

Quản lý đánh giá bệnh nhân

1. Khảo sát sơ cấp nhanh

- Bảo dưỡng đường thở với kiểm soát cột sống C
- Thở và thông gió
- Tuần hoàn (xung, kiểm soát xuất huyết)
- Khuyết tật (tình trạng thần kinh)
- Tiếp xúc (hoàn chỉnh) và Môi trường (kiểm soát nhiệt độ)

■ đánh giá lại liên tục trong quá trình khảo sát thứ cấp

■ những thay đổi về tình trạng huyết động và / hoặc thần kinh đòi hỏi phải quay lại khảo sát ban đầu

bắt đầu với đánh giá đường thở

- QUAN TRỌNG: luôn để ý các dấu hiệu sốc trong khi thực hiện khảo sát ban đầu
- giải quyết “ABCs” là dấu hiệu của khoa cấp cứu

■ trong bối cảnh ngừng tim, cách tiếp cận thay đổi thành "CAB": ép ngực, thở, và thở

■ CAB cũng có thể được áp dụng trong các tình huống chấn thương nặng do mất máu nhiều để điều trị

sốc giảm thể tích

A. ĐƯỜNG HÀNG KHÔNG

- Ưu tiên hàng đầu là đảm bảo đường thở
- giả định chấn thương cổ tử cung ở mọi bệnh nhân chấn thương và cố định bằng cổ áo
- đánh giá khả năng thở và nói

- có thể thay đổi nhanh chóng, do đó thường xuyên đánh giá lại
- đánh giá gãy xương mặt / phù nề / bông (sắp xếp đường thở)

Quản lý lưu thông hàng không

- tối ưu hóa giải phẫu để cho phép oxy hóa và thông gió

1. Quản lý đường hàng không cơ bản

- bảo vệ cột sống C
- uốn cằm (nếu không nghi ngờ chấn thương cột sống C) hoặc đẩy hàm để mở đường thở
- quét và hút để làm sạch miệng của vật lạ

2. Các biện pháp tạm thời

- đường thở mũi họng (nếu có hiện tượng tắc nghẽn, tức là có ý thức)
- đường thở hầu họng (nếu không có biểu hiện bít miệng, tức là bất tỉnh)
- Các thiết bị “cứu hộ” đường thở (ví dụ: đường thở mặt nạ thanh quản, Combitube®)
- thông khí bằng tia qua khí quản qua màng cricothyroid (phương sách cuối cùng)

3. Quản lý đường hàng không DeWnitive

- Đặt nội khí quản ETT với ổn định cột sống C trong dòng

■ ưu tiên đặt khí quản ± RSI

■ thông khí quản có thể được dung nạp tốt hơn ở bệnh nhân tỉnh táo

- phẫu thuật đường thở (nếu không thể đặt nội khí quản bằng đường miệng / mũi và không thể thông khí)
- phẫu thuật cắt tuyến cận giáp

Chống chỉ định đặt nội khí quản

- xem Bảng 2, Thuốc mê, A8

- bệnh lý trên thanh quản / thanh môn có thể cản trở việc đặt nội khí quản thành công

- sự an toàn của nhà cung cấp: ví dụ: SARS-CoV-2 (COVID-19) ngăn chặn việc đặt nội khí quản, hô hấp nhân tạo và tạo khí dung khác

các thủ tục trong trường hợp không có đầy đủ PPE

B. ĂN VẶT

Đánh giá nhịp thở

- các phép đo định lượng chức năng hô hấp: tốc độ, đo oxi, ABG, A-a gradient

- Nhìn

- trạng thái tinh thần (lo lắng, kích động, giảm LOC), cử động lồng ngực (song phương so với không đối xứng),

tốc độ hô hấp / effort, chảy mũi, tăng nhịp thở

- Nghe

- nghe tim mạch để tìm các dấu hiệu tắc nghẽn (ví dụ như tiếng thở gấp), âm thanh hơi thở, sự đối xứng của luồng khí vào, không khí

trốn thoát

- Cảm xúc

- sờ khí quản, thành ngực cho crepitus (ví dụ như khí thũng dưới da, gãy xương sườn), các đoạn xương sống,

hút vết thương ở ngực

Quản lý hơi thở

- ngạnh mũi → mặt nạ đơn giản → mặt nạ không tái tạo → ống thông mũi cao → CPAP / BiPAP (trong

thứ tự tăng FiO₂)

- Mặt nạ van túi và CPAP để bổ sung thông gió không đủ

C. LƯU THÔNG

Định nghĩa về Sốc

- tưới máu mô và cơ quan không đầy đủ với máu có oxy (não, thận, tứ chi)

Đánh giá lâm sàng

- sớm: thở nhanh, nhịp tim nhanh, áp lực mạch hẹp, giảm tái tạo mao mạch, đầu chi mát, và

giảm áp lực tĩnh mạch trung tâm

- muộn: hạ huyết áp, thay đổi trạng thái tinh thần, giảm lượng nước tiểu

Xử trí Sốc xuất huyết

- thông đường thở và đánh giá nhịp thở đầu tiên hoặc đồng thời
- tạo áp lực trực tiếp lên vết thương bên ngoài trong khi kê cao tứ chi. Không loại bỏ các đối tượng bị đâm

trong phòng cấp cứu vì chúng có thể chèn ép chảy máu

- bắt đầu hai IV có lỗ khoan lớn (14-16G) trong tĩnh mạch cánh tay / cephalic của mỗi cánh tay
- chạy 1-2 L bolus IV Normal Saline / Ringer's Lactate (hâm nóng, nếu có thể)
- nếu chảy máu liên tục hoặc không đáp ứng với tinh thể, xem xét truyền pRBC, lý tưởng nhất là truyền chéo.

Nếu không có máu lai, hãy cân nhắc O- cho phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ và O + cho nam. Sử dụng

FFP, tiểu cầu hoặc acid tranexamic trong trường hợp chảy máu sớm. Nếu có, hãy kích hoạt 'giai đoạn truyền lớn'

- xem xét các vị trí thường xuất huyết bên trong (bụng, ngực, xương chậu, xương dài) nơi phẫu thuật

sự can thiệp có thể là cần thiết

D. KHUYẾT TẬT

- đánh giá LOC bằng GCS
- học sinh
 - đánh giá sự bình đẳng, kích thước, đối xứng, phản ứng với ánh sáng
- không đều hoặc chậm chạp gợi ý vấn đề tại chỗ ở mắt hoặc tổn thương thần kinh trung ương muện
- đồng tử không phản ứng + giảm LOC: nguyên nhân cấu trúc (đặc biệt nếu không đối xứng)

Thang điểm hôn mê Glasgow

- Thang điểm hôn mê Glasgow (GCS) được sử dụng cho những bệnh nhân chấn thương bị giảm LOC; chỉ số tốt về mức độ nghiêm trọng

tiên lượng chấn thương và phẫu thuật thần kinh

- hữu ích nhất nếu được lặp lại; thay đổi trong GCS theo thời gian có liên quan hơn số tuyệt đối
- ít có ý nghĩa đối với hôn mê chuyển hóa
- bệnh nhân có GCS xấu đi cần được chăm sóc ngay lập tức
- tiên lượng dựa trên GCS sau hồi sức tốt nhất
- được báo cáo dưới dạng điểm 3 phần: Mắt + Lời nói + Động cơ = Tổng số
- nếu bệnh nhân được đặt nội khí quản, điểm GCS được báo cáo là 10 + T (T = bôn, tức là không có thành phần lời nói)

E. TIẾP XÚC / ENVIRONME

- để bệnh nhân phơi bày hoàn toàn và đánh giá toàn bộ cơ thể xem có bị thương hay không; cuộn nhật ký để kiểm tra lại
- DRE cho bệnh nhân chấn thương
- giữ ấm cho bệnh nhân bằng chăn ± máy sưởi bức xạ; tránh hạ thân nhiệt

- IV Suids / máu ấm

- giữ an toàn cho nhà cung cấp dịch vụ (ô nhiễm, bệnh nhân dễ gây chiến)

2. Hồi sức

- thực hiện đồng thời với khảo sát sơ cấp

- tham dự ABC

- quản lý các vấn đề đe dọa tính mạng khi chúng được xác định

- các dấu hiệu quan trọng trong q5-15 phút

- Máy theo dõi điện tâm đồ, HA và O₂

- Ống thông Foley và ống NG nếu được chỉ định

- các xét nghiệm và điều tra: CBC, điện giải, BUN, Cr, glucose, amylase, INR / PTT, β -hCG, độc chất học

màn hình, chéo và loại

3. Khảo sát thứ cấp

- thực hiện khảo sát ban đầu sau khi bệnh nhân ổn định về huyết động và thần kinh

- xác định các thương tích lớn hoặc các khu vực cần quan tâm

- khám sức khỏe toàn diện và chụp X-quang (cột sống C, ngực và xương chậu - bắt buộc trong chấn thương nặng, xem xét cột sống T.

và cột sống L nếu được chỉ định)

LỊCH SỬ

- “MÃU”: Dấu hiệu và triệu chứng, Dị ứng, Thuốc men, Tiền sử bệnh tật, Bữa ăn gần đây nhất, Sự kiện

liên quan đến chấn thương

THI VẬT LÝ

Đầu và cổ

- sờ nắn xương mặt, da đầu

Ngực

- kiểm tra khí quản đường giữa và đoạn dưới: gãy ≥ 2 xương sườn ở ≥ 2 vị trí; nếu hiện tại hãy tìm

tràn máu màng phổi, tràn khí màng phổi và tràn máu liên quan

- trường phổi nghe tim mạch
- sờ nắn để tìm khí phế thũng dưới da

Bụng

- đánh giá tình trạng viêm phúc mạc, chướng bụng và bằng chứng chảy máu trong ổ bụng
- DRE cho chảy máu GI, tuyến tiền liệt hoạt động nhiều và âm hậu môn

Cơ xương khớp

- kiểm tra tất cả các chi để tìm sưng, biến dạng, co cứng, đau nhức, ROM
- kiểm tra xung (sử dụng đầu dò Doppler) và cảm giác ở tất cả các chi bị thương
- cuộn khúc gối và sờ nắn các gai ngực và thắt lưng
- sờ thấy mào chậu và giao cảm mu và đánh giá sự ổn định của khung chậu (bên, AP, dọc)

Thần kinh

- GCS
- khám toàn bộ dây thần kinh sọ
- thay đổi tốc độ và nhịp thở là dấu hiệu của các bất thường về cấu trúc hoặc chuyển hóa với

thở xấu dần cho thấy thần kinh trung ương bị suy

- đánh giá tính toàn vẹn của tủy sống

- bệnh nhân tỉnh táo: đánh giá cảm giác xa và chức năng vận động
- bệnh nhân bất tỉnh: phản ứng với kích thích đau đớn hoặc độc hại được áp dụng cho các chi

HÌNH ẢNH BAN ĐẦU

- CT đầu / mặt / cột sống C không cản quang (loại trừ gãy xương và chảy máu)
- X-quang
- NHANH CHÓNG (xem Hình 2, ER5) hoặc CT bụng / khung chậu (nếu ổn định)
- chụp X-quang khung chậu

Cân nhắc về đạo đức

Đồng ý điều trị: Người lớn

- xem Y học về Đạo đức, Pháp lý và Tổ chức, ELOM11
- Quy tắc khẩn cấp: không cần sự đồng ý khi bệnh nhân có nguy cơ sắp bị chấn thương nghiêm trọng VÀ

có được sự đồng ý là: a) không thể, HOẶC b) sẽ làm tăng nguy cơ cho bệnh nhân

■ giả định rằng hầu hết mọi người đều muốn được cứu trong trường hợp khẩn cấp

- bất kỳ bệnh nhân nào có khả năng và thông tin đều có thể từ chối điều trị hoặc một phần điều trị, ngay cả khi nó được cứu sống

- ngoại lệ đối với Quy tắc khẩn cấp - không thể bắt đầu điều trị nếu:

■ một bệnh nhân có thẩm quyền trước đây đã từ chối điều trị tương tự hoặc tương tự và không có

bằng chứng cho thấy mong muốn của bệnh nhân đã thay đổi

■ một chỉ thị nâng cao có sẵn (ví dụ: không phục hồi lệnh)

■ LƯU Ý: việc từ chối giúp đỡ trong tình huống tự sát KHÔNG phải là một ngoại lệ; chăm sóc phải được cung cấp

- nếu nghi ngờ, hãy bắt đầu điều trị
- dịch vụ chăm sóc có thể được rút lại nếu cần thiết sau này hoặc nếu mong muốn được gia đình làm rõ

Đồng ý điều trị: Trẻ em

- điều trị ngay lập tức nếu bệnh nhân có nguy cơ sắp xảy ra
- cha mẹ / người giám hộ có quyền đưa ra quyết định điều trị
- nếu cha mẹ từ chối phương pháp điều trị được coi là cứu mạng hoặc có khả năng làm thay đổi phẩm chất của trẻ

cuộc sống, CAS phải được liên hệ - cần có sự đồng ý của CAS để điều trị

Các vấn đề khác về sự đồng ý

- cần sự đồng ý cho việc xét nghiệm HIV, cũng như cho việc sử dụng các sản phẩm máu
- tuy nhiên, nếu sự chậm trễ trong việc đồng ý thay thế cho việc truyền máu khiến bệnh nhân gặp rủi ro, việc truyền máu có thể

được cho

Nghĩa vụ báo cáo

- luật có thể thay đổi tùy theo tỉnh và / hoặc tiểu bang
- ví dụ. vết thương do súng bắn, nghi ngờ lạm dụng trẻ em, các bệnh truyền nhiễm khác nhau, y tế không phù hợp với

lái xe, nguy cơ gây hại đáng kể cho người khác