

Sơ cấp cứu ban đầu là sự trợ giúp ban đầu, ngay lập tức cho người bệnh hoặc nạn nhân (sau đây gọi chung là nạn nhân) cho đến khi họ được chăm sóc bởi nhân viên y tế chuyên nghiệp. Đó không chỉ là những xử trí ban đầu đối với chấn thương của nạn nhân mà còn là sự chăm sóc ban đầu khác như trấn an tâm lý đối với nạn nhân và những người chứng kiến sự kiện TNNT, người thân của nạn nhân.

Sơ cứu thường bao gồm các thủ thuật đơn giản, thông thường dễ thực hiện. Sơ cứu nhằm giữ cho tình trạng sức khỏe của nạn nhân không trở nên nguy kịch hơn và nó không thay thế cho việc điều trị y tế.

Sơ cứu được xem như là một phần trong chăm sóc cấp cứu nhằm mục đích:

- Làm tăng khả năng sống sót.
- Ngăn ngừa khả năng nặng lên của thương tật.
- Góp phần ổn định sức khỏe cho nạn nhân.

Người sơ cấp cứu ***phải được đào tạo*** lý thuyết và kỹ năng thực hành cấp cứu.

2. Nhiệm vụ của người cấp cứu

- Để nạn nhân ở vị trí cấp cứu an toàn.
- Gọi người xung quanh trợ giúp.
- Cấp cứu ban đầu cho nạn nhân.
- Gọi hoặc nhờ người khác gọi cấp cứu 115.
- Ghi lại hoặc nhờ người ghi lại những điều đã xảy ra, những việc đã làm.
- Có thể sử dụng các biện pháp phòng nhiễm trùng cho người sơ cấp cứu: rửa tay, đeo găng, có thể sử dụng mask (mặt nạ) để hô hấp nhân tạo.

3. Nhiệm vụ của người trợ giúp

- Tìm kiếm tất cả các nạn nhân trong vụ tai nạn thương tích.
 - Tìm kiếm tất cả mọi sự chăm sóc.
 - Gọi cấp cứu y tế và chỉ dẫn người cấp cứu đến đúng địa chỉ cần cấp cứu.
 - Thực hiện chăm sóc cần thiết cho nạn nhân theo yêu cầu của người thực hiện sơ cấp cứu.
 - Đặt đúng các tư thế của nạn nhân.
 - Ghi chép lại những điều đã xảy ra, những việc đã làm - Trấn an tâm lý đối với người nhà nạn nhân (nếu có).
- 4. Hậu quả của việc không sơ cấp cứu kịp thời** - Tìm ngừng đập và dẫn đến tử vong.
- Nếu ngừng tim trên 4 phút thì não có thể bị tổn thương.
 - Nếu ngừng tim trên 10 phút thì não tổn thương không thể phục hồi.

5. Các bước sơ cấp cứu bao gồm

- Nhận định tình huống: Quan sát hiện trường xem có vấn đề nguy hiểm hay không, có một người bị nạn hay nhiều người bị nạn, tình huống xảy ra có xa hay gần trung tâm y tế, mức độ đã được trợ giúp ra sao.

- Lập kế hoạch chuẩn bị sơ cấp cứu nạn nhân.
- Thực hiện theo kế hoạch sơ cấp cứu và hỗ trợ nạn nhân như: hà hơi thổi ngạt, ép tim ngoài lồng ngực.
- Đánh giá lại kết quả vừa cấp cứu xem tình trạng sức khỏe của nạn nhân có được cải thiện không. Thông báo cho gia đình hoặc người thân, người giám hộ hợp pháp của nạn nhân càng sớm càng tốt. Trấn an và giải thích cho nạn nhân được sơ cứu. Hoàn tất thủ tục báo cáo sự việc xảy ra.

II. TRÌNH TỰ CẤP CỨU BAN ĐẦU: Cấp cứu ban đầu theo trình tự ABCDE

1. Airway (A): Đường thở

Trước hết cần xác định nạn nhân còn tỉnh, còn tiếp xúc được hay không; nếu bị tắc nghẽn đường thở thì cần thực hiện ngay lập tức các động tác sau:

- Nghiêng người ghé tai sát miệng nạn nhân để xem còn thở hay không.
- Mở miệng nạn nhân kiểm tra xem có đờm dãi, dị vật hay không. Nếu nạn nhân vẫn còn khó thở, thì cần phải kiểm tra xem có phải do tụt lưỡi không; nếu tụt lưỡi thì phải tiến hành kéo lưỡi.
- Nâng cằm, đẩy hàm giữ cho đường thở được thẳng trục.
- Tiến hành thổi ngạt qua miệng hoặc mũi nếu bệnh nhân ngừng thở.

2. Breathing (B): Hô hấp

Đánh giá rối loạn hô hấp dựa vào tần số thở, gắng sức hô hấp, xem trên ngực có vết thương không, đặc biệt các trường hợp có thể xử trí được ngay tại chỗ trong khi chờ đợi nhân viên y tế đến, nhất là khi:

- Nạn nhân bị ngừng thở, tím tái hay đe dọa ngừng thở phải tiến hành ngay hô hấp nhân tạo miệng - miệng hoặc miệng - mũi.
- Tổn thương hở ở ngực, cần đặt ngay miếng gạc hoặc lấy quần áo sạch, vải sạch đặt lên vết thương và băng kín để cầm máu và hạn chế khí tràn vào khoang ngực làm nạn nhân khó thở hơn. Tuyệt đối không lấy bỏ dị vật đang cắm trên ngực, nếu lấy bỏ dị vật ra thì có nguy cơ chảy máu ồ ạt, làm nạn nhân có thể tử vong nhanh chóng.

3. Circulation (C): Tuần hoàn Trong khi đánh giá và xử trí tuần hoàn, luôn kiểm tra đường thở và hô hấp. Đối với xử trí tuần hoàn, cần kiểm soát chảy máu.

Đánh giá về tuần hoàn dựa vào:

- Bắt mạch cánh tay, cổ tay, mạch bẹn. Trong trường hợp cấp cứu cơ bản ngoài cộng đồng có thể bỏ qua bước này nếu nạn nhân suy hô hấp.
- Nạn nhân có dấu hiệu lơ mơ, da xanh tái, nhợt nhạt, vã mồ hôi, đó là dấu hiệu mất máu. Cần phải có các biện pháp can thiệp để kiểm soát chảy máu bên ngoài, còn chảy máu bên trong cần phải can thiệp phẫu thuật mới kiểm soát được.
- Các biện pháp cầm máu đơn giản như băng ép hoặc ép chặt vào chỗ đang chảy máu bằng quần áo hoặc băng gạc sạch vô khuẩn, giữ nguyên đến khi nhân viên y tế đến, tuyệt đối không bỏ tay đang giữ ép ra hoặc bỏ gạc đang giữ để thay gạc mới sẽ làm cho máu chảy mạnh hơn và khó cầm máu.

Trường hợp nạn nhân có biểu hiện ngừng tim cần tiến hành biện pháp hồi sinh tim phổi bằng ép tim ngoài lồng ngực (nội dung được hướng dẫn cụ thể trong bài cấp cứu cơ bản).

4. Disability (D): Thần kinh

- Cần đánh giá nhanh tổn thương hệ thần kinh theo 4 mức độ như sau: Mức độ 1. Nạn nhân tỉnh và giao tiếp bình thường.

Mức độ 2. Nạn nhân đáp ứng (trả lời, cử chỉ) với lời nói khi được gọi, hỏi.

Mức độ 3. Nạn nhân đáp ứng với kích thích đau (chỉ áp dụng khi hỏi không thấy trả lời: mức độ 2).

Mức độ 4. Nếu không đáp ứng với lời nói khi hỏi (mức độ 2) hoặc kích thích đau (mức độ 3), như vậy nạn nhân đã hôn mê, tiên lượng rất xấu, nên chuyển sớm đến cơ sở y tế để được chăm sóc và điều trị.

- Trường hợp nạn nhân không tỉnh hoặc ở mức độ 4 thì có biểu hiện tổn thương não. Ngoài ra khi bệnh nhân đang tỉnh sau đó rơi vào hôn mê, hoặc có thay đổi ý thức theo các mức độ như trên thì thường là tiếp tục chảy máu hoặc thương tổn trong não nặng lên.

- Trường hợp nạn nhân có tổn thương ở đầu hay rách da, vỡ xương, thậm chí chảy dịch não tủy hoặc hở tổ chức não,... chỉ nên dùng gạc sạch hoặc quần áo sạch băng lên vết thương, tuyệt đối không bôi, đắp bất cứ thuốc, hóa chất, lá cây gì, không rút dị vật còn cắm tại đó ra.

5. Exposure (E): Lộ toàn thân

- Khi sơ cứu nạn nhân đã ổn định, nên cởi bỏ quần áo nạn nhân để đánh giá các tổn thương khác tránh bỏ sót tổn thương.

- Cố định cột sống cổ nếu nghi ngờ chấn thương cột sống cổ: Nếu nạn nhân tỉnh táo, khuyến khích họ nằm yên hoàn toàn. Dùng nẹp cột sống chuyên dụng hoặc vật liệu có sẵn: túi cát, vật nặng, khăn vải cuộn chặt để cố định hai bên cột sống cổ, lưng, dùng băng keo hoặc dây để cột lại. Khi nạn nhân đã nằm trên ván cứng có thể đặt hai bao cát ở hai bên cổ chiều dài từ tai đến xương đòn rồi cố định bằng dây buộc ở trán, vai, cánh chậu, gối và cổ chân.

Lưu ý: Đặt nạn nhân ở tư thế an toàn

- Tư thế an toàn cho nạn nhân là tư thế nhằm để bảo vệ đường thở thông thoáng.

- Tất cả các nạn nhân hôn mê đều nên được đặt ở tư thế an toàn. Không nên thay đổi tư thế nạn nhân khi nghi ngờ có chấn thương cột sống như: chấn thương, liệt chân, đại tiểu tiện không tự chủ.

- Tư thế an toàn đối với nạn nhân hôn mê (để lưỡi không tụt về phía sau gây tắc nghẽn hầu họng hoặc tránh sặc chất nôn vào đường thở). Để nạn nhân nằm nghiêng, tay trên gấp, tay dưới duỗi thẳng ra trước mặt, chân trên co, chân dưới duỗi thẳng. Có thể dùng vải hoặc gối kê giữ nguyên bệnh nhân ở tư thế như vậy.

Hình minh họa tư thế an toàn

III. GỌI CẤP CỨU

1. Yêu cầu đối với người gọi trợ giúp

Câu từ rõ ràng, ngắn gọn và chính xác. Thông tin cung cấp đầy đủ về:

- Hiện trường: Vị trí, địa chỉ, đường đi,...

- Tai nạn: Loại tai nạn, tính chất nghiêm trọng của tai nạn.

- Nạn nhân: Số lượng, giới tính, tuổi, giờ đến cấp cứu nạn nhân, dấu hiệu nạn nhân, những sơ cứu đầu tiên đã làm, diễn biến và tình trạng nạn nhân,... - Các nguy hiểm khác: Khí độc, chất nổ,...

- Thông tin để liên lạc: Tên của bạn, số điện thoại,...
- Chỉ dừng cuộc gọi sau khi người nhận cuộc gọi đã xác nhận và dừng cuộc gọi.

2. Nguyên tắc vận chuyển nạn nhân

Tốt nhất vận chuyển nạn nhân bằng các phương tiện chuyên dụng y tế: Cáng, xe đẩy, xe cứu thương,... Nếu không có hỗ trợ chuyên môn và phương tiện chuyên dụng y tế thì việc vận chuyển nạn nhân luôn luôn phải đảm bảo đúng kỹ thuật, nhanh chóng, an toàn cho cả nạn nhân và người vận chuyển, cụ thể như sau:

- a) Chỉ được vận chuyển nạn nhân sau khi đã được sơ cứu, cấp cứu ban đầu.
- b) Chỉ chuyển nạn nhân khi đảm bảo các yếu tố an toàn: Bảo vệ nạn nhân trong lúc di chuyển.
- c) Bình tĩnh cân nhắc việc thực hiện ưu tiên cần làm tùy theo tình trạng tổn thương của nạn nhân.
- d) Việc vận chuyển được thực hiện đồng đều theo hiệu lệnh thống nhất của người chỉ huy.
- e) Theo dõi nạn nhân thường xuyên khi vận chuyển, đảm bảo nạn nhân luôn ở tư thế an toàn nhất.

Bài 2. CẤP CỨU CƠ BẢN

I. ĐỊNH NGHĨA

Cấp cứu cơ bản là việc áp dụng các kỹ thuật cấp cứu đơn giản, dù chỉ có một người cấp cứu cũng có thể hỗ trợ được các chức năng sống như: Hô hấp và tuần hoàn cho nạn nhân bị trụy tim mạch ngay cả khi không có các thiết bị cấp cứu. Sau khi nạn nhân đã được tiếp cận an toàn, đánh giá mức độ tri giác bằng phương pháp đơn giản, tiến hành đánh giá và xử trí theo trình tự ABC.

II. TRÌNH TỰ THỰC HIỆN

Trình tự cấp cứu cơ bản chung cho nạn nhân bị ngừng thở, ngừng tim theo các bước sau:

1. Tiếp cận ban đầu: Danger, Responsive, Send for help (DRS)

- Ở môi trường bên ngoài, người cấp cứu không được để mình trở thành nạn nhân thứ hai và nạn nhân bị tai nạn phải được thoát khỏi sự nguy hiểm càng nhanh càng tốt. Những việc này phải được thực hiện trước khi tiến hành đánh giá đường thở. Trong trường hợp có một người cấp cứu, nên gọi sự hỗ trợ ngay khi phát hiện nạn nhân không đáp ứng.

- Khi có 2 người tiến hành cấp cứu thì một người sẽ làm cấp cứu cơ bản trong khi người thứ hai gọi cấp cứu, sau đó quay lại trợ giúp người thứ nhất và nên đổi vị trí cho nhau ít nhất 2 phút một lần để tránh mệt mỏi. Nếu có hơn 2 người cấp cứu thì 2 người thực hiện cấp cứu, những người còn lại sẽ phân công nhau để thực hiện các công việc của người trợ giúp như đã nêu trong Bài 1 của tài liệu này. Nếu chỉ có một người cấp cứu và không có sự hỗ trợ thì người đó phải tiến hành cấp cứu cơ bản trước trong 1 phút và sau đó tự mình gọi điện thoại. **a) Gọi điện thoại tìm kiếm sự hỗ trợ trước**

Trong một vài trường hợp, nếu tiến hành sốc điện sớm có thể cứu được tính mạng, ví dụ, trong ngừng tim do rối loạn nhịp tim. Trong trường hợp đó, khi có hai người cứu hộ, một người tiến hành cấp cứu cơ bản, còn một người gọi trung tâm cấp cứu. Nếu chỉ có một người cứu hộ thì nên tiến hành gọi trung tâm cấp cứu trước và tiến hành cấp cứu cơ bản ngay sau đó. **b) Đánh giá tình trạng**

Đánh giá đáp ứng của nạn nhân bằng cách hỏi đơn giản: **“Cháu có bị sao không”** và kích thích nhẹ như giữ đầu, lay tay. Điều này sẽ tránh làm nặng lên ở những nạn nhân có chấn thương cột sống cổ.

2. Đường thở (Airway - A)

Tắc nghẽn đường thở có thể là nguyên nhân đầu tiên. Khi giải quyết được sự tắc nghẽn này, nạn nhân có thể hồi phục mà không cần can thiệp gì thêm. Nạn nhân không thở được có thể do lưỡi tụt về phía sau gây tắc nghẽn hầu họng. Trong trường hợp này phải mở thông đường thở bằng thủ thuật **ngửa đầu và nâng cằm** (hình 1). Người cấp cứu đặt bàn tay vào trán nạn nhân rồi từ từ đẩy ra phía sau, đặt cổ ở tư thế hơi ngả ra sau. Đặt ngón tay của bàn tay còn lại dưới cằm để đẩy ra trước. Tránh gây tổn thương phần mềm do giữ quá mạnh. Có thể dùng ngón tay cái giữ cho miệng nạn nhân không ngậm lại khi tiến hành thủ thuật.

Nếu nạn nhân khó thở nhưng vẫn tỉnh táo thì phải đưa nạn nhân tới bệnh viện càng nhanh càng tốt. Bình thường, nạn nhân tự tìm được một tư thế thích hợp để duy trì sự thông thoáng đường thở.

Đánh giá sự thông thoáng đường thở bằng cách:

NHÌN di động của lồng ngực và bụng. NGHE

tiếng thở.

CẢM NHẬN hơi thở.

Trong trường hợp có chống chỉ định do nghi ngờ chấn thương cột sống cổ, thủ thuật ngửa đầu có thể làm nặng thêm tổn thương cột sống cổ thì có thể dùng thủ thuật ấn hàm nhưng không ngửa đầu. Dùng 2-3 ngón tay đặt dưới góc hàm 2 bên và đẩy hàm ra phía trước (được hướng dẫn trong phần thực hành). Việc kiểm soát cột sống cổ chỉ thực hiện được khi có người cấp cứu thứ hai duy trì cố định cột sống cổ.

Đánh giá sự thành công hay thất bại của biện pháp can thiệp bằng cách dùng kỹ năng NHÌN, NGHE và CẢM NHẬN đã mô tả trên.

3. Thở (B)

Sau khi làm nghiệm pháp mở thông đường thở mà nạn nhân có nhịp thở bình thường, đặt nạn nhân ở tư thế phục hồi, duy trì đường thở mở, gọi hỗ trợ hoặc đưa tới bệnh viện, trong quá trình đó vẫn tiếp tục theo dõi nạn nhân. Nếu đã áp dụng các biện pháp mở thông đường thở mà nạn nhân vẫn không thở lại trong vòng **10 giây** thì nên bắt đầu thổi ngạt.

a) Phương pháp thổi ngạt: Thực hiện thổi ngạt 5 nhịp ban đầu.

Trong khi giữ thông thoáng đường thở, người cấp cứu tiến hành thổi ngạt theo phương pháp miệng - miệng (hình 3). Nếu chỉ sử dụng phương pháp miệng - miệng thì bịt mũi nạn nhân bằng ngón trỏ và ngón cái của bàn tay giữ đầu nạn nhân. **Thổi chậm 1-1,5 giây** và làm cho lồng ngực di động như mức bình thường, nếu thổi quá mạnh sẽ gây bụng chướng và tăng nguy cơ trào ngược dịch dạ dày vào phổi. Giữa 2 lần thổi, người cấp cứu hít thở để cung cấp được nhiều oxy cho nạn nhân hơn.

Chỉ dẫn chung về thổi ngạt

- Lồng ngực di động theo nhịp thổi ngạt.

- Áp lực thổi ngạt có thể cao hơn bình thường vì đường thở nhỏ.
- Nhịp thổi ngạt chậm với áp lực thấp nhất ở mức có thể được để làm giảm chướng bụng (do hơi đi thẳng vào dạ dày).
- Ấn nhẹ vào sụn giáp làm giảm khí vào dạ dày.

Nếu lồng ngực vẫn không nở thì có thể do đường thở chưa thông thoáng, do đó phải đặt lại tư thế đầu nạn nhân và tiếp tục thực hiện thổi ngạt. Nếu vẫn không có kết quả thì nên ấn hàm. Một người cấp cứu có thể vừa ấn hàm, vừa thổi ngạt. Nếu có hai người cấp cứu một người sẽ mở thông đường thở, một người tiến hành thổi ngạt. Thực hiện **5 lần thổi ngạt**, trong khi tiến hành cấp cứu phải chú ý xem nạn nhân có ho hay có đáp ứng lại hành động của bạn hay không. **b) Ép tim ngoài lồng ngực**

Đặt nạn nhân nằm ngửa trên mặt phẳng cứng để đạt được kết quả tốt nhất.

Ép tim sâu xuống khoảng 1/3 bề dày lồng ngực của nạn nhân. Vị trí ép tim thống nhất cho mọi lứa tuổi là: **Một phần hai dưới xương ức.**

Dùng cả hai tay với các ngón tay khóa lại với nhau và ép sâu ít nhất 1/3 bề dày lồng ngực (hình 4). Ngay sau khi đã chọn được kỹ thuật và vị trí ép tim thích hợp, phải tiến hành ngay thủ thuật.

4. Hồi sức tim phổi liên tục

Tần số ép tim là 100 - 120 lần/phút; tỷ lệ ép tim: thổi ngạt là 30:2 khi có 1 người cấp cứu. Phải cấp cứu cơ bản không ngừng cho đến khi nạn nhân có cử động và thở được. Ép tim nên thực hiện động tác nhanh và mạnh, độ sâu ít nhất 1/3 bề dày lồng ngực với tỉ lệ ép tim 100 -120 chu kỳ/phút và không ngừng ép tim.

Bài 3. GẤY XƯƠNG

1. Định nghĩa

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

2. Nguyên nhân

- Gãy xương thường là do tác động của một lực vào xương, hoặc ở xa chỗ đó. Do đó có thể là gãy xương trực tiếp hoặc gián tiếp.
- Gãy xương trực tiếp: Ít gặp, đường gãy thường cắt ngang qua xương và ổ gãy ở ngay vùng bị tác động, thường bao gồm các thương tổn ở các phần mềm. Các xương bị gãy trực tiếp là các xương ở nông ngay dưới da.
- Gãy xương gián tiếp: Thường gây ra do gấp xương, xoắn xương, do ép hoặc co cứng cơ và ổ gãy có thể ở xa nơi bị lực tác động vào.

3. Phân loại

Gãy xương được chia làm 2 loại chính: Gãy xương kín và gãy xương hở và cả 2 đều có thể là gãy xương biến chứng.

- Gãy xương kín: Tổ chức da ở vùng xung quanh ổ gãy không bị tổn thương hoặc có tổn thương nhưng không thông với ổ gãy.

- Gãy xương hở: Tổn thương ở bề mặt da có thông với ổ gãy hoặc có đầu xương lòi ra ngoài. Gãy xương hở là một tổn thương nghiêm trọng vì nó không những gây chảy máu mà còn gây nên những biến chứng nhiễm khuẩn nặng nề.
- Gãy xương biến chứng: Cả gãy xương hở và gãy xương kín đều được coi là gãy xương biến chứng khi kèm theo tổn thương dây thần kinh, mạch máu hay tổ chức cơ quan nào đó.

4. Triệu chứng

Cơ năng: Thường gặp đau và hạn chế vận động, sưng nề sau đó bầm tím ở vùng chấn thương.

Thực thể:

- So sánh chi gãy với chi lành, nhận thấy sự biến dạng: Sưng, tụ máu, gãy góc, xoắn vặn, chi ngắn,...
- Đau chói khi nắn ngón tay vào chỗ gãy.
- Di động bất thường và tiếng xương lạo xạo là dấu hiệu điển hình của gãy xương. Tuy nhiên chỉ nên tìm hai dấu hiệu này khi chẩn đoán chưa rõ và thăm khám phải rất nhẹ nhàng, thận trọng. (Không được cố gắng tìm dấu hiệu này vì làm bệnh nhân rất đau).
- Tổn thương phối hợp như tổn thương mạch máu và thần kinh: Đầu chi lạnh, không cảm giác, không vận động được.
- Có thể có triệu chứng của sốc khi bị gãy xương hở, gãy xương chậu, xương đùi và đa chấn thương. **Chú ý:** Không phải tất cả các trường hợp gãy xương đều có những dấu hiệu và triệu chứng trên. Để tìm ra những dấu hiệu của gãy xương phải chủ yếu dựa vào quan sát. Không di động bất kì bộ phận nào của cơ thể nếu không cần thiết.

Nếu có sự kết hợp của 2 hay 3 triệu chứng kể trên hoặc bệnh nhân có biểu hiện sốc hoặc nếu có nghi ngờ chấn thương nặng thì xử trí như một trường hợp gãy xương.

5. Xử trí

a) Mục đích: Hạn chế di lệch của đầu xương gãy, giảm đau, phòng sốc và các tổn thương thứ phát khác tại vùng tổn thương. **b) Xử trí**

- Gọi cấp cứu y tế.
- Đánh giá và xử trí các vấn đề về đường thở, thở và tim mạch đặc biệt trong các trường hợp gãy xương hở, xương chậu, xương đùi, đa chấn thương,...
- Tuyệt đối không vận động phần chi bị tổn thương nếu không cần thiết.
- Băng kín các vết thương nếu có. Kiểm soát chảy máu.
- Cố định tạm thời xương gãy bằng nẹp hoặc băng ép.
- Nâng cao chi bị gãy sau khi cố định để giảm sưng nề. - Thường xuyên theo dõi bệnh nhân về tình trạng toàn thân.

c) Nguyên tắc cố định xương gãy

- Nẹp sử dụng phải đảm bảo đủ độ dài, rộng và vững chắc. Nẹp có thể làm bằng gỗ, tre, kim loại,...
- Không đặt nẹp trực tiếp lên da thịt nạn nhân, phải có đệm lót ở đầu nẹp, đầu xương. Có thể lấy bông hoặc vải để làm đệm lót (không cởi quần áo, cần thiết rạch quần áo).
- Cố định trên và dưới vị trí xương gãy 1 khớp. Với gãy xương đùi phải bất động được 3 khớp.

- Trường hợp gãy kín đặc biệt gãy xương đùi phải kéo liên tục bằng một lực không đổi.
- 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.
- Bất động ở tư thế cơ năng: Chi trên treo tay vuông góc hoặc để duỗi thẳng và buộc vào người, chi dưới duỗi thẳng 180°.
- Sau khi cố định buộc chi gãy với chi lành thành một khối thống nhất.
- Sau khi đã bất động xong phải nhanh chóng, nhẹ nhàng chuyển nạn nhân đến cơ sở điều trị hoặc gọi cấp cứu y tế.

Chú ý: Không gây đau hoặc tổn thương thêm cho nạn nhân.

Bài 4. CÀM MÁU VÀ BĂNG BÓ VẾT THƯƠNG I.

CHẢY MÁU

1. Tổng quan

Khi bị cắt vào da và mạch máu bị vỡ, máu sẽ chảy, một số mạch máu chảy nhiều hơn. Mức độ của vết thương được quyết định bởi loại mạch máu và độ sâu của vết cắt.

Để dừng hoặc kiểm soát chảy máu, sử dụng băng vô khuẩn hoặc vải sạch khô để ấn vào vết thương. Đây được gọi là **áp lực trực tiếp**. Bảo vệ bản thân bằng cách đeo găng tay vô khuẩn, như găng tay y tế. Nếu không có găng tay, sử dụng vật bảo vệ khác như khăn giấy hoặc bất kỳ vật liệu mềm sạch khác.

1.2. Mạch máu

- Mao mạch: Là những mao mạch rất nhỏ. Trong cơ thể có hàng nghìn các mao mạch.
- Tĩnh mạch: Là những mạch máu gần bề mặt da vận chuyển máu trở về tim.
- Động mạch: Là những mạch máu lớn, có nhiệm vụ đưa máu từ tim đến tất cả các cơ quan trong cơ thể. Nếu bị rách hoặc vỡ động mạch, cơ thể sẽ bị mất lượng máu lớn trong một thời gian rất ngắn.

1.3. Mức độ vết thương chảy máu

- Chảy máu mao mạch thường dễ kiểm soát, chỉ cần ấn vào vết thương để dừng chảy máu mao mạch.
- Chảy máu tĩnh mạch cũng có thể kiểm soát bằng cách ấn vào vết thương để dừng chảy máu tĩnh mạch.
- Chảy máu động mạch có thể gây nguy hiểm. Cần nhanh chóng ấn mạnh trực tiếp vào vết thương và gọi 115 để được xử trí kịp thời.

Lưu ý : Một số bộ phận của cơ thể có nhiều mạch máu hơn các bộ phận khác như ở đầu và mặt có nhiều mạch máu hơn so với ngón tay, do đó vết cắt ở đầu hoặc ở mặt, máu thường chảy nhiều hơn vết cắt ở ngón tay.

1.4. Dụng cụ băng bó vết thương cầm máu

Sử dụng gạc miếng hoặc băng cuộn. Gạc miếng là vật liệu sạch được dùng để bao phủ vết thương. Một miếng gạc cũng có thể được sử dụng như gạc miếng; băng cuộn dùng để giữ gạc ở miệng vết thương và có thể ấn trực tiếp để cầm máu.

1.5. Kiểm soát chảy máu

Cần hết sức bình tĩnh khi thấy nạn nhân bị chảy máu rất nhiều ở vết cắt bất kì vị trí nào. Chảy máu có thể không tự cầm được trong một phút đầu nên cần sơ cứu ban đầu. Ấn mạnh vào vết thương để cầm máu trước khi mất một lượng máu lớn.

1.6. Sử dụng băng, gạc cầm máu

Để cầm máu khi bị thương, hãy giữ chặt vết thương trong vài phút. Cách cầm máu nhanh này phù hợp với những vết cắt nhỏ như đứt tay, trầy xước... Để áp dụng, bạn dùng một miếng vật liệu y tế sạch và khô như băng gạc, bông gòn hoặc khăn vải mềm đặt lên vết thương. Sau đó, dùng hai tay ấn mạnh vào miếng vật liệu, giữ chặt cho đến khi máu ngừng chảy.

1.7. Chấn thương do tai nạn

- Chấn thương nội tạng: Một số chấn thương sâu vùng ngực, bụng hoặc não có thể dẫn đến chảy máu nội tạng. **Chảy máu nội tạng** là chảy máu sâu bên trong cơ thể ở dưới lớp da, triệu chứng và dấu hiệu rất đa dạng, tùy thuộc vào loại và vị trí chấn thương; thông thường nạn nhân có chảy máu nội tạng sẽ đau dữ dội và trông rất nặng. Một số chấn thương có thể gây chảy máu nội tạng như: Ngã từ trên cao xuống hoặc chấn thương với tốc độ rất nhanh như tai nạn ô tô, do đè ép đặc biệt xảy ra do vật nặng cũng có thể gây chảy máu nội tạng. Nếu nghi ngờ chảy máu nội tạng cần gọi 115 ngay lập tức và giữ cho nạn nhân bình tĩnh trong khi chờ đợi 115 đến.

- Chấn thương hở: Những vết cắt ngoài da thường gọi là **vết thương hở**. Một số loại vết thương hở như vết trầy da, vết cắt, mụn rộp, vết đâm và chảy máu mũi,...

+ **Vết trầy da** xảy ra khi lớp trên cùng của da bị mất với chảy máu ít.

+ **Vết cắt** là tổn thương trên da, vết cắt có thể nông nhợt hoặc trơn nhẵn, nông hoặc sâu, to hoặc nhỏ. Ví dụ vết cắt do dao, mảnh sành, miếng thủy tinh,....

+ **Mụn rộp** là dịch trong bong bóng dưới da, mụn rộp có thể to hoặc nhỏ. Dịch trong mụn thường vô khuẩn nếu da không bị tổn thương.

+ **Vết đâm** là một lỗ nhỏ ở trên da, nó có thể sâu hoặc nông. Vết thương do đâm thường không chảy máu nhiều tuy nhiên có nguy cơ nhiễm trùng cao bởi vì rất khó để làm sạch vi khuẩn. Ví dụ vết đạn bắn, bị nhọn cắm vào, dao nhọn hoặc que sắc nhọn đâm,...

+ **Chảy máu mũi** là máu chảy ra từ mũi. Chảy máu mũi do tình trạng viêm mũi. Chảy máu mũi hay xảy ra ở mùa đông do tình trạng nhiễm trùng hô hấp và không khí hanh khô. Dị ứng cũng có thể gây chảy máu mũi. Đánh vào mũi hoặc đâm vào mũi cũng có thể gây chảy máu mũi. **Kiểm tra:**

- Kiểm tra cẩn thận chỗ chảy máu.

- Kiểm tra xem máu đang còn chảy hay đã dừng.

- Quan sát thật cẩn thận đối với nạn nhân bị ngã từ trên cao. Nếu có đau dữ dội hoặc nhìn xanh xao, có thể bị chảy máu nội tạng.

2. Xử trí

2.1. Kiểm tra (CHECK - C)

Đánh giá môi trường xung quanh: Đầu tiên cần quan sát môi trường xung quanh xem có an toàn hay không. Thông báo đến mọi người vị trí trên cơ thể nạn nhân nơi đang có máu tràn hoặc dịch cơ thể và tiến hành các biện pháp thích hợp để bảo vệ bản thân và người khác khi tiếp xúc. Tìm kiếm nguyên nhân chính làm bị thương, ví dụ như đồ vật sắc, nhọn hoặc miếng thủy tinh vỡ. Nếu có nguy hiểm đưa nạn nhân đến vị trí an toàn; phải cẩn thận di chuyển đối với nạn nhân bị ngã từ trên cao, bởi vì có thể có tổn thương cột sống. Tìm kiếm người liên quan và những nạn nhân bị thương khác và tìm hiểu nguyên nhân vì sao xảy ra tai nạn.

2.2. Cấp cứu ABC

Không quá 15 đến 30 giây

(Đánh giá nhanh các dấu hiệu đe dọa tính mạng) +

Có tỉnh táo và đáp ứng nhanh không?

+ Không thở hoặc thở hỗn hển?

+ Tươi máu da? Có chỗ chảy máu không?

2.3. Trình tự cấp cứu ABCDE

Thực hiện trình tự cấp cứu ABCDE. Chú ý các điểm sau:

- Bạn có nhìn thấy máu không? Nếu có, tìm vị trí chảy máu. Bạn không thể nói nạn nhân tổn thương nặng nếu không nhìn thấy vết thương.
- Dịch cơ thể có cần làm sạch không? Tiến hành các biện pháp thích hợp để bảo vệ bản thân và người khác.
- Nếu bị ngã? Cẩn thận trọng di chuyển để phòng nạn nhân có thể bị chấn thương cột sống. Quan sát các dấu hiệu của chảy máu nội tạng, như đau dữ dội.

2.4. Gọi sự giúp đỡ (CALL - C)

Bạn có thể cần sự hỗ trợ từ người xung quanh. Yêu cầu mọi người khác di chuyển ra khỏi vùng có máu và dịch cơ thể. Quan sát nạn nhân theo kế hoạch nếu có sẵn. Bao gồm những hướng dẫn thực hành trong tình huống y tế đặc biệt. Gọi 115 đối với chảy máu nặng hoặc chảy máu không cầm sau khi ấn trực tiếp vào vết thương

2.5. Sơ cứu (CARE - C)

2.5.1. Chảy máu nặng

Tai nạn dẫn đến chảy máu nghiêm trọng sẽ gây đau đớn, nếu không kiểm soát nhanh chóng việc chảy máu, dẫn đến mất nhiều máu sẽ đe dọa đến tính mạng của nạn nhân, vì vậy cần nhanh chóng thực hiện việc cầm máu và phẫu thuật khâu vết thương. **a) Cảnh báo khi gặp tai nạn chảy máu nặng**

- Không cho nạn nhân ăn hay uống bất cứ thứ gì vì có thể cần phải gây mê.
- Cởi bỏ hoặc cắt quần áo để bộc lộ vết thương nếu cần thiết và không loại bỏ bất cứ thứ gì dính vào vết thương vì có thể sẽ làm máu chảy nhiều hơn.

- Không đè trực tiếp vào vết thương nếu có dị vật dính trong vết thương, thực hiện ấn vào 2 bên mép vết thương ép vào để kiểm soát chảy máu.
- Nếu chảy máu sau chấn thương đầu và chảy dịch từ tai, mũi hoặc vết thương sọ hở cần khăn cấp gọi 115 trợ giúp kịp thời. **b) Hướng dẫn xử trí**
- Bước 1. Dùng gạc, đệm hay mảnh vải sạch hoặc có thể là bàn tay trần đè trực tiếp lên vết thương ngay lập tức để cầm máu (*như hình dưới*). Việc này có thể hướng dẫn, khuyến khích giúp bạn khi gặp tình huống.
- Bước 2. Tiếp tục duy trì áp lực lên vết thương để cầm máu, đồng thời nhờ người khác gọi giúp sự hỗ trợ của 115.
- Bước 3. Dùng băng để cố định vết thương đảm bảo chắc chắn duy trì áp lực để máu không chảy, nhưng không được quá chặt ảnh hưởng đến sự lưu thông tuần hoàn của máu. Kiểm tra lưu thông tuần hoàn của máu bằng cách ấn móng tay hoặc chân (tùy theo vị trí vết thương ở tay hay chân), nếu móng tay hoặc chân không hồi phục ngay tức là băng quá chặt, nếu máu đã ngưng chảy thì nên nới lỏng.
- Bước 4. Sốc có khả năng phát triển nếu chảy máu nghiêm trọng. Cần đỡ và nâng cao phần bị thương trong khi duy trì áp lực và giúp nạn nhân nằm xuống một tấm chắn, nâng chân cao hơn mức của tim và đắp cho nạn nhân một tấm chắn để giữ ấm (*hình dưới*).
- Bước 5. Nếu máu vẫn chảy qua cả tấm băng đầu tiên, hãy đặt một miếng băng khác lên trên và bọc lại bằng băng. Nếu chảy máu vẫn tiếp tục có thể áp lực trực tiếp không đúng vị trí, cần tháo cả 2 miếng băng và băng bó lại và phải đảm bảo miếng đệm mới phải nằm đúng trên vị trí vết thương. Nếu vẫn không thể cầm máu bằng áp lực trực tiếp và nếu đã được hướng dẫn kỹ năng garo thì có thể thực hiện biện pháp này (*hình dưới*).
- Bước 6. Theo dõi nhịp thở, mạch và mức độ phản ứng trong khi chờ cấp cứu đến.

2.5.2. Dị vật kẹt trong vết thương

Một vật như mảnh thủy tinh, mảnh sành,...bị kẹt trong vết thương là nghiêm trọng vì nó có thể đang cắm vào vết thương, ngăn máu chảy, đừng lấy nó ra. Bảo vệ nó bằng đệm và băng rồi nhờ trợ giúp của y tế.

a) Cảnh báo khi dị vật kẹt trong vết thương

Đừng cố gắng loại bỏ vật thể đang bị kẹt trong vết thương vì có thể gây thêm tổn thương và chảy máu.

b) Hướng dẫn xử trí

- Bước 1. Giúp nạn nhân nằm và giữ bình tĩnh. Ấn lên vết thương để làm chậm chảy máu và chú ý không di chuyển dị vật và gây thêm tổn thương (*như hình dưới*).
- Bước 2. Nhẹ nhàng đặt một vài miếng gạc lên vết thương và dị vật để giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng.
- Nếu dị vật nhỏ, tạo phần đệm sao cho cao hơn một chút so với dị vật, loại băng cuộn là phù hợp (*như hình dưới*).

- Nếu dị vật rất lớn tạo phần đệm ở hai bên sau đó băng lại ở phía trên và dưới dị vật thay vì lên chính dị vật (*hình dưới*).

- Bước 3. Bảo vệ miếng đệm tại chỗ bằng cách quấn băng lên miếng đệm, hãy cẩn thận để không ấn dị vật xuống. Sau đó đưa nạn nhân đến bệnh viện gần nhất hoặc gọi cấp cứu 115.

2.5.3. Vết thương trên trán

Loại vết thương này có thể chảy máu nhiều. Nếu vết thương gây ra bởi một cú đánh vào đầu, hãy theo dõi mọi thay đổi trong tình trạng, đặc biệt là mức độ phản ứng trong khi chờ trợ giúp y tế.

a) Cảnh báo đối với vết thương trên trán

- Nếu máu vẫn tiếp tục thấm qua miếng gạc đầu tiên và thứ hai hãy thêm miếng gạc nữa và tạo thêm áp lực để cầm máu.

- Nếu chảy máu rất nhiều không kiểm soát được hoặc có khả năng chấn thương não, GỌI NGAY 115.

- Nếu nạn nhân không phản ứng và không thở bình thường hãy bắt đầu PCR ngay lập tức với 30 lần ép ngực, đồng thời GỌI NGAY 115. **b) Hướng dẫn xử trí**

- Bước 1. Che vết thương bằng băng sạch vô trùng miếng lớn, đè một lực cố định lên miếng băng và vết thương để kiểm soát chảy máu. Đặt một miếng đệm khác lên trên nếu cần thiết và tiếp tục đè lên vết thương (*hình dưới*).

- Bước 2. Băng chắc chắn tại chỗ. Nếu máu vẫn còn chảy dung bàn tay của bạn tiếp tục đè lên vết thương (*hình dưới*).

- Bước 3. Giúp nạn nhân nằm xuống với phần đầu và vai được nâng cao hơn một chút -

Bước 4. Nếu vết thương to, sâu cần phải khâu hãy đến bác sỹ hoặc phòng cấp cứu.

2.5.4. Vết cắt hoặc trầy xước

a) Chú ý khi xử trí vết thương trầy xước

- Không dùng bông gòn hoặc bất kỳ vật liệu mịn nào khi làm sạch vết thương hoặc che vết thương vì nó có thể dính chặt vào vết thương sẽ làm vết thương lâu lành.

- Cần làm sạch các hạt bụi bắn ra bằng cách rửa sạch vết thương bằng nước mát, sạch.

- Nếu các hạt bụi bắn nằm quá sâu thì cần đưa trẻ đến bác sỹ hoặc bệnh viện để vệ sinh đề phòng bị nhiễm trùng vết thương. **b) Hướng dẫn xử trí**

- Bước 1. Nhẹ nhàng rửa vết trầy xước bằng xà phòng và nước, dùng miếng gạc và khăn sạch lau, nếu vết thương rất bẩn cần rửa sạch vết thương dưới vòi nước lạnh.

- Bước 2. Loại bỏ tất cả các hạt bụi bắn bằng góc của miếng gạc hoặc nước lạnh, điều này có thể gây chảy máu nhẹ. - Bước 3. Đe lực trực tiếp với một miếng gạc sạch để ngăn chảy máu và vỗ nhẹ vết thương bằng miếng gạc sạch.

- Bước 4. Bôi kháng sinh và băng lại vết thương bằng băng dính có miếng gạc đủ lớn để che vết thương và khu vực xung quanh vết thương.

2.5.5. Phòng rộp da (blister)

a) Chú ý khi xử lý vết phỏng, rộp

- Nếu vết phỏng rất lớn, cần che phủ vết thương bằng một miếng gạc sạch không dính rồi cố định tại chỗ bằng băng dính.
- Không chủ động làm vỡ vết phỏng vì điều này có thể dễ làm vết thương nhiễm trùng.
- Không dùng phương pháp này cho vết phỏng rộp do bỏng. **b) Hướng dẫn xử trí**
- Bước 1. Rửa sạch vết phỏng rộp bằng xà phòng và nước, sau đó rửa với nước sạch.
- Bước 2. Làm khô hoàn toàn vết phỏng rộp và vùng da xung quanh, vỗ nhẹ nhàng bằng miếng gạc sạch hoặc khăn giấy.
- Bước 3. Tốt nhất nên che vết thương bằng băng chuyên dụng nếu có. Băng dính cần phải có một miếng đệm đủ lớn để phủ toàn bộ vết phỏng rộp, chắc chắn các cạnh được làm phẳng để ngăn chặn vết phỏng rộp khác phát triển.

2.5.6. Chảy máu mũi

a) Cảnh báo chảy máu mũi

- Nếu có máu hoặc dính máu từ mũi sau chấn thương đầu cần GỌI 115.
- Nếu chảy máu mũi nghiêm trọng hoặc kéo dài hơn 30 phút hãy ĐƯA ĐẾN BỆNH VIỆN. **b)**

Hướng dẫn xử trí

- Bước 1. Giúp nạn nhân ngồi xuống; Yêu cầu thở bằng miệng, sau đó véo phần thịt của mũi trong 10 phút, sau đó thả ra nghiêng về phía trước.
- Bước 2. Hướng dẫn trẻ nhỏ ra dịch hoặc bất cứ thứ gì trong miệng. Nếu chảy máu vẫn chưa dừng lại véo phần thịt của mũi thêm 10 phút nữa, nếu máu vẫn chảy tiếp tục véo phần thịt của mũi thêm tối đa 10 phút nữa.
- Bước 3. Khi máu đã ngưng chảy, hãy dùng một ít bông nhúng vào nước ấm để làm sạch mặt. Động viên nghỉ ngơi và không xì mũi, trong vài giờ trôi qua và không để ngoáy mũi sau khi đã cầm được máu vì nếu tiếp tục ngoáy mũi có thể máu lại tiếp tục chảy.

2.6. Hoàn thành (COMPLETE - C)

- Thông báo cho phụ huynh hoặc người giám hộ.
- Viết một mô tả chi tiết về sự việc xảy ra.
- Trao đổi với nhân viên có liên quan để thu thập thông tin chi tiết đầy đủ.
- Điền vào hồ sơ bắt buộc, ví dụ như mẫu báo cáo sự cố trường học,...

II. BĂNG BÓ VẾT THƯƠNG

Gồm hai kỹ thuật là băng che vết thương và băng ép vết thương.

1. Băng che: Băng che vết thương có tác dụng cầm máu, bảo vệ vết thương, ngăn ngừa nhiễm khuẩn và các tổn thương thứ phát.

Các bước xử trí:

- Rửa tay trước và sau khi băng. Đeo găng bảo hộ, dùng một lần (nếu có)

- Tránh sờ trực tiếp vào vết thương. Không nên nói chuyện, hắt hơi, ho hướng vào vết thương. - Lau rửa, sát khuẩn vết thương bằng các dung dịch như nước muối sinh lý, oxy già 1-3%,... trước khi băng. KHÔNG nên cố làm sạch các vết thương lớn cần phải có can thiệp y tế.
- Băng phủ kín trực tiếp lên trên vết thương. Sử dụng loại băng vô trùng (nếu có) hay mảnh vải sạch đủ rộng (chiều rộng che được bên ngoài vết thương 2 cm)

2. Băng ép: Băng ép vết thương là quấn các vòng băng tạo ra một áp lực ép trực tiếp vết thương để cầm máu và che vết thương đồng thời có thể giúp cố định được nẹp, chi hoặc khớp, giảm sưng, phù nề.

Các bước xử trí:

- Băng ép vết thương ở tư thế thoải mái, đặt thêm gạc đệm nếu băng qua nền xương.
- Nâng đỡ chi bị thương, băng kín và chặt vừa phải, không băng quá chặt vì có thể hạn chế tuần hoàn.
- Luôn luôn kiểm tra tuần hoàn chi sau khi băng ép để phòng băng quá chặt.

Dấu hiệu băng quá chặt: Phía dưới chỗ băng sẽ có biểu hiện -

Xanh tím ngón tay hay ngón chân.

- Chân, tay xanh và lạnh.
- Ngứa, kích thích hay mất cảm giác ở chân, tay.
- Không thể cử động ngón tay, ngón chân.

Chảy máu do nhiều nguyên nhân (tai nạn sinh hoạt, tai nạn lao động, tai nạn giao thông) gây ra, khi có chảy máu việc cầm máu và băng ép vết thương đúng cho nạn nhân sẽ tránh được các nguy cơ suy tuần hoàn, sốc, nhiễm khuẩn,... Khi có nghi ngờ chảy máu (chảy máu trong) cần phải theo dõi sát nạn nhân để phát hiện và xử trí kịp thời các dấu hiệu của mất máu.

Phần 2 SƠ CẤP CỨU TAI NẠN THƯƠNG TÍCH THƯỜNG GẶP

Bài 5. TAI NẠN GIAO THÔNG, NGÃ

I. TAI NẠN GIAO THÔNG

1. Định nghĩa

Tai nạn giao thông là sự việc bất ngờ, gây chấn thương ở nhiều mức độ khác nhau như xây sát, gãy chân tay, chấn thương sọ não, nội tạng có thể dẫn đến tử vong hoặc để lại di chứng tàn tật suốt đời.

2. Nguyên nhân

- Do người tham gia giao thông không quan sát khi qua đường, sang đường,...
- Do người điều khiển phương tiện giao thông không chấp hành các quy định về an toàn giao thông.

3. Hướng dẫn xử trí sơ cứu đối với TNGT

- Gọi cấp cứu hoặc vận chuyển nạn nhân một cách an toàn tới cơ sở y tế gần nhất.
- Đưa nạn nhân ra khỏi vùng nguy hiểm, yêu cầu trợ giúp.
- Lau rửa vết thương, băng cầm máu.
- Nẹp cố định nếu nghi ngờ gãy xương, chú ý cố định đốt sống cổ.

4. Hướng dẫn phòng ngừa

- Khuyến khích tham gia học về kiến thức, kỹ năng tham gia giao thông an toàn.
- Khi tham gia giao thông phải luôn tuân thủ các quy định về an toàn giao thông.

II. TAI NẠN DO NGÃ

1. Nguyên nhân

- Do nạn nhân trèo hoặc đứng trên ghế hoặc đồ vật kê không vững; trượt ngã khi đi, chạy ở những nơi ẩm ướt, trơn trượt; trèo cây, trèo tường.....

2. Triệu chứng

- Tổn thương phần mềm: Chảy máu ở da, tổn thương cơ.
- Tổn thương xương, khớp: Bong gân, trật khớp, rạn gãy, rạn xương.
- Chấn thương sọ não: Chấn động não, tụ máu, xuất huyết,...

a) Tổn thương phần mềm

- Vết thương sung, bầm tím: Cầm lập tức đắp khăn lạnh hoặc chườm đá lạnh.
- Vết thương hở hoặc chảy máu: Rửa sạch bằng nước muối sinh lý hoặc dung dịch sát trùng và băng ép lại.
- Bong gân: Lập tức đắp khăn lạnh hoặc chườm đá; băng cố định, hạn chế vận động.
- Gãy xương và chấn thương sọ não.
- Gọi cấp cứu hoặc nhân viên y tế.
- Kiểm tra mức độ tỉnh táo của nạn nhân bằng cách gọi hỏi nạn nhân, chống choáng.
- Bất động xương gãy bằng các nẹp sẵn có.

Lưu ý trong khi di chuyển nạn nhân hoặc chờ đợi bác sĩ đến khám cần lưu ý:

- Tránh không di động nạn nhân.
- Đặt nạn nhân nằm thẳng, đầu hơi thấp hơn chân, nghiêng mặt nạn nhân về một bên để khi nạn nhân có nôn trớ, hoặc chảy máu thì chất lỏng không chảy vào miệng, mũi, tránh cho nạn nhân bị sặc.
- Tạm thời không được cho nạn nhân ăn, uống bất cứ thứ gì.

Bài 6. NGỘ ĐỘC THUỐC VÀ THỰC PHẨM

1. Nguyên nhân

- Do thiếu kiến thức và vô ý; nhiều người có thói quen tự đi mua thuốc điều trị theo kinh nghiệm dẫn tới tình trạng lạm dụng thuốc hoặc dùng không đúng thuốc, không đúng. Hơn nữa, tình trạng tự ý bỏ hay tăng liều thuốc hoặc sử dụng lại đơn thuốc cũ, lấy thuốc của người này cho người khác dùng,... dẫn đến nguy cơ ngộ độc thuốc.
- Ngộ độc do tự tử:
- Ngộ độc do thầy thuốc gây ra: Một số trường hợp bị ngộ độc có thể do chỉ định sử dụng thuốc, liều lượng, đường dùng, phối hợp thuốc,... chưa hợp lý. Tuy vậy, cũng có những trường hợp ngộ độc xảy ra ngay cả khi dùng đúng liều, đúng chỉ định nhưng do cơ thể quá nhạy cảm đối với thuốc. Một số thuốc có thể gây ngộ độc nguy hiểm như các thuốc về tim mạch, các thuốc gây nghiện,...
- Do sử dụng thực phẩm đã hết hạn sử dụng, thức ăn để lâu ngày ôi, thiu, thực phẩm chế biến không đảm bảo vệ sinh.

2. Triệu chứng

Các loại ngộ độc thường gặp là ngộ độc thuốc và ngộ độc thực phẩm với một số biểu hiện như sau:

- Về tiêu hóa: Đau bụng, buồn nôn, nôn ói, tiêu chảy.
- Về hô hấp: Ho sặc, thở nhanh, tím môi, khó thở.
- Về thần kinh: Hôn mê hoặc co giật, run tay chân, run giật cơ (ở mặt, ngực, đùi, cánh tay), yếu cơ sau đó là liệt cơ. Nặng hơn có thể liệt hô hấp, rối loạn nhịp tim.
- Dấu hiệu tăng tiết: Đàm nhớt, dịch tiêu hóa, mồ hôi, nước bọt.

3. Hướng dẫn xử trí sơ cứu khi bị ngộ độc

- Nên gọi cấp cứu hoặc nhanh chóng vận chuyển đến cơ sở y tế gần nhất.
- Trong khi chờ đợi vận chuyển đến cơ sở y tế nên:

Tắm, gội bằng xà phòng, nước sạch nếu nhiễm độc qua da, niêm mạc.

Cho trẻ uống dung dịch Oresol theo nhu cầu để đảm bảo cân bằng nước và điện giải.

Nếu sốt cao có thể dùng các thuốc hạ sốt thông thường như paracetamol 10-15 mg/ kg/ lần x 46h/ lần (tối đa 0,5g/ lần và 2g/ngày).

Tạm ngưng việc sử dụng thức ăn, thuốc nghi ngờ gây ngộ độc, giữ lại toàn bộ thức ăn thừa, phân, chất nôn, thuốc đã dùng để đi xét nghiệm và báo ngay cho cơ quan y tế.

4. Phòng tránh ngộ độc

- Ngộ độc thuốc - Không tự ý mua thuốc uống. Phải dùng thuốc theo đúng đơn của bác sĩ cho mỗi lần khám. Không dùng đơn thuốc trong lần khám trước hay đơn thuốc của người khác uống.
 - Thuốc viên rời nên được bảo quản cẩn thận trong lọ kín, có nhãn ghi tên thuốc, hạn sử dụng.
 - Định kỳ làm vệ sinh tủ thuốc gia đình, loại bỏ thuốc quá hạn dùng, thuốc bị hỏng.
 - Người lớn không nên uống thuốc trước mặt trẻ vì trẻ rất dễ bắt chước.
 - Cần biết rõ liều lượng, số lượng thuốc cần sử dụng theo sự hướng dẫn của bác sĩ, dược sĩ hay trên tờ hướng dẫn sử dụng thuốc.
 - Không nên uống thuốc không rõ loại, không rõ nguồn gốc xuất xứ.
- Ngộ độc thực phẩm
 - Rửa tay sạch với xà phòng trước khi sử dụng đồ ăn uống.

- Bảo quản đồ ăn thừa và các loại thực phẩm khác trong tủ lạnh nếu chưa cần dùng đến.
- Nấu thức ăn chín với nhiệt độ thích hợp và lưu trữ trong hộp sạch.
- Không sử dụng lại đồ ăn cũ có dấu hiệu bị hỏng. Kiểm tra kĩ thời hạn sử dụng của các thực phẩm đóng gói trước khi sử dụng.
- Thực hiện đúng quy trình vệ sinh trong thu mua, bảo quản, chế biến thực phẩm

Bài 7. ĐIỆN GIẬT, BỎNG

I. ĐIỆN GIẬT

Tai nạn điện giật thường xảy ra đột ngột, do vô tình hoặc không nắm vững những nguyên tắc đề phòng tai nạn khi sử dụng điện. Điện giật gây bỏng hoặc nặng hơn nữa có thể tổn thương thần kinh, ngừng tim thậm chí tử vong.

1. Nguyên nhân

- Do nạn nhân chạm vào ổ điện hoặc dây điện mà nạn nhân không nhìn thấy.
- Do thiết bị điện bị dò rỉ ra bên ngoài vô tình nạn nhân chạm phải.

2. Hướng dẫn xử trí sơ cứu khi bị điện giật

- Nhanh chóng ngắt nguồn điện hoặc tách dây điện khỏi người bị nạn hoặc gọi ngay cho cảnh sát/công ty điện lực nếu đó là một đường dây điện lớn.
- Khi tách nạn nhân ra khỏi dây điện chú ý bình tĩnh, không được trực tiếp túm (tiếp xúc trực tiếp) vào người bị điện giật mà phải dùng các vật không dẫn điện để tách nạn nhân ra khỏi đường dây điện.
- Sơ cứu bỏng (nếu có).
- Nếu nạn nhân bất tỉnh, gọi cấp cứu và tiến hành cấp cứu cơ bản.

3. Phòng ngừa điện giật

- Trong gia đình, trường, lớp học, đường dây điện và các thiết bị điện phải đảm bảo an toàn, không bị hở và được kiểm tra thường xuyên.
- Không chọc vào ổ điện, leo trèo cột điện.
- Không trú, nấp dưới gốc cây to khi trời mưa phòng sét đánh, sử dụng điện đúng cách, an toàn.

II. BỎNG

1. Định nghĩa

Bỏng là thương tổn ở da, các tổ chức dưới da do sức nóng vật lý, hóa học, bức xạ,... gây ra. Bỏng có thể làm chết người hoặc để lại những di chứng nặng nề như mất chức năng vận động, mất thẩm mỹ,...có thể dẫn đến tử vong.

2. Nguyên nhân

- Bỏng do nước nóng, thức ăn nóng.
- Bỏng do lửa: Xăng, cồn, ga, cháy xe, cháy nhà, tia hồ quang điện,...
- Bỏng do dòng điện: Cao thế, hạ thế
- Bỏng do hóa chất: Vôi tôi nóng (bỏng kiềm), bỏng do axit

- Bỏng do khí nóng, hơi nóng
- Bỏng do các vật nóng khi tiếp xúc trực tiếp
- Bỏng do phóng xạ

3. Triệu chứng

- Mức độ bỏng nhẹ: Đỏ da, phỏng da, tuột da gây đau rát.
- Mức độ bỏng nặng: Sốc, nhiễm trùng, nhiễm độc gây tử vong hoặc để lại di chứng.

4. Hướng dẫn xử trí sơ cứu khi bị bỏng

- Nhanh chóng loại bỏ tác nhân gây bỏng.
- Ngâm vùng bị bỏng vào nước mát trong vòng 20 phút (nếu bỏng do hóa chất cần dội nước nhiều lần trừ hóa chất khô) đối với bỏng nhẹ, chưa có tổn thương tróc da.
- Cắt bỏ quần áo, tháo đồ trang sức.
- Phòng chống choáng, ủ ấm và chuyển tới cơ sở y tế.

LƯU Ý:

- Không được bôi dầu mỡ, dung dịch cồn, kem kháng sinh vào vết bỏng.
- Không được chọc các phỏng nước trong tổn thương bỏng.
- 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 sạch.
- 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.
- Chuyển nạn nhân đến cơ sở y tế nếu vết thương bỏng nặng.

Bài 8. SÚC VẬT CÁN VÀ CÔN TRÙNG ĐÓT

I. CÔN TRÙNG ĐÓT

Côn trùng cắn thường nhẹ, có thể gây đau nhức, chỉ cần sơ cứu sẵn sóc vết thương tại chỗ. Tuy nhiên một số người dị ứng với nọc độc (nọc ong) có thể bị sốc được gọi là sốc phản vệ.

1. Nguyên nhân: Thường do bị ong đốt, có thể do rết, bò cạp, kiến cắn.

2. Dấu hiệu nhận biết

- Mức độ nhẹ: Đau nhức tại chỗ cắn, vết đốt và sưng lên xung quanh vết cắn, vết đốt.
- Mức độ nặng: Nổi mề đay toàn thân; khó thở; sốc phản vệ (tay chân lạnh, mạch nhẹ khó bắt); tiểu ra máu, tiểu ít, suy thận thường xảy ra ở những ngày đầu.

3. Hướng dẫn sơ cứu khi bị côn trùng đốt

- Hầu hết ong đốt đều để lại vòi chích và túi nọc ở vết đốt trên da, ngoại trừ ong vò vẽ. Tốt nhất là lấy vòi chích ra bằng cách khều nhẹ, dùng nhíp lấy ra, tránh nặn ép bằng tay vì có thể làm nọc độc lan ra.

- Rửa sạch vùng bị chích bằng xà bông.
- Đắp băng lạnh lên vết cắn để giảm đau và giảm sưng.

II. RẮN CẮN

Trừ một số loài rắn có nọc độc gọi là rắn độc, còn lại đa số rắn thường không nguy hiểm gọi là rắn lành. Điều cần thiết là phải nhận dạng loại rắn đó là rắn gì để kịp thời thông báo cho nhân viên y tế để điều trị bằng kháng huyết thanh phù hợp.

Rắn độc có hai họ:

- Họ rắn hổ: Rắn hổ đất, hổ chúa, hổ mèo, cạp nong, cạp nia.
- Họ rắn lục: Rắn lục xanh, chàm quạp.

1. Dấu hiệu nhận biết khi bị rắn cắn

Quan sát nhanh vết cắn giúp ích cho việc xác định có phải bị rắn độc cắn hay không bằng các dấu hiệu:

- Sưng nhiều, đau nhức nhiều ở chỗ bị cắn.
- Vết cắn có hai dấu răng nọc.
- Rắn họ lục: rắn lục đuôi đỏ, rắn lục tra, chàm quạp
- + Dấu hiệu tại chỗ cắn: Sưng, bầm, hoại tử và da phồng rộp chứa đầy dịch.
- + Rối loạn đông máu: Xuất huyết da, niêm mạc, chảy máu liên tục không cầm, xuất huyết não.
- Rắn họ hổ: rắn hổ, rắn cạp nong (khoang đen vàng), rắn cạp nia (khoang đen trắng), rắn biển.
- + Dấu hiệu tại chỗ ít: Đau vết cắn, phù nề ít, không xuất huyết
- + Dấu hiệu toàn thân: Chóng mặt, buồn nôn, mờ mắt, sụp mi, khó thở, liệt hầu họng, nói khó, nuốt khó, yếu chi sau đó là khó thở do liệt hô hấp thường xuất hiện sớm chỉ sau vài phút bị rắn cắn, ngừng thở tử vong nhanh nếu không được giúp đỡ.

2. Hướng dẫn sơ cứu khi bị rắn cắn

- Cho nạn nhân nằm yên và trấn an nạn nhân.
- Bất động và đặt nơi bị cắn cần thấp hơn so với tim để hạn chế hấp thu nọc độc.
- Rửa sạch vết thương bằng xà bông và nước.
- Phủ lên vết cắn bằng gạc mát để giảm đau, sưng.
- Nhanh chóng đưa nạn nhân tới cơ sở y tế để xác định loại rắn cắn và chích huyết thanh kháng nọc phù hợp.

Lưu ý:

- Tất cả trường hợp bị rắn cắn, ngay cả khi xác định là rắn lành đều cần theo dõi sát như là một trường hợp rắn độc cắn, ít nhất là trong 6 giờ đầu. Đặc biệt khi bị rắn độc cắn hoặc nghi ngờ rắn độc cắn, cần thực hiện các biện pháp sơ cứu ngay và nhanh chóng đưa nạn nhân tới cơ sở y tế.
- Trấn an nạn nhân để tránh nọc độc lan nhanh.

- Không nên garô phía trên vết thương vì có thể gây hoại tử chi. Không rạch, nặn hút vết thương để lấy nọc ra do hiện nay không thấy hiệu quả mà gây chảy máu, nhiễm trùng và tăng hấp thu nọc độc.

3. Hướng dẫn phòng ngừa

- Mang giày cao ống và mặc quần dài phủ ra ngoài giày là cách tốt nhất khi đi trên cỏ rậm hoặc vùng có nhiều rắn.
- Tìm hiểu các loại rắn độc, nhận dạng qua hình dạng và nơi sinh sống.
- Phát hoang rộng xung quanh nhà.

III. KIẾN BA KHOANG

1. Nhận biết về kiến ba khoang

- Kiến ba khoang (một số nơi còn gọi là kiến khoang, kiến kim, kiến lác, kiến gạo, kiến cong,...) là loài côn trùng có màu khoang đen - vàng cam xen kẽ, có thân mình thon, dài như hạt thóc, dài 1-1,2cm, ngang 2-3mm; kiến có 3 đôi chân, 2 đôi cánh, một đôi cánh dài mỏng trong suốt gấp lại gọn gàng và dấu bên dưới đôi cánh cứng ngắn, bay và chạy rất nhanh.
- Kiến ba khoang thường sống ở các ruộng lúa, cỏ mục, vườn cây, bãi rác thải, công trình đang xây dựng,... Chúng xuất hiện nhiều vào mùa mưa, khi độ ẩm cao, thuận lợi cho kiến phát triển. Kiến ba khoang ưa thích ánh sáng đèn ban đêm nên bay vào theo ánh đèn, đậu vào quần áo, khăn mặt, giường chiếu, chăn màn,...

2. Dấu hiệu nhận biết do kiến ba khoang đốt

- Tổn thương thường xuất hiện ở các vùng da hở trên cơ thể như mặt, hai tay.
- Vết thương thành vệt dài hoặc thành đám. Ban đầu là những nốt ban đỏ rồi sưng lên thành mụn mủ có điểm lõm màu trắng vàng ở giữa.
- Nếu không giữ gìn cẩn thận có thể bị loét, làm rỉ dịch.
- Thường đau rất, ngứa ngáy khó chịu, một số trường hợp có thể bị sốt, nổi hạch, biến chứng nhiễm trùng toàn thân.

3. Hướng dẫn xử trí khi bị kiến ba khoang đốt

- Lấy nước sạch mát, xà phòng rửa chỗ kiến đốt. Khi rửa hết sức nhẹ nhàng để tránh làm trầy xước hoặc vỡ vết thương.
- Nhanh chóng bôi hồ nước (có bán ở các hiệu thuốc).
- Những ngày sau đó, tùy vào mức độ bị đốt, có thể sử dụng một số loại thuốc theo chỉ dẫn của bác sỹ, có thể bôi hồ nước.
- Nốt ban đỏ bị chuyển sang nốt mụn mủ, phồng rộp lên, nên dùng thêm mỡ Oxyde kẽm, mỡ kháng sinh để bôi lên da.
- Nếu vết đốt có dấu hiệu lở loét, nhiễm khuẩn, bị rỉ mủ, cần bôi thêm dung dịch xanh Methylen 1% và để yên tâm nên đến các cơ sở y tế để khám và điều trị kịp thời.
- Mỗi ngày nên bôi thuốc thành 2 lần, trước khi bôi bạn rửa sạch vết thương với nước muối loãng (có bán ở các hiệu thuốc).

4. Hướng dẫn phòng tránh kiến ba khoang đốt -

Vệ sinh phòng ở sạch sẽ, thoáng mát.

- Buổi tối nên tắt các bóng điện có ánh sáng xanh, tím (bóng điện huỳnh quang, bóng tuyp,...) buổi tối nên sử dụng bóng điện có ánh sáng đỏ, vàng (đèn dây tóc).
- Trước khi đi ngủ, nên kiểm tra kỹ giường gối, chăn chiếu. Trước khi mặc quần áo cần giữ sạch xem có kiến ba khoang hay không.

Bài 9. ĐUỐI NƯỚC

1. Định nghĩa

Đuối nước là khái niệm để chỉ quá trình gây nên tổn thương hô hấp ban đầu do đường thở bị chìm trong chất lỏng, có để lại di chứng cho nạn nhân hoặc tử vong.

2. Nguyên nhân đuối nước

- Thiếu kiến thức, kỹ năng an toàn

Thiếu kiến thức, kỹ năng để đánh giá, nhận định các nguy cơ đuối nước có thể xảy ra khi tham gia các hoạt động sinh hoạt, vui chơi, lao động trong đời sống hàng ngày trong cộng đồng.

Biết bơi, thậm chí bơi giỏi nhưng thiếu kỹ năng an toàn trong môi trường nước hoặc không biết kỹ năng cứu đuối an toàn.

- Người giám sát thiếu trách nhiệm: Người chủ phương tiện giao thông đường thủy, chủ bãi tắm, phụ trách tổ chức sự kiện,... không thực hiện đúng các quy định.

- Môi trường nước xung quanh tiềm ẩn nguy cơ

Môi trường nước xung quanh chưa an toàn: hồ các công trình đào sâu nhưng không có biển cảnh báo và rào chắn; thành giếng không đủ độ cao cần thiết; bể bơi, khu vực tắm biển không có người trông coi hoặc người trông coi thiếu trách nhiệm, không có biển cảnh báo nguy hiểm,...

Phương tiện đường thủy không bảo đảm an toàn kỹ thuật, thiếu thiết bị an toàn như áo phao, xuồng cứu hộ; phương tiện chở quá tải là nguyên nhân mất an toàn khi chở người đi lại trên sông nước. Các bể bơi, bãi tắm, các vùng nước mở không có người giám sát, lực lượng cứu hộ; các cây cầu bắc qua kênh, mương, sông, suối,... không bảo đảm kỹ thuật an toàn.

- Thiên tai bão, lũ lụt, mưa lớn,... là yếu tố khách quan bất khả kháng cũng là nguyên nhân gây đuối nước ở trẻ.

Bất kể ai cũng có nguy cơ bị đuối nước, kể cả người biết bơi.

Các đối tượng nguy cơ cao như: không biết bơi; uống rượu; động kinh; lặn quá sâu; chủ quan đôi khi cả những người bơi giỏi, người cứu nạn nhân cũng bị đuối nước.

3. Hướng dẫn xử trí khi bị đuối nước 3.1.

Cứu đuối đưa nạn nhân ra khỏi nước

- a) Gọi trợ giúp, nếu có những người khác xung quanh.

Cần nhanh chóng tìm kiếm sự trợ giúp của những người xung quanh khi thấy người bị đuối nước bằng cách hô, gọi.

b) Thực hiện việc cứu người ra khỏi nước:

Đây là bước đầu tiên nhưng rất quan trọng, người đưa nạn nhân ra khỏi đuối nước phải là người biết bơi, có kỹ năng cứu người bị đuối nước để tránh những rủi ro khác có thể xảy ra. Có hai phương pháp cứu đuối gián tiếp và cứu đuối trực tiếp.

- Cứu đuối gián tiếp: Là sử dụng các dụng cụ cứu đuối sẵn có (phao, dây, gậy, quần áo, các vật có thể nổi trên nước,...) để cứu người đuối nước khi vẫn còn đang tỉnh. Tùy theo tình hình, tính chất của mỗi trường hợp cụ thể mà người cứu đuối lựa chọn phương án cứu để phù hợp, an toàn và hiệu quả.
- Cứu đuối trực tiếp: Là xuống nước, bơi đến cứu nạn nhân. Đặc biệt lưu ý là cứu đuối trực tiếp chỉ dành cho đối tượng cứu hộ chuyên nghiệp, được đào tạo và cấp chứng chỉ cứu hộ, có đủ sức khỏe và năng lực ở thời điểm thực hiện.

Khi thấy người bị rơi xuống bờ ao, bờ ruộng, giếng, kênh, rạch,... mà đang cố gắng bám, vịn để cố gắng lên bờ..., nếu ở khoảng cách gần có thể trực tiếp đưa tay ra nắm bắt để kéo người bị đuối nước lên bờ.

Khi thấy người bị đuối nước ở vùng nước nông, mức nước chỉ ở ngang ngực người thực hiện việc cứu đuối trực tiếp (*vùng nước mà bản thân người thực hiện cứu đuối hiểu rõ về địa hình như ao trong gia đình, hoặc ao, hồ chứa nước gần nhà*), có thể lội ra để túm, bắt kéo người bị đuối nước đưa lên bờ.

Lưu ý : Bắt đầu hồi sức tim phổi (CPR - Cardiopulmonary Resuscitation) ngay lập tức là điều quan trọng nhất bạn có thể làm để ngăn tử vong.

- Nếu chỉ có một mình, hãy làm theo các bước dưới đây trong hai phút trước khi dừng lại để gọi cấp cứu 115.
- Nếu có những người khác xung quanh, trong khi bạn bắt đầu các bước bên dưới, hãy nhờ ai đó gọi 115 và thông báo cho nhân viên cứu hộ.

3.2. Kiểm tra xem có thở không và có tỉnh không

Xem có thở không: Đặt tai của bạn gần miệng và mũi. Bạn có cảm thấy không khí thở ra ở trên má của bạn không? Nhìn xem lồng ngực có di động không? (Thở ngáp được xem là không thở). Trong khi kiểm tra hơi thở, bạn cũng có thể gọi tên của nạn nhân để xem có phản ứng không.

3.3. Nếu không thở, hãy bắt đầu hồi sức tim phổi (CPR)

- Cần thận đặt nạn nhân nằm ngửa trên một bề mặt chắc chắn và cứng.
- Nếu nghi ngờ chấn thương cổ hoặc đầu, hãy di chuyển bằng cách di chuyển toàn bộ cơ thể (đầu, cổ, cột sống và hông) với nhau, giữ cho tất cả chúng thẳng hàng.
- Nếu không chấn thương cổ: Giữ đầu ngửa ra sau và nâng cằm để thông đường thở. Nếu nghi ngờ chấn thương cổ, không ngửa đầu, chỉ cần ấn hàm.
- Khi thổi ngạt: một tay ép cánh mũi và đưa miệng của bạn qua miệng của nạn nhân. - Thổi vào miệng trong 1 giây và ngực sẽ phồng lên. Lặp lại hơi thở lần thứ hai - Hồi sức tim phổi (CPR).

3.4. Ép tim ngoài lồng ngực

Vị trí ép tim: 1/2 dưới xương ức, tỉ lệ ép tim/thổi ngạt là 30:2. Ấn xuống ngực sâu khoảng 1/3 1/2 lồng ngực theo đường kính trước sau. Tốc độ ép tim 100 -120 lần/phút (xem bài Cấp cứu cơ bản).

Một số điểm cần lưu ý sau đây:

Hạ thân nhiệt thường xảy ra sau khi bị đuối nước. Do đó cần phải ủ ấm ngay khi đưa khỏi môi trường nước. Các biện pháp sưởi ấm cơ thể được tóm tắt như sau:

- Cởi bỏ quần áo ướt, lạnh
- Đắp chăn ấm
- Dùng đèn, tấm sưởi để làm ấm
- Đắp ấm cơ thể bằng chăn sưởi điện

4. Hướng dẫn phòng ngừa đuối nước

- Tổ chức tuyên truyền cho mọi người dân cùng tham gia phòng tránh đuối nước.
- Giáo dục kiến thức, kỹ năng phòng chống đuối nước và dạy bơi an toàn.
- Loại bỏ nguy cơ đuối nước tại cộng đồng, gia đình, trường học.
- Các khu vực bơi công cộng phải được giám sát bởi nhân viên cứu hộ được huấn luyện về các kỹ thuật cứu hộ.
- Ao, hồ phải có rào chắn, nắp đậy. Có các biển cảnh báo tại các sông ngòi, hồ nước,... nơi công cộng.
- Giáo dục, hướng dẫn nhận biết các nơi nguy hiểm có nguy cơ cao xảy ra đuối nước.
- Cần tuyên truyền phổ biến các biện pháp phòng ngừa và sơ cứu đúng cho người dân.
- Tổ chức các lớp Cấp cứu cơ bản cho cộng đồng.

Bài 10: SAY NÓNG, SAY NẮNG

1. Định nghĩa

- Say nóng: là tình trạng tăng thân nhiệt do tiếp xúc với nhiệt độ môi trường tăng cao hoặc tăng hoạt động thể lực quá mức, vượt quá khả năng điều hòa của trung khu điều nhiệt dẫn đến rối loạn mất khả năng kiểm soát thân nhiệt.

Say nóng thường gặp về buổi chiều có nhiều tia hồng ngoại, kết hợp với làm việc ở những nơi nhiệt độ, độ ẩm cao, thông gió kém. Say nóng có thể phát triển thành say nắng (sốc nhiệt). - Say nắng hay còn gọi là sốc nhiệt (heat stroke) là tình trạng tăng thân nhiệt nghiêm trọng ($>40^{\circ}\text{C}$) kèm theo rối loạn hoạt động của các cơ quan như thần kinh, tuần hoàn, hô hấp do tác động của nắng nóng và các hoạt động thể lực quá mức.

Say nắng thường vào thời điểm giữa trưa trời nắng nóng gay gắt, và có nhiều tia tử ngoại, kết hợp với làm việc dưới trời nắng nóng, độ ẩm cao, không khí lưu thông kém.

2. Biểu hiện khi say nắng, say nóng

* **Các dấu hiệu nhẹ ban đầu:** nhịp tim nhanh, thở nhanh, đỏ da, có thể vã mồ hôi, kèm theo hoa mắt, chóng mặt, đau đầu, buồn nôn.

* **Các biểu hiện nặng hơn nếu không được xử trí kịp thời:** tụt huyết áp, rối loạn chức năng thần kinh bao gồm thay đổi tri giác, kích động, mê sảng, lú lẫn, co giật và hôn mê. Khi thân nhiệt tăng quá cao còn gây rối loạn điện giải nặng, rối loạn thăng bằng nội môi, có thể xuất huyết

(xuất huyết kết mạc, đái ra máu, ỉa ra máu) do rối loạn đông máu nặng, nặng hơn nữa là suy đa phủ tạng dẫn đến tử vong.

3. Những yếu tố thuận lợi dễ bị say nắng, say nóng -

Khả năng điều nhiệt, thích nghi kém với nắng nóng.

- Thiếu thích nghi với khí hậu nắng nóng.
- Tập luyện và làm việc trong môi trường nắng nóng.
- Mặc quần áo không phù hợp (quá dày, bó sát, không thấm nước, hấp thụ nhiệt...).
- Lao động trong môi trường nắng nóng hoặc môi trường quá nóng, không uống đầy đủ nước làm mất nước nhanh chóng.
- Đang dùng một số loại thuốc làm giảm tiết mồ hôi: lợi tiểu, chẹn beta, kháng cholinergic, ethanol, kháng histamine.
- Một số tình trạng bệnh lý, sốt, rối loạn nội tiết tố, béo phì,

4. Các biện pháp phòng tránh say nắng, say nóng

- Khi phải ra ngoài khi trời nắng nóng, cần che kín cơ thể bằng cách mặc quần áo rộng, nhẹ và sáng màu, đội mũ rộng vành, sử dụng kem chống nắng.
- Khi trời nắng nóng hoặc phải lao động nặng dưới ánh nắng mặt trời gay gắt. Thường xuyên uống nước dù chưa cảm thấy khát. Có thể uống nước có pha một chút muối hoặc uống dung dịch oresol, nước trái cây, tránh xa nước ngọt có ga, đồ uống năng lượng.
- Không làm việc quá lâu dưới trời nắng hoặc làm việc trong môi trường nóng bức, tránh các hoạt động thể lực quá sức. Nên nghỉ ngơi định kỳ sau khoảng 45 phút hay 1 tiếng làm việc liên tục ở nơi nắng nóng, nghỉ ngơi ở nơi thoáng mát từ 10 - 15 phút.
- Luôn trang bị đầy đủ các thiết bị chống nắng, chống nóng khi lao động, làm việc dưới trời nắng như: quần áo bảo hộ lao động, mũ bảo hộ, nón rộng vành, kính râm...
- Tạo không gian thoáng mát trong môi trường làm việc, đặc biệt ở các công xưởng, hầm, lò... - Không tắm ngay khi vừa đi nắng về, đây là thời điểm cơ thể tiết ra nhiều mồ hôi, nhiệt độ cơ thể độ cao, nếu tắm ngay sẽ làm thay đổi thân nhiệt đột ngột, rất nguy hiểm, có thể dẫn đến đột quỵ.
- Vào mùa nắng nóng, nên ăn các loại thức ăn mát, rau củ quả chứa nhiều kali như: rau dền, mồng tơi, rau má, cà chua.
- Không được để trẻ em hoặc bất kỳ ai trong xe hơi đỗ, tắt máy, trong thời tiết nắng nóng dù chỉ để trong thời gian ngắn, do nhiệt độ trong xe hơi có thể tăng hơn 11 độ C chỉ trong 10 phút.

5. Xử trí say nắng, say nóng

Khoảng thời gian 1 giờ sau khi bị say nắng, say nóng ở mức độ nặng được gọi là “thời điểm vàng” để cấp cứu. Do đó, khi cấp cứu say nắng, say nóng phải hết sức chú ý đến việc cấp cứu ban đầu tại hiện trường.

Vì vậy khi gặp người bị say nắng, say nóng, chúng ta phải thực hiện ngay các bước như sau:

1. Đưa bệnh nhân vào chỗ mát, thoáng khí (chỗ bóng râm, lên xe mát hay nhà mát, ...) đồng thời gọi hỗ trợ, đặc biệt gọi cấp cứu hỗ trợ.
2. Khai thông đường thở, hô hấp nhân tạo và ép tim ngoài lồng ngực nếu người bệnh hôn mê, không bắt được mạch.
3. Áp dụng ngay lập tức các biện pháp làm mát để hạ nhiệt độ của cơ thể.
 - Đo nhiệt độ cơ thể (nếu có nhiệt kế).
 - Cởi bỏ quần áo và áp nước ấm lên người bệnh nhân sau đó dùng quạt để tăng quá trình bốc hơi (bệnh nhân nên nằm nghiêng hoặc được đỡ ở tư thế tay chống gối để bề mặt da có thể hứng được nhiều gió càng tốt).
4. Đắp khăn lạnh, hoặc áp gói nước đá vào nách, bẹn, cổ
5. Cho uống nhiều nước hoặc dung dịch điện giải nếu bệnh nhân tỉnh táo, có thể uống được.
6. Chuyển bệnh nhân bằng xe điều hòa hoặc phải mở cửa sổ, quá trình vận chuyển tiếp tục làm mát nhiệt độ bệnh nhân.