

Bài 7

CẤP CỨU BAN ĐẦU VẾT THƯƠNG CHIẾN TRANH

I. Băng bó, chuyển thương

1. Vết thương

Vết thương là sự cắt đứt hay dập rách da và tổ chức dưới da hoặc các tổ chức khác của cơ thể. Vết thương có thể là vết thương kín hoặc vết thương hở.

– Vết thương kín (vết thương bên trong) là loại vết thương để cho máu thoát ra ngoài hệ thống tuần hoàn nhưng không chảy ra khỏi cơ thể. Loại này bao gồm: bầm tím, tụ máu dưới da hoặc có thể không có dấu tích ở bên ngoài.

– Vết thương hở (vết thương bên ngoài) là loại vết thương để cho máu chảy ra khỏi cơ thể. Loại này bao gồm: các vết trịch rách, vết thương đâm xuyên hoặc thậm chí là vết trượt xây xát trên da.

Trên thực tế có nhiều vết thương vừa là vết thương kín vừa là vết thương hở.

Mục đích chính của việc cấp cứu và chăm sóc cấp cứu một vết thương là:

- Cầm máu hoặc không chế sự chảy máu.
- Phòng hoặc điều trị sốc.
- Duy trì các chức năng sinh tồn (giúp nạn nhân thở và lưu thông tuần hoàn).
- Tránh các biến chứng (đặc biệt là giảm nguy cơ nhiễm khuẩn).

2. Băng bó

a) Nguyên tắc băng

- Băng ngay sau khi bị thương;
- Băng đúng vết thương và băng kín vết thương;
- Băng chặt vừa phải, vừa để bảo vệ vết thương vừa có tác dụng cầm máu;
- Không làm bầm vết thương khi băng;
- Khi sử dụng băng cần hết sức tiết kiệm.

b) Các kiểu băng vết thương

– *Băng vòng xoắn*: Băng vòng xoắn là đưa cuộn băng đi nhiều vòng theo hình xoắn của lò xo, từ dưới lên trên. Kiểu băng này đơn giản, dễ làm nhưng có nhược điểm là không áp dụng được rộng rãi ở nhiều vùng khác nhau trên cơ thể như vai, nách, bẹn, mông, cẳng tay, gót chân, cẳng chân, đùi.

Chú ý: Các vòng băng phải đi đều nhau và cuộn tương đối chặt.

– *Băng số 8*: Băng số 8 là băng theo kiểu đưa cuộn băng đi theo hình số 8 (hoặc hình hai vòng đối xứng).

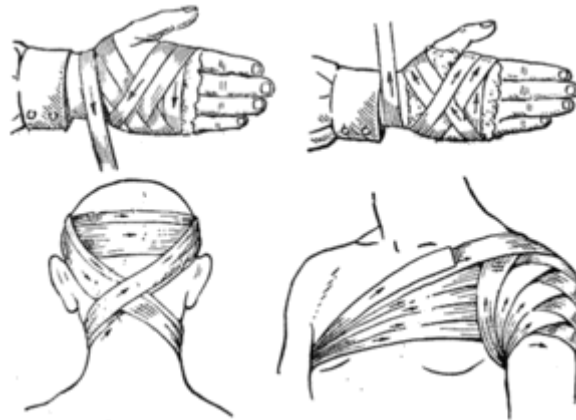
Kiểu băng số 8 phức tạp hơn kiểu băng vòng xoắn, nhưng áp dụng được rộng rãi ở nhiều vùng khác nhau như: vai, nách, bẹn, mông, cẳng tay, gót chân, cẳng chân, đùi,...

Tùy theo vị trí định băng, cách đưa cuộn băng theo hình số 8 khác nhau.

c) Thực hành băng bó vết thương ở một số vị trí

– Băng một bên ngực (băng theo kiểu số 8): Vòng đầu băng quanh ngực đi theo đường dưới vú. Đưa vòng băng bắt chéo, qua trước ngực bị thương, vòng lên phía vai bên ngực không bị thương ra sau lưng. Băng liên

tiếp từ dưới lên trên, một vòng quanh ngực, lại đến một vòng bắt chéo qua vai. Buộc hoặc gài kim băng đầu cuối cuộn băng.



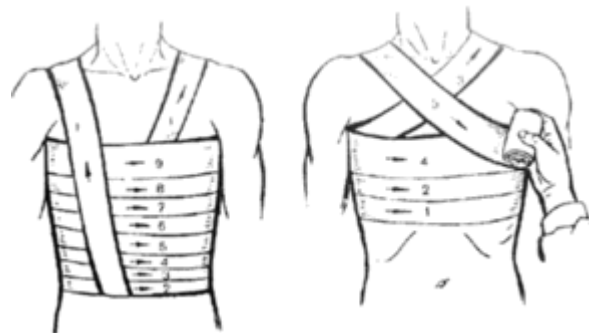
Hình 6.1. Băng tay, đầu, ngực kiểu số 8.

– Băng ngực: Đặt đường băng đầu tiên đi chéo từ dưới rốn lên vai trái, vòng ra sau lưng, đầu băng để thừa một đoạn để buộc. Băng theo kiểu vòng xoắn quanh ngực từ dưới lên trên, các vòng băng xiết tương đối chặt, nhất là các vết thương ngực hở. Đường băng cuối cho vòng ra sau lưng, vắt qua vai phải, ra trước để buộc với đầu băng kia. Khi có vết thương ngực hở, máu và không khí phì ra ngoài qua miệng vết thương, phải khẩn trương tiến hành băng kín, nhằm cứu sống tính mạng người bị thương. Thứ tự các thao tác băng kín vết thương ngực hở như sau:

+ Xác định vết thương bằng cách cởi áo hoặc vén áo. Đặt gạc vô khuẩn phủ kín miệng vết thương, đồng thời dùng lòng bàn tay ép chặt miếng gạc vào thành ngực, cho máu và không khí không phì ra ngoài. Dùng miếng ni-lon rộng hoặc vỏ ngoài băng cá nhân ép bên ngoài miếng gạc.

+ Băng vết thương ngực theo kiểu vòng xoắn như trên.

+ Đặt người bị thương ở tư thế nửa nằm, nửa ngồi cho dễ thở.



Hình 6.2. Băng ngực kiểu vòng xoắn.

– Băng bụng: Đặt gạc phủ kín vết thương. Khi có lõi phủ tạng, cuộn gạc thành vòng tròn như vành khăn để bao quanh vết thương (hoặc dùng bát bọc gạc úp lên vết thương). Băng hai vòng tròn qua giữa vành khăn. Sau đó băng theo kiểu số 8, một vòng đi trên vành khăn, một vòng đi dưới vành khăn cho đến khi kín vết thương. Buộc chặt hoặc gài kim băng đầu cuối của cuộn băng.

– Băng bẹn, mông (băng theo kiểu số 8): Băng hai vòng đầu ở 1/3 từ trên xuống của đùi, để cố định đầu băng. Đưa cuộn băng đi theo hình số 8 vòng trên của số 8 cuốn trên hai mào chậu, bắt chéo ở trước bẹn, rồi vắt ra sau đùi; đặt nhiều vòng số 8 cho đến khi che kín vết thương. Buộc hoặc gài kim băng đầu cuối của cuộn băng. Băng mông cũng như băng bẹn nhưng phải đặt người bị thương nằm sấp và cho số 8 bắt chéo ở vùng mông.

– Băng đầu gối, gót chân, môm khuỷu:

Động tác thực hành như kiểu băng bụng, vòng băng đầu qua giữa gối, các vòng băng sau đưa liên tiếp, một vòng trên gối lại một vòng dưới gối.

– Băng nếp khoeo, nếp khuỷu (băng theo kiểu số 8, bắt chéo ở vùng khoeo):

Vòng băng đầu tiên đi từ vòng tròn ở đầu trên cẳng chân. Đưa cuộn băng bắt chéo qua khoeo, vòng lên trên đầu gối; băng vòng tròn ở trên đầu gối, rồi lại cho bắt chéo xuống cẳng chân và cứ thế liên tiếp.

– Băng bàn chân, bàn tay (băng theo kiểu số 8):

Băng vòng tròn đầu tiên ở sát đầu ngón chân. Đưa cuộn băng đi theo hình số 8, vòng sau cổ chân và bắt chéo ở mu chân. Buộc hoặc gài kim băng ở đầu cuối cuộn băng. Băng bàn tay cũng như bàn chân, nhưng đường băng bắt chéo ở gan bàn tay.

– Băng trán (kiểu vành khăn):

Đường băng đi theo vòng tròn, từ trán ra sau gáy, sao cho đường băng ở trán nhích dần từ trên xuống dưới và đường băng ở sau gáy nhích dần từ dưới lên trên.

– Băng đầu:

Buộc đầu ngoài của băng vào vai trái làm điểm tựa. Đầu cuộn băng vắt ngang đầu từ trái sang phải và làm một vòng quai xoắn ở mang tai phải. Đưa cuộn băng đi vòng tròn quanh đầu; sau đó băng qua đầu từ phải sang trái và trái sang phải, xoắn qua hai đầu băng ở hai bên mang tai, các đường băng nhích dần từ giữa ra trước trán và ra sau gáy. Buộc đầu cuối của băng với đầu ngoài ở vai trái thành vòng quai mũ dưới cằm. Băng đầu kiểu quai mũ có ưu điểm là dễ làm, chỉ dùng một cuộn băng. Cũng có thể băng kiểu quai mũ bằng cách đưa các đường băng nhích dần từ trán và gáy vào giữa đầu.

– Băng một mắt:

Băng theo kiểu số 8, vòng quanh trán, một vòng bắt chéo qua mắt bị thương, rồi cứ thế băng liên tiếp.



Hình 6.3. Các kiểu băng vòng xoắn.

3. Chuyển thương

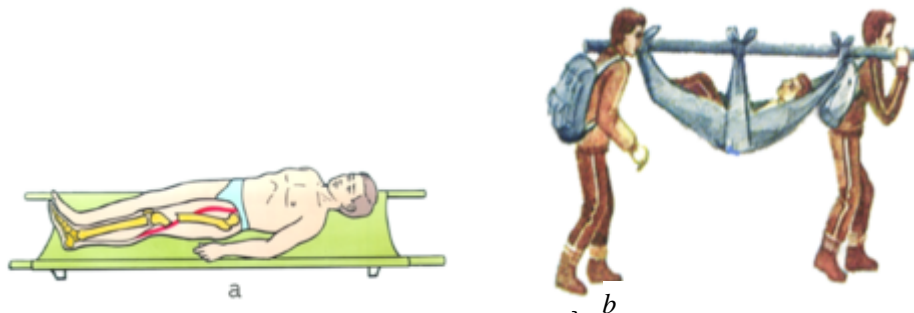
a) Chuyển thương bình bằng tay và bằng đai

Chuyển thương bình bằng tay và bằng đai thường do một người làm và được áp dụng ở cự li gần: công thương bình, bể thương bình, diu thương bình, vác thương bình. Chú ý không áp dụng phương pháp này chuyển thương bình gãy xương cột sống, vỡ xương chậu và gãy xương đùi.

b) Chuyển thương bằng cáng

+ Cáng khiêng tay (cáng cứng: cáng chuyên dụng, phen tre,...).

+ Cáng khiêng vai (cáng vồng bạt, dù,...).



Hình 6.4. Các loại cáng chuyển thương.

*** Cách cáng thương:**

+ Đặt người bị thương lên cáng: Đặt cáng bên cạnh người bị thương, luồn tay dưới người bị thương, nhấc từ từ và đặt lên cáng; buộc dây cáng.

+ Chuyển thương: Khi cáng trên đường bằng hai tải thương cần tránh đi cùng nhịp để cho cáng khỏi lắc lư. Khi cáng trên đường dốc, phải cố gắng giữ cho đòn cáng được thẳng bằng hoặc đầu người bị thương hơi cao hơn chân.

*** Chú ý:**

- Những thương binh có ga rô phải được nói đúng thời gian qui định.
- Với những thương binh bị thương ở bụng phải đặt tư thế nằm ngửa, chân hơi co lại để ép bụng tránh phủ tạng lòi ra ngoài.
- Với những vết thương vùng ngực phải đặt thương binh nửa nằm, nửa ngồi giúp thương binh dễ thở.
- Với những thương binh vùng cột sống, xương chậu, gãy xương đùi phải chuyển bằng cáng cứng.

II. Cấp cứu ban đầu vết thương chiến tranh

1. Đặc điểm của vết thương chiến tranh

a) Vũ khí lạnh

Các tổn thương do vũ khí lạnh gây nên nhìn chung tương đối đơn giản, ít để lại di chứng.

b) Vũ khí nổ thông thường

Vũ khí nổ sát thương bằng tác động trực tiếp của đầu đạn, mảnh phá, viên bi trong bom đạn,... có thể gây nên vết thương xuyên, vết thương dập nát nhiều ngõ ngách, vết thương gãy xương, vết thương mạch máu, vết thương thần kinh hoặc vết thương các tạng trong cơ thể. Các loại vũ khí nổ sát thương bằng tác động của sức nổ (bom, đạn, mìn phá nổ,...) gây sức ép mạnh đối với người ở gần tâm nổ, tạo những chấn thương kín ở các tạng, có khi rất nặng.

c) Vũ khí hạt nhân

Vũ khí hạt nhân tạo ra các nhân tố sát thương như: sóng xung kích, bức xạ quang, bức xạ xuyên, chất phóng xạ.

Vũ khí hạt nhân gây nên tổn thương hỗn hợp làm cho vết thương nặng và phức tạp, có thể đồng thời bị các tổn thương như bỏng, chấn thương, bệnh phóng xạ,...

d) Vũ khí hóa học

Vũ khí hóa học là loại vũ khí sử dụng chất độc hóa học chứa đựng trong tên lửa, bom, đạn pháo,... Vũ khí hóa học gây ô nhiễm bầu khí quyển và mặt đất. Các chất độc hóa học có thể gây tổn thương hàng loạt đối với người và động vật; gây ô nhiễm nguồn nước, lương thực, thực phẩm, phá hoại cây cối, mùa màng,...

Đặc điểm của những tổn thương do vũ khí hóa học gây ra là: nhiễm độc toàn thân, nhiễm độc thần kinh, gây lở loét, gây ngạt thở,...

e) Vũ khí sinh học

Vũ khí sinh học là loại vũ khí chứa các loại vi sinh vật gây bệnh hoặc các độc tố của chúng như vi rút vi khuẩn, nấm, độc tố do vi khuẩn tiết ra,... Địch có thể dùng gián điệp, biệt kích trực tiếp làm ô nhiễm nguồn nước, lương thực, thực phẩm..., hoặc có thể địch sử dụng pháo, bom chứa côn trùng, vi sinh vật gây bệnh. Khi bom, đạn nổ, vi sinh vật, côn trùng tung ra xung quanh làm ô nhiễm hoặc dùng máy bay phun thành các đám mây vi sinh dạng sương làm ô nhiễm một vùng rộng lớn.

Vũ khí sinh học thường gây bùng nổ các ổ dịch lớn, nhiều người mắc trong cùng một thời điểm. Triệu chứng có thể đa dạng, khó chẩn đoán. Tuy nhiên, sau khi mắc bệnh vào cơ thể, gây được bệnh hay không phụ thuộc vào sức miễn dịch của từng người.

2. Cấp cứu ban đầu vết thương do vũ khí nổ thông thường

a) Cấp cứu ban đầu vết thương phần mềm

– Đặc điểm: Vết thương phần mềm là vết thương có tổn thương da, gân cơ, trong đó phần cơ là chủ yếu. Vết thương ở các bộ phận khác nhau trên cơ thể đều kết hợp có tổn thương phần mềm. Số thương binh có vết thương phần mềm đơn thuần chiếm 50% ÷ 60% tổng số thương binh, số này có điều kiện điều trị và trở lại chiến đấu sớm nhất.

– Biểu chứng: Tất cả các vết thương phần mềm do vũ khí nổ đều dễ bị nhiễm khuẩn. Nhiễm khuẩn nặng hay nhẹ phụ thuộc:

+ Các mô bị dập nát và hoại tử, dị vật càng nhiều nhiễm khuẩn càng nặng, vết thương có nhiều ngõ ngách dễ bị bội nhiễm.

+ Vùng bị thương càng nhiều khối cơ dày càng dễ nhiễm khuẩn nặng.

+ Sức đề kháng của thương binh kém cũng dễ làm cho nhiễm khuẩn nặng thêm.

– Sơ cứu:

+ Xác định tính chất của vết thương.

+ Vệ sinh, băng bó vết thương nhằm bảo vệ vết thương không bị nhiễm khuẩn thêm, cầm máu tại vết thương hạn chế các biến chứng xấu.

+ Đưa thương binh ra khỏi vùng nguy hiểm (vào nơi an toàn), chuyển về cơ sở điều trị.

b) Cấp cứu ban đầu vết thương mạch máu

– Đặc điểm:

+ Vết thương mạch máu phần lớn là do có vết thương các phần khác như: phần mềm, gãy xương, tổn thương dây thần kinh,... thường rất phức tạp, khó điều trị. Nguy hiểm nhất là các động mạch lớn, tổn thương động mạch tứ chi.

+ Vết thương gãy xương có nhiều mảnh xương sắc nhọn cũng có thể gây thủng hoặc đứt mạch máu trong quá trình vận chuyển thương binh nếu không được cố định tốt.

– Biểu chứng:

+ Choáng do mất máu có thể dẫn đến tử vong.

+ Vết thương mạch máu dễ dẫn đến bội nhiễm.

+ Chảy máu thứ phát.

– Sơ cứu:

+ Xác định tính chất vết thương.

+ Cầm máu kịp thời (rất cần thiết, nhằm hạn chế mất máu).

+ Vệ sinh, băng bó vết thương.

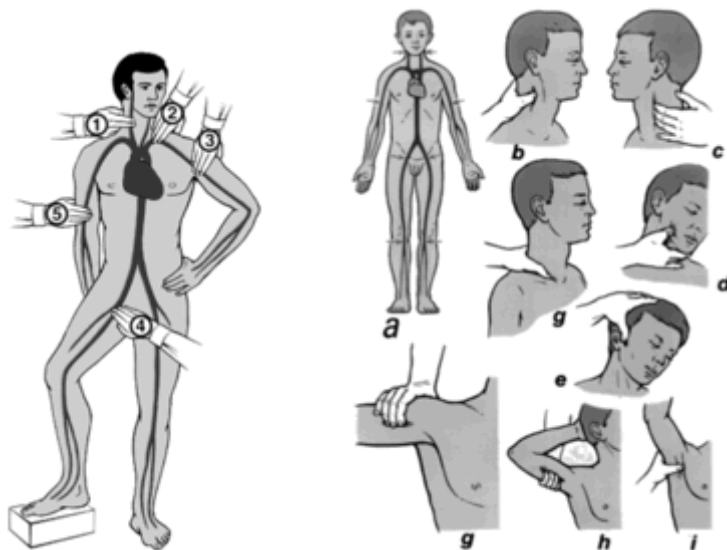
+ Chuyển thương binh về cơ sở điều trị (khi cần thiết).

– Yêu cầu cầm máu: Khẩn trương, đúng chỉ định, không làm ẩu. Đặc biệt lưu ý không ga rô tùy tiện.

*** Các biện pháp cầm máu tạm thời**

– **Gấp chi tối đa:** Khi chi bị gấp mạnh, động mạch cũng bị gấp và đè ép bởi các khối cơ bao quanh, làm cho máu ngừng chảy.

– **Ấn động mạch:** Ấn động mạch là động tác dùng ngón tay ấn chặt vào động mạch, trên đoạn lưu thông của máu từ tim đến vết thương. Động mạch bị ép chặt giữa ngón tay và nền xương làm cho máu ngừng chảy ngay tức khắc.

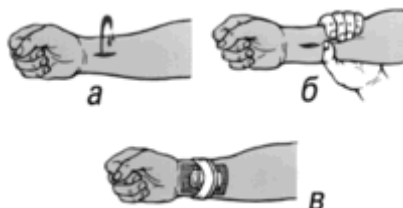


Hình 6.5. Phương pháp ấn động mạch.

– **Băng ép:** Băng ép là phương pháp băng với các vòng băng siết tương đối chặt, đè ép mạnh vào các bộ phận bị tổn thương. Băng ép chặt làm cho các mạch máu bị ép kín hoặc thu nhỏ lại, tạo điều kiện thuận lợi cho việc hình thành máu cục để cầm máu.

– **Băng nút:** Băng nút là cách băng ép để nhét nút vào vết thương; nhét nút càng tăng và có tác dụng cầm máu tốt. Băng nút thương chảy máu động mạch nhỏ ở sâu, như xương, vết thương phần mềm sâu.

– **Băng chèn:** Băng chèn cũng là kiểu không phải bằng ngón tay, mà bằng một vật rắn. Con chèn được đặt trên đường đi của thương và tim, càng sát vết thương càng tốt, sau đó, băng cố định con chèn bằng nhiều vòng băng siết tương đối chặt theo kiểu vòng xoắn hoặc số 8.



Hình 6.6. Cầm máu bằng băng chèn.

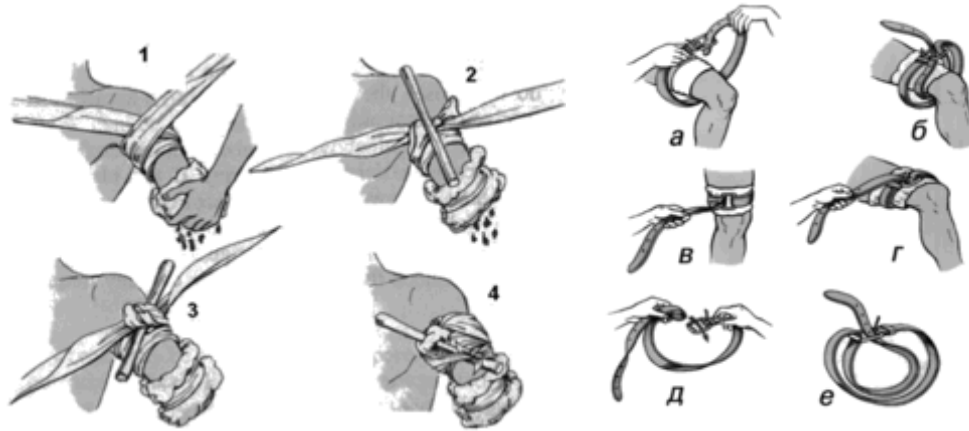
có dùng thêm bác gác chặt thì sức ép càng thích hợp với các vết thương gãy

ấn động mạch nhưng rắn hoặc tương đối động mạch, giữa vết

– **Ga rô:** là biện pháp cầm máu tạm thời bằng dây cao su hoặc dây vải xoắn chặt vào đoạn chi, để làm ngừng lưu thông máu từ phía trên xuống phía dưới của chi. Việc thực hiện không đúng cách có thể làm cả đoạn chi bị hoại tử, phải cắt bỏ.

*** Chỉ được phép làm ga rô trong các trường hợp sau đây:**

- + Vết thương ở chi chảy máu ồ ạt, phun thành tia hoặc trào xối qua vết thương.
- + Chi bị cắt cụt.



Hình 6.7. Cầm máu bằng ga rô.

+ Vết thương phần mềm hoặc gãy xương, có kèm theo tổn thương các động mạch lớn.

*** Cách đặt ga rô:**

+ Ấn động mạch ở phía trên vết thương.

+ Lót vải hoặc gạc ở chỗ chỉ định đặt ga rô hoặc dùng ngay quần áo để lót.

+ Đặt ga rô và xoắn đầu (nếu là dây vải); bỏ tay ấn động mạch, rồi vừa xoắn vừa theo dõi mạch ở dưới hoặc theo dõi chảy máu ở vết thương; nếu mạch ngừng đập hoặc máu ngừng chảy là được.

+ Cuối cùng băng vết thương và làm các thủ tục hành chính cần thiết.

*** Những nguyên tắc phải chấp hành khi đặt ga rô**

Khi ga rô cần nắm vững ba nguyên tắc sau:

+ *Garô phải đặt sát ngay phía trên vết thương và để lộ ra ngoài.* Tuyệt đối không để ống quần, tay áo hay vật gì khác che lấp ga rô, làm cho người vận chuyển và tuyến sau khó thấy, có thể bỏ qua không xử lý ưu tiên.

+ *Người bị đặt ga rô phải được nhanh chóng chuyển về tuyến sau.* Trên đường vận chuyển, cứ 1 giờ phải nói ga rô một lần, trong điều kiện không cho phép cũng không nên để ga rô lâu quá 3 – 4 giờ.

+ *Phải chấp hành triện để những qui định về ga rô:* Ghi rõ ngày giờ ga rô, giờ nói ga rô lần một, giờ nói ga rô lần hai, họ tên bệnh nhân. Cần có kí hiệu bằng dải vải đỏ cài vào túi áo trên bên trái (đó là kí hiệu cho những bệnh nhân cần chuyển nhanh và xử trí khẩn cấp).

*** Nói ga rô**

Những trường hợp sau đây không nói ga rô:

+ Khi chi đã bị cắt đứt.

+ Khi đoạn chi ở dưới ga rô có dấu hiệu hoại tử có thể dẫn đến choáng, nhiễm độc và tử vong.

Thứ tự các bước phải làm khi nói ga rô như sau:

+ Người phụ ấn động mạch ở phía trên ga rô. Người chính nói dây ga rô, nói rất từ từ, vừa nói vừa theo dõi sắc mặt người bị thương, tình hình máu chảy ở vết thương, mạch và màu sắc đoạn chi ở dưới ga rô. Khi nói ga rô được khoảng 4 ÷ 5 phút hoặc thấy bệnh nhân biến sắc, máu chảy nhiều thì phải thắt chặt ga rô lại ngay.

+ Đặt lại dây ga rô: khi buộc lại không đặt ở chỗ cũ mà nhích lên (nhích xuống) một ít để khỏi gây lằn da thịt và thiếu máu kéo dài ở chỗ đặt ga rô.

c) Cấp cứu ban đầu vết thương gãy xương

– *Đặc điểm:*

Gãy xương là một tình trạng mất tính liên tục của xương, nó có thể biểu hiện dưới nhiều hình thức từ một vết rạn cho đến một sự gãy hoàn toàn của xương.

Gãy xương được chia làm hai loại chính: gãy xương kín và gãy xương hở, cả hai đều có thể là gãy xương biến chứng.

+ Gãy xương kín: là loại gãy xương mà tổ chức da ở vùng xung quanh ổ gãy không bị tổn thương hoặc có thể tổn thương nhưng không thông với ổ gãy.

+ Gãy xương hở: da bị rách, phần mềm xung quanh bị dập nát, có thể nhìn thấy đầu xương gãy hoặc một số mảnh xương vụn theo vết thương ra ngoài, chi bị gãy không tự vận động được và bị biến dạng so với bên lành.

– *Biến chứng:*

- + Nạn nhân có thể cảm thấy hoặc nghe thấy tiếng kêu "răng rắc" của xương gãy.
- + Đau ở chỗ chấn thương hoặc gần vị trí đó. Đau tăng khi vận động.
- + Giảm hoặc mất hoàn toàn khả năng vận động.
- + Có phản ứng tại chỗ gãy khi ấn nhẹ lên vùng bị thương.
- + Sưng nề và sau đó bầm tím ở vùng chấn thương.
- + Biến dạng tại vị trí gãy: ví dụ chi gãy bị ngắn lại, gập góc hoặc xoắn vặn,...
- + Khi khám có thể nghe hoặc cảm thấy tiếng lạo xạo của hai đầu xương gãy cọ vào nhau. Không được cố gắng tìm dấu hiệu này vì làm nạn nhân rất đau.

+ Có thể có triệu chứng của sốc. Tình trạng sốc thường xảy ra và được nhận thấy rõ trong các trường hợp gãy xương đòn hoặc vỡ xương chậu.

+ Da thịt bị rách nát, tổn thương, nhiều trường hợp kèm theo các tổn thương phần mềm rộng lớn.

+ Khi gãy xương, không những các mạch máu trong xương bị tổn thương gây chảy máu rỉ rả kéo dài mà còn có thể kèm theo tổn thương các động mạch cơ, tổn thương các bó mạch thần kinh lớn.

+ Choáng do thiếu máu và do đau đớn trong quá trình vận chuyển, một số trường hợp choáng nặng có thể dẫn đến tử vong, nhất là choáng do gãy xương đùi.

+ Gây thêm tổn thương mới cho người bị thương, do các đầu xương gãy sắc nhọn bị di động trong khi vận chuyển có thể làm rách mạch máu và các dây thần kinh gần đó.

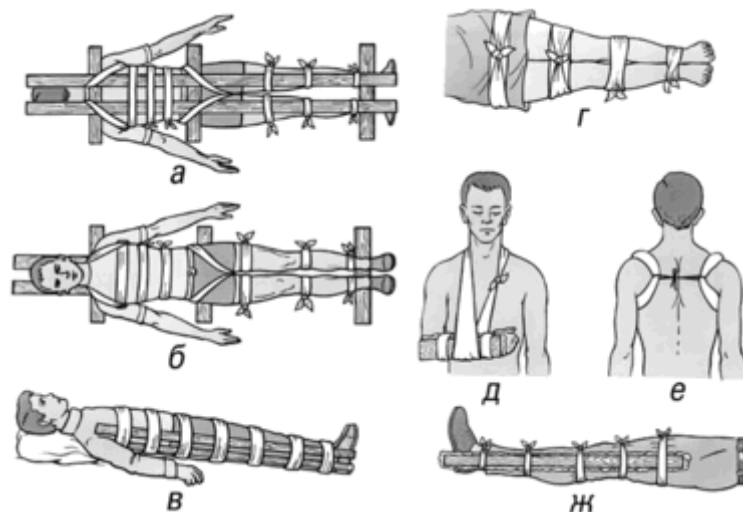
– *Cách cấp cứu ban đầu:*

- + Cầm máu, băng bó.
- + Cố định xương bị gãy.
- + Chuyển thương binh về tuyến sau.

– *Nguyên tắc cố định tạm thời:*

+ Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân, phải có đệm lót ở đầu nẹp, đầu xương (không cời quần áo, cần thiết rách theo đường chi).

+ Cố định trên dưới ổ gãy, khớp trên và dưới ổ gãy, riêng xương đùi bất động ba khớp.



Hình 6.8. Cố định xương bị gãy.

- + Bất động ở tư thế cơ năng: Chi trên treo tay vuông góc, chi dưới duỗi thẳng 180°.
- + Trường hợp gãy kín phải kéo chi liên tục bằng một lực không đổi trong suốt thời gian cố định.
- + Trường hợp gãy hở: Không được kéo nắn ấn đầu xương gãy vào trong, nếu có tổn thương động mạch phải đặt ga rô tùy ứng, xử trí vết thương để nguyên tư thế gãy mà cố định.
- + Băng cố định nẹp phải tương đối chặt, không để nẹp xộc xệch, nhưng cũng không quá chặt làm trở ngại tuần hoàn máu chi.
- + Sau khi cố định buộc chi gãy với chi lành thành một khối thống nhất.
- + Nhanh chóng, nhẹ nhàng, vận chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị.

d) Cấp cứu ban đầu ngạt thở

- Ngạt thở thường gặp trong các trường hợp sau:
 - + Do ngã xuống nước và bị nước nhấn chìm, chỉ sau hai, ba phút sẽ ngạt thở.
 - + Do bị vùi lấp như: sập hầm, đất cát vùi lấp khi bom nổ..., nhất là khi ngực bị ép dẹt, mũi miệng bị đất cát nhét kín, có thể bị ngạt thở nhanh chóng.
 - + Do trúng phải khí độc.
 - + Do ở lâu trong các hầm kín chật hẹp, có thể bị ngạt thở do thiếu oxy và hít phải nhiều khí độc như CO₂.
 - + Ngạt thở do tắc các đường hô hấp như thắt cổ, bị bóp cổ, do dờm dãi hoặc máu ở những vết thương hàm mặt gây tắc thở.

– Nhận biết người ngạt thở:

Hô hấp ngừng hoạt động, người bị nạn nằm yên, không tỉnh, không cử động; sắc mặt trắng nhợt hoặc tím tái, chi giá lạnh, tim ngừng đập, mạch không sờ thấy; đặt chiếc lông gà hoặc miếng giấy trước mũi không thấy chuyển động.

– Cách xử trí:

- + Loại bỏ nguyên nhân gây ngạt thở như: bới đất cát cho người bị vùi lấp, vớt người chết đuối, đưa người bị trúng độc ra khỏi vùng có khí độc, ra khỏi buồng kín...
- + Nhanh chóng giải phóng cho các đường hô hấp trên khỏi các vật trở ngại như:
 - * Lau chùi đất, máu hoặc dờm dãi ở mũi miệng, khi cần hút trực tiếp bằng miệng cho sạch dờm, dãi.
 - * Nới hoặc tháo bỏ quần áo và các dây nịt quanh người bị nạn.

- + Tiến hành hô hấp nhân tạo.
 - *Những điểm cần chú ý khi làm hô hấp nhân tạo:*
 - + Làm rất kiên trì cho đến khi hô hấp tự nhiên được hồi phục, có trường hợp phải làm tới 1 – 2 giờ, tuyệt đối không chuyển người bị ngạt thở đi viện khi hô hấp tự nhiên chưa hồi phục.
 - + Làm đúng nguyên tắc, không vội vàng, không làm ẩu, giữ đúng tốc độ.
 - + Làm ở chỗ thoáng khí, không để nhiều người chen chúc xung quanh, không để nằm ở chỗ giá lạnh.
 - + Không làm hô hấp nhân tạo cho người bị nhiễm chất độc hóa học gây phù phổi cấp tính.
- Những việc làm đồng thời với hô hấp nhân tạo: chống choáng, sưởi ấm, tiêm thuốc trợ tim (khi có điều kiện).

- *Các phương pháp hô hấp nhân tạo:*
 - + Thở ngạt:

Đặt người bị nạn nằm ngửa, người cấp cứu quỳ bên cạnh, sát ngang vai. Dùng một ngón tay quấn vải sạch, đưa vào trong miệng để lau hết đờm, dãi.

Người cấp cứu một tay bóp kín hai bên mũi, một tay đẩy mạnh cằm cho miệng hé ra, hít hơi thật mạnh rồi áp miệng mình sát miệng người bị nạn thổi ra mạnh. Làm liên tiếp như thế với nhịp độ 15 ÷ 20 lần/ phút.
 - + Ấn tim ngoài lồng ngực:

Đặt hai bàn tay chồng lên nhau, đặt vào 1/3 dưới xương ức. Ấn mạnh bằng sức nặng của cơ thể xuống ức, làm cho xương ức lún xuống 2 ÷ 3 cm với tốc độ 50 ÷ 60 lần/phút. Với trẻ em ấn nhẹ hơn, đề phòng làm gãy xương sườn.



Hình 6.9. Các phương pháp hô hấp nhân tạo.

e) Vết thương do bỏng

Có nhiều nguyên nhân gây nên bỏng như bỏng do lửa, do hơi nóng, hóa chất và các tia phóng xạ... Vết thương bỏng có thể làm chết người hoặc để lại những di chứng nặng nề như mất chức năng vận động, biến dạng mắt thẩm mỹ.

Bỏng được phân loại theo độ sâu thành ba độ:

- + *Bỏng bề mặt (độ 1):* Trường hợp này chỉ lớp ngoài cùng da bị tổn thương làm cho da nơi bị bỏng đỏ ửng lên và đau rát do đầu mút dây thần kinh bị kích thích. Loại bỏng này thường lành hẳn sau 3 ngày.
- + *Bỏng một phần da (độ 2):* Trường hợp này thì lớp biểu bì và một phần của lớp chân bì bị tổn thương, các túi phỏng nước được hình thành, nếu các túi phỏng nước vỡ ra sẽ để lộ một bề mặt màu hồng và cũng rất đau. Nếu được giữ sạch vết bỏng sẽ tự lành sau khoảng 1 – 4 tuần không cần điều trị gì mà cũng không để lại sẹo hoặc sẹo nhưng không đáng kể. Tuy nhiên tổ chức da sau khi lành vết bỏng có thể đỏ trong một thời gian dài hơn, nếu bị nhiễm khuẩn thì lớp da dưới sẽ bị phá hủy và bỏng độ 2 chuyển thành bỏng độ 3.

+ **Bỏng toàn bộ các lớp da (độ 3):** Toàn bộ các lớp da đều bị tổn thương bao gồm cả lỗ chân lông và tuyến mồ hôi. Vết bỏng trắng nhợt hoặc xám lại, khô cứng và mất cảm giác (không đau), các đầu nút dây thần kinh bị phá hủy, lớp mỡ dưới da cũng có thể bị phá hủy và để lộ phần cơ, các vết bỏng rất dễ bị nhiễm khuẩn do vậy thời gian lành vết bỏng thường kéo dài rất lâu.

*** Cách sơ cứu:**

– Dập tắt lửa đang cháy trên quần áo và làm mát vết bỏng: Đây là việc làm trước hết để tránh cho nạn nhân bị bỏng sâu và rộng thêm. Dùng nước hoặc cát để dập tắt lửa, hoặc có thể dùng áo khoác, chăn, vải bọc kín chỗ đang cháy để dập lửa (không dùng vải nhựa, ni lông để dập lửa). Chú ý: không dùng nước đá để làm mát vết bỏng hoặc ngâm toàn bộ cơ thể vào trong nước lạnh.

– Phòng chống sốc: Đặt nạn nhân ở tư thế nằm, động viên an ủi nạn nhân, cho nạn nhân uống nước vì nạn nhân rất khát nhất là khi phải chuyển nạn nhân đi xa. Chú ý chỉ cho nạn nhân uống nước khi nạn nhân tỉnh táo, không bị nôn và không có những chấn thương khác. Nếu có điều kiện nên cho nạn nhân uống dung dịch: nước chè đường, nước trái muối, đường hoặc oreson.

– Phòng chống nhiễm khuẩn: Bản thân vết bỏng là vô khuẩn. Do vậy khi cấp cứu bỏng phải rất thận trọng để tránh vết bỏng bị nhiễm bẩn: không dùng nước không sạch để dội hoặc đắp vào vết bỏng, có điều kiện người cấp cứu nên rửa tay sạch và tránh động chạm vào vết bỏng.

– Băng vết bỏng:

+ Không được bôi dầu mỡ, dung dịch cồn ngay cả kem kháng sinh vào vết bỏng.

+ Không được chọc phá các túi phỏng nước.

+ Không được bóc da hoặc mảnh quần áo dính vào vết bỏng.

+ Nếu có điều kiện thì phủ vết bỏng bằng gạc vô khuẩn, nếu không thì dùng vải càng sạch càng tốt.

+ Vết bỏng sẽ chảy rất nhiều dịch nên trước khi dùng băng co giãn để băng vết bỏng lại thì phải đệm một lớp bông thấm nước lên trên gạc hoặc vải phủ vết bỏng.

*** Cách sơ cứu một số trường hợp bỏng đặc biệt**

+ Bỏng điện: điện giật hoặc sét đánh có thể gây bỏng rất sâu, một số bệnh nhân bị bỏng điện thì cơ thể cũng bị ngừng tim do dòng điện đánh vào tim, do vậy phải tiến hành cấp cứu ngừng tim ngay (nếu nạn nhân bị ngừng tim) rồi mới sơ cứu vết bỏng sau. Khi sơ cứu vết bỏng xong phải nhanh chóng chuyển nạn nhân tới ngay bệnh viện vì những bệnh nhân bị điện giật rất dễ có rối loạn về tim mạch.

+ Bỏng hóa chất: với những loại bỏng do hóa chất phải rửa ngay, rửa liên tục bằng nước càng nhiều càng tốt, nếu không các tổ chức ở vùng bỏng sẽ bị hoại tử hoàn toàn.

Nếu xác định được nguyên nhân gây bỏng là do axit thì rửa vết bỏng bằng nước có pha bicacbonat. Nếu bỏng là do kiềm thì rửa bằng nước có pha giấm, chanh. Nhưng nếu bỏng mắt do hóa chất chỉ được rửa bằng nước sạch.

f) Vết thương sọ não, vết thương cột sống

– **Đặc điểm:**

+ Vết thương sọ não phân làm hai loại: vết thương phần mềm ở sọ não, vết thương thấu não làm vỡ hộp sọ, tổn thương não. Vết thương sọ não do vũ khí nổ thường là rất nặng, khả năng nhiễm khuẩn cao.

+ Vết thương cột sống phân làm hai loại: vết thương cột sống không chạm tuỷ sống, vết thương cột sống có chạm tuỷ sống. Tổn thương ở tuỷ có nhiều mức độ nhưng đều rất nguy hiểm, mất dịch tuỷ nhiều sẽ suy kiệt rất nhanh.

– **Triệu chứng:**

+ Vết thương sọ não: Vết thương phần mềm chỉ tổn thương da, gân, cơ nhưng có thể kết hợp với chấn động gây chảy máu trong hộp sọ rất nguy hiểm. Vết thương thấu não đều kèm theo tổn thương phần mềm và hộp sọ, có thể bị phù não và gây rối loạn tim mạch, hô hấp. Sau khi bị thương thông thường rối loạn tri giác, thậm chí hôn mê li bì. Ngoài ra có thể bị nôn mửa, choáng, mất nhiều máu, liệt chi hoặc toàn thân.

+ Vết thương cột sống: những vết thương cột sống có chạm tủy có thể bị choáng, mất cảm giác tiểu, đại tiện, liệt chi, liệt toàn thân.

– *Cách xử trí:*

- + Chống choáng, ngạt thở (lau hút đờm dãi, đặt đầu thương binh nghiêng về một bên).
- + Băng bó, cầm máu, cố định đúng kỹ thuật.
- + Nhanh chóng chuyển thương binh về tuyến sau. Khi chuyển thương binh cần đặt trên cáng cứng và không đổi cáng. Vết thương vùng cổ thì cố định bằng nẹp chuyên dụng (Crame) hoặc chèn cố định hai bên đầu.

g) Vết thương bụng, vết thương ngực

Vết thương bụng do hỏa khí là loại vết thương nặng, dễ kết hợp nhiều bộ phận như: dạ dày, ruột gan, lá lách. Ngay sau khi bị thương dễ mất nhiều máu, biến chứng khôn lường có thể gây tử vong.

Vết thương ngực cũng là loại vết thương nặng có thể kèm theo tổn thương phổi, tim... Ngay sau khi bị thương dễ mất nhiều máu, biến chứng khôn lường có thể gây tử vong.

– Triệu chứng:

- + Đối với vết thương bụng: triệu chứng có khi đầy đủ rõ rệt nhưng có khi rất khó phán đoán.
- + Đối với vết thương ngực kín: thở nhanh, khò khè, khạc ra máu.
- + Đối với vết thương ngực hở: choáng, có thể máu ra nhiều, khó thở.

– *Cách xử trí:*

+ Đối với vết thương thấu bụng: băng bó che kín vết thương, khi băng nếu có phủ tạng lòi ra ngoài tuyệt đối không được nhét vào ổ bụng, có thể dùng bát úp vào chỗ bị thương rồi băng chặt lại hoặc dùng băng làm vành khăn để bao quanh chỗ phủ tạng lòi ra sau đó mới băng lại. Nếu thương binh có hiện tượng choáng cần để thương binh yên tĩnh nơi an toàn, tiêm thuốc trợ lực, ủ ấm cho thương binh trước khi chuyển về tuyến sau. Khi chuyển thương binh đặt nằm ngửa, ép nhẹ vào chỗ băng để tạng đỡ lòi thêm ra. Không được cho thương binh ăn uống và không được tiêm moóc-phin.

+ Đối với vết thương thấu ngực hở: băng chặt kín hoặc nút kín, khâu kín vết thương nếu có điều kiện; kê cao đầu, lau, hút sạch đờm dề phòng ngạt thở. Nếu gãy xương sườn thì băng vòng quanh ngực vận chuyển nhanh về tuyến sau phẫu thuật. Khi chuyển thương binh đặt nằm ngửa, đầu ngực kê cao.

h) Vết thương hàm, mặt

Vết thương hàm, mặt có thể kèm theo vết thương phần mềm, vết thương chạm xương và vết thương hỗn hợp.

Cách xử trí:

- Bảo tồn tối đa da, xương và răng, chỉ bỏ khi răng chắc chắn đã hỏng, vụn, vỡ.
- Đối với vết thương mềm dùng cồn lau chùi những chỗ da bị dập.
- Đối với các vết thương nặng có chảy máu cần băng cầm máu. Khi chuyển thương cần cố định lưỡi chống choáng.

i) Vết thương mắt

Mắt có cấu trúc mỏng manh, vì thế các thương tổn của mắt rất nghiêm trọng. Nếu xử trí không đúng, có thể dẫn đến tình trạng mù lòa.

– Các nguyên nhân thông thường: các dị vật, hóa chất và bụi thổi vào hoặc bị ma sát với mắt có thể làm trầy xước bề mặt của mắt.

– Các dấu hiệu và triệu chứng: thấy được dị vật trong mắt, đỏ mắt, cảm giác nóng rát, đau, nhức đầu và chảy nước mắt...

– Cách sơ cứu vết thương mắt:

+ Rửa tay nếu có thể trước khi chăm sóc vết thương ở mắt.

+ Thật cẩn thận và nhẹ nhàng khi sờ chạm vào mắt.

+ Nếu bị một vật ghim vào hoặc nằm trong nhãn cầu, không nên cố lấy ra. Úp một li giấy lên vết thương mắt. Sau đó băng hai mắt lại.

+ Đối với các trường hợp bỏng hóa chất, hãy rửa sạch mắt bị tổn thương liên tục dưới vòi nước, hướng từ mũi ra phía ngoài.

+ Nếu không thể làm trôi dị vật ra khỏi bề mặt của mắt hoặc mí mắt, hãy băng lỏng xung quanh cả hai mắt hoặc dùng băng vết thương băng lên hai mắt. Cần băng cả hai mắt lại vì sự chuyển động của một bên mắt ảnh hưởng đến bên mắt còn lại.

+ Hãy trấn an nạn nhân vì nạn nhân sẽ sợ hãi khi bị băng hai mắt lại.

+ Nếu nạn nhân bị bất tỉnh, hãy khép hai mí mắt lại để giữ cho nhãn cầu (tròng mắt) tránh bị khô.

