

TÌNH HUỐNG KHẨN CẤP – KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU:

1. Ngừng tim – ngừng thở (Cardiac Arrest)

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân bất ngờ mất ý thức, không thở, không bắt được mạch cảnh. Da tím tái, đồng tử giãn. Có thể xảy ra tại giường bệnh hoặc trên đường vận chuyển.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Kích hoạt Code Blue (gọi cấp cứu nội viện)
- Đánh giá ABC (Airway, Breathing, Circulation)
- Tiến hành hồi sinh tim phổi (CPR) ngay lập tức: ép tim 30 lần – thổi ngạt 2 lần nếu không có nội khí quản
- Ghi nhận thời gian bắt đầu cấp cứu

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Đặt nội khí quản – thở máy
- Thiết lập đường truyền – tiêm Adrenaline 1mg mỗi 3–5 phút
- Ghi điện tim để xác định nhịp (asystole, VF, VT, PEA)
- Dùng sốc điện nếu chỉ định (VF/VT)

Lưu ý/phân biệt:

- Không lãng phí thời gian kiểm tra huyết áp hay đợi chỉ định trước CPR
- Ưu tiên ép tim sớm và đúng kỹ thuật
- Phân biệt với ngất, co giật hoặc ngưng thở do nguyên nhân chuyển hóa

2. Sốc phản vệ sau tiêm thuốc

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Ngay sau khi tiêm kháng sinh, bệnh nhân có biểu hiện mẩn đỏ toàn thân, khó thở, tụt huyết áp, vật vã, tím tái. Có thể kèm phù lưỡi – thanh quản.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Ngừng ngay thuốc đang truyền/tiêm
- Gọi bác sĩ cấp cứu, chuẩn bị Adrenaline
- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, chân cao, thở oxy
- Tiêm Adrenaline 0.3–0.5 mg bắp sâu (1:1000) theo chỉ định

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Đặt đường truyền tĩnh mạch lớn – bù dịch nhanh
- Có thể đặt nội khí quản nếu phù thanh quản
- Tiêm thêm corticoid, kháng Histamin, truyền dịch, theo dõi mạch – huyết áp
- Theo dõi sát ít nhất 24h

Lưu ý/phân biệt:

- Sốc phản vệ có thể xảy ra sau vài giây đến vài phút
- Đừng nhầm với tụt huyết áp do nguyên nhân khác (sốc tim, mất máu)
- Adrenaline là thuốc hàng đầu – không trì hoãn

3. Tụt huyết áp sau mổ

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân vừa về từ phòng mổ có dấu hiệu vật vã, mạch nhanh nhỏ, da lạnh, huyết áp tụt <90/60 mmHg. Có thể do mất máu, sốc thuốc mê, tràn khí.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Gọi bác sĩ, đo lại huyết áp, SpO2, mạch
- Theo dõi dấu hiệu chảy máu: kiểm tra băng vết mổ, dẫn lưu
- Cho bệnh nhân nằm đầu thấp, cung cấp oxy
- Chuẩn bị thuốc vận mạch, truyền dịch

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Xác định nguyên nhân (siêu âm FAST, xét nghiệm máu)
- Truyền dịch nhanh, dùng thuốc vận mạch (Noradrenaline, Dopamine)
- Nếu mất máu → truyền máu gấp
- Hồi sức tích cực hoặc chuyển mổ lại nếu cần

Lưu ý/phân biệt:

- Phân biệt tụt huyết áp do mất máu hay do rối loạn tim mạch
- Luôn kiểm tra dấu hiệu chảy máu kín (ổ bụng, ngực)

4. Suy hô hấp cấp (Acute Respiratory Failure)

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân đột ngột thở nhanh, gắng sức, tím môi, SpO2 tụt <90% dù đang thở oxy. Có thể do viêm phổi nặng, COPD đợt cấp, tắc đàm.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Cho bệnh nhân ngồi đầu cao, thở oxy qua mask 10–15 lít/phút
- Gọi bác sĩ và chuẩn bị máy thở, đặt nội khí quản
- Theo dõi mạch, SpO2 liên tục
- Hút đàm nếu có dấu hiệu tắc nghẽn đường thở

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Đặt nội khí quản – thông khí cơ học
- Xét nghiệm khí máu, X-quang phổi, xét nghiệm máu
- Điều trị nguyên nhân: kháng sinh, corticoid, lợi tiểu...
- Theo dõi huyết động và thông khí liên tục

Lưu ý/phân biệt:

- Không để mất thời gian chờ bác sĩ mới cho oxy
 - Đánh giá mức độ suy hô hấp theo tiêu chuẩn PaO2, PaCO2
 - Phân biệt với hoảng loạn, rối loạn lo âu (cũng có thở nhanh)
-

5. Sốc đa chấn thương

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân tai nạn giao thông, tụt huyết áp, mạch nhanh, thở nông, da lạnh, đau nhiều vùng. Có thể có chấn thương ngực, bụng, xương, chảy máu trong.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Gọi đội cấp cứu nội viện – kích hoạt quy trình trauma
- Cho thở oxy, đặt 2 đường truyền lớn
- Cố định xương gãy nếu có, hạn chế di chuyển
- Chuẩn bị truyền dịch, truyền máu

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Siêu âm FAST, chụp X-quang ngực – bụng – CT scan
- Truyền dịch nhanh – vận mạch – truyền máu
- Mở cấp cứu nếu chảy máu nội tạng
- Theo dõi nội khoa nếu chưa cần can thiệp ngoại

Lưu ý/phân biệt:

- Sốc mất máu thường có mạch nhanh, HA giảm – không nhầm với sốc thần kinh (mạch chậm)

- Không để bệnh nhân vận động nhiều làm tổn thương thêm

6. Phù phổi cấp (Acute Pulmonary Edema)

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân đột ngột khó thở dữ dội, ho khạc bọt hồng, thở rít, ngồi dậy để thở. SpO2 tụt, tim nhanh, huyết áp có thể tăng hoặc giảm. Thường gặp ở bệnh nhân suy tim.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Cho bệnh nhân ngồi cao, thở oxy liều cao
- Gọi bác sĩ ngay lập tức
- Chuẩn bị thuốc lợi tiểu (Furosemide), Morphin nếu cần
- Theo dõi mạch, huyết áp, SpO2

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Tiêm Furosemide tĩnh mạch
- Có thể dùng Nitroglycerin hoặc Morphin
- Nếu nặng: đặt nội khí quản – thở máy
- Điều trị suy tim nền: thuốc giãn mạch, trợ tim

Lưu ý/phân biệt:

- Phân biệt với hen phế quản (khò khè nhưng không có bọt hồng)
- Không cho nằm đầu thấp → làm tăng khó thở

7. Co giật kéo dài (Status Epilepticus)

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân co giật toàn thân >5 phút không ngừng, hoặc có nhiều cơn liên nhau không hồi phục ý thức giữa các cơn. Có nguy cơ tổn thương não, suy hô hấp.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Gọi bác sĩ và chuẩn bị thuốc chống co giật
- Bảo vệ đường thở: nghiêng đầu, tránh cắn lưỡi
- Thở oxy, đặt đường truyền tĩnh mạch
- Theo dõi mạch, nhịp thở, SpO2

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Tiêm Diazepam hoặc Midazolam
- Nếu không cắt cơn: dùng Phenytoin hoặc Phenobarbital

- Đặt nội khí quản nếu nguy cơ suy hô hấp
- Tìm nguyên nhân: hạ đường huyết, điện giải, tổn thương não

Lưu ý/phân biệt:

- Luôn kiểm tra đường huyết ngay khi bệnh nhân co giật
 - Không cố gò tay chân người bệnh hoặc cho vật vào miệng
-

8. Tắc mạch phổi cấp (Acute Pulmonary Embolism)

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân đau ngực dữ dội, khó thở cấp, ho ra máu, tím tái. Mạch nhanh, huyết áp có thể tụt. Thường xảy ra sau phẫu thuật, nằm lâu, có tiền sử huyết khối tĩnh mạch sâu.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Gọi cấp cứu – báo bác sĩ ngay
- Cho thở oxy, nằm yên, không để bệnh nhân vận động
- Theo dõi huyết áp, mạch, nhịp thở
- Chuẩn bị thuốc chống đông, thuốc tiêu sợi huyết nếu chỉ định

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Siêu âm tim, CT phổi, xét nghiệm D-dimer
- Dùng Heparin hoặc thuốc tiêu sợi huyết
- Trong trường hợp nặng: đặt nội khí quản, hồi sức
- Can thiệp lấy huyết khối nếu cần

Lưu ý/phân biệt:

- Không nhầm với nhồi máu cơ tim (cùng đau ngực)
 - Cần hỏi kỹ tiền sử: phẫu thuật, nằm bất động, mang thai
-

9. Tăng Kali máu cấp (Severe Hyperkalemia)

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân có cảm giác yếu cơ, rối loạn nhịp tim, mạch chậm. ECG cho thấy sóng T nhọn, mất sóng P. Nguy cơ ngừng tim.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Gọi bác sĩ – báo cáo khẩn ECG nếu bất thường

- Cho bệnh nhân nằm nghỉ, theo dõi mạch, ECG liên tục
- Chuẩn bị thuốc: Calci gluconat, Insulin + Glucose
- Kiểm tra điện giải, chức năng thận

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Tiêm Calci gluconat để ổn định tim
- Truyền Glucose 25% + Insulin
- Dùng thuốc lợi tiểu hoặc truyền HCO₃ nếu toan máu
- Lọc máu cấp cứu nếu không đáp ứng

Lưu ý/phân biệt:

- Rất nguy hiểm vì dễ ngừng tim đột ngột
- Cần theo dõi ECG liên tục khi điều trị

10. Ngộ độc thuốc ngủ/thuốc an thần

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân ngủ lịm, phản ứng chậm hoặc mất ý thức sau khi uống thuốc an thần, có thể tự tử. Mạch chậm, thở yếu, da lạnh, tụt huyết áp.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Gọi bác sĩ – đánh giá hô hấp, ý thức
- Đảm bảo đường thở, cho thở oxy
- Chuẩn bị đặt sonde dạ dày nếu chưa quá 1h
- Theo dõi mạch, SpO₂, ECG

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Rửa dạ dày, than hoạt tính nếu trong thời gian sớm
- Theo dõi sát chức năng hô hấp – tuần hoàn
- Nếu có thuốc đối kháng đặc hiệu (vd: Flumazenil) thì dùng theo chỉ định
- Có thể cần thở máy nếu ức chế hô hấp sâu

Lưu ý/phân biệt:

- Cẩn thận khi xử lý nếu bệnh nhân còn thuốc trong miệng
- Đừng bỏ qua yếu tố tâm lý: cần tư vấn tâm lý sau cấp cứu

11. Hạ đường huyết nặng (Severe Hypoglycemia)

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân run rẩy, mồ hôi lạnh, lú lẫn, co giật hoặc hôn mê. Xảy ra ở người tiểu đường dùng insulin hoặc bỏ bữa.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Đo đường huyết mao mạch ngay lập tức
- Nếu tỉnh: cho uống nước đường hoặc sữa đặc
- Nếu lơ mơ/hôn mê: truyền Glucose 30–50ml dung dịch 30–50%
- Gọi bác sĩ để theo dõi tiếp

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Tiếp tục truyền Glucose duy trì
- Theo dõi lại đường huyết mỗi 15–30 phút
- Tìm nguyên nhân: dùng thuốc sai, suy thận, bỏ ăn
- Cân nhắc điều chỉnh phác đồ tiểu đường

Lưu ý/phân biệt:

- Phân biệt với hôn mê do nguyên nhân khác (đột quỵ, hạ Natri máu)
 - Không ép uống nếu bệnh nhân không tỉnh táo
-

12. Sốt cao co giật ở người lớn hoặc trẻ lớn

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân sốt $>39^{\circ}\text{C}$, đột ngột co giật toàn thân, thường trong bệnh cảnh viêm nhiễm. Có thể lặp lại nếu không hạ sốt kịp.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Bảo vệ đường thở, cho thở oxy
- Hạ sốt: lau mát, đặt thuốc hạ sốt hậu môn
- Gọi bác sĩ – chuẩn bị thuốc chống co giật
- Theo dõi thân nhiệt và mạch

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Tiêm Diazepam hoặc Midazolam nếu co giật kéo dài
- Điều trị nhiễm trùng nền: kháng sinh, bù dịch
- Theo dõi sát nguy cơ chuyển sang co giật không hồi phục
- Xét nghiệm máu, dịch não tủy nếu nghi viêm màng não

Lưu ý/phân biệt:

- Không chủ quan khi gọi là “co giật do sốt” – cần loại trừ tổn thương não
 - Hạ sốt tích cực có thể ngăn tái phát cơn
-

13. Sốc tim sau nhồi máu cơ tim

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân nhồi máu cơ tim có biểu hiện tụt huyết áp <90/60 mmHg, mạch nhanh, lạnh đầu chi, lú lẫn. Diễn biến xấu rất nhanh.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Gọi khẩn bác sĩ tim mạch – hồi sức
- Nằm đầu thấp nhẹ, thở oxy
- Chuẩn bị thuốc vận mạch, thiết bị theo dõi huyết động
- Theo dõi ECG liên tục

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Truyền dịch cân trọng
- Dùng Dobutamin, Noradrenalin theo chỉ định
- Đặt nội khí quản nếu suy hô hấp
- Cân nhắc can thiệp mạch vành nếu điều kiện cho phép

Lưu ý/phân biệt:

- Không truyền dịch ồ ạt vì nguy cơ phù phổi
- Khác với sốc mất máu: mạch nhanh nhỏ, nhưng nguyên nhân là suy tim

Dưới đây là phần từ tình huống 14 đến 25, hoàn thiện danh sách 25 tình huống khẩn cấp của Khoa Hồi sức – Cấp cứu, trình bày theo đúng 5 mục:

14. Ngạt đường thở do dị vật

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân đột ngột ho sặc, không nói được, tím tái, vật vã, có thể mất ý thức. Thường gặp khi ăn, đặc biệt ở người già hoặc bệnh nhân có rối loạn nuốt.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Đứng phía sau bệnh nhân, thực hiện thủ thuật Heimlich
- Nếu mất ý thức: đặt nằm, ấn ngực và móc dị vật nếu thấy
- Gọi bác sĩ – chuẩn bị đặt nội khí quản

- Thở oxy nếu thông thoáng đường thở

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Nội soi lấy dị vật nếu còn mắc
- Đặt nội khí quản hoặc mở khí quản nếu tắc nghẽn hoàn toàn
- Theo dõi biến chứng: viêm phổi hít, phù thanh quản

Lưu ý/phân biệt:

- Đừng cố đưa ngón tay vào miệng nếu không thấy dị vật
 - Không nhầm với hen hoặc đột quỵ
-

15. Ngộ độc cấp do hóa chất

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân uống phải hóa chất tẩy rửa, thuốc trừ sâu, axit... Có thể nôn, bỏng miệng, thở khó khè, lơ mơ, co giật.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Gọi cấp cứu – đảm bảo an toàn cho người xung quanh
- Không gây nôn
- Đặt đường truyền, thở oxy, theo dõi SpO₂
- Chuẩn bị than hoạt tính hoặc thuốc giải độc nếu có

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Rửa dạ dày nếu trong 1h và không chống chỉ định
- Dùng thuốc giải độc đặc hiệu
- Lọc máu nếu chất độc có thể thẩm tách
- Hồi sức hô hấp, tuần hoàn

Lưu ý/phân biệt:

- Phân biệt loại chất độc để quyết định hướng xử trí
 - Tuyệt đối không cho uống nước nếu là acid/kiềm mạnh
-

16. Đau thắt ngực không ổn định

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân đau ngực trái như bóp nghẹt, kéo dài >20 phút, không giảm khi nghỉ ngơi. Có thể kèm khó thở, vã mồ hôi, buồn nôn.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Nằm nghỉ, thở oxy
- Đặt đường truyền, đo ECG, báo bác sĩ ngay
- Chuẩn bị thuốc Nitroglycerin, Morphin
- Theo dõi mạch, huyết áp

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Chẩn đoán nhanh: ECG, men tim
- Dùng kháng kết tập tiểu cầu, heparin
- Chuẩn bị can thiệp mạch vành nếu chỉ định
- Theo dõi sát nguy cơ nhồi máu cơ tim

Lưu ý/phân biệt:

- Phân biệt với đau ngực do viêm dạ dày, viêm màng phổi
 - Không dùng Nitroglycerin nếu tụt huyết áp
-

17. Rối loạn nhịp tim nhanh nguy hiểm

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân hồi hộp, đánh trống ngực, đau ngực, khó thở, có thể ngất. ECG ghi nhận rung thất, nhịp nhanh thất, hoặc SVT.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Đặt ECG liên tục
- Thở oxy, đo mạch – huyết áp
- Chuẩn bị máy sốc điện, thuốc chống loạn nhịp
- Báo bác sĩ và theo dõi chặt chẽ

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Dùng Adenosine, Amiodarone hoặc sốc điện tùy tình huống
- Theo dõi huyết động
- Điều trị nguyên nhân: thiếu máu cơ tim, điện giải, nhiễm trùng

Lưu ý/phân biệt:

- Nhịp nhanh thất khác với SVT – cần phân tích kỹ ECG
 - Không trì hoãn sốc điện khi huyết động không ổn
-

18. Xuất huyết tiêu hóa ở ạt

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Nôn máu đỏ tươi hoặc đi ngoài phân đen. Bệnh nhân mệt, tụt huyết áp, chóng mặt. Có thể đau bụng, tiền sử loét dạ dày, xơ gan.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Nằm yên, thở oxy
- Đặt đường truyền tĩnh mạch lớn
- Chuẩn bị truyền máu, kiểm tra dấu hiệu sinh tồn
- Gọi bác sĩ tiêu hóa ngay

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Nội soi cầm máu
- Truyền dịch, máu, thuốc ức chế acid
- Nếu thất bại → can thiệp mạch hoặc phẫu thuật
- Theo dõi sát huyết động và lượng máu mất

Lưu ý/phân biệt:

- Không nên truyền dịch quá nhanh gây tăng áp lực tĩnh mạch cửa
 - Phân biệt với tiêu chảy máu do nhiễm trùng
-

19. Hôn mê do chấn thương sọ não

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân sau tai nạn đầu, mất ý thức, Glasgow <8, có thể co giật, nôn ói, đồng tử không đều.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Cố định cổ, đảm bảo đường thở
- Thở oxy, theo dõi huyết áp, mạch
- Không cho ăn uống, đặt sonde tiêu
- Gọi bác sĩ thần kinh – chuẩn bị CT sọ

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Chụp CT sọ não
- Truyền mannitol nếu có tăng áp lực nội sọ
- Mở dẫn lưu máu tụ nếu cần
- Theo dõi thần kinh 15 phút/lần

Lưu ý/phân biệt:

- Không dùng thuốc an thần khi chưa rõ nguyên nhân hôn mê
 - Luôn giả định chấn thương cột sống cổ
-

20. Viêm cơ tim cấp

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Trẻ/nam giới khỏe mạnh đột ngột khó thở, mệt lả, tụt huyết áp. ECG bất thường, có thể ngừng tim do rối loạn nhịp.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Thở oxy, đặt đường truyền
- Theo dõi ECG, SpO2, gọi bác sĩ
- Chuẩn bị thuốc trợ tim, vận mạch
- Ghi nhận diễn biến từng giờ

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Siêu âm tim, men tim, MRI tim nếu cần
- Điều trị suy tim, kiểm soát rối loạn nhịp
- Nếu nặng → đặt ECMO/hồi sức tích cực
- Theo dõi sát do nguy cơ tử vong cao

Lưu ý/phân biệt:

- Phân biệt với nhồi máu cơ tim ở người trẻ
 - Không chủ quan nếu bệnh nhân trẻ mà mạch yếu, HA thấp
-

21. Sốc nhiễm trùng (Septic Shock)

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Sốt cao/lạnh run, huyết áp tụt, nhịp tim nhanh, lơ mơ, SpO2 giảm. Có thể nhiễm khuẩn từ phổi, bụng, tiết niệu...

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Đặt đường truyền tĩnh mạch lớn
- Lấy máu cấy trước khi dùng kháng sinh
- Thở oxy, truyền dịch ban đầu
- Gọi bác sĩ – chuẩn bị kháng sinh, vận mạch

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Dùng kháng sinh phổ rộng
- Truyền dịch 30ml/kg
- Noradrenaline nếu HA không lên
- Theo dõi chỉ số lactate, nước tiểu

Lưu ý/phân biệt:

- Can thiệp sớm trong “giờ vàng” giúp giảm tử vong
- Không nhầm với sốc tim/mất máu

22. Viêm tụy cấp nặng

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Đau bụng dữ dội vùng thượng vị lan ra sau lưng, buồn nôn, nôn, trướng bụng. Có thể tụt HA, suy hô hấp.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Cho thở oxy, đặt đường truyền
- Không cho ăn uống
- Theo dõi huyết áp, nước tiểu, SpO₂
- Báo bác sĩ – chuẩn bị xét nghiệm amylase/lipase

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Truyền dịch tích cực
- Giảm đau, kháng sinh nếu bội nhiễm
- Theo dõi biến chứng: suy thận, sốc, ARDS
- CT bụng để đánh giá mức độ tổn thương

Lưu ý/phân biệt:

- Phân biệt với thủng dạ dày, tắc ruột
- Nên theo dõi sát vì bệnh diễn tiến rất nhanh

23. Ngộ độc CO (Carbon Monoxide)

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Nhức đầu, chóng mặt, buồn nôn, lơ mơ, hôn mê sau khi ở trong môi trường kín (cháy, máy phát điện...). Da hồng lịm không tím tái.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Di chuyển bệnh nhân ra khỏi khu vực nguy hiểm
- Cho thở oxy 100%
- Đặt đường truyền, đo SpO₂
- Gọi bác sĩ – theo dõi thân kinh

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Oxy cao áp nếu nặng
- Theo dõi tổn thương não, tim
- Điều trị triệu chứng, bù dịch
- Kiểm tra carboxyhemoglobin nếu có điều kiện

Lưu ý/phân biệt:

- SpO₂ có thể bình thường dù ngộ độc nặng
 - Luôn nghĩ đến CO nếu bệnh nhân từ môi trường kín
-

24. Tai biến tiêm truyền

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Bệnh nhân khó thở, nổi mẩn đỏ, tụt huyết áp hoặc đau đầu, sốt sau truyền dịch/thuốc. Có thể do phản vệ, sốc do tốc độ truyền.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Ngừng ngay truyền dịch
- Gọi bác sĩ – kiểm tra mạch, huyết áp
- Cho thở oxy, chuẩn bị thuốc sốc phản vệ
- Ghi nhận loại thuốc, thời điểm, triệu chứng

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Điều trị theo nguyên nhân: phản vệ/sốc
- Tiêm Adrenaline, corticoid nếu cần
- Truyền dịch bù
- Theo dõi tái phát phản ứng

Lưu ý/phân biệt:

- Không nhầm với sốc khác
 - Luôn theo dõi bệnh nhân chặt chẽ khi truyền thuốc lần đầu
-

25. Xuất huyết nội sọ

Mô tả triệu chứng ban đầu:

Đột ngột đau đầu dữ dội, buồn nôn, yếu liệt, lơ mơ, đồng tử giãn không đều. Có thể do tăng huyết áp, vỡ phình mạch não.

Xử lý tại chỗ (điều dưỡng làm gì?):

- Gọi bác sĩ thần kinh ngay
- Nằm đầu cao 30 độ, không kích thích
- Theo dõi huyết áp, nhịp tim, ý thức
- Chuẩn bị chuyên chụp CT não

Xử lý tại cơ sở y tế (can thiệp phối hợp bác sĩ):

- Chụp CT/MRI
- Hạ áp lực nội sọ: Mannitol, thở máy
- Mô cấp cứu nếu máu tụ lớn
- Theo dõi thần kinh sát giờ/giờ

Lưu ý/phân biệt:

- Không nhầm với đột quỵ thiếu máu
 - Không cho uống thuốc/hạ sốt sớm nếu chưa rõ nguyên nhân
-