủ thuật nội soi phế quản. Nếu không, việc khử nhiễm trực tiếp đường hô hấp đối với chất độc hít phải hầu như không bao giờ được thực hiện do sự hấp thụ nhanh chóng xảy ra của các hóa chất hít như vậy và những khó khăn kỹ thuật trong việc thực hiện quy trình.

Khử nhiễm đường tiêu hóa

Hầu hết các phơi nhiễm độc hại gặp phải trong Khoa Cấp cứu là thông qua đường uống. Cho đến nay, con đường phổ biến nhất của chất độc trong thực hành lâm sàng là đường tiêu hóa. Hiểu biết về cơ chế làm rộng đường tiêu hóa giúp đưa ra lựa chọn tốt hơn trong kỹ thuật khử nhiễm đường tiêu hóa trong nhiều tình huống độc tính khác nhau.

Dạ dày có môi trường axit với độ pH từ 1,7 đến 4,5. Hầu hết các loại thực phẩm hoặc ma túy tiêu thụ bằng đường uống sẽ bắt đầu bị phân hủy trong dạ dày và vẫn ở trạng thái tương đối. Nói chung, đối với chất lỏng, thời gian vận chuyển qua dạ dày (tức là cho đến khi thoát qua môn vị) sẽ là khoảng 30 phút. Đối với chất rắn, thời gian vận chuyển trung bình có thể lên đến 2 giờ hoặc lâu hơn trong trường hợp tiêu thụ một lượng lớn thức ăn hoặc ăn phải

thực phẩm béo. Một số loại thuốc cũng được biết là làm tăng thời gian vận chuyển dạ dày, đặc biệt là thuốc chống co thắt, thuốc kháng cholinergic, barbiturat và salicylates. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc làm rỗng dạ dày có rất nhiều yếu tố và bao gồm những yếu tố sau:

- Thể tích chất lỏng nạp vào
- Khối lượng thức ăn rắn và hàm lượng chất béo của nó
- Độ nhớt của hàm lượng dạ dày
- Độ pH của dạ dày
- Uống các loại thuốc khác
- Tuổi và cân nặng của bệnh nhân
- Hoạt động thể chất của bệnh nhân dùng thuốc
- Trạng thái cảm xúc của bệnh nhân
- Các trạng thái bệnh khác nhau

Nói chung, thuốc được hấp thụ tốt hơn trong tá tràng vì diện tích bề mặt ở đó lớn hơn nhiều so với trong dạ dày. Do đó, làm rỗng dạ dày nhanh hơn đưa thuốc đến vùng hấp thụ lớn hơn này và tăng cường tỷ lệ hấp thụ. Độ pH tá tràng cao hơn (5 đến 7), cung cấp máu tốt và đặc tính hoạt động bề mặt do bổ sung dịch tiết mật cho phép bắt đầu tỷ lệ hấp thụ lớn. Tuy nhiên, chiều dài ngắn của nó (khoảng 6 inch) có nghĩa là thời gian vận chuyển rất ngắn. Mặt khác, Ruột non có diện tích bề mặt rất lớn, dài khoảng 10 đến 14 feet và thời gian vận chuyển ít nhất ba giờ trong trường hợp bình thường trước khi cuối cùng kết thúc trong ruột già. Điều này cho phép phần lớn sự hấp thụ xảy ra trong phần khúc này. Đại tràng có nguồn cung cấp máu tốt và các sản phẩm thực phẩm dành một thời gian dài ở phần áp chót của đường tiêu hóa với thời gian vận chuyển đôi khi kéo dài đến 24 giờ.

Thức ăn cũng có thể ảnh hưởng đến tốc độ làm rỗng dạ dày. Thức ăn béo làm chậm quá trình làm rỗng dạ dày và cũng làm chậm sự hấp thụ của hầu hết các loại thuốc, ngoại trừ những loại hòa tan trong chất béo. Chế độ ăn nhiều carbohydrate cũng làm chậm quá trình làm rỗng dạ dày. Thực phẩm ăn nóng thường được làm trống nhanh hơn chế độ ăn lạnh. Vị trí cơ thể cũng ảnh hưởng đến việc làm rỗng dạ dày và có ý kiến cho rằng nằm nghiêng bên trái làm giảm tỷ lệ làm rỗng dạ dày. Các loại thuốc khác nhau cũng có thể tương tác với các thành phần khác nhau của thực phẩm và điều này có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ hấp thụ cuối cùng. Thuốc kháng cholinergic, thuốc gây nghiện và thuốc giảm đau làm giảm quá trình làm rỗng dạ dày, trong khi metoclopramide và erythromycin làm tăng tỷ lệ này.

Bốn thập kỷ qua đã chứng kiến một số phát triển trong các kỹ thuật khử nhiễm đường tiêu hóa khác nhau được sử dụng trong ED. Sau đây là các quy trình khử nhiễm đường tiêu hóa hiện có:

a. Pha loãng:

- i. Nước là chất pha loãng tốt nhất và đạt được hai kết quả quan trọng. Nó giúp giảm kích ứng niêm mạc dạ dày do nhiều chất độc ăn phải. Bằng cách thêm khối lượng vào dạ dày, nó hỗ trợ quá trình nôn mửa, nếu được thực hiện.
- ii. Thể tích nước được khuyến nghị thường là 100 đến 200 ml đối với trẻ em và 200 đến 500 ml đối với người lớn. Tuy nhiên, chỉ nên cho nước cho các nạn nhân có ý thức. Nó không bao giờ nên bị ép buộc.

iii. Quá nhiều nước có thể làm giãn nở thành dạ dày dẫn đến dịch chuyển sớm vào tá tràng, gây khó khăn hơn cho việc loại bỏ thêm chất độc. Trong trường hợp ăn phải chất rắn, ví dụ như viên nén, pha loãng với nước có thể thúc đẩy sự hòa tan và tăng cường hấp thụ thuốc ăn vào.

iv. Sữa là một chất pha loãng khác có sẵn trong nhà. Nó được chỉ định thường xuyên nhất để ăn phải các chất ăn da hoặc gây kích ứng, ngoại trừ phốt pho. Tuy nhiên, sữa có thể trì hoãn sự khởi phát của nôn mửa do ipecac. Hầu hết các bảng dữ liệu an toàn vật liệu công nghiệp (MSDS) vẫn khuyến nghị sử dụng sữa làm chất pha loãng đường tiêu hóa trong trường hợp vô tình nuốt phải các chất ăn da.

b. Nôn mửa

i. Theo truyền thống, nôn mửa là một trong những thủ thuật sớm nhất được sử dụng trong khử nhiễm đường tiêu hóa. Có chống chỉ định được chấp nhận đối với nôn mửa:

1) Nếu bệnh nhân:

1. Bất tỉnh
2. Không có phản xạ bịt miệng
3. Bị bệnh tim mạch nặng
4. Dưới sáu tháng tuổi

2) Nếu chất độc:

1. Là bất kỳ tác nhân nào gây giảm nhanh mức độ ý thức, co giật, suy tim mạch hoặc liệt thần kinh cơ như thuốc chống trầm cảm chu kỳ, isoniazid, propoxyphene, long não, thuốc chẹn beta và co giật.

2. Có hydrocarbon có khả năng dẫn đến tổn thương phổi nếu hít phải ngay cả với lượng nhỏ

3. Là một axit hoặc kiềm ăn mòn sẽ làm trầm trọng thêm tổn thương đường tiêu hóa trên do áp suất cao được tạo ra trong quá trình nôn mửa.

ii. Sau đây là các phương pháp nôn ra đã biết:

1) Xi-rô ipecac: Điều này tạo ra nôn mửa thông qua cả kích ứng dạ dày và kích thích trung tâm của vùng kích hoạt thụ thể hóa học. Khoảng 25 đến 60% độc tố ăn vào có thể được loại bỏ bằng cách nôn mửa nếu ipecac được dùng trong vòng 5 phút sau khi nuốt phải độc tố. Nếu được dùng 1 giờ sau đó, dự kiến sẽ loại bỏ không quá 30% độc tố. Liều lượng khuyến cáo là:

Tuổi	Liều
6 tháng đến 12 tháng	5 - 10 ml
1 năm đến 12 năm	15 ml
Hơn 12 năm	15 - 30 ml

Ipecac, nếu được sử dụng, nên được cho nếu chất độc được nuốt phải trong vòng một giờ. Sau đó, nên uống một liều ipecac bằng cách uống 1 đến 2 ly nước. Mặc dù nhìn chung an toàn và dung nạp tốt, nhưng các tác dụng phụ của nó bao gồm nôn mửa kéo dài, tiêu chảy, hôn mê, đổ mồ hôi quá nhiều và sốt. Nôn mửa không kiểm soát được có thể cực kỳ đau cho

cả bệnh nhân và người thân và có thể tiếp tục trong tối đa 1 đến 2 giờ. Điều này trì hoãn việc thiết lập các quy trình loại bỏ ma túy tiếp theo. Việc sử dụng than hoạt tính, nếu có kế hoạch, và thuốc giải độc đường uống, nếu có, cũng sẽ bị trì hoãn do nôn mửa kéo dài do ipecac gây ra.

2) Apomorphine: Mặc dù thuốc này nhanh chóng gây nôn mửa, nhưng nó cần được bác sĩ dùng và sử dụng tại nhà là không phù hợp. Apomorphine là một loại thuốc phiên hoạt động như một chất chủ vận dopamine trung tâm mạnh để kích thích trực tiếp vùng kích hoạt thụ thể hóa học trong tủy. Nó có thể được dùng bằng đường uống, tiêm tĩnh mạch, tiêm dưới da và thậm chí được bôi trực tiếp lên màng kết mạc và nước, sử dụng công thức viên nén, có thể dễ dàng loại bỏ sau khi bắt đầu nôn mửa. Nôn mửa thường xảy ra trong 5-10 phút. Mặc dù apomorphine trực tiếp kích thích vùng kích hoạt thụ thể hóa học, nhưng nó có tác dụng ức chế trung tâm nôn. Do đó, nếu liều đầu tiên không gây nôn nôn, liều bổ sung sẽ không hữu ích. Vì bộ máy tiền đình cũng có thể liên quan đến việc nôn mửa do apomorphine, bệnh nhân được an thần sẽ không dễ nôn mửa. Các tác dụng phụ của nó như suy giảm thần kinh trung ương, suy hô hấp và hạ huyết áp khiến đây trở thành một tác nhân ngày nay hiếm khi được sử dụng ở người. Tuy nhiên, nó được sử dụng trong thú y.

3) Dung dịch xà phòng: Nếu chỉ định nôn nhanh và không có sẵn ipecac, dung dịch xà phòng ở dạng chất tẩy rửa dạng nước rửa chén nhẹ đã được sử dụng để bắt đầu nôn mửa. Điều này có thể được bắt đầu trong vòng 10 phút sau khi kích hoạt và nôn mửa cũng kéo dài hơn. Do đó, điều này hữu ích hơn như một phương thuốc tại nhà hơn bất cứ thứ gì mà các tổ chức chăm sóc sức khỏe sử dụng thường xuyên. Chống chỉ định đối với ipecac cũng áp dụng cho nôn mửa bằng dung dịch xà phòng. Thông thường sử dụng 2 đến 3 ml nước rửa chén nhẹ pha với 200 đến 250 ml nước. Phải cẩn thận không sử dụng các tinh thể dạng hạt rửa chén bằng điện làm chất tẩy rửa. Những hạt như vậy có thể cực kỳ ăn mòn.

4) Nôn mửa do cơ học gây ra: Thương vong bị nhiễm độc được tạo ra nghiêng người về phía trước với cổ mở rộng và mặt sau của lưỡi hoặc hầu họng được kích thích bằng ngón tay hoặc dụng cụ đè lưỡi. Điều này không chỉ gây tổn thương cho bệnh nhân mà còn kém hiệu quả hơn so với nôn mửa ipecac

5) Thuốc nôn lỗi thời: Nhiều tác nhân lỗi thời theo truyền thống được khuyên dùng để nôn nôn nên không được khuyến khích vì chúng không chỉ kém hiệu quả hơn mà còn không đáng tin cậy và có khả năng gây nguy hiểm. Một số tác nhân lỗi thời này bao gồm thuốc nôn cao răng (kali và antimon tartarate), đồng sunfat, kẽm sunfat, bột mù tạt và dung dịch muối.

a. Rửa dạ dày

1) Điều này liên quan đến việc rửa sạch dạ dày bằng dung dịch và được ưu tiên thường xuyên vì sự tuân thủ của bệnh nhân không phải là một đặc

điểm, nó có thể được thực hiện nhanh chóng và không dẫn đến bất kỳ sự chậm trễ nào trong việc sử dụng than hoạt tính hoặc thuốc giải độc đường uống. Chống chỉ định rửa dạ dày trong các trường hợp sau:

- i ăn phải các chất ăn mòn, ví dụ như axit / kiềm
- ii ăn phải sản phẩm chưng cất dầu mỏ
- iii sự hiện diện của co giật

2) Trong trường hợp bệnh nhân bị mất phản xạ nôn mửa, phải đặt nội khí quản trước khi thực hiện bất kỳ thủ thuật rửa dạ dày nào.

3) Các nghiên cứu tình nguyện viên chỉ ra rằng rửa dạ dày có thể loại bỏ 90% chất trong dạ dày sau 5 phút sau khi uống, 45% sau 10 phút và 30,3% sau 19 phút.

4) Rửa dạ dày vẫn là một thủ thuật thường được sử dụng trong nhiều cộng đồng để loại bỏ chất độc hoặc độc tố trong dạ dày. Một số trung tâm chỉ thực hiện thủ thuật nếu bệnh nhân xuất hiện trong vòng một giờ sau khi uống chất độc.

5) Một bài báo quan điểm gần đây về chủ đề này của Học viện Độc học Lâm sàng Hoa Kỳ và Hiệp hội các Trung tâm Chẩn đoán Châu Âu và các nhà độc học lâm sàng khuyến cáo rằng không nên sử dụng rửa dạ dày thường xuyên, nếu có, trong việc quản lý bệnh nhân bị ngộ độc do thiếu tác dụng có lợi trong một số lượng lớn các nghiên cứu kết quả lâm sàng ở bệnh nhân bị ngộ độc, và do các nguy cơ nghiêm trọng trong thủ thuật, bao gồm thiếu oxy, rối loạn nhịp tim, co thắt thanh quản, thủng đường tiêu hóa hoặc hầu họng, bất thường dịch và điện giải và viêm phổi hít thở.

6) Quy trình rửa dạ dày như sau:

i Chúng tôi ống khoan lớn nhất có thể, ví dụ như ống rửa miệng Ewald của Pháp cỡ 32 đến 36 và xác nhận vị trí của ống trước khi tiến hành rửa miệng.

ii Cho bệnh nhân uống một cốc nước trước khi đưa ống rửa miệng dạ dày, nếu bệnh nhân tỉnh táo

iii Bảo vệ đường thở. Ở bệnh nhân hôn mê cần đặt nội khí quản bằng vòng bít trước khi bắt đầu thủ thuật.

iv Đặt nạn nhân nằm nghiêng, thường ở tư thế bên trái, với đầu thấp hơn thắt lưng để giảm thiểu khả năng vô tình chọc thủng.

v Sử dụng nước máy hoặc nước muối ấm làm chất lỏng rửa mặt.

vi Để kiểm tra vị trí chính xác của ống, hãy đặt đầu ngoài của ống vào một cốc nước. Sủi bọt tích cực khi gợi ý đặt vào khí quản.

vii Hút các chất trong dạ dày khi ống đã đi vào dạ dày.

viii Sau khi nhỏ 100 ml đến 300 ml nước rửa lại, khuấy dạ dày bằng tay rồi rút nước. Lặp lại cho đến khi nước rửa ra trong.

Ix. Sau khi hoàn thành quy trình rửa mặt, nhỏ 50 gm huyền phù than hoạt tính vào dạ dày trước khi lấy ống rửa ra.

d. Than hoạt tính

i. Trong bốn thập kỷ qua, than hoạt tính đã đạt được một vai trò ấn tượng trong việc quản lý ban đầu cho bệnh nhân bị ngộ độc.

ii. Than hoạt tính là chất hấp phụ của nhiều chất hóa học. Đó là căn bản từ quá trình chưng cất phá hủy các vật liệu hữu cơ khác nhau. Khả năng hấp phụ của than củi đã được tăng lên hoặc "kích hoạt" bằng cách xử lý đặc biệt để tăng diện tích bề mặt của nó lên khoảng 950 mét vuông mỗi gam trong trường hợp than hoạt tính tiêu chuẩn và 2500 đến 3000 mét vuông mỗi gam đối với than siêu hoạt tính.

iii. Không có chống chỉ định tuyệt đối đối với than hoạt tính. Tuy nhiên, bản thân nó được biết là dẫn đến táo bón và liều lặp lại ở bệnh nhân hồi tràng có thể dẫn đến nôn mửa. Mặc dù nó không có tác dụng phụ trực tiếp đến phổi, nhưng nó thường được trộn lẫn với vi khuẩn miệng và axit dạ dày gây tổn thương khi hít vào. Do đó, tốt nhất là nó được đưa ra với một sự thanh thoát.

iv. Tác dụng vượt trội của than hoạt tính đã dẫn đến việc sử dụng nó như một chất khử nhiễm đường tiêu hóa phổ biến. Các loại thuốc thường được biết là dễ dàng hấp phụ vào than hoạt tính như trong Bảng 1.

Bảng 1: Các chất hóa học hấp phụ vào than hoạt tính

Paracetamol	Iốt
Rượu béo	Isoniazid
Amitryptiline (và các bộ ba vòng khác	Meprobamate
thuốc chống trầm cảm)	Clorua mercuric
Chất chống pyrin	Methylsalicylate
Asen	Mocfin
Aspirin	Nortryptiline
Atropine	Paraquat
Chlorpheniramine (và liên quan	Phenobarbitone (và các barbiturat khác)
thuốc kháng histamine)	Peinicillin
Chlorpromazine (và liên quan	Phenytoin
phenothiazine)	Propoxyphene
Dextro-amphetamine	Quinidine
Digoxin	Quinine
Glutethamide	Salicylates
Imipramide	

Một số hóa chất được biết là không hấp phụ vào than hoạt tính được liệt kê trong

Bảng 2. Than hoạt tính không thể được sử dụng để gây ô nhiễm đường tiêu hóa của các tác nhân này.

Bảng 2: Thuốc không hấp phụ vào than hoạt tính	
Rượu thơm	Hydrocarbon
Axit boric	Kim loại nặng
DDT (dichloro-diphenyl trichloroethane)	Malathion
Ethylene glycol	Methylcarbamate
Sắt	Xyanua
Liti	Methanol
	Axit và kiềm ăn da

v. Liều lượng than hoạt tính ở người lớn như sau:

- 1) Liều đầu tiên được dùng với liều từ 30 đến 50 gm trong 100 đến 200 ml nước bằng đường uống hoặc qua ống rửa dạ dày.
- 2) Các liều tiếp theo được dùng với liều 15 đến 25 gm / 50 – 100 ml nước cách nhau từ 2 đến 4 giờ trong tối đa 24 giờ. Phác đồ này thường được sử dụng cho than hoạt tính nhiều liều.

vi. Đối với trẻ em, liều dùng như sau:

- 1) Liều đầu tiên 1 gm/kg trọng lượng cơ thể được dùng bằng đường uống hoặc qua ống rửa dạ dày
- 2) Các liều tiếp theo được dùng ở mức 0,5 gm / kg trọng lượng cơ thể trong khoảng thời gian hai đến bốn giờ trong tối đa 24 giờ.

vii. Than hoạt tính trở về mặt được lý và không được hấp thụ bởi niêm mạc đường tiêu hóa.

e. Xúc tác

i. Mặc dù chất xúc tác đã được sử dụng trong quản lý chất độc, nhưng không có hồ sơ nào được chứng minh về hiệu quả của chúng trong thực hành lâm sàng. Lợi thế lý thuyết của việc sử dụng chất xúc tác để khử nhiễm đường tiêu hóa là tăng tốc độ vận chuyển đường tiêu hóa và do đó giảm thời gian hấp thụ chất ngộ độc.

ii. Điều thú vị nữa là khả năng vô hiệu hóa tác dụng táo bón của than hoạt tính để cho phép nhiều than được sử dụng tiếp xúc và hấp thụ thêm một lượng chất gây ngộ độc.

iii. Việc bổ sung chất xúc tác để kích hoạt than củi có thể làm giảm khả năng sinh học của nó và do đó hiệu quả của nó. Một tác động tiêu cực như vậy vẫn chưa được chứng minh cho đến nay. Chất xúc tác tiếp tục là một phần của chế độ quản lý sau khi sử dụng than hoạt tính.

iv. Chống chỉ định sử dụng cathartic như sau:

- 1) Sự hiện diện của tiêu chảy từ trước

2) Tắc ruột hoặc bán ruột

3) Trạng thái cạn kiệt khối lượng

4) Trẻ sơ sinh

5) Suy thận – khi chống chỉ định sử dụng thuốc giảm cảm thông dựa trên magiê

6) Chấn thương bụng

v. Các biện pháp phòng ngừa sau đây cần được tuân thủ khi xem xét sử dụng thuốc thanh thoát:

1) Không nên sử dụng Catharsis cho những tác phẩm tầm thường ở trẻ em

2) Không nên sử dụng các chế phẩm phốt pho-soda cho trẻ em

3) Nên giảm thiểu liều lặp đi lặp lại của magiê có chứa chất xúc động do có xu hướng dẫn đến tiêu chảy dai dẳng.

4) Ở trẻ em, nên thận trọng khi sử dụng sorbitol hoặc than dựa trên sorbitol và theo dõi chặt chẽ tình trạng chất lỏng và điện giải.

5) Chất xúc tác gốc dầu không nên sử dụng vì nguy cơ hít phải và có xu hướng tăng cường hấp thu độc tố

vi. Thuốc xúc động có thể được sử dụng trong thực hành lâm sàng bao gồm:

1) Muối magiê, chẳng hạn như citrate và sunfat

2) Natri sunfat

3) Sorbitol

Chúng thường được trộn sẵn với than hoạt tính với các tỷ lệ khác nhau. Người ta cần kiểm tra việc chuẩn bị than hoạt tính được sử dụng để đảm bảo rằng chất xúc tác được sử dụng là phù hợp.

f. Tưới toàn phần ruột (WBI) là một hình thức thanh tẩy ngày càng phổ biến. Tưới toàn bộ ruột gây tiêu chảy bằng cách rửa cơ học các chất trong ruột qua đường tiêu hóa từ việc sử dụng một lượng lớn dung dịch không hấp thụ đẳng trương như polyethylene glycol (PEG hoặc Go-Lytely). Không có sự thay đổi chất lỏng đáng kể xảy ra khi sử dụng PEG. Nó đặc biệt hữu ích trong việc khử nhiễm dạ dày của sắt và các kim loại nặng khác và cả hydrocacbon. Dựa trên các nghiên cứu tình nguyện, WBI được khuyến cáo cho các trường hợp có khả năng gây độc hại các loại thuốc giải phóng bền vững hoặc thuốc bọc đường ruột, đặc biệt là đối với những người đến phòng cấp cứu sau hơn hai giờ sau khi uống thuốc. WBI cần được cân nhắc cho những bệnh nhân đã ăn một lượng sắt đáng kể vì tỷ lệ mắc bệnh cao và thiếu các lựa chọn khác để khử nhiễm đường tiêu hóa. Việc sử dụng WBI để loại bỏ các gói ma túy bất hợp pháp ăn vào cũng là một chỉ định tiềm năng. WBI chống chỉ định ở bệnh nhân bị tắc ruột, thủng, ruột tràng và ở bệnh nhân không ổn định huyết động hoặc đường thở không được bảo vệ bị tổn thương

Sử dụng thuốc giải độc thích hợp

Sử dụng thuốc giải độc có lợi ích đáng kể trong độc chất, nếu có sẵn và được sử dụng sớm. Có nhiều cơ chế và loại sử dụng thuốc giải độc trong quản lý bệnh nhân nhiễm độc. Một số khoa lâm sàng cũng sử dụng hỗn hợp tiêm tĩnh mạch gồm các thuốc giải độc thông thường và an toàn (50 ml Dextrose 50% với 2mg naloxone và 100 mg thiamine) để điều trị ban đầu cho bệnh nhân hôn mê, đặc biệt là trong trường hợp không có xét nghiệm chẩn đoán.

Sử dụng các kỹ thuật để tăng cường loại bỏ tác nhân độc hại ra khỏi cơ thể

Các tác nhân sau khi được hấp thụ vào máu và vào các mô không còn phù hợp với các quy trình khử nhiễm tiêu chuẩn. Các kỹ thuật đặc biệt sẽ cần được sử dụng để tăng cường loại bỏ các chất hấp thụ khỏi máu và từ các mô mà chúng đã gắn vào. Việc sử dụng các kỹ thuật như vậy phải được đánh giá trên cơ sở từng trường hợp cụ thể và rủi ro và lợi ích của những kỹ thuật này phải được đánh giá trước khi sử dụng bất kỳ kỹ thuật nào trong số này để quản lý từng bệnh nhân. Một khi chất độc đã xâm nhập vào tuần hoàn, nó sẽ được phân phối đến tất cả các hệ thống cơ thể, nơi nó sẽ phát huy tác dụng của nó, có thể phá hoại hoặc cách khác. Chiến lược đối phó của cơ thể đối với sự hiện diện của các loại thuốc và hóa chất này phụ thuộc vào quá trình giải độc xảy ra trong gan, quá trình thoái hóa enzym trong máu và cơ chế bài tiết các hóa chất này. Các cơ quan bài tiết bình thường của cơ thể, tức là thận, phổi, túi mật, hệ tiêu hóa và tuyến mồ hôi của da cũng đóng một vai trò trong việc loại bỏ thuốc ra khỏi cơ thể. Một số cơ chế bài tiết này có thể được tăng cường. Nếu các cơ chế này bị choáng ngợp, thì tổn thương vĩnh viễn đối với các cơ quan cuối có khuynh hướng có thể xảy ra.

Thuốc độc tính động học

Tăng tỷ lệ đào thải các loại thuốc được hấp thụ liên quan đến việc tăng cường cơ chế bài tiết và giải độc tự nhiên trong cơ thể hoặc thúc đẩy việc sử dụng các con đường thay thế ít được sử dụng hơn. Thao túng những điều này để có lợi cho bệnh nhân đòi hỏi sự hiểu biết về độc tính động học của thuốc. Các nguyên tắc của dược phẩm - / độc chất - động học liên quan đến việc tăng cường đào thải thuốc là:

1. Vận chuyển qua màng tế bào: Sự khuếch tán thụ động của thuốc qua các gradient nồng độ được tạo ra bởi màng tế bào phospholipid đòi hỏi chúng phải hòa tan trong lipid và trong dung dịch. Thuốc cũng thường là axit yếu hoặc bazơ yếu. Khả năng ion hóa ở các độ pH sinh lý khác nhau ảnh hưởng đến khả năng hòa tan lipid của chúng. Những loại không bị ion hóa là tán mỡ. Thuốc có tính axit yếu bị ion hóa nhiều hơn ở môi trường pH cao hơn và vẫn ở ngoài tế bào thay vì khuếch tán trở lại tế bào.

2. Mô hình phân phối thuốc 4 ngăn: Sau khi hấp thụ thuốc vào tuần hoàn, chúng được phân phối đến các cơ quan và mô khác nhau [2] và thường có mặt trong bốn ngăn như sau:

- a. Ngăn máu: ban đầu nồng độ thuốc cao nhất ở đây, nhưng giảm nhanh khi thuốc được phân phối đến các mô khác.
- b. Các mô giàu mạch: đây thường là những mô đầu tiên tích tụ thuốc. Tuy

nhiên, vì các mô giàu mạch máu không có mặt với số lượng lớn, điều này hạn chế khả năng hấp thụ và giữ của chúng.

c. Nhóm giàu cơ bắp: chúng có sẵn với số lượng lớn, đặc biệt là ở những người cơ bắp và ít hơn ở những người gầy gò. Tuy nhiên, nguồn cung cấp máu của chúng ít hơn so với nhóm giàu mạch. Họ có thể uống, suy nghĩ với tốc độ chậm hơn, một lượng thuốc lớn hơn và giữ chúng trong một thời gian dài hơn.

d. Các mô mỡ: đây là nhóm tưới máu kém nhất, nhưng có khả năng giữ thuốc lớn nhất. Nếu cơ chế bài tiết nhanh chóng, thì rất ít thuốc cần được các mô mỡ hấp thụ. Thuốc tồn tại trong các mô và ưa mỡ càng lâu thì lượng thuốc sẽ được lưu trữ trong nhóm thứ tư này càng lớn.

e. Tất cả những điều trên có liên quan đến khối lượng phân phối của các loại thuốc này. Các loại thuốc có tính axit như warfarin và theophylline vẫn còn trong tuần hoàn toàn thân, dẫn đến nồng độ thuốc cao và khối lượng phân phối nhỏ. Các loại thuốc cơ bản, ví dụ như thuốc chống trầm cảm ba vòng, morphine và một số dung môi công nghiệp như polychlorinated biphenyls tương đối hòa tan trong lipid và dễ dàng phân phối đến các mô như cơ và vùng mỡ dẫn đến nồng độ thuốc thấp và khối lượng phân bố lớn. Loại bỏ thuốc dễ dàng hơn với các loại thuốc có khối lượng phân phối nhỏ.

3. Khả năng bài tiết thận: Bài tiết thận phụ thuộc vào nhiều yếu tố:

a. Lưu lượng huyết tương thận: thường là khoảng 25% tổng cung lượng tim. Những thay đổi về tâm cỡ của mạch thận có thể ảnh hưởng đáng kể đến điều này.

b. Lọc cầu thận: Thuốc tự do dễ dàng được lọc vào cầu thận tùy thuộc vào sự sẵn có của màng đáy cầu thận có thể lọc nguyên vẹn.

c. Liên kết với protein huyết tương: Liên kết protein cao hơn ảnh hưởng xấu đến quá trình lọc vào cầu thận

d. Bài tiết vào ống: Axit và bazơ hữu cơ được tiết vào ống

e. Tái hấp thu ở ống xa: Tốc độ lưu lượng nước tiểu và lượng nước tiểu nhanh hơn làm giảm thời gian lọc cầu thận ở ống gần và xa và do đó làm giảm lượng tái hấp thu được tạo điều kiện xảy ra trong các ống này. Tái hấp thu cũng bị ảnh hưởng bởi bất kỳ pH. Dịch ống thận có tính axit và có xu hướng tạo điều kiện cho việc giữ dạng ion của các bazơ yếu. Tăng độ pH của nước tiểu làm tăng quá trình ion hóa các thuốc trong ống dẫn đến việc bài tiết nhiều hơn và ức chế tái hấp thu ở ống gần và xa.

4. Các con đường bài tiết khác:

a. Một nhóm thuốc nhỏ nhưng quan trọng (hormone steroid, digoxin và một số chất hóa trị liệu ung thư) được tiết ra từ gan sau khi trải qua quá trình trao đổi chất ở đó và vào mật. Hầu hết các loại thuốc này đều trải qua

quá trình lưu thông đường ruột gan và được tái hấp thu trong ruột non.

b. Thuốc cũng có thể được bài tiết với số lượng nhỏ qua đường hô hấp và da.

1. Phương pháp tăng cường đào thải ma túy

Một số phương pháp có sẵn để tăng tỷ lệ đào thải các loại thuốc hấp thụ. Không phải tất cả các phương pháp này đều có thể áp dụng cho mọi tình huống ngộ độc. Người ta sẽ phải xem xét tác nhân độc có thể xảy ra, chất độc tính của nó, các bệnh đi kèm của bệnh nhân và sau đó đưa ra một kế hoạch tăng cường loại bỏ chất độc ra khỏi cơ thể. Các phương pháp sau sẽ được thảo luận:

Lợi tiểu cưỡng bức

Trong quá khứ, lợi tiểu cưỡng bức được sử dụng cho hầu hết các dạng ngộ độc với niềm tin rằng nó sẽ làm tăng bài tiết các chất độc này hoặc các chất chuyển hóa hoạt động của chúng. Thật không may, quá trình lâm sàng của hầu hết các trường hợp ngộ độc không chỉ bị ảnh hưởng bởi lợi tiểu. Ngoài ra còn có nguy cơ quá tải thể tích và rối loạn chất điện giải với kỹ thuật này. Do đó, lợi tiểu cưỡng bức cần được sử dụng hợp lý hơn và có hướng dẫn rõ ràng. Các loại thuốc có thể được loại bỏ bằng cách lợi tiểu cưỡng bức bao gồm: Amphetamine, rượu, aniline, barbiturat, bromides, ethylene glycol, isoniazid, lithium, metanol, penicillin, phencyclidine, quinine, quinidine, salicylates, strychnine và sulphonamide.

Lợi tiểu cưỡng bức thường đạt được, ở một người khỏe mạnh, không có bệnh tim hô hấp, gan hoặc thận đáng kể, với dịch hợp nhất được cung cấp theo chu kỳ 1,5 lít tinh thể mỗi ba giờ như sau:

- (1) 500 ml Nước muối sinh lý
- (2) 500 ml 5% Dextrose + 20 ml Kali Clorua 7,45%
- (3) 500 ml Nước muối sinh lý
- (4) Tiêm tĩnh mạch Frusemide 20 mg vào cuối mỗi chu kỳ.

Các chu kỳ được lặp lại với việc theo dõi cẩn thận lượng nước tiểu và tình trạng huyết động của cá nhân. Tốc độ truyền dịch có thể cần phải được làm chậm ở bệnh nhân cao tuổi và ở những người có bệnh tim và thận tiềm ẩn và ở những người đã tiêu thụ chất độc gây độc tim hoặc thận. Thông thường, các hình thức đẩy nhanh loại bỏ chất độc hấp thụ khác sẽ được xem xét tích cực ở những bệnh nhân như vậy.

Lợi tiểu cưỡng bức có thể được kết hợp với các thao tác pH nước tiểu để tăng cường hiệu quả bài tiết thận của một số thuốc này bằng cách axit hóa hoặc kiềm hóa nước tiểu.

Lợi tiểu axit cưỡng bức là một thủ thuật hiếm khi được sử dụng, mặc dù nó được cho là có lợi về mặt lý thuyết đối với các loại thuốc có bazơ yếu, chẳng hạn như quinine, phencyclidine, amphetamine và fenfluramine. Nó từng là một thủ thuật phổ biến trong những ngày ngộ độc phencyclidine phổ biến. Tuy nhiên, quy trình này hiện chỉ được sử dụng trong một số trường hợp hiếm hoi. Nó không phải là không có rủi ro và chỉ nên được sử dụng khi tác dụng lâm sàng của quá liều không thể được kiểm soát bằng các phương tiện bảo tồn hơn,

chẳng hạn như ngộ độc quinine. Ngoài ra, bệnh nhân sống sót sau hầu hết các trường hợp ngộ độc chỉ với sự chăm sóc hỗ trợ tốt. Lợi tiểu axit cường bức cũng có thể làm trầm trọng thêm tổn thương thận do tiêu cơ vân. Trong mỗi chu kỳ lợi tiểu axit cường bức, và tác nhân axit được cung cấp với lít tinh thể đầu tiên trong giờ đầu tiên của chu kỳ. Amoni clorua 4 gm mỗi 2 giờ từng được dùng trước đây. Tuy nhiên, amoni clorua cũng là một tác nhân khá độc hại. Chống chỉ định ở những bệnh nhân bị bệnh gan nặng vì amoni có thể tích tụ. Nó cũng có thể làm trầm trọng thêm nhiễm toan chuyển hóa ở bệnh nhân urê huyết. Ở những bệnh nhân mắc bệnh kiềm chuyển hóa thứ phát do nôn mửa, nó có thể đẩy họ đến nhiễm toan chuyển hóa. Bây giờ nó đã được thay thế bằng axit Ascorbic 1 gm mỗi bốn giờ. Các tác nhân khác như arginine hoặc lysine cũng đã được sử dụng thay cho amoni clorua để axit hóa nước tiểu. Bắt buộc theo dõi pH huyết thanh và bicarbonate và pH nước tiểu. Bicarbonate huyết thanh nên được duy trì trên 18 mEq/dl và pH nước tiểu dưới 5.

Lợi tiểu kiềm cường bức vẫn được sử dụng để đẩy nhanh việc loại bỏ một số tác nhân, chẳng hạn như barbiturat, salicylates và thuốc chống trầm cảm ba vòng. Ở những bệnh nhân bị ngộ độc salicylate, sự hiện diện của nhiễm kiềm đường hô hấp sẽ chống chỉ định tiếp tục thủ thuật này. Đối với mỗi chu kỳ lợi tiểu kiềm cường bức, 1 đến 2 ml dung dịch natri bicarbonat 8,4% trên mỗi kg thể trọng được thêm vào lít đầu tiên của chu kỳ. Một lần nữa, cần theo dõi chặt chẽ pH huyết thanh và điện giải trong nước tiểu và duy trì pH nước tiểu ở độ pH 8,0 trở lên bằng cách điều chỉnh tốc độ truyền bicarbonate. Nó cũng hữu ích ở những bệnh nhân có biểu hiện ngộ độc metanol và ở những người bị bất kỳ hình thức ngộ độc nào liên quan đến tiêu cơ vân.

Tất cả những bệnh nhân bất tỉnh được lợi tiểu cường bức cần được đặt ống thông tiểu và lưu lượng nước tiểu ít nhất 6 đến 8 ml mỗi phút. Chống chỉ định lợi tiểu cường bức khi có sốc, suy thận và ở bệnh nhân suy tim. Người ta sẽ cần phải đề phòng nhiễm độc nước, phù phổi, phù não và mất cân bằng điện giải và axit-bazơ ở tất cả các bệnh nhân này.

2. Lọc máu, tưới máu và lọc máu

Tất cả các thủ thuật này không được thực hiện thường xuyên trên bệnh nhân bị ngộ độc. Chúng được sử dụng thường xuyên hơn như một chất hỗ trợ trong việc quản lý bệnh nhân bị ngộ độc nặng. Cả ba thủ thuật đều liên quan đến việc đưa máu đến máy lọc máu, cột tưới máu hoặc bộ lọc máu với tốc độ dòng chảy phụ thuộc vào cân nặng của bệnh nhân, tình trạng huyết động và loại thiết bị ngoài cơ thể được sử dụng. Trong tình trạng quá liều cấp tính, chạy thận nhân tạo hoặc tưới máu sẽ được thực hiện bằng cách bơm máu qua máy lọc máu hoặc hộp mực qua một ống thông đơn hoặc hai lumen được đặt qua tĩnh mạch cảnh trong hoặc tĩnh mạch đùi. Máu được đưa trở lại tuần hoàn tĩnh mạch qua lòng thứ hai của ống thông hai lumen hoặc qua một ống thông riêng biệt. Ngoài ra, có thể tiếp cận huyết thông qua một tĩnh mạch lớn khác hoặc tuần hoàn động mạch. Lọc máu thường được thực hiện bằng cách sử dụng ống thông đặt trong động mạch và tĩnh mạch ngoại biên.

Lọc máu được thực hiện tốt nhất bằng lọc máu chứ không phải lọc màng bụng, chỉ có hiệu quả khoảng 10 đến 20% và không phải là thủ thuật được lựa chọn. Một loại thuốc có thể tháo ra bằng cách lọc máu phải có những phẩm chất nhất định:

- a. Nó phải đủ nhỏ (trọng lượng phân tử thấp hoặc kích thước phân tử thấp)

< 350 dalton) để khuếch tán qua màng lọc và tiếp cận trạng thái cân bằng với tốc độ hợp lý.

b. Nó phải được phân phối trong nước cơ thể ở dạng khuếch tán tự do hoặc dễ hòa tan. Ngoài ra, nó phải có một khối lượng phân phối nhỏ.

c. Cơ chế bình thường cho quá trình trao đổi chất và bất hoạt của nó phải chậm để lọc máu góp phần loại bỏ nó.

Các loại thuốc có thể tháo rời bằng cách chạy thận nhân tạo bao gồm:

- Thuốc an thần và thuốc thôi miên, ví dụ như barbiturat tác dụng dài, ngắn và trung bình, glutethamide và ethchlorvynol
- Rượu, ví dụ như etanol, metanol, rượu isopropyl và ethylene glycol
- Thuốc giảm đau, đặc biệt là salicylates và acetaminophen
- Kim loại như lithium
- Các loại khác, ví dụ như theophylline, digoxin và thuốc chống trầm cảm ba vòng

Khi quyết định lọc máu khẩn cấp, sau đây là những hướng dẫn hữu ích:

- Nhiễm độc lâm sàng nặng với các dấu hiệu sinh tồn không ổn định hoặc rối loạn chuyển hóa kháng trị với liệu pháp hỗ trợ tích cực, ví dụ như hạ huyết áp dai dẳng mặc dù đã hồi sức dịch tối đa hoặc điều trị vận mạch
- Suy chức năng của hệ thống cơ quan chịu trách nhiệm bài tiết thuốc, ví dụ như bệnh nhân suy gan hoặc thận mạn tính
- Sự hiện diện của một hợp chất độc hại có các chất chuyển hóa có độc tính bằng hoặc lớn hơn hợp chất mẹ, ví dụ như chuyển đổi ethylene glycol thành axit oxalic
- Sự hiện diện của bệnh nền sẽ làm tăng đáng kể tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do hôn mê kéo dài, ví dụ như bệnh phổi.

Các biến chứng của chạy thận nhân tạo cấp tính ở bệnh nhân ngộ độc bao gồm:

- Chảy máu hoặc huyết khối tại vị trí tiếp cận huyết máu
- Hạ huyết áp, đặc biệt nếu không gian chết của ống không được sơn lót bằng máu hoặc keo
- Chảy máu do chống đông toàn thân với heparin
- Thuyên tắc không khí
- Nhiễm trùng bệnh viện
- Tăng cường loại bỏ các loại thuốc điều trị

Tưới máu với than hoạt tính, than hoạt tính hoặc nhựa trao đổi ion đã được chứng minh là có hiệu quả hơn trong việc loại bỏ các hợp chất trong tuần hoàn so với chạy thận nhân tạo, đặc biệt là những hợp chất hòa tan trong lipid, liên kết với protein hoặc khả năng lọc máu kém. Các yếu tố ảnh hưởng đến việc chiết xuất các hợp chất

trong quá trình tưới máu bao gồm ái lực của chất hấp phụ đối với chất độc, tốc độ lưu lượng máu qua chất hấp phụ, thể tích phân bố chất độc, tốc độ cân bằng chất độc từ các mô ngoại vi đến máu và lắng đọng màng tế bào máu và protein huyết tương trên chất hấp phụ.

Các chất độc có thể được loại bỏ bằng tưới máu bao gồm:

- a. Barbiturat
- b. Thuốc an thần không barbiturat như ethchlorvynol, glutethamide, methaqualone, diazepam, chloral hydrate, chlorpromazine và meprobamate
- c. thuốc giảm đau, ví dụ như aspirin, methylsalicylate và paracetamol
- d. thuốc chống trầm cảm như amitriptyline và desipramine
- e. các loại rượu như ethanol, metanol và các chất chuyển hóa của chúng
- f. Thuốc tim mạch như digoxin và procainamide
- g. những loại khác, ví dụ như amanita phalloides, carbon tetrachloride, thuốc trừ sâu organochlorine, ethylene oxide, methotrexate, paraquat, polychlorinated biphenyls và organophosphates chọn lọc.

Các biến chứng của tưới máu tương tự như chạy thận nhân tạo và bao gồm giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, phản ứng sốt, hạ canxi máu, hạ đường huyết và thuyên tắc vi mạch thận cùi. Sự ra đời của các hộp lưu máu mới hơn đã loại bỏ một số biến chứng này.

Lọc máu tương tự như chạy thận nhân tạo, nhưng sử dụng áp suất thủy tĩnh dương để dẫn nước và chất tan qua màng bán thấm lọc, nơi chúng được thoát ra dưới dạng dịch lọc. Màng dễ thấm hơn so với màng được sử dụng trong chạy thận nhân tạo. Nước và chất điện giải được lọc được thay thế bằng chất điện giải đẳng trương để giữ cho lượng máu và sinh lý thiết yếu không đổi và giảm thiểu hạ huyết áp. Các chất có trọng lượng phân tử thấp và không phải protein có thể đi qua bộ lọc máu thường được làm bằng hàng nghìn bộ lọc sợi rỗng làm bằng polysulphone, polyamide hoặc polyacrylonitrile. Áp lực động mạch của bệnh nhân thường điều chỉnh lưu lượng máu qua bộ lọc máu.

Các thành phần tế bào và các molules lớn trở lại lưu thông tĩnh mạch. Kỹ thuật này chưa được áp dụng rộng rãi ở những bệnh nhân dùng quá liều vì tốc độ thiết lập và chi phí chậm hơn. Có khả năng nó có thể hữu ích trong việc loại bỏ các phân tử lớn không dễ dàng lọc máu.

3.Than hoạt tính nhiều liều (MDAC)

Liệu pháp than hoạt tính nhiều liều liên quan đến việc sử dụng nhiều lần (hơn 2 liều) than hoạt tính đường uống [9] để tăng cường đào thải các loại thuốc đã được hấp thụ vào cơ thể. Cơ sở lý luận cho việc sử dụng kỹ thuật này như sau:

- d. Sau khi một số loại thuốc được hấp thụ và đi vào tuần hoàn toàn thân, nồng độ trong máu của chúng vẫn tăng lên đáng kể trong một thời gian. Thuốc được biết là khuếch tán từ tuần hoàn vào lòng ruột qua một gradient nồng độ. Tốc độ khuếch tán như vậy phụ

thuộc vào nồng độ huyết thanh. Sự hiện diện của than hoạt tính trong lòng ruột dẫn đến sự hấp phụ của thuốc khuếch tán và ngăn ngừa sự tái hấp thu vào tuần hoàn toàn thân. Miễn là gradient nồng độ vẫn tồn tại, dòng chảy vào lòng và sự hấp phụ vào than vẫn tiếp tục. Quá trình gián đoạn lưu thông đường ruột-ruột của thuốc bằng than hoạt tính luminal này đôi khi được gọi là "hiệu ứng lọc máu tiêu hóa".

e. Than hoạt tính cũng làm gián đoạn tuần hoàn đường ruột-gan. Các thuốc bài tiết qua cơ chế này được hấp phụ vào than hoạt tính có trong tá tràng và ngăn chặn sự tái hấp thu của chúng ở dưới ruột vào tuần hoàn toàn thân. Các loại thuốc được bài tiết qua cách này, bao gồm carbamezipine, chloramphenicol, cyclosporine và theophylline, tất cả đều có thể hấp phụ nổi bật bởi than củi, có thể có hiệu quả trong việc tăng cường đào thải chúng ra khỏi cơ thể.

MDAC có thể được sử dụng để tăng cường đào thải các loại thuốc sau: carbamezipine, dapsone, barbiturates, quinine, theophyllines, salicylates, digoxin, phenylbutazone và sotalol.

Liều ban đầu của than hoạt tính được sử dụng sẽ là liều tiêu chuẩn dành cho người lớn là 50 gm. Các liều tiếp theo thường được dùng cách nhau từ 2 đến 4 giờ với một nửa liều ban đầu. Một trong những tác dụng phụ phổ biến nhất của MDAC là táo bón và điều này có thể được ngăn chặn bằng cách sử dụng đồng thời chất xúc tác cho mỗi liều thứ ba của than hoạt tính.

Mặc dù các nghiên cứu trên động vật đã chứng minh tính hữu ích của than hoạt tính nhiều lần trong việc tăng tỷ lệ loại bỏ các loại thuốc khác nhau được đề cập, nhưng ý nghĩa thực tế của chúng trong thực hành lâm sàng, về hiệu quả khi so sánh với các phương pháp khác, vẫn chưa được hiểu rõ.

4.Oxy cao áp (HBO)

Việc sử dụng oxy cao áp trong độc chất chỉ dành cho bệnh nhân bị ngộ độc khí cản trở việc vận chuyển oxy bằng máu hoặc chiết xuất oxy của các mô như xảy ra trong ngộ độc carbon monoxide, xyanua và hydro sunfua. Các báo cáo hiện có về lợi ích của liệu pháp tăng áp là sử dụng oxy ở 2 đến 5 atm trong ít nhất 2 đến 3 giờ.

Liệu pháp cao áp đề cập đến việc sử dụng áp suất khí quyển để cung cấp oxy tăng hòa tan trong huyết tương đến các mô cơ thể. Với HBO, bệnh nhân hít thở 100% oxy ở áp suất khí quyển cao hơn bình thường (> 1 khí quyển tuyệt đối hoặc ATA). ATA là một đơn vị đo áp suất khí quyển. 1 ATA bằng 760 mm thủy ngân hoặc áp suất ở mực nước biển.

HBO làm giảm thời gian bán hủy của carboxy-hemoglobin từ khoảng 4 đến 5 giờ xuống còn khoảng 15 đến 20 phút. Đây là phương pháp điều trị được lựa chọn cho ngộ độc carbon monoxide ở nạn nhân hỏa hoạn. Hít phải khói liên quan đến việc tiếp xúc với nhiều độc tố và cũng dẫn đến tổn thương phế nang do tổn thương nhiệt và hóa học. Nhiễm độc CO là rối loạn đe dọa tính mạng ngay lập tức nhất trong những trường hợp như vậy và dẫn đến thiếu oxy do dịch chuyển oxy khỏi hemoglobin. Các khu vực có lưu lượng máu cao và nhu

cầu oxy đáng kể, chẳng hạn như não và tim, là các cơ quan chính liên quan đến do nhiễm độc CO. Xyanua, hydrogen sulfide và carbon monoxide cũng liên kết với cytochrome oxidase và ức chế cạnh tranh enzyme này hoạt động, dẫn đến sự ngạt thở hóa học của tế bào.

Việc sử dụng HBO dẫn đến sự bão hòa ngay lập tức của huyết tương với oxy trở nên có thể trao đổi tại các mô. Ngoài ra, nồng độ oxy cao trong máu sẽ thay thế CO khỏi hemoglobin. Điều này thường giúp chống lại tình trạng thiếu oxy mô mặc dù nồng độ carboxy-hemoglobin cao và duy trì sự sống. Hiệu ứng rửa trôi dẫn đến giảm nhanh nồng độ CO trong máu và phục hồi cytochrome oxidase. Ở cấp độ của mô, có sự giảm phù não và peroxy hóa lipid não do CO gây ra

HBO được thực hiện trong buồng cao áp và được sử dụng ở 2 đến 5 ATA trong khoảng 60-100 phút. Thông thường từ 1 đến 5 lần điều trị được khuyến nghị.

Loại bỏ thuốc là một trong những khía cạnh quan trọng của việc quản lý bệnh nhân bị ngộ độc. Cho dù kỹ thuật nào được sử dụng cho từng bệnh nhân, điều quan trọng nhất là đảm bảo rằng kỹ thuật được chỉ định và cần theo dõi chặt chẽ trong quá trình tiến hành thủ thuật để giảm thiểu biến chứng. Hầu hết các trường hợp, sự không quen thuộc với kỹ thuật và chi phí là lý do không sử dụng. Kết quả cuối cùng là tỷ lệ mắc bệnh lâu hơn, đôi khi tỷ lệ tử vong cao hơn và chi phí chăm sóc y tế tăng lên. Những điều này có thể được giảm thiểu bằng cách giáo dục nhân viên và trang bị cho các khoa cấp cứu và đơn vị y tế các cơ sở vật chất để thực hiện các thủ tục này. Ngoài ra, việc tham khảo ý kiến của một nhà độc học lâm sàng dễ dàng có thể dẫn đến lời khuyên về quy trình thích hợp và giám sát hành vi của nó.

F.Cung cấp dịch vụ chăm sóc hỗ trợ khi cần thiết để chăm sóc bệnh nhân tổng thể

Rất nhiều việc quản lý bệnh nhân bị ngộ độc có thể được gọi là chăm sóc hỗ trợ. Nhiều khía cạnh của chăm sóc hỗ trợ có liên quan đến độc chất lâm sàng như sau:

1. Tất cả bệnh nhân nhiễm độc đều cần theo dõi thường xuyên các dấu hiệu sinh tồn. Trong giai đoạn điều trị ban đầu, trong quá trình hồi sức, ổn định và đánh giá ban đầu, những điều này có thể diễn ra theo khoảng thời gian hàng giờ hoặc thường xuyên hơn. Sau khi ổn định, tần suất giám sát như vậy có thể chậm hơn. Các dấu hiệu quan trọng cần được ghi lại bao gồm nhịp tim, nhịp thở, nhiệt độ, huyết áp và độ bão hòa oxy. Sự hiện diện của tăng thân nhiệt hoặc hạ thân nhiệt có thể là dấu hiệu của xú phạm độc tính nghiêm trọng và sẽ cần được kiểm soát cẩn thận, bằng kỹ thuật làm ấm dần dần hoặc bằng thuốc hạ sốt và hydrat hóa.
2. Cần theo dõi điện tâm đồ và lượng nước tiểu ở những người có tác dụng tim tiềm ẩn của các tác nhân độc hại và những người không ổn định huyết động hoặc đang thực hiện các thủ thuật lọc máu hoặc lọc máu cường bức khác nhau.
3. Chăm sóc điều dưỡng thường xuyên là một thành phần quan trọng của bệnh nhân nhiễm độc, trong phòng chăm sóc đặc biệt hoặc trong phòng tổng quát. Chăm sóc điều dưỡng bao gồm tiến hành các thủ thuật như rửa dạ dày nếu được chỉ định, dùng thuốc và quan sát bệnh nhân xem có những thay đổi cấp tính hoặc tinh tế về tình trạng. Rất nhiều dịch vụ chăm sóc điều dưỡng cũng nằm trong sự hỗ trợ tâm lý mà nhiều

bệnh nhân như vậy cần để vượt qua giai đoạn căng thẳng cấp tính trong cuộc đời của họ.

4. Các loại thuốc cần thiết để quản lý bệnh nhân nhiễm độc là một phần của chăm sóc hỗ trợ cần thiết. Việc duy trì oxy hóa, truyền dịch tĩnh mạch để đảm bảo hydrat hóa và lượng nước tiểu và các nhu cầu cơ bản của bệnh nhân đều cần được giải quyết trong giai đoạn cấp tính của điều trị. Ví dụ, 100% oxy cũng được coi là "thuốc giải độc" cho ngộ độc carbon monoxide, trong khi các xét nghiệm chẩn đoán khác đang được tiến hành.

5. Nhiều bệnh nhân bị ngộ độc sẽ yêu cầu giới thiệu đến nhân viên xã hội hoặc bác sĩ tâm thần hoặc cả hai để giải quyết các nhu cầu xã hội và tâm lý dẫn đến việc họ ăn phải các tác nhân độc hại. Mặc dù một số trường hợp giới thiệu và quản lý như vậy có thể được bắt đầu tại Khoa Cấp cứu, nhưng việc quản lý đầy đủ bởi các đồng nghiệp chuyên nghiệp này thường đòi hỏi một thời gian dài theo dõi trong môi trường nội trú.

G.Xác định tính cách thích hợp của cá nhân tiếp xúc

Sau khi đánh giá ban đầu và quản lý bệnh nhân bị ngộ độc tại Khoa Cấp cứu, sẽ cần có quyết định về việc bệnh nhân nào trong số những bệnh nhân này có thể được xuất viện để điều trị thêm trên cơ sở ngoại trú và ai sẽ cần chăm sóc nội trú thêm. Nói chung, tất cả các trường hợp ngộ độc nhẹ không có khả năng xấu đi có thể được xuất viện sau khi đánh giá và điều trị ban đầu và sau một thời gian quan sát ngắn tại Khoa Cấp cứu, trong đó các khía cạnh xã hội và tâm lý của chăm sóc bệnh nhân nên được đề cập. Trong trường hợp cần tư vấn tâm thần, điều này nên được bao gồm trong quá trình thăm khám chỉ mục để có thể nhanh chóng điều trị thêm cho bệnh nhân. Các quy trình nên được thiết lập để tự động kích hoạt các quy trình này. Ngoài ra, thỉnh thoảng sẽ có một trường hợp bệnh nhân có thể đến Khoa Cấp cứu trong tình trạng hôn mê, nhưng đã tạm thời tỉnh lại do bắt đầu sử dụng thuốc giải độc, và sau đó lớn tiếng yêu cầu được xuất viện về nhà. Người ta cần nhớ rằng việc xuất viện những bệnh nhân như vậy kịp thời có thể dẫn đến việc quay trở lại trạng thái tinh thần thay đổi một khi tác dụng của thuốc giải độc mất đi và khả năng điều này gây thương tích thêm hoặc nuốt phải ma túy từ phía bệnh nhân. Các bác sĩ sẽ cần sử dụng sự khéo léo và thuyết phục để giữ bệnh nhân trong phòng cấp cứu lâu hơn để theo dõi cho đến khi bệnh nhân có phản ứng có lợi lâu hơn đối với phương pháp điều trị được thực hiện. Đối với những bệnh nhân không chủ động hợp tác với các thủ thuật điều trị như rửa miệng dạ dày, thì các lựa chọn kiềm chế sẽ cần được xem xét và nếu được thực hiện phải được thực hiện với sự an toàn của bệnh nhân là cân nhắc chính.

Tất cả các trường hợp ngộ độc nghiêm trọng sẽ cần một thời gian theo dõi và ổn định bệnh nhân nội trú trước khi xuất viện. Việc tiếp nhận các trường hợp ngộ độc như vậy có thể đến một khu vực chăm sóc đặc biệt hoặc khu vực phụ thuộc cao với các cơ sở để theo dõi liên tục các dấu hiệu sinh tồn.

Giữa hai thái cực trên, ngộ độc trung bình có thể được đánh giá, điều trị ban đầu được cung cấp tại Khoa Cấp cứu, và sau đó bệnh nhân nhập viện nội trú trong vài ngày để vượt qua một hoặc hai ngày đầu tiên điều trị và theo dõi các tác dụng phụ có thể xảy ra của ngộ độc. Bệnh nhân nên xuất viện kèm theo lời khuyên quay trở lại nếu các triệu chứng không

mong muốn tái phát.

Phạm Đình Quyết

Chương 11. NGUYÊN TẮC QUẢN LÝ CHẤN THƯƠNG DO BỎNG

Tác giả: Phillip L Rice, Jr, MD, Dennis P Orgill, MD, PhD

(Chuyển thể từ: [https:// www.uptodate.com/contents/emergency-care-of-moderate-and-severe-thermal-burns-in-adults](https://www.uptodate.com/contents/emergency-care-of-moderate-and-severe-thermal-burns-in-adults))

GIỚI THIỆU - Bỏng là nguyên nhân hàng đầu gây thương tích và tử vong do tai nạn ở Hoa Kỳ và trên toàn thế giới. Mỗi năm có khoảng một triệu người ở Hoa Kỳ tìm kiếm sự chăm sóc y tế cho các vết bỏng, khoảng một phần ba trong số này ở khoa cấp cứu (ED). Mặc dù phần lớn các chấn thương không cần nhập viện, nhưng bỏng nặng có thể dẫn đến bệnh tật và tử vong đáng kể.

Đánh giá và quản lý ban đầu của bệnh nhân bị bỏng nhiệt vừa và nặng sẽ được xem xét tại đây. Chi tiết về phân loại bỏng, quản lý bỏng ở trẻ em, điều trị bỏng nhẹ và các vấn đề khác liên quan đến quản lý bỏng được thảo luận riêng.

PHÂN LOẠI BỎNG - Hiệp hội Bỏng Hoa Kỳ (ABA) đã phân loại bỏng nhiệt thành nhẹ, trung bình và nặng, chủ yếu dựa trên độ sâu và kích thước bỏng (bảng 1 và bảng 2 và hình 1). Việc điều trị và tiên lượng của nạn nhân bỏng tương quan với phân loại này. Do đó, điều quan trọng là các bác sĩ lâm sàng phải mô tả đúng quy mô và mức độ nghiêm trọng của vết bỏng của bệnh nhân. Đánh giá lại kích thước và độ sâu bỏng nhiệt là rất quan trọng, đặc biệt là sớm trong việc điều trị bệnh nhân bị chấn thương nặng, vì mức độ tổn thương thường tăng lên. Phân loại bỏng được xem xét trong các bảng trên và thảo luận chi tiết riêng.

Bảng 1: Tiêu chí giới thiệu trung tâm bỏng*

Bỏng độ dày một phần lớn hơn 10% TBSA
Bỏng liên quan đến mắt, bàn tay, bàn chân, bộ phận sinh dục, đáy chậu hoặc khớp chính
Bỏng độ ba ở mọi lứa tuổi
Bỏng điện, bao gồm cả chấn thương do sét đánh
Bỏng hóa chất
Chấn thương do hít phải
Chấn thương bỏng ở những bệnh nhân có các rối loạn y tế từ trước có thể làm phức tạp việc điều trị, kéo dài quá trình phục hồi hoặc ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong
Bất kỳ bệnh nhân nào bị bỏng và chấn thương đồng thời (chẳng hạn như gãy xương) mà chấn thương do bỏng có nguy cơ mắc bệnh hoặc tử vong cao nhất. Trong những trường hợp như vậy, nếu chấn thương gây ra nguy cơ tức thời lớn hơn, bệnh nhân có thể được ổn định ban đầu tại trung tâm chấn thương trước khi được chuyển đến đơn vị bỏng. Phán đoán của bác sĩ sẽ là cần thiết trong những tình huống như vậy và phải phối hợp với kế hoạch kiểm soát y tế khu vực và các giao thức phân loại.

Trẻ em bị bỏng trong bệnh viện mà không có nhân viên hoặc thiết bị có trình độ để chăm sóc trẻ em
Chấn thương bỏng ở những bệnh nhân cần can thiệp xã hội, cảm xúc hoặc phục hồi chức năng đặc biệt

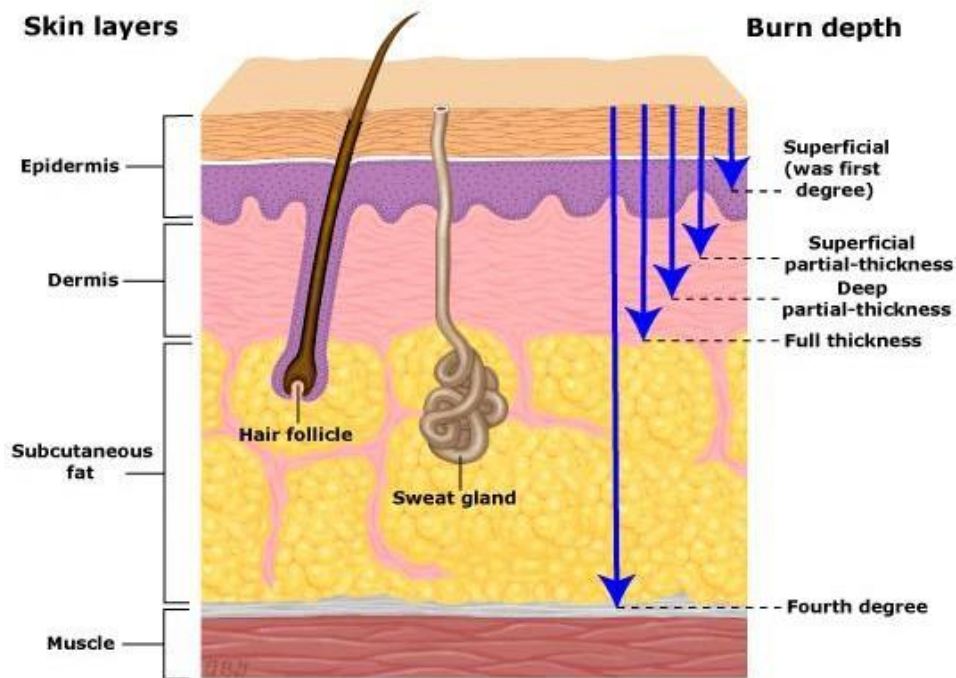
TBSA: tổng diện tích bề mặt cơ thể.

* Trung tâm bỏng có thể điều trị cho người lớn, trẻ em hoặc cả hai. Các chấn thương do bỏng nên được chuyển đến trung tâm bỏng bao gồm bất kỳ tiêu chí nào được liệt kê.

Bảng 2: Độ sâu bỏng

Độ sâu	Nguyên nhân	Bề ngoài	Cảm giác	Thời gian chữa bệnh
Nông	Tiếp xúc với tia cực tím Đèn flash rất gần	Khô, đỏ Chần với áp lực	Đau đớn	3 đến 6 ngày
Độ dày một phần bề mặt	Bỏng (tràn hoặc bắn tung tóe) Đèn flash gần	Vì Ấm, đỏ, khô Blanches với áp lực	Đau đớn với nhiệt độ và không khí	7 đến 20 ngày
Độ dày một phần sâu	Bỏng (tràn) Ngọn lửa Mỡ dầu	Vì (dễ dàng mở mái) hoặc khô như sáp Màu sắc thay đổi (loang lổ đến trắng phôi mai đến đỏ) Không chần với áp lực	Ướt Chỉ nhận thức được áp lực	>21 ngày
Độ dày đầy đủ	Bỏng (ngâm) Ngọn lửa Mỡ dầu hơi hóa chất điện	Màu trắng sáp đến màu xám da đến cháy và đen Khô và không đàn hồi Không bị chần với áp lực	Chỉ áp suất sâu	Không bao giờ (nếu >2% tổng diện tích bề mặt cơ thể)

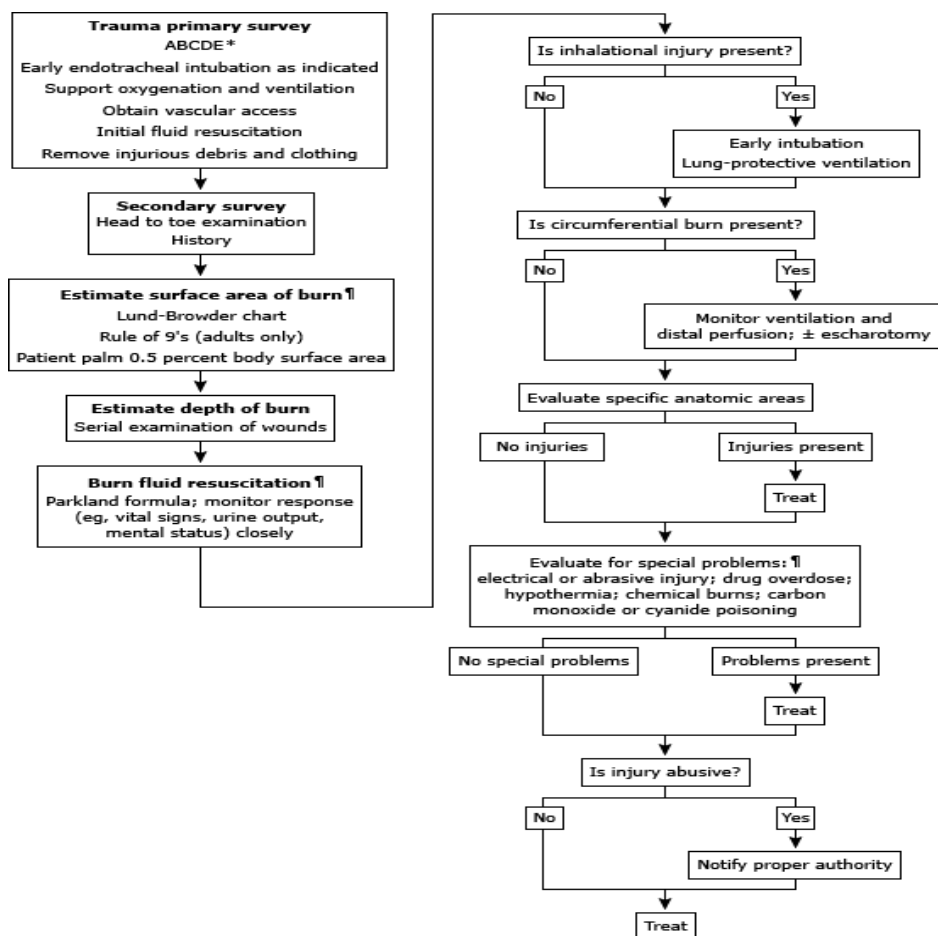
Hình 1: Các lớp da liên quan đến bỏng



ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU VÀ ĐIỀU TRỊ

Can thiệp ban đầu — Đánh giá và điều trị ban đầu bỏng nặng được thực hiện đồng thời với hồi sức do chấn thương (Lưu đồ 1).

Lưu đồ 1: Hồi sức bỏng nặng



Dữ liệu từ: Hướng dẫn thực hành chăm sóc bỏng. J Phục hồi chức năng chăm sóc bỏng 2001.

Quản lý ban đầu tập trung vào việc ổn định đường thở, hô hấp và tuần hoàn (ABC). Đánh giá chính bao gồm đánh giá bằng chứng suy hô hấp và chấn thương do hít phải khói, đánh giá tình trạng tim mạch, tìm kiếm các chấn thương khác và xác định độ sâu và mức độ bỏng.

Quần áo và mảnh vụn nóng và cháy được loại bỏ (người chăm sóc nên thực hiện các biện pháp phòng ngừa để tránh bị thương khi loại bỏ vật liệu đó). Chuyển sớm đến trung tâm bỏng nên được sắp xếp khi chấn thương đáp ứng các tiêu chí của bỏng nặng. Bệnh nhân bỏng có thể bị chấn thương đơn hoặc đa hệ thống và cần được đánh giá cho phù hợp.

Tiền sử - Nhân viên y tế, các nạn nhân khác hoặc bệnh nhân có thể cung cấp thông tin quan trọng như những gì bị cháy (ví dụ: hóa chất, nhựa, hàng dệt), vị trí của đám cháy (ví dụ: không gian kín hoặc mở), liệu có xảy ra vụ nổ hay không (có thể gây ra thương tích do nổ), liệu bệnh nhân có sử dụng rượu hoặc ma túy hay không, và liệu có chấn thương liên quan (ví dụ: từ các mảnh vỡ rơi xuống). Nên lấy tiền sử chấn thương AMP, nếu có thể (Dị ứng, Thuốc, Tiền sử bệnh trong quá khứ, Bữa ăn cuối cùng, Sự kiện).

Quản lý đường thở

Đánh giá và tiếp cận - Bất chấp những tiến bộ trong quản lý hô hấp, chấn thương do

hít phải vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nạn nhân bỏng ở người lớn [1,4,5]. Nguy cơ chấn thương do hít phải tăng lên theo mức độ bỏng và xuất hiện ở hai phần ba bệnh nhân bị bỏng lớn hơn 70% tổng diện tích bề mặt cơ thể (TBSA) [7]. Trong khi đánh giá đường thở, bác sĩ lâm sàng nên cố định cột sống cổ của bệnh nhân khi thích hợp.

Điều quan trọng là phải duy trì đường thở và cung cấp oxy bổ sung cho bệnh nhân bị bỏng nặng [8]. Phù nề đường thở trên sau chấn thương liên quan đến bỏng có thể xảy ra nhanh chóng. Trong số những bệnh nhân có dấu hiệu hít phải khói, một tỷ lệ khá lớn bị tắc nghẽn đường thở hoàn toàn và không có phương pháp lâm sàng nào để xác định bệnh nhân nào sẽ làm như vậy [9]. Hồi sức dịch có thể làm trầm trọng thêm sưng thanh quản, làm tăng khó đặt nội khí quản. Do đó, không nên trì hoãn đặt nội khí quản nếu có tổn thương do hít phải nghiêm trọng hoặc suy hô hấp hoặc dự đoán được. Đặt nội khí quản trước khi vận chuyển là thận trọng đối với nhiều bệnh nhân cần chuyển đến trung tâm bỏng. Succinylcholine có thể được sử dụng như một phần của đặt nội khí quản tuần tự nhanh trong 72 giờ đầu tiên sau khi bị bỏng nặng, nhưng không được sử dụng sau đó vì nguy cơ tăng kali máu nặng. Một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân bỏng đặt nội khí quản sẽ phát triển hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS).

Các dấu hiệu phổ biến của chấn thương hít phải khói đáng kể và nhu cầu đặt nội khí quản tiềm ẩn bao gồm:

- Ho dai dẳng, thở khò khè
- Khàn giọng
- Bỏng sâu trên mặt hoặc cổ chu vi
- Lỗ mũi bị viêm hoặc tóc bị cháy
- Đờm carbon hoặc chất cháy trong miệng hoặc mũi
- Phồng rộp hoặc phù nề hầu họng
- Tình trạng tâm thần trầm cảm, bao gồm bằng chứng sử dụng ma túy hoặc rượu
- Suy hô hấp
- Thiếu oxy hoặc tăng carbon máu
- Nồng độ carbon monoxide và / hoặc xyanua tăng cao

Chấn thương do hít phải khí nóng thường xảy ra phía trên dây thanh quản và có thể gây phù nề đáng kể.

Bỏng chớp nhoáng thường gây hại cho khuôn mặt nhưng hiếm khi liên quan đến đường thở, không giống như bỏng nặng do tiếp xúc với nhiệt kéo dài liên quan đến hít phải khói.

Xét nghiệm chẩn đoán và theo dõi — Mặc dù kết quả ban đầu có thể gây **hiểu lầm** bình thường, nhưng cần thực hiện các xét nghiệm để đánh giá chức năng phổi ở những bệnh nhân có nguy cơ bị tổn thương do hít phải [9]. Chúng bao gồm khí máu động mạch (ABG) và

chụp X-quang ngực. Tốc độ dòng chảy thở ra đỉnh nối tiếp (PEFR), nếu có được, ngoài việc lặp lại ABG, có thể cung cấp bằng chứng về sự suy giảm chức năng phổi và đặc biệt hữu ích trong giai đoạn đầu của bệnh nhân. Các nghiên cứu này có thể được lặp lại bất cứ khi nào phát hiện từ các cuộc kiểm tra lặp lại, đo oxy xung hoặc chụp capnography cho thấy tình trạng lâm sàng giảm.

Theo dõi CO₂ cuối thì thở ra (EtCO₂) bằng phương pháp đo capnometry hoặc capnography có thể cung cấp thông tin hữu ích về tình trạng hô hấp, mức độ hồi sức đầy đủ và độc tính xyanua tiềm ẩn, và nên bắt đầu nếu khả thi. Cũng nên lấy nồng độ lactate trong huyết thanh nếu ngộ độc xyanua là một mối lo ngại. Nếu có, nội soi thanh quản sợi quang và nội soi phế quản có thể đánh giá mức độ tổn thương đường thở và hỗ trợ đặt nội khí quản [9]. Điện tâm đồ (ECG) được lấy để đánh giá rối loạn chức năng tim.

Carbon monoxide và xyanua - Khả năng ngộ độc carbon monoxide yêu cầu phải đạt được nồng độ carboxyhemoglobin ở tất cả các bệnh nhân bị bỏng vừa hoặc nặng. Máy đo oxy xung tiêu chuẩn **KHÔNG** đáng tin cậy với độc tính carbon monoxide đáng kể. Khí máu động mạch tiêu chuẩn báo cáo nồng độ oxy hòa tan trong máu và không thể được sử dụng để thiết lập hoặc loại trừ chẩn đoán ngộ độc carbon monoxide hoặc xyanua.

Có thể cần điều trị oxy cao áp nếu nồng độ carbon monoxide cao, hoặc nếu điều trị ngộ độc xyanua bằng methemoglobin là cần thiết nhưng khiến bệnh nhân có nguy cơ bị hạ oxy máu nặng. Nỗ lực vận chuyển bệnh nhân để điều trị cao áp không được làm giảm việc quản lý đường thở và hồi sức chất lỏng, những thành phần quan trọng nhất của hồi sức bỏng ban đầu. Điều trị chỉ bằng oxy lưu lượng cao loại bỏ carbon monoxide một cách hiệu quả và lợi ích của điều trị cao áp vẫn là một nguồn gây tranh cãi.

Các bác sĩ lâm sàng nên xem xét khả năng nhiễm độc xyanua và giữ ngưỡng thấp để bắt đầu điều trị. Chẩn đoán phức tạp là mức độ suy giảm ý thức của nhiều nạn nhân bị bỏng nặng, có thể do carbon monoxide, sốc chấn thương hoặc chấn thương đầu, ngoài độc tính xyanua tiềm ẩn. Đo lactate huyết thanh và theo dõi CO₂ cuối thủy triều (EtCO₂) có thể cung cấp thông tin hữu ích khi xác định việc điều trị những bệnh nhân này và nên được thực hiện nếu có khả năng ngộ độc xyanua. Độc tính xyanua gây độc tế bào phải sử dụng chuyển hóa kỵ khí. Điều này dẫn đến nhiễm toan lactic và giảm EtCO₂ bù đắp.

Chúng tôi đề nghị bắt đầu điều trị ngộ độc xyanua ở những nạn nhân bị bỏng nặng với nhiễm toan lactic không rõ nguyên nhân hoặc nồng độ EtCO₂ thấp hoặc giảm. Nếu không có các phép đo này, chúng tôi đề nghị bắt đầu điều trị ở bất kỳ bệnh nhân nào có biểu hiện mức độ suy giảm ý thức, ngừng tim hoặc mất bù tim. Đặc biệt với nạn nhân bị bỏng nặng, chúng tôi rất thích hydroxocobalamin hơn thuốc giải độc xyanua thay thế.

Điều trị - Bỏ sung oxy và bảo vệ đường thở là nền tảng của điều trị chấn thương do hô hấp. Bệnh nhân bị bỏng nặng thường cần đặt nội khí quản.

Thuốc giãn phế quản (ví dụ: albuterol) có thể hữu ích khi có co thắt phế quản. Tuy nhiên, corticosteroid có liên quan đến việc tăng nguy cơ nhiễm vi khuẩn và không nên sử dụng [9].

Mặc dù hồi sức dịch là cực kỳ quan trọng trong việc điều trị bệnh nhân bị bỏng nặng, tình trạng dịch cần được theo dõi chặt chẽ để tránh quá nhiều nước và có thể làm trầm trọng thêm phù phổi. Một số nhà nghiên cứu đã đặt câu hỏi về mối liên quan giữa thể tích hồi sức dịch và phù phổi [10].

Nếu cần thở máy, thở máy thể tích thủy triều thấp để giảm thiểu áp lực đường thở làm giảm tỷ lệ tổn thương phổi liên quan đến máy thở và cải thiện kết quả [11]. Có thể cần bác sĩ lâm sàng dung nạp một số mức độ nhiễm toan hô hấp (được gọi là tăng cacbonic máu cho phép) để đạt được áp lực đường thở thấp hơn. Các chiến lược thở máy khác, chẳng hạn như thông khí gõ tần số cao và thông khí dao động tần số cao có thể hữu ích, nhưng chưa được nghiên cứu kỹ lưỡng ở bệnh nhân bỏng [11-14].

Các phương pháp điều trị có thể hữu ích nhưng cần nghiên cứu thêm bao gồm oxit nitric dạng hít để điều trị co mạch do thiếu oxy và heparin dạng khí dung và N-acetylcysteine (NAC) để loại bỏ bó bột phế quản phổi [15-17]. Ví dụ, trong một thử nghiệm đơn trung tâm nhỏ, không ngẫu nhiên, các nạn nhân bỏng ở trẻ em bị chấn thương do hít phải (được xác nhận bằng nội soi phế quản) được điều trị bằng heparin dạng khí dung và NAC đã giảm tỷ lệ đặt nội khí quản, tỷ lệ xơ cứng và tử vong so với các đối chứng trong quá khứ [18].

Hồi sức dịch

Phương pháp hồi sức — Sốc bỏng trong 24 đến 48 giờ đầu tiên sau khi bỏng nặng được đặc trưng bởi suy cơ tim và tăng tính thấm mao mạch dẫn đến dịch chuyển lớn và cạn kiệt thể tích nội mạch [19-21]. Hồi sức dịch nhanh chóng, tích cực để tái tạo thể tích nội mạch và do đó duy trì tưới máu cơ quan cuối là rất quan trọng. Chậm hồi sức dịch và hồi sức không đầy đủ có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong [22-24]. Đường động mạch thường được sử dụng để theo dõi huyết áp; Lượng nước tiểu được sử dụng để xác định mức độ đầy đủ của việc hồi sức chất lỏng.

Hồi sức quá mức có thể gây ra vấn đề và có liên quan đến nhiều bệnh tật, bao gồm hội chứng suy hô hấp cấp tính, viêm phổi, suy đa cơ quan, và hội chứng khoang bụng, tứ chi và hốc mắt [25-27]. Một cuộc khảo sát của các trung tâm bỏng báo cáo rằng hồi sức dịch ban đầu vượt quá mức khuyến cáo ở 58% bệnh nhân [11]. Điều này cũng cố tầm quan trọng của việc tính toán nhu cầu hồi sức chất lỏng một cách cẩn thận và liên tục điều chỉnh các nỗ lực hồi sức theo phản ứng sinh lý.

Theo hướng dẫn thực hành của Hiệp hội Bỏng Hoa Kỳ, bất kỳ bệnh nhân nào có tổng diện tích bề mặt cơ thể (TBSA) lớn hơn 15% bỏng bề mặt nên được hồi sức dịch chính thức [19]. Bệnh nhân bị bỏng nặng nên được đặt hai đường tĩnh mạch (IV) lớn qua da không bị bỏng, nếu có thể, và có thể cần tiếp cận tĩnh mạch trung tâm. Đường truyền tĩnh mạch có thể được đặt qua mô bị bỏng nếu cần thiết để tránh sự chậm trễ trong quá trình hồi sức. Phân loại

bỏ được mô tả trong các hình kèm theo và được thảo luận chi tiết riêng.

Lựa chọn dịch truyền — Hồi sức dịch cho bệnh nhân bị bỏng vừa hoặc nặng bao gồm dung dịch tinh thể tĩnh mạch. Giải pháp lý tưởng vẫn chưa được xác định, nhưng dung dịch Ringer (LR) lactated thường được đưa ra; Nó chứa nồng độ sinh lý của các chất điện giải chính, và lactate có thể làm giảm tỷ lệ nhiễm toan tăng clo huyết có thể xảy ra khi sử dụng lượng nước muối đẳng trương cực lớn (tức là 0,9% natri clorua). Dung dịch Hartmann, một dung dịch đẳng trương khác hơi khác với LR về nồng độ lactate và chất điện giải, cũng được sử dụng. Trong các mô hình động vật về chấn thương bỏng, việc sử dụng dung dịch kết hợp LR và ethyl pyruvate (một chất nhát gốc oxy) để hồi sức có liên quan đến việc tăng tỷ lệ sống sót, nhưng phương pháp điều trị này vẫn chưa được nghiên cứu ở người [28].

Việc sử dụng chất keo hoặc nước muối tăng trương để hồi sức ban đầu vẫn còn gây tranh cãi. Chất keo (ví dụ: dung dịch albumin, dextran) đắt hơn đáng kể và theo phân tích tổng hợp của 21 thử nghiệm liên quan đến 1385 bệnh nhân nặng, không cải thiện tỷ lệ sống sót khi so sánh với tinh thể, và do đó không được khuyến cáo [29]. Việc sử dụng nước muối tăng trương làm dịch hồi sức đường như không mang lại kết quả tốt hơn so với dung dịch đẳng trương và có liên quan đến việc tăng tỷ lệ suy thận và tử vong trong một nghiên cứu quan sát hồi cứu [30,31].

Sau các nỗ lực hồi sức ban đầu, dịch IV được cung cấp để đáp ứng nhu cầu dịch ban đầu và duy trì lượng nước tiểu. Bất kỳ thay đổi nào đối với tốc độ truyền đều được thực hiện càng dần càng tốt [32]. Nếu lượng nước tiểu giảm xuống dưới 0,5 mL/kg mỗi giờ hoặc các thông số lâm sàng khác cho thấy hồi sức không đầy đủ, hãy truyền thêm chất lỏng. Trong trường hợp như vậy, một lượng tinh thể IV (khoảng 500 đến 1000 mL) được đưa ra và dịch truyền tinh thể tăng khoảng 20 đến 30 phần trăm. Mặc dù hồi sức dịch đầy đủ là rất quan trọng, nhưng cần cẩn thận không hồi sức quá mức.

Nếu đã đạt được hồi sức đầy đủ và bệnh nhân được ổn định, dung dịch tinh thể có thể được thay đổi thành 5% dextrose trong một nửa nước muối đẳng trương (tức là 0,45% natri clorua) với 20 mEq kali clorua mỗi lít được cung cấp với tốc độ duy trì để giữ lượng nước tiểu bằng hoặc cao hơn 0,5 mL / kg mỗi giờ. Các bác sĩ lâm sàng nên tiếp tục theo dõi chặt chẽ tình trạng dịch của bệnh nhân.

Hồi sức đường ruột có thể là một phương pháp điều trị hữu ích cho bệnh nhân sốc bỏng khi không có liệu pháp tiêm tĩnh mạch, chẳng hạn như với thảm họa quy mô lớn. Giải pháp bù nước đường uống (ORS) của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã được sử dụng thành công để hồi sức động vật bị bỏng TBSA 40% [33]. Không có nghiên cứu trên người nào được thực hiện để xác nhận cách tiếp cận này. Thông tin về cách làm ORS có thể được tìm thấy trên trang web của WHO (www.who.int/en/).

Ước tính nhu cầu chất lỏng ban đầu - Không có công thức nào cung cấp một phương pháp chính xác để xác định nhu cầu chất lỏng của nạn nhân bị bỏng; các công thức được mô

tả ở đây chỉ cung cấp một điểm khởi đầu và hướng dẫn để hồi sức dịch ban đầu [34]. Các yếu tố như tuổi của bệnh nhân, mức độ nghiêm trọng của bỏng, chấn thương liên quan và các bệnh đi kèm có thể làm thay đổi đáng kể nhu cầu chất lỏng thực tế của từng bệnh nhân. Ví dụ, bệnh nhân bị chấn thương do hít phải cần thể tích hồi sức lớn hơn so với những người không có [35,36]. Do đó, các điều chỉnh để ước tính nhu cầu chất lỏng phải được thực hiện dựa trên phản ứng sinh lý của bệnh nhân bỏng đối với quá trình hồi sức.

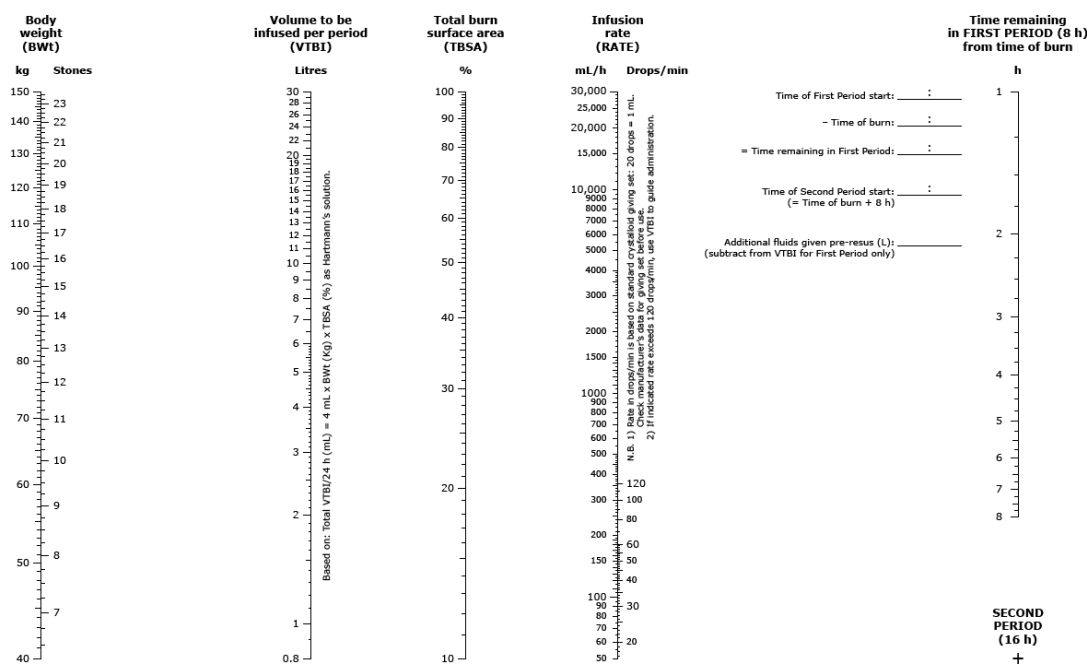
Công thức Parkland hoặc Brooke sửa đổi là điểm khởi đầu hợp lý để xác định nhu cầu chất lỏng ở bệnh nhân trưởng thành. Công thức Parkland (còn được gọi là Baxter) là hướng dẫn được sử dụng rộng rãi nhất về nhu cầu dịch hồi sức ban đầu ở bệnh nhân bỏng, mặc dù một số nghiên cứu đã đặt câu hỏi về độ chính xác của nó [37,38]. Theo công thức này, nhu cầu chất lỏng trong 24 giờ điều trị đầu tiên là 4 mL / kg trọng lượng cơ thể cho mỗi phần trăm TBSA được đốt cháy, cho IV [19]. Bỏ qua một nửa được loại trừ khỏi tính toán này. Một nửa nhu cầu chất lỏng được tính toán được đưa ra trong tám giờ đầu tiên và một nửa còn lại được đưa ra trong 16 giờ tiếp theo. Tốc độ truyền dịch hồi sức qua đường tĩnh mạch nên không đổi nhất có thể; Giảm mạnh tốc độ truyền có thể dẫn đến xẹp mạch máu và tăng phù nề [32].

Một nomogram đã được phát triển để giúp các bác sĩ lâm sàng nhanh chóng xác định nhu cầu chất lỏng theo công thức Parkland [39]. Một bảng với biểu đồ và hướng dẫn sử dụng nó được cung cấp (hình 2).

Một giải pháp thay thế cho Parkland là công thức Brooke đã được sửa đổi, theo đó nhu cầu chất lỏng trong 24 giờ điều trị đầu tiên là 2mL / kg trọng lượng cơ thể cho mỗi phần trăm TBSA bị đốt cháy. Theo một đánh giá hồi cứu, việc sử dụng công thức Brooke đã sửa đổi có thể làm giảm tổng thể tích được sử dụng trong hồi sức chất lỏng mà không gây hại [40].

Trẻ em cần dịch duy trì ngoài thể tích hồi sức chất lỏng được tính toán và cũng cần dextrose trong dịch hồi sức. Công thức Galveston có thể cho phép tính toán chính xác hơn về khả năng hồi sức dịch ban đầu mà trẻ em yêu cầu. Nó được thảo luận riêng.

Hình 2: Biểu đồ công thức Parkland cho vết bỏng ở người lớn



Hướng dẫn (tóm tắt):

- Đặt một cạnh thẳng sao cho nó giao nhau với các giá trị chính xác cho cả BWT (kg hoặc đá) và TBSA (%), và đọc VTBI (L) mỗi kỳ.
- Đặt một cạnh thẳng sao cho nó giao nhau với các giá trị chính xác cho cả VTBI (L) và thời gian còn lại trong GIAI ĐOẠN ĐẦU TIÊN (H) kể từ thời điểm chấn thương bỏng. Cho VTBI (L) làm dung dịch Hartmann với tốc độ được chỉ ra ở nơi cạnh thẳng giao với thang RATE (mL / h hoặc giọt / phút) cho đến khi kết thúc Tiết đầu tiên.
- Sau đó: Đặt một cạnh thẳng sao cho nó giao nhau với các giá trị chính xác cho cả VTBI (L) và chữ thập được đánh dấu "CHU KỲ THỨ HAI". Cho VTBI (L) làm dung dịch Hartmann ở tốc độ được chỉ ra ở nơi cạnh thẳng giao với thang RATE (mL / h hoặc giọt / phút) cho đến khi kết thúc Giai đoạn thứ hai (16 giờ).
- Nếu đã được cung cấp thêm dịch hồi sức cho bệnh nhân trước khi nhập viện, hãy trừ thể tích này khỏi VTBI (L) ở bước 2); nhưng VTBI (L) ở bước 3) vẫn không thay đổi.

Theo dõi tình trạng dịch - Xác nhận tính đầy đủ của hồi sức quan trọng hơn việc tuân thủ nghiêm ngặt Parkland hoặc bất kỳ công thức hồi sức dịch nào. Theo dõi lượng nước tiểu bằng ống thông bàng quang (ví dụ: ống thông Foley) là một phương tiện sẵn có để đánh giá khả năng hồi sức dịch. Lượng nước tiểu hàng giờ nên được duy trì ở mức 0,5 mL/kg ở người lớn. Bệnh nhân có lượng nước tiểu tối thiểu hoặc không tiết ra sau khi bị bỏng nặng, mặc dù được hồi sức dịch thích hợp, thường không sống sót.

Các dấu hiệu lâm sàng của tình trạng thể tích, chẳng hạn như nhịp tim, huyết áp, áp lực mạch, xung xa, nập mao mạch, màu sắc và độ đục của da không bị tổn thương được theo dõi mỗi giờ trong 24 giờ đầu tiên. Hồi sức dịch không đầy đủ là nguyên nhân phổ biến nhất gây

giảm mạch xa ở bệnh nhân mới bỏng [22].

Một nguyên nhân tiềm ẩn khác gây giảm mạch là phù ngoại biên, phát triển ở nhiều bệnh nhân bỏng nặng do lượng chất lỏng lớn cần thiết để hồi sức. Khi phù nề tăng lên, áp lực khoang tăng cao có thể ảnh hưởng đến tuần hoàn xa và có thể cần phải cắt động thực quản.

Các phép đo cụ thể trong phòng thí nghiệm như khí máu tĩnh mạch hỗn hợp và nồng độ lactate huyết thanh là những hướng dẫn quan trọng bổ sung cho việc hồi sức đầy đủ [38]. Giảm độ bão hòa oxy tĩnh mạch hỗn hợp và tăng lactate huyết thanh cho thấy tưới máu cơ quan cuối không đầy đủ (tăng lactate huyết thanh cũng có thể xảy ra khi ngộ độc carbon monoxide hoặc xyanua).

Nếu có, theo dõi xâm lấn, chẳng hạn như áp lực tĩnh mạch trung tâm, có thể hữu ích để theo dõi quá trình hồi sức chất lỏng, nhưng thường không được sử dụng trong điều trị bỏng cấp tính. Báo cáo hội nghị đồng thuận của Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) về việc phát hiện, điều chỉnh và ngăn ngừa thiếu oxy mô, cũng như các hướng dẫn ATS khác, có thể được truy cập thông qua trang web ATS tại www.thoracic.org/statements.

Cần cẩn thận không cho uống quá nhiều chất lỏng IV vượt quá mức cần thiết vì điều này có thể làm trầm trọng thêm phù phổi, một vấn đề phổ biến ở nạn nhân bỏng. Tuy nhiên, một số nhà nghiên cứu đã đặt câu hỏi về mối liên quan giữa thể tích hồi sức dịch và phù phổi [10].

Các công nghệ mới để hướng dẫn hồi sức chất lỏng đang được phát triển, nhưng cần nghiên cứu thêm trước khi có thể khuyến nghị thực hiện rộng rãi [41-44]. Theo dõi doppler siêu âm thực quản và cung lượng tim đang được nghiên cứu với mục tiêu phát triển các phương tiện ít xâm lấn hơn để đánh giá tính đầy đủ của việc hồi sức dịch ở những bệnh nhân bị bỏng nặng. Các phương pháp khác đang được nghiên cứu bao gồm đo siêu âm Doppler tưới máu thận và truyền dịch có hướng dẫn máy tính dựa trên lượng nước tiểu.

Truyền máu - Mặc dù bằng chứng còn hạn chế, truyền máu có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bị bỏng nhiệt nặng, và chúng tôi đề nghị tránh truyền máu tích cực [45-47]. Đối với những bệnh nhân không có nguy cơ đáng kể mắc hội chứng mạch vành cấp tính (ACS), chúng tôi khuyến nghị chỉ nên truyền hai đơn vị hồng cầu đóng gói cho bệnh nhân nếu hemoglobin giảm xuống dưới 8 g/dL; đối với bệnh nhân có nguy cơ mắc ACS, chúng tôi đề nghị ngưỡng truyền máu là 10 g/dL. Truyền máu cho bệnh nhân chấn thương bị xuất huyết nặng được thảo luận riêng.

Nồng máu xảy ra trong vài giờ đầu tiên ngay sau khi bị bỏng nặng và truyền máu thường không cần thiết. Sau đó, chức năng tủy xương bị suy giảm và có thể cần truyền máu. Erythropoietin chưa được chứng minh là ngăn ngừa thiếu máu hoặc giảm nhu cầu truyền máu và không được sử dụng chung tại các trung tâm bỏng [11].

Chăm sóc và làm mát bỏng ngay lập tức - Bất kỳ quần áo, đồ trang sức và mảnh vụn nào nóng hoặc cháy phải được loại bỏ ngay lập tức để ngăn ngừa thương tích thêm và cho phép đánh giá chính xác mức độ bỏng (người chăm sóc nên thực hiện các biện pháp phòng ngừa để tránh bị thương khi loại bỏ vật liệu đó).

Các khu vực bị cháy nên được làm mát ngay lập tức bằng nước mát hoặc gạc ngâm nước muối. Đối với vết bỏng nhỏ và vừa phải, làm mát có thể giảm thiểu vùng chấn thương. Nhiều

nghiên cứu đã điều tra cách làm mát bỏng tối ưu, với thời gian từ 15 phút đến ba giờ [48-50]. Chúng tôi thường áp dụng gạc ngâm nước muối, ở nhiệt độ khoảng 12°C, trong 15 đến 30 phút. Làm mát mô đến khoảng 12°C (54°F) trong vài giờ đầu tiên sau chấn thương giúp giảm đau do bỏng một cách hiệu quả; Nên tránh đá và đóng băng để ngăn ngừa tê cứng, hạ thân nhiệt toàn thân và kéo dài chấn thương bỏng.

Nhiệt độ cơ thể được theo dõi liên tục trong khi làm mát được thực hiện để giúp ngăn ngừa hạ thân nhiệt, đặc biệt là khi đối phó với vết bỏng lớn hơn 10% TBSA; nên tránh nhiệt độ cơ thể dưới 35°C (95°F) [51,52]. Có thể sử dụng dịch truyền tĩnh mạch ấm để duy trì nhiệt độ cơ thể.

Kiểm soát cơn đau và lo lắng - Đặc biệt là bỏng một phần dày có thể gây đau đớn tột cùng. Tiêm tĩnh mạch (IV) morphine là phương pháp chính trong việc kiểm soát cơn đau cho những bệnh nhân bị bỏng nặng. Những bệnh nhân này có thể cần liều **lượng cực lớn** morphine IV hoặc các loại opioid khác. Thật hợp lý khi cho bệnh nhân bị bỏng nghiêm trọng benzodiazepin do lo lắng liên quan đến những chấn thương này. Điều trị đau và lo lắng ở bệnh nhân nặng và bỏng được thảo luận chi tiết riêng.

KHẢO SÁT VÀ QUẢN LÝ THỨ CẤP - Sau khi thực hiện khảo sát sơ cấp và các biện pháp hồi sức ban đầu, cần thực hiện khảo sát thứ cấp chi tiết, bao gồm khám sức khỏe kỹ lưỡng và các bước quản lý được liệt kê dưới đây. Các chấn thương thường bị bỏ sót trong khảo sát thứ cấp bao gồm trầy xước giác mạc và vết thương đáy cụt. Khảo sát thứ cấp được thảo luận chi tiết hơn một cách riêng biệt.

Nghiên cứu và theo dõi trong phòng thí nghiệm — Đo oxy xung và theo dõi tim liên tục được thực hiện cho tất cả các bệnh nhân bị bỏng đáng kể. Các xét nghiệm định kỳ thu được ở những bệnh nhân như vậy thường bao gồm: công thức máu toàn phần, điện giải, nitơ urê trong máu, creatinine, glucose, khí máu tĩnh mạch (VBG) và carboxyhemoglobin. Khí máu động mạch (ABG), chụp X quang ngực và điện tâm đồ (ECG) được thu thập ở bất kỳ bệnh nhân nào có nguy cơ bị chấn thương do hít phải. Nồng độ xyanua có thể hữu ích, đặc biệt là trong trường hợp nhiễm toan lactic nặng không rõ nguyên nhân.

Nhóm máu và kết hợp chéo được lấy cho bất kỳ nạn nhân nào bị chấn thương nghiêm trọng trước nhu cầu truyền máu. Các xét nghiệm khác có thể hữu ích trong việc đánh giá tổn thương cơ, tim hoặc tổn thương cơ quan cuối bao gồm myoglobin nước tiểu, creatine kinase huyết thanh và lactate huyết thanh. VBG là một công cụ hữu ích để đánh giá sức và mức độ đầy đủ của hồi sức [53]. Các phát hiện từ phân tích VBG, bao gồm thâm hụt bazơ, tương quan với ABG [54].

Hóa dự phòng — Bệnh nhân bị bỏng rộng được coi là bị ức chế miễn dịch trên cơ sở thay đổi hoạt động bạch cầu trung tính, rối loạn chức năng tế bào lympho T và mất cân bằng trong sản xuất cytokine [55-57]. Có thể dẫn đến sự xâm nhập của vi khuẩn ở vị trí vết bỏng. Vết bỏng cũng phá hủy hàng rào vật lý đối với sự xâm lấn mô, cho phép vi khuẩn lây lan đến lớp hạ bì và qua bạch huyết dọc theo vách ngăn sợi. Một khi xâm lấn xảy ra, các sinh vật có thể sinh sôi nảy nở, đặc biệt là trong mô hoại tử và có thể xâm nhập vào các mạch máu tạo ra nhiễm khuẩn huyết thứ phát. Do đó, dự phòng nhiễm trùng bằng thuốc kháng sinh **tại chỗ** được thực hiện cho tất cả các bệnh nhân bị bỏng không nọt.

Uốn ván — Tiêm phòng uốn ván nên được cập nhật nếu cần thiết đối với bất kỳ vết bỏng nào sâu hơn độ dày bề mặt. Nên dùng globulin miễn dịch uốn ván cho những bệnh nhân chưa được tiêm chủng ban đầu hoàn toàn (bảng 3) [58].

Bảng 3: Quản lý vết thương và dự phòng uốn ván

Các liều uốn ván trước đó*	Vết thương sạch và nhỏ		Tất cả các vết thương khác [¶]	
	Vắc-xin chứa độc tố uốn ván Δ	Globulin miễn dịch uốn ván ở người	Vắc-xin chứa độc tố uốn ván Δ	Globulin miễn dịch uốn ván ở người $\diamond$
<3 liều hoặc không xác định	Có ^s	Không	Có ^s	Có
≥ 3 liều	Chỉ khi liều cuối cùng được tiêm cách đây ≥ 10 năm	Không	Chỉ khi dùng liều cuối cùng ≥ 5 năm trước [¥]	Không

Cần thực hiện điều trị dự phòng uốn ván thích hợp càng sớm càng tốt sau vết thương, nhưng nên được thực hiện ngay cả đối với những bệnh nhân đến muộn để được chăm sóc y tế. Điều này là do thời gian ủ bệnh khá thay đổi; Hầu hết các trường hợp xảy ra trong vòng tám ngày, nhưng thời gian ủ bệnh có thể ngắn nhất là một ngày hoặc dài đến vài tháng.

- Độc tố uốn ván có thể đã được sử dụng dưới dạng độc tố bạch hầu-uốn ván hấp phụ (DT), ho gà bạch hầu-uốn ván toàn tế bào (DTP, DTwP; không còn ở Hoa Kỳ), ho gà bạch hầu-uốn ván (DTaP), độc tố uốn ván-bạch hầu hấp phụ (Td), ho gà bạch hầu giảm độc tố uốn ván tăng cường (Tdap) hoặc độc tố uốn ván (TT).

Chẳng hạn như, nhưng không giới hạn, vết thương bị nhiễm bụi bẩn, phân, đất hoặc nước bọt; vết thương đâm thủng; tù rưng; vết thương do tên lửa, nghiền nát, bỏng hoặc tê cứng.

Δ Chế phẩm vắc-xin ưu tiên phụ thuộc vào độ tuổi và tiền sử tiêm chủng của bệnh nhân:

- <7 năm: DTaP
- Trẻ em chưa được tiêm chủng dưới mức ≥ 7 và <11 tuổi chưa được tiêm Tdap trước đó: Tdap. Trẻ em được tiêm Tdap từ 7 đến 11 tuổi không cần tiêm lại khi 11 tuổi.
- ≥ 11 năm: Một liều duy nhất của Tdap được ưu tiên hơn Td cho tất cả các cá nhân trong nhóm tuổi này chưa từng tiêm Tdap. Phụ nữ mang thai nên nhận Tdap trong mỗi lần mang thai.
- Td được ưu tiên hơn TT cho những người đã nhận Tdap trước đó và khi không có Tdap.

- 250 đơn vị tiêm bắp tại một vị trí khác với độc tố uốn ván; Nên tiêm globulin miễn dịch tiêm tĩnh mạch nếu không có globulin miễn dịch uốn ván ở người.

- Nên tiếp tục tiêm vắc-xin cho đến khi hoàn thành khi cần thiết.
- Liều tăng cường được tiêm thường xuyên hơn năm năm một lần là không cần thiết và có thể làm tăng tác dụng phụ.

Dữ liệu từ:

1. Ủy ban Cố vấn về Thực hành Tiêm chủng. Lịch tiêm chủng cho người lớn được khuyến nghị: Hoa Kỳ, 2012. *Ann Thực tập sinh Med* 2012; 156:211.
2. Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC). Cập nhật các khuyến nghị về việc sử dụng vắc-xin độc tố uốn ván, giảm độc tố bạch hầu và ho gà vô bào (Tdap) từ Ủy ban Cố vấn về Thực hành Tiêm chủng, 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011; 60:13.
3. Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh. Cập nhật các khuyến nghị về việc sử dụng vắc-xin độc tố uốn ván, giảm độc tố bạch hầu và ho gà không tế bào (Tdap) ở người lớn từ 65 tuổi trở lên - Ủy ban Cố vấn về Thực hành Tiêm chủng (ACIP), 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2012; 61:468.
4. Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh (CDC). Cập nhật các khuyến nghị về việc sử dụng vắc-xin độc tố uốn ván, giảm độc tố bạch hầu và ho gà không tế bào (Tdap) ở phụ nữ mang thai - Ủy ban Cố vấn về Thực hành Tiêm chủng (ACIP), 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013; 62:131.

Chuyển thể từ: Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ. Uốn ván (khóa hàm). Trong: Sách đỏ: Báo cáo năm 2015 của Ủy ban về Bệnh truyền nhiễm, Ấn bản lần thứ 30, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), Học viện Nhi khoa Hoa Kỳ, Elk Grove Village, IL 2015.

Thuốc kháng sinh — Thuốc kháng sinh tại chỗ được bôi cho tất cả các vết bỏng không nọt. Nếu bệnh nhân ngay lập tức được chuyển đến trung tâm bỏng, vết bỏng được bao phủ bằng băng sạch, khô và thuốc kháng sinh được bôi tại trung tâm bỏng. Điều trị có thể được bắt đầu trong phòng cấp cứu nếu dự kiến có sự chậm trễ trong việc chuyển bệnh nhân đến trung tâm bỏng. Cách điều trị tốt nhất cho vết bỏng phỏng rộp là không rõ ràng. Chúng tôi bôi thuốc kháng sinh tại chỗ cho vết bỏng có độ dày một phần với mụn nước còn nguyên vẹn. Hóa học dự phòng tại chỗ thường được tiếp tục cho đến khi biểu mô hóa vết thương hoàn tất. Thuốc kháng sinh tiêm tĩnh mạch dự phòng thường không được dùng [59,60].

Việc lựa chọn kháng sinh tại chỗ cần được thực hiện với sự tham khảo ý kiến của trung tâm bỏng hoặc nhóm nhập viện, nếu điều trị được bắt đầu ở ED. Thông thường, bac sulfadiazine (SSD) được sử dụng để ngăn ngừa nhiễm trùng; nên tránh gần mắt hoặc miệng ở những người quá mẫn sulfonamide và ở phụ nữ mang thai, trẻ sơ sinh và cho con bú. Bacitracin là một loại kháng sinh tại chỗ thay thế tốt ở những người này. Cũng có thể sử dụng ba loại kháng sinh (ví dụ: polymyxin B, neomycin). Do chi phí giảm, nhiều người ưa chuộng bacitracin. Điều trị kháng sinh tại chỗ được thảo luận chi tiết riêng.

Quản lý vết thương - Vết thương bỏng nên được làm sạch. Các mảnh quần áo nhúng hoặc các vật liệu khác được loại bỏ bằng cách tưới nhiều. Có thể loại bỏ hắc ín và nhựa đường bằng hỗn hợp nước mát và dầu khoáng nhưng không nên tẩy lọc. Một lượng lớn thuốc mỡ kem polymyxin-B bacitracin (polysporin) được bôi trong vài ngày sẽ nhũ hóa hắc ín còn sót

lại. Quản lý hắc ín và nhựa đường được thảo luận riêng.

Một số nhà cung cấp làm sạch vết bỏng bằng chất khử trùng da (ví dụ: Hibiclens, Betadine). Những chất khử trùng như vậy có thể ức chế quá trình chữa bệnh và không được khuyến khích. Ngày càng có nhiều người ủng hộ việc rửa vết thương chỉ bằng xà phòng nhẹ và nước [2,61-64].

Ngoài opioid tĩnh mạch, có thể sử dụng gây tê cục bộ hoặc khu vực trước khi chăm sóc vết thương ở những bệnh nhân bị đau dữ dội. Tuy nhiên, tránh tiêm trực tiếp vào vết thương hoặc bôi tại chỗ [49].

Các mụn nước bị vỡ nên được loại bỏ, nhưng việc quản lý các mụn nước sạch, nguyên vẹn vẫn còn gây tranh cãi. Không bao giờ nên thực hiện chọc hút mụn nước bằng kim tiêm vì điều này làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Mụn nước bỏng được thảo luận riêng.

Băng vết thương - Bệnh nhân nhanh chóng được chuyển đến trung tâm bỏng có thể được bọc trong một tấm khô sạch và không cần băng bổ sung. Nếu không, tất cả các vết bỏng một phần và toàn bộ độ dày phải có băng băng.

Một miếng gạc lưới mịn, không dính (ví dụ: Telfa®) thường được áp dụng, sau khi vết bỏng được làm sạch và bôi một lớp mỏng kháng sinh tại chỗ. Suy giảm tuần hoàn được giảm thiểu bằng cách băng không bám dính này thành các dải liên tiếp thay vì quấn quanh vết thương [65]. Băng được giữ cố định bằng cách sử dụng băng lưới hình ống hoặc bọc gạc nhẹ.

Vết thương sâu có thể cần băng sinh học hoặc sinh tổng hợp hoặc gạc dầu mỡ tấm bismut. Băng bỏng được thảo luận riêng.

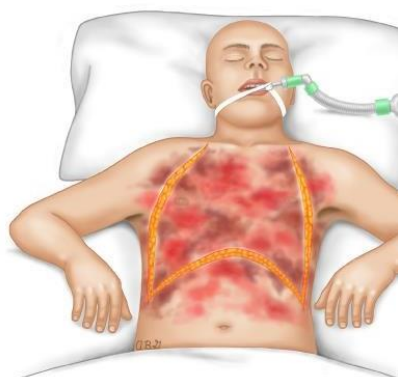
Phẫu thuật cắt mủ - Với vết bỏng sâu ở da và đầy đủ, lớp hạ bì có thể trở nên cứng và không khuếch phục, và mô này được gọi là vảy (Hình 3).

Hình 3: Escharotomies của bàn tay bị bỏng



lưng tay phải để giải phóng sự co thắt và phục hồi lưu lượng máu. Các vết rạch có độ dày đầy đủ theo chiều dọc tay, tránh tiếp xúc với gân và khớp. Các vết rạch nên cố tay.

Có thể cần rạch vỏ cần để duy trì chức năng hô hấp hoặc ngăn ngừa thiếu máu cục bộ [19,66,67]. Lý tưởng nhất là phẫu thuật cắt động mạch được thực hiện bởi một bác sĩ có kinh nghiệm với thủ thuật để tránh tổn thương các cấu trúc bên dưới, nhưng trong một số trường hợp hiếm hoi, bác sĩ lâm sàng chăm sóc bệnh nhân bị bỏng nặng thiếu kinh nghiệm như vậy có thể cần thực hiện thủ thuật, có thể trước khi chuyển bệnh nhân đến trung tâm bỏng hoặc cấp độ chăm sóc cao hơn [68]. Các bản vẽ cho thấy các đường rạch gần đúng được sử dụng để cắt động thực được cung cấp.



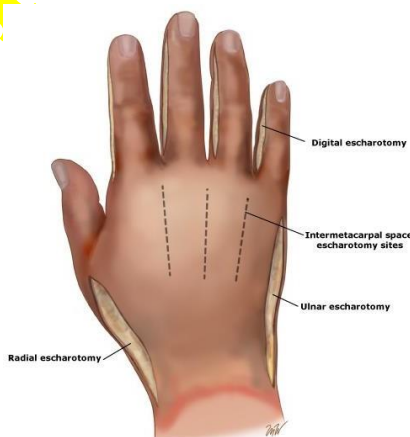
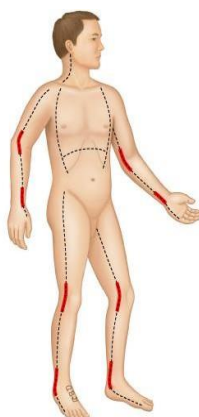
Hình 4: Mở cổ ngực

Bản vẽ này cho thấy vị trí gần đúng cho các vết rạch mở động mạch ngực. Mặc dù hiếm khi cần thiết ở khoa cấp cứu, nhưng có thể cần phải rạch như vậy nếu việc thông khí trở nên khó khăn do co thắt chuyển động thành ngực do vảy vảy.

Hình 5: Vết mổ mở cửa

Bản vẽ này cho thấy vị trí gần đúng cho các vết mổ cắt động mạch, nếu những vết rạch như vậy trở nên cần thiết do chức năng hô hấp bị tổn thương hoặc tưới máu xa không đầy đủ. Phẫu thuật mở scharotomy hiếm khi được yêu cầu trong khoa cấp cứu và lý tưởng nhất là được thực hiện bởi các bác sĩ lâm sàng có kinh nghiệm để tránh tổn thương mô bên dưới.

Hình 6: Phẫu thuật cắt động mạch kỹ thuật số thông thường



Có thể cần phẫu thuật mở cổ hoặc ngực nếu co thắt cơ học do vảy ngăn cản sự lệch ngực đầy đủ và ảnh hưởng đến hô hấp. Phẫu thuật mở cửa ngực đầy đủ sẽ dẫn đến cải thiện hô hấp có ý nghĩa lâm sàng (Hình 7).

Hình 7: Phẫu thuật cắt mỡ được thực hiện cho vết bỏng thành ngực



Hình ảnh này mô tả độ sâu của một phẫu thuật tĩnh mạch được thực hiện dọc theo thành ngực và bụng. Mô dưới da trở nên có thể nhìn thấy khi các vết rạch mở rộng thứ phát do phù nề.

Bệnh nhân bị bỏng bụng chu vi đôi khi có thể phát triển tăng huyết áp trong ổ bụng, có thể dẫn đến hội chứng khoang bụng. Những tình trạng này được điều trị tốt nhất tại một trung tâm bỏng được chỉ định.

Có thể cần phẫu thuật mở động mạch giải nén ở một chi đối với bỏng toàn bộ độ dày chu vi, nếu vậy và phù nề bên dưới gây thiếu máu cục bộ xa ([hình 3](#) và [hình 1](#)). Mặc dù có một số thông số để hướng dẫn thời gian cắt bỏ động mạch tứ chi, nhưng hầu hết quyết định được đưa ra trên lâm sàng dựa trên sự hiện diện của vết thương co thắt và tưới máu xa bị tổn thương. Sưng co thắt không xảy ra cho đến khi tiến hành hồi sức dịch (thường cần tối thiểu ba đến bốn giờ) và hiếm khi cần cắt động mạch thực ngay sau khi bị bỏng. Nếu việc chuyển bệnh nhân bị bỏng nặng hoặc bỏng chu vi bị trì hoãn, cần đánh giá lại các chi để xác định xem có cần cắt bỏ động mạch trước khi khởi hành hay không để đảm bảo tiếp tục tưới máu xa. Đánh giá tưới máu xa có thể bao gồm kiểm tra nạp mao mạch, xung xa (bằng sờ nắn hoặc siêu âm Doppler), nhiệt độ da, độ dẻo của mô và đo oxy xung. Đo oxy xung trên 90% cho thấy có đầy đủ tưới máu xa và không cần phải cắt động mạch [69].

Các vết mổ mở miệng có thể được thực hiện bằng phương pháp đốt điện đông máu, gây ra ít chảy máu hơn, hoặc dao mổ. Các vết rạch thẳng chỉ nên kéo dài qua vườn đến mô mỡ ngay bên dưới, nhưng không xa hơn; Fascia nên được giữ nguyên vẹn. Vết rạch đầy đủ sẽ cải thiện tuần hoàn xa. Nếu tưới máu không cải thiện sau khi làm thủ thuật, bác sĩ lâm sàng nên đánh giá lại độ sâu và vị trí của phẫu thuật cắt động mạch, và bất kỳ vết rạch nào được coi là không đủ sâu nên được cắt lại. Nếu phẫu thuật mở động mạch đầy đủ nhưng tưới máu vẫn kém, áp lực khoang tăng cao có thể góp phần và cần được đo. Hướng dẫn từ bác sĩ phẫu thuật bỏng qua điện thoại có thể hữu ích.

Các bác sĩ lâm sàng nên ghi nhớ sự khác biệt giữa phẫu thuật cắt lốm cạch, chỉ rạch qua vậy và phẫu thuật cắt mạc, bao gồm các vết rạch qua tất cả các lớp cân mạc liên quan và được thực hiện để điều trị hội chứng khoang cấp tính (ACS) của tứ chi. Bệnh nhân bị bỏng nặng có thể phát triển ACS, cần phải cắt cân mạc, được thảo luận riêng. Các biến chứng tiềm ẩn từ phẫu thuật cắt động mạch tứ chi bao gồm chảy máu và tổn thương động mạch cánh tay, tĩnh mạch saphenous, dây thần kinh trụ ở khuỷu tay, dây thần kinh đáy chậu ở đầu gối, và các bó mạch thần kinh và phần đuôi của các ngón tay [70].

Can thiệp đường tiêu hóa — Sốc do chấn thương bỏng nhiệt dẫn đến co mạch mạc treo đường dẫn đến chướng bụng, loét (được gọi là loét Curling) và hít phải. Do đó, nên đặt ống mũi dạ dày ở những bệnh nhân bị bỏng vừa hoặc nặng >20% TBSA [22].

Bệnh nhân có nguy cơ cao được dùng thuốc để giảm tiết axit dạ dày, nhưng điều này thường được bắt đầu sau khi nhập viện. Mặc dù thường không bắt đầu ở khoa cấp cứu, nhưng bú đường ruột sớm (tức là trong vòng 24 giờ sau chấn thương) để đáp ứng nhu cầu năng lượng cơ bản của bệnh nhân làm giảm phản ứng dị hóa đối với bỏng và có liên quan đến kết quả cải thiện [19,71,72]. Cho ăn quá nhiều không giúp duy trì khối lượng cơ thể nạc và có liên quan đến gan nhiễm mỡ nên nên tránh [73]

Điều chỉnh phản ứng dị hóa - Bỏng nặng gây ra trạng thái tăng trao đổi chất có liên quan đến một số rối loạn sinh lý có hại bao gồm ức chế miễn dịch, suy giảm quá trình chữa lành vết thương, dị hóa cơ và rối loạn chức năng gan. Một số phương pháp điều trị được sử dụng để làm giảm trạng thái tăng trao đổi chất này. Các phương pháp điều trị này thường được bắt đầu trong phòng chăm sóc đặc biệt nhưng có thể được bắt đầu tại khoa cấp cứu với sự phối hợp chặt chẽ với nhóm bỏng sẽ đảm nhận chăm sóc bệnh nhân.

XỬ LÝ - Bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí của Hiệp hội Bỏng Hoa Kỳ (ABA) về bỏng nặng nên được chuyển đến trung tâm bỏng. Bệnh nhân bị bỏng trung bình nên được nhập viện để bù nước qua đường tĩnh mạch và phẫu thuật chăm sóc vết thương của họ.

Do những khó khăn ban đầu trong việc phân biệt bỏng một phần dày sâu với bỏng toàn độ, các bác sĩ lâm sàng nên có ngưỡng thấp để tư vấn phẫu thuật cho bất kỳ bệnh nhân nào có vết bỏng một phần dày sâu ảnh hưởng đến hơn 3% TBSA (tổng tỷ lệ phần trăm diện tích bề mặt cơ thể). Một thuật toán hỗ trợ xác định và quản lý bệnh nhân bỏng cấp cứu được cung cấp. Hướng dẫn chung về nhập viện bao gồm:

- Tiếp nhận bệnh nhân nghi ngờ bị tổn thương do hít phải để theo dõi; nội soi phế quản sợi quang hoặc chụp tưới máu thông khí xenon rất hữu ích nếu nghi ngờ chẩn đoán [7,49,74,75]. Rối loạn chức năng phổi gây ra hơn 75% ca tử vong liên quan đến hỏa hoạn [1,4,5]. **Đánh giá ban đầu có thể bình thường** ở bệnh nhân bị tổn thương do hô hấp sau đó bị suy hô hấp nặng. Kiểm tra ngộ độc carbon monoxide; Điều trị bằng oxy cao áp có thể là cần thiết [76]. Xem xét ngộ độc xyanua và điều trị giả định khi có chỉ định.

- Tiếp nhận bệnh nhân bị bỏng từ trung bình đến nặng (bảng 1).
- Tiếp nhận bệnh nhân bị bỏng một phần hoặc toàn bộ độ dày.
- Bệnh nhân có nguy cơ phát triển nhiễm trùng vết thương không bề mặt cao hơn, chẳng hạn như bệnh nhân tiểu đường và người cao tuổi, thường nên nhập viện.
- Bệnh nhân bị chấn thương điện áp cao có điện tâm đồ bất thường (thay đổi sóng ST-T không đặc hiệu phổ biến nhất) có nguy cơ rối loạn nhịp tim cao hơn và cần được theo dõi cho đến khi điện tâm đồ bình thường [49,62].

TỶ LỆ TỬ VONG VÀ ĐẠO ĐỨC

Tỷ lệ tử vong - Cơ hội sống sót sau khi bị bỏng nặng tăng đều đặn trong nửa sau của

thế kỷ 20 do một số phát triển điều trị, bao gồm hồi sức dịch mạnh, cắt bỏ sớm vết thương bỏng, tiến bộ trong chăm sóc quan trọng và dinh dưỡng, sử dụng kháng sinh tại chỗ và sự phát triển của các trung tâm bỏng chuyên biệt [77]. Ngay cả trong số những bệnh nhân nhập viện vì bỏng, tỷ lệ sống sót vượt quá 95% [78,79].

Một số nghiên cứu đã điều tra các biến số liên quan đến việc tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng. Trong một đánh giá hồi cứu trên 1665 bệnh nhân nhập viện chăm sóc cấp ba (kích thước bỏng trung bình $14 \pm 20\%$ TBSA, tuổi trung bình 21 ± 20 tuổi), ba yếu tố nguy cơ tử vong đã được xác định [78]:

- Tuổi lớn hơn 60 tuổi
- Bỏng không bề mặt bao phủ hơn 40% TBSA
- Chấn thương do hít phải

Các tác giả đã phát triển một công thức tử vong dự đoán tỷ lệ tử vong 0,3, 3, 33 hoặc 90% tùy thuộc vào việc có không, một, hai hoặc ba yếu tố nguy cơ.

Nghiên cứu này bị chỉ trích vì có quá ít bệnh nhân có ba yếu tố nguy cơ để đưa ra ước tính tỷ lệ tử vong chính xác và có tỷ lệ cao về lệnh không hồi sức ở những bệnh nhân bị bệnh hơn [77]. Ngoài ra, ước tính tỷ lệ tử vong của những người khác sử dụng mô hình này không trùng khớp với những gì dự đoán [80]. Tuy nhiên, công thức dường như cung cấp một ước tính hợp lý về nguy cơ tử vong ở những bệnh nhân bị bỏng nặng.

Quyền tự chủ của bệnh nhân và sự tích cực trong việc chăm sóc - Mặc dù vượt quá phạm vi của đánh giá này, vấn đề quyền tự chủ của bệnh nhân trong trường hợp chấn thương nhiệt nghiêm trọng cần được đề cập. Các nạn nhân bị bỏng nặng phải đối mặt với một thời gian điều trị kéo dài, thường xuyên đau đớn, trong đó khả năng truyền đạt mong muốn của họ sẽ bị suy giảm do tác động và phương pháp điều trị vết thương của họ. Do đó, khi bắt đầu hồi sức ban đầu, trong đó nhiều bệnh nhân tỉnh táo, có thể hỏi những loại chăm sóc nào họ muốn và không muốn nhận [81].

TÓM TẮT VÀ KHUYẾN NGHỊ — Bệnh nhân bị bỏng nhiệt nặng có nguy cơ tử vong và mắc bệnh nặng. Quản lý thích hợp trong quá trình hồi sức ban đầu làm giảm nguy cơ như vậy. Dưới đây là những điểm quan trọng được liệt kê trong việc điều trị ban đầu cho bệnh nhân bị tổn thương nhiệt nặng.

- Đường thở, hô hấp và tuần hoàn - Thực hiện khảo sát chấn thương ban đầu với sự quản lý thích hợp. Tìm kiếm bằng chứng suy hô hấp và chấn thương do hít phải khói, một nguyên nhân phổ biến gây tử vong ở nạn nhân bỏng cấp tính. Đánh giá ban đầu có thể cho thấy không có bằng chứng về chấn thương, nhưng phù thanh quản có thể phát triển đột ngột và bất ngờ. Cần điều trị đường thở tích cực với đặt nội khí quản sớm nếu có bằng chứng về chấn thương do hít phải. Các dấu hiệu và triệu chứng của chấn thương do hít phải được mô tả ở trên. Chụp X-quang ngực, khí máu động mạch và điện tâm đồ ở tất cả bệnh nhân có nguy cơ mắc các

vấn đề về hô hấp.

- Độ sâu và kích thước bóng xác định khả năng hồi sức dịch và nhu cầu chuyển dịch (**bảng 1**). Chúng phải được đánh giá chính xác.

- Sóc bóng – Xẹp mạch máu do sóc bóng là một thành phần quan trọng của phản ứng sinh lý bệnh học đối với bỏng nặng. Hồi sức dịch nhanh chóng, tích cực để tái tạo thể tích nội mạch và duy trì tưới máu cơ quan cuối là rất quan trọng. Yêu cầu chất lỏng ban đầu dựa trên một công thức (ví dụ: Parkland) và sau đó dựa trên **phản ứng của bệnh nhân** với dịch IV ban đầu.

- Nhu cầu chất lỏng ban đầu, ước tính - Chúng tôi khuyên bạn nên sử dụng ringer lactated để hồi sức dịch (**độ 2C**). Công thức Parkland-Baxter có thể được sử dụng để tính toán nhu cầu chất lỏng ban đầu. Theo công thức này, nhu cầu chất lỏng trong 24 giờ điều trị đầu tiên là 4 mL / kg trọng lượng cơ thể cho mỗi phần trăm TBSA bị đốt cháy, **độ IV**. Bóng bề mặt được loại trừ khỏi tính toán này. Một nửa nhu cầu chất lỏng được tính toán được đưa ra trong tám giờ đầu tiên và một nửa còn lại được đưa ra trong 16 giờ tiếp theo. Tỷ lệ truyền dịch hồi sức IV nên là càng không đổi càng tốt; Giảm nhanh tốc độ truyền có thể dẫn đến xẹp mạch máu và tăng phù nề.

- Theo dõi tình trạng chất lỏng - Theo dõi lượng nước tiểu bằng cách sử dụng ống thông bàng quang bên trong (ví dụ: ống thông Foley). Lượng nước tiểu hàng giờ nên được duy trì ở mức 0,5 mL/kg ở người lớn. Các dấu hiệu lâm sàng của tình trạng thể tích, chẳng hạn như nhịp tim, huyết áp, áp lực mạch, xung xa, **nap mao mạch**, màu sắc và độ đục của da không bị tổn thương được theo dõi mỗi giờ trong 24 giờ đầu tiên. Hồi sức dịch không đầy đủ là nguyên nhân phổ biến nhất làm giảm mạch xa ở bệnh nhân mới bỏng. Giảm độ bão hòa oxy tĩnh mạch hỗn hợp và tăng lactate huyết thanh cho thấy tưới máu cơ quan cuối không đủ.

- Carbon monoxide và xyanua – Bệnh nhân bị bỏng có thể tiếp xúc với carbon monoxide, cần điều trị ngay lập tức bằng oxy lưu lượng cao (và có thể là oxy cao áp) và xyanua, cần điều trị bằng thuốc giải độc.

- Chăm sóc vết thương – Làm mát và làm sạch vết thương, nhưng tránh gây hạ thân nhiệt trong quá trình này. Xà phòng nhẹ và nước là phù hợp. Theo dõi nhiệt độ lõi của bệnh nhân liên tục. Loại bỏ bất kỳ đồ trang sức nào và bất kỳ quần áo nóng hoặc cháy nào và các mảnh vụn rõ ràng không bám chặt vào da. Có thể sử dụng tưới bằng nước mát. **Thuốc kháng sinh tại chỗ** được áp dụng cho tất cả các vết bỏng không nốt. Nếu bệnh nhân được chuyển đến trung tâm bỏng ngay lập tức, vết bỏng được bao phủ bằng băng sạch, khô và thuốc kháng sinh được áp dụng tại trung tâm bỏng. Không có vai trò của thuốc kháng sinh IV dự phòng.

- Kiểm soát cơn đau và can thiệp bổ sung – Dùng opioid (ví dụ: morphine) để điều trị đau và dự phòng uốn ván. Có thể cần dùng liều opioid cực cao. Benzodiazepin có thể giúp giảm lo lắng.

- Phối hợp với nhóm bỏng - Các bác sĩ lâm sàng cấp cứu nên phối hợp chăm sóc bệnh nhân chặt chẽ với người nhập viện hoặc, trong trường hợp chuyển viện, với nhóm bỏng chấp nhận. Một số loại thuốc bổ sung có thể có lợi, nhưng hầu hết được bắt đầu sau khi bệnh nhân rời khoa cấp cứu (ED). Chúng tôi tiến hành kiểm soát đường huyết bằng cách nhỏ giọt insulin

càng sớm càng tốt. Các phương pháp điều trị bổ sung để giảm thiểu phản ứng dị hóa nên được bắt đầu với sự tham khảo ý kiến chặt chẽ của nhóm bỏng sẽ chăm sóc bệnh nhân. (Xem 'Điều chỉnh phản ứng dị hóa' ở trên và 'Can thiệp đường tiêu hóa' ở trên.)

THAM KHẢO

1. Brigham PA, McLoughlin E. Tỷ lệ bỏng và sử dụng chăm sóc y tế ở Hoa Kỳ: ước tính, xu hướng và nguồn dữ liệu. J Phuc hồi chức năng chăm sóc bỏng 1996; 17:95.
2. Mertens DM, Jenkins ME, Warden GD. Quản lý bỏng ngoại trú. Nurs Clin North Am 1997; 32:343.
3. Wasiak J, Spinks A, Ashby K, và cộng sự. Dịch tễ học của chấn thương bỏng trong môi trường Úc, 2000-2006. Bỏng 2009; 35:1124.
4. Gomez R, Murray CK, Hospenthal DR, và cộng sự. Nguyên nhân tử vong bằng kết quả khám nghiệm tử thi về thương vong chiến đấu và bệnh nhân dân sự được đưa vào đơn vị bỏng. J Am Coll Surg 2009; 208:348.
5. Bloemsma GC, Dokter J, Boxma H, Oen IM. Tỷ lệ tử vong và nguyên nhân tử vong trong một trung tâm bỏng. Bỏng 2008; 34:1103.
6. www.ameriburn.org/resources_factsheet.php (Truy cập ngày 02 tháng 9 năm 2005).
7. Monafo WW. Quản lý ban đầu các vết bỏng. N Engl J Med 1996; 335:1581.
8. Cancio LC. Quản lý đường thở và chấn thương do hít phải khói ở bệnh nhân bỏng. Clin Plast Surg 2009; 36:555.
9. Miller K, Chang A. Chấn thương hít phải cấp tính. Emerg Med Clin North Am 2003; 21:533.
10. Holm C, Tegeler J, Mayr M, và cộng sự. Ảnh hưởng của hồi sức tình thể và chấn thương hít vào nước phổi ngoài mạch: ý nghĩa lâm sàng. Rung 2002; 121: 1956.
11. Ipaktchi K, Arbabi S. Những tiến bộ trong chăm sóc đặc biệt bỏng. Crit Care Med 2006; 34:S239.
12. Cioffi WG Jr, Rue LW 3rd, Graves TA, và cộng sự. Dự phòng sử dụng thông khí gõ tần số cao ở bệnh nhân bị chấn thương do hít vào. Ann Surg 1991; 213:575.
13. Cartotto R, Ellis S, Smith T. Sử dụng thông khí dao động tần số cao ở bệnh nhân bỏng. Crit Care Med 2005; 33:S175.
14. Chung KK, Wolf SE, Renz EM, và cộng sự. Thông khí gõ tần số cao và thông khí thể tích thủy triều thấp trong vết bỏng: một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. Crit Care Med 2010; 38: 1970.
15. Sheridan RL, Hurford WE, Kacmarek RM, và cộng sự. Hít oxit nitric ở bệnh nhân bỏng bị suy hô hấp. J Chấn thương 1997; 42:629.
16. Desai MH, Mlcak R, Richardson J, và cộng sự. Giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nhi bị chấn thương khi hít phải bằng liệu pháp heparin / N-acetylcystine dạng khí dung [điều chỉnh acetylcystine]. J Burn Care Rehabil 1998; 19:210.
17. Toon MH, Maybauer MO, Greenwood JE, và cộng sự. Quản lý chấn thương hít phải

khối cấp tính. Crit Care Resusc 2010; 12:53.

18. Murakami K, McGuire R, Cox RA, và cộng sự. Khí dung hóa heparin làm giảm tổn thương phổi cấp tính trong nhiễm trùng huyết sau khi hít phải khói ở cừu. Cú sốc 2002; 18:236.

19. Saffle, JR. Hướng dẫn thực hành chăm sóc bỏng. J Chăm sóc bỏng 2001; 22 (Bổ sung): i.

20. Hettiaratchy S, Dziewulski P. ABC của bỏng: sinh lý bệnh và các loại bỏng. BMJ 2004; 328:1427.

21. Evers LH, Bhavsar D, Mailänder P. Sinh học của chấn thương bỏng. Exp Dermatol 2010; 19:777.

22. Ramzy PI, Barret JP, Herndon DN. Chấn thương nhiệt. Crit Care Clin 1999; 15:333.

23. Wolf SE, Rose JK, Desai MH, và cộng sự. Các yếu tố quyết định tỷ lệ tử vong trong các vết bỏng ở trẻ em. Phân tích 103 trẻ em bị bỏng TBSA > hoặc = 80% (> hoặc = 70% độ dày đầy đủ). Ann Surg 1997; 225:554.

24. Holm C, Melcer B, Hörbrand F, và cộng sự. Mối quan hệ giữa cung cấp oxy và tiêu thụ oxy trong quá trình hồi sức dịch do sốc liên quan đến bỏng. J Burn Care Rehabil 2000; 21:147.

25. Klein MB, Hayden D, Elson C, và cộng sự. Mối liên hệ giữa việc sử dụng chất lỏng và kết quả sau bỏng nặng: một nghiên cứu đa trung tâm. Ann Surg 2007; 245:622.

26. Dulhunty JM, Boots RJ, Rudd MJ, và cộng sự. Tăng khả năng hồi sức chất lỏng có thể dẫn đến kết quả bất lợi ở những bệnh nhân bị thương do bỏng nặng, nhưng có thể đạt được tỷ lệ tử vong thấp. Bỏng 2008; 34:1090.

27. Sullivan SR, Ahmadi AJ, Singh CN, và cộng sự. Áp suất quỹ đạo tăng cao: một tác động không mong muốn khác của việc hồi sức ở trẻ em sau chấn thương bỏng. J Chấn thương 2006; 60:72.

28. Nghị sĩ Fink. Ethyl pyruvate. Curr Opin Gây mê 2008; 21:160.

29. Perel P, Roberts I. Chất keo so với tinh thể để hồi sức chất lỏng ở bệnh nhân nguy kịch. Cơ sở dữ liệu Cochrane Syst Rev 2012; :CD000567.

30. Bunn F, Roberts I, Tasker R, Akpa E. Tăng trương so với tinh thể gần đẳng trương để hồi sức chất lỏng ở bệnh nhân nguy kịch. Cơ sở dữ liệu Cochrane Syst Rev 2004; :CD002045.

31. Huang PP, Stucky FS, Dimick AR, và cộng sự. Hồi sức natri tăng trương có liên quan đến suy thận và tử vong. Ann Surg 1995; 221:543.

32. Gueugniaud PY, Carsin H, Bertin-Maghit M, Petit P. Những tiến bộ hiện tại trong việc quản lý ban đầu các vụ cháy nhiệt lớn. Y tế chăm sóc đặc biệt 2000; 26:848.

33. Michell MW, Oliveira HM, Kinsky MP, và cộng sự. Hồi sức đường ruột sau sốc bỏng bằng giải pháp bù nước đường uống của Tổ chức Y tế Thế giới: một giải pháp tiềm năng để chăm sóc thương vong hàng loạt. J Burn Care Res 2006; 27:819.

34. Blumetti J, Hunt JL, Arnoldo BD, và cộng sự. Công thức Parkland đang bị chỉ trích: những lời chỉ trích có hợp lý không? J Burn Care Res 2008; 29:180.

35. Dai NT, Chen TM, Cheng TY, và cộng sự. So sánh liệu pháp truyền dịch sớm trong vết bỏng ngọn lửa lan rộng giữa chấn thương khi hít phải và không hít phải. Bỏng 1998;

24:671.

36. Navar PD, Saffle JR, Warden GD. Ảnh hưởng của chấn thương hít phải đối với yêu cầu hồi sức chất lỏng sau chấn thương nhiệt. Am J Surg 1985; 150:716.
37. Holm C, Mayr M, Tegeler J, và cộng sự. Một nghiên cứu ngẫu nhiên lâm sàng về tác dụng của việc theo dõi xâm lấn đối với hồi sức sốc bỏng. Bỏng 2004; 30:798.
38. Holm C, Melcer B, Hörbrand F, và cộng sự. Phản ứng vận chuyển huyết động và oxy ở những người sống sót và không sống sót sau chấn thương nhiệt. Bỏng 2000; 26:25.
39. Theron A, Bodger O, Williams D. So sánh ba kỹ thuật sử dụng Công thức Parkland để hỗ trợ hồi sức chất lỏng trong vết bỏng ở người lớn. Emerg Med J 2014; 31:730.
40. Chung KK, Wolf SE, Cancio LC, và cộng sự. Hồi sức thương vong quân sự bị bỏng nặng: chất lỏng sinh ra nhiều chất lỏng hơn. J Chấn thương 2009; 67:231.
41. Namias N. Những tiến bộ trong chăm sóc bỏng. Curr Opin Crit Care 2007; 13:405.
42. Wang GY, Ma B, Tang HT, và cộng sự. Theo dõi tiếng siêu âm-Doppler thực quản trong hồi sức sốc bỏng: các biến huyết động có phải là liệu pháp hướng dẫn chất lỏng tiêu chuẩn quan trọng không? J Chấn thương 2008; 65:1396.
43. Reid RD, Jayamaha J. Việc sử dụng máy theo dõi cung lượng tim để hướng dẫn hồi sức dịch ban đầu ở bệnh nhân bị bỏng. Emerg Med J 2007; 24:e32.
44. Salinas J, Chung KK, Mann EA, và cộng sự. Hệ thống hỗ trợ quyết định trên máy tính cải thiện khả năng hồi sức chất lỏng sau bỏng nặng: một nghiên cứu ban đầu. Crit Care Med 2011; 39: 2031.
45. Kwan P, Gomez M, Cartotto R. Hạn chế truyền máu an toàn và thành công ở bệnh nhân bỏng. J Burn Care Res 2006; 27:826.
46. Palmieri TL, Caruso DM, Foster KN, và cộng sự. Ảnh hưởng của truyền máu đến kết quả sau chấn thương bỏng nặng: một nghiên cứu đa trung tâm. Crit Care Med 2006; 34:1602.
47. Higgins S, Fowler R, Callum J, Cartotto R. Tổn thương phổi cấp tính liên quan đến truyền máu ở bệnh nhân bị bỏng. J Burn Care Res 2007; 28:56.
48. Pushkar NS, Sandorminsky BP. Xử lý lạnh bỏng. Burns Incl Therm Inj 1982; 9:101.
49. Hartford, CE. Chăm sóc bỏng ngoại trú. Trong: Chăm sóc bỏng toàn phần, Herndon, D (Eds), WB Saunders, Philadelphia 1996. tr.71.
50. Công ty Cổ phần Allwood. Quản lý chăm sóc ban đầu cho vết bỏng. Thực hành y tá 1995; 20:74, 77.
51. Purdue GF, Layton TR, Copeland CE. Chấn thương lạnh làm phức tạp liệu pháp bỏng. J Chấn thương 1985; 25:167.
52. Ca sĩ AJ, Taira BR, Thode HC Jr, và cộng sự. Mối liên hệ giữa hạ thân nhiệt, làm mát trước khi nhập viện và tỷ lệ tử vong ở nạn nhân bỏng. Acad Emerg Med 2010; 17:456.
53. Nam tước BJ, Barrett D, Stavile KL, và cộng sự. Mối tương quan của sự thiếu hụt cơ sở động mạch và tĩnh mạch trong quá trình đánh giá ban đầu của bệnh nhân chấn thương [tóm tắt]. Acad Emerg Med 2000; 7:567.
54. Evron S, Tress V, Ezri T, và cộng sự. Tầm quan trọng của vị trí lấy mẫu máu để xác định giá trị hemoglobin và sinh hóa trong phẫu thuật ổ bụng và chỉnh hình lớn. J Clin Anesth 2007; 19:92.

55. Bjerknes R, Vindenes H, Laerum OD. Thay đổi chức năng bạch cầu trung tính ở bệnh nhân bị bỏng lớn. Tế bào máu 1990; 16:127.
56. Schwacha MG, Ayala A, Chaudry IH. Thông tin chi tiết về vai trò của tế bào lympho gammadelta T trong phản ứng gây bệnh miễn dịch đối với tổn thương nhiệt. J Leukoc Biol 2000; 67:644.
57. Peter FW, Schuschke DA, Barker JH, và cộng sự. Ảnh hưởng của chấn thương bỏng nặng đối với cytokine tiền viêm và hành vi bạch cầu: điều chỉnh nó với yếu tố kích thích khuẩn lạc bạch cầu hạt. Bỏng 1999; 25:477.
58. Karyoute SM, Badran IZ. Uốn ván sau chấn thương bỏng. Burns Incl Therm Inj 1988; 14:241.
59. Avni T, Levcovich A, Ad-El DD, và cộng sự. Thuốc kháng sinh dự phòng cho bệnh nhân bỏng: đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp. BMJ 2010; 340: c241.
60. Barajas-Nava LA, López-Alcalde J, Roqué i Figuls M, và cộng sự. Dự phòng kháng sinh để ngăn ngừa nhiễm trùng vết bỏng. Cơ sở dữ liệu Cochrane Syst Rev 2013; :CD008738.
61. Baxter CR. Quản lý vết thương bỏng. Dermatol Clin 1993; 11:709.
62. Waitzman AA, Neligan PC. Cách kiểm soát bỏng trong chăm sóc ban đầu. Can Fam Physician 1993; 39:2394.
63. Đồi MG, Bowen CC. Điều trị bỏng nhẹ tại các khoa cấp cứu ở nông thôn Alabama. J Emerg Nurs 1996; 22:570.
64. Greenhalgh DG. Chữa lành vết thương bỏng. Dermatol Nurs 1996; 8:13.
65. Martinez S. Quản lý cấp cứu bỏng ở trẻ em. J Chăm sóc sức khỏe nhi khoa 1992; 6:32.
66. Orgill DP, Piccolo N. Escharotomy và các liệu pháp giải nén trong vết bỏng. J Burn Care Res 2009; 30:759.
67. CE trắng, Renz EM. Những tiến bộ trong chăm sóc phẫu thuật: quản lý chấn thương bỏng nặng. Crit Care Med 2008; 36:S318.
68. Kupas DF, Miller DD. Phẫu thuật cắt mũ ngực ngoài bệnh viện: một loạt ca bệnh và xem xét thủ tục. Prehosp Emerg Care 2010; 14:349.
69. Piccolo NS, Piccolo MS, Piccolo PD, và cộng sự. Phẫu thuật cắt mạc, cắt mạc và giải phóng ống cổ tay ở bệnh nhân bỏng - xem xét tài liệu và trình bày thuật toán để ra quyết định phẫu thuật. Handchir Mikrochir Plast Chir 2007; 39:161.
70. Sheridan RL, Tompkins RG. Có gì mới trong bỏng và trao đổi chất. J Am Coll Surg 2004; 198:243.
71. Mosier MJ, Pham TN, Klein MB, và cộng sự. Dinh dưỡng đường ruột sớm trong vết bỏng: tuân thủ các hướng dẫn và kết quả liên quan trong một nghiên cứu đa trung tâm. J Burn Care Res 2011; 32:104.
72. Wasiak J, Cleland H, Jeffery R. Hỗ trợ dinh dưỡng đường ruột sớm so với muộn ở người lớn bị chấn thương bỏng: một đánh giá có hệ thống. J Hum Nutr Diet 2007; 20:75.
73. Hart DW, Wolf SE, Herndon DN, và cộng sự. Tiêu hao năng lượng và cân bằng calo sau khi đốt cháy: tăng lượng ăn dẫn đến chất béo hơn là tăng khối lượng nạc. Ann Surg 2002; 235:152.
74. Peate WF. Điều trị bỏng ngoại trú. Bác sĩ Am Fam 1992; 45:1321.

75. Moylan JA. Liệu pháp hỗ trợ trong chăm sóc bỏng. Hít phải khói. Kỹ thuật chẩn đoán và steroid. J Chấn thương 1979; 19:917.
76. Heimbach DM, Waeckerle JF. Chấn thương do hít phải. Ann Emerg Med 1988; 17:1316.
77. Saffle JR. Dự đoán kết quả bỏng. N Engl J Med 1998; 338:387.
78. Ryan CM, Schoenfeld DA, Thorpe WP, và cộng sự. Ước tính khách quan về xác suất tử vong do vết bỏng. N Engl J Med 1998; 338:362.
79. Saffle JR, Davis B, Williams P. Kết quả gần đây trong điều trị chấn thương bỏng ở Hoa Kỳ: một báo cáo từ Cơ quan đăng ký bệnh nhân của Hiệp hội Bỏng Hoa Kỳ. J Phục hồi chức năng chăm sóc bỏng 1995; 16:219.
80. Choinière M, Dumont M, Papillon J, Garrel DR. Dự đoán tử vong ở bệnh nhân bị bỏng. Lancet 1999; 353:2211.
81. Imbus SH, Zawacki BE. Quyền tự chủ cho bệnh nhân bị bỏng khi sống sót là chưa từng có. N Engl J Med 1977; 297:308.

Chương 12. QUỐC TẾ KHUYẾN NGHỊ ĐẾN GIẢM TỶ LỆ TỬ VONG MẸ

Đề xuất 'mười hàng đầu'

Đề xuất từ khóa, Yêu cầu bí mật, bà mẹ, tử vong.

Sức mạnh áp đảo của các Báo cáo Điều tra liên tiếp là tác động của những phát hiện của họ đối với sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh ở Vương quốc Anh và xa hơn nữa. Trong những năm qua, đã có nhiều ví dụ ấn tượng về cách thực hiện các khuyến nghị và hướng dẫn của họ đã cải thiện các chính sách, thủ tục và thực tiễn và cứu sống nhiều bà mẹ và trẻ sơ sinh hơn. Các kết quả đáng khích lệ được đưa ra trong Báo cáo này, đặc biệt là việc giảm số ca tử vong do các nguyên nhân trực tiếp, đặc biệt là thuyên tắc huyết khối, cũng như ở một số nhóm dân tộc thiểu số, cho thấy các khuyến nghị trước đây đã có tác động tích cực. Một ví dụ khác là số lượng phụ nữ 'đặt trước' chăm sóc thai sản ngày càng tăng sau 12 tuần hoàn thành, một khuyến nghị quan trọng trong các Báo cáo trước đó và được chọn làm nền tảng của việc cung cấp dịch vụ chăm sóc thai sản ở Anh. Tuy nhiên, trong các lĩnh vực khác, vẫn còn những cải tiến cần được xem xét, và do đó một số khuyến nghị từ Báo cáo cuối cùng được lặp lại ở đây.

Đến 'Top mười'

Theo thời gian, khi cơ sở bằng chứng cho các can thiệp lâm sàng ngày càng tăng, và với việc mở rộng Cuộc điều tra sang các lĩnh vực chuyên môn khác và các yếu tố quyết định sức khỏe xã hội và sức khỏe cộng đồng rộng lớn hơn đối với sức khỏe bà mẹ, số lượng các đề xuất được đưa ra trong Báo cáo này đã tăng lên. Mặc dù những khuyến nghị này rất quan trọng, nhưng con số ngày càng tăng khiến các ủy viên và nhà cung cấp dịch vụ, đặc biệt là ở cấp bệnh viện hoặc Quỹ tín thác, khó xác định những lĩnh vực cần hành động như ưu tiên hàng đầu. Do đó, để đảm bảo rằng các vấn đề quan trọng không bị mất, Báo cáo này, cũng như Báo cáo cuối cùng cho năm 2003-05, bao gồm một danh sách các khuyến nghị 'Mười hàng đầu' mà tất cả các ủy viên, nhà cung cấp, nhà hoạch định chính sách, bác sĩ lâm sàng và các bên liên quan khác liên quan đến việc cung cấp dịch vụ thai sản nên lên kế hoạch giới thiệu và kiểm toán càng sớm càng tốt. Theo tính chất bao quát hoặc xuyên suốt của chúng, hầu hết các khuyến nghị này đều có cơ sở rộng và sẽ yêu cầu cách tiếp cận đa ngành hơn là có liên quan đến thực hành lâm sàng cụ thể của từng nhân viên y tế. Do đó, trên cơ sở cá nhân và nhóm, tất cả các dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Các chuyên gia và nhóm cung cấp dịch vụ chăm sóc thai sản cũng nên đọc các khuyến nghị lâm sàng cá nhân liên quan đến các nguyên nhân lâm sàng cụ thể gây tử vong hoặc đặc điểm cá nhân của họ cũng như những khuyến nghị bao quát này.

Những khuyến nghị bao quát này được soạn thảo sau các cuộc thảo luận chi tiết giữa tất cả các đánh giá viên tham gia vào Báo cáo này. Trong một số trường hợp, họ cho rằng đã đạt được tiến bộ không đầy đủ kể từ Báo cáo cuối cùng và một khuyến nghị tương tự cần được lặp lại ở đây.

Danh sách này bổ sung, nhưng không thay thế, các khuyến nghị chính được đưa ra trong các Báo cáo trước đó.

Dữ liệu cơ sở và kiểm tra tiến độ

Tất cả các thay đổi và can thiệp cần được theo dõi và kết quả hoặc tác động phải được kiểm tra để đảm bảo rằng chúng đang dẫn đến những thay đổi có lợi đối với chất lượng chăm sóc hoặc dịch vụ được cung cấp cho phụ nữ mang thai hoặc mới sinh. Nếu không thì có thể thực hiện hành động khắc phục để cải thiện kết quả. Người ta thừa nhận rằng dữ liệu cần thiết để kiểm toán các khuyến nghị này có thể hiện không có sẵn hoặc được thu thập thường xuyên ở tất cả các đơn vị, nhưng nó có thể tạo thành một phần của bộ dữ liệu hoặc kiểm toán địa phương trong tương lai. Các bộ dữ liệu quốc gia hiện đang được phát triển và có thể đưa chúng vào các Báo cáo trong tương lai.

Học hỏi từ các khuyến nghị cụ thể của Chương

Trong khi các khuyến nghị 'Mười hàng đầu' chủ yếu có tầm quan trọng chung, các Chương riêng lẻ trong Báo cáo này chứa các khuyến nghị có mục tiêu hơn để xác định và quản lý các điều kiện cụ thể cho các dịch vụ hoặc nhóm chuyên môn cụ thể. Những điều này cũng không kém phần quan trọng và cần được giải quyết bởi bất kỳ cơ quan quốc gia có liên quan nào cũng như các ủy viên dịch vụ địa phương, nhà cung cấp dịch vụ và nhân viên chăm sóc sức khỏe riêng lẻ.

Mười đề xuất hàng đầu

Những điều này không theo bất kỳ thứ tự ưu tiên nào.

Cung cấp dịch vụ

Khuyến nghị 1: Tư vấn trước khi mang thai

1.1 Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có bệnh y tế từ trước, bao gồm cả các bệnh tâm thần, có tình trạng có thể cần thay đổi thuốc, làm trầm trọng hơn hoặc ảnh hưởng đến thai kỳ, cần được thông báo về điều này bất cứ khi nào có cơ hội. Điều này đặc biệt quan trọng vì 50% trường hợp mang thai không được lên kế hoạch. Họ nên được tư vấn chủ động về việc lập kế hoạch mang thai và nhu cầu tìm kiếm tư vấn trước khi mang thai bất cứ khi nào có thể. Trước khi mang thai, những phụ nữ này nên được tư vấn cụ thể và có một kế hoạch tiềm năng để quản lý thai kỳ của họ được phát triển bởi các bác sĩ lâm sàng có kiến thức về tình trạng và thai kỳ của họ tương tác như thế nào.

1.2 Các dịch vụ tư vấn trước khi mang thai, bắt đầu cho những phụ nữ có bệnh từ trước, nhưng lý tưởng nhất là cho tất cả phụ nữ có kế hoạch mang thai, là một phần quan trọng của các dịch vụ thai sản và nên được coi là một phần không thể thiếu của mạng lưới dịch vụ thai sản địa phương. Chúng có thể được cung cấp bởi bác sĩ đa khoa, nữ hộ sinh chuyên khoa hoặc các bác sĩ lâm sàng chuyên khoa hoặc bác sĩ sản khoa khác, tất cả đều phải được đào tạo và thông báo phù hợp. Các bác sĩ đa khoa nên giới thiệu tất cả phụ nữ có liên quan đến các dịch vụ địa phương nếu họ không tự tư vấn như vậy.

Khuyến nghị 2: Dịch vụ phiên dịch chuyên nghiệp

Dịch vụ phiên dịch chuyên nghiệp nên được cung cấp cho tất cả phụ nữ mang thai không nói tiếng Anh. Những phụ nữ này cần được tiếp cận với các dịch vụ phiên dịch độc lập, vì họ tiếp tục bị phục vụ kém do sử dụng các thành viên thân thiết trong gia đình hoặc các thành viên trong cộng đồng địa phương của họ làm thông dịch viên. Sự hiện diện của những người có liên quan, hoặc những người khác mà họ tương tác xã hội, cản trở việc truyền thông tin hai chiều tự do của thông tin quan trọng nhưng nhạy cảm, đặc biệt là về tiền sử y tế hoặc sức khỏe sinh sản trong quá khứ, mối quan tâm thân mật và lạm dụng gia đình của họ.

Lý do:

Như trong các Báo cáo trước, những phát hiện của ba năm nay cho thấy nhiều phụ nữ chết vì các bệnh hoặc tình trạng có từ trước có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến kết quả mang thai của họ, hoặc có thể cần các dịch vụ quản lý hoặc chuyên môn khác nhau trong thai kỳ, đã không nhận được bất kỳ tư vấn hoặc tư vấn nào trước khi mang thai. Kết quả là, việc chăm sóc họ kém tối ưu vì họ cũng như người chăm sóc của họ nhận ra rằng việc giám sát chặt chẽ hơn hoặc thay đổi thuốc là phù hợp. Hơn nữa, trừ khi phụ nữ nhận được tư vấn cụ thể rằng thuốc của họ an toàn trong thai kỳ, một số người sẽ ngừng điều trị thiết yếu vì lo lắng về nguy cơ đối với thai nhi.

Các tình trạng phổ biến hơn cần tư vấn và tư vấn tiền sinh bao gồm:

- Động kinh
- Tiểu đường
- Suyễn
- Bệnh tim bẩm sinh hoặc đã biết mắc phải
- Rối loạn tự miễn
- Bệnh thận hoặc gan
- Béo phì: chỉ số khối cơ thể từ 30 trở lên
- Bệnh tâm thần nghiêm trọng từ trước hoặc trong quá khứ
- Nhiễm HIV.

Đường cơ sở và tiêu chuẩn có thể AUDIT

Ủy viên dịch vụ thai sản và dịch vụ thai sản:

- Số lượng và tỷ lệ phụ nữ mang thai có bệnh từ trước được tư vấn trước khi thụ thai vào tháng 12 năm 2011 và sau đó vào cuối năm 2013. Hồ sơ thai sản quốc gia có thể cho phép thông tin đó được đưa vào và dễ dàng xác định hơn,

Lý do

Mặc dù người ta biết rằng ở những nơi tập trung phụ nữ từ cùng một nhóm dân tộc thiểu số, mạng lưới thông tin của họ về chăm sóc thai sản có thể tốt, nhưng điều này không loại bỏ nhu cầu về dịch vụ phiên dịch chuyên nghiệp. Thiếu thông dịch viên phù hợp là một trong

những phát hiện chính xuyên suốt Báo cáo này. Việc sử dụng các thành viên trong gia đình, trong một số trường hợp là trẻ em ở độ tuổi đi học ở cả hai giới, hoặc các thành viên của chính họ, thường gắn bó chặt chẽ, cộng đồng làm dịch giả gây lo ngại vì:

- Người phụ nữ có thể quá nhút nhát để tìm kiếm sự giúp đỡ cho những lo lắng thân mật.
- Một đứa trẻ không thích hợp để dịch các chi tiết thân mật về mẹ của mình và không công bằng với cả phụ nữ và trẻ em.
- Không rõ có bao nhiêu thông tin chính xác được cung cấp cho người phụ nữ, vì người phiên dịch có thể không nắm rõ ngôn ngữ, không hiểu thuật ngữ y tế cụ thể hoặc có thể giữ lại thông tin.
- Một số phụ nữ đến Vương quốc Anh vào cuối thai kỳ, và việc không có thông dịch viên có nghĩa là không thể có được lịch sử đặt phòng đầy đủ.
- Trong một số trường hợp, người phiên dịch là thủ phạm lạm dụng người bạn đời của mình, vì vậy người phụ nữ không thể xin lời khuyên hoặc giúp đỡ.
- Nhân viên y tế không thể chuyển lại mối quan tâm của chính họ theo cách thích hợp.

Như một phụ nữ đã nói trong Báo cáo gần đây của Lực lượng Đặc nhiệm Bộ Y tế chống lại lạm dụng gia đình và tình dục 'ngay cả khi thủ phạm không ở cùng bạn, anh ta sẽ gửi một trong những thành viên gia đình của mình đi cùng bạn. Và nhân danh danh dự, bạn không bao giờ có thể nói về nó. Đặc biệt nếu họ nói "Tôi sẽ đi thiêu vì cô ấy không thể nói tiếng Anh".

Ngoài việc không phù hợp với việc sử dụng các thành viên trong gia đình hoặc cộng đồng để đảm nhận vai trò này, những người được sử dụng theo cách này dường như có rất ít kiến thức về tiếng Anh. Do đó, các ủy viên và nhà cung cấp dịch vụ thai sản nên đảm bảo rằng các dịch vụ phiên dịch chuyên nghiệp và độc lập có sẵn ở cả cơ sở chăm sóc ban đầu và chăm sóc thứ cấp, để đảm bảo rằng tất cả phụ nữ có thể tự tin rằng họ có thể nói chuyện tự do và tự tin với các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc thai sản của họ. Các dịch vụ dựa trên điện thoại đã được chứng minh là rất hữu ích trong các tình huống tương tự.

Đường cơ sở và tiêu chuẩn có thể AUDIT

Ủy viên dịch vụ thai sản và dịch vụ thai sản:

- Sự sẵn có của hướng dẫn dịch vụ địa phương về chăm sóc phụ nữ không nói tiếng Anh, bao gồm cả các dịch vụ thông dịch.
- Là một phần của đánh giá nhu cầu dịch vụ thai sản địa phương, một cuộc kiểm tra địa phương về số lượng và tỷ lệ phụ nữ mang thai cần và đang sử dụng dịch vụ phiên dịch chuyên nghiệp mỗi lần thăm khám. Các phép đo cơ sở vào tháng 12 năm 2011 và sau đó vào cuối năm 2013.

Khuyến nghị 3: Thông tin liên lạc và giới thiệu

3.1. Việc giới thiệu đến các dịch vụ chuyên khoa trong thai kỳ nên được ưu tiên là khẩn cấp. Trong một số chuyên khoa, việc giới thiệu định kỳ có thể mất vài tuần hoặc vài tháng, hoặc thậm chí bị từ chối vì các quy tắc ủy thác của địa phương. Điều này không thể chấp nhận được đối với phụ nữ mang thai. Giấy giới thiệu phải nêu rõ rằng người phụ nữ đang mang thai và tiến trình của nó phải được theo dõi. Các bác sĩ và nữ hộ sinh thực tập nên có ngưỡng giới thiệu thấp và phải nhận được phản hồi ngay lập tức. Giới thiệu giữa các chuyên khoa nên ở cấp cao cấp. Khi cần giới thiệu nhanh chóng, bác sĩ cao cấp nên sử dụng điện thoại.

3.2. Giao tiếp tốt giữa các chuyên gia là điều cần thiết. Điều này phải được công nhận bởi tất cả các thành viên của nhóm chăm sóc phụ nữ mang thai, cho dù cô ấy là "nguy cơ thấp" hay "nguy cơ cao". Bác sĩ gia đình của cô ấy phải được thông báo rằng cô ấy đang mang thai. Nếu thông tin được yêu cầu từ một thành viên khác trong nhóm, việc gửi một yêu cầu thông thường và hy vọng nhận được phản hồi là không đủ. Người nhận phải trả lời kịp thời, nếu không, người gửi phải theo dõi. Với nhiều phương thức liên lạc hiện nay, bao gồm e-mail, nhắn tin và fax, các nhóm cần được nhắc nhở rằng điện thoại không phải là một công cụ khó chịu.

Lý do

Có một số trường hợp trong Báo cáo này về phụ nữ chết trước khi họ gặp bác sĩ chuyên khoa mà họ đã được giới thiệu vì các vấn đề y tế. Một số phụ nữ đã nhận được các cuộc hẹn vài tuần sau khi được giới thiệu ban đầu mặc dù rõ ràng là bị bệnh nặng, nhưng tiến trình của việc giới thiệu không được thực hiện. Một hoặc hai phụ nữ cũng bị từ chối các dịch vụ chuyên môn vì các thỏa thuận ủy thác địa phương.

Trong nhiều trường hợp chăm sóc không đạt tiêu chuẩn được đánh giá bởi Cuộc điều tra này, có những thất bại lớn trong giao tiếp giữa các nhân viên y tế có thể góp phần gây ra cái chết của người phụ nữ trong một số trường hợp. Đáng chú ý, những điều này bao gồm các bác sĩ đa khoa không được yêu cầu cung cấp thông tin hoặc không được thông báo về việc giới thiệu thêm và trong một số trường hợp, bác sĩ gia đình không được thông báo rằng người phụ nữ đang mang thai. Điều ngược lại cũng đúng, với việc bác sĩ gia đình không chuyển thông tin liên quan đến sức khỏe và hạnh phúc của người phụ nữ.

Rõ ràng từ một số trường hợp này là các thực tập sinh và nữ hộ sinh ở tuyến đầu thấy phụ nữ tham gia trong trường hợp khẩn cấp không có sự hỗ trợ và hỗ trợ thích hợp và cần có hướng dẫn rõ ràng về thời điểm tìm kiếm sự giúp đỡ cao cấp. Họ không nên được mong đợi để quản lý phụ nữ bị bệnh một mình, và nếu họ yêu cầu giúp đỡ và xem xét, họ nên được hỗ trợ. Học viên cần truyền đạt rõ ràng mức độ nghiêm trọng và cấp bách của tình hình khi thảo luận về phụ nữ với các chuyên gia tư vấn, những người nên đảm bảo rằng họ đã đặt đủ câu hỏi để cho phép họ đánh giá tình hình đầy đủ và liệu họ có cần tham dự trực tiếp hay không. Họ cũng nên tuân thủ hướng dẫn gần đây của Đại học Sản phụ khoa Hoàng gia (RCOG) về trách nhiệm của bác sĩ tư vấn trực gọi, trong đó đưa ra dấu hiệu rõ ràng về nhiệm vụ của bác sĩ sản khoa tư vấn và thời điểm họ nên tham dự.²

Đường cơ sở và tiêu chuẩn có thể AUDIT

Ủy viên dịch vụ thai sản và dịch vụ thai sản:

phát triển để làm rõ thông tin liên lạc và các thủ tục giới thiệu 'leo thang'. Điều này bao gồm số lượng dịch vụ đã áp dụng hướng dẫn RCOG gần đây về trách nhiệm của chuyên gia tư vấn trực gọi.²

- Thời gian chờ đợi trước khi được khám sau khi một phụ nữ đã được giới thiệu để có ý kiến chuyên môn và một hệ thống để đảm bảo rằng phụ nữ được khám với đủ khẩn cấp.

- Là một phần của đánh giá nhu cầu dịch vụ thai sản địa phương, một cuộc kiểm toán địa phương về số lượng và tỷ lệ phần trăm phụ nữ mang thai bị các ủy viên từ chối giới thiệu đến các dịch vụ chuyên khoa. Các phép đo cơ sở vào tháng 12 năm 2011 và sau đó vào cuối năm 2013.

Khuyến nghị 4: Phụ nữ có tình trạng y tế có khả năng nghiêm trọng cần được chăm sóc bác sĩ chuyên khoa đa chuyên khoa ngay lập tức và thích hợp

Phụ nữ có bệnh từ trước khi bắt đầu sinh sản:

4.1 Phụ nữ có thai kỳ có khả năng do các tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc bệnh lý tiềm ẩn nghiêm trọng từ trước nên được giới thiệu ngay lập tức đến các trung tâm chuyên khoa thích hợp, nơi có thể tối ưu hóa việc chăm sóc tình trạng sức khỏe và chăm sóc sản khoa của họ. Các nhà cung cấp và ủy viên nên xem xét việc phát triển các nguyên mẫu để xác định các tình trạng y tế nào bắt buộc phải có ít nhất một cuộc đánh giá tư vấn trong giai đoạn đầu của thai kỳ. Thỏa thuận này nên diễn ra thông qua mạng lưới thai sản địa phương.

Phụ nữ mang thai phát triển các biến chứng tiềm ẩn:

4.2. Phụ nữ mang thai trở nên phức tạp do các tình trạng sức khỏe tâm thần hoặc bệnh lý nghiêm trọng có thể xảy ra nên được giới thiệu ngay lập tức đến các trung tâm chuyên khoa thích hợp ngay khi các triệu chứng của họ phát triển.

4.3. Trong những trường hợp khẩn cấp như vậy, việc giới thiệu có thể diễn ra bằng cách liên hệ qua điện thoại với chuyên gia tư vấn hoặc thư ký của họ (để đảm bảo họ có sẵn hoặc xác định một chuyên gia tư vấn thay thế nếu không), theo sau bằng fax nếu cần thiết.

4.4. Nữ hộ sinh và bác sĩ đa khoa nên có thể giới thiệu phụ nữ trực tiếp đến cả bác sĩ sản khoa hoặc bác sĩ chuyên khoa không sản khoa - nhưng phải thông báo cho bác sĩ sản khoa. Nữ hộ sinh, bất cứ khi nào có thể, nên thảo luận về vấn đề này với hoặc thông báo cho bác sĩ gia đình của người phụ nữ.

Lý do

Chăm sóc y tế đang tiến triển nhanh chóng, cũng như những thay đổi trong cách chăm sóc thai sản 'thường xuyên' được cung cấp ở Vương quốc Anh và phụ nữ không được thiết thòi bởi điều này. Cần phải đánh giá cao rằng không phải tất cả các trung tâm sản sản đều có khả năng hoặc được trang bị để chăm sóc phụ nữ mang thai có các biến chứng lớn trước hoặc phát triển trong thai kỳ. Nếu phụ nữ mắc các bệnh lý tiềm ẩn muốn chia sẻ những tiến bộ trong y học, nhiều người sẽ cần được giới thiệu đến các trung tâm y tế đại học hoặc chuyên khoa để chăm sóc họ trong thai kỳ.

Trong ba năm này, các đánh giá viên đã bị ấn tượng bởi việc thiếu giới thiệu thích hợp cho phụ nữ có nguy cơ cao và thiếu sự tham gia của chuyên gia tư vấn vẫn là một vấn đề trong việc chăm sóc phụ nữ có vấn đề y tế nghiêm trọng. Lý do không giới thiệu có thể là rất nhiều. Có thể vấn đề y tế nằm ngoài nguồn lực của một trung tâm tham khảo thứ cấp: ví dụ như bệnh gan phức tạp trong thai kỳ. Điều này có thể đòi hỏi bác sĩ phẫu thuật gan mật, bác sĩ gan và

bác sĩ huyết học có kỹ năng điều trị rối loạn đông máu.

Cũng có thể là, mặc dù trung tâm giới thiệu thứ cấp có một trung tâm 'chuyên khoa', các bác sĩ lâm sàng ở đó không đủ kỹ năng trong việc quản lý thai kỳ ở phụ nữ mắc bệnh mà họ chuyên về, ví dụ như bệnh tim. Các bác sĩ lâm sàng địa phương có thể xuất sắc trong việc điều trị bệnh tim thiếu máu cục bộ nhưng không phải trong việc chăm sóc bệnh tim bẩm sinh hoặc bệnh cơ tim.

Cũng có thể trung tâm thứ cấp có thể quá nhỏ để phát triển đủ chuyên môn trong việc quản lý bệnh được đề cập hoặc thiết lập các phòng khám y khoa/sản khoa kết hợp đã được khuyến nghị, ví dụ như để chăm sóc bệnh tiểu đường phụ thuộc insulin trong thai kỳ.

Tiêu chuẩn cơ sở và có thể kiểm toán

Ủy viên dịch vụ thai sản và dịch vụ thai sản:

Bằng chứng về các phác đồ được áp dụng tại các trung tâm chuyên khoa, trong đó nêu rõ những phụ nữ mang thai có sẵn hoặc rối loạn y tế mới nên được giới thiệu để đánh giá bác sĩ sản khoa tư vấn: đo lường trước tháng 12 năm 2011 và sau đó vào cuối năm 2013.

Chất lượng chăm sóc

Khuyến nghị 5: Kỹ năng và đào tạo lâm sàng

5.1. Trở lại những điều cơ bản. Tất cả nhân viên lâm sàng phải thực hiện đào tạo chính thức, bằng văn bản, tài liệu và kiểm toán để xác định và quản lý ban đầu các tình trạng sản khoa nghiêm trọng hoặc các trường hợp khẩn cấp tiềm ẩn mới nổi, chẳng hạn như nhiễm trùng huyết, cần được phân biệt với các triệu chứng chung trong thai kỳ.

5.2. Tất cả nhân viên lâm sàng cũng phải thực hiện khóa đào tạo thường xuyên, bằng văn bản, lập thành văn bản và được kiểm toán cho:

Sự hiểu biết, xác định, quản lý ban đầu và giới thiệu các tình trạng sức khỏe tâm thần và bệnh thường nghiêm trọng, mặc dù không liên quan đến sinh sản, có thể ảnh hưởng đến phụ nữ mang thai hoặc các bà mẹ mới sinh. Chúng có thể bao gồm các điều kiện trong khuyến nghị 1, mặc dù danh sách này không phải là loại trừ

Nhận biết sớm và quản lý phụ nữ mang thai bị bệnh nặng và sắp suy sụp của người mẹ

Cải thiện các kỹ năng hỗ trợ sự sống cơ bản, ngay lập tức và nâng cao. Một số khóa học cung cấp đào tạo bổ sung cho nhân viên chăm sóc phụ nữ mang thai và trẻ sơ sinh.

Lý do

Thiếu kiến thức và kỹ năng lâm sàng của một số bác sĩ, nữ hộ sinh và các chuyên gia y tế khác, cao cấp hoặc cấp dưới, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong có khả năng tránh được trong ba năm này. Một trong những phát hiện phổ biến nhất trong Báo cáo này là sự thất bại ban đầu của nhiều nhân viên lâm sàng, bao gồm bác sĩ đa khoa, nhân viên Khoa Cấp cứu, nữ hộ sinh và bác sĩ bệnh viện, trong việc nhận ra ngay lập tức và hành động đối với các dấu hiệu và triệu chứng của các tình trạng có khả năng đe dọa tính mạng. Để giúp giải quyết vấn đề này, các đánh giá viên đã phát triển một phần mới ngắn, *Trở lại những điều cơ bản*, lần đầu tiên được đưa vào Báo cáo này. Mặc dù không đầy đủ, cũng không được thiết kế để thay thế đào tạo lâm sàng chuyên sâu hơn, nhưng nó chứa các danh sách kiểm tra hữu ích để hoạt động như một kỹ niệm trợ lý. Nội dung của nó có vẻ đơn giản hoặc hiển nhiên đối

với nhiều độc giả, nhưng tuy nhiên nó phản ánh thực tế rằng những dấu hiệu và triệu chứng cơ bản này thường bị bỏ qua và có thể đã góp phần gây ra một số tử vong mẹ trong ba năm này.

Như với Báo cáo trước, ngay cả những phụ nữ bị bệnh được đưa vào chăm sóc chuyên khoa vẫn thất bại do thiếu nhận thức về mức độ nghiêm trọng của bệnh của họ hoặc không tham khảo ý kiến khác (xem thêm Khuyến nghị 6).

Nhân viên cũng cần nhận ra những hạn chế của họ và biết khi nào, như thế nào và ai nên gọi để được hỗ trợ.

Tiêu chuẩn cơ sở và có thể AUDIT

Việc cung cấp các khóa học và một hệ thống để đảm bảo tất cả nhân viên tham dự và hoàn thành khóa đào tạo như được xác định trong Phân tích nhu cầu đào tạo của Chương trình Sơ suất Clini- cal cho Ủy thác (CNST). Đây là yêu cầu cấp độ 1 đối với các dịch vụ thai sản CNST ở Anh. Hồ sơ của những người tham dự cần được kiểm tra nghiêm túc để củng cố, làm quen và cập nhật cho tất cả nhân viên về các thủ tục, thiết bị và thuốc của địa phương.

- Số lượng và tỷ lệ phần trăm thành viên của tất cả các nhóm ngừng tìm biết vị trí của đơn vị phụ sản và những người biết mã cửa để tiếp cận ngay lập tức. Mục tiêu 100%.

Khuyến nghị 6: Chăm sóc lâm sàng chuyên khoa: xác định và quản lý phụ nữ bị bệnh nặng

6.1. Vẫn còn nhu cầu cấp thiết về việc sử dụng thường xuyên biểu đồ điểm cảnh báo sản khoa sớm (MEOWS) sửa đổi quốc gia ở tất cả phụ nữ mang thai hoặc sau sinh không khỏe và cần các dịch vụ sản phụ khoa. Điều này sẽ giúp nhận biết, điều trị và giới thiệu kịp thời hơn những phụ nữ mắc bệnh hiểm nghèo trong hoặc sau khi sinh. Điều quan trọng không kém là những biểu đồ này cũng được sử dụng cho phụ nữ mang thai hoặc sau sinh không khỏe và đang được chăm sóc bên ngoài các dịch vụ sản phụ khoa, ví dụ như Khoa Cấp cứu. Điểm số bất thường không chỉ nên được ghi lại mà còn nên kích hoạt một phản ứng thích hợp.

6.2. Việc điều trị phụ nữ mang thai hoặc sau sinh có biểu hiện bệnh nặng cấp tính, ví dụ như nhiễm trùng huyết kèm theo suy tuần hoàn, tiền sản giật/sản giật kèm theo tăng huyết áp động mạch nặng và xuất huyết nặng, cần có phương pháp tiếp cận theo nhóm. Các học viên về sản khoa và/hoặc phụ khoa phải yêu cầu sự giúp đỡ sớm từ nhân viên y tế cao cấp, bao gồm cả lời khuyên và trợ giúp từ các dịch vụ gây mê và chăm sóc đặc biệt. Trong những tình huống rất cấp tính, gọi điện cho một đồng nghiệp có kinh nghiệm có thể rất hữu ích. Cần tuân theo hướng dẫn RCOG gần đây về nhiệm vụ và trách nhiệm của tư vấn viên trực gọi.

6.3 Phụ nữ mang thai hoặc mới sinh với cơn đau không rõ ràng đến mức cần giảm đau bằng thuốc phiện cần được đánh giá/xem xét cấp cao khẩn cấp.

Lý do

Như đã đề cập trong khuyến nghị *Trở lại cơ bản*, thiếu kiến thức và kỹ năng lâm sàng của một số bác sĩ, nữ hộ sinh và các chuyên gia y tế khác, cao cấp hoặc cấp dưới, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong có khả năng tránh được. Điều này không chỉ xảy ra khi phân biệt các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh có khả năng nghiêm trọng với các triệu chứng phổ biến của thai kỳ trong chăm sóc ban đầu hoặc Khoa Cấp cứu, mà còn khi một phụ nữ nhập viện. Có một số chuyên gia chăm sóc sức khỏe không xác định được rằng một phụ

nữ đang bị bệnh nặng hoặc không quản lý các tình huống khẩn cấp bên ngoài lĩnh vực chuyên môn trực tiếp của họ và không gọi lời khuyên và giúp đỡ.

Trong nhiều trường hợp trong Báo cáo này, và liên quan đến các vấn đề được xác định trong đoạn trước, các dấu hiệu cảnh báo sớm về sự sụp đổ của người mẹ sắp xảy ra đã không được công nhận. Việc phát hiện sớm bệnh nghiêm trọng ở các bà mẹ vẫn là một thách thức đối với tất cả những người tham gia chăm sóc họ. Sự hiếm có tương đối của những sự kiện như vậy, kết hợp với những thay đổi bình thường về sinh lý liên quan đến mang thai và sinh nở, làm phức tạp thêm vấn đề. Các hệ thống chấm điểm cảnh báo sớm đã được sửa đổi đã được đưa vào thành công các lĩnh vực thực hành lâm sàng khác và Báo cáo cuối cùng đã đưa ra một ví dụ về biểu đồ MEOWS. Điều này có sẵn trên trang web CMACE tại www.cmace.org.uk. Các biểu đồ này nên được giới thiệu cho tất cả phụ nữ mang thai hoặc sau sinh không khỏe và cần điều trị thêm, bao gồm các can thiệp sản khoa và phẫu thuật phụ khoa.

Một điểm nhỏ nhưng quan trọng là một chủ đề và khuyến nghị lặp đi lặp lại trong các Báo cáo liên tiếp, không có tác động, là những phụ nữ bị đau không rõ nguyên nhân đủ nghiêm trọng để cần giảm đau bằng thuốc phiện có vấn đề nghiêm trọng và phải được giới thiệu để điều tra và chẩn đoán chuyên khoa. Phụ nữ bị bệnh tim, bóc tách động mạch chủ sắp xảy ra và các nguyên nhân tử vong khác đã bị bỏ sót theo cách này.

CNST và các chương trình tương tự ở các quốc gia khác của Vương quốc Anh có thể xem xét liệu việc sử dụng biểu đồ MEOWS có nên là một phần của việc kiểm toán các ghi chú được thực hiện như một phần của quá trình đánh giá hay không.

Tiêu chuẩn cơ sở và có thể kiểm toán

Số lượng các dịch vụ thai sản đã áp dụng phiên bản của bất kỳ biểu đồ MEOWS hiện có nào và đào tạo tất cả nhân viên về cách sử dụng nó. Đo lường đường cơ sở vào tháng 12 năm 2011 và sau đó vào cuối năm 2013.

- Số lượng phụ nữ trong bệnh viện sau khi sinh mổ được quan sát sau phẫu thuật thường xuyên được thực hiện và ghi lại trên biểu đồ MEOWS và có hành động thích hợp khi xảy ra sự khác biệt. Đây có thể là một phần của CNST được đề xuất, hoặc tương tự, kiểm toán các ghi chú, đối với các bà mẹ bị tiền sản giật là điều trị không đầy đủ cho tăng huyết áp tâm thu của họ. Ở một số phụ nữ, điều này dẫn đến xuất huyết nội sọ gây tử vong. Tăng huyết áp tâm thu cũng là một yếu tố quan trọng trong hầu hết các trường hợp tử vong do bóc tách động mạch chủ. Báo cáo cuối cùng đề xuất rằng các hướng dẫn lâm sàng nên xác định huyết áp tâm thu mà trên đó cần phải điều trị hạ huyết áp khẩn cấp và hiệu quả. Kể từ đó, một hướng dẫn gần đây của NICE đã xác định ngưỡng đó là 150–160 mmHg.³ Hướng dẫn cũng khuyến cáo rằng phụ nữ mang thai bị tiền sản giật và huyết áp tâm thu từ 150 mmHg trở lên nên nhập viện để điều trị khẩn cấp. Về mặt lâm sàng, điều quan trọng là phải nhận biết sự gia tăng, cũng như giá trị tuyệt đối của huyết áp tâm thu. Trong tiền sản giật nặng và nhanh chóng trở nên tồi tệ hơn,

^a 2011 Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE), BJOG 118 (Suppl. 1), 1–203

nên điều trị sớm ở mức <150–160 mmHg nếu xu hướng cho thấy có khả năng tăng huyết áp nặng.

Tiêu chuẩn có thể kiểm toán

Các dự án địa phương cụ thể nên được đưa ra để kiểm tra, quản lý và điều trị tiền sản giật nặng. Ví dụ, một gợi ý là kiểm tra số lượng và tỷ lệ phụ nữ bị tiền sản giật rất nặng (huyết tâm thu từ 180 mmHg trở lên trong hai hoặc nhiều lần) và sau đó có huyết áp tâm thu từ 150 mmHg trở xuống trong vòng 2 giờ sau khi bắt đầu điều trị hạ huyết áp.

Khuyến nghị 7: Tăng huyết áp tâm thu cần điều trị

7.1 Tất cả phụ nữ mang thai bị tiền sản giật và huyết áp tâm thu từ 150–160 mmHg trở lên cần điều trị hạ huyết áp khẩn cấp và hiệu quả phù hợp với các hướng dẫn gần đây của Viện Y tế và Lâm sàng Quốc gia (NICE)³. Cũng cần cân nhắc bắt đầu điều trị ở áp lực thấp hơn nếu hình ảnh lâm sàng tổng thể cho thấy sự suy giảm nhanh chóng và/hoặc có thể lường trước sự phát triển của tăng huyết áp nặng. Huyết áp tâm thu mục tiêu sau khi điều trị là 150 mmHg.

Lý do

Khuyến nghị 8: Nhiễm trùng đường sinh dục/nhiễm trùng huyết

8.1 Tất cả phụ nữ mang thai và mới sinh cần được thông báo về các nguy cơ, dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm trùng đường sinh dục và cách ngăn ngừa lây truyền. Lời khuyên cho tất cả phụ nữ nên bao gồm thông tin bằng lời nói và bằng văn bản về cách phòng ngừa, các dấu hiệu và triệu chứng và sự cần thiết phải tìm kiếm lời khuyên sớm nếu lo lắng, cũng như tầm quan trọng của vệ sinh cá nhân tốt. Điều này bao gồm tránh nhiễm bẩn đáy chậu bằng cách rửa tay trước và sau khi sử dụng nhà vệ sinh hoặc thay khăn vệ sinh. Đặc biệt cần thiết khi người phụ nữ hoặc gia đình hoặc những người tiếp xúc gần bị đau họng hoặc nhiễm trùng đường hô hấp trên.

8.2. Tất cả các chuyên gia chăm sóc sức khỏe chăm sóc phụ nữ mang thai và mới sinh nên tuân thủ các quy trình kiểm soát nhiễm trùng tại địa phương và nhận thức được các dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm trùng huyết ở phụ nữ mà họ chăm sóc và cần phải đánh giá và điều trị khẩn cấp. Đây là trường hợp đặc biệt đối với các nữ hộ sinh cộng đồng, những người có thể là những người đầu tiên phát hiện ra bất kỳ dấu hiệu bất thường nào trong quá trình quan sát sau sinh thường xuyên của họ đối với tất cả phụ nữ, không chỉ những người đã sinh mổ. Nếu nghi ngờ nhiễm trùng hậu sản, người phụ nữ phải được chuyển trở lại các dịch vụ sản khoa càng sớm càng tốt.

8.3 Cần bắt đầu điều trị kháng sinh phổ rộng tiêm tĩnh mạch liều cao càng sớm càng tốt, vì điều trị kháng sinh ngay lập tức có thể cứu sống. Cần bắt đầu trong vòng một giờ đầu tiên sau khi nhận biết sốc nhiễm trùng và nhiễm trùng huyết nặng mà không có sốc nhiễm trùng, vì mỗi giờ chậm trễ trong việc sử dụng kháng sinh hiệu quả có liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ tử vong có thể đo lường được^{4,5}.

8.4 Nhu cầu cấp thiết về một hướng dẫn lâm sàng quốc gia để bao gồm việc xác định và quản lý nhiễm trùng huyết trong thai kỳ, chuyển dạ và giai đoạn sau sinh và hơn thế nữa. Điều này nên có sẵn cho tất cả các chuyên gia y tế, đơn vị sản sản, Khoa Cấp cứu, GP và Nữ hộ sinh cộng đồng. Cho đến khi một hướng dẫn quốc gia được phát triển, các nguyên tắc quản lý nhiễm trùng huyết cấp tính như được nêu chi tiết trong Chương 16: Chăm sóc đặc biệt của Báo cáo này nên được thông qua. Chúng có nguồn gốc từ những thử được phát triển và cập nhật bởi Chiến dịch Nhiễm trùng huyết sống sót⁴.

8.5 Cần xem xét việc áp dụng một hệ thống hợp lý hơn để phân loại tử vong mẹ do nhiễm trùng huyết, như được đề xuất trong Phụ lục 7.1 trong Báo cáo này.

Lý do

Không giống như nhiều nguyên nhân khác gây tử vong trực tiếp ở mẹ, tử vong do nhiễm trùng huyết đường sinh dục đã tăng lên thay vì giảm ba năm này. Thật vậy, nhiễm trùng huyết đường sinh dục đã trở thành nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trực tiếp ở Vương quốc Anh

lần đầu tiên kể từ khi các cuộc điều tra bí mật về tử vong của bà mẹ bắt đầu vào năm 1952. Đây là một nguyên nhân thực sự đáng lo ngại, đặc biệt là khi nó xảy ra trong bối cảnh tỷ lệ tử vong mẹ giảm tổng thể. Nhiều trường hợp tử vong trong số này là do bệnh liên cầu khuẩn nhóm A mắc phải trong cộng đồng, điều này phản ánh sự gia tăng tỷ lệ mắc *Streptococcus A* trong dân số nói chung. Mặc dù đối với một số phụ nữ, mặc dù được chăm sóc tuyệt vời, nhưng kết quả là không thể tránh khỏi vì bệnh của họ diễn biến nhanh chóng và biểu hiện muộn, nhưng ở những người khác, những cơ hội có thể có để cứu mạng sống đã bị bỏ qua. Số ca tử vong mẹ do nhiễm trùng huyết cần được giảm hơn nữa.

Đau họng do liên cầu khuẩn là một trong những bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn phổ biến nhất ở thời thơ ấu. Tất cả các bà mẹ chết vì nhiễm trùng huyết liên cầu khuẩn nhóm A đều làm việc với hoặc có con nhỏ. Một số bà mẹ có tiền sử đau họng hoặc nhiễm trùng đường hô hấp gần đây, và một số phụ nữ trong số này cũng có các thành viên trong gia đình, đặc biệt là trẻ em, bị đau họng, cho thấy sự lây lan từ các thành viên trong gia đình là một yếu tố nguy cơ khác để phát triển nhiễm trùng huyết đe dọa tính mạng. Do đó, tất cả phụ nữ mang thai hoặc mới sinh cần được tư vấn về các dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm trùng và cách thực hiện các bước để ngăn ngừa sự lây truyền của nó. Phụ nữ trong những điều này các trường hợp cũng nên được khuyến khích tìm kiếm lời khuyên y tế khẩn cấp từ bác sĩ gia đình hoặc dịch vụ thai sản của họ nếu họ cảm thấy ốm.

Như trong các Báo cáo trước đây, sự chậm trễ trong việc nhận biết nhiễm trùng huyết, kê đơn thuốc kháng sinh và tìm kiếm sự trợ giúp của bác sĩ tư vấn. Thuốc kháng sinh đôi khi được kê đơn với liều lượng không đủ, được dùng bằng đường uống thay vì tiêm tĩnh mạch, được dùng quá muộn hoặc ngừng quá sớm. Điều trị tích cực ngay lập tức trong 'giờ vàng' đầu tiên hoặc lâu hơn mang lại hy vọng tốt nhất để phục hồi, vì mỗi giờ chậm trễ trong việc sử dụng kháng sinh hiệu quả có liên quan đến sự gia tăng tỷ lệ tử vong có thể đo lường được.⁵

Nhiễm trùng huyết rất phức tạp, không được hiểu đầy đủ, thường khó nhận biết và kiểm soát, và là một thách thức liên tục. Một số trường hợp tử vong sẽ luôn luôn là điều không thể tránh khỏi, nhưng đào tạo kỹ lưỡng, cách tiếp cận có cấu trúc, chăm sóc tốt trong cộng đồng, và trong bệnh viện, điều tra và điều trị kịp thời, đặc biệt là điều trị kháng sinh tiêm tĩnh mạch ngay lập tức và sự tham gia sớm của các bác sĩ sản khoa cao cấp, bác sĩ gây mê và tư vấn chăm sóc đặc biệt, có thể giúp cứu sống trong tương lai.

Tiêu chuẩn có thể kiểm toán

Tỷ lệ phụ nữ bị nhiễm trùng và được điều trị bằng kháng sinh bắt đầu trong vòng một giờ sau khi được chẩn đoán. Mục tiêu 100% trong vòng 1 giờ.

- Cho đến khi có hướng dẫn quốc gia, tất cả các dịch vụ thai sản nên sử dụng các hướng dẫn hiện có để phát triển hướng dẫn lâm sàng của riêng họ để xác định và quản lý nhiễm trùng huyết liên quan đến thai kỳ vào cuối tháng 12 năm 2011. Xem Chương 7.

~~• Số lượng và tỷ lệ phụ nữ được điều trị dự phòng kháng sinh định kỳ theo hướng dẫn~~

RCOG và NICE được công nhận về phá thai, vỡ màng sớm, sinh mổ và sau phẫu thuật cơ vòng hậu môn sản khoa. Xem Chương 7.

- Tần suất và tính đầy đủ của việc kiểm tra định kỳ sau sinh trong cộng đồng so với hướng dẫn NICE về chăm sóc sau sinh.

Quản trị lâm sàng

Khuyến nghị 9: Báo cáo sự cố nghiêm trọng và tử vong của bà mẹ

Tất cả các ca tử vong của bà mẹ phải được xem xét tại địa phương chất lượng cao. Ở Anh và xứ Wales, khuôn khổ cho các sự cố nghiêm trọng như vậy (trước đây được gọi là Sự cố nghiêm trọng không mong muốn / SUI) được đặt ra trong "Khung quốc gia về Báo cáo và Học hỏi từ các sự cố nghiêm trọng cần điều tra" của NPSA được ban hành trong Tháng Ba 2010. Kết quả của các đánh giá chất lượng cao như vậy phải được phổ biến và thảo luận với tất cả nhân viên phụ sản và các khuyến nghị của họ được thực hiện và kiểm toán định kỳ.

Lý do

Chất lượng của các mẫu báo cáo sự cố nghiêm trọng / SUI liên quan đến tử vong bà mẹ được đánh giá cho báo cáo này rất đa dạng, với nhiều biểu mẫu có chất lượng đáng ngờ hoặc kém. Những phát hiện này phải được xem xét cực kỳ nghiêm túc. Đối với các báo cáo không thể chấp nhận được, có rất ít hoặc không có bằng chứng về tư duy phản biện hoặc chấp nhận những thiếu sót, ít hoặc không có thảo luận tự phản ánh và không có bằng chứng nào cho thấy những bài học rõ ràng đã được xác định, chứ đừng nói đến việc học được. Trong những trường hợp này, rất ít hoặc không có hành động nào được thực hiện đối với bất kỳ kết quả nào, và trong nhiều trường hợp, nhân viên không tham gia vào quá trình hoặc theo dõi bất kỳ bài học kinh nghiệm nào. Đây là một phát hiện phổ biến trong tất cả các chương trong Báo cáo này và là một phát hiện mà tất cả các thẩm định viên đều đồng ý rằng thực tiễn không thể chấp nhận được phải được sửa chữa càng sớm càng tốt. Việc đánh giá các báo cáo như vậy được khuyến nghị là một CNST, hoặc yêu cầu tương tự trong tương lai.

Đáng thất vọng, một khuyến nghị tương tự đã được đưa ra trong Báo cáo vừa qua, nhưng rất ít nếu có bất kỳ cải thiện nào được thấy trong các trường hợp được đánh giá trong ba năm này; Ấn tượng là ngược lại.

Khuyến nghị thu hút sự chú ý đến sự cần thiết phải làm nổi bật ai đã tham gia vào các đánh giá như vậy - họ cần bao gồm các bác sĩ lâm sàng từ các ngành liên quan (bao gồm cả thuốc mê) và phải bao gồm các bác sĩ lâm sàng không liên quan đến cái chết. Xem xét đánh giá của chuyên gia không thiên vị có thể hỗ trợ học hỏi thực sự từ những cái chết cá nhân.

Tiêu chuẩn có thể kiểm toán

Mỗi cái chết của bà mẹ cần được xem xét nghiêm túc như một sự cố nghiêm trọng và các bài học kinh nghiệm nên được tích cực phổ biến cho tất cả nhân viên lâm sàng, các nhà quản lý rủi ro và quản trị viên. Kết quả là các hành động giáo dục và tổ chức chính xác được thực hiện phải được ghi lại, kiểm toán và báo cáo thường xuyên cho hội đồng dịch vụ thai

sản bởi Giám đốc điều hành.

Khuyến nghị 10: Bệnh học

Tiêu chuẩn khám nghiệm tử thi của người mẹ phải được cải thiện. Số lượng địa điểm nơi chúng được thực hiện sẽ giảm, với các nhà nghiên cứu bệnh học chuyên khoa thực hiện chúng như một phần của kế hoạch công việc đã được thống nhất. Cần phải phân tích lâm sàng nhiều hơn về việc báo cáo tử vong của bà mẹ cho nhân viên điều tra, và cần có một đầu vào chính bổ sung của các bác sĩ lâm sàng để có được nhiều cuộc khám nghiệm tử thi được đồng ý hơn.

Lý do

Chẩn đoán khám nghiệm tử thi là nền tảng trong việc phân loại tử vong của bà mẹ và các đánh giá sau đó, ở địa phương và quốc gia, nhưng bằng chứng là những phát hiện trong Báo cáo này, điều này thường khó đạt được. Với việc thay đổi luật pháp (*Đạo luật Điều tra và Tư pháp* 2009) và sự ra đời của các Giám định viên Y tế để xem xét kỹ lưỡng tất cả các giấy chứng tử được đề xuất, sẽ có sự giảm số lượng khám nghiệm tử thi ở Anh và xứ Wales. Ngoài ra, khi nhân viên điều tra cho phép khám nghiệm tử thi tử vong của bà mẹ, sẽ không có rào cản pháp lý nào để chuyển khám nghiệm tử thi sang một khu vực khác nơi chuyên môn bệnh lý được công nhận.

Khám nghiệm tử thi tử vong mẹ thường phức tạp và khó khăn và đòi hỏi nhiều chuyên môn hơn so với khám nghiệm tử thi thông thường. Chúng cũng nên được thực hiện theo một quy trình bao gồm tất cả, chẳng hạn như quy trình được điều chỉnh từ hướng dẫn gần đây của Đại học Bệnh học Hoàng gia, được đính kèm với Chương 17.⁶

Tiêu chuẩn cơ sở và có thể kiểm toán

- Đánh giá chất lượng khám nghiệm tử thi của người mẹ được thực hiện và tỷ lệ của chúng trong tất cả các ca tử vong của người mẹ. Đo lường cơ sở vào tháng 12 năm 2011 và sau đó vào cuối năm 2013.
- Tỷ lệ khám nghiệm tử thi tử vong của bà mẹ được đồng ý so với khám nghiệm tử thi.

Hướng dẫn và nghiên cứu quốc gia

Như đã thảo luận ở trên, các hướng dẫn quốc gia là cần thiết cho

- Việc xác định và quản lý nhiễm trùng huyết ở phụ nữ sinh sản và mới sinh.
- Làm thế nào để thực hiện và hành động dựa trên kết quả đánh giá sự cố nghiêm trọng trong các dịch vụ thai sản.

Một số câu hỏi nghiên cứu quan trọng cũng xuất hiện trong quá trình đánh giá những phụ nữ đã chết trong ba năm này.

- Ảnh hưởng gì, nếu có, việc giảm số lần thăm khám định kỳ sau sinh và quan sát lâm sàng đối với sức khỏe bà mẹ?

Các yếu tố xã hội, dịch vụ và lâm sàng góp phần khiến tỷ lệ tử vong mẹ vẫn cao hơn ở

các bà mẹ thuộc một số nhóm dân tộc thiểu số ở Vương quốc Anh là gì?

Những rào cản cản trở giao tiếp, giới thiệu và các cuộc hẹn khẩn cấp nhanh chóng và nhanh chóng giữa các nhà cung cấp dịch vụ y tế và các đơn vị thai sản hoặc chuyên gia hoặc chuyên gia y tế cần thiết cho phụ nữ mang thai bị bệnh hoặc các bà mẹ mới sinh là gì, và làm thế nào để vượt qua những điều này? Làm thế nào để các dịch vụ thai sản, đặc biệt là những dịch vụ cung cấp các mô hình chăm sóc mới, đảm bảo rằng các hệ thống làm việc để giới thiệu ngay lập tức được áp dụng và thực hiện?

- Để xác định tốt hơn làm thế nào để giảm số lượng nguyên nhân chính xác gây tử vong mẹ, làm thế nào để có thể cung cấp dữ liệu mẫu số tốt hơn cần thiết để thực hiện các nghiên cứu cần thiết liên quan đến tỷ lệ mắc các vấn đề y tế trong sinh sản, chẳng hạn như nhiễm trùng huyết, hen suyễn, động kinh và đột quỵ, được thu thập hoặc thu thập?
- Tại sao tỷ lệ nhiễm trùng huyết và tử vong đột ngột ở người lớn/rối loạn nhịp tim (SADS) trong thai kỳ tăng lên? Đó là kết quả của sự may rủi, cải thiện sự giải trí trong trường hợp hay một sự gia tăng thực sự?

Tham khảo

1 Lực lượng đặc nhiệm về các khía cạnh sức khỏe của bạo lực đối với phụ nữ và trẻ em. *Ứng phó với bạo lực đối với phụ nữ và trẻ em-Vai trò của NHS*. London: Bộ Y tế, tháng 3 năm 2010.

2 Đại học Sản phụ khoa Hoàng gia. *Trách nhiệm của tư vấn viên theo yêu cầu. Thực hành tốt số 8*. Luân Đôn: RCOG. Tháng 3 năm 2010 [www.rcog.org.uk]. Truy cập ngày 5 tháng 10 năm 2010.

3 Trung tâm Hợp tác Quốc gia về Sức khỏe Phụ nữ và Trẻ em. Tăng huyết áp trong thai kỳ: điều trị các bệnh tăng huyết áp trong thai kỳ. Viện Y tế Quốc gia và Hướng dẫn Xuất sắc Lâm sàng 107. London: RCOG, tháng 8 năm 2010 [[http:// guidance.nice.org.uk/CG107/](http://guidance.nice.org.uk/CG107/)]. Truy cập ngày 5 tháng 10 năm 2010.

4 Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Carlet JM, và cộng sự. Chiến dịch Sống sót qua nhiễm trùng huyết: hướng dẫn quốc tế về quản lý nhiễm trùng huyết nặng và sốc nhiễm trùng. *Crit Care Med* 2008; 36: 296– 327.

5 Trường Cao đẳng Bệnh học Hoàng gia. *Hướng dẫn thực hành khám nghiệm tử thi. Sce- nario 5: Cái chết của người mẹ*. Luân Đôn: Đại học Bệnh

6 học Hoàng gia; Năm 2010.

Chương 13. HỘ SINH

D Garrod¹, V Beale², J Rogers³, A Miller⁴ (thay mặt cho Trung tâm Điều tra Bà mẹ và Trẻ em)

¹ Bệnh viện Stepping Hill, Stockport, Vương quốc Anh; ² NHS Tây Nam, Taunton, Vương quốc Anh; ³ Ủy thác Bệnh viện Đại học Southampton, Dublin, Ireland;

⁴ Trung tâm Điều tra Bà mẹ và Trẻ em, London, Vương quốc Anh

Thư từ: Cô Debbie Garrod, Bệnh viện Stepping Hill, Đơn vị Phụ nữ Tầng 6, Poplar Grove, Stockport SK2 7JE, Vương quốc Anh. Email: debbie.garrod@stockport.nhs.uk

Từ khóa chăm sóc hộ sinh, Yêu cầu bí mật, bà mẹ, tử vong.

Giới thiệu

Thực hành hộ sinh: khuyến nghị cụ thể

- Thực hiện, ghi lại và hành động dựa trên các quan sát cơ bản cho cả phụ nữ có nguy cơ biến chứng thấp và cao hơn.
- Nhận biết và hành động đối với các triệu chứng gợi ý bệnh nghiêm trọng, bao gồm nhiễm trùng huyết, như được nêu trong phần Quay lại cơ bản của Báo cáo này.
- Cung cấp cho phụ nữ mang thai và bà mẹ mới sinh thông tin về cách phòng ngừa và các dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm trùng huyết đường sinh dục có thể xảy ra và sự cần thiết phải tìm kiếm lời khuyên sớm nếu lo lắng, cũng như tầm quan trọng của vệ sinh cá nhân tốt.
- Đánh giá đầy đủ nguy cơ của người mẹ trong suốt thời gian mang thai liên tục và sau sinh, đánh giá lại khi cần thiết nếu hoàn cảnh thay đổi.
- Giới thiệu và đề cập các mối quan tâm đến một đồng nghiệp y tế có thâm niên phù hợp.
- Giới thiệu sớm đến các dịch vụ tâm thần của phụ nữ có vấn đề sức khỏe tâm thần nghiêm trọng phù hợp với lời khuyên trong *Trở lại những điều cơ bản*.
- Đảm bảo sự sẵn có và sử dụng các dịch vụ phiên dịch chuyên nghiệp cho phụ nữ có nhu cầu.
- Cung cấp dịch vụ chăm sóc liên tục cho phụ nữ dễ bị tổn thương để thúc đẩy sự tham gia vào dịch vụ.

Một số câu hỏi nghiên cứu quan trọng cũng xuất hiện trong quá trình đánh giá những phụ nữ đã chết trong ba năm này. Những

Chương này xác định và nêu bật các vấn đề thực hành chính đối với nữ hộ sinh được nêu ra bằng cách xem xét hoàn cảnh và chăm sóc của 261 phụ nữ tử vong do nguyên nhân *trực tiếp* hoặc *gián tiếp* gây tử vong mẹ. Có nhiều trường hợp chăm sóc gương mẫu nhưng cũng có những trường hợp khác có thể rút ra bài học. Mục đích của Chương này là làm nổi bật cả hai.

Nữ hộ sinh nên đọc Chương này trong bối cảnh của Báo cáo nói chung và đặc biệt tham khảo phần mới *Trở lại cơ bản*. Bản chất vai trò của nữ hộ sinh, như được mô tả dưới đây, có nghĩa là việc chăm sóc hộ sinh không thể tách biệt với sự chăm sóc do các thành viên khác trong nhóm sản phẩm cung cấp. Nhiều vấn đề chính được nêu ra trong điều này Báo cáo liên

quan đến làm việc nhóm hiệu quả hoặc chăm sóc đa ngành, cũng như các vấn đề có tầm quan trọng lâm sàng, vì vậy có nhiều điều để học hỏi từ các Chương khác này.

Vai trò của nữ hộ sinh

Mỗi phụ nữ mang thai đều được chăm sóc bởi nữ hộ sinh. Điều này đặt nữ hộ sinh vững chắc bên cạnh cô ấy, với tư cách là người đồng hành của cô ấy trong suốt quá trình sinh con liên tục và là người cung cấp dịch vụ chăm sóc, tư vấn, hỗ trợ và thông tin phù hợp với hoàn cảnh của cô ấy. Nữ hộ sinh cũng là người ủng hộ cô ấy trong việc đảm bảo rằng cô ấy nhận được sự chăm sóc phù hợp nhất để đáp ứng nhu cầu sức khỏe và xã hội của mình. Rõ ràng từ một số tình huống được xem xét cho Báo cáo này rằng các nữ hộ sinh cần phát triển ranh giới rõ ràng giữa vận động chính sách và thông đồng. Có những trường hợp mà các nữ hộ sinh nên sử dụng cách tiếp cận hỗ trợ nhưng đầy thách thức để đảm bảo rằng phụ nữ nhận được sự chăm sóc thích hợp vì lợi ích tốt nhất của bản thân và con của họ. Ví dụ:

Một phụ nữ có chỉ số khối cơ thể (BMI) tăng từ chối cân và mặc dù cô ấy đã được đặt lịch chăm sóc do tư vấn dẫn dắt, nhưng đã không tham dự các cuộc hẹn để gặp bác sĩ sản khoa của mình. Không có bằng chứng nào cho thấy nữ hộ sinh của cô ấy đã giải thích những rủi ro của việc tăng chỉ số BMI của cô ấy hoặc cung cấp thêm lời khuyên, thông tin hoặc hỗ trợ. Cô không có các biện pháp dự phòng huyết khối được kê đơn sau khi sinh phức tạp cần sinh mổ, và các quan sát cơ bản sau sinh đã bị bỏ sót.

Mặc dù những thiếu sót trong chăm sóc hộ sinh của cô ấy không thể liên quan trực tiếp đến cái chết của cô ấy vì thuyên tắc phổi, tuy nhiên không có bằng chứng nào cho thấy các nữ hộ sinh đã giải quyết vấn đề một cách thích hợp khi bắt đầu mang thai, theo cách có thể cho phép một kế hoạch quản lý được đưa ra.

Một phụ nữ có nguy cơ cao bị khuyết tật học tập và mức độ lo lắng rất cao đã phát triển các triệu chứng tiền sản giật, mặc dù cô ấy vẫn tiếp tục được quản lý không phù hợp trong cộng đồng. Sau khi sinh, cô rời bệnh viện theo lời khuyên của y tế và trong thời gian sau sinh, cô ngày càng trở nên không khỏe. Cô ấy chết vì máu đông nội mạch lan tỏa vài ngày sau khi sinh.

Mặc dù sự chăm sóc hộ sinh của cô rất tử tế và hỗ trợ, nhưng sự chấp nhận của các nữ hộ sinh đối với sự lo lắng của cô dường như đã ảnh hưởng đến quyết định của họ để cung cấp dịch vụ chăm sóc do nữ hộ sinh dẫn dắt, điều này đối với người phụ nữ này là không phù hợp. Một cách tiếp cận thay thế để chăm sóc cô ấy là làm việc với cô ấy để giúp cô ấy vượt qua những lo lắng của mình, liên quan đến sự hỗ trợ từ các dịch vụ tâm lý học và / hoặc khuyết tật học tập. Điều này có thể cho phép người phụ nữ tiếp cận dịch vụ chăm sóc mà cô ấy cần.

Như được minh họa bởi các họa tiết ở trên, vai trò của nữ hộ sinh là trở thành 'người điều hướng chăm sóc' của người phụ nữ^{lâm} việc trong bối cảnh của nhóm thai sản và các sinh viên khác, cung cấp cả sự liên tục và các liên kết giao tiếp sẽ bảo vệ và đảm bảo sức khỏe và hạnh phúc của người mẹ. Những bài học tương tự có thể được rút ra từ một số trong

số 25 trường hợp tử vong *gián tiếp* mà những người phụ nữ được đặt lịch chăm sóc do nữ hộ sinh dẫn dắt. Một số phụ nữ trong số những người phụ nữ này đã chết có những tình huống mà nữ hộ sinh đã bỏ lỡ hoặc được coi là không quan trọng.

Vai trò sức khỏe cộng đồng của nữ hộ sinh

Nữ hộ sinh có cơ hội đóng góp đáng kể cho chương trình nghị sự y tế công cộng và tối đa hóa lợi ích sức khỏe và giảm bất bình đẳng sức khỏe nói chung. Chương mở đầu của Báo cáo này một lần nữa nhấn mạnh rằng các bà mẹ dễ bị tổn thương nhất trong xã hội ở mức cao hơn nhiều, nguy cơ tử vong của bà mẹ, và điều bắt buộc là họ có thể dễ dàng tiếp cận dịch vụ chăm sóc thai sản, nếu có thể, sẽ là một trải nghiệm tích cực. Ví dụ, phụ nữ bị thiệt thòi do thiếu thốn xã hội, thất nghiệp và tình trạng dân tộc thiểu số, bị thiệt thòi gấp đôi bởi thực tế là họ có xu hướng đăng ký chăm sóc trước khi sinh muộn hơn. Đối với một số phụ nữ đã chết, việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sớm hơn có thể tạo ra sự khác biệt. Viện Quốc gia về Sức khỏe và Xuất sắc Lâm sàng (NICE) gần đây đã ban hành một hướng dẫn về tổ chức các dịch vụ cho phụ nữ có các vấn đề xã hội phức tạp có thể ảnh hưởng đến thai kỳ của họ² do các khuyến nghị được đưa ra trong một số Báo cáo trước đó của Cuộc điều tra này.

Chương 1 nêu bật vấn đề chính là béo phì, một yếu tố nguy cơ chính gây tử vong và tàn tật của bà mẹ; giúp đỡ và hỗ trợ phụ nữ mang thai béo phì đòi hỏi hành động khẩn cấp và phối hợp. Một cách tiếp cận có hệ thống và chủ động để giải quyết các vấn đề liên quan đến tăng chỉ số BMI là ưu tiên chính của các dịch vụ thai sản và nữ hộ sinh là trung tâm thực hiện các phương pháp tiếp cận này.

Học hỏi từ các bà mẹ đã qua đời: các vấn đề đối với thực hành hộ sinh

Học hỏi từ chăm sóc không đạt tiêu chuẩn

Một trong những mục đích chính của Cuộc điều tra này là rút ra bài học từ việc quản lý những phụ nữ đã chết để cải thiện việc chăm sóc trong tương lai. Bước đầu tiên để làm điều này là xác định bất kỳ yếu tố nào có thể tránh được và không đạt tiêu chuẩn trong dịch vụ chăm sóc mà họ nhận được. Điều này được thực hiện bởi các đánh giá viên hộ sinh của Trung tâm Nghiên cứu Bà mẹ và Trẻ em khu vực và trung ương. Quy trình chi tiết được thảo luận trong Phụ lục 1 của Báo cáo này. Ở mỗi giai đoạn, các ghi chú trường hợp được xem xét bởi các nữ hộ sinh, những người đặc biệt tập trung vào sự phù hợp của chăm sóc hộ sinh trong suốt quá trình chăm sóc liên tục. Các yếu tố được xác định bởi các đánh giá viên chứng minh rõ ràng rằng, ở một số ít phụ nữ, chăm sóc hộ sinh không được cung cấp trong các yêu cầu hợp đồng hoặc luật định của nữ hộ sinh và đã nằm ngoài phạm vi thực hành an toàn. Cũng cần lưu ý rằng một số đánh giá nội bộ được xem xét cho Báo cáo này cho thấy sự thất bại của các nữ hộ sinh trong việc nhận ra rằng việc chăm sóc không đạt tiêu chuẩn.

Trong ba năm này, tổng cộng có 261 phụ nữ chết vì nguyên nhân *trực tiếp* hoặc *gián tiếp*. Trong 31 trong số 107 trường hợp *tử vong trực tiếp* (29%), các giám định viên hộ sinh coi chăm sóc hộ sinh là không đạt tiêu chuẩn, cũng như trong 27 trong số 154 trường hợp tử

vong tại địa phương (16%). Điều này cho thấy tỷ lệ tổng thể là 22% đối với 261 phụ nữ chết vì nguyên nhân trực tiếp và gián tiếp và cái chết của họ bao gồm tử số cho tỷ lệ tử vong mẹ được báo cáo. Trong bảy phụ nữ khác bị loại khỏi số liệu thống kê vì cái chết của họ không liên quan đến thai kỳ hoặc xảy ra vào cuối năm sau sinh, việc chăm sóc cũng kém tối ưu. Vấn đề liên quan đến chăm sóc không đạt tiêu chuẩn có thể được gộp rộng rãi thành chăm sóc hộ sinh kém, không đảm bảo sự hiện diện và đầu vào thích hợp cho người cao tuổi và không nhận ra và hành động theo nguy cơ cao. Ở phần lớn phụ nữ, có nhiều hơn một trong những yếu tố này.

Chăm sóc hộ sinh tổng quát kém

Sự chăm sóc kém được xác định bởi các đánh giá viên hộ sinh là kết quả của một số và sự kết hợp của các yếu tố bao gồm:

- Giao tiếp kém
- Tài liệu không đầy đủ
- không thực hiện quan sát
- không theo dõi các quan sát hoặc theo dõi người phụ nữ báo cáo cảm thấy không khỏe
- không đến thăm hoặc thăm lại trong thời kỳ sau sinh. Một số phụ nữ có nguy cơ cao đã không được xác định chính xác- được xử lý và quản lý trong thời kỳ trước khi sinh: có những ví dụ về sự chậm trễ trong việc thực hiện và hành động đối với các phát hiện như protein niệu. Trong một trường hợp trong giai đoạn sau sinh, một nữ hộ sinh cộng đồng lưu ý rằng một phụ nữ đang trải qua cơn đau đớn; tuy nhiên, cô ấy đã không ghi lại nhiệt độ và nhịp thở của người phụ nữ và sờ nờ tử cung, mặc dù cô ấy đã sắp xếp một cuộc hẹn với bác sĩ gia đình.

Không đảm bảo sự hiện diện của người cao tuổi thích hợp và đầu vào để chăm sóc

Ở 20 phụ nữ, không đảm bảo sự hiện diện hoặc giới thiệu người cao tuổi thích hợp. Đây là do không giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa hoặc chăm sóc sản khoa trong thời kỳ mang thai hoặc không đưa ra mối quan tâm cho người cao cấp, nhân viên y tế hoặc hộ sinh cao cấp, khi có dấu hiệu đáng ngại của bệnh tật. Ngoài ra, có 11 phụ nữ không nhận ra và hành động đối với rủi ro rõ ràng. Ví dụ, sự chậm trễ trong cuộc hẹn khẩn cấp với bác sĩ thần kinh không nên chỉ được ghi nhận, nó cũng nên được theo dõi. Tương tự như vậy, khi một phụ nữ không tham gia chăm sóc chuyên môn như vậy, nên tìm kiếm lời khuyên xa hơn.

Không nhận ra và hành động theo nguy cơ cao

Có một số ví dụ về việc nữ hộ sinh không hành động thích hợp với các dấu hiệu cảnh báo/yếu tố nguy cơ:

Một phụ nữ trong thời kỳ sau sinh đã gặp nữ hộ sinh để kiểm tra sau sinh và cho biết đã cảm thấy không khỏe trong một tuần với các triệu chứng khó thở và đau khi thở; Cô cũng bị sưng ở một chân, bắp chân và đau đùi. Cô được nữ hộ sinh khuyên nên đến bệnh viện hoặc trung tâm đi bộ. Vài giờ sau, cô đến Khoa Cấp cứu, nơi cô ngã quỵ, được kiểm tra, thở máy

và được chuyển đến Đơn vị Chăm sóc Đặc biệt. Chẩn đoán thuyên tắc phổi/huyết khối tĩnh mạch sâu đã được thực hiện. Cô ấy tiếp tục bị một số tim bất giữ vào cuối ngày hôm đó. Cô tiếp tục xấu đi và chết vài ngày sau đó.

Nữ hộ sinh nhìn thấy người phụ nữ này đã không nhận ra mức độ nghiêm trọng tiềm ẩn của các triệu chứng của cô ấy: cô ấy lẽ ra phải có hành động khẩn cấp để đẩy nhanh việc chuyển cô ấy đến bệnh viện thông qua đường cứu thương. Thực tế là có sự chậm trễ vài giờ trước khi cô đến bệnh viện có thể đã tạo ra sự khác biệt đối với kết quả.

Chăm sóc toàn diện

Từ *diễn tiếng Anh Encarta*³ định nghĩa 'toàn diện' là 'có tính đến tất cả các điều kiện thể chất, tinh thần và xã hội của ai đó trong việc điều trị bệnh tật'.

Trong Cuộc điều tra, có những trường hợp nữ hộ sinh không cung cấp dịch vụ chăm sóc như vậy; Ví dụ, các tình huống trong đó bệnh thể chất được cho là do tiền sử các vấn đề sức khỏe tâm thần trong quá khứ:

Một phụ nữ có tiền sử bệnh mãn tính và các cơn hoảng loạn đã chết do nhiễm trùng nghiêm trọng và không được chẩn đoán. Các triệu chứng và hành vi của cô được cho là do tiền sử các vấn đề sức khỏe tâm thần trong quá khứ của cô, và vào thời điểm các cuộc điều tra được thực hiện và bắt đầu điều trị, thì đã quá muộn.

Thông điệp chính là nữ hộ sinh phải lắng nghe phụ nữ và sử dụng kiến thức và kỹ năng lâm sàng của họ để xác định và đáp ứng mọi nhu cầu. Người phụ nữ này đã nhiều lần nói với các nữ hộ sinh cả trong bệnh viện và ở nhà rằng cô ấy cảm thấy rất ốm và đau đớn đáng kể, nhưng mối quan tâm của cô ấy về các triệu chứng vật lý không được nghe thấy hoặc hành động. Khi một phụ nữ bày tỏ lo ngại về các triệu chứng bất thường, các quan sát cơ bản phải được thực hiện, ghi lại và nếu bất thường, được thực hiện bằng cách giới thiệu thích hợp.

Cũng có bằng chứng về điều ngược lại. Việc chăm sóc cho một phụ nữ có cái chết liên quan đến bệnh động kinh rất chú trọng vào việc đáp ứng các nhu cầu xã hội và tâm lý của cô ấy, nhưng không phải lâm sàng. Điều này có nghĩa là nữ hộ sinh đã bỏ qua việc đảm bảo rằng cô ấy có sự chăm sóc thích hợp để giải quyết các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh động kinh của mình.

Thực hành hộ sinh tốt: các chủ đề bao quát

Các chủ đề bao quát cho thực hành hộ sinh, dựa trên câu chuyện của những người phụ nữ đã qua đời trong 3 năm qua, như sau:

- Cung cấp dịch vụ chăm sóc hộ sinh 'cơ bản': các nguyên tắc cơ bản của thực hành
- Làm việc nhóm: lộ trình giới thiệu, giao tiếp và lập kế hoạch chăm sóc rõ ràng
- Nhận biết các yếu tố nguy cơ và bệnh nghiêm trọng và hành động trên những yếu tố này

- Văn hóa và hệ thống trong tổ chức, và các mô hình chăm sóc mới
- Các vấn đề sức khỏe cộng đồng

Năm chủ đề bao quát này được khám phá trong khuôn khổ các 'giai đoạn' khác nhau của giai đoạn sinh đẻ: chăm sóc trước sinh, trong sinh và sau sinh. Trong hướng dẫn dành cho nữ hộ sinh, Hiệp hội Điều dưỡng và Hộ sinh⁴ nhấn mạnh rằng:

Sinh con không chỉ là hành động sinh con. Đối với một người phụ nữ, đó là một quá trình liên tục từ khi thụ thai, qua mang thai, chuyển dạ, sinh nở và hơn thế nữa. Điều quan trọng là bất kỳ ai cung cấp dịch vụ chăm sóc hộ sinh trong thời gian này đều có các kỹ năng, kiến thức và năng lực thích hợp để làm như vậy.⁴

Chăm sóc trước khi sinh

Đặt trước sinh

Tầm quan trọng của cuộc phỏng vấn đặt trước khi sinh không thể được nhấn mạnh quá mức. Tại thời điểm này, nữ hộ sinh đóng một vai trò quan trọng trong việc đảm bảo một mô hình chăm sóc thích hợp được đồng ý với người phụ nữ và truyền đạt rõ ràng cho cô ấy, giới thiệu đến các dịch vụ và cơ quan khác để được chăm sóc và hỗ trợ. Đánh giá rủi ro kém và các lộ trình chuyển tuyến chăm sóc không phù hợp có thể và thực sự làm tăng kết quả xấu, cả tỷ lệ tử vong và bệnh tật. Các vấn đề chính được xác định là:

- Khi phụ nữ đến chăm sóc, họ phải được thăm khám kịp thời. Có nhiều ví dụ về sự chậm trễ kéo dài giữa những phụ nữ gặp bác sĩ gia đình của họ ở tuần thứ 6 và sau đó không liên lạc với nữ hộ sinh cho đến 12 tuần hoặc muộn hơn.
- Cân bằng nhu cầu thể chất, xã hội, tâm lý, tình cảm và tinh thần của người phụ nữ cho phép nữ hộ sinh tính đến hoàn cảnh sống của người phụ nữ, điều này có thể ảnh hưởng đến thai kỳ của cô ấy. Ví dụ, có những trường hợp phụ nữ trải qua sự mất mát đáng kể (mất bạn tình do tự tử) và mất mát (đưa những đứa trẻ trước đó vào sự chăm sóc của Chính quyền địa phương), điều này lẽ ra phải được thừa nhận và hỗ trợ thích hợp.
- Như đã nhấn mạnh trong Chương 11, phụ nữ phải được hỏi về tiền sử rối loạn tâm thần trước đây cũng như sức khỏe tâm thần hiện tại của họ. Phụ nữ có tiền sử bệnh tâm thần nghiêm trọng nên được giới thiệu để đánh giá tâm thần và xây dựng kế hoạch quản lý để kiểm soát bất kỳ đợt cấp tính nào sau sinh *ngay cả khi họ hiện đang khỏe mạnh*.
- Câu hỏi về lạm dụng gia đình nên được
- nêu ra khi đặt phòng hoặc ngay sau đó nếu nữ hộ sinh

- không thể nói chuyện với người phụ nữ một mình khi đặt phòng. Vấn đề này được thảo luận trong Chương 12.

- Định nghĩa về rủi ro khi đặt phòng và xem xét liên tục tình trạng rủi ro là chìa khóa trong việc đảm bảo chăm sóc an toàn và phù hợp. Điều này bao gồm nhu cầu tính toán chỉ số BMI chính xác khi đặt phòng, điều này rất quan trọng: nữ hộ sinh không được dựa vào việc các bà mẹ tự báo cáo cân nặng hoặc đoán chiều cao của họ.

- Tổ chức chăm sóc thai sản hiện tại có nghĩa là ở nhiều khu vực, phụ nữ không gặp bác sĩ gia đình để được chăm sóc tiền sinh. Hệ thống giao tiếp tốt giữa nữ hộ sinh và bác sĩ gia đình là điều cần thiết để đảm bảo rằng thông tin được chia sẻ một cách thích hợp. Phụ nữ nên được khuyến khích mang hồ sơ cầm tay của họ đến các cuộc hẹn với bác sĩ gia đình, bất kể lý do tư vấn là gì.

Thiếu thông dịch viên

Thất bại trong việc cung cấp dịch vụ phiên dịch chuyên nghiệp nổi lên như một chủ đề quan trọng, lặp đi lặp lại trong tất cả các chương của Báo cáo này. Cần nhấn mạnh ở đây rằng có quá nhiều ví dụ về việc sử dụng các thành viên trong gia đình không phù hợp để giải thích. Do đó, trong những trường hợp này, nữ hộ sinh không thể có được lịch sử đặt chỗ toàn diện và một số phụ nữ bị từ chối tiếp cận hỗ trợ lạm dụng gia đình. Một vấn đề khác liên quan đến rào cản ngôn ngữ đã được xác định đối với những phụ nữ đến Vương quốc Anh từ nước ngoài sau khi mang thai: nếu không có dịch vụ thông dịch, không thể có lịch sử đặt phòng đầy đủ và đánh giá các yếu tố nguy cơ.

Chăm sóc tiền sản liên tục

Tầm quan trọng của việc thực hiện các quan sát cơ bản, ghi lại những điều này và hành động dựa trên những phát hiện là một thông điệp chính để các nữ hộ sinh rút ra từ Báo cáo này. Đặc biệt, có rất nhiều trường hợp nữ hộ sinh không thực hiện dịch tiểu tiện, đôi khi có thể gây ra hậu quả tai hại. Điều quan trọng không kém là trách nhiệm giới thiệu thích hợp khi phát hiện ra sai lệch so với tiêu chuẩn. Có những ví dụ về những phụ nữ có những phát hiện bất thường trong quá trình khám thai (ví dụ như tăng huyết và đường tiêu biểu) được khuyến khích đến gặp y tá thực hành để đánh giá lại. Điều này hoàn toàn không phù hợp, vì nó nằm ngoài phạm vi thực hành của họ.

Việc cung cấp thông tin bằng văn bản là rất quan trọng. Khi phát hiện một vấn đề tiềm ẩn hoặc thực tế, thông tin rõ ràng bằng văn bản bằng ngôn ngữ mẹ đẻ của người phụ nữ là rất quan trọng để cho phép cô ấy tìm kiếm sự giúp đỡ thêm nếu 'dấu hiệu cảnh báo' về tình trạng xấu đi phát triển. Việc cung cấp thông tin này, ngoài lời khuyên bằng lời nói, cần được ghi lại.

Một phụ nữ đã đặt lịch chăm sóc trước sinh muộn có các triệu chứng tiền sản giật được xác định tại một cuộc hẹn trước sinh cộng đồng trong tam cá nguyệt thứ ba. Cô được giới thiệu đến đơn vị sản khoa vào ngày hôm sau, được xem xét và cộng đồng. Theo dõi nữ hộ sinh đã được sắp xếp. Điều này đã không diễn ra như kế hoạch, và vài ngày sau, cô tự đến

bệnh viện, đến với huyết áp 215/115 mmHg. Huyết áp của cô ấy tỏ ra không thể kiểm soát; Cô đã sinh mổ khẩn cấp và qua đời trong vòng một tuần do xuất huyết não. Không có bằng chứng nào cho thấy cô đã được cung cấp thông tin bằng văn bản về các dấu hiệu của tiền sản giật.

Như đã nhấn mạnh trong Chương 2, phụ nữ có nguy cơ thuyên tắc huyết khối từ khi bắt đầu mang thai cho đến khi kết thúc hậu sản. Nữ hộ sinh phải nhận thức được rủi ro này, thực hiện đánh giá rủi ro và hành động theo chúng.

Khi chỉ định đầu vào sản khoa, nữ hộ sinh có trách nhiệm đảm bảo rằng đầu vào này ở mức thâm niên chính xác. Ví dụ, một phụ nữ mang thai nhập viện với các biến chứng và khả năng mắc bệnh nghiêm trọng cần được đánh giá sớm bởi bác sĩ sản khoa cao cấp. Trong ít nhất một tổ chức nơi phụ nữ chết, chính sách tiếp nhận là tất cả phụ nữ phải được xem xét bởi một nhân viên nội bộ cấp cao trước khi một nhân viên đăng ký trở lên được gọi. Điều này hoàn toàn không phù hợp.

Phụ nữ có tình trạng y tế lâu dài cần được tư vấn thích hợp và nhất quán về việc quản lý những điều kiện này: ví dụ, phụ nữ bị động kinh nên được khuyến khích không nên tắm hoặc tắm cho bé mà không có người giám sát; phụ nữ bị hen suyễn nên tiếp tục dùng thuốc nếu cần. Nữ hộ sinh nên đọc Chương 10 xem xét các vấn đề liên quan đến 'Các trường hợp tử vong gián tiếp khác'.

Phụ nữ không tham dự các cuộc hẹn trước khi sinh có nguy cơ phát triển các biến chứng không được phát hiện cho đến khi tình trạng của họ trở nên nghiêm trọng hoặc đe dọa tính mạng. Những phụ nữ này cũng có nhiều khả năng dễ bị tổn thương về mặt xã hội, sức khỏe thể chất kém hơn và có các vấn đề về sức khỏe tâm thần, như được nêu trong Chương 1. Tất cả những yếu tố này làm tăng tính dễ bị tổn thương của chúng. Có rất nhiều ví dụ về việc các nữ hộ sinh nỗ lực hết sức để hỗ trợ những phụ nữ này và cung cấp dịch vụ chăm sóc phù hợp để đáp ứng nhu cầu phức tạp của họ. Chẳng hạn:

Một người phụ nữ đa sinh lớn có một lịch sử lâu dài về lạm dụng ma túy và rượu và lối sống hỗn loạn. Cô ấy đã đặt trước khi mang thai và được giới thiệu thích hợp đến tất cả các cơ quan và dịch vụ liên quan, một số trong số đó cô ấy đã truy cập. Cô được chăm sóc trước khi sinh thường xuyên, được tạo điều kiện thuận lợi bởi những nỗ lực của nữ hộ sinh để theo dõi khi cô không tham dự. Mặc dù vậy, cô ấy đã chết vì dùng ma túy quá liều.

Nữ hộ sinh của cô ấy nên được khen ngợi vì đã nhận ra sự dễ bị tổn thương tột độ của người phụ nữ này và sự kiên trì của cô ấy trong việc cung cấp cho cô ấy sự chăm sóc thích hợp. Tuy nhiên, bên cạnh những ví dụ tích cực về thực hành tốt như thế này, cũng có những trường hợp thiếu hệ thống mạnh mẽ để theo dõi những phụ nữ không tham gia chăm sóc. Việc không ghi lại điều này, và do đó cho phép theo dõi, hơn nữa tăng khả năng những phụ nữ này bị biến chứng nghiêm trọng liên quan đến thai kỳ hoặc tử vong.

Trong trường hợp có vấn đề bảo vệ và sự tham gia của chăm sóc xã hội, có thể đưa quyết

định đưa em bé khi sinh ra cho Chính quyền địa phương chăm sóc. Khoảng thời gian 'hội nghị trước và sau ca bệnh' nên được công nhận là một trong những khoảng thời gian dễ bị tổn thương cao đối với phụ nữ, nơi cảnh giác là rất quan trọng. Hỗ trợ nên được nhúng vào hệ thống; Liên lạc đa cơ quan là điều cần thiết để giải quyết nhu cầu của phụ nữ. Tuy nhiên, một nữ hộ sinh mà người phụ nữ biết và tin tưởng có vai trò cụ thể trong việc cung cấp hỗ trợ liên tục và nên lên kế hoạch cho một chuyến thăm hoặc cuộc hẹn theo dõi sau quyết định của hội nghị trường hợp.

Chăm sóc khi sinh

Những điều cơ bản: giao tiếp với phụ nữ

Lắng nghe cẩn thận phụ nữ và đánh giá nhu cầu thể chất và tình cảm của họ là một phần cơ bản của chăm sóc hộ sinh tốt. Giao tiếp tốt liên quan đến việc đưa ra lời giải thích rõ ràng và kiểm tra xem người phụ nữ đã hiểu chưa, cũng như lắng nghe. Có một số ví dụ trong đó không có bằng chứng về việc phụ nữ đã tham gia vào các quyết định khởi động chuỗi sự kiện dẫn đến cái chết của họ. Chúng bao gồm các quyết định kích thích chuyển dạ mà không có dấu hiệu rõ ràng. Chẳng hạn:

Một phụ nữ đã sinh đã được kích thích prostaglandin cho 'sau khi trưởng thành'. Lần chuyển dạ đầu tiên của cô ấy rất ngắn, và lần này chuyển dạ kéo dài chưa đầy một giờ. Sau khi sinh nở bình thường, cô được chuyển đến phòng sau sinh, nơi cô ngã quỵ và chết vài giờ sau khi sinh ra vì xuất huyết nặng.

Trong trường hợp này, không có lý do rõ ràng nào được đưa ra cho việc kích thích chuyển dạ và không có bằng chứng cho thấy những rủi ro và lợi ích của việc kích thích đã được thảo luận với người mẹ.

Phụ nữ thuộc các nhóm dân tộc thiểu số không sử dụng hoặc sử dụng tiếng Anh kém đặc biệt dễ bị tổn thương trong quá trình chuyển dạ. Như trong thời kỳ trước khi sinh, việc sử dụng các thành viên trong gia đình để dịch thuật là không phù hợp. Các ủy viên và người cung cấp dịch vụ thai sản phải đảm bảo tính khả dụng 24 giờ của các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ để giảm thiểu tính dễ bị tổn thương của phụ nữ vào thời điểm này. Có một số ví dụ mà việc sử dụng một thông dịch viên sẽ hỗ trợ rất nhiều cho người mẹ trong quá trình chuyển dạ. Chẳng hạn:

Một phụ nữ không nói tiếng Anh đã lên kế hoạch sinh con qua đường âm đạo sau khi sinh mổ trước đó. Mặc dù lần đầu tiên cô ấy đến gặp bác sĩ gia đình của mình ở tuần thứ 12, nhưng cô ấy đã không tham dự để đặt chỗ cho đến tam cá nguyệt thứ ba. Ở giai đoạn này, nữ hộ sinh mà cô ấy gặp không thể thực hiện đặt chỗ của mình vì áp lực công việc nên việc này đã được thực hiện vài tuần sau đó. Vào thời hạn, cô ấy đã được hỗ trợ sinh nở vì chậm trễ giai đoạn thứ hai và nghi ngờ tổn thương thai nhi. Cô ngã quỵ và chết vì xuất huyết vài giờ sau đó. Đề cập duy nhất về một thông dịch viên là khi người phụ nữ đang ở trong tình trạng cực đoan và nhân viên muốn giải thích các sự kiện cho chồng

cô.

Quan sát và đánh giá cơ bản

Có nhiều ví dụ về việc không thực hiện hoặc hành động dựa trên các quan sát cơ bản. Ví dụ, một phụ nữ có các yếu tố nguy cơ tiền sản giật đến bệnh viện với cổ tử cung giãn nở hoàn toàn và sinh con ngay lập tức. Cô ấy được cho Syntometrine và trong vài giờ tiếp theo, người ta quan sát thấy có ít nhất bốn đặc điểm bất thường đối tượng của tiền sản giật. Những điều này không được thực hiện cho đến khi cô bị xuất huyết não và chết.

Đánh giá rủi ro thích hợp phải được thực hiện cho tất cả phụ nữ và xem xét tình trạng nguy cơ khi cần thiết. Chẳng hạn:

Một phụ nữ béo phì bệnh hoạn với các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp bổ sung không có đánh giá sản khoa hoặc gây mê trong thai kỳ hoặc chuyển dạ và do đó không có kế hoạch chăm sóc sinh. Cô ấy được sinh ra khi đủ tháng, đã bị vỡ màng trước khi sinh sản; Tỷ lệ syntocinon được tăng lên, theo hướng dẫn của nữ hộ sinh cao cấp, khi máy đo tim mạch đã có bệnh lý. Một ca mổ lấy thai khẩn cấp đã được thực hiện vì nghi ngờ thai nhi bị tổn thương, và sau đó là xuất huyết sau sinh gây tử vong.

Một phụ nữ khác bị nhau thai bị giữ lại sau khi sinh thường. Dường như không có sự đánh giá cao về sự thay đổi trong tình trạng rủi ro của cô ấy, dẫn đến việc không thực hiện các quan sát và giám sát thích hợp. Phải mất vài giờ trước khi cô được chuyển đến nhà hát. Cô bị xuất huyết nặng và trải qua phẫu thuật cắt bỏ tử cung nhưng đã chết.

Trong những trường hợp này, và các trường hợp khác, dường như không có sự công nhận rằng cần phải đánh giá thêm nguy cơ dưới ánh sáng của một biến chứng không lường trước được và sự chậm trễ trong phản ứng có thể làm trầm trọng thêm tình trạng của người phụ nữ.

Nhận biết các yếu tố nguy cơ/dấu hiệu của bệnh nghiêm trọng và làm việc nhóm Phụ nữ có yếu tố nguy cơ cần có kế hoạch chăm sóc đa ngành rõ ràng cho quá trình chuyển dạ và sinh nở. Đôi khi, việc các nữ hộ sinh không gọi trợ giúp y tế cao cấp cho thấy điều này liên quan đến việc thiếu nhận thức về mức độ nghiêm trọng của tình trạng hoặc với phản ứng không đầy đủ, bao gồm cả kế hoạch kém hoặc không có kế hoạch. Chẳng hạn:

Một phụ nữ bị tiền sản giật nặng đã được một Viên chức Nội vụ Cấp cao đưa vào khu chuyển dạ nhưng không được nhìn thấy bởi một nhà đăng ký trong vài giờ. Điều trị cuối cùng đã bắt đầu nhưng không đầy đủ, và vào thời điểm có một chuyên gia tư vấn tham gia (vài giờ sau khi nhập viện), người phụ nữ đã bị xuất huyết não. Cô qua đời vào ngày hôm sau.

Nữ hộ sinh lẽ ra nên leo thang giới thiệu người phụ nữ này đến bác sĩ sản khoa tư vấn.

Nhân sự và giám sát

Đối với một số phụ nữ, tài liệu trong ghi chú trường hợp chỉ ra rằng đơn vị rất bận rộn.

Tuy nhiên, rõ ràng trong hầu hết các trường hợp là các chính sách leo thang không được kích hoạt một cách thích hợp, bao gồm cả sự tham gia của Giám sát viên Hộ sinh.⁴ Tuy nhiên, có một số ví dụ về thực hành ví dụ:

Một người phụ nữ mong đợi đứa con đầu lòng của mình là một bệnh nhân nội trú khi đủ tháng; Cô ngã quỵ và cần hồi sức, trong đó phẫu thuật mổ lấy thai khẩn cấp đã được thực hiện. Mặc dù được chăm sóc tuyệt vời, cô ấy đã không sống sót.

Các bác sĩ lâm sàng tham gia vào sự kiện này đã phản ứng một cách nhanh chóng, hiệu quả và tràn đầy năng lượng, đồng thời tinh thần đồng đội xuất sắc là điều hiển nhiên. Tiêu chuẩn của việc viết báo cáo là có thể nhìn thấy một dấu vết kiểm toán rõ ràng. Đặc biệt, có sự hỗ trợ kỹ lưỡng từ Giám sát viên Hộ sinh, người có mặt trong trường hợp khẩn cấp và cũng sắp xếp hỗ trợ rộng rãi cho các nữ hộ sinh trong những ngày và tuần sau đó.

Chăm sóc sau sinh

Nữ hộ sinh nên lưu ý rằng thời kỳ sau sinh có khả năng là thời điểm có nguy cơ cao hơn so với mang thai hoặc chuyển dạ. Như đã thể hiện trong Chương 1, 63% trong số 261 phụ nữ chết vì *nguyên nhân trực tiếp* và *gián tiếp* đã làm như vậy sau khi sinh con. Có một mối lo ngại rằng việc giảm tần suất thăm khám trực tiếp sau sinh ngày càng tăng và động lực thay thế tiếp xúc trực tiếp bằng liên lạc qua điện thoại có thể dẫn đến việc chăm sóc kém tối ưu. Đây là một khuyến nghị nghiên cứu trong Báo cáo này.

Nắm bắt đúng kiến thức cơ bản

Đánh giá sức khỏe và hạnh phúc của người phụ nữ sẽ làm giảm nguy cơ nữ hộ sinh tập trung vào các vấn đề sức khỏe cảm xúc / kinh nguyệt có thể che giấu các dấu hiệu của bệnh tật về thể chất. Sau khi đánh giá tổng thể về sức khỏe, nữ hộ sinh nên đảm bảo rằng các quan sát cơ bản được thực hiện và ghi lại, hành động dựa trên những phát hiện bất thường. Có những ví dụ trong báo cáo về việc các nữ hộ sinh không thực hiện các trách nhiệm cơ bản này, sau cả khi sinh thường và phẫu thuật.

Cẩn thận với nhiễm trùng huyết

Điều quan trọng là các nữ hộ sinh phải nhận ra rằng Báo cáo này xác định nhiễm trùng huyết là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trực tiếp và hành động theo 'thông điệp mang về nhà' từ Chương 7. Mặc dù sự gia tăng được ghi nhận trong Báo cáo này, nhiễm trùng huyết vẫn là một sự kiện hiếm hoi và giải quyết các vấn đề liên quan đến nhiễm trùng huyết là một thách thức đối với nữ hộ sinh và cho các bà mẹ. Có một nhu cầu cấp thiết về một chiến dịch nâng cao nhận thức cho nhân viên và phụ huynh, được hỗ trợ bởi thông tin rõ ràng bằng văn bản về các dấu hiệu và triệu chứng cảnh báo cho phụ huynh với hướng dẫn về những việc cần làm nếu họ lo lắng. Nữ hộ sinh phải nhận thức được các vị trí nhiễm trùng tiềm ẩn, bao gồm đường sinh dục và vú, và phụ nữ bị nhiễm trùng khác (ví dụ, đau họng) có khả năng có nguy cơ nhiễm trùng trở thành hệ thống.

Thực hiện chăm sóc và quan sát cơ bản là rất quan trọng, cũng như hành động kịp thời

đối với các phát hiện bất thường. Kết quả của những phát hiện lặp đi lặp lại này, một phần mới đã được thêm vào Báo cáo này, *Trở lại những điều cơ bản*, nên được đọc và hành động bởi tất cả nhân viên phụ sản. Ví dụ về nơi điều này có thể tạo ra sự khác biệt:

Một phụ nữ trẻ khỏe mạnh với tiền sử sinh nở bình thường đã chuyển dạ và sinh nở khi đủ tháng. Cô được xuất viện vào ngày hôm sau và được nữ hộ sinh thăm khám sau sinh. Trong tuần đầu tiên, trong hai lần, nữ hộ sinh của cô ấy ghi nhận rằng cô ấy bị nóng và cảm thấy không khỏe; cô ấy khuyên người phụ nữ nên gặp bác sĩ gia đình nếu cô ấy tiếp tục cảm thấy ốm. Nữ hộ sinh đến thăm lại 2 ngày sau đó nhưng không đưa ra bất kỳ quan sát cơ bản nào. Ngày hôm sau, người phụ nữ gặp bác sĩ gia đình của mình, bác sĩ đã giới thiệu cô ngay lập tức đến bệnh viện, nơi cô được nhập viện vì đau bụng và sốt nhiễm trùng. Tình trạng của cô trở nên tồi tệ hơn nhanh chóng, và mặc dù được chăm sóc nội trú tuyệt vời, cô bị suy nội tạng hoàn toàn và qua đời ngay sau đó.

Như minh họa ở trên, một người phụ nữ khỏe mạnh trước đây có thể bất ngờ bị bệnh nặng và chết cực nhanh. Nữ hộ sinh đã không theo dõi những phát hiện bất thường của cô ấy bằng một cuộc gọi điện thoại hoặc thăm khám vào ngày hôm sau. Khi cô ấy đến thăm một lần nữa, cô ấy đã không thực hiện những quan sát cơ bản. Các nữ hộ sinh phải nhận ra các dấu hiệu nhiễm trùng được thảo luận chi tiết trong cả phần *Quay lại cơ bản* mới của Báo cáo này và trong Chương 7, được tóm tắt trong các điểm học tập Hộp 13.1.

Để giảm nguy cơ nhiễm trùng trong quá trình sinh sau sinh, nữ hộ sinh và những người khác nên:

- Lấy toàn bộ tiền sử từ một phụ nữ bị sốt và cảm thấy không khỏe. Kiểm tra xem cô ấy hoặc một thành viên trong gia đình có bị đau họng không. 'Viêm họng liên cầu khuẩn A' có thể nhanh chóng trở thành nhiễm trùng liên cầu khuẩn A toàn thân. Các nữ hộ sinh nên nhận thức được khả năng 'lây truyền từ miệng sang đường sinh dục' và ví dụ, khuyên tất cả phụ nữ, bao gồm cả những người bị đau họng hoặc có những người tiếp xúc gần nên áp dụng các biện pháp vệ sinh đơn giản như rửa tay trước cũng như sau khi sử dụng nhà vệ sinh và thay băng vệ sinh.
- Phụ nữ nên được cung cấp thông tin bằng văn bản về những gì sẽ xảy ra trong giai đoạn sau sinh, cùng với những điều cần chú ý khi phát triển các vấn đề. Điều này nên bao gồm các triệu chứng nhiễm trùng, tiền sản giật và thuyên tắc phổi/huyết khối tĩnh mạch sâu. Thông tin này cũng phải làm rõ người cần liên hệ để được giúp đỡ và tư vấn trên cơ sở 24 giờ.

Thuyên tắc không khí

Trong hầu hết các Báo cáo trước đây của Cuộc điều tra này, cũng như trong báo cáo này, một số trường hợp tử vong của phụ nữ do thuyên tắc khí sau khi quan hệ tình dục trong thời kỳ sau sinh đã được báo cáo. Người ta đưa ra giả thuyết rằng đây là kết quả của việc

không khí bị ép vào hệ tuần hoàn của người mẹ qua giường nhau thai vẫn đang lạnh. Do đó, nó được đề cập rằng:

- Thảo luận của nữ hộ sinh về các vấn đề tránh thai và sức khỏe tình dục sau khi sinh nên bao gồm lời khuyên rõ ràng về quan hệ tình dục. Các thẩm định viên y tế cho Cuộc điều tra này khuyến nghị kiêng cử trong 6 tuần, hoặc giao hợp nhẹ nhàng và tránh các tư thế có thể ép không khí dư thừa vào âm đạo.

Làm việc nhóm và lập kế hoạch chăm sóc

Phụ nữ có nguy cơ thấp đang lên kế hoạch xuất viện sớm hoặc đã sinh con tại nhà cần được đánh giá kỹ lưỡng và chu đáo sau sinh đầu tiên, với nhận thức rằng các biến chứng nghiêm trọng có thể phát triển nhanh chóng trong giai đoạn đầu sau sinh.

Nữ hộ sinh nên lưu ý rằng các vấn đề phổ biến trong thời kỳ sau sinh đôi khi có thể đe dọa đến tính mạng. Không có chỗ cho sự tự mãn.

Phụ nữ có nguy cơ cao cần lập kế hoạch xuất viện rõ ràng với đầu vào sản khoa cao cấp thích hợp. Phụ nữ đã mang thai và sinh nở không có vấn đề nhưng phát triển các biến chứng

Hộp 13.1. Dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm trùng huyết

Bệnh sốt là phổ biến, nhưng nhiệt độ bình thường không loại trừ nhiễm trùng huyết.

Paracetamol và các loại thuốc giảm đau khác có thể che giấu sốt, và điều này cần được tính đến khi đánh giá phụ nữ không khỏe. Hạ thân nhiệt là một phát hiện quan trọng có thể cho thấy nhiễm trùng nặng và không nên bỏ qua.

Sốt xích đưng đưa và không đáp ứng với kháng sinh tiêm tĩnh mạch phổ rộng cho thấy nhiễm trùng hoặc áp-xe tập trung dai dẳng. Nhịp tim nhanh dai dẳng >100 nhịp/phút là một dấu hiệu quan trọng có thể cho thấy bệnh nền nghiêm trọng và cần được điều tra đầy đủ. Thở nhanh là nhiễm trùng huyết cho đến khi được chứng minh khác – nhịp thở tăng liên tục >20 thở/phút là một phát hiện lâm sàng quan trọng cũng có thể chỉ ra các bệnh lý nghiêm trọng khác, chẳng hạn như phù phổi, viêm phổi, thuyên tắc huyết khối hoặc thuyên tắc nước ối, và sắp ngừng tim.

Giảm bạch cầu trung tính <4 · 10⁹ tế bào bạch cầu mỗi lít là một phát hiện quan trọng có thể cho thấy nhiễm trùng nặng.

Tiêu chảy là một triệu chứng phổ biến và quan trọng của nhiễm trùng huyết vùng chậu. Tiêu chảy và/hoặc nôn mửa ở phụ nữ có bất kỳ bằng chứng nào về nhiễm trùng huyết là một dấu hiệu rất nghiêm trọng và là chỉ định để bắt đầu điều trị kháng sinh truyền tĩnh mạch phổ rộng ngay lập tức.

Đau bụng dưới dữ dội và 'đau sau' dữ dội cần giảm đau thường xuyên hoặc không đáp ứng với thuốc giảm đau thông thường cũng là những triệu chứng quan trọng phổ biến của nhiễm trùng huyết vùng chậu. Ở một số phụ nữ, đau bụng dưới rất dữ dội có thể là kết quả của tác động của độc tố vi khuẩn trên thành ruột. Trong một số trường hợp hiếm gặp, nhiễm liên cầu khuẩn quá mức có thể biểu hiện đau bụng toàn thân khi không có sốt và nhịp tim nhanh.

Tim thai bất thường hoặc vắng mặt có hoặc không có nhau thai có thể là kết quả của nhiễm trùng huyết.

sau sinh nên được xem xét sản khoa cao cấp và lập kế hoạch chăm sóc xuất viện trước khi về nhà.

Điều cần thiết là phải lập kế hoạch chăm sóc và hỗ trợ liên tục cho những phụ nữ dễ bị tổn thương nhất, với các lộ trình được lập thành văn bản để chuyển dịch vụ chăm sóc cho người thăm khám sức khỏe. Để kiểm tra:

Một phụ nữ mang thai đầu tiên ngoài ý muốn đã đặt lịch chăm sóc muộn. Không có đánh giá sức khỏe tâm thần nào được thực hiện khi đặt phòng hoặc trong thời kỳ mang thai. Cô đã sinh mổ khẩn cấp và bày tỏ cảm giác thất vọng và thất bại. Cô ấy phải vật lộn với việc

cho con bú, và điều này làm tăng cảm giác thiếu thốn của cô ấy.

Mặc dù nữ hộ sinh đã ghi lại sự đau khổ về tinh thần của người phụ nữ, nhưng cô ấy đã không thông báo điều này với bác sĩ gia đình hoặc người thăm khám sức khỏe. Không có kế hoạch phối hợp nào được ghi lại cho việc chăm sóc và hỗ trợ liên tục của cô ấy. Người phụ nữ này đã tự sát vài tuần sau khi sinh.

Như đã nhấn mạnh trong phần trước về chăm sóc tiền sản, phụ nữ có vấn đề về sức khỏe tâm thần và những người có con đã được đưa vào sự chăm sóc của Chính quyền địa phương vì lý do bảo vệ có thể đặc biệt dễ bị tổn thương và phải được hỗ trợ liên tục.

Các vấn đề về tổ chức

Các vấn đề tổ chức liên quan đến chăm sóc sau sinh có tầm quan trọng quan trọng, đặc biệt là truyền đạt thông tin đầy đủ và kịp thời và đảm bảo rằng có những con đường rõ ràng để bàn giao xuyên biên giới.

Các mô hình chăm sóc sau sinh mới, ví dụ như giảm số lần thăm khám tại nhà định kỳ, các buổi chăm sóc bổ sung / 'ghé vào' trong các Trung tâm Trẻ em và sử dụng Nhân viên Hỗ trợ Hộ sinh hoặc các nhân viên khác phải có cùng hệ thống theo dõi và ghi chép nghiêm ngặt đối với phụ nữ không tham dự như cần được áp dụng trong giai đoạn trước khi sinh. Việc không đảm bảo các hệ thống như vậy có thể có nghĩa là phụ nữ "lọt qua lưới": ví dụ, một phụ nữ đã không tham dự Trung tâm Nhi đồng sau khi sinh và sau đó không được khám cho một trường hợp đáng kể, trong thời gian đó cô ấy đã bị bệnh nặng và tử vong do đó. Sự can thiệp kịp thời từ một nữ hộ sinh khi cô ấy có triệu chứng có thể đã cứu sống cô ấy.

Tóm tắt tổng thể: mang tin nhắn về nhà

Chất lượng đánh giá nội bộ

May mắn thay, một người phụ nữ chết là một sự kiện hiếm hoi trong bất kỳ tổ chức tội lỗi nào. Nó xứng đáng được đánh giá kỹ lưỡng đa ngành, được thực hiện trên tinh thần tìm hiểu cởi mở, để rút ra bất kỳ bài học nào có thể giúp cứu sống các bà mẹ trong tương lai. Có bằng chứng về một số đánh giá kỹ lưỡng và xuất sắc được thực hiện bởi Trusts; Tuy nhiên, điều ngược lại cũng đúng. Với sự hiếm hoi của sự kiện, thật ngạc nhiên khi một số đánh giá quá sơ sài; những người khác không có ý kiến đóng góp từ các nữ hộ sinh cao cấp vào các cuộc thảo luận bàn tròn. Tất cả các đánh giá như vậy phải bao gồm ý kiến đóng góp từ Trưởng phòng Hộ sinh và Giám sát viên của Nữ hộ sinh. Nếu các thỏa thuận trong các Quỹ tín thác riêng lẻ không hỗ trợ điều này, thì phải xin lời khuyên từ Cơ quan Giám sát Địa phương.⁵

Giám sát nữ hộ sinh

Giám sát hộ sinh có vai trò trung tâm trong việc cho phép mọi nữ hộ sinh suy ngẫm về hoạt động chuyên môn của mình và học hỏi từ những tình huống chăm sóc đã được lên kế hoạch và cung cấp tốt cũng như những tình huống có kết quả bất lợi. Do đó, giám sát là một

công cụ quan trọng trong việc thực hiện các bài học kinh nghiệm từ Báo cáo này.⁵

Những suy nghĩ cuối cùng

Như đã mô tả ở đầu Chương này, nữ hộ sinh ở Vương quốc Anh có một vị trí độc đáo trong mối quan hệ với phụ nữ sinh con và gia đình của họ, cả về trách nhiệm theo luật định và mối quan hệ liên tục của họ với phụ nữ. Họ là những chuyên gia chăm sóc sức khỏe có thể có cái nhìn tổng quan về sức khỏe và hạnh phúc của người phụ nữ trong suốt quá trình sinh đẻ. Điều bắt buộc là việc quản lý các dịch vụ thai sản, cũng như các nữ hộ sinh riêng lẻ, phải nhận ra rằng việc đảm bảo sự liên tục của việc chăm sóc và chăm sóc bất cứ khi nào có thể đóng một vai trò quan trọng trong việc bảo vệ hạnh phúc của phụ nữ và trẻ sơ sinh của họ.

Nữ hộ sinh là chuyên gia trong việc chăm sóc phụ nữ khỏe mạnh, có nguy cơ thấp. Tuy nhiên, họ có một nhiệm vụ rõ ràng là phải bình đẳng có kỹ năng trong việc nhận biết các dấu hiệu sớm của các vấn đề và giới thiệu kịp thời để có đầu vào y tế cao cấp thích hợp. Nữ hộ sinh đồng hành cùng phụ nữ ở tất cả các giai đoạn của hành trình mang thai, sinh nở và làm cha mẹ mới. Bản chất liên tục của mối quan hệ giữa nữ hộ sinh và phụ nữ có nghĩa là nữ hộ sinh có vai trò rõ ràng trong việc vận động cho phụ nữ, đặc biệt là những phụ nữ dễ bị tổn thương cần sự hỗ trợ toàn diện nhất. Tuy nhiên, đôi khi, một nữ hộ sinh có thể là người ủng hộ tốt nhất của người phụ nữ bằng cách thách thức cô ấy và giúp cô ấy thấy rằng quá trình hành động mà cô ấy đang đề xuất, mặc dù không phải là sự lựa chọn của người phụ nữ, là vì lợi ích tốt nhất của cô ấy. Nếu có một thông điệp 'mang về nhà' duy nhất cho các nữ hộ sinh thì đó là: lắng nghe người phụ nữ và hành động theo những gì cô ấy nói với bạn.

Tham khảo

- 1 Sở Y tế. *Cung cấp dịch vụ chăm sóc hộ sinh chất lượng cao: Các ưu tiên, cơ hội và thách thức cho nữ hộ sinh*. Luân Đôn: Bộ Y tế, 2009.
- 2 Trung tâm Hợp tác Quốc gia về Sức khỏe Bà mẹ và Trẻ em. *Sinh sản và các yếu tố xã hội phức tạp: Mô hình cung cấp dịch vụ cho phụ nữ mang thai có các yếu tố xã hội phức tạp*. Viện Quốc gia về Y tế và Xuất sắc Lâm sàng và Viện Chăm sóc Xã hội Xuất sắc. Luân Đôn: RCOG, 2010. [www.guidance.nice.org.uk/CG110]. Truy cập ngày 10 tháng 9 năm 2010.
- 3 Từ điển tiếng Anh Encarta, 2010. [encarta.msn.com/encnet/features/từ điển/dictionaryhome.aspx]. Truy cập ngày 7 tháng 9 năm 2010.
- 4 Hội đồng Điều dưỡng và Hộ sinh. *Các quy tắc và tiêu chuẩn của nữ hộ sinh*. Luân Đôn: Hội đồng Điều dưỡng và Hộ sinh, 2010.
- 5 Hội đồng Điều dưỡng và Hộ sinh. *Diễn đàn Cán bộ Hộ sinh Cơ quan Giám sát Địa phương Định hướng Chiến lược 2008–2011*. Luân Đôn: Hội đồng Điều dưỡng và Hộ sinh, 2007.

Chương 14. THỰC HÀNH CHUNG

J Shakespeare (đại diện cho Trung tâm Điều tra Bà mẹ và Trẻ em)

Trung tâm Y tế Summertown, Oxford, Vương quốc Anh

Thư từ: Tiến sĩ Judy Shakespeare, Trung tâm Y tế Summertown, 160 Banbury Road, Oxford OX2 7BS, Vương quốc Anh. Email: judy.shakespeare@nhs.net; jud@shakespeare.demon.co.uk

Từ khóa Chăm sóc ban đầu, Yêu cầu bí mật, bà mẹ, tử vong.

Thực hành đa khoa (GP): khuyến nghị cụ thể

Tất cả các bác sĩ đa khoa nên tự nhận thức được các hướng dẫn sau:

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch và thuyên tắc phổi

- Các bác sĩ đa khoa nên biết các yếu tố nguy cơ và dấu hiệu cảnh báo thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (VTE) và thuyên tắc phổi (PE) trong thai kỳ và hậu sản.¹ Các yếu tố nguy cơ bao gồm tiền sử thuyên tắc, béo phì hoặc nôn mửa và các dấu hiệu cảnh báo bao gồm khó thở.

Tiền sản giật, sản giật

- Bác sĩ tổng quát chắc rằng họ được cập nhật các hướng dẫn mới để sàng lọc và chẩn đoán tiền sản giật và sản giật. Điều này cần được nghĩ tới ở tất cả bệnh nhân đau bụng thượng vị khi đang có thai.

Hen phế quản

- Bác sĩ tổng quát luôn cập nhật hướng dẫn chẩn đoán và điều trị, Đồng vận Beta và corticoid an toàn với phụ nữ mang thai.

Sức khỏe tâm thần

- Bác sĩ đa khoa là người chỉ đạo liên lạc đa ngành với các dịch vụ sức khỏe tâm thần thời kỳ quanh sinh và sức khỏe tâm thần nói chung tại địa phương và phải tuân theo hướng dẫn về sức khỏe tâm thần thời kỳ quanh sinh do Viện Sức khỏe và Xuất sắc Lâm sàng Quốc gia (NICE) đưa ra.

Béo phì

- Có những hướng dẫn gần đây về việc quản lý tình trạng béo phì trong thai kỳ và tất cả bác sĩ đa khoa phải biết về chúng.

Chia sẻ thông tin: khuyến nghị cụ thể

Bất cứ khi nào có thể, bác sĩ đa khoa nên cung cấp cho một nữ hộ sinh cộng đồng được chỉ định quyền truy cập bí mật vào hồ sơ điện tử và hồ sơ bằng văn bản đầy đủ của người phụ nữ, với sự đồng ý của người phụ nữ. Nếu không thể thực hiện được điều này, bác sĩ đa khoa nên cung cấp cho một nữ hộ sinh cộng đồng được chỉ định bản tóm tắt về tiền sử bệnh án của người phụ nữ, với sự đồng ý của người phụ nữ.

Giới thiệu

Chương này xác định và nêu bật các vấn đề chính đối với các bác sĩ đa khoa do 64 trường

hợp tử vong ở sản phụ nêu ra. được đánh giá cho chương này trong ba năm này. Cần đọc chương này trong bối cảnh của toàn bộ Báo cáo, đặc biệt là các khuyến nghị "Mười vấn đề hàng đầu" và các phần Quay lại với những điều cơ bản. Trong chương này, các vấn đề lâm sàng chính được giải quyết theo cùng thứ tự như các chương trong Báo cáo, với một số vấn đề cụ thể khác của bác sĩ đa khoa. Các trường hợp được xem xét có sự tham gia đáng kể của bác sĩ đa khoa trong việc chăm sóc những phụ nữ tử vong hoặc họ đại diện cho một số trường hợp tương tự. Đối với nhiều phụ nữ, dịch vụ chăm sóc của bác sĩ đa khoa là **mẫu mực**, nhưng, theo bản chất của Báo cáo này, có một số trường hợp dịch vụ chăm sóc không đạt **tiêu chuẩn**. Đánh giá xem dịch vụ chăm sóc có kém chất lượng hay không là phán đoán được đưa ra dựa trên các tiêu chuẩn hiện hành về dịch vụ chăm sóc tốt tại thời điểm tử vong như được mô tả trong Thực hành y khoa tốt dành cho bác sĩ đa khoa.⁶ Trong số 64 phụ nữ này, 45 trong số 64 phụ nữ được đánh giá là kém chất lượng; ở 37 phụ nữ, đây được đánh giá là yếu tố chính, có nghĩa là việc chăm sóc tốt hơn có thể đã thay đổi kết quả cuối cùng. Ở tám phụ nữ khác, đây được đánh giá là yếu tố phụ, có nghĩa là mặc dù có thể rút ra bài học, nhưng việc chăm sóc có lẽ không ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng.

Một chủ đề quan trọng xuyên suốt và **thường xuyên** là béo phì. Béo phì trong thai kỳ là một vấn đề ngày càng gia **tăng** và có liên quan đến các kết quả thai kỳ bất lợi cho phụ nữ. Tỷ lệ mắc bệnh và kết quả của bệnh được thảo luận chi tiết hơn trong Chương 1. Có những hướng dẫn **gần đây** về việc quản lý tình trạng béo phì trong thai kỳ.⁵

Nguyên nhân tử vong lâm sàng

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch

Hai trong số **bảy** phụ nữ được đánh giá cho mục này đã được chăm sóc GP dưới tiêu chuẩn. Ví dụ, trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu (DVT) sau đây với PE sau đó đã bị hai GP bỏ sót:

Một phụ nữ béo phì mắc chứng sợ kim tiêm đã từ chối tất cả các xét nghiệm máu trong thai kỳ và từ chối dùng enoxaparin (Clexane) sau khi sinh mổ. Cô đã thảo luận điều này với một nữ hộ sinh, người đã đưa cho cô tất TED và bảo cô cử động chân, nhưng không có cuộc thảo luận nào với bác sĩ và không có hồ sơ nào về việc cô từ chối dùng thuốc dự phòng huyết khối trong thư xuất viện. Cô đã đến gặp GP của mình vài ngày sau đó với đôi chân sưng tấy nhưng không đau, và GP của cô đã tuyên bố 'không phải là DVT'. Một GP khác đã khám lại cô sau đó vài ngày và kê đơn thuốc giảm đau cho cơn đau chân dữ

đội. Vài ngày sau, cô đã tử vong vì PE.

Người phụ nữ này có một số yếu tố nguy cơ mắc DVT: mới mang thai, sinh mổ và béo phì đáng kể. Không thể loại trừ DVT bằng cách nhìn vào chân. Bác sĩ gia đình thứ hai cũng phải nhận ra các dấu hiệu và triệu chứng kinh điển. Chúng sợ kim tiêm của cô ấy có thể được điều trị bằng sự trợ giúp tâm lý trong thời kỳ mang thai. Nó đã được đề cập trong thư giới thiệu của bác sĩ gia đình, nhưng không có hành động nào được thực hiện. Cũng phải có một cuộc thảo luận trong thời kỳ mang thai về nguy cơ VTE của cô ấy, tầm quan trọng của việc phòng ngừa có thể sau khi sinh và tài liệu rõ ràng trong thư xuất viện về việc cô ấy từ chối phòng ngừa

Khó thở là triệu chứng thường gặp trong thai kỳ, nhưng nó có thể là triệu chứng của PE và đôi khi xuất hiện các triệu chứng báo trước:

Một phụ nữ không có yếu tố nguy cơ nào được biết đã tử vong trong tam cá nguyệt thứ ba do PE lớn sau khi đến gặp bác sĩ gia đình vài ngày trước đó và phàn nàn về tình trạng khó thở. Cô ấy đã được kiểm tra cẩn thận, bao gồm lưu lượng đỉnh và đo oxy, nhưng mạch của cô ấy không được ghi lại. Bác sĩ chẩn đoán cô ấy bị hen suyễn và đã điều trị bằng bình xịt salbutamol.

Một phân tích sự kiện quan trọng đã được hoàn thành trong phòng khám và trả lại cho Cuộc điều tra. Phòng khám đã phản ánh về tầm quan trọng của việc quan sát nhịp mạch và cơ hội để bác sĩ gia đình liên quan được các đồng nghiệp hỗ trợ.

Ba phụ nữ khác tử vong vì PE cũng đã đến gặp bác sĩ gia đình của họ với tình trạng khó thở ngay trước khi qua đời. Có thể khó phân biệt được nguyên nhân quan trọng với nguyên nhân tầm thường và điều này được thảo luận chi tiết hơn trong phần Quay lại những điều cơ bản của Báo cáo này. Việc đưa vào báo cáo phân tích sự kiện quan trọng là duy nhất và phòng khám bác sĩ gia đình đáng được khen ngợi vì điều này.

Nôn nhiều và PE

- Nôn nhiều là một yếu tố nguy cơ được công nhận đối với VTE, và hai trường hợp PE

VTE: các điểm cần học

- Việc chẩn đoán hoặc loại trừ DVT đòi hỏi phải tiến hành các cuộc tham khám tại bệnh viện.
- Khó thở có thể là kết quả của PE, đặc biệt nếu phụ nữ có các yếu tố nguy cơ.
- Phụ nữ bị nôn mửa nghiêm trọng có nguy cơ mắc VTE cao hơn; họ cần được theo dõi chặt chẽ tình trạng mất nước và nên nhập viện nếu không đáp ứng đầy đủ với thuốc chống nôn.
- Phụ nữ sợ kim tiêm có thể được hưởng lợi từ phương pháp điều trị tâm lý trong thời kỳ mang thai để tránh ảnh hưởng đến việc chăm sóc sản khoa hoặc cấp cứu của họ.

liên quan đến chứng nôn nhiều nghiêm trọng khi mang thai đã được đánh giá. Những phụ nữ này đã được điều trị bằng thuốc chống nôn nhưng không được theo dõi tình trạng mất nước. Việc nhập viện sớm hơn để bù nước và dự phòng huyết khối có thể đã ngăn ngừa tử vong của họ

Tiền sản giật

Các trường hợp của một số trong số 19 bà mẹ tử vong do tiền sản giật đã được xem xét trong

chương này, mặc dù chúng được tính và thảo luận trong Chương 3. Trong mọi trường hợp, việc chăm sóc của bác sĩ đa khoa đều không đạt tiêu chuẩn. Những sai sót chính là không thực hiện các quan sát thường quy về huyết áp và protein niệu và không hiểu được tầm quan trọng của, và không hành động đối với, những bất thường đáng kể. Ví dụ:

Một phụ nữ sinh con lần đầu khỏe mạnh bị protein niệu +++ trong tam cá nguyệt thứ ba, nhưng bác sĩ đa khoa của cô ấy ghi nhận huyết áp bình thường. Cô ấy đã được chuyển gấp đến phòng khám tiết niệu. Vài tuần sau, cô ấy được một nữ hộ sinh đưa vào viện với tình trạng đau thượng vị, bứt rứt và giảm chuyển động của thai nhi với huyết áp >200/110 mmHg. Cô ấy cần phải mổ lấy thai khẩn cấp sau khi trở nên lú lẫn và buồn ngủ. Cô ấy đã tử vong vào ngày hôm sau do xuất huyết não.

Bác sĩ đa khoa của cô ấy đã không nhận ra tầm quan trọng của protein niệu mới khởi phát trong thai kỳ và cô ấy đáng lẽ phải được chuyển gấp đến khoa sản, chứ không phải khoa tiết niệu.

Trong một trường hợp khác, một bác sĩ đa khoa đã bắt đầu điều trị tiền sản giật mà không chuyển đến bệnh viện:

Một phụ nữ bị tăng huyết áp đã ngừng dùng enalapril đúng cách khi bắt đầu mang thai, nhưng nữ hộ sinh đã đặt lịch chăm sóc rủi ro thấp, mặc dù bác sĩ đa khoa đã đề cập đến tình trạng tăng huyết áp của cô trong thư giới thiệu. Trong tam cá nguyệt thứ hai, huyết áp của cô là 180/100 mmHg và bác sĩ đa khoa của cô đã bắt đầu dùng methyldopa; nước tiểu của cô không được kiểm tra protein cho đến vài ngày sau, khi có protein niệu. Vài ngày sau, cô được nhập viện với tình trạng đau thượng vị, tăng huyết áp nghiêm trọng và protein niệu nặng. Cô đã chết vì suy đa cơ quan và hội chứng HELLP (tan máu, tăng men gan và giảm tiểu cầu).

Bác sĩ đa khoa không bao giờ được bắt đầu điều trị tăng huyết áp tại cơ sở chăm sóc chính mà không có sự hỗ trợ của chuyên gia. Nếu người phụ nữ này được chuyển đến ngay khi huyết áp tăng cao, cô ấy có thể đã sống sót. Quản lý tăng huyết áp trong thai kỳ tại cộng đồng đã được đề cập trong các hướng dẫn và các bác sĩ đa khoa nên biết về những điều này. Hội chứng HELLP là một phần của tiền sản giật:

Một phụ nữ bị tiểu đường thai kỳ trong thời kỳ mang thai đã được chăm sóc tại đơn vị tiền sản đái tháo đường (DAU). Trong tam cá nguyệt thứ ba, cô ấy phàn nàn về việc thai nhi chuyển động ít, ngứa toàn thân, phù nề và nôn ra máu. DAU đã không nhận ra tầm quan trọng của các triệu chứng này và khuyên cô ấy nên gặp bác sĩ đa khoa. Lúc này, cô ấy cũng phàn nàn về phân có mùi, mệt mỏi, thai nhi chuyển động chậm chạp và ợ hơi. Bác sĩ đa khoa của cô ấy ghi nhận rằng cô ấy bị vàng da, đau bụng và phù chân hai bên; huyết áp của cô ấy bình thường. Bác sĩ đa khoa không tiến hành bất kỳ cuộc điều tra nào nhưng khuyên cô ấy nên gặp nữ hộ sinh vào ngày hôm sau. Đến sáng hôm sau, cô ấy bị ốm nặng, tăng huyết áp, protein niệu +++ và vàng da nặng. Mặc dù đã sinh ngay, cô ấy đã bị đông máu nội mạch lan tỏa và tử vong. Khi khám nghiệm tử thi,

chẩn đoán là hội chứng HELLP

HELLP syndrome may present before the other symptoms of pre-eclampsia. It has a poor prognosis and requires immediate delivery to prevent rapid deterioration of maternal liver function. Her specialist care was sub-standard in failing to recognise the early symptoms of HELLP syndrome. However, her GP should also have recognised that severe jaundice in late pregnancy was significant, even if she/he did not recognise HELLP syndrome, and should have referred her to hospital immediately. This GP had no other contact with this woman during pregnancy, was no longer carrying out any routine antenatal care and was unaware of the seriousness of her symptoms.

Hội chứng HELLP có thể xuất hiện trước các triệu chứng khác của tiền sản giật. Bệnh có tiên lượng xấu và cần phải sinh ngay để ngăn ngừa tình trạng suy giảm nhanh chức năng gan của mẹ. Việc chăm sóc chuyên khoa của bà không đạt tiêu chuẩn khi không nhận ra các triệu chứng ban đầu của hội chứng HELLP. Tuy nhiên, bác sĩ gia đình của bà cũng phải nhận ra

Tiền sản giật và sản giật: những điểm cần lưu ý

- Đau thượng vị là triệu chứng thường gặp của tiền sản giật đáng kể.
- Cần kiểm tra nước tiểu và huyết áp thường quy mỗi khi phụ nữ mang thai đi khám bác sĩ đa khoa, đặc biệt là khi bà ấy cảm thấy không khỏe.
- Vàng da ở phụ nữ mang thai cần được điều tra và nhập viện ngay lập tức.
- Bác sĩ đa khoa nên luôn giới thiệu phụ nữ bị tiền sản giật đến cơ sở chăm sóc chuyên khoa và chỉ nên bắt đầu dùng thuốc chống tăng huyết áp trong chăm sóc ban đầu nếu phụ nữ bị bệnh nặng, trước khi nhập viện cấp cứu; trong trường hợp này, phương pháp điều trị được lựa chọn là labetalol đường uống.

rằng vàng da nghiêm trọng ở giai đoạn cuối thai kỳ là đáng kể, ngay cả khi bác sĩ không nhận ra hội chứng HELLP, và phải chuyển bà đến bệnh viện ngay lập tức. Bác sĩ gia đình này không tiếp xúc với người phụ nữ này trong thời gian mang thai, không còn thực hiện bất kỳ hoạt động chăm sóc trước sinh thường quy nào nữa và không biết về mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng của bà.

Chảy máu hoặc đau bụng khi mang thai

Số ca tử vong trong giai đoạn đầu thai kỳ được thống kê và thảo luận trong Chương 6. Không giống như các báo cáo trước đó, phụ nữ bị chẩn đoán nhầm tử vong do thai ngoài tử cung là không phổ biến, nhưng chúng vẫn tiếp tục xảy ra:

Một phụ nữ không biết mình mang thai, bị tiêu chảy và nôn mửa và đã nói chuyện với một bác sĩ đa khoa ngoài giờ. Một chẩn đoán tạm thời về viêm dạ dày ruột đã được đưa ra. Bác sĩ đa khoa của cô ấy đã đến thăm vào sáng hôm sau và đưa cô ấy vào bệnh viện dưới sự điều trị của các bác sĩ, nơi các bác sĩ mới tiếp tục điều trị viêm dạ dày ruột cho cô ấy cho đến khi cô ấy ở trong tình trạng nguy kịch. Khi khám nghiệm tử thi, người ta phát hiện ra một thai ngoài tử cung đã vỡ.

Việc chăm sóc của bác sĩ đa khoa là phù hợp, nhưng bác sĩ đa khoa hoặc các bác sĩ bệnh viện đều không xem xét chẩn đoán có thai ngoài tử cung. Biểu hiện này với tiêu chảy, nôn

mửa và đau bụng nhưng không chảy máu là trường hợp điển hình được báo cáo trong một vài Báo cáo gần đây. Nếu đã xem xét đến thai ngoài tử cung, kết quả có thể đã khác. Mức độ nghi ngờ cao hơn và xét nghiệm thai kỳ có thể tạo ra sự khác biệt.

Một phụ nữ không nói được tiếng Anh đã chết sau khi sảy thai:

Một phụ nữ đã đến gặp một y tá thực hành để tiêm chủng thường quy và đưa cô con gái nhỏ của mình đi làm phiên dịch. Y tá đã giải thích rằng cô ấy đã quá hạn kinh nguyệt và từ chối tiêm chủng. Theo ghi chép sau đó, cô ấy đã bị chảy máu âm đạo trong một thời gian trước khi tham vấn này. Đêm hôm đó, cô ấy đã ngã quỵ. Khi khám nghiệm tử thi, có bằng chứng về tình trạng mất máu âm đạo mãn tính và thiếu máu nghiêm trọng do sảy thai không hoàn toàn.

Nếu y tá hỏi thêm nhiều câu hỏi về thai kỳ, cô ấy có thể phát hiện ra tiền sử chảy máu. Việc sử dụng người thân, đặc biệt là trẻ nhỏ, làm phiên dịch là vấn đề thường gặp trong Báo cáo này và được thảo luận chi tiết hơn trong các khuyến nghị chính ở Chương 1. Bác sĩ đa khoa và nhân viên phòng khám cần biết cách tiếp cận dịch vụ phiên dịch nhanh chóng trong khu vực của họ.

- GPs and practice staff should know how to access professional translation services rapidly. This is a major recommendation in this Report.

Đau và chảy máu trong giai đoạn đầu thai kỳ: những điểm cần lưu ý

- Bác sĩ đa khoa nên hỏi tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh sản bị tiêu chảy, nôn mửa và đau bụng về nguy cơ mang thai. Nếu có bất kỳ nghi ngờ nào, họ nên tiến hành xét nghiệm thai tại phòng khám; họ nên cân nhắc mang theo que thử thai trong túi cấp cứu.
- Bác sĩ đa khoa và nhân viên phòng khám nên biết cách tiếp cận dịch vụ biên dịch chuyên nghiệp nhanh chóng. Đây là khuyến nghị chính trong Báo cáo này.

Nhiễm trùng huyết

Các ca tử vong do nhiễm trùng huyết được thảo luận chi tiết trong Chương 7. Trong Báo cáo gần đây nhất, chương GP đã cảnh báo rằng 'sốt hậu sản không phải là căn bệnh của quá khứ'. Các ca tử vong do nhiễm trùng huyết đường sinh dục đã tăng lên thay vì giảm trong ba năm này. Nhiễm trùng huyết đường sinh dục đã trở thành nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trực tiếp cho sản phụ tại Vương quốc Anh lần đầu tiên kể từ khi các Cuộc điều tra bí mật về tử vong ở sản phụ này bắt đầu vào năm 1952. Nhiều ca tử vong trong số này là do bệnh liên cầu khuẩn nhóm A mắc phải trong cộng đồng, phản ánh sự gia tăng chung về tỷ lệ tử vong do căn bệnh này trong dân số nói chung. Đối với nhiều phụ nữ trong số này, kết cục là không thể tránh khỏi mặc dù được chăm sóc tuyệt vời do bệnh diễn biến nhanh và đến muộn. Tuy nhiên, ở những người khác, các cơ hội có thể cứu sống có thể đã bị bỏ lỡ và vẫn còn nhiều bài học cần rút ra. Nhiều phụ nữ đã liên hệ với dịch vụ chăm sóc ban đầu, trong đó trường hợp sau đây là điển hình:

Một phụ nữ bị sốt và nhịp tim nhanh vài ngày sau khi sinh, và nữ hộ sinh của cô ấy đề nghị cô ấy nói chuyện với bác sĩ gia đình nếu cô ấy không cảm thấy khỏe hơn, nhưng cô ấy đã không làm vậy. Nữ hộ sinh đã khám cho cô ấy vài ngày sau đó nhưng không thực hiện bất kỳ quan sát hoặc kiểm tra thường quy nào. Bác sĩ gia đình đã đến thăm một hoặc hai ngày sau đó vì đau bụng, lúc đó cô ấy rất ốm và khó thở với các dấu hiệu của tình

trạng đông ngoại vi. Bác sĩ gia đình đã chẩn đoán chính xác là nhiễm trùng huyết sau sinh, đã nói chuyện với Khoa Cấp cứu và gửi một lá thư vì lo lắng, nhưng đã sắp xếp một chuyến xe cứu thương không khẩn cấp. Trong bệnh viện, cô ấy đã bị đông máu nội mạch lan tỏa và suy đa cơ quan, sau đó cô ấy đã tử vong. Kết quả cấy máu dương tính với liên cầu khuẩn tan máu nhóm A b.

Mặc dù việc chăm sóc của bác sĩ gia đình nói chung là tốt, nhưng việc chuyển viện của cô ấy đáng lẽ phải nhanh hơn. Đây không phải là trường hợp nhiễm trùng huyết duy nhất mà bác sĩ gia đình không sắp xếp chuyển viện cấp cứu. Phương pháp điều trị hiện tại đối với trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng huyết do não mô cầu là tiêm penicillin trước khi chuyển viện bằng đèn xanh. Trong nhiễm trùng huyết sau sinh, liên cầu khuẩn tan máu nhóm A là tác nhân gây bệnh thường gặp và nhạy cảm với penicillin, vì vậy các trường hợp nghi ngờ cũng có thể được xử lý theo cách tương tự. Không thể nhấn mạnh quá mức về tốc độ đáng kinh ngạc mà căn bệnh này tiến triển từ các triệu chứng ban đầu đến tử vong ở một số phụ nữ.

Có những trường hợp nhiễm trùng huyết phát triển sau khi bị đau họng và nhiễm trùng đường hô hấp trên. Những phụ nữ này đều đã gặp bác sĩ gia đình hoặc y tá hành nghề về các triệu chứng và không ai được kê đơn thuốc kháng sinh, giống như thông lệ. Việc chăm sóc của bác sĩ gia đình rất tốt, nhưng có thể ngưỡng lấy dịch họng và điều trị bằng kháng sinh nên được hạ xuống trong thai kỳ. Tiêu chuẩn Centor có thể hữu ích trong việc quyết định phụ nữ nào có nhiều khả năng bị nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A. Nếu bất kỳ ba tiêu chuẩn nào sau đây là dương tính, thì cần chỉ định kê đơn thuốc kháng sinh:

- Tiền sử sốt
- Dịch tiết amidan
- Không ho
- Hạch cổ tử cung trước mềm

Có hai trường hợp phụ nữ bị nhiễm trùng huyết sau khi bị viêm vú. Trong những trường hợp như vậy, nên bắt đầu dùng kháng sinh ngay lập tức; flucloxacillin uống 500 mg bốn lần mỗi ngày trong 10–14 ngày là phương pháp điều trị được lựa chọn. Việc quản lý nhiễm trùng huyết được thảo luận chi tiết hơn trong phần Quay lại những điều cơ bản của Báo cáo này

Nhiễm trùng huyết: các điểm cần lưu ý

- Tất cả phụ nữ mang thai và mới sinh cần được thông báo về các nguy cơ, dấu hiệu và triệu chứng của nhiễm trùng và cách thực hiện các bước để ngăn ngừa lây truyền (xem phần Quay lại phần cơ bản).
- Tất cả các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cần biết về các dấu hiệu và triệu chứng điển hình, và nhiễm trùng huyết phải được xem xét ở tất cả phụ nữ mới sinh cảm thấy không khỏe và/hoặc sốt.
- Nhiễm trùng huyết thường khởi phát âm thầm. Trong cộng đồng, các dấu hiệu sinh tồn luôn phải được kiểm tra ở những phụ nữ có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào của khả năng nhiễm trùng.
- Phụ nữ bị nhiễm trùng huyết có thể xấu đi và tử vong nhanh chóng. Đau bụng, sốt và nhịp tim nhanh là những chỉ định nhập viện cấp cứu bằng xe cứu thương đèn xanh để truyền kháng sinh tĩnh mạch.

Bệnh tim

Tử vong do các bệnh tim mạch được thảo luận chi tiết hơn trong Chương 9. Bệnh tim thiếu máu cục bộ đang trở nên phổ biến hơn trong thai kỳ do sinh con muộn, lối sống kém lành mạnh và béo phì. Tuy nhiên, ngay cả với các triệu chứng cổ điển, hai bác sĩ đa khoa đã không nhận ra tầm quan trọng của cơn đau ở người phụ nữ này:

Một bà mẹ lớn tuổi hút thuốc và có tiền sử gia đình mắc bệnh tim đã bị đau ở cánh tay trái vài tuần sau khi sinh. Bác sĩ đa khoa của bà chẩn đoán bà bị đau cơ, nhưng vài ngày sau bà tỉnh dậy với cơn đau ngực sau xương ức lan ra cánh tay trái và nôn mửa. Bác sĩ ngoài giờ đã khuyên bà dùng paracetamol. Bà đã qua đời tại nhà ngay sau đó vì nhồi máu cơ tim

Bác sĩ đa khoa của bà và bác sĩ ngoài giờ đều không xem xét chẩn đoán này, mặc dù có tiền sử bệnh điển hình, và đã không đánh giá rủi ro đầy đủ do phân loại qua điện thoại không đầy đủ.

Những bà mẹ khác bị bệnh tim có biểu hiện đau ngực và/hoặc khó thở. Cần phân biệt bệnh tim đáng kể với khó thở nhẹ và phải điều tra khẩn cấp khi nằm viện. Điều này được thảo luận chi tiết hơn trong phần Quay lại những điều cơ bản của Báo cáo này.

đã liên lạc với bác sĩ đa khoa qua fax hoặc điện thoại và được hướng dẫn rõ ràng về liều lượng và theo dõi thuốc. Có những vấn đề cụ thể về sự dao động nồng độ lamo-trigine trong thai kỳ, như đã đề cập trong Chương 10; việc theo dõi những điều này trong thời kỳ mang thai nên là thông lệ chung. Bác sĩ đa khoa không cố gắng bắt đầu phương pháp điều trị được khuyến nghị. Người phụ nữ này rõ ràng là không chắc chắn về thuốc, có lẽ vì lo lắng về tác dụng phụ đối với em bé, nhưng cả bác sĩ đa khoa và bác sĩ thần kinh của cô ấy đều nên thảo luận vấn đề này với cô ấy chi tiết hơn.

Rủi ro khi tắm một mình

Như đã thấy trong các Báo cáo trước đó, và trong báo cáo này, phụ nữ vẫn chết đuối trong bồn tắm sau khi bị động kinh, đôi khi với cửa khóa. Rủi ro này thường không được nhận biết rõ ràng và tất cả phụ nữ bị động kinh nên được khuyến nghị nên tắm vòi sen thay vì tắm bồn, và không khóa cửa phòng tắm. Tờ rơi an toàn từ Epilepsy Action có tại www.epilepsy.org.uk/info/safety.

Mọi phụ nữ bị động kinh trong độ tuổi sinh đẻ cần hiểu được nhu cầu tư vấn trước khi mang thai và chăm sóc rủi ro cao trong thời kỳ mang thai. Điều này được thảo luận chi tiết hơn trong phần 'Quản lý các bệnh đã có từ trước'.

Động kinh trong thai kỳ: những điểm cần lưu ý

- Phụ nữ bị động kinh trong độ tuổi sinh đẻ cần được thông báo về những rủi ro của bệnh động kinh trong thai kỳ trước khi thụ thai.
- Nếu các cơn động kinh tăng lên hoặc tái phát trong thai kỳ, phụ nữ nên được giới thiệu đến bác sĩ thần kinh để gặp trong vòng một tuần.
- Cần theo dõi nồng độ lamotrigine trong thai kỳ.
- Phụ nữ mang thai nên được khuyến nghị tắm vòi sen thay vì tắm bồn và không khóa cửa phòng tắm.

Động kinh

Các ca tử vong do các tình trạng thần kinh được tính và thảo luận trong Chương 10. Một số ca tử vong do động kinh đã được xem xét trong Chương này, trong đó có ba ca được chăm sóc của bác sĩ đa khoa không đạt tiêu chuẩn. Ví dụ:

Một phụ nữ bị động kinh được kiểm soát tốt đã ngừng dùng natri valproate trước khi có kế hoạch mang thai theo lời khuyên của bác sĩ thần kinh. Khi cô ấy lên con, bác sĩ đa khoa đã giới thiệu cô ấy trở lại khoa thần kinh và yêu cầu được hẹn khám ngay lập tức; điều này đã được thực hiện sau hơn một tháng. Bác sĩ thần kinh khuyến nghị bắt đầu dùng lamotrigine và viết thư cho bác sĩ đa khoa nhưng không đưa ra lời khuyên cụ thể nào về cách bắt đầu hoặc theo dõi quá trình điều trị. Người phụ nữ đã không gặp bác sĩ đa khoa sau cuộc hẹn với bác sĩ thần kinh. Sau đó, cô ấy được phát hiện chết đuối trong bồn tắm. Khi khám nghiệm tử thi, nồng độ lamotrigine của cô ấy <1 mg/l, cho thấy cô ấy đã không dùng thuốc.

Ở đây, bác sĩ đa khoa đã chăm sóc tốt bằng cách giới thiệu cô ấy khẩn cấp đến bác sĩ thần kinh.

Hen suyễn

Ba phụ nữ tử vong vì hen suyễn đã được chăm sóc GP không đạt tiêu chuẩn. Tất cả họ đều là những phụ nữ bị hen suyễn nặng và đáng lẽ phải được bác sĩ hô hấp chăm sóc trong thời kỳ mang thai. Ví dụ:

Một bà mẹ bị hen suyễn nặng (tiền sử bị ngừng thở nhiều lần) đã ngừng dùng corticosteroid dạng hít, có thể là theo lời khuyên của bác sĩ, khi bắt đầu mang thai. Bác sĩ GP đã đưa chẩn đoán hen suyễn nhưng không nêu mức độ nghiêm trọng vào thư giới thiệu sản khoa của mình. Bà đã được đặt lịch chăm sóc thai sản rủi ro thấp. Bà đã yêu cầu và nhận được nhiều đơn thuốc salbutamol lặp lại trong thời kỳ mang thai. Vài ngày sau khi sinh, bà bị nhiễm trùng ngực và được điều trị bằng kháng sinh; lưu lượng đỉnh (PF) của bà là 200 l/phút (44% so với PF dự đoán là 450 l/phút). Sau đó, bà được điều trị bằng prednisolone, nhưng PF, mạch và nhịp thở của bà không được ghi lại và không có sự theo dõi nào được sắp xếp. Vài tuần sau, bà đột nhiên khó thở, ngã quỵ và tử vong vì hen suyễn.

Cô ấy đã được tư vấn không chính xác về việc ngừng dùng corticosteroid dạng hít trong thai kỳ và rõ ràng đã yêu cầu kê đơn lặp lại quá mức salbutamol mà không có sự chú ý của bác sĩ đa khoa. Sau khi sinh, mức độ nghiêm trọng của bệnh hen suyễn của cô ấy không được nhận ra, các quan sát không đầy đủ đã được thực hiện và không có sự theo dõi nào được sắp xếp. Nếu cô ấy được điều trị theo các hướng dẫn quốc gia, cái chết của cô ấy có thể đã được tránh được. Thuốc chủ vận beta tác dụng ngắn và tác dụng dài và corticosteroid dạng hít là an toàn trong thai kỳ.

~~Trong một đánh giá về tác động của thai kỳ đối với bệnh hen suyễn, việc nhập viện nhiều~~

hơn có liên quan đến việc không sử dụng corticosteroid dạng hít. Nhìn chung, tác động của thai kỳ đối với bệnh hen suyễn đã biết được cải thiện một phần ba, tệ hơn một phần ba và không thay đổi một phần ba. Hầu hết phụ nữ bị hen suyễn đều mắc bệnh nhẹ và cần được chăm sóc ban đầu trong thai kỳ. Bác sĩ đa khoa cần cung cấp thông tin chi tiết đầy đủ về mức độ nghiêm trọng của bệnh hen suyễn để các dịch vụ chăm sóc thai sản có thể đánh giá những phụ nữ cần được chăm sóc chuyên khoa (xem các điểm học tập)

Hen suyễn: các điểm cần học

- Bác sĩ gia đình phải thông báo cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ về mức độ nghiêm trọng của bệnh hen suyễn ở phụ nữ mang thai.
- Hầu hết phụ nữ mang thai bị hen suyễn có thể được chăm sóc tại cơ sở chăm sóc chính. Chỉ những phụ nữ có tình trạng kiểm soát kém dai dẳng, tiền sử nhập viện khi trưởng thành, ngừng thở hoặc dùng steroid đường uống liên tục hoặc thường xuyên mới thường cần được giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa về ngực trong thời kỳ mang thai.

Tâm thần học và lạm dụng chất gây nghiện

Các ca tử vong do nguyên nhân tâm thần được tính và thảo luận trong Chương 11. Như trong Báo cáo trước, có những trường hợp tiền sử tâm thần và tiền sử gia đình đã biết không thúc đẩy việc giới thiệu đến bác sĩ tâm thần sớm và lập kế hoạch chăm sóc để dự đoán các vấn đề sau khi sinh. Có vẻ như các bác sĩ đa khoa vẫn chưa biết rằng nguy cơ tái phát tâm thần sau sinh là khoảng 50% đối với những người có tiền sử bệnh trước đó. Nếu có kế hoạch, một số ca tử vong này có thể đã được ngăn ngừa:

Một phụ nữ mang thai có tiền sử trầm cảm sau sinh nghiêm trọng cần phải nhập viện sau lần mang thai trước và có tiền sử gia đình mắc bệnh loạn thần. Cô ấy đã dùng venlafaxine trước và trong khi mang thai. Cô ấy đã được đặt lịch chăm sóc rủi ro thấp vì nữ hộ sinh không biết tiền sử sức khỏe tâm thần của cô ấy khi đặt lịch. Trong tam cá nguyệt thứ ba, cô ấy đã được nhập viện vì trầm cảm nặng nhưng đã tự xuất viện

và không đến khám theo dõi. Sau khi sinh, nữ hộ sinh, theo chỉ dẫn, đã gọi điện cho bác sĩ tâm thần để thông báo rằng cô ấy đã sinh, nhưng không có cuộc hẹn khám theo dõi nào được sắp xếp. Cô ấy không gặp bác sĩ gia đình sau khi sinh và qua đời vì bạo lực vài tuần sau đó.

Cô ấy không nên dùng venlafaxine khi mang thai. Với tiền sử của cô ấy, cô ấy nên được giới thiệu đến bác sĩ tâm thần chu sinh ngay từ đầu thai kỳ để lập kế hoạch quản lý. Sau khi cô ấy nhập viện vì chứng trầm cảm nặng khi mang thai và sau khi sinh, bác sĩ gia đình nên liên lạc với cô ấy. Bác sĩ gia đình không liên lạc với nữ hộ sinh ở bất kỳ giai đoạn nào. Do những thay đổi về chính sách chiến lược, bác sĩ gia đình này và nữ hộ sinh không còn làm việc tại cùng một địa điểm và không chia sẻ hệ thống máy tính; đây là rào cản đối với việc giao tiếp tốt.

Trong một trường hợp khác, mặc dù có kế hoạch chăm sóc sức khỏe tâm thần sau sinh chỉ

tiết, như đã khuyến nghị trong các Báo cáo trước đó, khi người phụ nữ trở nên loạn thần, cô ấy đã được điều trị tại nhà không phù hợp thay vì được đưa vào bệnh viện như đã nêu trong kế hoạch đã thỏa thuận. Kế hoạch chăm sóc cần phải là một tài liệu thực tế, thay vì là một bài tập 'đánh dấu vào ô', nếu không thì nó không đáng để viết trên giấy.

Trong ba trường hợp khác không có dịch vụ chu sinh chuyên khoa, phụ nữ bị bệnh không được các dịch vụ tâm thần chấp nhận vì họ không đáp ứng các tiêu chí giới thiệu tại địa phương, bị dán nhãn không đúng là "lo lắng". Nếu có các dịch vụ chu sinh chuyên khoa, họ có thể nhạy cảm hơn với các triệu chứng ban đầu của chứng trầm cảm nặng hoặc rối loạn tâm thần, và kết quả có thể khác.

Phụ nữ dễ bị tổn thương có thể gây ra thách thức cho các chuyên gia y tế:

Một phụ nữ có tiền sử bạo hành gia đình và lối sống hỗn loạn đã có một người bạn đời trước đó đã chết vì dùng heroin quá liều. Không có tiền sử sử dụng ma túy cá nhân nào được ghi lại khi đặt lịch. Cô đã được cảnh sát giới thiệu đến các dịch vụ xã hội, sau khi báo cáo bị bạo hành. Cô đã đến Khoa Cấp cứu vào giữa thai kỳ sau một vụ tấn công, say rượu crack cocaine, nhưng lá thư gửi cho bác sĩ gia đình chỉ ghi lại vụ tấn công. Một số hội nghị bảo vệ đã được tổ chức; việc sử dụng ma túy sai mục đích đã được ghi lại trong tất cả các báo cáo. Em bé đã được đưa vào sổ đăng ký bảo vệ trẻ em ngay từ khi sinh ra. Bác sĩ gia đình đã bắt đầu cho cô dùng citalopram để điều trị chứng trầm cảm ngay sau khi sinh, nhưng ông đã không sắp xếp bất kỳ cuộc theo dõi nào và không thông báo cho nhân viên y tế làm việc tại một cơ sở khác. Người phụ nữ đã chết vì dùng quá liều rượu và cocaine vài tuần sau đó.

Bác sĩ gia đình đã không xem xét khả năng sử dụng ma túy sai mục đích, mặc dù có manh mối từ tiền sử. Đây là chủ đề thường gặp trong các trường hợp được xem xét, có lẽ là do phụ nữ sợ hậu quả của việc tiết lộ. Việc điều trị duy trì trong thời kỳ mang thai do nhóm cai nghiện hoặc bác sĩ đa khoa chuyên khoa thực hiện có thể làm giảm nguy cơ cho người phụ nữ và đứa con của cô ấy. Bác sĩ đa khoa không tham dự hoặc đóng góp vào các cuộc họp bảo vệ hoặc đọc các báo cáo có đề cập rõ ràng đến việc sử dụng sai mục đích ma túy. Bác sĩ đa khoa cần nhận thức được trách nhiệm của mình trong việc bảo vệ trẻ em.¹² Cuối cùng, ông đã không sắp xếp theo dõi hoặc thông báo cho nhân viên y tế khi kê đơn thuốc chống trầm cảm. Tất cả các chuyên gia y tế tham gia chăm sóc người phụ nữ này đều làm việc ở nhiều nơi khác nhau, họ không có cuộc họp hoặc cơ chế giao tiếp nào và tất cả đều quá sức. Đây là sự phản ánh của tình trạng phân mảnh trong việc chăm sóc hiện nay.

Như trong Báo cáo trước, một số trường hợp tử vong do dùng thuốc quá liều hoặc tự tử đã xảy ra vào thời điểm diễn ra hội nghị về trường hợp bảo vệ trẻ em. Trong Báo cáo này, có mười phụ nữ đã tử vong trong những trường hợp như vậy. Phụ nữ sợ những cuộc họp này và tránh các dịch vụ vì sợ rằng con mình sẽ bị đưa đi. Họ cần thêm sự hỗ trợ và giám sát trong thời điểm khó khăn này, đặc biệt là nếu đứa trẻ bị đưa đi.

Sức khỏe tâm thần: các điểm học tập

- Phụ nữ có tiền sử loạn thần có ít nhất 50% nguy cơ tái phát sau sinh. Tiền sử gia đình loạn thần cũng làm tăng nguy cơ loạn thần sau sinh. Phụ nữ mắc bệnh tâm thần nghiêm trọng và dai dẳng nên được bác sĩ gia đình giới thiệu đến nhóm sức khỏe tâm thần, tốt nhất là dịch vụ chăm sóc sau sinh, để lập kế hoạch chăm sóc ngay từ đầu thai kỳ.
- Bác sĩ gia đình cần thiết lập các kênh giao tiếp dễ dàng với nữ hộ sinh, nhân viên y tế và nhóm sức khỏe tâm thần.
- Bác sĩ gia đình nên chủ động duy trì liên lạc với những phụ nữ mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần nghiêm trọng, nhận ra rằng những phụ nữ này có thể không tự mình chủ động liên lạc.
- Bác sĩ gia đình cần nâng cao nhận thức đối với những phụ nữ có thể đang sử dụng sai thuốc.

Quản lý bệnh lý có từ trước

Trong số 64 trường hợp được xem xét trong chương này, 47 bà mẹ (73%) có các tình trạng bệnh lý có từ trước. Bao gồm động kinh, tiểu đường, béo phì và các tình trạng tâm thần cũng như các bệnh hiếm gặp. Theo định nghĩa, tất cả những phụ nữ này đều nên được chăm sóc do bác sĩ chuyên khoa chỉ đạo, mặc dù điều này có thể được chia sẻ với nữ hộ sinh và bác sĩ đa khoa.

Một khuyến nghị quan trọng trong Báo cáo gần đây nhất, cũng như trong báo cáo này, là những phụ nữ có các tình trạng bệnh lý có từ trước nên được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc trước khi thụ thai. Mặc dù các bác sĩ chuyên khoa có trách nhiệm đảm bảo điều này xảy ra, nhưng bác sĩ đa khoa mới là người đóng vai trò trung tâm trong việc phối hợp. Điều này đã xảy ra đối với các tình trạng như rối loạn lưỡng cực, nhưng có vẻ như ít có khả năng xảy ra ở các tình trạng như bệnh tự miễn hoặc bệnh tim và các tình trạng rất hiếm gặp. Một phụ nữ mắc một dạng bệnh tự miễn hiếm gặp đã mang thai và bác sĩ đa khoa của cô đã giới thiệu cô ngay lập tức đến các dịch vụ sản khoa và chăm sóc thứ cấp tại địa phương. Ông cũng đã viết thư cho trung tâm y tế cấp ba chịu trách nhiệm chăm sóc cô để yêu cầu hướng dẫn về cách quản lý trong thời kỳ mang thai. Trung tâm y tế cấp ba đã không cung cấp hướng dẫn này. Cô ấy đã phát triển các biến chứng đáng kể và có thể dự đoán được trong tam cá nguyệt thứ ba và đã tử vong do hậu quả này.

Bác sĩ đa khoa này đã cung cấp dịch vụ chăm sóc dự đoán tuyệt vời, bằng cách giới thiệu chuyên gia cùng lúc với việc giới thiệu đến bác sĩ sản khoa. Kết quả từ việc giới thiệu cấp ba phải là một kế hoạch chăm sóc có sẵn trong hồ sơ cầm tay của cô ấy, dự đoán các vấn đề lâm sàng có thể dự đoán được với lời khuyên về hành động thích hợp cần thực hiện nếu vấn đề phát sinh. Nếu người phụ nữ này được sinh ra tại trung tâm cấp ba, cô ấy có thể đã sống sót. Không ai ngoại trừ bác sĩ đa khoa xem xét khả năng này.

Bác sĩ đa khoa có thể cần giới thiệu khẩn cấp cho những phụ nữ này nếu tình trạng của họ thay đổi. Có bằng chứng cho thấy các bác sĩ tư vấn không phải lúc nào cũng đọc các lá thư hoặc thực hiện các cuộc hẹn khẩn cấp theo yêu cầu một cách phù hợp. Chọn và Đặt lịch và yêu cầu các hệ thống quản lý để giảm các giới thiệu của bác sĩ đa khoa và các hạn chế về giới thiệu giữa các bác sĩ tư vấn không được ảnh hưởng đến các giới thiệu để chăm sóc những phụ nữ này

lần nữa là một vấn đề. Thư giới thiệu của bác sĩ đa khoa không phải lúc nào cũng bao gồm các chi tiết quan trọng về tiền sử bệnh, chẳng hạn như chẩn đoán tăng huyết áp hoặc hồ sơ chính xác về mức độ nghiêm trọng của bệnh hen suyễn.

Có những trường hợp nữ hộ sinh không ghi lại tiền sử bệnh đáng kể, chẳng hạn như bệnh tâm thần nghiêm trọng hoặc tăng huyết áp, mặc dù thư giới thiệu của bác sĩ đa khoa đã nêu rõ. Thư gửi bác sĩ đa khoa đôi khi không chính xác hoặc không đầy đủ và góp phần trực tiếp vào một số trường hợp tử vong; ví dụ bao gồm việc thiếu hướng dẫn về việc theo dõi huyết áp sau khi xuất viện ở một phụ nữ bị tiền sản giật, chẩn đoán là 'phù ngoại biên nặng hơn' thay vì suy tim và hướng dẫn mơ hồ về việc bắt đầu dùng thuốc chống động kinh mà không có khuyến cáo theo dõi nồng độ trong máu.

Các chuyên gia tư vấn dường như không đọc thư giới thiệu và không phải lúc nào cũng phản hồi các yêu cầu về các cuộc hẹn khẩn cấp; có những trường hợp chậm trễ 4 tuần với tiền sử tăng huyết áp và xuất huyết dưới nhện, chậm trễ 6 tuần sau khi lên cơn động kinh khi mang thai và chậm trễ 5 tuần đối với một phụ nữ bị tiểu đường. Điều này có thể là do nhiệm vụ này hiện được giao cho nhân viên hành chính.

Trong một số trường hợp, một cuộc gọi điện thoại kèm theo một lá thư sẽ phù hợp hơn; ví dụ, trong một trường hợp sau khi một em bé tử vong do nhiễm trùng huyết, bác sĩ đa khoa có thể đã nhận thức rõ hơn về rủi ro đối với người mẹ nếu bác sĩ tư vấn đã nói chuyện trực tiếp với bác sĩ. Các cuộc gọi điện thoại giữa bác sĩ đa khoa và bác sĩ tư vấn và ngược lại dường như là một tính năng đang biến mất của dịch vụ chăm sóc sức khỏe hiện đại. Các cuộc trò chuyện diễn ra giữa bác sĩ đa khoa và nhân viên cấp dưới, những người có thể không có đủ kinh nghiệm để đưa ra lời khuyên đầy đủ. Giao tiếp qua điện thoại cần được khuyến khích theo cả hai hướng; để tạo điều kiện thuận lợi cho việc này, bác sĩ đa khoa cần phải chuẩn bị để tiếp nhận các cuộc gọi của bác sĩ tư vấn trong quá trình phẫu thuật khó khăn hơn kể từ báo cáo cuối cùng vì sự tách biệt về mặt địa lý. Trong tình huống này, các cách thức chính thức để giao tiếp và chia sẻ thông tin cần được phát triển tại địa phương.

Chia sẻ thông tin: khuyến nghị cụ thể

Bất cứ khi nào có thể, bác sĩ đa khoa nên cung cấp cho một nữ hộ sinh cộng đồng được chỉ định quyền truy cập bí mật vào hồ sơ điện tử và hồ sơ bằng văn bản đầy đủ của người phụ nữ, với sự đồng ý của người phụ nữ. Nếu không thể thực hiện được điều này, bác sĩ đa khoa nên cung cấp cho một nữ hộ sinh cộng đồng được chỉ định bản tóm tắt về tiền sử bệnh án của người phụ nữ, với sự đồng ý của người phụ nữ.

Chuyển giới thiệu: các điểm học tập

- Hãy nhớ rằng, chuyển giới thiệu không phải là điều trị.
- Nếu bạn lo lắng hoặc nghĩ rằng cần phải có phản hồi khẩn cấp, hãy gọi điện cho bác sĩ lâm sàng cao cấp.
- Luôn sao lưu fax, email hoặc cuộc gọi điện thoại bằng một lá thư viết tay (nhớ sao chép cho nữ hộ sinh).
- Bao gồm trong thư giới thiệu các chi tiết về:

Vấn đề hiện tại và lý do chuyển giới thiệu

Chi tiết về bất kỳ tiền sử bệnh nào, bao gồm tiền sử sức khỏe tâm thần, ngay cả khi không liên quan trực tiếp đến Vấn đề hiện tại

Tất cả các loại thuốc mà cô ấy hiện đang dùng hoặc đã ngừng gần đây

Các cuộc điều tra cho đến nay.

Thay đổi trong cung cấp dịch vụ

Bác sĩ gia đình hiện nay hiếm khi tham gia vào việc chăm sóc thai sản thường quy. Chỉ có ba (5%) trong số 64 phụ nữ tử vong được xem xét trong chương này được chăm sóc chung giữa nữ hộ sinh và bác sĩ gia đình. Tuy nhiên, bác sĩ gia đình thường được tham vấn trong các tình huống dẫn đến tử vong. Điều đáng lo ngại là một số bác sĩ gia đình thiếu kiến thức cơ bản về việc xác định và xử lý một số tình trạng nhất định, chẳng hạn như DVT, PE hoặc tiền sản giật. Bác sĩ gia đình là chuyên gia trong việc giải quyết tình trạng không chắc chắn, đặc biệt là các vấn đề phức tạp. Họ cũng là 'chuyên gia' về các tình trạng như nhiễm trùng đường hô hấp trên và hen suyễn và nên cung cấp dịch vụ chăm sóc này trong thai kỳ. Việc tách biệt giữa chăm sóc thai sản thường quy và chăm sóc ban đầu thường quy có thể dẫn đến việc bác sĩ gia đình trong sản khoa mất kỹ năng và khiến các bà mẹ gặp nguy hiểm.

Ngoài ra, các nữ hộ sinh ngày càng làm việc từ các cơ sở khác, chẳng hạn như Trung tâm trẻ em. Điều này khiến việc duy trì giao tiếp tốt trở nên khó khăn hơn. Có những ví dụ về việc này ảnh hưởng đến việc chăm sóc những phụ nữ đã tử vong: ví dụ, một phụ nữ đã không tiết lộ tiền sử trầm cảm nặng với nữ hộ sinh của mình. Các nữ hộ sinh tại các Trung tâm Nhi khoa không được tiếp cận hồ sơ máy tính của bác sĩ gia đình, hồ sơ này cung cấp thông tin chi tiết về tiền sử bệnh lý có liên quan, các lần khám gần đây và kết quả. Trong Báo cáo gần đây nhất, chúng tôi khuyến nghị rằng 'Bất cứ khi nào có thể, bác sĩ gia đình nên cho một nữ hộ sinh cộng đồng được chỉ định quyền tiếp cận bí mật vào hồ sơ điện tử và hồ sơ viết đầy đủ của người phụ nữ' (tốt nhất là có sự đồng ý của người phụ nữ). Khuyến nghị này nên được chấp thuận, nhưng chúng ta cần thừa nhận rằng điều này đã trở thành

Tác động của cái chết của bà mẹ

Đối phó với cái chết của bà mẹ là một trong những tình huống khó khăn và đau buồn nhất mà bất kỳ nhân viên y tế nào, bao gồm cả bác sĩ đa khoa, có thể phải đối mặt trong suốt cuộc đời làm nghề. Có thể có cảm giác tội lỗi tội đồ, sợ gia đình tức giận và lo lắng về việc bị đổ lỗi từ các cuộc điều tra hoặc kiện tụng bên ngoài. Đôi khi những nỗi sợ này trở thành sự thật.

Thực hành tốt (và được khuyến khích bởi Khung chất lượng và kết quả) là tiến hành kiểm toán sự kiện quan trọng trong phòng khám sau cái chết của bà mẹ; một ví dụ được tìm thấy trong số các đoạn phim ngắn về VTE. Nhưng cũng có những ví dụ mà bác sĩ đa khoa bị đổ lỗi trong các cuộc điều tra của Trust, đôi khi có lý do chính đáng. Điều này không nên xảy ra trừ khi bác sĩ đa khoa được mời tham gia và tham dự. Khi một bác sĩ đa khoa cung cấp dịch vụ chăm sóc mẫu mực tham gia vào cuộc điều tra của Trust, điều đó sẽ tạo nên sự hiểu biết. Ví dụ:

Một phụ nữ được cho là mắc chứng rối loạn tâm thần sau sinh đã chết trong hoàn cảnh bạo lực vài ngày sau khi sinh. Không có yếu tố rủi ro rõ ràng nào và việc chăm sóc của cô ấy rất tuyệt vời. Sau khi bà mất, chồng và gia đình bà đã được chăm sóc chu đáo, với sự giao tiếp

hiệu quả giữa bác sĩ đa khoa và nữ hộ sinh. Bác sĩ đa khoa được mời tham dự cuộc họp đánh giá sự cố nghiêm trọng không mong muốn. Tất cả các bên đều hoan nghênh cơ hội được suy ngẫm về cái chết và đảm bảo rằng các con đường giao tiếp và hỗ trợ đều có sẵn cho tất cả các chuyên gia.

Sau khi một bà mẹ tử vong, một bác sĩ đa khoa sẽ được tiếp cận để cung cấp thông tin bí mật cho Cuộc điều tra. Họ được yêu cầu cung cấp một bản trích xuất hồ sơ lâm sàng, kết quả từ một cuộc họp về sự kiện quan trọng và một số suy ngẫm cá nhân về việc học của họ. Trong 34 trường hợp, bác sĩ đa khoa đã cung cấp thông tin đầy đủ, nhưng trong 15 trường hợp, thông tin là rất ít và trong 15 trường hợp thì không có thông tin gì. Điều này có vẻ không đầy đủ. Thực hành y khoa tốt cho bác sĩ đa khoa nêu rõ rằng một bác sĩ đa khoa mẫu mực sẽ 'hợp tác với bất kỳ cuộc điều tra nào phát sinh từ khiếu nại và khi thích hợp sẽ thúc đẩy các thay đổi để ngăn ngừa bất kỳ sự tái diễn nào'.

Quản lý tử vong ở bà mẹ trong thực hành chung: các điểm cần học

- Tử vong ở bà mẹ luôn phải được coi là một sự kiện quan trọng trong thực hành.
- Bác sĩ đa khoa phải tham gia đầy đủ vào bất kỳ cuộc điều tra nào của Trust về tử vong ở bà mẹ.
- Bác sĩ đa khoa phải chuyên cho Cuộc điều tra một bản sao đầy đủ ẩn danh về hồ sơ mang thai của người phụ nữ, bất kỳ tiền sử bệnh lý có liên quan nào, kết quả phân tích sự kiện quan trọng đối với bất kỳ trường hợp tử vong ở bà mẹ nào và bất kỳ phản ánh nào khác về cái chết.

Kết luận

Bác sĩ đa khoa vẫn là một phần quan trọng trong nhóm chăm sóc phụ nữ mang thai. Báo cáo này tập trung vào những tình huống bi thảm khi phụ nữ tử vong. Có nhiều tình huống tử vong là không thể tránh khỏi và bác sĩ đa khoa đã cung cấp dịch vụ chăm sóc và hỗ trợ mẫu mực. Hầu hết bác sĩ đa khoa đều cam kết cung cấp dịch vụ chăm sóc tuyệt vời; họ là chuyên gia trong việc quản lý sự không chắc chắn trong y học. Tuy nhiên, cũng có những trường hợp được nêu trong chương này mà dịch vụ chăm sóc không tốt và có mối lo ngại thực sự rằng bác sĩ đa khoa đang trở nên thiếu kỹ năng trong chăm sóc sản khoa. Bác sĩ đa khoa cần chứng minh rằng họ có năng lực trong việc chăm sóc sản khoa bằng cách cập nhật kiến thức và kỹ năng của mình để xử lý các tình huống khẩn cấp mà họ có thể phải đối mặt.

References

- 1 Royal College of Obstetrics and Gynaecology. *Reducing the Risk of Thrombosis and Embolism During Pregnancy and the Puerperium Guideline No37*. London: RCOG Press, 2009 [www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/reducing-risk-of-thrombosis-greentop37]. Accessed 9 October 2010.
- 2 APEC. *Pre-Eclampsia Community Guideline (PRECOG guideline)*. London: APEC, 2004 [www.apec.org.uk/pdf/guidelinepublishedvers04.pdf]. Accessed 9 October 2010.
- 3 British Thoracic Society/Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *British Guideline on the Management of Asthma*. London: BTS, 2009.
- 4 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Antenatal and Postnatal Mental Health. Clinical Management and Service Guidance*. National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 45. London: NICE, 2007 [guidance.nice.org.uk/CG45/nice-guidance/pdf/English]. Accessed 9 October 2010.
- 5 Centre for Maternal and Child Enquiries and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *CMACE/RCOG Joint Guideline: Management of Women with Obesity in Pregnancy*. London: CMACE/RCOG, 2010.
- 6 Royal College of General Practitioners. *Good Medical Practice for General Practitioners*. London: RCGP, 2008 [www.rcgp.org.uk/PDF/PDS_Good_Medical_Practice_for_GPs_July_2008.pdf]. Accessed 9 October 2010.
- 7 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Hypertension in Pregnancy: the Management of Hypertensive Disorders During Pregnancy*. National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline 107. London: RCOG, August 2010 [guidance.nice.org.uk/CG107/]. Accessed 5 October 2010.
- 8 Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hickner JM, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. *Ann Intern Med* 2001;134:509–17.
- 9 Guidelines and Audit Implementation Network. Guidelines on the treatment, management and prevention of mastitis. 2009 [www.gain-ni.org/Library/Guidelines/GAIN%20Mastitis%20Guidelines.pdf]. Accessed 9 October 2010.
- 10 Murphy VE, Smith R, Giles WB, Clifton VL. Asthma during pregnancy: mechanisms and treatment implications. *Eur Respir J* 2005; 25:731–50.
- 11 Oates M. *Saving Mother's Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer – 2003–2005. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom* edited by Lewis G. London: CEMACH, 2007 [www.cmace.org.uk]. Accessed 9 October 2010.
- 12 Royal College of General Practitioners. *Safeguarding Children and Young People: a Toolkit for General Practice*. London: RCGP, 2009 [www.rcgp.org.uk/clinical_and_research/circ/safeguarding_children_toolkit.aspx]. Accessed 9 October 2010.

9 October 2010.

¹³ Lewis G. *Saving Mother's Lives: Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer – 2003–2005. The Seventh Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom*. London: CEMACH, 2007 [www.cmace.org.uk]. Accessed 9 October 2010.

Phạm Đình Quyết

Chương 15. Y học cấp cứu

D Hulbert (thay mặt cho Trung tâm Hỏi đáp về Sản phụ và Trẻ em)

Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Southampton, Southampton, Vương quốc Anh

Liên hệ: Tiến sĩ Diana Hulbert, Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Đa khoa Southampton, Tầng C, Cánh Đông, Mailpoint 56, Southampton SO16 6YD, Vương quốc Anh. Email: diana.hulbert@suht.swest.nhs.uk

Từ khóa Yêu cầu bảo mật, y học cấp cứu, sản khoa, tử vong.

Khoa Cấp cứu: khuyến nghị cụ thể

- Các bác sĩ lâm sàng về y học cấp cứu cần được đào tạo về việc xác định và xử trí những phụ nữ mang thai hoặc mới sinh bị bệnh nặng, đặc biệt là những người có biểu hiện bất thường. Họ cần có khả năng nhận biết các trường hợp cấp cứu sản khoa và hiểu được những khác biệt về mặt sinh lý ở phụ nữ mang thai và cách những khác biệt này tương tác với các quá trình bệnh. Họ cần có đầy đủ kiến thức về các khía cạnh sản khoa của y học cấp cứu.

- Các bác sĩ lâm sàng về y học cấp cứu cần nhận biết các dấu hiệu và triệu chứng của các tình trạng sản khoa phổ biến hơn có thể bị nhầm lẫn với các nguyên nhân khác. Những thông điệp này có trong phần Quay lại những điều cơ bản của Báo cáo này. Các triệu chứng sau đây là những đặc điểm quan trọng biểu hiện của bệnh có khả năng nghiêm trọng ở phụ nữ mang thai và sau sinh:

Sốt

Khó thở

Đau đầu

Tiêu chảy

Nôn

Đau vùng thượng vị

Đau ngực

Protein niệu

Tăng huyết áp

Đau bụng

Nhịp tim nhanh

- Cần tiến hành xét nghiệm thai kỳ ở những phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ đến Khoa Cấp cứu (ED) với các triệu chứng không rõ nguyên nhân có thể là kết quả của bệnh liên quan đến thai kỳ, bao gồm các triệu chứng đường tiêu hóa. Kết quả phải được thông báo cho phụ nữ và xử lý nếu cần thiết.

- Những phụ nữ thường xuyên đến ED nên được bác sĩ lâm sàng cao cấp khám.

- Cần gửi tóm tắt xuất viện cho bác sĩ đa khoa của phụ nữ sau mỗi lần đến ED và cần nêu bật các vấn đề cụ thể. Những vấn đề này bao gồm những phụ nữ đến nhiều lần vì những khiếu nại nhỏ, có thể chỉ ra tình trạng bạo lực gia đình.

- Cần viết ghi chú thai sản cầm tay của phụ nữ sau mỗi lần đến ED bất cứ khi nào có thể.

- Thiết bị và thuốc được sử dụng trong ED phải quen thuộc với tất cả những người sử dụng, phải được cập nhật và phù hợp với mục đích.

Giới thiệu

Đây là Báo cáo thứ hai có chương tóm tắt được viết riêng cho các bác sĩ lâm sàng về y học cấp cứu. Một lần nữa, một chuyên gia tư vấn về y học cấp cứu đã xem xét các ca tử vong liên quan đến sản phụ có liên quan đến Khoa Cấp cứu (ED) và từ đó có thể rút ra bài học. Mặc dù các khuyến nghị và điểm học tập cụ thể trong chương này dành cho các bác sĩ lâm sàng về y học cấp cứu, nhưng tất cả các khuyến nghị chính, hầu hết các điểm học tập trong các chương khác và bản tóm tắt mới về các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng phổ biến có thể bị bỏ qua là dấu hiệu của bệnh lý nghiêm trọng ở bà mẹ. Quay lại những điều cơ bản, cũng liên quan đến các bác sĩ lâm sàng hành nghề y học cấp cứu. Chương này cũng xác nhận các khuyến nghị trong Báo cáo trước đó.

Mặc dù trong nhiều trường hợp, việc chăm sóc cho phụ nữ mang thai hoặc mới sinh con bị bệnh do các nhân viên trong khoa Cấp cứu thực hiện có chất lượng cao, nhưng vẫn còn nhiều vấn đề đáng lo ngại. Đặc biệt, những vấn đề này bao gồm việc nhận biết mức độ nghiêm trọng của bệnh và việc quản lý những phụ nữ đến một hoặc nhiều khoa Cấp cứu trong nhiều lần.

Bối cảnh

Dịch vụ y khoa cấp cứu

Dịch vụ chăm sóc khẩn cấp và cấp cứu tại Vương quốc Anh hiện đang được cung cấp bởi dịch vụ chăm sóc chính, khoa cấp cứu, khoa chấn thương nhẹ, trung tâm chăm sóc khẩn cấp, trung tâm không cần hẹn trước và phòng khám đa khoa. Việc nhân rộng các điểm tiếp cận dịch vụ này có xu hướng gây nhầm lẫn cho bệnh nhân. Phần lớn bệnh nhân đến khoa cấp cứu và khoa chăm sóc chính để được chăm sóc cấp cứu. Ngoài giờ làm việc và vào cuối tuần, khoa cấp cứu mở cửa và có nhân viên phục vụ 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, trong khi các loại dịch vụ khác có xu hướng mở cửa vào nhiều giờ và ngày khác nhau trong tuần và không nhất quán. Do đó, thông tin tại địa phương về các dịch vụ, giờ mở cửa và những gì mỗi dịch vụ có thể cung cấp cần phải được cung cấp rộng rãi. Trong tương lai, rất có thể một điểm tiếp cận duy nhất sẽ là mô hình phù hợp nhất cho bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng.

Trong giai đoạn của Báo cáo này, 2006–08, tại Anh, tiêu chuẩn hoạt động chăm sóc cấp cứu 4 giờ nêu rõ rằng 98% bệnh nhân phải được nhập viện, chuyển viện hoặc xuất viện trong vòng 4 giờ sau khi đến khoa Cấp cứu. Điều này gây áp lực rất lớn lên các khoa vốn đã bận rộn, nhưng điều quan trọng là sự an toàn không bị ảnh hưởng bởi nhu cầu đưa bệnh nhân qua hệ thống để đáp ứng tiêu chuẩn hoạt động. Mặc dù có vẻ như việc chăm sóc bệnh nhân có khả năng không đạt được mục tiêu hoạt động, nhưng họ phải được điều trị kịp thời và phù hợp, đồng thời được chuyển đến đúng khoa, thay vì xuất viện quá sớm hoặc chuyển nhầm khoa chỉ để đánh dấu vào ô. May mắn thay, điều này không áp dụng cho nhiều phụ nữ trong Báo cáo này. Vào tháng 4 năm 2010, Chỉ số chất lượng lâm sàng A & E đã có hiệu lực

Các đơn vị đánh giá thai kỳ sớm

Một số bệnh viện hiện có các đơn vị đánh giá thai kỳ sớm (EPAU) chuyên dụng, có thể đánh giá các vấn đề tiềm ẩn trong giai đoạn đầu thai kỳ, chẳng hạn như chảy máu, vốn trước đây do nhân viên khoa Cấp cứu thực hiện. Tuy nhiên, EPAU hiếm khi hoạt động 24 giờ một ngày và điều cực kỳ quan trọng là những phụ nữ có vấn đề phải biết phải đến đâu và khi nào, để họ không đến nhầm nơi vào nhầm thời điểm vì nhầm lẫn. Điều này đặc biệt đúng nếu các EPAU tiếp nhận những phụ nữ có thể tự giới thiệu đã đóng cửa. Cần phải có thông tin rõ ràng cho tất cả phụ nữ về các dịch vụ thay thế có sẵn cho họ nếu đơn vị đóng cửa. Những thông tin này phải phù hợp với các giao thức giữa các đơn vị bệnh viện, khoa Cấp cứu và EPAU, cho phép chuyển nhanh bất kỳ phụ nữ nào đến nơi phù hợp nhất để được chăm sóc. Một vấn đề khác là nhiều khoa Cấp cứu không tiếp nhận những phụ nữ bị đau hoặc chảy máu trong giai đoạn đầu thai kỳ, do đó, nhóm phụ nữ này và những bài học mà họ có thể cung cấp đã bị nhiều bác sĩ lâm sàng bỏ qua. Một dịch vụ chăm sóc thai kỳ sớm hoạt động 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần và cung cấp dịch vụ đồng nhất và chất lượng cao cho phụ nữ là rất quan trọng.

Xe cứu thương và nhân viên y tế: y học trước bệnh viện Khi một phụ nữ mang thai hoặc mới sinh con đột quy trong cộng đồng và có người gọi 115, xe cứu thương sẽ có mục tiêu thời gian điều động cụ thể tùy thuộc vào loại cuộc gọi. Xe cứu thương sẽ có ít nhất một nhân viên y tế và có thể là một kỹ thuật viên xe cứu thương. Ngoài ra, ở một số vùng của Vương quốc Anh, xe phản ứng nhanh có thể được triển khai để chở theo nhân viên y tế và hiện nay cũng có một số dịch vụ cung cấp trực thăng phản ứng đầu tiên, có hoặc không có bác sĩ trên máy bay. Một xu hướng đang phát triển khác là việc tuyển dụng các Bác sĩ Chăm sóc Cấp cứu—thường là nhân viên y tế có các kỹ năng lâm sàng mở rộng. Những nhân viên này làm việc độc lập và có thể giữ bệnh nhân ở nhà bằng cách tuân theo một số quy trình nhất định. Đào tạo cho các bác sĩ về y học 'trước bệnh viện' đang trở nên chính thức hơn và hiện nay có một Khoa Y học trước bệnh viện do Cao đẳng Y học Cấp cứu phối hợp với Cao đẳng Phẫu thuật Hoàng gia Edinburgh và các Cao đẳng Hoàng gia khác thành lập. Nhóm hỗ trợ sự sống nâng cao đã thành lập Khóa đào tạo cấp cứu sản khoa trước khi nhập viện (POET), một khóa đào tạo đã được triển khai rộng rãi ở Vương quốc Anh và cũng đang được áp dụng thành công ở nước ngoài.

Tóm tắt các phát hiện chính trong giai đoạn 2006–08

Các nguyên nhân tử vong chính đối với phụ nữ mang thai hoặc mới sinh con đã tử vong và tiếp xúc với khoa Cấp cứu trong ba năm này là huyết khối tắc mạch, tiền sản giật, thai ngoài tử cung và bệnh tim. Nhiều phụ nữ trong số này đã được chăm sóc tuyệt vời và nhanh chóng chuyển từ khoa Cấp cứu đến các chuyên khoa khác.

Hai mươi bảy phụ nữ đã tử vong tại khoa Cấp cứu hoặc ngay sau khi chuyển đến một khoa chăm sóc đặc biệt khác, phần lớn trong số họ đã bị ngừng tim trước khi đến. Một số ít còn lại bị ngừng tim tại khoa Cấp cứu. Đối với tất cả phụ nữ, đã tiến hành hồi sức tim phổi.

Sau đó, mười phụ nữ được chuyển đến các khoa chăm sóc đặc biệt khác sau khi hồi sức ban đầu thành công, nhưng đối với 17 phụ nữ còn lại, hồi sức đã bị ngừng lại khi họ vẫn còn ở khoa Cấp cứu. Nhìn chung, các hướng dẫn hồi sức đã được tuân thủ hiệu quả, mặc dù kết quả từ các ca ngừng tim trước khi nhập viện đều kém. Không còn nghi ngờ gì nữa, việc cố gắng hồi sức cho một phụ nữ mang thai, có hoặc không có ca mổ lấy thai liên quan, là điều vô cùng đau khổ đối với tất cả các nhân viên liên quan, một phần vì điều đó rất hiếm khi xảy ra. Điều quan trọng là phải có sự hỗ trợ và phản hồi để cho phép học hỏi và suy ngẫm.

Tất cả 17 phụ nữ tử vong tại khoa Cấp cứu cũng đã trải qua ca mổ lấy thai quanh tử thi. Hầu hết đã được hồi sức tim phổi khi đến nơi, và cơ hội sống sót của chính họ hoặc em bé của họ đã rất thấp. Tuy nhiên, trong số các ca mổ lấy thai quanh tử thi, có một ca sinh sống, năm ca tử vong sơ sinh sớm và những ca còn lại là thai chết lưu. Tuổi thai dao động từ 20 đến 39 tuần. Như đã trình bày trong Chương 1 của Báo cáo này, không có em bé nào trong ba năm này sống sót sau ca mổ lấy thai quanh tử thi được thực hiện ở tuần thai thứ 28 hoặc ít hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ sống sót tăng lên theo độ trưởng thành của thai kỳ và 47% trẻ sơ sinh được sinh ra theo cách này ở tuần thai thứ 36 trở lên đã sống sót trong ba năm này. Tuy nhiên, tất cả trừ một trường hợp đều bị ngất xỉu trong khi người mẹ đã được đưa vào bệnh viện.

Sự chăm sóc mà phụ nữ nhận được

Tất cả phụ nữ được chuyển từ khoa Cấp cứu sau khi nhập viện cấp cứu đều được tiếp xúc với các nhóm chăm sóc đặc biệt hoặc bác sĩ đa khoa, ngoài bác sĩ sản khoa. Nhìn chung, sự chăm sóc mà họ nhận được tại khoa Cấp cứu đạt tiêu chuẩn cao; tuy nhiên, vẫn có một số chủ đề chung về mặt lâm sàng và tổ chức.

Thực hành lâm sàng

Một trong những kỹ năng quan trọng nhất của bác sĩ lâm sàng y học cấp cứu là khả năng nhận biết phụ nữ bị bệnh ở giai đoạn đầu, vì khi phụ nữ ở trong tình trạng nguy kịch, cơ hội sống sót của họ sẽ thấp hơn nhiều. Đây là kỹ năng được dạy nhiều lần cho các bác sĩ đang được đào tạo về y học cấp cứu, cho dù họ đang trong thời gian luân phiên Chăm sóc Cấp tính Chung với tư cách là bác sĩ mới vào nghề hay đang trong quá trình đào tạo chuyên khoa cao hơn với tư cách là bác sĩ đăng ký. Các kỹ năng cơ bản trong việc ghi chép bệnh sử, khám và sử dụng đúng các xét nghiệm đặc biệt là nền tảng để nhận biết phụ nữ bị bệnh. Ngoài ra, việc quản lý những phụ nữ này nên dựa trên các quan sát thường xuyên, điểm cảnh báo sản khoa sớm được điều chỉnh (ví dụ: MEOWS) và quan trọng nhất là khả năng xử lý các bất thường trong các thông số cơ bản như nhịp tim, nhịp thở, Điểm hôn mê Glasgow, nhiệt độ và lượng máu mao mạch đồ đầy. Các thông số như huyết áp có thể gây hiểu lầm và luôn phải được xem xét trong bối cảnh.

Thuyên tắc huyết khối

Ở cả phụ nữ mang thai và không mang thai, việc chẩn đoán thuyên tắc phổi vẫn còn nhiều thách thức. Các xét nghiệm bổ sung như đo D-dimer có thể giúp ích trong một số trường

hợp nhất định. Điều quan trọng là không nên quá chú trọng vào các thăm khám của chuyên gia khi yếu tố kích hoạt để chẩn đoán thuyên tắc phổi về cơ bản là yếu tố lâm sàng. Khó thở là triệu chứng biểu hiện rất quan trọng, như cũng đã thảo luận trong phần Quay lại những điều cơ bản của Báo cáo này. Khó thở đáng kể khởi phát đột ngột ở phụ nữ mang thai, đặc biệt là khi có nhịp tim nhanh, bắt buộc phải chẩn đoán thuyên tắc phổi phải nằm trong chẩn đoán phân biệt và loại trừ.

Khi thuyên tắc phổi là một phần của chẩn đoán phân biệt, cần phải chuyển gấp đến bác sĩ và bác sĩ sản khoa. Tương tự như vậy, cũng phải chuyển gấp nếu có tình trạng khó thở đáng kể. Điều cực kỳ quan trọng là bất kỳ phương pháp điều trị nào cũng phải tính đến hoàn cảnh cá nhân của phụ nữ. Ví dụ

Một phụ nữ mắc chứng rối loạn tâm thần và các vấn đề xã hội có tiền sử gia đình bị huyết khối tắc mạch. Sau khi sinh, cô ấy được xuất viện về nhà với "thuốc Clexane tự tiêm" nhưng không có kỹ năng để tự tiêm những mũi này. Bốn tuần sau khi sinh, cô ấy đến khoa cấp cứu vì đau bắp chân và khó thở. Cô ấy được tiêm heparin trọng lượng phân tử thấp và được yêu cầu quay lại vào ngày hôm sau. Cô ấy đã không làm như vậy và 2 tuần sau quay lại với tiền sử đau màng phổi, bị khó thở nghiêm trọng và tử vong

Tiền sản giật

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch: điểm cần học

Các triệu chứng của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch bao gồm: khó thở, nhịp tim nhanh và đau chân, và nên cân nhắc chuyển đến khoa sản sớm.

Phụ nữ hiếm khi đến khoa cấp cứu vì tiền sản giật, do đó có thể khó nhận biết. Về cơ bản, bất kỳ phụ nữ mang thai nào bị đau đầu hoặc đau bụng (đặc biệt là đau thượng vị) đều phải ghi lại huyết áp và xét nghiệm nước tiểu để tìm protein. Huyết áp tăng hoặc protein niệu bắt buộc phải chuyển đến bác sĩ sản khoa, cũng như phát hiện chức năng gan bất thường hoặc xét nghiệm huyết học. Sau khi được chẩn đoán, cần phải cân bằng dịch cẩn thận và sử dụng thuốc chống tăng huyết áp một cách thận trọng.

Tất cả phụ nữ mang thai bị tiền sản giật và huyết áp tâm thu từ 150–160 mmHg trở lên đều cần điều trị chống tăng huyết áp theo hướng dẫn gần đây của Viện Sức khỏe và Sự xuất sắc lâm sàng quốc gia (NICE). Nếu tăng huyết áp tâm thu rất nghiêm trọng (ví dụ: 160 mmHg trở lên), cần phải điều trị khẩn cấp. Cũng nên cân nhắc bắt đầu điều trị ở mức huyết áp thấp hơn nếu tình trạng lâm sàng chung cho thấy tình trạng xấu đi nhanh chóng hoặc có thể dự đoán được sự phát triển của tăng huyết áp nặng. Huyết áp tâm thu mục tiêu sau khi điều trị là 150 mmHg.

Tiền sản giật/sản giật: những điểm cần lưu ý

- Khuyến cáo nên chuyển khoa sản nếu có bất kỳ dấu hiệu nào sau đây:
 - Tăng huyết áp
 - Protein niệu
 - Đau vùng thượng vị
 - Nôn.

Thai ngoài tử cung

Khi có bộ ba triệu chứng cổ điển (đau bụng, chảy máu âm đạo và ngất xỉu), thai ngoài tử cung vẫn có thể khó chẩn đoán. Nguyên nhân chủ yếu là do các triệu chứng này có thể do các tình trạng ít nghiêm trọng khác gây ra, bao gồm cả thai kỳ. Hơn nữa, như đã nhiều lần nhấn mạnh trong các báo cáo trước đây của Enquiry, thai ngoài tử cung thường biểu hiện các triệu chứng không đặc hiệu như tiêu chảy. Nếu thai ngoài tử cung không nằm trong danh sách chẩn đoán phân biệt, thì có thể dễ dàng bị bỏ qua. Ví dụ: Một phụ nữ được bác sĩ đa khoa chuyển đến bệnh viện vì bị tiêu chảy, nôn mửa và đau bụng, nghi ngờ viêm dạ dày ruột. Giá trị hemoglobin của cô là 10,9 g/dl với nhịp tim nhanh khi nhập viện, nhưng không tiến hành xét nghiệm thai kỳ. Sau đó, cô được một số bác sĩ bệnh viện tuyến dưới khám và trong vài giờ sau đó, cô đã được truyền dịch tĩnh mạch vài lít với lượng nước tiểu dưới 500 ml và lượng hemoglobin giảm nghiêm trọng. Cô đã tử vong trước khi được chẩn đoán. Khi khám nghiệm tử thi, khoang bụng của cô chứa khoảng chín lít dịch có máu và cục máu đông, cùng với tình trạng vỡ vòi trứng.

Ngoài các triệu chứng kinh điển của chảy máu âm đạo, đau bụng và vô kinh, tiêu chảy, nôn mửa và ngất xỉu đều phải được coi trọng để xem xét thai ngoài tử cung như một phần của chẩn đoán phân biệt. Siêu âm hiện là một phần của chương trình giảng dạy dành cho các học viên chuyên khoa cao cấp về Y học cấp cứu. Tuy nhiên, đây là siêu âm đánh giá tập trung chấn thương (FAST), chỉ đơn giản là phát hiện dịch tự do trong bụng, chứ không phải siêu âm bụng chuyên khoa hoặc thậm chí là siêu âm qua ngã âm đạo, chỉ nên được thực hiện bởi bác sĩ lâm sàng có chuyên môn về kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh này.

Phụ nữ có các triệu chứng liên quan đến thai ngoài tử cung đôi khi không biết tình trạng mang thai của mình, và cần phải ước tính nồng độ b-human chori-onic gonadotropin trong nước tiểu và huyết thanh. Nhiều khoa bao gồm xét nghiệm thai kỳ cho tất cả phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có các triệu chứng bụng và các triệu chứng không đặc hiệu khác. Chương Tử vong khi mang thai sớm của Báo cáo này, Chương 6, cũng gợi ý rằng tất cả phụ nữ có các triệu chứng đường tiêu hóa nên được xét nghiệm. Mặc dù điều này có thể dẫn đến nhiều kết quả âm tính, nhưng nó cũng có thể tiết lộ các kết quả dương tính trước đó chưa biết. Trong một số trường hợp trong ba năm này, những phụ nữ cực kỳ trẻ và lớn tuổi hơn nhiều đã không được xét nghiệm và kết quả là thai kỳ của họ đã bị bỏ sót. Trong một số trường hợp khác,

những phụ nữ này không được thông báo về kết quả xét nghiệm thai kỳ của mình, điều này có thể góp phần vào kết cục tử vong của họ. Cũng có những trường hợp phụ nữ không biết rằng mình đã mang thai mặc dù thông tin này đã được nhập vào ghi chú. Điều cực kỳ quan trọng là, sau khi xét nghiệm thai kỳ cho kết quả dương tính, hành động sẽ có hiệu lực:

Một bé gái rất trẻ có tiền sử xã hội phức tạp đã không khỏe trong khoảng một năm với tình trạng nôn mửa và sụt cân nghiêm trọng. Các triệu chứng của cô bé được cho là do rối loạn ăn uống, mặc dù cô bé có vẻ như không được chuyển đến khoa chăm sóc tâm thần. Vào giai đoạn đầu của bệnh, cô bé đã đến khoa cấp cứu địa phương với tiền sử nôn mửa, đau bụng và kinh nguyệt không đều. Kết quả xét nghiệm thai dương tính của cô bé tại khoa cấp cứu đã bị bỏ qua và không được theo dõi. Trong những tháng tiếp theo, cô bé liên tục quay lại khoa cấp cứu với các triệu chứng tương tự, nhưng không được xét nghiệm thai thêm nữa, có lẽ là do tuổi tác của cô bé. Các triệu chứng của cô bé được cho là do rối loạn ăn uống hoặc viêm dạ dày. Gần một năm sau khi xét nghiệm thai dương tính, cô bé đã được đưa vào viện và tử vong vì tai biến mạch máu não do ung thư biểu mô màng đệm lan tỏa

Thai ngoài tử cung: các điểm cần học

Ngoài các triệu chứng kinh điển là chảy máu âm đạo, đau bụng và vô kinh, các triệu chứng tiêu chảy, nôn mửa và ngất xỉu đều phải được coi trọng để chẩn đoán thai ngoài tử cung như một phần của chẩn đoán phân biệt. Những đặc điểm này cần được nhấn mạnh với tất cả nhân viên lâm sàng.

Tất cả các xét nghiệm thai dương tính được thực hiện tại khoa Cấp cứu đều phải được bác sĩ lâm sàng có liên quan theo dõi và xử lý.

Bệnh tim mạch, phổi

Chẩn đoán viêm phổi khi mang thai cũng có thể là một thách thức, vì một lần nữa, tình trạng khó thở thường bị hiểu nhầm là trạng thái bình thường khi mang thai.

Nhịp tim nhanh xuất hiện ở cả viêm phổi và các dạng nhiễm trùng huyết khác và có thể bị bỏ qua khi các thông số khác ổn định. Nhịp tim nhanh đặc biệt có liên quan trong y học cấp cứu và không bao giờ được phép tồn tại khi không có chẩn đoán.

Phụ nữ mang thai nhưng có chẩn đoán hen suyễn đồng thời nên được theo dõi cẩn thận, vì tình trạng khó thở và thở khò khè thường được cho là do hen suyễn nhẹ trong khi trên thực tế, các triệu chứng này có thể là dấu hiệu báo trước của hen suyễn vừa và nặng. Trong ba năm này, thở khò khè cũng là triệu chứng của một số phụ nữ bị phù phổi, nhưng đã bị bỏ qua vì thở khò khè bị cho là do hen suyễn. Đây là một điểm học tập quan trọng trong Chương 9. Khuyến cáo nên chuyển đến bác sĩ sản khoa sớm đối với các triệu chứng thở khò khè và khó thở không rõ nguyên nhân.

Một phụ nữ hút thuốc đã đến khoa Cấp cứu với tình trạng đau ngực và khó thở vài tuần sau khi sinh. Hội chứng mạch vành cấp tính không được xem xét trong chẩn đoán

phân biệt, có thể là do điện tâm đồ (ECG) bình thường, tuổi của cô ấy và mức độ đau. Điện tâm đồ và Troponin nối tiếp không được yêu cầu và mặc dù chẩn đoán ban đầu là thuyên tắc phổi, nhưng cũng không thực hiện quét V/Q. Cô ấy đã được xuất viện khỏi Đơn vị Quyết định Lâm sàng và qua đời ngay sau đó.

Bệnh tim phổi mạch: điểm cần học

Khò khè cũng có thể có nghĩa là bệnh tim.

Nhìn chung, giống như tất cả những phụ nữ khác, không nên bỏ qua những phát hiện bất thường về thể chất ở phụ nữ mang thai hoặc mới sinh. Phải tìm ra nguyên nhân và nguồn gốc để giải thích tất cả những điều này trước khi xuất viện khỏi khoa Cấp cứu.

Bạo lực gia đình

Khoa Cấp cứu là một khoa lâm sàng nơi nhiều phụ nữ đến khám vì đã từng bị bạo lực gia đình. Việc tái khám nhiều lần với những tình trạng có vẻ tầm thường nên gây nghi ngờ, cũng như tiền sử không nhất quán hoặc thay đổi. Chủ đề này, bao gồm cả việc sử dụng câu hỏi mở, được thảo luận trong Phụ lục của Chương 12 của Báo cáo này.

Tất cả các bác sĩ lâm sàng, đặc biệt là những người làm việc tại khoa Cấp cứu, phải được đào tạo để nhận biết tình trạng bạo lực gia đình chưa được tiết lộ và hiểu cách đề nghị giúp đỡ người phụ nữ nếu cô ấy không được nhập viện. Họ cũng nên đánh giá cao nguy cơ bạo lực gia đình gia tăng đối với phụ nữ mang thai và mới sinh.

Bạo hành gia đình: điểm học tập

Phụ nữ có nguy cơ bị bạo hành gia đình cao hơn khi mang thai.

Phụ nữ thường xuyên đến khoa cấp cứu với những vết thương nhỏ hoặc những phần nân có vẻ tầm thường nên được thảo luận với bác sĩ gia đình và nữ hộ sinh vì đây là những dấu hiệu điển hình của bạo hành gia đình.

Đào tạo

Người ta ngày càng nhận ra rằng trong chăm sóc thứ cấp có nhiều chuyên khoa phụ. Các bác sĩ đa khoa thực thụ của bệnh viện là các bác sĩ lâm sàng về y học cấp cứu. Thật là một thách thức lớn khi đưa việc giảng dạy về tất cả các khiếu nại có thể xảy ra tại khoa Cấp cứu.

Các bác sĩ cấp cứu cần có khả năng nhận biết phụ nữ bị bệnh, có thai hay không. Họ cũng cần hiểu các đặc điểm chính của bệnh liên quan đến thai kỳ, cách hỏi sức cho phụ nữ mang thai và tiến hành phẫu thuật lấy thai, nếu cần. Một trong những điều quan trọng nhất về việc giảng dạy tại khoa Cấp cứu là bản chất đa ngành của nó, và chắc chắn các y tá và điều dưỡng viên được đánh giá cao trong môi trường này. Ngoài ra, phải có các biện pháp mạnh mẽ để đảm bảo rằng nhân viên tạm thời và nhân viên của cơ quan có thể nhận biết phụ nữ bị

bệnh, sử dụng các hệ thống CNTT phù hợp và tuân thủ các quy tắc quản lý lâm sàng cao nhất.

Cung cấp dịch vụ

Nhân sự

Ngoài việc cung cấp đào tạo và giảng dạy tuyệt vời, các cố vấn ED còn mang đến các kỹ năng ra quyết định cấp cao cho các khoa của họ. Gần đây, Cao đẳng Y khoa Cấp cứu đã khuyến nghị tối thiểu mười cố vấn toàn thời gian trong mỗi Khoa và điều này sẽ cho phép kéo dài thời gian làm việc của cố vấn tại khoa 7 ngày một tuần. Tuy nhiên, để đảm bảo sự hiện diện của cố vấn 24 giờ, cần có tối thiểu 18 cố vấn toàn thời gian. Điều này rất hiếm ở Vương quốc Anh. Một số khoa có chế độ bảo hiểm trung cấp 24 giờ. Điều quan trọng là các bác sĩ và y tá mới vào nghề phải biết gọi cho ai, cách gọi và thời điểm gọi nếu họ lo lắng về một phụ nữ trong sự chăm sóc của họ.

Tất cả các khoa Cấp cứu nên có các giao thức để đảm bảo rằng một số nhóm phụ nữ mang thai luôn được bác sĩ sản khoa khám. Những người này có thể bao gồm những phụ nữ trong bất kỳ tam cá nguyệt nào có các triệu chứng cụ thể, những người đang chuyển dạ và những người rõ ràng là không khỏe.

Phòng sinh có thể cách khoa cấp cứu một khoảng cách nhất định và mặc dù có thể có bác sĩ tư vấn sản khoa tại khoa chuyển dạ, nhưng sẽ rất bất thường khi thấy bác sĩ tư vấn sản khoa tại khoa cấp cứu trừ khi đang tiến hành phẫu thuật lấy thai ngoài tử thi. Do đó, khoa cấp cứu dựa vào dịch vụ chăm sóc trung cấp mà khoa sản của khoa có thể cung cấp. Điều này có thể gây ra vấn đề trong một khoa sản bận rộn, đặc biệt là nếu họ được cho là vừa phải ở phòng sinh vừa phải trực.

Các khoa sản độc lập biệt lập không được các bác sĩ lâm sàng khoa cấp cứu ưa chuộng, những người tin rằng việc chăm sóc an toàn và chất lượng cao sẽ được tối ưu hóa bằng cách bố trí các chuyên khoa cùng một chỗ. Điều này không phải lúc nào cũng áp dụng được vì lý do lịch sử, tổ chức và văn hóa.

Chuyển viện

Khi khoa sản nằm tách biệt về mặt địa lý với khoa Cấp cứu, sản phụ sẽ cần được chuyển viện vào một thời điểm nào đó. Không còn nghi ngờ gì nữa, môi trường an toàn nhất cho sản phụ cần hồi sức, dù đang mang thai hay không, là phòng hồi sức của khoa Cấp cứu có đủ nhân viên. Các bác sĩ sản khoa mới vào nghề có thể có ít kỹ năng hồi sức tổng quát hơn các bác sĩ lâm sàng trong khoa Cấp cứu.

Đôi khi xảy ra thảm kịch khi một sản phụ được chuyển viện không đúng cách. Không có lý do gì để chuyển một sản phụ từ khoa Cấp cứu tổng quát sang khoa chuyên khoa, nơi sẽ có sự chậm trễ trong việc thăm khám hoặc sẽ có một người ít thâm niên hơn thăm khám. Điều quan trọng hơn nhiều là phải giữ sản phụ trong phòng hồi sức cấp cứu và có một bác sĩ sản

khoa chuyên khoa đến thăm khám. Điều quan trọng nữa là đội ngũ nhân viên cấp cứu phải biết nơi đưa sản phụ đến khi đến bệnh viện và cũng phải thông báo cho bệnh viện về bệnh nhân mới đến bất cứ khi nào có thể.

Thiết bị

Một số trường hợp được xem xét cho thấy hoặc là thiết bị không phù hợp, hoặc là không đủ thiết bị hoặc là nhóm đa chuyên khoa không thành thạo trong việc sử dụng thiết bị trong phòng hồi sức. Không có ích gì khi có thiết bị hồi sức không quen thuộc, lỗi thời hoặc khó sử dụng, và đây là lỗi của hệ thống có thể dễ dàng khắc phục bằng cách kiểm tra tỉ mỉ. Nhóm sản khoa và nhóm cấp cứu nên thống nhất về thiết bị cần thiết và phải luôn duy trì thiết bị này. Ngoài ra, bất kỳ thành viên nào trong nhóm đa chuyên khoa sử dụng thiết bị đều phải được đào tạo về cách sử dụng.

Kết luận

Nhiều trường hợp tử vong ở bà mẹ xảy ra tại khoa cấp cứu là không thể tránh khỏi hoặc không thể chữa khỏi, ngay cả khi được chăm sóc tốt nhất. Những trường hợp này là hậu quả của xuất huyết não nghiêm trọng đột ngột, thuyên tắc phổi lớn hoặc trụy tim đột ngột. Tuy nhiên, một số bà mẹ khác mắc các tình trạng có thể điều trị được, việc phát hiện sớm đóng vai trò quan trọng đối với kết quả.

Trong 6 năm qua, vì các Báo cáo này liên quan đến chuyên khoa Y học Cấp cứu, nên ngày càng rõ ràng rằng các bác sĩ lâm sàng y học cấp cứu cần được đào tạo về việc xác định và xử lý các trường hợp cấp cứu sản khoa và hiểu được những khác biệt về mặt sinh lý ở phụ nữ mang thai và cách những khác biệt này tương tác với các quá trình bệnh. Họ cũng cần có nhiều kiến thức hơn về y học sản khoa. Ngoài ra, cần xây dựng, hiểu và thực hiện các giao thức để có thể giới thiệu rõ ràng đến các bác sĩ lâm sàng cao cấp, cả trong chuyên khoa của họ và chuyên khoa sản khoa. Và, để rút kinh nghiệm từ những sai lầm trong quá khứ, tất cả các sự cố nghiêm trọng cần được toàn bộ nhân viên khoa Cấp cứu xem xét thường xuyên. Nhân viên khoa Cấp cứu cũng nên tham gia kiểm toán và nghiên cứu và tổ chức hoặc tham dự không chỉ các cuộc họp về tỷ lệ tử vong và bệnh tật của riêng họ mà còn của khoa sản nếu có liên quan đến trường hợp này. Tất cả các biện pháp này sẽ cải thiện hơn nữa hoạt động lâm sàng của Y học Cấp cứu.

References

1 Lewis G, editor. *The Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Saving Mothers' Lives; Reviewing Maternal Deaths to Make Motherhood Safer 2003–05. The Seventh Report of the United Kingdom Confidential Enquiries into Maternal*

Deaths in the United Kingdom. London, UK: CEMACH, 2007. [www.cmace.org.uk]. Accessed 28 August 2010.

2 Emergency Care Operational Standard. *Reforming Emergency Care*. London, UK: Department of Health, 2002.

3 de Swiet M. Management of pulmonary embolus. *Eur Heart J* 1999;20:1378–85.

4 National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *Hypertension in Pregnancy: The Management of Hypertensive Disorders During Pregnancy*. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guideline 107. London, UK: RCOG, August 2010. [http://guidance.nice.org.uk/CG107]. Accessed 28 August 2010.

5 College of Emergency Medicine. *Workforce Document*. London, UK: CEM, April 2010.

Chương 16. CHĂM SÓC ĐẶC BIỆT

T Clutton-Brock (thay mặt cho Trung tâm điều tra về bà mẹ và trẻ em)

Khoa gây mê và chăm sóc đặc biệt của trường đại học, Bệnh viện Queen Elizabeth, Birmingham, Vương quốc Anh

Liên hệ: Tiến sĩ Tom H Clutton-Brock, Khoa gây mê và chăm sóc đặc biệt của trường đại học, Bệnh viện Queen Elizabeth, North 5a, Edgbaston, Birmingham B15 2TH, Vương quốc Anh. Email: t.h.clutton-brock@bham.ac.uk

Từ khóa: chăm sóc đặc biệt, nhiễm trùng huyết, điều tra bí mật, tử vong ở sản phụ.

Chăm sóc quan trọng: các khuyến nghị cụ thể

- Nên áp dụng chăm sóc theo phác đồ sớm trong việc quản lý nhiễm trùng huyết nặng.
- Việc quản lý xuất huyết sản khoa nặng rất phức tạp và đòi hỏi sự tham gia của nhiều chuyên khoa. Cần xem xét lại các hướng dẫn về tốc độ và thành phần của dịch truyền.
- Nên khám phá thêm về đào tạo mô phỏng như một phương pháp cải thiện hiệu suất trong việc quản lý các trường hợp khẩn cấp đe dọa tính mạng.

Giới thiệu

Hơn một nửa số phụ nữ tử vong mỗi ba năm đều dành thời gian trong khoa chăm sóc đặc biệt, và nhiều người trong số họ sẽ tử vong tại đó. Khoa chăm sóc đặc biệt có những tiến bộ qua từng năm; một số trong số này thực sự chỉ áp dụng cho chính y học chăm sóc đặc biệt, trong khi một số khác có thể áp dụng rộng rãi hơn nhiều và nên được áp dụng trong việc quản lý nhiều loại bệnh đe dọa tính mạng ở các bà mẹ.

Tuy nhiên, khoa chăm sóc đặc biệt rất giỏi trong việc chỉ trích 'về' việc chăm sóc được

cung cấp cho bệnh nhân trước khi nhập viện. Điều này có thể phù hợp và đáng tiếc là không khó để tìm thấy các ví dụ về dịch vụ chăm sóc kém chất lượng. Tuy nhiên, khoa này phải thận trọng; phần lớn những lời chỉ trích được đưa ra sau khi nhìn lại và chỉ nhắm vào những bệnh nhân, theo định nghĩa, đã thất bại với phương pháp điều trị thông thường. Hiếm khi, nếu có, khoa chăm sóc đặc biệt xem xét những bệnh nhân, mặc dù rất ốm trong khoa, đã hồi phục.

Khoa chăm sóc đặc biệt cũng là một môi trường lâm sàng rất đặc quyền; ít khu vực lâm sàng nào có thể đạt được tỷ lệ 1:1 giữa đội ngũ điều dưỡng được đào tạo bài bản và bệnh nhân như khoa chăm sóc cấp độ III cung cấp. Do đó, chăm sóc đặc biệt phải nhận ra những hạn chế chắc chắn sẽ hạn chế việc chăm sóc có thể cung cấp cho các bà mẹ bị bệnh tại khoa. Việc giới thiệu sớm và sự tham gia của các nhân viên cấp cao từ khoa y, khoa phẫu thuật, khoa gây mê, khoa chăm sóc đặc biệt và các chuyên khoa khác là điều cần thiết, và vẫn còn nhiều việc có thể làm để cải thiện khả năng sống sót của bà mẹ.

Một cuộc khảo sát gần đây của Trung tâm Nghiên cứu và Kiểm toán Chăm sóc Tích cực Quốc gia cho thấy 11,4% trong số tất cả phụ nữ trong độ tuổi từ 16 đến 50 được đưa vào chăm sóc tích cực là bệnh nhân sản khoa; hơn 80% được báo cáo là "mới đây" mang thai thay vì "hiện đang" mang thai. Gần hai phần ba bệnh nhân sản khoa được đưa vào vì lý do sản khoa. Gần 90% phụ nữ "hiện đang" mang thai được đưa vào vì lý do không phải sản khoa, 20% trong số này bị viêm phổi. Chẩn đoán liên quan đến thai kỳ phổ biến nhất là xuất huyết, đây là lý do cho 34% các lần nhập viện như vậy. Cuộc khảo sát xác nhận những phát hiện trước đó rằng nhìn chung bệnh nhân sản khoa được đưa vào chăm sóc tích cực có tỷ lệ tử vong thấp hơn nhiều so với nhóm đối chứng được ghép cặp.

Trái ngược một chút với các chương về chăm sóc tích cực trong các Báo cáo trước, báo cáo này chọn một số thách thức lớn nhất mà những người chăm sóc các bà mẹ bị bệnh cấp tính phải đối mặt và khám phá cách thức những tiến bộ trong chăm sóc tích cực có thể được áp dụng rộng rãi hơn.

Nhiễm trùng huyết

Lần đầu tiên, nhiễm trùng huyết đã trở thành nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trực tiếp ở sản phụ và vẫn là nguyên nhân tử vong quan trọng trong chăm sóc đặc biệt ngoài sản khoa. Điều này đặt ra một số câu hỏi quan trọng. Liệu thai kỳ có tác động cụ thể đến khả năng mắc nhiễm trùng huyết nặng không? Nếu nhiễm trùng huyết nặng xảy ra, thì thai kỳ có ảnh hưởng đến cơ hội sống sót không? Thai kỳ có thể che giấu các dấu hiệu của nhiễm trùng huyết sắp xảy ra và do đó dẫn đến sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị không? Hay chỉ đơn giản là nhiễm trùng huyết nặng có tỷ lệ tử vong cao bất kể có liên quan đến thai kỳ hay không?

Một cuộc khảo sát về số ca nhập viện chăm sóc đặc biệt từ năm 1995 đến năm 2000 do Trung tâm Nghiên cứu và Kiểm toán Chăm sóc Đặc biệt Quốc gia thực hiện đã ghi

nhận 21.000 người bị nhiễm trùng huyết được đưa vào các đơn vị chăm sóc đặc biệt mỗi năm với tỷ lệ tử vong từ 30 đến 50%. Con số này tiếp tục tăng và ước tính hơn 35.000 ca mỗi năm trong năm 2009 và 2010 đã được đề xuất. Tại Hoa Kỳ, ước tính sẽ có 934.000 ca nhiễm trùng huyết mới vào năm 2010. Tỷ lệ nhiễm trùng huyết ước tính ở bệnh nhân sản khoa tại Hoa Kỳ được trích dẫn là khoảng 7,5 trên 1000, với khoảng 8–10% trong số này sẽ phát triển thành nhiễm trùng huyết. Tỷ lệ sốc nhiễm trùng, một lần nữa theo số liệu của Hoa Kỳ, được trích dẫn là 2,3 trên 100.000 ca sản khoa. Tỷ lệ tử vong ở bà mẹ do nhiễm trùng huyết trong giai đoạn 2006–08 là 1,13 trên 100.000 ca sản khoa (95% CI 0,77–1,67), như đã thảo luận trong Chương 7. Ví dụ:

Một bà mẹ trẻ trước đây khỏe mạnh đã sinh thường bình thường khi đủ tháng. Vài ngày sau, bà đến gặp bác sĩ gia đình với núm vú bị đau và nứt, sốt và nhịp tim nhanh. Bà được kê đơn flucloxacillin uống nhưng phải nhập viện khoa phụ khoa với nhịp tim nhanh và hạ huyết áp. Bà được tiêm tĩnh mạch co-amoxiclav và metronidazole, nhưng vài giờ sau, bà đã ngã quỵ với tình trạng hạ huyết áp rất cao và nhịp tim nhanh. Vài giờ sau đó, bà được đưa vào khoa chăm sóc đặc biệt và phải đặt nội khí quản. Sau ca phẫu thuật mở rộng, bao gồm cả cắt bỏ vú, cô ấy bị suy thận, hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS) và phụ thuộc rất nhiều vào thuốc làm co mạch. Cô ấy đã qua đời vài ngày sau đó sau khi được điều trị chăm sóc tích cực tối đa. Các nuôi cấy tiếp theo đã phát triển liên cầu khuẩn tan máu nhóm A b

Phần lớn tình trạng nhiễm trùng huyết được thấy ở quần thể sản khoa là do vi khuẩn và thường là từ các sinh vật nhạy cảm với các loại kháng sinh phổ biến. (Mặc dù penicillin sẽ là lựa chọn tốt hơn trong trường hợp trên, nhưng sinh vật này gần như chắc chắn nhạy cảm với co-amoxiclav). Vậy thì tại sao nhiễm trùng huyết lại là một thách thức lớn đối với dịch vụ chăm sóc đặc biệt hiện đại cho cả những ca nhập viện sản khoa và không phải sản khoa? Để trả lời câu hỏi này, cần phải khám phá cả ý nghĩa của nhiễm trùng huyết và bệnh sinh lý phức tạp liên quan đến các dạng nghiêm trọng hơn. Đây chắc chắn là một bản tóm tắt ngắn gọn và toàn bộ chủ đề này là một trong những lý thuyết thay đổi nhanh chóng khi nghiên cứu tiếp tục.

Trong 20 năm qua, sự hiểu biết của chúng ta về nhiễm trùng huyết đã được hỗ trợ bởi định nghĩa rõ ràng hơn về các giai đoạn khác nhau gặp phải khi bệnh tiến triển. Nhiễm khuẩn huyết xảy ra khi vi khuẩn sống có trong máu (có thể thay thế bằng nhiễm nấm huyết hoặc nhiễm virus huyết); tình trạng này tiến triển thành Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) khi vật chủ có phản ứng viêm cấp tính. Nhiễm trùng huyết tự nó xảy ra khi SIRS hiện diện cùng với một sinh vật gây bệnh có thể xác định được. Nhiễm trùng huyết tiến triển thành Nhiễm trùng huyết nặng khi có rối loạn chức năng cơ quan, giảm tưới máu hoặc hạ huyết áp.

Cuối cùng, dạng nhiễm trùng huyết nghiêm trọng nhất, Sốc nhiễm trùng huyết, được định nghĩa là nhiễm trùng huyết có hạ huyết áp động mạch kháng trị mặc dù đã hồi sức dịch đầy đủ.

SIRS được định nghĩa là sự hiện diện của hai hoặc nhiều trong số các triệu chứng sau:

- Nhiệt độ cơ thể $<36^{\circ}\text{C}$ hoặc $>38^{\circ}\text{C}$
- Nhịp tim >90 nhịp mỗi phút
- Nhịp thở >20 nhịp mỗi phút
- Số lượng bạch cầu $<4 \cdot 10^9$ tế bào/l hoặc $>12 \cdot 10^9$ tế bào/l ở bệnh nhân không mang thai

Tốc độ và cường độ tiến triển qua các giai đoạn khác nhau được xác định bởi sự cân bằng phức tạp giữa độc lực và khả năng gây bệnh của vi sinh vật gây nhiễm trùng, bản chất phản ứng viêm của vật chủ, các tình trạng lâm sàng đồng thời (phải bao gồm cả thai kỳ), tuổi tác và tính đa hình trong các phân tử tác nhân miễn dịch và thụ thể của chúng.

Trong nhiễm trùng huyết do vi khuẩn, các thành phần thành tế bào của vi khuẩn Gram dương và các thành phần của màng tế bào bên ngoài ở vi khuẩn Gram âm (lipopolysaccharides) liên kết với protein vận chuyển, sau đó liên kết với thụ thể đơn bào (phức hợp CD14/TLR4/MD2). Điều này dẫn đến phiên mã các gen tiền viêm và tiết ra các cytokine tiền viêm sau đó như yếu tố hoại tử khối u (TNF- α) và interleukin-6 (IL-6).

Cytokine có nhiều tác động khác nhau lên tế bào và các quá trình sinh lý. TNF- α là chất hấp dẫn hóa học mạnh đối với bạch cầu trung tính, giúp chúng bám vào các tế bào nội mô (đã được điều hòa tăng lên trong nhiễm trùng huyết) để hỗ trợ quá trình di chuyển; nó cũng kích thích gan phản ứng ở giai đoạn cấp tính với việc tăng sản xuất protein phản ứng C. TNF- α cũng có tác động đến chuỗi đông máu và làm giảm biểu hiện thrombomodulin nội mô, sau đó dẫn đến giảm protein C hoạt hóa (một chất chống đông tự nhiên). Tác dụng tổng thể là gây đông máu và dẫn đến hình thành cục máu đông ở vi mạch, tổn thương tế bào và phá vỡ chức năng ty thể.

Do bản chất khó chịu và lan rộng của cơn bão cytokine như vậy, có lẽ không có gì ngạc nhiên khi hầu hết các hệ thống cơ quan đều bị ảnh hưởng ở mức độ lớn hơn hoặc nhỏ hơn.

Tim mạch

Trong tình trạng nhiễm trùng huyết nhẹ hoặc sớm, những thay đổi về tim mạch rất giống với những thay đổi thấy ở giai đoạn sau của thai kỳ và giai đoạn đầu của thời kỳ hậu sản với nhịp tim và lưu lượng tim tăng lên và sức cản mạch máu toàn thân giảm nhẹ. Khi tình trạng nhiễm trùng huyết trở nên nghiêm trọng, trương lực vận mạch bị mất đi do lượng lớn oxit nitric được sản xuất từ quá trình điều hòa tăng cường dạng nitric oxide synthase có thể gây ra. Ức chế cơ tim cũng xảy ra với sự giảm cả phân suất tống máu thất phải và thất trái và giãn thất; điều này, kết hợp với sự giảm tải trước thứ phát do giãn mạch, có thể dẫn đến sự sụt

giảm mạnh lưu lượng tim ở tình trạng nhiễm trùng huyết nặng. Tổn thương vi tuần hoàn có thể kết hợp với tác dụng độc hại trực tiếp từ các oxit nitơ cao hơn để làm suy yếu nghiêm trọng chức năng ty thể, dẫn đến nhiễm toan chuyển hóa và nhiễm toan lactic.

Hô hấp

Sự kết dính của bạch cầu trung tính vào nội mô mao mạch phổi làm tăng tính thấm và dẫn đến phù kẽ và tăng nước phổi ngoài mạch. Người ta biết rằng thai kỳ làm giảm áp lực keo của máu và điều này sẽ làm trầm trọng thêm tình trạng rò rỉ dịch từ hệ tuần hoàn. Tác động của phù nề là gây xẹp phế nang dẫn đến mất cân bằng V:Q do phân luồng trong phổi và tình trạng thiếu oxy động mạch sau đó. Quá trình này thường được gọi là Hội chứng suy hô hấp cấp tính và khi nghiêm trọng, tỷ lệ tử vong từ 30 đến 60%.

Thận

Suy thận cấp tính xảy ra ở hơn 20% bệnh nhân nhiễm trùng huyết nặng và ở hầu hết bệnh nhân bị sốc nhiễm trùng. Nguyên nhân thường được cho là do hoại tử ống thận cấp tính thứ phát do giảm tưới máu thận kết hợp với tăng hoạt động giao cảm thận và tổn thương tế bào thận do cytokine. Gần đây, vai trò của hoại tử ống thận cấp tính đã bị nghi ngờ; điều không còn nghi ngờ gì nữa là suy thận thường gặp ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết nặng.

Đông máu

Giảm tiểu cầu và rối loạn đông máu tiêu thụ thường gặp ở nhiễm trùng huyết nặng nhưng được cân bằng bởi tình trạng tăng đông máu được mô tả ở trên. Kết quả chung là hình ảnh đông máu nội mạch rải rác (DIC).

Điều trị nhiễm trùng huyết ở bà mẹ

Việc sử dụng ngày càng nhiều các hệ thống tính điểm cảnh báo sản khoa sớm đã được sửa đổi (MEOW) và sự hợp tác giữa các nhóm tiếp cận và sản khoa sẽ góp phần cải thiện việc phát hiện sớm hơn, mặc dù đây vẫn là thách thức đối với cả bệnh nhân sản khoa và không phải sản khoa. Hy vọng rằng các tác động phức tạp và lan rộng của nhiễm trùng huyết được mô tả ở trên sẽ phần nào giải thích được lý do tại sao các phương pháp điều trị hiệu quả lại khó nắm bắt đến vậy. Khái niệm về 'Gói chăm sóc' đã được đề cập ngắn gọn trong báo cáo trước đó với phần mô tả về Chiến dịch Sống sót sau nhiễm trùng huyết (<http://www.survivingsepsis.org>). Đây vẫn là gói điều trị nhiễm trùng huyết có bằng chứng tốt nhất, nhưng mặc dù tương đối đơn giản, nhưng việc áp dụng vẫn chậm. Như mô tả chi tiết hơn bên dưới cho thấy, thời gian là yếu tố cốt yếu trong việc bắt đầu điều trị và các giai đoạn đầu nên bắt đầu trước khi nhập viện chăm sóc đặc biệt. Đội ngũ nhân viên lâm sàng chăm sóc các bà mẹ có biểu hiện nhiễm trùng huyết nên biết các bước được khuyến nghị và có thể bắt đầu điều trị. Chuyển bệnh nhân đến khoa chăm sóc đặc biệt sớm và kịp thời là điều tối quan trọng, và việc quản lý bệnh nhân nên được thảo luận ở cấp độ lâm sàng cao cấp ngay cả khi

chưa cần nhập viện ngay hoặc không thể nhập viện ngay do tình trạng thiếu giường bệnh.

Các chi tiết và bằng chứng hỗ trợ Chiến dịch Sống sót sau nhiễm trùng huyết đã được xem xét rộng rãi vào năm 2008, và các hướng dẫn quốc tế về việc quản lý nhiễm trùng huyết nặng và sốc nhiễm trùng huyết bắt nguồn từ phương pháp tiếp cận đồng thuận đã được mô tả chi tiết.

Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy hồi sức sớm dựa trên Hướng dẫn chẩn đoán sẽ cải thiện kết quả; các bước hiện được khuyến nghị được liệt kê dưới đây và nên được bắt đầu khi chẩn đoán nhiễm trùng huyết nặng hoặc sốc nhiễm trùng huyết đã được đưa ra hoặc nghi ngờ mạnh mẽ.

Ở đây, sốc nhiễm trùng huyết được định nghĩa là tình trạng giảm tưới máu mô (hạ huyết áp vẫn tiếp diễn sau khi thử thách dịch ban đầu hoặc nồng độ lactat trong máu bằng hoặc >4 mmol/l).

Hồi sức ban đầu

Thiết lập đường truyền tĩnh mạch và lấy máu để nuôi cấy và lactat

- Kháng sinh tiêm tĩnh mạch trong vòng 1 giờ
- Hồi sức dịch
- Gọi sự trợ giúp từ Chăm sóc đặc biệt/gây mê sớm

Trong 6 giờ đầu tiên của quá trình hồi sức, cần cố gắng đạt được tất cả các mục tiêu sau:

- Áp lực tĩnh mạch trung tâm (CVP): 8–12 mmHg
- Áp lực động mạch trung bình (MAP) ≥ 65 mmHg
- Lượng nước tiểu $\geq 0,5$ ml/kg mỗi giờ 1 độ bão hòa oxy tĩnh mạch trung tâm (tĩnh mạch chủ trên) hoặc tĩnh mạch hỗn hợp ≥ 70 hoặc $\geq 65\%$, tương ứng
- Độ bão hòa oxy tĩnh mạch trung tâm (tĩnh mạch chủ trên) hoặc tĩnh mạch hỗn hợp, v.v.

Độ bão hòa tĩnh mạch trung tâm ngày càng được sử dụng làm chất thay thế cho độ bão hòa tĩnh mạch hỗn hợp thực sự được lấy mẫu từ động mạch phổi. Chúng dễ thực hiện: mẫu máu được lấy từ ống thông tĩnh mạch trung tâm vào ống tiêm khí máu heparin và được phân tích trong máy phân tích khí máu. Kết quả chính xác hơn sẽ thu được nếu máy phân tích khí máu kết hợp máy đo CO₂ thay vì tính độ bão hòa. Độ bão hòa tĩnh mạch trung tâm thường cao hơn khoảng 5% so với độ bão hòa tĩnh mạch hỗn hợp và thể hiện sự cân bằng giữa cung cấp và tiêu thụ oxy toàn phần. Cung cấp oxy toàn phần là sản phẩm của nồng độ hemoglobin, độ bão hòa động mạch và lưu lượng tim. Do đó, độ bão hòa tĩnh mạch trung tâm cung cấp thông tin chi tiết về tình trạng tim mạch của toàn bộ cơ thể.

Chẩn đoán nhiễm trùng huyết

Lấy mẫu máu (tốt nhất là hai mẫu), lý tưởng nhất là trước khi dùng liều kháng sinh đầu tiên, miễn là điều này không làm chậm trễ việc dùng kháng sinh.

Lấy mẫu từ các vị trí khác như tằm bông âm đạo, nước tiểu, dịch não tủy, vết thương, dịch tiết đường hô hấp hoặc các dịch cơ thể khác có thể là nguồn lây nhiễm trước khi điều trị bằng kháng sinh, một lần nữa miễn là điều này không làm chậm trễ việc dùng kháng sinh.

Cần sắp xếp chụp ảnh phù hợp càng sớm càng tốt; có thể bao gồm chụp X-quang ngực, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính nếu cần.

Các xét nghiệm phát hiện kháng nguyên nhanh trong nước tiểu có sẵn cho một số loại vi khuẩn và đã được mô tả đối với liên cầu khuẩn tan máu nhóm A b. Những xét nghiệm này có thể hữu ích trong việc điều chỉnh liệu pháp kháng sinh trong tương lai, nhưng không nên trì hoãn việc điều trị để có kết quả xét nghiệm.

Liệu pháp kháng sinh

Liệu pháp kháng sinh đường tĩnh mạch nên được bắt đầu càng sớm càng tốt và chắc chắn là trong vòng một giờ đầu tiên sau khi nhận biết tình trạng sốc nhiễm trùng hoặc nhiễm trùng huyết nặng mà không bị sốc nhiễm trùng. Như đã mô tả ở trên, nếu có thể, cần lấy mẫu nuôi cấy phù hợp trước khi dùng kháng sinh, nhưng không nên trì hoãn việc dùng thuốc. Cần phải tìm kiếm thông tin đầu vào về vi sinh vật học ngay lập tức và điều chỉnh phác đồ kháng sinh theo khuyến cáo.

Kiểm soát nguồn

Xác định và loại bỏ nguồn nhiễm trùng huyết là ưu tiên hàng đầu và lý tưởng nhất là nên thực hiện trong vòng 6 giờ sau khi phát hiện. Đường sinh dục rõ ràng là một vị trí quan trọng trong thời kỳ mang thai và thời kỳ hậu sản, nhưng các vị trí khác như ngực hoặc vùng bụng cũng có thể là thủ phạm. Nhiễm trùng huyết liên quan đến đường truyền là một nguồn quan trọng ở những bệnh nhân đã ở trong các đơn vị chăm sóc đặc biệt.

Liệu pháp truyền dịch

Không có bằng chứng nào hỗ trợ việc sử dụng một loại dịch cụ thể trong quá trình hồi sức nhiễm trùng huyết (ngoại trừ dung dịch dextrose, không nên sử dụng). Một số nghiên cứu đã không chỉ ra sự khác biệt đáng kể giữa dung dịch tinh thể (dung dịch Hartmann, dung dịch muối, v.v.) và dung dịch keo (dung dịch albumin người, dung dịch tinh bột, dung dịch gelatin, v.v.). Người ta đã nêu ra mối lo ngại về tác động của dung dịch tinh bột đối với chức năng thận và dung dịch tinh thể thường rẻ hơn.

Nên truyền dịch tĩnh mạch nhanh để đạt được mục tiêu áp lực tĩnh mạch trung tâm ít nhất là 8 mmHg (12 mmHg ở bệnh nhân thở máy). Tốc độ truyền dịch ít nhất là 1000 ml dịch tinh thể hoặc 300–500 ml dịch keo nên được truyền trong 30 phút và tiếp tục nếu có sự cải thiện về huyết động. Trong trường hợp áp lực tĩnh mạch trung tâm (hoặc áp lực nêm mao mạch phổi, nếu đo được) tăng mà không có sự cải thiện đáng kể về huyết động, thì nên truyền dịch chậm lại.

Thuốc làm co mạch

Ở nhiều bệnh nhân bị bệnh, huyết áp động mạch trung bình mục tiêu là ≥ 65 mmHg

không thể đạt được chỉ bằng cách truyền dịch, có thể là do sự suy giảm mạnh trương lực mạch máu do giải phóng oxit nitric. Noradrenaline hoặc dopamine nên được sử dụng ngay sau khi đã thiết lập được đường vào tĩnh mạch trung tâm. (Theo hướng dẫn, pha loãng 4 mg noradrenaline thành 50 ml với 5% dextrose và bắt đầu với tốc độ truyền 5 ml/giờ tương đương với 0,1 lg/kg mỗi phút ở phụ nữ nặng 63 kg và là điểm khởi đầu hợp lý. Tương tự như vậy, pha loãng 200 mg dopamine thành 50 ml và bắt đầu với tốc độ 5 ml/giờ tương đương với 5 lg/kg mỗi phút ở phụ nữ nặng 63 kg).

Thuốc tăng co bóp

Dobutamine được khuyến cáo là thuốc tăng co bóp được lựa chọn khi có bằng chứng về tình trạng giảm lưu lượng tim khi có áp lực đổ đầy tim tăng cao. Không có bằng chứng nào hỗ trợ cho việc cố gắng tăng chỉ số tim lên mức siêu bình thường.

Corticosteroid

Việc sử dụng liệu pháp corticosteroid liều cao không còn có vai trò trong việc điều trị nhiễm trùng huyết, dù có nghiêm trọng đến đâu. Tuy nhiên, có một số bằng chứng ủng hộ việc sử dụng liệu pháp hydrocortisone liều thấp (<300 mg/ngày) ở những phụ nữ bị nhiễm trùng huyết không đáp ứng với dịch truyền và thuốc làm co mạch. Nên ngừng điều trị ngay khi không còn cần dùng thuốc làm co mạch nữa.

Protein C hoạt hóa ở người tái tổ hợp

Vai trò của việc cung cấp protein C hoạt hóa trong nhiễm trùng huyết để giải quyết tình trạng giảm do điều hòa giảm biểu hiện thrombomodulin ở nội mô đã được nghiên cứu rộng rãi trong các thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên quy mô lớn. Các khuyến nghị hiện tại là nên dành riêng cho những bệnh nhân có nguy cơ tử vong cao (Điểm số Đánh giá sức khỏe mãn tính và sinh lý cấp tính II [APACHE II] là ≥ 25). Nguy cơ chảy máu lớn hơn lợi ích của nó ở những nhóm bệnh nhẹ hơn và đặc biệt đáng lo ngại ở những bệnh nhân nhiễm trùng huyết sau phẫu thuật.

Các sản phẩm máu

Có bằng chứng nào ủng hộ việc duy trì hemoglobin trong khoảng từ 7 đến 9 g/dl. Nên truyền tiểu cầu để duy trì số lượng tiểu cầu trên $5 \cdot 10^9/l$ mọi lúc, ở mức $5-30 \cdot 10^9/l$ nếu có nguy cơ chảy máu đáng kể và ở mức $\geq 50 \cdot 10^9/l$ nếu cần phẫu thuật. Không có bằng chứng nào ủng hộ việc sử dụng huyết tương đông lạnh tươi khi không có chảy máu.

Hỗ trợ hô hấp

Tổn thương phổi cấp tính (ALI) hoặc ARDS thường xuất hiện ở những bệnh nhân bị nhiễm trùng huyết nặng. Vì chúng cũng là đặc điểm của một số tình trạng khác khiến các bà mẹ phải vào khoa chăm sóc đặc biệt nên được đề cập trong một phần riêng.

Kiểm soát glucose

Sự phấn khích đáng kể xuất phát từ việc công bố vào năm 2001 về việc giảm rõ rệt tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân chăm sóc đặc biệt phẫu thuật sau khi kiểm soát chặt chẽ glucose bằng truyền insulin. Các nghiên cứu sau đó không tìm thấy tác dụng như vậy và thực sự đã chỉ ra sự gia tăng đáng kể các đợt hạ đường huyết ở những bệnh nhân được kiểm soát chặt chẽ đường huyết. Hiện nay, việc duy trì mức đường huyết từ 6 đến 8 mmol/l được áp dụng rộng rãi.

Các hướng dẫn cũng bao gồm lời khuyên về liệu pháp thay thế thận, dự phòng loét do căng thẳng, phòng ngừa huyết khối tĩnh mạch sâu và khử trùng chọn lọc đường tiêu hóa. Tuy nhiên, những điều này là một phần của quá trình quản lý chăm sóc đặc biệt dài hạn và do đó không được thảo luận chi tiết. Nhiều bước điều trị nêu trên có thể được thực hiện trước khi nhập viện vào khoa chăm sóc đặc biệt; tất cả đều có thể được thực hiện tại khoa cấp cứu, khoa sản phụ thuộc cao hoặc phòng phẫu thuật. Thời gian là yếu tố cốt yếu: hướng dẫn của SSC năm 2005 ước tính rằng mỗi giờ chậm trễ trong việc dùng kháng sinh thích hợp sẽ làm giảm 7,9% cơ hội sống sót. Tương lai chính xác của việc quản lý nhiễm trùng huyết ở các bà mẹ vẫn chưa rõ ràng; nghiên cứu về việc cố gắng ngăn chặn hoặc cản trở cơn bão cytokine tại một số thời điểm, bao gồm thuốc kháng TNF- α và thuốc đối kháng thụ thể giống Toll 4, vẫn đang tiếp tục. Trong bối cảnh có thể là sự vắng bóng vĩnh viễn của các loại thuốc 'thần kỳ', việc thực hiện tốt và kịp thời những điều tương đối đơn giản sẽ cứu sống được nhiều người.

Hội chứng hô hấp cấp tính

Sự phát triển của ARDS là một đặc điểm của nhiều bà mẹ được đưa vào khoa chăm sóc đặc biệt. ARDS là một tình trạng phức tạp khác dễ mô tả nhất là phản ứng của phổi đối với tình trạng viêm toàn thân. Những thay đổi thấy được ở tình trạng nhiễm trùng huyết nghiêm trọng ở bà mẹ đã được mô tả ở trên, nhưng ARDS cũng có thể là hậu quả của xuất huyết lớn, truyền sản phẩm máu và thuyên tắc nước ối

Những điều cốt yếu trong quá trình quản lý vẫn là loại bỏ các yếu tố khởi phát và các biện pháp điều trị hỗ trợ chủ yếu tập trung vào thở máy. ARDS và dạng tổn thương phổi cấp tính ít nghiêm trọng hơn hiện đã được định nghĩa rõ ràng. Cả hai đều là những bệnh khởi phát cấp tính, thâm nhiễm hai bên trên phim chụp X-quang ngực, thường không ảnh hưởng đến góc sườn hoành và áp lực mao mạch <18 mmHg hoặc bằng chứng khác cho thấy chức năng tim tốt. Nếu tỷ lệ $\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 <40$ kPa (300 mmHg), thì có nhiễm trùng phổi cấp tính; nếu tỷ lệ $\text{PaO}_2:\text{FiO}_2 <26,7$ kPa (200 mmHg), thì chẩn đoán là ARDS.

Phù phổi do tổn thương nội mô mao mạch xảy ra như mô tả ở trên và đi kèm với rối loạn chức năng của các tế bào biểu mô phế nang loại II với sự giảm đồng thời sản xuất chất hoạt động bề mặt. Mức độ phát triển của xơ phổi là một đặc điểm thay đổi và, không giống như các dạng xơ phổi khác, có vẻ như phần lớn có thể hồi phục được.

Việc loại trừ nhiễm trùng huyết phổi thứ phát là điều cần thiết nhưng có thể là thách thức, và những thay đổi lớn trong vài năm gần đây tập trung vào việc giảm thiểu thiệt hại do thở máy gây ra. Việc sử dụng thể tích khí lưu thông thấp hơn, các thao tác tuyển dụng cẩn thận, dao động tần số cao và sự hồi sinh của mỗi quan tâm đến hỗ trợ ngoài cơ thể đều đang được nghiên cứu. Cũng như nhiễm trùng huyết, thai kỳ là tiêu chí loại trừ đối với hầu hết các thử nghiệm ARDS, bao gồm nghiên cứu quan trọng của Viện Y tế Quốc gia (NIH) từ Hoa Kỳ,⁷ dẫn đến việc áp dụng thể tích khí lưu thông 6 ml/kg. Việc giảm độ đàn hồi thành ngực được thấy ở giai đoạn cuối thai kỳ đã dẫn đến gợi ý rằng áp lực đường thở cao hơn có thể được dung nạp tốt hơn, nhưng vì sự giảm độ đàn hồi cũng có các thành phần phổi, nên có vẻ an toàn hơn khi thận trọng và áp dụng cùng thể tích khí lưu thông như đối với bệnh nhân không mang thai.

Nhiều bệnh nhân cần thở máy kéo dài sẽ được mở khí quản trong thời gian nằm viện chăm sóc đặc biệt, thường được thực hiện bằng cách nong qua da; thời điểm tối ưu vẫn đang được nghiên cứu đáng kể. Tuy nhiên, phẫu thuật mở khí quản cũng có những nguy cơ riêng:

Một bà mẹ trẻ bị xuất huyết sau sinh nghiêm trọng sau khi cắt bỏ nhau thai còn sót lại. Bà đã bị ARDS trong quá trình chăm sóc đặc biệt và được điều trị bằng nhiều chiến lược thông khí, bao gồm cả thở máy nằm sấp. Sau khi rút ống nội khí quản, bà đã được phẫu thuật mở khí quản vào ngày thứ 7: phù nề thanh quản và khí quản đều được phát hiện vào thời điểm này. Ngày hôm sau, ống mở khí quản bị tuột ra và được thay thế một cách khó khăn, chỉ để lại bị tuột ra trong vòng 24 giờ. Lần này, không chỉ không thể thay thế ống mở khí quản mà còn không thể đặt nội khí quản qua đường miệng, và bà đã tử vong do ngừng tim do thiếu oxy.

Thảm kịch ở đây càng đau lòng hơn vì có vẻ như bà đã hồi phục gần như hoàn toàn sau ARDS.

Thuyên tắc dịch ối

Một bà mẹ lớn tuổi đã được sinh bằng phương pháp hút chân không và dường như đã khỏe mạnh sau khi sinh. Tuy nhiên, bà đã bị ngừng tim trong vòng nửa giờ và đã được hồi sức tim phổi có hoạt động điện vô mạch trong 20 phút, được tiêm cả hai liều bolus và truyền adrenaline. Bà bắt đầu chảy máu ồ ạt và được chuyển đến phòng phẫu thuật, tại đây, mặc dù đã được truyền rất nhiều, bà đã bị nhiễm toan chuyển hóa nghiêm trọng và đông máu nội mạch lan tỏa. Siêu âm tim qua thực quản cho thấy chức năng thất phải tốt và bà đã được chuyển đến khoa chăm sóc đặc biệt. Mặc dù đã tắc bóng chậu ngoài, nhưng vẫn không thể kiểm soát được tình trạng chảy máu và bà đã tử vong. Khám nghiệm tử thi đã xác nhận chẩn đoán thuyên tắc dịch ối (AFE) và đông máu nội mạch lan tỏa.

Mặc dù hiếm gặp, nhưng AFE được cộng đồng chăm sóc đặc biệt quan tâm vì nó chứa nhiều đặc điểm chung của các bệnh cấp tính đe dọa tính mạng khác. Tỷ lệ mắc bệnh AFE thay đổi rất nhiều, và các số liệu từ 1,2 đến 12,5 trên 100.000 ca sinh nở xuất phát từ Hoa Kỳ. Số liệu của Vương quốc Anh trong ba năm này gần bằng 2 trên 100.000 ca sinh nở. Tỷ lệ tử vong thay đổi từ 61 đến 86% trong tài liệu của Hoa Kỳ, 34% là số liệu từ Vương quốc Anh trong báo cáo này.

Thông thường, AFE biểu hiện bằng tình trạng khó thở cấp tính sau đó là truy tìm mạch, do đó chẩn đoán thay thế là thuyên tắc phổi lớn trở nên phổ biến. Có vẻ như có sự không phù hợp thông khí-tưới máu cấp tính với tình trạng thiếu oxy máu tiếp theo được cho là thứ phát sau khi vật liệu thuyên tắc vào phổi. Các tác động về hô hấp đi kèm với tình trạng giảm cấp tính chức năng thất trái, thường kèm theo loạn nhịp tim. Các mô hình động vật cho thấy áp lực động mạch phổi tăng tạm thời sau đó là rối loạn chức năng thất trái nghiêm trọng. Điều này trái ngược với thuyên tắc phổi lớn, trong đó tâm thất phải bị ảnh hưởng chủ yếu. Các báo cáo trường hợp riêng lẻ ở người cũng mô tả tình trạng rối loạn chức năng thất phải cấp tính. Nếu người mẹ sống sót qua giai đoạn cấp tính, thì tình trạng tương tự như nhiễm trùng huyết nặng sẽ xảy ra với lưu lượng tim tăng cao và hạ huyết áp do mất trương lực vận mạch. Đông máu nội mạch lan tỏa có mặt ở 83% các trường hợp và chắc chắn đóng vai trò chính trong cái chết của người mẹ được mô tả ở trên. Co giật cũng được thấy trong giai đoạn cấp tính của bệnh.

Do đó, tình trạng này có các đặc điểm của cả phản vệ và nhiễm trùng huyết nặng. Lý do tại sao vẫn chưa rõ ràng, nhưng các chất chuyển hóa axit arachidonic có trong nước ối và có thể là thủ phạm.

Chảy máu

Xuất huyết sản khoa nghiêm trọng (>1000 ml) xảy ra ở khoảng 40 trên 100.000 ca sinh tại Vương quốc Anh, nhưng tỷ lệ tử vong đã giảm xuống chỉ còn hơn 0,35 trên 100.000 ca sản khoa (95% CI 0,17–0,70), như đã thảo luận trong Chương 4. Thành công này rất có thể là kết quả của việc chăm sóc đa chuyên khoa tốt hơn, can thiệp phẫu thuật tốt hơn và sự ra đời của X quang can thiệp. Mặc dù vậy, việc xử lý tình trạng chảy máu cấp tính và nghiêm trọng vẫn là mối quan tâm:

Một bà mẹ đã sinh thường bình thường nhưng gặp biến chứng do nhau thai còn sót lại. Bà đã được lấy nhau thai ra trong phòng phẫu thuật dưới gây tê tủy sống, sau đó bị chảy máu âm đạo dữ dội. Bà quay lại phòng phẫu thuật để kiểm tra lần thứ hai, sau đó là phẫu thuật mở bụng dưới gây mê toàn thân. Cuối cùng, bà đã cắt bỏ tử cung, toàn bộ quy trình kéo dài hơn 3 tiếng rưỡi. Trong quá trình phẫu thuật, cô ấy đã được truyền

3,5 l keo gelatin, 1 l keo tinh bột, 10 đơn vị hồng cầu tái huyền phù, 2,8 l tinh thể và 10 đơn vị huyết tương tươi đông lạnh (FFP). Vào cuối ca phẫu thuật, kết quả xét nghiệm máu của cô ấy cho thấy: hemoglobin 5,0 g/dl, canxi ion hóa 0,87 mmol/l, dư thừa kiềm -4,6 mmol/l, Tỷ lệ chuẩn hóa quốc tế (INR) 5,5; số lượng tiểu cầu của cô ấy không được ghi lại. Cô ấy tiếp tục phát triển ARDS nhưng phần lớn đã khỏi. Cô ấy đã chết vì tắc nghẽn đường thở sau khi dịch chuyển khí quản (được mô tả ở trên).

Nồng độ hemoglobin thấp của cô ấy cho thấy rằng lượng máu mất đi đã bị đánh giá thấp hoặc gặp phải một số khó khăn trong việc lấy hồng cầu. Tỷ lệ chuẩn hóa quốc tế là 5,5 cho thấy cần bao nhiêu FFP để điều chỉnh tình trạng đông máu pha loãng chắc chắn xảy ra khi truyền một lượng lớn dịch keo tổng hợp và dịch tinh thể. Không đề cập đến số lượng tiểu cầu của cô ấy: nếu không truyền tiểu cầu, thì số lượng này cũng sẽ giảm mạnh.

Vào tháng 11 năm 2009, Học viện Sản phụ khoa Hoàng gia đã công bố Hướng dẫn Green-top sửa đổi về phòng ngừa và xử trí xuất huyết sau sinh. Hướng dẫn này đề xuất một cách phân chia hữu ích tình trạng xuất huyết lớn thành xuất huyết vừa (1000–2000 ml) và xuất huyết nặng (>2000 ml). Hướng dẫn này cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sớm nhận được sự trợ giúp của bác sĩ sản khoa và gây mê cao cấp, cũng như giao tiếp với truyền máu và khuân vác.

Hướng dẫn này cũng hỗ trợ một cách tiếp cận có cấu trúc đối với hồi sức và nhu cầu tiếp cận đường truyền tĩnh mạch tốt một cách nhanh chóng trong khi đồng thời thực hiện phản ứng chéo máu. Khuyến nghị phản ứng chéo chỉ 4 đơn vị ban đầu là đủ đối với tình trạng xuất huyết lớn được kiểm soát nhanh chóng nhưng sẽ không đủ đối với mức độ chảy máu thường được báo cáo cho Cuộc điều tra bảo mật.

Máu có thể được phản ứng chéo rất nhanh chóng với công nghệ hiện đại, đặc biệt nếu nhóm máu của bệnh nhân đã được biết (như thường lệ), nhưng có thể gây ra sự chậm trễ đáng kể trong quá trình vận chuyển. Cách tiếp cận tốt nhất là yêu cầu những gì sẽ được yêu cầu trong thời gian 45 phút; bạn nên có những gì bạn cần ngay bây giờ!

Hướng dẫn này cũng khuyến nghị quy trình được chấp nhận rộng rãi là truyền tới 3,5 l dịch tinh thể ấm sau đó là tối đa 1,5 l dịch keo ấm nếu vẫn không có máu. Ngay cả khi tính đến sự gia tăng thể tích máu lên đến 50% ở thai kỳ đủ tháng, 5 l chất lỏng 'trong' sẽ gây ra tình trạng pha loãng máu cực độ (hemoglobin <2 g/dl), bệnh lý đông máu do pha loãng và giảm tiểu cầu. Toàn bộ chủ đề hồi sức bằng dịch trong quá trình xuất huyết lớn vẫn còn gây tranh cãi. Khái niệm 'hồi sức hạ huyết áp' đã được chấp nhận rộng rãi trong chấn thương nhưng ít được chấp nhận hơn đối với các nguyên nhân xuất huyết lớn khác.

Việc hồi sức bằng dịch truyền trong trường hợp xuất huyết lớn cần phải tính đến việc hiểu các quá trình sinh lý liên quan.

Phản ứng tự nhiên của cơ thể đối với tình trạng mất máu bao gồm nhịp tim tăng, huyết

áp giảm và co mạch với việc chuyển hướng lưu lượng tim đến các cơ quan quan trọng. Rõ ràng là nếu huyết áp giảm quá thấp thì sẽ gây tổn thương cơ quan, nhưng chắc chắn không cần thiết phải khôi phục mức huyết áp về mức bình thường để ngăn ngừa điều này. Trên thực tế, làm như vậy sẽ chỉ gây ra tình trạng chảy máu thêm trừ khi đã kiểm soát được nguồn chảy máu. Do đó, việc cầm máu phải luôn là ưu tiên hàng đầu sau khi tuần hoàn đã được phục hồi đến mức duy trì sự sống. Hướng dẫn của Viện Y tế và Xuất sắc Lâm sàng Quốc gia về hồi sức bằng dịch truyền trong chấn thương định nghĩa tình trạng này là sự hiện diện của mạch quay. Điều quan trọng không kém là phải hiểu rằng chất lỏng trong bình hút và trên tấm bông là máu toàn phần trong khi 'máu' được truyền chỉ đơn giản là hỗn dịch hồng cầu trong nước muối. FFP, chất kết tủa lạnh và tiểu cầu đều cần thiết để phục hồi quá trình đông máu trong trường hợp xuất huyết nghiêm trọng. Người mẹ đang chảy máu là mất toàn bộ máu; chúng ta không còn máu toàn phần tươi để truyền lại nữa và thay vào đó phải truyền lại hỗn hợp các thành phần phù hợp nếu muốn duy trì khả năng mang oxy và đông máu. Việc chuyển sang truyền hồng cầu 1:1, truyền FFP cả tại hiện trường và khi cần truyền máu ở ạt, là một bước tiến đáng kể.

Các đồng nghiệp về huyết học của chúng tôi bảo vệ đúng cách các sản phẩm máu, vì chúng là nguồn tài nguyên hữu hạn và có giá trị; tuy nhiên, việc ngăn ngừa mất máu toàn phần do bệnh đông máu cực độ sẽ làm giảm tổng thể việc sử dụng các sản phẩm máu. Có lẽ chúng ta nên ngừng gọi các tế bào hồng cầu được tái lưu là 'máu'?

Mô phỏng

Đào tạo mô phỏng dưới nhiều hình thức khác nhau đã được đề cập trong các Báo cáo trước đây, vậy tại sao lại thảo luận về nó một lần nữa? Không còn nghi ngờ gì nữa, đào tạo mô phỏng đang gia tăng ở nhiều chuyên khoa; hầu hết, nếu không muốn nói là tất cả, sinh viên y khoa đã được tiếp xúc với mô phỏng ít nhiều phức tạp trong quá trình đào tạo của họ và ngày càng được sử dụng trong đào tạo bác sĩ mới vào nghề. Từ 'mô phỏng' bao gồm nhiều hoạt động rất khác nhau, từ 'kỹ năng & bài tập' (Hỗ trợ cuộc sống cơ bản là một ví dụ điển hình) cho đến đào tạo nhóm đa ngành rất phức tạp trong các phòng mô phỏng được xây dựng có mục đích. Có thể đạt được mức độ chân thực rất cao với các trình mô phỏng có độ trung thực cao và việc sử dụng rộng rãi việc tóm tắt là phổ biến.

Những người phản đối mô phỏng yêu cầu bằng chứng cấp độ 1 cho thấy nó cải thiện hiệu suất lâm sàng và cứu sống người; không có nhiều điều để nói trong câu trả lời. Tuy nhiên, người ta nghi ngờ rằng công chúng nói chung sẽ cần ít sự thuyết phục hơn; đề xuất rằng tất cả chúng ta nên chứng minh năng lực trong việc xử lý các trường hợp khẩn cấp hiếm gặp nhưng đe dọa đến tính mạng có liên quan đến hoạt động lâm sàng của chúng ta dường như không cần nhiều lý do chính đáng.

Chi phí xây dựng và duy trì các cơ sở mô phỏng được xây dựng có mục đích là rất lớn và gần đây, một thể hệ ma-nơ-canh có độ trung thực trung bình mới đã được phát triển. Những ma-nơ-canh này có khả năng vận chuyển cao và giúp triển vọng cung cấp đào tạo mô phỏng tại các cơ sở lâm sàng hiện có khả thi hơn nhiều. Khi tất cả các tổ chức chuyên môn đưa ra các tiêu chuẩn mà họ mong đợi các thành viên của mình thực hiện rõ ràng hơn và việc xác nhận lại đối với các bác sĩ hiện đã diễn ra, sẽ có nhiều cơ hội để tác động đến các tiêu chuẩn tối thiểu mà tất cả nhân viên phải thực hiện.

Kết luận

Các bà mẹ vẫn tử vong hàng năm ở đất nước này. Một số người tử vong mặc dù đã nhận được sự chăm sóc tốt nhất mà chúng ta có thể cung cấp; một số chắc chắn có thể được cứu nếu sự chăm sóc mà họ nhận được được cung cấp nhanh chóng hơn, theo cách có cấu trúc hơn và bởi đội ngũ nhân viên được đào tạo tốt hơn. Có bằng chứng cho thấy một số bài học từ các cuộc điều tra trước đây đã được đưa vào thực tế, việc sử dụng biểu đồ MEOWS và các nhóm tiếp cận là những ví dụ điển hình. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức đáng kể, việc quản lý nhiễm trùng huyết nặng và xuất huyết sau sinh nghiêm trọng chỉ là hai ví dụ.

Có những bài học cần rút ra từ những tiến bộ trong y học chăm sóc đặc biệt bằng cách chăm sóc tất cả các bà mẹ; đặc biệt, việc cung cấp phương pháp điều trị theo phác đồ cho các bệnh đe dọa tính mạng có thể cứu sống nhưng thường cần phải bắt đầu trước khi nhập viện vào khoa chăm sóc đặc biệt.

Tài liệu tham khảo:

- 1 Intensive Care and National Audit Research Centre (ICNARC) 2009 Female admissions (aged 16–50 years) to adult, general critical care units in England, Wales and Northern Ireland, reported as “currently pregnant” or “recently pregnant” 2007. Available from: http://www.oaa-anaes.ac.uk/assets/_managed/editor/File/Reports/ICNARC_obs_report_Oct2009.pdf. Last accessed 14/01/11.
- 2 Kankuri E, Kurki T, Carlson P, Hiilesmaa V. Incidence, treatment and outcome of peripartum sepsis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:730–5.
- 3 Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med* 1992;20:864–74.
- 4 Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, Bion J, Parker MM, Jaeschke R, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive Care Med* 2008;34:17–60.

⁵ Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al. Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group (2001) Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001;345:1368–77.

⁶ Amato MB, Barbas CS, Medeiros DM, Magaldi RB, Schettino GP, Lorenzi-Filho G, et al. Effect of a protective-ventilation strategy on mortality in the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 1998;338:347–54.

⁷ Royal College Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) (2009) Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management (Green-top 52). Available from <http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/prevention-and-management-postpartum-haemorrhage-green-top-52>. Last accessed 14/01/11.

⁸ National Institute for Health & Clinical Excellence (2004) The clinical and cost effectiveness of prehospital intravenous fluid therapy in trauma: *Guideline*. Available from <http://guidance.nice.org.uk/TA74>. Last accessed 14/01/11.

Phạm Đình Quang

Chương 17. VẬN HÀNH CÁC QUY TRÌNH LÂM SÀNG

Giới thiệu

Theo truyền thống, rất ít dịch vụ chăm sóc can thiệp được cung cấp bởi đội xe cứu thương, tại chỗ hoặc trong quá trình vận chuyển đến bệnh viện. Hầu hết xe cứu thương chỉ phục vụ như dịch vụ vận chuyển.

Trong hai thập kỷ qua, đã có sự thay đổi dần dần để chuyển các can thiệp khẩn cấp cụ thể sang môi trường trước khi nhập viện để bệnh nhân có thể được hưởng lợi từ việc điều trị quan trọng sớm hơn để cứu sống và chi và cũng rút ngắn thời gian mắc bệnh. Các giao thức được mô tả trong chương trình này đều nhằm mục đích bắt đầu ổn định bệnh nhân tại môi trường bên ngoài bệnh viện, thậm chí trước khi đến bệnh viện. Việc đạt được điều này chắc chắn sẽ cải thiện tỷ lệ tử vong do nhiều loại bệnh tật và thương tích được mô tả trong các hướng dẫn này.

Tuy nhiên, việc vận hành các giao thức này trong xe cứu thương đòi hỏi sự cam kết của các y tá xe cứu thương khẩn cấp. Nó cũng đòi hỏi một hệ thống phản hồi, không chỉ để các y tá xe cứu thương khẩn cấp có thể biết về tác dụng có lợi của các phương pháp điều trị mà họ đã cung cấp, mà còn để giải quyết bất kỳ điểm yếu nào trong việc thực hiện các giao thức này.

Quy trình triển khai

1. Trang bị cho xe cứu thương các thiết bị, thuốc men và các vật tư tiêu hao khác có trong các giao thức sẽ cần được thực hiện trước

2. Nhân viên sẽ cần trải qua quá trình mô phỏng thực tế các giao thức khác nhau này trong các tình huống mô phỏng vận chuyển bệnh nhân ra khỏi bệnh viện và xe cứu thương.

3. Mọi mô phỏng do mỗi nhân viên được đào tạo thực hiện đều cần được ghi chép và ký bởi Viện đào tạo.

4. Trong tháng đầu tiên làm việc tại xe cứu thương, mọi chuyến xe cứu thương do nhân viên quản lý sẽ cần phải trải qua quá trình kiểm toán. Mục tiêu của quá trình kiểm toán không phải là tìm ra lỗi mà là để hiểu rõ hơn các vấn đề mang tính hệ thống cản trở việc chăm sóc tối ưu cho bệnh nhân.

5. Sau một tháng giám sát và kiểm toán chặt chẽ, nhân viên sẽ được phép độc lập cung cấp dịch vụ chăm sóc nâng cao của chương trình này.

Quản lý kết quả

1. Để đánh giá tốt hơn kết quả của những bệnh nhân được điều trị theo chương trình này, các thông số kết quả đã được xác định. Những thông số này được mô tả trong Chương 7 của sổ tay hướng dẫn này.

2. Đối với tất cả bệnh nhân được đưa đến từng bệnh viện, y tá xe cứu thương sẽ nộp mẫu theo dõi bệnh nhân cho Khoa Cấp cứu tiếp nhận. Một ví dụ về mẫu này được trình bày trong Phụ lục A bên dưới.

3. Y tá xe cứu thương cấp cứu sẽ điền vào các phần được tô bóng của mẫu.

4. Các phần không được tô bóng của mẫu sẽ do bệnh viện tiếp nhận điền vào.

5. Đối với tất cả bệnh nhân được đưa đến một bệnh viện cụ thể và xuất viện, mẫu của những bệnh nhân xuất viện trong một tháng cụ thể phải được nộp cho Đơn vị Cấp cứu Tiên viện của Bộ Y tế và Phúc lợi Gia đình trước khi kết thúc tuần đầu tiên của tháng tiếp theo.

6. Đơn vị Cấp cứu trước viện sẽ ghi lại kết quả cho từng tình trạng trong số mười tình trạng này và trình báo cáo kết quả hàng tháng cho Bộ Y tế và Phúc lợi Gia đình.

7. Tháng cơ sở được sử dụng để so sánh kết quả sẽ là một tháng trước khi triển khai chương trình

Phạm Đình Quyết

Quy trình AUDIT

1. Đối với tất cả bệnh nhân do Điều dưỡng xe cứu thương cấp cứu quản lý trong tháng đầu tiên làm việc theo chương trình nâng cao, một cuộc AUDIT trường hợp sẽ được tiến hành.
2. Đây sẽ là cuộc AUDIT trực tiếp do Giám sát viên xe cứu thương tiến hành một lần một tuần khi thảo luận với Điều dưỡng xe cứu thương để giải quyết các vấn đề sau:
 - a. Tuân thủ các giao thức
 - b. Các vấn đề trong việc thực hiện các quy trình nâng cao
 - c. Các vấn đề trong việc sử dụng thiết bị, vật tư tiêu hao và thuốc
 - d. Các vấn đề gặp phải với công chúng
 - e. Xác định các lĩnh vực có thể cải thiện việc chăm sóc
 - f. Các hành động cần thiết để thực hiện những cải tiến đã xác định này.
3. Mỗi Điều dưỡng xe cứu thương sẽ lưu giữ nhật ký về tất cả bệnh nhân mà họ đã chăm sóc. Sổ nhật ký sẽ có một cột ghi lại kết quả kiểm toán đã thực hiện và các hành động cần thực hiện để cải thiện.
4. Sổ nhật ký này sẽ cần được giám sát viên kiểm tra một lần mỗi tuần để đảm bảo tuân thủ trong quá trình kiểm toán.
5. Vào cuối một tháng kiểm toán, một bản tóm tắt kiểm toán sẽ được lập để nộp cho Sở Y tế. Việc Sở Y tế chấp thuận bản tóm tắt kiểm toán sẽ được coi là sự cho phép Y tá Cấp cứu hành nghề độc lập.
6. Sau đó, Y tá Cấp cứu sẽ được chứng nhận đã hoàn thành chương trình này một cách thỏa đáng và được trao danh hiệu Y tá Cấp cứu Xe cứu thương Đã qua đào tạo (TEAN)

Phụ lục A: HỒ SƠ THEO DÕI TRƯỜNG HỢP CỨU THƯƠNG

Số nhận dạng bệnh nhân:

Tên bệnh nhân: **Giới tính:** M / F **Độ tuổi** **năm**

Ngày bệnh nhân được đội cứu thương chăm sóc:

Bệnh nhân được chuyển đến:

Kết quả bệnh nhân Dựa trên thông số:

Gửi bởi: **Chữ**

ký:.....

Bệnh

viên:

Phạm Đình Quyết